

# MEDICINA y SEGURIDAD *del trabajo*

## Caso clínico

### Chikungunya: enfermedad vírica emergente. Irrupción en el ámbito laboral: primer caso declarado en España como accidente de trabajo

Chikungunya: Emerging Viral Disease. Emergence in the work environment: first occupational accident known in Spain

Marta Cerrillo Arranz<sup>1</sup>, M.ª Teresa Campá Font<sup>2</sup>, Cristina Ibáñez Milán<sup>1</sup>

1. Medicina Asistencial centro Asistencial FREMAP Tarragona 2. España.
2. Medicina del Trabajo Hospital FREMAP Barcelona. España.

Recibido: 08-06-16

Aceptado: 22-06-16

#### Correspondencia:

Cerrillo Arranz, Marta.

Médico Asistencial. Centro FREMAP Tarragona 2.

C/Vía Augusta 83.

43003 Tarragona. España.

Teléfono: 977292016

Correo electrónico: marta\_cerrillo@fremap.es

## Resumen

La enfermedad del Chikungunya es una infección causada por el virus Chikungunya y transmitida al hombre por la picadura de mosquitos vectores del género *Aedes*.

Aun siendo endémica de otros países, la elevada movilidad actual de la población por motivos lúdicos, laborales, comerciales y migratorios junto a la presencia del vector competente (*Aedes albopictus*) en numerosas zonas geográficas de España, hace que haya irrumpido en nuestro territorio en los últimos años.

La palabra Chikungunya deriva del idioma Makonde (Mozambique). Significa «el que se encorva» en referencia a la postura frecuentemente adoptada por dolor articular.

A pesar de su escasa mortalidad, la morbilidad puede ser elevada, afectando de forma significativa a la actividad de vida diaria y capacidad laboral del paciente, reflejado en el consecuente absentismo laboral y repercusión económica.

En España, tanto desde el Servicio Sanitario Público como desde los Servicios Médicos de Salud Laboral y Servicios de Prevención, se debe estar preparado para el diagnóstico, seguimiento, tratamiento y prevención de enfermedades hasta ahora desconocidas en nuestro ámbito de trabajo.

Este artículo describe el primer caso laboral en España por enfermedad del Chikungunya importada por contagio en Haití.

*Med Segur Trab (Internet) 2016; 62 (244) 282-287*

**Palabras clave:** Chikungunya, España, baja laboral, accidente de trabajo.

## Abstract

Chikungunya disease is an infection caused by the Chikungunya virus, primarily transmitted to humans through the bite of vector mosquitoes of the genus *Aedes*.

Although it is endemic in other countries, the current high mobility rate of the population due to leisure, work, commerce and migration, as well as the presence of the competent vector (*Aedes albopictus*) in many geographical areas of Spain, mean that it has spread across our territory over the last years.

The word Chikungunya comes from the Makonde language (Mozambique). It means „the one who bends down“, referring to the position usually adopted when feeling articular pain.

Chikungunya does not often result in death, but morbidity rate can be high. It does affect the patient's daily life and work capacity, which consequently means absenteeism having an economic impact.

In Spain, both from the Spanish Public health Service and from the Occupational Health and Preventive Services it is necessary to be prepared for the diagnosis, monitoring, treatment and prevention of diseases unknown in our work field until now.

This article describes the first occupational disease case of Chikungunya in Spain imported by infection in Haiti.

*Med Segur Trab (Internet) 2016; 62 (244) 282-287*

**Key words:** Chikungunya, Spain, sick leave, labor accident.

## INTRODUCCIÓN

La enfermedad del Chikungunya es una infección vírica emergente causada por el virus Chikungunya, un ARN virus del género *Alfavirus*, familia *Togaviridae*<sup>1,2</sup>.

Descrita por primera vez en 1952, tras un brote epidémico ocurrido en el sur de Tanzania<sup>1,3</sup>. Endémica en el centro y sur de África, sudeste asiático, subcontinente indio y continente americano<sup>4</sup>, desde 2005 se ha extendido rápida y globalmente con brotes de transmisión autóctona documentados.

