



Instruções

- 1** Confira se os dados contidos na parte inferior desta capa estão corretos e, em seguida, assine no espaço reservado para isso.
Se, em qualquer outro local deste Caderno, você assinar, rubricar, escrever mensagem, etc., será excluído do Exame.
- 2** Este Caderno contém 5 questões discursivas referentes à Prova da Língua Estrangeira escolhida pelo candidato. Não destaque nenhuma folha.
- 3** Se o Caderno estiver incompleto ou contiver imperfeição gráfica que impeça a leitura, solicite imediatamente ao Fiscal que o substitua.
- 4** Será avaliado apenas o que estiver escrito no espaço reservado para cada resposta, razão por que os rascunhos não serão considerados.
- 5** Escreva de modo legível, pois dúvida gerada por grafia, sinal ou rasura implicará redução de pontos.
- 6** Não será permitido o uso de dicionário.
- 7** Use exclusivamente caneta esferográfica, confeccionada em material transparente, de tinta preta ou azul. Em nenhuma hipótese se avaliará resposta escrita com grafite.
- 8** Utilize para rascunhos, o verso de cada página deste Caderno.
- 9** Você dispõe de, no máximo, três horas, para responder as 5 questões que constituem a Prova.
- 10** Antes de retirar-se definitivamente da sala, devolva ao Fiscal este Caderno.

Assinatura do Candidato: _____

As questões de 01 a 05, cujas respostas deverão ser redigidas EM PORTUGUÊS, referem-se ao texto abaixo.

Fiebre chikungunya en México: caso confirmado y apuntes para la respuesta epidemiológica

Roberto Carlos Rivera-Ávila, MGS.⁽¹⁾

(1) Coordinación de epidemiología, Región Sanitaria XII, Centro-Tlaquepaque, Secretaría de Salud Jalisco. Tlaquepaque, Jalisco, México.

Resumen

La fiebre chikungunya (CHIK) es una enfermedad viral transmitida al ser humano por el mismo vector del dengue, el mosquito *Aedes*. Además de fiebre y fuertes dolores articulares, produce otros síntomas como mialgias, cefalea, náuseas, cansancio y exantema. No tiene tratamiento específico; el manejo terapéutico de los pacientes se enfoca en el alivio de los síntomas. Históricamente se han reportado brotes de grandes proporciones; incluso desde 2010 se llegó a considerar como una potencial epidemia emergente. En 2013 se introdujo a las islas del Caribe y recientemente se ha reportado en el continente americano. En este trabajo se describe el primer caso confirmado de chikungunya en México, en el municipio de Tlajomulco de Zúñiga, Jalisco, en mayo de 2014, importado de la isla Antigua y Barbuda, en el Caribe, por una mujer de 39 años de edad.

Palabras clave: fiebre chikungunya; caso clínico.

Chikungunya es una enfermedad febril ocasionada por un virus ARN del género *Alfavirus*, de la familia *Togaviridae*, denominado chikungunya, la cual se transmite al hombre por un vector: el mosquito del género *Aedes*, especies *aegypti* y *albopictus*. El virus se aisló y describió en el ser humano durante una epidemia

En 2013, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) reportó los primeros casos autóctonos en América, específicamente en Saint Martin, en el Caribe.⁵ En mayo de 2014, la OPS informó de la circulación autóctona de la enfermedad en varias islas del Caribe como Antigua y Barbuda, Saint Martin, Haití, República Dominicana y Saint Kitts, entre otras.⁶

Una vez que la persona es inoculada con el virus, la enfermedad tiene un periodo de incubación de entre 3 a 7 días y comprende tres etapas: aguda, subaguda y crónica.

En la fase aguda (3 a 10 días) hay un inicio súbito de los síntomas: fiebre alta (por lo general por arriba de los 39°C), dolor articular severo, cefalea, dolor de espalda, náuseas, mialgias, vómitos, exantema y conjuntivitis, sintomatología que es muy similar a la que presenta el dengue. En la fase subaguda (2 a 3 meses postinfección) los pacientes continúan con poliartritis distal, el dolor se exagera en las articulaciones donde se tenían lesiones previas y se presenta tenosinovitis hipertrófica subaguda en muñecas y tobillos. La fase crónica se presenta después de tres meses postinfección y puede persistir entre 18 meses y 3 años, con artralgias, fatiga y depresión.

A la fecha no se dispone de tratamiento específico; no existe un antiviral para chikungunya ni vacuna alguna para la prevención de la misma. El manejo es sólo sintomático con reposo, hidratación y atención de las complicaciones que se presenten; pueden utilizarse analgésicos no esteroideos y antipiréticos, así como analgésicos narcóticos en caso de dolor muy grave. No se recomienda el uso de aspirina por riesgo de sangrado.

