

4.2. Hantavirus y Arenavirus

Argentina

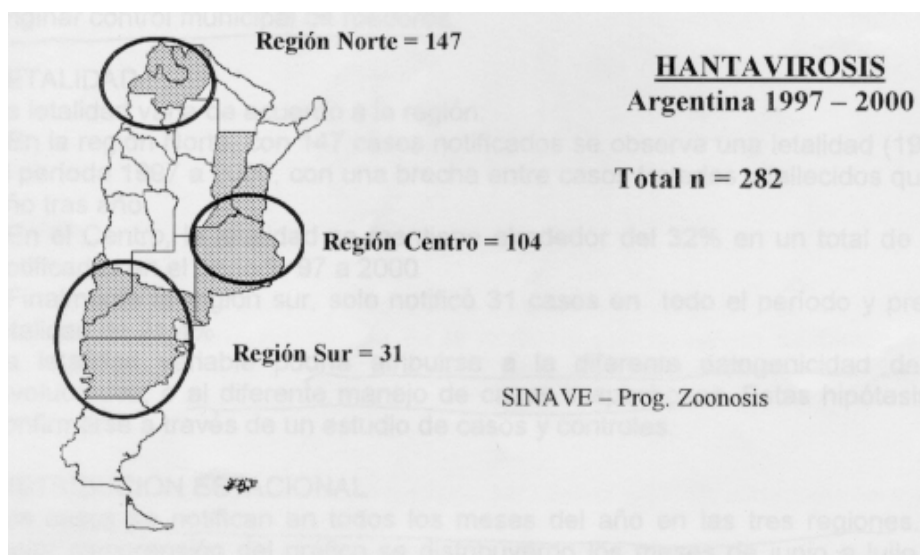
Síndrome Pulmonar por Hantavirus (SPH)

El SPH es una enfermedad sujeta a vigilancia intensificada desde 1995. La confirmación de los casos se ha venido realizando en el Instituto Nacional de Enfermedades Virales Humanas (INEVH) y el Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas (INEI), ambas instituciones dependientes del ANLIS “Carlos G. Malbrán”.

Se han descriptos siete genotipos vírales en Argentina, siendo cuatro los asociados a enfermedad humana: el Orán, al Norte; Lechihuana; Hu39694 en el Centro y Andes en el Sur. Asimismo se han identificado tres focos de la enfermedad causada por hantavirus. Lo que no descarta que la extensión geográfica del hantavirus sea mayor. La falta de notificación estaría dada por la presencia de formas leves. En el periodo de 1997 a 2000, la región sur presenta el menor número de casos notificados (31 casos), seguida en orden creciente por la región centro (104 casos) y por último, la región norte, con 147 casos, siendo ésta la de mayor notificación. De los 282 casos notificados en el periodo 1997 a 2000, el 83.5% se encuentra en la franja etarea de los 15 a 49 años, edad media 31 años. (Figura 14)

En las regiones del sur y del norte, el mayor riesgo de adquirir la enfermedad está relacionado con el trabajo o la concurrencia recreativa a regiones rurales, en especial las áreas de desmonte. Ello explicaría la mayor incidencia de la enfermedad en hombres (82.1%). En la región centro del país, además de la situación señalada anteriormente, se observa casos urbanos a veces relacionados con depósitos de cereales, leña o verduras.

Figura 14.



La letalidad varía de acuerdo a la región.

- En la región norte, con 147 casos notificados, se observa una letalidad de 19.1% para el período 1997 – 2000
- En el centro, la letalidad se mantiene alrededor del 32% en un total de 104 casos notificados entre 1997 y 2000
- En la región sur, con solo 31 casos notificados, en el mismo período, la letalidad observada fue del 21.4%

Esta diferencia en la letalidad podría atribuirse a la diferente patogenicidad de los virus involucrados o al diferente manejo del caso sospechoso.

En cuanto a la distribución estacional, los casos se notifican en todos los meses del año en las tres regiones. En la región sur del país, los casos, además de ser poco numerosos, parecen no tener preferencia en la distribución estacional. En la región centro del país, existe un neto predominio estacional entre los meses de noviembre y febrero. En el norte, la concentración de casos se extiende desde el mes de enero a mayo, posiblemente relacionado a los diferentes cambios climáticos.

Fiebre Hemorrágica Argentina (FHA)

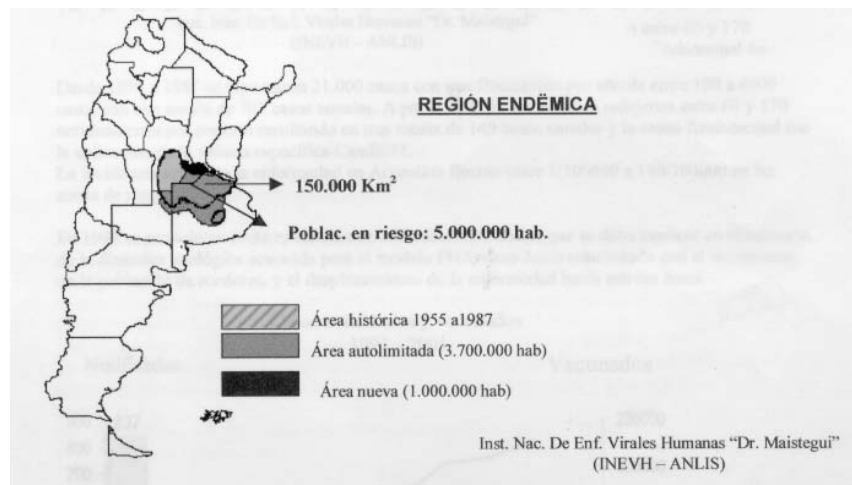
Esta enfermedad es conocida desde hace varias décadas, y hasta los años 90 se presenta de manera cíclica, alternando incidencias altas con bajas, cada 5 y 10 años. La incidencia se relaciona con las fluctuaciones en la densidad de la población de roedores. También influyen los cambios climáticos y la expansión agrícola. El área endémica abarca aproximadamente 150.000 Km².

De 1955 a 1987 se registran 21.000 casos con una fluctuación por año de 100 a 4.000 casos, media de 705 casos anuales. A partir de 1991, las cifras se reducen a 60 y 170 notificaciones por periodo resultando en una media de 149 casos anuales. La causa fundamental de esta reducción es la aplicación de la vacuna específica Candid #1. En 1998 se produce un brote epidémico de 288 casos notificados que se explican en el contexto de la dinámica ecológica conocida por el modelo FHA-virus Junín y relacionada al incremento de roedores y desplazamiento de la enfermedad hacia nuevas áreas. Este brote fue menor que el de 1991.

Durante 1999 y 2000 se observa una tendencia de descenso de la incidencia. La mayoría de los casos se presenta en el sexo masculino, siendo el grupo más afectado el de 15 a 34 años. Si bien se notifican casos durante todo el año, la mayoría de ellos se presenta entre las semanas epidemiológicas 16 y la 32 (meses de abril a julio) coincidiendo con el otoño y principios del invierno. La incidencia actual de la enfermedad en Argentina fluctúa entre 1/100.000 a 140/100.000 hab. en las zonas de riesgo.

Se ha observado una autolimitación de la extensión geográfica registrada en los últimos años (hoy alcanza a 150.000 km²), menor que la de principios de la década del 90, pero, la incorporación de áreas densamente pobladas como la del sur de Santa Fe ha elevado la estimación de la población con riesgo de enfermar a 5.000.000 de habitantes. (Figura 15)

Figura 15



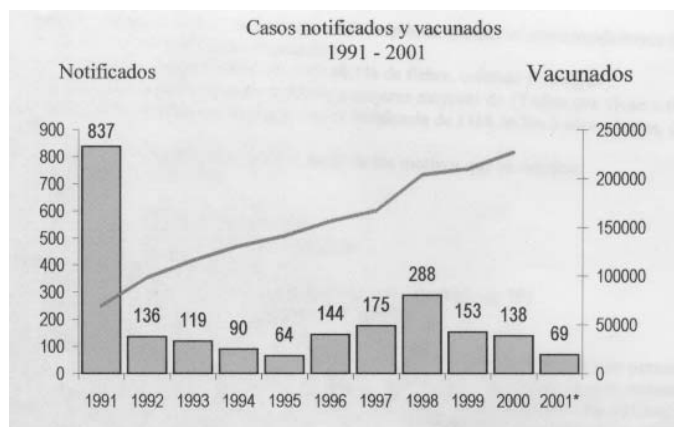
El Programa de FHA se basa en la vigilancia epidemiológica, el diagnóstico etiológico y el tratamiento precoz de los casos. El tratamiento se realiza con plasma de convaleciente administrado a los 8 días del comienzo de los síntomas. Con esta medida terapéutica se pudo reducir la letalidad de un 30% a menos del 1%.

Se realizan estudios de la dinámica poblacional de roedores, dentro y fuera del área endémica, a fin de establecer marcadores de áreas geográficas de riesgo para FHA. El control de roedores es realizado por personal capacitado ya que implica: identificación de especies en la ciudad; determinación de la distribución y abundancia por especies; determinación de la distribución de roedores/habitantes de la ciudad y cuantificación del daño real o potencial en relación a la actividad económica y salud pública de la localidad. También se realiza una reducción del número de la población de roedores a nivel tolerable, mejoramiento de las condiciones sanitarias del área, difusión y educación y eliminación de roedores de predios positivos.

Dentro de las actividades de prevención se encuentran la educación para la salud y la vacunación. La vacuna Candid#1 es a virus Junín vivo y atenuado. La efectividad para el periodo 92-97 fue del 97.7%. Se administra en una única dosis y la persistencia a respuesta inmune es de aproximadamente un 90% hasta al menos 10 años después de la vacunación. La vacuna casi no presenta efectos adversos. Los criterios de inclusión abarcan hombres y mujeres mayores de 15 años que viajan o trabajan en áreas seleccionadas, con contacto rural. Las localidades se seleccionan en base a la mayor incidencia de FHA en los 5 años previos. La vacuna tiene una alta aceptación a pesar de que es voluntaria y restringida; debe concurrirse a sitios de vacunación y horarios preestablecidos; se necesita un número determinado de aplicaciones (10 o múltiplo de 10); y es obligatorio la realización de un test de embarazo previo.

El descenso de la incidencia logrado con la aplicación de 230.000 dosis de Candid#1 en una población en riesgo estimada en 5.000.000 de habitantes, es un reflejo del impacto de la vacunación selectiva (Figura 16). Esta razón justifica el aumento del perfil de vacunación a mujeres y niños.

Figura 16



Sin embargo, aún con buenas coberturas de vacunación, la FHA no puede ser erradicada. Para lograr un control óptimo de la enfermedad se debe ampliar el perfil de la población a vacunar a mujeres y niños menores de 15 años. Asimismo es necesario continuar la vigilancia de la enfermedad para la detección y tratamiento precoz y continuar la vigilancia de la actividad del virus Junín en reservorios roedores para determinar el área de riesgo, sobre todo en las áreas urbanas identificadas.