

INFORME DE CIERRE AÑO 2024 VARICELA

Responsable: Felipe Vargas Restrepo, epidemiólogo – Secretaria de Salud e Inclusión Social

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 zóster 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 zóster ótico. 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

Colombia notificó 1.202.576 casos de varicela al Sistema Nacional de Vigilancia (Sivigila) entre 2007 y 2023 (2023 a semana 52), con una incidencia promedio anual de 154 casos por 100.000 habitantes, siendo 2020 y 2021 los años con la menor notificación, correspondiente a 36 y 28 casos por 100.000 habitantes respectivamente. Reducción que pudo verse influenciada por múltiples factores relacionados con la ocurrencia de la pandemia por el nuevo coronavirus (COVID-19) (Aislamiento social/confinamiento, interrupción de asistencia de menores a jardines y escuelas, mayor aplicación de medidas de higiene, mayor uso de elementos de protección personal como tapabocas, entre otras).

Hasta el 30 de diciembre de 2023, se notificaron 31.361 casos de varicela, observándose un aumento del 38 % (8.694 casos) comparado con 2022; con una incidencia en población general de 60 casos por 100.000 habitantes; en menores de cinco años, de 282 casos por 100.000 habitantes y en menores de un año, de 261 casos por 100.000 habitantes. Los hombres representaron el 52,5 % (16.466 casos) de la notificación. La distribución por edad muestra mayor

proporción de casos en el grupo de 1 a 4 años con 8.586 casos, correspondientes al 27 % de la notificación nacional, este fenómeno coincide con lo documentado por otros países de América Latina, donde la enfermedad se concentra principalmente en la población escolarizada. El 83 % de los casos procede de las cabeceras municipales, la proporción en gestantes fue de 3,26 % (201) y la proporción en hospitalizados fue del 2,35 % (738). El 30 % de los casos notificados fueron aportados por Bogotá D.C., Medellín, Santiago de Cali, Barranquilla y Montería (4).

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 2024.

2.2. Objetivos específicos:

- Dar a conocer el comportamiento de la varicela en Antioquia, para documentar el comportamiento del evento durante el 2024.
- 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 2024, 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 de Salud e Inclusión Social de Antioquia 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 2024.

4. RESULTADOS

4.1. Comportamiento de la notificación

Para el 2024 se notificó un total de 2.475 casos de varicela en el departamento. La semana epidemiológica con mayor número de casos es la 18 (Figura 1).

