

Varicela: «una enfermedad benigna»

Marte Hernández Porras, José Iván Castillo Bejarano

Servicio de Infectología, Instituto Nacional de Pediatría.

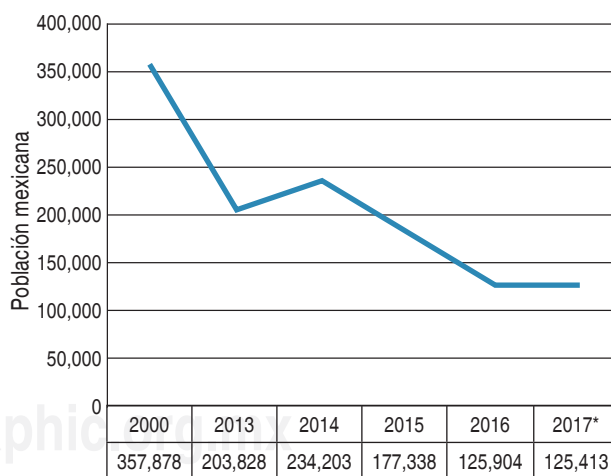
La varicela es una enfermedad exantemática altamente contagiosa causada por el virus de varicela zóster (VVZ) que puede presentar complicaciones a varios niveles en el organismo; éstas pueden ser graves e inclusive causar la muerte.¹ La infección es universal, se presenta solamente en humanos y la edad pediátrica es la más afectada. Antes de la vacunación contra la varicela en Estados Unidos se estimaban 4,000,000 de casos, 11,000 hospitalizaciones y 100 muertes ocurridas anualmente.² En México los reportes del Sistema Único de Información de Vigilancia Epidemiológica (SUIVE) registran 357,878 casos que acudieron al sector salud en el año 2000, a partir del año 2013 hay un promedio de reportes de 200,000 casos anuales aproximadamente y en 2017 en la semana 39 el promedio es de 125,000 casos. El número de casos notificados en el periodo de 2013 a la semana 39 de 2017 es de 866,686 casos, siendo el grupo etario de uno a cuatro años y de cinco a nueve años el más afectado (*Figura 1*).³ Estos reportes pueden ser amplificados por los casos de varicela no reportados por la medicina privada en un promedio de tres por uno.

La varicela puede autolimitarse, pero puede estar asociada a complicaciones, ser causa de hospitalización y de una enfermedad invasiva. Dentro de las complicaciones frecuentes y comunes se encuentran las cutáneas, las cuales representan infecciones de piel y tejidos blandos por varicela, de 45 a 57% van desde impétigo, fascitis necrotizante, síndrome de choque tóxico e infecciones por *Staphylococcus aureus* o *Streptococcus pyogenes*, una segunda causa frecuente de complicación es la neumonía que puede ser viral o bacteriana de 10 a 14%, los cuadros a nivel del sistema nervioso central como ataxia o encefalitis muestran una

frecuencia de 15 a 18% y complicaciones como el síndrome de Reye. Existen complicaciones que se presentan con menor frecuencia como la mielitis transversa, Guillain-Barré, varicela hemorrágica, glomerulonefritis, miocarditis, artritis, orquitis, uveítis, iritis y hepatitis. El grupo de edad en el que se incrementa el riesgo de complicación por varicela es el de mayores de 15 años, menores de un año, inmunocomprometidos y recién nacidos. Por otra parte, padecer varicela en el transcurso de la vida representa un riesgo estimado de desarrollar herpes zóster en 32% de los casos.^{4,5}

Las causas de hospitalización van de dos a tres casos por cada 1,000 pacientes pediátricos y la mortalidad de uno por cada 60,000 casos.

Dada la magnitud de la morbilidad, la infección por varicela implica costos por enfermedad (terapia



— Casos anuales de varicela

*Casos reportados hasta la semana 39 de vigilancia epidemiológica de 2017. Tomado de: Sistema Único de Información de Vigilancia Epidemiológica. Dirección General de Epidemiología.

Figura 1. Casos anuales de varicela en la población mexicana.

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/rliip>

antiviral, hospitalización, gastos médicos); sin embargo, cuando se complica estos costos se magnifican (tratamiento integral, internamiento, terapia intensiva, potenciales secuelas y la posibilidad de mortalidad). La aplicación de la vacuna de varicela tiene que evaluarse como manejo de salud pública. La vacuna de varicela fue aprobada en Estados Unidos en el año de 1995. Gracias a la aplicación de una sola dosis con una cobertura de vacunación de 76.3% hubo una disminución de casos de varicela de 81.8% y un ahorro de 94.8 millones de dólares luego de seis años de dicha aplicación, 16 años después de aplicar la vacuna la reducción de internamientos hospitalarios fue de 99.2% en Estados Unidos, en España ya se reporta una disminución de internamientos de 95.2% y en Canadá de 93%. El resultado de la aplicación de la segunda dosis fue que la admisión hospitalaria en general se redujo más de 51% y en niños de cero a cuatro años fue de 90% en Estados Unidos.^{6,7} La implementación de la vacunación para las diferentes enfermedades en forma global y su registro en una cartilla nacional de vacunación ha logrado controlar enfermedades como poliomielitis, sarampión, rubeola congénita, tétanos neonatal y *Haemophilus influenzae* tipo b.

Llama la atención que sólo 10 países en América Latina hayan implementado en su cartilla nacional el programa de vacunación contra varicela, de éstos solamente tres aplican esquemas de dos dosis (Bahamas, Estados Unidos y Canadá) y siete países esquemas de una dosis entre los que se encuentran Uruguay, Paraguay, Panamá, Ecuador, Costa Rica, Brasil y Barbados. En el resto del mundo sólo 14 países incluyen en su cartilla nacional la vacuna contra varicela.

En cuanto a la vacunación contra varicela, la Academia Americana de Pediatría indica dos dosis para una cobertura de protección de 90 a 93%. Aplicar una dosis en un programa nacional de vacunación disminuirá la prevalencia de la enfermedad y el porcentaje de protección dependerá en mayor o menor grado de la vacuna empleada. Reportes de una dosis de vacuna contra varicela (Varivax) muestran un promedio de 82% (IC 79-85%) contra otra

vacuna de varicela que describe 77% (IC 62-85%) y la efectividad de Varivax durante brotes es de 86% (IC 56-96%) en comparación con otra vacuna de varicela que es de 56% (IC 29-72%). Varivax es la única vacuna aprobada por la FDA (por sus siglas en inglés *Food and Drug Administration*) cuya protección varía de 81 a 87% con una dosis y de 88 a 97% con dos dosis.^{8,9}

Los reportes de morbilidad de varicela junto con el impacto que tendría la vacuna contra varicela en la prevención de esta enfermedad mostrarían evidencia de su reducción, hospitalizaciones, gastos directos e indirectos, complicaciones y muertes.

REFERENCIAS

1. Hernández PM. Varicela en vacunación: niños, adolescentes, adultos e inmunocomprometidos. Ed. Medicina, Publicidad y Mercadotecnia S.A. de C.V, Cd. Mx., México 2017; 129-139.
2. Thomas CA, Shwe T, Bixler D, del Rosario M, Grytdal S, Wang C et al. Two-dose varicella vaccine effectiveness and rash severity in outbreaks of varicella among public school students. *Pediatr Infect Dis J*. 2014; 33 (11): 1164-1168.
3. Sistema Único Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Dirección General de Epidemiología.
4. Hamborsky J, Kroger A, Wolfe S. *Epidemiology and prevention of vaccine-preventable diseases*. 13th edition. Washington D.C.: Public Health Foundation; 2015.
5. Cabrera-Gaytán DA, Muñoz-Mendoza W, Gómez-Altamirano CM. Comportamiento epidemiológico de la varicela en México: 18 años de estudios y estimaciones para los próximos 5 años. *Rev Enfer Infec Pediatr*. 2009; 22.23 (87): 77-82.
6. *Rev Panam. Salud Pública/Pan Am J Public Health*. 2002; 12 (2).
7. Hirose M, Gilio AE, Ferronato AE, Ragazzi SL. The impact of varicella vaccination on varicella-related hospitalization rates: global data review. *Rev Paul Pediatr*. 2016; 34 (3): 359-366.
8. Lau YL, Vessey SJ, Chan IS, Lee TL, Huang LM, Lee CY et al. A comparison of safety, tolerability and immunogenicity of Oka/Merck varicella vaccine and VARILRIX in healthy children. *Vaccine*. 2002; 20 (23-24): 2942-2949.
9. Marin M, Marti M, Kambhampati A, Jeram SM, Seward JF. Global varicella vaccine effectiveness: a meta-analysis. *Pediatrics*. 2016; 137 (3): e20153741.

Correspondencia:

Dr. Marte Hernández Porras

E-mail: martehezinp@yahoo.com.mx