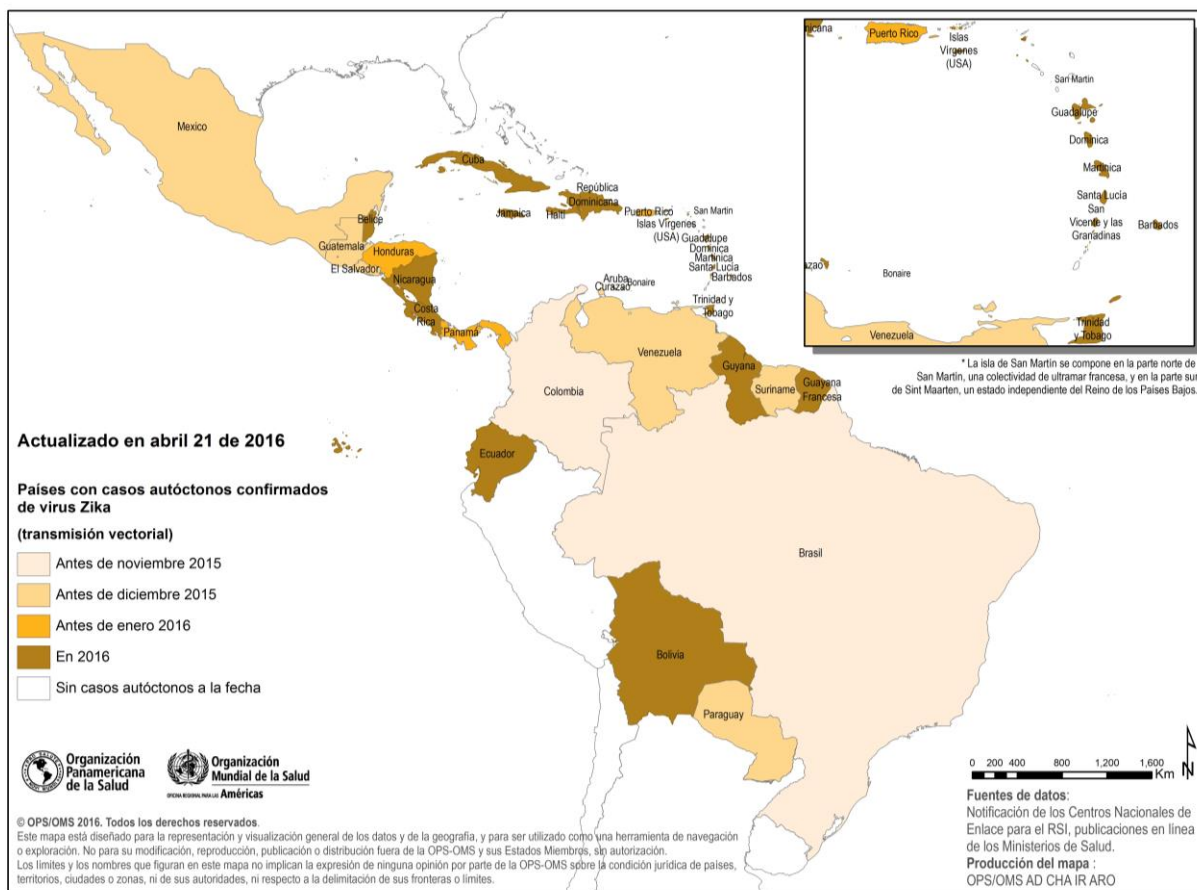


## Virus del Zika - Incidencia y tendencia

Hasta la fecha, 35 países/territorios de las Américas confirmaron casos autóctonos (transmisión vectorial) de infección por virus del Zika (**Figura 1**). Desde la última [Actualización Epidemiológica del 14 de abril de 2016](#) de la Organización Panamericana de Salud/ Organización Mundial de Salud (OPS/OMS) no hay nuevos países o territorios que hayan confirmado la transmisión vectorial del virus del Zika.

**Figura 1.** Países y territorios con casos autóctonos (transmisión vectorial), confirmados de infección por virus del Zika 2015-2016 (actualizado al 21 de abril de 2016).



A nivel regional y en la mayoría de los países de la Región de las Américas los casos nuevos de enfermedad por virus del Zika muestran una tendencia decreciente, lo cual coincide con lo observado en otras enfermedades transmitidas por mosquito en años anteriores. Sin embargo,

Cita sugerida: Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Actualización Epidemiológica, 21 de abril de 2016, Washington, D.C. OPS/OMS. 2016

