Bienvenidos

- Agenda de hoy
  - Tres presentaciones seguidas por un periodo de preguntas y respuestas
- Como hacer preguntas durante la presentación
  - Pregunte directamente por teléfono
  - Use la función de chat en su pantalla
- Acceda una copia de la presentación y la grabación de hoy
  - www.salud.gov.pr/Sobre-tu-Salud/Pages/Webinar.aspx

ACTUALIZACIÓN PARA PROVEEDORES DE SALUD SOBRE EL ZIKA EN PUERTO RICO

11 de Agosto de 2016

Brenda Rivera-García, DVM, MPH
Francisco Alvarado Ramy, MD
Ken Dominguez, MD, MPH

Objetivos

- Describir los datos mas relevantes y actualizados sobre la epidemiología del virus del Zika en Puerto Rico
- Discutir protocolos de toma de muestras de sangre y la importancia del informe de casos
- Discutir las medidas de prevención del Zika y protocolos de seguimiento para pacientes embarazadas diagnosticadas con el virus
- Discutir como hablar con su paciente acerca de posibles complicaciones médicas

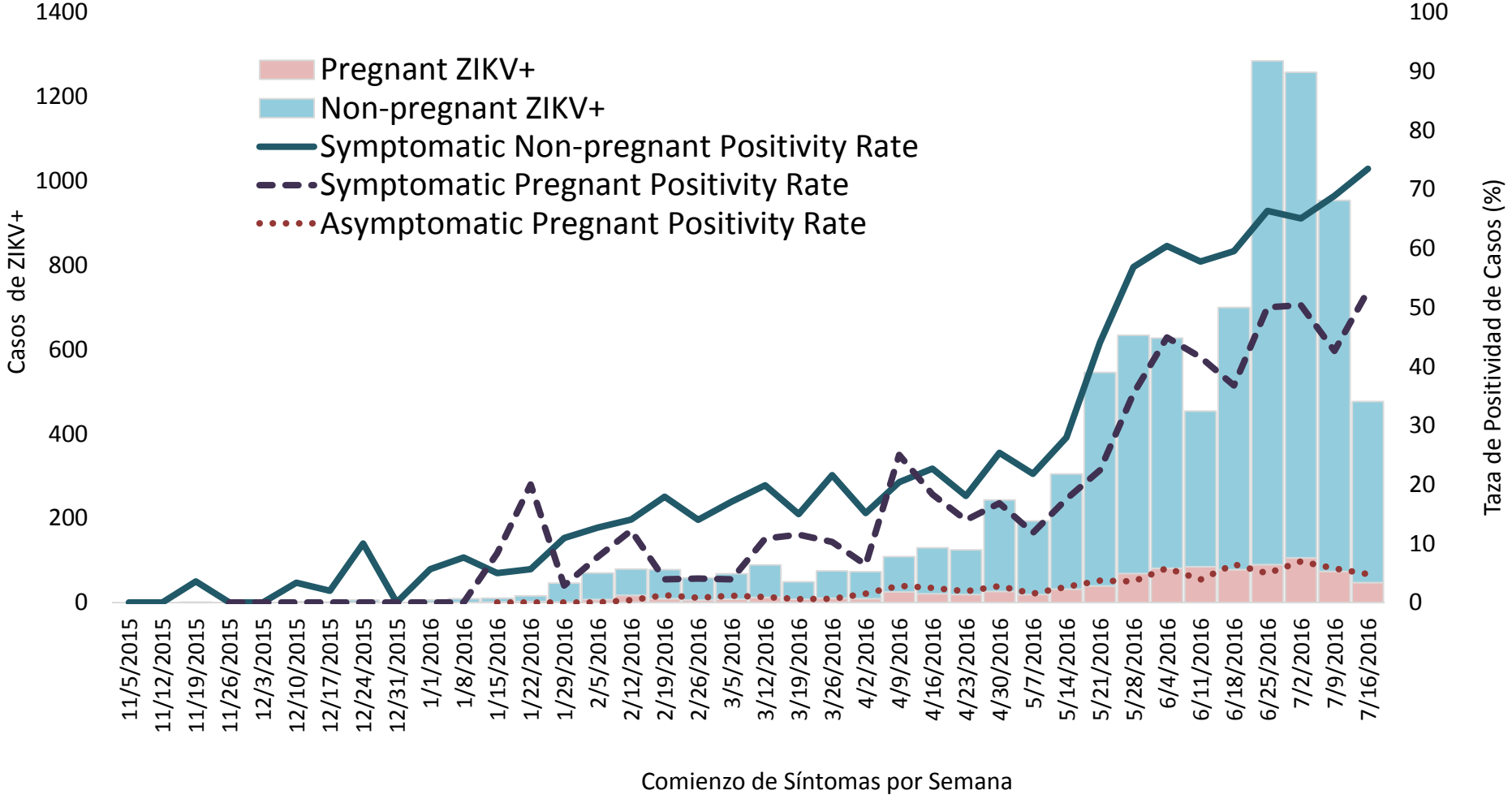
EL ZIKA EN PUERTO RICO

Brenda Rivera-García, DVM, MPH
Directora de Epidemiología
Oficina de Epidemiología e Investigación
Departamento de Salud

Zika en Puerto Rico

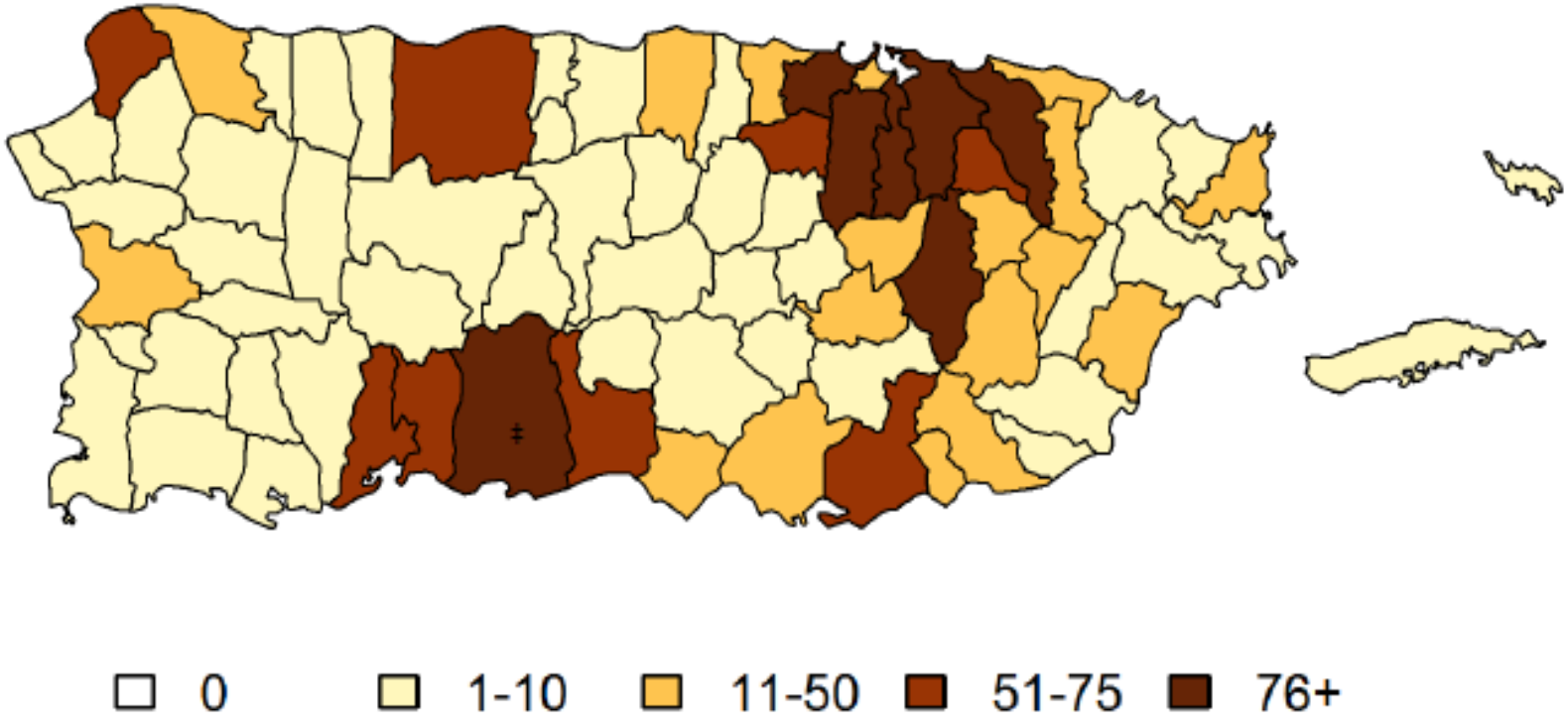
- Primer caso confirmado y reportado 30 de diciembre 2015
- Muestras negativas del virus de dengue o chikungunya probadas de nuevo desde nov-dic (> 200 muestras)
- Aumento en ZIKV casos sospechados desde enero 2016 (>21,300 muestras)

Casos Positivos del Virus Zika en Embarazos y la Semana de Inicio de los Síntomas, incluyendo la Tasa de los Casos de Positividad
5 de noviembre 2015- 21 de julio 2016 (N= 8,776)



