

ALERTA EPIDEMIOLÓGICA

PRESENCIA DEL NUEVOS CASOS DE DENGUE AUTOCTONO Y RIESGO DE EPIDEMIA EN DIEZ DISTRITOS COSTEROS CON PRESENCIA ENDÉMICA DEL VECTOR *Aedes Aegypti*, DE LAS PROVINCIAS DE CARAVELÍ, CAMANÁ E ISLAY, EN LA REGIÓN AREQUIPA

CODIGO: AE – DEPI AQP Nº 003 – 2024

I. OBJETIVO

Alertar al personal de los establecimientos de salud públicos y privados a nivel regional, ante el incremento de casos importados y presencia de casos autóctonos de dengue en localidades del litoral arequipeño y el hallazgo del vector *Aedes Aegypti* en tres provincias de la región Arequipa y que acrecienta un potencial riesgo de dispersión del mismo a otras provincias con determinantes ambientales, idiosincráticos y de saneamiento básico favorables. Por lo que se deberá de intensificar y garantizar la implementación de las medidas de prevención y control, que impidan la aparición de nuevos casos autóctonos de dengue, y estar preparados para brindar una atención integral durante el tratamiento, cuidado y seguimiento adecuado de los pacientes, evitando la progresión a formas graves y defunciones.

II. JUSTIFICACIÓN.

Los problemas de salud comprendidos en el grupo de enfermedades metaxénicas, en este caso una de las Arbovirosis (enfermedades víricas transmitidas a través de la picadura del mosquito, perteneciente al género *Aedes*, principalmente el *Aedes aegypti*, vector de estas enfermedades) como es el dengue, con presencia en nuestra región, y con zonas de nuestro litoral, endémicas para el vector y que de presentarse como dengue con complicaciones puede causar un gran riesgo de enfermar y morir para el paciente, lo que requiere de una respuesta sanitaria oportuna y eficiente, y preparación desde el primer nivel de atención hasta el centro hospitalario de mayor complejidad.

1

ENFERMEDAD	CODIGO CIE-10 *
DENGUE	CIE-10 A97
DENGUE SIN DATOS DE ALARMA	CIE-10 A97.0
DENGUE CON DATOS DE ALARMA	CIE-10 A97.1
DENGUE SEVERO	CIE-10 A97.2
DENGUE, NO ESPECIFICADO	CIE-10 A97.9

Lista Tabular (Volumen 1) de la CIE-10, que forma parte de la Edición 2018

III. AMBITO DE APLICACIÓN.

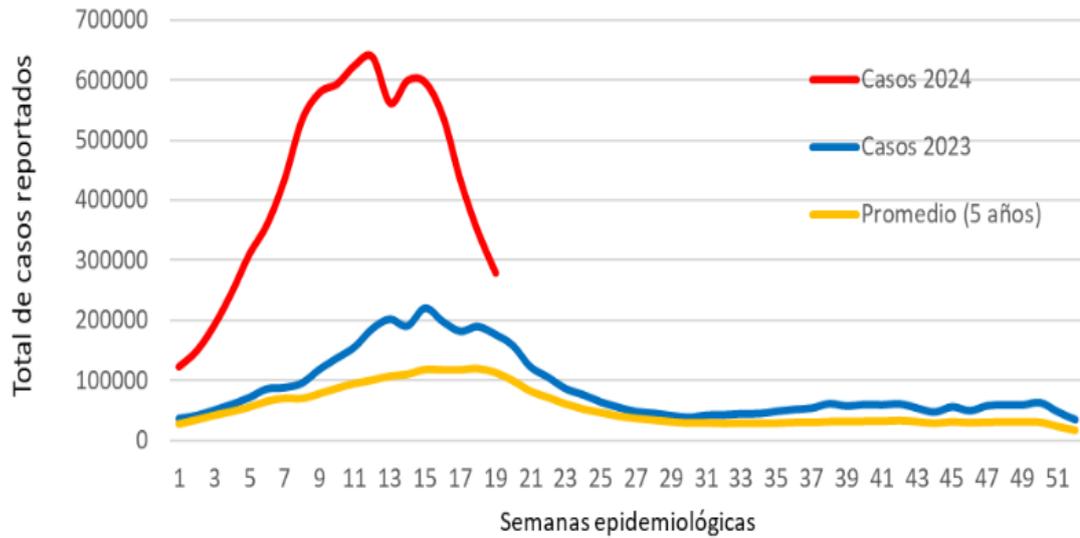
Esta Alerta Epidemiológica es de observancia necesaria por todos los EESS de la Gerencia Regional de Arequipa, desde sus Hospitales, Redes y Microredes, las IPRESS de ESSALUD, la Sanidad de las Fuerzas Policiales y demás Fuerzas Armadas e IPRESS Privadas de toda la región.

IV. ANTECEDENTES

En la Región de las Américas, desde la SE 1 hasta la SE 19 del 2024, se reportaron 8'140,210 casos sospechosos de dengue, representando un aumento del 226% con relación al mismo periodo del 2023 y un incremento de 416% con respecto al promedio de los últimos cinco años (Fig. N° 1). Del total de casos reportados, unos 7,983 corresponde a dengue grave, representando aproximadamente el 0,1% de los casos notificados ⁽¹⁾.

(1) Alerta Epidemiológica Inicio de la temporada de mayor circulación de dengue en el Istmo Centroamericano, México y el Caribe • www.paho.org • © OPS/OMS, 202424 de mayo del 2024

FIGURA N° 001. Número de casos de dengue en 2023, 2024 (hasta SE 19) y promedio de últimos 5 años en Región de las Américas.

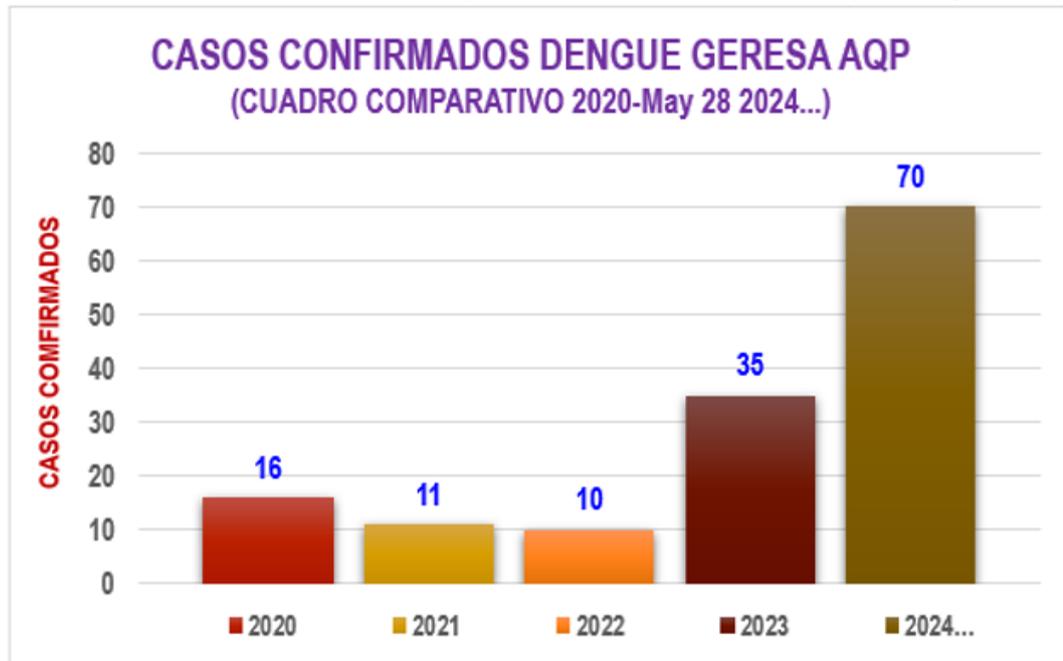


FUENTE: Adaptado de la Organización Panamericana de la Salud. PLISA Plataforma de Información de Salud para las Américas, Portal de dengue. Washington, DC: OPS; 2024

El 28 de febrero último, fue publicado en el diario El Peruano el DS N° 004-2024-SA que declaró en emergencia sanitaria por brote de dengue a diecinueve departamentos y la Provincia Constitucional del Callao, por un plazo de 90 días calendario. Declaratoria que no incluyó a nuestra región, a pesar de que tenemos la presencia del vector *A. Aegypti*, en diferentes distritos costeros de Caravelí e Islay, estamos limítrofes con la región Ica, y aunque nuestra casuística hasta la S.E. 10, era baja y sin mortalidad en comparación con otras localidades del país, el número de casos actuales en este 2024 son evidencia significativa de su incremento, en comparación al total de casos del 2023, y la demás casuística de estos últimos cuatro años anteriores. **Ver Gráfico N° 1.**

2

GRÁFICO N° 1. Casos confirmados dengue GERESA – AQP (cuadro comparativo por años)



FUENTE : NOTIWEB CDC MINS/AEPIVEA AQP

Enfermedades como el Dengue, Chikungunya, Zika, Virus del Nilo Occidental, etc. son enfermedades emergentes que tienen como vector de transmisión al mosquito *Ae. aegypti* (diptera: culicidae). La presencia del dengue en el Perú en el siglo XX está ligado a la reintroducción del *Aedes*

aegypti que fuera eliminado en el Perú en 1956, para reingresar en 1984, mostrando su presencia a través de casos de dengue que se observaron a partir de 1990 en la Amazonía. Actualmente el vector está presente prácticamente en toda la costa y la Amazonía peruana y el dengue desde su ingreso no se ha ido, por el contrario, se ve una tendencia al ascenso a través de los años. En el año 2019 se determinó la presencia del genotipo Cosmopolitan del serotipo DEN2 en Madre de Dios en el Perú, a partir de aquí se dispersó por todo el país y países vecinos.

