

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE MEDICINA



Universidad de El Salvador

Hacia la libertad por la cultura

“FACTORES QUE EVITARON LA CONSULTA OPORTUNA EN PACIENTES QUE PRESENTAN SIGNOS Y SINTOMAS CRONICOS DE LA ENFERMEDAD DE CHIKUNGUNYA Y QUE CONSULTAN EN LA UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD FAMILIAR SAN MIGUEL TEXISTEPEQUE, EN EL PERIODO DE MAYO-JUNIO 2015”

Informe Final Presentado Por:

CLAUDIA PATRICIA MATA DE LOPEZ

Para Optar al Título de :

DOCTOR EN MEDICINA

Asesor:

Dr. ADALBERTO COTO SANCHEZ

San Salvador, octubre 2,015

CONTENIDO

	Pag.
I. RESUMEN.....	I
II. INTRODUCCION.....	II
III. OBJETIVOS.....	1
IV. MARCO TEORICO.....	2-26
V. HIPOTESIS.....	27
VI. DISEÑO METODOLOGICO.....	28-29
VII. OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES.....	30
VIII. FUENTE DE INFORMACION.....	31-32
IX. RESULTADOS.....	33-44
X. CONCLUSIONES.....	45
XI. RECOMENDACIONES.....	46
XII. BIBLIOGRAFIA.....	47
XIII. ANEXOS	

I. RESUMEN

En el presente trabajo de investigación se identifican los principales factores que evitaron la consulta oportuna en etapas iniciales de la enfermedad de Fiebre Chikungunya en los usuarios adultos de la UCSF de San Miguel Texistepeque, se observa que los pacientes consultan en la etapa tardía de la enfermedad. Es por eso que se realiza un estudio de tipo cualitativo en escala nominal de cohorte transversal en los Usuarios adultos de la Unidad por medio de un instrumento de investigación, encuesta, el cual se realiza al momento de la consulta externa de los pacientes. Se exploran factores de la evolución de la enfermedad así como también de tipo geográfico y cultural. En los resultados de la investigación, se identifica por medio de los signos y síntomas en la Historia Clínica que el 53% de los entrevistados consulta ya en fase Crónica de la enfermedad. El 80% de los entrevistados señalan no haber consultado oportunamente por la intensidad del dolor articular en las etapa inicial de la enfermedad. El 53% de los usuarios señalo que la causa que les impidió la consulta oportuna fue la intensidad del dolor articular, pero si consideraban conveniente la consulta oportuna para evitar complicaciones de la enfermedad y reducir los síntomas de la misma. Ninguno de los entrevistados realizo etnopracticas antes de consultar en un establecimiento de salud, pero si se observa la práctica de automedicación. Concluyendo así que la causa de la consulta tardía es la intensidad del dolor articular característica de la enfermedad.

II. INTRODUCCION

Desde Enero del presente año se ha observado en los usuarios de la UCSF (Unidad Comunitaria de Salud Familiar) de San Miguel Texistepeque que los pacientes consultan en la etapa crónica de la enfermedad Fiebre Chikungunya, perdiendo así el registro oportuno de Vigilancia Epidemiológica, observando en ellos nada más las secuelas de la enfermedad correspondientes a la etapa crónica de la misma. Es por eso que se inicia una investigación de tipo descriptiva en donde se explora las causas posibles de esta problemática. Es así como se inicia por medio de un instrumento de investigación, la encuesta, la exploración de factores posibles como la evolución clínica de la enfermedad, factores de tipo geográfico así como de accesibilidad a los establecimientos de salud, así como también de tipo culturales que explicaran la o las posibles causas de esta consulta tardía. Se realiza la investigación en el periodo de mayo a junio del año en curso, se realiza al momento en que los usuarios pasan la consulta General en la Unidad, observando en algunos de ellos aprovechaban el momento de solicitar el retiro de medicamentos de uso crónico (antihipertensivos e hipoglicemiantes) para además consultar el dolor articular posterior a la Infección por Fiebre Chikungunya. Entre las dificultades encontradas al momento de la ejecución del presente trabajo de investigación están que algunos pacientes no pueden leer ni escribir y es por eso que la encuesta se pasó en forma verbal y no así escrita por los mismos pacientes, así como también, el tiempo de consulta se optimizo para su ejecución. Se tabularon y analizaron los datos estadísticos para poder así concluir por medio de los signos y síntomas de la Historia Clínica que los pacientes entrevistados en su mayoría consulto ya etapa en la crónica de la enfermedad, que la principal causa señalada por los usuarios les impidió la consulta oportuna fue la intensidad del dolor articular, no así la distancia ni la accesibilidad al establecimiento de salud, además los pacientes no hicieron uso de etnopracticas pero si practicas riesgosas como la automedicación con medicamentos recomendados por personas ajenas al sector salud y que por sus componentes pueden complicar la evolución de la enfermedad, la cual fue abordada por medio de charlas que explicaban lo arriesgado de utilizar estos medicamentos no recetados por un Medico

BJETIVOS

Objetivo General:

“Identificar los principales factores que evitaron la consulta oportuna en etapas iniciales de la Fiebre Chikungunya en los usuarios adultos de la UCSF de San Miguel Texistepeque, Departamento de Santa Ana en el periodo de mayo a junio de 2,015”

Objetivos específicos:

1. “Identificar por Historia Clínica, la evolución de la enfermedad de Chikungunya en los usuarios de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar de San Miguel Texistepeque”.
2. “Identificar los principales signos y síntomas que a la exploración física se encuentran en la fase crónica de la Enfermedad Chikungunya en los pacientes que consultan en la UCSF San Miguel Texistepeque ”.
3. “Identificar los factores geográficos y de accesibilidad a los sistemas de salud que evitaron la consulta oportuna de los pacientes con Chikungunya”

MARCO TEORICO

DEFINICION

El nombre “Chikungunya” deriva de la palabra de origen Makonde que significa “aquel que se encorva o se retuerce” haciendo alusión a la posición que adoptan los pacientes debido al dolor lumbar que presentan al padecer la enfermedad.¹

La fiebre Chikungunya (CHIK) es una enfermedad emergente transmitida por mosquitos *Aedes aegypti* y *Aedes Albopictus* las mismas especies involucradas en la transmisión del Dengue.

Las epidemias de virus de la Chikungunya (CHIKV) han demostrado históricamente una presentación cíclica, con periodos interepidémicos cortos de 4 años a largos de 30 años. Se sabe que desde el 2,004, el CHIKV ha tenido una expansión geográfica mundial, provocando epidemias sostenidas sin precedentes en Asia y África.²

Si bien algunas zonas de África y Asia se consideran endémicas para esta enfermedad, el virus produjo brotes en muchos territorios nuevos de las isla del Océano Indico y en Italia, en el 2007 en donde, al igual que en la India, se extendió hasta el año 2010, año en que se reportaron casos importados en Taiwán, Francia y Estados Unidos de América. Esta reciente reemergencia del CHIKV ha aumentado la preocupación y el interés respecto al impacto de este virus sobre la salud pública mundial. En 2014, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) reportó los primeros casos autóctonos en América, específicamente en Saint Martin, en el Caribe.

EPIDEMIOLOGIA

El agente etiológico es el virus Chikungunya (CHIKV), es un virus RNA, del genero *Alphavirus*, perteneciente a la familia *Togaviridae*.

Este virus fue aislado por primera vez, en 1952, de un paciente en Tanzania, África. Se han documentado múltiples epidemias tanto en África como en el sudeste asiático

Ya en los años 1770 se reportaron epidemias fiebre, rash, artritis semejantes a Chikungunya. Sin embargo, el virus no se aisló de suero humano y de mosquitos

¹ Chikungunya Protocolo, MINSAL, Julio 2,014

²Preparación para la respuesta ante la eventual introducción del virus Chikungunya en las Américas, Organización Panamericana de la salud CDC (Center forDisease control and prevention)

hasta que ocurrió una epidemia en Tanzania en 1952-1953. Posteriormente ocurrieron brotes en África y Asia que afectaron principalmente a comunidades pequeñas o rurales.

Sin embargo, en Asia se aislaron cepas de virus de Chikungunya durante grandes brotes urbanos en Bangkok, Tailandia en la década de 1960, y en Calcuta y Vellore, India durante las décadas de 1960 y 1970.

BROTOS RECIENTES

Luego de la identificación inicial del virus de Chikungunya, continuaron ocurriendo brotes esporádicos, pero se reportó poca actividad después de mediados de los años ochenta. No obstante, en 2004, un brote originado en la Costa de Kenia se diseminó durante los dos años siguientes a Comoros, La Reunión y muchas otras islas del Océano Índico. Se estima que ocurrieron 500,000 casos desde la primera vez de 2004 hasta el verano de 2006. La epidemia se propagó desde las islas del Océano Índico hasta la India, donde ocurrieron grandes brotes en 2006.

Una vez introducido, el virus Chikungunya se diseminó a 17 de los 28 estados de la India, infectando a más de 1.39 millones de personas antes de que terminara el año. El brote en la India continuó hasta 2010, con la aparición de nuevos casos en áreas no afectadas durante la fase inicial de la epidemia. Los brotes también se diseminaron desde la India hasta las Islas Andaman y Nicobar, Sri Lanka, las Maldivas, Singapur, Malasia e Indonesia a través de viajeros que encontraban en la fase viremia. La preocupación por la propagación del virus de Chikungunya alcanzó su punto máximo en el año 2007 cuando se detectó que el virus estaba diseminando de forma autóctona (mosquito-humano) en el norte de Italia, luego de ser introducido por un viajero virémico que regresaba de la India.

Las tasas de ataque en las comunidades afectadas por las recientes epidemias oscilan entre 38-63 % y en muchos de estos países se siguen reportando casos, aunque a nivel reducido.

Durante el año 2010, el virus continuó causando enfermedad en la India, Indonesia, Myanmar, Tailandia, Las Maldivas y resurgió en la Isla de Reunión. Estos casos se presentaron en viajeros virémicos que retornaban de Indonesia, La Reunión, y la India respectivamente.

Durante los brotes recientes, se encontraron personas con el virus de Chikungunya en El Caribe (Martinica), los Estados Unidos y la Guayana Francesa. Todos estos casos habían regresado de áreas con transmisión endémica o epidémica de Virus Chikungunya, por tanto, no se produjeron por transmisión

autóctona sin embargo, estas áreas tienen mosquitos que son vectores competentes, así como huéspedes susceptibles no expuestos previamente; por consiguiente, pudieron haber mantenido la transmisión endémica del virus de Chikungunya en las Américas.

Dados estos factores, el virus de Chikungunya tiene la capacidad de emerger, reemerger y diseminarse rápidamente en nuevas áreas geográficas y por lo tanto, es prioritario mejorar la vigilancia y la preparación frente a esta enfermedad.

DINAMICA DE LA TRANSMISION³

Definición de Caso Clínico:

✓ **Criterio clínicos:**

Fiebre mayor de 38.5°C, artralgia/artritis intensa que no se explica por otras condiciones médicas.

- ✓ **Criterios epidemiológicos:** la persona reside o ha visitado áreas con transmisión de Chikv en los últimos catorce días previos al inicio de los síntomas (tienen contacto con otra persona o vive en un área en la que se ha confirmado la enfermedad por el laboratorio)

✓ **Criterios de laboratorio:**

Al menos un prueba positiva de

1. Aislamiento del virus
2. Presencia de ARN viral mediante RT-PCR
3. Presencia de anticuerpos Ig M específicos del virus en una sola muestra de suero en la etapa aguda o convaleciente (92% de sensibilidad y 95% de especificidad).
4. Aumento de cuatro veces los títulos de Anticuerpos específicos para CHIKV en muestras recolectadas con un intervalo entre ellas de dos a tres semanas.

Vectores: Existen dos vectores principales para el virus de Chikungunya: *Aedes aegypti* y *Aedes albopictus*. Ambas especies de mosquitos están ampliamente

³Lineamientos Técnicos para la Prevención y Control de la Fiebre Chikungunya. Gobierno de El Salvador, Junio 2,014.

distribuidas en los trópicos y *Ae. Albopictus* está presentes en latitudes más templadas. Dada la amplia distribución de estos vectores en la Américas, toda la región es susceptible a la invasión y la diseminación del virus.

Reservorio: los humanos son el reservorio principal del virus de Chikungunya durante los periodos epidémicos. En los periodos interepidémicos, diversos vertebrados han sido implicados como reservorios potenciales, incluyendo primates no humanos, roedores, aves y algunos mamíferos pequeños.

