



Circular Normativa

GUIA PARA EL TRATAMIENTO DE LA FIEBRE CHIKUNGUNYA
Aprobada mediante Resolución Ministerial N° 1992/14

Adaptado de "Preparación para la respuestas ante eventual introducción de virus Chikungunya en Las Américas", OPS-CDC -2011; *Guía de manejo clínico para la infección por el virus chikungunya (CHIKV)*, Rep. Dominicana, 2014.

Objetivo general.

Establecer criterios estandarizados de diagnóstico y tratamiento de la Fiebre Chikungunya (CHIK) a nivel provincial, en todos los efectores de salud públicos o privados, que permitan el reconocimiento clínico temprano, el manejo adecuado de la condición clínica de cada enfermo, la identificación temprana de las formas atípicas y/o severas, de manera especial en grupos de riesgo, además de las intervenciones epidemiológicas de protección comunitaria.

Objetivos específicos:

1. Identificar precozmente las formas clínicas de presentación de CHIK, que faciliten las intervenciones epidemiológicas de mitigación y el monitoreo de su comportamiento, en cada sitio centinela.
2. Establecer los criterios y medios para el diagnóstico según su fase clínica, identificar casos atípicos, establecer diagnósticos diferenciales y abordar su tratamiento sintomático y de soporte, adecuado a normas.
3. Establecer criterios específicos de manejo clínico en poblaciones especiales con sospecha de infección por virus chikungunya (CHIKV), tales como embarazadas, recién nacidos, comorbilidades de riesgo y adultos mayores.
4. Establecer criterios de referencia de los casos atípicos y/o severos dentro de las redes asistenciales, según niveles de complejidad.

DEFINICIÓN DE CASO.

Enfermedad febril aguda causada por el virus Chikungunya (CHIKV), transmitida por la picadura de mosquitos del genero Aedes. Afecta a todos los grupos de edad y ambos sexos.

Caso sospechoso: paciente con inicio de fiebre aguda $>38,5$ C y artralgias o artritis no explicada por otra condición médica.

Caso confirmado: cualquier enfermo sospechoso con resultado positivo a los métodos aprobados por la Red Nacional de Laboratorios.

Los métodos confirmatorios son los siguientes:

- Detección del genoma viral (RT-PCR).



- Aislamiento viral (en BSL3).
- Detección de IgM (en muestra pareada aguda), seguida de un ensayo de neutralización positivo por seroconversión (ELISA IgM/IgG) o aumento en el título de anticuerpos por neutralización en muestras pareadas.

CUADRO CLÍNICO.

Manifestaciones agudas típicas.

- Fiebre alta, de inicio súbito (típicamente superior a 38,5°C), que perdura entre 4 y 7 días.
- Dolores articulares múltiples (poliartralgia), bilaterales o simétricos, de intensidad variable; dolor de espalda. El dolor es tan intenso que produce incapacidad funcional.
- Luego de unos días, puede presentarse erupción maculopapular muy pruriginosa.
- Son frecuentes también, cefalea, dolor de espalda difuso, mialgias, náusea, vómito y conjuntivitis.

Tabla1. Frecuencia de los síntomas de infección aguda por CHIKV*

Síntoma o signo	Rango de frecuencia porcentual
Fiebre	76-100
Poliartralgias	71-100
Cefalea	17-74
Mialgias	46-72
Dolor de espalda	34-50
Náusea	50-69
Vómito	4-59
Erupción (Rash)	28-77
Poliartritis	12-32
Conjuntivitis	3-56

*Tabla compilada a partir de diversos estudios.

*Tomado de OPS/OMS/CDC. Preparación y respuesta ante la eventual introducción del virus chikungunya en las Américas.

Manifestaciones atípicas.

Tabla 2. Manifestaciones clínicas atípicas (alrededor del 0.3% de los casos)

Sistema	Manifestaciones clínicas
Neurológico	Meningoencefalitis, encefalopatía, convulsiones, síndrome de Guillain-Barré, síndrome cerebeloso, paresia, parálisis, neuropatía.
Ocular	Neuritis óptica, iridociclitis, epiescleritis, retinitis, uveítis
Cardiovascular	Miocarditis, pericarditis, insuficiencia, cardíaca, arritmias, inestabilidad hemodinámica.
Dermatológico	Hiperpigmentación fotosensible, úlceras intertriginosas similares a úlceras aftosas, dermatosis vesiculobullosas.
Renal	Nefritis, insuficiencia renal aguda.
Otros	Pancreatitis. Discrasias sangrantes, neumonía, insuficiencia respiratoria, hepatitis, síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética (SIADH), hipoadrenalismo.

