

Miércoles, 16 de diciembre 2015

I. OBJETIVOS

- Alertar a los servicios de salud de las localidades de los Distritos de Kimbiri y Pichari del ámbito de la Red Kimbiri-Pichari, los distritos de Echarate, Santa Ana, Maranura y Santa Teresa del ámbito de la Red La Convención, el distrito de Camanti y Kosñipata del ámbito de la Red Sur y el distrito de Yanatile del ámbito de la Red Norte, ante la presencia de casos de dengue confirmados en el distrito de Kimbiri; y el potencial riesgo epidémico de Dengue, Chikungunya y Zika en otras zonas de riesgo de la Región Cusco, para orientar el fortalecimiento de las acciones preventivo promocionales y la captación temprana de casos.
- Activar los mecanismos de alerta-respuesta, con el objetivo de orientar las acciones de control y eliminación del vector transmisor de la enfermedad, así como prevenir sobre el Potencial Riesgo Epidémico de Dengue en la provincia de La Convención.

II. ANTECEDENTES Y SITUACIÓN ACTUAL

ANTECEDENTES

El **DENGUE** es un problema creciente para la salud pública en las áreas tropicales del mundo, así en las dos últimas décadas en América se ha evidenciado una creciente incidencia de casos, con picos epidémicos cada vez mayores que se repiten cada 3 a 5 años, casi de manera regular. En la Región de las Américas el patrón de casos de Dengue es similar a la situación que se observó en Asia hace 30 años.

La Dirección Regional de Salud Cusco, el año 2010, reportó un total de 25 casos probables de Dengue, de los cuales 13 han sido confirmados y 12 casos han sido descartados; y todos los casos confirmados han sido catalogados como importados.

La Región Cusco, durante el año 2011, presentó un Brote de Dengue en la localidad de Quincemil, donde se reportaron un total de 146 casos probables de Dengue; habiéndose confirmado 27 casos de Dengue sin señales de alarma, y 89 casos fueron descartados, habiéndose presentado el último caso de dengue en la Semana Epidemiológica 14 del 2011.

En el 2012, en la Región Cusco, se reportó 101 casos probables de Dengue, de los cuales se confirmaron 14 casos, todos ellos correspondientes a la Región de Madre de Dios, es decir todos los casos reportados fueron importados.

En el 2013, en la Región Cusco, se reportó 203 casos probables de Dengue, habiéndose confirmado 38 casos, de los cuales 02 correspondieron al Distrito de Camanti de la Provincia de Quispicanchi en la Región Cusco, y los restantes 36 casos correspondieron a casos importados de la Región de Madre de Dios, procedente de los distritos de Tambopata, Huepetue, Laberinto, Inambari, Manu y Las Piedras.

Para el 2014, la DIRESA Cusco, reportó 1,129 casos probables de Dengue notificados al Sistema de Vigilancia Epidemiológica, 239 de ellos fueron confirmados por resultado de laboratorio, de los cuales 227 fueron casos autóctonos de Dengue, es decir correspondieron a la Región del Cusco, en tanto que 890 casos se descartaron por resultado de laboratorio.

Hay que recordar, que el 17 de febrero del 2014 se identificó el primer caso autóctono confirmado de Dengue en la localidad de Palma Real (Distrito de Echarati), que luego la enfermedad se extendió a los distritos de Santa Ana (cuya capital es la ciudad de Quillabamba) y Maranura, todos ellos distritos de la Provincia de La Convención.

Hay que mencionar que en el mes de julio del 2014, la Microred de Pichari de la Red Kimbiri-Pichari, informa que se encontraron larvas en diferentes estadios y mosquitos adultos de *Aedes aegypti*, vector transmisor del Dengue, distritos ubicados en ESCENARIO II, lo que motivo se emitiera la alerta correspondiente.

Desde esa oportunidad y durante el presente año 2014, se vienen desarrollando las acciones de prevención y control del Dengue y Chikungunya en todas las zonas de riesgo de la Región, a pesar de las serias limitaciones presupuestales con la que se cuenta en el Programa Presupuestal de Metaxénicas y Zoonosis, cuyos recursos financieros son transferidos desde el nivel central del MINSA.

En el 2015, hasta la S.E. N° 48, se reportaron 277 casos probables de Dengue, de ellos 24 fueron confirmados, 249 fueron descartados y 4 tienen pendiente el resultado por parte del INS.

