

CASOS EDO CORRESPONDIENTES AL MES DE JUNIO DE 2014 (1)

COMUNIDADES	Gripe		Escabiosis		Fiebre Chikungunya		Hepatitis A		Hepatitis B		Hepatitis C		Infección Gonocócica		Meningitis por listeria		Meningitis vírica		Meningitis infecciosa		Paratuberculosis		Pseudotuberculosis		Sífilis		Tuberculosis respiratoria		TBC Miliar		TIACC		Varicela		VH				
	C. MES	AÑO	C. MES	AÑO	C. MES	AÑO	C. MES	AÑO	C. MES	AÑO	C. MES	AÑO	C. MES	AÑO	C. MES	AÑO	C. MES	AÑO	C. MES	AÑO	C. MES	AÑO	C. MES	AÑO	C. MES	AÑO	C. MES	AÑO	C. MES	AÑO	C. MES	AÑO	C. MES	AÑO					
GALICIA	1	37																																					
ASTURIAS	4																																						
CANTABRIA																																							
PAIS VASCO	9																																						
LA RIOJA																																							
CASTILLA Y LEÓN	13																																						
NAVARRA																																							
ARAGÓN	15																																						
C. VALENCIANA	1																																						
CATALUÑA	1																																						
MADRID	1	53																																					
CASTILLA LA MANCHA	1	25																																					
EXTREMADURA																																							
MURCIA	10																																						
ANDALUCÍA	62	10	10	10																																			
BALEARES	2		2																																				
CANARIAS	2	13																																					
CEUTA																																							
MELILLA	1																																						
TOTAL	5	246	3	10	10	10																																	

*No se reflejan las enfermedades de las que se ha notificado al menos un caso

Edita



BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO DE LAS FUERZAS ARMADAS

INSTITUTO DE MEDICINA PREVENTIVA DE LA DEFENSA
"CAPITAN MÉDICO RAMÓN Y CAJAL"
Glorieta del Ejército, 1 - 28047 Madrid
Teléfono: 914222428

VOL. 21 Nº 249 julio 2014

- Fiebre Chikungunya. Págs. 1, 2, 3, 4 y 5.
- Casos declarados EDO junio 2014. Pág. 6

Autor:
D^a M^a Elga Mayo Montero
Comandante médico del Servicio de Epidemiología e Inteligencia Sanitaria del IMPDEF

FIEBRE CHIKUNGUNYA

ANTECEDENTES

La fiebre chikungunya (CHIK), causada por el virus chikungunya, es una infección arboviral, transmitida por la picadura de mosquitos *Aedes* infectados.

La enfermedad ha afectado a millones de personas y sigue causando epidemias en muchos países. A finales del 2013, se documentó la primera transmisión autóctona en las Américas, y está causando una epidemia de gran magnitud en algunas islas del Caribe.

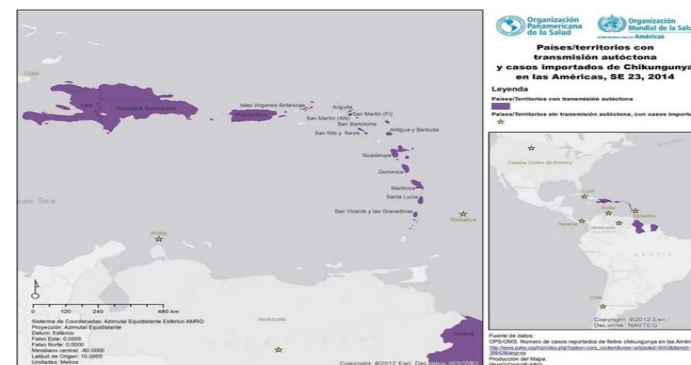


FIGURA 1 Fuente de información: Organización Panamericana de la Salud. Número de casos reportados de fiebre Chikungunya en las Américas. 20. Junio 2016. http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9053&Itemid=39843&lang=es

En España, uno de los vectores competentes para la transmisión, *Aedes albopictus*, se detectó por primera vez en Cataluña en 2004, y se ha extendido por la costa mediterránea (Gerona, Tarragona, Barcelona, Castellón, Alicante, Valencia, Murcia, e Isla de Mallorca). Figura 2



Figura 2. Provincias donde se ha detectado el *Aedes albopictus* en España a diciembre de 2013.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Presentación y enfermedad aguda

La fiebre CHIK afecta a todos los grupos de edad y a ambos sexos. El período de incubación es de 3-7 días (rango: 1-12 días) tras la picadura del mosquito, y la viremia es detectable desde el primer día de comienzo de síntomas, con una media de 5 días (rango máximo: 10 días).

El dolor de las articulaciones tiende a ser peor por la mañana, se alivia con el ejercicio suave y se agrava con los movimientos bruscos. Los tobillos, las muñecas y las articulaciones pequeñas de la mano tienden a ser las más afectadas. También puede afectar a las

articulaciones más grandes, como la rodilla, hombro y columna vertebral. Se ha descrito artritis migratoria con derrame articular en cerca del 70% de los casos.

