



RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Lima, 09 de febrero de 2018.

VISTO:

El Expediente N° 3518-2018, que contiene el Oficio N° 062-2018-DPE-HCH, de fecha 09 de febrero de 2018, del Departamento de Pediatría, y;

CONSIDERANDO:

Que, mediante Oficio N° 062-2018-DPE-HCH, de fecha 09 de febrero de 2018, el Jefe del Departamento de Pediatría remite la propuesta de GUÍA PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA VARICELA, la cual tiene por objetivo estandarizar el proceso de atención del paciente pediátrico en relación al diagnóstico, tratamiento e inmunización de la Varicela en el Hospital Cayetano Heredia;

Que, mediante Informe Técnico N° 012-OGC-HCH, de fecha 09 de febrero de 2018, la Oficina de Gestión de la Calidad, se ha pronunciado favorablemente sobre la propuesta de GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA VARICELA, presentada por el Jefe del Departamento de Pediatría;

Que, el Artículo VI del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, publicada con fecha 20 de junio de 1997, establece que es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;

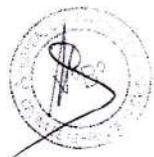
Que, el Artículo 3° literales b) y c) del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Cayetano Heredia, aprobado por Resolución Ministerial N° 216-2007/MINSA, emitida con fecha 09 de marzo de 2007, establece entre las funciones generales del Hospital Cayetano Heredia, defender la vida y proteger la salud de la persona desde su concepción hasta su muerte natural, lograr la prevención y disminución de los riesgos y daños a la salud;

Que, el Artículo 6° Literal e) del citado reglamento, establece las atribuciones y responsabilidades del Director General, entre las cuales se encuentra, la prerrogativa de expedir actos resolutivos en asuntos que sean de su competencia;

Que, asimismo, el artículo 46, literal c), del mismo cuerpo legal, establece entre las funciones del Departamento de Pediatría: proponer, ejecutar y evaluar protocolos y procedimientos de atención médica especializada en Pediatría, orientados a proporcionar un servicio eficiente y eficaz;

Que, la Resolución Directoral N° 127-2008-SA-HCH/DG, de fecha 12 de mayo de 2008 aprobó la Directiva Sanitaria N° 001-HCH/OGV-V.01 "Directiva Sanitaria para la Elaboración de Guías Procedimentales Asistenciales", que tiene como finalidad estandarizar la elaboración de las guías de procedimientos asistenciales de acuerdo a los criterios internacionalmente aceptados que responden a las prioridades sanitarias nacionales y regionales, buscando el máximo beneficio y mínimo riesgo a los usuarios y el uso racional de recurso en el Hospital Cayetano Heredia;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 850-2016/MINSA publicada en el Diario Oficial "El Peruano" el 28 de octubre de 2016, se aprobó las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud"; cuyo objetivo general es establecer las disposiciones relacionadas con los procesos de formulación, aprobación, modificación y difusión de los Documentos Normativos que expide el Ministerio de Salud;



SMB

Que, con el propósito de continuar con el desarrollo de las actividades y procesos técnico-administrativos a nivel institucional, así como alcanzar los objetivos y metas en el Hospital Cayetano Heredia, resulta pertinente atender la propuesta presentada por el Jefe del Departamento de Pediatría, aprobando la propuesta de GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA VARICELA;



Que, conforme a la conclusión arribada por la Oficina de Asesoría Jurídica mediante Informe N° 99-2018-OAJ-HCH, de fecha 09 de febrero de 2018, resulta procedente la aprobación de la GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA VARICELA, propuesta por el Departamento de Pediatría del Hospital Cayetano Heredia;

Con las visaciones del Jefe del Departamento de Pediatría, la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad y Jefa de la Oficina de Asesoría Jurídica;

De conformidad con las normas contenidas en la Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado con Decreto Supremo N° 007-2016-SA, la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General y el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Cayetano Heredia, aprobado por Resolución Ministerial N° 216-2007/MINSA;

SE RESUELVE:



Artículo 1°.- Aprobar la GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA VARICELA, del Departamento de Pediatría del Hospital Cayetano Heredia; por las consideraciones expuestas y que en anexo aparte forma parte de la presente Resolución.

Artículo 2°.- Encargar al Departamento de Pediatría proceda a la difusión, implementación, supervisión y seguimiento de la GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA VARICELA, aprobada en el artículo 1° de la presente Resolución.



Artículo 3°.- Disponer la Publicación de la referida GUIA, en el Portal del Transparencia Estándar del Hospital Cayetano Heredia.

REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE

 **MINISTERIO DE SALUD**
HOSPITAL CAYETANO HEREDIA
[Signature]
Dra. AIDA CECILIA PALACIOS RAMIREZ
DIRECTORA GENERAL
C.M.P. 23579 R.N.E. 9834

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA
EL PRESENTE DOCUMENTO ES COPIA
FIEL DEL ORIGINAL

12 FEB. 2018

EMILIANO ELÍAS SUÁREZ QUISPE
ASISTENTE ADMINISTRATIVO
SECRETARÍA TITULAR
FRANJA INTERNO



SCAM/BAIC/phng
Distribución:
() DG
() DPE
() OGC
() OAJ
() Archivo

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE VARICELA

I. FINALIDAD

Brindar las pautas Técnicas sobre la enfermedad de varicela: clínica, diagnóstico, tratamiento e inmunización. Para el personal que labora en el Departamento de Pediatría, Emergencia Pediátrica y la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital Cayetano Heredia.

II. OBJETIVO

Estandarizar el proceso de atención del paciente pediátrico en relación al diagnóstico, tratamiento e inmunización de la Varicela en el Hospital Cayetano Heredia.

III. AMBITO DE APLICACIÓN

La Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la varicela, será aplicada en todos los servicios del Departamento de Pediatría, Emergencia Pediátrica y la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital Cayetano Heredia.

IV. PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR: DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE VARICELA

4.1. NOMBRE Y CODIGO

VARICELA (CIE 10: B01)

V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1. DEFINICION

-Varicela:

Enfermedad aguda, infecciosa, altamente contagiosa, caracterizada por un exantema eritematopapulovesicular que se costrifica; causa por la primoinfección por el virus Varicela-zoster.

-Varicela de la comunidad:

La que es contraída en la comunidad. Se incluye a aquellas que inician su brote intrahospitalariamente antes de los 10 días de estancia hospitalaria.

-Varicela Nosocomial:

Se considerara caso problema si la erupción ocurre entre los 10 y 21 días de estancia hospitalaria, promedio 14 días. El antecedente de contacto variceloso comunitario en los 21 días previos se considerara factor en contra, el contacto variceloso intranosocomial entre los 10 a 21 días antes del brote se considerara factor a favor. También se considerara caso probable la aparición de vesículas con menos de 48 horas de evolución y tinción de Tzanck positiva; si la erupción aparece después de los 21 días de estancia hospitalaria se asumirá como caso confirmado.



S/S/24

-Varicela Congénita:

La que ocurre por contagio materno durante el primer trimestre del embarazo. Puede ser causa de hipoplasia de miembros inferiores, cicatrices cutáneas, atrofia de dedos, atrofia óptica, catarata y retardo grave del desarrollo psicomotor.

-Varicela perinatal:

La que ocurre por contagio materno cerca del término del embarazo 84 días antes del parto y los 2 primeros días del puerperio), y se manifiesta en el neonato entre los 7 y 14 días de vida.

-Varicela Neonatal:

La que erupciona entre los 10 y 28 días de nacido, generalmente con antecedentes de exposición a varicela o a herpes zoster durante el periodo neonatal.

-Varicela Complicada:

La que se acompaña de manifestaciones clínicas severas, locales o sistémicas que alteran el pronóstico benigno de la enfermedad, pudiendo en algunos casos poner en riesgo la vida.

-Varicela Atípica:

La que no sigue el curso clínico clásico de la enfermedad, así tenemos:

- **Varicela Hemorrágica:** Se caracteriza por el contenido hemático de las vesículas por trastornos de la coagulación.
- **Varicela Varioloide:** Aquella que se asemeja a la viruela con marcado compromiso general, fiebre, vómitos, diarreas y exantema pustulizado generalizado; abarca mucosas, palmas y plantas.
- **Varicela Bulosa:** Aquella en la que aparecen lesiones ampollares o bulosas de contenido líquido transparente por complicación infecciosa bacteriana por *Staphylococcus aureus*.
- **Varicela Necrótica:** En la que aparecen lesiones dérmicas necróticas en el área del exantema e incluyen la fasciitis necrozante, celulitis necrozante.

5.2. ETIOLOGIA

Es causada por el virus Varicela zoster (VZV) el más pequeño de los alfa herpesvirus humanos, es un virus DNA con genoma de doble cadena, nucleocápside, tegumento protéico y envoltura lipídica.

5.3. FISIOPATOLOGIA

Virus entra en el huésped a través de las vías respiratorias, migra a ganglios regionales (virus permanece en los ganglios de la raíz dorsal, reactivación produce el herpes zoster) donde se replican por 4 días, entre el sexto y noveno día se produce la viremia primaria, replicándose el virus en hígado, bazo y otros



SSM

órganos. Viremia secundaria a partir del 12 día de infección el virus infecta la piel.

