 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	INFORME EVENTO	Versión: 02
			2014 – Jun – 25
		FOR-R02.4000-001	Página 1 de 18

Chikungunya

INFORME FINAL DEL EVENTO CHIKUNGUNYA, COLOMBIA 2014.

DANIELA SALAS BOTERO

Referente evento Chikungunya

Grupo Enfermedades Transmisibles

Equipo Funcional Enfermedades Transmitidas por Vectores y Zoonosis

Subdirección de Prevención Vigilancia y Control en Salud Pública

Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

1. INTRODUCCIÓN


La Fiebre Chikungunya es una enfermedad ocasionada por infección con el virus Chikungunya (CHIKV), el cual es un *alfavirus* de la familia *Togaviridae*, transmitido por la picadura de mosquitos hembra *Aedes aegypti* o *Aedes albopictus* (*Stegomyia aegypti* y *Stegomyia albopicta*, *nueva clasificación taxonómica*). El período de incubación oscila entre 1 y 12 días, con un promedio de 3 a 7 días. La viremia dura entre 5 a 6 días (incluso hasta 10 días) luego del inicio de la fiebre. Otras formas de transmisión de la enfermedad pueden ocurrir por transfusiones sanguíneas o sus derivados y/o la transmisión madre a hijo, particularmente durante la última semana de gestación (1).

Los signos clínicos típicos de la enfermedad son: fiebre, artralgia severa o artritis de comienzo agudo, cuadro autolimitado con una duración aproximada de 10 días, el cual evoluciona a la mejoría, aunque en algunos casos puede persistir por semanas o meses. La presentación subaguda de la enfermedad se puede observar 60 a 90 días después del cuadro clínico inicial, con un cuadro reumático (dolor articular, tenosinovitis, en algunos casos trastornos vasculares periféricos transitorios, fatiga, debilidad y en casos extremos llegar a la depresión); la fase crónica se configura cuando la sintomatología persiste por más de tres meses y hasta por 12 meses o más, con síntomas de poliartralgia inflamatoria persistente, fatiga y depresión en algunos casos (2).

Las complicaciones generales incluyen miocarditis, hepatitis, neumonía, falla renal y alteraciones oculares o neurológicas. Algunos individuos infectados pueden ser asintomáticos, o presentar sintomatología moderada. La infección por CHIKV se constituye en el reto del diagnóstico diferencial en zonas tropicales, donde son igualmente prevalentes otras condiciones infecciosas como el dengue (1).

1.1. Comportamiento del evento a nivel mundial

La fiebre del Chikungunya es una enfermedad endémica en África, Sudeste de Asia e India. Fue identificada por primera vez entre 1 952 y 1 953 Conel aislamiento del virus en la epidemia de la

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	INFORME EVENTO	Versión: 02
			2014 – Jun – 25
		FOR-R02.4000-001	Página 2 de 18

Chikungunya

franja sur oriental de Tanzania (Mchichira), a lo largo de la frontera entre Tanganyika y Mozambique, con una rápida extensión a la parte sur-occidental y un pico en 49 localidades afectadas de las 62 existentes (3, 4).

El virus también se logró aislar entre los años 1 960 y 1 990 en países del Centro y Sur de África, incluyendo Sudán, Uganda, República Democrática del Congo, la República Centroafricana, Malawi, Zimbabwe, Kenia y Sur África, además de países africanos occidentales como Senegal, Benín, la República de Guinea, Costa de Marfil y Nigeria (4). En Asia se aislaron cepas del virus durante grandes brotes urbanos en Bangkok (Tailandia) en la década de 1960 y en Calcuta y Vellore (India) durante las décadas de 1 960 y 1 970 (6).

Posterior a la epidemia de los años cincuenta, se presentaron brotes en el sudeste Asiático, India, Pakistán, Sri Lanka, Myanmar, Tailandia, Indonesia, Filipinas, Camboya, Vietnam, Hong Kong y Malasia, hasta llegar a una baja actividad de la enfermedad en los años ochenta (7).


En la India, la enfermedad fue identificada por primera vez en Calcuta en 1 963, presentando reportes de brotes hasta 1 973, antes de la reemergencia en 2 005, en la que se vieron afectados los estados de Andhra Pradesh, Karnataka, Maharashtra, Tamil Nadu y Madhya Pradesh principalmente, con zonas que alcanzaron tasas de ataque del 45 % (8, 9).

En 2004 se documentó un brote originado en la costa de Kenia, que se diseminó durante los dos años siguientes a Madagascar, Comoras, Mayotte, Las Seychelles, Mauricio y la Isla francesa La Reunión en el Océano Índico, India y el sudeste asiático. En agosto del 2 007, se notificaron los primeros casos autóctonos en Europa, presentados en la localidad costera italiana de Ravenna en Emilia Romagna (pueblos Castiglione di Cervia y Castiglione di Ravenna), en un brote con transmisión autóctona que ocasionó 197 casos y del cual se cree que se originó en un viajero que regreso de la India. En 2 010 se detectó por segunda vez la transmisión local en Europa, notificándose dos casos autóctonos en Francia (Frejús) y cuatro casos importados en las regiones de Paca y Corse (10).

En 2010 se identificaron casos importados en Taiwan, Francia y los Estados Unidos en viajeros en fase de viremia que retornaban de Indonesia, La Reunión e India, respectivamente (8).

1.2. Comportamiento del evento en América

El 9 de diciembre del 2013, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) alertó sobre la presencia de transmisión autóctona del virus del chikunguña en las Américas. A partir de ese momento, la Región ha realizado esfuerzos para enfrentar este problema desde la perspectiva de la salud pública, entre los que se incluyen los siguientes aspectos: plataforma de laboratorio, vigilancia epidemiológica, manejo integrado de los vectores, atención y manejo clínico de los pacientes y comunicación del riesgo.

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	INFORME EVENTO		Versión: 02
				2014 – Jun – 25
		FOR-R02.4000-001		Página 3 de 18