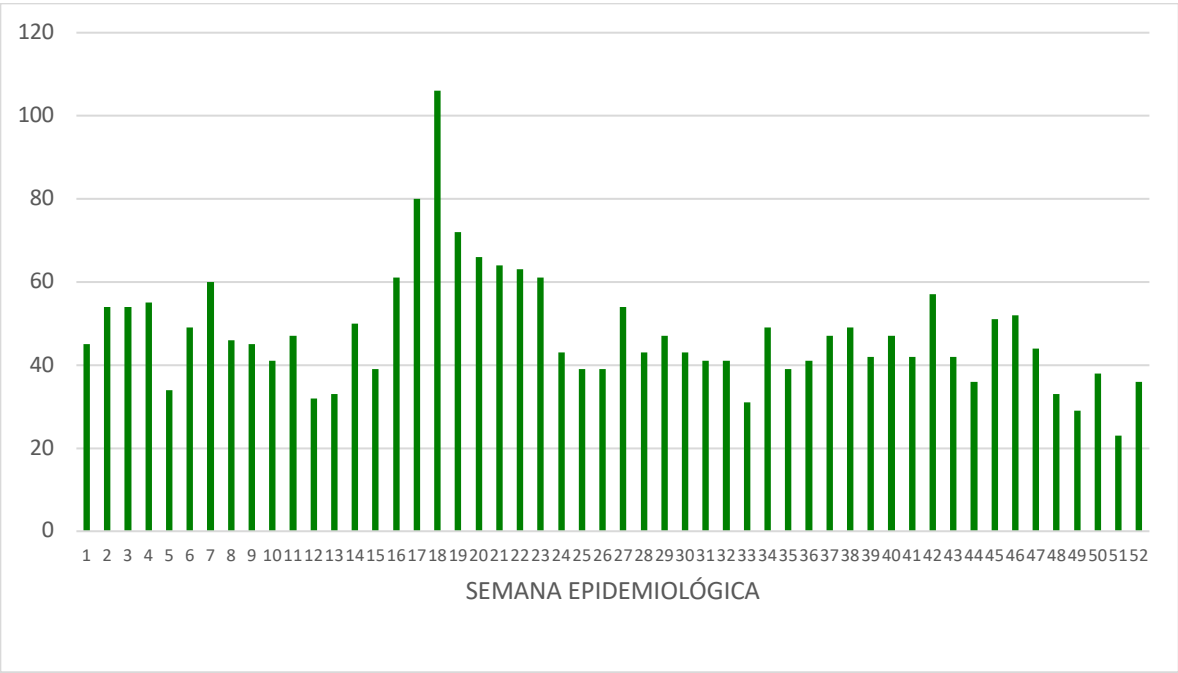


Figura 1. Distribución de notificaciones por semana epidemiológica en Antioquia durante el 2024.

4.2 Magnitud en lugar y persona:

Al analizar los casos por sexo, se encuentran iguales proporciones:



Figura 2. Distribución porcentual de los casos de varicela, por sexo. Antioquia, 2024

Con respecto a la distribución por rangos etarios, se encontró la mayor proporción de casos en los menores de 0 a 4 años y 10 a 14 años de edad superando por mucho a las demás edades. El menor porcentaje de casos fue observado en 60 o más años.

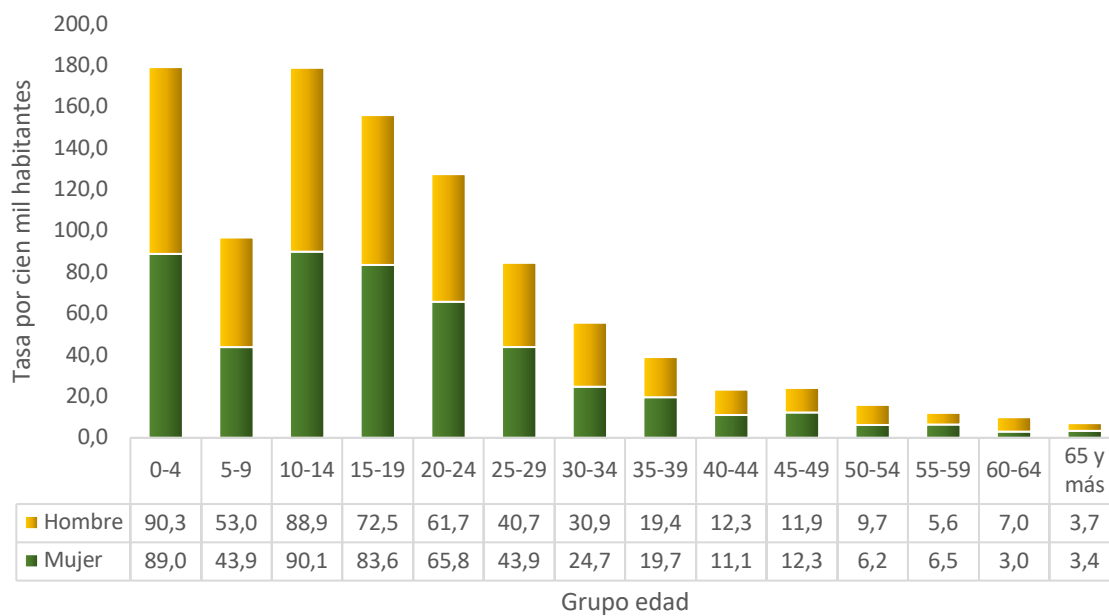


Figura 3. Pirámide poblacional de los pacientes de varicela. Antioquia, 2024

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 y 10 a 14 años presentan incidencias de 90 por 100.000 menores, distando por mucho de los demás quinquenios (Figura 4).

