

 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 19

Chikungunya

## INFORME FINAL DEL EVENTO CHIKUNGUÑA, COLOMBIA, 2015.

**DANIELA SALAS BOTERO**

*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 poliartalgia 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 19

## Chikungunya

### 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).

 <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 19

## Chikungunya

### 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.

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).

Chikungunya

Mapa N° 1.

Distribución de casos de Chikunguña en las Américas, semana epidemiológica 44, 2015



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

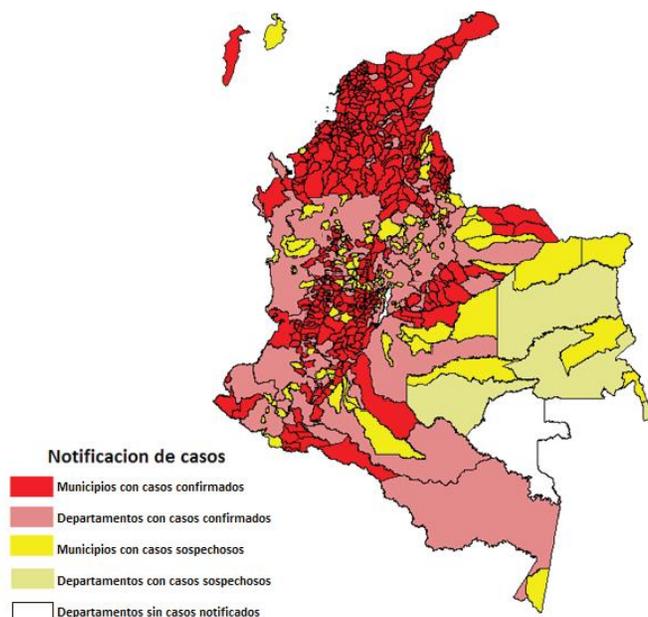
### Chikungunya

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 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 53 de 2 014



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

 <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 6 de 19

Chikungunya

## 2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

Analizar la situación del comportamiento del evento Chikunguña en Colombia durante el año 2015, 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 2015.

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) 46 052 registros de Chikunguña durante lo corrido del año de los cuales 623 descartados, 1 641 como error de digitación, 3 326 confirmados por laboratorio, 40 138 confirmado por clínica y 323 sospechosos, de los cuales quedaron para el análisis 43 787. En la ficha colectiva (910) se notificaron 319 405 casos de los cuales 1 943 fueron error de digitación, 245 descartados, 316 978 confirmados por clínica y 239 sospechosos de los cuales quedaron para el análisis 317 217.

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

Los casos notificados hasta la semana epidemiológica 52 de 2 015 por ficha individual y ficha colectiva fueron 361 004 distribuidos así: 3 326 casos (0,9 %) confirmados por laboratorio, 357 116 (98,9%) casos confirmados por clínica, 562 casos (0,2 %) sospechosos. En promedio se notificaron 6 942 casos por semana para el 2015 (ver tabla 1).

Chikungunya

**Tabla N° 1**

Total de casos notificados, Colombia, semanas epidemiologías 01-52 de 2015

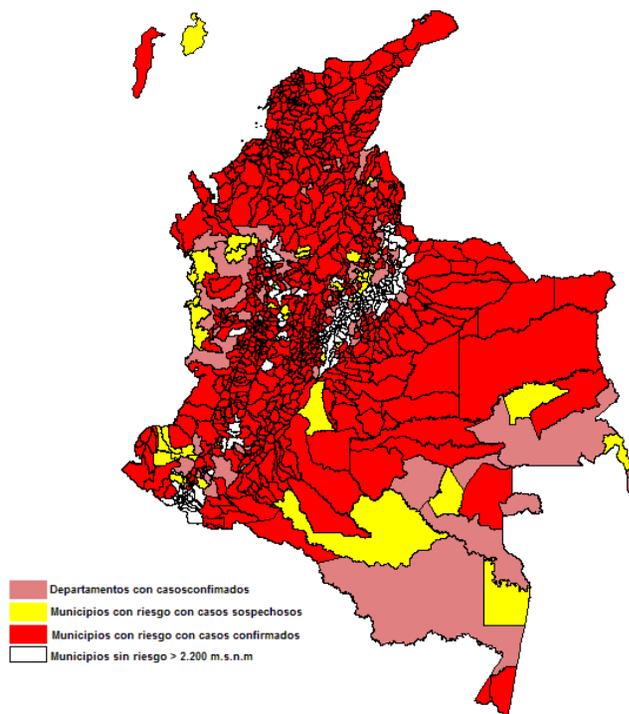
Casos confirmados por clínica	Casos confirmados por laboratorio	Casos sospechosos	TOTAL
357 116	3 326	562	361 004

