

# Infección por Virus de Chikunguña

## 28 de agosto de 2025

- la FDA suspendió la licencia biológica de la vacuna viva atenuada contra el chikunguña (Ixchiq) después de que el Centro de Evaluación e Investigación Biológica determinó que la vacuna no es segura y que la administración continua representa un riesgo para la salud pública ([FDA Safety Communication 2025 Aug 22](#))

## 13 de agosto de 2025

- directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre el tratamiento clínico de las enfermedades arbovirales, incluidos el dengue, el chikunguña, el zika y la fiebre amarilla ([WHO 2025 Jul 4](#))

## 07 de agosto de 2025

- se han reportado 2892 casos de infección por el virus de chikunguña en la provincia china de Guangdong entre el 27 de julio y el 2 de agosto de 2025 ([Guangdong Provincial Center for Disease Control and Prevention 2025 Aug 3 \[en chino\]](#))

## 04 de junio de 2025

- se han reportado más de 47 500 casos confirmados de infección por virus del chikunguña en la isla de La Reunión entre agosto de 2024 y el 4 de mayo de 2025 ([WHO Disease Outbreak News 2025 May 12](#))

## 15 de abril de 2005

- una sola dosis intramuscular de la vacuna con partículas similares al virus de chikunguña (Vimkunya) parece inducir la seroprotección a los 22 días en el 87 % de los adultos sanos  $\geq 65$  años de Estados Unidos ([Lancet 2025 Mar 27 early online](#))
- una sola dosis intramuscular de la vacuna con partículas similares al virus de chikunguña (Vimkunya) puede inducir la respuesta serológica en el 98 % de las personas entre 12 y 64 años ([Lancet 2025 Mar 27 early online](#))

## Descripción General y Recomendaciones

El virus de chikunguña es un virus de ARN transmitido por mosquitos *Aedes* que causa una enfermedad aguda con fiebre y dolor articular intenso. Los brotes ocurren en todo el mundo, particularmente en áreas tropicales y templadas. También puede ocurrir la transmisión vertical.

## Evaluación

- El período de incubación es de 3 a 7 días (rango de 1 a 12 días).
- La enfermedad clínica coincide con el pico de viremia (alrededor del 2º y 4º día) y la inducción de la respuesta inmunitaria innata.
- Sospecha de infección por el virus del chikunguña en pacientes con:
  - Fiebre aguda, generalmente > 102 grados F (38.9 grados C)
  - Artralgia o artritis, típicamente bilateral y simétrica y que afecta a las articulaciones distales
  - Antecedentes de viaje o residencia en áreas endémicas o epidémicas dentro de los 15 días anteriores a la aparición de los síntomas
  - Erupción maculopapular
- La enfermedad grave es poco común, pero el riesgo aumenta con edades extremas o afecciones médicas subyacentes.
  - La afectación del sistema nervioso central (SNC) puede incluir meningoencefalitis, síndrome de Guillain-Barré y parálisis de los nervios craneales.
  - Las complicaciones raras pueden afectar al ojo (uveítis, retinitis), la piel (lesiones cutáneas ampulosas) u órganos principales (miocarditis, hepatitis, nefritis).
- El diagnóstico puede confirmarse con cualquiera de los siguientes:
  - Reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR):
    - Útil en enfermedades agudas
    - Viremia típicamente detectable desde el día 1 hasta el día 8, alcanzando su punto máximo en el día 2-4
    - Se puede realizar en muestras de sangre o líquido cefalorraquídeo (LCR)
  - Serología:
    - Presencia de inmunoglobulina M (IgM) en la muestra de fase aguda es diagnóstica, y se puede realizar en sangre o LCR
    - Aumento de 4 veces de los títulos de inmunoglobulina G (IgG) en muestras emparejadas de sangre de la fase aguda y la fase convaleciente
  - Sin embargo, el aislamiento viral durante la enfermedad aguda requiere un laboratorio de nivel 3 de bioseguridad
- En los Estados Unidos, las pruebas se realizan en los Centros para el

Control y la Prevención de Enfermedades, algunos departamentos de salud estatales y laboratorios comerciales.

- El diagnóstico diferencial incluye otras infecciones tropicales y enfermedades reumáticas.
  - Es importante evaluar al paciente para detectar la infección por el virus del dengue, que se presenta de manera similar y puede coexistir con la enfermedad por el virus del chikunguña, pero puede requerir un manejo más agresivo y específico.
  - Recientemente se han producido grandes brotes de infección por el virus del Zika en zonas de América Latina, el Caribe y Oceanía. Puede ser difícil diferenciar la presentación clínica de la infección por virus de chikunguña de la infección por virus del Zika.
- La infección por el virus de chikunguña es una afección de notificación nacional en los Estados Unidos, aunque no se ha informado de transmisión local desde 2015.

## Tratamiento

- No se dispone de una terapia antiviral específica.
- La atención de apoyo es el sostén principal del tratamiento.
  - El cuidado se centra en el descanso, el control del dolor y la fiebre, y la hidratación adecuada.
  - Se recomienda el uso de acetaminofén (paracetamol) o metamizol en el tratamiento sintomático inicial, en lugar de fármacos antiinflamatorios no esteroideos (AINE), antihistamínicos o esteroides hasta que se descarte la presencia de dengue (Recomendación condicional).
  - Evitar la aspirina en los niños debido a la posible presencia de síndrome de Reye.
  - Se recomienda la rehidratación oral en pacientes ambulatorios, mientras que la terapia con líquidos por vía intravenosa puede ser necesaria en pacientes con enfermedades arbovirales graves.
- La enfermedad suele ser autolimitada y se resuelve en unos 10 días, pero una proporción significativa de pacientes puede desarrollar artritis o artralgias persistentes.
- No se ha establecido un tratamiento óptimo para la enfermedad articular persistente, pero se han utilizado AINE, opiáceos y agentes antirreumáticos modificadores de la enfermedad, como el metotrexato, en series de casos.

## Prevención

- La prevención de la infección por el virus de chikunguña en zonas endémicas y epidémicas reside principalmente en evitar la picadura de los mosquitos.
- La vacuna recombinante contra el chikunguña (Vimkunya) recibe la aprobación acelerada de la FDA para la prevención de la enfermedad causada por el virus del chikunguña (CHIKV) en pacientes  $\geq 12$  años.
- La FDA suspende la licencia biológica de la vacuna de virus vivo atenuado contra el chikunguña (Ixchiq), debido a serias preocupaciones de seguridad a partir de agosto de 2025.

## Información Básica

### Descripción

- La infección por el virus de chikunguña es una enfermedad arboviral transmitida por mosquitos *Aedes*, que se caracteriza por una enfermedad aguda con fiebre y dolor articular intenso. Los brotes ocurren en todo el mundo, particularmente en áreas tropicales y templadas. [1,3,6](#)

### También se denomina

- Fiebre de chikunguña (CHIK)
- Infección por virus del chikunguña (VCHIK)

## Epidemiología

### Distribución geográfica

- La infección por virus de chikunguña es responsable de importantes brotes en todo el mundo, especialmente en zonas tropicales y templadas [6](#)
- Cronología de la propagación geográfica del virus de chikunguña:
  - El virus se originó en África y luego se propagó a través de varios linajes [1,6](#)
    - Se detectaron brotes en África Occidental y el sur de Asia en las décadas de 1960 y 1970.
    - En la década de 2000 se produjeron brotes más grandes en Asia, la isla de Reunión y otras islas del Océano Índico.
  - El primer brote en Europa se reportó en Italia en 2007, con casos adicionales notificados en Francia en 2010 y 2014 ([Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades 2023](#)).
  - En las Américas se reportó en el 2013. [6](#)

- Los brotes más grandes se han reportado en 2025 en Asia, Sudamérica, África, la región del Océano Índico.
- El mapa de la transmisión local del virus del chikunguña se puede encontrar en el [sitio web](#) de los Centros de Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC).

## Incidencia/Prevalencia

- La prevalencia de referencia en zonas endémicas no está clara debido a la falta de vigilancia [2,3](#)
- Se han notificado brotes esporádicos en África y Asia antes de 2000 [1, 2](#)
- En 2004 se reportó un gran brote surgido en Kenia, que se extendió a Comoras, La Reunión y otras islas del Océano Índico hasta 2006, con un estimado de 500 000 casos [1, 2, 3](#)
- Selección de informes recientes
  - África:
    - Se han reportado más de 47 500 casos confirmados de infección por virus de chikunguña en la Isla de La Reunión desde agosto de 2024 hasta el 4 de mayo de 2025 ([WHO Disease Outbreak News 2025 May 12](#)).
    - Se han notificado 27 540 casos de infección por el virus de chikunguña en Chad de julio a septiembre de 2020 ([World Health Organization \[WHO\] Disease Outbreak News 2020 Sep 24](#))
    - Se han notificado 6149 casos sospechosos de infección por el virus de chikunguña en Congo del 1 de enero al 14 de abril de 2019 ([WHO Disease Outbreak News 2019 May 1](#))
    - Se han notificado 13 978 casos de infección por el virus de chikunguña en Sudán del 31 de mayo al 2 de octubre de 2018 ([WHO Disease Outbreak News 2018 Oct 15](#))
    - Se han notificado 1792 casos de infección por el virus de chikunguña (tasa de letalidad del 0 %) en el noreste de Kenia de mayo a junio de 2016 ([WHO Outbreak News 2016 Aug 9](#))
  - Pacífico Occidental:
    - Se han notificado 2892 casos de infección por el virus de chikunguña en la provincia de Guandong, China, entre el 27 de julio y el 2 de agosto de 2025; la mayoría de los casos se han reportado en Foshan (2770); se han notificado 7716 casos acumulativos en la provincia en 2025 ([Guangdong Provincial Center for Disease Control and Prevention 2025 Aug 3 \[en chino\]](#), [Guangdong Provincial Center for Disease Control and Prevention 2025 Jul 26 \[en chino\]](#))
  - Sur y Sudeste de Asia:
    - Se han notificado 6946 casos de infección por el virus de chikunguña en Pakistán (tasa de letalidad del 0%) de diciembre

de 2016 al 30 de julio de 2017 ([WHO Weekly Epidemiological Monitor 2017 August 6 PDF](#))

