Artículo original

Neonatos con chikungunya en un servicio de Neonatología de La Habana

Neonates with Chikungunya in a Neonatology Service in Havana

Bárbara Ofilia Acosta Batista[1*] https://orcid.org/0000-0002-0155-6751
Odalis Céspedes Barrientos[1] https://orcid.org/0009-0001-3238-9351
José Ramón Acosta Torres[2] https://orcid.org/0000-0003-4300-1487
Manuel F. Díaz Álvarez[3] https://orcid.org/0000-0002-1189-4658
Tania Roig Álvarez[3] https://orcid.org/0000-0002-1698-6252

[1]Hospital Pediátrico Docente Juan Manuel Márquez. La Habana, Cuba.
[2]Hospital Pediátrico Docente del Cerro. La Habana, Cuba.
[3]Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Facultad de Medicina Victoria de Girón. La Habana, Cuba.

[*]Autor para la correspondencia: bacostab@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: La infección por chikungunya representa una amenaza emergente en las Américas; su transmisión vertical perinatal puede causar formas graves en el recién nacido, con elevada morbilidad y letalidad.

Objetivo: Caracterizar clínica y epidemiológicamente a los recién nacidos con chikungunya atendidos en un servicio de neonatología de La Habana.

Métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal en 28 recién nacidos con diagnóstico confirmado por RT-PCR, asistidos durante el brote ocurrido desde septiembre hasta diciembre de 2025. Se analizaron variables perinatales (parto, edad gestacional, peso), clínicas (fiebre, erupción, edema, manifestaciones neurológicas, entre otras), de laboratorio (leucograma, gasometría) y la evolución.

Resultados: El 89,3 % nació por parto vaginal; todos fueron a término y con Apgar normal. La transmisión vertical ocurrió en el 32,1 %. La fiebre fue universal (100 %), seguida de erupción (89,3 %) y trastornos de perfusión (82,1 %). El leucograma y la gasometría fueron normales en la mayoría (92,9 % y 89,3 %, respectivamente). Las complicaciones graves se presentaron solo en el grupo vertical (55,6 %); la encefalitis fue la más frecuente (60 %) y la miocarditis con sepsis causó todas las muertes (letalidad global: 7,1 %).

Esta obra está bajo una licencia: https://creativecomons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES

Conclusiones: La infección vertical neonatal conlleva un alto riesgo de complicaciones neurológicas y sistémicas. Dado que los análisis iniciales suelen ser normales, el diagnóstico debe sustentarse en la sospecha clínica y confirmarse por virología. Se recomienda fortalecer la vigilancia epidemiológica, la pesquisa de gestantes febriles y la actualización de los protocolos perinatales.
Palabras clave: chikungunya; recién nacido; transmisión vertical; encefalitis; neonatología.

ABSTRACT

Introduction: Chikungunya infection represents an emerging threat in the Americas; its perinatal vertical transmission can cause severe forms in the newborn, with high morbidity and mortality.
Objective: To characterize clinically and epidemiologically newborns with Chikungunya treated in a neonatology service in Havana.
Methods: An observational, descriptive, cross-sectional study was conducted in 28 newborns with diagnosis confirmed by RT-PCR, assisted during the outbreak that occurred from September to December 2025. Perinatal variables (delivery, gestational age, weight), clinical variables (fever, rash, edema, neurological manifestations, among others), laboratory variables (leukogram, blood gas analysis), and clinical course were analyzed.
Results: 89.3% were born by vaginal delivery; all were full-term and had normal Apgar. Vertical transmission occurred in 32.1%. Fever was universal (100%), followed by rash (89.3%) and perfusion disorders (82.1%). Leukogram and blood gas analysis were normal in most (92.9% and 89.3%, respectively). Severe complications occurred only in the vertical transmission group (55.6%); encephalitis was the most frequent (60%), and myocarditis with sepsis caused all deaths (overall case fatality: 7.1%).
Conclusions: Neonatal vertical infection carries a high risk of neurological and systemic complications. Since initial tests are often normal, diagnosis should be based on clinical suspicion and confirmed by virology. Strengthening epidemiological surveillance, screening of febrile pregnant women, and updating perinatal protocols are recommended.
Keywords: Chikungunya; newborn; vertical transmission; encephalitis; neonatology.

