UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA



Conocimiento de las madres respecto a la varicela y su vacunación

Autor: Yuri Souza Rodrigues
Universidad: Universidad Abierta Interamericana
Facultad: Medicina y Ciencias de la salud

Tutor de tesis: Dr. Hector Ganso
Lugar de trabajo: Hospítal Especializado Materno Infantil de Agudos Ana Goitia

Fecha de presentación: 20/02/2020

Índice

Resumen	2
Abstract	3
Introducción	4
Hipótesis y Objetivos	11
Materiales y método	12
Resultados	14
Discusión	20
Conclusión	22
Referencias	23
Anexo	25

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICOS

	pp.
Gráfico 1. ¿Qué es la lavaricela?…….....	16
Gráfico 2. ¿Qué caracteriza a la varicela?….....	16
Gráfico 3. ¿La varicela es una enfermedad que en la mayoría de los casos ocurre en aquellos menores de diez años?.....	16
Gráfico 4. ¿La gran mayoría de las personas que reciben la vacuna, no contraerá varicela? ….....	17
Gráfico 5. La varicela se transmite….....	17
Gráfico 6. ¿La varicela también puede transmitirse: a través del aire al toser o estornudar e indirectamente al tocar objetos contaminados que han estado en contacto reciente con la persona infectada?.....	18
Gráfico 7. Los síntomas de la varicela son……	18
Gráfico 8. ¿Los síntomas aparecen entre los 14 y los 16 días (mínimo 10 y máximo 21) de haber estado expuesto a una persona con varicela?.....	19
Gráfico 9. ¿Hay una vacuna contra la varicela?..……..	19
Gráfico 10. ¿La aplicación de la vacuna contra la varicela es de aplicación obligatoria en los niños y niñas?.....	19
Gráfico 11. Edad……..	20
Gráfico 12. Estado civil……	20
Gráfico 13. ¿Dónde vive? ……	21
Gráfico 14. ¿Tiene hijos?.....	21
Gráfico 15. Nivel de estudios……	22

Resumen

Introducción: la varicela es causada por el Herpes virus Varicela Zoster. Clínicamente desde una afectación leve con mínima presencia de vesículas hasta hiperpirexia, múltiples lesiones y estado general de decaimiento. Se considera una enfermedad de alto contagio y con presencia de complicaciones dependiendo de la edad y de la presencia de inmunosupresión.

Objetivo: indagar el porcentaje de conocimiento respecto a la varicela y su vacunación.

Materiales y método: investigación cualitativa, transversal y descriptiva. La muestra se conformó por 55 mujeres que asisten al Hospital Especializado Materno Infantil de Agudos Ana Goitia. Se administró una encuesta con preguntas respecto al conocimiento de la varicela y la vacunación.

Resultados: se identificó una relación directa entre el menor nivel de formación de las mujeres y los bajos porcentajes de conocimiento sobre la varicela. Pero las madres, sin importar su bajo nivel educativo, saben de la obligatoriedad de la vacunación contra la varicela.

Conclusiones: la obligatoriedad de la vacuna contra la varicela ha reducido las complicaciones e internaciones en los niños; por lo cual los padres deben conocer la importancia de la vacuna como principal medida de acción para proteger a sus hijos.

Palabras claves: varicela, vacunación, conocimiento, mujeres, embarazadas.

Abstract

Introduction: varicella is caused by the Herpes virus Varicella Zoster. Clinically from mild involvement with minimal presence of vesicles to hyperpyrexia, multiple lesions and general state of decay. It is considered a disease of high contagion and with the presence of complications depending on age and the presence of immunosuppression.

Objective: to investigate the percentage of knowledge regarding varicella and its vaccination.

Materials and method: qualitative, transversal and descriptive research. The sample was made up of 55 women attending the Ana Goitia Maternal and Child Specialty Hospital. A survey was administered with questions regarding the knowledge of varicella and vaccination.

Results: a direct relationship was identified between the lower level of training of women and the low percentages of knowledge about varicella. But mothers, regardless of their low educational level, know about the obligatory nature of varicella vaccination.

Conclusions: the obligatory nature of the varicella vaccine has reduced complications and hospitalizations in children; Therefore, parents should know the importance of the vaccine as the main action to protect their children.

Keywords: varicella, vaccination, knowledge, women, pregnant women.

Introducción

Antecedentes

Estudios que se han llevado a cabo en 2014 por García comprobaron las características epidemiológicas, clínicas y el abordaje de la varicela precoz en una serie de 356 casos con una media de edad de 7.5 meses. En la presente investigación se obtuvo que un 8% presentó complicaciones, y la de mayor frecuencia fue la sobreinfección de lesiones. Frente a estos resultados concluyeron que como cuadros leves las varicelas en menores de 7 meses que en los mayores de 6. (1) Es estudio que realizaron fue descriptivo, observacional.
Así también, en 2014 Gimeno desarrollo un estudio en la población pediátrica española, donde identifico que la vacunación disminuye la incidencia de varicela. El efecto más habitual se observó en niños menores de cinco años desde 46.77 (IC 95%). Debido a los resultados obtenidos pudieron determinar que los cuadros infecciosos de varicela han disminuido desde la vacunación en 2006. La disminución de la misma se observó elocuentemente en estrategias que incluyo dos dosis a todos los niños de 15 a 18 meses, en comparación a la estrategia de vacunar solo a adolescentes susceptibles. (2)
En la misma línea de investigación, Pilares (2015) realizó un estudio descriptivo, transversal, en el cual trabajo con una población de 196 niños con diagnóstico de varicela complicada entre varones y mujeres con un rango de edad entre 1 año a 15 años. Se registró que la complicación más severa en piel fue la celulitis (84.2%), la segunda fue el impétigo (4.1%) y la tercera fue la fasceitis (3,1%). La internación en el hospital fue de una media de 9.2 a 6.2 días. Donde se pudo observar una media menor en escarlatina (3días), y mayor en encefalitis (30 días). (3)
Durante el mismo año, Servin realizo un estudio sobre la epidemiología de la varicela complicada. El mismo fue descriptivo, retrospectivo y observacional. Se analizó niños de ambos sexos desde 1 mes a 16 años, registrándose 1832 consultas por varicela (solo en guardia de emergencias) y 75 hospitalizaciones. Se consumó que las complicaciones primordiales fueron las cutáneas es decir:

rash, sobreinfección bacteriana, celulitis, impétigo; y otras como: neumonitis, neumonía bacteriana, encefalitis y ataxia. (4)

Introducción

El virus Varicela-Zoster corresponde a la familia de los herpes virus, el cual puede originar infección primaria, latente y recurrente. En relación a la infección primaria se la conoce como varicela y se destacar que es muy contagiosa. En la niñez suele ser leve en la mayoría de los casos, pero en los adultos suele ser más dura, donde individuos saludables desarrollan neumonía y encefalitis. Es una enfermedad que puede ser fatal en recién nacidos y personas inmunodeprimidas. (5) Puede predisponer a sobreinfecciones por estafilococos *aureus* y estreptococos del grupo A. (6)

Se registrar anualmente 3 millones de casos de varicela en niños en los Estados Unidos. En relación a los adultos la mayoría poseen anticuerpos del virus, lo que revela infección previa, aún cuando no se reúnan antecedentes, por eso la infección en la embarazada es muy rara, y obtiene una incidencia de 0,8-5 por cada 10 000 embarazos. (7)

Los casos de varicela transmitida de la madre al feto puede ocasionar el síndrome de varicela congénita o infección perinatal. Cuando la exposición y subsiguiente infección se origina después del nacimiento, se le asigna el nombre de varicela postnatal.