Distribución geográfica de casos ZIKV por residencia - Puerto Rico, Nov 23, 2015 – Julio 21, 2016

n=8,251

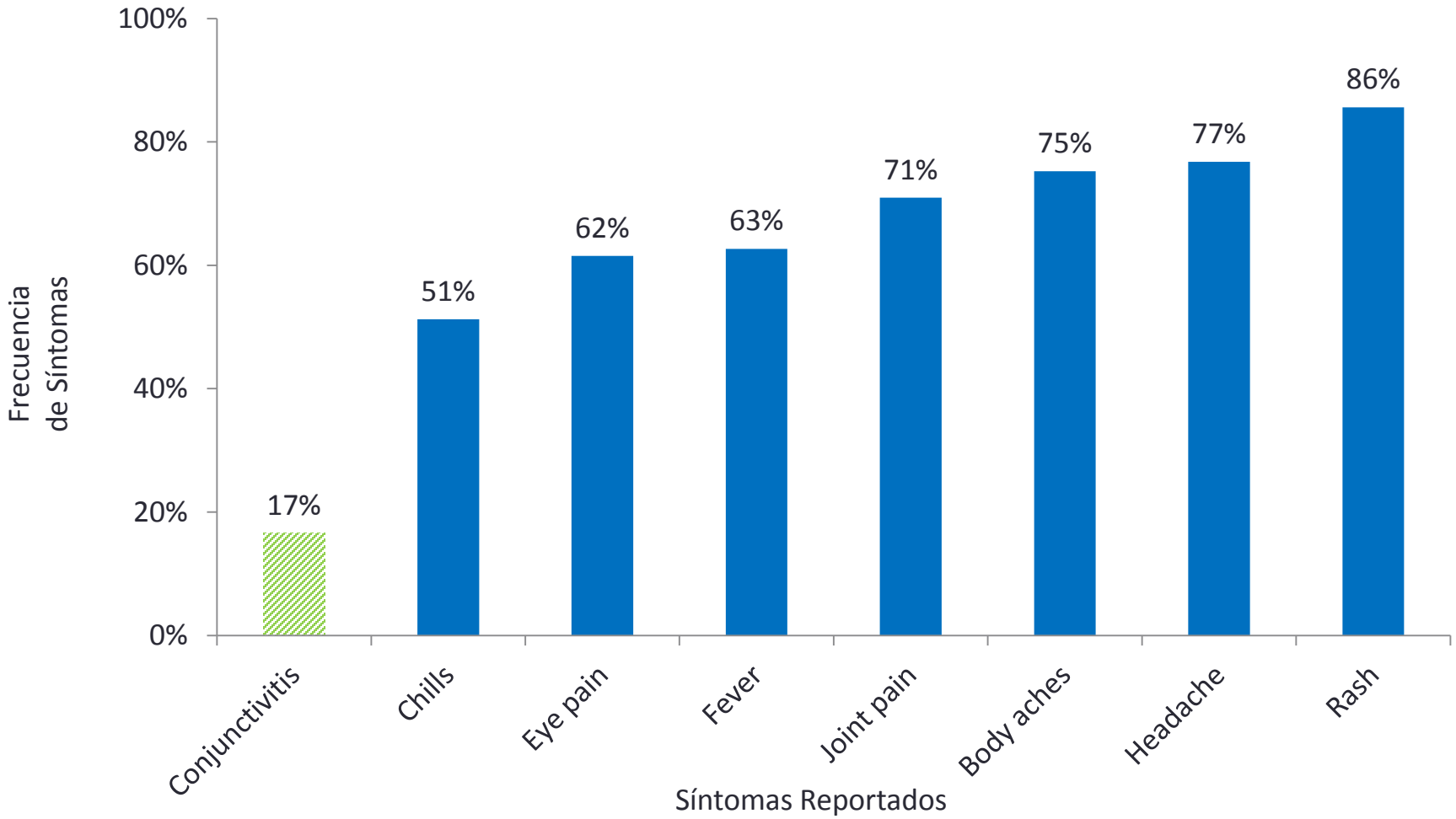


78 municipios

Demografía

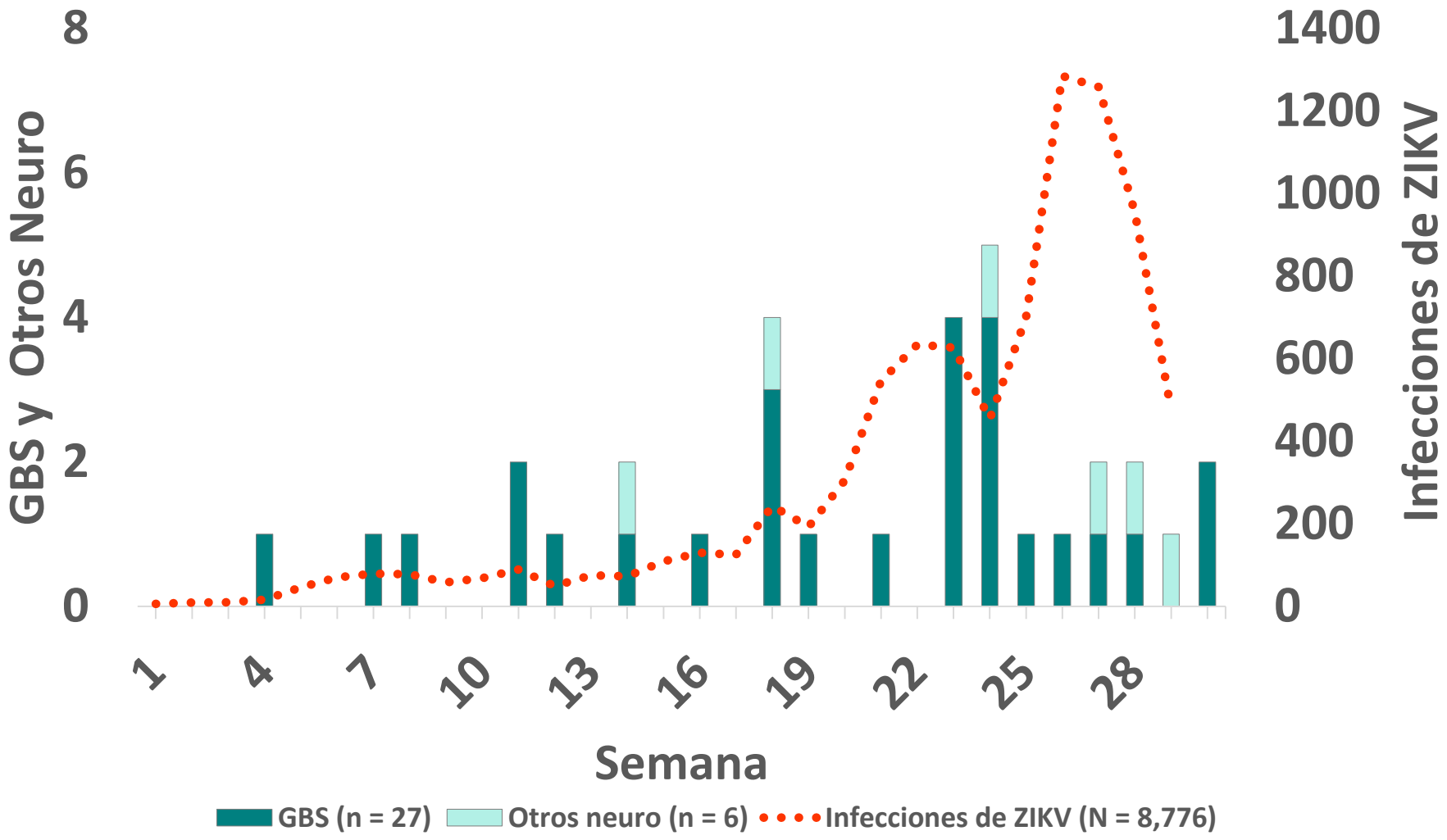
- Edad
  - Rango ≤ 1m-93 años
  - Mediana 35 años
- Genero
  - Mujeres 65%
    - Embarazada 901
- Hospitalizaciones 88
  - Guillain-Barré 27
- Co-infecciones
  - Influenza 3
- Congénito/defectos en el desarrollo 1
- Muertes 2

Frecuencia de los síntomas reportados* entre los pacientes positivos con Zika (n=5,506), PR, nov 2016–jul 2016

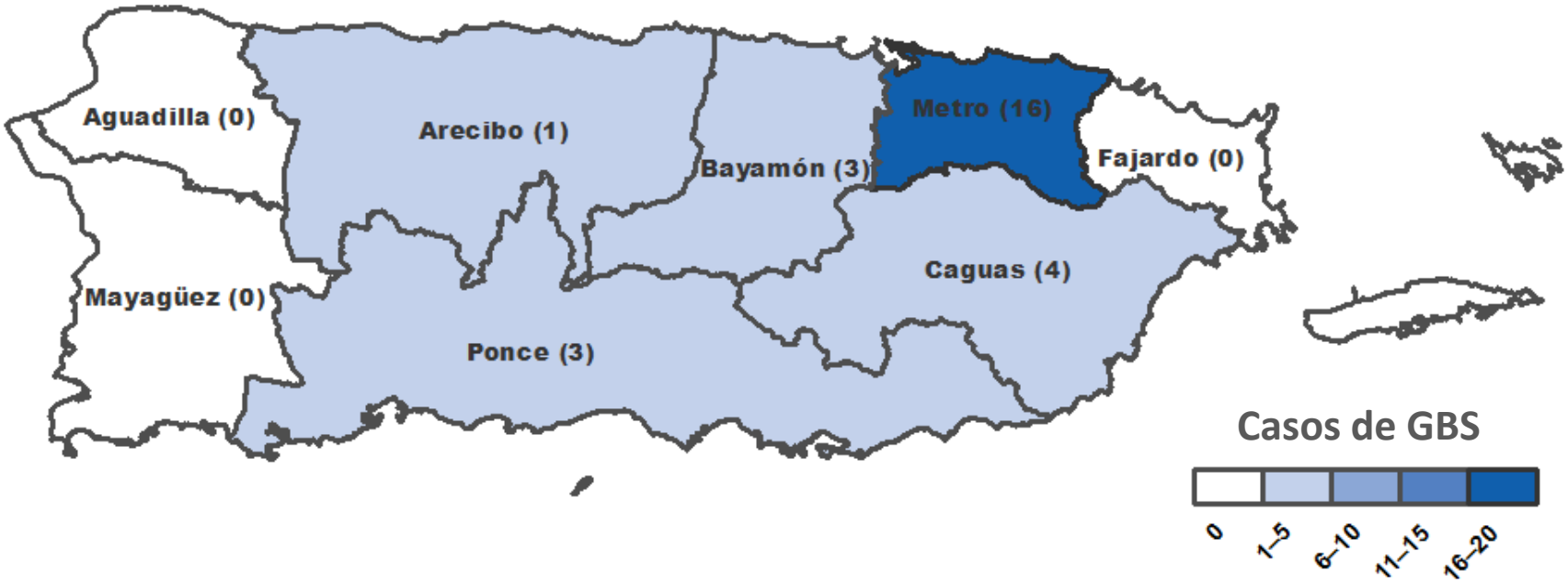


*Casos con síntomas reportados e ingresados en DSLDB

Casos con evidencia de infección de ZIKV o Flavivirus, por semana de comienzo de síntomas -2016 (N=33)



Casos de evidencia de infección de ZIKV o flavivirus, por región de salud pública – 2016 (N=27)



Pilares de la respuesta de ZIKV en PR

- Proteger las mujeres embarazadas
  - ZPKs (“Zika Prevention Kits”)
  - Materiales educativos culturalmente competentes
  - Divulgación clínica y comunitaria
  - Vinculación a los servicios
- Estrategias de control de vectores
  - IRS/ORS (“indoor/outdoor residual spraying”)
  - Tela metálica (escrines)
  - Participación de la comunidad
- Acceso a los anticonceptivos
  - Anticoncepción de larga actuación reproductiva
  - Capacitación clínica

