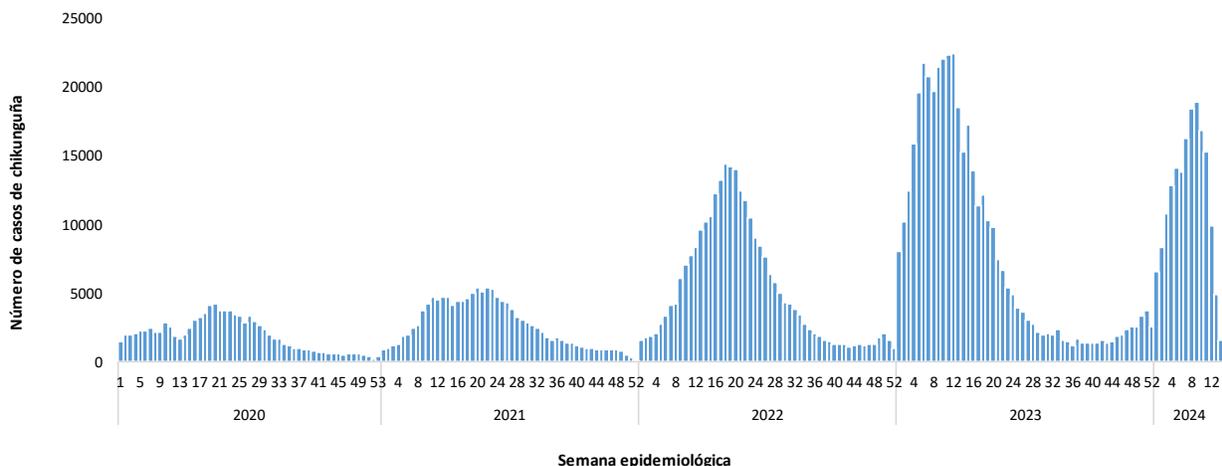


### Resumen de la situación

Entre la semana epidemiológica (SE) 1 y la SE 52 de 2023, se notificaron un total de 410.754 casos de chikunguña, incluidas 419 defunciones, en 17 de los países y territorios de la Región de las Américas. Esta cifra es mayor a lo observado en el mismo periodo del 2022 (273.841 casos, incluidas 87 defunciones) y es el mayor registro de casos de los últimos años (**Figura 1**). En el 2024 y hasta la SE 14, se notificaron 186.274 casos, incluyendo 60 defunciones por chikunguña, con el 97% de los casos notificados en Brasil (n=180.600) (1).

Estos incrementos en el número de casos y defunciones por chikunguña por encima de lo notificado en los últimos años se suman a la circulación simultánea con otras arbovirosis, como dengue, Zika y Oropouche, impactando en la sobrecarga de los servicios asistenciales. Las primeras tres enfermedades pueden ser transmitidas por los mismos vectores, *Aedes aegypti* y *Aedes albopictus*. Estos vectores están presentes en casi todos los países y territorios de la Región de las Américas; sin embargo, hasta el momento, el *Aedes aegypti* es considerado como el principal vector de estas enfermedades.

**Figura 1.** Distribución de casos por chikunguña por SE de notificación. Región de las Américas, 2020-2024 (hasta la SE 14 de 2024).



**Fuente:** Adaptado de la Organización Panamericana de la Salud. PLISA Plataforma de Información de Salud para las Américas, Portal de Indicadores de Chikunguña. Washington, DC: OPS; 2024 [citado el 16 de abril del 2024]. Disponible en inglés en: <https://www3.paho.org/data/index.php/en/mnu-topics/chikv-en/550-chikv-weekly-en.html>

