PROTOCOLO DE VIGILANCIA DE LA ENFERMEDAD POR VIRUS CHIKUNGUNYA (CHIKV)

Versión julio 2013
Revisado 2017

DESCRIPCIÓN DE LA ENFERMEDAD ---------- 2
Introducción ---------- 2
Agente ---------- 3
Reservorio ---------- 3
Modo de transmisión ---------- 3
Periodo de incubación ---------- 5
Periodo de transmisibilidad ---------- 5
Susceptibilidad ---------- 5
VIGILANCIA DE LA ENFERMEDAD ---------- 5
Objetivos ---------- 5
Definición de caso ---------- 5
Clasificación de los casos ---------- 6
MODO DE VIGILANCIA ---------- 6
MEDIDAS DE SALUD PÚBLICA ---------- 7
Medidas preventivas ---------- 7
Medidas ante un caso, sus contactos y medio ambiente ---------- 8
Control del caso ---------- 8
Control del contacto y del medio ambiente ---------- 8
Otras medidas de salud pública ---------- 9
Medidas de precaución para las donaciones de sangre ---------- 9
Recomendaciones a viajeros ---------- 9
BIBLIOGRAFÍA ---------- 10
ANEXO I. ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE ENFERMEDAD POR VIRUS CHIKUNGUNYA ---------- 11
ANEXO 2.A. DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO DE UN CASO DE CHIKUNGUNYA ---------- 14
ANEXO 2.B. INSTRUCCIONES SOLICITUD PARA ESTUDIO DE VIRUS: ---------- 15

DESCRIPCIÓN DE LA ENFERMEDAD

Introducción

La Fiebre Chikungunya es una enfermedad vírica transmitida por mosquitos que se caracteriza por aparición repentina de fiebre, escalofríos, cefalalgia, anorexia, conjuntivitis, lumbalgia y/o artralgias graves. La artralgia o artritis, afecta principalmente a las muñecas, rodillas, tobillos y articulaciones pequeñas de las extremidades, puede ser de bastante intensidad 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 el término de 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. Los síntomas desaparecen generalmente entre los 7 y 10 días, aunque el dolor y la rigidez de las articulaciones pueden durar más tiempo. Si bien lo más habitual es que la recuperación se produzca sin secuelas, en zonas endémicas es frecuente que los pacientes experimenten una recaída presentando malestar general, inflamación de las articulaciones y tendones, incrementando la incapacidad para actividades de la vida diaria. Las principales complicaciones son los trastornos gastrointestinales, la descompensación cardiovascular o la meningoencefalitis. Se ha registrado algún caso mortal 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. A partir de los años cincuenta se han identificado varios brotes epidémicos en zonas de Asia y en África, donde la enfermedad es endémica. Algunos de los brotes más importantes notificados más recientemente en ambas regiones ocurrieron en las islas del Océano Indico (Isla Reunión e Islas Mauricio), donde el mosquito *Aedes albopictus* fue el vector principal (años 2005-2006); y en la India, donde tanto *Ae. aegypti* como *Ae. albopictus* actuaron como vectores (año 2006). En los últimos años, han surgido nuevos brotes epidémicos en diferentes países en África y sobre todo en Asia, como el brote detectado en Indonesia en los años 2011-2012.

A finales del año 2013 se detectó el primer caso autóctono en las Américas, en la Isla de San Martín. En el transcurso de diciembre del 2013 y marzo del 2015, se reportaron más de 1,3 millones de casos en 44 países y territorios en las Américas. En 2016, en las Américas, se notificaron 349.936 casos sospechosos y 146.914 confirmados, la mitad que el año anterior.

Hasta el verano de 2007, todos los casos que se produjeron en Europa fueron importados. En los últimos años, se está registrando un aumento de estos casos importados de Fiebre Chikungunya en Europa.

