

BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO | N° 75 - octubre y noviembre de 2017

Luchemos contra la neumonía | Vacuna contra el Virus del Papiloma Humano (VPH). | Infección por VPH. Eficacia, inmunogenicidad y seguridad de la vacuna 9-valente contra el HPV. | Incremento del cáncer orofaríngeo asociado a HPV en hombres. | Lo que los pacientes nos enseñan. Infección por virus Zika.

STAFF

Departamento de Epidemiología

Dirección

DR. DANIEL STAMBOULIAN

Coordinación y redacción

DRA. LILIÁN TESTÓN

Edición

LIC. JAVIER CANTEROS

Con el aval de FIDEC/FUNCEI

SUSCRIPCIÓN GRATUITA

epidemiologia@funcei.org.ar

MÁS INFORMACIÓN

Twitter: @EpidemiologiaFUNCEI

www.escalainicial.com.ar

Twitter @escalainicial

FUNCEI

French 3037- C1425AWK

C.A.B.A, Argentina.

Tel.: 4809-4242 info@funcei.org.ar

www.funcei.org.ar

FIDEC

2050 Coral Way Suite #407

Miami, Florida 33145

Tel: 305.854.0075

www.fidex-online.org

Luchemos contra la neumonía

Durante noviembre de 2017 Fundación Centro de Estudios Infectológicos (FUNCEI) realiza la campaña #MesDeLuchaContraLaNeumonía para crear conciencia acerca de esta enfermedad y su prevención por vacuna, haciendo especial énfasis en la necesidad de que los adultos que pertenezcan a grupos de riesgo reciban las dos vacunas antineumocócicas en esquema secuenciado.

NUEVA RECOMENDACIÓN DE VACUNACIÓN ANTINEUMOCÓCICA EN ADULTOS

Con el objetivo de reducir la incidencia, complicaciones, secuelas y mortalidad por ENI y CAP, el Ministerio de Salud de la Nación ofrece un esquema de vacunación secuencial de PCV13 y PPV23 en todos los mayores de 65 años y en los adultos entre los 19 y 64 años con riesgo de enfermedad neumocócica.

- **Mayores de 65 años**
 - * 1era. dosis: PCV13
 - * 2da. dosis: PPV23 con un intervalo mínimo de 12 meses después de PCV13.
- **Adultos mayores de 19 años con enfermedades crónicas (cardíacas, res-**

piratorias, hepáticas, renales, diabetes, alcoholismo, tabaquismo).

- * 1era. dosis: PCV13
- * 2da. dosis: PPV23 con un intervalo mínimo de 12 meses.
- * 1er. refuerzo: PPV23 al cumplir 65 años, con un intervalo mínimo de 5 años desde la dosis anterior.

- **Adultos mayores de 19 años inmunocomprometidos y otras patologías:**

Infección por VIH, cánceres sólidos o hematológicos, insuficiencia renal crónica, síndrome nefrótico, tratamiento inmunosupresor actual, asplenia funcional o anatómica, trasplante de órgano sólido. Fístulas de líquido cefalorraquídeo, implantes cocleares.

- * 1era. dosis: PCV13
- * 2da. dosis: PPSV23 con un intervalo de 2 meses
- * 1er. refuerzo: PPSV23 a los 5 años de la anterior dosis
- * 2do. refuerzo: PPV23 a los 65 años, con intervalo mínimo de 5 años desde refuerzo anterior.

ACTIVIDADES FUNCEI

La campaña se lleva adelante en este mes porque el 12 de noviembre es el Día Mundial Contra la Neumonía. Las acciones incluyen anuncios en redes sociales, artículos en medios de comunicación y dos

materiales para descarga gratuita desde el sitio web de FUNCEI:

- Un flyer para comunidad sobre qué vacunas necesitan los adultos para prevenir:
<http://www.funcei.org.ar/Comunidad/Publicaciones/Publicaciones/48/que-vacunas-necesitan-los-adultos-para-prevenir-la-neumonia/318>
- Un newsletter para profesionales de la salud con las últimas actualizaciones sobre neumococo y su pre-

vención por vacuna <http://www.funcei.org.ar/Profesionales/Publicaciones/Publicaciones/35/newsletter-actualizacion-neumococo-2017/317>

Más información:

- <https://www.facebook.com/vacunasadultos/>
- vacunasadultos@funcei.org.ar

Vacuna contra el Virus del Papiloma Humano (VPH). Carga de la enfermedad, cobertura de la vacuna en Argentina.

La vacuna contra el VPH fue incorporada al calendario nacional de vacunación en el año 2011, destinada a las niñas de 11 años nacidas a partir del año 2000, con el propósito de disminuir la incidencia y mortalidad por cáncer cervicouterino y verrugas genitales. En el año 2014, se produce la transición de la vacuna bivalente a la cuadrivalente con cobertura de los serotipos 6, 11, 16 y 18, administrada en esquema de dos dosis con intervalo de 6 meses entre ambas.

Desde enero del 2017 se incluyó en el calendario a los varones de 11 años con el objetivo de avanzar en la disminución de la mortalidad de las mujeres por cáncer de cuello de útero (efecto indirecto) y de prevenir en los hombres el cáncer orofaríngeo (efecto directo). Teniendo en cuenta que la vacunación en varones genera reducción de la transmisión del virus, la ampliación de la estrategia de vacunación contribuye a la prevención de las enfermedades asociadas al VPH en ambos géneros¹.