- **Los brotes más grandes se produjeron en:** <sup>3</sup>

- India con estimados de 1,4 a 6,5 millones de casos en 2006-2007
- Malasia con un estimado de 3000 casos en 2009
- Tailandia con un estimado de 42 000 casos en 2009

◦ Las Américas:

- En 2024 se reportaron 404 372 casos de infección por el virus de chikunguña en las Américas hasta la semana epidemiológica 42, de ellos 399 980 casos (99%) se produjeron en Brasil ([base de datos de la Organización Panamericana de la Salud sobre la enfermedad por virus de chikunguña](#), consultada el 25 de octubre de 2024).
- Total de casos reportados en las Américas 2020-2023:
  - En 2023 se reportaron 411 548 casos de infección por virus de chikunguña, incluyendo 515 defunciones.
    - Se reportaron 266 297 casos (65%), incluyendo 218 defunciones en Brasil
    - 140 905 casos (34%), incluyendo 297 defunciones en Paraguay
  - En 2022 se reportaron 273 685 casos de infección por el virus de chikunguña (265 289 casos [97%] en Brasil, incluyendo 87 fallecimientos)
  - En 2021 se reportaron 138 359 casos de infección por el virus de chikunguña (132 587 casos [96%] en Brasil, incluyendo 12 fallecimientos)
  - En 2020 se han notificado 103 023 casos de infección por el virus de chikunguña (98 177 casos [95%] en Brasil, incluyendo 29 fallecidos)
  - Referencias - [Base de datos de la Organización Panamericana de la Salud sobre la Enfermedad por Virus de chikunguña](#), consultada el 25 de octubre de 2024
- Estados Unidos y sus territorios
  - **La infección por virus de chikunguña es una** enfermedad de notificación obligatoria a nivel nacional desde 2015.
  - Recuentos de casos en los Estados Unidos y sus territorios entre 2014 y 2022:

Tabla 1. [Infecciones por el virus de chikunguña en Estados Unidos \(2014-2022\)](#)

Tabla 2. Infecciones por el virus de chikunguña en los territorios de Estados Unidos (2014-2022)

- Se produjo un brote en las Islas Vírgenes de Estados Unidos en 2014-2015, donde se reportaron 1929 casos sospechosos entre el 1 de enero de 2014 y el 6 de abril de 2015 ([Am J Trop Med Hyg 2016 Oct 5;95\(4\):885](#)).
- Europa:
  - El 3 de agosto de 2015 se reportó 1 caso de infección por el virus de chikunguña en España de una persona de sexo masculino y 60 años de edad sin antecedentes de viaje a regiones endémicas de chikunguña ([WHO Disease Outbreak News 2015 Aug 10](#))
  - En 2007 se reportó un brote, debido a una transmisión local en la región de Emilia-Romagna al norte de Italia, con 337 casos sospechosos y 217 confirmados. El caso índice fue un viajero virémico que regresaba de la India ([Parassitologia 2008 Jun;50\(1-2\):97](#)).
  - Se reportaron casos sospechosos y confirmados de infección por el virus de chikunguña y tasa de incidencia anual en Europa entre viajeros procedentes de África:
    - 2015 - 13 casos (0,1 casos por cada 100 000 viajeros)
    - 2016 - 35 casos (0,2 casos por cada 100 000 viajeros)
    - 2017 - 16 casos (0,1 casos por cada 100 000 viajeros)
    - 2018 - 40 casos (0,2 casos por cada 100 000 viajeros)
    - 2019 - 57 casos (0,2 casos por cada 100 000 viajeros)
    - Referencia - [Euro Surveill 2023 Feb;28\(7\):doi:10.2807/1560-7917.ES.2023.28.7.2200270](#)

## Factores de Riesgo

- Vivir en áreas con circulación del virus del chikunguña <sup>1</sup>
- Exposición a los mosquitos <sup>1</sup>

## Condiciones asociadas

- Puede ocurrir coinfección con otras infecciones transmitidas por mosquitos *Aedes*. <sup>1,2</sup>
  - Infección por virus del dengue y Zika:
    - Se reportó un brote del virus del chikunguña con casos esporádicos de dengue en San Martín entre diciembre del 2013 y enero del 2014. Entre los 1502 pacientes con sospechas de infección por el virus del chikunguña en un estudio de cohorte, el 2,8 % presentó coinfección por los virus del chikunguña y virus del dengue ([Euro Surveill 2014 Apr 3;19\(13\):pii/20753](#)).

- Se han reportado también brotes simultáneos de los virus del chikunguña y el dengue en:
  - India ([Epidemiol Infect 2012 Jul; 140\(7\):1337](#))
  - Gabón ([Emerg Infect Dis 2009 Abr; 15\(4\):591](#))
  - Toamasina, Madagascar ([Emerg Infect Dis 2008 Jul; 14\(7\):1135](#))
- Se han reportado 5 coinfecciones por los virus del Zika y el chikunguña, 2 coinfecciones por los virus del dengue y el chikunguña y 1 coinfección por los virus del Zika, el dengue y el chikunguña entre 35 pacientes en Brasil con una nueva afección neurológica después de las sospechas de infección por el virus del Zika en un estudio de cohorte ([PLoS Negl Trop Dis 2018 Feb;12\(2\):e0006212](#)).
- Paludismo:
  - Se reportó una coinfección por el virus del chikunguña y paludismo en Nigeria entre julio y diciembre de 2008. En un estudio de cohorte de 310 pacientes con fiebre y sospechas de paludismo o infección tifoidea, 143 pacientes (50,17%) tenían anticuerpos neutralizantes contra el virus del chikunguña, y 21 pacientes (6,8%) tenían coinfección por virus del chikunguña y paludismo ([J Infect Dev Ctries 2013 Jan 15;7\(1\):51](#)).

## Etiología y Patogénesis

### Patógeno

- El virus de chikunguña es un virus de ARN monocatenario de sentido positivo del género *Alphavirus* de la familia *Togaviridae*. [1,3,6](#)
  - Los 3 genotipos virales representan diferentes linajes geográficos (clasificación basada en la secuencia parcial de la glicoproteína viral E1) [4,5,6](#)
    - El genotipo de África Occidental se limita en gran medida a los países de África Occidental, como Senegal, Guinea, Nigeria y Costa de Marfil.
    - El genotipo del centro-este de África del Sur (ECSA) es responsable de los casos de las islas del Océano Índico, India, el sudeste asiático y partes de Europa entre 2005 y 2010. Las mutaciones adquiridas durante el brote en el Océano Índico alrededor de 2005-2006 dieron lugar a un linaje ECSA del Océano Índico (IOL), con una mayor transmisibilidad por *Aedes albopictus* sin afectar significativamente la transmisibilidad por *Aedes aegypti*.
    - El genotipo asiático se encuentra en el sur y sudeste de Asia, y se informó que fue la cepa más prevalente en



Indonesia y Filipinas entre 2007 y 2014, la cual es responsable de la mayoría de los casos en las Américas a partir de 2015.

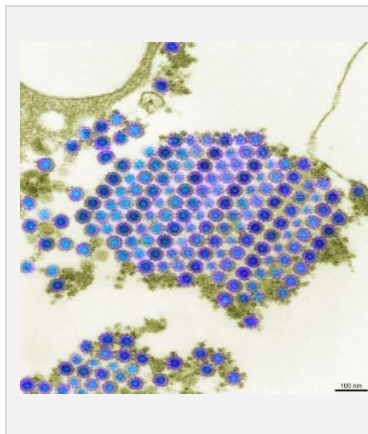


Imagen 1 de 6

### Virus del chikunguña

Micrografía electrónica de barrido de múltiples partículas del virus del chikunguña. Observe el núcleo central rodeado por una envoltura.

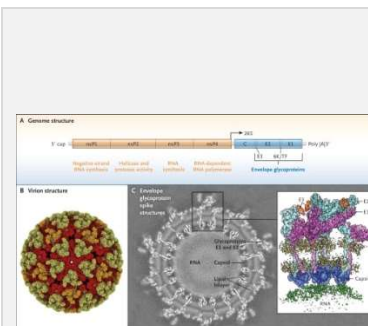


Imagen 2 de 6

### Virus del chikunguña

La organización del genoma del virus del chikunguña se demuestra en el panel A, incluyendo sus proteínas no estructurales 1 a 4 (nsP1-nsP4) y las proteínas estructurales C (cápside), E1-E3 (glicoproteínas de la envoltura) y 6K/TF. La estructura del virión se observa en el panel B. El panel C muestra las estructuras predichas por la proteína de la espícula.

## Transmisión

- La transmisión **se produce principalmente por la** picada de mosquitos.
  - Los mosquitos *Aedes* son los principales vectores. <sup>1,2,3,6</sup>
    - El Aedes aegypti* está ampliamente distribuido en regiones tropicales.



Imagen 3 de 6

### Mosquito *Aedes aegypti*

Propaga los virus del dengue, Zika y chikunguña.

- El Aedes albopictus* es endémico tanto de las regiones tropicales como de latitudes más templadas (incluyendo Europa y Estados Unidos). **Es posible que una mutación viral reciente del genotipo**

Este-Centro-Sur Africano (ECSA) favorezca la replicación en esta especie.



Imagen 4 de 6

**Mosquito *Aedes albopictus***

Transmite los virus del dengue, Zika y chikunguña.

