

Informe de Evento 2023

Varicela

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

Coordinador

Sandra Lucero Bonilla Molano

Elaborado por:

Adriana Marcela Monje Rodríguez
Grupo Enfermedades Transmisibles
Prevenibles por Vacunación y
Relacionadas con la Atención en Salud

Revisado por:

Paola Elena León Velasco
Grupo Formación de Talento
Humano en Salud Pública

Aprobado por:

Franklyn Edwin Prieto Alvarado
Director de Vigilancia y Análisis del
Riesgo en Salud Pública

El documento requirió revisión por la Oficina Asesora de Jurídica: SI ☐ NO ☒

El documento requirió revisión por una instancia externa asesora: SI ☐ NO ☒ ¿Cuál?

© Julio 2024. Instituto Nacional de Salud. Bogotá, Colombia

<https://doi.org/10.33610/infoeventos.37.1>

www.ins.gov.co



@INSColombia



@insaludcolombia



Instituto Nacional de Salud de Colombia

Informe de Evento 2023 - Varicela

1. Introducción

La varicela es una enfermedad infecciosa aguda causada por el virus varicela-zóster (VVZ), un alfa-herpes virus humano neurotrópico. La infección primaria por el VVZ causa varicela; sin embargo, el virus permanece latente en los ganglios nerviosos sensoriales y puede reactivarse como herpes zóster (culebrilla) llegando a generar neuralgia posherpética. Esto se relaciona con factores como la inmunidad, la edad; entre otros (1,2).

La infección por el VVZ de tipo salvaje se adquiere principalmente por vía aérea. Las lesiones cutáneas contienen altas concentraciones virales que infectan a los huéspedes susceptibles (personas que no han tenido varicela ni han sido vacunadas contra la enfermedad) por contacto directo con las lesiones o por propagación en el aire (3,4). La exposición también puede ocurrir en personas con erupción por herpes zóster (3). El periodo de incubación suele ser de 14 a 16 días, (rango de 10 a 21 días), con un cuadro clínico característico consistente en malestar general, fiebre leve, dolor de cabeza o anorexia, que pueden aparecer uno a dos días antes del inicio de la erupción; el exantema es generalizado y pruriginoso, progresa de lesiones maculosas y papulosas a vesiculosas antes de formar costras; generalmente inician en el pecho, la espalda y la cara, después se propagan al resto del cuerpo. Aunque su curso es generalmente benigno, la infección puede ser grave en personas inmunosuprimidas, recién nacidos, embarazadas y adultos (2,5).

La varicela es una enfermedad común a nivel mundial. Desde 2019, el 18 % de los países han implementado la vacunación rutinaria contra la enfermedad y un 6 % adicional tienen programas de vacunación solo para grupos de riesgo (6). En ausencia de vacunación la infección primaria generalmente ocurre en la primera infancia, principalmente en climas templados, mientras que en climas tropicales ocurre principalmente en adolescentes y adultos, en quienes el sistema inmunológico puede ser más sensible al virus, asociándose a cuadros clínicos más complejos (1).

A nivel mundial, la seroprevalencia del VVZ varía según la región y las políticas de vacunación; en Asia es alrededor del 80 % y en África del 60 %. La incidencia de la varicela en la población general ha mantenido una relativa estabilidad desde 1990, con aproximadamente 349 casos por cada 100 000 habitantes/año, lo que se traduce en alrededor de 700 000 casos anualmente. Las mujeres embarazadas representan un grupo poblacionalmente vulnerable, con una incidencia estimada que oscila entre 0,5 a 1,2 casos / 1 000 embarazos (7).

Con la inclusión de la vacuna contra la varicela en el programa de vacunación infantil, Estados Unidos pasó de tener unos cuatro millones de casos anuales, 10 600 hospitalizaciones y entre 100 y 150 muertes (6), a una incidencia de 3,3 casos / 100 000 habitantes, menos de 1 400 hospitalizaciones y entre 18 y 30 muertes, convirtiéndose en uno de los países con menor exposición al VVZ (6,8).

www.ins.gov.co



@INSColombia



@insaludcolombia



Instituto Nacional de Salud de Colombia

Aunque la información es limitada (9), América Latina experimentó una drástica disminución de la incidencia de varicela después de la introducción de la vacuna: 16 de los 35 países de América Latina y el Caribe cuentan con el biológico en su esquema nacional, y de ellos el 63 % han incluido dos dosis al programa (10). Costa Rica pasó de una incidencia de entre 400 a 800 casos por 100 000 habitantes, a 12,6 casos por 100 000 habitantes (11). En Chile la vigilancia de la varicela se realiza desde 2006 a través de 21 centros centinelas y en los últimos años, la incidencia se ha mantenido en cerca de 19 casos por cada 10 000 habitantes.

En Brasil anualmente se hospitalizan de 600 a 1 200 pacientes, falleciendo entre tres y nueve casos (12,13), en 2021 la incidencia fue de 0,5 casos por 10 000 habitantes (13), solo se reportan los casos de varicela que requieren hospitalización y las muertes; se estiman aproximadamente 3 millones de casos por año (14). En Paraguay a semana epidemiológica 52 de 2023 se notificaron 1 143 casos, evidenciando un aumento del 19 % respecto al año anterior (durante el cual se notificaron 962 casos) (15).

