



EDITORIAL

Virus Zika. ¿Alarma excesiva o riesgo real?

Zika virus. Excessive alarm or real risk?

Carme Roca Saumell^{a,b,*} y Luis Solsona Díaz^{b,c}



^a Medicina de Familia, EAP el Clot, Institut Català de la Salut, Universitat de Barcelona, Barcelona, España

^b Comissió de Cooperació i Salut Internacional (Cocoopsi), Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària, Barcelona, España

^c Medicina de Familia, ABS Florida Nord, Unitat Docent Multiprofesional de Medicina de Família y Comunitària Costa de Ponent, l'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

Disponible en Internet el 11 de julio de 2016

El virus Zika (VZika), arbovirus de la familia *Flaviviridae*, fue aislado por primera vez en monos Rhesus en el bosque de Zika (Uganda) en 1947.

Hasta finales del siglo pasado era considerado como un patógeno zoonótico, con un ciclo selvático donde el huésped principal eran los primates no humanos y su vector los mosquitos locales del género *Aedes*¹, considerándose al ser humano como un huésped ocasional en países africanos y asiáticos.

En 2007 se declaró el primer brote de enfermedad por VZika fuera de África-Asia, en la isla de Yap (Micronesia). No se detectó el caso índice, pero se postuló que el virus podría haber llegado a través de un mosquito infectado o por un humano asintomático en fase de viremia².

Entre 2013 y 2014 se declaró un brote en la Polinesia Francesa, donde tampoco se pudo establecer el origen del contagio, y de allí se extendió a otras islas del Pacífico Sur³. Se diagnosticaron casos importados en viajeros de la región del Pacífico, en Noruega, Alemania, Australia, Francia, Canadá, Italia y Japón⁴.

En mayo de 2015 Brasil confirmó la transmisión autóctona del virus en el nordeste del país. Rápidamente se extendió por todo su territorio, y desde entonces numerosos países de Caribe, Centro y Sudamérica han notificado la presencia

del VZika. Se ha sugerido la introducción del virus en Brasil con el Campeonato Mundial de Va'a Sprint (agosto de 2014), en el que competían islas del Pacífico sur³.

La distribución del VZika por los diferentes países a lo largo de la historia (1947-2016) se detalla en la figura 1⁵.

La enfermedad por el VZika presenta un 75-80% de casos asintomáticos. Cuando presenta clínica, en general los síntomas son leves, inespecíficos y autolimitados, duran pocos días y se caracterizan por fiebre, conjuntivitis, artralgias o artritis transitorias y una erupción maculopapular que suele iniciarse en la cara y extenderse por todo el cuerpo.

Las posibles complicaciones graves comprenden: mayor riesgo de microcefalias y malformaciones fetales asociadas a la infección durante el embarazo y afectaciones neurológicas y/o autoinmunes como el síndrome de Guillain-Barré⁶. Por ello, el 1 de febrero de 2016 la Directora General de la OMS declaró que la enfermedad por el VZika constituye una emergencia de salud pública de importancia internacional⁷.

La transmisión del virus se produce a través de la picadura del mosquito vector, por relaciones sexuales, transfusiones de sangre y perinatalmente⁸.

La infección por el VZika se considera una enfermedad emergente, con el potencial de extenderse a nuevas áreas en las que está presente su vector.

Es conocido que numerosas especies de mosquitos del género *Aedes* pueden actuar como vectores del virus, aunque la especie más implicada es *Aedes aegypti* (que

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: croca.bcn.ics@gencat.cat
(C. Roca Saumell).

