



## Chikungunya en las Américas: Preparación, vigilancia y alerta en Chile

### *Chikungunya in the Americas: Preparedness, surveillance and alert in Chile*

Sr. Editor:

Actualmente los gobiernos del continente americano se encuentran en alerta sanitaria por el incremento sostenido de casos de la fiebre Chikungunya en la región. Desde que se comunicó el primer caso autóctono de esta enfermedad en el hemisferio occidental, en diciembre de 2013 en San Martín, se han notificado una serie de casos en al menos 31 países de todo el continente americano, incluyendo E. U. A., Colombia, Brasil, entre otros<sup>1</sup>. Según un estudio realizado entre los años 2006 y 2013, se reportaron en promedio 28 casos nuevos por año<sup>1</sup>. La Organización Mundial de la Salud ha reportado a la fecha, que durante el período 2013-2014 el número de casos autóctonos sospechosos asciende a 737.084 y el de confirmados a 10.637<sup>2</sup>.

Esta enfermedad no es, hasta el momento, endémica en la región, sino que se originó en las zonas selváticas de África, para posteriormente diseminarse por el continente asiático, europeo y Oceanía<sup>1,3</sup>. Gran parte de la facilidad con la que se ha esparcido esta patología ha sido producto de los viajes de las personas, cada vez más frecuentes, a zonas afectadas por el virus y a la diseminación global de los principales vectores de transmisión, los mosquitos *Aedes aegypti* y *Aedes albopictus*<sup>1,4</sup>. Así, desde el primer gran reporte de casos el año 2004 en Kenia, se han producido una serie de otros en todo el mundo, como Italia el año 2007 y Francia el año 2010<sup>1,3,5</sup>. Ello evidenció por primera vez que el virus podía alcanzar un área geográfica y ambientalmente totalmente distinta a las habitualmente afectadas.

La fiebre Chikungunya destaca por ser en general de curso benigno, con 1% de letalidad<sup>1</sup>; sin embargo, el cuadro clínico es altamente invalidante (72-97% de los infectados desarrollan síntomas). Cursa principalmente con fiebre aguda y poliartralgias, que en general son bilaterales, simétricas, intensas e incapacitantes<sup>1,3</sup>. Los síntomas generalmente se resuelven durante la fase aguda, entre los 7-10 días de la infección, aunque algunos síntomas reumatológicos pueden durar meses e inclusive años<sup>1,3,6</sup>. Actualmente no existe profilaxis o tratamientos específicos de la enfermedad. Sólo se utilizan medidas para aliviar los síntomas como el reposo, fluidos, antiinflamatorios y analgésicos<sup>1,3</sup>.

En Chile no se han notificado casos autóctonos, pero sí dos casos importados por personas con antecedentes de viaje a zonas afectadas por la enfermedad<sup>2,7</sup>. Pese a lo anterior, el país mantiene una actitud expectante de

la situación en América. Por otro lado, el país cuenta con una serie de ventajas que le han permitido evitar la propagación del virus dentro de su territorio como son sus propias defensas naturales, la Cordillera de los Andes y el Océano Pacífico; y el no contar con la presencia de los vectores, salvo en la Isla de Pascua donde se ha reportado la presencia de *Aedes aegypti* y casos de dengue<sup>5</sup>. Aun así, se han adoptado una serie de medidas sanitarias con el fin de aminorar su presencia y específicamente impedir el ingreso del vector al continente, tales como: prohibición del ingreso al país de neumáticos usados y fumigación de las aeronaves que provienen de áreas infestadas en los aeropuertos de Arica, Iquique y Antofagasta<sup>8</sup>.

Pese a esta posición privilegiada que posee Chile en la región, es importante que adquiera un papel más activo y desarrolle nuevas políticas sanitarias centradas no sólo en el potencial ingreso de la enfermedad en el país, sino en prevenir su diseminación por vía vectorial, vertical o por transfusiones. Esto último podría ocurrir con facilidad, dada la escasez de medidas de control sanitarias estrictas y el gran desconocimiento, tanto cultural como epidemiológico, de otras enfermedades transmitidas por vectores<sup>5</sup>. Un ejemplo de esto es la introducción en la Isla de Pascua, en febrero del 2014, del virus zika (ZIKAV), el cual se produjo en el contexto de un brote concomitante de dengue y ZIKAV, desde octubre de 2013, en la Polinesia Francesa. La llegada del virus Chikungunya podría ser posible dado el gran flujo de población<sup>9</sup> entre Hanga Roa y otras islas del Pacífico.

Por otro lado, si bien no existen los vectores al interior del territorio nacional, existe un enorme potencial de adquirirlos por la presencia confirmada de éstos en países vecinos<sup>5</sup>, y que a pesar de no haber casos autóctonos hasta el momento, sí se han reportado casos importados<sup>2</sup>. El vector con mayor potencialidad de ingresar al país es *Ae. albopictus* debido a su gran resistencia a condiciones ambientales adversas, a la facilidad con que posiblemente se adaptaría al clima chileno (semejante a áreas del brote en Italia) y por dificultad en su control, por habitar en zonas lejanas de donde moran humanos para alimentarse<sup>5</sup>. Además, se han reportado una serie de otros vectores asociados *Ae. polynesiensis*, *Ae. dalzielii*, *Ae. argenteopunctatus* e incluso de la familia *Culex*<sup>3</sup>, por lo cual podría existir la posibilidad de que especies autóctonas nacionales puedan servir como reservorio del virus y no hayan sido reportados aún; o bien, que una mutación del virus genere nuevas cepas con mayor capacidad infectante y de diseminación, como ya ocurrió con la adaptación del virus a *Ae. albopictus*<sup>6</sup>.

Finalmente, es por todos los argumentos expuestos que Chile debe estar en alerta sanitaria y adquirir una actitud activa frente esta nueva enfermedad emergente que busque mitigar su introducción al país, o bien, las pérdidas monetarias y de vida que pueda acarrear. Es así que se



deben evitar hechos dispares como que a diferencia del dengue, que en Chile es una enfermedad de notificación obligatoria (Decreto 158), el virus Chikungunya no lo sea, a pesar de que ambas enfermedades son transmitidas por el mismo vector y representan un riesgo similar de ocurrencia. Actualmente, debido a un mundo más globalizado donde las distancias se han acortado y el intercambio entre países se ha incrementado exponencialmente, tanto de personas como mercancías, también se ha abierto una gran puerta para el surgimiento y diseminación de diversas enfermedades infecciosas a través del mundo, muchas de las cuales son de total desconocimiento aún. Es importante que los países se enfoquen en desarrollar y potenciar nuevas medidas sanitarias, enfocadas al control de estas enfermedades emergentes, además de actualizarse constantemente de los cambios globales sobre la epidemiología de las mismas. Esta puede ser la única forma de enfrentar estas nuevas amenazas del siglo XXI y que es finalmente donde cobra gran importancia la medicina del viajero en el abordaje de estas enfermedades.

### Referencias bibliográficas

- 1.- Erin J, Fischer M. Chikungunya virus in the Americas-What a vectorborne pathogen can do. *N Engl J Med* 2014;10: 887-9.
- 2.- Organización Panamericana de la Salud. Número de casos reportados de Chikungunya en países o territorios de las Américas 2013-2014, Semana epidemiológica 40. 2014 Sept 26. Disponible en: <file:///Users/usuario/Downloads/SPA2014-Sep-19-cha-CHIKV-casos-SE-40.pdf>
- 3.- Lahariya C, Pradhan SK. Emergence of Chikungunya virus in Indian subcontinent after 32 years: a review. *J Vector Borne Dis* 2006; 43:151-60.
- 4.- Fischer M, Erin J. Notes from the field: Chikungunya virus spreads in the Americas-Caribbean and South America, 2013-2014. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2014; 63: 500-1.
- 5.- Departamento de Asuntos Científicos, Instituto de Salud Pública de Chile. Alerta por probable introducción en América de la fiebre de Chikungunya. Boletín laboratorio y vigilancia al día N° 7. 2012 Mar 16. Disponible en: <http://www.ispch.cl/sites/default/files/BOLETIN%207.PDF>
- 6.- Ng LC, Hapuarachchi HC. Tracing the path of Chikungunya virus-Evolution and adaptation. *Infect Genet Evol* 2010; 10: 876-85.
- 7.- Perret C. Primer caso de chikungunya en viajero chileno. Informe Web. Disponible en: [http://www.sochinf.cl/sitio/templates/sochinf2008/documentos/2014/caso\\_chikungunya\\_chile.pdf](http://www.sochinf.cl/sitio/templates/sochinf2008/documentos/2014/caso_chikungunya_chile.pdf). (accedido: 5 de noviembre de 2014).
- 8.- Departamento de Epidemiología. Ministerio de Salud de Chile. Situación Epidemiológica Dengue en Isla de Pascua, Chile Insular 18/04/2007. Disponible en: <http://epi.minsal.cl/epi/html/bolets/reportes/Dengue/InfSituacDENGUEchile.pdf> (accedido: 5 de noviembre de 2014).
- 9.- Departamento de Epidemiología. Ministerio de Salud de Chile. Virus Zika. Informe de Situación. Información disponible al 20 de marzo del 2014. Disponible en: [http://www.sochinf.cl/sitio/templates/sochinf2008/documentos/2014/Informe\\_situacion\\_Zika\\_Isla\\_de\\_Pascua.pdf](http://www.sochinf.cl/sitio/templates/sochinf2008/documentos/2014/Informe_situacion_Zika_Isla_de_Pascua.pdf) (accedido: 5 de noviembre de 2014).

**Diego Clouet-Huerta**

*Facultad de Medicina, Universidad Austral,  
Valdivia, Chile.*

**Patricio Alfaro-Tolosa**

*Asociación Chilena de Seguridad, Chillán, Chile.*

**Alfonso J. Rodríguez-Morales**

*Grupo de Investigación Salud Pública e Infección,  
Facultad de Ciencias de la Salud,  
Universidad Tecnológica de Pereira, Risaralda,  
Colombia.*

**Correspondencia a:**

Patricio A. Alfaro-Tolosa  
[paalfaro@medicina.ucsc.cl](mailto:paalfaro@medicina.ucsc.cl)