

Infección por el virus del Zika: una arbovirosis emergente

Virus infection Zika: an emerging arbovirus

Dr. Jesús Quintero Casanova¹

¹ Especialista de 2^{do} grado en Medicina Interna. Máster en Infectología clínica y enfermedades tropicales. Profesor Auxiliar de la especialidad.

La relación entre los seres humanos, la naturaleza, el medio ambiente y los agentes infecciosos es en la actualidad muy compleja, cambiante y desafiante. Cada año se reportan enfermedades infecciosas nuevas, las cuales se transmiten y diseminan de manera rápida por el mundo, debido entre otras cosas al desarrollo de los medios de transporte y la facilidad para trasladarse de un punto a otro de nuestro planeta.

En el campo de las enfermedades transmitidas por artrópodos, especialmente por mosquitos, se roba la atención de la comunidad médica y científica en el continente americano, el virus del Zika, el cual es un flavivirus que se transmite fundamentalmente por la picadura de mosquitos *Aedes aegypti*, y debe su nombre al Bosque de Zika en Uganda, donde se le identificó por primera vez en abril de 1947. La primera infección en un ser humano fue en Nigeria en 1954. Zika significa “cubierto” en la lengua Luganda, también conocido como ganda, es una lengua bantú que es hablada principalmente en la región Buganda de Uganda. La infección por el virus del Zika es considerada una enfermedad emergente. Antes del año 2007, los casos reportados eran esporádicos, luego se han descrito dos brotes de importancia: uno de ellos en 2012 en Yap, Micronesia. En los años 2013, 2014, 2015, se han producido epidemias en la Polinesia francesa, Isla de Pascua, las Islas Cook y Nueva Caledonia.

El brote mayor reportado hasta la fecha es el que está ocurriendo actualmente en las Américas. Los primeros casos con transmisión local fueron reportados en mayo de 2015 en Brasil, donde se estima que desde entonces se han infectado más de 1 millón 500 000 personas y el brote se ha extendido por América Central, América del Sur y el Caribe, incluido Puerto Rico.

Aproximadamente el 75-80% de los casos son asintomáticos y generalmente la infección sintomática es leve, los síntomas que con mayor frecuencia se presentan son fiebre, erupción cutánea, artralgias y conjuntivitis y aparecen alrededor de 3-12 días después de la exposición y son autolimitados, resolviéndose en alrededor de 5-7 días.

El método recomendado para su diagnóstico es el PCR en tiempo real, durante los primeros 3-5 días durante la viremia, la serología IgM e IgG puede dar reacción cruzada con otros flavivirus como el dengue.

La implicación más trascendente es que el virus del Zika sea teratogénico, dado por los numerosos casos asociados de microcefalia en Brasil, la incidencia de la misma, se elevó de 5,7 por 100 000 nacidos vivos en 2014 a 99,7 por 100 000 nacidos vivos en 2015. También se ha reportado un aumento en la incidencia de síndrome de Guillain-Barré durante el brote, pero el rol causal del virus del Zika no ha sido establecido claramente.

En Cuba, se han reportado más de una veintena de casos importados, procedentes en su mayoría de colaboradores de Venezuela, pero se debe destacar que existe el vector transmisor y condiciones epidemiológicas para que ocurra transmisión autóctona.

Es por ello, que el Sistema Nacional de Salud, a través de su Dirección Nacional de Epidemiología, en conjunto con las demás instancias del sistema, ha montado un conjunto de acciones de vigilancia clínica, epidemiológica, virológica y molecular del Zika, que permite hacer un enfrentamiento a esta enfermedad en las instalaciones de salud de todos los niveles a nivel nacional. Dentro de las medidas recomendadas, destacan las referentes al Programa Materno Infantil en el manejo de la mujer embarazada con síntomas sospechosos de la enfermedad, dada la prioridad que tiene la salud materno-fetal para nuestra sociedad.

Otro elemento importante que se ha trabajado, pero que necesita de sistematicidad y mayor participación comunitaria y de la acción intersectorial de todos los organismos de la administración central del estado (OACE), es el perfeccionamiento de las medidas para mejorar la higiene comunal, como elemento necesario para el control del mosquito como agente transmisor del virus, ya que aunque existen pasos promisorios en la obtención de una vacuna, esta todavía no es una realidad. Como eje central de estas acciones se debe seguir fomentando cambios conductuales de comportamiento individual y participación comunitaria para el control del vector y sus criaderos en los hogares.

Cuba en coordinación con la OPS/OMS, desarrolla importantes acciones basadas en el liderazgo científico y la experiencia en el control regional de otras arbovirosis como el

Dengue, el cual junto al Chikungunya, constituyen las principales enfermedades transmitidas por Aedes en la región.

La OPS recomienda que la vigilancia sea similar a la establecida en dengue y chikungunya; la misma estará orientada a:

1. Detectar la introducción del Zika en un área
2. Rastrear la dispersión de la fiebre por Zika una vez introducida y
3. Vigilar la enfermedad cuando esta se ha establecido.

En aquellos países sin casos autóctonos de infección por Zika se recomienda:

- Realizar pruebas para la detección del virus en un porcentaje de pacientes que presenten fiebre y artralgias, o fiebre y artritis de etiología desconocida (por ejemplo, en aquellos pacientes con pruebas negativas para malaria, dengue, chikungunya y enfermedades febriles exantemáticas).
- Tener en cuenta la posible reactividad cruzada con el dengue en las pruebas serológicas, sobre todo si ha habido infección previa por dengue.

La detección temprana permitirá la identificación de las cepas virales circulantes, la caracterización adecuada del brote y la implementación de una respuesta proporcionada.

En la Isla de la Juventud, se ha trabajado en la organización del sistema de salud para el enfrentamiento y control de esta amenaza, destacando todas las medidas organizativas, de aseguramiento y superación de los recursos humanos del sector, además se han desarrollado acciones intersectoriales y de participación comunitaria en la lucha antivectorial. De igual forma, se tiene un sistema de vigilancia clínica, epidemiológica y virológica en coordinación con otros niveles del sistema como el Instituto Pedro Kouri para todos los casos febriles, sobre todos aquellos clasificados como febriles inespecíficos y en todos aquellos con riesgos epidemiológicos para adquirir la infección.

A pesar de todo esto, se hace necesario aumentar la percepción poblacional del riesgo de introducción y diseminación en el territorio y la necesidad de seguir controlando el cumplimiento de todas las acciones planificadas y orientadas. Mantener a nuestra población segura contra esta enfermedad es un reto al sistema municipal de salud.