

Guía de manejo en Atención Primaria de pacientes con Dengue, Chikungunya y Zika



Marzo 2016

Índice

Introducción	2
Cuestiones preliminares	3
1. DENGUE. Manejo del paciente en Atención Primaria	8
2. CHIKUNGUNYA. Manejo del paciente en Atención Primaria	19
3. ZIKA. Manejo del paciente en Atención Primaria	23
Referencias	26

Esta Guía ha sido elaborada por:

Javier Arranz Izquierdo. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMFYC)

Fernando Pérez Escanilla. Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG)

Manuel Linares Rufo. Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN)

Coordinada por Carmen Amela Heras y M^ª José Sierra Moros. Centro de Coordinación de Aleras y Emergencias Sanitarias (CCAES). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Introducción

El dengue, la enfermedad de chikungunya y la enfermedad por el virus Zika, son enfermedades víricas transmitidas por vectores (artrópodos) y constituyen un grupo de enfermedades que se extienden a gran velocidad, afectando, allí donde llegan, a un porcentaje elevado de la población. Los virus que causan estas tres enfermedades se transmiten, habitualmente, de persona a persona a través de la picadura de mosquitos del género *Aedes*.

Ha sido en el continente americano donde este crecimiento ha resultado más evidente. Primero fue la reemergencia del dengue en los años 90, poco a poco llegaron los cuatro serotipos del virus, y la incidencia y la presencia de cuadros graves de la enfermedad sigue aumentando. Más recientemente llegaron dos virus previamente desconocidos; en 2014 llegó el virus chikungunya y posteriormente en 2015 el virus Zika y ambos han demostrado ser capaces de avanzar a gran velocidad sin detenerse ante fronteras marítimas o terrestres, afectando a su paso a gran número de personas.

La emergencia de estas enfermedades viene precedida de la introducción de un vector competente para su transmisión. En España se ha establecido el *Aedes albopictus*, también conocido como mosquito tigre, en toda la costa mediterránea, incluyendo las Islas Baleares. Este vector ha demostrado ampliamente ser competente en la transmisión de estas enfermedades.

Las actividades fundamentales para la prevención y el control de la transmisión de estos virus deben ir dirigidas a la detección, diagnóstico y tratamiento de los casos importados o autóctonos y adoptar medidas que reduzcan el contacto entre las personas infectadas y el vector.

La Atención Primaria juega un papel primordial en la identificación de las personas infectadas, su diagnóstico y tratamiento, así como en la rápida adopción de medidas que eviten el contacto con los mosquitos ante el inicio de los primeros síntomas.

Por ello, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, ha solicitado a las Sociedades implicadas en el manejo de pacientes desde la Atención Primaria el desarrollo de esta Guía que a continuación se presenta y que es una herramienta fundamental para la detección temprana de estas enfermedades. La Guía ha sido elaborada por la *Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG)*, *Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMFYC)* y la *Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN)*.

Cuestiones preliminares

Son objetivos de la Atención Primaria en relación con las Enfermedades de Transmisión por Vectores (ETV), colaborar en su detección precoz, contribuir a evitar su transmisión en nuestro medio y realizar el manejo clínico y seguimiento de los pacientes.

La mayoría de las actividades relacionadas con los dos primeros objetivos son comunes a las tres ETV que incluye esta guía, incluso parte del manejo clínico. Los aspectos de manejo clínico específicos son tratados en los apartados de cada enfermedad.

A. Detección precoz de casos de ETV.

Los brotes epidémicos actuales de estas tres ETV tienen lugar casi en las mismas localizaciones, todos ellos países con importante relación con el nuestro por lo que debemos esperar recibir casos importados.

Por ello a todo paciente febril que consulte en atención primaria se le debe preguntar de forma activa por su **historia reciente de viajes**, al menos en los 15 días previos al inicio de los síntomas.

Es importante conocer la información actualizada de las regiones afectadas. Esta información se puede encontrar en los siguientes enlaces en los que se actualizan mapas con las áreas afectadas:

Dengue: <http://www.healthmap.org/dengue/en/>

Chikungunya: <http://www.cdc.gov/chikungunya/geo/>
<http://www.healthmap.org/chikungunya/>

Zika: http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/zika_virus_infection/zika-outbreak/Pages/Zika-countries-with-transmission.aspx
<http://www.healthmap.org/zika/>

En aquellos casos sin historia de viajes pero que refieran **casos confirmados próximos** deberemos valorar la posibilidad de que se trate de un caso autóctono en aquellas zonas con vector competente (*Aedes albopictus*) establecido, en la época del año con presencia del vector adulto (mayo a octubre, principalmente septiembre-octubre) y la posibilidad de que la fuente de transmisión sea un caso confirmado (tabla 1). En el caso específico de Zika se valorará la posibilidad de transmisión sexual y/o perinatal.

Tabla 1. Características epidemiológicas ETV

	DENGUE	CHIKUNGUNYA	ZIKA
Período de incubación intrínseco (días)	3 - 14	1 - 12	3 - 12
Viremia (días)	-1 - 8	1 - 10	3 - 5
Clínica (%)	20 - 60	80	20

Diagnóstico

Si bien existen ciertas diferencias clínicas entre las tres ETV (tabla 2), no son suficientes para garantizar un diagnóstico empírico correcto.

Dado que la infección por dengue es la que, en su fase aguda, puede evolucionar de forma más severa, es aconsejable descartarla inicialmente.

No debe olvidarse que otras enfermedades son si cabe más frecuentes y potencialmente graves: malaria, fiebre tifoidea, leptospirosis o primoinfección VIH.

