



ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA

GUÍA NACIONAL PARA EL MANEJO DE LA INFECCION POR EL VIRUS ZIKA



PUBLICACIÓN
414

Serie: Documentos Técnico Normativos

La Paz - Bolivia
2016



ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA

GUÍA NACIONAL PARA EL MANEJO DE LA INFECCION POR EL VIRUS ZIKA



Serie: Documentos Técnico Normativos

La Paz - Bolivia
2016

Ficha Bibliográfica

R- BO QW168.5.F5 M665g No.414 2016	Bolivia. Ministerio de Salud. Dirección General de Servicios de Salud. Programa Nacional de Prevención y Control de Dengue - Chikungunya. Guía Nacional para el manejo de la Infección por el Virus Zika./Ministerio de Salud; Eugenio Renato Yucra Lizarazu. Coaut. La Paz : Dorismac, 2016. 34p.: ilus. (Serie: Documentos Técnico – Normativos No. 414) Depósito legal: 4-1-96-16 P.O. I. INFECCIÓN POR EL VIRUS ZIKA^stransmisión II. VIRUS ZIKA^sprevencción & control III. INFECCIONES POR FLAVIVIRUS IV. FLAVIVIRUS V. ARBOVIRUS VI. BOLIVIA 1. t. 2. Serie. 3. Yucra Lizarazu, Eugenio Renato.Coaut.
--	--

GUIA NACIONAL PARA EL MANEJO DE LA INFECCION POR EL VIRUS ZIKA

Programa Nacional de Prevención y Control de Dengue – Chikungunya.

Edificio Víctor 4to piso, calle: Fernando Guachalla N° 342, Tel.: 2120747 – Fax: 2124766

<http://www.minsalud.gob.bo>

R.M. N°: 0271 de 12 de Abril de 2016

Depósito Legal: N° 4 – 1 – 96 – 16 P. O.

Elaboración:

Dr. Renato Yucra Lizarazu Técnico Profesional Programa Nacional Prevención y Control de Dengue - Chikungunya

Revisión:

Lic. Carla Romero Pérez Responsable de Programa Nacional de Prevención y Control de Dengue - Chikungunya

Dra. Sdenka Maury Fernández Técnico Profesional Programa Nacional Prevención y Control de Dengue - Chikungunya

Lic. José Luis Laura Técnico Profesional Programa Nacional Prevención y Control de Dengue – Chikungunya

Reunión Nacional de Epidemiólogos – Cochabamba 9 de Marzo del 2016

Comité Técnico de Revisión de Publicaciones - DGPS

Comité de Identidad Institucional y Publicaciones

- Miguel Cárcamo – Gabriel Alejandro Castro – Amalia Méndez – Reynaldo Aguilar – Lucio Escobar

- Miriam Nogales – Gladys Crespo - Miguel Villarreal – Edisson Rodríguez

La Paz: Programa Nacional de Prevención y Control de Dengue – Chikungunya, Unidad de Epidemiología, Dirección General de Servicios de Salud, Comité de Identidad Institucional y Publicaciones, Viceministerio de Salud y Promoción, Ministerio de Salud, 2016.

© Ministerio de Salud 2016

Esta publicación es propiedad del Ministerio de Salud del Estado Plurinacional de Bolivia; se autoriza su reproducción, total o parcial a condición de citar la fuente y la propiedad.

Impreso en Bolivia

MINISTERIO DE SALUD

AUTORIDADES NACIONALES

Dra. Ariana Campero Nava
MINISTRA DE SALUD

Dra. Carla Andrea Parada Barba
VICEMINISTRA DE SALUD Y PROMOCIÓN

Sr. Germán Mamani Huallpa
**VICEMINISTRO DE MEDICINA
TRADICIONAL E INTERCULTURALIDAD**

Dr. Omar Flores Velasco
DIRECTOR GENERAL DE SERVICIOS DE SALUD

Dr. Rodolfo Rocabado Benavides
JEFE DE LA UNIDAD DE EPIDEMIOLOGÍA

Lic. Carla Gabriela Romero Pérez
**RESPONSABLE PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y
CONTROL DE DENGUE - CHIKUNGUNYA**

P R E S E N T A C I O N

La infección por el virus Zika es una enfermedad emergente en América, que aumenta nuestra preocupación y nos obliga a tomar todas las previsiones necesarias en salud pública, porque es una enfermedad febril, zoonótica, de curso agudo y autolimitada que se puede confundir con otros síndromes febriles, como el dengue y la chikungunya. Asimismo, es preocupante la relación demostrada en otros países de esta infección por el virus zika, con probables complicaciones del sistema nervioso central como el síndrome de Guillain Barre en personas adultas y mucho peor por probables complicaciones que pudieran afectar el desarrollo embrionario y presentarse casos de microcefalias y sus consecuencias posteriores en el coeficiente intelectual.

Con los antecedentes mencionados y como ente rector de la salud pública en nuestro país nos movilizamos para prevenir y controlar esta enfermedad cumpliendo el mandato del Plan Nacional de Desarrollo enmarcado en la Política Nacional de Salud Familiar Comunitaria Intercultural de accionar la promoción de la salud y movilización social que repercuta en la motivación de nuestra población para luchar contra el virus del zika en la prevención y control, sin dejar de lado la capacitación permanente del recurso humano de nuestro sistema de salud para detectar, notificar, diagnosticar ante una eventual demanda adicional de casos sospechosos en todos los niveles de atención de la red de servicios de salud, a cuyo efecto tenemos el agrado de poner a disposición del personal sanitario la presente Guía que sin duda logra integrar todos los componentes para una lucha efectiva y eficiente contra esta infección.



Dra. Ariana Campero Nava
MINISTRA DE SALUD

RESOLUCION MINISTERIAL



Estado Plurinacional de Bolivia
Ministerio de Salud

Resolución Ministerial Nº 0271

12 ABR 2016

VISTOS Y CONSIDERANDO:

Que, el Parágrafo I de Artículo 35, de la Constitución Política del Estado, señala que el Estado en todos sus niveles, protegerá el derecho a la salud, promoviendo políticas públicas orientadas a mejorar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso gratuito de la población a los servicios de salud.

Que, el Artículo 37 de la norma precitada, establece que el Estado tiene la obligación indeclinable de garantizar y sostener el derecho a la salud, que se constituye en una función suprema y primera responsabilidad financiera y se priorizará la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.

Que, el Artículo 12 del Código de Salud, determina que la Autoridad de Salud está facultada para dictar las disposiciones a las que se sujetarán los organismos públicos y privados en la elaboración y difusión de sus programas en todos los aspectos de la educación para la salud;

Que, el Numeral 22), del Parágrafo I, del artículo 14, del Decreto Supremo Nº 29894 de 07 de febrero del 2009, de Estructura Organizativa del Órgano Ejecutivo del Estado Plurinacional, establece las atribuciones de las Ministras y Ministros del Órgano Ejecutivo, de emitir resoluciones ministeriales, así como bi-ministeriales en coordinación con los ministros que correspondan, en el marco de sus competencias;

Que, el artículo 90, inciso d) de la norma precitada, señala como atribución de la Ministra de Salud y Deportes, de garantizar la salud de la población a través de su promoción, prevención de las enfermedades, curación y rehabilitación;

Que, el Decreto Supremo Nº 1868 del 22 de enero de 2014, tiene por objeto modificar el D.S. Nº 29894 Estructura Organizativa del Órgano Ejecutivo del Estado Plurinacional, y en su artículo 10 párrafos III, IV sustituye la denominación de Ministerio de Salud y Deportes por "Ministerio de Salud", también el de Ministra (o) de Salud y Deportes por "Ministra(o) de Salud".

Que, mediante Acta de Reunión de fecha 10 de marzo de 2016 el Comité de Identidad Institucional aprueba el documento denominado "**GUÍA NACIONAL PARA EL MANEJO DE LA INFECCIÓN POR EL VIRUS ZIKA**".

Que, mediante la Hoja de Ruta VEC-15539-VMSyP, la Señora Viceministra de Salud y Promoción, remite a la Dirección General de Asuntos Jurídicos el documento denominado "**GUÍA NACIONAL PARA EL MANEJO DE LA INFECCIÓN POR EL VIRUS ZIKA**" para la emisión de la Resolución Ministerial correspondiente.

Que, el Informe Legal MS/DGAJ/UAJU/427/2016 de 21 de marzo de 2016, recomienda la emisión de la Resolución Ministerial correspondiente.

POR TANTO:

La **Ministra de Salud**, en uso de las atribuciones que le confiere el Decreto Supremo Nº 29894 de 07 de febrero de 2009, de Estructura Organizativa del Órgano Ejecutivo del Estado Plurinacional;





Estado Plurinacional de Bolivia
Ministerio de Salud

RESUELVE:

ARTÍCULO ÚNICO.- Aprobar el documento "GUÍA NACIONAL PARA EL MANEJO DE LA INFECCIÓN POR EL VIRUS ZIKA", y autorizar la impresión y posterior publicación a nivel nacional conforme al texto adjunto en anexo que forma parte integrante e indisoluble de la presente Resolución Ministerial.

La Dirección General de Servicios de Salud del Ministerio de Salud, queda encargada del estricto cumplimiento y ejecución de la presente Resolución.

Regístrese, comuníquese y archívese.


Alejandra Torres L. Rojas Gutiérrez
DIRECTORA GENERAL
DE ASUNTOS JURÍDICOS
MINISTERIO DE SALUD


Dra. Lucía de Paula Borda
VICEDIRECTORA DE ASUNTOS
JURÍDICOS
MINISTERIO DE SALUD


María Campesino Nava
DIRECTORA DE SALUD
NACIONAL DEBONA





INDICE

1. PRESENTACION
2. INTRODUCCIÓN
3. ANTECEDENTES
4. MECANISMOS DE TRANSMISIÓN
5. MANIFESTACIONES CLÍNICAS
6. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL
7. DIAGNÓSTICO LABORATORIAL
8. TRATAMIENTO
9. DEFINICIÓN DE CASO
10. MANEJO DE CASO
11. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA
12. RECOMENDACIONES PARA LA ORGANIZACIÓN DE ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA INFECCION POR EL VIRUS ZIKA
13. ANEXOS.

INTRODUCCIÓN

La infección por el virus Zika es una enfermedad causada por el arbovirus del género flavivirus (familia Flaviviridae), muy cercano filogenéticamente al virus del dengue, fiebre amarilla, la encefalitis japonesa, o el virus del Nilo Occidental.

Es una enfermedad febril, zoonótica, emergente, de curso agudo, benigno y autolimitado. Su sintomatología es inespecífica por lo cual puede confundirse con otros síndromes febriles.

El virus Zika se transmite por la picadura de mosquitos del género *Aedes* (*A.aegypti*), tanto en un ámbito urbano y *Aedes albopictus* en ambiente selvático.

El aspecto más importante y que dio lugar a que la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud (OMS/OPS) recomienden a los países que establezcan y mantengan la capacidad para detectar y confirmar casos de infección por el virus Zika, fue el incremento de anomalías congénitas, síndrome de Guillain Barre y otras manifestaciones autoinmunes en zonas donde circula el virus Zika, y su posible relación con este virus, fuertemente sospechosa pero que no ha sido probada científicamente. Pero los casos de microcefalia y otros desórdenes neurológicos por sí mismos, por su gravedad y por la carga socio-económica que conllevan para las familias constituyen una amenaza.

Aspectos que causan preocupación y han sido considerados en nuestro país para que el Ministerio de Salud ponga en alerta a todo el sistema de salud con el fin de redoblar esfuerzos y poner en práctica efectiva y eficiente la Estrategia de Gestión Integrada – EGI Dengue – Chikungunya – Zika, para una rigurosa vigilancia epidemiológica, preparen a los establecimientos de salud ante una eventual demanda adicional en todos los niveles de atención de la red de servicios de salud y probable mayor demanda de servicios especializados para la atención de síndromes neurológicos; además del fortalecimiento de las actividades de consulta y control prenatal y continuar con los esfuerzos para reducir la presencia del mosquito transmisor a través de una efectiva estrategia de control del vector y de comunicación – movilización social.

ANTECEDENTES

El virus se identificó en 1947 por primera vez en Uganda, específicamente en los bosques de Zika de ahí su nombre. Se descubrió en un mono Rhesus cuando se realizaba un estudio acerca de la transmisión de la fiebre amarilla en la selva.

Más tarde, análisis confirmaron la infección en seres humanos en Uganda y Tanzania en 1952, pero fue en 1968 que se logró aislar el virus con muestras provenientes de personas en Nigeria.

La primera circulación autóctona de Virus Zika en las Américas fue confirmada en febrero del 2014 en la Isla de Pascua, Chile, permaneciendo la presencia del virus hasta junio de ese mismo año en esa área.

En mayo del 2015, se confirmaron los primeros casos de transmisión autóctona en Brasil, y hasta el 1 de diciembre del 2015, un total de 18 Estados: Región Norte (Amazonas, Pará, Rondonia, Roraima y Tocantins), Región Noreste (Alagoas, Bahía, Ceará, Maranhao, Paraíba, Pernambuco, Piquí y Rio Grande do Norte), Región Sudeste (Espírito Santo, Río de Janeiro y Sao Paulo), Centro – Oeste (Mato Grosso) y Región Sur (Paraná); confirmaron la circulación autóctona del virus.

En octubre de 2015, el Ministerio de Salud de Brasil informó acerca de un incremento inusual de casos de microcefalia en servicios de salud públicos y privados en el Estado de Pernambuco, nordeste del país. Una situación similar se registra en Estados de Paraíba, Rio Grande do Norte y Piauí, razón por la cual el Ministerio de Salud de Brasil declaró emergencia nacional en salud pública.

En octubre de 2015 las autoridades de salud de Colombia notificaron la detección del primer caso autóctono de infección por virus Zika en el Estado de Bolívar y hasta fines de enero del 2016 son 205 municipios que confirmaron la circulación autóctona del virus.

El 24 de noviembre de 2015, autoridades de salud de la Polinesia Francesa informaron un incremento inusual de casos con anomalía de sistema nervioso central en fetos y recién nacidos (anomalías y lesiones cerebrales, disfunción de tronco cerebral y síndromes polimalformativos) durante el 2014 – 2015, coincidiendo con brote de virus Zika

El 28 de noviembre de 2015 el Ministerio de Salud de Brasil estableció la relación entre el incremento de microcefalia al nordeste del país y la infección por virus Zika tras la detección de genoma del virus en muestras de sangre y tejido de recién nacidos del Estado de Pará.

El 26 de diciembre del 2015, el Ministerio de Salud de Brasil, informó la notificación de un total de 2975 casos sospechosos de microcefalia relacionada a infección por virus Zika identificados en 656 municipios.

Hasta el 5 de febrero pasado son 22 países de la región de las Américas que han confirmado la circulación autóctona del virus Zika: Barbados, Brasil, Chile (Isla de Pascua), Colombia, Ecuador, El Salvador, Guyana, Guayana Francesa, Guadalupe, Guatemala, Haití, Honduras, Martinica, México, Panamá, Paraguay, Puerto Rico, República Dominicana, St. Martin, Surinam, Venezuela y nuestro país.

Mapa 1.- Países con casos confirmados de virus Zika en el continente americano



MECANISMOS DE TRANSMISIÓN

Vectores

Existen dos vectores principales involucrados en la transmisión del Zika: *Aedes aegypti* y *Aedes albopictus*. Ambas especies de mosquitos están ampliamente distribuidas en zonas de climas tropicales y subtropicales, el *Ae. albopictus* también está presente en latitudes más templadas, razón por la cual existe marcada susceptibilidad a la introducción y dispersión del Zika.

En nuestro país el vector predominante es el *Aedes aegypti* con una amplia distribución en los departamentos de Santa Cruz, en el chaco de Tarija y Chuquisaca, norte de La Paz, trópico de Cochabamba y la amazonia de Beni y Pando.

Reservorios

Los humanos y los mosquitos son los reservorios principales del Zika

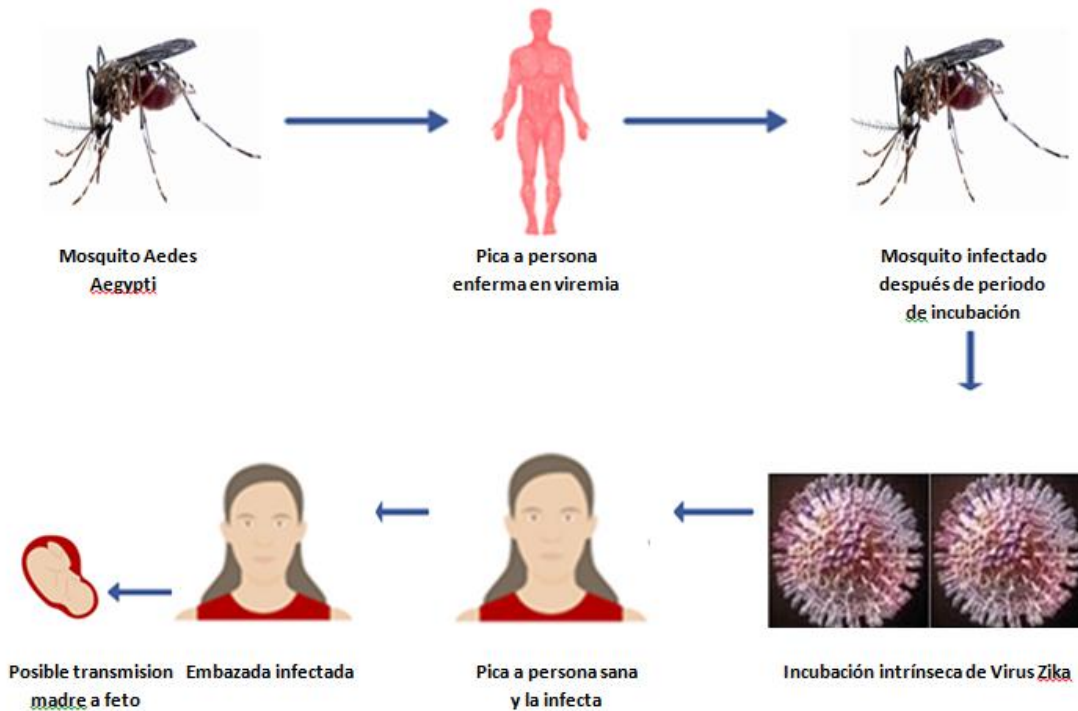
Períodos de incubación

Los mosquitos adquieren el virus a partir de la picadura a una persona virémica, para después de un periodo promedio de incubación extrínseca de 7 días dentro el mosquito (rango de 3 a 12 días), el vector es capaz de transmitir el virus a una persona susceptible.

Susceptibilidad e inmunidad

Todos los individuos no infectados previamente con el virus Zika (individuos susceptibles) están en riesgo de adquirir la infección y desarrollar la enfermedad. Se cree que una vez expuestos al virus Zika, los individuos desarrollan inmunidad prolongada que los protege contra la reinfección.

Figura 1. Formas de transmisión



El virus del Zika es transmitido a través de la picadura de mosquitos, que ha picado previamente a una persona en fase virémica (presencia del virus en su sangre). Estos mosquitos pueden picar a cualquier hora del día, aunque generalmente lo hacen en las primeras horas de la mañana y en las últimas horas de la tarde, durante el resto de su vida que es de 20 a 30 días.

La forma de transmisión más frecuente por la magnitud de la presencia y distribución en casi todas las áreas con las características geográficas y climatológicas, es por la picadura de los mosquitos *Aedes aegypti* infectados con el virus Zika; existiendo otras formas poco frecuentes como la vía sanguínea y la reportada en la epidemia del país vecino del Brasil que fue por la posible transmisión vertical de madre a feto.

El virus ha sido aislado en el semen, saliva y orina, y la transmisión sexual de persona a persona es cada día más evidente por la importante cantidad de virus encontrado en el semen de personas infectadas.

Tabla 1.- Cadena Epidemiológica - Infección por virus Zika

RESERVORIO	Humanos
VECTOR	Mosquitos del Genero Aedes (<i>Aedes aegypti</i> , <i>Aedes albopictus</i>)
AGENTE	Virus Zika - Flavivirus
MECANISMO DE TRANSMISIÓN	Picadura del mosquito infectado con el virus Zika
PERIÓDO DE INCUBACIÓN	3 a 12 días
DURACIÓN DE LA ENFERMEDAD	14 días. (6 días promedio)
SUJETO SUSCEPTIBLE	Todo individuo que no fue infectado con el virus Zika Inmunidad prolongada tras cursar con la enfermedad.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

La infección por virus Zika puede cursar con una clínica moderada que incluye:

- Erupción maculo papular y pruriginoso, que suele empezar en cara y se extiende a todo el cuerpo. (Foto 1).
- Fiebre (<38,5°C), que puede pasar desapercibida y su duración es más corta. (Foto 2)
- Conjuntivitis no purulenta. (Foto 3)
- Cefalea
- Mialgia y artralgia
- Astenia
- Edema en miembros inferiores

Los síntomas: aparecen generalmente después de un periodo de incubación de 3 a 12 días y pueden durar hasta 14 días con un promedio de 6 días.



Foto 1
EXANTEMA MACULO PAULAR

Foto 2
FIEBRE MENOR A 38,5 ° C.

Foto 3
CONJUNTIVITIS NO PURULENTA

La infección puede cursar de forma asintomática hasta en un 80 %, o presentarse con una clínica moderada, sin haberse detectado ni reportados casos mortales hasta la fecha.

En pacientes, con enfermedad moderada los síntomas se establecen de forma aguda: fiebre, exantema maculo papular, conjuntivitis no purulenta, cefalea, mialgia y artralgia, astenia, además de edema en miembros inferiores, y, menos frecuentemente, dolor retro orbitario, anorexia, vómito, diarrea, o dolor abdominal. Duran de 4 a 7 días, y los síntomas se autolimitan.

Las complicaciones congénitas, neurológicas, autoinmunes son poco frecuentes, pero se han descrito probables complicaciones graves cuando existe infección por el virus Zika durante el primer trimestre del embarazo, constituyéndose en un grupo de alto riesgo.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Considerando que las enfermedades de dengue, chikungunya e Infección por virus Zika, tienen el mismo vector y presentan signo-sintomatología parecida en muchos aspectos, diferenciadas solamente por la intensidad de los síntomas y/o tiempo de presentación, es importante realizar el diagnóstico diferencial con estas entidades, basándonos en primera instancia en las manifestaciones clínicas y nexos epidemiológico, hasta su confirmación laboratorial

Tabla 2.- Manifestaciones clínicas para el diagnóstico diferencial

Signo –Sintomatología	Dengue	Chikungunya	Zika
Fiebre	+++	++++	++
Mialgia	++++	+++	++
Artralgia	0	++++	++
Edema en extremidades	+	+++	+
Rash maculo-papular	++	++	+++
Dolor retro-orbital	++	+	++
Conjuntivitis	0	+	+++
Linfoadenopatías	++	++	+
Hepatomegalia	0	+++	0
Leucopenia	+++	++	++
Trombocitopenia	+++	+	0
Hemorragia	+	0	0

Adaptado de Loos S. et. Al Qurrent Zika virus epidemiology and recent epidemics

Es importante diferenciar la infección por virus Zika de la producida por el dengue, debido a la posible evolución de este último hacia formas más graves de la enfermedad. Pueden darse casos de co-infección por virus Zika y dengue en el mismo paciente. En comparación con el dengue, la infección por virus Zika ocasiona una clínica más leve, el inicio de la fiebre puede pasar desapercibido y su duración es más corta. Hasta el momento, se han observado casos esporádicos con complicaciones más graves, que ameritan una mejor descripción clínica así como más estudios para conocer los factores de riesgo para presentaciones graves.

Casos de co-infección y reinfección

Hasta el momento no se han documentado casos de reinfección por zika en una misma persona, por lo que se considera que la respuesta inmune al virus ofrece protección para toda la vida, tal como sucede con el chikungunya y con cada uno de los cuatro virus del dengue.

Pero sí se pueden presentar casos de co-infección por virus zika, chikungunya y dengue en un mismo paciente.

DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

Diagnóstico virológico:

Tipo de muestra: suero (colectado en tubo seco) Dado que la enfermedad por virus Zika suele ser leve, los síntomas iniciales pueden pasar desapercibidos lo cual disminuye la oportunidad para la toma de la muestra. Aunque el periodo de viremia aún no ha sido plenamente establecido, el RNA viral ha sido detectado en suero hasta 10 días después de iniciados los síntomas. Asimismo, el RNA de virus Zika ha sido detectado en orina durante un periodo de tiempo prolongado de la fase aguda, por lo que podría considerarse como una probabilidad de muestra alternativa. Sin embargo y ya que se requieren mayores estudios al respecto, se recomienda tomar una muestra de suero dentro de los primeros 5 días de iniciados los síntomas.

Diagnóstico Serológico:

Tipo de muestra: suero (colectado en tubo seco) La detección de anticuerpos IgM específicos para virus Zika es posible por ensayos de ELISA o inmunofluorescencia a partir del día 5 de iniciados los síntomas. Ya que un suero único en fase aguda es presuntivo, se recomienda la toma de una segunda muestra entre una y dos semanas después de la primera muestra para demostrar seroconversión (negativo a positivo) ó incremento hasta cuatro veces el título de anticuerpos (con un ensayo cuantitativo). La interpretación de los ensayos serológicos tiene una relevancia especial para el diagnóstico de virus Zika. En infecciones primarias (infección primaria con un flavivirus) se ha demostrado que las reacciones cruzadas con otros virus genéticamente relacionados son mínimas. Sin embargo, se ha demostrado que sueros de individuos con historia previa de infección por otros flavivirus (especialmente dengue, fiebre amarilla y fiebre del Nilo Occidental) pueden cruzar en estos ensayos. Si bien la técnica de neutralización por reducción de placas (PRNT), ofrece una mayor especificidad para detección de anticuerpos neutralizantes (IgG) , la reacción cruzada también ha sido documentada; de hecho, se han encontrado pacientes con historia previa de infección por otros flavivirus que ante infección por virus Zika elevan hasta cuatro veces los títulos de anticuerpos neutralizantes.

TRATAMIENTO

No existe un tratamiento antiviral específico para la infección por virus Zika. Se recomienda el tratamiento sintomático, tras excluir enfermedades más graves tales como la malaria, el dengue o infecciones bacterianas.

- No hay vacuna ni tratamiento específico para la infección por virus Zika. Por esa razón, el tratamiento se dirige al alivio de los síntomas.
- Se debe aconsejar a los pacientes ingerir abundantes cantidades de líquidos para reponer la pérdida por sudoración, vómitos y otras pérdidas insensibles.
- El tratamiento sintomático y de soporte incluye reposo y el uso de acetaminofén o paracetamol para aliviar la fiebre, bajo la siguiente dosificación:

Tabla 3.- Tratamiento sintomático – Dosis para la administración oral de acetaminofén o paracetamol, según edad

Población	Dosis de acetaminofén	Intervalo
Adultos (Incluye embarazadas)	500-1000 mg. máximo hasta 4 gramos x día	Cada 6 horas
Niños menores de 5 años:	10-15 mg/kg/peso	Cada 6 horas

Tabla 4.- Tratamiento sintomático - Dosis pediátrica de administración de acetaminofén o paracetamol

Edad o peso	Jarabe (120 mg por cada 5 ml)	Gotero (100 mg por cada gota)	Comprimidos (100 mg)
0 - 2 meses (4 kg.)	1.5 ml	8 gotas	No aplicable
2 - 3 meses (4 - < 6 kg)	2.5 ml	10 gotas	½ comprimido disuelto
4 - 11 meses (5 kg < 10 kg)	5 ml	20 gotas	1 comprimido disuelto
1 - 2 años (10 kg < 14 kg)	5 ml	25 gotas	1 comprimido disuelto
3 - 4 años (14 kg - < 15 kg)	7.5 ml	30 gotas	1 ½ comprimidos disuelto

- También se pueden administrar antihistamínicos, como clorfeniramina, loratadina, cetirizina, para tratar el prurito asociado habitualmente a la erupción maculopapular cutánea.
- No se aconseja el uso de aspirina debido al riesgo de sangrado y el riesgo de desarrollar síndrome de Reye en niños menores de 12 años de edad. Tampoco se aconseja el uso de otros antiinflamatorios no esteroideos, por si la causa del cuadro clínico fuera dengue o chikungunya; patologías en las que está contraindicado el uso de AINES (Antiinflamatorio No Esteroideo) en sus fases agudas.

Mujeres embarazadas

Toda mujer embarazada en áreas endémicas debe acudir a control prenatal, lo mas precozmente posible, para que se le realicen los exámenes clínicos básicos normalizados para el efecto, y reciban orientación y recomendaciones para evitar a lo mejor posible la picadura de mosquitos, mucho más si en el lugar de residencia circula el virus Zika o existen casos positivos confirmados.

Esta prevención y control para mujeres embarazadas se debe realizar con el uso de repelentes, descanso cubiertas con mosquiteros mejor si son impregnados con insecticida, usar ropa de mangas y pantalones largos, y colocar mallas milimétricas en ventanas y puertas.

Recién nacidos/as

Los recién nacidos de madres con sospecha de infección por virus Zika, especialmente durante el primer trimestre, deben ser cuidadosamente observados y supervisar atentamente su evolución, más aún si presentan una circunferencia de la cabeza definida como microcefalia.

Síndrome de Guillain-Barre

El tratamiento es sintomático y de soporte. La recuperación puede llevar varias semanas o meses y con frecuencia puede provocar discapacidad prolongada que requiere rehabilitación por parte de un equipo multidisciplinario (integrado por médicos, enfermeros, fisioterapeutas, entre otros).

Dada la naturaleza autoinmune de la enfermedad, la estrategia de tratamiento utilizada en la fase aguda es la inmunoterapia como la plasmaféresis (recambio plasmático) o la administración de inmunoglobulina intravenosa. No hay evidencia sobre el beneficio del uso de corticosteroides.

El objetivo de la plasmaféresis es remover los anticuerpos del torrente sanguíneo e infundir una solución de reemplazo, generalmente albúmina. La plasmaferesis es más beneficiosa cuando se inicia dentro de los 7 – 14 días del inicio de la enfermedad.

La inmunoglobulina intravenosa es tan efectiva como el intercambio plasmático y mucho más fácil de administrar. Debe iniciarse dentro de las dos semanas desde el inicio de los síntomas.

Microcefalias y otras anomalías congénitas

Se recomienda que los recién nacidos que cumplan los criterios de microcefalia sean evaluados por equipos médicos cualificados para conocer el alcance de la afectación neurológica, así como detectar otras anomalías posibles. Se realizarán los estudios complementarios (exámenes de laboratorio y radiológicos) según los protocolos nacionales, que incluyan el diagnóstico de otras causas de microcefalia, especialmente aquellas que requieran tratamiento (por ejemplo sífilis congénita, citomegalovirus, o toxoplasmosis).

Tras la evaluación clínica del recién nacido, se ha de desarrollar un plan de atención y seguimiento clínico de estos recién nacidos con microcefalia.

En virtud de la información disponible hasta el momento, no se conocen las posibles consecuencias o la presencia de otras afectaciones funcionales que puedan acompañar a los casos de microcefalia relacionada con virus Zika. Por tanto se enfatiza la necesidad de asegurar el seguimiento clínico de los recién nacidos, con controles y evaluaciones posteriores. No existe un tratamiento específico para la microcefalia.

DEFINICIÓN DE CASO

Caso sospechoso de infección por el virus Zika

Paciente con antecedentes de residencia o viaje a un área de transmisión local de virus Zika que presente exantema maculo papular y pruriginoso, y al menos dos o más de los siguientes signos o síntomas:

- fiebre, generalmente $<38,5^{\circ}\text{C}$
- conjuntivitis (no purulenta/ hiperemica)
- artralgias
- mialgia
- edema periarticular

Caso sospechoso de infección por el virus Zika en áreas sin casos autóctonos y sin presencia de vectores para la transmisión del virus

Paciente que cumpla los criterios de caso sospechoso de la infección por el virus Zika; y que en las 2 semanas anteriores a la aparición de los síntomas tenga antecedente de residencia o viaje a un área con transmisión local del virus Zika o con presencia de vectores; o tenga antecedente de contacto sexual sin protección en las 2 semanas previas a la aparición de los síntomas, con una persona que en las 8 semanas previas al contacto sexual tenga antecedente de residencia o viaje a un área con transmisión local del virus Zika o con presencia de vectores.

Caso confirmado de infección por virus del Zika

Caso sospechoso con pruebas de laboratorio positivas para la detección específica de virus Zika.

MANEJO DE CASO

Aislamiento de los pacientes

Para evitar la transmisión a otras personas debe evitarse el contacto del paciente infectado por el virus Zika con mosquitos, al menos durante la primera semana de la enfermedad (fase virémica). Se recomienda la utilización de mosquiteros que pueden o no ser impregnados con insecticida o permanecer en un lugar protegido con mallas milimétricas. El personal de salud que atienda a pacientes infectados por virus Zika debe protegerse de las picaduras utilizando repelentes (DEET-Dietil Menzamida, IR 3535, Icaridina), así como vistiendo ropa con mangas y pantalones largos.

Seguimiento a las embarazadas y recién nacidos

Es importante asegurar la asistencia de las embarazadas al cuidado y control prenatal, incluyendo la realización de los exámenes clínicos básicos conforme a los protocolos nacionales establecidos.

En zonas donde circula el virus Zika se recomienda enfatizar la necesidad de que las embarazadas tomen precauciones personales para evitar el contacto con el vector.

Debe realizarse el seguimiento de recién nacidos con anomalías congénitas para determinar los resultados del neuro desarrollo. La evaluación de los recién nacidos con anomalías congénitas requiere la participación de equipos multidisciplinarios, incluidos

neuropediatras, genetistas, rehabilitadores, psicólogos y especialistas de servicios sociales entre otros.

Los padres o responsables designados deberán ser debidamente informados de la condición encontrada en el feto o recién nacido, en particular si aumenta el riesgo de un resultado adverso. Deberán ser orientados sobre la importancia de acudir a las consultas de seguimiento y a seguir las recomendaciones de salud y medidas de prevención de enfermedades.

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

La vigilancia epidemiológica de la infección por virus Zika debe desarrollarse a partir de la vigilancia ya existente para el dengue y la chikungunya, teniendo en cuenta las diferencias en las manifestaciones clínicas.

Según corresponda la situación epidemiológica del municipio, región o departamento, la vigilancia debe estar orientada a:

- detectar la introducción del virus Zika en el área de jurisdicción,
- monitorear la dispersión de la infección por virus Zika una vez introducida,
- vigilar la aparición de complicaciones neurológicas y autoinmunes tanto en adultos como en niños.

En aquel municipio, región o departamento sin casos autóctonos de infección por virus Zika se recomienda:

Como parte de la vigilancia epidemiológica, realizar la búsqueda activa y pasiva de **casos** exantemáticos y pruriginosos, síndromes febriles sospechosos e inespecíficos, es fundamental interrogar al paciente sobre antecedentes de viajes o de haber estado en contacto con pacientes procedentes de áreas endémicas dos semanas antes (15 días) y descartar infecciones por dengue, chikungunya, sarampión o rubeola.

En presencia de casos sospechosos es obligatorio brindar la atención médica que corresponda, de acuerdo a los días de evolución del síndrome prescribir el tratamiento sintomatológico indicado, pero se debe hacer énfasis en la recomendación de las acciones de protección personal para evitar propagación y notificar de forma inmediata y obligatoria para activar el sistema de vigilancia y proceder a realizar las siguientes acciones:

Llenado correcto, completo y obligatorio, incluido el croquis, de la FICHA EPIDEMIOLÓGICA PARA LA VIGILANCIA DE DENGUE – CHIKUNGUNYA - ZIKA, que tiene tres copias que deben ser remitidas como en los casos de dengue y chikungunya, de acuerdo al siguiente detalle:

- El original debe permanecer en el Establecimiento de Salud que notifica el caso, como parte importante de la historia clínica del paciente en la carpeta familiar correspondiente, y se operativice las actividades de vigilancia epidemiológica y entomológica para el bloqueo de foco.
- La primera copia debe ir al Programa Regional para que este trámite, coordine y supervise las acciones de vigilancia epidemiológica y entomológica para el bloqueo de foco.
- La segunda copia debe ser enviada conjuntamente a la muestra sanguínea al laboratorio de referencia regional o al CENETROP y por este intermedio se comunicará los resultados al Responsable Regional del Programa de Dengue – Chikungunya y Responsable de Epidemiología del SEDES y estos a su vez al Programa Nacional de Dengue – Chikungunya y la Unidad Nacional – ENLACE
- La tercera copia debe ser enviada o corresponde a la Coordinación de Red para que este desarrolle sus actividades de supervisión en establecimientos de salud y posterior notificación al Sistema Nacional de Información en Salud – Vigilancia Epidemiológica - SNIS-VE del SEDES y este al SNIS – VE nacional, según procedimientos establecidos para el efecto.

Si la sintomatología y las manifestaciones clínicas son compatibles con la infección por virus Zika y el paciente es o proviene de zona endémica, no se debe esperar los resultados del laboratorio para proceder a realizar las intervenciones más importantes en terreno para cortar la cadena de transmisión (bloqueo de foco), y más aún si se tiene la confirmación laboratorial, debiendo tener siempre en cuenta la posible reactividad cruzada con el dengue en las pruebas serológicas, en particular si ha habido infección previa por dengue. La detección temprana permitirá la identificación de las cepas virales circulantes, la caracterización adecuada del brote y la implementación de una respuesta proporcional.

En aquel municipio, región o departamento con casos autóctonos de infección por virus Zika, se recomienda:

- Vigilar la tendencia temporal y la diseminación geográfica del virus para detectar su introducción en nuevas zonas o regiones del área de su jurisdicción,
- Monitorear la aparición de complicaciones neurológicas y autoinmunes en recién nacidos, niños(as) y adultos; así como su posible impacto en la salud pública,
- Identificar factores de riesgo asociados con la infección por virus Zika,
- cuando exista la capacidad, identificar los linajes del virus Zika circulantes.

Una vez confirmada la introducción del virus, se deberá mantener la vigilancia continua para detectar los cambios epidemiológicos y entomológicos que puedan afectar a la transmisión del virus Zika. Todo cambio detectado mediante la vigilancia debe ser rápidamente comunicado a las autoridades superiores tanto departamentales como

nacionales para garantizar la adopción oportuna de las medidas pertinentes de prevención y control.

RECOMENDACIONES PARA LA ORGANIZACIÓN DE ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA INFECCIÓN POR EL VIRUS ZIKA

Medidas de prevención y control vectorial

Dentro las medidas de prevención y control, en esta enfermedad y en toda enfermedad viral transmitida por vectores son fundamentales aquellas que están orientadas a la reducción de la densidad del vector, ya que de aplicarse de manera efectiva pueden lograr que se detenga la transmisión de este y otros virus portados por el mosquito.

Figura 3.- Estrategia de Gestión Integrada de Dengue – Chikungunya y Zika



La Estrategia de Gestión Integrada para la prevención y control del dengue (EGI-Dengue – Chikungunya - Zika) aprobada su implementación mediante Decreto Supremo No. 2670 de fecha 3 de Febrero del 2016; bien articulada y coordinada brinda las bases para una preparación adecuada frente al virus Zika. Con la intensificación de las acciones integrales de prevención y control, en especial aquellas que apuntan a:

Vigilancia epidemiológica, cuyas actividades incluyen las ya establecidas para dengue y chikungunya, incorporándose ahora la vigilancia de síndromes neurológicos y anomalías congénitas en fetos y recién nacidos de mujeres embarazadas con sospecha o confirmación de infección por virus Zika y/o antecedente de nexo epidemiológico.

Vigilancia de complicaciones neurológicas y autoinmunes

De acuerdo a recomendaciones de la OPS/OMS en caso de situaciones de posible circulación del virus Zika, se implemente o intensifique la vigilancia de síndromes neurológicos en todos los grupos de edad.

Esta vigilancia puede establecerse bajo la modalidad de vigilancia sindrómica o bien vigilancia de casos de base hospitalaria. De optarse por la vigilancia de casos habrá que definir que presentaciones clínicas serán sujetas a vigilancia. Se sugiere incluir el síndrome de Guillain-Barré, síndrome de Fisher, encefalitis, meningitis, y meningoencefalitis.

El síndrome de Guillain-Barre – SGB, en su forma típica es una poli radículo neuropatía aguda que produce un déficit de desarrollo sensorial motor inferior, bilateral y simétrico, asociado con arreflexia osteotendinosa generalizada. En muchos casos hay una historia previa de infección que causa la respuesta inmunológica en los nervios. Varios estudios indican que los hombres tienden a ser más afectados que las mujeres.

El síndrome de Fisher (o Miller Fisher) se caracteriza por alteración de los movimientos oculares, coordinación anormal y pérdida de los reflejos tendinosos. Mientras la triada clínica (ataxia, oftalmoplejia y arreflexia) es fácilmente reconocible, en algunos casos se solapa con el SGB por lo que algunos autores la consideran como una variante del SGB y al igual que este último se le asocia con la inflamación autoinmune de los nervios después de una infección.

Vigilancia de anomalías congénitas

El objetivo de la vigilancia debe estar orientado a la detección de un incremento inusual de anomalías congénitas y cuando se detecte un brote, la vigilancia debe enfocarse en el seguimiento de la tendencia, para el efecto se recomienda la implementación de un sistema de detección de casos en establecimientos de salud u hospitales. Se sugiere empezar por incluir sólo las microcefalias y luego extender paulatinamente a otras anomalías congénitas, en base a la capacidad y recursos del sistema de salud.

Como parte del protocolo de vigilancia es fundamental que se incluya la definición de caso, así como la frecuencia y flujo de transmisión de datos, que debe acompañar al del sistema de vigilancia sobre los casos notificados y confirmados de Zika.

Microcefalia se define como una circunferencia craneana con 2 desviaciones estándar por debajo de la media para la edad y el sexo, o aproximadamente menor que el tercer percentil, pero es importante señalar que no existen valores absolutos para definir la microcefalia, dado que varía según el sexo y la edad gestacional. Como instrumento de referencia para la valoración de la circunferencia craneana en recién nacidos a término se sugiere el uso de las tablas de la OPS/OMS, que están disponibles en: http://www.who.int/childgrowth/standards/hc_for_age/en/. Para la valoración de recién

nacidos prematuros deben considerarse otras referencias específicas para recién nacidos prematuros como las referencias de Fenton.

Se deberá asegurar además los aspectos relacionados a la confidencialidad, la referencia y contra-referencia de casos cuando procede.

La vigilancia basada en eventos es una herramienta útil para la detección de condiciones o eventos inusuales. Por esa razón, se debe alentar a los profesionales de salud involucrados en las consultas de atención prenatal así como en la atención del recién nacido a que notifiquen todo evento inusual, como incremento de microcefalia u otro trastorno neurológico congénito para ser analizado, investigado e informado.

Atención Integral del paciente

Dado que los brotes por virus Zika podrían ocasionar una carga adicional de atenciones en todos los niveles del sistema de salud, es necesario desarrollar (o adaptar en base a lo que ya existe) estrategias que satisfagan las necesidades de la población con planes bien establecidos de triage o scrining e implementar protocolos de atención.

Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI)

Para lograr la participación comunitaria se debe Informar al paciente, la familia y la comunidad, en los diferentes niveles de gestión compartida de la SAFCI, sobre la enfermedad, el mosquito, el modo de transmisión, las medidas de prevención y control y la orientación para casos sospechosos de la enfermedad, con el objetivo de lograr que la población mediante la participación social conozca y tenga la percepción de riesgo para evitar confusión y desinformación.

Es importante que el Establecimiento de Salud del nivel correspondiente, coordine con las organizaciones sociales de las comunidades o barrios para la búsqueda activa y pasiva de casos sospechosos y cooperar en la notificación inmediata para que en acciones conjuntas se realice las actividades de control del vector (limpieza y eliminación de criaderos de mosquitos) y la fumigación como bloqueo de foco.

Asimismo, se recomienda el trabajo en la promoción y prevención para lograr cambios conductuales mediante la participación comunitaria en los diferentes grupos sociales desde estudiantes hasta grupos de organizaciones sociales consolidados en los municipios con presencia del mosquito *Aedes aegypti*.

Asimismo, la Política SAFCI nos da el marco ideológico y técnico para desarrollar actividades **informativo-educativas de comunicación para el cambio** con la propuesta de articular el Establecimiento de Salud con las organizaciones sociales de la comunidad o barrio en actividades que comprometan la participación comunitaria con características

de permanencia y sostenibilidad. Estas condiciones nos permitirán el abordaje y transformación de las determinantes de la salud de esa comunidad o barrio.

La *comunicación en promoción de la salud*, propicia espacios participativos que orienten a los actores sociales, a las personas y familias, en el fortalecimiento de los usos y costumbres o la construcción de nuevos saberes, promoviendo el abordaje a los problemas de salud y sus determinantes. En este caso el tema principal de los espacios informativo-educativos será la eliminación de criaderos de los mosquitos con la utilización de métodos físicos, biológicos y químicos, en las que participen activamente la persona, la familia y la comunidad. El instrumento estratégico: **El Equipo de Comunicación para el Cambio** como una instancia local de la comunidad o barrio que socializa información y genera procesos de reflexión en la población, a través de sesiones informativo-educativas.

Las acciones comunitarias de comunicación para el cambio al estar articuladas al Establecimiento de Salud están sujetas a evaluación de impacto, lo que nos permitirá medir las acciones propuestas en los diferentes ámbitos de acción de la estructura institucional y social.

Participación y colaboración intersectorial

En todos los niveles públicos y de los organismos de salud, educación, medio ambiente, desarrollo social y turismo, entre otros sectores

Participación de organizaciones no gubernamentales (ONGs) y organizaciones privadas, al mismo tiempo que debe mantener la comunicación y buscar la participación de toda la comunidad.

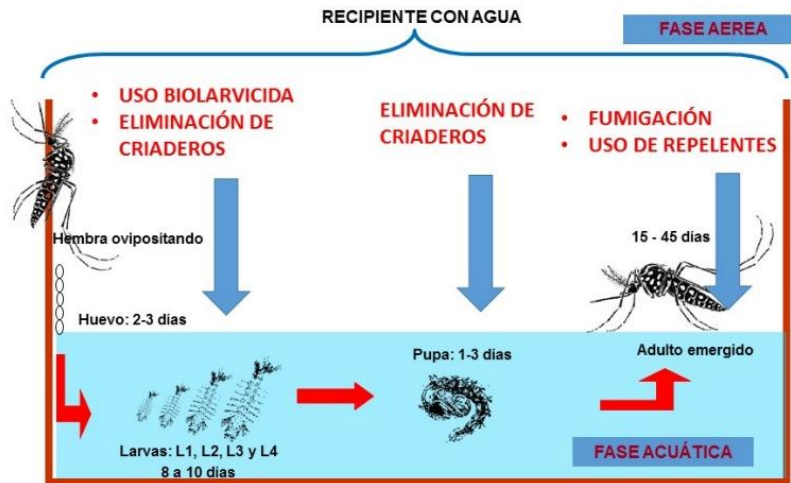
Manejo integrado del vector (MIV)

El control del mosquito es la más importante y única medida que puede lograr la interrupción de la transmisión de los virus transmitidos por vectores, como sucede con las enfermedades del dengue, la chikungunya y el Zika

Al ser la medida mas eficiente y efectiva que puede lograr la interrupción de los virus transmitidos por vectores, se debe tener en cuenta el ciclo vital del mosquito, que se encuentra dividido en dos fases acuática y aérea.

La fase acuática contempla el huevo, la larva y pupa, siendo las acciones de control vectorial la eliminación de criaderos y el empleo de biolarvicidas. La fase aérea contempla al mosquito emergido y las acciones de control recomendadas son el uso de repelentes y la fumigación (Figura 4).

Figura 4.- Ciclo Biológico de *Aedes Aegypti* y estrategias de control en sus distintas fases



Por la importancia que reviste el control del vector se detallan a continuación los elementos claves que deben orientar la respuesta.

Un control efectivo y operativo del vector transmisor de Dengue y Chikungunya, brinda las bases técnicas y operacionales para una preparación adecuada frente al virus Zika, debido a que estos virus son transmitidos por el mismo mosquito, el *Aedes*. Por ello, se recomienda utilizar e intensificar las acciones para la vigilancia y control vectorial desarrolladas para el dengue y chikungunya en el componente de MIV.

Dada la alta infestación por *Aedes aegypti*, se recomienda que las medidas de prevención y control sean orientadas a reducir la densidad del vector, con la aceptación y colaboración de la población local en la adopción de dichas medidas.

Por ello las autoridades deben:

Fortalecer las acciones de ordenamiento ambiental, principalmente **la eliminación de criaderos del vector** en cada domicilio y en áreas comunes de los barrios y ciudades (parques, escuelas, cementerios, establecimientos de salud, hospitales, etc.).

Organizar campañas de saneamiento intensivo para la eliminación de criaderos en zonas específicas donde se haya interrumpido la recolección regular de basura.

Aplicar medidas para el control de criaderos con la utilización de métodos físicos, biológicos y químicos, en las que participen activamente la familia y la comunidad.

Determinar las zonas de alto riesgo de transmisión (estratificación de riesgo) y dar prioridad a aquellas donde existan concentraciones de personas (escuelas, terminales de

transporte, hospitales, establecimientos de salud, etc.). En esas instalaciones deberá eliminarse la presencia del mosquito en un radio de al menos 400 metros a la redonda.

En zonas donde se detecte transmisión activa o casos importados de dengue, chikungunya o virus Zika, se sugiere utilizar tratamiento adulticida (a través de fumigación espacial), para eliminar los mosquitos adultos infectados y cortar la transmisión. Esta es una medida de carácter excepcional y solo es eficaz cuando la aplica personal debidamente capacitado y de acuerdo con las orientaciones técnicas internacionalmente aceptadas. Este trabajo se llevará a cabo con otras medidas, como las descritas anteriormente. La fumigación es otra de las intervenciones para interrumpir la transmisión y permite ganar tiempo para consolidar las actividades de eliminación de criaderos de larvas del vector.

Elegir el insecticida apropiado (siguiendo las recomendaciones de OPS/OMS), y los estudios realizados por el Programa Nacional de Prevención y Control de estas enfermedades, verificando su etiquetado y formulación y tener en cuenta la susceptibilidad de las poblaciones de mosquito a ese insecticida.

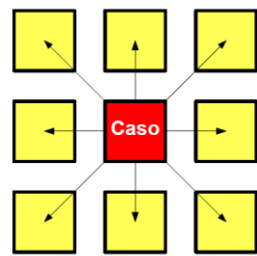
Mantener el equipo de fumigación en buen estado de funcionamiento y utilizarlo adecuadamente y contar con un lote de reserva de insecticidas.

Garantizar la supervisión (control de calidad) del trabajo de campo de los operarios, tanto durante el tratamiento antilarvario (levantamiento entomológico y aplicación de biolarvicida) como en el de mosquitos adultos (fumigación).

La aplicación integral (simultánea o coordinada) de las medidas de control del vector en espacio y tiempo (control adulticida y larvario, por personal entrenado, aunado a las acciones de saneamiento y el impulso de las acciones comunitarias), es esencial para lograr un impacto mayor.

En el caso de una aparición de brote, se recomienda el bloqueo de foco, según protocolo que incluye el manzano correspondiente y ocho manzanos alrededor del caso notificado (vivienda), como se muestra en la siguiente figura.

Figura 5.- Bloqueo de foco alrededor de domicilio donde se encuentra el caso sospechoso o confirmado de Zika



Medidas de prevención personal

Es importante reducir al mínimo el contacto del vector con los pacientes infectados con dengue, chikungunya y virus Zika. La aplicación de esta medida ayuda prevenir la diseminación del virus y por ende de la enfermedad. Es necesario educar al paciente, a otros miembros del hogar y a la comunidad acerca del riesgo de transmisión y las medidas para disminuir la población de vectores y el contacto entre el vector y las personas.

Se reiteran a continuación las siguientes medidas para reducir al mínimo el contacto del vector con los pacientes:

- El paciente debe descansar bajo mosquiteros, ya sea impregnados con insecticida o no.
- El enfermo, así como otros miembros del hogar, deberán usar ropa que cubra las extremidades tales como camisas con mangas largas y pantalones largos.
- Los repelentes se pueden aplicar a la piel expuesta o la ropa de vestir y debe usarse de conformidad con las instrucciones de la etiqueta del producto. (No hay evidencia sobre restricción del uso de estos repelentes en embarazadas siempre y cuando se utilicen de acuerdo a las instrucciones de la etiqueta del producto).
- Emplear malla milimétrica en puertas y ventanas.

Estas medidas de prevención personal son también efectivas para prevenir la transmisión del virus a personas sanas.

En aquellas áreas sin casos autóctonos de infección por virus Zika se recomienda:

- Fortalecer la vigilancia basada en eventos para detectar los primeros casos. En base a la experiencia de Brasil y Colombia, deberán estar atentos a la aparición de conglomerados de enfermedad exantemática y febril de causa desconocida (en la que se ha descartado infección por dengue, chikungunya, sarampión, rubeola, parvovirus B19), y realizar pruebas de laboratorio para la detección de virus Zika.
- Dado que se han observado casos de Zika por transmisión sexual, se debe sugerir que las parejas sexuales adopten prácticas sexuales seguras especialmente si el hombre procede o estuvo en área endémica de Zika, debiendo prevenir la transmisión con el uso del condón o suspender las relaciones sexuales durante el embarazo.
- Se debe tener en cuenta la posible reactividad cruzada con el dengue en las pruebas serológicas, en particular si ha habido infección previa por dengue. La detección temprana permitirá la identificación de las cepas virales circulantes, la caracterización adecuada del brote y la implementación de una respuesta proporcionada.

Recomendaciones a viajeros

No se aplicara restricción alguna a los viajes o el comercio con países, municipios o departamentos con transmisión del virus del Zika.

Antes de viajar, se debe recomendar a las personas que se dirigen a zonas con circulación de dengue, chikungunya y/o virus Zika, los posibles riesgos y las medidas apropiadas para reducir la posibilidad de verse expuestos a picaduras de mosquitos, como el uso de repelentes, ropa apropiada que minimice la exposición de la piel y uso de insecticidas o mosquiteros.

Es importante además dar información actualizada a los viajeros que se dirigen a zonas con transmisión de estas infecciones, sobre los signos y síntomas del dengue, chikungunya o virus Zika, a fin de que puedan identificarlos durante su viaje. Esta información puede proporcionarse en las empresas transportadoras de pasajeros a zonas endémicas.

Durante la estadía del viajero en lugares con transmisión de dengue, chikungunya o virus Zika, deberá aconsejarse que:

- Tomen las medidas adecuadas para protegerse de las picaduras de mosquitos, tales como el uso de repelentes, uso de ropas apropiadas que minimicen la exposición de la piel.
- Eviten lugares infestados por mosquitos.
- Utilicen mosquiteros o insecticidas o ambos.
- Reconozcan los síntomas de dengue, chikungunya o virus Zika y que soliciten inmediatamente atención médica en caso de presentar signos y síntomas.


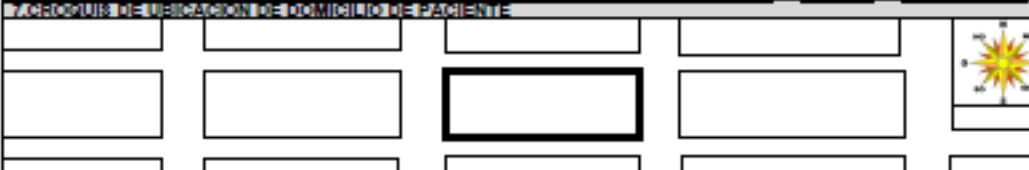
Al regreso, debe recomendarse al viajero que acuda a un establecimiento de salud en caso de presentar signos y síntomas de dengue, chikungunya o virus Zika.

Se deben poner en práctica las recomendaciones habituales de la OMS con respecto a la desinsectación de las aeronaves y los aeropuertos.

Esta Guía se elaboró con base en los datos y bibliografía actualmente disponibles. El documento podrá ser modificado y actualizado a la luz de la nueva información que pueda surgir al respecto.

ANEXOS.

Ficha Epidemiológica para la vigilancia de Dengue – Chikungunya – Zika

 FICHA EPIDEMIOLÓGICA PARA LA VIGILANCIA DE DENGUE - CHIKUNGUNYA - ZIKA									
1. DATOS GENERALES									
Fecha de notificación		Departamento:	Municipio:	Localidad/comunidad:	Red de Salud:				
Día	Mes	Año							
Establecimiento de Salud notificante:		Público (seguro salud) () Privado () Otro ()		Teléfono o correo electrónico del Establecimiento:		Caso reportado en búsqueda activa () Atención en servicio de salud () Otro, especificar ()			
2. DATOS DEL PACIENTE									
Nombres:		Apellido Paterno:	Apellido Materno:	Sexo: Masculino () Femenino ()		Teléfono:	Ocupación:		
En caso de menor de edad registrar el nombre de los padres o apoderado:									
Residencia del Paciente									
Departamento:		Municipio:	Ciudad/Localidad/Comunidad:			Barrio/Zona/U.V.:			
3. DATOS EPIDEMIOLÓGICOS									
Lugar probable de infección. ¿Visitó algún lugar endémico de Dengue, Chikungunya o Zika, en las últimas dos semanas?									
País/Lugar:		Departamento:	Provincia/Municipio:	Ciudad/Localidad/Comunidad:		Barrio/Zona/U.V.:			
Lugar de inicio de signos y síntomas									
País/Lugar:		Departamento:	Provincia/Municipio:	Ciudad/Localidad/Comunidad:		Barrio/Zona/U.V.:			
Si es mujer, está embarazada: Si () No ()		FUM:		Fecha probable parto:					
4. DATOS CLÍNICOS									
(Marque con una X los signos y síntomas que presenta el paciente)									
Fecha Inicio de Síntomas		Día	Mez:	Año:	Semana epidemiológica				
SOSPECHA DE DENGUE SIN SIGNOS DE ALARMA									
Fiebre	Cefaleas	Malgias	Dolor retro ocular	Erupción maculopapular eritematosas		Plaquetas/prueba torquética +			
SOSPECHA DE DENGUE CON SIGNOS DE ALARMA									
Dolor abdominal	Vómitos	Letargia	Cianosis	Trombocitopenia	Leucopenia	Otro (especificar):			
SOSPECHA DE DENGUE GRAVE									
Equimosis	Hematemesis	Hemoptisis	Gingivorragia	Melanas	Epistaxis	Otro (especificar):			
SOSPECHA DE CHIKUNGUNYA									
Fiebre	Poliartralgias	Erupción maculopapular eritematosas		Cefaleas	Malgias	Otro (especificar):			
SOSPECHA DE ZIKA									
Fiebre	Erupción maculopapular		Conjuntivitis no purulenta	Mixialteralgia	Otro (especificar):				
5. HOSPITALIZACIÓN									
Participación (SI) () No ()		Día	Mez	Año	Establecimiento de Salud:				
Fecha de egreso:		Día:	Mez:	Año:	Tipo de Alta:	Médico	Solicitada	Fuga	Defunción
6. EXÁMENES DE LABORATORIO									
Se tomó muestra: Si () No ()		Fecha de toma de muestra:		Día:	Mez:	Año:			
Tipo de muestra:		Laboratorio responsable:			Resultado: Positivo () Negativo () No concluyente ()				
7. CROQUIS DE UBICACIÓN DE DOMICILIO DE PACIENTE									
									
Definición de caso									
Caso sospechoso de Dengue		Caso confirmado de Dengue:		Por laboratorio		Por caso epidemiológico			
Caso sospechoso de Chikungunya		Caso confirmado de Chikungunya:		Por laboratorio		Por caso epidemiológico			
Caso sospechoso de Zika		Caso confirmado de Zika:		Por laboratorio		Por caso epidemiológico			
Datos de la persona que notifica									
Nombre y cargo:					Firma y sello del responsable del llenado de la ficha				
Establecimiento de Salud:									
Teléfono/celular:		correo electrónico:		SEDES:					

Original a Establecimiento de Salud notificador
 1ra. copia Programa Regional de Dengue - Chikungunya
 2da copia Para Laboratorio (junto a la muestra)
 3ra. copia Coordinación de Red (Infectiosa)
 Todos los datos deben ser llenados obligatoriamente

NOTA: Para el llenado correcto entre que un original y sea 3 copias coloreadas sobre una superficie dura y escrita firmemente

Referencias bibliográficas

1. Guía para la vigilancia de la enfermedad por el virus del Zika y sus complicaciones Washington, DC: OPS, 2016
2. Alerta Epidemiológica – Síndrome neurológico, anomalías congénitas e infección por virus Zika – Implicaciones para la salud pública en las Américas – Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud – 1 de diciembre de 2015
3. Declaración de la OMS sobre la primera reunión del Comité de Emergencia del Reglamento Sanitario Internacional (2005) sobre el virus del Zika - <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2016/1st-emergency-committee-zika/es/> 8 de Febrero de 2016
4. Informe del Centro de Operaciones de Emergencia en Salud Pública sobre microcefalias. Semana Epidemiológica 46. Ministerio de Salud de Brasil. Disponible en: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/20925-ministerio-divulga-boletim-epidemiologico>
5. Guía Nacional para el Manejo de la Enfermedad por el Virus de la Chikungunya – Estado Plurinacional de Bolivia – Ministerio de Salud – Dirección Nacional de Servicios de Salud – Unidad de Epidemiología – Programa Nacional de Prevención y Control de Dengue – Chikungunya – Publicación No, 377 – La Paz - 2015
6. Boletín Epidemiológico Instituto Nacional de Salud Colombia. Semana Epidemiológica 46 de 2015. Disponible en: <http://www.ins.gov.co/boletin-epidemiologico/Boletn%20Epidemiologico/2015%20Boletin%20epidemiologico%20semana%2045.pdf>.
7. Informe del Centro de Operaciones de Emergencias en Salud Pública sobre microcefalias. Semana Epidemiológica 47 de 2015. Ministerio de Salud de Brasil. Disponible en: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/novembro/30/COES-Microcefalias-Informe> Epidemiológico SE 47 - 30 nov 2015.pdf
8. Ministerio de Salud de Brasil. Microcefalia – Ministerio de Saude divulga boletim epidemiológico (internet). Disponible en: <http://portalsaude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/20805-ministerio-da-saude/20805-ministerio-da-saude-divulga-boletim-epidemiologico>
9. Información proporcionada por el Centro Nacional de Enlace del Reglamento Internacional de Salud de Brasil. Julio 2015. Fiocruz Pernambuco esclarece dúvidas sobre vírus Zika. Agência Fiocruz de Notícias. Disponible en <http://www.agencia.fiocruz.br/fiocruz-pernambuco-esclarece-d%C3%BAvidas-sobre-v%C3%ADrus-zika>
10. Dengue. Guías para el diagnóstico, tratamiento, prevención y control. Organization Mundial de la Salud 2009. WHO/HTM/NTD/DEN/2009.1
11. United States Center for Disease Control and Prevention (CDC). Insect Repellent Use & Safety. Disponible en: <http://www.cdc.gov/westnile/faq/repellent.html> (accedido el 29 de noviembre de 2015)

La salud... un derecho para vivir bien

