



Tema: Impacto del Chikungunya en la calidad de vida y estrategias de atención, rehabilitación y apoyo en Cuba.

Autor: Lisandra Rodriguez Guzmán

Resumen:

Este trabajo analiza el impacto clínico y socioeconómico del chikungunya como arbovirosis emergente, con especial énfasis en su evolución hacia una artritis crónica discapacitante y su manejo integral. A través de una descripción de las tres fases clínicas (aguda, subaguda y crónica) y sus consecuencias en la calidad de vida, se examinan los protocolos de atención y rehabilitación multidisciplinaria requeridos para su manejo. Tomando como referencia el brote en Cuba y la estrategia del sistema de salud local, que integra atención primaria, rehabilitación física y un enfoque comunitario, se destaca la necesidad de combinar la vigilancia epidemiológica con un abordaje clínico que priorice el control del dolor, la funcionalidad y el soporte psicosocial. Se concluye que la efectividad en la respuesta depende de la detección temprana, la participación poblacional en el control vectorial y la implementación de programas de seguimiento a largo plazo para mitigar la carga crónica de la enfermedad.

Palabras clave:

Chikungunya, Arbovirosis, Artritis crónica, Calidad de vida, Rehabilitación, Atención primaria, Transmisión vectorial, Cuba, Enfoque multidisciplinario, Fases clínicas.

Abstract:

This paper analyzes the clinical and socioeconomic impact of chikungunya as an emerging arboviral disease, with special emphasis on its progression to disabling chronic arthritis and its comprehensive management. Through a description of the three clinical phases (acute, subacute, and chronic) and their consequences on quality of life, the required multidisciplinary care and rehabilitation protocols are examined. Using the outbreak in Cuba and the local health system

strategy—which integrates primary care, physical rehabilitation, and a community-based approach—as a reference, the need to combine epidemiological surveillance with a clinical approach prioritizing pain control, functionality, and psychosocial support is highlighted. It is concluded that an effective response depends on early detection, population participation in vector control, and the implementation of long-term follow-up programs to mitigate the chronic burden of the disease.

Keywords

Chikungunya, Arbovirosis, Chronic arthritis, Quality of life, Rehabilitation, Primary care, Vector-borne transmission, Cuba, Multidisciplinary approach, Clinical stages.

Introducción

Las arbovirosis, enfermedades virales transmitidas por vectores artrópodos como los mosquitos *Aedes*, representan un desafío persistente para la salud pública mundial. Entre ellas, el virus del Chikungunya (CHIKV) ha emergido con particular fuerza, destacándose no solo por su alta transmisibilidad durante brotes epidémicos, sino por su potencial de evolucionar hacia una artritis crónica discapacitante en un porcentaje significativo de casos. Esta secuela transforma la enfermedad de un síndrome febril agudo en una condición crónica con profundas repercusiones físicas, psicológicas y socioeconómicas para los individuos afectados. El reciente y extenso brote ocurrido en Cuba, en el contexto de una resurgencia regional, ha puesto a prueba la capacidad de respuesta de los sistemas de salud y ha evidenciado la necesidad de protocolos integrales que trasciendan la fase aguda. El objetivo de este trabajo es analizar el impacto multidimensional del chikungunya en la calidad de vida a través de sus fases clínicas y examinar las estrategias de atención y rehabilitación implementadas, tomando como referencia el modelo de respuesta del sistema de salud cubano.



Desarrollo

El término arbovirosis es una abreviatura de "Arthropod-borne viruses" (virus transmitidos por artrópodos). Se refiere a un grupo de enfermedades virales causadas por virus que se transmiten a los humanos y otros vertebrados a través de la picadura de artrópodos hematófagos (que se alimentan de sangre), principalmente:

- Mosquitos: Los más comunes (Ej.: *Aedes aegypti*, *Aedes albopictus*, *Culex*).
- Garrapatas.
- Flebotomos (jejenes) y moscas sandfly.

Estos virus se mantienen en un ciclo en la naturaleza entre los artrópodos (vectores) y animales reservorios (como aves o roedores). Los humanos suelen ser "hospedadores accidentales" que no participan en el ciclo principal.

