



El virus del Zika: cuidados de la matrona.

Autores: Pérez Oteros, Maria del Mar; Ruiz Arcos, Inmaculada y Borrego Vera, Manuel. Matronas en Complejo Hospitalario Torrecárdenas (Almería).

Introducción:

La OMS declaró el brote del virus Zika como una emergencia de salud pública de interés internacional el 1 de Febrero de 2016. La infección por el virus Zika se produce por la picadura un mosquito de la familia *Aedes* (*Albopictus* y *Aegypti*, originarios de África y Asia), que actúan como vectores competentes para la transmisión. El primero, se encuentra por todo el litoral mediterráneo. Debido a la rápida propagación fuera de sus áreas autóctonas, especialmente por el continente Americano, además del aumento de los casos de microcefalia aparentemente relacionados con los brotes de virus Zika en Brasil, se hace necesaria la siguiente revisión bibliográfica.

Objetivos:

- ❑ Conocer el estado de la cuestión y el grado de evidencia sobre los efectos del virus Zika en la población de embarazadas.
- ❑ Evaluar el grado de evidencia de las recomendaciones a dar a las gestantes que planeen un viaje a zonas de alta prevalencia.
- ❑ Determinar cuál debería ser la actuación de la matrona teniendo en cuenta los protocolos y guías de actuación propuestos por organismos y sociedades científicas.

Método:

Se realizó una búsqueda bibliográfica para conocer el estado de la cuestión en las siguientes bases de datos: PubMed, Biblioteca Cochrane Plus y CINAHL. Además, se encontraron documentos y guías de práctica clínica publicados por diferentes sociedades y asociaciones profesionales tanto de España como internacionales sobre recomendaciones: protocolos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; SEGO; del CDC (Centers for Disease Control), ACOG y la OMS. La búsqueda se realizó en español y en inglés. **Palabras clave:** virus Zika, embarazo, matrona, microcefalia.

Resultados:

Existe evidencia microbiológica de la transmisión perinatal y transplacentaria según estudios realizados por el CDC. En el estudio de Oliveira et al en el que se testó el Líquido Amniótico (LA) de 2 mujeres la RT-PCR dió positivo demostrando que la transmisión intraútero era posible.

Se desconoce la incidencia exacta y el porcentaje de transmisión perinatal. Toda la evidencia de la que se dispone procede de estudios de casos. Actualmente se están realizando estudios epidemiológicos, por lo que por el momento no se tienen datos concluyentes sobre la relación entre los casos de microcefalia y el virus Zika.

No hay tratamiento antiviral específico ni vacuna. La principal forma de prevención es la prevención de la picadura. Aunque algunos estudios han demostrado la presencia viral RNA en fluidos corporales como saliva, orina, semen y leche materna. Se han descrito otras fuentes de contagio como la vía sexual, la transfusión de sangre y la lactancia materna (Marrs et al, 2016).

Existen serias limitaciones de las pruebas diagnósticas. Las pruebas a realizar en pacientes sintomáticas o que hayan viajado a zonas de transmisión activa son: la determinación en suero materno de la **Reacción en Cadena de la Polimerasa de Transcripción Inversa (ET-PCR) del 4º al 7º día del comienzo de los síntomas**. Después de la fase aguda se puede detectar en suero la **IgM**; si es positiva se recomienda la determinación de **Anticuerpos Neutralizadores**, que determinarán si se trata de una infección reciente o si es la reacción a vacunación o exposición previa a otras enfermedades causadas por otros flavivirus. Con respecto a la **RT-PCR en Líquido Amniótico**: se desconoce la especificidad y la sensibilidad de la prueba. Se desconoce si un resultado positivo es suficientemente predictivo para asegurar anormalidad fetal (SEGO). No se debe hacer su determinación antes de las 15 semanas de gestación. Si se hacen **ecografías seriadas** que indican una posible desviación de la normalidad de la circunferencia cefálica

Entre las recomendaciones que tienen más respaldo de la comunidad científica están: la de no viajar a zonas de alta prevalencia. En el caso de que la gestante no desee renunciar al viaje, la recomendación más robusta es la de evitar la picadura mediante el uso de **Permetrina** en la ropa(OMS). **Recomendar N-Ndiethylmetatoluamida (DEET)** como repelente es una estrategia efectiva y segura **para embarazadas (SEGO)**.

La actuación de la matrona debería ir encaminada a preguntar a la gestante si ha viajado a una zona de transmisión activa y conocer la sintomatología de la enfermedad. Aunque la mayoría de los casos de infección por virus Zika se dan en pacientes asintomáticos, el cribado del virus Zika se debe realizar en gestantes que presenten los siguientes signos y síntomas (especialmente sospechosos si aparecen en las dos primeras semanas tras el viaje):

- Fiebre de aparición aguda
- Lesiones cutáneas máculo-papulosas
 - Artralgias
 - Conjuntivitis

Conclusiones:

- La asociación entre la infección por virus Zika y la aparición de síndromes neurológicos continúa en estudio.
- La matrona debe garantizar el control y seguimiento adecuado del caso por parte de Obstetricia y realizar el cribado cuando sea necesario.
- La eficacia de la respuesta frente a las enfermedades transmitidas por vectores se consigue con un abordaje integral, por lo que es importante la coordinación con los sectores implicados a nivel local: sanitario, medioambiental, entomológico y educativo.

Bibliografía:

1. Besnard M, Lastère S, Teissier A, Cao-Lormeau V, Musso D. Evidence of perinatal transmission of Zika virus, French Polynesia, December 2013 and February 2014. Euro Surveill. 2014; 19 (13): 20751.
2. Oliveira Melo AS, Malinger G, Ximenes R, Szajnfeld PO, Alves Sampaio S, Bispo de Filippis AM. Zika virus intrauterine infection causes fetal brain abnormality and microcephaly: tip of the iceberg? Ultrasound Obstet Gynecol 2016;47:6-7.