

Dengue

El brote epidémico en el norte de nuestro país acrecentó el alerta formulado por las autoridades sanitarias nacionales. Desde la re-introducción del virus en 1997 y hasta la actualidad, el dengue en la Argentina tiene un comportamiento epidémico, lo que significa que ocurren brotes esporádicos relacionados con la situación epidemiológica de otros países.

El dengue es una enfermedad viral aguda transmitida por el mosquito *A. aegypti*. infectado por cualquier de los cuatro virus del dengue. Los síntomas aparecen a los 3–14 días (promedio: 4–7 días) después de la picadura del mosquito. El dengue es una enfermedad grave, con síntomas parecidos a los de la gripe, que afecta a lactantes, niños pequeños y adultos. Se caracteriza por fiebre alta, dolor de cabeza y dolores articulares, óseos y musculares, de allí su nombre popular de "enfermedad rompehuesos". El dengue hemorrágico es un cuadro más severo, y que pone en riesgo la vida del paciente por aumentar la permeabilidad vascular y predisponer al shock. Los casos fatales sin tratamiento apropiado pueden llegar al 15%. El diagnóstico clínico precoz y un tratamiento clínico meticuloso puede salvar muchas vidas. No hay ningún tratamiento específico contra la enfermedad.

Epidemiología

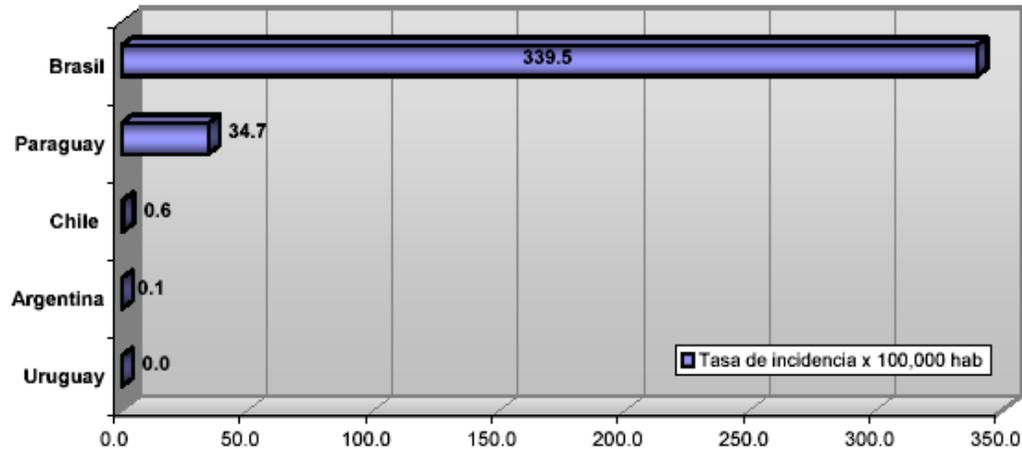
En el mundo se denuncian por año entre 50-100 millones de casos de dengue febril y 250 a 500 mil casos de dengue hemorrágico ¹ y se producen aproximadamente 20.000 muertes. A comienzos de 1998 se estimaba que dos billones y medio de personas vivían en áreas de riesgo de padecer el dengue, constituyendo así la enfermedad viral transmitida por vectores más importante en el mundo.²

La situación de los últimos años en el Cono Sur (Argentina, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay)

En el período 2001–2007, los países del Cono Sur notificaron 64,6% (n = 2.798.601) de todos los casos del dengue en las Américas. De estos, 6.733 fueron dengue hemorrágico con un total de 500 defunciones. Brasil aportó 98,5% del total de casos notificados.

