



Brote de fiebre por virus Chikungunya en Ovenjas, Sucre, septiembre de 2014 205

Ministro de Salud y Protección Social

Alejandro Gaviria Uribe

Director General (E) Instituto Nacional de Salud

Máncel Enrique Martínez Durán

Director (E) de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

Oscar Eduardo Pacheco García

Comité Editorial

Oscar Eduardo Pacheco García

Hernán Quijada

Pablo Enrique Chaparro Narváez

Orlando Castillo

Vilma Fabiola Izquierdo

Alfonso Rafael Campo Carey

Natalia Muñoz Guerrero

Santiago Fadul

Máncel Martínez Ramos

Edición y corrección de estilo

Máncel Enrique Martínez Durán

Diseño y Diagramación

Claudia Clavijo Arboleda

Giovanni Sanabria

Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública, INS

Instituto Nacional de Salud

Avenida calle 26 n.º 51-20

Bogotá, D.C., Colombia

El Informe Quincenal Epidemiológico Nacional (IQEN) es una publicación de la Dirección de Epidemiología y Demografía del Ministerio de Salud y Protección Social y de la Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública del Instituto Nacional de Salud.

Los datos y análisis pueden estar sujetos a cambio. Las contribuciones enviadas por los autores son de su exclusiva responsabilidad, y todas deberán ceñirse a las normas y principios éticos nacionales e internacionales.

El comité editorial del IQEN agradece el envío de sus contribuciones a la Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública del Instituto Nacional de Salud; mayor información en el teléfono 220 77 00, extensiones 1382, 1486. Cualquier información contenida en el IQEN es de dominio público y puede ser citada o reproducida mencionando la fuente.

Brote fiebre por virus Chikungunya en Ovejas, Sucre, septiembre de 2014, .

José Orlando Castillo Pabón¹
Diana Marcela Walteros Acero²
Nurys Herrera Gutiérrez³
Suljey Cochero Bustamante⁴

RESUMEN

La fiebre Chikungunya es una enfermedad endémica en África, Asia e India y más recientemente en América. Se manifiesta por fiebre, poliartalgias y artritis. Se describe a continuación un brote de esta enfermedad detectado en el mes de septiembre de 2014 en el municipio de Ovejas (Sucre), haciendo énfasis en las manifestaciones clínicas, el tratamiento médico implementado y algunos antecedentes epidemiológicos. Las artralgiyas con 96,0% y la fiebre con 92,0% fueron los signos y síntomas más comunes. Otros hallazgos clínicos fueron cefalea (72,0%), malestar general (72,0%), dificultad para agarrar (70,4%), brote o erupción en la piel (65,6%), mialgias (65,6%). Se confirmó el diagnóstico con la prueba de RT-PCR contra el virus de Chikungunya en cinco casos con inicio de síntomas entre el 3 de septiembre y el 13 de septiembre. Se confirma en el municipio de Ovejas la circulación del virus Chikungunya en esta población. Las características clínicas de los casos detectados por búsqueda activa comunitaria son concordantes con los descritos para esta patología.

Palabras clave

Fiebre Virus Chikungunya; Enfermedades Infecciosas; Vigilancia en Salud Pública.

INTRODUCCIÓN

La fiebre Chikungunya es una enfermedad febril aguda causada por un alphavirus transmitido por artrópodos, virus de Chikungunya (CHIKV). El virus se transmite principalmente a los seres humanos mediante la picadura de un mosquito *Aedes* infectado. CHIKV se reconoció como un patógeno humano durante la década de 1950 en África y desde entonces, se han detectado casos en muchos países de África y Asia [1, 2].

La palabra Chikungunya se deriva de un idioma local de Tanzania que significa “el que se dobla” o “el hombre que camina encorvado” debido a las artralgiyas incapacitantes causadas por la enfermedad. Se han descrito varios brotes más allá de África occidental. Desde el año 2004 Chikungunya se ha extendido ampliamente, causando brotes masivos con explosiva aparición en la región del Océano Índico, India y otras partes de Asia [1,2].

El 9 de diciembre de 2013, la Organización Panamericana de la Salud emitió una alerta epidemiológica para los países de la Región ante la confirmación de casos autóctonos de la enfermedad en la parte francesa de la isla caribeña Saint Martin, con el fin de recomendar las acciones de vigilancia,

1,2, Profesionales especializados de la Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud en Salud Pública, INS

3, MD Epidemióloga, Secretaria de Salud Departamental de Sucre, Referente ETV

4, Bióloga, Laboratorio Departamental de Salud Pública de Sucre, Entomología

METODOLOGÍA

laboratorio, manejo de los pacientes y medidas de prevención y control [3]. Desde ese momento el país a través del plan nacional de respuesta frente a la introducción del virus chikungunya en Colombia estableció las siete líneas de acción y actividades a desarrollar para dar respuesta ante el riesgo de introducción del virus al país [4].

