

Editorial

El virus Zika en la atención primaria

Zika Virus in Primary Care

O vírus da Zika na atenção primária

Eduardo López-Ortiz,* Santiago Montiel-Romero**



Actualmente el virus Zika (ZIKV) está presente en 76 países alrededor del mundo; a pesar de haberse identificado por primera vez en África, la mayor concentración de personas infectadas se localiza en Latinoamérica y el Caribe. Tan solo en México al iniciar el año 2017 se habían detectado 7 599 casos,^{1,2} para finales de febrero la cifra había incrementado a 8 069 casos confirmados en 25 entidades de la república.

Las complicaciones y consecuencias derivadas de un mal manejo epidemiológico pueden afectar negativamente las economías emergentes que son justo aquellas que más tienen eventos confirmados por Zika; el impacto en la economía mundial, tan solo en 2016, fue de cerca de 7 280 millones de pesos.¹ Por tal motivo, es de suma importancia contextualizar el virus Zika desde la atención primaria con el propósito de evitar su propagación y efectos deletéreos.

El virus ZIKV pertenece al género Flavivirus, de la familia *flaviviridae*, está relacionado con el virus Spondweni; los análisis filogenéticos evidencian la existencia de tres linajes ubicados

en África Oriental, África Occidental y Asia. Los procesos mutagénicos y adaptativos a lo largo de la historia evolutiva del Zika han sido determinantes en su capacidad patogénica, en específico, aquellos cambios relacionados con sitios de glicosilación de la proteína E, que ha sido asociada a la producción del virus, sensibilidad a pH y neuroinvasión.³⁻⁵ Dentro de la familia de los *flaviviridae* forman parte otros virus de importancia epidemiológica como el dengue, el virus de la encefalitis japonesa, el virus de fiebre amarilla, entre otros.⁶

Debido a la rápida dispersión del virus en Brasil en 2015 hacia otros países del continente americano⁷ y a la asociación con casos de microcefalia y complicaciones neurológicas como el síndrome de Guillain Barré, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró la situación como un Evento de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII) el 1 de febrero de 2016.⁸

El principal mecanismo de transmisión es mediante la picadura del mosquito *Aedes aegypti* aunque se han documentado otros tipos de transmisión como la trasplacentaria, sexual, sanguínea o por contacto directo.⁹⁻¹² La enfermedad es similar a la fiebre por el virus del dengue y Chikungunya. Los síntomas de la infección ZIKV duran de cuatro a siete días y pueden incluir fiebre, cefalea, conjuntivitis, exantema, mialgia y artralgia.

Vigilancia y diagnóstico

Reconocer un caso de Zika es una tarea complicada porque el patrón clínico que se suele encontrar comparte signos y síntomas con infecciones causadas por otros arbovirus

*Médico residente de la especialidad en Epidemiología.
**Médico general, Hospital ABC Observatorio, Ciudad de México.

Sugerencia de citación: López-Ortiz E, Montiel-Romero S. El virus Zika en la atención primaria. *Aten Fam.* 2017;24(2):49-50.

© 2017 Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina, División de Estudios de Posgrado. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

López-Ortiz E y col.

transmitidos por mosquitos del género *Aedes* presentes en México, como el dengue y chikungunya, por lo que conocer las definiciones operacionales y los algoritmos diagnósticos para estas enfermedades resulta una herramienta útil ante la sospecha de la enfermedad en los pacientes.¹³

En México, el algoritmo diagnóstico debe tomar en cuenta la definición operacional publicada por la Dirección General de Epidemiología, dicho algoritmo debe ser ocupado por médicos familiares y demás personal involucrado en el primer nivel de atención.

Caso probable: paciente que presenta exantema (maculopapular y pruriginoso) y dos o más de los siguientes síntomas: fiebre, cefalea, conjuntivitis (no purulenta/hiperemia), artralgias, mialgias, edema periarticular, prurito, dolor retroocular y que se identifique alguna asociación epidemiológica.

Caso probable en embarazadas: toda mujer embarazada que presente dos o más de los siguientes signos o síntomas: fiebre, exantema, conjuntivitis (no purulenta), cefalea, mialgias, artralgias o dolor retroocular y que se identifique alguna asociación epidemiológica.

Caso confirmado: todo caso probable con resultado positivo a ZIKV mediante la detección de ARN viral por medio de RT-PCR en muestras de suero tomados en los primeros cinco días del inicio del cuadro clínico.