En Colombia, entre 2007 y 2023 se notificaron 1 202 828 casos de varicela, con una incidencia promedio anual en población general de 153,60 casos por 100 000 habitantes. Las mayores tasas de incidencia se presentaron en 2011 y 2016 con 272,25 y 240,02 casos por 100 000 habitantes respectivamente. Debido a las altas tasas de incidencia de la varicela en el país antes 2015, el Ministerio de Salud y Protección Social inició la aplicación de la vacuna contra varicela a los menores de un año a partir del 01 de julio de 2015, con una segunda dosis a partir del 01 de julio de 2019 a los menores con cinco años cumplidos. A partir de 2016 el país comienza a presentar disminución de los casos notificados y de igual manera de la incidencia del evento a nivel nacional en todos los grupos de edad.

El objetivo de este informe es describir el comportamiento epidemiológico del evento varicela en Colombia en 2023, con el fin de fortalecer las estrategias de prevención, vigilancia y control de la enfermedad.

2. Materiales y métodos

Se realizó un Estudio transversal descriptivo en el cual se recogieron datos secundarios reportados al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila) por parte de las entidades territoriales de Colombia. Para el análisis se tomaron los casos de varicela notificados de manera individual por las unidades primarias generadoras de datos (UPGD) a nivel nacional durante 2023.

La base de datos cruda presentó 32 741 registros para el año 2023; fue depurada eliminando los casos con ajuste 6 (descartado), y con ajuste D (error de digitación); se revisaron uno a uno y eliminaron los casos repetidos y con inicio de síntomas en fechas anteriores al año analizado. Finalmente, se excluyeron 32 casos procedentes del exterior. La base final nacional cuenta con 31 613 casos.

Se tomó la base depurada cerrada correspondiente a 2023 y las bases depuradas cerradas de años anteriores (2007 a 2022), a partir de las cuales se calculó la incidencia en población general, menores de un año, uno a cuatro años, cinco a nueve años, 10 a 14 años y 15 a 49 años (clasificación por grupos de edad, de acuerdo con la priorización objeto de seguimiento rutinario).

Para el análisis de la información derivada que describe el comportamiento del evento, se analizaron las variables por tiempo, lugar y persona, y las variables sociodemográficas. Respecto a la variable persona, se analizaron poblaciones especiales: población privada de la libertad (PPL) a los cuales se les calculó tasas de incidencia anual tomando la población estimada del promedio anual de PPL en Colombia publicado por el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC) (. Para el cálculo de incidencia según pertenencia étnica, se tomó el denominador del Censo General 2005 y CNPV 2018.

Se calculó la letalidad teniendo en cuenta los casos confirmados de mortalidad por varicela con unidades de análisis como soporte.

El análisis de los comportamientos inusuales a nivel nacional se realizó mediante la elaboración del canal endémico de Bortman con información de la notificación en los últimos cinco (5) años, excluyendo 2020 como año atípico. Para el análisis de los comportamientos inusuales por entidad territorial, se utilizó el método Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR) de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés), puesto que el evento tiene una alta frecuencia de notificación y se cuenta con una línea de base estable de más de cinco años. Este se basa en la comparación del comportamiento actual del evento en el último periodo epidemiológico (valor observado) con el resultado del promedio de 18 periodos históricos alrededor de ese periodo de evaluación, la ventana histórica de estimación contempló los cinco periodos previos al periodo analizado.

Como indicador de producto se tuvieron en cuenta los brotes presentados durante 2023. El seguimiento se realizó mediante la matriz de brotes investigados, que contaron con medidas preventivas, sanitarias y de control, realizadas en las instituciones donde se presentaron los brotes, con acompañamiento de las entidades territoriales.

Los datos se presentaron en figuras elaboradas con el programa Excel Office 365. Para analizar la tendencia de la incidencia en población general y los grupos de edad priorizados, se usó el software Joinpoint versión 4.9.1.0. En las tasas de incidencia el coeficiente de multiplicación fue de 100 000 excepto para grupos étnicos, en los cuales el coeficiente fue de 10 000; éstas se calcularon con el programa Epi Info 7.2.5. con el cual también se realizaron los mapas de incidencia según indicador del evento. La comparación de tasas, los intervalos de confianza y el valor de p se calcularon con el programa Open Epi versión 3.01

La población de referencia utilizada como denominador se tomó de las proyecciones de población a nivel nacional, periodos 2005 -2017 y 2018 - 2070 del Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE)

No se presentaron datos atípicos motivo por el cual no fue necesario realizar ajustes a las variables analizadas. Los casos de varicela ingresaron al Sivigila por confirmación clínica, es decir, bajo estricto criterio médico, motivo por el cual no se requirió un examen de laboratorio para confirmar o descartar el evento. Las mortalidades fueron soportadas por los certificados de defunción y los casos asociados a mortalidad por varicela se confirmaron mediante unidades de análisis.

