



ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DEL EMBARAZO Y SU RELACIÓN CON EL VIRUS ZIKA

Lineamiento Técnico



ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DEL EMBARAZO Y SU RELACIÓN CON EL VIRUS ZIKA

Lineamiento Técnico

ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DEL EMBARAZO Y SU RELACIÓN CON EL VIRUS ZIKA

Lineamiento Técnico

Impreso y hecho en México

ISBN 978-607-460-537-2

1,500 ejemplares

Derechos Reservados

© 2016 Secretaría de Salud

Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva
Homero No. 213, 7^o piso,
Col. Chapultepec Morales,
Delegación Miguel Hidalgo,
C. P. 11570, México, Ciudad de México.

cnegsr.salud.gob.mx

Se permite la reproducción total o parcial sin fines comerciales, citando la fuente.

Directorio

SECRETARÍA DE SALUD

Dr. José Ramón Narro Robles

Secretaría de Salud

Dr. Pablo Antonio Kuri Morales

Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud

Dr. José Meljem Moctezuma

Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud

Lic. Marcela Velasco González

Subsecretaría de Administración y Finanzas

Dr. Guillermo Miguel Ruiz Palacios y Santos

Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud
y Hospitales de Alta Especialidad

Lic. Máximo Alberto Evia Ramírez

Órgano Interno de Control

Lic. Fernando Gutiérrez Domínguez

Coordinación General de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos

Lic. Carlos Sandoval Leyva

Dirección General de Comunicación Social

Dr. Ricardo Juan García Cavazos

Dirección General del Centro Nacional de Equidad de Género
y Salud Reproductiva

Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva

Dr. Ricardo Juan García Cavazos

Dirección General

Dra. Aurora del Río Zolezzi

Dirección General Adjunta de Equidad de Género

Dr. Rufino Luna Gordillo

Dirección General Adjunta de Salud Reproductiva

Dra. Nazarea Herrera Maldonado

Dirección General Adjunta de Salud Materna y Perinatal

Dirección General Adjunta de Salud Materna y Perinatal

Dra. Nazarea Herrera Maldonado

Dirección General Adjunta de Salud Materna y Perinatal

Dra. Liliana Martínez Peñafiel

Dirección de Atención a la Salud Materna y Perinatal

Dra. María Hilda Guadalupe Reyes Zapata

Dirección de Desarrollo Comunitario

Lic. Edna Corona Sánchez

Subdirección de Redes Sociales

Dra. Erika Paola García Flores

Subdirección de Atención del Recién Nacido
y Prevención de la Discapacidad

Dr. Gustavo A. Von Schmelting Gan

Subdirección de Monitoreo y Seguimiento

Dr. José Alberto Denicia Caleco

Subdirección de Atención Materna

Dra. Guadalupe Emmerita Moreno Espinosa

Jefatura de Departamento de Prevención de la Discapacidad

Grupo Técnico:

Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva

Dirección General de Epidemiología

Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos

Instituto Nacional de Perinatología

Instituto Mexicano del Seguro Social

Corrección de estilo

Mtra. Itzel Vivaldo Mendoza

Diseño gráfico y editorial

Lic. Leticia Osorio

Lic. Martha Isabel Sánchez Hernández

Índice

Presentación	7
Objetivo	9
Etiología	9
Antecedentes	9
Sintomatología	12
Formas de transmisión	12
Definiciones operacionales	13
Actividades a desarrollar por niveles	15
Primer nivel	15
Tratamiento sintomático para las embarazadas con Zika	17
Segundo y tercer nivel de atención	19
Seguimiento de las embarazadas	19
Situaciones especiales	25
Anexos	27
Anexo 1	
Censo de embarazadas	27

Anexo 2	28
Estudio epidemiológico de caso de enfermedades transmitidas por vector	

Anexo 3	30
Formato de seguimiento de caso de infección por virus zika en mujeres embarazadas	

Anexo 4	32
Guía de salud para el cuidado prenatal	

Bibliografía	34
--------------	----

Presentación

El Lineamiento de Atención y seguimiento del embarazo y su relación con el virus zika, es una herramienta que brinda las directrices para las acciones existentes para la prevención de esta infección, basadas en las evidencias científicas existentes.

También proporciona las acciones concretas que se deben realizar a las mujeres que cumplan con el criterio de caso probable o confirmado, para su seguimiento y atención.

Esta información permitirá al país generar mayor conocimiento sobre la infección por virus zika en el caso de cursar durante el embarazo, que será utilizada para generar evidencia de nuevas acciones que permitan controlar su propagación y daño generado a las madres y sus recién nacidos.

Objetivo del Lineamiento

Proporcionar al personal de salud que labora en unidades de atención médica y obstétrica recomendaciones específicas para la promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno y adecuado de la infección por virus del zika en mujeres embarazadas, además de la vigilancia estricta del crecimiento del feto hasta su nacimiento.

Etiología:

La enfermedad es causada por el virus zika que pertenece a la familia de los flavivirus, en ella se encuentran los siguientes virus:

- Virus de la fiebre amarilla
- Virus del dengue
- Virus de la encefalitis de San Luis
- Virus del Nilo Occidental
- Encefalitis japonesa

La enfermedad fue observada por primera vez en 1947 en un mono Rhesus utilizado como centinela en el monitoreo de Fiebre Amarilla en el Bosque de Zika en Entebbe, Uganda, de donde proviene su nombre. El virus se aisló por primera vez mediante inoculación de sangre intracerebral en ratones lactantes, que al cabo de 10 días enfermaron. A principios de 1948, como resultado de la vigilancia entomoviológica, el virus zika también fue aislado a partir de mosquitos *Aedes africanus* capturados en el mismo bosque. En 1968 el virus fue aislado por vez primera en humanos en Nigeria y durante 1971 y 1975.

Se conocen dos linajes: el africano y el asiático.

Es una enfermedad causada por el virus del mismo nombre que es transmitido a través de la picadura de mosquitos hembra del género *Aedes aegypti* y *Aedes albopictus*; vectores de zonas urbanas y periurbanas^{1, 2}.

Antecedentes

Se ha presentado en este y oeste de África, sur y sureste de Asia y Micronesia Yap 2007⁵, en la Polinesia Francesa 2013, Islas Cook 2014, Nueva Caledonia enero

2014, Islas del Este de Chile 2014, Noreste de Brasil 2015, Colombia 2015, Guatemala 2015, Salvador 2015 y en México en 2015.

En mayo de 2015, el Ministerio de Salud de Brasil confirmó la circulación del ZIKV en ese país en 16 personas que presentaron resultados positivos para el virus, ocho muestras de Bahía y ocho de Río Grande del Norte, actualmente se reporta transmisión autóctona de ZIKV en 18 estados de ese país.

El primer caso autóctono de las Américas fue notificado en febrero de 2014 por el Ministerio de Salud de Chile (Isla de Pascua), desde febrero de 2015 se ha verificado un incremento de casos por el Ministerio de Salud de Brasil (3), en octubre de ese año el ministerio alertó sobre un aumento inusual de casos de microcefalia en el estado de Pernambuco, donde se detectaron 141 casos en menos de un año, cuando se reportaban apenas 10 casos por año.

Posteriores investigaciones confirmaron la presencia del genoma de virus zika, a través de la técnica reacción de la cadena de polimerasa a tiempo real (RT-PCR) por sus siglas en inglés, en fluido amniótico de dos embarazadas de Paraíba, cuyos fetos presentaban microcefalia de acuerdo a la ultrasonografía prenatal.

En Brasil, en noviembre de 2015, se verificó la presencia del genoma del virus zika en muestras de tejidos y sangre de un recién nacido fallecido y portador de microcefalia, estos hallazgos se han confirmado por inmunohistoquímica en los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Atlanta, tal como comunicó Brasil a principios de enero de 2016 (3, 4).

Recientes estudios confirmaron por histoquímica la presencia del virus en placenta y en cerebro fetal. (8,20), por esta razón la Organización Mundial de la Salud declaró el 1 de febrero del 2016 al conglomerado de casos de microcefalia y otros trastornos neurológicos y su posible asociación con el virus zika una emergencia de salud pública de importancia internacional (21).

