

Caso Probable de Fiebre Chikungunya importado.

ALERTA EPIDEMIOLÓGICO

Semana Epidemiológica: 32
Notificador : Dirección de Epidemiología
Ministerio de Salud de la Nación
Fecha de Alerta 6 de agosto de 2014

Ante la notificación por parte del Instituto Nacional de Enfermedades Virales Humanas (INEVH-ANLIS) de un CASO PROBABLE DE FIEBRE CHIKUNGUNYA con antecedente de viaje a República Dominicana, residente en el partido de Florencio Varela, provincia de Buenos Aires, y asistido en un efector de la Ciudad de Buenos Aires, el Ministerio de Salud de la Nación insta a las autoridades de salud de las provincias a fortalecer la sospecha y notificación oportuna de casos de síndrome febril inespecífico con antecedente de viaje a zonas afectadas, con el objetivo de aplicar las medidas adecuadas y oportunas de control.

1. SITUACIÓN ACTUAL

En la semana epidemiológica (SE) 31 de 2014 se notificó a través del SNVS-SIVILA desde el INEVH Dr. Maiztegui, un *caso probable* de Fiebre Chikungunya asistido en un establecimiento de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

El paciente consultó el 15 de julio por un cuadro de 72hs de evolución caracterizado por fiebre, exantema eritematoso en cara, tronco y miembros superiores y artralgias. Estuvo en República Dominicana y Cuba entre el 4 y el 14 de julio.

En el marco de un síndrome febril inespecífico, se estudia en INEVH-ANLIS con resultados negativos para Dengue, Encefalitis de San Luis y Fiebre del Nilo Occidental, y **resultado positivo para anticuerpos IgM contra el virus Chikungunya**. De acuerdo al algoritmo de diagnóstico, notificación y clasificación se trata de un caso Probable con nexo epidemiológico. Para la confirmación del diagnóstico de laboratorio sería necesario realizar prueba de neutralización de anticuerpos IgG, no disponible en el momento actual.

Se tomó contacto con las Direcciones de Epidemiología de la provincia de Buenos Aires y de Ciudad Autónoma de Buenos Aires, a los fines de realizar la investigación epidemiológica local y fortalecer la necesidad de la notificación oportuna de los casos por parte de los servicios asistenciales a través de los sistemas formales dispuestos para ello. Ambas jurisdicciones realizaron la investigación correspondiente, tanto en el establecimiento de salud como en el domicilio del paciente.

Fiebre Chikungunya

La fiebre Chikungunya (CHIK) es una enfermedad emergente causada por un Alfavirus, el virus Chikungunya (CHIKV). Es transmitida por mosquitos *Aedes aegypti* y *Ae. albopictus*, las mismas especies involucradas en la transmisión del Dengue. Suele durar entre cinco y siete días, y produce dolores articulares graves, a menudo incapacitantes. Raramente pone en peligro la vida del paciente y carece de tratamiento específico.

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.

Agente infeccioso: CHIKV es un virus ARN que pertenece al género Alfavirus de la familia *Togaviridae*.

Reservorio: Los humanos son el reservorio principal del CHIKV durante los períodos epidémicos. En los períodos interepidémicos, diversos vertebrados son reservorios potenciales, incluyendo primates no humanos, roedores, aves y algunos mamíferos pequeños.

Período de incubación: Los mosquitos adquieren el virus a partir de un huésped virémico. Después de un período promedio de incubación extrínseca de 10 días, el mosquito es capaz de transmitir el virus a un huésped susceptible. En los humanos picados por un mosquito infectado, los síntomas aparecen después de un período de incubación intrínseca de tres a siete días (rango: 1-12 días)

Susceptibilidad: Todos los individuos no infectados previamente con el CHIKV están en riesgo de adquirir la infección y desarrollar la enfermedad.

