

Ante la detección de los primeros casos de transmisión autóctona de fiebre por chikungunya en las Américas, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) / Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda a los Estados Miembros que establezcan y mantengan la capacidad para detectar y confirmar casos, manejar pacientes, implementar una efectiva estrategia de comunicación con el público para reducir la presencia del vector, en especial en las áreas en las que está presente el mosquito transmisor de esta enfermedad.

### Resumen de la situación

El 6 de diciembre del 2013 se notificó a la OPS/OMS la confirmación de dos casos de transmisión autóctona del virus de chikungunya (en la isla de Saint Martin / Sint Maarten<sup>1</sup>).

En las Américas, se habían registrado casos importados en Estados Unidos, Canadá, Guyana Francesa, Martinica, Guadalupe y Brasil<sup>2</sup>.

Esta enfermedad fue detectada por primera vez en Tanzania en 1952. A partir del 2004, se han reportado brotes intensos y extensos en África, las islas del océano Índico, la región del Pacífico, incluyendo Australia y Asia (India, Indonesia, Myanmar, Maldivas, Sri Lanka y Tailandia). En 2007 el virus se extendió a Italia, donde produjo un brote transmitido por *Aedes albopictus* en la región de Emilia-Romagna. Los recientes brotes de fiebre por chikungunya han demostrado impactos importantes en la salud pública, principalmente en los servicios de salud.

### Recomendaciones

Dada la alta infestación por *Aedes aegypti* y la presencia del *Aedes albopictus* en la Región, sumado a la gran movilidad de personas en la Región y en el mundo, existe un riesgo para la diseminación del virus en las Américas. Ante esta situación, la OPS/OMS

#### Fiebre por chikungunya (CIE-10 A 92.0)

Es una enfermedad causada por el virus de chikungunya (CHIKV). El CHIKV pertenece al género alphavirus (familia *Togaviridae*). Este virus es transmitido por la picadura del mosquito del género *Aedes*, particularmente *Aedes aegypti* y *Aedes albopictus*.

En los humanos picados por un mosquito infectado, los síntomas de enfermedad aparecen generalmente después de un periodo de incubación de tres a siete días (rango: 1–12 días).

El CHIKV puede causar enfermedad aguda, subaguda y crónica.

En la **enfermedad aguda** los síntomas se establecen de forma brusca y comprenden fiebre alta, cefalea, mialgia y artralgia (predominantemente en las extremidades y las grandes articulaciones). También es frecuente la aparición de un exantema maculopapular. Las formas graves de la enfermedad son poco frecuentes. Los síntomas suelen remitir en 7-10 días, aunque la artralgia y la rigidez articular pueden persistir de forma intermitente durante varios meses.

Las tasas de ataque en las comunidades afectadas por las epidemias recientes oscilaron entre 38%–63%.

<sup>1</sup> La isla de Saint Martin / Sint Maarten está situada en la parte noreste del Caribe y tiene una población conjunta de 77.741 habitantes. Las autoridades de la isla iniciaron de inmediato las acciones de prevención y control correspondientes.

<sup>2</sup> El 3 de septiembre de 2010, el Centro Nacional de Enlace de Brasil notificó un caso importado de fiebre por chikungunya en un paciente de sexo masculino de 41 años con historia de viaje reciente para Indonesia.

refuerza las recomendaciones emitidas en la "Guía de Preparación y respuesta ante la eventual introducción del virus chikungunya en la Américas" y urge a los Estados Miembros en los que circula el mosquito transmisor de esta enfermedad a que establezcan y mantengan la capacidad para detectar y confirmar casos, manejar pacientes, implementar una efectiva estrategia de comunicación con la población para reducir la densidad del vector.

A continuación se detallan las recomendaciones más importantes señaladas en la Guía, las cuales están relacionadas con vigilancia, manejo de pacientes y medidas de prevención y control.

## Vigilancia

La vigilancia de chikungunya debe desarrollarse a partir de la vigilancia existente para el dengue, teniendo en cuenta las diferencias en la presentación clínica. Según corresponda a la situación epidemiológica del país, la vigilancia debe estar orientada a (i) detectar la introducción del virus chikungunya en un área, (ii) rastrear la enfermedad una vez introducida o (iii) hacer el seguimiento de la enfermedad cuando ésta se ha establecido.