En el Cuadro 1 se muestran las manifestaciones más frecuentes

Cuadro 1- Características clínicas de la fiebre chikungunya

Síntomas comunes	Otros síntomas posibles	
Fiebre	Estomatitis	Fotofobia
Artralgia	Úlceras orales	Dolor retroorbitario
Poliartritis	Hiperpigmentación	Vómito
Dolor de espalda	Mialgias	Diarrea
Cefalea	Dermatitis exfoliativa	Síndrome meningeo
Erupciones cutáneas	(niños)	

Adaptado de Guidelines on Clinical Management of Chikungunya fever, 2008. WHO/SEARO

EVOLUCIÓN CLÍNICA

En la mayoría de los pacientes, los síntomas desaparecen en 1-3 semanas. Sin embargo, otros pueden sufrir una recaída de los síntomas reumatológicos (por ejemplo, poliartalgia, poliartrosis, tenosinovitis), en los meses posteriores. Algunos pacientes presentan dolores articulares persistentes durante meses o años. También se han descrito secuelas neurológicas, psicológicas y dermatológicas. Los individuos mayores y aquellos con trastornos articulares subyacentes reuma y traumatológicos parecen ser más vulnerables para presentar síntomas articulares crónicos. La mortalidad es rara y ocurre principalmente en los adultos mayores.

SUSCEPTIBILIDAD

Los individuos no infectados previamente son susceptibles y una vez expuestos a esta infección desarrollan inmunidad prolongada que los protege contra la infección.

Efectos sobre el embarazo

La fiebre de CHIK parece tener una repercusión directa sobre el embarazo, con notificación de abortos espontáneos esporádicos y transmisión materno-infantil en el período perinatal.

Efecto sobre recién nacidos

Las madres afectadas por la fiebre CHIK en el período perinatal, pueden transmitir la fiebre CHIK a los recién nacidos mediante transmisión vertical. La cesárea no parece prevenir esta transmisión. La fiebre CHIK neonatal está asociada con fiebre, inapetencia, dolor, edema distal, diversas manifestaciones de la piel, crisis convulsivas, meningoencefalitis y anomalías ecocardiográficas en el recién nacido.

PRINCIPIOS PARA EL MANEJO CLÍNICO

- ◆ No hay ningún medicamento antivírico específico contra virus CHIK. El tratamiento es sintomático.
- ◆ El paracetamol es el medicamento de elección, hasta que se descarten otras etiologías como el dengue.
- ◆ Se pueden usar otros analgésicos como los antiinflamatorios no esteroideos o los narcóticos, si el paracetamol no proporciona alivio.
- ◆ Durante la etapa aguda de la enfermedad, generalmente, los esteroides no están indicados debido a los efectos adversos.
- ◆ Debe evitarse la aspirina debido al riesgo de hemorragia o síndrome de Reye.

- ◆ Se recomienda ejercicio suave y fisioterapia en la fase de recuperación.
- ◆ En áreas donde está presente el vector se recomienda medidas para evitar el contacto con el vector.

Diagnóstico Diferencial (DD)

La fiebre CHIK puede no tener las manifestaciones características o puede coexistir con otras enfermedades infecciosas. El diagnóstico diferencial debe tener en cuenta el lugar de residencia, la historia de viajes y el lugar de exposición.

- ◆ DD: dengue, leptospirosis, malaria, meningitis, artritis posinfecciosa, sarampión, rubéola, parvovirus, enterovirus, y Mayaro

Diagnóstico de laboratorio

La confirmación de la fiebre CHIK se realiza mediante cualquiera de las siguientes pruebas (cuadro 2):

Cuadro 2. Pruebas de laboratorio

Prueba	Tiempo después del inicio de síntomas	Tipo de muestra*
Ensayos de PCR	Fase aguda, primeros 7 días	1 muestra de suero
Detección de IgM		
Detección de IgM e IgG. Seroconversión	Fase de convalecencia, a partir de los 7 días	Dos muestras de suero separadas por 15 días

*En casos con presencia de síntomas neurológicos: enviar LCR y suero

MEDIDAS DE SALUD PUBLICA

Los pacientes infectados por el virus CHIK son el reservorio de la infección, y la transmisión tiene lugar a partir de la picadura de un mosquito infectado. Por ello, las medidas de salud pública para reducir la exposición a mosquitos son fundamentales para prevenir la enfermedad.

Es fundamental la colaboración del paciente y familiares para reducir al mínimo el posible riesgo de transmisión, de forma especial en aquellas zonas donde se ha detectado el vector:

1. *Reducir al mínimo el contacto de vector-paciente:*

- Protección individual frente a la picadura de mosquitos a través de repelentes eficaces. También usando mosquiteras en puertas y ventanas, y si es necesario en la cama.
- El paciente, así como otros miembros del hogar, han de llevar manga larga para cubrir las extremidades.
- El uso de aire acondicionado y los repelentes eléctricos pueden ayudar a reducir este contacto.

2. *Medidas en la vivienda para reducir al mínimo la población de vectores:*

- Aumente los esfuerzos para reducir los hábitats larvarios en las viviendas: elimine toda el agua estancada en cualquier clase de contenedor, por ejemplo platos de macetas, alrededor del hogar y en las zonas peridomésticas.

