

Chikungunya en la República Dominicana: lecciones aprendidas en los primeros seis meses

Raquel Pimentel,¹ Ronald Skewes-Ramm¹ y José Moya²

Forma de citar

Pimentel R, Skewes-Ramm, Moya J. Chikungunya en la República Dominicana: lecciones aprendidas en los primeros seis meses. *Rev Panam Salud Publica*. 2014;36(5):336–41.

RESUMEN

La epidemia de chikungunya en la República Dominicana se inició en febrero de 2014. En los primeros seis meses se registraron 429 421 casos, que representaron 65% de todos los notificados a la Organización Panamericana de la Salud por 33 países y territorios de la Región de las Américas. Esta epidemia se ha transmitido con rapidez en dicho país y ha demandado una intensa respuesta intersectorial, que ha liderado el Ministerio de Salud Pública y, especialmente, el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica y la red de los servicios de salud. Considerando que afectará a miles de personas, el objetivo de este artículo es describir las actuaciones realizadas y compartir los resultados y las lecciones aprendidas durante estos primeros meses con los ministerios de salud y los profesionales de los países de la Región para ayudarles a preparar una respuesta adecuada para afrontarla de forma efectiva y eficiente.

Palabras clave

Virus chikungunya; epidemias; República Dominicana.

En diciembre de 2013, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) emitió una alerta sobre casos autóctonos de chikungunya en Saint Martin (1), razón por la cual el Ministerio de Salud Pública (MSP) de la República Dominicana difundió, en enero de 2014, una alerta epidemiológica (2) conjuntamente con el plan nacional de preparación y respuesta frente al chikungunya.

En febrero de 2014, las notificaciones del síndrome febril del Hospital María Paniagua del municipio de San Gregorio de Nigua, de la provincia de San Cristóbal, indicaban un incremento sostenido de casos desde la semana

epidemiológica (SE) 8 (del 17 al 22 de febrero de 2014). La fiebre se acompañaba de artralgias y exantema. Tras descartar con pruebas de laboratorio el dengue, la malaria, el sarampión y la rubeola, se empezó a considerar la posibilidad de la introducción del virus chikungunya, que confirmó el 3 de abril el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos de América. El municipio de Nigua colinda con el municipio de Bajos de Haina, donde se ubica el principal puerto comercial del país, que recibe embarcaciones de diferentes partes del mundo. Como los barrios afectados se encuentran a 2 km lineales del puerto, se supone que este puerto haya sido la puerta de entrada del virus.

El objetivo de este artículo es difundir y compartir los resultados y las lecciones aprendidas durante los meses iniciales de la epidemia para ayudar a los minis-

terios de salud de los países de la Región a prepararse y responder frente a ella.

Vigilancia epidemiológica: organización, respuesta

La Dirección General de Epidemiología (DIGEPI) elaboró los instrumentos de recolección y notificación de casos y brotes, que se presentaron en una reunión con la Red Nacional de Epidemiología. Un grupo de respuesta rápida realizó la búsqueda activa de casos sospechosos en los barrios afectados inicialmente. La definición de caso fue la siguiente: toda persona residente en el municipio de Nigua de la provincia de San Cristóbal que haya presentado desde febrero pasado (2014) fiebre súbita más poliartalgias.

Los resultados mostraron la rapidez de la transmisión del virus: solo en dos meses las tasas de ataque en barrios como Galindo y Cambelen fueron 66 y

¹ Dirección General de Epidemiología, Ministerio de Salud Pública, Santo Domingo, República Dominicana.

² Organización Panamericana de la Salud, Santo Domingo, República Dominicana. La correspondencia se debe dirigir a José Moya. Correo electrónico: moyajose@paho.org

48%, respectivamente, y en otros barrios colindantes, 37, 31 y 16%, lo cual indicó que se trataba de una epidemia que avanzaba por expansión territorial a partir del foco inicial en Galindo (cuadro 1). El porcentaje de hombres afectados era 38% y el de mujeres, 43%. Se registraron casos en todos los grupos de edad (3). La frecuencia de los síntomas era similar a las referidas en la guía OPS/CDC (4). Además de fiebre súbita y poliartalgias, en los pacientes se observaron adenomegalias cervicales, supraclaviculares e inguinales y dolorosas al tacto y edema facial, vulvar y escrotal (5).

Para evaluar el subregistro y hacer un mejor seguimiento del número real de casos, entre junio y agosto de 2014 la DIGEPI realizó diversas encuestas rápidas (con menos de 6 preguntas cada una) en Santo Domingo y los municipios cabecera de otras provincias del país. Las encuestas duraban menos de dos minutos y permitían obtener información sobre las siguientes variables: sexo de entrevistado, barrio donde vivía, número de moradores por vivienda, personas que trabajaban o estudiaban, casos sospechosos, casos que demandaron atención médica, y casos hospitalizados (cuadro 2).

Las cuatro primeras encuestas se realizaron en el gran Santo Domingo, que incluye el Distrito Nacional y la provincia de Santo Domingo y cuya población estimada es de 3,3 millones de habitantes (6). El metro de la ciudad tiene dos líneas y se realizaron encuestas en todas las estaciones. En la segunda encuesta participaron 37 supermercados cuyos clientes constituyen una población representativa de todos los sectores de la ciudad (7). Sobre la base del 60% de las personas afectadas por la infección detectadas en la tercera encuesta realizada en el metro, se estimó que el número absoluto de infectados por el virus en el gran Santo Domingo se aproximaba a 2 millones. En Azua, donde se registró la tasa de ataque más alta (81%), 97% de los hogares había tenido al menos un miembro afectado (8). Aunque esas cifras eran preliminares, fueron muy útiles para estimar el número real de casos y, con este fin, se decidió realizar posteriormente encuestas de seroprevalencia.

Transcurridos 6 meses del inicio de la epidemia de chikungunya, el mayor número de casos a escala nacional se registró en las SE 25–26 (entre el 15 y el 28 de junio de 2014), como se aprecia en la figura 1, que muestra, además, que

el período de mayor transmisión comprendió 20 semanas.

Algunos aspectos clínicos del chikungunya

El chikungunya puede causar defunciones. Según la bibliografía científica disponible antes de 2005 (9), era una enfermedad benigna de resolución espontánea, que, por consiguiente, no causaba la muerte del paciente. A partir de la epidemia de Reunión, se pudo documentar mejor a los grupos de riesgo, las formas graves y atípicas, así como la transmisión vertical, que pueden causar defunciones (10). Evitar la mortalidad por chikungunya debe ser un claro objetivo de los servicios de salud y éstos han de disponer de profesionales de salud capacitados para identificar, desde el *triage*, los grupos de riesgo y las formas graves de la enfermedad para su adecuado control médico diario. Se ha de investigar, además, todo fallecimiento de personas que hayan padecido chikungunya, tanto en la fase aguda como durante la convalecencia, así como las defunciones atribuidas al dengue durante epidemias de chikungunya.

CUADRO 1. Resultados de la búsqueda activa de casos en los barrios afectados por chikungunya en el municipio de Nigua de la provincia de San Cristóbal, República Dominicana, marzo de 2014

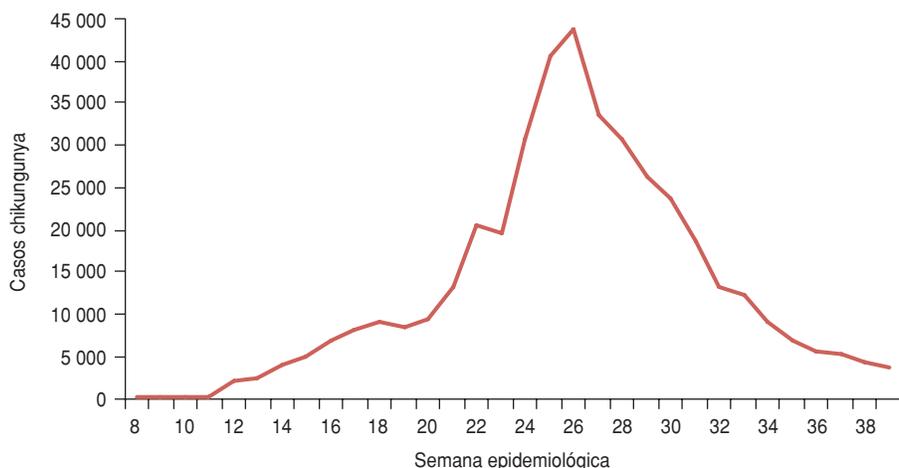
Barrio	Casas visitadas (No.)	Casas encuestadas (No.)	Respuesta (%)	Habitantes (No.)	Casos (No.)	Tasa de ataque (%)
Galindo	143	132	92,3	534	355	66,5
Cambelen	138	106	76,8	424	204	48,1
San Rafael	50	46	92,0	211	79	37,4
Sabana	71	50	70,4	185	57	30,8
Invi-Nigua	134	97	72,4	444	72	16,2
Buenos Aires	20	15	75,0	57	0	0
Total	556	446	80,2	1855	767	41,3

