

Sumario

Vigilancia epidemiológica del virus respiratorio sincitial. Sistema de Información Microbiológica. España. Temporadas 2006-2007 y 2007-2008 241

Estado de las enfermedades de Declaración Obligatoria 245

Resultados de la declaración al Sistema de Información Microbiológica 249

Vigilancia epidemiológica del virus respiratorio sincitial. Sistema de Información Microbiológica. España. Temporadas 2006-2007 y 2007-2008

Introducción

El virus respiratorio sincitial (VRS) forma parte de la familia de los paramixovirus, que también incluye los virus de la parotiditis y el sarampión. Son virus RNA relativamente grandes (150-300 nm) con envoltura de doble capa.

Para la mayoría de las personas la infección por VRS causa una enfermedad respiratoria de sintomatología moderada con tos, rinitis y a veces fiebre. Más del 60% de los niños se han infectado al año de edad y el 80% a los 2 años. Sin embargo la inmunidad no es completa y a menudo se observan reinfecciones. Los niños menores de un año y los ancianos tienen riesgo de sufrir enfermedad grave. En niños produce bronquiolitis y neumonía. El número de infecciones en adultos está subestimado ya que no se suele hacer el diagnóstico microbiológico y además la cantidad de virus que se encuentra en las secreciones respiratorias en adultos es menor que en niños.

Se transmite por contacto directo a través de gotitas al toser y de secreciones. El virus puede sobrevivir en las superficies y objetos de 4-7 horas. El periodo de incubación es de 3-5 días.

No existe un tratamiento específico para la infección por VRS. En los cuadros graves se utiliza ribavirina aunque no se ha establecido su efectividad.

No hay vacunas frente a VRS disponibles en la actualidad. Para niños con riesgo de sufrir complicaciones con la infección por VRS (niños menores de 2 años con neumopatías crónicas, cardiopatía congénita y lactantes prematuros) se puede administrar palivizumab que es una preparación de anticuerpos monoclonales frente a VRS. Este medicamento se administra una vez al mes durante la estación del VRS. Este fármaco reduce la gravedad de la enfermedad y puede contribuir a reducir la duración de la hospitalización del niño.

Con el objeto de describir las características epidemiológicas de la infección por VRS en España, en cuanto al tipo de población afectada, tendencia en el tiempo y variación estacional, se han analizado los datos recogidos en el Sistema de Información Microbiológica (SIM) de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica correspondientes a las temporadas 2006-2007 y 2007-2008.

Resultados

Se define infección por VRS al aislamiento, detección de antígeno o detección de genoma de VRS de una muestra respiratoria o a la detección de un aumento en cuatro veces o más del título de anticuerpos frente a VRS en suero. Se define temporada de VRS al periodo de tiempo comprendido entre la semana epidemiológica 33 de un año y la semana 33 del año siguiente.

El número de infecciones por VRS notificadas al SIM en la temporada 2006-2007 y 2007-2008 fue de 2.023 y 1.748 respectivamente. Las notificaciones proceden de 26 laboratorios de 8 Comunidades Autónomas (tabla 1). Para hacer las comparaciones entre temporadas se seleccionaron los casos procedentes de los 23 laboratorios de 8 Comunidades Autónomas que notificaron de manera constante durante las mismas.

El número de infecciones por VRS muestra una disminución del 2% en la temporada 2007-2008 respecto a la temporada anterior. El número de infecciones por VRS notificadas al SIM se mantiene constante cuando comparamos las ocho últimas temporadas (figura 1) mostrando una mediana de 1.782 notificaciones por temporada (rango: 1.679-2.066).

La infección por VRS muestra un marcado predominio estacional con la máxima incidencia en

los meses de invierno. La actividad del VRS se inicia a mediados de otoño (semanas 42-44) y desciende volviendo a sus niveles basales a finales de invierno (semanas 13-14) (figura 2).

El 82% de las infecciones declaradas corresponden a niños de menos de un año de edad y el 16% a niños de 1 a 4 años de edad en las dos temporadas estudiadas. El 55,5% son varones. (figura 3).

En el 69% de los casos el diagnóstico se realizó por detección de antígeno, en el 30,7% por aislamiento del virus y en el 0,3 % de los casos por detección de genoma del virus.