En 2008, el Cono Sur reportó 587.787 casos de dengue, incluyendo 22.140 casos de dengue hemorrágico y formas complicadas por dengue y 478 defunciones. El brote de dengue en Río de Janeiro marcó significativamente el incremento en el número de casos. En este brote, los casos de dengue pediátricos prevalecieron con muertes debidas a dengue en sus manifestaciones graves. Los serotipos de DEN-1 2 y 3 circularon predominantemente en ese año en esta subregión. Brasil mantuvo las tasas más altas de incidencia en la subregión para el 2008 (Gráfico N° 1).³

Gráfico n°1 Tasas nacionales de incidencia de en países del Cono Sur, 2008³



El dengue en Argentina

En 1965 Argentina fue declarado país libre del *Aedes aegypti*. En 1966 se estableció el Programa Nacional de Vigilancia del *Aedes aegypti* para llevar a cabo las acciones epidemiológicas pertinentes. En 1985 el país se reinfestó, apareciendo el mosquito en la provincia de Misiones. En 1993 se decidió la municipalización de las acciones de vigilancia y control del vector, y en 1994 se definió la estrategia nacional de lucha contra el *Aedes aegypti*, estableciéndose su denuncia obligatoria.

En 1995, fue creado el Grupo de Emergencia de Control de vectores conformado por agentes de los Programas Nacionales de Control de Vectores y personal de Zoonosis Urbanas de la Provincia de Buenos Aires. El Instituto Nacional de Virosis Hemorrágicas es el referente Nacional para diagnóstico de certeza de dengue.

A través de larvitrapas se ha estudiado la presencia y la densidad del vector. En Capital Federal la densidad durante 1996 fue del 31% de viviendas infestadas, mientras que en el conurbano bonaerense durante 1996 y 1997 el índice de viviendas infestadas fue entre 21 y 37%.

Hasta 1996, no se habían detectado casos autóctonos de dengue, pero a comienzos de 1998 se presentaron los primeros casos en la Argentina, registrándose en Salta más de 800 casos sospechosos, 300 confirmados por serología (serotipo 2).

Desde la reintroducción del virus en 1997 y hasta el 2008, se han registrado en Argentina 3.452 casos confirmados de dengue, de los cuales 2.943 fueron autóctonos, distribuidos en brotes ocurridos en diferentes localidades fronterizas de las provincias de Salta, Jujuy, Misiones, Formosa y Corrientes (únicas provincias que reportaron casos autóctonos hasta el 2008).⁵ **(ver tabla 1)**

El alerta actual

Como en los años anteriores, en 2009 existen dos escenarios con relación a los casos de dengue que se producen en el país actualmente.

El primero de ellos se refiere a las provincias que tienen circulación viral autóctona del dengue que son, hasta la fecha, Salta, Jujuy, Chaco y Catamarca. Estas cuatro provincias notificaron 2.532 casos confirmados por laboratorio o por nexo epidemiológico.

En este grupo aparecen ahora Catamarca y Chaco, que no habían presentado circulación viral autóctona en ninguno de los años anteriores.

Tabla 1. Situación del dengue en Argentina hasta 2008. (casos autóctonos e importados)

Importados												
	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Bs As	1	9	1	8	8		1	1	5		105	3
CABA			2	10	3	6			3		56	
Chaco				13		2					8	
Córdoba		3		3	1			2			3	1
Corrientes				10				1			6	
Entre Ríos											3	
Formosa			1	12							32	
Jujuy		4		8			8	4	9		4	
La Pampa											1	
Mendoza					1							
Misiones				3		1				6	12	
Neuquén											1	
Río Negro											2	
Salta	19	11	5	3		10		19	16	8		11
Santa Fe				2		11					1	
Tucumán								2			2	
Total	20	27	9	70	11	30	7	29	33	14	238	15

Autoctonos												
	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Serotipo		Den-2	Den-2	Den-1		Den-1	Den-1-2-3	Den-3		Den-2-3	Den-2-3	Den-1
Corrientes											35	
Formosa				230				105			6	
Jujuy								68				
Misiones				215						106		
Salta		330				204	91	1.320		89	132	40
Total	-	330	-	445	-	204	91	1.493	-	175	173	40

La otra situación se refiere a las provincias que están confirmando casos relacionados con las áreas de circulación viral de países vecinos o de la zona de circulación autóctona de nuestro país (casos importados de dengue) que se clasifican como importados. **Las provincias que notificaron casos importados son, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Provincia de Buenos Aires, Corrientes, Córdoba, Mendoza, Misiones, La Pampa, Santiago del Estero, Santa Fe y Tucumán.**

Esta situación determina que los servicios de salud de todas las jurisdicciones deben estar alertas e intensificar la vigilancia epidemiológica de casos febriles que tengan antecedentes de haber estado en zonas de riesgo (países con circulación actual de dengue) en los últimos 15 días, a fin del lograr un diagnóstico oportuno del paciente y llevar adelante en forma inmediata las medidas de control correspondiente.

