



CIRCULAR: 03/2014, de 4 de julio de 2014

ASUNTO: Alerta de Salud Pública ante la posibilidad de casos importados de Fiebre Chikungunya en Asturias en relación con la situación actual de brotes extensos de la enfermedad en la región del Caribe

ORIGEN: Dirección General de Salud Pública

Alerta de Salud Pública ante la posibilidad de casos importados de Fiebre Chikungunya en Asturias en relación con la situación actual de brotes extensos de la enfermedad en la región del Caribe

La Fiebre Chikungunya es una enfermedad transmitida por mosquitos del género *Aedes*, identificada por primera vez en África (Tanzania) en 1952 y que se ha mantenido endémica en África, Sudeste de Asia y el subcontinente de la India.

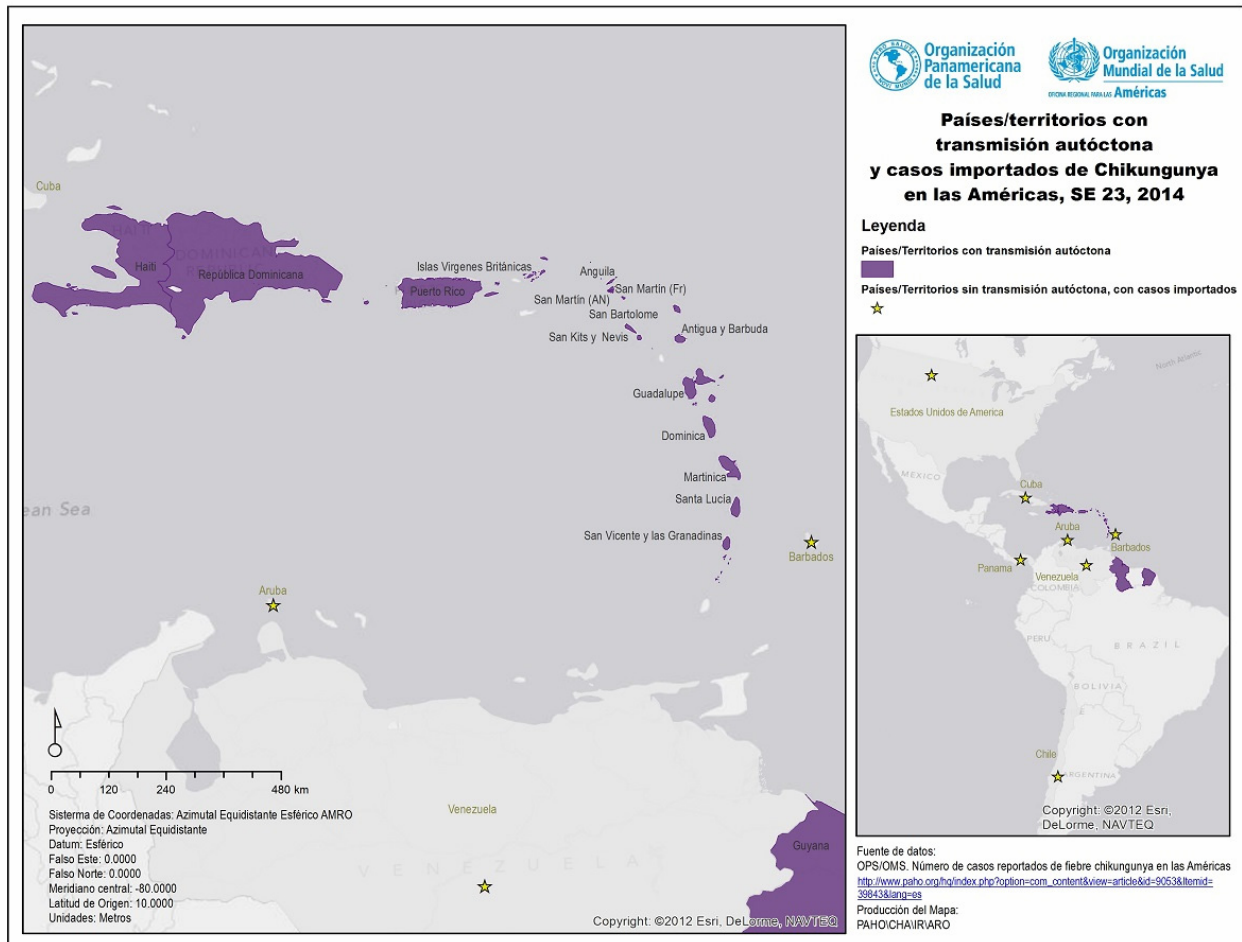
En diciembre de 2013 se detectó por primera vez la transmisión autóctona del virus Chikungunya en las Américas. Desde entonces y dada la amplia presencia del principal mosquito competente para la transmisión, el *Aedes aegypti*, el virus se ha extendido rápidamente por la Región del Caribe y América del Sur.