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

A la semana epidemiología 52 se demostró la confirmación de casos a partir de la identificación de circulación viral en 35 entidades territoriales Amazonas, Atlántico, Arauca, Antioquia, Barranquilla, Bolívar, Boyacá, Caldas, Caquetá, Cartagena, Casanare, Cauca, Choco, Cesar, Córdoba, Cundinamarca, Huila, La Guajira, Magdalena, Meta, Putumayo, Nariño, Norte de Santander, Sucre, Santander, Santa Marta, Quindío, Risaralda, Tolima, San Andrés, Guainía, Guaviare, Valle del Cauca, Vaupés y Vichada. El mayor número de casos fueron notificados de las entidades territoriales de Valle del Cauca, Tolima y Huila (ver Mapa 3, tabla 2).

**Mapa N° 3.**

Entidades territoriales y municipios con casos confirmados y sospechosos de chikunguña, Colombia, semana epidemiológica 01- 52 de 2 015



Fuente: Sivigila, Laboratorio de Virología, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2 015

Chikungunya

Por procedencia, Valle del Cauca, Tolima, Huila y Meta notificaron el 57,9 % de los casos (ver tabla 2).

**Tabla N° 2.**

Casos sospechosos y confirmados de chikunguña por entidad territorial de notificación, Colombia, semanas epidemiologías 01-52 de 2015

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	119.726	99,1%	1.074	0,9%	0	0,0%	120.800
Tolima	41.498	99,1%	361	0,9%	32	0,1%	41.891
Huila	28.801	99,3%	208	0,7%	0	0,0%	29.009
Meta	21.097	99,0%	131	0,6%	81	0,4%	21.309
Cundinamarca	17.801	98,5%	253	1,4%	13	0,1%	18.067
Casanare	15.524	99,1%	140	0,9%	0	0,0%	15.664
Antioquia	14.690	97,7%	194	1,3%	154	1,0%	15.038
Córdoba	12.723	99,9%	9	0,1%	0	0,0%	12.732
Santander	11.765	98,8%	90	0,8%	58	0,5%	11.913
Sucre	7.095	99,8%	11	0,2%	0	0,0%	7.106
Caquetá	6.643	99,1%	41	0,6%	18	0,3%	6.702
Barranquilla	6.315	99,9%	5	0,1%	0	0,0%	6.320
Norte Santander	6.160	98,5%	85	1,4%	6	0,1%	6.251
Quindío	5.881	99,4%	34	0,6%	0	0,0%	5.915
Arauca	5.466	98,8%	64	1,2%	0	0,0%	5.530
Risaralda	4.854	98,6%	69	1,4%	0	0,0%	4.923
Guajira	4.481	99,8%	9	0,2%	0	0,0%	4.490
Cesar	3.805	98,8%	48	1,2%	0	0,0%	3.853
Cauca	3.752	98,6%	50	1,3%	3	0,1%	3.805
Caldas	2.976	97,5%	58	1,9%	19	0,6%	3.053
Magdalena	2.517	99,8%	4	0,2%	0	0,0%	2.521
Nariño	2.257	97,3%	48	2,1%	14	0,6%	2.319
Guaviare	1.928	94,7%	108	5,3%	0	0,0%	2.036
Atlántico	2.019	99,7%	7	0,3%	0	0,0%	2.026
Santa Marta D.E.	1.653	99,5%	8	0,5%	0	0,0%	1.661
San Andrés	1.237	99,7%	2	0,2%	2	0,2%	1.241
Putumayo	1.060	97,7%	25	2,3%	0	0,0%	1.085
Choco	943	93,7%	31	3,1%	32	3,2%	1.006
Boyacá	763	90,2%	76	9,0%	7	0,8%	846
Cartagena	699	99,3%	5	0,7%	0	0,0%	704
Bolívar	627	98,6%	9	1,4%	0	0,0%	636
Vichada	292	91,8%	26	8,2%	0	0,0%	318
Exterior	0	0,0%	9	7,1%	117	92,9%	126
Guainía	54	67,5%	25	31,3%	1	1,3%	80
Amazonas	12	57,1%	5	23,8%	4	19,0%	21
Vaupés	2	0,0%	3	0,0%	1	0,0%	6
Sin dato	0	0,0%	1	100,0%	0	0,0%	1
<b>TOTAL NACIONAL</b>	<b>357.116</b>	<b>98,9%</b>	<b>3.326</b>	<b>0,9%</b>	<b>562</b>	<b>0,2%</b>	<b>361.004</b>

