



# Informe de evento Infección por Virus Zika

**Código 895**

**2021**

**Grupo de Enfermedades Endoepidémicas y Relacionadas con Salud Sexual  
Subdirección de Prevención, Vigilancia y Control en Salud Pública  
Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública**

[transmisibles@ins.gov.co](mailto:transmisibles@ins.gov.co)



La salud  
es de todos

Minsalud

## Informe de evento Infección por Virus Zika

---

### Créditos

MARTHA LUCÍA OSPINA MARTÍNEZ  
Directora General

FRANKLYN EDWIN PRIETO ALVARADO  
Director de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

### Elaboró

JOSÉ LEONARDO GÓMEZ GÓMEZ  
JESSICA MARÍA PEDRAZA CALDERÓN  
Grupo Enfermedades Endoepidémicas y Relacionadas con Salud Sexual

### Revisó

SANDRA LUCERO BONILLA MOLANO  
Grupo Enfermedades Endoepidémicas y Relacionadas con Salud Sexual

LUIS CARLOS GÓMEZ ORTEGA  
Coordinador  
Grupo Enfermedades Endoepidémicas y Relacionadas con Salud Sexual

### Aprobó

DIANA MARCELA WALTEROS ACERO  
Subdirectora de Prevención, Vigilancia y Control en Salud Pública

© Instituto Nacional de Salud Bogotá,  
Colombia Av. Calle 26 No. 51-20

Cita: Colombia. Instituto Nacional de Salud.  
Informe de Evento Infección por virus Zika.  
2021.

# Informe de Infección por Virus Zika, Colombia, 2021

## 1. Introducción

---

El virus Zika (ZIKV) es un flavivirus de ARN de la familia *Flaviviridae*. Esta familia también incluye el virus del dengue, el virus de Nilo Occidental, el virus de la fiebre amarilla y el virus de la encefalitis japonesa (1). La infección a humanos fue descubierta por estudios serológicos en Uganda y Tanzania en 1952 y se logró aislar el virus a partir de muestras humanas en Nigeria en 1968 (2). En el mundo, el primer brote notificado por ZIKV fue reportado en la isla Yap ubicada en el Pacífico Occidental en los Estados Federados de Micronesia en el año 2007, que fue el antecedente de la epidemia que apareció posteriormente en Polinesia Francesa en el Pacífico Sur en los años 2013 y 2014 donde notificaron cerca de 30.000 casos sintomáticos (1, 2).

El primer caso autóctono en Las Américas se notificó en Chile en febrero del 2014 y en 2015 se observó un incremento en Brasil. En ese mismo año, surge una alerta sobre comportamiento inusual de microcefalia, y se evidenció la presencia del genoma del ZIKV en muestras de líquido amniótico y tejido. Esto llevó a que en este país se declarara la emergencia nacional, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) declaró el evento como Emergencia en Salud Pública de interés internacional por los casos de microcefalia y de complicaciones neurológicas, registró 27 728 casos de infección por el virus del Zika en las Américas. El 87,3 % procede de la región del Cono Sur. También hay registro de casos en la subregión Andina y México-América Central, en menor proporción (3, 4).

En Colombia, el primer caso confirmado de infección por ZIKV fue notificado en el municipio de Turbaco, departamento de Bolívar, en la semana epidemiológica 32 de 2015 (5). A partir de la confirmación de la presencia del virus, se implementó la vigilancia de la enfermedad a través del Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila), realizando el seguimiento de la circulación del agente viral en el territorio nacional por medio la vigilancia rutinaria y de laboratorio, 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 ZIKV, y que continuó durante la fase epidémica que abarcó 2016.

Este virus es transmitido por medio de la picadura de un mosquito del género *Aedes*, también puede ser transmitida por vía materno-fetal, lactancia materna, vía sexual, trasplante de órganos o tejidos y transfusiones sanguíneas. En la transmisión por picadura, se definen dos ciclos principales: uno selvático, que involucra la presencia

del virus en primates no humanos y mosquitos arbóreos; y uno urbano, relacionado con seres humanos y mosquitos en los cascos urbanos. En el ciclo selvático, se han identificado distintas especies del género *Aedes* que actúan como vectores tales como: *A. aegypti*, *A. africanus*, *A. albopictus*, *A. apicoargenteus*, *A. furcifer*, *A. luteocephalus*, *A. opok* y *A. vittatus* (6). En el ciclo urbano, se han identificado *A. aegypti* y *A. albopictus*. El *A. aegypti*, considerado el principal vector involucrado, se caracteriza por un patrón dorsal brillante y presencia de bandas blancas en sus patas. El *A. albopictus* presenta una única línea dorsal longitudinal, también con bandas blancas en las patas (3).

El periodo de incubación y desarrollo del virus puede oscilar entre los 3 y 12 días posterior a la picadura, la sintomatología más visible de una persona contagiada incluye fiebre a menor medida, sarpullido de tipo maculo-papular, dolor de cabeza, articular y muscular, entre otros y habitualmente estos síntomas se resuelven de forma espontánea y los pacientes evolucionan satisfactoriamente. Sin embargo, también se han reportado complicaciones clínicas graves, como la microcefalia y otras malformaciones del sistema nervioso central en recién nacidos; también se plantea la posibilidad de afectaciones a las gestantes dadas por abortos espontáneos, partos pretérminos o muertes intrauterinas. En adultos, se han documentado eventos hemorrágicos y secuelas neurológicas como meningitis, meningoencefalitis y síndrome de Guillain-Barré. Algunos estudios mencionan algunos casos de otras secuelas como hipotensión, hipoacusia transitoria y síntomas genitourinarios (3, 7).