Definición

La varicela es una afección muy habitual causada por el virus varicela-zoster. Es considerablemente contagiosa, generalmente es benigna en pacientes inmunocompetentes, se identifica por lesiones eruptivas exantemática que se distribuyen de manera generalizada en todo el cuerpo. (8, 9 10)

Epidemiologia

Como se mencionó precedentemente, es una enfermedad infecciosa muy contagiosa. Se transmite principalmente por vía aérea, como así también se

transmite por medio del contacto que se da entre el exudado que contienen las vesículas con la piel y mucosas. (8, 9 10)

En relación a la forma epidemiológica, el surgimiento de la varicela depende del clima. Tiene una manifestación en forma estacional con brotes epidémicos cada dos a cinco años, en zonas de clima templado, frecuentemente en primavera y al final del invierno, cuando la humedad y la temperatura son óptimas y posee mayor incidencia en edad preescolar. En aquellos países de clima tropical la diseminación del virus de la varicela es más difícil y se ve entumecida por la poca resistencia que tiene al calor, por lo que la varicela se adquiere en edades más tardías.

Actualmente, se identifica los casos de varicela cada vez más precoz, inclusive antes de los cinco años, algunos lo asocian a la asistencia a guarderías. (8, 9)

Manifestaciones clínicas

Con respecto a los signos iniciales de la varicela son: erupción cutánea, fiebre y malestar. Algunos pacientes presentan síntomas pródromos de uno a dos días antes de aparecer el exantema. Habitualmente, en los pacientes inmunocompetentes es una enfermedad benigna que se relaciona a cansancio y temperatura de 37.7 a 39.5ºC y dura de tres a cinco días. Comúnmente, los síntomas surgen después de iniciar la erupción cutánea como malestar, anorexia, prurito intenso e indiferencia. Se solucionan de manera gradual, mientras mejora la enfermedad. La varicela posee una característica distintiva que son las manifestaciones cutáneas como las maculopápulas, vesículas y costras en las distintas fases de evolución.

En un comienzo las vesículas poseen un líquido claro luego se convierten en pústulas y luego en costras. Las lesiones mayoritariamente son pequeñas con una base eritematosa y pueden medir desde 5 mm a 13 mm de diámetro. En su comienzo las lesiones son ovales o redondas y a medida que transcurre la enfermedad se vuelven umbilicadas (Ver Anexo I).

La lesiones cefalocaudal, es decir, aquellas que surgen en la cara y tronco y luego se diseminan de manera centrípeta y afecta otras zonas corporales. Los brotes suelen aparecer de manera sucesiva durante dos a cuatro días.

Las primeras fases de la varicela se caracterizan por las lesiones en los diferentes estadios. Asimismo, pueden presentarse lesiones en las mucosas de la boca y faringe conjuntamente en la vagina aunque en menos frecuencia. Posteriormente al inicio de la enfermedad las costras caen en su totalidad de uno a dos semanas y dejan cicatriz. (8)

Complicaciones

La varicela posee complicaciones muy diversas, entre ellas se pueden mencionar: renales, miocárdicas, respiratorias, hepáticas, neurológicas, hematológicas, articulares, e infecciones en piel y tejidos blandos.
Emergen durante las primeras dos semanas después del inicio del exantema y la frecuencia en el mundo oscila entre 2 y 5%. (11)
La mortalidad debido a complicaciones de varicela suele ser muy baja. Como asi también, son poco frecuentes en pacientes previamente sanos, y cuando se presentan, se esperan que sean de magnitud leve. Las más frecuentes en este tipo de niños son las infecciones bacterianas, como aquellas en piel y tejidos blandos, se destacan las siguientes:
-Impétigo: producido por *Streptococcus spp.* y *Staphylococcus spp.* Evolución aguda, se auto inocula y suele desarrollarse con rapidez. El impétigo no posee una evolución fatal como otras complicaciones de piel por varicela. (12)
-Celulitis: limitada en la dermis, se presenta por una extensa lesión eritematosa, de bordes poco precisos, fiebre y malestar general. Rápidamente se involucran los estratos profundos de la dermis, la piel enferma se torna edematosa, con linfadenitis regional. Esta es una complicación que suele ser más frecuente en pacientes que han usado antiinflamatorios no esteroideos. (13)
-Fascitis necrosante: es una complicación grave causada por exotoxinas pirógenas y endotoxinas bacterianas que dañan la piel, tejido celular subcutáneo y fascia muscular. Presenta daño al endotelio vascular, aumento de la permeabilidad vascular y necrosis tisular. Se considera una mácula violácea, flictenas serohemáticas y constitución de escamas necróticas. Los signos de toxicidad sistémica pueden desarrollarse en menos de 24 horas. (14, 15, 16)
Con respecto al tratamiento de las infecciones de piel y tejidos blandos habitualmente incluye antimicrobianos, los cuales se ajustan de acuerdo con la

posible etiología y gravedad del caso. En casos graves, a veces se usa oxígeno hiperbárico. (14, 15, 16)

Otras complicaciones

Encefalitis, meningitis y meningoencefalitis

Es una complicación muy grave del Sistema Nervioso Central causada por la varicela, tiene una incidencia de 1-2/10 000 casos. Algunos casos son benignos y otros pueden diseminarse ocasionando una grave encefalitis aguda.

Existen estudios que indican que la patogenia de esta enfermedad es un proceso desmielinizante postinfeccioso, y, otros indican que es consecuencia de la acción directa del virus.

Con respecto a los signos los principales son: vómitos, la fiebre y las alteraciones del sensorio que generalmente se presenta después del inicio del exantema. Su aparición puede ser de manera brusca o gradual y al examen suele encontrarse diferentes signos de encefalopatía y pueden llegar a surgir cuadros convulsivos. (17)

Hematológicas

Se destaca la púrpura trombocitopénica inmunitaria primaria (PTI) posvaricela que es la complicación hematológica más frecuente; el riesgo de que se desarrolle es de 1/25.000 casos de varicelas y no difiere de otras PTI en su evolución de curso agudo. Empero, la presencia de trombocitopenia en los pacientes debe darnos la sospecha de sobreinfección bacteriana, como así también de infección profunda y diseminada. (9)

Si bien la púrpura fulminante es una complicación poco frecuente, es muy grave. Puede observarse hemorragias, coagulación intravascular diseminada con trombosis y necrosis de piel. Esto se debe a la producción de autoanticuerpos con reacción cruzada entre proteína S y antígenos virales que generan un déficit de proteína S de manera transitoria. Para el tratamiento se utilizó con éxito la unión de anticoagulantes, plasmaféresis y la reposición de los factores de inmunoglobulinas.

En las Tomografías Computadas (TC) puede observarse zonas atenuadas y en las Resonancias Magnéticas (RM) se observan zonas de hiperseñal a predominio de la unión corticosubcortical, córtex y ganglios basales. Generalmente, los pacientes presentan una recuperación completa pero en algunos casos podría llevar a la muerte. Pueden dejar secuelas como convulsiones (9)

En relación al tratamiento se debe iniciar tratamiento con aciclovir en todos los casos de encefalitis o meningoencefalitis debido a la gravedad de los casos. En el caso de las meningitis, generalmente, no se administran tratamiento por ser cuadros benignos.

Ataxia cerebelosa aguda

La ataxia cerebelosa puede llegar a representar el 25% de todas las ataxias. Habitualmente, se manifiesta en la primer semana luego de la aparición del exantema, pero puede llegar hasta la tercera. Debido a que es una enfermedad normalmente benigna su patogenia no se encuentra bien descrita. Factiblemente, dentro de sus mecanismos más relevantes serian la acción del virus sobre el cerebelo o la desmielinización mediado inmunológicamente.