Respuesta de PRDH al Zika

- Vigilancia epidemiológica
  - Arboviral (Pasivo)
  - ZAPSS
  - BDSPS
  - GBS
  - Seguridad de sangre
- Laboratorios
- EH/Control de vectores
- WIC ("Women Infants and Children"
- Salud materno-infantil
- Gestión de base de datos
- Salud del viajero
- Alcance comunitario
- Asociaciones
- Ciencias del comportamiento
- Centro de información conjunta

Abreviaciones: ZAPSS – Zika Active Pregnancy Surveillance System (Sistema de Vigilancia Activa de Embarazos con Zika), BDSPS - Puerto Rico Birth Defects Surveillance and Prevention System (Sistema de Vigilancia y Prevención de Defectos Congenitos de Puerto Rico) , GBS - Guillain-Barré Syndrome (Síndrome de Guillain-Barré)

Zika y Proveedores de salud

- Informe y pruebas para todos los casos sospechosos
  - Mujeres embarazadas
  - Infantes
  - Casos neurológicos

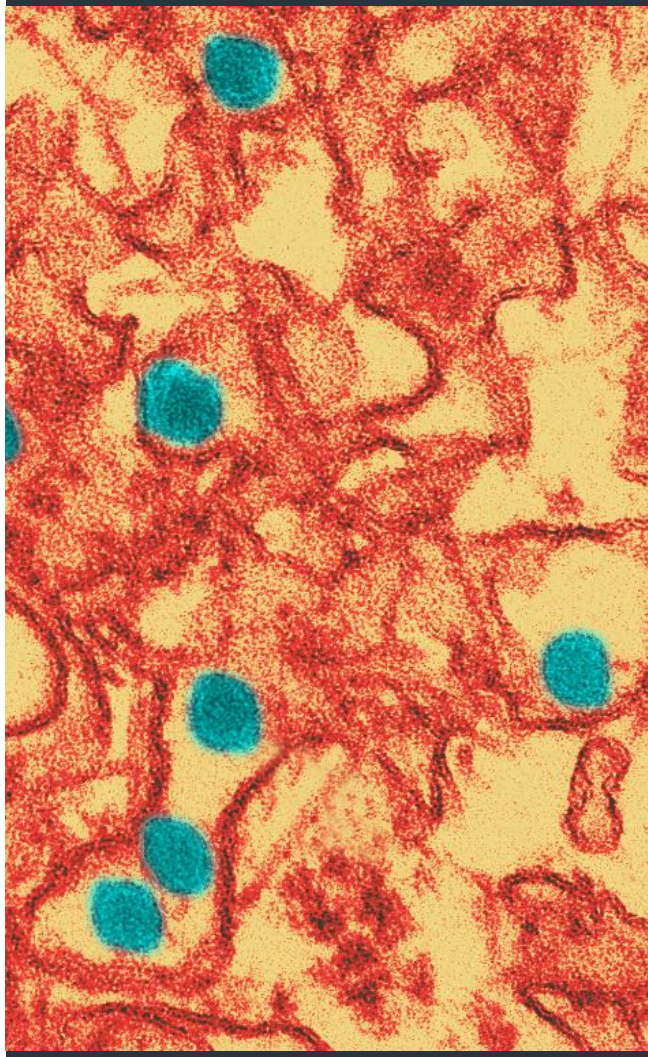
- Socios en la educación y prevención

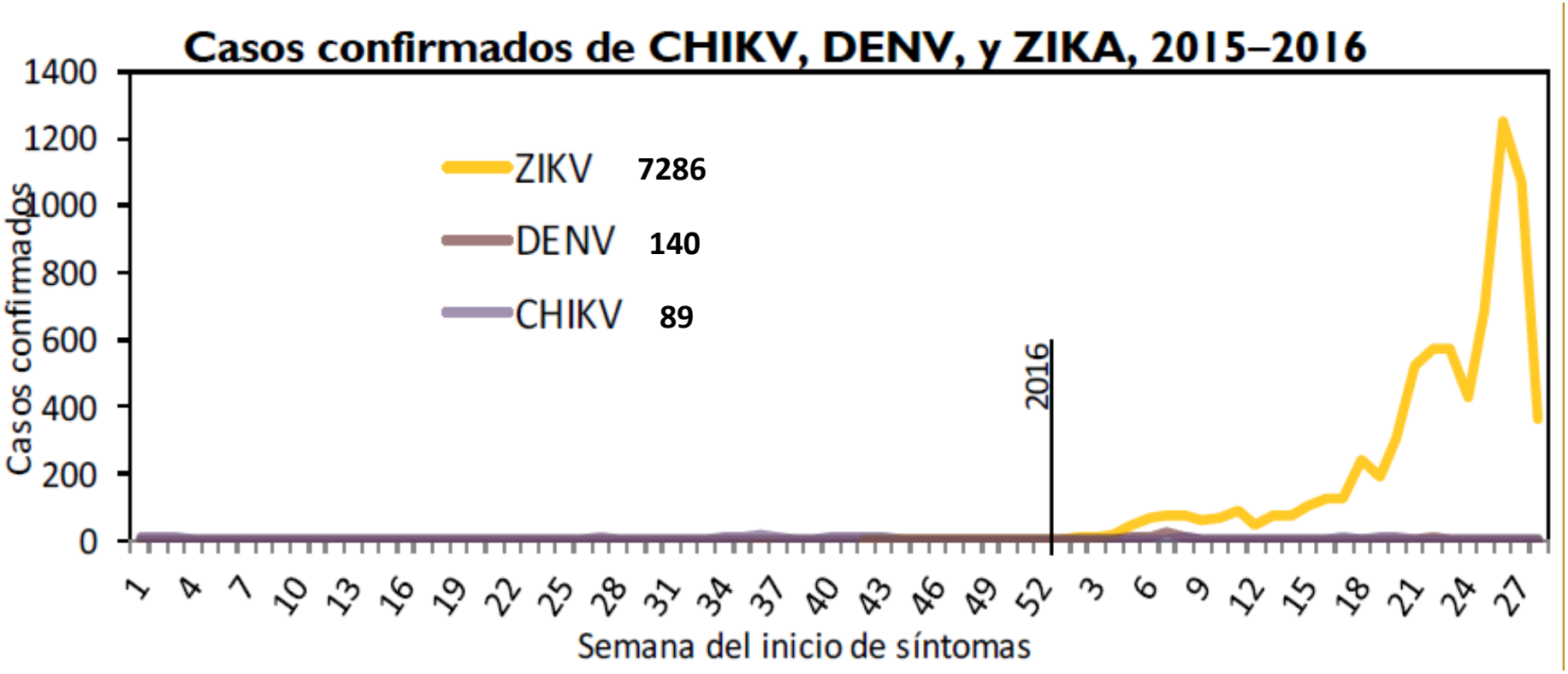
DIAGNÓSTICO Y NOTIFICACIÓN DE CASOS DE ZIKA

Francisco Alvarado Ramy, MD
Gerente Auxiliar, Respuesta Contra el Zika
Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades

Diagnóstico Diferencial

- Dengue
- Chikungunya
- Leptospirosis
- Estreptococo grupo A
- Rubéola (sarampión alemán)
- Sarampión
- Parvovirus
- Enterovirus
- Adenovirus
- Rickettsia
- Malaria




Casos confirmados de CHIKV, DENV, y ZIKA, 2015–2016
Casos confirmados
1400
1200
1000
800
600
400
200
0
ZIKV 7286
DENV 140
CHIKV 89
2016
1 4 7 10 13 16 19 22 25 28 31 34 37 40 43 46 49 52 3 6 9 12 15 18 21 24 27
Semana del inicio de síntomas

Guías para ordenar pruebas diagnósticas

- Todos los pacientes sintomáticos
  - Erupción cutánea, dolor en las articulaciones, fiebre, conjuntivitis
  - Independientemente de su sexo, edad o estado de gestación

- **Embarazadas**
  - Cada vez que tenga síntomas
  - Asintomática:
    - Primer trimestre
    - Mitad segundo trimestre

- Enfermedades neurológicas
  - **Síndrome Guillain-Barré**, mielitis aguda, encefalomielitis aguda diseminada (ADEM)

Guías disponibles en http://www.cdc.gov/zika/hc-providers/clinical-guidance.html

Pruebas de laboratorio

- Prueba desarrollada por los CDC
  - Trioplex rRT-PCR (DENV, CHIKV, ZIKV)
  - Suero, orina (<14 días DPO*)
  - “Whole blood” luce prometedora
- Prueba PCR comercial
  - Zika solamente: *Quest Diagnostics™*
- No hay prueba rápida de Zika ni para IgG
- Prueba IgM (MAC-ELISA)
  - 4 días - 12 semanas DPO
  - Reactividad cruzada entre ZIKV y DENV

***DPO = después del inicio de síntomas**

Flujograma para pruebas diagnósticas de Zika

Con Síntomas, Incluyendo Embarazadas

< 2 weeks of symptoms

IgM en suero
PCR en suero, orina

2-12 weeks of symptoms

IgM en suero

Positivo

Negativo

PCR en suero

Embarazadas Asintomáticas

Áreas sin transmisión

IgM en suero
PCR en suero, orina
1er y 2ndo Trimestre

Áreas con transmisión

IgM en 1er and 2ndo Trimestre

Positivo

Negativo

PCR en suero

IgM Positivo o Equívoco, PCR negativo

PRNT

Zika virus PRNT ≥10 and dengue virus PRNT <10: *Infección reciente con Zika*
Zika virus PRNT ≥10 and dengue virus PRNT ≥10: *Infeccion reciente con flavivirus, virus específico no se puede identificar*
Zika virus PRNT <10: *No hay evidencia de infección con Zika*

PRNT es cuestionable en áreas endémicas debido a reacción cruzada con dengue o no es factible por falta de capacidad

PCR Positivo

Prueba definitoria de infección

PRNT= Plaque reduction neutralization test

Procedimiento para ordenar pruebas y notificar casos en Puerto Rico

- Formulario de investigación para casos **Arbovirus** (ACIF 2016)
- **Información esencial:**
  - Médico solicitante y OB/GYN si paciente es embarazada
  - Embarazada sintomática: indique sí o no
  - Fecha de comienzo, si enfermedad clínica
  - Semanas de gestación/fecha de nacimiento esperada

Fecha de hoy: Día____/Mes____/Año____

Indique la infección sospechada (Marque todas las que apliquen): ☐ Dengue ☐ Zika ☐ Chikungunya ☐ otra _____

FORMULARIO DE INVESTIGACIÓN DE CASO DE ARBOVIRUS
Laboratorio de Salud Pública de Puerto Rico
Edificio A – Segundo Piso, Área de Centro Médico
Tel. (787)765-2929 ext. 3728, Fax (787) 274-5710

Favor de leer y completar TODAS las secciones. Vea instrucciones en el lado dorsal.

