

# **VIRUS DEL ZIKA**

**DOCENTE: MG. HENRY C. VILCA ZEGARRA**

**INTEGRANTES:**

- **DE OLIVEIRA DE OLIVEIRA, DAIANNA.**
- **MAMANI HOLGUIN, KATHERINE.**
- **MANSILLA HERENCIA, CLAUDIA.**
- **PORTUGAL FLORES, ANA.**
- **RIVERA LACUTA, MARYELIN.**

**AREQUIPA- PERU**

**2016**

## **INDICE**

- I. INTRODUCCION**
- II. MARCO TEORICO**
  - 2.1. CONCEPTO O DEFINICION**
  - 2.2. ORIGEN DEL ZIKA**
  - 2.3. AGENTE**
  - 2.4. RESERVORIO**
  - 2.5. MODO DE TRANSMISION**
  - 2.6. PERIODO DE INCUBACION**
  - 2.7. PERIODO DE TRANSMISIBILIDAD**
  - 2.8. SUCEPTIBILIDAD**
    - 2.8.1. INDICADORES**
  - 2.9. VIGILANCIA DE LA ENFERMERDAD**
    - 2.9.1. OBJETIVOS**
    - 2.9.2. MODOS DE VIGILANCIA**
    - 2.9.3. CUADROS DE VIGILANCIA**
    - 2.9.4. FLUJOGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA SIN CASOS AUTOCTONOS**
    - 2.9.5. FLUJOGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA CON CASOS AUTOCTONOS**
  - 2.10. DEFINICION DE CASO CLINICO**
    - 2.10.1. CRITERIO CLINICO**
    - 2.10.2. CRITERIO EPIDEMIOLOGICO**
    - 2.10.3. CRITERIO DE LABORATORIO PARA CASO CONFIRMADO**
    - 2.10.4. CRITERIO DE LABORATORIO PARA UN CASO PROBABLE**
    - 2.10.5. TIPO DE MUESTRA**
    - 2.10.6. TRANSPORTE, ENVIO Y RECEPCION DE MUESTRAS**
  - 2.11. CLASIFICACION DE LOS CASOS**
    - 2.11.1. CASO SOSPECHOSO**
    - 2.11.2. CASO PROBABLE**
    - 2.11.3. CASO CONFIRMADO**
  - 2.12. MEDIDAS DE SALUD PUBLICA**
    - 2.12.1. CONTROL DEL CASO**
    - 2.12.2. CONTROL DEL CONTACTO**
    - 2.12.3. CONTROL AMBIENTAL**
  - 2.13. AMENAZAS DEL AEDES AEGYPTI**
- III. CONCLUSIONES**
- IV. RECOMENDACIONES**
- V. WEBGRAFIA**

## I. INTRODUCCION

Hasta ahora se conocía que el VIRUS ZIKA pertenece al grupo de patógenos conocido como flavivirus pero se sabía poco sobre las peculiaridades que le hacen distinto al dengue, que es de la misma familia. Gracias a una tecnología, denominada crio microscopia electrónica, investigadores de EEUU han logrado determinar la estructura del virus que está dejando miles de afectados en más de 30 países, la mayoría en Latinoamérica y que es sospechoso de generar cientos de casos de microcefalia.

Conocer la estructura del virus ZIKA ayudara a desarrollar una vacuna y a diseñar fármacos antivirales, explica a EL MUNDO Michael Rosman, del Instituto Purdue para la inflamación, inmunología y enfermedades infecciosas, en West Lafayette (EEUU), que ha dirigido el estudio publicado en SCIENCE. Porque este análisis, realizado con el virus de un paciente infectado durante el brote de la Polinesia Francesa, ha mostrado algo que ya se sabía: que el virus ZIKA es similar a otros patógenos de su familia como el dengue. Pero, y eso es lo que se iba buscando, se ha visto en su superficie, un grupo de proteínas denominadas glicosiladas se activa en un sitio concreto a como lo hacen en otros virus.

