

INFORME DE CIERRE AÑO 2022 VARICELA

Responsable: Gerencia de Salud Pública – Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquía.

1. INTRODUCCIÓN

Virus de la varicela zoster (VZV) es un alfa herpesvirus ubicuo con un genoma de ADN de doble cadena. La VZV solo infecta a humanos, sin reservorio animal; su principal los objetivos son los linfocitos T, las células epiteliales y los ganglios. La infección primaria causa varicela, durante que la VZV se vuelve latente en las neuronas ganglionares. Como la inmunidad celular a la VZV disminuye con la edad avanzada o en individuos inmunocomprometidos, la VZV se reactiva para causar zoster (culebrilla). El zoster puede complicarse con dolor crónico (neuralgia posherpética (PHN)) y otros trastornos neurológicos y oculares graves (por ejemplo, meningoencefalitis, mielitis, parálisis de nervios craneales, vasculopatía, queratitis y retinopatía), así como múltiples trastornos viscerales y gastrointestinales, incluyendo úlceras, hepatitis y pancreatitis (1).

La varicela es una infección altamente contagiosa, la cual se transmite por el contacto directo con las lesiones de una persona infectada o a través de su saliva u flujos nasales (2). Es una enfermedad exantemática infantil muy contagiosa, en los países templados afecta al 90% de los individuos susceptibles antes de los 20 años de edad, cuando se disemina en comunidades semicerradas (escuelas y guarderías). Su distribución es universal, endémica en los países desarrollados, con ondas epidémicas cada 2-3 años, en regiones de clima templado tiene incidencia estacional con picos al final del invierno y en primavera. En el trópico la diseminación del virus se ve entorpecida por la inestabilidad que éste tiene ante el calor, por lo que en estos países la varicela suele presentarse a edades más tardías (3).

1.1. Comportamiento del evento en el mundo

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 zoster óptico. 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. 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 (4).

1.2. Comportamiento del evento en Las Américas

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. La incidencia para varicela tuvo una reducción drástica después de la introducción de la vacuna contra la varicela en los programas nacionales de inmunización. 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. 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 (4).

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). 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 (4).

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 (4).

1.3. Comportamiento del evento en Colombia

Según el INS, a la semana epidemiológica 52 de 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 presentaron en

la cabecera municipal, el 51,1 % (7.098 casos) pertenecían al régimen contributivo seguido por el 39,0 % (5.428 casos) del régimen subsidiado. El 98,8 % (13.729 casos) se confirmaron por clínica y el 1,14 % (159 casos) por nexo epidemiológico. Los grupos más afectados son los niños menores de un año con una incidencia de 151 casos por cada 100.000 menores y los de uno a cuatro años con una incidencia de 136,5 casos por cada 100.000 menores; los mayores de 50 años representan la incidencia más baja de la enfermedad con 3,8 casos por cada 100-000 personas (5).

El análisis de regresión de puntos de inflexión de la serie de tiempo de 2011 a 2021 mostró dos periodos, el primero con un porcentaje de cambio anual de 6,29 %, estadísticamente significativo entre 2011 y 2019 y un segundo punto entre 2019 y 2021 de -64,57 % no estadísticamente significativo, el cual es posiblemente relacionado con la emergencia sanitaria por COVID-19 (5).

Las entidades territoriales de Amazonas, San Andrés, Putumayo, Cartagena, Casanare, Quindío, Atlántico, Córdoba, Meta y Guaviare presentaron las incidencias más altas de 2021, con valores por encima de la incidencia nacional. Amazonas fue la entidad territorial con la mayor incidencia (165/ 100.000 habitantes) seguido por San Andrés con 68 casos por cada 100.000 habitantes. Entre las entidades territoriales con menor incidencia estuvieron Chocó (2,7 casos por cada 100 000 habitantes), Buenaventura y Vaupés con (6,1 y 8,5 casos por cada 100.000 habitantes respectivamente) (5).

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivos General:

Caracterizar en tiempo, espacio, persona, características socio-demográficas, clínicas y antecedentes epidemiológicos, los casos de varicela notificados en el departamento de Antioquia durante el año 2022.

