CIRCULAR CONJUNTA EXTERNA 43 DE 2015

(octubre 14)

Diario Oficial No. 49.666 de 15 de octubre de 2015

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

PARA:	GOBERNADORES, ALCALDES MUNICIPALES, SECRETARÍAS DISTRITALES, MUNICIPALES Y DEPARTAMENTALES DE SALUD PÚBLICA, COORDINADORES DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA, COORDINADORES DEL PROGRAMA DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES (ETV), ENTIDADES ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS, RESPONSABLES DE REGÍMENES ESPECIALES Y DE EXCEPCIÓN, INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD, LABORATORIOS DISTRITALES Y DEPARTAMENTALES DE SALUD PÚBLICA, INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD Y LABORATORIOS CLÍNICOS, SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA EN PUNTOS DE ENTRADA INTERNACIONALES.
DE:	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD
ASUNTO:	Instrucciones para la vigilancia en salud pública, atención clínica, prevención y control frente a la posible introducción del Virus Zika (ZIKV) en Colombia.

El 7 de mayo de 2015, la OMS/OPS emitió a sus Estados Miembros una Alerta Epidemiológica sobre Infección por virus Zika (ZIKV), en la cual recomienda establecer y mantener capacidades para detectar y confirmarcasos de infección por virus Zika, tratar a los enfermos, implementar una efectiva estrategia de comunicación del riesgo con la ciudadanía, lograr reducir la presencia del mosquito transmisor de esta enfermedad y evitar sus picaduras.

De acuerdo con lo anterior, el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) y el Instituto Nacional de Salud (INS) realizaron la evaluación de esta alerta, concluyendo que existe el riesgo de la posible introducción de este virus debido a la dispersión e infestación de insectos del género Aedes en el territorio nacional, la existencia de población susceptible y los viajeros que ingresan a Colombia desde países que ya tienen circulación viral.

Por lo anteriormente expuesto, con el fin de proteger el derecho fundamental a la salud, consignado como tal en la Ley 1751 de 2015, y en cumplimiento de las obligaciones del Estado allí previstas y en desarrollo de los Decretos 4107 de 2011 y 3518 de 2006, imparten instrucciones de obligatoria ejecución en todo el territorio nacional, que deberán acatar los responsables de las mismas, teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

1. CONTEXTO CLÍNICO Y EPIDEMIOLÓGICO DE LA ENFERMEDAD.

1.1. Descripción de la enfermedad: enfermedad febril, zoonótica que fue detectada en primates no humanos y en Aedes africanus en 1947 en el bosque Zika en Uganda y por primera vez en un humano en Nigeria en 1954.[1]

Es una enfermedad aguda, benigna y autolimitada, de origen selvático, transmitida por medio de la picadura de mosquitos del género Aedes, causada por el virus Zika y que hasta la fecha no ha provocado muertes en el mundo. Su sintomatología es inespecífica, por lo cual puede

confundirse con otros síndromes febriles y muchas veces puede cursar de forma asintomática o presentarse con unas manifestaciones clínicas moderadas. [2]

1.2.Virus Zika: Es un arbovirus del género fl vivirus (familia Flaviviridae), muy cercano filogenéticamente a virus como el dengue, la fiebre amarilla, la encefalitis japonesa, o el virus del Nilo Occidental. Se ha detectado en mosquitos, primates no humanos y humanos en 20 países a lo largo de África, Asia, Oceanía, recientemente, en América del Sur.

1.3. Modos de transmisión: Esta enfermedad se transmite a los humanos a través de la picadura de hembras de mosquitos del género Aedes infectadas con el virus Zika. En Colombia, las especies circulantes son Aedes aegypti y Aedes albopictus, presentes en áreas urbanas y algunas áreas rurales por debajo de los 2200 msnm. El Aedes aegypti se encuentra actualmente involucrado en la transmisión de los virus de Dengue y Chikungunya en nuestro país.

Además de la transmisión por el vector, el Centro de Control y Prevención de Enfermedades de Atlanta (CDC), menciona la existencia de transmisión inusual de madre a hijo durante el parto.

1.4. Periodo de incubación: Tres (3) a doce (12) días después de la picadura por el vector infectado.

1.5. Presentación clínica de la enfermedad: Alrededor de una de cada cinco personas infectadas con virus Zika desarrollan la enfermedad con manifestaciones clínicas moderadas. Según la OMS/OPS, los síntomas duran de dos a siete días e incluyen fiebre, conjuntivitis no purulenta, cefalea, mialgias, artralgias, rash, edema en miembros inferiores y menos frecuentemente dolor retro orbital, anorexia, emesis, diarrea o dolor abdominal.[3] A la fecha, las manifestaciones clínicas graves son muy poco frecuentes y solo han sido reportadas en la epidemia presentada en 2013 en la Polinesia Francesa y comprenden alteraciones a nivel neurológico (meningoencefalitis y síndrome de Guillain Barré) y a nivel autoinmune (púrpura trombocitopénica). [4]

1.6. Letalidad: A la fecha no han sido reportadas muertes por infección con virus Zika.

1.7. Diagnóstico: La prueba de laboratorio más confiable hasta el momento es RT-PCR, a partir de suero proveniente del paciente en fase aguda (primeros cinco días luego de la aparición de signos y síntomas). A la fecha no existen estuches comerciales para serología. Las pruebas del CDC con la metodología de Elisa para detección de anticuerpos IgM e IgG, presentan un alto grado de reacción cruzada con otros flavivirus como el dengue y la fiebre amarilla, por lo que son poco recomendadas para la confirmación del virus Zika en la fase convaleciente.

1.8. Tratamiento: El tratamiento está orientado al manejo clínico y de soporte, además de reposo e hidratación. Al igual que en dengue, el ácido acetilsalicílico y medicamentos anti-inflamatorios no son recomendados debido al riesgo de posibles hemorragias. Hasta el momento no hay vacuna disponible.

1.9. Prevención: La principal medida es cortar la cadena epidemiológica mediante el control de la infestación del vector al eliminar sus criaderos y evitar el contacto con el mismo mediante la implementación de medidas de protección personal como el uso de repelentes contra insectos, prendas con manga larga, pantalones largos, toldillos y anjeos en ventanas y puertas.

1.10. Contexto epidemiológico: Fue considerada una enfermedad emergente hasta el año 2007 cuando se reportó el primer brote en la isla de Yap (Micronesia) con 49 casos confirmados y una duración de 13 semanas de abril a julio. En el 2013 se presentó una epidemia con 10.000 casos,

70 graves con complicaciones neurológicas (Síndrome de Guillain Barré y meningoencefalitis). Entre 2013 y 2014 se reportaron 146 casos en Nueva Caledonia.

En el año 2014, se identificó el primer caso en Suramérica, en la Isla de Pascua en Chile. Este fue un caso único e importado el cual no generó otros más ni en la Isla de Pascua ni en Chile continental.

A la fecha el único país de América que ha identificado trasmisión autóctona confirm da por laboratorio es Brasil, la cual fue informada el 29 de abril de 2015 con ocho casos reportados en la región de Caramarí, estado de Bahía. El 9 de mayo se confirmaron ocho nuevos casos en la región de Natal, estado de Río Grande de Brasil y el 20 de mayo se confirma un caso en la región de Sumaré, estado de Sao Paulo. Hasta el 5 de septiembre de 2015, se han confirmado casos por laboratorio en los estados de Bahía, Río Grande do Norte, Sao Paulo, Alagoas, Pará, Roraima, Río de Janeiro, Maranhão, Pernambuco, Ceará, Paraíba, Paraná, Piauí y Matogrosso. [5]

Los países en donde se ha detectado la circulación del virus a nivel mundial son: [6]

- África: Burkina Faso, Camerún, República Central Africana, Costa de Marfil, Gabón, Nigeria, Senegal, Uganda.

- Asia: Camboya, Indonesia, Filipinas, Malasia, Tailandia

- Oceanía: Islas Cook, Estados Federados de Micronesia, Polinesia Francesa, Nueva Caledonia, Islas Salomón, Vanuatu.

- América: Brasil.

2. RESPONSABILIDADES DE LAS SECRETARÍAS DE SALUD, COORDINADORES DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA, LABORATORIOS DE SALUD PÚBLICA DEPARTAMENTALES Y DISTRITALES, INSTITUCIONES PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD, LABORATORIOS CLÍNICOS, SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA EN PUNTOS DE ENTRADA INTERNACIONALES, ENTIDADES ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS, ENTIDADES RESPONSABLES DE REGÍMENES ESPECIALES Y DE EXCEPCIÓN EN VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA PARA ZIKV EN COLOMBIA.

2.1. Vigilancia de casos

2.1.1. Definiciones de caso

Teniendo en cuenta que la enfermedad por virus Zika presenta síntomas inespecíficos, que pueden confundirse con otras enfermedades febriles, la vigilancia se inicia desde caso sospechoso, haciendo énfasis en el antecedente epidemiológico.

Caso sospechoso:

Esta definición aplica a:

1. Persona que haya viajado o proceda de Brasil o de algún país que tenga circulación del virus Zika confirmada por el laboratorio, mínimo quince (15) días antes del inicio de los síntomas y que presente fiebre con cualquiera de los siguientes síntomas: conjuntivitis no purulenta, cefalea, rash, prurito, artralgias.

2. Persona que presente fiebrecon cualquiera de los siguientes síntomas: conjuntivitis no purulenta, cefalea, rash, prurito, artralgias y haya permanecido 15 días antes a la aparición de los mismos, en zonas en las cuales existan las condiciones para la presencia de insectos del género Aedes y pertenezca a un conglomerado.

Caso confirmado: caso sospechoso con resultado positivo para prueba molecular de RT-PCR ZIKV realizada únicamente en el Laboratorio de Virología de la Red Nacional de Laboratorios del Instituto Nacional de Salud.

2.1.2. Notificación de casos:

Una vez sea identificado un caso sospechoso en cualquier institución prestadora de servicios de Salud, se procederá a realizar la notificación inmediata individual, mediante el diligenciamiento de la ficha de datos básicos, bajo el código 895, conforme a los flujos de información establecidos por el sistema nacional de vigilancia en salud pública (figura 1).

Cualquier conglomerado que se detecte, bien sea por parte de la Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) o la Secretaría de Salud, deberá ser reportado de manera inmediata de acuerdo a los flujos de notificación establecidos e iniciar la investigación epidemiológica de campo.

2.1.3. Análisis por el laboratorio de virología: recolección, envío de muestras y reporte de resultados

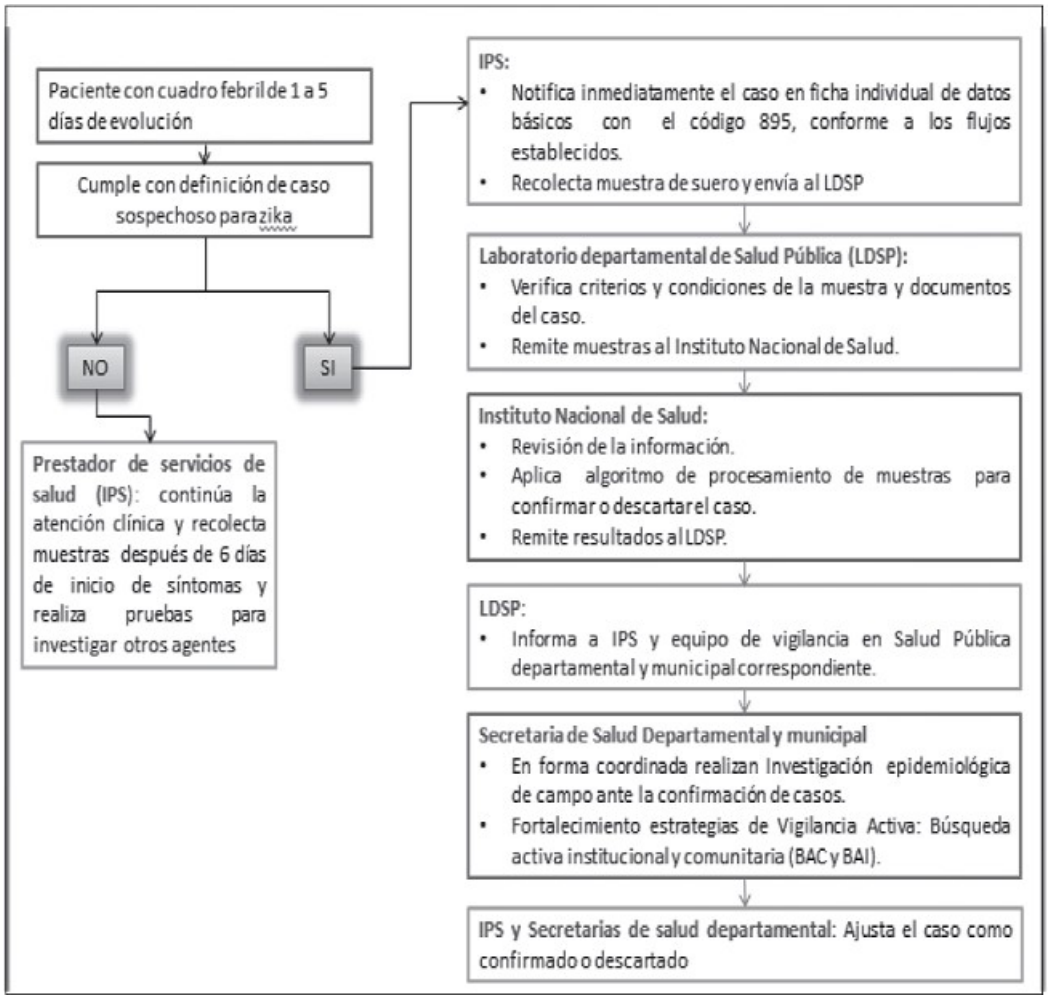
La recolección de muestras debe realizarse en pacientes que cumplan con definición de caso sospechoso con un periodo máximo de evolución de cinco días posterior al inicio de síntomas. Las muestras de suero deben ser almacenadas en condiciones de congelación (-10 a -20°C) y enviadas al Laboratorio de Salud Pública Departamental dentro de las primeras 48 horas después de su recolección. A su vez, el Laboratorio de Salud Pública debe garantizar las mismas condiciones de almacenamiento para remitir al Laboratorio de Virología del Instituto Nacional de Salud.

La documentación que acompaña la muestra debe ser remitida por la IPS en donde se detectó el caso sospechoso y consta de: ficha epidemiológica de datos básicos donde se evidencie la fecha de inicio de síntomas y el antecedente de viaje, ficha de laboratorio donde se evidencie la fecha de recolección de la muestra y un resumen de historia clínica.

La recolección, almacenamiento y transporte adecuado, son aspectos fundamentales para realizar un diagnóstico confiable de ZIKV. El Instituto Nacional de Salud se reservará la decisión de procesar o no las muestras que no cumplan con las características descritas que permitan la detección del virus.

La emisión de los reportes de resultados, se realizará conforme al flujoestablecido dentro de los procesos del Laboratorio Nacional de Referencia del Instituto Nacional de Salud. Se solicita que los Laboratorios de Salud Pública reporten en forma inmediata a las unidades de epidemiología e IPS, los resultados emitidos por el Laboratorio Nacional de Referencia.

Figura 1. Flujograma para la clasificación del paciente, notificación y envío de muestras al INS para la identificación de ZIK.

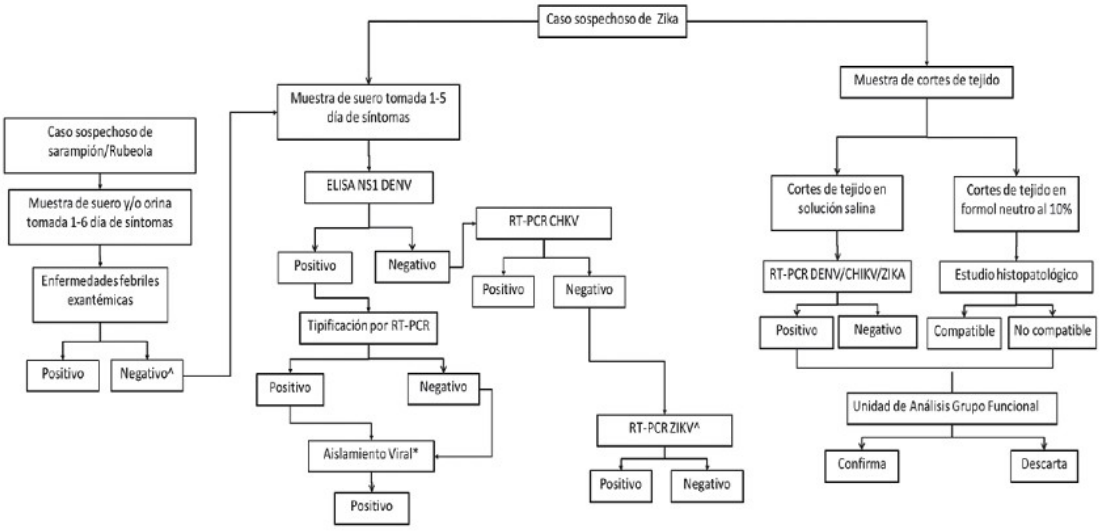


2.2. Vigilancia de la circulación viral por el laboratorio

Considerando que el virus Zika no ha sido detectado en Colombia hasta la fecha y su difícil identificac ón desde el punto de vista clínico por las manifestaciones semejantes a las causadas a otros virus como sarampión, rubeola y dengue, el Laboratorio de Virología del Instituto Nacional de Salud ha definido una estrategia de búsqueda en muestras procedentes de pacientes que hayan ingresado como casos sospechosos de estas enfermedades con el fin de incrementar la probabilidad de identificarlo. (Figura 2)

Ante la presencia de una alta sospecha de infección por virus Zika y con un resultado positivo para dengue o chikungunya se realizará una búsqueda de este agente con la probabilidad de encontrar coinfecciones.

Figura 2: Algoritmo para identificación virológica del virus Zika



*Solo un porcentaje de las muestras positivas RT-PCR serán procesaras por aislamiento viral
+Solamente se realizara la toma de la segunda muestra en lugares donde no se han confirmado casos por laboratorio
^Solamente para pacientes que cumplan con antecedente de viaje a zonas geográficas con casos autóctonos de Zika

2.3. Vigilancia en puntos de entrada

En los servicios de sanidad portuaria se debe seguir los lineamientos contemplados en esta circular, incluyendo la pregunta sobre el antecedente de viaje cuando se realice la atención de un viajero o tripulante con la sintomatología contemplada anteriormente para el caso sospechoso.

2.4. Vigilancia de insectos del género Aedes

De acuerdo con los lineamientos existentes aplicados a la vigilancia del Aedes, se solicita continuar con las acciones regulares de detección de criaderos identificandolos sitios críticos en el municipio, determinados por la carencia de suministro de agua continuo y por lo tanto, la necesidad de acumular agua para consumo humano, la presencia de tanques bajos en las viviendas, la mala disposición de residuos sólidos que puedan acumular aguas lluvias y el uso de elementos como materas y floreros que acumulen agua limpia

Una vez focalizados los sitios críticos, realizar el levantamiento de los índices Aédicos y suministrar esta información al programa de Enfermedades Transmitidas por Vectores para que realice la planeación de las acciones de prevención y control de criaderos.

En caso de que se notifique un caso sospechoso, se realizará de inmediato una visita de campo para identificar criaderos e infestación y aplicar las medidas para el control del Aedes requeridas.

Adicionalmente, tener en cuenta los lineamientos establecidos en la Circular Externa número 0015 de 2015 del Instituto Nacional de Salud.

3. RESPONSABILIDADES DE LAS SECRETARÍAS DE SALUD, INSTITUCIONES PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD, SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA EN PUNTOS DE ENTRADA INTERNACIONALES, ENTIDADES ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS, ENTIDADES RESPONSABLES DE REGÍMENES ESPECIALES Y DE EXCEPCIÓN EN ATENCIÓN CLÍNICA A PACIENTES.

Para realizar el diagnóstico diferencial, se deben tener en cuenta patologías como el dengue, la fiebrechikungunya, el sarampión y la rubeola aun cuando debe primar la sospecha clínica de

dengue debido a su mayor riesgo de complicaciones y muerte. De acuerdo con lo anterior es indispensable vigilar la aparición de signos de alarma de dengue en un paciente febril con sospecha de fiebre por el virus Zik. (Ver cuadro 1).

Es necesario recordar que en este momento, en el cual no se ha detectado circulación del virus Zika en Colombia, debe prestarse atención especial al antecedente epidemiológico de viaje o estancia en cualquiera de los 20 países en los cuales se haya detectado circulación de este virus.

Cuadro 1: Signos y síntomas asociados a dengue, chikungunya y sarampión

SÍNTOMAS	DENGUE	CHIKV	ZIKAV	SARAMPIÓN
Fiebre	++++	+++	+++	++++
Mialgia/artralgia	+++	++++	++	0
Edema en extremidades	0	0	++	0
Rash maculopapular	++	++	+++	+++++
Dolor retro-orbital	++	+	++	0
Conjuntivitis	0	+	+++	+++++
Linfoadenopatías	++	++	+	+
Hepatomegalia	0	+++	0	+
Leucopenia/trombocitopenia	+++	+++	0	+++
Coriza			+++	
Hemorragia	+	0	0	0

Micronesia y ajustado por Ministerio de Salud y Protección Social en el tema de sarampión.

El manejo es sintomático, basado en la condición clínica del paciente, muy rara vez requiere hospitalización, puede ser manejado en casa teniendo muy en cuenta la hidratación, el reposo y el uso de toldillo.

Para realizar este manejo sintomático el médico debe:

- Insistir en la hidratación como el medio más adecuado para evitar complicaciones mediante la administración de abundantes líquidos orales.

- Indicar reposo en cama al menos los primeros días de la enfermedad y limitar las actividades que requieran manipulación de carga o esfuerzo físico.

- Recomendar, en caso de existir dolor local que requiera ser aliviado, el uso de compresas con hielo o gel frío en las articulaciones afectadas, cremas o geles antiinflamatorios tópicos (en lo posible enfriarlos antes de aplicarlos) y realizar movimientos suaves de extensión en las extremidades en especial manos y pies.

- Prescribir, si las manifestaciones dermatológicas lo ameritan, lociones con hidróxido de zinc, humectantes con aloe vera o sulfato de calamina; el uso de antihistamínicos se sugiere solo en casos de marcado prurito.

- Iniciar manejo con antipiréticos y analgésicos, si se considera necesario, y en las dosis recomendadas para cada tipo de paciente, vigilando las sobredosis y efectos secundarios. Tener en cuenta que el acetaminofén debe prescribirse en adultos con un máximo de 4 gramos al día y con un intervalo de cada 6 horas y en los niños de acuerdo al peso.

- No usar medicamentos como ASA, inyecciones intramusculares o esteroides durante los primeros 10 días de la enfermedad y explicar al paciente la importancia de esta recomendación.

No se han identificado grupos de riesgo y son muy escasas las complicaciones, especialmente de tipo neurológico como Guillain Barré. En caso de que la condición clínica del paciente amerite una hospitalización, se debe realizar con aislamiento vectorial.

Cuando un paciente cumpla la definición de caso sospechoso, se debe

- Diligenciar la ficha de notificación de datos básicos

- Tomar las muestras para identificación por el laboratorio de virología del Instituto Nacional de Salud a las personas que llevan entre uno y cinco días de evolución.

- Remitir al Laboratorio de Salud Pública Departamental las muestras tomadas junto con la ficha de notificación y un resumen de historia clínic

El manejo clínico instaurado no dependerá del resultado emitido por el Laboratorio Virología del Instituto Nacional de Salud pues como ya se mencionó, debe ser sintomático, orientado a evitar las complicaciones en el paciente.

4. RESPONSABILIDADES GENERALES DE LAS SECRETARÍAS DE SALUD, COORDINADORES PROGRAMA ETV, GOBERNADORES Y ALCALDES MUNICIPALES.

4.1. Actividades de prevención y control

Las actividades de prevención y control tienen como objetivo interrumpir la cadena epidemiológica de transmisión a partir de la eliminación de los criaderos de insectos del género Aedes, evitar el contacto hombre-vector y la difusión a la ciudadanía sobre la posible ocurrencia de esta enfermedad.

4.1.1 Dirigidas a la reducción y eliminación de sitios de cría y proliferación de poblaciones de insectos del género Aedes

Coordinar con las Secretarías de Ambiente o quienes hagan sus veces, Servicios de Acueducto, Empresas de Recolección de Residuos Sólidos y la participación ciudadana, la reducción y eliminación de los criaderos mediante:

- Jornadas de cepillado y lavado de paredes de los tanques de almacenamiento con cloro, con el ánimo de eliminar huevos del mosquito adherido a las paredes del mismo.

- Limpieza y mantenimiento de patios mediante recolección de residuos sólidos. Estas actividades deben ser coordinadas y lideradas por las empresas encargadas de prestar este servicio y con la participación de secretarías de ambiente o quienes hagan sus veces, salud, líderes y redes sociales e institucionales para así eliminar recipientes que puedan llegar a convertirse en criaderos al acumular agua limpia.

- En lo posible, garantizar el suministro de agua para consumo humano en forma constante.

- En caso de existir la necesidad de acumular agua para consumo humano, insistir a la ciudadanía en tapar adecuadamente tanques de almacenamiento o sustituirlos por los denominados cuellos de cisne.

- En aquellos lugares con aglomeración y concentración poblacional como centros de salud, centros educativos, alcaldías, gobernaciones, bancos, centros veterinarios y afines, centros de recreación y cultura, cementerios, funerarias, centros religiosos, rellenos sanitarios, establecimientos militares y de policía, cárceles, entre otros se deben eliminar o reducir los criaderos para evitar la proliferación de la población de insectos del género Aedes, entre los que se encuentra el Aedes aegypti.

- Se debe garantizar la regularidad y sostenibilidad de las actividades de prevención recomendadas para la eliminación de los criaderos, las cuales deben hacer parte de un programa regular en los municipios infestados por Aedes aegypti y con presencia de dengue y Chikungunya.

4.1.2. Actividades de control en situaciones de contingencia

Inicialmente, las actividades de control en situaciones de contingencia están indicadas para la contención y eliminación del brote producido por los casos introducidos con el fin de evitar la expansión de la onda epidémica. Esta actividad es de responsabilidad del Grupo Operativo Técnico del Programa y debe seguir las recomendaciones técnicas establecidas en la Guía de Vigilancia y Control Entomológico. Es fundamental la comunicación y coordinación con todos los actores sociales e institucionales con alguna responsabilidad en las áreas afectadas.

4.2. Fomento del autocuidado

Indicar a la población en general, disminuir el contacto con el Aedes mediante el uso de toldillo, repelente y ropa que proteja la superficie corporal tanto en ausencia como en presencia de alguna sintomatología. Si se está sintomático, evitar desplazarse a cualquier lugar mientras se resuelve la enfermedad.

4.3. Comunicación del riesgo

Instruir a la ciudadanía sobre el riesgo potencial de la introducción de este virus en especial por la importante presencia del vector en la mayoría de municipios del territorio colombiano y estar ubicados por debajo de los 2.200 msnm.

Difundir esta circular al personal asistencial para que conozca sobre el riesgo de la introducción de este virus al país, su diagnóstico y manejo.

Hacer énfasis en la eliminación diaria de criaderos de mosquitos en viviendas y lugares de trabajo y estudio e instituciones prestadoras de servicios de salud, cárceles entre otras, así como en el uso diario de repelentes y ropa de manga larga y pantalón largo.

Para obtener más información, consultar las páginas de la Organización Panamericana de la Salud (http://www.paho.org/hq/) y el Centro de Control de Enfermedades de Atlanta (http://www.cdc.gov/)

Para cualquier información adicional dirigirse a los siguientes teléfonos y correos electrónicos:

NOMBRE	ENTIDAD - ÁREA	DATOS	TELÉFONO
Jacqueline Espinosa María Alexandra Durán R.	Ministerio de Salud y Protección Social – CNE – GVSP - Dirección de Epidemiología y Demografía	cne@minsalud.gov.co, jespinosam@minsalud.gov.co, mduran@minsalud.gov.co	3305000 – Ext 3758, 3722, 3744
Julio Padilla – Fernando Galindo	Ministerio de Salud y Protección Social – Grupo ETV	jpadilla@minsalud.gov.co	3305000 – Ext 1459
Sara Gómez	Instituto Nacional de Salud – Programa ETV	sgomez@ins.gov.co	2207700 – Ext
Lissethe Pardo – Andrés Páez	Instituto Nacional de Salud – Red Nacional de Laboratorios	lpardo@ins.gov.co apaezm@ins.gov.co	2207700 – Ext

Publíquese y cúmplase

14 de octubre de 2015.

El Ministro de Salud y Protección Social,

ALEJANDRO GAVIRIA URIBE.

La Directora (E) Instituto Nacional de Salud,

MARTHA LUCÍA OSPINA MARTÍNEZ.

* * *

1. Organización Mundial de la Salud - OMS/Organización Panamericana de la Salud – OPS. Alerta epidemiológica Infección por Virus Zika. 7 de mayo de 2015. http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=30076&lang=es

2. Organización Mundial de la Salud - OMS/Organización Panamericana de la Salud – OPS. Alerta epidemiológica Infección por Virus Zika. 7 de mayo de 2015. http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=30076&lang=es

3. CDC: For Health Care Providers: Clinical Evaluation & Disease. http://www.cdc. gov/zika/hc-providers/clinicalevaluation.html

4. Organización Mundial de la Salud - OMS/Organización Panamericana de la Salud – OPS. Alerta epidemiológica Infección por Virus Zika. 7 de mayo de 2015. http://www.paho.org/hq/index. php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=30076&lang=es

5. http://www.paho.org/hq/images/stories/AD/HSD/IR/Viral_Diseases/Zika- Virus/2015-cha-casos-autoct-infeccion-virus-conf-se-35.jpg

6 http://www.cdc.gov/zika/geo/index.html. Geographic Distribution.

Disposiciones analizadas por Avance Jurídico Casa Editorial Ltda.
Normograma del Ministerio de Relaciones Exteriores
ISSN 2256-1633
Última actualización: 30 de septiembre de 2024 - (Diario Oficial No. 52.869 - 4 de septiembre de 2024)