La circulación simultánea de los varios serotipos del virus dengue (DEN1, DEN2, DEN3, DEN4) como ocurre actualmente en las Américas y en el Perú -desde años anteriores- también constituye un factor de riesgo para la presentación de casos severos en los que tengan infecciones secundarias por un serotipo diferente, debido a que la población previamente infectada se hace más susceptible para presentar una reacción inmune que conlleva a la extravasación de plasma y presencia de cuadros de dengue con complicaciones y dengue grave. La atención de estos pacientes con dengue -más aun en situaciones de brotes- en general, hace necesario la disponibilidad y el acceso a servicios de atención médica para una detección temprana, así como el diagnóstico y el manejo adecuado de los casos. Es importante una respuesta oportuna en el primer nivel de atención para su seguimiento y, en caso se presenten signos de alarma o casos severos de dengue, asegurar al manejo adecuado y pertinente en los establecimientos de salud de mayor complejidad. (2)

Los brotes de dengue están muy relacionados a múltiples factores. La alteración de los nichos ecológicos favorecidos por el cambio climático, la adaptación del vector y su expansión a altitudes mayores a 2500 msnm., la resistencia de los mosquitos adultos a la baja de temperaturas y que ahora parecen que sólo mueren a temperaturas sostenidas menores a los 12°C, mientras sus huevos que al contacto con la humedad desarrollan embriones en 48 horas, después de este período, pueden permanecer secos y viables hasta por más de un año, y una vez que entran nuevamente en contacto con el agua, eclosionan liberando las larvas, característica tal que hace difícil su control, básicamente porque no pueden ser detectados por largos períodos de tiempo, estos huevos son capaces de sobrevivir durante el invierno, pudiendo ser trasladados de un lugar a otro en recipientes secos, lo que puede provocar reinfestaciones o su dispersión (pasiva) a nuevas localidades libres del vector. Otras determinantes sociales harto conocidas que las comunidades, son las carencias de accesos a un sistema de redes de agua intradomiciliaria permanente, la desorganizada expansión urbana, el incremento de migraciones internas y externas, el sistema inmunológico del individuo expuesto así como los serotipos y genotipos circulantes, todos ellos son factores a tener siempre en cuenta y considerar en esta epidemia y su relación con los hallazgos clínicos en los nuevos casos.

Por todo ello el control del dengue se enmarca en una estrategia integral, multisectorial, y multidisciplinaria, tanto del equipo sanitario, la autoridad distrital, la figura de líderes comunales representativos, el sector educativo, las instituciones públicas y privadas, las fuerzas armadas y la población afectada a todo nivel (local, regional y nacional). Esta atención de pacientes con dengue, hace necesario la disponibilidad y acceso a los servicios de atención médica desde el primer nivel de atención, con personal competente y actualizado en el espectro sanitario del dengue, con insumos y equipamiento necesarios y equipos de personal capacitado en Alerta – Respuesta, tanto para la Vigilancia Epidemiológica y monitoreo del Control de Febriles, como para el Control Larvario y Vectorial, cumpliendo todas las actividades de detección temprana, diagnóstico adecuado y manejo oportuno de los casos. Es importante una respuesta integral desde el primer contacto del paciente con el sistema sanitario (Puesto o Centro de Salud), para su captación, seguimiento y monitoreo, y, en caso se presentaran cuadros de dengue con signos de alarma, asegurar el manejo adecuado y pertinente al paciente in situ, o su referencia oportuna a un establecimiento de salud de adecuada capacidad resolutive y por ende de mayor complejidad.

Desde noviembre 2016, el Laboratorio de Entomología del INS de Lima conjuntamente con Salud Ambiental, y el área de Metaxénicas de la GERESA AQP, detectaron el vector *Ae. Aegypti* en la costa norte de nuestra región de la provincia de Caravelí, en el distrito de Yauca con un índice

(2) "Dengue en el Perú: crónica de epidemias recurrentes (1990 -2023), el virus, el *Aedes aegypti* y sus determinantes, ¿a dónde vamos?" César Cabezas Sánchez. An. Fac. med. vol.84 no.2 Lima abr./jun. 2023 Epub

aédico (IA) de **3.1%**, en la localidad de Acarí un IA de 1.18%, y finalmente en Bella Unión con un **0.36%** de IA(2) . En el 2017 se detecta en Jaquí con un IA de **0.36 %** y en diciembre del 2019 en Atico con IA de **2.01%**. En el sector de La Curva del distrito de Dean Valdivia para la S.E. 51 del 2023 se detectó el vector pero con un IA de **0.57%**; a la S.E. 52 en Matarani del distrito de Islay, se encontró el vector con un IA de **4.71%** y luego se detectó en Mollendo ⁽³⁾ .

En índice aédico (IA) es el indicador que mide el porcentaje de casas positivas con larvas y pupas de Aedes aegypti en un sector, a mayor porcentaje habrá mayor riesgo. Ver **Tabla N° 1**.

TABLA N° 01. Estratificación del Riesgo Entomológico según el IA

Estratificación del Riesgo Entomológico - Escenario Entomológico II	Indice Aédico (IA)
BAJO RIESGO	0 - <1%
MEDIANO RIESGO	1 - < 2%
ALTO RIESGO	≥ 2%

FUENTE: NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 116-MINSA/DIGESA-V.01

Es importante recordar la estratificación epidemiológica de carácter dinámico que clasifica las áreas geográficas, de acuerdo a la ausencia o presencia del vector de casos de dengue, chikungunya, zika y otras arbovirosis. Ver **Cuadro 2**.

CUADRO N° 2. Escenario Epidemiológico según presencia o no de vector y de casos

TIPOS		Condiciones favorables para el vector	Pueden darse Casos importados	Casos autóctonos	Area geográfica implicada	Tiempo
ESCENARIO I	AUSENTE	Pueden o no estar presentes	SI	NO		No aplica
ESCENARIO II	PRESENTE	Idem	SI	NO		
ESCENARIO III	III-Brote	PRESENTE	Idem	SI	Una	Determinado
	III-Epidémico				Más de una	
	III- Endémico				Permanente	

FUENTE: N.T. N° 211-MINSA/DGIESP-2024 con R.M. N° 175-2024-MINSA (marzo 07)

V. DENGUE, CONSIDERACIONES CLINICO EPIDEMIOLOGICAS Y DE CONTROL.

Para enfrentar al dengue, también conocido como “la fiebre quebrantahuesos” además del manejo clínico epidemiológico y de control, debemos aplicar correctamente las definiciones de caso (NTS N° 211-MINSA/DGIESP-2024 (R.M. N° 175-2024-MINSA) :

- 6.1 CASO PROBABLE DE DENGUE SIN SIGNOS DE ALARMA:** Se refiere a la persona con fiebre, menor o igual a siete días de evolución, que reside o ha visitado áreas de transmisión de dengue o con infestación por el vector Aedes aegypti, dentro de los 14 días antes del inicio de síntomas, y que presenta al menos dos de las siguientes manifestaciones:

⁽³⁾ Rev. Perú. Med. Exp. SP, Vol.35 N°2 Lima 2018

- Cefalea
 - Mialgias
 - Artralgias
 - Dolor ocular o retro-ocular.
 - Náuseas/vómitos.
 - Rash/exantema (aproximadamente a partir del quinto día de enfermedad).
- El hallazgo de leucopenia en un hemograma aumenta la probabilidad de estar frente a un caso de dengue. En niños se considera caso probable de dengue sin signos de alarma a todo niño con fiebre, sin foco aparente de 7 días o menos de evolución, que reside o ha visitado áreas de transmisión de dengue o con infestación del vector *Aedes aegypti* dentro de los 14 días antes del inicio de síntomas.

6.2 CASO PROBABLE DE DENGUE CON SIGNOS DE ALARMA: Se refiere a las personas que presenta una o más de las siguientes manifestaciones:

- Dolor abdominal intenso y continuo o dolor a la palpación del abdomen.
- Vómitos persistentes.
- Sangrado de mucosas y/o piel de cualquier tipo: Gingivorragia, epistaxis, metrorragia, hipermenorrea y hematomas.
- Letargía, inquietud o irritabilidad.
- Derrame seroso al examen clínico, o por estudio de imágenes (ascitis, derrame pleural o derrame pericárdico).
- Lipotimia
- Hepatomegalia (mayor a 2 cm por debajo del reborde costal derecho).
- Aumento progresivo del hematocrito.

6.3 CASO PROBABLE DE DENGUE GRAVE: Se refiere a la persona con o sin signos de alarma que presenta además por lo menos uno de los siguientes signos:

- Signos de choque hipovolémico.
 - Síndrome de dificultad respiratoria debido a extravasación importante de plasma.
 - Sangrado grave, según criterio clínico (según la evaluación del médico tratante).
- Ejemplo: Hematemesis, melena, metrorragia voluminosa, etc.

Compromiso grave de órganos:

- Miocarditis
- En el sistema nervioso central: Encefalitis, trastorno de la conciencia, escala de Glasgow menor de 15, convulsiones.
- Hepatitis: TGO, TGP 1000 UI

6.4 CASO CONFIRMADO DE DENGUE: Se refiere a la persona que se considera caso probable de dengue que cumpla cualquiera de los siguientes criterios:

a) Resultado positivo a una o más de las siguientes pruebas de laboratorio:

- Prueba molecular (RT-PCR en tiempo real, RT-PCR multiplex).
 - ELISA Antígeno NS1.
 - ELISA IgM para el dengue, para aquellos casos que cumplan con la definición de caso para dengue, en zona endémica y/o esté dentro de un contexto de brote o epidemia de dengue.
 - Evidencia de seroconversión de ELISA IgM en muestras pareadas para aquellos casos en zonas donde no hay transmisión de dengue. La segunda muestra debe ser tomada a los 14 días del inicio de síntomas y no exceder los 30 días desde el inicio de síntomas.
 - Aislamiento viral en cultivo celular u otros sistemas biológicos.
 - Histopatología e inmunohistoquímica de tejido.
 - Demás pruebas mencionadas en la NTS N° 211 -MINSA/DGIESP-2024 "Norma Técnica de salud para la atención integral de pacientes con dengue en el Perú".

