

Considerando el incremento de casos de dengue que se observa en algunos países de la subregiones Andina, Centro América y el Caribe de la Región de las Américas, al igual que el incremento de casos de chikungunya experimentado entre finales del 2025 y 2026, acompañado de la reaparición de la transmisión de chikungunya en países y territorios de la Región, donde no se registraba circulación viral desde hace varios años, la intensificación prevista del fenómeno de El Niño durante los próximos meses y la proximidad a la época de mayor circulación de dengue y chikungunya en América del Sur, la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) insta los Estados Miembros a mantener y reforzar la vigilancia epidemiológica, virológica, y entomológica, así como fortalecer la capacidad diagnóstica, para asegurar la detección temprana, el manejo clínico oportuno de los casos y consolidar las acciones de manejo integrado de vectores, con el fin de limitar la transmisión y reducir la morbilidad y mortalidad asociadas a dengue, el chikungunya y otras arbovirosis.

Resumen de la situación de dengue en las Américas

En la Región de las Américas, durante el año 2026 y hasta la semana epidemiológica (SE) 37, se notificaron 1.692.937 casos sospechosos de dengue¹ y 523.102 casos confirmados de dengue a la Plataforma de Información de Salud para las Américas (PLISA) de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (1). De este total, 3.413 (0,2%) fueron caracterizados como dengue grave y se registraron 571 defunciones (tasa de letalidad de 0,034%) (1).

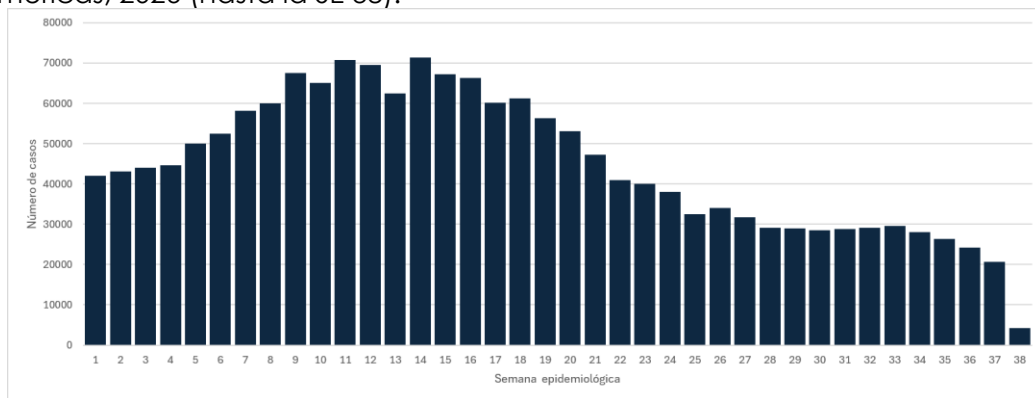
Durante el 2026, se identificó la circulación de los cuatro serotipos del virus dengue en la Región de las Américas. Brasil, Colombia, México, Panamá y Venezuela reportan circulación simultánea de los cuatro serotipos (DENV-1, DENV-2, DENV-3 y DENV-4). Adicionalmente, Costa Rica, Ecuador, Guatemala, Paraguay y Perú reportaron circulación simultánea de DENV-1, DENV2 y DENV-3, mientras Cuba reporta la circulación simultanea de dengue DENV-2, DENV-3 y DENV-4 (1).

En cuanto al análisis de la tendencia, al comparar los casos notificados a través de PLISA en 2026, con el número de casos registrado en el 2025 durante el mismo periodo se observa un descenso del 58% y comparado con el promedio de los últimos 5 años un descenso del 64%, lo anterior considerando que en 2024 se alcanzó el mayor número de casos de dengue en los

¹ El número de casos sospechosos de dengue corresponde al total de casos de dengue siguiendo las definiciones descritas en PLISA Plataforma de Información de Salud para las Américas, Portal enfermedades arbovirales. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2026 [consultado el 13 de octubre del 2026]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/arbo-portal/dengue-datos-analisis> (1).

últimos 10 años (n= 13.123.659 casos) (**Figura 1**) (1, 2). No obstante, a pesar de esta tendencia general a la disminución, se observan situaciones epidemiológicas particulares en algunos países de las subregiones Andina², Istmo Centroamericano y México³ y el Caribe⁴, en los cuales se observa incremento en el número de casos en las últimas semanas epidemiológicas que requieren especial atención (1), considerado la evolución intensificada prevista del fenómeno de El Niño durante los próximos meses, que podría generar, dependiendo del contexto local, condiciones favorables para la transmisión del dengue y la ocurrencia simultánea de brotes de sarampión en varios países de la Región que podrían generar una demanda adicional para los sistemas de salud.

Figura 1. Distribución de casos notificados de dengue por semana epidemiológica en la Región de las Américas, 2026 (hasta la SE 38).



Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de la Salud. PLISA Plataforma de Información de Salud para las Américas, Portal enfermedades arbovirales. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2026 [consultado el 29 de septiembre del 2026]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/arbo-portal/dengue-datos-analisis> (1).

A continuación, se muestra un resumen de la situación en países seleccionados de las subregiones Andina², Istmo Centroamericano y México³ y del Caribe⁴, en los cuales se ha observado una tendencia al incremento en el número de casos de dengue durante el último trimestre del 2026, ordenados alfabéticamente.

En **Colombia**, entre la SE 1 y la SE 38 del 2026, se notificaron 83.905 casos sospechosos de dengue incluyendo 51 defunciones. Del total de casos notificados, 28.677 fueron confirmados, lo que corresponde a una tasa de incidencia de 157,12 por 100.000 habitantes (hab.), y una letalidad de 0,177% (3). Del total de casos notificados, el 1% corresponden a casos de dengue grave (n= 856 casos). De acuerdo con la información reportada por el Laboratorio Nacional de Referencia (LNR) de Virología, durante el 2023-2026 se mantiene la circulación de los cuatro serotipos del virus del dengue (DENV-1 -2, -3 y -4) a nivel nacional, sin embargo, se observa un

² Esta subregión incluye Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú.

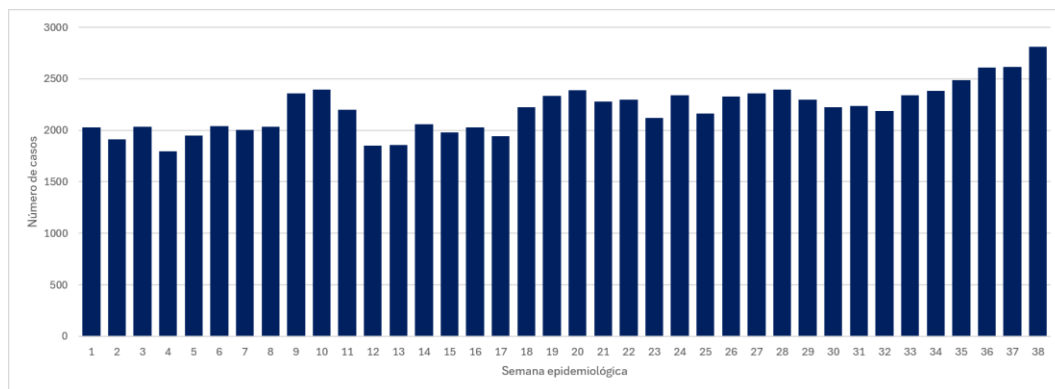
³ Esta subregión incluye Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá y México.

⁴ Incluye los países y territorios que pertenecen al Caribe Latino y el Caribe no Latino (Anguilla, Antigua y Barbuda, Aruba, Bahamas, Barbados, Bermuda, Bonaire, Cuba, Curazao, Granada, Guadalupe, Guayana Francesa, Guyana, Islas Caimán, Islas Turcas y Caicos, las Islas Vírgenes Británicas, Islas Vírgenes de los Estados Unidos, Jamaica, Martinica, Montserrat, Puerto Rico, República Dominicana, Saint Barthelemy, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía, Saint Martin, San Vicente y las Granadinas, Sint Maarten, Suriname y Trinidad y Tabago, según las divisiones descritas en PLISA Plataforma de Información de Salud para las Américas, Portal de dengue. Washington, DC: OPS; 2025 [consultado el 13 de octubre del 2026]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/arboportal/dengue-datos-analisis>.

aumento marcado en la proporción del serotipo 3 desde el cuarto trimestre del 2025 y hasta la fecha, siendo este el más dominante (1, 3).

En la SE 38 del 2026, el número de casos a nivel nacional según el canal endémico se ubicó en situación de brote, comparado con su comportamiento histórico, observándose una tendencia al aumento en las últimas semanas con una variación de 14% en el último periodo analizado (SE 34 a SE 37 del 2026) con respecto al periodo anterior (SE 30 a SE 33, 2026) (**Figura 2**). En 2026, hasta la SE 38 se observa una reducción del 19,8 % en la notificación de casos de dengue a nivel nacional en comparación con el mismo periodo de 2025 (3).

Figura 2. Distribución de casos notificados de dengue por semana epidemiológica en Colombia, 2026 (hasta la SE 38).