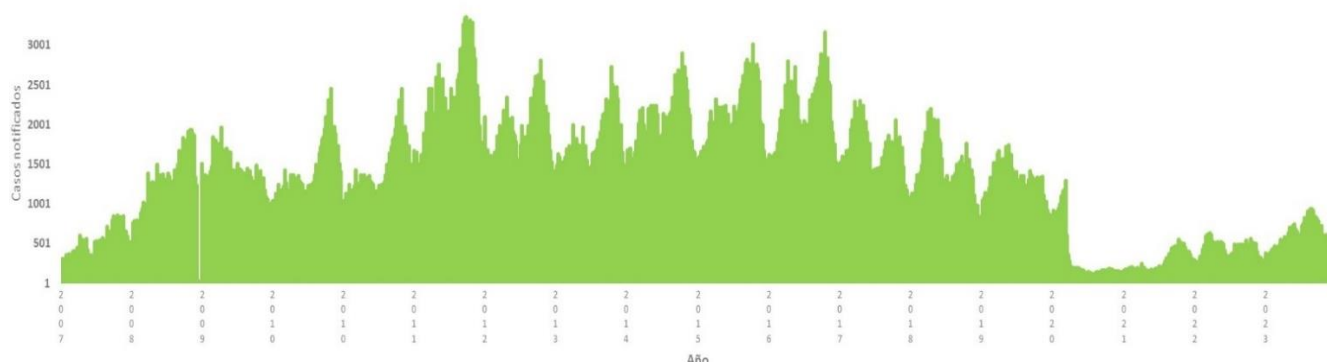
Consideraciones éticas

Este informe es un análisis de la notificación del evento de interés en salud pública varicela, la información se considera un análisis sin riesgo de acuerdo con la Resolución 08430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia. La información se obtuvo del Sivigila, se aseguró la confidencialidad de los datos y se respetaron los principios sustanciales de responsabilidad y equidad, no se realizó ninguna modificación intencionada de las variables. Estos resultados permitirán fortalecer las acciones y decisiones de vigilancia en salud pública a nivel territorial y nacional.

3. Resultados

La base de datos cruda del evento varicela presentó 32 741 registros para el año 2023; fue depurada eliminando 57 casos con ajuste 6 (descartado), 215 casos con ajuste D (error de digitación), 750 casos repetidos, 74 casos con inicio de síntomas en fechas anteriores al año analizado, quedando 31 645 notificaciones de las cuales 32 corresponden a casos procedentes del exterior. 31 613 casos de varicela notificados por las entidades territoriales, para un total de 1 202 828 casos notificados entre 2007 y 2023. Se identificó aumento de la notificación del 39,47 % (8 946 casos) comparado con 2022, del 120 % (17 250 casos) comparado con 2021 y del 74 % (13 460 casos) comparado con 2020. Al analizar la tendencia del evento, es posible observar que se presentan dos picos estacionales del evento, aproximadamente entre marzo y mayo, y entre septiembre y noviembre, los cuales se pueden observar especialmente entre 2010 y 2018. Desde 2022 es posible evidenciar como el evento comienza progresivamente a mostrar los característicos picos del evento a medida que aumenta la notificación (Figura 1).

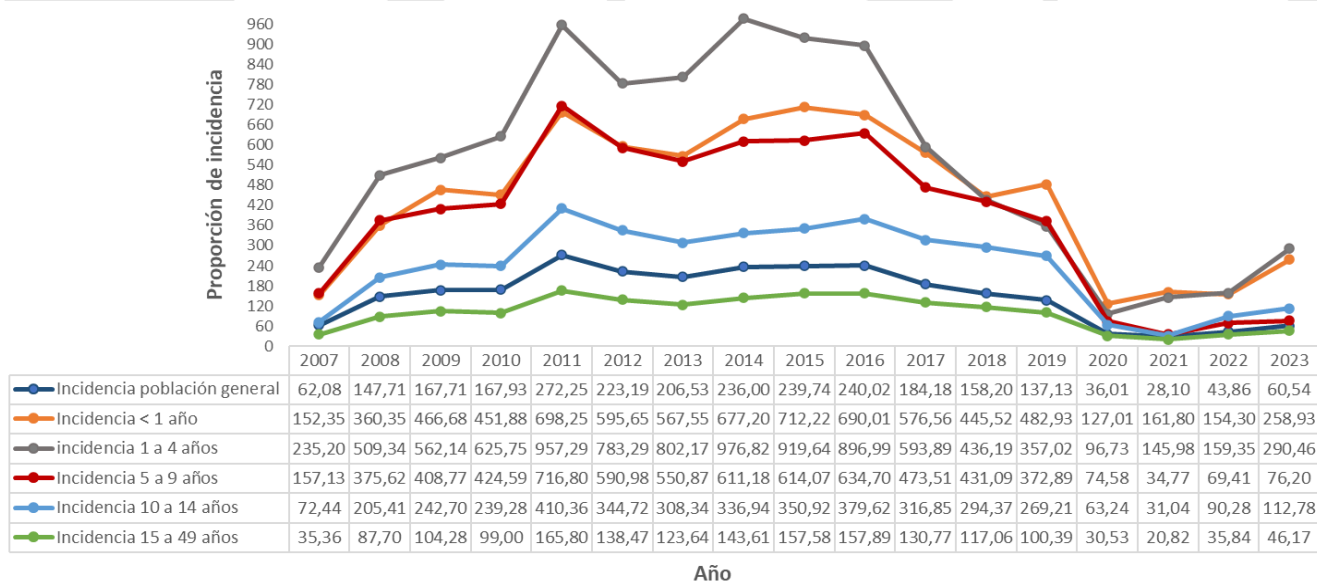
FIGURA 1 TENDENCIA DE LA NOTIFICACIÓN POR VARICELA, COLOMBIA, 2007-2023



Fuente: Instituto Nacional de Salud. Base 831 Sivigila, 2007-2023

La incidencia del evento en población general para el periodo analizado fue de 60,54 casos por cada 100 000 habitantes, mayor a la incidencia del 2022 (de 43,86 / 100 000 habitantes). En menores de un año la incidencia fue de 258,93 casos por 100 000 habitantes, aumentando drásticamente frente a 2022 (cuya incidencia en esta población fue de 154,30 casos por 100 000 menores de un año). En menores de uno a cuatro años la incidencia fue de 290,46 casos por 100 000 menores, aumentando frente al año anterior (cuya incidencia fue de 159,35 casos por 100 000 menores). La incidencia en la población de cinco a nueve años, de 10 a 14 años y de 15 a 49 años también aumentó respecto a 2022 (Figura 2).

FIGURA 2 INCIDENCIA DE LA VARICELA EN POBLACIÓN GENERAL Y GRUPOS DE EDAD PRIORIZADOS, COLOMBIA 2007-2023



Fuente: Instituto Nacional de Salud. Base 831 Sivigila, 2007-2023

www.ins.gov.co



@INSColombia



@insaludcolombia



Instituto Nacional de Salud de Colombia

Tendencia de la varicela en poblaciones especiales

• Población privada de la libertad.

Durante 2023 se notificaron al Sivigila 413 casos de varicela en población privada de la libertad (PPL), lo que correspondió al 1,31 % de la notificación general del evento, para una tasa de incidencia (teniendo en cuenta el promedio anual de internos reportado por INPEC) de 41 casos por 10 000 PPL. Se presentó aumento respecto a 2022 y 2021, con una variación del 35,86 % y del 105,47 % respectivamente (Tabla 1).

TABLA 1 INCIDENCIA DE VARICELA EN PRIVADOS DE LA LIBERTAD Y VARIACIÓN PORCENTUAL, COLOMBIA, 2013-2023

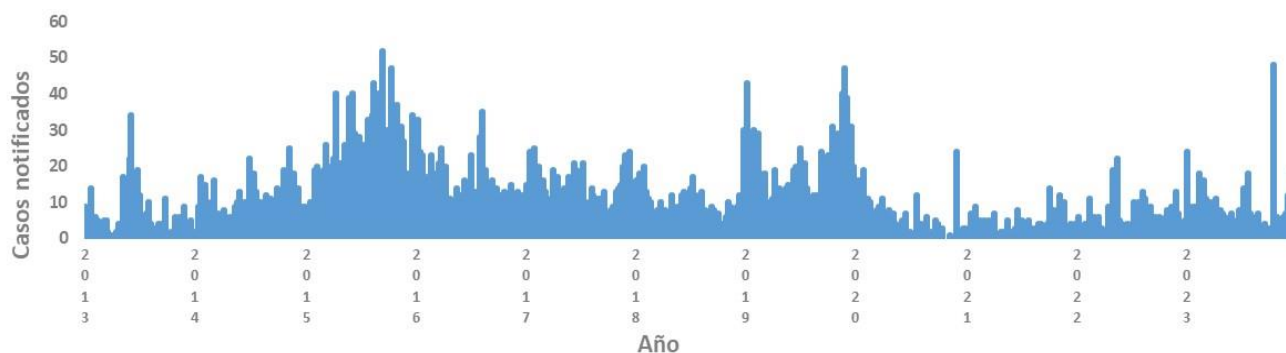
Año	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
N° casos	317	542	1292	744	687	490	981	269	201	304	413
% notificación nacional	0,34	0,5	1,16	0,66	0,79	0,64	1,45	1,48	1,4	1,34	1,31
Incidencia*	SD	SD	106	61	59	41	80	25	21	31	41
Variación (%)	30,28 ↑	23,8 ↓	68,03 ↓	44,49 ↓	39,88 ↓	15,71 ↓	57,9 ↓	53,53 ↑	105,47 ↑	35,86 ↑	

*Tasa de incidencia por 10 000 PPL.

2013 y 2014 sin tasa de incidencia ya que no se cuenta con denominador publicado.

La tendencia de la notificación en esta población (estable a partir de 2013 aproximadamente), muestra un patrón característico, con tres picos al inicio, mitad y final de cada año, excepto por brotes ocasionales que alteran levemente la tendencia; a mediados de cada semestre tiende a disminuir la notificación en esta población (Figura 3).

FIGURA 3 TENDENCIA DE LA NOTIFICACIÓN POR VARICELA EN PRIVADOS DE LA LIBERTAD, COLOMBIA, 2013-2023



Fuente: Instituto Nacional de Salud. Base 831 Sivigila, 2013-2023

• Población indígena

Durante 2023 se notificaron al Sivigila 766 casos de varicela en población indígena, lo que correspondió al 2,42 % de la notificación general del evento, para una tasa de incidencia de 4 casos por cada 10 000 indígenas. Aumentó respecto a 2022 y 2021, con una variación del 62,63 % y del 171,63 % respectivamente (Tabla 2).

TABLA 2 INCIDENCIA DE VARICELA EN POBLACIÓN INDÍGENA Y VARIACIÓN PORCENTUAL, COLOMBIA, 2013-2023

Año	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
N° casos	1895	2125	2117	1973	2065	2445	1737	390	282	471	766
% notificación nacional	2,02	1,96	1,91	1,76	2,36	3,2	2,56	2,15	1,96	2,08	2,42
Incidencia*	14	15	15	14	15	13	9	2	1	2	4
Variación (%)	59,58 ↓	63,95 ↓	63,82 ↓	61,18 ↓	62,91 ↓	68,67 ↓	55,9 ↓	96,41 ↑	171,63 ↑	62,63 ↑	

*Tasa de incidencia por 10 000 indígenas.

Denominadores para incidencias del 2013 al 2017: Censo General 2005 DANE e incidencias del 2018 al 2023: CNPV 2018 DANE.

La tendencia de la notificación en esta población muestra un patrón característico, con un pico a mediados de cada semestre del año como se puede observar en 2016. En 2023 se altera este comportamiento mostrándose irregular. Sin embargo, a comienzo y fin de cada año tiende a disminuir la notificación en esta población (Figura 4).

FIGURA 4 TENDENCIA DE LA NOTIFICACIÓN POR VARICELA EN POBLACIÓN INDÍGENA, COLOMBIA, 2013-2023



Fuente: Instituto Nacional de Salud. Base 831 Sivigila, 2013-2023

• Raizal, palenquero y negro mulato afrocolombiano

Durante 2023 se notificaron al Sivigila 638 casos de varicela con pertenencia étnica raizal, palenquera y negro mulato afrocolombiano, lo que correspondió al 2,02 % de la notificación general del evento, para una tasa de incidencia de 1,37 casos por cada 10 000 personas pertenecientes a estos tres grupos

étnicos. Aumentó respecto a 2022 y 2021, con una variación del 98,75 % y del 58,71 % respectivamente (Tabla 3).

TABLA 3 INCIDENCIA DE VARICELA EN POBLACIÓN RAIZAL, PALENQUERO Y NEGRO MULATO Y VARIACIÓN PORCENTUAL, COLOMBIA, 2013-2023

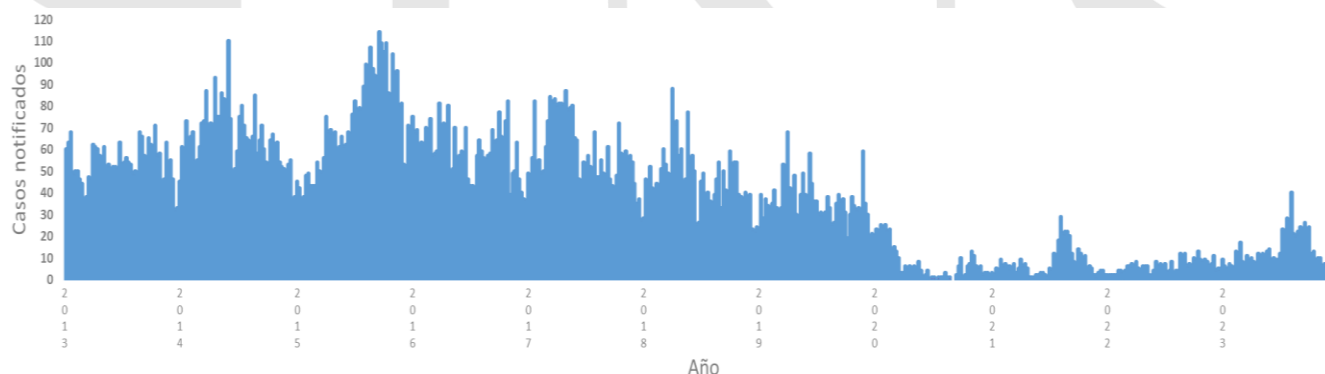
Año	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Casos	2908	3553	3823	3250	3207	2537	2084	412	402	321	638
% notificación nacional	3,1	3,28	3,44	2,89	3,67	3,32	3,08	2,27	2,8	1,42	2,02
Incidencia	6,74	8,24	8,87	7,54	7,44	5,43	4,46	0,88	0,86	0,69	1,37
Variación	78,06 ↓	82,04 ↓	83,31 ↓	80,37 ↓	80,11 ↓	74,85 ↓	69,39 ↓	54,85 ↑	58,71 ↑	98,75 ↑	

*Tasa de incidencia por 10 000 personas pertenecientes a los tres grupos étnicos analizados.

Denominadores para incidencias del 2013 al 2017: Censo General 2005 DANE e incidencias del 2018 al 2023: CNPV 2018 DANE.

La tendencia de la notificación en esta población muestra un patrón irregular. Durante 2023 se evidencia un comportamiento de aumento en la notificación durante el segundo semestre del año que tiende a la disminución al final del año (Figura 5).

FIGURA 5 TENDENCIA DE LA NOTIFICACIÓN POR VARICELA EN POBLACIÓN RAIZAL, PALENQUERO Y NEGRO MULATO AFROCOLOMBIANO, COLOMBIA, 2013-2023.



Fuente: Instituto Nacional de Salud. Base 831 Sivigila, 2013-2023

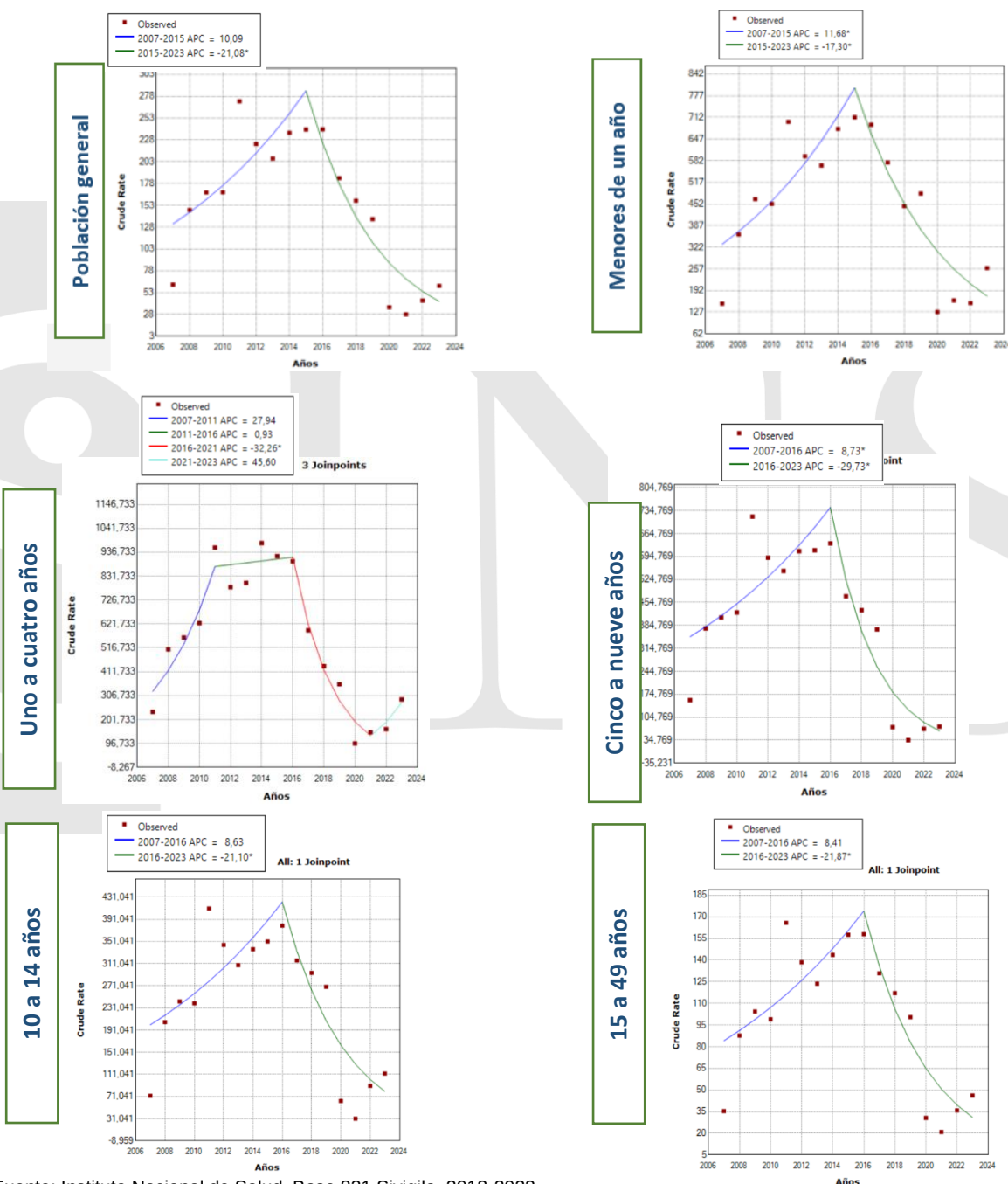
Tendencia de la incidencia de varicela mediante análisis de regresión lineal Joinpoint

La tendencia de la incidencia de varicela en población general y grupos de edad priorizados (*menores de un año, de uno a cuatro años, de cinco a nueve años, de 10 a 14 años y de 15 a 49 años*) evidencia disminución en todos los grupos analizados (excepto menores de uno a cuatro años), observando puntos (joinpoint) entre 2015 y 2016, dichos cambios en la tendencia de la incidencia son estadísticamente significativos (figura 6).