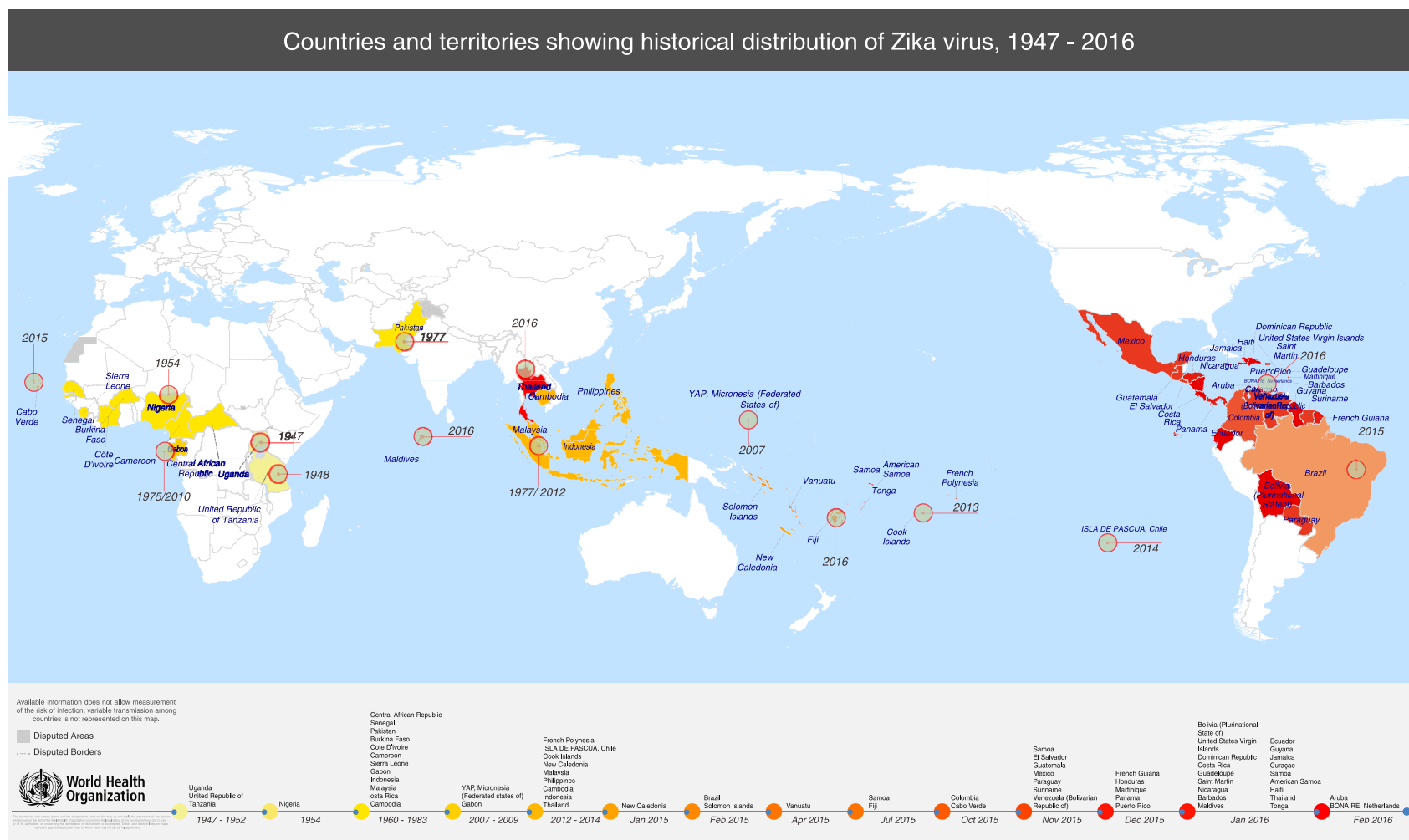


Figura 1 Distribución del virus Zika.
Fuente: World Health Organization⁵.

también actúa de vector de los virus dengue, chikungunya y fiebre amarilla). En Europa se ha notificado actualmente la presencia de *Aedes aegypti* en Madeira, Países Bajos y la costa nororiental del mar Negro (sur de Rusia y Georgia)⁹.

La especie de mosquito *Aedes albopictus* o mosquito tigre (considerada la especie de mosquito más invasiva) se confirmó como transmisora de virus Zika en Gabón durante un brote en 2007¹⁰.

En Europa, hasta la fecha no hay evidencia de su transmisión por vectores, pero *Aedes albopictus* está distribuido por una gran parte de su territorio. Concretamente en España, se encuentra en todo el litoral mediterráneo, áreas del País Vasco y Aragón¹¹.

En nuestra área geográfica, con millones de personas no inmunes al VZika, con *Aedes albopictus* establecido, con un gran tránsito de viajeros a zonas epidémicas y con los efectos del cambio climático, se dan las condiciones para que pueda producirse un brote epidémico.

La vigilancia epidemiológica adquiere una importancia capital para detectar casos importados de enfermedad por VZika o por otras arbovirosis¹² y requiere la colaboración multidisciplinar⁴, donde epidemiólogos, microbiólogos, entomólogos, clínicos asistenciales y otros profesionales de la salud trabajemos coordinadamente y con los recursos necesarios para la investigación, la asistencia y la capacidad de reacción ante nuevas situaciones^{4,11}.

Los médicos de familia, como clínicos que trabajamos en el primer nivel asistencial, debemos asumir los siguientes retos:

- Formación continuada y actualizada que permita la sospecha clínica ante un caso compatible con arbovirosis, su declaración con prontitud, el correcto manejo clínico y el seguimiento de sus posibles complicaciones (será fundamental acceder a las pruebas de laboratorio para el diagnóstico rápido).
- Trabajar coordinadamente con centros especializados y servicios de vigilancia epidemiológica de referencia.
- Ofrecer educación sanitaria y medioambiental a la población: consejo para evitar las picaduras de mosquito, reforzar las actividades preventivas en viajeros a zonas epidémicas, colaborar con los programas de control vectorial (vigilancia entomológica).

La experiencia nos dice que es imposible predecir futuras epidemias e infecciones, pero sí nos ayuda a ser cautos y a estar preparados para combatirlas.

Financiación

No hemos recibido financiación alguna.

Conflicto de intereses

Declaramos no tener conflictos de intereses.

Bibliografía

1. Lopes MH, Takesaki Miyaji K, Infante V. Zika virus. Rev Assoc Med Bras. 2016;62:4-9.
2. Duffy MR, Chen TH, Hancock WT, Powers AM, Kool JL, Lanciotti RS, et al. Zika virus outbreak on Yap Island, Federated States of Micronesia. N Engl J Med. 2009;360:2536-43.
3. Musso D. Zika virus transmission from French Polynesia to Brazil. Emerg Infect Dis. 2015;21:1887.
4. Martínez de Salazar P, Suy A, Sánchez-Montalvá A, Rodó C, Salvador F, Molina I. Zika fever. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2016;34:247-52.
5. World Health Organization. Countries and territories showing historical distribution of Zika virus, 1947-2016 [consultado 2 May 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/emergencies/zika-virus/zika-historical-distribution.pdf?ua=1>
6. Marrs C, Olson G, Saade G, Hankins G, Wen T, Patel J, et al. Zika virus and pregnancy: A review of the literature and clinical considerations. Am J Perinatol. 2016;33: 625-39.
7. Simón Soria F. Emergencias de salud pública de importancia internacional. Una oportunidad para mejorar la seguridad sanitaria global. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2016;34: 219-21.
8. Organización Mundial de la Salud. Emergencias. Informe sobre la situación. 21 de Abr 2016. Virus Zika, microcefalia y síndrome de Guillain-Barré [consultado 30 Abr 2016]. Disponible en <http://www.who.int/emergencies/zika-virus/situation-report/21-april-2016/es/>.
9. European Center for Disease Prevention and Control. *Aedes aegypti* [consultado 30 Abr 2016]. Disponible en: <http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/vectors/mosquitoes/Pages/aedes-aegypti.aspx#C3>
10. Grard G, Caron M, Mombo IM, Nkoghe D, Mboui Ondo S, Jiole D, et al. Zika virus in Gabon (Central Africa)—2007: A new threat from *Aedes albopictus*? PLoS Negl Trop Dis. 2014;8:e2681, <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pntd.0002681>.
11. Gil-Tarragato S, Sánchez-Gómez A, Reques L, Suárez B, García-Lavandeira JA, González-Yuste P, et al. Evaluación rápida del riesgo de transmisión e enfermedad por el virus Zika en España. Rev Enf Emerg. 2016;15:13-21.
12. Valerio L, Mòdol JM. Ponga las arbovirosis en su esquema diagnóstico. Med Clin (Barc). 2016;146:305-7.