Fuente: Dirección General de Epidemiología, Ministerio de Salud Pública, República Dominicana.

CUADRO 2. Principales resultados (porcentajes) obtenidos en las encuestas rápidas realizadas en Santo Domingo (metro y supermercados) y en las capitales de las provincias de Azua, Ocoa, La Romana y La Altagracia, República Dominicana, entre junio y agosto de 2014

	Metro	Supermercados	Metro	Metro	Azua	Ocoa	Romana	Altagracia
Fecha	20 junio	27 junio	4 julio	18 julio	30 julio	13 agosto	14 agosto	15 agosto
Hogares afectados	72	70	81	80	97	91	89	68
Proporción de personas afectadas	44	46	58	60	81	64	63	40
Demanda de atención médica	48	49	49	44	61	66	60	59
Hospitalizados	3	5	4	—	6	16	5	10
Faltó al trabajo	29	26	37	—	49	35	29	20
Faltó al centro de estudios	21	21	25	—	25	13	19	14

Fuente: Dirección General de Epidemiología, Ministerio de Salud Pública, República Dominicana.

FIGURA 1. Número de casos de enfermedad febril causada por el virus chikungunya por semana epidemiológica (SE: 8–38), del 18 de febrero al 22 de septiembre de 2014, República Dominicana

Fuente: Dirección General de Epidemiología, Ministerio de Salud Pública, República Dominicana.

Durante la fase aguda, los dolores articulares son intensos, al igual que la fiebre, por lo que las personas no pueden valerse por sí mismas, ni siquiera para abrir una botella de agua, incorporarse, vestirse o caminar. La fiebre se describe como un calor sofocante o como una sensación de quemarse por dentro. El acetaminofeno (paracetamol) por vía oral tarda varios minutos en surtir su efecto. Por ello, para bajar la fiebre, pueden emplearse medios físicos, como bolsas de hielo en la cabeza, axilas o ingles durante unos minutos, y mantener al paciente en habitaciones ventiladas y con aire acondicionado si es posible. Se han documentado desmayos por hipotensión (deshidratación), una situación que se complica si la persona vive sola y es de edad avanzada. Por esta razón, se recomienda que en la fase aguda los cuidados que los familiares presten al paciente sean permanentes y, si no es posible, hospitalizar al paciente para una adecuada rehidratación.

Cuando se descarta dengue, y ante formas artrálgicas incapacitantes de la enfermedad, deben administrarse antiinflamatorios no esteroideos (AINES). La respuesta de estos pacientes a una dosis intramuscular de AINES suele ser rápida, y pueden darse dosis orales de mantenimiento durante dos o tres días.

Se han descrito casos crónicos de chikungunya, lo que plantea un nuevo reto en la respuesta a la epidemia, como disponer de protocolos para seguir su

evolución de estos casos. La fase crónica se caracteriza por afectar la calidad de vida, pues los dolores son recurrentes, generan incapacidad funcional temporal, requieren apoyo emocional e, incluso, servicios de rehabilitación y de salud mental. La Sociedad de Reumatología de República Dominicana está documentando los casos y ofreciendo orientaciones al personal de salud.

El chikungunya puede transmitirse también a través de las transfusiones sanguíneas. Como las donaciones de sangre son insuficientes en el país, se recomendó no excluir como donantes a las personas que hayan padecido la enfermedad, aunque manteniendo la norma nacional, que excluye como donante a toda persona que haya presentado fiebre la semana previa.

Dengue y chikungunya

El dengue es endémico en la República Dominicana, donde se produjeron dos ciclos epidémicos intensos con 9 484 casos y 71 defunciones en 2012 y 16 658 casos y 111 defunciones en 2013 (11). El virus chikungunya tiene el mismo vector, produce un cuadro clínico similar al dengue y formas atípicas y graves de la enfermedad, sobre todo en personas con edades extremas y en aquellas personas con comorbilidades, a quienes puede producir la muerte.