Tabla 2. Características clínicas ETV

	DENGUE	CHIKUNGUNYA	ZIKA
Fiebre	Brusca y elevada	Elevada	Moderada
Rash	Petequial	Máculopapular Vesículoampoloso	Máculopapular Pruriginoso
Conjuntivitis	Rara	Rara	No purulenta
Artralgias	Presentes	Severas	Presentes
Otros síntomas	Cefalea, vómitos, postración, sangrados	Raros: mielitis, meningoencefalitis	Mialgias, dolor retro-orbitario

El diagnóstico se hará, mediante el envío de las muestras del paciente al laboratorio de referencia de la Comunidad Autónoma, allí se realizará un primer diagnóstico del paciente y cuando la situación lo requiera, siguiendo lo establecido en el Protocolo de

Vigilancia de la enfermedad, se enviarán las muestras al Centro Nacional de Microbiología para su confirmación.

La técnica diagnóstica de elección dependerá del tiempo transcurrido entre el inicio de síntomas (información importante para el laboratorio) y la toma de muestra de forma orientativa son las siguientes:

- entre 0 a 7 días: aislamiento o PCR en suero.
- entre 0 a 15/20 días: aislamiento o PCR en orina.
- a partir del 5º día: serología en suero.

Los criterios para confirmar cada uno de las enfermedades tratadas en esta guía se presentan en los protocolos de Vigilancia Epidemiológica <http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-procedimientos/protocolos.shtml>

B. Disminución de la transmisión de ETV.

En aquellas zonas donde la transmisión de ETV sea posible (presencia del vector competente y época del año con vector adulto), deben realizarse recomendaciones para evitar que un caso confirmado y en período virémico pueda transmitir la enfermedad.

Estas recomendaciones son extensibles a las tres ETV:

- Eliminación de las zonas de cría cercanas al domicilio del caso confirmado, por lo que se contactará con las autoridades sanitarias y medioambientales.
- No es preciso un aislamiento estricto, aunque la situación clínica del paciente hará recomendable el descanso domiciliario.
- Uso de repelentes apropiados (Tabla 3). Los repelentes deben aplicarse 30-60' después de las cremas solares y evitar el contacto con mucosas.
- Vestir ropa adecuada: Se deben minimizar las zonas del cuerpo expuestas vistiendo camisas de manga larga y pantalones largos. Se recomienda usar calcetines y calzado cerrado en vez de sandalias. Vestir ropa de color claro atrae menos a los mosquitos, también la impregnación con permetrina al 10-20% o el uso de ropa ya tratada. Se desaconseja el uso de ropa oscura o con estampados florales, jabones aromatizados, perfumes o aerosoles para el pelo, ya que pueden atraer insectos.

- Aire acondicionado: El aire acondicionado es un medio muy efectivo para mantener fuera de la habitación mosquitos siempre que la habitación no tenga grietas alrededor de las puertas o ventanas. En los lugares con aire acondicionado no es necesario tomar otras precauciones en el interior.
- Mosquiteras en puertas y ventanas: Las mosquiteras colocadas en puertas y ventanas reducen la exposición a insectos voladores.
- Mosquiteras para dormir: Cuando no se dispone de aire acondicionado o mosquiteras en puertas y ventanas se recomienda usar mosquiteras que cubran el área de la cama para evitar picaduras durante las horas de sueño. Las mosquiteras deben ser resistentes y tener una trama con orificios menores a 1.5 mm. Existen mosquiteras tratadas con repelentes cuya eficacia es mucho mayor cuyo efecto puede durar varios meses si no se lavan.
- Existen mosquiteras para cunas y cochecitos de bebés que son muy útiles ya que los menores suelen dormir más horas al día y en muchas ocasiones fuera de casa. Existen también mosquiteras adaptadas para hamacas y tela mosquitera para añadir a tiendas de campaña.

Tabla 3. Resumen de los repelentes químicos sintéticos autorizados en España

Ingrediente activo	Concentración	Menores de dos años	Horas de efecto	Observaciones
DEET	30%	NO	6 -13	Disuelve plásticos
	> 30%	NO	6-13	
RS3535*	20%	SI	10	No aplicar en tronco
Icaridina	20%	No datos	6	Pendiente de evaluación
Citrodiol	30%	SI	4-6	

*concentraciones superiores al 20% no han sido evaluadas a nivel europeo.

La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios ha publicado en marzo de 2016 un listado de los repelentes de insectos de uso humano autorizados por dicha Agencia eficaces frente a mosquitos del género Aedes. Este listado se puede encontrar en el siguiente enlace:

<http://www.aemps.gob.es/cosmeticosHigiene/cosmeticos/docs/listado-repelentes-insectos-virus-Zika.pdf>

C. Manejo clínico y seguimiento de casos ETV.

Para un correcto manejo clínico de estas ETV en Atención Primaria, el diagnóstico de dengue debe descartarse lo más rápidamente posible (24h) dado su posible agravamiento en las primeras 48h postdefervescencia.

Las autoridades sanitarias informarán de forma adecuada a los centros sanitarios del circuito establecido para el correcto diagnóstico y notificación de los casos.

En un escenario de brote epidémico, los criterios diagnósticos serán principalmente clínico-epidemiológicos pudiéndose utilizar estrategias de red centinela como en otras patologías (gripe), para el diagnóstico de confirmación y seguimiento del brote.

La identificación de síntomas de alarma de dengue grave es la principal herramienta en Atención Primaria, para el correcto seguimiento de los casos de ETV.

