



ENFERMEDAD POR VIRUS CHIKUNGUNYA

ADAPTACIÓN DE LOS PROTOCOLOS DE LA RED NACIONAL DE
VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA (RENAVE)

16 de junio de 2025

PROTOCOLOS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

PROTOCOLO DE VIGILANCIA DE ENFERMEDAD POR VIRUS CHIKUNGUNYA

DESCRIPCION DE LA ENFERMEDAD

Introducción

La fiebre chikungunya es una enfermedad vírica transmitida por mosquitos que se caracteriza por aparición repentina de fiebre, escalofríos, cefalea, mialgia, anorexia, conjuntivitis, lumbalgia y/o artralgias graves. La mayoría de las infecciones (75%-97%) son sintomáticas. La artralgia es severa, afecta de forma simétrica a varias articulaciones, principalmente a las muñecas, rodillas, tobillos y articulaciones pequeñas de las extremidades, progresa a artritis franca y dura desde algunos días hasta varios meses. En muchos pacientes (60%-80%), la artritis inicial va seguida, entre 1 y 10 días después, por una erupción maculo- papulosa. La erupción cutánea cede en 1 a 4 días y va seguida por descamación fina. Es común que se presenten mialgia y fatiga, y cursa con linfadenopatía, trombocitopenia, leucopenia y alteración de las pruebas hepáticas. En general tiene una resolución espontánea entre los 7 y 10 días, aunque las manifestaciones articulares pueden ser duraderas, lo que resulta en una reducción de la funcionalidad y pérdida de confort. Se ha descrito un cuadro recurrente de inflamación de las articulaciones y tendones, produciendo incapacidad para las actividades de la vida diaria y persistencia de artralgia a los 3 años hasta en el 60%. Las principales complicaciones agudas son los trastornos gastrointestinales, la descompensación cardiovascular y/o la meningoencefalitis. Se ha registrado algún caso mortal, aunque es poco frecuente, principalmente en pacientes de edad avanzada o en casos en los que el sistema inmunológico estaba debilitado.

El primer brote epidémico se describió en el 1952 en Tanzania. Desde entonces se sucedieron diferentes brotes epidémicos en zonas de Asia y en África, donde la enfermedad era endémica (Isla Reunión e Islas Mauricio, la India, Indonesia...). En diciembre de 2013 se documentó la primera transmisión autóctona en América. Los primeros casos se notificaron en la isla de St. Martin y a lo largo de 2014 y 2015 el virus se extendió rápidamente por la Región del Caribe, América central y del sur.

En Europa, hasta el verano de 2007, todos los casos que se produjeron fueron importados. En agosto de 2007, se notificaron los primeros casos autóctonos de la enfermedad en Italia. Desde entonces, se han seguido detectando brotes en Francia y en Italia, probablemente a partir de casos importados y en los que el vector implicado fue *Aedes albopictus*

Agente

Virus chikungunya (VCHIK), familia *Togaviridae*, género *Alphavirus*. Pertenece al complejo viral antigénico *Semliki Forest* que también contiene los virus *Mayaro*, *O`nyong-nyong* y *Ross River*. El VCHIK emergió desde un ciclo selvático en África, resultando en los genotipos oeste africano, este/central/sur africano y asiático. A lo largo de los años el virus se ha expandido por el mundo y ha sufrido diferentes mutaciones genéticas que le han permitido adaptarse a las nuevas condiciones epidemiológicas.

Reservorio

El reservorio es humano en periodos epidémicos. Fuera de estos periodos, los primates no humanos y algunos otros animales vertebrados salvajes (murciélagos, roedores, pájaros...) actúan como reservorio.

Modo de transmisión

El principal mecanismo de transmisión es a través de la picadura de mosquitos hembra del género *Aedes*, principalmente *Aedes aegypti* y *Aedes albopictus*. Son preferentemente antropofílicos y su hábito de alimentación es diurno, con picos de actividad en las primeras horas de la mañana y últimas horas de la tarde. *Aedes aegypti* en Europa se ha reestablecido en Madeira y está presente en el entorno del Mar Negro y Chipre. En España existen regiones medioambientalmente favorables a su reintroducción, aunque de momento solo se han detectado introducciones puntuales en Canarias. En cuanto a *Aedes albopictus*, es una especie invasora con gran capacidad de adaptación que se ha extendido por todo el mundo incluida Europa. En España se encuentra en expansión. En Euskadi, se encuentra establecido en varios municipios de los tres Territorios ([ver GeoEuskadi](#)).