Primer caso en México

El primer caso de chikungunya en México se presentó en una mujer de 39 años de edad dedicada al deporte, con varios traumatismos en diversas partes de cuerpo considerados como sus únicos antecedentes patológicos: fractura radio cubital derecha, luxación de cadera izquierda y dos cirugías (operación cesárea y laparotomía por embarazo ectópico). La paciente viajó al Caribe el 21 de mayo de 2014; pasó por las islas Santo Tomás, San Martín y San Kitts, para llegar a la Isla Antigua y Barbuda, donde acudió a un evento deportivo y en la que permaneció hasta el 28 de mayo. Ese mismo día por la noche, en su arribo a la Ciudad de México, refirió el inicio la sintomatología con fiebre no cuantificada, escalofríos, malestar y debilidad generalizada, cefalea, mialgias y artralgias. Los dolores articulares eran muy intensos (8 de 10 puntos en la Escala Analógica Visual [EVA]) en ambas rodillas, en la cadera, las muñecas, los codos y la espalda. El 29 de mayo, al llegar a la ciudad de Guadalajara los síntomas continuaron; el dolor se incrementó al grado de ser incapacitante

(EVA 10 de 10) y se presentaron náuseas. Se buscó atención médica en la que se indicó metamazol y se solicitó una biometría hemática.

El 30 de mayo continuaron intensamente los síntomas y no se controlaron con metamazol, por lo que acudió a solicitar atención a la Coordinación de Epidemiología de la Región Sanitaria XII Centro Tlaquepaque, de la Secretaría de Salud Jalisco. En el examen físico la paciente presentó fiebre de 39°C y refirió cefalea con dolor retrocular y artralgias intensas, con facies de dolor, ligera palidez de la piel y de las mucosas, y ganglios palpables dolorosos de 0.5 mm de diámetro en la región preauricular y retroauricular bilateral. El dolor articular fue generalizado, pero con especial intensidad en muñecas, codos, cadera, rodillas, tobillos y pies, todo de forma bilateral, aunque se percibió más en codo y muñeca derecha, lugares que habían sufrido previamente fractura radiocubital, así como en la rodilla derecha, donde también se tuvo una lesión con anterioridad.

El día 31 de mayo la paciente continuó con la misma sintomatología, pero el dolor ya era de intensidad variable (desde EVA 6 de 10 a 9 de 10 durante la noche). Apareció un ligero exantema macular en las cuatro extremidades y en el pecho, y permaneció la náusea. Se continuó con el manejo ambulatorio.

El día 2 de junio ya no se presentó la fiebre, el exantema prácticamente desapareció y el dolor de las articulaciones disminuyó a intensidad EVA 7 de 10, incluso se quitó por completo en algunas articulaciones pero continuó en muñecas, codos, cadera y rodillas; en espalda el dolor se había presentado únicamente en región dorsal y en esta etapa se extendió a la región lumbar. Este síntoma respondió adecuadamente a la ingesta de paracetamol indicado, pero después de 5 horas reapareció. Las náuseas disminuyeron. Se tomó nuevo control de biometría hemática (cuadro I) y se continuó con el mismo manejo.

En los días siguientes la paciente presentó mejoría, el dolor disminuyó paulatinamente al grado de presentarse de forma intermitente durante el día sobre todo en muñeca, codo y rodilla derecha, así como en la espalda. Continuó la fatiga generalizada. El 9 de junio se integró a sus actividades laborales con un dolor mínimo que respondió adecuadamente a la ingesta de antiinflamatorios no esteroideos; la fatiga continuó. Este día intentó hacer ejercicio pero rápidamente experimentó cansancio, por lo que considera que su condición física se redujo en 70%. Se tomó una nueva biometría hemática en la que se hace notoria una discreta leucopenia, como se presentó desde la primera biometría que se tomó.

El 27 de junio la paciente continuó con dolor ligero en muñeca, codo y rodilla derecha, y ocasionalmente en espalda; se continuó vigilando su estado de salud para detectar alguna secuela.

Discusión

Con existencia previa exclusiva en África y Asia, la fiebre chikungunya ahora se diagnostica en los países occidentales debido a la presencia masiva de turistas en estos dos continentes. En América y en el área del Caribe se reporta la transmisión autóctona de chikungunya debido a que es una zona cuya actividad principal es el turismo.

La ausencia previa de esta enfermedad en nuestra región hace susceptible a toda la población de posibles viremias elevadas. Además del alto riesgo entomológico, se agrega el hecho de que una parte de los casos son asintomáticos o con síntomas semejantes a los de otro problema común en nuestro país: el dengue. Por lo tanto, se vuelve difícil la detección oportuna y así se favorece la posibilidad de que se incremente el número de mosquitos con capacidad de adquirir el virus a partir de los individuos infectados y así, sucesivamente, se crea el círculo que puede ocasionar una epidemia considerable de rápida diseminación.

Disponível em: < http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342014000400015&script=sci_arttext>. Acesso em 02 abr. 2015: .

Questão 1

Segundo o texto, caracterize a febre chicunha, apresente seus principais sintomas e tratamento específico.

Espaço para Resposta

--

Questão 2

Caracterize as três etapas da febre chicunha.

Espaço para Resposta

Etapas	Período	Sintomas

Questão 3

Por que a pessoa infectada pediu ajuda à *Coordinación de Epidemiología de la Región Sanitaria XII Centro Tlaquepaque, de la Secretaría de Salud Jalisco* e o que sentia no momento em que foi atendida?

Espaço para Resposta

Questão 4

Acompanhando o tratamento da paciente podemos fazer o seguinte quadro:

Espaço para Resposta

Data	Sintomas
31 de maio	
02 de junho	
09 de junho	
27 de junho	

