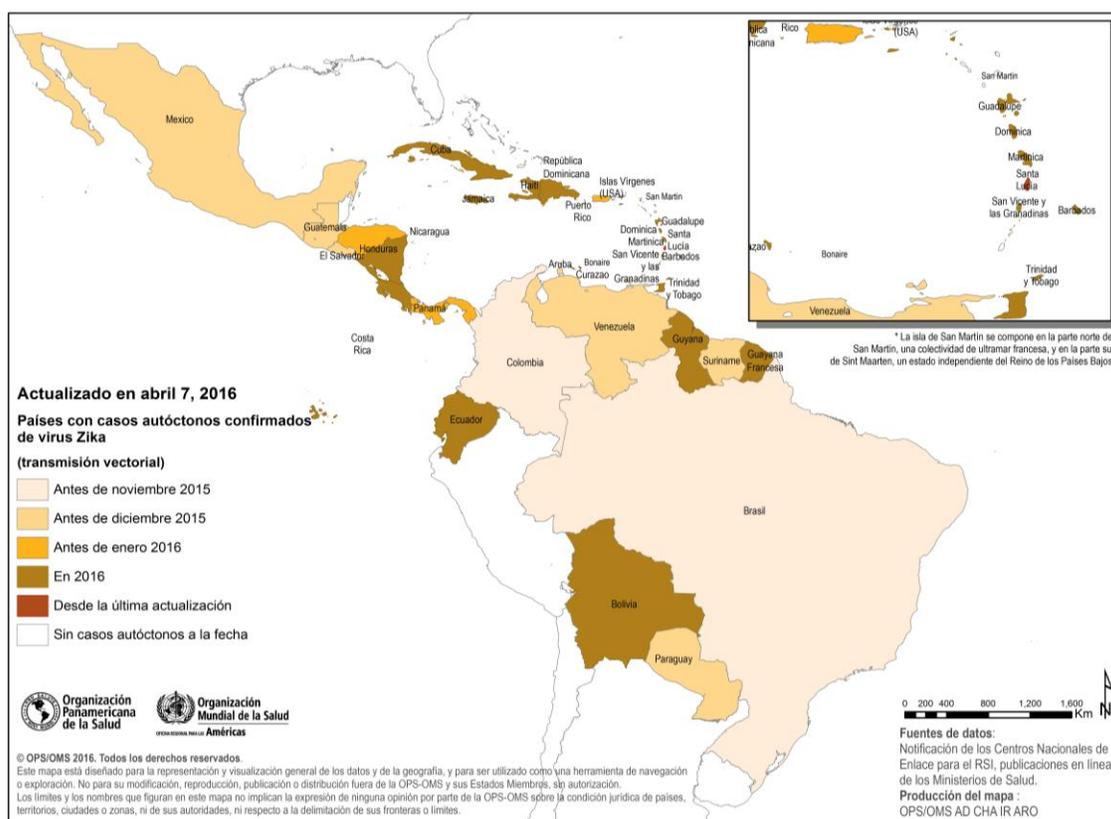


Virus del Zika - Incidencia y tendencia

Desde la última actualización epidemiológica (31 de marzo de 2016), un país adicional, **Santa Lucía** reportó sus primeros casos autóctonos (adquiridos localmente) confirmados de enfermedad por el virus del Zika el 7 de abril. Esto lleva a un total de 34 países y territorios con reportes de transmisión local vectorial del virus del Zika en la Región de las Américas desde 2015 (Figura 1).

