

## Eventual Epidemia por el virus del Zika en Paraguay: ¿Estamos haciendo lo correcto?

### Waiting for an epidemic by Zika virus in Paraguay: are we doing it right?

Prof. Dr. Antonio Arbo<sup>1,2</sup>

1 Departamento de Docencia e Investigación. Instituto de Medicina Tropical. Paraguay

2 Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Asunción. Paraguay

El virus del Zika (ZIKV), arbovirus de la familia flaviviridae, se ha introducido en nuestro continente en el primer trimestre del año 2015, primeramente en el Brasil (1). En nuestro país los primeros casos se han registrado en el mes de noviembre del mismo año. Aunque al momento actual (noviembre del 2016) pocos casos se han confirmado en el país (ocho casos) (2), la observación de sus consecuencias (2 casos confirmados de microcefalia) (2) y el caso reportado en este número de la revista, de Síndrome de Guillain Barré (3), todos ellos asociados a infección por el virus del Zika, reflejan que el virus del Zika puede estar circulando mucho más ampliamente de lo que es percibido actualmente.

El Paraguay tiene todas las condiciones para una expansión explosiva del virus: alto índice de infestación del mosquito *Aedes aegypti* (el mismo vector del virus del dengue), cercanía con el Brasil y amplio intercambio de personas entre ambos países. Por tanto la eventual rápida expansión del virus es de una probabilidad elevada dada que la población paraguaya al no haber experimentado epidemias

previas por este virus puede considerarse casi universalmente susceptible (4).

Sin embargo, el diagnóstico ZIKV presenta dificultades. Aunque la técnica RT-PCR es altamente específica siempre y cuando la muestra se tome dentro de la primera semana, es de alto costo para su implementación masiva, y los métodos serológicos presentan reactividad cruzada con otros flavivirus, principalmente dengue, virus endémico en nuestro país (4, 5). Estas consideraciones son importantes a la luz de la discusión de estrategias que son fundamentales para anticipar el grado de circulación del virus, ya que sus consecuencias se percibirán tardíamente (y ya cuando los efectos deletéreos están consumados). Las informaciones más recientes de que el efecto devastador del virus del Zika en el embarazo no solo ocurren cuando la infección se produce en el primer trimestre, sino incluso en etapas avanzadas del embarazo enfatizan la urgencia de políticas públicas destinadas a satisfacer las necesidades de los niños y familias afectadas por el síndrome congénito causado por el ZIKV (6, 7). Es de esperar que un brote epidémico por ZIKV

tendría un profundo impacto en la cohorte de niños que nazcan en el año que sigue a los casos, por lo que los países con riesgo epidémico por el ZIKV estarán sometidos a demandas de servicios clínicos, sociales y educacionales sin precedentes.

Basar el reconocimiento de la importancia de la enfermedad basado en la detección de las complicaciones (ej. incremento de número de casos de microcefalia o de casos de Síndrome de Guillain Barre) son medidas tardías desde el punto de salud pública.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) recomienda que en áreas geográficas donde se encuentren todas las condiciones para circulación del virus (sería el caso de nuestro país) "el sistema de vigilancia habrá de concentrarse en: detectar e investigar conglomerados de casos de enfermedad exantemática, teniendo en consideración los diagnósticos diferenciales; investigar a viajeros con clínica compatible con infección por ZIKV que retornan de lugares donde se sabe que circula el virus; monitorear la presencia de casos de complicaciones neurológicas y de las anomalías congénitas (microcefalia), y detectar la transmisión del ZIKV por vías que no sean la vectorial (por ejemplo, transmisión sexual y por transfusión de sangre)" (8). Sin embargo estas recomendaciones son insuficientes y como se demuestra en el caso reportado en el presente número (y en los casos de microcefalia que ocurrieron en el país) los mismos padecieron Zika fuera de las circunstancias que permitieran la detección del virus (no se presentaron los casos en un contexto de conglomerado de personas con enfermedad exantemática ni habían viajado al extranjero a zonas de circulación del ZIKV). Las autoridades de salud pública deberían considerar la implementación del modelo de centros centinelas distribuidos en las regiones de mayor concentración poblacional y con antecedente de mayor números de casos de dengue,

seleccionando para el tamizaje del ZIKV un porcentaje de los pacientes que concurren por sospecha de arbovirosis (dengue, Zika o chikungunya), estrategia que se ha seguido en otras enfermedades con riesgo epidémico como Influenza H1N1 (9) o para anticipar el inicio de epidemia de dengue (10). Esta estrategia demandará inversión en insumos laboratoriales pero la experiencia técnica ya se dispone. Sin embargo, conocer el inicio de una epidemia de Zika en esta era prevacunacional (anticipando que una vacuna estará disponible en los años siguientes) obligará a los responsables de la salud pública y a la comunidad a redoblar esfuerzos en el control del vector, a la comunicación de riesgo (posponer los embarazos hasta que pase la epidemia), y poner en alerta a todo el sistema sanitario para la detección precoz de Zika en el embarazo y adecuado seguimiento de los mismos, así como la detección de síndromes neurológicos.

## Referencias Bibliográficas

1. Zanluca C, Campos Andrade de Melo V, Pamplona Mosimann AL et al. First report of autochthonous transmission of Zika virus in Brazil. *Mem Inst Oswaldo Cruz*. 2015; 110: 569-572.
2. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Paraguay. *Boletín epidemiológico semanal*. Año 2016; N° 42.
3. Parra B, Lizarazo J, Jiménez-Arango JA et al. Guillain-Barré Syndrome associated with Zika virus infection in Colombia. *N Engl J Med* 2016; 375::1513-1523.
4. Fauci AS, Morens DM. Zika virus in the Americas-Yet another arbovirus threat. *N Engl J Med* 2016; 374: 601-603.
5. Honein MA, Jamieson DJ. Monitoring and Preventing Congenital Zika Syndrome. *N Engl J Med* 2016; 375:2393-4.
6. Rasmussen SA, Jamieson DJ, Honein MA, Petersen LR. Zika virus and birth defects-reviewing the evidence for causality. *N Engl J Med* 2016; 374:1981-7.
7. Brasil P, Pereira JP Jr, Moreira ME, et al. Zika virus infection in pregnant women in

- Rio de Janeiro. N Engl J Med 2016; 375:2321-34.
8. Organización Panamericana de la Salud. Guía para la vigilancia de la enfermedad por el virus del Zika y sus complicaciones. Washington, DC: OPS, 2016
  9. Badurdeen S, Benitez Valladares D, Farrar J et al. Sharing experiences: towards an evidence based model of dengue surveillance and outbreak response in Latin America and Asia. BMC Public Health 2013 13:607.
  10. Maïnassara HB, Lagare A, Tempia S, et al. Influenza Sentinel Surveillance among

Patients with InfluenzaLike-Illness and Severe Acute Respiratory Illness within the Framework of the National Reference Laboratory, Niger, 2009-2013. PLoS ONE 2015; 10: e0133178

---

Solicitud de Sobretiros:

Prof. Dr. Antonio Arbo  
Dirección de Docencia e Investigación  
Instituto de Medicina Tropical  
Asunción, Paraguay  
[antonioarbo@hotmail.com](mailto:antonioarbo@hotmail.com)