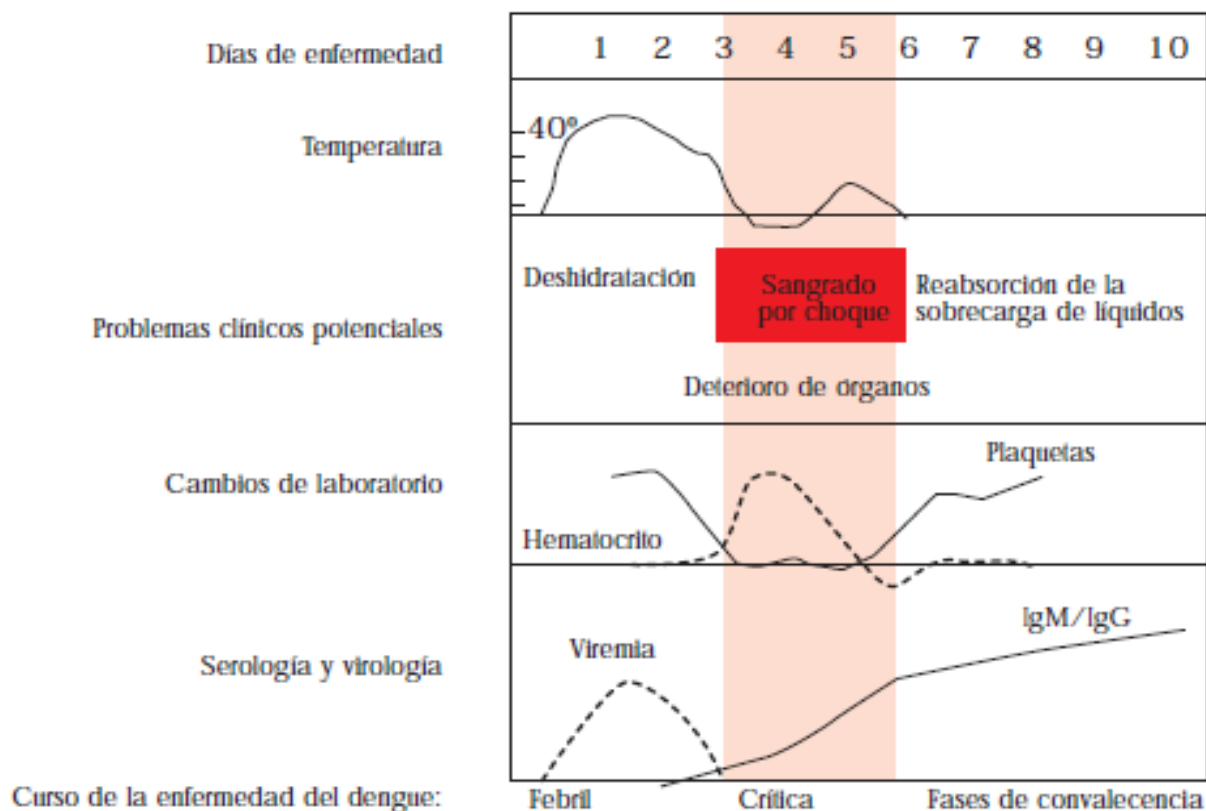
1. DENGUE. Manejo del paciente en Atención Primaria

Existen tres puntos clave en el manejo de un paciente con dengue, todos ellos dirigidos a evitar las complicaciones: una adecuada valoración inicial, clasificación de la situación clínica y asegurar un seguimiento clínico cercano (1, 2).

Un caso sospechoso de dengue será aquel con antecedentes de viaje a una región con brote epidémico activo, fiebre (normalmente de inicio brusco y superior a 38.5°C) y al menos dos de los siguientes síntomas:

- Náuseas, vómitos
- Erupción cutánea
- Artromialgias
- Prueba de torniquete positiva
- Leucopenia
- Cualquier signo de alarma de dengue (tabla 4)

Figura 1. Evolución clínica de la infección por dengue.



Tomado de *Dengue, guía para el diagnóstico, tratamiento, prevención y control*. WHO-TDR 2009.

1.1 Valoración inicial

En la historia clínica deben recogerse la situación clínica basal junto con una serie de datos importantes para el ulterior seguimiento:

- Datos epidemiológicos y antecedentes:
 - Contacto con otros casos de dengue.
 - Viaje a zonas endémicas o con brotes epidémicos activos.
 - Factores de riesgo: embarazo, obesidad, diabetes, hipertensión arterial, edad.
- Datos clínicos:
 - Fecha de inicio de la fiebre o de los síntomas.
 - Cantidad de ingesta líquida diaria.
 - Existencia de diarrea (número y cantidad de pérdidas aproximada).
 - Diuresis (frecuencia, volumen y hora de la última micción).
 - Valoración de los signos de alarma (Tabla 4).
 - Otros datos clínicos relativos a posibles diagnósticos alternativos: leptospirosis, fiebre tifoidea, malaria, infección aguda VIH.
- Exploración física:
 - Estado mental (confusión, letargia).
 - Estado de hidratación (signo del pliegue).
 - Situación hemodinámica.
 - Signos respiratorios:
 - Frecuencia respiratoria
 - Tipo de respiración (superficial)
 - Existencia de derrame pleural
 - Signos digestivos:
 - Dolor abdominal.
 - Hepatomegalia.
 - Ascitis.
 - Signos de coagulopatía:
 - Rash cutáneo (petequias, equimosis).
 - Sangrados.

Las pruebas complementarias a utilizar serán:

- Hematocrito, plaquetas y recuento leucocitario.

Estas pruebas deberían realizarse al menos el primer y tercer día de la enfermedad y

siempre que el paciente presente signos de alarma, si bien sería deseable su realización diaria durante el seguimiento del paciente.

La leucopenia, considerada como un recuento por debajo de los 5.000 leuc/mm³, precede frecuentemente al inicio de la fase crítica y ha sido asociada con progresión a dengue grave.

Un rápido descenso en el número de plaquetas, junto a un aumento del hematocrito es sugestivo de extravasación plasmática y evolución a fase crítica, de ahí la importancia de disponer de datos de la situación basal del paciente.

Tabla 4. Signos de alarma de dengue grave

Dolor abdominal intenso y continuo
Vómitos persistentes,
Somnolencia o irritabilidad,
Sangrado de mucosas,
Hepatomegalia > 2cm,
Derrame seroso (peritoneo, pleura o pericardio) detectado por clínica, por laboratorio (hipoalbuminemia) o por imagen (ecografía de abdomen o radiografía de tórax)
Aumento brusco de hematocrito con rápido descenso del número de plaquetas.

1.2 Clasificación

Si bien la enfermedad por virus dengue sigue tres etapas (febril, crítica, recuperación) a efectos de manejo del paciente (Algoritmo 1) es más útil clasificar en:

- Dengue SIN síntomas de alarma
- Dengue CON síntomas de alarma
- Dengue grave

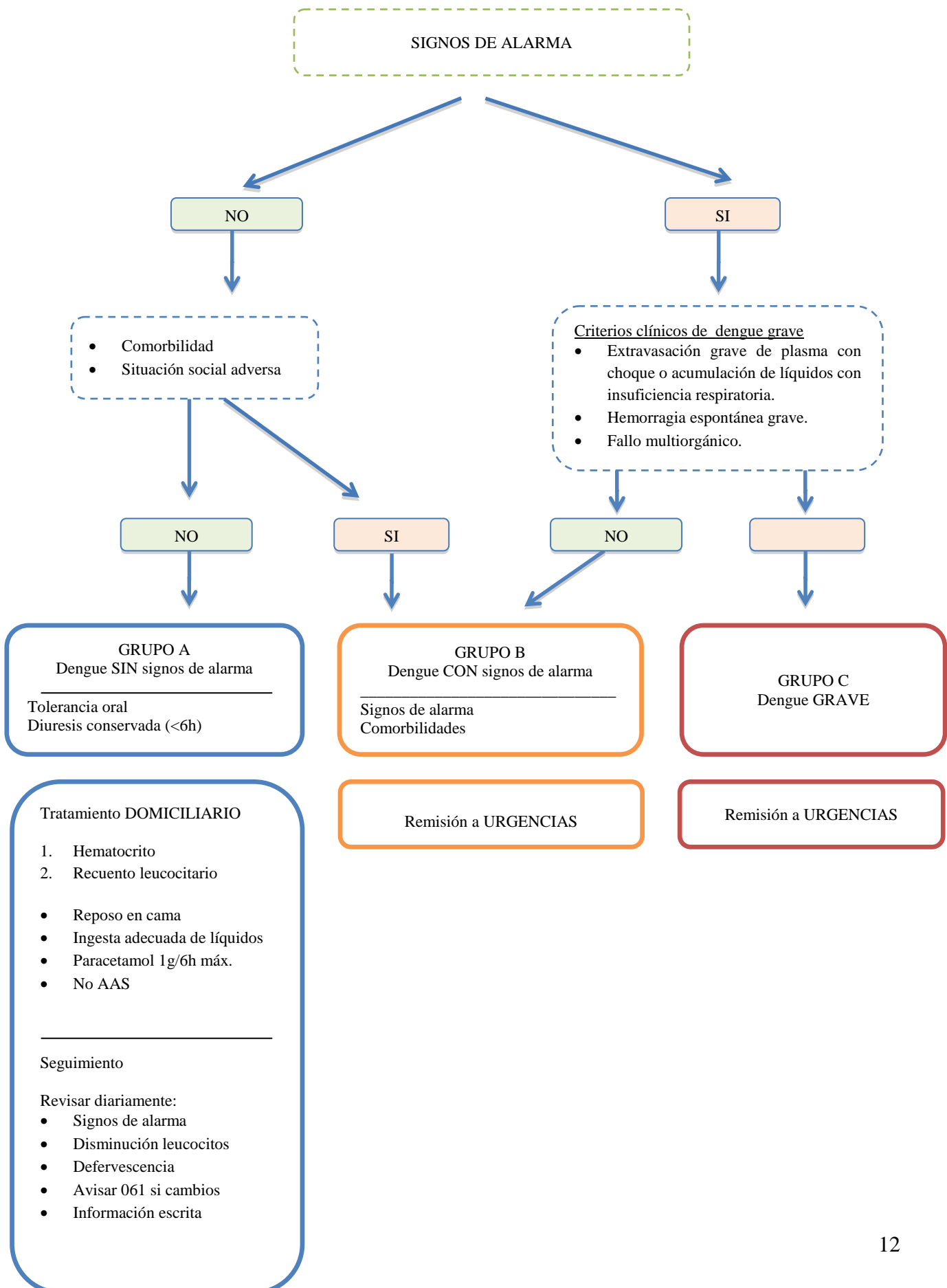
Una vez confirmado el caso debe hacerse una valoración de mayor a menor gravedad, de esa forma se minimiza el riesgo de complicaciones o muerte (Tabla 5).

Tabla 5. Clasificación dengue

Valoración	Clasificación	Manejo
<p>Indicadores de SHOCK</p> <ul style="list-style-type: none"> • Extravasación grave de plasma con choque o acumulación de líquidos con insuficiencia respiratoria. • Hemorragia espontánea grave. • Fallo multiorgánico. 	Dengue Grave (C)	<p>Asegurar acceso venoso</p> <p>Fluidoterapia con cristaloides</p> <p>Traslado urgente a servicio hospitalario</p>
<p>Síntomas de alerta</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dolor abdominal intenso y continuo • Vómitos persistentes. • Derrame seroso (en peritoneo, pleura o pericardio) detectado por clínica, por laboratorio (hipoalbuminemia) o por imágenes (ecografía de abdomen o Rx tórax) • Sangrado de mucosas. • Somnolencia o irritabilidad. • Hepatomegalia (>2 cm). • Laboratorio (si está disponible): incremento brusco del hematocrito con rápida disminución del recuento de plaquetas. 	Dengue CON síntomas de alarma (B)	Traslado urgente a servicio hospitalario
<p>Ninguno de los signos o síntomas anteriores. Buena tolerancia oral</p>	Dengue (A)	<p>Seguimiento en domicilio</p> <p>Explicar los síntomas de alarma</p>

Los casos se clasifican entonces en A, B o C según la actuación recomendada.