Actualmente, la estrategia preventiva implementada en el territorio es el control vectorial, que tiene como objeto la protección de picaduras de mosquitos a la población y brindando estrategias de promoción y prevención. El conocimiento del comportamiento de la enfermedad y la identificación de las zonas endémicas son el complemento ideal para estas intervenciones. Teniendo en cuenta lo anterior, la vigilancia en salud pública de este evento es de vital importancia y debe intensificarse el seguimiento y confirmación de los casos en poblaciones vulnerables que se encuentran en las zonas de riesgo (4, 7, 8).

El objetivo de este informe es presentar el análisis descriptivo del comportamiento de la infección por virus Zika en 2021, con el fin de generar un insumo que sea de utilidad para orientar las estrategias de prevención, vigilancia y control a nivel nacional y territorial de este evento de interés en salud pública.

## 2. Materiales y Métodos

---

Se realizó un análisis descriptivo transversal. La fuente de información fueron los casos de Zika notificados al Sivegila a través del código 895 entre la semana 01 y 52 de 2021. La información se analizó con medidas descriptivas: frecuencias, tasas, medidas de tendencia central y se procesó en el programa Excel de Office 365.

Para la depuración de las bases de datos se tiene en cuenta los casos notificados hasta la semana epidemiológica 52 de 2021, con ajustes diferentes a 6 y D. Para la clasificación del caso sospechoso, confirmado por laboratorio, confirmado por clínica se tienen en cuenta las variables: tipo de caso, ajuste, grupo de riesgo y confirmación de la circulación viral en el municipio de procedencia (Anexo 1). El análisis de indicadores se realizó conforme a lo dispuesto en el protocolo de vigilancia en salud pública del evento, como se describe a continuación: los indicadores de incidencia se construyeron usando como numerador el total de casos nuevos notificados por entidad territorial de procedencia y como denominador la población en riesgo vigente, emitida por el programa de enfermedades endemo-epidémicas del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), por 100 000.

Se realizó un análisis univariado de frecuencia de las variables sociales y demográficas y clínicas contenidas en las notificaciones y que son de interés para el evento. Se realizó análisis bivariados comparando manifestaciones clínicas con sexo y grupos de edad (menores y mayores de un año) con la metodología de ji-cuadrado. Se analizaron los comportamientos inusuales mediante la distribución de probabilidades de Poisson, en el que se comparó, por entidad territorial, la notificación a semana epidemiológica 52 de 2021 (observado) y el promedio de la notificación a semana epidemiológica 52 de 2018, 2019 y 2020 (esperado). Se definió como incremento la notificación de casos significativamente superior frente a lo esperado (Razón  $>1$  con una significancia estadística ( $p < 0,05$ ), decremento la notificación de casos significativamente inferior frente a lo esperado (Razón  $< 0,05$ ) y estable cuando no se presentaron incrementos o decrementos estadísticamente significativos.

La letalidad se calcula a partir del total de casos fatales confirmados para el evento dividido en el total de casos notificados para el evento por 100. La proporción de casos del síndrome de Guillain-Barré asociada a Zika se calcula a partir del total de casos notificados del síndrome de Guillain-Barré sobre el total de casos de complicaciones neurológicas notificados por 100.

La proporción de gestantes con enfermedad por el virus del Zika que ya finalizaron su embarazo se calcula a partir del total de casos notificados de gestantes que ya finalizaron su embarazo (abortos, muertes perinatales, nacidos vivos) sobre el total de casos notificados de gestantes con Zika por 100. En el numerador se incluyen

tanto los casos identificados en la variable “la gestante terminó el embarazo”, así como los casos con 38 semanas o más de gestación al corte de la semana epidemiológica (SE) 52 de 2021 calculado a partir de la resta de la fecha de corte y la fecha de última menstruación dividido en 7 días.