Tabla nº 2 Casos de Dengue al 1 de Abril de 2009- Argentina ⁶

PROVINCIA	Autoctonos		Casos de Dengue Hemorrágico	Importados	
	Confirmado por Laboratorio	Confirmado por Nexo Epidemiológico		Confirmados	Sospechosos
Buenos Aires				20	45
C.A.B.A.				66	27
Catamarca	121	818		1	
Chaco	26	2874		2	
Chubut					
Córdoba				39	
Corrientes				9	1
Entre Ríos					2
Formosa					2
Jujuy		283		43	
La Pampa					2
La Rioja				1	9
Mendoza				3	7
Misiones					
Neuquén					
Río Negro					
Salta	99	941	3 (*)	71	3
San Juan					
San Luis					
Santa Cruz					1
Santa Fe				13	50
Santiago del Estero				4	18
Tierra del Fuego					
Tucumán	2			17	29
Total	248	4916	3	289	196

(*) Incluye casos confirmados y en estudio

Fuente: Ministerio de salud. Direcciones de Epidemiología Provinciales – INEVH 1-04-09

La situación en la provincia de Buenos Aires

Como se menciona en la tabla 2, hasta el 30 de marzo se habían notificado 17 casos confirmados y 36 sospechosos. Los casos confirmados se produjeron en: San Pedro (un caso), San Fernando (1), Almirante Brown (1), Berazategui (1), Esteban Echeverría (1), Lomas de Zamora (1), Merlo (1), La Plata (3) y La Matanza (7). Todos los casos fueron "importados".⁷

Transmisión de la enfermedad

El dengue es producido por un ARNvirus, de la familia Flaviviridae, que se transmite a través de la picadura del mosquito *Aedes aegypti* infectado, condición que el mosquito mantiene por vida (se han identificado otros mosquitos transmisores como *A. scapularis* y *A. albopictus*).

Como ya se menciona existen 4 serotipos del virus, todos ellos circulando actualmente, también denominados DEN1, DEN2, DEN3 y DEN4. No producen inmunidad cruzada por lo cual quien haya padecido dengue logra protección para ese serotipo pero es susceptible de infectarse por cualquiera de los otros 3.

La responsable de la transmisión de la enfermedad al humano es la *A. aegypti* hembra. Por vía transovarial se transmite a la siguiente generación de mosquitos, a su vez durante el proceso de infección humana, el mosquito puede al succionar sangre adquirir la infección viral. Otros animales como el mono también pueden servir como reservorios del virus para mosquitos no infectados.²

Los mosquitos pican de día, especialmente temprano en la mañana o al final de la tarde. La hembra pica entre 37 a 40 veces diarias.

El mosquito se cría casi exclusivamente en recipientes artificiales de agua y alrededor de las viviendas (un radio de 100 metros)

Se lo reconoce por las líneas plateadas en el tórax y las bandas blancas en sus patas. Los huevos negros y ovalados del mosquito son colocados en ***floreros, latas, jarras, gomas de auto, tanques de agua, agujeros naturales en árboles y en lugares sombreados con agua relativamente limpia***, constituyendo un reservorio para la formación y mantenimiento de la especie. La temperatura óptima del agua para reproducirse está entre 25-29°C. Si el agua se ha secado se mantienen latentes por mucho tiempo.

A los dos o tres días de depositado el huevo, sale la larva, que se mantiene entre 6-10 días hasta completar su desarrollo. Concluido el proceso si pican a un sujeto enfermo, comienza el contagio. Si bien su autonomía de vuelo es de 100 a 150 metros, puede transportarse como adulto o como huevo en barco o avión a grandes distancias.

Las ropas de color rojo, negro y azul son atractivas para el *Aedes aegypti*.

Factores de riesgo en la aparición del dengue clásico y hemorrágico

Varios factores condicionan la aparición de esta enfermedad. La susceptibilidad humana a los distintos tipos de virus existentes y la del vector existente, el mosquito *Aedes aegypti*.