Ciclos de transmisión y agentes transmisores:

Se reconoce la existencia de 2 ciclos de transmisión: Ver anexo 1.⁴

a) El Selvático/Enzoonótico: El primero ocurre en hábitats boscosos, donde varios mosquitos arbóreos como el *Aedes furcifer*, *Aedes taylori*, entre otros sirven de vectores que transmiten el virus a primates no humanos como huéspedes reservorio y de amplificación.

Se conoce que el *Aedes furcifer*, que parece ser el principal vector enzoótico, es capaz de penetrar en las aldeas humanas cercanas, donde pueden transmitir el virus a los seres humanos. También los roedores y los pájaros pueden ser reservorios del virus durante los períodos no epidémicos.

b) El Urbano/Endémico:

En las poblaciones y ciudades, el ciclo es urbano endémico/epidémico, donde los vectores son únicamente los mosquitos *Aedes aegypti* y *Aedes albopictus*, capaces de iniciar una transmisión sostenida, con elevados niveles de exposición humana por las características ecológicas y conductuales de estos artrópodos que viven en una estrecha relación con las personas.

En este ciclo, el humano es el principal reservorio del virus ya que la transmisión es humano–mosquito–humano. La intensidad de la transmisión se ha visto favorecida por los cambios climáticos, el uso de contenedores plásticos y el comercio internacional de neumáticos y otros factores que han auxiliado la expansión en el mundo de la infestación por los dos vectores.

Ha ocurrido una expansión mundial del *Aedes albopictus* en las últimas 4 décadas. Esta expansión ha sido la responsable de la aparición de epidemias del CHIKV en regiones donde no existían antecedentes de la enfermedad, en las cuales el virus

⁴ Facultad de Ciencias Medicas Juan Guteras Gener Matanzas Cuba. Revista Médica Electrónica, Septiembre a Octubre de 2,014

encontró el vector y se adaptó a través de la mutación genética, lo cual favoreció el desarrollo de epidemias más intensas y explosivas.

En El Salvador, además del *Aedes aegypti*, también está presente este vector.

Periodos de incubación:

Los mosquitos adquieren el virus a partir de un huésped virémico, después de un periodo promedio de incubación extrínseca de 10 días, el mosquito es capaz de transmitir el virus a un huésped susceptible como a un ser humano. En los humanos picados por un mosquito infectado, los síntomas de enfermedad aparecen generalmente después de un periodo de incubación intrínseca de tres a siete días (rango de 1-2 días).

Patogénesis

La patogenia se divide en 3 estadios: (Figura 3)

1. Intradérmico,
2. Sanguíneo
3. Afectación de los órganos diana

1. Intradérmico: el mosquito a través de la picadura introduce los viriones al nivel intradérmico y estos entran en los capilares subcutáneos. Ahí ocurre una replicación viral local al nivel de células que son susceptibles como los fibroblastos, las células endoteliales y los macrófagos.

Posteriormente, pasa a los nódulos linfáticos locales, donde también acontece la replicación. De aquí el virus es drenado a través del conducto torácico a la sangre.

2. Sanguíneo: el virus entra en la circulación sanguínea hasta alcanzar los órganos diana: hígado, músculos, articulaciones y cerebro.

3. Afectación de órganos Diana: En el hígado se produce una apoptosis y en los órganos linfoides adenopatías. En los músculos y articulaciones, la replicación viral y la infiltración mononuclear provocan intenso dolor y artritis en la mayoría de los pacientes.

Al nivel inmunológico: se ha evidenciado que la primera barrera contra la cual se enfrenta el virus es la inmunidad natural a través de mecanismos citolíticos y no citolíticos. Inicialmente se produce liberación de interferón alfa e interleukinas 4 y 10 que establecen una respuesta adaptativa que inicialmente induce una respuesta de linfocitos T CD8+ y luego, una respuesta mediada por linfocitos T CD4+. La infección inicial induce una respuesta masiva de monocitos y los monocitos/macrófagos infectados migran al tejido sinovial de los pacientes infectados crónicamente induciendo la inflamación, lo que explica la persistencia de los síntomas articulares a pesar de la corta duración de la viremia. Los monocitos/macrófagos infectados son los responsables de la diseminación a otros sitios santuarios, tales como el sistema nervioso central y con ello contribuyen al desarrollo de manifestaciones mediadas por una respuesta inmune en exceso.

Usualmente, la enfermedad es auto limitada, con una duración del curso clínico entre 7 y 10 d. La recuperación se asocia con una respuesta inmune potente que puede conferir protección perenne, pero en algunos casos pueden persistir síntomas crónicos después del aclaramiento viral de la sangre porque puede persistir un reservorio viral activo en las articulaciones.

La artritis y miositis que son características de la enfermedad, en su fisiopatogénesis intervienen varios elementos (Fig. 4). El virus tiene varios mecanismos de inhibición de la respuesta antiviral mediada por el interferón es así como afecta al organismo de la persona infectada.

FASES CLINICAS:

1.1. FASE AGUDA:

La fase aguda se caracteriza por la extensa diseminación del virus con una respuesta inflamatoria en los órganos diana, definida por la infiltración extensa de linfocitos, células asesinas naturales, neutrófilos y macrófagos. El incremento en los niveles de múltiples citoquinas y quimoquinas proinflamatorias se asocia con la miositis y la artralgia/artritis. Entre ellas están el interferón alfa, la interleukina 6, la proteína de los monocitos 1/CCL-2 y la interleukina 8. Además, la secreción de metaloproteinasas en el tejido articular pudiese contribuir al daño articular. El cuadro inmunoquímico local se corresponde entonces con el de una respuesta inmunológica tipo Th-1 que lleva a una desregulación de la respuesta inflamatoria durante las fases agudas y de convalecencia. Esta ausencia de regulación lleva a un proceso inflamatorio nocivo que persiste por más de un año.

Los signos y síntomas pueden variar de apareamiento e intensidad de persona a persona, y tomando en cuenta otros factores predisponentes como la edad del paciente, siendo las más gravemente afectados los dos extremos de la vida, los recién nacido infectados y los ancianos. En niños lactantes el exantema es más característico y se manifiesta como vesiculo-ampoloso. En adolescentes, adultos jóvenes y ancianos es la artritis el síntoma más frecuente, (ver tabla 1).

Tabla 1. Frecuencia de presentación de los síntomas en la fase aguda

Síntoma o signo	Frecuencia %	Síntoma o signo	Frecuencia %
Fiebre	96	Vómitos	18
Escalofríos	87	Diarreas	16
Temblores	65	Inflamación de partes blandas	90
Cefalea	75	Sacrolumbalgia	21
Malestar general	95	Anorexia	26
Mialgias	93	Insomnio	23
Artralgias	100	Úlceras orales	45
Artritis	78	Descamación	26
Rash	68	Fotofobia	17
Prurito	29	Congestión conjuntival	9
Náuseas	34	Epífora	4

Fuente de Información: Hospital Clínico-Quirúrgico “Los Hermanos Ameijeiras” La Habana, Cuba año 2,014.

La afectación de la piel ocurre en el 40-50 % de los casos. Hacia el día 4 o 5 del cuadro clínico aparece un rash maculopapular, que puede desaparecer a la vitropresión y que se expresa sobre todo al nivel de tórax y extremidades y, en menor proporción, al nivel de la cara. Puede también abarcar las palmas de las manos y las plantas de los pies. Puede ser prurítico o edematoso. Menos frecuentemente se desarrollan la dermatitis exfoliativa con descamación y las lesiones vesículo ampollas que son casi exclusivas de los neonatos. También puede existir foto sensibilidad, lesiones vasculíticas, úlceras orales y estomatitis, además de petequias, equimosis y gingivorragia, aunque realmente, las manifestaciones hemorrágicas son mucho menos frecuentes e importantes que en el dengue.

AFECTACION OCULAR:

Se ve tanto en las fases agudas como crónica de la infección y lo hace en innumerables formas que van de la conjuntivitis hasta la retinitis e incluso la neuritis óptica. En la fase aguda puede existir fotofobia y dolor retroocular, pero lo que más predomina es la presencia de la conjuntivitis y la afectación de la cámara anterior a forma de uveítis anterior granulomatosa y no granulomatosa. En ambas se observan precipitados keráticos pigmentados.

Puede ser bilateral y con hipertensión intraocular. Se ha descrito también la iridociclitis y epiescleritis

AFECTACION EN LA PIEL:

Ocurre en el 40-50 % de los casos. Hacia el 4° o 5° día del cuadro clínico aparece un rash maculopapular, que puede desaparecer a la presión y que se expresa sobre todo al nivel de tórax y extremidades y, en menor proporción, al nivel de la cara. Puede también abarcar las palmas de las manos y las plantas de los pies. Puede ser prurítico o edematoso. Menos frecuentemente se desarrollan la dermatitis exfoliativa con descamación y las lesiones vesículo ampollas que son casi exclusivas de los neonatos. También puede existir fotosensibilidad, lesiones vasculíticas, úlceras orales y estomatitis, además de petequias, equimosis y gingivorragia, aunque realmente, las manifestaciones hemorrágicas son mucho menos frecuentes e importantes que en el dengue.

La afectación ocular se ve tanto en la fase aguda como crónica de la infección y lo hace en innumerables formas que van de la conjuntivitis hasta la retinitis e incluso la neuritis óptica.

En la fase aguda puede existir fotofobia y dolor retroocular, pero lo que más predomina es la presencia de la conjuntivitis y la afectación de la cámara anterior a forma de uveítis anterior granulomatosa y no granulomatosa. En ambas se observan precipitados keráticos pigmentados. Puede ser bilateral y con hipertensión intraocular. Se ha descrito también la iridociclitis y episcleritis.

Tabla 2. Manifestaciones oculares de la infección por el CHIKV

Condición clínica	Referencia No.
Conjuntivitis	1
Episcleritis	1
Uveítis anterior no granulomatosa	2
Uveítis anterior granulomatosa	2
Queratitis y lagoftalmos	1
Retinitis con vitritis	3
Neuroretinitis bilateral	3
Coroiditis multifocal	2
Neuritis óptica	3
Neuritis retrobulbar	3
Desprendimiento exudativo de retina	2
Panuveítis	1

Fuente de Información: Hospital Clínico-Quirúrgico “Los Hermanos Ameijeiras” La Habana, Cuba

MANIFESTACIONES ATÍPICAS

Hay manifestaciones igualmente atípicas y severas que requieren hospitalización. Entre ellas están la meningoencefalitis y las convulsiones, el síndrome de Guillam Barré, el síndrome cerebeloso, las paresias, la parálisis flácida aguda y la neuropatía. Al nivel cardiovascular puede haber miocarditis, pericarditis, insuficiencia cardíaca y arritmias. También se reporta la hepatitis fulminante en pacientes con hepatopatías crónicas, la pancreatitis, desórdenes endocrinos, la epidermólisis extensa, el fallo respiratorio y la afectación renal a forma de insuficiencia renal aguda. Se ha reportado la ocurrencia de desencadenamiento de psoriasis en el curso de la fase aguda. La mortalidad generalmente es rara, pero es mayor en neonatos y adultos mayores o con enfermedades crónicas concomitantes.

MANIFESTACIONES ATÍPICAS DE CHIKUNGUNYA

Sistema	Manifestaciones Clínicas
Neurológico	Meningoencefalitis, encefalopatías, convulsiones, Síndrome de Guillian Barre, Síndrome cereboso, paresia, parálisis, neuropatías.
Ocular	Neuritis Óptica, Iridociclitis, Epiescleritis, Retinitis, Uveitis
Cardiovascular	Miocarditis, Pericarditis, Insuficiencia Cardíaca, arritmias, inestabilidad hemodinámica.
Dermatológico	Hiperpigmentación, fotosensibilidad, úlceras intertriginosas Similares a úlceras aftosas,
Renal	Nefritis, Insuficiencia Renal Aguda
Otros	Discrasias sangrantes, Neumonía, insuficiencia respiratoria, Hepatitis, Pancreatitis, Síndrome Inadecuado secreción de la Hormona Antidiurética (SIADH) Hipoadosteronismo

Tabla 3. Manifestaciones menos frecuentes de Chik Fuente: Adaptado de Rajapakse et al.

GRUPOS DE ALTO RIESGO

El Virus de Chikungunya puede afectar a mujeres y hombres de todas las edades. Sin embargo se considera que la presentación clínica varía con la edad, siendo los neonatos y los ancianos más propensos a desarrollar formas graves.