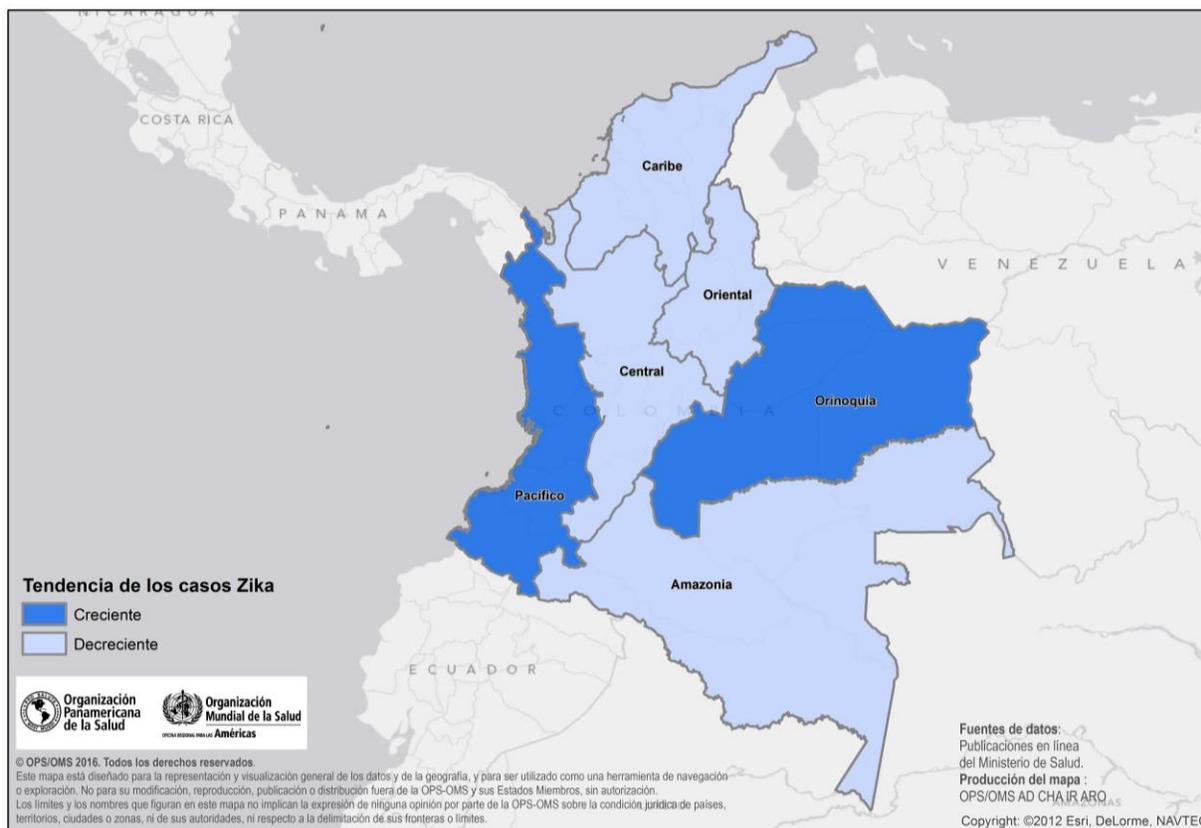
Figura 1. Países y territorios con casos autóctonos (transmisión vectorial), confirmados de infección por virus del Zika 2015-2016 (actualizado al 7 de abril de 2016).



Las tendencias regionales y nacionales revelan cambios importantes de la circulación en los niveles sub- nacionales. Esto se ilustra con datos de Colombia, que muestran algunas áreas sub-

nacionales que experimentan un aumento de casos reportados de Zika, mientras que en otras, el número de casos están disminuyendo (**Figura 2**).

