

GUÍA PRÁCTICA PARA EL MANEJO CLÍNICO DE

DENGUE Y CHIKUNGUNYA

GUÍA PARA EL PRIMERO, SEGUNDO Y TERCER NIVEL DE ATENCIÓN



Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) Representación Guatemala -
Catalogación en la fuente

Guía práctica para el manejo clínico de dengue y Chikungunya.: guía para el primero, segundo y tercer nivel de atención

1. Dengue- -prevención y control
2. Dengue grave- -prevención y control
3. Chikungunya- -prevención y control
4. Insectos vectores
5. Guías y manuales
6. Guatemala

Guatemala, 2015

ISBN: 978-9929-598-21-8

© Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social/Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) Representación Guatemala

Apoyo financiero y técnico de la Representación de OPS/OMS en Guatemala

El contenido de esta publicación puede reproducirse parcial o totalmente sin previa autorización, siempre y cuando se mencione la fuente y no se use para fines comerciales.

GUÍA PRÁCTICA PARA EL MANEJO CLÍNICO DE

DENGUE Y CHIKUNGUNYA

GUÍA PARA EL PRIMERO, SEGUNDO Y TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL (MSPAS)



Aedes Albopictus



Aedes aegypti

Guatemala, noviembre 2015

ÍNDICE

1. Definición dengue.....	Pág. 01
2. Transmisión.....	Pág. 01
3. Serotipos.....	Pág. 01
4. Tiempo de incubación.....	Pág. 01
5. Curso de la enfermedad.....	Pág. 01
6. Las tres fases del dengue.....	Pág. 02
6.1 Febril.....	Pág. 02
6.2 Crítica.....	Pág. 03
6.3 Recuperación.....	Pág. 03
7. Atención del paciente con dengue.....	Pág. 04
8. Definición de caso.....	Pág. 04
8.1 Caso probable de dengue.....	Pág. 04
8.2 Caso probable de dengue con signos de alarma.....	Pág. 04
8.3 Caso probable de dengue grave.....	Pág. 05
8.4 Caso confirmado de dengue.....	Pág. 05
8.5 Caso probable de muerte por dengue.....	Pág. 05
8.6 Caso confirmado de muerte por dengue.....	Pág. 05
9. Tratamiento.....	Pág. 06
9.1. Primer nivel.....	Pág. 06
9.2. Segundo nivel.....	Pág. 07
9.3. Tercer nivel.....	Pág. 07
10. Manejo del paciente pediátrico.....	Pág. 08
11. Manejo del paciente adulto.....	Pág. 08
12. Manejo de la paciente embarazada con dengue.....	Pág. 09
13. Muy importante.....	Pág. 09
14. Criterios de alta.....	Pág. 09
15. Definición chikungunya.....	Pág. 11
16. Caso sospechoso.....	Pág. 11
17. Caso confirmado.....	Pág. 11
18. Periodo de incubación.....	Pág. 11
19. Formas clínicas.....	Pág. 11
19.1. Manifestaciones agudas típicas.....	Pág. 11
19.1.1. Presentación típica.....	Pág. 11
19.1.2. Manifestaciones inespecíficas.....	Pág. 12
19.1.3. Manifestaciones específicas.....	Pág. 12
19.1.4. Sintomatología.....	Pág. 12
19.2. Fase subaguda.....	Pág. 12
19.2.1. Sintomatología.....	Pág. 12
19.3. Fase crónica.....	Pág. 12

19.3.1. Sintomatología.....	Pág. 13
20. Manifestaciones agudas típicas.....	Pág. 13
21. Manifestaciones atípicas.....	Pág. 13
22. Manifestaciones en recién nacidos.....	Pág. 13
23. Grupos de riesgo severidad.....	Pág. 13
24. Chikungunya transmisión materno infantil y manifestaciones neonatales...	Pág. 14
25. Tratamiento.....	Pág. 14
26. Evaluar la gravedad en pacientes con Chikungunya en su fase aguda.....	Pág. 14
27. Fase crónica.....	Pág. 15
28. Problemas musculoesqueléticos.....	Pág. 15
29. Dengue y chikungunya.....	Pág. 16
30. Bibliografía.....	Pág. 17

PRESENTACIÓN

Guatemala es un país tropical del cinturón de las Américas, con una población multiétnica, multilingüe y multicultural con 15,438,384 habitantes, distribuidos en 22 departamentos y con frecuentes episodios epidémicos de dengue en sus diferentes manifestaciones, la presencia de chikungunya y la amenaza latente de la enfermedad de zika.

La guía aquí presentada es una herramienta más para la atención de casos con dengue, desde el nivel primario en salud hasta la atención en unidades especializadas de segundo y tercer nivel. Ofrece una descripción de la enfermedad, su clasificación, manejo de casos de manera integral, así como su diagnóstico y medidas a considerar en situaciones de brote. La incorporación de los signos de alarma en las guías actuales de dengue ha contribuido a mejorar la atención y manejo de los casos, principalmente en situaciones de epidemia, donde un buen triage es de vital importancia. El principal propósito planteado es evitar las muertes por dengue y disminuir el costo socioeconómico que refleja la ausencia laboral y el tratamiento de las complicaciones de estas enfermedades en la población. Esta guía también ofrece una mejor estratificación de la gravedad del paciente, tomando en cuenta las manifestaciones clínicas de gravedad más frecuente en esta patología (fuga plasmática, estado de choque inicial y tardío, sangrados significativos), así como otras manifestaciones que anteriormente se creían inusuales (alteraciones en el sistema nervioso central, daño a otros órganos).

Es por esta razón que el MSPAS pone a disposición de los servicios esta guía para el manejo integral de dengue y chikungunya versión 2015, para que el personal que atiende los servicios pueda aplicarla de una forma simple, sencilla y eficiente de acuerdo a los recursos existentes, sin desestimar lo más importante que es la prevención.