De los 24 casos confirmados, 13 son importados y 11 casos de dengue confirmados pertenecen a la Región de Cusco (8 con residencia en el distrito de Pichari y 3 en el distrito de Kimbiri, que incluye un lactante de 5 meses notificado en la SE 22 en el distrito de Kimbiri). En el presente brote en el distrito de Kimbiri, se han notificado 11 casos probables, de los cuales inicialmente 2 han sido confirmados por el laboratorio (uno por el INS y otro por el laboratorio intermedio de Kimbiri).

Es conocido que la Región Cusco, está ubicada junto a los Departamentos de Ucayali, Madre de Dios y de Puno, en estos 3 departamentos existen casos de Dengue positivos. Con los departamentos de Ucayali, Madre de Dios y Junín se comunica a través de diferentes vías de comunicación, siendo las más importantes la fluvial y terrestre; constituyéndose los ámbitos geográficos de los establecimientos de salud de la Red La Convención, Red Kimbiri-Pichari, Red Cusco Norte y Red Cusco Sur, áreas donde ya se encuentra el vector *Aedes aegypti*, que es el vector transmisor del Dengue, por ende son potenciales zonas de muy alto riesgo, por ser zonas ecológicas propicias para el desarrollo del vector.

El riesgo de transmisión de Dengue, aumenta con la presencia de criaderos artificiales que pueden ser depósitos que contengan agua, siendo las más frecuentes: los floreros, llantas usadas, botellas, latas, cilindros, tanques altos y bajos, que no cuenten con manejo adecuado. El vector transmisor, tiene hábitos hematofágicos intradomiciliarios diurnos, sus picos de mayor actividad son en el amanecer o antes del crepúsculo vespertino; la larga asociación de *Aedes aegypti* con los humanos, es la cierta habilidad que han desarrollado estos vectores de escapar al mínimo movimiento de su víctima. Una vez descubiertos, atacan a otra víctima sin regresar a la anterior y así sucesivamente alimentándose de diferentes hospederos, diseminándose la enfermedad de esta manera.

La **FIEBRE DE CHIKINGUNYA** es un problema de salud pública emergente en la región de las Américas. Desde que, en diciembre del 2013, la OPS/OMS reportara la confirmación de casos de transmisión autóctona en la sub región del Caribe (Saint Martin), hasta la fecha, al menos 19 países han confirmado transmisión.

Esta enfermedad es causada por el virus chikungunya, el cual pertenece al género alphavirus, el cual es transmitido por la picadura del mosquito del género *Aedes*, particularmente *Aedes aegypti* y el *Aedes albopictus*.

En las personas picadas por un mosquito infectado, los síntomas de la enfermedad aparecen generalmente después de un periodo de incubación de tres a siete días

(rango: 1-12 días). El CHIKV puede causar enfermedad aguda, subaguda y crónica. En la enfermedad aguda los síntomas se establecen de forma brusca y comprenden fiebre alta, cefalea, mialgia y artralgia (predominantemente en las extremidades y las grandes articulaciones). También es frecuente la aparición de un exantema maculopapular. Las formas graves de la enfermedad son poco frecuentes. Los síntomas suelen remitir en 7-10 días, aunque la artralgia y rigidez articular pueden persistir de forma intermitente durante varias semanas a meses.

Las tasas de ataque en las comunidades afectadas por las epidemias recientes oscilaron entre 38%-63%. Entre el 3% y el 28% tiene infecciones asintomáticas, es decir a pesar de estar infectados con el Virus del Chikungunya, no presentan signos ni síntomas. Sin embargo, las personas con infección aguda por Chikungunya con manifestaciones clínicas o asintomáticas pueden contribuir a la diseminación de la enfermedad si los vectores que transmiten el virus están presentes y activos en la misma zona de estos casos.

Desde que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) informara de la transmisión autóctona de la fiebre de Chikungunya en el continente americano, el Ministerio de Salud (MINSA), a través de la Dirección General de Epidemiología (DGE), emitió la alerta epidemiológica nacional con la finalidad de informar a las regiones del país sobre la transmisión del virus en la región de las Américas y el riesgo de su introducción en el Perú, a fin de implementar acciones de vigilancia y prevención, lo cual fue implementado también en la Dirección Regional de Salud Cusco.

El 2014, se ha registrado en las Américas un número acumulado de 1 118 763 casos sospechosos y 25 459 casos confirmados autóctonos; así como 3324 casos importados y 194 defunciones por CHIK. Hasta la SE 46 de 2015, a nivel de las Américas, según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), se han registrado 596 893 casos sospechosos y 26 076 casos confirmados autóctonos; así como 924 casos importados y 76 defunciones por CHIK.

Actualmente, la transmisión autóctona se ha extendido a casi toda la región de las Américas. El mayor porcentaje de casos es reportado por Colombia, Honduras, Nicaragua y El Salvador; siendo Colombia, el país que ha reportado más defunciones (69). En América del Sur son 07 países los que presentan casos de transmisión autóctona de CHIK, y 02 los países con casos importados: Argentina (40), y Chile (06). Uruguay no registra casos importados, ni autóctonos.

En el Perú, desde que se confirmara el primer caso autóctono de CHIK en el país (09/06/15), hasta la SE 47 (25/11/15), el Perú registra 185 casos de chikungunya, siendo el 54% (100) de los casos confirmados por laboratorio y el 45,9% (85) probables, donde el 91,4% (169) de los casos proceden de la región Tumbes y el 8,6% (16) de la región de Piura. La edad promedio de los casos es de 38 años y la mediana es de 32 años, con edades desde menos de un año hasta 90 años. Siendo el 63,7% (116) de sexo femenino. El mayor número de casos corresponde al grupo de edad de 15 a 50 años con el 60,5% (112), seguido de los mayores de 50 años con el 28,7% (53) y los menores de 15 años con el 10,8% (20). Las características clínicas más frecuentes presentadas en los casos confirmados y probables de CHIK en el Perú, fueron poliartalgias (93%), fiebre (86,6%), artritis en manos (78%), mialgias (75%), cefalea (71%), artritis en tobillos (73%), artritis en pies (68%), dolor de espalda (61%), rash (52%); y entre las menos frecuentes tenemos náuseas (31%) y vómitos (16%).

El virus **ZIKA** es un arbovirus, que se transmite por la picadura de un vector (del género *Aedes* incluido el *Aedes aegypti*). Taxonómicamente pertenece a la familia *flaviviridae*, la misma que agrupa a virus de enfermedades de larga data en el país, como fiebre amarilla y dengue. Su periodo de incubación varía de 3 a 12 días. El virus descrito originariamente en Africa, fue aislado por primera vez en un mono Rhesus en 1947 en Uganda, posteriormente fue aislado en muestras humanas en Nigeria en 1968. En las siguientes décadas del siglo veinte la enfermedad tuvo un comportamiento de presentación esporádica con brotes pequeños en algunos países africanos y asiáticos, así como la importación de casos a otros países de forma ocasional.

No fue sino hasta 2007, en que se produjo un brote importante en la isla Yap de la Micronesia. A fines de 2013 se produjo un brote en la Polinesia francesa, con más de 10,000 casos. Otras islas de Oceanía fueron afectadas en 2014. El 2014 se reportó en la Isla de Pascua, territorio insular de Chile en el Océano Pacífico, probablemente por su relación con la circulación de virus en otras islas del océano Pacífico.

En el presente año, en que la infección llegó al territorio continental de América, esta enfermedad ha concitado mayor preocupación, por dos aspectos: 1) Su diseminación relativamente rápida y masiva y 2) la asociación reciente con eventos clínicos potencialmente graves y discapacitantes.

Respecto a lo diseminación de la enfermedad, en mayo de 2015 se reportaron los primeros casos autóctonos confirmados en Brasil, siendo posteriormente afectados otros países en menos de un año. Hasta el 4 de diciembre, diez países americanos tienen transmisión de virus Zika, entre los que se incluyen a Colombia, México, Guatemala. El Salvador, Venezuela, Surinam, Panamá y Paraguay. Seis de estos países empezaron a detectar casos autóctonos por primera vez desde la SE 44.

Al interior de algunos países la diseminación ha sido extensa y rápida. En Brasil hasta el 18 de noviembre, el número de casos de enfermedad por virus Zika aumentó a 62 635 casos, circulando en 18 estados. En Colombia, hasta la SE 46-2015 se habían reportado 578 casos confirmados de la enfermedad, con transmisión en 26 departamentos.

En cuanto a la severidad, esta enfermedad fue descrita inicialmente como leve a moderada, a diferencia de chikungunya que puede causar artralgias severas por varios meses y el dengue que puede causar mortalidad. La enfermedad se caracteriza generalmente por fiebre, conjuntivitis no purulenta, cefalea, mialgia y artralgia, astenia, exantema maculopapular, edema en miembros inferiores.

Sin embargo, en los brotes de la Polinesia de 2013 y 2014, se reportaron aproximadamente 70 casos graves con complicaciones neurológicas (síndrome de Guillain Barré y meningoencefalitis) o autoinmunes (púrpura trombopénica, leucopenia).