Ae. japonicus es otro mosquito invasor que se ha establecido en zonas del norte peninsular (también en Euskadi), cuya capacidad vectorial para la infección sólo se ha demostrado en laboratorio.

Los enfermos son infectivos para el mosquito durante el periodo virémico, que suele durar de desde el inicio de síntomas hasta en general el séptimo día (incluso hasta 10 días). No se puede descartar transmisión a partir de personas virémicas asintomáticas.

El periodo de incubación extrínseco, desde que un mosquito pica a una persona infectada hasta que a su vez es capaz de transmitir la enfermedad tras picar a un huésped susceptible, es en promedio de 8-10 días. Los mosquitos infectados permanecen infecciosos el resto de su vida (promedio 25 días, pero puede sobrevivir más de 40-50 días según las condiciones ambientales). La temperatura ambiente puede modificar el tiempo que tarda el mosquito en volverse infectivo y es menor a mayor temperatura. Además, se ha demostrado transmisión venérea de VCHIK durante la reproducción de los mosquitos para *Ae. aegypti*, y sería posible para otras especies de *Aedes*, en tanto que la transovárica, aunque probable, no se ha demostrado.

Se ha constatado la transmisión del virus entre humanos mediante trasplante de tejidos y órganos y por exposición accidental en laboratorio. Aunque no se ha descrito ningún caso secundario a transfusión de sangre y hemoderivados, esta se considera posible. Otra vía posible de transmisión es la vertical, por transmisión durante el embarazo o perinatal.

Periodo de incubación

El periodo de incubación es de entre 3 y 7 días (puede variar entre 2-12 días).

Periodo de transmisibilidad

Los enfermos son infectivos para el mosquito durante el periodo virémico, que suele durar de desde el inicio de síntomas hasta en general el séptimo día (incluso hasta 10 días). No se puede descartar transmisión a partir de personas virémicas asintomáticas.

Susceptibilidad

La susceptibilidad es universal. La evolución suele ser a la recuperación, aunque puede tardar meses o años, y va seguida de una inmunidad homóloga duradera. Los grupos de riesgo para enfermedad grave son los neonatos y personas de mayor edad, además de los que padecen patologías de base.

VIGILANCIA DE LA ENFERMEDAD

Objetivos

1. Detectar precozmente los casos importados, con el fin de establecer las medidas necesarias para evitar la aparición de casos secundarios y brotes autóctonos –sobre todo en áreas con presencia de vector competente– y de notificar la transmisión activa del virus en el lugar donde se adquirió la infección.
2. Detectar precozmente los casos autóctonos, con el fin de establecer las medidas de prevención y control para evitar la circulación del virus en nuestro país y prevenir y controlar los brotes autóctonos.

Definición de caso

Criterio clínico

Fiebre de aparición brusca, en ausencia de otro foco de infección **Y** al menos uno de los siguientes:

- Artralgia intensa de inicio agudo
- Cefalea
- Anorexia
- Conjuntivitis
- Exantema

Criterio epidemiológico

- Residir o haber visitado áreas con transmisión actual de chikungunya en los 15 días anteriores a la aparición de los síntomas.
- Residir o haber visitado en los 15 días anteriores a la aparición de los síntomas, áreas no endémicas con presencia de *Ae. albopictus* o *Ae. aegypti* en los periodos de actividad de los mismos.
- Haber recibido o estado expuesto a sustancias de origen humano de donante procedente de zona endémica.
- Recién nacido de madre con infección aguda.

Criterio de laboratorio de caso confirmado

Al menos UNO de los siguientes:

- Aislamiento del virus en muestra clínica.
- Detección de ácido nucleico viral en muestra clínica.
- Seroconversión a anticuerpos específicos del virus o aumento de cuatro veces el título en muestras recogidas con una separación de unos 15 días, confirmada por neutralización.
- Detección de anticuerpos IgM confirmada por neutralización.

Criterio de laboratorio para caso probable

- La presencia de anticuerpos IgM en una muestra simple (no confirmada por neutralización).
- Seroconversión a anticuerpos específicos del virus o aumento de cuatro veces el título en muestras recogidas con una separación de unos 15 días, no confirmada por neutralización.

En el Anexo II se encuentran disponibles las especificaciones de laboratorio para el diagnóstico de un caso de enfermedad por VCHIK.

Clasificación de los casos

Caso sospechoso: no procede.