En la clínica puede observarse: marcha atáxica, disartria, temblor, cefalea y vómitos. En algunos casos se ha detallado nistagmo y letargia. Es una alteración cerebelosa leve, puede observarse irritación meníngea. (9)

La alteración cerebelosa se autolimita y se logra una recuperación de uno a tres semanas sin dejar secuelas.

Tratamiento

Actualmente se cuenta con distintas formas de prevención, como asi también diversos tratamientos para la enfermedad, a través de la utilización de gammaglobulina de banco, gammaglobulina hiperinmune, antivirales como el aciclovir y una vacuna específica a virus vivo atenuado. (18, 19)

Puede destacarse con respecto a la vacuna de virus vivo atenuado en cultivo celular OKA-RIT con una dosis de virus >2.000 ufp, es de aplicación subcutánea, estable, puede conservarse entre 4 y 8 grados centígrados. Se administra 1 dosis a los 15 meses de vida, con una inmunogenicidad >95%. (20, 21)

(Anexo II: Calendario de Vacunación Argentino)

Hipótesis

Las mujeres presentan un elevado desconocimiento etiológico de la varicela, clínica y vacunación.

Objetivo

Objetivo general

Indagar el porcentaje de conocimiento respecto a la varicela y su vacunación.

Objetivos específicos

1. Indagar el porcentaje que conoce sobre la varicela.
2. Analizar el porcentaje que saben sobre quien se enferman de varicela.
3. Indagar el porcentaje de conocimiento sobre la modalidad de propagación.
4. Analiza el porcentaje que saben sobre a los síntomas.
5. Indagar el porcentaje que conoce la vacunación contra la varicela
6. Información de la muestra.

Materiales y método

Diseño del Estudio

Investigación cuantitativa, transversal y descriptiva.

Población

La población en estudio estará conformada por mujeres embarazadas que acudieron al Hospital Especializado Materno Infantil de Agudos Ana Goitia (Provincia de Buenos Aires).

Criterios de inclusión y exclusión

-Los criterios de inclusión remiten a:

1. Mujeres que asisten al hospital Especializado Materno Ingantil de Agudos Ana Goitia;
2. Mujeres entre 18 y 55 años;

-Con respecto a los criterios de exclusión:

1. Mujeres sin conocimiento de lectura.
2. Mujeres menores de 18 años y mayores a 55 años;

Selección y Tamaño de la Muestra

La muestra se conformó por 55 mujeres que asisten, en el mes de noviembre de 2019, al Hospital Especializado Materno Infantil de Agudos Ana Goitia(Provincia de Buenos Aires).

Descripción de las variables

1. Conocimiento de la varicela.
2. Conocimiento de quienes se enferman de varicela.
3. Conocimiento del modo de propagación de la varicela.
4. Conocimiento de los síntomas de la varicela.
5. Conocimiento de la vacunación contra la varicela.
6. Datos de la muestra.

Instrumento para recolección de los datos

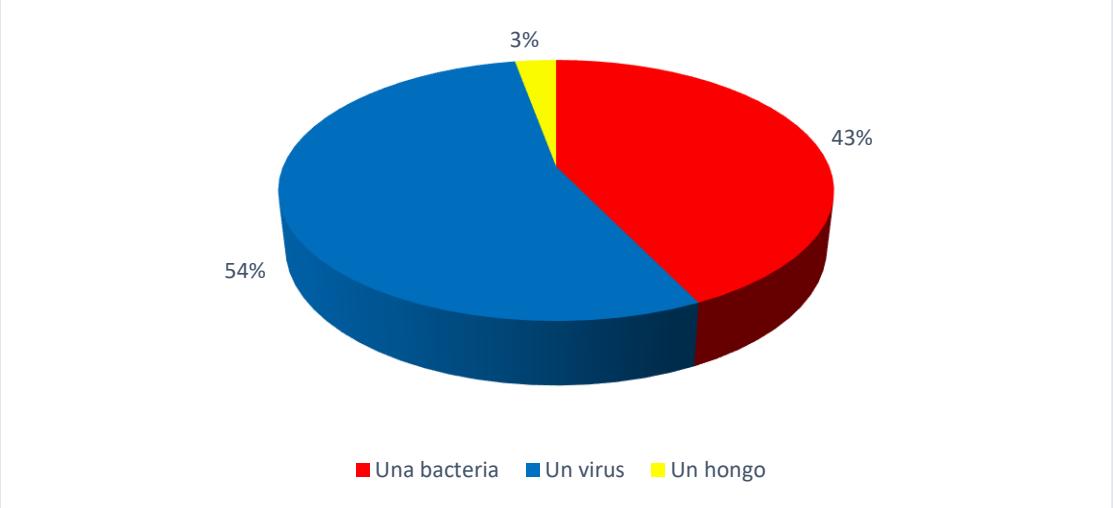
A través de una encuesta se obtendrán los datos, se compondrá por 15 preguntas. Ver Anexo III.

Análisis de los datos

Los datos se volcaran en una matriz confeccionada en Excel, la misma permitirá la realización de los gráficos que se detallaran en los Resultados.

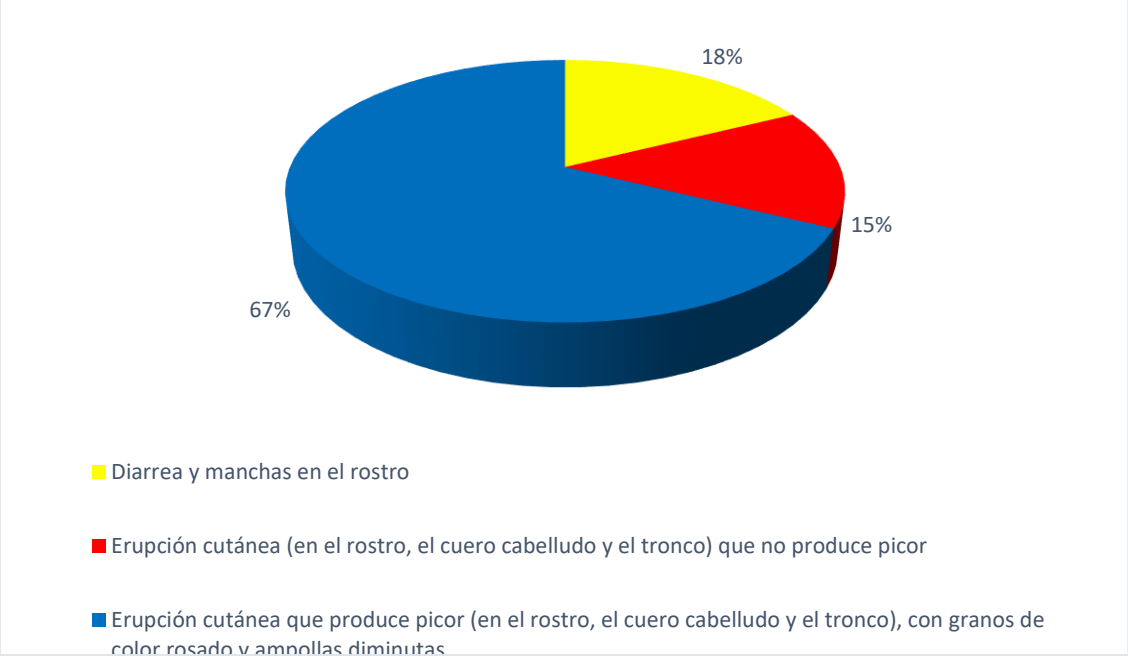
Resultados

Gráfico 1. Pregunta: ¿Quién produce la varicela?



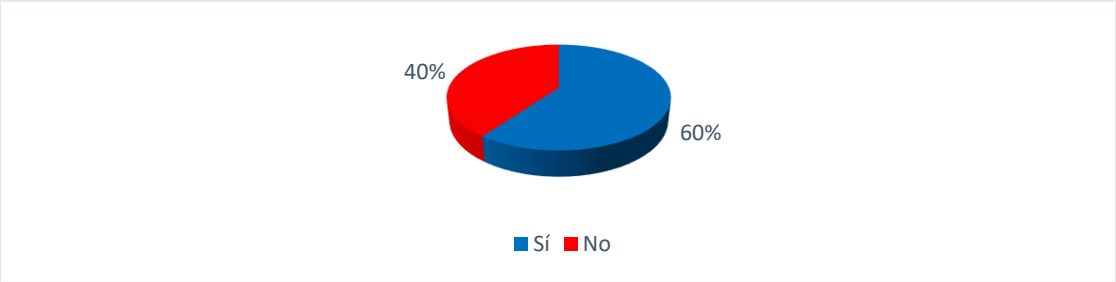
Para el 54% la varicela es un virus y el 43% que es una bacteria.

Gráfico 2. Pregunta: ¿Qué caracteriza a la varicela?



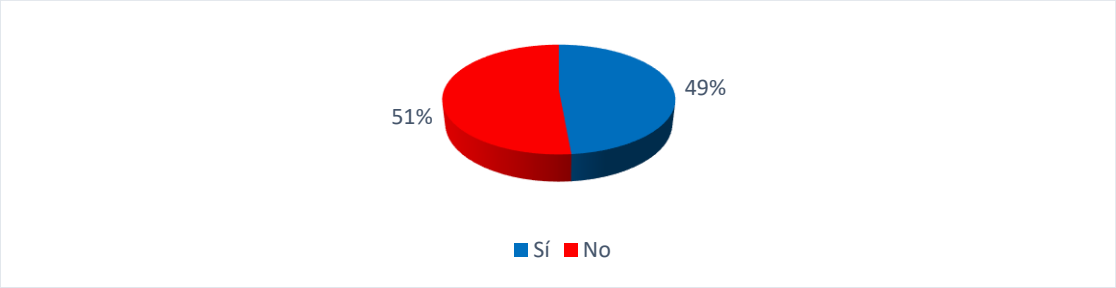
Para el 67% la erupción cutánea que produce picos, con granos de color rosados y ampollas diminutas es la característica de la varicela.

Gráfico 3. Pregunta: ¿La varicela es una enfermedad que en la mayoría de los casos ocurre en aquellos menores de diez años?



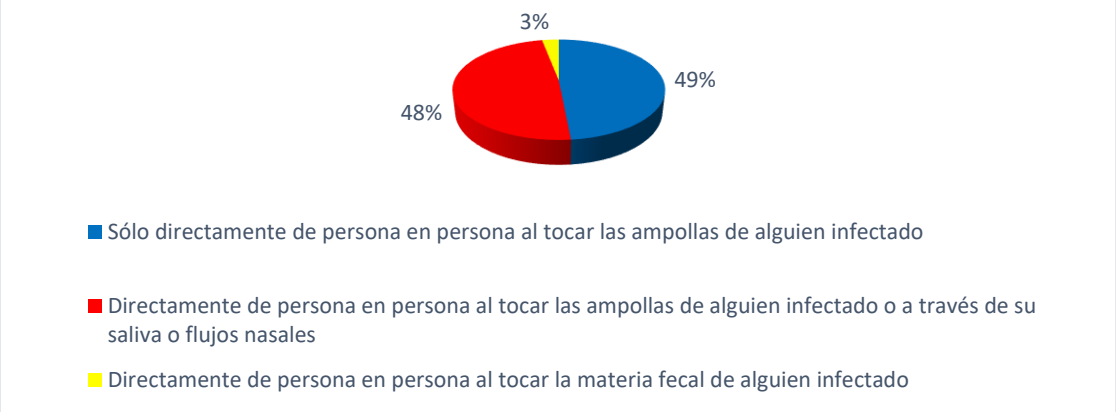
Para el 60% la varicela es una enfermedad que en la mayoría de los casos ocurre en aquellos menores de diez años.

Gráfico 4. Pregunta: ¿La gran mayoría de las personas que reciben la vacuna, no contraerá varicela?



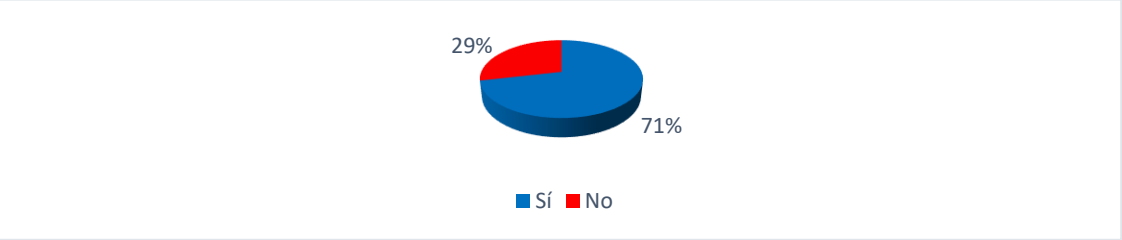
Para el 51% las personas que reciben la vacuna pueden contraer la varicela y para el 49% no contraen varicela las personas que reciben la vacuna.

Gráfico 5. Pregunta: La varicela se transmite:



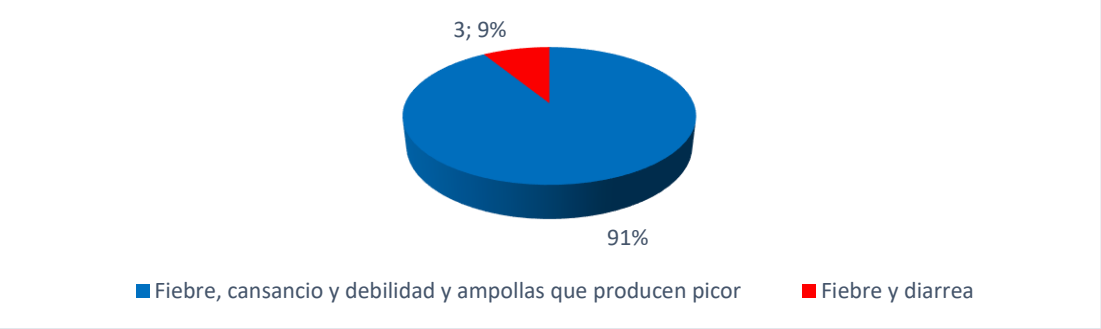
Para el 49% la varicela se transmite por directamente de persona en persona al tocar las ampollas de alguien infectado o a través de su saliva o flujos nasales y para el 48% lo hace por sólo directamente de persona en persona al tocar las ampollas de alguien infectado.

Gráfico 6. Pregunta: ¿La varicela también puede transmitirse: a través del aire al toser o estornudar e indirectamente al tocar objetos contaminados que han estado en contacto reciente con la persona infectada?



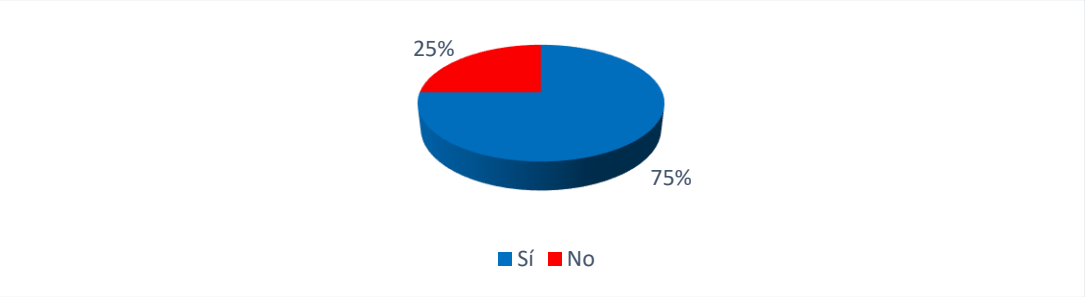
Para el 71% la varicela se transmite a través del aire al toser o estornudar, e indirectamente, al tocar objetos contaminados que han estado en contacto reciente con la persona infectada.

Gráfico 7. Pregunta: Los síntomas de la varicela son:



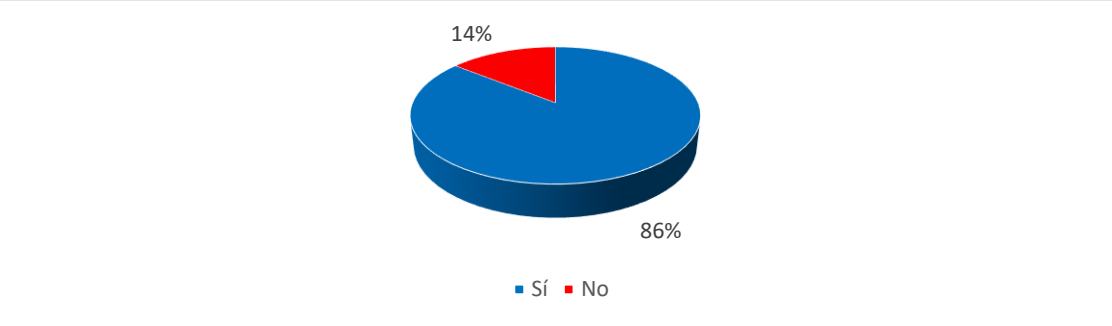
Para el 91% los síntomas son: fiebre, cansancio, debilidad y ampollas que producen picor.

Gráfico 8. Pregunta: ¿Los síntomas aparecen entre los 14 y los 16 días (mínimo 10 y máximo 21) de haber estado expuesto a una persona con varicela?



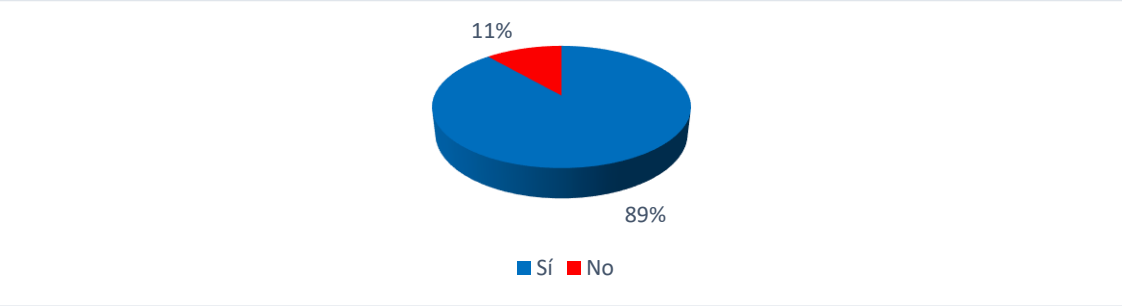
Para el 75% los síntomas aparecen entre los 14 y los 16 días de exposición con una persona con varicela.

Gráfico 9. Pregunta: ¿Hay una vacuna contra la varicela?



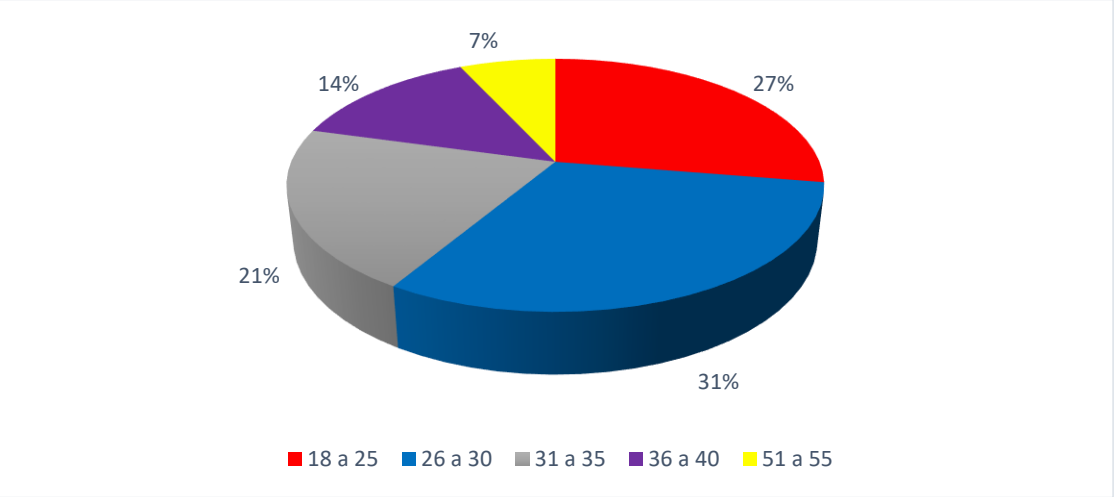
Para el 86% hay una vacuna contra la varicela.

Gráfico 10. Pregunta: ¿La aplicación de la vacuna contra la varicela es de aplicación obligatoria en los niños y niñas?



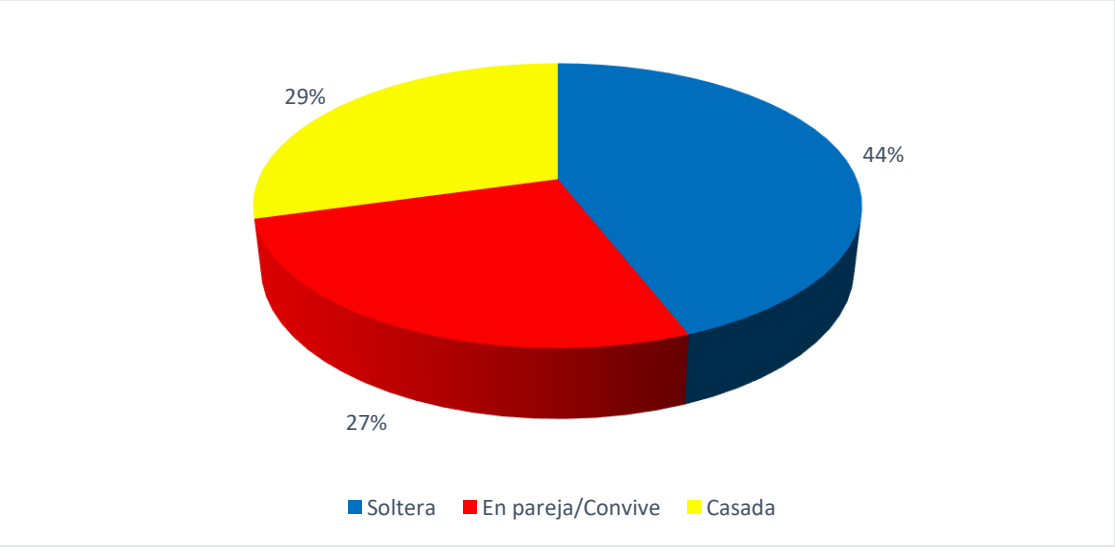
Para el 90% es de aplicación obligatoria en los niños y niñas la aplicación de la vacuna contra la varicela.

