



5 de marzo de 2026

COMUNICACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

Detección de casos de fiebre chikungunya sin antecedente de viaje en el contexto de transmisión activa en zonas fronterizas con Bolivia

Desde finales de 2025 se observa un incremento de la transmisión de fiebre chikungunya en la Región de las Américas, con brotes en países limítrofes. En Bolivia se registra un aumento sostenido de casos, con brotes en los municipios fronterizos de Yacuiba y Bermejo (departamento de Tarija), caracterizados por elevada movilidad poblacional y tránsito frecuente con el norte argentino. En este contexto, en Argentina se han notificado casos importados en distintas jurisdicciones y, desde principios de enero de 2026, casos sin antecedente de viaje en la provincia de Salta, con brotes en Prof. Salvador Mazza (departamento General José de San Martín) y Aguas Blancas (departamento Orán). Asimismo, a fines de febrero de 2026 se notificaron casos confirmados sin antecedente de viaje en Yerba Buena (Tucumán).

En este contexto, el Ministerio de Salud de la Nación emite la presente comunicación con el objetivo de informar sobre la situación epidemiológica actual y reforzar en los equipos de salud la importancia de fortalecer la vigilancia epidemiológica, incrementar la sospecha de fiebre chikungunya ante casos de síndrome febril inespecífico, asegurar la notificación e investigación oportuna de los casos y el seguimiento de los contactos.

Asimismo, resulta fundamental sensibilizar a la población sobre la importancia de la consulta temprana ante la aparición de síntomas compatibles y extremar las medidas de prevención para reducir las poblaciones del mosquito vector que presenta su pico de abundancia poblacional durante el verano y el comienzo del otoño. De esta forma, se favorece la detección precoz de posibles eventos de transmisión local y se limita su propagación. Asimismo, se destaca el aumento del riesgo de introducción y diseminación del virus asociado al incremento de la movilidad poblacional en el marco del período festivo de Carnaval, particularmente por el flujo de viajeros entre Argentina y Bolivia, lo que refuerza la necesidad de extremar las medidas de vigilancia, detección temprana, respuesta oportuna y control vectorial.

Introducción

La fiebre chikungunya es una enfermedad causada por el virus Chikungunya (CHIKV), un arbovirus transmitido a los seres humanos por la picadura de mosquitos infectados, principalmente *Aedes aegypti* y, en menor medida, *Aedes albopictus*. Clínicamente se caracteriza por fiebre de inicio súbito, acompañada de artralgias intensas, mialgias, cefalea, exantema y fatiga. Si bien la mayoría de los casos presenta evolución favorable, el dolor articular puede persistir durante semanas o meses, y en algunos pacientes, especialmente en los extremos de la vida o con comorbilidades, pueden presentarse formas graves o complicaciones.

Esta enfermedad fue introducida en las Américas a finales de 2013, propagándose rápidamente por el continente y extendiéndose a la mayoría de los países de la región. Hacia finales de 2014 se habían notificado más de un millón de casos. Aunque la incidencia ha disminuido en años recientes, el virus continúa circulando en la Región, con notificación sostenida de casos, lo que evidencia su establecimiento y el riesgo persistente de brotes en áreas con presencia del vector.

Situación de fiebre chikungunya en Argentina

Durante la temporada en curso se notificaron **2.217** casos sospechosos de fiebre chikungunya, de los cuales 47 corresponden a casos confirmados y probables.

Los casos notificados en las jurisdicciones de Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Buenos Aires, Córdoba, Chaco y Entre Ríos presentaron antecedente de viaje a Bolivia, Brasil, Paraguay y Cuba, por lo que se clasifican como casos importados.

En la provincia de Salta se identificaron casos sin antecedente de viaje, en el contexto de la ocurrencia de casos importados con antecedente de viaje a Bolivia, lo que confirma la presencia de transmisión local.

Asimismo, se notificaron 2 casos confirmados sin antecedente de viaje en el departamento Yerba Buena (localidad Yerba Buena), provincia de Tucumán, detectados en el marco de la estrategia de vigilancia laboratorial implementada desde enero del presente año, que establece el muestreo para diagnóstico de fiebre chikungunya en al menos el 30% de los casos sospechosos de dengue con resultado negativo por biología molecular.