Figura 2. Variaciones a nivel subnacional de las tendencias de casos sospechosos de enfermedad por el virus del Zika en Colombia, hasta la semana epidemiológica (SE) 10 del 2016

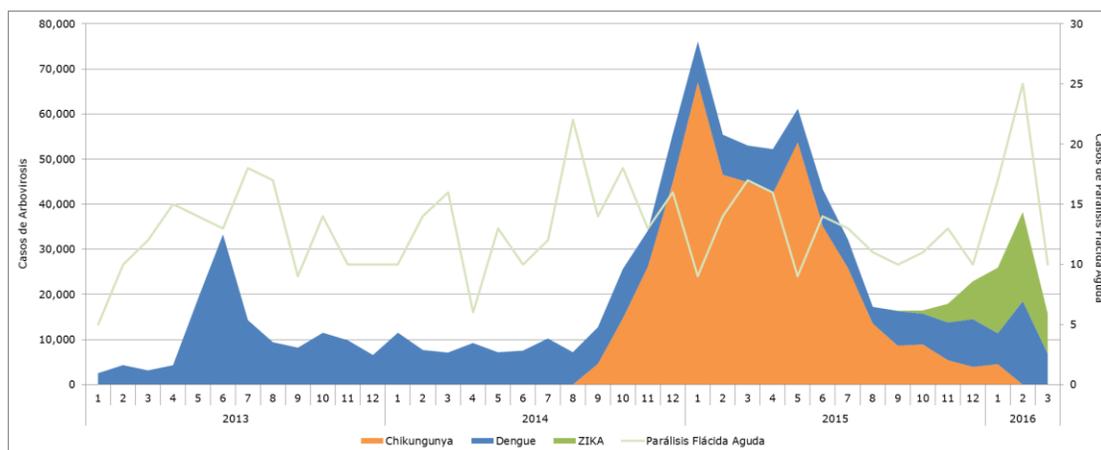


Tendencias de los informes de parálisis flácida aguda (PFA), sospechosos de sarampión / rubéola y arbovirus (dengue, chikungunya y Zika) en Colombia¹

Antes de la introducción del virus Zika a la Región de las Américas, brotes de dengue y chikungunya habían sido registrados en **Colombia**. En comparación con 2013, Colombia experimentó un gran brote de dengue que comenzó en agosto de 2014 y alcanzó su pico en abril de 2015. Un brote de Chikungunya (55.000 casos) inició al mismo tiempo en el año 2014, en espejo con la curva de la epidemia de dengue (65.000 casos). Con la introducción del virus Zika en agosto de 2015, la tendencia de ambos arbovirus (dengue y chikungunya) empezó a crecer simultáneamente. Al comparar la dinámica de dengue, chikungunya y Zika con los casos reportados mensualmente de parálisis flácida aguda (PFA) en menores de 15 años de edad, se observa una correlación temporal entre el aumento de los casos de la PFA y el comienzo de la epidemia por virus del Zika (**Figura 3**).

¹ La vigilancia de la parálisis flácida aguda (PFA) se lleva a cabo sólo en los niños menores de 15 años de edad con información semanal a la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud.

Figura 3. Casos reportados de Chikungunya, dengue, virus del Zika y parálisis flácida aguda (PFA) por mes, Colombia, 2013-2016