Comentarios

La infección por VRS presenta un patrón inusualmente predecible y regular siendo el único agente viral respiratorio del que se sabe con certeza que produce una cantidad considerable de infecciones cada año.

El número de casos correspondientes a las temporadas 2006-2007 y 2007-2008 se mantiene constante sin evidenciarse una tendencia desde el año 2000.

Las características epidemiológicas de los casos también se mantienen constantes a lo largo de las temporadas siendo los menores de un año de edad el grupo del que se reciben más notificaciones. El número de infecciones en adultos conti-

Tabla 1

Distribución por Comunidad Autónoma y temporada de las infecciones por virus respiratorio sincitial. Sistema de Información Microbiológica. España. Temporadas 2006-2007 y 2007-2008.

COMUNIDAD AUTÓNOMA	2006-2007	2007-2008
Aragón	200	220
Canarias	250	255
Castilla-La Mancha	37	47
Castilla y León	47	31
Cataluña	1.080	881
Ceuta	30	27
Navarra	23	63
País Vasco	356	224
Total	2.023	1.748

Figura 1

Distribución anual de las infecciones por virus respiratorio sincitial. Sistema de Información Microbiológica. España, 2000-2008.

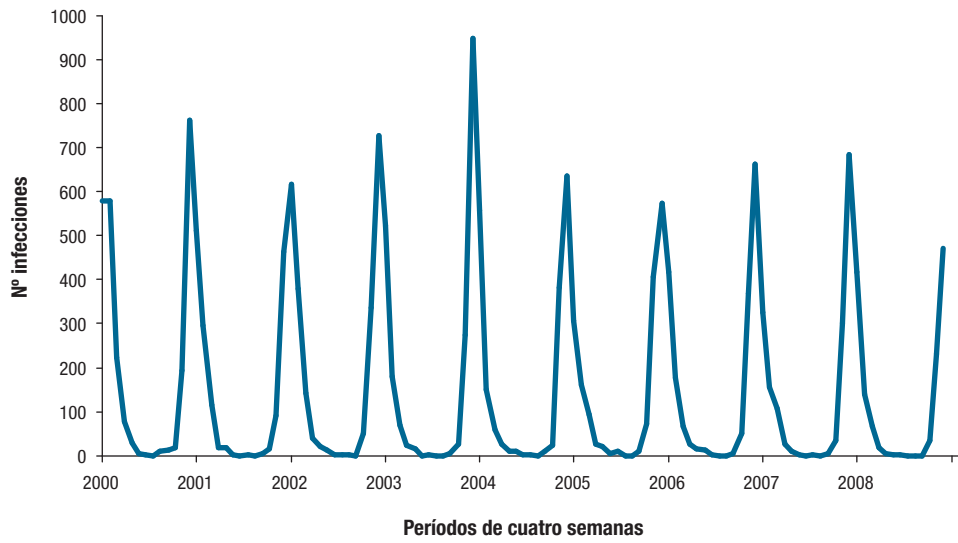


Figura 2

Distribución semanal de las infecciones por virus respiratorio sincitial. Sistema de Información Microbiológica. España, 2004-2008.