El primer caso en Colombia se reportó en julio de 2014 en la ciudad de Cali fue una turista nacional que había viajado a República Dominicana. Desde ese momento se había reportado pocos casos sospechosos sin embargo, a mediados de agosto de 2014 la Empresa Social del Estado (ESE) Hospital de Mahates en Bolívar, informó a la Secretaría de Salud Departamental (SSD) de Bolívar el aumento inusitado de un evento de origen desconocido con sintomatología inespecífica de fiebre alta, poliartralgias y dermatitis morbiliforme. A finales de agosto se informó un conglomerado de casos de fiebre, artralgias y rash en la ciudad de Cartagena, y a mediados de septiembre se reportó un aumento inusitado de consultas por fiebre, dolores articulares, cefalea y brote en el corregimiento Don Gabriel del municipio de Ovejas en Sucre.

Ante el incremento de los casos en el corregimiento y la cercana identificación de transmisión autóctona de virus Chikungunya, se decidió realizar la investigación de los casos informados en apoyo a la Secretaría Departamental de Salud de Sucre, con los objetivos de identificar las características demográficas y sociales de los casos, establecer la magnitud del brote, identificar las características clínicas de los afectados y orientar las actividades de prevención y control del brote.

Se realizó un estudio de investigación de brote en el municipio de Ovejas (Sucre), entre el 17 y 18 de septiembre de 2014. El municipio de Ovejas se ubica al norte del departamento de Sucre, en la subregión de los Montes de María, tiene una extensión aproximada de 453 km², altura de 265 msnm, población aproximada de 20.551 habitantes y temperatura promedio de 28°C. Limita con los Municipios de El Carmen de Bolívar, San Pedro y parte de los Palmitos, Córdoba en el departamento de Bolívar y Chalán junto a Colosó constituyen los límites circunvalares de Ovejas al Norte, Sur, Oriente y Occidente, respectivamente.

El corregimiento Don Gabriel del municipio de Ovejas se encuentra ubicado a 9° 17'21'' latitud norte y a 75° 24'20'' longitud oeste, a 358 msnm y a unos 30 minutos en vehículo desde el casco urbano, conformado en su mayoría por población que se dedica a la agricultura y al trabajo de jornaleros por día, con necesidades básicas insatisfechas (hacinamiento, con servicio de acueducto que abastece a la población de agua no tratada una vez por semana, no hay servicio de alcantarillado, cocinan con leña) y situación social precaria. En el corregimiento hay alrededor de 250 viviendas. Se realizó muestreo por conveniencia tomando como puntos de referencia los extremos del corregimiento para terminar en la zona central.

Variables y su nivel de medición

Empleamos un instrumento para la recolección de la información con el cual exploramos las características de persona como sexo, ocupación, enfermedades previas, signos y síntomas, antecedentes de viaje, instituciones de consulta y tratamiento recibido en escala nominal; por otra parte la edad, número de enfermos, número de consultas, días de incapacidad como variables discretas ; las principales variables de tiempo fueron las fechas de inicio de síntomas, consulta, hospitalización en escala nominal. Finalmente para las características nominales de lugar tuvimos en cuenta los municipios de procedencia, área geográfica.

ASPECTOS ETICOS

El 17 de septiembre de 2014 se desplaza una comisión del INS y de la Secretaría de Salud Departamental para realizar la investigación de casos en terreno, determinamos las zonas de inicio de la investigación y estandarizamos el proceso de recolección de la información en el instrumento previamente diseñado por el INS. Al siguiente día se continuó con la actividad en el corregimiento Don Gabriel y se realizó búsqueda activa comunitaria en el Barrio La María en la zona urbana debido al reporte de un caso sospechoso de Chikungunya.

Plan de análisis de la información

Se diseñó una matriz para la digitación de los registros empleando el software Microsoft Excel ® 2010, luego de realizar control de calidad empleamos Epiinfo 7 ® para el análisis de la información. Se realizó análisis univariado mediante frecuencias y proporciones para las variables categóricas y estadística descriptiva básica para las variables cuantitativas. La tasa de ataque general se empleó como aproximación a la incidencia de la enfermedad en esta población y se graficó la curva epidémica tomando como referencia la fecha de inicio de síntomas.

Esta investigación se realizó conforme a lo dispuesto en los artículos cinco, seis, ocho y especialmente el artículo 11 literal a de la resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud. Consideramos que fue una investigación sin riesgo dado que realizamos encuestas y empleamos registros de datos; por ser un brote de un evento de interés en salud pública se informó a las autoridades municipales y departamentales de salud.

Declaración de conflicto de intereses

El presente estudio está libre de conflicto de intereses pues fue financiado exclusivamente con recursos del Instituto Nacional de Salud y de la Secretaría de Salud Departamental de Sucre en el cual no se hizo en asociación con ninguna otra institución pública o privada.