“ESTOS PEQUEÑOS CAMBIOS EN SU ESTRUCTURA PUEDEN INFLUIR EN EL QUE EL VIRUS SEA RECONOCIDO POR RECETORES DE LAS CELULAS NEURONALES”

El virus del ZIKA ha sido asociado con centenares de casos de microcefalia y con el desarrollo del síndrome de Guillain-Barré, que puede generar parálisis temporalmente.

“NO ESTA CLARO COMO EL ZIKA ACCEDE A ESAS CELULAS Y LAS INFECTA PERO LAS DIFERENCIAS ENCONTRADAS EN ESAS AREAS DEL VIRUS PUEDEN TENER QUE VER”

## **II. MARCO TEORICO**

### **2.1. CONCEPTO O DEFINICION**

La enfermedad por virus zika la produce un virus transmitido por la picadura de mosquitos del genero Aedes, que se presenta con un cuadro clínico leve caracterizado por fiebre moderada, exantema maculo-papular que se extiende frecuentemente desde la cara al resto del cuerpo, artritis o artralgia pasajera (principalmente de articulaciones pequeñas de manos y pies), hiperemia conjuntival o conjuntivitis bilateral y síntomas inespecíficos como mialgia, cansancio y dolor de cabeza. Las infecciones asintomáticas son frecuentes y se estima que el tan solo uno de cada cuatro infectados desarrolla síntomas.

Hasta el año 2007 solo se habían notificado en el mundo 14 casos humanos de infección por virus zika. En ese mismo año se registró en la isla de Yap (Micronesia) el primer brote por virus Zika fuera de África y Asia. Estudios serológicos en la población de la isla demostraron que hasta el 73% de los habitantes presentaban anticuerpos frente al virus. Entre 2013 y 2014, tuvo lugar un brote en la Polinesia Francesa que se extendió a Nueva Caledonia y desde entonces se han detectado casos de enfermedad por virus Zika en las islas Cook, las islas Salomón, Samoa, Vanatua y la isla de Pascua. En mayo de 2015 se confirmó en Brasil la transmisión autóctona del virus Zika.

El brote en Brasil comenzó en el mes de febrero en los estados de Bahía y Rio Grande del Norte y se ha extendido a la mayoría de los estados del país. En setiembre de 2015, Colombia notifico transmisión autóctona del virus en gran parte del país; en octubre, el Ministerio de Salud de Cabo Verde detecto por primera vez casos confirmados de enfermedad por virus Zika y en el mes de diciembre ya son varias las islas afectadas por el brote. Desde el mes de noviembre de 2015 la epidemia se ha ido extendiendo por casi todos los países de América Latina.

La infección por virus Zika también se ha relacionado con la aparición de malformaciones neurológicas en recién nacidos de madres infectadas durante el embarazo. Las autoridades sanitarias de la Polinesia Francesa han notificado recientemente un incremento inusual de malformaciones del sistema nerviosos central durante el periodo 2014-2015, tras los brotes de zika en la isla.

Los vectores competentes para transmitir el virus pertenecen al género Aedes. Estos vectores se encuentran ampliamente distribuidos en África, Asia y la región del cúfico, donde hasta ahora se habían detectado los casos de enfermedad

### **2.2. ORIGEN DEL ZIKA**

El virus se identificó en 1947 por primera vez en Uganda, específicamente en los bosques de Zika. Se descubrió en un mono Rhesus cuando se realizaba un estudio acerca de la transmisión de la fiebre amarilla en la selva.

