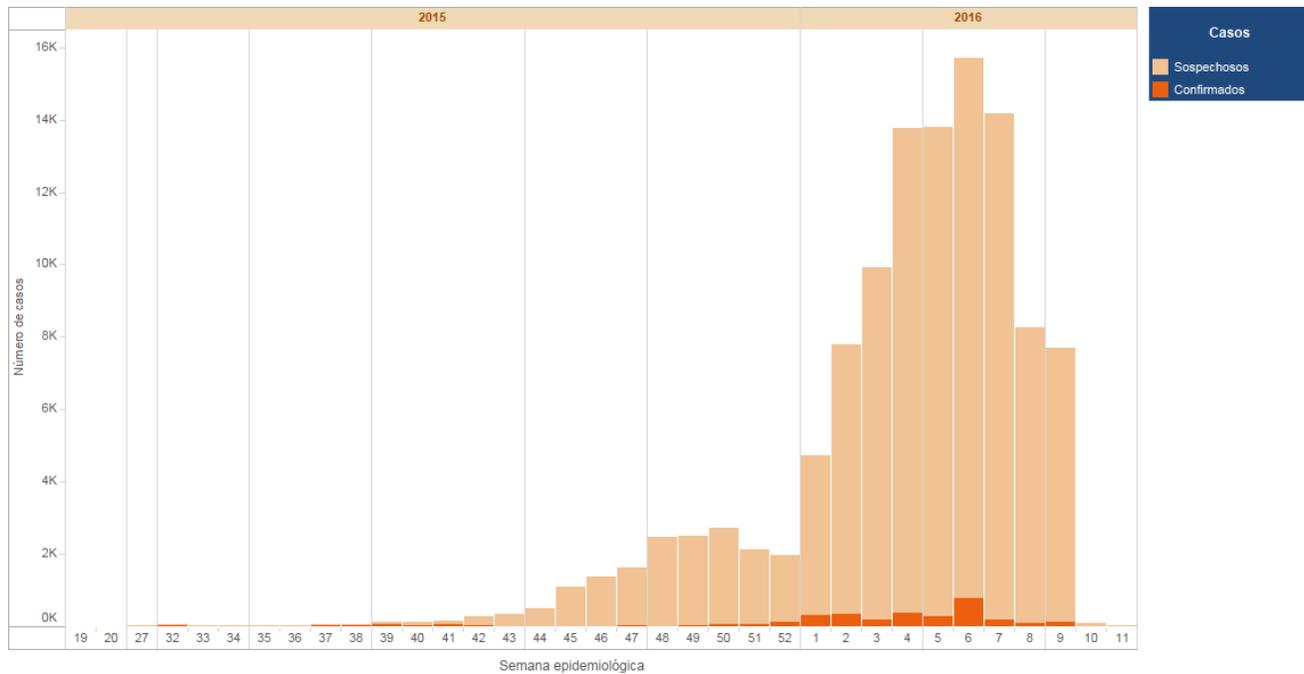


Virus del Zika - Incidencia y tendencia

De acuerdo a los datos disponibles notificados por los Estados Miembros, la tendencia sugiere una disminución de casos de virus Zika en la Región de las Américas (**Figura 1**). Sin embargo, en algunos países y territorios (República Dominicana, territorios franceses en el continente americano, Haití y Venezuela) se observa un aumento en la notificación de casos. Debido al retraso en la notificación y a la mayor propagación geográfica del virus Zika hacia las áreas donde está presente el mosquito-vector, la curva epidemiológica está sujeta a cambios.

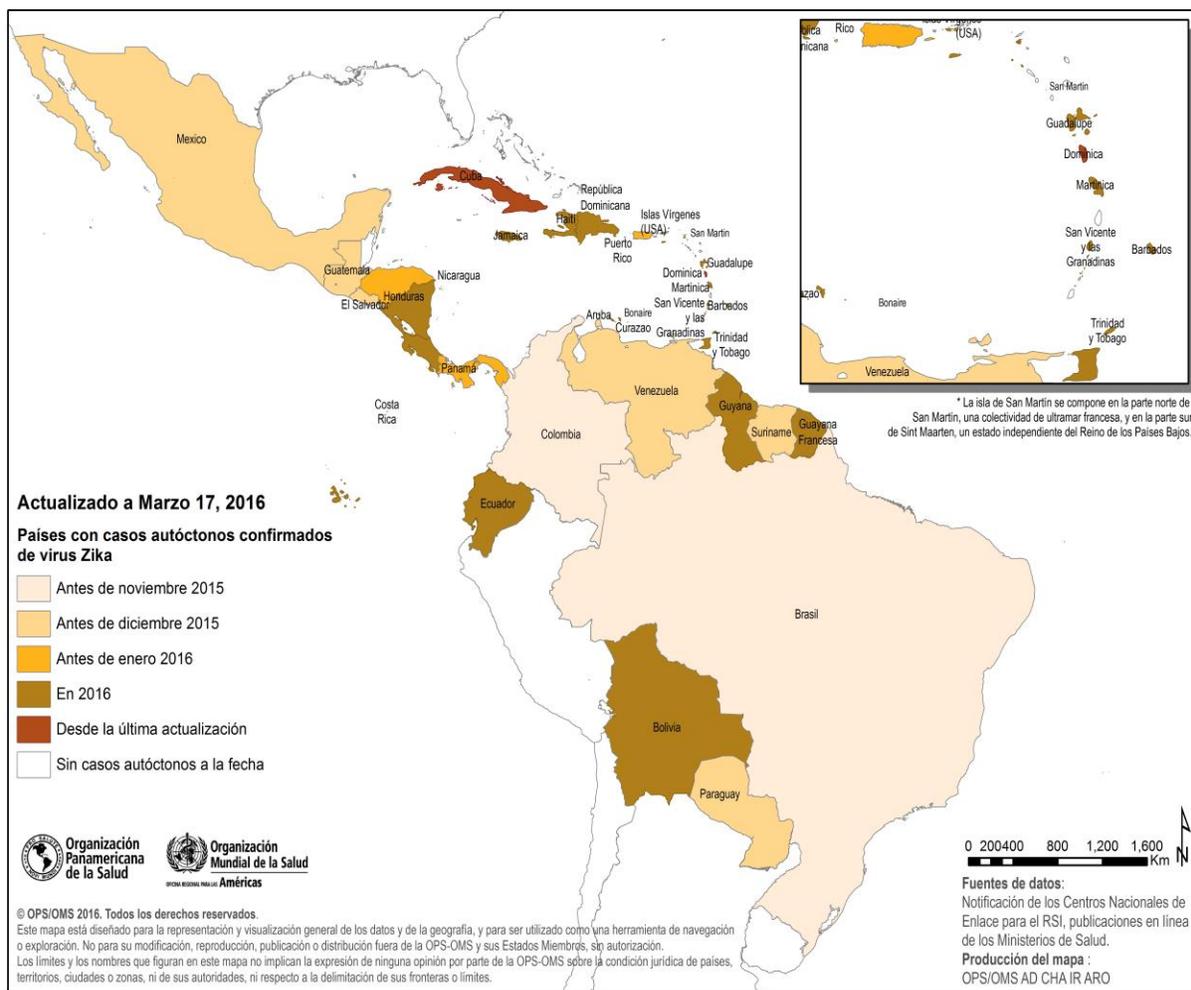
Figura 1. Casos sospechosos y confirmados de infección por el virus Zika notificados por los países y territorios de las Américas, por semana epidemiológica (SE) 2015-2016



Fuente: Casos notificados por los Centros Nacionales de Enlace para el Reglamento Sanitario Internacional de la OMS (CNE-RSI) al Punto de Contacto Regional para las Américas o publicados a través de los sitios web de los Ministerios de Salud.

