



PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y ALERTA DE VARICELA

Actualizado abril 2016

DESCRIPCIÓN DE LA ENFERMEDAD	3
Introducción	3
Agente	4
Reservorio	4
Modo de transmisión.....	4
Periodo de incubación.....	5
Periodo de transmisibilidad.....	5
Susceptibilidad e inmunidad	5
VIGILANCIA DE LA ENFERMEDAD	6
Objetivos	6
Definición de caso.....	6
Clasificación de los casos	6
Otras definiciones	6
DEFINICION DE ALERTA.....	7
MODO DE VIGILANCIA	7
Notificación de casos	7
Notificación de brotes	8
MEDIDAS DE SALUD PÚBLICA.....	9
Organización de recursos para intervención ante la alerta.....	9
Medidas de prevención	9
Medidas de control ante un caso	10
Medidas de control en caso de brotes	11
BIBLIOGRAFÍA	13
ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE VARICELA.....	15

Protocolo de Vigilancia y Alerta de Varicela

DESCRIPCIÓN DE LA ENFERMEDAD

Introducción

El virus de la varicela-zoster causa dos enfermedades distintas: varicela, producida por la infección primaria, tras la cual los virus quedan acantonados en los ganglios sensitivos de las raíces dorsales de la medula espinal, pudiendo dar lugar más adelante, cuando el virus se reactiva, al herpes zoster o zona.

La varicela es de distribución mundial. En climas templados es una de las enfermedades más frecuentes de la infancia y más del 90% de la población la ha padecido antes de los 15 años de edad. En estos países la varicela presenta un patrón estacional característico, con epidemias anuales en invierno y principios de primavera. En climas tropicales el virus no presenta patrón estacional y circula con menor frecuencia, por lo que la enfermedad se adquiere a edades más avanzadas existiendo una mayor proporción de población joven y adulta susceptible. El Herpes zoster se ha descrito sobre todo en países desarrollados, siendo una enfermedad recurrente de aparición esporádica, que afecta fundamentalmente a adultos mayores de 50 años.

Desde la introducción de la vacunación infantil generalizada frente a varicela en EEUU (1995), se ha observado una disminución de la carga de esta enfermedad, a expensas de la disminución de casos entre la población infantil, con una elevada proporción de casos vacunados y un desplazamiento progresivo de la edad media de afectación hacia edades mayores, siendo actualmente adolescentes y adultos los más afectados.

En España, las encuestas seroepidemiológicas de prevalencia de anticuerpos frente a enfermedades prevenibles por vacunación realizadas en algunas CCAA y la encuesta nacional realizada en 1996, mostraban que el 95% de la población ya se había infectado por el virus a los 15 años de edad, aumentando la proporción de población inmune con la edad.

En 1998 se comercializó la primera vacuna frente a la varicela en España, solo para uso hospitalario, dirigida a proteger a las poblaciones con alto riesgo de padecer varicela grave. En el año 2005, la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud aprobó su inclusión en los programas de vacunación, para ser administrada a los niños susceptibles de 10-14 años de edad, con el objetivo de ampliar la protección a los adolescentes susceptibles y prevenir casos en adultos, con mayor riesgo de enfermedad grave. Hasta el momento actual las comunidades de Madrid (noviembre 2006), Navarra (2007), Ceuta y Melilla (enero de 2008), además de la vacunación de adolescentes, han incorporado la vacunación infantil universal con una dosis a los 15 meses de edad, Ceuta y Melilla ponen una segunda dosis a los 2 años de edad y Navarra a los 3 años.

La clínica de la varicela se caracteriza por fiebre moderada (37,7-38,8°C) seguida, a las 24-48 horas, de un exantema maculopapular pruriginoso, rápidamente progresivo, con máculas que duran horas y evolucionan en 5-7 días a vesículas, pústulas y costras. Las lesiones aparecen inicialmente en cabeza, cara y tronco superior y se extienden centrifugamente hacia el resto del cuerpo, coexistiendo simultáneamente lesiones en diferentes fases de maduración, característica diferencial de la viruela. La intensidad de la erupción es muy variable, el número medio de lesiones es de 300 pero puede limitarse a 10 o extenderse a más de 1.500, dependiendo de la edad y de la inmunidad del huésped. Prácticamente la totalidad de los niños susceptibles expuestos al virus presentarán erupción, aunque sea limitada a un pequeño número de lesiones.