Análisis serológicos confirmaron la infección en seres humanos en Uganda y Tanzania en 1952, pero fue en 1968 que se logró aislar el virus con muestras provenientes de personas en Nigeria. Análisis genéticos han demostrado que existe dos grandes linajes en el virus : el africano y el asiático

### **2.2. AGENTE**

El virus presentaba originalmente un ciclo selvático donde los primates no humanos eran el huésped principal y su vector los mosquitos locales de la familia Aedes. La presencia del virus en humanos, considerado en un principio huésped ocasional, se constató a través de estudios serológicos en 1952. No fue hasta 1968 cuando se logró aislar el virus a partir de muestras humanas en Nigeria. Desde su descubrimiento numerosos estudios epidemiológicos, serológicos y entomológicos han confirmado la circulación del virus en áreas tropicales del África occidental y central (Nigeria, Sierra Leona, Costa de Marfil) y asiáticas (Paquistán, Indonesia, Filipinas, Malasia, Camboya y Tailandia)

### 2.3. RESERVORIO

Actualmente existen en la naturaleza un ciclo selvático, en el que los primates no humanos actúan como reservorio, donde el hombre actúa como huésped amplificador como ocurre con otras arbovirosis.

### 2.4. MODO DE TRANSMISION

El virus Zika se transmite por la picadura de un vector, principalmente mosquitos del género Aedes. Existe además evidencia de que la transmisión vertical a partir de madres infectadas es posible. El virus se ha detectado en sangre, saliva, orina, semen y leche materna. Se ha descrito la transmisión por vía sexual y por transfusión sanguínea. La posible transmisión a través de la lactancia materna está todavía en estudio.

### 2.5. PERIODO DE INCUBACION

Suele oscilar entre 3 y 12 días. Tras este periodo, aparecen los síntomas. Sin embargo, la infección también puede presentarse de forma asintomática.

### 2.6. PERIODO DE TRANSMISIBILIDAD

En los seres humanos, el periodo virémico es corto, entre 3 y 5 días desde el inicio de síntomas, permitiendo que el vector que se alimenta de un infectado durante ese periodo se infecte y pueda transmitir la enfermedad.

### 2.7. SUCEPTIBILIDAD

Dado que se trata de una enfermedad emergente, la susceptibilidad se considera universal. Son comunes las infecciones subclínicas. Una vez expuestos al virus, los individuos desarrollan inmunidad prolongada.

### 2.8.1. INDICADORES

#### PREVALENCIA O FRECUENCIA

INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	CONSTANTE	DESAGREGACION	INTERPRETACION
Tasa de incidencia	total de casos sospechoso	población total	10n	grupo de edad, sexo, pueblo, distritos o localidad	riesgo de adquirir la enfermedad. En un lugar y tiempo determinado
Tasa de mortalidad	número de defunciones confirmadas	población total	1000	grupo de edad, sexo, pueblo, distritos o localidad	mide el riesgo de morir por zika en el país en un año

	por Zika				
<b>Tasa de letalidad</b>	número de defunciones confirmadas por Zika	número total de casos de Zika	100	grupo de edad, sexo, pueblo, distritos o localidad	proporción de muertes confirmadas de Zika de personas que se enferman por el virus
<b>Razón de casos Zika y febriles</b>	número de casos confirmados por Zika	número de casos febriles indeterminados	100	grupo de edad, sexo, pueblo, distritos o localidad	porcentajes de casos confirmados de Zika por cada 100 febriles indeterminados
<b>Porcentaje de positividad serológica</b>	numero de muestras serológicas positivas	numero de muestras procesadas para serología	100	grupo de edad, sexo, pueblo, distritos o localidad	porcentajes de muestras positivas para serología de cada cien muestras para serología
<b>Porcentaje de positividad virológica</b>	numero de muestras virológicas positivas	numero de muestras procesadas para aislamiento viral	100	grupo de edad, sexo, pueblo, distritos o localidad	Porcentajes de muestras positivas para virología de cada cien muestras procesadas para virología.

## 2.9. VIGILANCIA DE LA ENFERMEDAD

Debe desarrollarse a partir de la vigilancia existente Zika, teniendo en cuenta las diferencias en la presentación clínica. Según corresponda a la situación epidemiológica del país, la vigilancia debe estar orientada a detectar la introducción del virus Zika en un área, rastrear la dispersión de la fiebre por virus Zika una vez introducida y vigilar la enfermedad cuando esta se ha establecido.