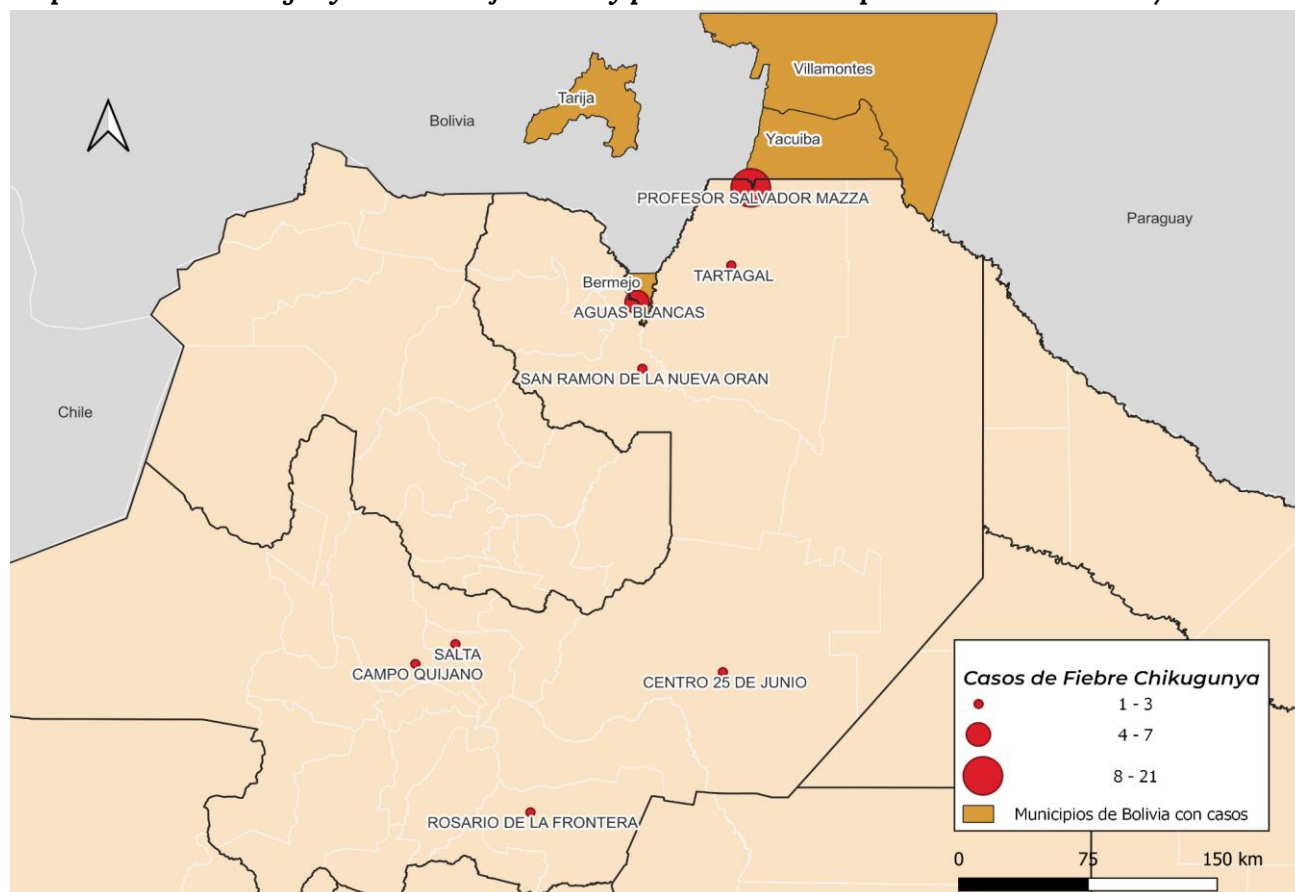
Casos de fiebre chikungunya en Salta

Hasta la SE8/2026 se notificaron 36 casos de fiebre chikungunya, de los cuales 29 se encuentran confirmados y 7 clasificados como probables, distribuidos en distintos departamentos de la provincia. En comparación con el acumulado informado en la semana epidemiológica previa, se observa un incremento intersemanal del 177% en los casos confirmados y probables notificados, magnitud que, por su velocidad de crecimiento, resulta compatible con un escenario de brote en curso.

