



- ▶ Desde 2001 el CAV de la AEP recomienda la vacunación universal de niños sanos a la edad de 12–15 meses.
- ▶ A partir de esa edad, vacunación selectiva de los niños susceptibles. En los mayores de 13 años, 2 dosis separadas 4–8 semanas.
- ▶ En el calendario para 2008 introduce la segunda dosis de vacuna a los 3–4 años, junto a la segunda dosis de triple vírica.

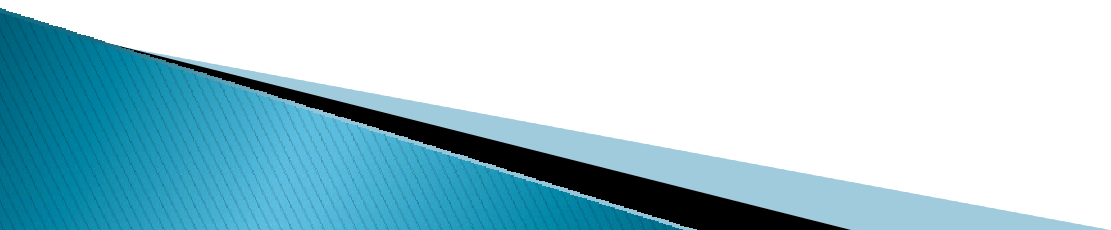
Ministerio de Sanidad y Consumo

Consejo Interterritorial del SNS

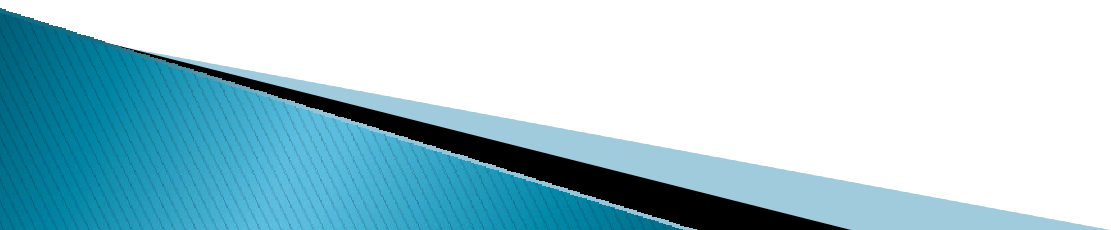


- ▶ Vacunar, en un rango entre los 10 y 14 años, a todas las personas que refieran no haber pasado la enfermedad ni haber sido vacunadas con anterioridad.

Estrategias vacunales (opciones)

- ▶ Vacunación universal en la infancia.
 - ▶ Vacunación de los adolescentes susceptibles.
 - ▶ Vacunación de los grupos de riesgo.
- 

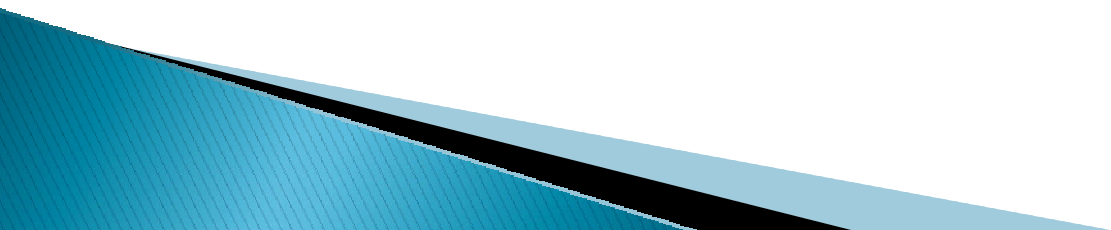
Estrategias vacunales (argumentos)

- ▶ Costes de la estrategia elegida.
 - ▶ Beneficios obtenidos con cada una de ellas.
 - ▶ Modificación de la distribución etaria actual de los casos de varicela y herpes zóster.
- 

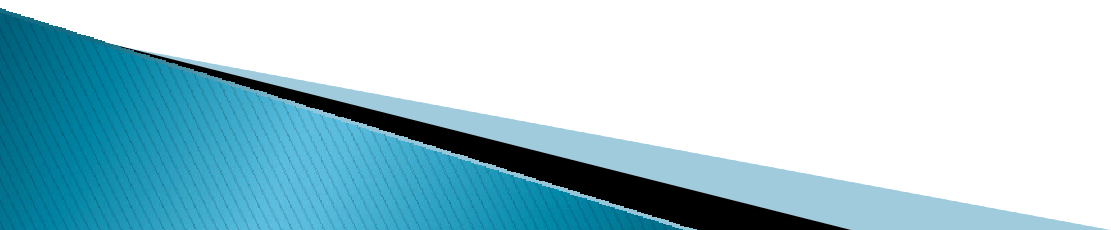
Vacunación universal en la infancia

- ▶ Vacunación sistemática de todos los niños a partir de los 12 meses de edad, con el objetivo de evitar la transmisión del virus en la población general.
 - ▶ Estrategia **más efectiva** y **con mejor coste-eficacia** si se incluyen los costes médicos directos y los costes sociales indirectos.
 - ▶ Plantea algunas **cuestiones** aún no resueltas:
- 