Recibido: 02/09/2026
Aceptado: 21/11/2026

Esta obra está bajo una licencia: https://creativecomons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES

Introducción

El virus chikungunya (CHIKV) es un arbovirus artritogénico reemergente, de genoma ARN monocatenario, perteneciente a la familia *Togaviridae*, género *Alphavirus*. Fue aislado por primera vez en 1952 durante un brote en la región de Makonde, en la frontera entre Tanzania y Mozambique. El término *chikungunya* proviene del suajili y describe la postura encorvada que adoptan los pacientes por la intensa poliartralgia debilitante que caracteriza a la enfermedad.[1] Existen cuatro linajes principales: África Occidental (WA), Asiático, África Este Sur Central (ECSA) y Océano Índico (IOL); los genotipos Asiático y ECSA son los principales responsables de las epidemias recientes en las Américas.[2]

La transmisión más frecuente ocurre por picadura de mosquitos hembra del género *Aedes* –principalmente *A. aegypti* y *A. albopictus*–, vectores también de dengue, zika y fiebre amarilla.[3] No obstante, en el período neonatal, la transmisión vertical constituye una vía crítica, puesto que el virus atraviesa la barrera placentaria desde la madre infectada al feto, en especial durante el periparto. Esta fue documentada por primera vez en el gran brote de la isla Reunión en 2005.[4] Revisiones recientes han actualizado el conocimiento sobre los mecanismos fisiopatológicos y el impacto clínico de esta ruta de infección.[5]

En las Américas, el CHIKV alcanzó una de sus mayores incidencias en el Caribe en 2014, y desde entonces se ha diseminado por Centro y Suramérica.[6,7] La carga epidemiológica y económica de esta enfermedad ha motivado una preocupación creciente en la última década.[6] En 2024 la región notificó más de un millón de casos, con cifras significativas en Estados Unidos, Brasil y varios países del Caribe y Latinoamérica, incluida Cuba.

En 2025, tras una década sin transmisión autóctona, Cuba enfrentó un brote de chikungunya que se extendió por varias provincias.[7] En este contexto, la infección por CHIKV en el recién nacido (RN) representa un desafío para los servicios de salud: si bien en adultos suele ser autolimitada, en los neonatos infectados por vía vertical el riesgo de formas severas es elevado.[8,9] Estas incluyen encefalitis, miocarditis, dermatitis ampollosa, coagulopatía y fallo multiorgánico, con una mortalidad que puede superar el 50 % en algunas series.[8]

En Cuba la vigilancia de las arbovirosis es prioritaria y se han implementado estrategias de control vectorial y diagnóstico precoz. Sin embargo, la presentación clínica en neonatos puede ser inespecífica, lo que dificulta el diagnóstico temprano y el manejo oportuno. Existen pocos estudios que aborden específicamente el comportamiento de la infección por CHIKV en el neonato en el contexto cubano, por lo que resulta necesario caracterizar la casuística local para optimizar los protocolos asistenciales y fortalecer las estrategias de salud pública.

Esta obra está bajo una licencia: https://creativecomons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES

Los servicios de Neonatología, al recibir pacientes con diversos perfiles de riesgo, constituyen centros clave para la detección y seguimiento de estos casos.
El objetivo de este estudio fue caracterizar clínica y epidemiológicamente a los recién nacidos con diagnóstico de CHIKV atendidos en un servicio de Neonatología de La Habana durante el brote de 2025.

Métodos

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal, en la unidad de recién nacidos del Hospital Pediátrico Docente Juan Manuel Márquez de La Habana, Cuba, durante el brote epidémico ocurrido entre septiembre y diciembre de 2025.
El universo de estudio estuvo constituido por la totalidad de los recién nacidos (n = 37) ingresados en el Servicio de Neonatología durante el período de estudio, con sospecha clínica o epidemiológica de arbovirosis. La muestra quedó integrada por 28 neonatos, seleccionados mediante muestreo no probabilístico por conveniencia.
Se siguieron de forma estricta los siguientes criterios de inclusión: recién nacidos atendidos en el Servicio de Neonatología en el período comprendido entre septiembre y diciembre de 2025; diagnóstico confirmado de infección por virus CHIKV mediante detección de ARN viral por RT-PCR (proteína C reactiva en tiempo real) en muestras de suero o líquido cefalorraquídeo (LCR), según los protocolos del laboratorio de referencia nacional; e historias clínicas con datos completos.
Se excluyó a los recién nacidos sin confirmación de CHIKV por RT-PCR, o con diagnóstico alternativo que explicara el cuadro clínico, y a aquellos cuyas historias clínicas tuvieran datos incompletos en las variables principales del estudio.
Se analizaron las siguientes variables:

- Epidemiológicas: tipo de transmisión (vertical: confirmada por PCR positiva en el recién nacido y antecedente de infección materna en el periparto, entre cuatro días antes y dos días después del parto; comunitaria: sin antecedente de infección materna y adquisición posnatal).
- Perinatales: tipo de parto, edad gestacional, peso al nacer, puntaje de Apgar.
- Clínicas: manifestaciones clínicas presentes (fiebre, erupción, edema, síntomas neurológicos, entre otras. En los casos con síntomas neurológicos se realizó punción lumbar; el LCR se consideró normal según los criterios del protocolo del Servicio, basado en los valores de referencia para la edad neonatal).
- Complementarios: a todos los neonatos se les realizó hemograma completo con recuento leucocitario y gasometría capilar al ingreso. El leucograma se

Esta obra está bajo una licencia: https://creativecomons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES

clasificó según los valores de referencia del Servicio: normal entre 5000 y 20 000 células/μL (5,0-20,0 x 10^9/L); leucocitosis > 20 000 células/μL, y leucopenia < 5000 células/μL. En cuanto al equilibrio ácido-base, la gasometría se interpretó como normal o patológica (acidosis metabólica o mixta) según los estándares del laboratorio clínico institucional.

- Evolución: desarrollo de complicaciones (encefalitis, miocarditis, sepsis, etc.) y estado al alta (vivo/fallecido).

Los datos se obtuvieron de las historias clínicas; para la consolidación y el procesamiento estadístico de los datos se empleó el programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS, por sus siglas en inglés), versión 26.0 para Windows (IBM Corp., Armonk, Nueva York, Estados Unidos). Se aplicaron medidas descriptivas de resumen para variables cualitativas mediante frecuencias absolutas (n) y relativas (porcentajes, %).

El estudio se realizó de conformidad con los principios establecidos en la Declaración de Helsinki[10] y las normativas éticas institucionales. Se solicitó la aprobación del Consejo Científico y del Comité de Ética de la Investigación del hospital para la revisión de las historias clínicas. Se garantizó la confidencialidad de la información y el anonimato de los pacientes en todo momento. Se solicitó el consentimiento informado por escrito de los padres o tutores legales de los recién nacidos para su inclusión en la investigación y para la publicación de imágenes clínicas, asegurando la protección de la identidad de los pacientes mediante el enmascaramiento de rostros y rasgos identificables en las fotografías.

Resultados

La serie estuvo compuesta por 28 recién nacidos con infección por CHIKV. El parto vaginal fue el más frecuente (89,3 %, n = 25) y todos los recién nacidos presentaron puntajes de Apgar normales al minuto y a los cinco minutos. Todos los recién nacidos (100 %) nacieron a término (≥ 37 semanas). En cuanto al peso, el 89,3 % (n = 25) fue normopeso y el 10,7 % (n = 3), macrosómico (tabla 1).

Esta obra está bajo una licencia: https://creativecomons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES

Tabla 1 - Características perinatales de los recién nacidos con infección por CHIKV (n = 28)

Variable		n	%
Modo de parto	Vaginal	25	89
	Cesárea	3	10,7
Edad gestacional	A término (≥ 37 semanas)	28	100
	Pretérmino (< 37 semanas)	0	0
Peso al nacer	Normopeso (2500-3999 g)	25	89,3
	Macrosómico (4000 g y más)	3	10,7
Puntuación de Apgar	Al minuto ≥ 7	28	100
	A los cinco minutos ≥ 7	28	100

Fuente: Historias clínicas.

El tipo de transmisión fue vertical en el 32,1 % (n = 9) de los casos y comunitaria en el 67,9 % (n = 19).

Con relación a las manifestaciones clínicas, la fiebre fue universal en ambos grupos (100 %). La erupción maculopapular y los trastornos de perfusión superaron el 80 % en el total, aunque fueron ligeramente más frecuentes en el grupo vertical.

Las manifestaciones de mayor entidad –convulsiones (10,7 %) y distrés respiratorio con taquicardia (7,1 %)– se concentraron exclusivamente en el grupo vertical (33,3 % y 22,2 % de este subgrupo, respectivamente). A los tres neonatos con convulsiones se les realizó punción lumbar, y la RT-PCR en líquido cefalorraquídeo confirmó la presencia de CHIKV en todos ellos (tabla 2).

Tabla 2 - Manifestaciones clínicas en recién nacidos con infección por CHIKV según el tipo de transmisión (n = 28)

Manifestaciones clínicas	Vertical (n = 9) n (%)	Comunitaria (n = 19) n (%)	Total (n = 28) n (%)
Fiebre	9 (100)	19 (100)	28 (100)
Erupción maculopapular	9 (100)	16 (84,2)	25 (89,3)
Trastornos de la perfusión	9 (100)	14 (73,7)	23 (82,1)
Edema en extremidades	8 (13)	13 (68,4)	21 (75,0)
Hiperalgia y cianosis distal	7 (77,8)	13 (68,4)	20 (71,4)
Deshidratación	6 (66,7)	11 (57,9)	17 (60,7)
Irritabilidad	5 (55,6)	9 (47,4)	14 (50,0)
Rechazo al pecho	4 (44,4)	8 (42,1)	12 (42,9)
Hiper-hipopigmentación de la piel	5 (55,6)	5 (26,3)	10 (35,7)
Dermatitis bulosa, letargo, quejido	4 (44,4)	2 (10,5)	6 (21,4)
Convulsiones	3 (33,3)	0 (0)	3 (10,7)

Esta obra está bajo una licencia: https://creativecomons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES

Distrés respiratorio, taquicardia, disfunción miocárdica	2 (22,2)	0 (0)	2 (7,1)

Fuente: Historias clínicas.

Las alteraciones cutáneas mostraron una prevalencia general del 89,3 % para la erupción, de 35,7 % para las discromías y de 21,4 % para la dermatitis bulosa, con mayor representación en el grupo vertical (figs. 1 y 2).



Fig.1 - Erupción maculopapular generalizada y edema en extremidades en neonato con infección por CHIKV.



Fig. 2 - Discromía mixta posinflamatoria en neonato por infección por CHIK.

Esta obra está bajo una licencia: https://creativecomons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES

En los exámenes de laboratorio, el leucograma y la gasometría se mantuvieron dentro de los parámetros normales (92,9 %, n = 26), con una gasometría normal (89,3 %, n = 25). Las alteraciones fueron infrecuentes; se registró un caso de leucocitosis y uno de leucopenia (3,6 % cada uno), así como un caso de acidosis metabólica (3,6 %) y dos de acidosis mixta (7,1 %).

Las complicaciones ocurrieron en el 17,9 % (n = 5) de los recién nacidos. Todas ellas se presentaron en el grupo de transmisión vertical (cinco de nueve recién nacidos verticales, 55,6 %), mientras que ningún recién nacido comunitario presentó complicaciones. Dos de los cinco pacientes con complicaciones fallecieron; en ambos casos la evolución fue tórpida, con disfunción miocárdica (tabla 3).

Tabla 3 - Complicaciones y evolución en pacientes con infección por CHIKV según el tipo de transmisión (n = 28)

Variable		Vertical (n = 9)	Comunitaria (n = 19)	Total (n = 28)
Con complicaciones		5 (55,6 %)	0 (0,00 %)	5 (17,9 %)
Sin complicaciones		4 (44,4 %)	19 (100 %)	23 (82,1 %)
Tipo de complicación (n = 5)	Encefalitis	3 (60%9	-	3 (60 %)
	Miocarditis + sepsis	2 (40%)	-	2 (40 %)
Evolución (n = 5)	Vivos	3 (60 %)	-	3 (60 %)
	Fallecidos	2 (40 %)	-	2 (40 %)

Fuente: Historias clínicas.

Discusión

La transmisión vertical es el principal condicionante de gravedad en la infección neonatal por CHIKV. La literatura reporta frecuencias variables de transmisión materna. *Gérardin* y otros[4] señalaron un 48,7 %; *Scomparim* y otros,[5] de 15,5 % a 50 %; *Torres* y otros,[8] entre 27,7 % y 48,29 %; y *Ferreira* y otros,[9] una estimación agrupada del 18,1 %.

Como apuntaron *Di Maio Ferreira* y otros,[11] y *van Enter* y otros,[12] esta variabilidad responde a la carga viral perinatal y a la capacidad de detección de cada sistema sanitario. Los hallazgos de este estudio se ajustan a ese espectro.

El neurotropismo y viscerotropismo del virus en el recién nacido se evidencian de forma consistente. *Ferreira* y otros[9] documentaron encefalitis o encefalopatía en el 68,7 % de los neonatos infectados; *Naik* y otros[13] describieron una amplia gama de manifestaciones neurológicas; *Goyo* y otros,[14] y *Jebain*[15] y otros vincularon las lesiones dermatológicas graves con un peor pronóstico; mientras que *Huan* y

Esta obra está bajo una licencia: https://creativecomons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES

otros[16] destacaron el daño vascular multiorgánico. Estas observaciones concuerdan con la evolución tórpida de los casos graves de la serie estudiada.

En el ámbito cardiovascular y funcional, *Huan* y otros,[16] y *van Ewijk* y otros[17] detallaron la presencia de disfunción miocárdica y secuelas neurológicas. Con una letalidad global reportada entre 0,8 % y 37,5 % –y un promedio ponderado de 6,9 % según *Nyamwaya* y otros–,[18] la miocarditis con sepsis secundaria fue la causa del desenlace fatal en la cohorte estudiada, lo que exige una monitorización hemodinámica precoz.

Entre las limitaciones del estudio, se encuentran el tamaño muestral reducido, el diseño descriptivo y la falta de un seguimiento a largo plazo para evaluar posibles secuelas neurológicas o del desarrollo psicomotor en los sobrevivientes. No obstante, la investigación constituye una contribución documentada sobre el comportamiento clínico del chikungunya en la etapa neonatal en Cuba.

Desde la práctica asistencial y humana, es imprescindible recordar que la normalidad de los análisis iniciales no descarta la enfermedad. La sospecha clínica fundada en el antecedente materno y la circulación viral es clave para el abordaje oportuno. A pesar de las limitaciones del tamaño muestral y la falta de seguimiento a largo plazo,[16,17] este estudio aporta información valiosa para la conducta clínica y la vigilancia epidemiológica local. Se deben realizar investigaciones prospectivas más amplias.

Se concluye que las complicaciones graves y la mortalidad ocurrieron solo en los casos de transmisión vertical, lo que consolida a esta vía de infección como el factor determinante de mal pronóstico en el recién nacido, siendo la encefalitis y la miocarditis con sepsis sobreañadida las formas clínicas más severas. Dado que los análisis de laboratorio iniciales suelen ser normales, el diagnóstico no debe depender exclusivamente de estas pruebas, sino sustentarse en la sospecha clínica epidemiológica y en la confirmación virológica por RT-PCR.

Se recomienda fortalecer la vigilancia epidemiológica en las maternidades y los servicios de Neonatología, así como protocolizar la pesquisa activa de gestantes febriles en el periparto. Asimismo, se debe garantizar el seguimiento multidisciplinario de los recién nacidos expuestos e infectados, y diseñar futuras investigaciones prospectivas con muestra ampliada, que permitan evaluar el desarrollo neurocognitivo y las secuelas a largo plazo.

Esta obra está bajo una licencia: https://creativecomons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES

Referencias bibliográficas

1. Weaver SC, Lecuit M. Chikungunya virus and the global spread of a mosquito-borne disease. N Engl J Med. 2015;372(13):1231-39. DOI: https://doi.org/10.1056/NEJMra1406035

2. Burt FJ, Chen W, Miner JJ, Lenschow DJ, Merits A, Schnettler E, *et al*. Chikungunya virus: an update on the biology and pathogenesis of this emerging pathogen. Lancet Infect Dis. 2017;17(4):e107-e117. DOI: https://doi.org/10.1016/S1473-3099(16)30385-1

3. Higgs S, Vanlandingham D. Chikungunya virus and its mosquito vectors. Vector Borne Zoonotic Dis. 2015;15(4):231-40. DOI: https://doi.org/10.1089/vbz.2014.1745

4. Gérardin P, Barau G, Michault A, Bintner M, Cartault H, Roger R, *et al*. Multidisciplinary prospective study of mother-to-child chikungunya virus transmission on Reunion Island. PLoS Med. 2008;5(3):e60. DOI: https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0050060

5. Scomparim L, Yano Callado G, Cássia De Melo L, Macruz Rugna M, Silva Pereira S, Noguchi L, *et al*. Maternal-Fetal Implications of Chikungunya Virus Infection: An Updated Review. Diagnostics. 2025;15(22):2843. DOI: https://doi.org/10.3390/diagnostics15222843

6. Borges Costa L, Barreto F, Barberia Marcalain E, Oliveira de Andrade M, Arruda Barreto M, Gadelha Farias L, *et al*. Epidemiology and Economic Burden of Chikungunya: A Systematic Literature Review. Trop Med Infect Dis. 2023;8(6):301. DOI: https://doi.org/10.3390/tropicalmed8060301

7. Organización Panamericana de la Salud. Alerta Epidemiológica: Chikungunya y Oropouche en la Región de las Américas, 28 de agosto del 2025. Washington, D.C.: OPS; 2025 [acceso 10/03/2026]. Disponible en: https://www.paho.org/es/documentos/alerta-epidemiologica-chikungunya-oropouche-region-americas-28-agosto-2025

8. Torres JR, Falleiros-Arlant LH, Dueñas L, Pleitez-Navarrete J, Salgado DM, Brea-Del Castillo J. Congenital and perinatal complications of chikungunya fever: a Latin American experience. Int J Infect Dis. 2016;51:85-8. DOI: https://doi.org/10.1016/j.ijid.2016.09.009

9. Ferreira FCPDADM, da Silva ASV, Recht J, Guaraldo L, Moreira MEL, *et al*. Vertical transmission of chikungunya virus: A systematic review. PLOS ONE. 2021;16(4):e0249166. DOI: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0249166

10. World Medical Association. Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. JAMA. 2013;310(20):1-95. DOI: https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053

Esta obra está bajo una licencia: https://creativecomons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES

11. Di Maio Ferreira F, de Filippis A, Moreira M, de Campos S, Fuller T, Lopes F, *et al*. Perinatal and Neonatal Chikungunya Virus Transmission: A Case Series. J Pediatric Infect Dis Soc. 2024;13(11):576-84. DOI: https://doi.org/10.1093/jpids/piae102
12. van Enter BJD, Huibers MHW, van Rooij L, Steingrover R, van Hensbroek MB, Voigt RR, *et al*. Perinatal Outcomes in Vertically Infected Neonates During a Chikungunya Outbreak on the Island of Curaçao. Am J Trop Med Hyg. 2018;99(6):1415-8. DOI: https://doi.org/10.4269/ajtmh.17-0957
13. Naik K, Kumar D, Abimannane A, Dhodapkar R, Biswal N. Chikungunya infection in children: clinical profile and outcome. J Trop Pediatr. 2025;71(1). DOI: https://doi.org/10.1093/tropej/fmae057
14. Goyo J, Paez L, Morales M, Fernández R. Lesiones vesículo-ampollosas graves con máculas purpúricas asociadas con virus chikungunya. Arch Pediatr Urug. 2025;96(S1):e601. DOI: https://doi.org/10.31134/AP96.S1.2
15. Jebain J, Siller A, Lupi O, Castro Alves TB, Di Maio Ferreira F, Brasil P, *et al*. Perinatal chikungunya induced scalded skin syndrome. IDCases. 2020;22:e00969. DOI: https://doi.org/10.1016/j.idcr.2020.e00969
16. Huan X, Sheng H, Wang H, Han J, Pen J, Cai S, *et al*. Unraveling chikungunya's viral tapestry through molecular mechanisms and clinical insights. Infect Dis Immun. 2025;6(1). DOI: https://doi.org/10.1097/ID9.0000000000000186
17. van Ewijk R, Huibers MHW, Manshande ME, Ecury-Goossen GM, Duits AJ, Calis JC, *et al*. Neurologic sequelae of severe chikungunya infection in the first 6 months of life: a prospective cohort study 24-months postinfection. Pediatr Infect Dis J. 2021;40(8):733-8. DOI: https://doi.org/10.1186/s12879-021-05876-4
18. Nyamwaya K, Thumbi S, Bejon P, Warimwe P, Mokaya J. The global burden of Chikungunya fever among children: A systematic literature review and meta-analysis. PLOS Glob Public Health. 2022;2(12):e0000914. DOI: https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0000914

Contribuciones de los autores

Conceptualización: Bárbara Ofilia Acosta Batista y Tania Roig Álvarez.
Curación de datos: Bárbara Ofilia Acosta Batista y Odalis Céspedes Barrientos.
Análisis formal: Bárbara Ofilia Acosta Batista, Odalis Céspedes Barrientos y José Ramón Acosta Torres.
Metodología: Bárbara Ofilia Acosta Batista.
Supervisión: Manuel F. Díaz Álvarez.
Redacción-borrador original: Bárbara Ofilia Acosta Batista, Odalis Céspedes Barrientos

Esta obra está bajo una licencia: https://creativecomons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES

Redacción-revisión y edición: Bárbara Ofilia Acosta Batista, Odalis Céspedes Barrientos, José Ramón Acosta Torres, Manuel F. Díaz Álvarez y Tania Roig Álvarez.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

Esta obra está bajo una licencia: https://creativecomons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES