

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

## CHIKUNGUÑA

### INFORME DEL EVENTO CHIKUNGUÑA PERIODO EPIDEMIOLOGICO XIII, COLOMBIA 2016.

**Alejandra Pinilla Farias**

*Referente evento Chikunguña*

*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 Chikunguña 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).

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

## CHIKUNGUÑA

### 1.1. Comportamiento del evento a nivel mundial

La fiebre del Chikunguña 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 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

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

## CHIKUNGUÑA

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.

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 Chikunguña 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).

## CHIKUNGUÑA

### Mapa N° 1.

Distribución de casos de Chikunguña en las Américas, semana epidemiológica 28, 2016



Fuente: Organización Panamericana de la Salud, 2015

### 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

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

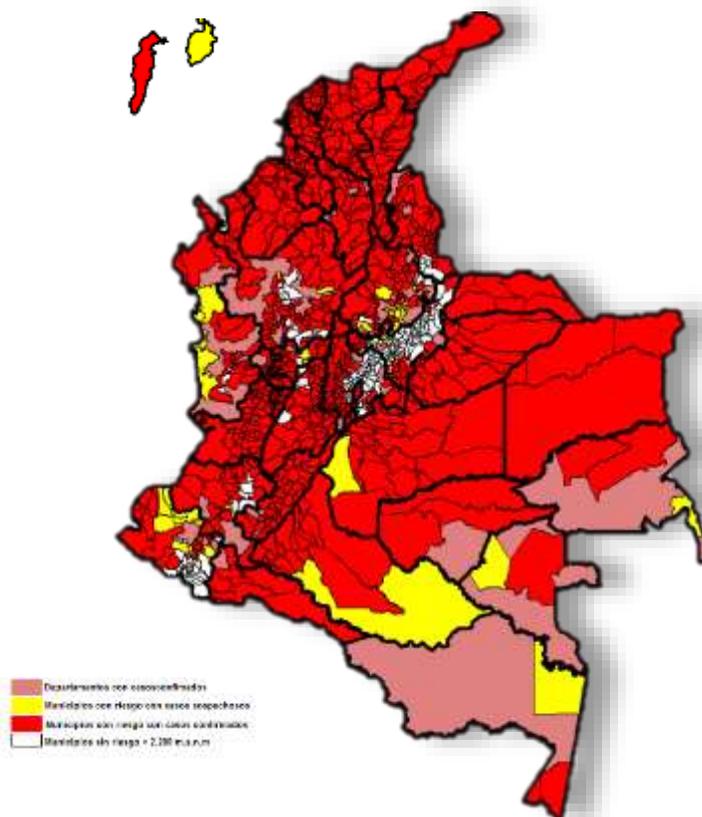
### CHIKUNGUÑA

su ingreso llama la atención la cantidad de medicamentos con el que ingresa, por lo que se le indaga y refiere haber sido diagnosticada clínicamente con Chikunguña 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 N° 2

Distribución de casos de Chikunguña por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, semana epidemiológica 52 de 2 015



Fuente: Sivigila, Laboratorio de Virología, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2 014-2015

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

## CHIKUNGUÑA

### 2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

Analizar la situación del comportamiento del evento Chikunguña en Colombia durante el periodo epidemiológico doce del año 2016, 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 52 de 2016.

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) 13 066 registros de Chikunguña durante lo corrido del año de los cuales 761 descartados, 118 como error de digitación, 202 confirmados por laboratorio, 11 779 confirmado por clínica y 206 sospechosos. En la ficha colectiva (910) se notificaron 7 542 casos de los cuales 293 fueron error de digitación, 1 descartados, 7 224 confirmados por clínica y 24 sospechosos. Quedando finalmente para el análisis 19 435 casos de chikunguña; 202 casos confirmados por laboratorio, 19 003 casos confirmados por clínica y 230 casos sospechosos.

#### 4.2. Magnitud en lugar y persona (datos básicos)

Los casos notificados hasta la semana epidemiológica 52 de 2016, se han notificado al Sivigila 19 435 casos de chikunguña; 202 casos (0,9 %) confirmados por laboratorio, 19 003 casos (98 %) confirmados por clínica y 230 casos (1,1 %) sospechosos. En promedio se notificaron 405 casos por semana para el 2016 (ver tabla 1).

