

Varicela y herpes zóster

Rafael Jiménez Alés*, María Luísa García Gestoso**

*Pediatra. UGC Puente Genil. AGS Córdoba Sur. Servicio Andaluz de Salud. Córdoba. España

**Pediatra. UGC San Luis. DS. Sevilla. Servicio Andaluz de Salud. Sevilla. España.

Fecha de actualización: 12/04/2023
(V.4.1/2023)

Cita sugerida: Jiménez Alés R, García Gestoso ML. Varicela y herpes zóster (v.4.1/2023). Guía-ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea] [actualizado el 16-ene-2023; consultado el dd/mm/aaaa]. Disponible en <http://www.guia-abe.es>

Introducción / puntos clave

La varicela es una enfermedad altamente contagiosa, provocada por el virus varicela-zóster (VVZ). Es uno de los ocho herpesvirus causantes de infección humana conocidos y está distribuido por todo el mundo.

La infección por VVZ causa dos formas clínicas distintas de enfermedad: varicela y herpes zóster (HZ). La varicela es la manifestación de la infección primaria, que se produce típicamente en niños. La reactivación endógena del VVZ latente suele dar lugar a una infección cutánea localizada conocida como HZ o culebrilla.

La **varicela** se presenta típicamente en niños y suele ser una enfermedad leve en comparación con las presentaciones más graves en pacientes con factores de riesgo. Las tasas de infección, hospitalizaciones y mortalidad han disminuido desde la introducción de la vacuna frente a la varicela; se recomienda la inmunización en todos los niños con una primera dosis entre los 12 y 15 meses de edad y una segunda dosis entre los 3 y 4 años. En los susceptibles mayores de estas edades se recomienda administrar dos dosis de vacuna monovalente con un intervalo mínimo de un mes entre ellas, o completar la pauta vacunal en los que no la tuviesen completa. La varicela en personas previamente vacunadas es infrecuente y puede presentarse como una erupción predominantemente maculopapular con menos de 50 lesiones, aunque los casos graves pueden presentar una erupción extensa, complicaciones neurológicas, hematológicas, oculares y renales, así como neumonía y otras infecciones secundarias.

Tras la primoinfección, el virus permanece latente en los ganglios de las raíces posteriores, de los nervios craneales y en los ganglios autónomos. La infección latente se mantiene bajo control en gran parte gracias a la inmunidad de las células T específica del VVZ; sin embargo, con la edad, el tiempo transcurrido desde la infección primaria o la inmunosupresión, la inmunidad de las células T específica del VVZ disminuye y puede provocar la reactivación viral. La edad avanzada es el principal factor de riesgo de HZ, pero las enfermedades o terapias inmunosupresoras (incluida la infección por VIH) también lo aumentan.

El **herpes zóster** es uno de los síndromes clínicos asociados a la reactivación del VVZ latente. Suele aparecer años después de la primoinfección.

En niños sanos de 12 años o menores, en general, no está indicado el **tratamiento** con antivirales en la varicela ni en el HZ.

Las **mujeres embarazadas** que contraen la varicela corren el riesgo de sufrir complicaciones graves, principalmente neumonía, y en algunos casos pueden morir como consecuencia de la varicela. Algunos estudios han sugerido que tanto la frecuencia como la gravedad de la neumonía por VVZ son mayores cuando la varicela se adquiere durante el tercer trimestre, aunque otros estudios no han respaldado esta observación.

Si una mujer embarazada contrae la varicela en las primeras 20 semanas de gestación, el recién nacido puede presentar un síndrome de varicela congénita (riesgo 0,4 a 2,0%), que puede manifestarse con bajo peso al nacer, cicatrices en la piel, hipoplasia de miembros, microcefalia y cataratas.

Después de las 20 semanas, el riesgo de afectación fetal es sustancialmente menor. La infección durante el 2º o 3º trimestre de la gestación puede ser causa de herpes zóster en el lactante.

Si una mujer presenta erupción por varicela entre 5 días antes y 2 días después del parto, el recién nacido correrá el riesgo de padecer **varicela neonatal**. Si la madre desarrolla la varicela antes de los 5 días previos al parto, el riesgo para el neonato es menor, dado que tendrá transferencia de anticuerpos maternos. Históricamente, la tasa de mortalidad por varicela neonatal se situaba en torno al 30%, pero la disponibilidad de inmunoglobulina VVZ, antivirales y los cuidados intensivos de apoyo han reducido la mortalidad a un 7%.

La vacuna está contraindicada para las mujeres embarazadas

En el **primer año de vida** la varicela es poco frecuente y de curso leve, aunque son más frecuentes los ingresos hospitalarios y el tratamiento con antivirales, especialmente en menores de 7 meses. Es recomendable la vacunación posterior contra la varicela, sobre todo si se produce en los primeros 6 meses de vida.

Cambios más importantes respecto a la versión anterior: se ha ampliado la introducción, se ha actualizado y ampliado la tabla sobre estudios complementarios, se incluye una tabla sobre recomendaciones a familias y sobre indicaciones de derivación. Se han elaborado dos algoritmos sobre manejo de la varicela y sobre profilaxis posexposición y se ha ampliado la tabla con las medidas de aislamiento. Se ha actualizado, también, la información relativa a la vacunación sistemática. Se han actualizado y ampliado las referencias bibliográficas

Microorganismo causal
Virus de la varicela-zóster (<i>Herpesvirus hominis</i> tipo 3). Virus ADN de la familia <i>Herpesviridae</i> , subfamilia <i>alfaherpesviridae</i> , a la que también pertenecen los Herpesvirus tipo 1 y 2.

Características clínicas de la Varicela en la infancia	
Periodo de incubación	<ul style="list-style-type: none"> 14-16 días (rango 10-21 días)
Transmisión	<ul style="list-style-type: none"> Contacto cutáneo directo con las lesiones o por contacto con las gotitas en aerosol de las secreciones nasofaríngeas Desde 24 a 48 horas antes del inicio del exantema hasta la fase pustular inclusive (4-5 días después del inicio de la erupción) Hasta el 90% en contactos domésticos susceptibles adquieren la enfermedad. La contagiosidad del HZ es mucho menor
Clínica	<ul style="list-style-type: none"> Erupción pruriginosa vesicular, usualmente acompañada de fiebre, que suele comenzar en la cabeza y el tronco con diseminación posterior al resto de piel y pudiendo afectar mucosas Se forman nuevas lesiones durante un máximo de 1 semana con un número total de vesículas que suele oscilar entre 250 y 500 Pueden coexistir lesiones en varias fases: máculas, pápulas, vesículas, pústulas, úlceras y costras con hipopigmentación en las fases finales.
Complicaciones más frecuentes	<ul style="list-style-type: none"> Infecciones bacterianas de la piel y los tejidos blandos que se manifiestan por aumento de la fiebre, a menudo tras una mejoría inicial, o por la aparición eritema y dolor alrededor de las lesiones cutáneas En los adultos, la neumonía

Complicaciones más graves	<ul style="list-style-type: none"> • Causadas por el virus: <ul style="list-style-type: none"> ○ Ataxia cerebelosa, encefalitis, neumonía vírica y cuadros hemorrágicos. • Por infecciones bacterianas <ul style="list-style-type: none"> ○ Septicemia, síndrome de shock tóxico, fascitis necrotizante, osteomielitis, neumonía bacteriana y artritis séptica.
----------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Factores de riesgo para desarrollar un cuadro grave	
<ul style="list-style-type: none"> • Edad menor de 1 año y mayor de 13 años • Inmunodeficiencias, especialmente congénitas, trasplantes y diversos tratamientos de enfermedades malignas o autoinmunes. • Personas en tratamiento con salicilatos (riesgo de desarrollar Síndrome de Reye) • Enfermedades cutáneas o pulmonares crónicas. 	

Varicela en el feto y recién nacido		
Afectación fetal	Primeras 20 semanas	El recién nacido puede presentar un síndrome de varicela congénita (riesgo 0,4 a 2,0%), que puede manifestarse con bajo peso al nacer, cicatrices en la piel, hipoplasia de miembros, microcefalia y cataratas.
	Segundo-tercer trimestre	Después de las 20 semanas, el riesgo de afectación fetal es sustancialmente menor. La infección durante el 2o o 3er trimestre de la gestación puede ser causa de herpes zóster en el lactante
Afectación neonatal	Erupción por varicela en la madre antes de los 5 días previos al parto	Riesgo de padecer varicela neonatal.
	Erupción por varicela en la madre entre 5 días previos y 2 días después del parto	Menor riesgo por transferencia de anticuerpos maternos.

Características clínicas del Herpes Zóster en la infancia	
Etiología	<ul style="list-style-type: none"> • Reactivación del VVZ latente
Clínica	<ul style="list-style-type: none"> • Erupción cutánea vesicular dolorosa • Unilateral en un único dermatoma (a veces en dermatomas adyacentes) • Más frecuente en dermatomas torácicos, lumbares, cervicales y del trigémino • Suele ir precedida de un pródromo de dolor o parestesias entre 1 y 5 días antes
Síndromes específicos	<ul style="list-style-type: none"> • Herpes zóster oftálmico: reactivación en la distribución de la primera división del nervio trigémino (V par craneal), que puede afectar al ojo. • Síndrome de Ramsay Hunt (herpes zóster ótico): reactivación en la distribución del VII par craneal (nervio facial), que puede afectar al oído

Transmisión	<ul style="list-style-type: none"> • Puede transmitirse dando lugar a una infección primaria (varicela) en personas susceptibles.
--------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Estudios complementarios (no indicados rutinariamente)		
Hemograma, reactantes de fase aguda, hemocultivo.	<ul style="list-style-type: none"> • Afectación general importante o fiebre persistente >5 días 	
Pruebas de confirmación disponibles	La reacción en cadena de la polimerasa (PCR) en tiempo real	<ul style="list-style-type: none"> • Método preferido de confirmación del VVZ • Puede detectar VVZ en líquido vesicular, costras, hisopos de piel, hisopos de garganta, líquido cefalorraquídeo (LCR), tejidos de biopsias o autopsias, sangre y saliva • Puede utilizarse para diferenciar entre infección primaria por VVZ, la reactivación y el VVZ de origen vacunal. • Especialmente indicada en cuadros atípicos, graves o en pacientes de riesgo • Debe utilizarse para detectar el VVZ cuando se sospeche un brote de varicela, ya que otras pruebas pueden resultar inadecuadas. • Al recoger una muestra para PCR, destapar una vesícula, preferiblemente una vesícula fresca llena de líquido, y frotar la base de la lesión con un hisopo.
	Inmunofluorescencia directa	<ul style="list-style-type: none"> • Raspado vesicular, frotis de la base de la lesión (debe incluir células) • Rápida y específica, pero menos sensible que la PCR
	Cultivo viral	<ul style="list-style-type: none"> • No se utiliza de forma rutinaria • Muestras válidas son el líquido vesicular, LCR, biopsia de tejido. • Distingue el VVZ del VHS. • Coste elevado, disponibilidad limitada, requiere hasta una semana para obtener resultados. Menos sensible.
	Serología (IgG)	<ul style="list-style-type: none"> • Suero de pacientes agudos y convalecientes • Específico para VVZ. Los tests comerciales generalmente tienen baja sensibilidad para detectar la inmunidad inducida por la vacuna. • Un aumento de cuatro veces en suero permite confirmar el diagnóstico retrospectivamente.
	Serología (IgM)	<ul style="list-style-type: none"> • Suero de pacientes agudos

- La serología IgM es menos específica que la IgG. La detección de IgM es inconsistente. No es un método fiable para la confirmación rutinaria.

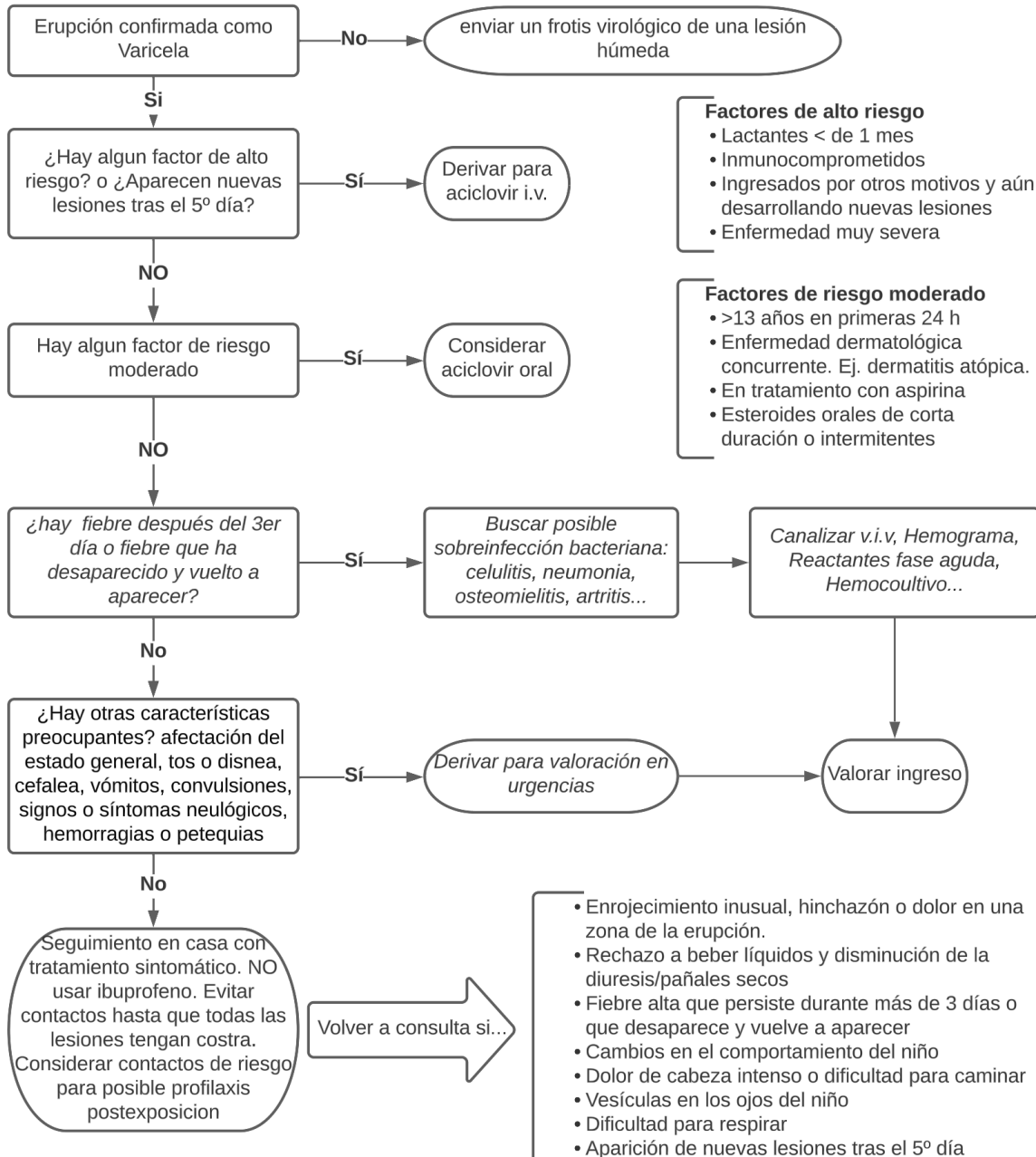
Indicaciones de derivación desde Atención Primaria

- Fiebre recurrente
- Síntomas respiratorios
- Fiebre persistente después del tercer día de la erupción inicial
- Signos y síntomas neurológicos
- Hemorragias o petequias
- Erupción hemorrágica
- Aparición de nuevas lesiones durante más de 5 días

Indicaciones de ingreso hospitalario

- Afectación general importante y fiebre persistente
- Lactantes menores de 1 mes
- Niños inmunodeprimidos con varicela o HZ
 - Inmunodeficiencia primaria grave
 - Tratamiento actual o en los 6 meses siguientes por neoplasia maligna con quimioterapia o radioterapia
 - Todos los pacientes trasplantados de órganos sólidos en tratamiento inmunosupresor
 - Todos los pacientes trasplantados de médula ósea hasta 12 meses después de la terapia inmunosupresora - puede ser más largo si no está en terapia de reemplazo de inmunoglobulina
 - Todos los pacientes que reciban corticoides sistémicos a dosis altas o que los hayan recibido en los últimos 3 meses (dosis referidas a prednisona, prednisolona o sus equivalentes):
 - $\geq 2\text{mg/kg/día}$ durante al menos 1 semana
 - $\geq 1\text{mg/kg/día}$ durante al menos 4 semanas, o
 - $\geq 20\text{mg}$ al día en niños de más de 10 kg de peso durante al menos 2 semanas
 - Pacientes con VIH (a menos que la supresión viral sea estable en TAR con un buen recuento de CD4)
 - Pacientes en tratamiento con otros fármacos inmunosupresores para, por ejemplo, enfermedad inflamatoria intestinal, afecciones reumatológicas o que lo hayan estado en los últimos 6 meses.
- Niños que siguen desarrollando nuevas lesiones después del 5º día - riesgo de enfermedad diseminada
- Recién nacidos cuya madre desarrolla la varicela entre 5 días antes y 2 días después del parto
- Niños con complicaciones graves (infección bacteriana secundaria, complicaciones neurológicas, hepáticas, hematológicas o respiratorias)

Algoritmo de manejo de la varicela



Tratamiento antimicrobiano empírico	
Situación	Tratamiento de elección
Varicela y herpes zóster en niños y adolescentes sanos inmunizados	No está indicado ¹
Varicela en grupos con riesgo moderado de desarrollar complicaciones graves ²	Aciclovir (vía oral), : 20 mg/kg/dosis (máximo 800 mg/dosis), 4 veces al día, durante 5 días ³
Varicela en inmunodeprimidos ⁴ Recién nacidos Pacientes con complicaciones graves Herpes zóster en inmunodeprimidos	Aciclovir, IV ⁵ : <ul style="list-style-type: none"> • < 1 año: 10 mg/kg/dosis, cada 8 horas, durante 7-10 días • ≥ 1 año: 500 mg/m²/dosis, cada 8 horas, durante 7-10 días, o 10 mg/kg/dosis, cada 8 horas, durante 7-10 días⁶ • La duración puede ajustarse hasta que no aparezcan nuevas lesiones durante un periodo de 48 horas
Varicela/Herpes zoster con complicaciones bacterianas sistémicas	Antibióticos empíricos en función del cuadro clínico (ver recomendaciones actualizadas en www.guia_abe.es)

Medidas de aislamiento: precauciones frente a la transmisión aérea y por contacto		
Situación	Duración	Otras medidas
Guardería y escuela	Los niños con varicela no complicada y con zoster cuyas lesiones no puedan cubrirse, pueden volver cuando la erupción haya formado costra o, en personas inmunizadas sin costras, hasta que no aparezcan nuevas lesiones en un periodo de 24 horas.	Se debe notificar a los padres, y en particular de niños inmunodeprimidos, que hay varicela en el aula, y asesorarles sobre el periodo de incubación del VVZ, así como sobre los signos y síntomas. Se debe valorar si está justificada la profilaxis posexposición en algún caso
Varicela en inmunocompetentes	Durante un mínimo de 5 días tras la erupción y hasta que todas las lesiones estén en fase de costra	
Varicela atenuada en niños vacunados	Hasta que no aparezcan nuevas lesiones durante un periodo de 24 horas	
Pacientes expuestos sin evidencia de inmunidad	De 8 a 21 días después de la exposición al caso índice (hasta 28 días si han recibido IGvZ o IGiv)	Valorar profilaxis posexposición

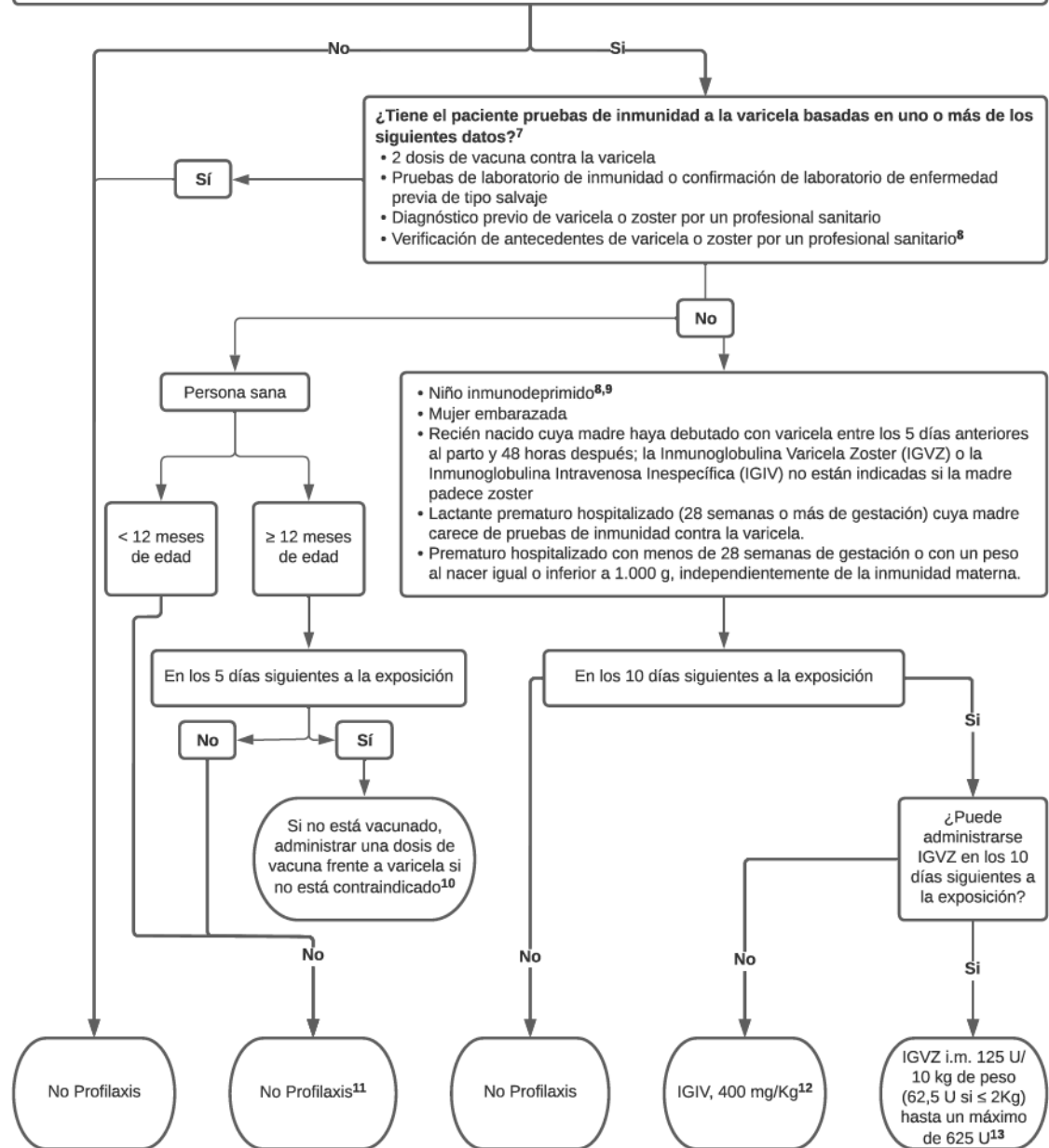
Varicela o zóster (localizado o diseminado) en inmunodeprimidos	Precauciones aéreas y de contacto hasta que las lesiones estén secas y con costra. Si varicela en inmunodeprimidos, prolongar el aislamiento 1 semana o más como mínimo	Precauciones aéreas y de contacto hasta descartar infección diseminada. Cubrir completamente las lesiones localizadas y seguir las precauciones habituales hasta que las lesiones estén secas y con costra.
Zóster localizado en inmunocompetentes	Precauciones aéreas y de contacto hasta que las lesiones estén secas y con costra	Cubrir completamente las lesiones y seguir las precauciones habituales hasta que las lesiones estén secas y con costra.
Neumonía varicelosa	Hasta la curación de la enfermedad	Extremar precauciones aéreas.
Recién nacidos	Los lactantes con embriopatía varicelosa no requieren aislamiento si no tienen lesiones cutáneas activas.	
	Los recién nacidos de madres con zoster localizado pueden estar en contacto con la madre siempre que puedan cubrirse las lesiones.	Se debe aconsejar a la madre que practique una buena higiene de manos antes de coger a su hijo.
	Para los recién nacidos de madres con varicela o zoster diseminado o de madres con zoster localizado en las que no se pueden cubrir las lesiones, se recomiendan precauciones aéreas y de contacto hasta los 21 días de edad o hasta los 28 días de edad si se administró IGZV o IGIV.	No se ha demostrado que el VVZ de tipo salvaje ni el virus de la cepa vacunal Oka se transmitan por la leche humana; la leche extraída o bombeada de una madre con varicela o zoster puede administrarse al lactante, siempre que no se observen lesiones en el pecho.
	Si el neonato nace con varicela, la madre y el recién nacido deben ser aislados juntos y dados de alta cuando estén clínicamente estables.	

Otras medidas terapéuticas
<ul style="list-style-type: none"> • El paracetamol es de utilidad para disminuir la fiebre o los síntomas generales. • El uso de ibuprofeno en pacientes con varicela se ha asociado en algunos estudios a un mayor riesgo de infección invasiva por estreptococo del grupo A. Aunque el grado de evidencia no es suficiente para establecer de forma definitiva una relación de causa-efecto, es prudente no recomendar ibuprofeno como antipirético de primera elección en la varicela. • Se ha de evitar la aspirina, por su asociación con el síndrome de Reye • Pueden utilizarse antihistamínicos para ayudar a disminuir el prurito • Se recomienda mantener una adecuada higiene cutánea para disminuir el riesgo de sobreinfección bacteriana, y tener las uñas bien cortadas para evitar el rascado profundo • Evitar el contacto con personas susceptibles durante el periodo de contagio, especialmente recién nacidos, mujeres embarazadas e inmunodeprimidos

Profilaxis posexposición

Exposición significativa:

- Hogar: residir en el mismo hogar
- Compañero de juego: juego cara a cara en interiores 5 minutos o más (algunos expertos utilizan > 1 hora)
- Recién nacido
- Hospital:
 - varicela: en la misma habitación de 2 a 4 camas o camas adyacentes en una sala grande, contacto cara a cara con un miembro del personal o un paciente infeccioso, o visita de una persona considerada contagiosa.
 - zoster: Contacto (p. ej., tocar o abrazar) con una persona con zoster diseminado o con lesiones descubiertas sin costra



Abreviaturas: IGZV: Inmunoglobulina específica Varicela-Zoster IGIV: inmunoglobulina inespecífica intravenosa.

Referencias bibliográficas

- Albrecht MA, Myron JL. Epidemiology, clinical manifestations, and diagnosis of herpes zoster: In: UpToDate, Hirsch MS (Ed), UpToDate, Waltham, MA. [Consultado el 9/12/2022]
- Albrecht MA. Clinical features of varicella-zoster virus infection: In: UpToDate, Hirsch MS, Kaplan SL (Eds), UpToDate, Waltham, MA. [Consultado el 9/12/2022]
- Albrecht MA, Myron JL. Post-exposure prophylaxis against varicella-zoster virus infection: In: UpToDate, Hirsch MS, Edwards MS (Eds), UpToDate, Waltham, MA. [Consultado el 17/12/2022]
- American Academy of Pediatrics. Varicella-Zoster Virus Infections. In: Kimberlin DW, Barnett ED, Lynfield R, Sawyer MH, eds. Red Book: 2021 Report of the Committee on Infectious Diseases. Itasca, IL: American Academy of Pediatrics: 2021. p. 831-843
- Ayoade F, Kumar S. Varicella Zoster (Chickenpox) [Updated 2022 Oct 15]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan-. [Consultado el 17/12/2022]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK448191/>
- Bridger NA. School, child care and camp exclusion policies for chickenpox: A rational approach. Paediatrics & Child Health 2018;23:420–3. doi:10.1093/pch/pxy096.
- Chen D, Li Y, Wu Q. Effectiveness of varicella vaccine as post-exposure prophylaxis: A meta-analysis. Human Vaccines & Immunotherapeutics 2021;17:5316–24. doi:10.1080/21645515.2021.2009729.
- Comité Asesor de Vacunas (CAV-AEP). Vacunación profiláctica postexposición. Manual de vacunas en línea De La AEP [Internet]. Madrid: AEP; Julio 2022.[Consultado el 9/12/2022]. Disponible en: <https://vacunasaep.org/documentos/manual/cap-41>
- Comité Asesor de Vacunas (CAV-AEP). Varicela. Manual de vacunas en línea De La AEP [Internet]. Madrid: AEP; Febrero 2021.[Consultado el 9/12/2022]. Disponible en: <https://vacunasaep.org/documentos/manual/cap-9>
- Comité Asesor de Vacunas (CAV-AEP). Inmunoglobulinas: Indicaciones, dosificación y seguridad. Manual de vacunas en línea De La AEP [Internet]. Madrid: AEP; Marzo 2022.[Consultado el 9/12/2022]. Disponible en: <https://vacunasaep.org/documentos/manual/cap-44>
- De Martino M, Chiarugi A, Boner A, Montini G, De' Angelis GL. Working Towards an Appropriate Use of Ibuprofen in Children: An Evidence-Based Appraisal. Drugs. 2017;77(12):1295-1311. doi:10.1007/s40265-017-0751-z
- DynaMed. Chickenpox. EBSCO Information Services. Accessed December 9, 2022. <https://www.dynamed.com/condition/chickenpox>
- DynaMed. Herpes Zoster. EBSCO Information Services. Accessed December 9, 2022. <https://www.dynamed.com/condition/herpes-zoster>
- González F, Rojas P. Is acyclovir effective for the treatment of varicella in children and adolescents?. Medwave 2018;18(6):e7268
- Ki Hoon Ahn, Yun-Jung Park, Soon-Cheol Hong, Eun Hee Lee, Ji-Sung Lee, Min-Jeong Oh & Hai-Joong Kim. Congenital varicella syndrome: A systematic review, Journal of Obstetrics and Gynaecology, 2016;36(5): 563-566, DOI: 10.3109/01443615.2015.1127905
- Nanthakumar MP, Sood A, Ahmed M, Gupta J. Varicella zoster in pregnancy. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 2021;258:283–7. doi:10.1016/j.ejogrb.2021.01.009.
- National Center for Immunization and Respiratory Diseases (NCIRD), Division of Viral Diseases. Chickenpox (varicella) for healthcare professionals. Centers for Disease Control and Prevention 2022. [Consultado el 17/12/2022] Disponible en: <https://www.cdc.gov/chickenpox/hcp/index.html>
- National Center for Immunization and Respiratory Diseases, Division of Viral Diseases. Herpes zoster: For healthcare professionals. Centers for Disease Control and Prevention 2021. <https://www.cdc.gov/shingles/hcp/index.html>
- Rodríguez-Santana Y, Sánchez-Almeida E, García-Vera C, García-Ventura M, Martínez-Espligares L, PAPenRED. Epidemiological and clinical characteristics and the approach to infant chickenpox in primary care. European Journal of Pediatrics 2019;178:641–8. doi:10.1007/s00431-019-03332-9.

- Speer ME. Varicella-zoster infection in the newborn. In: UpToDate, Weisman LE, Morven SE (Eds), UpToDate, Waltham, MA. [Consultado el 9/12/2022]
- Stone K, Tackley E, Weir S. BET 2: NSAIs and chickenpox. Emerg Med J. 2018;35(1):66-68. doi:10.1136/emmermed-2017-207366.2
- UK Health Security Agency, Immunisation and Vaccine Preventable Diseases Division. Guidelines on post exposure prophylaxis (PEP) for varicella or shingles (January 2023). (GOV-14128). [Consultado el 1/3/2023] Disponible en: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1134812/UKHSA-guidelines-on-VZ-post-exposure-prophylaxis-january-2023.pdf
- Wallace K. Varicella zoster infection (chickenpox): management in children. NHS Choices 2022. [Consultado el 17/12/2022] Disponible en: <https://www.clinicalguidelines.scot.nhs.uk/nhsggc-guidelines/nhsggc-guidelines/infectious-disease/varicella-zoster-infection-chickenpox-management-in-children/>

Notas aclaratorias

1 En individuos sanos, el aciclovir acorta el curso clínico de la varicela cuando se administra en las primeras 24 horas, pero no se recomienda su uso en niños porque el beneficio es marginal y no justifica el coste.

2 Grupos de riesgo moderados: a) trastornos cutáneos o pulmonares crónicos; b) ingesta crónica de salicilatos; c) niños en tratamiento con ciclos cortos de corticoides orales o en tratamiento con corticoides inhalados; y d) algunos expertos también consideran la administración de aciclovir en los casos secundarios dentro de la familia. El tabaquismo ha sido descrito como factor de riesgo para el desarrollo de neumonías en adultos.

3 El tratamiento debe iniciarse en las primeras 72 horas, siendo más eficaz cuanto más precoz sea su administración

4 Incluidos los pacientes que hayan recibido corticoides sistémicos en los últimos tres meses, en dosis equivalente a 2 mg/kg/día de prednisona durante al menos una semana o 1 mg/kg/día durante un mes.

5 El aciclovir IV debe administrarse en infusión lenta durante una hora, para evitar el riesgo de cristaluria y daño tubular renal.

6 Para evitar la dosis excesiva en pacientes obesos, la dosis parenteral de aciclovir debe calcularse atendiendo al peso corporal ideal.

7 Las personas que reciben trasplantes de células madre hematopoyéticas deben ser consideradas no inmunes independientemente de la historia previa de enfermedad varicelosa o vacunación contra la varicela en ellos mismos o en sus donantes.

8 Para verificar un antecedente de varicela en un niño inmunodeprimido, los profesionales sanitarios deben indagar sobre una relación epidemiológica con otro caso típico de varicela o con un caso confirmado por laboratorio, o pruebas de confirmación por laboratorio. No debe considerarse que los niños inmunodeprimidos que no tengan ni relación epidemiológica ni confirmación de laboratorio de varicela tengan antecedentes válidos de la enfermedad.

9. Los niños inmunocomprometidos incluyen aquellos con inmunodeficiencia congénita o adquirida de linfocitos T, incluyendo leucemia, linfoma y otras neoplasias malignas que afecten a la médula ósea o al sistema linfático; niños que reciben tratamiento inmunosupresor, incluidos ≥ 2 mg/kg/día de prednisona sistémica (o su equivalente) durante ≥ 14 días, y determinados modificadores de la respuesta biológica; todos los niños con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), independientemente del porcentaje de linfocitos T CD4+; y todos los pacientes con trasplante de células madre hematopoyéticas, independientemente del estado inmunitario previo al trasplante.

10. Si se ha recibido una dosis previa de vacuna frente a la varicela, debe administrarse una segunda dosis a los ≥ 3 años de edad. Si la exposición se produjo durante un brote, se recomienda una segunda dosis para niños en edad preescolar menores de 3 años para el control del brote si han transcurrido al menos 3 meses después de la primera dosis.

11. Si la persona expuesta es un adolescente o un adulto, tiene una enfermedad crónica o existen otras razones de peso para intentar evitar la varicela, algunos expertos recomiendan la terapia preventiva con aciclovir oral a 20mg/Kg/dosis 4 veces al día hasta un máximo de 3200 mg al día, comenzando 7 días después de la exposición y continuando durante 7 días. Para las personas expuestas ≥ 12 meses de edad, se recomienda la vacunación para la protección contra exposiciones posteriores.

12. Si no se dispone de Inmunoglobulina Varicela Zoster e IGIV, algunos expertos recomiendan la terapia preventiva con valaciclovir oral 20 mg/kg por dosis, administrado por vía oral 3 veces al día, con una dosis diaria máxima de 3000 mg, comenzando 7 días después de la exposición y continuando durante 7 días o con aciclovir oral.

13 Hay dos productos, uno comercializado con el nombre de VariZIG y otro como Varitect, aunque ninguno de ellos se encuentra actualmente disponible en España. Es posible conseguirlos a través del Servicio de Medicamentos Extranjeros pero, dada la urgencia con la que suele estar indicada, ante su ausencia se recomienda la administración de Ig polivalente en estos casos en nuestro medio

Notas: la *Guía ABE* se actualiza al menos 1 vez al año. Próxima revisión prevista en el segundo semestre de 2007. Los autores y editores recomiendan aplicar estas recomendaciones con sentido crítico en función de la experiencia del médico, de los condicionantes de cada paciente y del entorno asistencial concreto; así mismo se aconseja consultar también otras fuentes para minimizar la probabilidad de errores. Texto dirigido exclusivamente a profesionales.

[ⓘ] Más información en: <http://infodoctor.org/gipi/>

[✉] Comentarios y sugerencias en: laguiaabe@gmail.com

Con la colaboración de:

el
gipi

lua
ediciones 3.0

[©] Guía_ABE, 2007. ISBN: 978-84-95028-65-5