5.4. ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS

De distribución mundial, las epidemias anuales tienen su pico al final del invierno y durante la primavera. Los seres humanos son los únicos hospederos capaces de desarrollar la enfermedad, el 90% de personas contagian antes de los 15 años. La tasa de ataque en el hogar es de aproximadamente 90% y la severidad de los casos es mayor en ellos en relación directa a la carga viral recibida. En ambientes con una exposición más limitada como los colegios, la tasa de transmisión oscila entre 10 y 35%. La transmisión ocurre desde 1 a 2 días antes del inicio del rash hasta los 5 días después que este se inicia; el periodo de incubación es de aproximadamente 14 días con una variación entre 10 a 21 días. El VVZ se contagia por el contenido de las vesículas en la fase eruptiva de la varicela, las secreciones oro y nasofaríngeas de los pacientes con varicela en pródromos y fase eruptiva, y por el contenido de las vesículas del herpes. Si se recibe la inmunoglobulina anti VVZ el periodo de incubación puede alargarse hasta los 28 días. En pacientes inmunocomprometidos el periodo de incubación puede acortarse, las manifestaciones clínicas son más graves con gran numero de brotes de lesiones y por un tiempo más prolongado, puede haber afección visceral sobre todo en pulmones, infecciones bacterianas agregadas y el desarrollo de varicela crónica o recurrente.

5.5. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS:

5.5.1. Medio ambiente: no aplica

5.5.2. Estilos de vida: no aplica

5.5.3. Factores hereditarios: no aplica

5.5.4 Otros:

- o Neonato
- o Inmunodeprimidos de tipo celular: congénitos o adquiridos (Sida, oncohematológicos, tratamiento inmunosupresor o corticoides sistémicos)
- o Adolescentes y adultos

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

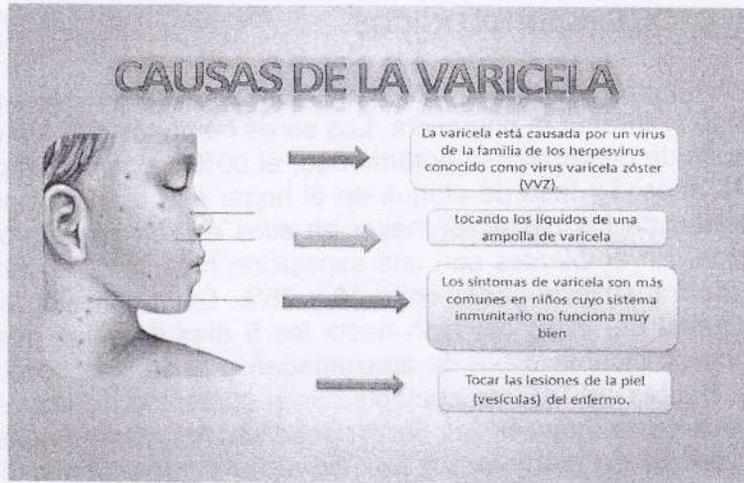
6.1. CUADRO CLINICO

6.1.1. **Signos y síntomas:** La Varicela se caracteriza por una erupción pruriginosa precedida por 24 a 48 horas de pródromos; al inicio es eritematopapular, luego vesicular con posterior enturbamiento del contenido vesicular y finalmente costrificación.

6.1.2. **Interacción cronológica:** Tiempo de incubación 10-21 días. Tiempo de enfermedad: 5-7 días



6.1.3. Gráficos, diagramas, fotografías:



El comportamiento del virus de la varicela

La enfermedad es provocada por un virus denominado *Varicella-zoster*. Las personas que se infectan desarrollan una erupción de granitos que parecen ampollas en todo el cuerpo.

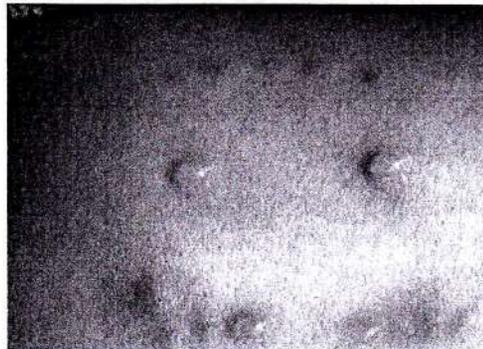
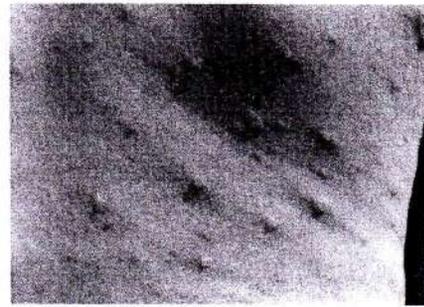
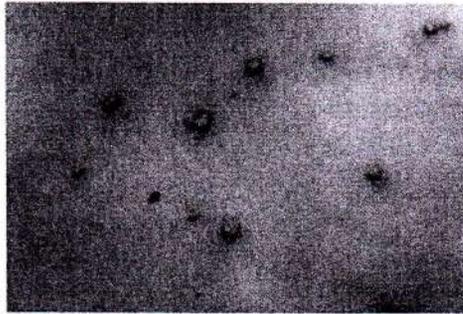
Zonas afectadas	Síntomas	Etapas
<p>Incluso llega a zonas como la cabeza, nariz, garganta y los genitales</p>	<p>Niños y adultos</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Fiebre ■ Dolor abdominal, malestar general durante un par de días ■ Erupción cutánea por todo el cuerpo de pequeñas manchas rojizas. Evolucionan hasta convertirse en ampollas que revientan y forman una costra <p>Solo adultos</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Tienen síntomas de gripe 	
	<p>Tratamiento</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Se requiere una terapia antiviral ■ Analgésicos y el uso de cremas para calmar el picor ■ Son recomendables los baños tibios para limpiar las heridas ■ En caso de infección bacteriana se debe administrar antibióticos 	