En agosto del 2007, se notificaron los primeros casos autóctonos de la enfermedad en Europa, en la localidad costera italiana de Ravenna en Emilia Romagna, en un brote epidémico con transmisión local, a partir de un caso índice en un residente italiano que viajó al sur de la India, que ocasionó más de 200 casos y donde el vector implicado fue el *Ae. albopictus.* En 2010 se detectó por segunda vez la transmisión local en Europa, notificándose dos casos autóctonos en Francia (en el departamento de Var) y 11 casos en 2014 en un mismo barrio de la ciudad de Montpellier, ambos en el Sureste del país, en la costa mediterránea.

El virus Chikungunya en Europa no es endémico, sin embargo existen vectores competentes en España, otros países mediterráneos, Alemania, Países Bajos e Isla de Madeira, por lo que la introducción del virus a partir de casos importados en casi todos los países de la región europea podría causar una transmisión local.

Agente

El virus del Chikungunya (CHIKV) pertenece al género *Alphavirus*, de la familia *Togaviridae*. Pertenece al complejo viral antigénico *Semliki Forest* que también contiene los virus *Mayaro, O`nyong-nyong* y *Ross River*. El virus Chikungunya posee un ciclo selvático que se da predominantemente en África. A partir de aquí se cree que emergió dando lugar a tres genotipos: Este Africano, Este-/Centro/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 y vectoriales.

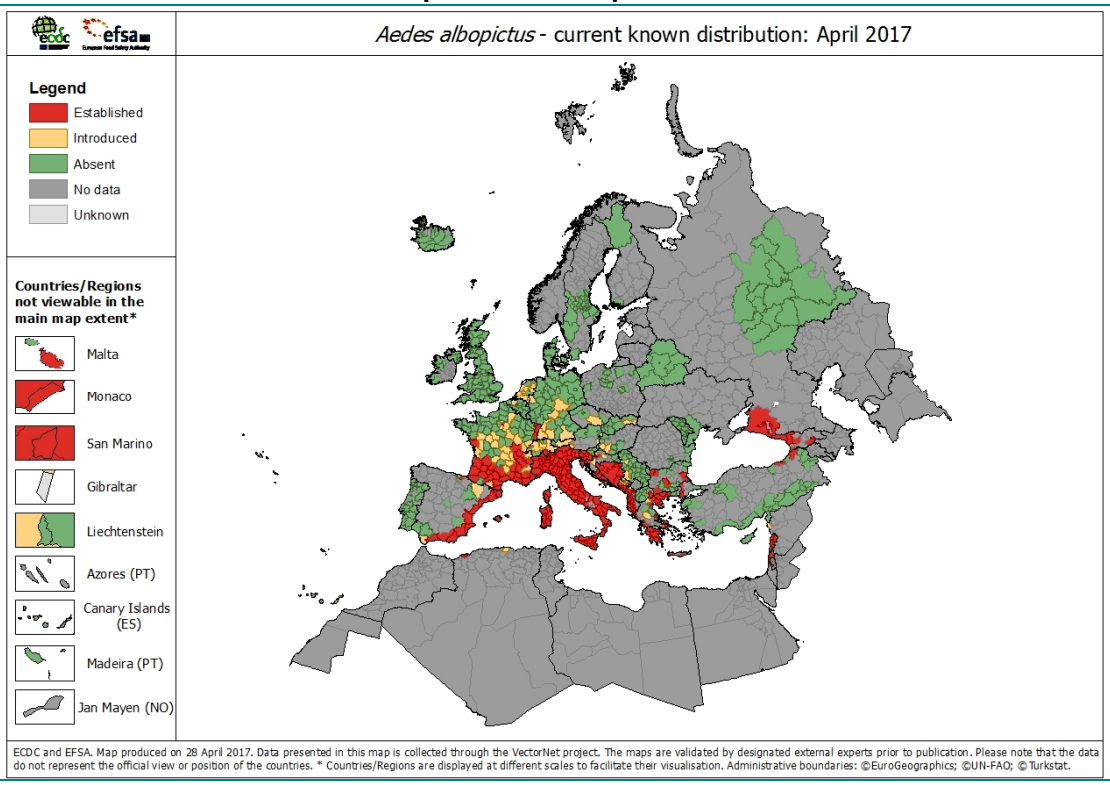
Reservorio

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

Modo de transmisión

El virus Chikungunya se transmite **a través de la picadura de un vector**, principalmente mosquitos del género *Aedes*. Clásicamente, la enfermedad era endémica en Asia, Océano Índico y en África, donde se distribuían principalmente sus vectores transmisores. A lo largo de los años, el *Ae. albopictus*, se ha introducido en nuevos continentes, alcanzando Oceanía (Australia, Nueva Zelanda), América (EEUU, América Central y del Sur), otras áreas del continente Africano (Sudáfrica, Nigeria, Camerún) y también Europa.

