

## INFORMES ESPECIALES

### CASOS DE DENGUE AUTÓCTONO SEROTIPO 3 EN EL DISTRITO DE COMAS, DISA LIMA NORTE

**Enrique Mamani, M. Paquita García, Miguel Cobos, Victoria Gutiérrez, Lely Solari, Elisa Solano, Walter León<sup>1</sup>**

El día 13 de abril del año en curso, se conocieron versiones periodísticas que informaban sobre numerosos casos de personas febriles en el distrito de Comas, información que fue canalizada por la OGE. Los casos ocurrían en las localidades de La Libertad en las inmediaciones del Parque Chino, el cementerio local, altura del km 11 de la Avenida Túpac Amaru, Madrigal II, Manco Inca-Huaral, Monte Calvario, Los Ángeles, La Balanza y Santiago Apóstol, pertenecientes al ámbito del Centro de Salud Comas. El día 14 de abril se realizó una evaluación conjunta en el área anteriormente mencionada, el objetivo fue obtener muestras sanguíneas e hisopados faríngeos y nasales, según el cuadro clínico del paciente para el diagnóstico etiológico.

El INS en el proyecto de «Georreferenciación de los criaderos productivos de *Aedes aegypti*, en localidades infestadas de Lima Norte» evaluó en la primera semana de marzo la jurisdicción del Centro de Salud Comas en la que se encuentra la localidad de La Libertad. Se encontró un índice de infestación aérea de 10,95%. La intervención, consistente en la abatización de los reservorios de agua, se realizó paralelamente llegando a una cobertura de 71,4% (bastante baja debido a la renuencia de la población y por las numerosas viviendas cerradas). No se conocían en ese momento los resultados del índice aéreo postintervención.

Las personas examinadas el día 14 de abril refirieron que los primeros casos se presentaron hace aproximadamente dos meses. En algunas de las casas evaluadas referían que cuatro o más de sus miembros presentaron la enfermedad y ya estaban recuperados, pero que en ese momento uno o dos miembros más tenían enfermedad febril, cefalea intensa, artralgias, mialgias, postración, exantema con prurito generalizado, epistaxis, equimosis y gingivorragia.

Estos casos agudos tienen entre 2 a 6 días de evolución; el exantema y el prurito, casi sin excepción, se han presentado después del quinto día de inicio de los síntomas.

Al Laboratorio de Arbovirus del INS llegaron 73 muestras en total, procedentes de pacientes captados en la localidad La Libertad. Los pacientes encuestados se encuentran en el rango de 3 meses a 78 años de edad; de estas muestras, 38 corresponden a casos agudos en fase de viremia (con cinco o menos días de tiempo de enfermedad); 29, a pacientes con más de cinco días de enfermedad (6 a 37 días de enfermedad) y en seis muestras remitidas se desconoce el tiempo de enfermedad, porque las fichas están incompletas. El caso más antiguo de este grupo evaluado data del 17 de marzo de 2004 y el más reciente del 13 de abril de 2005.

Revisando los casos sospechosos de rubéola de la jurisdicción de Lima Norte, se han encontrado dos muestras serológicas, de madre e hija, con resultados negativos para rubéola que han sido investigadas para dengue, obteniéndose ELISA IgM positivo. Las pacientes proceden de la localidad de Sangarará, perteneciente a la jurisdicción de otro centro de salud, pero cercano al km 11 de la Av. Túpac Amaru. Estos casos tienen que ser investigados, pues desconocemos viajes recientes hacia áreas endémicas de dengue.

<sup>1</sup> Centro Nacional de Salud Pública, Instituto Nacional de Salud.

De 75 muestras procesadas se han determinado en 34 (45 %) reactivos a anticuerpos IgM contra dengue, lo cual indica infección aguda de dengue, y de 20 muestras de pacientes con tiempo de enfermedad menor a 5 días, 16 (80 %) resultaron positivas para virus dengue serotipo 3 mediante la técnica de RT-PCR, como se muestra en la tabla adjunta.