Se considera que una varicela es leve si presenta <50 lesiones, moderada entre 50-500 y grave si presenta >500 lesiones, si bien este criterio de gravedad no implica la necesidad de hospitalización, que suele ser necesaria en los casos que cursan con complicaciones importantes.

Las personas vacunadas pueden padecer varicela por el virus vacunal. Aproximadamente el 4% de los niños que reciben vacuna contra la varicela desarrollan varicela post vacunal, con una erupción generalizada, 5-26 días después de la vacunación, con una media de 5-10 lesiones, y el 4% desarrolla una erupción cutánea localizada, 8-19 días postvacunación, con una media de dos lesiones.

Las personas vacunadas también pueden padecer varicela por el virus salvaje. Estos casos presentan normalmente una clínica más leve (break through), con menor número de lesiones cutáneas, a menudo atípicas (maculopapular sin vesículas) aunque entre un 20-30% de los casos presentan clínica similar a los casos no vacunados.

En niños sanos la varicela es una enfermedad normalmente leve y autolimitada que dura entre 3-7 días, aunque pueden ocurrir complicaciones de distinta gravedad, especialmente en los menores de 4 años.

Las complicaciones graves incluyen infecciones bacterianas secundarias de las lesiones cutáneas, siendo especialmente graves las causadas por el Streptococcus grupo A beta-hemolítico (que puede producir, celulitis, fascitis necrotizante, septicemia y síndrome de shock tóxico), neumonía (principal complicación en el adulto), encefalitis, ataxia cerebelosa y síndrome de Reye.

Tanto la gravedad de la enfermedad, como su duración y frecuencia de complicaciones es mayor en niños menores de un año y adultos y es especialmente grave en recién nacidos y personas con inmunodepresión. Las enfermedades crónicas pulmonares, cardiovasculares, neuromusculares, los trastornos metabólicos y endocrinos, la mucoviscidosis, y otras enfermedades crónicas son también factores de riesgo de varicela grave.

Infección congénita y perinatal: Entre el 0,4% -2% de los fetos de mujeres infectadas por el VVZ durante el primer semestre de embarazo desarrollan un síndrome de varicela congénita, caracterizado por embriopatías como hipoplasia de una extremidad, cicatrices cutáneas, encefalitis, microcefalia, anormalidades oculares, retraso mental y bajo peso al nacer, con elevada letalidad. Los niños nacidos de mujeres que desarrollan varicela durante los 5 días antes del parto o 2 días después del mismo están en riesgo de varicela neonatal, que suele ser muy grave e incluso mortal. La infección durante el segundo o tercer trimestre de embarazo puede dar lugar al desarrollo de herpes zoster en el niño con lesiones cutáneas y con menor frecuencia coriorretinitis.

El **diagnóstico** de la varicela es fundamentalmente clínico, excepto en los casos complicados o atípicos.

Agente

Herpes virus humano 3 (alfa), también conocido como Virus de la Varicela-Zoster (VVZ).

Reservorio

El único reservorio del VVZ es el hombre.

Modo de transmisión

De persona a persona:

- **Por vía aérea**, a partir de la inhalación de aerosoles de secreciones respiratorias procedentes de un caso de varicela (al hablar, tos, estornudos) o de aerosoles del líquido vesicular de las lesiones cutáneas de un caso de varicela o de herpes zoster.
- **Por contacto directo** con el **líquido vesicular** de las **lesiones cutáneas** de un caso **de varicela o de herpes zoster**, o **con secreciones respiratorias** de casos de varicela, o **indirecto**, a partir del contacto con ropa u objetos recién contaminados por secreciones respiratorias o líquido vesicular de lesiones cutáneas de varicela o herpes zoster.

