

Atención en el embarazo en el contexto del brote de virus de Zika

Orientación provisional

2 de marzo de 2016

WHO/ZIKV/MOC/16.2



1. Introducción

1.1 Información general

El virus de Zika es un flavivirus que se transmite principalmente a través de la picadura de mosquitos *Aedes* infectados. Este vector transmite también el virus del dengue y el virus chikungunya y suele encontrarse en las zonas tropicales y subtropicales de África, las Américas, Asia y el Pacífico. Aunque el virus de Zika se detectó por primera vez en el ser humano en 1952, se han documentado muy pocos brotes anteriores al de 2015. La infección por este virus en el ser humano no suele causar síntomas, y estos son generalmente leves y remiten espontáneamente. A pesar de que las características comunes de la infección en el ser humano no han variado, la posible relación recientemente encontrada con la microcefalia congénita y el síndrome de Guillain-Barré en algunas zonas afectadas¹ ha motivado que se declare el brote como emergencia sanitaria de importancia internacional¹⁻³.

1.2 Fundamento y objetivos

El mosquito vector del virus de Zika prolifera en los climas cálidos y, sobre todo, en zonas con malas condiciones de vida. Las embarazadas que viven en estas zonas o viajan a ellas corren el mismo riesgo que el resto de la población de infectarse por el virus. Además, la infección materna por el virus de Zika puede pasar desapercibida, ya que muchas personas no presentan síntomas. Aunque los síntomas que causa esta infección durante el embarazo, cuando aparecen, suelen ser leves, se ha producido un aumento inusual de casos de microcefalia congénita, síndrome de Guillain-Barré y otras complicaciones neurológicas en las zonas donde se han registrado los brotes^{1,2}, suscitando gran preocupación entre las embarazadas y sus familias, así como entre los profesionales sanitarios y las instancias normativas⁴.

Se sigue siendo investigando si existe un vínculo entre la infección por el virus de Zika y la microcefalia fetal⁵, pero ya se ha documentado la transmisión al feto durante el embarazo⁶⁻⁸. La sospecha de relación causal ha aumentado tras el aislamiento del virus en el laboratorio en tejidos neurológicos de lactantes con microcefalia⁸. Tampoco se sabe con certeza si esta infección puede causar abortos involuntarios y mortinatos, a pesar de que se ha detectado

ARN del virus en productos de la concepción tras el aborto involuntario de mujeres infectadas.

El presente documento proporciona orientaciones provisionales para las intervenciones encaminadas a reducir el riesgo de infección por el virus de Zika y a tratar sus posibles complicaciones durante el embarazo. Se basa en los mejores datos empíricos disponibles y abarca cuestiones que ha considerado prioritarias un grupo internacional y multidisciplinario de profesionales sanitarios y otros interesados. En concreto, se presentan orientaciones para evitar la infección por el virus de Zika, para la atención prenatal y el tratamiento de las mujeres infectadas y para la atención a todas las embarazadas que viven en las zonas afectadas, a fin de proteger en lo posible la salud de las madres y los recién nacidos. Se espera que sean una referencia para la elaboración de protocolos clínicos y políticas sanitarias a nivel nacional y local relacionados con el embarazo, en el contexto de la transmisión del virus de Zika, pero no se pretende ofrecer una guía práctica completa para la prevención y el tratamiento de esta infección.

1.3 Alcance de las orientaciones

Estas orientaciones son pertinentes para atender a todas las embarazadas que viven en zonas de transmisión del virus de Zika y, en particular, a aquellas a las que se ha diagnosticado la infección o de las que se sospecha que corren riesgo de contraerla. En cambio, no se aborda la atención a las mujeres no embarazadas ni el tratamiento y el seguimiento de los recién nacidos.

1.4 Destinatarios

Los principales destinatarios de esta orientación son los profesionales sanitarios que atienden directamente a las embarazadas: obstetras, médicos de familia y personal de enfermería y partería. Además, será de utilidad para los responsables de establecer los protocolos y las políticas sanitarias nacionales y locales y para los directores de los programas de salud de la madre y el recién nacido, sobre todo en regiones en las que se registren aumentos inusuales de desenlaces adversos en el feto y el recién nacido que puedan guardar relación con la infección por el virus de Zika.