Caso probable: persona que cumple el criterio clínico, algún criterio epidemiológico y el criterio de laboratorio de caso probable.

Caso confirmado: persona que cumple algún criterio de laboratorio de caso confirmado.

Se considerará un **caso autóctono** cuando el paciente haya pasado la totalidad de su periodo de incubación en España, o haya pasado parte del mismo en España y el resto en una zona donde no haya transmisión conocida de chikungunya ni presencia conocida del vector.

Definición de brote

Detección de dos o más casos con vínculo epidemiológico (al menos uno de ellos con transmisión autóctona).

MODO DE VIGILANCIA

La vigilancia de la enfermedad por VCHIK difiere en función de si se trata de un caso importado o de un caso autóctono y según la presencia o ausencia de actividad del vector competente en las diferentes zonas y las diferentes épocas del año. Se definen como zonas con actividad del vector, aquellas en las que un vector competente se encuentra establecido, en los meses desde el 1 mayo al 30 noviembre, salvo información más específica sobre los meses de actividad vectorial en el nivel local.

La vigilancia de los casos humanos se debe enmarcar dentro del desarrollo autonómico de las actividades [del Plan Nacional de Prevención, Vigilancia y Control de las enfermedades transmitidas por Aedes](#) (PLANy) estarán basadas en un análisis previo de situación que establezca el escenario o escenarios de riesgo en cada territorio.

- De forma general, en todos los escenarios, los casos de enfermedad por virus chikungunya importados probables y confirmados se notificarán, de forma individualizada, en la plataforma electrónica que esté establecida para este uso, con periodicidad mínima semanal. La información del caso podrá actualizarse semanalmente y se hará una consolidación anual. La notificación electrónica de los casos se hará de acuerdo con las especificaciones (metadatos) acordadas para estandarizar y normalizar la información de la RENAVE. El Anexo I de este protocolo incluye la encuesta epidemiológica de caso que orienta sobre la información relevante en la vigilancia de esta enfermedad, así como el formulario de notificación para salud ambiental en casos virémicos en la CAV.
- En las zonas con vector establecido (escenario 2 del PLAN), los casos importados probables y confirmados que sean o hayan sido virémicos en nuestro territorio, deben notificarse inmediatamente al Servicio de Vigilancia Epidemiológica. El objetivo de esta notificación es que se puedan establecer las actividades apropiadas de la gestión integrada del vector.

- Cuando se detecte un caso autóctono, probable o confirmado, o un brote, se debe comunicar inmediatamente al servicio de Vigilancia Epidemiológica, que lo comunicará de forma urgente al Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias (CCAES) y al Centro Nacional de Epidemiología (CNE). El CCAES valorará junto con las CCAA afectadas las medidas a tomar y, si fuera necesario, su notificación al Sistema de Alerta y Respuesta Rápida de Unión Europea y a la OMS de acuerdo con el Reglamento Sanitario Internacional (2005) y la activación de los Comités de Coordinación de la Respuesta Autonómicos o Estatal, según proceda, acorde al PLAN). En el caso de diagnosticarse una infección autóctona por VCHIK, se deben enviar muestras al CNM para su confirmación y caracterización.
- Los casos importados de otros países no endémicos, pero con presencia de vector (por ejemplo, otros países de la Unión Europea), se comunicarán también de forma urgente al CCAES y al CNE.

MEDIDAS DE SALUD PÚBLICA

Medidas preventivas

Las medidas preventivas de Salud Pública se centran en gran medida en la [gestión integrada del vector](#). La vigilancia entomológica debe sustentarse en muestreos entomológicos tradicionales y también en programas de alerta basados en comunicaciones de los ciudadanos (sistemas de avisos específicos de picaduras en servicios de salud y municipios o proyectos de ciencia ciudadana que incluyan notificación de especies de mosquitos vectores). El objetivo principal debe ser la prevención, para lo cual la detección de los lugares que pueden ser un hábitat larvario del mosquito es fundamental. Además, se debe perseguir la identificación precoz de vectores invasores y conocer parámetros entomológicos necesarios para su control (densidad de vector, % positividad, interacción con humano, capacidad vectorial) en cada territorio. Se deben promover políticas y recomendaciones para eliminar los lugares de cría en espacios públicos y privados. Las medidas de control del vector deben centrarse en la prevención/anticipación, por lo que identificar los lugares de cría y actuar sobre las fases larvarias del vector son claves, mientras que las intervenciones adulticidas se deben reservar a situaciones de riesgo o urgencia.