Algoritmo 1. Manejo de un caso de dengue confirmado



1.3 Seguimiento

La Atención Primaria debe ser el nivel de atención responsable del seguimiento y manejo de los pacientes confirmados con enfermedad por virus Dengue del GRUPO A, principalmente en el transcurso de un brote epidémico en la comunidad con un número elevado de personas afectadas.

Ciertos controles podrían ser realizados vía telefónica si bien otros (analíticos) harían recomendable el uso de dispositivos portátiles que lo facilite (analizadores Piccolo® o similar).

Los casos únicos o importados podrían remitirse al hospital de referencia para un correcto seguimiento diario.

1.3.1 Valoración diaria:

- Los pacientes con clínica de más de 3 días deben ser valorados diariamente, mediante:
 - Recuento de plaquetas
 - Recuento de leucocitos
 - Hematocrito
 - Presencia de signos de alarma (tabla 4)
 - Temperatura
 - Balance hídrico
 - Posibilidad de picaduras de mosquito en la localidad del paciente, durante los 5 días siguientes al inicio de los síntomas.

1.3.2 Recomendaciones:

- Normas de protección contra picaduras (ver apartado B. Disminución transmisión)
- Descanso en cama
- Ingesta de líquidos:

Se recomendará la toma frecuente de pequeñas cantidades de líquido preferiblemente zumos o sales de rehidratación oral. Estas últimas más recomendables que otros productos con mayor aporte de azúcares (bebidas carbonatadas con >5% de azúcar).

Una correcta hidratación debe corresponderse con diuresis cada 4-6 horas.

- Tratamiento de síntomas:

Se recomendará tratamiento con paracetamol (10mg/Kg/dosis) cada 6-8h. No sobrepasando los 3g/d en adultos.

Se evitará el uso de ácido acetilsalicílico o antiinflamatorios no esteroideos, así como corticoides.

- Signos de alarma:

Se informará a los cuidadores de los signos de alarma que deben activar una consulta inmediata a los servicios sanitarios (anexo 1).

1.4 Puntos clave en el seguimiento:

- Reconocer signos de shock o de redistribución plasmática
- Valorar siempre las comorbilidades de los pacientes que puedan empeorar el pronóstico:
 - Diabetes mellitus: valoración correcta de la diuresis, coinfecciones, hipoglucemias.
 - Hipertensión arterial: dificultad para valorar signos de shock como la hipotensión, bradicardia.
 - Insuficiencia renal.
 - Anemias crónicas: valoración de la cifra de hematocrito.
 - Insuficiencia cardíaca: dificultad en el balance hídrico.
 - Gestantes.
- Valorar la posibilidad de infecciones concurrentes.
- Los síntomas en edades extremas (niños o ancianos) pueden no presentarse de la misma forma: ausencia de fiebre, deshidratación, fracaso renal agudo.

1.5 Consejos para los profesionales de atención primaria.

- Los profesionales de atención primaria deben conocer la prueba del torniquete, tanto la forma de realizarla como su interpretación.(Anexo 2)
- Debe realizarse un hemograma completo el primer día del contacto. No solo para evaluar la situación del paciente en ese momento sino también para sentar un punto de partida para el posterior seguimiento (Anexo 3).
- En un escenario de brote epidémico, la mayoría de los casos podrán ser seguidos en atención primaria, reservando los servicios hospitalarios para aquellos pacientes de los grupos B y C. Por ello la valoración de los

profesionales de este nivel debe ir dirigida a detectar rápidamente los pacientes de estos grupos, evitando así la saturación de los servicios de urgencias.

- Los profesionales de atención primaria deben familiarizarse con los signos de alarma, para detectarlos en cuanto aparezcan y para formar adecuadamente a los cuidadores o pacientes en su detección.

Anexo 1. Instrucciones para los pacientes y familiares.

Seguimiento infección por virus Dengue

Qué es recomendable hacer:

- Asegurar un correcto descanso en cama.
- Asegurar una correcta hidratación (Más de 5 vasos en adultos –cantidad equivalente en niños-) al día
- Permitir la toma de leche, zumos de frutas, sales de rehidratación oral según indicación de su médico de familia.
- Las sales de rehidratación oral permiten mejorar las pérdidas de sales minerales mejor que el agua sola.
- Tomar paracetamol cada 6h (confirmar dosis óptima)
- Es aconsejable el uso de medios físicos para reducir la temperatura corporal (paños húmedos, baño en agua templada, etc.)
- Eliminar zonas de posible acúmulo o cría de mosquitos en el área que rodea a la vivienda del paciente. De esta forma contribuimos a evitar la propagación de la enfermedad.

Qué NO debería hacer:

- Tomar medicamentos con ácido acetilsalicílico (aspirina) o derivados (ácido mefenámico, antiinflamatorios no esteroideos, corticoides.
- Al tratarse de una infección vírica, los antibióticos no son necesarios para su curación. Sólo se tomaran por indicación facultativa.

Si el paciente presenta alguno de los siguientes síntomas, debería consultar lo antes posible con un servicio sanitario (Centro de Salud, 061, 112, servicio de urgencias):

- Sangrado: Hematomas o sangrados en la piel, sangrado por la nariz o las encías, sangre en el vómito, sangre en las heces o heces de color negro, sangrado vaginal inesperado o menstruación muy abundante
- Vómitos persistentes o imposibilidad de beber líquidos
- Dolor abdominal intenso
- Intranquilidad, confusión, convulsiones
- Palidez de la piel, manos y pies muy fríos
- Dificultad para respirar
- Sensación de vértigo al cambio de posición (tumbado-sentado)
- No orina en las últimas 4-6 horas

Anexo 2. Test del torniquete.

Se trata de una prueba útil para la detección de infección por dengue, sirve de ayuda al diagnóstico cuando no se dispone de serologías o PCR-RT.

1. Toma de presión arterial del paciente.
2. Volver a insuflar el manguito hasta una presión intermedia entre la presión arterial sistólica (PAS) y la diastólica (PAD). Ejemplo: si la presión arterial es de 120/80 la presión que se debe usar es de 100.
3. Mantener el manguito durante 5 minutos.
4. Retirar el manguito.
5. Valoración: Marcar una zona de 2,5cm x 2,5cm en la flexura del codo y contar el número de petequias en la misma. Si aparecen más de 20 petequias la prueba es positiva (el CDC habla de 10, se correlaciona un mayor nº de petequias con mayor probabilidad de enfermedad).
6. Recordar que la prueba puede ser negativa en pacientes obesos o con enfermedad avanzada (shock).
7. La sensibilidad de la prueba fue del 33,5–34%; su especificidad del 84–91%. Los valores predictivos positivos y negativos del 85–90% y 32,5–34%, respectivamente.

Anexo 3. Monitorización clínica y de laboratorio (a rellenar por personal sanitario).

	1 visita	2 visita	3 visita			
Fecha						
Hematocrito						
Leucocitos						
Plaquetas						
Temperatura						
Ingesta líquido (ml)						
Diuresis (ml)						

2. CHIKUNGUNYA. Manejo del paciente en Atención Primaria

El paciente con infección sintomática por virus Chikungunya (CHIKV) puede presentar clínica aguda, subaguda o crónica.

Si bien la presentación aguda es el principal objetivo de esta guía, debe tenerse en cuenta la posibilidad creciente de pacientes diagnosticados fuera de nuestro país que presenten síntomas típicos de las presentaciones subagudas y/o crónicas con necesidades de manejo más específicas de una atención programada no urgente o epidémica.

Los pacientes ancianos o los más jóvenes (neonatos) son poblaciones especialmente vulnerables a las complicaciones de esta infección por lo que serán objeto de control más cercano.

El diagnóstico de Chikungunya debería considerarse para todos los casos en los que aparece fiebre aguda $> 38,5$ °C y artralgia grave o incapacitante, habitualmente simétrica que no puedan ser explicados por otras circunstancias médicas, y el paciente resida en zonas en donde el vector esté presente o haya visitado en los últimos 15 días países endémicos.

Presentación aguda.

Los principales síntomas de esta forma de CHIKV son (Tabla 6):

- Fiebre: frecuentemente por encima de 39°C, a diferencia de la infección por virus Dengue, la disminución de la fiebre NO es un criterio de gravedad o alerta.
- Artralgias: de intensidad severa, con importante limitación de la movilidad autónoma, típicamente simétrica afectando preferentemente a pies y manos, incluso con artritis franca debida a tenosinovitis.
- Erupción máculopapular: generalizada de predominio en tronco y que puede afectar a palmas y plantas con descamación fina posterior. En niños el rash puede ser vesículoampollosa.
- Cefalea.
- Dolor de espalda difuso y mialgias.
- Náuseas y vómitos.
- Conjuntivitis.

En los niños, las erupciones pueden presentar más ampollas, petequias y gingivorragias puntuales.

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, puede presentarse una fase crónica en la que la artralgia puede durar varios meses.

En raras ocasiones pueden darse manifestaciones atípicas de tipo neurológico, ocular, cardiovascular o renal.

Tabla 6. Frecuencia de los síntomas de infección aguda por virus Chikungunya

Síntoma o signo	Rango de Frecuencia (% de pacientes sintomáticos)
Fiebre	76–100
Poliartralgias	71–100
Cefalea	17–74
Mialgias	46–72
Dolor de espalda	34–50
Náuseas	50–69
Vómitos	4–59
Rash	28–77
Poliartritis	12–32
Conjuntivitis	3–56

Tomado de: *Preparación y respuesta ante la eventual introducción del virus chikungunya en las Américas Washington, D.C.: OPS, 2011*

Presentación subaguda o crónica.

Si bien la recuperación suele ser rápida (días) algunos casos pueden presentar un período de convalecencia más prolongado (un año o más).

Los factores de riesgo para la persistencia de los síntomas son la edad avanzada (>65 años), los trastornos articulares preexistentes y la enfermedad aguda grave.

El manejo del dolor crónico será el principal objetivo en estos pacientes mediante el

uso de pautas analgésicas escalonadas.

Ocasionalmente, puede observarse artritis periférica que puede llegar a ser incapacitante, en estos casos pautas de tratamiento cortos de corticoides (orales o intraarticulares) pueden ser de ayuda.

Otros tratamientos como el metrotexate deberán valorarse de forma individualizada.

Entre las complicaciones posibles destacan los trastornos gastrointestinales, la descompensación cardiovascular o la meningoencefalitis.

2.1 Valoración inicial

En la historia clínica deben recogerse la situación clínica basal junto con una serie de datos importantes para el ulterior seguimiento:

- Datos epidemiológicos y antecedentes:
 - Contacto con otros casos de chikungunya.
 - Viaje a países endémicos (casos importados) o residencia o visita a localidades en donde el vector está presente.
 - Identificar factores de riesgo: embarazo, obesidad, diabetes, hipertensión arterial.
 - Posibilidad de picaduras de mosquito en la localidad del paciente, durante los 5 días siguientes al inicio de los síntomas.

- Datos clínicos:
 - Fecha de inicio de la fiebre o de los síntomas.
 - Cantidad de ingesta líquida diaria.
 - Existencia de diarrea (número y cantidad de pérdidas aproximada).
 - Diuresis (frecuencia, volumen y hora de la última micción).
 - Valoración de los signos de alarma de dengue (tabla 4).
 - Otros datos clínicos relativos a posibles diagnósticos alternativos: leptospirosis, tifus, malaria, infección aguda VIH.

2.2 Recomendaciones:

No existe un tratamiento específico para la fase aguda de la enfermedad, sólo podremos realizar terapias de soporte y detección de signos de alarma o de complicaciones.

- Normas de protección contra picaduras (Apartado B)
- Descanso en cama.
- Antitérmicos / Analgésicos: Si bien los antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) son el tratamiento de elección, la posibilidad de infección concurrente por virus dengue hace aconsejable el uso de paracetamol, al menos hasta que ésta haya sido descartada.
- No se recomienda el ácido acetilsalicílico por el mayor riesgo o de síndrome de Reye en menores de 12 años.
- Asegurar una correcta hidratación será de importancia, debida a la intensa sudoración asociada a la fiebre y en aquellos pacientes con vómitos.
- Deberá valorarse el uso de medicación narcótica (mórficos o derivados) en aquellos pacientes que así lo requieran por la intensidad de la clínica.
- El uso de escalas numéricas o visuales del dolor puede ser de gran ayuda para establecer el correcto tratamiento así como la evolución del paciente.
- En el caso de un brote epidémico se prevé un aumento del número de bajas laborales. El uso de escalas de dolor puede ayudar a gestionar la duración de las mismas de forma eficaz.

2.3 Puntos clave:

- La fiebre persistente (>5 días) debe hacer replantear el diagnóstico (si no hubiera sido establecido por laboratorio) o la posibilidad de complicaciones.
- Las mujeres en el último trimestre de embarazo, los recién nacidos, personas mayores y las personas con comorbilidades, debido al riesgo de enfermedad más severa.
- La hidratación adecuada es un punto de gran importancia, más específicamente en los anteriores grupos de riesgo (ancianos, niños, gestantes)
- La derivación de estos pacientes a un servicio hospitalario deberá valorarse en cada control clínico.
- Tratar de forma adecuada el dolor, utilizando terapia analgésica de mayor nivel si a los tres días éste se mantiene.

3. ZIKA. Manejo del paciente en Atención Primaria

El diagnóstico de infección por virus Zika (ZIKV) debería considerarse en aquellos pacientes procedentes de una zona de riesgo hace menos de 15 días, que presenten el criterio clínico establecido en el documento “Protocolo de Vigilancia de la enfermedad por virus Zika” (<http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-procedimientos/protocolos.shtml>)

Si bien la mayoría de personas infectadas serán asintomáticas, aproximadamente un 25% presentarán:

- Temperatura superior a 37,5°C (ocasionalmente ausente).
- Erupción cutánea descendente (cara, tronco, miembros superiores incluyendo palmas) de tipo máculopapular, urticariforme o morbiliforme, frecuentemente pruriginoso.
- Inyección conjuntival no purulenta.
- Artralgias.
- Mialgias.
- Síntomas gastrointestinales.
- Otros menos frecuentes: Odinofagia, edemas distales.

La evolución natural es a la curación espontánea en 5-7 días, salvo complicaciones.

Debe valorarse correctamente la posibilidad de coexistencia con otras arbovirosis contempladas en el presente plan.

3.1 Valoración inicial

- Datos epidemiológicos y antecedentes:
 - Viaje a países endémicos (casos importados)
 - Conocimiento de casos de infección por ZIKV en la vecindad
 - Residencia o visita a localidades en donde el posible vector *Aedes albopictus* está presente durante los meses de mayo a octubre.
 - Posibilidad de picaduras de mosquito en la localidad del paciente, durante los 5 días siguientes al inicio de los síntomas.
 - Relaciones sexuales con hombres con confirmación de infección por ZIKV.
 - Identificar factores de riesgo: embarazo, enfermedades crónicas que pudieran exacerbarse.

- Datos clínicos:
 - Fecha de inicio de la fiebre o de los síntomas.
 - Valoración de los signos de alarma de otras arbovirosis (dengue)*.
 - Otros datos clínicos relativos a posibles diagnósticos alternativos: leptospirosis, rickettsiosis, escarlatina, rubeola, sarampión, tifus, malaria, infección aguda VIH u otras arbovirosis.
 - Exploración neurológica.

3.2 Recomendaciones

No existe un tratamiento específico para la enfermedad, sólo podremos realizar terapias de soporte y detección de signos de alarma o de complicaciones.

- Normas de protección contra picaduras (Apartado B)
- Descanso.
- Hidratación.
- Antitérmicos / Analgésicos: Es aconsejable el uso de paracetamol. La aspirina y los fármacos antiinflamatorios no esteroideos (AINE) deben evitarse hasta haber descartado infección por dengue.
- Valoración neurológica hasta 3 semanas tras inicio de los síntomas.
- Debe recomendarse el uso de preservativos por aquellos hombres que hayan presentado infección por ZIKV o síntomas compatibles con la infección mientras estaban en regiones con transmisión mantenida, en sus contactos sexuales con mujeres embarazadas.
- En el momento actual no se dispone de información suficiente para establecer un tiempo límite de esta recomendación. El uso de preservativo en contactos con mujeres no gestantes o con hombres debe ser valorado teniendo en cuenta que existe posibilidad de transmisión, si bien para disminuir la posibilidad de transmisión en nuestro medio es recomendable.
- La presencia de hematospermia tiempo después de una estancia en zona endémica o con brote epidémico activo debe hacer sospechar la posibilidad de infección previa.

3.3 Complicaciones

Se han declarado un aumento de casos de síndrome de Guillain-Barré y de microcefalia (Declaración Emergencia de Salud Pública de Interés Internacional por la

OMS) coincidentes con los brotes epidémicos por Zika virus en curso. De igual forma podrían exacerbarse patologías preexistentes.

Síndrome de Guillain-Barré: Se ha observado que los casos de síndrome de Guillain-Barré relacionados con el brote de 2013 en Polinesia Francesa, se presentaron con una mediana de 6 días (2-23) desde el inicio de los síntomas.

Por este motivo es recomendable asegurar una valoración clínica (mialgias en extremidades, alteraciones de la sensibilidad, paresia o parálisis) en aquellos pacientes confirmados, durante las primeras semanas tras el diagnóstico.

Mujeres gestantes: Se ha observado una fuerte asociación entre la infección por ZIKV y la detección de microcefalia fetal y alteraciones oculares en los recién nacidos con microcefalia, si bien pendiente de determinar la causalidad de forma definitiva.

En el caso de detectar una mujer embarazada que haya presentado síntomas compatibles con infección por virus Zika o haber residido en una de las zonas con transmisión activa de la infección deberá referirse a la misma al servicio de obstetricia correspondiente para realizar la valoración recomendada. El protocolo de actuación para los especialistas en ginecología y obstetricia en relación a la detección de las posibles complicaciones asociadas a la infección por virus Zika durante el embarazo puede consultarse en el siguiente enlace: http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/DocsZika/Protocolo_actuacion_embarazadas_Zika_15022016.pdf

3.4 Puntos clave:

- Descartar la posible presencia de otras ETV
- La enfermedad suele ser de curso benigno pero es recomendable detectar pacientes de riesgo: síntomas neurológicos, gestantes y personas con comorbilidades.
- Todavía existen importantes áreas de incertidumbre en el manejo clínico de las personas asintomáticas provenientes de zonas con brotes epidémicos activos:
 - Relaciones sexuales: Es aconsejable recomendar el uso de métodos de barrera a los hombres provenientes de zonas de riesgo, si han presentado síntomas compatibles con infección por ZIKV. En el momento actual no se puede confirmar el lapso de tiempo recomendable.
 - Mujeres lactantes: Se ha detectado partículas infectivas de ZIKV en la leche materna, sin que se haya confirmado la transmisión por esta vía.

Referencias

- Handbook for Clinical Management of Dengue. WHO 2012.
- Dengue, guía para el diagnóstico, tratamiento, prevención y control. WHO-TDR 2009.
- Harris E et al., Fluid intake and decreased risk for hospitalization for dengue fever, Nicaragua. *Emerging Infectious Diseases*, 2003, 9:1003–1006.
- Mayxay M, Phetsouvanh R, Moore C, Chansamouth V, Vongsouvath M, Sisouphone S et al. Predictive diagnostic value of the tourniquet test for the diagnosis of dengue infection in adults. *Trop Med Int Health*. 2011 Jan; 16(1): 127–133.
- Preparación y respuesta ante la eventual introducción del virus chikungunya en las Américas Washington, OPS, 2011 <http://www1.paho.org/mwg-internal/de5fs23hu73ds/progress?id=qdgu3Jfteqp3bxL-YYD7sGDZmlHDM3ysoZOPiXPHtR0>
- Chikungunya:
http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/chikungunya_fever/communication-toolkit/Pages/Communication_toolkit.aspx
- Países con transmisión local de Zika virus. OPS, accesible en:
- http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11585&Itemid=41688&lang=es
- Surveillance et veille sanitaire en Polynésie française Données du 21 au 27 octobre 2013 (Semaine 43). (Disponible en : http://www.hygiene-publique.gov.pf/IMG/pdf/bulletin_surv_pf_sem_43-2013.pdf)
- Didier Musso, Claudine Roche, Emilie Robin, Tuxuan Nhan, Anita Teissier, Van-Mai Cao-Lormeau. Potential Sexual Transmission of Zika Virus. *Emerg Infect Dis*, 2015; 21:359-61. DOI: <http://dx.doi.org/10.3201/eid2102.141363>
- Arzuza-Ortega L, Polo A, Pérez-Tatis G, López-García H, Parra E, Pardo-Herrera LC, et al. Fatal Zika virus infection in girl with sickle cell disease, Colombia [letter]. *Emerg Infect Dis*. 2016 May .<http://dx.doi.org/10.3201/eid2205.151934> DOI: 10.3201/eid2205.151934
- Oehler E, Watrin L, Larre P, Leparç-Goffart I, Lastere S, Valour F, et al. Zika virus infection complicated by Guillain-Barre syndrome--case report, French Polynesia, December 2013. *Euro Surveill* [Internet]. 2014;19(9):7–9. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24626205>

- Declaración de la OMS sobre la primera reunión del Comité de Emergencia del Reglamento Sanitario Internacional (2005) sobre el virus del Zika y el aumento de los trastornos neurológicos y las malformaciones congénitas <http://who.int/mediacentre/news/statements/2016/1st-emergency-committee-zika/es/>
- Prevention of potential sexual transmission of Zika virus. WHO Interim guidance (18 February 2016)
- Atkinson B, Hearn P, Afrough B, Lumley S, Carter D, Aarons EJ, et al. Detection of Zika virus in semen [letter]. Emerg Infect Dis. 2016 May. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3201/eid2205.160107>