- Otras especies de *Aedes* transmiten con menos frecuencia el chikunguña.
- **Existen** 2 ciclos principales de transmisión <sup>1,2,3,4</sup>
  - En zonas endémicas:
    - El mosquito es el que transmite la enfermedad a los humanos.
    - Los animales, como los primates no humanos, los mamíferos pequeños, roedores y aves, sirven como reservorios.
  - En zonas epidémicas:
    - La transmisión **es** de persona a mosquito y de mosquito a persona (autóctona).
      - Los seres humanos infectados son virémicos de 2 a 8 días aproximadamente.
      - Los mosquitos se infectan mediante la picadura a un humano virémico.
      - El virus se incuba en el mosquito durante unos 10 días y se vuelve capaz de infectar al huésped humano ingenuo con la siguiente picadura.
    - **El período de incubación promedio** en humanos es **de 3-7 días (rango 1-12 días)**.
    - Las tasas de ataque en la epidemia reciente oscilan entre un 36 % y un 63 %.
- Otros modos de transmisión:
  - Transmisión vertical (de uno de los padres al feto o neonato):

**REVISIÓN SISTEMÁTICA** □ [PLoS Negl Trop Dis 2018 Jun;12\(6\):e0006510](#)

Es posible que el riesgo de transmisión vertical del virus del chikunguña sea de alrededor de un 12,5 %, y las infecciones durante el parto estén asociadas con un riesgo más alto que las infecciones preparto o periparto.

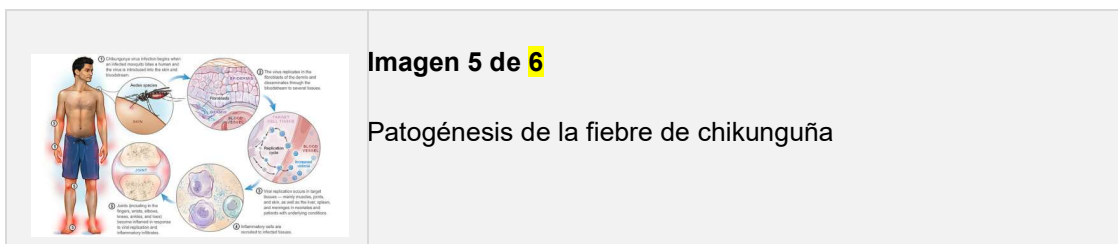
[Detalles del Estudio](#)

- No hay pruebas de transmisión durante la lactancia materna. <sup>1</sup>

- En un informe de caso, **el virus del chikunguña se detectó** en la leche materna, pero no se transmitió al lactante amamantado ([Pediatr Infect Dis J 2017 Oct; 36\(10\):1015](#)).
- **Transmisión por transfusión:**
  - No se han publicado informes de transmisión por transfusión, pero el riesgo de transfusión se estima en hasta 150 por cada 10 000 donaciones durante los brotes ([Transfus Med Rev 2010 Jan; 24\(1\):15](#)).
  - Según informes, se detectó el virus del chikunguña mediante ensayo de amplificación mediada por transcripción en 3 de los 557 (0.54%) donantes de sangre asintomáticos de Puerto Rico durante el brote caribeño 2014-2015 ([Emerg Infect Dis 2015 Aug; 21\(8\):1409](#)).
- Es posible que haya transmisión nosocomial.
  - Posible transmisión a los trabajadores de la salud después del contacto con la sangre de un paciente infectado ([Emerg Infect Dis 2006 Oct; 12\(10\):1493](#)).
  - Se detecta el virus del chikunguña en los injertos de córnea de donantes aparentemente no infectados, pero virémicos durante un brote ([J Infect Dis 2012 Sep 15;206\(6\):851](#)).

## Patogénesis

- Después de la transmisión: <sup>3</sup>
  - El virus se replica en la piel y se disemina probablemente a través de la sangre.
  - Entre los tejidos diana (basados en estudios en humanos, animales e in vitro) se encuentran:
    - Fibroblastos de la piel, las articulaciones y los músculos (principales objetivos)
    - Células endoteliales hepáticas
    - Células estromales del bazo
    - Células endoteliales y epiteliales del cerebro
  - Las células infectadas sufren rápidamente la muerte celular apoptótica.
- La enfermedad clínica coincide con el pico de la viremia (alrededor del 2do al 4to día) y la inducción de la respuesta inmunitaria innata. <sup>3</sup>



## Respuesta inmunitaria

- La inmunidad innata parece desempeñar un papel esencial en el control de la enfermedad, y está respaldada por: <sup>3</sup>
  - El marcado aumento de los interferones tipo I (IFN-alfa e IFN-beta) con viremia
  - La eliminación viral en 4-7 días, antes de la activación de la respuesta inmunitaria adaptativa
  - La ausencia de aumento de la gravedad de la enfermedad en pacientes con déficits inmunitarios adaptativos, como el VIH
- La inmunidad protectora después de la infección, que se cree que es de larga duración, está respaldada por:
  - La detección de anticuerpos neutralizantes en humanos tras la resolución de la enfermedad
  - La transferencia pasiva de estos anticuerpos protege a los modelos de ratón contra la infección letal
  - Referencias - <sup>1,3</sup> [J Infect Dis 2009 Aug 15; 200\(4\):516](#)
- Las respuestas inmunitarias adaptativas no han sido bien estudiadas; pueden desempeñar un papel en el desarrollo de la artritis persistente, posiblemente debido a la reactividad cruzada entre los antígenos del virus y los del huésped (<sup>3</sup>, [\(Biomed Res Int 2013; 2013:973516\)](#)).

## Antecedentes y Examen Físico

### Presentación clínica

- La infección es sintomática aguda en la mayoría de los pacientes (72 %-97 %) <sup>1,6</sup>
- Los síntomas surgen de 3 a 7 días después de la infección y característicamente incluyen <sup>1</sup>
  - Fiebre alta
  - Artralgias o artritis graves
  - Erupción maculopapular o petequiral
- La enfermedad suele ser autolimitada y se resuelve **aproximadamente en 10 días**. <sup>1</sup>
- La enfermedad grave con afectación de órganos es poco frecuente.
  - Entre los factores de riesgo de enfermedad grave encontramos la edad extrema y las afecciones médicas subyacentes
  - La enfermedad neurológica es la que se reporta con mayor frecuencia, afectando hasta el 25 % **de aquellos que tienen una enfermedad grave**, con manifestaciones como:
    - Convulsiones
    - Meningoencefalitis
    - Encefalopatía
    - Encefalomiелitis desmielinizante aguda (ADEM)

- Mielorradiculopatía
- Síndrome de Guillain-Barré
- Parálisis de los nervios craneales
- Otros sitios de afectación de órganos reportados incluyen
  - Afectación cardíaca como miocarditis y pericarditis
  - Afectación ocular como neuritis óptica, uveítis, conjuntivitis, retinitis y desprendimiento de retina
  - Afectación renal como nefritis e insuficiencia renal aguda
  - Síndrome hiperferritinémico **con síndrome de activación macrofágica** y síndrome antifosfolípido catastrófico
  - Linfadenopatía
  - Otras manifestaciones, como lesiones ampulosas de la piel, necrosis cutánea, discrasia hemorrágica, hepatitis, nefritis, pancreatitis, insuficiencia suprarrenal e insuficiencia respiratoria
- Referencias - [14. Trans R Soc Trop Med Hyg 2010 Feb;104\(2\):89, CDC 2015 Aug 3, \(J Travel Med 2015 Jul-Aug;22\(4\):272\)](#)
- Es posible que algunos pacientes desarrollen síntomas persistentes que pueden durar meses o años después de la infección, pero se desconoce la proporción exacta.

## Antecedentes

### Principal Preocupación (PP)

- Los síntomas que se presentan, según los datos de la serie de casos, incluyen: [1](#)
  - Fiebre del 76 % al 100 %
  - Poliartralgias del 71 % al 100 %
  - Erupción cutánea del 28 % al 77%
  - Mialgias del 46 % al 72 %
  - Dolor de cabeza del 17 % al 74 %
  - Náuseas del 50 % al 60 %
  - Vómitos del 4 % al 59%
  - Dolor de espalda del 34 % al 50 %
  - Poliartritis del 12 % al 32 %
  - Conjuntivitis del 3 % al 56 %

**ESTUDIO DE COHORTE** □ [MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2014 Dec 5;63\(48\):1121](#)

**ESTUDIO DE COHORTE** □ [Infect Dis Rep 2012 Ene; 2\(4\):e5](#)

**ESTUDIO DE COHORTE** □ [Trop Med Int Health 2010 Mayo; 15\(5\):600](#)

**ESTUDIO DE COHORTE** □ [PLoS Negl Trop Dis 2013; 7\(1\):e2004](#)

**Es posible que la combinación de fiebre y artralgia sirva de factor de predicción de la infección por virus del chikunguña en lugares donde ha habido brotes**

[Detalles del Estudio](#)

### **Antecedentes de la Enfermedad Actual (HPI)**

- Fiebre: [1](#)
  - A menudo > 102 grados F (39 grados C)
  - Por lo general, dura de varios días a 1 semana
- Síntomas articulares: [1](#)
  - Generalmente, bilateral y simétrica
  - Con mayor frecuencia afecta a las manos y los pies (pero puede afectar a cualquier articulación)
  - La hinchazón puede estar presente y asociada con tenosinovitis
  - Dolor a menudo incapacitante, impidiendo las actividades de la vida diaria
- Sarpullido: [1](#)
  - Por lo general, ocurre de 2 a 5 días después de la aparición de la fiebre
  - La mayoría de las veces maculopapular, que afecta el tronco y las extremidades
  - Puede ser petequial
  - Puede ser vesiculopapular en lactantes

### **Antecedentes sociales (SH)**

- **Preguntar sobre** viajes recientes a zonas endémicas o epidémicas, tales como: [1, 2, 3, 4](#)
  - África tropical y subtropical
  - Sur y Sudeste Asiático
  - Islas del Océano Índico y del Océano Pacífico
  - América Central, el Caribe o América del Sur
- **Preguntar sobre la** exposición a los mosquitos. [1, 2, 3, 4](#)