2. Recomendaciones provisionales

2.1 Medidas preventivas

Las medidas profilácticas que deben adoptar las embarazadas son las mismas que se recomiendan para la población general, si bien se recuerda la importancia de recordárselas en todos los contactos que se tengan con ellas. Los profesionales sanitarios deben promover entre las embarazadas, sus familiares y la comunidad el seguimiento de las siguientes medidas:

Lucha antivectorial: se deben aplicar medidas en el entorno para reducir la densidad de vectores. Puesto que la lucha contra los mosquitos es la única medida eficaz para detener la transmisión de virus como el virus de Zika, el chikungunya y el virus del dengue, debe hacerse todo lo posible para encontrar y destruir los posibles criaderos de mosquitos en los hogares y lugares de trabajo^a.

Medidas de protección personal: se recomiendan las siguientes intervenciones para la población general y, especialmente, para las embarazadas:

- Proteger la piel contra la exposición a los mosquitos, con ropa que cubra al máximo el cuerpo (por ejemplo, ropa que tenga mangas largas, pantalones y faldas largas).
- Usar mosquiteros, incluso cuando se duerme durante el día.
- Utilizar pantallas/redes/paneles protectores contra los mosquitos en puertas y ventanas.
- Aplicar repelentes de insectos homologados por las autoridades locales (por ejemplo, que contengan DEET o icaridina; por el momento, estos son los repelentes que se consideran inocuos durante el embarazo). El producto se debe aplicar en las zonas expuestas del cuerpo, e incluso en la ropa, siempre que esté indicado, y se deben realizar nuevas aplicaciones según lo indique el fabricante en las instrucciones de uso.
- Fomentar entre los individuos infectados por el virus de Zika, el virus del dengue y el virus chikungunya el seguimiento de estas medidas de protección a fin de evitar la transmisión a personas no infectadas. Estas medidas deben aplicarse, al menos, durante la semana posterior al inicio de los síntomas (fase virémica).
- Para evitar la posible transmisión sexual del virus de Zika, las parejas sexuales de las embarazadas que vivan en zonas donde haya transmisión del virus de Zika actual o regresen de ellas deben adoptar prácticas sexuales más seguras (entre otras, el uso correcto y

sistemático de preservativos) o abstenerse de mantener relaciones sexuales durante el embarazo^b.

2.2 Diagnóstico

Cuadro clínico inicial: no se conocen diferencias en cuanto al cuadro clínico de la infección por el virus de Zika entre las embarazadas y las mujeres no embarazadas; en la mayoría de los casos, es asintomática. Cuando causa síntomas, estos suelen aparecer unos días después de la picadura por un mosquito infectado. La mayoría de los afectados por la enfermedad presentan fiebre leve y erupciones cutáneas, si bien otros también pueden presentar conjuntivitis, artralgias, cefalea, mialgias y cansancio. Estos síntomas duran de 2 a 7 días y, por lo general, son leves y remiten espontáneamente.

Algunos países donde hay transmisión activa del virus de Zika han notificado una mayor incidencia de síndromes neurológicos, entre ellos el síndrome de Guillain-Barré. Por tanto, es conveniente realizar pruebas de detección de este virus a las embarazadas que presenten complicaciones neurológicas.

Definición de los casos de enfermedad por el virus de Zika: se han establecido definiciones provisionales de los casos de enfermedad por el virus de Zika, que están disponibles en la dirección: <http://www.who.int/csr/disease/zika/case-definition/es/>.

Diagnóstico: los pasos recomendados para llegar a un diagnóstico en las embarazadas son los mismos que en la población general. Se debe detectar el virus mediante la reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR) en el suero materno en los cinco días posteriores a la aparición de los síntomas. El virus de Zika también se puede detectar en la orina durante el periodo en que se excreta por esta vía, es decir, hasta tres semanas después de la aparición de los síntomas. También se ha encontrado en la saliva, con un periodo de excreción igual al del suero. La RT-PCR también permite identificar ARN vírico en el líquido amniótico, si bien existen dudas acerca de la sensibilidad y la especificidad de esta prueba para detectar la infección congénita.

Asimismo, se pueden realizar pruebas serológicas para llegar al diagnóstico. A partir del quinto día del inicio de los síntomas se pueden detectar anticuerpos de tipo IgM mediante ensayos de inmunoabsorción enzimática (ELISA) o inmunofluorescencia. Tras la primoinfección por un flavivirus, hay muy pocas reacciones cruzadas en las pruebas serológicas con otros virus que presenten genéticas. En cambio, cuando el individuo ha estado infectado por otros flavivirus la probabilidad de que se produzcan reacciones cruzadas es más alta. Habida cuenta de que una proporción sustancial de la población que vive en zonas

^a Puede consultarse más información sobre la lucha antivectorial en la dirección: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/zika/es/>

^b Puede consultarse más información sobre la prevención de la posible transmisión sexual en la dirección: <http://www.who.int/csr/resources/publications/zika/sexual-transmission-prevention/es/>

donde hay transmisión del virus de Zika ha estado expuesta a otros flavivirus (especialmente al virus del dengue y al de la fiebre amarilla, entre otras vías mediante la vacunación) es posible que se den estas reacciones cruzadas y falsos positivos en las pruebas. Por último, es fundamental comprobar que las pruebas serológicas que se utilizan para tomar decisiones que afecten al embarazo estén homologadas por una autoridad nacional o internacional competente.

2.3 Atención general y tratamiento sintomático

Hasta la fecha no se ha obtenido ninguna vacuna o tratamiento específico para la infección por el virus de Zika. En consecuencia, el objetivo del tratamiento es el alivio de los síntomas.

Descanso y medidas de protección personal: las embarazadas que presenten síntomas causados por la infección por el virus de Zika deben descansar y aplicar las medidas de protección personal mencionadas anteriormente para reducir la probabilidad de transmitir el virus a otras personas, sobre todo durante la primera de la semana de la enfermedad (fase virémica).

Fiebre: debe tratarse con medidas físicas que produzcan un efecto de enfriamiento (por ejemplo, paños húmedos, ropa liviana, baños y duchas) y con paracetamol. No se debe administrar ácido acetilsalicílico ni otro AINE hasta que se descarte que el virus infectante sea el virus del dengue.

Cefalea: también se debe tratar con paracetamol, a las dosis prescritas para tratar la fiebre.

Prurito: aunque no se han realizado estudios sobre los posibles efectos en el embarazo de los productos tópicos que se utilizan para tratar los exantemas pruriginosos, la experiencia clínica indica que son seguros. La toxicidad de los tratamientos sistémicos con antihistamínicos también es baja. Además, se pueden aplicar loción de calamina y formulaciones acuosas con mentol por vía tópica o loratadina por vía oral.

Hidratación: las embarazadas afectadas deben beber muchos líquidos para evitar la deshidratación que puede causar el sudor, los vómitos y otras pérdidas imperceptibles de líquidos que pueden producirse en la fase virémica.

2.4 Atención a las embarazadas que viven en zonas donde hay transmisión del virus de Zika

Se recomienda realizar pruebas de detección del virus de Zika a las embarazadas que presentan síntomas o signos indicativos de la infección. La OMS no recomienda someter a estas pruebas a todas las embarazadas que viven en zonas de transmisión de este virus, habida cuenta de la carga que supondría para los servicios sanitarios. Sin embargo, los profesionales sanitarios pueden ofrecer la posibilidad de realizar una ecografía en el primer trimestre, siempre que se pueda llevar a cabo, a todas las embarazadas que acudan a una

visita prenatal, a fin de datar con exactitud el embarazo y realizar un estudio general de la morfología fetal.

Se debe recordar a todas las embarazadas que acudan a las visitas prenatales programadas de acuerdo con las normas establecidas en su país y que sigan las recomendaciones de los profesionales sanitarios que les atienden. Si presentan alguno de los síntomas de infección por el virus de Zika descritos anteriormente deben acudir de inmediato para someterse a pruebas diagnósticas y a tratamiento. En las visitas prenatales se les debe informar de las medidas que deben tomarse en el entorno y para su protección personal, tal y como se ha descrito anteriormente. Se les deben realizar pruebas sistemáticas para descartar un diagnóstico de sífilis, toxoplasmosis, infección por citomegalovirus, rubéola y herpes, que también pueden causar infecciones intrauterinas anomalías congénitas.

En el **anexo 1** se presenta un algoritmo para la atención a las embarazadas que viven en zonas donde hay transmisión del virus de Zika. En todas las visitas se les debe preguntar si, desde la visita prenatal más reciente, han presentado los síntomas y signos de la infección por el virus mencionados anteriormente. Si se trata de la primera visita prenatal, se les debe preguntar si han presentado estos síntomas durante ese embarazo.