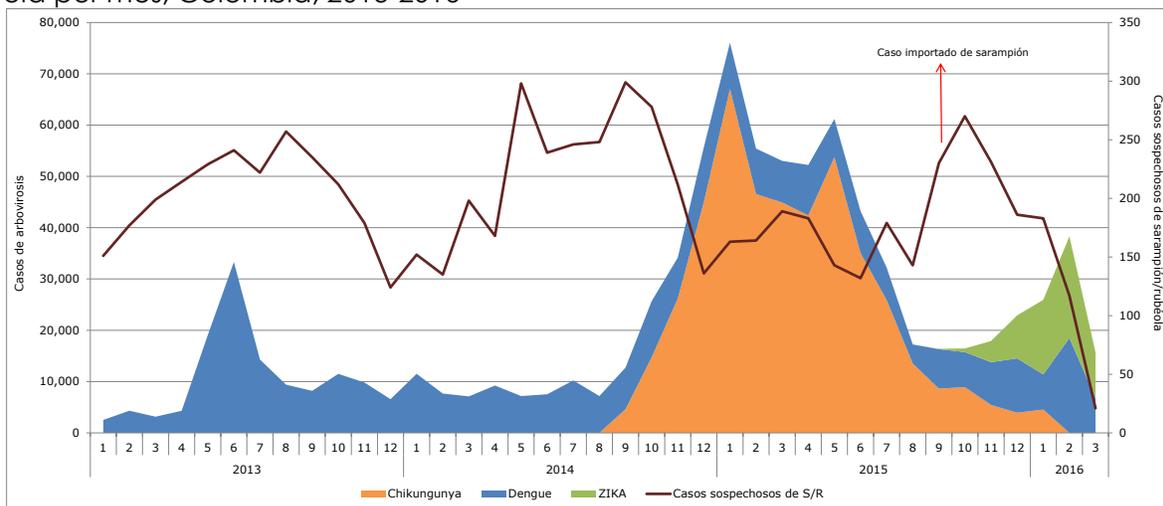


Fuente: Informes de vigilancia a la OPS / OMS de Colombia Ministerio de Salud

En septiembre 2015, cuando un caso de sarampión importado fue confirmado en Colombia, las actividades de vigilancia de la enfermedad mejoraron. Siguiendo esa importación, un exceso de casos sospechosos de sarampión y rubéola fueron identificados de septiembre a noviembre de 2015 (**Figura 4**). Este pico coincide con el incremento de la notificación de casos sospechosos y confirmados de enfermedad por el virus del Zika en Colombia. Hay que mencionar que han ocurrido picos de casos sospechosos de sarampión y rubéola en los meses de septiembre de 2013 y 2014. De acuerdo con los procedimientos de rutina de investigación de casos, el sarampión y la rubéola fueron descartados en todos. Además, dengue también fue descartado en una pequeña muestra de los casos reportados.

Estas observaciones ponen de relieve la necesidad de contar con sistemas de vigilancia fuertes contra el sarampión, la rubéola y la poliomielitis (enfermedades eliminadas) y realzan la importancia del análisis integrado de los diferentes sistemas de vigilancia para comprender mejor la aparición del virus del Zika.

Figura 4. Casos notificados de Chikungunya, dengue, virus Zika, sospechosos de sarampión y rubéola por mes, Colombia, 2013-2016



Fuente: Informes de vigilancia, Ministerio de Salud Colombia reportados a la OPS/OMS,

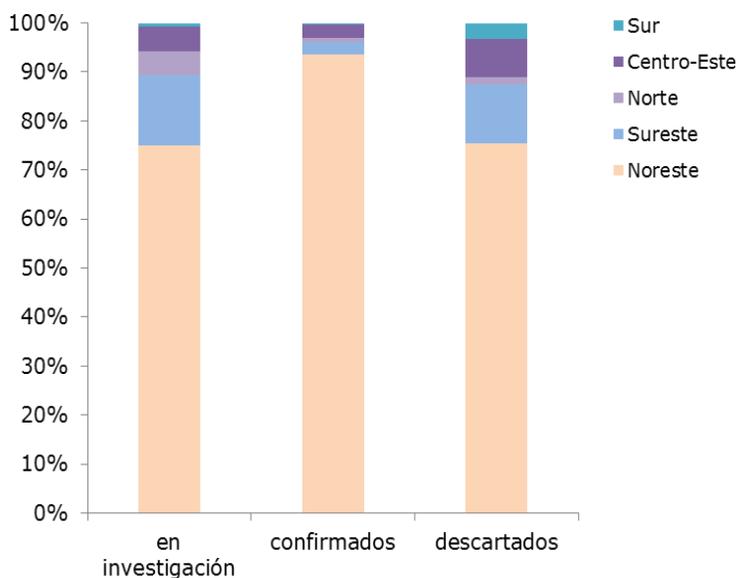
Reporte de incremento de síndrome congénito asociado con la infección por el virus Zika

Brasil

De acuerdo al Ministerio de Salud de Brasil, entre el 22 de octubre de 2015 y 2 de abril de 2016, se ha notificado un total de 6.906 casos sospechosos de microcefalia y otras malformaciones del sistema nervioso central en los recién nacidos de 1.307 municipios. De éstos, 1.046 fueron casos confirmados de microcefalia y/u otras malformaciones del sistema nervioso central (SNC) que sugieren infección congénita. Del total de casos reportados, 1.814 casos fueron descartados por causas no infecciosas o no coincidir con la definición de caso, permanecen 4.046 bajo investigación.