## **Examen Físico**

### **Examen Físico General**

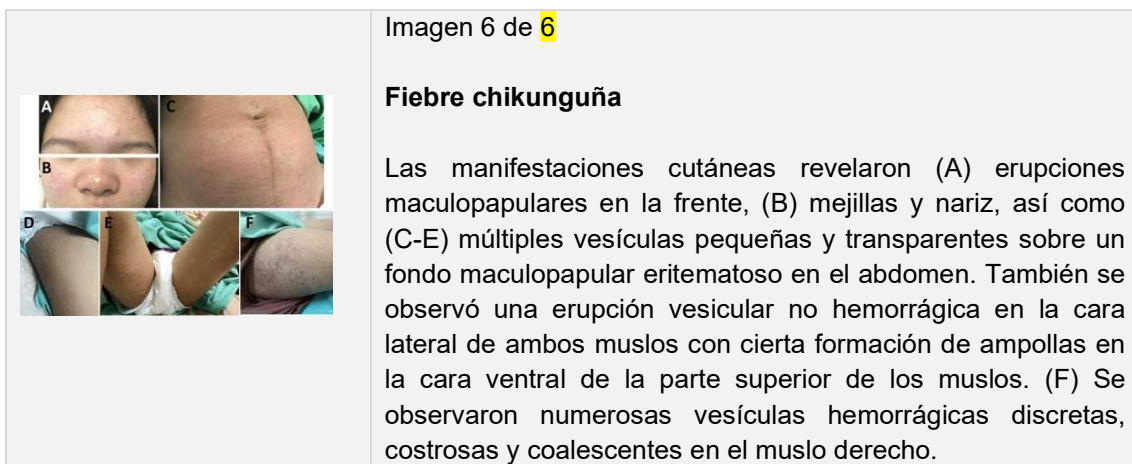
- Evaluar por: [1](#)
  - Fiebre, que a menudo es > 102 grados F (39 grados C) y puede estar acompañada de bradicardia relativa
  - Signos y síntomas de deshidratación en [lactantes y niños](#) y [en adultos](#)

### **Musculoesquelético**

- Evaluar la artritis, que por lo general es bilateral y simétrica y afecta con mayor frecuencia las articulaciones pequeñas distales que las articulaciones grandes proximales. <sup>1</sup>
- La artralgia sin artritis es más frecuente. <sup>1</sup>

## Piel

- Evaluar la erupción cutánea <sup>1</sup>
  - La erupción maculopapular, que es la forma más común, por lo general aparece en el tronco y las extremidades y a menudo es transitoria (con una duración de 2 a 3 días)
  - Erupción petequial
  - Erupción vesiculopapular, más frecuente en lactantes
  - Erupción descamativa, erupción vasculítica y úlcera aftosa (rara vez se informa)



## Diagnóstico

### Para hacer el diagnóstico

- Sospechar de infección por virus del chikunguña (IVC) en pacientes con fiebre, artralgia o artritis, y antecedentes de viaje o residencia en áreas endémicas o epidémicas dentro de los 15 días anteriores a la aparición de los síntomas. <sup>1,2</sup>
- La infección por virus de chikunguña se puede confirmar con cualquiera de las pruebas siguientes: <sup>1</sup>
  - Reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR) en sangre o suero; apropiada para la fase aguda de la enfermedad con viremia generalmente detectable desde el 1º al 8º día, alcanzando su punto máximo entre el 2º y 4º día
  - Serología, mediante la presencia de IgM en muestras en la fase aguda o un aumento 4 veces mayor de los títulos de IgG en muestras emparejadas de la fase aguda y la fase convaleciente



- [Aislamiento viral](#), que requiere laboratorio de 3<sup>er</sup> nivel de bioseguridad y puede utilizarse durante la fase aguda de la enfermedad
- Serología y/o RT-PCR en muestras de [líquido cefalorraquídeo](#) de pacientes con afectación del sistema nervioso central
- En los Estados Unidos, comuníquese con el [departamento de salud estatal](#) para facilitar las pruebas en los [Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades](#) u otros centros.

**ESTUDIO DE COHORTE** □ [J Am Geriatr Soc 2018 Sep; 66\(9\):1768](#)

**Un diagnóstico erróneo de la infección por virus del chikunguña puede ser más frecuente en pacientes ≥ 65 años de edad que acuden al servicio de urgencias durante el brote de IVC**

[Detalles del Estudio](#)

## Diagnóstico Diferencial

- [Infecciones por los virus del Zika y del dengue:](#)
  - Es importante descartar o evaluar la infección concurrente por el virus del [dengue](#), que es transmitido por el mismo mosquito vector y requiere un tratamiento más agresivo. También es importante descartar o evaluar la infección por virus del Zika, que es transmitido por los mismos mosquitos vectores y comparten una distribución geográfica similar. <sup>1, 6</sup>

### **[Tabla 3. Comparación de la frecuencia de los síntomas reportados](#)**

- Recomendaciones de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para diferenciar entre las infecciones por chikunguña, dengue y zika:
  - Manifestaciones asociadas a la infección por el virus del chikunguña:
    - Artralgia ([Fuerte certeza de las pruebas, según la OPS](#))
    - Artritis, mialgias o dolor óseo, erupción cutánea y conjuntivitis ([Certeza moderada de las pruebas, según la OPS](#))
    - Hemorragia de la piel y/o de las membranas mucosas ([Baja certeza de las pruebas, según la OPS](#))
  - Manifestaciones asociadas al dengue:
    - Trombocitopenia, aumento progresivo de hematocritos y leucopenia ([Certeza alta de las pruebas, según la OPS](#))
    - Anorexia o hiporexia, vómitos, dolor abdominal, escalofríos y hemorragias ([Certeza moderada de las pruebas, según la OPS](#))
    - Dolor retroorbitario, hepatomegalia, cefalea, diarrea, disgeusia (trastorno del gusto), tos, transaminasas elevadas, prueba de



- torniquete positiva ([Baja certeza de las pruebas, según la OPS](#))
  - Manifestaciones asociadas con la infección por el virus del Zika:
    - Prurito ([Fuerte certeza de las pruebas, según la OPS](#))
    - Erupción cutánea y conjuntivitis ([Certeza moderada de las pruebas, según la OPS](#))
    - Adenopatías y faringitis u odinofagia ([Baja certeza de las pruebas, según la OPS](#))
  - Referencia: Directrices de la OPS sobre el diagnóstico clínico y el tratamiento del dengue, chikunguña y zika ([PAHO 2022 Mar 24 PDF](#)) o en [español](#). Publicado también en [Rev Panam Salud Publica 2022; 46:e82](#) [en español]
- Entre otras infecciones en el diagnóstico diferencial encontramos:
  - [Paludismo](#) <sup>1</sup>
  - [Leptospirosis](#) <sup>1</sup>
    - Se presenta con mayor frecuencia con mialgia grave de la pantorrilla, sufusión conjuntival (enrojecimiento de la conjuntiva que se asemeja a la conjuntivitis, pero sin exudados inflamatorios) e ictericia
    - Resultados de la exposición a agua contaminada u orina/tejido animal
  - Infección con otros **virus** que se sabe que causan artralgia (varía según la geografía):
    - [Virus del bosque de Barmah](#) (Australia)
    - Virus mayaro (Centroamérica y Sudamérica y México)
    - **Virus de Oropouche** (América del Sur, Centroamérica y el Caribe)
    - O'nyong nyong (África subsahariana)
    - [Virus del río Ross](#) (Australia y Oceanía)
    - Virus sindbis (Europa, África, Asia, Medio Oriente, India, Filipinas y Australia)
    - Véase también [Artritis Viral](#)
- Otras formas de artritis:
  - [Fiebre reumática](#)
  - [Artritis reumatoide juvenil](#) **y enfermedad de Still**
  - [Lupus eritematoso sistémico](#)

### Descripción general de las pruebas

- [Los análisis de sangre](#) de rutina pueden mostrar linfopenia y trombocitopenia.
- Entre las opciones de pruebas diagnósticas se encuentran:
  - [Reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa](#) (RT-PCR) en sangre o suero:
    - La RT-PCR es útil en fase aguda.

- La viremia es por lo general detectable desde el 1er día hasta el 8vo, con un pico al 2do – 4to día.
- Serología, mediante cualquiera de lo siguiente:
  - Presencia de IgM en la muestra de fase aguda
  - Títulos de IgG cuatro veces más altos en muestras emparejadas de la fase aguda y la fase convaleciente
- El aislamiento viral puede realizarse en muestras de suero ≤ 8 días después de la aparición de la enfermedad, pero requiere un laboratorio de nivel 3 de bioseguridad
- Análisis del líquido cefalorraquídeo (LCR) en pacientes con afectación del sistema nervioso central:
  - El perfil de LCR puede mostrar proteínas elevadas, glucosa normal y pleocitosis.
  - Las opciones de pruebas diagnósticas para el LCR incluyen serología y RT-PCR.
- En los Estados Unidos, comuníquese con el departamento de salud estatal para facilitar las pruebas en los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades u otros centros.