México

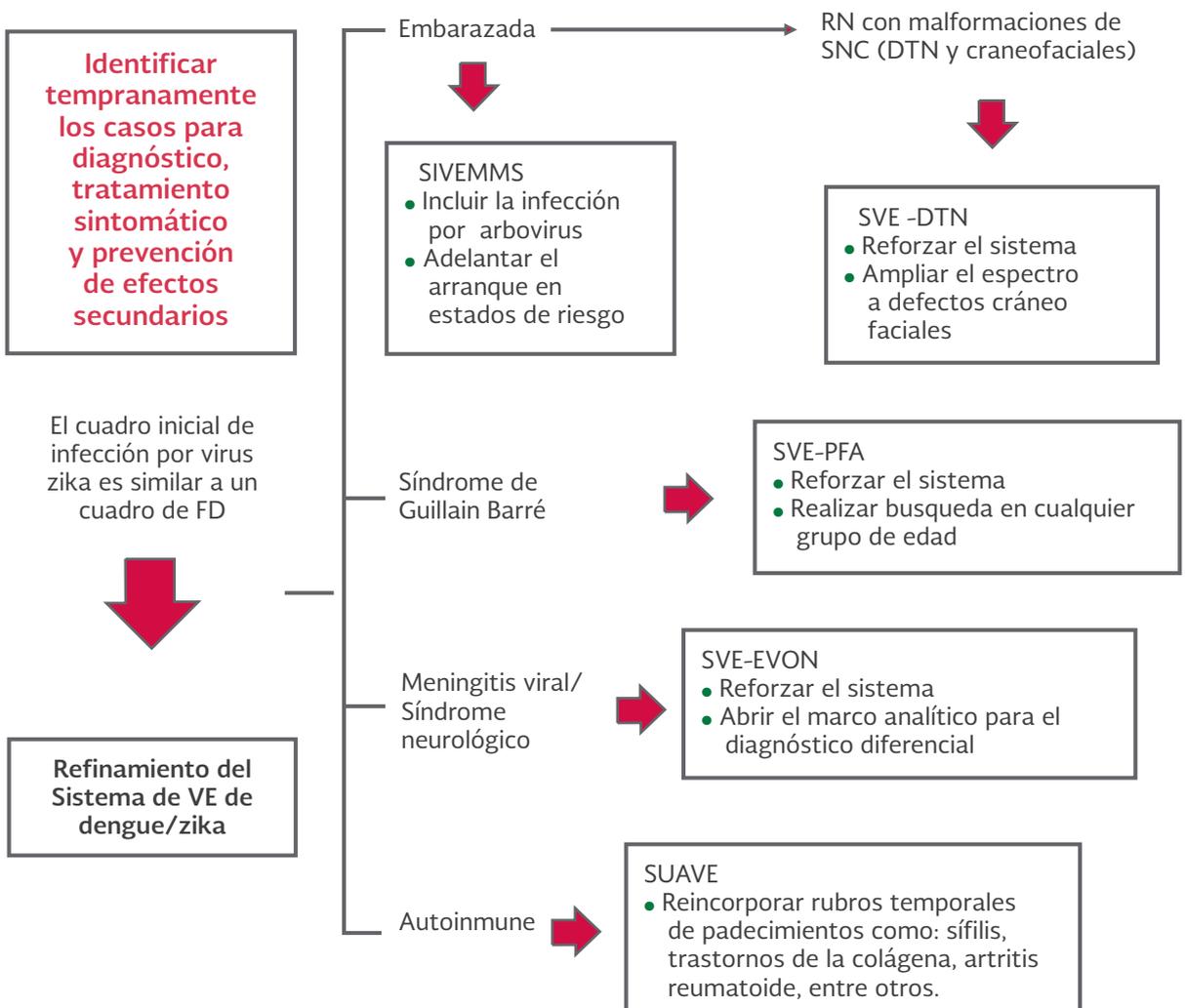
En México, en octubre de 2015 fue identificado el primer caso autóctono de infección por virus zika que corresponde a masculino de 22 años residente de la ciudad de Monterrey, Nuevo León. Inició cuadro clínico el 19 de octubre caracterizado por presencia de fiebre, exantema y conjuntivitis no purulenta.

Un segundo caso fue identificado por el sistema de vigilancia y corresponde a C.S.C.E., masculino de 48 años, residente de Huixtla, Chiapas. Inició cuadro clínico

el 30 de octubre de 2015 caracterizado por fiebre, exantema, conjuntivitis no purulenta, cefalea, náuseas y fotofobia.

Las muestras de ambos casos fueron procesadas por el Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológico "Dr. Manuel Martínez Báez" (InDRE) y resultaron positivas a virus zika. En nuestro país la vigilancia epidemiológica de fiebre por virus zika se desarrolló a partir de la vigilancia existente de dengue y chikungunya.

México realiza el Plan de Reforzamiento de Vigilancia Epidemiológica de los sistemas existentes que puedan dar seguimiento a las posibles complicaciones, mediante el refinamiento del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de dengue/zika.



SVE=Sistema de Vigilancia Epidemiológica
 SIVEMMS=Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Morbilidad Materna Severa
 DTN= Defectos del Tubo Neural
 PFA=Parálisis Flácida Aguda
 EVON= Enfermedad por Virus del Oeste del Nilo
 SUAVE= Sistema Único Automatizado para la Vigilancia Epidemiológica
 FD= Fiebre por Dengue

Periodo de incubación

Aproximadamente de tres a doce días desde la picadura hasta la aparición de los síntomas.

Sintomatología

Infección por virus zika durante el embarazo

No se han descrito diferencias clínicas entre una mujer gestante y otra que no lo está. Tras la picadura del mosquito infectado, los síntomas de enfermedad aparecen generalmente después de un periodo de incubación de tres a doce días. En términos generales no suelen producirse casos mortales. La infección puede cursar en forma asintomática (70-80% de los casos), o presentarse con los datos clínicos que se indican a continuación:

- Los síntomas suelen ser leves.
- La mayoría de las infecciones son asintomáticas. Sólo una de cada cuatro personas infectadas pueden desarrollar síntomas, entre las que se encuentran:
 - ▶ Fiebre menor de 38.5° centígrados.
 - ▶ Artritis o artralgiás transitorias con posible edema de las articulaciones de las manos y pies.
 - ▶ Exantema máculo-papular eritematoso con prurito en los primeros cinco días de instalado el cuadro, se distribuye en cara y cuerpo.
 - ▶ Hiperemia conjuntival o conjuntivitis no purulenta bilateral.
 - ▶ Síntomas no específicos como malestar general, mialgias, cefalea, astenia.
- Se reportaron en la Polinesia Francesa y Brasil, la asociación con complicaciones neurológicas como Guillain Barré y en la actualidad se continúa con la investigación^{2,16}.

Formas de transmisión

- A través de las picaduras de mosquitos *Aedes aegypti* y *albopictus*.
- Existe la sospecha transplacentaria o durante el parto, en una madre con viremia.
- Sanguínea: se reportó una posibilidad del 3%.
- Sexual: ya existe evidencia.

- Hasta la fecha, no hay reportes de niñas/os que se contagien por virus zika a través de la lactancia. Debido a los beneficios de la lactancia materna, se recomienda a las madres amamantar, incluso en las zonas donde se encuentra el virus zika^{6,7,8,9,12,13,14}.

Definiciones operacionales por virus zika¹⁶:

Caso probable en mujeres embarazadas de infección por virus zika

Toda mujer embarazada que presente dos o más de los siguientes síntomas: fiebre, exantema, conjuntivitis (no purulenta), cefalea, mialgias, artralgias o dolor retrocular **y que se identifique alguna asociación epidemiológica.**

Asociación epidemiológica

- Presencia del vector *Aedes aegypti* o *Aedes albopictus* en zona de residencia
- Antecedente de visita o residencia en áreas de transmisión en las dos semanas previas al inicio del cuadro clínico
- Existencia de casos confirmados en la localidad

Caso confirmado de infección por virus zika:

Todo caso probable con resultado positivo a virus zika mediante la detección de ARN viral mediante RT-PCR en tiempo real en muestras de suero tomado en los primeros cinco días de inicio del cuadro clínico.

Caso descartado:

Todo caso en el que no se demuestre evidencia de la presencia de algún marcador virológico para virus zika por técnicas de laboratorio avaladas por el InDRE.

