



Mi Universidad

MEDICINA HUMANA.

Tema

**Actividad : “ VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA
ACTIVA EN PRIMER Y SEGUNDO NIVEL DE
ATENCION DE SALUD.”**

Presenta

FRETH HIRAM GUTIERREZ DIAZ.

3ER SEMESTRE.

**San Cristóbal de las casas, Chiapas a
04 de noviembre del 2020.**

ZIKAVIRUS

PROTOCOLO DE VIGILANCIA DE LA ENFERMEDAD POR VIRUS ZIKA.

La enfermedad por virus Zika la produce un virus transmitido por la picadura de mosquitos del género Aedes, que se presenta con un cuadro clínico leve caracterizado por fiebre moderada, exantema maculo-papular que se extiende frecuentemente desde la cara al resto del cuerpo, artritis o artralgia pasajera (principalmente de articulaciones pequeñas de manos y pies), hiperemia conjuntival o conjuntivitis bilateral y síntomas inespecíficos como mialgia, astenia y cefalea. Las infecciones asintomáticas son frecuentes y se estima que tan un 25% de los infectados desarrolla síntomas.

El virus Zika fue descubierto por primera vez en 1947 durante estudios de vigilancia de fiebre amarilla selvática en monos Rhesus en el bosque Zika en Uganda. La presencia del virus en humanos, considerado en un principio huésped ocasional, se constató a través de estudios serológicos en 1952. No fue hasta 1968 cuando se logró aislar el virus a partir de muestras humanas en Nigeria.

Hasta el año 2007 solo se habían notificado en el mundo 14 casos humanos de infección por virus Zika. En ese mismo año se registró en la Isla de Yap (Micronesia) el primer brote por virus Zika fuera de África y Asia. Estudios serológicos en la población de la isla demostraron que hasta el 73% de los habitantes presentaban anticuerpos frente al virus. Entre 2013 y 2014, tuvo lugar un brote en la Polinesia Francesa que se extendió a Nueva Caledonia y desde entonces se detectaron casos en las islas Cook, las Islas Salomón, Samoa, Vanuatu y la Isla de Pascua. En mayo de 2015 se confirmó en Brasil la transmisión autóctona del virus Zika. Entre 2015 y 2016 la infección por virus Zika se expandió en todo el continente americano, excepto Canadá, Uruguay, Chile, y algunas islas del Caribe y también se notificaron casos en Cabo Verde, Angola y Tanzania en África, y en diversos países y territorios de Asia y Oceanía. A partir de 2017 los casos han descendido considerablemente en las áreas con transmisión autóctona, aunque se han seguido notificando casos procedentes de América Latina, África, Asia y Pacífico. Los casos detectados en España han sido fundamentalmente importados, en viajeros procedentes de zonas con transmisión activa, aunque desde 2017 el número de casos ha descendido considerablemente. De los 544 casos (362 confirmados y 182 probables) notificados en España desde 2015, solo 7 han sido casos considerados como autóctonos: 2 por transmisión sexual y 5 casos congénitos.

En general, la enfermedad evoluciona sin complicaciones graves y las tasas de hospitalización son bajas. No obstante, tanto en el brote ocurrido en la Polinesia Francesa y Nueva Caledonia como en los ocurridos entre 2015-2016 en numerosas regiones y países del mundo, se ha documentado la aparición de complicaciones neurológicas (síndrome de Guillain-Barré, meningitis, meningoencefalitis, mielitis) asociadas a infección reciente por virus Zika. La complicación más preocupante son las malformaciones neurológicas y otras alteraciones en recién nacidos de madres infectadas durante el embarazo. El mecanismo patogénico de estas

manifestaciones es aún desconocido, aunque podría ser de tipo autoinmune. No se han descrito casos por transmisión vectorial autóctona en Europa ni en regiones en que el único vector presente sea *A. albopictus*. No obstante, existe riesgo de transmisión autóctona vía sexual.

Objetivos como tal son:

1. Detectar precozmente los casos importados, con el fin de establecer las medidas necesarias para evitar la aparición de casos secundarios y brotes autóctonos sobre todo en áreas con presencia de vector competente y de notificar la transmisión activa del virus en el lugar donde se adquirió la infección.
2. Detectar precozmente los casos autóctonos, con el fin de establecer las medidas de prevención y control para evitar la circulación del virus en nuestro país y prevenir y controlar los brotes autóctonos.

Las actividades de primer nivel se caracterizan o se centran en gran medida en la prevención de la transmisión sexual y en la lucha contra el vector. El uso de métodos de barrera en las relaciones sexuales previene la transmisión del virus, y debe recomendarse en los viajeros a zonas endémicas y a sus parejas sexuales (ver recomendaciones a viajeros). Se debe hacer vigilancia entomológica, reforzada por proyectos comunitarios, para precisar la presencia de los vectores en las distintas zonas del territorio, su densidad, reconocer los hábitats con mayor producción de larvas, y promover programas para su eliminación, control o tratamiento con los mecanismos apropiados. Estas medidas frente al vector deben realizarse de forma rutinaria lo cual no sólo será favorable para la gestión de las situaciones de riesgo cuando se produzcan, sino que mejorará la calidad de vida de las personas. Por otro lado, dado que es una enfermedad emergente, es muy importante la sensibilización tanto de la población general como de los profesionales sanitarios. Todos los sectores de la comunidad deben implicarse en las acciones para la prevención y control de esta enfermedad: educativos, sanitarios, ambientales, infraestructuras, etc. Estas medidas deben estar integradas en los Planes de preparación y respuesta frente a enfermedades transmitidas por vectores que se desarrollen en los distintos niveles. La educación dirigida a la población general es fundamental para que participe en las actividades de control en el ámbito peridoméstico, debido al comportamiento específico del vector transmisor. Se recomienda el desarrollo de herramientas de comunicación con mensajes preventivos específicos enfocados a reducir las superficies donde se facilite el desarrollo del mosquito (recipientes donde se acumule el agua, jardines y zonas verdes de urbanizaciones cercanas a las viviendas, fugas, charcos, residuos, etc.) Igualmente, en las zonas de actividad del vector, se recomendará a la población que tome medidas de protección individual. El uso de mosquiteras en puertas y ventanas contribuiría a disminuir la población de mosquitos en el interior de las viviendas, sobre todo durante el día manteniéndolas cerradas. Se recomendará el uso de manga larga y de repelentes eficaces. Se utilizarían repelentes tópicos en

ZIKAVIRUS

las partes descubiertas del cuerpo y sobre la ropa. Algunos de eficacia probada son los repelentes a base de DEET (N, N-diethyl-m-toluamida), permitido en niños mayores de 2 años y en embarazadas en concentraciones inferiores al 10%. También se puede utilizar otros con diferentes principios activos como Icaridina, IR3535® (etil-butil- acetil-aminopropionato) y citrodiol. Es importante que los profesionales sanitarios estén informados del potencial riesgo de que se produzcan casos por esta enfermedad ya que facilitaría la detección precoz de los casos mejoraría el tratamiento y el control de la enfermedad. El Comité Científico de Seguridad Transfusional ha regulado las principales recomendaciones en relación a las donaciones de sangre de personas que han visitado áreas afectadas, así como de los residentes en las mismas (Acuerdos 18-02-2016 y 08-02-2016). La mayoría de zonas en las que se detecta el virus del Zika son al mismo tiempo zonas endémicas de paludismo por lo que quedarían excluidas de la donación al quedar incluidas dentro de los criterios de exclusión del paludismo. Además las personas provenientes de zonas en las que existe el virus, pero no paludismo como es el caso de las Islas Reunión, Mauricio y Seychelles entre otras, serán excluidas durante 4 semanas (28 días) desde su regreso, y si han presentado o se ha sospechado síntomas de infección por virus Zika durante su estancia en la zona, o a su regreso, se excluirán durante 6 meses.

En las atenciones de segundo nivel como tal las tendremos como complicaciones que se han declarado un aumento de casos de síndrome de Guillain-Barré y de microcefalia (Declaración Emergencia de Salud Pública de Interés Internacional por la OMS) coincidentes con los brotes epidémicos por Zika virus en curso. De igual forma podrían exacerbarse patologías preexistentes. Síndrome de Guillain-Barré: Se ha observado que los casos de síndrome de Guillain-Barré relacionados con el brote de 2013 en Polinesia Francesa, se presentaron con una mediana de 6 días (2-23) desde el inicio de los síntomas. Por este motivo es recomendable asegurar una valoración clínica (mialgias en extremidades, alteraciones de la sensibilidad, paresia o parálisis) en aquellos pacientes confirmados, durante las primeras semanas tras el diagnóstico. Mujeres gestantes: Se ha observado una fuerte asociación entre la infección por ZIKV y la detección de microcefalia fetal y alteraciones oculares en los recién nacidos con microcefalia, si bien pendiente de determinar la causalidad de forma definitiva. En el caso de detectar una mujer embarazada que haya presentado síntomas compatibles con infección por virus Zika o haber residido en una de las zonas con transmisión activa de la infección deberá referirse a la misma al servicio de obstetricia correspondiente para realizar la valoración recomendada. El protocolo de actuación para los especialistas en ginecología y obstetricia en relación a la detección de las posibles complicaciones asociadas a la infección por virus Zika durante el embarazo.

Tendremos de igual manera o es importante recalcar los puntos clave de Zika
Descartar la posible presencia de otras ETV

La enfermedad suele ser de curso benigno pero es recomendable detectar pacientes de riesgo: síntomas neurológicos, gestantes y personas con comorbilidades.

- Todavía existen importantes áreas de incertidumbre en el manejo clínico de las personas asintomáticas provenientes de zonas con brotes epidémicos activos:
 - Relaciones sexuales: Es aconsejable recomendar el uso de métodos de barrera a los hombres provenientes de zonas de riesgo, si han presentado síntomas compatibles con infección por ZIKV. En el momento actual no se puede confirmar el lapso de tiempo recomendable.
 - Mujeres lactantes: Se ha detectado partículas infectivas de ZIKV en la leche materna, sin que se haya confirmado la transmisión por esta vía.

El virus Zika produce una enfermedad febril aguda donde son importantes la fiebre, exantemas, conjuntivitis, edemas periféricos y afectación osteomioarticular también responsabilizada con el vector *Aedes* spp. Es autolimitada, pero afecta a individuos de todas las edades incluyendo la laboral y escolar y se han reportado ciertas complicaciones inmunológicas y malformativas fetales alrededor de brotes en ciertas partes del mundo. Entre ellas se encuentran las manifestaciones neurológicas (Síndrome de Guillain Barré) y la microcefalia en países como Brasil, que le convierten en un factor de riesgo perinatal. La vigilancia en salud debe desarrollarse a partir del control existente contra el dengue y fiebre Chikungunya (por igual transmisión vectorial), teniendo en cuenta las diferencias en la presentación clínica. Según corresponda a la situación epidemiológica del país, debe estar orientada a evitar y/o detectar la introducción del virus Zika en un área, a rastrear la dispersión de la infección una vez introducida o vigilar la enfermedad cuando ésta se ha establecido mediante un tratamiento sintomático.

Referencia bibliográfica.

<http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicioscientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-procedimientos/protocolos.shtml>

<http://who.int/mediacentre/news/statements/2016/1st-emergency-committee-zika/es/>

https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/PROTOCOLOS/PROTOCOLOS%20EN%20LOQUE/PROTOCOLOS%20VECTORES/protocolos%202019/PROTOCOLO%20ZIKA_20190726.pdf

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=1218&Itemid=2291&lang=es

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242017000200015