Hasta el 27 de junio de 2014, se han notificado 258.426 casos sospechosos (4.713 confirmados), incluidos 21 fallecidos en las islas del Caribe, principalmente en las islas del Caribe Latino (idioma español y francés) donde se concentran el 98,6% de los casos sospechosos. Dentro de esa zona, el mayor número de casos ocurre en República Dominicana (135.835 casos, 1,3% de la población afectada), pero las mayores incidencias ocurren en las islas de San Martín (parte francesa) con un 11,8% de población afectada, Martinica (9% de la población afectada), Guadalupe (8,9% de la población afectada) y San Bartolomé (8,5% de la población afectada). Además se han confirmado algunos casos autóctonos en la zona continental de Sudamérica (Guyana, Surinam) y en Centroamérica (San Salvador). También hay casos importados en diferentes países de los alrededores (Figura 1).

Los brotes de Chikungunya suelen alcanzar altas tasas de ataque que oscilan entre el 38% y 63% por lo que se estima que la epidemia se encuentra en desarrollo y extensión. El virus se detectó por primera vez en República Dominicana en abril y, desde entonces hasta el 22 de junio, se han notificado más de 135.000 casos sospechosos con una incidencia de 1305,8 casos por 100.000 hab., por lo que, siguiendo la evolución habitual de la epidemia, se encuentra en plena expansión en esta isla.

También se están detectando casos importados en Europa y en España, especialmente en las últimas semanas, relacionados básicamente con viajeros a las zonas del Caribe. Según los últimos datos procedentes del Centro Nacional de Microbiología, recientemente y relacionado con esta epidemia en el Caribe, entre abril y junio, se han confirmado 28 casos de infección por virus Chikungunya de viajeros procedentes de República Dominicana (8), Martinica (1), zona epidémica de Américas (5) y África subsahariana (4); en el resto de los casos este dato es desconocido.

Figura 1. Países y territorios de la Región de las Américas con transmisión autóctona y casos importados de Chikungunya, SE 23, 2014. (fuente OPS).



Descripción de la enfermedad

La Fiebre Chikungunya es una enfermedad viral causada por un virus de la familia *Togaviridae* transmitido por mosquitos del genero *Aedes*, sobre todo por *Aedes aegypti* y *Aedes albopictus*. Los humanos son el reservorio principal del virus en los periodos epidémicos; los primates no humanos y otros animales salvajes son los reservorios naturales. Los mosquitos adquieren el virus a partir de un huésped virémico. En el humano, la carga viral es detectable desde el primer día del comienzo de síntomas y hasta el 6º día después de la aparición de fiebre, aunque puede durar hasta 10 días.

El periodo de incubación habitual es de 4 a 7 días, pero puede variar de 1 y 12 días. Sin embargo, no todos los individuos infectados desarrollarán síntomas: entre el 3% y 28% de personas con anticuerpos frente al virus tienen infecciones asintomáticas. En los asintomáticos la viremia también puede ser alta al comienzo de la infección, y tanto estos individuos como los que cursan con clínica pueden contribuir a la diseminación de la enfermedad si están presentes y activos los vectores competentes (mosquitos *Aedes*).



La enfermedad aguda se caracteriza por aparición repentina de **fiebre alta** (39°C) con **dolor articular grave**, acompañada de **cefalea**, **lumbalgia**, **conjuntivitis**, náuseas y vómitos. La artralgia o artritis, afecta principalmente a las muñecas, rodillas, tobillos y articulaciones pequeñas de las extremidades, puede ser de bastante intensidad y dura desde algunos días hasta varios meses. En muchos pacientes (60% - 80%), la artritis inicial va seguida, entre 1 y 10 días después, por una **erupción maculo-papulosa** que dura 1 a 4 días. Es común que se presenten mialgia y fatiga, y cursa con linfadenopatía, trombocitopenia, leucopenia y alteración de las pruebas hepáticas. En general tiene una resolución espontánea. Los síntomas desaparecen generalmente entre los 7 y 10 días, aunque el dolor y la rigidez de las articulaciones pueden durar más tiempo. Si bien lo más habitual es que la recuperación se produzca sin secuelas, en zonas endémicas es frecuente que los pacientes experimenten una recaída presentando malestar general, inflamación de las articulaciones y tendones, incrementando la incapacidad para actividades de la vida diaria.