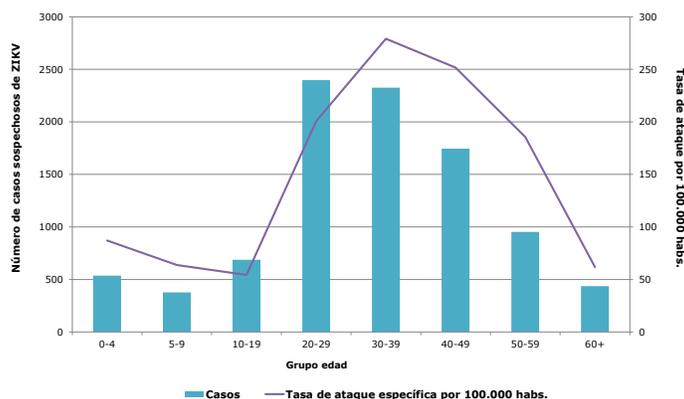
El 15 de marzo de 2016, Dominica y Cuba informaron sobre la confirmación por laboratorio de los primeros casos autóctonos (localmente adquiridos) de infección por el virus Zika. Hasta la fecha son 33 los países o territorios de la Región de las Américas con transmisión local por vectores del virus Zika (Figura 2).

Figura 2. Países y territorios con casos confirmados de infección por virus Zika (transmisión autóctona), 2015-2016 (al 17 de marzo de 2016).



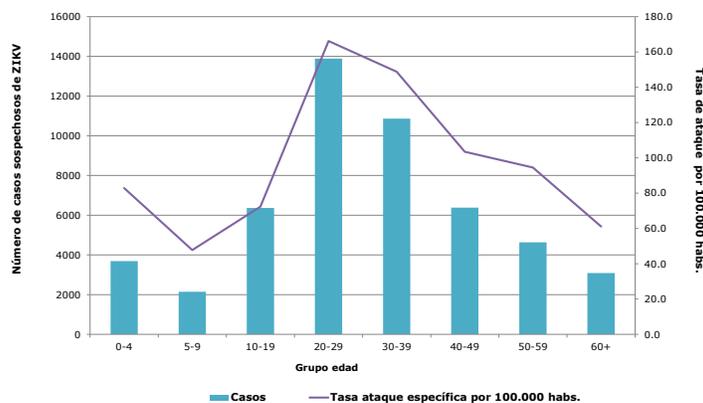
El análisis de las tasas de ataque específicas por edad para la infección por el virus Zika en Colombia y El Salvador (Figuras 3 y 4) muestran que la mayor tasa de ataque para ambos países se observa en el grupo de edad de 20-29 años. Sin embargo, la tasa de ataque más alta se observa en adultos entre 20-39 años de edad en Colombia y entre 20-49 años de edad en El Salvador.

Figura 3: Casos sospechosos de virus Zika por grupos de edad y tasas de ataque específicas por grupos de edad, **El Salvador**, SE 45 de 2015 a SE 8 de 2016.



Fuente: Ministerio de Salud de El Salvador

Figura 4: Casos sospechosos de virus Zika por grupos de edad y tasas de ataque específicas por grupos de edad, **Colombia**, SE 45 de 2015 a SE 8 de 2016.



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia

Nota: Para el cálculo de las tasas de ataque, se incluyó toda la población de Colombia, inclusive la de los de los municipios a más de 2.200 metros sobre el nivel del mar.

Hasta el 5 de marzo de 2016, se registró un total de 241 casos sospechosos de virus Zika en mujeres embarazadas en El Salvador (63 casos en 2015 y 178 en 2016). De las 225 embarazadas actualmente en seguimiento, 18% se infectaron en el primer trimestre de gestación, 46% en el segundo trimestre, y 36 % en el tercer trimestre. En 63% de estas embarazadas, se realizó ecografía y todas resultaron normales. En 35 mujeres que ya han tenido su parto, no se han detectado complicaciones en los recién nacidos.

Aumento de microcefalia congénita y otras alteraciones del sistema nervioso central

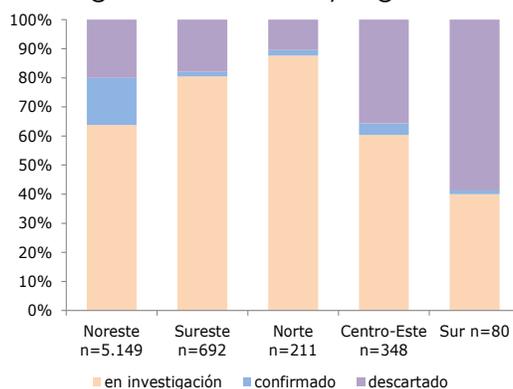
Hasta la fecha, Brasil es el único país / territorio de la Región que ha notificado oficialmente un aumento de la microcefalia congénita. Adicionalmente, Estados Unidos de América ha identificado microcefalia asociada a infección por el virus Zika en una mujer embarazada que residía en una zona con transmisión del virus Zika durante su embarazo.

Microcefalia congénita en Brasil

De acuerdo a lo publicado por el Ministerio de Salud de Brasil, desde el 22 de octubre de 2015 y hasta la SE 10 de 2016, se habían notificado en todo el país 6.484 casos sospechosos de microcefalia u otra malformación del sistema nervioso central en los recién nacidos. De éstos, 2.212 casos (34%) habían sido investigados, de los cuales 863 casos fueron confirmados con microcefalia y/u otras malformaciones del sistema nervioso central (SNC y / o con evidencia sugerente de infección congénita). Del total de casos notificados, 1.349 fueron descartados y 4.268 continúan bajo investigación.

Los casos confirmados de microcefalia han sido identificados en 19 de las 27 Unidades Federativas; sin embargo, 97% de los casos confirmados y 79% de los casos sospechosos fueron notificados en la región Noreste (**Figura 5**).

Figura 5: Casos de microcefalia, según clasificación y región de Brasil, SE 2 a 10/2016.



Fuente: Ministerio de Salud de Brasil.

Se registraron 182 defunciones (incluyendo abortos involuntarios o muertes fetales) entre los casos de microcefalia y / o malformación del sistema nervioso central. [Ver informe completo](#).

Síndrome de Guillain-Barré (SGB) y otras manifestaciones neurológicas

Hasta la fecha, 6 países / territorios de la Región han reportado un aumento de SGB (Brasil, Colombia, El Salvador, Honduras, Suriname y Venezuela), y otros 5 países / territorios han identificado casos de SGB en los que se confirmó la infección por ZIKV (Guyana Francesa, Haití, Martinica, Panamá y Puerto Rico), ver **Tabla 1**. Guadalupe ha detectado un caso de mielitis en el que se detectó la infección por ZIKV en líquido cefalorraquídeo (LCR).

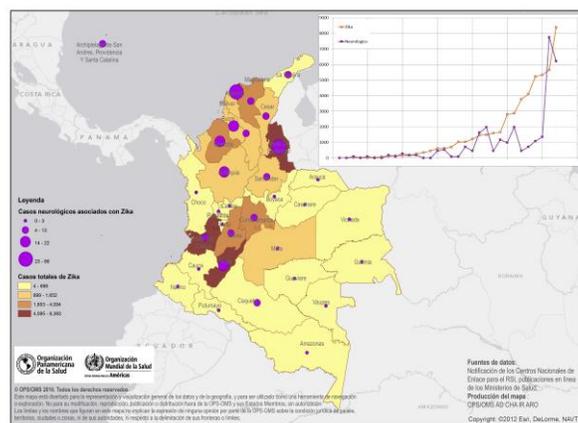
Tabla 1. Países y territorios de las Américas con SGB en el contexto de circulación del virus del Zika (al 17 de marzo de 2016).

Incremento de SGB	Incremento de SGB y confirmación por laboratorio de ZIKV, en al menos un caso de SGB	Confirmación por laboratorio de ZIKV en al menos un caso de SGB
Colombia	Brasil	Guyana Francesa
Honduras	El Salvador	Haití
	Surinam	Martinica
	Venezuela	Panamá
		Puerto Rico

Aumento de SGB y otras manifestaciones neurológicas en Colombia

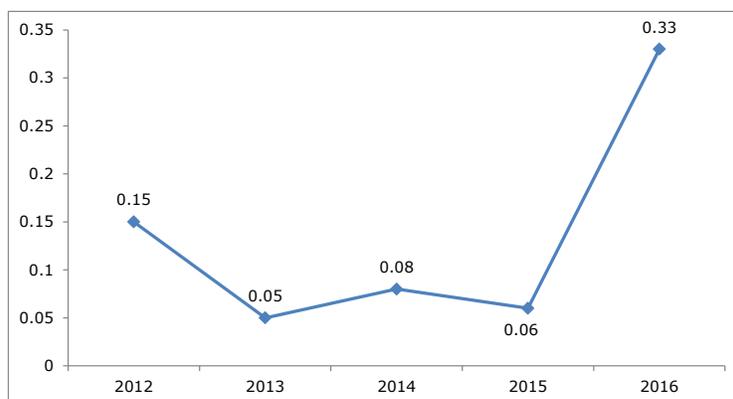
Desde el inicio de la vigilancia intensificada del síndrome neurológico en diciembre de 2015 hasta la SE 9 de 2016, Colombia detectó 327 casos de síndrome neurológico con historia previa de infección por virus Zika, incluyendo 220 casos de SGB y otras condiciones neurológicas similares, como la polineuropatía ascendente. De éstos, 58,1% eran hombres (190 casos). El mayor número de casos se registró en el grupo de edad > 69 años (40 casos), seguido de los grupos de 45-49 años y 35-39 años (35 casos cada uno). El mayor número de casos de síndrome neurológico se informó en Norte de Santander (69 casos), zona donde se registra el mayor número de casos de enfermedad por el virus Zika en el país. Un gran número de casos neurológicos se ha registrado en Barranquilla (57 casos) y Atlántico (29 casos) en la región del Caribe, donde se detectaron los primeros brotes por el virus del Zika en el país. La distribución geográfica de los casos de síndrome neurológico por entidad territorial indica una asociación espacial con aquellos departamentos que también informaron un elevado número de casos de ZIKV (**Figura 6**). Adicionalmente, y tal como fuera informado previamente, se ha observado una asociación temporal entre los casos de SGB y los de ZIKV (Ver Actualización Epidemiológica - 10 de marzo de 2016)

Figura 6. Entidades territoriales con casos notificados de enfermedad por virus del Zika y síndrome neurológico, Colombia, Diciembre 2015 hasta 5 de marzo de 2016.



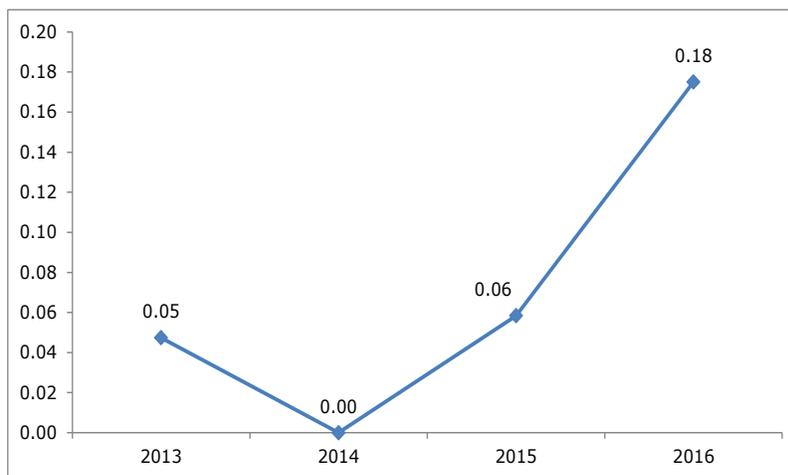
Por otra parte, durante el año 2016, se observó un aumento de los casos la parálisis flácida aguda (PFA) en Colombia¹. Hasta la SE 9 de 2016, se observó una tasa de PFA de 0,33 casos por cada 100.000 niños menores de 15 años de edad, mientras que la tasa esperada es de 0,17 por 100.000 (**Figura 7**). Durante la epidemia por el virus del Zika entre la SE 38 de 2015 y SE 9 de 2016, se notificaron 26 casos de PFA en niños que presentaron una enfermedad compatible con virus del Zika antes de la aparición de la parálisis. Un aumento similar en las tasas de PFA se puede observar en Venezuela (**Figura 8**).