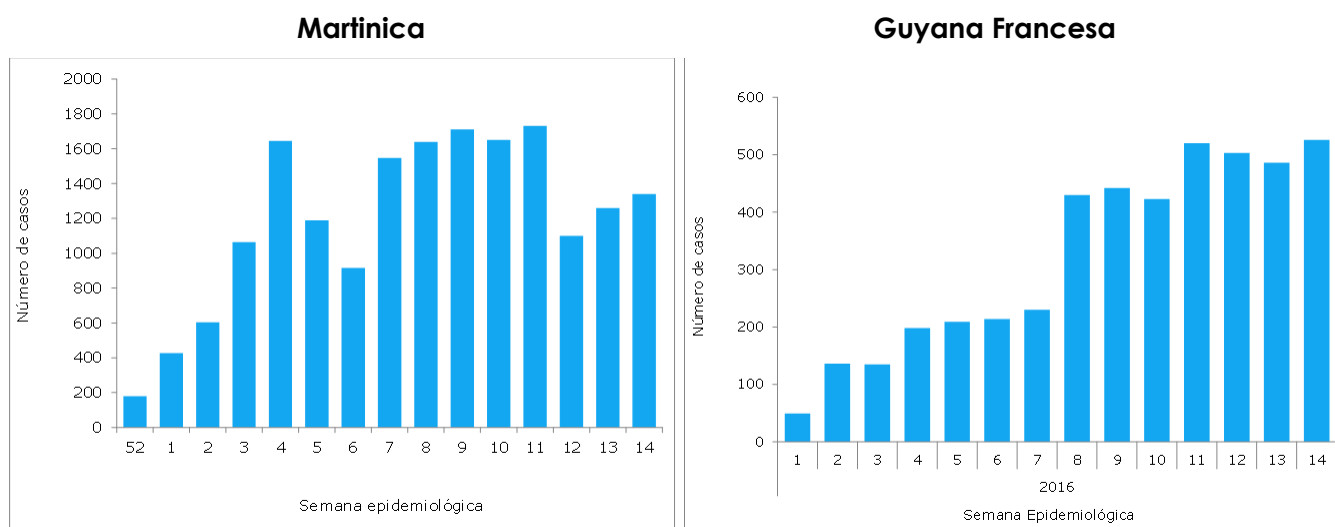
esta tendencia podría cambiar en las próximas semanas en la medida en que se reciban datos retrospectivos y con el inicio de la temporada de mayor circulación de enfermedades transmitidas por mosquitos en algunas sub regiones.

En esta semana se presenta la situación en Martinica y Guyana Francesa.

En **Martinica** en donde los casos de enfermedad por el virus del Zika han ido en aumento desde la semana epidemiológica (SE) 52 de 2015 hasta la SE 7 de 2016 (**Figura 2**), lo que fue seguido por una tendencia estable en el número de casos entre las SE 8 y la SE 11 con un promedio semanal de 1.650 casos registrados. En la SE 12 se observa una disminución en el número de casos principalmente debido a las vacaciones escolares, el feriado relacionado con la Pascua y el cierre de algunos servicios de salud. Por lo tanto, los datos de esas semanas deben ser interpretados con precaución. Durante la SE 14 el número de casos aumentó ligeramente en comparación con la semana anterior.

Del mismo modo, en la **Guyana Francesa** se registró un aumento de casos de enfermedad por virus del Zika desde la SE 1 a la SE 8 de 2016 (**Figura 2**), el cual fue seguido por una tendencia estable de casos con un promedio semanal de 454 casos hasta la SE 11 de 2016. Posteriormente, entre las SE 12 y SE 13 se observó una disminución de casos –la primera desde el inicio del brote- la cual, al igual que lo ocurrido en Martinica puede deberse al cierre de escuelas y servicios de salud. Por lo tanto, estos datos también deben interpretarse con precaución. En la SE 14 se registró un ligero aumento de casos en comparación con lo registrado la semana anterior.

**Figura 2:** Número de casos (confirmados y sospechosos) notificados en Martinica y la Guyana Francesa, por semana epidemiológica, 2015-2016



**Fuente:** Publicado por el Instituto francés para la Vigilancia de la Salud Pública (Institut de Veille Sanitaire) y reproducido por la OPS/OMS.

## Guía de vigilancia para la enfermedad por el virus del Zika y sus complicaciones, OPS/OMS, 2016

El 15 de abril de 2016, la OPS / OMS publicó una *Guía para la vigilancia de la enfermedad por el virus del Zika y sus complicaciones*. Las directrices fueron desarrolladas con base en la

experiencia en la epidemia en curso en la Región de las Américas. La Guía incluye una breve descripción clínica de la enfermedad por el virus del Zika, sus manifestaciones neurológicas y el síndrome de Zika congénito. Igualmente, se proponen definiciones de caso y procedimientos de laboratorio para la detección y el diagnóstico de casos.

La OPS / OMS alienta a los Estados Miembros a adoptar las definiciones de caso propuestas en dicha guía y documentar su uso, con el fin de revisarla y actualizarla, según sea necesario, con base en la experiencia y a la luz de nuevos conocimientos adquiridos. La guía está disponible en la página web de la OPS/OMS en el siguiente enlace: <http://bit.ly/1NtmNuG>.

