



Gobierno de Reconciliación
y Unidad Nacional

El Pueblo, Presidente!

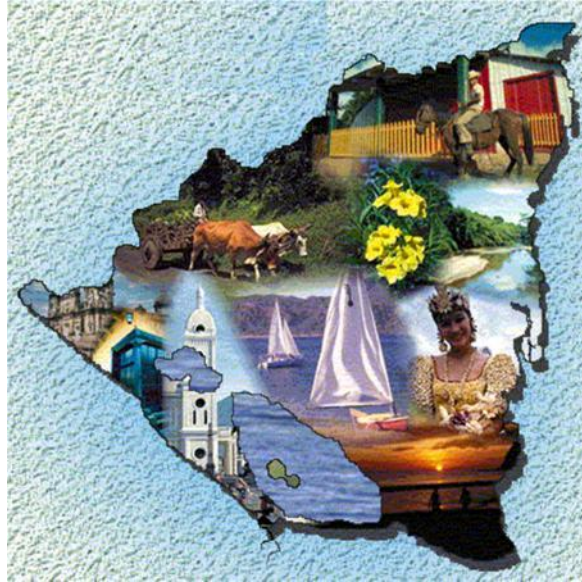
MINISTERIO DE SALUD

Normativa - 129

GUÍA PARA EL MANEJO CLÍNICO DE PACIENTES CON FIEBRE POR CHIKUNGUNYA

Managua, Junio - 2014

GUIA PARA EL MANEJO CLINICO DE PACIENTES CON FIEBRE POR CHIKUNGUNYA



<p>N WC 39 0342 2014</p>	<p>Nicaragua. Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional Ministerio de Salud / Normativa 129: Guía para el Manejo Clínico de Pacientes con Fiebre por Chikungunya. Managua: MINSa, jun. 2014</p>
<p>31 p.;</p> <p>(Contiene Resolución Ministerial No.563-2014)</p> <p>Anexo: Manejo Clínico y Organización de los Servicios de Salud</p> <p>Virus Chikungunya Vigilancia Epidemiológica-normas Control Vectorial Factores de Riesgo Densovirinae Comunicación Social Enfermedad Emergente (descriptor local) Fiebre Chikungunya- síntomas (descriptor local) Contención de la Enfermedad Chikungunya (descriptor local) Infecciones Agudas Pediátricas (descriptor local) Infecciones Agudas con Chikungunya en el Embarazo (descriptor local)</p>	
<p>Ficha Catalográfica Elaborada por la Biblioteca Nacional de Salud. ©MINSa. jun. 2014</p>	

INDICE

INTRODUCCIÓN	5
OBJETIVOS	6
OBJETIVO GENERAL	6
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	6
ACRÓNIMOS	6
POBLACIÓN DIANA	6
DEFINICIONES	7
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL CON LAS ENFERMEDADES MÁS FRECUENTES EN NICARAGUA	8
EVOLUCIÓN NATURAL DE LA FIEBRE POR CHIKUNGUNYA	8
FASE AGUDA.....	9
<i>Infecciones agudas pediátricas CHIKV</i>	9
<i>Infección aguda con CHIKV durante el embarazo</i>	10
<i>Infección neonatal</i>	10
<i>Cuadro Clínico de formas atípicas de la Fase Aguda</i>	10
<i>Formas Graves Neurológicas de la Fase Aguda</i>	10
<i>Otras Formas Graves de la Fase Aguda</i>	10
<i>Evaluación de la gravedad inmediata</i>	11
FASE SUB AGUDA.....	11
FASE CRÓNICA	11
<i>Criterios de Referencia e Ingreso:</i>	12
<i>Evolución de la Fase Crónica</i>	12
<i>Formas reportadas de presentación clínica de la fase crónica</i>	12
<i>Exámenes para el seguimiento del paciente:</i>	13
Fase Aguda:	13
Fase Sub-Aguda:.....	13
Fase Crónica:.....	13
MANEJO DEL CASO SEGÚN FASE CLINICA	13
FASE AGUDA:	13
FASE SUB AGUDA:	14
FASE CRÓNICA:.....	14
BIBLIOGRAFÍA	21
ANEXOS	22
ANEXO 1: MANEJO CLINICO	22
MANEJO FARMACOLÓGICO:	22
MANTENIMIENTO DE LA HIDRATACIÓN:	22
ANEXO 2: ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD	24

INTRODUCCIÓN

El Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional (GRUN), a través del Ministerio de Salud garante de los derechos de los nicaragüenses a la salud gratuita y de calidad, ha elaborado la presente guía para el abordaje diagnóstico y terapéutico, para ser aplicado en los establecimientos proveedores de servicios de salud públicos y privados en el manejo clínico de pacientes con fiebre por Chikungunya.

La fiebre Chikungunya es una enfermedad emergente descrita por primera vez durante un brote en el sur de Tanzania en 1952, y actualmente se la ha identificado en Asia, África, Europa y desde finales de 2013, en las Américas. Las tasas de ataque en las comunidades afectadas por las epidemias recientes oscilaron entre 38%–63%, así mismo entre el 3% y el 28% tienen infecciones asintomáticas que favorecen la transmisión de la enfermedad.