En las localidades en las que no se ha identificado la circulación del ZIKV, se tomará muestra a los casos que cumplan con la definición estricta de caso probable. Una vez identificada la circulación del virus se procederá a muestrear solamente 5% de los casos

que cumplan definición operacional de caso probable de enfermedad por ZIKV.

En mujeres embarazadas que cumplan la definición operacional de caso probable de enfermedad por ZIKV se tomará muestra a 100% de las mismas, aun en las localidades en las cuales ya se identificó el virus; 10% de los casos confirmados de enfermedad por ZIKV también serán procesados a dengue y Chikungunya para identificar coinfecciones.

La emergencia del virus Zika en el mundo es un ejemplo de la importancia del papel que juega el médico de primer contacto en la identificación del virus y la introducción de nuevos patógenos a territorios en los que la población es susceptible. En el año 2015 los médicos del noreste de Brasil comenzaron a detectar un cambio en el patrón clínico de los casos sospechosos de dengue, la notificación oportuna de este comportamiento tuvo como resultado conocer que la etiología de los casos “raros” de infección por virus del dengue se debían en realidad a un agente que por casi 50 años no había dado noticia: el ZIKV. No hay forma de predecir cuáles serán los nuevos retos relacionados con la introducción de agentes a la población -virus Mayaro, fiebre amarilla, influenza A(H7N9)-, por lo que el trabajo coordinado de médicos familiares y la comunicación oportuna es una herramienta de importancia económica, social y de salud.

Referencias

1. Macciocchi D, Lanini S, Vairo F, Zumla A, Figueiredo LT, et al. Short-term economic impact of the Zika virus outbreak. *The new microbiologica*. 2016;39(4):287.
2. Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, Dirección

General de Epidemiología. Casos confirmados de enfermedad por virus del Zika [Internet]. [Citado 2017 Mar 05]. Disponible en: http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/avisos/2017/zika/DGE_ZIKA_CASOS_SEM08_2017.pdf

3. Zanluca C, Dos Santos CND. Zika virus—an overview. *Microbes and Infection*. 2016;18(5):295-301.
4. Faye O, Freire CC, Iamarino A, Faye O, De Oliveira JVC, Diallo M, et al. Molecular evolution of Zika virus during its emergence in the 20th century. *PLoS Negl Trop Dis*. 2014;8(1):e2636.
5. Hanna SL, Pierson TC, Sanchez MD, Ahmed AA, Murtadha MM, Doms RW. N-linked glycosylation of west Nile virus envelope proteins influences particle assembly and infectivity. *Journal of virology*. 2005;79(21):13262-74.
6. Saiz JC, Vazquez-Calvo A, Blazquez A. Zika Virus: The Latest New Corner. *Frontiers in Microbiology*. 2016;7:1-19.
7. Calvet GA, Filippis AM, Mendonca MC. First detection of autochthonous Zika virus transmission in a HIV-infected patient in Rio de Janeiro, Brazil. *Journal of Clinical Virology*. 2016;74:1-3.
8. World Health Organization. WHO Director-General summarizes the outcome of the Emergency Committee regarding clusters of microcephaly and Guillain-Barré syndrome. [Internet]. [Citado 2017 marzo 2]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2016/emergency-committee-zika-microcephaly/en/>
9. Hayes E. Zika Virus Outside Africa. *Emerging Infectious Diseases*. 2009;15(9):1347-50.
10. Schuler-Faccini L, Ribeiro EM, Feitosa IM, et al. Possible Association Between Zika Virus Infection and Microcephaly - Brazil, 2015. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2016;11(65):59-62.
11. D'Ortenzio E, Matheron S, De Lamballerie X. Evidence of Sexual Transmission of Zika Virus. *The New England Journal Of Medicine*. 2016;374(22):2195-8.
12. Musso D, Nhan T, Robin E, Roche C, Bierlaire D, Zisou K, et al. Potential for Zika virus transmission through blood transfusion demonstrated during an outbreak in French Polynesia, November 2013 to February 2014. *Euro Surveill*. 2014;19(14):20761.
13. Barzon L, Trevisan M, Sinigaglia A. Zika virus: From pathogenesis to disease control. *FEMS Microbiology Letters*. 2016;363(18):fnw202.