Además de la edad, se han identificado las comorbilidades (enfermedades subyacentes) como factores de riesgo para una evolución desfavorable.

La mayoría de infecciones de Chikungunya que ocurren durante el embarazo el virus no se transmite al feto. Sin embargo, existen reportes puntuales de abortos espontáneos después de una infección por virus de Chikungunya en la madre.

El riesgo más alto de transmisión parece producirse cuando la mujer está infectada en el periodo intraparto, momento en el que la tasa de transmisión vertical puede alcanzar un 49%.

Los niños generalmente nacen asintomáticos y luego desarrollan fiebre, dolor, rash y edema periférico. Aquellos que se infectan en el periodo intraparto también pueden desarrollar enfermedad neurológica (por ejemplo meningoencefalitis, lesiones de la sustancia blanca, edema cerebral y hemorragia intracraneana, síntomas hemorrágicos y enfermedad del miocardio).

Los hallazgos de Laboratorio anormales incluyen pruebas de función hepáticas elevadas, recuentos bajos de plaquetas y linfocitos y disminución de los niveles de protrombina. Los neonatos que sufren enfermedad neurológica generalmente desarrollan discapacidades a largo plazo. No hay evidencia de que el virus se transmita a través de la leche materna. Los adultos mayores son más propensos a desarrollar enfermedad atípica grave y muerte. Los individuos mayores de 65 años presentan una tasa de mortalidad 50 veces mayor a la de los adultos más jóvenes (menores de 45 años). Aunque no está claro porque los adultos mayores tienen más riesgo de enfermedad grave, puede deberse a que presentan con mayor frecuencia enfermedades concomitantes subyacentes o respuesta inmunológica disminuida.

TRATAMIENTO DE LA FASE AGUDA (cero a 10 días desde el inicio de la enfermedad)

- ✓ Reposo en cama (uso de mosquitero durante la fase febril)
- ✓ Dieta normal para la edad más líquidos orales abundantes
 - ✓ **En Adultos:** líquidos orales abundantes, por lo menos cinco vasos de 250 ml o más al día para un adulto promedio de 70 kg.
 - ✓ **Niños y niñas:** Líquidos abundantes por vía oral (leche, jugos de frutas naturales con precaución en diabéticos), suero oral, (sales de rehidratación oral o agua de cebada, de arroz o agua de coco recién preparadas. Se debe tener cuidado con el uso exclusivo de agua para la rehidratación ya que puede causar desequilibrio hidroelectrolítico. Se debe escribir la cantidad en onzas o en vasos (250ml) o en litros
 - ✓ **Acetaminofén:** Adultos 500 mg cada cuatro a seis horas, dosis máxima por día 4 gramos.

Niñas y niños: dosis de 10 mg/kg cada seis horas, dosis máxima diaria 3 gramos. Escribir la cantidad en cucharaditas de 5 ml o el número de tabletas.

- ✓ Lenzos de agua tibia en la frente
- ✓ Recomendaciones, buscar y eliminar criaderos de zancudos en las casas y sus alrededores
- ✓ Evitar uso de AINES, esteroides, antibióticos y anticoagulantes.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

La fiebre con o sin artralgias, es una manifestación atribuible a muchas otras enfermedades. La enfermedad de Chikungunya puede presentarse de forma atípica o puede coexistir con otras enfermedades infecciosas como el dengue o la malaria. Las enfermedades a ser consideradas en el diagnóstico diferencial puede varias en relación a algunas características epidemiológicas relevantes, tales como el lugar de residencia, antecedentes de viajes y exposición.

Tabla 4: Diagnostico Diferencial

Enfermedad	Presentación
Paludismo	Periodicidad de la fiebre y alteración de la conciencia
Dengue	Fiebre y dos o más de los siguientes signos o síntomas: dolor retroorbital u ocular, cefalea, exantema, mialgias, artralgias, leucopenia manifestaciones hemorrágicas.
LEPTOSPIROSIS	Mialgias graves localizadas en los músculos de la pantorrilla y congestión conjuntival/o hemorragias conjuntival con o sin ictericia u oliguria, Considerar antecedentes de contacto con agua contaminada
Infecciones por alfavirus (virus de Mayaro, Ross, River, BarmahaForest, O'nyongunyoung y Sindbis)	Presentación clínica similar a CHIKV: recurrir a antecedentes de viajes y áreas conocidas de Mayaro en las Américas
Artritis post-infección (incluyendo fiebre reumática)	Artritis en una o mas articulaciones, generalmente grandes, debido a enfermedad infecciosa como Clamidia, Shigella y gonorrea. La fiebre Reumática se presenta más comúnmente en niños como la poliartritis migratoria que afecta sobretodo a articulaciones grandes. Considerar título de Antiestrptolisina O (ASLO) y antecedentes de dolor de garganta junto con los criterios para el diagnóstico de fiebre reumática
Artritis reumatoide Juvenil	Comienzo Abrupto de fiebre y compromiso articular subsecuente en niños.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud, Preparación y respuesta ante la eventual introducción del virus Chikungunya en las Américas, Washington D.C. OPS, 2,011.

TABLA 5 DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE FIEBRE POR CHIKUNGUNYA Y FIEBRE POR DENGUE*

Características clínicas y de laboratorio	Chikungunya	Dengue
Fiebre (>39°C o 102°F)	+++	++
Mialgias	+	++
Artralgias	+++	+/-
Cefalea	++	++**
Exantema	++	+
Prurito	+++	++
Sangrado	+/-	++
Choque	-	+
Leucopenia	++	++
Neutropenia	++	+++
Linfopenia	+++	++
Hematocrito elevado	-	++
Trombocitopenia	+	+++
PCR	++	-
VSG	++	-

*Frecuencia media de los síntomas a partir de estudios donde las dos enfermedades se compararon directamente entre pacientes que solicitaron atención sanitaria, ** Generalmente retro-orbital. Tabla modificada a partir de Staples et al. (+++)= 40.69%;(+)= <10%;= 0%

Fuente: Organización Panamericana de la Salud, Preparación y respuesta ante la eventual introducción del virus Chikungunya en Las Américas, Washington D.C. OPS, 2011

1.2. FASE SUBAGUDA (ONCE A NOVENTA DIAS)

Después de los primeros 10 días, la mayoría de los pacientes sentirán una mejoría en su estado general de salud y del dolor articular. Sin embargo, posteriormente puede ocurrir una reaparición de los síntomas y algunos pacientes pueden presentar síntomas reumáticos como la poli artritis distal, exacerbación del dolor en articulaciones y huesos previamente lesionados y Teno sinovitis hipertrófica subaguda en muñecas y tobillos. Estos síntomas son más comunes dos o tres meses después del inicio de la enfermedad.

Algunos pacientes también pueden desarrollar trastornos vasculares periféricos transitorios, tales como el Síndrome de Raynaud. Además de los síntomas la mayoría de los pacientes sufrirá síntomas depresivos, fatiga general y debilidad.

1.3. FASE CRONICA:

La enfermedad crónica (después de 90 días) se caracteriza por la persistencia de síntomas por más de tres meses. La frecuencia con que los pacientes reportan síntomas persistentes varía sustancialmente según el estudio y el tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas y el seguimiento. Estudios en Sudáfrica reportan que 12%-18% de malos pacientes tendrán síntomas persistentes a los 18 meses y hasta 2 a 3 años después. En estudios más recientes de la India, la proporción de pacientes con síntomas persistentes a los 10 meses fue de 49%. Datos de la Reunión encontraron que hasta 80-93% de los pacientes experimentarían síntomas persistentes 3 meses después del comienzo de la enfermedad; esta proporción disminuye a 57% a los 15 meses y a 47% a los 2 años.

El síntoma persistente más frecuente es la artralgia inflamatoria en las mismas articulaciones que se vieron afectadas durante la etapa aguda. Generalmente no hay cambios significativos en las pruebas de laboratorio ni en las radiografías de las áreas afectadas. Sin embargo, algunos pacientes desarrollan artropatías/artritis destructiva, semejante a la artritis reumatoide o psoriasica. Otro síntoma o molestia durante fase crónica pueden incluir fatiga y depresión. Los factores de riesgo para la persistencia de los síntomas son: la edad avanzada (>65 años), los trastornos articulares preexistentes y la enfermedad aguda más severa

Tabla 2. Manifestaciones oculares de la infección por el CHIKV

Condición clínica	Referencia No.
Conjuntivitis	1
Episcleritis	1
Uveítis anterior no granulomatosa	2
Uveítis anterior granulomatosa	2
Queratitis y lagofthalmos	1
Retinitis con vitritis	3
Neuroretinitis bilateral	3
Coroiditis multifocal	2
Neuritis óptica	3
Neuritis retrobulbar	3
Desprendimiento exudativo de retina	2
Panuveítis	1

Fuente de Información: Hospital Clínico-Quirúrgico “Los Hermanos Ameijeiras” La Habana, Cuba

Hay manifestaciones igualmente atípicas y severas que requieren hospitalización. Entre ellas están la meningoencefalitis y las convulsiones, el síndrome de Guillam Barré, el síndrome cerebeloso, las paresias, la parálisis flácida aguda y la neuropatía.

Al nivel cardiovascular puede haber miocarditis, pericarditis, insuficiencia cardíaca y arritmias.

También se reporta la hepatitis fulminante en pacientes con hepatopatías crónicas, la pancreatitis, desórdenes endocrinos, la epidermólisis extensa, el fallo respiratorio y la afectación renal a forma de insuficiencia renal aguda. Se ha reportado la ocurrencia de desencadenamiento de psoriasis en el curso de la fase aguda.¹⁶ La mortalidad generalmente es rara, pero es mayor en neonatos y adultos mayores o con enfermedades crónicas concomitantes.

La fase crónica se caracteriza además por la persistencia de síntomas durante más de 3 meses y provoca un deterioro importante de la calidad de vida imponiendo grandes restricciones al normal desenvolvimiento de las actividades diarias, lo que motiva largas restricciones de la actividad laboral y productiva y, consecuentemente, un gran impacto en la economía de los lugares en donde ocurren grandes brotes epidémicos. Hasta el 12 % de los pacientes presentan rigidez matinal o dolor articular persistente incluso hasta por 3 años o más. Puede generar artropatía crónica destructiva, tenosinovitis y hay algunos casos en los cuales se ha evidenciado similitud importante con la AR. Además se presenta fiebre recurrente, entumecimientos, fatiga crónica y periartritis al nivel de los hombros.

En el orden dermatológico se puede evidenciar la hiperpigmentación fotosensible, las úlceras intertriginosas, rash, pigmentación de las uñas, dermatosis y lesiones tipo vasculitis y otras como discrasias sanguíneas, neumonía, insuficiencia respiratoria, hepatitis que puede evolucionar a su forma fulminante, pancreatitis y secreción inadecuada de hormona antidiurética. La frecuencia de presentación de estos síntomas se presenta en la tabla

Tabla 3. Frecuencia de presentación de los síntomas en la fase crónica

Síntoma o signo	Frecuencia %
Artralgia	90
Artritis recurrente	22
Hiperpigmentación	16
Fiebre recurrente	9
Rash	9
Pigmentación de las uñas	5
Hipoestesias	5
Fatiga crónica	3
Periartritis escapulohumeral	2

Fuente de Información: Hospital Clínico-Quirúrgico “Los Hermanos Ameijeiras” La Habana, Cuba. 2,014

El espectro de afectaciones musculoesqueléticas puede verse reflejado en la tabla 4, donde se ven los reportes hechos de cada manifestación en la literatura científica.

Las artralgias y las artritis con sinovitis objetiva se presentan tanto en la fase aguda como en la crónica. Las artralgias/artritis en la fase crónica se presentan en hasta el 64 % de los pacientes que tuvieron un cuadro de fiebre Chikungunya.

El dolor es continuo o intermitente, o incluso puede ser bimodal, con resolución en la fase aguda y reaparición posteriormente en hasta el 18 % de los pacientes y ocurrir tan rápido como a 10 días después de su presentación. También se ha reportado Tenosinovitis, que puede ser más frecuente que la sinovitis y, en algunos reportes, incluso que la artralgia/artritis.

Se han descrito asimismo los dolores vertebrales, mialgias generalizadas, síndrome de los túneles carpiano, cubital y tarsal, crioglobulinas, síndrome de Raynaud, presencia de factor reumatoideo, anticuerpos antipeptidocitrulinado, HLA-B27 y erosiones en radiografías de articulaciones o en la resonancia magnética nuclear.

El compromiso articular suele ser diferente en las fases aguda y crónica, lo que se muestra en la tabla 8.