El virus de chikungunya se detectó por primera vez en la región de las Américas (islas del Caribe Saint-Martin, Martinique, Guadalupe & Saint Barthelemy) en diciembre de 2013, desde entonces se ha diseminado a 7 Estados Miembros y 9 territorios, la Organización Panamericana de la Salud ha estado emitiendo alertas epidemiológicas ante el incremento de notificación de casos sospechosos y confirmados por Fiebre Chikungunya. Los reportes indican que se afectan todos los grupos de edad y ambos sexos. Hasta el mes de mayo del presente año, se registraban en el continente Americano 61,864 casos sospechosos, 4,356 casos confirmados y 13 fallecidos.

En ese contexto el país ha elaborado el Plan de Contingencia para la vigilancia, alerta y respuesta ante el riesgo de introducción de Fiebre por Chikungunya, que plantea tres objetivos: (i) fortalecer los mecanismos de vigilancia para detectar la introducción del virus de Chikungunya en el territorio nacional y hacer la contención de la enfermedad en caso que ésta, llegara a establecerse, (ii) fortalecer la detección temprana y el adecuado manejo de casos e (iii) implementar un plan de comunicación y movilización social con el protagonismo de la comunidad en las actividades de lucha contra la enfermedad y la búsqueda de casos para la detección temprana y atención oportuna. El plan comprende los componentes de vigilancia, atención a los casos, control vectorial, comunicación social, gestión intersectorial que nos permita el abordaje integral para la prevención y control de esta enfermedad.

Una vez se demuestre la transmisión autóctona del virus y se caracterice el patrón clínico de presentación de la enfermedad, se valorará las adecuaciones necesarias.

OBJETIVOS

Objetivo General

Brindar los conocimientos al personal de salud para el diagnóstico, manejo clínico y rehabilitación del paciente con fiebre por Chikungunya, que permitan la identificación temprana de las formas típicas, atípicas y severas, de manera especial en los grupos de riesgo.

Objetivos Específicos

- a) Implementar los criterios clínicos, para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes con Fiebre por Chikungunya, según las fases de presentación de la enfermedad.
- b) Cumplir con los procedimientos para el manejo y la rehabilitación de los pacientes que lo requieran según los niveles de atención definidos en esta guía.

Acrónimos

AINES	Antiinflamatorios No Esteroideos
CHIKV	Chikungunya
ELISA	Ensayo por Inmunoabsorción Ligado a Enzimas
ESAFc	Equipo de Salud Familiar y Comunitario
GFCV	Gabinete de la Familia, Comunidad y Vida
IgG	Inmunoglobulina G
IgM	Inmunoglobulina M
MASIRAAN	Modelo de Salud de la Región Autónoma Atlántico Norte
MASIRAAS	Modelo de Salud de la Región Autónoma Atlántico Sur
MOSAFC	Modelo de Salud Familiar y Comunitaria
PCR	Proteína C Reactiva
RBC	Rehabilitación Basada en la Comunidad
SILAIS	Sistemas Locales de Atención Integral en Salud

POBLACIÓN DIANA

Todos los casos con Fiebre por Chikungunya tanto en la comunidad como en los establecimientos de salud públicos y privados.

DEFINICIONES

Caso Sospechoso de Fiebre por Chikungunya:

Paciente que cumple con los siguientes criterios:

- Fiebre mayor de 38.5°C
- Artralgias severas o artritis bilateral y simétrica, de comienzo agudo que no se explica por otras condiciones médicas.
- Erupción maculopapular (2-5 días después del inicio de fiebre), con predominio en tronco.
- Reside o ha visitado áreas endémicas o epidémicas durante las dos semanas anteriores a los síntomas.

Caso Confirmado de Fiebre por Chikungunya:

Es cualquier caso sospechoso con resultado positivo en algún método de laboratorio, establecido para el diagnóstico de esta enfermedad.

- Detección de ácidos nucleicos (RT-PCR)
- Aislamiento viral (en BSL3)
- Detección de IgM
- Seroconversión o aumento en el título de anticuerpos por ELISA (IgM/ IgG)

Grupo de riesgo:

Se determinan como grupos de riesgo:

- Adultos mayores
- Recién Nacidos
- Riesgo social (viven solos, no pueden valerse por sí mismo, pobreza extrema, no pueden transportarse, distancias geográficas)
- Embarazadas cerca del parto y/o signos de severidad y/o dudas sobre el diagnóstico y/o riesgo para el feto, temperatura mayor a 38.5 °C, alteración del ritmo cardíaco fetal, amenaza de parto prematuro.
- Personas con alguna enfermedad crónica.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL CON LAS ENFERMEDADES MÁS FRECUENTES EN NICARAGUA

