

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN LA ATENCIÓN A NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CON INFECCIÓN POR EL VIRUS CHIKUNGUNYA.

VERSIÓN 1.3



Dra.C Lissette del Rosario López González.
Grupo Nacional de Pediatría.
rocio@infomed.sld.cu

CHIKUNGUNYA

Enfermedad tropical de creciente preocupación para la salud pública.

Alta morbilidad, potencial epidémico y discapacidad crónica, baja mortalidad respecto a otras enfermedades infecciosas. .

La edad (neonato,lactantes, ancianos) y la presencia de comorbilidades constituyen factores de riesgo.

Neonatos: picaduras de mosquitos del género *Aedes aegypti* y *Aedes albopictus* infectados y transmisión vertical. No evidencia de transmisión por lactancia materna. La mortalidad en esta etapa de la vida es alrededor del 10% y en cerca del 20% de los sobrevivientes pueden detectarse secuelas neurológicas.



Parashar D, Cherian S, et al. Antiviral perspective for Chikungunya virus. *Biomed Res Int* 2014;531642

Amaral JK, et al. Chikungunya arthritis treatment with methotrexate and dexamethasone; A Randomized, double-blind placebo-control trial. *Curr Rheumatol Rev* 2024;20:337

Mauri C, et al. Desarrollo de vacuna contra el Chikungunya: desafíos y camino hacia un impacto en salud pública. . *Vacuna* 42(26). 2 de diciembre de 2024

Scomparim L, Callado GY, De Melo LC, Rugna MM, Pereira SS, Noguchi LN, et al. Materno-Fetal Implications of Chikungunya Virus Infections: An Update Review. *Diagnosis*. 2025; 15: 2843. <https://doi.org/10.3390/diagnostics15222843>

.Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Alerta Epidemiológica: Chikungunya y Oropouche en la Región de las Américas, 28 de agosto del 2025. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2025. Disponible en: <https://www.paho.org>.



Durante 2025 se han reportado brotes de chikungunya, en varias regiones del mundo, incluidos Europa y Asia, algunos de gran magnitud. En la Región de las Américas, diversos países han notificado un incremento de casos. Por otro lado, se continúan registrando casos autóctonos de oropouche en seis países de la Región, incluso en áreas fuera de las zonas históricas de transmisión. Ante este escenario, la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) insta a los Estados Miembros a fortalecer la vigilancia epidemiológica y de laboratorio, garantizar el manejo clínico adecuado y reforzar las acciones de control vectorial, en relación con estas dos enfermedades, con el fin de mitigar el riesgo de brotes y reducir complicaciones y muertes.

Resumen de la situación global de chikungunya

A nivel global, desde las primeras detecciones y hasta diciembre del 2024, se ha documentado la transmisión autóctona del virus chikungunya (CHIKV) en 119 países y territorios, en las seis regiones de la Organización Mundial de la Salud (OMS). En otros 27 países y territorios se ha identificado poblaciones establecidas y competentes del vector *Aedes aegypti*, aunque aún no se han documentado casos autóctonos de CHIKV (1).

Adicionalmente, en los países donde se ha establecido *Aedes albopictus*, este vector puede presentar una mayor competencia para la transmisión, especialmente frente a los genotipos del virus que contienen la mutación E1-A226V, característica del linaje del Océano Índico (IOL por sus siglas en inglés), la cual incrementa significativamente la eficiencia de transmisión. La presencia de estas poblaciones de vectores representa un riesgo continuo de introducción y propagación del CHIKV en países o áreas previamente no afectadas (1).

El análisis genómico ha permitido identificar tres genotipos principales de CHIKV que circulan a nivel global: el genotipo de África occidental, el genotipo África Oriental, Central y Sudafricana (ECSA por sus siglas en inglés) y el genotipo asiático. Dentro del genotipo ECSA, surgió el sublinaje del Océano Índico (IOL) genéticamente divergente y caracterizado por la mutación E1-A226V. Actualmente, los genotipos ECSA y asiático son los predominantes a nivel mundial. Las diferencias en el potencial epidémico y patogenicidad de estos linajes, así como la posible inmunidad protectora cruzada entre ellos, continúa siendo objeto de estudio (1).

Durante el 2025, hasta mediados de agosto, se han notificado aproximadamente 270.000 casos de chikungunya a nivel global (1-3), con reporte de casos en las regiones de África, Américas, Europa, Pacífico Occidental y Sur Este Asiático (4).