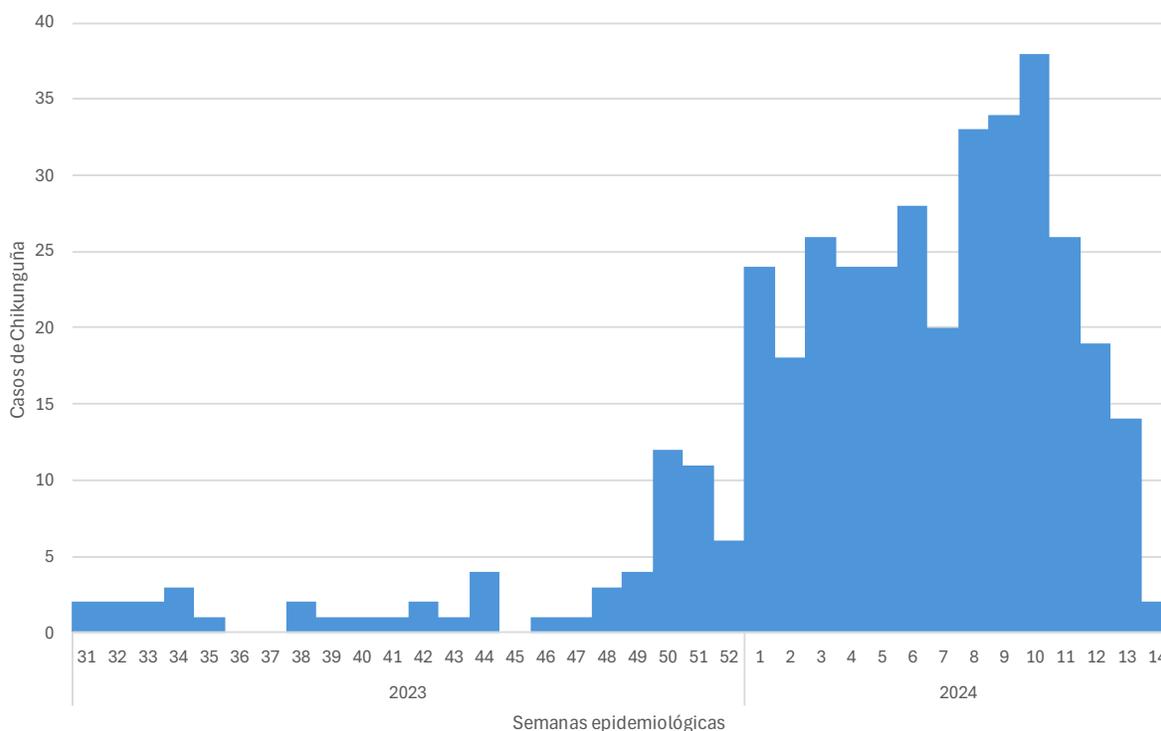
**Cita sugerida:** Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Actualización Epidemiológica: Chikunguña en la Región de las Américas. 22 de abril del 2024. Washington, D.C. OPS/OMS. 2024

A continuación, se presenta la situación epidemiológica de chikunguña en países seleccionados de la Región de las Américas:

En **Argentina**, desde la SE 31 del 2023 y hasta la la SE 14 del 2024, se notificaron un total de 389 casos confirmados y probables. Del total de casos, 262 no tuvieron antecedentes de viaje, 33 fueron importados y 94 se encuentran en investigación. Los casos autóctonos se registraron, en su mayoría, en las provincias de Salta (n=63), Chaco (n=59), Santa Fe (n=50), Buenos Aires (n=45) y Misiones (n=20) (2).

Desde SE 49 a SE 52 del año 2023 se verificó un aumento en el número de casos con un promedio de ocho casos semanales y a partir de la SE 1/2024 se registró un nuevo aumento, con un promedio de 25 casos semanales entre las SE 1 y SE 12 (**Figura 2**) (2).