<p>Síndrome Febril Temperatura 38.5 °c Cefalea Taquicardia Polipnea</p>						
Manifestaciones Hemorrágicas	Manifestaciones Ictéricas	Manifestaciones Diarreicas	Manifestaciones Respiratorias	Manifestaciones Dermicas	Manifestaciones Neurológicas	Manifestaciones Artralgicas
Lesiones cutaneas de tipo hemorrágico (equimosis, hematomas o púrpura), epistaxis, hemtemesis, Sangre en las heces, hemoptisis.	Ictérica	Heces blandas y/o líquidas, náuseas, vómitos, Deshidratación	Dificultad respiratoria y/o Tos	Exantema	Desorientación Convulsiones Meningismo Paralisis Corea Mioclonus	Artralgias y Mialgias
Dengue Grave Leptospirosis Hantavirus Malaria <i>P. Falciparum</i>	Leptospirosis Malaria <i>P. Falciparum</i> Hepatitis A	Amebiasis Colera Shigella Rotavirus Samonella Giardiasis Norovirus	Influenza Otros Virus respiratorios Hantavirus Leptospirosis Tos Ferina Sarampión	Sarampión Rubeola Dengue Chikungunya Meningococemia Parvovirus	Cisticercosis Rabia Enterovirus Encefalitis Botulismo Leptospirosis	Chikungunya Dengue Leptospirosis Brucellosis

EVOLUCIÓN NATURAL DE LA FIEBRE POR CHIKUNGUNYA

La fiebre Chikungunya (CHIKV) es una enfermedad emergente causada por un Alfavirus, es un virus ARN de la familia Togaviridae. El nombre Chikungunyase deriva de una palabra en Makonde, el idioma que habla el grupo étnico Makonde que vive en el sudeste de Tanzania y el norte de Mozambique, significa “aquel que se encorva” y describe la apariencia inclinada de las personas que padecen la característica y dolorosa artralgia. Esta enfermedad es transmitida principalmente por los mosquitos *Aedes aegypti* y *Aedes albopictus*, las mismas especies involucradas en la transmisión del dengue.

Los humanos son el reservorio principal del CHIKV durante los períodos epidémicos. En los períodos interepidémicos, diversos vertebrados han sido implicados como reservorios potenciales, incluyendo primates, roedores, aves y algunos mamíferos pequeños.

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, a partir de la picadura del mosquito infectado, los síntomas de enfermedad aparecen generalmente después de un período de incubación intrínseca de 3 a 7 días (rango: 1–12 días).

Todas las personas no infectadas previamente con el CHIKV están en riesgo de adquirir la infección y desarrollar la enfermedad. Se cree que una vez expuestos al CHIKV, las personas desarrollan inmunidad prolongada que las protege contra la reinfección.

Las personas con infección aguda por CHIKV con manifestaciones clínicas o asintomáticas, pueden contribuir a la diseminación de la enfermedad si los vectores que transmiten el virus están presentes y activos en la misma zona.

El CHIKV puede causar enfermedad aguda, subaguda y crónica. La enfermedad aguda dura entre 3 y 10 días, generalmente se caracteriza por inicio súbito de fiebre alta (típicamente superior a 38.5°C) y dolor articular severo. Otros signos y síntomas pueden incluir cefalea, dolor de espalda difuso, mialgias, náuseas, vómitos, poliartritis, rash y conjuntivitis. La etapa sub aguda puede durar hasta los 90 días y se caracteriza por la afectación articular discapacitante y en la etapa crónica la característica fundamental es la afectación articular del tipo artrítico.

Fase aguda

(Desde el inicio de la fiebre hasta el décimo día)

1. Fiebre de inicio brusco y mayor de 38.5⁰C que puede durar de 2-5 días
2. Artralgias/artritis incapacitante con las siguientes características:
 - a. Bilaterales, simétricas,
 - b. Más de 10 grupos articulares, con predominio en manos y pies
3. Edema peri articular en manos, pies y rodillas principalmente.
4. Tenosinovitis intensa en muñecas y tobillos.
5. Rash maculopapular y eritematoso: aparece generalmente entre dos a cinco días después del inicio de la fiebre, en aproximadamente la mitad de los pacientes. Es típicamente maculopapular e incluye tronco y extremidades, aunque también puede afectar palmas, plantas y rostro. El rash también puede presentarse como un eritema difuso que palidece con la presión. Acompañando al Rash puede presentarse edema facial.

Infecciones agudas pediátricas CHIKV

- El cuadro clínico puede ser inespecífico y el llanto sostenido puede indicar artralgia. Los tipos de exantemas en pediatría se caracterizan por: exantema rubeoliforme (57%), petequias (47%) y exantema roseoliforme (37%).
- En los/las niños/niñas pequeños/pequeñas, las lesiones vesiculobulosas son las manifestaciones cutáneas más comunes y pueden presentar epidermólisis, esto representa un riesgo para la vida.
- Manifestaciones neurológicas en niños/niñas: convulsiones febriles, síndromes meníngeos, encefalopatía aguda, diplopía, afasia, encefalomiелitis aguda diseminada, encefalitis (ídem que para adultos). De estos el 20% con secuelas neurológicas.
- Anomalías demostradas en Resonancia Magnética por Imágenes.
- Pueden haber alteraciones cardiológicas tales: miocardiopatías dilatadas, hipertrofia ventricular, dilatación coronaria y otras.
- Los fallecimientos son excepcionales.

Infección aguda con CHIKV durante el embarazo:

La mujer embarazada puede adquirir la infección en cualquier periodo del embarazo, sin embargo no hay transmisión fetal antes del parto.

