

INFORME DEL EVENTO

ENFERMEDAD POR VIRUS ZIKA COLOMBIA 2017

INFORME DE EVENTO ENFERMEDAD POR VIRUS ZIKA, COLOMBIA, 2017

Andrea Jineth Rodríguez Reyes
Equipo Funcional Enfermedades Transmitidas por Vectores y Zoonosis
Grupo Enfermedades Transmisibles
Subdirección de Prevención, Vigilancia y Control en Salud Pública
Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

1. INTRODUCCIÓN



La enfermedad por virus Zika es una enfermedad febril de curso agudo, producida por el virus Zika (género *Flavivirus*, familia *Flaviviridae*) y transmitido por la picadura de mosquitos hembra del género *Aedes aegypti* o *Aedes albopictus*, (1,2). En la mayoría de casos puede cursar de forma asintomática o presentarse con manifestaciones clínicas moderadas o leves (3). Esta enfermedad fue descubierta por primera vez en Uganda, África, en 1947 (4).

En 2007, la enfermedad por virus Zika es considerada emergente cuando ocurre un brote en la Isla Yap, (Micronesia). Posteriormente, se detectó un brote en la Polinesia Francesa durante 2013 y 2014, con 29.000 casos reportados y en 2014, se detectó el primer caso en las Américas procedente de la Isla Chilena de Pascua (5), desde entonces 48 naciones del continente han documentado la transmisión autóctona de la enfermedad: 76 países y territorios han notificado casos de zika por transmisión vectorial, 59 han notificado situaciones de brote, 13 han documentado casos de transmisión persona a persona, de los cuales, cinco reportan transmisión por vía sexual (6).

En Octubre de 2015, se confirmó la transmisión autóctona de la enfermedad por virus Zika en Colombia siendo el municipio de Turbaco (Bolívar) donde se identificó del primer conglomerado de casos confirmados por laboratorio. A partir de este brote se inició la vigilancia epidemiológica rutinaria del evento y en Julio del 2016, el Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Nacional de Salud, declararon el cierre de la fase epidémica de la enfermedad, anunciando el ingreso del país a la fase endémica (6)

No obstante, en el país se siguen fortaleciendo los esfuerzos técnicos para continuar haciendo seguimiento de la circulación del agente viral en el territorio nacional mediante la vigilancia rutinaria, con especial interés en los grupos de mayor riesgo debido a la

presentación de síndromes congénitos y síndromes neurológicos por causa de la infección del virus Zika.

Por lo anterior, el presente informe tiene como objetivo describir el comportamiento epidemiológico de la enfermedad por virus Zika en Colombia durante el año 2017 que permita orientar las estrategias de prevención, vigilancia y control.

2. MATERIALES Y MÉTODOS



Se realiza análisis descriptivo del evento de enfermedad por virus Zika usando como fuente de información los casos notificados durante el año 2017 por las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGDs) al Sivigila bajo el código INS 895 (Zika).

Antes del análisis del evento, se realizó un proceso de depuración con el fin de verificar la calidad del dato y eliminar los registros duplicados, repetidos y registros con ajuste D “error de digitación”.

Para el análisis de la información se tuvo en cuenta las definiciones operativas de caso del Protocolo de Vigilancia en Salud Pública (6) y se analizaron las variables sociales, demográficas y clínicas como sexo, edad, área de procedencia, pertenencia étnica, ocupación, tipo de seguridad en salud, grupo poblacional, hospitalización y comorbilidades. y se realizó el análisis de los indicadores de vigilancia por entidad territorial conforme a lo establecido en el protocolo, como se describe a continuación:

-Proporción de Incidencia de Zika: (Total de casos nuevos notificados/población en riesgo entregada por el programa de control de las ETV del MSPS) * 100

-Proporción de letalidad por Zika: (Total de casos fatales confirmados para Zika/total de casos notificados de Zika) * 100

-Proporción de casos de gestantes con Zika que se encuentran en seguimiento clínico: (Total de casos notificados de gestantes que ya iniciaron su seguimiento por la EAPB / Total de casos notificados de gestantes con zika) * 100

-Proporción de casos de Síndrome de Guillain Barré notificados bajo la vigilancia especial: (Total de casos notificados de Síndrome de Guillain Barré notificados/Total de casos de complicaciones neurológicas notificados) * 100

El análisis en la población gestante, se realizó con el total de casos notificados al Sivigila durante el año 2017 independientemente del resultado de laboratorio (RT-PCR Zika) teniendo en cuenta que un resultado de laboratorio negativo no descarta el evento.

El análisis de la información se realizó mediante el cálculo de medidas de frecuencia (proporciones, tasas de incidencia y letalidad) y se construyeron tablas y gráficas usando Microsoft Excel 2013. Asimismo, se elaboraron mapas geográficos usando el Sistema de Información Geográfica (SIG) de Código Abierto licenciado, QGIS.

Se realiza análisis de comportamientos inusuales mediante la distribución de probabilidades de Poisson en el que se comparó por entidad territorial la notificación del año 2017 (observado) y el año 2016 (esperado), los resultados obtenidos se analizan de la siguiente forma: Incremento: notificación de casos significativamente superior frente a lo esperado (Razón > 1 con una significancia estadística ($p < 0,05$)). Decremento: notificación de casos significativamente inferior frente a lo esperado (Razón < 1 con una significancia estadística ($p < 0,05$)). Estable: No se presentaron incrementos o decrementos estadísticamente significativos.