1. Datos del paciente — Lo hospitalizaron por esta enfermedad: ☐ No ☐ Sí → Nombre del hospital: — Número de expediente:

Nombre del paciente — Apellido paterno — Apellido materno — Nombre — Segundo nombre/inicial

Si el paciente es un menor, nombre del padre o encargado:: — Apellido paterno — Apellido materno — Nombre — Segundo nombre/inicial

Falleció: Sí ☐ No ☐ No sabe ☐
Cambios de estatus mental Sí ☐ No ☐ No sabe ☐

2. Dirección residencial (física) completa del paciente

Dirección de la casa aquí

Urbanización/Sector/Edificio:
Número: — Calle:
Municipio: — Código postal:_ _ _ _ _ - _ _ _ _
Tel: — Otro Tel:
Vive cerca de:
Nombre y dirección del trabajo:

3. Información demográfica del paciente:

Fecha de nacimiento: ____/____/____ (Día Mes Año) — Edad:_____ mes o edad:_____ años — Sexo: M F — Embarazada: Sí No NS — Semanas de gestación: — Fecha Estimada de Parto Día____/Mes____/Año____

4. Estatus de síntomas e inicio/Fecha de la muestra

¿Paciente sintomático? ☐ Sí ☐ No — Día Mes Año
Si está sintomático, fecha de primer(os) síntoma(s) ____/____/____

	Fecha toma de muestra
Muestra de suero	____/____/____
Otra muestra (especifique tipo_____)	____/____/____
Otra muestra(especifique tipo:_____)	____/____/____
Otra muestra(especifique tipo:_____)	____/____/____

5. Información de contacto del médico

Médico que ordenó prueba - Nombre:
National Provider Identifier (NPI):
Tel: — Fax: — Email:
Dirección postal: Número: — Calle:
Municipio: — Código postal: _ _ _ _ _ - _ _ _ _
Hospital/Clínica/Laboratorio: — Especialidad:

Médico primario - Nombre:
National Provider Identifier (NPI):
Tel.: — Fax: — Email:
Dirección postal: Número: — Calle:
Municipio: — Código postal:_ _ _ _ _ - _ _ _
Hospital/Clínica/Laboratorio: — Especialidad:

6. ¿Quién llenó este formulario?

Nombre — Relación con paciente:
Tel: — Fax: — Email:

7. Datos adicionales del paciente

País de nacimiento _____
¿Durante los 14 días antes de enfermarse, viajó a otro país, o municipio?
☐ sí, otro país ☐ sí, otro municipio ☐ No ☐ No sabe
¿A donde viajó? _____

8. Descripción de signos y síntomas que tiene el paciente al momento de completar este formulario

	Sí	No	No sabe
Fiebre durante 2-7 días	☐	☐	☐
Fiebre ahora (>38°C)	☐	☐	☐
Plaquetas ≤100,000/mm³	☐	☐	☐
Conteo de plaquetas: _____			
Alguna manifestación hemorrágica			
Petequias	☐	☐	☐
Equimosis o cardenales	☐	☐	☐
Vómitos con sangre	☐	☐	☐
Sangre en la excreta	☐	☐	☐
Hemorragia nasal	☐	☐	☐
Hemorragia en las encías	☐	☐	☐
Sangre en la orina	☐	☐	☐
Hemorragia vaginal	☐	☐	☐
Urianálisis positivo (sobre 5 RBC/hpf o positivo para sangre)	☐	☐	☐
Prueba de Torniquete	☐ Pos	☐ Neg	☐ No se hizo

Síntomas	Sí	No	No sabe
Pulso acelerado y débil	☐	☐	☐
Palidez o piel fría	☐	☐	☐
Escalofríos	☐	☐	☐
Sarpullido	☐	☐	☐
Dolor de cabeza	☐	☐	☐
Dolor en los ojos	☐	☐	☐
Dolor en el cuerpo(músculo/hueso)	☐	☐	☐
Dolor de coyunturas	☐	☐	☐
Anorexia	☐	☐	☐
Encefalitis/meningitis	☐	☐	☐
Infante (solamente)			
Microcefalia	☐	☐	☐
Calcificaciones intracraneales	☐	☐	☐
Otro defecto congénito	☐	☐	☐
Especifique_____			
Madre con resultado de Zika positivo o indeterminado	☐	☐	☐

Señales de alerta	Sí	No	No Sabe
Vómitos persistentes	☐	☐	☐
Dolor abdominal/sensibilidad	☐	☐	☐
Sangrado de las mucosas	☐	☐	☐
Letargia/intranquilidad	☐	☐	☐
Agrandamiento del hígado >2cm	☐	☐	☐
Efusión pleural o abdominal	☐	☐	☐
Síntomas adicionales			
Diarrea	☐	☐	☐
Tos	☐	☐	☐
Conjuntivitis	☐	☐	☐
Congestión nasal	☐	☐	☐
Dolor de garganta	☐	☐	☐
Ictericia	☐	☐	☐
Convulsión o coma	☐	☐	☐
Náuseas y vómitos (ocasional)	☐	☐	☐
Artritis (coyunturas hinchadas)	☐	☐	☐

9. SOLAMENTE PARA USO DEL LABORATORIO DE SALUD PÚBLICA DE PUERTO RICO

Número de Caso — SAN ID — GCODE

Espécimen #	Días después 1er síntoma	Tipo	Fecha recibido	Espécimen #	Días después 1er síntoma	Tipo	Fecha recibido
S1			____/____/____	S3			____/____/____
S2			____/____/____	S4			____/____/____

PRDOH REV. 2/2016

http://www.salud.gov.pr/Sobre-tu-Salud/Documents/NEW%20Arbovirus%20Case%20Investigation%20Form%20-%20March%2029%202016.pdf

3. Información demográfica del paciente:

Fecha de nacimiento: Edad:_____ mes Sexo: M F

_____/_____/_____ o edad: _____ años Embarazada: Sí No NS

Día Mes Año

Semanas de gestación:

Fecha Estimada de Parto Día_____/Mes_____/Año_____

Mujer en edad reproductiva

1) Embarazada
2) Semana de gestación
3) Fecha estimada de parto

4. Estatus de Síntomas e Inicio/Fecha de Muestra

¿Paciente sintomático? ☐ Sí ☐ No

	Día	Mes	Año
Si es sintomático, fecha de primer(os) síntoma(s)	_____	/ _____	/ _____
	Fecha toma de muestra		
Muestra de suero	_____	/ _____	/ _____
*Otra muestra (especifique tipo_____)	_____	/ _____	/ _____
Otra muestra(especifique tipo:_____)	_____	/ _____	/ _____
Otra muestra(especifique tipo:_____)	_____	/ _____	/ _____

Indicar si paciente <u>embarazada</u> sintomática o no; de ser sintomática incluir fecha de comienzo de síntomas. *Tipo de muestra orina, CSF, fld amniótico, sangre de cordón, tejidos (placenta/cordón).***

5. Información de contacto del médico

Médico que ordenó prueba - Nombre:

National Provider Identifier (NPI):

Tel: Fax: Email:

Dirección postal: Número: Calle:

Municipio: Código postal: _ _ _ _ _ - _ _ _ _

Hospital/Clínica/Laboratorio: Especialidad:

Médico primario - Nombre:

National Provider Identifier (NPI):

Tel.: Fax: Email:

Dirección postal: Número: Calle:

Municipio: Código postal: _ _ _ _ _ - _ _ _

Hospital/Clínica/Laboratorio: Especialidad:

Información contacto médico ordena muestra

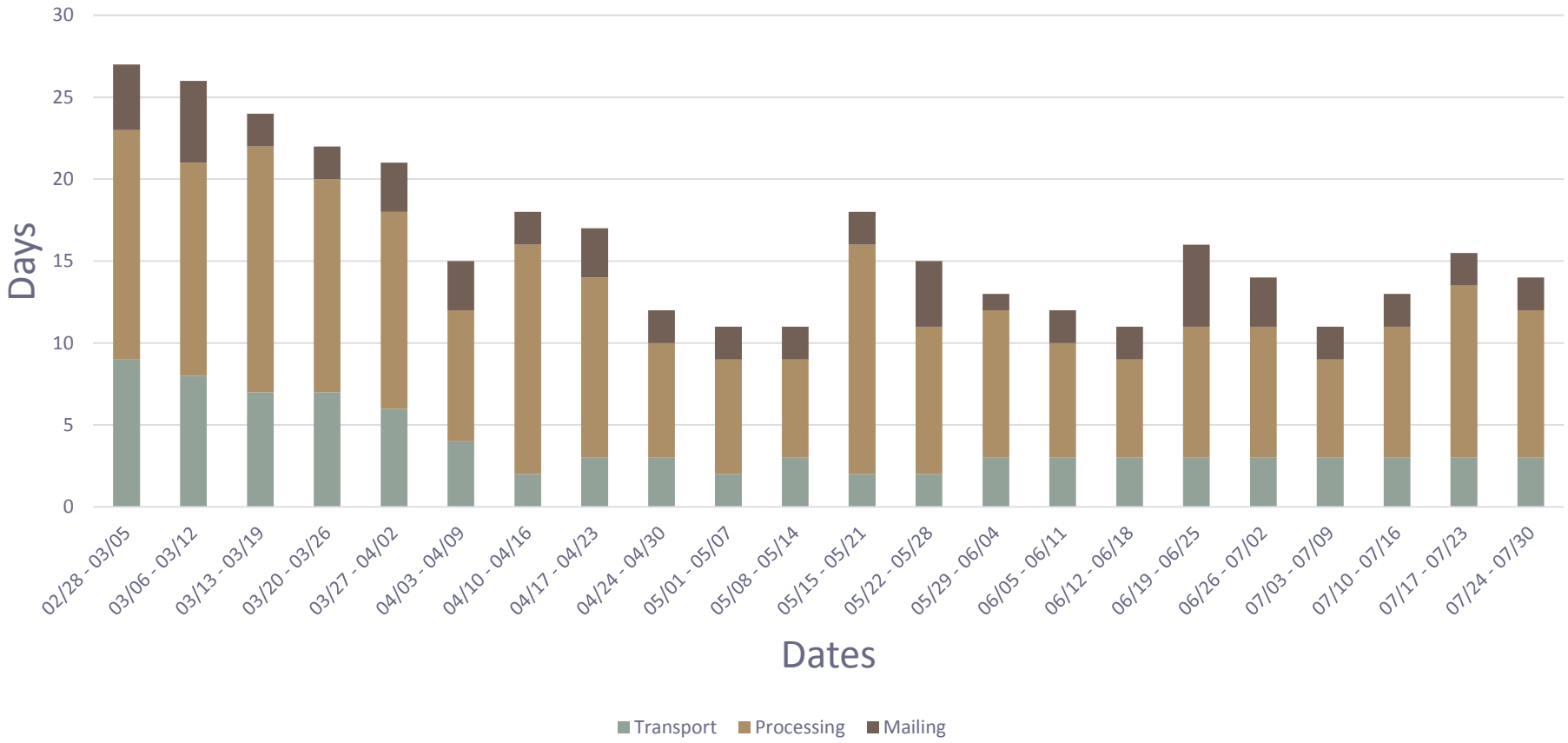
Indicar #NPI

Según aplique información hospital, clínica, o laboratorio, de quien genera la órden médica

Información de contacto de médico primario (e.g., OB/GYN, pediatra) si diferente a quien genera orden médica.