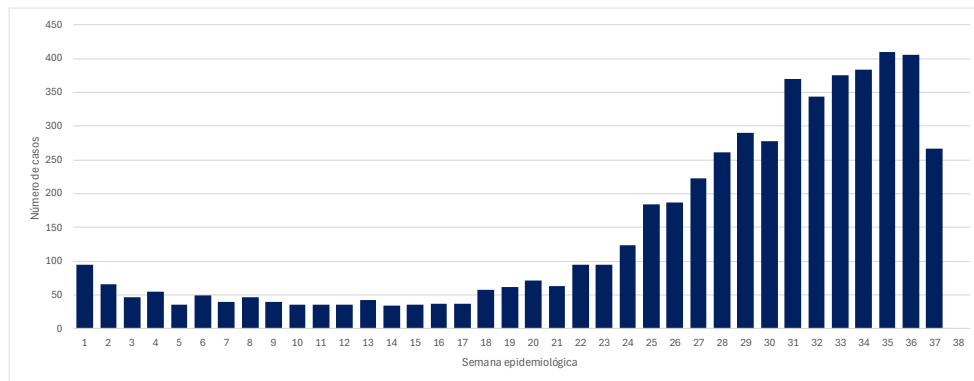


Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de la Salud. PLISA Plataforma de Información de Salud para las Américas, Portal enfermedades arbovirales. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2026 [consultado el 29 de septiembre del 2026]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/arbo-portal/dengue-datos-analisis> (1).

En el último periodo epidemiológico analizado (SE 34 a SE 37 del 2026) con respecto al periodo epidemiológico anterior (SE 30 a SE 33 del 2026), se observó una tendencia al aumento superior al 30% en los departamentos de Antioquia, Atlántico, Caldas, Chocó, Cundinamarca, Guainía, Guaviare, Huila, Putumayo, Quindío, Risaralda, Santander, Sucre, Tolima, Valle del Cauca y Vichada y las ciudades de Buenaventura, Cartagena de Indias y Santiago de Cali; en contraste se observó una tendencia al descenso mayor a 30% en los departamentos de Casanare, La Guajira, Nariño y Vaupés mientras que, las demás entidades territoriales presentaron un comportamiento estable.

En **Costa Rica**, entre la SE 1 y la SE 37 del 2026, se notificaron 5.302 casos sospechosos de dengue. Del total de casos notificados, 2.393 fueron confirmados, lo que corresponde a una tasa de incidencia de 102,47 por 100.000 hab. y no se notificaron defunciones. Del total de casos notificados, el 1,96% correspondió a casos de dengue grave (n= 104 casos). Se identificó la circulación de tres serotipos del virus del dengue (DENV-1 -2 y-3), con predominio del serotipo DENV-3. Respecto de la tendencia en 2026 se observó un incremento en el número de casos notificados desde la SE 24 el cual se ha mantenido hasta la SE 37 (**Figura 3**). En comparación con este período del año 2025, para el año 2026 se observa un incremento del 38,6% en el número de casos notificados (1, 4).

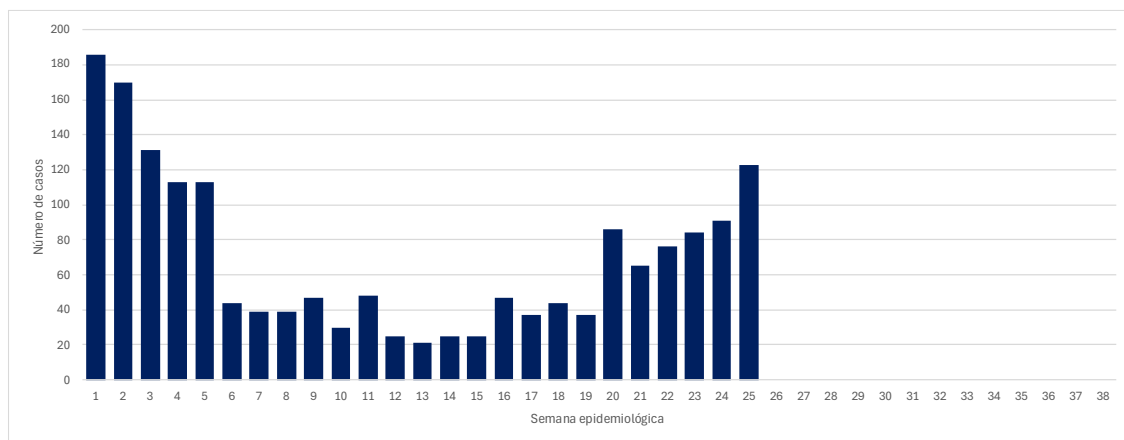
Figura 3. Distribución de casos notificados de dengue por semana epidemiológica en Costa Rica, 2026 (hasta la SE 37).



Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de la Salud. PLISA Plataforma de Información de Salud para las Américas, Portal enfermedades arbovirales. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2026 [consultado el 29 de septiembre del 2026]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/arbo-portal/dengue-datos-analisis> (1).

En **Cuba**, entre la SE 1 y la SE 25 del 2026, se han notificado 1.746 casos sospechosos de dengue. Del total de casos notificados, 62 fueron confirmados, sin defunciones, lo que corresponde a una tasa de incidencia de 16 por 100.000 hab. y no se notificaron defunciones. Los casos se registraron en diez de las provincias del país. Del total de casos notificados, el 0,92% correspondió a casos de dengue grave (n= 16 casos). Se identificó la circulación de tres serotipos del virus del dengue (DENV-2, -3 y -4), con predominio del serotipo DENV-2. Respecto de la tendencia en 2026 se observó que luego de registrar un alto número de casos durante las primeras SE del año se registró un descenso en el número de casos hasta SE 15, a partir de la SE 16 se ha evidenciado un incremento en el número de casos el cual se ha mantenido hasta la SE 25 (**Figura 4**) (1, 5)

Figura 4. Distribución de casos notificados de dengue por semana epidemiológica en Cuba, 2026 (hasta la SE 25).

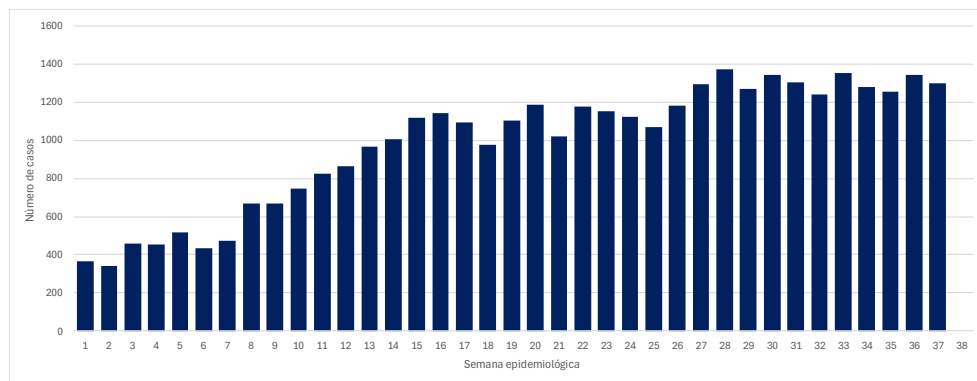


Fuente: Adaptado de Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Cuba. Información de correo electrónico del 9 de octubre del 2026. La Habana; 2026. Inédito (5).

En **Ecuador**, entre la SE 1 y la SE 37 del 2026, se notificaron 35.566 casos de dengue, incluyendo 37 defunciones. Esto corresponde a una tasa de incidencia de 192,8 por 100.000 hab. y una letalidad de 0,10%. Los casos se registraron en las 24 provincias que conforman el país. Del total

de casos notificados, el 0,76% correspondió a casos de dengue grave (n= 271 casos). Se identificó la circulación de tres serotipos del virus de dengue (DENV-1, -2 y-3), con predominio del serotipo DENV-3. Respecto de la tendencia en 2026 se observó un incremento progresivo durante lo corrido del año con un importante número de casos notificados entre las SE 26 y SE 37 (**Figura 5**). Durante las SE 34 a SE 37, el número de casos de dengue mantiene un comportamiento sostenido, con más de 1.200 casos notificados semanalmente (1, 6).

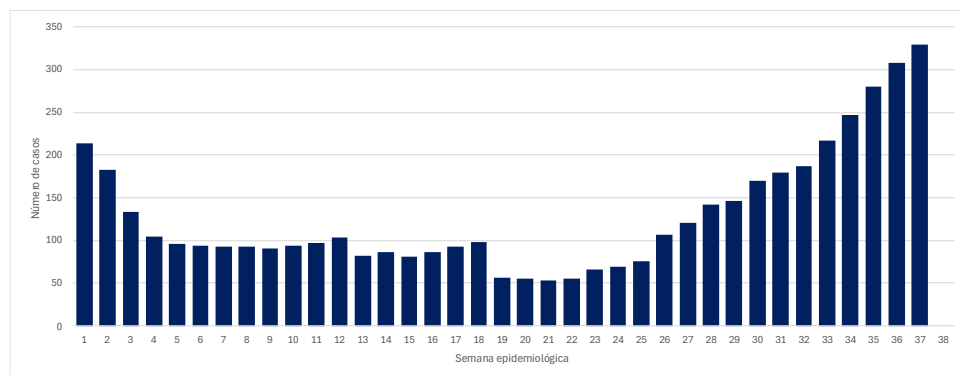
Figura 5. Distribución de casos notificados de dengue por semana epidemiológica en Ecuador, 2026 (hasta la SE 37).



Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de la Salud. PLISA Plataforma de Información de Salud para las Américas, Portal enfermedades arbovirales. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2026 [consultado el 29 de septiembre del 2026]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/arbo-portal/dengue-datos-analisis> (1).