Por otro lado, dado que es una enfermedad emergente, son fundamentales incluso desde un escenario 0 del PLAN (territorio con vector competente no identificado), las actividades de comunicación para la sensibilización tanto de la población general como de los profesionales sanitarios. Todos los sectores de la comunidad deben implicarse en las acciones para la prevención y control de esta enfermedad: educativos, sanitarios, ambientales, infraestructuras, etc. La educación dirigida a la población general es clave para que participe en las actividades de control en el ámbito peridoméstico, debido al comportamiento específico del vector transmisor. Se recomienda el desarrollo de herramientas y canales de comunicación con mensajes preventivos específicos enfocados a reducir los lugares de cría del mosquito en espacios públicos y privados (recipientes donde se acumule el agua, jardines y zonas verdes de urbanizaciones cercanas a las viviendas, fugas, charcos, residuos, etc.).

Además, en el escenario 2 del PLAN (territorio con vector competente establecido), se recomendará a la población que adopte medidas de protección individual. Es importante el uso de barreras físicas: vestir ropa adecuada, utilizar aire acondicionado, instalar mosquiteras en puertas y ventanas para dormir, así como tratarlas con repelentes o insecticidas. Se utilizarán repelentes tópicos en las partes descubiertas del cuerpo y sobre la ropa. Son de eficacia probada los repelentes a base de DEET (NN, dietil-m-toluamida o NN, dietil-3-metilbenzamida), en concentración >20% y ≤50% (permitido en niños mayores de 2 años).

También se pueden utilizar otros con diferentes principios activos como Icaridina al 20% (mayores de 3 años), IR3535[®] (3-N-butil-n-acetil-aminopropionato de etilo) $\geq 20\%$ (mayores de 2 años) y citrodiol (mayores de 3 años).

En la [página web del Departamento de Salud](#) existe información sobre la protección frente a picaduras en ciudadanos y control de puntos de cría. Es importante que los profesionales sanitarios estén informados del potencial riesgo de que se produzcan casos por esta enfermedad ya que facilitaría la detección precoz de los casos, mejoraría el tratamiento y el control de la enfermedad.

Por último, es importante reforzar la vigilancia entomológica en los puntos de entrada (aeropuertos y puertos) para identificar precozmente cualquier vector potencialmente transmisor de la enfermedad, en especial los que han demostrado una mayor eficacia, como *Aedes aegypti*.

Recomendaciones a viajeros internacionales

Se recomienda informar a los viajeros que se dirijan a zonas endémicas sobre el riesgo de infección, el modo de transmisión, la sintomatología y el periodo de incubación. Además, se recomendará la adopción de medidas de protección individual frente a vectores, tanto durante su estancia como en las dos semanas posteriores a su vuelta y en especial si presentan síntomas compatibles. Se les comunicará la importancia de acudir al médico si se produce fiebre y artralgias que no se deban a otra causa médica, durante los 15 días posteriores al regreso de su estancia en zona endémica.

Ante un escenario 2 del PLAN, con la finalidad de impedir la introducción de virus en los mosquitos locales, se recomendará a los viajeros procedentes de zonas endémicas, en especial si presentan síntomas compatibles con la enfermedad, incluso en ausencia de resultados de laboratorio, que adopten las medidas de protección individual frente al mosquito, durante dos semanas, pero sobre todo en el caso de presentar sintomatología compatible.

La información sobre los Consejos Sanitarios al viajero internacional puede ser consultada en la Web del Ministerio de Sanidad:

<https://www.sanidad.gob.es/areas/sanidadExterior/laSaludTambienViaja/consejosSanitarios/home.htm>

Medidas ante un caso, sus contactos y medio ambiente

No existe tratamiento específico ni profilaxis, por lo que se llevará a cabo el tratamiento sintomático y vigilancia de las complicaciones. Dado que no se transmite persona-persona (salvo de forma excepcional por trasplante de tejidos, órganos y células o por transmisión vertical y en estudios experimentales por transfusión), se adoptarán las precauciones estándar en el medio sanitario.