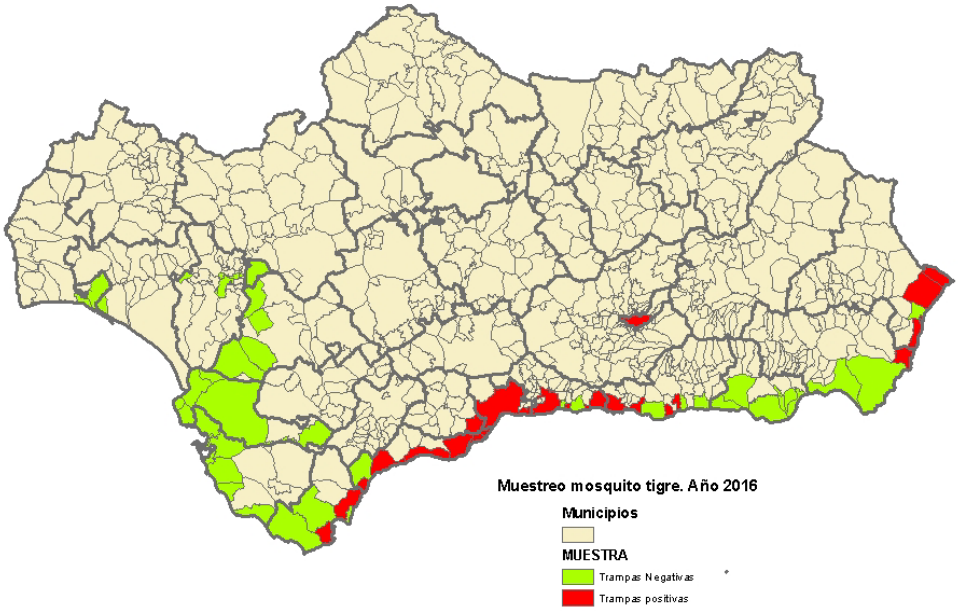
Tabla 1: Distribución de Aedes albopictus en Europa



Fuente: ECDC (http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/vectors/vector-maps/Pages/VBORNET_maps.aspx)

En Europa, el *Ae. albopictus* se introdujo por primera vez en 1979 en Albania, y posteriormente se ha distribuido por casi todos los países de la costa mediterránea. En España se identificó por primera vez en 2004 en San Cugat del Vallés (Barcelona), desde donde se fue diseminando por toda la costa mediterránea.

Tabla 2: Distribución de *Aedes albopictus* en Andalucía (primavera-verano 2016)



Fuente: MSSSI (Vigilancia entomológica en aeropuertos y puertos frente a vectores importados de enfermedades infecciosas exóticas, y vigilancia de potenciales vectores autóctonos de dichas enfermedades)

Teóricamente, el virus puede ser transmitido **por transfusión, trasplante de tejidos, órganos y células**. Si bien hasta hoy no se ha descrito ningún caso secundario a transfusión, sí se ha referido infección por exposición a sangre.

La **transmisión vertical** se notificó por primera vez en el brote epidémico de la Isla Reunión en 2005. Se ha documentado transmisión materna al recién nacido cuando la madre presenta viremia durante el parto, la posibilidad de infección fetal es cercana al 50 %, y en los recién nacidos que desarrollan la enfermedad esta se asocia con complicaciones graves: fiebre, inapetencia, dolor, edema distal, diversas manifestaciones de la piel, crisis convulsivas, meningoencefalitis y anormalidades ecocardiográficas en el recién nacido. La cesárea no evita la transmisión.

El Chikungunya no se trasmite a través de la leche materna.

No se ha descrito la transmisión sexual del virus.

Periodo de incubación

El periodo de incubación dura entre 4 y 7 días (puede variar entre 1-12 días).

Periodo de transmisibilidad

No se ha demostrado transmisión directa de persona a persona. En los seres humanos, el periodo virémico se extiende desde el inicio de síntomas hasta el quinto o sexto día posteriores (incluso hasta 10 días) permitiendo que el vector se alimente y pueda transmitir la enfermedad durante ese periodo.

Susceptibilidad

La susceptibilidad es universal. Son comunes las infecciones subclínicas, especialmente en los niños, entre quienes es raro que se presente enfermedad manifiesta. En general, la evolución es a la recuperación, aunque en algunos casos puede tardar varios meses, y va seguida de una inmunidad homóloga duradera. La persistencia de los síntomas está asociada a mayor edad.

VIGILANCIA DE LA ENFERMEDAD

Objetivos

1. Detectar los casos importados con el fin de establecer las medidas de prevención y control para evitar la aparición de casos secundarios y de notificar la actividad viral en el lugar de la infección.
2. Detectar de forma temprana los casos autóctonos, para orientar las medidas de control y evitar la circulación del virus, sobre todo en áreas con presencia de un vector competente

Definición de caso

Criterio clínico

Aparición aguda de fiebre mayor de 38,5ºC, y artralgia grave que no puedan ser explicados por otros diagnósticos clínicos.

Criterio epidemiológico

- Residir o haber visitado áreas endémicas en los 15 días anteriores a la aparición de los síntomas
- La infección ha tenido lugar al mismo tiempo y en la misma zona donde se han producido otros casos confirmados de Fiebre Chikungunya.

Criterio de laboratorio

Al menos UNO de los siguientes criterios de confirmación:

- aislamiento del virus en muestra clínica
- presencia de ácido nucleico viral mediante en muestra clínica
- presencia de anticuerpos IgM/IgG específicos en una única muestra de suero
- seroconversión a anticuerpos específicos del virus con aumento de cuatro veces el título en muestras recogidas con al menos de una a tres semanas de separación.

El aislamiento del virus y la detección del ácido nucleico se pueden realizar desde el inicio de síntomas, ya que la viremia es detectable desde el inicio de síntomas hasta aproximadamente el quinto día de enfermedad.

La IgM específica aumenta y es detectable a partir del cuarto o quinto día del comienzo de síntomas, puede persistir durante muchos meses, sobre todo en pacientes con artralgias de larga duración. Se han comunicado reacciones serológicas cruzadas entre alphavirus.

En el Anexo 2 se incluye la información específica sobre diagnóstico de laboratorio de un caso de Chikungunya.

Clasificación de los casos

Caso sospechoso**:** Persona que cumple los criterios clínicos.

Caso probable**:** Persona que cumple los criterios clínicos Y algún criterio epidemiológico.

Caso confirmado**:** Persona que cumple los criterios clínicos, con o sin criterios epidemiológicos **Y** que cumple algún criterio de confirmación de laboratorio.

En cualquier caso, se considerará un **caso autóctono** cuando no haya antecedente de viaje a zona endémica en los 15 días anteriores al inicio de síntomas.

MODO DE VIGILANCIA

La vigilancia del virus Chikungunya difiere en función del riesgo de transmisión según la presencia o ausencia del vector competente en las diferentes zonas de España (*Ae. albopictus*).

En cualquier zona, los **casos importados confirmados** se notificarán de manera ordinaria al Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía. Se recogerá la información de forma individualizada

según el conjunto de variables especificadas en el formulario de declaración que se anexa y se enviará con una periodicidad semanal al CNE. La información se consolidará anualmente.

Cuando se trate de un caso autóctono confirmado, se considerará como "adquisición de una enfermedad en una zona hasta entonces libre de ella" y por tanto se convierte en una alerta de salud pública. Por esta razón, se informará de forma urgente al Sistema de Vigilancia Epidemiológico de Andalucía en horario laboral y a la Red de Alertas de salud Pública fuera de horario laboral o en fin de semana y festivos. Desde la S.G. de Salud Pública y Consumo se valorará junto con la DT de Salud de las provincias afectadas las medidas a tomar y se informará de forma urgente al Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias del Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales e Igualdad y al Centro Nacional de Epidemiología. 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). El formulario anexo de declaración individualizada se enviará también al Centro Nacional de Epidemiología a través de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica.