Chikungunya

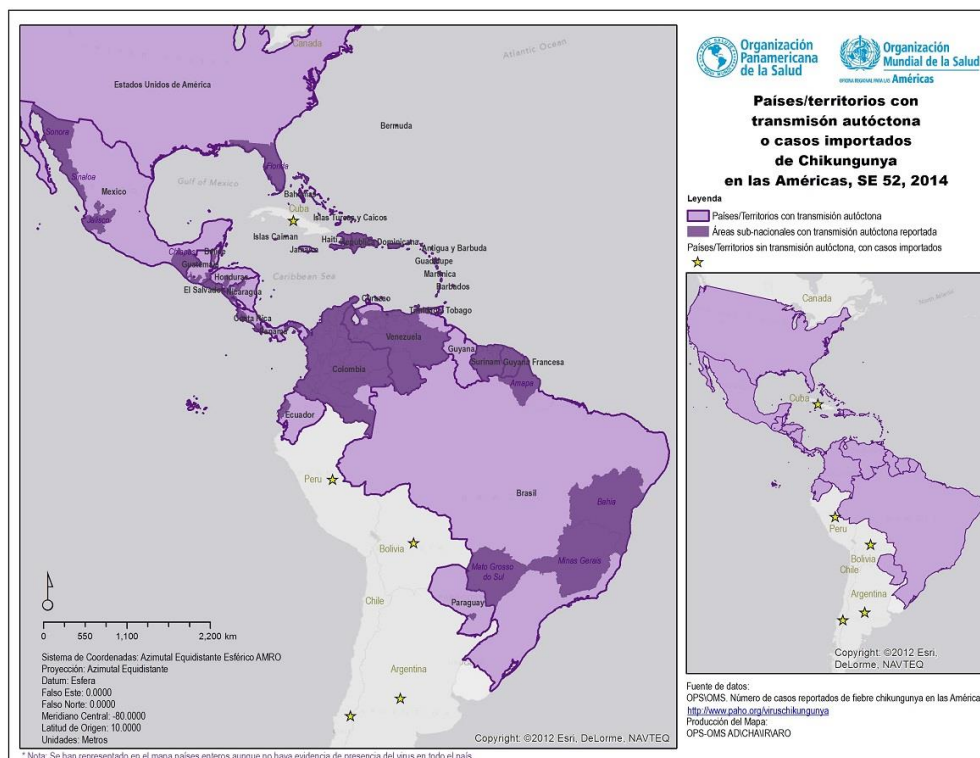
Durante los brotes de 2010 se encontraron individuos en fase de viremia en el Caribe (Martinica), los Estados Unidos y la Guayana Francesa procedentes de áreas endémicas. Este comportamiento permitió la transmisión local en áreas con alto riesgo a finales del 2013 (presencia del vector *Aedes aegypti*), donde se demostró la transmisión autóctona en la región de las Américas con dos casos confirmados de la isla Saint Marteen del Caribe el 2 de Diciembre a través de pruebas serológicas (IgM Chikungunya virus) realizadas en el laboratorio de referencia de Arbovirus en la ciudad de Marsella (Francia); posteriormente, el tercer caso se confirma el 5 de diciembre por pruebas moleculares (RT-PCR), los siguientes cuatro casos se confirmaron por pruebas serológicas y otros dos fueron descartados dentro del grupo de ocho pacientes inicialmente identificados como sospechosos. Los pacientes referían inicio de síntomas entre el 15 de octubre y el 12 de noviembre, eran residentes de Oyster Pond (ubicado en la frontera cerca de la parte holandesa de la isla), presentaron fiebre entre 38,8 y 39,5 °C, dolor incapacitante, más frecuente en manos y pies, erupciones (eritema, máculas y pápulas). Ninguno tuvo desplazamiento a otras áreas. Para finales de diciembre se habían confirmado 26 casos en la isla (11, 12, 13).

En República Dominicana, el virus se detectó por primera vez el 1 de junio de 2014 y desde entonces se han notificado más de 600 000 casos sospechosos con una incidencia de 826 casos por 100 000 habitantes en riesgo, a partir de lo cual se dio una amplia expansión a países vecinos en riesgo en las áreas de Centro América (Costa Rica, El Salvador y Panamá), así como países del área Andina (Venezuela y Colombia) (14).

Hasta la semana epidemiológica 53 los países y territorios del Caribe, donde se habían reportado casos de Chikungunya eran Anguila, Antigua y Barbuda, Aruba, Barbados, Islas Vírgenes Británicas, Dominica, República Dominicana, Granada, Guadalupe, Haití, Martinica, Puerto Rico, San Bartolomé, San Cristóbal y Nevis, Santa Lucía, San Martín, San Vicente y las Granadinas, San Maarten, Islas Turcas y Caicos, Islas Vírgenes de Estados Unidos y Venezuela (ver mapa 1) (7).

Chikungunya


Mapa 1. Distribución de casos de Chikungunya en las Américas, semana epidemiológica 52 del 2014



1.3. Comportamiento del evento en Colombia

En Colombia se identificaron los primeros casos autóctonos confirmados por el laboratorio de Arbovirus del Instituto Nacional de Salud en Septiembre de 2 014 (semana epidemiológica 37), mediante pruebas de RT-PCR en pacientes provenientes del corregimiento de San Joaquín del municipio de Mahates en el departamento de Bolívar, una vez realizada la investigación epidemiológica de campo conjunta entre del Instituto Nacional de Salud y la secretaria de Salud Departamental. De forma paralela se realizó confirmación de casos desde Junio de 2 014 en muestras negativas para análisis de sarampión, rubeola, entre otros eventos en pacientes procedentes del Valle del Cauca (15, 16,17).

En Colombia se confirmó el primer caso importado de virus Chikungunya el 19 de Julio de 2014, a partir de pruebas serológicas (IgM Chikungunya virus) en el laboratorio de virología del Instituto Nacional de salud. El caso corresponde a una mujer de 71 años, procedente de República Dominicana, de nacionalidad Colombiana, quien ingresa al país por el aeropuerto Alfonso Bonilla Aragón de la Ciudad de Palmira el 15 de Julio de 2014, cubriendo la ruta Santo Domingo (República Dominicana) - Palmira (Colombia), con escala en Ciudad de Panamá. Al momento de su ingreso llama la atención la cantidad de medicamentos con el que ingresa, por

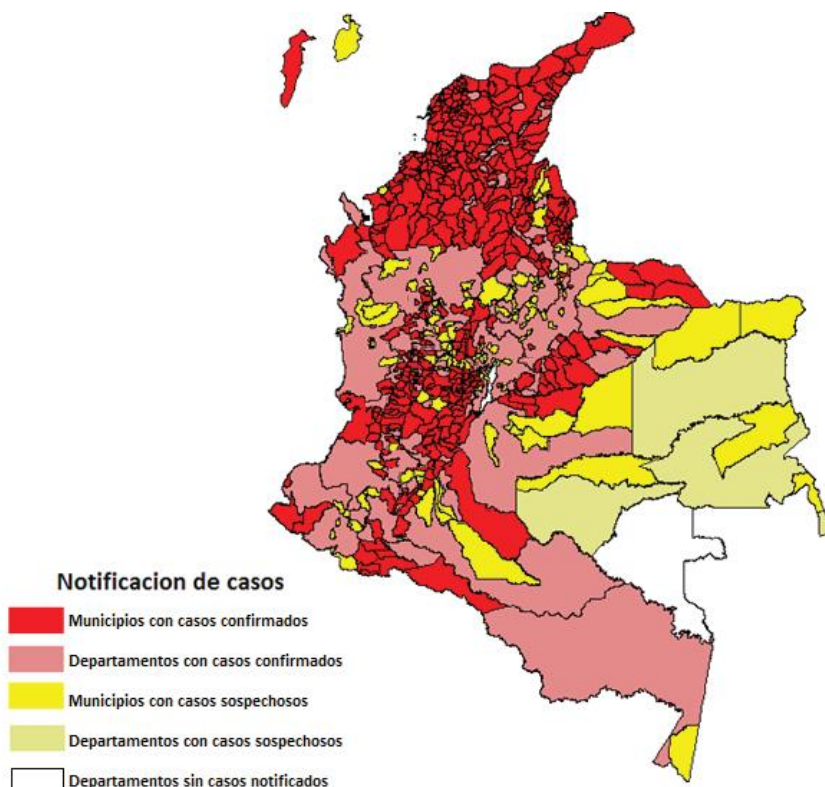
 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	INFORME EVENTO	
		FOR-R02.4000-001	
		Versión: 02	2014 – Jun – 25
		Página 5 de 18	