Mariano Rayo Muñoz
Ministro de Salud Pública y Asistencia Social

DENGUE



Aedes aegypti

DENGUE

1. Definición

El dengue es una enfermedad infecciosa sistémica, dinámica y prevenible. La infección puede cursar en forma asintomática o expresarse con un espectro clínico amplio que incluye las expresiones graves y las no graves.

2. Transmisión

Transmitida por mosquitos del género *Aedes*, principalmente por el *Aedes aegypti* en la región de las Américas. El mosquito se torna infectante de 8 a 12 días después de alimentarse con sangre infectada y así continúa durante toda su vida (45 días).

3. Serotipos

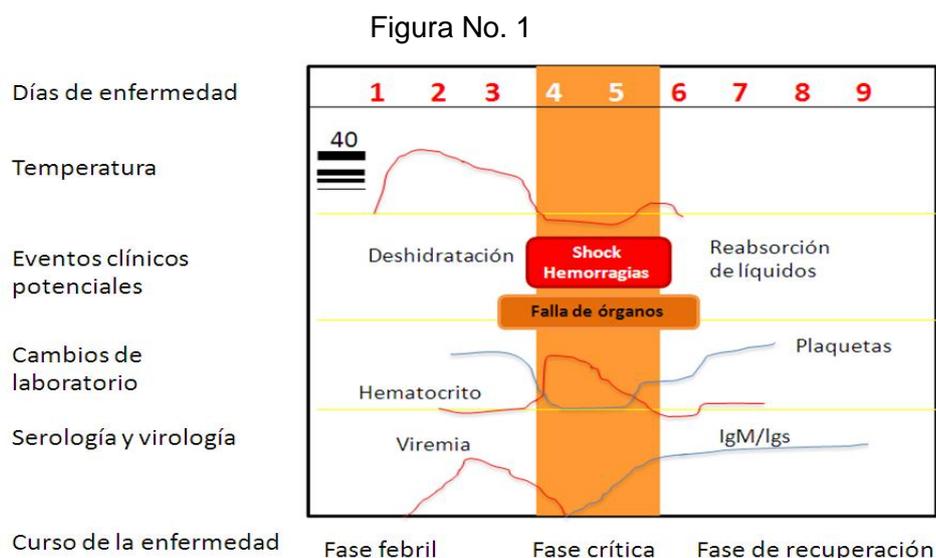
Los virus del dengue han sido agrupados en cuatro serotipos: DENV-1, DENV-2, DENV-3, DENV-4. Los cuatro serotipos son capaces de producir infección asintomática, enfermedad febril y cuadros graves que pueden conducir hasta la muerte, dada la variación genética en cada uno de los cuatro serotipos.

4. Tiempo de incubación: (4 a 10 días)

Las personas infectadas son los portadores y multiplicadores principales del virus, ya que los mosquitos se infectan al picarlas. Tras la aparición de los primeros síntomas, las personas infectadas con el virus pueden transmitir la infección al mosquito vector mientras dura la fiebre (durante 4 o 5 días); 12 días como máximo a los mosquitos *Aedes*.

5. Curso de la enfermedad

Después del periodo de incubación, la enfermedad comienza abruptamente y pasa por tres fases: febril, crítica y de recuperación.



Adapted from WCL y 1980 by Hung NT. Lum LCS Tan LH

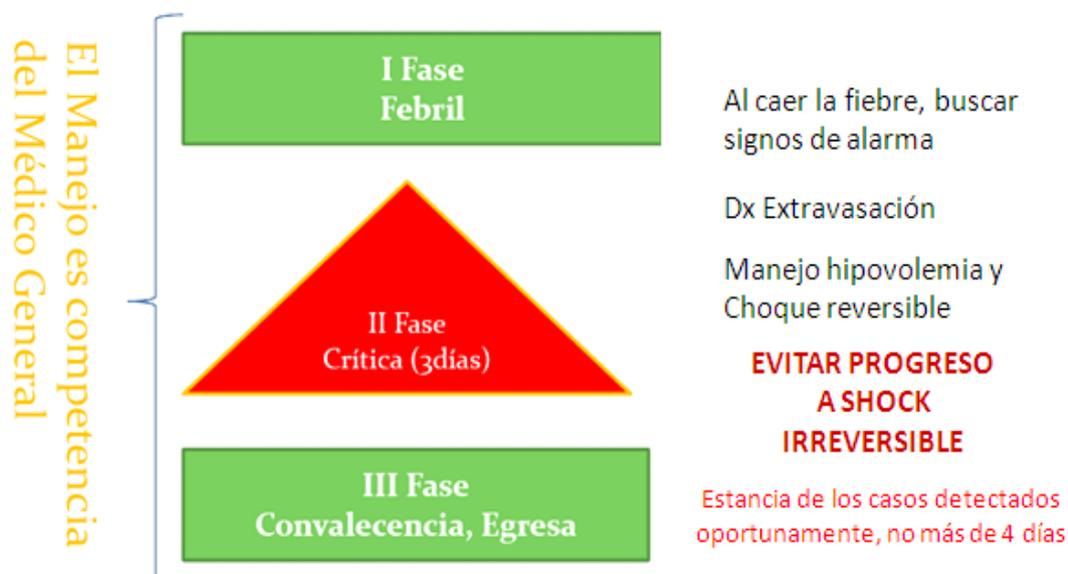
Fuente: OPS/OMS

Las manifestaciones referidas predominan al menos durante las primeras 48 horas de enfermedad y pueden extenderse durante algunos días más, en la que se puede considerar como la **ETAPA FEBRIL** de la enfermedad.

