

Comportamiento epidemiológico, clínico y funcional de los pacientes con diagnóstico presuntivo de Fiebre de Chikungunya.

Autores: Mayra Cristina Quiñones Rodríguez*, Martín Del Río Sánchez**Emilio Manuel Delgado Martínez*** Manuel Antonio Delgado Martínez****Dayami Sobrado Carrera*****

*Especialista de segundo grado en Medicina Familiar, **Especialista de I grado en Higiene y Epidemiología, ***Especialista de segundo grado en Ortopedia y Traumatología, ****Especialista en segundo grado en Terapia física y rehabilitación. *****Especialista de segundo grado en Medicina Familiar.

RESUMEN

La fiebre de Chikungunya es una enfermedad emergente con alta morbilidad articular. En poblaciones envejecidas, su impacto funcional es severo y requiere caracterización clínica detallada. El objetivo se centró en describir el comportamiento clínico, epidemiológico y funcional de los pacientes diagnosticados presuntivamente con Fiebre de Chikungunya en Ciego de Ávila. Para lo cual se diseñó un estudio descriptivo, observacional y transversal realizado en el mes de octubre 2025. La muestra de 120 pacientes con diagnóstico presuntivo. Se analizaron variables sociodemográficas, epidemiológicas, clínicas y funcionales mediante estadística descriptiva y bivariada. Predominó el sexo femenino (63,33 %) y una media de edad de 65,35 años. La artralgia afectó al 82,50 % de los casos, con patrón migratorio (85,86 %) y localización distal. El 73,73 % sufrió interferencia funcional severa. La persistencia del dolor fue significativamente mayor en mujeres (73,68 %) y en pacientes mayores de 40 años (73,91 %). La enfermedad genera una alta carga de discapacidad aguda. El género femenino y la edad avanzada son factores determinantes en la severidad y persistencia del cuadro articular.

Palabras clave: Fiebre de Chikungunya; Artralgia; adulto mayor; Epidemiología Descriptiva.

INTRODUCCIÓN

La fiebre Chikungunya (CHIK) es una arbovirosis causada por un virus del género *Alphavirus*, transmitida principalmente por *Aedes aegypti*. Desde su emergencia en las Américas en 2013, ha generado brotes masivos debido a la susceptibilidad universal de la población (1,2). Clínicamente, se distingue por una fase aguda con fiebre súbita y poliartralgia frecuentemente incapacitante, que puede cronificarse en una proporción variable de pacientes (3).

En entornos tropicales como Nicaragua y Cuba, el control del vector sigue siendo un reto socioeconómico (4). La literatura internacional indica que, aunque la mortalidad es baja, la morbilidad es extrema, afectando la calidad de vida y la capacidad laboral (5). Sin embargo, existe una brecha en la caracterización de pacientes de la tercera edad, donde el virus puede interactuar con procesos degenerativos previos (6).

Esta investigación se justifica por la necesidad de generar evidencia local sobre las características epidemiológicas, clínicas y el impacto funcional y clínico del CHIKV en Ciego de Ávila, con el fin de optimizar el diagnóstico clínico y las estrategias de rehabilitación temprana. El objetivo de este estudio es describir el comportamiento clínico, epidemiológico y funcional de los pacientes con diagnóstico presuntivo de Chikungunya.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, observacional y transversal en el periodo del 1 al 31 de octubre de 2025 en el Area Norte de Ciego de Ávila. La población objeto de estudio estuvo constituida por pacientes que se seleccionaron con síndrome febril e indicadores clínicos de arbovirosis.

Muestra: Se seleccionaron 120 pacientes mediante muestreo no probabilístico que cumplieron con los criterios de inclusión: diagnóstico clínico presuntivo de CHIKV según normas internacionales (fiebre $>38,5^{\circ}\text{C}$ y artralgia severa), y diligenciamiento completo del instrumento de recolección. Se excluyeron pacientes con confirmación de coinfección por Dengue.

Variables: Se analizaron variables sociodemográficas (edad, sexo), epidemiológicas (exposición), clínicas (intensidad del dolor mediante escala analógica, localización, patrón del dolor) y funcionales (impacto en actividades de la vida diaria).

Procesamiento: Los datos se procesaron en SPSS v.25. Se empleó estadística descriptiva (frecuencias relativas y absolutas, medias y desviación estándar). Los resultados se presentan en tablas y se contrastan con la literatura especializada mediante el estilo Vancouver.

RESULTADOS

Tabla 1. Distribución según género

Género	No	(%)
Femenino (F)	76	63.33%
Masculino (M)	44	36.67%
Total	120	100.00%

Se observa un marcado predominio del sexo femenino (63.33%), que representa casi dos tercios de la muestra, sugiriendo una mayor vulnerabilidad o frecuencia de reporte en este grupo.