Chikungunya

lo que se le indaga y refiere haber sido diagnosticada clínicamente con Chikungunya el 5 de julio en Santo Domingo. La paciente fue abordada por personal de las Secretarías municipal de Salud de Cali y departamental del Valle del Cauca (dado que este era el lugar de permanencia o residencia de la misma), quienes realizaron investigación de caso y toma de muestras (el 15 de Julio) para confirmación diagnóstica por laboratorio. La investigación epidemiológica concluye que la paciente llega en fase de convalecencia por lo que en ese momento no representaba un riesgo potencial de transmisión (15).

A la semana epidemiología 53 se demostró la confirmación de casos a partir de la identificación de circulación viral en 31 entidades territoriales y casos sospechosos procedentes de los departamentos de Vichada, Guainía y Guaviare. Se notificaron casos procedentes de 478 municipios del territorio nacional, con mayor frecuencia en Cúcuta, Cartagena, Sincelejo, Turbaco, San Juan Nepomuceno y Barranquilla (ver mapa 2).

Mapa 2 Distribución de casos de Chikungunya por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia a semana epidemiológica 53 de 2 014



 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	INFORME EVENTO	Versión: 02
			2014 – Jun – 25
		FOR-R02.4000-001	Página 6 de 18

Chikungunya

2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

Analizar la situación del comportamiento del evento Chikungunya en Colombia durante el periodo epidemiológico trece del año 2014, de acuerdo con la información provista por el SIVIGILA con el fin de generar información oportuna, válida y confiable para orientar medidas de prevención y control

3. MATERIALES Y MÉTODOS

Se realiza análisis descriptivo retrospectivo de las variables de la ficha de notificación de datos básicos y ficha colectiva de acuerdo a la notificación semanal al Sivigila por parte de las entidades territoriales hasta la semana epidemiológica 53 de 2014.

Se realiza la depuración de la base de datos utilizando las siguientes variables para identificar registros duplicados y/o repetidos: documento de identificación, nombres y apellidos. Posteriormente, se seleccionan los casos teniendo en cuenta el tipo de caso (sospechoso y confirmado), fecha de ajuste, reporte hospitalización o muerte. Para el cálculo de la incidencia, mortalidad y letalidad se tienen en cuenta únicamente los casos confirmados. La población utilizada para el análisis es tomada de las proyecciones de población 2005-2020 DANE y se emplea Microsoft Excel® para el procesamiento de los datos.

4. HALLAZGOS

4.1. Comportamiento de la notificación

Al SIVIGILA se han notificado en ficha individual (217) 23.352 registros de Chikungunya durante lo corrido del año de los cuales 1.518 descartados, 1.200 como error de digitación, 1.456 confirmados por laboratorio, 18.833 confirmado por clínica y 345 sospechosos. En la ficha colectiva 910 se notificaron 86.423 casos de los cuales 294 fueron error de digitación, 85.572 confirmados por clínica y 557 sospechosos.

4.2. Magnitud en lugar y persona (datos básicos)

Los casos notificados hasta la semana epidemiológica 53 de 2014 por ficha individual y ficha colectiva fueron 106.763, distribuidos así: 1.456 casos (1,4 %) confirmados por laboratorio, 104.405 (97,8%) casos confirmados por clínica, 902 casos (0,8 %) sospechosos. En promedio se notificaron 5.908 casos por semana desde el inicio del brote en la semana epidemiológica 36 (ver tabla 1).

Chikungunya

Tabla 1. Total de casos notificados en Colombia a semana epidemiología 53 de 2014

Casos confirmados por clínica	Casos confirmados por laboratorio	Casos sospechosos	TOTAL
104.405	1.456	902	106.763

Fuente: Sivigila, Laboratorio de Virología, Instituto Nacional de Salud, Colombia

A la semana epidemiología 53 se demostró la confirmación de casos a partir de la identificación de circulación viral en 31 entidades territoriales y casos sospechosos procedentes de los departamentos de Vichada, Guainía y Guaviare. El mayor número de casos fueron notificados de las entidades territoriales de Norte de Santander, Bolívar y Sucre (ver tabla 2).

Tabla 2. Casos sospechosos y confirmados de chikungunya por entidad territorial de notificación en Colombia, hasta la semana epidemiológica 53 de 2014.

Departamento	Casos confirmados por clínica	Porcentaje de casos confirmados por clínica	Casos Confirmados por laboratorio	Porcentaje de casos Confirmados por laboratorio	Casos sospechosos	Porcentaje de casos sospechosos	Total general
NORTE SANTANDER	24.235	98,13%	369	1,49%	94	0,38%	24.698
BOLIVAR	17.888	98,32%	306	1,68%	0	0,00%	18.194
SUCRE	14.638	99,31%	98	0,66%	3	0,02%	14.739
CARTAGENA	12.249	99,76%	29	0,24%	0	0,00%	12.278
GUAJIRA	6.785	99,04%	50	0,73%	16	0,23%	6.851
CORDOBA	5.387	98,27%	91	1,66%	4	0,07%	5.482
BARRANQUILLA	4.325	99,61%	17	0,39%	0	0,00%	4.342
STA MARTA D.E.	4.307	99,75%	11	0,25%	0	0,00%	4.318
MAGDALENA	3.733	91,14%	30	0,73%	333	8,13%	4.096
HUILA	2.087	97,89%	35	1,64%	10	0,47%	2.132
ATLANTICO	2.072	97,60%	33	1,55%	18	0,85%	2.123
CUNDINAMARCA	1.737	95,60%	62	3,41%	18	0,99%	1.817
TOLIMA	1.682	94,92%	67	3,78%	23	1,30%	1.772
ANTIOQUIA	1.036	92,83%	57	5,11%	23	2,06%	1.116
CESAR	752	94,35%	37	4,64%	8	1,00%	797
SANTANDER	373	92,56%	12	2,98%	18	4,47%	403
VALLE	349	93,07%	25	6,67%	1	0,27%	375
ARAUCA	251	95,08%	3	1,14%	10	3,79%	264
SAN ANDRES	194	95,10%	5	2,45%	5	2,45%	204
EXTERIOR	0	0,00%	39	26,90%	106	73,10%	145
META	88	83,81%	5	4,76%	12	11,43%	105
PUTUMAYO	67	72,04%	24	25,81%	2	2,15%	93
BOGOTA	0	0,00%	2	2,13%	92	97,87%	94
CALDAS	57	70,37%	18	22,22%	6	7,41%	81
CAUCA	3	4,55%	6	9,09%	57	86,36%	66
CASANARE	36	90,00%	2	5,00%	2	5,00%	40
BOYACA	18	58,06%	10	32,26%	3	9,68%	31
NARIÑO	10	43,48%	3	13,04%	10	43,48%	23
QUINDIO	18	94,74%	1	5,26%	0	0,00%	19
RISARALDA	14	77,78%	4	22,22%	0	0,00%	18
VICHADA	0	0,00%	0	0,00%	13	100,00%	13
AMAZONAS	7	58,33%	2	16,67%	3	25,00%	12
CAQUETA	6	66,67%	2	22,22%	1	11,11%	9
GUAINIA	0	0,00%	0	0,00%	7	100,00%	7
CHOCO	1	20,00%	1	20,00%	3	60,00%	5
GUAVIARE	0	0,00%	0	0,00%	1	100,00%	1
VAUPES	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0
TOTAL NACIONAL	104.405	97,79%	1.456	1,36%	902	0,84%	106.763