En África, Senegal, Kenia y la República de Mauricio han registrado casos durante el 2025 (1, 4). En Europa, se han confirmado casos de transmisión local en Francia (n= 111 casos) e Italia

Cita sugerida: Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Alerta Epidemiológica: Chikungunya y Oropouche en la Región de las Américas, 28 de agosto del 2025. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2025.

Organización Panamericana de la Salud • www.paho.org • © OPS/OMS, 2025

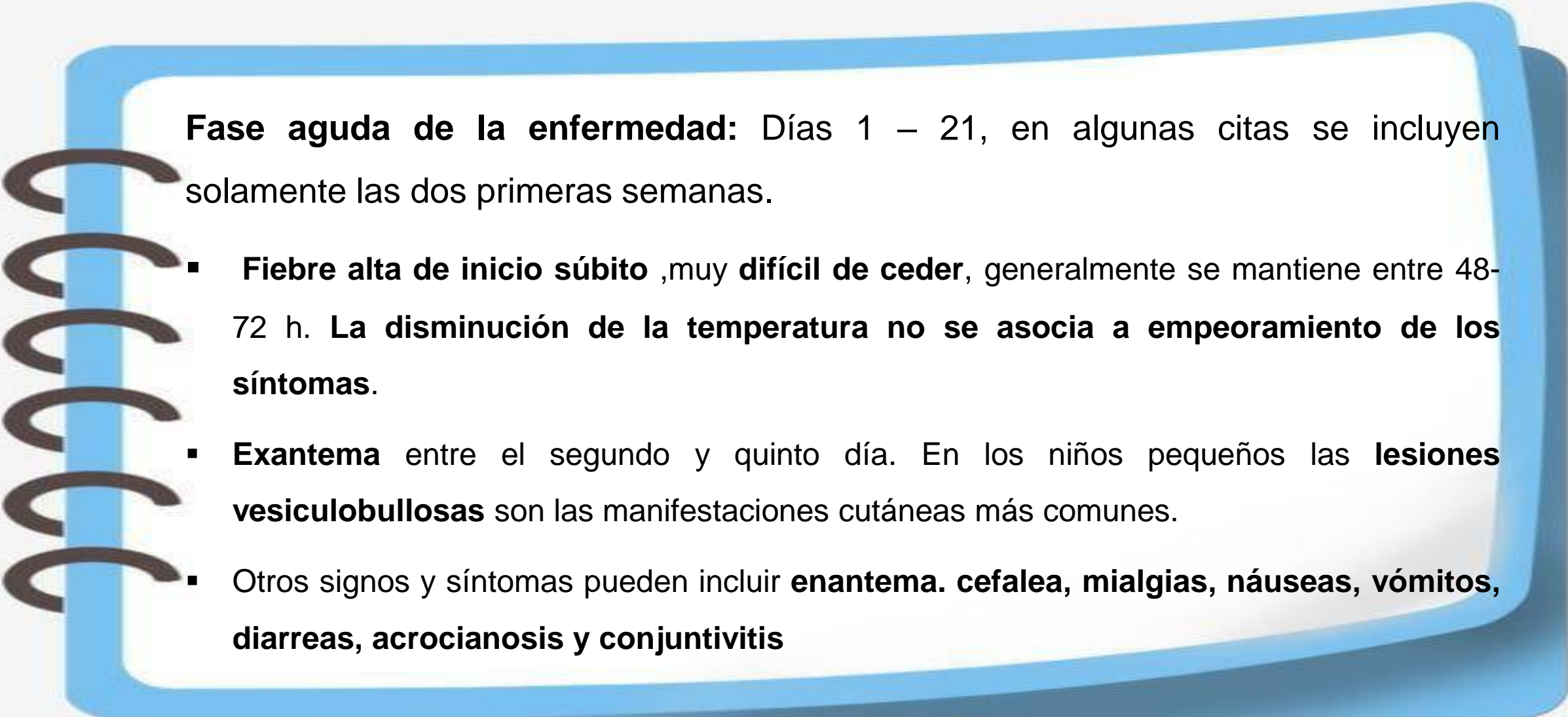
Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud.
Alerta Epidemiológica: Chikungunya y Oropouche en la Región de las Américas, 28 de agosto del 2025. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2025.
Disponible en: <https://www.paho.org>.

