

Brote de dengue en Paraguay y Bolivia Riesgo en localidades fronterizas

DIREPI \ ALERTA \ A90 \ 1.2009

Semana Epidemiológica : 3-2009
Notificador : Dirección de Epidemiología de la Nación
Fecha de Alerta : 21 de enero de 2009
Código CIE - 10 : A90
Redacción informe : Dirección de Epidemiología.

El 17 de enero de 2009 (SE 2) el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay notificó un brote de dengue en los departamentos de Concepción, Amambay y Capital con 27 casos confirmados hasta la fecha. Se aisló el serotipo DEN 3. Por su parte, el Ministerio de Salud de Bolivia informó la detección de 376 casos de dengue desde la SE 48/08 a la 01/09, 12 de los cuales fueron hemorrágicos. El departamento Santa Cruz es el más afectado, concentrando el 70% de los casos. Ante esta situación y el fluido intercambio que existe actualmente en la frontera con ambos países, la Dirección de Epidemiología alerta a las provincias para que intensifiquen la vigilancia e investigación de casos sospechosos y las acciones de control del vector

Alerta para Vigilancia e Investigación de casos sospechosos

El 17 de enero de 2009 (SE 2) el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay notificó un brote de dengue en el departamento Concepción cuyos casos comienzan a detectarse aproximadamente a partir del 12 de diciembre de 2008 (SE 50). Hasta la fecha, se confirmaron 22 casos en ese departamento, 3 en el departamento Amambay y 2 en Capital. Se aisló el serotipo DEN 3.

El 16 de enero, el Ministerio de Salud de Bolivia informó la detección de 376 casos de dengue desde la SE 48/08 a la 01/09, 12 de los cuales fueron hemorrágicos. El departamento Santa Cruz es el más afectado, concentrando el 70% de los casos.

Ante esta situación, sumada a la presencia del vector en diversas provincias argentinas y el fluido intercambio comercial y turístico que existe actualmente en la frontera con ambos países, la Dirección de Epidemiología alerta a las provincias consideradas en riesgo para la implementación de:

1. Intensificación de la vigilancia de febriles.
2. Notificación e investigación epidemiológica de casos sospechosos y confirmados.
3. Control de foco y/o Bloqueo de transmisión viral.
4. Evaluación de la efectividad de las actividades de intervención.
5. Intensificación del descacharrado y control vectorial que se vienen implementando en el marco del Plan de Contingencia para el Control del Dengue de cada provincia.

Antecedentes en Paraguay y Bolivia

Paraguay registró tres epidemias de dengue en los años 2000, 2006 y 2007 respectivamente. En este último año se registraron 28.181 casos confirmados, de los cuales 55 correspondieron a dengue hemorrágico, lográndose aislar el serotipo DEN 3. Bolivia registró dos brotes consecutivos en el año 2007 y 2008. En el 2007, se confirmaron 6.378 casos de los cuales 96 fueron hemorrágicos, el serotipo fue DEN 2. En el 2008, se confirmaron 2083 casos (12 fueron hemorrágicos). En esta oportunidad, los serotipos aislados fueron DEN 1 y DEN 3.

Dengue

El dengue es una enfermedad vírica febril y aguda que se caracteriza por comienzo repentino. La fiebre puede durar de tres a cinco días (rara vez más de siete días). Cefalea intensa, mialgias, artralgias, dolor retroorbital, anorexia, alteraciones del aparato gastrointestinal y exantema. En el dengue hemorrágico se presenta un incremento en la permeabilidad vascular, manifestaciones hemorrágicas graves y afectación de órganos específicos pudiendo llegar al síndrome de choque por dengue, cuya tasa de letalidad es de hasta un 40-50%. No obstante, si se diagnostica oportunamente y puede manejarse efectivamente con terapia de reemplazo de líquidos la tasa disminuye a un 1-2%.

La recuperación puede acompañarse de fatiga y depresión duraderas. Son frecuentes la linfadenopatías y la leucopenia con linfocitosis relativa; con menor frecuencia se observan trombocitopenia (menos de 100 000 plaquetas por mm³).

Las epidemias tienen carácter explosivo, pero la tasa de letalidad es muy baja, siempre que no aparezca el dengue hemorrágico.

El **agente etiológico** es el virus dengue DEN-1, DEN-2, DEN-3 ó DEN-4, perteneciente al grupo de los flavivirus.

El **modo de transmisión** es por la picadura de mosquitos urbanos infectantes, principalmente *Aedes aegypti*. La hembra del mosquito es hematófaga diurna.

