

158.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO

Washington, D.C., EUA, del 20 al 24 de junio del 2016

Punto 7.6 del orden del día provisional

CE158/INF/6
20 de mayo del 2016
Original: inglés

ACTUALIZACIÓN SOBRE EL VIRUS DEL ZIKA EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS

Antecedentes

1. El virus del Zika, similar a los virus del dengue y del chikunguña, es transmitido por los mosquitos vectores *Aedes aegypti* y *Aedes albopictus*. El virus fue aislado por primera vez en Uganda en 1947 en un mono *Macacus Rhesus* centinela y detectado por primera vez en seres humanos en 1952.
2. Luego de la reemergencia del virus del Zika en la Región del Pacífico Occidental en el 2007 en la isla Yap (Estados Federados de Micronesia), en el 2014 se confirmó un conglomerado de transmisión autóctona del virus en la Isla de Pascua (Chile), que coincidió con la circulación en varias islas más del Pacífico.
3. En febrero del 2015, las autoridades de salud de Brasil empezaron a investigar casos de una enfermedad exantemática en los estados del nordeste del país. La investigación llevó a la confirmación mediante pruebas de laboratorio de la transmisión autóctona del virus del Zika en mayo del 2015, lo que representa la primera transmisión documentada en la plataforma continental de la Región de las Américas.
4. La finalidad de este informe es presentar una actualización sobre la epidemia en la Región de las Américas, así como de la respuesta de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Análisis de la situación

5. Aunque la detección de la enfermedad por el virus del Zika en los estados del nordeste del Brasil se confirmó en mayo del 2015, un análisis retrospectivo de las muestras indicó que el virus podría haber circulado en la Región mucho antes, dado que el análisis filogenético del reloj molecular indica la introducción en Brasil desde mayo del 2013.
-

6. Antes del 2013, la enfermedad por el virus del Zika se había descrito como un cuadro leve que desaparecía espontáneamente, asociado con fiebre, erupciones cutáneas, dolor de las articulaciones y conjuntivitis. Sin embargo, durante el brote del virus del Zika en la Polinesia francesa, se hizo patente que había una marcada asociación espaciotemporal entre la infección por el virus del Zika y el síndrome de Guillain-Barré. Asimismo, en julio del 2015 en el estado de Bahía, situado en el nordeste de Brasil, que había notificado una circulación amplia del virus del Zika, también se detectaron aumentos de anomalías neurológicas, incluso del síndrome de Guillain-Barré.

7. En agosto del 2015, varios obstetras y pediatras de tres estados del nordeste de Brasil (Pernambuco, Paraíba y Rio Grande do Norte) notificaron un aumento evidente del número de casos de microcefalia en su práctica clínica. Estos informes anecdóticos se corroboraron en octubre del 2015, cuando se confirmó un aumento significativo en la detección de casos de microcefalia en Pernambuco. Además, había evidencia irrefutable de que muchas de las madres de los niños con microcefalia habían informado que habían tenido una erupción cutánea acompañada de fiebre durante el embarazo.

8. El alcance geográfico del virus del Zika se ha ampliado rápidamente y, al 17 de mayo del 2016, la transmisión por mosquitos vectores se había detectado en 39 países y territorios de la Región de las Américas. Asimismo, cinco países han notificado la transmisión no vectorial del virus del Zika, posiblemente por contacto sexual.

9. A medida que se ha generalizado la transmisión del virus en los países, también ha aumentado la detección de casos de síndrome de Guillain-Barré y de infección por el virus del Zika entre los casos de este síndrome, según lo han notificado 13 países y territorios de la Región de las Américas, a saber: Brasil, Colombia, El Salvador, Guayana Francesa, Haití, Honduras, Martinica, Panamá, Paraguay, Puerto Rico, República Dominicana, Suriname y Venezuela. También se han detectado casos de microcefalia o de malformaciones congénitas que se cree que están relacionados con la infección congénita por el virus del Zika en seis países y territorios de la Región: Brasil, Colombia, Estados Unidos, Martinica, Panamá y Puerto Rico.

10. La expansión rápida del virus, unida al aumento de la evidencia que asocia el virus del Zika con un conglomerado de casos de microcefalia en Brasil y otros resultados neurológicos adversos, llevó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) a declarar una emergencia de salud pública de importancia internacional, el 1 de febrero del 2016.

11. Teniendo en cuenta las complicaciones posibles observadas junto con la infección por el virus del Zika, el impacto de este virus ha sido y podría seguir siendo sustancial. Lo que es más importante, el tratamiento de las complicaciones graves asociadas con la infección podría representar una pesada carga para la prestación de servicios de salud.

