

Montevideo, 25 de junio de 2012

ACTUALIZACION DE VARICELA A LA SE 23 DE 2012

La varicela es la principal infección causada por el **virus de la varicela zoster (VZV)**. Es una enfermedad viral aguda generalizada, de comienzo repentino, con fiebre moderada, síntomas generales leves y una erupción cutánea que es maculopapulosa inicialmente, vesiculosa luego y costrosa en la evolución¹.

Suele ser una enfermedad leve en los niños. Normalmente dura de cuatro a siete días y se caracteriza por un período prodrómico corto (de uno a dos días) o inexistente (pocos grados de fiebre, malestar) y por una erupción pruriginosa consistente en brotes de máculas, pápulas, vesículas y a veces costras, que aparecen en tres o más oleadas sucesivas.

La transmisión del VZV a una persona susceptible de contraer la enfermedad se produce a través del contacto con otra persona infectada de varicela o, con menos frecuencia, con una persona que padece herpes zoster. Se transmite por vía aérea o por gotas de Flugge (gotas de secreciones respiratorias).

El **período de incubación** es de 10 a 21 días (media de 14 a 16 días).

La presencia de **complicaciones** graves es una excepción, pero pueden producirse sobre todo en bebés, adolescentes, adultos y personas inmunocomprometidas. Incluyen infecciones bacterianas secundarias o lesiones cutáneas, neumonía, ataxia cerebelosa y encefalitis.

Se han notificado segundos casos de varicela en personas inmunocompetentes, pero son casos excepcionales.

Con posterioridad a la varicela, el VZV establece latencia en los ganglios nerviosos sensoriales. El virus puede reactivarse en etapas más avanzadas de la vida provocando herpes zoster (culebrilla), por lo general localizado en uno a tres dermatomas.

Dado que la **vacuna** tiene una efectividad del 70-90%, en algunas personas vacunadas puede aparecer una forma modificada de varicela, denominada varicela postvacunal. La varicela postvacunal es casi siempre leve, con menos de 50 lesiones cutáneas, sin fiebre y de menor duración de la erupción, que podría ser de apariencia atípica.

Existe una variación estacional de varicela, predominando en los climas templados, a fines del otoño y en primavera.

¹ “El control de las enfermedades transmisibles”. Decimoctava edición. OPS

Situación en el Uruguay

En Uruguay la varicela es una enfermedad de notificación obligatoria dentro de la primera semana de sospecha del caso (Grupo B), con un comportamiento endemo-epidémico, existiendo registros de su vigilancia desde el año 1946.

Nuestro país fue el primero en América Latina en incorporar al esquema obligatorio nacional la vacunación contra la varicela en el año 1999 al año de vida.

Resultados de la vigilancia

Los Gráficos N° 1, 2 y 3 permiten identificar un claro comportamiento endemo-epidémico del evento, con brotes cada 2 -3 años hasta el año 1999 donde se introdujo la vacuna en el esquema obligatorio.

A partir de esa fecha se registra una clara tendencia en descenso con máximos de casos en los años 2002 y 2005.

Grafico N° 1. Distribución de Tasa de incidencia de varicela según año. Uruguay 1986-2011

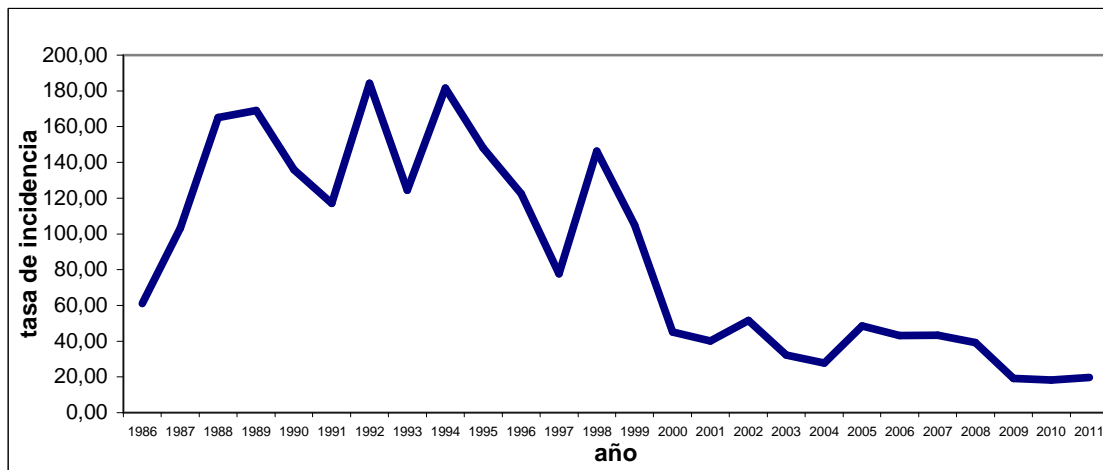


Grafico N° 2. Distribución de Tasa de Incidencia y Tendencia de varicela según año. Uruguay 1989-2011.

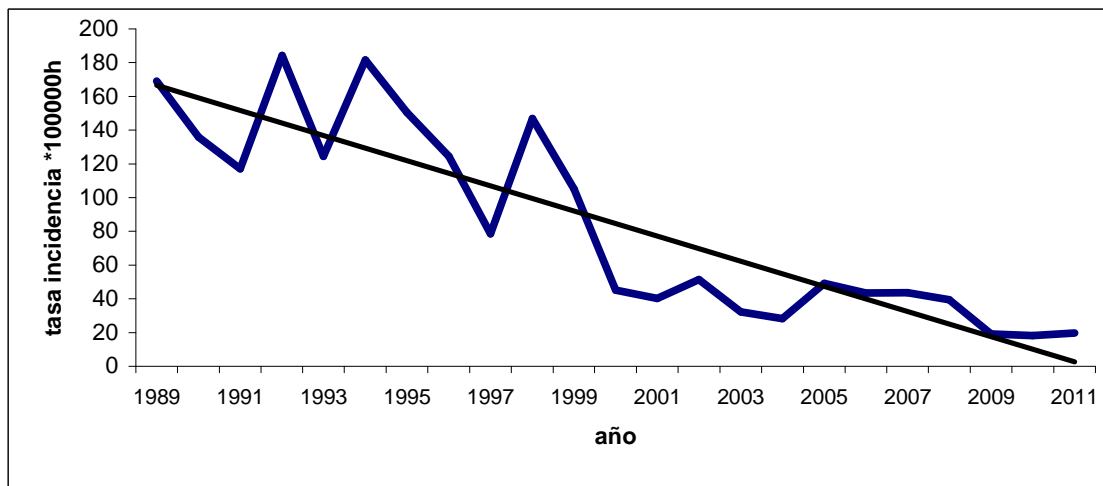
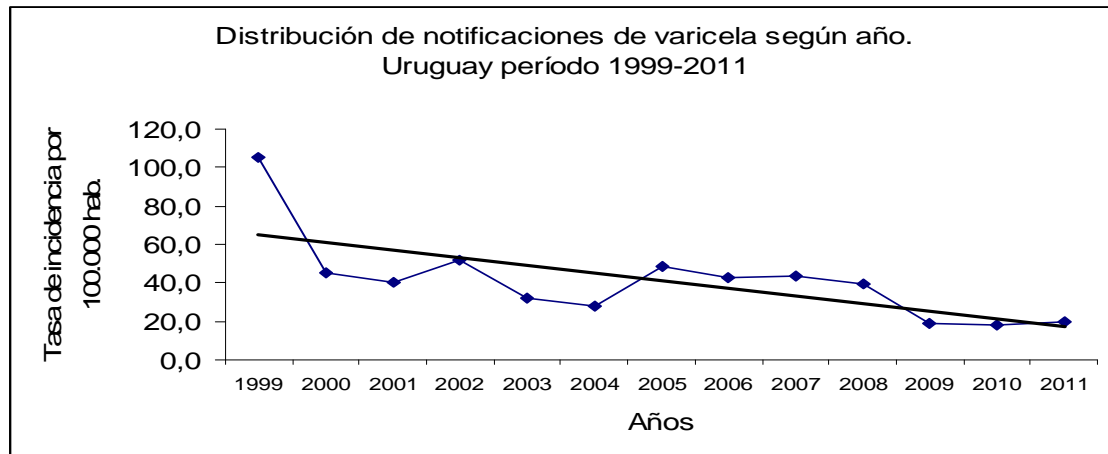


Grafico Nº 3. Distribución de Tasa de Incidencia y Tendencia de varicela según año. Uruguay 1999-2011.



En cuanto a la distribución temporal, como fue mencionado varicela clásicamente predomina en épocas de otoño y primavera.

El Grafico Nº 4 presenta el numero de casos acumulados entre los años 2005 a 2011 en cada una de las SE mostrando este predominio temporal (máximos en las SE 22 – mayo- y 42 –octubre-).

Al analizar la distribución por SE y por año, se aprecia que en los últimos tres años, ésta muestra un claro aumento en las SE que corresponden a otoño, no siendo tan claro el aumento correspondientes a las SE de primavera como se observa en los años previos.

Grafico Nº 4. Distribución acumulada de las notificaciones según SE. Uruguay 2005-2011.

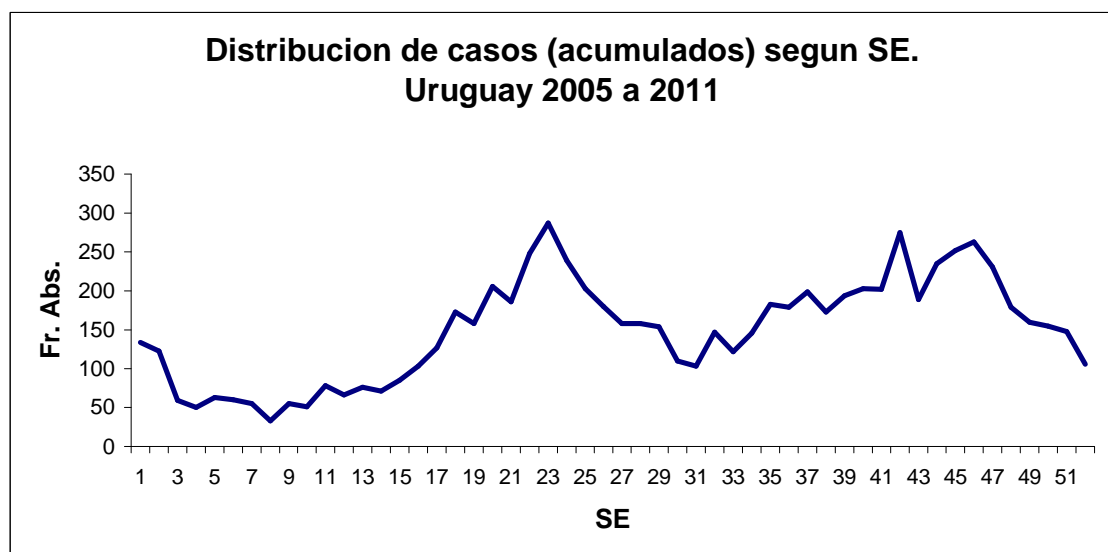
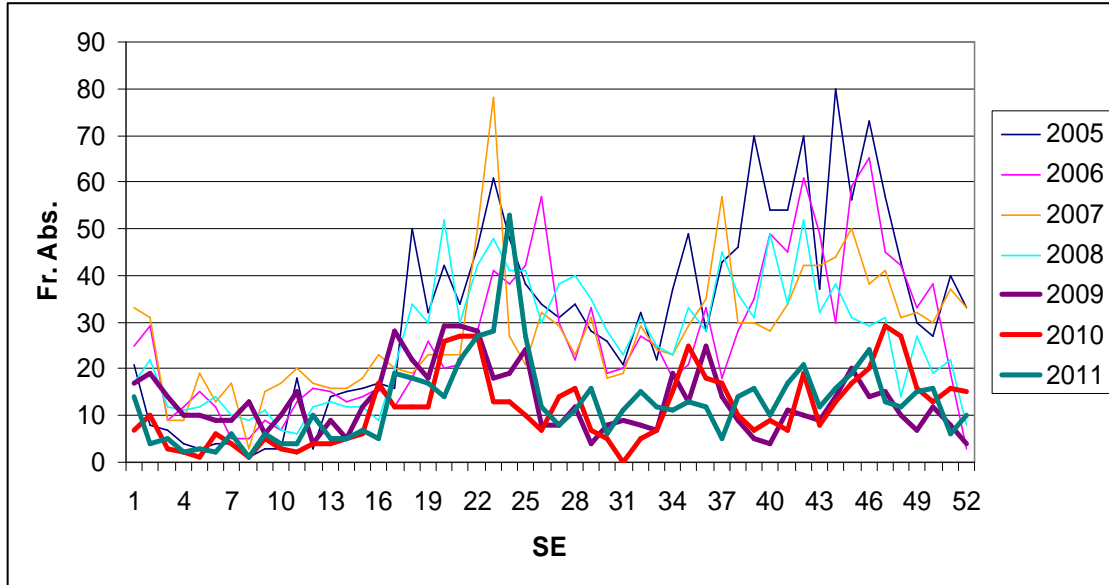


Grafico Nº 5 Distribución de las notificaciones según SE y año. Uruguay 2005 – 2011.



En relación a las edades, durante los años 2005 y 2007 hubo claro predominio de casos en edades de población presumiblemente no vacunada. De 2008 a 2010 las edades de los casos se encuentran próximas a los límites entre edades vacunadas y no vacunadas. En cambio en el año 2011, la mediana y el modo de edades tanto de los casos individuales como en los brotes, correspondió a población vacunada.

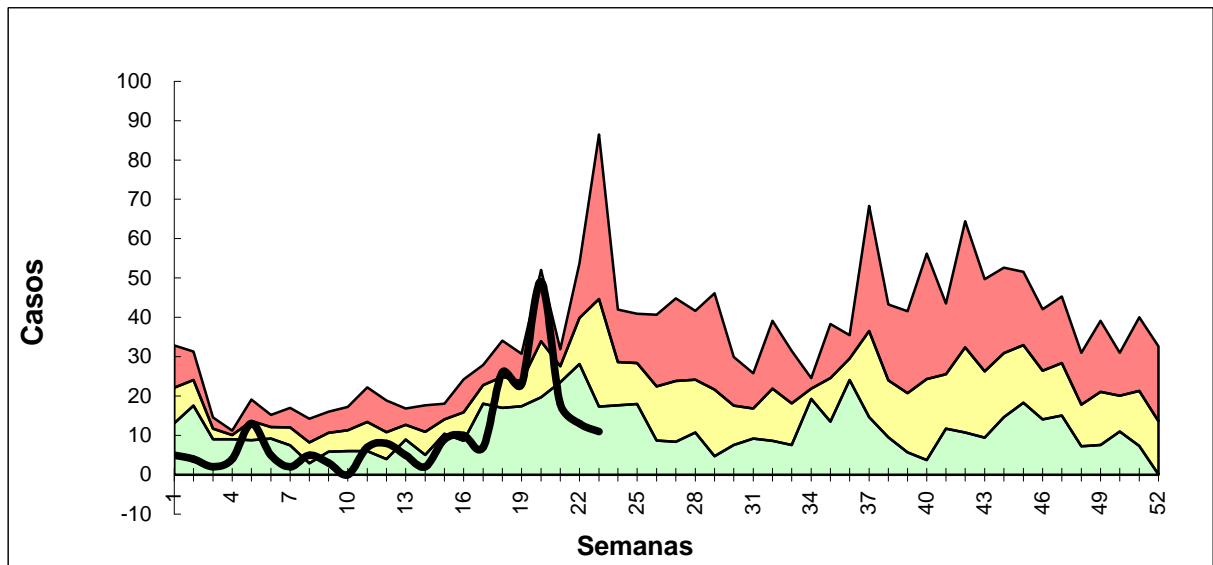
Tabla Nº 1. Medidas de resumen de edad de Varicela según año. Uruguay 2005-2011.

MEDIDAS DE RESUMEN DE EDAD AÑOS							
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
MEDIA	11,75	12,01	13,30	13,05	13,30	13,95	13,54
MEDIANA	9	9	10	10	11	12	10
MODO	8	9	10	10	11	10	7

SITUACION 2012

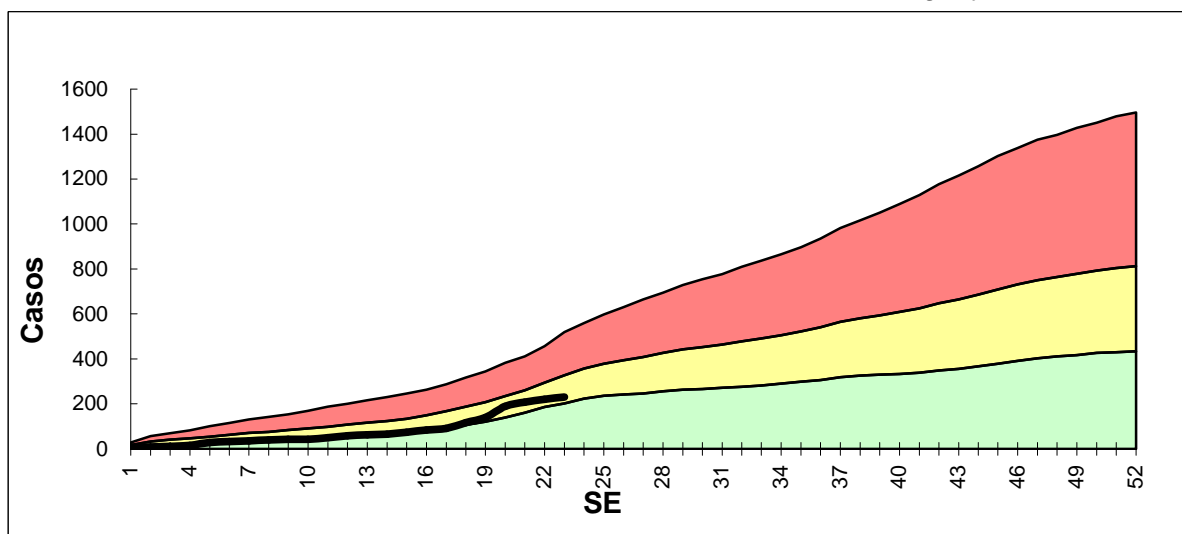
Durante el presente año, como muestra el corredor endémico semanal (Grafico N° 6) se ha transcurrido en zonas de éxito y seguridad a excepción de las SE 19 y 20 que se llegó a zona de alerta, no alcanzando observaciones superiores al 75%. En las SE 21, 22 y 23 se transcorre nuevamente en zona de seguridad.

Gráfico N° 6 Corredor endémico semanal de varicela. SEPI 23. Uruguay



El Corredor endémico acumulado del año 2012 ha transcurrido en zona de seguridad hasta la SE 19 en que se transcorre en zona de éxito.

Gráfico N° 7: Corredor endémico acumulado de varicela. SEPI 23. Uruguay



El análisis de las medidas de resumen de edad para 2012 muestra que la mediana y el modo, tanto de los casos individuales como en los brotes, correspondió a población vacunada, igual a como fue descrito para 2011.

Tabla Nº 2. Medidas de resumen de edad de Varicela según año. Uruguay 2012 (*) a la SE 23.

MEDIDA DE RESUMEN	2012 (*)
MEDIA	13,97
MEDIANA	12
MODO	9

Resumen de Brotes

Resumen de Brotes en los últimos años

Dada la alta transmisibilidad del agente es frecuente la identificación de brotes tanto a nivel intrafamiliar, en instituciones educativas u otras o en localidades.

Los brotes de Varicela notificados a DEVISA en el periodo 2009 a 2012 se presentan en la Tabla Nº 3.

Tabla Nº 3- Distribución de Brotes de varicela según lugar de ocurrencia y año. Uruguay 2009-2012 a SE 23.-

Lugar de ocurrencia	2009	2010	2011	2012 (SE 23)
Instituciones educativas	5	9	18	6
Intrafamiliares	4	11	24	4
Población general (localidades)	2	1	0	2
Total de situaciones	11	21	42	12
Total de afectados	78	126	189	110

Si bien el número total de notificaciones de varicela por año ha ido en descenso, el número de brotes que se han notificado ha aumentado en el período analizado 2009 al 2011.

Tanto los brotes en instituciones educativas como los intrafamiliares y el número total de afectados en brotes aumentaron en dicho período. Ahora bien, los brotes en localidades fueron disminuyendo, hasta no registrarse ningún brote de este tipo en el año 2011.

Desde el 2009 se han establecido vías de comunicación fluidas entre los centros educativos y DEVISA, lo que aumenta la sensibilidad para la detección de los brotes en este tipo de instituciones.

Durante el presente año se han registrado brotes tanto a nivel de instituciones educativas como intrafamiliares y en localidades.

En todos los años el **departamento con mayor número de brotes reportados fue Montevideo.**

En los brotes notificados en el transcurso de los años 2010 y 2011, vemos en los Gráficos N° 8 y 9 el claro comportamiento estacionario de esta enfermedad, con un aumento en las estaciones de invierno y primavera.

El análisis de las **Tasas de Ataque** según el lugar de ocurrencia del brote (en instituciones, intrafamiliares o en localidades) muestra que los brotes intrafamiliares tienen tasas de ataque que son entre 6 y 8 veces superiores al resto.

Cuando observamos el **estado vacunal** de los casos notificados en los brotes ocurridos en el año 2010, el 71 % (n=90) de ellos estaban vacunados para varicela.

Grafico N° 8. Distribución de los brotes de varicela notificados según mes de ocurrencia. Año 2010

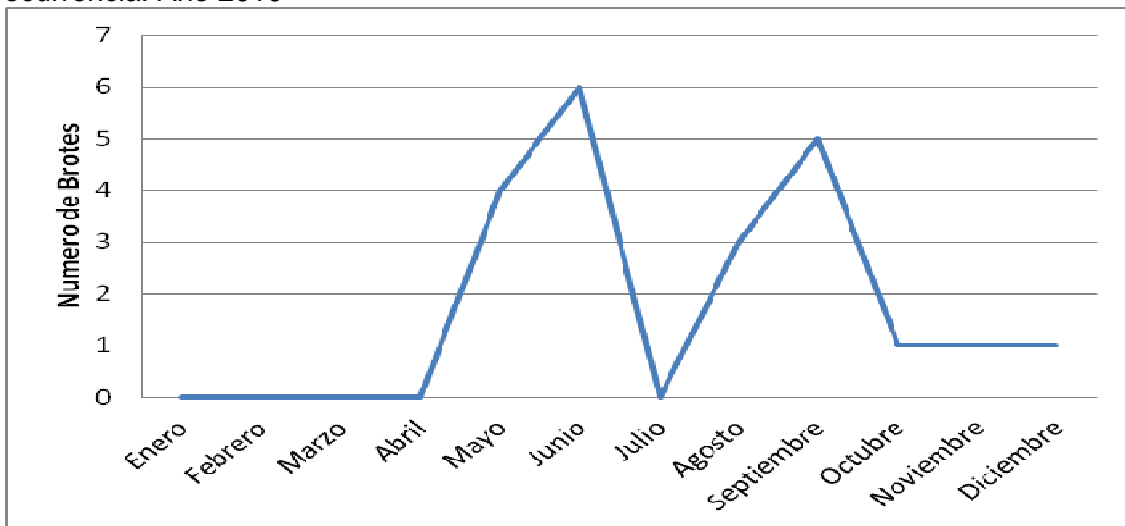
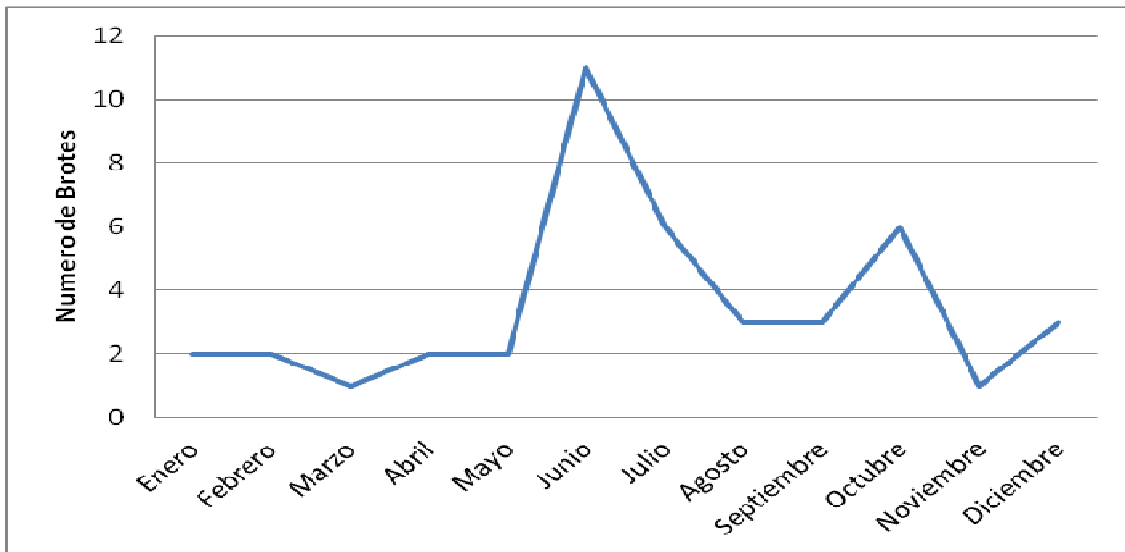


Grafico N°9. Distribución de los brotes de varicela notificados según mes de ocurrencia. Año 2011



CASOS INTERNADOS POR VARICELA. URUGUAY 2005-2010.-

Fuente de datos: Se utilizaron los registros de Egresos Hospitalarios con que se cuenta en el Sector Enfermedades Crónicas No Transmisibles de DEVISA-MSP para los años Uruguay 2005-2010.

Tabla Nº 4.- Distribución de egresos estudiados según año. Uruguay **2005-2010**

AÑO	TOTAL EGRESOS ESTUDIADOS
2005	81.491
2006	102.190
2007	108.097
2008	139.007
2009	178.111
2010	202.318

Tabla Nº 5.- Distribución de casos internados por Varicela -Uruguay **2005-2010**

AÑO	F Absoluta
2005	13
2006	6
2007	12
2008	14
2009	17
2010	19

Tabla Nº 6.- Distribución de casos internados por Varicela y sus complicaciones según año. Uruguay **2005-2010.-**

AÑO	Sin complicaciones	Complicación respiratoria	Otras complicaciones	Encefalitis	Sin dato	Total
2005	7	1	4	0	1	13
2006	3	2	1	0	0	6
2007	5	2	5	0	0	12

2008	7	3	3	0	1	14
2009	5	3	3	1	5	17
2010	12	1	5	0	1	19

Tabla Nº 7. Distribución de casos internados por varicela según año y sexo. Uruguay **2005-2010**

AÑO	SEXO	
	MASCULINO	FEMENINO
2005	3	10
2006	5	1
2007	7	4
2008	8	6
2009	5	8
2010	11	7

Tabla Nº 8. Egresos por varicela cada 10.000 egresos según año. Uruguay **2005-2010.-**

AÑO	Proporción de casos de varicela x 10.000 egresos
2005	1,6
2006	0,6
2007	1,1
2008	1,0
2009	0,9
2010	0,9

Se cuenta con la información de egresos al cierre de 2010. Del análisis se desprende que, aunque en números bajos, siguen registrándose internaciones por Varicela. Ha tenido un comportamiento que fue en descenso hasta el 2007-2008 para, a partir de allí incrementarse nuevamente hasta el año 2010.

En la Tabla Nº 8 lucen los egresos por varicela cada 10.000 egresos según año. En ella se aprecia que en los últimos 4 años analizados, aproximadamente 1 de cada 10.000 egresos fue por esta patología o sus complicaciones.

En la mayoría de los egresos, si bien el evento determinó la internación, corresponden a casos sin complicaciones.

Tabla Nº 9. Distribución de casos internados por varicela según año y medidas de resumen de edad. **2005-2010**

AÑO	MEDIA (años)	MEDIANA	RANGO (años)
2005	36, 6	38,0	9-77
2006	44, 5	38, 5	0-94
2007	25, 9	25,0	0-76
2008	21,8	14,0	0-91
2009	22,1	14,0	0-45
2010	21.8	14.5	0-54

En lo que respecta a la edad de los egresos estudiados correspondientes a varicela, la media muestra un comportamiento en descenso (44-21 años), con un valor de mediana que fue disminuyendo hasta 2007 (38-14 años), manteniéndose constante en el período 2008-2010 (14 años).

Situación vacunal nacional

Profilaxis primaria.

En 1999 se introduce en nuestro país la vacuna anti varicela zoster dentro del Programa Ampliado de Inmunizaciones, aplicando una dosis a los doce meses de edad. A partir de su introducción, la cobertura vacunal ha oscilado entre el 95 y 97%. La de la cohorte 2010 fue de 95%.

Es una vacuna a virus vivos atenuados con una inmunogenicidad elevada, principalmente en niños entre 1 y 12 años, quienes presentan seroconversión en más de 95% luego de una dosis. La eficacia global de la vacuna es de aproximadamente 70% contra la infección, y de más 95% contra las formas severas de la enfermedad. Es una vacuna bien tolerada, con baja frecuencia de efectos adversos.

Pueden darse casos de varicela en pacientes vacunados. La varicela en los vacunados es más leve que en los no vacunados con un promedio de lesiones inferior a 50 vesículas, la tasa de fiebre es más baja y la recuperación es más rápida. Si bien estos enfermos pueden transmitir la enfermedad, el riesgo de transmisión también es menor que el de individuos enfermos no vacunados.

Profilaxis post exposición

1. Profilaxis con vacuna anti varicela-zoster

Se administrará vacuna antivari-cela-zoster a todo contacto sin antecedentes de haber padecido la enfermedad ni antecedentes de vacunación y que se encuentre en alguna de estas categorías:

- Paciente VIH +, adolescentes y adultos con CD4 > 200/mm³ y niños con CD4 > 15%
- Pacientes antes de recibir trasplantes de órganos sólidos (al menos tres semanas antes del tratamiento inmunosupresor).
- Pacientes con leucemia, linfomas y otras enfermedades malignas con enfermedad en remisión y quienes hubieran terminado tratamiento con quimioterapia al menos tres meses antes.
- Pacientes con síndrome nefrótico.

En todos los casos vacunar con dos dosis con un intervalo de tres meses entre cada una.

Se recomienda que la administración sea lo antes posible, antes de las 72 horas y no más allá del 5º día del contacto.

2. Profilaxis con inmunoglobulina específica antivari-cela-zoster

Se administrará inmunoglobulina antivari-cela-zoster a:

-Personas con inmunodeficiencias primarias y adquiridas, neoplasias, o que reciben tratamiento inmunosupresor, que no puedan recibir vacuna (individuos con discrasias sanguíneas, leucemias, linfomas o cualquier otra neoplasia maligna que afecte la médula ósea o el sistema linfático, inmunodeficiencia asociada a SIDA, u otras manifestaciones clínicas asociadas a VIH, inmunodeficiencias celulares, hipo y disgammaglobulinemia).

-Recién Nacidos de pretérmino (>28 semanas de gestación) hospitalizados, cuyas madres no presenten evidencia de inmunidad.

-Recién Nacidos de pretérmino (< 28 semanas de gestación o <1000 grs. de peso) hospitalizados, independientemente de la historia materna.

-Recién nacidos cuyas madres hayan iniciado los síntomas desde 5 días antes hasta 48 horas después del parto.

Dosis: 125 U/10 kg por vía intramuscular. Dosis máxima: 625 U (cada ampolla contiene 125 U)

Aquellos recién nacidos sanos cuyas madres hayan presentado la enfermedad pasadas 48 horas del parto, **NO DEBEN RECIBIR INMUNOGLOBULINA ESPECÍFICA**

Se recomienda que la administración sea lo antes posible, no más allá de las 96 horas del contacto. La duración de la protección se estima en alrededor de 3 semanas.

-En aquellos casos que se consideren de riesgo y no comprendidos en los citados anteriormente, se sugiere consultar en la Unidad de Inmunizaciones del MSP

Si no se dispone de inmunoglobulina específica se puede optar por administrar 1 dosis de inmunoglobulina intravenosa estándar hasta 96 horas después de la exposición. (400 mg/Kg)

3. Profilaxis con aciclovir

Aunque no hay datos concluyentes al respecto, el uso de aciclovir a partir del séptimo al décimo día de exposición en pacientes inmunosuprimidos sin evidencia de inmunidad, expuestos a varicela, ha mostrado atenuación o prevención de la enfermedad, por lo que esta alternativa podría considerarse en ciertos casos (80 mg/kg/día, 4 veces al día durante 7 días, en dosis máxima de 800 mg).



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
DIRECCIÓN GENERAL DE LA SALUD
DIVISION DE EPIDEMIOLOGIA