Gráfico 11. Pregunta: Edad



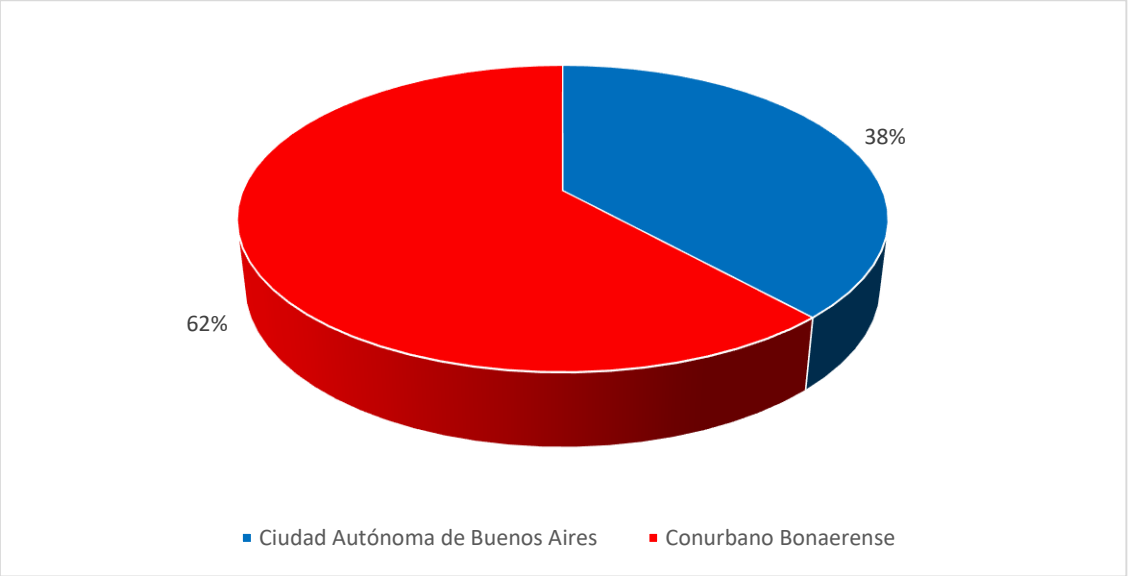
El 31% tiene entre 26 a 30 años, el 27% tiene entre 18 a 25 años, el 21% tiene entre 31 a 35 años, el 14% tiene entre 36 a 40 años y el 7% tiene entre 51 a 55 años.

Gráfico 12. Pregunta: Estado civil



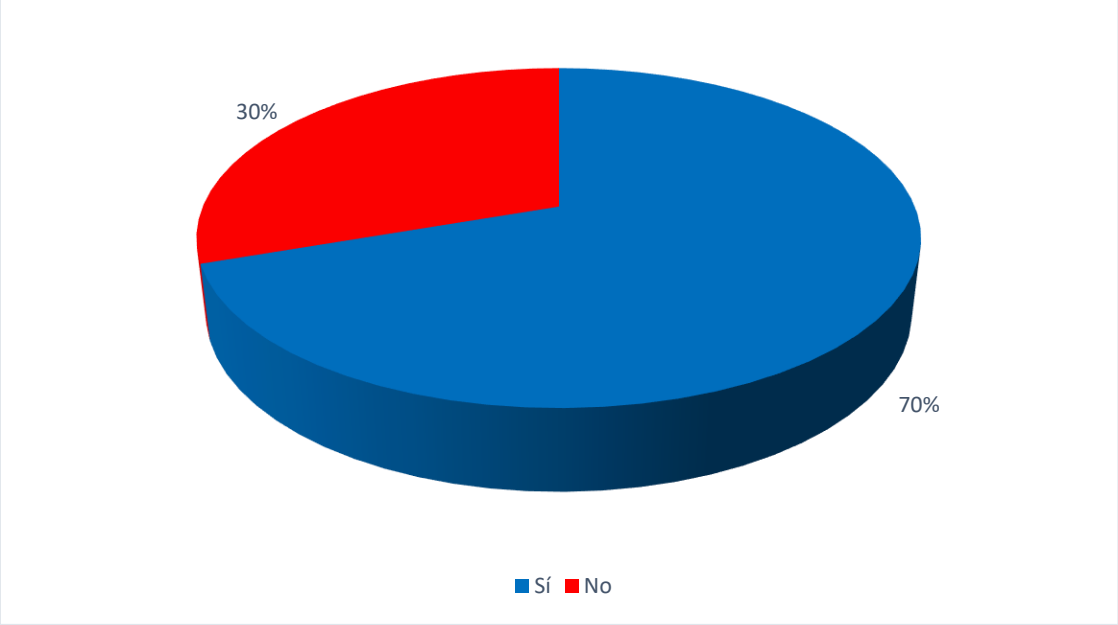
El 44% está soltera, el 29% está casada y el 27% está en pareja/convive.

Gráfico 13. Pregunta: ¿Dónde vive?



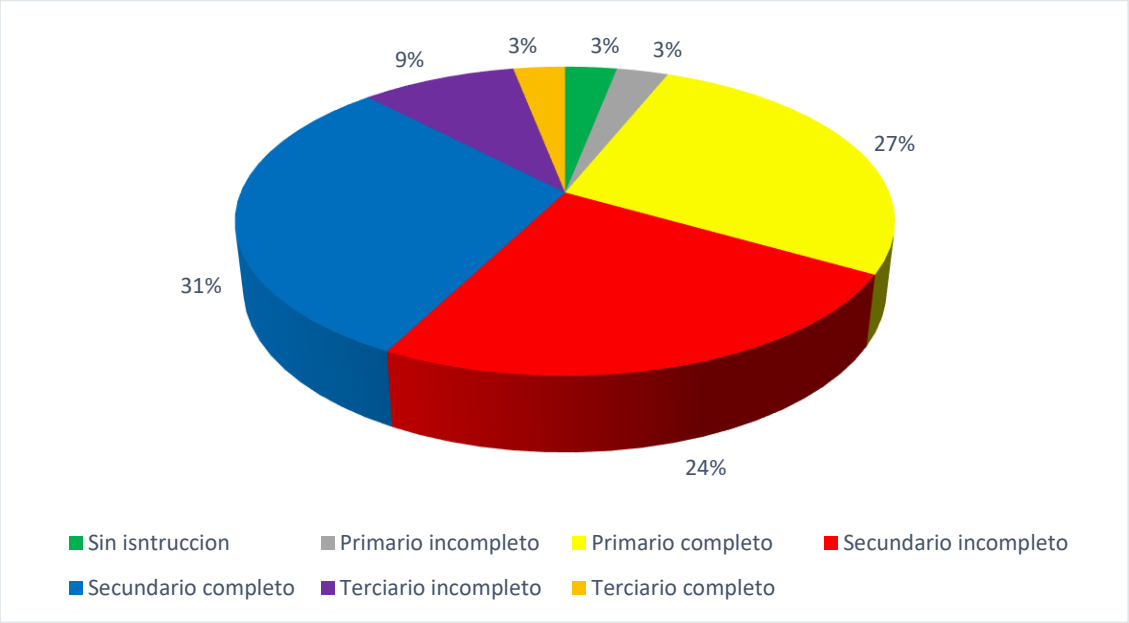
El 62% vive en el Conurbano Bonaerense y el 38% vive en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Gráfico 14. Pregunta: ¿Tiene hijos?



El 70 % posee hijos y el 30% esta embaraza y sin hijos previos.

Gráfico 15. Pregunta: Nivel de estudio:



El 39% posee secundario incompleto, el 31% posee secundario completo, 27% posee primario completo y el 9% posee terciario incompleto.

Discusión

Las mujeres presentes las siguientes características:

1. La edad entre 26 a 30 años es mayoría, seguido por entre 18 a 25 años, y entre 31 a 35 años.
2. El estado civil más destacado es soltera, seguido casada y en pareja/convive.
3. Viven en Conurbano Bonaerense.
4. Tienen otro hijo.
5. Los niveles educativos primario completo y secundario incompleto representa más del 50%, y el secundario completo es el 31%.

Para las mujeres la varicela es causada por un virus, el Herpes virus Varicela Zoster. Pero los porcentajes indican un gran desconocimiento sobre que es la varicela pues un elevado porcentaje señalo que es una bacteria.

La característica de la varicela es conocida pues las mujeres la identifican como la erupción cutánea que produce prurito, con granos de color rosados y ampollas diminutas. Es sumamente relevante que se sepa identificar la principal sintomatología para permitir un diagnóstico temprano de sus hijos.

También identifican acertadamente que la varicela es una enfermedad cuya incidencia es mayor en menores de diez años.

Sobre el modo de transmisión de la varicela las mujeres embarazadas se dividen entre las que consideran: por un lado, directamente de persona en persona al tocar las ampollas de alguien infectado o a través de su saliva o flujos nasales y, por el otro, directamente de persona en persona al tocar las ampollas de alguien infectado. Siendo la opción adecuada: directamente de persona en persona al tocar las ampollas de alguien infectado o a través de su saliva o flujos nasales. Sin embargo, identifican adecuadamente la transmisión de la varicela a través del aire al toser o estornudar e indirectamente al tocar objetos contaminados que han estado en contacto reciente con la persona infectada.

Respecto a los síntomas, las mujeres conocen que: por un lado, se identifica con fiebre, cansancio, debilidad y ampollas que producen picor y, por el otro, aparecen entre los 14 y los 16 días (mínimo 10 y máximo 21) de haber estado expuesto a una persona con varicela. Al identificar correctamente los síntomas

de la varicela las madres pueden acudir prontamente a un lugar de atención primario de la salud para una pronta intervención del personal de salud y mitigar los efectos de la enfermedad sobe su hijo.

La primera pregunta referida a la vacunación (¿La gran mayoría de las personas que reciben la vacuna, no contraerá varicela?) permite identificar que las mujeres embarazadas no identifican a la vacuna como mecanismos profiláctico. Pero presentan un elevado porcentaje de conocimiento sobre la existencia de la vacuna contra la varicela y que su aplicación obligatoria en los niños y niñas.

Los resultados anteriormente expuestos permiten confirmar la hipótesis propuesta que expresa una relación directa entre el menor nivel de formación de las mujeres embarazas y los bajos porcentajes de conocimiento sobre la varicela. Pero los datos contradicen lo referida a la vacunación contra la varicela pues las madres saben de la obligatoriedad de dicha aplicación aunque no la reconocen contundente como para principal medica profiláctica.

Conclusión

Por lo cual es prioritario que las madres y padres conozcan la relevancia de la vacuna como principal medida de acción para proteger a sus hijos contra la enfermedad pues el beneficio no solo es un individual sino social pues impacta en todas las personas que lo rodean y con las cuales interactúa.

En síntesis; la incorporación de la vacunación al calendario obligatoria incide en dos áreas concomitantes: clínica y económica, a menor intervención clínica menor costo económica del sistema de salud en la atención de los niños que contraen la enfermedad. Impactando en corto plazo en la reducción de la morbilidad y mortalidad infantil y, en el largo plazo, en la disminución del virus salvaje en la población. Es decir, la vacunación obligatoria debe solventarse a partir de los dos criterios innegables: efectividad y eficiencia en la prevención la varicela.

Dato importante es q a la mayoría de las madres no identifican a la vacuna como un mecanismo profiláctico seguro (grafico 4), lo que replica la necesidad de una concientización de la seguridad y eficacia de la vacuna.

Ademas la mayoría desconoce la principal causa de transmisión de la varicela (grafico 5), en contrapartida la mayoría saben sus principales síntomas (grafico 7)

Referencias

1. García C, García M, Martinez L, Sanchez D, Menendez Nuria, Vals T. Características epidemiológicas, clínicas y abordaje de la varicela precoz (hasta 12 meses de edad) en una serie de 356 casos. Asociación española de pediatría. Junio 2017. Disponible en: https://www.aepap.org/sites/default/files/documento/archivosadjuntos/varicela_precoz

2. Gimeno Díaz de Atauri A, Modesto i Alapont V. La vacunación rutinaria del virus varicela-zóster reduce la incidencia de varicela grave, sin alterar la de herpes zóster grave. Evid Pediatr. 2014;10:31.

3. Pilares G. Características clínicas y epidemiológicas de la infección severa de piel y tejido blando como complicación de varicela en niños. Perú 2005-2014. Repositorio académico USMP.

4. Servin R, Blanco M, Cáceres E, Rodríguez J. Varicela complicada en pacientes del Hospital “Juan Pablo II” durante el periodo 2008 – 2011. Servin, R. y Col. Rev. Fac. Med. UNNE. 2015; XXXV(1): 24-30.

5. Senterre J. Varicella vaccination Rev Med Brux. 2004; 25(4):A223-6.

6. Martin G. Meyers, Laurence R, Stanberry. Varicella-Zoster Virus. En:Behrman Richard E, Kliegman Robert M, Jenson Hal B. Textbook of pediatrics. WB Saunders Company. 16th edition. United States of América. 2000: 973-977.

7. Sandra K, Burchett. Infections. En: John P. Cloherty, Ann R Stark. Manual of Neonatal Care. Fourth edition. Lippincott-Raven. Philadelphia. New York. 1998: 261-264.

8. Mandell, Douglas, Bennett. Enfermedades Infecciosas: Principios y Práctica. 5th ed. Editorial Medica Panamericana; 2002.

9. Alfayate S, Menasalvas A. Complicaciones de la varicela. Anales Pediatría ontinua. 2011; 9(5):281-7.

10. Pérez-Yarza E, Arranz L, Alustiza J, Azkunaga B, Uriz J, Sarasua A, Mendiburu I, Emparanza J. Hospitalizaciones por complicaciones de la varicela en niños menores de 15 años. An Pediatr (Barc). 2003; 59(3):229-33.

11. Lozurdo G, Betoluzzo L, Canale F, Timitilli A, Bondi E, Castagnola E, Giacchino R. “Varicella and its complications as cause of hospitalization”. Infec Med. 2005; 13:229-234.
12. Veraldi S, Schianchi R. “Chickenpox, impetigo and anetoderma”. Pediatr Dermatol. 2006; 23:305-306.
13. Mikaeloff Y, Kezouh A, Suissa S. “Nonsteroidal anti-inflammatory drug use and the risk of severe skin and soft tissue complications in patients with varicella or zoster disease”. Br J Clin Pharmacol. 2008; 65:203-209.
14. Prego J, Sehabiague G, Leonardis D, Gutiérrez C. “Varicela complicada con fascitis necrotizante. Importancia de un diagnóstico oportuno”. Arch Pediatr Urug. 2001; 72:82-87.
15. Falcone P, Pricolo V, Edstrom L. “Necrotizing fascitis as a complication of chickenpox”. Clin Pediatr. 1988; 27:339-343.
16. Kouwabunpat D, Hoffman J, Adler R. “Varicella complicated by group A streptococcal sepsis and osteonecrosis”. Pediatrics. 1999; 104:967-969.
17. Saavedra J, Santos M, González F, Hernández T, Navarro M. Infecciones bacterianas de la piel y tejidos blandos. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de la AEP: Infectología pediátrica. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/piel.pdf
18. Galil K, Brown C, Lin F, Seward J. Hospitalizations for varicella in the United States, 1998-1999. Pediatr Infect Dis J. 2002; 21:931-4.
19. Marcó del Pont J y col. Prevención de varicela con aciclovir oral en contactos susceptibles. Arch.argent. pediatr. 2002; 100(5):482-85.
20. Centers for Disease Control and Prevention: Prevention of varicella. Update recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). MMWR. 1999; 48(RR06):1-5.
21. Committee on Infectious Diseases. Recommendations for the use of live attenuated varicella vaccine. Pediatrics. 1995; 95:791-96.

Anexo

Anexo I



Anexo II

CALENDARIO NACIONAL DE VACUNACIÓN

El Estado Nacional garantiza VACUNAS GRATUITAS en centros de salud y hospitales públicos de todo el país

Vacunas / Edad	BCG (1)	Hepatitis B HB (2)	Neumococo Conjugada (3)	Quintuple Pentavalente DTP-HB-Hib (4)	Polio IPV (5)	Polio OPV (6)	Rotavirus (7)	Meningococo (8)	Gripe (9)	Hepatitis A HA (10)	Triple Viral SRP (11)	Varicela (12)	Cuádruple o Quintuple Pentavalente DTP-Hib (13)	Triple Bacteriana Celular DTP (14)	Triple Bacteriana Acelular dTpa (15)	Virus Papiloma Humano VPH (16)	Doble Bacteriana dT (17)	Doble Viral SR o Triple Viral SRP (18)	EXCLUSIVO ZONAS DE RIESGO: Fiebre Amarilla FA (19)	EXCLUSIVO ZONAS DE RIESGO: Fiebre Hemorrágica Argentina FHA (20)
Recién nacido	única dosis (A)	dosis neonatal (B)																		
2 meses			1º dosis	1º dosis	1º dosis		1º dosis (D)													
3 meses								1º dosis												
4 meses			2º dosis	2º dosis	2º dosis		2º dosis (E)													
5 meses								2º dosis												
6 meses				3º dosis		3º dosis														
12 meses			refuerzo							única dosis	1º dosis									
15 meses								refuerzo	dosis anual (F)			única dosis								
15-18 meses						1º refuerzo							1º refuerzo							
18 meses																			1º dosis (L)	
24 meses																				
5-6 años (ingreso escolar)						2º refuerzo					2º dosis			2º refuerzo						
11 años		iniciar o completar esquema (C)						única dosis			iniciar o completar esquema (I)				refuerzo	2 dosis (Ñ)			refuerzo (M)	
A partir de los 15 años																				única dosis (N)
Adultos																	refuerzo cada 10 años	iniciar o completar esquema (I)		
Embarazadas									una dosis (G)						una dosis (J)					
Puerperio									una dosis (H)		iniciar o completar esquema (I)							iniciar o completar esquema (I)		
Personal de salud									dosis anual						una dosis (K)					

(1) BCG: Tuberculosis (formas invasivas)
(2) HB: Hepatitis B
(3) Previene la Meningitis, Neumonía y Sepsis por Neumococo.
(4) DTP-HB-Hib: (Pentavalente) Difteria, Tétanos, Tos Convulsa, Hep B, Haemophilus Influenzae b.
(5) IPV: (Salk) Poliovirus inactivada.
(6) OPV: (Sabin) Poliovirus oral.
(7) Rotavirus.
(8) Meningococo
(9) Antigripal
(10) HA: Hepatitis A
(11) SRP: (Triple viral) Sarampión, Rubeola, Paperas.
(12) Varicela
(13) DTP-Hib: (Cuádruple) Difteria, Tétanos, Tos Convulsa, Haemophilus influenzae b.
(14) DTP: (Triple Bacteriana Celular) Difteria, Tétanos, Tos Convulsa.
(15) dTpa: (Triple Bacteriana Acelular) Difteria, Tétanos, Tos Convulsa.
(16) VPH: Virus Papiloma Humano.
(17) dT: (Doble Bacteriana) Difteria, Tétanos.
(18) SR: (Doble Viral) Sarampión, Rubeola.
(19) FA: (Fiebre Amarilla)
(20) FHA: (Fiebre Hemorrágica Argentina)

(A) Antes de egresar de la maternidad.
(B) En las primeras 12 horas de vida.
(C) Vacunación Universal. Si no hubiera recibido el esquema completo, deberá completarlo. En caso de tener que iniciar: aplicar 1º dosis, 2º dosis al mes de la primera y 3º dosis a los seis meses de la primera.
(D) La 1ª dosis debe administrarse antes de las catorce semanas y seis días o tres meses y medio.
(E) La 2ª dosis debe administrarse antes de las veinticuatro semanas o los seis meses de vida.
(F) Deberán recibir en la primovacunación 2 dosis de la vacuna separadas al menos por cuatro semanas.
(G) En cada embarazo deberán recibir la vacuna antigripal en cualquier trimestre de la gestación.
(H) Puérperas deberán recibir vacuna antigripal si no la hubieren recibido durante el embarazo, antes del egreso de la maternidad y hasta un máximo de diez días después del parto.
(I) Si no hubiera recibido dos dosis de triple viral o una dosis de triple viral + 1 dosis de doble viral, después del año de vida para los nacidos después de 1965.
(J) Aplicar dTpa en cada embarazo independientemente del tiempo desde la dosis previa. Aplicar a partir de la semana 20 de gestacion.

(K) Personal de salud que asista menores de 12 meses. Revacunar cada 5 años.
(L) Residentes en zonas de riesgo.
(M) Residentes en zona de riesgo única refuerzo a los diez años de la primera dosis.
(N) Residentes o trabajadores con riesgo ocupacional en zona de riesgo y que no hayan recibido anteriormente la vacuna.
(Ñ) 2 dosis separadas por intervalo mínimo de 6 meses.

Para más información:
0-800-222-1002 argentina.gob.ar/salud

COBERTURA UNIVERSAL de SALUD

Secretaría de Gobierno de Salud

Ministerio de Salud y Desarrollo Social Presidencia de la Nación

Anexo III

Encuesta Varicela

A ¿Qué es la varicela? Marque con un círculo
Una bacteria
Un virus
Un hongo

B ¿Qué caracteriza a la varicela? Marque con un círculo
Diarrea y manchas en el rostro
Erupción cutánea (en el rostro, el cuero cabelludo y el tronco) que no produce picor
Erupción cutánea que produce picor (en el rostro, el cuero cabelludo y el tronco), con granos de color rosado y ampollas diminutas

C. Para Usted ¿La varicela es una enfermedad que en la mayoría de los casos ocurre en aquellos menores de diez años?
Sí
No

D. Para Usted ¿La gran mayoría de las personas que reciben la vacuna, no contraerán varicela?
Sí
No

E. La varicela se transmite: Marque con un círculo
Sólo directamente de persona en persona al tocar las ampollas de alguien infectado
Directamente de persona en persona al tocar las ampollas de alguien infectado o a través de su saliva o flujos nasales
Directamente de persona en persona al tocar la materia fecal de alguien infectado

F ¿La varicela también puede transmitirse: a través del aire al toser o estornudar e indirectamente al tocar objetos contaminados que han estado en contacto reciente con la persona infectada?
Sí
No

G. Los síntomas de la varicela son: Marque con un circula
Fiebre, cansancio, debilidad y ampollas que producen picor
Fiebre y diarrea
Fiebre, parálisis facial y ampollas sangrantes

H ¿Los síntomas aparecen entre los 14 y los 16 días (mínimo 10 y máximo 21) de haber estado expuesto a una persona con varicela?
Sí
No

I ¿Hay una vacuna contra la varicela?
Sí
No

J ¿La aplicación de la vacuna contra la varicela es de aplicación obligatoria en los niños y niñas?
Sí
No

Datos:

Edad: _____

Estado civil:_____

¿Dónde vive?

¿Tiene hijos?
Sí
No

Escriba cual es nivel de estudio:_____