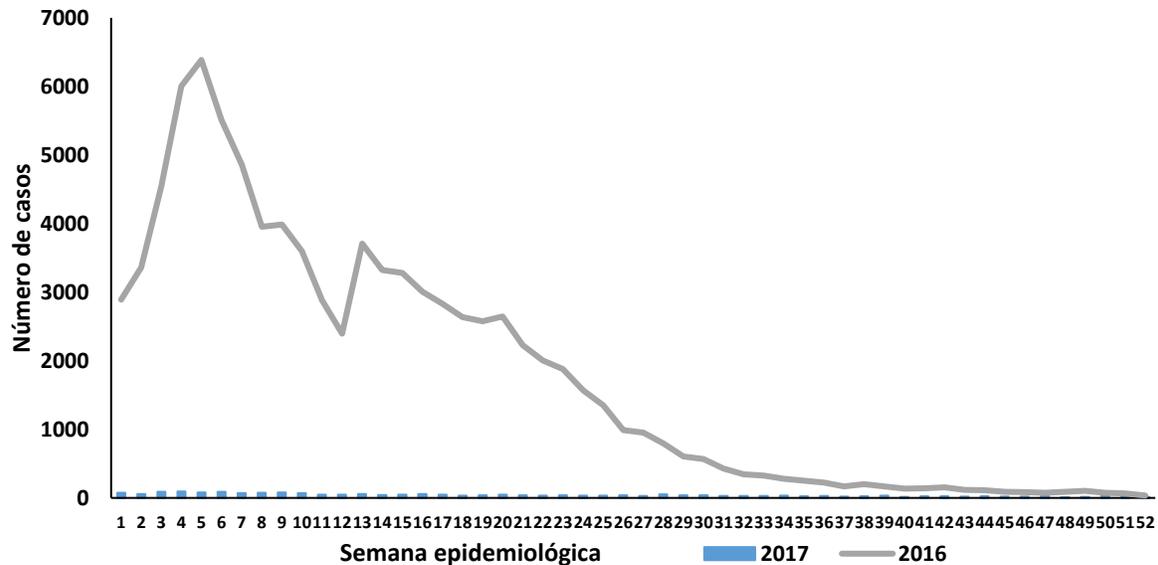
Aspectos éticos: teniendo en cuenta que se realiza un análisis de la base de datos del evento enfermedad por virus Zika y no una intervención o modificación intencionada de variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales esta investigación se considera sin riesgo según lo dispuesto en la Resolución 8430 de 1993 (7).

3. RESULTADOS



Durante el año 2017, se notificaron al Sivigila 2.130 casos de enfermedad por virus Zika de los cuales 1693 casos fueron confirmados por clínica (79,5%), 57 casos fueron confirmados por laboratorio (2,7%) y 380 casos sospechosos (17,8%). La notificación de casos disminuyó en un 97,6% comparado con la notificación del año 2016 (Figura 1).

Figura 1. Casos notificados de enfermedad por virus Zika por semana epidemiológica. Colombia, 2016-2017



Fuente: Sivigila. Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

Por entidad territorial de procedencia, los casos proceden principalmente de Valle del Cauca seguido por Santander y Tolima que corresponden al 63,0% del total de casos (Tabla 1); por municipio de procedencia, los casos proceden principalmente de Cali con 957 casos que corresponde al 44,9% seguido por Bucaramanga con 66 casos (3,1%) y por área de procedencia, el 86,8% de los casos se notificaron en la cabecera municipal (1849 casos).

Tabla 1. Distribución de casos de enfermedad por virus Zika por entidad territorial de procedencia. Colombia, 2017.

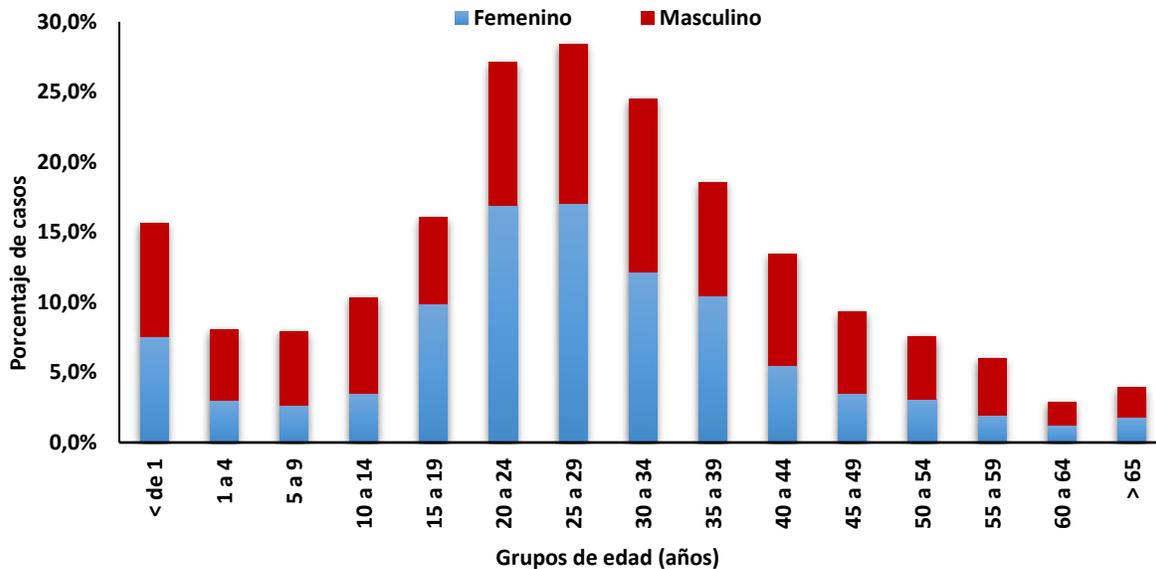
Entidad territorial de procedencia	Casos confirmados por laboratorio	%	Casos confirmados por clínica	%	Casos sospechosos	%	Total
Valle del Cauca	6	10.5	1001	59.1	33	8.7	1040
Santander	1	1.8	163	9.6	24	6.3	188
Tolima	12	21.1	57	3.4	47	12.4	116
Norte Santander	6	10.5	33	1.9	38	10.0	77
Cundinamarca	2	3.5	50	3.0	15	3.9	67
Meta	2	3.5	46	2.7	15	3.9	63
Casanare	1	1.8	33	1.9	26	6.8	60
Antioquia	1	1.8	38	2.2	16	4.2	55
Huila	2	3.5	29	1.7	12	3.2	43
Cesar	0	0.0	24	1.4	17	4.5	41
Putumayo	1	1.8	33	1.9	1	0.3	35
Barranquilla	7	12.3	21	1.2	5	1.3	33

