



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 81
CD. ACUÑA

INCIDENCIA DE VARICELA EN ADULTOS PREVIAMENTE INMUNIZADOS

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. FERNANDO SALAZAR QUIROGA

CD. ACUÑA, COAH.

2010



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

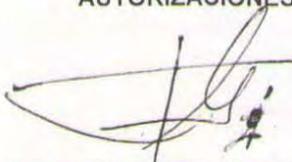
**INCIDENCIA DE VARICELA EN ADULTOS PREVIAMENTE
INMUNIZADOS**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

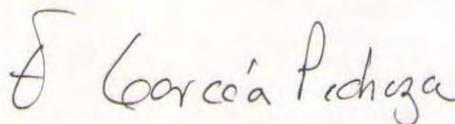
PRESENTA

DR. FERNANDO SALAZAR QUIROGA

AUTORIZACIONES



DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GOMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDRÓZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

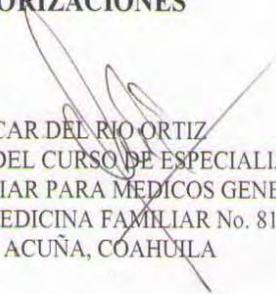
**INCIDENCIA DE VARICELA EN ADULTOS PREVIAMENTE
INMUNIZADOS**

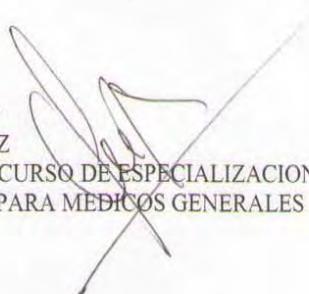
TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

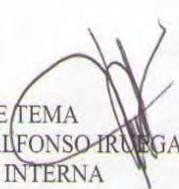
PRESENTA

DR. FERNANDO SALAZAR QUIROGA

AUTORIZACIONES


DR. OSCAR DEL RIO ORTIZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 81
CIUDAD ACUÑA, COAHUILA


ASESOR METODOLOGICO
DR. OSCAR DEL RIO ORTIZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES


ASESOR DE TEMA
DR. JOSE ALFONSO IRUEGAS VASQUEZ
MEDICINA INTERNA
HOSPITAL GENERAL SUBZONA No.13 I.M.S.S



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud

Dictamen de Autorizado

COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD 508

FECHA **21/01/2010**

Estimado fernando salazar quiroga

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle que, el protocolo de investigación en salud presentado por usted, cuyo título es:

Prevalencia de Varicela en Adultos Previamente Inmunizados

fue sometido a consideración del Comité Local de Investigación en Salud, quien de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores consideraron que cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética médica y de investigación vigentes, por lo que el dictamen emitido fue de: **AUTORIZADO**.

Habiéndose asignado el siguiente número de registro institucional

No. de Registro
R-2010-508-1

Atentamente

Dr(a). Ernesto Mata Castillo

Presidente del Comité Local de Investigación en Salud Núm 508

RESUMEN:

OBJETIVO GENERAL

Demostrar que la varicela en adultos previamente inmunizados presenta alta incidencia en la población adscrita al consultorio No. 4 matutino de la UMF No. 87 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Ciudad Acuña, Coahuila.

MATERIAL Y METODOS

Para demostrar la alta incidencia de la varicela en adultos previamente inmunizados en la población adscrita al consultorio número 4 matutino de la Unidad de Medicina Familiar No 87 del Instituto Mexicano del Seguro Social de ciudad Acuña, Coahuila, en el presente estudio se recurrió al uso de metodologías retrospectivo prospectivas, transversal y observacional.

Para tal efecto, la muestra poblacional incluyó la recopilación de los casos de varicela registrados en la UMF 87 del IMSS en Cd. Acuña reportados entre el primero de enero al 31 de diciembre del año 2009.

Dicha información se documentó en una base de datos que incluyó variables diversas entre las que se destacan: edad, sexo, ocupación, lugar de origen, nivel socio-económico, inmunización previa, status de padecimiento, tratamiento recibido, complicaciones, entre otros y cuyo tratamiento estadístico estuvo determinado por la tabla de contingencias y la chi cuadrada

Para tal fin, la fuente de información primaria estuvo constituida por los expedientes del archivo de la propia unidad de atención médica.

PLAN DE ANALISIS ESTADISTICO. Se utilizò la estadística descriptiva con medidas de frecuencia simple y de dispersión. Tabla de contingencias y Chi cuadrada

TÍTULO

Incidencia de Varicela en Adultos Previamente Inmunizados

<i>INDICE</i>	<i>PAGINA</i>
<i>Autorización de Sirelcis</i>	<i>1</i>
<i>Resumen</i>	<i>2</i>
<i>Título</i>	<i>3</i>
<i>INDICE</i>	<i>4,5</i>
<i>INVESTIGADORES</i>	<i>6</i>
<i>Antecedentes Científicos</i>	<i>7</i>
<i>Marco teórico</i>	<i>10</i>
<i>Planteamiento del problema</i>	<i>15</i>
<i>Justificación</i>	<i>18</i>
<i>Objetivo General</i>	<i>19</i>
<i>Objetivo específico</i>	<i>19</i>
<i>Hipótesis alterna</i>	<i>19</i>
<i>Hipótesis nula</i>	<i>19</i>
<i>Material y Métodos</i>	<i>20</i>
<i>Criterios de inclusión</i>	<i>20</i>
<i>Criterios de exclusión</i>	<i>22</i>
<i>Criterios de eliminación</i>	<i>22</i>
<i>Variable independiente</i>	<i>22</i>
<i>Definición conceptual</i>	<i>22</i>
<i>Definición operacional</i>	<i>22</i>
<i>Escala de medición nominal</i>	<i>22</i>
<i>Variable dependiente</i>	<i>23</i>
<i>Definición conceptual</i>	<i>23</i>
<i>Definición operacional</i>	<i>23</i>

<i>Escala de medición</i>	23
<i>Muestreo</i>	23
<i>Planteamiento de análisis estadístico</i>	23
<i>Financiamiento del proyecto</i>	24
<i>Cronograma</i>	25
<i>Consideraciones éticas</i>	25
<i>Graficas</i>	26
<i>Resultados</i>	33
<i>Análisis estadístico</i>	33
<i>Discusión</i>	46
<i>Conclusión</i>	47
<i>Anexos</i>	53
<i>Bibliografía</i>	56

INVESTIGADOR RESPONSABLE

Dr. Fernando Salazar Quiroga

Matrícula: 10986103

Teléfono: 877 7720332

Adscripción UMF 87 IMSS

Paloma16fenix@hotmail.com

Investigadores asociados

Dr. Oscar del Río Ortiz

Matricula 5231701

Teléfono: 8777725782

Adscripción: UMF No. 81 IMSS, Cd. Acuña, Coah.

Categoría: Médico Familiar

e-mail: oscar.delrio@imss.gob.mx

ANTECEDENTES CIENTIFICOS:

La varicela es una enfermedad altamente contagiosa causada por el virus varicela zoster. En la segunda mitad del siglo XVIII se estableció que la sintomatología asociada a las patologías de la varicela es diferente a la de la viruela. En 1943, Garland fue el primero que relacionó la existencia de un agente infeccioso común para la varicela y el herpes zoster, debido a que logró aislar el virus en cultivos celulares que pertenecen al *herpes viridae*, genero varicellovirus y su genoma lineal del core de doble hélice de ADN (1).

En la actualidad, particularmente en Uruguay se contemplan diferentes acciones de salud social entre las que se destaca el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), que incluye en forma obligatoria la inmunización con anti parotiditis epidémica en todos los niños al llegar a los 12 meses de edad. En Septiembre de 1999, se incluyó la vacuna anti-varicela junto al resto de las inmunizaciones correspondientes a los 12 meses (2).

Las implicaciones económicas y sociales que tiene la varicela entre la población, inciden directamente en los niveles productivos, estándares financieros y cultura laboral de las naciones; eso sin olvidar el alto grado de mortalidad relacionado con esta infección que ataca por igual a jóvenes y adultos. En Estados Unidos, cerca de 12 mil personas son hospitalizadas por complicaciones (encefalitis, neumonías) asociadas a la varicela, incluso la muerte. En México, se reportaron 360 mil 579 casos acumulados en el 2004; en ese sentido, asciende a un 30% de la población adulta aquella considerada en riesgo de padecer

la enfermedad. Se estima que aproximadamente un 90% de los mayores de 30 años y casi todos los mayores de 60 años tendrían anticuerpos de VVZ (3).

Uno de los descubrimientos más importantes de la medicina y que, en consecuencia, ha demostrado fehacientemente logros extraordinarios en el tratamiento de enfermedades potencialmente pandémicas son las vacunas. Su impacto es tal, que son consideradas uno de los diez logros más importantes en la ciencia médica del siglo XX. Su uso y aplicación en el tratamiento de la varicela ha sido altamente redituable. A pesar de ello, desde 1981 la varicela es la enfermedad exantemática más frecuente en el niño en algunos países, tal es el caso de España. Desde hace casi treinta años se han desarrollado diversas vacunas para la varicela, primero en Japón y después en Europa, E.E.U.U, Asia, y América del sur y Central; en primer lugar, en niños inmunodeprimidos y posteriormente en niños sanos (4,5). La vacuna de la varicela es elaborada con una cepa de virus varicela atenuado, obtenido hace ya varias décadas en Japón por sucesivos pasajes de cultivo de un aislado clínico conocido como cepa OKA. Es importante dejar claramente establecido que en dicha vacuna prevalece su contraindicación tanto en sujetos inmuno-comprometidos como en mujeres embarazadas. Los estudios de inmunogenicidad mostraron excelente seroconversión en niños desde 1 a 12 años con una dosis de vacuna, y con dos dosis en adolescentes y adultos (6).

Específicamente en nuestro país, la varicela ha experimentado una incidencia ascendente a partir de 1951. La distribución estacional de la enfermedad presenta sus valores máximos durante los meses de mayo y junio, con una tendencia epidémica identificada entre los meses de febrero a junio, período en el que muestra un decremento significativo, alcanzando los valores mínimos registrados hacia el mes de agosto.

Dado el carácter altamente mortal de la varicela, fue en los años 70's que se desarrolló en Japón una vacuna de virus vivos atenuados, aunque su uso y protocolos correspondientes no fueron autorizados sino hasta la siguiente década. Es una vacuna muy eficaz, especialmente frente a las formas más graves de varicela. En Estados Unidos, la vacuna antivariela fue introducida en el calendario vacunar para niños a partir de los 12 meses de

edad. Lo anterior, estableció precedente para que le siguieran países como Canadá, Australia y Alemania.

Otro de los tratamientos exitosos ante la varicela, es la inmunización pasiva, que consta de inmunoglobulinas antivariela, administrada por vía intramuscular y que se emplea para prevenir la enfermedad en grupos de alto riesgo que ha tenido contacto con un enfermo de varicela y no pueden recibir la vacuna, tal es el caso de embarazadas, inmunodeprimidos o recién nacidos cuyas madres no han pasado la varicela (11).

Entre algunos tipos de varicela, se cuenta la conocida como “varicela de brecha”, aquella que aparece en niños vacunados más de 42 días antes del comienzo del exantema y se debe al VVZ de tipo salvaje. La varicela progresiva con afección visceral, coagulopatía, hemorragia grave y desarrollo continuo de nuevas lesiones es una complicación temible. En esta forma grave, se identifican predecesores tales como dolor abdominal intenso y aparición de vesículas hemorrágicas en adolescentes y adultos, pero sanos por lo demás (12).

En relación con esta enfermedad, la capacidad inmunitaria activa del feto y el recién nacido se ve afectada en contraposición con los datos registrados entre niños mayores y adultos. La inmunidad humoral y mediada por células del feto empieza a desarrollarse entre las nueve y 15 semanas. La respuesta fetal primaria a la infección ocurre a través de inmunoglobulinas Ig M. La Ig G provee inmunidad pasiva por su transporte a través de la placenta. Por otra parte, la evidencia clínica documental reporta que casi todas las personas adquieren la varicela durante la infancia y 95% presentan signos serológicos de inmunidad. Las condicionantes de la varicela ofrecen un mayor índice de letalidad por esta infección en adultos que en niños. Aunado a ello, la infección primaria por varicela puede reactivarse años después y causar herpes zoster (13). Vacuna de la varicela. Historia: Biken (japon) smithkline beecham (Bélgica) Merck y co (EE.UU) son los tres fabricantes de la vacuna de la varicela cuya historia comenzó hace casi 30 años, la cepa OKA obtenida de las cepas de las vesículas de un niño japonés de nombre OKA que fue cultivada en fibroblastos de pulmón de embrión de cobaya en células diploides humanas .vacuna con la cepa OKA/Biken registrada en japon en 1986 y en corea en 1988 para su exclusivo en pacientes

inmunodeprimidos. En Europa (España) se registro a partir de 1984 la vacuna antivariela SK Y F(smithkline y french) con la cepa OKA/smithkline beecham, termolábil y debe mantenerse congelada a menos 20 grados centígrados para su empleo en inmunodeprimidos. En 1995 otra vacuna de la varicela de virus vivos atenuados, la cepa OKA/Merck (varivax, Merck y col.) se debe conservar a menos 15 grados centígrados fue autorizada por FDA en EE.UU para administrar en adultos sanos que no hayan padecido varicela (17). Cerca del 90 % de los adultos tienen evidencia de inmunopositividad aproximadamente 200 muertes, así como 6000 – 9000 hospitalizaciones –enfermedad (18) .la incidencia de varicela en adultos jóvenes ha ido en aumento, la infección es mas severa en adultos que en niños y las complicaciones mas frecuentes a medida que aumenta la edad de la primoinfección (19).La varicela, conocida popularmente en Venezuela como lechina, es una enfermedad comun en niños. Se trata de la infección inicial por el virus varicela-zoster .los pacientes desarrollan una erupción maculo-papulosa hemorrágica cutánea y/o mucosa acompañada de malestar y fiebre. Las lesiones evolucionan rápidamente a vesícula y pústulas que se rompen y forman costras sumamente pruriginosas. (20,21,22) ,prácticamente todos los individuos se contagian en el curso de su vida ,estimándose que en el área urbana 90 % de los mayores de 30 años y casi todos los mayores de 60 años tendrían anticuerpos de frente a VVZ (24). En climas templados, más del 90 % de la población ha padecido la enfermedad antes de los 15 años de edad y un 95 % en el comienzo de la vida adulta. En climas tropicales el patrón estacional no es tan evidente y la mayor proporción de casos se observa en adultos. (25,26,27) .Las encuestas de seroprevalencia realizadas ,tanto a nivel nacional como en algunas comunidades autónomas ,indican que a los 5 años de edad el 50 % de la población ya ha tenido contacto con el virus y se encuentra protegida , este porcentaje aumenta con la edad y en el grupo de 10-15 años un 90 % ya son inmunes .(28) .

En este estudio de investigación se pretende identificar la incidencia de varicela en adultos previamente inmunizados

MARCO TEORICO.

La varicela es una infección universal, contagiosa, benigna de la infancia caracterizada por un exantema vesiculoso; cuya etiología es el virus de la varicela zoster perteneciente a la familia de los virus herpéticos.

En la infección primaria, la transmisión se produce con mayor probabilidad por vía respiratoria, produce diseminación en el sistema reticuloendotelial y, por ultimo, infección viremia.

Hasta el momento, se desconoce el mecanismo de reactivación del virus varicela zoster que da lugar al herpes zoster. En tanto, el virus infecta los ganglios de las raíces dorsales durante la varicela y allí permanece latente hasta su activación.

El único reservorio conocido del VZV es el ser humano, cuyo padecimiento resulta altamente contagioso y su incidencia se ha establecido hasta en un 90% entre personas predispuestas (sero-negativas). El virus posee alcances endémicos entre la población general, llegando a convertirse en epidémico bajo determinados picos estacionales al final del invierno y al comienzo de la primavera. Especialmente los niños cuyas edades van del primero al cuarto año y de los 10 a los 14, son quienes presentan una frecuencia mayor de infección. Por otro lado, en Estados Unidos un 10% de la población mayor de 15 años de edad esta predispuesta a la infección.

De acuerdo con diversos sesgos estadísticos, el 50% de las incidencias de infección se presentan en niños de 5 a 9 años de edad. A pesar de los registros de índices tan altos de infección como los antes mencionados, la aplicación de la vacunación para el VZV en el segundo año de vida ha provocado una configuración diferente en las características epidemiológicas de la infección.

El período de incubación de la varicela abarca generalmente un período que va de 10 a 21 días, aunque éste suele alcanzar de 14 a 17 días; las tasas de ataque secundarias en hermanos predispuestos es de 70 a 90% y se considera contagiosa en un lapso aproximado de 48 horas antes del exantema vesiculoso, que suele durar de 4 a 5 días hasta que todas las vesículas forman costras. La varicela se manifiesta por exantema, febrícula y malestar

general en los sujetos inmunodeprimidos, aunque es considerada como enfermedad benigna, uno de sus rasgos principales consiste en que el sujeto infectado presenta fiebre de 37.8 a 39.4 grados centígrados, cuya afectación puede durar hasta cinco días. Las lesiones presentadas en el sujeto infectado por varicela son maculopapulares, vesículas y costras en diversas fases de evolución. El paso de maculopapulares a vesículas generalmente sucede de horas a días; las lesiones aparecen principalmente en tronco y cara, aunque no limitado a ello ya que también afectan otras partes del cuerpo.

Entre la población infantil, la localización de este padecimiento es más frecuente que se ubique en el sistema nervioso central, lo cual produce ataxia cerebelosa aguda e irritación meníngea.

Entre otras de las complicaciones graves de la varicela, encontramos la neumonía por varicela, cuya frecuencia en adultos alcanza hasta un 20%, aparece a los tres y cinco días de la enfermedad. Por otra parte, la varicela perinatal es de alta mortalidad cuando la enfermedad materna aparece durante los cinco días anteriores y las 48 horas posteriores al parto.

La varicela presentada en adultos previamente inmunizados (7) causa una infección que cursa con una alta tasa de complicaciones y mortalidad. Con referencia a lo anterior, podemos establecer que 90% de los casos nuevos de varicela ocurre antes de la adolescencia, aunque en el rango de los 60 años de edad el 100% de la población tiene serología positiva para este agente infeccioso. La tasa de mortalidad refleja un aumento considerable entre sujetos mayores con más de 20 años de edad.

Algunos de los factores de riesgo mayormente asociados a la mortalidad por varicela son: infección por VIH, tumores malignos, diabetes, artritis reumatoide, esclerosis múltiple y asma (8). Dado que es una enfermedad infecto-contagiosa que raya significativamente en los márgenes de lo cotidiano, se ha reportado un aumento considerable de la morbilidad en poblaciones previamente sanas, especialmente por patologías relacionadas con infecciones cutáneas.

En cuanto a la inmunidad humoral, diversos estudios han establecido que la tasa de seroconversión con la vacuna viva atenuada es mayor del 95% entre sujetos inmunocompetentes. Los anticuerpos Ig G son detectables entre los 10-14 días. A su vez, entre los aspectos relacionados con la inmunidad celular, se ha demostrado que más del 95% de los vacunados reconocen antígenos de la vacuna en el período que va de las 2-6 semanas de su administración, con inducción de respuesta profiláctica de linfocitos T, específicos a VVZ. Esta inducción temprana de la inmunidad celular, probablemente explica la protección conferida vacunando contactos intradomicilarios susceptibles, expuestos a individuos con varicela. Los vacunados muestran memoria de linfocitos T citotóxicos (LTC) a glicoproteínas específicas de la vacuna (8).

Finalmente, el calendario de vacunas por varicela recomendado para adultos por grupo de edad, establece que de 19 a 49 años de edad se apliquen dos dosis 0 en un lapso de 4-8 semanas; de 50 a 64 años de edad, 2 dosis 0 en 4-8 semanas (9).

En cuanto a hospitalización por varicela, las referencias estadísticas americanas para el período de 1988-1995, muestran frecuencia aproximada de 211 por 100.000 casos en adultos, mientras que en Francia las tasas de morbilidad y mortalidad por varicela entre 1990 y 1999 mostraron alta incidencia entre los 25 y los 35 años de edad (10). Retinitis bilateral debida al virus de varicela-zoster, es una enfermedad rara y se distingue por hallazgos clínicos que incluyen: uveitis y vitritis de moderada a grave, vasculitis oclusiva grave de las arterias retinianas y necrosis periférica progresiva de la retina, con desprendimiento de la misma. Se manifiesta entre los 20 años y 50 años de edad. Su origen es una reactivación de la infección, pero igualmente una respuesta inmunológica hacia el virus como la causa desencadenante. Ocurre durante cero hasta seis semanas después de una infección por herpes virus. Se valoro el único antecedente de infección por varicela, un mes antes y se inicio el tratamiento con aciclovir, prednisona y ácido acetilsalicílico. mediante serología se demostró la existencia de anticuerpos contra varicela-zoster. La paciente recupero la visión de manera progresiva y satisfactoria y a los 10 días su agudeza visual fue de 20/50. El tratamiento duro 18 semanas (14). vacuna contra la varicela elaborada con una cepa de virus atenuado, obtenido de un cultivo aislado conocido como OKA. Tiene una eficacia de 85% contra la enfermedad y 95% -100% contra enfermedad de

16

moderada a grave .una vigilancia activa de 6.314 casos de varicela pudo determinar la contagiosidad de la varicela que existe en sujetos vacunados. La contagiosidad fue de la mitad en los casos vacunados comparados con aquellos no vacunados. Es bien sabido que la infección en adultos se asocia a mayor morbimortalidad .las complicaciones ocurren en un 4 a 5.5 % de los casos de varicela, la mayoría son previamente sanos. Esta es una enfermedad relevante y que genera enormes costos principalmente costos indirectos (perdidas de trabajo). La vacuna es altamente costo efectivo desde el punto de vista de la sociedad.

Grupos prioritarios para vacunar:

Adolescentes y adultos susceptibles

Inmunocomprometidos en ciertas condiciones (leucemia en remisión, VIH CDC clase I)

Contactos familiares inmunocomprometidos

Trabajadores de la salud seronegativos (IgG anti varicela negativo)

Profesores y empleados de guardería infantil

Personal militar susceptible

Mujeres susceptibles en edad fértil, no embarazada

Hombres susceptibles que vivan con mujeres embarazadas y/o niños

En estados unidos de América la morbilidad se redujo en un 76% en el año de 1995 y 87% en el año 2000.

Factores asociados a la ocurrencia de personas vacunadas contra la varicela:

Tiempo entre la vacunación y el contacto

Vacunación a edad temprana

Uso de corticoesteroides orales (15). La inmunidad persiste al menos 10 años después, de la vacunación .Eficiencia: Beneficios económicos de la vacunación superan los costos

derivados del diagnóstico y tratamiento de los enfermos y de sus complicaciones así como los derivados del ausentismo escolar y laboral, que ocasiona la varicela.

Seguridad: La vacuna es segura y bien tolerada

Reacciones adversas más frecuentes en inmunodeprimidos y adultos:

-exantema vesiculoso o maculopapuloso localizado en el lugar de la inyección

-reacción local: Dolor, eritema e induración

-fiebre

-otros: cefalea, astenia, convulsiones febriles, síntomas de vías respiratorias superiores (16).

Varicela modificada (Breakthrough) es leve, aunque potencialmente infecciosa. Las características son exantema con un menor número de elementos totales y vesiculosos, fiebre ausente o febrícula duración más breve y menor gravedad que la enfermedad natural (17).

En este estudio de investigación se pretende identificar la incidencia de varicela en adultos previamente inmunizados

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En Estados Unidos, cerca de 12 mil personas son hospitalizadas por complicaciones (encefalitis, neumonías) asociadas a la varicela, incluso la muerte. En México, se reportaron 360 mil 579 casos acumulados en el 2004; en ese sentido, asciende a un 30% de la población adulta aquella considerada en riesgo de padecer la enfermedad. Se estima que aproximadamente un 90% de los mayores de 30 años y casi todos los mayores de 60 años tendrían anticuerpos de VVZ (3).

En cuanto a hospitalización por varicela, las referencias estadísticas americanas para el período de 1988-1995, muestran frecuencia aproximada de 211 por 100.000 casos en adultos, mientras que en Francia las tasas de morbilidad y mortalidad por varicela entre 1990 y 1999 mostraron alta incidencia entre los 25 y los 35 años de edad (10).

Casos de varicela por institución del 2000 al 2007, SSA 27.8%, IMSS 62.8%, ISSSTE 8.0 %, IMSS oportunidades 0.4 %, otras 0.3% (19). El primero de diciembre de 2008 en el distrito central de honduras se detecto un brote de varicela que afecta a niños y adultos en un 68 % más, en comparación con otros años (20). La varicela es universal, su incidencia anual suele corresponder a la tasa de nacimientos anuales de cada país. La incidencia mundial de los casos de varicela se estima en 60 millones al año. En EE.UU se producen 4 millones de casos de varicela cada año que cursa con 4500 hospitalizaciones por año. 100 fallecimientos anuales y 25 a 40 casos de varicela congénita. En Francia el número anual de casos de varicela es de 650,000. En España se describe 400,000 de casos de varicela anuales. La varicela su incidencia corresponde a la tasa de nacimientos anuales de cada país (21).

A pesar de que hay una alta incidencia de varicela en adultos previamente inmunizados entre la población del consultorio No. 4 del turno matutino en la UMF No. 87 de Ciudad Acuña, las instancias de salud pública locales, estatales y municipales no cuentan con programas de atención específica para esta patología (discrepancia).

La población adscrita al consultorio No. 4 de la UMF antes mencionada, alcanza un alto índice de incidencia de varicela en adultos (magnitud); el fenómeno migratorio natural de una frontera como la nuestra, el cambio de estilo de vida entre la población flotante e inmigrante y la ausencia de programas estratégico de salud pública relacionados con este padecimiento (posible origen), provocan la creciente tasa de varicela en adultos previamente inmunizados (trascendencia).

Ante esto, se desprende que un programa de prevención que eventualmente incluyera campañas de vacunación para evitar y prevenir la varicela, resultaría altamente favorable para erradicar el padecimiento y sus complicaciones, sobre todo en áreas predisuestas en virtud de sus condicionantes por edad, inmunidad y factores socio-económicos (vulnerabilidad y alternativas de solución).

¿Será alta la incidencia de varicela en adultos previamente inmunizados?

JUSTIFICACION.

Además de enumerar la casi interminable evidencia que arroja la investigación documental y de campo relacionada con el padecimiento de la varicela, resulta primordial enfatizar que cuando dicha afección se hace presente en adultos el espectro de causas y consecuencias posibles se amplía de tal manera que obliga al cumplimiento no sólo de los más altos estándares de ética médica, sino de estrategias de salud pública cuyo enfoque se centre en abatir los estragos que causa la infección por varicela entre la población general.

Si bien es cierto que en población infantil la varicela, conocida coloquialmente como “viruela loca”, es considerada como benigna ello no implica (su benignidad ni su casi festiva aceptación popular) desatención o en el mejor de los casos un tratamiento “cotidiano”.

Por el contrario, y en tanto una pretensión que impulsa el presente estudio, es fundamental en el más estricto sentido de la epidemiología establecer de manera sistemática las causas, estrategias preventivas y tratamientos orientados a reducir y/o erradicar la incidencia de la varicela en adultos previamente inmunizados, especialmente en lo que concierne a la población de la Unidad de Medicina Familiar No. 87, ubicada en Ciudad acuña, Coahuila.

Sirva pues este trabajo, más allá del requerimiento pedagógico subyacente, para despertar el interés mínimo necesario, impulsar las cruzadas de salud pública y el compromiso social conducentes para que desde lo individual, profesional e institucional cada uno de los actores involucrados en la prevención y tratamiento de la varicela cuenten con información referencial fidedigna cuyo impacto se refleje en mejores condiciones de vida y menores niveles de infección por el padecimiento ampliamente citado.

OBJETIVO GENERAL

Demostrar que la varicela en adultos previamente inmunizados presenta alta incidencia en la población adscrita a la UMF No. 87 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Ciudad Acuña, Coahuila.

OBJETIVO ESPECIFICO

1. Establecer si la inmigración es un factor de riesgo condicionante para la alta incidencia de varicela en adultos previamente inmunizados.
2. Conocer datos sociodemográficos de la población blanco
3. Conocer antecedentes de inmunización

HIPOTESIS ALTERNA

Existe alta incidencia de varicela en adultos previamente inmunizados entre la población adscrita a la UMF No. 87 del IMSS en Ciudad Acuña, Coahuila.

HIPOTESIS NULA

No existe alta incidencia de varicela en adultos previamente inmunizados entre la población adscrita a la UMF No. 87 del IMSS en Ciudad Acuña, Coahuila.

MATERIAL Y METODOS

Para demostrar la alta incidencia de la varicela en adultos previamente inmunizados en el consultorio número 4 matutino de la Unidad de Medicina Familiar No 87 del Instituto Mexicano del Seguro Social de ciudad Acuña, Coahuila, en el presente estudio se recurrió al uso de metodologías retrospectivo prospectivas, transversal y observacional.

Para tal efecto, la muestra poblacional incluyó la recopilación de los casos de varicela registrados en la población adscrita al consultorio número 4 matutino de la UMF 87 del IMSS en Cd. Acuña reportados entre el primero de enero al 31 de diciembre del 2009.

Dicha información se documentó en una base de datos que incluye variables diversas entre las que se destacan: edad, sexo, ocupación, lugar de origen, nivel socio-económico, inmunización previa, status de padecimiento, tratamiento recibido, complicaciones, entre otros y cuyo tratamiento estadístico estuvo determinado por la tabla de contingencias y la chi cuadrada.

Para tal fin, la fuente de información primaria estará constituida por los expedientes del archivo de la propia unidad de atención médica.

CRITERIOS DE INCLUSION.

1. Pacientes de ambos géneros mayores de 18 años
2. Con y sin antecedente de inmunización para varicela
3. Que hayan presentado datos clínicos compatibles con Varicela

CRITERIOS DE EXCLUSION.

1. Pacientes inmunocomprometidos (SIDA, hemato-oncológicos)
2. Pacientes que tomen medicamentos inmunosupresores o ácido acetilsalicílico

CRITERIOS DE ELIMINACION.

1. Pacientes con expediente clínico incompleto

DEFINICION OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE. *Varicela en adultos previamente inmunizados*

DEFINICION CONCEPTUAL . Infección primaria producida por el virus de varicela-zoster (VZV) ,muy contagiosa, y autolimitada. Se caracteriza por una erupción de distribución centrípeta, constituida por vesículas que aparecen sobre una base eritematosa, evolucionan hacia pustulas y costras, y pueden dejar pequeñas depresiones .El periodo de incubación varia de 10 a 20 días, con un promedio de dos semanas. se inicia como un exantema maculopapular muy leve, casi siempre precedido de prodromos con febrícula y malestar general, que duran 24 a 48 horas .en cuatro a cinco días aparece una erupción en tronco ,cara, piel cabelluda y raíces de extremidades ,con distribución centrípeta ;se caracteriza por vesículas aisladas sobre una base eritematosa .

DEFINICION OPERACIONAL. Casos clínicos reportados como varicela en la UMF 87 entre el primero de enero y el 31 de diciembre del 2009

ESCALA DE MEDICION. Nominal

FUENTE DE INFORMACION. Expediente clínico

VARIABLE DEPENDIENTE: *Incidencia*

DEFINICION CONCEPTUAL. Número de casos nuevos que surgen en un área geográfica y período de tiempo determinado.

DEFINICION OPERACIONAL. Número de casos de varicela existentes en el período del primero de enero al 31 de diciembre del 2009 en la UMF 79 de Ciudad Acuña, Coahuila.

ESCALA DE MEDICION. Nominal

FUENTE DE INFORMACION. Hoja de recolección de datos

MUESTRO

Tipo de muestreo: No probabilístico por conveniencia.

Tamaño de la muestra: $Z_{\alpha}^2 (PQ)/d^2$ (Estimar el tamaño de acuerdo a la fórmula)

P= Prevalencia de paciente con varicela en adultos previamente inmunizados

Q= (1-P)

d^2 = margen de error (0.03)

n= Tamaño de la muestra

n= 92 pacientes

PLAN DE ANALISIS ESTADISTICO. Se utilizará la estadística descriptiva con medidas de frecuencia simple y de dispersión. Y la tabla de contingencias 2X2 y la Chi cuadrada

CONSENTIMIENTO INFORMADO

No requiere

FINANCIAMIENTO DEL PROYECTO

Nombre del Investigador responsable			
Quiroga	Salazar	Fernando	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	
Nombre del Investigador(es) asociado(s)			
Del Rio	Ortiz	Dr. Oscar	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	
Título del protocolo de Investigación			
Incidencia de Varicela En Adultos Previamente Inmunizados			
Presupuesto por tipo de gasto			
Gasto corriente			
	Gasto	Justificación	Monto
1	Artículos, materiales y útiles diversos	Papelería, hojas de maquina, lápices, plumas, borradores, carpetas, grapadora, USB.	3,000
2	Impresora	Copias de la encuesta	2,000
3	Cartucho para impresora	Negros y color	2,000
4	Viáticos	Alimentación, transporte,	15,000
5	Difusión	Transporte, inscripción a eventos, envío a revista médica	7,000
		Subtotal de gasto corriente	2,000
Gasto de Inversión			
			24,000

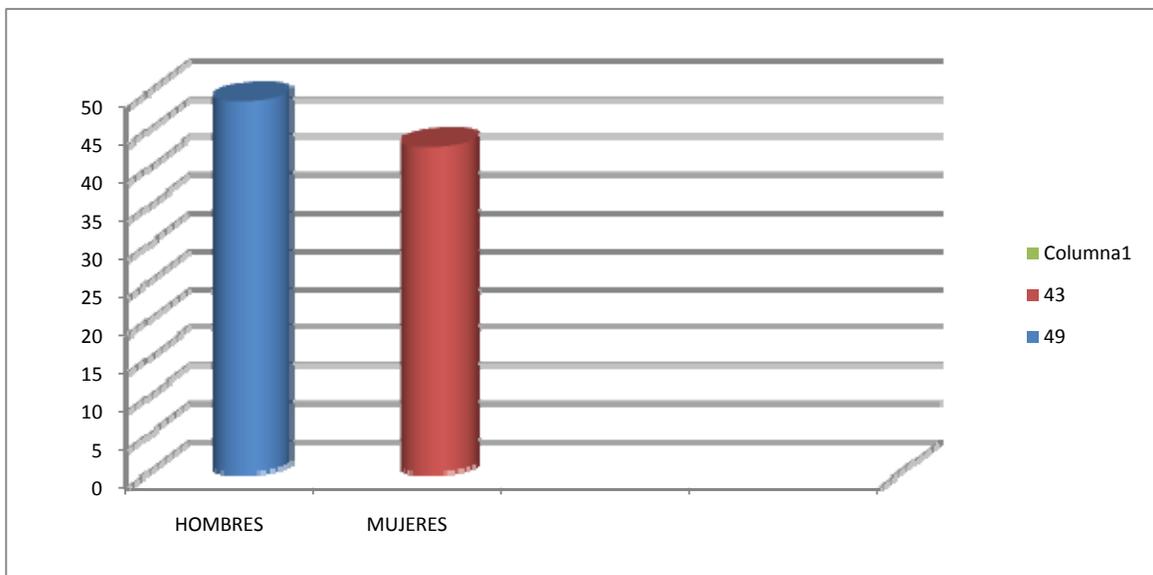
RECURSOS HUMANOS

En la realización de este trabajo de investigación, intervienen los siguientes recursos humanos:

GRÁFICAS:

GRÁFICA NO. 1

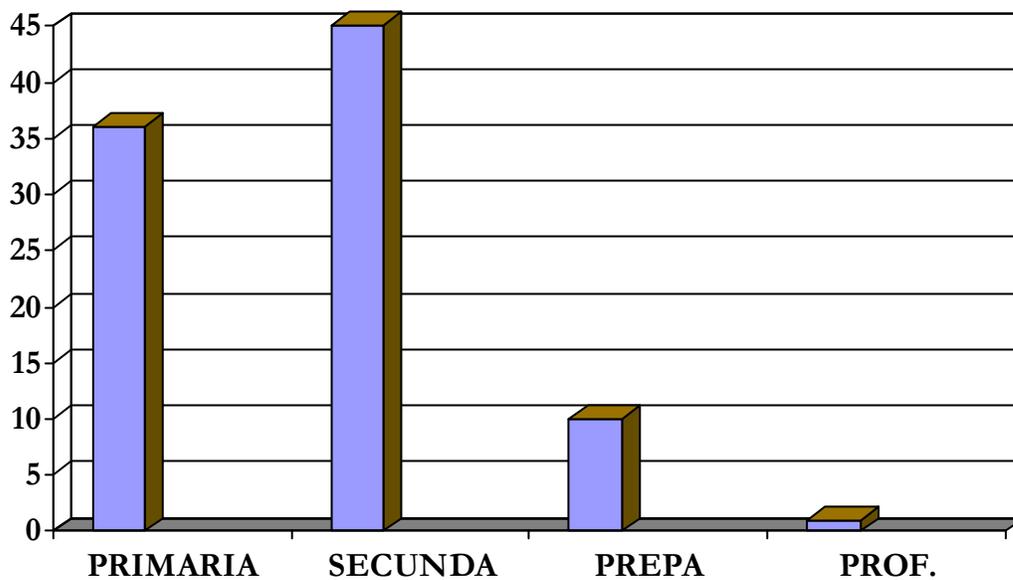
INCIDENCIA DE VARICELA EN ADULTOS PREVIAMENTE INMUNIZADOS
RELACION HOMBRES -MUJERES



Se encontró que de los 92 pacientes con varicela. 49 eran hombres (53.26 %) y 43 eran mujeres (46.73 %), por lo que se concluye que la varicela se presentó con más frecuencia en los hombres.

GRÁFICA NO.2

ESCOLARIDAD.

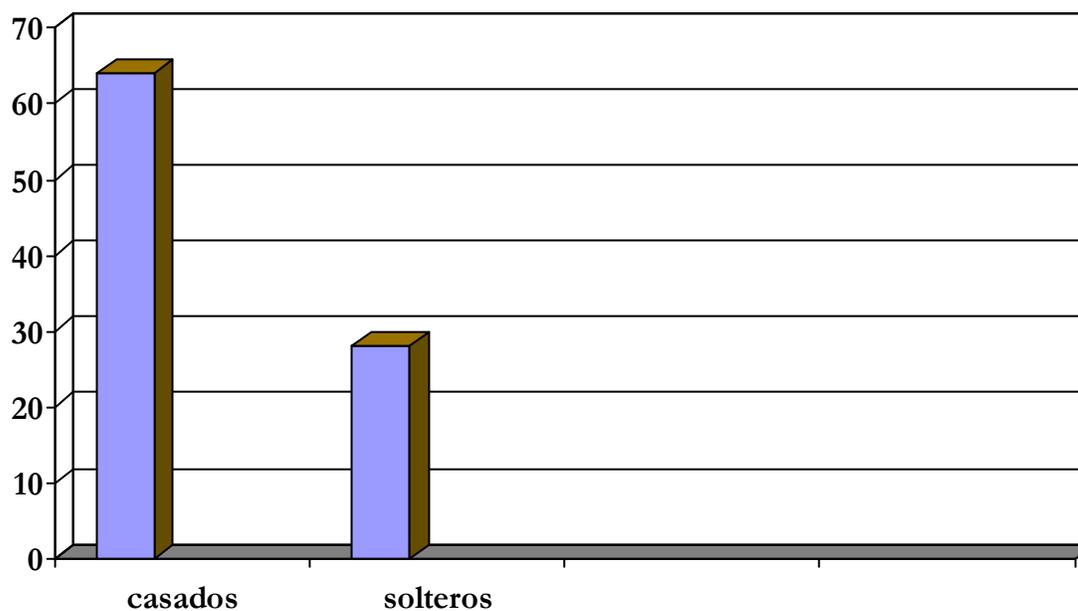


De los 92 pacientes que padecieron varicela. Estudiaron primaria 36 (39.13 %), terminaron secundaria 45 (48.91 %), preparatoria 10 (10.86 %), y profesional 1 (1.08 %).

La mayor incidencia de varicela se presentó en los de grado de escolaridad de secundaria, seguidos por los de educación primaria.

GRÁFICA NO 3

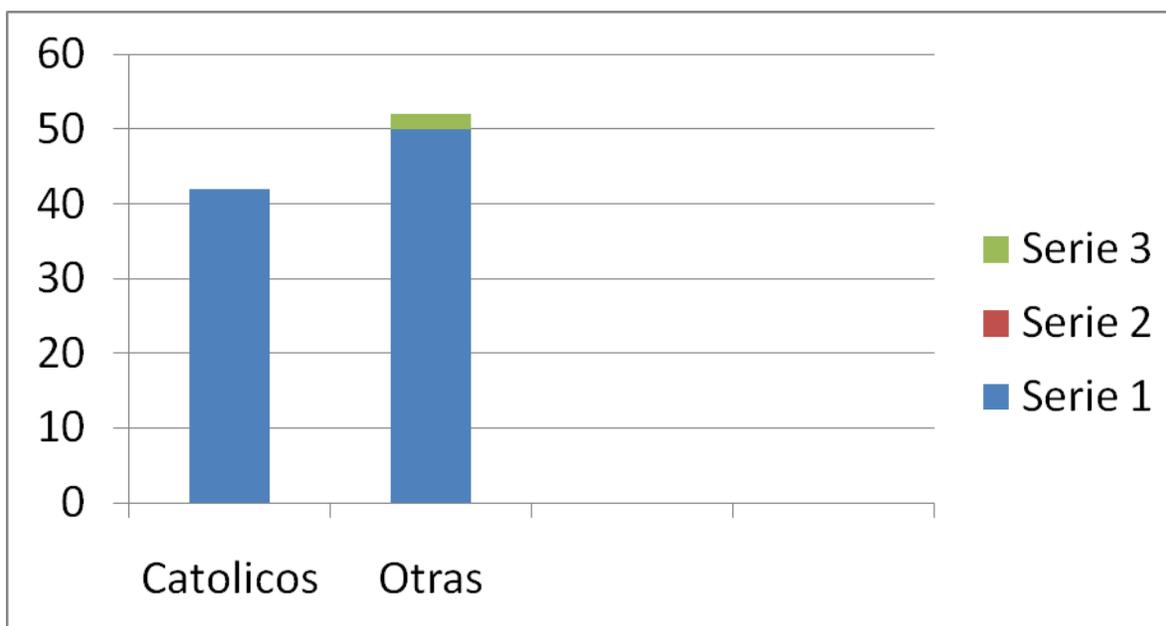
ESTADO CIVIL



De los 92 pacientes que padecieron varicela . 63 son casados (69.57 %) y son solteros 28 (30.43 %). La varicela predomino em los casados

GRÁFICA No. 4

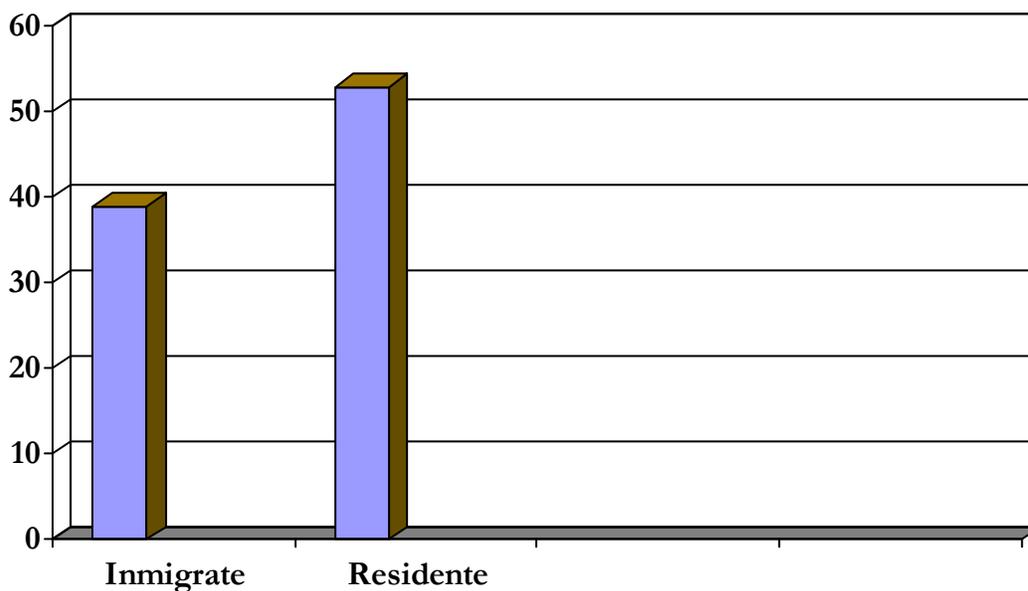
RELIGIÓN



De los 92 pacientes que padecieron varicela . Son católicos 42 (45.65 %) y son de otra religion 50 (54.34 %).

GRÁFICA NO. 5

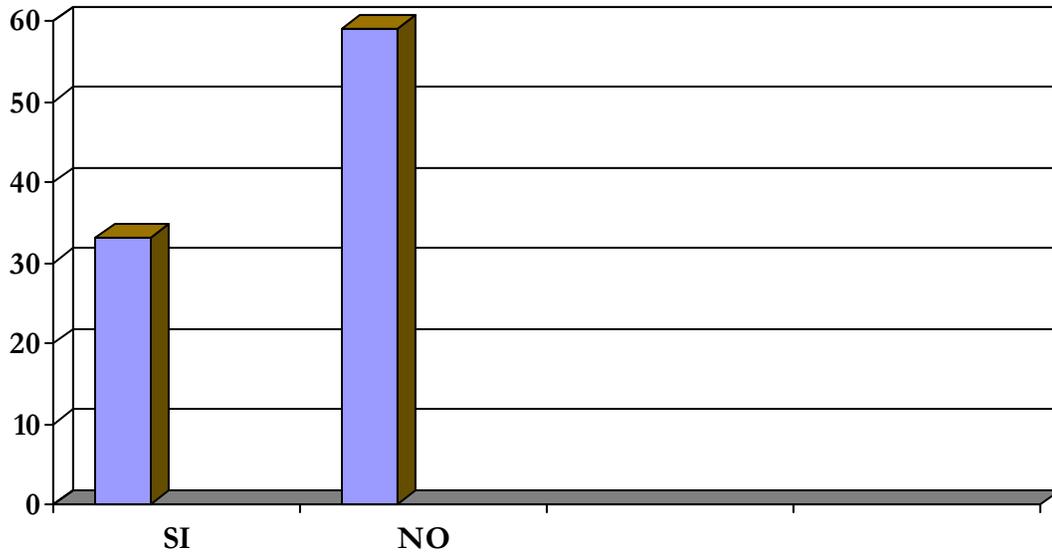
LUGAR DE ORIGEN



En los 92 pacientes que padecieron varicela . 38 son inmigrantes (41.30 %) y 54 son residentes (57.60 %) de La misma ciudad. Por lo que se concluye contrario a lo que se pensaba, que La varicela afecta más a los oriundos de esta ciudad que los que vienen de fuera.

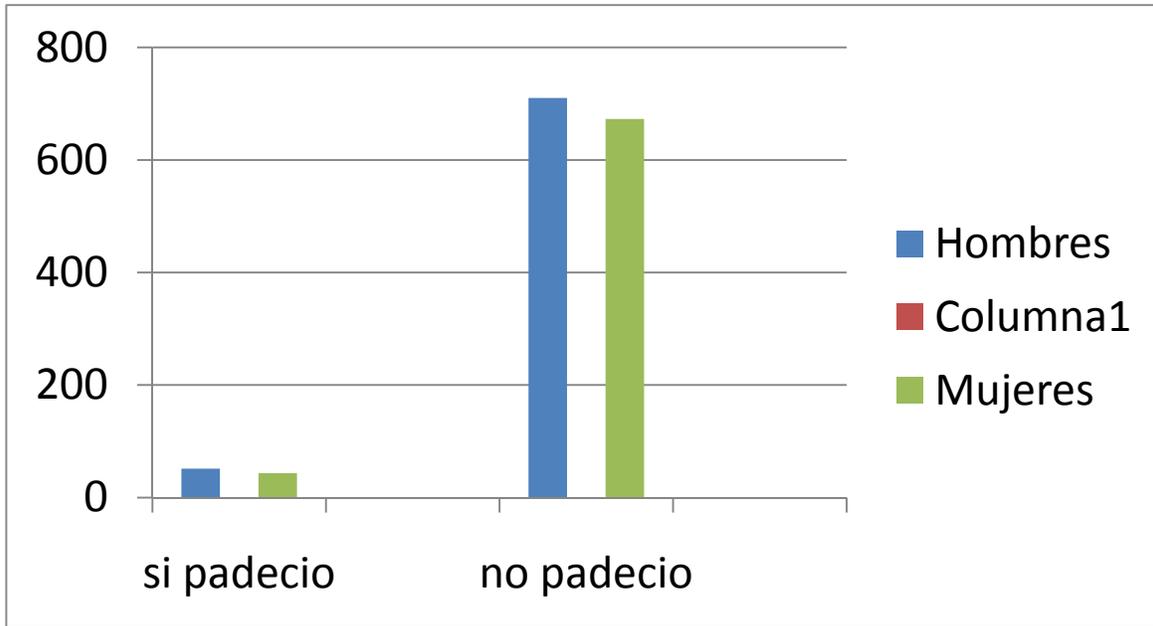
Gráfica No. 6

PADECIO VARICELA



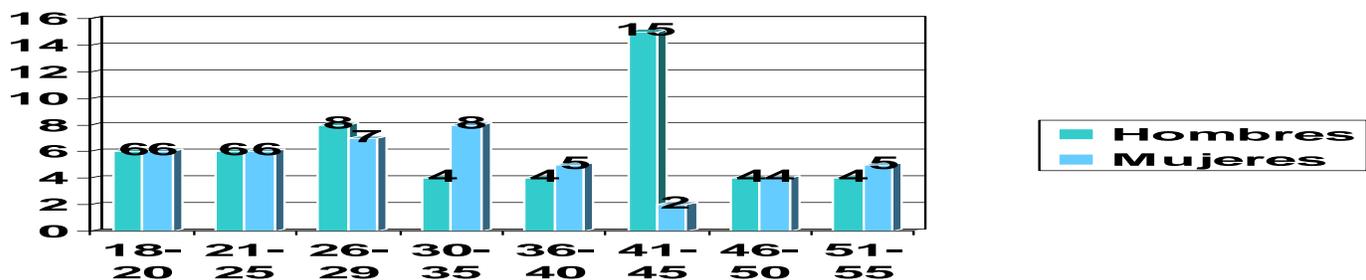
De los 92 pacientes que padecieron varicela El (35.86%)34 si padecio varicela previamente (36.95 %) , y El (64.13%) 58 no habian padecido varicela (63.04 %). Aunque La varicela predomino en los pacientes que

no habían padecido varicela. La incidència de La misma en los pacientes que ya La habían padecido fue muy alto (36.95 %) .



El total de La población de mi consulta mayores de 18 años de edad son 1,475 pacientes. El porcentaje que presentaron varicela es de 6.23%. Total de si padecio de varicela hombres 51 y mujeres 43. Población que no padecio varicela hombres 710 y mujeres 673.

GRAFICA DE POBLACION



En el estudio se encontró que en la población total de mi consultorio de adscripción presento elevado índice de varicela en las edades de 41 a 45 años y en segundo lugar en edades de 26 a 29 años.

POBLACION TOTAL DE PACIENTES DE MAYORES DE 18 AÑOS QUE PADECIERON VARICELA .

GENERO	18-20	21-25	26-29	30-35	36-40	41-45	46-50	51-55
Hombres	6	6	8	4	4	15	4	4
Mujeres	6	6	7	8	5	2	4	5

RESULTADOS DE LA INCIDENCIA DE VARICELA EN ADULTOS PREVIAMENTE INMUNIZADOS .

Se encontro que los 92 pacientes con varicela 49 eran hombres (53.26 %) ,y 43 eran mujeres (46.73 %) ,por lo que se concluye que La varicela se presento mas frecuente em hombres .(gráfica No 1

36 estudiaron primaria (39.13 %) ,45 secundaria (48.91 %) ,preparatoria 10 (10.86 %) ,profesional 1 (1.08 %) .se presento mas frecuente em pacientes que terminaron secundaria seguido de los de grado de escolaridad de primaria. (gráfica No 2)

De los 92 pacientes 63 son casados (69.57 %) ,y 28 son solteros (30.43 %) (Gráfica No 3).

42 profesan La religión católica (45.65 %) ,y de otra religion son 50 (54.34 %) (gráfica No.4)

38 fueron inmigrantes (41.30 % , y 54 fueron residentes (57.60 %) Contrario a lo que se esperaba, La varicela se presnetò mas en los oriundos de esta ciudad que en los inmigrantes. (gráfica no. 5)

De los 92 pacientes que si padecio varicela previamente fue 34 (35.86 %) ,y 58 no habia padecido varicela previamente (63.04 %) . Aunque La varicela se presentò más en los pacientes que no La habían padecido, El 35.86 de los casos de varicela se presentó en los previamente inmunizados que es um porcentaje muy alto (Gràfica No 6)aciòn

De La poblacion total mayor de 18 años es 1475 y los 92 Pacientes que presentaron varicela, representan el 6.23 % que padecio varicela de ese porcentaje el 3.45 % fueron hombres y el 2.91 % mujeres .

ANALISIS ESTADISTICO

TABLA DE CONTIGENCIA .RELACION CON HOMBRES Y MUJERES

DATOS OBSERVADOS

SEXO	INMUNIZADOS	NO INMUNIZADOS	TOTAL
HOMBRES	17	31	48
MUJERES	16	28	44
TOTAL	33	59	92

DATOS ESPERADOS

Sexo	Inmunizados	No inmunizados	total
Hombres	17.23	30.77	48
mujeres	15.77	28.22	44
total	33	59	92

S.A. cuadrada X^2 . RELACION SEXO.

Σ = sumatoria

O^1 = observado

E^1 = esperado

$$X^2 = \sum \frac{(O_1 - E_1)^2}{E_1}$$

$$X^2 = \sum \frac{(17 - 17.23)^2}{17.23} + \frac{(31 - 30.77)^2}{30.77} + \frac{(16 - 15.77)^2}{15.77} + \frac{(28 - 28.22)^2}{28.22}$$

$$X^2 = .0097$$

$$P = 0.802$$

TABLA CONTIGENCIA .DE ESCOLARIDAD

Estudios	inmunizados	No inmunizados	total
primaria	11	25	36
secundaria	14	31	45
preparatoria	03	07	10
profesional	00	01	01
total	28	65	92

Estudio	Inmunizado	No inmunizado	total
Primaria	10.95	25.43	36
secundaria	13.69	31.79	45
preparatoria	3.04	7.06	10
profesional	.30	.70	01
total	28	65	92

CHI CUADRADA χ^2 .ESCOLARIDAD

$$\chi^2 = \sum \frac{(O_1 - E_1)_2}{E_1}$$

$$\chi^2 = \sum \frac{(11-10.95)_2}{10.95} + \frac{(25-25.43)_2}{25.43} + \frac{(14-13.69)_2}{13.69} + \frac{(31-31.79)_2}{31.79} + \frac{(03-3.04)_2}{3.04} + \frac{(07-7.06)_2}{7.06} + \frac{(0-.30)_2}{.30} + \frac{(1-.70)_2}{.70} =$$

$$\chi^2 = .46$$

$$P = 0.662$$

TABLA DE CONTIGENCIA .ESTADO CIVIL

Estado civil	inmunizados	No inmunizados	total
casados	23	41	64
solteros	11	17	28
total	34	58	92

Estado civil	Inmunizados	No inmunizados	Total
Casados	23.65	40.35	64
Solteros	10.34	17.65	28
total	34	58	92

CHI χ^2 .ESTADO CIVIL

$$\chi^2 = \sum \frac{(O_1 - E_1)^2}{E_1}$$

$$\chi^2 = \sum \frac{(23 - 23.65)^2}{23.65} + \frac{(41 - 40.35)^2}{40.35} + \frac{(11 - 10.34)^2}{10.34} + \frac{(17 - 17.65)^2}{17.65}$$

$$\chi^2 = .094$$

$$P = 0.790$$

TABLA DE CONTIGENCIA. RELIGION

Religión	Inmunizados	No inmunizados	Total
Católico	18	29	47
Otras religiones	14	31	45
Total	32	60	92

Religión	Inmunizados	No inmunizados	Total
Católico	16.35	30.65	47
Otras religiones	15.65	29.35	45
total	32	60	92

CHI CUADRADA X². RELIGION

$$X^2 = \sum \frac{(-E_1)_2}{E_1}$$

$$X^2 = \sum \frac{(18-16.35)_2}{16.35} + \frac{(29-30.65)_2}{30.65} + \frac{(14-15.65)_2}{15.65} + \frac{(31-29.35)_2}{29.35}$$

$$X^2 = .51$$

$$P = 0.678$$

TABLA DE CONTIGENCIA .LUGAR DE ORIGEN

Lugar de origen	Inmunizados	No inmunizados	Total
Inmigrantes	18	21	39
Residentes	28	25	53
total	46	46	92

Lugar de origen	Inmunizados	No inmunizados	Total
Inmigrantes	19.50	19.50	39
residentes	26.50	27.50	53
Total	46	46	92

CHI CUADRADA X² .LUGAR DE ORIGEN

$$\chi^2 = \sum \frac{(O_1 - E_1)^2}{E_1}$$

$$\chi^2 = \sum \frac{(18-19.50)^2}{19.50} + \frac{(21-19.50)^2}{19.50} + \frac{(28-26.50)^2}{26.50} + \frac{(25-27.50)^2}{27.50} =$$

$$\chi^2 = .54$$

$$P = 0.678$$

TABLA DE CONTIGENCIA. PADECIO VARICELA

GENERO	PADECIÒ	NO PADECIÓ	Total
HOMBRES	34	632	666
MUJERES	58	751	809
total	92	1383	1475

GENERO	PADECIÒ	NO PADECIÒ	Total
HOMBRES	41.50	624.45	666
MUJERES	50.45	758.54	809
Total	92	1383	1475

CHI CUADRADA X². PADECIO VARICELA

$$\chi^2 = \sum \frac{(O_1 - E_1)^2}{E_1}$$

$$\chi^2 = \sum \frac{(24 - 41.50)^2}{41.50} + \frac{(632 - 624.45)^2}{624.45} + \frac{(50 - 50.45)^2}{50.45} + \frac{(751 - 758.54)^2}{758.54}$$

$$\chi^2 = 2.63$$

$$P = 0.970$$

DISCUSION:

La varicela es una enfermedad altamente contagiosa por el virus de la varicela zoster. En la actualidad, particularmente en Uruguay se contemplan diferentes acciones de salud

social entre las que se destaca el programa ampliado de inmunizaciones . Las implicaciones económicas y sociales que tiene la varicela entre la población, incide directamente en los niveles productivos, estándares financieros y cultura laboral de las naciones; eso sin olvidar el alto grado de mortalidad relacionado con esta infección que ataca por igual a jóvenes y adultos. En Estados Unidos, cerca de 12 mil personas son hospitalizadas por complicaciones (encefalitis, neumonías) asociada a varicela, incluso la muerte. En México se reportaron 360 579 casos acumulados en el 2004, en ese sentido, asciende a un 30 % de la población adulta aquella considerada en riesgo de padecer la enfermedad .Se estima que aproximadamente un 90 % de los mayores de 30 años y casi todos los mayores de 60 años tendrían anticuerpos de VVZ. En nuestro estudio se encontró que el 6.23 % de la población presento varicela el total de mi consultorio de adscripción lo que difiere con las cifras encontradas en este estudio.

En relación con esta enfermedad, la capacidad inmunitaria activa del feto y el recién nacido se ve afectada en contraposición con los datos registrados entre niños mayores y adultos.

Las tasas de ataque secundarias en hermanos predispuestos es de 70 % a 90 % y se considera contagiosa en un lapso de 48 hrs antes de el exantema vesiculoso .La varicela en adultos previamente inmunizados causa una infección que cursa con una alta tasa de complicaciones y de mortalidad .Con la referencia anterior podemos establecer que un 90 % de los casos nuevos de varicela ocurren antes de la adolescencia , aunque el rango de los 60 años de edad es el 100 % de la población tiene serología positiva para este agente infeccioso .

CONCLUSION

En el estudio se demostró que la incidencia de varicela en la población adscrita al consultorio No 4 matutino de la UMF NO 87. fue más frecuente en hombres. También se demostró que es más frecuente en pacientes originarios y con residencia en esta localidad, aunque la p no fue significativa, pues resultó mayor de 0.05, no como se pensaba anteriormente, sin embargo su incidencia de varicela es cíclica, en este estudio la incidencia de adultos previamente inmunizados el 35.86 % es un porcentaje alto ; Por lo que se deben de contemplar diferentes acciones de salud social entre las que se destaca el programa ampliado de inmunizaciones por las implicaciones económicas y sociales que tiene la varicela entre la población, incide directamente en los niveles productivos, estándares financieros y cultura laboral de las naciones; eso sin olvidar el alto grado de mortalidad relacionado con esta infección que ataca por igual a jóvenes y adultos.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Lugar y fecha

Acuña, Coahuila 2009

Por medio de la presente autorizo que mi

Nombre **Fernando Salazar Quiroga**

participe en el protocolo de investigación titulado:

Incidencia de Varicela en Adultos Previamente Inmunizados

Registrado ante el Comité Local de Investigación o la CNIC con el número:

Es demostrar que la varicela es muy frecuente en adultos previamente inmunizados.

El objetivo del estudio es

Se me ha explicado que mi participación consistirá en

Llenar un cuestionario

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes:

Ningún riesgo.

El Investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento, en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto.

El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a mi permanencia de mi representado (a) en el mismo.

Nombre y firma de ambos padres o tutores o del representante legal

Nombre, firma y matrícula del Investigador Responsable

Dr. Fernando Salazar Quiroga

Números telefónicos a los cuales se puede comunicar en caso de emergencia y/o dudas y preguntas relacionadas con el estudio:

877 115 1425

Testigos

Este formato constituye sólo un modelo que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación y sin omitir información relevante del estudio.

Clave 2810 – 009 – 014

INCIDENCIA DE VARICELA EN ADULTOS PREVIAMENTE INMUNIZADOS

NOMBRE	EDAD	SEXO	ESCOLARIDAD				ESTADO CIVIL		RELIGION		LUGAR DE ORIGEN		PADECIO VARICELA	
			PRIM.	SEC.	PREP.	PROF.	SOLT.	CASADO	CATOLICO	OTRAS	INMIGRANTE	RESIDENTE	SI	NO
Monsiváis López Adriana	35	M	X	X				X	X			X	X	
Aranda Terán Hugo	28	H	X	X				X	X			X	X	
Lomeli Ríos JL	23	H	X	X	X		X		X			X	X	
Bautista Matinés Araceli	30	M	X	X		X		X	X	X	X			X
Valdez cruz Rogelio	25	H	X	X			X			X		X		X
Ramos Rodríguez Ana	20	M	X	X			X		X		X			X
Avitua López Luis	19	H	X				X		X			X		X
Domínguez López Raúl	35	H	X					X		X		X		X
Alvarado Carrizales Ana	28	M	X	X	X			X		X		X	X	
Adame Sierra Sergio	42	H	X					X		X		X	X	
Escobedo Valero Ana	46	M	X					X	X			X	X	
Vázquez Ramírez Luis	35	H	X	X				X	X		X		X	
Gómez Cárdenas Sandy	20	M	X	X			X		X		X			X
Regalado Vasconcelos R	48	H	X					X		X		X		X
Quintero Lara Ana	25	M	X	X				X		X		X	X	
Calderón Ventura Lidia	30	M	X					X		X		X	X	
Hernández Ruiz Ventura	33	M	X	X	X			X	X		X			X
Hernández Hernández V.	28	M	X					X	X		X			X
Soria Meléndez Sonia	19	M	X					X	X			X		X
Muñoz Ortega José	20	H	X	X				X	X			X	X	
Rojas Barbosa miguel	28	H	X	X	X			X	X			X		X
González Gómez Jesús	40	H	X					X		X		X		X
Dueñez Echavarría E.	26	M	X	X				X		X	X			X
Galván Abrego Blanca	42	M	X					X		X	X			X
Díaz Álvaro Diana	52	M	X					X	X		X			X
López Librado Elvia	32	M	X	X				X		X		X	X	
Aguirre Regin Luis	44	H	X					X		X		X	X	
Rodríguez Galarza Juan	36	H	X					X	X		X			X
Igno Gutiérrez Juan	21	H	X	X			X			X	X			X
Rodríguez Lara Reyna	19	M	X	X				X		X		X	X	
Reynosa Laborico Laura	45	M	X	X				X	X			X		X
Mota Puente Alondra	30	M	X	X				X		X		X		X
Martínez Aguilar María	22	M	X					X		X		X		X
Flores Guerra Kenia	32	M	X					X	X		X		X	

Saravia Olvera Sofía	39	M	X	X				X	X		X		X	
Espinoza Martínez Jesús	20	H	X				X		X		X			X
Puente González Martin	25	H	X					X		X		X		X
Rodríguez Briones María	28	M	X					X		X		X	X	
Zamarripa Carrizales Petra	39	M	X	X				X		X		X		X
Cantú Gómez Olivia	51	M	X					X	X		X			X
Ávila Villa Antonio	41	H	X					X	X		X			X
Ochoa Agüero Genaro	20	H	X				X		X			X		X
Chávez Ortiz Rebeca	19	M	X	X			X			X		X	X	
Ramón Rodríguez Javier	41	H	X					X		X		X	X	
Esqueda Aguilar Luis	27	H	X				X			X		X		X
Teodoro Alor Dilma	23	M	X	X			X		X		X			X
López Torres Cristian	22	H	X	X			X		X		X			X
Gallegos Gándara Jorge	27	H	X					X		X	X			X
Rangel Puente Juan	42	H	X					X		X		X	X	
De la paz Martínez J.	31	H	X	X				X		X		X	X	
Mata González Máximo	36	H	X	X				X	X			X		X
López Sánchez Alfonso	45	H	X	X				X	X			X		X
Sosa Pérez José	44	H	X	X				X		X		X		X
Grimaldo Martínez Martin	36	H	X					X		X	X			X
Zapata Uribe Rubén	51	H	X					X	X		X			X
López Ávila Isaías	48	H	X					X		X	X		X	
López Reyes Leticia	34	M	X					X		X	X		X	
Castro Anaya Antonio	20	H	X	X			X		X			X		X
Dávila Martínez Irasema	19	M	X	X	X		X			X	X			X
Frustro Rubio Luis	23	H	X				X			X		X		X
Ibarra Rivera Pedro	45	H	X	X				X	X			X		X
Martínez Gómez Oscar	44	H	X					X	X		X		X	
García Ortiz David	51	H	X	X				X	X			X	X	
Martínez Villa María	38	M	X					X		X	X		X	
Cassio Estrada Marina	26	M	X					X		X		X		X
Sánchez Alfaro Ofelia	28	M	X	X				X		X		X		X
Narváez Silva Arturo	23	H	X	X			X			X		X		X
Jiménez María Estela	27	M	X		X		X			X	X			X
Serrano Castro Arturo	41	H	X					X	X		X			X
Rocha Salazar Joel	19	H	X				X		X			X		X

Martínez Reyes Micaela	19	M	X	X			X			X		X	X	
Fraire Ramos María	27	M	X					X		X		X	X	
Pargos De López María	39	M	X					X	X		X			X
De la Rosa Guerra Ríes	42	H		X				X		X	X			X
López Cano Mario	21	H	X				X			X	X			X
Fuentes Ávila Félix	20	H	X	X			X		X			X		X
Alvarado Silva Leandro	19	H	X	X			X		X			X		X
Lerma Vázquez Consuelo	38	M	X	X	X			X	X			X		X
Garza Bautista José	43	H	X	X				X		X		X	X	
Pérez Carrillo Víctor	45	H	X	X				X		X	X		X	
Guillen Rocha Alicia	47	M	X	X				X		X	X			X
Ruiz Treviño Trinidad	35	M	X					X	X		X			X
Barboza Barrera Pedro	37	H	X					X		X	X			X
Prado Mendoza Alicia	38	M	X					X		X		X		X
Mercado Palacios Gloria	34	M	X					X	X			X		X
Bermea Contreras Jaime	23	H	X	X			X		X			X	X	
Pérez Moreno Brenda	35	M	X		X			X	X		X		X	
Cortez García Cristóbal	19	H	X	X			X			X	X		X	
Valdez Muñoz María	37	M	X	X	X			X		X	X			X
Trejo García Bartola	45	M	X	X				X		X	X			X
Aranda Cerda Sofía	45	M	X					X		X		X		X
Ibarra Flores Carlos	26	H	X					X	X			X		X
Martínez Díaz Manuel	28	H	X	X	X			X	X			X	X	

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

FICHA DE IDENTIFICACION

Fecha

Nombre No. de Afiliación Iniciales No. Pte.

Lugar de origen: _____

Viajes recientes a: _____

Edad Género: Masculino Femenino

Estado civil
Casado (1), Soltero (2), Divorciado (3), Viudo (4), Unión libre (5), Separado (6), No precisa (7)

Escolaridad
Primaria no terminada (1), Primaria (2), Secundaria (3), Preparatoria (4), Secundaria (5), Preparatoria (6), Técnico (7), Universitario (8), No sabe leer ni escribir (9), Ninguna (10)

Ocupación

1. Ama de casa
2. Trabajos menores ocasionales e informales (servicios domésticos ocasionales, cuidadores de autos, trabajador eventual, etc.)
3. Oficio menor, obrero no calificado, jornalero, servicio doméstico con contrato
4. Obrero calificado, capataz, microempresario (taxi, comercio menor, ambulante, etc.)
5. Empleado administrativo (secretaria, vendedor, jefe de sección, técnico especializado,
6. Ejecutivo medio (gerente, subgerente, profesional independiente como abogado, arquitecto, ingeniero)
7. Alto ejecutivo (director de empresas, propietarios independientes de empresas.
8. Trabajador jubilado
9. Sin trabajo

ANTECEDENTES

Diabetes	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Hipertensión	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Asma	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Otro _____	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

DATOS DE VACUNACION

Número de dosis: _____

Fecha de la vacunación: _____

DATOS EPIDEMIOLOGICOS

Contacto con caso probable o confirmado de varicela SI NO

Contacto con persona con rash sospechoso de varicela o herpes zoster SI NO

Fecha de exposición: _____

DATOS CLINICOS

	Fecha de inicio	Fecha de terminación
Rash		
Fiebre		
Prurito		
Astenia		
Adinamia		

SEVERIDAD DE LAS LESIONES

Menos de 50	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
50 a 249	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
249 a 500	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Mas de 500	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

COMPLICACIONES

Neumonía	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Encefalitis	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Cerebelitis	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Infección piel	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
S. Guillain-Barré	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Hospitalización	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Defunción	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

Investigador Principal: Dr. Fernando Salazar Quiroga

Matrícula: 10986103

Adscripción: UMF 87 IMSS , CD. ACUÑA, COAH.

Teléfono 8771141525

e-mail: paloma16fenix@hotmail.com

Categoría: Médico General

Investigador Asociado:

Dr. Oscar Del Río Ortiz

Matricula: 5231701

Adscripción: UMF 81 IMSS CD. ACUÑA, COAH.

Teléfono: 8777725782

e-mail: oscar.delrio@imss.gob.mx

Categoría: Médico Familiar

BIBLIOGRAFIA

- 1.-Adelfa Betancourt de Manrique. Médico pediatra-epidemiólogo, vol. 63 suplemento 3, 2000. Epidemiología de las enfermedades inmunoprevenibles.
- 2.-Ajjan N. La vaccination. Merieux, MSD, Francia.
- 3.-Lecuru F, Bernard J. La revue de praticien, infection par le virus de la varicelle pendant la grossesse R. 1995. No.45. 1606-1.
- 4.-Jorge T.Kido. Vacunas para la edad adolescente, salud publica de México. Año/vol.49, número especial instituto Nacional de Salud Pública Cuernavaca, México. pp. 322-324.
- 5.-F.A.Moraga Llop. Vacuna de la varicela: una nueva vacuna sistémica. Servicio de pediatría. Hospital materno-infantil Vall d'hebron. Universidad Autónoma de Barcelona.
- 6.-Katia Abarca V. Vacuna anti-varicela, varicella vaccine. Pontificia Universidad Católica de Chile. Facultad de Medicina. Departamento de Pediatría. Unidad de infectologia.
- 7.-GM Malagon Calderón, E Velazquez, R Marin, Ma. Guadalupe Miranda Novales. Sepsis fatal por enterococcus faecalis en una niña con varicela. Enfermedades infecciosas y microbiología, 2005. Volumen 25, número 1, enero-marzo.
- 8.-Isabel M.Alvarez Dra. E.Olmos Carlos Dr. Infectologia pediátrica, alergia e inmunología clínica. Vacuna de varicela en el paciente con inmunodeficiencia primaria y sus familiares.
- 9.-http://www.idph.state.il.us/about/adult_shedul...27/12/2008.17:37hrs.
- 10.-<http://boletín fármacos.org/092005/investigaciones092005B.htm>.
- 11.-<http://es.wikipedia.org/wiki/varicela>
- 12.-Richard E.Behrman, Robert M.Kliegman, Hal B.Jenson Nelson. Tratado de Pediatría 17ª edición. pp.1057-1058.

13.-F.Cgary Cunningham, Kenneth J.Leveno, Steven L. Bloom, John C. Hauth, Larry C.Gilstrap III, Katharine D.Wenstrom. Obstetricia de Williams, vigesimosegunda edicion. Pag.1276.

14.-Flores Canalizo Hector, Cabrera Ruiz Luis I, Flores E. Med int mex 2006;22(4):351-355

15.-<http://www.scielo.cl/pdf/rci/v23n1/art08.pdf>

16.-<http://www.ucm.es/linfo/fmed/medicina.edu/infecciones/varicela.htm>

17.-<http://www.comtf.es/pediatria/Bol-2001-2/vacuna%20ala%20varicela.pdf> Llop.

18.-Mc Carry ML, Severson J, Tying SK .Varicella Zoster Virus .journal of the American Academy of Dermatology.1999; 41 (1) : 1-14 .

19.-Nee PA, Edrich PJ. Chickenpox pneumonia: case report and literature review. J Accid Emerg Med. 1999; 16 (2): 147-50.

21.- Leung AK, Kao CP, Sauvé RS. Scarring resulting from Chickenpox. Pediatric Dermatology. 2001; 18 (5): 378-380.

22.- Sapp JP, Eversole LR, Wysocki GP. Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea. 1998. Harcourt Ed. Madrid.

23.- Papadopoulos AJ, Schwartz RA, Janniger CK. Chickenpox. Cutis. 2000; 65 (6): 1355-8.

24.-Mandell,Douglas,Bennett.Enfermedades infecciosas. Principios y practicas. Editorial Medica Panamericana. Cuarta edicion ,1997.

25.-whitley R.J Virus Varicela-Zoster. En: Mandell,Douglas y Bennett. Enfermedades infecciosas y principios y practica, quinta edicion panamericana .2000: 1931-8 .

26.-Gershon AA, Takahashi M and Seward J. Varicella vaccine. In: Plotkin SA, ornestein WA eds. Vaccines, 4th ed. Philadelphia: Saunders company 2004:783-823.

27.-Chin J. Varicela-Herpes Zoster. En: El control de las enfermedades transmisibles. American Public Health Association. J Chin editor 17 a ed. Publicación científica y tecnica No. 158.OPS. 2000:665-74.

28.-Estudio seroepidemiologico: situación de las enfermedades vacunables en España. Madrid:Insituto de Salud carlos III, 1996.