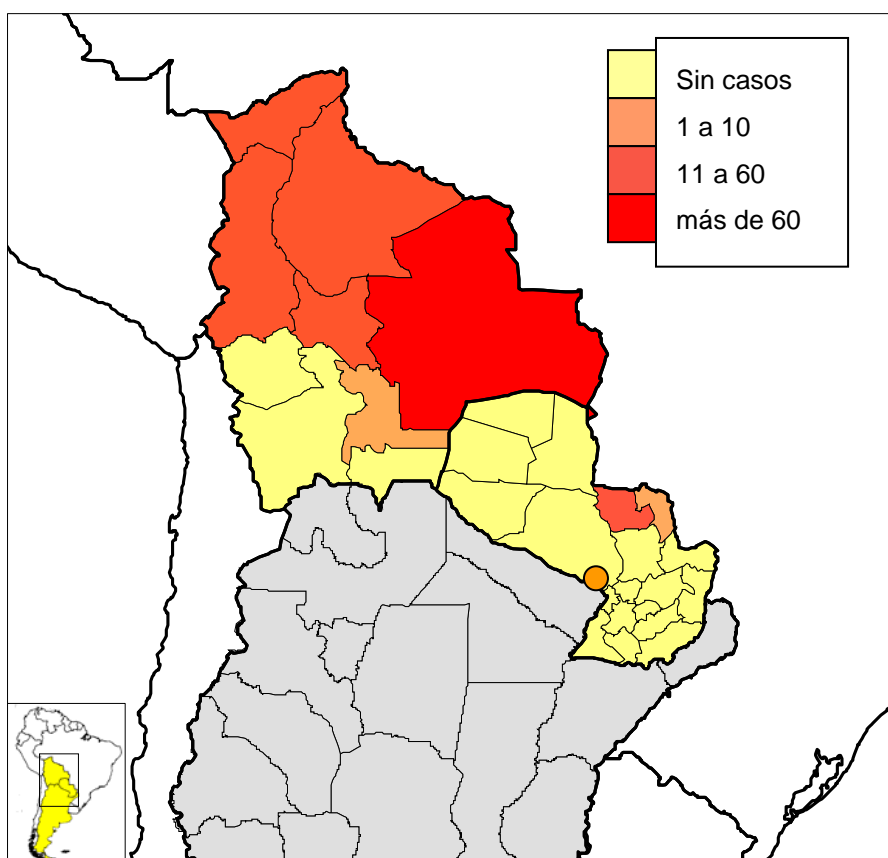
El **período de incubación** es de 3 a 14 días, por lo común de 7 a 10.

No hay un **tratamiento** específico para los casos y no se requiere desinfección concurrente.

Las **medidas preventivas** se centran en la educación a la población sobre el modo de transmisión, la protección individual con repelentes en las horas claves, la destrucción de criaderos, la protección de viviendas con tela mosquitera.

Antecedentes en Argentina				
Casos autoctonos confirmados en Argentina. Años 2007 y 2008				
Año 2007				
Provincia	Casos Clínicos	Conf. Lab	Conf. Nexo	Serotipo
Salta	132	22	110	DEN-2-3
Corrientes	35	21	14	DEN-3
Formosa	6	6	-	DEN-3
Total General	173	49	124	
Año 2008				
Provincia	Casos Clínicos	Conf. Lab	Conf. Nexo	Serotipo
Salta	40	4	36	DEN-1
Total General	40	4	36	

Casos de dengue por departamento de Bolivia (desde la SE 48/08 a la 01/09) y Paraguay (desde la SE 49 hasta la SE 03/09)



Recomendaciones

Dadas las recientes experiencias nacionales en la evaluación de la vigilancia, prevención y control del dengue, es preciso verificar el riguroso cumplimiento de:

1. **Intensificación de las acciones de Vigilancia:**

Vigilancia del síndrome Febril

Deberán ser intensificadas las acciones de vigilancia del síndrome febril, para lo cual es indispensable :

- Instruir a los médicos de los diferentes establecimientos de salud y sectores público y privado, acerca de las definiciones de caso y procedimientos de notificación e investigación de casos febriles, a fin de garantizar la captación precoz de los casos sospechosos. (ver ficha anexada)
- Implementar el monitoreo de la curva epidémica de casos febriles, principalmente en las áreas consideradas de riesgo, bajo responsabilidad de epidemiología.
- Obtener muestras para el diagnóstico serológico y/o aislamiento viral, de acuerdo al tiempo de enfermedad de los pacientes.
- Notificar e investigar los casos que cumplan la definición de *sospechoso de dengue*, además de notificación al SINAVE debe comunicarse a responsables de la Coordinación de Control de Vectores a nivel local.

Soporte diagnóstico del laboratorio de Salud Pública

Debe verificarse la operatividad de la toma y flujo de muestras de los casos sospechosos por los laboratorios de la Red, en especial:

- Disponibilidad de materiales e insumos para la toma y procesamiento de muestras.
- Verificar la adecuada organización de los flujos de remisión de muestras, a fin de garantizar la oportunidad en la captación, diagnóstico y confirmación de los casos.
- El laboratorio de referencia nacional es el INEVH (ANLIS) "Dr. Julio Maiztegui".

El diagnóstico de las infecciones por flavivirus puede realizarse mediante el empleo de técnicas directas (detectan el virus o genoma viral) y técnicas serológicas que ponen de manifiesto la respuesta inmune (anticuerpos IgM e IgG).

La elección del método de diagnóstico a emplear depende de los días de evolución de los síntomas. Por lo tanto, es muy importante que la muestra esté acompañada de su ficha epidemiológica correspondiente.

Para el diagnóstico por técnicas serológicas, se recomienda que las muestras se envíen en forma refrigerada (envase de telgopor y refrigerantes) y no congeladas, siempre y cuando sean remitidas en un período corto de tiempo (por ejemplo, dentro de los 4 días de tomada la muestra). En caso contrario, las muestras deberán conservarse a -20 °C.

2. **Vigilancia Entomológica**

Deberá efectuarse un diagnóstico rápido del nivel de infestación aedica en las diferentes localidades consideradas en el área de riesgo.

3. **Intervenciones de control de foco y bloqueo de transmisión:**

Bloqueo de Transmisión viral

Debe ser aplicado ante la presencia de un caso clínicamente sospechoso en una localidad con infestación de *Aedes aegypti*, en esta situación se debe realizar las siguientes siete actividades:

1. Aislamiento del enfermo con mosquiteros.
2. Toma de muestra de sangre para IgM a los convivientes del caso.
3. Rociado intradomiciliar con ULV en la casa, en la vereda del frente y en toda la manzana del sospechoso, y

En el 100% de las viviendas de un radio de 400 metros alrededor del caso:

4. Control focal con destrucción de criaderos y abatización.
5. Rociado peridomiciliar con ULV portátiles en todo el radio alrededor del caso.
6. Nebulización con ULV en un solo ciclo en todo el radio.
7. Identificación de febriles y toma de muestra de sangre para IgM de los mismos en todo el radio.

Control de localidad foco

En situaciones con transmisión local confirmada se deberá completar con tratamiento espacial con máquinas ULV pesadas, teniendo en cuenta:

- Si la localidad es menor de 20.000 viviendas, se realizarán ciclos completos en toda la localidad, con intervalo no mayor a 5 días entre ciclos, finalizando 15 días después de la fecha de inicio de síntomas del último caso sospechoso notificado.
- En caso de ciudades de más de 20.000 viviendas se tratarán al menos 100 manzanas alrededor del caso, con equipos pesados, finalizando con el mismo criterio que el anterior

4. Información educación y comunicación:

Intensificar las acciones de información, Educación y Comunicación a través de medios masivos de prensa para sensibilizar a la población a la inmediata consulta a los servicios de salud ante síntomas de sospecha (febriles, decaimiento general, dolores musculares y dolor detrás de los ojos)

5. Campañas de control de *Aedes aegypti*:

Con la finalidad de reducir los elevados índices de infestación aédica es prioritaria la coordinación intersectorial con autoridades políticas e instituciones locales, a fin de organizar intervenciones como :

- Campaña de descacharrización y destrucción de objetos inservibles
- Protección con medios mecánicos (tapas) de recipientes para conservación de agua de uso doméstico y/o control con larvicidas

6. Evaluación de actividades

Con el fin de optimizar los sistemas y acciones de prevención y control, deberán evaluarse la media y rango de los tiempos de ejecución de las actividades considerando:

Vigilancia epidemiológica:

Fecha de diagnóstico clínico del caso, fecha de notificación al sistema de vigilancia, fecha de investigación clínica – epidemiológica.

Laboratorio:

Fecha de diagnóstico clínico, fecha de toma de muestra, fecha de examen de tamizaje ELISA IgM, fecha de confirmación diagnóstica en INEVH.

Intervenciones de Salud Pública:

Fecha de notificación al sistema de vigilancia, fecha de intervención bloqueo de transmisión viral y control de foco.