El reto inicial que se planteó con esta epidemia fue capacitar a los profesiona-

les de la salud en la atención correcta de los casos, lo cual incluye la insistencia en el reposo, la hidratación y el uso de acetaminofeno durante la fase aguda de la enfermedad. Estas pautas son adecuadas para la atención de pacientes con dengue o chikungunya, si bien es preciso insistir en la necesidad de realizar un seguimiento médico estricto de los grupos de riesgo de infección por chikungunya y en la vigilancia familiar de los signos de alarma del dengue para derivar tempranamente a los pacientes al hospital (12). En la guía de manejo clínico elaborada en la República Dominicana se subraya que las personas de los grupos de riesgo de chikungunya sean atendidos en un servicio de salud por profesionales médicos y que los casos atípicos o graves se hospitalicen.

Por otro lado, se difundieron mensajes por radio y televisión y se repartieron folletos con información sobre los grupos de riesgo (niños menores de un año, embarazadas y personas mayores de 65 años o con alguna comorbilidad) y los signos de alarma con la finalidad de identificar tempranamente las complicaciones del chikungunya y enviar a las personas afectadas al hospital.

Cuando el personal de salud acumuló más experiencia, pudo discriminar mejor los casos de chikungunya. El nexo epidemiológico (la proximidad con casos confirmados de la enfermedad) es un criterio, junto con la fiebre, los dolores articulares y el exantema, más intenso en el chikungunya que en otras infecciones similares. El dolor articular es tan fuerte que causa dificultades para caminar y los pacientes adoptan la clásica posición de “doblado”, que es identificada rápidamente por la población. La fiebre es alta, entre 39 y 40 °C, y difícil de tratar, porque además de acetaminofeno, acostumbra requerir medidas físicas, como duchas o baños en agua fría en los niños. Esta situación explica que algunas personas tomen sobredosis de acetaminofeno. Como a altas dosis puede ser tóxico, se debe insistir en respetar la frecuencia horaria y la dosis según la edad. El cuadro vírico (astenia, náuseas, vómitos) y la fiebre intensa, asociada con temperatura ambiental alta de los países tropicales, dificulta la adecuada hidratación, lo cual es crucial en la evolución de los casos, sobre todo en los ancianos. La actuación médica debe incluir la hospitalización, para poder hidratar a los pacientes por vía endovenosa en función de los grupos

de riesgo. Debe recordarse que entre los factores de riesgo se incluye el riesgo social: personas que viven solas en zonas geográficas apartadas o que tienen dificultades idiomáticas, como ocurre con la población haitiana que vive en la República Dominicana.

El papel del laboratorio es fundamental cuando existe una duda diagnóstica, porque con la información que ofrece el hemograma puede realizarse el diagnóstico diferencial y con pruebas virológicas o serológicas —indicadas según los días de evolución— se pueden confirmar el dengue y la infección por chikungunya. En la decisión de realizar las pruebas de diagnóstico de laboratorio, los criterios médico y epidemiológico deben prevalecer, sobretodo en grupos de riesgo, y han de tenerse en cuenta su disponibilidad y costo. Debido al alto número de casos registrados en la fase epidémica, no se recomendó realizar pruebas de laboratorio rutinarias para confirmar chikungunya.

Respuesta a la epidemia del Ministerio de Salud Pública

El Ministerio de Salud Pública (MSP) activó el *Comité Interinstitucional de Vigilancia de la Salud* (13) y semanalmente compartió información, tareas y la evaluación de las actividades realizadas con las instituciones y organismos que lo componen (el Colegio Médico Dominicano, sociedades médicas especializadas, Sanidad de las Fuerzas Armadas, el Ministerio de Educación, el Ministerio de Medio Ambiente, el sector del agua, la Federación Dominicana de Municipios y la OPS, entre otros).

Entre las acciones acometidas destaca, primero, la elaboración por parte del MSP, junto con sociedades médicas dominicanas, de la *Guía de manejo clínico para la infección por virus chikungunya* (14), basada en el documento sobre preparación y respuesta de la OPS y el CDC (15), y, segundo, su distribución nacional antes de celebrar reuniones de capacitación del personal de las redes de atención de salud.

