

INFORMES ESPECIALES

CIRCULACIÓN DEL VIRUS DENGUE EN EL PERÚ Y CRÓNICAS PARA SU CONTROL

Gisely Hajar¹

Desde su ingreso al Perú en el año 1990, cuando el dengue se manifestó, a través de brotes de un síndrome febril, en las principales ciudades de la Amazonía peruana como Iquitos y Tarapoto, esta arbovirosis transmitida por el mosquito *Aedes aegypti*, se ha extendido prácticamente a todas las ciudades de la selva y de la costa norte desde Tumbes hasta Lima, siguiendo como una sombra a la dispersión del vector y ambos, vector y virus, siguiendo o junto a los humanos que migran, al fin todos para sobrevivir.

De la información disponible por los cultivos (células VERO y C6-36) del virus dengue realizados en el INS o identificados por las técnicas de PCR, se tiene que entre 1990-1995 circuló el serotipo 1 de dengue (DEN1); en 1996 ingresó el DEN2 y la subsiguiente secuencia fue: 1997: DEN1; 1998: DEN2; 1999: DEN1, DEN2; 2000: DEN1, DEN2; 2001: DEN1, DEN2, DEN3, DEN4; 2002: DEN3; 2003: DEN2, DEN3; 2004: DEN3; 2005: DEN1, DEN3 (Lima); 2006: DEN 3. El DEN2 que circuló en 1996 correspondió al DEN2 genotipo americano y posteriormente a la variante asiática.

Según la teoría integral y de las infecciones secundarias por serotipos diferentes para la aparición del dengue hemorrágico (DH), en 1996 al ingresar el serotipo 2 luego de varios años de infección por el serotipo 1, debió darse una epidemia de dengue hemorrágico, lo cual no ocurrió; la explicación a este fenómeno fue que la variante genotípica americana del serotipo 2,

que ingresó ese año, no tenía o no tiene la misma capacidad que la variante asiática de este mismo serotipo 2, lo cual fue demostrado por la aparición posterior de dengue hemorrágico asociado con esta variante, tanto en Iquitos como en la costa norte.

Como se mencionara en un editorial anterior, el ingreso del dengue a Lima el año 2005, fue la "crónica de una muerte anunciada", pues el año 2000 se evidenció la presencia del *Aedes aegypti* en Lima y las medidas adoptadas para su control no fueron las suficientes, de manera que la migración de pacientes con viremia de las áreas endémicas permitieron cerrar el ciclo y tener casos autóctonos de dengue clásico (DC) en Comas. En ese entonces el principal factor de riesgo fue el almacenaje de agua en tanques bajos de cemento sin tapa, evidentemente por la carencia de una red pública de agua (aspecto que no ha variado sustancialmente), aunado a la adaptación del vector que sobrevivió aun en el invierno.

Coincidiendo con nuestra tradición de venerar a los muertos los días 1 del mes de noviembre de cada año, en los cementerios del cono norte se pusieron flores con agua y larvas de *Aedes aegypti* gracias a que las vendedoras de flores, junto a sus coloridas flores distribuían las larvas desde sus cilindros, las cuales se convirtieron en mosquitos adultos que picaron a personas infectadas llegadas de Piura o Ucayali y luego lo transmitieron, por picadura también, a personas que residen habitualmente en Lima.

Por otro lado, nuestros sistemas de vigilancia no fueron lo suficientemente sensibles para detectar los primeros casos, particularmente en los establecimientos de atención de pacientes, donde los médicos clínicos deben cumplir

¹ Centro Nacional de Salud Pública, Instituto Nacional de Salud.

un papel importante, como vigilantes centinela y además de su acusiocidad clínica, deben estar avisados de las tendencias y riesgos de brotes como el de dengue ocurrido en Lima el año 2005.

El incremento de temperatura actual, por el cambio estacional (con fenómeno del niño o sin él) favorece la replicación vectorial, y si ocurrieran casos de dengue en Lima, corresponderían a una segunda infección, que de ser por un serotipo diferente al 3 nos hace pensar en el riesgo de DH. Hay pues, razones suficientes para redoblar nuestros esfuerzos para eliminar estos factores de riesgo que son factibles, no prescindiendo de la participación comunitaria, sin la cual el control del *Aedes aegypti* es una quimera. Mostremos que sí podemos evitar la muerte aun cuando esté anunciada, para hacer una novela diferente a la del gran Gabo, y no tener la mala suerte de Santiago Nasar que anunciada su muerte, esta fue inexorable.

GESTANTES VACUNADAS INADVERTIDAMENTE CONTRA EL SARAPIÓN Y LA RUBÉOLA (GVI)

Edwin Cabezudo¹

Con el objetivo de erradicar el síndrome de rubéola congénita (SRC) en el país, el Ministerio de Salud desarrolló entre el 1 de octubre y el 4 de noviembre de 2006, la *Jornada Nacional de Vacunación contra el Sarampión y la Rubéola*, la cual se dirigió a toda la población de hombres y mujeres entre 2 y 39 años. La principal justificación de esta estrategia acelerada de vacunación es reducir el tiempo que toma interrumpir la transmisión del virus de la rubéola, disminuyendo ostensiblemente el número de susceptibles.

Al tratarse de una campaña de vacunación masiva que incluía a mujeres en edad fértil,

era previsible que se vacunen mujeres que en el momento de la inmunización desconocían que estaban embarazadas. Este grupo se denominó Gestantes Inadvertidamente Vacunadas (GVI), a las cuales el sistema de vigilancia epidemiológica notifica e investiga, para evaluar el nivel de anticuerpos que determinen su estado inmunológico, siendo el laboratorio fundamental para el diagnóstico de rubéola. Desde el inicio de la campaña, el primero de octubre y hasta el cuatro de noviembre de 2006, el Laboratorio de Rubéola Sarampión del Instituto Nacional de Salud procesó 2019 muestras de suero de GVI en todo el ámbito nacional.

La tabla 2 muestra que 75 gestantes desarrollaron anticuerpos IgM contra la rubéola, ellas son consideradas susceptibles antes de la vacunación, y han formado anticuerpos en respuesta a la vacuna. Es necesario obtener una muestra de sangre del recién nacido para su seguimiento. Noventa y cinco gestantes tuvieron un resultado negativo a la detección de anticuerpos IgG, por lo que también son consideradas susceptibles e igualmente requieren seguimiento, siendo necesaria la obtención de una segunda muestra de 15 a 30 días luego de la obtención de la primera muestra. Igualmente, es necesario obtener una muestra de sangre del recién nacido de estas gestantes.

También es necesario realizar un seguimiento a las GVI cuyos resultados de determinación de anticuerpos, IgM (49) e IgG (18), contra la rubéola fueron indeterminados.

Se presenta el cuadro resumen de la interpretación de resultados de laboratorio para el seguimiento de las GVI, de acuerdo al Protocolo de Vigilancia epidemiológica de gestantes vacunadas inadvertidamente con la vacuna anti-rubeólica, elaborado por el Ministerio de Salud / Dirección General de Epidemiología.

¹ Centro Nacional de Salud Pública, Instituto Nacional de Salud.