Fuente: Sivigila, INS

Chikungunya

4.2.1. Características socio-demográficas

De acuerdo a las características socio demográficas de la población afectada es la femenina con un 56,4% de la notificación. Los grupos de edad más afectados con dengue fue el de 25 a 29 años con 11 % seguido por el grupo de 30 a 34 años con un 10,03% (ver tabla 3).

Tabla 3. Características socio-demográficas de los casos confirmados de chikungunya en Colombia, hasta la semana epidemiológica 53 de 2014.

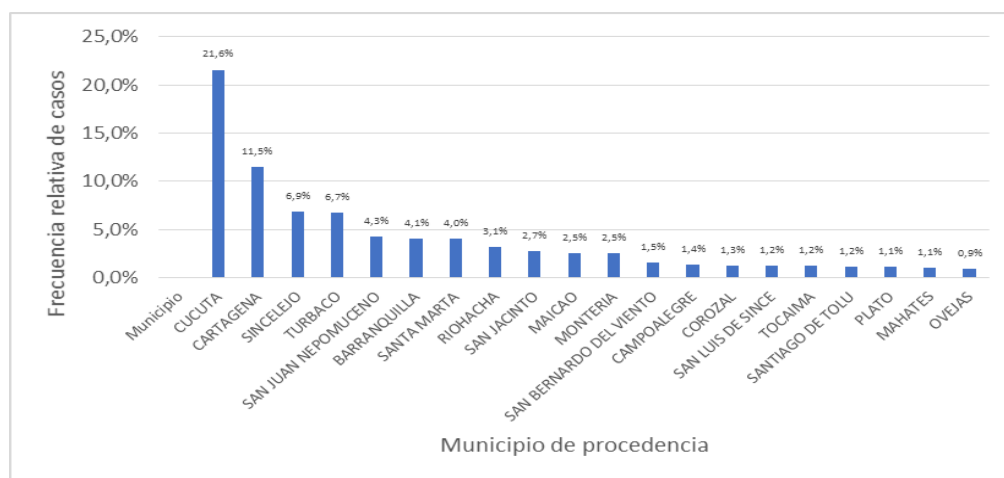
Características sociales y demográficas		Casos	Porcentaje
Sexo	Femenino	60.214	56.4%
	Masculino	46.549	43,6%
Grupo de edad	Menores de 1 año	2228	2,09%
	1 a 4 años	5014	4,70%
	5 a 9 años	6959	6,52%
	10 a 14 años	7536	7,06%
	15 a 19 años	8461	7,93%
	20 a 24 años	10380	9,72%
	25 a 29 años	11747	11,00%
	30 a 34 años	10711	10,03%
	35 a 39 años	9047	8,47%
	40 a 44 años	7959	7,45%
	45 a 49 años	7245	6,79%
	50 a 54 años	5862	5,49%
	55 a 59 años	4540	4,25%
	60 a 64 años	3324	3,11%
	65 a 69 años	2144	2,01%
	70 a 74 años	1513	1,42%
	75 a 79 años	1048	0,98%
Mayores a 80 años	1045	0,98%	

Fuente: Sivigila, INS

El 81 % de los casos confirmados (laboratorio y clínica) registrados en Sivigila se concentró en 20 municipios del territorio nacional, encabezados por Cúcuta con el 21,6%, Cartagena con el 11,5 %, Sincelejo con el 6,9 %, Turbaco con el 6,7%, San Juan Nepomuceno con el 4,3 % y Barranquilla con 4,1 % (ver gráfica 1).

Chikungunya

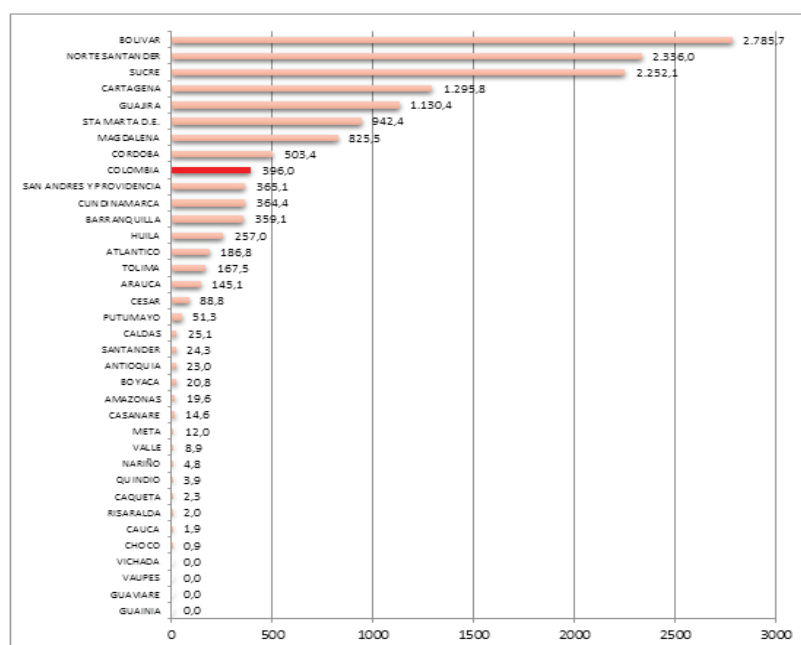
Gráfica 1. Distribución de casos de Chikungunya por municipio de procedencia, Colombia a semana epidemiológica 53 de 2 014.



Fuente: Sivigila, INS

La incidencia nacional de Chikungunya para el 2.014 fue de 396 casos X 100 000 habitantes en riesgo; ocho entidades territoriales presentan incidencias superiores a la nacional: Bolívar, Norte de Santander, Sucre, Cartagena, La Guajira, Santa Marta, Magdalena y Córdoba, siete de la región Caribe (ver gráfica 2).

Gráfica 2. Proporción de incidencia por entidad territorial de procedencia, Colombia a semana epidemiológica 53 de 2014

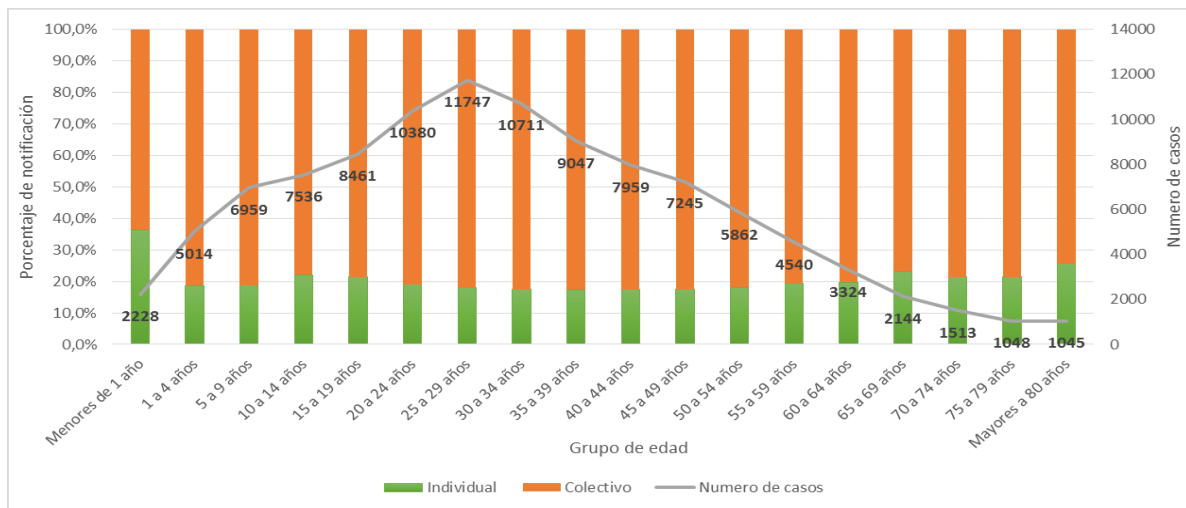


Chikungunya

Fuente: Sivigila, INS

En cuanto a la distribución de los casos de chikunguña por grupo de edad podemos ver que el grupo de edad más afectado es el de 25 a 29 años con el 11% seguido por el grupo de 30 a 34 años con el 10,03%. El 64,4% de la notificaciones en menores de un año ha sido colectivo y en el grupo de 65 o más años 77 % de la notificación ha sido en ficha colectiva (ver gráfica 3).

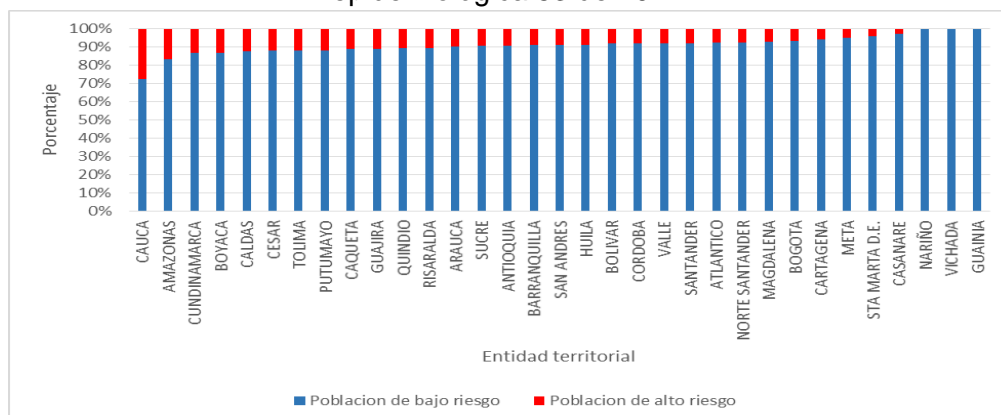
Gráfica 3. Distribución de casos de Chikungunya por grupos de edad, Colombia a semana epidemiológica 53 de 2014



Fuente: Sivigila, INS

En cuanto a la distribución de casos de Chikungunya por grupos de alto riesgo (menores de un año, gestantes, pacientes de 65 y más años y con comorbilidades), se registró mayor proporción en los departamentos de Cauca, Amazonas, Cundinamarca, Boyacá, Caldas, Cesar, Tolima Putumayo, Caquetá, Guajira, Quindío y Risaralda que notificaron cada uno más del 10% de los casos en población de alto riesgo (ver gráfica 4).

Gráfica 4. Distribución de casos de Chikungunya por grupos de riesgo, Colombia a semana epidemiológica 53 de 2014.

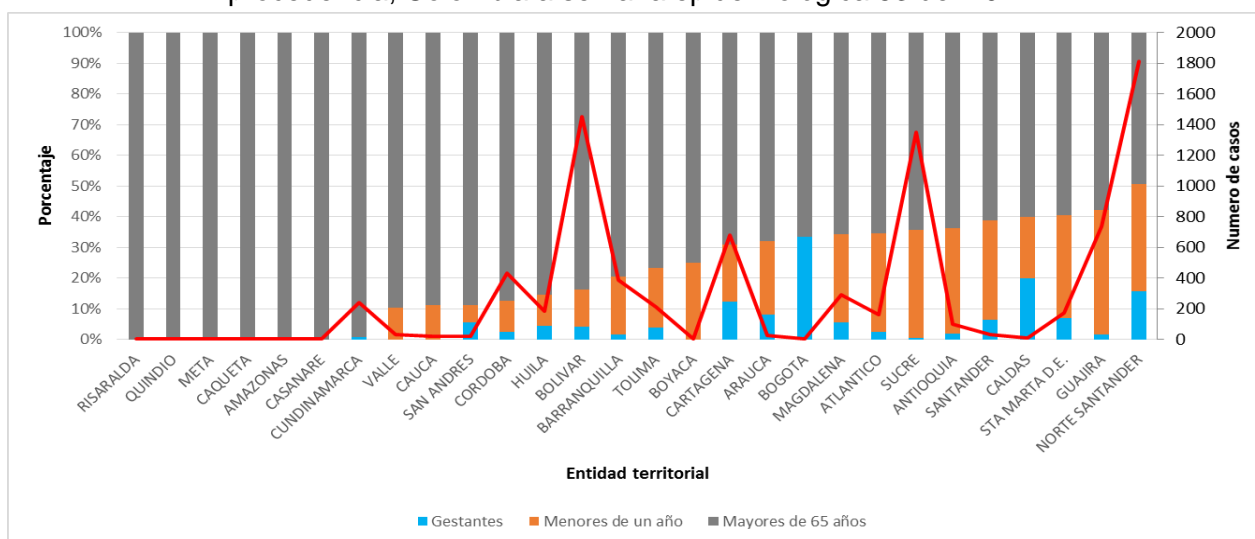


Fuente: Sivigila, INS

Chikungunya

En el año 2014 se notificaron 8.497 casos (7,9%) en población de alto riesgo, con mayor frecuencia en los departamentos de Bolívar, Sucre y Norte de Santander, que concentraron el 54,4 % de los casos en población arriesgo en lo corrido del año 2 014. El mayor registro se observa en la población de 65 años y más con 5.736 casos (67,51 %), seguido de los menores de un año con 2.226 casos (26,2 %) y el grupo de gestantes con 535 casos (6,3 %) (Ver gráfica 5).

Gráfica 5. Distribución de casos de Chikungunya por grupos de riesgo y entidad territorial de procedencia, Colombia a semana epidemiológica 53 de 2 014.



Fuente: Sivigila, INS

Se han notificado 146 casos de Chikungunya importados procedentes de otros países de estos 40 casos se confirmaron por laboratorio, se captó por notificación 105 (71,9 %) procedentes de Venezuela (ver tabla 4).

Tabla 4. Distribución de casos importados confirmados y sospechosos de chikungunya, Colombia semana epidemiológica 53 de 2 014

Procedencia	Casos Confirmados por laboratorio	Casos sospechosos	Total	Porcentaje
* Exterior. País desconocido	11	23	34	22,45%
Republica Dominicana	1	0	1	0,69%
Panamá	0	4	4	2,76%
Venezuela	26	77	103	71,03%
Puerto rico	1	0	1	0,69%
Estados unidos	0	2	2	1,38%
Total exterior	39	106	145	

Fuente: Sivigila, Laboratorio de Virología, Instituto Nacional de Salud, Colombia

Chikungunya

4.2.2. Casos de muerte por Chikungunya

Por el sistema de vigilancia nacional SIVIGILA se notificaron 42 muertes por chikungunya. Según el lineamiento del protocolo de vigilancia de chikungunya la confirmación de las muertes se realiza mediante una unidad de análisis conformada por los grupos funcionales de enfermedades transmitidas por vectores, laboratorio de virología área de arbovirus, grupo de patología y grupo de entomología del INS. Según la evaluación de esta unidad de análisis 22 muertes fueron confirmadas y 20 descartadas.

Por entidad territorial de notificación, la distribución del 59 % de las muertes se presentó en el departamento de Norte de Santander. La letalidad por chikungunya para Colombia año 2014 fue de 0,02 (22/105.830). Este indicador se calcula con las muertes confirmadas por departamento procedencia, que han sido analizadas en la unidad de análisis del grupo funcional de ETV del INS (vigilancia, entomología, laboratorio de virología y laboratorios de patología), sobre el total de casos de chikungunya confirmados. Por encima de la letalidad nacional se encuentran los departamentos de Atlántico, Cundinamarca, Norte de Santander y Huila (ver tabla 5).

Tabla 5. Características de los casos de muerte por chikungunya en Colombia, periodo epidemiológico XIII de 2014

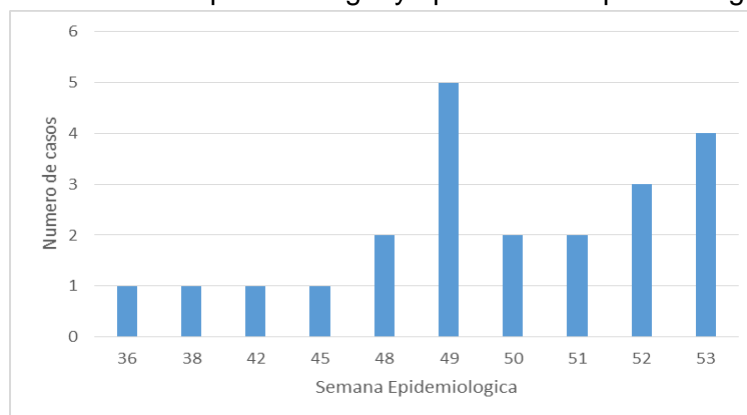
Entidad procedencia	Confirmado	Descartado	Total	Casos confirmados	Letalidad
Atlántico	2	0	2	2106	0,094
Bolívar	1	0	1	18194	0,005
Cartagena	1	3	4	12279	0,008
Cundinamarca	1	0	1	1799	0,055
Guajira	1	0	1	6835	0,014
Huila	1	0	1	2122	0,047
Norte Santander	13	5	18	24606	0,052
Sucre	1	2	3	14738	0,006
Tolima	0	0	0	1749	0
Exterior	1	0	1	0	0
Barranquilla	0	2	2	4341	0
Cesar	0	1	1	789	0
Guainía	0	1	1	0	0
Casanare	0	1	1	38	0
Caldas	0	1	1	76	0
Córdoba	0	1	1	5479	0
Risaralda	0	1	1	19	0
Santander	0	2	2	386	0
Total Nacional	22	20	42	105830	0,0207

Fuente: Sivigila, INS

Chikungunya

La primera muerte de chikungunya reportada fue en la semana epidemiológica 36 de 2014. La semana epidemiológica con el mayor número de defunciones fue la 49 con 5 casos procedentes de Atlántico (dos), Santander (dos) y Venezuela (uno) (ver grafica 6).

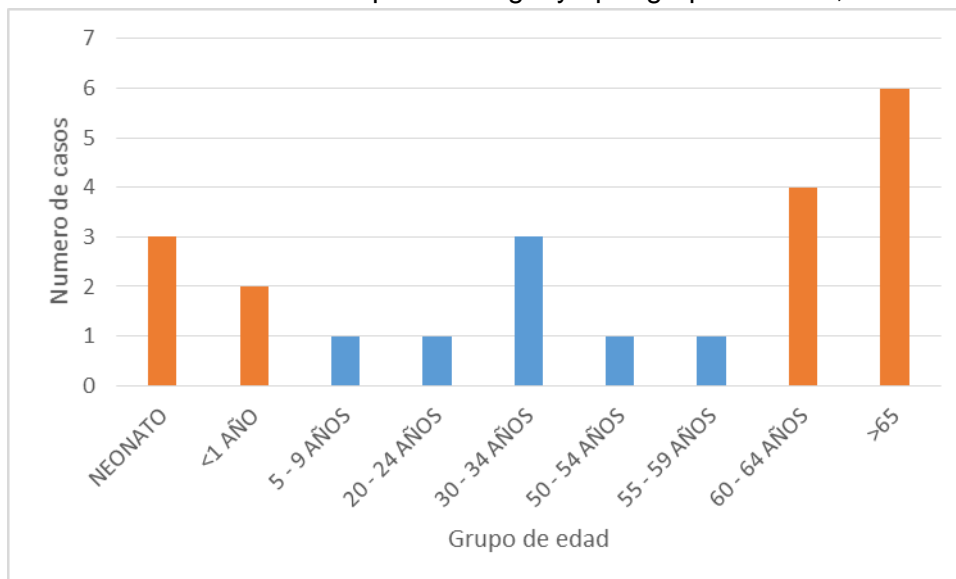
Grafica 6. Distribucion de muertes por chikungunya po semana epidemiologica, Colombia 2014



Fuente: Sivigila, INS

Las mortalidades en chikungunya se han presentado en su gran mayoría en poblaciones a riesgo 68,18%, seis de las muertes notificadas se presentaron en el grupo de 65 y más años (ver grafica 7).

Grafica 7. Distribución de muertes por chikungunya por grupo de edad, Colombia 2014.



Fuente: Sivigila, INS

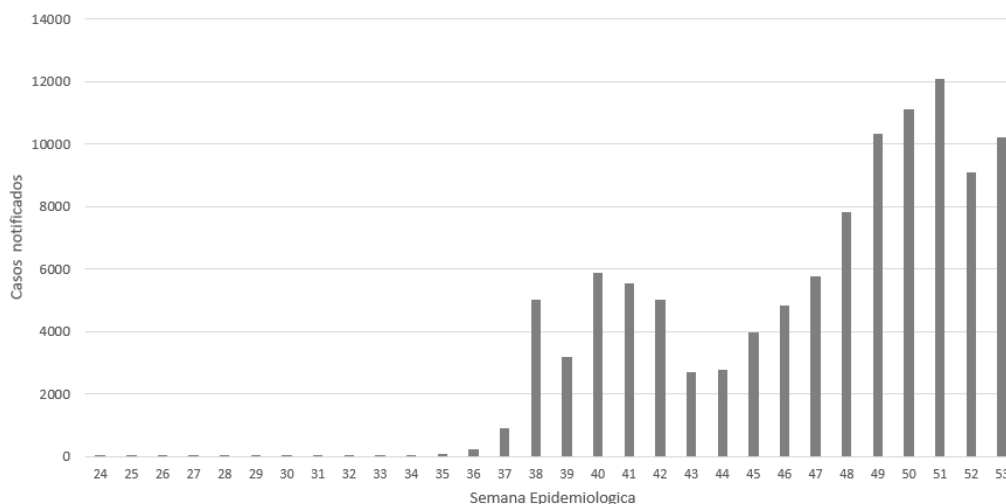
Chikungunya

4.3. Tendencia del evento

En Colombia se identificaron los primeros casos autóctonos confirmados por el laboratorio de arbovirus del Instituto Nacional de Salud en la semana epidemiológica 37, de forma paralela se realizó confirmación de casos desde Junio de 2 014 en muestras negativas para análisis de sarampión, rubeola.

La semana epidemiológica con el mayor número de casos notificados fue 51 con 12.066 casos en promedio se notificaron 5.908 vasos desde el inicio de la epidemia en el país (ver grafica 8).

Grafica 8.Comportamiento de la notificación de casos de chikungunya por semana epidemiológico, Colombia 2014.




Fuente: Sivigila, INS

5. DISCUSIÓN

Los casos importados se presentaron por la permanente comunicación con países con transmisión autóctona del virus Chikungunya como República Dominicana y Venezuela; por fortuna los primeros casos importados identificados llegaron al país en fase no virémica o llegaron a Bogotá donde no se da la transmisión.

Los primeros casos de transmisión autóctona identificados en Mahates y en San Juan Nepomuceno parecen tener una procedencia mixta, relacionados unos casos con personas sintomáticas que vinieron de Venezuela y otros con personas que fueron al barrio Nelson Mandela de Cartagena de donde llegaron o enfermos o en periodo de incubación. Los primeros casos del barrio Nelson Mandela de Cartagena al parecer se infectaron a partir de casos llegados de Venezuela y de República Dominicana.

Las condiciones están dadas para la rápida difusión de la transmisión autóctona y de la enfermedad, debido a las altas tasas de infestación con *Aedes (S) aegypti* en la mayor parte de

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	INFORME EVENTO	Versión: 02
			2014 – Jun – 25
		FOR-R02.4000-001	Página 15 de 18

Chikungunya


nuestras poblaciones, a la diseminación y presencia en el domicilio de múltiples criaderos para el Aedes y a la susceptibilidad total de la población colombiana, incluida la que vive sobre los 1800 metros de altura que con frecuencia sale a lugares donde está presente el vector y hay o habrá casos importados en estas poblaciones.

En los municipios afectados es muy difundido el mito de que por no tener agua permanente y suficiente en las viviendas es que se tienen los criaderos del vector por “tener que almacenar agua en diferentes recipientes” para las necesidades cotidianas; además, no se trabaja la Estrategia de Gestión Integral (EGI) como estrategia para el control integral de vectores y de la enfermedad, no se realiza la recolección de inservibles y la destrucción de criaderos regularmente, no hay conciencia en la comunidad sobre que la destrucción de criaderos en las viviendas, en los colegios y en toda la población, es lo que puede evitar la presencia del vector y por lo tanto la transmisión de la enfermedad, de lo cual no son tampoco suficientemente conscientes ni las alcaldías ni las secretarías locales de salud que no hacen completas ni simultáneas en toda la localidad la destrucción de criaderos del vector.

A pesar de los esfuerzos hechos por el Ministerio de Salud y Protección Social y por el Instituto Nacional de Salud, en los territorios hay dificultades de gestión, de capacidad técnica, de aplicación de las normas, de contratación de personal, de capacitación del personal y otras, que favorecen la amplia difusión del evento; lamentablemente, esto causará daño, sufrimiento, incapacidades, ausentismo laboral y escolar que afectarán la economía y la salud de los colombianos en el futuro inmediato.

Las mujeres permanecen más tiempo en la vivienda y en el peridomicilio lo cual hace que el vector urbano, domiciliario y peridomiciliario las pique y les transmita la enfermedad; hay mayor concentración de casos en los grupos de edad jóvenes por su mayor posibilidad de permanecer en lugares donde hay alta concentración de personas en las horas de mayor picadura, lo que favorece mayor presencia de los vectores.

Los municipios del norte de Bolívar donde se registraron los primeros casos de transmisión autóctona tienen un gran intercambio de personas con Venezuela porque muchos colombianos residentes en Venezuela están regresando o vienen con frecuencia de visita; así mismo, muchos colombianos residentes en estos territorios visitan Venezuela frecuentemente por diferentes actividades económicas y porque estudian postgrados en Universidades del Estado Zulia y llegan enfermos o en periodo de incubación; en las fiestas de la Virgen del Carmen hubo una gran afluencia de visitantes provenientes de Venezuela a las fiestas de Mahates y de otros municipios de la región, donde se refiere que algunos llegaron enfermos o enfermaron con fiebre y poliartralgias.

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	INFORME EVENTO	Versión: 02
			2014 – Jun – 25
		FOR-R02.4000-001	Página 16 de 18

Chikungunya

6. CONCLUSIONES

Se identificó en el inicio la transmisión autóctona del virus Chikungunya en el distrito de Cartagena, en Mahates y en San Juan Nepomuceno, al norte de Bolívar.

Se identificó la transmisión autóctona del virus Chikungunya en todos los departamentos del país a excepción de Guainía, Guaviare, Vaupés y Vichada, en donde se han identificado casos sospechosos de la enfermedad.

La transmisión se dio por la introducción del virus en personas provenientes de Venezuela y de República Dominicana. La transmisión se ha extendido rápidamente en el país debido a las condiciones eco-epidemiológicas que favorecieron la difusión. Hay subregistro de casos en todos los territorios afectados.

Algunos de los casos no se notifican de acuerdo con los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Nacional de Salud.

7. RECOMENDACIONES

Es indispensable trabajar de forma interdisciplinaria, interinstitucional y con la participación activa de la comunidad para disminuir la transmisión del virus en todo el país.


Es necesario que las UPGD y las UN diagnostiquen, registren y notifiquen los casos en todos los territorios afectados.

Es muy importante que los municipios hagan las búsquedas activas comunitarias y fomenten las búsquedas activas institucionales para acercarse a identificar los casos que se están presentando y disminuir el sub-registro.

Es indispensable cumplir con los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Nacional de Salud. Es muy importante que el personal de salud no deje de sospechar dengue aún en la presencia de Chikungunya, dada su importancia a nivel de morbilidad y mortalidad.

Los casos sospechosos de chikunguña en recién nacidos, menores de un año, mujeres embarazadas, mayores de 65 años y personas con comorbilidades, deben ser notificados de manera individual bajo el código 217 y se deben enviar muestras para análisis de laboratorio aunque en el municipio ya se esté notificando de manera colectiva.

Todas las muertes probables por chikunguña deben ser notificadas de manera inmediata bajo el código 217 y deben enviarse muestras de suero y de tejido (corazón, pulmón, riñón, bazo, hígado, piel y cerebro) para análisis en laboratorios de virología y de patología del Instituto Nacional de Salud.

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	INFORME EVENTO	Versión: 02
			2014 – Jun – 25
		FOR-R02.4000-001	Página 17 de 18

Chikungunya


Una vez confirmadas o descartadas las muertes por chikunguña el Instituto Nacional de Salud enviara el resultado de la unidad de análisis a las entidades territoriales

El personal que realiza el diagnóstico clínico debe tener claro que el código CIE10 para registrar en este evento es A920, con lo cual además se podrán verificar o buscar casos a través las búsquedas activas institucionales

Debe recordarse que la confirmación de casos por clínica se efectúa únicamente en los municipios donde existe circulación comprobada del virus mediante laboratorio o en los municipios con los que estos limitan; el Instituto Nacional de Salud dará los lineamientos al respecto. Lineamiento contenido en la circular conjunta 001 del 8 de enero de 2015. Anexo a este boletín están los municipios limitantes que deben confirmar sus casos por clínica y notificarlos en la ficha colectiva

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Organización Mundial de la Salud-OMS/ Organización Panamericana de la Salud- OPS. Preparación y respuesta ante la eventual introducción del virus chikungunya en las Américas. Washington D.C. 2011.
2. Ministerio de Salud y Protección Social/ Instituto Nacional de Salud. Circular conjunta externa N° 014 de 2014. Alerta N° 2 por eventual introducción en América de la fiebre de Chikungunya.
3. Lumsden, WHR. Trans R Soc Trop Med Hyg (1955) 49 (1): 33-57. Una epidemia de la enfermedad del virus en la provincia Sur, territorio de Tanganyika, en 1952-1953 II. Descripción general y epidemiología.
4. Weekly epidemiological record Relevé épidémiologique hebdomadaire. 23 NOVEMBER 2007, 82nd YEAR / 23 NOVEMBRE 2007, 82 e ANNÉE. No. 47, 2007, 82, 409–416 <http://www.who.int/wer>
5. Powers V and Logue CH Changing patterns of Chikungunya virus: re-emergence of a zoonotic arbovirus. Journal of General Virology (2007), 88, 2363–2377 Tomado de: <http://vir.sgmjournals.org/content/88/9/2363.full.pdf+html>
6. Organización Panamericana de la Salud y CDC. Preparación y respuesta ante la eventual introducción del virus Chikungunya en las Américas. 2011.
7. Saxena SK, Singh M, Mishra N, Lakshmi V. Resurgimiento del virus de Chikungunya en la India: una amenaza emergente. Euro Surveill. 2006; 11 (32): pii = 3019. Disponible en línea: <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=3019>
8. Organización Mundial de la salud. Fiebre Chikungunya en la India. Alerta y respuestas mundiales. Octubre, 2006.
9. Angelini R, et al. An outbreak of Chikungunya fever in the province of Ravenna, Italy. Euro Surveill. 2007; 12 (36). Disponible en Disponible en línea: <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=3260>.

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	INFORME EVENTO	Versión: 02
			2014 – Jun – 25
		FOR-R02.4000-001	Página 18 de 18

Chikungunya

10. Schuffenecker I, Iteaman I, Michault A, S Murri, Frangeul L, et al. Microevolución (2006) Genoma del virus Chikungunya causando el brote del Océano Índico. PLoS Med 3 (7): E263. DOI: 10.1371 / journal.pmed.0030263. Disponible en http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1463904/#__ffn_sectitle
11. ECDC. Epidemiological update: Autochthonous cases of Chikungunya fever on the Caribbean island of Saint Martin. 20 Dec 2013. Disponible en http://www.ecdc.europa.eu/en /press/news/_layouts/forms/News_DisForm.aspx?List=8db7286c-fe2d-476c-9133-18ff4cb1b568&ID=931
12. ECDC. Rapid risk assessment. Autochthonous cases of Chikungunya fever on the Caribbean island, Saint Martin .11 December 2013. Disponible en : <http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/ Chikungunya-st-martin-rapid-risk-assessment.pdf>
13. Cassadou S, Boucau S, Petit-Sinturel M, Huc P, Leparc-Goffart I, Ledrans M. Emergence of Chikungunya fever on the French side of Saint Martin island, October to December 2013. Euro Surveill. 2014; 19(13):pii=20752. Disponible en: <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=20752>
14. Organización Panamericana de la Salud. Número de casos reportados de Chikungunya en países o territorios de las Américas, 2013-2014. Acumulado a 25 Julio 2014. Martínez M, Gómez S. Chikungunya en Colombia, el inicio de la transmisión autóctona, 2014. Bogotá (Colombia). IQEN Vol 19, número 18 de 2014. Disponible en: <http://www.ins.gov.co/iqen/IQUEN/IQEN%20vol%2019%202014%20num%2018.pdf>
15. Martínez M, Gómez S. Chikungunya en Colombia, el inicio de la transmisión autóctona, 2014. Bogotá (Colombia). IQEN Vol 19, número 18 de 2014. Disponible en: <http://www.ins.gov.co/iqen/IQUEN/IQEN%20vol%2019%202014%20num%2018.pdf>
16. Martínez M, Gómez S, Campo, A, Mercado M, Alarcón, A. Transmisión autóctona de Chikungunya en Colombia, Octubre de 2014. IQEN. Vol 19, número 20 de 2014. Disponible en: <http://www.ins.gov.co/iqen/IQUEN/IQEN%20vol%2019%202014%20num%2020.pdf>
17. Campo, A, Martínez, M, Benavidez, M, Cuellar, N. Brote de Chikungunya en el municipio de San Juan Nepomuceno, Bolívar, Colombia 2014. Bogotá. Colombia. IQEN Vol No. 20 Num 01. Enero de 2015 Disponible en: <http://www.ins.gov.co /iqen/IQUEN/IQEN%20vol%2020%202015%20num%201.pdf>

9. Anexos

- a. Base de datos Chikungunya a SE 53 de 2014 (Documentos Excel)