

<http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/dengue-madeira-ECDC-mission-2013.pdf>

E. Fernández Romero^{a,*}, P. Terol Barrero^b,
M.J. Muñoz Vilches^b y J. Romero Cachaza^b

^a Unidad de Gestión Clínica de Pediatría, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España

^b Unidad de Gestión Clínica de Pediatría, Servicio de Infecciosos, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: emiliafernandezromero@gmail.com (E. Fernández Romero).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2015.07.032>

¿Es posible tener dengue autóctono en España?



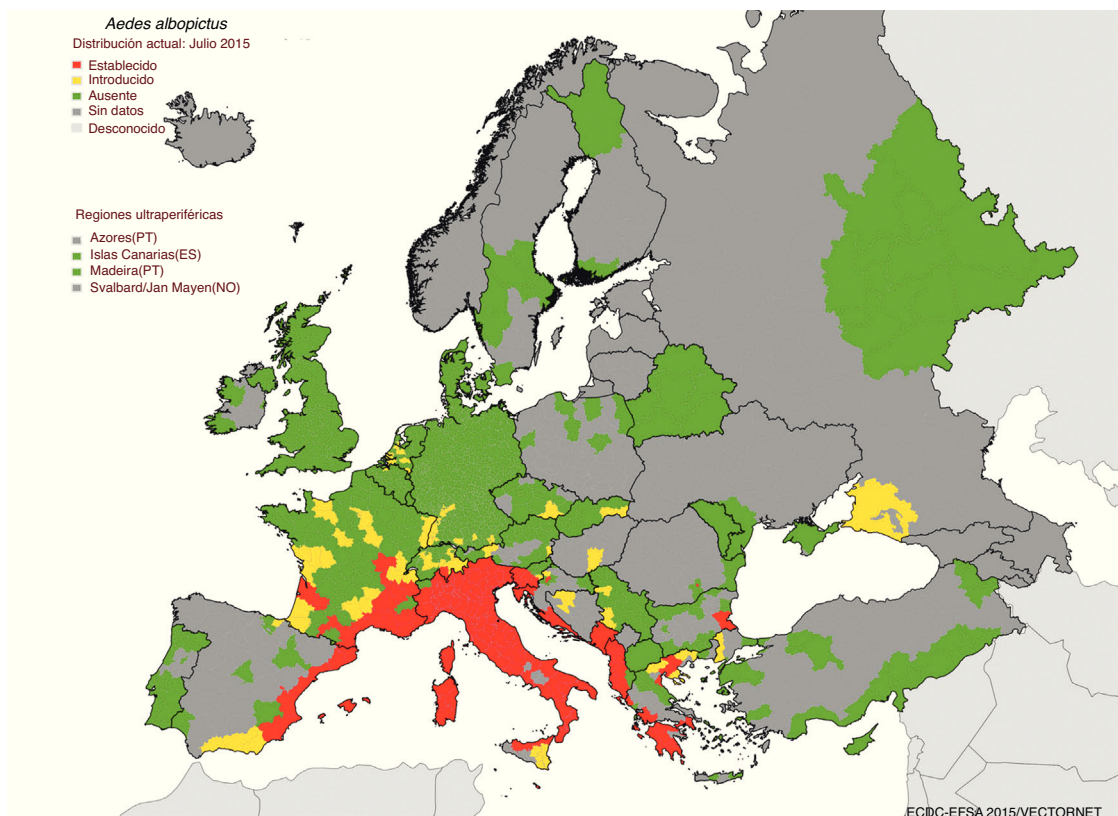
Is it possible to have autochthonous dengue fever in Spain?

Sra. Editora:

Desde la identificación de los primeros casos de dengue autóctono esporádico en áreas no endémicas (Croacia, Italia, Francia y Portugal), existe un riesgo real de que aparezca el primer caso autóctono en España, donde uno de los vectores responsables, *Aedes albopictus* (*A. Albopictus*), está establecido¹. El vector primario, *Aedes aegypti*, presente en la isla de Madeira y áreas de los Países Bajos no se ha detectado en España². El vector secundario, *A. albopictus*, se ha establecido en zonas españolas con

características climatológicas que permiten su reproducción y supervivencia, especialmente en el área mediterránea (fig. 1). Es importante considerar que *A. albopictus*, además de dengue, es capaz de transmitir otros arbovirus como el virus chikungunya². Se han comunicado casos autóctonos de Chikungunya en Francia e Italia, y recientemente, en Gandía, Valencia, se notificó el caso de un varón de 60 años sin antecedente de viaje a zona endémica, con un resultado positivo por ELISA (IgM), que no se confirmó posteriormente³.

¿Es posible que con el incremento progresivo de viajeros/inmigrantes que visitan amigos y familiares o los turistas que retornan de áreas endémicas, tengamos virus dengue (DENV) circulando en España? Según los datos epidemiológicos disponibles, el DENV no circula aún en nuestro país¹. Sí se han documentado casos importados, aunque posiblemente su incidencia real esté infraestimada¹ ya que hasta 2015 no era una enfermedad de declaración obligatoria, y solo uno



Tomado y traducido http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/vectors/vector-maps/Pages/VBORNET_maps.aspx. (PT, Portugal; ES, España; NO, Noruega)

Figura 1 Distribución del *A. albopictus* en Europa, julio 2015.

de cada 4 casos presenta sintomatología. Estas infecciones no reconocidas paucisintomáticas, la presencia del vector *A. albopictus* y determinados factores antropogénicos, climatológicos y socioculturales podrían influir en la emergencia de casos de dengue autóctono en nuestro país^{1,2}.

El dengue debe ser uno de los principales diagnósticos diferenciales en inmigrantes o viajeros con fiebre procedentes de áreas endémicas, y coincidimos con los autores de la carta en que debemos estar alerta para una detección precoz de casos de dengue autóctono en nuestro país. Por tanto, debería considerarse en la valoración del paciente con síndrome febril y clínica compatible sin antecedente de viaje a zona endémica, siempre que exista el antecedente epidemiológico de residir o haber residido en los 14 días previos en áreas donde existe el vector y se hayan diagnosticado casos recientes de dengue, y tras descartar otras enfermedades. Sin embargo, discrepamos que deba restringirse a pacientes con fiebre prolongada. La fiebre por dengue suele durar entre 2-7 días; los casos de fiebre prolongada suelen ser pacientes con dengue grave que presentan manifestaciones atípicas asociadas, como linfocitosis hemofagocítica o síndrome de activación macrófaga⁴.

Para disminuir la probabilidad de emergencia de casos autóctonos, las acciones educativas e informativas son esenciales, insistiendo en las medidas de protección, así como en la búsqueda de consejo médico antes de viajar¹, y de atención médica a los viajeros o inmigrantes, en caso de que presenten fiebre dentro de los 14 días de su llegada a España desde zonas endémicas.

Asimismo, las medidas que incidan tanto en el control de la población vectorial como en la recogida y confirmación de

los casos sospechosos, ayudarán a prevenir la diseminación de esta arbovirosis en nuestra población.

Bibliografía

1. Valerio L, Roure S, Fernández-Rivas G, Ballesteros AL, Ruiz J, Moreno N, et al. Arboviral infections diagnosed in a European area colonized by *Aedes albopictus* (2009-2013, Catalonia Spain). *Travel Med Infect Dis.* 2015;30, pii: S1477-8939(15)00109-X.
2. Medlock J, Hansford K, Schaffner F, Versteirt V, Hendrickx G, Zeller H, et al. A review of the invasive mosquitoes in Europe: Ecology, public health risks, and control options. *Vector Borne Zoonotic Dis.* 2012;12:435-47.
3. World Health Organisation [Internet]. Chikungunya - Spain (update) Disease outbreak news. 17 Sept 2015 [Consultado 03 oct 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/csr/don/17-september-2015-chikungunya/en/>
4. Morel Z, Ramirez A. Respuesta autoinmune en niños con dengue. Reporte de casos. *Reumatol Clin.* 2014;10:257-9.

T.T. Ramos Geldres*, F. Baquero-Artigao,
M. García López-Hortelano y M.J. Mellado Peña

Servicio de Pediatría Hospitalaria y Enfermedades Infecciosas y Tropicales Pediátricas, Hospital Universitario Infantil La Paz, Hospital Carlos III, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: taniateresa.ramos@salud.madrid.org, rgtaniat@hotmail.com (T.T. Ramos Geldres).
<http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2015.09.005>

Más ventilación mecánica no invasiva en lactantes con bronquiolitis pero los mismos resultados



More non-invasive mechanical ventilation in infants with bronchiolitis, but with the same results

Sra. Editora:

Hemos leído el reciente artículo del Dr. Toledo del Castillo et al. y, aun apreciando el interés del trabajo, discrepamos de la interpretación que los autores hacen de sus resultados que les hace llegar a conclusiones que no compartimos¹.

Los autores observan un mayor uso de la ventilación mecánica no invasiva (VNI) durante los últimos años, y añaden una serie de afirmaciones que no parecen sustentarse en los datos aportados. Así, en la sección de resultados se dice que «el número de pacientes que requirió ventilación mecánica invasiva (VMI) fue menor en el segundo periodo» y que «el aumento de la VNI se acompañó de un descenso de la necesidad de VMI» y en consecuencia, «estos datos indican que la utilización de la VNI disminuye la necesidad de la VMI y la duración del ingreso». Si observamos los datos de la tabla 1, es fácil comprobar que el número de

pacientes que requirió VMI y el número de fallecidos en los 2 periodos fue casi idéntico. Si asumimos que la población atendida y que la incidencia anual media de bronquiolitis en los 2 periodos fue semejante, es fácil concluir que la necesidad de la VMI y la mortalidad no cambió en los 2 periodos a pesar de que el número de pacientes que ingresó en la UCIP para tratamiento solo con la VNI pasó de 34 a 103 pacientes, esto es, se triplicó. Los autores concluyen que «la mayor utilización de la VNI se ha asociado en nuestra experiencia a una disminución de la necesidad de la VMI y de la duración del ingreso en la UCIP». Sin embargo, desde nuestro punto de vista, la conclusión que se puede extraer del trabajo es que en los últimos años se ha triplicado el número de pacientes con bronquiolitis que ingresan en la UCIP para la VNI, sin que ello haya redundado en una menor necesidad de la VMI ni en un descenso de la mortalidad.

Con los datos aportados por los autores, no es posible saber si el mayor número de pacientes sometidos a la VNI en la UCIP se debe a una mayor gravedad de los casos de bronquiolitis en el último periodo o a un menor umbral clínico para indicar ese tratamiento, aunque esta segunda opción parece la más probable, lo que también justificaría el comentario de los autores de que «el porcentaje de fracaso de la VNI en nuestro estudio fue menor que el descrito en otros estudios». El ingreso de un mayor número de pacientes menos graves sería la causa de la menor duración del ingreso en el segundo periodo, como reconocen los propios autores,