



**Organización
Panamericana
de la Salud**



**Organización
Mundial de la Salud**

Américas

CONSIDERACIONES PROVISIONALES SOBRE LA INFECCIÓN POR EL VIRUS ZIKA EN MUJERES GESTANTES

Documento destinado a profesionales de salud

24 de enero de 2016

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud
Montevideo 2016

INDICE

I INTRODUCCIÓN.....	4
II PROPOSITO / OBJETIVOS DEL DOCUMENTO.....	5
III PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN POR EL VIRUS DEL ZIKA.....	5
i. Medidas sobre el ambiente	5
ii. Medidas de protección personal.....	5
iii. Aislamiento de los pacientes.....	6
IV INFECCIÓN POR VIRUS DEL ZIKA DURANTE EL EMBARAZO.....	6
i. Clínica.....	6
ii. Diagnóstico.....	7
ii a. Diagnóstico clínico.....	7
ii b. Diagnóstico clínico diferencial.....	7
ii c. Diagnóstico de confirmación.....	7
ii c1. Diagnóstico virológico.....	7
ii c 2. Diagnóstico serológico.....	8
V CONDUCTA TERAPEUTICA EN GESTANTES CON ZIKA.....	8
i Reposo y aislamiento.....	8
ii Fiebre.....	9
iii Cefalea.....	9
iv Prurito.....	9
v Hidratación.....	10
VI REPERCUSIÓN DE LA INFECCIÓN POR ZIKA EN LA GESTACIÓN.....	10
VII SEGUIMIENTO DE LAS GESTANTES.....	11
i Para todas las gestantes.....	11
ii Para gestantes con infección por zika.....	11
ii a, medir altura uterina y volumen de líquido amniótico.....	11
ii b, evaluar vitalidad fetal.....	11
ii c, evaluación de la anatomía fetal.....	12
VIII CUANDO SOSPECHAR MICROCEFALIA POR ULTRASONOGRAFÍA.....	12
i Perímetro craneano.....	12

ii Relación perímetro craneano – longitud de fémur o relación perímetro craneano – perímetro abdominal.....	13
IX SITUACIONES ESPECIALES.....	13
i Muerte del embrión o del feto.....	13
ii Estudio del líquido amniótico por punción.....	14
iii Otras formas de transmisión madre hijo.....	14
iv Viajes a zonas con circulación de virus Zika.....	14
v ¿Posponer el embarazo?.....	14
vi ¿Interrupción del embarazo?.....	14
vii Control preconcepcional.....	15
X NOTIFICACION A LAS AUTORIDADES SANITARIAS.....	15
XI REFERENCIAS.....	16

Este documento ha sido elaborado por la OPS/OMS basado en recomendaciones de cuidado prenatal junto con la información y evidencias sobre el impacto del virus Zika en gestantes. Estas consideraciones serán revisadas y actualizadas en función de las evidencias que pudieran surgir.

Para consultas o comentarios, contactar con la Organización Panamericana de la Salud: Dr. Bremen De Mucio demuciob@paho.org (cc) Sra. Magdalena Bonasso bonassom@paho.org

I. INTRODUCCIÓN

La infección por el virus Zika, un flavivirus, es transmitida por mosquitos del género *Aedes*. Aislado por primera vez en 1947 en monos Rhesus del bosque de Zika (Uganda); la infección en humanos se demostró inicialmente por estudios serológicos en Uganda y Tanzania en 1952 y se logró aislar el virus a partir de muestras humanas en Nigeria en 1968 (1).