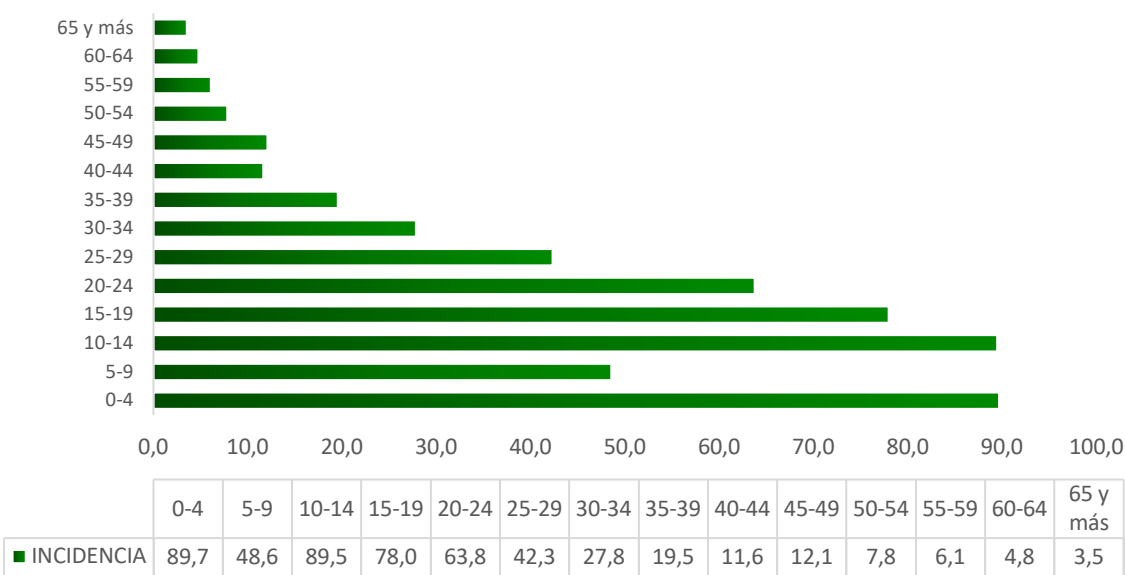


Figura 4. Tasa de incidencia de varicela, por grupos de edad. Antioquia, 2024

Con respecto a las demás variables básicas, se puede mencionar que la gran mayoría de los casos pertenecía al régimen contributivo de salud (66%) seguido por el régimen subsidiado (24%). Vale la pena mencionar que 38 personas (1%) con la enfermedad no estaban afiliadas a ningún régimen (Figura 5).

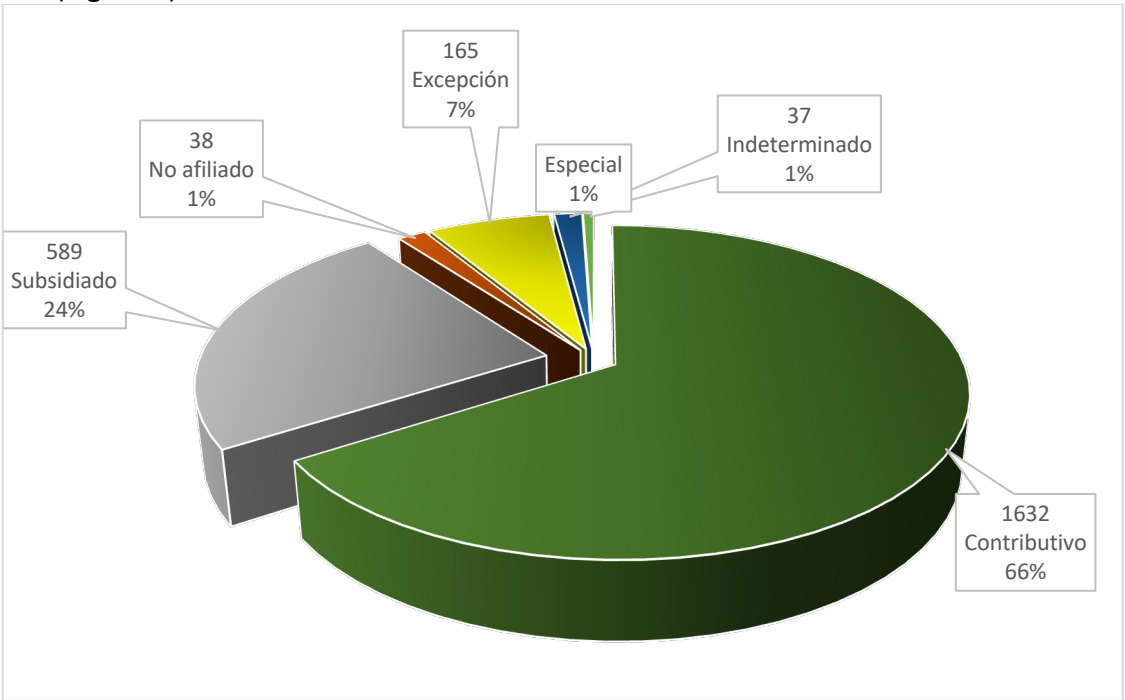


Figura 5. Distribución porcentual de los casos de varicela, según régimen de seguridad social. Antioquia, 2024

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%).