Respecto a los menores de uno a cuatro años, Después de un aumento significativo hasta 2011, con tendencia al aumento hasta 2016 y la posterior disminución estadísticamente significativa de la

incidencia en este grupo entre 2016 y 2021, comienza nuevamente a aumentar significativamente la incidencia en esta población en 2022 y 2023 (Figura 6).

FIGURA 6 TENDENCIA DE LA INCIDENCIA DE VARICELA EN POBLACIÓN GENERAL Y GRUPOS DE EDAD PRIORIZADOS, COLOMBIA, 2007-2023



Fuente: Instituto Nacional de Salud. Base 831 Sivigila, 2013-2023

www.ins.gov.co



@INSColombia



@insaludcolombia



Instituto Nacional de Salud de Colombia

Variables sociales y demográficas

Respecto a las variables sociodemográficas, el 52,65 % (16 644 casos) correspondió al sexo masculino con una incidencia de 65,31 casos por 100 000 habitantes. La incidencia más alta se presentó en los menores de uno a cuatro años con 290,46 casos por 100 000 menores de uno a cuatro años (8 690 casos). El 83,14 % (26 283 casos) de los casos se presentó en la cabecera municipal, con una incidencia de 66,12 casos por 100 000 habitantes. El 50,83 % (16 070 casos) estaban afiliados al régimen contributivo, para una incidencia de 68,48 casos por 100 000 habitantes. El 0,64 % (203) de los casos son gestantes, teniendo en cuenta las mujeres en edad fértil notificadas por varicela, la tasa en esta población fue de 3 por cada 100 mujeres en edad fértil con varicela. El 2,37 % (750 casos) de los casos notificados fueron hospitalizados. Para 2023 se confirmaron tres casos de defunciones por varicela confirmadas con unidad de análisis para una tasa de letalidad del 0,009 % (Tabla 4).

TABLA 4 VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA VARICELA, COLOMBIA, 2022 – 2023

Categoría	2022			2023			2023 Población	2022 Tasa	2023 Tasa	Tasa incremental	2023	
	n	%	Intervalos de confianza	n	%	Intervalos de confianza					razón	valor de p
Nacional	22667	100		31613	100		52215503	43,86	60,54			
Sexo												
Masculino	11926	52,61	51,96 - 53,26	16644	52,65	52,1 - 53,2	25486014	47,27	65,31	0,08%	1,38	0,08
Femenino	10741	47,39	46,74 - 48,04	14969	47,35	46,8 - 47,9	26729489	40,60	56,00	1,27%	1,38	0,10
Pertenencia étnica												
Indígena	471	2,08	1,9 - 2,27	766	2,42	2,25 - 2,59	1905617	2,47	4,02	28,85%	1,63	0,45
Negro mulato, raizal, palenquero	321	1,42	1,27 - 1,57	638	2,02	1,86 - 2,17	4671160	0,69	1,37	42,25%	1,98	0,50
Edad												
Menor de un año	1099	4,85	4,57 - 5,13	1839	5,82	5,56 - 6,08	710225	154,30	258,93	20,00%	1,68	<0,05
1 a 4 años	4866	21,47	20,94 - 22,01	8690	27,49	27 - 27,98	2991790	159,35	290,46	28,04%	1,82	<0,05
5 a 9 años	2738	12,08	11,66 - 12,51	3010	9,52	9,20 - 9,85	3950155	69,41	76,20	- 21,19%	1,10	0,56
10 a 14 años	3577	15,78	15,31 - 16,26	4473	14,15	13,77 - 14,54	3966070	90,28	112,78	10,33%	1,25	0,12
15 a 49 años	9708	42,83	42,19 - 43,47	12634	39,96	39,43 - 40,51	27364561	35,84	46,17	-6,70%	1,29	0,22
50 y más años	679	3,00	2,78 - 3,22	967	3,06	2,87 - 3,25	13232702	5,25	7,31	2,00%	1,39	0,58
Área												
Cabecera municipal	18913	83,44	82,95 - 83,92	26283	83,14	82,72 - 83,55	39751902	48,10	66,12	-0,36%	1,37	0,09
Centro poblado y rural disperso	3754	16,56	16,08 - 17,05	5330	16,86	16,45 - 17,28	12463601	30,36	42,76	1,81%	1,41	0,15
Régimen de afiliación												

Contributivo	12480	55,06	54,41 - 55,7	16070	50,83	50,28 - 51,38	23467303	53,04	68,48	-7,68%	1,29	0,17
Subsidiado	8197	36,16	35,54 - 36,79	13083	41,38	40,84 - 41,93	26174133	31,93	49,98	14,44%	1,57	<0,05
Excepción y Especial	1217	5,37	5,08 - 5,67	1801	5,7	5,44 - 5,95	2219895	54,75	81,13	6,15%	1,48	<0,05
No asegurado	532	2,35	2,15 - 2,55	439	1,39	1,26 - 1,52	*	*	*	-	*	*
Indeterminado	241	1,06	0,93 - 1,20	220	0,70	0,61 - 0,79	*	*	*	40,85%	*	*
Otras condiciones												
Privados de la libertad	304	1,34	1,19 - 1,49	413	1,31	1,18 - 1,43	100822**	30,92	40,71	-2,24%	1,32	0,23
Gestantes	187	0,82	0,71 - 0,95	203	0,64	0,55 - 0,73	6543***	3,93	3,10	-	0,79	>0,99
hospitalizados	240	1,06	0,93 - 1,20	750	2,37	2,21 - 2,54	31613	1,06	2,37	21,95%	2,24	0,62
Letalidad	10	0,04	0,02 - 0,08	3	0,009	0,003 - 0,027	31613	0,04	0,009	123,58%	0,20	