La mayor concentración de casos se registra en el departamento General José de San Martín, con 23 casos (21 en Prof. Salvador Mazza y 2 en Tartagal), seguido por Orán, con 9 casos (7 en Aguas Blancas y 2 en San Ramón de la Nueva Orán). Asimismo, se notificó 1 caso confirmado en Anta (Centro 25 de Julio), 1 caso confirmado en Rosario de la Frontera (Rosario de la Frontera), 1 caso probable en Rosario de Lerma (Campo Quijano) y 1 caso confirmado en Salta Capital correspondiente a un viajero con residencia en la provincia de Buenos Aires.

La mediana de edad fue de 32 años. El grupo etario con mayor proporción de casos correspondió a personas de 44 a 65 años, seguido por los grupos de 35 a 44 años y de 10 a 14 años. El 61% de los casos corresponde a sexo legal masculino. Hasta el momento no se registraron casos graves ni fallecimientos. Dos personas requirieron internación de corta duración, con evolución clínica favorable y alta sin complicaciones.

Mapa 1. Fiebre Chikungunya: Casos confirmados y probables en Salta por localidad. SE2 a SE8/2026.



Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

*Centro 25 de Mayo (Salta Forestal, J. V. González, Anta).

Recomendaciones para equipos de salud

A. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y DE LABORATORIO

Todo caso sospechoso de dengue y otros arbovirus constituye un evento de notificación obligatoria en el marco de la Ley 15.465 y la Res. 2827/2022 y como tal deberá ser notificado de manera universal (por todo efector, tanto del subsector público, privado o de la seguridad social), dentro de las 24 horas al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

La notificación oportuna de los casos es necesaria para la realización de las acciones adecuadas de control. Los datos completos de clínica, laboratorio y epidemiología facilitan el adecuado monitoreo de la situación. El registro sistemático de las acciones permite el seguimiento, la evaluación y la eventual adecuación de las mismas.

En contextos de brotes o epidemias es importante mantener las capacidades de notificación, dado que la vigilancia epidemiológica es la herramienta fundamental para realizar acciones de respuesta de manera oportuna y eficaz, seguir orientando las acciones de control, realizar el monitoreo de la evolución del brote y evaluar la eficacia de las medidas adoptadas. Para mantener la capacidad de realizar la notificación oportuna es importante prever los recursos para dar respuesta adecuada a esta necesidad, así como registrar en cada etapa la información crítica.

Definición y clasificación de caso:

Caso sospechoso: toda persona que vive o ha viajado en los últimos 14 días a zonas con transmisión de chikungunya o presencia del vector y presenta fiebre asociada a artralgia o artritis que no se explican por otras condiciones médicas, con o sin otras manifestaciones extraarticulares que pueden ir de leves a graves. La fiebre habitualmente es de inicio súbito con una duración no mayor a 7 días.

Caso probable: todo caso sospechoso de chikungunya y que presente:

- Detección de IgM en una sola muestra de suero (recogida durante la fase aguda o convaleciente); **o**
- Detección de títulos constantes para virus CHIK en prueba de Neutralización, sin reactividad con otros alphavirus.
- Por nexo epidemiológico referido con un caso confirmado por laboratorio.

Caso confirmado: todo caso sospechoso o probable de chikungunya y que presente:

- Detección de genoma viral por qRT-PCR o aislamiento viral; **o**
- Seroconversión (aumento o disminución de 4 veces) en el valor de título de anticuerpos específicos tipo IgG medidos por neutralización para CHIKV en par serológico (muestras recogidas con 10 a 15 días de diferencia) con evaluación de reactividad cruzada con otros virus de la familia.
- En fallecidos, detección de genoma viral a partir de tejido de autopsia o mediante estudio histopatológico e inmunohistoquímica.
- IgM en LCR (si bien presencia de anticuerpos IgM en LCR es indicativo de infección en el SNC por el agente en estudio, se sugiere el estudio en paralelo de un par serológico por técnica PRNT para alphavirus con el fin de determinar si se trata de una infección aguda o reciente y evaluación de cruces serológicos).

