MINISTERIO
DE CIENCIA, INNOVACIÓN
Y UNIVERSIDADES

Red
Nacional de
Vigilancia
Epidemiológica

PROTOCOLO DE VIGILANCIA DE VARICELA

Actualizado junio 2025

PROTOCOLO DE VIGILANCIA DE VARICELA

DESCRIPCIÓN DE LA ENFERMEDAD

Introducción

La varicela es una enfermedad muy contagiosa producida por el virus varicela zoster (VVZ) que cursa de forma febril exantemática; comienza con fiebre, seguida de exantema maculopapular pruriginoso, rápidamente progresivo que evoluciona en 5-6 días a vesículas, pústulas y costras. Las lesiones aparecen inicialmente en cabeza, cara y tronco superior y se extienden centrífugamente hacia el resto del cuerpo, coexistiendo simultáneamente lesiones en diferentes fases de maduración. Tras la infección primaria, el virus queda acantonado en los ganglios raquídeos de la médula espinal o de los pares craneales, pudiendo reactivarse posteriormente y dar lugar a lo que se conoce como herpes zóster (HZ).

La varicela es una enfermedad de distribución mundial. En climas templados, es una de las enfermedades más frecuentes de la infancia y más del 90% de la población la padece antes de los 15 años de edad. En estas zonas 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 y existe una mayor proporción de población joven y adulta susceptible.

En población infantil sana, la varicela es una enfermedad habitualmente leve y autolimitada. La enfermedad es más grave tras el nacimiento y en personas adultas, especialmente inmunodeprimidos y mujeres embarazadas. Entre las complicaciones se incluyen: neumonía, encefalitis, ataxia cerebelosa, síndrome de Reye y sobreinfecciones bacterianas de las lesiones cutáneas.

La reinfección por VVZ es rara. Si aparecen múltiples exantemas en diferentes localizaciones en un individuo con antecedentes de varicela, habría que descartar un cuadro HZ diseminado.

Entre el 0,4% y el 2% de los fetos de las mujeres infectadas por el VVZ durante el primer y segundo trimestre de embarazo desarrollan el síndrome de varicela congénita, caracterizado por embriopatías como hipoplasia de una extremidad, cicatrices cutáneas, encefalitis, microcefalia, anormalidades oculares, discapacidad intelectual y bajo peso al nacer, con elevada letalidad.

La varicela contraída en el periodo neonatal suele ser muy grave e incluso mortal. Si la infección se contrae durante el segundo o tercer trimestre del embarazo puede originar al nacimiento y cursa con lesiones cutáneas y menos frecuentemente con coriorretinitis.

En España la varicela sigue siendo una enfermedad frecuente que presenta una tendencia temporal decreciente, particularmente desde el año 2016, cuando se incluyó la vacunación infantil con dos dosis de vacuna en el calendario común de vacunación. La varicela sigue afectando especialmente a la población infantil menor de 5 años.

Agente

El VVZ es un alfa herpes virus humano tipo 3 (HHV-3) que causa dos enfermedades distintas: la varicela, producida tras la infección primaria, en la que los virus quedan en los ganglios sensitivos de las raíces dorsales de la médula espinal y el herpes zóster que se produce cuando se reactivan los virus acantonados en los ganglios sensitivos

Reservorio

El único reservorio del VVZ es el ser humano.

Modo de transmisión

La varicela se transmite por vía aérea o por contacto directo con el líquido vesicular de las lesiones cutáneas (de varicela y de herpes zóster). La varicela es muy contagiosa; se estima que la tasa de ataque es de hasta el 90% en contactos susceptibles. La transmisión de la varicela comienza 2 días antes de la aparición del exantema y dura hasta que todas las lesiones están en fase de costra, normalmente 6 días después del inicio del exantema. Las personas con inmunodepresión pueden transmitir la enfermedad durante más tiempo.

Periodo de incubación

El período de incubación es de 14 a 16 días, con un rango máximo de 10-21 días, pero puede ser más prolongado en personas con inmunodepresión o en pacientes que han recibido gammaglobulina frente a varicela-zóster.

Susceptibilidad

La susceptibilidad frente al VVZ es universal en ausencia de la vacunación. Se estima que la infección natural confiere inmunidad de larga duración, aunque se han observado casos de reinfección por el virus, más frecuente en personas con inmunodepresión.