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2 015

Chikungunya

#### 4.2.1. Características socio-demográficas

De acuerdo a las características socio demográficas de la población afectada es la femenina con un 57,1% de la notificación. Los grupos de edad más afectados con dengue fue el de 25 a 29 años con 10,9 % seguido por el grupo de 30 a 34 años con un 10,3% (ver tabla 3)

**Tabla N° 3**

Características demográficas y sociales de los casos confirmados de chikunguña, Colombia, semanas epidemiológicas 01-52 de 2015

Características sociales y demográficas		Casos	Porcentaje
Sexo	Femenino	206 306	57,15%
	Masculino	154 698	42,85%
Grupo de edad	Menores de 1 año	13 161	3,6%
	1 a 4 años	19 598	5,4%
	5 a 9 años	24 224	6,7%
	10 a 14 años	25 832	7,2%
	15 a 19 años	36 659	10,2%
	20 a 24 años	39 427	10,9%
	25 a 29 años	37 245	10,3%
	30 a 34 años	31 090	8,6%
	35 a 39 años	27 466	7,6%
	40 a 44 años	26 374	7,3%
	45 a 49 años	22 900	6,3%
	50 a 54 años	16 865	4,7%
	55 a 59 años	12 705	3,5%
	60 a 64 años	8 358	2,3%
	65 a 69 años	5 963	1,7%
	70 a 74 años	4 479	1,2%
	75 a 79 años	4 240	1,2%
Mayores a 80 años	13 161	3,6%	

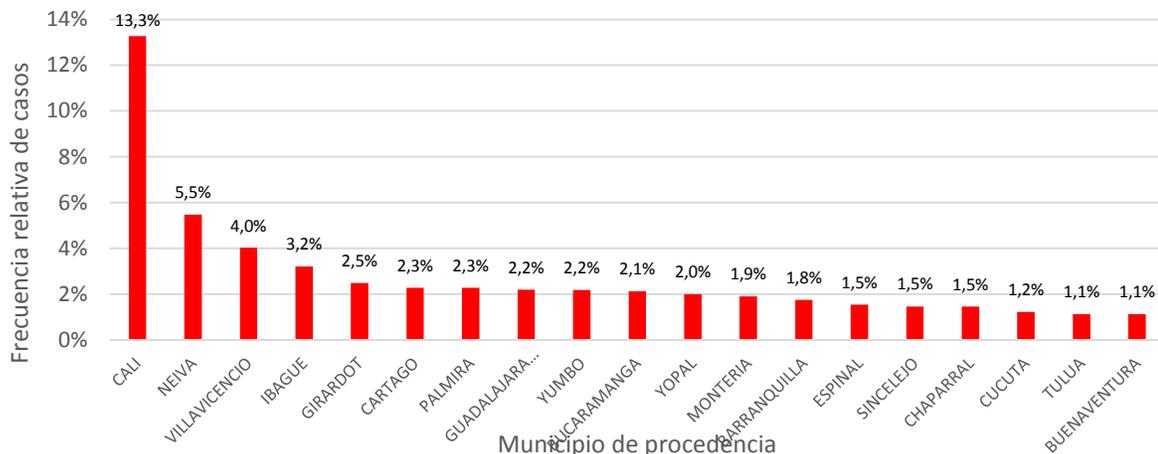
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2 015

El 53,1 % de los casos confirmados (laboratorio y clínica) registrados en Sivigila se concentró en 20 municipios del territorio nacional, encabezados por Cali con el 13,3%, Neiva con el 5,5%, Villavicencio con el 4 %, Ibagué con el 3,2 %, Girardot con el 2,5 % y Cartago con 2,3% (ver gráfica 1)

### Chikungunya

**Gráfica N°1**

Distribución de casos de Chikunguña por municipio de procedencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01-52 de 2015

