

Factores predictivos y desafíos diagnósticos del Chikungunya subagudo en Atención Primaria.

Predictive factors and Diagnostic challenges of subacute Chikungunya in Primary Care.

Autores: Luis Alberto Echemendia-Lorenzo <https://orcid.org/0000-0002-6788-3624>
Universidad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila. Capítulo de Medicina Familiar.
Morón. Cuba. lalberto781228@gmail.com

Dalena Paula Martínez-Martínez <https://orcid.org/0000-0002-0581-4973>
Universidad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila. Capítulo de Medicina Familiar.
Morón. Cuba. dalienap99@gmail.com

Diana Rosa Cabrera-Linares <https://orcid.org/0009-0006-2075-520X>
Universidad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila. Capítulo de Medicina Familiar.
Morón. Cuba. 211217sofi@gmail.com

Alina Báez Portal <https://orcid.org/0000-0002-2837-996X> Universidad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila. Capítulo de Medicina Familiar. Morón. Cuba.
alina7837@infomed.sld.cu

Leticia Domínguez Ramírez <https://orcid.org/0009-0007-0191-1227>
Universidad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila. Capítulo de Medicina Familiar.
Morón. Cuba. leticiadominguez7311@gmail.com

Resumen

En contextos de recursos limitados donde el diagnóstico viral del Chikungunya no está disponible y se depende de la clínica y serología IgM, identificar factores predictivos de evolución subaguda es crucial para la atención primaria. Este estudio observacional descriptivo retrospectivo tuvo como objetivo caracterizar los desafíos diagnósticos y analizar los factores asociados a la persistencia en fase subaguda en una cohorte de pacientes con sospecha clínica. Se incluyeron 256 pacientes atendidos entre octubre y noviembre de 2025, con sospecha clínica de Chikungunya confirmada únicamente en algunos casos por IgM en ausencia de técnicas de PCR



en el GBT 2 del Policlínico Sur de Morón. Se analizaron variables demográficas y clínicas, con especial interés en la edad y la progresión a la fase subaguda. De estos, 132 (51.6%) pacientes tenían 60 años y más. Un total de 203 pacientes (79.3%) evolucionaron a la fase subaguda. De estos, 101 (49.8%) eran de 60 años y más, representando el 76.5% de todos los pacientes mayores. El análisis sugiere que la edad avanzada se asocia significativamente con una mayor probabilidad de persistencia de síntomas en fase subaguda. Los resultados subrayan la alta frecuencia de evolución subaguda en entornos de diagnóstico limitado y destacan a los adultos mayores como un grupo de alto riesgo. Se concluye que, en la atención primaria con restricciones diagnósticas, la edad avanzada es un predictor clínico relevante para anticipar una evolución prolongada, lo que debe guiar el seguimiento y manejo temprano para mitigar la cronicidad y la discapacidad asociada.

Palabras Clave: Anciano; Artralgia; Atención Primaria de Salud; Chikungunya; Diagnóstico; Epidemiología; Evolución Subaguda; Factores de Riesgo.

Introducción

La fiebre Chikungunya es una enfermedad viral transmitida por mosquitos del género *Aedes*, caracterizada por fiebre de inicio agudo y artralgias debilitantes. Un desafío significativo en su evolución natural es la transición a fases subaguda y crónica, donde las manifestaciones articulares pueden persistir por meses o años, impactando severamente la calidad de vida y generando una carga sustancial sobre los sistemas de salud (1). En muchas regiones endémicas, como ha ocurrido en el último trimestre del 2025 en Morón, especialmente en el nivel de atención primaria, el acceso a métodos de diagnóstico confirmatorio directo, como la reacción en cadena de la polimerasa (PCR), es limitado o inexistente. El diagnóstico se basa frecuentemente en la clínica y en la detección de anticuerpos IgM, la cual tiene limitaciones en su ventana de detección y no permite diferenciar infecciones agudas recientes de algunas pasadas (2,3). Esta limitación diagnóstica representa un obstáculo fundamental para el manejo oportuno y la predicción de la evolución clínica. Identificar factores predictivos sencillos y accesibles en el entorno de la consulta primaria que se asocien con un mayor riesgo de evolucionar a la fase

subaguda es, por tanto, una necesidad imperante. Estudios previos han señalado a la edad avanzada, el sexo femenino, las comorbilidades articulares previas y la severidad de la sintomatología inicial como posibles factores asociados a una evolución prolongada (4,5). Sin embargo, hay escasa literatura que analice específicamente este problema en contextos con restricciones diagnósticas como el de la atención primaria en muchas áreas.

Objetivo: Describir los desafíos diagnósticos y analizar los factores predictivos, con énfasis en la edad, para la evolución a la fase subaguda del Chikungunya en una cohorte de pacientes diagnosticados únicamente por sospecha clínica y serología IgM en un entorno de atención primaria.