En la fase febril no es posible reconocer si el paciente va a evolucionar a la curación espontánea o si es apenas el comienzo de un dengue grave, con choque o grandes hemorragias.

6. Las tres fases del dengue

Figura No. 2



Fuente: OPS/OMS

6.1 Fase febril

Generalmente, los pacientes desarrollan fiebre alta y repentina la cual puede ser bifásica. Usualmente la fase febril aguda dura de 2 a 7 días y suele acompañarse de enrojecimiento facial, eritema, dolor corporal generalizado, mialgias, artralgias, cefalea y dolor retro-ocular. Algunos pacientes pueden presentar odinofagia e hiperemia en faringe y conjuntivas.

Los trastornos gastrointestinales (anorexia, náuseas, vómito y las evacuaciones líquidas) son comunes. En la fase febril temprana, puede ser difícil distinguir clínicamente el dengue de otras enfermedades febriles agudas. Una Prueba de Torniquete (PT) positiva en esta fase aumenta la probabilidad del dengue, Al realizar el examen físico se debe observar la presencia de petequias y equimosis en la piel, el hígado puede estar aumentado de tamaño y doloroso a la palpación. Además, al comienzo de la etapa febril, estas características clínicas son indistinguibles entre los casos del dengue y los que después van a evolucionar hacia dengue grave.

En este período se detecta la presencia del virus en la sangre (viremia) y la disminución del recuento de glóbulos blancos. **Por lo tanto, la vigilancia de los signos de alarma y de otros parámetros clínicos es crucial para el reconocimiento de la progresión a la fase crítica.**

6.2. Fase crítica

La etapa crítica de la enfermedad inicia cuando la temperatura desciende, que coincide con la extravasación de plasma y su manifestación más grave es el choque, (24-48 horas) que se evidencia con frialdad de la piel, pulso filiforme, taquicardia e hipotensión. Al realizar el examen físico se debe prestar atención a las hemorragias y a la extravasación de líquidos y hemorragia de la mucosa nasal (epistaxis) y hemorragia de las encías (gingivorragia) y/o sangrado vaginal inusual (metrorragia o hipermenorrea); es frecuente observar en esta fase hemorragias digestivas (hematemesis y melena). La presencia de derrame pleural y ascitis pueden ser únicamente detectables en función del grado de pérdida del plasma y del volumen de líquidos administrados.

Las pruebas de laboratorio evidencian la elevación del hematocrito y descenso de plaquetas hasta alcanzar sus valores más bajos. La leucopenia con neutropenia y linfocitosis con 15 a 20%, acompañada de una rápida disminución de plaquetas que antecede a la extravasación de plasma, a veces con grandes hemorragias digestivas asociadas, así como alteraciones hepáticas y quizás de otros órganos. El hematocrito se eleva en esta etapa y las plaquetas que ya venían descendiendo alcanzan sus valores más bajos.

❖ **En vista de que el laboratorio no sustituye a la clínica deberá realizarse un buen examen físico.**

6.3. Fase de recuperación

En esta etapa de la evolución, es cuando tiene lugar una reabsorción gradual del líquido extravasado, que retorna del compartimiento extravascular al intravascular. Hay una mejoría del estado general, se recupera el apetito, mejoran los síntomas gastrointestinales, se estabiliza el estado hemodinámica y se incrementa la diuresis.

Después de la etapa crítica, el enfermo pasa un tiempo variable en la **etapa de recuperación** que también requiere de la atención médica, pues durante este período es que el paciente debe eliminar fisiológicamente el exceso de líquidos que se había extravasado hasta normalizar todas sus funciones vitales; en el niño y el adulto sano esta diuresis aumentada es bien tolerada, pero hay que vigilar especialmente a los pacientes con algún tipo de cardiopatía, nefropatía o adultos mayores. Debe vigilarse también una posible confección bacteriana, casi siempre pulmonar, así como la aparición del llamado exantema tardío (10 días o más).

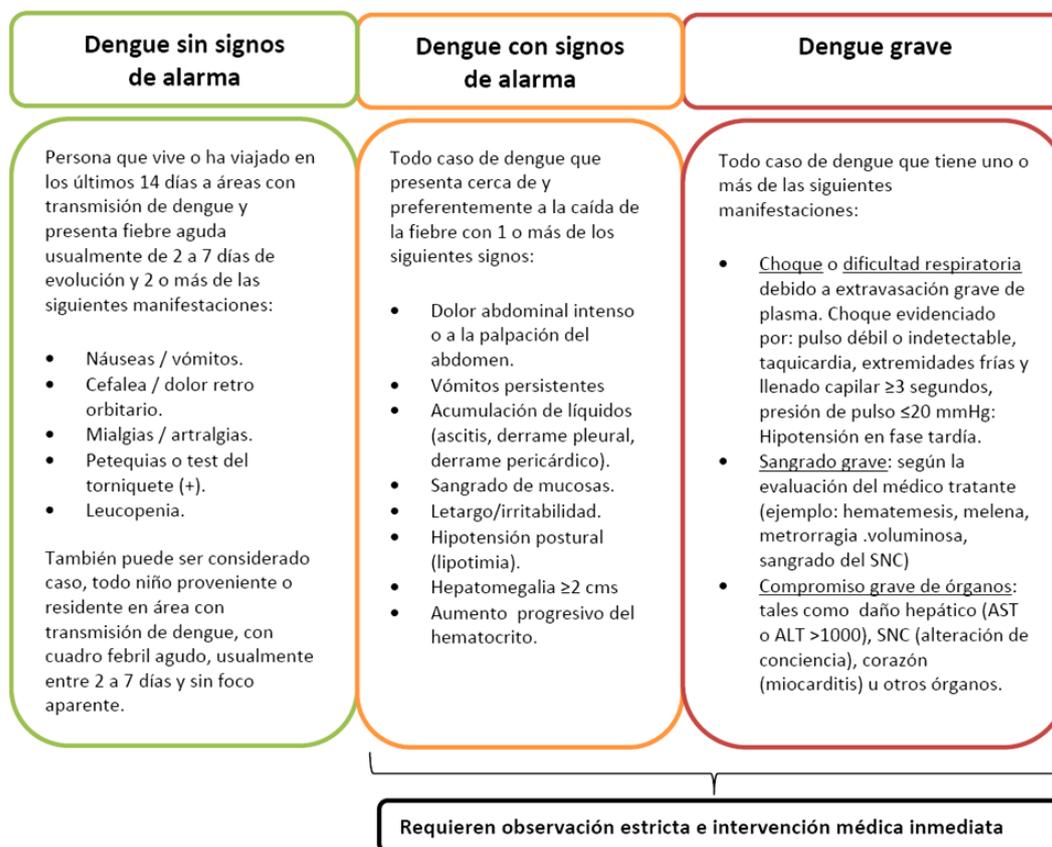
Algunos pacientes adultos se mantienen muchos días con debilitamiento (astenia) y algunos refieren síntoma neurológico caracterizado por la lentitud psíquica, mental o del pensamiento (bradipsiquia) durante semanas.