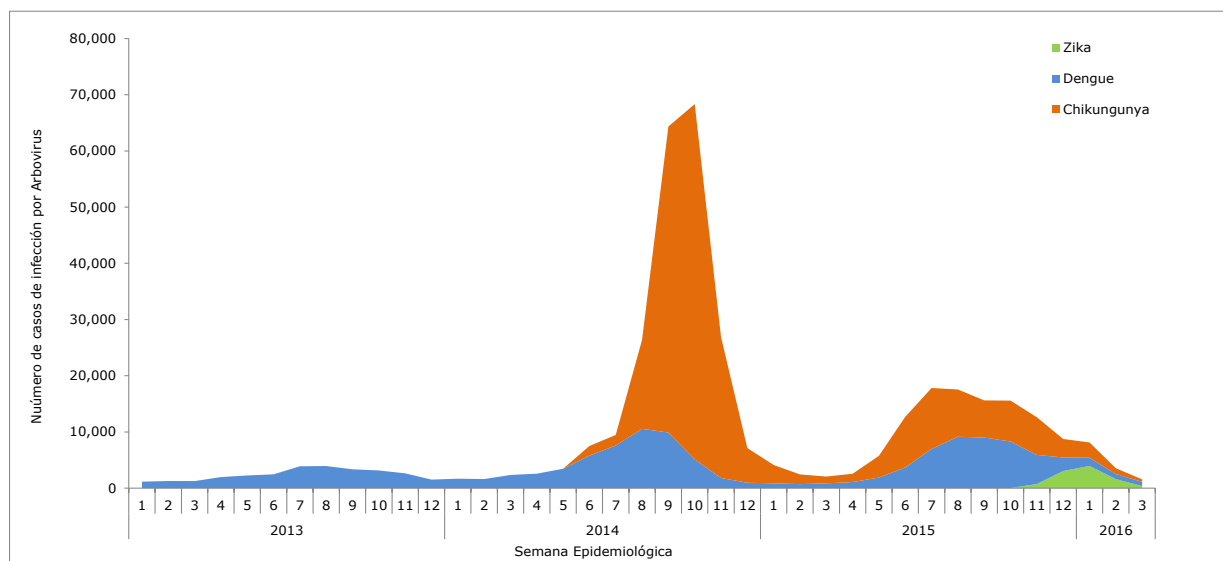
## Tendencia de casos notificados de arbovirus (dengue, chikungunya y Zika) y casos sospechosos de sarampión y rubéola

En esta Actualización Epidemiológica se presenta la tendencia del virus Zika y otros arbovirus (dengue y chikungunya) registrada en El Salvador así como también la tendencias del virus Zika, otros arbovirus (dengue y chikungunya) y casos sospechosos de sarampión y rubéola en Honduras.

### El Salvador

Desde junio de 2014, en **El Salvador** circulan simultáneamente dengue y chikungunya con incrementos estacionales de casos entre julio-agosto. El virus del Zika se detectó por vez primera en El Salvador en octubre de 2015 y hasta mediados de abril de 2016 se registraron 9.187 casos sospechosos de la enfermedad, observándose el mayor registro de casos en enero de 2016 (3.691 casos). Desde entonces, la tendencia de los tres arbovirus ha disminuido y los casos de dengue y chikungunya se presentan en niveles por debajo del umbral epidémico esperado para esta época del año (**Figura 3**).

**Figura 3.** Número de casos notificados de chikungunya, dengue y virus del Zika, por mes. El Salvador, 2013-2016



**Fuente:** Informe proporcionado por el Ministerio de Salud de El Salvador a la OPS/OMS

## Honduras

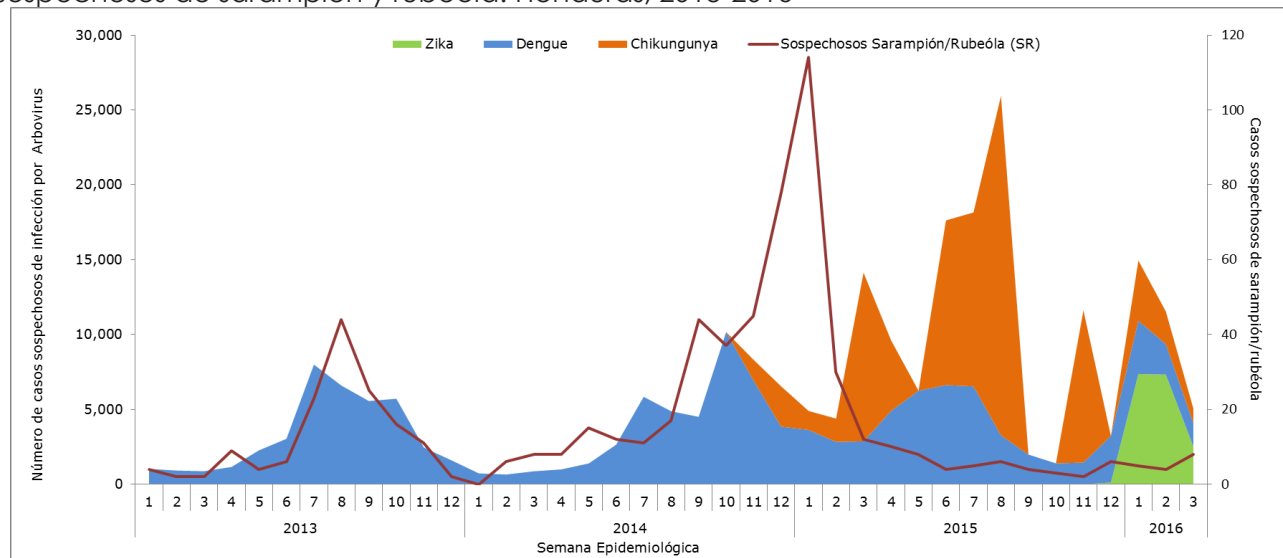
Entre 2013 y 2015 se registraron en promedio 42.000 casos anuales de dengue en Honduras. En el año 2013, el mayor número de casos de dengue se registró en julio, mientras que en 2014 se registró tres meses más tarde. Este aumento en el número de casos de dengue coincidió con la detección de los primeros casos de chikungunya (**Figura 4**). Una situación similar se registró en diciembre de 2015, cuando se detectaron los primeros casos de virus del Zika y los casos de dengue se triplicaron en comparación con el promedio de casos notificados en los tres meses anteriores.

En Honduras la tendencia del número de casos de enfermedad por el virus del Zika muestra un brote en curso con una ligera disminución en el número de casos reportados entre enero y febrero de 2016. Sin embargo, el número de casos notificados puede aumentar, coincidiendo con el período de mayor transmisión de enfermedades transmitidas por mosquitos en el país.

Es de destacar que el primer brote de Chikungunya en noviembre de 2014 coincidió con un aumento en el número de casos sospechosos de sarampión y rubéola (**Figura 4**). En efecto, entre septiembre de 2014 y febrero de 2015 se registró un total de 348 casos sospechosos de sarampión y rubéola, que representa un aumento en 5 y 14 veces del número total notificado en el mismo periodo de 2013-2014 y 2015-2016, respectivamente.

Estas observaciones refuerzan la necesidad de contar con robustos sistemas de vigilancia de sarampión y rubéola (enfermedades eliminadas en la Región de las Américas) y destacan la importancia de un análisis integrado de los resultados de los diferentes sistemas de vigilancia para comprender mejor la emergencia del virus del Zika y otros arbovirus.

**Figura 4.** Casos notificados de arbovirus (dengue, chikungunya, y virus del Zika) y casos sospechosos de sarampión y rubeola. Honduras, 2013-2016



Fuente: Informe proporcionado por el Ministerio de Salud de Honduras a la OPS/OMS

## Transmisión sexual del virus del Zika

Aunque el principal modo de transmisión del virus del Zika es a través de vectores, los sistemas de vigilancia de los países de las Américas en los que el mosquito vector no está presente o en los que no se ha detectado circulación autóctona del virus Zika, han detectado casos de virus

Zika de transmisión sexual. En la Región de las Américas 4 países, Argentina (1 caso) Chile (1 caso) Perú (1 caso) y los Estados Unidos de América (6 casos) notificaron casos de transmisión sexual de enfermedad por el virus del Zika.

En todos los casos registrados, la transmisión se produjo en personas que tuvieron contacto sexual con hombres que tenían antecedentes de viaje a países donde el virus Zika está circulando y que desarrollaron síntomas de la enfermedad poco antes o en el momento del contacto sexual. En siete de los nueve casos reportados, se conocen las características clínicas, las que se presentan en la **Tabla 1**.

**Tabla 1.** Características clínicas de los casos de enfermedad por virus del Zika transmitidos sexualmente, en la Región de las Américas (actualizado al 21 de abril de 2016).

Signos y síntomas	Número de Casos*	%
Exantema	6	86
Conjuntivitis	5	71
Fiebre	5	71
Artralgia	5	71
Mialgia	4	57
Prurito	3	43
Dolor de cabeza	2	29

\*Total de casos con información disponible = 7

## Infección por virus del Zika en gestantes

La detección de la infección por el virus Zika en mujeres embarazadas se intensificó en los países de la Región debido al riesgo de síndrome congénito asociado al virus del Zika. Veinte países y territorios de las Américas notificaron casos confirmados y sospechosos de infección por el virus Zika en mujeres embarazadas (**Tabla 2**). A continuación se presenta un breve resumen sobre los resultados de la vigilancia de la infección por virus del Zika en mujeres embarazadas en Colombia y Martinica.

**Tabla 2.** Países y territorios de las Américas con casos confirmados y sospechosos de infección por virus del Zika en gestantes (actualizado al 21 de abril de 2016).

Países y territorios que han notificado infección por virus del Zika en gestantes			
Barbados	República Dominicana	Guatemala	Panamá
Brasil	Ecuador	Honduras	Paraguay
Bolivia	El Salvador	Martinica	Puerto Rico
Colombia	Guyana Francesa	México	San Martín
Costa Rica	Guadalupe	Nicaragua	Venezuela

### Colombia

En **Colombia**, desde el inicio del brote hasta la SE 14 de 2016 se identificaron 12.380 mujeres embarazadas con sospecha o confirmación de infección por el virus del Zika. Del total, en 1.706 mujeres embarazadas se confirmó la infección por el virus del Zika a través de pruebas de

laboratorio; las 10.674 restantes habían presentado síntomas del virus Zika sin confirmación de laboratorio.

## Martinica

En **Martinica**, desde la primera detección del virus hasta el 14 de abril de 2016, la infección por el virus del Zika se confirmó en 142 mujeres embarazadas. Esta cifra es acumulada y algunas de estas mujeres ya han dado a luz.

## Síndrome congénito<sup>[1]</sup> asociado con la infección por el virus Zika

Desde la última [Actualización Epidemiológica del 14 de abril de 2016](#) de la OPS/OMS no hay nuevos países que han informado de casos de síndrome congénito asociado a la infección por el virus del Zika (**Tabla 3**). Para los Estados Unidos de América, el número de casos de síndrome congénito asociada con infección por el virus Zika fue actualizado a fin de incluir el caso importado comunicado en la [Actualización Epidemiológica del 14 de abril de 2016](#) en relación al feto de una mujer que adquirió la infección durante el período de viaje a Belice, Guatemala y México tal como se menciona en el artículo del *New England Journal of Medicine*.

**Tabla 3.** Países y territorios de las Américas que notificaron casos de síndrome congénito asociado con la infección por el virus del Zika (hasta el 21 de abril de 2016)

Países que notificaron síndrome congénito asociado con la infección por el virus del Zika	Número de casos confirmados a la fecha
Brasil	1.168
Colombia	7
Martinica <sup>[2]</sup>	3
Panamá	3
Estados Unidos <sup>[3]</sup>	2

## Brasil

De acuerdo a lo publicado por el Ministerio de Salud de Brasil, desde el 22 de octubre de 2015 y hasta el 16 de abril de 2016, se notificaron a nivel nacional 7.150 casos sospechosos de microcefalia u otra malformación del sistema nervioso central en los recién nacidos de 1.384 para un total de 5.570 municipios del país. De éstos, el Ministerio de Salud de Brasil confirmó 1.168 casos de microcefalia y/u otras malformaciones del sistema nervioso central (SNC) y/o con evidencia sugerente de infección congénita. La confirmación se realizó a través de métodos de laboratorio (192) o por criterios clínicos y radiológicos, tal como lo establece el Protocolo de Vigilancia y Respuesta<sup>4</sup>. Del total de casos notificados, 2.241 casos fueron

<sup>1</sup> Vea la [Definición de caso](#).

<sup>2</sup> Dos casos de microcefalia y una anomalía congénita. [Ver informe completo](#).

<sup>3</sup> Caso importado de Brasil ([ver informe completo](#)) y un caso importado en el que la madre tuvo historia de viaje por Belize, Guatemala y México ([ver informe completo](#)).

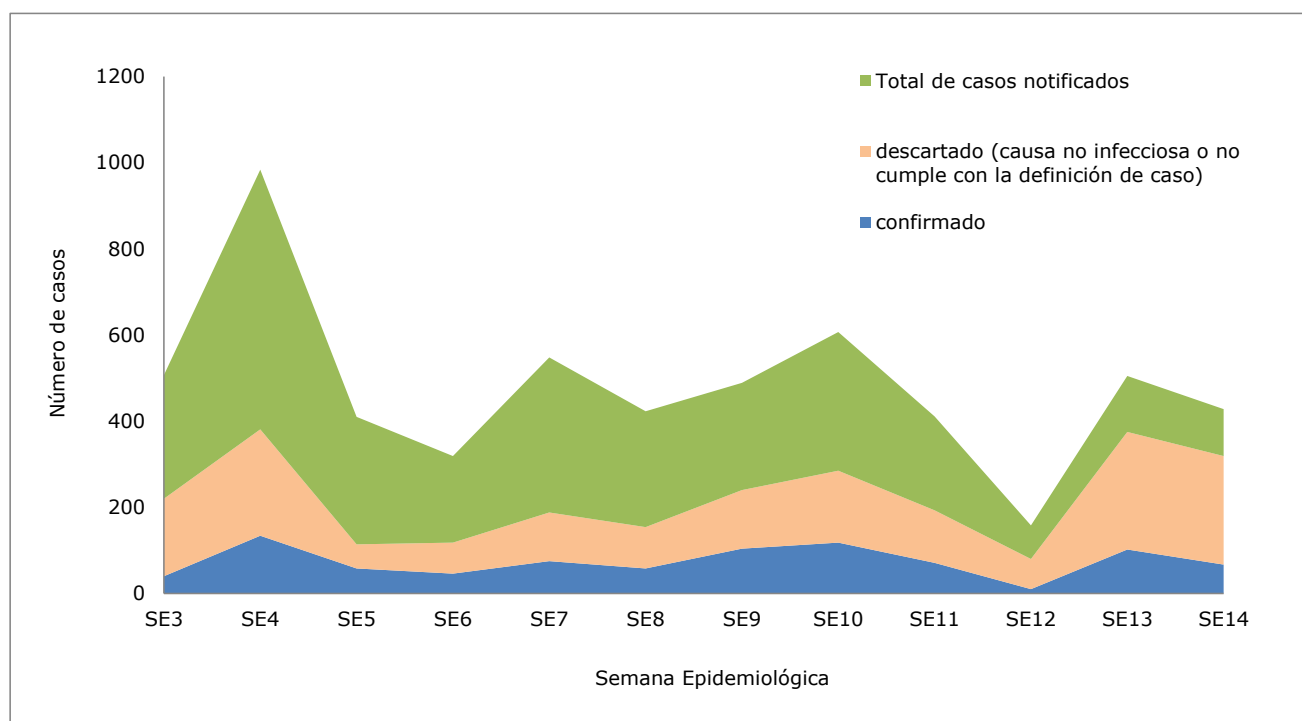
<sup>4</sup> Vea el [Protocolo de Vigilancia y Respuesta](#).

descartados (por estar asociados a otras causas infecciosas o porque no cumplían la definición de caso) y 3.741 continúan bajo investigación.

Los casos confirmados están distribuidos en 22 de las 27 Unidades Federativas; con la región noreste registrando 73 % (2.721) del total de casos sospechosos y 92 % (1.077) del total de casos confirmados

Entre las SE 3 y la SE 12 se investigaron en promedio 197 casos de microcefalia (confirmados y descartados) en comparación con el promedio de 308 casos investigados entre las SE 13 y SE 15 (**Figura 5**). Este aumento de casi el doble entre los dos períodos indica un incremento en la celeridad de Brasil para confirmar y descartar los casos en las últimas semanas en comparación con las semanas epidemiológicas anteriores.

**Figura 5.** Número de casos notificados de microcefalia y/o malformación del sistema nervioso central por semana epidemiológica. Brasil, SE 3 a SE 15 de 2016



**Fuente:** Dato publicado por Ministerio de Salud de Brasil y reproducido por la OPS/OMS.

Hasta la SE 15 de 2016, se registraron 246 defunciones (incluyendo abortos involuntarios o muertes fetales) entre los casos de microcefalia y/o malformación del sistema nervioso central, de los cuales 51 han sido confirmados como sugerente de infección congénita. [Ver informe completo](#).

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

Hasta la fecha, 7 países y territorios de la Región han notificado un aumento de casos de SGB con al menos un caso de SGB en el que se confirmó la infección por el virus del Zika. Como fue mencionado en la [Actualización Epidemiológica del 14 de abril de 2016](#), **Paraguay**, notificó un



aumento de casos de SGB aunque en ninguno de los casos se confirmó la infección por virus del Zika. Otros cinco países y territorios registraron casos de SGB asociados a la infección con virus del Zika aunque no registran aumento de casos de SGB (**Tabla 4**).

**Tabla 4.** 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 21 de 2016).

Aumento de casos 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	Incremento de casos de SGB sin casos confirmados por laboratorio para virus del Zika
Brasil	Guyana Francesa	Paraguay
Colombia	Haití	
El Salvador	Martinica	
Honduras	Panamá	
República Dominicana	Puerto Rico	
Surinam		
Venezuela		

A continuación, se presenta información sobre la situación en los países que cuentan con nueva información.

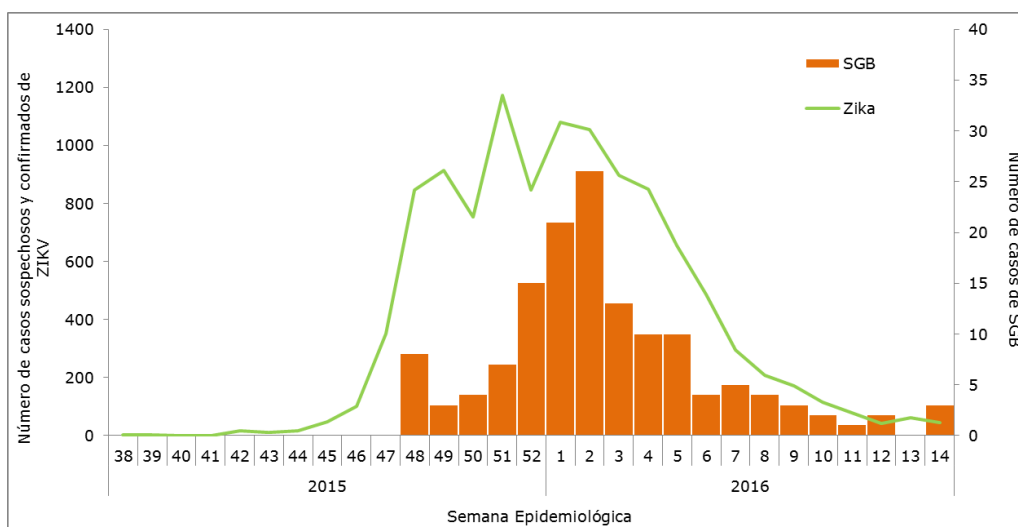
#### **Tendencia del SGB en El Salvador**

Entre la SE 48 de 2015 y SE 14 de 2016 El Salvador notificó 141 casos de SGB, incluyendo 5 defunciones. En promedio en el país se han registrado 169 casos de SGB anualmente.

Más del 45% de los casos notificados de enfermedad por el virus del Zika y 58% de los casos de SGB se registraron entre la SE 51 de 2015 y la SE 3 de 2016. A partir de la SE 3 se observó una tendencia al descenso en el número de casos notificados de enfermedad por el virus del Zika. El registro del mayor número de casos de SGB (26 casos) coincidió con una de las semanas epidemiológicas en las que se notificó el mayor número de casos de enfermedad por el virus del Zika (SE 2). A partir de entonces, y al igual que lo observado con el número de casos de Zika, los casos de SGB han ido disminuyendo de manera constante. Al comparar la dinámica de los casos de enfermedad por el virus del Zika con la incidencia de casos de SGB se observa una correlación temporal (**Figura 6**).

**Figura 6.** Casos notificados de enfermedad por virus Zika (sospechosos y confirmados) y SGB, por semana epidemiológica, El Salvador, 2015 a 2016.



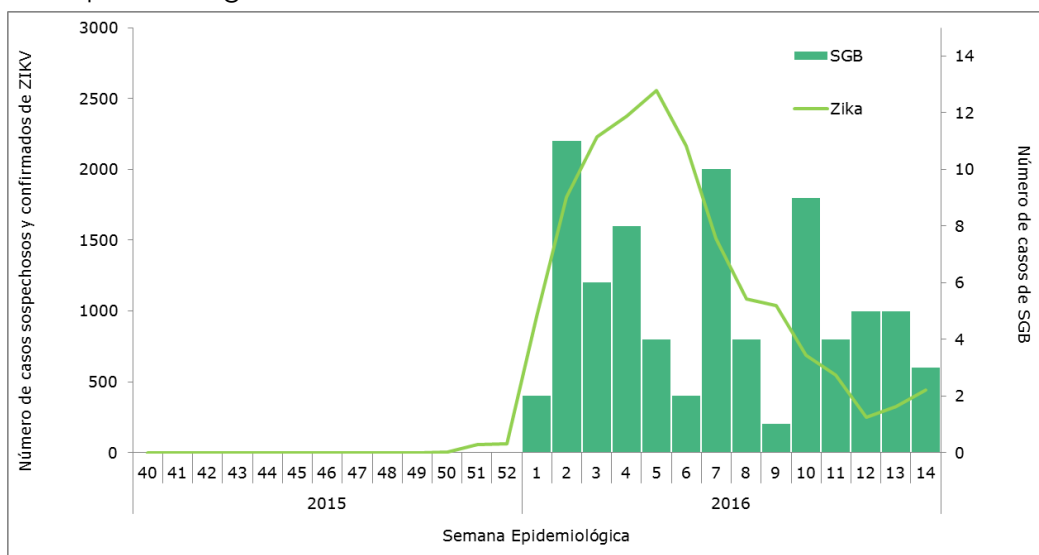


Fuente: Informe proporcionado por el Ministerio de Salud de El Salvador a la OPS/OMS

### Tendencia del SGB en Honduras

Entre las SE 1 y SE 14 de 2016, Honduras registró 74 casos de SGB. En promedio, entre 2010 y 2015, se han registrado 112 casos de SGB anualmente a nivel de todo el país. La notificación del primer caso de SGB en la SE 1 de 2016 coincidió con un aumento de 15 veces de los casos notificados de enfermedad por el virus del Zika (**Figura 7**). La mayoría de los casos de virus Zika (82%) y de SGB (62%) se registraron entre las SE 2 y la SE 9 de 2016. Tanto los casos de enfermedad por virus del Zika como de SGB han seguido una tendencia descendente constante desde la SE 7 de 2016, aunque se observa una esporádica fluctuación en el número de casos el cual puede estar asociado a retrasos en la notificación. Al igual que en El Salvador, también en Honduras se observa una correlación temporal entre los casos de enfermedad por el virus del Zika y los casos de SGB.

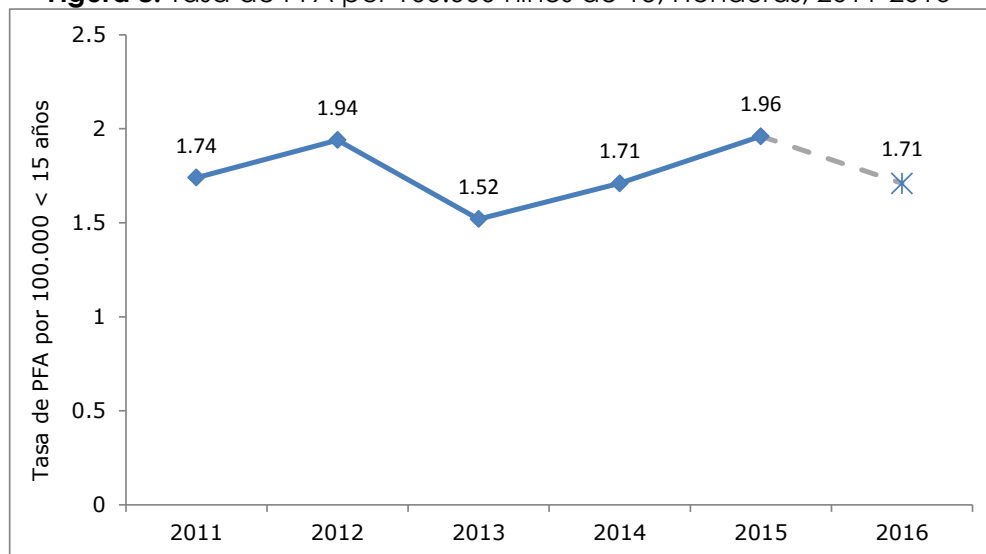
**Figura 7.** Casos notificados de enfermedad por virus Zika (sospechosos y confirmados) y SGB, por semana epidemiológica, Honduras, 2015 a 2016.



Fuente: Informe proporcionado por el Ministerio de Salud de Honduras a la OPS/OMS

Por otra parte, en 2015 se observó un aumento en la tasa de casos de parálisis flácida aguda (PFA) en comparación con lo registrado en los dos años anteriores coincidiendo con la introducción de virus Zika en Honduras. En 2016, la tasa de PFA de las primeras 14 semanas epidemiológicas ha alcanzado niveles similares a los de la tasa de PFA para todo el año en 2013 y 2014. Si esta tendencia continúa, en el 2016 se registrará una tasa mayor que el promedio de la tasa PFA coincidiendo con el aumento de los casos de SGB y circulación de virus del Zika en el país (**Figura 8**)

**Figura 8.** Tasa de PFA por 100.000 niños de 15, Honduras, 2011-2016<sup>5</sup>



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

## Hallazgos relevantes

### Detección del virus del Zika en *Aedes albopictus* en México.

El 20 de abril de 2016 el Centro Nacional de Enlace del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de México informó que el 28 de marzo de 2016 y como parte de la vigilancia entomoviroológica, el Laboratorio de Arbovirus y virus hemorrágicos del Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (InDRE), recibió mosquitos *Aedes albopictus* por parte del Laboratorio Estatal de Salud Pública (LESP) de San Luis Potosí. Estos mosquitos fueron analizados mediante la técnica RT-PCR en tiempo real para la detección de virus del Zika.

El 1 de abril de 2016 el InDRE confirmó la detección del virus del Zika en los mosquitos. Con este resultado, se documenta por primera vez la presencia del virus del Zika en *Aedes albopictus* capturados en el ambiente, en México y en las Américas.

Este hallazgo demuestra la calidad del trabajo que realiza el Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE) de México.

### Primates no humanos infectados con virus del Zika en Brasil

<sup>5</sup> Hasta la SE 14 de 2016.

Un reciente estudio publicado por investigadores de Brasil informó sobre el hallazgo de primates no-humanos infectados con virus del Zika en el estado de Rio Grande do Norte, localizado al noreste del país.

La detección se realizó en muestras de 4/15 títíes (*Callithrix jacchus*) y 3/9 monos capuchinos (*Sapajus libidinosus*) capturados entre julio y noviembre de 2015, en el estado de Ceará, zona donde circula el virus del Zika. La secuenciación posterior del virus demostró una similitud del 100% con otros virus Zika detectados en Sudamérica. [Ver informe completo](#)

Los primates no humanos fueron capturados en varias regiones ecológicamente diferentes y distantes una de otras.

Un hallazgo similar fue informado en la [Actualización Epidemiológica del 14 de abril de 2016](#), respecto relación a la detección de un mono aullador infectado con virus del Zika en Ecuador.

Hasta el momento no hay evidencia de que el virus del Zika se transmita a humanos por el contacto con los monos. Se requiere una mayor investigación para determinar el rol de estos animales en la epidemiología de la enfermedad.

El virus del Zika fue aislado por primera vez en un mono Rhesus en el bosque del Zika en Uganda en la década de 1940. Se desconoce la prevalencia del virus del Zika en monos y otros primates no-humanos.