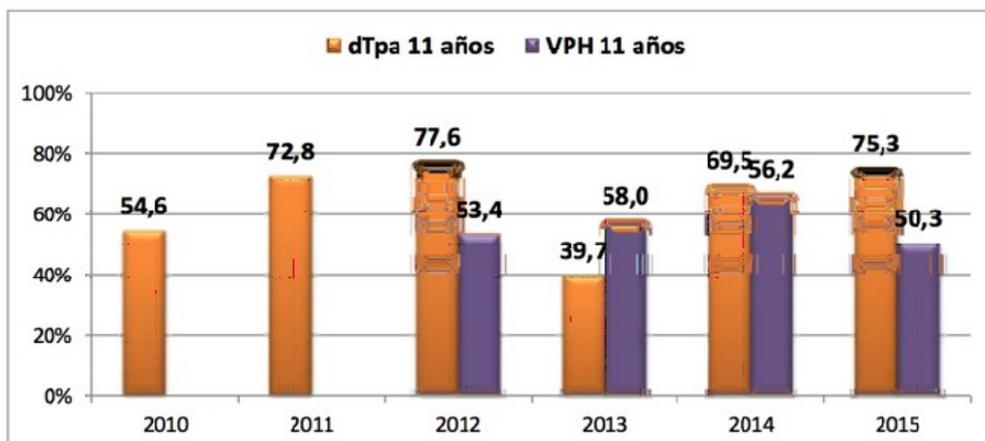
La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda la inclusión de varones a las estrategias de vacunación contra VPH cuando las coberturas en mujeres son menores al 50% para alcanzar el objetivo de disminuir el cáncer cervical. Esto otorga además un beneficio directo al disminuir la incidencia y mortalidad por enfermedades asociadas al VPH en varones.

Además, por tener mayor riesgo, los pacientes con VIH y trasplantados (órgano sólido o células hematopoyéticas) de 11 a 26 años deben recibir la vacuna en esquema de 3 dosis (0,2 y 6 meses).

La vacuna puede ser administrada desde los 9 hasta los 26 años en ambos sexos. Para adultos jóvenes que empiezan entre los 15 y 26 años, se aplica la serie de 3 dosis.

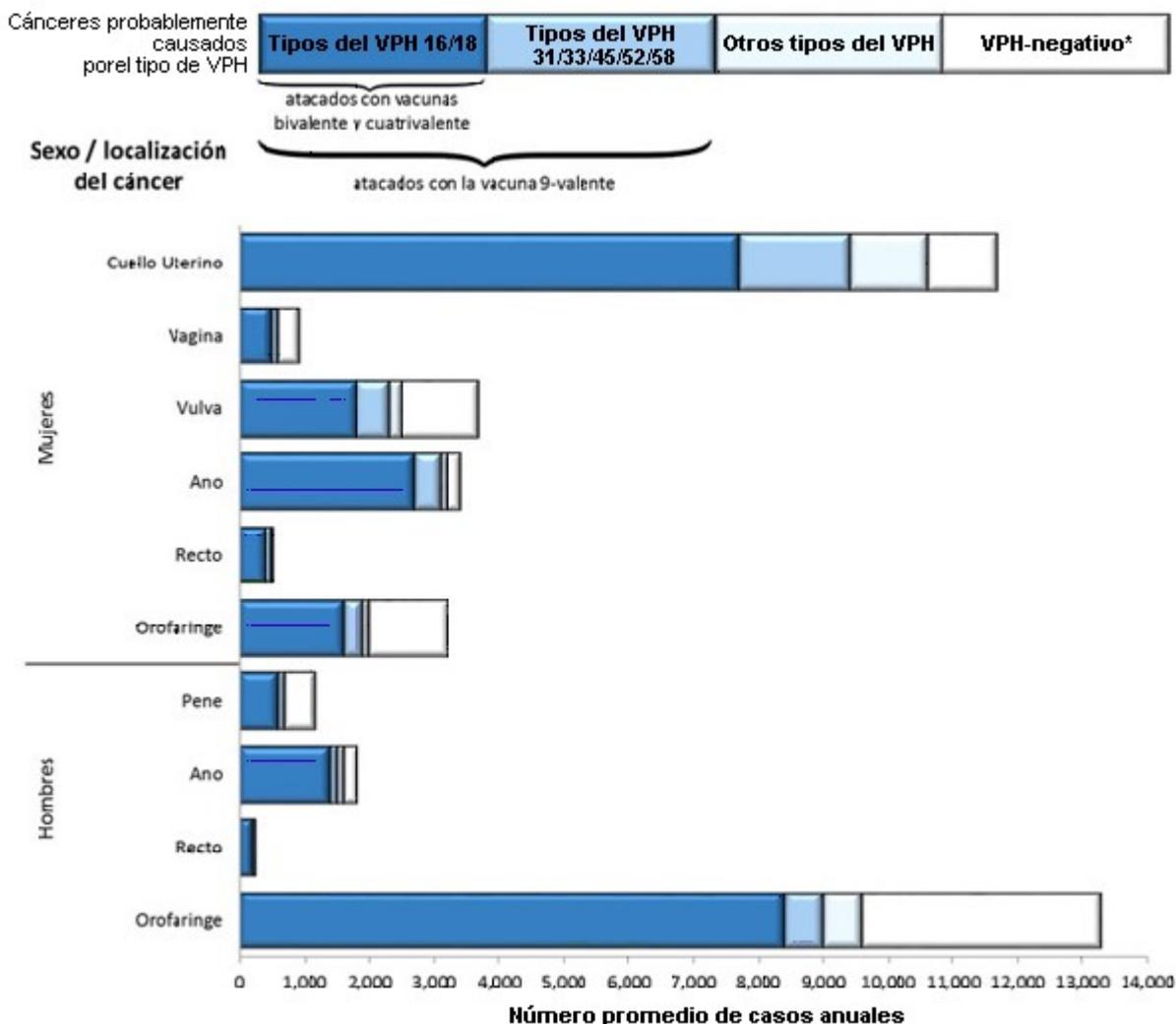
El gráfico a continuación presenta la baja cobertura en la 2ª y 3ª dosis de la vacuna que no supera el 58%. La simplificación del esquema a dos dosis se realiza a partir del año 2015.