Caso descartado de fiebre chikungunya: todo caso sospechoso o probable que presente:

- Resultado de IgM negativo en muestras obtenidas con más de ocho (8) días de evolución desde el inicio de la fiebre o Neutralización negativa en sueros pareados con 10 a 15 días de diferencia o
- Todo caso sospechoso con resultados de laboratorio “No Conclusivo” e imposibilidad de obtener nuevas muestras, en zonas sin circulación viral en un plazo de 30 días o
- Diagnóstico diferencial constatado que explique el cuadro clínico. Será considerado **Descartado por Diagnóstico diferencial**.

CHIKUNGUNYA EN TRANSMISIÓN VERTICAL

Caso sospechoso en recién nacido vivo: todo recién nacido de persona gestante con viremia intraparto (desde cuatro días previos al parto y dos días posteriores). Implica diagnóstico de CHIKV confirmado por laboratorio en la gestante.

Caso confirmado en recién nacido: un caso sospechoso de chikungunya en recién nacido y presente al menos una de las siguientes situaciones:

- Detección de genoma viral por qRT-PCR o la demostración de la presencia del virus mediante aislamiento viral; o
- Aumento de 4 veces en el valor de título de anticuerpos neutralizantes del tipo **IgG habiendo descartado reactividad cruzada con otros alphavirus** en las muestras recogidas con al menos 14 días de diferencia; o
- Detección de IgM por método de **ELISA habiendo descartado reactividad cruzada con otros alphavirus** en el recién nacido dentro de los primeros 12 días de vida extrauterina (idealmente dentro de las primeras 48 hs). Resulta relevante contar con muestras de suero de la madre para acompañar la confirmación diagnóstica por esta técnica en el recién nacido o contar con un diagnóstico previo confirmatorio por laboratorio en la mamá.

Estos casos se deben notificar, colocando DNI de la madre como responsable a cargo para que quede ligado al chikungunya materno (si no se contara con DNI todavía del recién nacido se debe notificar como indocumentado; una vez que el recién nacido obtenga número de DNI debe actualizarse en el SNVS).

CLASIFICACIÓN DE LOS CASOS POR OTROS CRITERIOS

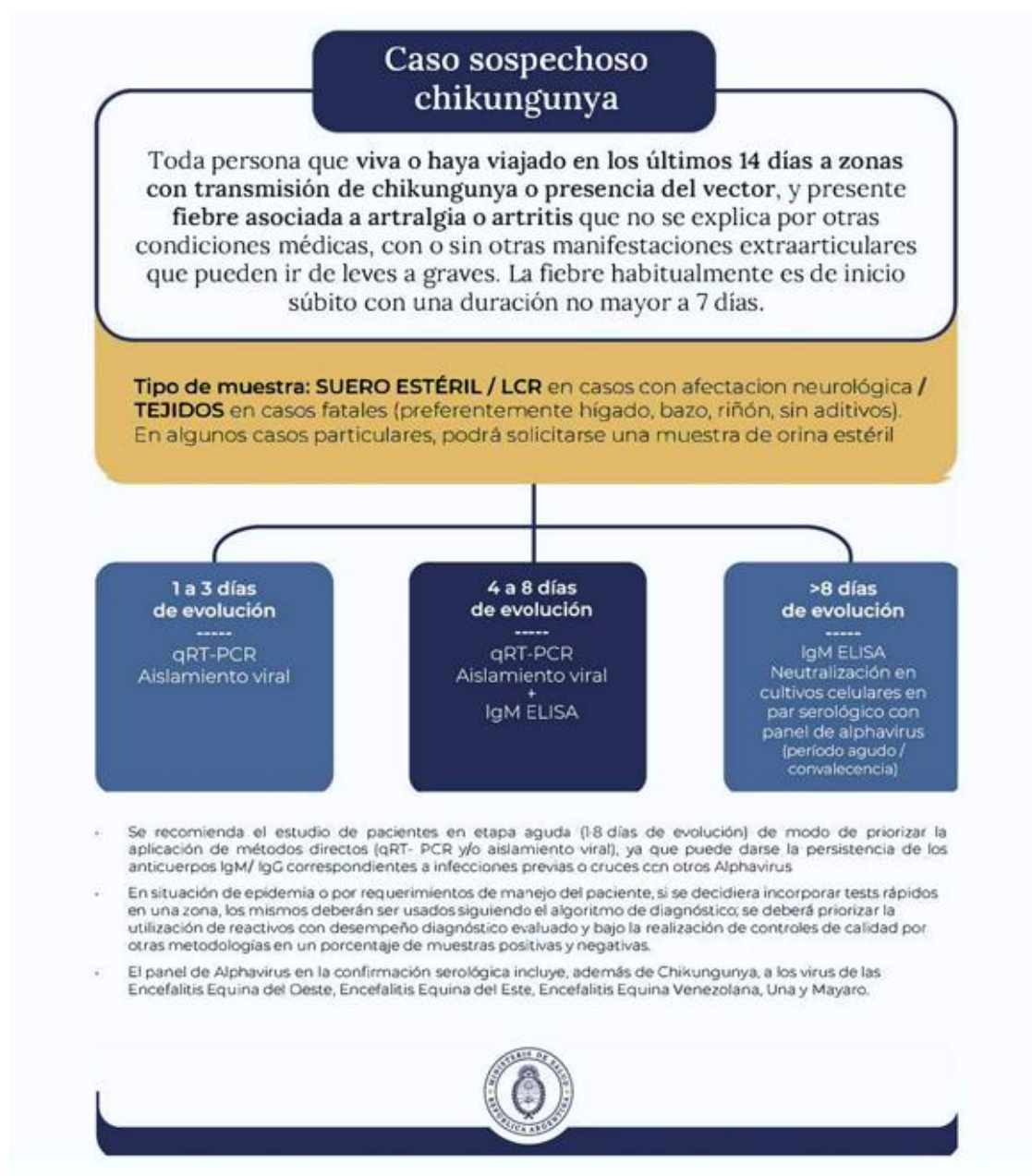
Chikungunya puede ser clasificado según su cuadro clínico de gravedad. Realizar la vigilancia del cuadro clínico de la enfermedad permitirá generar intervenciones oportunas dirigidas a prevenir formas graves y muertes por esta enfermedad. Por lo tanto, una vez definido el caso (sospechoso, probable o confirmado), este debe ser clasificado de acuerdo con su gravedad.

CLASIFICACIÓN CLÍNICA

- **Chikungunya:** es toda persona que vive o ha viajado en las últimas 2 semanas a zonas con transmisión de chikungunya, y presenta fiebre asociada a artralgia o artritis que no se explican por otras condiciones médicas.
- **Chikungunya con manifestaciones extraarticulares:** todo caso probable o confirmado, acompañado de otras manifestaciones extraarticulares, tales como; neurológicas, cardiovasculares, dermatológicas, oftalmológicas, hepáticas, renales, respiratorias, hematológicas, entre otras.
- **Chikungunya grave:** todo caso probable o confirmado que presenta falla de al menos un órgano o

sistema que amenaza la vida del paciente y requiere hospitalización.

Figura 1. Fiebre Chikungunya: Tipo de muestras y técnicas de laboratorio para diagnóstico según días de evolución. Argentina. Año 2026.



Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología y el INEVH. Ministerio de Salud de la Nación. Argentina. Año 2026.

CHIKUNGUNYA EN ESTUDIO POR MUESTREO LABORATORIAL

Un caso sospechoso de dengue con resultado negativo para dengue por biología molecular y que forma parte de la muestra de casos estudiados en el marco de la vigilancia laboratorio de Chikungunya.

- **Caso Confirmado en estrategia de vigilancia laboratorio:** detección molecular de CHIKV por qRT-PCR (por muestreo laboratorio).

- **Caso no detectable en estrategia de vigilancia laboral:** casos estudiados por muestreo con resultado negativo por qRT PCR para CHIKV.