En **El Salvador**, entre la SE 1 y la SE 37 del 2026, se notificaron 4.786 casos de dengue de los cuales 48 han sido confirmados incluyendo tres defunciones. Esto corresponde a una tasa de incidencia de 74,9 casos por 100.000 hab. y una letalidad de 0,062%. Del total de casos notificados, el 0.1% correspondió a casos de dengue grave (n= 6 casos). Durante el 2026, se identificó la circulación únicamente de un serotipo del virus de dengue (DENV-3) a diferencia de años previos en los cuáles circulaban los cuatro serotipos (DENV-1, -2, -3 y -4) (1, 7). Respecto de la tendencia en 2026 se observó que luego de registrar un alto número de casos durante las primeras SE del año se registró un descenso en el número de casos hasta SE 22, a partir de la SE 25 se ha observado un incremento el cual se ha mantenido hasta la SE 37 (**Figura 6**) (1, 7)

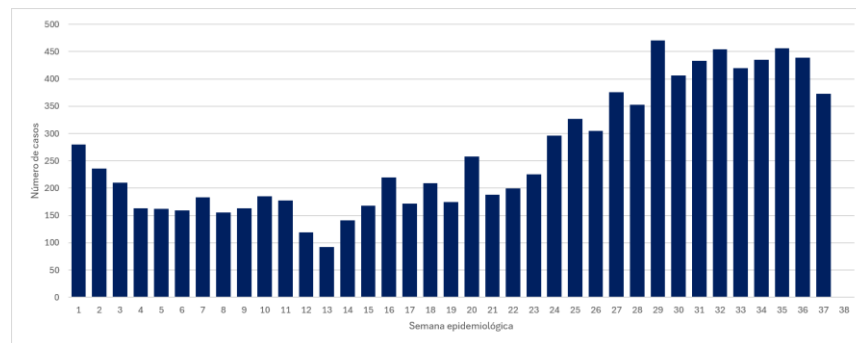
Figura 6. Distribución de casos notificados de dengue por semana epidemiológica en El Salvador, 2026 (hasta la SE 37).



Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de la Salud. PLISA Plataforma de Información de Salud para las Américas, Portal enfermedades arbovirales. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2026 [consultado el 29 de septiembre del 2026]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/arbo-portal/dengue-datos-analisis> (1).

En **Honduras**, entre la SE 1 y la SE 37 del 2026, se notificaron 9.782 casos de dengue, de los cuales se han confirmado 1.083 casos incluyendo cuatro defunciones. Esto corresponde a una tasa de incidencia de 96 por 100.000 hab. y una letalidad de 0,04%. Del total de casos notificados, el 1,64% correspondió a casos de dengue grave (n= 160 casos). Se identificó la circulación de dos serotipos del virus de dengue (DENV-1y -3), con predominio del serotipo DENV-3 en un 99%. Respecto de la tendencia en 2026 se observó un incremento progresivo durante lo corrido del año con un importante número de casos notificados entre las SE 24 y 37 (**Figura 7**) (1, 8). Entre las SE 30 y SE 37, la notificación se ha mantenido por encima de los 400 casos semanales y las regiones sanitarias con mayor reporte continúan siendo el Distrito Central y Cortés (San Pedro Sula) (1, 8).

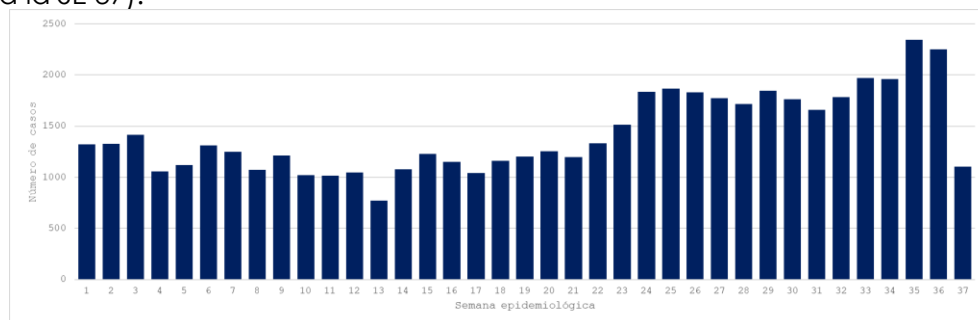
Figura 7. Distribución de casos notificados de dengue por semana epidemiológica en Honduras, 2026 (hasta la SE 37).



Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de la Salud. PLISA Plataforma de Información de Salud para las Américas, Portal enfermedades arbovirales. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2026 [consultado el 29 de septiembre del 2026]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/arbo-portal/dengue-datos-analisis> (1).

En **México**, entre la SE 1 y la SE 37 de 2026, se notificaron 52.866 casos probables de dengue. Del total de casos notificados, 5.859 se confirmaron mediante laboratorio, incluidas 26 defunciones. Con una tasa de incidencia de casos confirmados de 4,36 por 100.000 hab. (1). Del total de casos confirmados, el 3,41% correspondió a casos de dengue grave (n= 200) (1). Se identificó la circulación de los cuatro serotipos del virus del dengue, con predominio del serotipo DENV-3 (1, 9). Respecto de la tendencia en 2026, hasta la SE 23 se observó una tendencia estable en el registro de los casos; sin embargo, a partir de la SE 24 se observó un incremento de los casos (**Figura 8**) (1, 9).

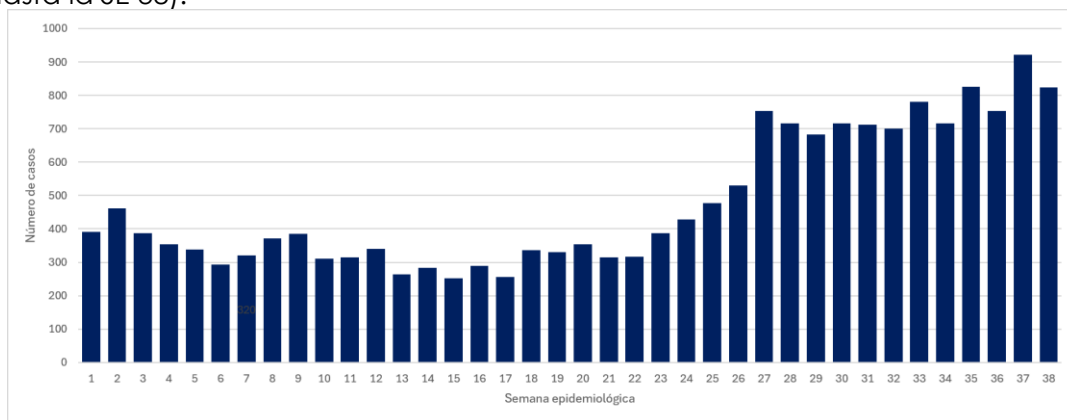
Figura 8. Distribución de casos notificados de dengue por semana epidemiológica en México, 2026 (hasta la SE 37).



Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de la Salud. PLISA Plataforma de Información de Salud para las Américas, Portal enfermedades arbovirales. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2026 [consultado el 29 de septiembre del 2026]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/arbo-portal/dengue-datos-analisis> (1).

En **Panamá**, entre la SE 1 y la SE 38 del 2026, se notificaron 11.772 casos sospechosos de dengue. Del total de casos notificados, 9.679 fueron confirmados, incluyendo 20 defunciones, lo que corresponde a una tasa de incidencia de 209,3 por 100.000 hab. y una letalidad de 0,2%. Del total de casos notificados, el 0,58% correspondió a casos de dengue grave (n= 56 casos) (1, 10). Se identificó la circulación de los cuatro serotipos del virus del dengue (DENV-1 -2, -3 y -4), con predominio de DENV-2 y -3 (1,10). Respecto de la tendencia en 2026 se observó un incremento leve durante el primer semestre del año con un incremento en el número de casos notificados entre las SE 24 y SE 38 (**Figura 9**) (1, 10).

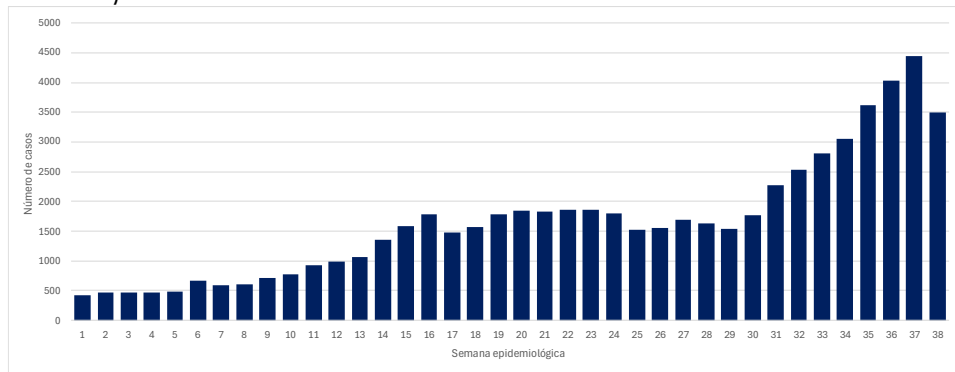
Figura 9. Distribución de casos notificados de dengue por semana epidemiológica en Panamá, 2026 (hasta la SE 38).



Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de la Salud. PLISA Plataforma de Información de Salud para las Américas, Portal enfermedades arbovirales. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2026 [consultado el 29 de septiembre del 2026]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/arbo-portal/dengue-datos-analisis> (1).

En **Perú**, entre la SE 1 y la SE 38 del 2026, se notificaron 63.407 casos de dengue. Del total de casos notificados, 49.650 fueron confirmados, incluyendo 71 defunciones, lo que corresponde a una tasa de incidencia de 183,02 por 100.000 hab. y una letalidad de 0,11%. Del total de casos notificados, el 0,41% correspondió a casos de dengue grave (n= 259 casos). Se identificó la circulación de tres serotipos del virus de dengue (DENV-1, -2 y -3), con predominio de DENV-3 (1, 11). Hasta la SE 38 del 2026, el número de casos notificados superó en 100% el total registrado hasta la SE 38 del 2025. Asimismo, los casos de dengue grave aumentaron un 55%, pasando de 167 en 2025 a 259 en el año 2026, mientras que el número de defunciones aumentó en un 39% del total registrado hasta la SE 38 del 2025. En cuanto a la tendencia observada durante 2026, desde la SE 10 del 2026 se observa una tendencia ascendente en el número de casos notificados (**Figura 10**) (11, 12). El incremento de casos de dengue está asociado principalmente al incremento de la temperatura ambiental y las precipitaciones por el Fenómeno El Niño que son condiciones favorables para el vector (12).