Se concluye que estamos ante casos autóctonos de dengue serotipo 3 en las localidades de La Libertad y Sangarará, del distrito de Comas.

### BROTE DE DENGUE EN COMAS

#### Marco referencial

En marzo de 2000 se registra por primera vez en la capital, en el distrito del Rímac, la presencia del vector del dengue, el mosquito *Aedes aegypti*. Desde entonces, el mosquito se fue dispersando y reproduciendo hasta

alcanzar los niveles encontrados durante la campaña de abatización llevada a cabo por el INS en los distritos de Comas, Independencia y San Juan de Lurigancho (Figura 1).

Durante la campaña de abatización realizada por el INS/DISA Lima Norte en los meses de enero-abril, el distrito de Comas presentó un índice aéxico de 11, el distrito de Independencia de 5,2 y el distrito de San Juan de Lurigancho aún se está interviniendo.

La literatura tradicionalmente aceptaba un riesgo importante de desarrollo de una epidemia cuando se presentan índices aéxicos mayores a 2, sin embargo han sido reportados brotes con índices aéxicos de 0,5. Se debe de tomar en cuenta que el índice de vivienda (% de viviendas positivas), con el que se ha venido trabajando, no necesariamente correlaciona con el riesgo de inicio de brote; hay índices más adecuados como el de pupa/persona.

**Tabla 1.** Casos de dengue autóctono en el distrito de Comas, DISA Lima Norte, abril de 2005.

Localidad	Número de muestras procesadas	Presencia de anticuerpos IgM anti dengue *	PCR para determinar RNA dengue y serotipo
Jurisdicción del Centro de Salud Comas	Agudas (< de 5 días)	38	11 (29%)
	Convalecientes (> de 5 días)	29	21 (72%)
	Desconocido	6	0
Jurisdicción del Puesto de Salud Sangarará	Convalecientes (> de 5 días)	2	2
<b>TOTAL</b>	<b>75</b>	<b>34 (45%)</b>	<b>16/20 (80%)</b>

Según datos preliminares, el índice pupa/persona también estaba elevado en estas localidades. La presencia del vector, junto con la del hospedero (estos distritos de Lima reciben muchos individuos provenientes de zonas endémicas del norte y este del país), fueron factores condicionantes para que se diera

inicio a la transmisión de dengue en Lima. Adicionalmente, las condiciones de deficiente salubridad, niveles de pobreza, almacenamiento inadecuado de agua, insuficiente información a la población y hacinamiento permitieron que estas zonas fueran propicias para la aparición de un brote de dengue.