De acuerdo a la disponibilidad de recursos del laboratorio y a la situación epidemiológica, se recomienda que el muestreo laboral para Chikungunya contemple como mínimo un 30% de los casos sospechosos de dengue negativos por biología molecular.

B. ACCIONES DE PREVENCIÓN Y CONTROL VECTORIAL

El virus chikungunya es un Alphavirus transmitido en Argentina por el mosquito *Aedes aegypti*, el mismo vector involucrado en la propagación de dengue, Zika y fiebre amarilla. Actualmente, *Aedes aegypti* presenta elevada abundancia poblacional en las regiones NOA, NEA y Centro con índices de riesgo entomológico que oscilan entre valores altos y moderados. En el contexto de transmisión activa detectado en la provincia de Salta y otras zonas del NOA, resulta fundamental extremar las medidas de prevención y control vectorial para reducir las poblaciones de mosquitos y disminuir el riesgo de transmisión. Dado que se trata del mismo vector involucrado en la transmisión de dengue, las medidas de prevención y control vectorial recomendadas son las mismas.

MEDIDAS DE PREVENCIÓN EN ÁREAS SIN CASOS DE CHIKUNGUNYA

En áreas donde aún no se detectaron casos sospechosos de chikungunya u otras arbovirosis resulta fundamental realizar acciones preventivas para disminuir la abundancia de mosquitos y los riesgos de transmisión ante la potencial aparición de un caso. Estas acciones están dirigidas para eliminar huevos y estadios inmaduros acuáticos (larvas y pupas).

- **Control focal:** eliminar o neutralizar criaderos y potenciales criaderos de *Aedes aegypti* para reducir la capacidad reproductiva del vector.
- Aquellos criaderos que puedan eliminarse, serán removidos de la vivienda para su disposición final.
- Aquellos criaderos que no puedan eliminarse, deberán neutralizarse de forma mecánica (dar vuelta, poner bajo techo, cubrir) o química (aplicación de larvicida por parte de personal autorizado).
- **Saneamiento ambiental:** reducción de vegetación y maleza, generación de un plan de disposición final de residuos apropiado para la localidad.
- **Acciones específicas sobre predios estratégicos y sitios críticos:** revisión y eliminación de criaderos en ambientes con alta concentración de criaderos de *Ae. aegypti* y/o intensa circulación de personas (cementeros, terminales de transporte, instituciones educativas, gomerías, entre otros).
- **Sensibilización de la población:** acciones de visibilización y comunicación de riesgo acerca del actual brote de Chikungunya y las acciones de prevención y protección personal que puede adoptar la población.

BLOQUEOS DE CASOS SOSPECHOSOS

Frente a la aparición de **casos sospechosos**, se da inicio al protocolo de bloqueo que incluye las siguientes acciones en la manzana del caso y las 7 colindantes.

- Control focal.

- Búsqueda de febriles.
- Fumigación intradomiciliaria con permetrina 10% por parte de personal autorizado.

Es importante recordar que:

- El mosquito *Aedes aegypti* no puede colocar los huevos en charcos, lagunas, ríos, zanjas por lo que las acciones de control en dichos cuerpos de agua no tienen ningún efecto sobre sus poblaciones.
- La fumigación no es una herramienta eficaz de prevención dado que sólo actúa sobre los mosquitos adultos, sin afectar a los huevos, larvas y pupas. Por este motivo, días después de la fumigación ya emergen nuevos mosquitos adultos.

C. VIGILANCIA CLÍNICA

PRESENTACIÓN CLÍNICA

La infección por CHIKV cursa en tres fases. La fase aguda (hasta 14 días) se caracteriza por inicio súbito de fiebre alta ($>38,5^{\circ}\text{C}$, habitualmente $>39^{\circ}\text{C}$), poliartralgia severa, bilateral e incapacitante con predominio distal (manos, muñecas, pies, tobillos), acompañada frecuentemente de mialgias, cefalea y exantema maculo-papular. La fase sub-aguda (15 días a 3 meses) se caracteriza por persistencia o recurrencia de los síntomas articulares con resolución de la fiebre. La fase crónica (más de 3 meses) afecta entre el 30% y el 60% de los pacientes, quienes desarrollan artropatía inflamatoria persistente o recurrente.