En mujeres embarazadas que cumplan la definición operacional de caso probable de infección por virus zika se tomará muestra al 100% de las mismas, aún en las localidades donde ya se identificó el virus.

Algoritmo para la vigilancia epidemiológica y diagnóstico por laboratorio de infección por virus zika en mujeres embarazadas



Actividades a desarrollar por niveles

Primer nivel

Promoción de la Salud

- Las medidas sobre el ambiente, son de carácter colectivo y se encuentran destinadas a la reducción de la densidad del vector. El control del mosquito es la única medida que puede lograr la interrupción de la transmisión de los virus, tales como dengue, zika y chikungunya, por lo que se deberá informar a la población sobre la importancia de realizar las acciones de lava, tapa, voltea y tira en sus viviendas, así como participar con la comunidad en acciones de saneamiento.
- Difundir la información contenida en los materiales educativos y videos publicados en el micrositio que se encuentra en la pág. [http:// todosobrefiebrechikungunya.salud.gob.mx](http://todosobrefiebrechikungunya.salud.gob.mx). En localidades con población hablante de lenguas indígenas es indispensable la traducción de todos los materiales de difusión a la o las lenguas indígenas predominantes.
- Sensibilizar a las mujeres sobre la importancia de acudir a sus controles prenatales a la unidad de salud en caso de presentar algún síntoma compatible con virus zika.

Es necesario elaborar materiales de difusión que apoyen esta sensibilización (spots en la radio, materiales impresos, cartelones, etc). Asegurar la traducción de materiales como se señala en el punto anterior.

- Medidas de protección personal, los profesionales de la salud deberán insistir en medidas que reduzcan al mínimo el contacto del vector con los pacientes infectados con dengue, chikungunya o zika para evitar la diseminación de la infección y así recomendar a toda la población, pero en particular a las embarazadas el uso de las siguientes medidas:
 - Cubrir la piel con camisas de manga larga, pantalones y calcetines.
 - Usar pabellones en las camas.
 - Utilizar mallas/mosquiteros en puertas y ventanas.
 - Usar repelentes recomendados por el personal médico.

Prevención de la infección por el virus zika

La prevención de la infección en la mujer gestante es exactamente igual que para la población general y debe enfatizarse, dadas las consecuencias de esta infección para ellas y sus recién nacidas/os. Los profesionales de la salud deben promover las siguientes medidas tanto en la comunidad como con las embarazadas y sus familias.

- Usar repelentes recomendados por las autoridades de salud (DEET o Picaridina o Icaridina). Estos repelentes son los que cuentan con los mayores niveles de seguridad para su uso durante el embarazo y la lactancia. Aplicarlo en áreas expuestas del cuerpo, y por encima de la ropa cuando esté indicado, aplicarlo nuevamente de acuerdo a lo sugerido por el fabricante en la etiqueta del repelente, si el repelente no es usado como recomienda el fabricante, pierde su efecto protector.
- Buscar y destruir posibles focos de criaderos de mosquitos y eliminarlos en el domicilio o en su área laboral.

Aislamiento de los pacientes, en caso de personas infectadas y para evitar la transmisión a otras (incluidas las mujeres gestantes) debe evitarse el contacto del paciente infectado por el virus zika con mosquitos, al menos durante la primera semana de la enfermedad (fase virémica), para lo cual aplican las medidas de protección personal descritas previamente.

Etapas pregestacionales

Intensificar en toda mujer en edad fértil la consejería para planificar sus embarazos, en el marco de los derechos sexuales y reproductivos, con énfasis en adolescentes y con enfermedades concomitantes. También se debe sensibilizar a los varones, para planear los embarazos y espaciamiento de los mismos.

Detección de embarazadas

Censo de embarazadas

En el censo de embarazadas de todo el Sistema Nacional de Salud debe localizarse a todos los casos probables y a las embarazadas que viven en áreas con presencia del vector y circulación del virus zika y que se encuentran aparentemente sanas. (Ver anexo 1)

Seguimiento a casos probables y confirmados¹⁶

La Dirección General de Epidemiología notificará semanalmente, al Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva y a todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud, los casos probables y confirmados de infección por virus zika en mujeres embarazadas. Esta información se proporcionará a nivel estatal y local para la búsqueda de estas pacientes¹⁹.

Tratamiento sintomático para las embarazadas con zika²⁰

Por tratarse de una infección generalmente asintomática y auto limitada, prácticamente no requerirá tratamiento. Hasta el momento no existe vacuna ni tratamiento específico para la infección por virus zika; por esta razón, el tratamiento se dirige a los síntomas.

Reposo y aislamiento (usar pabellón, mosquiteros en puertas y ventanas) para evitar la transmisión a otras personas, debe evitarse el contacto de la paciente infectada por el virus zika con mosquitos del género *Aedes*, al menos durante la primera semana de la enfermedad (fase virémica). De acuerdo a lo descrito en el apartado de Promoción de la Salud. Se recomienda la utilización de mosquiteros que pueden o no estar impregnados con insecticida o permanecer en un lugar protegido con mallas antimosquitos. El personal sanitario que atienda a pacientes infectados por virus zika debe protegerse de las picaduras utilizando repelentes, así como vistiendo manga y pantalón largos.

Fiebre

Existe evidencia de que la fiebre “per se”, durante el primer trimestre del embarazo, se asocia con defectos al nacer (15) y como no existen medicamentos totalmente seguros, se recomienda disminuir la fiebre de la gestante con medidas físicas (paños húmedos, escasa ropa, baño o ducha con agua apenas tibia). Cuando las medidas físicas no sean efectivas, se deberán usar antipirético-analgésicos. El acetaminofén o paracetamol es el de primera línea.

Acetaminofén: dosis recomendada 500 mg v/o cada 6 u 8 horas, se debe advertir no sobrepasar los 4000 mg/día ya que puede asociarse con daño hepático de la embarazada.

Cefalea

Se dispondrá también del acetaminofén en las mismas dosis indicadas para el tratamiento de la fiebre.

No usar aspirina por riesgo de sangrado ni antiinflamatorios no esteroideos por sus efectos en caso que la infección correspondiera a dengue o chikungunya.

Prurito

Aunque no hay investigaciones que apoyen o refuten la seguridad de los productos tópicos, existe experiencia clínica que sugiere que se trata de productos seguros.

Aplicación tópica de loción de calamina o crema acuosa a base de mentol.

El tratamiento sistémico con anti-histamínicos tiene un elevado nivel de seguridad, de manera que se pueden recomendar las diferentes formas de Loratadina vía oral 5 a 10 mg cada 12 horas.

Hidratación

Se debe aconsejar a las pacientes ingerir abundantes cantidades de líquidos para reponer la depleción por sudoración, vómitos y otras pérdidas insensibles.

Para todas las embarazadas, se recomienda acudir regularmente a las consultas prenatales indicadas por su médico y que se realicen todos los exámenes enviados por el equipo de salud.

Segundo y tercer nivel de atención²⁰

Seguimiento de las embarazadas

Hay múltiples agentes capaces de provocar defectos congénitos y microcefalia, por eso se recordará a las gestantes que eviten el consumo de bebidas alcohólicas, drogas y medicamentos (si no es con indicación médica). Evitará el contacto con personas que estén cursando cuadros infecciosos.

Se dará especial atención a los exámenes para sífilis, toxoplasmosis, citomegalovirus y rubeola, que serán relevantes en caso de necesitar confirmación etiológica ante un defecto congénito.

Como la infección puede pasar inadvertida en un alto porcentaje de personas, en cada consulta se deberá interrogar sobre la aparición de los síntomas y signos.

Para gestantes con sospecha de infección por zika, además de efectuar todas las acciones del control prenatal según los distintos niveles de riesgo, se deberá:

- Medir altura uterina y volumen de líquido amniótico, existe poca evidencia sobre el seguimiento de mujeres gestantes con infección por virus zika, pero se estima que al igual que otras infecciones durante el embarazo podría cursar con alteración en más de la altura uterina (vinculada a un aumento de líquido amniótico) o en menos (como resultado de alteraciones del crecimiento o muerte fetal)²⁰.
- Evaluar vitalidad fetal, mediante auscultación con estetoscopio de Pinnard (20 semanas), o doptone a edades gestacionales tempranas (14 semanas); se podrá establecer si el feto está vivo. A edades mayores la percepción de movimientos puede ser suficiente (20 semanas). La ultrasonografía obstétrica puede servir a esta finalidad en etapas tempranas del embarazo (5 semanas).

