



CIRCULAR NORMATIVA

Vigilancia Epidemiológica y Control del Síndrome Pulmonar por Hantavirus (SPH)

(Segunda versión)

Fundamentación: descrito por primera vez en América bajo la denominación de Síndrome de Distress Respiratorio del Adulto por el equipo de salud del Hospital San Vicente de Paúl de Orán a principios de la década del ochenta, es una de las zoonosis endémicas de mayor peso en la Salud Pública de la Provincia de Salta, ya que si bien su incidencia es relativamente baja, su alta letalidad y difícil prevención y control, la ubica entre las de mayor trascendencia epidemiológica y social, hecho que se magnifica al haberse extendido su frontera geográfica - inicialmente circunscripta al Departamento Orán - a los de San Martín, Rivadavia, Anta y Güemes, durante la última década.

Los avances en su diagnóstico y tratamiento, han permitido disminuir su letalidad inicial – superior al 75% en la década del 80- para estabilizarla en cifras cercanas al 25% en los últimos diez años. Por otra parte, las capturas sistemáticas en los focos presuntos de transmisión instrumentados mediante la versión anterior de la presente circular normativa (2007), permitieron identificar dos especies de roedores involucradas en la transmisión en la zona endémica de nuestra provincia: *Oligoryzomys chacoensis* y *Oligoryzomys longicaudatus*.

La enfermedad afecta principalmente a varones en edad productiva (71%); de ellos, el 82% son trabajadores rurales, lo cual perfila al SPH como una enfermedad predominantemente laboral.

Esta segunda versión normativa, persigue mejorar la recopilación sistemática y completa de la información epidemiológica, clínica y de laboratorio, sobre la que sea posible fundar las bases de nuevas líneas de investigación que faciliten avances tanto en el campo preventivo como terapéutico.

Asimismo, se incorpora la intervención sistemática contra los reservorios, cuando las evidencias y condiciones en terreno así lo indiquen.

Modo de transmisión.

Por inhalación de aerosoles provenientes de la saliva, orina y heces de roedores portadores. Las manos contaminadas con el virus pueden infectar las mucosas: ocular, nasal y bucal. Excepcionalmente puede ocurrir infección por la ingestión de agua o alimentos contaminados o por la mordedura de un ratón. Los roedores infectados eliminan virus por saliva, orina y heces, durante varias semanas.

Período de incubación.

4 días a 6 semanas. Sin embargo, la mayor frecuencia de aparición del SPH se encuentra entre la 2da y 3er semanas después de la exposición de riesgo.

Definición de caso.

Sospechoso

Enfermedad febril - temperatura de 38° C ó más - en una persona previamente sana mayor de cinco años - acompañada de síndrome de insuficiencia respiratoria a partir de edema intersticial difuso bilateral, mialgias, cefalea, diarrea y dolor abdominal intenso y espontáneo.



Enfermedad inexplicable seguida de muerte que en estudio de necropsia presenta edema pulmonar no cardiogénico, sin otra causa específica e identificable de muerte.

Confirmado.

Presencia de anticuerpos IgM específicos contra hantavirus por ELISA, o un incremento de cuatro veces o más en los títulos de anticuerpos IgG.

Positividad de los resultados de la transcriptasa inversa - reacción en cadena de la polimerasa (RT-PCR) respecto al ARN de hantavirus.

Resultados inmunohistoquímicos con presencia de antígeno de hantavirus.

Clínica.

Fase prodrómica.

Generalmente dura uno a seis días, sin embargo puede ser de 1 a 15 días. Se caracteriza por fiebre, mialgias y decaimiento, acompañadas frecuentemente de tos seca, cefaleas, náuseas, vómitos y diarrea. Los diagnósticos diferenciales infectológico y epidemiológico en esta fase deben plantearse con ETI, Dengue, Leptospirosis, Gastroenteritis, Hepatitis A, Fiebre Tifoidea y Pielonefritis, principalmente.

Fase cardiopulmonar

Se inicia generalmente alrededor del cuarto día de evolución, aunque puede presentarse hasta 10 días después del comienzo de los prodromos. El comienzo de la dificultad respiratoria refleja la alteración de la permeabilidad capilar por la acción viral, con formación de un tercer espacio, especialmente al territorio alveolar pulmonar, que se acompaña de taquicardia, tos y disnea progresiva. Concomitantemente, aparecen hipotensión y hemoconcentración. Puede sobrevenir *shock* cardiogénico por depresión miocárdica. Algunos pacientes pueden presentar una forma atenuada, sin compromiso respiratorio.

Laboratorio Clínico.

En el hemograma aparece precozmente plaquetopenia (menor de 100.000) y visualización de inmunoblastos (más de 10%) en el frotis, más leucocitosis con desviación a la izquierda, pero sin granulaciones tóxicas. La hemoconcentración aparece más tardíamente, al igual que la elevación de creatinina, urea, transaminasas y bilirrubina. Estas características, pero especialmente la presencia de inmunoblastos, acentúan la sospecha de infección por hantavirus, que debe ser ratificada con pruebas específicas.

Toma de muestra para pruebas específicas.

Se tomará una muestra de sangre (5-10 ml); la muestra debe tomarse lo más temprano posible dentro de la primera semana de iniciado el período agudo.

Deberán usarse tubos de plástico estériles, preferentemente con tapa a rosca, sin agregado de anticoagulante ni gel acelerador. No usar tubos de vidrio ni tapones de algodón.

En casos sospechosos fatales, de no disponerse de coágulo sanguíneo anterior al óbito, se realizará necropsia mínima obligatoria para obtener muestras de tejido fresco (hígado, pulmón y/o riñón) y guardarlas en frascos limpios y estériles, de plástico preferentemente, con tapa a rosca, sin ningún agregado.



La/s muestra/s obtenidas en las Áreas Operativas de Zona Norte deberán remitirse refrigeradas y de inmediato al laboratorio de Enfermedades Tropicales de Orán; el resto de las áreas lo deben hacer al Laboratorio de Virología del Hospital del Milagro.

En caso de no poderse remitir inmediatamente, separar el suero del coágulo y congelar tanto muestras hemáticas como de tejido a -20°C .

El laboratorio receptor no procesará muestras que no se hallen acompañadas de la respectiva Ficha Epidemiológica, parte A.

Imágenes.

Son raros los casos sospechosos que se internan y presentan rx de tórax normal. El edema pulmonar en sus etapas iniciales se expresa en infiltrados intersticiales con líneas de Kerley B y pérdida de la nitidez de la trama broncovascular. En 24 a 48 horas aparecen imágenes difusas bilaterales de relleno alveolar y en algunos casos se asocian a derrame pleural (“pulmón blanco”). Los infiltrados pulmonares son generalmente bilaterales, de predominio basal. En pacientes sin cardiopatía de base, la silueta cardíaca es de tamaño normal.

Intervención epidemiológica.

Ante la confirmación de un caso, es necesario investigar el/los sitios presuntos de exposición en búsqueda de más expuestos y/o sintomáticos.

De confirmarse la presencia estable de poblaciones de roedores intra ó peridomiciliarias debe solicitarse la intervención al Programa de Zoonosis,

Objetivos.

- Consolidar la Vigilancia Epidemiológica del SPH.
- Mitigar el daño ocasionado por la enfermedad.

Notificación: individual.

- Anticipo según Circular Normativa EPI 23, Anexo 1.
- Carga en SNVS (nodo autorizado)
- Carga en SIVILA (idem).
- Confección y remisión de Ficha Epidemiológica A y B.

Responsables operativos.

Programa de Vigilancia Epidemiológica, Gerencia Generales, Programa de Zoonosis.

Med. Alberto Gentile
Coordinador Epidemiológico
Ministerio de Salud Pública - Salta