**Figura 2:** Casos confirmados y probables de chikunguña por SE. SE 31/2023 a SE 14/2024, Argentina.



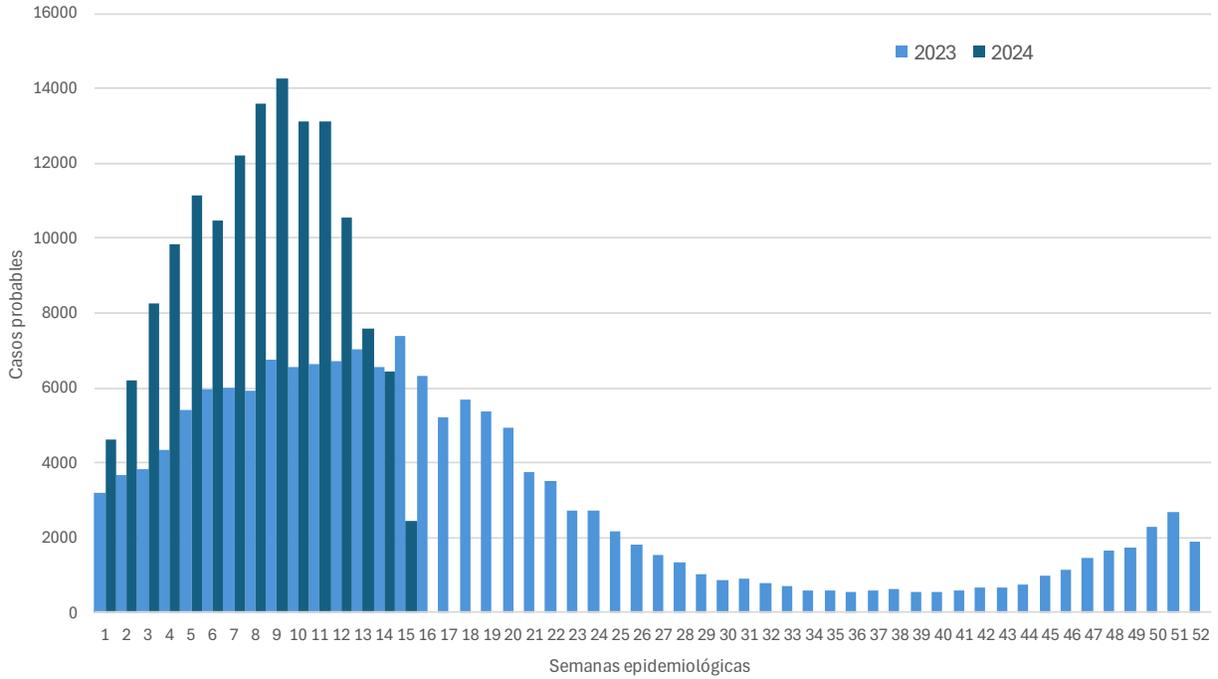
**Fuentes:** Ministerio de Salud de la República Argentina. (2024). Boletín Epidemiológico Nacional N°699. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/04/ben-699-se14.pdf>

En 2024, en **Brasil** entre las semanas epidemiológicas (SE) 1 y 15, se notificaron 188.836 casos sospechosos de chikunguña de los cuales 143.831 son casos probables (incidencia acumulada de 67 casos por 100.000 habitantes). Esto representa un aumento de 67% en comparación con el mismo período en 2023 (n=86.044) (**Figura 3**). La mayor proporción de casos se registra en la región sudeste del país con el 72% (n=103.891), con una incidencia acumulada de 112 casos por 100.000 habitantes (3).

Aunque, los 26 estados y el Distrito Federal han notificado casos en 2024, la mayor proporción de casos probables se ha reportado en el estado de Minas Gerais con el 62,1% (n=89.330) de los casos, seguido por Bahía con el 7% (n=10.473) y Espírito Santo con el 5% (n=7.187) (3).

Durante este mismo periodo se han registrado 68 defunciones por chikunguña y 106 permanecen en investigación. Estas defunciones se registran en nueve estados del país, siendo la mayor proporción de estas en el estado de Minas Gerais con el 60% (n=41) de los casos, seguido por Bahía con el 10% (n=7) y Sao Paulo con el 9% (n=6) (3).

**Figura 3:** Casos probables de chikunguña por SE del 2023 y 2024, Brasil.



**Fuente:** Centro Nacional de Enlace para el Reglamento Sanitario Internacional de Brasil. Información de correo electrónico del 18 de abril del 2024. Brasilia; 2024. Inédito (3).

## Orientaciones para las autoridades nacionales

Ante el incremento en el número de casos y defunciones por chikunguña en algunos países de la Región, la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) insta a los Estados Miembros a que continúen con el fortalecimiento de la vigilancia, triaje, diagnóstico y tratamiento oportuno y adecuado de los casos de chikunguña y otras arbovirosis. Al mismo tiempo intensificar las acciones prevención y control del vector, así como de preparación de los servicios de atención de salud para facilitar el acceso de los pacientes con estas enfermedades.

La OPS/OMS recuerda a los Estados Miembros que continúan vigentes las mismas orientaciones publicadas en la Alerta Epidemiológica del 13 de febrero de 2023 sobre el aumento de chikunguña en la Región de las Américas, disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/alerta-epidemiologica-aumento-chikunguna-region-americas>.