Si se detecta un caso autóctono se realizará una investigación epidemiológica con la finalidad de establecer la cadena de transmisión a nivel local y descartar otros casos autóctonos relacionados. Para la investigación epidemiológica se utilizará el cuestionario anexo. Los datos recogidos orientarán la investigación entomológica que deberá comenzar tras la detección de un caso autóctono.

En las zonas con presencia de vector competente para la transmisión de la enfermedad, se reforzará la vigilancia durante el periodo de actividad del vector. Según los datos disponibles actualmente, este periodo se establece desde el 1 mayo al 30 noviembre. Durante este periodo se llevará a cabo una búsqueda activa de casos sospechosos y confirmación por laboratorio de los mismos. Si se detecta en estas zonas un caso de fiebre Chikungunya importado se iniciará una investigación epidemiológica con la finalidad de detectar una posible transmisión autóctona.

MEDIDAS DE SALUD PÚBLICA

Medidas preventivas

Las medidas preventivas de Salud Pública difieren en función del riesgo de transmisión según la presencia o ausencia del vector competente (*Ae. albopictus*) en las diferentes zonas de España.

En las zonas donde se ha detectado presencia de vector competente para esta enfermedad, la prevención de la transmisión local en España debe hacer hincapié en la lucha contra el vector.

En relación a estas *medidas ambientales encaminadas al control vectorial*, se deberían realizar periódicamente estudios comunitarios para precisar la densidad de la población de mosquitos, reconocer los hábitats con mayor producción de larvas, y, promover programas para su eliminación, control o tratamiento con los mecanismos apropiados.

Por otro lado, dado que es una enfermedad emergente, es muy importante la sensibilización tanto de la población general como de los profesionales sanitarios.

La educación dirigida a la población general es fundamental 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 de comunicación con mensajes preventivos específicos enfocados a reducir las superficies donde se facilite el desarrollo del mosquito (recipientes donde se acumule el agua, jardines y zonas verdes de urbanizaciones cercanas a las viviendas, fugas, charcos, residuos, etc.)

De la misma manera, 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.

Además, si se **confirmara un caso autóctono** en el territorio o se detectará transmisión local, todos los sectores de la comunidad deben implicarse en las acciones para la prevención y control de esta enfermedad: educativos, sanitarios, ambientales, infraestructuras, etc. En este caso, la protección *individual* frente a la picadura de mosquito es la principal medida preventiva. Se utilizarían repelentes tópicos en las partes descubiertas del cuerpo y sobre la ropa. Algunos de eficacia probada son los repelentes a base de DEET (N, N-dietil-m-toluamida), permitido en niños mayores de 2 años y en embarazadas en concentraciones inferiores al 10%. También se puede utilizar otros con diferentes principios activos como Icaridina, IR3535® (etil-butil-acetil-aminopropionato) y citrodiol. El uso de mosquiteras en puertas y ventanas contribuiría a disminuir la población de mosquitos en el interior de las viviendas, sobre todo durante el día y manteniéndolas cerradas. También es importante la lucha individual frente el mosquito en la zona peridoméstica.

Medidas ante un caso, sus contactos y medio ambiente

Control del caso

No existe tratamiento específico ni profilaxis. Se llevará a cabo el tratamiento sintomático y vigilancia de las complicaciones.

Dado que no se transmite persona-persona, se tomarán las precauciones estándar en el medio sanitario.

Con el fin de prevenir la transmisión a nivel local, se tratará de evitar el contacto del caso con los mosquitos mediante la protección individual frente a la picadura de mosquitos a través de mosquiteras en la cama y en puertas y ventanas y repelentes eficaces, especialmente, en zonas de circulación del vector. El uso de aire acondicionado y los repelentes eléctricos pueden ayudar a reducir este contacto.

Control del contacto y del medio ambiente

No existen contactos como tales, ya que no se transmite persona a persona.