En aquellos países sin casos autóctonos de chikungunya se recomienda:

- Realizar pruebas para la detección de chikungunya en un porcentaje de los pacientes que presenten fiebre y artralgias, o fiebre y artritis de etiología desconocida (por ejemplo, en aquellos pacientes con pruebas negativas para malaria o dengue).

La detección temprana permitirá la identificación de las cepas virales circulantes, la caracterización adecuada del brote y la implementación de una respuesta proporcionada.

En aquellos países con casos autóctonos de chikungunya, se recomienda:

- Describir las características epidemiológicas en tiempo, lugar y persona; así como las características clínicas claves;
- Monitoreo de la diseminación del virus para detectar la introducción en nuevas áreas;
- Evaluar la gravedad clínica y el impacto sobre la sociedad (por ejemplo, ausentismo laboral, cierre de escuelas, etcétera);
- Identificar los factores de riesgo de infección o enfermedad grave; y cuando exista la capacidad;
- Identificar los linajes del virus chikungunya circulantes.

Estos esfuerzos proporcionarán la base para desarrollar y mantener medidas de control efectivas.

Una vez documentada la introducción del virus, se deberá mantener la vigilancia continua para monitorear los cambios epidemiológicos o vectoriales de la transmisión del virus chikungunya. Todo cambio detectado a través de la vigilancia debe ser rápidamente comunicado a las autoridades nacionales de prevención y control para garantizar la toma oportuna de las medidas que correspondan.

## DetECCIÓN en el laboratorio

La confirmación por laboratorio de la infección por virus chikungunya se realiza por aislamiento viral, a través de la detección del ARN<sup>3</sup> del virus mediante la reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa reversa (RT-PCR) y/o por evidencias serológicas de infección reciente (pruebas serológicas).

El aislamiento del virus puede realizarse a partir de muestras de suero de la fase aguda ( $\leq 8$  días). El suero obtenido de la sangre total extraída durante la primera semana de la enfermedad y transportada al laboratorio en frío (entre 2°–8°C o hielo seco), lo más rápidamente posible ( $\leq 48$  horas), se puede inocular en una línea celular susceptible o en ratón lactante. Es importante tener en cuenta que el aislamiento viral debe realizarse en condiciones de bioseguridad nivel 3 (BSL3, por sus siglas en inglés).

Para la detección del ARN del virus chikungunya se deben utilizar pruebas en tiempo real con sistema cerrado debido a que presentan mayor sensibilidad y menor riesgo de contaminación. Se recomienda el protocolo publicado que utilizan los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés)<sup>4</sup>.

Para el diagnóstico serológico se recomienda utilizar suero obtenido de sangre total para la realización tanto de la prueba de inmunoabsorción enzimática (ELISA) como de la prueba de neutralización por reducción de placas (PRNT). La prueba de PRNT, ya sea usada para confirmar el MAC-ELISA o para demostrar un aumento del título de anticuerpos entre muestras agudas/convalecientes, deberá incluir siempre otros virus del serogrupo (por ejemplo, virus Mayaro) para validar la especificidad de la reactividad. En situaciones en las que no se dispone de PRNT, se pueden utilizar otras pruebas serológicas (por ejemplo, inhibición de la hemaglutinación [HI]) para identificar una infección reciente por un alfavirus; sin embargo, se requiere PRNT para confirmar una infección reciente por virus chikungunya.

## Manejo de pacientes

No existe un tratamiento antiviral específico para la infección por chikungunya. Se recomienda el tratamiento sintomático luego de excluir enfermedades más graves tales como malaria, dengue o infecciones bacterianas.

Es importante distinguir la infección por virus chikungunya de la del dengue, debido al peor pronóstico clínico (incluyendo la muerte) del dengue. Las dos infecciones pueden cursar simultáneamente en el mismo paciente. En comparación con el dengue, la infección por chikungunya ocasiona un dolor más intenso y es localizado en las articulaciones y tendones; el inicio de la fiebre es más agudo y su duración más corta; y es raro observar choque o hemorragia grave.

Debido a que los brotes por chikungunya podrían ocasionar una carga adicional en todos los niveles del sistema de atención de salud, es necesario desarrollar e implementar protocolos y planes bien establecidos de tamizaje, atención y rehabilitación de los pacientes.