Atlántico	11	19.3	14	0.8	5	1.3	30
Risaralda	2	3.5	23	1.4	4	1.1	29
Córdoba	0	0.0	9	0.5	18	4.7	27
Sucre	0	0.0	14	0.8	11	2.9	25
Cartagena	1	1.8	16	0.9	6	1.6	23
Amazonas	0	0.0	20	1.2	1	0.3	21
Caldas	0	0.0	14	0.8	5	1.3	19
Santa Marta D.E.	0	0.0	10	0.6	6	1.6	16
Arauca	0	0.0	9	0.5	5	1.3	14
Bogotá D.C	0	0.0	0	0.0	14	3.7	14
Cauca	0	0.0	4	0.2	8	2.1	12
Caquetá	0	0.0	10	0.6	2	0.5	12
Bolívar	0	0.0	5	0.3	5	1.3	10
Guajira	0	0.0	3	0.2	4	1.1	7
Guaviare	0	0.0	5	0.3	1	0.3	6
Vichada	0	0.0	0	0.0	5	1.3	5
Quindío	0	0.0	2	0.1	3	0.8	5
Magdalena	0	0.0	3	0.2	2	0.5	5
San Andrés	0	0.0	0	0.0	5	1.3	5
Vaupés	1	1.8	2	0.1	2	0.5	5
Nariño	0	0.0	0	0.0	4	1.1	4
Chocó	0	0.0	0	0.0	3	0.8	3
Boyacá	0	0.0	2	0.1	0	0.0	2
Buenaventura	0	0.0	1	0.1	1	0.3	0
Guainía	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0
Exterior	1	1.8	0	0.0	12	3.2	13
Total	57	2.7	1693	79.5	380	17.8	2130

Fuente: Sivigila. Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

De acuerdo con las características sociales y demográficas de la población afectada, 1243 casos de enfermedad por virus Zika se presentaron en sexo femenino (58,4%) y 887 casos en sexo masculino (41,6%); por grupos de edad, se observa que el 58,9% de los casos se concentraron en la población de 15 a 39 años (Figura 2).

Figura 2. Distribución de casos de enfermedad por virus Zika por sexo y grupos de edad. Colombia, 2017

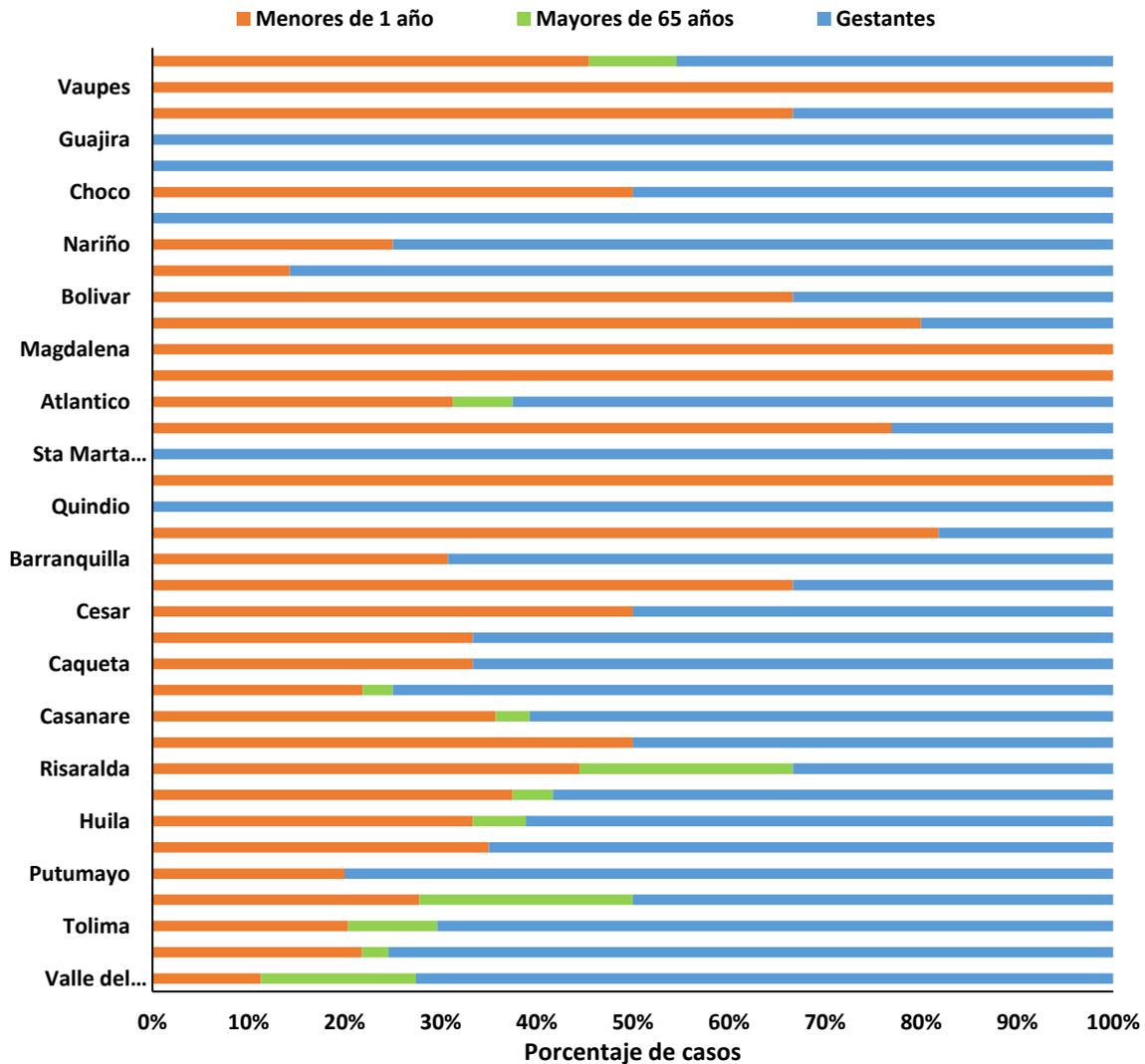


Fuente: Sivigila. Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

Por pertenencia étnica, el 97,0% de los casos se encuentran en la categoría “otro” (2064 casos), el 1,4% son indígenas (30 casos), el 1,0% son afrocolombianos (21 casos) y el 0,6% son ROM, Gitano (13 casos). De acuerdo con el régimen en salud, se puede evidenciar que el 72,0% de los casos están afiliados a un régimen contributivo (1534 casos), el 22,5% a un régimen subsidiado (480 casos), el 1,8% a un régimen especial (38 casos), el 1,3% a un régimen excepción (28 casos), el 1,8% no están asegurados (39 casos) y el 0,5% es indeterminado (11 casos). Por ocupación, los casos de enfermedad por virus Zika se presentaron principalmente en las personas dedicadas al hogar (15,6%) y estudiantes (11,27%).

Durante el año 2017, se notificaron 595 casos de enfermedad por virus Zika de alto riesgo que corresponde al 27,9% del total de casos, siendo el 27,9% menores de 1 año (166 casos), el 6,9% mayores de 65 años (41 casos) y el 62,5% gestantes (388 casos); por procedencia, el 53,8% de los casos de alto riesgo se concentran en Valle del Cauca, Santander, Tolima y Norte de Santander (Figura 2).

Figura 3. Distribución de casos de enfermedad por virus Zika por grupos de alto riesgo y entidad territorial de procedencia. Colombia, año 2017.



Fuente: Sivigila. Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

Durante el año 2017, se notificaron 388 casos de gestantes que refirieron haber tenido en algún momento síntomas compatibles con enfermedad por virus Zika, con un rango de edad entre los 13 a 43 años siendo el grupo de 20 a 29 años de edad el que concentra el 54,4% de los casos. De acuerdo con la pertenencia étnica, el 96,6% de los casos se encuentran en la categoría “otro” (375 casos), el 2,6% son indígenas (5 casos) y afrocolombianos (5 casos) y el 0,8% son ROM, Gitano (3 casos). De acuerdo con el régimen en salud, las gestantes están afiliadas principalmente al régimen contributivo (55,4%) y subsidiado (38,7%), y se observa que el 2,3% de las gestantes se notificaron como no aseguradas. El 83,5% proceden de área urbana.

El 51,3%(199) de los casos son sospechosos, el 43,3%(168) fueron confirmados por clínica y el 5,4% (21) fueron confirmados por laboratorio. Por procedencia, el 93,6% (363) de los casos proceden de municipios con circulación viral confirmada de Zika, el 3,4% (13) de municipios donde no se ha confirmado circulación y el 3,1% (12) proceden del exterior. Por entidad territorial de residencia, Valle del Cauca y Santander presentaron la mayor proporción de casos con el 22,1% (89) y 21,4% (83), respectivamente (Tabla 2).

Tabla 2. Distribución de los casos de enfermedad por virus Zika en gestantes por procedencia y residencia. Colombia, 2017.

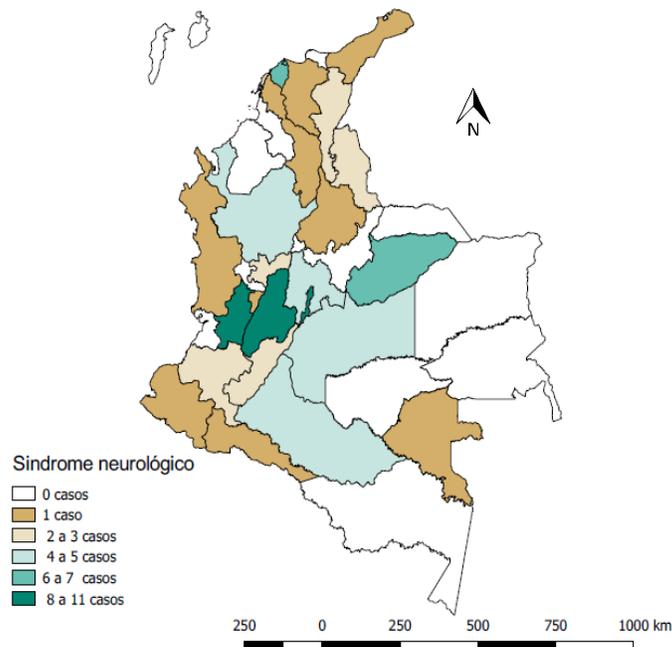
Departamento de residencia	Procedencia			Total	%
	Municipios con confirmación de virus Zika	Municipios sin confirmación de virus Zika	Exterior		
Valle del cauca	89			89	22.9%
Santander	80	2	1	83	21.4%
Bogotá	25	6	6	37	9.5%
Tolima	31			31	8.0%
Norte de Santander	24			24	6.2%
Casanare	17			17	4.4%
Antioquia	13			13	3.4%
Meta	12	1		13	3.4%
Atlántico	10			10	2.6%
Cesar	9			9	2.3%
Barranquilla	8			8	2.1%
Huila	8			8	2.1%
Cauca	6	1		7	1.8%
Cundinamarca	4	1	2	7	1.8%
Caldas	4			4	1.0%
Nariño	1	2		3	0.8%
Putumayo	3			3	0.8%
Risaralda	3			3	0.8%
Santa Marta D.E.	3			3	0.8%
Sucre	3			3	0.8%
Arauca	2			2	0.5%
Bolívar	2			2	0.5%
Caquetá	2			2	0.5%
La Guajira	1		1	2	0.5%
Cartagena			1	1	0.3%
Chocó	1			1	0.3%

Guaviare	1		1	0.3%	
Quindío	1		1	0.3%	
Sin dato			1	0.3%	
Total	363	13	12	388	100.0%

Fuente: Sivigila. Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

Durante el año 2017 se notificaron 90 casos de síndromes neurológicos (Síndrome de Guillain-Barré, polineuropatías ascendentes, entre otras afecciones neurológicas similares) con antecedente de enfermedad febril compatible con infección por el virus Zika, de los cuales el 48,9% (44) son de sexo femenino y el 51,1% (46) de sexo masculino. La mayor proporción de casos se concentra en los grupos de edad de 10 a 24 años y 30 a 44 años con el 34,4% (31) y 30,0% (27). Por departamento de residencia, los casos se encuentran en 25 entidades territoriales siendo Valle del Cauca, Bogotá y Tolima en el que se encuentra la mayor proporción de casos concentrando el 31,1% (Mapa 1). De los casos que ingresaron bajo la vigilancia intensificada de las complicaciones neurológicas con antecedente reciente de la enfermedad por virus Zika, 37 casos (41,1%) se notificaron con el código CIE-10 de Síndrome de Guillain barré (G-610), residentes principalmente de Bogotá, Tolima y Barranquilla cada entidad con 5 casos.

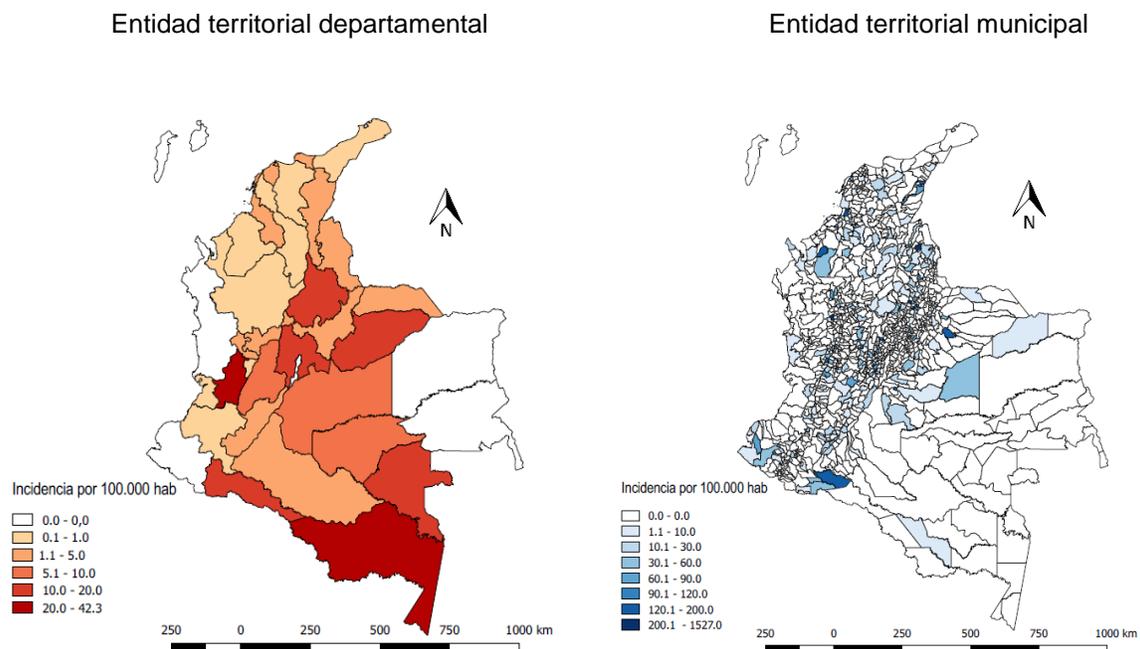
Mapa 1. Casos de síndrome neurológico con antecedente de enfermedad por virus Zika por entidad territorial de residencia. Colombia 2017



Fuente: Sivigila. Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

La incidencia nacional de enfermedad por virus Zika es de 6,28 casos por 100.000 habitantes de la población en riesgo. A nivel departamental, Amazonas, Valle de Cauca, Vaupés, Putumayo, Casanare, Cundinamarca y Santander presentaron las mayores tasas de incidencia superando a su vez la incidencia nacional; y a nivel municipal las mayores incidencias se presentaron en los municipios de Hacari (Norte de Santander), Confines (Santander), Teorama (Norte de Santander), El Peñón (Cundinamarca) y Bituima (Cundinamarca) (Mapa 2).

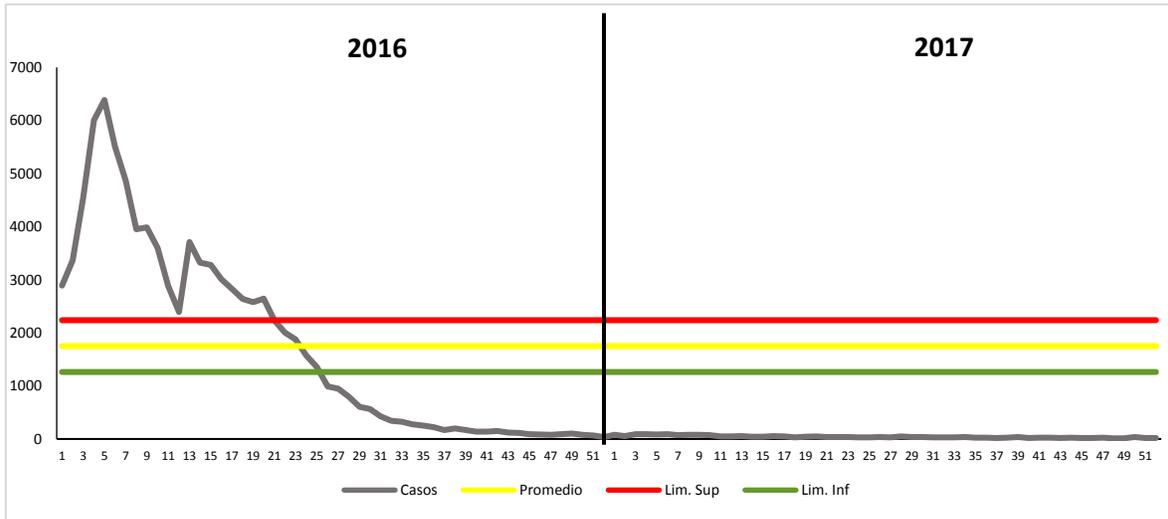
Mapa 2. Incidencia de enfermedad por virus Zika por entidad territorial departamental y municipal. Colombia, 2017



Fuente: Sivigila. Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

Con respecto al comportamiento epidemiológico del evento de fiebre por virus Zika durante el año 2017, se observa que el evento se mantuvo por debajo del límite inferior del promedio de casos del año 2016, aunque este comportamiento se presenta desde la semana epidemiológica 26 del año 2016 coincidiendo con la etapa final de la epidemia de zika en Colombia (Figura 4) y que se relaciona a su vez, con el análisis de comportamientos inusuales mediante la distribución de probabilidades de Poisson realizado por entidad territorial en el que se observó que el 100% de las entidades territoriales con población a riesgo para enfermedad por virus Zika presentaron un decremento significativo frente a lo esperado ($p < 0,05$).

Figura 4. Comportamiento epidemiológico de enfermedad por virus Zika. Colombia, 2016 – 2017



Fuente: Sivigila. Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

Durante el año 2017, se notificaron 31 casos de enfermedad por virus Zika con condición final “muerto”, de los cuales 21 corresponden a casos que cumplían con la definición para muerte perinatal y defectos congénitos y que fueron analizados por el respectivo subsistema de información; los 10 casos restantes, se descartaron para el evento por unidad de análisis y se atribuyeron a otras causas etiológicas.

Con respecto a los indicadores de vigilancia por entidad territorial se puede observar que las mayores incidencias se presentaron en Amazonas, Valle del Cauca, Vaupés y Putumayo superando a su vez la incidencia nacional de 6,28 casos por 100.000 habitantes (Tabla 3).

El porcentaje de letalidad a nivel nacional fue de 0,0%. De acuerdo con el indicador de seguimiento a las gestantes por la EAPB, a nivel nacional es del 49,0% y las entidades territoriales de residencia que presentaron indicadores de seguimiento por encima del 90,0% fueron Cartagena, Santa Marta y Atlántico. Con respecto al porcentaje de síndrome de Guillain barré notificados, las se observa que el 100% de los casos notificados por Casanare con complicación neurológica presentaron Síndrome Guillain barré (Tabla 3).

Tabla 3. Distribución de casos de enfermedad por virus Zika por entidad territorial de procedencia. Colombia, 2017.

Entidad territorial de procedencia	Incidencia	Letalidad	Seguimiento a gestantes por la EAPB*	% Síndrome de Guillain barré**
Amazonas	42.35	0.0%	N/A	N/A
Antioquia	0.78	0.0%	7.7%	28.6%
Arauca	4.94	0.0%	50.0%	N/A
Atlántico	2.09	0.0%	90.0%	N/A
Barranquilla	2.29	0.0%	62.5%	60.0%
Bogotá D.C	0.00	0.0%	40.5%	60.0%
Bolívar	0.73	0.0%	50.0%	N/A
Boyacá	1.52	0.0%	N/A	N/A
Buenaventura	0.26	0.0%	N/A	N/A
Caldas	4.57	0.0%	0.0%	0.0%
Caquetá	2.80	0.0%	50.0%	80.0%
Cartagena	1.73	0.0%	100.0%	0.0%
Casanare	11.11	0.0%	29.4%	100.0%
Cauca	0.79	0.0%	57.1%	0.0%
Cesar	2.58	0.0%	33.3%	N/A
Chocó	0.00	0.0%	0.0%	N/A
Córdoba	0.78	0.0%	N/A	N/A
Cundinamarca	10.16	0.0%	28.6%	0.0%
Guainía	0.00	0.0%	N/A	N/A
La Guajira	0.45	0.0%	50.0%	N/A
Guaviare	7.33	0.0%	0.0%	N/A
Huila	3.62	0.0%	37.5%	0.0%
Magdalena	0.64	0.0%	N/A	N/A
Meta	5.82	0.0%	46.2%	0.0%
Nariño	0.00	0.0%	66.7%	0.0%
Norte Santander	3.59	0.0%	79.2%	N/A
Putumayo	18.01	0.0%	33.3%	N/A
Quindío	0.40	0.0%	0.0%	0.0%
Risaralda	2.95	0.0%	66.7%	N/A
San Andrés	0.00	0.0%	N/A	N/A
Santa Marta D.E.	2.07	0.0%	100.0%	N/A
Santander	10.14	0.0%	57.8%	33.3%
Sucre	2.06	0.0%	0.0%	N/A
Tolima	6.51	0.0%	32.3%	55.6%
Valle del Cauca	25.51	0.0%	52.8%	16.7%
Vaupés	18.10	0.0%	N/A	N/A
Vichada	0.00	0.0%	N/A	N/A

Colombia	6.28	0.00%	49.0%	41.1%
-----------------	-------------	--------------	--------------	--------------

Fuente: Sivigila. Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

4. DISCUSIÓN



En Colombia, durante el año 2017 se observa una reducción importante en la notificación de la enfermedad causada por el virus Zika comparado con el año 2016, aunque esta reducción es consecuente con el comportamiento esperado después de la finalización de la epidemia de Zika en Colombia (semana 28 de 2016) en el cual a medida que la población infectada y recuperada aumenta, se produce una barrera inmunológica en la cual el mosquito no encuentra pacientes con viremia activa para seguir con el ciclo y también, se relaciona con el desarrollo de inmunidad en la población infectada (8). A pesar de este comportamiento, es posible que se identifiquen situaciones de aumento de casos en algunos territorios con condiciones de riesgo sin confirmación de la circulación viral.

Por entidad territorial de procedencia, Valle del Cauca sigue siendo la entidad territorial que presenta el mayor número de casos de la enfermedad por virus Zika concentrando el 48,8% (1.040) del total de casos durante el 2017 y el 25,0% (26.211) de casos notificados desde el inicio de la epidemia (semana epidemiológica 32 de 2015) hasta la semana 52 del año 2016; por incidencia, Amazonas fue la entidad territorial que presentó la mayor incidencia en 2017 y durante la fase epidémica del año 2015-2016 se mantuvo tercer lugar después de San Andrés y Casanare.

Las mujeres representan el 58,4% de la población afectada por la enfermedad por virus Zika comportamiento que podría ser explicado cuando la transmisión es vectorial porque esta población permanece más tiempo en la vivienda y en el peridomicilio lo cual hace que el vector urbano, domiciliario y peridomiciliario las pique y les transmita la enfermedad; Asimismo, el 31,2% de las mujeres son población gestante considerado un grupo de alto riesgo y al que se le debe prestar especial atención teniendo en cuenta la alta transmisibilidad del virus tanto vectorial como por contacto sexual y que puede afectar el desarrollo embrionario y fetal produciendo microcefalia y otras alteraciones en el Sistema nervioso central, crecimiento intrauterino retardado (CIR), insuficiencia placentaria y muerte fetal (9) por lo que el seguimiento estricto por parte de las EAPB es fundamental para detectar oportunamente y dar una atención adecuada tanto a la gestante como al bebé.