- El/la niño/niña tendrá mayor riesgo de adquirir la infección cuando la madre presente fiebre cuatro días antes del parto y/o dos días después del parto (cuando presenta la viremia intraparto) que corresponden a los 7 días alrededor del parto.
- La cesárea no disminuye el riesgo a la transmisión, por lo tanto la vía vaginal no está contraindicada si no existe otra indicación obstétrica.
- En toda paciente embarazada que se encuentre en proceso activo de viremia de la enfermedad se deberá retrasar el nacimiento si las condiciones maternas y fetales lo permiten.

Infección neonatal:

Se manifiesta clínicamente desde el segundo hasta el décimo día después del nacimiento. Las manifestaciones clínicas pueden ser inespecíficas (fiebre, dificultad para la alimentación e irritabilidad).

En un 50% pueden ser cuadros clínicos graves con manifestaciones específicas: cutáneas (epidermolisis bullosa) miocarditis, encefalopatía/encefalitis, y fiebre hemorrágica. El pronóstico es malo a largo plazo y pueden persistir secuelas neurológicas permanentes.

Se recomienda la observación al neonato por al menos cinco días, con mediciones biológicas diarias y su inmediato paso a una sala de neonatología al aparecer los síntomas. La lactancia materna no está contraindicada.

Cuadro Clínico de formas atípicas de la Fase Aguda

Además de fiebre y artralgia el paciente puede presentar los siguientes síntomas:

- Digestivos: Náusea, vómitos, diarrea, dolor abdominal
- Oculares: Neuritis óptica, retinitis, epiescleritis
- Cutáneos: Pigmentación, Ulceraciones de las mucosas (boca, genitales), Dermatitis bullosa

Formas Graves Neurológicas de la Fase Aguda

- Encefalitis/ Encefalomiелitis
- Neuropatías
- Guillian Barré
- Síndrome cerebeloso
- Convulsiones, Confusión

Otras Formas Graves de la Fase Aguda

- Renales (con nefropatía existente)
- Hepáticas (hepatitis fulminante, tóxica)
- Electrolíticas (Síndrome de secreción inapropiada de hormonas antidiurética, insuficiencia suprarrenal)
- Cardiovasculares
 - Miocarditis viral
 - Descompensación cardíaca
- Respiratorias

- Neumonías (*S. pneumoniae*)
- Edema pulmonar
- Distres respiratorio
- Hemorrágicas (excepcional)

Evaluación de la gravedad inmediata

Gravedad clínica: coma, confusión, convulsiones, colapso circulatorio, disnea.

Aspectos no habituales: dolores no controlados, deshidratación, vómitos persistentes, fiebre refractaria (cinco días), sangrado, signos cutáneos graves.

El riesgo de complicaciones se aumenta en:

- Enfermedades crónicas
- Recién nacidos,
- Adultos mayores,
- Riesgo social (viven solos, no pueden valerse por sí mismos, pobreza extrema, no pueden transportarse, distancia geográfica).
- Embarazadas cerca del parto y/o signos de severidad y/o duda sobre el diagnóstico y/o riesgo para feto $T^{\circ} > 38.5^{\circ}\text{C}$, alteración ritmo cardíaco fetal, amenaza de parto prematuro.

Fase sub aguda (Del día 11 al día 90)

Los pacientes presentan una mejoría breve con una recaída clínica (82%) que se exacerba entre el segundo y tercer mes del curso de la enfermedad, caracterizadas por:

- Artralgias inflamatorias persistentes: principalmente en carpo y metacarpo, falángicas múltiples.
 - Exacerbación de dolores a niveles de articulaciones y huesos previamente lesionados
 - Tenosinovitis en muñeca, tobillo
 - Síndrome del túnel del carpo
 - Bursitis y condritis
- Alteraciones vasculares periféricas
 - Eritromelalgia
 - Síndrome de Raynaud
- Fatiga y Depresión

Fase Crónica

Es la afectación articular persistente o recidivante después de los 90 días en pacientes con fiebre por Chikungunya. Los síntomas predominantes continúan siendo artralgias, artritis y tenosinovitis.

Los factores de riesgo que contribuyen a la persistencia de artritis / artralgia:

- Cuadro reumático severo en la fase aguda.
- Presentaciones atípicas graves.
- Edad de < 2 años y > 45 años.

- Problemas articulares pre -existentes (artrosis, traumatismo).
- Comorbilidades (cardiovasculares, diabetes, hipertensión, artritis reumatoide)

Criterios de Referencia e Ingreso:

- Todo paciente con cuadros atípicos graves
- Pacientes con co-morbilidad (discapacidad, diabetes, hipertensión arterial, etc.) descompensados.
- Embarazadas con síntomas de Chikungunya en la última semana de gestación, con signos de gravedad, dudas con el diagnóstico y con riesgo fetal que incluye: temperatura mayor 38.5⁰C, alteración de la Frecuencia Cardiaca Fetal y el riesgo del parto prematuro
- Recién nacidos de madres con Chikungunya
- Personas mayores de 65 años con comorbilidad previa que comprometa la vida del paciente.

