



Protocolo de Rehabilitación Física y Manejo de Secuelas por Chikungunya

1. Introducción y Justificación Clínica

El virus Chikungunya (CHIKV) es un arbovirus del género *Alphavirus* cuya etimología proviene del dialecto Makonde y significa "aquel que se encorva". Esta denominación describe con precisión el "fenómeno de encorvamiento", una postura antálgica forzada por el severo compromiso de los miembros inferiores y la espalda. Como especialistas en medicina física y rehabilitación, nuestra intervención es crítica dado que, si bien la mortalidad es baja, la morbilidad es extremadamente alta. La poliartritis prolongada y la tenosinovitis asociada generan una discapacidad funcional significativa, provocando un impacto socioeconómico profundo por la pérdida de productividad laboral y la carga asistencial a largo plazo.

Los objetivos de este protocolo son:

- Mitigar el compromiso articular y muscular mediante estrategias de intervención temprana.
- Prevenir contracturas, deformidades y el desarrollo de artritis crónica.
- Manejar las secuelas neurológicas y el dolor neuropático persistente.
- Optimizar la funcionalidad para la reintegración laboral y social del paciente.

2. Clasificación de la Enfermedad y Fases de Intervención

La progresión del CHIKV se divide en marcos temporales estrictos que dictan la estrategia de rehabilitación. La tríada clásica de presentación incluye fiebre súbita ($>39^{\circ}\text{C}$), artralgia severa e incapacitante (frecuentemente migratoria y simétrica) y exantema.

Fase	Duración	Características Clínicas Principales
Aguda	0 a 14 días	Fiebre alta, poliartralgia distal simétrica, cefalea, mialgias y exantema maculopapular. Leucopenia ($<5,000/\text{mm}^3$) es el hallazgo típico.
Post-aguda	Semana 3 al Mes 3	Persistencia de síntomas reumáticos, tenosinovitis hipertrófica y astenia intensa.
Crónica	Más de 3 meses	Entre el 30% y 60% de los casos presentan artritis persistente, entesopatías y rigidez articular que puede durar años.



3. Manejo del Dolor e Inflamación: Crioterapia vs. Calor

El manejo físico debe ser cauteloso durante la fase de inflamación activa para evitar daños tisulares.

- Crioterapia (Frío): Se recomienda el uso de compresas frías para reducir el edema articular y mitigar el dolor inicial. Es la modalidad de elección en la fase aguda.
- Termoterapia (Calor): Debe evitarse el calor directo sobre las articulaciones inflamadas. Se sugiere un ambiente cálido y seco para el reposo, pero el calor local puede exacerbar el dolor y la inflamación.

ADVERTENCIA CLÍNICA: Está estrictamente contraindicado el uso de AINEs (Ibuprofeno, Diclofenaco) y Aspirina en la fase aguda hasta que se descarte fehacientemente el Dengue. La administración de AINEs solo debe considerarse tras confirmar que el recuento de plaquetas es superior a 50,000/mm³. El Paracetamol (hasta 4g/día) constituye la primera línea farmacológica.

4. Protocolo de Rehabilitación por Fases

4.1 Intervención en Fase Aguda (Hasta 14 días)

El objetivo es la protección articular y la prevención de complicaciones por inmovilidad.

- Ambiente de reposo: Mantener al paciente en un entorno cálido pero evitar la humedad.
- Postura antálgica y contracturas: Mantener posturas neutras. Se deben evitar posturas viciosas que favorezcan el acortamiento tendinoso.
- Movilidad activa asistida: Incentivar movimientos suaves de las manos (escribir, comer) y deambulación mínima en terrenos planos si el dolor lo permite.

4.2 Rehabilitación en Fase Post-aguda (Semana 3 al Mes 3)

- Transición al movimiento: Evitar el reposo absoluto. Se inician ejercicios isotónicos suaves.
- Actividad de bajo impacto: Caminatas controladas y ejercicios de movilidad articular sin resistencia.

4.3 Rehabilitación en Fase Crónica (Más de 3 meses)

- Ejercicios sin carga: Realizar movimientos en descarga (hidrocinesiterapia o ejercicios en camilla) para proteger las superficies articulares con cambios erosivos o pérdida de cartílago.



- Movilidad de cintura escapular: Ejercicio específico de tocar lentamente el occipucio (parte posterior de la cabeza) con la palma de la mano para recuperar el arco de movimiento del hombro.
- Mecanoterapia: Uso de poleas asistidas para estiramiento capsular.
- Terapias complementarias: Formas suaves de yoga y estiramientos progresivos. En casos de contracturas graves e irreversibles, se evaluará la liberación quirúrgica.

5. Abordaje Multidisciplinar y Psicosocial

- Salud Mental: Los problemas neuropsiquiátricos o emocionales ocurren en hasta el 15% de los casos; se requiere apoyo psicosocial y tranquilidad por parte del equipo de rehabilitación.
- Terapia Ocupacional: Evaluación detallada de la discapacidad para asistencia en el retorno a la vida laboral.
- Manejo del Dolor Neuropático: Si el paciente presenta ardor o parestesias, derivar para tratamiento médico con fármacos antineurálgicos (Pregabalina, Gabapentina o Amitriptilina).

6. Alertas y Criterios de Derivación Médica

El personal de rehabilitación debe estar alerta a los siguientes "Red Flags":

- Persistencia extrema: Todo paciente con dolor o inflamación articular que dure más de 3 meses debe ser derivado a Reumatología.
- Comorbilidades: Tener precaución especial con adultos mayores (>65 años) por el riesgo de descompensación de enfermedades preexistentes.
- Diagnóstico Diferencial: Si hay empeoramiento súbito o signos hemorrágicos, considerar que puede haber una co-infección con Dengue y derivar a urgencias

6. Evaluación de la Discapacidad y Manejo de Complicaciones

Es imperativo el uso de escalas estandarizadas de artritis para monitorear la evolución funcional. Además, el rehabilitador debe vigilar los signos de Deshidratación Severa, los cuales obligan a suspender la terapia y referir a urgencias:

1. Alteración del sensorio (letargia o sensorio anormal).
2. Signo del pliegue cutáneo muy lento (>2 segundos en retornar).
3. Incapacidad de ingerir líquidos.
4. Para el manejo dermatológico de la hiperpigmentación fotosensible (presente en el 20% de los casos), se recomienda el uso de óxido de zinc o loción de calamina, lo cual favorece la comodidad del paciente durante sus actividades al aire libre.



8. Referencias Bibliográficas

- Organización Mundial de la Salud (OMS). Regional Office for South-East Asia. (2008). *Guidelines on Clinical Management of Chikungunya Fever*.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS/PAHO). (2022). *Directrices para el diagnóstico clínico y tratamiento del dengue, el chikungunya y el zika*.
- European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). (2025). *Public health guidance for assessing and mitigating the risk of locally-acquired Aedes-borne viral diseases in the EU/EEA*.
- Kennedy AC, Fleming J, Solomon L. (1980). *Chikungunya viral arthropathy: a clinical description*. Journal of Rheumatology.
- Estudios retrospectivos de brotes en India (2006) y el Océano Índico.