Aunque la enfermedad por virus Zika es leve y autolimitada, esta se ha relacionado con otras graves complicaciones neurológicas como es el Síndrome de Guillain barré (SGB). En Colombia, es evidente el descenso en la notificación de SGB con antecedente de enfermedad por virus Zika observándose una reducción para el año 2017 del 91,0% con

respecto a lo notificado durante el año 2015 y 2016; no obstante, se debe seguir realizando la vigilancia de este evento debido a su importancia a nivel mundial tanto en carga económica como social (10), teniendo en cuenta también el diagnóstico diferencial con otros agentes patógenos susceptibles de producir el síndrome como *Campylobacter jejuni*, *C. fetus*, *Mycoplasma pneumoniae*, VIH, hepatitis B y C, *Leptospira*, CMV, virus de *Epstein-Barr*, *Herpes simplex* tipo 1 y 2, *Varicella zoster*, virus de la rubeola, sarampión, parvovirus B19, DENV e incluso poliovirus (11)

Al realizar el análisis del evento bajo el enfoque de los determinantes sociales y económicos, se evidencia que existen otros factores que influyen en el éxito del control del virus Zika, entre los que se encuentran el crecimiento acelerado de la población humana y su concentración en áreas urbanas sin servicios públicos adecuados, con la consecuente proliferación de recipientes que acumulan agua y sirven de criadero de *Aedes aegypti* en áreas privadas a las cuales los inspectores de salud no tienen acceso; el incremento de las temperaturas, limitaciones para el sostenimiento de programas preventivos ya que muchas veces carecen de objetivos claros, presupuestos adecuados o personal calificado; baja percepción al riesgo de la población, no uso de medidas de barreras protectoras, hacinamiento, migración entre otras (12, 13).

Por lo anterior, se recomienda dar regularidad al trabajo intersectorial, con el fin de enfrentar los factores estructurales e intermedios determinantes del problema e incidir a largo plazo y en forma sostenida en la carga de estas enfermedades en el marco de las garantías del derecho fundamental a la salud de la población en riesgo y de los afectados por las enfermedades de transmisión vectorial, mediante la implementación del “Modelo integral de atención en salud” y sus correspondientes “Rutas integrales de atención en salud” (14). De igual forma, teniendo en cuenta la transmisión por vía sexual del virus Zika, se deben implementar estrategias en conjunto con el programa de salud sexual y reproductiva con el fin de garantizar los derechos reproductivos a través de la prestación de servicios de calidad, de implementar prácticas sensibles al género y de tener en cuenta las necesidades de las poblaciones vulnerables, entre ellas adolescentes y jóvenes (15).

Aunque la disminución de casos de la enfermedad por virus Zika a nivel nacional es evidente, es importante seguir sospechando de la enfermedad teniendo en cuenta las definiciones operativas de caso descritas en el protocolo de vigilancia así como los municipios que presentan circulación viral confirmada del virus con el fin de realizar la vigilancia adecuada del evento y proporcionar un tratamiento adecuado al paciente para evitar complicaciones severas incluso hasta la muerte.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS



¹ Zanluca 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: 569-72.

² Center for Disease Control and Prevention. Zika virus. Atlanta: Center for Disease Control and Prevention; 2016.

³ Rodríguez-Morales A, Villamil-Gómez W. El reto de Zika en Colombia y América Latina: Una urgencia sanitaria internacional. Infection. 2016; 20(2): 59-61.

⁴ Musso D, Nilles EJ, Cao-Lormeau VM. Rapid spread of emerging Zika virus in the Pacific area. Clin Microbiol Infect. 2014; 20(10): 595-6.

⁵ Schuler-Faccini L, Ribeiro EM, Feitosa IM, Horovitz DDG, Cavalcanti DP, Pessoa A, et al. Possible Association Between Zika Virus -Infection and Microcephaly – Brazil, 2015. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2016; 65: 59-62.

⁶ Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia en salud pública de enfermedad por virus Zika. Colombia. 2017. Disponible en: <http://www.ins.gov.co/buscador-eventos/ZIKA%20Lineamientos/Zika%20PROTOCOLO.pdf>

⁷ Ministerio de Salud. Resolución 8430 de 1993. 04 de octubre de 1993.

⁸ Acuña G., Perret C. ¿En qué consiste la infección humana por Virus Zika?. Rev Med Chile 2016; 144: 1322-1325

⁹ Viñuela M., Ortiz L. Virus Zika y gestación. Prog Obstet Ginecol. 2016;59(2):104-111

¹⁰ Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja. Evaluación del impacto socioeconómico del virus Zika en América Latina y El Caribe: Brasil, Colombia y Surinam como estudios de caso. Abril 2017. Disponible en: <http://www.ifrc.org/Global/Photos/Secretariat/201702/UNDP-Zika-04-05-2017-Spanish-WEB.pdf>

¹¹ Betancur L., Bedoya A., Cardona J. Relación Entre Síndrome de Guillain Barré e Infección por el Virus Zika: Revisión Sistemática de la Literatura. iMedPub Journals. Vol. 12 No. 3: 18 doi: 10.3823/1317

¹² Colón-González FJ, Lake IR, Bentham G. Climate variability and dengue fever in warm and humid Mexico. Am J Trop Med Hyg. 2011 May;84(5):757-63. Citado en PubMed; PMID: 21540386.

¹³ Alvarez M., et al. Dengue, chikungunya, Virus de Zika. Determinantes sociales. Revista médica electrónica. Vol. 40 Num. 1. Año 2018.

14 Padilla J., *et al.* Epidemiología de las principales enfermedades transmitidas por vectores en Colombia, 1990-2016. *Biomédica* 2017;37(Supl.2):27-40

15 La Salud Sexual y Reproductiva en el contexto del virus del Zika. Diciembre 2016. Disponible en: https://www.msh.org/sites/msh.org/files/msh-zika_and_srh_cards-esp-final.pdf

6.ANEXOS