Figura 10. Distribución de casos notificados de dengue por semana epidemiológica en Perú, 2026 (hasta la SE 38).



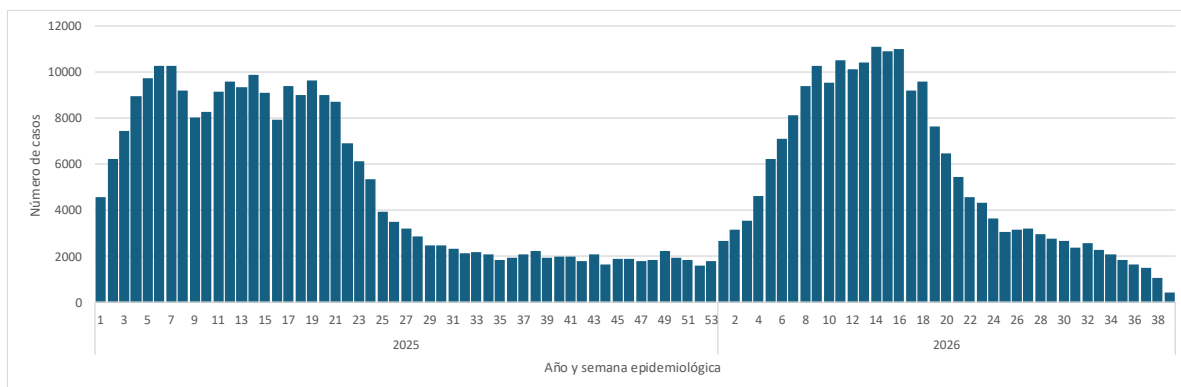
Fuente: Adaptado del Ministerio de Salud del Perú. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Sala situacional de enfermedades metaxénicas. Lima: MINSA; 2026 [consultado el 6 de octubre de 2026]. Disponible en: https://app7.dge.gob.pe/maps2/shiny_metaxenicas_web/ (12).

Resumen de la situación de chikungunya

Entre finales del 2025 y 2026 se ha evidenciado el incremento de casos de chikungunya en varios países y territorios de la Región de las Américas, además de la reaparición de transmisión autóctona en países y territorios que no registraban circulación viral desde hacía varios años (13, 14). En este periodo, se ha documentado una elevada transmisión del virus chikungunya en todas las provincias de Cuba, las regiones centro-oeste y sudeste de Brasil, el sur de Bolivia, así como, la reaparición de casos en la zona del escudo guyanés, y en países de Centroamérica (1, 15).

Entre la SE 1 y la SE 38 del 2026, se notificaron un total de 213.919 casos sospechosos de chikungunya, incluyendo 78.481 casos confirmados (**Figura 11**) y 88 defunciones, con una letalidad de 0,041%, en 20 de los países de la Región de las Américas (1). Aunque esta cifra es menor que la observada en el mismo periodo del 2025, la transmisión muestra un mayor potencial de expansión hacia nuevas áreas con presencia de mosquitos *Aedes aegypti*, la ocurrencia de brotes fuera de las temporadas históricas, mayor duración de los periodos de transmisión, y el aumento de formas clínicas más graves (16).

Figura 11. Distribución de casos notificados de chikungunya por año y semana epidemiológica en la Región de las Américas, 2025 – 2026 (hasta la SE 39).

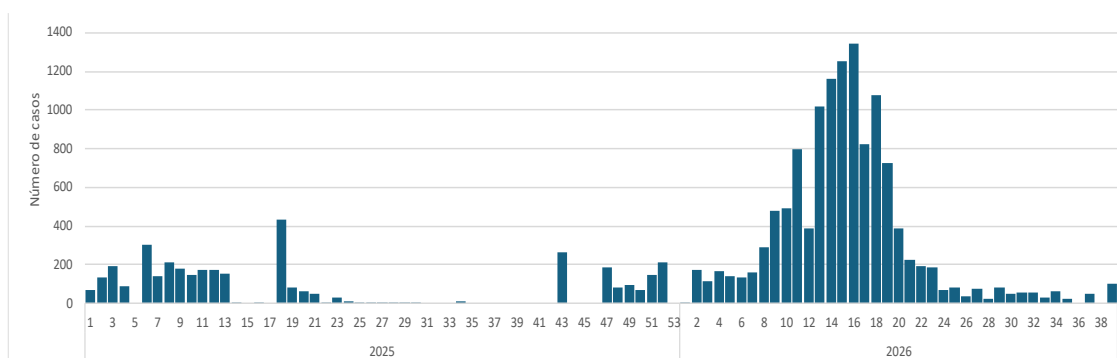


Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de la Salud. PLISA Plataforma de Información de Salud para las Américas. Portal enfermedades arbovirales. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2026 [consultado el 13 de octubre del 2026]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/arbo-portal/dengue-datos-analisis> (1).

A continuación, se muestra un resumen de la situación epidemiológica de chikungunya en países seleccionados de la Región, en los cuales se registró el mayor reporte de casos entre finales del 2025 y 2026, ordenados por orden alfabético.

En **Argentina**, en el 2025 hasta la SE 53 se reportaron 3.712 casos sospechosos de chikungunya, incluidos 38 casos confirmados por laboratorio. En 2026, hasta la SE 38 se notificaron 12.383 casos sospechosos, de los cuales 3.803 casos fueron confirmados por laboratorio, incluyendo dos defunciones. Las provincias con mayor número de casos fueron Salta (n= 4.543 casos sospechosos, incluyendo 1.730 casos confirmados), Tucumán (n= 3.487 sospechosos, incluyendo 673 casos confirmados), Jujuy (n= 1.192 casos sospechosos, incluyendo 206 confirmados), Córdoba (n= 1.315 casos sospechosos, incluyendo 37 confirmados), Santiago del Estero (n= 532 casos sospechosos, incluyendo 229 casos confirmados) y Catamarca (n= 263 casos sospechosos, incluyendo 21 confirmados). El mayor reporte de casos se presentó en la SE 16 con posterior descenso de la transmisión (**Figura 12**) (17, 18).

Figura 12. Distribución de casos de chikungunya por año y semana epidemiológica en Argentina, 2025 – 2026 (hasta SE 39).



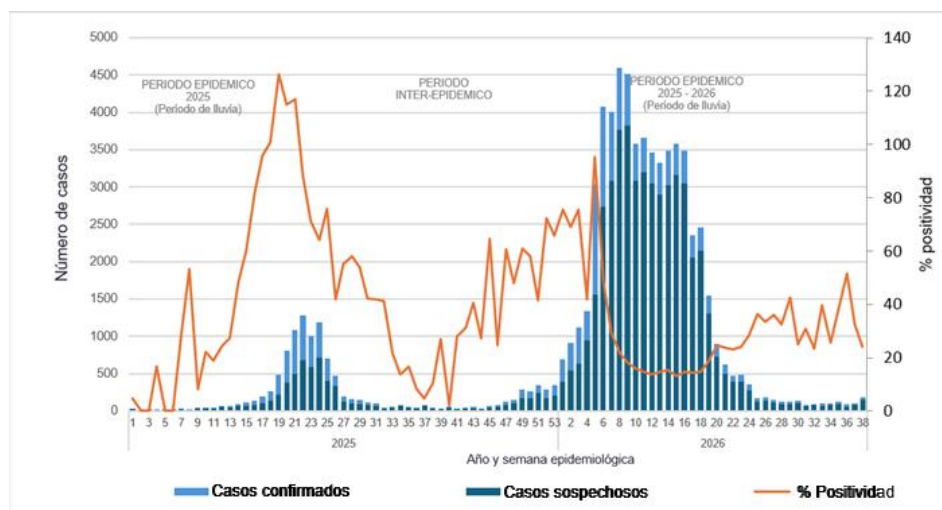
Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de la Salud. PLISA Plataforma de Información de Salud para las Américas, Portal enfermedades arbovirales. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2026 [consultado el 13 de octubre del 2026]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/arbo-portal/dengue-datos-analisis> (1).

En **Bolivia**, en 2025 se presentó una transmisión continua del virus de chikungunya desde principios del año, con la notificación de 6.860 casos sospechosos, incluidos 4.697 casos confirmados por laboratorio e incluyendo cuatro defunciones. En 2026, hasta la SE 38 se reportaron 48.079 casos, incluyendo 11.749 confirmados y 45 defunciones. En cuanto a la tendencia, el 2026 inicio con un importante incremento de casos en las primeras semanas con el mayor reporte en la SE 9 con 3.823 casos (**Figura 13**).

La notificación de los casos confirmados de chikungunya, durante 2026, muestra un comportamiento epidémico; iniciando con 296 casos en la semana epidemiológica (SE) 1, posteriormente muestra una elevación vertiginosa desde los 395 casos para la SE 4 a 1.483 casos para la SE 5, a partir de ese momento, se observó un descenso sostenido de la curva epidémica hasta alcanzar 415 casos confirmados en la SE 12, entrando al periodo de descenso desde la SE 17 (**Figura 13**) (19).

En cuanto a la positividad, se observan valores elevados al inicio del año: 75,5% en la SE 1, 69,1% en la SE 2 y 75,4% en la SE 3. El valor máximo se registra en la SE 5, con 95,1%, lo que indica que una proporción muy elevada de las muestras procesadas resultó positiva para chikungunya. En la SE 38 la positividad bajo a 1,3 siendo la más baja de este periodo (**Figura 13**) (19).