Manifestaciones en el recién nacido.



A partir del tercer día de nacido y hasta el séptimo día, con una media de 4 días, puede iniciar uno o más de los siguientes signos y síntomas: fiebre, inapetencia, dolor, edema distal, diversas manifestaciones de la piel (erupción maculopapular, vesículas o bullas), crisis convulsivas, meningoencefalitis y anomalías ecocardiográficas.

Tabla 3. Manifestaciones clínicas congénitas*

Manifestaciones	%
Síndrome hiperálgico	86
Erupción cutánea	52
Edemas en las extremidades	25
Meningoencefalitis	20
Insuficiencia respiratoria	16
Descamación grave	7
Hiperpigmentación	5
Dermatosis bullosa	5

*Fuente: Dominguez M et al. Manifestations observées chez 44 nouveaux-nés, avril 2005-mars 2006, La Réunion

Manifestaciones clínicas severas.

La severidad de algunas presentaciones asociadas a la infección por CHIKV son las siguientes:

- Falla respiratoria
- Descompensación cardiovascular
- Meningoencefalitis
- Otros problemas del sistema nervioso central
- Hepatitis aguda
- Manifestaciones cutáneas severas (descamación y lesiones bullosas).

La mayoría de estos eventos se manifiestan en pacientes > 65 años, grupo donde la letalidad puede ser de moderada a severa (1/1000).

Grupos de riesgo de severidad.

1. Neonatos hijos de madre virémica durante el parto o con fecha de inicio de síntomas en los últimos 15 días previos al parto.
2. Niños < 1 año
3. Adultos > 65 años
4. Personas con comorbilidades: diabetes, hipertensión, insuficiencia renal crónica, o enfermedades cardiovasculares. Personas que viven con el VIH-SIDA, con tuberculosis, pacientes con cáncer, pacientes con enfermedades hematológicas, como anemia falciforme (falcemia).

Diagnóstico diferencial.



1. Dengue
2. Hantavirus
3. Influenza
4. Sarampión/Rubéola
5. Paludismo
6. Leptospirosis
7. Mononucleosis infecciosa
8. Artritis reumatoidea juvenil
9. Artritis post infecciosa
10. Primo infección por VIH
11. Meningococemia
12. Infecciones por Rickettsia
13. Sepsis bacteriana
14. Otras fiebres hemorrágicas virales

Tabla 4. Diagnóstico diferencial CHIKV/ Dengue*

Características clínicas	Fiebre CHIKV	Dengue
Fiebre	+++	++
Mialgias	+	++
Artralgias	+++	+/-
Erupciones cutáneas	++	+
Discrasias hemorrágicas	+/-	++
Choque	-	+/-
Leucopenia	++	+++
Linfopenia	+++	++
Neutropenia	+	+++
Trombocitopenia	+	+++

Asignación de prioridades según niveles de atención.

Primer nivel:

- Casos típicos sin signos de alarma. Indicaciones sobre cuidados en el hogar. Vigilancia domiciliaria idéntica a las establecidas por las Circulares Normativas sobre vigilancia intensificada, control e intervenciones referidas a Síndrome Febril Agudo.

Segundo nivel.

- Pacientes con signos de alarma.
- Comorbilidad.
- Embarazada sospechosa en periparto (SFA hasta 15 días previos al parto, especialmente en brotes).
- Manifestaciones clínicas atípicas que requieran atención por especialidades básicas (medicina interna, pediatría).
- Puérperas hasta quince días después del parto.

Tercer nivel:



- Neonatos con o sin síntomas hijos de madres virémicas durante el parto o en los últimos 4 días antes del parto.
- < 1 año sospechosos, con morbilidad agregada.
- Casos sospechosos con morbilidad agregada y descompensados.
- Casos sospechosos con manifestaciones clínicas atípicas que requieran especialidades no básicas (cardiología, neurología, oftalmología, nefrología, otras).
- Embarazadas sospechosas en trabajo de parto

CONDUCTAS SEGÚN FORMAS CLÍNICAS DE PRESENTACIÓN.

Casos típicos de CHIKV en fase aguda.

- No hay tratamiento antiviral específico.
- Identificar signos de alarma y actuar en base a los criterios anteriores.

Tratamiento de los síntomas.

- Fiebre: paracetamol (ver dosificación).
- Dolor e inflamación: si persiste dolor articular después del séptimo día de inicio de la enfermedad, indique AINES (antiinflamatorios no esteroideos tipo diclofenaco, ibuprofeno o naproxeno), luego de descartar antecedentes de alergia (ver dosificación).
- Erupción y prurito: lociones a base de óxido de zinc y lociones refrescantes y humectantes con aloe vera, mentol y alcanfor; antihistamínicos de uso común (ver dosificación).
- Deshidratación: sales de rehidratación, líquidos.
- NO prescribir corticosteroides por vía tópica ni sistémica.
- NO prescribir ácido acetil salicílico (aspirina).

Recomendaciones generales.

- Reposo en cama.
- Informar al paciente sobre signos de alarma, cuidados en el hogar, prevención de la transmisión (uso de mosquiteros, repelentes y ropa adecuada).
- NO automedicación.
- **Signos de alarma:** requiere atención médica inmediata y triage.

1. Fiebre que persiste por más de cinco días.
2. Dolor abdominal intenso y persistente.
3. Vómito persistente que no tolera la vía oral.
4. Petequias, hemorragia subcutánea ó de mucosas ó sangrado por cualquier orificio.
5. Agitación ó letargia.
6. Mareo postural.
7. Dolor articular intenso incapacitante por más de cinco días.
8. Extremidades frías.
9. Disminución de la diuresis.
10. Recién nacido de madres virémicas al momento del parto, con signos y síntomas.

Esquema terapéutico.

Tabla 5. Dosificación de paracetamol vía oral.



Población	Dosis	Intervalo
Adultos (incluye embarazadas):	500-1000 mg hasta 4 gramos x día	Cada 6 horas
Niños menores de 5 años:	10-15 mg/kg/dosis	Cada 6 horas

Tabla 6. Dosificación de paracetamol para < 5 años, según presentación.

Edad o peso	Jarabe (120mg por cada 5ml)	Gotero x 100mg (5mg por cada gota)	Comprimidos* (100 mg)
0-2 meses (4kg)	1.5 ml	8 gotas	--
2 a 3 meses (4- <6kg)	2.5 ml	10 gotas	½
4 a 11 meses (5-<10kg)	5.0 ml	20 gotas	1
1 a 2 años (10kg<14kg)	5.0 ml	25 gotas	1
3 a 4 años (14kg-<15kg)	7.5 ml	30 gotas	1 ½

Tabla 7. Dosificación de AINES

Población	AINES	Presentación	Dosis	Intervalo
Adultos (excluye embarazadas)	Diclofenac	Comprimidos	100 mg-150 mg x día	12 horas
	Ibuprofeno		400-1200 mg (analgésica)	6 horas
			2400-3600 mg (antiinflamatoria)	6 horas
	Naproxeno		250-500 mg hasta 1500 mg x día	12 horas
Niños > 5 años	Diclofenac*	Gotas, susp., comp.	0.5mg/kg/dosis	8 horas
	Ibuprofeno**	Comp., jarabe.	10mg/kg/dosis	8 horas
	Naproxeno	Idem.	10mg/kg/dosis	8 horas

*Nunca utilizar en menores de 1 año.

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

Tabla 8. Dosificación de antihistamínicos.

Población	Antihistamínico	Presentación	Dosis	Intervalo
Adultos (excluye embarazadas)	Difenhidramina	Cápsulas 50 mg	25-50 mg/dosis. Dosis máxima: 400mg/día.	4 horas
	Loratadina	Tableta	10 mg al día	24 horas
Niños < 5 años	Difenhidramina	Jarabe 5ml/12.5mg	1.25 mg/kg/dosis	6 horas
		*Loratadina	Jarabe 100 mg	1-2 años: 2.5 mg x día 3-5 años: 5 mg x día
Niños 6 a 12 años.	Difenhidramina	Jarabe 100 mg	1.25 mg/kg/dosis	6 horas
	Loratadina	Comprimido	10 mg x día	12 horas

* Preferir en menores de 2 años

Enfermos en fase subaguda y crónicos.