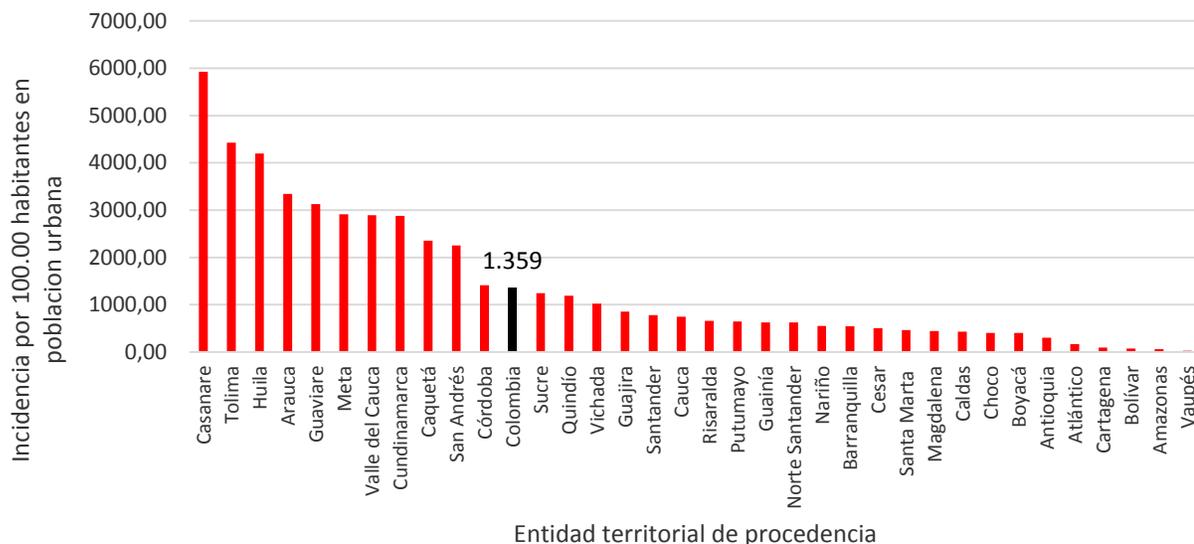


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2 015

La incidencia nacional de Chikunguña para la semana 52 el 2015 fue de 1 359 casos X 100 000 habitantes en riesgo; 11 entidades territoriales presentan incidencias superiores a la nacional: Casanare, Tolima, Huila, Arauca, Guaviare, Meta, Valle del Cauca, Cundinamarca, Caquetá, San Andrés y Córdoba (ver gráfica 2)

**Gráfica N° 2**

Proporción de incidencia por entidad territorial de procedencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01-52 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2 015

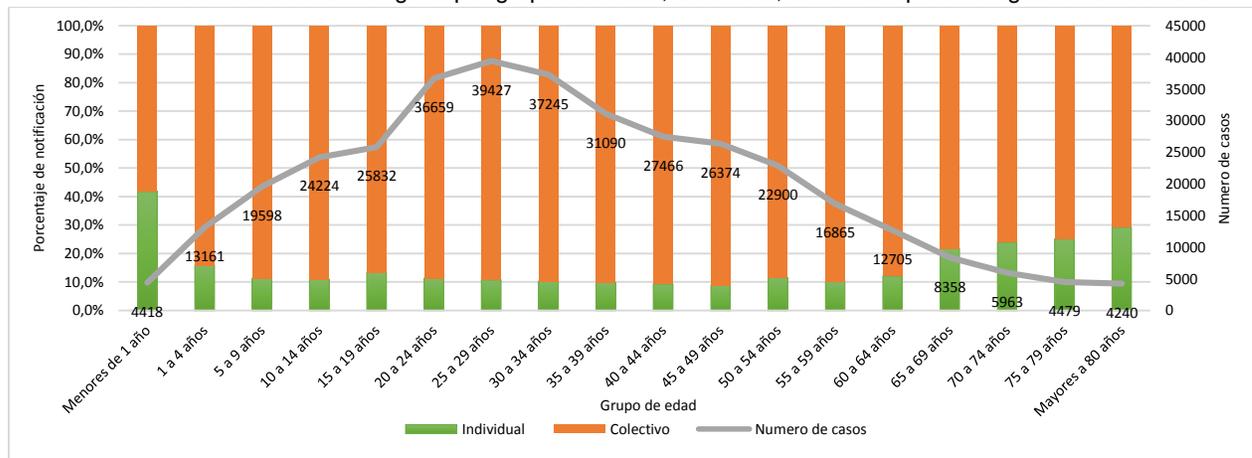
En cuanto a la distribución de los casos de chikunguña por grupo de edad podemos ver que el grupo de edad más afectado es el de 25 a 29 años con el 10,9 % seguido por el grupo de 30 a