### CHIKUNGUÑA

**Tabla N° 1**  
Total de casos notificados, Colombia, semana epidemiología 01-42, 2016

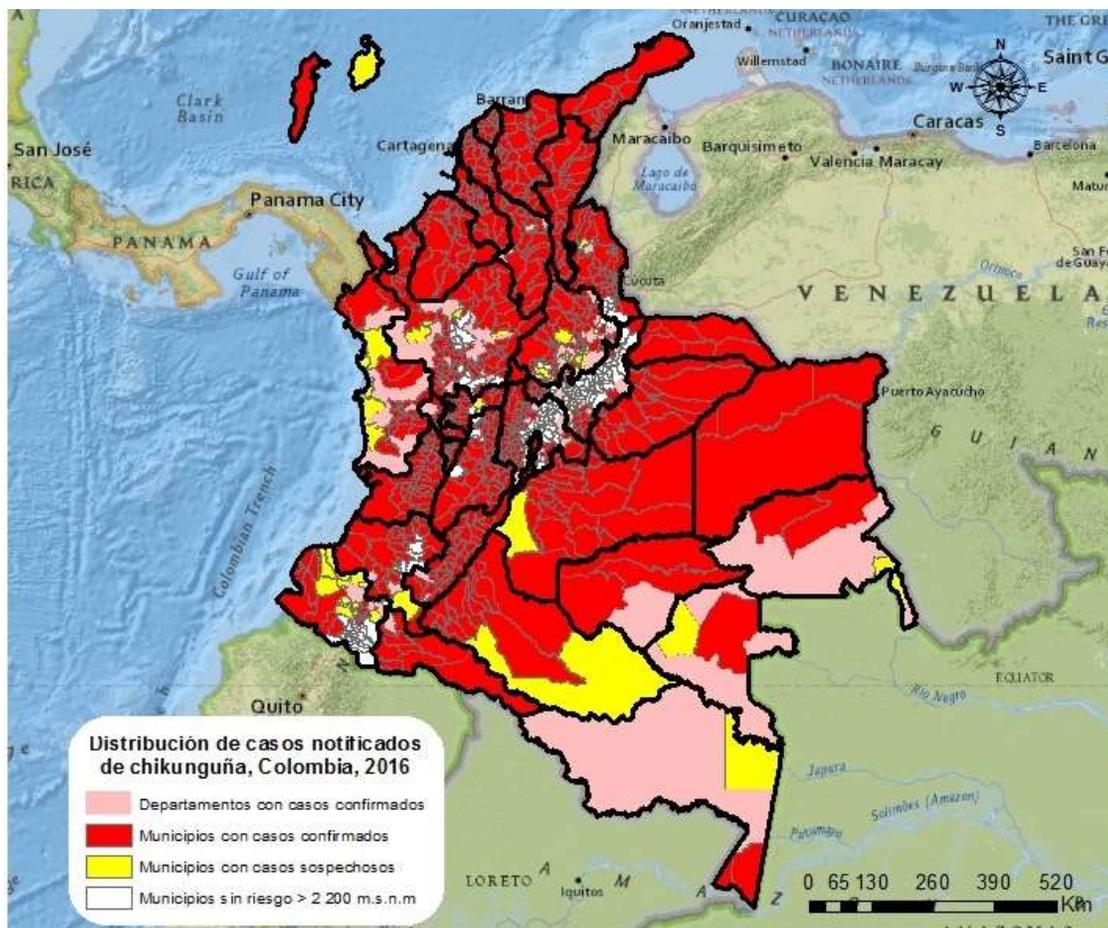
Casos confirmados por clínica	Casos confirmados por laboratorio	Casos sospechosos	TOTAL
19 003	202	230	19 435

Fuente: Sivigila, Laboratorio de Virología, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

Se ha confirmado la circulación virológica en 758 municipios y cuatro distritos del territorio nacional desde el inicio de la epidemia; a semana epidemiológica 48 de 2016 Valle del Cauca es la entidad territorial con el mayor número casos confirmados por clínica (ver mapa 3).