Las principales complicaciones son los trastornos gastrointestinales, la descompensación cardiovascular o la meningoencefalitis. Los grupos de mayor riesgo son las embarazadas en las últimas semanas de gestación, los neonatos, los pacientes con comorbilidades y las personas mayores. Se ha registrado algún caso mortal principalmente en pacientes de edad avanzada o en casos en los que el sistema inmunológico estaba debilitado.

Se han demostrado otras vías de transmisión como la transmisión sanguínea que implica unas medidas de precaución relacionadas con la transfusión de sangre y derivados. También se ha notificado casos de transmisión vertical en mujeres que han desarrollado la enfermedad dentro de la semana anterior al parto.

Todas las personas que no se han infectado previamente son susceptibles. Se cree que una vez expuestos al virus los individuos desarrollan inmunidad prolongada que les protege contra la reinfección.

El diagnóstico de laboratorio se basa en la identificación por RT-PCR o aislamiento del virus durante la primera semana. El diagnóstico serológico puede ser realizado por la detección de anticuerpos IgM a partir de 4-5 días del inicio de los síntomas o si se detecta un aumento en cuatro veces de los títulos de anticuerpos IgG en una muestra de suero pareada (muestras agudas y convalecientes); para eso es necesario la toma de dos muestras de suero del paciente: una en la primera consulta, generalmente en la fase aguda (dentro de los 7 días del inicio de síntomas) y la segunda, durante la fase de convalecencia, tras pasar 15 días. La IgM puede persistir durante meses especialmente en los que padecen artralgia.

No hay ningún tratamiento específico; se debe hacer tratamiento sintomático (del dolor y la fiebre) y vigilancia de la aparición de complicaciones.

Una buena descripción de la presentación de la enfermedad está recogida en un vídeo realizado en República Dominicana y con un enlace en la web de la OPS sobre la enfermedad: <https://www.youtube.com/watch?v=MHsnhehzgE8>

Valoración del riesgo en España y Asturias

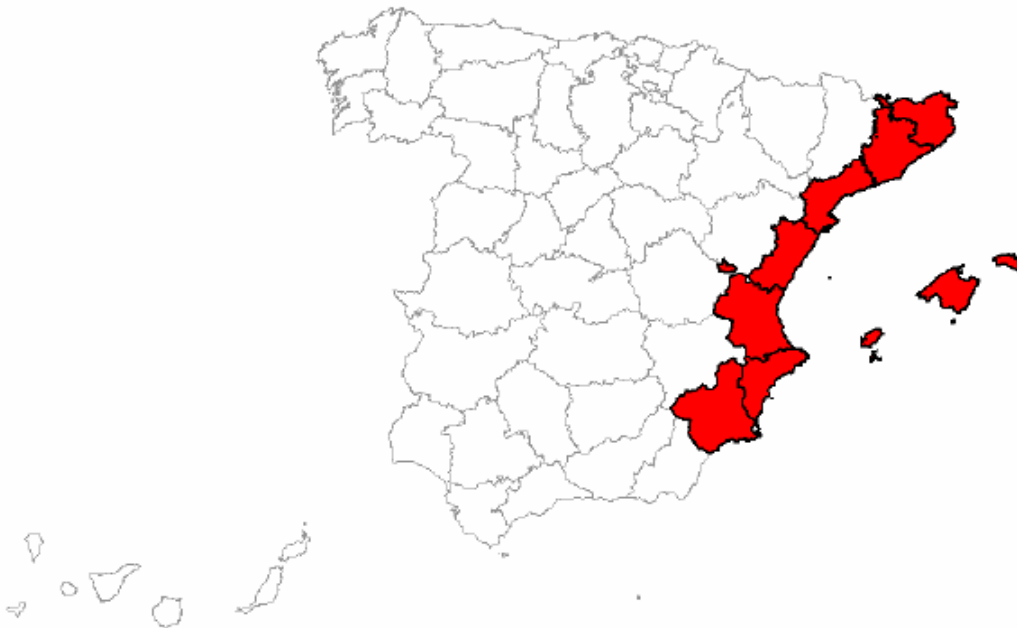
España se encuentra libre de esta enfermedad pero existe un moderado riesgo de importación del virus relacionado con la magnitud del flujo de viajeros procedentes de países en donde la transmisión es activa, en concreto, en estos momentos, el mayor riesgo procede de las islas del Caribe. Especial relevancia 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.

La presencia de un vector competente *Aedes albopictus* (conocido popularmente como *mosquito tigre*) en la costa mediterránea de España aumenta el riesgo de que se establezca la circulación del virus en esos territorios. En la figura 2 se describen las áreas en donde se ha detectado el mosquito desde su primera detección, en Cataluña, en el año 2004.

Los periodos de mayor actividad del mosquito se estiman entre mayo y noviembre. El vector se ha adaptado y vive alrededor de las viviendas. Las hembras, para su reproducción, se alimentan de la sangre de las personas y sobre todo pican durante el día. Tras la alimentación y maduración deposita los huevos en superficies fácilmente inundables y, con escasa cantidad de agua, los huevos eclosionan para completar su ciclo. Su hábitat está tanto dentro como fuera de las viviendas y encuentra sitios de cría en lugares naturales como huecos de los árboles u otros jardines artificiales, actualmente abundantes y cercanos a las viviendas.

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



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

Dada la ausencia del vector, en Asturias se considera probable la aparición de casos importados de las zonas epidémicas, pero sin riesgo de que se establezca una transmisión autóctona de la enfermedad.



Medidas a adoptar

Dada la necesidad de una respuesta integral y coordinada, a nivel del conjunto del estado, para enfrentarse a esta situación, la Dirección General de Salud Pública del Principado de Asturias, en coordinación con la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica y el Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, considera necesario adoptar las siguientes medidas en el conjunto de la Comunidad Autónoma.

1. Notificación obligatoria de todos los casos, sospechosos o confirmados, de Fiebre Chikungunya detectados en el Principado de Asturias

Todos los casos sospechosos o confirmados de Fiebre Chikungunya se deben notificar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica del Principado de Asturias, incluyendo:

a) Se considerará como **caso sospechoso** de Fiebre Chikungunya a las personas con:

- *Aparición aguda de fiebre, mayor de 38,5°C, y artralgia grave/discapacitante que no puedan ser explicados por otras afecciones medicas*

Y

- *Haber residido o visitado zonas endémicas o epidémicas en los 15 días anteriores al inicio de los síntomas, o que hayan coincidido en el mismo lugar y al mismo tiempo, con otros casos probables o confirmados de fiebre Chikungunya*

En la situación actual, se tendrá especialmente en cuenta los viajes realizados a las zonas del Caribe donde está en curso la epidemia actual. Para más información sobre las zonas afectadas en las Américas se puede acceder al siguiente enlace de la OPS:

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=343&Itemid=40931&lang=es

b) Además, en la situación actual, pueden acudir al sistema sanitario **pacientes que hayan sido ya diagnosticados** de Fiebre Chikungunya en las zonas afectadas, antes de su llegada a España, o en otras Comunidad Autónoma. Este diagnóstico puede haber sido solo clínico o incluir una prueba diagnóstica de confirmación (diagnóstico de laboratorio).

Para la notificación de cada caso se recogerán todos los datos disponibles en la Encuesta epidemiológica de Fiebre Chikungunya, que se distribuirá a todas las Gerencias de Área Sanitaria y estará disponible en le Portal de Salud del principado de Asturias (www.astursalud.es).

La encuesta cumplimentada se enviará al Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Asturias por alguno de los siguientes medios:

Correo electrónico: vigilancia.sanitaria@asturias.org

Fax: 985 10 63 20

La notificación se realizará antes de finalizar la mañana del siguiente día laborable al que se haya establecido la sospecha del caso. La notificación puede realizarse también a través de los responsables de Vigilancia Epidemiológica en cada Área Sanitaria, dependientes de la Dirección de Asistencia Sanitaria y Salud Pública.



2. Confirmación de los casos sospechosos de Fiebre Chikungunya

Deben tomarse muestras, para diagnóstico de laboratorio, de todos los casos sospechosos o que solo presenten un diagnóstico clínico. Las pruebas diagnósticas de confirmación se realizarán en el Laboratorio de Microbiología del HUCA y en el Laboratorio de Referencia Nacional de Arbovirosis del Centro Nacional de Microbiología (CNM).

