

PREGUNTA: ESTAMOS SEGUROS FRENTE AL ZIKA

Autor principal:

AUDELINA
CONEJERO
RIVAS

Segundo co-autor:

ANGELICA
VIÑAS LUIS
VIÑAS LUIS

Tercer co-autor:

MARIA JUSTINIANA
MARTIN
FAGUNDO

Área temática:

Calidad y Prácticas Seguras en el área de Enfermería Obstétrico-Ginecológica

Palabra clave 1:

Embarazada

Palabra clave 2:

Feto - Recién nacido

Palabra clave 3:

Virus Zika

Palabra clave 4:

Infección

Resumen:

Introducción: El virus Zika (VZ), familia Flaviviridae, género Flavivirus, se descubrió en 1947. En 1968 se aisló en muestras humanas en Nigeria. Desde febrero de 2015 Brasil ha verificado un gran incremento de casos. La enfermedad no está presente en Europa pero podría emerger como consecuencia de su rápido avance en América y de la expansión del vector por el mundo. En España el Centro Nacional de Microbiología tiene capacidad para la detección del VZ.

Métodos y materiales: Se llevó a cabo una revisión narrativa, mediante la consulta de las bases de datos más representativas.

Resultados y discusión: Se estima que el 80% de las personas infectadas por el VZ son asintomáticas. Sus posibles complicaciones se relacionan con la aparición de alteraciones neurológicas en RN.

Hoy día hay estrictas líneas de investigación, sobre todo la asociación de VZ y microcefalia, incluyendo el papel de otros factores que también contribuyen a la aparición de microcefalia como infecciones previas, malnutrición, etc.

Debido a que no hay tratamiento específico, la prevención es primordial. Actualmente es una enfermedad relativamente leve, con alcance limitado, pero su verdadero potencial como virus y como agente de enfermedad se desconoce.

Conclusiones: Existe un riesgo de introducción y transmisión autóctona del VZ en nuestro país,

considerando la rápida expansión del virus por las regiones de América y la frecuente comunicación de España con estos países, por lo que se recomienda vigilancia específica de la enfermedad del VZ.

Antecedentes/Objetivos:

El VZ se descubrió en 1947 en el bosque ZiKa (Uganda). Su presencia en humanos, considerado en un principio huésped ocasional, se constató mediante estudios serológicos en 1952. Se aisló por primera vez en muestras humanas en 1968, en Nigeria. Hasta 2007 solo se habían descrito casos esporádicos en África y Asia. El primer caso autóctono de América se notificó en Febrero de 2014. Desde Febrero de 2015 se han incrementado los casos.

La enfermedad aún no está en Europa pero podría emerger debido a su rápido avance en América y de la expansión del vector por el mundo. Uno de los vectores competentes para transmitir el VZ, el *Ae albopictus*, está presente en España.

La probabilidad de que exista transmisión del VZ en España depende de distintos factores:

- 1) presencia del vector en el entorno,
- 2) introducción del virus por viajero infectado procedente de áreas endémicas,
- 3) presencia de población susceptible a la infección,
- 4) coincidencia en espacio y tiempo de un caso importado virémico con el vector
- 5) posibilidad de que el virus encuentre las condiciones favorables para su transmisión.

Estos factores están presentes sobre todo durante los meses de mayo a octubre.

Desde 2013 se han notificado 6 casos importados en Europa, en España hasta Enero de 2016, 4 casos.

Objetivos: Aumentar el conocimiento de los profesionales sanitarios para identificar oportunamente la introducción del VZ en nuestro país, rastrear la dispersión de la fiebre una vez introducido, vigilar la enfermedad cuando ésta se ha establecido.

Descripción del problema - Material y método:

La enfermedad por VZ presenta sintomatología generalmente leve, puede pasar desapercibida o diagnosticarse erróneamente como otra patología viral que curse con fiebre y exantema .

El VZ puede producir síndromes neurológicos (Síndrome de Guillain-Barré), meningoencefalitis, mielitis, etc. Se ha relacionado con la aparición de alteraciones neurológicas en RN. En la Polinesia Francesa se ha notificado recientemente un incremento inusual de malformaciones del SNC durante el periodo 2014-2015, coincidiendo con brotes de VZ en la isla. A su vez, Brasil ha notificado un aumento inusual de incidencia de microcefalia en RN en el noreste del país, donde también se ha detectado circulación de VZ, así como lesiones oculares en región macular y calcificaciones cerebrales.

La transmisión del virus se produce por la picadura del mosquito vector. En humanos el virus se ha detectado en sangre, saliva, orina, semen y leche materna. No hay documentado casos de infección de VZ por transmisión sanguínea. Respecto a la transmisión sexual la evidencia existente apoya la posibilidad de transmisión por esta vía.

Periodo de incubación: 3-12 días. Duración síntomas: 2-7 días. Las infecciones asintomáticas son frecuentes, solo 1 de cada 4 desarrolla clínica.

Se llevó a cabo revisión de la literatura, a través de la consulta de las siguientes bases de datos: PubMed/Medline, Uptodate, Scielo, Cuiden, Cochrane Plus y Google Académico. Se establecieron como límites el idioma inglés y español y la fecha de publicación de los últimos 5 años.

Resultados y discusión:

Se estima que el 80% de las personas infectadas por el VZ son asintomáticas. Las posibles complicaciones asociadas a la enfermedad por VZ, se ha relacionado con la aparición de alteraciones neurológicas en RN. En 2007 en las islas de Micronesia no se describieron defectos de nacimiento en el momento del brote, tal vez debido al tamaño relativamente pequeño de la población. Sin embargo, durante el periodo 2014-2015 en la Polinesia francesa fueron notificadas 17 malformaciones neurológicas en RN cuando en los años previos lo notificado estaba entre 0-2, y se hallaron anticuerpos frente a VZ en muestras de 4 de las madres, lo que sugirió una posible infección durante el embarazo.

En la actualidad hay estrictas líneas de investigación, sobre todo la asociación de VZ y la microcefalia, incluyendo el papel de otros factores que también contribuyen a la aparición de microcefalia como infecciones previas o coincidentes por otros gérmenes distintos al VZ, la malnutrición, hábitos tóxicos, agentes ambientales, antecedentes genéticos, etc.

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 prenatales de acuerdo a las normas nacionales y dar información sobre las medidas ambientales e individuales para reducir el riesgo de picadura del mosquito transmisor del VZ. 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.

Actualmente es una enfermedad relativamente leve, con alcance limitado, pero su verdadero potencial como un virus y como agente de la enfermedad se desconoce.

Conclusiones: Existe un riesgo de introducción y transmisión autóctona del VZ en nuestro país, considerando la rápida expansión del virus por las regiones de América y la frecuente comunicación de España con estos países, por lo que es recomendable establecer una vigilancia específica de la enfermedad del VZ y difundir entre los profesionales sanitarios para que los casos importados se detecten lo antes posible para prevenir transmisiones autóctonas.

Es importante reforzar, a través de los servicios de Sanidad Exterior y de atención al viajero, las recomendaciones para viajeros internacionales, A pesar del aparente riesgo latente dado que el binomio ambiente/población de *Aedes Aegypti* es prácticamente desfavorable para estos últimos, hasta el punto de ser una anécdota por el momento su presencia en los ámbitos europeos, debemos estar alerta y evitar la expansión de aquellos mosquitos detectados en el área mediterránea y en otras zonas de Europa.

Aportación del trabajo a la seguridad del paciente:

El aumentar la información sobre esta entidad infecciosa entre el personal de enfermería, aumenta la seguridad al paciente, ya que al llevar a cabo las medidas de prevención disminuimos la incidencia de esta enfermedad. Estas infecciones aumentan el sufrimiento de los pacientes y pueden prolongar el tiempo de internación hospitalaria, así como la necesidad de un mayor nivel de atención pueden ejercer presión sobre los sistemas de salud. Con la realización de estudios y proyectos de investigación sobre estas enfermedades de reciente aparición se incentiva y motiva al personal sanitario y se mejora la calidad de la atención sanitaria, adquiriendo una máxima seguridad.

Propuestas de líneas futuras de investigación:

Se abren también nuevas líneas de investigación para averiguar si los conocimientos que poseen

los profesionales de enfermería en relación a la investigación de estas enfermedades infecciosas de reciente aparición, son adecuados y suficientes, y lo más importante, si aplican esos conocimientos adquiridos a través de la su práctica asistencial, mejorando con ello la atención sanitaria y seguridad del paciente.

Bibliografía:

- 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=&...
 - 2.-Dick GWA, Kitchen SF, Haddow AJ. Zika virus. II. Pathogenicity and physical properties. Trans R Soc Trop Med Hyg. septiembre de 1952;46(5):521-34.
 - 3.-Fagbami AH. Zika virus infections in Nigeria: virological and seroepidemiological investigations in Oyo State. J Hyg (Lond). octubre de 1979;83(2):213-9.
 - 4.-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>
 - 5.-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-saud...>
-