Con independencia de si han presentado o no síntomas indicativos de infección por el virus de Zika, se debe prestar la atención prenatal habitual a todas las mujeres que vivan en zonas donde haya transmisión de este virus. También se debe realizar una ecografía para detectar anomalías fetales entre las semanas 18 y 20 de gestación o tan pronto como sea posible si acuden a la primera visita pasadas más de 20 semanas de la concepción. Es preciso estudiar con especial atención el sistema nervioso central del feto para detectar cualquier anomalía, ya sea la microcefalia u otros defectos estructurales intracraneales.

Si en la ecografía no se ha observado microcefalia o anomalías cerebrales, se debe continuar prestando la atención prenatal habitual a las mujeres que hayan presentado síntomas clínicos y hayan dado negativo en las pruebas de detección del virus de Zika. Se recomienda realizar una segunda ecografía fetal al final del segundo trimestre o a principios del tercero (de preferencia entre las semanas 28 y 30) para detectar una posible microcefalia u otras anomalías cerebrales, puesto que en ese momento son mucho más fáciles de identificar. Esta segunda ecografía está recomendada porque la madre podría presentar una infección que afectaría al feto, a pesar de que hubiera dado negativo en una primera prueba y no se encontrasen anomalías en la primera ecografía.

Si es posible, se debe considerar la posibilidad de realizar una amniocentesis cuando la gestante haya dado

negativo en la prueba de detección del virus pero se hayan observado anomalías cerebrales en el feto en una ecografía (ya sea la realizada entre las semanas 18 y 20 o la segunda prueba efectuada entre las semanas 28 y 30) para detectar anomalías genéticas e infecciones congénitas, entre ellas la infección por el virus de Zika. Cabe señalar que existen dudas acerca de la sensibilidad y la especificidad de la amniocentesis para diagnosticar la infección congénita por el virus de Zika.

La detección del virus en el suero materno (o en una muestra obtenida mediante amniocentesis) y la observación en la ecografía de microcefalia u otras anomalías cerebrales en el feto deben suscitar la sospecha de que tales anomalías guardan relación con el virus. En estos casos se pueden estudiar los antecedentes maternos y realizar más pruebas para determinar si las anomalías se deben a la infección por el virus de Zika o a otras causas, como una infección congénita o un síndrome genético.

2.5 Evaluación prenatal de la microcefalia u otras anomalías cerebrales en el feto que puedan guardar relación con el virus de Zika

Se recomienda efectuar ecografías a las embarazadas que vivan en zonas donde hay transmisión del virus de Zika para detectar y tratar o para descartar anomalías cerebrales en el feto, especialmente la microcefalia. Todas las mujeres deberían tener la posibilidad de hacerse una ecografía para detectar posibles anomalías entre las semanas 18 y 20, efectuada por un profesional con experiencia en el diagnóstico prenatal mediante ecografía. Siempre que sea posible, se debe ofrecer la posibilidad de hacer una ecografía en el primer trimestre para determinar con exactitud la edad gestacional, ya que para la detección ecográfica de anomalías fetales suele ser necesario realizar medidas antropométricas y compararlas con las tablas correspondientes.

En el contexto de la transmisión del virus de Zika, la ecografía se debe realizar para la detección de microcefalia u otras anomalías cerebrales en el feto como ventriculomegalia, calcificaciones, anomalías en los surcos y circunvoluciones, atrofia cerebral, disgenesia del cuerpo calloso, diferenciación imperfecta de las distintas partes del cerebro, microftalmia y calcificaciones oculares, que se han notificado en fetos afectados⁷. A pesar de que todavía no se ha definido por completo el cuadro de anomalías congénitas que puede causar la infección por el virus de Zika, los conocimientos actuales sobre otras infecciones congénitas (por ejemplo, citomegalovirus, toxoplasmosis y herpes) llevan a pensar que el espectro de la enfermedad en los fetos infectados puede ser mucho más amplio: desde la ausencia completa de síntomas al compromiso grave del cerebro y de otros órganos e, incluso, la muerte fetal intrauterina. Por tanto, la observación de los primeros signos sutiles de anomalías fetales en el cerebro, sumados a un resultado positivo o dudoso en una prueba de detección

del virus de Zika, pueden facilitar el diagnóstico y la posibilidad de prestar la atención adecuada.