Las lesiones cutáneas de la varicela y del herpes zoster dejan de ser infecciosas cuando se convierten en costras.

La varicela es altamente infecciosa, con tasas de ataque secundario en convivientes susceptibles de 90% (65-100%).

Los casos de varicela en vacunados, son contagiosos, especialmente aquellos con lesiones cutáneas típicas. Los casos en personas vacunadas, que presentan menos de 50 lesiones, son menos contagiosos que los casos no vacunados, pero los que presenta más de 50 lesiones son igual de contagiosos.

El virus vacunal puede transmitirse a contactos susceptibles a partir de vacunados de varicela con exantema postvacunal. No se ha documentado la transmisión del virus vacunal a partir de vacunados que no desarrollan exantema post-vacunal.

El Herpes zoster es mucho menos contagioso que la varicela y el virus solo se transmite a personas susceptibles a partir del líquido de las lesiones vesiculares. El riesgo de transmisión es mínimo si las lesiones se mantienen cubiertas.

Periodo de incubación

Es de 14 a 16 días (rango 10-21 días), pero puede ser más prolongado en casos inmunocomprometidos o que han recibido gammaglobulina frente a la varicela-zoster.

.

Periodo de transmisibilidad

La transmisión de la varicela comienza 1-2 días antes de la aparición del exantema y dura hasta que todas las lesiones están en fase de costra, 5-6 días después del inicio del exantema. Los pacientes inmunocomprometidos pueden ser contagiosos más tiempo.

Los casos de herpes zoster son contagiosos mientras existen lesiones vesiculares, hasta que todas se han convertido en costras.

Susceptibilidad e inmunidad

La susceptibilidad es universal y la infección natural se considera que confiere inmunidad de larga duración, aunque se han observado casos de reinfección por el virus, más frecuentes en personas inmunocomprometidas.

VIGILANCIA DE LA ENFERMEDAD

Objetivos

- Evaluar el impacto de las políticas de vacunación en la incidencia, gravedad y mortalidad asociada a la varicela
- Identificar y caracterizar cambios en el patrón epidemiológico de presentación de la enfermedad (varicela y Herpes zoster).

Definición de caso

Criterio clínico:

- Rash o exantema maculo-papulo-vesicular de comienzo repentino, en ausencia de otra causa aparente.

Criterio epidemiológico:

- Vínculo epidemiológico

Criterio de laboratorio: Al menos uno de los siguientes:

- Aislamiento del virus varicela-zoster de muestra clínica (líquido vesicular) en cultivos de líneas celulares.
- Detección de ácido nucleico del VVZ en una muestra clínica (PCR);
- Detección de antígeno viral por Inmunofluorescencia directa (IFD), utilizando anticuerpos monoclonales específicos.
- Seroconversión o Incremento significativo de anticuerpos IgG entre 2 sueros tomados en fase aguda y en fase convaleciente.

Los resultados de laboratorio deberán interpretarse de acuerdo con el estado de vacunación.

Clasificación de los casos

- **Caso sospechoso:** persona que cumple el criterio clínico.
- **Caso probable:** persona que cumple los criterios clínico y epidemiológico
- **Caso confirmado:** persona que cumple los criterios clínico y de laboratorio

Otras definiciones

Varicela en vacunados:

- **Varicela por virus salvaje (break through):** Un caso de varicela en una persona vacunada, con inicio de síntomas durante los 14 días siguientes a la vacunación, o después de 42 días de la misma.
- **Varicela por el virus vacunal:** Un caso de varicela en una persona vacunada con inicio de síntomas 15-42 días después de la vacunación.

En ambos casos, las lesiones cutaneas pueden ser muy escasas y pueden ser atípicas (maculopapulares sin vesículas)

El diagnóstico diferencial entre virus vacunal y virus salvaje solo puede realizarse mediante pruebas de caracterización viral.

DEFINICION DE ALERTA

Según la Orden de 11 de diciembre de 2008, se considera alerta en salud pública un brote epidémico o agrupación inusual de casos de esta enfermedad.

