

NWX-CDC-OCPPH

Moderator: Alberto M. Santana
20 de octubre, 2016
4:43 pm CT

Operador: Buenos días y gracias por acompañarnos a la conferencia de hoy. Todos los participantes tienen una línea cerrada y solo pueden escuchar la conferencia de este día. Después de la presentación, conduciremos una sesión de preguntas y respuestas. La conferencia está grabando, si usted tiene alguna objeción, por favor desconecte en este momento. Ahora le paso en conferencia al señor (Alberto Santana). Usted puede comenzar.

(Alberto Santana): Gracias. Bienvenidos. Les habla (Alberto Santana). Soy su moderador para el webinar de hoy titulado “Cuidado prenatal relacionado con el Zika en Puerto Rico”. La transmisión del virus del Zika continúa afectando a la salud de la población puertorriqueña. Los médicos y otros profesionales de salud tienen un rol muy importante en las respuestas de - en Puerto Rico ante el Zika.

Esta sesión ofrecerá información científica más reciente sobre el cuidado prenatal relacionado al Zika en Puerto Rico. En la sesión de hoy vamos a discutir las consideraciones para - al proveer cuidado prenatal relacionado con el virus del Zika en Puerto Rico. Vamos a describir el rol del médico ginecólogo obstetra en el manejo de mujeres embarazadas con diagnóstico positivo del Zika. Por igual, identificaremos acciones que los proveedores

médicos en Puerto Rico pueden tomar para prevenir el virus del Zika en sus pacientes.

En este momento todos los participantes están en modo de escucha. Al final de la presentación tendrán la oportunidad de hacerles preguntas a los presentadores. Durante la sesión de preguntas y respuestas pueden por favor marque asterisco 1 y grabe su nombre cuando se le solicite. Sin embargo, puede enviar su preguntas a través del (ininteligible) en cualquier momento de la presentación, seleccionando la letra Q o A en la parte superior de la pantalla. Las preguntas se limitan a profesionales de salud que desean información sobre el virus del Zika.

Para los medios de prensa que tienen preguntas, póngase en contacto con la Unidad de prensa y medios en los CBC, llamando al número 404 639 (3286) o envíe un correo electrónico a media@cbc.gov. Media@cbc.gov. Si usted es un paciente, refieren sus preguntas a su proveedor de servicio médico. La sesión de hoy se está grabando, si tienes objeción puede desconectarse en este momento. Si tienes dificultad entrando al sistema pueden obtener una copia de la presentación en la página web del Departamento de Salud, visitando www.salud.gob.pr. Despliegue el menú “Sobre su salud”, hazle click al virus webinar. Ahí encontrarás la presentación disponible y pueden seguir la presentación de hoy.

Nuestro primer presentador - nuestro primer presentador es el doctor Nadal José Bracero, es subespecialista en endocrinología reproductiva, infertilidad y director médico del Instituto (ininteligible) (Fertility Institute). El doctor Bracero también es presidente y fundador de Progen, una fundación sin fines de lucro que se dedica a la defensa y educación médica sobre los problemas de salud de la mujer. Es presidente interino de la sección de Puerto Rico de Colegios Americanos Obstetras y Ginecólogos y profesor de médico de

obstétrica y ginecología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Puerto Rico. Recibió su título en Medicina en la Facultad de Medicina de Universidad de Puerto Rico y terminó su residencia en obstétrica en ginecología en Hospital Universitario de la Facultad de Medicina de la Universidad de Puerto Rico.

Nuestro siguiente presentadores es el doctor (Miguel Valencia Prado). Es el director de la división de necesidades médicas especiales del Departamento de Salud de Puerto Rico y de la división de niños con necesidades médicas especiales. El doctor (Valencia) recibió su título en Medicina en la Universidad de Puerto Rico. Terminó su residencia en pediatra en el Hospital Municipal de San Juan en Puerto Rico y una investigación de desarrollo en la Universidad de Alabama en Birmingham.

Desde el 1986 el doctor (Valencia Prado) ha colaborado extensamente con el departamento de salud de Puerto Rico. Es el director del sistema de vigilancia activa del Zika de Puerto Rico e investigador principal del sistema de vigilancia de efectos congénitos y de la actualización de los datos de vigilancia de los programas de Salud Pública, así como la actividad de vigilancia, intervención y referidos a servicios para bebés con microcefalia y/u otras consecuencias adversas, vinculados con los acuerdos de cooperación con respecto al virus del Zika. El doctor (Valencia) es (co)autor de diversos artículos e informes sobre el Zika y casos de (ininteligible) que han formado parte de los informes oficiales de manuales de morbilidad y mortalidad de los CBC.

Y finalmente terminaremos el seminario de hoy con la doctora Brenda Rivera García. Ella es médico veterinario y epidemióloga. Recibió su entrenamiento de Medicina Veterinaria en Iowa State University, un fellowship de epidemiología aplicada de campo de Departamento de Salud y la Escuela de

Medicina de la Universidad de Puerto Rico y una maestría en Salud Pública en la universidad de Iowa. Actualmente es epidemióloga del estado y la (inter manager) de la respuesta de Zika en Puerto Rico. Ahora les pasó al doctor Bracero.