El MSP mantuvo, asimismo, frecuentes reuniones de trabajo con los directores provinciales y regionales de salud y con los directores de los hospitales del país, para tomar decisiones sobre las estrategias y las actividades de respuesta a la epidemia. En el Viceministerio de Salud Colectiva se activó la Sala de Situación de Salud, un colectivo de

profesionales encargado de coordinar y evaluar necesidades y acciones de respuesta frente a la epidemia integrado por seis grupos de trabajo: epidemiología, servicios de salud, comunicación estratégica, planificación y logística, respuesta rápida, y control vectorial.

Además, se organizaron foros comunitarios en los cuales participaron, entre otros, líderes comunitarios y representantes de las iglesias, de escuelas y de los gobiernos locales. En estos espacios se ha difundido información sobre las características de la epidemia y las acciones de prevención, y se ha insistido en la necesidad de eliminar criaderos de mosquitos, de utilizar larvicidas en los tanques de almacenamiento de agua en los hogares. Las acciones de control vectorial se realizaron incluso antes de disponer de las pruebas de confirmación del laboratorio, y se focalizaron en los barrios más afectados con 12 brigadas del Centro de Control de Enfermedades Tropicales (CENCET) del MSP, que efectuaron el rociado espacial con insecticidas.

Considerando que el volumen de casos de una epidemia de chikungunya podría desbordar los servicios de salud, la estrategia de comunicación se orientó a la identificación temprana de los síntomas, la transmisión, la prevención y la búsqueda de atención en los servicios del primer nivel de salud. Los mensajes se dirigieron, asimismo, a modificar conductas de las personas en sus domicilios, como, por ejemplo, guardar reposo, hidratarse adecuadamente y tomar acetaminofeno. Dado que los casos de chikungunya sin complicaciones suelen resolverse en su fase aguda y en pocos días (especialmente en los niños y jóvenes), la mitad de las personas infectadas permaneció en casa sin acudir a consultar a un servicio de salud.

Como el tamaño de la población de la República Dominicana es mayor que la de otros países y territorios del Caribe, se ha registrado un número considerable de casos y acumulado una experiencia práctica en la atención de las personas infectadas. Ello explica que el MSP, a través de la OPS, haya recibido solicitudes de otros países de la Región para que clínicos y salubristas compartan sus experiencias en sesiones virtuales y presenciales. La coordinación con la oficina local del CDC también fue oportuna para sistematizar mejor las enseñanzas extraídas de la experiencia acumulada. En esta línea, se difundieron diversos

documentos, imágenes y videos, con testimonios de los casos y entrevistas al personal de salud en los sitios web de la sede de la OPS en Washington, DC, y de la Representación de la OPS en la República Dominicana.

En coordinación con las sociedades médicas y los principales hospitales de referencia nacional, se están revisando y sistematizando los casos graves, atípicos, las defunciones y los casos de transmisión vertical, como, por ejemplo, 84 recién nacidos cuyas madres tenían viremia antes del parto, 49 de los cuales presentaron fiebre, hiperalgia y erupción de la piel y uno de los cuales falleció (16). Para el seguimiento de la mortalidad relacionada con chikungunya, el MSP ha creado un comité de vigilancia de la mortalidad, que analizará las historias clínicas y realizará un análisis retrospectivo de los certificados de defunción.

Consideraciones finales y recomendaciones

La notificación habitual del síndrome febril eruptivo fue sensible a la presencia de la epidemia de chikungunya. La DIGEPI pudo observar en los canales endémicos del síndrome febril el incremento de casos que coincidía con la aparición del chikungunya en los municipios de San Cristóbal. Los casos febriles en exceso observados se consideraron como chikungunya, lo cual ha sido una forma efectiva de monitorizar el comportamiento de la epidemia en el país. Sin embargo, el subregistro fue importante, como se comprobó con las encuestas rápidas realizadas.

La rapidez de la transmisión y el llamativo cuadro clínico, producto de la fiebre y el dolor, explican que las noticias sobre chikungunya tuvieran eco en los medios de comunicación y que la población se informase con rapidez. En los barrios afectados por chikungunya se decía coloquialmente “que no se iba sin verte”, aunque los medios también amplificaron la duda sobre si el mosquito transmitía la enfermedad y comentarios como “fue un barco chino que regó una sustancia en el aire allí en Haina”. A raíz de estos hechos, el MSP se replanteó su estrategia de comunicación y decidió intensificar la presencia en los medios de comunicación de figuras representativas del mundo médico y explicar que el mosquito *Aedes* transmite el virus. La complejidad de esta situación venía

dada por el hecho de que el principal mecanismo de prevención es eliminar los criaderos de mosquitos.