7. Atención del paciente con dengue

El abordaje del paciente con diagnóstico probable de dengue tiene como objetivo identificar la fase clínica de la enfermedad en la que se encuentra el paciente. Ver Figura 1. Esta información es necesaria para instaurar un manejo adecuado.

Figura No. 3

Clasificación revisada de gravedad del dengue para las Américas



Fuente: OPS/OMS

8. Definiciones de caso

8.1. Caso probable de dengue: todo paciente que presente una enfermedad febril aguda de hasta siete días de origen no aparente, acompañada de dos o más de los siguientes síntomas: cefalea, dolor retro ocular, mialgias, artralgias, postración, exantema, y que además tenga antecedente de desplazamiento (hasta 15 días antes del inicio de síntomas) o que resida en un área endémica de dengue.

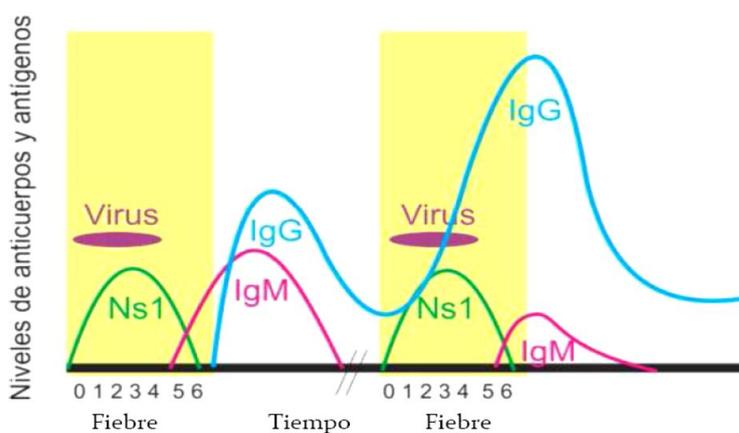
8.2. Caso probable de dengue con signos de alarma: paciente que cumple con la anterior definición y además presenta cualquiera de los siguientes signos de alarma: dolor abdominal intenso y continuo, vómitos persistentes, diarrea frecuente, somnolencia y/o irritabilidad, hipotensión postural, hepatomegalia dolorosa > 2 cms, disminución de la diuresis, caída de la temperatura, hemorragias en mucosas, caída abrupta de plaquetas (< 100.000) asociada a hemoconcentración.

8.3. Caso probable de dengue grave: cumple con cualquiera de las manifestaciones graves de dengue que se mencionan a continuación:

- a. Extravasación severa de plasma: que conduce a síndrome de choque por dengue o acumulo de líquidos con dificultad respiratoria.
- b. Hemorragias severas: paciente con enfermedad febril aguda, que presenta hemorragias severas con compromiso hemodinámica.
- c. Daño grave de órganos: paciente con enfermedad febril aguda y que presente signos clínicos o para clínicos de daño severo de órganos como: miocarditis, encefalitis, hepatitis (transaminasas > 1.000), colecistitis alitiásica, insuficiencia renal aguda y afección de otros órganos.

8.4. Caso confirmado de dengue: caso probable de dengue, dengue grave, o mortalidad por dengue confirmado por alguno de los criterios de laboratorio para el diagnóstico (pruebas serológica IgM dengue o pruebas virológicas como aislamiento viral o RT-PCR)

Figura No. 4 Infección por dengue y respuesta inmune



Dificultad para interpretar serología IgM IgC

Fuente: OPS/OMS

8.5. Caso probable de muerte por dengue: es la muerte de un caso probable de dengue grave.

8.6. Caso confirmado de muerte por dengue: es la muerte de un caso probable de dengue grave con diagnóstico confirmado por pruebas virológicas (aislamiento viral o RT-PCR) o pruebas serológicas (IgM ELISA dengue) y por histopatología.

Todo caso probable que fallece con diagnóstico clínico de dengue grave sin muestra adecuada de tejido y de suero para realizar pruebas virológicas será considerado por el nivel nacional como caso compatible de muerte por dengue, y representa una falla del sistema de vigilancia.

9. Tratamiento

El manejo adecuado de los pacientes depende del reconocimiento precoz de los signos de alarma, el continuo monitoreo, la reestratificación de los casos y el inicio oportuno de la reposición hídrica.

Los signos de alarma y el empeoramiento del cuadro clínico ocurren en la fase de remisión de la fiebre o fase de defervescencia.

