

RESUMEN EJECUTIVO PROTOCOLO VACUNACIÓN FRENTE AL VIRUS HÉRPES ZÓSTER EN PERSONAS CON PATOLOGÍAS DE RIESGO

El herpes zóster (HZ) es una enfermedad que se produce por la reactivación del virus varicela-zóster (VVZ). A pesar de presentar una baja mortalidad representa un importante problema de Salud Pública. A nivel europeo, la incidencia anual de HZ en la población general se sitúa entre 2 y 4,6 cada 1000 personas por año, aumentando con la edad y en situaciones de inmunosupresión.

POBLACIÓN DIANA:

La vacuna HZ/su (Shingrix®) está autorizada para su uso en personas a partir de 18 años de edad con mayor riesgo de HZ. Teniendo en cuenta las consideraciones anteriores y lo indicado en el documento de la Ponencia del Programa y Registro de Vacunaciones de marzo de 2021 aprobado posteriormente por la Comisión de Salud Pública, se recomienda la vacunación en personas con las siguientes patologías:

1. Trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH) en los últimos 2 años. En caso de recibir tratamiento inmunosupresor o desarrollar enfermedad injerto contra huésped (EICH) también estará indicada independientemente desde el tiempo transcurrido del TPH.
2. Trasplante de órgano sólido (TOS) con tratamiento inmunosupresor o personas que se encuentren en lista de espera para el mismo.
3. Tratamiento con fármacos anti-JAK (tofacitinib, ruxolitinib, baricitinib y upacitinib).
4. VIH bien controlado con terapia antirretroviral durante al menos un año.
5. Hemopatías malignas, tales como leucemias, linfomas o trastornos linfoproliferativos crónicos.

6. Tumores sólidos en tratamiento activo con quimioterapia (QT) o recibida en los últimos 6 meses.

CARACTERÍSTICAS DE LA VACUNA HZ/SU (SHINGRIX®):

La vacuna a administrar es Shingrix®, vacuna inactivada recombinante adyuvada con AS01_B de subunidades frente a VVZ, cuyo componente antigénico es la glicoproteína E (gE). La vacuna se distribuye en dos viales, uno con el polvo donde se encuentra el antígeno y otro con la suspensión con el sistema adyuvante. Antes de la vacunación es preciso reconstituir el preparado.

Shingrix® es una de las vacunas con un desarrollo clínico más completo en grupos de riesgo. De hecho, para la evaluación de la eficacia en personas con condiciones de riesgo a partir de los 18 años de edad se llevaron a cabo dos estudios de eficacia con HZ/su, de fase III, controlados con placebo, con una pauta de 2 dosis administradas con 1-2 meses de intervalo: Zoster-002 (con adultos ≥ 18 años receptores de TPH autólogo vacunados 50-70 días después de recibir el trasplante) con una eficacia de la vacuna frente a HZ de 68,2% (IC95%: 55,5-77,6) y frente a NPH en adultos ≥ 18 años fue de 89,3% (IC95%: 22,5-99,8) y Zoster-039 (con personas con hemopatías malignas vacunadas durante el curso de la terapia antitumoral o tras completar la misma) con una eficacia de la vacuna de 87,2% (IC95%: 44,2-98,6). En el Zoster-002, Shingrix® redujo de forma significativa las complicaciones relacionadas con HZ en un 77,8% (IC95%: 19,0-96,0), en receptores de TPH autólogo ≥ 18 años, así como las hospitalizaciones relacionadas con HZ en un 84,7% (IC95%: 32,1-96,6).

La efectividad vacunal en personas con enfermedades autoinmunes fue similar a la de la población general. Sin embargo, en personas con estas patologías que reciben tratamiento inmunosupresor la efectividad vacunal presentó un leve, aunque estadísticamente significativo, descenso (HR = 1,22; IC95% 1,02-1,46) comparada con individuos inmunocomprometidos. La efectividad vacunal tras la segunda dosis en personas inmunocomprometidas fue del 64,1% (IC95%: 57,2-69,8%) mientras que en inmunocompetentes fue el 70,9% (IC95%: 69,3-72,4%).

Al igual que ocurre en personas inmunocompetentes, se ha demostrado una mayor efectividad vacunal tras la segunda dosis y una mayor protección a largo plazo, lo que demuestra la importancia del cumplimiento de la pauta.

Las reacciones adversas notificadas con mayor frecuencia son dolor en la zona de inyección (68,1%), mialgia (32,9%), fatiga (32,2%) y cefalea (26,3%). La mayoría de estas reacciones fueron de corta duración (2 a 3 días). La frecuencia de las reacciones locales no aumentó con la administración de la segunda dosis. De manera general, no se recomienda la toma de antipiréticos o analgésicos preventivamente antes de la vacunación, únicamente en caso que sea necesario por una reacción postvacunal.

Debido a la mayor reactogenicidad relacionada con la administración de Shingrix®, es fundamental ofrecer un adecuado consejo sanitario previo a la vacunación, informando sobre la posibilidad de presentar efectos adversos, incluso de grado 3, aunque estos son autolimitados en el tiempo. Asimismo, es fundamental transmitir la importancia de completar la pauta vacunal a pesar de presentar esas posibles reacciones adversas, siempre que no se trate de reacciones anafilácticas que contraindiquen la administración de la segunda dosis, ya que la efectividad tras la segunda dosis es mayor y está relacionada con una mayor protección a largo plazo.

MANEJO DE LA VACUNA HZ/SU (SHINGRIX®):

Siempre que sea posible, las personas deben vacunarse antes de comenzar con la inmunosupresión. En función de la patología de la persona, habrá que tener en cuenta una serie de consideraciones respecto a la administración de HZ/su (Shingrix®):

PATOLOGÍA	VENTANA DE VACUNACIÓN
TPH	La primera dosis se administrará 2 meses postTPH
TOS	En caso de vacunación tras TOS, la primera dosis se administrará 4-8 meses postTOS En personas en lista de espera para TOS se recomienda la vacunación completando la pauta, siempre que sea posible, 14 días antes del trasplante tras el que se iniciará el tratamiento inmunosupresor. En caso de interrumpir la pauta de vacunación por la realización del trasplante, la segunda dosis se podría administrar 4-8 meses postTOS
Tratamiento con fármacos anti-JAK	Siempre que sea posible, se iniciará la vacunación antes de comenzar el tratamiento

VIH	No precisa ninguna ventana especial de vacunación
Hemopatías malignas	La primera dosis se administrará al menos 10 días antes de iniciar el primer ciclo de tratamiento
Tumores sólidos en tratamiento con QT	La primera dosis se puede administrar después de completar el curso de terapia antitumoral o buscar periodos ventana para su administración de menor inmunosupresión y estabilidad de la patología

La pauta de vacunación es de dos dosis administradas intramuscularmente con una separación de dos meses entre ellas. Si se requiere flexibilidad en el esquema de vacunación, se puede administrar la segunda dosis entre 2 y 6 meses después de la primera. En caso de un retraso de más de 6 meses desde la 1ª a la 2ª dosis no es necesario reiniciar la pauta vacunal; la 2ª dosis deberá administrarse tan pronto como sea posible. El período mínimo entre ambas dosis es de 4 semanas, con un período de gracia de 4 días antes de esta fecha; si por error, la segunda dosis se administrase antes de este período, se debe repetir una dosis válida al menos 8 semanas tras la última dosis.

CIRCUITO DE CAPTACIÓN Y VACUNACIÓN:

Desde los médicos de Atención Especializada, así como médicos o enfermeros de Atención Primaria, en aquellas personas subsidiarias de vacunación con HZ/su, se realizará la solicitud de la misma siguiendo el modelo de derivación del anexo 3 y los contactos indicados en el protocolo (www.murciasalud.es/herpeszoster).

En caso que hubiese una derivación al Servicio de Medicina Preventiva del hospital donde la persona lleva el seguimiento de su patología, será el especialista del mismo quien realice la solicitud de la manera indicada.

De manera habitual, la vacunación se llevará a cabo en Atención Primaria o en el punto de vacunación habitual de la persona, a donde se remitirán las dos dosis necesarias para completar la pauta vacunal. En el caso que la vacunación se iniciase en consulta hospitalaria del correspondiente Servicio de Medicina Preventiva, se indicará el centro de salud de la persona para completar la pauta en el mismo, para mejorar la

accesibilidad. No obstante, se podrá completar la pauta de vacunación en dicho servicio haciéndolo coincidir con posibles citas programadas del paciente.

COADMINISTRACIÓN CON OTRAS VACUNAS:

La coadministración de Shingrix® con la vacuna frente a gripe estacional, la vacuna antineumocócica polisacárida de 23 serotipos, la vacuna antineumocócica conjugada de 13 serotipos, dTpa o la vacuna frente a COVID-19 es inmunógena y segura. En caso de coadministración se debe procurar administrar las vacunas en lugares anatómicos diferentes o al menos con 2,5 cm de separación entre ellas.

A pesar de no existir ningún problema en caso de coadministración, dada la posibilidad de reacciones adversas de HZ/su, antes de la vacunación es importante ofrecer información por parte del sanitario de la posible reactogenicidad local y sistémica, incluyendo reacciones de grado 3, transmitiendo la importancia del cumplimiento de las pautas de vacunación.

CONTRAINDICACIONES Y PRECAUCIONES:

Está contraindicada la administración de Shingrix ® en personas con antecedente de anafilaxia a cualquiera de los componentes de la vacuna.

Como precauciones se debe tener en cuenta que se debe posponer la administración de Shingrix® en personas con enfermedades agudas moderadas o graves con o sin fiebre asociada, como ocurre de manera habitual con el resto de las vacunas.

REGISTRO:

En caso que el registro se realice a través de OMI-AP, el código de la vacuna será 92, con el descriptivo “vacuna adyuvada herpes zoster”. Se indicará la indicación persona, añadiendo a 92- la codificación de OMI-AP de la tabla adjunta. Tras el código de indicación personal se indicará el número de orden. Como ejemplo, una persona vacunada por TPH, quedaría registrada en OMI-AP su primera dosis como 92-S61 y su segunda dosis como 92-S62.

En cambio, en el caso que el registro se realice a través de VACUSAN, el código del producto es SHGX. Se cumplimentará también el número de orden (1 o 2), así como el lote del producto y la indicación personal acorde a la siguiente codificación:

INDICACIÓN PERSONAL	CÓDIGO OMI-AP	CÓDIGO VACUSAN
Trasplante Precursores Hematopoyéticos	S6	165
Trasplante de órgano sólido	S9	112
Tratamiento inmunosupresor	S7	113
Leucemia aguda	S2	67
Linfomas	S3	68
Otras neoplasias hematológicas	T3	192
Neoplasia	S4	75
Infección por V.I.H.	S8	59