La población comparó al chikungunya con el dengue (aunque este último no se transmite con tanta rapidez ni a tantas personas) y pensaba que la enfermedad era “algo que estaba en el aire”. Esta creencia se propagó muy rápidamente y tiene que ser considerada con anticipación en las estrategias de comunicación. En las epidemias de chikungunya de Reunión y el Caribe francés se produjeron situaciones similares, que responden a una reacción natural de la población frente a la magnitud del número de casos, la intensidad de las artralgias y el sufrimiento humano que ocasiona (17).

Seis meses después del inicio de la epidemia de chikungunya no se ha afectado el turismo, a pesar de que la mayoría de los casos importados en los países de la Región de las Américas proceden de la República Dominicana. El Ministerio de Turismo y la Asociación de Hoteles y Restaurantes, junto con el MSP, activaron la Comisión de Salud y Turismo para debatir las acciones preventivas que debía emprenderse contra la epidemia. Se hizo hincapié en las acciones de control vectorial y en la difusión de notas informativas a los viajeros relativas al cuidado personal y a la necesidad de que se dirijan a los servicios de salud. Tanto los CDC de los Estados Unidos (18) como los de Europa (19), a través de sus páginas web,

han emitido recomendaciones a las personas que viajen al Caribe para prevenir el chikungunya sin restringir los viajes.

Aún no es posible estimar si el chikungunya será endémico en la República Dominicana. Antes debe observarse el comportamiento de la epidemia en los próximos años e implantar sistemas de vigilancia biológica. El chikungunya se ha incorporado al grupo de enfermedades infecciosas que se comparten con Haití, un país con el cual la República Dominicana continuará realizando esfuerzos para su control y eliminación, como se viene haciendo con la malaria, el cólera y la filariasis linfática.

Conflictos de intereses. Ninguno.