## Análisis de sangre

### Hallazgos generales de laboratorio

- Los análisis de sangre de rutina pueden mostrar [1.4.5](#)
  - Linfopenia (frecuente)
  - Trombocitopenia (frecuente)
  - Hipocalcemia
  - Leucopenia
  - Anemia
  - Creatinina elevada y creatinina quinasa elevada
  - Elevado nivel de proteína C reactiva
  - Transaminasas hepáticas elevadas
  - Velocidad de sedimentación globular elevada

**ESTUDIO DE COHORTE** □ [Clin Infect Dis 2007 Jun 1; 44\(11\):1401](#)

**ESTUDIO DE COHORTE** □ [J Child Neurol 2008 Sep; 23\(9\):1028](#)

**La infección por virus del chikunguña se asocia con la linfopenia y la trombocitopenia en niños y adultos**

[Detalles del Estudio](#)

### Reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR)

- **La RT-PCR es** útil en la fase aguda [1.3](#)
- **Se puede realizar** en muestras de suero o sangre [1.6](#)

- La viremia es por lo general detectable desde el 1º hasta el 8º día (puede ser detectable hasta el 12º día), y alcanzar un pico al 2º – 4º día, coincidiendo con enfermedades clínicas agudas. <sup>1,3</sup>
- Realización de pruebas de RT-PCR:

#### ESTUDIO DIAGNÓSTICO DE COHORTE □ [Lancet Infect Dis 2022 Sep;22\(9\):1356](#)

El BioFire Global Fever Panel (GF Panel) basado en ácidos nucleicos para 19 patógenos utilizando sangre entera puede tener una sensibilidad del 100 % y una especificidad del 99,9 % para detectar el virus del chikunguña en pacientes que presentan fiebre en los últimos 2 días [Nivel 2 de DynaMed]

[Detalles del Estudio](#)

#### ESTUDIO DE COHORTE □ [Emerg Infect Dis 2007 May;13\(5\):764](#)

Es posible que la RT-PCR cuantitativa detecte la presencia de viremia en muestras de suero en la fase aguda de pacientes con infección por virus del chikunguña, pero no en muestras de la fase convaleciente

[Detalles del Estudio](#)

#### Serología

- Las pruebas serológicas están disponible en los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, algunos laboratorios estatales y algunos laboratorios comerciales ([Am J Trop Med Hyg 2016 Jul 6; 95\(1\):182](#)).
- El diagnóstico se puede hacer mediante pruebas de laboratorio para detectar anticuerpos específicos contra el virus del chikunguña, a través de cualquiera de lo siguiente: <sup>1</sup>
  - Presencia de IgM en muestras de la fase aguda ≥ 4 días del inicio de la enfermedad
    - Ensayo de inmunoadsorción enzimática (ELISA) es la prueba inicial
    - El ELISA positivo desencadena la confirmación del laboratorio mediante pruebas de neutralización por reducción de placas (PRNT) para eliminar posibles falsos positivos debido a la reactividad cruzada entre el virus del chikunguña y el virus del bosque de Semliki, y los virus antigénicos complejos (O'nyong-nyong, Mayaro, Ross River, Barmah, Sindbis).
  - Aumento 4 veces mayor de los títulos de IgG en muestras emparejadas de la fase aguda y la fase convaleciente que se consideran diagnósticas
- Realización de pruebas serológicas:

## REVISIÓN SISTEMÁTICA □ [PLoS Negl Trop Dis 2022 Feb; 16\(2\):e0010152](#)

Los ensayos para detectar anticuerpos o antígenos contra el chikunguña en la sangre pueden tener un alto nivel de sensibilidad y especificidad [Nivel 2 de DynaMed]

### [Detalles del Estudio](#)

#### Aislamiento del virus

- Por lo general, **el virus de chikunguña solo se puede aislar** en la fase aguda ( $\leq 8$  días después de la aparición de la enfermedad). <sup>1</sup>
- **Para aislar el virus de chikunguña** se requiere laboratorio de nivel 3 de bioseguridad. <sup>1</sup>

#### Análisis del líquido cefalorraquídeo (LCR)

- El perfil de LCR puede mostrar niveles elevados de proteínas, glucosa normal y pleocitosis en pacientes con afectación neurológica
  - El análisis del LCR mostró niveles elevados de proteínas, niveles normales de glucosa y pleocitosis en 23 pacientes **con infección por virus de chikunguña** que presentaban un estado mental alterado ([Rev Neurol \(París\) 2009 Jan; 165\(1\):48](#) [en francés]).
  - **Según reportes, entre** los 20 pacientes **con infección por virus de chikunguña** que presentaban un estado mental alterado (confusión, desorientación, somnolencia y delirio) **se observó que** el 85 % tenía elevados niveles de proteína en el LCR y el 45 % **presentaba** recuentos celulares totales (principalmente linfocitos y células mononucleares) de más de 5 células/mm<sup>3</sup> ([J Assoc Physicians India 2007 Nov; 55:765](#)).
- Entre las pruebas diagnósticas disponibles para el LCR encontramos: <sup>1</sup>
  - Pruebas serológicas para IgM específica del virus del chikunguña
  - Reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR) **para el ARN del virus del chikunguña.**

#### Estudios por imagen

- **Se reportaron** hallazgos de neuroimagen en pacientes con afectación del sistema nervioso central:
  - Hemorragias cerebrales y edema o lesión con realce de anillo en ganglios basales izquierdos en 2 pacientes que presentaban **infección por virus de chikunguña y** un estado mental alterado en la tomografía computarizada ([J Assoc Physicians India 2007 Nov; 55:765](#)).
  - **Se reportaron** múltiples lesiones de la sustancia blanca en las regiones subcortical, periventricular y gangliocapsular en 1 paciente que presentaba encefalomielitis difusa aguda en

imágenes de resonancia magnética después de la fiebre de chikunguña ([J Assoc Physicians India 2008 Jun; 56:473](#))

## Tratamiento

### Visión general de la gestión

- No se dispone de una terapia antiviral específica y el tratamiento de apoyo es la base del tratamiento.
- El manejo de la infección aguda por el virus de chikunguña se centra en el reposo, el control del dolor y la fiebre, y una hidratación adecuada.
  - Use acetaminofén (paracetamol) o metamizol (dipirona) para el tratamiento inicial de los síntomas, en lugar de medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINE) hasta que se excluya el dengue debido al riesgo de complicaciones hemorrágicas, antihistamínicos o corticosteroides.
  - Evite usar aspirina debido al riesgo de síndrome de Reye en niños y adolescentes. <sup>1</sup>
  - Más adelante, en el curso de la infección, para el dolor que no se alivia con los AINE, se han utilizado narcóticos o corticosteroides a corto plazo en series de casos ([PLoS Negl Trop Dis 2009;3\(3\):e389](#)).
  - Se recomienda la rehidratación oral en pacientes ambulatorios, mientras que la terapia con líquidos intravenosos puede ser necesaria en pacientes con enfermedades arbovirales graves.
- No se ha establecido el tratamiento óptimo para la enfermedad articular persistente, pero se han utilizado AINE, opioides, esteroides, agentes antirreumáticos modificadores de la enfermedad como el metotrexato, así como fisioterapia en series de casos. <sup>1</sup>

## Infección Aguda

### Recomendaciones de Organizaciones Profesionales

- Recomendaciones de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) sobre el tratamiento de los síntomas en pacientes con infección por el virus de chikunguña:
  - Se recomienda acetaminofén (paracetamol) o metamizol en lugar de fármacos antiinflamatorios no esteroideos (AINE) hasta que se excluya el dengue, debido al riesgo de hemorragia, antihistamínicos o esteroides para el manejo sintomático inicial ([Recomendación condicional de la OPS, certeza de la evidencia muy baja a baja](#)).
  - Dosificación de acetaminofén:
    - Dosificación pediátrica: 10 mg/kg de peso corporal por vía oral cada 6 horas (dosis diaria máxima de 60 mg/kg)

- Dosificación en adultos: 500 mg por vía oral cada 6 horas (dosis diaria máxima de 4 g)
- Dosificación de metamizol:
  - Dosificación pediátrica: 10 mg/kg de peso corporal por vía oral cada 6 horas
  - Dosificación en adultos: 500 mg por vía oral cada 6 horas
- Referencia - Directrices de la OPS sobre el diagnóstico clínico y el tratamiento del dengue, chikunguña y Zika ([PAHO 2022 Mar 24 PDF](#)) o en [español](#), también publicado en [Rev Panam Salud Publica 2022;46:e82 \[Español\]](#)
- Directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre el tratamiento clínico de las enfermedades arbovirales, incluyendo el dengue, chikunguña, zika y fiebre amarilla:
  - Los médicos a menudo pueden manejar a los pacientes con sospecha de enfermedades arbovirales sin la certeza de un diagnóstico definitivo, debido a los síntomas compartidos de las enfermedades arbovirales que circulan conjuntamente y, a menudo, a la falta de pruebas en el punto de atención para diferenciarlas. Por lo tanto, las siguientes recomendaciones consideran los beneficios y los daños de las intervenciones en todas las enfermedades arbovirales para incluir el dengue, chikunguña, zika y fiebre amarilla.
  - Debido a la heterogeneidad de las definiciones de caso en estas infecciones virales, se utiliza la siguiente clasificación simplificada:
    - Enfermedad grave: pacientes que requieren hospitalización basada en la evaluación clínica, incluyendo la evaluación de los signos de advertencia y las complicaciones existentes
    - Enfermedad no grave: pacientes sin características de enfermedad grave y que pueden ser manejados como pacientes ambulatorios
  - Tratamiento para pacientes ambulatorios con enfermedades arbovirales sospechadas o confirmadas no graves:
    - Monitorear la rehidratación y prevenir la deshidratación en todos los pacientes.
      - La hidratación debe mantenerse con líquidos orales, ya sea a discreción del paciente ("no protocolizada") o mediante el uso de una taza de líquido de volumen conocido y registros detallados de la ingesta de líquidos durante períodos de 24 horas ("protocolizada"). La OMS sugiere líquido oral protocolizado ([Recomendación condicional de la OMS, Baja certeza de las pruebas](#)).

Se desconoce el beneficio de la ingesta de líquidos protocolizada sobre la no protocolizada; la evidencia es extremadamente limitada y de importancia poco clara ([PLoS One 2017;12\(10\):e0183544](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0183544)).

