



ALERTA EPIDEMIOLOGICO N° 1 DENGUE

RIESGO EN LOCALIDADES FRONTERIZAS

Semana Epidemiológica: 05-2013

Notificador: Laboratorio Central

Fecha de Alerta: 21 de enero de 2013

Redacción informe: Sala de Situación-Dirección de Epidemiología

Alerta para Vigilancia e Investigación de Casos sospechosos

El 21 de enero de 2013 (SE 4) se saca primer muestra a un paciente sospechoso de la patología Dengue, que presento síntomas dos días previos a la extracción. Resultando confirmado Dengue Flavivirus el día 31 de enero del año 2013.

Este caso confirmado viajo al país vecino de Bolivia específicamente a los departamentos de Santa Cruz y Yacui ba permaneciendo en ese lugar aproximadamente 30 días, posterior a este viaje padece los síntomas típicos como fiebre dolor muscular generalizado, dolor abdominal, ojos irritados.

A la fecha contamos con 65 casos notificados sospechosos de Dengue, de los cuales 20 resultaron negativos, 35 casos dieron resultado no conclusivo, 8 permanecen en estudio, uno es dengue probable y uno confirmado para Dengue Flavivirus.

El país limítrofe Paraguay también cuenta con un elevado número de casos, con una tasa menor a la de Bolivia, pero con 22 fallecidos.

Ante esta situación, sumada a la presencia del vector en provincias vecinas y el fluido intercambio comercial y turístico que existe actualmente en la frontera con ambos países, la Dirección de Epidemiología alerta a las áreas programáticas, hospitales, referentes epidemiológicos y al equipo de salud en general, considerados 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.

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 BOLIVIA Y PARAGUAY

Países	Año	SE	Notificados	Confirmados	Incidencia/ 100 mil	Fallecidos	Serotipo	Región más afectada
Bolivia	2013	3	3808	578	37.0 *	0	DEN 2 y 4	Beni, Santa Cruz y Tarija
Paraguay	2013	2	6356	745	11 **	22	DEN 2	Central y Asunción

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.

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 central de la provincia

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 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:

5. Control focal con destrucción de criaderos y abatización.
6. Rociado peridomiciliar con ULV portátiles en todo el radio alrededor del caso.
7. Nebulización con ULV en un solo ciclo en todo el radio.
8. 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

1. 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:

Ficha 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.