### 2.9.1. OBJETIVOS

- A) Detectar precozmente el caso importado y autóctono para establecer las medidas de prevención y control vectorial que se requieran.
- B) Prevenir y controlar los brotes de forma precoz
- C) Garantizar el correcto manejo de los casos para reducir el riesgo de transmisión

### 2.9.2. MODOS DE VIGILANCIA

Para mantener una adecuada vigilancia, existiendo objetivos también se realiza encuestas para cada paciente, asimismo realizaremos un mejor desarrollo de verificación.

### 2.9.3. CUADROS DE VIGILANCIA

Seguimiento de la enfermedad de ZIKA.

Anexos:

Anexo 1

Datos generales													
UNIDAD NOTIFICADORA		Fecha de notificación			No. De ficha								
		Día	Mes	Año	ZIKA00002015/___/___								
UBICACIÓN DE LA UNIDAD NOTIFICADORA													
Área de Salud						Distrito							
Servicio						Otro (especifique)							
DATOS PACIENTE													
Apellido(s)				Nombre				Sexo:		F	M		
EDAD			Departamento			Municipio							
Años		Meses	Días										
Teléfono				Correo				Comunidad					
Dirección													
DATOS CLÍNICOS													
Fecha Inicio Síntomas			Días con síntomas			Fecha de Primera Consulta			Hospitalizado		Si	No	
Día	Mes	Año				Día	Mes	Año	Fecha de hospitalización		Día	Mes	Año
SIGNOS Y SÍNTOMAS													
Signo y síntoma		Si	No	Signo y síntoma		Si	No	Donde					
Fiebre				Mialgias									
Conjuntivitis no purulenta				Artralgias									
Cefalea				Exantema maculopapular									
Astenia				Edema miembros inferiores									
Dolor retro-orbitario													
Anorexia													
Vómitos													
Diarrea													
Dolor abdominal													
Factores de riesgo													
Viajó en los últimos 15 días previos al inicio de los síntomas						Si	No	¿A dónde?					
Recibió sangre en los últimos 15 días previos al inicio de los síntomas						Si	No						
¿Hay otros enfermos con los mismos síntomas en la familia? (familia, localidad, población)						Si	No						
¿Ha sido picado por mosquito?						Si	No						
¿Almacena agua en recipientes?						Si	No						
¿Tiene chatarra y llantas en su patio o alrededores?						Si	No						
Laboratorio													
Examen de muestras de sangre para la detección de infección por Zika								Si	No				
Fecha de Recolección			Día	Mes	Año	Tipo:	Viológica	Resultado	Positivo	Negativo			
						Serológica							
Clasificación final													
Sospechoso		Probable		Confirmado		Confirmado por nexa epidemiológico							
Condición de egreso		Vivo		Muerto		Trasladado a otro hospital		Contraindicado					
Responsable de llenado de ficha			Nombre:				Cargo:		Fecha:				
Firma y sello													

#### 2.9.4. FLUJOGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE VIRUS ZIKA SIN CASOS AUTOCTONOS

##### CASO SOSPECHOSO

- persona que presenta fiebre igual o mayor a 38.5°C, artralgia y conjuntivitis no purulenta, acompañado o no de cualquiera de los sgtes. signos y síntomas: cefalea, mialgia, astenia, exantema maculopapular, edema en miembros inferiores, dolor retro-orbitario, anorexia, vomito, diarrea, dolor abdominal o que haya viajado o provenga de áreas endémicas.