Los fetos que sufren microcefalia tienen una cabeza de un tamaño significativamente inferior a la esperable a tenor de su edad gestacional y su sexo, probablemente debido al desarrollo anómalo del cerebro. Los profesionales sanitarios y las embarazadas deben saber que el diagnóstico de la microcefalia mediante ecografía prenatal es difícil y que en la mayoría de los casos diagnosticados tras el parto o más tarde no se pueden diagnosticar durante la gestación⁹. Aunque no se ha establecido un único valor de corte, en el diagnóstico de la microcefalia fetal se suelen tomar como referencia determinados valores del perímetro cefálico por debajo de la media de la población de referencia; cuanto menor es este perímetro, más probable es el diagnóstico^{10,11}.

Cuando el valor del perímetro cefálico se encuentra más de dos desviaciones estándar por debajo de la media para la edad gestacional se debe sospechar microcefalia, si bien en ausencia de anomalías cerebrales graves la mayoría de los fetos afectados suelen tener un desarrollo neurológico normal después del parto. Si el perímetro cefálico se encuentra más tres desviaciones estándar por debajo de la media para la edad gestacional, la relación entre la microcefalia y el desarrollo neurológico anormal es más probable. Un valor de perímetro cefálico de cinco desviaciones estándar por debajo de la media para la edad gestacional, el tamaño de la cavidad intracraneal es muy reducido y se puede prever razonablemente que se diagnosticará microcefalia mediante una ecografía¹². Esta prueba cuantitativa la puede efectuar un ecografista con una experiencia elemental en biometría fetal, si bien la detección de las anomalías cerebrales asociadas puede requerir unos conocimientos más amplios. Puesto que los valores observados se comparan con el valor promedio para la edad gestacional, es fundamental datar con exactitud el embarazo y utilizar como referencia la curva adecuada de crecimiento fetal a fin de no cometer errores diagnósticos.

Definición de caso de microcefalia fetal relacionada con el virus de Zika: para facilitar la clasificación de la microcefalia fetal en las zonas donde hay transmisión del virus de Zika, el grupo de expertos de la OMS ha establecido, para la presente orientación provisional, la siguiente definición de caso de microcefalia fetal relacionada con el virus de Zika:

- microcefalia fetal que, de acuerdo con datos moleculares o epidemiológicos, podría guardar relación con la infección por el virus de Zika, siempre que no haya otras afecciones concomitantes que también puedan causar microcefalia.

Estos datos moleculares o epidemiológicos pueden ser:

- la gestante es un caso confirmado de la enfermedad por el virus de Zika; o
- la gestante ha mantenido relaciones sexuales con un caso confirmado, o ha presentado síntomas o signos

indicativos de la infección por el virus de Zika y vive en una zona en la que hay transmisión de este virus o ha viajado a ella durante el embarazo; o

- detección del virus de Zika en el líquido amniótico (mediante amniocentesis y RT-PCR); o
- detección del virus de Zika en el tejido cerebral del feto (mediante RT-PCR efectuada *post mortem*).

Otras causas conocidas de microcefalia que se deben descartar son: otras infecciones congénitas, toxoplasmosis, rubéola, herpes, sífilis, infección por citomegalovirus e infección por VIH; exposición a radiación, productos químicos y fármacos tóxicos; trastornos genéticos, entre ellos el síndrome de Down; malnutrición fetal e insuficiencia placentaria.

2.6 Atención a las embarazadas cuyo feto puede sufrir microcefalia u otras anomalías cerebrales relacionadas con el virus de Zika

Siempre que se disponga de los recursos necesarios, debe remitirse para que reciban atención especializada a las embarazadas cuando, de acuerdo con los resultados ecográficos, se haya confirmado o se sospeche que el feto sufre microcefalia u otras anomalías cerebrales, con independencia de su causa. Si se han confirmado las anomalías cerebrales mediante ecografía y se ha detectado el virus de Zika en el suero materno o en una amniocentesis, es probable que las anomalías guarden relación con este virus.