Evolución de la Fase Crónica

De acuerdo con experiencia internacional los porcentajes de pacientes que evolucionan a la fase crónica son variables de un país a otro. Diferentes estudios señalan que:

- A los 3 meses el 80 a 93% de los pacientes pueden presentar síntomas articulares.
- A los 15 meses el 57% de los pacientes pueden presentar síntomas articulares.
- Y después de 2 y medio años el 47% de los pacientes pueden presentar síntomas articulares.

Formas reportadas de presentación clínica de la fase crónica

- Poliartritis con dolor y rigidez matutina afectando principalmente los dedos de manos y pies.
- Tenosinovitis de manos, muñecas y tobillos; pueden ser cuadros recurrentes.
- Exacerbación de dolor en articulaciones previamente dañadas.

Diagnóstico:

Exámenes solicitados al inicio de la enfermedad sujetos a orientación epidemiológica (Laboratorio).

1. Detección de ácidos nucleicos (RT-PCR). Tomarse en los primeros 5 días de iniciada la fiebre.
2. Aislamiento viral (en BSL3). Tomarse en los primeros 5 días de iniciada la fiebre.
3. Detección de IgM en muestra aguda. Tomarse a partir del día 5.
4. Seroconversión o aumento en el título de anticuerpos por ELISA (IgM/IgG) en muestras pareadas.¹ Se debe tomar una muestra en fase aguda y una segunda muestra de 15 a 21 días después de iniciado los síntomas. Esto se realizará en aquellos pacientes con resultado negativo de los métodos anteriores (1, 2, 3) y aun se sospeche que estén infectados por el virus.

En todos los casos que se soliciten exámenes se tiene que notificar el caso y llenar ficha epidemiológica.

^{1,3,4,5} Guía de Preparación y respuesta ante la eventual introducción del Virus Chikungunya en las Américas. OPS-CDC 2011.

Exámenes para el seguimiento del paciente:

Fase Aguda:

- Biometría Hemática Completa en casos atípicos.

Fase Sub-Aguda:

- Exámenes de Laboratorio: Biometría Hemática Completa, Proteína C reactiva, Velocidad de Sedimentación Globular, ácido úrico, serología CHIKV.
- Exámenes de gabinete: radiografía de articulaciones, ecografía y electrocardiografía.
- Otros exámenes de acuerdo al grado de Severidad.

Fase Crónica:

- Exámenes de gabinete: radiografía de articulaciones (no erosión normalmente).
- Exámenes de laboratorio: pocas variaciones del hemograma, Proteína C reactiva (PCR), Velocidad de Sedimentación Globular, larga persistencia de IgM anti-CHIKV.

MANEJO DEL CASO SEGÚN FASE CLINICA

Fase Aguda:

- Ningún tratamiento antiviral validado
- Barrera física: mosquitero durante 7 días desde el inicio de los síntomas.
- Tratamiento sintomático
 - Antipiréticos, analgésicos (Acetaminofén)
 - Primera elección Acetaminofén (no pasar más 4 gramos en 24 horas en adultos y 60mg/kg/día en niños)
 - Ibuprofeno si no responde al Acetaminofén y una vez descartado Dengue
- Hidratar de acuerdo a la condición del paciente (ver anexo)
- Reposo absoluto

Seguimiento en el domicilio por los ESAFC y GFCV a los pacientes que cumplan con los siguientes criterios:

- Ausencia de signos de gravedad
- Ausencia de manifestaciones atípicas
- Riesgo social (viven solos, no pueden valerse por sí mismos, pobreza extrema, no pueden transportarse, distancia geográfica).
- Tolera vía oral
- Dolor controlado

El seguimiento en el domicilio por los ESAFC y GFCV tiene por objeto continuar la vigilancia y control en casa hasta asegurarse la ausencia de datos clínicos de cronicidad, en cuyo caso deberá ser manejado según la fase crónica. Garantizar la hidratación y el control del dolor según tabla anexa.

Fase Sub aguda:

Información precisa sobre la enfermedad

- a) Tratamiento sintomático
 - Ibuprofeno (ver tabla de manejo de analgésicos)
 - Buscar el componente neuropático
 - Rehabilitación (ver cuadro de procedimientos rehabilitación)
 - Corticoterapia de indicación limitada: Tenosinovitis, Síndrome de Raynaud, poliartritis discapacitante; alto riesgo de rebote y de efectos secundarios
 - Realizar tratamiento local (No operar los síndromes compresivos periféricos, ej. Síndrome del túnel carpiano)
- b) Medios Físicos, Ejercicio Terapéutico, Educación y Protección Articular.
- c) Seguimiento y atención psicosocial (ver cuadro de procedimientos rehabilitación).

Fase Crónica:

- El manejo es sintomático, con Acetaminofén y AINE´s de elección (individualizando cada caso de acuerdo a edad y comorbilidades).
- El seguimiento y manejo a largo plazo deberá realizarse a nivel domiciliario y primer nivel de atención.
- Medios Físicos, Ejercicio Terapéutico, Educación y Protección Articular.
- Seguimiento de salud mental y Atención Psicosocial

Pacientes que requieren valoración por reumatología

1. Tienen una evolución mayor 1 año con cuadro de artralgias/artritis más comorbilidades reumatológicas previas.
2. Artritis deformante o tenosinovitis sin mejoría clínica a manejo indicado por más de 6 meses.
3. Personas con criterios de clasificación para otra enfermedad reumática (Lupus eritematoso sistémico, enfermedad mixta de tejido conectivo, espondiloartropatía, artritis, psoriásica, enfermedad de Still).

Estos pacientes deben ser referidos a interconsulta por el servicio de Rehabilitación o Medicina Interna de la región, de acuerdo con las normas de referencia y contrarreferencia a servicio donde exista atención de Reumatología.

Las medidas de rehabilitación:

La rehabilitación es un acto de atención de la salud y por tanto componente imprescindible de la promoción, prevención y asistencia de las personas en el mantenimiento de la salud y el bienestar de ellos, su familia y la comunidad.

Las medidas de rehabilitación se centran en las funciones y estructuras corporales, las actividades y la participación, y los factores ambientales y personales y contribuyen a que una persona logre y mantenga el funcionamiento óptimo en interacción con su ambiente, utilizando las siguientes estrategias:

- Prevención de la pérdida de función;
- Reducción del ritmo de pérdida de función;
- Mejora o restauración de la función;
- Compensación de la función perdida;
- Mantenimiento de la función actual.

En Nicaragua han sido definidas cuatro estrategias para abordar el proceso de atención de la discapacidad: Prevención, Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC), Rehabilitación Institucional y Programa “Todos con Voz”.

La rehabilitación basada en la comunidad, utiliza entre otras herramientas, las *7 Guías de RBC* y *El Manual de Capacitación de la Personas con Discapacidad en su Comunidad*, consta de 31 Cuadernillos, de los cuales se utilizarán los No. 8, 9, 10, 11, 14 y 15

Manejo por Niveles de Atención y Curso de Vida

Nivel de Atención	Niñez	Adolescencia	Adulto
Hogar	<p>Identificar las primeras señales que pueden ser la dificultad para caminar, ponerse de pie, tomar el lápiz o algún juguete, la falta de participación en juegos con niños/niñas de su edad o retraso en el crecimiento.</p> <p>Referir tempranamente a la unidad de rehabilitación</p>	<p>Reconocer las molestias iniciales que suelen ser dolor e inflamación articular y disminución de la movilidad.</p> <p>Referir oportunamente a la unidad de rehabilitación</p>	<p>Apoyar la realización de las actividades usuales de autocuidado incluye aseo, baño, cuidado personal, alimentación y el vestido.</p> <p>Efectuar ejercicios caseros que han sido orientados, de resistencia y relajación.</p> <p>Control de la fatiga y reposo.</p> <p>Reconocer los efectos de la inmovilidad y como evitarla.</p> <p>Referir oportunamente a la unidad de rehabilitación</p>
Comunidad RBC	<p><u>Utilizar el Cuaderno No. 8,</u> COMO ENTENDER LA DISCAPACIDAD Y QUE HACER PARA AYUDAR A LA PERSONA CON DIFICULTAD PARA MOVERSE. Esta información ayudará a comprender la discapacidad de una persona con dificultad para moverse. También explica qué se puede hacer para ayudar a la persona con discapacidad.</p>		<p><u>Utilizar el Cuaderno No. 9,</u> CÓMO PREVENIR LAS DEFORMACIONES DE BRAZOS Y PIERNAS. Estas instrucciones ayudarán a enseñarle a la personas afectada a cambiar sus miembros de posición y a prevenir la rigidez de las articulaciones de sus brazos y piernas para prevenir deformaciones.</p> <p><u>Utilizar el Cuaderno No. 10,</u> CÓMO PREVENIR ÚLCERAS PROVOCADAS POR LA PRESIÓN SOBRE LA PIEL. Las instrucciones ayudará a capacitar a una persona con dificultad para moverse y que no tiene sensaciones, para prevenir ulceraciones o llagas causadas por la presión de la piel.</p> <p><u>Utilizar el Cuaderno No. 11,</u></p>

Nivel de Atención	Niñez	Adolescencia	Adulto
			<p>CÓMO CAPACITAR A LA PERSONA PARA DARSE VUELTA Y PARA SENTARSE, Las instrucciones de este cuaderno, ayudara a la persona que estás capacitando podrá darse vuelta y sentarse estando acostada sin ayuda.</p> <p><u>Utilizar el Cuaderno No. 14,</u> CÓMO CAPACITAR A LA PERSONA PARA CUIDAR DE SÍ MISMA, Estas instrucciones capacitarán a una persona con dificultad para moverse, para cuidar de sí misma.</p> <p>La persona podrá hacer mejor muchas actividades como, por ejemplo, comer, mantenerse limpia y vestirse sin ayuda.</p> <p><u>Utilizar el Cuaderno No. 15,</u> CÓMO CAPACITAR A LA PERSONA CON DOLORES EN LA ESPALDA O EN LAS ARTICULACIONES PARA HACER LAS TAREAS DIARIAS. Las instrucciones contenidas en este cuaderno capacitarán a la persona que capacitas hacer sus actividades diarias con menos dolores.</p>

Nivel de Atención	Niñez	Adolescencia	Adulto
<p>I Nivel</p> <p>Centro de Salud Familiar y Comunitario</p>	<p>Educación a los padres o tutores acerca de los cuidados básicos y orientaciones preventivas, explicar que es la enfermedad y que puede ocurrir.</p> <p>Asegurar la provisión de su esquema de inmunización completo, nutrición y vigilar su crecimiento y desarrollo.</p> <p>Cuando proceda, aplicar calor superficial</p> <p>Ejercicios activos - asistidos</p> <p>Actividad física y recreación.</p>	<p>Aplicar cuando proceda, calor superficial y profundo</p> <p>Masaje superficial</p> <p>Ejercicios en carga (caminar, danza...) y en descarga (natación, bicicleta...)</p>	<p>Aplicar calor superficial y profundo, frío y estimulación eléctrica transcutánea.</p> <p>Ejercicios pasivos</p> <p>Ejercicios activos</p> <p>Ejercicios isométricos.</p> <p>Ejercicios isotónicos</p> <p>Ejercicios de resistencia.</p> <p>Escalera digital, rueda de hombro sin resistencia progresar con resistencia</p>
<p>II Nivel</p> <p>Hospital Departamental / Regional</p>	<p>Brindar información a la familia de niño/niña afectado sobre la enfermedad y su pronóstico, así como la discusión de las posibles complicaciones tanto de la enfermedad como del tratamiento indicado.</p> <p>Promover que los padres participen del tratamiento prescrito al niño/niña, porque si no se cuenta con su colaboración y confianza puede que los niños/niñas no lleguen a recibirlos o, si lo hacen, sea sólo de forma parcial y</p>	<p>Programa de ejercicios con períodos de calentamiento, ejercicio aeróbico y enfriamiento que incluyen planes individualizados y terapéuticos para mejorar o mantener:</p> <p>La flexibilidad, fuerza muscular, resistencia y salud cardiovascular.</p>	<p>Brindar una correcta información para aumentar el conocimiento de la enfermedad, facilitar el cumplimiento del tratamiento y conseguir que la persona afectada asuma una participación más activa en su autocuidado.</p> <p>Lograr que la persona afectada conozca el cuidado de sus articulaciones.</p> <p>Evaluar el compromiso funcional y psicosocial.</p> <p>Prevenir, mantener y mejorar los arcos de movilidad y la fuerza</p> <p>Conservar patrones</p>

Nivel de Atención	Niñez	Adolescencia	Adulto
	<p>por tanto ineficaz.</p> <p>Lograr que padres o tutores presten atención al desarrollo físico y psicológico del niño/niña, así como al impacto de la enfermedad en la familia.</p>		<p>funcionales, pinzas y agarres.</p> <p>A FORTALECER</p> <p>Manguito rotadores Tríceps, bíceps Deltoides Extensores de dedos y de muñeca Cuádriceps Tibial posterior Intrínsecos del pie</p> <p>MÚSCULOS A ELONGAR</p> <p>Intrínsecos de la mano Flexores de cadera Gemelos, soleo Banda iliotibial Extensores del pie, peroneos</p> <p>Prescribir dispositivos para la movilidad personal (férulas, Muletas, bastones, andariveles, ortesis, sillas de rueda)</p>
<p>III Nivel</p> <p>Hospital de Referencia Nacional</p>	<p>Potenciar a la familia con información a través de la educación y el apoyo.</p> <p>Asegurar apoyo psicológico al niño/niña y familia.</p> <p>Manejar las condiciones atípicas que se remitan a este nivel.</p>	<p>Programa de ejercicio aeróbico recreacional de la misma intensidad y duración que se recomienda para mejorar el grado de forma física en la población general</p>	<p>Atender a las personas que fueron referidas con las condiciones atípicas del Hospital general/regional.</p> <p>Evaluación del equilibrio y la coordinación.</p> <p>Análisis de Marcha.</p> <p>Evaluación de las funciones sensoriales y la comunicación.</p>

Nivel de Atención	Niñez	Adolescencia	Adulto
			<p>Terapia ocupacional</p> <p>Ayudar a las personas afectadas a realizar las tareas cotidianas como vestirse, cocinar y limpiar con menos dolor, o proporcionar asistencia sobre cómo utilizar las férulas y los dispositivos de ayuda.</p> <p>Fortalecimiento con bicicleta a resistencia ligera, subir y bajar escalera, banco de cuádriceps.</p> <p>Prescribir y diseñar dispositivos para la movilidad personal (férulas, Muletas, bastones, andariveles, ortesis, sillas de rueda.</p> <p>Ultrasonido analgésico, se indica continuo, porque proporciona flexibilidad al tejido.</p>

BIBLIOGRAFÍA

1. Manual de Vigilancia de la Salud de Nicaragua 2013.
2. Guía de Preparación y respuesta ante la eventual introducción del Virus Chikungunya en las Américas. OPS-CDC 2011.
3. Multidisciplinary Prospective Study of Mother to Child Chikungunya Virus Infection on the Island La Reunion.
4. Presentaciones Profesor Fabrice SIMON, Dr. Emilie JAVELLE. Servicio de Enfermedades Infecciosas y Tropicales. Hospital Militar Docente Laveran Marsella - Francia simon-f@wanadoo.fr; fabrice2.simon@sante.defense.gouv.fr www.hia-laveran.fr

ANEXOS

ANEXO 1: MANEJO CLINICO

Manejo Farmacológico:

Las dosis de **Acetaminofén** se calcularán:

- En pacientes pediátricos hasta los 10 Años de 10 a 15 mg por Kg de Peso cada 6 horas
- En Adultos 1 tableta de 500 mg cada 6 horas

Las dosis de **Ibuprofeno** se calcularán:

- En pacientes pediátricos hasta los 10 Años de 10 mg por Kg/dosis cada 6 horas
- En Adultos 1 tableta de 400 mg cada 6 horas, excepto embarazadas.

Mantenimiento de la Hidratación:

1. Sales de Rehidratación Oral:

Pacientes	Peso en Kg.	Volumen ml/kg
Adultos	1,800 a 2,000 cc por mt ² /día	
Pediátricos (Holliday Seagar)	< 10	100 ml/kg
	11 a 20 Kg	50 ml/kg
	Mayor de 20 Kg	20ml/kg
<p>Aplique en pacientes menores de 50Kg</p> <p>FORMULA</p> <p>Los primeros 10kg se calculan a 100 cc\ kg de peso día. Por arriba de los primeros 10kg, a razón de 50 cc \kg día. Después de 20kg, a razón de 20cc\kg día.</p> <p>EJEMPLO</p> <p>Paciente con peso de 28 Kg.</p> <p>10x100 = 1000</p> <p>10x50 = 500</p> <p>8x20 = 160</p> <hr style="width: 20%; margin-left: 0;"/> <p>Total 1660</p>		

2. Administración de Líquidos Intravenosos si el paciente no tolere la Vía Oral

Líquidos IV de Mantenimiento
En pacientes pediátricos usar solución 77 según la fórmula Holliday Seagar, distribuidos en tres periodos de 8 horas cada una, agregado Cloruro de Potasio a 3 Meq por cada 100 cc de solución.
En Pacientes Adultos usar solución Salina Normal de 1,800 a 2,000 cc por mt^2 en tres periodos de 8 horas, agregado Cloruro de Potasio a 3 Meq por cada 100 cc de solución.

Líquidos IV en Choque
Manejo de Choque en niños/niñas y adultos: SSN a 20cc/Kg en 15 minutos Evaluar Condición Clínica y repetir según necesidad Decidir según evaluación Hemodinámica

ANEXO 2: ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

En La Comunidad

- En El Domicilio
- En Las Casas Bases

En El Domicilio:

Los miembros de los Gabinetes de la Familia, la Comunidad y la Vida con el acompañamiento de los Equipos de Salud Familiar y Comunitario visitaran a los enfermos en sus domicilios para el seguimiento, continuar la vigilancia e hidratación y control del dolor. El control debe continuar hasta asegurarse la ausencia de datos clínicos de cronicidad, en cuyo caso deberá ser manejado según la fase crónica con Rehabilitación Basada en la Comunidad.

En Las Casas Bases:

Deberán contar con áreas de Rehidratación oral para la administración inicial de líquidos orales, tener afiches de la guía de manejo y definido su centro de atención para referencia.

Puestos de Salud Familiar y Comunitario.

Los Puestos de Salud atenderán pacientes en fase aguda en base a guía de manejo. Se tiene que educar a pacientes y familiares acerca del cuadro clínico y la evolución del paciente. Los ESAFC con los miembros del GFCV deberán visitar diariamente a los pacientes reconocidos con afectación y posible evolución a la cronicidad de la patología. Deben referir a los pacientes que presenten cuadro atípicos, mayores de 70 años, embarazadas cercanas a su fecha probable de parto, pacientes con comorbilidad.

Centros de Salud Familiar

En estos establecimientos se atenderán a los pacientes con fiebre del Chikungunya que puedan ser manejados en forma ambulatoria.

A los pacientes en fase aguda se garantizara el tratamiento establecido y se les vigilara la aparición de otras formas atípicas de la enfermedad.

Deberán contar con personal previamente capacitados, garantizar los insumos de atención, definir un área de Triage en caso de atención masiva, área de hidratación oral e IV, área de ingreso para tratamiento y estabilización.

Deberá organizarse con la red comunitaria y los GFCV para el seguimiento de los pacientes con Chikungunya.

- **Hospitales Primarios y Departamentales.**

En estos establecimientos se atenderán pacientes con presentación atípica. Deberán garantizar los insumos de atención, definir una área de Triage en caso de atención masiva (ver documento de organización de las Emergencias), área de ingreso para tratamiento y estabilización, área de cuidados críticos. Ingresar a los pacientes en una misma área y contar con personal previamente capacitado.

- **Hospitales Regionales y de Referencia Nacional.**

Deberán contar con personal previamente capacitados, garantizar los insumos de atención definir una área de Triage en caso de atención masiva, área de cuidados intensivos en casos atípicos, concentrar al personal de más experiencia en el manejo.



FAMILIA Y
COMUNIDAD
EN
VICTORIAS !