- Para mantener la hidratación, los volúmenes de líquidos necesarios dependen de la edad del paciente y de las condiciones médicas subyacentes que puedan afectar la homeostasis de los líquidos, como la insuficiencia cardíaca o la enfermedad renal.
- Considere el uso de acetaminofén (paracetamol) para el tratamiento del dolor y/o la fiebre ([Recomendación condicional de la OMS, Baja certeza de las pruebas](#)). Esta recomendación no se aplica a los pacientes con fiebre amarilla, y se debe tener precaución en los pacientes con enfermedad hepática preexistente o de reciente aparición o transaminitis.
- Considere el uso de metamizol (dipirona) para el tratamiento del dolor y/o la fiebre ([Recomendación condicional de la OMS, Baja certeza de las pruebas](#)). El metamizol tiene una disponibilidad geográfica y una aprobación regulatoria limitadas.
- No utilice medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINE) en pacientes con enfermedad arboviral aguda sospechada o confirmada, independientemente de la gravedad ([Fuerte recomendación de la OMS, Baja certeza de las pruebas](#)).
  - Si el paciente está en terapia establecida con AINE por otras razones, base la decisión de continuar en el equilibrio anticipado de riesgo/beneficio.
  - En la infección confirmada por el virus de chikunguña o Zika, se pueden considerar los AINE para la artralgia y la inflamación.
- Considere no usar corticosteroides ([Recomendación condicional de la OMS, Baja certeza de las pruebas](#)). En los pacientes en terapia establecida con corticosteroides por otras razones, base la decisión de continuar con el equilibrio anticipado de riesgo/beneficio.
- Recomendaciones adicionales para pacientes hospitalizados con enfermedades arbovirales graves sospechadas o confirmadas:
  - Para los pacientes que requieren tratamiento con líquidos intravenosos, considere el uso de líquido cristalino en lugar de líquido coloidal ([Recomendación condicional de la OMS, Baja certeza de las pruebas](#)).

- Utilice el tiempo de llenado capilar para guiar el manejo de líquidos intravenosos además de la atención/monitoreo estándar ([Fuerte recomendación de la OMS, Baja certeza de las pruebas](#)).
- Utilice la medición de lactato para guiar el manejo de líquidos intravenosos además de la atención estándar en pacientes que están recibiendo líquidos intravenosos ([Fuerte recomendación de la OMS, Certeza moderada de las pruebas](#)).
  - La medición e interpretación del lactato deben ocurrir junto con el monitoreo sistemático del paciente.
  - El lactato no es útil para el monitoreo de líquidos en el contexto de la insuficiencia hepática, incluyendo la fiebre amarilla.
- No hay pruebas disponibles para guiar definitivamente el uso de corticosteroides o IVIG en pacientes con enfermedades arbovirales graves sospechadas o confirmadas. El uso y el momento de las transfusiones de plaquetas deben considerarse en base a la necesidad de minimizar el sangrado espontáneo y/o activo. La OMS sugiere no utilizar rutinariamente estos tratamientos ([Recomendación condicional de la OMS, evidencia de muy baja certeza](#)).
- Específicamente para la fiebre amarilla: Se puede usar N-acetilcisteína IV para el tratamiento de pacientes con insuficiencia hepática debido a fiebre amarilla probable o confirmada ([Recomendación condicional de la OMS, evidencia de muy baja certeza](#)).
- Referencia: Guía de la OMS sobre el manejo clínico de las enfermedades arbovirales: dengue, chikunguña, zika y fiebre amarilla ([WHO 2025 Jul 4](#))

## Entorno de tratamiento

**ESTUDIO DE COHORTE** [Clin Infect Dis 2007 Jun 1; 44\(11\):1401](#)

**La hospitalización puede ser necesaria en > 60 % de los pacientes con infección por el virus del chikunguña**

[Detalles del Estudio](#)

## Enfermedad Articular Crónica Persistente

- No se ha establecido un tratamiento óptimo para la enfermedad articular persistente, pero se han utilizado fármacos antiinflamatorios no esteroideos (AINE), narcóticos o fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FARME).<sup>1</sup>



**REVISIÓN SISTEMÁTICA** [Arthritis Care Res \(Hoboken\) 2018 Oct;70\(10\):1501](#)

**La adición de metotrexato más sulfasalazina a la hidroxicloroquina podría mejorar la respuesta al tratamiento en pacientes con artritis crónica por chikunguña y respuesta inadecuada a la monoterapia con hidroxicloroquina [Nivel 2 de DynaMed]**

[Detalles del Estudio](#)

**SERIE DE CASOS** [Joint Bone Spine 2009 Dec;76\(6\):654](#)

**No hay suficientes pruebas para evaluar la eficacia de los FARME en pacientes con artritis reumatoide después de una infección aguda por chikunguña**

[Detalles del Estudio](#)

- Se informó que el tratamiento con colchicina mejoró los síntomas en una paciente de 69 años con artralgia persistente debido a la infección por el virus chikunguña en un informe de caso ([Open Forum Infect Dis 2016 May 30;3\(2\):ofw114](#)).
- Medicamentos con evidencia insuficiente para apoyar su uso:

**ESTUDIO DE COHORTE** [J Infect Dev Ctries 2008 Apr 1;2\(2\):140](#)

**La ribavirina no parece ser eficaz para el tratamiento de la artritis grave y persistente por chikunguña [Nivel 2 de DynaMed]**

[Detalles del Estudio](#)

**ENSAYO ALEATORIO** [Vector Borne Zoonotic Dis 2008 Dec;8\(6\):837](#)

**La cloroquina durante la infección aguda por chikunguña no parece reducir las tasas de artralgia aguda o persistente [Nivel 2 de DynaMed]**

[Detalles del Estudio](#)

- La actividad puede mejorar los síntomas crónicos.

**ENSAYO ALEATORIO** [Clin Rehabil 2019 Oct;33\(10\):1614](#)

**Los pilates pueden aliviar el dolor, la función y la calidad de vida en adultos con infección crónica por el virus de chikunguña [Nivel 2 de DynaMed]**

[Detalles del Estudio](#)

## Complicaciones y Pronóstico

## Pronóstico

### Enfermedades subagudas y crónicas

- Algunos pacientes desarrollan síntomas subagudos o crónicos <sup>1</sup>
  - Los síntomas subagudos **son los que se producen** entre los 10 días y 3 meses.
  - Los síntomas crónicos persisten > 3 meses
- Los síntomas reportados incluyen: <sup>1</sup>
  - Síntomas articulares, como la poliartritis distal, el empeoramiento del dolor en articulaciones previamente lesionadas y la tenosinovitis hipertrófica, a menudo en muñecas y tobillos
  - Fenómenos vasculares, como el síndrome de Raynaud
  - Fatiga
  - Depresión
- Las tasas reportadas de síntomas persistentes varían.

**REVISIÓN SISTEMÁTICA** ? [Trans R Soc Trop Med Hyg 2018 Jul 1;112\(7\):301](#)

**La prevalencia de síntomas crónicos que duran  $\geq$  3 meses, alrededor del 43 % en pacientes con infección por el virus del chikunguña**

[Detalles del Estudio](#)

**REVISIÓN SISTEMÁTICA** ? [Arthritis Care Res \(Hoboken\) 2016 Dec;68\(12\):1849](#)

**La prevalencia del reumatismo inflamatorio crónico puede ser de al menos el 25 % después de la infección por el virus del chikunguña**

[Detalles del Estudio](#)

**ESTUDIO DE COHORTE** ? [PLoS Negl Trop Dis 2012; 6\(2\):e1517](#)

**La prevalencia de enfermedad subaguda 17 % a los 30 días después de la infección por el virus del chikunguña**

[Detalles del Estudio](#)

- **Factores asociados a los síntomas prolongados/persistentes**

**ENSAYO ALEATORIZADO** ? [Arthritis Res Ther 2013 ene 9; 15\(1\):R9](#)

**La edad, la gravedad de los síntomas articulares iniciales y los títulos de IgG específicos al chikunguña se asocian con el dolor musculoesquelético prolongado después de la infección por el virus del chikunguña**

[Detalles del Estudio](#)

**ESTUDIO DE COHORTE** ? [PLoS Negl Trop Dis 2009; 3\(3\):e389](#)

**Una edad  $\geq 45$  años y enfermedad articular preexistente se asocian con un mayor riesgo de síntomas reumáticos persistentes en pacientes con infección por el virus del chikunguña**

[Detalles del Estudio](#)

## **Morbilidad y Mortalidad**

- La enfermedad puede ser más grave en los extremos de la edad. <sup>1,3</sup>
  - Los neonatos que adquieren la infección verticalmente tienen más probabilidades de tener:
    - Meningoencefalitis
    - Afectación miocárdica
    - Enfermedad hemorrágica
    - Discapacidad a largo plazo

**ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES** <sup>?</sup> [PLoS Negl Trop Dis 2014 Jul;8\(7\):e2996](#)

**Se ha notificado un aumento de la incidencia de retraso en el desarrollo neurológico en niños con infección por el virus del chikunguña de transmisión vertical**

[Detalles del Estudio](#)

**ESTUDIO DE COHORTE** <sup>?</sup> [Epidemiol Infect 2009 Abr; 137\(4\):534](#)

**La enfermedad subyacente y el aumento de la edad se asocian con un mayor riesgo de enfermedad atípica y mortalidad en pacientes con infección por el virus del chikunguña**

[Detalles del Estudio](#)

- La tasa estimada de letalidad de los casos es de aproximadamente 1000. <sup>1,3</sup>

**ESTUDIO DE COHORTE** <sup>?</sup> [Lancet Infect Dis 2024 May;24\(5\):504](#)

**La mortalidad natural por todas las causas fue aproximadamente del 0,25 % en las primeras 12 semanas y del 0,9 % durante los 2 años posteriores a la infección sintomática por virus de chikunguña en Brasil**

[Detalles del Estudio](#)

**ESTUDIO DE COHORTE** <sup>?</sup> [Crit Care Med 2008 Sep; 36\(9\):2536](#)

**La mortalidad 48,5% en pacientes con infección aguda grave por el virus del chikunguña**

[Detalles del Estudio](#)

**ESTUDIO DE COHORTE** <sup>?</sup> [Neurology 2016 Jan 5;86\(1\):94](#)

Una mortalidad del 16,6 % en pacientes con probable o posible encefalitis se asocia con el virus del chikunguña

[Detalles del Estudio](#)

## Prevención y Detección

### Prevención

- La prevención de las picaduras de mosquitos es fundamental para evitar enfermedades al viajar a regiones endémicas o epidémicas. Consulte el tema Prevención de las picaduras de mosquitos para obtener más detalles.
  - También se debe indicar a las personas infectadas con el virus de chikunguña que eviten los mosquitos durante la fase virémica (primera semana de la enfermedad) para evitar la propagación.
  - Incluso, en el contexto de un viaje coordinado a zonas endémicas y la preparación previa al viaje, muchas personas no siguen las recomendaciones de precaución contra los insectos (como la aplicación de repelente de insectos varias veces al día ([Am J Trop Med Hyg 2016 Jul 6;95\(1\):182](#))).