Respuesta de la Organización Panamericana de la Salud

12. En los días que siguieron a la confirmación de la presencia del virus del Zika en Brasil, la OPS emitió una alerta epidemiológica sobre la infección por el virus del Zika.¹ En ella se describía la infección y se daban recomendaciones a los Estados Miembros para que aprovecharan los sistemas de vigilancia del dengue y el chikunguña, a fin de aumentar la sensibilidad a la detección de posibles casos de infección por el virus del Zika. La alerta procuraba preparar a los países para la introducción potencial de este virus nuevo. Esta publicación inicial sentó las bases para el gran esfuerzo destinado a suministrar la información más reciente y dar orientación técnica a los Estados Miembros a medida que se desarrollaba la epidemia, lo que incluyó la publicación de actualizaciones epidemiológicas semanales en las que se describía la evolución de la epidemia y su distribución geográfica.

13. A fines del 2015, la Oficina Sanitaria Panamericana intensificó sustancialmente las actividades para apoyar a los Estados Partes del Reglamento Sanitario Internacional en su respuesta a la introducción del virus del Zika en la Región, lo que culminó, en diciembre del 2015, con la activación de una estructura de gestión de incidentes a nivel de toda la Organización, que abarcó la asignación de fondos del Fondo de Emergencia para Epidemias de la OPS. En los meses siguientes, este sistema de gestión de incidentes de la Oficina, en estrecha coordinación con la estructura equivalente establecida en la sede de la OMS en febrero del 2016, inició la liberación de fondos del Fondo de Contingencia de la OMS para Emergencias, y el despliegue de las actividades descritas en la estrategia para aumentar la capacidad nacional de respuesta ante la epidemia de infección por el virus del Zika en la Región de las Américas. Este marco estratégico gira en torno a los siguientes elementos: *a)* seguimiento oportuno de la evolución de la epidemia en sus aspectos multifacéticos; *b)* reducción del riesgo por medio del control de vectores; *c)* mejora de la capacidad de respuesta, haciendo hincapié en los servicios de salud (incluida la inocuidad de la sangre), la comunicación de riesgos y los eventos multitudinarios; y *d)* formulación de un programa regional de investigación sobre el virus del Zika para abordar las lagunas cada vez mayores en el conocimiento.

14. La naturaleza evolutiva del virus exigió que la Organización estableciera un mecanismo ágil y reactivo para responder a una emergencia de salud pública de importancia internacional que afectaba a la mayor parte de los Estados Miembros y territorios de la Región. Por medio de la utilización del conocimiento adquirido durante la respuesta a otros brotes de enfermedades arbovirales (en especial el chikunguña, el dengue y la fiebre amarilla urbana) y el análisis de la información emergente de Brasil, la Organización desplegó misiones técnicas multidisciplinarias sobre el terreno, en algunos países en varias ocasiones, lo que comprendió la movilización de más de 80 funcionarios y expertos externos, con la participación de la Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos (GOARN) y los centros colaboradores de la OMS. La pericia representada en los equipos de las misiones a los países abarcaba varias áreas técnicas: atención prenatal, manejo clínico, entomología y control de vectores, epidemiología,

¹ Disponible en: <http://bit.ly/1JSNjj8> [en inglés].

servicios de atención de salud y de laboratorio, neonatología, neurología, salud pública, servicios de radiología y comunicación de riesgos. También se enviaron diversas misiones relacionadas con los preparativos para los XXXI Juegos Olímpicos y Paralímpicos de Rio 2016, a celebrarse en Rio de Janeiro (Brasil), del 5 de agosto al 21 de septiembre del 2016.

15. Desde la declaración de la emergencia de salud pública de importancia internacional, la Organización ha llevado a cabo 30 misiones de cooperación técnica a 20 países (Aruba, Bolivia, Brasil, Colombia, Cuba, Dominica, Ecuador, Guatemala, Haití, Honduras, Jamaica, Nicaragua, Paraguay, Perú, República Dominicana, San Vicente y las Granadinas, Suriname, Trinidad y Tabago, Uruguay y Venezuela), cuatro reuniones regionales (sobre organización del sistema de salud, vigilancia clínica, atención durante el embarazo y comunicación de riesgos), así como cuatro talleres subregionales (tres talleres sobre laboratorios en Centroamérica, el Caribe y América del Sur, además de un taller sobre el control vectorial en Centroamérica). Las misiones de cooperación técnica incluyeron misiones amplias e integradas que abarcaron los distintos pilares de la respuesta, así como otras que hicieron énfasis especial en los temas clave de apoyo a los países.

16. Por medio de iniciativas regionales de capacitación y misiones a los países, la Organización apoyó a siete de sus ocho países clave y se concentró en otros países prioritarios. Por otro lado, casi todos los países de la Región recurrieron a la orientación de la Organización para responder a los nuevos efectos de la infección por el virus del Zika. Quince directrices técnicas, nuevas o revisadas, están a disposición para brindar orientación a los servicios de salud de los Estados Miembros. Entre estas se encuentran directrices estándares, definiciones de casos y atención clínica, además de algoritmos de manejo de casos para ayudar a los médicos clínicos a atender, vigilar y entender la infección por el virus del Zika en embarazadas, en pacientes con síndromes neurológicos y en recién nacidos con anomalías congénitas. Algunos ejemplos de otras iniciativas son la distribución a 20 países de reactivos de laboratorio para la detección del virus del Zika mediante la reacción en cadena de la polimerasa (RCP), además de una asociación instrumental con los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos; coordinación de las actividades de investigación, entre otras, la organización de la reunión “Hacia la elaboración de una agenda de investigaciones para caracterizar el brote del virus del Zika y sus consecuencias para la salud pública en las Américas”, celebrada en Washington, D.C., los días 1 y 2 de marzo del 2016; así como la creación de un portal de la OPS dedicado a la enfermedad por el virus del Zika que presenta información adaptada a una variedad de públicos.²