En la fase aguda predominan las afectaciones en tobillos, interfalángicas proximales, distales, muñecas, rodillas y metacarpofalángicas, mientras que en la crónica se afectan en orden de frecuencia, igualmente los tobillos, pero las rodillas lo hacen con mayor frecuencia que las interfalángicas proximales.

El número de individuos afectados por la artritis/artralgia disminuye con el tiempo. Entre el 88 y el 100 % de los individuos estarán aquejados de ello durante las primeras 6 semanas de la infección y, posteriormente, esto decrecerá hasta un 12 % a los 3 a 5 años con reportes de individuos afectados hasta los 8 años.

Tabla 4. Espectro de afectaciones musculoesqueléticas de la infección por el CHIKV

Síntoma / signo / laboratorio	Síntomas tempranos	Síntomas tardíos
Artralgias severas	13	14
Artritis inflamatoria	6	8
Sinovitis	1	2
Entesitis/entesopatía	1	2
Tenosinovitis	5	2
Bursitis/higroma	2	
Rigidez matinal	1	2
Espondiloartropatía seronegativa		1
Dolor axial	4	1
Derrame de grandes articulaciones	2	
Exacerbación del dolor de articulaciones previamente dañadas		2
Artritis/artralgias bimodales		1
Mialgias generalizadas	5	
Inflamación de pies/manos	2	
Síndrome del túnel carpiano	2	2
Síndrome del túnel cubital	1	1
Síndrome del túnel tarsal		1
Crioglobulinas	1	1
Síndrome de Raynaud	1	3
Seropositividad a la IgM anti-Chikungunya virus		5
Seropositividad al factor reumatoideo	1	2
Seropositividad al Anti-CCP		2
Seropositividad al HLA-B27		1
Erosiones en estudios imagenológicos		2

Fuente de Información: Hospital Clínico-Quirúrgico "Los Hermanos Ameijeiras" La Habana, Cuba año 2,014

Por último, la fase crónica parece estar relacionada con la persistencia del virus o de sus productos en las células diana con la consecuente acumulación de mediadores inflamatorios tales como la interleukina 6 y el factor estimulador del crecimiento de las colonias de granulocitos – monocitos que provocan hiperplasia sinovial importante.

Aún se desconoce si existe un proceso autoinmune asociado a la persistencia de la respuesta inflamatoria tal y como ocurre en la Artritis Reumatoidea .

Relación con la Artritis Reumatoidea

Desde las primeras descripciones de la enfermedad articular crónica se evidenció la similitud de los síntomas con los de la Artritis, e incluso se ha considerado la posibilidad de que la infección por el CHIKV constituya un factor desencadenante y etiológico de la Artritis. En una investigación realizada en la India se le realizó biopsia sinovial a 3 pacientes con artritis persistente y todos mostraron un cuadro histopatológico de sinovitis crónica. La naturaleza crónica de las artralgias y la artritis destructiva llevó a pensar en la persistencia viral en el tejido articular. La persistencia de anticuerpos específicos de tipo IgM anti-CHIKV frecuente en estos pacientes apoya lo antes planteado, lo cual siempre ha sido atribuido a continua exposición al antígeno. La evidencia llegó con la detección del antígeno viral y RNA en tejido sinovial de un paciente con artralgia crónica.

Diagnóstico

En el hemograma suele haber leucopenia con linfocitopenia. La trombocitopenia es muy infrecuente y este detalle constituye un elemento de gran peso para hacer el diagnóstico clínico diferencial con el dengue. La eritrosedimentación y la proteína C reactiva generalmente son normales, aunque pueden estar ligeramente elevadas.

El diagnóstico confirmatorio es a través de pruebas virológicas y/o serológicas. En los primeros 3 d de la enfermedad puede lograrse el cultivo viral y la PCR en tiempo real, en la que se pueden detectar las proteínas específicas virales, estructurales o no estructurales, y tienen excelentes sensibilidad y especificidad.

Tabla 5. Frecuencias de afectación articular en las fases aguda y crónica

Frecuencia de afectación articular en la artritis aguda			
Articulación	%	Articulación	%
Tobillos	98	Codos	83
Interfalángicas proximales	94	Pequeñas articulaciones del pie	73
Interfalángicas distales	93	Hombros	70
Muñecas	92	Columna vertebral cervical	32
Rodillas	90	Sacrolumbalgia	21
Metacarpofalángicas	90	Caderas	17
Frecuencia de afectación articular en la artritis crónica			
Tobillos	63	Codos	36
Rodillas	55	Hombros	25
Interfalángicas proximales	52	Columna vertebral lumbar	10
Metacarpofalángicas	50	Columna vertebral cervical	8
Interfalángicas distales	49	Sacrolumbalgia	8
Muñecas	43	Caderas	2

Fuente de Información: Hospital Clínico-Quirúrgico “Los Hermanos Ameijeiras” La Habana, Cuba año 2,014

Los anticuerpos IgM se hacen positivos entre los días 2 y 7. Luego se pueden detectar anticuerpos IgG a partir del día 7 y se puede lograr confirmación a través de muestras pareadas con 14 d de separación con demostración de títulos ascendentes superiores a 4 veces entre los períodos de estado y convalecencia. Existen múltiples kits serológicos de diferentes métodos.

En la figura 5 se muestran las curvas de expresión de la viremia y la serología específica. La fase de viremia abarca desde los 10 a 12 d antes de la aparición de los síntomas hasta el día 8 o 9. Los anticuerpos IgM aparecen entre el tercer y cuarto días (aunque hay reportes que los sitúan a partir del segundo) y la IgG entre el sexto y séptimo. Ver fig.5

En la siguiente tabla se muestra el momento de la infección en que pueden ser realizadas las diferentes pruebas diagnósticas de confirmación.

Tabla 6. Momentos de la infección en que se deben utilizar cada una de las pruebas diagnósticas de confirmación

Prueba	Tiempo después del inicio de la enfermedad
Cultivo vírico	Primeros 3 d
RT-PCR	
Análisis de anticuerpos IgM	Día 1 - 8
IgG o análisis de anticuerpos neutralizantes que muestre títulos ascendentes	Día - meses. Dos muestras separadas por 14 d, a partir del día 7

Fuente de Información: Hospital Clínico-Quirúrgico “Los Hermanos Ameijeiras” La Habana, Cuba

Para la definición de caso se tienen en cuenta criterios clínicos y epidemiológicos. Dentro de los primeros están fiebre $>38,5$ °C (101,3 °F) y artralgia severa o artritis de comienzo agudo, que no se explican por otras condiciones médicas, y como criterio epidemiológico se considera el hecho de residir o haber visitado áreas epidémicas o endémicas durante las 2 semanas anteriores al inicio de los síntomas.

Para definir un caso sospechoso se considera a aquel que cumple tanto criterios clínicos como epidemiológicos y el caso confirmado es aquel que además de tener los criterios de sospechoso, ha sido confirmado por el laboratorio a través de alguna de las siguientes pruebas diagnósticas específicas:

- Aislamiento viral.
- Detección de ARN viral por RT-PCR.

Detección de Ig M en una sola muestra de suero (recogida durante la fase aguda o convaleciente).

Aumento de 4 veces en el título de anticuerpos específicos para CHIKV (muestras recogidas con al menos 2 a 3 semanas de diferencia).

Tratamiento y Prevención

No existe un tratamiento farmacológico antiviral específico. Se recomienda el tratamiento sintomático luego de excluir enfermedades más graves como malaria, dengue e infecciones bacterianas. Hasta ahora lo que se ha realizado es la indicación de reposo y el uso de acetaminofén o paracetamol, para el alivio de la fiebre, e ibuprofeno, naproxeno o algún otro agente antiinflamatorio no esteroideo (AINE) para aliviar el componente artrítico de la enfermedad.^{1,3,7,8,28,41} No se aconseja el uso de aspirina por el riesgo de sangrado en un número reducido de pacientes y el de desarrollar síndrome de Reye en niños menores de 12 años de edad.¹⁶ En pacientes con dolor articular grave que no se alivia con AINE se pueden utilizar analgésicos narcóticos (por ejemplo, la morfina) o corticoesteroides a corto plazo después de hacer una evaluación riesgo-beneficio de estos tratamientos. Se debe aconsejar a los pacientes beber grandes cantidades de líquidos para reponer el líquido perdido por la sudación, los vómitos y otras pérdidas insensibles.

En los casos con artralgia/artritis crónica se ha utilizado el fosfato de cloroquina con resultados contradictorios, por lo que actualmente su utilidad se encuentra en controversia.¹ La artritis periférica incapacitante que tiene tendencia a persistir por meses, si es refractaria a otros agentes, puede ocasionalmente responder a los corticosteroides a corto plazo. Para limitar el uso de corticosteroides orales se pueden usar inyecciones locales (intra-articulares) de corticosteroides o terapia tópica con AINES. En pacientes con síntomas articulares refractarios se pueden evaluar terapias alternativas como el metotrexato, con lo cual se han reportado buenos resultados, aunque un grupo importante de pacientes requieren pasar a utilizar los bloqueantes del factor de necrosis tumoral.

La ribavirina (200 mg 2 veces al día / 7 d) a pacientes con artralgias severas o artritis persistentes, por 2 semanas después de la infección inicial, al parecer ha logrado una resolución más rápida de las manifestaciones articulares y de partes blandas. Además, han sido probados in vitro otros agentes antivirales con resultados satisfactorios como son el 6-azauridine, el arbidol, la harringtonina y el interferón alfa 2b combinado con la ribavirina. Así mismo, se encuentran bajo investigación varias modalidades de terapia génica como las moléculas de interferencia con el ARN y otras.⁵² Igualmente se encuentran en estudio los inhibidores de la quimiotaxis de los monocitos, por haberse demostrado que alivian la artritis provocada por alfavirus en el ratón.

Además de la farmacoterapia, los casos con artralgias prolongadas y rigidez articular pueden beneficiarse con un programa progresivo de fisioterapia. El movimiento y el ejercicio moderado tienden a mejorar la rigidez matinal y el dolor, pero el ejercicio intenso puede exacerbar los síntomas. Los casos de oftalmopatía suelen mejorar considerablemente y en forma relativamente rápida con el uso de esteroides tópicos o sistémicos y en casos de hipertensión intraocular, con el tratamiento antiglaucomatoso.¹⁷

Las inmunoglobulinas polivalentes humanas específicas de suero de convalecientes han demostrado gran eficacia en la prevención y tratamiento en infecciones animales in vivo, por lo cual podría ser utilizado en seres humanos para la prevención y el tratamiento, especialmente en los individuos con alto riesgo para desarrollar enfermedad severa, tales como los neonatos nacidos de madres virémicas y los adultos con comorbilidades.

La vacunación sería el método ideal de prevención de la infección y control de brotes en una enfermedad infecciosa que induce inmunidad perenne. Hasta ahora se han desarrollado múltiples candidatos vacunales.

Se han probado múltiples estrategias entre las que se encuentran la preparación de virus completo inactivado, vacunas vivas atenuadas, proteínas recombinantes o partículas similares al virus y vacunación de DNA, pero ninguna ha sido licenciada y algunas han sido abandonadas. Por lo tanto, hasta ahora la prevención radica en la protección contra la picada del mosquito y el control del vector.

La protección individual se puede lograr a través del uso de mosquiteros impregnados en repelentes como la permetrina. El uso de ropas que cubran las zonas de la piel normalmente expuestas a la picada de los insectos. El control del *Aedes aegypti* ha sido muy ocasionalmente logrado y nunca ha sido sostenido. El diclorodifeniltricloroetano aunque eficaz contra el *Aedes aegypti*, no lo ha sido contra el *Aedes albopictus*.

Las medidas de control de brotes están dadas principalmente por la eliminación de los focos de larvas de mosquitos, evitar los viajes a las zonas de transmisión e informar a los turistas o a las personas que deseen viajar sobre los sitios en los que se ha reportado transmisión, sobre todo aquellas personas que son susceptibles de llegar a la mortalidad por sus condiciones de edad.

HIPOTESIS

“Los usuarios de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar San Miguel Texistepeque no acuden a consultar oportunamente al presentar signos y síntomas de Fiebre Chikungunya debido a múltiples factores de tipo cultural, accesibilidad, transporte, así como también por la presentación del cuadro clínico de la misma enfermedad”

DISEÑO METODOLOGICO

Tipo y Área de Investigación:

El presente trabajo de investigación se identificó los factores que evitaron la consulta oportuna en etapas iniciales de la fiebre Chikungunya en los Usuarios adultos de la Unidad comunitaria de Salud Familiar de San Miguel Texistepeque.

