

# VARICELA 13

---

## INTRODUCCIÓN

La varicela es la enfermedad exantemática más común en la infancia y representa la manifestación de la primoinfección por el virus varicela zoster (VVZ). Se transmite por vía aérea y por contacto con las lesiones cutáneas. Es una enfermedad muy contagiosa, siendo el promedio del número de casos anuales de enfermedad cercano al total de la cohorte nacida en el año.

En los países templados, la mayoría de las personas (90-95%) contraen la enfermedad antes de los 20 años, con una incidencia máxima a los 5-14 años.

En la CAPV se han registrado unos 8.000 casos en 1998, 11.000 casos en 1999 y 18.274 en el año 2000.

## INDICACIONES

Algunos países como EE.UU, Canadá, Australia o Japón la recomiendan de forma sistemática en el calendario vacunal infantil. En el Estado Español, actualmente no está incluida en el calendario vacunal infantil en ninguna CCAA.

Indicada en grupos de alto riesgo:

1. Niños con leucemia linfoblástica aguda (LLA) en las siguientes condiciones:
  - 1.1. Remisión hematológica superior a 12 meses.
  - 1.2. Linfocitos  $> 1.200/\text{mm}^3$  y plaquetas  $> 100.000/\text{mm}^3$
  - 1.3. Supresión de la terapia de mantenimiento una semana antes y otra después de la vacunación.
  - 1.4. Supresión de los esteroides al menos hasta dos semanas después de la vacunación.
2. Niños con tumores sólidos malignos.

Plantearse la vacunación 8-12 meses después de acabar el tratamiento.

3. Niños en programa de trasplante de órgano sólido, previa al trasplante. Vacunar al menos 1 mes antes del trasplante.
4. Tratamientos esteroideos
  - 4.1. Más de 2 mgr/kg de prednisona o equivalente (suspender 3 meses antes de vacunar).
  - 4.2. Menos de 2 mgr/kg de prednisona o equivalente (suspender 2 semanas o no suspender).
5. Personal sanitario o personas que cuidan a niños inmunodeprimidos.
6. Niños con infección VIH no inmunodeprimidos (más del 25% de CD4).

## **EFICACIA E INMUNOGENICIDAD**

La inmunogenicidad es alta en niños sanos; la tasa de seroconversión tras una dosis es superior al 95% y se mantiene durante 10-20 años. Las tasas son menores entre los adultos y adolescentes. En los niños de alto riesgo la seroconversión tras una dosis es superior al 80%, y del 95% tras la segunda dosis, 3 meses después de la primera; más del 10% de los vacunados seroconvertidos se habían negativizado a los 11 años de seguimiento.

La eficacia protectora es persistente y elevada en niños sanos, 94-98% de protección a los 1-10 años de seguimiento. Recientemente algún trabajo ha resaltado asimismo la alta eficacia de la vacuna en la práctica clínica. En los niños de riesgo la eficacia es menor (81-85%), por lo que es aconsejable el control serológico para revacunar en caso de caída importante del título de anticuerpos. Por otra parte se ha observado que a pesar de que hasta el 25% de los pacientes leucémicos que reciben la vacuna pierdan los anticuerpos 1 año después de recibirla, seroconvierten de nuevo en contacto con el virus y no desarrollan la enfermedad. Aunque no se consiga prevenir la enfermedad en algunos casos, esta cursa de forma más atenuada, con menor número de vesículas.

## **ADMINISTRACIÓN Y PAUTAS DE VACUNACIÓN**

Pauta: Una sola dosis de 0,5 ml para niños sanos mayores de 9 meses es suficiente. En pacientes de alto riesgo puede ser valorada la administración de una segunda dosis con un intervalo de 3 meses.

Administración exclusiva por vía subcutánea.

Presentación monodosis, tiene que reconstituirse por adición del disolvente al vial de la vacuna, formar una suspensión homogénea e inyectar todo el vial reconstituido. Bajo ninguna circunstancia debe administrarse por vía intravenosa.

## VACUNAS DISPONIBLES

| <i>Nombre comercial</i> | <i>Laboratorio</i> |
|-------------------------|--------------------|
| <b>VARILRIX</b>         | GlaxoSmithKline    |

Composición: Preparación liofilizada de la cepa OKA de virus varicela-zoster vivo atenuado, obtenido por propagación del mismo en cultivo de células diploides humanas. Cada dosis de 0,5 ml de vacuna reconstituída contiene no menos de  $10^{3.3}$  (2000) unidades formadoras de placa (UFP) de virus atenuados

Excipientes: Sulfato de neomicina (menos de 25 microgramos por dosis), lactosa, aminoácidos para inyección, sorbitol, manitol.

## REACCIONES ADVERSAS

Aproximadamente el 4% de los niños sanos vacunados presentan erupciones pápulo-vesiculares, de número menor a 10 lesiones, a las 3 semanas de la vacunación. El 5% presentan fiebre de 37,5°C. Estas reacciones se dan algo más frecuentemente en adultos (7%). En los niños de alto riesgo, las reacciones generales como el rash y la fiebre pueden presentarse hasta en el 20%, siendo más frecuentes entre los leucémicos que entre los pacientes con tumores sólidos. Se han descrito otras reacciones generales (cefalea, síntomas respiratorios superiores, trombopenia y neutropenia), con escasa frecuencia.

Las reacciones locales (enrojecimiento, dolor, hinchazón) se dan en el 10% de los niños sanos y el 25-35% de los adolescentes y adultos sanos. Son también más frecuentes, 20-40% en los pacientes de alto riesgo.

Los estudios de seguimiento demuestran que la incidencia de herpes zoster es menor entre los pacientes vacunados que tras la infección natural por el virus salvaje. El zoster es más frecuente (16%) en los niños que desarrollan rash como efecto secundario que en los que no lo hacen (2%). La incidencia de zoster es menor en los pacientes leucémicos que han recibido una segunda dosis de vacuna. Existe evidencia de que algunos casos de zoster en vacunados pueden resultar de antecedentes de infección natural por varicela.

## ADMINISTRACIÓN SIMULTÁNEA DE OTRAS VACUNAS E INTERACCIONES

Sujetos sanos: puede administrarse a la vez que otras vacunas, en lugares de inyección distintos.

Pacientes de alto riesgo: no debe administrarse a la vez que otras vacunas vivas atenuadas (normalmente contraindicadas en estos sujetos). Puede administrarse a la vez que otras vacunas inactivadas, en lugares de inyección distintos.

Si se administran inmunoglobulinas u otros derivados sanguíneos, debe diferirse la vacunación durante 5 meses por la posibilidad de interferencia y fallo vacunal.

No debe administrarse inmunoglobulina ni Ig varicela-Zoster en las 3 semanas siguientes a la vacunación, a no ser que los beneficios de tal medida superen a los de la vacunación; en estos casos, deberá volver a vacunarse transcurridos 5 meses.

En caso de vacunación previa frente al sarampión, debe retrasarse 1 mes debido a la depresión transitoria de la inmunidad que puede producir la vacunación antisarampionosa.

## **CONTRAINDICACIONES, PRECAUCIONES E INDICACIONES ESPECIALES**

Contraindicaciones: Las generales de todas las vacunas de virus vivos atenuados, específicamente:

1. Reacción anafiláctica a la neomicina. Una historia de dermatitis de contacto a la neomicina no es contraindicación.
2. Niños con depresión de la inmunidad celular (inmunodeficiencias congénitas o adquiridas, procesos tumorales en tratamiento de inducción, radioterapia, infección VIH (\*), niños con leucemia linfoblástica aguda que no cumplan los requisitos especificados en las indicaciones).
3. Tratamiento con corticoides a dosis altas (>2 mg/kg/día). No hay riesgo en vacunar a niños que reciben corticoides por vía inhalatoria.
4. Niños en tratamiento crónico con salicilatos, aunque no se ha descrito ningún caso de Síndrome de Reye.
5. Embarazo.
6. Niños en contacto con mujeres embarazadas susceptibles a la varicela.

Precauciones: es posible aislar el virus vacunal de las vesículas de los vacunados, por lo que teóricamente es posible su transmisión a los contactos. Esto puede suceder más frecuentemente entre los leucémicos y otros niños de alto riesgo vacunados debido a que presentan vesículas con mayor frecuencia y en mayor número.

Si una persona inmunocomprometida es expuesta accidentalmente a una persona con rash postvacunal, no es necesario que reciba Ig Varicela-Zoster.

---

(\*) Actualmente, sí se consideran candidatos a vacunación, niños asintomáticos o con síntomas leves infectados por VIH, en las clases N1 o A1 de la clasif. CDC, con porcentajes específicos por edad de CD4+ linfocitos-T superiores o iguales al 25%.

Debe evitarse el embarazo durante los 3 meses siguientes a la vacunación. Si una mujer embarazada es vacunada, o se queda embarazada en el primer mes siguiente a la vacunación, debería ser aconsejada e informada de los potenciales efectos en el feto, aunque los riesgos son muy bajos.

## **ALMACENAMIENTO Y MANEJO DE LA VACUNA**

Conservación a +2° C a +8° C. Proteger de la luz. Mantiene su capacidad inmunógena durante dos años.