Manifestaciones clínicas: Entre el 3 y 28% de los individuos afectados presentarán infecciones asintomáticas. Después del período de incubación, el CHIKV causa una enfermedad febril generalmente asociada con artralgia/artritis (87%), dolor de espalda (67%) y cefalea (62%). También es frecuente la aparición de un rash maculopapular (28-77%). Las artralgias suelen ser simétricas y de localización más frecuente en tobillos, muñecas y articulaciones pequeñas de la mano; si bien puede afectar articulaciones más grandes (rodilla, hombro, columna vertebral) y ser migratoria en el 70% de los casos. Pueden presentarse náuseas, vómitos y conjuntivitis. Los síntomas suelen ceder en 1-3 semanas, aunque se describen formas subagudas y crónicas de la enfermedad, siendo poco frecuente las graves (neonatos, adultos mayores o con enfermedades crónicas subyacentes).

Diagnóstico diferencial: Dengue, leptospirosis, malaria, otras infecciones por *Flavivirus* y artritis postinfecciosas.

Diagnóstico laboratorial: Se utilizan tres tipos de metodologías según la fecha de toma de la muestra: aislamiento viral, detección de genoma viral y técnicas serológicas para la detección de anticuerpos IgM e IgG. Se requieren técnicas de neutralización para confirmar resultados positivos de IgM, ya que se ha informado reactividad cruzada con algunos otros Alfavirus pertenecientes al mismo serogrupo, por ejemplo, con el virus Mayaro.

Tratamiento: Sintomático y de soporte.

Prevención: Dado el reservorio humano y la presencia en Argentina del vector, la medidas de control más efectiva reside en el control vectorial similares a las de Dengue.

2. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA EN LAS AMÉRICAS¹

¹ OPS: Hoja informativa Chikungunya. Disponible en http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=8303&Itemid=40023&lang=es

Al 1 de agosto de 2014 los países y territorios en la Región de las Américas que han registrado casos autóctonos de Fiebre CHIK son: Costa Rica, Estados Unidos de América, Panamá, El Salvador, República Dominicana, Guadalupe, Guayana Francesa, Haití, Martinica, Puerto Rico, San Bartolomé, San Martín (territorio francés), Venezuela, Anguila, Antigua y Barbuda, Aruba, Barbados, Bahamas, Islas Caimán, Dominica, Guyana, Saint Kitts y Nevis, San Vicente y Las Granadinas, Santa Lucía, San Martín (territorio holandés), Surinam, Islas Turcas y Caicos, Islas Vírgenes Británicas e Islas Vírgenes (EEUU), con un total de 508,122 casos sospechosos y 5271 casos confirmados acumulados en el período 2013-2014.

Además se han reportado casos importados en México, Cuba, Perú, Brasil, Chile y Paraguay.

Los países con más casos autóctonos reportados han sido la República Dominicana y Haití.

3. ANTECEDENTES EN ARGENTINA

En Argentina, desde el año 2009, el Laboratorio de Referencia de Dengue y otros Arbovirus del INEVH-ANLIS ha realizado diferentes actividades de preparación de la vigilancia laboratorial para la potencial emergencia de este Arbovirus.

Se estudiaron en el período 2011 hasta la actualidad un total de 34 casos sospechosos con nexo epidemiológico de viaje a zonas afectadas. Se detectó un caso importado probable en 2011: un paciente con anticuerpos IgM positivos y antecedentes de viaje a la India, con un cuadro clínico caracterizado por fiebre, cefalea intensa, mialgia y artralgias.

4. RECOMENDACIONES PARA LA VIGILANCIA DE FIEBRE POR VIRUS CHIKUNGUNYA

Objetivos:

- Implementar de forma oportuna medidas de prevención y control de nivel individual y comunitario.
- Detectar oportunamente zonas de alto riesgo y brotes.

Definiciones y clasificaciones de caso de FIEBRE POR VIRUS CHIKUNGUNYA²:

CASO SOSPECHOSO

Todo paciente con inicio agudo de fiebre mayor a 38.5°C y artralgias graves discapacitantes o artritis no explicada por otra condición médica, y que reside o ha visitado áreas endémicas o con transmisión confirmada del virus dentro de las dos (2) semanas previas al inicio de síntomas^{3,4}.

CASO PROBABLE

Todo paciente que cumpla con los criterios de caso sospechoso y presente IgM positiva en muestra de suero o tejidos obtenida en fase aguda o convaleciente.