6.5 CASO DESCARTADO DE DENGUE: Se refiere a la persona que fue considerada como caso probable de dengue que cumple alguno los siguientes criterios:

- Tener una evaluación del criterio epidemiológico, clínico y un resultado negativo de laboratorio, de acuerdo con el tiempo de enfermedad, de las siguientes pruebas diagnósticas:
 - Prueba molecular (RT-PCR, RT-PCR multiplex).
 - Aislamiento viral u otros sistemas biológicos.

- ELISA IgM para dengue en una sola muestra con tiempo de enfermedad mayor o igual a 14 días desde el inicio de síntomas.
- ELISA IgM sin evidencia de seroconversión para dengue en muestras pareadas.
- Caso notificado que no cumpla con los criterios de la definición de caso probable ya pre citado en la presente Norma Técnica de Salud.
- Identificación por laboratorio de otro agente causal que no cumpla con la definición de caso probable para dengue.
- Caso notificado sin examen de laboratorio, sin nexo epidemiológico o cuya investigación clínico-epidemiológica sea compatible con otra patología.
- En caso de resultados negativos a ELISA antígeno NS1 o ELISA IgM para Dengue menor a 14 días para descartar un caso se debe considerar:
 - a) En zonas no endémicas, el paciente con resultado negativo por laboratorio, de acuerdo con tiempo de enfermedad para la obtención de muestra, y que no existan casos confirmados en el entorno que frecuenta el paciente.
 - b) En zonas endémicas durante el periodo de transmisión no epidémico, el/la paciente con resultado negativo por laboratorio, de acuerdo con tiempo de enfermedad para la obtención de muestra, y que cumplan con alguno de los siguientes criterios:
 - Que no existan casos confirmados en el entorno que frecuenta el paciente.
 - Que presente un cuadro clínico compatible a otra etiología.

6.6 NOTIFICACIÓN DE CASOS :

Todos los casos probables o confirmados de dengue son de notificación obligatoria e inmediata al personal de epidemiología del establecimiento de salud (ES) o al inmediato superior, según los lineamientos e instrumentos del sistema de vigilancia epidemiológica nacional.

El llenado de la ficha clínica epidemiológica es de responsabilidad del personal de salud que realiza la atención o quien realiza la investigación epidemiológica.

A todo paciente que cumpla la definición de caso de dengue, se le debe llenar la ficha clínico-epidemiológica inmediatamente. No se debe esperar contar con alguna prueba de laboratorio para iniciar el llenado de la ficha clínico-epidemiológica o para notificar el caso a la Unidad u Oficina de Epidemiología del establecimiento de salud.

*** Todo caso probable de dengue en zona endémica de vector y en presencia de otros casos autóctonos deberá tener una segunda muestra con un intervalo de 7 días, hasta antes de los 30 días desde el inicio de síntomas. El objetivo es, reclasificar finalmente el caso probable, como autóctono o descartado definitivo.

6.7 DESCRIPCION: El dengue, enfermedad viral, febril y aguda, se caracteriza por un comienzo repentino con fiebre alta (>a 38°C) que dura entre dos a siete días, seguido de cefalea, dolores osteomusculares, dolor retroocular, cólicos abdominales, a veces náuseas hasta el vómito, otras acompañado de cuadros diarreicos leves, astenia y adinamia, al lavado de dientes presencia de episodios de gingivorragia, y por último aparición de manchas algunas puntiformes en piel de extremidades y otras partes del cuerpo.

6.8 DIAGNOSTICO: La técnica diagnóstica que se solicita para dengue, chikungunya, zika y otras arbovirosis, depende del tiempo transcurrido entre el inicio de síntomas y la toma de muestra (tiempo de enfermedad) y la complejidad del laboratorio. Aquí tienes algunas opciones (4) :

Pruebas directas de diagnóstico:

- RT-PCR en tiempo real (qRT-PCR): Esta técnica detecta el material genético del virus del dengue. Es útil para el diagnóstico temprano, entre 1 a 5 días de enfermedad.
- ELISA para antígeno NS1: Detecta la proteína NS1 del virus. También es útil en las primeras etapas de la infección, entre 1 a 5 días de enfermedad.

Pruebas indirectas de diagnóstico:

- ELISA para anticuerpos IgM e IgG: Estas pruebas miden los anticuerpos producidos por el sistema inmunológico en respuesta al virus. Son útiles para el diagnóstico tardío y para determinar si alguien ha estado expuesto al dengue en el pasado, entre 6 a 15 días de enfermedad .

(4) **RM 982-2016 - NTS 125-MINSA/2016/CDC-INS "Normativa Técnica de Salud para la vigilancia epidemiológica y diagnóstico de laboratorio de dengue, chikungunya, zika y otras arbovirosis**

Pruebas de laboratorio adicionales:

- Medir el nivel de hematocrito.
- Recuento seriado de plaquetas cuando se observe el inicio de la plaquetopenia
- Recuento de leucocitos.
- Pruebas de función hepática y función renal si se trata de un cuadro de dengue con complicaciones

Las pruebas para IgG contra los virus del dengue no son útiles para el diagnóstico, ya que una gran proporción de personas en las zonas de endemicidad tienen anticuerpos de IgG preexistentes con reacción cruzada, derivados de infecciones anteriores (infecciones secundarias por el virus del dengue) ⁽⁵⁾ .

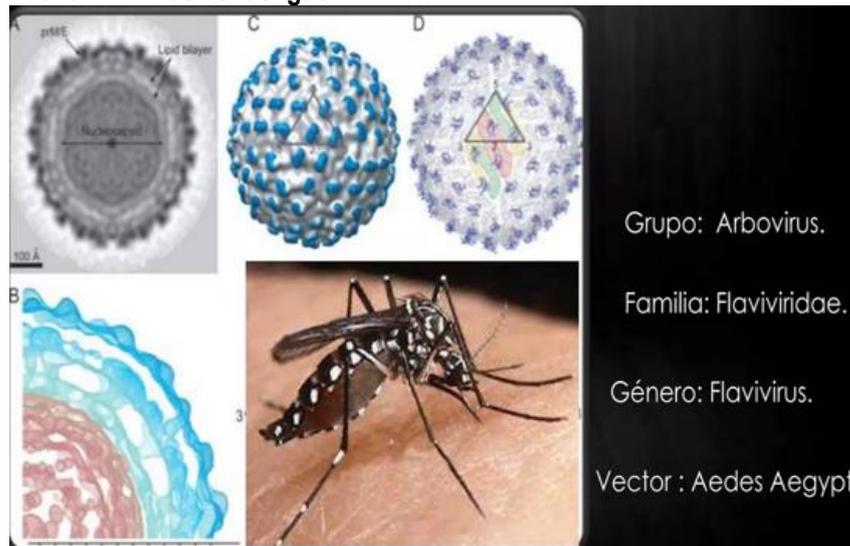
PRUEBAS DISPONIBLES DE ACUERDO A LA COMPLEJIDAD DEL LABORATORIO

LABORATORIO	Toma de Muestra	Elisa antígeno NS1	qRT-PCR	ELISA IgM	ELISA IGG	Aislamiento viral	Histopatología e IHQ
Laboratorio Local	SI						
Laboratorio Regional	SI	SI	SI*	SI	SI		
Laboratorio Referencial Nacional de Metaxénicas virales (INS)			SI*	SI	SI	SI	SI

(*) Solo los laboratorios Regionales que cuenten con transferencia tecnología de qRT-PCR por el INS

6.9 AGENTE INFECCIOSO: Un flavivirus con 4 serotipos, (DEN 1, DEN 2, DEN 3 y DEN4) Fig 01.

FIG. 01. Virus del dengue



6.10 DISTRIBUCION: En la mayoría de países tropicales. En Africa se encuentran los 4 serotipos. Desde 1977 se observó la presencia de estos serotipos en el continente americano y desde finales de los noventa en países de América Latina entre ellos el Perú. En el año 2019 se determinó la presencia del genotipo Cosmopolitan del serotipo DEN2 en Madre de Dios en el Perú, y a partir de aquí se dispersó por todo el país y Sudamérica.

6.11 RESERVORIO: Los virus se perpetúan a través de un ciclo que abarca al ser humano y al mosquito, el Aedes Aegypti (vector) en centros urbanos de clima tropical.

6.12 MODO DE TRANSMISION: Picadura de mosquitos infectantes (hembra) a humanos sanos. Pican de día, mayormente al amanecer y horas antes de la puesta de sol.

6.13 PERIODO DE INCUBACIÓN: De 3 a 14 días, por lo común de 4 a 7 días.

6.14 PERIODO DE TRANSMISIBILIDAD: No se trasmite de persona a persona. Los enfermos son

(5) [El control de las enfermedades transmisibles. Procedimientos de laboratorio. Vigésima edición. Dr. Burton W. Wilcke, Jr. & David L. Heymann Editor. OPS/APHA/OMS 2016, ISBN 9789275319406](#)

infectantes para los mosquitos desde un poco antes del inicio de la fiebre hasta el final de la misma, por lo común de 3 a cinco días. El mosquito se vuelve infectante entre 8 a 12 días después de alimentarse con sangre virémica y lo sigue siendo el resto de su vida.

6.15 **SUSCEPTIBILIDAD:** Es universal para los seres humanos. La infección por un determinado serotipo, produce una inmunidad homóloga por largo tiempo, pero lo expone a un dengue con complicaciones, si se vuelve a infectar con otro serotipo.

6.16 **MÉTODOS DE CONTROL:**

(a) **Preventivas:** como la educación a la población, estudio de las comunidades en busca del vector y protección de las personas para evitar las picaduras (repelentes, mosquiteros, ropas mangas larga, etc.).

(b) **Control del paciente, de los contactos y del ambiente inmediato:** Notificación obligatoria a la autoridad sanitaria; aislamiento de los pacientes con síntomas (mosquiteros en dormitorios, familiares con repelente y vestimenta apropiada, etc.); envío correcto de las muestra de sangres al laboratorio respectivo; investigación de contactos; tratamiento médico específico (control de la fiebre, hidratación, no uso de AINES ni corticoides).

(c) **Medidas en caso de zonas endémicas :** control larvario y control vectorial (fumigaciones)

6.17 **FASE CRITICA DEL DENGUE:**

Esta fase comienza al momento de la defervescencia (cuando va cayendo la fiebre) y dura más o menos de 24 a 48 Hrs., la mayoría de pacientes muestras mejoría clínica en esta fase, pero aquellos que han presentado una fuga evidente de plasma, evolucionarán a dengue grave , como resultado de un gran aumento a la permeabilidad vascular. Los pacientes con fugas graves de plasma pueden presentar derrames pleurales, ascitis, hemoconcentración e hipoproteinemia. Si el cuadro no ha sido controlable, se agrega hemorragia interna, melena, rectorragia o menorragia. Clínicamente, casos de dengue grave pueden cursar con hepatitis, miocarditis, pancreatitis y encefalitis. Puede llevar a hipotensión severa, choque irreversible y el fallecimiento del paciente, a pesar del uso de técnicas de reanimación.

6.18 **CUADRO DE DENGUE HEMORRAGICO:**

El dengue hemorrágico a menudo ocurre cuando una persona previamente infectada con un serotipo del virus del dengue se reinfecta con un nuevo serotipo. La respuesta inmunológica exagerada a esta segunda infección contribuye a las manifestaciones graves en el paciente de dengue hemorrágico y la falla multiorgánica .

Se mencionan como factores que contribuyen a las hemorragias en el dengue hemorrágico:

- ✚ Las lesiones en el endotelio vascular: el virus del dengue afecta el revestimiento interno de los vasos sanguíneos, lo que puede provocar sangrado.
- ✚ Trombocitopenia: El dengue reduce el número de plaquetas en la sangre, lo que aumenta el riesgo de hemorragias.
- ✚ Disfunción de las plaquetas: Las plaquetas no funcionan correctamente, lo que afecta la coagulación sanguínea, el equilibrio entre los factores de coagulación se ve afectado, lo que puede dar lugar a sangrado, como las hemorragias

En resumen, el dengue hemorrágico es más peligroso debido a las hemorragias internas y la afectación de órganos vitales. Por tanto, la identificación temprana, referencia oportuna y el tratamiento adecuado son primordiales para reducir la mortalidad asociada al dengue grave.

6.19 **FASE DE CONVALECENCIA DEL DENGUE:**

Empieza cuando la fuga del plasma disminuye hasta llegar a lo normal, los líquidos que se extravasaron se van reabsorbiendo, el estado hemodinámico se estabiliza y se restablece la normalidad de la diuresis. El hematocrito del paciente puede disminuir por el efecto de una dilución del líquido reabsorbido, y el recuento de leucocitos por lo general empieza a subir, seguido de una recuperación lenta de la cifra de plaquetas. Si hubo alguna erupción cutánea, en la fase de convalecencia puede descamarse y ser algo pruriginosa. (6)

6.20 **DENGUE EN CONDICIONES ESPECIALES Y GRUPOS DE RIESGO:**

- ✚ Se deben observar cuidados especiales en casos de **gestantes**, y aunque solo hay un 1.6% de transmisión vertical del dengue, este riesgo poco frecuente aumenta cuando la infección se adquiere dentro de los 15 días previos al parto.

(6) El control de las enfermedades transmisibles. Práctica Clínica. Vigésima edición. Dr. Omar A. Khan & David L. Heymann Editor. OPS/APHA/OMS 2016, ISBN 978927531940

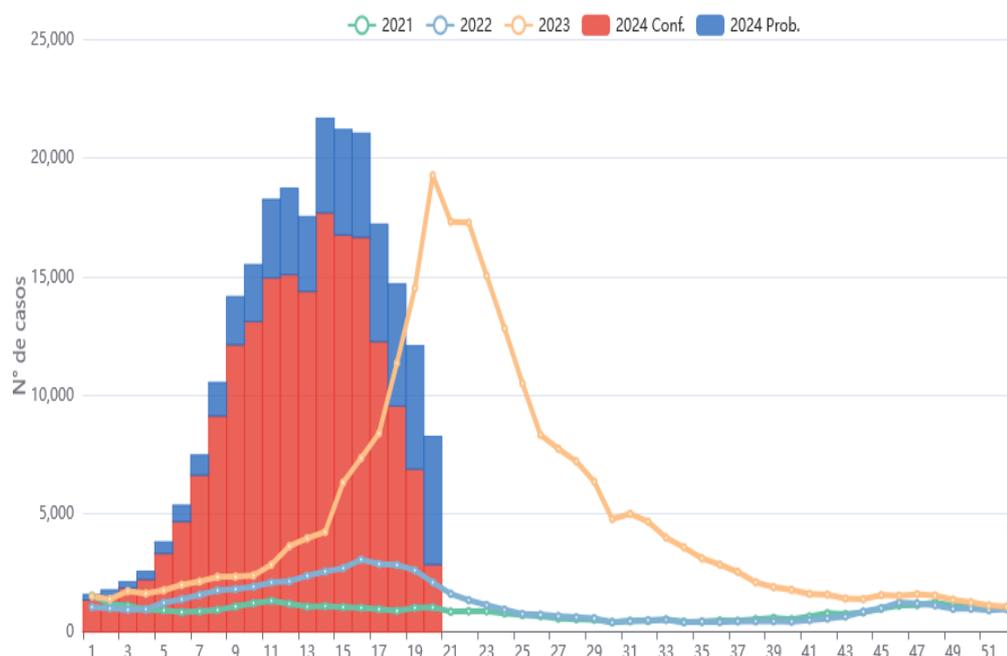
- ✚ El cuadro de dengue en **recién nacidos y lactantes**, mayoritariamente se presenta con un curso asintomático, pero algunos/as pueden presentar una gama de manifestaciones clínicas de intensidad leve, moderada o grave. Los anticuerpos maternos se transmiten al recién nacido y presentan protección para el serotipo específico, pero se incrementa el riesgo de infección grave si el R.N. se expone a otro serotipo durante la infancia.
- ✚ La infección por dengue en personas **mayores de 60 años** se asocia con un riesgo más alto de complicaciones, una mayor incidencia de enfermedades concomitantes, ídolos y particularidades fisiológicas e inmunológicas de la población de más edad. La persona adulta mayor es especialmente susceptible a la deshidratación durante la fase febril del dengue, y muchos de ellos, por sus creencias o costumbres, son renuentes y retrasan el solicitar una atención médica temprana y recurren a la medicina tradicional y a la automedicación, lo que asociado a otro factor que se repite con frecuencia, como el aislamiento social, también contribuye con el retraso de una atención médica oportuna.
- ✚ El dengue con enfermedades concomitantes, como la **hipertensión arterial** donde la decisión de continuar o suspender los fármacos antihipertensivos, lo asumirá el médico tratante. En pacientes que utilizan bloqueadores beta-adrenérgicos puede agravarse la bradicardia propia del dengue o puede enmascarse el efecto adrenérgico del choque, y en pacientes que usan antagonistas de los canales de calcio se presenta taquicardia. La posibilidad de complicaciones es alta, por lo mismo que la hipertensión se asocia con alteraciones en diversos órganos y contribuye a que el paciente presente insuficiencia renal, eventos vasculares cerebrales, eventos isquémicos cardiovasculares, síndrome metabólico y otras complicaciones.
- ✚ La **diabetes mellitus** es uno de los principales factores asociados a complicaciones en los casos de dengue grave. Los pacientes pueden presentar cetoacidosis diabética o un síndrome hiperosmolar. La hiperglucemia puede confundirse con el choque por dengue al conducir a un incremento de la diuresis osmótica y deshidratación; y esa última, a su vez, lleva a la acidosis metabólica.
- ✚ En casos de **insuficiencia renal aguda**, las personas mayores son más susceptibles a fuga capilar, deshidratación e insuficiencia renal aguda. Se tiene en cuenta la rigidez a nivel arterial, el deterioro de la función miocárdica y de la reserva pulmonar al momento de la reposición hídrica. Siendo el edema agudo de pulmón y la insuficiencia cardiaca congestiva (ICC) las complicación más frecuentes.
- ✚ En cuadros de dengue asociados a **enfermedad renal crónica**, se ve el inconveniente de oliguria/anuria, azoemia aumentada, hemoconcentración, acidemia, coagulopatías, ascitis, derrames pleurales, ascitis, etc. Ello puede hacer que se retrase el diagnóstico de la enfermedad del dengue.
- ✚ Por último en los pacientes con **enfermedades osteoarticulares** o con una **terapia con anticoagulantes**, el uso de AINES, esteroides, ácido acetil salicílico y la terapia anticoagulante aprobados en el PNUME, se evalúa en conjunto con el médico tratante sobre la continuidad o no del medicamento, su suspensión o sustitución por otro fármaco. ⁽⁷⁾

VI. SITUACION ACTUAL

En la SE 20 - 2024 se han reportado en el Perú 8,251 casos, siendo el acumulado en lo que va del año de 235,452 casos. Según tipo de diagnóstico, de estos, 182,789 casos son confirmados y 52,663 son casos probables. Ver **Gráfico 02**. Por la forma clínica presentada se tienen a 212,716 casos de dengue sin complicaciones, otros 22,043 casos de dengue con complicaciones y 693 casos de dengue grave. Las defunciones a nivel nacional están en 220 fallecidos (113 damas y 107 varones).