A fines de octubre de 2015, el Ministerio de Salud de Brasil informó de un aumento inusual de casos de microcefalia en varios estados, así como su relación con el hallazgo de genoma del virus Zika en muestras de líquido amniótico de dos gestantes cuyos fetos tenía microcefalia y en un recién nacido con microcefalia, lo que se encuentra actualmente en investigación. Asimismo, se informó de la ocurrencia de tres defunciones, lo cual no había sido reportado en otros países. En Brasil se ha declarado una emergencia de salud pública nacional y viene tomando medidas importantes para investigar y atender estas formas de presentación de la enfermedad.

En el Perú, el riesgo de introducción del virus Zika está determinado por la amplia difusión del vector *Aedes aegypti* en 20 departamentos y más de 300 distritos, con índices de infestación variables que se mantienen y han contribuido a los brotes de dengue y chikungunya en diferentes zonas de riesgo del país, principalmente en la zona norte del país en el presente año.

Las medidas más importantes en el escenario actual, en el que no hay evidencia de transmisión de la enfermedad del Zika en el país y en la Región Cusco, es que se implemente la vigilancia epidemiológica y se intensifique el control vectorial. La vigilancia se debe realizar con la notificación de casos sospechosos por definición de caso establecida en una alerta epidemiológica emitida y difundida anteriormente, la vigilancia de febriles y la vigilancia centinela. Se hace necesario implementar todas las actividades necesarias para evitar y mitigar el impacto de esta enfermedad en nuestro país, para la cual no existe vacuna ni tratamiento específico.

Dado que existe la presencia del vector *Aedes aegypti* en diferentes distritos de la Región Cusco, lo que los ubica como zonas de riesgo para potencial presencia de Dengue, Chikungunya y Zika, riesgo que se incrementa por que se ha iniciado una nueva temporada en la que convergen factores determinantes que favorecen el incremento de la transmisión del Dengue en nuestra Región, tales como: presencia del fenómeno del niño, incremento del movimiento migratorio por fiestas de navidad y año nuevo, incremento de la temperatura promedio, precipitación pluvial, desplazamiento de la población por actividades comerciales asociados a la minería informal y tala de madera, persistencia de inadecuados hábitos de aseo e higiene de la vivienda por parte de los pobladores, entre otros. En este contexto es de esperar la presencia o un incremento de casos de Dengue y presencia de casos de Chikungunya y Zika en diferentes zonas de riesgo del país y de la Región Cusco a partir de casos importados de otros países u otras regiones del país a la nuestra.

En el contexto actual, existe una insuficiente asignación presupuestal para las acciones de prevención y control de estas enfermedades que son transmitidas por el *Aedes aegypti*, por lo que se espera que en el nivel central del Ministerio de Salud, se revise la forma como se ha dispuesto los presupuestos por resultados, dado que su esencia se ha distorsionado; y de manera real y objetiva se destine y transfiera presupuesto necesario y suficiente para desarrollar acciones de prevención y control efectivas frente a las enfermedades metaxenicas en sus diferentes componentes de acción, y lo mínimo que se espera es que un monto similar al establecido en un Decreto Supremo de urgencia del año 2014, pase al presupuesto regular del Programa Presupuestal Metaxenicas para el siguiente año.

Asimismo, se espera que desde el nivel central del MINSA, se pueda asignar programática y presupuestalmente, recursos financieros para la atención de brotes o epidemias que puedan presentarse en el nivel nacional y regional, dado que a la fecha no existe ni un nuevo sol en el sistema sanitario del país para atender directamente estas contingencias, lo cual debe corregirse; lo cual no implica que se están desarrollando ya acciones para enfrentar el Brote de dengue en el distrito de Kimbiri.

Recordar que la prevención y control del chikungunya y dengue se debe impulsar a partir de una Estrategia de Gestión Integrada, con un abordaje multidisciplinario en áreas clave como epidemiología, atención de pacientes, diagnóstico de laboratorio, manejo integrado de vectores, comunicación de riesgo y movilización social. Además, se debe promover una respuesta global al problema y no únicamente un abordaje desde el sector salud. Se considera vital la participación de otros ministerios y sectores gubernamentales y/o privados y de la sociedad en general, especialmente de los municipio distritales y provinciales que tiene mucho que ver con la eliminación de desperdicios e inservibles originados en las viviendas. Todos tenemos algún grado de responsabilidad para combatir en nuestro entorno al mosquito *Aedes aegypti*, su

principal transmisor, siendo el eje fundamental el hecho de que las familias tengan viviendas saludables, es decir libres de desperdicios y recipientes de diversa índole que puedan almacenar agua al interior de la vivienda y que es lugar donde el *Aedes aegypti* se reproduce. El control vectorial debe realizarse y continuar con medidas eficaces, sostenibles y socialmente aceptables; en las que haya participación de autoridades locales, regionales, coordinación multisectorial e involucramiento de la ciudadanía, sumado al esfuerzo de los trabajadores del sector salud.

SITUACIÓN ACTUAL

El Dengue, a nivel del país según la Dirección General de Epidemiología (DGE) a la Semana Epidemiológica 47 del 2015, se ha reportado 31576 casos de Dengue sin señales de alarma, 6435 casos de Dengue con señales de alarma, 120 casos de Dengue Grave y 50 fallecidos a causa de esta Enfermedad. Las Regiones que representan el 90% de transmisión de Dengue en el Perú, son: Piura, Tumbes, Loreto, Ucayali, San Martín, Junín, Lambayeque y Madre de Dios. Las Regiones que presentan mayor resistencia de *Aedes Aegypti* frente a Cipermetrina, químico utilizado para la eliminación del vector adulto, a través de la nebulización y abatización, son: Piura, Tumbes, Lambayeque, Loreto y Ucayali.

En la S.E. 47 del 2015, el Hospital de Kimbiri notificó un caso probable de Dengue en una paciente mujer de 33 años de edad, ama de casa y comerciante (vendedora de frutas) que tiene su puesto de expendio en San Francisco, Ayacucho y que se desplaza por motivos de trabajo 3 veces por semana a Pichari y Omayá (probables lugares de contagio); la paciente tiene su domicilio en el sector de Villa Pasarella, en la localidad de Kimbiri, distrito de Kimbiri, provincia de La Convención, este caso es confirmado por el laboratorio del INS el 27/11/15 dando positivo con la detección de los anticuerpos IgM e IgG para Dengue en sangre, considerándose como el primer caso para el presente brote. El cuadro clínico de la paciente comienza el día 16/11/15 en la mañana con fiebre no cuantificada y malestar general, al día siguiente se presentó cefalea y mialgias, viajó a Omayá y a Pichari soportando el cuadro clínico por cumplir con su trabajo; el 19/11/15 se agrega artralgias, dolor retro ocular, astenia, náuseas y dolor lumbar, motivos por los cuales acude al Hospital de Kimbiri el 21/11/15, donde se le toma la muestra de sangre y se notifica el caso.

El 14/12/15 el Laboratorio Intermedio de la Red Kimbiri-Pichari da a conocer los resultados positivos para NS1 en 6 pacientes de la localidad de Kimbiri que empezaron sus cuadros clínicos compatibles con Dengue entre el 07 y el 13 de diciembre; al día siguiente 15/12/15 se informa la confirmación de otros 4 casos con la detección mediante ELISA de la proteína NS1 y del anticuerpo IgM, que iniciaron sus síntomas en el mismo rango de fechas que los anteriores. Los 10 casos secundarios presentados en el presente brote corresponderían a casos autóctonos contagiados en la localidad de Kimbiri, los que se encuentran en el rango etéreo de 08 a 49 años.

En Resumen: Se ha presentado un Brote de Dengue en el Distrito de Kimbiri, habiéndose reportado a la fecha un total de 11 casos probables, 1 de ellos confirmado por el INS-MINSA y los otros 10 han sido confirmados por la detección mediante ELISA de la proteína NS1 y/o del anticuerpo IgM por el laboratorio intermedio de la Red de Servicios de Salud Kimbiri-Pichari.

La presencia de este brote en una zona de riesgo donde potencialmente puede estar circulando el serotipo DEN2 -que es el serotipo que produce más casos graves y tare consigo más complicaciones y mayor número de casos letales donde se ha presentado-, requiere y exige se elabore un Plan de Respuesta e Intervención Sanitaria del Brote de Dengue, para el ámbito de la Red de Servicios de Salud Kimbiri-Pichari, así como se declare las ALERTAS (Roja, Amarilla y Verde) según

corresponda por parte de la instancia pertinente de la DIRESA Cusco, para inmediatamente seguirse con el trámite y la emisión de la Resolución o Decreto de Urgencia por Emergencia Sanitaria respectiva según los procedimientos establecidos en el sistema sanitario nacional, la misma que debería de aprobar el presupuesto respectivo, y así poder alcanzar recursos logísticos y financieros tanto del Ministerio de Salud como del Gobierno Regional del Cusco para enfrentar apropiadamente el problema.