2.2. Objetivos específicos:

- Dar a conocer el comportamiento de la varicela en Antioquia, para documentar el comportamiento del evento durante el 2022.
- Analizar sistemáticamente el proceso de vigilancia del evento a través de información del SIVIGILA como apoyo para la toma de decisiones.

3. MATERIALES Y MÉTODOS

El presente es un informe de análisis descriptivo retrospectivo del comportamiento del evento varicela, cuyos casos fueron notificados como confirmados, consolidado del año 2021, la fuente de información es el aplicativo SIVIGILA el cual es alimentado por los datos que provienen de las

Unidades Primarias Generadoras del dato de Antioquia. Las variables de estudio incluyen las definidas en la ficha de notificación de datos básicos, definidos por el Instituto Nacional de Salud (INS). El equipo técnico de la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia (SSSYPSA) realizó análisis de calidad de los datos en cuanto a duplicidad y consistencia.

Se analizaron las siguientes variables: variables nominales: municipio de notificación, semana epidemiológica de notificación, pertenencia étnica, sexo, seguridad social y grupo poblacional; variables de razón: grupos edad del paciente y número de casos con varicela notificados por subregión.

Se muestran los indicadores de proporción de incidencia en población general y por grupos etarios en quinquenios; el indicador para cada grupo poblacional se calculó con base en los casos notificados por municipio de procedencia durante el periodo sobre la población proyectada por DANE 2021 para población general y para cada grupo de edad.

Plan de recolección de datos: se consolidó y analizó la información de todos los registros notificados en hoja de cálculo de Microsoft Excel. Plan de análisis: se realizó una descripción general de las variables sociodemográficas, calculando las proporciones para los datos cualitativos. Se elaboraron tablas de frecuencia con análisis porcentuales. Se analizó el cálculo de indicadores descritos en el protocolo de vigilancia epidemiológica. En cuanto al tiempo se tomó toda la notificación del año 2021.

4. RESULTADOS

4.1. Comportamiento de la notificación

Para el 2022 se notificó un total de 2294 casos de varicela en el departamento. La semana epidemiológica con mayor número de casos es la 20 con 74 casos (Figura 1).