### Inmunización

- Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) recomiendan la vacunación contra el chikunguña en personas con alto riesgo de exposición al chikunguña, como aquellas que viajan a un área con un brote activo de chikunguña (la información sobre los brotes se puede encontrar en los [CDC](#)) ([CDC 2025 Aug 6](#)).
- La FDA aprobó dos vacunas contra el chikunguña, una vacuna de proteína recombinante (Vimkunya, aprobada en 2025 para personas ≥ 12 años) y una vacuna de virus vivos atenuados (Ixchiq, aprobada en 2023 para adultos); sin embargo, en agosto de 2025, la FDA suspendió la licencia biológica de Ixchiq después de determinar que no era segura y representaba un riesgo para la salud pública ([FDA Safety Communication 2025 Aug 22](#)).

### ASPECTOS IMPORTANTES DE LA PRÁCTICA CLÍNICA

Los médicos pueden considerar abstenerse de administrar la vacuna contra el chikunguña, incluso a personas que viajan a áreas con un brote, debido a los posibles efectos secundarios asociados a la vacuna, particularmente con la vacuna viva atenuada (Ixchiq). Se estima que después de la vacunación contra el chikunguña:

- Aproximadamente 1 de cada 60 receptores tuvo eventos adversos que resultaron en la búsqueda de atención médica o la ausencia al trabajo.

- Aproximadamente 1 de cada 250 receptores desarrolló artritis que duró > 1 mes.

- Vacuna **recombinante** contra el chikunguña (**Vimkunya**):
  - La FDA aprueba el uso de la vacuna recombinante contra el chikunguña (Vimkunya) para la prevención de la enfermedad causada por el virus del chikunguña en pacientes  $\geq 12$  años.
    - La vacuna **recombinante** contra el chikunguña es una vacuna de una sola dosis con partículas similares al virus (VLP) que provoca respuestas inmunitarias específicas al virus de chikunguña (CHIKV).
    - Su eficacia real se basa en 2 ensayos clínicos con 3671 pacientes (**el ensayo 1 con 3258 pacientes de 12 a 64 años y el ensayo 2 con 413 pacientes  $\geq 65$  años**) que recibieron la vacuna recombinante contra el chikunguña frente a un placebo; con tasas de respuesta serológica al 22º día.
    - **La dosificación es una única inyección intramuscular de 0.8 mL.**
    - **Las precauciones incluyen el embarazo (pero se prefiere la vacuna recombinante a la vacuna atenuada viva) y el estado inmunitario alterado, debido a la preocupación por una menor respuesta protectora a la vacuna.**
    - **Actualmente no se recomienda ninguna dosis de refuerzo.**
    - Los efectos adversos en > 10 % de los pacientes de 12 a 64 años **incluyeron** dolor en el sitio de la inyección, fatiga, dolor de cabeza y mialgia; los efectos adversos en > 5 % de los pacientes  $\geq 65$  años **incluyeron** dolor en el sitio de la inyección, mialgia y fatiga.
    - Referencia - [FDA DailyMed 2025 Feb 18](#), [CDC 2025 Aug 6](#)
  - La Comisión Europea autoriza el uso de la vacuna recombinante contra el chikunguña (Vimkunya) para inmunización activa en la prevención de la enfermedad causada por el virus del chikunguña en pacientes  $\geq 12$  años ([EMA Public Assessment Report 2025 Mar 24](#), [EMA Product Information 2025 Mar 24](#))
  - **Eficacia real de Vimkunya:**

**ENSAYO ALEATORIZADO** [Lancet 2025 Mar 27 early online](#)

**Una sola dosis intramuscular de la vacuna con partículas similares al virus de chikunguña (Vimkunya) puede inducir la respuesta serológica en el 98 % de las personas entre 12 y 64 años** [[Nivel 3 de DynaMed](#)]

[Detalles del Estudio](#)

## ENSAYO ALEATORIZADO [\[Lancet 2025 Mar 27 early online\]](#)

**Una sola dosis intramuscular de la vacuna de partículas similares al virus del chikunguña (Vimkunya) parece inducir seroprotección a los 22 días en el 87 % de los adultos sanos  $\geq 65$  años en los Estados Unidos** [\[Nivel 3 de DynaMed\]](#)

### Detalles del Estudio

- Vacuna viva atenuada contra el chikunguña (Ixchiq):
  - La FDA suspendió la licencia biológica para la vacuna contra el chikunguña de virus vivo atenuado (Ixchiq) después de que el Centro de Evaluación e Investigación de Productos Biológicos (CBER) determinó que la vacuna no es segura y que la administración continua representa un riesgo para la salud pública.
    - La vacuna fue previamente aprobada por la FDA para la prevención de la enfermedad causada por el virus del chikunguña en personas  $\geq 18$  años que tienen un alto riesgo de exposición.
    - La decisión se basó en serias preocupaciones de seguridad, ya que la vacuna parece causar una enfermedad similar al chikunguña en los receptores de la vacuna. Los resultados adversos notificados incluyen 1 muerte confirmada por encefalitis directamente atribuible a la vacuna (la reacción en cadena de la polimerasa del líquido cefalorraquídeo fue positiva para la cepa de la vacuna), así como  $\geq 20$  eventos adversos graves, que incluyó 21 hospitalizaciones y 3 muertes en consonancia con una enfermedad similar al chikunguña.
    - El análisis de riesgo-beneficio de CBER indica que, en la mayoría de los escenarios plausibles, los riesgos de Ixchiq superan sus beneficios potenciales.
    - En mayo de 2025, la FDA emitió una comunicación de seguridad recomendando una pausa en el uso de Ixchiq en personas  $\geq 60$  años. El 6 de agosto de 2025, la FDA eliminó esta pausa y actualizó la etiqueta para limitar la indicación a personas con alto riesgo de infección, considerar los riesgos y beneficios de la administración de la vacuna e incluir información sobre posibles efectos adversos graves. El 22 de agosto de 2025, la FDA suspendió la licencia biológica para Ixchiq.
  - Referencia - [CDC 2025 Aug 6, FDA Safety Communication 2025 Aug 22](#)
  - La Comisión Europea autoriza el uso de la vacuna contra el chikunguña (Ixchiq) para inmunización activa en la prevención de la enfermedad causada por el virus del chikunguña en personas  $\geq 18$

años ([EMA Public Assessment Report 2024 Jul 18](#), [EMA Product Information 2024 Jul 18](#)).

- Eficacia real de la Ixchiq:

**ENSAYO ALEATORIZADO** [Lancet Infect Dis 2025 Jan;25\(1\):114](#)

**Una dosis única de la vacuna viva atenuada contra el virus del chikunguña (Ixchiq) parece inducir seroprotección en el 99 % de los adolescentes sanos en Brasil a los 28 días después de la vacunación**

[Nivel 3 de DynaMed]

[Detalles del Estudio](#)

**ENSAYO ALEATORIZADO** [Lancet 2023 Jun 24;401\(10394\):2138](#)

**Es posible que una dosis única de la vacuna viva atenuada contra el virus del chikunguña (Ixchiq) induzca seroprotección en el 99 % de los adultos sanos a los 28 días** [Nivel 3 de DynaMed]

[Detalles del Estudio](#)

## Detección

- No se aplica

## Directrices y Recursos

### Directrices

#### Directrices Internacionales

- Las directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre el manejo clínico de las enfermedades arbovirales: dengue, chikunguña, Zika y fiebre amarilla se pueden encontrar en la [WHO 2025 Jul 4](#).
- Las recomendaciones y conclusiones de la Organización Mundial de la Salud/Instituto Nacional de Alergias y Enfermedades Infecciosas (OMS/NIAID) para la chikunguña en las Américas se pueden encontrar en [J Infect Dis 2016 Dec 15;214\(suppl 5\):S510](#).
- Las directrices de la Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud (OMS/OPS) en colaboración con los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) sobre la preparación y respuesta para la introducción del virus del chikunguña en las Américas se pueden encontrar en CDC 2011 [en inglés], CDC 2011 [en español].

#### Directrices Europeas

- Las directrices del Instituto Nacional Holandés de Salud Pública y Medio Ambiente (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu) (RIVM) sobre chikunguña se pueden encontrar en [RIVM 2015 Aug 23, last updated 2016 Mar 16](#) [en holandés]

- Las directrices francesas de 2014 sobre el tratamiento del chikunguña (presentaciones agudas y persistentes) se pueden encontrar en [Med Mal Infect 2015 Jul; 45\(7\):243](#).