Desarrollo

Métodos

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Se revisaron las historias clínicas de todos los pacientes con sospecha clínica de Chikungunya (definida por la presencia de fiebre $>38^{\circ}\text{C}$ y artralgias/artritis severas de inicio agudo sin otra etiología clara) atendidos entre el 1 de octubre y el 30 de noviembre de 2025, y a los que se les realizó una prueba serológica IgM para Chikungunya como único método de apoyo diagnóstico disponible. Se excluyeron pacientes con diagnóstico confirmado de otro arbovirus (dengue, Zika) por serología o con datos clínicos incompletos. La fase subaguda se definió operacionalmente como la persistencia de síntomas articulares (dolor, inflamación, rigidez) después de los 21 días del inicio de la sintomatología aguda, documentado en al menos una consulta de seguimiento. Se recogieron variables demográficas (edad, sexo) y el desenlace principal (persistencia en fase subaguda). Los datos se analizaron con estadística descriptiva (frecuencias, porcentajes) y se realizó un análisis bivariado para explorar la asociación entre edad (>60 años vs. ≤ 60 años) y evolución subaguda mediante la prueba de Chi-cuadrado. El análisis se realizó con el programa Epi Info versión 7.2.

Población y Período: Se incluyeron 256 pacientes residentes del área de acción del GBT 2 del Policlínico Sur de Morón, con diagnóstico clínico o de laboratorio de infección por CHIKV, atendidos entre el 1ro de octubre y el 30 de noviembre de 2025. Se excluyeron pacientes con diagnóstico confirmado de otra arbovirosis o sin posibilidad de seguimiento.

Resultados

La cohorte final estuvo compuesta por 256 pacientes con sospecha clínica y serología IgM positiva para Chikungunya. La distribución por grupos de edad mostró que 132 pacientes (51.6%) tenían 60 años o más, destacando una alta representación de adultos mayores en la población estudiada.

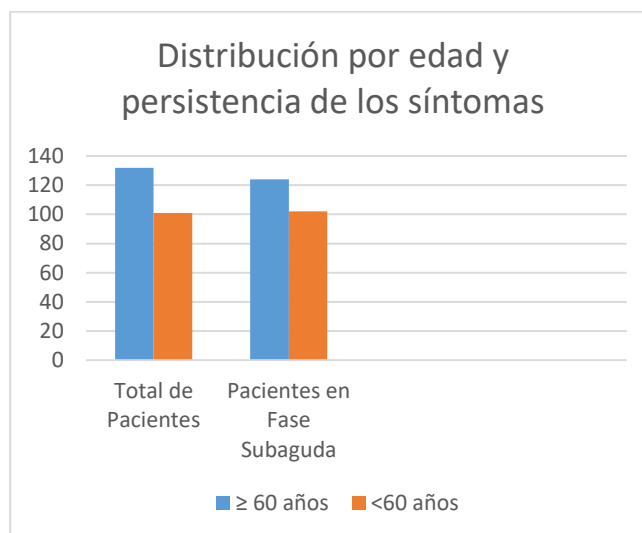
El hallazgo principal fue que 203 de los 256 pacientes (79.3%) presentaron persistencia de síntomas en la fase subaguda (más allá de los 21 días). Al cruzar esta variable con la edad, se observó que, de los 203 pacientes en fase subaguda, 101 (49.8%) eran mayores de 60 años. Esto significa que el 76.5% (101 de 132) de todos los pacientes mayores de 60 años en la cohorte evolucionaron a la fase subaguda (Tabla 1).

Tabla 1. Distribución de pacientes con Chikungunya según grupo de edad y evolución a fase subaguda.

Grupo de Edad	Total de Pacientes	Pacientes en Fase Subaguda	Por ciento en Fase Subaguda
60 años y más	132	101	76.5
Menor de 60 años	124	102	82.3
Total	256	203	79.3

El análisis de asociación entre ser mayor de 60 años y desarrollar fase subaguda mostró que, si bien la proporción fue ligeramente menor en el grupo de mayor edad en comparación con los más jóvenes (76.5% vs 82.3%), esta diferencia no alcanzó significación estadística en este tamaño muestral bajo las condiciones del estudio ($p=0.25$). No obstante, el dato relevante es que los adultos mayores constituyeron

prácticamente la mitad de todos los casos subagudos (101/203, 49.8%), reflejando su enorme peso numérico en la carga de enfermedad prolongada.



Discusión

Los resultados de este estudio ilustran dos desafíos críticos en la atención primaria para el manejo del Chikungunya. En primer lugar, confirman la alta frecuencia de evolución a la fase subaguda (79.3%), una tasa elevada que coincide con lo reportado en series clínicas de otras regiones (5,6). Esto refuerza la noción de que el Chikungunya es mucho más que una enfermedad febril aguda y que su impacto principal radica en la morbilidad articular prolongada, sobrecargando las consultas de seguimiento en el primer nivel de atención.