**Mapa N° 3.**

Entidades territoriales y municipios con casos confirmados y sospechosos de chikunguña, Colombia, semana epidemiológica 01-52, 2016



Fuente: Sivigila, Laboratorio de Virología, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b>	<b>PROCESO VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>INFORME EVENTO</b>	Versión: 02
			2014 – Jun – 25
		FOR-R02.4000-001	Página 8 de 18

### CHIKUNGUÑA

Por procedencia, Valle del Cauca, Santander, Tolima, y Risaralda notificaron el 49,4 % de los casos (ver tabla 2).

**Tabla N° 2.**  
Casos sospechosos y confirmados de chikunguña por entidad territorial de notificación, Colombia, semana epidemiológica 01-52, 2016

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
Valle del Cauca	4 099	99,15%	35	0,85%	0	0 %	4 134
Santander	2 234	97,43%	21	0,92%	38	1,66%	2 293
Tolima	1 599	97,68%	18	1,10%	20	1,22%	1 637
Risaralda	1 536	99,61%	4	0,26%	2	0,13%	1 542
Cundinamarca	1 226	96,54%	18	1,42%	26	2,05%	1 270
Meta	1 186	99,16%	10	0,84%	0	0 %	1 196
Huila	973	98,28%	17	1,72%	0	0 %	990
Antioquia	868	95,07%	23	2,52%	22	2,41%	913
Barranquilla	700	99,86%	1	0,14%	0	0 %	701
Caquetá	620	98,57%	6	0,95%	3	0,48%	629
Putumayo	611	98,39%	10	1,61%	0	0 %	621
Quindío	594	99,50%	3	0,50%	0	0 %	597
Córdoba	406	99,51%	2	0,49%	0	0 %	408
Cauca	373	97,39%	6	1,57%	4	1,04%	383
Casanare	266	98,88%	3	1,12%	0	0 %	269
Arauca	251	99,21%	2	0,79%	0	0 %	253
Boyacá	204	88,31%	1	0,43%	26	11,26%	231
Norte Santander	176	94,12%	2	1,07%	9	4,81%	187
Guaviare	180	98,36%	2	1,09%	1	0,55%	183
Caldas	144	97,96%	0	0 %	3	2,04%	147
Cesar	133	99,25%	1	0,75%	0	0 %	134
Sucre	119	100 %	0	0 %	0	0 %	119
Santa Marta	105	94,59%	6	5,41%	0	0 %	111
Atlántico	102	100 %	0	0 %	0	0 %	102
Nariño	41	53,25%	2	2,60%	34	44,16%	77
Bolívar	39	100 %	0	0 %	0	0 %	39
Cartagena	36	100 %	0	0 %	0	0 %	36
Vichada	29	87,88%	4	12,12%	0	0 %	33
Exterior	0	0 %	2	7,14%	26	92,86%	28
Buenaventura	28	100 %	0	0 %	0	0 %	28
Guainía	26	96,30%	1	3,70%	0	0 %	27
San Andrés	21	87,50%	0	0 %	3	12,50%	24
Amazonas	19	79,17%	0	0 %	5	20,83%	24
Choco	11	52,38%	2	9,52%	8	38,10%	21
Magdalena	21	100 %	0	0 %	0	0 %	21
Guajira	16	0 %	0	0 %	0	0 %	16
Vaupés	11	100 %	0	0 %	0	0 %	11
<b>TOTAL NACIONAL</b>	<b>19 003</b>	<b>97,78%</b>	<b>202</b>	<b>1,04%</b>	<b>230</b>	<b>1,18%</b>	<b>19 435</b>

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2 016

## CHIKUNGUÑA

### 4.2.1. Características socio-demográficas

De acuerdo a las características socio demográficas de la población afectada es la femenina con un 63,4 % de los casos de chikunguña se registró en el sexo femenino; el 11,1 % se notificó en el grupo de 25 a 29 años (ver tabla 3)