José Bracero: Buenas tardes a todos los que están en el - la llamada. Primero gracias al Departamento de Salud, al centro de operaciones de Zika y a todos nuestros compañeros que están manejando pacientes a diario con Zika por el buen manejo que están haciendo todos los días. Queremos hacer un repaso breve y quizás generar más que todo preguntas durante el resto de la discusión.

El Zika, como (ahondará) más adelante posiblemente la doctora (Rivera), es un virus de cadena sencilla de RNA, que sabemos que está ligado a la familia, también, de fiebre amarilla y de dengue. Transmitido a través del mosquito y en este caso el mosquito (ininteligible) es aedes aegypti. La presentación clínica de Zika es una enfermedad de sintomatología leve, donde va a haber un sarpullido que lo vamos a presentar en un visual más adelante, con dolores musculares.

No se describe inflamación de las coyunturas, pero sí se describe dolor en las articulaciones. Se comenta también la presencia de fiebre y también una conjuntivitis que es seca, que no es purulenta, que más que todo va a parecer como un ojo rojo, un ojo reseco, que también lo vamos a ver en un visual. Los síntomas pueden variar desde días hasta menos de una semana. No es una enfermedad que nos va a dar mucha sintomatología. Cuando sacamos a un lado posibles complicaciones en pacientes con enfermedades crónicas, la mortalidad es rara.

Y hasta ahora, pues, entendemos que se desarrolla inmunidad una vez que se infecta por primera vez el paciente. Cuando pasamos entonces a hallazgos que

pudieran simbolizar la presencia de la enfermedad, estamos viendo un sarpullido tipo rojizo que puede estar en todas las partes del cuerpo. Y cuando hablamos de esta conjuntivitis seca, estamos hablando de este tipo de resequedad del ojo, con un brote de capilares en esa área sin que haya secreciones. Como pueden notar no es un cuadro extremadamente agudo, pero sí podemos tener un rash o sarpullido característico.

Cuando entramos ya de lleno al manejo del embarazo sabemos que es una enfermedad que no va a trastocar de forma dramática el curso de un embarazo, aparte de lo que tiene que ver con daños al feto de la paciente embarazada. En su cuidado médico no va a representar un reto distinto al de otro cuidado prenatal, excepto cuando hablamos del daño del virus al sistema de desarrollo cerebral de ese feto. Este virus nefastamente tiene un tropismo, una predilección exquisita por el tejido cerebral en desarrollo.

Y eso es lo que lo lleva a que el virus vaya buscando incrustarse en esa área y desarrollar entonces un sistema de replicación viral en el cerebritito del feto en desarrollo. Aparte de llevar, entonces, estos estragos a la microcefalia, pues la microcefalia viene siendo el resultado final de muchos insultos que van trastocando estos cerebros. Pero, en el camino pues vamos a tener otros problemas, como pueden ser problemas de ceguera, de sordera, desarrollo neurológicos. Estos bebés pueden llegar a tener problemas de convulsiones y eventualmente hay un - algo que se está empezando a describir como el Síndrome de Zika congénito, donde hay todos estos hallazgos neurológicos.

En Puerto Rico recientemente acabamos de emitir, el Departamento de Salud, la orden administrativa 360, dónde estamos haciendo una recopilación de toda la información que tenemos al momento y todo lo que conocemos como la Norma de Cuidado en términos de medicina materno fetal, en temas de cuidado obstétrico y le estamos ofreciendo una guía a nuestros obstetras. En

esa guía uno de los parámetros más importantes es el tamizaje o discernimiento de estas pacientes con la prueba de anticuerpos. Y esa prueba la estamos enviando en cada trimestre. El primer trimestre, tan pronto sepamos que la paciente está embarazada, entre la semana 16 a la 20 y entre la semana 24 a la 30, en el comienzo del tercer trimestre.

Nosotros no nos tenemos que preocuparnos, los clínicos, por especificar cuál es la prueba que se está enviando. Con que digamos si la paciente tiene síntomas o no tiene síntomas. Y en el caso de un screening, de un (ininteligible), pues la paciente no va a tener síntomas y con que digamos en qué momento del embarazo se encuentra la paciente y que digamos si tuvo síntomas en qué momentos los tuvo.

Con esas piezas de información, el laboratorio va a ser capaz de decidir la muestra que debe ordenarse. Por favor, recordemos que las pruebas que son de cernimiento son las que se van a llevar a cabo a través de los recursos del Departamento de Salud y del laboratorio del Dengue en Puerto Rico. Ellos van a, entonces, tomar el curso de acción con la muestra que se va enviar, especialmente en las pruebas a las embarazadas que sean de cernimiento. Esas pruebas se van a enviar a todas las embarazadas de forma rutinaria y en la orden administrativa 360 se hace el hincapié en que la embarazada tiene que autoexcluirse.

Ella tiene que expresar que no quiere que se le haga la muestra, para entonces nosotros no enviarle el muestreo. Pero entonces tiene que haber una discusión de lo que eso implica en el manejo obstétrico de la paciente y tiene que estar documentado en el record de la paciente en su expediente médico.