Se tomará muestra del paciente, en la primera consulta, para la realización de las siguientes técnicas diagnósticas:

- Si el paciente acude en los primeros 7 días desde el inicio de síntomas, se realizarán ensayos de PCR y de detección de IgM.
- Si el paciente acude a partir de los 7 días desde inicio de los síntomas se realizarán ensayos de detección de anticuerpos IgM e IgG; en este caso debe recogerse una segunda muestra a los 15 días de la primera.

Se tomará una **muestra de suero** en todos los casos y, si el paciente acude en los 7 primeros días tras el inicio de síntomas, se tomará además una **muestra de sangre total** con EDTA.

Las muestras deben enviarse lo más rápidamente posible (en el mismo día de la extracción) desde el punto de extracción al Laboratorio de Microbiología del Área Sanitaria, manteniéndola refrigerada, acompañadas de un volante con la identificación del paciente y la solicitud de **diagnóstico de virus Chikungunya**. Las muestras se mantendrán refrigeradas y se enviarán (también refrigeradas) al Laboratorio de Microbiología del HUCA lo antes posible. El Laboratorio de Microbiología del HUCA, actuará como centro de referencia para el diagnóstico y el envío de muestras al CNM.

El Laboratorio de Microbiología del HUCA, como centro de referencia, se asegurará que solo se procesan muestras para diagnóstico de confirmación de virus Chikungunya, de los casos que hayan sido notificados al Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Asturias.

3. Medidas ante un caso

No hay ningún tratamiento específico; se debe hacer tratamiento sintomático (dolor, fiebre, prurito asociado al rash) y vigilancia de la aparición de complicaciones. Dado que no se transmite persona-persona, solo se tomarán las precauciones estándar en el medio sanitario.

Con el fin de prevenir la transmisión a nivel local, en las zonas donde exista el mosquito vector se evitará el contacto del caso con los mosquitos mediante la protección individual frente a la picadura de mosquitos a través de mosquiteras en la cama y repelentes eficaces, durante el período de viremia. En la situación actual, ésta actuación no se considera necesaria en Asturias.

El Comité Científico de Seguridad Transfusional ha regulado las principales recomendaciones en relación a las donaciones de sangre de personas que han visitado áreas afectadas, así como de los residentes en las mismas (Acuerdos 18-10-2006 27-06-



2007). La mayoría de zonas en las que se detecta el virus Chikungunya son al mismo tiempo zonas endémicas de paludismo por lo que quedarían excluidas de la donación al quedar incluidas dentro de los criterios de exclusión del paludismo. Además, las personas provenientes de zonas en las que existe el virus, pero no paludismo, serán excluidas durante 4 semanas (28 días) desde su regreso, y si han presentado o se ha sospechado Fiebre Chikungunya durante su estancia en la zona, o a su regreso, se excluirán durante 6 meses. Estas medidas se revisarán y ampliarán en caso de confirmación de transmisión local en alguna zona de España.

Se recomienda la información a los viajeros que se dirijan a zonas endémicas o epidémicas sobre el riesgo de infección, el modo de transmisión, la sintomatología y el periodo de incubación. Se comunicará a estos viajeros la importancia de acudir al médico si se produce fiebre y artralgias que no se deban a otra causa médica, dentro de los 15 días siguientes a abandonar la zona endémica o epidémica. Esta información corre a cargo, en Asturias, del Centro de Vacunación Internacional de Sanidad Exterior de Gijón. En la siguiente dirección se actualiza la información mundial referente a las zonas afectadas por esta enfermedad:
<http://www.cdc.gov/chikungunya/geo/index.html>

4. Difusión de la información al sistema sanitario asistencial; principales implicados

La presente circular (así como la Encuesta Epidemiológica de Fiebre Chikungunya) debe distribuirse a todo el personal sanitario asistencial, para que se tenga en cuenta esta información a la hora de establecer una sospecha de caso y poner en marcha el procedimiento indicado de notificación y confirmación del caso.

Dada la presentación clínica de los casos, que no suelen revestir gravedad suficiente para requerir un ingreso hospitalario, es especialmente importante que la difusión de información se realice al todos los **sanitarios de Atención Primaria**, incluyendo **Atención Continuada** y **Urgencias de Atención Primaria**, así como a los **Servicios de Urgencia de los Hospitales**.

Oviedo, a 4 de julio de 2014

D. Julio Bruno Bárcena
Director General de Salud Pública