**Tabla N° 3**

Características demográficas y sociales de los casos confirmados de chikunguña, Colombia, semana epidemiológica 01-52, 2016

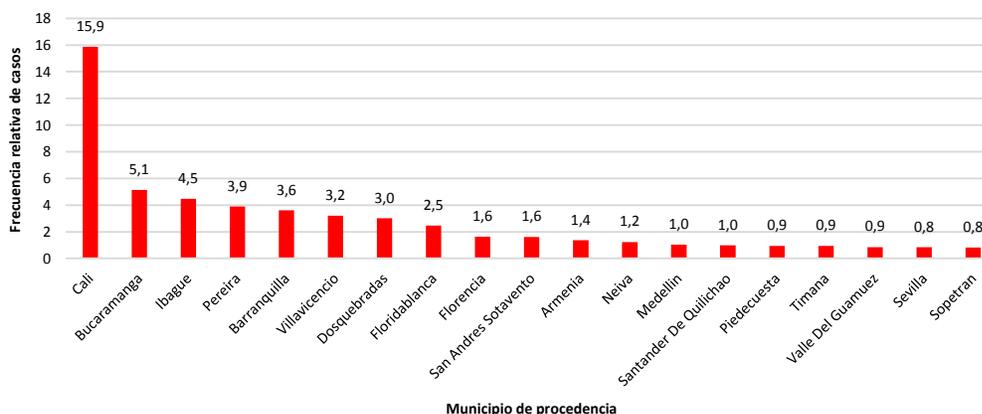
Variable	Categoría	Casos	%
Sexo	Femenino	12 308	63,3
	Masculino	7 127	36,7
Grupos de edad	Menores de un año	216	1,1
	1 a 4 años	559	2,9
	5 a 9 años	726	3,7
	10 a 14 años	1 061	5,5
	15 a 19 años	1 436	7,4
	20 a 24 años	1 959	10,1
	25 a 29 años	2 165	11,1
	30 a 34 años	2 062	10,6
	35 a 39 años	1 825	9,4
	40 a 44 años	1 686	8,7
	45 a 49 años	1 499	7,7
	50 a 54 años	1 380	7,1
	55 a 59 años	987	5,1
	60 a 64 años	707	3,6
	65 y más años	1 167	6,0

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2 016

Notificaron casos 593 municipios y cuatro distritos; el 44,9 % de los casos fue notificado por diez entidades territoriales; Cali con el 15,9 %, Bucaramanga con el 5,1 %, Ibagué con el 4,5 %, Pereira con el 3,9 %, Barranquilla con el 3,6 %, Villavicencio con el 3,2 %, Dosquebradas con el 3,0 %, Floridablanca con el 2,5 %, Florencia con el 1,6 % y San Andrés de Sotavento con el 1,6 % (ver gráfica 1).

**Gráfica N°1**

Distribución de casos de Chikunguña por municipio de procedencia, Colombia, semana epidemiológica 01-52, 2016



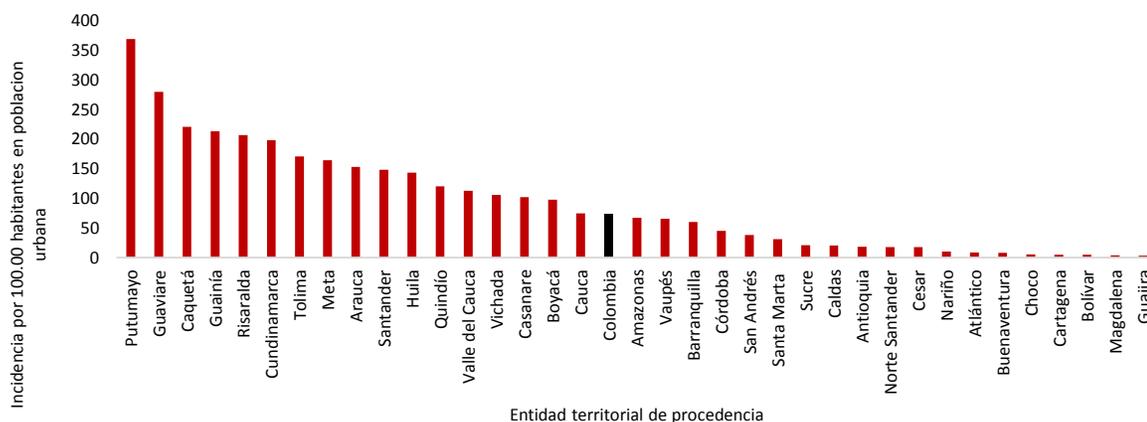
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2 016

### CHIKUNGUÑA

La incidencia nacional de chikunguña es de 72,4 casos por 100 000 habitantes en población urbana. Las cinco entidades territoriales con la mayor proporción de incidencia son Putumayo, Guaviare, Guainía, Caquetá y Risaralda (ver mapa 4).

**Mapa N° 4.**

Incidencia de chikunguña por entidad territorial de procedencia, Colombia, semana epidemiológica 01-52, 2016

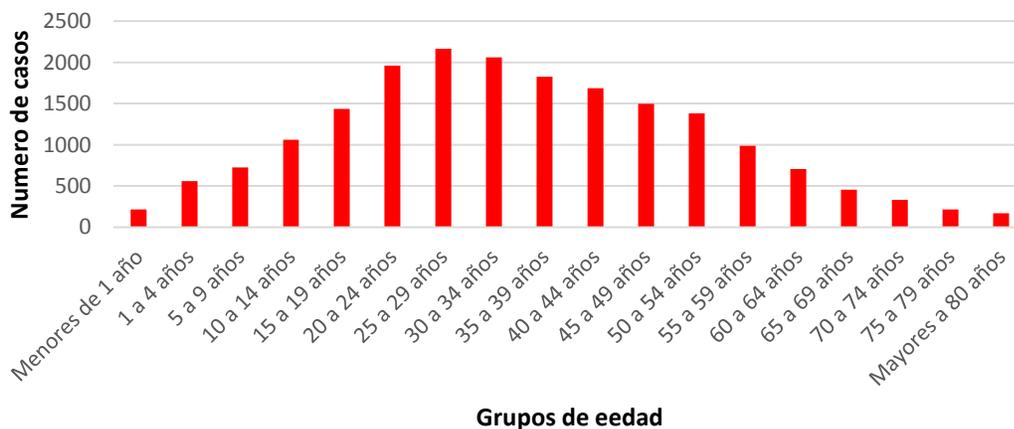


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2 016

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 11,1 % seguido por el grupo de 30 a 34 años con el 10,6 % El 1,1 % de la notificaciones ha sido en menores de un año y en el grupo de 65 o más años 6,0 % (ver gráfica 2).

**Gráfica N° 2**

Distribución de casos de Chikunguña por grupos de edad, Colombia, semana epidemiológica 01-52, 2016



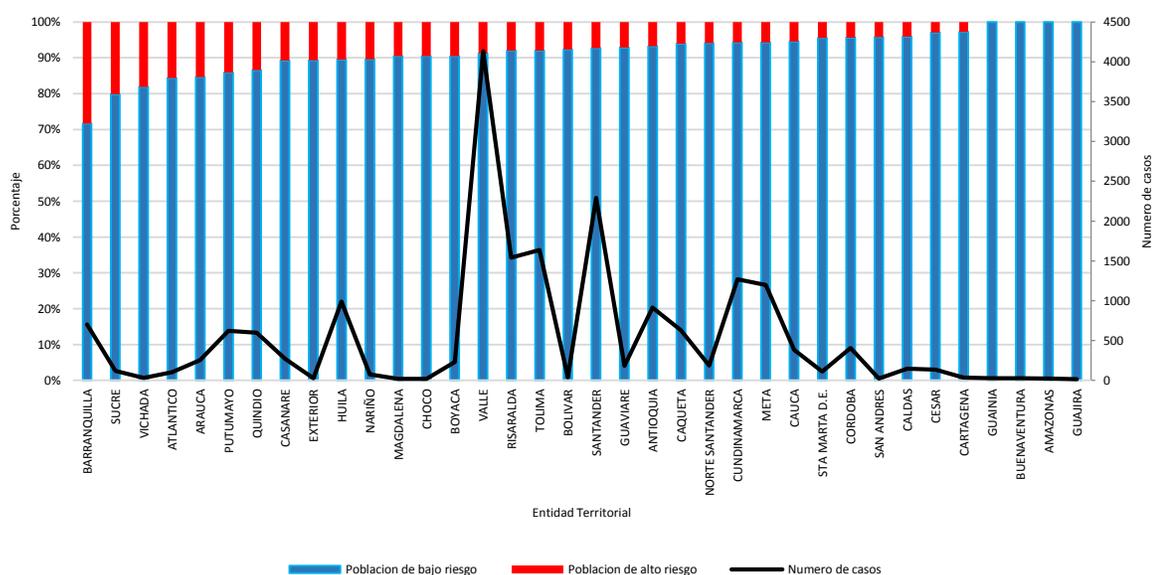
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2 016

### CHIKUNGUÑA

En cuanto a la distribución de casos de Chikunguña 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 distrito de Barranquilla, Sucre y Vichada notificaron cada uno más del 13,2 % de los casos en población de alto riesgo (ver gráfica 3)

**Gráfica N° 3**

Distribución de casos de Chikunguña por grupos de riesgo, Colombia, semana epidemiológica 01-52, 2016



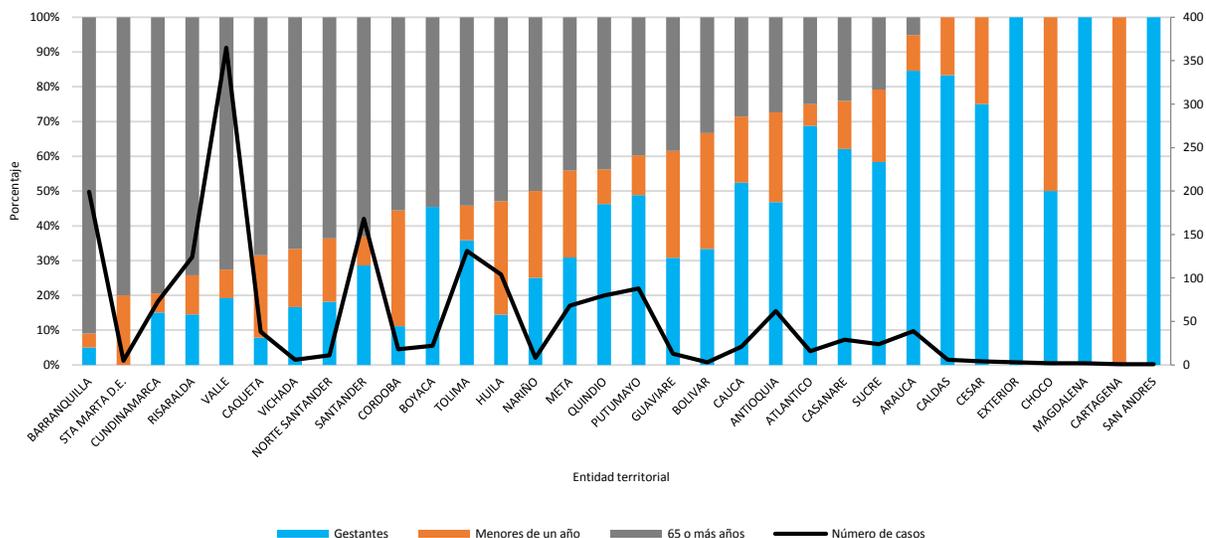
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2 016

En lo corrido del 2 016 se notificaron 1 734 casos (9 %) en población de alto riesgo, con mayor frecuencia en los departamentos de Valle del Cauca, Barranquilla y Santander que concentraron el 37,6 % de los casos en población arriesgo en lo corrido del año 2 016. El mayor registro se observa en la población de 65 años y más con 1 042 casos (60 %), seguido de gestantes con 476 casos (27,5 %) y el grupo de los menores de un año con 216 casos (12,5 %) (Ver gráfica 5)

## CHIKUNGUÑA

**Gráfica N° 5**

Distribución de casos de Chikunguña por grupos de riesgo y entidad territorial de procedencia, Colombia, semana epidemiológica 01-52, 2016



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2 016

Se han notificado 28 casos de Chikunguña importados procedentes de otros países de estos un caso se confirmó por laboratorio, se captó por notificación 16 (57 %) procedentes de país desconocido (ver tabla 4)

**Tabla N° 4**

Distribución de casos importados confirmados y sospechosos de chikunguña, Colombia, semana epidemiológica 01-52, 2016

Procedencia	Casos Confirmados por laboratorio	Casos sospechosos	Total	Porcentaje
* EXTERIOR. PAÍS DESCONOCIDO	0	16	16	57%
BRASIL	1	4	5	18%
ECUADOR	1	0	1	4%
PANAMA	0	1	1	4%
PERU	0	1	1	4%
VENEZUELA	0	4	4	14%
<b>Total exterior</b>	<b>2</b>	<b>26</b>	<b>28</b>	<b>100%</b>

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2 016

### 4.2.2. Casos de muerte por Chikunguña

Por el sistema de vigilancia nacional SIVIGILA se notificaron 33 muertes probables por chikunguña, 21 se han descartado por no cumplir con la definición de caso para el evento, ocho se han confirmado y cuatro permanecen en estudio. Según el lineamiento del protocolo de

### CHIKUNGUÑA

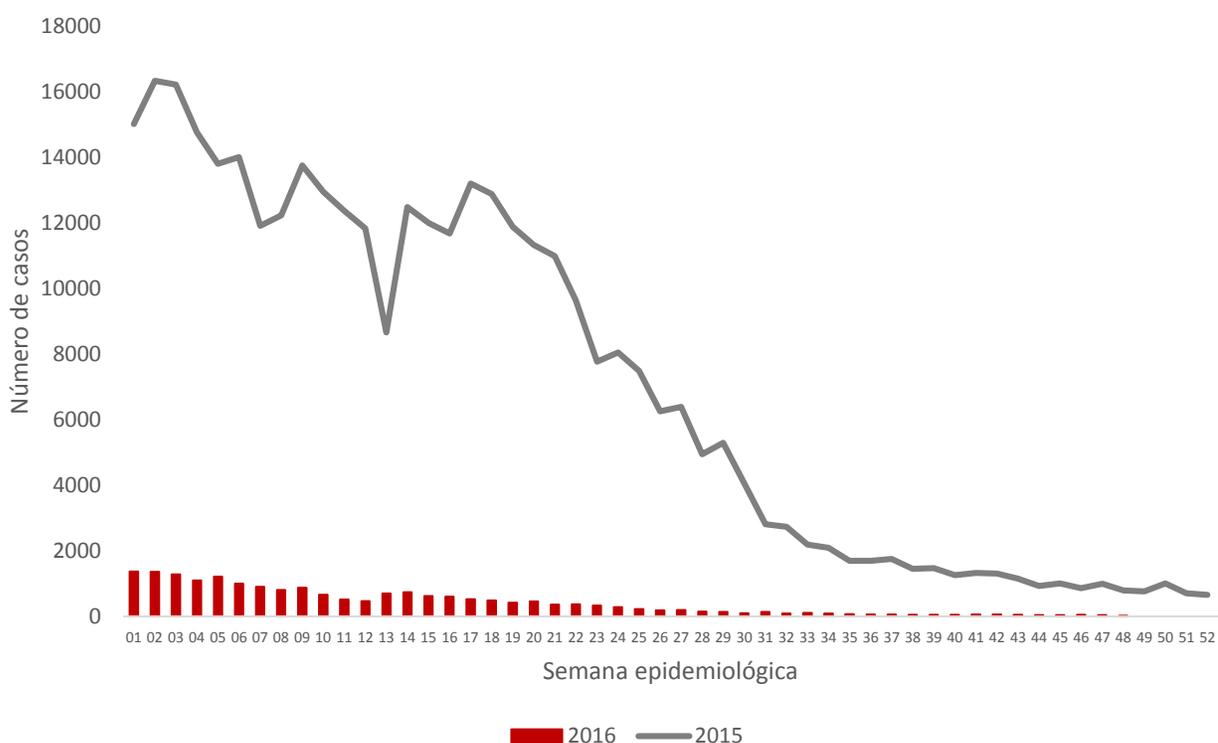
vigilancia de chikunguña la confirmación de las muertes se realiza mediante una unidad de análisis conformada por los grupos funcionales de enfermedades transmitidas por vectores, laboratorio de virología área de arbovirus, grupo de patología y grupo de entomología del INS.

#### 4.3. Tendencia del evento

En la semana epidemiológica 52 de 2016, se notificaron al Sivigila 26 casos de chikunguña, 16 de esta semana y 10 notificados de manera tardía; en la misma semana de 2015 se notificaron 786 casos. A la fecha han ingresado al Sivigila 19 435 casos de chikunguña; 202 casos (0,8 %) confirmados por laboratorio, 19 003 casos (98,1 %) confirmados por clínica y 230 casos (1,1 %) sospechosos. Semanalmente el número de casos registrados se revisa debido a la notificación tardía del evento, a ajustes y a depuración por calidad del dato (ver grafica 8)

**Grafica N° 8**

Comportamiento de la notificación de casos de chikunguña por semana epidemiológico, Colombia, 2015-2016



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2 016

 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b>	<b>PROCESO VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>INFORME EVENTO</b>	Versión: 02
			2014 – Jun – 25
		<b>FOR-R02.4000-001</b>	Página 14 de 18

## CHIKUNGUÑA

### 5. DISCUSIÓN

Los casos importados se presentaron por la permanente comunicación con países con transmisión autóctona del virus Chikunguña 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 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

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

## CHIKUNGUÑA

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.

### 6. CONCLUSIONES

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.

En el corrido del año 2016 en las regiones Central y Pacífica se ha presentado la mayor cantidad de casos confirmados por clínica del país, siendo reportados por las entidades territoriales de Valle del Cauca, Tolima, y Cundinamarca.

Cali, Ibagué y Barranquilla son los municipios que aportan el mayor número de casos de chikunguña para el año 2016.

Hasta la semana epidemiológica 33 muertes probables por chikunguña, 21 se han descartado por no cumplir con la definición de caso para el evento, ocho se han confirmado y cuatro permanecen en estudio.

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

## CHIKUNGUÑA

### 7. RECOMENDACIONES

- Todo caso sospechoso de chikunguña debe ser notificado de forma individual bajo el código 217
- El personal que realiza el diagnóstico clínico debe tener claro que el código CIE10 para registrar en este evento es A920.
- Es importante que el personal de salud no deje de sospechar dengue aún en la presencia de chikunguña, dada su importancia a nivel de morbilidad y mortalidad.
- 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 en un radio de 30 km a un municipio con casos confirmados por laboratorio.
- Los laboratorios de salud pública de las entidades territoriales que se encuentran procesando muestras para chikunguña deberán enviar sus resultados al laboratorio de Arbovirus del Instituto nacional de Salud.
- Los casos probables de chikunguña en recién nacidos, menores de un año, mujeres embarazadas, adultos mayores de 65 y más años y personas con comorbilidades, 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.
- Una vez confirmadas o descartadas la muertes por chikunguña el Instituto Nacional de Salud enviara el resultado de la unidad de análisis a las entidades territoriales

### 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>

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

CHIKUNGUÑA

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>
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](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\\_DispatchForm.aspx?List=8db7286c-fe2d-476c-9133-18ff4cb1b568&ID=931](http://www.ecdc.europa.eu/en/press/news/_layouts/forms/News_DispatchForm.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/IQUEN%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/IQUEN%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/IQUEN%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/IQUEN%20vol%2020%202015%20num%2001.pdf>

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

CHIKUNGUÑA

## 9. Anexos

1. Base de datos Chikungunya a SE 48 de 2016 (Documentos Excel)