El primer caso autóctono en las Américas fue notificado en febrero de 2014 por el Ministerio de Salud de Chile (Isla de Pascua) (2). Pero desde febrero de 2015 se ha verificado un importante incremento de casos por el Ministerio de Salud de Brasil (3). En octubre de 2015 ese ministerio alertó sobre un incremento inusual de casos de microcefalia en el estado de Pernambuco, donde se detectaron en menos de un año 141 casos, cuando anualmente se reportaban apenas 10 casos (4). Posteriores investigaciones confirmaron la presencia del genoma de virus Zika, a través de la técnica Reacción de la cadena de polimerasa a tiempo real (RT-PCR) por su sigla en inglés, en fluido amniótico de dos embarazadas de Paraíba, cuyos fetos presentaban microcefalia de acuerdo a la ultrasonografía prenatal (5). También en Brasil, en noviembre de 2015, se verificó la presencia del genoma del virus Zika en muestras de tejidos y sangre de un recién nacido fallecido y portador de microcefalia (6), estos hallazgos se han confirmado por inmunohistoquímica por el CDC, tal como comunicó Brasil a principios de enero de 2016 (7). Un reciente estudio realizado por Fiocruz-Paraná confirmó por histoquímica la presencia del virus en placenta (8). Otros gobiernos estatales informaron que una situación similar, por esta razón el Ministerio de Salud de Brasil declaró una emergencia nacional de salud pública (9).

En base a los distintos hallazgos, desde el 7 de mayo de 2015 a la fecha, la Organización Panamericana de la Salud ha hecho públicas diferentes alertas epidemiológicas (Mayo, Noviembre y Diciembre 2015) (1, 6, 10) y dos actualizaciones epidemiológicas (Octubre 2015 y Enero 2016) (11, 12). También ha centralizado información relevante sobre el tema en un sitio Web específico sobre la temática, www.paho.org/viruszika.

Desde 2015 y hasta el 22 de enero de 2016 son 20 los países y territorios que han confirmado circulación autóctona de virus Zika en las Américas: Brasil, Barbados, Bolivia, Chile (Isla de Pascua), Colombia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guayana, Guyana Francesa, Haití, Honduras, Martinica, México,

Panamá, Paraguay, Puerto Rico, San Martín, Surinam y Venezuela (www.paho.org/viruszika).

Ante la introducción de este nuevo virus en las Américas, y su posible asociación con microcefalia y otras anomalías, se presentan estas consideraciones provisionales sobre la infección del virus Zika en mujeres gestantes.

II. PROPOSITO / OBJETIVOS DEL DOCUMENTO

El propósito de este documento es brindar a los profesionales de salud que asisten a mujeres gestantes, información actualizada en base a las mejores evidencias disponibles para prevenir la infección, diagnosticarla oportunamente, sugerir tratamiento, dar seguimiento a las embarazadas, así como notificar el caso a las autoridades sanitarias competentes.

La información que se presenta en este documento se encuentra actualizada hasta el 22 de enero de 2016 y podrá ser modificada en caso de aparecer nueva evidencia sobre los efectos / consecuencias de la infección por virus Zika en embarazadas y sus hijos. Nuevas actualizaciones podrán encontrarse periódicamente en el sitio www.paho.org/viruszika

III. PREVENCION DE LA INFECCIÓN POR EL VIRUS ZIKA

La prevención de la infección en la mujer gestante es exactamente igual que para la población general y deben enfatizarse dadas las consecuencias de esta infección para las gestantes. Los profesionales de salud deben promover las siguientes medidas tanto en la comunidad como con las gestantes y sus familias.

i. **Medidas sobre el ambiente**, son de carácter colectivo y se encuentran destinadas a la reducción de la densidad del vector. El control del mosquito es la única medida que puede lograr la interrupción de la transmisión de los virus, tales como dengue, Zika y chikungunya. Esta información se encuentra desarrollada en la Alerta Epidemiológica de la OPS del 7 de mayo de 2015 denominada Infección por virus Zika (6).

ii. **Medidas de protección personal**, los profesionales de salud deberán insistir en medidas que reduzcan al mínimo el contacto del vector con los pacientes

infectados con dengue, chikungunya o virus Zika para evitar la diseminación de la infección. Y así mismo recomendar a toda la población, pero en particular a las gestantes el uso de las siguientes medidas (6):

- Cubrir la piel con camisas de manga larga, pantalones y calcetines.
- Usar mosquiteros en las camas ya sea impregnados con insecticida o no.
- Utilizar mallas/mosquiteros en ventanas y puertas.
- Usar repelentes recomendados por las autoridades de salud (DEET o Picaridina o Icaridina). Estos repelentes al momento son los que cuentan con los mayores niveles de seguridad para su uso durante el embarazo y lactancia. Aplicarlo en áreas expuestas del cuerpo, y por encima de la ropa cuando esté indicado. Reaplicarlo de acuerdo a lo sugerido por el fabricante en la etiqueta del repelente. Si el repelente no es usado como recomienda el fabricante, pierde su efecto protector.
- Buscar y destruir posibles focos de criaderos de mosquitos y eliminarlos en el domicilio.