Se ejecutó una investigación de tipo cualitativo en escala nominal de corte transversal en el periodo de mayo a junio del año en curso.

Unidad de Análisis y población:

Para su realización se tomó como población a los usuarios adultos de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar de San Miguel Texistepeque, con su previo consentimiento informado para la ejecución del instrumento de investigación, de las edades de 15 a 45 años que en su Historia Clínica consultaran con signos y síntomas de Fiebre Chikungunya. No se tomaron en cuenta pacientes de menos edad por considerarlos de edad pediátrica. Además no se incluyeron los de más de 45 años por considerar que podrían tener de base padecimientos artríticos que pudiesen confundirse con la fase crónica de Fiebre Chikungunya. Además se investigaron las posibles causas por la que no pudieron acudir a consultar de una forma oportuna, debido a la dificultad que presentaron para movilizarse hacia el establecimiento de Salud, además de otros factores como la distancia del establecimiento, la falta de transporte colectivo frecuente y eficaz.

Muestra:

Se tomó el Diseño Muestral Probabilístico Aleatorio Simple.

La población Usuaría de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar de San Miguel Texistepeque es de aproximadamente 4,570 pobladores que les corresponde por Área Geográfica Intermunicipal. De estos Aproximadamente 3,100 son usuarios de la Unidad, los demás visitan Unidades más aledañas a sus viviendas. Es así como se tomó como muestra a 70 usuarios entre las edades de 15 a 45 años que consulten con signos y síntomas de Fase Aguda, subaguda o Crónica de la enfermedad.

Criterios de inclusión:

Los criterios de inclusión utilizados fueron que la persona encuestada tenga entre los 15 años a 45 años, habiendo solicitado previamente a un adulto responsable acompañante de los menores de 18 años su consentimiento para la ejecución del instrumento de investigación. Así como también se pidió el consentimiento informados a los pacientes adultos.

Criterios de exclusión utilizados:

- ✓ Que la persona no deseara participar en la encuesta
- ✓ Menor de 18 años y que no se encontrara acompañado por un adulto responsable
- ✓ Que haya sido diagnosticado con síndrome febril por Dengue
- ✓ Que haya sido diagnosticado con fiebre amarilla o paludismo.

TECNICAS PARA LA RECOLECCION DELA INFORMACION

Para la recolección de la información se tomó como objeto estudio los pacientes que consulten en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar de San Miguel Texistepeque con signos y síntomas de Enfermedad por Chikungunya en fase crónica, a quienes fueron entrevistados a través de un instrumento de investigación expuesto en los anexos.

INSTRUMENTOS O HERRAMIENTAS PARA LA OBTENCION DE INFORMACION:

El instrumento utilizado fue un cuestionario que facilito la obtención, cuantificación, análisis e interpretación de los datos de una forma eficaz, y en la cual se realizó una historia clínica y se utilizaron una serie de preguntas abiertas y cerradas.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

OBJETIVO I: “Identificar por Historia Clínica la evolución de la enfermedad de Chikungunya en los usuarios de la enfermedad de Chikungunya en los usuarios de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar de San Miguel Texistepeque”

VARIABLE	INDICADOR	Valores	TECNICA	FUENTE	INSTRUMENTO
Fiebre >38.5°C	Presente Ausente	Orden de Aparición de los Signos y Síntomas	Entrevista	Paciente	Cuestionario
Artralgia	Presente Ausente				
Rash	Presente Ausente				
Adenopatías	Presente Ausente				
Postración	Presente Ausente				
Nauseas	Presente Ausente				
Vómitos	Presente Ausente				
Prurito	Presente Ausente				
Edema de partes blandas	Presente Ausente				

OBJETIVO II: “Identificar los principales signos y síntomas que a la exploración física se encuentran en la fase crónica de la Enfermedad Chikungunya en los pacientes que consultan en la UCSF San Miguel Texistepeque ”.

Factores que evitaron la consulta oportuna en etapas iniciales	Distancia, Transporte, evolución de la enfermedad, otros	Presencia de uno o varios factores	Entrevista	Paciente	<i>Cuestionario</i>
--	--	------------------------------------	------------	----------	---------------------

OBJETIVO III: “Identificar los factores geográficos y de accesibilidad a los sistemas de salud que evitaron la consulta oportuna de los pacientes con Chikungunya”

Factores Geográficos	Distancia transporte	Presencia de uno o varios factores	entrevista	Paciente	cuestionario
Accesibilidad Cultural	Síntomas otros				

FUENTE DE INFORMACIÓN:

La información se tomó de la entrevista del paciente al momento de la consulta en la Unidad. Se obtuvo de manera sistemática por medio de una entrevista estructurada (Ver Anexo: Instrumento de Investigación) dirigida a aquellos pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión. Todo esto con previo consentimiento informado. Algunos pacientes llenaron el instrumento con su puño y letra, pero en su mayoría fue llenado por el entrevistador con los datos que el paciente proporcionaba.

Los resultados obtenidos fueron tabulados y plasmados en tablas, graficas de barra y pastel con su respectivo análisis.

Por ser el trabajo de investigación de tipo descriptivo se brindan los resultados y se analizan para dar a conocer los factores que fueron objeto de estudio.

TECNICAS DE OBTENCION DE INFORMACION

La información se obtuvo por medio de un la recopilación de datos por medio de un instrumento de investigación, encuesta, la cual se realizo a los pacientes usuarios de la UCSF San Miguel Texistepeque que cumplieran los criterios de inclusión y que estuvieran de acuerdo a proporcionar los datos. Se realizo por medio del llenado por el mismo paciente y en los que no sabían leer ni escribir fue llenado por un entrevistador.

HERRAMIENTAS PARA LA OBTENCION DE LA INFORMACION

- Instrumento (encuesta)
- Lapicero
- Encuestador

PROCEDIMIENTO PARA LA OBTENCION:

Se le solicito al paciente que cumpliera los criterios de inclusión el llenado de la encuesta, y en los que no sabían leer fue llenado por un encuestador.

PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION

Se procesó la información reuniendo los datos de forma manual en tablas de frecuencia.

PRESENTACION DE LOS RESULTADOS

Se presentaron los datos por medio de tablas de tabulación y por medio de graficas de barra y de pastel

ANALISIS DE LA INFORMACION

La información se analizó por medio de la mayor frecuencia de las mismas respuestas obtenidas por los entrevistados.

CRITERIOS ETICOS:

- Se respeto el anonimato de cada uno de los entrevistados
- Ninguno de los encuestados fue obligado a proporcionar la información
- No se obtuvo ni se dio dinero a cambio de la información
- Los datos adquiridos serán utilizados para interpretación de labores de tipo investigativa y serán manejadas para obtener así planes de mejora en la atención al usuario

RESULTADOS Y ANALISIS

RESULTADOS

Objetivo específico N° 1: “Identificar por Historia Clínica la evolución de la enfermedad de Chikungunya en los usuarios de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar de San Miguel Texistepeque”.

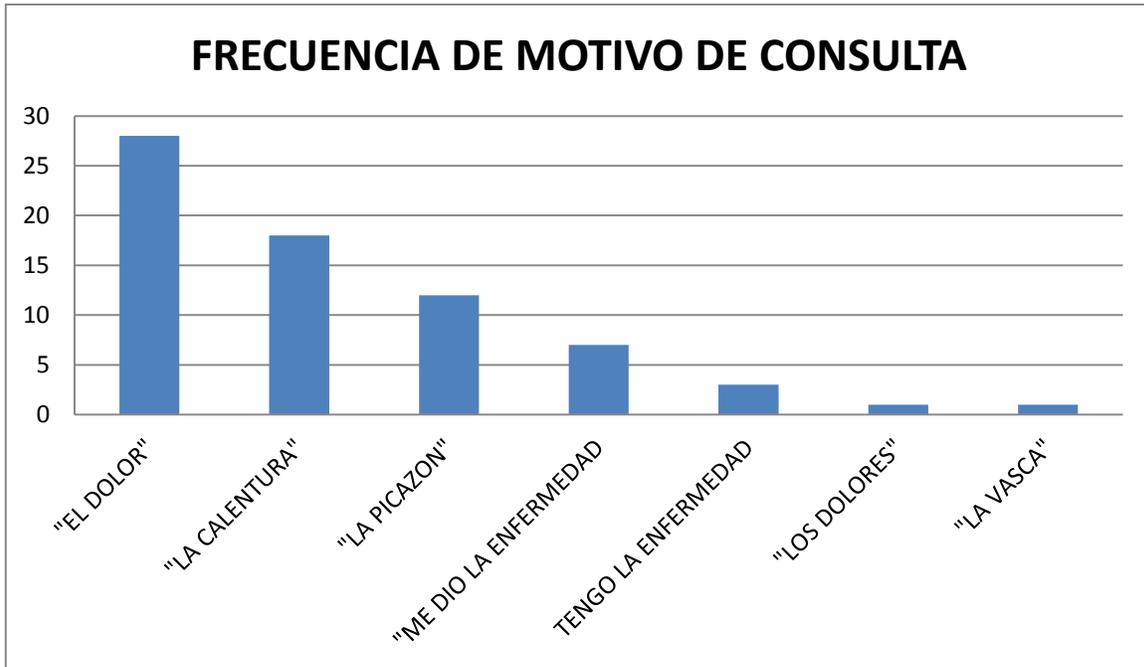
Tabla N°1: Sexo, edad y procedencia de los entrevistados:

Sexo	frecuencia	Procedencia
Femenino	48	Rural 48
masculino	22	Rural 22
Total	70	70

Fuente: Cuestionario sobre “Factores que evitaron la consulta oportuna de pacientes con Chikungunya”.

En la tabla 1 se describe la frecuencia del sexo de pacientes entrevistados y su procedencia, obteniendo así que se entrevistaron 48 paciente del sexo femenino y 22 del sexo masculino, todos procedentes del área rural. Estos pacientes fueron entrevistados mientras se encontraban pasando la Consulta General en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar de San Miguel Texistepeque y que refirieran signos y síntomas de fiebre Chikungunya. Todos los pacientes pertenecen a los distinto Cantones y Caseríos a los cuales pertenece el AGI, (Área Geográfica Intermunicipal) de la Unidad (el 98%) siendo los pacientes procedentes de los Cantones que más consultaron por esta causa: Caserío el Sunza, Caserío el Centro de San Miguel, Caserío Los Sandoval, Caserío El Paraíso, Caserío Ojo de Agua y algunos (el 20%) procedentes de Caseríos de otras AGI: UCSF (Unidad Comunitaria de Salud Familiar) de Santiago de La Frontera y UCSF Tomas Pineda, los cuales fueron debidamente reportados a esas Unidades para su respectivo seguimiento de caso. Además entre las mujeres entrevistadas 5 se encontraban en el segundo y tercer trimestre de embarazo por lo que fueron debidamente referidas al hospital con el Diagnostico de “Sospecha de Fiebre Chikungunya”, fueron ingresadas al Hospital y dadas de alta sin ninguna complicación.

Grafica N°1: Frecuencia de Motivo de Consulta.



Fuente: Cuestionario sobre "Factores que evitaron la consulta oportuna de pacientes con Chikungunya"

En la Grafica N° 1 se describe la frecuencia del motivo de consulta por el cual consultaron los pacientes entrevistados, observando así que el motivo de mayor frecuencia fue por "el dolor" con 28 pacientes; luego el segundo motivo de consulta más frecuente fue "La calentura" con 18 pacientes. El tercer motivo de consulta fue "La picazón" con 12 pacientes. El cuarto motivo de consulta es "Me dio la Enfermedad" con 7 pacientes, el quinto motivo de consulta es "Tengo la enfermedad" con 3 pacientes, el sexto motivo de consulta es "los dolores" con un paciente y finalmente el séptimo motivo de consulta es "La Vasca" con un paciente.

Grafica N°2: Frecuencia de casos de Chikungunya de acuerdo a la fase en que consultaron.



