

10 de febrero del 2026

Entre finales del 2025 e inicios del 2026, se ha observado un aumento sostenido de casos de chikungunya en países y territorios de la Región de las Américas, así como la reanudación de la transmisión autóctona en áreas que no registraban la circulación del virus desde hace varios años. Si bien la dinámica observada puede corresponder a patrones epidemiológicos esperados en contextos con presencia del vector, la reaparición de casos en determinados territorios refuerza la necesidad de mantener una vigilancia sensible y una respuesta oportuna. En este contexto, la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) insta a los Estados Miembros a intensificar la vigilancia epidemiológica y de laboratorio, asegurar la detección temprana y el manejo clínico adecuado de los casos y consolidar las acciones integradas de control vectorial, a fin de limitar la transmisión y reducir la morbilidad y mortalidad asociadas.

Chikungunya a nivel global

A nivel global, entre el 1 de enero del 2025 hasta el 10 de diciembre del 2025, se notificaron 502.264 casos de chikungunya, incluyendo 208.335 casos confirmados, y 186 defunciones reportados por 41 países y territorios. Por Región de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se han notificado casos en la Región de África con 2.211 casos, incluyendo 111 casos confirmados, la Región del Este del Mediterráneo con 1.596 casos, incluyendo 67 casos confirmados, la Región de Europa con 56.986 casos confirmados incluyendo 43 defunciones, la Región de las Américas con 291.451 casos, incluyendo 110.039 casos confirmados y 141 defunciones, la Región del Sudeste de Asia con 115.985 casos, incluyendo 34.035 confirmados y dos defunciones y la Región del Pacífico Occidental con 34.035 casos confirmados y dos defunciones (1).

El análisis genómico ha identificado tres genotipos principales del virus chikungunya (CHIKV) en circulación a nivel global: el genotipo de África occidental, el genotipo África Oriental, Central y Sudafricana (ECSA, por sus siglas en inglés) y el genotipo asiático. Dentro del genotipo ECSA, surgió el sublinaje del Océano Índico (IOL, por sus siglas en inglés) genéticamente divergente y caracterizado por la mutación E1-A226V que se ha asociado con una mayor transmisibilidad del CHIKV por el vector *Aedes albopictus* (2).

Chikungunya en la Región de las Américas

En 2025, entre la semana epidemiológica (SE) 1 y SE 53, 18 países y un territorio de la Región de las Américas notificaron a través de la Plataforma de Información de Salud para las Américas (PLISA) de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) 313.132 casos, de los

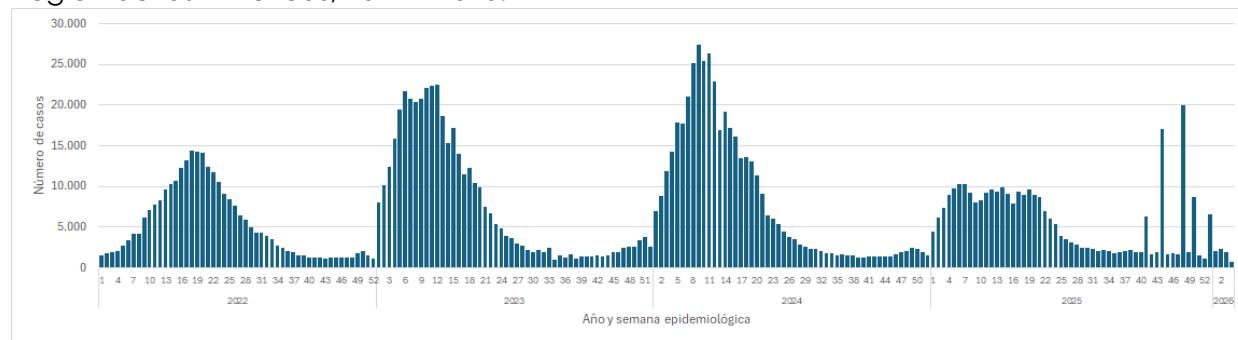
Cita sugerida: Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Alerta Epidemiológica: Chikungunya, 10 de febrero del 2026. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2026.

cuales 113.926 fueron confirmados, incluyendo 170 defunciones por chikungunya (**Figura 1**) (3).

Desde finales del 2025 (SE 49) e inicios del 2026 (SE 4), se ha observado un aumento sostenido de casos de chikungunya en países y territorios de la Región de las Américas, así como la reanudación de la transmisión autóctona en áreas que no registraban la circulación del virus desde hace varios años. En este periodo, se documentó una circulación importante en las regiones centro-oeste y sudeste de Brasil, Sur de Bolivia y la reaparición de casos en la zona del Escudo Guyanés (**Figura 2**) (3-18).

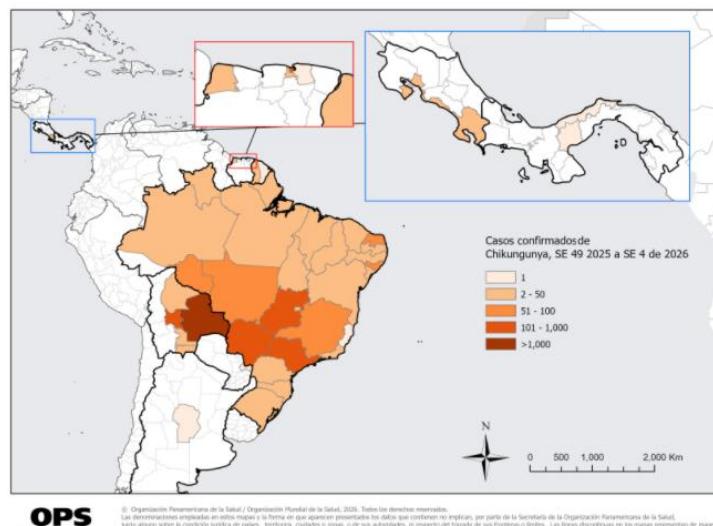
En el 2026 hasta la SE 4, se notificaron a través de PLISA 7.150 casos de chikungunya, de los cuales 2.351 fueron confirmados, incluyendo una defunción (3).

Figura 1. Distribución de casos de chikungunya por año y semana epidemiológica en la Región de las Américas, 2022 – 2026.



Fuente: Adaptado de Organización Panamericana de la Salud. PLISA Plataforma de Información de Salud para las Américas, Portal de Indicadores de Chikungunya. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2026 [Consultado el 5 de febrero del 2026]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/arbo-portal/chikunguna-datos-analisis/chikunguna-analisis-por-pais> (3).

Figura 2. Distribución geográfica de casos confirmados de chikungunya en la Región de las Américas, SE 49 del 2025 a SE 4 del 2026.



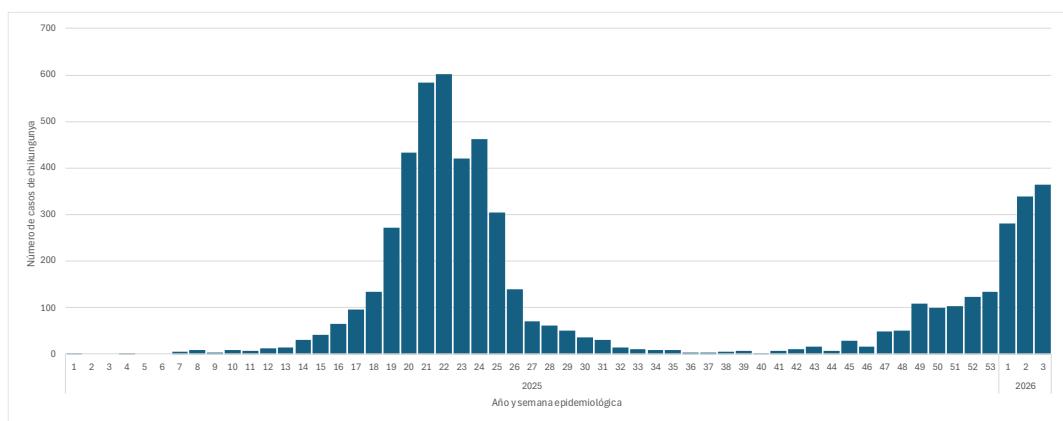
Fuente: Adaptado de los datos aportados por los respectivos países y reproducidos por la OPS/OMS (4-18).

A continuación, un resumen sucinto de la situación epidemiológica de chikungunya en países seleccionados de la Región de las Américas que han notificado casos entre finales del 2025 e inicio de 2026, organizada en orden alfabético:

En **Bolivia**, entre la SE 1 y la SE 53 del 2025, se notificaron un total de 4.696 casos confirmados de chikungunya, incluyendo cuatro defunciones. En 2026 (hasta la SE 3), se confirmaron 984 casos de chikungunya, sin registro de defunciones (4).

Durante el 2025, se observó un aumento desde la SE 12 alcanzándose el mayor número de casos en la SE 22. Este incremento estuvo principalmente asociado al brote registrado en el departamento de Santa Cruz. Un segundo aumento, aunque menos pronunciado que el anterior, se registró a partir de la SE 41 del 2025, tendencia que se ha mantenido hasta las primeras semanas del 2026 (**Figura 3**) (4). En Bolivia se ha documentado la circulación del genotipo ECSA del CHIKV durante el 2025; sin embargo, no se ha identificado la mutación E1-A226V (4, 5).

Figura 3. Distribución de casos confirmados de chikungunya por SE de inicio de síntomas. Bolivia, 2025 - 2026 (hasta SE 3 del 2026).



Fuente: Adaptado de los datos aportados por el Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Bolivia. Comunicación recibida el 3 de febrero del 2026 mediante correo electrónico. La Paz; 2025. Inédito (4).

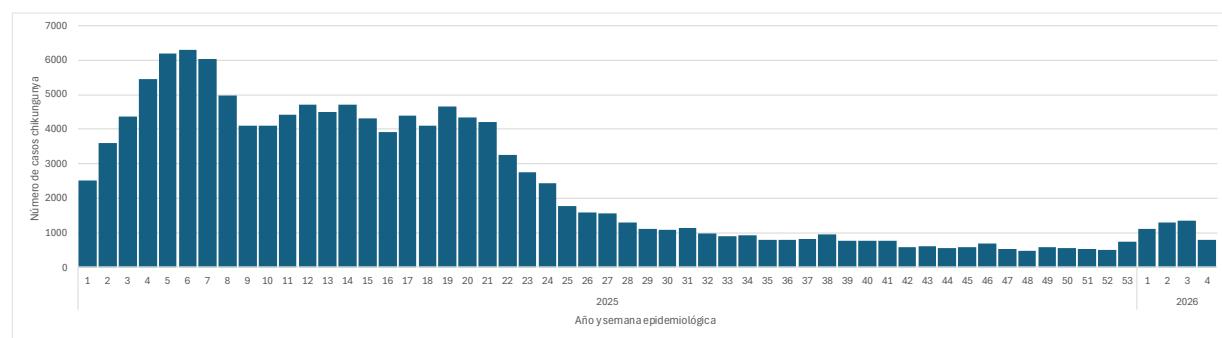
En **Brasil**, entre la SE 1 y SE 53 del 2025, se notificaron 129.123 casos probables de chikungunya, incluyendo 121 defunciones, de los cuales 107.975 fueron confirmados. En lo que va del 2026 (hasta la SE 4) se notificaron 4.544 casos probables, de los cuales 1.535 casos fueron confirmados, sin registrarse defunciones (**Figura 4**) (6).

Si bien el número de casos probables y confirmados registrados en las primeras cuatro semanas del 2026 es significativamente menor que lo reportado en el mismo periodo en 2025 (15.929 casos), es importante destacar que la actividad del virus se mantuvo durante las últimas cuatro semanas del 2025 (SE 49) y las primeras semanas del 2026 (SE 4). En dicho periodo, 26 de las unidades federales notificaron casos, siendo que el 71,5% del total de casos (probables y confirmados) se concentró en cinco estados: Minas Gerais (n= 1.515 casos probables, 81 confirmados por laboratorio), Mato Grosso do Sul (n= 1.326 casos probables, 388 confirmados por laboratorio), Goiás (n= 1.318 casos probables, 377 confirmados por laboratorio), São Paulo (n= 784 casos probables, 143 confirmados por

laboratorio) y Mato Grosso (n= 364 casos probables, 84 confirmados por laboratorio, incluida una defunción) (6). La totalidad de los 7.413 casos probables y confirmados registrados en este periodo fueron clasificados como autóctonos. De los casos confirmados por laboratorio, 959 casos corresponden a mujeres. La mayor proporción de casos se registró en el grupo de edad de 30 a 39 años (n= 261 casos), seguido por el grupo de 40 y 49 años (n= 237 casos) (6).

Así mismo, se notificaron 405 casos que requirieron hospitalización y 14 casos en recién nacidos¹. En Brasil se ha documentado la circulación del genotipo ECSA sin presencia de la mutación E1-A226V (6).

Figura 4. Distribución de casos probables y confirmados chikungunya por SE de inicio de síntomas. Brasil, 2025-2026 (hasta SE 4 del 2026).



Fuente: Adaptado de los datos aportados por el CNE para el RSI de Brasil. Comunicación recibida el 5 de febrero del 2026 mediante correo electrónico. Brasilia; 2026. Inédito (6).

En **Cuba**, desde el inicio del brote en julio del 2025 y hasta la SE 53 se notificaron 51.217 casos sospechosos de chikungunya, incluyendo 46 defunciones y 1.959 casos confirmados por laboratorio. Los casos se han identificado en 13 de las 15 provincias: Artemisa, Camagüey, Ciego de Ávila, Cienfuegos, Granma, Guantánamo, Holguín, La Habana, Matanzas, Pinar del Río, Sancti Spíritus, Santiago de Cuba y Villa Clara (1, 3). Hasta el momento de la publicación de esta alerta no se ha recibido información sobre casos notificados en el 2026.

En **Guayana Francesa** entre la SE 4 y la SE 5 del 2026, se confirmaron por laboratorio cinco casos de chikungunya, de los cuales cuatro fueron clasificados como autóctonos y uno como importado. Los casos autóctonos se registraron en Saint-Laurent-du-Maroni (n= 3 casos) y Kourou (n= 1 caso), mientras que el caso importado corresponde a un residente de Cayenne con antecedente de viaje a Suriname. La secuenciación de los primeros casos autóctonos mostró alta similitud genética entre sí y estrecha relación con secuencias recientes de Cuba y Brasil (7, 8).

En **Guyana**, en el 2025, se notificaron un total de seis casos sospechosos de chikungunya, todos confirmados mediante pruebas de laboratorio. Los casos se registraron entre las SE 42 y SE 48, en la región 4 y fueron clasificados como autóctonos, ya que no se registró antecedente de viaje previo al inicio de los síntomas (9). Estos casos se registran luego de nueve años sin notificación de casos autóctonos. En lo que va del 2026 no se notificaron nuevos casos.

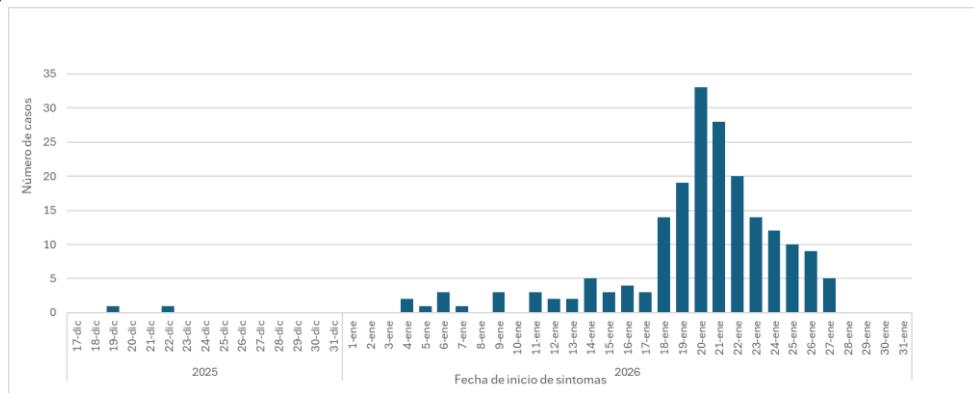
¹Durante los primeros 7 días de vida.

En **Panamá**, entre la SE 1 y SE 53 del 2025 se notificaron 336 casos de chikungunya, de los cuales 41 fueron confirmados, sin registrarse defunciones asociadas durante este período. Los casos confirmados se encuentran en proceso de genotipificación (10). En lo que va del 2026 no se notificaron casos (10).

En **Paraguay**, entre la SE 1 y la SE 53 del 2025 se notificaron 51 casos confirmados de chikungunya. Entre la SE 1 y la SE 4 del 2026 se reportó un caso confirmado adicional. No se registraron defunciones durante este período (11). Esta situación representa una marcada disminución en comparación con el brote ocurrido entre 2022 y 2023, cuando se notificaron 2.248 y 83.522 casos confirmados respectivamente, incluyendo 297 defunciones asociadas a chikungunya en 2023 (11). Entre abril y julio del 2025, en Paraguay se documentó la circulación del genotipo ECSA del virus chikungunya, sin detección de la mutación E1-A226V (11).

En **Suriname** no se habían notificado casos autóctonos desde el 2016, sin embargo, en la SE 51 del 2025 se registró un primer caso autóctono de chikungunya. Desde la SE 51 del 2025 a la SE 4 del 2026, se han notificado un total de 712 casos sospechosos de chikungunya, de estos 327 fueron confirmados por laboratorio incluyendo una defunción (**Figura 5**). De acuerdo con la información disponible (n=150 casos), los casos confirmados se notificaron en cuatro de los diez distritos de Surinam: Paramaribo (n= 127 casos, incluyendo una defunción), Commewijne (n= 1 caso), Nickerie (n= 15 casos), y Wanica (n= 7 casos). La información sobre la edad estaba disponible para 585 casos, con edades comprendidas entre los 11 meses y los 85 años. Los niños de 0 a 14 años representaron la mayor proporción de casos (28 %; n = 163), seguidos de cerca por los adultos de 30 a 49 años (28 %; n = 162). Se informó el sexo en 585 casos, de los cuales el 52 % (n = 305) eran mujeres; cabe destacar que las mujeres representaban el 71 % de los casos en el grupo de edad de 30 a 49 años. Se disponía de información sobre la hospitalización en 55 casos, de los cuales 12 (7,7 %) requirieron hospitalización (12). Se ha notificado una muerte que está siendo investigada, la cual corresponde a un hombre de 72 años con comorbilidades, que falleció el 26 de enero del 2026. Las muestras de los casos del 2026 están siendo sometidas actualmente a análisis de genotipificación; los resultados están pendientes (12).

Figura 5. Distribución de casos confirmados de chikungunya por fecha de inicio de síntomas. Suriname, SE 51 del 2025 a SE 4 del 2026.



Fuente: Adaptado de los datos aportados por el CNE para el RSI de Suriname. Comunicación recibida el 4 de febrero del 2026 mediante correo electrónico. Paramaribo; 2026. Inédito (12).

Orientaciones para las autoridades nacionales

Ante el incremento en el número de casos de chikungunya en algunos países, tanto dentro como fuera de la Región, y considerando el riesgo de expansión del virus chikungunya hacia nuevas zonas con poblaciones susceptibles, la OPS/OMS insta a los Estados Miembros a tomar las medidas necesarias para prevenir y responder oportunamente a posibles brotes.

En ese sentido, se recomienda fortalecer la vigilancia epidemiológica y entomológica, asegurar el diagnóstico oportuno y el manejo clínico adecuado de los casos de chikungunya y otras arbovirosis, e intensificar las acciones de prevención y control vectorial. Así mismo, se exhorta a preparar los servicios de atención de salud para garantizar el acceso de los pacientes a una atención integral y adecuada.

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

Adecuación de los servicios de atención de salud

Frente al riesgo de aumento en la incidencia de chikungunya en algunas áreas de la Región, la OPS/OMS orienta a los Estados Miembros a adecuar sus servicios de salud para garantizar una respuesta oportuna en todos los niveles de atención ante eventuales brotes (13). Esto incluye:

- La organización del triaje clínico, el flujo de pacientes, el seguimiento, la hospitalización y el sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes en cada institución y nivel de atención.
- La adecuación de los servicios de salud y de la red de atención para responder en situaciones de brote o epidemias.
- El fortalecimiento de las redes de atención de pacientes para el diagnóstico, manejo y seguimiento de pacientes con sospecha de chikungunya (incluyendo el seguimiento integral de pacientes en la fase crónica).

Vigilancia Integrada

La OPS/OMS alienta a mantener y fortalecer la vigilancia epidemiológica a nivel nacional y a compartir con la Organización los informes de casos de chikungunya, Oropouche, dengue y Zika, para facilitar la caracterización y análisis regional.

Dado que los casos de estas enfermedades (chikungunya, dengue, Oropouche y Zika) pueden presentarse en un mismo territorio, pero son transmitidas por vectores con hábitos y características distintas, es importante intensificar los esfuerzos para analizar su distribución espacial. Esto permitirá una respuesta más rápida y focalizada en las áreas más afectadas. La información sobre los puntos críticos de transmisión de dengue, Zika, chikungunya y

Oropouche debe utilizarse para orientar las acciones de control intensivo de vectores (13, 14).

La vigilancia entomológica además de identificar las principales especies vectores involucrados en la transmisión, como *Aedes aegypti* y *Aedes albopictus*, para chikungunya, dengue y Zika (13), así como el principal vector el *Culicoides paraensis* para Oropouche (14), debe medir su densidad en las áreas de riesgo y evaluar el impacto de las medidas de control implementadas. Al ser vectores con ecosistemas diferentes (*Aedes aegypti* versus *Culicoides*), la dinámica de transmisión ocurre regularmente en áreas diferentes.

Confirmación por laboratorio

El diagnóstico inicial de la infección por el virus chikungunya (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 y contexto epidemiológico, con fines de vigilancia y no como base para la toma de decisiones clínicas (15).

La sospecha clínica de infección por CHIKV puede ser confirmada en laboratorio mediante técnicas virológicas, principalmente la detección molecular por PCR. La muestra ideal para la detección es suero colectado durante la fase aguda de la infección, preferiblemente dentro de los primeros 5 días después del inicio de síntomas. No obstante, debido a que CHIKV suele presentarse con viremias más prolongadas, una muestra tomada hasta el día 8 desde el inicio de síntomas puede ser útil para la confirmación molecular (15).

Existen diferentes algoritmos para la detección molecular de CHIKV, dependiendo del contexto epidemiológico y clínico. Así, ante una sospecha clínica compatible con infección por CHIKV, se sugiere iniciar con una PCR específica donde un resultado positivo confirma la infección; si el resultado es negativo, se puede continuar de manera secuencial con 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 6**) (15).

En cambio, cuando la sospecha clínica no es clara y la sintomatología inespecífica puede ser compatible con otros arbovirus (o incluso otros patógenos), o en el marco de la vigilancia sindrómica, un protocolo de amplificación múltiple (*multiplex*) que permita la detección simultánea de al menos 3 de los arbovirus endémicos más probables (DENV, CHIKV y ZIKV) puede ser más eficiente (**Figura 7**) (15).

En casos fatales, se recomienda la toma de muestra de tejido, principalmente hígado y bazo, para detección molecular. Estas muestras también son útiles para análisis histopatológico que permitan respaldar el diagnóstico y caracterizar mejor el caso (15).

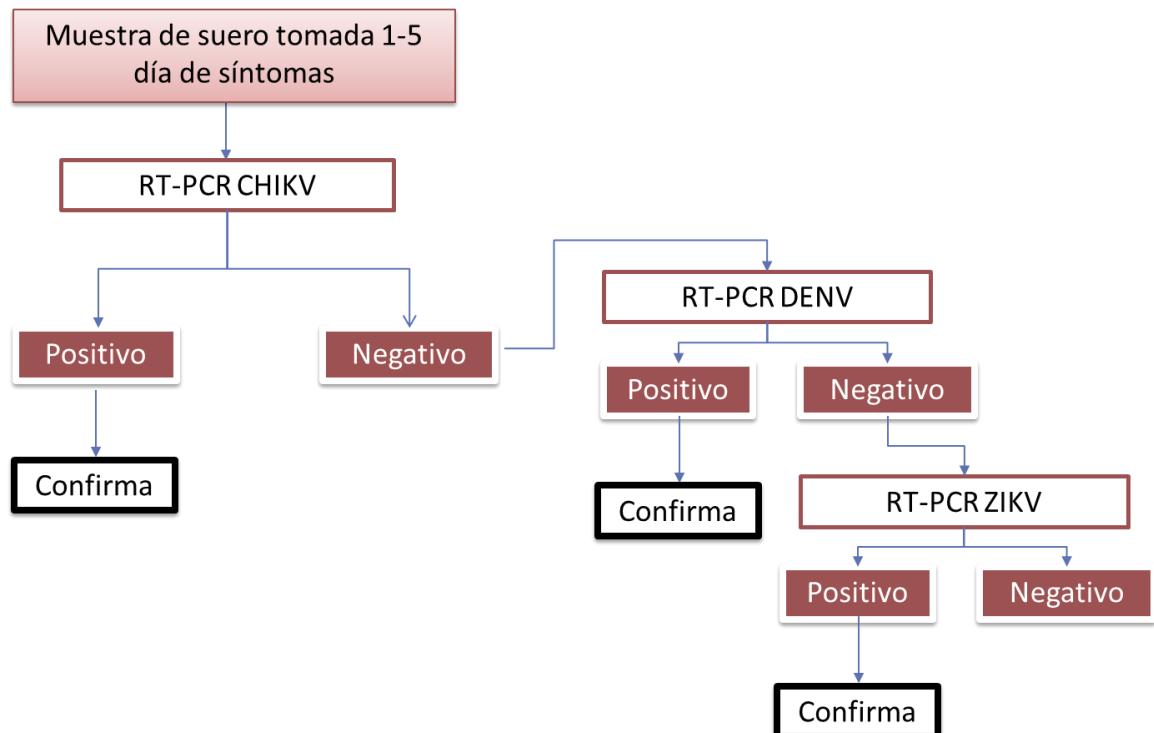
La confirmación serológica de la infección por CHIKV solo es posible cuando se procesan muestras pareadas colectadas con al menos una semana de intervalo (fase aguda y fase convaleciente). La seroconversión (IgM negativa en la muestra inicial y positiva en la

segunda muestra, por ELISA o neutralización) o el aumento de al menos 4 veces del título de anticuerpos (con una metodología cuantitativa), pueden confirmar el diagnóstico. No obstante, es importante tener en cuenta que los ensayos serológicos son susceptibles a reacciones cruzadas, especialmente con otros alphavirus incluyendo Mayaro. Asimismo, un resultado positivo en una muestra única no se considera confirmatorio, ya que además de la posibilidad de reacción cruzada, la IgM puede permanecer detectable durante varios meses e incluso años tras la infección, por lo que una detección puede reflejar infección pasada (15).

En casos con manifestaciones neurológicas (p. ej., meningoencefalitis), la detección molecular y serológica puede realizarse 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. Si bien un resultado positivo por una prueba molecular en LCR confirma la infección, un resultado negativo no la descarta (15).

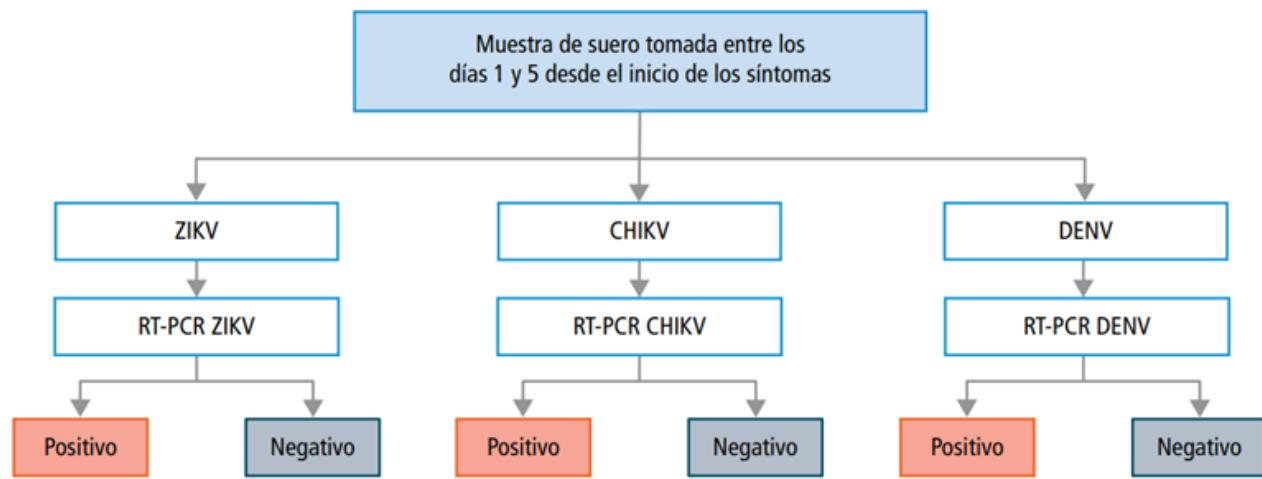
Finalmente, dada la similitud clínica inicial entre chikungunya y sarampión, y considerando el riesgo que este último representa para la Región, se recomienda incluirlo como diagnóstico diferencial (16).

Figura 6. Algoritmo secuencial para pruebas virológicas en casos sospechosos de chikungunya



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> (15).

Figura 7. Algoritmo multiplex para pruebas virológicas en casos sospechosos de chikungunya



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> (15).

Caracterización y vigilancia genómica

Comprender los genotipos de CHIKV [Asiático, África Oriental/Central/Sudafricana (ECSA) y África occidental] es esencial para anticipar la dinámica de transmisión, orientar las intervenciones de salud pública y monitorear la evolución viral (17). Estos genotipos y sus sublinajes difieren en su propagación geográfica, potencial epidémico y adaptación a mosquitos vectores como *Aedes aegypti* y *Aedes albopictus*.

La vigilancia genómica desempeña un papel fundamental en la identificación de cepas circulantes, detectando mutaciones clave como la A226V. Esta sustitución de aminoácidos en la glucoproteína de la envoltura E1 (alanina por valina en la posición 226) es reconocida por mejorar la replicación viral en *Aedes albopictus*, una especie de mosquito ampliamente distribuida en regiones templadas y subtropicales (18). La mutación A226V fue crucial en brotes explosivos previos impulsados por el linaje del océano Índico (IOL, por sus siglas en inglés), un sublinaje del genotipo ECSA, especialmente en la isla de la Reunión (2005-2006), India (2006-2007) y Tailandia (2019). Esta mutación se caracterizó nuevamente en los brotes de la Reunión, Mayotte, Mauricio y Francia continental (2025) en un sublinaje ECSA distinto al IOL (19, 20).

El linaje IOL continúa circulando por el sur y sudeste de Asia y Oriente Medio, a menudo asociado con la mutación A226V, y ha desplazado al genotipo asiático en algunos entornos debido a su mayor potencial epidémico. El genotipo ECSA, considerado ancestral tanto del IOL como de los genotipos asiáticos, sigue siendo endémico en muchas partes del África

subsahariana y también se ha identificado en América, particularmente desde 2014. Cabe destacar que las cepas ECSA han causado transmisión autóctona en Argentina, Brasil, Paraguay, Bolivia y partes del Caribe (17, 21). Estas introducciones fueron independientes del genotipo asiático que inicialmente impulsó los brotes de 2014-2015 en las Américas. Aunque algunas cepas de ECSA en la región han adquirido mutaciones de importancia epidemiológica, la mutación A226V no se ha documentado en ninguna cepa detectada en las Américas. La co-circulación de ECSA y genotipos asiáticos en las Américas ha suscitado preocupación por el aumento de la capacidad de adaptación viral y la posible recombinación o cambios del genotipo en el futuro.

El genotipo asiático, inicialmente responsable de las epidemias a gran escala en las Américas entre 2014 y 2020, continúa circulando en niveles más bajos, pero generalmente está menos adaptado a *Ae. albopictus* y carece de la mutación A226V.

Manejo de caso

La enfermedad por el CHIKV puede ocasionar una amplia gama de manifestaciones clínicas, aunque se caracteriza principalmente por la aparición de fiebre asociada a artritis o artralgia. El dolor articular suele ser intenso e incapacitante. Otras manifestaciones frecuentes incluyen dolor de cabeza, dolor muscular, sarpullido y prurito.

La duración de los síntomas varía desde unos días hasta varios meses, determinado así las distintas fases de la enfermedad: aguda, post-aguda y crónica, cada una con requerimientos específicos de atención. La fase aguda dura hasta 2 semanas, la fase post-aguda va desde la tercera semana hasta el tercer mes y la fase crónica comienza a partir del cuarto mes y puede prolongarse por años (22). En la mayoría de los pacientes en fase crónica se observa un deterioro significativo de su calidad de vida durante los primeros años posteriores a la infección por chikungunya.

En consecuencia, se recomienda fortalecer las capacidades clínicas del personal de salud de todos los niveles y para todas las fases de la enfermedad.

- Implementar programas de educación continua para los profesionales de salud sobre la sospecha diagnóstica y manejo clínico de casos de chikungunya, así como de otras arbovirosis prevalentes en la Región, en particular dengue y Zika.
- Fortalecer las competencias en los diferentes niveles de atención para la prevención y tratamiento de secuelas de la fase crónica del chikungunya.
- Adaptar a los niveles nacionales y subnacionales la guía "Directrices para el diagnóstico clínico y el tratamiento del dengue, el chikungunya y el Zika" (22).
- Ofrecer talleres de capacitación para el personal de salud público y privado sobre la organización de los servicios de salud, incluida la respuesta a brotes.

Así mismo, se debe orientar a las mujeres embarazadas, menores de 1 año, adultos mayores y personas con comorbilidades (hipertensión, insuficiencia renal crónica, diabetes, obesidad, cardiopatías, entre otras) para que acudan de inmediato a la unidad de salud más cercana ante la primera sospecha de infección por chikungunya dado el mayor riesgo de presentar manifestaciones graves o complicaciones por esta enfermedad. Además, todo

recién nacido de madre con sospecha o confirmación de chikungunya en los 15 días previos al parto debe ser hospitalizado debido al riesgo de transmisión vertical.

Es importante señalar que la enfermedad por chikungunya puede ser letal durante la fase aguda, principalmente en este grupo de pacientes (embarazadas, menores de 1 año, adultos mayores y personas con comorbilidades). Las manifestaciones graves incluyen choque, meningoencefalitis y síndrome de Guillain-Barré (23, 24, 25). La infección por CHIKV puede descompensar la enfermedad de base en personas con comorbilidades, aumentando así el riesgo de gravedad y muerte en este grupo poblacional (23).

Participación de la Comunidad

Se deben hacer todos los esfuerzos posibles para obtener el apoyo de la comunidad en la prevención de dengue, el chikungunya, Oropouche y el Zika.

Los materiales simples de Información, Educación y Comunicación (IEC) pueden difundirse a través de diversos medios, 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.

Vigilancia entomológica, prevención y control vectorial

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 (26). 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.

Medidas de prevención y control del Aedes

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 (27).
- Definir las áreas de alto riesgo de transmisión (estratificación de riesgo) (16), 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 urgente 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 infectados (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 área 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 intradomiciliar en zonas urbanas para el control de *Aedes aegypti* (28) y el

documento Control de *Aedes aegypti* en el escenario de transmisión simultánea de COVID-19 (29).

- 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 (30).
- Garantizar el adecuado funcionamiento y calibración 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 protección personal

Los pacientes infectados por el virus chikungunya, dengue, Oropouche 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. Es importante reforzar estas medidas en el caso de mujeres embarazadas, dado el riesgo de transmisión vertical de chikungunya, Oropouche y Zika (31, 32).

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

- Protección de viviendas con mosquiteros de malla fina en puertas y ventanas².
- Uso de prendas que cubran las piernas y brazos, sobre todo en casas donde existe alguien enfermo de Oropouche, Zika u otra arbovirosis.
- Uso de repelentes que contienen DEET, IR3535 o icaridina, los cuales 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.
- Uso de mosquiteros impregnados o no con insecticidas para quienes duermen durante el día (por ejemplo, mujeres embarazadas, bebés, personas enfermas o postradas en cama, ancianos)
- En situaciones de brote se deben evitar las actividades al aire libre durante el periodo de mayor actividad de los vectores (al amanecer y atardecer).
- En el caso de personas con mayor riesgo de picadura de los culicoides, como trabajadores forestales, agrícolas etc. Se recomienda el uso de prendas que cubran las partes expuestas del cuerpo, así como el uso de los repelentes previamente mencionados.

² Se recomienda que los orificios de la malla sean de dimensiones inferiores a 1,0 mm, debido a que el tamaño medio de la hembra de *Culicoides paraensis*, considerado como el principal vector implicado en la transmisión del OROV, es de 1 a 1,5 mm.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. WHO Rapid Risk Assessment – Chikungunya virus disease, Global v.1. Ginebra: OMS; 2025. Disponible en: <https://www.who.int/publications/m/item/who-rapid-risk-assessment---chikungunya-virus--global-v.1>
2. Organización Mundial de la Salud. Chikungunya epidemiology update - June 2025. Ginebra: OMS; 2025. Disponible en: <https://www.who.int/publications/m/item/chikungunya-epidemiology-update-june-2025>.
3. Organización Panamericana de la Salud. PLISA Plataforma de Información de Salud para las Américas, Portal de Indicadores de Chikungunya. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2026 [Consultado el 5 de febrero del 2026]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/arbo-portal/chikunguna-datos-analisis/chikunguna-analisis-por-pais>.
4. Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Bolivia. Información de correo electrónico del 3 de febrero del 2026. La Paz; 2026. Inédito.
5. Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia. Programa Nacional de Vigilancia de Enfermedades Endémicas y Epidémicas – Unidad de Vigilancia Epidemiológica y Salud Ambiental – Dirección General de Epidemiología. La Paz; 2026. Inédito.
6. Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Brasil. Información de correo electrónico del 5 de febrero del 2026. Brasilia; 2026. Inédito.
7. Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Francia. Información de correo electrónico del 5 de febrero del 2026. Paris; 2026. Inédito.
8. Sante Publique France. Bulletin bi-mensuel de surveillance épidémiologique. Région Guyane. Semaines 04 et 05 (du 19 janvier au 1er février 2026). Saint-Maurice ;2026. Disponible en: <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/guyane/documents/bulletin-regional/2026/surveillance-sanitaire-en-guyane.-bulletin-du-5-fevrier-2026>.
9. Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Guyana. Información de correo electrónico del 4 de febrero del 2026. Georgetown; 2026. Inédito.
10. Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Panamá. Información de correo electrónico del 30 de enero del 2026. Ciudad de Panamá; 2026. Inédito.
11. Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Paraguay. Información de correos electrónicos del 1 y 9 de febrero del 2026. Asunción; 2026. Inédito.

12. Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Suriname. Información de correo electrónico del 3 de febrero del 2026. Paramaribo; 2026. Inédito.
13. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Alerta Epidemiológica: Aumento de chikunguña en la Región de las Américas. 13 de febrero de 2023. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2023. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/alerta-epidemiologica-aumento-chikunguna-region-americas>.
14. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Actualización Epidemiológica Oropouche en la Región de las Américas, 13 de agosto del 2025. Washington, D.C.: OPS/OMS ;2025. Disponible en : <https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-oropouche-region-americas-13-agosto-2025> .
15. 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>.
16. Organización Panamericana de la Salud. Definiciones de caso, clasificación clínica y fases de la enfermedad Dengue, Chikunguña y Zika. Washington, D.C.: OPS; 2023. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/definiciones-caso-clasificacion-clinica-fases-enfermedad-dengue-chikunguna-zika>.
17. Barreto M, Cardoso C, dos Santos F, dos Santos J , Alto B , Honório N et al. Spatial-temporal distribution of chikungunya virus in Brazil: a review on the circulating viral genotypes and Aedes (*Stegomyia*) albopictus as a potential vector. *Frontiers in Public Health*. Volume 12 – 2024. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1496021> .
18. Tsetsarkin K, Vanlandingham D, McGee C, Higgs S. A single mutation in chikungunya virus affects vector specificity and epidemic potential. *PLoS Pathog*. 2007 Dec;3(12):e201. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18069894/> .
19. Frumence E, Piorkowski G, Traversier N, Amaral R, Vincent M, Mercier A, et al. Genomic insights into the re-emergence of chikungunya virus on Réunion Island, France, 2024 to 2025. *Euro Surveill*. 2025; 30(22): pii=2500344. Disponible en: <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2025.30.22.2500344>.
20. Ramuth M, Tegally H, Ubheeram A, Ramphal Y, Iyaloo D, Singh L, et al. Reemergence of chikungunya in Mauritius driven by a novel lineage with pandemic potential. [Preprint]. Research Square. 2025. doi:10.21203/rs.3.rs-8288410/v1. Disponible en: <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-8288410/v1>.
21. Giovanetti M, Vazquez C, Lima M, Castro E, Rojas A, de la Fuente A, et al. Rapid epidemic expansion of chikungunya virus-ECSA lineage in Paraguay. *medRxiv* [Preprint]. 2023 Apr 17:2023.04.16.23288635. doi: 10.1101/2023.04.16.23288635. Update in: *Emerg Infect Dis*. 2023 Sep;29(9):1859-1863. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10153315/>.
22. 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>.

23. Benítez I, Torales M, Peralta K, Dominguez C, Grau L, Sequera G, et al. Caracterización clínica y epidemiológica de la epidemia de Chikungunya en el Paraguay. *ANALES [Internet]*. 22 de agosto de 2023 [Consultado 25 de agosto de 2025];56(2):18-26. Disponible en: <https://revistascientificas.una.py/index.php/RP/article/view/3669> .

24. Torales M, Beeson A, Grau L, et al. mNotes from the Field: Chikungunya Outbreak — Paraguay, 2022–2023. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2023;72:636–638. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm7223a5>

25. Aguilar G, Estigarribia-Sanabria G, Ríos-González C, Torales J, Morel Z, Aguero M, et al. Características de la infección aguda por el virus chikungunya en niños: un estudio epidemiológico en el Departamento de Caaguazú, Paraguay. *Revista De Salud Pública Del Paraguay*, 14(1), 10–14. Disponible en: <https://doi.org/10.18004/rspp.2024.abr.02> .

26. 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>.

27. 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>.

28. 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>.

29. 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>.

30. 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>

31. Organización Panamericana de la Salud. Criaderos de Culicoides paraensis y opciones para combatirlos mediante el ordenamiento del medio. Washington, D.C.: OPS/OMS; 1987. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/17928>.

32. Organización Mundial de la Salud. Vector control. Methods for use by individuals and communities. Ginebra: OMS; 1997. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9241544945> .