3. *Sangre:*

- Es posible la transmisión hematogena de CHIK, aunque hasta la fecha no se ha descrito ningún caso secundario a transfusión. Como medida preventiva, el Comité Científico para la Seguridad Transfusional (MSSSI), acuerda que las personas provenientes de zonas endémicas, sean excluidas como donantes de sangre durante 28 días desde su regreso, y en caso de pre-

sentar o sospechar fiebre de origen CHIK durante su estancia en la zona o a su regreso, se excluirían 6 meses.

EVALUACIÓN DEL RIESGO PARA ESPAÑA

España se encuentra libre de esta enfermedad, pero existe un moderado riesgo de importación del virus relacionado con la magnitud del flujo de viajeros procedentes de países en donde la transmisión es activa, en concreto, en estos momentos, el mayor riesgo procede de las islas del Caribe. Especial relevancia adquiere los elevados índices de transmisión detectados en la República Dominicana dado el elevado número de dominicanos residentes en España, y de turistas que viajan a sus playas en épocas estivales.

El vector competente, *Aedes albopictus*, está ampliamente extendido por la costa del mediterráneo, incluido Baleares, siendo muy abundante y especialmente activo durante los meses de verano, fechas en las que el flujo de viajeros es mayor.

La población española no ha estado, en general, expuesta a este virus por lo que puede ser considerada mayoritariamente susceptible a la infección. Si valoramos el impacto en la salud derivada de transmisión autóctona sería leve, ya que la mayoría de los casos se manifiestan de forma aguda y la mayoría se recuperan sin secuelas.

En conclusión, existe un riesgo moderado de importación del virus, dada la emergencia de la enfermedad en una zona con estrecha relación con España, y la posibilidad de transmisión autóctona en las zonas con presencia del vector no se puede descartar.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- Existe un riesgo moderado de importación del virus, dada la emergencia de la enfermedad en las islas del Caribe y la frecuente comunicación de España con estas islas. Además, teniendo en cuenta la presencia y extensión del *Aedes albopictus* a lo largo del mediterráneo no se puede descartar que se produzca transmisión autóctona en esta zona.
- Es necesario difundir ampliamente el protocolo nacional de vigilancia de Chikungunya entre los profesionales sanitarios, de forma que los casos importados y autóctonos se detecten lo antes posible para romper su papel como fuente de infección. En ellos se describen el modo de vigilancia, detección y diagnóstico y notificación. En las zonas en donde el vector está presente se recomienda que las medidas de prevención y control se orienten hacia la reducción de la densidad

del vector, procurando la aceptación y colaboración de la población local en la adopción de dichas medidas. Es importante ofrecer información transparente y de calidad acerca de esta enfermedad a través de los medios de comunicación social.

- Es importante reforzar el mensaje dirigido a los viajeros internacionales para que tomen medidas de protección individual en las zonas de riesgo, y que acudan al médico a la vuelta de su viaje si presentan síntomas compatibles con la enfermedad.
- La eficacia de la respuesta frente a las enfermedades transmitidas por vectores se consigue con un abordaje integral, por lo que es importante la coordinación con los sectores implicados a nivel local: sanitario, medioambiental, entomológico, educación y turismo entre otros.

REFERENCIAS

1. Organización Panamericana de la Salud. Número de casos reportados de fiebre Chikungunya en la región de las Américas. http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9053&Itemid=39843&lang=es . 24-6-2014.
2. Organización Panamericana de la Salud. Preparación y Respuesta ante la eventual introducción del virus chikungunya en las Américas. Organización Panamericana de la Salud. 2011. Washington, D.C.: OPS.
3. European Centre for Disease Prevention and Control. Rapid Risk Assessment. Autochthonous cases of chikungunya fever on the Caribbean island, Saint Martin, 13 Decembre 2013. 2013. Stockholm.
4. Angelini, R. et al. Chikungunya in north-eastern Italy: a summing up of the outbreak. *EuroSurveill.* 12, E071122 (2007).
5. Angelini, R. et al. An outbreak of chikungunya fever in the province of Ravenna, Italy. *Euro. Surveill.* 12, E070906 (2007).
6. Gould, E. A., Gallian, P., de, L., X & Charrel, R. N. First cases of autochthonous dengue fever and chikungunya fever in France: from bad dream to reality! *Clin. Microbiol. Infect.* 16, 1702-1704 (2010).
7. Alarcón-Elbal, P. et al. Primeros hallazgos de *Aedes (Stegomyia) albopictus* (Skuse, 1894) en la provincia de Valencia, España. *Anales de Biología* 35, 95-99 (2013).
8. Aranda, C., Eritja, R. & Roiz, D. First record and establishment of the mosquito *Aedes albopictus* in Spain. *Med. Vet. Entomol.* 20, 150-152 (2006).
9. Gimenez, N. et al. [Introduction of *Aedes albopictus* in Spain: a new challenge for public health]. *Gac. Sanit.* 21, 25-28 (2007).
10. Lucientes-Curdi, J. et al. Dispersion of *Aedes albopictus* in the Spanish Mediterranean Area. *Eur. J. Public Health* (2014).