Figura 13. Distribución de casos sospechosos y confirmados de chikungunya por año y semana epidemiológica en Bolivia, 2025 – 2026 (hasta SE 38).

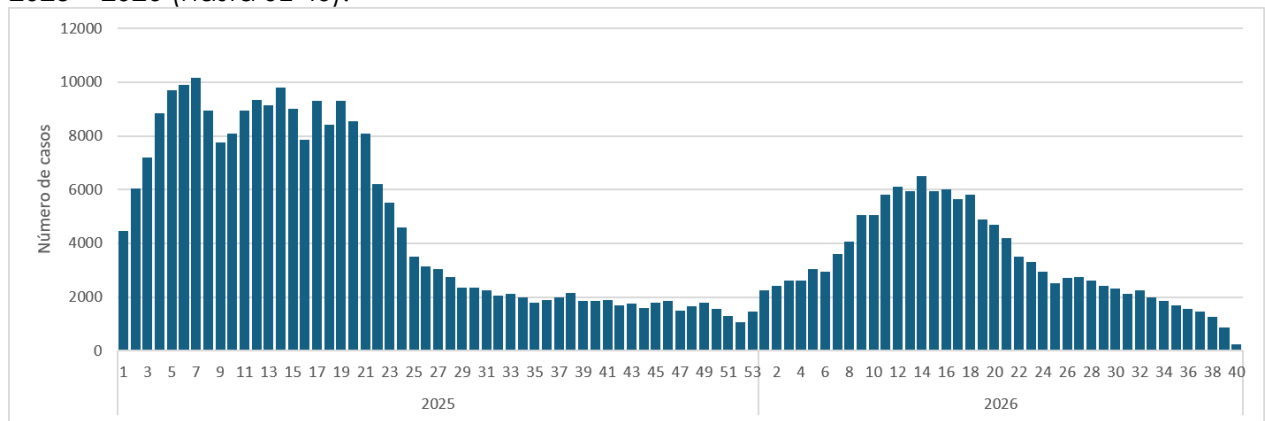


Fuente: Adaptado de Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) del Estado Plurinacional de Bolivia. Información de correo electrónico del 15 de octubre del 2026. La Paz; 2026. Inédito (19).

En 2026 se notificaron casos de chikungunya en los nueve departamentos del país, con mayor reporte en Santa Cruz (n= 33.972 casos sospechosos, incluyendo 5.989 casos confirmados y 45 defunciones), seguido por Tarija (n= 7.131 casos sospechosos incluyendo 1.541 casos confirmados), Cochabamba (n= 2.685 sospechosos, incluyendo 1.279 casos confirmados) y Chuquisaca (n= 1.521 sospechosos, incluyendo 852 casos confirmados). En Bolivia se ha documentado la circulación del el genotipo África Oriental, Central y Sudafricana (ECSA, por sus siglas en inglés) del virus de chikungunya (CHIKV); sin embargo, no se ha identificado la mutación E1-A226V (19).

En **Brasil**, entre la SE 1 y SE 53 del 2025, se notificaron 253.753 casos sospechosos de chikungunya, de los cuales 108.975 fueron confirmados incluyendo 130 defunciones. En 2026 y hasta la SE 40 se notificaron 135.962 casos sospechosos, de los cuales 56.759 casos fueron confirmados, incluyendo 58 defunciones (**Figura 14**) (1, 20). Los casos reportados en el 2026 representan una disminución del 41,6% con respecto a los reportados a la misma semana del 2025 (n= 232.719 casos). Si bien el riesgo de transmisión de chikunguña en Brasil durante 2026 muestra una disminución respecto del mismo periodo de 2025, la persistencia de un número considerable de casos en los 26 estados y el Distrito Federal, evidencia que la transmisión continúa activa y que el riesgo permanece. En Brasil se ha documentado la circulación del genotipo ECSA sin presencia de la mutación E1-A226V (14, 21).

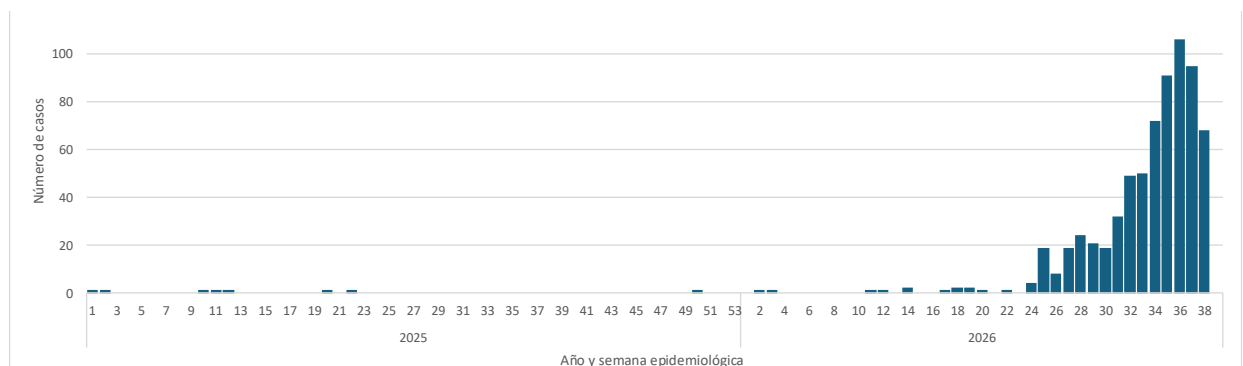
Figura 14. Distribución de casos de chikungunya por año y semana epidemiológica en Brasil, 2025 – 2026 (hasta SE 40).



Fuente: Adaptado de Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Brasil. Información de correo electrónico del 16 de octubre del 2026. Brasilia; 2026. Inédito (20). (1).

En **Costa Rica**, en 2025 hasta la SE 53 se reportaron ocho casos sospechosos de chikunguña sin ningún caso confirmado por laboratorio. En contraste, en 2026 hasta la SE 38 se reportaron 690 casos sospechosos, de estos 539 casos fueron confirmados por laboratorio (**Figura 15**) (1, 4). La notificación por provincia se muestra a continuación: Guanacaste (n= 404 casos), Alajuela (n= 132 casos), San José (n= 94 casos), Puntarenas (n= 29 casos), Heredia (n= 21 casos), Cartago (n= 8 casos) y Limón (n= 2 casos) (4).

Figura 15. Distribución de casos de chikungunya por año y semana epidemiológica en Costa Rica, 2025 – 2026 (hasta SE 38).



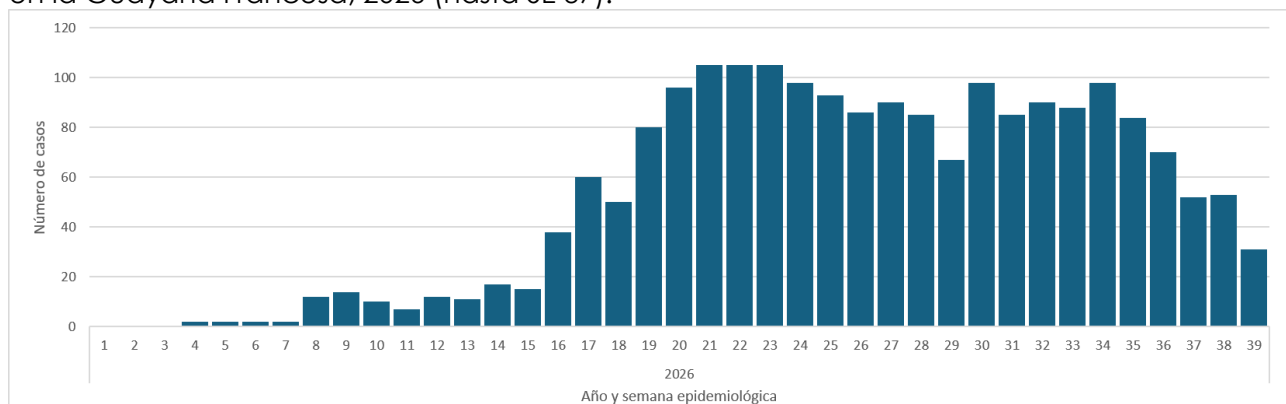
Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de la Salud. PLISA Plataforma de Información de Salud para las Américas, Portal enfermedades arbovirales. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2026 [consultado el 13 de octubre del 2026]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/arbo-portal/dengue-datos-analisis> (1).

En **Cuba**, en 2025 la fiebre por virus chikungunya reemergió después de nueve años sin identificación de casos. La presencia del virus se identificó desde la SE 26 del 2025. Hasta la SE 53 del 2025, se confirmó la transmisión en 15 provincias, incluyendo 51.217 casos sospechosos, incluyendo 1.959 casos confirmados y 46 defunciones (1, 14). Se documentó la existencia de casos graves que incluyeron complicaciones neurológicas (encefalitis, síndrome de Guillain-Barré, meningoencefalitis), manifestaciones cardiovasculares (miocarditis aguda, descompensación de afecciones preexistentes, tromboembolismo pulmonar) y transmisión perinatal o neonatal (1, 15).

Durante el 2026 y hasta la SE 26, se han notificado 2.716 casos, incluyendo 254 casos confirmados y seis defunciones (1). Se ha identificado la circulación del linaje ECSA sin detección de la mutación E1-A226V asociada con una mayor infectividad en *Ae. albopictus* (15).