iii. Aislamiento de los pacientes, en caso de personas infectadas y para evitar la transmisión a otras personas (incluidas las mujeres gestantes) debe evitarse el contacto del paciente infectado por el virus Zika con mosquitos, al menos durante la primera semana de la enfermedad (fase virémica), para lo cual aplican las medidas de protección personal descritas previamente (6).

IV. INFECCIÓN POR VIRUS ZIKA DURANTE EL EMBARAZO

i. Clínica, no se han descrito diferencias clínicas entre una mujer gestante y otra que no lo está. Tras la picadura del mosquito infectado, los síntomas de enfermedad aparecen generalmente después de un periodo de incubación de tres a doce días. En términos generales no suelen producirse casos mortales. La infección puede cursar en forma asintomática (70-80% de los casos), o presentarse con la clínica que se indica a continuación (6):

Tabla 1. Sintomatología en la infección por virus Zika

Principales síntomas de infección por virus Zika	
Fiebre entre 37,2°C y 38°C	Mialgias y/o artralgias
Exantema maculopapular pruriginoso*	Astenia

Conjuntivitis no purulenta	Edema en miembros inferiores
Cefalea	
Síntomas menos frecuentes	
Dolor retro-orbitario	Anorexia
Vómito, diarrea	Dolor abdominal

* Este es uno de los síntomas más distintivos de la infección por zika, que deberá ser tenido en cuenta para el diagnóstico y registrado en la historia clínica de la gestante. Los síntomas duran de 4 a 7 días, y suelen auto limitarse (1).

Se ha descrito, en algunos países de la Región en el contexto de circulación del virus Zika, un aumento en la aparición de síndromes neurológicos como el Síndrome de Guillain-Barré (SGB), meningoencefalitis, mielitis, entre otros. Aunque aún no fue establecida la relación causal con virus Zika, no se puede descartar esa hipótesis. (6)

ii. Diagnóstico, los pasos diagnósticos son exactamente iguales para las mujeres gestantes como en la población general y son definidos en la actualización epidemiológica de OPS del 16 de octubre de 2015 (13).

ii a. Diagnóstico clínico, es de sospecha y se caracteriza por la aparición de uno o varios de los síntomas descritos previamente. La sospecha será más fundada cuando exista el antecedente de haber estado en los días previos en un área o territorio donde se encuentra el vector; más fuerte aún si en ese lugar se han certificado casos de infección por el virus, este será un elemento de mayor fuerza para establecer diagnóstico presuntivo de infección por virus Zika.

ii b. Diagnóstico clínico diferencial, se establecerá ante otras infecciones que causen exantema y fiebre, en particular flavivirus como dengue, chikunguya o enfermedad del Nilo oriental entre otras.

ii c. Diagnóstico de confirmación, la confirmación requiere de un laboratorio local o de referencia que pueda hacer las pruebas que se desarrollarán a continuación. El equipo que asiste a la gestante deberá entrar en contacto con la autoridad sanitaria para coordinar el tipo de muestras a extraer.

ii c1. Diagnóstico virológico, consiste en la identificación del ácido nucleico viral por la prueba de la transcriptasa reversa por la reacción de cadena de la polimerasa (RT-PCR). El tipo de muestra a usar puede estar influido por los

días que han transcurrido desde la aparición de los síntomas de la infección. El ARN del virus se puede encontrar en suero hasta unos 10 días de empezada la sintomatología y en orina puede identificarse algunos días más (13). Al haberse encontrado ARN viral en líquido amniótico, en situaciones excepcionales o dentro de protocolos de investigación podrían usarse muestras de líquido amniótico. El aislamiento del virus es más complejo y suele restringirse enteramente a fines de investigación (13).