Los casos confirmados se distribuyen en 23 de las 27 Entidades Federativas. La región del Noreste, reporta la mayoría de los casos sospechosos en 75% (3.034) y 93% (978) de los casos confirmados. La región Sudeste está reportando 14% (578 casos) de la sospecha y 12,5 % (27 casos) de los casos confirmados de microcefalia en Brasil (**Figura 5**).

Figura 5. Casos de microcefalia, según clasificación y región de Brasil, SE 2 a 13 de 2016



Fuente: Ministerio de Salud de Brasil

Se han reportado 227 muertes (incluyendo abortos o muertes fetales) de microcefalia y / o malformación del SNC, de los cuales 51 fueron confirmados como sugestivos de infección congénita. [Ver informe completo](#).

Primer trimestre probablemente mayor riesgo para las mujeres embarazadas

Los resultados preliminares de un estudio de casos y controles en Paraíba, realizado por los Centros para el Control y la Prevención de los Estados Unidos, el Ministerio de Salud de Brasil y el Gobierno de Paraíba, reveló que las madres que estaban infectadas con el virus del Zika en el primer trimestre del embarazo tenían más probabilidades de tener hijos con microcefalia. La investigación mostró el trabajo de ocho equipos que investigaron la proporción de recién

nacidos con microcefalia asociada con el virus del Zika y el riesgo de infección por el virus del Zika en 56 municipios del estado. El estudio incluyó a 165 madres que tuvieron recién nacidos con microcefalia y 446 controles (madres con recién nacidos sin microcefalia en las mismas áreas). No encontraron ninguna asociación entre la microcefalia y productos tales como insecticidas. Los resultados finales están aun pendientes y los autores continuarán analizando los resultados de las muestras de sangre de las madres y los recién nacidos de Paraíba. [Ver informe completo.](#)

Panamá

El 7 de abril, Panamá informó de dos casos confirmados (RT- PCR) de síndrome congénito asociado con el virus del Zika. El primer caso, fue una muerte fetal que presentó otras malformaciones y el segundo caso está vivo sin otras malformaciones. Ambos casos fueron confirmados por laboratorio en el Instituto Conmemorativo Gorgas.

Martinica

El 31 de marzo, el Instituto de Vigilancia Sanitaria (INVS) informó que desde la aparición del virus Zika en Martinica en diciembre de 2015, el virus del Zika fue confirmado por laboratorio en 106 mujeres embarazadas. De ellas, se detectaron dos casos de microcefalia y otra malformación fetal en la ecografía. Como se informó el 24 de marzo, el Ministerio de Salud de Francia confirmó el primer caso de microcefalia relacionada con Zika por ultrasonido a las 22 semanas de gestación. El virus de Zika se detectó en la sangre y líquido amniótico por PCR. La serología de la madre en las muestras de sangre fue positiva para el virus del Zika en enero y febrero de 2016. [Ver informe completo.](#)

Colombia

El 2 de abril, Colombia informó que entre las SE 1 y 12 de 2016, se han reportado 34 casos de microcefalia por todas las causas² en el país. Ocho casos fueron investigados por el virus del Zika, de los cuales uno fue descartado y siete continúan en investigación. De los 26 casos restantes, en 20 se están realizando estudios preliminares y seis se encuentran pendientes para recolección de muestras biológicas.