VIGILANCIA DE LA ENFERMEDAD

Objetivos

1. Conocer el patrón epidemiológico de presentación de la enfermedad en la población y los principales factores de riesgo asociados a su aparición.
2. Detectar cambios en la presentación de la enfermedad a lo largo del tiempo o en su distribución geográfica.
3. Detectar los casos lo antes posible para llevar a cabo las medidas de salud pública y control de la enfermedad en el entorno del caso con el fin de evitar la aparición de casos secundarios.
4. Realizar el estudio epidemiológico a partir de la información de vigilancia, incluida la caracterización fenotípica y/o genotípica del agente causal. Garantizar la calidad de los datos para orientar la prevención y el control.
5. Contribuir a la evaluación y el seguimiento de los programas de prevención y control y difundir sus resultados.

Definición de caso

Criterio clínico: *rash* o exantema máculo-pápulo-vesicular de comienzo repentino, en ausencia de otra causa aparente.

Criterio de laboratorio.
Al menos uno de los siguientes:

- Detección del ADN del VVZ mediante reacción en cadena de la polimerasa (PCR).
- Aislamiento del virus VVZ en cultivos de líneas celulares.
- Detección de antígeno viral por Inmunofluorescencia directa (IFD), utilizando anticuerpos monoclonales específicos.
- Seroconversión o incremento significativo de anticuerpos IgG (de al menos 3 veces) entre dos sueros tomados en fase aguda y en fase convaleciente.

La PCR es el método diagnóstico más fiable y, por lo tanto, es el método de elección para confirmar la infección tanto en personas vacunadas como en personas no vacunadas. El diagnóstico diferencial entre virus vacunal y virus salvaje solo puede realizarse mediante pruebas de secuenciación genómica que permiten la caracterización viral.

Las muestras clínicas de elección para el ensayo de PCR son las muestras de exudado de la lesión (líquido vesicular o células tomadas de la base de la lesión). Cuando haya sospecha de afectación del sistema nervioso se incluirán también muestras de LCR.

Un resultado de IgM+ de forma aislada no es concluyente. Otros métodos serológicos, como la avidez de IgG, están disponibles y pueden ayudar al diagnóstico.

En los casos en los que se sospecha fallo vacunal en una persona vacunada, se debe intentar confirmar con una PCR, pero si no es posible, la serología confirmaría el caso con resultados de IgM positiva y baja avidez de IgG o seroconversión.

Criterio epidemiológico
Vínculo epidemiológico con un caso confirmado de varicela entre 10 y 21 días antes del inicio de *rash* o exantema.

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 clínicos y de laboratorio.

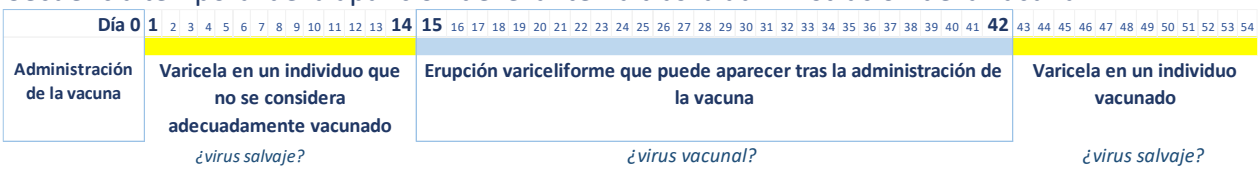
Otras definiciones de interés en vigilancia

Varicela asociada a la vacuna: es un caso de varicela en el que se identifica el virus vacunal o un caso de varicela esporádico, en ausencia de brote en el territorio, que se presenta entre el día 15 y el día 42 tras la administración de la vacuna y para el que no se dispone de estudio genómico.

La vacuna frente a la varicela es de virus atenuado (cepa Oka-VVZ) y en ocasiones da lugar a un cuadro varicela-*like*, más frecuente en personas adultas (5%) que en la población infantil (2% a 4%) tras la administración de la vacuna. Se trata de un cuadro leve, que cursa sin fiebre y con lesiones variceliformes de carácter maculopapular en vez de vesiculosas, que aparece entre el día 15 y el día 42 tras la administración de la vacuna.

Figura 1

Secuencia temporal de la aparición del exantema tras la administración de la vacuna



El diagnóstico diferencial entre virus vacunal y virus salvaje sólo puede realizarse mediante pruebas de secuenciación genómica que permiten la caracterización viral.

En el contexto de un brote de varicela con circulación del VVZ salvaje, en ausencia de pruebas de secuenciación genómica, todos los casos que aparezcan se considerarán producidos por el virus salvaje, incluidos los que se produzcan entre los días 15 y 42 tras la administración de la vacuna.

Transmisión secundaria del virus vacunal: La cepa vacunal tiene menor poder infectivo que la cepa salvaje del VVZ. El cuadro varicela-*like* originado por el virus vacunal suele ser poco expresivo y con menor capacidad de reactivación (herpes zóster) que el virus salvaje. No obstante, puede darse transmisión del virus vacunal (cepa Oka-VVZ) a partir de las lesiones.

Transmisión secundaria del virus vacunal: es la aparición de un exantema varicela-*like* debido al virus vacunal (cepa Oka-VVZ) que ocurre en una persona no vacunada que ha tenido contacto con una persona vacunada de

varicela. La transmisión secundaria puede ocurrir entre 10-21 días después de la exposición a una persona recientemente vacunada o a una persona que desarrolla HZ debido a la cepa vacunal.

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

MODO DE VIGILANCIA

La autonomía notificará, de forma individualizada, los casos nuevos sospechosos, probables y confirmados en la plataforma establecida para este uso. Enviará la información inicial de declaración del caso con una periodicidad semanal. La información del caso podrá actualizarse semanalmente y se hará una consolidación final anual. La notificación electrónica de los casos se hará de acuerdo con las especificaciones (metadatos) acordadas para estandarizar y normalizar la información.

Se notificarán los brotes que tengan relevancia epidemiológica (por ejemplo: los ocurridos en servicios de obstetricia, neonatología o sus áreas de urgencias o en áreas con pacientes ingresados con inmunodepresión). Los resultados finales de la investigación del brote deberán comunicarse en un periodo de tiempo no superior a tres meses después de que haya finalizado el estudio. Además, se notificará la información individualizada de cada caso del brote.

Cuando por su magnitud o patrón de difusión se requieran medidas de coordinación, el servicio de Vigilancia Epidemiológica de la comunidad autónoma comunicará de forma urgente la detección del brote al CCAES y al CNE. El CCAES valorará junto con las autonomías afectadas las medidas a tomar y, si fuera necesario, su notificación al Sistema de Alerta y Respuesta Rápida de Unión Europea y a la OMS de acuerdo con el Reglamento Sanitario Internacional-2005.

MEDIDAS DE SALUD PÚBLICA

Vacunación

La vacuna frente a la varicela es una preparación liofilizada de virus vivos atenuados, derivados de la cepa Oka del VVZ. La efectividad de una dosis de vacuna es del 81% al 83% frente a cualquier forma de enfermedad y del 95% al 100% frente a las formas moderadas y graves. Tras la segunda dosis, la efectividad frente a todas las formas de varicela se sitúa en el 92% al 95%.

En España la vacuna frente a la varicela se comercializó en 1998 y el CISNS recomendó la vacunación para grupos de población con especial riesgo de sufrir varicela grave y a sus contactos inmediatos susceptibles. En el año 2005 se incluyó 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 la población de adolescentes y adultos.

En 2016 se incorporó la vacunación sistemática frente a varicela en la infancia con una pauta de dos dosis, a los 15 meses y de 3 a 4 años de edad y, además, la recomendación de vacunación de toda la población de adolescentes y adultos susceptibles con dos dosis de vacuna. La cobertura nacional en el año 2023 fue del 96,8% (1ª dosis) y del 92,2% (2ª dosis).

El título de anticuerpos resultantes de la vacunación generalmente es más bajo que el título de anticuerpos que se generan tras la enfermedad. Además, con el trascurso del tiempo puede observarse una disminución de los anticuerpos producidos por la vacuna, sobre todo en ausencia de refuerzos naturales. Por todo ello, no resulta extraño que, conforme se avance en la consolidación del programa universal de vacunación de varicela en la infancia, aumente el número de casos de varicela en personas previamente vacunadas (*breakthrough varicella*).

En España, entre los años 2017 y 2023, el 16,3% de los casos de varicela notificados al sistema de vigilancia habían recibido alguna dosis de vacuna y el 2,4% habían recibido 2 o más dosis.

En viajes internacionales se deben seguir las mismas recomendaciones indicadas para la prevención de la varicela en España.

Medidas de control ante un caso y sus contactos

Actuaciones recomendadas en los casos

- Casos no hospitalizados

Cualquier caso sospecho, probable o confirmado de varicela debe excluirse de guarderías, escuelas, sitios de trabajo, consultas médicas, salas de urgencia y otros lugares públicos, desde que aparece el *rash* hasta que todas las lesiones se hayan convertido en costras (aproximadamente 6 días después). Cuando se presenta alguna complicación y el paciente requiere atención inmediata se recomienda mantener las precauciones aéreas y de contacto para acudir al centro sanitario y solicitar atención preferente.

- Casos hospitalizados

Se establecerán precauciones basadas en transmisión aérea/aerosoles y precauciones por contacto hasta que todas las lesiones se hayan convertido en costras.

Actuaciones recomendadas en los contactos

Se consideran contactos todas aquellas personas expuestas al VVZ durante el periodo de transmisibilidad de la enfermedad. Esto es: desde 2 días antes de la aparición del exantema hasta que todas las lesiones están en fase de costra, normalmente 6 días después del inicio del exantema.

Se consideran contactos estrechos a:
Los contactos familiares; las personas que hayan compartido una misma habitación o espacio pequeño (una casa o un aula o una habitación de hospital con 2 a 4 camas); los contactos cara a cara (durante la conversación). Para contactos inmunodeprimidos, se ha descrito transmisión en espacios abiertos en los que puede haberse dado trasmisión por el aire a distancia (áreas de hospitalización de pediatría donde el grado de contacto puede ser difícil de definir)

Se consideran exposiciones significativas al VVZ:
Una exposición continuada a un caso de varicela entre convivientes, en residencias de mayores, en personas cuidadoras; cuando ha habido más de una exposición a un caso de varicela (varias visitas en más de una ocasión a lo largo del periodo de infecciosidad); una única exposición a un caso de varicela durante el periodo de infecciosidad si el caso es una persona inmunocompetente o en cualquier momento del proceso y hasta que las lesiones estén en forma de costra, si el caso es una persona con inmunodepresión

Clasificación de los contactos frente al VVZ

<u>Se consideran contactos inmunes si cumplen, al menos, 1 criterio</u>

- Personas con historia natural de varicela o de HZ. Excepto la población menor de un año. La varicela en el primer año de vida puede dar lugar a formas clínicas poco expresivas, debido a la presencia de anticuerpos maternos en los 6 primeros meses de vida y, en general, por la inmadurez del sistema inmunológico. En cualquier caso, la respuesta inmune puede ser incompleta y, por lo tanto, no deben considerarse inmunes.
- Personas que tienen documentadas 2 dosis de vacuna separadas entre sí, al menos, cuatro semanas.
- Personas con evidencia serológica de inmunidad frente a VVZ.

<u>Se consideran contactos susceptibles si cumplen los 3 criterios</u>

- Personas sin historia de varicela natural ni de HZ.
- Personas sin documentación acreditada de 2 dosis de vacuna separadas entre sí, al menos, cuatro semanas.
- Personas sin evidencia serológica de inmunidad frente a VVZ.

Actuaciones en contactos susceptibles

En los contactos susceptibles se recomienda hacer profilaxis post-exposición con vacunación siempre que sea posible (personas inmunocompetentes). En determinadas situaciones en las que las personas expuestas tienen mayor riesgo de padecer varicela grave (personas con inmunodepresión, embarazadas y periodo neonatal) y en las que el uso de la vacuna está contraindicado, se pueden utilizar antivirales orales o Inmunoglobulina específica anti varicela-zóster (IGVZ). En cada caso se indicará la profilaxis más adecuada.

Tabla 1. Profilaxis de elección en los contactos susceptibles de un caso Varicela

Profilaxis de elección	Vacunación	Antivirales	IGVZ
Personas con más de 1 año de vida (excepcionalmente, a partir de los 9 meses de edad)	✔		
Adolescencia	✔		
Personas adultas	✔		
Personas con inmunodepresión		✔	
Embarazadas		✔	
Lactantes entre 4 semanas y 1 año de vida		✔	
Personas con menos de 4 semanas			✔

A. Vacunación post-exposición en contactos susceptibles

- Indicado en: población de mayores de 1 año, en la adolescencia y población adulta no vacunada o con vacunación incompleta.
- Contraindicado en: personas con inmunodepresión y mujeres embarazadas. No indicado en menores de 1 año. La vacuna frente a la varicela (Varilrix® y Varivax®) se puede administrar a partir de los 9 meses de edad bajo circunstancias especiales, tales como en un brote epidémico. Esta dosis no debe contar como válida para completar la pauta de vacunación.
- Periodo de administración: preferiblemente en los 3 días, máximo 5 días, siguientes a la exposición. De acuerdo con el calendario de vacunación, se recomienda la vacunación universal de varicela con dos dosis separadas al menos 4 semanas en población mayor de 1 año, adolescentes y personas adultas susceptibles. Por ello, si no existen contraindicaciones (embarazo, inmunodeficiencias e infección por VIH con cifra de CD4 inferior a 200/µL) debe de aprovecharse siempre la oportunidad de vacunar frente a la varicela con el fin de proteger frente a exposiciones del VVZ presentes o futuras. En los contactos que hayan recibido una sola dosis de vacuna se administrará la segunda dosis al menos cuatro semanas después de la primera.

B. Administración de antivirales (Aciclovir o Valaciclovir oral)

- Indicación: mujeres embarazadas en cualquier momento del embarazo, personas con inmunodepresión, y lactantes entre 4 semanas y 1 año de edad.
- Precaución: debe valorarse con precaución la administración de antivirales en caso de fallo renal o de síndrome de malabsorción intestinal. Puede ser necesario un ajuste de las dosis indicadas.
- Periodo de administración: los antivirales deben administrarse entre el día 7 y el día 14 post-exposición (se ha demostrado mayor efectividad si los antivirales se administran 7 días después de la exposición que si se administran inmediatamente después de la exposición).

Tabla 2. Dosis de antivirales como profilaxis en los contactos susceptibles de un caso de varicela

	Aciclovir oral*	Valaciclovir oral*
Entre las 4 semanas y hasta 1 año de edad	10mg/kg 4 veces al día	No recomendado
Entre 1 y 2 años de edad inmunodeprimidos	10mg/kg 4 veces al día	No recomendado

Entre 2 y 17 años inmunodeprimidos	10 mg/kg (máx. 800mg) 4 veces al día	20 mg/kg (máx. 1.000mg) 3 veces al día
Personas adultas inmunodeprimidas	800 mg 4 veces al día 1.000 mg 3 veces al día	1.000 mg 3 veces al día

*Administración desde el día 7 al día 14 post exposición

C. Administración de Inmunoglobulina específica anti varicela-zóster (IGVZ)

La IGVZ es eficaz para modificar la gravedad o evitar la enfermedad en aquellas personas expuestas con riesgo de varicela grave en los que no está recomendada ni la vacuna ni el tratamiento con antivirales.

- Indicado en:
  1. Menos de 4 semanas de edad:
     1.1. Cuando la madre desarrolle un cuadro de varicela (no herpes zóster) en el periodo comprendido entre 7 días antes y 7 días después del día de parto.
     Se considera máximo riesgo de desenlace fatal por varicela cuando la madre ha desarrollado varicela en el periodo comprendido entre 4 días antes y 2 después del parto. En estos casos, además de la administración de IGVZ debe considerarse también la administración intravenosa de Aciclovir (10 mg/kg cada 8 horas durante 10 días) tan pronto como sea posible (sin necesidad de esperar 7 días post-exposición).
     En neonatos cuyas madres desarrollaron varicela antes del día 7 preparto (p.e. 8 días antes del parto) no es necesaria ninguna actuación, ya que se consideran inmunes gracias a la transferencia materna de anticuerpos.
     1.2. Prematuros (igual o inferior a 28 semanas gestación) expuestos durante el periodo neonatal, si en la madre no hay evidencia de inmunidad frente a VVZ.
     1.3. Prematuros (menos de 28 semanas gestación o peso igual o inferior a 1000 gramos al nacimiento) expuestos durante el periodo neonatal, independientemente de la situación de inmunidad frente a VVZ de la madre.
  2. Todas aquellas personas en las que no está recomendado el uso de vacuna ni de antivirales por toxicidad renal o síndrome de malabsorción intestinal.
- Periodo de administración: Deberá administrarse en los 10 días siguientes a la exposición, idealmente en los 7 primeros días. Dosis de acuerdo a ficha técnica. Si ocurriera otra exposición pasadas 3 semanas, se requiere otra administración de IGVZ.
  Al tratarse de medicación extranjera, su disponibilidad ha de gestionarse desde la AEMPS a través de la unidad de medicamentos en situaciones Especiales (MSE)/ mediación extranjera. Existen 2 preparados:
  - *Varitect®*: no tiene indicación explícita en embarazadas y precisa administración intravenosa.
  - *Varizig®:* incluye la recomendación en embarazadas y su administración es intramuscular.

  En los últimos años, todas las solicitudes cursadas a la AEMPS a través unidad de medicamentos en situaciones especiales (MSE)/ medicación extranjera han sido de Varitect®. La AEMPS también podría solicitar Varizig®. En este caso, habría que acompañar de una solicitud individualizada y justificar la necesidad del tratamiento con un informe médico, todo esto tramitado mediante el departamento de medicamentos en situaciones especiales (MSE).

Actuaciones ante un brote

Ante un brote de varicela, especialmente si se origina en un lugar cerrado, se implantarán las medidas de control señaladas anteriormente para los casos y sus contactos. Estos brotes, especialmente en lugares con elevado número de susceptibles, pueden durar varios meses.

Dado que la varicela en población infantil es generalmente una enfermedad leve y autolimitada, las medidas de salud pública se dirigirán a proteger a las personas susceptibles con riesgo de padecer varicela grave como personas con inmunodepresión, periodo neonatal, especialmente, prematuros y mujeres embarazadas. Se

excluirá de forma inmediata a las personas susceptibles con riesgo de varicela grave, de los lugares en los que se haya producido un caso hasta 21 días después de la aparición del último caso. No obstante, dependiendo de las características del brote se valorará la aplicación de medidas adicionales y otras posibles recomendaciones sobre la población general.

Brote de varicela en centros sanitarios

Hay que tener en cuenta que, la medida más eficaz para evitar la implicación del personal sanitario en los brotes de varicela tiene que ver con el estado inmunológico frente al VVZ, por lo que, en caso que sea necesario, hay que administrar, cuanto antes, la vacuna de varicela a todo el personal susceptible. Tras la administración de la vacuna a los profesionales sanitarios, se debe vigilar la aparición de síntomas y signos compatibles con varicela y, en caso de que se produzca un exantema post-vacunación, deberá separarse al profesional sanitario de los servicios donde existan pacientes con inmunodepresión, neonatos, lactantes en el primer año de vida, embarazadas, personas en unidades de quemados y otras con pacientes con elevado riesgo para padecer varicela grave, hasta que deje de ser contagioso, es decir, hasta que las lesiones estén en fase de costra, generalmente 6 días.

La transmisión del VVZ puede ocurrir en el medio sanitario y causar una importante morbimortalidad en pacientes de alto riesgo de sufrir complicaciones de varicela, como son las embarazadas, periodo neonatal, o personas con inmunodepresión. Para interrumpir la transmisión se requiere la intervención precoz y coordinada de los distintos servicios implicados: medicina preventiva, microbiología, unidades de prevención de riesgos laborales y unidades de control de la infección hospitalaria. La fuente de infección pueden ser tanto pacientes como personal sanitario.

- Medidas de control a aplicar en el caso de varicela:
  - Caso hospitalizado: se establecerán precauciones basadas en la transmisión aérea o por aerosoles y precauciones por contacto hasta que todas las lesiones se hayan convertido en costras.
  - Si el caso se produce entre el personal sanitario, debe ser excluido del lugar de trabajo hasta que todas las lesiones estén en fase de costra.
- Medidas de control a aplicar en los contactos de un caso de varicela:
  - En profesionales sanitarios <u>con evidencia de inmunidad frente al VVZ</u> que se exponen a un caso de varicela, no es necesario tomar ninguna medida restrictiva ni tampoco es necesario realizar profilaxis post-exposición. Es suficiente con vigilar la aparición de síntomas y signos compatibles con varicela desde el día 8 a partir de la primera exposición hasta el día 21.
  - En profesionales sanitarios <u>sin evidencia de inmunidad</u> que han estado expuestos a varicela, se requiere la administración de profilaxis post exposición (vacuna) y exclusión del lugar de trabajo desde el día 8 a partir de la exposición hasta el día 21. Excepción a la exclusión del lugar de trabajo: cuando previamente a la exposición al VVZ, el profesional sanitario ya hubiera recibido una primera dosis de vacuna, y la segunda dosis se hubiera podido administrar en los primeros 5 días post-exposición. Siempre y cuando se monitorice la aparición de síntomas y signos de varicela desde el día 8 a partir de la primera exposición hasta el día 21.

Figura 2. Esquema de actuación para las personas expuestas al VVZ

Desde 2 días antes de la exposición hasta que todas las lesiones estén en fase de costra (generalmente en 6 días) bien sea por un cuadro de varicela o por su reactivación en forma de zóster

Sin historia de enfermedad*,
Ni evidencia de 2 dosis de vacuna,
Ni evidencia serológica positiva

**Excepción: considerar también susceptible el niño con varicela pasada ante*

Con historia de enfermedad* **o**
Evidencia de 2 dosis de vacuna **o**
Evidencia serológica positiva

**Excepción: no considerar inmune al paciente con varicela pasada antes de cumplir el año de vida.*

Considerar Inmune
(no necesita ninguna actuación)

Considerar susceptible

Profilaxis post-exposición

VACUNACIÓN

¿a quién?

En aquellos contactos ≥ 1 año de edad* (población infantil, adolescente y adulta)

2 dosis separadas por 4 semanas o completar pauta de vacunación en caso de vacunación incompleta

Contraindicado en personas con inmunodepresión y en embarazadas

¿cuándo?

9 administrar a partir de ci

En los 3 días que siguen a la exposición (máximo 5 días)

ANTIVIRALES ORALES

¿a quién?

En lactantes entre 4 semanas y un año de edad, mujeres embarazadas y cualquier
Personas con inmunodepresión

Precaución en alteraciones renales y síndrome de malabsorción.

¿cuándo?

Desde el día 7 hasta el día 14 post-exposición

INMUNOGLOBULINAS

¿a quién?

Neonatos de menos de 4 semanas:

- Recién nacido a término, siempre que la madre desarrolle un cuadro de varicela (no herpes zóster) en el periodo comprendido entre 7 días antes y 7 días después del día de parto
- Recién nacido prematuro ≥28 semanas, expuesto durante el periodo neonatal, en cuya madre no hay evidencia de inmunidad frente a VVZ
- Recién nacido prematuro <28 semanas o peso ≤1000 gramos al nacimiento, expuestos durante el periodo neonatal, independientemente de la situación de inmunidad frente a VVZ de la madre

Todas aquellas personas que no está recomendado por toxicidad r

¿cuándo?

En los 7 días que siguen a la exposición (máximo 10 días)

Actualmente se recomienda la vacunación universal de varicela con dos dosis separadas al menos 4 semanas en la infancia, adolescencia y personas adultas susceptibles

Por ello, **si no existen contraindicaciones, debe aprovecharse siempre la oportunidad de vacunación frente a la varicela** con el fin actuar frente a presentes o futuras exposiciones del VVZ.

BIBLIOGRAFÍA

- Centro Nacional de Epidemiología. CIBERESP. ISCIII. Informe epidemiológico sobre la situación de la varicela; España 2005-2023. Madrid, diciembre 2024 https://cne.isciii.es/documents/d/cne/informe-varicela-2005-2023
- Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Protocolos de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Madrid, 2013. https://cne.isciii.es/documents/d/cne/protocolos_renave-ciber-pdf-1
  Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. AZ de las enfermedades transmisibles Varicela https://cne.isciii.es/es/servicios/enfermedades-transmisibles/enfermedades-a-z/varicela
- Limia Sánchez, A., Olmedo Lucerón, C. & Grupo de trabajo del Estudio de Seroprevalencia en España 2017-2018. 2o Estudio de seroprevalencia en España 2017-2018. Rev Esp Salud Publica 95, (2021).https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/comoTrabajamos/docs/EstudioSeroprevalencia_EnfermedadesInmunoprevenibles.pdf
- Centers for Disease Control and Prevention. https://www.cdc.gov/chickenpox/index.html
- CDC. Manual for the Surveillance of Vaccine-Preventable Diseases. Chapter 17: Varicella https://www.cdc.gov/surv-manual/php/table-of-contents/chapter-17-varicella.html
- CDC. Varicella-Zoster Virus from the Infection Control in Healthcare Personnel: Epidemiology and Control of Selected Infections Transmitted Among Healthcare Personnel and Patients (2024) guideline. https://www.cdc.gov/infection-control/hcp/healthcare-personnel-epidemiology-control/varicella.html
  European Centre for Disease Prevention and Control. Varicella (chickenpox). https://www.ecdc.europa.eu/en/varicella-chickenpox
- UK Health Security Agency. Guidance Varicella: the green book, chapter 34. Varicella immunisation information for public health professionals, including updates. https://assets.publishing.service.gov.uk/media/66faaaf2a31f45a9c765eeb1/Green-book-Chapter-34-Varicella_25_9_24.pdf
- UKHSA gateway number GOV-14128. Guidance. Post exposure prophylaxis for chickenpox and singles, (January 2023) https://www.gov.uk/government/publications/post-exposure-prophylaxis-for-chickenpox-and-shingles
- Ponencia de Programas y Registro de Vacunaciones. Revisión de las recomendaciones de vacunación frente a varicela en grupos de riesgo. Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad 2015. https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/comoTrabajamos/docs/Recomend_Varicela_Gruposriesgo.pdf
- Ponencia de Programas y Registro de Vacunaciones. Revisión del Calendario de Vacunación. Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2016 https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/calendario/docs/Revision_CalendarioVacunacion.pdf
- Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad. Calendario de Vacunación a Lo Largo de Toda La Vida. https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/calendario/home.htm (2025).
- Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones. Calendario acelerado de vacunaciones. Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, 12 julio 2023 (actualizado enero 2025) https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/calendario/docs/Calendario_Acelerado_Vacunaciones.pdf
- Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad. Calendario de Vacunación En Grupos de Riesgo, Población Adulta. https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/calendario/docs/CalendarioVacunacion_GRadultos.pdf (2025).
- Grupo de trabajo vacunación en población adulta y grupos de riesgo de la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones. Vacunación en grupos de riesgo de todas las edades y en determinadas situaciones. Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, julio 2018. https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/programasDeVacunacion/riesgo/docs/VacGruposRiesgo_todas_las_edades.pdf
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Coberturas de vacunación. Disponible en https://pestadistico.inteligenciadegestion.sanidad.gob.es/publicoSNS/I/sivamin/sivamin

- Comité Asesor de Vacunas e Inmunizaciones (CAV-AEP). Varicela. Manual de inmunizaciones en línea de la AEP [Internet]. Madrid: AEP; ene/2025. https://vacunasaep.org/print/documentos/manual/cap-41
- Comité Asesor de Vacunas e Inmunizaciones (CAV-AEP). Varicela. 2024. https://vacunasaep.org/printpdf/profesionales/enfermedades/varicela
- Charlier, O. Anselem, M. Caseris, M. Lachâtre, A. Tazi, M. Driessen, D. Pinquier, C. Le Cœur, A. Saunier, M. Bergamelli, R. Gibert Vanspranghels, A. Chosidow, C. Cazanave, S. Alain, K. Faure, A. Birgy, F. Dubos, P. Lesprit, J. Guinaud, R. Cohen, J-W. Decousser, E. Grimprel, C. Huissoud, J. Blanc, G. Kayem, F. Vuotto, C. Vauloup-Fellous, pour le conseil scientifique de la société française d'hygiène hospitalière. Prevention and management of VZV infection during pregnancy and the perinatal period, Infectious Diseases Now, Volume 54, Issue 4, June 2024, 104857
- Halik R, Paradowska-Stankiewicz I, Trochonowicz A, Dittmer S. Burden of chickenpox complications in Poland, 2006 to 2021: A comprehensive registry-based study. Euro Surveill. 2024;29(9):pii=2300355
- González I, Molina-Ortega A, Pérez-Romero P, Echevarría JE, He L, Tarragó D. Varicella-zoster virus clades circulating in Spain over two decades. J Clin Virol. 2019 Jan; 110:17-21.
- Camacho J, Negredo A, Carrilero B, Segovia M, Moreno A, Pozo F, Echevarría JE, Echevarría JM, Sánchez-Seco MP, Tarragó D. Mutations in Coding and Non-Coding Regions in Varicella-Zoster Virus Causing Fatal Hemorrhagic Fever Without Rash in an Immunocompetent Patient: Case Report. Infect Dis Ther. 2023 Nov;12(11):2621-2630.
- Hall S, Maupin T, Seward J, Jumaan AO, Peterson C, Goldman G, Mascola L, Wharton M. Second varicella infections: are they more common than previously thought? Pediatrics. 2002 Jun;109(6):1068-73
- Obi OA. Varicella in the 21st Century. Neoreviews. 2024 May 1;25(5):e274-e281.
- CDC. FDA Approval of an Extended Period for Administering VariZIG for Postexposure Prophylaxis of Varicella. 2012 https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6112a4.htm

ANEXO I. ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE VARICELA

La encuesta definitiva se encuentra en proceso de revisión.