

## O HERPES ZÓSTER NOS PRIMEIROS SEIS MESES DA REFORMA DAS EDO

Como se sabe, o zóster é o resultado da reactivación do virus da varicela-zóster (VVZ) que quedou en estado de latencia despois da infección primaria, que se manifestou como varicela. Ata a reforma da xaneiro de 2010 nunca fora enfermidade de declaración obrigatoria (EDO), e agora engadiuse á lista de EDO por dúas razóns: unha relacionada coa vacinación infantil fronte á varicela, a outra coa posibilidade de que nun futuro próximo se autorice a vacina específica fronte o zóster, como xa ocorreu en numerosos países.

Existe a posibilidade [1] de que a vacinación fronte a varicela no segundo ano de vida, de acadar coberturas elevadas, induza un aumento da incidencia de zóster na poboación. Por isto, o Programa Galego de Vacinacións recomenda só a vacinación preadolescente (a partir dos 12 anos de idade) dos que aínda non pasaran a varicela nin estean xa axeitadamente vacinados; e tamén por iso, víxianse as doses da vacina distribuídas nas oficinas de farmacia, a cobertura vacinal, a incidencia de varicela (e os ingresos debidos a ela) e, agora, o zóster.

A vacinación fronte á varicela comezou en Galicia en 2005, e

a partir de 2007 o fixo o uso da vacina específica fronte o zóster nalgúns países (en España non está comercializada). En previsión de que tamén se use aquí, compre coñecer a incidencia de zóster e as súas características principais (idade e sexo dos doentes) para, chegado o momento, poder decidir unha estratexia de vacinación e, despois, avaliar o seu impacto. Un pequeno conxunto de datos que tamén permitirán coñecer a intensidade e as características (idade, sexo) dun hipotético impacto da vacinación infantil fronte á varicela na incidencia de zóster.

Dende un punto de vista epidemiolóxico o zóster ten un comportamento característico [2]: a súa incidencia aumenta coa idade e, en practicamente todos os estudos, é maior nas mulleres que nos homes. Máis controversia hai sobre a ausencia de estacionalidade e a semellanza, unha vez axustada por idade e sexo, da incidencia en distintas poboacións. Os datos dos primeiros seis meses como EDO en Galicia amosan dito comportamento en idade e sexo (ver o Apéndice), mais non se pode aínda avaliar a estacionalidade nin as posibles diferenzas territoriais.

A bibliografía atópase no Apéndice A.

<http://dxsp.sergas.es>

## PROFILAXE ANTITETÁNICA: QUE FACER ANTE UNHA FERIDA?

As feridas, recoñecidas ou non (ás veces non se atopan antecedentes de lesións nin unha vía de entrada clara), son a porta de entrada do bacilo do tétano ao organismo, e son especialmente perigosas as producidas por punción ou por desgarrar e as queimaduras. Nos últimos anos tamén se teñen descrito casos de tétano en usuarios de drogas por vía parenteral.

É frecuente, na práctica clínica, atoparse coa disxuntiva de se facer ou non a profilaxe antitetánica cando nos chega unha persoa ferida á consulta e, ademais, preguntarse pola pauta de vacinación.

**Como debemos actuar ante feridas ou lesións?** Ademais de actuar directamente sobre a ferida – limpeza, desbridamento cirúrxico, uso de antibióticos, etc–, hai que 1) avaliar coidadosamente se a ferida é limpa ou pode estar contaminada, 2) o estado de inmunización fronte o tétano e, 3) usar adecuadamente a vacina e/ou a inmunoglobulina.

Considéranse **feridas de alto risco** as feridas tetanixenas que poden estar contaminadas con esporas do bacilo e/ou que presenten grandes zonas de tecido desvitalizado, considerándose **feridas tetanixenas**:

- Feridas ou queimaduras que requiran intervención cirúrxica que se atrasa máis de seis horas.
- Feridas ou queimaduras cun importante grao de tecido desvitalizado.
- Ferida punzante, particularmente se houbo contacto co chan ou con esterco.
- Feridas contaminadas con corpo estraño (especialmente de orixe biolóxica – madeira –).
- Feridas con fracturas.
- Trabadelas.
- Feridas por conxelación.
- Feridas ou queimaduras en pacientes que teñen sepsis sistémica.

A profilaxe adecuada, **uso do toxoide e da inmunoglobulina**, vai depender de se a ferida é limpa e do estado de inmunización, polo que para que sexa máis doado tomar a decisión móstrase unha táboa resumo no Apéndice B.

Máis información sobre a vacinación fronte ao tétano pódese atopar na web da DXIXSP no [seguinte enlace](#).

## APÉNDICE A:

### O HERPES ZÓSTER NOS PRIMEIROS SEIS MESES DA REFORMA DAS EDO

Incidencia (casos por cen mil habitantes) declarada de zóster en Galicia nos primeiros seis meses de 2012, por grupo de idade (en anos) e sexo, xunto ao risco relativo (RR) de ser muller observado neste período. (Nota: O RR é o cociente entre a incidencia observada en mulleres a respecto da observada en homes)

Idade	Mulleres	Homes	Todos	RR <sub>M/H</sub>
0 a 9	32	27	30	1,09
10 a 19	61	51	56	1,11
20 a 29	46	65	55	0,85
30 a 39	65	64	65	1,00
40 a 49	90	75	83	1,10
50 a 59	200	135	167	1,24
60 a 69	314	231	271	1,17
70 a 79	450	238	331	1,39
80 +	654	205	364	1,78
<b>Todas</b>	<b>175</b>	<b>122</b>	<b>148</b>	<b>1,21</b>

Bibliografía:

- [1] DXIXSP. Impacto da vacinación infantil fronte á varicela na incidencia de herpes zóster. *Boletín Epidemiolóxico de Galicia* 2012; vol. XXIV, nº 2. [[ver informe](#)]
- [2] Thomas SL, Andrew JH . What does epidemiology tell us about risk factors for herpes zoster? *Lancet Infect Dis* 2004; 4: 26–33.

## APÉNDICE B:

### PROFILAXE ANTITETÁNICA

Pautas de actuación para a profilaxe antitetánica en feridas <sup>a</sup>				
Antecedentes de vacinación	Ferida limpa		Ferida tetanixena <sup>1</sup>	
	Vacina (Td)	IGT <sup>b</sup>	Vacina (Td)	IGT <sup>b</sup>
< 3 doses ou descoñecida	SI (completar vacinación)	NON	SI (completar vacinación)	SI
3 ou 4 doses	NON (administrar unha dose se hai máis de 10 anos desde a última dose)	NON	NON (administrar unha dose se hai máis de cinco anos desde a última dose)	NON <sup>2</sup>
5 ou máis doses	NON	NON	NON (se hai máis de 10 anos desde a última dose, valorar a administración dunha única dose adicional en función do tipo de ferida)	NON <sup>2</sup>

**a** No caso de **inmunodeprimidos e usuarios de drogas por vía parenteral**, administrárase unha dose de inmunoglobulina no caso de feridas tetanixenas, independentemente do estado de vacinación.

**b IGT: inmunoglobulina antitetánica.** Administrárase en lugar separado da vacina. En xeral adminístranse 250 UI. Se transcorreron máis de 24 horas, en persoas con máis de 90 kg de peso, en feridas con alto risco de contaminación ou en caso de queimaduras, fracturas ou feridas infectadas, administrárase unha dose de 500 UI.

**1** Feridas tetanixenas: feridas ou queimaduras cun importante grao de tecido desvitalizado, ferida punzante (particularmente onde houbo contacto co chan ou esterco), as contaminadas con corpo estraño, fracturas con ferida, trabadelas, conxelación, aquelas que requiran intervención cirúrxica e que esta se atrase máis de seis horas, e aquelas que se presenten en pacientes que teñen sepsis sistémica.

**2** Aquelas feridas tetanixenas contaminadas con gran cantidade de material que pode conter esporas e/ou que presente grandes zonas de tecido desvitalizado (feridas de alto risco), recibirán unha dose de inmunoglobulina.