⁽⁷⁾ R. M. N° 175-2024-MINSA de marzo de 2024 que aprueba la NTS N° 211 -MINSA/DGIESP-2024 “Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Pacientes con Dengue en el Perú”

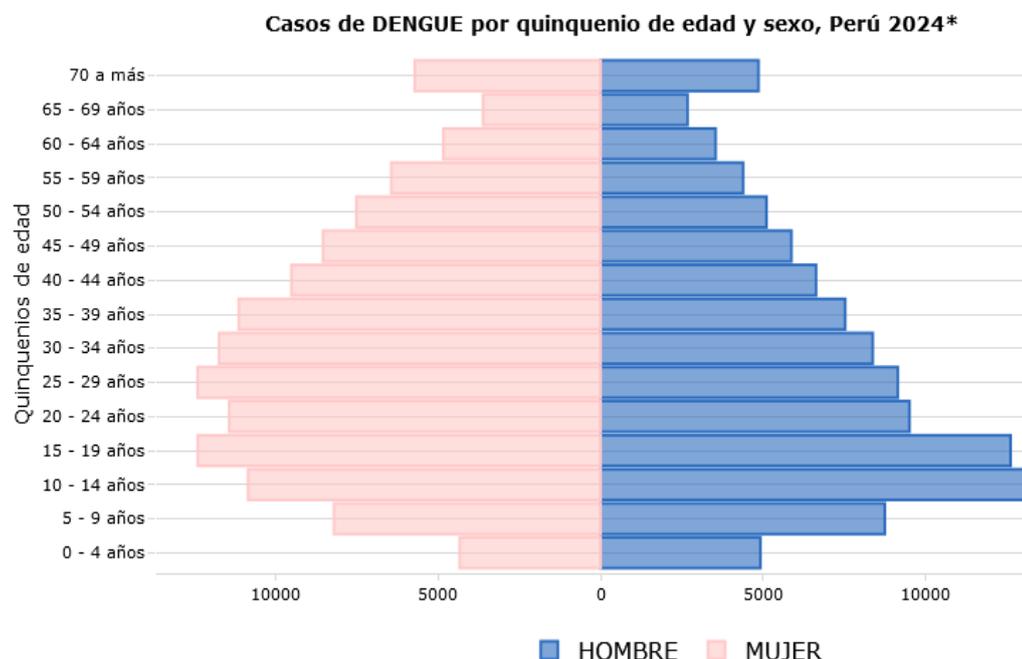
GRAFICO N° 2. Número de casos de Dengue por semana, Perú 2021-2024*



Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades - MINSa. (*) Hasta la SE 20

También se observó un 54.6 % (128,540 casos) a predominio de pacientes femeninas, frente a un 45.4% de varones (106,912), con predominio del grupo de 30 a 59 años (39.3%). Ver [Gráfico 03](#).

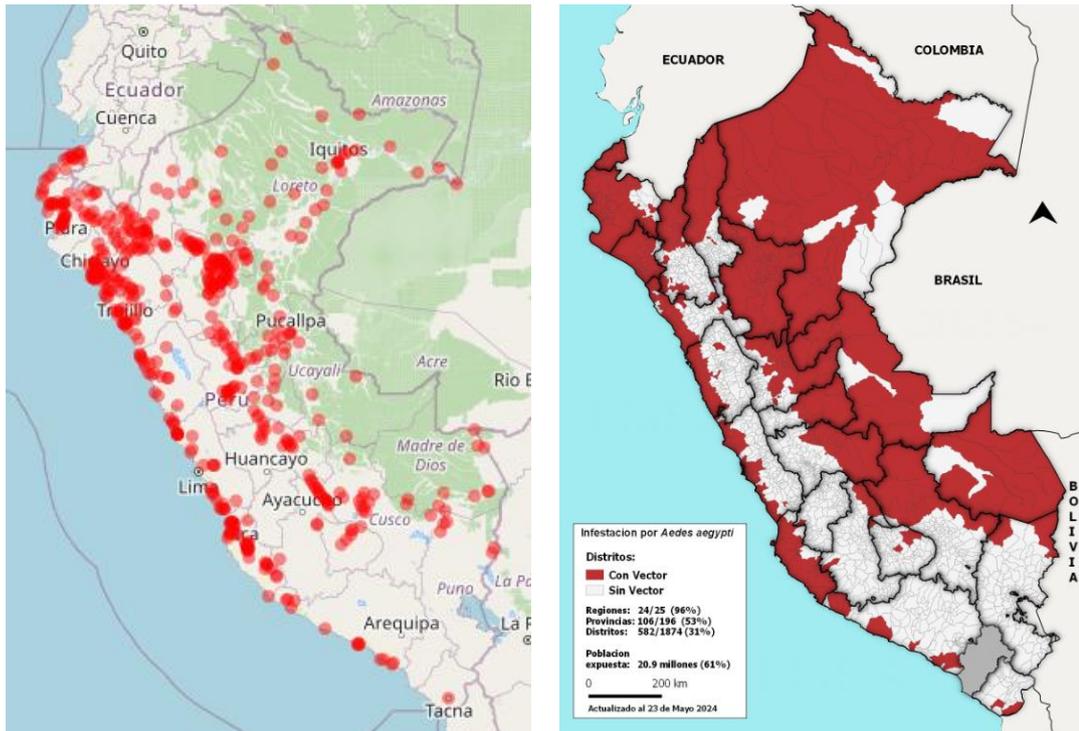
GRAFICO N° 3. Casos de dengue por quinquenios de edad y sexo, Perú 2024*



Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades - MINSa. (*) Hasta la SE 20

Actualmente, en nuestra región, se ha demostrado presencia del vector en los distritos de **Samuel Pastor, Nicolás de Piérola y José María Quimper** de la provincia de Camaná y en el distrito de **Cocachacra**, del Valle de Tambo de la Provincia de Islay. Ver [Mapa N° 1](#)

MAPA N° 1. Distritos infestados por Aedes Aegypti a nivel nacional



FUENTE: DIRESAS/GERESAS/DIRIS a nivel nacional <http://www.digesa.minsa.gob.pe/DCOVI/infestacion.pdf>

Es así que tenemos, a la S.E. 22, en tres provincias costeñas de Arequipa, doce distritos infestados, de los cuales tres distritos (Atico, Yauca y Cocachacra) tienen casos autóctonos, se encuentran en un escenario III de Brote y por ende con riesgo potencial de presencia de nuevos casos de dengue autóctono. Ver **Mapas N° 2 y N° 3.**

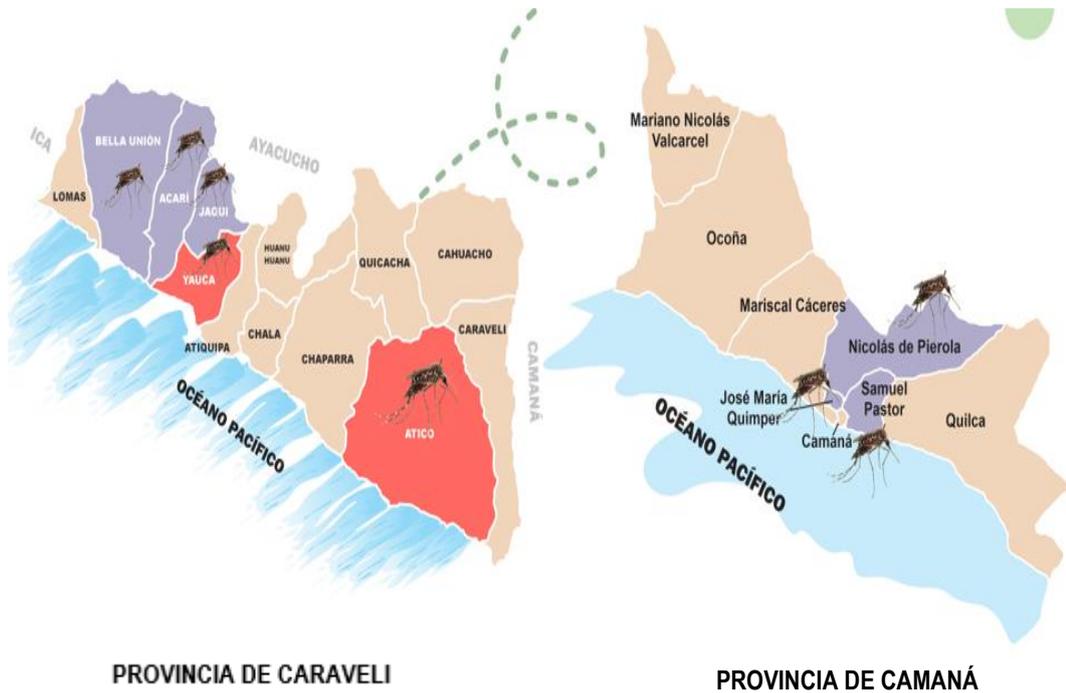
11

MAPA N° 2. Mapa entomológico de la región Arequipa



FUENTE: Estrategia METAXENICAS GERESA AQP-2024

MAPA N° 3. Mapa entomológico por provincias en escenarios II-III de la región Arequipa



FUENTE: Estrategia METAXENICAS GERESA AQP-2024

En nuestra región, ante la presencia de nuevos casos y ahora autóctonos, las Unidades tanto Informantes como Notificantes, en esta situación de brote, cumplen en forma diaria con la notificación respectiva, a lo que hay que agregar el aplicar la toma de segunda muestra en todo paciente con caso probable de ser autóctono, y primera muestra negativa pero que sea de zona endémica para el vector. El personal de epidemiología del EESS, o el que haga sus veces cuando el personal no esté, es responsable de la notificación diaria y el hacer llegar a brevedad la ficha para su ingreso al aplicativo NOTISP. Para estos envíos virtuales, la letra clara y legible es fundamental para la respectiva interpretación de la ficha enviada con datos completos, antes de su ingreso al NOTISP.