Niños y niñas de 11 años de edad, única dosis de dTpa. Niñas de 11 años 3ª dosis de VPH y 2ª dosis en el año 2015



Fuente: Cobertura de Vacunación por jurisdicción. Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles. Ministerio de Salud Presidencia de la Nación

PREVENCIÓN DEL VPH POR VACUNAS CUADRIVALENTE Y NUEVE-VALENTE



Fuente: <https://www.cdc.gov/spanish/cancer/hpv/statistics/cases.htm>

La vacunación contra el VPH puede prevenir una cifra estimada de 28.500 nuevos cánceres por año².

LA ENFERMEDAD

El virus del papiloma humano es un grupo de más de 200 virus relacionados. Más de 40 tipos de VPH pueden transmitirse fácilmente por contacto sexual directo, de la piel y de las membranas mucosas de personas infectadas a la piel y a las membranas mucosas de sus parejas. Pueden transmitirse por contacto sexual vaginal, anal y oral.

En los EE. UU., cerca de 39.800 cánceres asociados al VPH se presentan anualmente³: cerca de 23.300 casos en mujeres y 16.500 entre los hombres.

Categorías de VPH según su riesgo oncogénico

- **Bajo riesgo:** no causan cáncer. Puede ocasionar verrugas en la piel (condiloma acuminado) en o alrededor de los genitales y del ano (subtipo 6 y 11). Los subtipos 6 y 11 causan también papilomatosis respiratoria recurrente.
- **Alto riesgo:** pueden causar cáncer. Principalmente los subtipos: 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 y 58. Causan varios tipos de cáncer:

* **Cáncer de cuello uterino:** prácticamente todos los

Incidencia y mortalidad de cáncer orofaríngeo en Argentina, América del Sur y el mundo. Año 2012 estimativo

Indicador	Varones			Mujeres		
	Argentina	América del Sur	Mundo	Argentina	América del Sur	Mundo
INCIDENCIA						
Número anual de nuevos casos	315	5.635	115.131	63	1.270	27.256
Tasas de incidencia cruda*	1,6	2,8	3,2	0,3	0,6	0,8
Tasas ajustada por edad*	1,4	3,0	3,2	0,2	0,5	0,7
MORTALIDAD						
Número anual de muertes	201	4.186	77.585	44	891	18.505
Tasas de mortalidad cruda*	1,0	2,1	2,2	0,2	0,4	0,5
Tasas ajustada por edad*	0,9	2,2	2,2	0,1	0,4	0,5

*Varones: Tasas por cada 100.000 varones por año. Mujeres: Tasas por cada 100.000 mujeres por año

Fuente: Human Papillomavirus and Related Diseases Report. ICO Information Centre on HPV and Cancer (HPV Information Centre) 2016.

casos de cáncer cervical son causados por VPH y solo los subtipos 16 y 18 son responsables de casi 70% de todos los casos.

* *Cáncer de ano*: cerca del 95% son causados por VPH.

* *Cáncer orofaríngeo (parte central de la garganta, incluyendo el paladar blando, la base de la lengua y las amígdalas)*: el 70% causados por VPH.

Dentro de los cánceres poco frecuentes, el VPH conforma el:

- 65% de los cánceres de vagina.
- 50% de los cánceres vulvares.
- 35% de los cánceres de pene.

Referencias

1. Vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH)2017. Incorporación de la vacunación contra VPH en varones. Fortalecimiento de la vacunación contra VPH en mujeres. Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles. Ministerio de Salud Presidencia de la Nación.
2. El VPH y el cáncer. Disponible en: <https://www.cdc.gov/spanish/cancer/hpv/>
3. Número de casos anuales de cancer asociado a VPH. <https://www.cdc.gov/spanish/cancer/hpv/statistics/cases.htm>

Nueva evidencia de eficacia, inmunogenicidad y seguridad de la vacuna 9-valente contra el HPV

De acuerdo con un nuevo estudio publicado en The Lancet, la vacuna 9-valente contra el HPV mantiene su eficacia hasta seis años, y su perfil de inmunogenicidad en lo que respecta a los HPV 6, 11, 16 y 18, al igual que su seguridad, son comparables a los de la vacuna 4-valente.¹ Así, podría proporcionar una cobertura más amplia y prevenir el 90 % de los cánceres de cuello de útero, según los autores del trabajo.