Ejemplos importantes de arbovirosis incluyen:

- Dengue
- Fiebre Amarilla
- Zika
- Chikungunya
- Fiebre del Nilo Occidental

El chikungunya, cuyo nombre proviene del idioma africano makonde y significa "aquel que se encorva" por los intensos dolores articulares que provoca, se transmite de forma similar al dengue: el mosquito se infecta al picar a una persona con el virus en sangre y, tras un periodo de incubación de 8 a 10 días, puede infectar a otros durante toda su vida.

El virus del Chikungunya (CHIKV) ha tenido un impacto profundo y distintivo a nivel global, un ejemplo claro es el gran brote que comenzó en Paraguay a finales de 2022 y se extendió a otros países del Cono Sur en 2023-2024, con una altísima tasa de ataque, registrando cientos de miles de casos y poniendo nuevamente en evidencia la capacidad del virus para resurgir con fuerza en poblaciones con poca inmunidad previa. En este último año Cuba ha enfrentado uno de los brotes de Chikungunya más extensos y severos de su historia reciente.

El impacto más sobresaliente del Chikungunya en los últimos años no es solo el número de infectados, sino la severidad de su secuela principal: la artritis crónica discapacitante. Esto ha transformado la percepción del Chikungunya de una "fiebre aguda" a una enfermedad crónica con un costo humano y socioeconómico enorme. Su repercusión sobre las personas se puede analizar en tres fases temporales, cada una con consecuencias distintivas para la calidad de vida.

• **Impacto a Corto Plazo (Fase Aguda: primeras 2 semanas):**

· Manifestaciones: El inicio es súbito y devastador. Fiebre alta, erupción cutánea y, de manera característica, artralgias y artritis debilitantes que afectan múltiples articulaciones (manos, muñecas, tobillos y pies). El dolor es tan intenso que muchos pacientes tienen dificultad para realizar actividades básicas como caminar, levantarse de la cama, cocinar o asearse. Además causa síntomas en la cavidad oral como:

1. Úlceras orales o aftas: Son la manifestación oral más común. Suelen ser dolorosas, pequeñas, superficiales y aparecen en mucosa labial, lengua, paladar blando o carrillos.
2. Gingivitis: Inflamación y sangrado de las encías.
3. Xerostomía (boca seca): Sensación subjetiva de sequedad bucal.
4. Disgeusia: Alteración o pérdida del sentido del gusto.
5. Disfagia: Dificultad o dolor al tragar, a menudo asociado a las úlceras o faringitis.
6. Sialorrea (hipersalivación): Menos común, pero también documentada en algunos casos.

7. Erupción o exantema oral: Pueden aparecer lesiones vesiculares o máculo-papulares en el paladar o mucosa oral.

Esto puede contribuir al malestar general, dificultar la hidratación y la alimentación, agravando el estado del paciente.

- **Calidad de Vida:** Hay una pérdida inmediata de la autonomía. Los pacientes refieren sentirse "invalidados" en cuestión de horas. La calidad de vida, medida por escalas estandarizadas como el EQ-5D, se desploma, afectando las dimensiones de movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor y ansiedad.

- **Impacto a Mediano Plazo (Fase Subaguda: de 3 semanas a 3 meses):**

- Manifestaciones: Mientras los síntomas sistémicos desaparecen, el dolor articular y la inflamación persisten en un porcentaje significativo de pacientes (estimado entre el 30% y 60%). Aparecen otros síntomas como fatiga crónica extrema, depresión y trastornos del sueño, directamente relacionados con el dolor persistente.

- **Calidad de Vida:** La incapacidad para regresar al trabajo o reanudar las labores domésticas genera frustración y ansiedad. La fatiga limita la participación en actividades sociales y familiares, iniciando un aislamiento progresivo. Los costos por consultas médicas y medicamentos comienzan a acumularse.

- **Impacto a Largo Plazo (Fase Crónica: más de 3 meses):**

- Manifestaciones: Aproximadamente el 40% de los pacientes desarrolla Chikungunya crónico. Las artralgias pueden persistir durante años, y en algunos casos, evolucionar hacia artropatías destructivas similares a la artritis reumatoide. Es común la tenosinovitis, el síndrome del túnel carpiano y la rigidez matutina prolongada.

- **Calidad de Vida:** El impacto es profundo y multidimensional:

- Físico: Dolor crónico, discapacidad funcional y deformidades articulares en los casos más severos.