Todo paciente febril debe ser interrogado con pensamiento clínico y epidemiológico (residente o procedente de área endémica de dengue), se debe precisar el día que iniciaron los síntomas (primer día de fiebre), con esto el médico tratante debe hacerse tres preguntas básicas que orientarán a estratificar y a definir el tratamiento a instaurar en cada el paciente.

1. ¿Tiene dengue?
2. ¿Tiene alguna comorbilidad o signos de alarma? (embarazo, infección por VIH, adulto mayor, etc.)
3. ¿Está en choque? ¿Tiene alguna otra complicación en órganos?

Las respuestas a estas preguntas permiten clasificar al paciente en uno de los tres niveles de atención para la toma de decisiones.

9.1. Primer nivel: tratamiento ambulatorio (sintomático e hidratación oral) con indicaciones al paciente que si aparece descenso de la temperatura, dolor abdominal, náusea, vómito, falta de apetito y decaimiento, acudir inmediatamente a los servicios de salud.

El paciente ambulatorio debe ser valorado cada 48 horas en busca de signos de alarma hasta que se encuentre fuera del período crítico, al menos dos días después de la caída de la fiebre.

Se debe orientar al paciente y a los familiares acerca del reposo en cama, la ingesta de líquidos en abundante cantidad (dos litros o más para adultos o lo correspondiente a niños) puede ser leche, sopas o jugos de frutas (excepto cítricos). El agua sola no es suficiente para reponer las pérdidas de electrolitos asociadas a sudoración, vómitos u otras pérdidas, además se debe hacer énfasis respecto a los signos de alarma, particularmente en el momento de la caída de la fiebre; los cuales deben ser vigilados para acudir urgentemente a un servicio de salud. Los signos de alarma son: dolor abdominal intenso y continuo, vómitos frecuentes, somnolencia o irritabilidad así como el sangrado de mucosas, incluido el sangrado excesivo durante el periodo menstrual.

Para aliviar los síntomas generales (mialgias, artralgias, cefalea, etc.) y para controlar la fiebre, se debe administrar acetaminofen (no más de 4 g por día para los adultos y la dosis de 10-15 mg/ Kg de peso en niños), así como la utilización de medios físicos, hasta que descienda la fiebre.

Seguimiento: a los pacientes tratados en el primer nivel se les debe hacer un seguimiento estricto, se debe realizar una evaluación el día de la defervescencia (primer día sin fiebre) y posteriormente evaluar diariamente hasta que pase el periodo crítico (48 horas después de la caída de la fiebre), donde se tiene que valorar el recuento de plaquetas, hematocrito y aparición de signos de alarma.

Si la evolución del paciente es a esperada se deja en tratamiento ambulatorio, de lo contrario si se observa cualquier signo o síntoma de alarma se debe referir al nivel superior.

9.2. Segundo nivel:

Servicios de salud con encamamiento: (centro de salud tipo A, CAP y CAIMI) para una estrecha observación y tratamiento médico del paciente con dengue, signos de alarma y/o enfermedades crónicas, se debe habilitar la unidad de atención específica con personal capacitado, insumos para el aislamiento y protección de los pacientes (mosquiteros impregnados con insecticida).

Los pacientes que deben ingresar a encamamiento para evitar complicaciones son los que tienen las siguientes características:

- Enfermedades crónicas: hipertensión arterial, diabetes mellitus, asma, enfermedades hematológicas, insuficiencia renal, enfermedades del sistema cardiovascular, enfermedad péptica o enfermedad autoinmune
- Pacientes menores de 5 años
- Pacientes embarazadas
- Pacientes mayores de 65 años
- Pacientes con riesgo social (pacientes que vivan solos, difícil acceso a un servicio de salud, pobreza extrema y otros)

❖ **Los pacientes que evolucionan a dengue grave deben ser referidos de inmediato al nivel de mayor resolución.**

Tratamiento de pacientes con signos de alarma

Iniciar reposición de líquidos por vía intravenosa (IV) utilizando soluciones cristaloides, como Lactato de Ringer u otra solución. Comenzar por 10 ml/Kg/hora y posteriormente mantener la dosis o disminuirla de acuerdo a la respuesta clínica del paciente. Es importante monitorear el estado hemodinámico del paciente permanentemente, teniendo en cuenta que el dengue es una enfermedad dinámica.

Se debe tomar una muestra para hematocrito antes de iniciar la reposición de líquidos por vía intravenosa IV y después repetir el hematocrito periódicamente (cada 12 a 24 horas). Administrar la cantidad mínima necesaria para mantener la adecuada perfusión y una diuresis adecuada (>0.5 ml/kg/hora).

Habitualmente se necesita continuar esta administración de líquidos por vía IV durante 48 horas. Si hay empeoramiento clínico o elevación del hematocrito, aumentar la dosis de cristaloides IV a 10 ml/kg/peso/hora hasta la estabilización del paciente o hasta su remisión a una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

9.3. Tercer nivel:

Tratamiento intensivo urgente

Son pacientes que requieren tratamiento de emergencia y cuidados intensivos porque tienen dengue grave.

10. Manejo del paciente pediátrico: el tratamiento está enfocado al manejo del choque mediante resucitación con aporte por vía IV de soluciones cristaloides, preferiblemente Lactato de Ringer un bolo de 20 ml/Kg. Este plan de reanimación está diseñado para estabilización del paciente en ocho horas. Re-evaluar la condición del paciente (signos vitales, tiempo de llenado capilar, hematocrito, diuresis, entre otros) y decidir,

dependiendo de la situación clínica; si el paciente continúa inestable se pueden administrar hasta dos bolos de cristaloides o aplicar coloides; si el paciente evidencia mejoría se hace una reducción progresiva de la cantidad de líquidos así:

De 5 a 7 ml/Kg/hora por dos horas y reevaluar, 3 a 5 ml/k/h en las siguientes cuatro horas y reevaluar y 2 cc/Kg/h por dos horas.