ii c 2. Diagnóstico serológico, detecta anticuerpos anti IgM específicos para virus Zika por técnica de Elisa o por inmunofluorescencia. Esto se puede conseguir a partir de los 5 días de iniciados los síntomas. La interpretación de los ensayos serológicos tiene una relevancia especial para el diagnóstico de ZIKAV. En infecciones primarias (primera infección con un flavivirus) se ha demostrado que las reacciones cruzadas con otros virus genéticamente relacionados son mínimas. Sin embargo, se ha demostrado que sueros de individuos con historia previa de infección por otros flavivirus (especialmente dengue, fiebre amarilla y del nilo occidental) pueden dar resultados cruzados (13). Muestras de saliva u orina recogidas durante los primeros 3 a 5 días desde la aparición de los síntomas, o suero recogido en los primeros 1 a 3 días son apropiados para la detección del virus Zika por estos métodos (14). Al igual que para el caso del diagnóstico virológico, muestras de líquido amniótico o de tejidos fetales podrían ser de utilidad, aunque esto se reserva para la investigación.

Información más detallada podrá ser encontrada en:
http://www2.paho.org/Hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&Itemid=&gid=30177&lang=es

V. CONDUCTA TERAPEUTICA EN GESTANTES CON ZIKA

Por tratarse de una infección generalmente asintomática y en los pocos casos sintomáticos ser autolimitada, prácticamente no requerirá tratamiento. Hasta el momento no existe vacuna ni tratamiento específico para la infección por virus Zika por esta razón, el tratamiento se dirige a los síntomas.

i Reposo y aislamiento, para evitar la transmisión a otras personas debe evitarse el contacto de la paciente infectada por el virus Zika con mosquitos del género Aedes,

al menos durante la primera semana de la enfermedad (fase virémica). Se recomienda la utilización de mosquiteros que pueden o no estar impregnados con insecticida o permanecer en un lugar protegido con mallas antimosquitos. El personal sanitario que atienda a pacientes infectados por virus Zika debe protegerse de las picaduras utilizando repelentes, así como vistiendo manga y pantalón largos.

ii Fiebre, existe evidencia de que la fiebre “per se”, durante el embarazo, se asocia con defectos al nacer (15) y como no existen medicamentos 100% seguros, inicialmente se recomienda disminuir la fiebre de la gestante con medidas físicas (pañños húmedos, escasa ropa, baño o ducha con agua apenas tibia). Cuando las medidas físicas no sean efectivas, se deberán usar antitermo-analgésicos, El acetaminofeno o paracetamol es el de primera línea.

Dosis recomendada 500 mg v/o cada 6 u 8 horas, se debe advertir sobre no sobrepasar los 4000 mg/día ya que puede asociarse con daño hepático de la gestante (16)

Es conveniente también, advertirle a la gestante que muchos medicamentos de venta libre contienen acetaminofeno por lo cual se podría inadvertidamente llegar a esa dosis límite.

iii Cefalea, se dispondrá también del acetaminofeno en las dosis indicadas para el tratamiento de la fiebre.

No usar aspirina por riesgo de sangrado ni AINES por sus efectos en caso que la infección correspondiera a dengue o chikungunya

iv Prurito, aunque no hay investigaciones que apoyen o refuten la seguridad de los productos tópicos, existe experiencia clínica que sugiere que se trata de productos seguros (17).

Aplicación tópica de loción de calamina o crema acuosa a base de mentol

También el tratamiento sistémico con anti-histamínicos tiene un elevado nivel de seguridad, de manera que se pueden recomendar las diferentes formas de Loratadina (18).

Loratadina v/o 5 a 10 mg cada 12 horas

v Hidratación, Se debe aconsejar a las pacientes a ingerir abundantes cantidades de líquidos para reponer la depleción por sudoración, vómitos y otras pérdidas insensibles (6).

VI REPERCUSIÓN DE LA INFECCIÓN POR ZIKA EN LA GESTACIÓN

Un aspecto relevante en el contexto presentado es la asociación entre la infección por virus Zika y el incremento en la notificación de microcefalia congénita y otras condiciones al nacer.