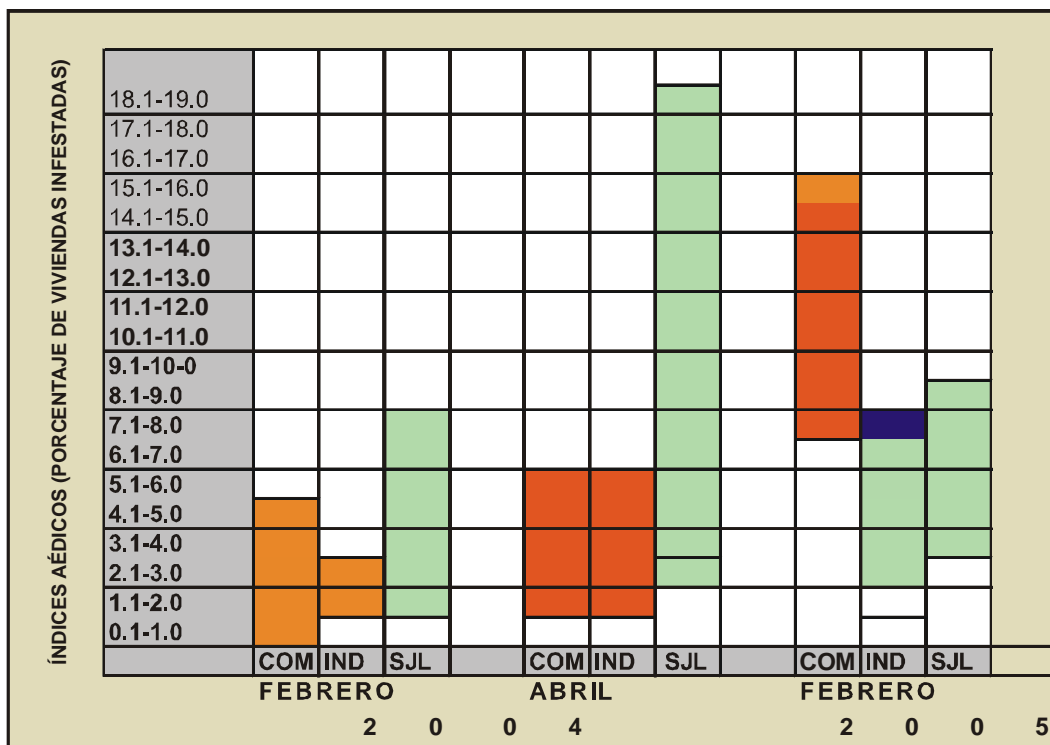
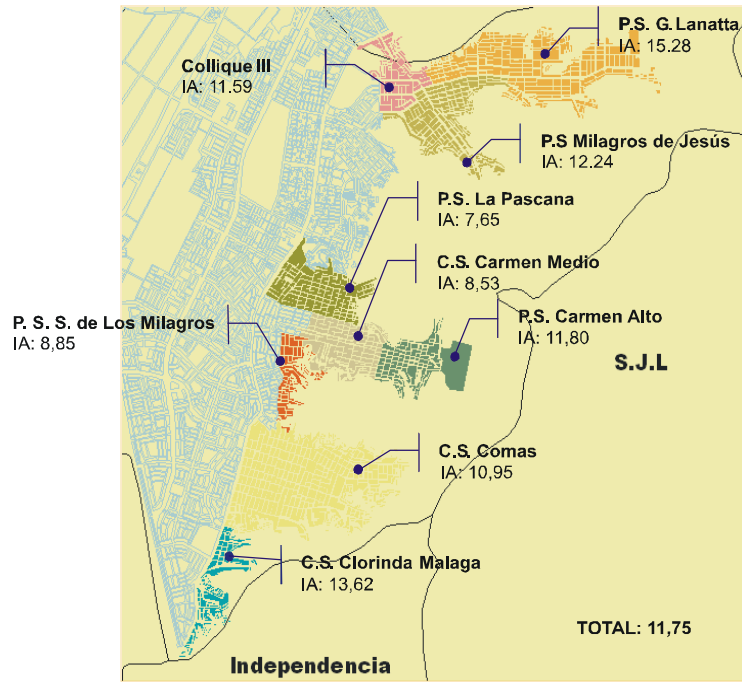
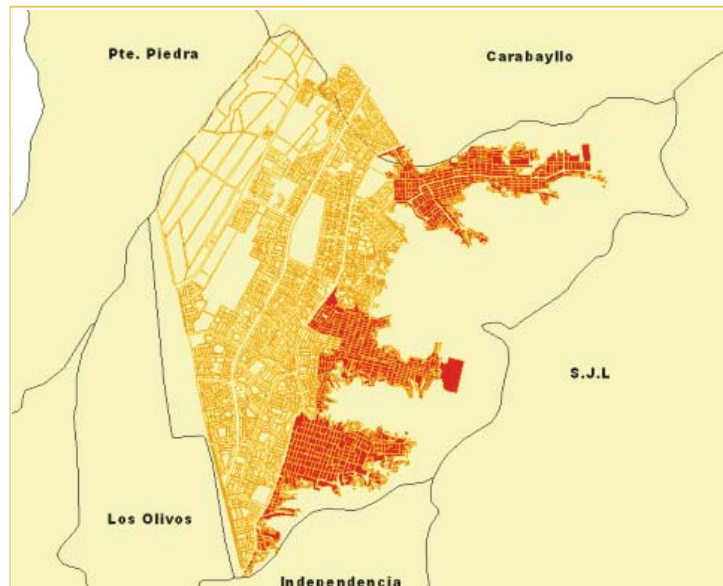


Figura 1. Rangos de índices aélicos encontrados en diversos estudios realizados en Independencia, Comas y San Juan de Lurigancho (años 2004-2005).



