

Letalidad por dengue en centros asistenciales del Seguro Social de Perú durante El Niño Costero, Norte Perú, 2017

Dengue lethality in health care centers from the Peruvian Social Security during the Coastal Child, Northern Peru, 2017

Cristian Díaz-Vélez^{1,2*}

Juan Alberto Leguía-Cerna^{3,4}

Pablo Ronald Puentes-Sánchez³

Oscar Medrano-Velásquez⁵

¹Oficina de Inteligencia Sanitaria, Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo EsSalud. Chiclayo, Perú.

²Centro de Investigación en Epidemiología Clínica y Medicina Basada en Evidencias, Universidad de San Martín de Porres. Chiclayo, Perú.

³Escuela de Post Grado, Universidad Privada Antenor Orrego-Trujillo. Perú.

⁴Hospital Regional Lambayeque. Chiclayo, Perú.

⁵Unidad de Inteligencia Sanitaria, Hospital Cayetano Heredia EsSalud. Piura, Perú.

*Autor de correspondencia: cristiandiazv@hotmail.com

Recibido: 2018-10-23.

Aceptado: 15/01/2019.

Sr. Editor:

En el artículo titulado “La vigilancia clínica seroepidemiológica del dengue en La Habana, 1997-2016”,⁽¹⁾ se hace mención a la vigilancia, pero no se señala la tasa de letalidad; tomando en cuenta un estudio realizado en Colombia que refiere una letalidad de 5,6 %;⁽²⁾ aunque cifras superiores se informaron en países de Sudamérica según la Organización

Mundial de la Salud (<http://www.who.int>), mientras que las cifras en la Costa Norte de Perú resultaron muy superiores.

El dengue es un problema de salud pública, constituye en la actualidad la enfermedad viral transmitida por mosquitos más importante que afecta a los seres humanos en más de 100 países endémicos.⁽³⁾ El número real de casos de dengue está insuficientemente notificado y muchos casos se encuentran mal clasificados. Según una estimación reciente, se producen 390 millones de infecciones por dengue cada año (IC95%: 284-528 millones), de los cuales 96 millones (IC95 %: 67-136 millones) se manifiestan clínicamente (cualquiera que sea la gravedad de la enfermedad),⁽⁴⁾ es decir, aproximadamente el 25 %.

Según la nueva clasificación del dengue sugerida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que fue incorporada en el sistema de vigilancia epidemiológica, basada en la consideración del dengue como una sola enfermedad con un variado espectro clínico, se clasifican los casos según la presentación de los signos y síntomas de los pacientes; se observan dos categorías de formas clínicas: dengue grave y dengue no grave, este último se subdivide en dos grupos: un grupo sin signos de alarma y otro con signos de alarma. Además, las formas graves no solo incluyen al dengue hemorrágico y choque por dengue, sino también las formas clínicas que se presentan con compromiso grave de órganos.⁽⁵⁾ Asimismo, la vigilancia epidemiológica que se realiza en esta enfermedad evidencia el número progresivamente creciente de casos y complicaciones asociadas con la referida afección, incluso llegando a ser mortales.

Se presenta los datos de la vigilancia epidemiológica de las Oficina de Inteligencia Sanitaria de la Red Asistencial de Lambayeque y Piura durante el Fenómeno El Niño Costero, 2017. En el análisis se compararon las tasas de letalidad por dengue registrado en países sudamericanos y notificados a la Organización Panamericana de la Salud en el 2017 (<http://www.paho.org/data/index.php>).

En la Red Asistencial de Piura se notificaron 22 562 casos de dengue de los cuales 88 correspondieron a dengue grave y 30 a fallecidos para 1,3 % de letalidad en general y 34,1 % de letalidad de los casos graves;⁽⁶⁾ en Lambayeque se informaron 1 384 siendo 13 casos de dengue grave y 9 fallecidos por dengue para 9,4 % de letalidad en general y 43,3 % de letalidad de los casos graves, lo que muestra diferencias con los cifras nacionales (tabla).

Tabla - Letalidad general y de los casos graves de dengue notificados por Seguro Social de Piura y Lambayeque comparados por países de Sudamérica, 2017