Para la S.E. 22** en la región Arequipa se tiene la siguiente casuística de casos importados y autóctonos, con predominio del C.S. Acari, seguido muy de cerca por C.S. Atico (con su data autóctona) y el Hosp. de Yanahuara de EsSALUD, según sea el EESS notificante, que mostramos en el siguiente **Gráfico 04**; así como la procedencia por región y/o departamento, de todos los casos importados notificados, tal como se muestra en el **Gráfico 05**.

GRAFICO 04: CASOS CONFIRMADOS DE DENGUE SEGÚN IPRESS NOTIFICANTE AQP-2024

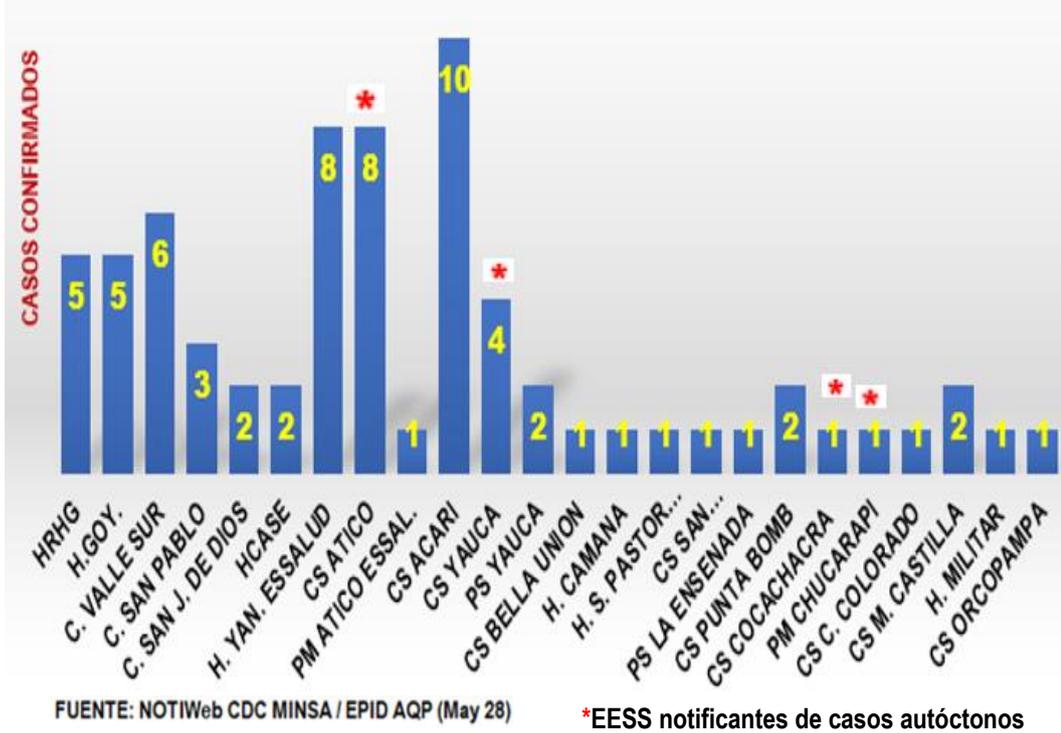
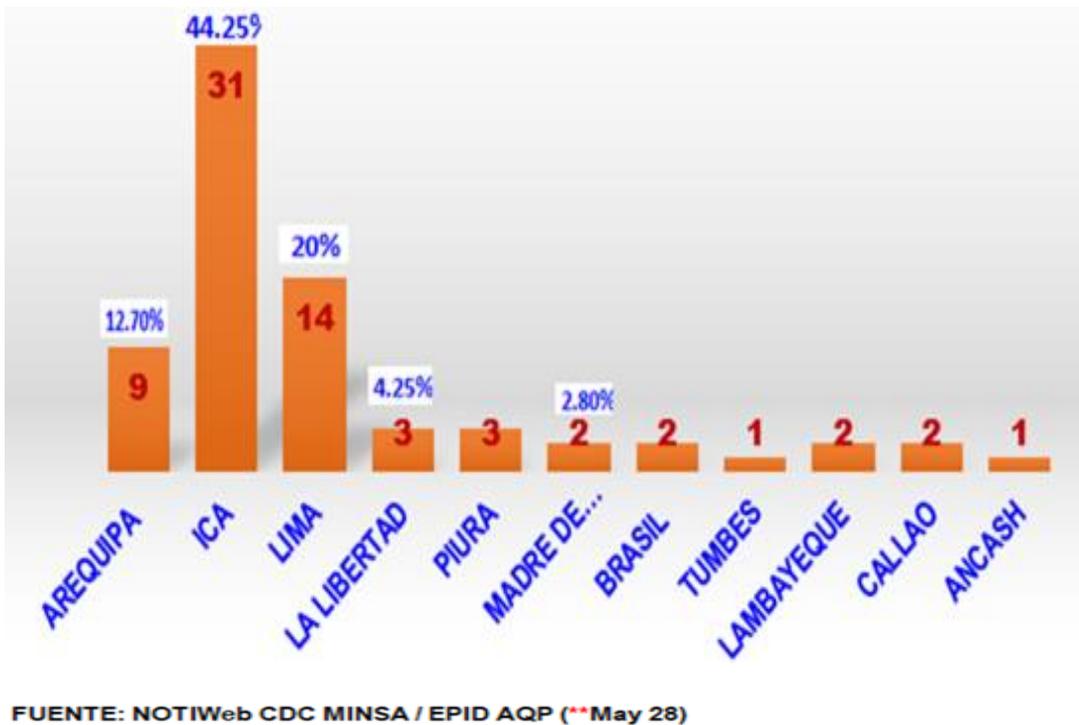
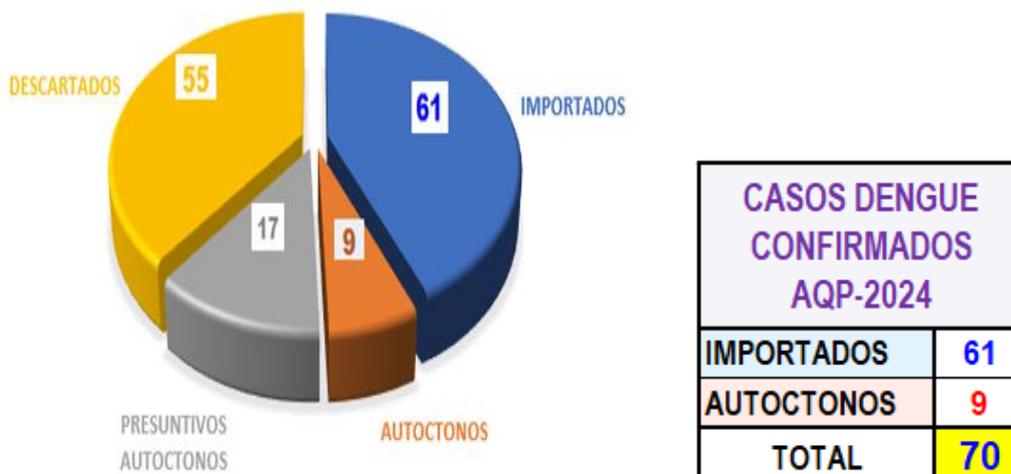


GRAFICO 05: CASOS DENGUE GERESA AQP POR REGION/PAIS DE PROCEDENCIA (S.E. 22**AQP)



De este gráfico se desprende la fuerte influencia de la región Ica, de la cual provienen más del 44% de nuestros casos importados, ala S.E. 22.

GRAFICO 06: MUESTRAS PROCESADAS EN EL Lab Ref. Reg. (131) , Y DISTRIBUCION DE RESULTADOS

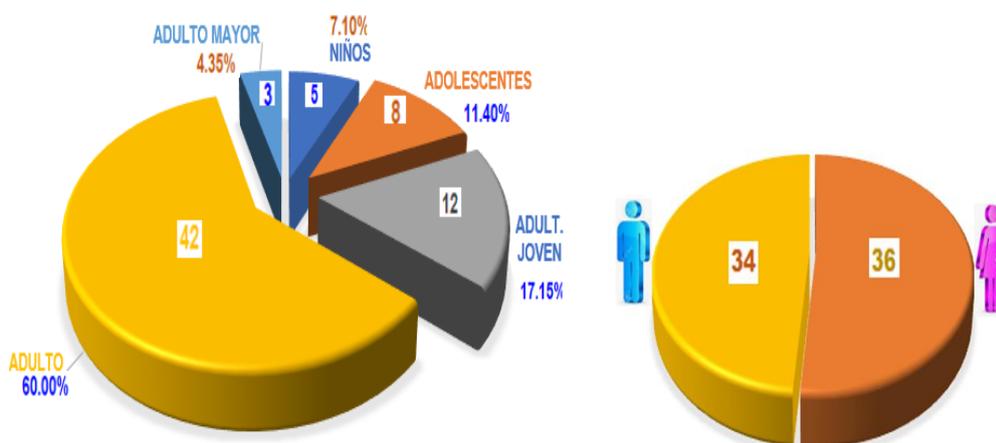


FUENTE : NOTIWEB CDC MINSA/LAB.REG. GERESA AQP/ SE 22-2024 (MAY 28)

PROCEDENC. MUESTRAS ESTUDIADAS	CONFIRMADOS		PRESUNTIVOS	DESCARTADOS	TOTAL
	IMPORT	AUTOCT			
LRR	50	9	17	55	131
IPRESS PRIV	11				11
TOTAL	61	9	17	55	142

FUENTE : NOTIWEB CDC MINSA/LAB.REG. GERESA AQP/ SE 22-2024 (MAY 28)

GRÁFICO 07 : CASOS CONFIRMADOS DE DENGUE EN GERESA AQP-2024 SEGÚN GRUPOS ETARIOS Y SEXO



FUENTE: NOTIWeb CDC MINSA / EPID AQP (May 28)

Se evidencia un leve predominio del sexo femenino (51,4%), y a nivel de grupos etarios, son los adultos con un 60% los que muestran predominancia, seguidos, aunque algo lejanamente por los adultos jóvenes, siendo los adultos mayores los de menor casuística (4.35%).