DEFINICIÓN DE CASO EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES.
CRITERIOS ESTABLECIDOS EN VERSIÓN 1.3



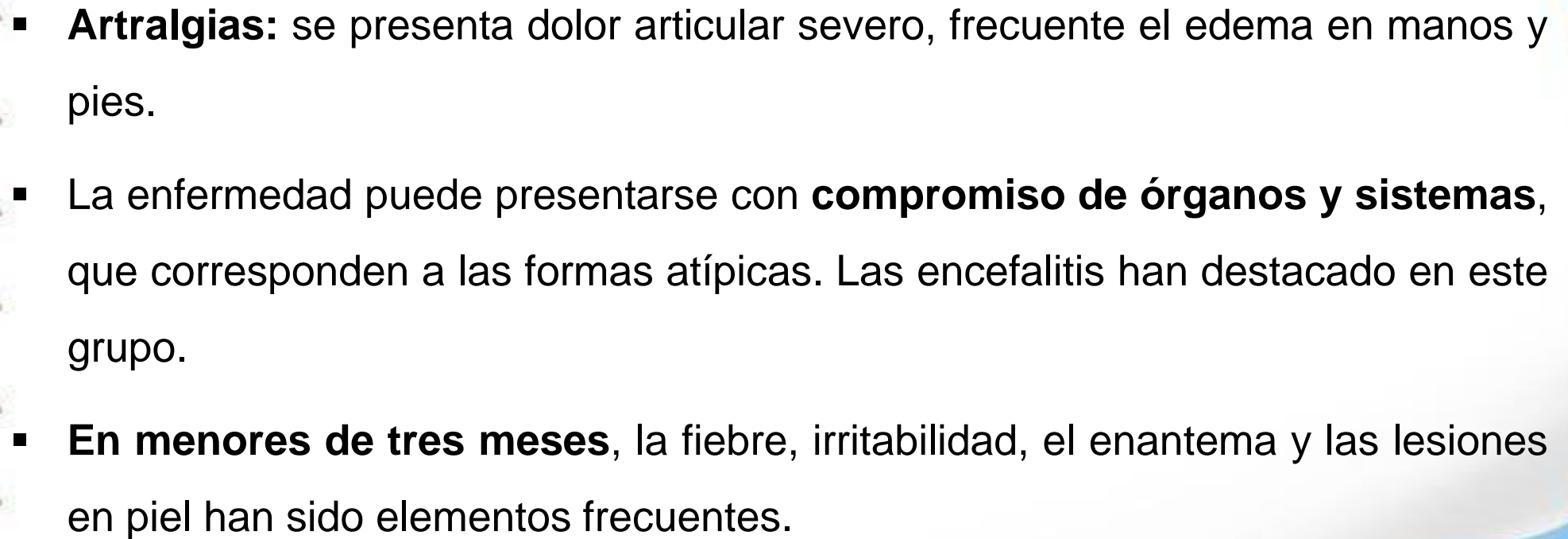
PARTICULARIDADES PEDIÁTRICAS.