Vacunación universal en la infancia

- ▶ Necesidad de alcanzar rápidamente **coberturas bastante altas** para generar inmunidad de grupo, minimizando la transmisión del virus en la población.
 - ▶ Coberturas más bajas podrían desplazar el patrón epidemiológico de la infección natural hacia edades posteriores a la infancia, aumentando la incidencia de la varicela en adultos, embarazadas y recién nacidos.
 - ▶ Hasta ahora no se ha constatado este hecho en poblaciones con coberturas vacunales supuestamente insuficientes.
 - ▶ Hasta la fecha, el zóster parece ser menos frecuente en los individuos vacunados que en los no vacunados.
- 

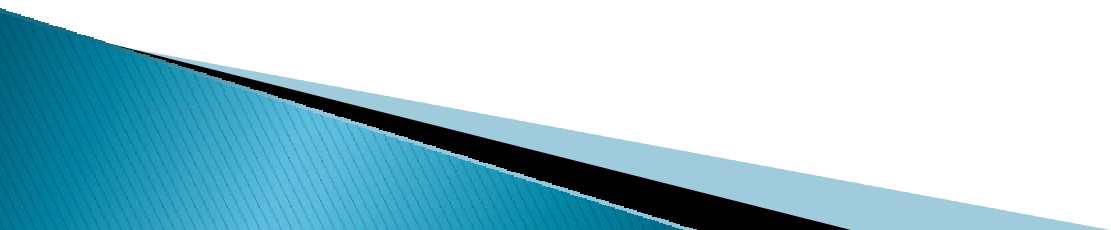
Vacunación universal en la infancia

- ▶ Para aumentar la efectividad de esta estrategia sería necesario:
 - Implementar un programa de *catch-up* entre los 12 meses y 12 años de vida.
 - Vacunar a los preadolescentes susceptibles a los 12–14 años, como se hizo con la triple vírica tras incluirla en el calendario de vacunas sistemáticas, al menos hasta que la primera cohorte de niños vacunados llegara a la adolescencia.
- 

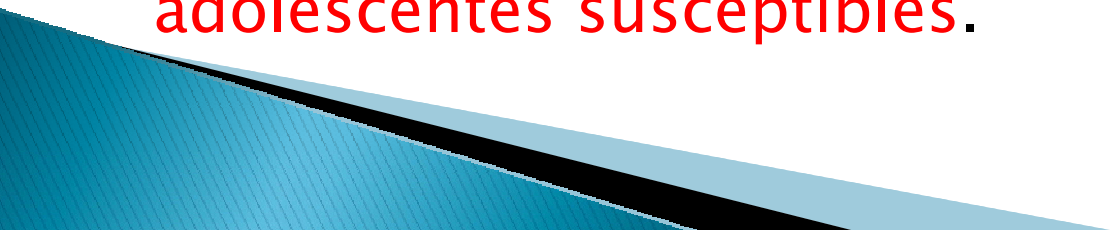
Vacunación universal en la infancia

- ▶ Se debate también la conveniencia de administrar una **segunda dosis de vacuna en los niños del 3–6** años de edad, como se hace con la triple vírica, para prevenir:
 - Fallos vacunales primarios.
 - En la varicela también secundarios, pues la protección conferida por la vacuna desciende con los años, a diferencia de las incluidas en la triple vírica.
- ▶ La vacuna cuádruple vírica (SRPV) facilitará la vacunación universal y la segunda dosis.

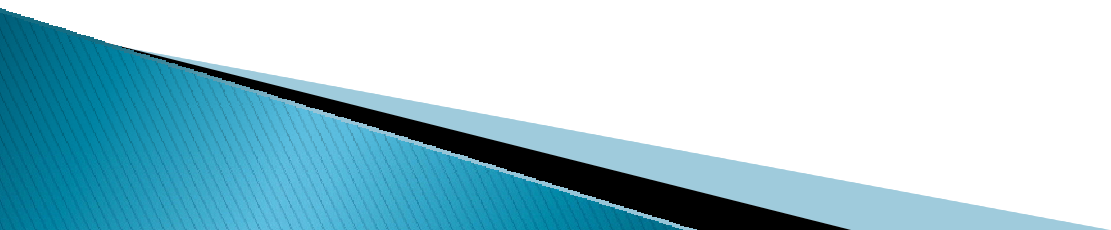
Vacunación universal en la infancia

- ▶ La menor circulación del virus natural conllevaría una reducción de la reinfección natural en adultos, refuerzo inmunitario que permite mantener la latencia del virus en quienes pasaron la varicela en la infancia.
 - ▶ Se duda de sus repercusiones en la **epidemiología del zóster**. Modelos matemáticos prevén un aumento significativo de su incidencia durante décadas, seguido de un descenso posterior.
 - ▶ Un cambio importante en su incidencia podría modificar las conclusiones de los estudios hasta ahora favorables a la vacunación sistemática en la primera infancia.
 - ▶ La administración de 2 dosis podrían ser una solución si el régimen de 1 dosis reduce significativamente la infección natural y el efecto “booster”.
 - ▶ La disponibilidad de la vacuna frente al herpes-zóster va a ser un nuevo elemento a incluir en el debate.
- 

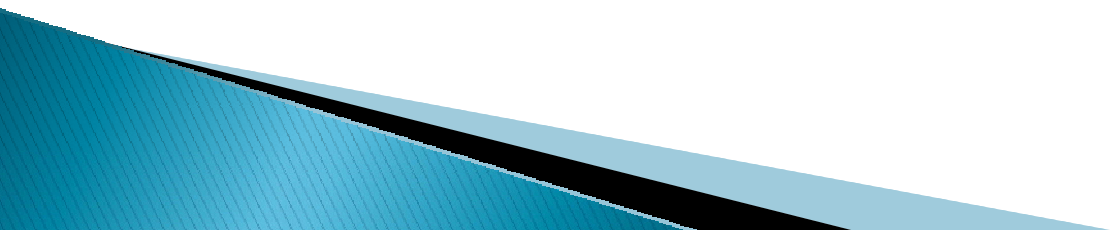
Vacunación universal en la infancia

- ▶ Es improbable que se plantee a corto plazo la erradicación de la varicela, como el sarampión y la rubéola, pues aunque el ser humano es también el único reservorio natural del virus, éste permanece latente en los infectados.
 - ▶ Un número de varicelas *breakthrough* significativo también contribuiría a dificultar, en la práctica, la erradicación de la varicela.
 - ▶ Los países que han optado por esta estrategia han debido implementar **también la vacunación de los adolescentes susceptibles.**
- 

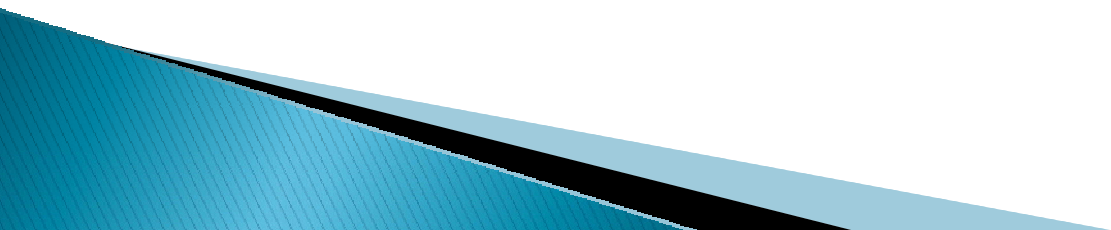
Vacunación de los adolescentes susceptibles

- ▶ Pretende reducir la incidencia de la varicela en edades a partir de las cuales las complicaciones son más frecuentes y graves.
 - ▶ Se modificaría poco la incidencia global de la varicela, ya que sería igualmente frecuente en la infancia.
 - ▶ Eliminaría el riesgo de modificación desfavorable de la epidemiología de la varicela y del herpes zóster.
- 

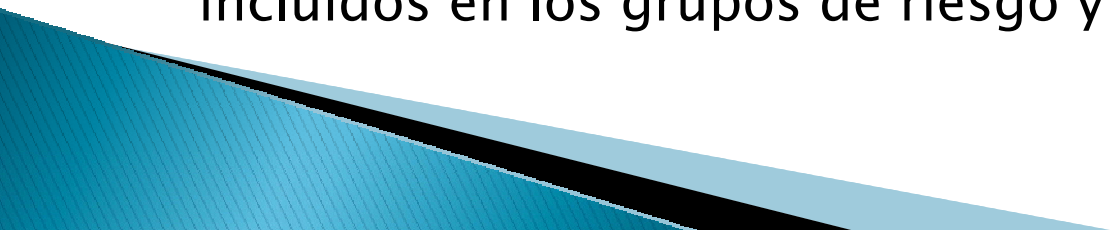
Vacunación de los adolescentes susceptibles

- ▶ En España, a los 5 años el 50% de la población ya es inmune.
 - ▶ A los 14, más del 90%.
 - ▶ A los 35, más del 95%.
 - ▶ Queda una bolsa de un 5% de adolescentes y adultos jóvenes susceptibles a la varicela.
- 

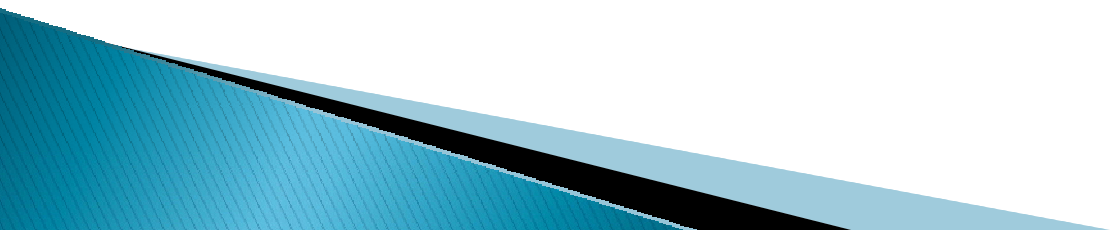
Vacunación de los adolescentes susceptibles

- ▶ El mantenimiento de la circulación del virus entre la población infantil supondría, no obstante, una amenaza para:
 - Los niños inmunodeficientes, muy probablemente no vacunados debido precisamente a su inmunodeficiencia.
 - Los adolescentes y adultos susceptibles, incluyendo las embarazadas seronegativas.
- 

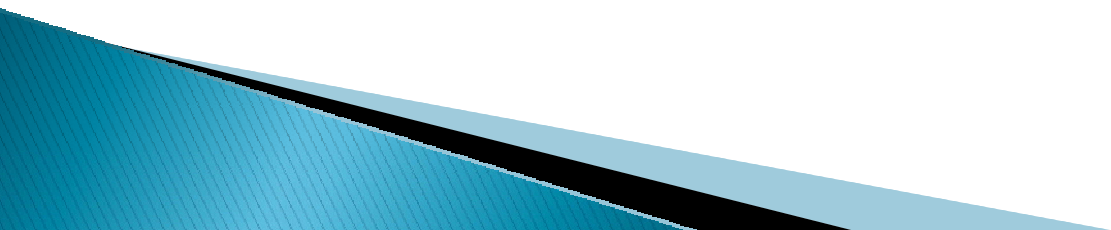
Vacunación de los adolescentes susceptibles

- ▶ Estrategia **más barata y coste–efectiva** desde el punto de vista del pagador o proveedor de servicios.
 - ▶ Elegida en España por el Consejo Interterritorial del SNS (2005):
 - Vacunación de una cohorte elegida por cada Comunidad Autónoma entre las edades de **10 y 14 años** en aquellas personas que refieran no haber pasado la enfermedad ni haber sido vacunadas con anterioridad.
 - Susceptibles: individuos no vacunados previamente, sin historia de haber pasado la enfermedad, o cuando sus familiares afirmen que no la han pasado o no lo recuerden.
 - Se mantienen la recomendación de vacunar a los niños o adultos incluidos en los grupos de riesgo y a sus contactos susceptibles.
- 

Vacunación de los grupos de riesgo

- ▶ Estrategia complementaria para vacunar a aquellos sujetos en quienes la varicela conlleva mayor peligro de complicaciones graves y de mortalidad.
 - ▶ Se ha de mantener, con independencia de la introducción de la vacunación sistemática en una u otras edades.
 - ▶ La vacunación sistemática en la infancia permitiría inmunizar a muchos de los sujetos que se verán incluidos en alguno de los grupos de riesgo en una fase posterior de su vida.
- 

Estrategias vacunales (después...)

- ▶ Se decida la estrategia que se decida, será preciso un seguimiento epidemiológico a largo plazo de:
 - Coberturas vacunales alcanzadas.
 - Incidencia de la varicela y sus complicaciones en los distintos grupos de edad (niños, adolescentes y adultos).
 - Incidencia del herpes zóster.
- 

Utilización de la vacuna contra la varicela basada en la evidencia

Efectividad en la prevención de la infección por varicela y de los casos secundarios en contactos domiciliarios		
Vacunación	Calidad de la evidencia	Fuerza de la recomendación
Niños de 12-15 meses	I, II-2	A
Catch-up de los no vacunados previamente, hasta los 12 años	I, II-2	A
Adolescentes susceptibles	II-2	B
Adultos susceptibles	II-1, II-2	B
Dosis de recuerdo en sujetos sanos	III	I
Contactos domiciliarios susceptibles de sujetos inmunodeprimidos	II-3	B