

MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS DE VIGILANCIA Y CONTROL DE EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA

FIEBRE CHIKUNGUNYA. Actualización 2022 Manual de Normas

Actualización 2022



Ministerio de Salud
Argentina

IF-2022-69230269-APN-DE#MS

Página 1 de 507

Fiebre chikungunya

Categoría: Eventos Transmisibles
Grupo: Arbovirosis
Última actualización: 2021

Código CIE-10	A92.0 Enfermedad por virus Chikungunya Fiebre (hemorrágica) de Chikungunya
Descripción del problema de salud pública	La fiebre chikungunya (CHIK) es una enfermedad viral emergente causada por un Alfavirus, el virus chikungunya (CHIKV). Es transmitida por mosquitos <i>Aedes aegypti</i> y <i>Aedes albopictus</i>, las mismas especies involucradas en la transmisión del dengue. El nombre chikungunya deriva de una palabra en idioma makonde del grupo étnico que vive en el sudeste de Tanzania y el norte de Mozambique que significa “aquel que se encorva” o “retorcido”, que describe la apariencia inclinada de las personas que sufren la enfermedad, por las artralgias intensas que la caracterizan. Después del período de incubación, el CHIKV causa una enfermedad febril generalmente asociada con artralgia/artritis (87%), dolor de espalda (67%) y cefalea (62%). También es frecuente la aparición de un rash maculopapular (28–77%). Las artralgias suelen ser simétricas y de localización más frecuente en tobillos, muñecas y articulaciones pequeñas de la mano; si bien puede afectar articulaciones más grandes (rodilla, hombro, columna vertebral) y ser migratoria en el 70% de los casos. Pueden presentarse náuseas, vómitos y conjuntivitis. La fase aguda dura generalmente 5 a 10 días. También puede evolucionar a una fase posaguda (desde la cuarta semana hasta el final del tercer mes) y crónica (a partir del cuarto mes) con secuelas a largo plazo que incluyen artralgia y artritis y un empeoramiento de su calidad de vida. Las formas graves son poco frecuentes y se observan particularmente en neonatos, menores de 1 año, adultos mayores de 65 años o con enfermedades crónicas subyacentes y embarazadas. Esta patología carece de tratamiento específico. Entre el 3 y 28% de los individuos afectados presentarán infecciones asintomáticas contribuyendo también a la transmisión de la enfermedad. El primer aislamiento viral en suero humano y mosquitos del CHIKV, ocurrió durante la epidemia de 1952–1953 en Tanzania. Desde entonces se presentaron brotes en pequeñas comunidades en Asia y África, con periodicidad cíclica, con periodos interepidémicos de entre 4 y 30 años. Desde su reemergencia en el 2004, a partir de un brote originado en la costa de Kenia, el CHIKV ha expandido su distribución geográfica mundial. En diciembre del 2013 la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) reportó la confirmación de casos de transmisión autóctona en la región del Caribe, extendiéndose a casi todos los países de la región. En este contexto, en Argentina se confirmó el primer brote de fiebre chikungunya en el 2016 limitado a las provincias de Salta y Jujuy. El determinante principal que permitiría una nueva introducción del CHIKV en el territorio, es el ingreso de viajeros en período de viremia desde zonas con transmisión activa hacia las zonas de nuestro país con presencia del vector. Una vez introducido el virus, su dinámica de transmisión dependerá de las interacciones entre factores ambientales como la urbanización desorganizada con acceso deficiente a fuentes de agua que obliga a almacenarla en recipientes mal tapados o dejados a la intemperie, el agente, la población huésped y el vector. Los primeros casos de transmisión autóctona no presentan antecedentes de viaje, y es por esto que, en áreas con presencia del vector, son considerados casos sospechosos todos aquellos con clínica compatible con la enfermedad. La vigilancia de dengue en Argentina se realiza en el marco de la vigilancia de Síndrome Febril Agudo Inespecífico (SFAI), en el que se agrupan un conjunto de enfermedades emergentes y reemergentes con potencial epidémico que presentan características clínicas comunes, particularmente al comienzo de la enfermedad, en los que la sospecha clínica específica de cada evento se encuentra orientada por el