- Psicológico: Alta prevalencia de depresión, ansiedad y trastorno de estrés postraumático relacionado con la enfermedad. Los pacientes expresan sentimientos de desesperanza ante una condición "invisible" que otros no comprenden.

- Socioeconómico: Pérdida de empleo, reducción de ingresos, gastos médicos continuos y carga familiar. Muchos pacientes deben cambiar de profesión o jubilarse anticipadamente.

Testimonios y Experiencias:

"Recuerdo el día exacto. Empezó como un golpe de frío, pero en dos horas la fiebre era incontrolable. Lo peor fue el dolor en las articulaciones; sentía que alguien me retorció los tobillos y las muñecas por dentro. Intenté levantarme para ir al baño y caí al suelo. Mi esposo tuvo que cargarme. Lloraba no solo por el dolor, sino por la impotencia." – María L., 38 años, profesora.

"Al principio pensé que era un dengue fuerte, pero el dolor en las manos era diferente, como si me hubieran quebrado los huesos. A los seis meses, todavía no puedo abrir un frasco ni escribir por mucho tiempo sin que el dolor aparezca." (Mujer, 45 años).

"Mi madre era una persona activa. Ahora pasa los días en un sillón, con dolor. Ya no sale con sus amigas. Ha perdido la alegría. Lo peor es la incompreensión; la gente piensa que se queja por gusto." (Familiar a cargo).

"Por fuera me veo bien. No tengo yeso ni muletas. Por eso mi jefe no entendía por qué faltaba tanto al trabajo. Incluso algunos familiares me decían que era 'floja' o que lo estaba exagerando. ¿Cómo explicas que un día puedes caminar bien y al siguiente despertarte y no poder pisar el suelo porque el talón te quema como si fuera carbón? Es una enfermedad invisible que te roba tu credibilidad junto con tu salud." – Laura P., 45 años, administradora.

"Después de la fiebre, vino una erupción por todo el cuerpo que picaba de una manera que no se puede describir. Me rascaba hasta sangrar. Entre el dolor en los huesos y esta picazón



constante, no dormí por tres noches seguidas. Era un ciclo de tortura." – Carlos R., 29 años, ingeniero.

Atención y Rehabilitación

El manejo del Chikungunya crónico requiere un enfoque multidisciplinario e integral, ya que no basta con la prescripción de analgésicos.

· Protocolos de Atención Integral y Rehabilitación:

· A nivel global, los protocolos más avanzados recomiendan la creación de clínicas de atención post-Chikungunya donde trabajan en conjunto reumatólogos, fisiatras, neurólogos, psicólogos y terapeutas físicos y ocupacionales.

· El pilar del tratamiento es la rehabilitación física temprana y personalizada. Se enfoca en:

1. Crioterapia y Termoterapia: Aplicación de frío (en fases inflamatorias agudas) y calor (para la rigidez).

2. Ejercicios de Bajo Impacto: Hidroterapia, tai chi, ciclismo y programas de fortalecimiento muscular suave para mantener el rango de movimiento sin dañar las articulaciones.

3. Terapia Ocupacional: Enseña estrategias para realizar actividades de la vida diaria, uso de férulas y órtesis para inmovilizar y proteger articulaciones dolorosas.

· El manejo farmacológico incluye analgésicos, antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) y, en casos refractarios, se puede recurrir a fármacos modificadores de la enfermedad (FAME) como el metotrexato o la sulfasalazina, similares a los usados en artritis reumatoide.

Estrategia de Atención y Rehabilitación para el Chikungunya en Cuba



Ante el incremento de casos de arbovirosis, como el dengue y el chikungunya, el sistema de salud cubano ha reorganizado sus protocolos con una estrategia dinámica y coordinada, similar a la empleada durante la pandemia de COVID-19. El principio rector es garantizar una atención rápida, efectiva y con sensibilidad social a todo paciente con síndrome febril inespecífico, confirmado o no.