---

<sup>3</sup> ARN: Ácido ribonucleico.

<sup>4</sup> Para acceder al detalle completo del protocolo utilice el siguiente enlace: <http://wwwnc.cdc.gov/eid/article/13/5/pdfs/07-0015.pdf>

## Enfermedad aguda

El tratamiento sintomático y de soporte incluye reposo y el uso de acetaminofén o paracetamol para el alivio de la fiebre, e ibuprofeno, naproxeno o algún otro agente antiinflamatorio no esteroideo (AINE) para aliviar el componente artrítico de la enfermedad.

No se aconseja el uso de aspirina debido al riesgo de sangrado y el riesgo de desarrollar síndrome de Reye en niños menores de 12 años de edad. En pacientes con dolor articular grave que no se alivia con AINEs se pueden utilizar analgésicos narcóticos (por ejemplo, morfina) o corticoesteroides a corto plazo, después de hacer una evaluación riesgo-beneficio de estos tratamientos.

Se debe aconsejar a los pacientes ingerir abundantes cantidades de líquidos para reponer la pérdida por la sudoración, los vómitos y otras pérdidas insensibles.

## Enfermedad subaguda y crónica

Si bien la recuperación es el resultado esperado, el periodo de convalecencia puede ser prolongado (en ocasiones hasta un año o más) y el dolor articular persistente puede requerir tratamiento analgésico, incluyendo terapia antiinflamatoria prolongada. La artritis periférica incapacitante que tiene tendencia a persistir por meses, si es refractaria a otros agentes, puede ocasionalmente responder a los corticoesteroides a corto plazo. Para limitar el uso de corticoesteroides orales se pueden usar inyecciones locales (intra-articulares) de corticoesteroides o terapia tópica con AINEs. La fisioterapia puede ser beneficiosa en estos casos.

## Aislamiento de los pacientes

Para evitar la infección de otras personas en la vivienda, la comunidad o el hospital, debe evitarse que el paciente con infección por chikungunya sea picado por mosquitos *Ae. aegypti* o *Ae. albopictus* al menos durante la primera semana de la enfermedad (fase virémica). Es altamente recomendable protegerse con mosquiteros tratados con insecticida (TI) o permanecer en un lugar protegido con mallas. Además, los médicos o trabajadores sanitarios que visiten a pacientes infectados por CHIKV deben evitar las picaduras de mosquitos usando repelente contra insectos, y usando mangas y pantalones largos.

## Medidas de prevención y control

Las medidas de prevención y control deben estar orientadas a reducir la densidad del vector, procurando la aceptación y colaboración de la población local en la adopción de dichas medidas.

De igual manera, es importante ofrecer información transparente y de calidad acerca de esta enfermedad a través de los medios de comunicación social.

Un programa de control efectivo y operativo para el dengue brinda las bases para una preparación adecuada frente al chikungunya, debido a que la biología y los procedimientos de control para *Ae. aegypti* son similares a los de *Ae. albopictus*. Para responder a la introducción del virus chikungunya, se pueden utilizar e intensificar las recomendaciones para la vigilancia y control desarrolladas para el manejo del dengue como parte de la Estrategia de Gestión Integrada para la prevención y el control del dengue (EGI-dengue). También, se debe incorporar al esquema de manejo integrado de vectores (MIV) un programa de control de calidad independiente.

Para tener éxito, el programa de MIV para chikungunya debe contar con la participación y colaboración intersectorial, en todos los niveles del gobierno y de los organismos de salud, educación, medio ambiente, desarrollo social y turismo. Los programas de MIV también se benefician con la participación de organizaciones no gubernamentales (ONGs) y organizaciones privadas. El programa de control del CHIKV debe mantener la comunicación y buscar la participación de toda la comunidad.

## Enlaces de utilidad:

- Guía de Preparación y respuesta ante la eventual introducción del virus chikungunya en la Américas. Disponible en:  
[http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=16985&Itemid=](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=16985&Itemid=)
- Temas de Salud de la OPS/OMS sobre Chikungunya. Disponible en:  
[http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=9053&Itemid=39843&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9053&Itemid=39843&lang=es)
- Chikungunya,página de la OMS. Disponible únicamente en inglés en:  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs327/en/>