Se han notificado tanto en Brasil como en la Polinesia Francesa múltiples casos de anomalías del sistema nervioso central vinculados a brotes de zika. La microcefalia, ha sido el signo que más ha llamado la atención de la comunidad científica. También se han descrito casos de aborto y de muerte fetal. (6, 19). En noviembre de 2015 el Ministerio de Salud de Brasil afirmó que existe relación entre el incremento de microcefalia en el nordeste del país y la infección por virus Zika tras la detección de genoma del virus en muestras de sangre y tejido de un recién nacido del estado de Pará que presentó microcefalia y otras malformaciones congénitas y que falleció a los 5 minutos de nacer. Sin embargo, esta asociación hasta el momento no ha sido confirmada por otros investigadores. (6)

VII SEGUIMIENTO DE LAS GESTANTES

i Para todas las gestantes, recomendar concurrir regularmente a las consultas

prenatales, y que se realicen todos los exámenes indicados por el equipo de salud. Hay múltiples agentes capaces de provocar defectos congénitos y en particular microcefalia, por eso se recordará a las gestantes que eviten el consumo de bebidas alcohólicas, drogas y medicamentos (si no es con indicación médica). Asimismo, se debe recomendar evitar el contacto con personas que estén cursando cuadros infecciosos.

Debido a que no hay tratamiento específico contra esta infección, lo preventivo sigue siendo lo primordial. En tal sentido se debe seguir promoviendo la captación precoz de las gestantes para realizar las consultas antenatales de acuerdo a las normas nacionales y brindar información sobre las medidas ambientales e individuales para reducir el riesgo de picadura del mosquito transmisor del virus Zika, tal como se describe en el manejo integrado de vectores o en el alerta epidemiológico de la OPS sobre virus Zika de mayo de 2015 (1). Especial atención se debe dar a los exámenes rutinarios para sífilis, toxoplasmosis, citomegalovirus y rubeola, que serán relevantes en caso de necesitar confirmación etiológica ante un defecto congénito.

Cómo la infección puede pasar inadvertida en un alto porcentaje de personas, en cada consulta se deberá interrogar sobre la aparición de los síntomas y signos clínicos que fueron descriptos en la tabla 1.

ii Para gestantes con sospecha de infección por zika, además de efectuar todas las acciones que las pautas nacionales han definido para el control del embarazo según los distintos niveles de riesgo, se deberá:

ii a, medir altura uterina y volumen de líquido amniótico, existe poca evidencia sobre el seguimiento de mujeres gestantes con infección por virus zika, pero se estima que al igual que otras infecciones connatales podría cursar con alteración en más de la altura uterina (vinculada a un aumento de líquido amniótico) o en menos (como resultado de alteraciones del crecimiento o muerte fetal) (20).

ii b, evaluar vitalidad fetal, mediante auscultación con estetoscopio de Pinnard (20 semanas), o doptone a edades gestacionales tempranas (14 semanas), se podrá establecer si el feto está vivo. A edades mayores la percepción de movimientos puede ser suficiente (20) (20 semanas). La ultrasonografía obstétrica puede servir a esta finalidad en etapas tempranas del embarazo (5 semanas).

ii c, evaluación de la anatomía fetal, la ultrasonografía en el último trimestre podría permitir descartar una microcefalia y otras anomalías en los fetos de mujeres que han estado expuestas a virus Zika. La microcefalia solo se confirma después del nacimiento por medición del perímetro cefálico del neonato (21 – 22).¹

La ultrasonografía obstétrica no permite confirmar la existencia de una microcefalia, pero permite sospecharla.

-

La ultrasonografía obstétrica ha demostrado que su capacidad diagnóstica para microcefalia secundaria (en este caso debida a una infección connatal, aumenta luego de las 28 semanas de gestación (último trimestre). La aproximación diagnóstica será más fuerte cuando se encuentren asociados otros defectos del sistema nervioso central, como microcalcificaciones encefálicas, dilatación ventricular, hidrocefalia y/o otros defectos como hepatomegalia, edema placentario, edema fetal, etc. Todos estos son signos ecográficos de infección connatal (21 - 22).