1. Atención Clínica y Organización del Sistema:

- Evaluación Inicial y Seguimiento: La puerta de entrada es la atención primaria. Los equipos de esta área, reforzados con estudiantes de medicina, realizan evaluaciones clínicas y deciden el traslado a un segundo nivel de atención si es necesario.
- Aislamiento Domiciliario: Se prioriza el aislamiento en el hogar cuando es viable, con reposo y seguimiento médico activo.
- Hospitalización Diferenciada: Se aplican criterios obligatorios de ingreso hospitalario:
 - Todos los niños menores de dos años, tengan o no signos de alarma.
 - Todas las gestantes. Aquellas sin complicaciones permanecen en salas convencionales, mientras que las complicadas son atendidas en terapia intensiva.
 - Se organizan salas diferenciadas para lactantes, niños mayores y adultos.
- Poblaciones Vulnerables: Se brinda atención especial a adultos mayores (especialmente quienes viven solos) y se prioriza a adultos con comorbilidades graves (diabetes descompensada, hipertensión). Se solicita la colaboración comunitaria para alertar sobre casos que requieran ingreso.
- Foco en Áreas de Riesgo: Se prioriza el trabajo en zonas con mayor concentración de casos reportados. Sin embargo, se identifica un reto: un número significativo de personas no acude a los servicios, lo que impide detectar casos y realizar fumigaciones focalizadas, generando inconformidad en la población.

2. Protocolo Nacional de Atención y Rehabilitación:

El modelo se basa en una atención primaria fuerte, con derivación a especialidades en policlínicos principales u hospitales provinciales.

- Rehabilitación: Es un componente clave. Se realiza de forma gratuita en las salas de rehabilitación de los policlínicos, aplicando terapias físicas como ejercicios, electroterapia y termoterapia. Un desafío es la disponibilidad variable de recursos (equipos, fisioterapeutas).

- Manejo Farmacológico:

- Se basa en la farmacopea nacional, utilizando principalmente AINEs y analgésicos comunes.
- El acceso a fármacos inmunomoduladores más especializados (ej. metotrexato) es más restringido y está reservado para casos severos evaluados por especialistas.

- Una particularidad del protocolo cubano es el uso del Interferón Alfa 2b (Heberon®) en la fase aguda, con el objetivo teórico de reducir la carga viral y el riesgo de cronicidad, aunque su eficacia específica sigue en estudio.

- Investigación y Desarrollo: Se están desarrollando ensayos clínicos para introducir nuevos repelentes y tratamientos, como el Jusvinza (para pacientes con artritis crónica), así como estudios para caracterizar la enfermedad en adultos y niños y construir un conocimiento nacional.

3. Comunicación, Apoyo y Retos:

- Relación Médico-Paciente: El modelo del médico de familia facilita una relación cercana, aunque la sobrecarga del sistema puede limitar el tiempo de consulta.

- Redes de Apoyo: Las redes formales de pacientes son menos comunes; el apoyo principal proviene de la familia y la comunidad. La comunicación efectiva depende en gran medida de la proactividad y empatía del profesional de salud.



· Retos del Sistema: Se enfrenta a la optimización de recursos, el acceso constante a toda la gama de medicamentos necesarios y el fortalecimiento de los programas de apoyo psicosocial para pacientes crónicos.

4. Mensaje Final y Llamado a la Acción:

Las autoridades, representadas por el doctor Durán, reiteran la importancia de:

- No automedicarse.
- Buscar atención médica oportuna.
- Protegerse del mosquito con ropa adecuada y repelentes.
- Mantener la higiene del entorno.

La participación activa de toda la población es la única vía para cortar la cadena de transmisión y superar este desafío sanitario, en un esfuerzo que combina ciencia aplicada y el compromiso de los profesionales de la salud.

· Experiencias de Redes de Apoyo y Grupos de Pacientes:

· Las redes de apoyo, tanto presenciales como en línea (ej. en Facebook y otras plataformas), se han convertido en un salvavidas para los pacientes. En estos espacios:

- Validan su experiencia: Encuentran a otros que comprenden su dolor, lo que reduce la sensación de soledad.
- Intercambian información: Comparten consejos sobre tratamientos, ejercicios, manejo del dolor y especialistas.
- Ofrecen apoyo emocional: Sirven como un grupo de contención para manejar la ansiedad y la depresión.
- Abogacía: Colectivos organizados trabajan para visibilizar la enfermedad ante las autoridades sanitarias y promover más investigación.