Si el hematocrito desciende y el paciente mantiene el estado de choque, pensar en que se ha producido una hemorragia, casi siempre digestiva, se indica transfusión de glóbulos rojos. Si con el manejo anterior el paciente no está estable se sugiere iniciar soporte inotrópico por posible disfunción miocárdica y/o miocarditis por dengue.

Si el paciente evoluciona satisfactoriamente se debe continuar líquidos de mantenimiento. (Tener en cuenta la fórmula de hidratación de Hooliday utilizada en pediatría para otras patologías que cursan con deshidratación).

11. Manejo del paciente adulto: el tratamiento está enfocado al manejo del choque mediante resucitación con aporte por vía IV de soluciones cristaloides, preferiblemente Lactato de Ringer bolo de 500-1000 ml. en la primera hora de acuerdo al estado del paciente hasta obtener una PAM de 70-80 y luego dosis mantenimiento de hasta 100 ml/h para mantener la PAM mayor a 80.

Como calcular ingreso de fluidos endovenosos: $PAM = PD + (PS - PD) / 3$

En el caso de estar fuera de una institución en el tercer nivel de atención, el paciente debe ser remitido en ambulancia medicalizada.

Si el hematocrito desciende y el paciente mantiene el estado de choque, pensar en que se ha producido una hemorragia, casi siempre digestiva, e indicar transfusión de glóbulos rojos.

Los pacientes con choque por dengue deben ser monitoreados frecuentemente hasta que el período de peligro haya pasado. Debe mantenerse un cuidadoso balance de todos los líquidos que recibe y pierde. Los pacientes con dengue grave deben ser atendidos en un lugar donde reciban cuidados intensivos.

Seguimiento: a los pacientes del nivel III, se les debe hacer un seguimiento estricto y monitorear signos de alarma y balance de líquidos hasta que pase la fase crítica. Se debe monitorear **cada hora** los signos vitales y la perfusión periférica (tensión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, PAM); diuresis, Hematocrito (cada 12-14 horas), función de otros órganos (función renal, hepática).

12. Manejo de la paciente embarazada con dengue

Ambulatorio: si tolera bien vía por oral y tiene buena diuresis: hidratación oral ambulante y mantener alimentación. Vigilar diuresis. Uso de acetaminofen 500mg cada 6 horas; sino tolera por la vía oral y no tiene buena diuresis, hospitalizarla inmediatamente.

Si se hospitaliza efectuar examen físico exhaustivo, toma de signos vitales cada una hora, dependiendo de la evolución (temperatura, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, tensión arterial y PAM).

Si entra en estado *shock*: reestablecer volúmen plasmático con cristaloides, vigilancia estrecha de PAM y presión diferencial, vigilar diuresis, en obesas e hipertensas vigilar PAM cada media hora, si ésta se eleva por encima de lo máximo restringir líquidos. Si el hematocrito baja del 25% valorar transfusión de coloides y/o paquete globular; monitoreo estricto del bienestar fetal.

13. Muy importante:

Los antiinflamatorios no esteroides (AINES) y los salicilatos (aspirina) están contraindicados tanto por la vía oral, como por vía parenteral.

La dipirona debe ser considerada para manejo exclusivo de segundo y tercer nivel, no se debe administrar por vía intramuscular, ni en paciente pediátrico, y cuando se utilice se debe informar riesgos.

Todo niño menor de 5 años, mujer embarazada y pacientes con enfermedades concomitantes deberán ser hospitalizados de inmediato.

14. Criterios de alta

- ✓ Ausencia de fiebre de 24 a 48 horas
- ✓ Mejoría clínica manifiesta (bienestar general, apetito, hemodinamia estable, buena diuresis y no distrés respiratorio)
- ✓ Normalización y mejoría de los exámenes de laboratorio
- ✓ Tendencia al aumento de plaquetas (usualmente precedido de aumento de leucocitos)
- ✓ Hematocrito y PAM estable

CHIKUNGUNYA



Aedes albopictus

15. Definición: enfermedad emergente, causada por el alfa virus chikungunya (CHIK-V) y transmitida por la picadura de mosquitos infectados del género *Aedes aegypti* y *Aedes albopictus*. Los individuos desarrollan inmunidad prolongada que los protege contra la reinfección. Ambos mosquitos también son transmisores del virus del dengue.

El término chikungunya significa: “aquel que se encorva” palabra makonde, del grupo étnico que vive entre Tanzania y Mozambique.

16. Caso sospechoso:

Paciente con inicio de fiebre aguda mayor de 38.5° C., artralgias o artritis no explicada para otra condición médica.

17. Caso confirmado:

Cualquier caso sospechoso con resultado positivo a los métodos aprobados según laboratorio nacional de referencia: detección de ácidos nucleicos (RT-PCR), aislamiento viral (en BSL3), detección de IgM (en muestra aguda), seguida de un ensayo de neutralización positivo; Seroconversión (ELISA IgM/IgG) o aumento en el título de anticuerpos por neutralización en muestras pareadas.

18. Período de incubación:

Los mosquitos adquieren el virus a partir de un huésped virémico, después de un período de 10 días (período extrínseco), puede transmitirlo a una persona susceptible, quien iniciará los síntomas después de un período de incubación intrínseco de 3 a 7 días (rango de 1-12 días).