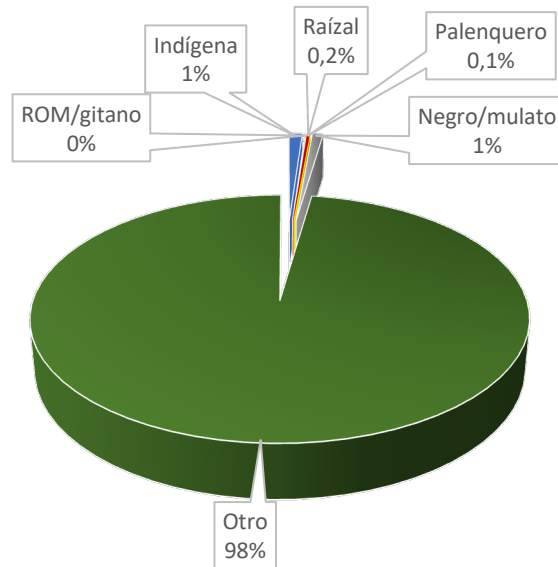


Figura 6. Distribución porcentual de los casos de varicela, según pertenencia étnica. Antioquia, 2024

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).

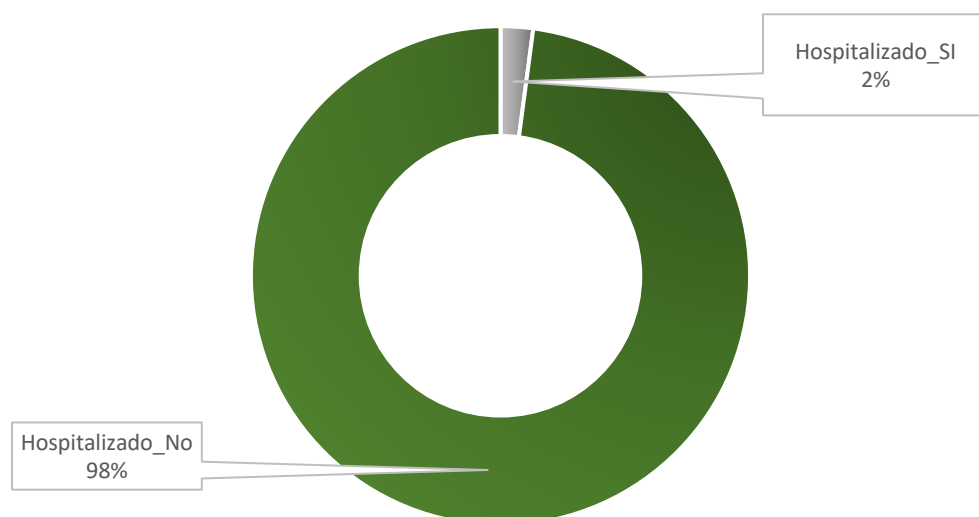


Figura 7. Distribución porcentual de los casos de varicela, según conducta. Antioquia, 2024

Al realizar el análisis de incidencias por municipio, se encontró que en todas las regiones de Antioquia hubo casos reportados, siendo mayor la incidencia en Alejandría (444 x 100 mil habitantes), Pueblorrico (174 x 100 mil habitantes) y Jericó (124,5 x 100 mil habitantes) (Figura 8).

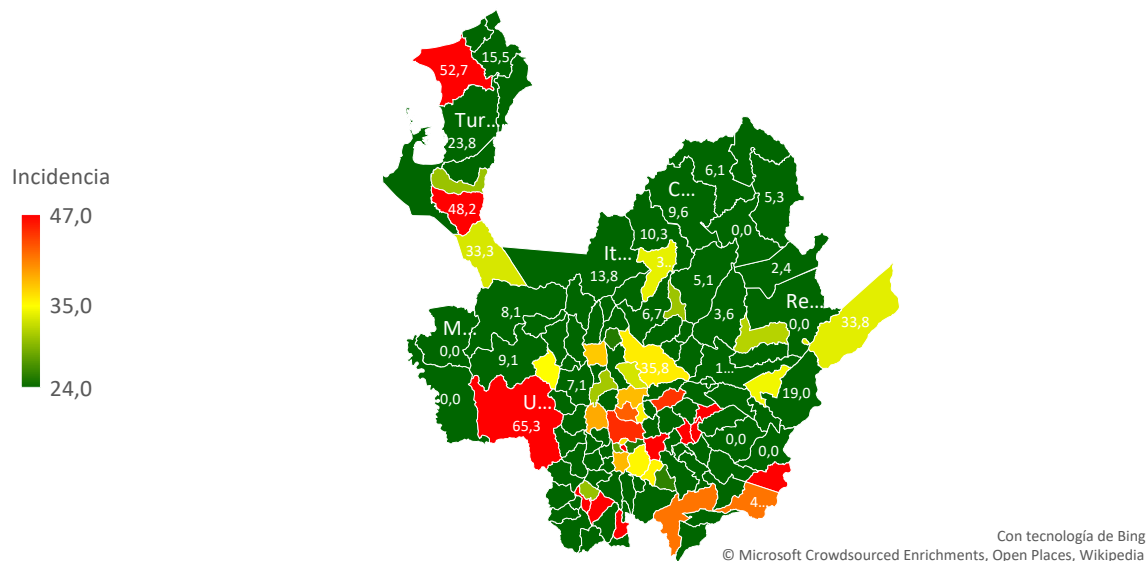


Figura 8. Tasa de incidencia de varicela, por subregión de procedencia. Antioquia, 2024

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 35,9 casos por 100.000 habitantes en Antioquia durante el 2024. Sin embargo, en la Figura 4 se ilustran las incidencias por quinquenios
- Brotes con investigación de campo: Durante el 2024 se hizo investigación de campo al 100% de los brotes y/o alertas ocurridas en Antioquia.
- Unidad de análisis: Durante el 2024 se realizó una unidad de análisis dando cumplimiento al 100% de este indicador, vale la pena resaltar que la muerte este paciente fue descartada para varicela. Por lo anterior, se tuvo una letalidad del 0% para la enfermedad.

4. 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. Respecto a lo publicado en el INS en el 2023, Antioquia tiene una disminución respecto al número de casos totales al año (2.870 en 2013 vs 2.475 en 2024) con disminución en su incidencia en menores de 5 años respecto al año inmediatamente anterior (5).

Según los resultados obtenidos, la mayor distribución de casos se encontró en edades de 0 y 4 años y 10 a 14 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. Si bien en los últimos años ha disminuido la incidencia de la enfermedad, 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.

Algunos municipios pequeños del departamento registraron las mayores incidencias por 100 mil habitantes, en muchos de ellos este incremento en las incidencias fue debido a brotes en población general o población confinada. Por lo cual, desde el nivel nacional se deben tener algunos lineamientos dirigidos en vacunación para poblaciones confinadas de alto riesgo con el fin de reducir las incidencias y evitar morbilidades en estas poblaciones.

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.

4. CONCLUSIONES

- La varicela tiene similar comportamiento entre ambos sexos, pero su incidencia es mayor en menores edades de vida
- Es una enfermedad benigna que en muy pocos casos es letal y genera complicaciones
- Las mayores incidencias ocurren en municipios pequeños, usualmente porque ocurren brotes de la enfermedad

5. 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.
- 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



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

6. 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 6. [Internet] 2024. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_Varicela.pdf
5. Informe del evento varicela periodo epidemiológico XIII, 2023. Instituto Nacional de Salud. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/VARICELA%20PE%20XIII%202023.pdf>

Elaborado por:

Felipe Vargas Restrepo

Profesional especializado Equipo de inmunoprevenibles

Inmunopreveniblesp.ssa@antioquia.gov.co

Indicadores: Edison Giraldo López

Profesional en gerencia de sistemas de información en salud Secretaría de Salud e Inclusión Social de Antioquia

edison.giraldo@antioquia.gov.co



Centro Administrativo Departamental José María Córdova (La Alpujarra)
Calle 42 B No. 52 - 106 - Línea de Atención a la Ciudadanía: 604 409 9000
Medellín - Colombia.



SC4887-1

