

Boletín Epidemiológico

ZIKA

Secretaría de Salud de Risaralda
Diciembre de 2015.

Carlos Alberto Botero
Gobernador de Risaralda

Lina Beatriz Rendón
Secretaria de Salud de Risaralda

Cristian Herrera
Director Operativo de Salud Pública

María del Pilar Gómez
Profesional especializada – Vigilancia
epidemiológica

Oscar Felipe Suárez
Apoyo a la Vigilancia epidemiológica

Se trata de una enfermedad causada por el virus Zika (familia *Flaviviridae*), el cual se identificó en Uganda (1947) durante un estudio de fiebre amarilla. La infección en seres humanos se demostró en 1952 pero solo hasta 1968 se pudo aislar el virus de muestras humanas. Este se transmite por la picadura del mosquito *Aedes aegypti* o *Aedes albopictus* infectado; la enfermedad se manifiesta de 3-12 días después de la picadura. Los síntomas duran de dos a siete días e incluyen fiebre, conjuntivitis no purulenta, dolor de cabeza, dolor en el cuerpo y articulaciones, prurito (rasquiña), rash (brote), edema (hinchazón) en extremidades inferiores; con menor frecuencia falta de apetito, vómito, diarrea y dolor abdominal. Las manifestaciones clínicas graves son muy poco frecuentes comprenden alteraciones del sistema neurológico e inmunológico¹.

En los primeros meses de 2015, hubo un registro de pacientes con un cuadro compatible en el Estado de Rio Grande, Brasil, donde un médico infectólogo evaluó los pacientes que además presentaban pruebas serológicas negativas para dengue y CHIKV. El cuadro clínico incluía artralgia, edema de extremidades, fiebre (43%), rash pruriginoso (85,7%), dolor de cabeza (43%), dolor retro orbital, conjuntivitis no purulenta, vértigo, mialgias (57%) y alteraciones digestivas. Además, se identificó que los primeros casos tenían un promedio de 33 años (1, 2). De momento, las autoridades sanitarias de Brasil han confirmado tres fallecimientos como consecuencia del virus, de ellos dos adultos y un recién nacido. En Latinoamérica ya son nueve los países con la presencia del virus Zika, entre los que se encuentran Brasil, Chile, Colombia, Guatemala, El Salvador, Paraguay, México, Surinam y Venezuela². La Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) emitió una Alerta Epidemiológica³, debido al incremento de la frecuencia observada en años anteriores de casos de microcefalia en ese país.

En Colombia, 951 municipios se encuentran ubicados hasta los 2.200msnm, donde está presente el vector. Por lo que se inició por parte del MSPS y apoyo internacional, un estudio para determinar si hay relación o no del virus Zika con casos de microcefalia en Colombia. En Risaralda, por su parte, se han notificado 24 casos confirmados de Zika desde la semana epidemiológica 41. Aunque los casos se han concentrado en el área Metropolitana, se han documentado casos en municipios como Belén de Umbría, Mistrató y La Celia. Otros cuatro casos, están pendientes de confirmación procedentes de

¹ <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/VSP/abc-zika.pdf>

² <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Colombia-vigila-posibles-complicaciones-relacionadas-con-el-virus-del-zika.aspx>

³ http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=32404&lang=es

municipios de Risaralda. Cerca del 60% de los casos se notifican en mujeres, una de ellas gestante.

Tabla 1. Distribución de casos de ZIKA según municipio de procedencia y semana epidemiológica. Risaralda 2015.

Municipio	41	42	43	44	45	46	47	48	Total general
Pereira			2	1	1	2	2		8
La Virginia							3	4	7
Dosquebradas	1			3					4
Mistrató	1				1				2
Balboa				1					1
Belén de Umbría					1				1
La Celia	1								1
Total general	3		2	5	3	2	5	4	24

Según la Circular 43 de octubre 14 de este año emitida por el Ministerio de Salud y el Instituto Nacional de Salud, se define caso sospechoso como aquella persona que presente fiebre con cualquiera de los siguientes síntomas: conjuntivitis no purulenta, cefalea, rash, prurito, artralgias y que haya permanecido 15 días antes a la aparición de los síntomas en las mismas zonas en las cuales existan condiciones para la presencia del vector y pertenezca a un conglomerado. La confirmación de casos se hace únicamente por RT-PCR-ZIKA realizada por el Laboratorio de Virología Nacional con muestras tomadas solo durante los primeros 5 días de enfermedad. Se diligenciará ficha por todos los casos sospechosos individuales y ante la presencia de conglomerado se reportar de forma inmediata para dar inicio a la investigación epidemiológica. De forma adicional, se recuerda a los prestadores de servicios de salud, el mantenerse alerta ante la posible aparición de complicaciones neurológicas (Síndrome de Guillain Barré), complicaciones autoinmunes y anomalías congénitas, especialmente la microcefalia⁴.

Aunque no hay tratamiento específico para la enfermedad por Zika, se recomienda manejar los síntomas, reposo y acetaminofén para la fiebre; se pueden adicionar antihistamínicos para controlar el prurito y erupción de la piel. Se debe recomendar abundante líquido para reponer la pérdida producida por la sudoración y el vómito. No se deben usar AINES, ni ASA, debido al riesgo de sangrado y de desarrollar síndrome de Reye en niños menores de 12 años. Con respecto al control del vector, se debe promover en las personas la eliminación de los criaderos, la limpieza de sus patios y de los depósitos de agua. Se recomienda también dormir bajo toldillos, en lo posible impregnados de insecticida, usar ropa que cubra las extremidades, repelentes para aplicar en la parte expuesta de la piel y usar anjeos en puertas y ventanas.

Referencias bibliográficas

1. Campos GS, Bandeira AC, Sardi SI. Zika Virus Outbreak, Bahia, Brazil. *Emerg Infect Dis.* 2015;21(10):1885-6.
2. Zuluaga C, de Melo VCA, Mosimann ALP, dos Santos GIV, dos Santos CND, Luz K. First report of autochthonous transmission of Zika virus in Brazil. *Mem Inst Oswaldo Cruz.* 2015;110(4):569-72.

⁴ http://www.who.int/childgrowth/standards/hc_for_age/en/