INFORMACIÓN: JESÚS HUANCA FUENTE, www.mundom.com



50m

Lesiones típicas en piel



6.2. DIAGNOSTICO

6.2.1. Criterios diagnósticos

El diagnóstico es clínico y rara vez requiere confirmación de laboratorio. Los criterios a considerar son:

- **Epidemiológicos:** Historia de contacto o exposición en los 10 a 21 días previos al inicio del brote. Puede estar ausente y no descarta el diagnóstico ante un brote típico.
- **Clínicos:** Es el más importante y se caracteriza por una erupción pruriginosa precedida por 24 a 48 horas de pródomos; al inicio es eritematopapular, luego vesicular con posterior enturbamiento del contenido vesicular y finalmente costrificación. Esto ocurre en un lapso de 24 a 48 horas por lesión, por ello se encuentra polimorfismo regional. La distribución es predominantemente centrípeta y la evolución cefalocaudal; usualmente respeta palmas y plantas.

Criterios de Hospitalización:

Son los siguientes:

A) Pacientes Inmunocompetentes

1. Formas clínicas atípicas severas de Varicela
2. Complicaciones severas de varicela



3. Sospecha de infección necrosante de piel y tejidos blandos

B) Pacientes Inmunocomprometidos

1. Leucemia
2. Linfoma
3. Otras neoplasias en tratamiento con radio o quimioterapia
4. Inmunodeficiencia congénita o adquirida
5. Uso de esteroides sistémicos por más de 14 días
6. Uso de inmunosupresores
7. VIH-SIDA

6.2.2. Diagnóstico diferencial

El diagnóstico clínico es fácil pero la dificultad suele hallarse en las primeras 24 horas del inicio del brote. En nuestro medio hay tres patologías principales a destacar:

- Impétigo buloso
- Escabiosis o acarosis
- Prurigo

Otras patologías a considerar serían:

- Herpes simple diseminado en pacientes con dermatitis atópica.
- Herpes zoster diseminado.
- Erupciones diseminadas por echovirus.
- Erupciones diseminadas por coxsackievirus.
- Sarampión atípico.
- Eritema multiforme.
- Síndrome de Steven Johnson.
- Prurigo por insectos.

6.3. EXAMENES AUXILIARES

6.3.1. De patología clínica:

- **Métodos Viroológicos**

La muestra debe ser tomada del contenido vesicular de lesiones nuevas y de células infectadas de la base de la lesión.

- Citología con tinción de Tzack
- Cultivo en viales oleosos: diagnóstico desde 1 a 3 días de inoculada la muestra
- Microscopía de contraste de fase más prueba con antisueros específicos: diagnóstico desde 2 a 7 días de inoculada la muestra
- Cultivo viral más inmunofluorescencia o inmunoperoxidasa de anticuerpos monoclonales
- Hibridación del DNA
- Reacciones de cadena de polimerasa (PCR), hibridación in situ, Southern blot



S.S. Her

o **Métodos Serológicos**

Obtener el suero dentro de la primera semana del comienzo de la enfermedad y tomarse una segunda muestra 2 a 3 semanas después de la primera.

- Determinación de IgM para VVZ, indica infección aguda y requiere sueros pareados con diferencia de 2 a 4 semanas.
- Determinación de Ig VVZ, indica exposición pasada e inmunidad
- En lo posible, todo paciente con varicela infectada debe tener hemocultivo y cultivo de la lesión supurada o necrótica.

6.3.2. De imágenes: no aplica

6.3.3. De exámenes especializados complementarios: no aplica

6.4. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

6.4.1. Medidas generales y preventivas

- Reposo relativo
- Mantener adecuado estado de hidratación
- Corte de uñas y baño diario
- Antihistamínicos de primera generación (clorfenamina)
- Antipirético: Acetaminofén (Paracetamol). Contraindicado: Aspirina, AINES.

6.4.2. Terapéutica

1. Antiviral

Varicela en inmunocompetentes

Adolescentes, adultos, contacto secundario intradomiciliario

Aciclovir 80 mg/kg/día VO dividido en 4 dosis por 5 días. Dosis máxima diaria: 3.2 gr. En > 40 kg Aciclovir 800 mg por 5 dosis al día.

Mayor beneficio si se administra dentro de las primeras 24 a 48 horas de iniciado el brote.

Varicela en inmunocomprometidos, recién nacidos, o en inmunocompetentes complicada con neumonía o encefalitis por VVZ.

< 1 año: Aciclovir 30 mg/kg/día EV dividido en 3 dosis por 7 a 10 días.

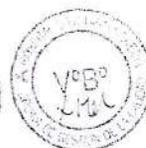
En encefalitis por 14 a 21 días.

>1 año: Aciclovir 1500 mg/m²/día EV dividido en 3 dosis por 7 a 10 días.

Algunos recomiendan las mismas dosis que para los menores de un año. En encefalitis por 14 a 21 días.

Herpes zoster oftálmico: para disminuir la frecuencia de complicaciones oculares severas se recomienda administrar aciclovir oral precozmente al inicio de los síntomas de la infección conjuntamente con aciclovir ungüento oftálmico por 7 días:

- Niño mayor de 2 años con peso menor de 40 Kg: 20 mg/Kg/dosis. Cada 6 horas por 5 a 7 días (máximo de dosis 80 mg/Kg/día)



SSM

- Niño mayor de 40 Kg: 800 mg VO 5 veces/día por 5 a 7 días.

2. Tratamiento de las infecciones bacterianas sobre agregadas

Previa toma de muestras para cultivos (sangre, líquidos y tejidos de lesiones supuradas o necrosantes, etc), se iniciará antibioticoterapia empírica tratando de cubrir los gérmenes más prevalentes (estreptococos y estafilococos).

Infección de piel y tejidos blandos

Impétigo e impétigo buloso:

- Dicloxacilina 50 mg/Kg/día vía oral dividido en 4 dosis o cefalexina 50 a 80 mg/Kg/día dividido en 3 a 4 dosis.
- Oxacilina (30-40 mg/kg/día) EV cada 6-8 horas más Clindamicina (30-40 mg/Kg/día) EV cada 6-8 horas por 10-14 días.

Ectima y celulitis:

- Oxacilina 150-200 mg/Kg/día, EV cada 4-6 horas más Clindamicina (30-40 mg/Kg/día EV cada 6-8 horas por 10-14 días.

Falla terapéutica a las 48 horas se debe sospechar: Absceso, fasciitis necrosante o infección por estafilococo aureus meticilino-resistente de la comunidad.

Terapia secuencial oral: Dicloxacilina 80 mg/Kg/día vía oral en 4 dosis o cefalexina 80 a 100 mg/Kg/día en 4 dosis.

En infección necrosante o sospecha de síndrome de shock tóxico estreptocócico o estafilocócico

- Estabilización hemodinámica en unidad terapia intermedia o intensiva aporte de fluidos con solución cristaloides (NaCl 0.9%) EV.
- Manejo quirúrgico de Emergencia: debridamiento, biopsia de fascia y/o fasciotomía, drenaje de abscesos.
- Tratamiento antimicrobiano: No usamos penicilina en estos casos EV cada 4-6 horas u Oxacilina 150-200 mg/Kg/día EV cada 4-6 horas + Clindamicina: 40 mg/Kg/día EV cada 8 horas por 10-14 días.

Solo tratamiento EV.

Evaluar anexar criterios shock toxico ya que es nuestra complicación severa más frecuente

Neumonía bacteriana

- Oxacilina: 150-200 mg/Kg/día, cada 6 horas y Clindamicina (30 -40 mg/Kg/día) EV en 3 a 4 dosis por 10-14 días más:
- Cefalexina de 3ra Generación, por ejemplo:
Ceftriaxona: 50-80 mg/Kg/día, cada 24 horas, por 10-14 días.
Terapia secuencial oral: Amoxicilina + ácido clavulánico 80 a 100 mg/Kg/día (no recomendable en neumonía supurada).

Vancomicina: indicado en antecedente de alergia (edema angioneurótico, reacción anafiláctica con shock) a penicilina o sospecha de infección por *Staphylococcus aureus* meticilino-resistente de la comunidad



INMUNIZACIÓN

A. Pasiva

Con inmunoglobulina para VVZ aplicada en las primeras 96 horas de exposición (Mayor beneficio dentro de las primeras 72 horas).

Dosis: un vial/10 Kg peso, vía: IM, máximo 5 viales. Un vial = 125 ui, dosis máxima = 625 ui.

Indicada en

1. Niños inmunocomprometidos, sin historia de varicela.
2. Recién nacidos de madres que adquirieron varicela entre 5 días antes y 2 días después del parto.
3. Neonatos expuestos intrahospitalariamente con 28 semanas o menos de edad gestacional con un peso al nacer menor o igual a 1000 g independiente del antecedente materno de varicela.
4. Neonatos pre-término con más de 28 semanas de edad gestacional cuyas madres no tienen historia de varicela o que son seronegativos para varicela.
5. Adolescentes y adultos sin historia de varicela o seronegativos para la misma independiente de su estado inmune.
6. Gestante susceptible.

TIPOS DE EXPOSICION

- o Intradomiciliaria: todas aquellas personas que vivan con el paciente y que hayan tenido contacto "cara a cara" (exposición mínima de 5 minutos a 1 hora).

B. Activa

Se recomienda su administración en:

1. Inmunización universal de todos los niños entre los 12 y 18 meses de edad sin historia de varicela.
2. Niños menores de 13 años de edad sin historia de infección por varicela.
3. Adolescentes y adultos sin historia de varicela.
4. En los contactos familiares y en contactos ocurridos en colectividades cerradas (guarderías, internados, hospitales) se puede vacunar a los contactos susceptibles en las primeras 72 horas, con resultados exitosos.

Se usa una vacuna a virus VVZ vivo atenuado (cepa Oka). La posología es de 0.5 ml. Vía SC, siguiendo el siguiente esquema de vacunación:

De 1 a 12 años de edad:

- Primera dosis entre los 12 a 15 meses de edad.
- Segunda dosis entre los 4 y 6 años de edad, aunque puede aplicarse antes con un intervalo mínimo de 2 meses.

De 13 a más años:

- Dos dosis con intervalos de 28 días entre la primera y segunda dosis.



SBM

Con su empleo se consigue lo siguiente:

1. Seroconversión del 95% en niños de 12 meses a 12 años de edad, con dosis única.
2. Seroconversión del 80% en adolescentes y adultos con una sola dosis.
3. Protección de un 95% contra las formas graves de varicela tras 7 a 10 años después de la vacunación.

AISLAMIENTO

- A. Del paciente expuesto entre los 8 y 21 días de la exposición o hasta 28 días si recibió inmunoglobulina para VVZ.
- B. Del paciente inmunocompetente en fase eruptiva hasta los 8 días de iniciada la misma y 12 días o más en inmunocomprometidos; o hasta 48 horas después de terminado el brote (pacientes en fase costrosa ya no contagian).

6.4.3. Efectos adversos o colaterales con el tratamiento

Aciclovir: náuseas, vómitos, cefalea, diarrea, dolor abdominal.

6.4.4. Signos de alarma:

- Fiebre perdura más de 5 días o es mayor a 39°C.
- Sí el rojo alrededor de la lesión es más grande que 2 cm (infección de piel)
- Sí existe dolor en alguna parte del cuerpo que no calma con paracetamol.(infección profunda de piel: fascitis necrotizante)
- Dificultad para respirar: agitación o hundimiento de costillas.(neumonía)
- Problemas para caminar o de equilibrio, cefalea intensa, vómitos. (problemas neurológicos)

6.4.5. Criterios de alta

Se dará de alta a aquel paciente que cumpla con:

1. Encontrarse clínicamente estable.
2. Poder recibir terapia por vía oral.
3. Dar la seguridad de que los cuidados que recibirá en su domicilio contribuirán a una evolución favorable.

6.4.6. Pronóstico: Generalmente bueno.

6.5. COMPLICACIONES

Ocurren en aproximadamente 10% de casos. Las más frecuentes se señalan con un (*).

a) En piel y TCS

- Impétigo *
- Celulitis *



- Absceso *
 - Infección necrosante de piel y tejidos blandos que incluye fasciitis necrosante, celulitis necrosante, piomiositis y púrpura fulminans.
 - Varicela varioloide.
- b) En Sistema Nervioso Central**
- Encefalitis *
 - Cerebelitis *
 - Meningitis Aséptica
 - Mielitis Transversa
 - Síndrome de Guillain - Barré
- c) En Aparato Respiratorio**
- Neumonía*bacteriana (Streptococcus pneumoniae, Streptococcus pyogenes o Staphylococcus aureus)
 - Otitis Media Aguda *
 - Neumonía por Varicela
 - Insuficiencia Respiratoria Fulminante
- d) En Huesos y Articulaciones**
- Artritis Reactiva
 - Artritis Viral
 - Artritis Séptica
 - Osteomielitis
- e) En Ojos**
- Neuritis Óptica
 - Uveítis
 - Queratitis
- f) Hematológicas**
- Coagulación Intravascular Diseminada
 - Púrpura Fulminans
- g) En Corazón**
- Pericarditis
 - Miocarditis
- h) Miscelánea**
- Síndrome de Reye
 - Glomérulonefritis
 - Hepatitis por VVZ
 - Pancreatitis
 - Orquitis
 - Enteropatía Perdedora de Proteínas
 - Epiglotitis



SBM

6.6. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

a) Contrareferencia:

En pacientes que provienen de otros servicios del hospital y han ingresado por brote variceloso.

Pacientes en etapa no contagiante y que requiere continuar manejo hospitalario.

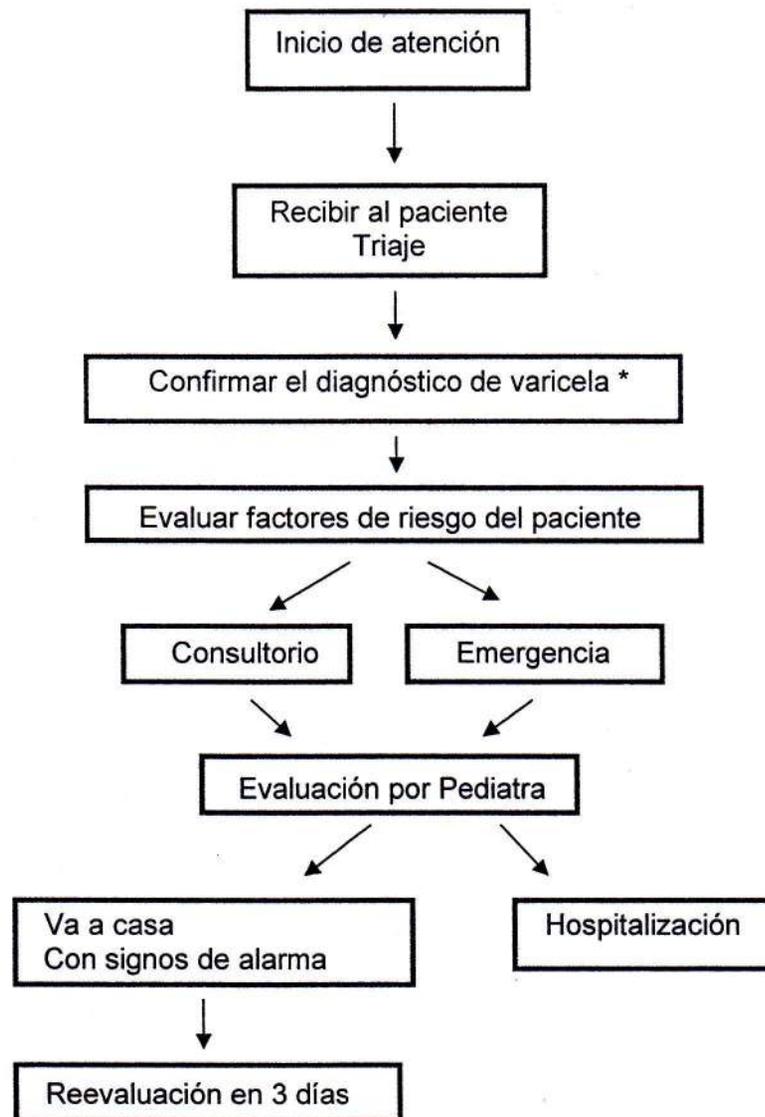
b) Referencia:

Se referirá a pacientes que:

1. Sean asegurados ESSALUD, al hospital correspondiente.
2. Tengan una evolución desfavorable que requiera manejo y monitoreo estricto en UCI



6.7. FLUXOGRAMA



*Si el paciente tiene contactos susceptibles, éste podrá recibir la vacuna de varicela, dentro de las 72 horas de presentado el cuadro, siempre y cuando tenga más de 1 año de edad. De no ser posible la vacunación, se debe evaluar si el contacto tiene indicaciones de recibir Aciclovir profiláctico.



SSM

VII. ANEXOS



HOJA DE RECOMENDACIONES PARA EL MANEJO DE NIÑOS CON VARICELA

VARICELA SIN COMPLICACIONES (CIE10 B01.9)

RECOMENDACIONES

Baño diario con agua y jabón.

Lavado de manos frecuentes y recortar las uñas

Si hay mucha picazón usar Clorfenamina _____ dosis/día

Para la fiebre: Paracetamol (NO USAR IBUPROFENO, METAMIZOL, O ASPIRINA salvo prescripción médica). Dosis:

- No usar cremas ni emolientes
- No contagia cuando está en fase costrosa (seca).
- Puede ir al colegio a partir del 8° día de iniciada la aparición de la primera vesícula, en caso no haya vesículas o que no tenga complicaciones.

Fecha de retorno al colegio: _____

Si presenta alguno de los siguientes signos de alarma, acudir por Emergencia

- a. Si la fiebre dura más de 5 días o es mayor de 39° C
- b. Si el rojo alrededor de la costra es más grande que una moneda de 1 sol (probable infección en piel)
- c. Si hay dolor muy intenso en alguna parte del cuerpo que no calma con paracetamol
(Probable infección de piel profunda)
- d. Si tiene dificultad para respirar: agitación o hundimiento de costillas (probable neumonía)
- e. Si tiene problemas para caminar o de equilibrio, cefalea intensa, vómitos (problema neurológico)

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Arvin A. Varicella – Zoster Virus. 1996. Clinical Microbiology Reviews July, 361-81.
2. Arvian AM. Gershon AA. Live Attenuated Varicella Vaccine L. Calixto Metal Rev. Microbiol: 50: 59-100.
3. Bravo F. Bulnes M. Bustamante L. Cabrera C. Calderón L. Calixto Metal. 1994. Virus Varicela Zoster. UNMSM. ISN.
4. Cohen JI. The Varicella Vaccine: Varicella Zoster Virus The Virus. 1996. September Infectious Disease Clinics of North America vol 10 n° 3 pp. 457-466.
5. Centers of Disease Control and Prevention. Prevention of varicella: recommendations of the Advisory Committee on Immunizations practices (ACIP). MMWR. 1996; 45 (RR-11).
6. Committee in Infectious Diseases. Varicella- Zoster infections. En: 1997 Red Book. 24th ed. Elk Grove Village, Ill: American Academy of Pediatrics: 1997: 573-585.
7. Fisher RG & Edwards KM. Varicella Zoster. Pediatrics in Review: 19:2 February 1998. pp 62-67.
8. Riedman Ross L. & Lantos JD. Immunisation against chickenpox. BJM. Vol 310 No. 7: 2-3. Jan 1995.



SBS

9. Grose C. Pathogenesis of Infection with Varicella Vaccine. *Infectious Disease Clinics of North America* Vol 10 No 3 pp 489-505 Sept 1996.
10. Guess HA, Brogthon DD, Melton III LJ & Kurland Lt. Population - Based Studies of Varicella Complications. *Pediatrics* 1986 Supplement.
11. Johnson CE, Stancin T, Fattlar D, Rome LP & Kumar ML. A Long - term. Prospective Study of Varicella Vaccine in Healthy Children. *Pediatrics* 100; 5:761-766, Nov. 1997.
12. Keyserling HL. Otros agentes virales de importancia perinatal: Virus de la varicela, parvovirus, sincitial respiratorio y enterovirus. En: *Clínicas de Perinatología de Norte América*. 1. 1997.
13. Lezameta OE & Camayo FG. Protocolo de Diagnóstico y Tratamiento de Varicela. Servicio de Infectología ISN 1997.
14. Liang MG, Heidelberg KA, Jacobson RM & Mc Evoy MT. Herpes Zoster after varicella immunization. *Journal of the American Academy of Dermatology* Vol 38 No. 5 pp 761-763 May 1998.
15. Lieu TA, Black SB, Takahashi H, Ray P, Capra A, Shinefield HR & Adler NE. Varicella serology among school age children with a negative or uncertain history of chickenpox. *Pediatr. Infect. Dis. J.* 1998; 17:120-5.
16. De Lucas C, Gomez JA, Navarro ML y Rodriguez R. Complicaciones de la varicela en niños previamente sanos. *Rev. Esp. Pediatr.* 1997; 53 (4): 320-324.
17. Ngai AL, Staehle 80, Kuter BJ, Cyanovich NM, Cho I, Mattheus H et al. Safety and Immunogenicity of one vs. Two injections of Oka/Merck varicella vaccine in healthy children. *Pediatr Infect Dis. J.* 1996; 15:49-54.
18. Plotkin SA. Varicella Vaccine. *Pediatrics* 1996; 97 (2) 251-253.
19. Parton F. Varicella in the Newborn. *Handbook of Pediatrics Infections Diseases*. 1992 pp 191-197.
20. Parton F. Varicella - Zoster Infection in the Immunocompromised Host. *Handbook of Pediatric Infectious Diseases* 1992 pp 235-246.
21. Quiroz C. Varicela. ISN 1993.
22. Rangel a, Nava M, Sánchez B 7 Hernández M. anticuerpos antitreponema poliespecífico (FTA-ABS) en pacientes con varicela. *Bol Med Hosp Infant Mex*; 53 (5); 221-223. Mayo 1996.
23. Reina J. La vacuna de la varicela. Presente y futuro. *Rev. Esp Pediatr* 1998; 54 (1): 47-51.
24. Seidman DS, Stevenson DK & Arvin AM. Varicella vaccine in pregnancy. *BMJ*; 313 (21): 701-702 Sept 1996.
25. Subauste A. Varicela. ISN 1995.
26. AMERINSIN. Patogenia de la Infección por virus varicela - zoster. 1997.
27. Reporte Anual de Varicela 1998. Instituto Nacional del Niño. Lima - Perú.
28. Instructivo Guía para la Formulación de Protocolos Institucionales. Dirección de Normas Programas y Desarrollo de Servicios del Instituto de Salud del Niño. 1998.
29. Guía Metodológica para el Desarrollo del Protocolo de Atención. Dirección Nacional de Salud. Unidad de Protocolos. IPSS. 1994.
30. Nelson Pocket Book of Pediatric Antimicrobial Therapy, 2000-2001.
31. Allen CH, et al Primary bacterial infections of skin and soft tissues. Changes in epidemiology and management. *Clin Pediatr Emerg Med.* 2004;5:246-55
32. Vyalumkal JV, etc, et al. Children hospitalized with skin and soft tissue infections. *Pediatr Drugs.* 2006. 8:99-111



SSM