

Epidemiología de varicela-herpes zóster en la CAPV. 1994-2003

Introducción

La varicela es una enfermedad vírica, aguda y generalizada, de comienzo brusco. Cursa con fiebre moderada, síntomas generales mínimos y una erupción cutánea de tipo macular que dura unas horas y vesicular durante tres o cuatro días, que deja costras granulosas. Hay infecciones asintomáticas, infecciones muy leves y en ocasiones, en especial en los adultos, el cuadro es generalizado y puede ser grave. La varicela se transmite por vía aérea; el herpes zóster es la manifestación local de la reactivación del virus de la varicela que está latente en los ganglios de las raíces dorsales. Esta reactivación del virus se produce cuando hay una disminución de la inmunidad celular, lo que puede ocurrir de forma natural como resultado de la edad o como consecuencia de tratamientos y/o enfermedades que inducen inmunosupresión.

En ciertos países (EEUU, Canadá, Australia, Japón y Corea entre otros), a los doce meses, y en algunas comunidades autónomas (Navarra), a los trece años, se ha introducido la vacuna sistemática. En la CAPV las indicaciones para vacunación están recogidas en el Manual de Vacunaciones y se centran en determinados grupos de riesgo. Existen en el mercado dos marcas comerciales *Varilrix®* indicada en personas sanas mayores de trece años previa serología negativa (según indica la ficha técnica de la vacuna) y *Varivax®*, disponible en el mercado a partir de enero de 2005 y que amplía su uso en niños sanos por encima de los 12 meses.

Material y Método

Estudio descriptivo retrospectivo, basado en el análisis de los datos aportados por diferentes sistemas de información: CMBD (Conjunto Mínimo Básico de Datos) del Registro de Altas Hospi-

talarias, EDO (Enfermedades de Declaración Obligatoria) y Registro de Mortalidad.

La varicela es una enfermedad de declaración obligatoria numérica por lo que en este Sistema de Información (EDO) disponemos sólo del número de casos por semana y por año, lo que permite calcular las tasas de incidencia de varicela por 100.000 habitantes.

El CMBD del Registro de Altas Hospitalarias nos proporciona información sobre aquellos pacientes, residentes en la Comunidad Autónoma Vasca, que han ingresado en los hospitales de la CAPV durante los años 1994-2003. Hemos recogido información de todos aquellos ingresos en los que aparece el código de varicela (CIE-9:052.0-052.9) o de zóster (CIE-9: 053.0-053.9) en los seis primeros diagnósticos del Informe de Alta. Cuando los pacientes han ingresado con el mismo diagnóstico en más de una ocasión, hemos utilizado el registro de la primera admisión para el análisis.

El Registro de Mortalidad proporciona información de los casos fallecidos por causa de varicela o de zóster.

Para el cálculo de las tasas hemos utilizado las poblaciones del EUSTAT.

Resultados

El número de casos de varicela declarados al sistema EDO oscila entre 5.956 en 1997 y 11.581 en 1999 lo que supone una tasa de incidencia entre 283,27 y 551,90 por 100.000 habitantes respectivamente.

Entre 1994 y 2003 el CMBD recoge 2.889 informes de alta en los que figura el código de varicela-zóster entre los seis primeros diagnósticos, 769 (26.6%) son varicelas y el resto (2.120) zóster.

N.º de casos de varicela declarados por EDO y CMBD.

Gráfico 1 CAPV 1994-2003.

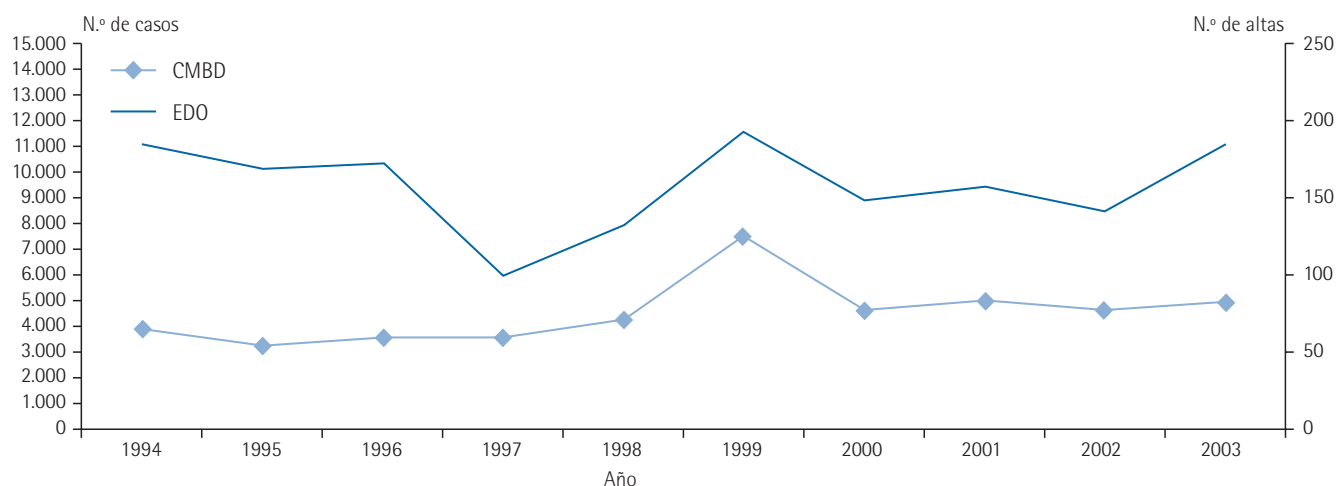
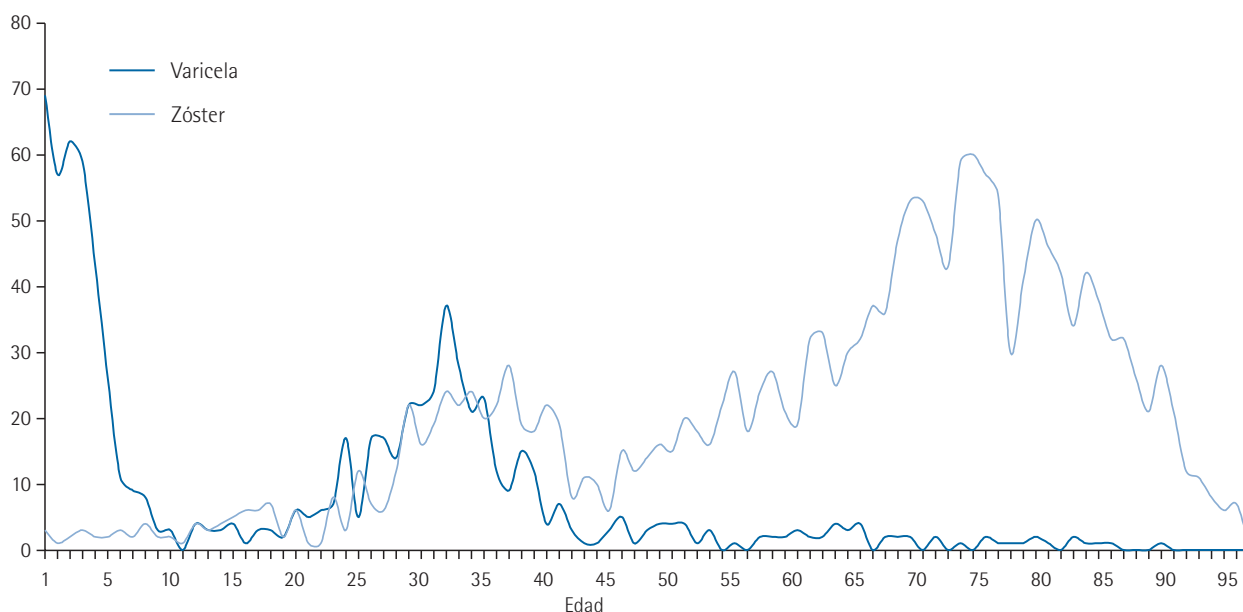


Gráfico 2 CAPV. CMBD. 1994-2003.



El número de pacientes que ingresan con varicela varía entre 54 en el año 1995 y 84 en el año 2001 con un pico máximo de 126 casos en 1999. Esto supone una tasa de frecuentación hospitalaria de 2,6 a 6 por 100.000 habitantes respectivamente.

El mayor número de afectados y de ingresos por esta causa se produce en primavera.

Respecto al herpes zóster el número de ingresos oscila entre 149 en el año 1994 y 236 en el 2003. No hay distribución estacional como sucede en el caso de la varicela.

La distribución por Territorio Histórico es la siguiente: 50% de los afectados con varicela son residentes en Bizkaia, el 34% en Gipuzkoa, el 16% en Álava. En cuanto al herpes zóster el 44% de los ingresos son de Bizkaia, el 39% de Gipuzkoa y el 16% de Álava.

El 58 % de los casos de varicela son hombres; esta diferencia por género se atenúa en el herpes zóster aunque la proporción sigue siendo ligeramente superior (53%) entre los hombres.

La diferente afectación por edades se refleja en el gráfico adjunto. En el caso de la varicela el 46% de los ingresos corresponde a menores de 15 años y el 90% a menores de 43 años. Prácticamente todos los casos de varicela declarados al Sistema EDO lo son por los pediatras. Sin embargo, sólo el 8% de los casos de herpes zóster tienen menos de 30 años; 17% tienen entre 30 y 50 años y 75% de los casos se producen en mayores de 50 años.

Los datos del Registro de Altas Hospitalarias nos proporcionan información sobre la severidad de la enfermedad. Si analizamos el lugar que ocupa el diagnóstico de varicela en el informe de alta, en 509 informes (68%) figura como diagnóstico principal (motivo de ingreso); en 165 (22%) es el diagnóstico secundario. Por otro lado se codifica como «varicela sin complicaciones» en 433 casos, «neumonitis» en 211 casos, «encefalitis» en 21 ingresos y en el resto como «otras complicaciones» o «complicaciones no especificadas».

El herpes zóster es el motivo de ingreso en 821(42%) pacientes y es el diagnóstico secundario en 381(20%) casos. En 50 registros se recoge el código de «meningitis herpética».

En cuanto a la duración de la estancia hospitalaria, el 50% de los ingresados con varicela lo han estado durante 3 a 8 días; esta estancia es superior en el zóster ya que el 50% han estado de 5 a 14 días y 25% superan esta estancia. Sólo hay 13 reingresos entre los afectados por varicela frente a los 192 que reingresan con herpes zóster.

El registro de mortalidad recoge entre 1994 y 2001, 4 fallecimientos por causa de varicela y 12 por herpes zóster.

Conclusiones

Si bien el agente etiológico de la varicela y del zóster es el mismo virus, la epidemiología de las dos enfermedades es diferente. Este artículo da una idea general sobre la epidemiología de la enfermedad en nuestra comunidad; se requiere un estudio más profundo que analice las características de la enfermedad, sus complicaciones y secuelas y las patologías previas que presentan los afectados.

La posible administración de la vacuna en el futuro, sin duda influirá en la edad de presentación e incidencia de la varicela; su influencia en la incidencia del herpes zóster en adultos está siendo estudiada. Existen dos alternativas de intervención distintas con objetivos diferentes. La vacunación de la población susceptible de adolescentes disminuirá el número de casos de varicela en adultos que suelen ser más severos; la administración de la vacuna a toda la población a los doce meses evitará la circulación del virus de la varicela y los casos a todas las edades.

**Visitación de Castro
Nerea Muniozguren**

Subdirección de Salud Pública de Bizkaia