Mientras que la vacuna 4-valente solo protege contra los HPV antes detallados, la vacuna 9-valente previene también la infección por los HPV 31, 33, 45, 52 y 58, y las anomalías citológicas, las lesiones de alto grado y los procedimientos relacionados con estos virus¹. En 2015, se publicaron los primeros hallazgos de estudios de fase 3 que mostraban **la eficacia de la vacuna 9-valente para prevenir la infección y sus consecuencias en mujeres de entre 16 y 26 años**. También se encontró que la respuesta de anticuerpos no era inferior a la de la vacuna 4-valente.

Con el fin de evaluar la eficacia a los seis años de la primera administración, la inmunogenicidad durante cinco años y la seguridad de la vacuna 9-valente, en este nuevo estudio, aleatorizado, a doble ciego y realizado en 18 países (105 centros), participaron mujeres de entre 16 y 26 años, que recibieron la vacuna 9-valente o la vacuna 4-valente. Estaban sanas, no tenían antecedentes de anomalías en el cuello de útero y, hasta ese momento, habían tenido menos de cuatro parejas sexuales. Se les administraron tres dosis en el lapso de seis meses. Los criterios principales de valoración fueron la incidencia de enfermedad de cuello de útero de alto grado (neoplasia intraepitelial cervical de grado 2 o 3, adenocarcinoma in situ, carcinoma invasivo de cuello de útero) enfermedades vulvares (neoplasia vulvar intraepitelial de grado 2/3, cáncer de vulva), y enfermedades vaginales (neoplasia vaginal intraepitelial de grado 2/3, cáncer de vagina) relacionadas con los HPV 31, 33, 45, 52 y 58; y la no inferioridad de la media geométrica de los títulos (GMT, por sus siglas en inglés) de anticuerpos contra los HPV 6, 11, 16 y 18.¹

Se incorporaron 14.215 mujeres entre 2007 y 2009. La vacuna 9-valente mostró una eficacia del 97,4 % (CI 95%: 85,0-99,9), y los GMT no fueron inferiores a los del grupo que recibió la vacuna 4-valente desde el primer mes posterior a la vacunación y hasta los tres años. No se encontraron diferencias en los eventos adversos graves¹. Estos resultados confirman estudios previos².

La vacuna 9-valente mostró una eficacia del 97,4% y su perfil de inmunogenicidad y seguridad son comparables a la vacuna 4-valente.

“Aunque la vacuna es un éxito, el desafío será implementar su uso”, señalaron los autores del estudio². De ellos, Warner Huh, director de División de Oncología Ginecológica de la Universidad de Alabama, en Birmingham (EE. UU.), declaró a la prensa que, en ese país, el 40 % de las niñas y niños no reciben la vacuna contra el HPV². La FDA aprobó la vacuna 4-valente en 2006 y la 9-valente en 2014². Actualmente, esta última está licenciada en 60 países.

PREVALENCIA DE HPV ORAL ENTRE ADULTOS DE 18-30 AÑOS

Se publicó un nuevo estudio realizado por el grupo de trabajo de HPV de la Universidad de Texas³, en Galveston, con una muestra de 3000 participantes enrolados entre el 2009 y el 2014 según su estado de vacunación cuadrivalente tipo 6,11,16,18 comparado con no vacunados. Los adultos vacunados presentaron una menor prevalencia de lesiones orales relacionadas por los serotipos contenidos en la vacuna.

Según sus autores, existe evidencia de que la vacunación podría proteger contra las lesiones de HPV oral, pero se requiere de mayor investigación para demostrarlo en la población general.

La infección por HPV es responsable de la mayoría de los cánceres orales y faríngeos que para el año 2020 podrían exceder el cáncer cervical relacionado al virus⁴.

Referencias

1. Huh W, Joura E, Giuliano A, et al. Final efficacy, immunogenicity, and safety analyses of a nine-valent human papillomavirus vaccine in women aged 16–26 years: a randomised, double-blind trial. Lancet. 2017 Sep 5. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31821-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31821-4).
2. Soucheray S. HPV vaccine may protect against 90% of cervical cancers (6 de septiembre de 2017). CIDRAP Center for Infectious Disease Research and Policy [en línea] Sep 06, 2017; citado 13 de septiembre de 2017. Disponible en <http://www.cidrap.umn.edu/news-perspective/2017/09/hpv-vaccine-may-protect-against-90-cervical-cancers>.
3. Jacqueline M Hirth, Mi Hyun Chang, Vicente Resto. Prevalence of oral human papillomavirus by vaccination status among young adults (18-30 años de edad). Vaccine. 2017 June 14. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2017.05.025>.
4. The University of Texas Medical Branch. HPV vaccine may be effective against oral cancers. Disponible en: <https://www.utmb.edu/newsroom/article11515.aspx>

Incremento del cáncer orofaríngeo secundario a HPV en hombres

La carga de enfermedad del carcinoma orofaríngeo secundario a infección por HPV es desproporcionadamente alta en hombres, dado que 1 de cada 9 hombres en US posee una lesión oral por HPV.

