

Vigilancia de Virus Respiratorios Temporada 2004

Dra. Cecilia Perret Pérez *

Resumen

El comportamiento de los virus respiratorios varía cada año en términos de magnitud, duración y período de inicio de los brotes, especialmente en lo que se refiere a VRS e influenza. Programas de vigilancia permiten observar estos patrones de comportamiento cuyo conocimiento es de gran utilidad para el clínico en la práctica diaria con los pacientes así como en la toma de decisiones en Salud Pública. Este año el brote de influenza se adelantó en aproximadamente dos meses y fue de mayor intensidad que en años anteriores. El brote de VRS ha sido en esta temporada el más intenso, al menos, de los últimos 6 años. El presente artículo tiene por objeto el presentar el resultado de la vigilancia de los virus respiratorios durante la temporada 2004 en la Región Metropolitana en Chile.

Abstract

The behavior of respiratory viruses changes from year to year in regard to the magnitude, duration and date of start of the outbreaks. This is particularly so in the case of SRV and of influenza. Surveillance programs allow us to observe these patterns, the awareness of which is useful both for daily clinical practice and for public health decisions. In the current year the influenza outbreak started two months earlier than expected and the incidence was higher than in previous years. The SRV outbreak has been the most severe one in the last six years. This paper presents the result of surveillance of the respiratory viruses in the Metropolitan Region of Chile in 2004, until and including the month of July.

Antecedentes.

Cada año los virus respiratorios aparecen inexorablemente durante nuestra temporada invernal aumentando las consultas en los centros ambulatorios como en los servicios de urgencia por los distintos síndromes respiratorios. Característicamente los virus

influenza A y B y el virus respiratorio sincicial (VRS) cursan en forma epidémica y estacional. Es así como comienzan a circular, por lo general a partir de mayo para el caso de influenza y a partir de junio o julio para el caso del VRS. Su duración es variable: entre dos a tres meses. El virus influenza aumenta significativamente las consultas ambulatorias, con poco

* *Pediatra-Infectóloga, Laboratorio de Infectología y Virología Molecular, Pontificia Universidad Católica de Chile.*
<<http://virus.med.puc.cl>>

impacto en las hospitalizaciones, mientras que el VRS tiene su mayor impacto en el número de hospitalizaciones, haciendo colapsar, año tras año, a las camas pediátricas durante el período de su circulación. Es por eso que el mejor marcador de impacto de virus influenza son las consultas a los servicios de urgencia y centros ambulatorios y el mejor marcador del VRS son las hospitalizaciones en la población infantil. El VRS afecta principalmente a la población infantil, manifestándose como síndrome bronquial obstructivo. Los lactantes menores de 1 año, junto con prematuros, niños con enfermedades pulmonares crónicas y niños con cardiopatías congénitas son el grupo de mayor riesgo de tener enfermedad respiratoria grave. La inmunidad desencadenada por el VRS no es permanente, por lo que toda la población es susceptible de enfermarse en la temporada sucesiva. Sin embargo en niños mayores y adultos la infección por el VRS se manifiesta, por lo general, como síntomas respiratorios altos sin riesgo de enfermedad grave.

Por otro lado, la influenza afecta también a todos los grupos etarios pero los lactantes menores de dos años, embarazadas, personas con enfermedades crónicas y pacientes de 60 años y más son los que tienen mayor riesgo de desarrollar un cuadro más complicado que requiera hospitalización. Los síntomas son: fiebre alta, marcado compromiso del estado general, mialgias intensas, a los que se agregan síntomas respiratorios como odinofagia y tos. Las infecciones respiratorias evolucionan espontáneamente a la mejoría pero se debe estar alerta a la aparición de complicaciones como neumonía.

Otros virus respiratorios frecuentemente identificados son: parainfluenza 1, 2 y 3 y adenovirus. Estos virus tienen un comportamiento diferente a influenza y VRS, circulando en general durante todo el año, con algunas variaciones estacionales, pero generando brotes epidémicos como influenza y VRS.

El Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud realiza una vigilancia de virus respiratorios que comprende vigilancia sindromática en centros centinela y vigilancia etiológica en hospitales públicos. Desde 1998 nuestro Laboratorio de Virología de la Pontificia Universidad Católica inicia la vigilancia de virus respiratorios que tanto impacto tienen cada invierno en nuestra población. Este proyecto comprende la participación de cinco centros centinela (Servicio de Urgencia del Hospital Clínico UC, atención de morbilidad pediátrica del Centro Médico San Joaquín, Servicio de Urgencia Pediátrico Hospital Padre Hurtado, Consultorio N° 5 y Clínica Servet) que

notifican semanalmente las consultas por los siguientes síndromes respiratorios: "enfermedad similar a influenza", síndrome bronquial obstructivo, laringitis aguda y fiebre faringo-conjuntival. Conjuntamente se toman muestras de hisopados nasofaríngeos a algunos de los pacientes que consultan en estos centros para identificación virológica de los cuadros respiratorios.

Los resultados de estos estudios etiológicos se suman a los obtenidos en distintos laboratorios de diagnóstico de Santiago participantes: Laboratorio de Urgencia y Laboratorio de Virología de la Universidad Católica, Clínica Alemana e Integramédica-Megasalud, estos dos últimos incorporados este año.

Resultados de la vigilancia en el año 2004.

Los resultados de este año, que se presentan aquí, contemplan hasta el mes de Julio. Durante el verano de este año las consultas por síndromes respiratorios a los centros centinelas representaron aproximadamente el 6 a 7% del total de consultas, detectándose principalmente aislamientos de virus parainfluenza y adenovirus. La primera semana de enero se destacó por el brote de influenza A en un hogar de ancianos.

En la semana 11 (mediados de marzo) se comenzó a detectar un aumento de las consultas por cuadros respiratorios y se evidencia la aparición de virus influenza ya a partir de la semana 12. A partir de este punto se observa un aumento progresivo de las consultas por síndromes respiratorios hasta alcanzar un máximo de 39 % en la semana 23. (Gráf. N°2) Durante este período el principal virus circulante correspondió a virus influenza A, que alcanzó su máximo en la semana 21. La circulación de influenza B fue simultánea con influenza A pero en menor intensidad, alcanzando su máximo en la semana 24. Este año el brote de influenza se adelantó con respecto a años anteriores en aproximadamente dos meses y fue de una intensidad mayor. Datos aportados por el ISP señalan que la mayoría de las cepas de influenza A correspondió al tipo H3N2 A/Fujian/411/2002, incluida en la vacuna influenza 2004.

En medio del brote de influenza, a partir de la semana 20, se comienza a detectar la presencia de VRS que alcanzó su máximo en la semana 27 (gráfico N°1). Cabe destacar que este año el brote de virus sincicial respiratorio es más intenso (Gráfico N° 3) y

más precoz que en años anteriores, lo que se traduce en un mayor número de hospitalizaciones en niños menores de 15 años pero especialmente en lactantes menores de 1 año (Boletín de Vigilancia Epidemiológica del Ministerio de Salud, N° 26).

Desde marzo hasta el mes de junio, predominó en todos los grupos etarios el virus influenza, con excepción de los menores de 1 año que en junio ya comienzan a mostrar predominio del VRS (Tabla N° 1). En julio, el VRS es el predominante en los menores de 15 años y sólo en los adolescentes y adultos el virus influenza es aislado en similar cantidad (Tabla N° 2). Esto se correlaciona con las consultas por síndromes respiratorios, donde la mayoría de los niños menores de 15 años consultan en este período por síndrome bronquial obstructivo, principal cuadro clínico producido por el VRS (Tabla N° 3).

Estatorada invernaldestacableademáspor la circulación de virus parainfluenza que a partir de la semana 18 ha sido identificado en forma frecuente, alcanzando su máximo en la semana 22, lo que significó una co-circulación con virus influenza y un aumento de las consultas por síndromes respiratorios durante ese período de tiempo. La circulación de adenovirus es constante y en baja frecuencia. Este comportamiento no es inhabitual ya que normalmente el adenovirus no cursa en brotes epidémicos sino que es identificado durante todo el año en la comunidad.

Es así como la vigilancia de los virus respiratorios permite informar a los clínicos cuales son los virus que circulan en un momento dado y por lo tanto contribuir al manejo de los pacientes; permite también predecir la evolución del brote y ayuda de este modo a la toma de decisiones en salud pública.

Gráfico N°1.