El diagnóstico de la microcefalia fetal se ha basado en el perímetro cefálico, utilizando valores de más de dos, tres o cinco desviaciones estándar por debajo de la media para la edad gestacional. Cuanto menor es el perímetro cefálico, mayor es la probabilidad de que el feto sufra otras anomalías cerebrales y, por consiguiente, peor es el pronóstico. En estos casos debe prestarse asistencia y asesoramiento personalizados a la paciente y, si esta así lo desea, a su pareja. En función de la gravedad de las anomalías cerebrales del feto, la certeza con que se sospechen y el pronóstico correspondiente, se puede ofrecer desde una asistencia prenatal especializada y sucesivas ecografías para hacer un seguimiento de la evolución de las anomalías que pueda sufrir el feto hasta, según el caso, una conversación acerca de posibles opciones que considerar para tomar una decisión con respecto al embarazo. Es importante proporcionar a la paciente —y, si esta los desea, a su pareja— información precisa, objetiva y basada en datos científicos sobre el pronóstico de las anomalías detectadas, de manera que no se influya en su decisión sobre los pasos a seguir con respecto al embarazo, tras consultarlo con su médico.

Las mujeres que lleven a término su embarazo deben recibir la atención y el apoyo adecuados para controlar el estrés y la ansiedad y para crear un entorno adecuado para el parto. También se debe hablar con los padres acerca del cuidado y el tratamiento que se prestarán al bebé poco

después del parto, si es posible en consulta con un pediatra o un neurólogo infantil.

En cuanto a la interrupción del embarazo, se debe facilitar a las mujeres que decidan optar por esta vía información precisa acerca de las opciones previstas en la legislación¹³, incluida la reducción de daños cuando no se pueda prestar la asistencia necesaria.

Todas las mujeres merecen un trato digno y respetuoso, con independencia de sus decisiones relativas a su embarazo.

3. Elaboración de la orientación

3.1 Nota de agradecimiento

Han elaborado esta orientación provisional el Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas de la OMS y el Departamento de Salud de la Madre, el Recién Nacido, el Niño y el Adolescente, en colaboración como la Oficina Regional de la OMS para las Américas. El proceso de elaboración de la orientación ha sido coordinado un grupo de orientación integrado por A. Metin Gülmezoglu, Olufemi Oladapo, Clara Menéndez (WHO/RHR), Bremen De Mucio, Rodolfo Gómez (AMRO) y João Paulo Souza (Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, Brasil).

La OMS expresa su sincero agradecimiento a Reem Abu-Rustum (Centro de Atención Fetal Avanzada, Trípoli, Líbano), Melania Amorim (Instituto Paraibano de Investigación Professor Joaquim Amorim Neto, Brasil), José Guilherme Cecatti (Universidad de Campinas, Campinas, Brasil), Pisake Lumbiganon (Universidad de Khon Kaen, Khon Kaen, Tailandia), Gustavo Malinger (Universidad de Tel Aviv, Tel Aviv, Israel), Isabelle Leparç-Goffart (Institut de recherche biomédicale des armées, Francia), Raquel Marques de Almeida (Asociación Artemis, Brasil), Rintaro Mori (Centro Nacional de Salud y Desarrollo Infantil, Tokio, Japón), Ganeshwaran Mochida (Hospital Infantil de Boston, Boston, Estados Unidos de América), Ashraf Nabhan (Universidad Ain Shams, Egipto), Alfred Osoi (Universidad de Nairobi, Nairobi, Kenia), Lawrence Platt (Facultad de Medicina David Geffen, Los Ángeles, Estados Unidos de América) y Fernando Bellissimo-Rodrigues (Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, Brasil), que integraron el grupo de redacción de la orientación. Veronika Tirado (Instituto Karolinska, Suecia) efectuó una revisión bibliográfica rápida que se presentó en la consulta técnica. Michelle Griffin (Servicio Nacional de Registro de Anomalías Congénitas y Enfermedades Raras, Public Health England, Reino Unido) participó en la consulta técnica y colaboró con el grupo de orientación en el análisis del proyecto de orientación.

3.2 Métodos de elaboración de la orientación

Esta orientación se basa en las recomendaciones actuales de la OMS y de otras organizaciones internacionales. El

proceso de elaboración de la orientación consistió en: la determinación de las cuestiones prioritarias, la búsqueda bibliográfica rápida y la recopilación de datos, la evaluación y síntesis de las pruebas disponibles y el acuerdo sobre las recomendaciones. El grupo de orientación se basó en las pruebas disponibles y la consulta con los expertos para elaborar las recomendaciones clínicas y el algoritmo para la realización de pruebas y la prestación de asistencia en el contexto de la transmisión del virus de Zika. La OMS convocó una consulta técnica virtual el 16 de febrero de 2016 en la que el grupo de redacción de la orientación y examinó y aprobó las recomendaciones basadas en las pruebas disponible y la opinión de los expertos.