- Atención especializada. Derivar en forma programada a medicina interna o reumatología, para evaluación del tratamiento.

Enfermos con cuadros atípicos y/ o severos.

- Atención en servicios de mediana a alta complejidad, según la presentación.

Embarazadas febriles.

- Evaluar las manifestaciones clínicas y descartar otras causas de síndrome febril, para manejo de acuerdo a las normas de atención al embarazo, parto y puerperio. De afirmarse sospecha de CHIK, aplique el manejo y flujograma de proceso de atención establecido para todos los casos típicos o atípicos, según corresponda.

Embarazadas febriles en labor de parto.

- Referencia a maternidad de mediana a alta complejidad, si hay facilidades, para valoración de acuerdo a las normas de atención al embarazo, parto y puerperio.
- Prever ingreso inmediato del recién nacido en salas de cuidados intermedios ó intensivos cuando presente síntomas. Si nace asintomático, debe permanecer en internación conjunta en observación por 5 días.
- La cesárea como medida de protección del RN, no está indicada. Cuando esta sea electiva, retrasar mientras sea posible.
- Solo utilizar acetaminofén para el manejo del dolor y la fiebre.

Recién nacidos (congénitos, hijos de madres virémicas en el momento del parto).

- Atención en servicio de neonatología de mediana a alta complejidad.
- Niño sin síntomas, observación en aislamiento durante al menos 3-5 días, o hasta la aparición de signos y síntomas. De no presentar signos ó síntomas de infección, puede continuarse la observación en domicilio, instruyendo adecuadamente a la madre sobre la posibilidad de inicio de síntomas hasta los 7 días de nacido.
- Durante la observación, evitar métodos invasivos.
- Promover y sostener la lactancia materna.

Med. Alberto Gentile
Coordinador Epidemiológico
Ministerio de Salud Pública - Salta



BIBLIOGRAFÍA.

- Selvamani SP, Mishra R, Singh SK. *Chikungunya virus exploits miR-146a to regulate NF- κ B pathway in human synovial fibroblasts*. PLoS One. 2014 Aug 1;9(8):e103624. doi: 10.1371/journal.pone.0103624. eCollection 2014.
- David M. Morens, M.D., and Anthony S. Fauci, M.D. *Chikungunya at the Door — Déjà Vu All Over Again?*. N Engl J Med 2014; 371:885-887 September 4, 2014 DOI: 10.1056/NEJMp1408509.
- Vega-Rúa A1, Zouache K, Girod R, Failloux AB, Lourenço-de-Oliveira R. *High level of vector competence of Aedes aegypti and Aedes albopictus from ten American countries as a crucial factor in the spread of Chikungunya virus*. J Virol. 2014 Jun;88(11):6294-306. doi: 10.1128/JVI.00370-14. Epub 2014 Mar 26
- Elisabeth Couturier, Francis Guillemin, Marie Mura, Lucie Léon, Jean-Marc Virion, Marie-José Letort, Henriette De Valk, Fabrice Simon and Véronique Vaillant. *Impaired quality of life after chikungunya virus infection: a 2-year follow-up study*. Oxford Journals Medicine & Health Rheumatology Volume 51, Issue 7 Pp. 1315-1322.
- Hoarau JJ, Jaffar Bandjee MC, Krejbich Trotot P, Das T, Li-Pat-Yuen G, Dassa B, Denizot M, Guichard E, Ribera A, Henni T, Tallet F, Moiton MP, Gauzère BA, Bruniquet S, Jaffar - Bandjee Z, Morbidelli P, Martigny G, Jolivet M, Gay F, Grandadam M, Tolou H, Vieillard V, Debré P, Autran B, Gasque P. *Persistent chronic inflammation and infection by Chikungunya arthritogenic alphavirus in spite of a robust host immune response*. J Immunol. 2010 May 15;184(10):5914-27. doi: 10.4049/jimmunol.0900255. Epub 2010 Apr 19.
- Chow A, Her Z, Ong EK, Chen JM, Dimatatac F, Kwek DJ, Barkham T, Yang H, Rénia L, Leo YS, Ng LF. *Persistent arthralgia induced by Chikungunya virus infection is associated with interleukin-6 and granulocyte macrophage colony-stimulating factor*. J Infect Dis. 2011 Jan 15;203(2):149-57. doi: 10.1093/infdis/jiq042.