Identificación Virus Respiratorios en adultos y niños, ambulatorios y hospitalizados Santiago, 2004. * Red de Vigilancia Metropolitana

* Pontificia U. Católica de Chile, Hospital Padre Hurtado, Clínica Alemana-UDD, Clínica Servet, Consultorio N°5 e Integramédica-Megasalud

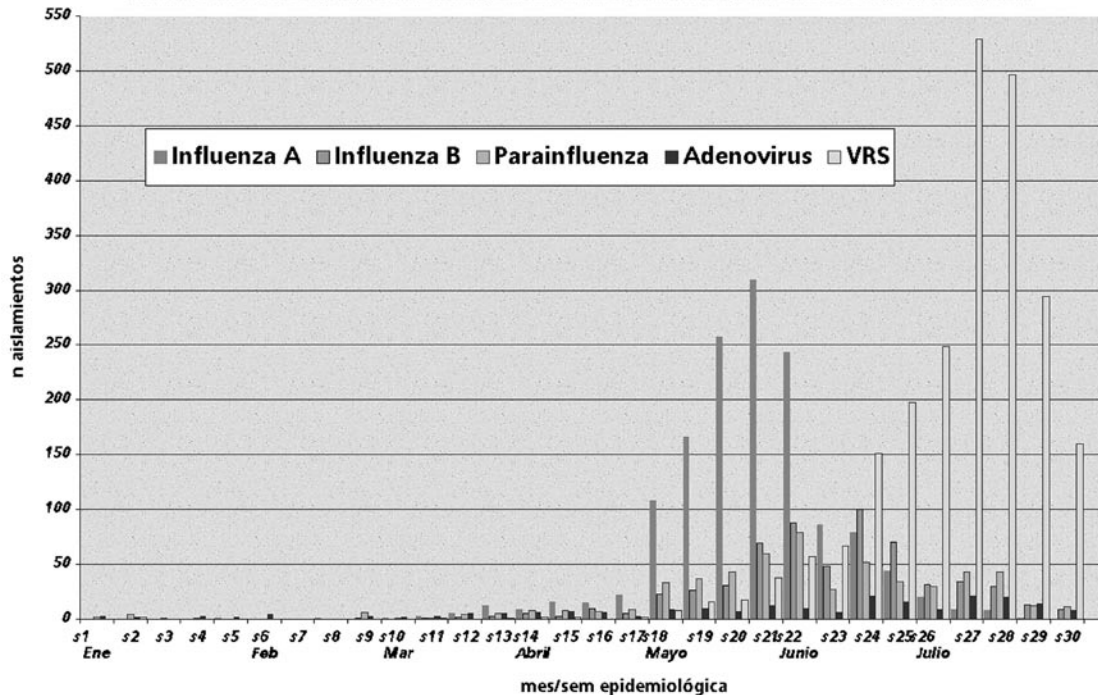


Gráfico N°2.

Consultas por Síndromes Respiratorios (adultos y niños)
en 5 centros centinela, Santiago, 2004

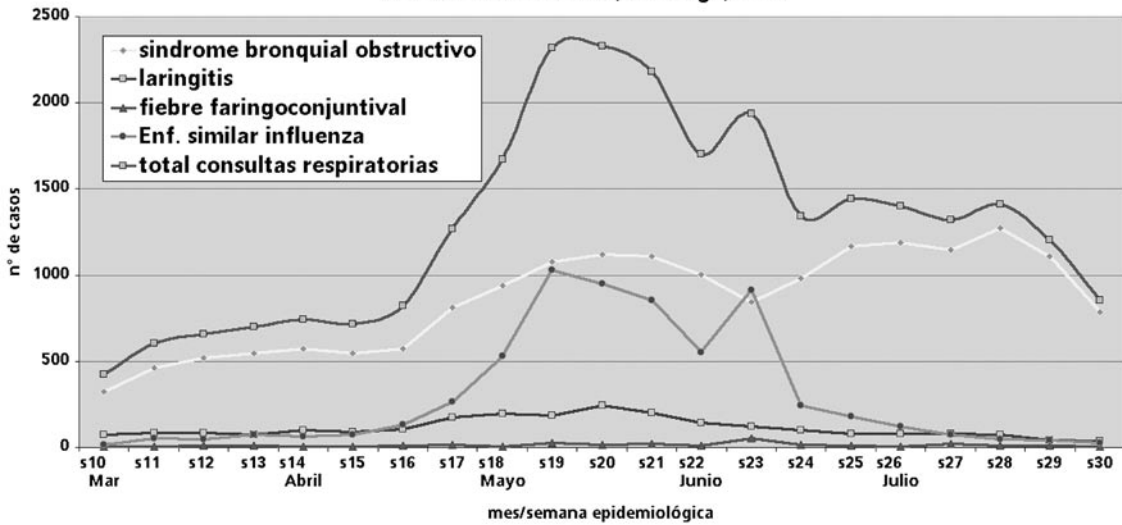


Tabla N°1. Aislamientos virales según grupo etáreo durante Junio. 2004

	Adenovirus	VRS	Influenza A	Influenza B	paraflu	Total
<1 año	10	201	66	29	72	197
1-14 años	41	253	236	178	93	551
>14 años	2	9	140	95	26	272

Gráfico N° 3.

Virus respiratorio sincial en Santiago. 1998-2004

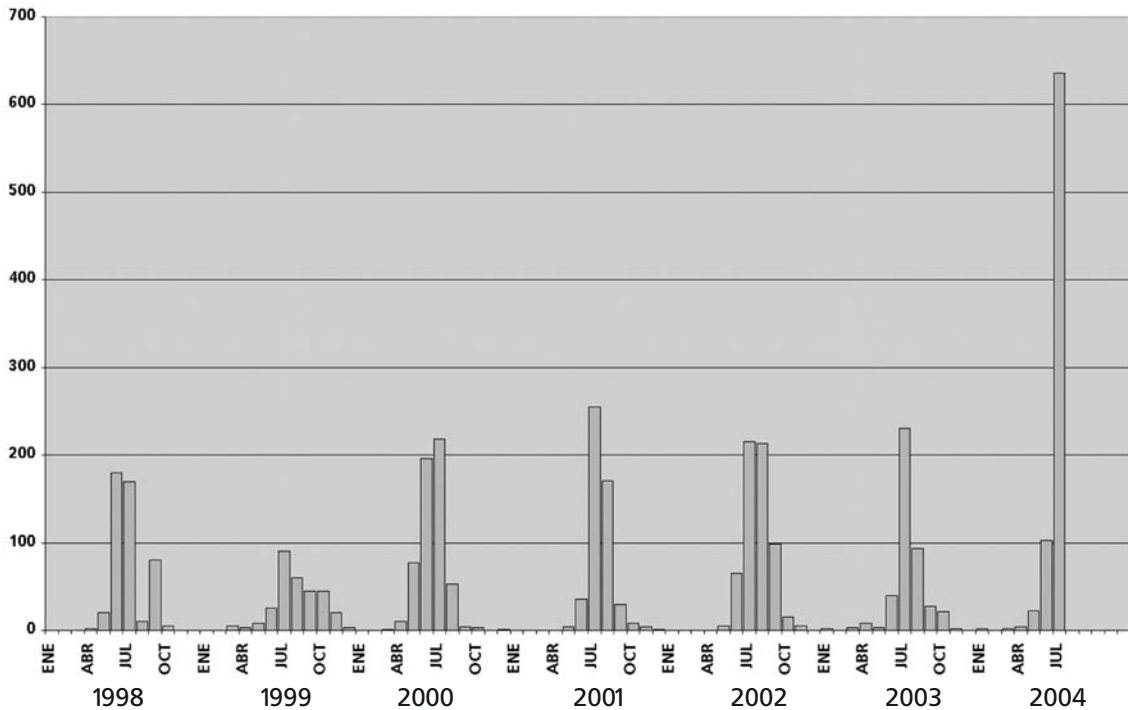


Tabla N°2.
Aislamientos virales según grupo etáreo durante Julio. 2004

	Adenovirus	VRS	Influenza A	Influenza B	paraflu	Total
< 1 año	16	855	3	14	52	940
1-14 años	53	755	23	64	77	992
>14 años	3	45	11	33	9	101

Tabla N°3.
Consultas por síndrome respiratorio durante mes de julio a los 5 centros centinelas.
Área metropolitana. 2004

	Enfermedad si- milar influenza	Laringitis	SBO	Fiebre faringoconjun- tival	Total
< 1 año	12	56	2413	5	2486
1-14 años	171	224	3121	16	3121
> 14 años	164	19	184	23	390