

Dra. Irma Zamudio Lugo
División de Epidemiología Hospitalaria
UMAE Hospital de Pediatría CMN SXXI IMSS
correo electrónico: irma.zamudio@imss.gob.mx



From the editors

Editorial

Durante 2009, además de la Influenza A H1N1, se presentaron en el mundo brotes de diversas enfermedades prevenibles por vacunación, y dengue,¹ del cual, en los últimos años se ha reportado un incremento importante de casos: de 1990 a 1999 hubo en 35 países 479 848, y en la siguiente década la cifra se duplicó y la diseminación mundial alcanzó 65 países.²

En las Américas la fiebre por dengue se presenta en brotes cíclicos que ocurren de cada 3 a 5 años. El brote más grande se dio en 2002 con más de un millón de casos confirmados.³

Existen diversos serotipos del virus del dengue. Su distribución se ha visto beneficiada de los cambios climáticos y la supervivencia del mosquito hembra, a las mejoras en materia de comercio internacional. Algunos estudios sugieren que la hembra del mosquito deja sus huevos en depósitos donde se acumula agua de lluvia, los huevos pueden permanecer viables por muchos meses incluso en la ausencia de agua, este y otros mecanismos pueden inferir la mezcla de serotipos circulante en nuestro país.²

Se han propuesto diversas formas de eliminar al vector y se han creado insecticidas de alta eficacia, pero que repercuten en la salud de animales y plantas. Por ello, se han realizado campañas educativas para reducir los criaderos de *A. aegypti* peridomiciliarios e intradomiciliarios, que en comparación con el empleo de sustancias químicas insecticidas como el Malatión, han resultado más efectivas.³

Por lo anterior la Organización Panamericana de la Salud ha enfocado sus políticas públicas hacia una integración mutisectorial e interdisciplinaria que genera la necesidad de que cada país cuente con un programa con seis componentes claves, entre ellos el manejo de los casos y la Epidemiología.²

Un consenso de expertos agrupados en América Latina (Habana, Cuba, 2007), en el Sureste de Asia (Kuala Lumpur, Malasia, 2007), y de la OMS sede en Ginebra (Suiza en 2008), acordó que "el dengue es una entidad infecciosa con presentaciones clínicas diferentes y evolución clínica caprichosa".²

La clasificación propuesta en 1997, vigente hasta septiembre de 2009, causaba muchas dificultades en su uso,⁵ por lo que en octubre del mismo año se liberó la Guía de Diagnóstico, Tratamiento, Prevención y Control de Dengue, la cual presenta tablas, diagramas de decisiones y clasificaciones más prácticas, sobre todo en los niveles más severos de la enfermedad; e incluso integra propuestas en materia de vacunación.

Para muestra de las disyuntivas en la clasificación anterior, basta con leer los resultados obtenidos en el trabajo que en este número se publica, donde el Doctor Daniel Cabrera Cabrera y colaboradores, realizan una revisión retrospectiva de los casos que se presentaron en el Instituto Mexicano del Seguro Social de Mérida, Yucatán, y evalúan la congruencia de los criterios clínicos y de laboratorio que propone la OMS, con los observados por los médicos que trataron a los casos de fiebre hemorrágica por dengue.

En dicho trabajo recabaron los datos de todos los pacientes que fueron confirmados por laboratorio como positivos a virus de dengue y que cumplieron los criterios de selección, por lo que el tamaño de la muestra no sufre una reducción importante. Las variables fueron tomadas de un reporte epidemiológico y el expediente clínico, lo que se hubiera fortalecido con la posible congruencia entre lo reportado por Medicina Preventiva y lo referido por los médicos tratantes; así mismo evaluaron los expedientes que contaron con los estudios mínimos de laboratorio para medir la gravedad del dengue y ratificar el diagnóstico. La mayoría de los casos presentados se clasificaron en los extremos de la enfermedad: fiebre por dengue y fiebre hemorrágica por dengue (FHD); el cuadro clínico y de laboratorio compatible con el criterio de clasificación propuesto anteriormente por la OMS sólo lo cumplió 78% de los casos de fiebre con manifestaciones hemorrágicas y 22% de aquéllos de FHD, lo que subestima la incidencia real.

No queda duda que con la nueva edición de la Guía emitida por la OMS nuestras instituciones en muy corto plazo responderán a los compromisos emitidos por esta y se estipularán lineamientos y guías clínicas que homologuen los criterios de clasificación que se acerquen más a la realidad de los casos que se presentan en América, sin olvidar que "el dengue es una entidad infecciosa con presentaciones clínicas diferentes y evolución clínica caprichosa".

Bibliografía

1. "Morbidity and Mortality Weekly Report". Vol.58 a 75, 2009.
2. "Dengue" En *Guidelines for Diagnosis, Treatment, Prevention and control, New edition*. October 2009.
3. "Guidelines for Treatment of Dengue Fever/Dengue Hemorrhagic Fever in Small Hospitals". *World Health Organization, Regional Office for South-East Asia, New Delhi*. 1999.
4. Espinoza-Gomez F, Hernández-Huárez H, Coll-Cárdenas R. "Educational campaign versus malathion spraying for the control of *Aedes aegypti* in Colima, Mexico" *J Epidemiol Community Health* 2002;56:148-152
5. Rigau-Perez J. "Severe dengue: the need for new case definitions". *Lancet Infectious Diseases*, 2006, 6:297-302.