



## ALERTA EPIDEMIOLÓGICA

### Intensificación de la transmisión del virus Zika en las Américas y el riesgo de su introducción al Perú

CÓDIGO: AE – DEVE Nº 001–2016

#### I. Objetivo

Alertar sobre el riesgo de su introducción al Perú, ante la intensificación de la transmisión del virus Zika en países de América, a fin de optimizar las acciones de vigilancia, prevención y respuesta por los establecimientos públicos y privados en el país.

#### II. Situación actual

Es una enfermedad causada por el virus Zika (ZIKAV), un arbovirus del género *Flavivirus* (familia *Flaviviridae*), muy cercano filogenéticamente al virus como el dengue, fiebre amarilla, la encefalitis japonesa, o el virus del Nilo Occidental. El virus Zika se transmite por la picadura de mosquitos del género *Aedes*, especialmente, *Ae. aegypti*, tanto en zonas urbanas como rurales (1).

Los síntomas de enfermedad aparecen, generalmente, después de un periodo de incubación de 3 a 12 días. La infección puede cursar de forma asintomática, o presentarse con un cuadro clínico moderado. Las personas que presentan síntomas en la fase aguda, incluyen: exantema macular o papular (erupción en la piel con puntos blancos o rojos) y puede estar acompañado de fiebre, artritis o artralgia, conjuntivitis no purulenta, dolores musculares, dolor de cabeza (cefalea) y menos frecuentemente, dolor retro-orbital, anorexia, vómitos, diarrea o dolor abdominal. Los síntomas duran de 4 a 7 días, y son autolimitados (2).

Los primeros casos humanos de infección por ZIKAV se describieron en la década de 1960, por primera vez, en África y Sudeste de Asia y a partir del 2007 se reporta los primeros brotes en la Isla de Yap, en Micronesia y a finales del año 2013 en las islas del Pacífico Sur, en la Polinesia Francesa (3). En los últimos siete años se han notificado casos en viajeros de forma esporádica (Tailandia, Camboya, Indonesia y Nueva Caledonia).

En febrero de 2014, las autoridades de salud pública de Chile confirmaron un caso de transmisión autóctona de infección por virus Zika en la isla de Pascua (Chile). En mayo del 2015, el Ministerio de Salud de Brasil anunció la confirmación mediante pruebas de laboratorio de 16 casos de Zika, el análisis filogenético mostró que la secuencia correspondía al linaje asiático (4, 5). Desde entonces, hasta el 17 de enero, según la OPS, del 2016 son 18 países y territorios los que presentan casos autóctonos de infección por virus Zika en toda América Latina: Brasil, Chile (sólo en la isla de Pascua), Colombia, El Salvador, Guyana, Guatemala, Honduras, Martinica, México, Panamá, Paraguay, Surinam, Venezuela, Puerto Rico, Barbados, Bolivia, San Martín y Guyana Francesa (7).

Los recientes brotes de fiebre por virus Zika en distintas regiones del mundo y en las Américas, demuestran la potencialidad de este arbovirus para propagarse por los territorios donde se distribuye el vector. Se ha reportado asociados a la infección por virus ZIKA complicaciones graves como Síndromes neurológicos (Síndrome de Guillain Barré, meningitis, meningoencefalitis y mielitis), anomalías congénitas (microcefalia), entre otras, (7).

Se ha reportado Síndrome de Guillain Barré asociado a infección por Zika en brotes de la Polinesia Francesa (2013, 2014), Brasil (en brote actual, 26 casos), El Salvador (en brote actual, reportaron 46 casos). El virus de Zika se ha descrito que se relaciona con otros síndromes neurológicos (meningitis, meningoencefalitis y mielitis), también descritos en el brote de Polinesia francesa (2013- 2014), (7).

En octubre de 2015, el Centro Nacional de Enlace de Brasil notificó la detección de un incremento inusual de recién nacidos con microcefalia en servicios de salud públicos y privados del Estado de Pernambuco, en el noreste de Brasil. Hasta la semana epidemiológica 1 del 2016, se registraron





3.530 casos de microcefalia. Se ha asociado el riesgo de microcefalia a infecciones por virus Zika en el primer trimestre de gestación, (7)

En el Perú, el *Aedes aegypti*, vector transmisor del dengue, la fiebre de Chikungunya y la enfermedad por virus Zika, está ampliamente disperso en 20 departamentos a nivel nacional, 79 provincias y se ha identificado su presencia en 385 distritos, donde habitan 18 434 597 personas que están en riesgo de contraer éstas enfermedades (8)

El riesgo de introducción del virus Zika es favorecida por la amplia dispersión del vector, la persistencia de los determinantes de la infestación áedica como: clima cálido, saneamiento básico insuficiente, déficit de agua potable en las viviendas, entre otros, y la persistencia de índices áedicos de riesgo, principalmente,

En el contexto actual ante la intensificación de la transmisión en las Américas y el riesgo de presencia de casos importados y posterior introducción del virus Zika en el país, la Dirección General de Epidemiología, emite la presente alerta, a fin de optimizar las acciones de vigilancia, prevención y preparación ante el riesgo de introducción del virus del Zika a nuestro país.

### III. Recomendaciones

Todas las GERESA/DIRESA/DISA con sus redes, microrredes y establecimientos de salud a nivel del país deben realizar una adecuada investigación epidemiológica y actividades de prevención frente a la potencial introducción del virus Zika, considerando:

1. Fortalecer y monitorear la vigilancia de febriles siguiendo las indicaciones de la Directiva Sanitaria N° 057-MINSA/DGE-INS.V.01, y su monitoreo y análisis diario en los establecimientos del nivel local.
2. Para el escenario actual del país, sin casos autóctonos de la enfermedad de Zika se utilizará la siguiente definición de caso:

**Caso sospechoso:** Paciente que reside o ha visitado áreas epidémicas o endémicas entre los últimos 14 días antes al inicio de los síntomas (Tabla 1) y que presenta exantema o elevación de temperatura corporal axilar ( $>37,2$  °C) y uno o más de los siguientes síntomas (que no se explican por otras condiciones médicas):

- Artralgias o mialgias
- Conjuntivitis no purulenta o hiperemia conjuntival
- Cefalea o malestar general

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

3. A todo caso sospechoso de Zika con  $\leq 5$  días de enfermedad se le deberá tomar una muestra de sangre siguiendo los procedimientos para la obtención, conservación y transporte de muestras de laboratorio en el nivel local.
4. Ante un caso sospechoso de Zika de manera inmediata se deberá realizar la investigación epidemiológica y entomológica en el lugar de exposición del caso y 400 metros alrededor del caso, con el fin de determinar el riesgo de transmisión.
5. Fortalecer el diagnóstico diferencial del virus Zika, frente a todo caso aislado, conglomerado o brote de febriles agudos con resultados de laboratorio negativos a dengue y otras arbovirosis (Oropuche, Mayaro y Encefalitis equina), fiebre de Chikungunya, malaria y sarampión. Teniendo en cuenta el antecedente epidemiológico de viajes en las últimas dos semanas a zonas de los países con transmisión de Zika.
6. En la atención de las gestantes debe informarse del potencial riesgo para el producto de la gestación que significa la infección por virus Zika de la embarazada, por lo cual se les debe recomendar diferir viajes hacia zonas de transmisión por Zika, si lo tuvieran programado.

7. En la atención de las gestantes, de manera rigurosa, investigar antecedentes de viajes (durante la gestación), a zonas de transmisión de Zika. Si se confirma este antecedente investigar cuadro clínico febril y hacer seguimiento prenatal especializado.
8. Las DIRESA/GERESA, redes y micro redes deben organizar los establecimientos de salud de su jurisdicción a fin de responder a un potencial brote de Zika.
9. Investigar y notificar de manera inmediata todo caso de parálisis flácida aguda en toda persona de cualquier edad que tenga antecedentes de viajes a zonas de transmisión de virus Zika.
10. Intensificar las acciones de vigilancia entomológica y control del Aedes aegypti, según la normatividad y recomendaciones emitidas por la Dirección General de Salud Ambiental (DIGESA).
11. Implementar medidas promoción y comunicación en la población para el control del Aedes aegypti.
12. Los Directores o Gerentes Regionales de Salud, jefes de redes, micro redes y establecimientos de salud deben implementar medidas para difundir e implementar las recomendaciones de la presente alerta.



Lima, 20 de Enero del 2016

**Referencia Bibliográfica:**

1. Organización Panamericana de la salud. Actualización Epidemiológica: Infección por virus zika 16 de octubre 2015
2. Duffy MR., Chen Th., Hancock WT. Zika virus outbreak on yap island federated states of Micronesia. N Engl J Med. 2009;360(24):2536-43.
3. Hayes EB. Zika virus outside Africa. Emerg Infect Dis. 2009;15(9):1347-50..
4. Governo do Estado Sao Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. Nota Informativa febre pelo vírus zika no estado de são paulo, maio 2015.
5. Gubio S.C Antonio C.B y Silvia L.S. Zika Virus outbreak, Bahia, Brasil. Emerg Infect Dis. 2015 Oct; 21 (10): 1885 hasta 1.886.
6. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. MinSalud confirma primeros nueve casos de zika en Colombia. Acceso 19 de octubre de 2015. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Confirmados-primeros-casos-de-virus-del-zika-en-Colombia.aspx>
7. Organización Panamericana de la Salud. (2016). Actualización Epidemiológica Síndrome neurológico,, anomalías congénitas e infección por virus Zika (17 de Enero 2016).
8. Ministerio de Salud Perú. Dirección General de Salud Ambiental. Reporte de Situación de la dispersión del vector Aedes aegypti.