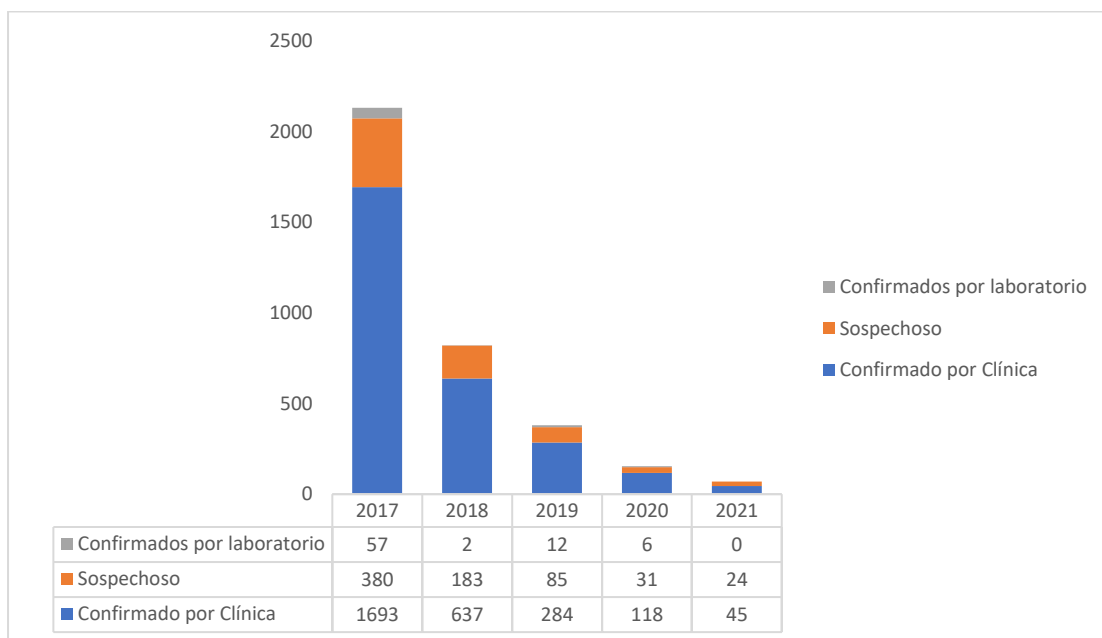
### **Consideraciones éticas**

El presente informe de evento corresponde al análisis de la notificación de los eventos de interés en salud pública, la información se considera un análisis sin riesgo de acuerdo con la Resolución 08430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia. La información se obtuvo del Sivigila, se aseguró la confidencialidad de los datos y se respetaron los principios sustanciales de responsabilidad y equidad, no se realizó ninguna modificación intencionada de las variables. Estos resultados permitirán fortalecer las acciones y decisiones de vigilancia en salud pública a nivel nacional y territorial.

### 3. Resultados

Durante 2021, se notificaron 69 casos de Zika. De este total, 45 casos (65,2 %) fueron confirmados por clínica, y 24 (34,8 %) sospechosos, según las definiciones de caso establecidas por el sistema de vigilancia a nivel nacional en el protocolo del evento y en los lineamientos vigentes. No se registraron casos confirmados por laboratorio (Gráfico 1).

**Gráfico 1.** Distribución por tipo de caso de zika. Colombia, 2017-2021



El evento presenta una disminución del 55,5 % (87 casos) comparado con el año anterior presentando una tendencia decreciente mantenida desde la finalización de la fase epidémica en 2017. Se evidenció que el 59,4 % (41 casos) de los casos correspondió a mujeres. El 79,7 % (55 casos) de los casos ocurrió en la cabecera municipal. Los tipos de régimen en salud más frecuentes fue el contributivo y el subsidiado con 46,4 % c/u (32 casos). No se reportaron casos en grupos especiales como indígenas o afrocolombianos. El mayor número de casos, según grupo etario, se encontró en el grupo de 5 a 9 años con 18,8 % (13 casos), seguido por el grupo de 20 a 24 años, con 17,4 % (12 casos) (Tabla 1).

**Tabla 1.** Comportamiento sociodemográfico de los casos de Zika en Colombia, 2021

Característica	Variable	Casos	%
Sexo	Mujeres	41	59,4%
	Hombres	28	40,6%
Edad	Menores de un año	26	37,7%
	1 a 4 años	2	2,9%

	5 a 9 años	3	4,3%
	10 a 14 años	2	2,9%
	15 a 19 años	4	5,8%
	20 a 24 años	11	15,9%
	25 a 29 años	1	1,4%
	30 a 34 años	6	8,7%
	35 a 39 años	8	11,6%
	40 a 44 años	5	7,2%
	45 a 49 años	0	0,0%
	50 a 54 años	0	0,0%
	55 a 59 años	0	0,0%
	60 a 64 años	0	0,0%
	65 y más años	1	1,4%
<i>Pertenencia étnica</i>	Indígena	0	0,0%
	Afrocolombiano	0	0,0%
<i>Área de procedencia</i>	Cabecera municipal	55	79,7%
	Centro Poblado	6	8,7%
	Rural disperso	8	11,6%
<i>Tipo de régimen</i>	Contributivo	32	46,4%
	Especial	1	1,4%
	Sin afiliación	1	1,4%
	Excepción	3	4,3%
	Subsidiado	32	46,4%

La incidencia nacional fue de 0,26 casos por cada 100 000 habitantes en riesgo. Las entidades territoriales que más casos notificaron fueron Valle del Cauca, Atlántico y Cauca. Las de mayores incidencias fueron Guaviare, Cauca y Cundinamarca. Sin embargo, y como se mencionó previamente, debe resaltarse que ninguno de estos casos reportados fue confirmado por laboratorio. Estos indicadores se resumen en la Tabla 2:

**Tabla 2. Casos e incidencias de Zika por entidad territorial en Colombia, 2021**

Entidad Territorial	Casos Confirmados por Clínica	Casos Sospechosos	Casos Confirmados por Laboratorio	Total	Incidencia (casos por 100.000 personas a riesgo)
Antioquia	2	0	0	2	0,04
Atlántico	0	3	0	3	0,24
Barranquilla	2	3	0	5	0,49
Bolívar	2	0	0	2	0,28
Boyacá	1	0	0	1	0,86
Buenaventura	1	0	0	1	0,25
Cartagena	2	0	0	2	0,20