##### CASO PROBABLE

- paciente que presente fiebre y artralgias o fiebre y artritis de etiología desconocida, con pruebas negativas para malaria, dengue, chikungunya y sarampion-rubeola

##### VIGILANCIA LABORATORIAL ( LNS)

- se realizara pruebs para virus zika l 100% de los paceutes que cumpla con el anterior criterio.o

#### 2.9.5. FLUJOGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE VIRUS ZIKA CON CASOS AUTOCTONOS.

##### CASO SOSPECHOSO

- persona que presenta fiebre igual o mayor a 38.5°C, artralgia y conjuntivitis no purulenta, acompañado o no de cualquiera de los sgtes. signos y síntomas: cefalea, mialgia, astenia, exantema maculopapular, edema en miembros inferiores, dolor retro-orbitario, anorexia, vomito, diarrea, dolor abdominal o que haya viajado o provenga de áreas endémicas.

##### ACCIONES AREA DE SALUD

- Registro de caso en SIGSA segun corresponda.
- Llenado correcto y completo de vigilancia epidemiologica
- Toma y envio de muestra para laboratorio
- Notificacion inmediata al CNE por medio de comunicacion disponible
- Busqueda y seguimiento de contactos
- Vigilancia laboratorial segun corresponda
- Acciones de prevencion y control.

##### VIGILANCIA LABORATORIAL

- Uno de cada 10 casos sospechosos

## **2.10. DEFINICION DEL CASO**

### **2.10.1. CRITERIO CLINICO**

Paciente que presenta exantema maculopapular y elevación de la temperatura corporal y uno o más de los siguientes síntomas: artralgias o mialgias, conjuntivitis no purulenta o hiperemia conjuntival y cefalea o malestar general, siempre que no se explique por otras causas. Se recomienda descartar al menos infección por dengue y chikungunya.

### **2.10.2. CRITERIO EPIDEMIOLOGICO**

- A. Residir o haber visitado áreas epidémicas para virus zika en los 15 días anteriores a la aparición de los síntomas.
- B. La infección ha tenido lugar al mismo tiempo y en la misma zona donde se han producido otros casos probables o confirmados de zika.
- C. Haber mantenido relaciones sexuales sin protección con hombres que haya viajado a zonas con transmisión activa del virus dentro de los 28 días posteriores al regreso del viaje si no han tenido síntomas o de 6 meses en los casos con diagnóstico confirmado por laboratorio.

### **2.10.3. CRITERIO DE LABORATORIO PARA CASO CONFIRMADO**

Al menos UNO de los siguientes:

- A. Aislamiento del virus en una muestra clínica
- B. Detección de ácido nucleico en una muestra clínica
- C. Detección de anticuerpos neutralizantes en suero. Se realizara una vez estén disponibles los resultados positivos para serología detallados en el apartado siguiente.

### **2.10.4. CRITERIO DE LABORATORIO PARA CASO PROBABLE**

- A. La presencia de anticuerpos IgM, no confirmada por neutralización en una muestra de suero
- B. Seroconversión de anticuerpos específicos del virus o aumento de cuatro veces el título entre muestras tomadas en fase aguda y fase convaleciente, no confirmada por neutralización. El primer suero se recoge al inicio de la enfermedad y el segundo de 10 a 14 días después.
- C. La técnica diagnóstica de elección dependerá del tiempo transcurrido entre el inicio de síntomas y la toma de muestra son las siguientes:
- D. Entre 0 a 5 días : AISLAMIENTO ,PCR
- E. Entre 5 y 7 días : PCR y SEROLOGIA
- F. Después de 7 días : SEROLOGIA
- G. Orina: entre 0 a 15 días: PCR, AISLAMIENTO.

### **2.10.5. TIPO DE MUESTRA**

Serología: suero

PCR: suero y orina

En casos con presencia de síntomas neurológicos: enviar LCR y suero u orina. En casos de infección en neonatos o cuando la obtención del suero sea muy complicada, se puede valorar la utilización de saliva. En caso de gestantes, se deberá valorar el estudio de otras muestras, como líquido amniótico

### **2.10.6. TRANSPORTE, ENVIO Y RECEPCION DE MUESTRAS**

Envió de la muestra refrigerada (2-8°) lo más rápidamente posible (<2hrs),o congelada (evitar congelación/descongelación),si se prevé una demora mayor de 24 horas. Se utilizaran los cauces habituales para el envío. La orina debe enviarse en tubos que cumplan los requisitos de bioseguridad con tapón que cierre bien como los que se utilizan para otras muestras.

## **2.11. CLASIFICACION DE LOS CASOS**

### **2.11.1. CASO SOSPECHOSO**

Persona que cumple el criterio clínico y algún criterio epidemiológico

### **2.11.2. CASO PROBABLE**

Persona que cumple el criterio clínico, con o sin criterios epidemiológicos, y cumple criterio de laboratorio de caso probable

### **2.11.3. CASO CONFIRMADO**

Persona que cumple el criterio clínico, con o sin criterios epidemiológicos y que cumple algún criterio de confirmación de laboratorio.

SE CONSIDERA CASO IMPORTADO CUANDO EL INICIO DE SINTOMAS SE PRODUCE EN LOS 15 DIAS POSTERIORES A LA ESTANCIA EN ZONA EPIDEMICA Y CASO AUTOCTONO CUANO NO HAYA ANTECEDENTE DE VIAJE ENDEICA EN LOS 15 DIAS ANTERIORES AL INICO DE SINTOMAS.

## **2.12. MEDIDAS DE SALUD PÚBLICA**

### **2.12.1. CONTROL DEL CASO**

Con el fin de prevenir la transmisión local, se tomaran medidas para evitar el contacto del caso probable con los mosquitos mientras el caso este sintomático. Se realizara protección individual frente a la picadura de mosquitos con repelentes eficaces y también se pueden usar mosquiteras en la cama y en puertas y ventanas, aire acondicionado y repelentes eléctricos, especialmente, en zona de circulación del vector.

### **2.12.2. CONTROL DEL CONTACTO**

Como medida de precaución y dado que se ha identificado carga viral en el semen se recomienda el uso de métodos de barrera en las relaciones sexuales.

### **2.12.3. CONTROL AMBIENTAL**

En relación con las medidas ambientales, se recomienda la identificación de los factores ambientales predisponentes o contribuyentes a la presencia y persistencia del vector así como realizar la correspondiente investigación entomológica y la adopción de las medidas adecuadas de control vectorial de acuerdo con los planes de preparación y respuesta de enfermedades transmitid por vectores existentes.

## **2.13. AMENAZAS DEL AEDES AEGYPTI**

## Las amenazas del Aedes aegypti

El zancudo transmite los virus del dengue, el chikunguña y el zika

**En riesgo de enfrentar nuevas epidemias**  
 En el país, cada año, el dengue se convierte en un problema de salud. En 2014 se le sumó el chikunguña y hoy existe el riesgo de que aparezca un nuevo virus, el zika.

Pasa su vida en agua estancada en contenedores.  
 Puede vivir hasta 30 días.  
 No se abren más de 100 metros de su cría.  
 Puede aumentar entre 2 y 4 veces su tamaño después de una picadura.

La hembra se aparea a los 24 horas de haberse despojado entre 50 y 200 huevos.

Huevo de 0,4 a 0,6 mm  
 Pupa de 2 a 3 mm  
 Lirva de 5 a 8 días

**Dengue**  
 La enfermedad se transmite por picaduras de zancudos.

Fiebre alta  
 Fiebre de 39°C  
 Dolor de cabeza  
 Dolor de los ojos  
 Dolor de espalda  
 Náuseas y vómitos  
 Dolor muscular y articular

La enfermedad fue identificada en 1779.

Los síntomas aparecen entre 4 y 10 días después de la picadura.

**Chikunguña**  
 La enfermedad se transmite por picaduras de zancudos.

Fiebre alta que puede superar los 39°C  
 Dolor de cabeza  
 Sarpullido  
 Artralgias  
 Dolor articular y tendones. Puede resultar crónico  
 Dolor muscular severo

El chikunguña fue identificado por primera vez en Tanzania (África) en 1952.