El Comité Permanente de coordinación y seguimiento del Plan Nacional de Prevención, Vigilancia y Control de las enfermedades transmitidas por vectores ha elaborado un documento de Recomendaciones de actuación ante casos importados y autóctonos de enfermedades transmitidas por *Aedes* en el que se detallan las medidas de salud pública a tomar en torno a estos casos:

https://www.sanidad.gob.es/areas/alertasEmergenciasSanitarias/preparacionRespuesta/docs/RECOMENDACIONES_AEDES.pdf

Medidas ante un brote

Se encuentran detalladas en el documento de Recomendaciones de actuación ante casos importados y autóctonos de enfermedades transmitidas por *Aedes*:

https://www.sanidad.gob.es/areas/alertasEmergenciasSanitarias/preparacionRespuesta/docs/RECOMENDACIONES_AEDES.pdf

Otras medidas de salud pública

Medidas de precaución para las donaciones de sangre

El Comité Científico de Seguridad Transfusional ha regulado las principales recomendaciones en relación a las donaciones de sangre de personas que han visitado áreas afectadas, así como de los residentes en las mismas. La mayoría de las zonas en las que se detecta el VCHIK son al mismo tiempo zonas endémicas de paludismo por lo que quedarían excluidas de la donación al quedar incluidas dentro de los criterios de exclusión del paludismo. Además, las personas provenientes de zonas en las que existe el virus, pero no paludismo, como es el caso de las Islas Reunión, Mauricio y Seychelles entre otras, serán excluidas durante 4 semanas (28 días) desde su regreso, y si han presentado o se ha sospechado fiebre de chikungunya durante su estancia en la zona, o a su regreso, se excluirán igualmente durante 28 días.

Medidas de precaución para la donación de órganos, tejidos y células

El Documento de Consenso del Grupo de Estudio de la Infección en el Trasplante (GESITRA) perteneciente a la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC) y la ONT sobre los criterios de selección del donante de órganos sólidos en relación con las enfermedades infecciosas, aprobado en la Comisión de Trasplantes del Consejo Interterritorial del CIT el 3 de julio de 2019 establece, en el epígrafe X. 18, una serie de recomendaciones en relación con el VCHIK:

- Realizar cribado de donante de tejidos y de órganos en las siguientes situaciones en los 28 días previos: estancia en áreas afectadas por la epidemia, infección por virus CHIKV o signos y síntomas de infección activa en el momento de la donación.
- Se recomienda utilizar PCR (RT-PCR) como técnica de cribado (sangre y tejidos).
- Los casos con PCR positiva deben excluirse de la donación de órganos y tejidos.
- Se recomienda rechazar la donación en casos con antecedentes de infección por CHIKV 28 días previos.
- Las personas sin infección activa y antecedentes epidemiológicos de riesgo podrán ser donantes si se han realizado test moleculares que permitan excluir la infección.

Estas medidas se revisarán en caso de confirmación de transmisión local en una zona de España.

Envío de muestras al Centro Nacional de Microbiología

Para el envío de muestras se seguirán las instrucciones del Anexo II.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Sanidad. Plan Nacional de Prevención, Vigilancia y Control de las enfermedades transmitidas por vectores. Parte I. Enfermedades transmitidas por Aedes. Abril 2023. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/alertasEmergenciasSanitarias/preparacionRespuesta/Plan_Vectores.htm
2. Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. Evaluación Rápida de Riesgo. Riesgo de aparición de nuevos casos autóctonos de enfermedades transmitidas por Aedes en España. 5 de julio de 2023. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; 2023. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/alertasEmergenciasSanitarias/alertasActuales/dengue/docs/ERR_EnfermTransmitidasAedes_05072023.pdf
3. Informes epidemiológicos sobre la situación de enfermedad por virus chikungunya en España. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Disponible en: https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Paginas/Resultados_Vigilancia_Chikungunya.aspx
4. DECISIÓN DE EJECUCIÓN (UE) 2018/945 DE LA COMISIÓN de 22 de junio de 2018 sobre enfermedades transmisibles y problemas sanitarios especiales relacionados que deben estar sujetos a vigilancia epidemiológica, así como las definiciones de casos pertinentes.
5. Cunha RV, Trinta KS. Chikungunya virus: clinical aspects and treatment – A Review. Mem Inst Oswaldo Cruz. 2017;112(8):523-531.
6. European Centre for Disease Prevention and Control. Factsheet about chikungunya. Disponible en: <https://ecdc.europa.eu/en/chikungunya/facts/factsheet>
7. European Centre for Disease Prevention and Control. Autochthonous transmission of chikungunya virus in mainland EU/EEA, 2007-present. Disponible en <https://www.ecdc.europa.eu/en/infectious-disease-topics/z-disease-list/chikungunya-virus-disease/surveillance-threats-and> [consultado 19 de diciembre de 2023].
8. Heymann L. El control de las enfermedades transmisibles. 21ª Edición. Washington, D.C.: OPS, Asociación Americana de Salud Pública, 2022.
9. Jain J, Kushwah RBS, Singh SS, Sharma A, Adak T, Singh OP, et al. Evidence for natural vertical transmission of chikungunya viruses in field populations of Aedes aegypti in Delhi and Haryana states in India -a preliminary report. Acta Trop. 2016; 162:46-55.
10. Johnson BW, Russell BJ, Goodman CH. Laboratory Diagnosis of Chikungunya Virus Infections and Commercial Sources for Diagnostic Assays. J Inf Dis. 2016;214(S5): S471-4
11. Ministerio de Sanidad. Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. Resumen de los resultados del proyecto “Vigilancia entomológica en aeropuertos y puertos de mosquitos invasores y competentes en la transmisión de enfermedades y Vigilancia de la expansión en España de dichos vectores”. Año 2021.
12. Petersen LR, Powers AM. Chikungunya: epidemiology. F1000Res. 2016;5(F1000 Faculty Rev):82.
13. Runowska M, Majewski D, Niklas K, Puszczewicz M. Chikungunya virus: a rheumatologist’s perspective. Clin Exp Rheumatol. 2018;36(3):494-501
14. Silva LA, Dermody TS. Chikungunya virus: epidemiology, replication, disease mechanisms, and prospective intervention strategies. J Clin Invest. 2017;127(3):737-749
15. Documento de Consenso del Grupo de Estudio de la Infección en el Trasplante (GESITRA) perteneciente a la Sociedad de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC) y la Organización Nacional de Trasplantes.
16. Wesley Freppel, Laurie A. Silva, Kenneth A. Stapleford & Lara J. Herrero (2024) Pathogenicity and virulence of chikungunya virus, Virulence, 15:1, 2396484, DOI: 10.1080/21505594.2024.2396484
17. Cai L, Hu X, Liu S, Wang L, Lu H, Tu H, Huang X, Tong Y. The research progress of Chikungunya fever. Front Public Health. 2023 Jan 9; 10:1095549. doi: 10.3389/fpubh.2022.1095549. PMID: 36699921; PMCID: PMC9870324.
18. European Centre for Disease Prevention and Control, Weekly Bulletin. Communicable report. Week 22, 2025

ANEXO I. ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE ENFERMEDAD POR VIRUS CHIKUNGUNYA

DATOS DEL DECLARANTE Y DE LA DECLARACIÓN

Comunidad declarante.....
Código de identificación del caso para el declarante.....
Fecha de la primera declaración del caso ¹: / /

DATOS DEL PACIENTE

Nombre Apellido 1 Apellido 2 CIP-
SNS..... CIPA..... DNI/NIE..... Pasaporte Fecha de
nacimiento: / /
Edad en años: Edad en meses en menores de 2 años:
Sexo: Mujer Hombre
Domicilio:.....
País de nacimiento: Año llegada a España.....

DATOS DE LA ENFERMEDAD

Fecha del caso ²: / /
Fecha de inicio de síntomas: / / Virémico en España Sí No
Manifestación clínica: Sí No (asintomático) Desconocido
Complicaciones: Sí No Desconocido
Hospitalizado³: Sí No Desconocido
Ingreso en UCI: Sí No Desconocido
Fecha de ingreso hospitalario: / / Fecha de alta hospitalaria: / /
Defunción: Sí No Fecha de defunción: / /
Desplazamiento en los 10 días posteriores al inicio de síntomas (viremia)
Desplazamiento a otra CA: Sí No Desconocido
En caso afirmativo: C. Autónoma: Provincia: Municipio:
Desplazamiento a otro país: Sí No
En caso afirmativo: País:

DATOS DE LABORATORIO

Fecha de recepción en el laboratorio fuente: / /
Fecha de diagnóstico de laboratorio: / /
Muestra (marcar la muestra principal con resultado positivo):
Suero Sangre LCR
Prueba (marcar las pruebas positivas en la muestra principal):
Aislamiento PCR Anticuerpo, IgM
Anticuerpos neutralizantes Seroconversión
Envío de muestra al Laboratorio Nacional de Referencia Laboratorio del CNM: Sí No
Identificación de muestra del declarante al LNR: Identificación de muestra en el LNR:

DATOS DEL RIESGO

Lugar del caso:

*En la Autonomía de residencia⁴

*En una Autonomía distinta de la de residencia⁵

*En un país distinto de España⁶

País del caso⁷ C. Autónoma del caso⁷:

Provincia del caso⁷: Municipio del caso⁷:

Desplazamientos en los 15 días previos a la fecha de inicio de síntomas:

Desplazamiento al extranjero: Sí No País/es⁹:

Fecha de ida: / / Fecha de regreso: / /

Motivo de estancia en país endémico (marcar una de las siguientes opciones):

Inmigrante recién llegado

Trabajador temporal / negocios

Turismo

Visita familiar / amigos (residente en España)

Misionero, voluntario, cooperante

Estudiante

Militar

Viajero residente en país endémico Otro

Desplazamiento dentro de España: Sí No **C. Autónoma**.....

Fecha de ida: / / **Fecha de regreso:** / /

Exposición (marcar una de las siguientes opciones):

Picadura de mosquitos

Introgénia (transfusión, hemodiálisis, trasplante)

Persona a Persona: madre-hijo

Ocupacional (laboratorio, exposición muestras, tejidos...)

CATEGORIZACIÓN DEL CASO

Clasificación del caso (marcar una de las siguientes opciones):

Probable

Confirmado

Criterios de clasificación de caso:

Criterio epidemiológico

Sí

No

Criterio de laboratorio

Sí

No

Asociado a brote:

Sí

No

C. Autónoma de declaración del brote¹⁰:

OBSERVACIONES¹¹

1. Fecha de la primera declaración del caso al sistema de vigilancia (habitualmente realizada desde el nivel local).
2. Fecha del caso: es la fecha de inicio de síntomas o la más cercana en caso de no conocerla (fecha de diagnóstico, fecha de hospitalización, etc.).
3. Hospitalizado: estancia de al menos una noche en el hospital.
4. Autonomía de residencia: define si la exposición al riesgo se produjo en la Autonomía de residencia.
5. Autonomía distinta de la de residencia: si la exposición del caso se produjo en una autonomía distinta a la residencia.
6. País distinto de España: define si la exposición del caso se produjo en un país distinto de España
7. Lugar del caso (país, CA, provincia, municipio): es el lugar de exposición o de adquisición de la infección, en general, se considerará el lugar donde el paciente ha podido contraer la enfermedad con mayor probabilidad. Si no se conoce se dejará en blanco.
8. Continente o región al que se asigna el caso: si no se conoce el país de exposición, al menos rellenar esta variable.
9. País o países (uno o varios) donde ha viajado en el período de incubación
10. Comunidad Autónoma de declaración del brote: aquella que ha asignado el identificador del brote.
11. Incluir toda la información relevante no indicada en el resto de la encuesta.

FORMULARIO NOTIFICACIÓN A SALUD AMBIENTAL.

Si ha pasado la fase virémica en Euskadi (12 días posteriores al inicio de síntomas)

DATOS DEL PACIENTE

Identificación del caso: Nombre: Teléfono:

Contacto familiar en caso de no posible encuestar al caso:

Nombre y relación: Teléfono:

ENTORNO DEL CASO

Fecha de declaración: / / Fecha de inicio de síntomas: / /

Fecha de llegada a CAE: / / Días en fase virémica en la CAE:

Días en fase virémica en el momento de la encuesta:

Picadura de mosquito durante la viremia: **Sí** **No**

Lugar geográfico de la picadura (dirección):

Domicilio: Trabajo:

Ocio, especificar Desconocido:

Hospitalización **Sí** **No**

Fecha de ingreso: / / Fecha de alta: / /

Domicilio

Municipio: Dirección:

Tipo de vivienda:

Unifamiliar Piso (especificar altura): Otro, especificar

Características: Terraza/Balcón: Jardín:

Acúmulos de agua (recipientes, platos de macetas, cubrepiscinas, canalones):

Otros, especificar:

Trabajo

Tipo de trabajo (tarea): Empresa: Ubicación:

Actividad en exterior: **Sí** **No** Lugar de la actividad:

Otras actividades en entornos de riesgo

	Localización	Fecha
Huerta	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Segunda residencia	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Viajes	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Camping	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Parques	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Parkings	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cementerio	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Si el caso sigue en fase virémica en próximos días:

Actividades de riesgo previstas:

Medidas adoptadas

Entrega de información sobre:

Medidas de protección ante picaduras:

Sí ☐ No ☐

Eliminación de puntos de cría:

Sí ☐ No ☐

Otra información de interés

ANEXO II. DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO DE UN CASO DE CHIKUNGUNYA

El diagnóstico de infección por VCHIK, al igual que por cualquier otro virus emergente, requiere que la **metodología** que se use esté **validada** y se haya probado su sensibilidad para minimizar la posibilidad de resultados falsos positivos o falsos negativos. Es de crucial importancia para interpretar los resultados conocer datos fiables sobre **tiempo de aparición de síntomas** de la enfermedad y **toma de muestra**.

El diagnóstico de laboratorio se hará bien en las CCAA, en caso de que dispongan de las técnicas diagnósticas apropiadas, o bien mediante el envío de las muestras del paciente al laboratorio de referencia del Centro Nacional de Microbiología (CNM). En el caso de diagnosticarse una infección autóctona por VCHIK, se deben enviar muestras al CNM para su confirmación y caracterización. También se enviarán aquellos casos que requieran la confirmación del diagnóstico y/o la caracterización del virus detectado.

TÉCNICAS

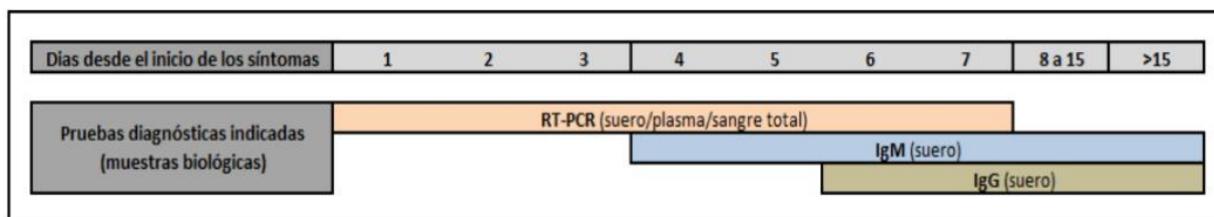
La elección de una técnica diagnóstica u otra está en función del momento en que se toma la muestra y el tiempo que ha pasado desde el inicio de síntomas. El aislamiento del virus y la detección del ácido nucleico se pueden realizar desde el inicio de síntomas hasta aproximadamente el séptimo día de enfermedad (duración de la viremia). Al final de la fase aguda de la infección, la serología constituye el método de elección. Para este método se necesitarían dos muestras de suero pareadas tomadas con una separación de 15 días. La IgM específica aumenta y es detectable a partir del cuarto o quinto día del comienzo de síntomas y puede persistir durante muchos meses, sobre todo en pacientes con artralgias de larga duración.

Por todo ello, se recomienda que se cite al paciente a los 15 días de la primera toma de muestra. No sería necesaria la segunda muestra si en la primera se detecta ARN viral o se aísla al virus.

Para el **diagnóstico de la enfermedad** por VCHIK se recogerá una muestra en la primera consulta:

- Si el paciente acude en fase aguda, 7 días tras el inicio de síntomas, se realizarán ensayos de PCR y detección de IgM.
- Si el paciente acude a partir de los 7 días del inicio de síntomas, se realizarán preferiblemente ensayos de detección de anticuerpos IgM e IgG. En este caso será necesario recoger una segunda muestra con un intervalo de, al menos, 15 días entre ambas.

Figura 1. Pruebas indicadas según el tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas



Fuente: Martínez Yoldi et al,

Tipo de muestras

- Serología: suero.
- PCR: **suero o sangre** preferentemente.
- En casos con presencia de síntomas neurológicos: enviar LCR y suero.

Transporte de muestras

Envío de la muestra refrigerada (2-8 °C) en menos de 24hs, o congelada (evitar congelación/descongelación), si se prevé una demora mayor a 24 horas. Protocolo de vigilancia de la enfermedad por virus chikungunya (VCHIK) 11

Se utilizará la aplicación informática **GIPI**. El envío de las muestras se realizará a través del **Programa de Vigilancia de Enfermedades Víricas Transmitidas por Vectores**, el cual es sin costo para el hospital/centro que envía la muestra. La dirección y teléfonos de contacto son:

Área de Orientación Diagnóstica Centro Nacional de Microbiología Instituto de Salud Carlos III
Carretera Majadahonda-Pozuelo, km 2 28220 Majadahonda-Madrid-ESPAÑA
Tfno: 91 822 37 01 - 91 822 37 23 - 91 822 36 94
CNM-Área de Orientación Diagnóstica <cnm-od@isciii.es>