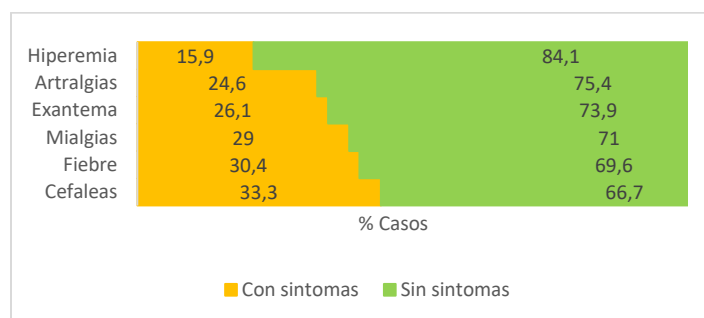
Caquetá	1	0	0	1	0,33
Casanare	1	1	0	2	0,70
Cauca	4	3	0	7	1,27
Córdoba	1	1	0	2	0,21
Cundinamarca	4	1	0	5	1,09
La Guajira	1	0	0	1	0,17
Guaviare	1	0	0	1	1,40
Huila	0	1	0	1	0,14
Magdalena	0	1	0	1	0,21
Meta	0	1	0	1	0,13
Norte de Santander	1	0	0	1	0,10
Putumayo	0	1	0	1	0,62
Santander	1	0	0	1	0,06
Tolima	5	1	0	6	0,62
Valle del Cauca	15	1	0	16	0,41

- 6 casos se reportaron como de procedencia desconocida.

Fuente: SIVIGILA-INS. 2021.

La manifestación clínica más frecuentemente reportada fue la cefalea en el 33,3 % (23 casos) del total, seguida por la fiebre y las mialgias. El exantema, a pesar de ser la manifestación principal en la definición de caso, solo se reportó en el 26,1 % (18 casos) del total. (Gráfico 2)

**Gráfico 2.** Reporte de manifestaciones clínicas - Zika. Colombia, 2021



Se realizó un análisis bivariado comparando las diferencias entre mujeres y hombres en cuanto a la presentación de las manifestaciones clínicas, sin encontrar diferencias estadísticamente significativas (Tabla 3).

**Tabla 3.** Comparación de manifestaciones clínicas y sexo. Colombia, 2021

	Exantema			Valor p prueba ji-2
	SI	NO	TOTAL	
Mujer	12	29	41	0.5226
Hombre	6	22	28	
TOTAL	18	51	69	
	Fiebre			Valor p prueba ji-2
	SI	NO	TOTAL	
Mujer	10	31	41	1.718
Hombre	11	17	28	
TOTAL	21	48	69	

	Hiperemia			Valor p prueba ji-2
	SI	NO	TOTAL	
Mujer	5	36	41	1.043
Hombre	6	22	28	
TOTAL	11	58	69	
	Artralgias			Valor p prueba ji-2
	SI	NO	TOTAL	
Mujer	8	33	41	1.409
Hombre	9	19	28	
TOTAL	17	52	69	
	Mialgias			Valor p prueba ji-2
	SI	NO	TOTAL	
Mujer	11	30	41	0.2249
Hombre	9	19	28	
TOTAL	20	49	69	
	Cefalea			Valor p prueba ji-2
	SI	NO	TOTAL	
Mujer	12	29	41	0.7404
Hombre	11	17	28	
TOTAL	23	46	69	

Tampoco se encuentran diferencias estadísticamente significativas al comparar presentación de fiebre e hiperemia en paciente menores de un año y de un año o mayores (no se realizó con exantema debido a que no se reportaron casos en menores de un año; ni con artralgias, mialgias o cefalea ante la dificultad de evaluarlas en este grupo de edad) (Tabla 4)

**Tabla 4.** Comparación de manifestaciones clínicas y grupos de edad. Colombia, 2021

	Fiebre			Valor p prueba ji-2
	SI	NO	TOTAL	
< 1 año	1	25	26	13.73
≥ 1 año	20	23	43	
TOTAL	21	48	69	
	Hiperemia			Valor p prueba ji-2
	SI	NO	TOTAL	
< 1 año	1	25	26	4.489
≥ 1 año	10	33	43	
TOTAL	11	58	69	

En el 26,1 % de los casos (18), se reportaron complicaciones neurológicas. A continuación, se resumen los diagnósticos reportados según el CIE-10 (Tabla 5):

**Tabla 5. Reporte de complicaciones neurológicas de Zika – CIE-10. Colombia, 2021**

CIE10	Complicaciones neurológicas presentadas	Casos
G318	Otras enfermedades degenerativas especificadas del sistema nervioso	1
G328	Otros trastornos degenerativos especificados del sistema nervioso en enfermedades clasificadas en otra parte	1
G371	Desmielinización central del cuerpo caloso	1
G523	Trastornos del nervio hipogloso	1
G610	Síndrome de Guillain-Barre	1
G629	Polineuropatía, no especificada	1
G64X	Otros trastornos del sistema nervioso periférico	1
G822	Paraplejía, no especificada	1
G908	Otros trastornos del sistema nervioso autónomo	1
G934	Encefalopatía no especificada	6
G969	Trastorno del sistema nervioso central, no especificado	1
G991	Otros trastornos del sistema nervioso autónomo en otras enfermedades clasificadas en otra parte	1
G998	Otros trastornos especificados del sistema nervioso en enfermedades clasificadas en otra parte	1

Se registra un total de 10 gestantes notificadas para Zika. En cinco, se registra la finalización del embarazo como nacido vivo y la condición de defecto congénito (en 2 de ellos, se asume microcefalia por la medida reportada de perímetro cefálico). En las restantes no se realiza registro (Tabla 6).