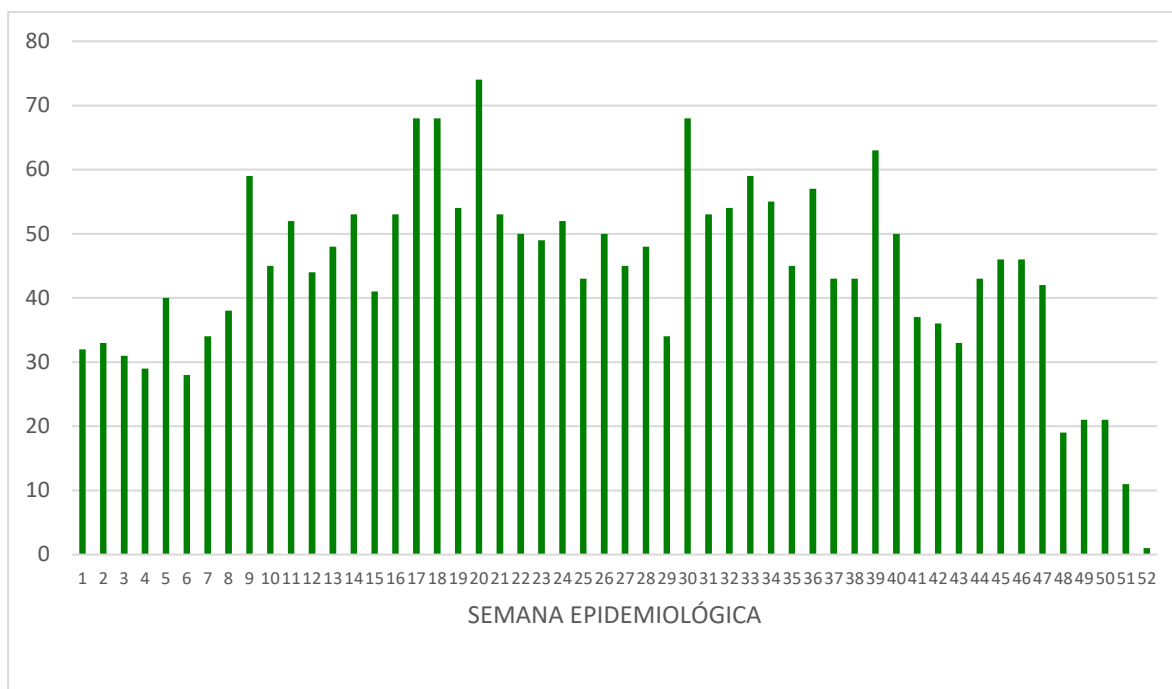


Figura 1. Distribución de notificaciones por semana epidemiológica en Antioquia durante el 2022.

4.2 Magnitud en lugar y persona:

Al analizar los casos por sexo, se encuentran muy similares las proporciones, aunque con un incremento en hombres con el 55% (Figura 2).

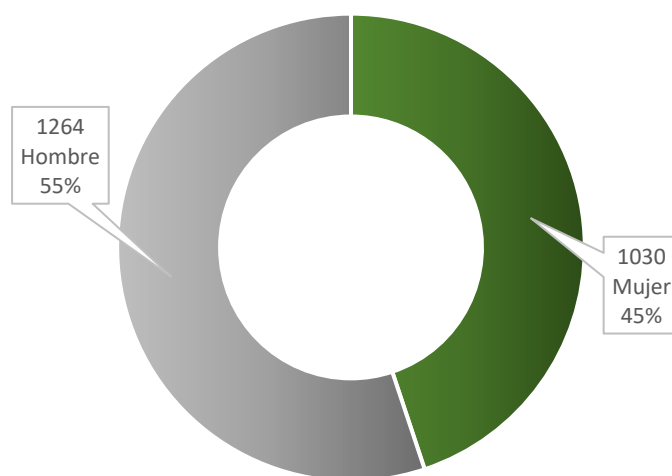


Figura 2. Distribución porcentual de los casos de varicela, por sexo. Antioquia, 2022

Con respecto a la distribución por rangos etarios, se encontró la mayor proporción de casos en los menores de 0 a 4 años de edad superando por mucho a las demás edades. El menor porcentaje de casos fue observado en 60 o más años.

