

# Manejo epidemiológico de los brotes de VRS

**Dr. Pedro Astudillo**

*Neumólogo Pediatra*

*Jefe Unidad de Salud Respiratoria, Ministerio de Salud*

*Jefe Servicio de Pediatría, clínica INDISA*

Las enfermedades respiratorias constituyen la causa más importante de hospitalización en menores de 5 años (35,4% en 2004). De ellas, destacan las infecciones virales, especialmente el virus respiratorio sincicial (VRS), que representa las tres cuartas partes de los hallazgos de virus respiratorios en Chile. Se estima que 240.000 niños menores de 2 años se infectan con VRS cada año, requiriendo hospitalización aproximadamente el 2% de ellos ( $\pm$  4800 egresos), situación que se presenta en forma estacional en los meses de invierno, período en el que los virus concurren junto a otros factores de riesgo como el frío y la contaminación atmosférica.

El VRS se presenta en brotes epidémicos, cuyo peak coincide cada año exactamente con el más alto nivel de hospitalizaciones pediátricas. Durante este período, se tensiona al máximo la red asistencial, en especial por el alto requerimiento de camas hospitalarias en los Servicios de Pediatría de la región metropolitana. Anualmente se calcula que se hospitalizan aproximadamente 5.000 menores de 2 años por IRA baja debida a VRS en Chile.

Una alta proporción de estas hospitalizaciones ocurre en la región metropolitana. Dado que la mayor parte de dichas hospitalizaciones ocurren en un plazo no mayor de 3 meses, se produce una gran demanda de camas, que sobrecarga y tensiona al sistema de salud, tanto público como privado. Durante el período peak de VRS, los ingresos diarios a camas pediátricas por causa respiratoria superan el número de 100 en los hospitales de Santiago, habiéndose alcanzado la cifra record de 168 en un día, en julio de 2004.

## CAMPAÑA DE INVIERNO

Para abordar este importante problema epidemiológico, el Ministerio de Salud desarrolla desde el año 1994 una estrategia denominada "Campaña de Invierno", destinada a focalizar esfuerzos en el período peak de enfermedades respiratorias. Esta estrategia tiene 2 vertientes fundamentales: a) una línea preventiva y de comunicaciones, que incluye vacunación antiinfluenza y mensajes a la población a través de medios masivos, destinados a prevenir factores de riesgo y a reconocer gravedad de las infecciones respiratorias, y b) un componente asistencial, que consiste en el refuerzo estacional de todos los niveles de atención, con el foco puesto en Servicios de Urgencia y sobre todo en camas hospitalarias, tanto básicas como de cuidados críticos.

## CRONOGRAMA DE LA CAMPAÑA DE INVIERNO

Cada año, la Campaña se inicia en el mes de enero con la elaboración de planes por parte de los Servicios de Salud, los que son evaluados a nivel del Ministerio por la Unidad de Salud Respiratoria, transfiriendo a los Servicios los recursos requeridos para ejecutar dichos planes, en el marco del presupuesto de la Campaña. Paralelamente, se elaboran escenarios epidemiológicos predictivos sobre la probable situación que afectará al país; estos escenarios se construyen sobre la base de los antecedentes epidemiológicos de los años anteriores en el país, la información del invierno del hemisferio norte y las probables condiciones de temperatura, pluviometría y contaminación del próximo otoño-invierno. Estos escenarios se discuten con el Subsecretario de Redes Asistenciales, a fin de implementar las medidas necesarias para hacerles frente.

En el mes de marzo, se inicia la vacunación antiinfluenza, que normalmente alcanza alta cobertura en los grupos de riesgo. En la parte asistencial, los meses de abril a junio se caracterizan por una fuerte demanda asistencial ambulatoria, traducida en una gran sobrecarga en atención primaria y Servicios de Urgencia. Esta alta demanda ambulatoria, se debe a la circulación de virus influenza. Posteriormente, generalmente a contar de la 2ª quincena de junio, se inicia el brote anual de VRS, debiendo adaptarse toda la red hospitalaria pediátrica para pacientes respiratorios, suspendiéndose la cirugía electiva e implementando todas las camas con oxígeno. Esta reconversión de camas también ocurre en las unidades paciente crítico. Esta transformación de los hospitales pediátricos y Servicios de Pediatría en hospitales respiratorios es una estrategia única, que no tiene reportes en otros lugares del mundo y ocurre generalmente hasta fines del mes de agosto, período en que toda la red asistencial vuelve a la normalidad.

Todo el esfuerzo asistencial es apoyado simultáneamente por la campaña de comunicaciones. Permanentemente, desde su inicio, la Campaña de Invierno es apoyada por un completo sistema de vigilancia epidemiológica, que permite anticipar, con una antelación de 1 a 2 semanas, los momentos claves de la Campaña, permitiendo organizar y gestionar óptimamente la red asistencial.

## PRINCIPALES RESULTADOS

Desde hace varios años, todos los niños que requieren hospitalización en el marco de la Campaña de Invierno, logran ser hospitalizados, aunque en el período de alta demanda,

deben esperar, a veces horas, hasta acceder a una cama. Esto conduce al principal resultado de impacto, como es la caída de la mortalidad infantil por neumonía, desde una tasa de 2.39 por 1000 RNV en 1990 a una de 0.19 por 1000 RNV en 2007, lo que significa una caída de 92.2%, constituyendo el mejor resultado sanitario de los últimos 20 años en Chile.

### LECTURAS RECOMENDADAS

1. □ Mallol J, Barrueto L, Girardi G, et al: Bronchodilator effect of fenoterol and ipatropium bromide in infants with acute wheezing: use of MDI with a spacer devicer. *Pediatr Pulmonol* 1987; 3: 352.
2. □ Abara S, Girardi G, Muñoz R: Manejo del síndrome bronquial obstructivo agudo del lactante en una sala de pre-hospitalización. *Enf Respir y Cir Torác* 1990; 6: 192-97.
3. □ Astudillo P, Mancilla P, Girardi G, Aranda C, Gamboa R: Hospitalización abreviada en atención primaria de salud. *Rev Chil Enf Resp* 8 (supl); 262.
4. □ Girardi G, Astudillo P: Tratamiento ambulatorio del síndrome de obstrucción bronquial. *Texto Pediatría. Meneghello V Edición. Tomo 1. 1351-1354.*
5. □ Pavon D, Castro-Rodríguez JA, Rubilar L, Girardi G: Relation Between Pulse Oximetry and Clinical Score in Children with Acute Wheezing Less Than 24 Months of Age. *Pediatr Pulmonol* 1999; 27: 423-7.
6. □ Girardi G, Astudillo P, Mancilla P, Gamboa R, Risopatrón F: Enfoques innovadores en atención primaria en Chile. *Rev Uruguaya de Atención Primaria* 1993; 3: 2-10.
7. □ Girardi G, Astudillo P, Zúñiga F: El programa IRA en Chile: hitos e historia. *Rev Chil Ped* 2001; 72: 292-300.