**Tabla 6. Gestantes notificadas para Zika. Colombia, 2021.**

Procedencia	Edad	¿Finalizó gestación?	¿Defecto congénito?
Antioquia	22	NO	NO
Antioquia	37	NO	NO
Barranquilla	21	SI	SI
Cundinamarca	31	NO	NO
Cundinamarca	21	SI	SI
Tolima	18	SI	SI
Tolima	38	SI	SI
Valle del Cauca	22	NO	NO
Procedencia desconocida	19	NO	NO
Procedencia desconocida	30	SI	SI

En cuanto a comportamientos inusuales, solo Cauca presentó tendencia al incremento, mientras que Amazonas, Antioquia, Arauca, Barranquilla, Caquetá, Cartagena, Casanare, Cundinamarca, Huila, Norte de Santander, Putumayo, Quindío, Risaralda, Santander, Sucre, Tolima y Valle del Cauca presentaron tendencia al decremento. Las demás entidades se mantuvieron estables (Mapa 3).

**Mapa 3. Comportamientos inusuales Zika. Colombia, 2021.**



### **Infección por virus Zika y COVID-19**

Durante el año epidemiológico 2021, se registraron siete casos que fueron notificados para Infección por Virus Zika y COVID-19 sin que esto implique coinfección. Los casos son procedentes de Atlántico, Casanare, Cundinamarca (dos), La Guajira, Santander y Valle del Cauca. Todos los casos tienen reporte de condición final como vivos; seis fueron confirmados por clínica y uno se clasificó como sospechoso, el cual tiene reporte de complicación neurológica (desmielinización central del cuerpo caloso, según CIE-10). Ninguno de los casos corresponde a gestantes. Solo uno de los casos inició las manifestaciones clínicas compatibles con Zika dentro de la primera semana de síntomas de COVID-19. Ninguno fue diagnosticado con COVID-19 dentro de las dos semanas posteriores al inicio de manifestaciones compatibles con Zika.

## 4. Discusión

---

En Colombia, la infección por el virus del Zika ingresó en una fase epidémica en 2015, consolidada en 2016, posterior al pico continental de 2014 (9). Después de esta etapa, el evento entró en una fase endémica, que podría explicarse por el desarrollo de inmunidad de la población que ha contraído la infección (10) y a las altas prevalencias de infección asintomática (6, 11). Sin embargo, en la notificación rutinaria se observa que no existe adherencia a las definiciones de caso planteadas en el protocolo de vigilancia epidemiológica y el descenso de la confirmación por laboratorio, lo cual podría afectar las clasificaciones finales.

La circulación de la infección se ve favorecida por condiciones ambientales, climáticas y geográficas, así como factores socioeconómicos tales como la pobreza, políticas de salud pública insuficientes y falta de saneamiento básico, principalmente referido al mal manejo del agua o los desechos sólidos que facilitan la formación de criaderos del vector (12). En 2021, la mayoría de los casos reportados correspondieron a mujeres y el área de ocurrencia se centró en el entorno urbano, lo cual es acorde con lo mencionado previamente para todas las arbovirosis y el comportamiento del vector, donde se resalta la influencia del cambio climático y de las condiciones ecoepidemiológicas como la temperatura y la humedad (13).

Una de las principales dificultades que plantea este escenario es la del diagnóstico clínico diferencial, debido a que las manifestaciones son muy similares a las de otros Arbovirus, principalmente Dengue y Chikungunya (14, 15). Esto plantea la necesidad de llevar a cabo un ejercicio de vigilancia integrada de estos eventos, con un enfoque del diagnóstico por laboratorio. Según lo indicado por la Circular Conjunta MSPS-INS No. 061 de diciembre de 2015 (16) y la Circular Externa 020 de 2016 (17) se requiere tomar masivamente muestras para pruebas diagnósticas en la fase aguda de la enfermedad, priorizando a las poblaciones vulnerables y a aquellos pacientes que tengan complicaciones clínicas que podrían sugerir una infección por el virus del Zika, con el fin de captar de forma óptima a la población afectada y actualizar el mapa de zonas de riesgo donde existe circulación del virus.

Aunque el exantema y la fiebre son las manifestaciones clínicas más frecuentemente reportadas en la literatura, e incluso hace parte de la definición de caso desde el punto de vista epidemiológico, no siempre están presentes durante la infección sintomática (5). El síndrome neurológico asociado a Zika se reportó solo en una fracción de casos y solo uno se asoció a síndrome de Guillain-Barré (además existe la dificultad de la no confirmación por laboratorio), lo que coincide con reportes previos en los que se estableció que las complicaciones neurológicas no fueron frecuentes, aún en la fase epidémica. Sin embargo, se sugiere permanecer alerta ante la posibilidad de presentación de un caso de complicación neurológica

en el escenario clínico, especialmente en zonas de circulación del virus o cuando el paciente refiere un traslado reciente a alguno de estos territorios. Aunque la patogenia del síndrome de Guillain Barré no es del todo clara, la principal hipótesis es la inflamación del tejido neural mediada por la respuesta inmunitaria. También se han descrito secuelas neurológicas tardías tanto en lactantes que tuvieron exposición congénita como en adultos (18, 19, 20).