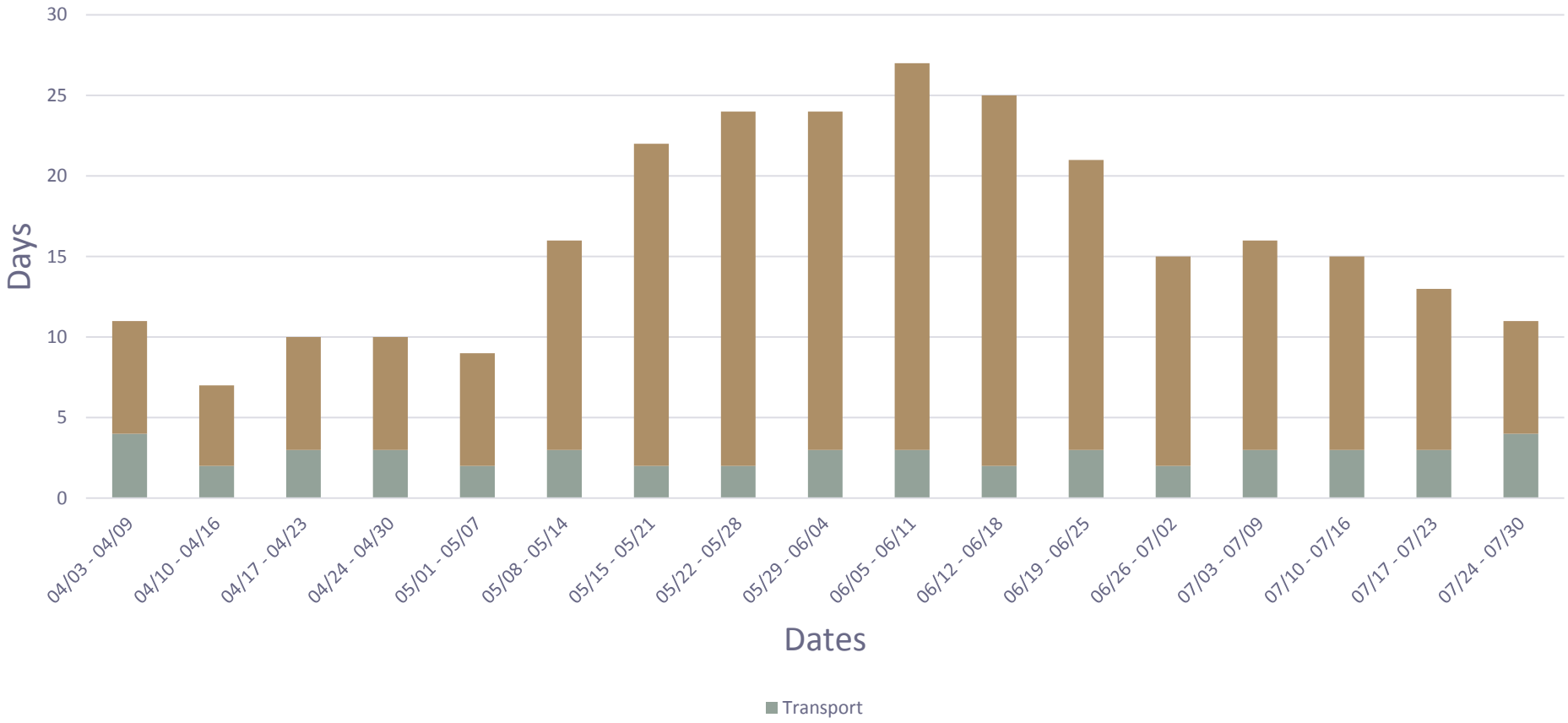
INFORMACIÓN DEBE SER LEGIBLE

Mediana de Tiempo para Procesamiento de Muestras – CDC Dengue Branch

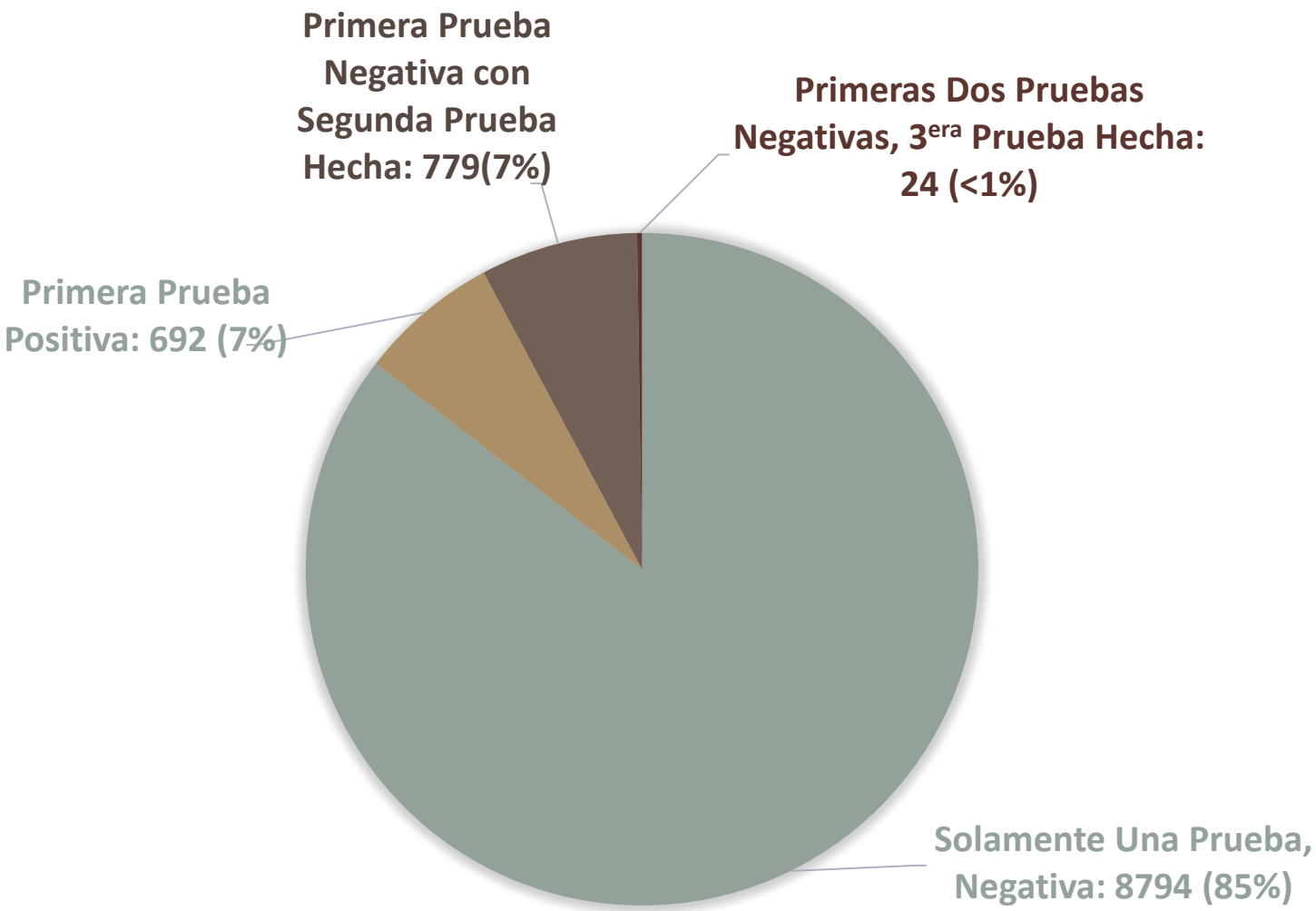


Pruebas prioritarias: embarazadas, infantes, hospitalizados, Guillain-Barré

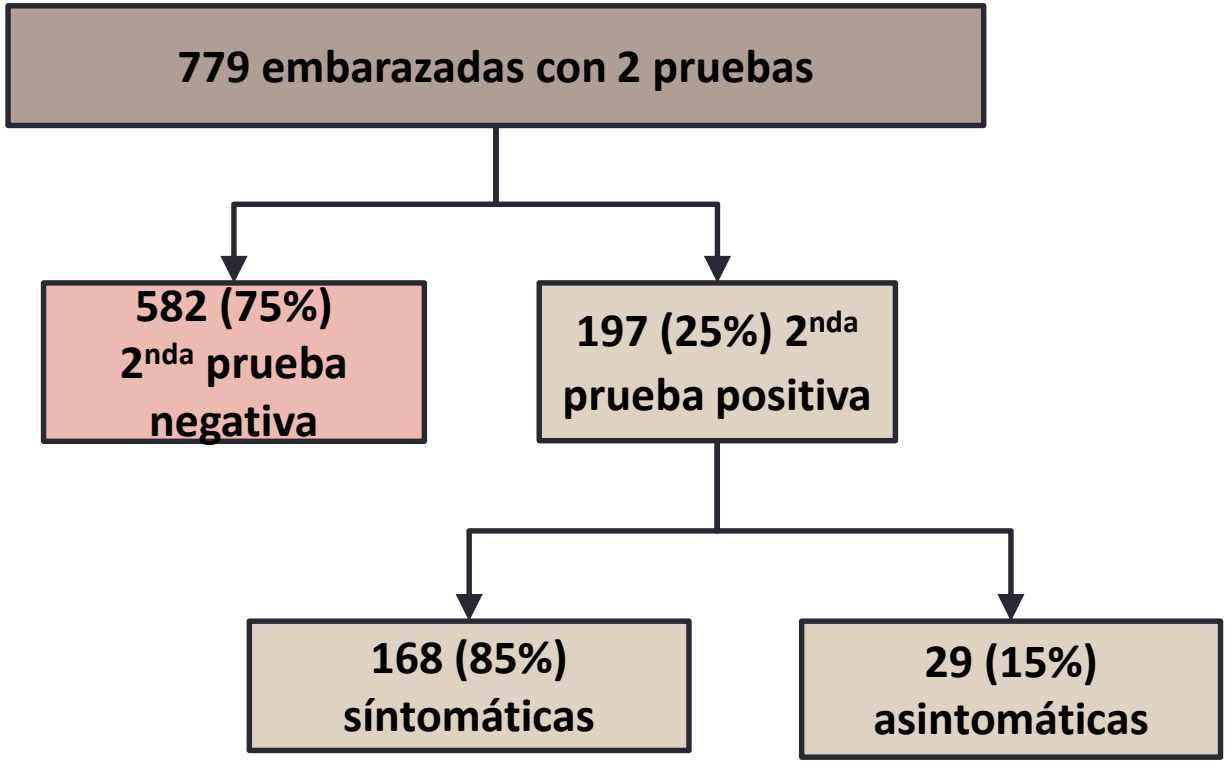
Mediana de Tiempo para Procesamiento de Muestras – Laboratorio del Departamento de Salud



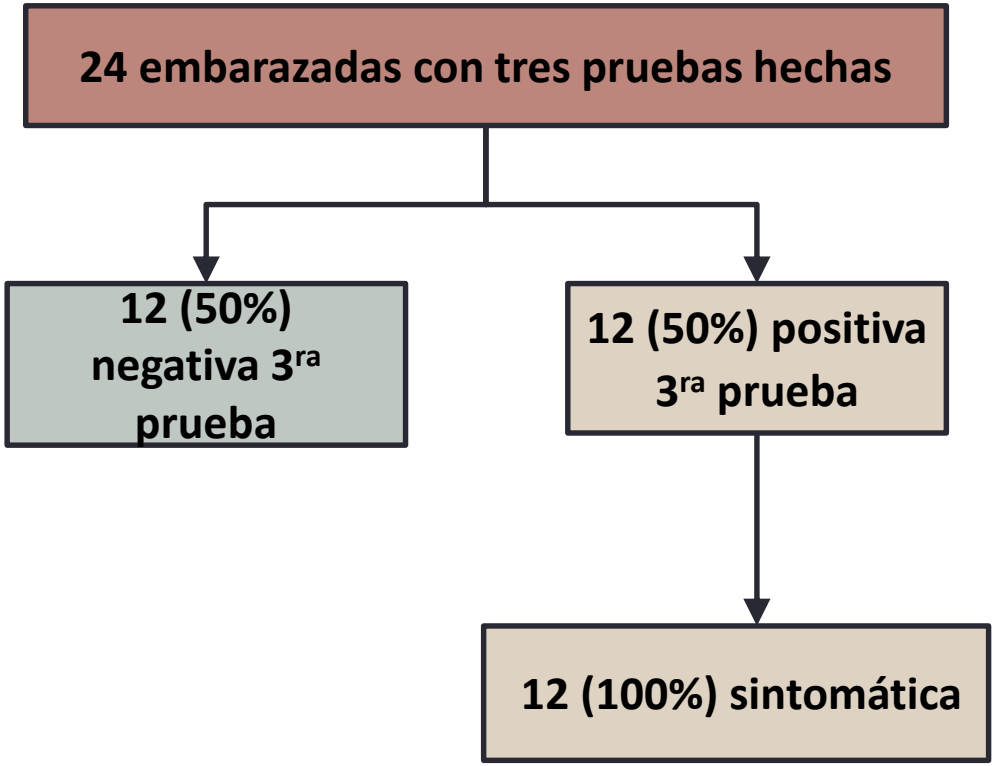
Embarazadas con Pruebas de Zika (n =10,289)



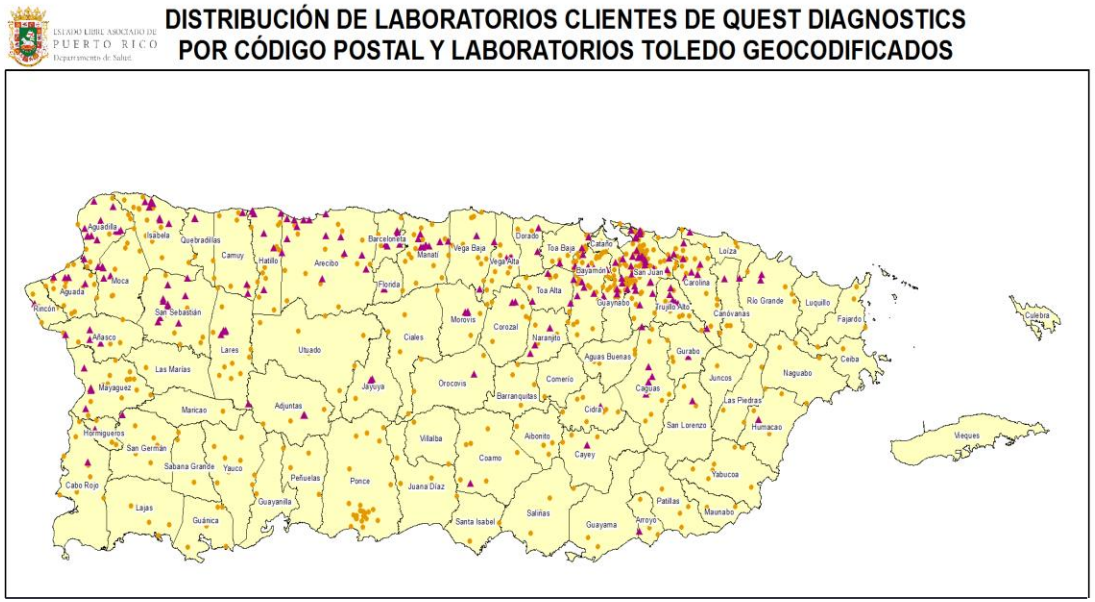
Embarazadas con 2 Pruebas de Zika (primera prueba negativa)



Embarazadas con 3 Pruebas Hechas (primeras dos fueron negativas)



Transporte de muestras

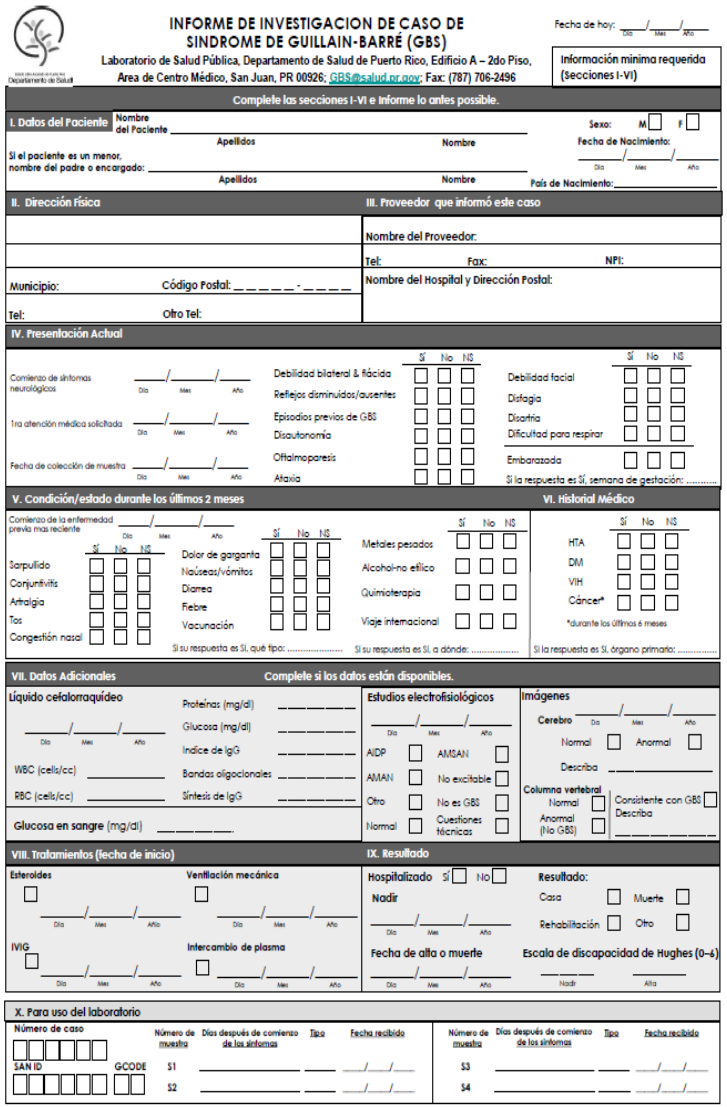


Quest o *Toledo* recogen muestras y las llevan al Departamento de Salud (DS)

DS procesa muestras libre de costo y envía resultados al médico

Reportando GBS y otras enfermedades neuro

- Reporte de casos sospechosos
  - Guillain-Barré
  - Mielitis
  - ADEM
  - Encefalitis
- Completar formulario de GBS (secciones I-VI)
- Envíe muestras de suero
  - "Whole blood" parece tener sensitividad superior al suero
  - Otras: orina, saliva, CSF
- Para consultas: GBS@salud.pr.gov



INFORME DE INVESTIGACION DE CASO DE SINDROME DE GUILLAIN-BARRÉ (GBS)

Laboratorio de Salud Pública, Departamento de Salud de Puerto Rico, Edificio A – 2do Piso, Area de Centro Médico, San Juan, PR 00926; GBS@salud.pr.gov; Fax: (787) 706-2496

Fecha de hoy: ___/___/___ (Día Mes Año)

Información mínima requerida (Secciones I-VI)

Complete las secciones I-VI e informe lo antes posible.

I. Datos del Paciente — Nombre del Paciente: Apellidos / Nombre — Sexo: M ☐ F ☐ — Fecha de Nacimiento: ___/___/___ — Si el paciente es un menor, nombre del padre o encargado: Apellidos / Nombre — País de Nacimiento:

II. Dirección Física — Municipio: — Código Postal: _____-____ — Tel: — Otro Tel:

III. Proveedor que informó este caso — Nombre del Proveedor: — Tel: — Fax: — NPI: — Nombre del Hospital y Dirección Postal:

IV. Presentación Actual — Comienzo de síntomas neurológicos ___/___/___ — 1ra atención médica solicitada ___/___/___ — Fecha de colección de muestra ___/___/___ (Día Mes Año)

	Sí	No	NS
Debilidad bilateral & flácida	☐	☐	☐
Reflejos disminuidos/ausentes	☐	☐	☐
Episodios previos de GBS	☐	☐	☐
Disautonomía	☐	☐	☐
Oftalmoparesis	☐	☐	☐
Ataxia	☐	☐	☐

	Sí	No	NS
Debilidad facial	☐	☐	☐
Disfagia	☐	☐	☐
Disartria	☐	☐	☐
Dificultad para respirar	☐	☐	☐
Embarazada	☐	☐	☐

Si la respuesta es Sí, semana de gestación: .....

V. Condición/estado durante los últimos 2 meses — Comienzo de la enfermedad previa mas reciente ___/___/___ (Día Mes Año)

	Sí	No	NS
Sarpullido	☐	☐	☐
Conjuntivitis	☐	☐	☐
Artralgia	☐	☐	☐
Tos	☐	☐	☐
Congestión nasal	☐	☐	☐

	Sí	No	NS
Dolor de garganta	☐	☐	☐
Náuseas/vómitos	☐	☐	☐
Diarrea	☐	☐	☐
Fiebre	☐	☐	☐
Vacunación	☐	☐	☐

Si su respuesta es Sí, qué tipo: .....

	Sí	No	NS
Metales pesados	☐	☐	☐
Alcohol-no etílico	☐	☐	☐
Quimioterapia	☐	☐	☐
Viaje internacional	☐	☐	☐

Si su respuesta es Sí, a dónde: .....

VI. Historial Médico

	Sí	No	NS
HTA	☐	☐	☐
DM	☐	☐	☐
VIH	☐	☐	☐
Cáncer*	☐	☐	☐

*durante los últimos 6 meses

Si la respuesta es Sí, órgano primario: .....

VII. Datos Adicionales — Complete si los datos están disponibles.

Líquido cefalorraquídeo ___/___/___ (Día Mes Año) — WBC (cells/cc) ____ — RBC (cells/cc) ____ — Proteínas (mg/dl) ____ — Glucosa (mg/dl) ____ — Indice de IgG ____ — Bandas oligoclonales ____ — Síntesis de IgG ____ — Glucosa en sangre (mg/dl) ____

Estudios electrofisiológicos ___/___/___ (Día Mes Año) — AIDP ☐ — AMAN ☐ — AMSAN ☐ — No excitable ☐ — Otro ☐ — No es GBS ☐ — Normal ☐ — Cuestiones técnicas ☐

Imágenes — Cerebro ___/___/___ (Día Mes Año) — Normal ☐ — Anormal ☐ — Describa ____ — Columna vertebral — Normal ☐ — Anormal (No GBS) ☐ — Consistente con GBS ☐ — Describa ____

VIII. Tratamientos (fecha de inicio) — Esteroides ☐ ___/___/___ (Día Mes Año) — IVIG ☐ ___/___/___ (Día Mes Año) — Ventilación mecánica ☐ ___/___/___ (Día Mes Año) — Intercambio de plasma ☐ ___/___/___ (Día Mes Año)

IX. Resultado — Hospitalizado Sí ☐ No ☐ — Nadir ___/___/___ (Día Mes Año) — Fecha de alta o muerte ___/___/___ (Día Mes Año) — Resultado: Casa ☐ Muerte ☐ Rehabilitación ☐ Otro ☐ — Escala de discapacidad de Hughes (0–6) ____ (Nadir) ____ (Alta)

X. Para uso del laboratorio — Número de caso — SAN ID — GCODE

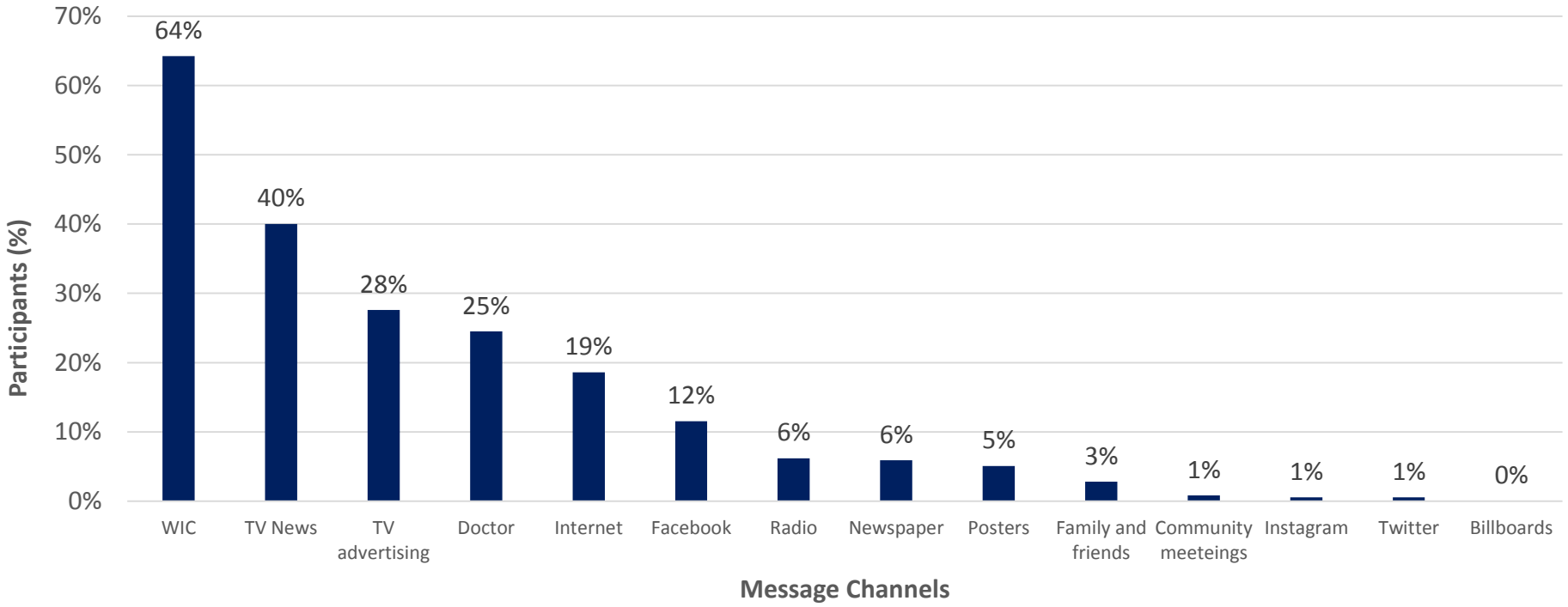
Número de muestra	Días después de comienzo de los síntomas	Tipo	Fecha recibido
S1			___/___/___
S2			___/___/___
S3			___/___/___
S4			___/___/___

http://www.salud.gov.pr/Sobre-tu-Salud/Documents/Español.pdf

HABLANDO CON SUS PACIENTES SOBRE PREVENCIÓN DE ZIKA Y DESPUÉS DE DIAGNÓSTICO

Ken Dominguez, MD, MPH
Oficial Médico
División de Prevención de VIH/SIDA
Centro Nacional de VIH/SIDA, Hepatitis Viral, las ETS y Prevención de la TB
Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades

¿Dónde están las mujeres embarazadas escuchando mensajes de prevención contra el Zika?



¿De qué modo afecta el Zika a las mujeres embarazadas?

- La infección del Zika en el embarazo causa la microcefalia.*
  - Microcefalia: malformación congénita en la que la cabeza del bebé es más pequeña de lo esperado al compararla con la de los bebés de la misma edad y sexo.
  - Las infecciones previas no afectarán futuros embarazos; es decir que una vez se infecta una persona con zika, esa persona es inmune en contra el zika.

*Rasmussen et al. NEJM 2016; 374(20):1981-1987

Zika causa microcefalia y otras anormalidades del cerebro

- **Criteria de Thomas Shephard* como prueba de tratogenicidad humana; se cumplen la criteria de causalidad con:**
  - **<u>Criteria 1, 3, y 4 (exposición raro – enfoque de defecto raro)</u>** *
  - Criteria 1, 2, y 3 (enfoque epidemiológico)

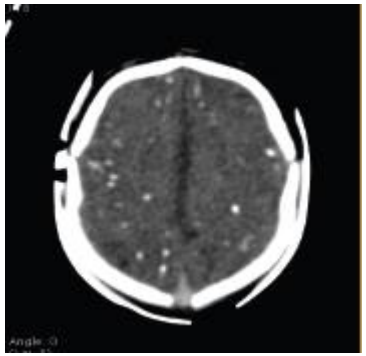
*Shephard TH. “Proof” of human teratogenicity. Teratology 1994; 50: 97-8

Zika causa microcefalia y otras abnormalidades del cerebro

- **Criteria de Shephard #1-Infección con virus del Zika durante tiempos del desarrollo prenatal que fueron consistentes con defectos observados (e.g. microcefalia severa y otras abnormalidades cerebrales)**
  - Infección durante primer o segundo trimestre asociado con microcefalia severa
  - Infección que ocurre más tarde asociado con crecimiento intrauterino pobre, muerte fetal
  - Defectos congénitos en imágenes radiográficas que se tienen que confirmar postnatalmente

Zika causa microcefalia y otras abnormalidades del cerebro

- **Criteria de Shephard #3 - Un fenotipo específico y raro envolucrando microcefalia y abnormalidades del cerebro en los fetos o infantes con infección congenito del virus de Zika presumido o confirmado.**
  - Un patron típico incluye
    - microcefalia severa,
    - calcificaciones intracraniales, y
    - otros abnormalidades cerebrales algunas veces acompañados o hallazgos oculares, cuero cabelludo redundante, artrogriposis (i.e. contracturas en múltiples articulaciones) y pie deforme

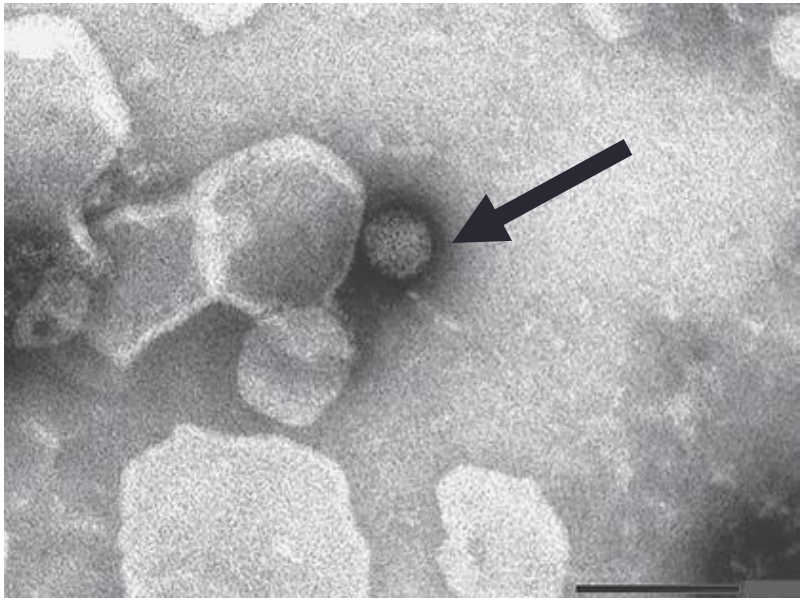


Zika causa microcefalia y otras abnormalidades del cerebro

- **Criteria de Shephard # 4: asociación entre una exposición rara y un defecto raro (seria improbable que dos eventos raros ocurrieran a la misma vez):**
  - Microcefalia es un defecto raro estimado a ocurrir en 6 infantes de cada 10 mil infantes nacidos vivos
  - Reportes de hallazgos de nacimientos adversos entre viajeros que pasaron tiempo limitado en una área con propagación del virus del Zika se considera una exposición rara.