CASO CONFIRMADO

Todo paciente que cumpla con los criterios de caso sospechoso o probable y se obtenga:

- aislamiento viral y/o detección molecular del genoma viral en muestra (suero o tejido) obtenida dentro de los ocho (8) días de evolución desde el inicio de la fiebre, o
- Prueba de Neutralización de anticuerpos IgG positiva en sueros pareados.

Sistema de Notificación e Información:

El sistema oficial de notificación e información para la vigilancia es el SNVS en sus módulos clínico (C2) y laboratorial (SIVILA)

³ CDC. OPS/OMS Preparación y respuesta ante la eventual introducción del virus Chikungunya en las Américas. Washington, D.C.: OPS, 2011. 159p

⁴ Ministerio de Salud de la Nación. Fiebre Chikungunya, 11/07/2014

- **Vigilancia clínica**

1. Se notificará a través del módulo C2 de forma inmediata y nominal todo caso sospechoso de Fiebre Chikungunya en el establecimiento donde el paciente fue asistido. Se completarán los campos mínimos solicitados: Fecha de inicio de síntomas, de consulta, DNI, Sexo, Edad, lugar de contagio. Esta acción disparará de manera automática un correo electrónico de alerta a los referentes.

2. Se comunicará en forma inmediata a la autoridad sanitaria que corresponda por la vía más rápida existente.

- **Vigilancia por laboratorio**

1. Se notificará en ficha de Notificación Individual del SIVILA-SNVS a través del Grupo de Eventos "OTRAS INFECCIONES POR ARBOVIRUS" / Evento: "VIRUS CHIKUNGUNYA" toda vez que el laboratorio obtenga o reciba una muestra proveniente de un caso sospechoso de Fiebre por Virus Chikungunya. El sistema emitirá un correo de alerta ante cada caso y resultado.

2. Se informarán los sucesivos resultados de las pruebas diagnósticas a través del mismo sistema.

4. TOMA Y DERIVACIÓN DE MUESTRAS PARA DIAGNÓSTICO

- a) La muestra de elección es suero obtenido en forma estéril y mantenido a 4°C.
- b) En caso de obtener resultados positivos en un suero de la fase aguda, se solicitará una segunda muestra (par serológico) obtenida en el período de la convalecencia (10-15 días de diferencia con la primera).
- c) Las muestras deben enviarse refrigeradas dentro de recipientes impermeables y cerrados. Deberá enviarse por un servicio de transporte rápido, siendo el remitente el responsable de la bioseguridad durante el mismo.
- d) Debe acompañar el envío la ficha clínico-epidemiológica correspondiente.
- e) Las muestras deberán ser remitidas de acuerdo a los lineamientos de la Red Nacional de Dengue y otros Arbovirus.
- f) Las muestras deberán canalizarse a través de la Coordinación Jurisdiccional de Redes de Laboratorios.

En la actualidad el diagnóstico laboratorial se encuentra centralizado en el INEVH-ANLIS. Se está realizando el proceso de transferencia desde la división DVBD del CDC para la producción de antígenos y para la puesta a punto de la confirmación serológica por neutralización en el INEVH.