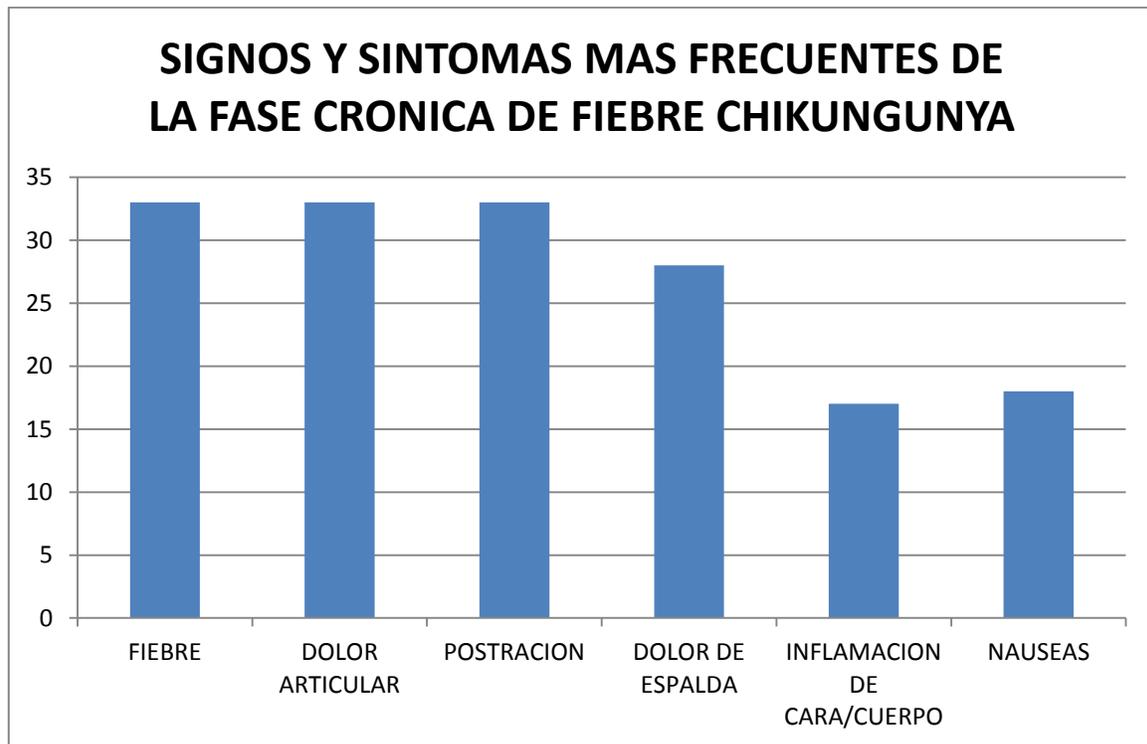
Fuente: Cuestionario sobre "Factores que evitaron la consulta oportuna de pacientes con Chikungunya"

En la gráfica N°2 observamos los hallazgos que por Historia Clínica se encuentran en los pacientes entrevistados, pudiendo así clasificarlos en las tres etapas de la Fiebre Chikungunya en la que consultaron, obteniendo así que de los 70 pacientes entrevistados el 53% consultaron en la etapa crónica, Caracterizada por dolor articular acompañado de edema y calor local de los mismos así como también dificultad a la movilización. De estos pacientes en etapa crónica el 55% consulto además para solicitar medicamentos antihipertensivos y el 5% con Diabetes solicitaron sus hipoglicemiantes. El 31% consulto en la etapa aguda caracterizada por fiebre, escalofríos, dolor articular de severa intensidad rachs generalizado y prurito entre los síntomas más característicos. De estos pacientes el 10% presento faringoamigdalitis sobreagregada, y una de las cinco embarazadas entrevistadas presento Infección de Vías Urinarias la cual fue manejada con Nitofurantoína Retard 1 capsula vía oral cada 12horas por 10 días de acuerdo a la normativa y referida al hospital.

Objetivo Específico N°2

“Identificar los principales signos y síntomas que a la exploración física se encuentran en la fase crónica de la Enfermedad Chikungunya en los pacientes que consultan en la UCSF San Miguel Texistepeque.

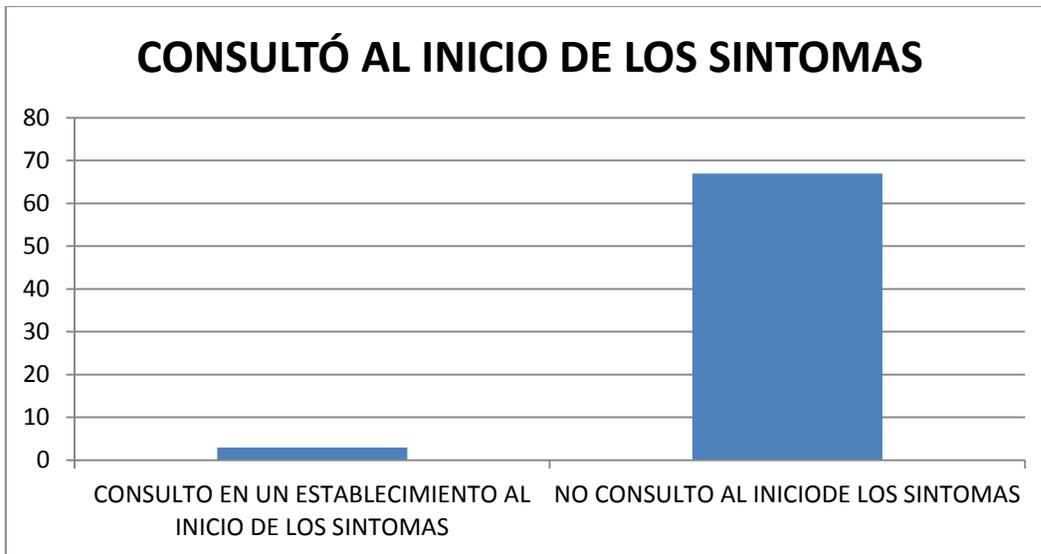
Grafica N°3: SIGNOS Y SINTOMAS MÁS FRECUENTES EN LA FASE CRONICA DE LOS PACIENTES ENTREVISTADOS.



Fuente: Cuestionario sobre “Factores que evitaron la consulta oportuna de pacientes con Chikungunya”

Los pacientes entrevistados que se encontraba en la fase Crónica de la enfermedad Fiebre Chikungunya son 33. Estos manifestaron presentar los signos y síntomas más frecuentes de esta etapa los siguientes: la fiebre presente en el 100 % de los entrevistados de esta etapa, así como también el dolor articular y la postración. 28 manifiestan presentar dolor de espalda, 16 pacientes refirieron inflamación de cara /cuerpo y 18 usuarios. Lo anterior entre los síntomas mas relevantes.

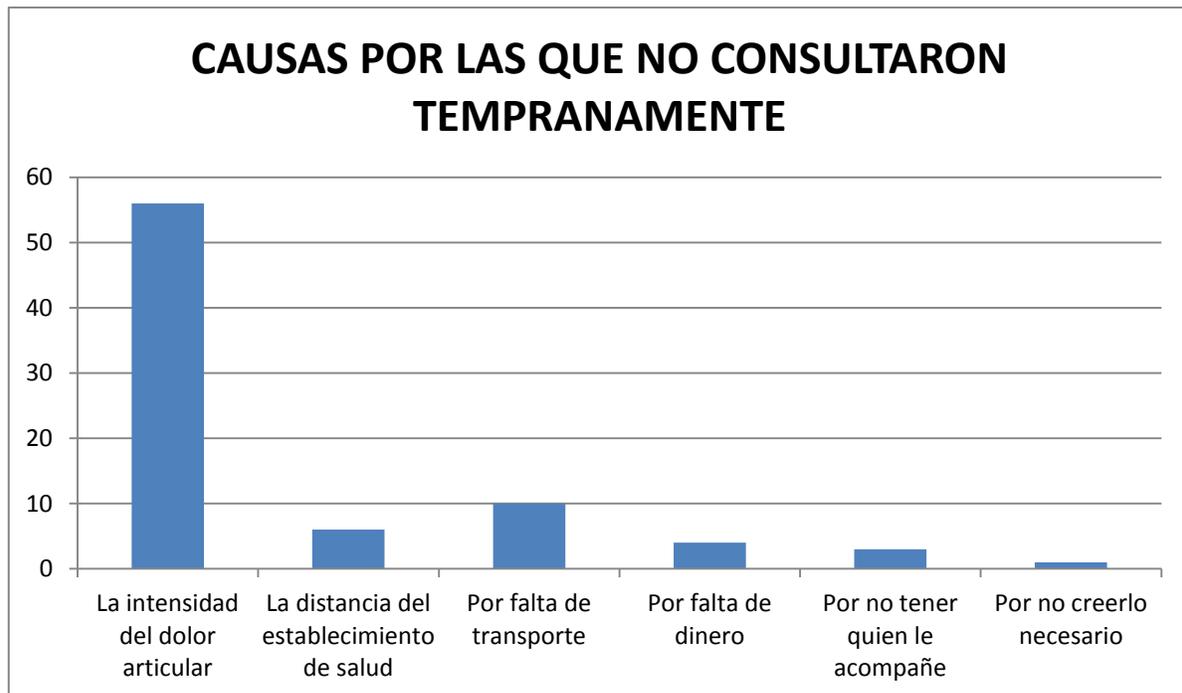
Grafica N° 3: Frecuencia de pacientes que consultaron al inicio de los sintomas



Fuente: Cuestionario sobre "Factores que evitaron la consulta oportuna de pacientes con Chikungunya"

En la gráfica anterior se puede observar que de los 70 pacientes entrevistados únicamente tres refirieron consultar en un establecimiento de salud al iniciar los síntomas de la Fiebre Chik, aclarando además que refieren haber consultado con un Medico Particular. A pesar de la tardanza para consultar los pacientes refieren que es importante consultar tempranamente.

Grafica N° 4: Principales Causas por las que los pacientes no consultaron



Fuente: Cuestionario sobre "Factores que evitaron la consulta oportuna de pacientes con Chikungunya"

En la gráfica anterior podemos observar que de los paciente entrevistados 56 refirieron no haber consultado al inicio de la enfermedad por la intensidad del dolor articular, es decir que el dolor era tan intenso que les impedía moverse por ellos mismos, e incluso algunos pacientes manifestaron debían ser ayudados por otros miembros de la familia para realizar sus labores cotidianas personales como bañarse, ir al inodoro, e incluso comer. 6 refieren que la causa por la que no consultaron oportunamente fue por la distancia del establecimiento de salud. 10 pacientes refieren fue por falta de transporte, que los movilizara a un establecimiento de Salud. 4 Refieren fue por falta de dinero, para poder pagar camión que los llevara a la Unidad, pues estas personas vienen de Caseríos muy distantes a la Unidad y para poder llegar deben caminar aproximadamente 15 a 16 kilómetros y son los usuarios provenientes del Caserío El Tule. Un paciente manifestó no consultar tempranamente por no creerlo necesario porque según él para esta enfermedad "solo acetaminofén dan" y ese medicamento él lo tiene en su casa, y mejor esperaría consultar cuando le tocara retiro de medicamentos antihipertensivos.

Objetivo específico N° 3

“Identificar los factores geográficos y de accesibilidad a los sistemas de salud que evitaron la consulta oportuna de los pacientes con Chikungunya”.

Grafica N°5: La distancia que deben recorrer los usuarios para llegar a un establecimiento de Salud más cercano.



Fuente: Cuestionario sobre “Factores que evitaron la consulta oportuna de pacientes con Chikungunya”

De los setenta pacientes entrevistados 8 refirieron vivir a una distancia de menos de un kilómetro de la Unidad Comunitaria de San Miguel Texistepeque, que corresponde al 11%, de los entrevistados. Estos corresponden a los Usuarios que viven en el Caserío el Centro de San Miguel. 28 refirieron vivir a una distancia de 2 a 5 kilómetros, lo que corresponde al 40%, que son los pacientes que corresponde a los Caseríos: El Sunza, Las Pilas y La Cuchilla, que son Caseríos muy aledaños a la Unidad, que no cuentan con Promotor de Salud para una vigilancia domiciliar, sin embargo así no consultaron tempranamente. Y 34 pacientes refirieron vivir a una distancia de 6 a más kilómetros lo que corresponde al 49% de los entrevistados, que son los usuarios que provienen de los Caseríos: Valle los Amates, Ojo de Agua, La Estancia, El Paraíso, Los Sandoval, Barranquilla y El Tule; Estos dos últimos no pertenecen al AGI de la Unidad pero nos visitan por según ellos mejor accesibilidad y trato al paciente.

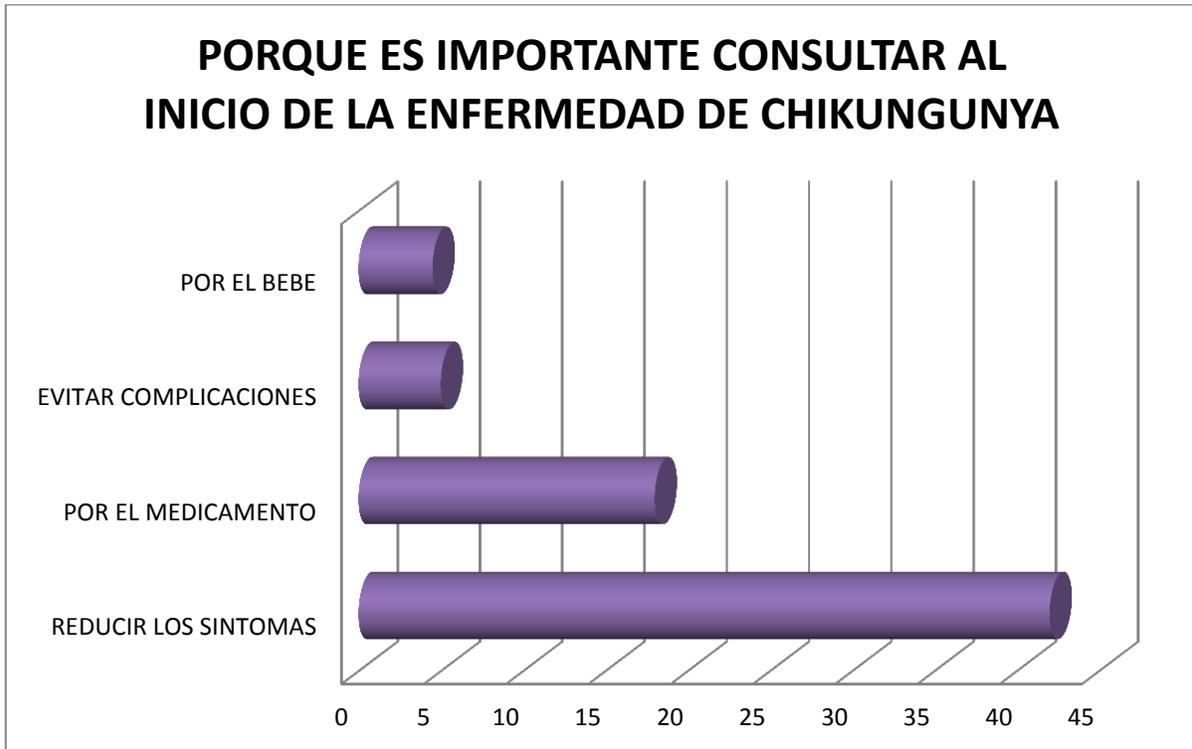
Grafica 6: Razones que señalaron los usuarios por las cuales no consultaron oportunamente.



Fuente: Cuestionario sobre "Factores que evitaron la consulta oportuna de pacientes con Chikungunya"

De los 70 pacientes entrevistados el 53% (37) refieren no haber consultado al inicio de los síntomas por "el dolor", articular que les impedía la movilización hacia un establecimiento de Salud. El 24% (17) refieren no haber consultado por que "no podían", (en algunos encuestados se interpretaron sus palabras como esta opción) no podía por falta de dinero, no podía por sus labores cotidianas o agrícolas, entre muchas que los usuarios señalaron como causa de una consulta tardía. Y fue el 23% (16) de los entrevistados que refieren no consultar al inicio de los síntomas por "tener medicina", al referirse al Acetaminofen, y suero oral, pues aseguran que es lo que se les receta al consultar por esta enfermedad y como la podían comprar, esperaron a que la enfermedad evolucionara a su fase subaguda o crónica para consultar.

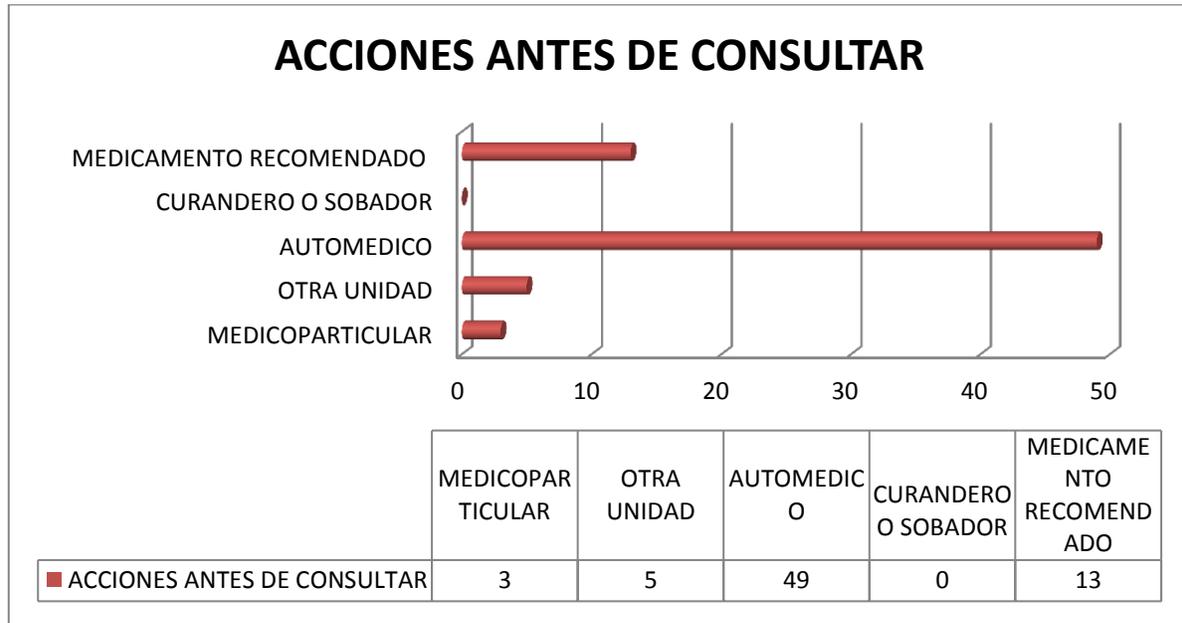
Grafica 7: Razones por la que los usuarios considera que es importante consultar al inicio de la enfermedad



Fuente: Cuestionario sobre “Factores que evitaron la consulta oportuna de pacientes con Chikungunya”

De los 70 pacientes entrevistados 42 consideraron que era importante consultar para reducir los síntomas de la enfermedad, refiriéndose al dolor articular, prurito e intolerancia a la vía oral en algunos pacientes. 18 de los encuestados consideraron que era necesario consultar para que se les proporcionara medicamento, pues no tenían acetaminofén en sus casas manifestaron. 5 Usuarios Consideraron que era necesario consultar para evitar complicaciones de la enfermedad. Y finalmente 5 entrevistados eran embarazadas y consideraron que era necesario consultar para saber el estado del bebe, por lo que acudieron oportunamente.

Grafica 8: Acciones que realizaron los usuarios antes de consultar en un Establecimiento de Salud



Fuente: Cuestionario sobre “Factores que evitaron la consulta oportuna de pacientes con Chikungunya”

De los 70 pacientes entrevistados, 3 acudieron a un Medico particular, antes de consultar en la Unidad de San Miguel Texistepeque. Refieren se les indico Acetaminofén y suero oral, y uno de los pacientes refiere se le inyecto medicamento que desconoce nombre sin haber sentido mejoría. 6 Entrevistados visitaron otras Unidades Comunitarias, antes consultar en la de San Miguel Texistepeque, específicamente la UCSF Texistepeque. Luego estos consultaron en la Unidad ya en fase crónica al momento de solicitar medicamentos de uso crónico. 49 pacientes se automedicaron con Acetaminofén, Ibuprofeno y Diclofenac. Ninguno acudió a curanderos o sobadores. Y 13 entrevistados compraron medicamentos recomendados por otras personas ajenas al personal de salud. Se observa que esta práctica se ha hecho muy común en los habitantes de las comunidades, compran medicamentos recomendados por otros pacientes y además se detectó un habitante los vendía en su casa, pero al investigar los usuarios no quisieron dar mayor información por miedo a represalias o meterse en problemas legales. Este medicamento consiste en un combinado de AINES (antiinflamatorio no esteroideo) y un relajante muscular, y otra pastilla que consiste en un combinado de AINES y un esteroide. Las acciones que se tomaron es que se les dio charlas a los usuarios durante el tiempo de espera acerca de lo perjudicial para la salud de esta práctica.

CONCLUSIONES

Objetivo 1:

“Identificar por Historia Clínica, la evolución de la enfermedad de Chikungunya en los usuarios de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar de San Miguel Texistepeque”.

- De los 70 pacientes entrevistados, 48 son del sexo femenino y 22 del sexo masculino, todos provenientes del área rural.
- En los pacientes entrevistados el motivo de consulta mas frecuente con un % fue el dolor
- De los pacientes entrevistados el 53% se encontraban en etapa crónica de la enfermedad Fiebre Chikungunya, el 31% en aguda y el 16% en etapa subaguda.

Objetivo 2:

“Identificar los principales signos y síntomas que a la exploración física se encuentran en la fase crónica de la Enfermedad Chikungunya en los pacientes que consultan en la UCSF San Miguel Texistepeque ”.

- De los 70 pacientes entrevistados, el 47% se encontraban en etapa cronica de la enfermedad Fiebre Chikungunya, y manifestaron presentar como principales síntomas: fiebre, dolor articular y postración.

Objetivo 3:

“Identificar los factores geográficos y de accesibilidad a los sistemas de salud que evitaron la consulta oportuna de los pacientes con Chikungunya”

- De los pacientes entrevistados el 49% viven a una distancia de más de 5 kilómetros de la UCSF San Miguel Texistepeque, sin embargo no consideraron ser esta la principal causa de su consulta tardia

- De los pacientes entrevistados el 53% refirieron que la principal causa por la que no consultaron oportunamente fue el dolor.
- De los pacientes entrevistados, el 60% consideraron que es importante consultar oportunamente para reducir los signos y síntomas de la enfermedad.
- De los pacientes entrevistados el 70% se automedicó con Acetaminofen e Ibuprofeno, además Consideran esta práctica no es correcta.

RECOMENDACIONES

- Recomendamos al personal que labora en la UCSF de San Miguel Texistepeque incluir en las charlas preventivas a los pacientes durante la espera de la consulta, temas de medidas preventivas para evitar la propagación del mosquito transmisor del Dengue y Chikungunya.
- Recomendamos al Medico Director de la UCSF de San Miguel Texistepeque continuar con la vigilancia de las medidas preventivas contra el Dengue y Chikungunya, especialmente en aquellas aéreas que no son cubiertas por Promotor de Salud con el apoyo de las Escuelas y ADESCOS.
- Recomendamos al Promotor de Salud vigilar y notificar oportunamente casos sospechosos de Fiebre Chikungunya, especialmente en pacientes de riesgo: niños menores de 5 años y Adulto Mayor.
- Recomendamos medidas o formatos para poder notificar los casos de Fiebre Chikungunya en fases subaguda y crónica para así no continuar con el subregistro de la enfermedad.

BIBLIOGRAFIA

- “Revista Mensual de Estudio de Enfermedades”, Hospital Clínico-Quirúrgico “Los Hermanos Ameijeiras” La Habana, Cuba, 2014.
- “Lineamientos Técnicos para la prevención y el control de la fiebre Chikungunya”, Gobierno de El Salvador, San Salvador Junio 2,014
- “Revista Informativa de Enfermedades Emergentes”. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. Evaluación Rápida para el Riesgo Para España. 24 Junio 2,014.
- “Como Hacer una Tesis de Graduación con Técnicas Estadísticas”
Autor: Gildaberto Bonilla
Cuarta Edición 200, UCA Editores.
- Información Continua tomada de Pagina Web de La Dirección de Protección Civil, emite alerta nacional estratificada por dengue y casos sospechosos de Chikungunya.
- La Dirección de Protección civil, emite alerta amarilla por la enfermedad febril de Chikungunya. San Salvador 18 de junio de 2014.

ANEXOS

ANEXO 1: INSTRUMENTO DE RECOPIACION DE DATOS



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD DE MEDICINA

TRABAJO DE INVESTIGACION

**“FACTORES QUE EVITARON LA CONSULTA OPORTUNA DE PACIENTES
CON CHIKUNGUNYA”**

Objetivo: “Conocer los factores que evitaron la consulta oportuna de pacientes que presentaron signos y síntomas crónicos de la enfermedad chikungunya en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar San Miguel Texistepeque, de mayo – junio 2015”

INDICACIONES: *Conteste las siguientes preguntas si ha presentado algún signo o síntoma de enfermedad chikungunya:*

Nombre:

Sexo:

Edad:

Ocupación

Número de registro:

Dirección:

Teléfono:

Consulta por:

1. ¿Cuál de los siguientes síntomas presento al padecer de Chikungunya?