Fuente: DESA/DISA Lima Norte.

**Figura 2.** Jurisdicciones de salud intervenidas, según índice aélico. Comas, abril 2005.



Fuente: DESA/DISA Lima Norte.

**Figura 3.** Ubicación de jurisdicciones intervenidas. Comas, abril 2005.

El riesgo de que este brote no sólo afecte una localidad sino se expanda a otros distritos adyacentes es muy alto, a pesar de las actividades de prevención y control realizadas en la zona (campaña de abatización de INS/DISA Lima Norte).

El MINSA ya inició, a través de la DISA Lima Norte, el control del *Aedes* adulto (rociamiento con insecticida de la localidad en mención); sin embargo, las acciones de control por tomar deben de ser integrales.

Es deber de todos, personal de salud, promotores, autoridades y dirigentes locales, pobladores de Lima Norte y otros distritos de Lima (puesto que ya ha sido encontrado el vector en Lima Sur, Lima Ciudad y Lima Este), aunar esfuerzos para limitar este brote que potencialmente puede traer consecuencias económicas y de salud muy importantes para nuestra población.

## PREVENCIÓN DEL DENGUE

### Manuel Espinoza<sup>1</sup>

Las epidemias de dengue aparecen con frecuencia en forma súbita, la transmisión usualmente pasa desapercibida por largo tiempo antes de ser reconocida. En las primeras fases de la transmisión, los trabajadores de salud frecuentemente no diagnostican los casos de dengue confundiendo con diversas etiologías. Cuando las muestras de sangre son enviadas a los laboratorios de referencia, se requieren días o semanas para el procesamiento de las muestras y confirmación de los resultados.

Cuando la epidemia es finalmente confirmada, el dengue empieza a diseminarse rápidamente. La respuesta a la emergencia requiere decidir las áreas en donde la intervención es prioritaria.

La rápida diseminación de la enfermedad y los rumores pueden causar la impresión de una ausencia de respuesta del sistema de salud ante el problema. La decisión de optar por métodos de control vectorial pueda ser realizada en corto tiempo, especialmente los métodos de fumigación espacial con maquinaria pesada ULV o el uso de equipos portátiles intradomiciliarios, además de las actividades dirigidas al control larvario con la participación de decenas de trabajadores de salud.

Las acciones públicas raramente están respaldadas por adecuados estudios entomológicos. Las agencias internacionales continuamente recomiendan un sinnúmero de acciones, algunas de las cuales deberían dar algún beneficio.

Afortunadamente, las epidemias, con la contribución de los factores climáticos cambiantes, son finitas en el tiempo y, por ende, el cese de la transmisión, cuyos resultados alaban las operaciones de nebulización espacial. Sin intención o con intención, el público confía en estas actividades y no en otras intervenciones de verdadero impacto. Las decisiones basadas en aspectos técnicos, eficientes y factibles a nivel local deberán ser acordes con las características de las poblaciones por intervenir, producto del análisis de los puntos críticos de control y una visión compartida entre los sectores y actores sociales.

### Bibliografía

1. D.J. Gubler; G. Kuno. Dengue and dengue hemorrhagic fever, Division of vector borne infectious diseases, CDC. Fort Collins Colorado – USA. 1997.
2. Organización Mundial de la Salud. Fiebre hemorrágica del dengue: diagnóstico, tratamiento, prevención y control. 2.<sup>a</sup> ed., Ginebra: WHO, 1987.
3. Rozendaal Jan A. Vector control, methods for use by individuals and communities. Geneva: World Health Organization, 1997.

<sup>1</sup> Centro Nacional de Salud Pública, Instituto Nacional de Salud.