La fiebre puede durar entre dos y tres días.

**Zika**  
 El zika puede transmitirse por picaduras de zancudos.

Fiebre  
 Dolor de cabeza leve  
 Dolor de articulaciones y miembros inferiores  
 Dolor de ojos  
 Dolor muscular

El zika se detectó por primera vez en África en 1947.

Los síntomas pueden durar entre tres y seis días.

**Evite las tres infecciones**  
 Se principal recomendación para impedir la transmisión de los tres virus es la destrucción de los criaderos de zancudos.

- Llene con tierra las tantas viejas para que no acumulen agua o utilícelas como muros de contenedores.
- Lave bien los baldes donde guarda agua y tópelos.
- Coloque alfileres en pilas y depósitos de agua.
- Lave el fondo de la pila cada semana.
- Utilizar mosquitos o mosquiteros en ventanas o puertas.

Fuente: EL MUNDO EN MOVIMIENTO

### **III. CONCLUSIONES**

Según la Organización Panamericana de la Salud, 20 países ya han reportado la detección del Zika en su territorio: Barbados, Bolivia, Colombia, Ecuador, el Salvador, Guadalupe, Guatemala, Guyana, La Guyana Francesa, Haití, Honduras, Martinica, México, Panamá, Puerto Rico, Surinam y Venezuela .Pero la OPS señala que el recuento crece cada día y considera que acabara llegando a todos los países de América Latina.

El virus del Zika es causado por la picadura de un mosquito, es similar al dengue, la fiebre amarilla, el virus del Nilo Occidental y la encefalitis japonesa. Teniendo en cuenta dicha enfermedad cabe reconocer los riesgos que se enfrenta con el medio donde vivimos, debemos tomar las medidas necesarias para poder evitar esta posible enfermedad ya mencionada con anterioridad, al existir un protocolo de vigilancia del Zika el personal de salud puede identificar posibles casos ya sean sospechosos, importados, etc. y asimismo se realizara la prevención de dicha enfermedad.

#### **IV. RECOMENDACIONES**

- A. Use camisas de manga larga y pantalones largos.
- B. Permanezca en lugares con aire acondicionado o que tengan mosquiteros en las puertas y ventanas para evitar que entren los mosquitos.
- C. Tome medidas para controlar los mosquitos dentro y fuera de su casa.
- D. Duerma en camas con mosquiteros si está en el extranjero o en exteriores y no se puede proteger de los mosquitos.
- E. Si tiene el virus del Zika, evite que otros se enfermen
- F. Durante la primera semana de infección, el virus del Zika se puede encontrar en la sangre y puede pasar de la persona infectada a otro mosquito si el insecto la pica. Después, el mosquito infectado puede transmitir el virus a otras personas.
- G. Para ayudar a prevenir que otras personas se enfermen, durante la primera semana de enfermedad.
- H. Un hombre con infección por el virus del Zika puede contagiarla a su pareja de sexo femenino o masculino.
- I. Para ayudar a prevenir la propagación del Zika a través de las relaciones sexuales, puede usar condones, de forma correcta en todo momento durante el acto sexual, y cada vez que mantenga relaciones sexuales. Por acto sexual se entiende sexo vaginal, anal y oral (boca a pene). La abstinencia sexual es la única manera de asegurarse que evitará contagiarse con el virus del Zika por vía sexual.

## V.WEBGRAFIA

1. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica:  
[http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/DocsZika/ProtocoloVigilanciaZIKA\\_11.02.2016.pdf](http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/DocsZika/ProtocoloVigilanciaZIKA_11.02.2016.pdf)
2. CDC-Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades :  
<http://espanol.cdc.gov/enes/zika/prevention/>
3. Centro Nacional de Epidemiologia :  
<http://epidemiologia.mspas.gob.gt/files/Protocolo%20Zica.pdf>