Uno de los problemas más alarmantes asociados a este evento es el vínculo de la infección por virus Zika con la patogenia durante la gestación. A medida que se ha entendido la fisiopatología, se concluyó que la infección en las gestantes, especialmente durante las etapas tempranas, puede llegar a generar consecuencias que afecten de por vida al feto, especialmente asociadas a partos pretérmino, bajo peso al nacer y complicaciones a nivel cerebral u ocular (21). Aunque los casos notificados de gestantes durante 2021 fueron pocos, se observó que el apartado para la condición final del fruto de la gestación no fue diligenciado o actualizado en varios de ellos, razón por la cual se requiere sensibilizar al personal asistencial para realizar este seguimiento hasta la finalización del embarazo. Se reportan 5 casos de defectos congénitos dentro de la notificación de Zika, pero ninguno tiene confirmación por laboratorio.

Las intervenciones preventivas serán útiles no solo para evitar infecciones por el virus del Zika, sino también otras enfermedades transmitidas por vectores (5, 6). Esto está especialmente dirigido a la población categorizadas de mayor riesgo: adultos mayores, menores de un año y población gestante y sus parejas. En este último grupo, se destaca la importancia del uso de preservativo para disminuir la probabilidad de contagio por esa vía (5). Con el fin de establecer una intervención integral que tenga en cuenta la vigilancia desde salud pública, laboratorio y entomología, los determinantes asociados y las actividades asistenciales en pro de asegurar la calidad del diagnóstico y seguimiento, se encuentra en aplicación la estrategia de promoción, prevención, control y vigilancia de las enfermedades transmitidas por vectores (EGI-ETV) para el cumplimiento de las metas y los objetivos establecidos en la dimensión Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles - componente Condiciones y Situaciones Endemo-Epidémicas- del Plan Decenal de Salud Pública (22).

## 5. Conclusiones

---

- A partir de la finalización de la fase epidémica en el país, la notificación del evento ha disminuido de forma paulatina, llamando la atención que para 2021, no se confirmaron casos por laboratorio, lo que evidencia la necesidad de plantear una vigilancia integrada enfocada a los casos con clínica compatible y negativos para dengue.
- En el área asistencial, no existe adherencia a la definición de caso, según lo observado en el reporte de las manifestaciones clínicas donde solo se aprecian signos y síntomas cardinales en un porcentaje de los casos notificados (exantema 26 %, fiebre 30 %).
- Se evidencia reporte en grupos especiales como los menores de un año, las gestantes y los pacientes con sospecha de complicación neurológica. Sin embargo, en algunos casos, no se realiza el respectivo seguimiento, como se evidencia en la ausencia de registro de algunas variables de importancia.
- La notificación de síndromes neurológicos y defectos congénitos posiblemente asociados al evento es baja, como se evidencia en reportes previos. Sin embargo, estos pocos casos no cuentan con seguimiento ni confirmación de laboratorio.

## 6. Recomendaciones

---

- Los desafíos para la vigilancia del evento son el abordaje a poblaciones remotas y de fronteras, y buscar una forma de contrarrestar el subregistro en el área asistencial al no tener en cuenta esta posibilidad diagnóstica como diferencial de otras arbovirosis.
- Al no contar con un tratamiento específico contra la infección, la principal estrategia tendrá un enfoque preventivo y estará dirigida a educar a los pacientes sobre la importancia de evitar la exposición y las picaduras del vector, y de no favorecer las condiciones para establecer criaderos (tanto desde el área asistencial como desde salud pública).
- Se evidencia la necesidad de implementar y fortalecer una estrategia de vigilancia integrada de arbovirosis, que incluya la confirmación de la presencia de los virus (tomando y remitiendo las muestras de forma oportuna), así como el flujo y actualización de información entre grupos funcionales.
- Desde el aspecto clínico, tener en cuenta el abordaje sindrómico y las definiciones de caso planteadas en el protocolo de vigilancia epidemiológica para configurar de forma correcta los casos que ingresan al sistema como sospechosos.
- Se sugiere la necesidad de replantear las definiciones de caso dirigiéndolas a un escenario de fase endémica y el fortalecimiento del seguimiento por laboratorio en un contexto de vigilancia integrada de arbovirosis.



## 7. Referencias

---

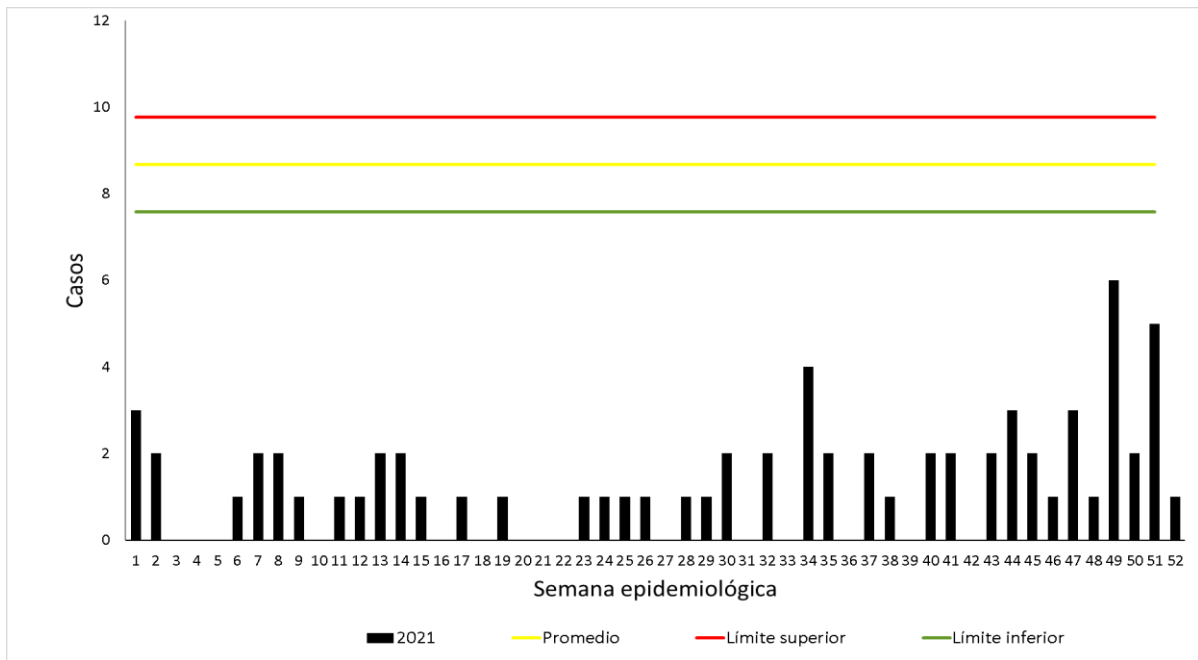
1. Musso D, Ko A, Baud D. Zika Virus Infection - After the Pandemic. *New England Journal of Medicine*. 2019;381(15):1444-1457. Disponible en: <https://doi.org/10.1056/NEJMra1808246>.
2. Otero, D. L., & Padrón, L. S. (2018). Virus Zika: una alerta para la prevención. *Revista de ciencias médicas de Pinar del Río*, 22(3), 623–645. <http://www.revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/3526>.
3. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Enfermedad por virus Zika. PLISA. Plataforma de Información en Salud para las Américas [Sitio virtual]. [Washington]: OPS; 2019. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/zika>.
4. Ministerio de Salud de Chile. Actualización Epidemiológica Infección por virus Zika 2015 [Internet]. [cited 2022 May 23]. Disponible en: <http://web.minsal.cl/node/79417>.
5. Pacheco O, Beltrán M, Nelson CA, Valencia D, Tolosa N, Farr SL, et al. Zika Virus Disease in Colombia — Preliminary Report. *N Engl J Med* [Internet]. 2016 jun 15 [cited 2019 May 21]; NEJMoa1604037. Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa1604037>
6. Musso D, Gubler DJ. Zika Virus. *Clin Microbiol Rev*. 2016 jul.; 29(3): 487-524. doi: 10.1128/CMR.00072-15. PMID: 27029595; PMCID: PMC4861986.
7. Song BH, Yun SI, Woolley M, Lee YM. Zika virus: History, epidemiology, transmission, and clinical presentation. *J Neuroimmunol*. 2017 jul. 15; 308: 50-64. doi: 10.1016/j.jneuroim.2017.03.001. Epub 2017 Mar 3. PMID: 28285789.
8. Otero, DL y Padrón, LS (2018). Virus Zika: una alerta para la prevención. *Revista de ciencias médicas de Pinar del Río*, 22 (3), 623–645. <http://www.revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/352>
9. Grillet ME, Del Ventura F. Emergencia del virus del Zika en Latinoamérica y el control de *Aedes aegypti*. *Boletín de Malariología y Salud Ambiental*. 2016; 56.2: 97-112.
10. Kantor IN. Dengue, zika, chikungunya y el desarrollo de vacunas. *Medicina*. 2018; 78(1): 23-28. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/medba/v78n1/v78n1a05.pdf>.
11. Kantor IN. Dengue, zika y chikungunya. *Medicina*. 2016; 76(2): 93-7. Disponible en: <http://www.medicinabuenosaires.com/PMID/26942903.pdf>
12. Núñez E, Vásquez M, Beltrán-Luque B, Padgett D. Virus Zika en Centroamérica y sus complicaciones. *Acta méd. peruana*. 2016 en.; 33(1): 42-49.