Sobre la evolución de los cuadros de dengue confirmados en nuestra región, en un 80% fueron casos de dengue sin signos de alarma, sólo un 1.4% llegó a ser un cuadro grave y hasta el momento estamos con un 0% de mortalidad. Todos los cuadros autóctonos han sido casos sin signos de alarma. A la S.E. 22, al 28 de mayo, no hay ningún caso en hospitalización.

Es llamativo que a la S.E. 20 (del 12 al 18 de mayo), se hayan encontrado los dos casos autóctonos en el distrito de Cocachacra y los tres últimos de Yauca, cuando ya la temperatura ambiental va descendiendo en varios de los diferentes distritos de nuestro litoral. Ver **Cuadro 03**.

CUADRO 03. EVOLUCIÓN DE CASOS DE DENGUE EN AQP-2024 Y SECTORES SANITARIOS NOTIFICANTES

DENGUE SIN SIGNOS DE ALARMA	CON SIGNOS DE ALARMA	DENGUE GRAVE	FALLECIDOS	TOTAL		
56	13	1	0	70	MINSALUD	46
80%	18.6%	1.40%	0%	100%	ESSALUD	12
					FFAA	1
					PRIVADOS	11
					TOTAL	70

FUENTE: NOTIWeb CDC MINSA / EPID AQP (MAY 28)

Sobre los dos casos autóctonos en el valle de Tambo, y el posterior hallazgo de larvas y del vector en edificaciones urbanas cercanas a las viviendas de los pacientes, pone en evidencia la necesidad de reforzar y fortalecer las actividades de Vigilancia larvaria y entomológica y de actualizar el cronograma de actividades del personal de Metaxénicas, de Vigilancia Epidemiológica, de Vigilancia de Febriles, de Comunicación y Promoción de la Salud, en los distritos endémicos para el vector y la búsqueda de larvas y pupas en viviendas de los anexos y distritos circundantes, siendo uno de los fines el determinar el índice aélico (IA) sectorizado, en firma cíclica y periódica.

VII. RECOMENDACIONES PARA LA VIGILANCIA:

Todas las Unidades Notificantes de la RENACE AQP, deben desarrollar actividades de vigilancia, control y prevención de dengue considerando entre varios enfoques lo siguiente:

7.1 Monitoreo del vector:

Estudio de la presencia de *Aë. aegypti* (y *A. albopictus*) y su IA, para trazar los mapas de riesgo:

- 7.1.1 Sitios sin posibilidad de transmisión,
- 7.1.2 Aquellos con infestación, pero sin transmisión de la enfermedad,
- 7.1.3 Lugares donde se verificaron casos de dengue.

El monitoreo permite además controlar la efectividad de las medidas de control.

7.2 La Vigilancia de Febriles :

Es una estrategia de vigilancia epidemiológica implementada por el MINSA, cuyo objetivo es el de detectar, analizar e investigar incrementos poco inusuales de casos febriles dentro del ámbito de influencia, es crucial para identificar principalmente los brotes de enfermedades transmitidas por vectores (dengue, malaria, etc.) y poder tomar las medidas más oportunas.

- 7.2.1 Fortalecer el sistema de vigilancia epidemiológica de febriles en todos los EESS para la detección precoz, notificación e investigación de casos probables de dengue o de otras arbovirosis.
- 7.2.2 Notificar e investigar de manera inmediata todo incremento de febriles
- 7.2.3 Garantizar el acceso a la toma de muestras de los FEBRILES (serología o identificación viral para arbovirosis) para la confirmación de casos de dengue y en especial durante la presencia de brotes.
- 7.2.4 Capacitar a los RRHH de los EESS en áreas de riesgo por incremento de FEBRILES,

para una detección temprana de casos de dengue; brindando el tratamiento adecuado y oportuno que evite la aparición de signos de alarma.

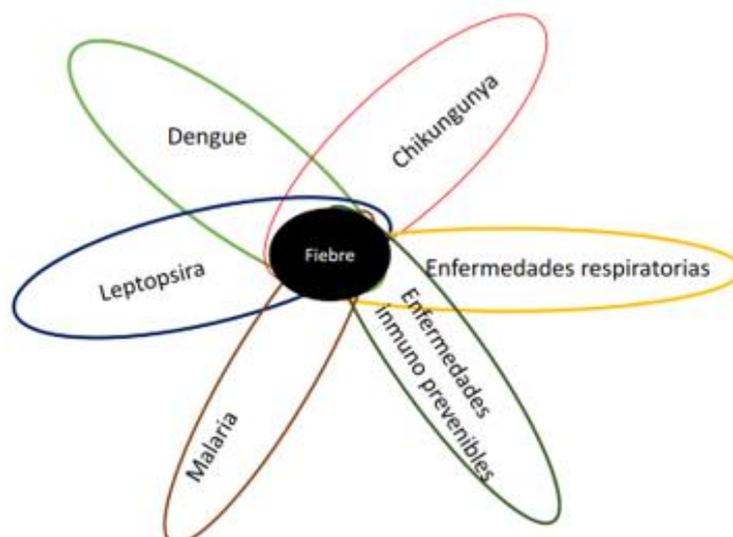
- 7.2.5 Es de aplicación obligatoria en todos los EESS públicos y privados, incluyendo el Instituto del Seguro Social, Sanidades de las FFAA, y otros.
- 7.2.6 Se enfoca especialmente en escenarios epidemiológicos (I, II y III), debiendo ponerse un especial énfasis en escenarios I y II.
- 7.2.7 Modo de Notificación: NOTISP. Monitoreo diario y notificación semanal.



RM 982-2016 - N° NTS 125-MINSA/2016/CDC-INS "Normativa Técnica de Salud para la vigilancia epidemiológica de dengue y otras arbovirosis

- 7.2.8 La vigilancia de febriles se realiza con el fin de detectar, analizar e investigar a potenciales etiologías relacionadas al incremento inusual de febriles dentro de una jurisdicción. Se debe sospechar la circulación de una etiología:
 - En épocas de COVID-19 se analizaba primero la clínica y antecedentes epidemiológicos de los febriles para descartar una enfermedad respiratoria aguda.
 - Si el incremento de febriles no estuviera relacionado a febriles con clínica respiratoria aguda o tengan resultado negativo a gota gruesa para la malaria (en zonas endémicas de malaria), se procede a la investigación de posibles etiologías por arbovirosis
 - Se procede a la toma institucional de muestra biológicas a los febriles en forma pasiva o activa, dentro de las 48 horas siguientes de detectar el incremento.
 - Dentro del establecimiento, la cantidad de muestras tomadas será al 10% del total de los febriles registrados durante el periodo del incremento (Ej.: $381 \times 10 / 100 = 38$)
 - La toma de muestra se realiza a los febriles atendidos de la siguiente semana y se procesará para dengue.
 - Se debe identificar la vigilancia de febriles como una vigilancia transversal a diferentes etiologías
 - El personal de salud de los EESS deben comprender la importancia de la vigilancia de Febriles, como una herramienta sensible que permita captar oportunamente los casos.
 - Se debe fortalecer la notificación de la vigilancia de febriles en los EeSs de la región de AQP y lograr que los establecimientos realicen el análisis semanal de la notificación de febriles y realizar la investigación frente a incrementos de febriles.

GRAFICO 08. Etiologías a considerarse en el SÍNDROME FEBRIL según frecuencia de los diferentes nichos ecológicos y patologías estacionales en el Perú



FUENTE: Adaptado de Cabezas C. Enfoque sindrómico para el diagnóstico y manejo de enfermedades infecciosas febriles agudas en situaciones de emergencia. 2017/ Simon et al, Yellow Fever 2001

7.3 Vigilancia virológica:

La vigilancia virológica hace conocer los serotipos circulantes, que indicará el riesgo de dengue hemorrágico. En la lucha antiaedes importa la participación del poblador por las características del hábitat del mosquito. Las autoridades de salud y del medio ambiente son las responsables de promover esa participación, del saneamiento ambiental y de las acciones de control como el uso de larvicidas, del tratamiento focal y perifocal con insecticidas y de rociados con máquinas de ultra bajo volumen. Esta última acción se reserva ante situaciones epidémicas, donde urge bajar el número de mosquitos hembras para cortar la transmisión. Sin embargo, se ha mostrado poco efectiva (a lo sumo baja un 50 % la población de adultos) y no actúa sobre la fase larvaria ⁽⁷⁾.

17

VIII. ACTIVIDADES FINALES POR CADA COMPONENTE:

8.1 Componente Epidemiología:

- a) Difusión de alerta epidemiológica ante brote de dengue.
- b) Notificación de todos los casos probables e importados de dengue que acuden a los servicios de salud, mediante ficha clínico epidemiológico para síndrome febril y otras arbovirosis.
- c) **Notificación de brotes e investigación** de los casos de dengue con y sin señales de alarma
- d) Notificación diaria mediante el conteo rápido en el Hospital, Essalud, Sanidad Policial y Cabeceras de Microredes
- e) Participación en los Equipos de Respuesta Rápida de Emergencia regional y de salud.
- f) Monitores y seguimiento de la Vigilancia de Febriles.
- g) Elaboración de Sala Situacional integral.
- h) Se verificará el llenado correcto de las fichas epidemiológicas oportunas y de calidad, y el cumplimiento del flujo de envío de la misma hasta el LRR.