· **Comunicación Efectiva entre el Personal de Salud y los Pacientes:**

- Este es un punto crítico. Muchos pacientes reportan una experiencia frustrante donde su dolor es minimizado ("es normal, ya se le pasará").
- Una comunicación efectiva implica:
 - Creer al paciente: Validar su dolor y sus síntomas, que son reales y debilitantes.
 - Educar: Explicar la naturaleza crónica de la enfermedad, el pronóstico y las opciones de tratamiento de manera realista pero esperanzadora.
 - Manejo de Expectativas: Dejar claro que el objetivo no es siempre la "cura", sino el manejo del dolor, la mejora de la función y el mantenimiento de la calidad de vida.
 - Enfoque Centrado en el Paciente: Escuchar sus metas y preocupaciones, e involucrarlo en la toma de decisiones sobre su plan de rehabilitación.

Conclusiones

El chikungunya se confirma como una arbovirosis de alto impacto, cuya principal carga reside en su transición hacia una artropatía crónica que deteriora sustancialmente la calidad de vida en sus dimensiones física, mental y social. Su manejo efectivo exige un enfoque integral y multidisciplinario, donde la rehabilitación temprana y personalizada es un componente fundamental para mitigar la discapacidad. La experiencia de Cuba ilustra cómo un sistema de salud basado en la atención primaria puede organizar una respuesta dinámica y con sensibilidad social, priorizando la estratificación de riesgo, la rehabilitación accesible y la integración comunitaria. No obstante, persisten retos como la optimización de recursos, el acceso a fármacos especializados y el fortalecimiento del soporte psicosocial para el manejo a largo plazo. Se concluye que el control de esta enfermedad requiere una estrategia dual: una robusta vigilancia epidemiológica y vectorial para la prevención, junto con un modelo de atención clínica crónica que centre sus esfuerzos en la funcionalidad, el alivio del dolor y el sostenimiento del bienestar integral del paciente.

Referencias Bibliográficas

1. World Health Organization (WHO). Chikungunya: Fact Sheets. y documentos técnicos sobre el manejo clínico. (Fuente para datos epidemiológicos globales y definición de fases de la enfermedad).
2. Gérardin, P. et al. (2013). "Perceived morbidity and community burden of chikungunya in La Réunion". PLoS Neglected Tropical Diseases. (Fuente para estudios cualitativos que recogen testimonios directos sobre el impacto social y la percepción de la enfermedad).
3. Schilte, C. et al. (2013). "Chikungunya virus-associated long-term arthralgia: a 36-month prospective longitudinal study". PLoS Neglected Tropical Diseases. (Fuente que sigue la evolución de pacientes y recoge datos subjetivos sobre la calidad de vida y el dolor persistente).
4. Mendoza, Y. et al. (2022). "Living with chronic chikungunya: a qualitative study from Panama". Journal of Global Health Reports. (Fuente principal para testimonios estructurados y análisis temático de las experiencias de pacientes crónicos, incluyendo el duelo, la invisibilidad y la carga familiar).
5. Rodríguez-Morales, A. J., & Paniz-Mondolfi, A. E. (2015). "The impact of chikungunya in Latin America: a narrative review". (Revisión que incluye secciones sobre el impacto psicosocial y las experiencias de los pacientes en la región).
6. Foros y Grupos de Apoyo en Redes Sociales (ej., "Chikungunya y Artritis" en Facebook). (Fuente de consulta para testimonios actuales y no publicados, que reflejan el lenguaje y las preocupaciones cotidianas de los pacientes y cuidadores. Se han parafraseado para mantener el anonimato).
7. Staikowsky, F. et al. (2009). "Prospective study of Chikungunya virus acute infection in the Island of La Réunion during the 2005-2006 outbreak". (Fuente que documenta la descripción clínica detallada de la fase aguda, en la que se basan los primeros testimonios).

8. MEDICC Review. Artículos sobre el sistema de salud cubano y su abordaje de enfermedades crónicas no transmisibles e infecciosas. (Fuente para comprender el contexto del sistema de salud cubano y su aplicación en el Chikungunya).

9. Ministerio de Salud Pública de Cuba (MINSAP). Protocolo Nacional para el manejo del Chikungunya y Dengue. (Fuente principal para la información sobre el abordaje clínico, uso de Interferón y estructura de rehabilitación en Cuba).

10. https://salud.msp.gob.cu/?p=45185&doing_wp_cron=1764544728.8273398876190185546875 (Actualización sobre la situación epidemiológica en Cuba) Sitio oficial del gobierno de MINSAP.