17. En estas iniciativas, complementadas con otras actividades, los puntos centrales de la Organización en materia de detección incluyeron mejorar la comprensión de la distribución, propagación y naturaleza de la infección por el virus del Zika y de las

² El portal de la OPS sobre el virus del Zika puede consultarse en:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11585&Itemid=41688&lang=es

tendencias de la microcefalia y el síndrome de Guillain-Barré; asegurar que se aplicasen definiciones de casos y protocolos clínicos y de recopilación de datos que fueran uniformes; y fortalecer los sistemas existentes de vigilancia de enfermedades. Asimismo, se emprendieron esfuerzos importantes con respecto a los laboratorios que fortalecieron y mejoraron la capacidad nacional, aumentaron tanto el acceso a las pruebas de RCP en tiempo real y a otras pruebas diagnósticas como su utilización, y permitieron establecer un algoritmo para el diagnóstico del virus del Zika.

18. Se hicieron grandes esfuerzos para asegurar que los materiales de comunicación de los riesgos para la salud pública, eficaces, uniformes y fidedignos llegaran a los interesados directos clave e incluyeran información actualizada en forma sistemática; se monitorearon y analizaron los canales de noticias y de las redes sociales para determinar cuáles eran las inquietudes del público, las lagunas en el conocimiento, los rumores y la información incorrecta; y se divulgaron mensajes clave por medio de una variedad de canales, como anuncios de servicio a la comunidad, redes de asociados y boletines para los medios de información.

19. La Organización, reconociendo las dificultades existentes con respecto a las estrategias de control de vectores, elaboró enfoques innovadores a fin de proteger a las embarazadas, al tiempo que aseguran también que las nuevas tecnologías de control de vectores sean evaluadas antes de su aplicación para garantizar tanto la eficacia como la seguridad. Además, la Organización colaboró con sus asociados para brindar apoyo a la evaluación de la resistencia a los insecticidas y las compras de plaguicidas.

20. Teniendo en cuenta los nuevos efectos de la infección por el virus del Zika, se impartió capacitación a profesionales de la salud, en colaboración con los ministerios de salud, a fin de aplicar nuevas prácticas de manejo clínico, además de dar asesoramiento y orientación especializada a las personas afectadas por la enfermedad por el virus del Zika. Por último, al reconocer la función importante e integrada de la respuesta de los sistemas de salud, la Organización colaboró con sus Estados Miembros a fin de reforzar los servicios de planificación familiar y de atención prenatal, así como los servicios sociales para las familias afectadas por la enfermedad del virus del Zika.

21. Aunque la introducción del virus del Zika en los países de la Región de las Américas ha permitido una mejor comprensión del espectro total de la enfermedad causada por este virus, más de 500 millones de personas de la Región viven en zonas expuestas al riesgo de transmisión del virus, y su propagación podría representar una carga considerable para la salud pública y los sistemas de salud en su totalidad.

Acción necesaria para mejorar la situación

22. A medida que la propagación del virus del Zika avanza gradualmente, se empiezan a ver las consecuencias y los retos multifacéticos del virus con respecto a la salud pública. La respuesta ha requerido la coordinación a nivel tanto nacional como regional, y ha abarcado múltiples disciplinas y sectores. De manera similar al brote de la enfermedad por el virus del Ébola en África occidental, la propagación del virus del Zika

está poniendo a prueba la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional y, una vez más, ha puesto de relieve que las respuestas eficientes a los riesgos que emergen y evolucionan rápidamente exigen sistemas de salud resilientes.

23. De la misma manera que ha sucedido con la epidemia del dengue en la Región a lo largo de los últimos 30 años y el establecimiento de la transmisión del virus del chikunguña en todos los países y territorios de la Región de las Américas, donde el mosquito *Aedes aegypti* está presente los 12 meses del año, la epidemia del virus del Zika está creando la oportunidad de integrar la vigilancia de las enfermedades arbovirales de importancia para la salud pública en la Región (en particular el dengue, el chikunguña, el zika y la fiebre amarilla) y de reanudar los esfuerzos de manejo integrado de los vectores que se exponen en el documento *Estrategia para la prevención y el control de las enfermedades arbovirales* (punto 4.10 del orden del día provisional de la 158.^a sesión del Comité Ejecutivo).

Intervención del Comité Ejecutivo

24. Se invita al Comité a que tome nota de este informe y a que formule las recomendaciones que considere pertinentes.

- - -