País	Serotipo	No. de casos de dengue	No. de casos graves	Fallecidos	Letalidad general (x 1 000)	Letalidad Casos graves (x 100)
Sudamérica		387 669	1 358	259	0,7	19,1 %
Argentina	DEN 1,3	557	0	0	0,0	0,0 %
Bolivia	DEN 1,4	10 842	66	15	1,4	22,7 %
Colombia	DEN 1,2,3	26 279	286	15	0,6	5,2 %
Chile	DEN 1,3	10	0	0	0,0	0,0 %
Ecuador	-	11 387	18	4	0,4	22,2 %
Brazil	DEN 1,2,3,4	25 2054	378	133	0,5	35,2 %
Venezuela	DEN 1	8 615	359	16	1,9	4,5 %
Paraguay	DEN 1,2	1 832	0	0	0,0	0,0 %
Uruguay	-	0	0	0	0,0	0,0 %
Perú	DEN 2,3	76 093	251	76	1,0	30,3 %
Essalud Piura*	DEN 2,3	22 562	88	30	1,3	34,1 %
Essalud Lambayeque*	DEN 2,3	1 384	30	13	9,4	43,3 %

Fuente: Informe epidemiológico de la Organización Panamericana de la Salud (<http://www.paho.org/data/index.php>) y boletines epidemiológicos del Seguro Social de Piura y Lambayeque*

La letalidad por dengue, principalmente por dengue grave, presentada durante el brote en la contingencia de Fenómeno El Niño Costero en pacientes atendidos en el Seguro Social de Lambayeque y de Piura, fue superior a la presentada a nivel nacional la cual se podría explicar en parte, por el conocimiento inadecuado en el diagnóstico y manejo de los pacientes con dengue que según estudios previos ya se había identificado,⁽⁷⁾ y sobre todo de los casos con indicación de hospitalización.⁽⁸⁾ Una revisión sistemática menciona que las características de la viremia pueden jugar un rol de importancia que, junto con otros factores del contexto viral (serotipo del virus, tipo de infección) y del paciente (edad, genotipo, comorbilidades, etc), pueden determinar el desenlace clínico de la infección;⁽⁹⁾ pero además se debe realizar un análisis del proceso de atención de los casos para evaluar los aspectos administrativos involucrados, así como plantear mejorar en el personal de salud y en la población la identificación de los signos de alarma que podrían redundar en la disminución de la letalidad en una enfermedad que amenaza con regresar con mayor impacto si no se realizan acciones de prevención.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sánchez OP, Díaz JFT, Catañeda MA, León JL del R, Tirado MGG, Bermejo PM. La vigilancia clínica seroepidemiológica del dengue en La Habana. 1997-2016. Revista Cubana

de Medicina Tropical [Internet]. 2018 [citado 23 de octubre de 2018];70(2). Disponible en: <http://revmedtropical.sld.cu/index.php/medtropical/article/view/314>

2. Sánchez Lerma L, Pérez Gutiérrez N, Pavas Escobar NC. Dengue: una causa frecuente de síndrome febril agudo en el Departamento de El Meta, Colombia. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*. 2017;16(2):256-67.
3. Cabezas C, Fiestas V, García-Mendoza M, Palomino M, Mamani E, Donaires F. Dengue en el Perú: a un cuarto de siglo de su reemergencia. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 2015;32(1):146-56.
4. Bhatt S, Gething PW, Brady OJ, Messina JP, Farlow AW, Moyes CL, et al. The global distribution and burden of dengue. *Nature*. 2013;496(7446):504.
5. Suárez-Ognio L, Arrasco J, Casapía M, Sihuíncha M, Ávila J, Soto G, et al. Factores asociados a dengue grave durante la epidemia de dengue en la ciudad de Iquitos, 2010-2011. *Rev Peru Epidemiol* [Internet]. 2011 [citado 11 de septiembre de 2018];15(1). Disponible en: <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=203119644003>
6. Medrano-Velásquez O, Córdova-Calle E, Ojeda-Gallo PM, Díaz-Vélez C. Perfil clínico, epidemiológico del brote epidémico de dengue durante El Fenómeno el Niño Costero 2017, Red Asistencial Piura, Perú. 1 [Internet]. 2018 [citado 23 de octubre de 2018];11(1):52-60. Disponible en: <http://cmhnaaa.org.pe/ojs/index.php/rcmhnaaa/article/view/60>
7. Paico-Romero C, Polo-Capuñay A, Díaz-Exebio G, Díaz-Vélez C. Validación y desarrollo del instrumento: Nivel de conocimientos en diagnóstico y tratamiento sobre dengue en médicos de la región Lambayeque. *Acta Médica Peru*. 2012;29(3):143-7.
8. Torres-Roman JS, Díaz-Vélez C, Bazalar-Palacios J, Helguero-Santin LM. Hospital management in patients with Dengue: what challenges do we face in Latin America? *Infez Med Riv Period Eziologia Epidemiol Diagn Clin E Ter Delle Patol Infett*. 2016;4(24):359.
9. Gómez-Ochoa SA. Viremia en plasma como factor asociado a gravedad en la infección por el virus del dengue: revisión sistemática de la literatura. *Revista Chilena de Infectología*. 2018;35(2):176-83.