### Adecuación de los servicios de atención de salud

Frente a este aumento reciente de la incidencia de chikunguña y del dengue en algunas zonas de la Región, se invita a los estados miembros a adecuar sus servicios de salud para dar respuesta oportuna y correcta a la población en todos los niveles de atención.

- Organizar el tamizaje, el flujo de pacientes y las áreas de vigilancia clínica y de hospitalización en cada institución, en los distintos niveles de atención.
- Reorganizar los servicios de salud en situaciones de brote/epidemias en los diferentes niveles de atención al paciente.
- Fortalecimiento de las redes de atención de pacientes en el diagnóstico, manejo y seguimiento de pacientes con sospecha de chikunguña (incluyendo la fase crónica de la enfermedad) o dengue.

### Vigilancia Integrada

OPS/OMS alienta a continuar con la vigilancia epidemiológica y proporcionar informes de casos sospechosos y confirmados de dengue, chikunguña y Zika.

Dado que la agrupación de casos es común en ambas enfermedades (dengue, chikunguña), se deben hacer esfuerzos para analizar la distribución espacial de los casos para permitir una respuesta rápida a nivel local de las áreas más afectadas. La información de los puntos críticos de dengue y chikunguña debe ser dirigida para el control intensivo de vectores.

La vigilancia entomológica ayudará a identificar la abundancia de los vectores en las áreas de riesgo y evaluar el impacto de las medidas de control de vectores.

### Confirmación por laboratorio

Es importante tener en cuenta que el diagnóstico inicial de la infección por el virus chikunguña (CHIKV) es clínico, y una sospecha adecuada puede guiar el protocolo de confirmación. Sin embargo, los resultados de laboratorio deben ser siempre analizados en conjunto con la información demográfica y según contexto epidemiológico, con fines de vigilancia y no para toma de decisiones clínicas.

La sospecha clínica de infección por CHIKV puede ser confirmada en laboratorio mediante técnicas virológicas, incluyendo la detección molecular por PCR. La muestra ideal para realizar la detección es suero colectado durante la fase aguda de la infección, preferiblemente en los primeros 5 días después del inicio de síntomas. Sin embargo, CHIKV suele presentarse con viremias más largas, por lo que una muestra incluso hasta el día 8 desde el inicio de síntomas puede ser útil para la confirmación molecular (4).

Existen diferentes algoritmos para realizar la detección molecular de CHIKV, dependiendo del contexto epidemiológico y clínico. Así, ante una sospecha clínica compatible con infección por CHIKV, se sugiere iniciar el algoritmo con una PCR específica donde un resultado positivo confirma la infección; si el resultado es negativo, se puede continuar de manera secuencial la detección de otros arbovirus, principalmente el virus dengue (DENV) y el virus Zika (ZIKV), u otros patógenos que se consideren dentro del diagnóstico diferencial (**Figura 4**).

Por otro lado, cuando la sospecha clínica no es clara y la sintomatología inespecífica puede ser compatible con la infección por otro arbovirus (o incluso otros patógenos), o se realiza una vigilancia sindrómica, un protocolo de amplificación múltiple (*multiplex*) que incluya la detección simultánea de al menos 3 de los arbovirus endémicos más probables (DENV, CHIKV y ZIKV) puede ser eficiente (**Figura 5**).