VIII CUANDO SOSPECHAR MICROCEFALIA POR ULTRASONOGRAFÍA²

i Perímetro craneano, se puede sospechar una microcefalia antenatal, cuando la circunferencia craneana fetal (perímetro craneano) se encuentra 2 desvíos estándar por debajo del valor medio, de acuerdo a su edad gestacional; pero se ha visto que la mayoría de estos niños resultan con función intelectual normal. Se recomienda que, en un periodo mayor de 15 días, de ser posible, se realicen nueva ecografía para medición antropométrica. Para los casos clínicos individuales, los profesionales deberán conocer que a partir de una medida del perímetro craneano que se encuentre 3 desvíos estándar por debajo del valor medio de acuerdo a su edad gestacional; aumenta la correlación entre microcefalia y afectación en el neurodesarrollo (21).

¹ Para mayor detalle sobre la definición de microcefalia y la técnica de medición en el recién nacido, ver [enlace al documento de microcefalia].

² Los ecógrafos o aparatos de ecografía disponen de tablas estandarizadas para las distintas medidas antropométricas las cuales son usadas de acuerdo con las características de la población local.

Determinar correctamente la edad gestacional es relevante en todos los embarazos, más aún cuando se investiguen alteraciones que requieren de medidas antropométricas en función de la edad gestacional. El estudio ecográfico del perímetro craneano depende de una correcta valoración de la edad gestacional.

ii Relación perímetro craneano – longitud de fémur o relación perímetro craneano – perímetro abdominal, se han construido tablas con los valores de estas relaciones en función de la edad gestacional. Estas medidas no han mostrado ser superiores al perímetro craneano aislado, cuando se conoce con certeza la edad gestacional. Un reciente estudio (aún con el punto de corte en 3 desvíos estándares) establece que se produciría un sobre diagnóstico antenatal de microcefalia por lo que debe ser usado con precaución (21).

La mayoría de los países cuentan con pautas nacionales que establecen la realización de una ultrasonografía en el último trimestre en gestaciones de bajo riesgo. En caso de sospecha de microcefalia en una ecografía aislada, puede justificarse un seguimiento ecográfico midiendo la evolución del perímetro craneano y otras medidas antropométricas fetales y la aparición de otros defectos congénitos, cuando se disponga del recurso.

IX SITUACIONES ESPECIALES

i Muerte del embrión o del feto, siempre debe ser estudiada la causa de una muerte durante la gestación, para evitar la repetición del hecho en un futuro embarazo. En aquellos lugares en que circula el virus Zika es recomendable analizar muestras de tejidos y/o placenta en caso de abortos espontáneos o de muerte fetal para la detección del virus en los mismos.

ii Estudio del líquido amniótico por punción (amniocentesis), es una técnica invasiva, con riesgo de pérdida fetal y de complicaciones maternas (infección) que no

debería ser usada de rutina en todas las gestantes. El diagnóstico del virus en el líquido amniótico no cambia la conducta terapéutica. En estos momentos, en algunos escenarios se están efectuando investigaciones científicas que incluyen la realización del estudio del líquido amniótico, bajo consentimiento y con aval de los comités de ética locales.

iii Otras formas de transmisión madre hijo, una mujer infectada sobre el término podría pasar la infección a su hijo durante el nacimiento, sin embargo, esto no ha sido probado hasta el momento.

Tampoco se ha comprobado transmisión madre-hijo durante la lactancia por lo que no hay recomendaciones por el momento de suspender la lactancia. (23)

iv ¿Viajes a zonas con circulación de virus Zika?, hasta el momento la Organización Panamericana de la Salud no ha sugerido restringir viajes a mujeres gestantes, o que podrían estarlo, a las zonas donde se ha detectado aumento en la circulación del virus. Ante esta situación, se recomienda que la mujer discuta el tema junto a su médico y que este le provea la información más actualizada sobre riesgos y en particular las medidas de protección personal para evitar las picaduras del mosquito.

v ¿Posponer el embarazo?, consientes que la decisión sobre el momento oportuno para asumir una gestación es un derecho individual, y que, además, no se tiene conocimiento de cuánto tiempo podrían durar los brotes de Zika, la Organización Panamericana de la Salud insiste en que se debe informar a las mujeres sobre las medidas de protección personal y los eventuales riesgos a los que se exponen.

vi ¿Interrupción del embarazo? A partir de los casos reportados en Brasil se han iniciado estudios de investigación tendientes a caracterizar los casos y las potenciales afectaciones.