3.3 Declaración de intereses

Todos los miembros del grupo de redacción de la orientación cumplimentaron un formulario normalizado de la OMS para la declaración de intereses antes de participar en la consulta técnica y en todas las actividades relacionadas con la elaboración de la orientación. Toda la información contenida en estas declaraciones se examinó caso por caso, de conformidad con las directrices de la OMS. Los participantes en la consulta técnica también cumplimentaron este formulario antes de la reunión, y no se identificó ningún conflicto de intereses.

3.4 Fecha de revisión

Estas recomendaciones se han elaborado de conformidad con un procedimiento de emergencia de la OMS y son válidas hasta agosto de 2016. El Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas de la Sede de la OMS en Ginebra las revisará en ese momento y las actualizará si lo considera conveniente. La OMS acogerá con agrado cualesquiera preguntas y sugerencias sobre el contenido de esta orientación, que pueden enviarse a la dirección: mpa-info@who.int.

4. Referencias

- Schuler-Faccini L, Ribeiro EM, Feitosa IM, et al. Possible Association Between Zika Virus Infection and Microcephaly - Brasil, 2015. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2016; 65(3): 59-62.
- 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. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2016/1st-emergency-committee-zika/es/> (consultado el 18 de febrero de 2016).
- Gulland A. Zika virus is a global public health emergency, declares WHO. *BMJ* 2016; 352: i657.
- Ministerio de Salud de Brasil. Microcefalia - Ministério da Saúde divulga boletim epidemiológico 2015. Disponible en: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/20805-ministerio-da-saude-divulga-boletim-epidemiologico> (consultado el 18 de febrero de 2016).
- Tetro JA. Zika and microcephaly: causation, correlation, or coincidence? *Microbes Infect* 2016. doi: 10.1016/j.micinf.2015.12.010.
- Besnard M, Lastere S, Teissier A, Cao-Lormeau V, Musso D. Evidence of perinatal transmission of Zika virus, French Polynesia, December 2013 and February 2014. *Euro Surveill* 2014; 19 (13).
- Oliveira Melo AS, Malinger G, Ximenes R, Szejnfeld PO, Alves Sampaio S, Bispo de Filippis AM. Zika virus intrauterine infection causes fetal brain abnormality and microcephaly: tip of the iceberg? *Ultrasound Obstet Gynecol* 2016; 47 (1): 6-7.
- Mlakar J, Korva M, Tul N, et al. Zika Virus Associated with Microcephaly. *N Engl J Med* 2016. doi: 10.1056/NEJMoa1600651.
- Leibovitz Z, Daniel-Spiegel E, Malinger G, et al. Microcephaly at birth - the accuracy of three references for fetal head circumference. How can we improve prediction? *Ultrasound Obstet Gynecol* 2015. doi: 10.1002/uog.15801.
- Chervenak FA, Jeanty P, Cantraine F, et al. The diagnosis of fetal microcephaly. *Am J Obstet Gynecol* 1984; 149(5): 512-7.
- Kurtz AB, Wapner RJ, Rubin CS, Cole-Beuglet C, Ross RD, Goldberg BB. Ultrasound criteria for in utero diagnosis of microcephaly. *J Clin Ultrasound* 1980; 8(1): 11-6.
- Pilu G MG. Microcephaly 2013. <http://www.visuog.com/Page/view.jsp?id=6499122244886988132> (consultado el 19 de febrero de 2016).
- Organización Mundial de la Salud. Safe abortion: Technical & policy guidance for health systems. 2015. Disponible, en inglés, en: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe-abortion/sa-legal-policy-consideration/en/> (consultado el 19 de febrero de 2016).