En segundo lugar, y central a este trabajo, se destaca el perfil de la población afectada. Más de la mitad de la cohorte (51.6%) tenía más de 60 años, y este grupo contribuyó con casi la mitad de todos los casos subagudos. Aunque la diferencia proporcional entre grupos de edad no fue estadísticamente significativa en este análisis, la fracción atribuible poblacional es considerable. La edad avanzada es un factor de riesgo biológicamente plausible para un curso más prolongado, asociado a un sistema inmunológico menos eficiente (inmunosenescencia), una mayor prevalencia de condiciones degenerativas articulares preexistentes y una menor capacidad de reparación tisular (7,8). Nuestros hallazgos apoyan la recomendación

de considerar a los adultos mayores como un grupo de alto riesgo para complicaciones y evolución subaguda, incluso en ausencia de un diagnóstico viral confirmado.

La principal limitación del estudio radica en el diagnóstico basado únicamente en IgM, lo que impide descartar reactividad cruzada con otros arbovirus o infecciones pasadas. Sin embargo, este es precisamente el escenario realista que se pretende retratar: la toma de decisiones en contextos con recursos diagnósticos limitados. La sospecha clínica epidemiológicamente fundamentada, respaldada por IgM, es la práctica habitual en muchas áreas. En este escenario, la variable "edad avanzada" emerge como un predictor clínico simple, inmediato y de gran valor práctico. Identificar tempranamente a los pacientes mayores de 60 años con sospecha de Chikungunya permite al médico de atención primaria anticipar una probable evolución prolongada, establecer un plan de seguimiento más estrecho, iniciar manejo sintomático y rehabilitador precoz, y brindar consejería adecuada para prevenir la discapacidad y mejorar el pronóstico funcional (9,10).

Se requiere investigación futura con diseño prospectivo y seguimiento estandarizado para cuantificar con mayor precisión el riesgo relativo, incluir otros factores potenciales (sexo, comorbilidades, tipo de articulación afectada) y evaluar intervenciones de manejo temprano dirigidas a este grupo vulnerable.

Conclusiones

En un entorno de atención primaria con limitado acceso a diagnóstico viral, la gran mayoría de los pacientes con sospecha clínica de Chikungunya confirmada con IgM (79.3%) evolucionan a la fase subaguda, lo que subraya la importancia de preparar los servicios para el manejo de la morbilidad prolongada. Los adultos mayores (>60 años) constituyen una proporción sustancial de los casos y representan aproximadamente la mitad de todos los pacientes que progresan a la fase subaguda, identificándose como un grupo poblacional de alto riesgo en este contexto. La edad avanzada, como factor clínico fácilmente identificable en la consulta, puede ser utilizada como un predictor práctico para anticipar una mayor

probabilidad de evolución subaguda, permitiendo un seguimiento más intensivo y un manejo temprano y dirigido en la atención primaria, incluso ante restricciones diagnósticas.

Referencias Bibliográficas

1. Silva JVJ, Ludwig-Begall LF, de Oliveira-Filho EF, et al. A scoping review of Chikungunya virus infection: epidemiology, clinical characteristics, viral pathogenesis and diagnostics. *Trop Med Infect Dis.* 2023;8(8):410.
2. Pan American Health Organization. Guidelines for Clinical Diagnosis and Treatment of Chikungunya Fever. Washington, D.C.: PAHO; 2022.
3. Johnson BW, Russell BJ, Goodman CH. Laboratory diagnosis of Chikungunya virus infections and commercial sources for diagnostic assays. *J Infect Dis.* 2016;214(suppl 5): S471-S474.
4. Borgherini G, Poubeau P, Staikowsky F, et al. Outbreak of Chikungunya on Reunion Island: early clinical and laboratory features in 157 adult patients. *Clin Infect Dis.* 2007;44(11):1401-1407.
5. Rodríguez-Morales AJ, Cardona-Ospina JA, Fernanda Urbano-Garzón S, et al. Prevalence of post-Chikungunya infection chronic inflammatory arthritis: a systematic review and meta-analysis. *Arthritis Care Res (Hoboken).* 2016;68(12):1849-1858.
6. Schilte C, Staikowsky F, Couderc T, et al. Chikungunya virus-associated long-term arthralgia: a 36-month prospective longitudinal study. *PLoS Negl Trop Dis.* 2013;7(3): e2137.
7. Gérardin P, Fianu A, Michault A, et al. Predictors of Chikungunya rheumatism: a prognostic survey ancillary to the TELECHIK cohort study. *Arthritis Res Ther.* 2013;15(1): R9.
8. Cunha RVD, Trinta KS. Chikungunya virus: clinical aspects and treatment - A Review. *Mem Inst Oswaldo Cruz.* 2017;112(8):523-531.

9. Ministério da Saúde (Brasil). Protocolo de vigilância da febre do Chikungunya. Brasília: Ministério da Saúde; 2023.
10. Alvarez MF, Bolívar-Mejía A, Rodriguez-Morales AJ, et al. Cardiovascular manifestations of Chikungunya fever: a systematic review. Rev Panam Salud Publica. 2021;45: e21.