

Varicela grave en paciente inmunodeprimida

Prevención, tratamiento y prevención de brote hospitalario

Cátedra de Enfermedades Infecciosas

Residente de M. Interna V. Más

Prof. Adj., Dra. G. Pérez



Cátedra de
Enfermedades Infecciosas

www.infectologia.edu.uy

Historia clínica

- SF 41 años
- AP: LES con compromiso cutáneo, articular y renal
Nefropatía lúpica G III
Dermatomiositis
HTA crónica
ACV cerebeloso, sin secuelas
Muerte súbita reanimada en julio 2013
- Medicación habitual: prednisona, micofenolato de mofetilo
- AA: contacto con varicela 15 días antes de la consulta



Historia clínica

- EA:

24/9 H. de Durazno:

Sd. de impregnación viral, lesiones cutáneas compatibles con varicela y disnea

PP: polipnea, estertores secos difusos

Rxtx: sin alteraciones

Creatininemia 1.6 mg/dl, azoemia 0.6 g/l

Planteo: Neumonitis varicelosa



Aciclovir
Ceftriaxona



Historia clínica

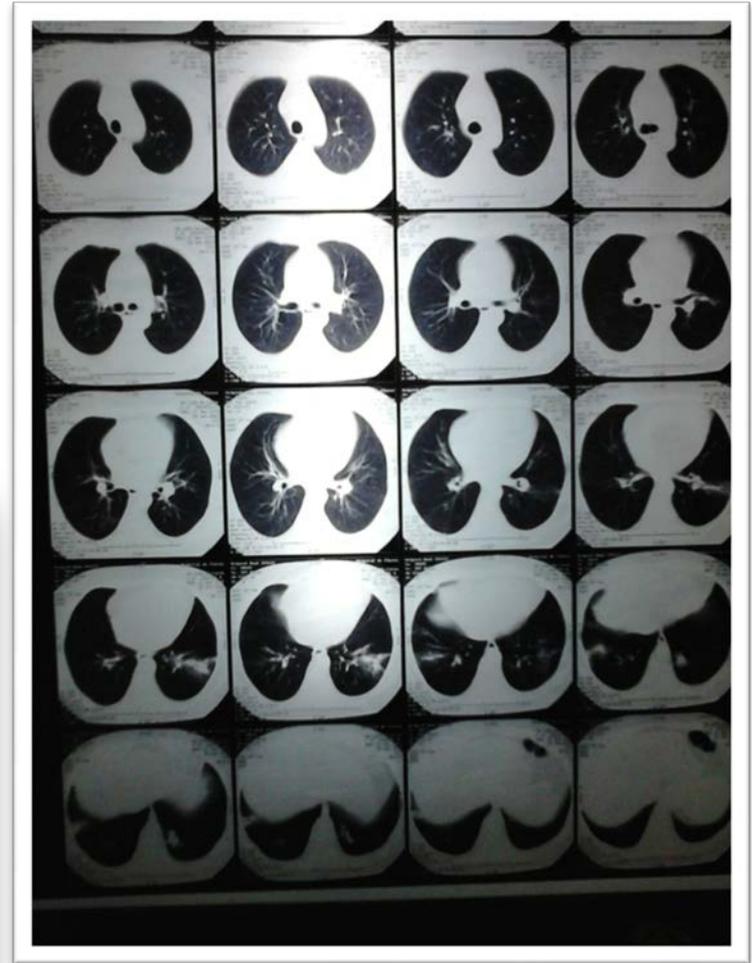
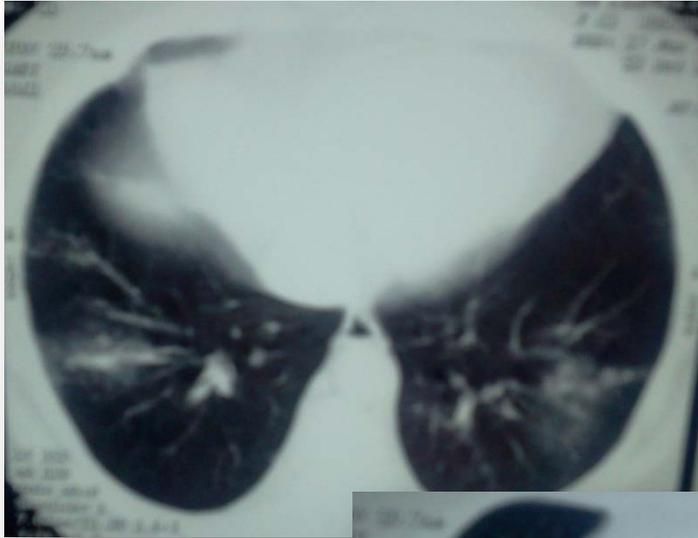
TC tórax



Cátedra de
Enfermedades Infecciosas

www.infectologia.edu.uy

Historia clínica



Cátedra de
Enfermedades Infecciosas

www.infectologia.edu.uy

Historia clínica

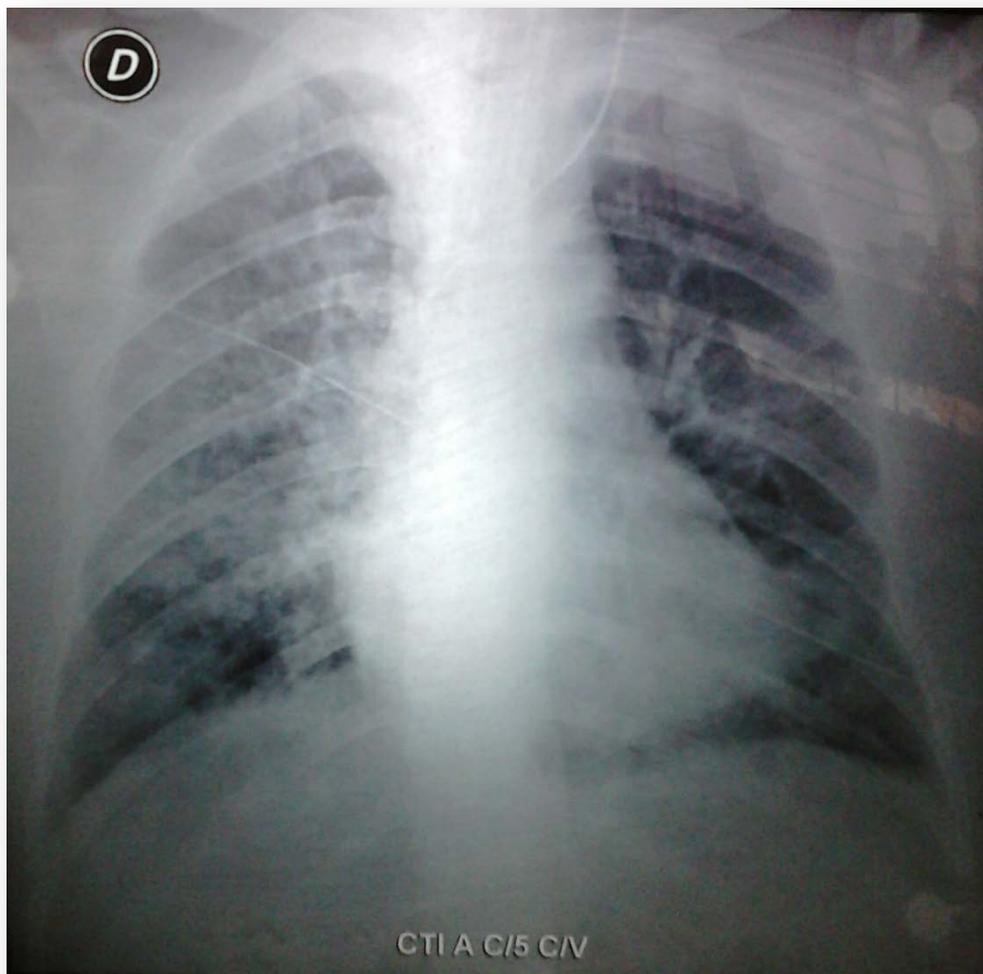
- **26/10 mala evolución**
Traslado a H. de Clínicas

**SIN MEDIDAS DE
AISLAMIENTO
RESPIRATORIO NI DE
CONTACTO**

- En lo respiratorio:
Intenso SFR
IR tipo I severa
IOT-AVM



Historia clínica



CTI de H. Maciel

Rxtx de control a las 24 horas de ingreso a CTI



FBC: eritema mucoso con equimosis sin sangrado actual



Historia clínica

- En lo extra respiratorio:

Encefálico:

RO 1, RV 2, RM 5 (SCG 8)

No rigidez de nuca, no focalidad neurológica

EEG: sufrimiento difuso leve-moderado

Hematológico:

GB 16000, linfocitos 720

Hb 7.9 g/dl NH

PLT 29000



Bicitopenia

✓ Coombs –
✓ AntiDNA y
C3-4 en rango



Historia clínica

Cardiovascular:

Sin elementos de ICGD. ETT: normal, FEVI 65%

Renal:

Creatininemia 1.36 mg/dl, azoemia 0.57g/l

Hepático:

TGO/ TGP 2305/1253

GGT 341, FA 671

BT 0.36, BD 0.15

TP 65%, albúmina 2.5 g/l

Hepatitis



Suspensión de
micofenolato de mofetilo

Varicelosa

Lúpica/ EAS

Tóxica



Historia clínica

Cutáneo:



Cátedra de
Enfermedades Infecciosas

www.infectologia.edu.uy

Tratamiento y evolución

Tratamiento

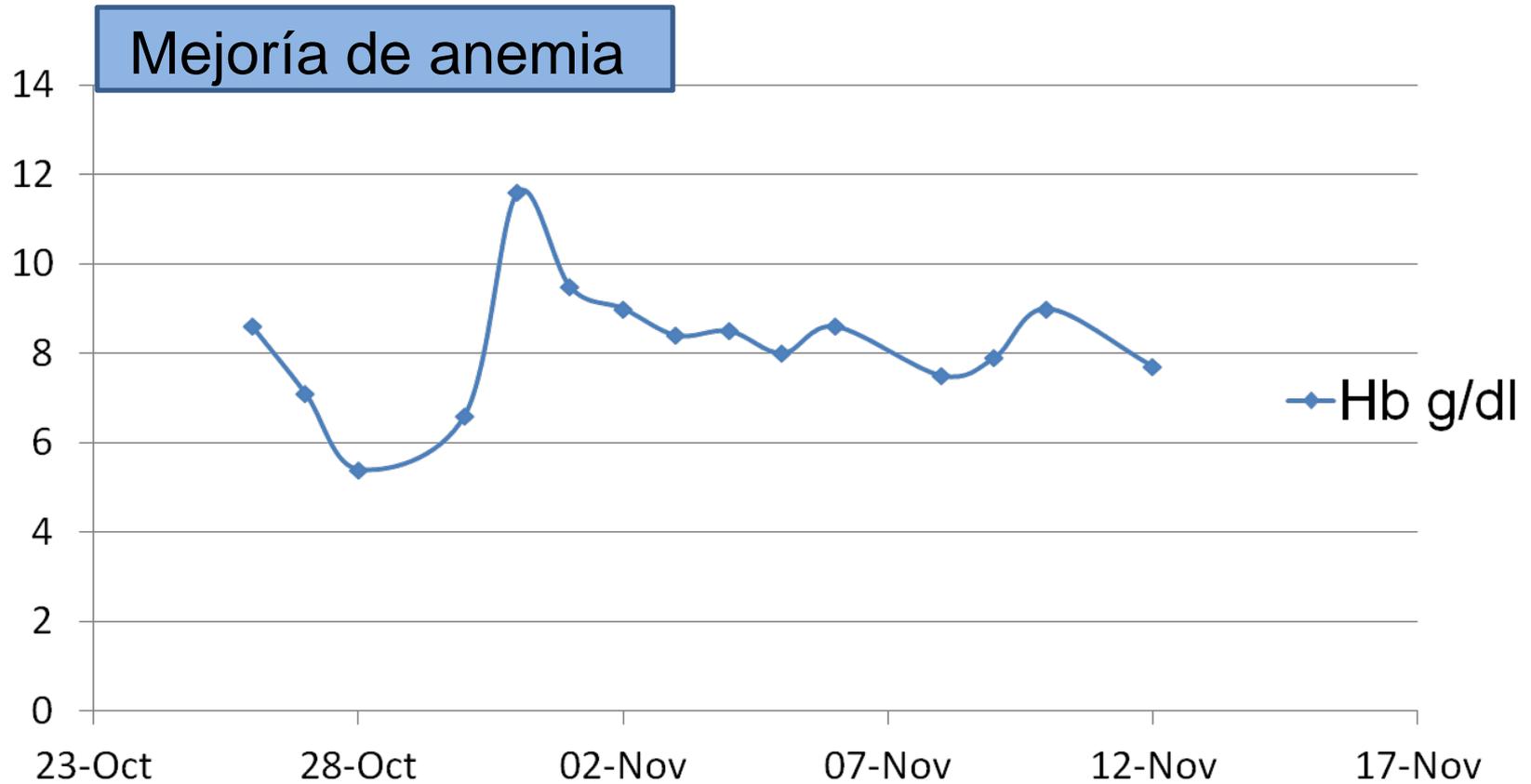
- Fisiopatológico de Insuficiencia respiratoria
- Suspensión de corticoides y micofenolato de mofetilo
- Transfusión de GR
- Aciclovir 750 mg cada 8 horas iv

Evolución:

- Mejoría clínica gasométrica: se extuba el 10/11
- Sin peoría de parámetros de función renal
- Normalización del hepatograma a las 72 horas

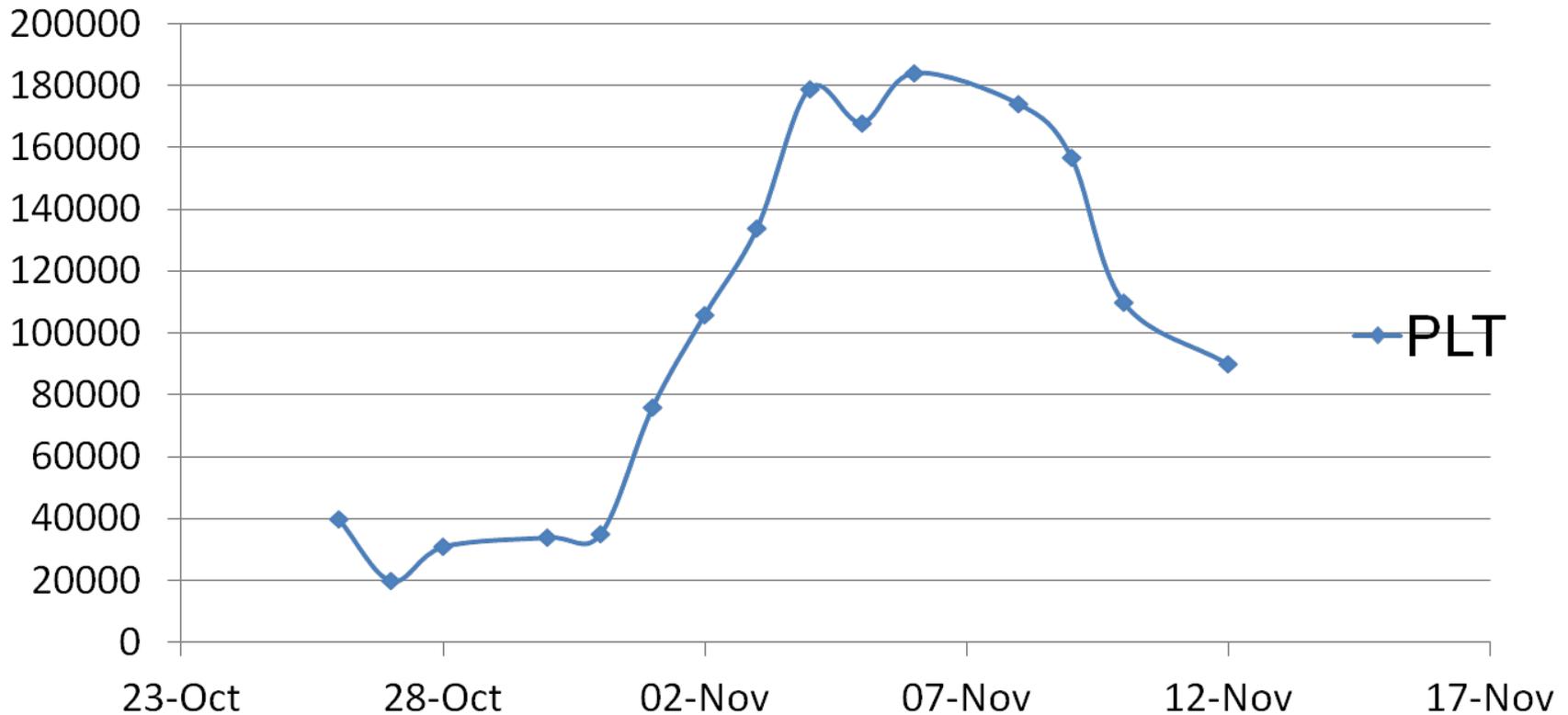


Tratamiento y evolución



Tratamiento y evolución

Mejoría de plaquetopenia



Tratamiento y evolución



Medidas tomadas para prevenir brote en HC

- En UCI Emergencia estuvieron internados **3 pacientes**. Dos no susceptibles. **Uno susceptible** internado por angor inestable. Ya había pasado a sala
- **5 personal de enfermería susceptible**
- Varios familiares susceptibles



Medidas tomadas para prevenir brote en HC

- **Vacuna varicela** a los 2-4 días desde el contacto al paciente susceptible y personal de salud susceptible
- Notificación a División Epidemiología y al Comité de Infecciones Hospitalarias



Medidas tomadas para prevenir brote en HC

- **Vacuna varicela** a los 2-4 días de contacto al paciente susceptible y personal de salud susceptible
- Notificación a División Epidemiología y al Comité de Infecciones Hospitalarias

Al momento ningún caso secundario



Interrogantes

- **¿Contamos con pruebas diagnósticas para confirmar el planteo?**
- **¿El tratamiento fue adecuado?**
- **¿Se podría haber prevenido el cuadro clínico?**
- **¿Fue correcto el manejo en emergencia?**



Primo-infección por VVZ

Revisión del tema



Cátedra de
Enfermedades Infecciosas

www.infectologia.edu.uy

Generalidades

- Enfermedad endemo-epidémica de notificación obligatoria
- Es la primo infección causada por el Virus Varicela Zoster:

- ✓ Familia *Herpesviridae*
- ✓ Subfamilia *Alphaherpesvirinae*
- ✓ Hombre: único reservorio
- ✓ Trasmisión: respiratoria o contacto con lesiones
- ✓ Alta contagiosidad, 80% contacto domiciliario

Mattera A., Barrios P. Herpesvirus. Temas de bacteriología y virología médica. 2004; 527-58



Epidemiología

- Era pre vacunal:

- ✓ Endemo-epidémica
- ✓ Brotes en primavera
- ✓ Muy prevalente
- ✓ Mayoría en niños < 4 años
- ✓ Mortalidad USA 150 niños/a
- ✓ Alta carga para sistema de salud

- Era post vacunal:

- ✓  del 71-84% de los casos, 88% de los internados
- ✓ Persisten brotes
- ✓ Aparición en adultos
- ✓ Descenso de Mortalidad **92%**
- ✓ Impacto para el sistema de salud
- ✓ Dificultades en inmunodeprimidos



Epidemiología

- Poblaciones de riesgo:
 - ✓ recién nacidos
 - ✓ embarazadas
 - ✓ inmunodeprimidos
 - ✓ enfermedad cutánea o pulmonar crónica
 - ✓ tratamiento corticoideo prolongado

Formas diseminadas y más graves



Candia L. Varicela en el siglo XXI: impacto de la vacunación. Revisión bibliográfica. *IntraMed Journal*. 2013; 1-6



Cátedra de
Enfermedades Infecciosas

www.infectologia.edu.uy

Clínica

- **Período de incubación:** 14-21 días
- **Período de estado:**

✓ Exantema

- Generalizado
- Vesiculoso
- Pruriginoso
- Diferentes estadios evolutivos

✓ Fiebre y síntomas sistémicos

- **Período de convalecencia:** lesiones costrosas

Pickering L.K. et al Varicela-Zóster Virus. Infecciones. Red Book: Enfermedades Infecciosas en Pediatría 28ª ed. México. 2011; 691-704



Cátedra de
Enfermedades Infecciosas

www.infectologia.edu.uy

Clínica

- Complicaciones:
 - ✓ Sobreinfección bacteriana de las lesiones de piel
 - ✓ **Neumonía**
 - ✓ Compromiso del SNC
 - ✓ Trombocitopenia
 - ✓ Glomerulonefritis
 - ✓ Síndrome de Reye
 - ✓ Artritis
 - ✓ Hepatitis

Pickering L.K. et al Varicela-Zóster Virus. Infecciones. Red Book: Enfermedades Infecciosas en Pediatría 28ª ed. México. 2011; 691-704



Cátedra de
Enfermedades Infecciosas

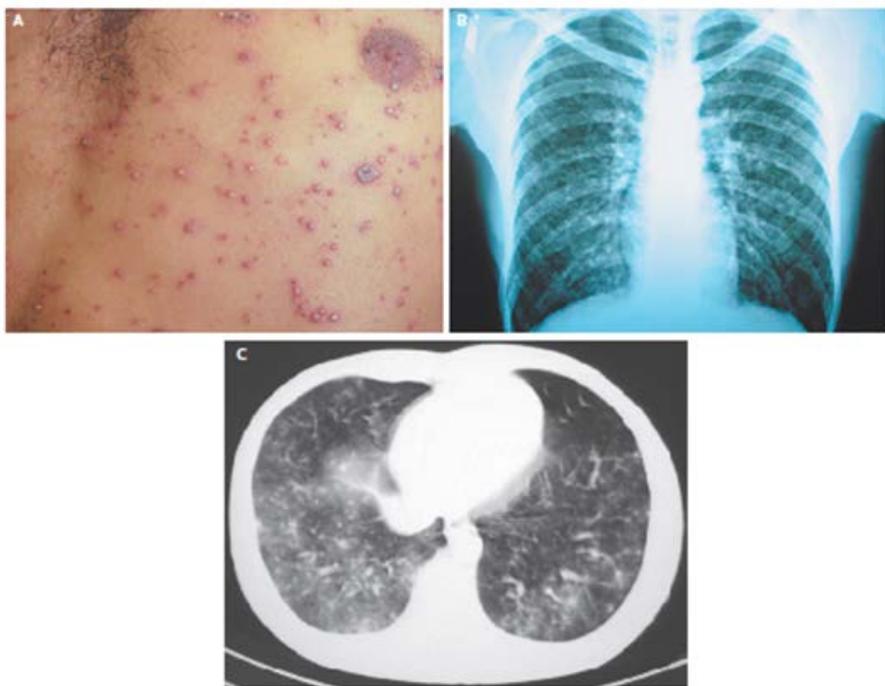
www.infectologia.edu.uy

Neumonía por Virus Varicela Zóster

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

IMAGES IN CLINICAL MEDICINE

Varicella Pneumonia in an Adult



Clínica

26 a, SM. AA: varicela

5 días de tos, fiebre y disnea

EF: exantema vesicular polimorfo

Rxtx y TC: micronódulos bilaterales

Dg: rash + síntomas respiratorios + contacto con varicela

Tto: aciclovir iv

N ENGL J MED . 2010; 362;13



Cátedra de
Enfermedades Infecciosas

www.infectologia.edu.uy

Clínica



Pre vacunal

Post vacunal en vacunado

100 – 500 lesiones

< 50 lesiones

Pródromo importante

Pródromo leve

> transmisión y complicaciones

< transmisión y complicaciones

Recuperación lenta

Recuperación rápida

Pickering L.K. et al Varicela-Zóster Virus. Infecciones. Red Book: Enfermedades Infecciosas en Pediatría 28ª ed. México. 2011; 691-704



Cátedra de
Enfermedades Infecciosas

www.infectologia.edu.uy

Clínica

Embriopatía varicelosa

- 1% antes de las 20 semanas de gestación
- 1/3 de los RN mueren en período neonatal



Lamont R. et al. Varicella-zoster virus (chickenpox) infection in pregnancy. BJOG 2011;118: 1155-1162

Moreno J. Varicela congénita y neonatal. Unitat de Neonatología. Servicio de Pediatría. Setiembre, 1998; s/d

Catedra de
Enfermedades Infecciosas



www.infectologia.edu.uy

Clínica

Varicela neonatal
congénita



Transplacentaria
Vía ascendente
Tracto respiratorio del neonato

- Varicela neonatal precoz: leve (Ac antivariçela maternos)
- Varicela neonatal tardía: grave, con afección visceral
 - ✓ Neumonitis
 - ✓ Hepatitis
 - ✓ CID
 - ✓ Encefalitis

Lamont R. et al. Varicella-zoster virus (chickenpox) infection in pregnancy. BJOG 2011;118: 1155-1162

Moreno J. Varicela congénita y neonatal. Unitat de Neonatología. Servicio de Pediatría. Setiembre, 1998; s/d

Interrogantes

- ¿Contamos con pruebas diagnósticas para confirmar el planteo?
- ¿El tratamiento fue adecuado?
- ¿Se podría haber prevenido el cuadro clínico?
- ¿Fue correcto el manejo en emergencia?



Paraclínica

Prueba	Muestra	Comentarios
Cultivos de tejidos	Líquido de vesículas, LCR, tejido de biopsia	Diferencia VVZ de VHS. Limitada disponibilidad
Reacción en cadena de la polimerasa	Hisopado de vesícula, fragmentos de costras, tejido de biopsia, LCR	Alta S y E para VVZ. Distinguen cepas silvestres de vacunales. Requiere equipo especial
Prueba directa de Ac fluorescentes	Raspado de vesículas, hisopado de la base de la lesión	Alta E. <S que PCR para diagnóstico
Frotis de Tzanck	Raspado de vesículas, hisopado de la base de la lesión	Células gigantes multinucleadas con inclusiones. Baja S y E
Serología (IgG)	Muestras de suero en estadio agudo y de convalecencia	Alta E, no S para identificar inmunidad inducida por vacuna
Captura de IgM	Muestras de suero en estadio agudo para dosar IgM	Alta E. Indica actividad actual o reciente

Pickering L.K. et al Varicela-Zóster Virus. Infecciones. Red Book: Enfermedades Infecciosas en Pediatría 28ª ed. México. 2011; 691-704



Cátedra de
Enfermedades Infecciosas

www.infectologia.edu.uy

Paraclínica

Evaluation of Laboratory Methods for Diagnosis of Varicella

Jessica Leung,¹ Rafael Harpaz,¹ Andrew L. Baughman,¹ Karl Heath,^{2a} Vladimir Loparev,¹ Marietta Vázquez,³ Barbara M. Watson,^{2a} and D. Scott Schmid¹

¹Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Georgia; ²Philadelphia Department of Health, Pennsylvania; and ³Yale University School of Medicine, New Haven, Connecticut

Conclusiones:

- PCR de lesiones de piel es conveniente y adecuado para el diagnóstico de varicela en vacunados y no vacunados
- PCR de muestras orales puede sumar al diagnóstico de varicela incluso cuando el rash se resolvió

Laboratory Diagnosis of Varicella Disease. CID 2010;51(1): 23-32



Cátedra de
Enfermedades Infecciosas

www.infectologia.edu.uy

Paraclínica

Prueba	Muestra	Comentarios
Cultivos de tejidos	Líquido de vesículas, LCR, tejido de biopsia	Diferencia VV7 disponibilidad
Reacción en cadena de la polimerasa	Hisopado de vesícula, fragmentos de costras, biopsia, LCR	Alta E. <S que PCR para diagnóstico vacunales. tiempo especial
Prueba directa de Ac fluorescentes	Raspado de vesículas, hisopado de la base de la lesión	Alta E. <S que PCR para diagnóstico
Serología (IgG)	Muestras de suero en estadio agudo y de convalecencia	Células gigantes multinucleadas con inclusiones. Baja S y E Alta E, no S para identificar inmunidad inducida por vacuna
Captura de IgM	Muestras de suero en estadio agudo para dosar IgM	Alta E. Indica actividad actual o reciente

Diagnóstico paraclínico es necesario sólo en situaciones especiales: lesiones atípicas y encefalitis. NO es necesario en este caso

Pickering L.K. et al Varicela-Zóster Virus. Infecciones. Red Book: Enfermedades Infecciosas en Pediatría 28ª ed.

México. 2011; 691-704



Cátedra de
Enfermedades Infecciosas

www.infectologia.edu.uy

Interrogantes

- ¿Contamos con pruebas diagnósticas para confirmar el planteo?
- ¿El tratamiento fue adecuado?
- ¿Se podría haber prevenido el cuadro clínico?
- ¿Fue correcto el manejo en emergencia?



Tratamiento

Manejo ambulatorio

Manejo hospitalario



Depende de:

- ✓ Población de riesgo
- ✓ Gravedad y extensión lesional
- ✓ Complicaciones por la enfermedad
- ✓ Complicaciones por el tratamiento



Cátedra de
Enfermedades Infecciosas

www.infectologia.edu.uy

Tratamiento: manejo ambulatorio

- Medidas generales
 - ✓ Permanecer en domicilio hasta que las lesiones sean costosas
 - ✓ No compartir objetos de uso personal
 - ✓ Mantener la higiene de piel
 - ✓ Antipiréticos (excepto AAS) y antihistamínicos
- Tratamiento específico: antivirales
 - ✓ >12 años, inmunodeprimidos o enfermedad grave



Cátedra de
Enfermedades Infecciosas



Dirección general de la salud. División Epidemiológica. MSP

www.infectologia.edu.uy

Tratamiento antiviral

- Antes de las 72 horas desde la aparición del exantema
- Se benefician del tratamiento
 - ✓ Inmunodeprimidos
 - ✓ RN con EG >28 semanas
 - ✓ Mayores de 12 años
 - ✓ Enfermedades cutáneas o pulmonares crónicas
 - ✓ Tratamiento prolongado con salicilatos o corticoides
 - ✓ Embarazadas
 - ✓ Segundo caso de varicela en el hogar
- Contraindicación: antecedente de hipersensibilidad grave



Tratamiento antiviral

Esquema de tratamiento con antivirales.			
Grupo etario	Antiviral y dosis	Vía	Observaciones
Lactantes y niños (<40 kg)	Aciclovir 20 mg/k/dosis cada 6 horas por 5-7 días (dosis máxima 3.2 g/día)	oral	En recién nacidos (RN) e inmunodeprimidos se recomienda vía intravenosa: (RN aciclovir 20 mg/k cada 8 horas por 14 días; inmunodeprimidos aciclovir 10 mg/k/dosis cada 8 horas por 7-10 días) No está indicado el uso de valaciclovir en niños.
Adultos	Aciclovir 800 mg 5 veces al día por 5-7 días	oral	En pacientes graves e inmunodeprimidos se recomienda uso por vía intravenosa (aciclovir 10-15 mg/k cada 8 horas por 7-10 días) En embarazadas usar vía intravenosa si existen complicaciones graves. Las dosis deben ajustarse en pacientes portadores de insuficiencia renal.



Interrogantes

- ¿Contamos con pruebas diagnósticas para confirmar el planteo?
- ¿El tratamiento fue adecuado?
- ¿Se podría haber prevenido el cuadro clínico?
- ¿Fue correcto el manejo en emergencia?



Profilaxis

- Pre exposición:
 - ✓ Vacuna
- Post exposición:
 - ✓ Vacuna
 - ✓ Inmunoglobulina específica
 - ✓ Aciclovir

Contacto con caso de varicela en período de transmisibilidad +
Ser susceptible a la infección +
Riesgo de desarrollar complicaciones graves



Profilaxis

Vacunación en Uruguay

- Desde 1999 se incorpora a CEV
- Vacuna a virus vivo atenuado
- < 12 años: 1 dosis
- A partir de 2014, 2^{da} dosis a los 5 años
- Inmunogenicidad elevada
- Eficacia: 70 % contra la infección
95% contra la enfermedad severa
- Duración de la protección discutida



¿Está indicada la vacunación pre exposición de los adultos?

- Según **Guía ACIP** a todos los adultos susceptibles

- Otros escenarios:
 - Adultos con FR
 - Trabajadores de la salud
 - Otros trabajadores expuestos



¿En esta paciente con lupus?

Sólo si en algún momento estuvo sin inmunosupresores y sin corticoides o con baja dosis (en ese momento)

De lo contrario
CONTRAINDICADO

Vacunaciones de los Adultos.
Manual Practico . API 2013

Vacuna	E. autoinmune estable corticoides, FAME	Durante uso biológicos
Gripe inactivada	Indicada anual	Indicada anual
Gripe viva atenuada	Contraindicada	Contraindicada
<i>S. pneumoniae</i>	Indicada	Indicada
Hepatitis B	Indicada	Indicada
Hepatitis A	Indicada según epidemiología local o FR	Indicada según epidemiología local o FR
Varicela	Considerar si estable, fármacos a baja dosis. Precaución	Contraindicada
Zoster	Considerar si estable, fármacos a baja dosis. Precaución	Contraindicada
dT	Indicada	Indicada
dTpa	Indicada 1 dosis	Indicada 1 dosis
Fiebre amarilla	Considerar si estable, fármacos a baja dosis. Precaución	Contraindicada
Rabia	Indicada si exposición	Indicada si exposición
HPV	Indicada en mujeres de 9 a 45 a, en hombres de 9 a 26 a (sólo cuadrivalente)	Indicada en mujeres de 9 a 45 a, en hombres de 9 a 26 a (sólo cuadrivalente)
Antimeningocócica	Si tiene indicación	Si tiene indicación

- Indicada si FR o epidemiología local
- Considerar uso, precaución
- Universal
- Contraindicada



Transplante hematopoyético

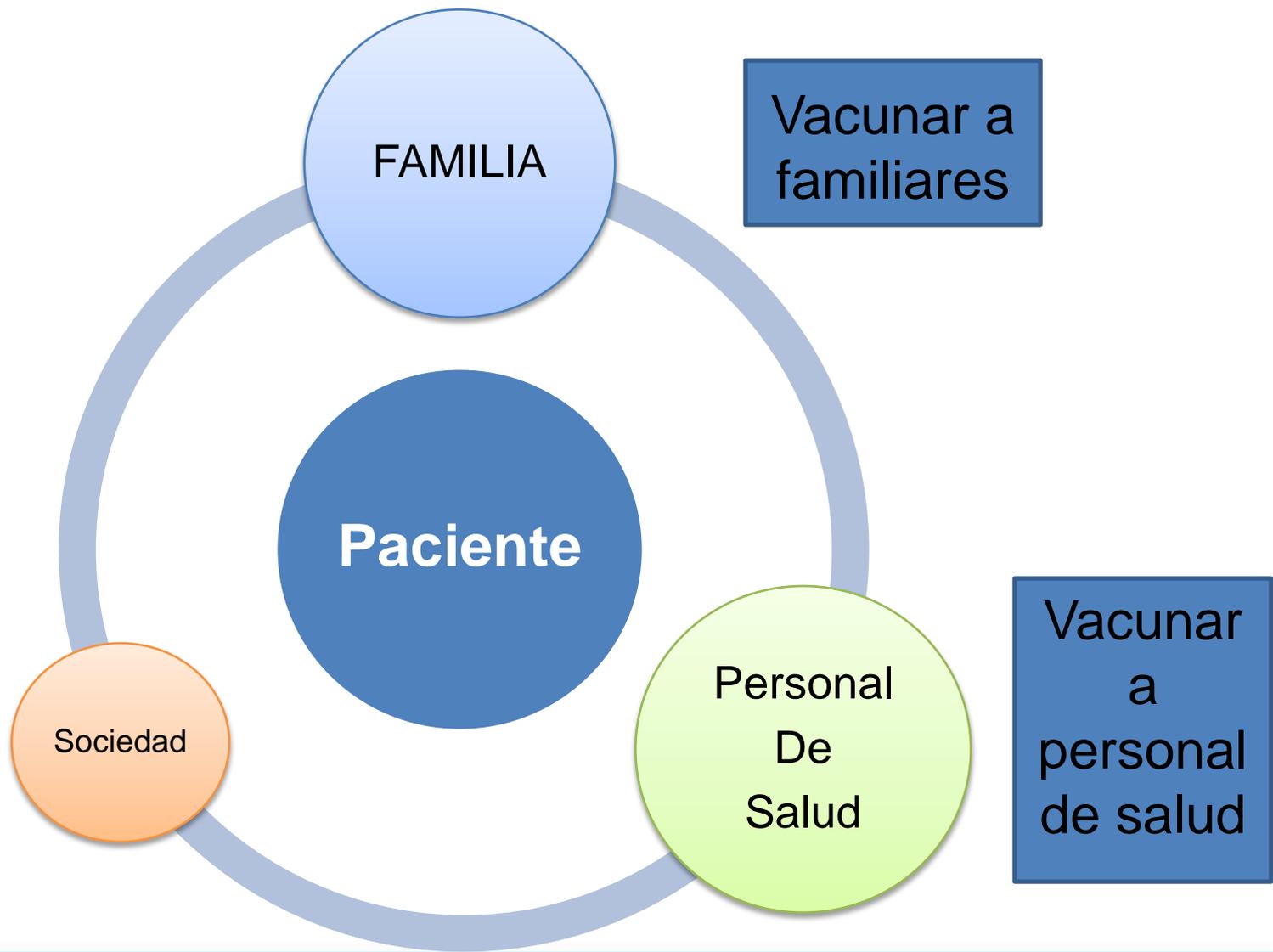
TPH Vacuna	Tiempo-post				
	6 meses	7 meses	8 meses	12 meses	> 24 meses
Tdpa*	X	X	X		
Hib*	X	X	X		
Hepatitis A y B	X	X		X	
Neumococo**	X	X	X	X	
Polio inactivada	X	X	X		
Influenza***	X				
Parotiditis, sarampión, rubéola****					X
Varicela****					X



VIH-SIDA

- Eficacia y efectividad en adultos con VIH no clara
- Alta eficacia en niños con VIH
- Algunas Guías indican a adultos con >200 CD4





Personal de salud

- Riesgos para el trabajador y para los pacientes si el trabajador adquiere varicela
- Indicada a todo el personal de salud susceptible
- Actualmente en **Uruguay** plan de contingencia: vacunación de personal de salud de áreas críticas



Vacuna	Trabajadores con niños	Trabajadores con alimentos y bebidas	Trabajadores de aguas contaminadas	Trabajadores con animales	Trabajador sexual	Administrativos ambientes cerrados	Compañías aviación	Podólogos y manicuristas	Recolectores de basura
Hepatitis A	SI	SI	SI				SI		SI
Hepatitis B			SI		SI		SI	SI	SI
Influenza		SI	SI		SI	SI	SI	SI	SI
Varicela	SI								
dTpa	SI (lactantes)								
F. tifoidea			SI						SI
Rabia				SI					SI
HPV					SI				
Meningitis tetravalente							SI		
Fiebre amarilla							SI		



Profilaxis post exposición

- Contacto: individuos con exposición significativa

- ✓ Vivir en la misma casa
- ✓ Tener contacto cercano en espacio cerrado
- ✓ Compartir habitación en el hospital

- Susceptibilidad a la varicela

- ✓ No varicela previamente y no vacunado
- ✓ Desconoce si presentó varicela



Profilaxis post exposición

Profilaxis con vacuna anti-varicela

- ✓ Mayores de 1 año hospitalizados sin enfermedad grave
- ✓ VIH + adultos ($CD4 > 200/mm^3$) y niños ($CD4 > 15\%$)
- ✓ Síndrome nefrótico sin tratamiento inmunosupresor
- ✓ Antes de recibir TOS
- ✓ Remisión de leucemia, linfomas y otras enfermedades malignas
- ✓ Enfermedades crónicas cutáneas y pulmonares
- ✓ Tratamiento prolongado con salicilatos o corticoides

2 dosis con intervalo mínimo 3 meses
Antes del 5^{to} día de haber tenido contacto



Cátedra de
Enfermedades Infecciosas



Dirección general de la salud. División Epidemiológica. MSP

Abarca K. Varicela: Indicaciones actuales de tratamiento y prevención *RevChilInfect* 2004; 21 (1): S20-S23

www.infectologia.edu.uy

Profilaxis post exposición

- Contraindicaciones para recibir vacuna anti varicela:
 - ✓ Inmunodeficiencias, enfermedades hemato-oncológicas
 - ✓ *Tratamiento inmunosupresor* según condición clínica
 - ✓ Embarazo
 - ✓ Alergia a los componentes de la vacuna
 - ✓ Diferir la vacunación en individuos gravemente enfermos o que hayan recibido gammaglobulina hiperinmune específica 5 meses previos



Profilaxis post exposición

Profilaxis con inmunoglobulina específica anti varicela

- ✓ Inmunodeficiencias primarias y adquiridas, neoplasias, o *tratamiento inmunosupresor, que no puedan recibir vacuna*
- ✓ 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
- ✓ RN cuyas madres hayan iniciado los síntomas desde 5 días antes hasta 48 horas después del parto
- ✓ Embarazadas durante 1^o trimestre



Dirección general de la salud. División Epidemiológica. MSP

Abarca K. Varicela. Indicaciones actuales de tratamiento y prevención *RevChillInfect* 2004; 21 (1): S20-S23

Cátedra de
Enfermedades Infecciosas

www.infectologia.edu.uy

Profilaxis post exposición

✓ Dosis: 125 U cada 10 kg im



Antes de las 96 hs
Duración 3 meses

Precaución

Si recibió inmunoglobulina: NO administrar vacuna anti varicela o vacuna a virus vivos atenuados por 3 meses

RN sanos cuyas madres hayan presentado la enfermedad pasadas 48 horas del parto, NO deben recibir Ig específica



Profilaxis post exposición

- Contraindicaciones para recibir Ig anti varicela:
 - ✓ Reacción alérgica severa a inmunoglobulinas
 - ✓ Trombocitopenia severa
 - ✓ Déficit de IgA
 - ✓ Alteración grave de la coagulación

Profilaxis con Aciclovir

- ✓ Embarazada 2^o y 3^o trimestre
- ✓ *Inmunodeprimidos susceptibles fuera de oportunidad de vacuna o Ig*



Interrogantes

- ¿Contamos con pruebas diagnósticas para confirmar el planteo?
- ¿El tratamiento fue adecuado?
- ¿Se podría haber prevenido el cuadro clínico?
- ¿Fue correcto el manejo en emergencia?



Prevención de brote hospitalario

- Medidas generales
 - ✓ Habitación individual o en cohorte de casos confirmados
 - ✓ Identificar en la puerta de la habitación la condición de aislamiento
 - ✓ Mantener la puerta cerrada
 - ✓ En entornos ambulatorios: máscara quirúrgica
 - ✓ Personal que asista debe utilizar máscara N95
 - ✓ Higiene de manos con agua y jabón o alcohol gel antes y después de contactar con paciente o entorno inmediato
 - ✓ Guantes



Prevención de brote hospitalario

✓ Equipo de protección personal

N95 antes de entrar a la habitación

Verificar la correcta colocación

Retirar N95 luego de salir de la habitación

Utilizar bata para el contacto con material infectante

✓ Traslados de pacientes

Realizarlo sólo si es imprescindible

Paciente con máscara quirúrgica durante el mismo

Avisar al servicio destino del diagnóstico



Prevención de brote hospitalario

✓ Duración de las medidas

Aislamiento respiratorio:

- hasta que las lesiones cutáneas estén secas y costrosas
- en inmunodeprimidos con neumonitis mantener el aislamiento aéreo durante toda la enfermedad**

Aislamiento de contacto:

hasta que las lesiones estén completamente secas



Cátedra de
Enfermedades Infecciosas



Dirección general de la salud. División Epidemiológica. MSP

www.infectologia.edu.uy

Prevención de brote hospitalario

✓ Higiene de la Unidad del paciente

- Limpiar y desinfectar con hipoclorito de sodio (0,5%)
- Frotar superficies de alto contacto con alcohol 70%

✓ Manejo de contacto intra-hospitalario

- Si padeció varicela no se realizan medidas
- Si es susceptible: profilaxis post exposición



Cátedra de
Enfermedades Infecciosas



Dirección general de la salud. División Epidemiológica. MSP

www.infectologia.edu.uy

En suma, en esta paciente

- ✓ **Diagnóstico claro por clínica y nexa epidemiológico**
(no fue necesario paraclínica)
- ✓ Inmunodeprimida que presenta **varicela grave**
- ✓ **Podría haberse prevenido post exposición** con inmunoglobulina específica o aciclovir vo
- ✓ **Tratamiento adecuado**
- ✓ Manejo inicial de **prevención de brotes no adecuado** por falta de aislamiento en HC
- ✓ **Manejo apropiado de contactos post exposición**

