Protocolo de Vigilancia de

Varicela

Código 831

Versión: 05
Fecha: 10 de febrero de 2022

Enfermedades transmisibles prevenibles por vacunación
y relacionadas con la atención en salud

transmisibles@ins.gov.co

@INSColombia



Instituto Nacional de Salud

La salud es de todos
Minsalud

Créditos

MARTHA LUCÍA OSPINA MARTÍNEZ
Directora General

FRANKLYN EDWIN PRIETO ALVARADO
Director de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

Elaboró

Equipo funcional Inmunoprevenibles
Subdirección de Prevención, Vigilancia y Control en Salud Pública

Actualizó

XIMENA CASTRO MARTINEZ
Grupo Enfermedades transmisibles prevenibles por vacunación

Revisó

CLAUDIA MARCELA MUÑOZ LOZADA
Coordinadora Grupo Enfermedades transmisibles prevenibles por vacunación
y relacionadas con la atención en salud

LEIDY CAROLINA CUERVO CARDENAS
Subdirección de Prevención, Vigilancia y Control en Salud Pública

Aprobó

GREACE ALEJANDRA AVILA MELLIZO
Subdirectora de Prevención, Vigilancia y Control en Salud Pública (E)

© Instituto Nacional de Salud Bogotá,
Colombia Av. Calle 26 No. 51-20

Cita: Colombia. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública de Varicela. versión 4. [Internet] 2022. https://doi.org/10.33610/infoeventos.37

Contenido

1. Introducción 4

1.1. Comportamiento del evento 4
1.1.1. Situación epidemiológica mundial 4
1.1.2. Situación epidemiológica en América 5
1.1.3. Situación epidemiológica nacional 5

1.2. Estado del arte 6

1.3. Justificación para la vigilancia 7

1.4. Usos y usuarios de la vigilancia del evento 7

2. Objetivo general 7

2.1. Objetivos específicos 8

3. Definiciones operativas de caso 8

4. Fuentes de los datos 8

4.1. Definición de las fuentes 8

4.2. Periodicidad de los reportes 9

4.3. Flujo de información 9

4.4. Responsabilidades por niveles 9

5. Recolección y procesamiento de los datos 9

6. Análisis de la información 10

6.1. Indicadores 10

7. Orientación de la acción 11

7.1. Acciones individuales 11

7.2. Acciones colectivas 12

7.3. Acciones en el caso de un brote: 12

7.4. Acciones de laboratorio 13

8. Comunicación del riesgo 13

9. Referencias 14

10. Control de revisiones 15

11. Anexos 15

1. Introducción

La varicela es una infección altamente contagiosa, causada por el virus varicela zóster (VZV) el cual se transmite por el contacto directo con las lesiones de una persona infectada o a través de su saliva u flujos nasales (1,2).

Por lo general la varicela tiene una infección leve y limitada que se caracteriza por generar una erupción cutánea con picor generalizado, acompañado de cefalea, fiebre y malestar general (1).

En algunos casos se pueden presentar complicaciones graves que involucran el sistema nervioso central, el sistema respiratorio y la piel, las cuales pueden conllevar al fallecimiento de la persona, estos casos se presentan generalmente en los recién nacidos, las embarazadas y las personas con alguna comorbilidad como VIH y cáncer. Según las estimaciones la varicela es responsable de 4,2 millones de complicaciones que conducen a hospitalizaciones y 4 200 muertes anualmente (3).

El 5 % de los casos de varicela ocurre en adultos, entre las complicaciones más frecuentes están las encefalitis, las neumonías virales, septicemias, alteraciones hepáticas, renales y hemorrágicas, las tasas de morbilidad y mortalidad en los adultos son 10 a 20 veces más frecuentes que en los niños sanos (4).

La mayor incidencia por la infección se presenta en niños a nivel global, la cual ha disminuido desde la incorporación de la vacuna en los países que la han implementado dentro de sus esquemas de vacunación (3). En Colombia la vacuna se incluyó dentro del programa ampliado de inmunizaciones en 2015 con la primera dosis (4).

1.1. Comportamiento del evento

1.1.1. Situación epidemiológica mundial

La varicela es una enfermedad distribuida por todo el mundo, su incidencia ocurre en aproximadamente uno por cada 1000 casos, y constituye la segunda causa de parálisis facial periférica de origen no traumático; entre 4,5% y 8,9% de los casos de parálisis facial, se relaciona con el herpes zóster ótico (2).