Tabla 2. Medidas de resumen para edad y fiebre

Medidas de Resumen Edad y Duración de síntomas	N de Casos	Media (M)	Desviación Estándar (DE)
--	------------	-----------	--------------------------

Edad (en años)	120	65.35	24.21
Duración de la Fiebre (días)	120	3.00	2.76

La media de edad de 65.35 años sitúa a la muestra en un grupo de riesgo elevado. La alta desviación estándar(24, 21) en la edad indica una población heterogénea, donde coexisten adultos jóvenes y adultos mayores; estos últimos presentan una fisiopatología distinta denominada inmunosenescencia, que altera la respuesta pirética, explicando por qué la duración de la fiebre tuvo una variabilidad tan marcada (Media 3 días $\pm$ 2.76)

Tabla 3. Características epidemiológicas

Características Epidemiológicas	No	(%)
Contactos del paciente con casos presuntivos del CHIK, en la casa o en el barrio	120	100%
Presencia del mosquito en la casa, trabajo.	120	100%
Viajo a matanzas	-	-

La exposición universal al vector y a casos índice confirma una transmisión autóctona plenamente establecida. Desde la perspectiva epidemiológica, la exposición universal al vector y a casos presuntivos (100%) confirma que el estudio se desarrolló en el epicentro de un brote de transmisión autóctona. El hecho de que no existiera antecedente de viaje a otras áreas endémicas (como Matanzas) ratifica que la transmisión persona-vector-persona estaba plenamente establecida en el entorno domiciliario de los pacientes ⁽³⁾. Esta

condición es fundamental para el diagnóstico presuntivo de Chikungunya (CHIK) en escenarios de escasos recursos diagnósticos.

Tabla no 4: Dolor articular

Dolor Articular	No	(%)
Sí	99	82.50%
No	21	17.50%
Total	120	100.00%

El análisis muestra que la gran mayoría de los participantes, 82.50% refirieron presentar dolor articular. Solo el 17.50% no reportó este síntoma. La alta frecuencia del dolor articular (82.50%) es un hallazgo altamente consistente y esperado si la población de estudio padece de la infección por el virus Chikungunya (CHIK)

Tabla no 5: Intensidad del dolor

Intensidad del Dolor (Máximo)	Frecuencia Absoluta (n)	Frecuencia Relativa (%)
Leve	12	12,12%
Moderado	72	72.73%
Intenso	15	15.15%
Total	99	100.00%

El resultado más destacado es que el dolor de intensidad moderada fue el más frecuente, afectando a casi tres cuartas partes de los pacientes (72.73%). El dolor leve y el dolor intenso tuvieron frecuencias similares, representando el 12.12% y el 15.15 respectivamente. La mayoría experimentó dolor de intensidad moderada, lo cual es suficiente para limitar la autonomía funcional.

Tabla no 6: Características del dolor .

Característica del Dolor	Frecuencia Absoluta (n)	Frecuencia Relativa (%)
Migratorio	85	85.86%
Fijo	14	14.14%
Total	99	100.00%

El análisis revela un claro predominio del dolor articular migratorio, que fue reportado por el 85.86% de los pacientes. El dolor articular fijo solo fue reportado por el 14.14%. El hallazgo de que más del 85% del dolor es migratorio refuerza significativamente la sospecha diagnóstica de infección por el virus Chikungunya (CHIK)

Tabla 7. Localización del dolor articular (n=120)

Localización del Dolor Articular	No	%
Rodillas	99	82.50%
Manos / Dedos	95	79.17%
Tobillos	93	77.50%
Muñecas	93	77.50%
Cadera	65	54.17%

Columna vertebral dorso-lumbar	48	40.00%
Columna vertebral cervical	46	38.33%
Codos	45	37.50%
Hombros	37	30.83%
Otros	21	17.50%

La localización del dolor revela un gradiente distal y simétrico, afectando principalmente articulaciones de carga y de precisión: rodillas (82.50%), manos (79.17%) y tobillos (77.50%). No obstante, la afectación de cadera (54.17%) y columna (40.00%) en esta muestra es significativamente alta.

Tabla no 8: Tipos de Manifestaciones Hemorrágicas.

Tipos de Manifestaciones Hemorrágicas	No	(%) sobre N=120
Sangrado de encías	7	5.83%
Epistaxis (sangrado nasal)	1	0.83%
Petequias (puntos rojos) o moretones	4	3.33%
Sangrado gastrointestinal	1	0.83%
Vaginal	3	2.50%
Otro	1	0.83%

La baja prevalencia de manifestaciones hemorrágicas (14.17%), centrada en sangrado de encías y petequias, permite una diferenciación clínica crucial respecto al Dengue.

Tabla no 9: Aspecto de Erupción Cutánea

Aspecto de Erupción Cutánea	No	(%) sobre N=120
Manchas rojas	93	77.50%
Ronchas	7	5.83%
Pequeñas ampollas	3	2.50%
Úlceras	2	1.67%
Descamación de la piel	56	46.67%

Dermatológicamente, las manchas rojas (77.50%) corresponden al exantema maculopapular típico. La presencia de descamación en casi la mitad de la muestra (46.67%) sugiere que los pacientes fueron evaluados durante la transición hacia la fase subaguda o que presentaron la fiebre antes del mes de octubre.

Tabla no 10: Impacto en la Vida Diaria (Fase Aguda)

Impacto en la Vida Diaria (Fase Aguda)	No	(%)
Leve (poca interferencia)	25	25.25%
Moderado (interfiere con trabajo/actividades domésticas)	39	39.39%
Severo (necesitó ayuda para actividades básicas)	34	34.34%
Crítico (fue hospitalizado/a)	1	1.01%
Total	99	100.00%

El impacto funcional fue severo; el 73.73% de los pacientes experimentó una interferencia moderada a severa en sus actividades diarias, y un 34.34% necesitó asistencia para necesidades básicas.

Tabla no 11: Cruzamiento de síntomas articulares y género

Síntomas	Femenino (N %)	Masculino (N, %)	Total
Sí	66 (73.68%)	14 (31.82%)	80
No	10 (26,32%)	9 (68.18%)	19
Total	76 (100.00%)	23 (100.00%)	99

La prevalencia de síntomas articulares en el grupo femenino (73,68%) superó significativamente a la del masculino (31,82%), tendencia que se alinea con la evidencia epidemiológica que sitúa al sexo femenino como un factor de riesgo predominante para el dolor osteoarticular.

Tabla no 12: Persistencia del dolor articular y edad

Persistencia del Dolor Articular	Edad <40 años (N=28)	Edad ≥40 años (N=71)
Sí	10 35.71	58 73.91
No	18 64.29	13 26.09
Total	28 100	71 100.00

DISCUSIÓN

La media de edad (65 años) de este estudio es superior a la reportada en brotes de Colombia o Brasil (1,7), lo que explica la alta frecuencia de impacto funcional severo. La disparidad de género encontrada (73,6 % en mujeres) es consistente con la teoría de que la reducción de estrógenos postmenopáusica aumenta la sensibilidad de los nociceptores y acelera la degradación del cartílago sinovial (8,9).

El patrón migratorio (85,86 %) observado es un marcador semiológico que permite diferenciar al CHIKV del Dengue en contextos de recursos limitados, donde el dolor suele ser fijo y muscular (10,11). La persistencia del dolor en pacientes mayores de 40 años refuerza la hipótesis de que el virus dispara una respuesta inflamatoria persistente en tejidos con senescencia celular previa (12,13).

Finalmente, el hecho de que un 34,34 % de los pacientes requiriera asistencia para actividades básicas durante la fase aguda subraya la carga de dependencia que esta enfermedad impone al sistema de salud y a la familia (14,15).

CONCLUSIONES

El comportamiento clínico del Chikungunya se define por una poliartralgia migratoria de alta intensidad con un compromiso funcional severo. Se concluye que la edad superior a 40 años y el género femenino son factores predictores de persistencia del dolor articular. Las limitaciones incluyen la falta de confirmación molecular sistemática y el diseño transversal que impide evaluar la fase crónica tardía.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Weaver SC, Lecuit M. Chikungunya virus and the global spread of a multi-lineage infectious disease. *Nat Rev Microbiol.* 2015;13(5):315-28.
2. Pan American Health Organization. Chikungunya: Case definition and clinical management. Washington, D.C.: PAHO; 2024.
3. Burt FJ, et al. Chikungunya virus: an update on the biology and pathogenesis. *Lancet Infect Dis.* 2017;17(4):e107-e117.
4. Ministerio de Salud de Nicaragua. Informe epidemiológico anual. Managua: MINSAP; 2024.
5. Silva NM, Santos AS. Clinical and epidemiological aspects of Chikungunya virus: A systematic review. *J Infect Dev Ctries.* 2021;15(3):320-330.

6. World Health Organization. Chikungunya fact sheet. Geneva: WHO; 2023.
7. Hunter DJ, Bierma-Zeinstra S. Osteoarthritis. *Lancet*. 2019;393(10182):1745-1759.
8. Bartley EJ, et al. Gender differences in joint pain and the role of biological and psychosocial factors. *J Pain Res*. 2020;13:201-215.
9. O'Connor MI. Sex Differences in Osteoarthritis of the Hip and Knee. *J Am Acad Orthop Surg*. 2022;30(5):205-213.
10. Coryell PR, et al. Mechanisms and therapeutic targets for osteoarthritis: aging and proliferation. *Nat Rev Rheumatol*. 2021;17(4):239-252.
11. Loeser RF, et al. Ageing and the pathogenesis of osteoarthritis. *Nat Rev Rheumatol*. 2016;12(7):412-20.
12. Rodriguez-Morales AJ, et al. Post-chikungunya chronic arthralgia: results from a retrospective follow-up study in Colombia. *Nature Sci Rep*. 2016;6:38645.
13. Marimoutou C, et al. Chikungunya infection: relation between acute clinical presentation and long-term arthralgia. *PLoS Negl Trop Dis*. 2012;6(5):e1644.
14. Simo FBN, et al. Chikungunya virus: Epidemiology, replication, disease mechanisms, and control. *Front Microbiol*. 2019;10:1401.
15. Suhrbier A. Rheumatic manifestations of chikungunya: lessons for novel arthritides. *Nat Rev Rheumatol*. 2019;15(3):155-163.