Las muestras para la detección y diagnóstico de Zika en todas las pacientes embarazadas van a estar manejadas a través del laboratorio del Departamento

de Salud y el cuidado prenatal va a estar basado en esta guía que están acompañando la orden administrativa 360. Son unas guías que se acopiaron entre el esfuerzo del grupo de perinatologos de Puerto Rico para establecer una guía que nos ayude en el manejo de estas pacientes.

En esas guías se define que todo paciente embarazada con Zika debe de tener por lo menos una visita, una evaluación, con un especialista en embarazo de alto riesgo. Y este especialista en embarazo de alto riesgo, va a determinar cuál es el plan obstétrico para la paciente. Cuando hablamos de la viremia y entender un poco de la fisiología del virus del Zika, una vez se da a la exposición del paciente al virus, ya sea por la picada del mosquito o ya sea por transmisión sexual, que sabemos que es una de las vías de transmisión que más nos preocupa, o ya sea por transmisión de algún fluidos -- porque sabemos que, por ejemplo, los trabajadores de la salud pueden infectarse con Zika manejando muestra que tengan Zika.

Va a haber una ventana en lo que se desarrolla la viremia, la presencia del virus en la sangre y esa ventana va a ser de unos siete días, que vamos a poder detectar el virus una vez la viremia esté establecida. Cuando hemos hecho análisis de muestras de orina, se ha visto que en orina el virus puede estar vigente hasta unos 14 días. Sí, por eso es importante y hacemos hincapié en que si usted encuentra una paciente, especialmente embarazada, que tenga la sintomatología, que tenga el sarpullido, que tenga la fiebre, que tenga el cuadro clínico del Zika, por favor envíen la muestra tan pronto como tengan el diagnóstico en su mente, porque nos va ayudar a hacer una detección más certera.

Cuando hacemos un diagnósticos basados en viremia, tanto en sangre o virus en la orina, podemos hacer una prueba más sencilla. Cuando estamos fuera de esa ventana de sintomatología o cuando estamos haciendo un cernimiento sin

sintomatología, entonces entramos a enviar el anticuerpo. Y el anticuerpo va estar vigente por unos tres meses. Deja de estar detectable después de los tres meses, pero este anticuerpo no es tan fácil su manejo, como el detectar el virus directamente. Ahí pues tenemos problemas con los (ininteligible) cruzada con dengue y se nos complica al laboratorio, a nuestros compañeros, el manejo.

Ahí entramos entonces en uno de los dolores de cabeza que con los que hemos estado trabajando durante los últimos meses. Es cuando tenemos un diagnóstico resultivo de Zika, que quiere decir que llegamos a un punto en la evaluación de esa muestra donde no podemos separar la posibilidad de que haya habido exposición al Zika o a dengue. Aquí están viendo dos ejemplos de estos - son soportes de laboratorio que han llegado al manejo de pacientes en nuestros compañeros (ininteligible), donde estamos viendo un reporte de higiene definitivamente positivo, con evidencia (serológica) de posible exposición a Zika.

Y aquí vemos otro más, dónde estamos leyendo Zika (presuntivamente) positivo. Más adelante vamos a ver cuál es el último algoritmo según la guía del CBC de julio 29. En esa guía habla de cómo se manejan estos pacientes. Eventualmente estos pacientes van a manejarse como si fueran Zika positivo, en un área endémica para Dengue con este cuadro. Y este tipo de información es suficiente para entonces nosotros pasar a manejar la paciente como Zika positiva.

Cuando hablamos de otro punto quizás de un poco controversia, es la indicación para amniocentesis. La amniocentesis vamos a estarla incluyendo en la discusión, pero como algo secundario a Zika. ¿Qué quiere decir esto? Que si usted va a hacer una (amnio) por descartando un desorden genético o descartando un desorden infeccioso de otra índole y la paciente está interesada en que se haga una evaluación para Zika, se puede enviar el líquido amniótico

a los laboratorios pertinentes para hacer el descarte, para hacer evaluación para Zika.

Pero no es la indicación primaria para Zika, no es Zika una indicación principal para amniocentesis. Cuando hablamos de esta guía para manejo y evaluación, que son guías atemperando la guía del CBC a las circunstancias nuestras en Puerto Rico, hay unos sonogramas fetales periódicos y hay unas evaluaciones que van a estar siendo analizadas por esta - por nuestros compañero consultores de la red de (ininteligible) y unos centros (sonográficos) con experiencia y competencia obstétrica, que ya han sido identificados. Según el guía de cuidados obstétrico que determinen el especialista en embarazo de alto riesgo, va a ser el plan de cuidado para esta paciente.

Cuando seguimos repasando la orden administrativa, al momento del parto o la cesárea, queremos hacer todavía una fuerza adicional por tratar de detectar si es este bebe vino infectado o expuesto a Zika, ya que estamos en una región de transmisión activa en la mamá. Que (ininteligible) un tipo de Zika, vamos a querer tomar muestras de cordón umbilical y muestras de la placenta y serán enviadas. Queremos hacer una sección completa de un grosor de anterior o posterior de esta placenta y estas muestras se van a enviar al Departamento de Salud en los hospitales.