REFERENCIAS

1. Organización Panamericana de la Salud. Alerta epidemiológica. Fiebre por chikungunya. 9 diciembre 2013. Washington, DC: OPS; 2013. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=23807&Itemid= Acceso el 20 de marzo de 2014.
2. Dirección General de Epidemiología, Ministerio de Salud Pública. Alerta epidemiológica, No. 1 del 27 de enero de 2014. Santo Domingo: Ministerio de Salud Pública; 2014. Disponible en: http://www.digepisalud.gob.do/funciones/funciones/cat_view/7-archivos-varios/75-/105-fiebre-de-chikungunya.html Acceso el 22 de julio de 2014.
3. Dirección General de Epidemiología, Ministerio de Salud Pública. Brote de chikungunya: tasa de ataque específica por grupo de edad y sexo. Nigua, San Cristóbal. Sala de situación de salud. Santo Domingo: Viceministerio de Salud Colectiva; 2014.
4. Dirección General de Epidemiología, Ministerio de Salud Pública. Informe de búsqueda activa de chikungunya en barrios afectados de la provincia de San Cristóbal. Sala de situación de salud. Santo Domingo: Viceministerio de Salud Colectiva; 2014.
5. Ministerio de Salud Pública, Organización Panamericana de la Salud. Taller de revisión de formas severas y atípicas del chikungunya. Celebrado en Santo Domingo, República Dominicana, el 31 de julio de 2014.
6. Dirección General de Epidemiología, Ministerio de Salud Pública. Indicadores y datos básicos 2013. Santo Domingo: Ministerio de Salud Pública; 2013.
7. Dirección General de Epidemiología, Ministerio de Salud Pública. Boletín Epidemiológico 26-2014. Santo Domingo: Ministerio de Salud Pública; 2014. Disponible en: www.digepisalud.gob.do Acceso el 20 de agosto de 2014.
8. Dirección General de Epidemiología, Viceministerio de Salud Colectiva, Ministerio de Salud Pública. Informe semanales de la sala de situación. Santo Domingo: Ministerio de Salud Pública; 2014.
9. Thiberville SD, Moyon N, Dupui-Maguiraga L, Nougairède A, Gould EA, Roques P, et al. Chikungunya fever: Epidemiology, clinical syndrome, pathogenesis and therapy. *Antiviral Res.* 2013;99(3):345-70. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.antiviral.2013.06.009> Acceso el 10 de junio de 2014.
10. Institut de Veille Sanitaire. Surveillance des formes émergentes hospitalières de chikungunya, la Réunion, avril 2005-mars 2006. Rapport détaillé. Saint Maurice, France: INVS; 2007. Disponible en: http://www.invs.sante.fr/publications/2007/chik_surveillance_2007/chik_surveillance_2007.pdf Acceso el 10 de julio de 2014.
11. Dirección General de Epidemiología, Ministerio de Salud Pública. Boletín Epidemiológico 52-2013. Santo Domingo: Ministerio de Salud Pública; 2013. Disponible en: www.digepisalud.gob.do Acceso el 22 de agosto de 2014.
12. Organización Panamericana de la Salud. Dengue: Guías de atención para enfermos en la región de las Américas. La Paz: OPS; 2010. Disponible en: http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=301:dengue-nuevas-guias-diagnostico-tratamiento&Itemid=243 Acceso el 12 de agosto de 2014.
13. Ministerio de Salud Pública. Reglamento del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, Decreto 309-07. 13 de Junio de 2007. Santo Domingo: Ministerio de Salud Pública; 2007.
14. Ministerio de Salud Pública. Guía de manejo clínico para la infección por virus chikungunya. Mayo 2014. Santo Domingo: Ministerio de Salud Pública; 2014. Disponible en: http://www1.paho.org/dor/images/stories/archivos/chikungunya/guia_chikv2.pdf?ua=1 Acceso el 10 de julio de 2014.
15. Organización Panamericana de la Salud, Centers for Disease Control and Prevention. Preparación y respuesta ante la eventual introducción del virus chikungunya en las Américas. Washington, DC: OPS; 2014. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=16985&Itemid= Acceso el 7 de mayo de 2014.
16. Rivera Mejía L. Chikungunya neonatal. Experiencia del Hospital de Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia: mayo a julio 2014. Taller de revisión de formas severas y atípicas. Santo Domingo: Organización Panamericana de la Salud, Ministerio de Salud Pública; 2014.
17. Agence régionale de santé. Le chikungunya fait naître les rumeurs les plus folles, 2014. Fort-de-France: Agence régionale de santé; 2014. Disponible en: [http://www.martinique.pref.gouv.fr/Media/Files/10-Q-R-Halte-aux-rumeurs-VF/\(language\)/fre-FR](http://www.martinique.pref.gouv.fr/Media/Files/10-Q-R-Halte-aux-rumeurs-VF/(language)/fre-FR) Acceso el 20 de agosto de 2014.[6]
18. Centers for Diseases Control and Prevention. Chikungunya in the Caribbean. Atlanta, GA: CDC; 2014. Disponible en: <http://wwwnc.cdc.gov/travel/notices/watch/chikungunya-caribbean> Acceso el 23 de junio de 2014.
19. European Centre for Disease Prevention and Control. Information for travelers chikungunya. Stockholm: ECPC; 2014. Disponible en: http://www.ecdc.europa.eu/en/healthtopics/documents/chikungunya_fever_factsheet_for_travellers.pdf Acceso el 23 de junio de 2014.

Manuscrito recibido el 4 de septiembre de 2014. Aceptado para publicación, tras revisión, el 27 de octubre de 2014.

**Chikungunya in the
Dominican Republic:
lessons learned in the
first six months**

ABSTRACT

The chikungunya epidemic in the Dominican Republic began in February 2014. During the first six months 429 421 cases were recorded, representing 65% of all those notified to the Pan American Health Organization by 33 countries and territories of the Region of the Americas. This epidemic has spread quickly in the Dominican Republic, requiring a focused intersectoral response, led by the Ministry of Public Health and involving major efforts by the National Epidemiological System and the health services network. Given that the virus will affect thousands of people, this article seeks to describe the actions that have already been carried out, and to share the results and lessons learned during these first months with health ministries and professionals in the countries of the Region, in order to assist them to prepare an appropriate response to confront the epidemic effectively and efficiently.

Key words

Chikungunya virus; epidemics; Dominican Republic.