RESULTADOS

Se visitaron 54 viviendas del corregimiento San Gabriel y cinco viviendas del barrio La María; en ellas se encontraron 251 individuos: 232 personas (92,4%) son del corregimiento Don Gabriel y 19 (7,5%) del barrio La María. Al 50% de los habitantes se aplicó el instrumento de caracterización puesto que manifestaron haber tenido síntomas (ver tabla 1).

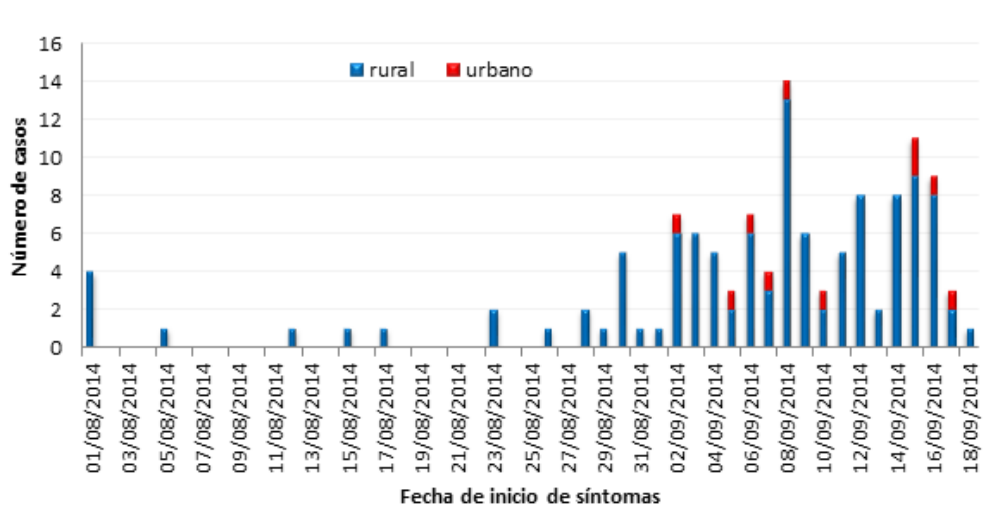
Tabla 1. Viviendas visitadas en el municipio de Ovejas, Sucre, Colombia, 2014.

Tipo de vivienda	Número	Porcentaje
Viviendas rurales	54	91,5
Viviendas urbanas	5	8,5
Total de viviendas con casos	59	100,0

Fuente: Base de datos, INS 2014

Según la fecha de inicio de síntomas, el primer caso identificado comenzó su sintomatología el primero de agosto y ocurrió en el área rural. En el área urbana investigada el primer caso ocurre hacia el 2 de septiembre, coincidiendo con un aumento importante de casos en el corregimiento. El 8 de septiembre se observa el mayor número de casos de la enfermedad (ver gráfica No 1).

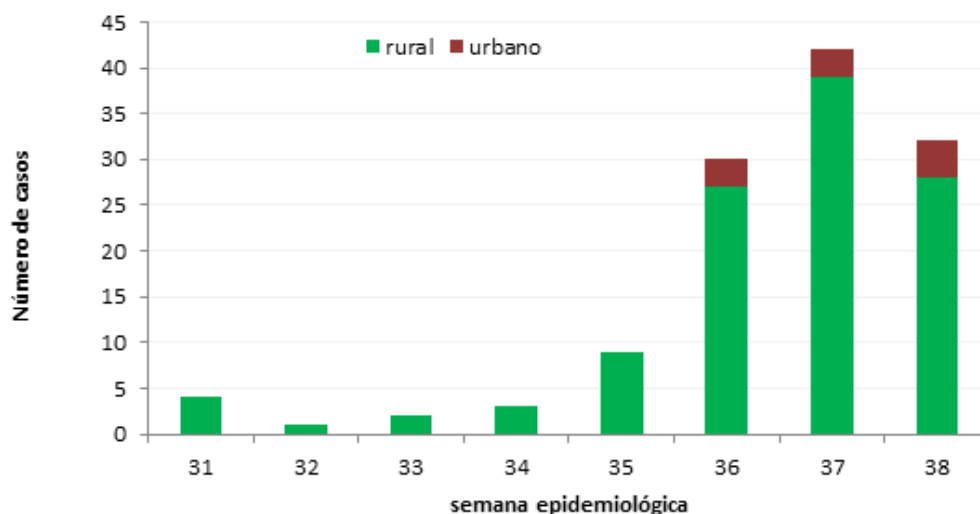
Gráfica No 1. Casos de fiebre por virus Chikungunya según fecha de inicio de síntomas y área de residencia, Ovejas, Sucre, agosto-septiembre de 2014



Fuente: Base de datos, INS

Por semana epidemiológica, se observa un aumento de casos a partir de la semana 36, con un pico en la semana 37 (ver gráfica No 2).

Gráfica No 2. Casos de fiebre por virus Chikungunya según semana epidemiológica y área de residencia, Ovejas, Sucre, agosto-septiembre de 2014



Fuente: Base de datos, INS

Tasa de Ataque. El 99,2% de los casos (124) residen en el municipio de Ovejas y el 0,8% (uno) en el municipio de Corozal. El 92,0% (115) son del área rural y el 8,0% (10) del área urbana. Los casos rurales corresponden al corregimiento Don Gabriel (113), la vereda Salitral (uno) y la vereda Buenos Aires (uno); los 10 casos urbanos se capturaron en el barrio La María. La tasa de ataque para la zona rural es de 49,6% y para el área urbana 52,6%.

El 52,0% (65) son hombres y el 48,0% (60) mujeres. Al comparar la información por grupo de edad se identificó que el grupo con mayor frecuencia de casos en mujeres correspondió al de cinco a nueve y de 40 a 44 años y para los hombres el de 15 a 19 años. El promedio de edad de los casos fue de 37 años (mediana 38 años, mínimo un año y máximo 92 años) (ver tabla 2).

Tabla 2. Distribución de casos Chikungunya por sexo y grupos de edad, Ovejas, Sucre, Colombia, 2014

Grupo de edad	Hombre	Porcentaje	Mujer	Porcentaje
0 A 4	4	6,2	0	0,0
5 A 9	4	6,2	8	13,3
10 A 14	7	10,8	3	5,0
15 A 19	11	16,9	2	3,3
20 A 24	1	1,5	6	10,0
25 A 29	1	1,5	1	1,7
30 A 34	4	6,2	6	10,0
35 A 39	4	6,2	7	11,7
40 A 44	4	6,2	8	13,3
45 A 49	4	6,2	3	5,0
50 A 54	6	9,2	1	1,7
55 A 59	3	4,6	6	10,0
60 A 64	3	4,6	2	3,3
65 Y MAS	9	13,8	7	11,7
Total	65		60	

Fuente: Base de datos, INS

En cuanto a la ocupación, el 78,4% (98) son amas de casa, estudiantes y agricultores; otras ocupaciones informadas son conductor, madre comunitaria, docente, albañil y otros (ver tabla 3).

Tabla 3. Distribución de casos de Chikungunya según ocupación en la población, Ovejas, Sucre, Colombia, 2014

Ocupación	Número de Casos	Porcentaje
Ama de casa	34	27,2
Estudiante	33	26,4
Agricultor	31	24,8
Desempleado	5	4,0
Menor de edad	5	4,0
Conductores	4	3,2
Manipulador de alimentos	2	1,6
Madre comunitaria	2	1,6
Docente/rector colegio	2	1,6
Albañil/obrero	2	1,6
Otros	5	4,0
Total	125	100,0

Fuente:: Base de datos, INS

Con respecto a la Entidad Administradora de Planes de Beneficios (EAPB) el 60,0% (75) están afiliados a Coosalud, MutualSer y Comfasucre; otras 13 EAPB tienen el 25,6% (32) de los casos, el 8,8% (11) no estaba asegurado y en el 5,6% no se obtuvo esta información (ver tabla 4).

Tabla 4. Distribución de casos de Chikungunya por Entidad Administradora de Planes de Beneficios, Ovejas, Sucre, Colombia, 2014

SUBSIDIADO	Número de casos	Porcentaje
Coosalud	36	28,8
MutualSer	28	22,4
Comfasucre	11	8,8
Cajacopi	7	5,6
Coomeva	5	4,0
Saludvida	3	2,4
Caprecom	3	2,4
Saludcoop	2	1,6
UT-Norte	2	1,6
AMBUQ	2	1,6
Comfacor	2	1,6
Comparta	1	0,8
Solsalud	1	0,8
Sanidad Militar	1	0,8
Nueva EPS	1	0,8
No asegurado	11	8,8
Sin dato	7	5,6
TOTAL	125	100,0

Fuente: Base de datos, INS

Como antecedentes patológicos el 82,2% (104) no reportó enfermedad asociada; el 8,0% (10) tienen hipertensión arterial sola o combinada (epilepsia y artrosis en dos casos), y otros antecedentes incluyeron dislipidemia (cuatro casos) y diabetes, alergia respiratoria, colitis, alteraciones de columna, cirugía ocular, hemorroides, artritis e hiperuricemia con un caso cada uno (ver tabla 5).

Tabla 5. Antecedentes patológicos observadas en los casos de Chikungunya en Ovejas, Sucre, Colombia, 2014

Antecedente	Hombre	%	Mujer	%
Hipertensión	2	3,1	8	13,3
Diabetes	0	0,0	1	1,7
Artrosis	0	0,0	1	1,7
Problemas de columna	1	1,5	0	0,0
Alergia respiratoria	0	0,0	1	1,7
Cirugía ocular	1	1,5	0	0,0
Colitis	1	1,5	0	0,0
Dislipidemia	0	0,0	4	6,7
Hemorroides	0	0,0	1	1,7
Ninguno	60	92,3	44	73,3
Total	65	100	60	100

Fuente: Base de datos, INS

El 92,0% (115) de los casos presentaron fiebre, el 89,6% (112) fiebre y artralgias, el 68,0% (85) presentaron fiebre, artralgias y cefalea y el 53,1% (68) fiebre, artralgias y rash cutáneo. Individualmente, los síntomas/signos más comunes son artralgia (96,0%), fiebre (92,0%), cefalea (72,0%), malestar general (72,0%), dificultad para agarrar (70,4%), brote o erupción en la piel (65,6%), mialgias (65,6%), entre otros (ver tabla 6).

Tabla 6. Síntomas y signos de los casos de Chikungunya en Ovejas, Sucre, Colombia, 2014

Sintomatología general	N° casos	Porcentaje
Artralgias	120	96,0
Fiebre	115	92,0
Cefalea global	90	72,0
Malestar general	90	72,0
Dificultad para agarrar	88	70,4
Mialgias	82	65,6
Rash	82	65,6
Escalofríos	74	59,2
Dolor en pantorrillas	70	56,0
Prurito	69	55,2
Dolor cervical	63	50,4
Dolor lumbar	62	49,6
Adenopatías	49	39,2
Inapetencia	49	39,2
Dolor de cadera	42	33,6
Náuseas	42	33,6
Sensibilidad en la piel	41	32,8
Conjuntivitis	28	22,4
Mareos	28	22,4
Dolor abdominal	26	20,8
Tos	22	17,6
Vómito	21	16,8

Fuente: Base de datos, INS

El promedio de duración de la fiebre fue de 2,8 días (mediana de 2 días, mínimo uno y máximo ocho días). Las adenomegalias se reportaron en el 39,2%, (49/125), la localización más frecuente son las inguinales con 61,2% (30/49), seguidas por retroauriculares y submandibulares con 32,7% cada una (ver tabla 7).

Tabla 7. Localización de las adenopatías observadas en los casos de Chikungunya en Ovejas, Sucre, Colombia, 2014

Adenopatía	Casos	Porcentaje
Inguinal	30	61,2
Retro auricular	16	32,7
Submandibular	16	32,7
Cervical	12	24,5
Axilar	3	6,1

Fuente:: Base de datos, INS

La articulación más frecuentemente afectada al inicio de la enfermedad fue la rodilla 28,3%, seguido por la articulación de la mano con 18,8% y los dedos de la mano con 13,7%, los pies y dedos de los pies con 14,5%; en menor proporción se afectó el tobillo (12,0%), codo (3,4%) y hombro (0,9%) (ver tabla 8)

Tabla 8. Frecuencia del inicio de artralgias en los casos de Chikungunya en Ovejas, Sucre, Colombia, 2014

Articulación de inicio	N° casos*	Porcentaje	Simétrica	Porcentaje	Edema	Porcentaje
Rodilla	34	28,3	25	73,5	20	58,8
Mano	22	18,8	18	81,8	11	50,0
Dedos mano	16	13,7	11	68,8	8	50,0
Tobillo	14	12,0	9	64,3	7	50,0
Pie	13	11,1	10	76,9	6	46,2
Muñeca	9	7,7	7	77,8	6	66,7
Codo	4	3,4	1	25,0	3	75,0
Dedos pie	4	3,4	2	50,0	2	50,0
Hombro	1	0,9	1	100,0		0,0
Total	117		84		63	

*El total de casos se tomó como el N de cada articulación

El compromiso simétrico de la primera articulación implicada se observó en el 71,8% (84/117) de los casos, el edema en 53,8% y calor y rubor en el 23,3%. El 81,7% (98/120) presentaron afectación de una segunda articulación, que en su orden fueron la rodilla con 32,7% (32/98), la muñeca, la mano y dedos de la mano 29,6%, los pies y dedos del pie 14,2%, el tobillo 13,3%, el codo 7,1% y hombros 2,0% (ver tabla 9).

Tabla 9. Segunda articulación afectada en los casos de Chikungunya en Ovejas, Sucre, Colombia, 2014

Articulación afectada	Número de casos	Porcentaje
Tobillo	13	13,3
Rodilla	32	32,7
Muñecas	8	8,2
Codo	7	7,1
Mano y dedos de la mano	21	21,4
Hombro	2	2,0
Pie y dedos del pie	14	14,2
Talón	0	0,0
Cadera	0	0,0
Total general	98	81,7

Fuente: Base de datos, INS

El 49,2% (59/120) de los casos con artralgias presentaron afectación de una tercera articulación con el 32,3% (19/59) en la muñeca, la mano y dedos de la mano, el codo 16,9%, el 15,3% en la rodilla, el 20,4% el tobillo, el pie y dedos de los pies, y en el hombro con 5,1% cada uno (ver tabla 10).

Tabla 10. Tercera diseminación del dolor articular en los casos de Chikungunya en Ovejas, Sucre, Colombia, 2014

Articulación afectada	Diseminación articulación 3	Porcentaje
Tobillo	9	15,3
Rodilla	9	15,3
Muñecas	4	6,8
Codo	10	16,9
Mano y dedos de la mano	15	25,5
Hombro	3	5,1
Pie y dedos del pie	3	5,1
Talón	1	1,7
Cadera	2	3,4
Cuello	3	5,1
Total general	59	49,2

Fuente: Base de datos, INS

El 18,3% (22/120) afirmaron compromiso de una cuarta articulación, principalmente la rodilla 27,3% (6/22), la muñeca, la mano y dedos de la mano 22,7% (5/22) (ver tabla 11).

Tabla 11. Cuarta diseminación del dolor articular en los casos de Chikungunya en Ovejas, Sucre, Colombia, 2014

Articulación afectada	Diseminación articulación 4	Porcentaje
Tobillo	1	4,5
Rodilla	6	27,2
Codo	3	13,6
Muñeca	1	4,5
Mano y dedos de la mano	4	18,1
Hombro	3	13,6
Pie	2	9,1
Cadera	1	4,5
Cuello	1	4,5
Total general	22	18,3

Fuente: Base de datos, INS

Los brazos y el torax fueron los sitios de inicio del exantema 17,1% (14/82) cada uno, el 15,9% fue generalizado, el 14,6% en piernas y 14,6 % en cara (ver tabla 12).

Tabla 12. Sitio de inicio del brote en los casos de Chikungunya en Ovejas, Sucre, Colombia, 2014

Sitio de inicio brote	N° casos	Porcentaje
Brazos	14	17,1
Piernas	12	14,6
Cara	12	14,6
Espalda	6	7,3
Tórax	14	17,1
Abdomen	2	2,4
Mano	3	3,7
Generalizado	13	15,9
Sin dato	6	7,3
Total	82	

Fuente: Base de datos, INS

De los 125 casos identificados, el 37,6% (47) refieren haber consultado a un servicio de salud; el 89,4% acudieron una vez a consulta y el número máximo de consultas fue de tres (ver Tabla 13 y 14). El tiempo promedio de incapacidad fue de 4,4 días. El 27,7% (13/47) consultaron a la ESE Centro de Salud de Ovejas, el 27,7% (13/47) al puesto de salud de Chalán, el 23,4% (11/47) consultaron a la Brigada de Salud que realizó la ESE municipal el 4 de septiembre, el 10,6% (5/47) acudieron a la Clínica Humana de Ovejas; otras instituciones a las que asistieron fueron Clínica Las Peñitas y Clínica Naturissa de Sincelejo un caso cada una, Sanidad Militar de Ovejas un caso y dos casos fueron captados en terreno por el equipo investigador (ver tabla 13).

Tabla 13. Consulta al servicio de salud en los casos de Chikungunya en Ovejas, Sucre, Colombia, 2014

Consultó	Casos	Porcentaje
SI	47	37,6
NO	78	62,4
TOTAL	125	100

Fuente: Base de datos, INS

Siete de los 10 casos del área urbana consultaron: cuatro al Centro de Salud, dos a la Clínica Humana y uno en Sanidad Militar. El 53,2% de los que consultaron fueron mujeres. Las consultas se presentaron principalmente entre el 2 y 18 de septiembre (ver tabla 14).

Tabla 14. Número de consultas al puesto de salud en los casos de Chikungunya en Ovejas, Sucre, Colombia, 2014

Número de consultas	Casos	Porcentaje
1	42	89,4
2	3	6,4
3	1	2,1
Sin dato	1	2,1
TOTAL	47	100

Fuente: Base de datos, INS

Tres pacientes fueron hospitalizados, dos mujeres de 24 y 57 años de edad del área rural y un niño de 16 meses del área urbana; ninguno fue remitido a otro nivel de atención. Entre los principales motivos para no consultar se encontró la falta de dinero (39,7%) y la automedicación (35,9%) (ver tabla 15).

Tabla 15. Motivo de no consulta al servicio de salud Ovejas, Sucre, Colombia, 2014

Razón de no consulta	Casos	Porcentaje
Falta de dinero	31	39,7
Automedicación	28	35,9
Es leve	5	6,4
Sin dato	5	6,4
Fue a droguería	2	2,6
A los otros ya les había dado	1	1,3
Amaneció lloviendo	1	1,3
La atienden en Cartagena	1	1,3
La madre espera a ver como amanece	1	1,3
Llego tarde de trabajar	1	1,3
No ha podido salir	1	1,3
No le gusta el centro de salud	1	1,3
Total	78	100

Fuente: Base de datos, INS

Para el manejo de los síntomas el 72,0% (90) de los casos recibió acetaminofén solo o combinado; entre los que consultaron el 92,8% fue manejado con este medicamento. Otros medicamentos identificados fueron Nimesulida, Analgésicos antiinflamatorios No esteroideos-AINES (Naproxeno, Ibuprofeno, Diclofenaco), corticoides (Betametasona, Dexametasona, Hidrocortisona), Antihistamínicos (Loratadina, Cetirizina, Clemastina), antibióticos (Amoxicilina, Ampicilina, Azitromicina, Trimetoprim, Cefalexina), Vitaminas (Tiamina, Vitamina C), Antipiréticos (Dipirona) y metoclopramida (ver tabla 16).

Tabla 16. Medicamentos utilizados en el tratamiento entre las personas que consultaron y no consultaron al servicio de salud Ovejas, Sucre, 2014

Tratamiento	Consultó *	Porcentaje	No consultó *	Porcentaje	Total *	Porcentaje
Acetaminofén	38	92,8	52	66,7	90	72,0
Nimesulida	9	14,2	22	28,2	31	24,8
Aines	14	29,8	28	35,9	42	33,6
Corticoides	5	10,6	4	5,1	9	7,2
Antihistamínico	9	14,2	10	12,8	19	15,2
Antibiótico	9	14,2	7	9,0	16	12,8
Vitaminas	5	10,6	2	2,6	7	5,6
Sin dato	2	4,3	5	6,4	7	5,6
	* Total consulta 47		* Total no consulta 78		* Total pacientes 125	

Fuente: Base de datos, INS

Sobre el antecedente de viaje 15 días antes del inicio de los síntomas 26 (20,8%) casos informaron haberse desplazado fuera de su zona de residencia. El 46,2% (12/26) lo hicieron al casco urbano de Ovejas, el 15,4% (4/26) al municipio de Malambo-Atlántico, el 11,5% (3/26) a Corozal-Sucre; otros municipios o ciudades mencionadas fueron Chalán (2 casos), Sincelejo (2 casos), Barranquilla (un caso), Cartagena (1 caso) y vereda Salitral de Ovejas (un caso).

El promedio de permanencia en el lugar visitado fue de 2,7 días (mediana de 1,5 días, mínimo de uno y máximo 14 días). El hallazgo de personas sintomáticas durante la visita se reporta en tres casos; uno de estos refiere haber visto personas enfermas en el Centro de Salud del municipio de Chalán-Sucre. Ninguno de los casos informó contacto con personas procedentes del extranjero.

DISCUSIÓN

El presente informe es un ejemplo de infección explosiva por el virus Chikungunya en un área geográfica relativamente pequeña. La manifestación más significativa de la fiebre Chikungunya es el dolor articular severo que ocurre en casi todos los cuadros clínicos [5]. En este brote, observamos la misma manifestación en nueve de cada diez afectados. La artralgia, que es comúnmente simétrica y periférica, se observó en las pequeñas articulaciones de las manos con un 32,5% y articulaciones grandes como la rodilla en el 28,3%. Las articulaciones presentan extrema sensibilidad y edema; en este brote la efusión articular se encontró en el 52,5% de los casos y en la primera articulación afectada. Los pacientes con frecuencia informan dolor incapacitante que se prolonga durante semanas o meses. La mayoría de las infecciones se resuelven completamente dentro de semanas o meses, pero ha habido casos documentados de artralgia inducida por la fiebre Chikungunya que persiste por varios años [6]. Esto no se logró determinar en este estudio dado que la gran mayoría de casos tenía inicio de síntomas muy reciente.

Los síntomas de infección se asemejan a los causados por muchos otros agentes infecciosos en las áreas endémicas. Una dificultad especial en la identificación de la infección es su distribución superpuesta con el virus del dengue [6]. Se debe distinguir la fiebre Chikungunya del dengue, éste puede tener una evolución más tórpida, ocasionando inclusive la muerte. Ambas enfermedades pueden ocurrir al mismo tiempo en un paciente [6].

El diagnóstico de Chikungunya se basa en dos signos principales en la fase aguda: fiebre y artralgia que tienen una especificidad de 99,6% y valor predictivo positivo del 84,6%. Como se ha mencionado, estos dos signos fueron los más frecuentemente encontrados en los casos ocurridos en el municipio de Ovejas.

De otro lado, como las manifestaciones clínicas de la fiebre Chikungunya se parecen a las del dengue y otras fiebres causadas por virus transmitidos por artrópodos, la confirmación de la fiebre Chikungunya debe estar fundamentada en: aislamiento del virus, detección por métodos moleculares (PCR), detección de anticuerpos IgM y la demostración de un aumento en los títulos de anticuerpos IgG [6]. En Colombia, la detección por métodos moleculares y anticuerpos IgM hasta ahora es posible en el Laboratorio de Virología del INS en la ciudad de Bogotá. Se confirmó el diagnóstico por la detección RT-PCR para el virus de Chikungunya en cinco casos que habían iniciado síntomas entre el 3 y el 13 de septiembre. Estos casos fueron tres mujeres y dos hombres con edades entre los nueve y los 40 años. Solamente uno de los casos (niño de nueve años) fue captado durante las encuestas aplicadas en terreno.

El diagnóstico de este síndrome febril se realiza principalmente por clínica, sobre todo en lugares con recursos de laboratorio limitados [7]. Esta situación corresponde a lo observado en la investigación de este brote, donde el 4% de los pacientes afectados tuvieron una prueba positiva para Chikungunya.

Hasta el momento no hay disponible un agente antiviral específico o una vacuna contra la fiebre Chikungunya. El tratamiento es de apoyo, con reposo, una dieta adecuada, hidratación, movimiento y ejercicio suave. Las combinaciones con medicamentos para alivio del dolor leve, como acetaminofén o paracetamol, naproxeno, ibuprofeno, pueden aliviar la fiebre y los dolores. En los casos de Ovejas, se encontró que el acetaminofén (solo o combinado) fue el medicamento de elección en la gran mayoría de casos. Este medicamento junto con antiinflamatorios no esteroideos y líquidos hacen parte del tratamiento aceptado para la fase aguda de la enfermedad [8].

CONCLUSIONES

Se confirma en el municipio de Ovejas (Sucre) la circulación del virus Chikungunya y transmisión autóctona de la enfermedad.

Las características clínicas de los casos detectados por búsqueda activa comunitaria son concordantes con los descritos para esta enfermedad. Llama la atención la frecuencia alta (39,2%) de adenomegalias.

La fiebre y las artralgias fueron los signos más comúnmente referidos. La evolución de la enfermedad mostró un comportamiento benigno para todos los casos y el tratamiento fue sintomático.

RECOMENDACIONES

Se recomienda el seguimiento de casos para evaluar la persistencia de síntomas y signos en los casos identificados de este brote. Si bien clínicamente se puede diferenciar de la fiebre del dengue o de otros cuadros febriles agudos como hepatitis o leptospirosis entre otros, en algunos se requerirá la confirmación por laboratorio.

Las actividades de control vectorial son de gran importancia dentro del espectro de prevención e interrupción de la cadena de transmisión del Chikungunya en las poblaciones afectadas.

Aunque el tratamiento se realiza con antipiréticos y antiinflamatorios, es recomendable en personas mayores de 65 años con enfermedades crónicas como hipertensión o diabetes y por supuesto en menores de un año, consultar al servicio de salud más cercano para ser valorado por el médico y realizar seguimiento a la evolución de la fase aguda de la enfermedad y si es necesario recibir tratamiento intrahospitalario.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Charrel RN, de Lamballerie X, Raoult D. Chikungunya outbreaks—the globalization of vectorborne diseases. *N Engl J Med.* 2007; 8:769: 10.1056/NEJMp078013.
2. Mavalankar D, Shastri P, Raman P. Chikungunya epidemic in India: a major public health disaster. *Lancet Infect Dis.* 2007; 8:306: 10.1016/S1473-3099(07)70091-9.
3. Organización Panamericana de la Salud. Alerta epidemiológica fiebre por Chikungunya 9 de diciembre de 2013. Disponible en
4. http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=23807&Itemid
5. Fourie ED, Morrison JG. Rheumatoid arthritic syndrome after chikungunya fever. *S Afr Med J.* 1979; 8:130–132.
6. Organización Panamericana de la Salud. Preparación y respuesta ante la eventual introducción del virus chikungunya en las Américas. Washington, D.C.: OPS, 2011 ISBN: 978-92-75-31632-0
7. Harter K, Bhatt S, Kim H, Mallon W. Chikungunya Fever: Case report in Los Angeles, California. *West JEM.* Vol XV. No 7:November 2014
8. Powers AM. Chikungunya. *Clin Lab Med* 2010;30(1):201-19
9. Seyler T., Hutin Y., Ramanchandran V., Ramakrishnan R., Manickam P., Murhekar M. Estimating the burden of disease and the economic cost attributable to chikungunya, Andhra Pradesh, India, 2005-2006. *Trans R Soc Trop Med Hyg.* 2010 Feb; 104 (2):133-8.