Se considera brote de varicela la presencia de 3 o más casos de varicela, en un período de tres semanas, en un mismo lugar.

MODO DE VIGILANCIA

En España la varicela se incluyó como enfermedad de declaración obligatoria en 1904, como diagnóstico diferencial de la viruela. Tras la comercialización de la vacuna, la vacunación de adolescentes, y su introducción en los programas de vacunación infantil en algunas CCAA, se hace necesario disponer de información que permita evaluar el impacto de las políticas de vacunación establecidas e identificar y caracterizar posibles cambios en la epidemiología de esta enfermedad. Para alcanzar estos objetivos el Grupo de Trabajo de Vigilancia Epidemiológica de la Comisión de Salud Pública aprobó en el año 2006 una nueva propuesta para la vigilancia de esta enfermedad, que incorpora a la notificación semanal numérica de casos de varicela, la información anual disponible, referente a la edad y antecedente de vacunación de los casos notificados, así como el seguimiento de la gravedad y complicaciones, a partir de los registros de altas hospitalarias (CMBD) y de la mortalidad a partir de los registros de defunción (INE).

El Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades (ECDC) actualmente solicita a los países información referente a la edad, ingresos y mortalidad, para analizar la situación epidemiológica de la varicela en función de las distintas políticas y estrategias de vacunación de los distintos países de la UE

Notificación de casos

Notificación agregada de casos a través del Sistema EDO

En Andalucía, según la Orden de 11 de diciembre de 2008, un caso de esta enfermedad se considera de declaración ordinaria. Actualmente, estos datos se obtienen mediante transferencia de datos desde el sistema de información Diraya a Redalerta. La información obtenida se notificará al nivel central de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, Centro Nacional de Epidemiología (CNE).

Notificación individualizada de casos hospitalizados de varicela

Permite caracterizar los casos graves de la enfermedad. La declaración del caso se efectuará en horario laboral por parte del personal médico, comunicándolo y preferentemente en el mismo día de su sospecha diagnóstica o como máximo dentro de las 48 horas desde la detección del mismo.

Se comunicará por parte de los Servicios que detecten el caso a Medicina Preventiva (MP). En MP se grabará la ficha correspondiente en la aplicación RedAlerta con los datos disponibles en el momento del diagnóstico, actualizándose posteriormente con la información clínica, de laboratorio, epidemiológica que se genere.

Las CC.AA enviarán la información numérica semanal al CNE (RENAVE) y, según la disponibilidad de cada CCAA enviarán anualmente, de forma agregada o individualizada, la información correspondiente a la edad sexo y antecedente de vacunación frente a varicela, de los casos de varicela:

- Si se dispone de información individualizada universal, se enviarán los datos individualizados, con la información correspondiente, indicada en la ficha adjunta (ANEXO 1)
- Si no se dispone de la información individualizada se enviarán los datos de forma agregada (por sexo, edad, antecedente de vacunación), junto con la población de referencia por edad.

Notificación de brotes

En días laborables, en horario de 8:00 a 15:00 horas la notificación de la sospecha de alerta, si la detección se produce en Atención primaria se efectuará a Epidemiología de Atención Primaria (EAP) del Distrito Sanitario o Área de Gestión Sanitaria, mediante teléfono. Si se produce en Atención Hospitalaria se realizará a Medicina Preventiva (MP), que contactará telefónicamente con el EAP del Distrito Sanitario correspondiente. EAP o MP grabarán la ficha correspondiente en la aplicación RedAlerta con los datos disponibles, e informarán vía telefónica a la Delegación Provincial, Sección de Epidemiología.

- Desde EAP se pondrán en contacto con el Centro de Salud correspondiente.
- La Sección de Epidemiología de la Delegación, tras comunicarlo al Jefe de Servicio, valorará la necesidad de comunicarlo a otra unidad de la Delegación, u otros organismos, según características y magnitud de la alerta.

Entre las 15.00 y las 8:00 horas del día siguiente, los fines de semana y festivos, la comunicación se realizará:

- A la EPES, utilizando el número de teléfono 902.220.061.
- La EPES avisará de inmediato a través del teléfono provincial de alerta a epidemiología, que grabará el caso en la aplicación redalerta y lo comunicará al teléfono central de alertas.

En caso de alerta por brote, la unidad de SVEA correspondiente adjuntará en la ficha de RedAlerta el informe final del brote dentro de los 40 días desde la fecha de aparición de la alerta y en todo caso antes de los 60 días. Desde el Servicio de Epidemiología y Salud Laboral se remitirá la información correspondiente al CNE en un máximo de tres meses tras finalizar su investigación. Si se sospecha interés supracomunitario, se informará de forma urgente.

MEDIDAS DE SALUD PÚBLICA

Organización de recursos para intervención ante la alerta

La declaración de alerta implica una intervención inmediata.

Tras la sospecha de alerta, EAP o Epidemiología en el Equipo de Alerta Provincial deben iniciar la intervención, que se detalla en el punto posterior.

Desde la Delegación Provincial se garantizará la realización de la intervención por las unidades implicadas.

Medidas de prevención

Dado que la varicela en niños sanos es generalmente una enfermedad leve y autolimitada, las medidas de salud pública deberán hacer especial énfasis en proteger a las personas susceptibles con riesgo de padecer varicela grave (personas inmunodeprimidas, mujeres embarazadas).

Vacuna frente a varicela:

La vacuna frente a la varicela es una preparación liofilizada de virus vivos atenuados, derivados de la cepa Oka del VVZ. La efectividad estimada de una dosis de vacuna para prevenir cualquier tipo de varicela es de 70%-85% y para prevenir varicela grave de 86%-100%. El título de anticuerpos resultantes de la vacunación generalmente es más bajo que el título de anticuerpos que se generan tras la enfermedad.

En España la vacuna frente a la varicela se comercializó en 1998 para ser administrada a **grupos de población con especial riesgo de sufrir varicela grave y a sus contactos inmediatos** susceptibles. En el año 2005 la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) acordó la inclusión de la vacuna de varicela en el calendario de vacunaciones, recomendando **vacunar a los susceptibles de entre 10 y 14 años** de edad con el objetivo de prevenir las formas graves de la enfermedad que son más frecuentes en los adolescentes y en adultos. La pauta de vacunación, siguiendo las indicaciones de la ficha técnica, debe ser con dos dosis.

Entre el año 2006 y el 2008 cuatro comunidades autónomas (Madrid, Navarra, Ceuta y Melilla) introdujeron en sus calendarios **la vacunación de varicela en el segundo año de vida**. Entre 2009 y 2011 en Navarra, Ceuta y Melilla se ha incluido una segunda dosis de vacuna que se administra entre los 2 y 3 años de edad.

Existe consenso en cuanto a la administración de la vacuna a **adolescentes susceptibles** y a **grupos de riesgo (y sus contactos)**, mientras que hay un cierto grado de incertidumbre en torno a la conveniencia de la vacunación frente a la varicela en la edad pediátrica.

Recomendaciones de vacunación dirigidas a la población con riesgo de varicela grave

- Pacientes con leucemia linfoblástica aguda: a estos pacientes se les vacunará si están en remisión estable. Deberá suprimirse la terapia de mantenimiento una semana antes y otra después de la vacunación. Los pacientes sometidos a radioterapia no deberán vacunarse durante la fase de tratamiento.
- Pacientes sometidos a tratamiento inmunosupresor: incluida la terapia con corticoides para tumores sólidos malignos o para enfermedades crónicas graves (tales como insuficiencia renal crónica, enfermedades autoinmunes, colagenosis, asma bronquial grave). A estos pacientes se les puede vacunar cuando están en remisión hematológica completa de la enfermedad. Es aconsejable que el recuento total de linfocitos sea de, al menos, 1.200 por mm³, o no exista otra evidencia de falta de competencia inmunitaria. Las personas en tratamiento con esteroides sistémicos podrán ser vacunadas si se interrumpe este tratamiento al menos durante un mes previo a la vacunación.
- Pacientes con un trasplante programado de órgano: si está siendo considerado un trasplante de órgano (p.e. trasplante renal), debe realizarse la vacunación algunas semanas antes de la administración del tratamiento inmunosupresor.
- Pacientes con enfermedades crónicas: otras enfermedades crónicas como trastornos metabólicos y endocrinos, enfermedades crónicas pulmonares y cardiovasculares, mucoviscidosis y anomalías neuromusculares.
- Contactos inmediatos sanos: estos incluyen padres, hermanos, otros convivientes, **trabajadores de salud** en contacto con pacientes, y otras personas en contacto estrecho con pacientes con varicela o con pacientes de alto riesgo.

Medidas de control ante un caso

Aislamiento

Casos no hospitalizados

Exclusión de guardería/escuela, trabajo, consultas médicas, salas de urgencia y otros lugares públicos, desde que aparece la erupción hasta que todas las lesiones se hayan convertido en costras.

Casos hospitalizados

Aislamiento respiratorio y de contacto hasta que todas las lesiones se hayan convertido en costras.

Desinfección concurrente de los objetos y ropa del paciente, con posibilidad de haber sido contaminados con secreciones nasofaríngeas y/o de las lesiones cutáneas.

Medidas en contactos

En primer lugar, se identificará a aquellas personas susceptibles expuestas a un caso de varicela durante el periodo de transmisibilidad (desde dos días antes de la aparición del exantema hasta que las lesiones estén en fase de costra).

Administración de profilaxis en los contactos

La administración de profilaxis en los contactos debe ir dirigida a proteger a los individuos con riesgo de varicela grave. Se recomienda en los individuos expuestos susceptibles con riesgo de padecer enfermedad grave y a sus contactos (convivientes, trabajadores sanitarios). En cada caso se indicará la profilaxis más adecuada:

Vacunación post-exposición

Debe ser administrada en los 3 días, máximo 5 días, siguientes a la exposición.

Administración de Inmunoglobulina específica anti varicela-zoster (IGVZ)

La IGVZ es eficaz para modificar la gravedad o evitar la enfermedad en aquellos expuestos con riesgo de varicela grave en los que está contraindicada la vacuna tales como:

- Recién nacidos cuyas madres han desarrollado varicela clínica durante los 5 días antes del parto y hasta dos días después del mismo.
- Recién nacidos prematuros expuestos a varicela durante el primer mes de vida.
- Mujeres embarazadas sin evidencia serológica de inmunidad frente a la varicela.
- Inmunocomprometidos.

En España no está registrada ninguna Inmunoglobulina específica anti-varicela, y cuando es necesario se solicita como medicamento extranjero a la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AMPS) (Varitec®, IV. Deberá ser administrada en las 96 horas siguientes a la exposición (idealmente en las primeras 48 horas).

Administración de antivirales

Una alternativa a la administración de Inmunoglobulina lo constituye la administración de Aciclovir oral (80 mg/Kg/día durante 7 días). La mayoría de los estudios se han realizado en niños inmunocomprometidos y, en cualquier caso, debe administrarse durante los 7 días siguientes a la exposición.

Medidas de control en caso de brotes

Ante un brote de varicela, especialmente si se origina en un lugar cerrado, se procederá a implantar las medidas de control señaladas anteriormente para los casos y sus contactos. Se prestará especial atención a los expuestos susceptibles con factores de riesgo de desarrollar varicela grave. Se valorará de manera individual la medida de profilaxis post-exposición más adecuada.

Se excluirá de forma inmediata a las personas susceptibles con riesgo de varicela grave y en los que la vacuna esté contraindicada (inmunodeprimidos y mujeres embarazadas) de los lugares en los que ocurre el brote (escuela, lugar de trabajo, etc.) hasta 21 días después de la aparición del último caso.

Se recomendará la vacunación de los expuestos susceptibles que vayan a estar en contacto con susceptibles de alto riesgo.

Según los estudios seroepidemiológicos realizados, en nuestro medio, se estima que el 95% de la población mayor de 40 años es inmune frente a la varicela. No obstante, dependiendo de las características del brote se valorará la aplicación de medidas adicionales y otras posibles recomendaciones sobre la población general

Por último, se procederá a la investigación del brote, incluyendo las características de la población afectada, gravedad y estimación de la efectividad de la vacuna.

BIBLIOGRAFÍA

- Adriana López, Smidth Scott, Stephanie Bialek. Chapter 17: Varicella. In: CDC. Vaccine Preventable Diseases Surveillance Manual, 5th edition, 2011. Disponible en: <http://www.cdc.gov/vaccines/pubs/surv-manual/chpt17-varicella.pdf>
- Black S, Ray P, Shinefield H, Saddier P, Nikas A. Lack of association between age at varicella vaccination and risk of breakthrough varicella, within the Northern California Kaiser Permanente Medical Care Program. *J Infect Dis.* 2008;197 Suppl 2:S139-S142. Disponible en: http://jid.oxfordjournals.org/content/197/Supplement_2/S139.full.pdf+html
- Centers for Disease Control and Prevention. Chicken pox (varicella). Managing Persons at Risk for Severe Varicella. Disponible en: <http://www.cdc.gov/chickenpox/hcp/persons-risk.html>
- CDC. Varicella. The Pink Book: Course Textbook - 12th Edition Second Printing . 2012. p. 301-24. Disponible en: <http://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/downloads/varicella.pdf>
- Fisher JP, Bate J, Hambleton S. Preventing varicella in children with malignancies: what is the evidence? *Curr Opin Infect Dis.* 2011;24:203-11.
- Gershon AA, Takahashi M, Seward J. Vacuna frente a la varicela. *En: Plotkin SA, Orenstein WA, Picazo JJ. Vacunas (1ª ed en español). Madrid: Acindes 2007; pp. 803-844*
- Health Protection Agency. Chickenpox - Varicella Zoster. Disponible en: <http://www.hpa.org.uk/Topics/InfectiousDiseases/InfectionsAZ/ChickenpoxVaricellaZoster/GeneralInformation/>
- Heyman DL. El control de las enfermedades transmisibles. Informe Oficial de la Asociación Estadounidense de Salud Pública. David L Heyman, editor. 19ª Edición; 2008
- Informe de la situación de varicela: Revisión y análisis de la información proporcionada por las Comunidades Autónomas. Situación de la puesta en marcha de un sistema de vigilancia epidemiológica de la enfermedad. Grupo de trabajo de vigilancia epidemiológica. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Memoria de Actividades 2007. Ministerio de Sanidad y Consumo. 18-6-2008. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/consejoInterterri/docs/actividadCisns07.pdf>
- Martínez de Aragón; Peña-Rey I. Informe sobre la situación de la varicela en España. Años 2007-2008. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Centro Nacional de Epidemiología. ISCIII. 2009. Disponible en: <http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-enfermedades/fd-enfermedades-prevenibles-vacunacion/InformevaricelaCNE2008.pdf>
- Pachón I, Amela C, Martínez de Aragón M, Santa Olalla P, Peña-Rey I, Cortés M. Varicela. Epidemiología y Situación Actual. Vacunas: Características y Eficacia/Efectividad. Recomendaciones de Vacunación y sus Implicaciones en Salud Pública. Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría general de sanidad. Dirección General de Salud Pública. Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología. 2005. Disponible en : <http://www.msc.es/ciudadanos/proteccionSalud/vacunaciones/docs/VARICELA1.pdf>
- Pachón I, Amela C, Martínez de Aragón M, Santa Olalla P, Peña-Rey I, Cortés M. Varicela. Epidemiología y Situación Actual. Vacunas: Características y Eficacia/Efectividad.

Recomendaciones de Vacunación y sus Implicaciones en Salud Pública. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2005. Disponible en:

<http://www.msp.es/ciudadanos/proteccionSalud/vacunaciones/docs/VARICELA1.pdf>

- Ponencia de Vigilancia. Propuesta para la vigilancia de la varicela y del herpes zóster. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. 2007. Disponible en:
http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-enfermedades/Propuesta_vigilancia_varicela_2007.pdf
- Servicio de Epidemiología de la comunidad de Madrid. Varicela. *Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid*. **2011**; 8:10-7. Disponible en:
<http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=ContentDisposition&blobheadervalue1=filename%3DAgosto2011.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1310804115800&ssbinary=true>
- Vaccine Preventable Diseases Programme. European Centre for Disease Prevention and Control. Interim case definition for varicella. Advisory Forum 27. Stockholm, 28-29 September 2011. Disponible en:
http://www.ecdc.europa.eu/en/aboutus/organisation/af/af%20%20meeting%20minutes/1205_af_minutes_27th_meeting.pdf
- Varicella vaccines. WHO position paper *Wkly Epidemiol Rec* **1998**; 32:241-8. Disponible en:
http://www.who.int/immunization/wer7332varicella_Aug98_position_paper.pdf
- Varicella. Part 2 The diseases, vaccinations and vaccines. NHS. Capter 34. p. 421-42. **2006**
http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_063665.pdf
- Seward JF, Marin M, Vazquez M. Varicella vaccine effectiveness in the US vaccination program: a review. *J Infect Dis*. **2008**;197 Suppl 2:S82-S89. Disponible en:
http://jid.oxfordjournals.org/content/197/Supplement_2/S82.full.pdf+html
- Michalik DE, Steinberg SP, Larussa PS, Edwards KM, Wright PF, Arvin AM, et al. Primary vaccine failure after 1 dose of varicella vaccine in healthy children. *J Infect Dis*. **2008**; 197:944-9
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2657090/pdf/nihms81281.pdf>.
- ORDEN de 11 de diciembre de 2008, por la que se modifica la Orden de 19 de diciembre de 1996, por la que se desarrolla el Sistema de Vigilancia Epidemiológica en la Comunidad Autónoma de Andalucía y se establece la relación de enfermedades de declaración obligatoria.

ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE VARICELA
(No es necesario adjuntar a la ficha en Redalerta)

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA DECLARACIÓN

Fecha de primera declaración del caso: __/__/__

Persona que declara el caso: _____

Centro de trabajo: _____ Teléfono: _____

Municipio: _____ Provincia: _____

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Nombre y apellidos: _____

Domicilio: _____ Teléfono: _____

Municipio residencia: _____ Provincia residencia: _____

País residencia: _____

Fecha de Nacimiento: __/__/__ Edad en años: __ Edad en meses en menores de 2 años: __

Sexo: Hombre Mujer Desconocido

País de origen: _____ Año de llegada a España: _____

(País en el que ha nacido o del que procede)

Ocupación _____ Centro de Estudio (aula)/ Trabajo _____

DATOS SOBRE LA ENFERMEDAD

Fecha de inicio del Exantema: __/__/__

Complicaciones

No Sí Especificar: _____

Desconocido

Ingreso en hospital: Sí No Desconocido

Fecha de hospitalización: __/__/__ Fecha de alta: __/__/__

Centro: _____ Servicio: _____

DATOS DE LABORATORIO

Fecha de toma de muestras __/__/__

Fecha de diagnóstico microbiológico: __/__/__

Resultados analíticos :

Aislamiento Muestra: _____

Detección de ácido nucleico (PCR) Muestra: _____

Detección de antígeno por inmunofluorescencia directa Muestra: _____

Seroconversión o seroreforzo de anticuerpos IgG en 2 sueros de fase aguda y convaleciente

ANTECEDENTES DE VACUNACIÓN FRENTE A VARICELA

Presenta documento de vacunación Sí No Desconocido

Vacunado Sí No Desconocido

Número de dosis: _____

Fecha de última dosis recibida: __/__/____

CATEGORIZACIÓN DEL CASO

Clasificación final del caso: Sospechoso Probable Confirmado