El virus se transmite al hombre por la picadura de mosquitos vectores del género *Aedes* (especies *aegypti* y *albopictus*)<sup>1,3</sup>, implicados también en la transmisión vírica del dengue y del Zika. El hombre, reservorio del virus durante los periodos epidémicos, favorece la expansión por movilidad geográfica turística, laboral, comercial y migratoria<sup>5</sup>. En España hay presencia de *Aedes albopictus*, comúnmente llamado «mosquito tigre», en la costa del Mediterráneo, islas Baleares y País Vasco<sup>3,6</sup>.

Enfermedad de Declaración Obligatoria en España desde el 17 de marzo de 2015<sup>6</sup>, con 266 casos notificados en 2014<sup>6-8</sup> y 198 en 2015<sup>8,9</sup>. El número de partes de baja extendidos por fiebre Chikungunya, incluida en el grupo de «Otras fiebres portadas por mosquitos (código 066.3)», ha sido de 12 en 2014 (contingencia común) y 13 en 2015 (12 por contingencia común y 1 por contingencia profesional)<sup>8</sup>.

## CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de un varón de 53 años desplazado a Haití desde octubre de 2013 por motivos laborales.

Entre sus antecedentes patológicos destaca una baja laboral por contingencia común en febrero de 2014 por enfermedad de dengue confirmada, con recuperación clínica y reincorporación a su puesto de trabajo.

El 6 de mayo de 2014, tras sufrir abundantes picaduras de mosquito, inició de forma brusca fiebre alta y odinofagia con posterior rash cutáneo y poliartralgias. Se descartó infección por dengue. Regresó a España, causó baja laboral por contingencia común y fue estudiado en el Servicio de Enfermedades Tropicales del Hospital Clínic de Barcelona. En la exploración física se objetivó hiperemia orofaríngea y rash cutáneo que evolucionaron favorablemente al igual que la fiebre; persistiendo las poliartralgias acompañadas de astenia intensa.

A destacar entre las exploraciones complementarias practicadas leve leucopenia, serología Chikungunya IgM e IgG y determinación de ARN viral por RT-PCR positivas. PCR dengue negativo.

Se diagnosticó de Fiebre por virus Chikungunya no complicada adquirida en Haití y artralgias reactivas al proceso infeccioso, al cumplir criterios epidemiológicos, clínicos y de laboratorio.

El paciente siguió control médico en el Servicio Público de Salud y desde julio de 2014 con Mutua FREMAP, al tener la empresa concertada la cobertura de la contingencia común con esta entidad<sup>10</sup>. El 16 de octubre aportó a los Servicios Médicos de FREMAP una solicitud de determinación de contingencia indicando le fuera reconocida dicha baja como laboral. Tras la valoración global del proceso desde el punto de vista epidemiológico, médico y laboral se aceptó el cambio de contingencia a Accidente de Trabajo.

La evolución clínica fue lenta y fluctuante, con persistencia de astenia y poliartralgias limitantes, de predominio en carpo y manos. Descartada artritis siguió tratamiento sintomático. En marzo de 2015 manifestó una franca mejoría coincidiendo con el cambio estacional. Se solicitó control analítico con hemograma y bioquímica incluyendo VSG, PCR e interleucina 6, sin mostrar alteraciones significativas.

El 14 de abril de 2015 se extendió el alta laboral y en julio se realizó control ratificando la recuperación clínica. Hasta la fecha no ha solicitado nueva visita.

## DISCUSIÓN

Las nuevas infecciones que han aparecido en una población concreta en los últimos 40 o 50 años se conocen como enfermedades infecciosas emergentes<sup>11</sup>. Es el caso de la enfermedad del Chikungunya en España, de la que hay casos declarados desde 2014<sup>7-9</sup>.

Se han reportado mecanismos de transmisión del virus a través de pinchazos con agujas infectadas, exposición en el laboratorio, transmisión materno-fetal en el parto y teóricamente a través de transfusiones sanguíneas y trasplante de órganos<sup>1,2,11,12</sup>, sin embargo la principal vía de transmisión es la picadura del mosquito vector *Aedes*<sup>4,12</sup>.

La diseminación del virus en nuestro territorio viene favorecida por la presencia de colonias de *Aedes albopictus* en nuestro entorno<sup>1,6</sup> que junto a los actuales cambios climáticos favorecen la actividad vectorial durante períodos estacionales más largos. Si a esto le añadimos una elevada movilidad geográfica de la población, en ocasiones pudiendo regresar de zonas endémicas con infecciones asintomáticas, el riesgo de infección aumenta entre la población residente no expuesta. Un 28% de individuos infectados pueden mantenerse asintomático<sup>6,13</sup>, siendo portadores del virus y contribuyendo a su diseminación si son picados por otros vectores durante un período de 10 días desde el inicio de los síntomas<sup>12</sup>.