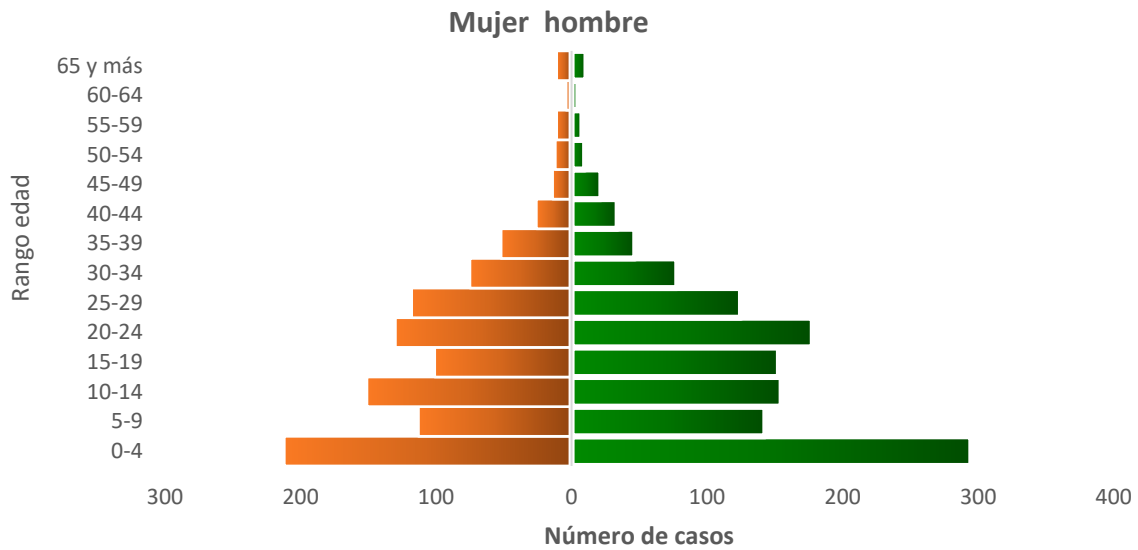


Figura 3. Pirámide poblacional de los pacientes de varicela. Antioquia, 2022

Los resultados anteriores se confirman nuevamente en el cálculo de las incidencias por rangos etarios. Como ocurrió anteriormente, los niños entre 0 y 4 años presentan incidencias de 109,6 por 100.000 menores, distando por mucho de los demás quinquenios (Figura 4).

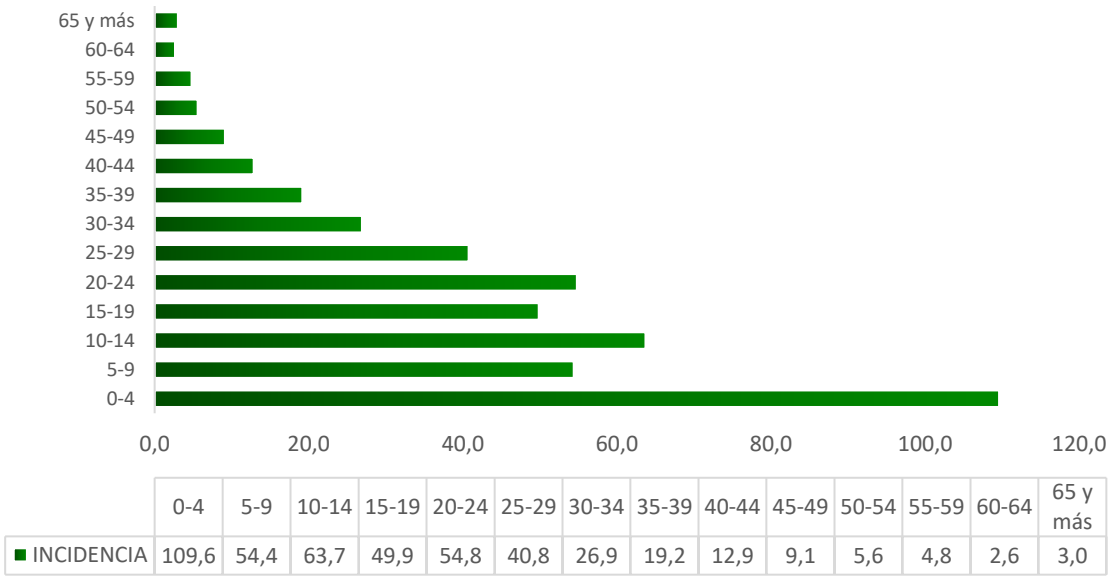


Figura 4. Tasa de incidencia de varicela, por grupos de edad. Antioquia, 2022

Con respecto a las demás variables básicas, se puede mencionar que la gran mayoría de los casos pertenecía al régimen contributivo de salud (71%) seguido por el régimen subsidiado (20%). Vale la pena mencionar que 42 personas con la enfermedad no estaban afiliadas a ningún régimen (Figura 5).

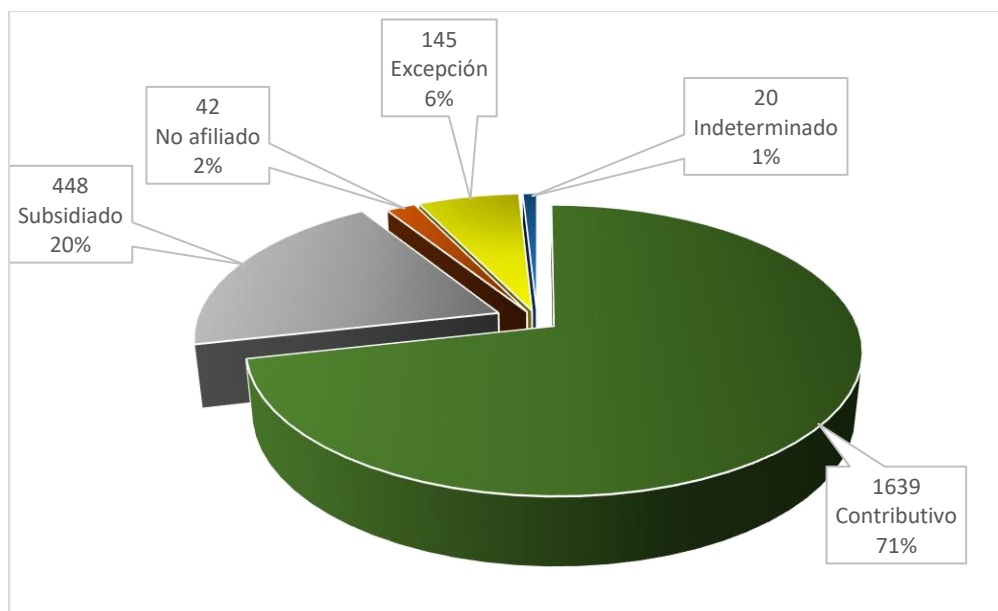


Figura 5. Distribución porcentual de los casos de varicela, según régimen de seguridad social. Antioquia, 2022

Todos los grupos poblacionales estuvieron afectados por la enfermedad. Al analizar la figura 6 se puede observar, que si bien la mayoría de pacientes no tenía una pertenencia étnica definida (98%), se notificaron casos en indígenas (1%), raizal (0,2%), palenquero (0,1%), negro mulato (1%).

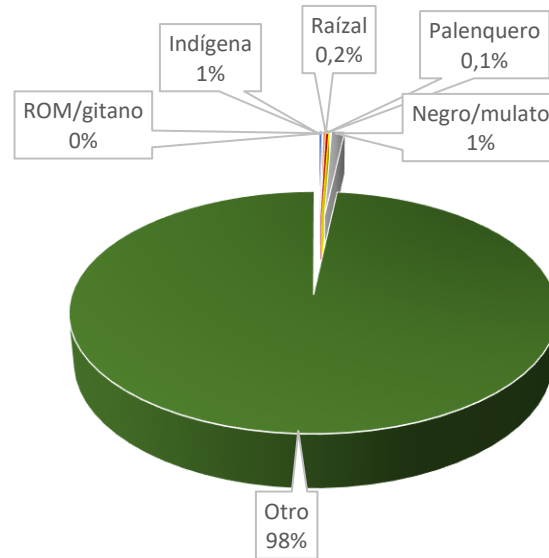


Figura 6. Distribución porcentual de los casos de varicela, según pertenencia étnica. Antioquia, 2022

Una variable interesante que permite definir severidad de la enfermedad es la hospitalización, en la cual se observa que el 2% de los casos notificados fueron hospitalizados (Figura 7).

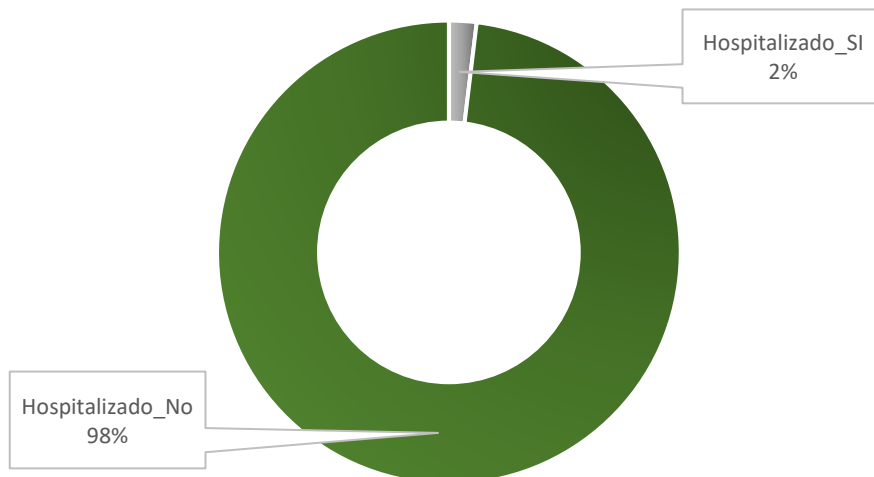


Figura 7. Distribución porcentual de los casos de varicela, según conducta. Antioquia, 2022

Al realizar el análisis de incidencias por subregión, se encontró que en todas las regiones de Antioquia hubo casos reportados, siendo mayor en el Valle del Aburrá con 40,4 casos por 100.000 habitantes, seguido por el Urabá con 38,5 casos por 100.000 habitantes y por el Norte con 28,1 casos por 100.000 habitantes. La incidencia del departamento fue de 33,3 casos por 100.000 habitantes durante el 2022 (Figura 8).

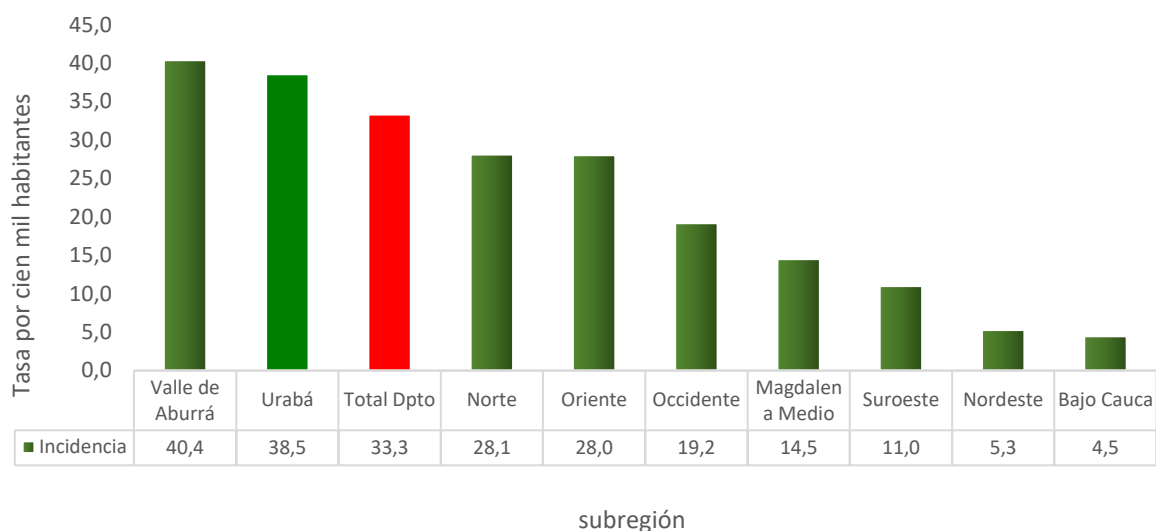


Figura 8. Tasa de incidencia de varicela, por subregión de procedencia. Antioquia, 2022

4.3. Indicadores

Los indicadores de vigilancia del evento se calcularon con la información del SIVIGILA, teniendo en cuenta los parámetros establecidos en el protocolo de vigilancia epidemiológica del evento.

- Proporción de incidencia: En el periodo se notificaron 33,3 casos por 100.000 habitantes en Antioquia durante el 2022.
- Brotes con investigación de campo: Durante el 2022 se hizo investigación de campo al 94,1% de los brotes y/o alertas ocurridas en Antioquia.
- Unidad de análisis: Durante el 2022 se realizó una unidad de análisis dando cumplimiento al 100% de este indicador.

5. DISCUSIÓN

La varicela sigue siendo una enfermedad que se presenta muy comúnmente y que ha venido en descenso en los últimos años gracias a la implementación de la vacunación para esta enfermedad a partir del 2015. Sin embargo, es necesario continuar el fortalecimiento en la identificación de casos, investigación oportuna, fortalecimiento a la vigilancia y medidas preventivas para evitar volver a incrementar las incidencias departamentales.

Según los resultados obtenidos, la mayor distribución de casos se encontró en menores entre las edades de 0 y 4 años, justamente las edades más vulnerables y dentro de las cuales existe cobertura de vacunación a través del programa ampliado de inmunización nacional. Es necesario reconocer que si bien las coberturas han generado una disminución de la incidencia en los últimos años, la pandemia COVID19 ha generado un efecto negativo sobre las coberturas útiles en el departamento. Si bien la enfermedad en su mayoría es benigna, puede afectar a personas con comorbilidades y generar complicaciones, incluso la muerte. Por lo anterior, es necesario avanzar mucho más en las coberturas de vacunación para la varicela ya que en el 2022 se obtuvo una cobertura departamental de 89,87%, incrementando más de 10 puntos porcentuales respecto al 2021 (78,45%). No obstante, ambas coberturas están lejos del 95% adecuado para tener una inmunidad poblacional. Si bien en los últimos años ha disminuido la incidencia de la enfermedad (A), es necesario lograr coberturas adecuadas a nivel poblacional para evitar complicaciones en personas especialmente susceptibles como los inmunocomprometidos.

Por su parte, los resultados permiten identificar que todos los grupos poblacionales pertenecientes a etnias siguen estando afectados por la enfermedad, al tiempo que la distribución se observó en todo el departamento. Por lo anterior, no se debe bajar la guardia en las estrategias preventivas y fortaleciendo a los equipos de vigilancia municipales, con el fin de hacer intervenciones oportunas con el fin de cortar cadenas de transmisión, al tiempo que se debe fortalecer las estrategias de vacunación para reducir cada vez más en el tiempo la incidencia.

Es necesario recordar que 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, es necesario fortalecer las políticas que tengan impacto en la detección de nuevos casos y contención oportuna de brotes, al tiempo que se implementen medidas preventivas ante la aparición de casos: uso de elementos de protección personal, vacunación a grupos vulnerables, limpieza y si es el caso cierre de los lugares de ocurrencia según corresponda.

6. LIMITACIONES

- La pandemia por COVID19 ha generado un efecto sobre la vigilancia y cobertura de vacunación, sin embargo se ha venido mejorando dichos indicadores
- Aun es necesario fortalecer cada vez más las coberturas de vacunación departamental ya que estamos lejos del nivel deseado para una inmunidad de rebaño. Así mismo, es necesario pensar en medidas adicionales para poblaciones en riesgo de presentar severidad en la enfermedad
- Falta articulación con algunas entidades para mejorar la oportunidad y obtención de información respecto a los brotes, este tema ya se ha puesto en conocimiento en el nivel nacional y debe fortalecerse desde el orden nacional.

- En general se encontró mala calidad del dato en muchos casos, lo cual limita la capacidad de intervención y toma de decisiones, especialmente para definir la presentación de brotes.
- Se debe continuar incentivando la captación y notificación de casos como medidas que permitan iniciar el análisis de casos y anticiparse a la presentación de brotes

7. CONCLUSIONES

Es necesario continuar el trabajo en los equipos de vigilancia municipales para la captación, notificación e investigación de casos con el fin de controlar la enfermedad. Así mismo, se debe trabajar fuertemente en la vacunación como una de las estrategias principales para reducir la incidencia de casos. Específicamente, se debe trabajar en completar el esquema a menores por las elevadas incidencias que se encontraron en esta población.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gershon, A., Breuer, J., Cohen, J. et al. Varicella zoster virus infection. Nat Rev Dis Primers 1, 15016 (2015). <https://doi.org/10.1038/nrdp.2015.16>
2. 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/s12889-0196795-0>
3. Asociación Española de Pediatría, Varicela, disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/varicela.pdf>
4. Colombia. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública de Varicela. versión 4. [Internet] 2022. <https://doi.org/10.33610/infoeventos.37> 5. Instituto Nacional de Salud, Boletín epidemiológico semanal, Comportamiento de la varicela en Colombia durante el 2022, Semana epidemiológica 02 9 al 15 de enero de 2022. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2022_Boletin_epidemiologico_semana_2.pdf

Elaborado por:

Felipe Vargas Restrepo

Profesional especializado Equipo de inmunoprevenibles

Inmunopreveniblessp.sssa@antioquia.gov.co

Indicadores: Edison Giraldo López
Profesional en gerencia de sistemas de información en salud
Secretaría seccional de salud y protección social de Antioquia

edison.giraldo@antioquia.gov.co