- ✓ Fiebre
- ✓ Dolor de articulaciones
- ✓ Erupción en el cuerpo
- ✓ Enrojecimiento de la cara y cuerpo
- ✓ Inflamación de cara y/o cuerpo
- ✓ Dolor atrás de los ojos
- ✓ Dolor de cabeza
- ✓ Dolor de espalda
- ✓ Nauseas
- ✓ Vómitos
- ✓ Conjuntivitis
- ✓ Imposibilidad para realizar labores cotidianas a causa del dolor

2. ¿consulto en algún establecimiento de salud al haber presentado estos síntomas?

Si no

3. ¿Cuáles fueron las causas por las cuales no consulto en un establecimiento de salud tempranamente?

- ✓ La intensidad del dolor articular
- ✓ La distancia del establecimiento de Salud
- ✓ Por falta de transporte
- ✓ Por falta de dinero
- ✓ Por no tener quien le acompañe
- ✓ Por no creerlo necesario

4. ¿Cuál (es) fueron los síntomas que presento al momento de la consulta?

- ✓ Dolor de articulaciones
- ✓ Edema de articulaciones
- ✓ Fiebre
- ✓ Rash
- ✓ Otros

5. A qué distancia se encuentra la Unidad Comunitaria de Salud Familiar San Miguel Texistepque de su casa? _____

6. ¿Qué medio de transporte utiliza para llegar a la Unidad Comunitaria de Salud Familiar San Miguel Texistepeque?

7. Cuál fue la razón por la que no consulto al iniciar los síntomas de la enfermedad fiebre Chikungunya? _____

8. Considera que es importante consultar al iniciar los síntomas enfermedad?

Si no

9. Porque es importante? _____

10. Antes de consultar en la Unidad usted

- a) Visito a otro médico particular
- b) Visito otra Unidad Comunitaria
- c) Se automedicó
- d) Visito a un curandero(a), sobador (a),
- e) Compro algún medicamento que le aconsejaron le curaría la enfermedad

ANEXO 2: CICLO DE TRANSMISION SELVATICO Y URBANA

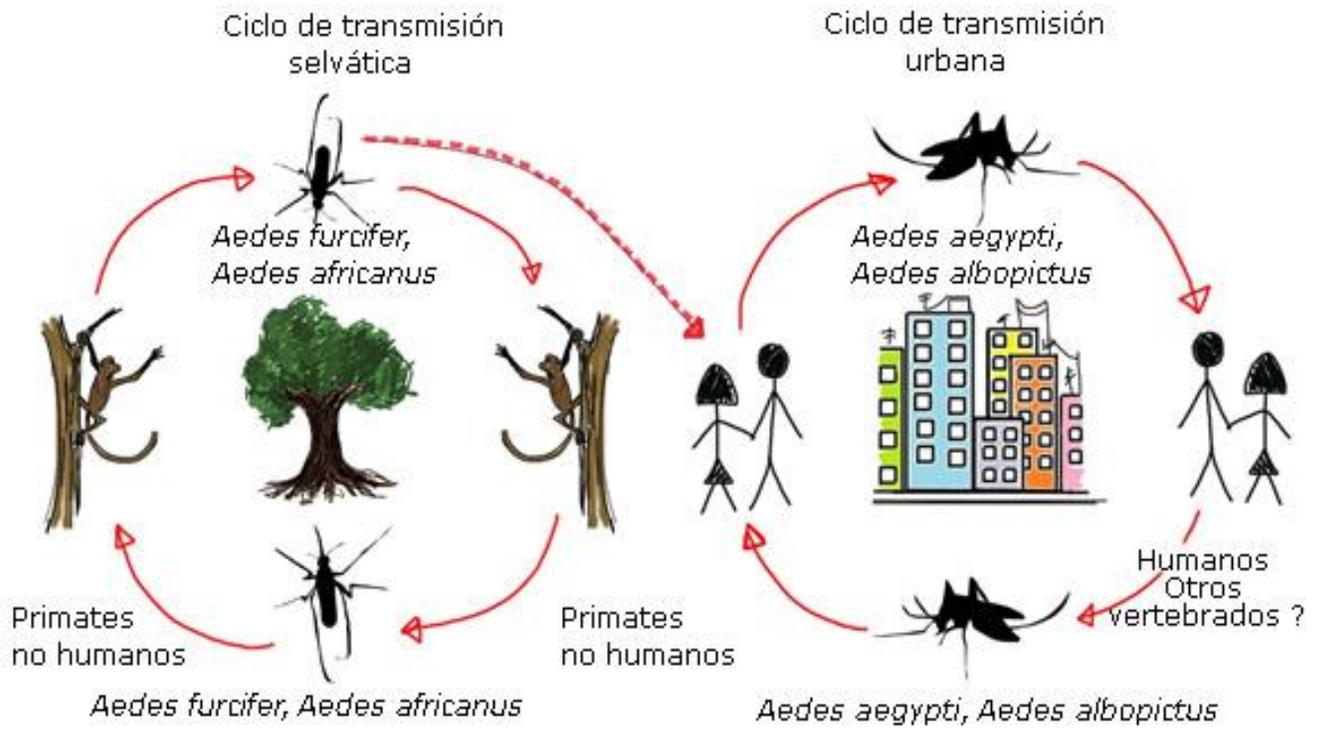


Fig. 2. Ciclos de transmisión y agentes transmisores del virus Chikungunya.

ANEXO 3: VIREMIA DE LA INFECCION POR CHIK

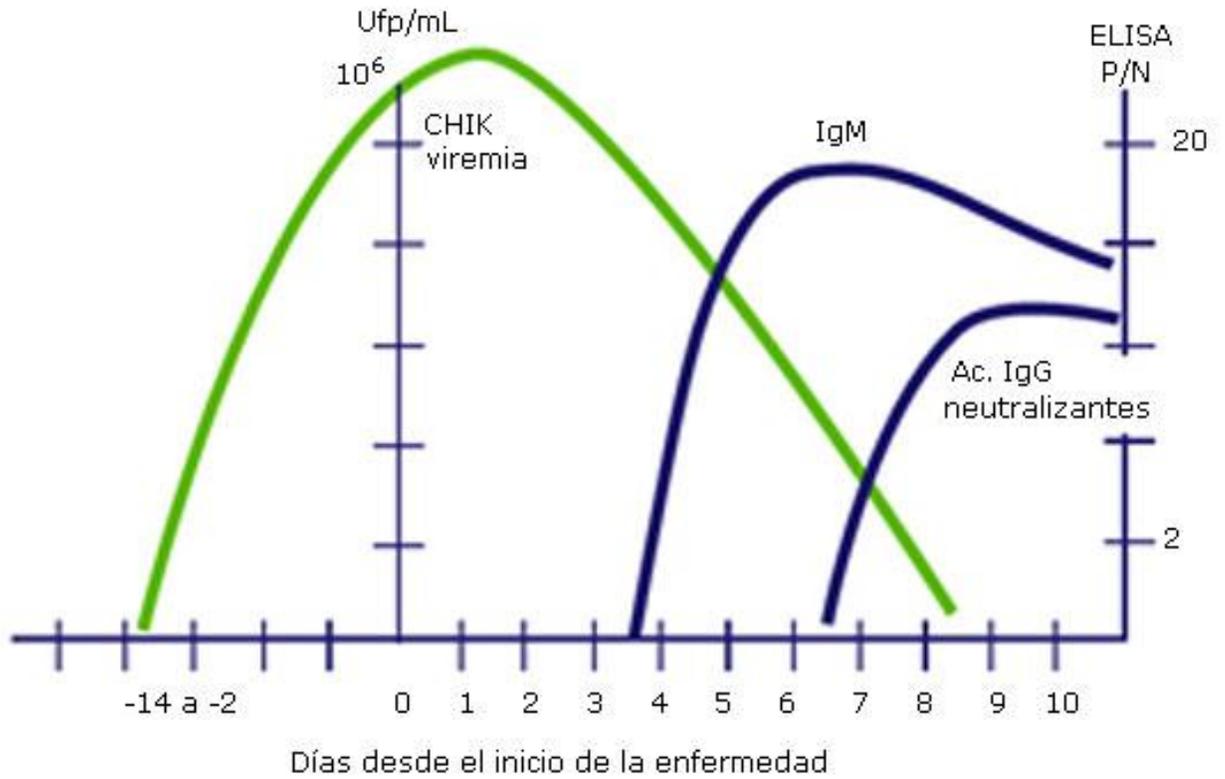


Fig. 5. Curvas de expresión de la viremia y los anticuerpos en el curso de la infección por el CHIKV.

ANEXO 4: ORGANOS DIANA INVOLUCRADOS EN LA VIREMIA POR CHIK

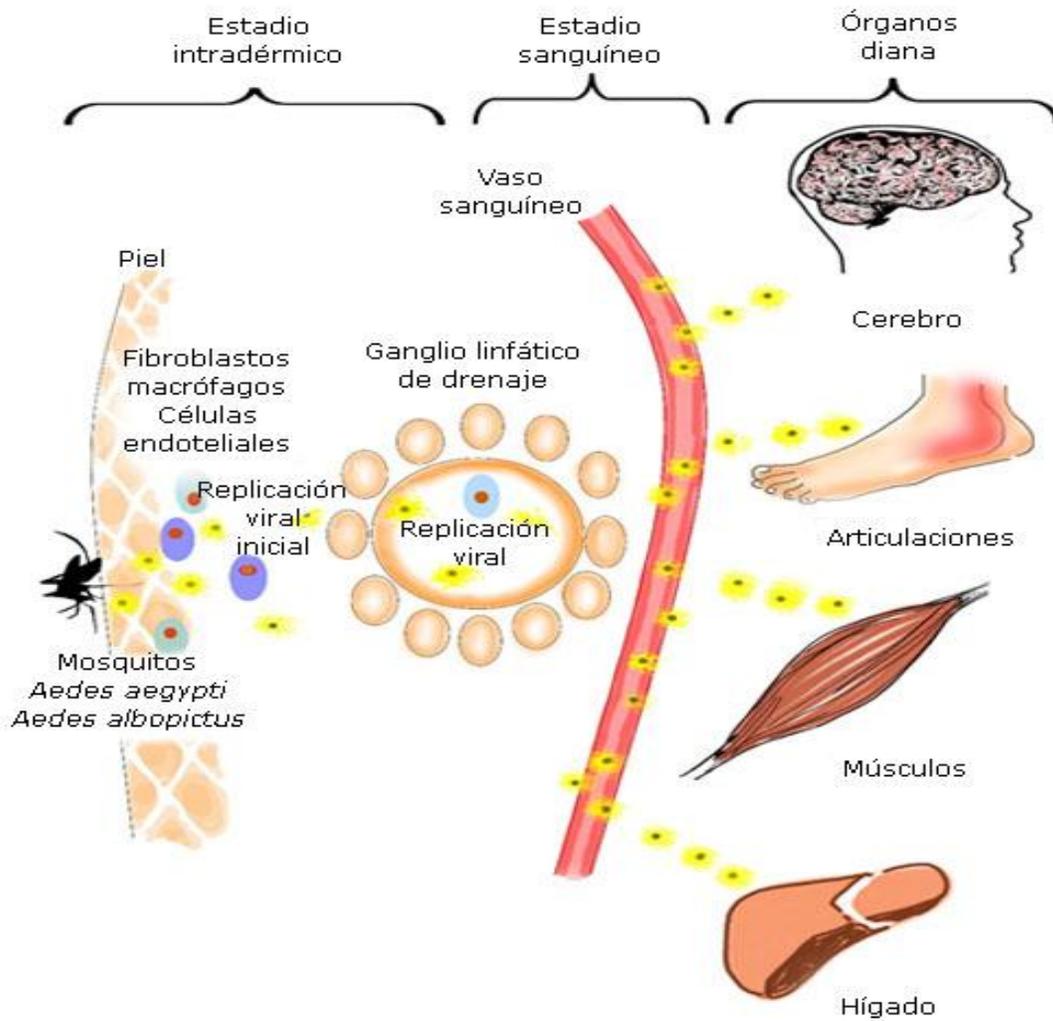


Fig. 3. Representación esquemática de la diseminación del virus Chikungunya a los órganos diana.