	contexto epidemiológico del área y de los antecedentes epidemiológicos del caso, y requieren la verificación del diagnóstico por laboratorio. El SFAI incluye toda persona que presenta al momento de la consulta (o haya presentado en los últimos 15 días) fiebre aguda -de menos de siete (7) días de duración- mialgias o cefalea, sin afección de las vías aéreas superiores y sin etiología definida. La vigilancia por laboratorio de dengue y otros arbovirus se lleva adelante en forma integrada e incluye el estudio de virus Dengue, virus Zika, virus Chikungunya, virus de la Fiebre Amarilla, virus de la Encefalitis de San Luis y el virus de la fiebre del Nilo Occidental, entre otros agentes.
Agente etiológico	CHIKV es un virus ARN que pertenece al género alphavirus de la familia Togaviridae.
Modos de transmisión	El virus chikungunya es transmitido a través de la picadura de los mosquitos del género Aedes, que, para estar infectados, deben haber picado previamente a una persona infectada (con manifestaciones clínicas o no) durante el período de viremia. El período promedio de incubación extrínseca es de 10 días, a partir del cual el mosquito es capaz de transmitir el virus, durante toda su vida, a un individuo susceptible. En la mayoría de las infecciones que ocurren durante el embarazo, el virus no se transmite al feto, aunque existen reportes de abortos espontáneos después de una infección en la madre durante los primeros meses de embarazo. El mayor riesgo de transmisión al recién nacido se produce cuando la persona gestante tiene viremia en el período intraparto; en este caso la transmisión puede alcanzar al 49%. No hay evidencia de que el virus se transmita a través de la leche materna. Otra forma de transmisión menos frecuente es la exposición en el laboratorio y la posible transmisión del virus a través de hemoderivados.
Reservorio - Vector	El reservorio principal son los seres humanos, al menos durante los períodos epidémicos de la enfermedad. Pero en los períodos inter epidémicos han sido implicados diversos vertebrados como reservorios potenciales, incluyendo primates, roedores, aves y algunos mamíferos pequeños.
Período de incubación	● Período de incubación ○ Período de Incubación Extrínseca: 10 días. ○ Período de Incubación Intrínseca: de 1 a 12 días (media de 4 a 7 días). ○ Mínimo período de incubación total: 11 días. ○ Máximo período de incubación total: 22 días ● Período de transmisión: Desde 3 días antes hasta 5 días después de la fecha de inicio de síntomas. El vector se vuelve infectante luego de 8 a 12 días (incubación extrínseca) y durante toda su vida. ● Susceptibilidad e Inmunidad Todos los individuos no infectados previamente con el virus del chikungunya están en riesgo de adquirir la infección y desarrollar la enfermedad. Los recién nacidos de madres afectadas no adquieren inmunidad transplacentaria ni a través de la leche materna. Se cree que una vez expuestos al virus, los individuos adquieren inmunidad prolongada que los protege contra la reinfección.
Objetivos de la vigilancia	– Alertar en forma temprana acerca de la ocurrencia de casos para la adopción de las medidas de control. – Detectar la circulación viral de dengue de forma precoz para orientar las acciones de control e investigación e identificar serotipos y genotipos circulantes. – Monitorear la evolución de brotes y evaluar las acciones de control. – Contribuir a disminuir el riesgo de propagación de brotes. – Evaluar la eficacia de las acciones de control de brote. – Monitorear la severidad y letalidad de los casos.

Definición y clasificaciones de caso	Caso sospechoso de fiebre chikungunya: Toda persona que reúna los siguientes criterios: • Presente fiebre mayor a 38.5°C y artralgias (habitualmente incapacitante) o artritis acompañada de dolor intenso, incapacitante que no se explica por otra condición médica, y • Resida o haya viajado en los últimos 14 días anteriores al inicio de los síntomas a zonas con circulación de virus chikungunya o con presencia del vector, Todo recién nacido de persona gestante con viremia intraparto (desde cuatro días previos al parto y dos días posteriores) Caso probable de fiebre chikungunya: Caso sospechoso que presente IgM positiva en muestra de suero. *NO SE RECOMIENDA LA APLICACIÓN DE TEST RÁPIDOS EN PERIODO DE INTERBROTE Caso confirmado de fiebre chikungunya: Caso sospechoso o probable de fiebre chikungunya con: • Aislamiento viral y/o detección molecular del genoma viral en muestra (suero o tejido) obtenida dentro de los ocho (8) días de evolución desde el inicio de la fiebre, o • Prueba de Neutralización de anticuerpos IgG positiva en sueros pareados con 10 a 15 días de diferencia. y • Evaluación de reactividad cruzada con otros Alphavirus. Caso confirmado por nexa epidemiológico: en una situación de epidemia, luego de la confirmación de la circulación del virus por pruebas de laboratorio, los siguientes casos se confirman por criterios clínico-epidemiológicos. Si bien es necesario continuar estudiando por laboratorio una proporción de casos como parte de la vigilancia serológica y virológica, los estudios de laboratorio en una epidemia se centralizan hacia los casos graves, fallecidos y para monitorear la expansión del brote hacia nuevas áreas y duración temporal del mismo. Caso no conclusivo de fiebre chikungunya: Caso sospechoso con una muestra dentro de los ocho (8) días de evolución desde el inicio de la fiebre con detección de Genoma negativo o con detección de IgM negativo en muestras de menos de ocho (8) días. Caso descartado de fiebre chikungunya: todo caso con: • detección de IgM negativo en muestras obtenidas con más de ocho (8) días de evolución desde el inicio de la fiebre o Neutralización negativa en sueros pareados con 10 a 15 días de diferencia, • resultados de laboratorio específicos para virus chikungunya negativos y confirmación para otro agente etiológico que explique el cuadro clínico, o • todo caso sospechoso con resultados de laboratorio No Conclusivos e imposibilidad de obtener nuevas muestras, en ausencia de nexa epidemiológico con casos confirmados en zonas sin circulación viral en un plazo de 30 días. Clasificaciones de caso según sitio probable de contagio: • Caso importado: se considerará importado cuando el sitio posible de contagio corresponde a áreas de transmisión fuera de su jurisdicción de residencia (en el que haya permanecido dentro de los 15 días previos al inicio de los síntomas). • Caso autóctono: se considerará autóctono cuando el sitio posible de contagio corresponde a la jurisdicción de residencia habitual donde se comprobó circulación viral (sin viaje fuera de la misma). Clasificaciones de caso según tiempo de evolución: • Fase aguda: paciente con fiebre mayor a 38.5°C y artralgias (habitualmente incapacitante) o artritis acompañada de dolor intenso,
---	--