19. Formas clínicas

19.1. Fase aguda:

Dura de 1 a 10 días

19.1.1. Presentación típica

- Fiebre (90-96%)
- Artralgias/artritis (95-100%)
- Rash (40-75%)
- 2-5 días del inicio de la fiebre
- Típicamente maculopapular
- Involucra el tronco y extremidades

19.1.2. Manifestaciones inespecíficas:

- Fiebre
- Dificultad para la alimentación
- Irritabilidad

19.1.3. Manifestaciones específicas:

- Cutáneas (rash, epidermólisis, bullas)
- Miocarditis
- Encefalopatía / encefalitis

19.1.4. Sintomatología:

- Fiebre 39 a 40° C
- Poliartralgia intensa
- Rash maculopapular
- Cefalea
- Fatiga
- Náusea y vómitos.

Evaluar el estado del paciente en su fase aguda

• Identificar las condiciones potenciales siguientes:

Comorbilidad, aislamiento social, embarazadas cerca del parto (*) recién nacidos / de embarazadas con chikungunya, niños menores 1 año, adulto mayor, inmunosuprimidos, alcohólicos.

19.2. Fase subaguda

Se presenta de 10 días a 3 meses.

- Poliartritis
- Tenosinovitis
- Exacerbación de dolores reumáticos

19.2.1. Sintomatología:

- Recurrencia de los síntomas reumáticos
- Poliartritis
- Exacerbación del dolor
- Tenosinovitis hipertrófica subaguda

19.3. Fase crónica

Aparece después de 3 meses de iniciado el cuadro.

- Impacto articular mecánico: 94%
- Problemas musculoesqueléticos
- Inflamación articular crónica: 5%
- Reumatismo inflamatorio crónico

19.3.1. Sintomatología:

- Artralgia inflamatoria
- Artropatía destructiva
- Fatiga
- Depresión

20. Manifestaciones agudas típicas

- La fase aguda de la enfermedad dura entre 1 a 10 días.
- Inicio súbito de fiebre alta, superior a 39° C., dura entre 2 y 3 días.
- Dolores articulares múltiples (poliartritis bilateral)
- En niños suele presentarse erupción maculopapular muy pruriginosa
- Cefalea, dolor de espalda difuso, mialgias, náusea, vómito y conjuntivitis.

21. Manifestaciones atípicas

- Neurológico (meningoencefalitis, síndrome Guillain Barré).
- Ocular (neuritis óptica, iridociclitis, retinitis, uveítis, epiescleritis).
- Cardiovascular (miocarditis, pericarditis, insuficiencia cardíaca, arritmias, inestabilidad hemodinámica).
- Dermatológico (hiperpigmentación fotosensible, úlceras intertriginosas, dermatosis vesicobulosas).
- Renal (nefritis e insuficiencia renal aguda).

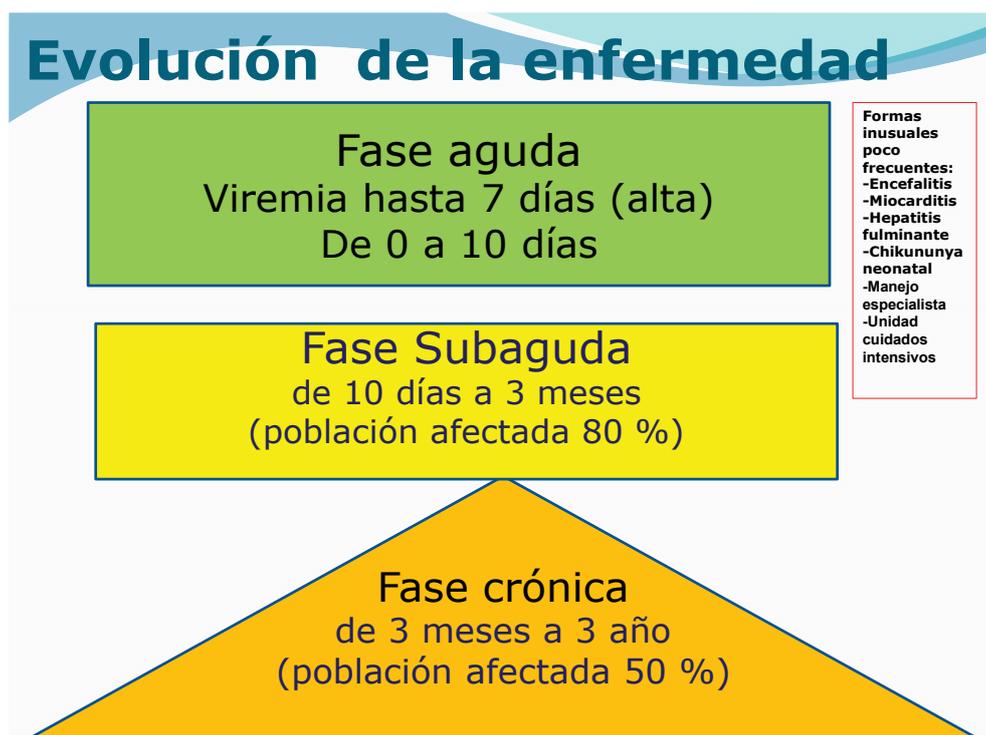
22. Manifestaciones en recién nacidos

Síndrome hiperálgico (muy doloroso), erupción cutánea, edema de extremidades, meningoencefalitis, insuficiencia respiratoria, descamación grave, hiperpigmentación y dermatitis bulosa.

23. Grupos de riesgo de severidad

Neonatos, menores de 1 año, mayores de 65 años, personas con comorbilidades (diabetes, hipertensión, insuficiencia renal crónica o enfermedades cardiovasculares, cáncer, VIH-Sida).