En el marco de los derechos reproductivos es UNA DECISIÓN DE CADA MUJER Y SU FAMILIA LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO.

Los países cuentan con normativas y legislación específica sobre interrupción del embarazo y los sistemas de salud deberán proveer la atención adecuada a la mujer y su recién nacido.

vii Control preconcepcional, la aparición del virus Zika con su transmisión vertical (madre-hijo) reafirma la necesidad de brindar contenidos informativos sobre la forma de prevenir ésta y otras infecciones de transmisión vertical. Los aspectos vinculados a Zika, se han analizado en este documento, pero para otras entidades será

encontrada en el documento infecciones perinatales transmitidas por la madre a su hijo:

http://www.paho.org/clap/index.php?option=com_content&view=article&id=191%3Ainfecciones-perinatales-transmitidas-por-la-madre-a-su-hijo&Itemid=234&lang=es

X Notificación a las autoridades sanitarias

En aquellos países sin casos autóctonos de infección por virus Zika se recomienda que los profesionales estén atentos a la aparición de casos de enfermedad febril exantemática de causa desconocida (en la que se ha descartado infección por dengue, chikungunya, sarampión, rubeola, parvovirus B19), y realizar pruebas de laboratorio para la detección de virus Zika.

En aquellos países con casos autóctonos de infección por virus Zika, se recomienda monitorear la aparición de complicaciones fetales que van desde la muerte fetal, a la aparición de defectos preferentemente del sistema nervioso central y la sospecha de microcefalia. Usted podrá encontrar información complementaria para la vigilancia de microcefalia en recién nacidos en entornos con riesgo de circulación de virus Zika en el

sitio

Web:

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=432&lang=es

Ante casos con sospecha de infección por zika el profesional deberá notificar a las autoridades sanitarias institucionales para que se proceda a la notificación a la autoridad sanitaria nacional según los lineamientos establecidos en cada país.

Considerando la reciente introducción del virus Zika en las Américas, y en beneficio de la vigilancia integrada de los arbovirus, se orienta a las autoridades nacionales de salud pública a informar a la OPS/OMS, a través de los canales establecidos por el Reglamento Sanitario Internacional (RSI), sobre los casos confirmados por laboratorio de infección por virus Zika que se registren en los países y territorios de la Región de las Américas.

Adicionalmente, y a fin de contribuir con el conocimiento de las posibles secuelas de este virus, la OPS/OMS solicita a los Estados Miembros que notifiquen todo incremento en las anomalías congénitas en recién nacidos, que no puedan ser explicados por una causa conocida.

Para ello, será necesario que en el primer contacto de una usuaria con el personal de salud local se proceda a notificar el caso de acuerdo a la orientación que la autoridad sanitaria nacional haya definido.

XI REFERENCIAS

- 1.- Organización Panamericana de la Salud. Alerta Epidemiológica Infección por virus Zika 7 de mayo de 2015.
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=&gid=30076&lang=es
- 2.- Ministerio de Salud de Chile. Instituto de Salud Pública confirma el primer caso en el país de infección por virus Zika (ZIKAV) (07/03/2014), <http://www.ispch.cl/noticia/20750>
- 3.- Ministério da Saúde (Brasil). Confirmação do Zika Vírus no Brasil, [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde (Brazil); 2015 [updated 29 April 2015; cited 2015 29 April 2015]. Available from: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/17701-confirmacao-do-zika-virus-no-brasil>.
- 4.- Secretaría de Salud del estado de Pernambuco: Información disponible en: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/20629-ministerio-da-saude-investiga-aumento-de-casos-de-microcefalia-em-pernambuco>
- 5.- Ministerio de Salud de Brasil. Microcefalia - Ministério da Saúde divulga boletim epidemiológico [Internet]. Disponible en: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/20805-ministerio-da-saude-divulga-boletim-epidemiologico>
- 6.- Organización Panamericana de la Salud. Alerta Epidemiológica Síndrome neurológico, anomalías congénitas e infección por virus Zika. Implicaciones para la salud pública en las Américas, 1° de diciembre de 2015
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=32404&lang=es
- 7.- Ministério da Saúde (Brasil). Novos casos suspeitos de microcefalia são divulgados pelo Ministério da Saúde, [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde (Brazil); 2016 [updated 14 January 2016; cited 22 January 2016]. Available from: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/21677-novos-casos-suspeitos-de-microcefalia-sao-divulgados-pelo-ministerio-da-saude>

8.- ASCOM Fiocruz-Paraná. Pesquisa da Fiocruz Paraná confirma transmissão intra-uterina do zika vírus. [Internet]. Paraná; 2016 [updated 20 January 2016; cited 20 January 2016]. Available from: <http://www.icc.fiocruz.br/pesquisa-da-fiocruz-parana-confirma-transmissao-intra-uterina-do-zika-virus/>

9.- Ministério da Saúde (Brasil). PORTARIA Nº 1.813, DE 11 DE NOVEMBRO DE 2015 Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) por alteração do padrão de ocorrência de microcefalias no Brasil. <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=51&data=12/11/2015>

10.- Organización Panamericana de la Salud. Alerta Epidemiológica Incremento de microcefalia en el nordeste de Brasil, 17 de noviembre de 2015. http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=32286&lang=es

11.- Organización Panamericana de la Salud. Actualización Epidemiológica. Infección por virus Zika 16 de octubre de 2015 http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=32023&lang=es

12.- Organización Panamericana de la Salud. Actualización Epidemiológica .Síndrome neurológico, anomalías congénitas e infección por virus Zika.17 de enero de 2016 http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=32876&lang=es

13.- Organización Panamericana de la Salud. Vigilancia de virus Zika (ZIKV) en las Américas: Recomendaciones provisionales para la detección y diagnóstico por laboratorio. 29 de Junio de 2015. http://www2.paho.org/Hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&Itemid=&gid=30177&lang=es

14.- World Health Organization, Western Pacific region. Zika virus, May 2015. http://www.wpro.who.int/mediacentre/factsheets/fs_05182015_zika/en/

15.- Miller MW, Church CC Arrhenius thermodynamics and birth defects: chemical teratogen synergy. Untested, testable, and projected relevance. Birth Defects Res C Embryo Today. 2013 Mar;99(1):50-60. doi: 10.1002/bdrc.21025

16.- FDA. Acetaminophen Overdose and Liver Injury —Background and Options for Reducing Injury
<http://www.fda.gov/downloads/AdvisoryCommittees/CommitteesMeetingMaterials/Drugs/DrugSafetyandRiskManagementAdvisoryCommittee/UCM164897.pdf>

17.- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Obstetric Cholestasis. Green-top Guideline No. 43 April 2011 https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg_43.pdf

18.- So M, Bozzo P, Inoue M, Einarson A. Safety of antihistamines during pregnancy and lactation. Canadian Family Physician. 2010;56(5):427-429.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2868610/?report=reader>

19.- European Centre for Disease Prevention and Control. Rapid risk assessment: Microcephaly in Brazil potentially linked to the Zika virus epidemic – 24 November 2015. Stockholm: ECDC; 2015. Disponible en: <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/zika-microcephaly-Brazilrapid-risk-assessment-Nov-2015.pdf>

20.- Organización Panamericana de la Salud. Fescina RH, De Mucio B, Díaz Rossello JL, Martínez G, Serruya S, Durán P. Salud sexual y reproductiva: guías para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido focalizadas en APS. 3a ed. Montevideo: CLAP/SMR; 2011 (CLAP/SMR. Publicación Científica; 1577)

21.- Bianchi DW, Crombleholme TM, D'Alton ME, Malone FD. Fetology, diagnosis and management of the fetal patient. 2nd ed. New York, NY: Mc Graw Hill, 2010

22.- Leibovitz Z, Daniel-Spiegel E, Malinger G et al. Microcephaly at birth - the accuracy of three references for fetal head circumference. How can we improve prediction? Ultrasound Obstet Gynecol. 2015 Oct 29. doi: 10.1002/uog.15801. [Epub ahead of print]

23.- Centers for Disease Control and Prevention. Zika Virus Transmission. June 1, 2015
<http://www.cdc.gov/zika/transmission/index.html>