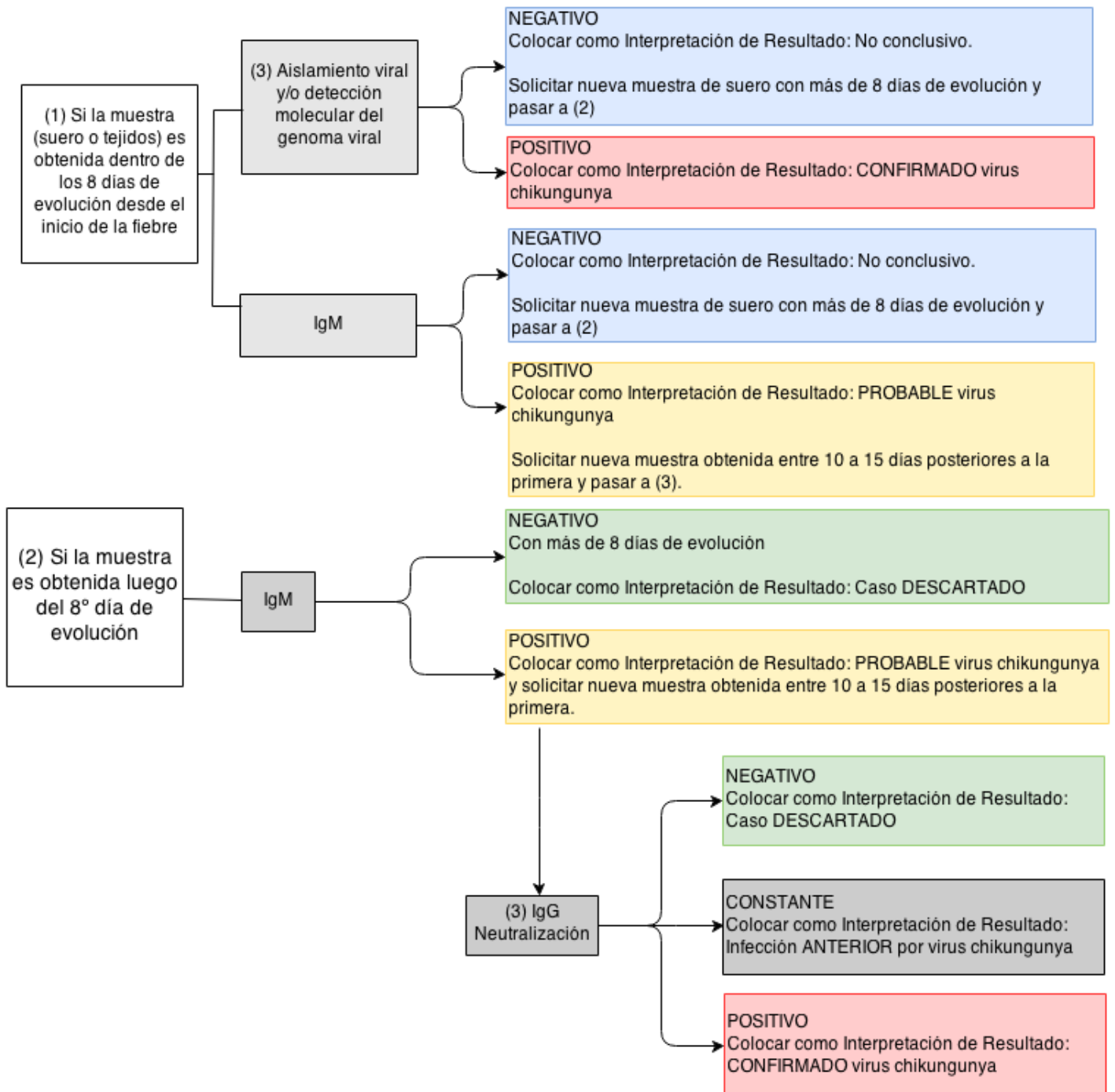
Los laboratorios provinciales de la Red Nacional de Dengue y otros Arbovirus han recibido capacitación para el diagnóstico de este agente.

Un solo caso importado de CHIKV en las Américas no constituye necesariamente una emergencia de salud pública de importancia internacional, si bien este caso debe ser investigado exhaustivamente para minimizar el riesgo de que CHIK se establezca en el país.

La sospecha de una transmisión autóctona de CHIKV en las Américas debe reportarse conforme al Reglamento Sanitario Internacional (RSI).

VIRUS CHIKUNGUNYA - Algoritmo de trabajo de la red de laboratorios y notificación de infección por virus chikungunya a través del SIVILA

Caso sospechoso: paciente con inicio agudo de fiebre mayor a 38.5°C y artralgias graves discapacitantes o artritis no explicada por otra condición médica, y que reside o ha visitado áreas endémicas dentro de las dos (2) semanas previas al inicio de síntomas .



Nota aclaratoria para las pruebas de Neutralización de anticuerpos IgG: se considera "CONSTANTE" cuando no hay cambio de título entre la primera y segunda muestra, y "POSITIVO" cuando hay seroconversión.