

Virus Respiratorio Sincial (VRS)

El virus respiratorio sincial (VRS) es una causa frecuente de infección del sistema respiratorio en humanos. Típicamente se presenta en brotes que ocurren durante varias semanas en el otoño y el invierno. Si bien los más afectados por la infección son los niños menores de 2 años, que presentan síntomas más severos, la infección ocurre en individuos de todas las edades.

El **virus es altamente contagioso**, no sólo a través de las secreciones respiratorias de los pacientes sino también a través de las manos y objetos que han estado en contacto con el paciente. El protagonismo del VRS como virus causante de infecciones respiratorias se traduce durante las epidemias en un aumento considerable de las consultas médicas en centros de atención públicos y privados y se asocia a un aumento significativo de las hospitalizaciones de niños menores de 2 años.

En climas templados como el nuestro, la infección por VRS se presenta como una enfermedad estacional, que aparece en brotes epidémicos cada invierno y que pueden durar hasta cinco meses. Prácticamente no circula en otras épocas del año.

Cuando ocurre un brote epidémico de VRS en una comunidad, se observa un aumento en los casos de síndrome bronquial obstructivo (SBO) y neumonía en niños y aumenta el número de hospitalizaciones de lactantes con infección respiratoria baja.

La severidad de los síntomas tiende a ser mayor a edades menores (Ver gráfico), y la mortalidad aumenta en pacientes de riesgo, especialmente en los lactantes con cardiopatías congénitas, displasia broncopulmonar por prematuridad, enfermedad neuromuscular o deficiencias del sistema inmunológico (cáncer, transplante, SIDA).

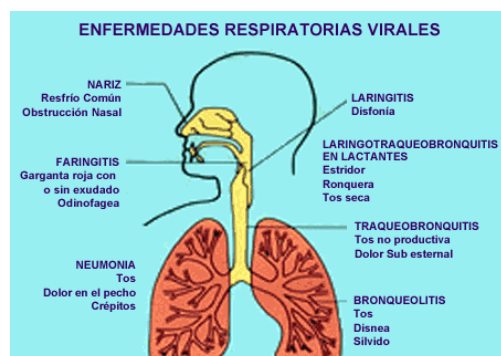
El período de incubación es de aproximadamente 5 días (rango 2 a 8 días). Cuando una persona está infectada, sus secreciones respiratorias contienen cantidades altas de virus durante 3 a 8 días. Sin embargo este período se extiende significativamente (hasta 3 a 4 semanas) en lactantes y pacientes inmunodeprimidos.

La puerta de entrada del virus a un individuo puede ser la nariz, la boca o los ojos. El virus se contagia a través de secreciones respiratorias que son expelidas en gotas de diversos tamaños al hablar, llorar, estornudar o toser. Las manos u objetos que han estado en contacto con secreciones respiratorias de un paciente infectado también sirven de vehículo de transmisión. El virus sobrevive en el ambiente y en objetos por horas.

No se ha determinado con claridad el porqué la infección evoluciona en epidemias anuales con una clara predilección por los meses fríos. Existen evidencias de que el virus está presente en la comunidad durante todo el año con baja incidencia; la mayor aglomeración de personas en lugares cerrados, su permanencia por mayor tiempo en espacios interiores, y la falta de ventilación (por el frío) de estos lugares, pueden proveer condiciones ambientales que facilitan la transmisión de persona a persona.

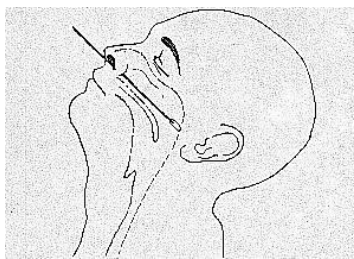
MANIFESTACIONES CLÍNICAS:

La puerta de entrada del virus es a través de la mucosa respiratoria u ocular, donde se multiplica y puede diseminarse al resto del tracto respiratorio. La infección generalmente produce **síntomas y sus manifestaciones pueden ir desde cuadros respiratorios altos (rinitis, faringitis), traqueobronquitis, otitis media, sinusitis, hasta cuadros más severos como bronquiolitis y neumonía**, especialmente en lactantes menores.



La infección en lactantes es más severa por las características anatómicas de la vía aérea fina. Dado que los bronquios pequeños tienen mucho menor diámetro, el mismo grado de inflamación de la mucosa produce mayor obstrucción. Consecuentemente algunos sacos alveolares se colapsan (microatelectasias) ya que no puede entrar aire y al mismo tiempo otros alvéolos se inflan demasiado debido a que el esfuerzo para respirar hace entrar aire que posteriormente la obstrucción no deja salir (hiperinsuflación). Ambos fenómenos se producen simultáneamente en diferentes áreas del pulmón.

DIAGNÓSTICO



El uso de nuevas técnicas rápidas para el diagnóstico de virus respiratorios permite optimizar el manejo clínico de los pacientes, evita el uso innecesario de antibióticos y permite la adopción de medidas para evitar la transmisión viral. Su uso estaría indicado especialmente en lactantes menores con cuadros respiratorios bajos y también en adultos mayores.

El diagnóstico etiológico de VRS se realiza a partir de una muestra de hisopado nasofaríngeo o un aspirado nasofaríngeo. Esta muestra debe contener células suficientes que aseguren la visualización al microscopio de las células del tracto respiratorio infectadas por el virus.

TRATAMIENTO

El tratamiento de la infección por VRS es sintomático. En los casos severos se requiere de manejo de la insuficiencia respiratoria. No se deben dar antibióticos porque es un virus.

Se han realizado muchos esfuerzos para intentar prevenir la infección por VRS, sin embargo, aún no contamos con herramientas óptimas. La lactancia materna ofrecería cierta protección, y hay estudios que sugieren que los niños alimentados al pecho tienen menor riesgo de adquirir una infección por VRS que requiera hospitalización.

PREVENCIÓN

Para prevenir la infección en el hogar, se deben lavar las manos antes de atender a los lactantes y evitar la exposición de éstos a personas con infecciones respiratorias agudas. Esta misma medida es válida cuando existe un adulto mayor en el núcleo familiar.

Los niños que requieren hospitalización deben mantenerse idealmente en aislamiento respiratorio, sin embargo, esta medida no resulta práctica durante el período de mayor número de casos hospitalizados por este agente, por lo que se recomienda aislamiento de contacto el que puede ser en cohorte. La medida más importante de reforzar en este tipo de situación es el lavado de manos antes y después de atender a cada niño.

Aun no existe una vacuna registrada para prevenir la infección por VRS.