© Organización Mundial de la Salud 2016

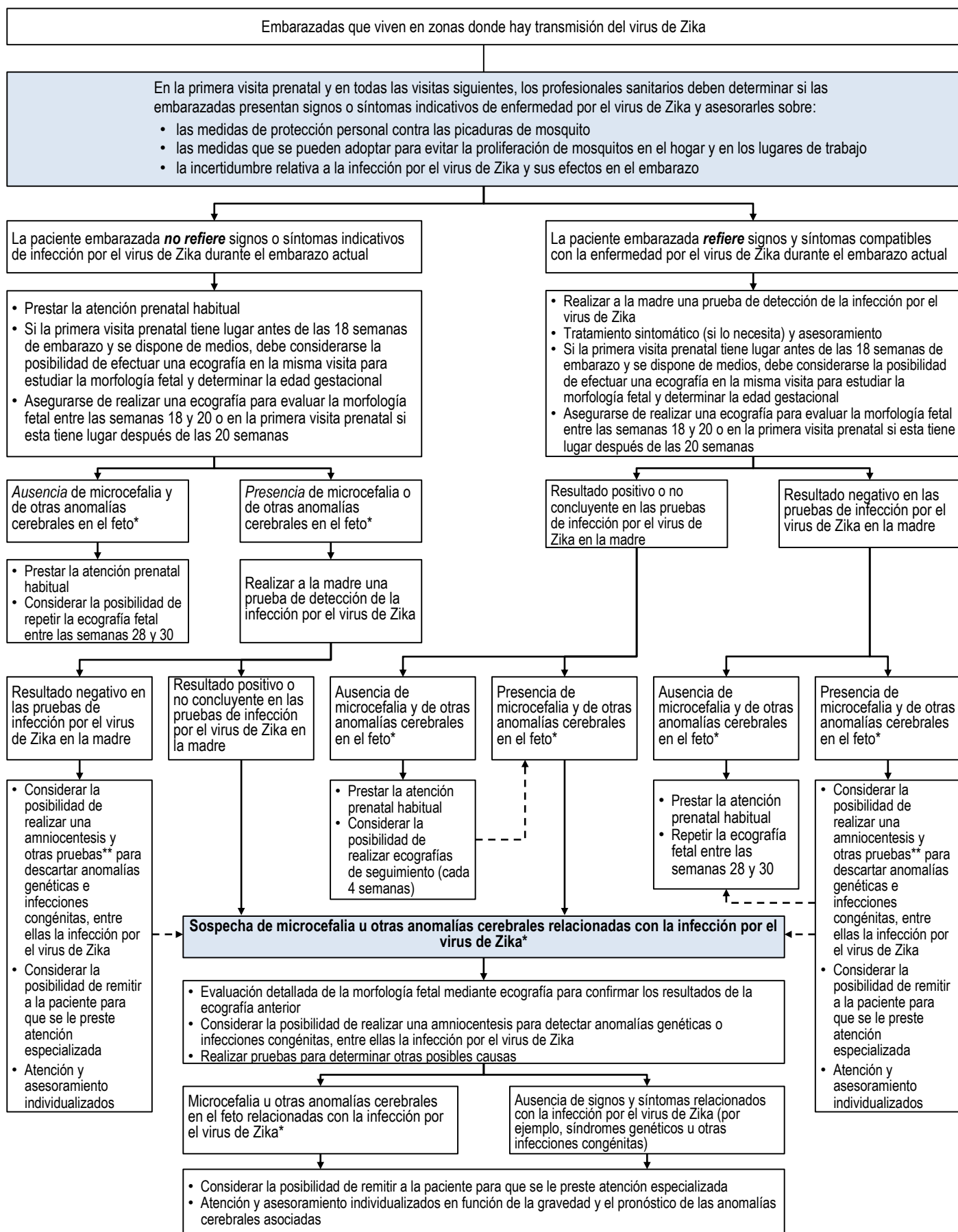
Se reservan todos los derechos. Las publicaciones de la Organización Mundial de la Salud están disponibles en el sitio web de la OMS (<http://www.who.int>) o pueden comprarse a Ediciones de la OMS, Organización Mundial de la Salud, 20 Avenue Appia, 1211 Ginebra 27, Suiza (tel.: +41 22 791 3264; fax: +41 22 791 4857; correo electrónico: bookorders@who.int). Las solicitudes de autorización para reproducir o traducir las publicaciones de la OMS - ya sea para la venta o para la distribución sin fines comerciales - deben dirigirse a Ediciones de la OMS a través del sitio web de la OMS (http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html).

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Organización Mundial de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Mundial de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La Organización Mundial de la Salud ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Mundial de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Anexo 1: Algoritmo para la atención a las embarazadas que viven en zonas donde hay transmisión del virus de Zika



* Ventriculomegalia, calcificaciones, anomalías en los surcos y circunvoluciones, atrofia cerebral, disgenesia del cuerpo calloso, diferenciación imperfecta de las distintas partes del cerebro, anomalías cerebelosas, microftalmia, calcificaciones oculares y atropiopsis.

** Sífilis, toxoplasmosis, rubéola, infección por citomegalovirus y herpes simple.