8.2 Componente Salud Ambiental, Vigilancia Entomológica y Control Vectorial:

- a) Asistencia técnica a las brigadas y personal de los EESS en vigilancia entomológica y Control vectorial del *Aedes aegypti*.

⁽⁷⁾ "Dengue. Una enfermedad que vino para quedarse" Dra. María L. Ávila Agüero * Rev. Méd. Hosp. Nac. Niños (Costa Rica) vol.39 n.1 San José Jan. 2004

- b) Determinación del Índice Aédico por escenarios epidemiológicos, por localidades y por EESS a través de inspección de viviendas y muestreo por ovitrampas
- c) Elaboración de mapas para determinar la disección del vector por sectores.
- d) Control físico (eliminación de criaderos) y control químico por vivienda y criaderos temporales y permanentes (larvicidas y otros)..
- e) Sistematización e interpretación de los datos a partir de la actividad de vigilancia entomológica.
- f) Trabajo articulado entre las direcciones involucradas en el control y vigilancia del *A. aegypti*, como apoyo de las capacitaciones que están siendo implementadas por la Dirección de Promoción de la Salud.
- g) Monitoreo de actividades de control larvario, control vectorial y la capacidad de respuesta de los servicios de salud.
- h) Trabajo articulado con Municipalidades en coordinación con la Dirección de Promoción de la Salud en ordenamiento del medio y disposición y eliminación de criaderos del vector.

8.3 Componente Estrategia Sanitaria Metaxénicas:

8.3.1 Brindar acceso oportuno al diagnóstico y manejo terapéutico del dengue.

- a) Implementación de la Unidad de Febriles en los EESS del primer nivel de atención de salud priorizados por criterio epidemiológico.
- b) Adquisición de mosquiteros, equipos biomédicos, productos sanitarios, dispositivos médicos (de acuerdo a normatividad vigente) para la atención de pacientes con dengue en las UF a cargo de la unidad ejecutora.
- c) Seguimiento y monitoreo de casos probables o confirmados de dengue sin signos de alarma.

8.3.2 Conformación de una red de médicos especialistas y/o capacitados en atención a personas con diagnóstico probable y confirmado de dengue para fortalecer la respuesta inmediata ante el riesgo de incrementos de brotes.

- a) Identificación de médicos especialistas para la conformación de redes para apoyar la atención de pacientes con dengue en las redes de salud.
- b) Monitoreo y supervisión de la atención a personas con diagnóstico probable y confirmado de Dengue en las redes de salud.
- c) Monitoreo virtual de disponibilidad de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios y de la operatividad para asegurar adecuada atención de casos probables y confirmados de dengue.
- d) Supervisión del desempeño del personal de salud en la atención de casos de dengue a establecimiento de salud en regiones priorizadas.

8.3.3 Conformación y activación de brigadas de atención de respuesta rápida ante incremento de casos de dengue en regiones priorizadas.

- a) Identificación de profesionales de la salud para conformación de brigadas.
- b) Contratación de profesionales de la salud para conformación de brigadas.
- c) Acompañamiento al equipo de Respuesta Rápida regional y de redes para la conformación de brigadas de atención de respuesta inmediata ante brotes.

8.3.4 Mejorar el nivel de Adherencia a la Normativa Vigente sobre el Manejo Clínico de casos de Dengue.

- a) Fortalecimiento de las competencias en diagnóstico clínico y manejo de dengue de todos los profesionales de la salud de Puestos, Centros y Hospitales.
- b) Capacitación a los profesionales de la salud en diagnóstico clínico y manejo de dengue a nivel nacional y regional.
- c) Evaluación de los conocimientos de los profesionales de la salud que participan de las capacitaciones.
- d) Seguimiento y acompañamiento de los equipos sanitarios de forma periódica mediante redes de manejo clínico conformado desde las OPPDI en articulación permanente con la Dirección de Salud de las Personas.
- e) Supervisión del nivel de adherencia de los profesionales de la salud a la normatividad vigente sobre el manejo clínico terapéutico de dengue.
- f) Capacitación al responsable designado por la región para implementar el instrumento y

- monitoreo de resultados de evaluación del nivel de adherencia a cargo de DGAIN/ DGOS
- g) El coordinador regional de metaxénicas en el marco del proceso de implementación de la herramienta y/o aplicativo brindará asesoramiento continuo al personal de la salud y mejora del nivel de adherencia.
 - h) Reporte de parte de la estrategia Sanitaria a la DGIESP- CDC, sobre la evaluación y monitoreo del nivel de adherencia a la normativa vigente sobre el manejo clínico y de tratamiento del dengue, por el equipo técnico designado del nivel regional.

8.4 Componente Promoción de la Salud:

En el logro de su principal objetivo como impulsador de la participación de la autoridad regional, local, comunal organizada y familia, mencionamos:

- 8.4.1 Capacitación a todas las autoridades regionales, locales y de la comunidad organizada para implementar acciones destinadas a la identificación, eliminación y/o tratamiento de criaderos potenciales del vector en familias, comunidades de distritos priorizados.
- 8.4.2 Acompañamiento y asistencia técnica a las autoridades para la formulación e implementación de planes a nivel local y regional.
- 8.4.3 Capacitación a los docentes de instituciones educativas para la aplicación de la ficha de “10 minutos contra el dengue” en la institución educativa y en el desarrollo del concurso escolar de recojo de criaderos del vector.
- 8.4.4. Capacitación a líderes de la comunidad y/o agentes comunitarios de salud para conformar comités de vigilancia comunitaria de búsqueda de criaderos del vector, de identificación de signos de alarma de Dengue y de referencia comunitaria.
- 8.4.5 Organización del voluntariado y de la comunidad para el desarrollo de intervenciones de prevención y control del dengue a nivel comunitario, como serían las campañas de recojo de criaderos en viviendas, o el tratamiento de criaderos e identificación y acciones frente a las casas cerradas y renuentes.
- 8.4.6 Brindar asistencia técnica para la abogacía y acompañamiento en la fase de programación y la de ejecución del presupuesto de la PP 0017 municipal en la prevención y reducción de casos de dengue, para los productos correspondientes.
- 8.4.7 Monitoreo del cumplimiento de las actividades programadas y supervisión del desempeño en el desarrollo de promoción de la salud para la prevención y control del dengue, a todos los equipos regionales y de Redes
- 8.4.8 Desarrollo de acciones educativo comunicacionales para adoptar a prácticas saludables de prevención y control de dengue en familias y recuperación de viviendas. En la situación de periodos interepidémicos, el desarrollo de intervención “**10 minutos contra el dengue**” en familias y sesiones demostrativas en prácticas saludables de prevención y control de dengue, a cargo de los establecimientos de salud. En situación de brote, recuperación de viviendas en coordinación con DIGESA y con participación de la comunidad.

8.5 Componente Laboratorio Intermedio/Redes de salud:

- 8.5.1 Implementar la Red de laboratorios locales para envío de muestras al laboratorio Intermedio y referencial en forma idónea, con los formatos de notificación de epidemiología y remisión de resultados oportunos de los casos probables.
- 8.5.2 Monitorear la toma de muestra y su transporte, que garanticen la calidad del proceso.
- 8.5.3 Con el resultado inmediato de casos confirmados de dengue lograr la notificación inmediata a Epidemiología para el flujo de procesos dirigidos al seguimiento, atención y tratamiento.
- 8.5.4 Informar con regularidad los serotipos de dengue, identificados por el INS, para conocer el Serotipo de dominancia en nuestra región.

8.6 Componente Comunicacional

- 8.6.1 Implementación de campañas publicitarias a través de medios de comunicación masiva para la prevención y control del dengue, considerando los escenarios epidemiológicos.
- 8.6.2 Implementación de campañas comunicacionales a través de medios de comunicación alternativa, para la prevención y control del dengue, considerando los escenarios epidemiológicos. Actividad a ser realizada por las regiones y unidades ejecutoras.

- 8.6.3 Spots televisivos, radiales, por redes sociales y de difusión para prevenir el dengue, con materiales y actores de la zona.
- 8.6.4 Emisión y difusión de afiches educativos y banner alusivos al dengue.
- 8.6.5 Los pacientes infectados por los virus dengue, son el reservorio de la infección para otras Personas, tanto en sus hogares como en la comunidad. Es necesario comunicar a los enfermos, sus familias y a la comunidad afectada acerca del riesgo de transmisión y las maneras de prevenir el contagio al disminuir la población de vectores y el contacto entre el vector y las personas.

8.7 Componente DIREMID:

- 8.7.1 Garantizar el abastecimiento de los Kits para la detección de dengue y stock de medicamentos y dispositivos médicos para brindar tratamiento de dengue en los hospitales y EESS.

IX. SINOPSIS GRAFICA :



20

X. BIBLIOGRAFIA.

1. NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 116-MINSA/DIGESA-V.01
2. NTS N° 211-MINSA/DGIESP-2024 (R.M. N° 175-2024-MINSA)
3. Archivo METAXENICAS de Reportes de Areas de Vectores de Red Camaná - Caravelí, de la GERESA AQP
4. R.M. 982-2016 - NTS 125-MINSA/2016/CDC-INS “Normativa Técnica de Salud para la vigilancia epidemiológica y diagnóstico de laboratorio de dengue, chikungunya, zika y otras arbovirosis”
5. R. M. N° 175-2024-MINSA que aprueba la NTS N° 211 -MINSA/DGIESP-2024 “Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Pacientes con Dengue en el Perú”
6. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Curso de Autoaprendizaje: Diagnóstico y Manejo Clínico del dengue. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2024. Disponible en: <https://campus.paho.org/es/curso/diagnostico-manejo-clinico-dengue>

AQP, mayo 31 del 2024

DIRECCION DE EPIDEMIOLOGIA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD