



ISSN 00755222

Volumen 44. N°. 1. Enero - Junio 2016

Universidad del Zulia
Facultad de Medicina
Escuela de Medicina
Departamento de Enfermedades
Infecciosas y Tropicales
Maracaibo, Venezuela

KASMERAP

NOTA CLINICA

CHIKUNGUNYA: Experiencia en la emergencia de adultos. Hospital III Nuestra Señora de la Chiquinquirá. Maracaibo, Venezuela. Septiembre-Diciembre 2014

CHIKUNGUNYA: Experience in adults emergency. Hospital III Nuestra Señora de la Chiquinquirá. Maracaibo. Venezuela. September-December 2014

Pirela U. Carmen C¹, Rondón Ana M², Barriga Amelia², Zambrano Olga³.

¹Medico Internista. Emergencia de adultos. 5to departamento. Hospital III Nuestra Señora de la Chiquinquirá. Maracaibo. Venezuela

²Licenciada en Enfermeria. Departamento de Epidemiologia. Hospital III Nuestra Señora de la Chiquinquirá.

³Archivo. Departamento de Epidemiologia. Hospital III Nuestra Señora de la Chiquinquirá.

Autor de correspondencia:

Dra. Pirela U. Carmen, correo electrónico: pirelacc@gmail.com

Resumen

Se describe la experiencia en casos probables de chikungunya en la emergencia de adultos de un hospital de Maracaibo, Venezuela. Se reporta la morbilidad y mortalidad entre Septiembre a Diciembre 2014, así como el análisis y diagnóstico clínico de los casos agudos en una zona endémica para dengue.

Palabras clave: Fiebre chikungunya; morbilidad; mortalidad.

Abstract

This work reports experience in probable cases of chikungunya fever at adult emergency in a Maracaibo Hospital, Venezuela. It is describes morbidity and mortality between September to December 2014, as well as analysis and clinic diagnosis in acute and complicated cases in a endemic dengue fever zone.

Key words: Chikungunya fever; morbidity; mortality.

Recibido: 29/11/15 / Aceptado: 12/02/16

INTRODUCCION

La fiebre chikungunya es una enfermedad vírica transmitida al ser humano por mosquitos. En diciembre de 2013, la Organización Mundial de la Salud (OMS) informa la primera transmisión local de chikungunya en el hemisferio occidental (1, 2). A finales del mes de Julio 2014, Venezuela reporta su primer caso autóctono, por lo que se decidió realizar esta investigación, basándonos en las directrices de la PAHO (3), que señalan la prevalencia del diagnóstico clínico ante el de laboratorio para la decisión del tratamiento a los pacientes afectados. Se hace seguimiento a la variable fiebre (R50) en el boletín de enfermedades notificables del Ministerio Popular para la Salud de Venezuela (MPPS), la cual comienza a tener una razón endémica ascendente a partir de la semana epidemiológica N°25, en donde la razón endémica para esta variable se sitúa en el máximo esperado. A partir de la semana epidemiológica N°35 (4) se comienza a observar el incremento notable de la incidencia de fiebre según criterios de vigilancia, y el repunte de casos en el grupo etario comprendido entre los 25 y 44 años, tanto de fiebre como de diarrea, hasta esta semana se mantienen en el estado Zulia igual incidencia con respecto a la semana N°35 del 2013 en los casos sospechosos de dengue. A partir de la semana N°36 repuntan los casos sospechosos de dengue, y en la semana N°37 se duplican estos casos con respecto a la misma semana del año anterior, esto llevó a considerar el diagnóstico del primer caso

probable de chikungunya en el hospital para el 05 de septiembre del 2014.

Se realizó un estudio de observación transversal de los pacientes que asistieron a la Emergencia de Adultos del Hospital III Nuestra Señora de la Chiquinquirá, en Maracaibo, Estado Zulia, Venezuela. El tiempo del estudio estuvo comprendido desde Septiembre hasta Diciembre de 2014. Se revisaron los registros médicos de morbi-mortalidad, tomándose como variable común la tabulación por síndrome viral febril. Por otro lado, se escogieron al azar 266 pacientes del triaje que llenaban los requisitos como casos probables de chikungunya según especificaciones de la PAHO⁽⁵⁾

A cada paciente se le tomó la muestra de sangre en los primeros 5 días del inicio de los síntomas, para investigación de serología para dengue y chikungunya (CHKV), procedimiento que se realizó según especificaciones de la PAHO (5).

En el lapso del estudio fueron atendidos un total de 10.795 pacientes de los cuales 6.742 (62,45%) fueron mujeres y 4.053(37,54%) fueron hombres. Se atendieron 5.387(49,90%) pacientes por fiebre del total de casos. Considerando la razón endémica y el número de casos en la emergencia, se sitúa la tasa de ataque en 60%. El mayor porcentaje de casos por fiebre se observó en el mes de Noviembre con 63,78%, no obstante la atención por fiebre significó en todos los meses un porcentaje mayor del 40% en contraste con el mayor del 7% para el mismo periodo del año anterior (Ver Tabla 1).

TABLA 1 Morbilidad total y por fiebre en la Emergencia de Adultos, Sep-Dic 2014.

| MES | HOMBRES | MUJERES | FIEBRE | TOTAL | % |
|------------|---------|---------|--------|-------|-------|
| SEPTIEMBRE | 877 | 1413 | 1029 | 2290 | 44,93 |
| OCTUBRE | 1571 | 2484 | 1923 | 4055 | 47,42 |
| NOVIEMBRE | 953 | 1739 | 1717 | 2692 | 63,78 |
| DICIEMBRE | 652 | 1106 | 718 | 1758 | 40,84 |
| TOTAL | 4053 | 6742 | 5387 | 10795 | 49,90 |

Fuente: Departamento de Registro y Estadísticas de Salud. Hospital III Nuestra Señora de la Chiquinquirá.

Del total de todas las muestras obtenidas, 32 (12%) no fueron procesadas debido a que presentaban lipemia o hemólisis. De los 234 casos restantes el mayor porcentaje en número de pacientes estuvo en el grupo etario comprendido entre los 21 y 40 años (71%) (Tabla 2)

TABLA 2 Casos probables de chikungunya enviados para confirmación. Sep-Dic 2014

| EDAD | CASOS |
|-------|-------|
| 10-20 | 29 |
| 21-30 | 75 |
| 31-40 | 55 |
| 41-50 | 38 |
| 51-60 | 21 |
| ≥ 61 | 16 |
| TOTAL | 234 |

Fuente: Epidemiología. Hospital III Nuestra Señora de la Chiquinquirá

Todos los pacientes presentaron como signos comunes comienzo súbito de fiebre alta cuantificada en 39°C, artralgias y poliartritis predominante en articulaciones distales de las extremidades que limitaba por dolor la movilidad de las mismas: las articulaciones más afectadas fueron los tobillos (85%), cefalea (89%), erupción cutánea maculopapular fina similar a la del sarampión (96%), acompañándose en el 75% de los casos con prurito, exantema orofaríngeo en 15 pacientes (6,4%), angioedema en cara en 3 pacientes (1,28%), 72 (31%) pacientes refirieron náuseas, 12 de los cuales presentaron también vómitos, 61 (26%) pacientes presentaron diarrea acuosa, clara, autorresolutiva de 36 horas en promedio de duración que llevaba a la deshidratación, postración, desvanecimiento y desmayo, 26 (11%) pacientes tuvieron gingivorragia y 36 petequias (15%) que predominaban en manos y pies, incluyendo palmas y plantas, se puede describir como un exantema purpúrico en guante y calcetín. En los análisis de laboratorio, 67 (29%) pacientes presentaron cuentas

blancas disminuidas sin variación en la fórmula, la disminución se observó a partir del tercer día, sólo 11 (5%) pacientes presentaron cuentas blancas menores de 3000 xmm³. Se observaron 4 (1,7%) casos con disminución de plaquetas entre 100.000 y 150.000 xmm³, solo uno de éstos casos presentó gingivorragia y petequias. Ninguno del total de los 234 pacientes ameritó hospitalización, 142 (61%) se dejaron en observación por 6 horas para recibir hidratación parenteral. De las muestras enviadas al laboratorio del MPPS para su confirmación serológica para CHIKV, los resultados no fueron reportados. Sin embargo, ninguna de estas muestras arrojó resultado serológico positivo IgM para dengue.

En este estudio los pacientes exacerbaron su patología pre-existente, solo explicable desde el punto de vista clínico por posible afectación vasculítica sistémica, ya que se observó en estos casos compromiso de cualquier órgano blanco.

Al tener un alto índice de pacientes que ingresaron con hipotensión, se decidió aplicar un esquema de hidratación similar al recomendado para el de shock por dengue (6), observando mejoría notable. Al igual que en otros estudios (7, 8) se observó, fiebre alta, exantema maculopapular pruriginoso, enantema, angioedema, náuseas, diarreas, vómitos y poliartritis aguda incapacitante. Fueron mayormente afectadas las articulaciones distales, entre ellas sobresalió la tibioastragalina. Otro punto relevante, fue la presentación de petequias en manos y pies incluyendo palmas y plantas, en algunos casos pruriginoso, como un exantema purpúrico en guante y calcetín (9) y aunque está reportado como agente causal el parvovirus B19 y no se pudo confirmar serología para CHKV, se recomienda su confirmación en estudios posteriores.

Es importante señalar que en los casos con gingivorragia no se reportó trombocitopenia menor a 100.000 mm³, hubo leucopenia (10) en estos pacientes sin variación en la fórmula, no obstante, el hallazgo se observó solo a partir del tercer día.

Se recomienda en estudios posteriores cotejar la clínica con los resultados serológicos tanto para fiebre por chikungunya como dengue, para poder confirmar los datos clínicos aportados por este estudio

BIBLIOGRAFIA

1. OMS/OPS. Actualización epidemiológica. Fiebre por Chikungunya. 24 de enero 2014.pdf. Disponible en https://www.google.es/url?q=http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman%26task%3Ddoc_view%26gid%3D24019%26Itemid%3D&sa=U&ved=oahUKEwjV9djp697LAhVHDxoKHfKCAvoQFggVMAM&usq=AFQjCNG8vHABEaAQhFWuNm9s9ZefGQeCMA
- 2.- PAHO. Reporte casos acumulados Fiebre por Chikungunya 2013-14. Disponible en http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9053&Itemid
3. Epidemiological Alert Chikungunya and dengue fever in the Americas 29 August 2014 disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9874%3A2014-29-august-2014-epidemiological-alert-chikungunya-and-dengue-fever-in-the-americas&catid=2103%3Amost-recent-ea&Itemid=40266&lang=PopulparalSaluBoletínEpidemiológicoDisponhttp:gobindexphp?option=comphocadownload&view=category&id=43:ano2014&Itemid=915
5. PAHO/CDC. Preparedness and response for Chikungunya virus in the Americas. Washington, D.C.: PAHO, 2011. http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=16984&Itemid=&lang=en
6. World Health Organization. Global strategy for dengue prevention and control 2012–2020. Geneva: WHO; 2012. Disponible en: http://www.who.int/immunization/sage/meetings/2013/april/5_Dengue_SAGE_Apr2013_Global_Strategy.pdf
- 7.- Pimentel R, Skewes-Ramm R, Moya J. Chikungunya en la República Dominicana: lecciones aprendidas en los primeros seis meses. Rev Panam Salud Publica. 2014. 36(5): 336-341. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=343&Itemid=40931&lang=es
- 8.- Ahmad Faudzi Y, Amal Nasir M, Hani Mat H, Wan Mansor H, Apandi Mohd Y, Rozilawati H, and Faezah Noor A. The assessment of risk factors for the Central/East African Genotype of chikungunya virus infections in the state of Kelantan: a case control study in Malaysia. BMC Infect Dis. 2013; 13: 211. Disponible en: <http://paperity.org/p/56929407/the-assessment-of-risk-factors-for-the-central-east-african-genotype-of-chikungunya-virus>
- 9.- López-Gómez M, Gómez-Avivar P, López-Ruz M, Jiménez-Alonso J. Varón de 35 años con fiebre y exantema purpúrico: Caso clínico. Enferm infecc y Microbiol clin. 2006. 24(4): 277-9. Disponible en: <http://www.elsevier.es/en-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-articulo-varon-35-anos-con-fiebre-13087300>
- 10.- Staikowsky F, Talarmin F, Grivard P, Souab A, Schuffenecker I, Le Roux K, *et al*. Prospective study of Chikungunya virus acute infection in the Island of La Réunion during the 2005-2006 outbreak. PloS One. 2009. 28;4(10):e7603. <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0007603>



Kasmera

Revista del Departamento de
Enfermedades Infecciosas y Tropicales

*Esta revista fue editada en formato digital y publicada
en junio de 2016, por el **Fondo Editorial Serbiluz**,
Universidad del Zulia. Maracaibo-Venezuela*

www.luz.edu.ve
www.serbi.luz.edu.ve
produccioncientifica.luz.edu.ve