Si se detecta un **caso autóctono** o un **caso importado** en una **zona con vector competente** en el **periodo de actividad del vector**, se procederá a la búsqueda activa de nuevos casos. Se alertará a los servicios médicos de Atención Primaria y Especializada del territorio epidémico definido para que se tenga en cuenta este posible diagnóstico y detectar casos que hayan pasado inadvertidos. El territorio epidémico se definirá según la extensión del vector competente y las características del brote. Se mantendrán estas actividades de búsqueda activa durante los 45 días posteriores al inicio

de los síntomas del último caso declarado (este período corresponde al doble de la duración media del ciclo de transmisión del virus, desde el momento en el que el mosquito pica al humano -PI 12 días- hasta el final de la viremia en el hombre -PV 10 días-). En caso de ser autóctono, además de esta búsqueda activa se realizará también una investigación de nuevos casos en el sitio de residencia del paciente durante las dos semanas previas al comienzo de la enfermedad.

En relación con las **medidas ambientales**, se recomienda una investigación entomológica y se procederá a una intervención rápida ambiental mediante la lucha antivectorial en la vivienda del caso y alrededores.

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 (Acuerdos 18-10-2006, 27-06-2007 y 02-10-2014).

La mayoría de zonas en las que se detecta el CHIKV 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, serán excluidas durante 4 semanas (28 días) desde su regreso, y si han presentado o se ha sospechado fiebre de CHIKV durante su estancia en la zona, o a su regreso, se excluirán durante 6 meses.

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

Recomendaciones a viajeros

Se recomienda la información 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. Se comunicará a estos viajeros la importancia de acudir al médico si se produce fiebre y artralgias que no se deban a otra causa médica, dentro de los 15 días siguientes a abandonar la zona endémica.

En la siguiente página Web la OPS en la sección Datos, mapas y estadísticas de la OPS/OMS actualiza por semanas epidemiológicas los *Países y territorios con transmisión autóctona/importados en las Américas* y el *Número de casos reportados de Chikungunya en países o territorios de las Américas*:

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=343&Itemid=40931

En la siguiente dirección se muestra la información mundial referente a las zonas afectadas por esta enfermedad:

https://www.cdc.gov/Chikungunya/geo/index.html

BIBLIOGRAFÍA

- Organizacion Panamericana de la Salud. Preparación y Respuesta ante la eventual introducción del virus Chikungunya en las Américas. 2011. Washington, D.C.: OPS.
- Angelini R, et al. An outbreak of Chikungunya fever in the province of Ravenna, Italy. Euro Surveill 12.9 (2007): E070906.
- Aranda C, Eritja R, and Roiz D. First record and establishment of the mosquito *Aedes albopictus* in Spain. Med Vet Entomol. 20.1 (2006): 150-52.
- Collantes F and JA Delgado. Primera cita de Aedes (Stegomyia) albopictus (Skuse, 1894) en la región de Murcia. Anales de Biología 33 (2011): 99-101.
- Delacour-Estrella S, et al. Detección de *Aedes (Stegomyia) albopictus* Skuse 1894 (Diptera; *Culicidae*) en Benicàssim. Primera cita para la provincia de Castellón (España). Boletín Sociedad Entomológica Aragonesa (SEA) 47 (2010): 440.
- Eritja R, et al. Worldwide invasion of vector mosquitoes: present European distribution and challenges for Spain. Biological Invasions 7 (2005): 87-89.
- European Centre for Disease Prevention and Control. Annual epidemiological report 2011 - Reporting on 2009 surveillance data and 2010 epidemic intelligence data. Stockholm: ECDC. 2011. Ref Type: Report.
- Fritel X, et al. Chikungunya virus infection during pregnancy, Reunion, France, 2006. Emerg Infect Dis. 16.3 (2010): 418-25.
- Global Alert and Response (GAR). Disease Outbreaks News. 2012. http://www.who.int/csr/don/en/index.html.
- Jupp P G and McIntosh BM. *Aedes furcifer* and other mosquitoes as vectors of Chikungunya virus at Mica, northeastern Transvaal, South Africa. J Am Mosq Control Assoc. 6.3 (1990): 415-20.
- La, Ruche G., et al. First two autochthonous dengue virus infections in metropolitan France, September 2010. Euro Surveill. 15.39 (2010): 19676.
- Roiz, D., et al. Distribución de Aedes (Stegomyia) albopictus (Skuse, 1894) (Diptera, Culicidae) en España. Boletín Sociedad Entomológica Aragonesa 1.40 (2007): 523-26.
- Seyler T, et al. Assessing the risk of importing dengue and Chikungunya viruses to the European Union. Epidemics. 1.3 (2009): 175-84.
- Simon F, et al. Chikungunya virus infection. Curr Infect Dis Rep. 13.3 (2011): 218-28.
- Straetemans M. Vector-related risk mapping of the introduction and establishment of Aedes albopictus in Europe. EuroSurveill. 13.7 (2008): 8040.
- Thiboutot M, et al. Chikungunya: a potentially emerging epidemic? PLoS Negl.Trop Dis 4.4 (2010): e623.
- Werner D, et al. Rapid Communication: Two invasive mosquito species, Aedes albopictus and *Aedes japonicus japonicus*, trapped in south-west Germany, July to August 2011. Euro Surveill. (2012).
- Wolfe N D, et al. Sylvatic transmission of arboviruses among Bornean orangutans. Am JTrop Med Hyg. 64.5-6 (2001): 310-16.
- European Centre for Disease Prevention and Control. Fiebre por Chikungunya, información para profesionales sanitarios. Disponible en: http://www.ecdc.europa.eu/en/healthtopics/Chikungunya_fever/basic_facts/Pages/factsheet_health_professionals.aspx