Los datos surgen del artículo publicado en *Annals of Internal Medicine*¹ que, para determinar la prevalencia de la infección tanto oral como genital y su diferencia entre ambos sexos, utilizan la base del NHANES (*National Health and Nutritional Examination Survey*) del período 2011-2014 de adultos entre 18 y 69 años. Incluye examen físico y test de laboratorio (muestras de hisopado oral, anal y de pene para 37 subtipos) por PCR.

1 de cada 9 hombres en los EE. UU. posee una lesión oral producida por HPV.

La prevalencia de la infección oral por HPV fue de 11.5% en hombres y 3.2% en mujeres. Los porcentajes más altos se encuentran en hombres con múltiples parejas sexuales, hombres que tienen sexo con hombres y las infecciones genitales recurrentes por HPV.

El subtipo 16 presentó una frecuencia seis veces mayor en hombres que en mujeres (1,8 vs. 0.3% respectivamente) está presente principalmente en el cáncer de cabeza y cuello. Su mayor riesgo se distribuye entre hombres de 50 a 69 años.

Según los autores, el carcinoma orofaríngeo es el más común de todos los cánceres relacionados con el HPV, siendo su incidencia 7,8 casos por 100.000 entre hombres, que en la actualidad supera la incidencia del cáncer cervical en mujeres (7,4 cada 100000). Los porcentajes de este tipo de cáncer entre hombres han aumentado más del 300% en los últimos 40 años, disminuyendo en las mujeres.

La prevalencia del virus en las neoplasias orofaríngeas se incrementó de 16,3% en el período 1984 a 1989 a 71.7% durante el 2000-2004².

El cáncer de cabeza y cuello en hombres se ha incrementado un 300% en los últimos 40 años.

Aunque la vacunación contra el VPH puede proteger contra la infección y disminuir este tipo de cáncer entre los hombres, su utilización es baja. La situación se

agrava por el hecho de que muchos hombres no se han vacunado una vez superados los 26 años, edad máxima determinada para recibir la vacuna con efectividad.

A pesar de que la vacunación ha demostrado proteger contra la infección y disminuir el riesgo de cáncer, su utilización en hombres es baja.

Se requiere de mejores métodos de screening para detectar lesiones orofaríngeas precancerígenas. El estudio recomienda realizar investigaciones centradas en la prevención de este tipo de virus oral, así como los exámenes tempranos para facilitar su detección.

Referencias

1. Sonawane K, Suk R, Chiao EY, Chhatawal J, Qiu P, Wilkin T, et al. Oral Human Papillomavirus Infections: Differences in prevalence between sexes and concordance with genital human papillomavirus infection, NHANES 2011-2014. *Ann Intern Med* (Epub ahead of print 17 October 2017).
2. Chaturvedi Anil K, Engels Eric, Pfeiffer Ruth, et al. Human Papillomavirus and rising Oropharyngeal Cancer Incidence in the United States. *Journal of Clinical Oncology*, Nov 2011.

Lecciones aprendidas de los pacientes sobre el virus del Zika

En octubre de 2015, el Ministerio de Salud de Brasil informó un incremento inusual de casos de microcefalia en el noreste del país, que mostraban una asociación espacial y temporal con un brote de la enfermedad por el virus del Zika. Desde inicio de ese año hasta el 11 de noviembre, se detectaron 146 casos, cuando, en promedio, en esa región se registraban anualmente 10. Por lo tanto, se declaró una emergencia nacional en salud pública¹.

El virus del Zika se descubrió en Uganda en 1947. Luego hubo epidemias en África, en el sudeste asiático y en islas del pacífico (Micronesia, Isla de Pascua). En mayo de 2015, las autoridades brasileñas confirmaron la circulación local y miles de afectados. Al año, se habían notificado casos autóctonos en 39 países y territorios americanos. Desde entonces fueron incrementándose los conocimientos sobre la epidemiología y la fisiopatología de la enferme-

dad. Luego de analizar los datos de los pacientes, la comunidad científica llegó a un consenso sobre la existencia de una relación causal del virus de zika con la microcefalia y el síndrome de Guillain-Barré, otra de las complicaciones de la enfermedad. El avance de las investigaciones también permitió identificar otras anomalías cerebrales congénitas, por lo que se propuso la denominación "síndrome de zika congénito". Actualmente, continúa la evaluación del crecimiento de los recién nacidos con estas alteraciones.

TRANSMISIÓN DEL VIRUS DEL ZIKA Y SÍNTOMAS DE LA ENFERMEDAD

Existen distintas vías de transmisión del virus del Zika:

- vectorial (picadura de los mosquitos *Aedes aegypti* y *Aedes albopictus*);
- vertical;
- sexual;
- por trasplante de órganos;
- por transfusiones de sangre.

Uno de cada cuatro infectados presenta síntomas: cefalea, artralgias, mialgias, rash y conjuntivitis.

Trasmisión vertical

Si bien la infección en las embarazadas puede ser asintomática o presentarse con rash, fiebre y artralgias, en el recién nacido tiene consecuencias graves, evidentes en el momento del nacimiento o durante los primeros meses, y que constituyen el síndrome de zika congénito (SZC). La infección materna durante el primer trimestre del embarazo aumenta la probabilidad de recién nacidos con defectos congénitos. Según los investigadores, esto ocurre en 1 de cada 100 embarazos². También está vinculada a otros problemas, como aborto espontáneo, muerte fetal intrauterina y otras lesiones.