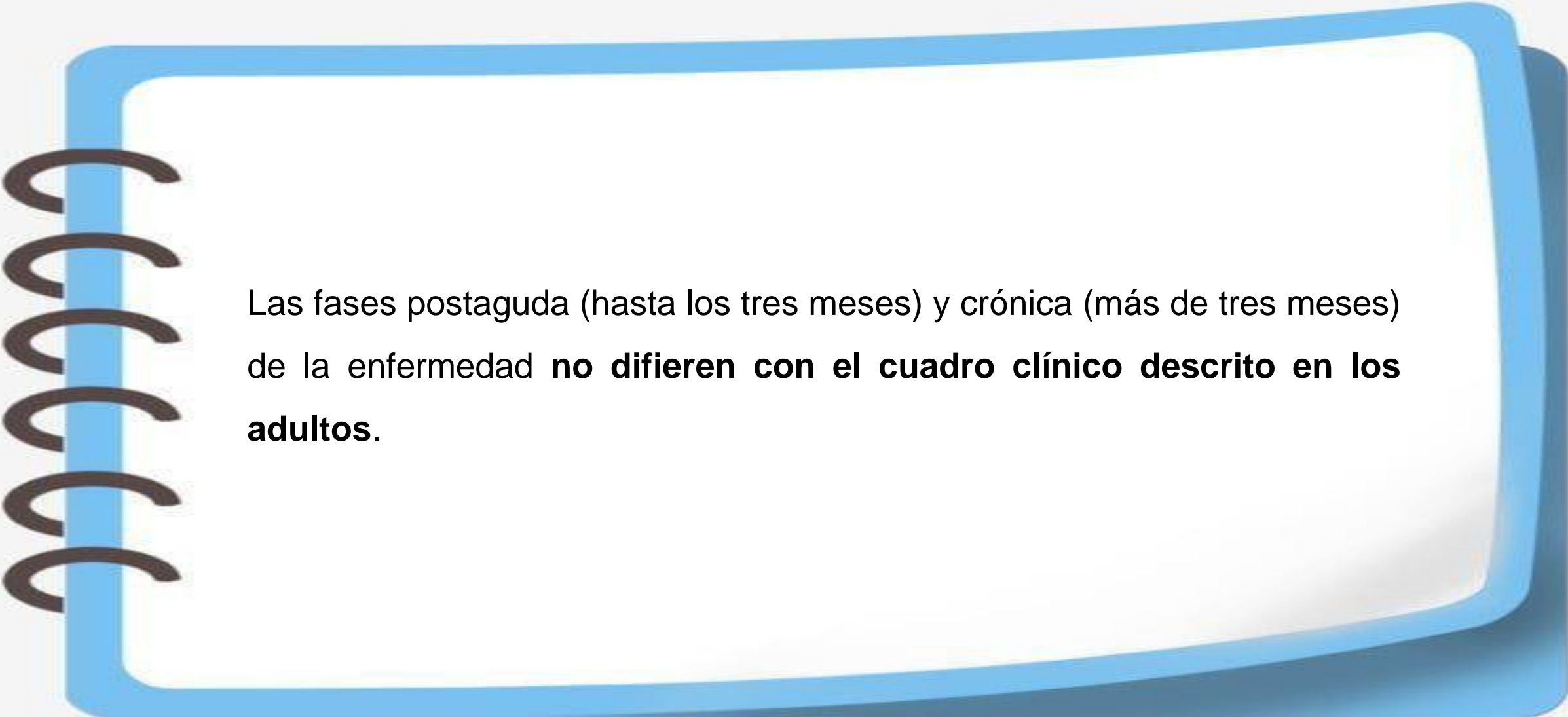
- En paciente menor a un año, es frecuente la fiebre, asociada a irritabilidad y erupción cutánea (eritematopapular y/o vesiculoampollosa) como principales manifestaciones extraarticulares.
- En neonatos, tener en cuenta antecedentes maternos de fiebre antes, durante o en el postparto.



Fase aguda de la enfermedad: Días 1 – 21, en algunas citas se incluyen solamente las dos primeras semanas.

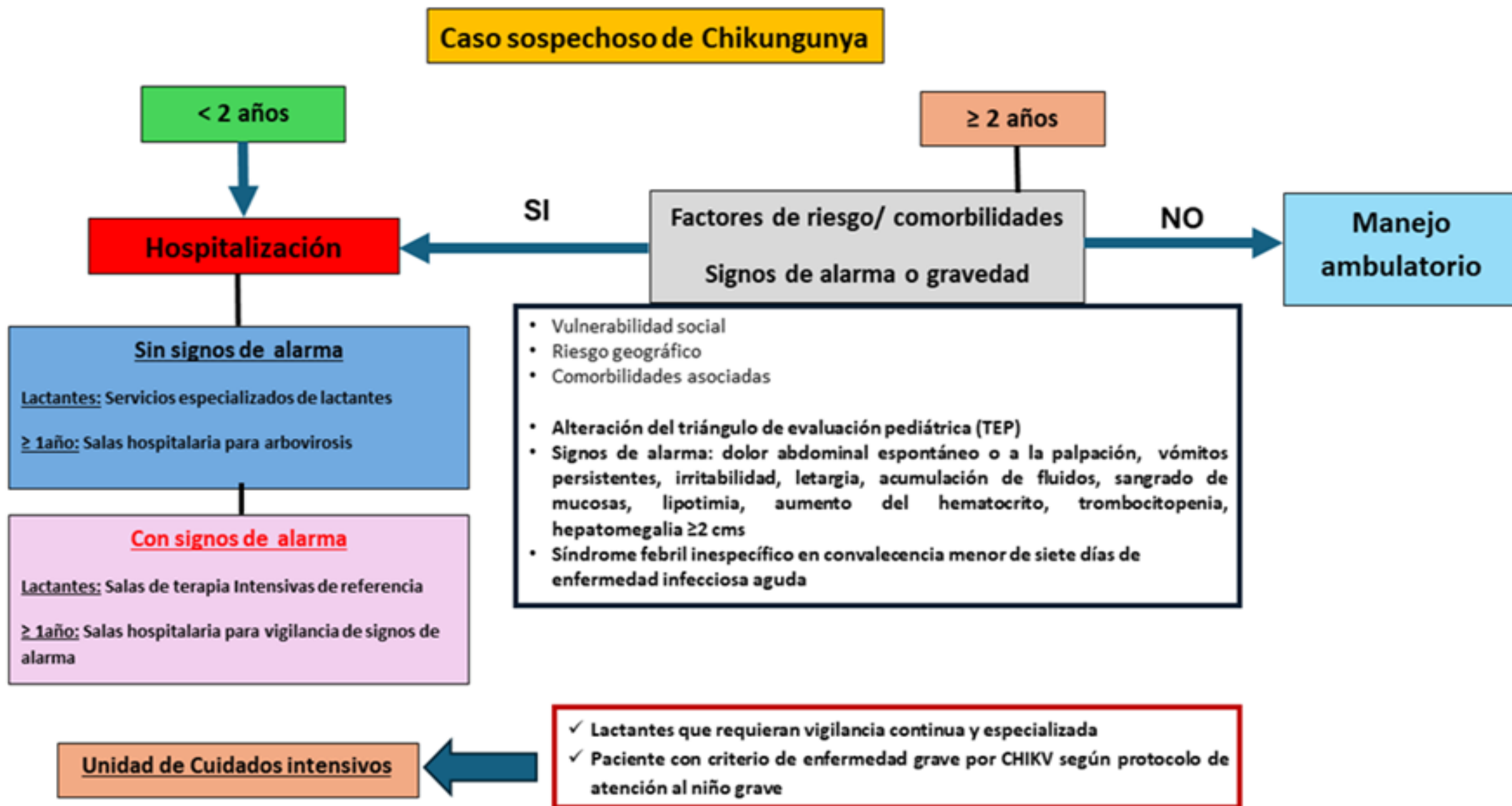
- **Fiebre alta de inicio súbito**, muy **difícil de ceder**, generalmente se mantiene entre 48-72 h. **La disminución de la temperatura no se asocia a empeoramiento de los síntomas.**
- **Exantema** entre el segundo y quinto día. En los niños pequeños las **lesiones vesiculobullosas** son las manifestaciones cutáneas más comunes.
- Otros signos y síntomas pueden incluir **enantema. cefalea, mialgias, náuseas, vómitos, diarreas, acrocianosis y conjuntivitis**

- 
- **Artralgias:** se presenta dolor articular severo, frecuente el edema en manos y pies.
 - La enfermedad puede presentarse con **compromiso de órganos y sistemas**, que corresponden a las formas atípicas. Las encefalitis han destacado en este grupo.
 - **En menores de tres meses**, la fiebre, irritabilidad, el enantema y las lesiones en piel han sido elementos frecuentes.



Las fases postaguda (hasta los tres meses) y crónica (más de tres meses) de la enfermedad **no difieren con el cuadro clínico descrito en los adultos.**

ALGORITMO PARA EL MANEJO DEL PACIENTE PEDIATRICO CON CHIKUNGUNYA





Más importante



ASPECTO

- > Tono
- > Reactividad
- > Consolabilidad
- > Mirada
- > Llanto/Lenguaje

Valora SNC
(oxigenación y perfusión cerebral)

TEP

@enfermerodecabecera

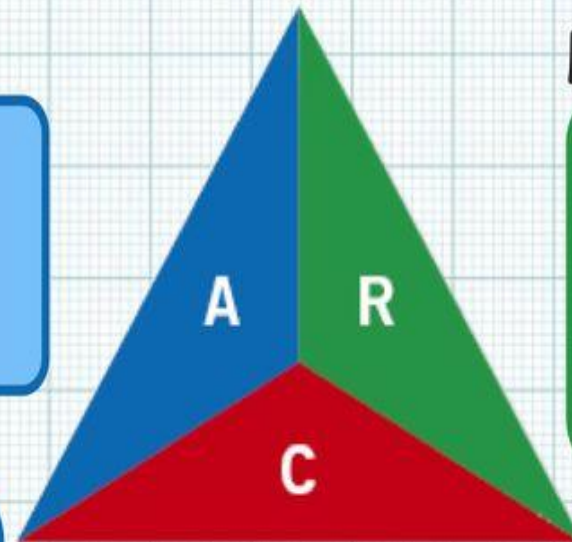
TEP Estable: Los 3 lados deben ser normales.



RESPIRACIÓN

- > Trabajo respiratorio (tiraje/retracción, aleteo nasal, taquipnea...)
- > Ruidos respiratorios anormales (quejido, estridor, sibilancias, disfonía, ronquido...)

Valora patología respiratoria



CIRCULACIÓN

Valora función cardíaca y perfusión orgánica

- Color de la piel:
- > Palidez
- > Livideces
- > Cutis marmorata
- > Cianosis

@enfermerodecabecera



MANEJO CLÍNICO DE CASOS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN
PROTOCOLO ESTABLECIDO DE INGRESO DOMICILIAR



FASE AGUDA Días 1 – 21, en algunas citas se incluyen solamente las dos primeras semanas.

- Reposo durante la fase febril con uso de mosquitero.
- En presencia de edema, retirar anillos, joyas y aplicar hielo e inmovilización relativa.
- Incrementar la ingesta de líquidos
- Analgesia/ antipiréticos
- No utilizar antiinflamatorios no esteroides (AINEs) ni salicilatos (aspirina)
- No está recomendado el uso de corticoides
- Evitar uso rutinario de antimicrobianos
- Seguimiento por Equipo Básico de Salud.



FASE POSTAGUDA (hasta tres meses)

- Aprobado el uso de AINEs
- En pacientes con dolor músculo-esquelético moderado a severo utilizar prednisona, cuyo descenso debe realizarse de forma gradual de acuerdo a la respuesta clínica del paciente.

FASE CRÓNICA (más de tres meses)

- Remisión del paciente a consulta especializada para manejo multidisciplinario jerarquizado por especialista en Reumatología.

REHABILITACIÓN

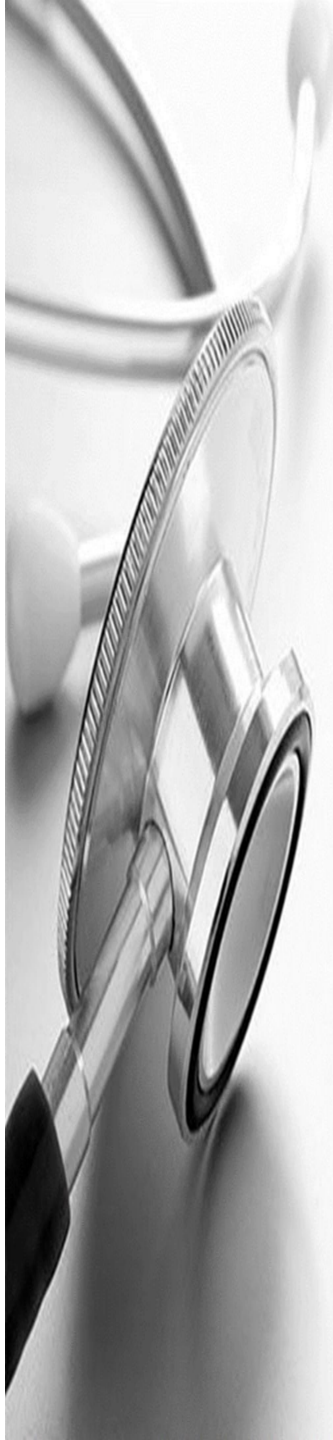
- Se recomienda rehabilitación en todas las fases de la fiebre Chikungunya como medida complementaria no farmacológica.



**MANEJO CLÍNICO DE CASOS EN SALAS DE
HOSPITALIZACIÓN**



- Reposo físico y bajo mosquitero durante la fase febril.
- Hidratación.
- Fomento y apoyo de la **lactancia materna exclusiva** desde el nacimiento hasta los seis meses de vida y a libre demanda complementada hasta los dos años.
- Nutrición adecuada.
- Analgesia y antipirexia.
- Tratamiento de lesiones específicas(piel, ojos,etc)
- **Detección precoz de los signos de alarma o gravedad.**



REEMPLAZO DE VOLUMEN EN PACIENTE PEDIÁTRICO CON SOSPECHA DE INFECCIÓN VIRAL (PRIMERAS 72 HORAS)

IDENTIFICAR SIGNOS DE HIPOVOLEMIA O ALARMA CLÍNICA.

- Si hay inestabilidad → **VÍA PARENTERAL inmediata**
- Si está estable → continuar con **VÍA ORAL / ENTERAL.**

REHIDRATACION ORAL ≤ 3 h (ajustable según evolución).

- Si toma poco: **1 onza (≈ 30 ml) de SRO cada 4 h** previa valoración.
- Meta diaria: **100 ml/kg en 24 h** sumando todas las tomas.
- La lactancia materna **no se limita.**
- Iniciar alimentación **temprano** para favorecer recuperación intestinal

REPOSICIÓN PARENTERAL (Si está indicada)

- Administrar solución **salina fisiológica o ringer lactato** en dosis de **10 cc/kg**
- Lactante: remitir a Cuidados Progresivos; puede iniciarse manejo con monitoreo estrecho.
- Reintegrar vía oral lo antes posible.
- Aplicar **Plan A, B o C** según estado de hidratación si predominan diarreas.



TRATAMIENTO SINTOMÁTICO DE LAS LESIONES EN PIEL

SÍNDROME ERITEMATOPAPULOSO

Conducta terapéutica basada en enjuagues emolientes , coloidales con agua de arroz, maicena o avena y antihistamínicos de acción corta.

SÍNDROME VESÍCULOAMPOLLAR

Evitar la ruptura de las ampollas. Fomentos con solución salina a temperatura ambiente ,en el área de las ampollas durante 20 minutos tres o cuatro veces por día. Posterior a cada fomento se recomienda la aplicación de Violetas de gencianas al 1 o 2 % . .



COMPLEMENTARIOS

- No se observan hallazgos específicos.
- Los hallazgos de laboratorio pueden incluir ligera trombocitopenia y linfopenia.
- El estudio ultrasonográfico está indicado al ingreso, seguimiento según evolución clínica.
- Signos de alarma: ECO, EKG, Rx ,Us
- Estudios virológicos disponibles: PCR-RT en muestras de suero hasta el 5to día del inicio de los síntomas.









CRITERIOS DE EGRESO HOSPITALARIO

- Ausencia de fiebre por más de 48h sin empleo de antipiréticos.
- Mejoría clínica manifiesta (buen estado general, apetito, hemodinamia estable, buena diuresis, sin distrés respiratorio).
- Normalización o mejoría de los exámenes de laboratorio: tendencia al aumento de las plaquetas usualmente precedido por el aumento de leucocitos y hematocrito estable.
- Compensada o controladas las enfermedades de base.
- No coinfección bacteriana.

A stethoscope is positioned on a light blue grid background. The top part of the stethoscope, including the binaurals and the upper part of the tubing, is located in the upper half of the image. The lower part of the tubing and the chest piece are in the lower half. A white rectangular box with a thin green border is centered horizontally in the middle of the image, containing the text 'LECCIONES APRENDIDAS'.

LECCIONES APRENDIDAS



**GRUPOS DE ALTO
RIESGO**

01

NEONATOS

02

MENOR DE TRES MESES

03

COMORBILIDADES

Tener en cuenta que la presentación de la enfermedad por el virus chikungunya en los niños es heterogénea, desde signos y síntomas leves hasta cuadros hemodinámicos inestables como choque séptico, sobre todo en lactantes menores de tres meses y neonatos. En esta franja etaria pueden presentar afección del miocardio y neurológica.

La presencia de fiebre en el niño pequeño es un desafío por lo cual, independientemente de las recomendaciones ofrecidas en este protocolo (específico para la fiebre chikungunya) no debemos obviar las indicaciones para el manejo del síndrome febril por grupos de edad, cuyo objetivo fundamental es evaluar tempranamente signos de infección bacteriana severa/invasiva, y actuar en consecuencia.





PREVENCIÓN
no enfermar, no agravar, sobrevivir.



Sir William Osler (1849-1919)

“ El buen médico trata la enfermedad; el gran médico trata al paciente que tiene la enfermedad. ”