### Chikungunya

34 años con el 10,3 % El 58,1 % de la notificaciones en menores de un año ha sido colectivo y en el grupo de 65 o más años 74,8 % de la notificación ha sido en ficha colectiva (ver gráfica 3)

**Gráfica N° 3**

Distribución de casos de Chikunguña por grupos de edad, Colombia, semanas epidemiológicas 01-52 de 2015

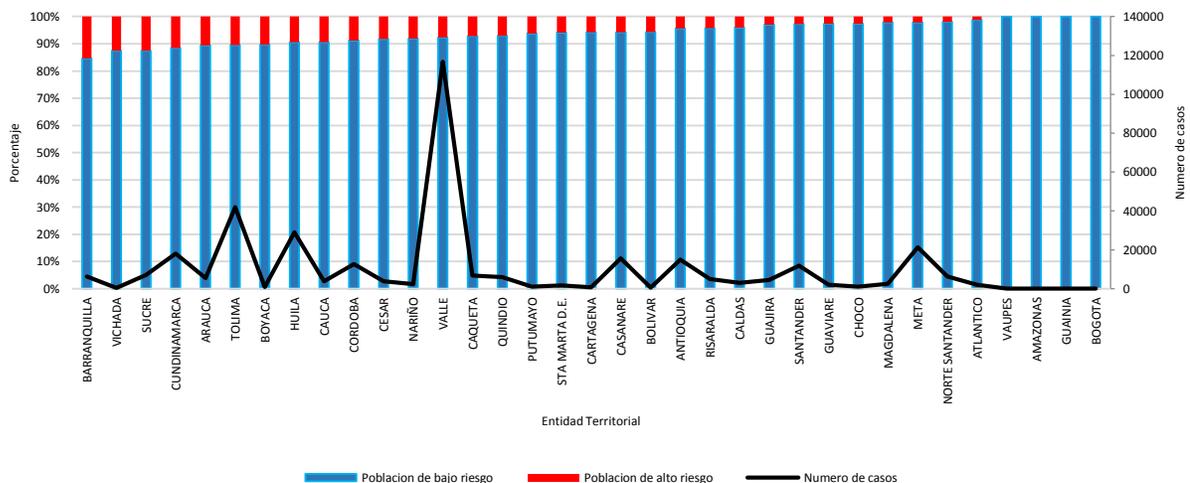


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2 015

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 departamentos de Barranquilla, Vichada, Sucre, Caldas, Cundinamarca, Arauca, Tolima y Boyacá que notificaron cada uno más del 10% de los casos en población de alto riesgo (ver gráfica 4)

**Gráfica N° 4**

Distribución de casos de Chikunguña por grupos de riesgo, Colombia, semanas epidemiológicas 01-52 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2 015

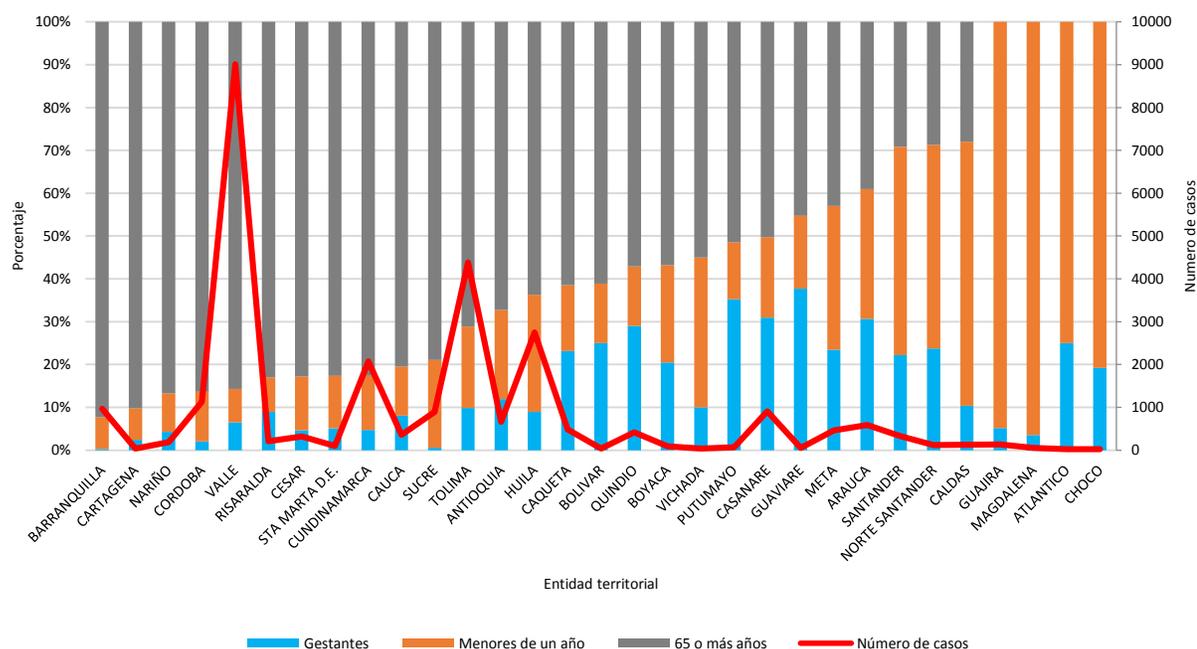
En lo corrido del 2 015 se notificaron 30 026 casos (8,3 %) en población de alto riesgo, con mayor frecuencia en los departamentos de Valle del Cauca, Tolima y Huila que concentraron el 53,5%

### Chikungunya

de los casos en población arriesgo en lo corrido del año 2 015 El mayor registro se observa en la población de 65 años y más con 23 040 casos (76,7 %), seguido de los menores de un año con 4 419 casos (14,7 %) y el grupo de gestantes con 2 567 casos (8,6%) (Ver gráfica 5)

**Gráfica N° 5**

Distribución de casos de Chikunguña por grupos de riesgo y entidad territorial de procedencia, Colombia, semanas epidemiologías 01-52 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2 015

Se han notificado 126 casos de Chikunguña importados procedentes de otros países de estos 9 casos se confirmaron por laboratorio, se captó por notificación 64 (50,8 %) procedentes de país desconocido (ver tabla 4)

### Chikungunya

**Tabla N° 4**

Distribución de casos importados confirmados y sospechosos de chikunguña, Colombia, semanas epidemiológicas 01-52 de 2015

Procedencia	Casos Confirmados por laboratorio	Casos sospechosos	Total	Porcentaje
* Exterior. País Desconocido	1	63	64	50,8%
Venezuela	6	25	31	24,6%
Ecuador	1	11	12	9,5%
Panamá	1	3	4	3,2%
Haití	0	2	2	1,6%
México	0	2	2	1,6%
Perú	0	2	2	1,6%
Brasil	0	1	1	0,8%
República Dominicana	0	1	1	0,8%
El Salvador	0	1	1	0,8%
Guatemala	0	1	1	0,8%
India	0	1	1	0,8%
Jamaica	0	1	1	0,8%
Países Bajos	0	1	1	0,8%
Puerto Rico	0	1	1	0,8%
Estados Unidos De América	0	1	1	0,8%
<b>Total exterior</b>	<b>9</b>	<b>117</b>	<b>126</b>	

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2 015

#### **4.2.2. Casos de muerte por Chikunguña**

Por el sistema de vigilancia nacional SIVIGILA se notificaron 89 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 61 muertes fueron confirmadas y 42 descartadas.

Por entidad territorial de notificación, la distribución del 36% de las muertes se presentó en el departamento de Tolima. La letalidad por chikungunya para Colombia año 2015 es de 0,02 (61/360.433). 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 (ver tabla 5).

Chikungunya

**Tabla N° 5.**

Características de los casos de muerte por chikungunya Colombia, semanas epidemiologías 01-52 de 2015

Entidad procedencia	Confirmado	Descartado	Total	Casos confirmados	Letalidad
Amazonas	1	0	1	17	5,88
Bolívar	2	1	1	636	0,31
Nariño	2	0	7	2305	0,09
Cundinamarca	9	1	2	18054	0,05
Atlántico	1	1	9	2026	0,05
Tolima	19	11	3	41859	0,05
Cauca	1	0	27	3802	0,03
Cesar	1	1	4	3853	0,03
Meta	4	5	1	21228	0,02
Arauca	1	0	1	5530	0,02
Quindío	1	1	12	5915	0,02
Norte Santander	1	3	4	6245	0,02
Córdoba	2	3	1	12732	0,02
Caquetá	1	0	1	6684	0,01
Sucre	1	0	1	7106	0,01
Huila	4	1	1	29009	0,01
Antioquia	0	1	1	14884	0,00
Exterior	1	0	2	0	0,00
Guajira	0	2	1	4490	0,00
Magdalena	0	1	5	2521	0,00
Risaralda	1	1	1	0	0,00
Santander	0	3	2	11855	0,00
Valle	7	6	1	0	0,00
Vichada	1	0	1	0	0,00
<b>Total Nacional</b>	<b>61</b>	<b>42</b>	<b>89</b>	<b>360 433</b>	<b>0,02</b>