	incapacitante que no se explica por otra condición médica de hasta 3 semanas de duración. Ocasionalmente pueden estar acompañados de manifestaciones no articulares, tales como neurológicas, cardiovasculares, dermatológicas, oftalmológicas, hepáticas, renales, respiratorias y hematológicas, entre otras, o pueden presentar disfunción de al menos un órgano o sistema con riesgo vital. • Fase posaguda: paciente cuyos síntomas articulares (artritis, artralgias o edema articular) se mantienen por más de 3 semanas hasta el final del tercer mes. Puede darse una evolución continua desde el inicio de los síntomas o presentarse periodos sin síntomas de manera intermitente. • Fase crónica (más de 3 meses): paciente que presenta manifestaciones articulares, tales como dolor, edema o rigidez articular por más de tres meses después de la fase aguda. Pueden también cursar con artritis crónica por CHIKV, la cual debe ser estudiada y confirmada. Debe descartarse artritis de otra etiología inflamatoria.			
Definición de brote	Dos casos relacionados con al menos uno sin antecedentes de viaje y al menos uno confirmado por laboratorio; o un caso confirmado por laboratorio sin antecedentes de viaje en el que la Dirección de Epidemiología provincial pueda certificar el carácter de autóctono.			
Notificación	Evento SNVS	Modalidad	Estrategia Componente /	Periodicidad
	Fiebre Chikungunya	Nominal / individual	Universal Clínica / Laboratorio / Investigación epidemiológica	Inmediata ante caso sospechoso
	Cada caso sospechoso de fiebre chikungunya detectado en áreas con presencia del vector conduce a una investigación en terreno. El objetivo de la investigación de campo es determinar si una infección fue adquirida localmente y, por lo tanto, si hay transmisión local de virus chikungunya en curso. Esta clasificación debe ser efectuada en el término de 72 horas a partir del diagnóstico del caso e incluye la confección de informes de investigación de caso escritos y subidos como archivo embebido al SNVS 2.0 – conteniendo la caracterización del caso, la clasificación del caso y el seguimiento del caso, el hogar y el vecindario			
Medidas preventivas	Para la transmisión vectorial, los factores vinculados a la salud ambiental más relacionados con necesidades básicas (provisión de agua corriente, cloacas, gestión de residuos sólidos urbanos, saneamiento de predios, remediación de suelos, gestión de aguas, entre otros) constituyen prerrequisitos para establecer niveles de mejor salud, y constituyen la primera y la más importante defensa contra las enfermedades vectoriales. En el caso del dengue y otras arbovirosis, son estas las acciones prioritarias que deben ser encaradas como principal estrategia de prevención y control de estas enfermedades. En función de distintos escenarios determinados según las características de la situación entomológica y epidemiológica local, se definen las estrategias de prevención y control vectorial necesarias. Estos escenarios plantean, márgenes de intervención permanentes y sostenidas en el tiempo (que tiendan a la eliminación de los factores que permiten la instalación/continuidad de la enfermedad) y acciones integrales que, en caso de situaciones de emergencia, permiten limitar los brotes y minimizar las consecuencias sanitarias de la enfermedad. Las acciones que deben realizarse permanentemente de manera rutinaria, con el objeto de reducir la población del vector están divididas en cuatro grupos: • <u>Saneamiento y ordenamiento ambiental</u>: estrategia integral que consiste en solucionar las principales deficiencias en las condiciones de Gestión integral del agua, excretas, de los Residuos Sólidos Urbanos, del hábitat humano y la protección de la masa viva vegetal; incluyendo acciones que mantengan la limpieza y el orden en los edificios y espacios públicos, principalmente el			

