



VARICELA

MANEJO CLINICO Y EPIDEMIOLOGICO

Post. Dra. Jhalianny Herrera - Res. Dra. Luciana Noble

Asistente. Dra. Santiago Gemelli

Octubre 2021

MAPA DE RUTA

- Importancia del tema
- Objetivos
- Introducción
- Epidemiología
- Clínica
- Diagnóstico
- Prevención
- Tratamiento
 - Manejo de casos intrahospitalarios
 - Estudios de contactos
- Profilaxis post-exposición
- Vacunación
- Inmunoglobulinas
- Manejo en el trabajador de salud
- Mensajes finales



IMPORTANCIA DEL TEMA

- El virus de la varicela zoster (VVZ) es el virus causante de la de la varicela y del herpes zoster, el cual es consecuencia de la reactivación del virus latente.
- Es ubicua y extremadamente contagiosa, pero en la mayoría de los casos se trata de una enfermedad leve caracterizada por un exantema generalizado.
- Su aparición es estacional y epidémica.
- El trabajador de salud se encuentra frecuentemente expuesto a esta enfermedad y a otras enfermedades transmisibles, y a su vez puede transmitirlas a los pacientes que están a su cargo. Por lo cual, se hace importante el conocimiento del tema, sobre todo la importancia de la adecuada vacunación para desempeñar sus tareas.



OBJETIVOS

- Conocer la enfermedad (formas de transmisión, periodo de incubación, tratamiento, etc).
- Determinar las poblaciones susceptibles.
- Métodos de Prevención.
- Conocer los principales datos de un brote en el personal de salud.



INTRODUCCIÓN

Primoinfección causada por el VVZ, familia herpesvirus, comparte la característica de persistir en el organismo luego de la infección primaria, pudiendo posteriormente reactivarse, cuando por cualquier causa se produce una depresión de la inmunidad celular.

Es una de las enfermedades más contagiosas, la tasa de ataque en contactos susceptibles va desde 90-96%. En el caso de cursar herpes zoster, aproximadamente el 20%.

La infección confiere generalmente inmunidad de por vida, los segundos ataques son raros en inmunocompetentes.



INTRODUCCIÓN

MODO DE TRANSMISIÓN: Se transmite por vía aérea (gotas de flugge y secreciones respiratorias) y por contacto directo con el contenido de las vesículas. También se puede transmitir por vía transplacentaria.

PERIODO DE TRANSMISIBILIDAD: Desde uno a dos días antes de la aparición de la erupción, hasta que todas las lesiones cutáneas se encuentren en fase costrosa.

PERIODO DE INCUBACIÓN: Es de 10 a 21 días con una media de 14 a 16 días.

TIPO DE PRECAUCIÓN AL ASISTIR PACIENTE: Por aerosoles. En inmunodeprimidos recordar la transmisión por contacto.



EPIDEMIOLOGÍA

- El ser humano es el único reservorio conocido del VVZ.
- Antes de la vacuna en EEUU (1995) => era una infección de declaración obligatoria y afectaba a casi todos los niños.
- Se producía en invierno y primavera, y causaban aproximadamente 4 millones de casos 11.000-15.000 hospitalizaciones y 100-150 fallecimientos/año.
- La enfermedad se daba antes de los 13-15 años.
- Un estudio realizado por Wells y Holla, 61 de 67 niños susceptibles, desde la guardería hasta 4 grado, contrajeron la varicela.
- Ataca con más frecuencia a los adultos que residen en las regiones tropicales que a los que viven en otras áreas geográficas.
- En Uruguay:
 - Es una enfermedad endemo-epidémica.
 - De notificación obligatoria, grupo B.



EPIDEMIOLOGÍA

- Previo a la vacuna al PAI, comportamiento endemo–epidémico con brotes cada 2 a 3 años.
- La tasa de incidencia por 100.000 habitantes era cercana a 100 previo a la introducción de la vacuna. Luego de la introducción claro descenso en la tasa de incidencia llegando a cifras cercanas a 20/100.000 en el 2009.
- En 2008 se registró el primer brote tras la introducción de la vacuna. El análisis observó el desplazamiento de la enfermedad hacia edades mayores.
- La tasa de ataques secundarios es 6 a 8 veces superior en los brotes intrafamiliares.
- Se mantiene un comportamiento estacional en invierno y primavera.
- En el año 2013 se registraron brotes en todos los departamentos del país. Se destaca la ocurrencia de brotes en instituciones de salud, incluyendo unidades de cuidado intensivo de niños.



Grupos de Riesgo / Susceptibles:

- Lactantes.
- Adolescentes.
- Adultos.
- Inmunodeprimidos.
- Embarazadas, si se contrae la infección en el primer trimestre en 1% puede generar síndrome de varicela congénita.



CLÍNICA

- Síndrome de impregnación viral.
- Fiebre.
- Erupción cutánea vesículo-pustulosas, tamaño y forma variable, tensas, con contenido líquido claro, simulando “gotas de rocío” y están rodeadas de una areola rosada. Se extiende de forma cefalocaudal. Las lesiones aparecen en brotes sucesivos, en relación a la viremia, y por lo tanto se encuentran en distintos estadios evolutivos.

COMPLICACIONES: Se producen por acción directa del virus, por mecanismo inmune o por sobreinfección bacteriana.

- Sobreinfección bacteriana de lesiones.
- Encefalitis.
- Neumonía viral o bacteriana.



CLÍNICA

Enfermedad grave: varicela hemorrágica y diseminación visceral que predomina en pulmón, hígado y sistema nervioso.

Síndrome de varicela congénito:

Es consecuencia de la infección de la madre durante el embarazo.

- Microcefalia, microftalmia, cataratas, coriorretinitis.
- Anomalías genitourinarias.
- Atrofia de extremidades.
- Muerte embrionaria o fetal.



DIAGNÓSTICO

- El diagnóstico es clínico.
- Las pruebas serológicas no son útiles para el diagnóstico inicial, pero un aumento grande en el título de IgG en el título convaleciente en presencia de exantema zóster atípico es una confirmación
- El frotis de Tzanck de los raspados de las lesiones pueden observarse inclusiones intranucleares, su sensibilidad como prueba diagnóstica es baja.
- PCR en los raspados de las lesiones para detectar el ADN del VVZ; es el procedimiento diagnóstico de elección. Permite distinguir entre el virus salvaje y las cepas vacunales.
- Cultivo viral es menos sensible que la PCR.



TRATAMIENTO

Medidas generales:

- Los infectados deben permanecer en su domicilio hasta que todas las lesiones sean costrosas, evitando el contacto con personas que no hayan padecido la enfermedad.
- No compartir objetos de uso personal
- Mantener la higiene de la piel para evitar la sobreinfección bacteriana.
- Se pueden usar antipiréticos (excepto ácido acetil salicílico) y antipruriginosos (antihistamínicos) según corresponda.

Uso de antivirales:

- El uso de Aciclovir/Valaciclovir depende de los factores específicos del huésped y de la gravedad de la infección.
- El tratamiento debe iniciarse antes de las 72 horas desde la aparición del exantema para optimizar el beneficio.



TRATAMIENTO

Los individuos que más se beneficiarán del tratamiento antiviral son:

- Inmunodeprimidos.
- Recién nacido con edad gestacional mayor a 28 semanas.
- Mayores de 12 años.
- Personas con enfermedades crónicas cutáneas o pulmonares según criterio médico.
- Pacientes con terapia prolongada con salicilatos, o con terapia con corticoides en aerosol o sistémicos.
- Embarazadas, especialmente en el segundo y tercer trimestre, (Aciclovir pertenece a la categoría B de la clasificación de riesgo de la FDA).
- Segundo caso de varicela en el hogar.



Manejo de casos en centro hospitalario

- Colocar en habitación individual o en cohorte de casos confirmados.
- Identificar con cartilla, en la puerta de la habitación, la condición de aislamiento.
- Mantener la puerta cerrada, abrirla solo para entrar o salir.
- En entornos ambulatorios indicar al paciente con varicela sospechosa o confirmada, que use máscara quirúrgica y aplique la etiqueta de tos/higiene respiratoria, Una vez instalado en la habitación retirar la máscara al paciente. En la emergencia o servicio ambulatorio realizar la higiene del área.
- El personal que asista en cualquier servicio a un caso sospechoso de varicela, debe utilizar máscara N95.
- Realizar higiene de manos con agua y jabón o alcohol gel antes y después de contactar con el paciente o su entorno.



Manejo de casos en centro hospitalario

- Colocarse guantes para el contacto con el paciente y su entorno inmediato.
- Retirar el respirador N95 luego de salir de la habitación.
- Utilizar bata para el contacto con material infectante (lesiones cutáneas), especialmente en la asistencia de niños pequeños.
- Realizar el traslado sólo si es imprescindible.
- Las precauciones aéreas deberán mantenerse hasta que las lesiones cutáneas estén secas y costrosas.
- En pacientes inmunodeprimidos con neumonitis mantener el aislamiento aéreo durante toda la enfermedad.
- Limpiar y desinfectar con hipoclorito de sodio (0,5%). Frotar superficies de alto contacto con alcohol 70%.



ESTUDIO DE CONTACTOS

Definición de contacto: Considerar los individuos susceptibles que hayan permanecido en los 2 días previas a la aparición de las primeras lesiones, hasta 5 días posteriores; con una exposición significativa, como por ejemplo, vivir en la misma casa, tener contacto cercano en espacio cerrado (salón de clase, trabajo, etc.) o compartir habitación en el hospital.

Susceptibles: si no ha presentado varicela previamente y no ha sido vacunado. Si la persona desconoce si presentó varicela se considerará susceptible.

Si la persona ya padeció varicela no se adoptan medidas.



PROFILAXIS POST EXPOSICIÓN

Se debe realizar profilaxis **SI** cumplen con las siguientes 3 condiciones:

- Tener contacto con un caso de varicela, durante el periodo de transmisibilidad.
- Ser susceptible a la infección.
- Tener riesgo de desarrollar complicaciones graves por varicela.

Se administra vacuna anti-varicela a todo contacto susceptible, que se encuentre en alguna de estas categorías y no presente contraindicaciones para la misma:

- Mayores de 1 año hospitalizados sin enfermedad grave.
- Pacientes VIH + adolescentes y/o adultos con $CD4 > 200/mm^3$ y niños con $CD4 > 15\%$
- Pacientes con síndrome nefrótico sin tratamiento inmunosupresor.
- Antes de recibir trasplantes de órganos sólidos (al menos tres semanas antes del tratamiento inmunosupresor).



PROFILAXIS POST EXPOSICIÓN

- Pacientes en remisión de leucemia, linfomas y otras enfermedades malignas. Se recomienda consultar al médico tratante.
- Personas con enfermedades crónicas cutáneas y pulmonares según criterio médico.

En todos los casos vacunar con dos dosis con un intervalo de 3 meses entre cada una (si es mayor de 13 años el intervalo mínimo es 1 mes). Los individuos que pertenecen a alguna de estas categorías y tienen una dosis de vacuna anti varicela pueden recibir una segunda dosis respetando los intervalos mínimos de vacunación La administración de la vacuna debe realizarse antes del 5º día de haber tenido contacto con el caso.



VACUNACIÓN



Virus vivo atenuado.

Monovalente (Varicela) o combinada por ejemplo con sarampión, rubéola y parotiditis (Vacuna SRPV)
Se incorporó al Certificado Esquema de Vacunación (CEV) en 1999, al año de vida y en el año 2014 se incorporó la segunda dosis a los 5 años de edad.

Eficacia:

1 dosis 70 a 90% para prevenir todas las formas de varicela, y 95% para prevenir cuadros graves. Se desconoce duración de la inmunidad pero se ha demostrado persistencia de Ac 10 años después.

Contraindicaciones para recibir vacuna anti-varicela:

- Inmunodeficiencias, VIH con < 200 CD4, enfermedades hemato-oncológicas y tratamiento inmunosupresor según condición clínica.
- Embarazo.
- Alergia a los componentes de la vacuna.



VACUNACIÓN

- Diferir la vacunación en individuos gravemente enfermos o que hayan recibido gammaglobulina hiperinmune específica 5 meses previos.
- Pacientes con terapia prolongada con salicilatos.



Efectos adversos de la vacunación:

- Fiebre, dolor, tumefacción en el sitio de aplicación.
- 5 % Erupción variceliforme leve en el sitio de aplicación de la vacuna o distal.
- Menos frecuentes: sensación de hormigueo, Herpes zoster por serotipo vacunal, manchas purpúricas, encefalitis, neumonitis, convulsiones.



INMUNOGLOBULINAS

Indicación: a todo contacto susceptible, que se encuentre en alguna de las siguientes categorías y no presente contraindicaciones para la misma:

- Personas con inmunodeficiencias primarias y adquiridas, neoplasias, o que reciben tratamiento inmunosupresor, que no puedan recibir vacuna (discrasias sanguíneas, leucemias, linfomas o cualquier otra neoplasia maligna que afecta la médula ósea o el sistema linfático, inmunodeficiencia asociada a SIDA, u otras manifestaciones clínicas asociadas a VIH, inmunodeficiencias celulares, hipo y disgammaglobulinemias).
- RN pretérmino > 28 semanas de gestación hospitalizados, cuyas madres no presenten evidencia de inmunidad.
- RN pretérmino < 28 semanas de gestación o <1000 grs. de peso hospitalizados, independientemente de la historia materna.
- Recién nacidos cuyas madres hayan iniciado los síntomas desde 5 días antes hasta 48 horas después del parto.
- Embarazadas durante 1º trimestre.



INMUNOGLOBULINAS

Dosis: 125 U /10 kg IM. Dosis máx.: 625 U (ampolla 125 U/2.5 ml), peso <10 kg la dosis=125 U, dividirse en 2 sitios de punción.

Notificar antes de 96 hs de haber tenido contacto con el caso. Duración de la protección es aprox. 3 semanas. Si recibió inmunoglobulina no administrar vacuna antivariela o cualquier otra vacuna a virus vivos atenuados durante 3 meses.

Aquellos RN sanos cuyas madres hayan presentado la enfermedad pasadas 48 hs del parto, no deben recibir inmunoglobulina específica.

Contraindicaciones para recibir inmunoglobulina antivariela: Reacción alérgica severa a inmunoglobulinas, Trombocitopenia severa, Déficit de IgA, Alteración grave de la coagulación.

Operativa para administración de Inmunoglobulina anti-varicela.

Ante la notificación del contacto, el médico tratante es el responsable de realizar la prescripción y supervisión de la evolución.



TRABAJADORES DE SALUD CONTACTOS

- Si es susceptible a varicela:
 - Proceder a la profilaxis pos exposición que corresponda.
- Si ya padeció Varicela:
 - No adoptar medidas con estos trabajadores.
- Si tiene antecedente de Vacunación con única dosis:
 - Administrar una segunda dosis de vacuna contra varicela.
- Contacto hospitalizado susceptible:
 - Se deben cumplir las mismas medidas precautorias de aislamiento aéreo que para un paciente con varicela, hasta finalizar el máximo período de incubación (21 a 28 días si recibió gammaglobulina hiperinmune)
 - Para la ubicación de los contactos, puede aplicarse aislamiento de cohorte (No deben compartir con los casos confirmados).
 - Aplicar la profilaxis pos exposición que corresponda.



Descripción de Brote Hospitalario:

Caso índice: 26a. Médica. FIS 27/08/21 Decaimiento. El 28/08 agrega lesiones en piel vesiculares y fiebre de hasta 38°C. Noción de contacto: paciente hospitalizado con herpes zoster. Niega contacto directo con caso de Varicela.

Se realiza la búsqueda de contactos desde las 48 hs previas a la aparición de lesiones, se identifican quienes cursaron la enfermedad, quienes se encuentran vacunados y quienes no cursaron ni están vacunados, a su vez se buscó dentro de los contactos a embarazadas e inmunodeprimidos.

Segundo caso: 26a. Practicante interno, no inmunizado. FIS 09/09/21. Nexo: compartió guardia en emergencia de Hospital de Clínicas el 27/08/21 con el caso índice.

Tercer caso: 28a. Médica. Vacunada con 1 dosis de antivariçela. FIS 11/09/21. Nexo: compartió guardia en emergencia de Hospital de Clínicas el 27/08/21 con el caso índice.



Aquellos contactos que no cursaron la enfermedad, ni se encontraban vacunados se les indicó vacuna contra Varicela en un plazo máximo de 72 hs y aislamiento por 21 días.

Los vacunados que estuvieron con contacto estrecho, se les solicitó anticuerpos contra varicela. Aquellos con IgG positivo podían reintegrarse.

No se identificó contacto con Embarazadas.

Los inmunodeprimidos que no cursaron la enfermedad ni se encontraban vacunados, se les indicó Inmunoglobulinas contra Varicela.

No hubo transmisión a pacientes susceptibles



APRENDIZAJES

- Infección primaria por el VVZ causa varicela, puede reactivarse en forma de herpes zoster.
- La vacuna viva atenuada contra la varicela está incluida en el CEV a los 12 meses y 5 años. Las personas nacidas antes de 1998 pueden no estar vacunadas contra varicela.
- Se recomienda el aciclovir/valaciclovir en personas con riesgo de enfermedad o complicaciones graves (adolescentes, adultos y mujeres embarazadas), enf. pulmonares o cutáneas crónicas, terapia con salicilatos o corticosteroides.



APRENDIZAJES

- Profilaxis post-exposición para personas susceptibles que han estado expuestas, particularmente si tienen riesgo de enfermedad grave inmunodeprimidas, embarazadas, RN de madres que desarrollaron varicela).
- PPE con vacuna: > 1 año, VIH > 200 CD4, valoración pre transplante, personas con enfermedades crónicas cutáneas y pulmonares.
Inmunocompetentes, se recomienda la vacuna posterior a la exposición si se administra dentro de los 3 días posteriores a la exposición.
- Tienen indicación de inmunoglobulinas: personas con inmunodeficiencias, recién nacidos pretérminos, embarazadas durante el primer trimestre, que no tengan contraindicaciones.
Si recibe inmunoglobulinas no se puede administrar vacunas a virus vivos por 3 meses.





Cátedra de Enfermedades Infecciosas, 2021.