III. ACCIONES A IMPLEMENTARSE FRENTE AL BROTE EPIDÉMICO DE DENGUE EN LA RED KIMBIRI PICHARI Y EL RIESGO POTENCIAL EPIDÉMICO EN LA PROVINCIA DE LA CONVENCIÓN.

A. GESTIÓN

1. El Equipo de Salud de Intervención Integral de la Red de Servicios de Salud Kimbiri-Pichari, sus microredes y establecimientos de salud públicos y no públicos, según corresponda, deberán elaborar un "Plan de Respuesta e Intervención Sanitaria del Brote de Dengue, en la Red de Servicios de Salud Kimbiri-Pichari, 2015, el que debe considerar los siguientes componentes: Gestión Sanitaria, Promoción de la Salud, Vigilancia Epidemiológica, Vigilancia y Control Vectorial, Red de Laboratorios, Prevención y Control de Emergencias Sanitarias y Desastres, Medicamentos e Insumos, Comunicaciones, Calidad y Servicios de Salud, y Atención de Salud de las Personas (ESN de Prevención y Control de Enfermedades Metaxenicas).
2. Ante la presencia de un caso sospechoso o probable, en la provincia de La Convención se deberán emitir las Alertas Epidemiológicas Locales considerando los criterios de riesgo, así mismo organizar al equipo de salud para realizar la Intervención Integral como brote, en los diferentes componentes ya conocidos.
3. Abastecer con stock suficiente de medicamentos a los establecimientos de salud, potenciales zonas de riesgo de transmisión de Dengue, así como en los Hospitales, para realizar la atención a todos los casos detectados.
4. Desarrollar el registro adecuado de los casos (Registro del programa, laboratorio, VEA) con datos consistentes.
5. Fortalecer las competencias del personal de salud en todos los componentes de la Prevención y Control del Dengue, la que deberá ser comandada por el Director Ejecutivo de la Red de Servicios de Salud Kimbiri-Pichari.
6. Se debe garantizar, por estricta necesidad de servicios, la presencia del 100% del personal de salud mencionado en la presente alerta en sus respectivos establecimientos y se da la orden de inamovilidad que incluye la suspensión de permisos, días libres y vacaciones durante la intervención y control del presente brote.

B. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

1. Fortalecer la implementación de la Vigilancia Epidemiológica de Dengue en todos los establecimientos de salud para la detección precoz e investigación oportuna de casos de Dengue, según Directiva Sanitaria N° 037-MINSA-DGE-V.01 para la notificación de casos en la vigilancia epidemiológica de Dengue aprobada por Resolución Ministerial N° 658/2010/MINSA.



2. El personal de salud de los establecimientos de salud de la Red de Servicios de Salud Kimbiri-Pichari y La Convención deberán notificar e investigar de manera inmediata:

- Conglomerados de febriles.
- Brote de casos probables de Dengue.
- Todo caso probable o confirmado de Dengue con señales de alarma y Dengue grave.
- Cualquier caso sospechoso, probable o confirmado de Dengue detectado en zonas sin antecedentes de transmisión.

3. Garantizar que el 100% del personal de los establecimientos de salud, estén capacitados en el manejo de las Definiciones de Caso de Dengue:

a. Caso Sospechoso de Dengue: Toda persona con fiebre reciente de hasta 7 días de evolución que estuvo dentro de los últimos 14 días en área con transmisión de Dengue.

b. Caso Probable de Dengue Sin señales de alarma: Todo caso sospechoso que no tiene ninguna señal de alarma y que presenta por lo menos dos de las siguientes manifestaciones:

- Artralgias
- Mialgias
- Cefalea
- Dolor ocular o retro-ocular
- Dolor lumbar
- Erupción cutánea (rash)

c. Caso Probable de Dengue con señales de alarma: Todo caso sospechoso o probable de Dengue (sin señales de alarma) que presenta una o más de las siguientes señales de alarma:

- Dolor abdominal intenso y continuo.
- Dolor torácico o disnea
- Derrame seroso al examen clínico
- Vómitos persistentes
- Disminución brusca de temperatura o hipotermia
- Disminución de la diuresis (disminución del volumen urinario)
- Decaimiento excesivo o lipotimia
- Estado mental alterado (Somnolencia, irritabilidad o convulsión)
- Hepatomegalia o ictericia
- Disminución de plaquetas o incremento de hematocrito
- Ascitis, derrame pleural, derrame pericárdico según evaluación clínica.

d. Caso Probable de Dengue Grave:

Todo caso sospechoso o probable de Dengue con o sin señal(es) de alarma, y que además, presenta por lo menos uno de los siguientes hallazgos:

- Signo o signos de choque hipovolémico
- Derrame seroso por estudio de imágenes
- Sangrado grave, según criterio clínico
- Escala de Glasgow < 13.



e. Caso Confirmado de Dengue

➤ Caso confirmado de Dengue por laboratorio

Todo caso probable de Dengue que tenga resultado positivo a una o más de las siguientes pruebas:

- Aislamiento de virus Dengue
- RT-PCR
- Antígeno NS1.
- Detección de anticuerpos IgM para Dengue en una sola muestra
- Evidencia de seroconversión en IgM en muestras pareadas

➤ Caso confirmado de Dengue por nexo epidemiológico

Todo caso probable de Dengue con o sin señales de alarma de quien no se dispone de un resultado de laboratorio y que tiene nexo epidemiológico. Cuando no hay brote o epidemia de Dengue, los casos probables deberán tener prueba específica de laboratorio que confirme o descarte el caso.

f. Caso Descartado de Dengue:

Resultado negativo por Laboratorio y por evidencia de otra enfermedad.

C. VIGILANCIA Y CONTROL VECTORIAL:

1. Fortalecer la implementación de la Norma Técnica de Salud N° 085-MINSA/DIGESA-V.01 para la Implementación de la Vigilancia y Control del *Aedes aegypti*, vector del Dengue en el territorio nacional, aprobada por Resolución Ministerial N° 797-2010/MINSA; debiendo recordar que la base del trabajo es el ordenamiento medioambiental y contar con viviendas saludables, las que están ligadas al saneamiento intradomiciliario y operativamente significa desarrollar las acciones de control focal al 100% de viviendas.
2. El personal de Salud, deberá efectuar el análisis periódico y sistemático de sus indicadores entomológicos de *Aedes aegypti* a nivel larvario y de adulto, siendo de manera trimestral en los distritos en Escenarios I (donde no existe el vector ni existen casos) y de manera mensual en los distritos en Escenarios II (donde si existe el vector y no hay casos).
3. Fortalecer las acciones de Vigilancia del *Aedes aegypti*, en localidades fronterizas con Áreas Endémicas de Dengue (Valle del Río Apurímac, Ene y Mantaro – Madre de Dios).
4. Los Establecimientos de Salud de la siguientes Microredes, son las que deberán de fortalecer la Vigilancia Activa del *Aedes aegypti*:
 - Micro Red Kimbiri en la Red KimbiriPichari
 - Micro Red Pichari en la Red KimbiriPichari
 - Micro Red Santa Ana en la Red La Convención
 - Micro Red Santa Teresa en la Red La Convención
 - Micro Red Pavayoc en la Red La Convención
 - Micro Red Maranura en la Red La Convención
 - Micro Red Quellouno en la Red La Convención
 - Micro Red Kiteni en la Red La Convención
 - Micro Red Echarate en la Red La Convención
 - Micro Red Paucartambo en la Red Cusco Sur
 - Micro Red Ocongate en la Red Cusco Sur
 - Micro Red Yanatile en la Red Cusco Norte

Asimismo, se deberá implementar esta vigilancia, en las localidades, que de acuerdo a sus características y condiciones de riesgo requieran a criterio del nivel local deben ser vigiladas, lo que deberá comunicarse por niveles hasta la Dirección Ejecutiva de Inteligencia Sanitaria y a la Dirección Ejecutiva de Salud Ambiental de la DIRESA Cusco.

5. Si como resultado de la vigilancia entomológica se encontrará que existe la presencia positiva del *Aedes aegypti* a nivel larvario o adulto, deberá de notificarse este hallazgo de inmediato dentro de las 24 horas siguientes en localidades de Escenario I, por niveles hasta la DIRESA Cusco; así como debe iniciarse o fortalecerse las acciones de control focal de carácter integral en las viviendas ubicadas en zonas de riesgo.
6. Remitir la información entomológica mensual sobre vigilancia y control del *Aedes aegypti*, de las potenciales zonas de riesgo para Dengue.

D. ATENCIÓN A LAS PERSONAS

- 
1. Garantizar la distribución al personal de salud de la "Guía de práctica clínica para la atención de casos de Dengue en el Perú", emitido por la Dirección General de Salud de las Personas del Ministerio de Salud.
 2. Búsqueda activa de febriles sospechosos y probables de Dengue según análisis de riesgo y estrategias locales.
 3. Diagnóstico oportuno Clínico y toma de muestra de acuerdo a Definición de Caso.
 4. Inicio de tratamiento de acuerdo a normatividad existente, el cual debe de ser oportuno y supervisado.
 5. Garantizar el seguimiento y monitoreo del cuadro clínico de los pacientes con Dengue hasta su alta respectiva.
 5. Garantizar que todos los establecimientos de salud, cuenten con personal capacitado para la detección de casos de Dengue con signos de alarma, detección de formas graves, seguimiento y tratamiento.