- Evaluación de la anatomía fetal, la ultrasonografía en el último trimestre podría permitir descartar una microcefalia y otras anomalías en los fetos de mujeres que han estado expuestas al virus zika. La microcefalia solo se confirma después del nacimiento por medición del perímetro cefálico del neonato.

La ultrasonografía obstétrica no permite confirmar la existencia de una microcefalia, pero sí sospecharla.

La microcefalia secundaria, en este caso debida a una infección perinatal, aumenta luego de las 28 semanas de gestación (último trimestre). La aproximación diagnóstica será mayor cuando se encuentren asociados otros defectos del sistema nervioso central, como microcalcificaciones encefálicas, dilatación ventricular, hidrocefalia y/o otros defectos como hepatomegalia, edema placentario, edema fetal, etc. Todos estos son signos ecográficos de infección perinatal.

Cuando sospechar microcefalia por ultrasonografía

Se puede sospechar una microcefalia antenatal, cuando la circunferencia craneana fetal (perímetro craneano) por debajo de las dos desviaciones estándar del valor medio, de acuerdo a su edad gestacional. Se recomienda que, en un periodo mayor de 15 días, de ser posible, se realicen nueva ecografía para medición antropométrica, para los casos clínicos individuales, los profesionales deberán conocer que a partir de una medida del perímetro craneano que se encuentre dos desviaciones estándar por debajo del valor medio de acuerdo a su edad gestacional, aumenta la correlación entre microcefalia y afectación en el neurodesarrollo²¹.

Determinar correctamente la edad gestacional es relevante en todos los embarazos, sobre todo cuando se investiguen alteraciones que requieren de medidas antropométricas en función de la edad gestacional. El estudio ecográfico del perímetro craneano depende de una correcta valoración de la edad gestacional.

Relación perímetro craneano – longitud de fémur o relación perímetro craneano – perímetro abdominal, se han construido tablas con los valores de estas relaciones en función de la edad gestacional. Estas medidas no han mostrado ser superiores al perímetro craneano aislado, cuando se conoce con certeza la edad gestacional.

MANEJO DE PACIENTES PROBABLES O CONFIRMADAS A ZIKA Y RED DE SEGUIMIENTO

Para los casos detectados en las unidades médicas de primer nivel y hospitalarias del sector público así como del servicio privado y de las fuerzas armadas, deberán ser notificados al servicio de epidemiología de cada unidad, para proceder al llenado del estudio de caso y toma de muestra.

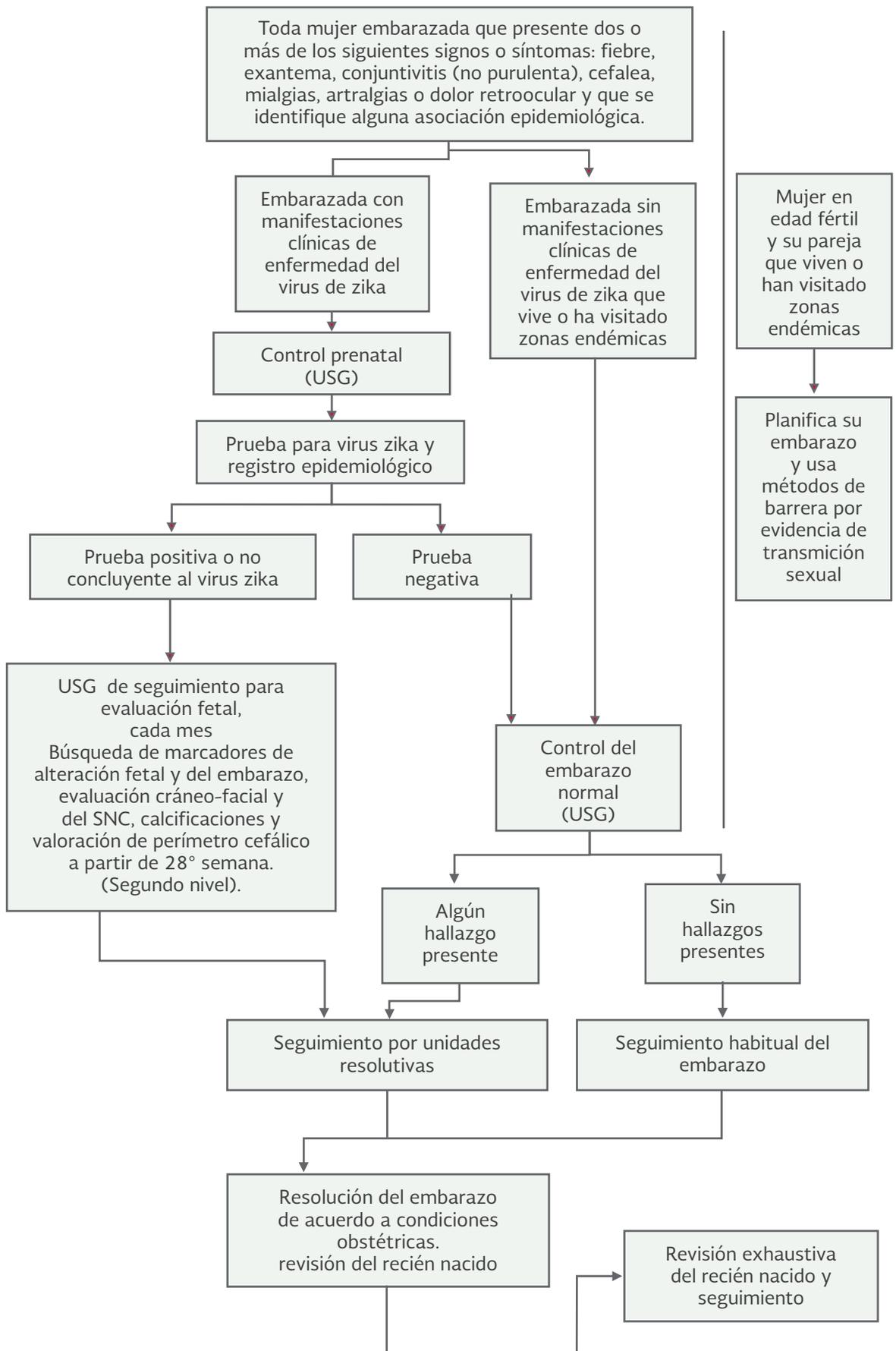
En todos los casos, una vez que se cuente con la notificación en el servicio de epidemiología, este coordinará las acciones de campo.

En las mujeres embarazadas con caso probable y confirmadas, se seguirán durante la gestación con ultrasonidos cada mes para monitoreo del crecimiento cefálico y/o detectar otras malformaciones o la presencia de calcificaciones intracraneanas.

En el caso de los recién nacidos, todos se tamizarán con la medición de perímetro cefálico después de las primeras 24 horas de vida.

En caso de aborto o mortinato en donde se sospeche de microcefalia o se cuente con evidencia de la misma se debe notificar a la Unidad de Inteligencia Epidemiológica y Sanitaria (UIES) de la Dirección General de Epidemiología al teléfono 018000044800 y al correo uies@salud.gob.mx para establecer comunicación con el personal de patología designado en la entidad que realizará el análisis de las muestras.

Es necesario que a cada paciente probable o confirmada se le realicen las actividades como se observan en el siguiente flujograma:

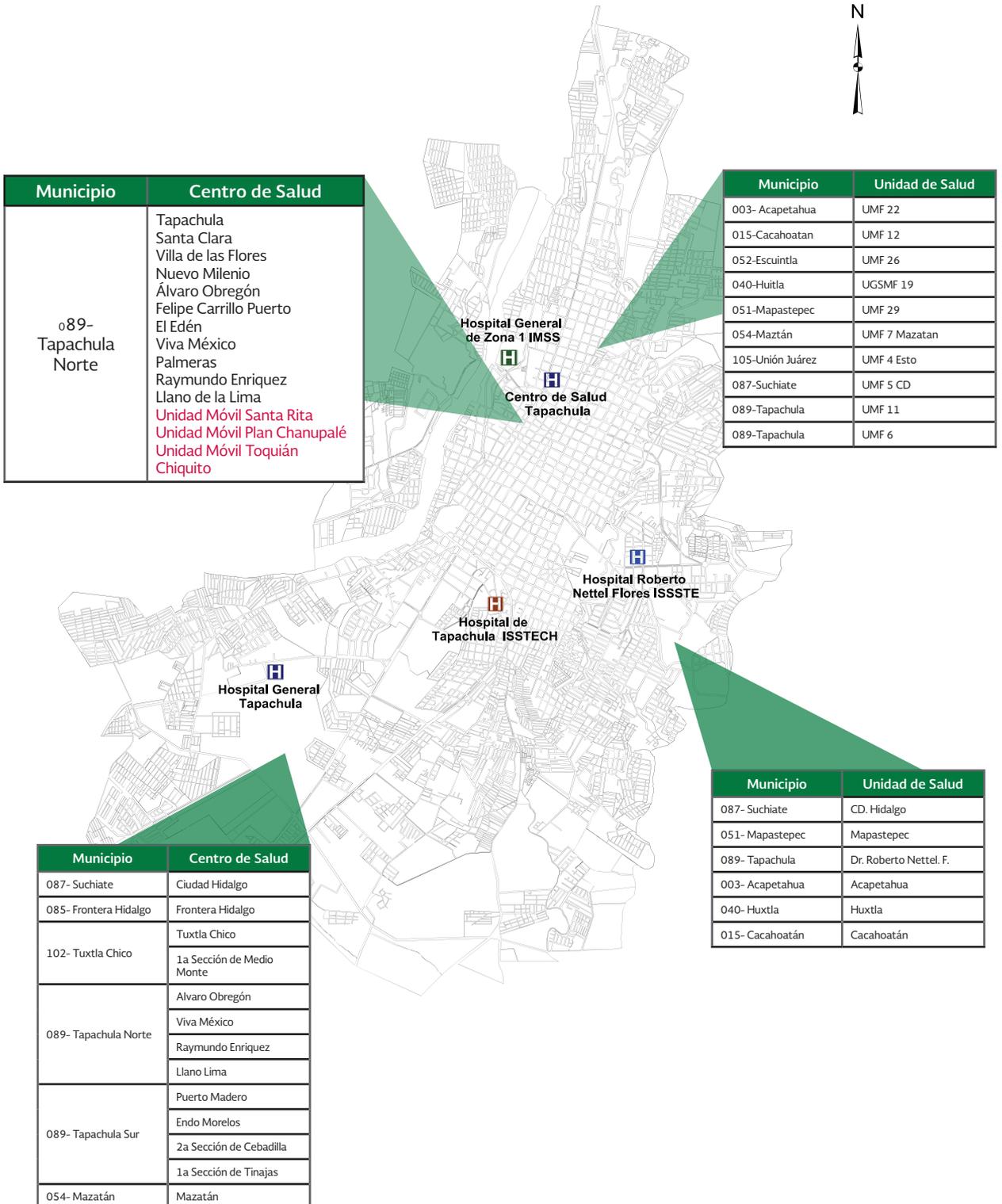


Es necesario que para cada paciente probable o confirmada por infección por virus zika, la unidad que está llevando la atención del embarazo y parto elabore el formato de estudio de seguimiento de caso probable o confirmado de embarazada con infección por virus zika. Anexo 3

En caso de descartarse el control prenatal continúa como se menciona en el Anexo 4.

Es necesario realizar una regionalización del seguimiento con ultrasonidos, para ello se debe hacer un ejercicio de georreferenciación de unidades que cuentan con ultrasonidos y las unidades que referirán a las pacientes como se puede ver en el siguiente ejemplo:

Ejemplo de red de ultrasonidos referidos por unidades de primer nivel



Otros estudios para describir los brotes

Esto incluye, nuevas pruebas diagnósticas o de RT-PCR del virus zika, examen histopatológico y tinción inmuno-histoquímica, todos estos estudios se sugieren con la finalidad de investigar a profundidad el ciclo biológico viral y fortalecer el conocimiento y entendimiento de la infección durante el embarazo y cuáles son los mecanismos celulares y genéticos que generan las malformaciones en el feto para realizar políticas públicas y específicas en medicina materno fetal para prevenir pérdidas tempranas y malformaciones en el feto. ²¹

Estos estudios deberán ser realizados de acuerdo a los Lineamientos para la Vigilancia Epidemiológica y Diagnóstico por Laboratorio de Infección por Virus zika.

Situaciones especiales²⁰

Muerte del embrión o del feto

Debe ser estudiada la causa de una muerte durante la gestación, para evitar la repetición del hecho en un futuro embarazo. En aquellos lugares en que circula el virus zika es recomendable analizar muestras de tejidos y/o placenta en caso de abortos espontáneos o de muerte fetal para la detección del virus en los mismos.

Estudio del líquido amniótico por punción (amniocentesis)

Es una técnica invasiva, con riesgo de pérdida fetal y de complicaciones maternas (infección) que no debería ser usada de rutina en todas las gestantes. El diagnóstico del virus en el líquido amniótico no cambia la conducta terapéutica. En algunos hospitales se están efectuando investigaciones científicas que incluyen la realización del estudio del líquido amniótico, bajo consentimiento informado y con aval de los comités de ética e investigación locales, la realización deberá ser por especialistas calificados (especialistas materno fetales).

Otras formas de transmisión madre hija/o

Una mujer infectada hacia el término del embarazo podría pasar la infección a su hija/o durante el nacimiento; sin embargo, esto no ha sido probado hasta el momento. Tampoco se ha comprobado la trasmisión madre-hija/o durante la lactancia.

No hay recomendaciones por el momento para suspender la lactancia.

¿Viajes a zonas con circulación de virus zika?

Hasta el momento la Organización Panamericana de la Salud no ha sugerido restringir viajes a mujeres gestantes, o que podrían estarlo, a las zonas donde se ha detectado aumento en la circulación del virus. Se recomienda que la mujer discuta el tema junto a su médica o médico y que éste le provea la información más actualizada sobre los riesgos y en particular las medidas de protección personal para evitar las picaduras del mosquito.

¿Posponer el embarazo?

Conscientes que la decisión sobre el momento oportuno para asumir una gestación es un derecho individual, y que, además, no se tiene conocimiento de cuánto tiempo podrían durar los brotes de zika; la Organización Panamericana de la Salud insiste en que se debe informar a las mujeres sobre las medidas de protección personal y los eventuales riesgos a los que se exponen.

ANEXOS

Anexo 1

Censo de embarazadas:

Instrumento estandarizado o encuesta a toda la población casa por casa, para determinar el número de embarazadas existentes en ese periodo. Es un recuento de las embarazadas en una comunidad/localidad determinada, se realiza de manera periódica.

El instrumento estandarizado contiene la información:

Nombre completo: _____

Dirección: _____

Teléfonos: _____ Correo electrónico: _____

Derechohabencia: _____ N°. de afiliación: _____ Semanas de gestación: _____

Condición de salud referida por la gestante (enfermedades concomitantes) y, en caso de contarse con los recursos, el resultado de la detección hecha durante la visita (TA, detección de albúmina, bilirrubina, leucocitos abundantes y bacterias en orina).

Para su funcionamiento de manera efectiva, cada censo debe contar con un mapa detallado donde se puedan identificar las casas donde viven las mujeres en estado de gravidez en la comunidad.

Para la captación, toda mujer que llegue al servicio de salud en estado de embarazo, parto o puerperio debe ser ingresada automáticamente al censo. Realizar búsquedas activas a nivel de la comunidad a través de visitas casa por casa en el cual pueden participar auxiliares de salud, promotores, grupos voluntarios de la comunidad, brigadas establecidas para otros servicios, personal médico, de enfermería y del municipio, todos ellos, previamente capacitados en el llenado de los formatos.

El censo debe mantenerse actualizado y para ello debe realizarse cada tres meses tomando en consideración que en ese periodo algunas mujeres tendrán a su bebé y otras más quedarán embarazadas. En contingencias o emergencias epidemiológicas, se realizará en forma semanal.

Anexo 2



SISTEMA NACIONAL DE SALUD ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE CASO DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTOR

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE.

No. de afiliación o expediente: _____ Folio de Caso: _____
 Nombre: _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____ Nombre(s) _____ RFC: _____ CURP: _____

DATOS DEL NACIMIENTO: Fecha de nacimiento: ___/___/___ Estado de nacimiento: _____ Municipio de nacimiento: _____
 (Día Mes Año) Sexo: M F Edad Años Meses Días

RESIDENCIA ACTUAL
 Domicilio: _____ Calle y Núm. _____ Colonia _____
 Estado _____ Jurisdicción _____ Municipio _____
 Localidad _____ Teléfono (s): _____
 Entre: Calle _____ y calle _____ C.P. _____

LUGAR LABORAL
 Domicilio _____ Estado _____
 Municipio _____ Calle y Núm. _____ Colonia _____
 Localidad _____ Teléfono _____
 ¿Habla lengua indígena? Sí No Desconoce ¿Cuál? _____ ¿Es indígena? Sí No Ignorado:

II. DATOS DE LA UNIDAD NOTIFICANTE

Estado _____ Jurisdicción _____ Municipio _____
 Localidad _____ Institución _____ Clave de la Unidad _____
 Nombre de la Unidad _____ Delegación _____
 FECHA DE SOLICITUD DE ATENCIÓN: ___/___/___ FECHA DE PRIMER CONTACTO CON LOS SERVICIOS DE SALUD: ___/___/___
 FECHA DE INICIO DE ESTUDIO: ___/___/___ PROBABLE DE DENGUE CON SIGNOS DE ALARMA O GRAVE: DIAGNÓSTICO: ___/___/___
 FECHA DE NOTIFICACIÓN AL ESTADO: ___/___/___ FECHA DE NOTIFICACIÓN A LA JURISDICCIÓN: ___/___/___
 DIAGNÓSTICO PROBABLE: ___/___/___ FECHA DE NOTIFICACIÓN A LA DGE: ___/___/___ FECHA DE TERMINACIÓN DEL ESTUDIO: ___/___/___

III. DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

HA SALIDO DE SU LUGAR DE RESIDENCIA EN LAS ÚLTIMAS TRES SEMANAS: Sí No En caso de respuesta afirmativa, LUGARES VISITADOS: especifique a dónde:
 País: _____ Estado/Provincia: _____ Jurisdicción: _____ Ciudad/Municipio: _____
 País: _____ Estado/Provincia: _____ Jurisdicción: _____ Ciudad/Municipio: _____
 País: _____ Estado/Provincia: _____ Jurisdicción: _____ Ciudad/Municipio: _____

PROCEDENCIA DE LA INFECCIÓN: De la jurisdicción De otro estado (foraneo) De otro país (importado) De otro país (importado)
 CONTACTO CON ANIMALES: MOSCO CHINCHE GARRAPATA OTRO _____
 EXISTEN ENFERMOS SIMILARES EN LA LOCALIDAD: Sí NO HA RECIBIDO TRANSFUSIONES SANGUÍNEAS: Sí NO
 ANTECEDENTES DE MUERTES INUSUALES DE ANIMALES: Sí NO EQUINO AVE OTRO _____

IV. CUADRO CLÍNICO (Sí = 1, No = 2, Ignorados = 9)

Fecha de inicio de signos y síntomas: ___/___/___
 Día Mes Año

Fiebre Fecha de inicio de la fiebre ___/___/___ Temperatura _____ O C
 Día Mes Año

Cefalea <input type="checkbox"/>	Dolor abdominal <input type="checkbox"/>	Alteraciones cardiacas <input type="checkbox"/>	Letargo <input type="checkbox"/>
Mialgias <input type="checkbox"/>	Lipotimia <input type="checkbox"/>	Nódulos <input type="checkbox"/>	Choque <input type="checkbox"/>
Artralgias leves o moderadas <input type="checkbox"/>	Diarrea <input type="checkbox"/>	Úlceras <input type="checkbox"/>	Petequias <input type="checkbox"/>
Poliartralgias severas* <input type="checkbox"/>	Conjuntivitis <input type="checkbox"/>	Lesión de membranas mucosas <input type="checkbox"/>	Equimosis <input type="checkbox"/>
Artritis <input type="checkbox"/>	Congestión nasal <input type="checkbox"/>	Ictericia <input type="checkbox"/>	Hematomas <input type="checkbox"/>
Dolor de espalda <input type="checkbox"/>	Tos <input type="checkbox"/>	Irritabilidad <input type="checkbox"/>	Torniquete positivo <input type="checkbox"/>
Dolor retroocular <input type="checkbox"/>	Faringitis <input type="checkbox"/>	Rigidez de nuca <input type="checkbox"/>	Ascitis <input type="checkbox"/>
Exantema <input type="checkbox"/>	Hepatomegalia <input type="checkbox"/>	Estupor <input type="checkbox"/>	Derrame pleural <input type="checkbox"/>
Prurito <input type="checkbox"/>	Esplenomegalia <input type="checkbox"/>	Desorientación <input type="checkbox"/>	Edema <input type="checkbox"/>
Vómito <input type="checkbox"/>	Alteraciones del gusto <input type="checkbox"/>	Tembor <input type="checkbox"/>	Piel moteada <input type="checkbox"/>
Náuseas <input type="checkbox"/>	Adenomegalias <input type="checkbox"/>	Convulsiones <input type="checkbox"/>	Gingivorragia <input type="checkbox"/>
Diaforesis <input type="checkbox"/>	Induración <input type="checkbox"/>	Debilidad muscular <input type="checkbox"/>	Epistaxis <input type="checkbox"/>
Escalofríos <input type="checkbox"/>	Inflamación de párpado <input type="checkbox"/>	Parálisis <input type="checkbox"/>	Hematemesis <input type="checkbox"/>
Fotofobia <input type="checkbox"/>	Disnea <input type="checkbox"/>	Otitis <input type="checkbox"/>	Melena <input type="checkbox"/>
* Incapacitantes	Otros _____		

MANEJO: Hospitalario Ambulatorio FECHA DE INGRESO ___/___/___
 Día Mes Año

NOMBRE DE LA UNIDAD TRATANTE: _____ CLUES: _____
 Clave de la Unidad: _____ Servicio de atención: _____
 Institución: _____ Urgencias médicas Terapia intensiva
 Medicina Interna Gineco Obstetricia
 Diagnóstico inicial hospitalario: _____ Pediatría Otras, especifique: _____
 Terapia intermedia

COMORBILIDAD Y/O OTRAS CONDICIONES: Trastornos hemorrágicos: Diabetes: Hipertensión:
 Enf. ulcero péptica: Enf. Renal Inmunosupresión:
 Cirrosis hepática: Embarazo: Semanas de gestación: _____ Fecha última regla ___/___/___
 Otros: Especifique: _____
 Día Mes Año

V. EVOLUCIÓN EN EL HOSPITAL

ESTABLE GRAVE MEJORÍA

SEGUIMIENTO HEMATOLÓGICO

En caso de haber datos de escape de líquidos o hemorragias, realizar*:

Fecha: ___/___/___ Hto: ___% Hb: ___gr x 100ml. Plaquetas: ___x103 Albúmina: ___g/dl Leucocitos: ___x103 Linfocitos: ___x103
 Fecha: ___/___/___ Hto: ___% Hb: ___gr x 100ml. Plaquetas: ___x103 Albúmina: ___g/dl Leucocitos: ___x103 Linfocitos: ___x103
 Fecha: ___/___/___ Hto: ___% Hb: ___gr x 100ml. Plaquetas: ___x103 Albúmina: ___g/dl Leucocitos: ___x103 Linfocitos: ___x103
 Fecha: ___/___/___ Hto: ___% Hb: ___gr x 100ml. Plaquetas: ___x103 Albúmina: ___g/dl Leucocitos: ___x103 Linfocitos: ___x103

*Repetirlas de acuerdo a la evolución del enfermo

Líquido cefalorraquídeo con aspecto de agua de roca: Sí No Bilirrubina directa ___mg/dL Bilirrubina total ___mg/dL
 DHL ___U/L ALT ___U/L AST ___U/L

ESTUDIOS DE GABINETE:

Fecha de ultrasonido: ___/___/___ Fecha de radiografía: ___/___/___
 Líquido perivisceral y / o en cavidad abdominal Líquido en cavidad torácica Megacolon Megaesófago

DATOS DE EGRESO Fecha de egreso: ___/___/___ Alta por Mejoría: Alta voluntaria: Defunción: Fecha de defunción ___/___/___
 Día / Mes / Año

Folio de certificado de defunción: _____ Fecha de Dictamen: ___/___/___ Dictaminación _____
 Día / Mes / Año

VI. ESTUDIO DE LABORATORIO:

Se tomó muestra para laboratorio: Sí No
Dengue Fecha toma: ___/___/___ Fecha de recepción: ___/___/___ Folio de Laboratorio Dengue _____

NSI ELISA IgM ELISA IgG PCR-Tiempo Real Otra ()
 Fecha resultado ___/___/___

Resultado + - Ind + - Ind + - Ind Serotipp 1 2 3 4 Neg. + - Ind

Muestra rechazada: Causa Lipémica Hemolizada Muestra Insuficiente Días de tránsito Otra ___ Fecha de rechazo: ___/___/___
 Laboratorio donde se procesó la muestra: _____ Nombre de quien capturo el resultado: _____

Chikungunya Fecha de recepción ___/___/___ Folio de Laboratorio Chikungunya _____

ELISA IgM PCR-Tiempo Real MAC - ELISA
 Fecha resultado ___/___/___

Resultado + - Ind + - Ind + - Ind
 Muestra rechazada: Causa Lipémica Hemolizada Muestra Insuficiente Días de tránsito Otra ___ Fecha de rechazo: ___/___/___
 Laboratorio donde se procesó la muestra: _____ Nombre de quien capturo el resultado: _____

ZIKA Fecha de toma ___/___/___ Folio de Laboratorio ZIKA _____
 Fecha de recepción ___/___/___

Fecha resultado ___/___/___ Resultado + -
 Muestra rechazada: Causa Lipémica Hemolizada Muestra Insuficiente Días de tránsito Otra ___ Fecha de rechazo: ___/___/___
 Laboratorio donde se procesó la muestra: _____ Nombre de quien capturo el resultado: _____

Otro padecimiento: Especificar: _____ Fecha de Resultado ___/___/___ + -

Paludismo: Gota Gruesa: Fechas: Toma ___/___/___ Resultado ___/___/___ + -
 Especie: Paludismo por: Vivax Falciparum
 Muestra rechazada: Causa Lipémica Hemolizada Muestra Insuficiente Días de tránsito

Leishmaniasis: Impronta: Fechas: Toma ___/___/___ Resultado ___/___/___ + -
 Serología: Fechas: Toma ___/___/___ Resultado ___/___/___ + -

Serología: Fechas: Toma ___/___/___ Resultado ___/___/___ + -

Muestra rechazada: Causa Lipémica Hemolizada Muestra Insuficiente Días de tránsito
 Tripanosomiasis: Dx parasitológico Fechas: Toma ___/___/___ Resultado ___/___/___ + -

Serología: Fechas: Toma ___/___/___ Resultado ___/___/___ + -

Muestra rechazada: Causa Lipémica Hemolizada Muestra Insuficiente Días de tránsito
 Rickettsiosis: Serología: Fechas: Toma ___/___/___ Resultado ___/___/___ + -

Titulación: Muestra rechazada: Causa Lipémica Hemolizada Muestra Insuficiente Días de tránsito
 Virus del O. Nilo Plasma o Suero Fechas: 1a Toma ___/___/___ Resultado ___/___/___ + -
 Suero Fechas: 2a Toma ___/___/___ Resultado ___/___/___ + -

LCR Biopsia Fechas: Toma ___/___/___ Resultado ___/___/___ + -
 Fechas: Toma ___/___/___ Resultado ___/___/___ + -

Muestra rechazada: Causa Lipémica Hemolizada Muestra Insuficiente Días de tránsito
 Laboratorio donde se procesó la muestra: _____

VII. ESTUDIO DE CASOS SIMILARES

NOMBRE	DOMICILIO	EDAD	SEXO		CASO
			M	F	

VIII. OBSERVACIONES

 NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN LLENÓ EL FORMATO

 NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN AUTORIZÓ

Nota: Las fechas se pondrán en el siguiente orden día/mes/año

Anexo 3



SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Estudio de seguimiento de caso de paciente embarazada con infección por virus zika

I. Datos de identificación de la paciente

Folio de caso _____

Nombre: _____ Edad en años: _____
Apellido paterno Apellido materno Nombre (s)

Domicilio: _____
Calle y número Colonia Estado Jurisdicción Municipio

Unidad médica tratante: _____

II. Datos del embarazo

Semanas de gestación al momento de la toma de muestra Semanas de gestación al momento del stico por laboratorio Fecha de última menstruación Hospital de referencia _____
DD MES AÑO

III. Ultrasonido basal

Fecha de USG basal _____ SDG que reporta el USG basal Perímetro cefálico USG basal Malformaciones congénitas USG basal Si No

IV. Ultrasonido de seguimiento

USG obstétrico de seguimiento Si No

Fecha de referencia 1° USG obstétrico _____ Hopital de referencia de 1° USG obstétrico _____
DD MES AÑO

Fecha de 1° USG _____ SDG que reporta el 1° USG Perímetro cefálico 1° USG Malformaciones congénitas 1° USG Si No

Fecha de referencia de 2° USG obstétrico _____ Hospital de referencia de 2° USG obstétrico _____
DD MES AÑO

Fecha de 2° USG _____ SDG que reporta el 2° USG Perímetro cefálico 2° USG Malformaciones congénitas 2° USG Si No
DD MES AÑO Normal Anormal

Fecha de referencia de 3° USG obstétrico _____ Hospital de referencia de 3° USG obstétrico _____
DD MES AÑO

Fecha de 3° USG _____ SDG que reporta el 3° USG Perímetro cefálico 3° USG Malformaciones congénitas 3° USG Si No
DD MES AÑO Normal Anormal

V. Ultrasonido estructural

USG estructural Si No Fecha de referencia de USG estructural _____ Hospital de referencia de USG estructural _____
DD MES AÑO

Fecha de 1° USG estructural _____ SDG que reporta el 1° USG estructural Perímetro cefálico 1° USG estructural Malformaciones congénitas 1° USG Si No
DD MES AÑO Normal Anormal

Fecha de 2° USG estructural _____ SDG que reporta el 2° USG estructural Perímetro cefálico 2° USG estructural Malformaciones congénitas 2° USG Si No
DD MES AÑO Normal Anormal

Fecha de 3° USG estructural _____ SDG que reporta el 3° USG estructural Perímetro cefálico 3° USG estructural Malformaciones congénitas 3° USG Si No
DD MES AÑO Normal Anormal

VI. Resolución del embarazo

Lugar de resolución del embarazo _____ Fecha de resolución del embarazo _____
DD MES AÑO

Via de interrupción del embarazo Parto Cesárea Aborto Producto Vivo Muerto

ANEXO 4

Guía de salud para el cuidado prenatal

Evento 1	Visita 1 6 - 8 semanas	Visita 2 10 - 12 semanas	Visita 3 16 - 18 semanas	Visita 4 22 semanas
Maniobras de detección	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Perfiles de riesgo altura y peso ▶ Presión arterial ▶ Exploración ▶ Violencia doméstica ▶ Depresión ▶ ABO/Rh/Ab ▶ Sífilis ▶ Urocultivo ▶ VIH 	Peso Presión arterial Tamiz prenatal Tonos cardíacos fetales	Peso Presión arterial Depresión Tamiz prenatal Tonos cardíacos fetales Ultrasonido obstétrico (Opcional) Fondo uterino	Peso Presión arterial Tonos cardíacos fetales Fondo uterino Ultrasonido obstétrico para búsqueda de marcadores de alteración fetal y del embarazo
Intervención, Educación y Asesoría	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Educación sobre la prevención del trabajo de parto prematuro ▶ Educación prenatal y estilo de vida ▶ Actividad física ▶ Nutrición ▶ Seguimiento de los factores de riesgo ▶ Náusea y vómito ▶ Señales de alarma ▶ Seguimiento de la atención ▶ Fisiología del embarazo <p>▶ Educación sobre el virus zika, prevención y cuidados</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Educación sobre la prevención del trabajo de parto prematuro ▶ Educación prenatal y estilo de vida ▶ Crecimiento fetal ▶ Revisión de exámenes de laboratorio ▶ Lactancia materna ▶ Náusea y vómito ▶ Fisiología del embarazo ▶ El seguimiento de los factores de riesgo modificables <p>▶ Educación sobre el virus zika, prevención y cuidados</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Educación sobre la prevención del trabajo de parto prematuro ▶ Educación prenatal y estilo de vida ▶ Seguimiento de los factores de riesgo modificables ▶ Fisiología del embarazo ▶ Crecimiento en el segundo trimestre ▶ Estimulación <p>▶ Educación sobre el virus zika, prevención y cuidados</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Educación sobre la prevención del trabajo de parto prematuro ▶ Educación prenatal y estilo de vida ▶ Seguimiento de los factores de riesgo modificables ▶ Promoción familiares ▶ Duración de la estancia ▶ Diabetes mellitus gestacional (GDM) ▶ RhoGam <p>▶ Educación sobre el virus zika, prevención y cuidados</p>
Inmunización y quimio-profilaxis	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Refuerzo contra el tétanos ▶ Suplementos nutricionales ▶ Influenza ▶ Varicela / VZIG] ▶ Tosferina 			

Evento 1	Visita 5 28 semanas	Visita 6 32 semanas	Visita 7 36 semanas	Visita 8 38-41 semanas
Maniobras de detección	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Riesgo de parto prematuro ▶ Peso ▶ Presión arterial ▶ Depresión ▶ Tonos cardíacos fetales ▶ Fondo uterino ▶ Diabetes mellitus gestacional (DMG) ▶ Abuso doméstico <p>▶ USG Estructural obligatorio para malfometría integral</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Peso ▶ Presión arterial ▶ Tonos cardíacos fetales ▶ Fondo uterino <p>▶ USG Estructural obligatorio para malfometría integral</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Peso ▶ Presión arterial ▶ Tonos cardíacos fetales ▶ Fondo uterino ▶ Examen del cuello uterino ▶ Confirme la posición fetal ▶ Estreptococo <p>▶ USG Estructural obligatorio para malfometría integral</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Peso ▶ Presión arterial ▶ Tonos cardíacos fetales ▶ Fondo uterino ▶ Examen del cuello uterino <p>▶ USG Estructural obligatorio para malfometría integral</p>
Intervención, Educación y Asesoría	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Factores de riesgo psicosocial ▶ Educación sobre la prevención del trabajo de parto prematuro ▶ Educación prenatal y estilo de vida ▶ Seguimiento de riesgo modificable ▶ Trabajo ▶ Fisiología del embarazo ▶ Crecimiento fetal ▶ La conciencia de los movimientos fetales <p>▶ Educación sobre el virus zika, prevención y cuidados</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Educación sobre la prevención del trabajo de parto prematuro ▶ Educación prenatal y estilo de vida ▶ Seguimiento de los factores de riesgo ▶ Viajes ▶ Anticoncepción ▶ Sexualidad ▶ Atención pediátrica ▶ Episiotomía ▶ Hipertensión inducida por el embarazo <p>▶ Educación sobre el virus zika, prevención y cuidados</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Educación prenatal y estilo de vida ▶ Seguimiento de los factores de riesgo modificables ▶ Atención posparto ▶ Control final de los síntomas del embarazo ▶ Anticoncepción ▶ Cuando llamar al profesional ▶ La discusión de la depresión posparto <p>▶ Educación sobre el virus zika, prevención y cuidados</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Educación prenatal y estilo de vida ▶ Seguimiento de los factores de riesgo modificables ▶ Vacunación posparto Infantil CPR ▶ Gestión postérmino <p>▶ Educación sobre el virus zika, prevención y cuidados</p>
Inmunización y quimio-profilaxis	[ABO / Rh / Ab]			

Bibliografía

1. Biology of Zika Virus Infection in Human Skin Cells, Hamel R , Dejarnac O , Wichit S, et al., J Virol. 2015 Sep;89(17):8880-96.
2. Book Global Virology, Chapter 18, Zika Virus; Paul Shapshak , Charurut Somboonwit, Brian T. Foley , Sally F. Alrabaa ,Todd Wills , and John T. Sinnott, Edición 2015.
3. Actualización Epidemiológica, Síndrome neurológico, anomalías congénitas e infección por virus Zika, 17 de enero de 2016, OPS.
4. Alerta Epidemiológica. Infección por virus Zika. 7 de mayo de 2015, OPS.
5. Zika Virus Outbreak on Yap Island, Federated States of Micronesia; Mark R. Duffy, D.V.M., M.P.H., Tai-Ho Chen, M.D., Et. al., N Engl J Med 2009;360:2536-43.
6. Zika: the new arbovirus threat for Latin America; Alfonso J. Rodríguez-Morales; J Infect Dev Ctries 2015; 9(6):684-685.
7. Case Report: First Case of Zika Virus Infection in a Returning Canadian Traveler, Kevin Fonseca,* Bonnie Meatherall et al. Am. J. Trop. Med. Hyg., 91(5), 2014, pp. 1035–1038.
8. A report on the outbreak of Zika virus on Easter Island, South Pacific, 2014; J. Tognarelli S. Ulloa, E. Villagra, J. Lagos, C. Aguayo, R. Fasce, B. Parra, J. Mora, N. Becerra, N. Lagos, L. Vera, B. Olivares, M. Vilches, J. Fernández, Arch Virol, 17 November 2015.
9. Rapid spread of emerging Zika virus in the Pacific area, D. Musso¹, E. J. Nilles² and V.-M. Cao-Lormeau¹, Clinical Microbiology and Infection ^a2014.
10. Practice Advisory: Interim Guidance for Care of Obstetric Patients During a Zika Virus Outbreak, American College of Obstetricians and Gynecologists, enero 2016.
11. Zika Virus Outside Africa, Edward B. Hayes, Emerging Infectious Diseases • www.cdc.gov/eid • Vol. 15, No. 9, September 2009.
12. Potential Sexual Transmission of Zika Virus, Didier Musso, Claudine Roche, et. al., Emerging Infectious Diseases • www.cdc.gov/eid • Vol. 21, No. 2, February 2015.
13. Concurrent outbreaks of dengue, chikungunya and Zika virus infections – an unprecedented epidemic wave of mosquito-borne viruses in the Pacific 2012–2014, A Roth (adamr@spc.int)¹, A Mercier¹, et al. rapid communication www.eurosurveillance.org, septiembre 2014.

14. 14. Potential for Zika virus transmission through blood transfusion demonstrated during an outbreak in French Polynesia, November 2013 to February 2014; D Musso (dmusso@ilm.pf)¹, T Nhan¹, E Robin¹, www.eurosurveillance.org, marzo 2014 Zika virus infection complicated by Guillain-Barr syndrome – case report, French Polynesia December 2013, E Oehler (erwan.oehler@cht.pf)¹, L Watrin², et. al., febrero 2014.
15. Lineamientos para la Vigilancia Epidemiológica y Diagnóstico por Laboratorio de Infección por Virus Zika, Secretaría de Salud, Febrero 2016, versión 2.0.
16. Zika virus infection in a traveller returning to Europe from Brazil, March 2015, L Zammarchi¹, D Tappe², et. al., www.eurosurveillance.org, junio 2015.
17. Evidence of perinatal transmission of Zika virus, French Polynesia, M Besnard¹, S Lastère¹, Et. al., December 2013 and February 2014, www.eurosurveillance.org, marzo 2014.
18. Update: Interim Guidelines for Health Care Providers Caring for Pregnant Women and Women of Reproductive Age with Possible Zika Virus Exposure — United States, 2016, Morbidity and Mortality Week Report, Vol. 65, Feb 2016.
19. Consideraciones provisionales sobre la infección por el virus Zika en mujeres gestantes: documento destinado a profesionales de salud; OPS/OMS, 25 de enero de 2016.
20. Mlakar J, Korva M, et al. Zika virus associated with microcephaly N Engl J Med. February 10, 2016, at NEJM.org.
21. 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 2016, OMS.

cnegsr.salud.gob.mx

"Este programa es público, ajeno a cualquier partido político.
Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el programa".