Anexo I. ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE ENFERMEDAD POR VIRUS CHIKUNGUNYA

DATOS DEL DECLARANTE Y DE LA DECLARACIÓN

Comunidad Autónoma declarante: _____

Identificador del caso para el declarante: _____

Fecha de la primera declaración del caso[1]: __-__-___

DATOS DEL PACIENTE

Identificador del paciente[2]: _____

Fecha de Nacimiento: __-__-___

Edad en años: __ Edad en meses en menores de 2 años: __

Sexo: Hombre ☐ Mujer ☐

Lugar de residencia:

País: _____ **C. Autónoma**: _____

Provincia: _____ **Municipio**: _____

País de nacimiento: _____ **Año de llegada a España:** ____

DATOS DE LA ENFERMEDAD

Fecha del caso[3]: __-__-____

Fecha de inicio de síntomas: __-__-____

Manifestación clínica (marcar las opciones que correspondan)**:**

☐ Anorexia ☐ Artralgia

☐ Artritis ☐ Cefalea

☐ Conjuntivitis ☐ Erupción cutánea

☐ Escalofríos ☐ Fiebre

☐ Lumbalgia ☐ Otra

Complicaciones: Sí ☐ No ☐

Hospitalizado[4]: Sí ☐ No ☐

Fecha de ingreso hospitalario: __-__-____ **Fecha de alta hospitalaria:** __-__-____

Defunción: Sí ☐ No ☐

Fecha de defunción: __-__-____

---

[1] Fecha de la primera declaración del caso: Fecha de la primera declaración al sistema de vigilancia (habitualmente realizada desde el nivel local).
[2] Nombre y Apellidos.
[3] 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..)
[4] Hospitalizado: Estancia de al menos una noche en el hospital.

Lugar del caso[5]**:**

País: _____ **C. Autónoma**: _____

Provincia: _____ **Municipio**: _____

Importado[6]**:** Sí ☐ No ☐

DATOS DE LABORATORIO

Fecha de diagnóstico de laboratorio: __-__-____

Agente causal[7]**:** ☐ Virus Chikungunya

Muestra (marcar la muestra principal con resultado positivo):

☐ Sangre

☐ LCR

☐ Otras

Prueba (marcar las pruebas positivas en la muestra principal):

☐ Aislamiento ☐ Acido nucleico, detección

☐ Anticuerpo detección, IgM ☐ Anticuerpo detección, IgG

☐ Seroconversión[8]