13. Sandoval M. Dengue, Chikungunya y virus de Zika. Determinantes sociales, económicos y culturales. *Rev. Med. Electrón.* 2019; 41(1)
14. Peters R, Stevenson M. Zika virus diagnosis: challenges and solutions. *Clin Microbiol Infect.* 2019 feb; 25(2): 142-146. doi: 10.1016/j.cmi.2018.12.002. Epub 2018 Dec 12. PMID: 30553031.
15. Tangarife CV. Diagnóstico diferencial del virus del Chikungunya y el virus Dengue. *Medicina & Laboratorio.* 2014; 20(03-04): 197-198.
16. Ministerio de Salud y Protección Social. Instituto Nacional de Salud. Circular Conjunta MSPS-INS No. 061 de diciembre de 2015. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Circular%20Conjunta%20Externa%20061%20de%202015.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Circular%20Conjunta%20Externa%20061%20de%202015.pdf)
17. Instituto Nacional de Salud. Circular Externa 020 de 2016. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/INS/ins\\_circularexterna-0020-de-2016.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/INS/ins_circularexterna-0020-de-2016.pdf)
18. Salinas J, Walteros D, Styczynski A, Garzon F, Quijada H, Bravo E, Madero J, Acosta-Reyes J, Renquist C, Mercado M, Zaganjor I, Gonzalez M, Solano A, Ospina M, Sejvar J, Chaparro P. A Case-Control Investigation of Guillain-Barré Syndrome During an Outbreak of Zika Virus Infection—Barranquilla, Colombia, 2015–2016. *Open Forum Infect Dis.* 2016 Dec;3(Suppl 1):LB-3. doi: 10.1093/ofid/ofw195.3. Epub 2016 Oct 19. PMID: 27696933.
19. Walteros DM, Soares J, Styczynski AR, Abrams JY, Galindo-Buitrago JI, Acosta-Reyes J, Bravo-Ribero E, Arteta ZE, Solano-Sanchez A, Prieto FE, Gonzalez-Duarte M, Navarro-Lechuga E, Salinas JL, Belay ED, Schonberger LB, Damon IK, Ospina ML, Sejvar JJ. Long-term outcomes of Guillain-Barré syndrome possibly associated with Zika virus infection. *PLoS One.* 2019 Aug 1;14(8): e0220049. doi: 10.1371/journal.pone.0220049. PMID: 31369576; PMID: PMC6675241.
20. Charniga K, Cucunubá ZM, Walteros DM, Mercado M, Prieto F, Ospina M, Nouvellet P, Donnelly CA. Descriptive analysis of surveillance data for Zika virus disease and Zika virus-associated neurological complications in Colombia, 2015-2017. *PLoS One.* 2021 Jun 16;16(6): e0252236. doi: 10.1371/journal.pone.0252236. PMID: 34133446; PMID: PMC8208586.
21. Ospina, Martha; Tong, Van; Gonzalez, Maritza; Valencia, Diana; Mercado, Marcela; Gilboa, Suzanne; Rodriguez, Andrea; Tinker, Sarah; Rico, Angelica; Winfield, Christina; Pardo, Lissethe; Thomas, Jennifer; Avila, Greace; Villanueva, Julie; Gomez, Sara; Jamieson, Denise; Prieto, Franklyn; Dana, Delman & Pacheco, Oscar & Honein, Margaret. (2020). Zika Virus Disease and Pregnancy Outcomes in Colombia. *New England Journal of Medicine.* 383. 537-545. 10.1056/NEJMoa1911023.

22. Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamiento táctico y operativo de la Estrategia de Gestión Integrada para las Enfermedades Transmitidas por Vectores (EGI-ETV) a nivel territorial. Bogotá, 2017.

## 8. Anexos

### Anexo 1. Casos por semana epidemiológica – Zika. Colombia 2021.



## Anexo 2. Incidencias por entidad territorial. Colombia 2017-2021.

Entidad territorial	2017	2018	2019	2020	2021
Amazonas	42,4	10,3	10,3	10,3	0,0
Antioquia	0,8	0,5	0,2	0,0	0,0
Arauca	4,9	6,4	2,3	0,6	0,0
Atlántico	2,1	0,8	0,2	0,2	0,2
Barranquilla	2,3	1,1	0,4	0,2	0,5
Bogotá	NA	NA	NA	NA	NA
Bolívar	0,7	1,1	0,0	0,1	0,3
Boyacá	1,5	6,8	1,7	3,5	0,9
Buenaventura	0,3	0,3	0,0	0,3	0,3
Caldas	4,6	0,7	0,7	0,0	0,0
Caquetá	2,8	1,7	0,7	3,6	0,0
Cartagena	1,7	0,7	0,3	0,1	0,2
Casanare	11,1	7,1	0,7	0,4	0,7
Cauca	0,8	1,8	0,4	0,4	1,3
Cesar	2,6	0,5	0,2	0,0	0,0
Chocó	0,0	0,4	0,0	0,0	0,0
Córdoba	0,8	1,2	0,8	0,1	0,2
Cundinamarca	10,2	6,1	5,2	4,6	1,1
Guainía	0,0	7,6	15,1	0,0	0,0
Guaviare	7,3	5,7	4,2	0,0	1,4
Huila	3,6	2,8	0,7	0,1	0,1
La Guajira	0,5	0,4	0,2	0,0	0,2
Magdalena	0,6	0,6	0,2	0,0	0,2
Meta	5,8	2,7	1,5	0,4	0,1
Nariño	0,0	1,3	0,0	0,4	0,0
Norte de Santander	3,6	10,5	0,3	0,2	0,1
Putumayo	18,0	71,5	38,7	3,8	0,6
Quindío	0,4	1,2	0,6	0,0	0,0
Risaralda	3,0	1,3	0,3	0,8	0,0
San Andrés	0,0	1,8	0,0	0,0	0,0
Santa Marta	2,1	0,4	0,2	0,0	0,0
Santander	10,1	3,6	1,6	0,4	0,1
Sucre	2,1	0,7	1,0	0,3	0,0
Tolima	6,5	5,1	3,2	2,5	0,6
Valle del Cauca	25,5	6,5	3,6	0,9	0,4
Vaupés	18,1	0,0	5,6	0,0	0,0
Vichada	0,0	14,6	5,7	0,0	0,0