En cuanto a las complicaciones, la incidencia ocurre en aproximadamente uno por cada 1000 casos, un estudio de reportó que la implementación de la vacunación monodosis de la varicela en Australia, redujo las hospitalizaciones por varicela en el grupo de edad al que se dirigía, especialmente en niños indígenas; aunque también en grupos de edad a los que no iba dirigido sin incrementar las hospitalizaciones por herpes zóster. Esto sugiere que la cobertura de la vacuna monodosis de la varicela puede tener un impacto importante en la incidencia de la enfermedad (3).

En el mundo se han registrado las mayores incidencias en las zonas tropicales. En EE. UU., el Reino Unido y Japón el 80% de las personas han sido infectadas a los 10 años, pero esta edad de infección aumenta de los 20 a los 30 años en regiones como la India y el Sudoeste Asiático (3).

La Organización Mundial de la Salud recomienda que los países con una carga de salud pública considerable para varicela consideren incorporar la vacuna dentro del programa de inmunización infantil, siempre que los recursos puedan soportar una cobertura mayor al 80%. En 2016 la Sociedad Latinoamericana de infectología pediátrica (SLIPE) recomendó la inclusión de la vacuna

contra la varicela en dos dosis en los calendarios nacionales de vacunación en todos los países de América Latina y del caribe (1).

1.1.2. Situación epidemiológica en América

La varicela reporta una tasa de incidencia de 270 casos por cada 100 000 habitantes y una tasa de hospitalización de 3,5 casos por cada 100 000 habitantes en América Latina (56). La incidencia para varicela tuvo una reducción drástica después de la introducción de la vacuna contra la varicela en los programas nacionales de inmunización(1).

En México en 2019 se reportan anualmente en promedio 63 mil casos de varicela, los grupos más afectados están entre 1 y 14 años, los cuales representan el 63,2% (39,878) de la notificación de los sistemas de vigilancia epidemiológica (5). En Venezuela la notificación de la enfermedad no es obligatoria, entre 2007 y 2014 el grupo más afectado fue el de los 12 a 14 años para un total de 267 782 casos lo que correspondió al 59 % del total de los casos reportados para esos años (6).

En Perú la notificación de la varicela tampoco es obligatoria, en relación con la demanda de hospitalización por complicaciones asociadas a la varicela, en un estudio retrospectivo del Instituto Nacional de Salud de Niño, se hospitalizaron 1 073 pacientes, donde las complicaciones más frecuentes fueron las infecciones secundarias a la piel y a las partes blandas (72 %) (768/ 1 073), seguido de las complicaciones neurológicas (18 %) (193/ 1 073) y oculares (8 %) (90/1 073) (6).

Argentina reporta 150 000 a 180 000 casos anuales de varicela, con una tasa aproximada de 250 a 450 casos por cada 100 000 habitantes, las incidencias más altas se encontraban en los grupos de 12 a 23 meses y 24 a 48 meses. En Costa Rica el reporte de vigilancia es obligatorio y de notificación colectiva, la era prevacunación anualmente se reportaban tasas que oscilaban entre 400 y 800 casos por cada 100 000 habitantes, a partir de 2007 Costa Rica introduce la vacuna contra la varicela en su esquema oficial, para todos los niños de 15 meses, siete años después de la introducción de la vacunación contra la varicela universal y alcanzar la cobertura promedio de 84,3 % en la población objetivo, a partir de esa incorporación se evidencio una reducción del 97 % de los casos y hospitalizaciones en menores de 5 años (6).

1.1.3. Situación epidemiológica nacional

En Colombia, durante los periodos 2011 a 2020 se notificaron 896 199 casos incluida la población procedente del exterior. El año que reportó un menor número de casos fue el año 2020 con un total de 18.769 casos, el cual mostro una disminución de un 73% respecto al año 2019, reducción atribuida al aislamiento preventivo obligatorio a causa del nuevo virus respiratorio SARS-CoV-2.

En 2020 el comportamiento porcentual por sexo no tuvo mucha diferencia, se notificaron 8796 mujeres (48%) y 9358 hombres (52%), el mayor número de casos se notificaron con el grupo de 1 a 4 años, 1360 mujeres y 1633 hombres para un total de 2993 casos de varicela.

En menores de 1 año, se notificaron un total de 965 casos los cuales comprendieron de 451 mujeres (5.12%) y 514 hombres (5.49%), por otro lado, en el grupo de 5 a 9 años se notificaron 2918 casos con 1428 mujeres (16.2%) y 1490 hombres (15.9%). En adultos el grupo que más tuvo notificaciones fueron las personas de 20 a 24 años con 1113 mujeres (12.6%) y 972 hombres (10.3%); por otro lado, el grupo de adultos que menor notificación tuvo, fueron los mayores de 80 años con solo 50 casos que comprendieron de 19 mujeres y 31 hombres.

En 2021, se notificaron 13 888 casos de varicela con una incidencia nacional de 27,2 casos por cada 100 000

habitantes. El 52,9 % de los casos (7 356) se presentaron en el sexo masculino, con una incidencia de 24,5 casos por cada 100 000 hombres. En cuanto a las características sociales y demográficas el 83,9 % (11 660 casos) se presentó en la cabecera municipal, el 51,1 % (7 098 casos) pertenecía al régimen contributivo seguido por el 39,0 % (5 428 casos) del régimen subsidiado.

La coinfección de COVID 19 y varicela en Colombia se presentó en 94 casos los cuales presentaron inicio de síntomas en un periodo menor a 21 días.

1.2. Estado del arte

La varicela es una enfermedad vírica aguda y generalizada altamente contagiosa, de comienzo repentino, con fiebre moderada, síntomas generales mínimos y una erupción cutánea de tipo maculopapular durante pocas horas y vesicular durante tres o cuatro días, que deja costras granulosas (8). Las características del agente, su modo de transmisión, período de incubación y período de transmisibilidad se resumen en la tabla 1.

Tabla 1. Características del virus varicela-zóster

Aspecto	Descripción
Agente etiológico	La varicela es la infección primaria causada por el virus varicela-zóster (VVZ), miembro del grupo de Hérpes virus.
Modo de transmisión	La transmisión es de persona a persona por contacto con las ampollas de una persona infectada o por dispersión aérea de secreciones respiratorias. El hacinamiento es un factor de riesgo importante, el cual se evidencia en lugares con población confinada como establecimientos penitenciarios y batallones de Fuerzas Militares
Período de incubación	El período de la incubación para la varicela es 10 a 21 días
Período de transmisibilidad	Dura hasta cinco días, pero generalmente es de uno a dos días antes del comienzo del exantema de varicela y persiste hasta que todas las lesiones están encostradas; sin embargo, el contagio puede durar hasta el quinto día después del inicio de las lesiones. En los pacientes inmunocomprometidos con varicela progresiva, probablemente el período de transmisibilidad sea durante todo el tiempo de erupción de nuevas lesiones; este virus es muy infeccioso y produce infección secundaria en contactos cercanos susceptibles en proporción cercana al 90%.
Susceptibilidad	Toda persona que no haya enfermado previamente por el virus de la varicela zoster o no haya sido inmunizado previamente con la vacuna contra la varicela.
Reservorio	Los humanos son la única fuente de infección.
Inmunidad	La inmunidad que sigue a la infección de varicela generalmente es de larga duración; sin embargo, segundos episodios de infección por este virus raramente ocurren entre personas inmunológicamente normales. El VVZ también es capaz de permanecer en un estado latente en tejido del nervio humano y puede reactivarse en aproximadamente el 15% de las personas infectadas produciendoherpes zóster, que usualmente se presenta como un salpullido vesicular con dolor y prurito en una distribución dermatomal.

Fuente: Control de las Enfermedades Trasmisibles, decimoctava edición, 2005, Organización Panamericana de la Salud.

Las vesículas son mononucleadas y se hunden al pincharlas; las complicaciones de la varicela ocurren entre las personas inmunocomprometidas, neonatos, niños menores de un año y adultos.

Las complicaciones se presentan en diferentes niveles:

1) Sobreinfección bacteriana de lesiones cutáneas (*Streptococcus betahemolítico*).
2) Pulmón: neumonitis viral (fatal).

3) Neurológicas: encefalitis, cerebelitis, meningitis, mielitis, síndrome de Guillain Barré, síndrome de Reyé.
4) Varicela hemorrágica: vesículas con contenido hemorrágico.
5) Otros: miocarditis, pericarditis, hepatitis, nefritis.

No está indicado el uso de salicilatos como el ácido acetil salicílico en los niños con varicela, pues existe una gran asociación entre el uso de estos y el síndrome de Reyé (4).

La varicela tiende a ser más grave en los niños menores de un año y en los adultos, siendo más probable que conlleve a una hospitalización. Los casos fatales en adultos sanos pueden ser 30-40 veces más altos que entre niños de cinco a nueve años (4)

Los niños nacidos de mujeres que desarrollaron varicela durante los cinco días antes del parto y dos días después del mismo están en riesgo de varicela neonatal, la cual puede ser fatal. El síndrome de varicela congénita puede ocurrir en un 0,4 al 2% de los niños nacidos de mujeres infectadas con varicela durante las primeras 20 semanas de la gestación. Las características de síndrome de varicela congénita incluyen hipoplasia de una extremidad, anormalidades de piel, encefalitis, microcefalia, anormalidades oculares, retraso mental y bajo peso al nacer (4).

Es importante adicionar algunos conceptos que sirven para la definición de conductas en salud pública, entre ellos, se encuentra el rash vacunal: es un salpullido de varicela que se presenta entre cinco a 26 días posterior a la vacunación contra esta enfermedad, por lo general se presentan menos de cinco lesiones y pueden ser de apariencia atípica maculopapular sin las vesículas (4).

1.3. Justificación para la vigilancia

La varicela zoster requiere un seguimiento sistematizado y estricto de la vigilancia pública debido a la alta incidencia y transmisibilidad de la enfermedad, lo cual requiere una identificación oportuna de nuevos casos y brotes que generalmente se presentan en poblaciones confinadas tales como: colegios, centros penitenciarios y batallones, es necesario disponer de políticas que tengan impacto en la detección de nuevos casos y contención de brotes, así mismo generar estrategias que impacten positivamente en la reducción de casos como lo es la vacuna contra la varicela zóster incluida en el plan de inmunizaciones en Colombia en el año 2015.

1.4. Usos y usuarios de la vigilancia del evento

Realizar el seguimiento continuo y sistemático de la aparición de brotes de varicela en la población general y de los casos en población de riesgo mediante el proceso de notificación, recolección y análisis de los datos, con el fin de generar información oportuna, válida y confiable, que permita orientar las medidas de prevención y control del evento. Los usuarios de esta información desde el nivel nacional son el Ministerio de Salud y Protección Social, el grupo del Plan Ampliado de Inmunizaciones (PAI), las Direcciones departamentales, distritales y municipales de salud, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), la comunidad médica y la comunidad en general.

2. Objetivo general

Establecer seguimiento continuo y sistemático de los casos confirmados para varicela notificados según lineamientos y procesos establecidos, para la recolección y análisis de

datos el cual permita obtener información confiable y oportuna para tomar medidas preventivas y de control de la enfermedad.

2.1. Objetivos específicos

- Caracterizar el comportamiento de varicela en tiempo, lugar y persona.
- Detectar oportunamente los brotes en el territorio nacional.
- Establecer la incidencia de varicela en Colombia.

3. Definiciones operativas de caso

Tabla 2. ***Características del virus varicela-zóster***

Tipo de caso	Características de la clasificación
Caso confirmado por clínica	Todo caso que presente una enfermedad de comienzo repentino, con fiebre moderada, erupción cutánea de tipo maculo-papular durante pocas horas y vesicular durante tres o cuatro días, que deja costras granulosas. Estos casos deberán ser evaluados por un profesional de salud competente para determinar el diagnóstico para varicela, es importante resaltar que el evento se puede asociar a un caso confirmado pudiéndose clasificar como caso confirmado por nexo epidemiológico.

Fuente: Comité sobre enfermedades infecciosas Academia Americana de Pediatría. Red book®. https://www.cdc.gov/chickenpox/outbreaks/manual.html

Tabla 3. Definición de brotes en comunidad y poblaciones especiales

Tipo de población	Definición de brote	Período de cierre de brote
Comunidad	Dos casos o más con nexo epidemiológico.	21 días sin casos desde la fecha de inicio de síntomas del último caso reportado o captado
Cárceles, FFMM, Policía Nacional	Un caso	42 días, sin casos desde la fecha de inicio de síntomas de último caso reportado o captado.

Fuente: Grupo Enfermedades Prevenibles por la vacunación y relacionadas con la Atención en salud. Grupo de Gestión del Riesgo, Respuesta inmediata y Comunicación del Riesgo.

4. Fuentes de los datos

4.1. Definición de las fuentes

La notificación de la varicela se hará a través de la herramienta de notificación Sivigila. Se debe utilizar la ficha actualizada de notificación de datos básicos (cara A) del Sistema Nacional de Vigilancia para cada una de las estrategias.

Fuente primaria:

Para la operación de estadística de vigilancia de eventos de salud pública, la fuente primaria obtiene los datos de las unidades estadísticas (UPGD o UI) empleando las fichas de notificación físicas o digitales como instrumentos propios, que permiten reportar los casos de personas que cumplan con la definición de caso del evento varicela (código: 831).

Fuente secundaria:

Corresponde al conjunto de datos, sobre hechos o fenómenos, que se obtienen a partir de la recolección realizada por otros. En el evento varicela, estas fuentes corresponden a:

- Registros individuales de Prestación de Servicios de Salud - RIPS.
- Historias clínicas.
- Registro de defunción – tomado del Registro Único de Afiliados - RUAF.
- Proyecciones del Censo de población de 2021 – tomado del Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE.

Estrategias de la vigilancia:

Notificación colectiva e individual de los casos confirmados para varicela, a través de la ficha 831 para los datos individuales y la 830 para los datos colectivos.

Búsqueda activa comunitaria (BAC):

En la investigación de campo de brote se deben visitar los centros preescolares, las guarderías y las escuelas, para explorar la aparición de los cuadros en mención y en general todos los lugares de posibles desplazamientos del caso durante el período de transmisibilidad. Estas actividades son útiles para identificar otros casos y para confirmar o descartar la presencia de un brote.

Búsqueda activa institucional (BAI):

El inicio de una estrategia de búsqueda activa en las IPS es útil para explorar la aparición de casos de varicela que no se hayan reportado o detectado en el Sivigila. Debe realizarse ante la presencia de un brote con la intención de buscar casos alrededor del sitio de residencia o municipio en donde se hayan identificado casos, así mismo ante la identificación de silencios epidemiológicos.

4.2. Periodicidad de los reportes

Tabla 4. Características del virus varicela-zóster

Notificaciones	Responsabilidad
Inmediata	Notificación inmediata e individual por la UPGD de todos los casos de varicela confirmados por clínica en espacios donde se agrupen personas (batallones, escuelas de policía, establecimientos penitenciarios y carcelarios, establecimientos de reclusión de paso, colegios, jardines, etc.).
Semanal	Notificación semanal e individual por la UPGD de todos los casos de varicela confirmados por clínica.
Colectiva	Notificación semanal de brotes de varicela en la ficha de datos colectivos con el código 830. Semanalmente se realizará ajuste a la ficha colectiva de los casos que ingresen y se irán notificando todos los casos individuales pertenecientes al brote. El número de casos identificados en los brotes deben coincidir tanto en las fichas individuales, como en la ficha colectiva
Ajustes por períodos epidemiológicos	Los ajustes a la información de casos descartados de varicela se deben realizar a más tardar en el período epidemiológico inmediatamente posterior a la notificación del caso, de conformidad con los mecanismos definidos por el sistema. Los ajustes permitidos son: 6 para descartar el evento después de haberse notificado como confirmado y D por error de digitación.

4.3. Flujo de información

El flujo de la información puede consultarse en el documento Metodología de la operación estadística de vigilancia rutinaria Sivigila, disponible en: www.ins.gov.co avalado por la Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública (DVARSP).

4.4. Responsabilidades por niveles

Las responsabilidades por niveles son las que se encuentran descritas en el Decreto 3518 de 2006 y Decreto 780 de 2016 del Ministerio de la Protección Social, por el cual se crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública.

5. Recolección y procesamiento de los datos

La vigilancia funcionará de manera permanente con la recolección diaria de los datos y el envío semanal de la información. La recolección de datos será activa y pasiva.

La información se almacenará en bases de datos de Excel. En el nivel local el responsable de recolectar la información estará a cargo del referente técnico del Sivigila.

Es de aclarar que ni las Direcciones departamentales, distritales y municipales de salud, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios ni ningún otro organismo de administración de dirección, vigilancia y control podrán modificar, reducir o adicionar datos a la estructura en la cual deben ser presentados, en medio magnético, específicamente en la longitud de los campos, tipo del dato, valores que puede adoptar y orden de estos. Lo anterior sin perjuicio que en las bases de datos propias de las UPGD y las entidades territoriales puedan tener información adicional para su propio uso.

Se entiende la notificación negativa para un evento como su ausencia en los registros de la notificación semanal e individual obligatoria para las UPGD que hacen parte de la Red Nacional de Vigilancia.

6. Análisis de la información

Se deben analizar los datos de las fichas de notificación con el objeto de hacer un seguimiento de los casos notificados probables y confirmados.

Comportamiento de la notificación: se construirá una gráfica con el número de casos por semana epidemiológica y la comparación con la notificación de los cinco años anteriores, utilizando la metodología de cálculo de la razón entre lo observado y lo esperado.

Casos por entidad territorial: se relacionarán en una tabla, con el número de casos notificados por departamento y municipio, lugar de procedencia, números absolutos y porcentaje.

Variables demográficas y sociales: se relacionarán en una tabla el número de casos y porcentajes según el área, lugar de procedencia, sexo, tipo de régimen de salud, pertenencia étnica; además del grupo de edad en menores de cinco años y las poblaciones especiales tales como la población privada de la libertad, la población indígena, entre otros aspectos.

Localización geográfica: se debe indicar en un mapa la localización de los casos según su lugar de residencia o procedencia y comparar esta información con los datos de la cobertura de vacunación y las unidades notificadoras del sistema de vigilancia.

Clasificación final y condición final de los casos: se relacionarán en unas tablas con la clasificación final de los casos (confirmado por clínica, por nexo epidemiológico o descartado) y evolución clínica (vivo o muerto).

Tendencia: se construirá un gráfico comparativo de la notificación de los casos del año en curso y el año inmediatamente anterior.

6.1. Indicadores

Tabla 5. Indicadores de resultado

Nombre del indicador	Proporción de incidencia
Definición	Se define como el número de casos nuevos de una enfermedad que se desarrolla en una población durante un período de tiempo determinado (12).
Periodicidad	Por período epidemiológico.
Propósito	Evaluar el ritmo de desarrollo de casos nuevos de la enfermedad.Probabilidad de enfermar Evaluar la magnitud del evento Identificar los grupos de edad vulnerables que requieren control y seguimiento.
Definición operacional	Numerador: número de casos nuevos de varicela notificados en el período_____. Denominador: población expuesta al riesgo de enfermar por esa causa en el período (población general, población menor de cinco años, población menor de un año, nacidos vivos).
Coeficiente de multiplicación	100.000
Fuente de información	Archivos planos Sivigila. Población por grupos de edad, zona y sexo, fuente DANE
Interpretación del resultado	En el período _____ se notificaron _____ casos nuevos del evento / 100.000 habitantes

	o personas en riesgo.
Nivel	Nacional, departamental, municipal y por evento.
Meta	N. A
Aclaraciones	De acuerdo con el evento a analizar se debe determinar la población en riesgo, es decir, el denominador del indicador. La incidencia es más útil cuando se trata de infecciones de corta duración como, por ejemplo, la varicela.

Tabla 6. Indicadores de proceso

Nombre del indicador	**Brotes con investigación de campo**
Definición	Refleja el cumplimiento con el lineamiento de la investigación de campo para brotes o alertas del evento.
Periodicidad	Por período epidemiológico.
Propósito	Permite estimar el cumplimiento en la aplicación del protocolo del evento por parte de las unidades notificadoras municipales.
Definición operacional	- Porcentaje de brotes con investigación epidemiológica de campo. Numerador: número de brotes con investigación de campo. Denominador: total de brotes notificados. - Porcentaje de brotes con medidas preventivas implementadas. Numerador: número de brotes investigados con medidas preventivas o sanitarias tomadas. Denominador: total de brotes notificados.
Coeficiente de multiplicación	100
Fuente de información	Ficha de notificación, informes de brotes o alertas.
Interpretación del resultado	El% de los brotes y/o alertas del evento fueron investigadas. Para el_____% de los brotes notificados se establecieron medidas preventivas sanitarias.
Nivel	Unidad notificadora municipal departamental, distrital y nacional.
Meta	100
Aclaraciones	Parámetros para investigación: Bueno: mayor del 90%. Regular: entre el 70al 89%. Deficiente: 69,9% o menor

Unidad de análisis: Realizar unidad de análisis a toda persona con varicela que fallezca, de conformidad a la metodología propuesta por el grupo de unidad de análisis de casos especiales del Instituto Nacional de Salud.

7. Orientación de la acción

7.1. Acciones individuales

El sistema de vigilancia brindará información a los responsables de las acciones de prevención y control que permitan tomar decisiones ante la presencia de brotes, epidemias o casos aislados, así como establecer la fuente, la velocidad de transmisión de la enfermedad y las acciones pertinentes.

Por las características clínicas y epidemiológicas de la varicela, es necesario tener en cuenta lo siguiente:

- No se requiere la realización de investigación de campo en todos los casos reportados.
- Es necesario captar para todo caso los datos de identificación y localización, de tal forma que sea posible hacer un seguimiento de la incidencia y detectar la presencia de brotes en un área específica.
- Aislamiento: se realizará en los casos de varicela por contacto y por gota durante el tiempo de transmisibilidad, por lo general inicia un día antes del inicio de los síntomas hasta que secan todas las vesículas o generan costra y se debe hacer énfasis en las siguientes acciones.
- Lavado de manos frecuente.
- No compartir objetos personales, cigarrillos o comida.
- Usar un pañuelo o barrera para estornudar o toser.
- Uso de tapabocas de alta eficiencia por parte del enfermo.
- Debe realizarse desinfección del material contaminado con secreciones nasofaríngeas.

Aislamiento en establecimientos de población confinada como: batallones, escuelas de policía o establecimientos penitenciarios

- Tener identificada un área de aislamiento.
- Tener en cuenta los posibles desplazamientos como, por ejemplo, los baños.
- Contar con medidas higiénicas y sanitarias adecuadas.
- El área de aislamiento debe contar con flujo de ventilación.
- Tener en cuenta el período de transmisibilidad para implementar la medida de aislamiento.
- Abordar de manera adecuada el proceso de aislamiento con los internos.

Aislamiento en centros educativos, instituciones y otros

Los casos de varicela identificados deben ser aislados en sus hogares y pueden ingresar a sus actividades escolares o laborales cuando la erupción haya formado costra.

Aislamiento en el ámbito hospitalario

En este contexto es necesario el aislamiento estricto por el riesgo de infección de pacientes inmunosuprimidos susceptibles.

Exclusión escolar o laboral:

Durante un brote de varicela se recomienda el aislamiento de personas inmunosuprimidas: desde el día 7 hasta el 28 de haber recibido inmunoglobulina varicela zóster (IG-VZ).

7.2. Acciones colectivas

Entre las acciones a nivel colectivo se deben realizar capacitaciones acerca del comportamiento de la enfermedad (período de incubación, sintomatología y transmisibilidad) aportando conocimiento a las personas infectadas, las personas con las que se haya tenido contacto, para intervenir en el cambio de conductas de riesgo asociadas al mal manejo de la enfermedad que puede llegar a complicaciones graves e incluso la muerte.

Proceso de limpieza y desinfección

- La desinfección de todas las superficies se debe realizar con un desinfectante como el hipoclorito de sodio, este debe ser manejado adecuadamente (de acuerdo con el protocolo establecido en la institución), se debe dejar actuar y luego lavar.
- Utilizar un paño de limpieza diferente para las superficies frecuentemente tocadas y por ende con mayor probabilidad de estar contaminadas como unidades sanitarias y menaje.
- Utilizar los elementos de protección individual.

El personal de salud, los familiares del paciente o quienes hayan tenido contacto con una persona infectada y en quienes se sospeche alto riesgo de infección o que tienen estrecha relación con personas de alto riesgo de complicaciones, deben ser sometidas a cuarentena desde el décimo día luego de la exposición hasta el día 21 después de la misma.

Los trabajadores de la salud que son susceptibles a la varicela y hayan tenido contacto directo con un paciente con herpes zóster activo, deben relevarse del contacto con pacientes durante el mismo período de tiempo considerado para la varicela.

7.3. Acciones en el caso de un brote:

- Confirmar los casos clínicamente.
- Informar la situación detectada inmediatamente a la Secretaría de Salud de la entidad territorial local quien será la encargada de realizar la investigación de campo, esta a su vez retroalimentará la información al departamento hasta llegar al nivel nacional.
- Notificación individual y colectiva de todos los casos.

- Identificar contactos.
- Búsqueda a partir de fuentes secundarias.
- Identificar nuevos casos a partir de la vigilancia comunitaria.
- Identificar la población en riesgo: gestantes, mayores de 60 años, menores de cinco años, inmunosuprimidos (VIH y leucemia) y enfermedades crónicas.
- Las medidas de control de brotes en cárceles deben ser realizada por la entidad municipal o departamental y concertada con el centro carcelario e INPEC.

Realizar reporte de situación (SITREP) para todos los brotes independientes del tipo de población, en los tiempos estipulados (24, 72 horas o más SITREP si la situación lo amerita).

El informe de SITREP debe contener:

- Los antecedentes del brote.
- Situación actual del brote con la descripción de esta, cantidad de enfermos, expuestos, caracterización en tiempo lugar y persona.
- Identificación del caso índice: determinar el primer caso identificado.
- Identificación de nuevos casos: se realizará una búsqueda activa a través de los contactos del caso índice y además se deberá identificar a los sujetos susceptibles.
- Curva epidémica y actividades realizadas en control de situación y recomendaciones generadas y conclusiones.
- Tasa de ataque, teniendo en cuenta el número de casos afectados y la población a riesgo.
- Si el brote de varicela se presenta en población escolar, se debe realizar la verificación de que niños cuentan con la vacuna o ya han tenido la enfermedad, con el fin de identificar la población a riesgo de enfermar.
- Identificar casos con comorbilidades y riesgo a enfermar por varicela con el fin de evitar complicaciones o fallecimientos a causa de la infección vírica.
- Se deben describir las estrategias implementadas por la entidad territorial en conjunto con las instituciones donde se presentaron los casos, con el fin de realizar seguimiento y evaluación de estas.
- En el cierre del brote se debe enviar un SITREP final de estudio de brote, que contenga descripción completa de la caracterización de la situación, actividades implementadas y corresponder con los pasos de investigación de brotes, incluyendo las conclusiones y limitaciones encontradas. Estos informes se envían de acuerdo con el flujo de información establecidos: entidad municipal al departamental y este a nivel nacional.
- A nivel central solo se debe enviar SITREP de brote ocurridos en establecimientos penitenciarios y carcelarios, Fuerzas Militares, Policía Nacional, población indígena, población migrante y centros hospitalarios.

7.4. Acciones de laboratorio

No aplica.

8. Comunicación del riesgo

La información de varicela reportada al Sivigila, estará disponible en la página web del INS de manera semanal en el Boletín epidemiológico semanal (BES) y de manera trimestral en el Informe epidemiológico del evento.

La comunicación y difusión de los resultados estará a cargo del grupo de comunicación del riesgo de la Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública del Instituto Nacional de Salud.

9. Referencias

1. Falleiros L, Pirez MC, Avila ML, Cashat M, Parellada CI, Lara W. Burden of varicella in Latin America and the Caribbean: findings from a systematic literature review. BMC Public Health. 2019; 19:1–18. https://doi.org/10.1186/s12889-019-6795-0
2. Nassar AC, León LA, Rivera NY, Pulido MA. Virus de Varicela zoster y sus múltiples espectros clínicos. A propósito de un reporte de caso. Revista cuarzo. 2020; 26:28-35. https://doi.org/10.26752/cuarzo.v26.n1.492
3. Kenneth K. Manual MSD Varicela [Internet] 2019. Fecha de consulta: 1 de febrero de 2022. Disponible en: https://www.msdmanuals.com/es-co/professional/enfermedades-infecciosas/virus-herpes/varicela
4. Rojas MC, Rodríguez G. Varicela en un hombre de 33 años. Infectio. 2022; 26: 87-90. https://doi.org/10.22354/in.v26i1.1000
5. Instituto Mexicano del Seguro Social. Varicela [Internet] 2019. Fecha de consulta: 9 de febrero de 2022. Disponible en: http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/201909/336#:~:text=Inform%C3%B3%20que%20el%20IMSS%20atiende,los%20sistemas%20de%20vigilancia%20epidemiol%C3%B3gica.
6. Barrenechea GG, Chahla RE, Peral M, Sánchez R, Soares L. Asociación entre incidencia de varicela y variabilidad climática en la provincia de Tucumán, Argentina, 2005-2019. Rev. Argentina Salud Pública. 2021; 13: 1–8.
7. Rico P, Garrahan J, Aires B, González J, Mata A. Varicella Task Force-Documento de Posición de la SLIPE. Prevención de Varicela en América Latina y el Caribe [Internet] 2015. Fecha de consulta: 2 de febrero de 2022. Disponible en: https://americashealthfoundation.org/wp-content/uploads/Prevenci%C3%B3n-de-Varicela-en-Am%C3%A9rica-Latina-y-el-Caribe.pdf
8. Albavera C, Rodríguez JM. Situación epidemiológica de varicela en el municipio de Pradera (Valle del Cauca, Colombia) entre 2003 a 2007. Rev Salud Uninorte. 2010; 26: 54–64.

10. Control de revisiones

VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN			DESCRIPCIÓN	ELABORACIÓN O ACTUALIZACIÓN
	AAAA	MM	DD		
00	2011	08	08	Publicación de protocolo de vigilancia	Equipo funcional de inmunoprevenibles
01	2014	06	11	Actualización de conceptos de formato	Equipo funcional de inmunoprevenibles
02	2015	11	28	Actualización del comportamiento epidemiológico, en las estrategias de vigilancia y en la orientación de la acción individual y colectiva	Diana Lucia Nieto Sánchez
03	2017	11	27	Actualización protocolo de vigilancia	Helena Patricia Salas Adriana Ulloa
04	2020	02	04	Actualización y revisión de protocolo	Adriana Lucia Medina Rubio Equipo funcional de inmunoprevenibles
05	2022	01	28	Actualización y revisión de protocolo	Ximena Castro Martínez Equipo Enfermedades transmisibles prevenibles por vacunación y relacionadas con la atención en salud

REVISÓ	APROBÓ
Greace Alejandra Avila Mellizo	Franklyn Edwin Prieto Alvarado
Subdirectora de Prevención, Vigilancia y Control en Salud Pública (E)	Director de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

11. Anexos

Anexo 1. Ficha de notificación de datos básicos.
https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Varicela%20Datos_B%C3%A1sicos_2021.pdf
Anexo 2. Ficha de notificación colectiva.
https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Varicela%20Brotes_2020.pdf