Envío de muestra al Laboratorio de Referencia (LR): Sí ☐ No ☐

DATOS DEL RIESGO

Exposición (marcar la principal de las siguientes opciones):

☐ Contacto con vector

☐ Ha recibido: transfusiones o hemoderivados, hemodiálisis, transplantes…, sin especificar

☐ Persona a Persona: Madre-Hijo. Es un recién nacido de madre infectada o portadora

Datos de viaje:

Viaje durante el periodo de incubación: Sí ☐ No ☐

Lugar del viaje:

País: _____

Fecha de ida: __-__-____ **Fecha de vuelta**: __-__-____

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

☐ Inmigrante recién llegado ☐ Otro

☐ Trabajador temporal ☐ Turismo

☐ Visita familiar

[5] Lugar del caso (país, CA, prov, mun): 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. En caso de desconocerse se consignará el lugar de residencia del caso.

[6] Importado: El caso es importado si el país del caso es diferente de España.

[7] Agente causal: Marcar sólo si se ha confirmado por laboratorio en el paciente

[8] Aumento al menos 4 veces en muestras recogidas con 1 a 3 semanas de diferencia.

CATEGORIZACIÓN DEL CASO

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

☐ Sospechoso

☐ Probable

☐ Confirmado

Criterios de clasificación de caso:

Criterio clínico Sí ☐ No ☐

Criterio epidemiológico Sí ☐ No ☐

Criterio de laboratorio Sí ☐ No ☐

Asociado:

A brote: Sí ☐ No ☐ Identificador del brote: _____

C. Autónoma de declaración del brote[9]: _____

OBSERVACIONES [10]

[9] C. Autónoma de declaración del brote: aquella que ha asignado el identificador del brote

[10] Incluir toda la información relevante no indicada en el resto de la encuesta

Anexo 2.a. DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO DE UN CASO DE CHIKUNGUNYA

La técnica diagnóstica de elección depende de la fase de la enfermedad en la que se encuentre el paciente en el momento de acudir al servicio de salud.

Se podrán **enviar muestras** de los casos al laboratorio de referencia para la confirmación del diagnóstico virológico y/o serológico.

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

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

Tipo de Muestras:

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

Transporte de muestras:

Envío de la muestra refrigerada (2- 8 ºC) lo más rápidamente posible (< 72 h), o congelada a -70ºC o menos (evitar congelación/descongelación, nunca congelar en congelador normal a -20 -40ºC), si se prevé una demora mayor a 24 h.

Las muestras se remitirán al Laboratorio de Microbiología del Hospital Virgen de las Nieves de Granada.

La dirección de envío de las muestras es:

Servicio de Microbiología
Hospital Universitario Virgen de las Nieves
Av Fuerzas Armadas 2. 18014 GRANADA
Tfno: 958020422-677906402 (corporativos 120422-736402)

El laboratorio comunicará los resultados al centro remitente de las muestras y a la Secretaría General de Salud Pública y Consumo.

Anexo 2.B. INSTRUCCIONES PARA RELLENAR Y ENVIAR LA SOLICITUD para estudio de virus:

1. Utilizar el programa Acrobat Reader para abrir el formulario (NO utilizar programas pdf viewer).
2. Rellenar todos los campos de los apartados "PACIENTE/ETIQUETA IDENTIFICATIVA" y "CENTRO Y PROFESIONAL SOLICITANTES". En caso de que el peticionario proceda de otra provincia diferente a Granada, no es necesario rellenar la Clave médica.
3. Reflejar el nº de identificador de alerta o caso en RedAlerta, donde debe estar incluida la encuesta epidemiológica.
4. No pegar ninguna etiqueta en el apartado "ETIQUETA CÓDIGO DE BARRAS" si la solicitud procede de otra provincia diferente a Granada.
5. Marcar el análisis correspondiente que se quiere solicitar. Si el análisis requerido no consta en los apartados del volante de petición, añadirlo en “OTRAS DETERMINACIONES”, especificando muestra y estudio a realizar.
6. Imprimir el formulario y enviar con la muestra, debidamente identificada con los datos del paciente.