MANIFESTACIONES EXTRA-ARTICULARES Y CRITERIOS DE GRAVEDAD

Si bien la mayoría de los casos de chikungunya presenta evolución favorable, pueden ocurrir manifestaciones extra-articulares que comprometen distintos sistemas y que constituyen criterios de internación y de mayor complejidad. Las manifestaciones neurológicas (meningoencefalitis, convulsiones, síndrome de Guillain-Barré) son la principal causa de muerte en formas graves, con mayor frecuencia en neonatos y en adultos mayores de 65 años. Las manifestaciones cardiovasculares graves incluyen miocarditis, pericarditis e inestabilidad hemodinámica. El compromiso renal puede manifestarse como injuria renal aguda con oliguria o anuria. Se han descrito también hepatitis, insuficiencia respiratoria y, particularmente en neonatos, lesiones cutáneas vesiculobulosas. La sola presencia de cualquiera de estas manifestaciones, o de alteración del sensorio, justifica la internación y la evaluación por especialista.

POBLACIONES CON MAYOR RIESGO DE FORMAS GRAVES

El riesgo de formas atípicas o graves es significativamente mayor en los extremos de la vida y en pacientes con comorbilidades. Los neonatos de madres virémicas intraparto tienen un riesgo de transmisión vertical de aproximadamente el 50%, con alta frecuencia de presentaciones clínicas severas (encefalitis, trombocitopenia, lesiones cutáneas); todos deben ser hospitalizados para monitoreo durante al menos 7 días. En adultos mayores de 65 años la mortalidad es hasta 50 veces superior a la población general y el riesgo de artritis crónica es mayor. Las embarazadas presentan mayor riesgo de deshidratación y complicaciones. Los pacientes con diabetes, hipertensión arterial o enfermedad renal crónica deben recibir seguimiento estrecho.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El cuadro de chikungunya puede confundirse con otras arbovirosis en el marco del Síndrome Febril Agudo Inespecífico (SFAI). La poliartralgia severa, bilateral y de predominio distal orienta hacia CHIKV, mientras que la trombocitopenia progresiva, la extravasación plasmática y el aumento del hematocrito son más característicos del dengue. Esta distinción tiene consecuencias terapéuticas directas: dado que el diagnóstico diferencial con dengue no siempre es posible en forma clínica, todo paciente con fiebre y artralgia debe ser evaluado buscando signos de alarma de dengue (dolor abdominal intenso, vómitos persistentes, manifestaciones hemorrágicas, acumulación de líquidos), que en ese contexto indican hospitalización. Zika se distingue por el prurito intenso y la conjuntivitis. Según el contexto epidemiológico, deben descartarse también leptospirosis (exposición a agua estancada, mialgias en pantorrillas, ictericia), paludismo (viajeros de zonas endémicas, fiebre periódica), fiebre amarilla (sin vacunación, ictericia y falla renal), oropouche (similar al dengue, puede cursar con meningitis aséptica) y sarampión (fiebre con exantema y síntomas catarrales).

ATENCIÓN: NO administrar AINEs (ibuprofeno, diclofenac, aspirina) ni corticoides durante la fase aguda hasta haber descartado dengue, por el riesgo de complicaciones hemorrágicas. El tratamiento de primera línea es paracetamol (adultos hasta 4 g/día; niños 10-15 mg/kg cada 6 horas) e hidratación oral. Indicar aislamiento entomológico (uso de mosquitero y repelente) durante el período febril para evitar la infección de nuevos vectores. La vacuna contra el dengue no previene la infección por chikungunya ni sus cuadros graves.

Lecturas recomendadas:

- Circular de vigilancia epidemiológica y laboratorio de fiebre. Dirección de Epidemiología. Ministerio de Salud de la Nación.

Link: [circular_chik_ovp_enero_2026_version_final.pdf](#)

- Guía de vigilancia epidemiológica y laboratorio de dengue y otros arbovirus. Dirección de Epidemiología. Ministerio de Salud de la Nación.

Link: [guia-vigilancia-dengue-otros-arbovirus_version_marzo_2025-vf.pdf](#)