Figura 7. Tasa observada de casos de PFA por 100.000 (< 15 años) **Colombia**, SE 1 a 9 entre 2013-2016



Fuente: Boletín Epidemiológico del Instituto Nacional de Salud de Colombia. [Ver reporte completo](#)

Figura 8. Tasa observada de casos de PFA por 100.000 (< 15 años) **Venezuela**, SE 1 a 9 entre 2013-2016



Fuente: OPS/OMS Boletines Semanales de Polio. [Ver Boletines](#)

¹ La vigilancia de parálisis flácida aguda (PFA) se realiza en niños menores de 15 años.

SGB en viajero con historia previa de infección por Zika virus

Los Estados Unidos informaron sobre dos casos de SGB con infección por el virus Zika confirmada por laboratorio en dos viajeros que regresaron de países con transmisión autóctona del virus Zika.

El primer caso, es un adulto de sexo masculino residente de los Estados Unidos, con historia de viaje reciente a América Central. Desarrolló una enfermedad febril aguda poco después de regresar a los EE.UU., y posteriormente fue hospitalizado en enero de 2016 con un cuadro clínico caracterizado por debilidad ascendente progresiva de las extremidades y disminución de los reflejos. La muestra del paciente resultó positiva para la infección por virus Zika a través de la reacción en cadena de la polimerasa (PCR). Evolucionó favorablemente y estaba por ser dado de alta cuando desarrolló una hemorragia subaracnoidea súbita, debido a la rotura de un aneurisma y falleció.

El segundo caso, es un residente de Haití, que a principios de enero presentó un cuadro inicial de debilidad facial, dificultad para tragar y entumecimiento de los dedos. Viajó a los EE.UU. para recibir atención médica después de que el adormecimiento se extendió a sus extremidades inferiores y la punción lumbar mostró elevación de proteínas séricas e incremento de leucocitos en el LCR. El análisis del suero y LCR determinó la presencia de IgM y anticuerpos neutralizantes anti ZIKV.

SGB y otras manifestaciones neurológicas con historia previa de infección por ZIKV en Panamá

Panamá notificó un caso adicional de SGB en una niña de 13 años de edad que presentó fiebre el 19 de febrero y que 10 días después, desarrolló debilidad en las extremidades inferiores. La punción lumbar mostró elevación de la proteína en el LCR, y se detectó infección por virus Zika en la muestra de LCR y orina analizadas. Con esto, suman dos los casos de SGB con historia previa de infección por el virus Zika notificados por Panamá.

Aumento de SGB y otras manifestaciones neurológicas en El Salvador

Entre la SE 48 de 2015 y la SE 9 de 2016, El Salvador notificó 136 casos de SGB registrados en los 14 departamentos en los que se divide el país. En promedio, El Salvador registra 169 casos al año.

Los casos de SGB se registraron en pacientes de 3 a 88 años, con el mayor número de casos en el grupo de edad de 30 a 39 años. Todos los 136 pacientes fueron hospitalizados y tratados con plasmaféresis o inmunoglobulina. En un total de 22 pacientes en los que la información estaba disponible, 12 de ellos (54%) presentaron una enfermedad febril eruptiva entre 7 y 15 días antes de la aparición de los síntomas de SGB. Tres pacientes fallecieron, incluyendo un paciente que tenía múltiples enfermedades crónicas subyacentes. Ninguno de los tres fallecidos tenía antecedentes de enfermedad febril eruptiva.

Aumento de SGB y otras manifestaciones neurológicas en Honduras

Entre 2010 y 2015, en promedio se registraron 112 casos de SGB en el país, según los registros de egresos hospitalarios. Sin embargo, desde el inicio de 2016 y hasta la SE 9 de 2016, Honduras notificó 57 casos de SGB, con el mayor número de casos distribuidos en San Pedro Sula (21), Tegucigalpa (10), y Cortés (5). Esto incluye una defunción por SGB en la que no fue confirmada la infección por el virus del Zika por laboratorio.

El aumento de los síndromes neurológicos asociados con el virus Zika, así como la detección del virus Zika en el LCR en casos de SGB y otros pacientes con síndrome neurológicos, junto con el aumento observado de SGB en los países con transmisión del virus Zika, demuestran la necesidad de ampliar la vigilancia de las manifestaciones neurológicas en el contexto de la epidemia del virus Zika en la Región.