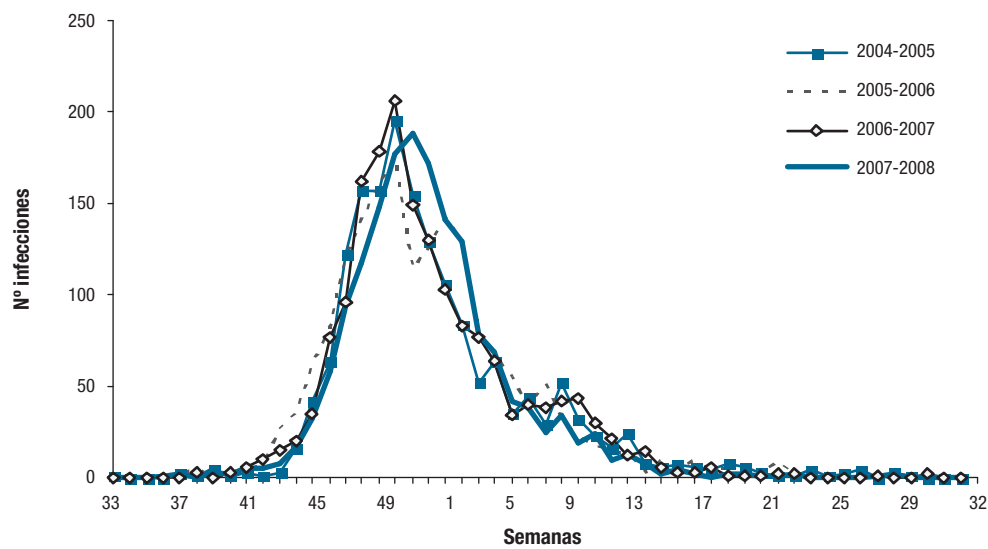
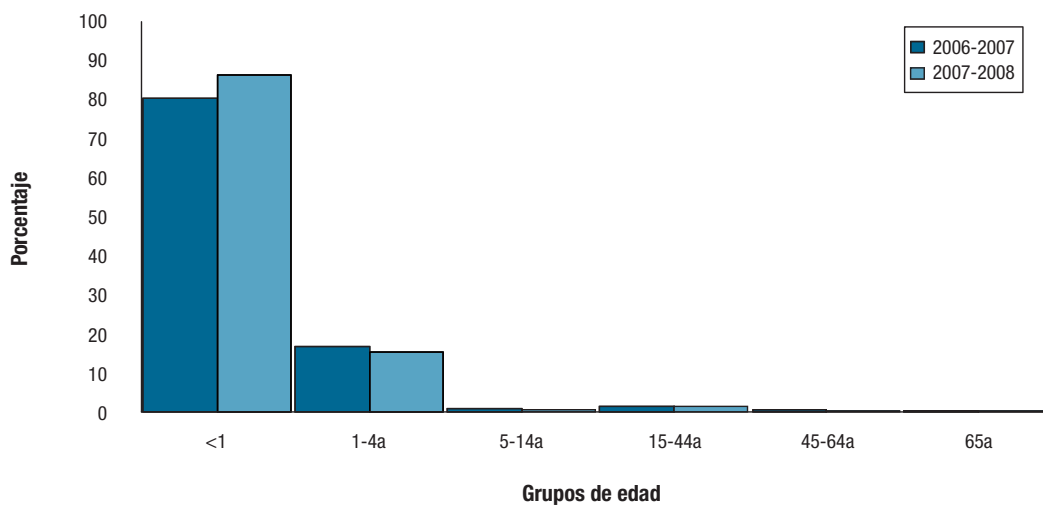


Figura 3

Distribución por grupo de edad de las infecciones por virus respiratorio sincitial. Sistema de Información Microbiológica. España. Temporadas 2006-2007 y 2007-2008.



núa siendo muy bajo posiblemente debido al bajo diagnóstico microbiológico de esta infección en adultos.

Bibliografía

1. Caroline Breese Hall y Carol A. McCarthy. Virus sincitial respiratorio. En: Mandell, Douglas y Bennett's. Enfermedades Infecciosas Principios y Práctica. Sexta ed. New York: Churchill Livingstone; 2006; 2171-94.
2. S. Qazi, O. Fontaine. Respiratory Disease, Acute Viral. En: Control of Communicable Diseases Manual. Decimonovena edición. Editor David L. Heymann. Publicación científica y técnica Nº 613. Organización Panamericana de la Salud. 2008: 515-520.
3. J. Figueras, J. López, C. Medrano, R. Bermúdez-Cañete, L. Fernández, A. Bonillo, E.G. Pérez-Yarza, C. Díaz y J. Sánchez. Consenso multidisciplinar español sobre la profilaxis de la infección respiratoria pediá-

trica por virus respiratorio sincitial. Asociación Española de Pediatría. An Pediatr (Barc). 2008; 69(1):63-71.

4. L. Velasco, P. Soler. Vigilancia epidemiológica del virus respiratorio sincitial. Casos notificados al Sistema de Información Microbiológica. Temporada 2005-2006. Bol Epidemiol Semanal. 2006. Vol. 14 nº 16/181-192.
5. Actividad del virus respiratorio sincitial. Casos notificados al Sistema de Información Microbiológica (SIM). Temporada 1997-1998 (semana 40). Bol Epidemiol Semanal 1998. Vol. 6/nº 16/157-164.

Análisis de datos y realización del informe

Luisa Velasco, Lucía Sobrino, Martina García, Pilar Soler. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III.