	desmalezado y el control (físico, químico y/o biológico) y eliminación de todos aquellos recipientes que puedan servir como criaderos para <i>Aedes aegypti</i>. Se debe poner especial énfasis en aquellos sitios que ofrecen una importante abundancia de criaderos (como los floreros en los cementerios, las cubiertas en las gomerías, los autos y chatarras viejas en las chatarrerías y desarmaderos de autos, por ejemplo) y en aquellos predios que congregan una gran cantidad de personas (hospitales, cárceles, terminales de transporte, centros de salud, talleres ferroviarios, clubes deportivos, balnearios, etc.). • <u>Control de criaderos, también llamado control focal</u>: Este tipo de control está dirigido a la fase inmadura acuática del mosquito. Se considera “foco” a cualquier recipiente con agua que contiene larvas de <i>Aedes aegypti</i>. Consiste en la inspección minuciosa del interior de la vivienda, incluyendo patios, jardines y techos, a fin de eliminar aquellos recipientes que el morador considere inútiles, tales como botellas, tapitas de gaseosas, juguetes, latas, macetas o baldes, por ejemplo. En el caso de recipientes útiles que contienen o pueden contener agua, se debe intentar primero impedir la entrada del mosquito o de agua de lluvia o riego (neutralización), tapándose o colocando la boca de los mismos hacia abajo, reemplazando el agua de los floreros por arena, etc. Cuando no es posible eliminar o neutralizar los recipientes, se los debe tratar con larvicidas registrados para su uso en salud pública. Sólo se pueden usar en agua para consumo humano, aquellos que están expresamente autorizados para tal fin. • con el apoyo de las provincias y nación si fuera necesario), sostenible y evaluable, orientado al registro sistemático de información entomológica para su análisis constante. Esta información permitirá predecir, prevenir y/o controlar a los mosquitos vectores, estratificar el riesgo de transmisión vectorial, sirviendo de insumo para la toma racional de decisiones basada en evidencia. • <u>Educación, Participación Comunitaria y Comunicación de riesgo</u>: La participación comunitaria es el proceso que permite involucrar a la población, autoridades locales, instituciones públicas y a los sectores social y privado, en los programas y acciones de salud, representa un compromiso e identificación con un fin social, haciendo referencia a un proceso en donde el individuo se transforma en un sujeto protagónico, capaz de incidir en la reconstrucción de su espacio, la prevención de enfermedades, la transformación de su entorno y la problemática cotidiana, a través de alternativas que promuevan la justicia e igualdad social. • <u>Recomendaciones especiales para Viajeros</u>: Quienes viajen a países o regiones con circulación de estos virus deben evitar la picadura de mosquitos (utilización de ropa adecuada y repelentes al aire libre, colocación de tules mosquiteros camas, cochecitos y cunas, y tabletas o espirales en las habitaciones), Las personas embarazadas deben evitar viajar a estas zonas. Ante la presencia de síntomas (fiebre alta, dolor de cabeza y articulaciones, etc.) durante el viaje o al regreso dentro de los 15 días, se debe consultar rápido al médico, no automedicarse y evitar las picaduras del mosquito.
Medidas ante casos y contactos	Los pacientes infectados por el CHIKV son el reservorio de la infección para otros, en el hogar y en la comunidad. Por consiguiente, las medidas de salud pública para

	reducir al mínimo la exposición a mosquitos se convierten en imperativas para prevenir la diseminación del brote. Además de las medidas de protección personal contra los mosquitos y aquellos destinados a controlar la población de los mismos, todos los casos sospechosos deben mantenerse bajo mosquiteros durante la fase virémica, que coincide con el período febril, para evitar la infección de otras personas en la vivienda, la comunidad o el hospital. Por su parte, deben tomarse las medidas ambientales de control vectorial para las arbovirosis transmitidas por <i>Ae. aegypti</i>, disponibles en las normas de vigilancia de dengue. En la evaluación inicial del paciente se deben identificar aquellos casos que deben ser derivados a niveles de mayor complejidad: • Pacientes con formas atípicas graves (neurológica, ocular, dermatológica, cardiovascular, renal), pacientes con comorbilidades (discapacidad, diabetes, hipertensión arterial, etc.) descompensados, embarazadas con síntomas de CHIKV en la última semana de gestación, recién nacidos de persona gestante con CHIKV. • Identificar signos de alarma y manifestaciones compatibles con formas graves de dengue que requieran derivación a un segundo nivel de atención debido a la posibilidad de coinfección con virus dengue o co-circulación de virus dengue en la misma área.
Medidas ante brotes	Las medidas para otras arbovirosis que comparten <i>Ae. aegypti</i> Ver EVENTO DENGUE - Medidas ante brotes