Las enfermeras de epidemiología las que van a estar encargadas en algunos hospitales. Puede que se (haya) identificado algún otro recurso, por favor, haga la gestión de buscar quién es la persona encargada de manejar estas muestras. Cuando vemos el algoritmo de manejo de pacientes en áreas de transmisión activa o en áreas de exposición al Zika en embarazo, el algoritmo es un poco complejo, pero lo que queremos es estar pendiente. Son de dos factores, queremos saber si la paciente ha tenido síntomas o no ha tenido

síntomas y si la paciente está dentro de un rango de dos semanas o está fuera del rango de las dos semanas.

Dependiendo de esas dos preguntas el algoritmo se activa por un lado o por el otro. Cuando estamos hablando de un paciente que está dentro de las dos semanas y posibilidad de síntomas en esas dos semanas, pues vamos a enviar la prueba de presencia del virus. Cuando estamos fuera de esas dos semanas o en una paciente sin síntomas cuando estamos trabajando con la muestra para el anticuerpo y tenemos solamente, ahora mismo en los Estados Unidos, pruebas disponibles para (IgM).

No tenemos pruebas disponibles para (IgG). En ese algoritmo va haber una de tres posibilidades. O la paciente va a tener negativo para Dengue y negativo para Zika en su (IgM), así que esta paciente está negativa para cualquier tipo de flavivirus o la paciente está positiva para Zika y pudiera estar positiva o negativa para Dengue. En ese caso tenemos un presunto positivo para Zika y se maneja, de todas formas, como si fuera un positivo para Zika y entonces tenemos positivo para Zika y negativo, obviamente, para Dengue y se sigue manejando como un positivo para Zika.

En este algoritmo, que es una versión que está todavía revisándose, se pasaría después de un presunto positivo a hacer una prueba complicadísima que toma mucho recursos y mucho tiempo y que está posiblemente contemplando que para una área endémica para Dengue, como Puerto Rico, que se deje de utilizar.

Bien, aquí pasamos directamente al manejo de esa paciente como una paciente Zika positivo. Todo esto que estamos hablando está recopilado y está en español en el portal cibernético de CBS y en el portal cibernético del Departamento de Salud y en el portal de (ininteligible) ginecólogo y está todo

disponible para ustedes repasar. La paciente, entonces, embarazada con un diagnóstico positivo para Zika, va a tener un manejo donde va a haber un cuidado prenatal, que en Puerto Rico requiere que entonces el especialista de embarazo de alto riesgo diseñe un plan de acción.

Y puede que quepa la posibilidad que este paciente, después que la vea el especialista en alto riesgo, continúe su cuidado prenatal con su médico obstétrico regular. Según el plan determinado por el especialista de alto riesgo va a haber unos (sonograma seriados) y va a haber entonces unas pruebas de Zika de screening, que se van a hacer en primero, segundo y tercer trimestre según la orden 360. Y el manejo entonces posterior al parto, como repasamos hace unos minutos, donde vamos hacer el tomar muestra de cordón, muestras de placenta y desgraciadamente en los casos donde haya fetos que no hayan nacido vivos, pues también vamos a hacer el tratar de muestrear tejido para documentar la presencia del virus.

Estamos llegando al final de esta sección. Hemos estado trabajando con los (CBKs), que son unos chips, unos recursos que nos hizo llegar el (Ininteligible) Foundation, dónde vamos a estar trabajando con material educativo, repelente de mosquito, condones y mosquiteros. Hacemos hincapié en que el uso de los repelentes de mosquitos es el de alta concentración de lo que vayamos a utilizar para que tengamos que aplicar la menor veces posible durante el día.

Y los repelentes que tenemos disponibles, entre ellos (IR) 335, el (ininteligible), el aceite de (eucalipto) y de limón y la picardina, todos estos repelente de mosquitos son seguros en la paciente embarazada. Hacemos mucho hincapié también en recordar que la paciente embarazada está a riesgo de adquirir Zika a través de transmisión sexual. El semen se ha documentado como una vía de transmisión y que puede que dure meses durante el proceso

de replicación viral y va a ser una fuente de infección, así que la paciente embarazada durante todo el embarazo tiene que utilizar condones con su pareja o abstenerse.

En la línea de prevención, y ya estamos hablando entonces de pacientes no embarazadas, sino aquellas pacientes estén en búsqueda de embarazo o que estén tratando de quedar embarazadas, la paciente que tenga síntomas si es mujer debe esperar unas ocho semanas, según la guía del CBC antes de quedar embarazada. Los hombres deben esperar unos seis meses. Esta guía hay grupos académicos que las han hecho un poco más estricta. La Sociedad Americana (ininteligible) Reproductiva habla inclusive de esperar seis meses en ambos, el hombre y la mujer.

Y esto nos lleva a la parte final de esta presentación, que es el hablar de contracepción. Nosotros vamos a querer entablar una discusión bien personal y bien específica a las circunstancias de cada paciente, donde hablemos de el plan de vida reproductivo. Plan de vida reproductivo es todo aquello que tiene que ver con el uso de ácido fólico, condiciones crónicas que tenga al día y determinar si es un momento adecuado para quedar embarazada. Quizás, ante el brote del Zika y si no hay en el plan de vida reproductivo un momento ideal para quedar embarazada, pues sea un momento entonces para hacer uso de los métodos anticonceptivos.

Y en los métodos anticonceptivos lo de mejor eficiencia van a ser los que son más fáciles y de menos requerimiento para el paciente. Y entre esos tenemos los anticonceptivos reversibles de larga duración, entre ellos los dispositivos intrauterinos y los implantes. Y para estos efectos, tenemos en Puerto Rico un proyecto espectacularmente innovador, sin precedente quizás en la historia, de una reacción, de una respuesta a una crisis de salud pública que es el Zika (uninteligible) Active Network.

Que es un esfuerzo en combinación con la fundación del CBC, el CBC, el Departamento Salud, el Colegio Americano (ininteligible) ginecólogos, (ininteligible) y San Francisco, tratando de traer acceso gratuito, sin coerción, de la gama completa de métodos anticonceptivo para aquellas mujeres que quieran prevenir quedar embarazada, ya sea porque tiene temor por el Zika o porque sencillamente en su plan de vida reproductivo no está contemplado quedar embarazada en estos momentos.

Así que sin más preámbulo agradezco la audiencia y quedamos a su disposición para preguntas más adelante

(Alberto Santana): Gracias doctor Bracero por su presentación. Pasamos ahora a el doctor (Valencia).

(Miguel Valencia): Buenas noches a todos los participantes. En esta sección voy a estar hablando de Zika en el embarazo y la infección congénita. A principios de esta epidemia en enero, pues se hablaba de una posible asociación en términos de la infección de Zika en el embarazo con microcefalia. En abril del 2013 los científicos de los centros para el control y prevención de enfermedades concluyeron, luego de revisar la evidencia existente, que el virus Zika causaba microcefalia y otros efectos severos del cerebro fetal.

Si fuéramos a describir esos (datos) desde esa fecha hasta acá, podríamos decir que el virus Zika causa anomalía del cerebro fetal que en algunos casos puede ser tan extrema que termina en microcefalia. Aquí hay una diferencia en términos, en el énfasis, que no necesariamente todas las lesiones que va a causar este virus van a resultar en la evidencia o presentar estos bebés microcefalia al momento de nacer. Hemos visto, particularmente son calcificaciones en las áreas sub (ininteligible), ventriculomegalgia, ausencia

del cuerpo calloso y las calcificaciones que en este caso se ven (perventriculares). En esta aquí, podemos ver que este bebé sí presenta un cráneo asimétrico, con evidencia de múltiples calcificaciones y ventrículos (melgarios).

Y en este de nuevo no hay microcefalia, pero tenemos de nuevo las calcificaciones y la (hipoplasia) cerebral. Todo estos hallazgos pueden ser identificados en las sonografías prenatales y por eso entonces la recomendación en el manejo de estas pacientes está la indicación de los sonogramas seriados.

Pero no nos podemos limitar solamente a los defectos del cerebro fetal. Hay estudios donde demuestran que la infección por el virus Zika en el embarazo resulta en insuficiencia placentaria, que puedes llevar a una restricción de crecimiento fetal severa, e inclusive se ha descrito muerte fetal asociada a esta infección. En este estudio, que se realizó en mujeres embarazadas en Río de Janeiro, dónde participaron 88 mujeres, 16 serán Zika negativo, 72 eran Zika positivo.

De esas 42, el 29% de esos ultrasonidos le mostraban restricción en el crecimiento intrauterino, de nuevo, con o sin microcefalia, las calcificaciones y las otras lesiones del sistema nervioso central. Y este hallazgo es sumamente importante, porque ya tan tarde como las 36 y 38 semanas hubo pérdida de esos embarazos. Una vez estos bebés nacen, originalmente se decía que tenían unos cambios de pigmentación en el área de la mácula y ciertas áreas de atrofia en las retinas.

Estudios posteriores, ahora publicados en mayo, (ininteligible) los defectos que pueden presentar estos bebés se aumentaron. O sea, ahora estamos hablando de hemorragias en las retinas, cambios vasculares en esa retina que

pueden incluir ausencia de los vasos, lesiones en forma de torpedo en la mácula, que puede causar ceguera en estos bebés.

Y más o menos estos son signos que se están viendo bien característicos en esta área de (ininteligible), en el área de la mácula y estás cicatrices en el área (ininteligible). Estas son estas fotografías de la doctora (Ventura), que es la persona en Brasil, la oftalmóloga, que más experiencia ha tenido en la evaluación de estos bebés. A medida que sigue corriendo el tiempo y estos bebés se siguen siguiendo longitudinalmente, hemos encontrado que también hay evidencia de pérdida auditiva neurosensorial, que es otra complicación que pueden presentar a estos bebés. O sea, que de nuevo, estamos hablando de tejido neural, particularmente que los ojos son una extensión del cerebro, lo mismo sucede entonces con la audición.

Preliminarmente pues decidimos que el blanco primario de este virus son las células neurales progenitoras, que pueden causar la muerte de esas células o que no se puedan multiplicar, que no puedan migrar al sitio donde tienen que realizar su función o que no se puedan especializar en la función. Esto puede resultar en disminución del crecimiento del cerebro y la viabilidad de estas células. O sea, que no necesariamente el efecto va a ser microcefalia. Por eso el énfasis en la medición de la medida precisa de la circunferencia de estos bebés al momento de nacer.

Todos estos hallazgos se han puesto, que ya se ve que es un patrón reconocible, y se le ha puesto el nombre del síndrome del Zika Congénito, que puede presentar microcefalia, las calcificaciones intracraneales, toda esta serie de anomalías del cerebro fetal, las anomalías de los ojos, la pérdida auditiva neurosensorial. Y esta en particular es importante, (artroglicos), estamos hablando de contracturas en más de dos articulaciones, Y aunque se pensaba que podía ser, en parte, por las lesiones del sistema central, se ha descrito una

(hipoplasia) del cordón espinal. O sea que estamos viendo otros áreas que están siendo - otros tejidos o otras células neurales que también se están viendo afectadas. O sea, que no todo está limitado a el cerebro de esos bebés.

Por esa razón, a partir del primero de octubre el informe de nacimiento ahora va incluir la circunferencia de cabeza que antes no se incluía como parte de esta información. Y fíjese que es en centímetros. Y esta medida de circunferencia de cabeza debe tomarse después de las 24 horas. Por lo tanto, aunque esta sección está incluida en la parte del obstetra, estamos pidiendo que se deje en blanco para que sea el pediatra, y luego de las 24 horas, el que anote la circunferencia de cabeza en este renglón. De nuevo, el peso a nacer debe ser reportado en gramos y el área también debe ser reportado en centímetros. Fíjate que también se incluyó un espacio aquí para entonces poder ahora documentar si ese bebé nace con microcefalia o no.

(Ininteligible) que sí resumimos en esta parte, sabemos -- esto es como un iceberg, tenemos aquí la puntita del témpano de hielo, pero todavía es mucho lo que no sabemos sobre Zika y el embarazo. Por esta razón en Puerto Rico establecimos el sistema de vigilancia activa en el embarazo, a diferencia de los Estados Unidos donde existe un registro de embarazo de Zika, un sistema pasivo.

Nosotros establecimos este sistema, que es un sistema activo. ¿Quiénes van a entrar en este sistema de vigilancia como le explicó el doctor (Bracero)? Toda mujer embarazada que tengo una prueba confirmada. Esto significa que se hizo una prueba de (PTR) y esa prueba está positiva. Toda aquella que tenga una prueba presuntiva, significa que el (IgM) para Zika está positivo, el (IgM) para Dengue está negativo o que lo deporten fladivirus que quiere decir que la prueba de (IgM) está tanto positiva para Zika como para Dengue.

Entonces hablamos de vigilancia activa entonces, lo que estamos hablando es que personal de nuestro programa va directamente, personalmente, a la fuente información para obtener los datos. O sea, que no esperamos que los reporten, sino que los vamos a buscar. ¿Por qué establecimos este sistema? Pues porque queremos saber cuáles son los resultados de la infección de Zika en el embarazo, en ese (feto) o posteriormente (ininteligible) nuestros niños hasta los tres años de edad.

Preguntas como que es más severo o qué es más en riesgo para un bebé, tener una infección con síntomas en el segundo trimestre o una infección con síntomas en el primer trimestre. A toda mujer embarazada de Zika, ese bebé va a salir afectado o no va a salir afectado y a la larga conocer los resultados adversos hasta los tres años de edad, ¿verdad? E

En este momento pues (como) hemos visto durante el año, primero empezamos a hablar de microcefalia, después vimos que eran otros defectos más que microcefalia, después vimos defectos en los ojos y después vimos defectos en la visión. O sea que tenemos que seguirlos viendo a los (ininteligible).

En este momento, como dice la orden administrativa 360, tenemos que asegurarnos que todas las pruebas que se envían a las embarazadas vayan - vengán al Departamento de Salud, porque somos los únicos que podemos hacer el algoritmo completo de esta embarazo. En términos de que solamente la prueba de (PCR) puede dar una sensación de que está negativa, pero puede tener un (IgM) positivo que no se haga y entonces perdemos un caso o de identificar un caso de Zika durante el embarazo.

No voy a entrar en todo esto, pero básicamente hay tres sistemas aquí envueltos. El sistema de vigilancia y prevención de defectos congénitos, se

encarga de asegurar que todo lo resultado lleguen a los médicos obstetras de esa pacientes y posteriormente tenemos tres fases. La recopilación de datos del periodo prenatal, la recopilación de datos del periodo de (parto) y periodo neonatal y finalmente la información sobre el seguimiento de estos bebés hasta los tres años.

Este es otro mecanismo que tenemos porque sabemos que puede ser que tengamos mujeres o que hayan venido de Estados Unidos embarazadas o que (ininteligible) del sistema del vigilancia, porque se hicieron las pruebas fuera del período en dónde podemos establecer el diagnóstico. Por lo tanto estos bebés los podemos identificar al momento de nacer y entonces ir hacia atrás y ver si esa mamá tuvo síntomas en algún momento.

Desde este punto de vista, vamos desde el producto hacia el embarazo. El otro sistema que está entrelazado, lo establecimos con especialistas en medicina materno fetal, donde regularmente ellos no están enviando todos los sonogramas de todos - que ellos realizan a toda mujer embarazada positiva y nos permite identificar antes de que ese bebé nazca, si viene con alguna anomalía o defecto asociado al virus Zika.

Todos estos bebés se les está ofreciendo seguimiento en el programa de niños con necesidades especiales apenas nacen. Para de nuevo, pero su desarrollo hasta los 36 meses de edad y asegurarnos que tienen las evaluaciones audiológicas y oftalmológicas de seguimiento que necesitan para identificar cualquier secuela adversa a largo plazo.

Desde el viernes pasado empezamos a publicar el Informe de Sistema de Vigilancia, donde tenemos información sobre las embarazadas que estamos siguiendo, datos demográficos sobre ellas y los productos efectos - bebés que

hayan nacido con defectos congénitos o pérdidas de embarazados. Así que con eso concluimos esta sección. Muchas gracias.

(Alberto Santana): Muchas gracias doctor (Valencia). Vamos pasando con la doctora Brenda Rivera.

Brenda Rivera: Muy buenas noches ya, ¿verdad? Y para mí es un gusto estar con ustedes de nuevo en este nuestro tercer webinar. En esta ocasión les estaré presentando en más detalle aquellas la información del curso de la epidemia en nuestra población de embarazadas.

Esta curva que ya han visto en otras ocasiones, es la más reciente donde vemos una leve disminución de casos en la población en general, representadas por las barras en color azul. En la población de mujeres embarazadas, representadas por las barras en color rosado, también se ve una leve disminución pero en mucho menor grado. Las diferentes líneas representan el porciento de las muestras para la población de interés que arrojan positivas a Zika por laboratorio.

La línea sólida es el porciento de positividad en la población de hombres y mujeres no embarazados. Y podemos observar una positividad alrededor de un 65%. El trazado entrecortado representa a las embarazadas con síntomas, con un 40% de positividad. y finalmente, la línea en el final de la gráfica, representa la población de mujeres embarazadas sin síntomas. Y en esa población la tasa de positividad se ha mantenido constante entre un 6% a 7%.

La próxima diapositiva le presentó el mapa de los casos acumulados positivos a Zika en mujeres embarazadas. A mayor intensidad de color, mayor el número acumulado en caso positivo en embarazadas. En la página de internet del Departamento de Salud www.salud.gov.pr puede acceder los mapas más

recientes de incidencia en la población general y el índice de incidencia en la población de mujeres embarazadas. Cuando evaluamos los datos de edad al momento de diagnóstico de Zika entre las embarazadas, vemos que 1,407 o el 63% de los casos son mujeres jóvenes, de entre 20 a 29 años de edad. Si incluimos las pre y adolescentes, estaríamos hablando del 81% de todos los casos. Por ende, en esta población de mujeres jóvenes debemos reforzar los mensajes de prevención.

Importante también entender en qué momento durante el embarazo se está dando el diagnóstico. Y la gran mayoría de estos diagnósticos se están dando en el segundo y tercer trimestre. Poco más del 60% de todas las infecciones son en el segundo y tercer trimestre. Cuando entonces tratamos de entender si existe alguna diferencia en el momento de diagnóstico entre las embarazadas con y las embarazada sin síntomas, vemos que para ambos grupos las infecciones y diagnósticos durante el tercer trimestre tienden a ser mayores.

Y aunque entendemos por los estudios realizados en otros países que el riesgo de resultados adversos es mayor en el primer trimestre, ciertamente no podemos descartar los riesgos de insuficiencia placentaria y pérdida de embarazo entre las mujeres afectadas durante el segundo y el tercer trimestre. Por tanto, los mensajes de prevención y adopción de las medidas de protección personal deben mantenerse durante todo, todo el embarazo.

En mucha de la literatura el Zika se escribe con una enfermedad febril, sin embargo cuando evaluamos los datos de Puerto Rico, el síntoma reportado con mayor frecuencia o incluso como único síntoma, en un 86% de los casos, es el sarpullido o el rash, descrito como un maculopapular. Seguido por dolores de cuerpo, de cabeza y coyuntura. La fiebre se observa en un 63% de los casos y la conjuntivitis no purulenta, de la cual tanto se habla, apenas se reporta en un 17% de todos los casos.

Pero de todos los datos, uno que cala muy hondo en nuestro equipo de trabajo, es el de dónde están las mujeres embarazadas recibiendo orientación y mensajes de prevención sobre el Zika. En una encuesta realizada a mujeres participantes del programa (week), los médicos figuran en una cuarta posición con tan sólo un 25% de todas las respuestas. Fíjense que las orientaciones a través de las clínicas (week) ocupan el primer lugar, con aproximadamente un 60%, seguido de los medios y pautas noticiosas.

Creo que como profesionales de la salud debemos tener un rol más protagonista en la orientación y educación de nuestras embarazadas, particularmente entre aquellas mujeres jóvenes. Recuerden, el 60% tienen edades de 20 a 29 años. Y enfatizar también la prevención durante todo el embarazo, no solo el primer trimestre. No podemos bajar la guardia durante este segundo y tercer trimestre.

Antes de terminar, creo es mi deber, recordarles que ustedes como obstetras y ginecólogos, tienen que observar con rigurosidad las precauciones estándar durante cualquier procedimiento en mujeres positivas, particularmente durante el parto. Asuma que todo tejido o fluido corporal es una fuente potencial de infección. Utilice el equipo de protección personal de forma correcta y consistentemente y siga las medidas para evitar accidentes con objetos punzantes o cortantes. Tan importante es esto, que los CBS dedicó un artículo en su publicación semanal en (MWR) a este tema y al cual les incluyó el enlace al final de esta diapositiva.