E. LABORATORIO

- 
1. Envío de muestras al Instituto Nacional de Salud de la ciudad de Lima, para su procesamiento y remisión de resultados.
 2. Retroalimentación de los resultados por parte de la DIRESA a los Establecimientos de salud según niveles, corroborando los resultados en el Sistema Net Lab.
 4. Contar con el stock suficiente de insumos y materiales para la toma de muestra de casos sospechosos o probables de Dengue, según niveles en potenciales zonas de riesgo de presencia de casos.

F. PROMOCIÓN DE LA SALUD Y COMUNICACIONES

1. Abogacía con autoridades locales (Municipios, Instituciones Educativas, Comunidades y Organizaciones de Base, entre otros) para el desarrollo de las acciones integrales de prevención y control del Dengue, especialmente las que requieran movilización social, que privilegie el ordenamiento del medio ambiente.

2. Organizar las campañas de recojo de inservibles, almacenamiento adecuado de agua (uso de tapas y/o protectores), colecta y/o almacenamiento adecuado de neumáticos (llantas).
3. Involucramiento de la población (Niño, adolescente, joven, adulto y adulto mayor) en los diferentes espacios existentes (Instituciones Educativas, Familia, comunidad, Municipios, Centros Laborables) en las acciones de prevención y promoción de prácticas saludables frente al Dengue.
4. Desarrollar trabajo coordinado, permanente y capacitación a los Comités de Vigilancia Comunal y Agentes Comunitarios de Salud, logrando la participación activa de la comunidad en actividades preventivo-promocionales a favor de su propia salud.
5. Fortalecer las acciones de Información, Educación y Comunicación a las familias sobre medidas preventivas y control del Dengue.
6. Difusión por todos los medios de comunicación (emisoras radiales, televisivas) y en todos los espacios existentes (perifoneo en ferias, mercados, festividades, etc.) en aspectos de promoción de la salud y prevención del Dengue, enfatizando en el eminente peligro de la automedicación.

En lo referente a los otros componentes, los responsables de los diferentes niveles de organización institucional, deberán de implementar acciones según corresponda y en el nivel de su competencia bajo responsabilidad.

Dada la situación eco-epidemiológica del Brote de Dengue en el distrito de Kimbiri y el potencial riesgo de Dengue, Chikungunya y Zika en áreas de riesgo en la Región Cusco, la que coincide y está relacionada con el Fenómeno del Niño, y las festividades de fin de año, se propone la emisión de la Resolución Directoral que emita las Alertas Roja, Amarilla y Verde respectivas por parte de la Dirección de Prevención y Control de Emergencias y Desastres de la DIRESA Cusco, con el siguiente detalle, salvo mejor parecer:

- Alerta Roja (Escenario III): Micro Red Kimbiri y Micro Red Pichari.
- Alerta Amarilla (Escenario II): Micro Redes de Santa Ana, Santa Teresa, Pavayoc, Maranura, Quellouno, Kiteni y Echarate en la Red La Convención; Micro Redes de Paucartambo y Ocongate en la Red Cusco Sur y la Micro Red Yanatile en la Red Cusco Norte.
- Alerta Verde (Escenario I): Todos los demás distritos de la región que presten las condiciones necesarias para la proliferación del agente vector.

La presente Alerta Epidemiológica es de estricto y fiel cumplimiento por parte de los Equipos de Gestión Sanitaria de las Redes de Servicios de Salud de la Región Cusco y por parte de los Hospitales de Referencia en lo que corresponda, así como es de fiel cumplimiento por parte del personal de los Establecimientos de Salud públicos y privados y predominantemente en las zonas de alto riesgo de probabilidad de transmisión por el *Aedes aegypti* de Dengue, Chikungunya y Zika en lo que corresponda y bajo responsabilidad administrativa sanitaria. En el caso particular de los Hospitales de referencia deberá de implementarse la Unidad de Tratamiento de casos con signos de alarma y casos graves de Dengue.

Cusco, 16 de diciembre del 2015

GOBIERNO REGIONAL CUSCO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD CUSCO

M.C. JULIO CESAR ESPINOZA LATORRE
CIP. N° 41412
DIRECTOR REGIONAL DE SALUD CUSCO