



CARTAS AL DIRECTOR

Consideraciones provisionales sobre la infección por el virus Zika en mujeres gestantes: documento destinado a profesionales de salud



Provisional considerations about Zika virus infection in pregnant women: Document for health professionals

Sr. Director:

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 1968¹.

El primer caso autóctono en las Américas fue notificado en febrero de 2014 por el Ministerio de Salud de Chile (Isla de Pascua). Desde febrero de 2015 se ha verificado un importante incremento de casos por el Ministerio de Salud de Brasil. 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. Posteriores investigaciones confirmaron la presencia del genoma del virus Zika, a través de la técnica de la reacción en cadena de la polimerasa en tiempo real (RT-PCR), en fluido amniótico de 2 embarazadas de Paraíba, cuyos fetos presentaban microcefalia de acuerdo con la ultrasonografía prenatal. 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; estos hallazgos se han confirmado por inmunohistoquímica por los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC), tal como comunicó Brasil a principios de enero de 2016². Un estudio reciente realizado por Fiocruz-Paraná confirmó por histoquímica la presencia del virus en placenta. Otros gobiernos estaduales informaron de una situación similar, por esta razón el Ministerio de Salud de Brasil declaró una emergencia nacional de salud pública³.

Con base en los distintos hallazgos, desde el 7 de mayo de 2015 a la fecha, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha hecho públicas diferentes alertas epidemiológicas (mayo, noviembre y diciembre de 2015) y

2 actualizaciones epidemiológicas (octubre de 2015 y enero de 2016). También ha centralizado la 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.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró el 1 de febrero de 2016 al virus Zika como una emergencia sanitaria global, debido a que la infección transmitida por mosquitos se ha relacionado con enfermedades neurológicas en niños recién nacidos⁴.

Ante la introducción de este nuevo virus en las Américas y su posible asociación con microcefalia y otras anomalías, la OPS y la OMS acaban de redactar un documento con el que se pretende brindar a los profesionales sanitarios que asisten a mujeres gestantes, información actualizada con base en las mejores evidencias disponibles para prevenir la infección por el virus Zika, diagnosticarla oportunamente, recomendar tratamiento, dar seguimiento a las embarazadas, así como notificar el caso a las autoridades sanitarias competentes⁵.

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 antes mencionado (www.paho.org/viruszika).

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

1. *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 Zika⁶.

Tabla 1 Sintomatología en la infección por virus Zika

<i>Principales síntomas de infección por virus Zika</i>	
Fiebre entre 37,2 y 38 °C	Mialgias y/o artralgias
Exantema maculopapular pruriginoso ^a	Astenia
Conjuntivitis no purulenta	Edema en miembros inferiores
Cefalea	
<i>Síntomas menos frecuentes</i>	
Dolor retroorbitario	Anorexia
Vómitos, diarrea	Dolor abdominal

^a 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 (tomado de Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud⁵).

2. **Medidas de protección personal:** los profesionales sanitarios 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 deben recomendar a toda la población, pero en particular a las gestantes, el uso de las siguientes medidas^{5,6}:

- 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 sanitarias (DEET, picaridina o icaridina). Estos repelentes son, por el momento, los que cuentan con los mayores niveles de seguridad para su uso durante el embarazo y la lactancia. Hay que aplicarlo en áreas expuestas del cuerpo y por encima de la ropa cuando esté indicado. Y reaplicarlo de acuerdo con lo recomendado 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 en el domicilio.

3. **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^{5,6}.

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 la enfermedad aparecen generalmente después de un periodo de incubación de 3 a 12 días. En términos generales no suelen producirse casos mortales. La infección puede cursar de forma asintomática (70-80% de los casos) o presentarse con la clínica que se indica en la [tabla 1](#). Los síntomas duran de 4 a 7 días y suelen autolimitarse⁵.

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 de Guillain-Barré, meningoencefalitis y mielitis, entre otros. Aunque aún no fue establecida la relación causal con el virus Zika, no se puede descartar esa hipótesis^{5,6}.

Los pasos diagnósticos son exactamente iguales para las mujeres gestantes que en la población general, y son definidos en la actualización epidemiológica de la OPS del 16 de octubre de 2015⁷.

Por tratarse de una infección generalmente asintomática y ser autolimitada en los pocos casos sintomáticos, 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 síntomas⁶.

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. 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 del 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 min de nacer. Sin embargo, esta asociación hasta el momento no ha sido confirmada por otros investigadores^{5,6}.

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 realicen pruebas de laboratorio para la detección de virus Zika⁵.

En aquellos países con casos autóctonos de infección por virus Zika se recomienda monitorizar 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 microcefalia⁵.

Ante casos con sospecha de infección por Zika, el profesional sanitario deberá comunicarlos a las autoridades sanitarias institucionales para que se proceda a la notificación a la autoridad sanitaria nacional según los lineamientos establecidos en cada país⁵.

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 pueda ser explicado por una causa conocida⁵.

Conflicto de intereses

Los autores declaramos no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Alerta epidemiológica. Infección por virus Zika, 7 de mayo de 2015 [consultado 6 Feb 2016]. Disponible en: <http://bit.ly/1MmCOT>.
2. Portal da Saúde. Novos casos suspeitos de microcefalia são divulgados pelo Ministério da Saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 12 de enero 2016 [consultado 6 Feb 2016]. Disponible en: <http://bit.ly/1Kc2H6s>.
3. Ministério da Saúde. PORTARIA N.º 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 [consultado 6 Feb 2016]. Disponible en: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1813_11_11_2015.html.
4. Organización Mundial de la Salud. Declaración de la OMS sobre la primera reunión del Comité de Emergencia del Reglamento Sanitario Internacional (2005) sobre el virus del Zika y el aumento de los trastornos neurológicos y las malformaciones congénitas, 1 de febrero de 2016. [consultado 6 Feb 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2016/1st-emergency-committee-zika/es/>.
5. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Consideraciones provisionales sobre la infección por el virus Zika en mujeres gestantes: documento destinado a profesionales de la salud. Montevideo 2016 [consultado 6 Feb 2016].

Disponible en: <http://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/Consideraciones%20provisionales%20sobre%20la%20infeccion%20por%20el%20virus%20zika%20en%20mujeres%20gestantes.pdf>.

6. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial 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 [consultado 6 Feb 2016]. Disponible en: <http://bit.ly/1UnDkUQ>.
7. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial 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 [consultado 6 Feb 2016]. Disponible en: <http://bit.ly/1SHFcdn>.

C.I. Sánchez Carnerero^a y A. Alcántara Montero^{b,*}

^a Servicio de Cirugía General y Digestiva, Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres, España

^b Centro de Salud José María Álvarez, Don Benito, Badajoz, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: a.alcantara.montero@hotmail.com (A. Alcántara Montero).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2016.02.010>
1138-3593/

© 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Prevención secundaria de las fracturas osteoporóticas. ¿Lo hacemos bien?



Secondary prevention of osteoporotic fractures. How well are we doing?

Sr. Director:

La osteoporosis es una enfermedad frecuente con un impacto enorme en la salud pública debido a la gran morbimortalidad y a la repercusión sobre la calidad de vida que suponen las fracturas, además de conducir a un gasto sanitario muy elevado. El objetivo principal de su abordaje es evitar la aparición de fracturas osteoporóticas, por lo que es importante dedicar los esfuerzos a diagnosticar y tratar a los individuos que más riesgo tienen de sufrir este tipo de fracturas.

El antecedente de haber presentado cualquier tipo de fractura osteoporótica está relacionado con un aumento de riesgo para una nueva¹. El alto riesgo que presentan estos individuos está reflejado en las principales guías de osteoporosis, las cuales recomiendan tratamiento incluso sin necesidad de realizar una DXA para valorar la densidad mineral ósea².

Se evaluó la actitud terapéutica en una muestra de individuos con sospecha de osteoporosis remitidos desde

diferentes ámbitos asistenciales para la realización de una prueba de densitometría ósea por DXA axial en el Complejo Asistencial Universitario de León. Se incluyeron individuos de entre 40 y 90 años de edad con fractura previa que no habían recibido anteriormente tratamiento con antiosteoporóticos. Como fractura previa osteoporótica se consideraron aquellas ocurridas en la vida adulta de manera espontánea, o las causadas por un traumatismo de baja energía.

Se incluyeron 82 individuos con antecedentes de fractura osteoporótica previa, de los cuales recibió tratamiento solo el 63%. El empleado principalmente fueron los bifosfonatos en un 84,6% de los casos. Los individuos con fractura osteoporótica que recibieron tratamiento tenían un peor T-score en columna lumbar y en cuello femoral, con más casos de osteoporosis densitométrica a nivel lumbar y femoral y menos peso en comparación con los que no recibieron tratamiento (tabla 1).

A pesar de que los individuos que ya han tenido una fractura osteoporótica son los que más riesgo tienen de padecer otra, no fueron tratados en su totalidad en nuestra muestra. Este dato, aunque decepcionante, no sorprende ya que casi 25 años después de disponer de los bifosfonatos como antiosteoporóticos, la gran mayoría de los individuos que presentan fracturas por fragilidad a nivel mundial no reciben ni evaluación ni tratamiento para reducir el riesgo de una segunda fractura³.

Algunos de los problemas identificados son las preocupaciones de los costes con respecto al diagnóstico y