En el caso del dengue hemorrágico, son factores el tiempo transcurrido entre infecciones usualmente entre 2-5 años, la secuencia de los serotipos asociados con cada brote y la virulencia de cada cepa. Los últimos brotes epidémicos en Centro América estuvieron asociados a los serotipos 1 y 2; pero últimamente se ha detectado el serotipo 3 que alerta al peligro de una epidemia de dengue clásico, asociado a dengue hemorrágico.⁸

Cuadro clínico del Dengue

Aunque gran parte de los casos son asintomáticos, cuando se manifiesta clínicamente tiene un comienzo brusco con cuadro febril severo (38-40°) que dura unos 5 días con dolor de cabeza frontal, dolor retroocular, osteoarticular, muscular y erupción.⁹

La erupción comienza unos 3 a 4 días después de la fiebre y es maculopapular o escarlatiniforme. El reestablecimiento puede estar asociado con fatiga y depresión prolongadas. Son frecuentes la leucopenia, con lincitopenia relativa, y la linfadenopatía.

Las epidemias se presentan con carácter explosivo y la letalidad es sumamente baja.

En los niños la enfermedad es más benigna y suele presentarse como una enfermedad febril no diferenciada con manifestaciones cutáneas, a diferencia de los adultos que suelen presentar el cuadro completo.⁹

El dengue clásico en general es un proceso autolimitado y de evolución benigna. El tratamiento es de tipo sintomático y el paciente mejora completamente al cabo de aproximadamente 7 días.

Dengue Hemorrágico

La mayor parte de los casos de dengue hemorrágico se observan durante las segundas infecciones secuenciales, esto es cuando una persona que padeció dengue por un serotipo (infección primaria), se infecta con un virus de dengue de un serotipo diferente (infección secundaria) al que le ocasionó el primer cuadro.

El dengue hemorrágico es una complicación potencialmente mortal con fiebre y hemorragia, hepatomegalia y en casos severos, insuficiencia circulatoria, comienza bruscamente con fiebre alta acompañada de eritema facial.² Es observable en todas las edades, aunque más frecuente en los niños.

La enfermedad es bifásica y comienza de modo repentino con fiebre, y en los niños, con síntomas leves de las vías respiratorias superiores, a menudo con anorexia, enrojecimiento facial y perturbaciones leves de las vías gastrointestinales. Junto con la fase de defervescencia, a partir del cuarto o quinto día de enfermedad, el enfermo se deteriora repentinamente con signos de debilidad profunda, inquietud intensa, palidez de la cara y a menudo diaforesis y cianosis circumoral. Las extremidades están frías; la piel manchada, el pulso es rápido y débil y puede aparecer hipotensión con disminución de la presión diferencial.

La presencia de petequias, de fácil aparición, o hemorragia subcutánea después de una punción venosa son comunes. El rasgo más común del dengue hemorrágico, es la prueba del torniquete positiva.^{10,11} Manifestaciones congruentes con el diagnóstico de dengue hemorrágico, incluso en caso de no haber pérdida franca de sangre, son los derrames serosos (pleurales pericárdicos o peritoneales) ó la presencia de hipovolemia (que se detecta por un incremento de 20% ó más en el valor hematócrito) ó trombocitopenia < 10⁵/ml.

Patogénesis: *La infección de los macrófagos/monocitos es esencial en la patogenia de la fiebre del dengue y en la génesis de la DHF/DSS. La infección previa por un serotipo heterólogo del virus del dengue puede inducir la formación de anticuerpos antivíricos desprovistos de un papel protector que, a pesar de todo, se unen a la superficie del virión y tras su interacción con el receptor Fc dirigen a los virus del dengue secundarios hacia las células blanco, originando una infección potenciada. El hospedador también está sensibilizado ante una respuesta secundaria de anticuerpos cuando se liberan los antígenos víricos y la formación de inmunocomplejos induce la activación de la vía clásica del complemento, con los consiguientes efectos inflamatorios. Las reacciones cruzadas en las células T inducen la liberación de citocinas con actividad fisiológica, como el interferón gamma y el factor de necrosis tumoral alfa.*

Los signos de alarma para la presentación de shock por dengue se deben analizar bajo los siguientes criterios.⁸

Dengue hemorrágico

Criterios

Fiebre
 Manifestaciones hemorrágicas
 Excesiva permeabilidad capilar
 Plaquetas < 10⁵/ml
 Prueba del torniquete positiva*

Signos de alarma

Dolor abdominal severo
 Vómitos abundantes
 Cambio brusco de fiebre a hipotermia
 Cambios en los niveles de conciencia o Somnolencia.