En España se declaró en agosto de 2015 el primer caso autóctono de enfermedad del Chikungunya en la ciudad de Gandía, comunidad valenciana<sup>4</sup>. El total de casos notificados en España entre 2014 y 2015 es de 454, lo que obliga a los sistemas sanitarios y preventivos españoles, tanto públicos como laborales, a estar preparados para diagnosticar, tratar y prevenir esta enfermedad, con un conocimiento adecuado de la misma.

La clínica aparece entre 2 y 10 días después de la picadura<sup>1,2,5,14</sup> y cursa con fiebre elevada, mialgias, poliartalgias y/o artritis invalidantes que puede asociarse a cefalea, lumbalgia, rash cutáneo maculopapular y otros síntomas menos frecuentes<sup>6,11,14</sup>. Presenta escasa mortalidad (neonatos, ancianos, pacientes con patología de base)<sup>13</sup> y suele resolverse en un máximo de tres semanas<sup>11</sup> sin dejar secuelas, pero se han descrito formas crónicas de la enfermedad determinadas por la persistencia de manifestaciones articulares<sup>5,14,16</sup>. La exposición al virus proporciona inmunidad duradera<sup>1,6,13</sup>.

Tras sospecha clínica y existencia de vínculo epidemiológico, el diagnóstico de certeza se confirma con las pruebas de laboratorio<sup>12,13</sup>; aislamiento del virus mediante cultivo celular, determinación de ARN viral por RT-PCR o pruebas serológicas indirectas para detectar inmunoglobulinas específicas (IgM e IgG), teniendo en cuenta la cronología de los marcadores biológicos y el periodo clínico de la enfermedad<sup>2,11,14,17</sup>. Los niveles de interleucina 6 son la expresión de la actividad inflamatoria articular manteniéndose elevados durante la fase crónica<sup>14,18</sup>.

El principal diagnóstico diferencial es con el dengue y ambas pueden coexistir<sup>1,2</sup> dado que el vector de transmisión es el mismo, sin olvidar por igual motivo la malaria y el zika. En nuestro entorno deberemos prestar atención a cuadros virásicos incluida la gripe, primoinfección VIH, meningitis, enfermedades reumáticas, y enfermedades exantemáticas<sup>2,19</sup>. Primordial la anamnesis sobre antecedentes epidemiológicos.

No existe tratamiento específico y éste es básicamente sintomático<sup>5,11,14,16</sup>. La clínica articular refractaria puede beneficiarse de fisioterapia<sup>5,11</sup>. La cloroquina o el metotrexate en procesos articulares crónicos pueden ser terapéuticas a tener en cuenta<sup>14</sup>.

La prevención es primordial. La notificación precoz de casos importados o autóctonos y la vigilancia activa de otros posibles casos ayudará a controlar la diseminación<sup>12,14</sup>. Las

medidas destinadas a reducir la densidad del vector y la protección de la población para evitar las picaduras favorecerán el control de nuevos brotes epidémicos<sup>1,3,11,16,17</sup>.

A nivel laboral y en referencia al caso presentado, la enfermedad del Chikungunya no fue considerada como enfermedad profesional al no estar incluida en el cuadro actual<sup>20</sup>, lo que debe hacer reflexionar en la inclusión de estas nuevas enfermedades emergentes cuando la actividad laboral se desarrolla en zonas endémicas o de riesgo. Apoyados en el antecedente epidemiológico y en las condiciones concretas en que se desarrollaba el trabajo como nexos causales fundamentales, se tramitó el proceso como accidente de trabajo.

A la hora de extender el alta laboral al paciente, dada la difícil objetivación del dolor que provoca la enfermedad, ésta se ha basado en la mejoría sintomatológica, ausencia de artritis clínica y exploraciones complementarias y parámetros de laboratorio sin hallazgos significativos.

Para el control y gestión de estas enfermedades es fundamental un abordaje integral, teniendo un relevante papel además de los Servicios Públicos de Salud y Epidemiológicos, los Servicios de Prevención Laboral y las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. D. Palacios Martínez, R.a. Díaz-Alonso, L. J. Arce-Segura, E. Díaz-Vera. «Chikungunya, una enfermedad vírica emergente. Propuesta de un algoritmo de manejo clínico». SEMERGEN 2015; 41 (4):221-225. Publicado por Elsevier España.
2. «Virus Chikungunya. Boletín de laboratorio y vigilancia al día «N.º17, sep2014. Subdepartamento Vigilancia de Laboratorio. Gobierno de Chile.
3. «Preguntas y respuestas sobre El Chikungunya». 28 agosto 2015. Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España.
4. European Centre for Disease Prevention and Control. *Rapid risk assessment. Chikungunya case in Spain without travel history to endemic areas*. 21 de agosto de 2015. Estocolmo: ECDC; 2015.
5. Rivera-Águila R. C «Fiebre chikungunya en México: caso confirmado y apuntes para la respuesta inmunológica». Salud Pública Mex 2014; 56:402-404.
6. «Evaluación Rápida del riesgo de transmisión de fiebre por virus de Chikungunya en España.» 27 agosto 2015. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España.
7. «Casos de malaltia per Virus Chikungunya a Catalunya». Informe 2014. ASPC. Generalitat de Catalunya.
8. Notificación de registro de partes de baja de la Secretaría de Estado de la Seguridad Social extraídos de la base de datos del Instituto Nacional de la Seguridad Social, Ministerio de Empleo y Seguridad Social de España.
9. «Casos de malaltia per Virus Chikungunya i Dengue a Catalunya».2-12-2015. ASPC. Generalitat de Catalunya.
10. *Real Decreto 1993/1995, de 7 de diciembre*. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. «BOE» núm. 296, 12 de diciembre de 1995. BOE-A-1995-26716.
11. Pláceres Hernández JF, Martínez Abreu J, Chávez González L, Rodríguez Rodríguez E, de León Rosales L. «Fiebre causada por el virus de Chikungunya, enfermedad emergente que demanda prevención y control». Rev. Méd. Electrón (Internet). 2014 Sep-Oct, 36 (5). Disponible en: <http://www.revmatanzas.sid.cu/revista%20medica/ano%202014vol5%202014/tema07.htm>
12. *Protocol per a la vigilància i el control de les arbovirosis transmeses per mosquits a Catalunya*. 20 marzo 2015 ASPC. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut.
13. *Guía de manejo clínico para la infección por el virus chikungunya (CHIKV)*. Ministerio de Salud Pública, Santo Domingo, República Dominicana 2014.
14. Horcada M. L, Díaz-Calderón C, Garrido L «Fiebre Chikungunya. Manifestaciones reumáticas de una infección emergente en Europa». Reumatología Clínica 2014. <http://dx.doi.org/10.1016/j.reuma.2014.07.005>
15. Restrepo Jaramillo, Berta Nelly. «Infección por el virus del Chikungunya». Instituto Colombiano de Medicina Tropical. Universidad CES Medellín, Colombia. CES Med. Vol28 no.2 Medellín. July/Dec 2014.

16. «Centro de Prensa Chikungunya». Nota descriptiva n.º 327. Mayo 2015. WorldHealthOrganization.
17. «Preparación y respuesta ante la eventual introducción del virus Chikungunya en las Américas». Organización Panamericana de la Salud. 2011. [http://www.paho.org/hq/dmdocuments/CHIKV\\_Spanish.pdf](http://www.paho.org/hq/dmdocuments/CHIKV_Spanish.pdf)
18. Angela Chow, Zhisheng Her, Edward K. S. Ong, Jin-miao Chen, FredericoDimatac, Dyan J. C. Kwek, Timothy Barkham, Henry Yang, Laurent Rénia, Yee-Sin Leo, Lisa F. P. Ng. «Persistent Arthralgia Induced by Chikungunya Virus Infection is Associated with Interleukin-6 and Granulocyte Macrophage Colony-Stimulating Factor». The Journal Of Infectious Diseases. Oxford Journals. 2011 Jan 15; 203(2): 149-157.
19. «Información para proveedores de asistencia sanitaria. Fiebre Chikungunya». Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud.
20. Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. «BOE» núm. 302, de 19 de diciembre de 2006. Referencia: BOE-A-2006-22169.