Los siete casos de microcefalia bajo investigación por el virus del Zika se distribuyen geográficamente en los siguientes departamentos: Santander (4), Cauca (1), Guaviare (1) y el Norte Santander (1). [Ver informe completo.](#)

² La diferencia entre los casos acumulados reportados en la SE 12 (34) y la 11 (50) se debe al número de casos descartados debida a la investigación realizada usando las guías nacionales de Colombia.

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

Desde la última actualización (31 de marzo), ningún país o territorio en la Región ha reportado incremento de casos por Síndrome de Guillain-Barré (SGB) o casos de SGB confirmados por laboratorio para infección por el virus del Zika.

Hasta la fecha, siete (7) países de la Región han reportado un aumento de SGB (Brasil, Colombia, El Salvador, Honduras, la República Dominicana, Suriname y Venezuela), con al menos un caso de SGB en el que se confirmó por laboratorio la infección por el virus del Zika. Cinco países/territorios de la Región han reportado al menos un caso de SGB en el que se confirmó por laboratorio la infección por el virus del Zika, sin presentar incremento de SGB (**Tabla 1**).

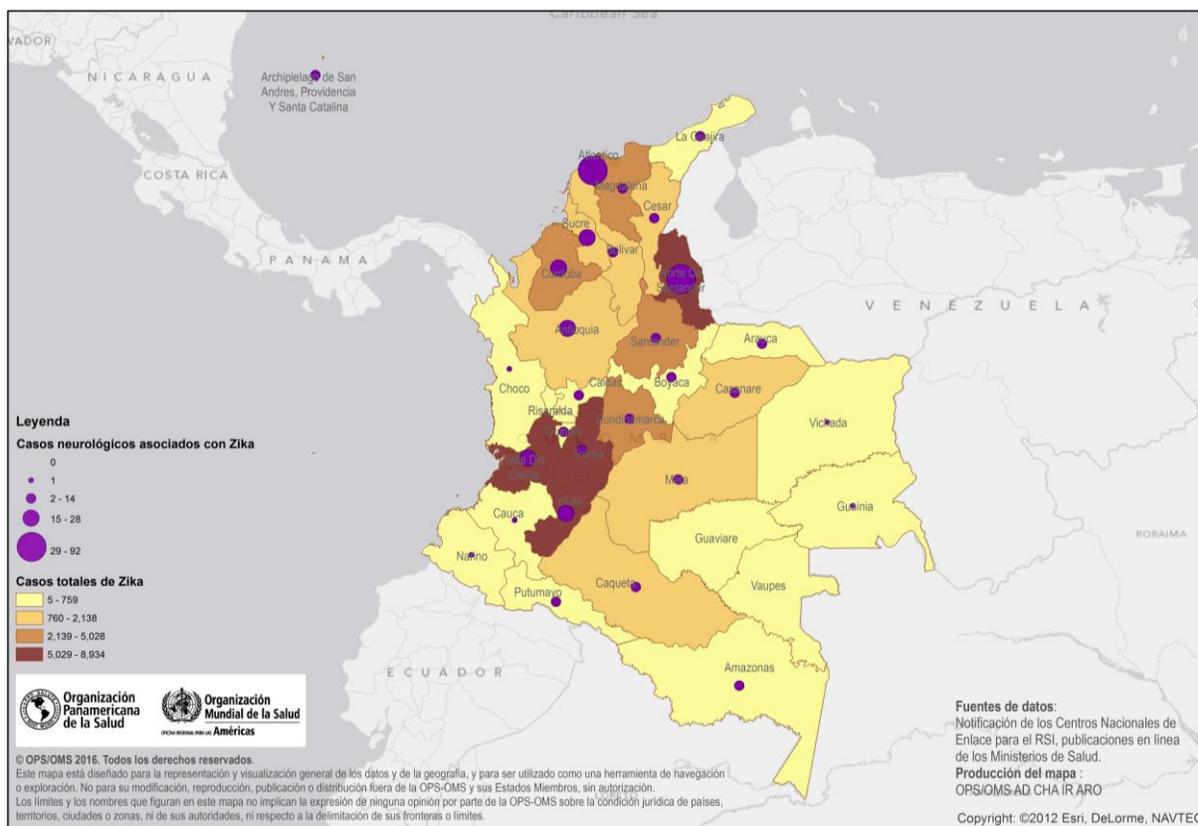
Tabla 1. Países y territorios de las Américas con casos de Síndrome de Guillain-Barré (SGB) en el contexto de circulación del virus del Zika (actualizado al 6 de abril de 2016).

Incremento de SGB y confirmación por laboratorio de virus del Zika, en al menos un caso de SGB	Confirmación por laboratorio de virus del Zika en al menos un caso de SGB
Brasil	Guyana Francesa
Colombia	Haití
El Salvador	Martinica
Honduras	Panamá
	Puerto Rico
República Dominicana	
Suriname	
Venezuela	

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 12 de 2016, Colombia detectó 401 casos de síndrome neurológico con historia previa de infección por virus del Zika, incluyendo 270 casos de SGB y otras condiciones neurológicas similares, como la polineuropatía ascendente. De éstos, 55,9% eran hombres (224 casos) y el mayor número de casos fue registrado en el grupo de edad > 65 años (48 casos), seguido por el de 35-39 años (41 casos). Un gran número de casos de síndrome neurológico fue registrado en Norte de Santander, el cual reportó el mayor número de casos de SGB (78 casos) y también el mayor número de casos de virus Zika en el país, seguido de Barranquilla, Atlántico y Antioquia (**Figura 6**). La distribución geográfica de los casos de síndrome neurológico por departamentos sugiere que hay una asociación espacial con los casos sospechosos y confirmados de enfermedad por el virus del Zika.

Figura 6. Entidades territoriales con casos notificados de enfermedad por virus del Zika y síndrome neurológico, Colombia, diciembre 2015 hasta el 26 de marzo de 2016.



Fuente: Ministerio de Salud de Colombia

Nuevos hallazgos

Manifestaciones clínicas de infección por el virus del Zika, Rio de Janeiro, Brasil, 2015

Un estudio reciente publicado por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC por sus siglas inglés) de los EE.UU, revisó los signos y síntomas de infección por el virus del Zika en una muestra de casos confirmados, en una clínica de atención de urgencias en Río de Janeiro, Brasil. Los autores han encontrado que la erupción cutánea es, con mucho, el síntoma más común por el cual los pacientes buscan atención (98 %). Se reportó que la fiebre se encontró en tan sólo 67% de los pacientes (por lo menos en el momento de la atención). Los autores contrastan sus resultados a los observados en una serie de casos similares en Puerto Rico, donde la fiebre era casi tan frecuente como la erupción cutánea (77% erupción cutánea versus 73% fiebre). [Ver informe completo.](#)

Malformaciones congénitas y disfunción cerebral en fetos y recién nacidos después de la epidemia de virus Zika en la Polinesia Francesa, 2013-2014

Un informe reciente publicado en *Eurosurveillance* describe la investigación de un aumento inusual de malformaciones cerebrales congénitas y disfunción fetal en recién nacidos en la Polinesia Francesa, tras la epidemia del virus del Zika, registrada desde octubre de 2013 hasta marzo de 2014. Una revisión retrospectiva, identificó 19 casos, de los cuales ocho presentaron importantes lesiones cerebrales y microcefalia grave. Seis presentaron lesiones cerebrales

graves sin microcefalia y cinco disfunción del tronco cerebral sin malformaciones visibles. Los autores sugieren que la investigación debe aclarar el rol de la potencial teratogenicidad del virus Zika en las anomalías congénitas, que no sean microcefalia, malformaciones extra-cerebrales y disfunción del tronco cerebral. [Ver informe completo](#).