Figura No. 5



Fuente: OPS/OMS

24. Chikungunya transmisión materno infantil y manifestaciones neonatales

- I trimestre embarazo riesgo = 0
- II y III trimestre embarazo riesgo = 0
- Periparto riesgo 50% (chikungunya neonatal)

25. Tratamiento

- Reposo
- Hidratación
- Paracetamol (ver figura N° 6)
- Ningún tratamiento antiviral válido
- Corticoides no recomendado por el efecto “rebote”

26. Evaluar la gravedad en pacientes con Chikungunya en su fase aguda

- **Inmediatas** (debido a la enfermedad)

Formas usuales (fiebre prolongada, deshidratación, artralgia intensa)

Formas inusuales (epidermólisis bullosa, hígado, cerebro, digestivas vómitos, diarrea)

- **Potencial:** comorbilidad, aislamiento social, embarazadas cerca del parto (*) recién nacidos / de embarazadas con chikungunya, niños menores 1 año, adulto mayor, inmunosuprimidos, alcohólicos.

27. Fase crónica

- 94%: impacto articular mecánico:
- Problemas musculoesqueléticos
- 5%: inflamación articular crónica:
- Reumatismo inflamatorio crónico

28. Problemas musculoesqueléticos

Cuadro clínico

El 95% de los pacientes en la fase crónica presentan:

- | | | |
|--|---|---------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> ➤ Rigidez matutina ➤ Dolor articular ➤ Edema | } | Sin artritis |
|--|---|---------------------|

Consecuencias

- Afecta calidad de vida
- Aumenta los gastos en los servicios de salud
- Genera incapacidades

Tratamiento de las afecciones crónicas

- Con el tiempo disminuirán mediante el uso de analgésicos, antiinflamatorios y fisioterapia.

Figura No. 6

Tabla de dosificación de medicamentos orales

Paciente	AINES	Presentación	Dosis	Intervalo
Adultos(no incluye embarazadas)	Diclofenaco	Comprimido	100-150 mg /día	C/12 hrs.
	Ibuprofeno	Comprimido	400-1200 mg/ día	C/6 hrs.
	Naproxeno	Comprimido	250-500 mg hasta 1500/ día	C/12 hrs.
	Loratadina	Tableta	10mg/día	C/24 hrs.
Menores de 5 años	Diclofenaco*	Gotas pediátricas. suspensión	0.5mg /kg/dosis	C/8 hrs.
	Ibuprofeno**	Jarabe	10 mg /kg/dosis	C/8 hrs.
	Naproxeno	Jarabe	5 mg /kg/dosis	C/8 hrs.
	Loratadina	Jarabe	2.5 mg/kg/dosis	C/12 hrs.
De 6 a 12 años	Loratadina	Comprimido	10 mg/kg/día	C/12 hrs.

* Nunca utilizar en niños menores de 1 año.

** Sólo utilizar en mayores de 6 meses y en buenas condiciones de hidratación.

Fuente: OPS/OMS

29. Dengue y Chikungunya

- Enfermedades virales transmitidas por el género *Aedes*.
- Las manifestaciones clínicas de ambas enfermedades son similares.
- Es importante distinguir una de otra para la toma de decisiones en el manejo clínico.
- El manejo clínico adecuado del dengue mejora el pronóstico.
- El manejo clínico adecuado de chikungunya no influye en el pronóstico en la población general.
- El curso de la enfermedad de chikungunya en la embarazada conlleva la posibilidad de encefalitis neonatal.

Figura No. 7

¿Chikungunya o dengue?		
Hallazgo	Chikungunya	Dengue
Fiebre	Sí	Sí
Día en que aparece rash	Del 1 al 4 día	Del 5 al 7
Dolor retroorbitario	Ausente	Presente
Artralgias con artritis	Presentes	Ausentes
Mialgias	Pueden presentarse	Presentes siempre
Tenosinovitis	Puede haber	Ausentes
Hipotensión	En pacientes con fiebre que no se ingieren líquidos	En dengue grave por extravasación
Sangrados	Muy infrecuentes	Pueden presentarse
Trombocitopenia	Temprana y leve	Frecuente en dengue grave
Adenopatías	Presentes	Ausentes

Fuente: OPS/OMS

Tener presente que en ambas situaciones lo más importante es la **prevención**.

30. Referencia bibliográfica

- Alfaro Obando A. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). GTI-International Dengue 2015
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Dengue: *Guías de atención para enfermos en la Región de las Américas*. La Paz, Bolivia [Internet]. 2010 [citado 25 de agosto 2015]. Disponible en:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=11239&Itemid
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Guía de bolsillo: *Diagnóstico y manejo clínico de casos de dengue* [Internet]. 2013 [citado 25 de agosto 2015]. Disponible en:
http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/3467/Guia_bolsillo.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Santo Domingo, República Dominicana. Ministerio de Salud. *Guía de manejo clínico para la infección por el virus de chikungunya (CHIKV)*. República Dominicana. [Internet]. 2014 [citado 25 de agosto 2015]. Disponible en:
http://www1.paho.org/dor/images/stories/archivos/chikungunya/guia_chikv2.pdf?ua=1

Autoridades del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

Mariano Rayo Muñoz
Ministro de Salud Pública y Asistencia Social

Dr. Israel Lemus Bojorquez
Viceministro de Atención Primaria en Salud

Licda. Elvira Salvatierra
Viceministro Administrativo Financiero

Autoría:

Dr. Carlos Quijada Sandoval
Viceministerio de Hospitales

Dr. Manfredo Orozco
Director Centro Nacional de Epidemiología

Dr. Pedro Marcelino Yax
Jefe coordinador Programa de dengue/chikungunya

Dr. Mario Rodolfo Gatica
Supervisión de Hospitales

Grupo de consulta técnico

Dra. Guadalupe Verdejo Representante de OPS/OMS en Guatemala

Dr. Humberto Montiel Asesor de Enfermedades Transmisibles y
Vigilancia de OPS/OMS en Guatemala

Dra. Anabelle Alfaro Asesor Temporero de OPS/OMS en Guatemala