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2 015

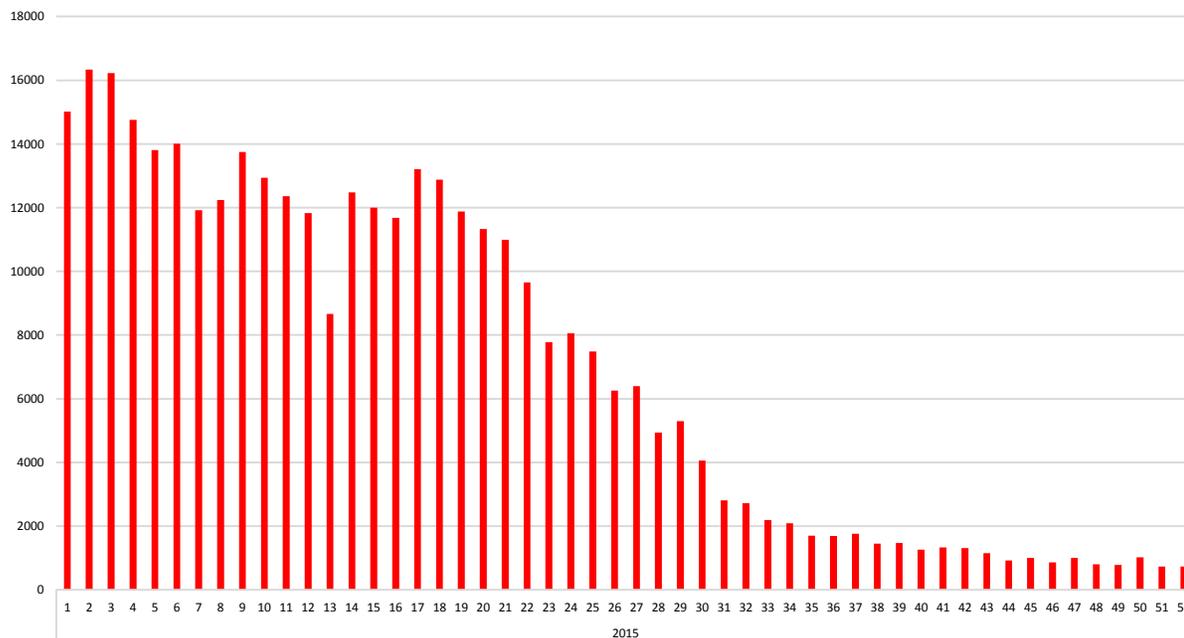
### 1.1. Tendencia del evento

La semana epidemiológica con el mayor número de casos notificados fue la 02 con 16 333 casos en promedio se notificaron 6 942 casos para el 2015 (ver grafica 8)

## Chikungunya

**Grafica N° 8**

Comportamiento de la notificación de mortalidades de chikunguña Colombia, semanas epidemiológicas 01-52 de 2015



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2 015

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2 015

## 2. 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

 <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 19

### Chikungunya

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.

 <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 19

## Chikungunya

### 3. 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.

### 4. 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 Chikunguña, 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.

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 las muertes por chikunguña el Instituto Nacional de Salud enviara el resultado de la unidad de análisis a las entidades territoriales.

 <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 19

### Chikungunya

El personal que realiza el diagnóstico clínico debe tener claro que el código CIE10 para registrar en este evento es A920.

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.

## 5. 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 línea: <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=3260>
10. Schuffenecker I, Itean 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)

 <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 19 de 19

### Chikungunya

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\\_DispForm.aspx?List=8db7286c-fe2d-476c-9133-18ff4cb1b568&ID=931](http://www.ecdc.europa.eu/en/press/news/_layouts/forms/News_DispForm.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>

## 6. Anexos

- a Base de datos Chikunguña final 2015 (Documentos Excel)