Zika causa microcefalia y otras abnormalidades del cerebro

- **Criteria de Shephard # 5: Datos que apoyen fuertamente la plausibilidad biológica, incluyendo la identificación del virus del Zika en tejido del cerebro de los fetos e infantes:**



Partículo viral manchado negativamente con características morfológicas consistentes con los de los viruses Flaviviridae

"negatively stained viral particle with morphologic characteristics consistent with those of Flaviviridae viruses (arrow)."

-Mlakar J. et al. *N Engl J Med* 2016;374:951-8.

DOI: 10.1056/NEJMoa1600651

¿Se puede transmitir el virus de Zika por medio de lactancia materna?

- No se han reportado casos de transmisión del virus a través de la lactancia materna.

- **Por razón de los beneficios de lactancia materna, se recomienda que madres amamanten incluso en áreas donde se encuentra Zika.**

¿El zika provoca el Síndrome de Guillain-Barré (GBS, por sus siglas en inglés)?

- No sabemos si existe relación entre el GBS y la infección por el virus del Zika.

- El GBS es una afección poco frecuente en la que el propio sistema inmunitario de una persona daña las neuronas y ocasiona debilidad muscular y, en ocasiones, parálisis.

¿El zika provoca el Síndrome de Guillain-Barré (GBS, por sus siglas en inglés)?

- El Ministerio de Salud de Brasil ha reportado un incremento en el número de personas afectadas por el GBS.
- Los CDC están colaborando con el Ministerio de Salud de Brasil para determinar si alguien con Zika tiene más probabilidad de contraer el GBS.
- **Durante 1 de Noviembre 2015 – 7 de Julio 2016, se diaganosticó zika confirmado o presumptivo en 21 de 36 (58%) personas con SGB confirmado o sospechado.***

*Adams L. et al. MMWR 7/29/2016; 65: 1-6

Otros malefectos de la infeción con el virus de Zika

- 88 (1%) pacientes de 8,766 casos confirmados con infeción de Zika fueron hospitalizados.

- 2 pacientes fallecidos (0.02% mortalidad)
  - hombre (72 años)– thrombocytopenia [1,2]
  - hombre (detalles no reportados)

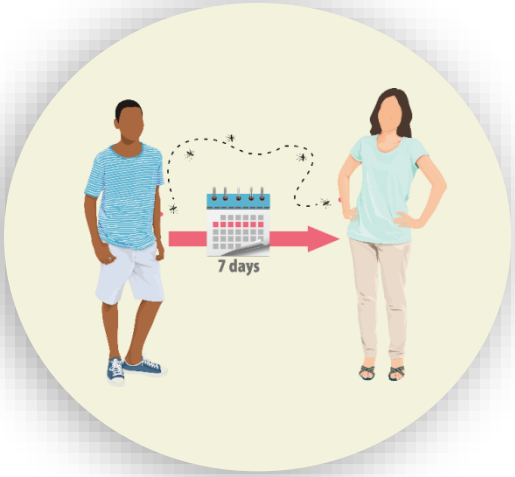
(1)Dirilikov E, et al. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2016;65:451–455.
(2) Tyler S. et al. *Clin Infect Dis*. 2016 Jul 14. pii: ciw476

¿Cuál es el tratamiento del zika?

- No existe un medicamento específico ni una vacuna contra el virus del Zika.
- Tratar los síntomas
  - Descansar
  - Tomar líquidos para evitar la deshidratación
  - Tomar acetaminofeno (Tylenol®) para aliviar la fiebre y el dolor.

¿Cuál es el tratamiento del zika?

- Protegerse de las picaduras de mosquitos.
- Durante la primera semana de la enfermedad, el virus del Zika puede hallarse en la sangre por un período aproximado de una semana.
- Si un mosquito pica a una persona, este se infecta y puede transmitir la infección a otras personas.



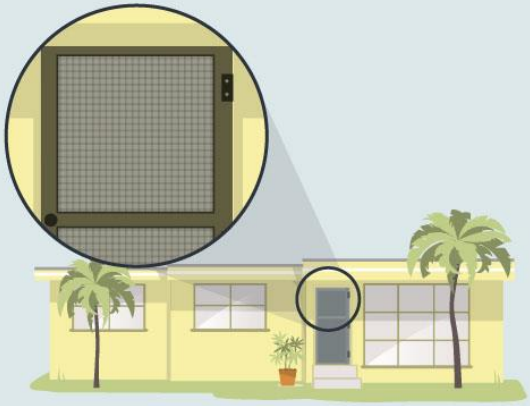
Todos contra el **Zika**

¡PROTEJAMOS A PUERTO RICO!

1 Cúbrase la piel y use repelente de insectos

2 Bote el agua acumulada

3 Evite que los mosquitos entren a su casa



4 Use condones

Aprenda más en salud.gov.pr y espanol.cdc.gov/zika

AUTORIZADO POR LA COMISIÓN ESTATAL DE ELECCIONES CEE-SA-16-10022

Prevención contra el Zika

- No sabemos el máximo tiempo que puede permanecer el virus en el semen del hombre que haya padecido el zika.

- NRA del virus de zika se ha detectado en el semen hasta
  - 93 días después del inicio de síntomas*
  - 39 días después del regreso de una area afecta por zika en un hombre asíntomatico**

- **El intervalo más largo después de síntomas** hasta que haya occurido propagación sexual de un hombre fue 32-41 días.***

***Mansuy J et al. Lancet Infect Dis 2016: 16:894-5**
****Fréour T et al. Euro Surveill 2016: 21 (23)**
*****Turmel JM. Lancet 2016; 387:2501**

Prevención contra el Zika

- Si su pareja está embarazada, los CDC recomiendan que los hombres que
  - viven en un área con Zika
  - hayan vivido en un área afectada por el virus del Zika
  - viajado a ella

  Utilicen condones siempre que tengan relaciones sexuales por vía vaginal, anal u oral, o que se abstengan del sexo durante el embarazo.

Prevención contra el Zika

- Si una **persona (hombre o mujer)** visita a un lugar con Zika, y **no le da síntomas**, los CDC recomiendan que
  - La pareja abstengan del sexo
  - O utilizen condones (masculinos o femeninos) y
  - Utilizen otros métodos anticonceptivos de barrera para el sexo oral por **8 semanas** después del regreso a su lugar.

- **Programa de Z-CAN –** Mejorar acceso a un rango completo de métodos anticonceptivos (incluyendo anticonceptivos reversibles de acción prolongada) libre de costo por medio de un red de proveedores de salud entrenados.

www.zcanpr.org.

www.zcanpr.org

https://zcanpr.org/#/ | Home | Departamento de Salu... | second death in puerto rico fr... | Z-CAN

File Edit View Favorites Tools Help

Z-CAN
ZIKA CONTRACEPTION ACCESS NETWORK

Casa | Sobre Anticoncepción | Para los Proveedores | Colaboración

Infección por el virus del Zika durante el embarazo puede causar microcefalia y efectos adversos de embarazo y o nacimiento. Para las mujeres y parejas que desean posponer o evitar embarazo durante el brote de Zika, una manera importante de reducir los embarazos afectados por Zika o los efectos relacionados con la infección por el virus es prevenir embarazo no planeado. Para las mujeres que desean posponer o evitar el embarazo aumentando el acceso a la anticoncepción puede ayudar a asegurar la salud de las próximas generaciones de mujeres y bebes.

Busca una Clínica del Z-CAN

Encontrar una clinica Z-CAN

¿Qué es el Z-CAN?

El Z-CAN por sus siglas en Ingles, es una red de médicos en clínicas por todo Puerto Rico, que están entrenados a proveer la gama completa de métodos anticonceptivos aprobados por el FDA sin costo a las mujeres que desean posponer o evitar el embarazo durante el brote de Zika. Puede hacer una cita en una clínica de Z-CAN para aprender más sobre

Más Información Sobre Zika

12:29 PM
8/9/2016

Parejas no-embarzadas viviendo en una área con Zika

Personaes	Diagnosticado con Zika o tuvo síntomas de ZIka	Utilize condones or abstengan del sexo por *
Hombre	Sí	Por lo menos 6 meses
Hombre	No	Por lo menos 8 semanas
Female	Sí o No	

El virus del Zika permanece en el semen por más tiempo comparado con otros líquidos corporales.

Prevención contra el Zika

- **Si la pareja no desea el embarazo, deben usar anticonceptivos que previenen el embarazo y anticonceptivos que prevenien propagación del zika.**

¿Qué están haciendo los CDC?

- Trabajar con los socios para:
  - Instruir a los proveedores de servicios de salud y al público acerca de la enfermedad del Zika.
  - Publicar avisos de viajes y otras directrices relacionadas con los viajes.
  - Proporcionar laboratorios estatales y territoriales con pruebas de diagnóstico.

¿Qué están haciendo los CDC?

- Trabajar con los socios para:
  - Monitorear y reportar los casos.
  - Apoyar los programas para el control del mosquito, tanto en los Estados Unidos como en el resto del mundo.
  - Llevar a cabo estudios para conocer más acerca del zika y la microcefalia y el Síndrome de Guillain-Barré.

www.salud.gov.pr

PREGUNTAS Y RESPUESTAS

PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN, ENVIE SU PREGUNTA AL DEPARTAMENTO DE SALUD
ZIKA@SALUD.PR.GOV

CDC
1-800-CDC-INFO (232-4636)
TTY: 1-888-232-6348 WWW.CDC.GOV

Los resultados y conclusiones de este informe pertenecen a los autores y no representan necesariamente la postura oficial de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades.