

VARICELA Y ACICLOVIR

Sumario

- Varicela y aciclovir
- Nuevas pautas de vacunación antitetánica en adultos

«El boletín INFAC es una publicación mensual que se distribuye gratuitamente a las y los profesionales sanitarios de la CAPV. El objetivo de este boletín es la promoción del uso racional del medicamento para obtener un mejor estado de salud de la población».

ción de la pauta vacunal, la vacunación se realizará a los 10 años de edad en niños nacidos a partir de 1995 no inmunes⁴.

En la mayoría de los casos, es suficiente el tratamiento tradicional sintomático con antipiréticos, lociones hidratantes o antihistamínicos orales, reposición de líquidos y el corte de uñas para evitar lesiones de rascado y sobreinfecciones^{1,2}.

Para moderar y acortar el curso de la enfermedad se utilizan otros tratamientos como son las inmunoglobulinas y los antivirales⁵. En este INFAC nos centraremos en la información relativa al uso de los antivirales, en concreto del aciclovir, ya que no hay datos clínicos sobre el uso de famciclovir y valaciclovir en esta indicación².

USO DE ACICLOVIR

El aciclovir es un medicamento habitualmente bien tolerado por vía oral incluso cuando se administra a altas dosis o durante largos periodos de tiempo. Los efectos adversos más comunes descritos tras su administración oral o intravenosa son los trastornos gastrointestinales (nauseas, vómitos, diarrea y dolor abdominal). Además su uso puede asociarse con reacciones alérgicas cutáneas o cefalea. También se han descrito reacciones neurológicas poco frecuentes y reversibles en pacientes con aclaramiento renal limitado a los que se les administró altas dosis del medicamento por vía intravenosa (IV)⁶.

Se ha cuestionado si el uso del aciclovir podría disminuir la respuesta inmune a la varicela, exponiendo a los pacientes tratados a un aumento del riesgo de reinfección o bien, de reactivación del virus latente. Sin embargo, en un estudio realizado en niños sanos se observó que la depresión de la respuesta inmune fue transitoria⁷; de hecho, se ha observado que los pacientes tratados con aciclovir no han tenido un aumento del riesgo de padecer herpes zoster⁶.

Pacientes inmunocompetentes

En una revisión Cochrane⁵ que evaluó el uso del aciclovir oral en niños inmunocompetentes cuando éste se administraba dentro de las primeras 24 horas tras la aparición del rash característico de la varicela, se mostró una reducción de un día en el número de días de fiebre, así como del número máximo de lesiones. No hubo diferencias significativas entre el aciclovir y el placebo con respecto a las complicaciones asociadas con la varicela o a los efectos adversos asociados con el tratamiento.

INTRODUCCIÓN

La varicela es una enfermedad común causada por un herpesvirus, el virus varicela-zoster, que también es el causante del herpes zoster.

En niños sanos habitualmente es una enfermedad leve y autolimitada, caracterizada por un exantema vesicular acompañado de fiebre y malestar general. Las complicaciones más comunes incluyen sobreinfección bacteriana, afectación del sistema nervioso central y neumonía, y son más frecuentes en inmunodeprimidos, edades extremas y embarazadas^{1,2}.

Su aparición se puede prevenir mediante la vacunación. En la Comunidad Autónoma del País Vasco la vacuna se encuentra incluida en el calendario de vacunación infantil, a los 10 años de edad para población no vacunada o que no haya pasado la enfermedad³. En el caso de que se deba hacer una adaptación

Debido a su modesta eficacia, no se recomienda el uso rutinario del aciclovir en niños sanos menores de 12 años, pero podría considerarse en otros grupos con mayor riesgo de padecer una varicela grave^{1,2,6,7} (ver dosis en la tabla):

- Pacientes sanos de 12 o más años (y no embarazadas en caso de mujeres). Aunque la mayoría de los adultos no padecen una varicela grave, tienen mayor riesgo de desarrollar neumonía que los niños. Ésta suele ser motivo de hospitalización y conlleva una mortalidad total del 10-30%². Por ello se recomienda el tratamiento con aciclovir oral siempre que el tratamiento se inicie dentro de las primeras 24 horas tras la aparición del rash.
- Niños mayores de 12 meses con enfermedades crónicas pulmonares o cutáneas en los que la sobreinfección bacteriana puede tener consecuencias graves.
- Pacientes en tratamiento con salicilatos a largo plazo, por el riesgo de aparición del síndrome de Reye.
- Niños en tratamiento intermitente con corticoides orales o inhalados.

Los resultados de los estudios no apoyan el uso generalizado del aciclovir en niños menores de 12 años inmunocompetentes, en los cuales la varicela es autolimitada y da lugar a pocas complicaciones.

Pacientes inmunocomprometidos

Los niños inmunocomprometidos pueden desarrollar complicaciones graves y tienen una tasa de mortalidad debida a la varicela del 7-14%². En niños y adolescentes que padecen enfermedades linfoproliferativas, tumores sólidos, inmunodeficiencia congénita o adquirida, trasplantados o tratados con altas dosis de corticoides, el uso del aciclovir IV es muy beneficioso⁶ (ver dosis en la tabla).

El tratamiento óptimo con aciclovir IV se debe iniciar en las primeras 24 horas tras la aparición del rash; no obstante, los pacientes inmunodeprimidos deben tratarse incluso si han pasado más de 24 h desde la aparición de los síntomas².

Embarazadas y recién nacidos

No hay una evidencia clara acerca del riesgo del uso de aciclovir en el embarazo por lo cual, la FDA lo clasifica con categoría

B. En la ficha técnica se recomienda utilizarlo sólo en los casos en que la relación beneficio-riesgo lo aconseje⁸.

El síndrome de varicela congénita se presenta en el 0,4-2% de los hijos de mujeres que han padecido la varicela en las primeras 20 semanas de gestación. También puede presentarse una infección neonatal grave cuando la madre padece la varicela en el periodo perinatal¹.

Aunque hay varios informes de casos con resultados favorables tras el uso de aciclovir IV en recién nacidos con varicela, no existen datos de estudios controlados que avalen el beneficio de dicha terapia. No obstante, debido al riesgo de infección grave y de muerte, se recomienda usar aciclovir IV en niños con varicela durante el primer mes de vida (ver dosis en la tabla). Se han dado casos de varicela fatal en recién nacidos a pesar de la administración de aciclovir y de inmunización pasiva⁷.

TRATAMIENTO ANTIVIRAL DE INFECCIONES POR VIRUS VARICELA-ZOSTER^{6,7,8}

SITUACIÓN CLÍNICA	RECOMENDACIONES	PAUTA POSOLÓGICA
Niños sanos (2 a 12 años)	Tratar sólo a grupos de riesgo (ver texto)	Aciclovir oral 20 mg/kg cuatro veces al día (máx 800 mg) durante 5 días*
Niños >12 años y adultos sanos	Beneficioso	Aciclovir oral 800 mg cinco veces al día a intervalos de 4 horas (omitiendo la dosis nocturna) durante 7 días*
Inmunocomprometidos	Indicado tratamiento IV. Derivar al hospital	Aciclovir IV 10 mg/kg cada 8 horas en infusión de una hora, durante siete días
Recién nacidos	Considerar tratamiento IV. Derivar al hospital	Aciclovir IV 20 mg/kg cada 8 h

* Iniciar el tratamiento dentro de las primeras 24 h tras la aparición del rash.

PROFILAXIS POST-EXPOSICIÓN⁹

Antes de decidir si es necesario administrar un tratamiento profiláctico a los pacientes tras la exposición al virus varicela-zoster, se deben considerar varios factores:

- Determinar si el paciente es susceptible de infección (historia negativa de varicela, no estar vacunado previamente). Los niños nacidos a término a menudo tienen anticuerpos maternos que les protegen hasta, al menos, los seis meses de edad.
- Evaluar si la exposición tiene probabilidades de provocar una infección (contacto cercano de más de una hora en un sitio cerrado, contacto próximo prolongado...).
- Definir si se trata de un paciente con mayor riesgo de sufrir

complicaciones debidas a la varicela que la población general (inmunocomprometidos).

Hay muy pocos datos relativos al uso del aciclovir en la profilaxis tras la exposición al virus varicela-zoster. En pacientes sanos sin evidencia documentada de inmunidad no está recomendado su uso rutinario. Para estos pacientes, salvo el caso de embarazadas, se recomienda la inmunización activa.

No hay estudios relativos al uso del aciclovir en inmunocomprometidos, por lo que se recomienda la inmunización pasiva con inmunoglobulina. En casos de pacientes severamente inmunocomprometidos se podría administrar aciclovir además de la inmunoglobulina o usar aciclovir solo, si el periodo de administración de la inmunoglobulina ha pasado¹.

BIBLIOGRAFÍA

1. Heininger U, Seward JF. Varicella. *Lancet*. 2006;368:1365-76.
2. Albrecht MA. Treatment of varicella-zoster virus infection: Chickenpox. In: *UpToDate® Online 17.3*, Basow, DS(Ed), UpToDate, Waltham, MA, 2009. Disponible en www.uptodate.com. Consultado noviembre 2009.
3. Calendario de vacunación infantil de la CAPV. Enero 2008. Disponible en: http://www.osanet.euskadi.net/r85-20366/es/contenidos/informacion/vacunas_epidem/es_4330/adjuntos/calendario-VacunacionInfantil_c.pdf
4. Documento de adaptación de pauta vacunal al calendario de vacunación de la CAPV. Dirección de Salud Pública. Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco. Vitoria-Gasteiz, enero 2008.
5. Klassen TP, Hartling L, Wiebe N, Belseck EM. Aciclovir para el tratamiento de la varicela en niños y adolescentes sin otra enfermedad (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, número 4, 2008. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com> (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
6. Arvin AM. Antiviral therapy for varicella and herpes zoster. *Semin Pediatr Infect Dis*. 2002;13:12-21.
7. Enright MA, Prober C. Antiviral therapy in children with varicella zoster virus and herpes simplex virus infections. *Herpes*. 2003;10(2):32-7.
8. Fichas técnicas de aciclovir. <https://sinaem4.agedmed.es/con-saem/fichasTecnicas.do?metodo=detalleForm>
9. Albrecht AM. Post-exposure prophylaxis against varicella-zoster virus infection. In: *UpToDate® Online 17.3*, Basow, DS (Ed), UpToDate, Waltham, MA, 2009. Disponible en www.uptodate.com. Consultado noviembre 2009.

Fecha de revisión bibliográfica: noviembre 2009

NUEVAS PAUTAS DE VACUNACIÓN ANTITETÁNICA EN ADULTOS

INTRODUCCIÓN

En los últimos años se han producido algunas novedades en la prevención del tétanos y la difteria, por cambios en las recomendaciones de los organismos oficiales con respecto a las dosis de recuerdo de la vacuna del toxoide tetánico y diftérico (Td). Estos cambios se deben, por un lado, a nuevas evidencias epidemiológicas y, por otro, a la restricción del suministro de dicha vacuna a nivel global¹.

¿CUÁLES SON LAS NUEVAS PAUTAS DE VACUNACIÓN?

Las nuevas pautas de vacunación antitetánica en adultos, basadas en las recomendaciones de la Ponencia de Vacunas del Ministerio de Sanidad y Consumo y del Comité Asesor de Vacunaciones de Euskadi, priorizan conseguir una primovacuna-ción correcta con tres dosis y las dosis de recuerdo pertinentes, con una cobertura lo más amplia posible de toda la población, disminuyendo las dosis de recuerdo necesarias en pacientes correctamente vacunados²⁻⁴.

En la mayoría de los estudios de seroprevalencia se observa que existe menor seroprotección en los mayores de 65 años. Este hecho puede deberse a una pérdida de los anticuerpos con el tiempo o a un efecto cohorte (es decir, que las poblaciones mayores de 65 años no hayan sido correctamente vacunadas con anterioridad), o a ambas causas³.

Por otro lado, se ha visto que la administración de dosis de recuerdo a personas con altos títulos de anticuerpos no proporciona protección adicional, ni a corto ni a largo plazo y, por otra parte, incrementa la probabilidad de efectos adversos³.

PRIMOVACUNACIÓN EN ADULTOS

Adultos no vacunados en la infancia:

- 1ª dosis con Td tan pronto como sea posible
- 2ª dosis, al menos 1 mes después de la 1ª dosis
- 3ª dosis, al menos 6 meses después de la 2ª dosis

Adultos con primovacuna-ción incompleta:

- No reiniciar la pauta de vacunación
- Se completará la pauta de primovacuna-ción hasta las 3 dosis. Los intervalos mínimos considerados entre dosis son similares a los de los no vacunados. No se consideran intervalos máximos

En personas primovacuna-das en la edad adulta con 3 dosis, se administrarán dos dosis de recuerdo con un intervalo de 10 años entre dosis hasta completar un total de 5 dosis³.

En el caso de que no se respete el intervalo mínimo de dosis y se adelante la administración de la vacuna, ésta no se contará como última dosis.

DOSIS DE RECUERDO EN ADULTOS

Vacunados correctamente en la infancia y la adolescencia según calendario vigente (en la CAPV actualmente a la edad de 2-4-6-18 meses; 6 y 16 años):

- Se recomienda una única dosis de recuerdo a los 65 años

Vacunados en la infancia y la adolescencia de forma incompleta o Primovacuna-dos en la adolescencia o en la edad adulta (menos de 5 dosis):

- Se completará la primovacuna-ción con Td (0, 1 y 7 meses)
- Se completará la vacunación con 2 dosis de recuerdo, según la siguiente pauta:
 - 1er. recuerdo (4ª dosis) 10 años después de la 3ª dosis con intervalo mínimo entre la 3ª y 4ª dosis: 1 año
 - 2º recuerdo (5ª dosis) 10 años después de la 4ª dosis con intervalo mínimo entre la 4ª y 5ª dosis: 1 año

El adulto primovacuna-dado recibirá un total de 5 dosis con Td para tener protección duradera a lo largo de su vida.

¿QUÉ SE DEBE HACER ANTE UNA LESIÓN CON RIESGO DE TÉTANOS?

Hasta que no se consigan adecuadas coberturas vacunales de toda la población, hay que seguir vigilantes ante pacientes que presenten heridas y otras lesiones con riesgo de tétanos. Se debe tener especial atención en pacientes adultos y mayores que no hayan recibido una primovacuna-ción completa en la infancia, y en otras lesiones además de las heridas (úlceras,

abscesos, etc.). En muchos casos, para valorar el estado vacunal actual del paciente, hay que basarse únicamente en lo que éste explica, por lo que sería deseable disponer de registros unificados de vacunaciones que pudieran ser consultados desde cualquier centro sanitario. Esto podría prevenir en muchos casos la sobrevacunación¹.

PROFILAXIS EN CASO DE HERIDAS O LESIONES

El tipo de profilaxis contra el tétanos indicada tras haber sufrido heridas depende de la naturaleza de la lesión y de los antecedentes de inmunización del paciente².

Se consideran heridas tetanígenas^{1,3,4}:

- Heridas o quemaduras que requieren intervención quirúrgica que se retrasa más de 6 horas.
- Heridas o quemaduras con un importante grado de tejido desvitalizado.
- Heridas punzantes, particularmente donde ha habido contacto con suelo o estiércol.
- Heridas contaminadas con cuerpo extraño (especialmente de origen biológico, como madera por ejemplo).

- Heridas con fracturas.
- Mordeduras.
- Heridas por congelación.
- Heridas o quemaduras en pacientes que tienen sepsis sistémica.

En el caso de heridas limpias o heridas tetanígenas que no sean consideradas de alto riesgo, y con antecedentes de haber recibido al menos 3 dosis previas de vacunación, no se necesitará la administración de inmunoglobulina y se administrarán dosis adicionales de vacuna en caso de que la persona no haya recibido una pauta de 5 dosis con anterioridad durante la edad adulta ó 6 dosis en la infancia^{3,4}.

PAUTAS DE ACTUACIÓN PARA LA PROFILAXIS ANTITETÁNICA EN HERIDAS^{1,3-5}

ANTECEDENTES DE VACUNACIÓN	HERIDA LIMPIA		HERIDA TETANÍGENA	
	Vacuna (Td)	IGT*	Vacuna (Td)	IGT*
menos de 3 dosis o desconocida	SÍ (iniciar o completar vacunación)	NO	SÍ (iniciar o completar vacunación)	SÍ
3 ó 4 dosis	NO (administrar una dosis si hace más de 10 años desde la última dosis)	NO	NO (administrar una dosis si hace más de 5 años desde la última dosis)	NO**
5 ó más dosis	NO	NO	NO (si hace más de 10 años de la última dosis, valorar la administración de una única dosis adicional en función del tipo de herida)	NO**

* IGT; inmunoglobulina antitetánica. Se administrará en lugar separado de la vacuna. En general, se administran 250 UI. Si han transcurrido más de 24 horas, en personas de 90 Kg de peso, en heridas con alto riesgo de contaminación o en caso de quemaduras, fracturas o heridas infectadas, se administrará una dosis de 500 UI.

** Las heridas tetanígenas contaminadas con gran cantidad de material y/o que presenten grandes zonas de tejido desvitalizado (heridas de alto riesgo) recibirán una dosis de inmunoglobulina.

En caso de pacientes inmunodeprimidos y usuarios de drogas por vía parenteral, se administrará una dosis de IGT en caso de heridas tetanígenas, independientemente del estado de vacunación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Morató ML, Serra A, Robles P. Vacunación del adolescente y del adulto: nuevas pautas para una "vieja" vacuna, la antitetánica. *AMF*. 2009;5(4):210-4.
2. Vacunación antitetánica. Documento de posición de la OMS 2006. Disponible en: http://www.who.int/immunization/Tetanus_vaccine_SP.pdf
3. Vacunación en adultos. Recomendaciones. Vacuna de difteria y tétanos. Actualización 2009. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Disponible en: http://www.msc.es/ciudadanos/proteccionSalud/vacunaciones/docs/TetanosDifteria_2009.pdf

4. Nuevas pautas de vacunación antitetánica en adultos. Dirección de Salud Pública. Departamento de Sanidad y Consumo. Gobierno Vasco. Vitoria-Gasteiz, 2009.
5. Batalla C. ¿Cambios en las pautas de vacuna antitetánica? *Aten Primaria*. 2008;40(12):595-6

Fecha de revisión bibliográfica: diciembre 2009

Se recuerda la importancia de notificar los efectos adversos a la Unidad de Farmacovigilancia
Teléfono 94 400 7070 · Fax 94 400 7103 · correo-e: farmacovigilancia@osakidetza.net

Se han recibido últimamente numerosas peticiones de personas que prefieren dejar de recibir en formato papel tanto el INFAC, como la ficha Nuevo Medicamento a Examen, por tenerlas disponibles en la web. Si alguien prefiere no recibir estas publicaciones en papel puede mandar un correo electrónico a la siguiente dirección: cevime4-san@ej-gv.es

Galdera, iradokizun edo parte-hartzetarako lanak nori zuzendu / Para consultas, sugerencias y aportaciones dirigirse a: zure komarkako farmazialaria / el farmacéutico de su comarca o CEVIME/MIEZ - tel. 945 01 92 66 - E-mail: cevime-san@ej-gv.es

Idazkuntza Batzardea / Consejo de Redacción: José Ramón Agirrezabala, Iñigo Aizpurua, Miren Albizuri, Iciar Alfonso, María Armendáriz, Sergio Barrondo, Arrate Bengoa, Aritxu Etxeberria, Julia Fernández, Susana Fernández, Itxasne Gabilondo, Leire Gil, Ana Isabel Giménez, Juan José Iglesias, Josune Iribar, Jesús Iturralde, Nekane Jaio, Itxasne Lekue, M^o José López, Javier Martínez, Amaia Mendizabal, Carmela Mozo, Elena Ollóquiegi, Elena Ruiz de Velasco, Rita Sainz de Rozas, Elena Valverde.



Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia
Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco

OSASUN ETA KONTSUMO SAILA
DEPARTAMENTO DE SANIDAD Y CONSUMO

ISSN: 1575054-X · D.L.: BI-587-99