Trasmisión sexual

El semen se identificó como un reservorio viral en el que la replicación puede persistir hasta seis meses luego de la infección. El virus también puede ser transmitido mediante secreciones genitales femeninas.

Por eso se recomienda que las parejas que deseen planificar un embarazo luego de haber estado en zonas con transmisión de zika esperen al menos seis meses para asegurarse de que una posible infección se haya eliminado por completo y de que no haya riesgo de trasmisión del virus al feto. También se les aconseja evitar viajes a zonas donde circule el virus. Las embarazadas deben tener relaciones sexuales con preservativo (o abstenerse) durante todo el em-

barazo si sus parejas viven en regiones afectadas o viajan a ellas.

ZIKA Y SÍNDROME DE ZIKA CONGÉNITO (SZC)

El SZC se asocia con un patrón de defectos del nacimiento que incluye anomalías cerebrales, problemas de visión, pérdida de la audición, artrogriposis. El 21,4% de los niños nacidos de madres en las que se confirmó la infección por el virus del Zika presentaron anomalías en la revisión oftalmológica durante un estudio realizado entre enero y octubre del 2016 en Rio de Janeiro. De ellos, el 41,7% no presentaban microcefalia y el 33,3% no tenía hallazgos patológicos en el sistema nervioso central³.

Hallazgos de la evaluación oftalmológica de los recién nacidos

Las principales lesiones detectadas son las siguientes:

- microftalmia;
- coloboma;
- calcificaciones intraoculares;
- hipoplasia de nervio óptico con atrofia;
- cicatriz macular focal de retina.

Hallazgos de la evaluación por tomografía axial computada de los recién nacidos

El examen por tomografía axial computada evidenció que los recién nacidos con SZC presentan las siguientes anomalías⁴:

- calcificaciones cerebrales (principalmente, en la unión de la corteza con la sustancia blanca);
- disminución del volumen cerebral;
- ventriculomegalia;
- hipoplasia de cerebelo;
- protuberancia del hueso occipital;
- hidrocefalia.

GUÍAS PARA EL DIAGNÓSTICO, LA EVALUACIÓN Y EL MANEJO DE LOS RECIÉN NACIDOS CON POSIBLE INFECCIÓN CONGÉNITA POR EL VIRUS DEL ZIKA

En octubre de 2017, se actualizaron las guías para el diagnóstico, la evaluación, el diagnóstico y el manejo de los recién nacidos con posible infección congénita por el virus Zika⁵. A continuación, se resumen las principales consideraciones:

- Todos los recién nacidos de madres con probable exposición al virus del Zika durante el embarazo serán evaluados en el momento del nacimiento y en los controles subsiguientes. La microcefalia puede no estar presente en el momento del nacimiento y presentarse en los meses posteriores.

- Se plantean tres escenarios para la evaluación clínica y de laboratorio:
 - a. niños con hallazgos consistentes en SZC sin tener en cuenta los resultados maternos;
 - b. niños sin hallazgos clínicos nacidos de madres con evidencia de posible infección viral;
 - c. niños sin hallazgos clínicos nacidos de madres sin evidencia de infección.

En los primeros dos escenarios, deben realizarse pruebas de laboratorio y exámenes complementarios por imágenes. No se recomienda estudiar a los niños en el escenario c.

Evaluación inicial. Incluye el examen clínico y pruebas de laboratorio (IgM y PCR en sangre y, en función de los hallazgos, en el líquido cefalorraquídeo). Además, se deben evaluar otras causas de anomalías congénitas.

Evaluación durante el primer mes de vida. Se debe hacer el examen oftalmológico y se deben usar potenciales evocados como metodología para detectar defectos en la audición. Los pacientes que presenten evidencia de SZC deberán ser evaluados por genética, infectología, nutrición, neurocirugía, ortopedia, fisioterapia, otorrinolaringología.

Seguimiento. Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés), de los EE. UU., no recomiendan la realización de potenciales evocados auditivos a los 4-6 meses para quienes los resultados hayan sido normales en el primer control. Dependiendo de las lesiones presentes, el seguimiento se realizará de forma interdisciplinaria con las especialidades que correspondan.

Crecimiento de los niños con SZC

Los profesionales de la salud se enfrentan ahora a una población de niños con zika congénito y su amplio espectro clínico y radiológico. Los signos más comunes son los siguientes:

- convulsiones;
- irritabilidad;
- disfagia;
- vómitos;
- artrogriposis;
- hipertensión;
- signos extrapiramidales;
- parálisis diafragmática.

ZIKA Y SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ

El síndrome de Guillain-Barré es una afección poco común en la que el sistema inmunitario ataca el sistema nervioso periférico. Esto causa debilidad mus-

cular que puede evolucionar a parálisis de las piernas, los brazos o músculos torácicos (dificulta la respiración) No se conoce aún su causa.

Entre el 0,5 y el 1% de los pacientes con zika presentan el síndrome de Guillain-Barré durante los días posteriores a la enfermedad febril aguda. La evolución es generalmente favorable⁶.

ACTUALIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA REGIONAL DE LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (AMÉRICAS)

Desde 2016, los casos de infección por virus del Zika se encuentran decreciendo, por lo que se mantiene en 48 el número de países y territorios con transmisión vectorial y en 5 el número de los que notificaron casos de transmisión sexual. Los casos confirmados de SZC ascienden a 3689 (2015-2017). Brasil, que en mayo de 2017 declaró el fin del estado de emergencia en salud pública secundaria al virus, es el país con el mayor número de recién nacidos con SZC (2952), seguido por Colombia (248), Guatemala (140) y los EE. UU. y sus territorios (99)⁷.

En la Argentina, hasta junio de 2017, se notificaron cinco casos de SZC. Dos de estos casos fueron autóctonos y se registraron durante 2016 en Tucumán y Santa Fe. Los otros tres casos fueron importados y se notificaron en Santa Fe, la provincia de Buenos Aires y la CABA.

El 3 de noviembre de 2017, se confirmó el primer caso de zika por transmisión sexual en Miami. Según el Departamento de Salud de la Florida, el individuo contrajo la enfermedad luego que su pareja viajara a Cuba⁸, donde hay una transmisión activa del virus. Aunque el número de infecciones se ha reducido desde 2016, como aún se notifican casos, los CDC llamaron a los médicos a mantenerse en alerta y a hacer el seguimiento de los bebés con una posible exposición prenatal al virus.

A la fecha no existe ni una vacuna ni un tratamiento específico; por lo tanto, las principales recomendaciones consisten en evitar la picadura del mosquito⁹.

- usar ropa de mangas largas, pantalones largos y de colores claros, ya que los mosquitos huyen naturalmente de elementos que reflejan la luz solar;
- rociar la vestimenta con repelente;
- utilizar mosquiteros en ventanas y puertas;
- evitar, en lo posible, estar a la intemperie en las horas de mayor proliferación de mosquitos (a la mañana temprano y al atardecer);
- utilizar espirales, tabletas repelentes y mosquiteros en las zonas de descanso;

- dormir en lugares protegidos con mosquiteros y colocar tules en cunas y cochecitos;
- usar repelente, que debe reaplicarse según las sugerencias.

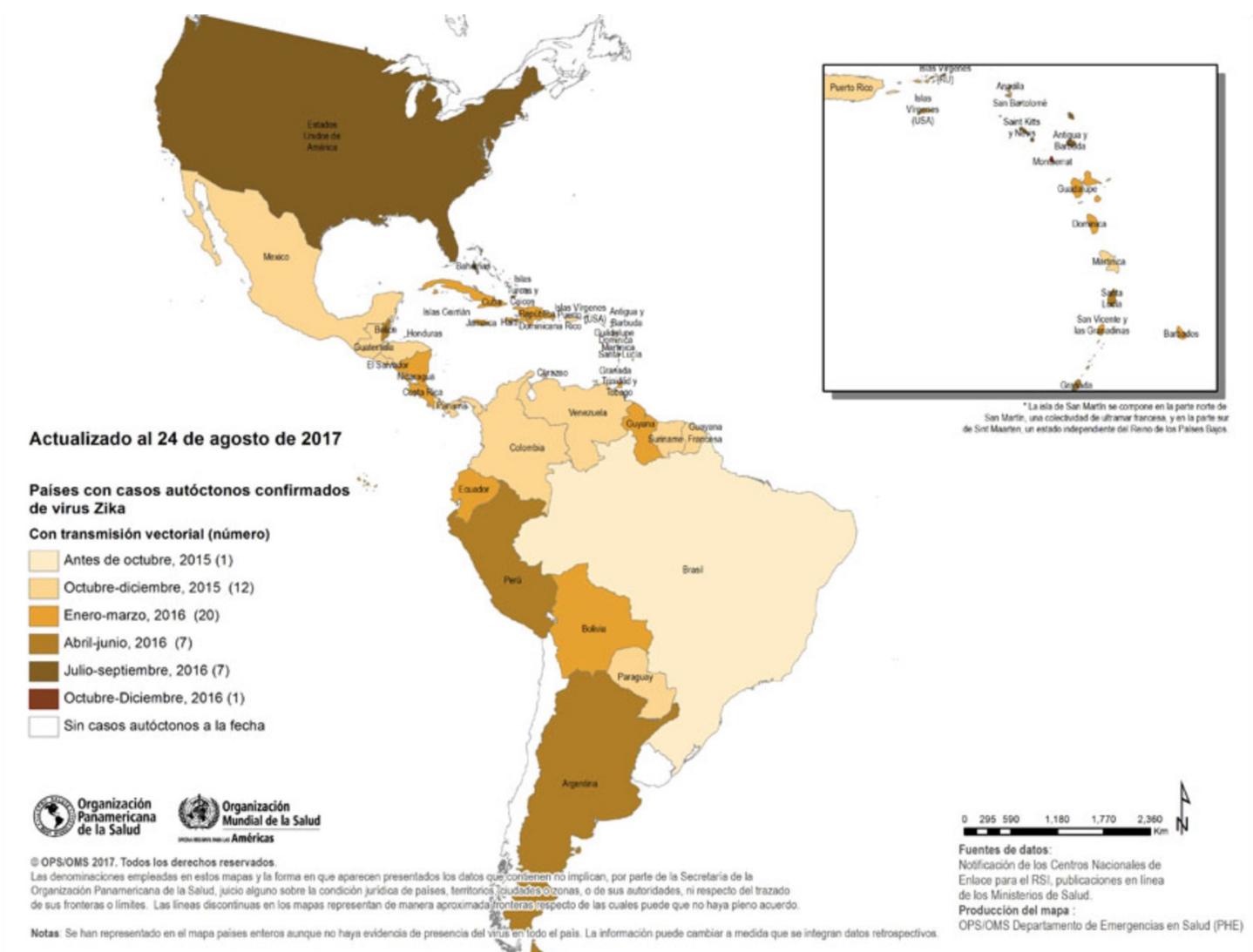


Figura 1. Países y territorios americanos con casos autóctonos y confirmados de zika por trasmisión vectorial entre 2015 y 2017. Fuente: OMS y OPS.

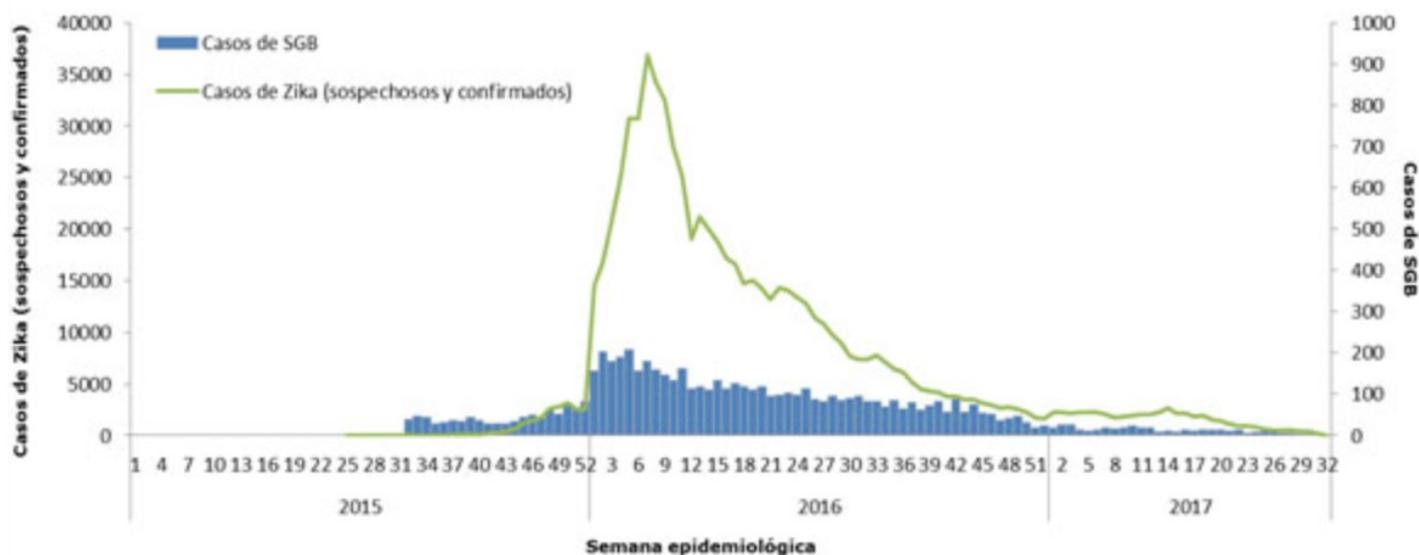


Figura 2. Distribución de casos de zika (sospechosos y confirmados) y de síndrome de Guillain-Barré en la Región de las Américas entre 2015 y 2017 (hasta la SE 32). Fuente: OMS y OPS.

Referencias

- Alerta epidemiológico. Incremento de microcefalia en el nordeste de Brasil. 17 de noviembre de 2015. OMS. PAHO Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=32637&lang=es
- OMS.int [Internet]. Enfermedad por el virus de Zika. [Actualizado septiembre de 2016; citado 8 de noviembre de 2017] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/zika/es/>
- Andrea Zin, Irena Tsui, Julia Rosetto, et al. Screening criteria for ophthalmic manifestations of congenital zika virus infection. JAMA Pediatr. July 17, 2017.
- Natacha Clheiros de Lima Petribu, María de Fatima Vasco araga, Vanesa van der Linden, et al. Follow – up brain imaging of 37 children with congenital Zika syndrome: case series study. BMJ 2017;359:j4188
- Adebanjo T, Godfred-Cato S, Viens L, et al. Update: Interim Guidance for the Diagnosis, Evaluation, and Management of Infants with Possible Congenital Zika Virus Infection — United States, October 2017. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2017;66:1089–1099. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6641a1>
- OMS. Centro de Prensa. Síndrome de Guillain-Barré. Nota descriptiva. Marzo de 2016. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/quillain-barre-syndrome/es/>
- Zika. Actualización epidemiológica regional de la OPS (Américas) 25 de Agosto 2017. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11599:regional-zika-epidemiological-update-americas&Itemid=41691&lang=es
- Zika. EEUU: (FI) transmisión sexual, Nuevo caso local. Resumen de ProMED-ESP, envoi 271. Nov 5, 2017.
- Zika. Recomendaciones para el abordaje periodístico. Coordinación General de Información Pública y Comunicación. Ministerio de Salud Presidencia de la Nación Enero 2016. Disponible en: www.msal.gov.ar