Le recuerdo que los reportes están disponibles en nuestra página de internet www.salud.gov.pr bajo la pestaña de Zika. Además allí tiene disponible las hojas de solicitud, los reportes de laboratorio, material educativo para sus pacientes y la comunidad, módulos instruccionales para los profesionales de la

salud, guías de cuidado de pacientes y este y otros webinars en esta serie. Con eso los dejó y muy buenas noches a todos gracias.

(Alberto Santana): Gracias a los presentadores por compartir con nuestra audiencia esta información valiosa e importante sobre el cuidado prenatal relacionado con el Zika en Puerto Rico. Ahora vamos a abrir las líneas de nuestra sesión para preguntas y respuestas.

Operador: Gracias. Sí, ahora comenzamos la sesión para preguntas y respuestas. Si usted quiere hacer una pregunta, por favor marque asterisco y 1. Otra vez, si alguien quiere hacer una pregunta en este momento marque asterisco y 1. Uno momento para la primera pregunta. Y señor en este momento no tenemos preguntas.

(Alberto Santana): Sí tenemos una que nos llegó por internet. “¿Puedes repasar cuándo hay que hacerle la prueba de Zika a una mujer embarazada?”

(José Brasera): Doctor (Brasera). La prueba de Zika en la paciente embarazada de forma de tamizaje o cernimiento o screening, como lo queramos llamar, va a ser en cada trimestre. Tan temprano en el primer trimestre como la paciente se entere de que está embarazada. Y en el segundo trimestre ya dejarnos llevar por la guía de la orden administrativa 360 en Puerto Rico, entre la semana 16 a la 20 en el segundo trimestre.

Y entonces en el tercer trimestre, que esto es algo que quizás va a ser un poco novedoso para algunos de nuestro compañeros, sí vamos a estar requiriendo que se haga la prueba en el tercer trimestre entre la semana 24 a la semana 30. Y que tan pronto sepa que esté embarazada, entre la 16 y la 20 y la 24 y la 30 semanas gestación

(Alberto Santana): No se vayas muy lejos doctor (Bracero) que nos llegó otra pregunta. “¿Cuáles son los métodos anticonceptivos para una mujer recién parida?”

(José Braserá): Para la mujer recién parida, vamos a estar, por lo menos en el (Zika), vamos a estar auspiciando, de entrada, el implante subdermal, que es uno de los que es quizás un poco más sencillo de colocar en la paciente posparto. En el dispositivo intrauterino va a requerir quizás un entrenamiento especial, distinto al que tenemos la mayoría de nosotros.

Y lo vislumbramos como que va a ser una posibilidad, porque se coloca también el dispositivo intrauterino. Pero por lo pronto, vamos a estar trabajando en (ininteligible) en este programa de concepción gratuita, con el implante subdermal. Pero ambos se pueden utilizar y son de nuestra (dirección).

(Alberto Santana): Gracias. ¿Operadora tenemos más preguntas?

Operador: No señor, no tenemos preguntas por teléfono.

(Alberto Santana): Pues me llegó una última pregunta. “¿Qué tipo de cuidado se le puede dar a una recién nacido para protegerse del sida?” “A a un recién nacido para protegerse del Zika”, perdona.

Brenda Rivera: Gracias por esta pregunta. Y para los bebés recién nacidos, ¿verdad?, son limitadas las opciones que tenemos. Sin embargo no estamos maniatados. Así que es muy importante que cuando demos de alta a esa mamá y a su bebé, que le recordemos que las recomendaciones para evitar las picaduras de mosquitos en estos recién nacidos es el uso del mosquiteros, tanto en la cuna como en el cochecito o el cargador. Existen mosquiteros de fácil acceso, ¿verdad?, accesibles, de costos reducidos.

En realidad, dependiendo de donde lo compré, pero tan barato como por \$12 dólares tú ya cubres, ¿verdad? Tienen estos mosquiteros para uso en cunas y en el cargador. Recuerden que también pueden utilizar ropita fresca que le protege la mayoría de la piel al bebé. Estas cositas que son larguitas, de algodón, fresquecitas, para proteger la piel del infante. No se recomienda el uso de repelentes en niños menores de dos meses. Así que es muy importante que durante esos primeros dos meses de vida utilicemos estos otros mecanismos y herramientas para proteger a estos bebés de las picaduras de mosquito.

(Alberto Santana): Gracias. En nombre del Departamento de Salud de Puerto Rico y el centro para el control y prevención de enfermedades me gustaría darle las gracias a todos los que nos acompañaron hoy. Y un agradecimiento especial a nuestros presentadores, los doctores (Bracero), (Valencia) y la doctora Rivera. Si ustedes tienen adicionales preguntas para los presentadores, por favor escríbanos a zika@salud.pr.gov. Una vez más esa dirección de correo electrónico es zika@salud.pr.gov. La grabación de esta llamada y la transcripción se va a publicar en la página de salud en unos días. Con esto concluye el webinar de hoy. Gracias.

Operador: Gracias por participar en la conferencia de hoy. Por favor desconecte sus líneas.

END