***Prueba del torniquete:** Consiste en inflar el manguito del tensiómetro a un punto intermedio entre la presión sistólica y diastólica durante 5 minutos y luego desinflar el manguito, esperando que la piel vuelva a su color normal y contando después el número de petequias visibles en un área de 2,5 x 2,5 cm en la superficie ventral del antebrazo. La presencia de 20 o más petequias indica una prueba positiva.

Tratamiento

El Dengue febril solo requiere tratamiento sintomático. En el Dengue hemorrágico los pacientes requieren reposo, líquidos para compensar las pérdidas por vómitos o diarrea, analgésicos y antipiréticos como **paracetamol. La aspirina y otras deberían evitarse** para no interferir en la acción agregante plaquetaria que predispone a las hemorragias. Los esteroides no están indicados en ningún caso.¹² El aumento de la permeabilidad capilar es mayor durante los 2 a 3 primeros días lo cual aumenta el requerimiento de líquidos. Hay que realizar control de hematocrito, presión arterial y producción de orina. El aporte insuficiente de volumen puede llevar al agravamiento del shock, acidosis y coagulación intravascular diseminada; mientras que sobrecarga hídrica puede producir efusión masiva, congestión cardíaca y compromiso respiratorio.

Como existe aumento de la permeabilidad los líquidos intravasculares deben ser soluciones isotónicas de plasma o expansores como Ringer acetato o lactato, fracción de proteínas plásmicas y dextran 40.⁸ La cantidad de líquido recomendada en 24 horas es el volumen necesario para el mantenimiento (por pérdida) más el reemplazo de un 5% del déficit del peso corporal. La formula 10-20ml de solución isotónica por kg de peso, debe repetirse cada 30 minutos hasta mejoría de la circulación o hasta que el volumen orina sea el adecuado. Deben medirse los signos vitales cada 30-60 minutos y el hematocrito cada 2-4 horas. El monitoreo debe seguir hasta 24 horas después de la mejoría del paciente y desforescencia de la enfermedad. si hubo extracción de líquido, este comienza a reabsorberse, causando una caída del hematocrito.

Son signos de recuperación la ausencia de fiebre (sin antipiréticos), el aumento del apetito, y un recuento de plaquetas de 50.000/ml.

Notificación de casos sospechosos Provincia de Buenos Aires¹³

SECRETARÍA DE EPIDEMIOLOGÍA
 DIRECCIÓN PROVINCIAL DE MEDICINA PREVENTIVA

FICHA DENGUE
 Ficha Epidemiológica y para envío de muestra a Laboratorio

Fecha de Notificación: _____

DATOS PERSONALES

Apellido: _____ Nombre: _____
 Dirección: calle y N° _____
 Ciudad: _____ Provincia: _____
 T.E. _____ Dirección laboral: _____
 Sexo: _____ Edad: _____ Fecha nac: _____ Internado si no.
 Médico: _____ Hospital: _____

DATOS CLÍNICOS

Fecha de comienzo de los síntomas _____
 Fecha de toma de la muestra _____
 Fecha suero primario muestra _____
 Fecha suero segunda muestra _____
 día muestra (secundaria) _____

	SI	NO	NO SABE
Fiebre			
Dolor de cabeza			
Dolor retroocular			
Mielalgias			
Artralgias			
Rash			
Petecquias			
Hemorragia intestinal			
Hematemesis			
Otras			

Prueba del torniquete POSITIVA _____ NEGATIVA _____ NO HECHO _____
 Entusiasmó? SI _____ Más de emborrono _____

DATOS EPIDEMIOLOGICOS

1. Ha tenido Dengue anteriormente? (fiebre, dolor de cuerpo, rash) SI _____ NO _____ NO SABE _____
 2. Cuándo? Mes _____
 3. Cuánto tiempo hace que vive en este lugar? _____
 4. Ha viajado en los 10 días previos al comienzo de los síntomas? _____
 5. Dónde viajó? _____ Fecha en que regresó _____
 6. ¿Esta vacunado contra Fiebre Amarella? _____

RESULTADOS DE LABORATORIO

Primera muestra _____
 Segunda muestra _____

Firma y Sello del médico _____

Para la notificación de estos casos está disponible la FICHA DENGUE

Ficha de epidemiológica y para envío de muestra al laboratorio del Ministerio de Salud Provincia de Buenos Aires. Que se reproduce en la imagen a la izquierda.

y que esta disponible en:

http://www.femeba.org.ar/fundacion/quienessomos/Novedad/es/dengue_laboratorio_prov_bsas.pdf

Para definición de caso ver también cita 14

Prevención:

Hasta el presente la única forma de disminuir la transmisión de la enfermedad es controlando al mosquito *Aedes aegypti*, ya que no se transmite directamente de persona a persona y necesita del vector, el mosquito, para ser transmitida.

El esfuerzo principal debe estar conducido a la eliminación en cada casa o predio de contenedores con agua contaminada. Del uso de órgano clorados se pasa al uso preferente de larvicidas órgano fosforados y aerosoles que apunten a eliminar al mosquito adulto, todos éstos métodos de utilidad deben ser usados con normas muy precisas, por ser en líneas generales drogas tóxicas para el ser humano, por lo tanto de aplicarse es recomendable la participación de autoridades de salud pública.

Solamente Canadá y Uruguay no han sido invadidos por el *Aedes Aegypti* infestado, el resto de América lo posee, por lo tanto las recomendaciones en las actividades de Prevención y Control serían:

- 1- Vigilancia Epidemiológica y denuncia sistemática de casos.
- 2- Educación a la población médica en el diagnóstico y tratamiento del dengue hemorrágico.
- 3- Vigilancia Entomológica y monitoreo de la cantidad y nivel de infestación del *Aedes Aegypti*.
- 4- Control del Vector, con el uso combinado de todos los métodos aprovechables: manejo del medio ambiente, control químico y control biológico de la manera más segura, eficaz y eficiente.¹¹

Medidas recomendadas a la población¹⁵⁻¹⁷

- Desechar todos los objetos en desuso que puedan acumular agua.
- Vaciar, dar vuelta o colocar bajo techo: baldes, frascos y botellas; tapar tanques de agua, barriles y cántaros. Poner bajo techo cubiertas y elementos útiles que puedan acumular agua.
- Despejar canaletas de los techos y limpiarlas con regularidad.
- Lavar por dentro todos los depósitos que contengan agua o al menos cambiar el agua una vez por semana (tanques y barriles). Eso evita que las fases larvianas del mosquito lleguen a adulto.
- En el interior de las viviendas, cambiar asiduamente el agua de floreros y recipientes donde beben las mascotas.
- Colocar mosquiteros en puertas y ventanas.
- Usar aerosoles repelentes, tabletas insecticidas o espirales.
- Triturar, cerrar o quemar (si está permitido) la basura y los desechos acumulados cerca de las viviendas, ya que pueden acumular agua de lluvia.

Las personas proveniente del Norte Argentino o de países limítrofes, debe consultar de inmediato a su médico si presenta los siguientes síntomas: aparición brusca de fiebre alta, dolor de cabeza y detrás de los ojos, dolores musculares y articulares (como fuerte cuadro gripal), erupción en la piel, náuseas y vómitos. Asimismo, recomiendan por precaución, no tomar aspirinas, ya que los efectos anticoagulantes de este fármaco pueden agravar la tendencia a sangrar asociada con algunas infecciones del dengue.

Consideraciones finales

Es de vital importancia centrar el interés en los programas coordinados de prevención y control, los cuales deben constituir más que la sola utilización de insecticidas o campañas de limpieza, la modificación de factores sociales y culturales que favorecen la transmisión

Así, cualquier estrategia de control del dengue deberá contar, como requisito esencial, con un fuerte

compromiso de la comunidad con el tema, tanto para la eliminación del vector, como para garantizar la sustentabilidad de la situación de erradicación.
Para ello, la misma deberá ser informada del riesgo y características de transmisión de la enfermedad, así como de las metodologías para combatirla.
En definitiva elaborar un programa integral, y darlo a conocer a toda la población.

Bibliografía:

- 1- WHO. Fact Sheets and Features. 1998 <http://www.who.ch/Image/>.
- 2- OPS. Argentina, Situación de salud y tendencias 1986-1995 Capítulo II Morbilidad
- 3- OPS. EER Noticias: Enfermedades Infecciosas Emergentes y Reemergentes, Región de las Américas, Vol. 6, No. 6 (17 marzo 2009)
- 4- Federico M, de Santo Detectaron en Capital 300 focos de Aedes aegypti, el insecto transmisor y 45 infectados. Contagio en Rosario y Córdoba. Crítica. 27/03/2009
- 5- Ministerio de Salud. Informe de Situación Dengue en Argentina. 2009.
- 6- Ministerio de Salud. Actualización Casos de Dengue en Argentina. 31 de Marzo de 2009
- 7- Ministerio de Salud Provincia de Buenos Aires. La provincia en alerta ante el posible aumento de los casos de dengue. Nota de prensa, 30 Marzo de 2009
- 8- Rigan-Pérez J G, Clark G G, Gabler DJ, Reiter P, Sandeers EJ and Vance Vorudaux A.. Dengue and dengue haemorrhagic fever. Lancet 1998; 352: 971-977
- 9- Casserly P. Vigilancia del Dengue. Situación Actual. Rev. Inst Hig Med Social 1998; 2: 34-36
- 10- Benenson A.S. (Ed.) El Control de las Enfermedades Transmisibles en el Hombre. OPS. Publicación Científica.1997
- 11- PAHO. The feasibility of erradicating Aedes aegypti in the Americas. Rev Panam Salud Publica;1997 (1):68-72
- 12- Tassmiyom S, Vasawathana S, Chirawalkul A, Rojanasuphot S. Failure of high dose methylprednisolone in established dengue shock syndrome, a placebo- controlled, double-blind study. Pediatrics 1993;92: 111-115.
- 13- FICHA DENGUE. Ficha Epidemiológica y para envío de muestra a Laboratorio. Dirección de Epidemiología. Dirección Provincial de Medicina Preventiva. Ministerio de Salud Provincia Bs As. Marzo 2007
- 14- Dengue Diagnóstico de Dengue. GUIA PARA EL EQUIPO DE SALUD. Dirección de Epidemiología - Ministerio de Salud de la Nación Febrero Marzo 2009. Disponible en <http://www.femeba.org.ar/fundacion/documentos/000000109.pdf>
- 15- OPS. Resurgimiento del Dengue en las Américas. Boletín Epidemiológico OPS; Julio 1997,18(2):1-6
- 16- Reunión Subregional para la prevención y el control del Dengue. Bol. Oficina Sanit Panam 1995; 119: 265-269.
- 17- Ministerio de Salud Provincia de Buenos Aires . Guía de prevención 2009. Disponible en http://www.ms.qba.gov.ar/EducacionSalud/dengue_informacion_para_la_comunidad/cartilla-dengue.pdf

Mas Información

Ministerio de Salud de la Nación: <http://www.msal.gov.ar/htm/site/default.asp>
Organización Panamericana de la Salud (OPS), Programa Regional de Dengue:
<http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/CD/dengue-program-page.htm>
Organización Mundial de la Salud (OMS): <http://www.who.int/topics/dengue/es/index.html>

Línea gratuita Dengue 0800-333-8876. Ministerio de Salud Provincia de Buenos Aires
Se habilitará desde el 1º de abril de 2009

Folia Doc

Editores Responsables: Dr. Jorge R. Ochoa (Fundación FEMEBA) Prof. Dr. Héctor O. Buschiazzi (Fundación FEMEBA)

Directora: Prof. Dra Perla M. de Buschiazzi

Redacción y Coordinación: Dr. Martín Cañas, Prof. Dr. Héctor O. Buschiazzi