En la **Guayana Francesa**, en 2026 la transmisión del virus chikungunya se restableció después de once⁵ años sin casos. En la SE 4 del 2026 se confirmaron los primeros cuatro casos autóctonos en la parte occidental de la región, cerca de la frontera con Surinam, en Saint-Laurent-du-Maroni (n= 3 casos) y Kourou (n= 1 caso) (22 -24). A la semana 39 se reportaron 2.017 casos confirmados y 4 muertes con resultado positivo en la prueba de reacción en cadena de la polimerasa con transcripción inversa (RT-PCR) para el chikungunya: 2 sin relación con la enfermedad, 1 con relación indirecta y 1 con relación directa con el chikungunya (**Figura 16**) (1, 22). La secuenciación de los primeros casos autóctonos mostró alta similitud genética entre sí y estrecha relación con secuencias recientes de Ecuador y Brasil (14). La cepa causante, es la África Oriental, Central y Meridional (ECSA), que carece de la mutación E1-A226V adaptativa al vector (1, 23, 24).

Figura 16. Distribución de casos notificados de chikungunya por año y semana epidemiológica en la Guayana Francesa, 2026 (hasta SE 37).



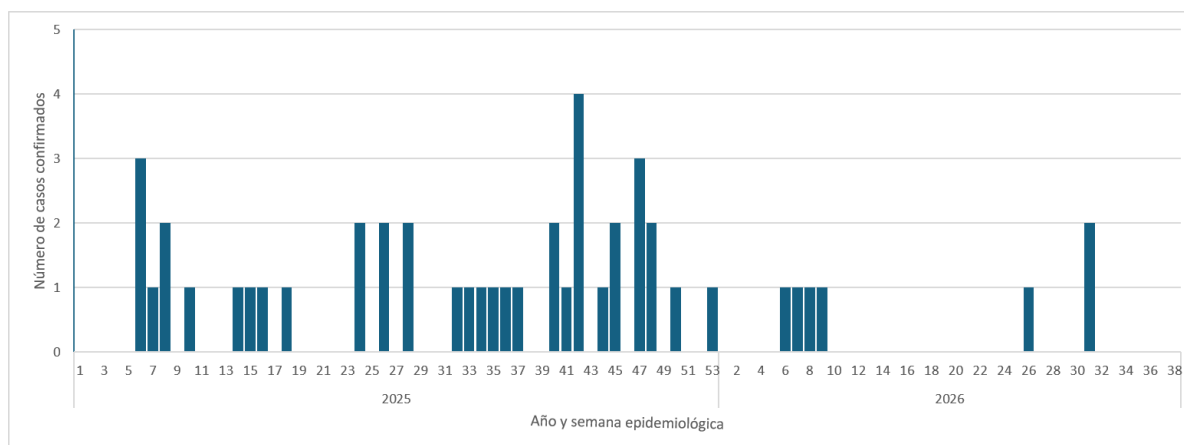
Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de la Salud. PLISA Plataforma de Información de Salud para las Américas, Portal enfermedades arbovirales. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2026 [consultado el 13 de octubre del 2026]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/arbo-portal/dengue-datos-analisis> (1).

En **Guyana**, en el 2025, después de ocho años sin transmisión autóctona de chikungunya, se notificaron seis casos autóctonos confirmados por laboratorio. Los casos se presentaron entre las SE 42 y SE 52. Durante el 2026 y hasta la SE 37 se han notificado dos casos confirmados en la SE 8 (1, 25).

En **Panamá**, en 2025 hasta la SE 53 se confirmaron 40 casos de chikungunya. En 2026 y hasta la SE 38 del 2026 se han notificado siete casos confirmados, de los cuales uno es importado (**Figura 17**) (1, 10).

⁵ El último brote ocurrió en 2014-2015 en la Guayana Francesa (22).

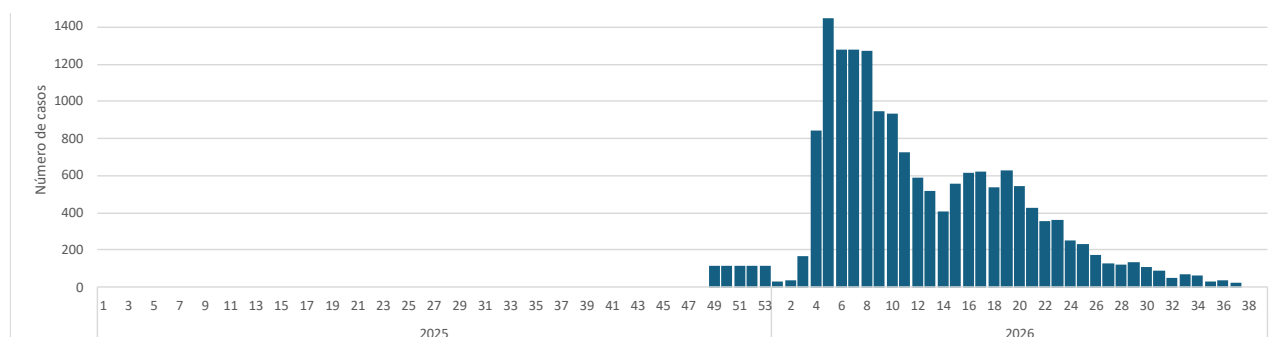
Figura 17. Distribución de casos confirmados de chikungunya por año y semana epidemiológica en Panamá, 2025 – 2026 (hasta SE 38).



Fuente: Adaptado del Ministerio de Salud de Panamá Dirección General de Salud Pública. Departamento Nacional de Epidemiología. Boletín epidemiológico semanal: semana 38, del 20 al 26 de septiembre de 2026. Panamá: MINSA; 2026. Disponible en: https://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/2026-10/BOLETIN%20EPIDEMIOLOGICO%20SEMANAL%20%2038_0.pdf (26).

En **Suriname**, en la SE 49 del 2025, se observó un aumento en los casos de fiebre no diferenciada, lo cual coincidió con lo que podría esperarse estacionalmente para la influenza o el dengue. En la SE 51 del 2025, después de nueve años sin reporte de transmisión de virus chikunguña, se reportaron los primeros sospechosos casos de chikungunya. En la SE 2 del 2026, cuatro casos fueron confirmados por laboratorio. Durante el 2026 y hasta la SE 38 se han notificado 16.623 casos sospechosos, de los cuales 4.883 fueron confirmados por laboratorio (**Figura 18**) (1, 27).

Figura 18. Distribución de casos notificados de chikungunya por año y semana epidemiológica en Suriname, 2025 – 2026 (hasta SE 38).



Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de la Salud. PLISA Plataforma de Información de Salud para las Américas, Portal enfermedades arbovirales. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2026 [consultado el 13 de octubre del 2026]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/arbo-portal/dengue-datos-analisis> (1).

Orientaciones para las autoridades nacionales

Ante el incremento de casos de dengue y chikungunya observado en algunos países de la Región, la intensificación prevista del fenómeno de El Niño durante los próximos meses y la proximidad a la época de mayor circulación de dengue y chikungunya en América del Sur, la Organización Panamericana de la Salud recuerda a los Estados Miembros que continúan vigentes las mismas orientaciones publicadas en la Actualización Epidemiológica del 10 de junio de 2020 sobre dengue y otras arbovirosis, disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-dengue-otras-arbovirosis-10-junio-2020> (28), las cuales se resumen a continuación:

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 estas enfermedades (dengue, chikunguña y Zika), 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 las tres enfermedades debe ser dirigida para el control intensivo de vectores.

La vigilancia entomológica centinela ayudará a evaluar los cambios en el riesgo de enfermedades transmitidas por vectores y el impacto de las medidas de control de vectores.

Manejo de caso

Chikunguña. 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 (29). 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" (29).
- 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 (30-32). 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 (30).

Dengue. Las medidas para garantizar el manejo clínico adecuado de casos sospechosos de dengue deben ser una prioridad.

Se deben fortalecer las capacidades en el nivel de la atención primaria en salud y desde este nivel evitar la progresión a formas graves y muertes por dengue. Para esto es necesario que los trabajadores de la salud realicen un diagnóstico clínico temprano y el reconocimiento de signos de alarma en dengue (como dolor abdominal intenso y sostenido o dolor a la palpación del abdomen, vómitos persistentes, acumulación clínica de líquido, sangrado de la mucosa, letargo, inquietud, agrandamiento del hígado > 2 cm por debajo del reborde costal y aumento progresivo del hematocrito) para así, iniciar un manejo adecuado acorde a las recomendaciones publicadas en las directrices clínicas de la OPS. En los casos en que se sospeche dengue, los trabajadores de la salud deben proporcionar una guía clara a los pacientes y / o familias para monitorear los signos de alarma y buscar atención médica inmediata en caso de que se presenten. Estas medidas ayudarán también a reducir la cantidad de pacientes que deben ser remitidos a hospitales, evitando así la saturación de estas instalaciones y las unidades de cuidados intensivos.

Al mismo tiempo, todos los hospitales de segundo y tercer nivel deben estar preparados para manejar casos de dengue con signos de alarma y casos de dengue grave.

Más información sobre el manejo clínico de los casos de dengue están disponibles en las Directrices para el diagnóstico clínico y el tratamiento del dengue, el chikungunya y el Zika (29), en el Instrumento para el diagnóstico y la atención a pacientes con sospecha de arbovirosis (33), ambos publicados por la OPS y en las Directrices para el manejo del dengue grave en unidades de cuidados intensivos (34).

OPS reitera las recomendaciones para equipos técnicos a cargo del control de la malaria, que también aplican al personal involucrado en la atención de arbovirosis, disponibles en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52079> (35).

Adecuación de los servicios de atención de salud

Frente al aumento de la incidencia de dengue y chikungunya en la Región, se insta 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 atención 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 clínico, manejo, seguimiento, así como la referencia y contrarreferencia de pacientes con sospecha de dengue, chikunguña o Zika.

Confirmación por laboratorio

Es importante tener en cuenta que el diagnóstico inicial de la infección por CHIKV o DENV es clínico, y una sospecha adecuada puede guiar el protocolo de confirmación. Los resultados de laboratorio deben analizarse con la información clínica y según contexto epidemiológico, para vigilancia y no para toma de decisiones clínicas.

Chikunguña. 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 (36).

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 19**) (36).

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 19**) (36).

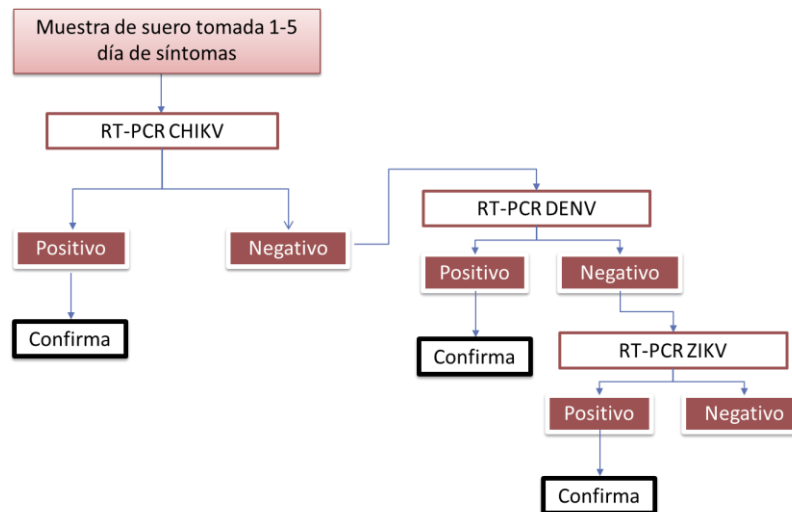
En casos fatales, se recomienda la toma de muestra de tejido, principalmente hígado y bazo, para detección molecular. Estas muestras también son útiles para análisis histopatológico que permitan respaldar el diagnóstico y caracterizar mejor el caso (36).

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 (36).

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 (36).

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 (37).

Figura 19. 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> (36).

Dengue. La confirmación por laboratorio de la infección por dengue está basada en pruebas virológicas (RT-PCR, detección de antígeno NS1 por ELISA, y en algunos casos aislamiento viral en cultivo para caracterización adicional) y serológicas (detección de IgM). Sin embargo, para la confirmación de los casos se debe priorizar los ensayos virológicos que demuestran la presencia del virus completo, de su material genético o de sus proteínas. Los ensayos virológicos para dengue se realizan en muestras de suero tomadas durante los primeros 5 días después de iniciados los síntomas (fase aguda) (**Figura 20**).

Por otro lado, los ensayos serológicos basados en la detección de IgM deben ser analizados con cuidado, teniendo en cuenta el tiempo que circulan los anticuerpos en sangre después de una infección, así como la posibilidad de reacción cruzada con otros flavivirus (incluyendo Zika, fiebre amarilla y otros) y detección inespecífica. Así, un único resultado de IgM en un paciente sólo indica un contacto con el virus, siendo estos casos definidos como un caso probable de dengue. Una segunda muestra tomada con al menos una semana de diferencia, procesada en paralelo con la primera y con un ensayo serológico cuantitativo (PRNT, por ejemplo) que permita demostrar seroconversión o aumento en el título de anticuerpos, puede ser útil para aclarar el diagnóstico (**Figura 21**).

Es importante contar con un algoritmo claro de laboratorio que permita hacer una detección temprana. Si bien las metodologías moleculares múltiples (*multiplex PCR*) son útiles cuando no

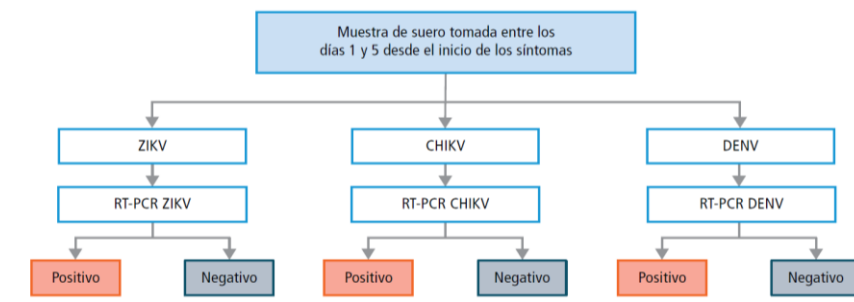
hay una sospecha clínica clara, ante un caso de dengue que cumple con las definiciones establecidas y donde la clínica es compatible, se sugiere priorizar los protocolos para detección específica (*singleplex*) del virus (37).

En casos fatales, las muestras de tejido (hígado, bazo, riñón) deben ser consideradas tanto para la detección del material genético (RT-PCR) como para estudio histopatológico e inmunohistoquímica. La toma de biopsias en un paciente con sospecha de dengue está completamente contraindicada.

Por otro lado, no se recomienda el uso de pruebas inmunocromatográficas o rápidas (NS1 y/o anticuerpos) ya que por su baja sensibilidad puede llevar a resultados falsos negativos; su uso debe estar limitado a estudios comunitarios bajo protocolos establecidos, pero en ningún caso para descartar la infección o para implementar conductas médicas.

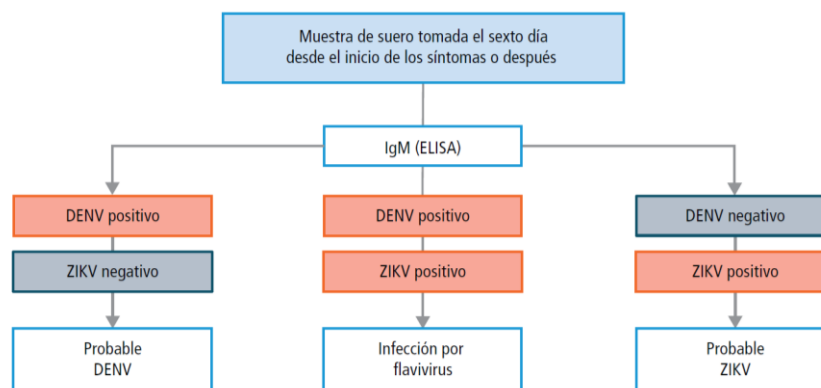
Dado que los servicios de laboratorio son un componente clave de la vigilancia epidemiológica y virológica del dengue, se debe mantener la detección y caracterización oportuna en muestras apropiadas. En lo posible y según las capacidades de cada laboratorio, se recomienda la toma de muestra del 100% de los casos graves y fatales de dengue, mientras que solo una proporción (10-30 % o un número máximo de muestras según la capacidad instalada) de aquellos casos sin signos de alarma será necesario para la vigilancia.

Figura 20. Algoritmo para pruebas virológicas en casos sospechosos de dengue, chikunguña y Zika.



Fuente: OPS/OMS. Recomendaciones para la detección y el diagnóstico por laboratorio de infecciones por arbovirus en la Región de las Américas. 29 de agosto del 2022. Disponible en: <https://iris.paho.org/items/9b154948-6dc9-4cf0-8808-3fbe72ca95bd>

Figura 21. Algoritmo para pruebas serológicas en casos sospechosos de dengue y Zika.



Fuente: OPS/OMS. Recomendaciones para la detección y el diagnóstico por laboratorio de infecciones por arbovirus en la Región de las Américas. 29 de agosto del 2022. Disponible en: <https://iris.paho.org/items/9b154948-6dc9-4cf0-8808-3fbe72ca95bd>

Medidas de prevención y control del Aedes

La OPS/OMS insta a los Estados Miembro 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 y la morbilidad.
- Utilización de múltiples intervenciones, con frecuencia en combinación y de manera sinérgica.
- Colaboración del sector salud con sectores públicos y privados vinculados con la gestión del medio ambiente cuya labor impacte en la reducción del vector.
- Participación activa 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 participación activa de la población local. Las medidas de prevención y control a implementarse por las autoridades nacionales y locales deberán incluir lo siguiente:

- Fortalecer las acciones de ordenamiento ambiental, principalmente la eliminación de criaderos del vector en domicilios, alrededores y en áreas comunes (parques, escuelas, 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 o necesite de recolecciones adicionales.
- Aplicar medidas para el control (36) 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.
- Definir las áreas de alto riesgo de transmisión (estratificación de riesgo) (39), 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 a las unidades de salud, para que estén libres de la presencia del vector y sus criaderos y 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 esta se produce de manera intensiva es la eliminación de mosquitos adultos infectados con

el virus Dengue (transmisión activa) mediante la fumigación intradomiciliaria, utilizando equipos individuales o la fumigación espacial utilizando equipos pesados montados en vehículos, sumado a la destrucción y/o control de criaderos del vector dentro de los domicilios y sus alrededores (40).

- 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 alimentos, recipientes de almacenamiento de agua para beber o aquellos 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* (41) de la OPS y el documento Control de *Aedes aegypti* en el escenario de transmisión simultánea de COVID-19 (42).
- Elegir adecuadamente el insecticida a ser utilizado (siguiendo las recomendaciones de OPS), su formulación y tener conocimiento sobre la susceptibilidad de las poblaciones de *Aedes* a dicho insecticida (43).
- Garantizar el adecuado funcionamiento de los equipos de fumigación y su mantenimiento. Asegurar reservas de insumos estratégicos, tales como, insecticidas (larvicidas y adulticidas), equipos de protección personal, repuestos para los equipos de fumigación y combustible, entre otros.
- Intensificar las acciones de supervisión (control de calidad y cobertura) del trabajo de campo de los operarios, tanto de las acciones de fumigación intradomiciliaria con equipos individuales, como de las tareas de fumigación espacial con equipos pesados montados en vehículos, asegurando el cumplimiento de las medidas de protección personal.

Medidas de prevención personal

Los pacientes infectados por los virus dengue, chikunguña y/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.
- Las personas enfermas, así como otros miembros del hogar, han de llevar mangas largas 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.

Comunicación y participación de la comunidad

Se recomienda establecer e implementar un plan de acción rápido de comunicación enfocado en:

- Medidas para prevenir la formación de criaderos del vector y eliminación de éstos para evitar la transmisión, y
- Información sobre síntomas y signos de alarma del dengue cuando la situación epidemiológica del país lo requiera como por ejemplo aumento de casos o casos de muerte por dengue.

Se recomienda tener en cuenta como audiencias principales a: individuos, comunidades, comités de barrio, municipalidades, sectores públicos y privados: mensajes sobre medidas para prevenir la formación de criaderos del vector y eliminación de éstos para evitar la transmisión de arbovirus.

Audiencias:

- Individuos, comunidades, comités de barrio, municipalidades, sectores públicos y privados: mensajes sobre medidas para prevenir la formación de criaderos del vector y eliminación de estos para evitar la transmisión del dengue y otros arbovirus. Además, información sobre los signos de alarma del dengue para buscar atención médica inmediata.
- Trabajadores de salud (incluidos enfermeros, médicos y personal del primer nivel de atención y hospitales) y técnicos del programa de control de vectores: información sobre síntomas y signos de alarma del dengue que estén presentes o en aumento en el país.

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

Los materiales simples de Información, Educación y Comunicación (IEC) se pueden difundir a través de varios medios de comunicación (incluidas las redes sociales o circuitos cerrados de televisión en unidades de salud del primer nivel de atención).

Se debe alentar a la población y a los miembros de los hogares a eliminar las fuentes de reproducción de mosquitos, tanto domiciliarios como peri domiciliarios. Esto es una tarea de todos: la familia, la comunidad, el sector público y privado.

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.

Se debe de alentar a que, tanto el personal de atención de salud, como las comunidades afectadas conozcan los síntomas del dengue, así como sus signos de alarma y cómo actuar ante la aparición de dichas manifestaciones.

Se alienta a trabajar con los equipos locales, ya que 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 (38).

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. PLISA Plataforma de Información de Salud para las Américas, Portal enfermedades arbovirales. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2026 [consultado el 29 de septiembre y el 13 de octubre del 2026]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/arbo-portal/dengue-datos-analisis>.
2. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Alerta Epidemiológica: Riesgo de brotes de dengue por la mayor circulación de DENV-3 en la Región de las Américas. 7 de febrero del 2025. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2025. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/alerta-epidemiologica-riesgo-brotes-dengue-por-mayor-circulacion-denv-3-region-americas>.
3. Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Colombia. Información de correo electrónico del 6 de octubre del 2026. Bogotá; 2026. Inédito.
4. Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Costa Rica. Información de correo electrónico del 5 y 16 de octubre del 2026. San Jose de Costa Rica; 2026. Inédito.
5. Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Cuba. Información de correo electrónico del 9 de octubre del 2026. La Habana; 2026. Inédito.
6. Centro Nacional de Enlace para el Reglamento Sanitario Internacional de Ecuador. Información de correo electrónico del 7 de octubre del 2026. Quito; 2026. Inédito.
7. Centro Nacional de Enlace para el Reglamento Sanitario Internacional de El Salvador. Información de correo electrónico del 5 de octubre del 2026. San Salvador; 2026. Inédito.
8. Centro Nacional de Enlace para el Reglamento Sanitario Internacional de Honduras. Información de correo electrónico del 6 de octubre del 2026. Tegucigalpa; 2026. Inédito.
9. Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de México. Información de correo electrónico del 7 de octubre del 2026. Ciudad de México; 2026. Inédito
10. Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Panamá. Información de correos electrónicos del 6 y 15 de octubre del 2026. Ciudad de Panamá; 2026. Inédito.
11. Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Perú. Información de correo electrónico del 6 de octubre del 2026. Lima; 2026. Inédito.
12. Ministerio de Salud del Perú. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Sala situacional de enfermedades metaxénicas. Lima: MINSA; 2026 [consultado el 6 de octubre de 2026]. Disponible en: https://app7.dge.gob.pe/maps2/shiny_metaxenicas_web/.
13. Organización Panamericana de la Salud. Alerta epidemiológica Chikungunya y Oropouche en la Región de las Américas - 28 de agosto del 2025. Washington, D.C.: OPS; 2025. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/alerta-epidemiologica-chikungunya-oropouche-region-americas-28-agosto-2025>.
14. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Alerta epidemiológica: chikungunya, 10 de febrero del 2026. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2026.

- Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/alerta-epidemiologica-chikungunya-10-febrero-2026>. paho.org.
15. 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://doi.org/10.1371/journal.ppat.0030201>.
 16. Perez M, Resik S, Bello B, Companioni A, Gonzalez D, Benitez A, et al. Chikungunya outbreak, Cuba, July 2025. Emerg Infect Dis [Internet]. 2026;32(7). Doi: 10.3201/eid3207.260344. Disponible en: https://wwwnc.cdc.gov/eid/article/32/7/26-0344_article. https://wwwnc.cdc.gov/eid/article/32/7/26-0344_article.
 17. Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Argentina. Información de correo electrónico del 14 de octubre del 2026. Buenos Aires; 2026. Inédito.
 18. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Dirección de Epidemiología. Boletín Epidemiológico Nacional n.º 823: semana epidemiológica 33, año 2026. Buenos Aires: MSAL; 2026. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2026/01/ben-823-se-33-04092026.pdf>.
 19. Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) del Estado Plurinacional de Bolivia. Información de correo electrónico del 15 de octubre del 2026. La Paz; 2026. Inédito.
 20. Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Brasil. Información de correo electrónico del 16 de octubre del 2026. Brasilia; 2026. Inédito.
 21. Souza TMA, et al. First Report of the East-Central South African Genotype of Chikungunya Virus in Rio de Janeiro, Brazil. PLoS Currents Outbreaks. 2017 Feb 14;9. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/currents.outbreaks.4200119978d62ccaa454599cd2735727>.
 22. Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Francia. Información de correo electrónico del 19 de octubre del 2026. Paris; 2026. Inédito.
 23. Santé publique France. Bulletin bimensuel regional, surveillance épidémiologique, semaines 04 et 05 (du 19 janvier au 1er février 2026). San Mauricio: Santé publique Francia; 2026. Disponible en: https://www.santepubliquefrance.fr/sites/default/files/rdd/document/bullreg_guyane_20260205.pdf.
 24. Sinturel MP, Rousset D, Enfissi A, Ramavoson T, Kezza C, Jourdain F, Djossou F, et al. Overview of chikungunya viral transmission, French Guiana, 2026. Euro Surveill. 2026;36(20):2600296. Disponible en: <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2026.31.20.2600296>.
 25. Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Guyana. Información de correo electrónico del 14 de octubre del 2026. Georgetown; 2026. Inédito.
 26. Ministerio de Salud de Panamá. Dirección General de Salud Pública. Departamento Nacional de Epidemiología. Boletín epidemiológico semanal: semana 38, del 20 al 26 de septiembre de 2026. Panamá: MINSA; 2026. Disponible en: https://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/2026-10/BOLETIN%20EPIDEMIOLOGICO%20SEMANAL%20%2038_0.pdf.
 27. Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Suriname. Información de correo electrónico del 15 de octubre del 2026. Buenos Aires; 2026. Inédito.

28. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Actualización Epidemiológica: Dengue y otras arbovirosis - 10 de junio de 2020. Washington, D.C. OPS/OMS. 2020. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-dengue-otras-arbovirosis-10-junio-2020>.
29. 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>.
30. 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 De La Facultad De Ciencias Medicas; 2023;56(2):18-26. Disponible en: <https://revistascientificas.una.py/index.php/RP/article/view/3669>.
31. 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>.
32. Aguilar G, Estigarriba-Sanabria G, Ríos-González C, Torales J, Morel Z, Agüero 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>.
33. Organización Panamericana de la Salud. Instrumento para el diagnóstico y la atención a pacientes con sospecha de arbovirosis. Washington, D.C.: OPS; 2016. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/31448>.
34. Organización Panamericana de la Salud. Directrices para el manejo del dengue grave en unidades de cuidados intensivos. Washington, D.C.: OPS; 2025. Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275330487>.
35. Organización Panamericana de la Salud. Medidas para asegurar la continuidad de la respuesta a la malaria en las Américas durante la pandemia de COVID-19, 24 de abril de 2020 Washington, D.C.: OPS, 2020. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52079>.
36. 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>.
37. 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>.
38. Organización Panamericana de la Salud. A medida que aumentan los casos de dengue a nivel mundial, el control de vectores y la participación comunitaria son clave para prevenir la propagación de la enfermedad. Washington, D.C.: OPS; 2023. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/3-8-2023-medida-que-aumentan-casos-dengue-nivel-mundial-control-vectores-participacion>.
39. 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>.

40. 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: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/51654>.
41. 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>.
42. 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>.
43. 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>.

Recursos adicionales

- Organización Panamericana de la Salud. Metodología para evaluar las estrategias nacionales de prevención y control de enfermedades arbovirales en las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2021. Disponible en : <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55204>
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Sistema de alerta y respuesta temprana ante brotes de dengue: guía operativa basada en el tablero de mandos en línea. Segunda edición. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2021. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53961>
- Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Community-based health care, including outreach and campaigns, in the context of the COVID-19 pandemic, Interim guidance, May 2020. Ginebra: OMS/UNICEF; 2020. Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Comm_health_care-2020.1