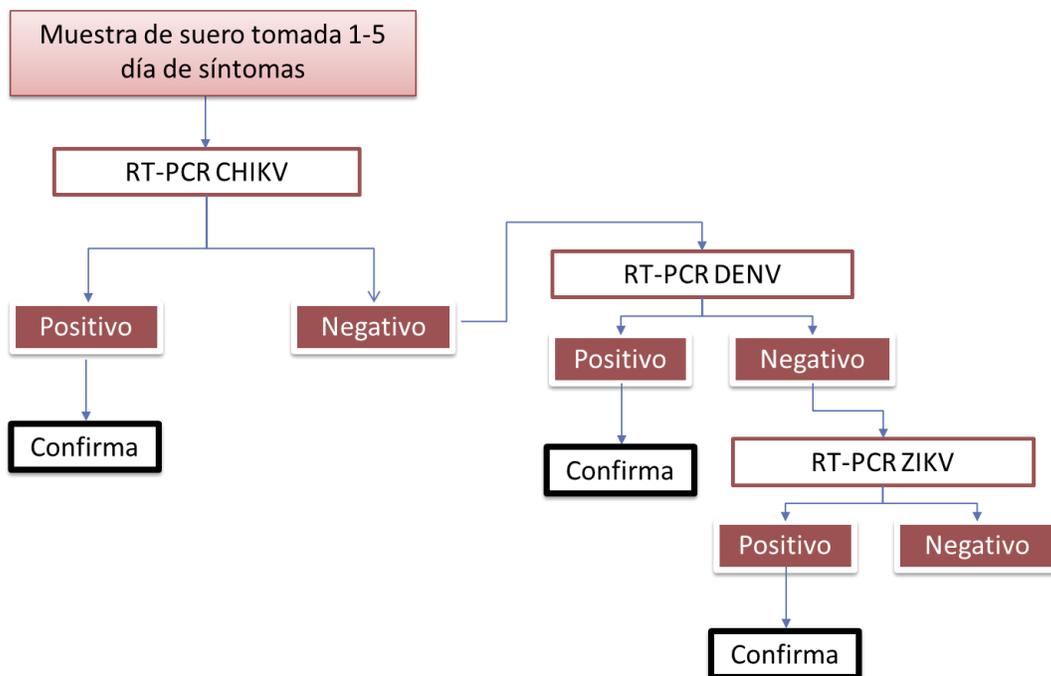
En casos fatales, se recomienda la toma de muestra de tejido, principalmente hígado y bazo, para la realización de detección molecular. Estas muestras también son útiles para un análisis histopatológico que permitan respaldar el diagnóstico y caracterizar mejor el caso.

Por otro lado, la confirmación serológica de la infección por CHIKV solo es posible cuando se procesan muestras pareadas colectadas con al menos una semana de diferencia (fase aguda y fase convaleciente). La seroconversión (IgM negativa en la muestra inicial y positiva en la segunda muestra, por ELISA o neutralización) o el aumento de al menos 4 veces del título de anticuerpos (con una metodología cuantitativa), pueden ser útiles para confirmar el diagnóstico. Sin embargo, es importante tener en cuenta que los ensayos serológicos son susceptibles de presentar reacción cruzada, en el caso de CHIKV con otros alphavirus incluyendo Mayaro. Asimismo, un resultado positivo en una muestra única para determinación serológica no se considera confirmatoria ya que además de la posibilidad de una reacción cruzada, la IgM puede detectarse en sangre por varios meses e incluso años después de la infección, por lo que una detección puede reflejar infección pasada.

En casos con manifestaciones neurológicas (p. ej., meningoencefalitis), la detección molecular y serológica se puede realizar también en muestras de líquido cefalorraquídeo (LCR). Sin embargo, esta muestra se debe tomar únicamente por indicación clínica y no con el propósito específico de identificar el agente etiológico. Es importante tener en cuenta que, si bien un resultado positivo por una prueba molecular en LCR confirma la infección, un resultado negativo no la descarta.

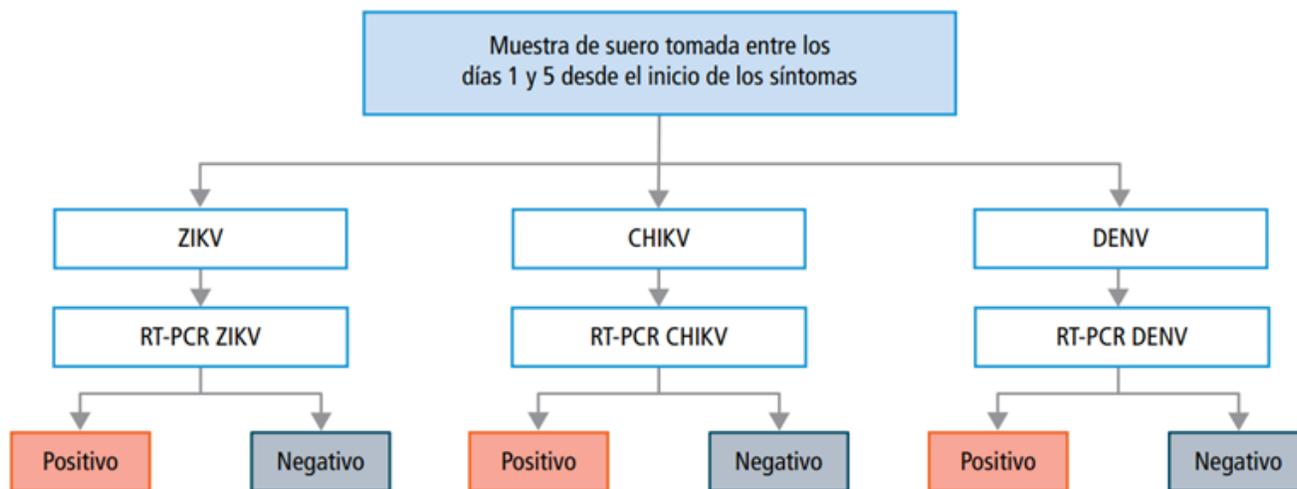
Adicionalmente, dada la similitud del cuadro clínico inicial de chikunguña con el sarampión, y el riesgo de este para la Región, se recomienda considerar también a este último como diagnóstico diferencial (5).

**Figura 4.** Algoritmo secuencial para pruebas virológicas en casos sospechosos de chikunguña



**Fuente:** Organización Panamericana de la Salud. Recomendaciones para la detección y el diagnóstico por laboratorio de infecciones por arbovirus en la Región de las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2022. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/56321>

**Figura 5.** Algoritmo multiplex para pruebas virológicas en casos sospechosos de chikunguña



**Fuente:** Organización Panamericana de la Salud. Recomendaciones para la detección y el diagnóstico por laboratorio de infecciones por arbovirus en la Región de las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2022. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/56321>

## Manejo de caso

La enfermedad por el CHIKV puede ocasionar una amplia gama de manifestaciones clínicas, pero se caracteriza principalmente por la aparición de fiebre asociada a artritis o artralgia. Otras manifestaciones clínicas frecuentes son: dolor de cabeza, dolor muscular, sarpullido y prurito. La duración de las manifestaciones clínicas varía desde unos días hasta varios meses, determinado así las distintas fases de la enfermedad: aguda, posaguda y crónica. Cada una de estas fases requiere cuidados específicos en los diferentes niveles de atención. La fase aguda dura hasta 2 semanas, la fase posaguda va desde la tercera semana hasta el tercer mes y la fase crónica desde el cuarto mes y puede durar hasta años (6). En la mayoría de los pacientes crónicos se aprecia un empeoramiento de su calidad de vida durante los primeros años posteriores a la infección por chikunguña. En consecuencia, considerando el alto número de casos notificados recientemente, se recomienda capacitar al personal de salud de todos los niveles y en la todas las fases de la enfermedad.

- Capacitar a los profesionales de salud de las instituciones proveedoras de servicios sobre la sospecha diagnóstica y las recomendaciones de manejo de casos de chikunguña y otras arbovirosis que están presente en el cuadro epidemiológico regional, sobre todo dengue y Zika.
- Capacitar a los diferentes niveles de atención al paciente para prevenir y tratar las secuelas de la fase crónica del chikunguña.
- Adaptar a los niveles nacionales y subnacionales la guía " Directrices para el diagnóstico clínico y el tratamiento del dengue, el chikunguña y el Zika" (7).
- Ofrecer talleres de capacitación continua para el personal de salud público y privado sobre la organización de los servicios de salud, inclusive la respuesta a brotes.

Orientar a las mujeres embarazadas, menores de 1 año, los adultos mayores y a las personas con comorbilidades (hipertensión, insuficiencia renal crónica, diabetes, obesidad, cardiopatías, entre otras) que acudan de inmediato a la unidad de salud más cerca ante la primera sospecha de infección por chikunguña debido al riesgo de presentar manifestaciones graves o complicaciones por esta enfermedad. Así mismo, todo recién nacido de madre con sospecha o confirmación de chikunguña (hasta 15 días previos al parto) deberá ser hospitalizado.

## Participación de la Comunidad

Se deben hacer todos los esfuerzos para obtener el apoyo de la comunidad para la prevención de dengue, el chikunguña y el Zika.

Los materiales simples de Información, Educación y Comunicación (IEC) se pueden difundir a través de varios medios de comunicación (incluidas las redes sociales).

Se debe alentar a los miembros de los hogares a eliminar las fuentes de reproducción de mosquitos, tanto domiciliarios como peridomiciliarios.

Los criaderos de mosquitos altamente productivos, como los contenedores de almacenamiento de agua (tambores, tanques elevados, ollas de barro, etc.) deben ser objeto de medidas de prevención contra la reproducción del vector. Otros sitios de reproducción, como las canaletas del techo y otros contenedores de retención de agua, también deben limpiarse periódicamente.

Los equipos locales regularmente saben cómo hacer que esta información sea más efectiva, y en muchos casos las campañas y mensajes nacionales no son tan efectivos como las iniciativas locales.

### **Medidas de prevención y control del Aedes**

La OPS/OMS insta a los Estados Miembros a hacer un uso efectivo de los recursos disponibles para prevenir y/o controlar la infestación de vectores en zonas afectadas y en los servicios de salud. Esto se logrará a través de la implementación de estrategias integradas de control vectorial en emergencias, que incluyen los siguientes procesos:

- Selección de métodos de control basados en el conocimiento de la biología del vector, la transmisión de la enfermedad, la morbilidad y las recomendaciones de la OPS/OMS.
- Utilización de múltiples intervenciones, con frecuencia en combinación y de manera sinérgica con coberturas adecuadas.
- Colaboración del sector salud con sectores públicos y privados vinculados con la gestión del medio ambiente cuya labor impacte en la reducción del vector.
- Integración de los individuos, las familias y otros socios clave (educación, finanzas, turismo, agua y saneamiento y otros) a las actividades de prevención y control.
- Fortalecimiento del marco legal que permita el abordaje integrado e intersectorial.

Dada la alta infestación por *Aedes aegypti* y la presencia del *Aedes albopictus* en la Región, se recomienda que las medidas de prevención y control se orienten a reducir la densidad del vector y cuenten con la aceptación y colaboración de la población local. Las medidas de prevención y control a implementarse por las autoridades nacionales deberán incluir lo siguiente:

- Fortalecer las acciones de ordenamiento ambiental, principalmente la eliminación de criaderos del vector en domicilios y en áreas comunes (parques, escuelas, unidades de salud, cementerios, etc.).
- Reorganizar los servicios de recolección de residuos sólidos para apoyar las acciones de eliminación de criaderos en las áreas de mayor transmisión y de ser necesario planificar acciones intensivas en áreas específicas donde se haya interrumpido la recolección regular de basura.
- Aplicar medidas para el control de criaderos a través de la utilización de métodos físicos, biológicos y/o químicos, que involucren en forma activa a los individuos, la familia y a la comunidad (8).
- Definir las áreas de alto riesgo de transmisión (estratificación de riesgo) (9), y priorizar aquellas donde existan concentraciones de personas (escuelas, terminales, hospitales, centros de salud, etc.). En estas instalaciones deberá eliminarse la presencia del mosquito en un diámetro de al menos 400 metros a la redonda. Es importante una especial atención con las unidades de salud, y que estas estén libres de la presencia del vector y sus criaderos para que no se conviertan en puntos irradiadores del virus.
- En las áreas donde se detecta transmisión activa, se sugiere implementar medidas orientadas a la eliminación de mosquitos adultos infectados (principalmente a través de uso de insecticidas) a fin de detener y cortar la transmisión. Esta acción es de carácter excepcional y solo es efectiva cuando se ejecuta con personal debidamente

capacitado y entrenado bajo las orientaciones técnicas internacionalmente aceptadas; y cuando se realiza de manera concomitantemente con las otras acciones propuestas. La principal acción para interrumpir la transmisión en el momento que ésta se produce de manera intensiva es la eliminación de mosquitos adultos infestados (transmisión activa) mediante la fumigación intradomiciliaria, utilizando equipos individuales sumado a la destrucción y/o control de criaderos del vector dentro de los domicilios.

- Una modalidad eficaz de control de adultos que puede ser utilizada, considerando las capacidades operacionales disponibles, es el rociado residual en interiores, que debe aplicarse selectivamente a los lugares de descanso del *Aedes aegypti*, cuidando no contaminar recipientes de almacenamiento de agua para beber o que se usa para cocinar. Esta intervención en áreas tratadas es efectiva por un período de hasta cuatro meses; y puede usarse en albergues, domicilios, servicios de salud, escuelas y otros. Para más información consultar el Manual para aplicar rociado residual intradomiciliario en zonas urbanas para el control de *Aedes aegypti* (10) y el documento Control de *Aedes aegypti* en el escenario de transmisión simultánea de COVID-19 (11).
- Elegir adecuadamente el insecticida a ser utilizado (siguiendo las recomendaciones de OPS/OMS), su formulación y tener conocimiento sobre la susceptibilidad de las poblaciones de mosquito a dicho insecticida (12).
- Garantizar el adecuado funcionamiento de los equipos de fumigación y su mantenimiento y asegurar reservas de insecticidas.
- Intensificar las acciones de supervisión (control de calidad), del trabajo de campo de los operarios, tanto durante el tratamiento focal como en el tratamiento adulticida (fumigación), asegurando el cumplimiento de las medidas de protección personal.

### **Medidas de prevención personal**

Los pacientes infectados por el virus de dengue, chikunguña o Zika son el reservorio de la infección para otras personas tanto en sus hogares como en la comunidad. Es necesario comunicar a los enfermos, sus familias y a la comunidad afectada acerca del riesgo de transmisión y las maneras de prevenir el contagio al disminuir la población de vectores y el contacto entre el vector y las personas.

Para reducir al mínimo el contacto del vector-paciente se recomienda:

- El paciente debe descansar bajo mosquiteros, impregnados, o no, con insecticida.
- El paciente, así como otros miembros del hogar, han de llevar mangas largas (si hay enfermos en la casa) para cubrir las extremidades.
- Los repelentes que contienen DEET, IR3535 o icaridina, se pueden aplicar en la piel expuesta o en ropa de vestir, y su uso debe estar en estricta conformidad con las instrucciones de la etiqueta del producto.
- Emplear alambre-malla/redes contra mosquitos en puertas y ventanas.

## Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. PLISA Plataforma de Información de Salud para las Américas, Portal de Indicadores de Chikungunya. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2024 [citado el 16 de abril del 2024]. Disponible en inglés en: <https://www3.paho.org/data/index.php/en/mnu-topics/chikv-en/550-chikv-weekly-en.html>
2. Centro Nacional de Enlace para el Reglamento Sanitario Internacional de Argentina. Información de correo electrónico del 17 de abril del 2024. Buenos Aires; 2024. Inédito.
3. Centro Nacional de Enlace para el Reglamento Sanitario Internacional de Brasil. Información de correo electrónico del 18 de abril del 2024. Brasilia; 2024. Inédito.
4. Organización Panamericana de la Salud. Recomendaciones para la detección y el diagnóstico por laboratorio de infecciones por arbovirus en la Región de las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2022. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/56321>
5. Organización Panamericana de la Salud. Orientaciones sobre las pruebas de sarampión y de la rubéola realizadas en la red de laboratorios de la Región de las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2018. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34932>
6. Organización Panamericana de la Salud. Definiciones de caso, clasificación clínica y fases de la enfermedad. Washington, D.C.: OPS; 2023. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/definiciones-caso-clasificacion-clinica-fases-enfermedad-dengue-chikunguna-zika>
7. Organización Panamericana de la Salud. Directrices para el diagnóstico clínico y el tratamiento del dengue, el chikunguña y el Zika. Washington, D.C.: OPS; 2022. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55125>
8. Organización Panamericana de la Salud. Métodos de vigilancia entomológica y control de los principales vectores en las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2021. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55241>
9. Organización Panamericana de la Salud. Documento técnico para la implementación de intervenciones basado en escenarios operativos genéricos para el control del *Aedes aegypti*. Washington, D.C.: OPS; 2019. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51654>
10. Organización Panamericana de la Salud. Manual para aplicar rociado residual intradomiciliario en zonas urbanas para el control de *Aedes aegypti*. Washington, D.C.: OPS; 2019. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51638>
11. Organización Panamericana de la Salud. Control del *Aedes aegypti* en el escenario de transmisión simultánea de COVID-19. Washington, D.C.: OPS; 2020. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/control-aedes-aegypti-escenario-transmision-simultanea-covid-19>
12. Organización Panamericana de la Salud. Procedimientos para evaluar la susceptibilidad a los insecticidas de los principales mosquitos vectores de las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2023. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/57424>