### **Directrices para América Central y del Sur**

- Las directrices de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) sobre el diagnóstico clínico y el tratamiento del dengue, el chikunguña y el zika se pueden encontrar en [PAHO 2022 Mar](#)

### **Artículos de Revisión**

- Las revisiones se pueden encontrar en:
  - [Curr Infect Dis Rep 2022; 24\(12\):217](#)
  - [N Engl J Med 2015 Mar 26;372\(13\):1231](#)
  - [Clin Infect Dis 2009 Sep 15;49\(6\):942](#)
- La revisión sobre el chikunguña en los países asiáticos se puede encontrar en [J Biomed Sci 2021 Dec 2; 28\(1\):84](#).
- Epidemiología:
  - La revisión de la epidemiología del chikunguña en las Américas se puede encontrar en [J Infect Dis 2016 dic 15; 214\(supl 5\):S441](#).
  - La revisión de la historia del chikunguña en Asia y África y su propagación a nuevas regiones se puede encontrar en [J Infect Dis 2016 Dec 15; 214\(supl 5\):S436](#).
  - La revisión de la vigilancia del chikunguña y el dengue durante el primer año (año 2014) de la circulación del virus del chikunguña en Puerto Rico se puede encontrar en [J Infect Dis 2016 Dec 15;214\(supl 5\):S475 full-text](#).
  - La revisión de las políticas de diseminación y control de vectores de los virus del chikunguña y Zika en las Américas se puede encontrar en [Curr Opin Infect Dis 2016 Oct; 29\(5\):467](#).
  - La revisión de la reaparición del chikunguña en las Américas se puede encontrar en [Emerg Infect Dis 2015 Abr; 21\(4\)](#).
- Biología y patogénesis:
  - La revisión del origen y la evolución adaptativa continua del virus del chikunguña se puede encontrar en [Arch Virol 2022 Dic; 167\(12\):2443](#).
  - La revisión de la biología y patogénesis del virus del chikunguña se puede encontrar en [Viruses 2022 Dec 23;15\(1\):doi:10.3390/v15010048](#).
  - La revisión de la epidemiología, la patogénesis y el desarrollo actual de la vacuna contra el chikunguña se puede encontrar en [Viruses 2022 May 5;14\(5\):doi:10.3390/v14050969](#).
  - La revisión de la biología y la patogénesis del virus del chikunguña se puede encontrar en [Lancet Infect Dis 2017 Abr; 17\(4\):e107](#).



- La revisión de la patogénesis del chikunguña se puede encontrar en [J Infect Dis 2016 Dec 15; 214\(supl 5\):S446](#).
- Presentaciones clínicas atípicas
  - La revisión de la relación entre el virus del chikunguña y los riñones se puede encontrar en [Rev Med Virol 2023 Jan; 33\(1\):E2357](#).
  - La revisión de las manifestaciones orales en pacientes con chikunguña se puede encontrar en [PLoS Negl Trop Dis 2021 Jun; 15\(6\):e0009401](#).
  - La revisión de las manifestaciones atípicas de la infección por chikunguña se puede encontrar en [Trans R Soc Trop Med Hyg 2010 Feb; 104\(2\):89](#).
  - El informe de un caso de necrosis cutánea nasal en la fiebre severa por chikunguña se puede encontrar en [Clin Infect Dis 2016 Jan 1; 62\(1\):78](#).
- La revisión de las pruebas de diagnóstico rápido de chikunguña se puede encontrar en [PLoS Negl Trop Dis 2022 Jul; 16\(7\):e0010067](#).
- La revisión del diagnóstico de laboratorio del virus del chikunguña y las fuentes comerciales para ensayos de diagnóstico se pueden encontrar en [J Infect Dis 2016 Dec 15; 214\(supl 5\):S471](#).
- La revisión de los antivirales actuales y prometedores contra el virus del chikunguña se puede encontrar en [Front Public Health 2020; 8:618624](#).
- La revisión de las perspectivas y desafíos en la evaluación del riesgo entomológico y el control vectorial del chikunguña se puede encontrar en [J Infect Dis 2016 Dec 15; 214 \(supl 5\):S459](#).
- La revisión de la infección por el virus del chikunguña: por qué los geriatras de los Estados Unidos deberían estar al tanto de ella se puede encontrar en [J Am Geriatr Soc 2017 Nov; 65\(11\):2529](#).
- La revisión de las enfermedades emergentes transmitidas por vectores se puede encontrar en [Am Fam Physician 2016 Oct 1; 94\(7\):551](#), la corrección se puede encontrar en [Am Fam Physician 2017 Jun 15; 95\(12\):758](#).
- La revisión de los períodos de incubación de las infecciones virales transmitidas por mosquitos se puede encontrar en [Am J Trop Med Hyg 2014 mayo; 90\(5\):882](#).
- La revisión de los resultados neonatales de los arbovirus en el período perinatal se puede encontrar en [Pediatrics 2021 Abr; 147\(4\):doi:10.1542/peds.2020-009720](#).

## Otros recursos

- Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC):
  - La información para proveedores de salud se puede encontrar en [CDC 2024 May 15](#)

- Las instrucciones para enviar las muestras de diagnóstico al Laboratorio de Diagnóstico de Arbovirus de la División de Enfermedades Transmitidas por Vectores se pueden encontrar en [CDC 2025 Jan 13](#).
- La información sobre el formulario de envío de muestras de los CDC se puede encontrar en [CDC 2024 Oct 11](#).

## Búsqueda en MEDLINE

- Para buscar en MEDLINE (chikunguña) con búsqueda dirigida (Consultas clínicas), haga clic en [terapia](#), [diagnóstico](#) o [pronóstico](#)

## Información para el paciente

- Folletos de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades sobre:
  - [Síntomas, diagnóstico y tratamiento](#) o en español
  - [Prevención del chikunguña](#)
- Folleto del [Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades PDF](#)
- Prevención de las picadas de mosquitos:
  - Información de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades sobre:
    - Prevención de las picaduras de mosquitos o en español
    - Control de mosquitos en el hogar o en español
    - Control de mosquitos en una comunidad o en español
  - Folleto sobre consejos para prevenir las picaduras de mosquitos de la Agencia de Protección del Medio Ambiente de los Estados Unidos
  - Informaciones sobre los mosquitos - lista de comprobación para proteger su hogar de [Better Health - Departamento de Salud del Gobierno del Estado de Victoria](#)

## Referencias

### Referencias generales utilizadas

*Las referencias que se relacionan a continuación se emplean en este tema de DynaMed principalmente para apoyar la información básica y como guía cuando se considera que los resúmenes de las pruebas no son necesarios. La mayoría de las referencias se incluyen en el texto junto con los resúmenes de las pruebas.*

1. Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud (OPS / OMS) en colaboración con los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). Preparedness and response for

- chikunguña virus introduction in the Americas. [CDC 2011](#) (en inglés), [CDC 2011](#) (en español).
2. Burt FJ, Rolph MS, Rulli NE, Mahalingam S, Heise MT. chikunguña: a re-emerging virus. [Lancet. 2012 Feb 18;379\(9816\):662-71.](#)
  3. Schwartz O, Albert ML. Biology and pathogenesis of chikunguña virus. [Nat Rev Microbiol. 2010 Jul;8\(7\):491-500.](#)
  4. Thiberville SD, Moyon N, Dupuis-Maguiraga L, et al. chikunguña fever: epidemiology, clinical syndrome, pathogenesis and therapy. [Antiviral Res. 2013 Sep;99\(3\):345-70.](#)
  5. Morens DM, Fauci AS. chikunguña at the Door - Déjà Vu All Over Again? [N Engl J Med. 2014 Sep 4;371\(10\):885-7.](#)
  6. de Lima Cavalcanti TYV, Pereira MR, de Paula SO, Franca RFO. A Review on chikunguña Virus Epidemiology, Pathogenesis and Current Vaccine Development. [Viruses. 2022 May 5;14\(5\):doi:10.3390/v14050969.](#)

## **Sistemas Utilizados en la Clasificación de las Recomendaciones**

- Directrices de la organización panamericana de la salud (ops) 2022 sobre los sistemas de clasificación
  - Fortaleza de la recomendación
    - Fuerte recomendación
      - A favor - las consecuencias deseables superan claramente a las indeseables
      - En contra - las consecuencias indeseables superan claramente a las deseables
    - Recomendación condicional
      - A favor - las consecuencias deseables probablemente superan a las indeseables
      - En contra - las consecuencias indeseables probablemente superan a las deseables
  - Certeza de la evidencia
    - Alta - Es muy improbable que la investigación adicional cambie la confianza en la estimación del efecto
    - Moderada - Es probable que la investigación adicional tenga un impacto importante en la confianza en la estimación del efecto y puede cambiar la estimación
    - Baja - Es muy probable que la investigación adicional tenga un impacto importante en la confianza en el efecto
    - Muy baja - Cualquier estimación del efecto era muy incierta
  - Referencia – Directrices de la OPS sobre el diagnóstico clínico y el tratamiento del dengue, el chikunguña y el zika ([PAHO 2022](#))

[Mar 24 PDF](#)) o en [español](#), también publicado en [Rev Panam Salud Publica 2022;46:e82](#) [en español]

**Tabla 1: Infecciones por virus del chikunguña en los EEUU. (2014-2021)**

<b>Año</b>	<b>Casos asociados a los viajes</b>	<b>Casos transmitidos localmente</b>
2021	36	0
2020	33	0
2019	192	0
2018	116	0
2017	156	0
2016	248	0
2015	895	1
2014	2,799	12
Referencia – Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). chikunguña en los Estados Unidos ( <a href="#">CDC 2023 Jan 13</a> )		

**Tabla 2: Infecciones por virus del chikunguña en los territorios de los EEUU. (2014-2020)**

<b>Año</b>	<b>Casos asociados a los viajes</b>	<b>Casos transmitidos localmente</b>
2021	0	0
2020	0	0
2019	0	2
2018	0	8
2017	0	39
2016	1	180
2015	0	237
2014	51	4,659
Referencia – Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC): chikunguña en los Estados Unidos ( <a href="#">CDC 2023 Jan 13</a> )		