Fuente: Instituto Nacional de Salud. Base 831 Sivigila, 2013-2023

* Sin denominador para el cálculo

**Promedio anual reportado INPEC

***MEF 15 a 49 años

Tendencia de las tasas de hospitalización

Durante 2023 fueron hospitalizadas 750 personas con diagnóstico de varicela, para una tasa de hospitalización del 2,37 %, para un promedio anual 2017-2023 del 2 %. Se evidencia un valor de p estadísticamente significativo, con un aumento respecto al año anterior de 124 % (Tabla 5).

TABLA 5 TENDENCIA DE LAS TASAS DE HOSPITALIZACIÓN POR VARICELA, COLOMBIA, 2017-2023

Año	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Tendencia tasa 2017-2022	Promedio anual	Valor p
Tasa de hospitalización	1,54	1,81	1,76	2,50	2,97	1,06	2,37		2,0	0,001

Fuente: Instituto Nacional de Salud. Base 831 Sivigila, 2017-2023

Indicadores del evento

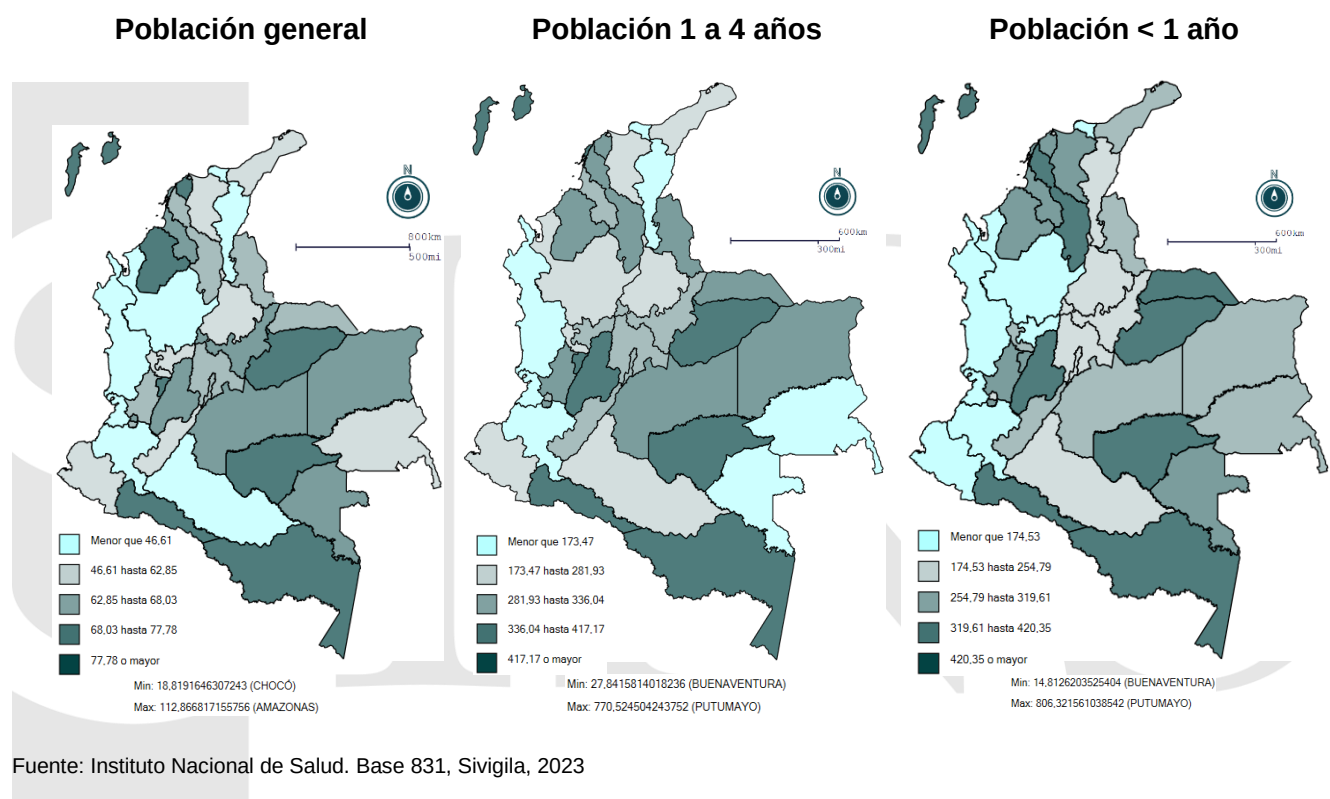
- La incidencia del evento en población general y grupos de edad priorizados se presenta en la figura 2 del presente informe.
- Incidencia por entidad territorial de procedencia (Anexo 1)

En 24 entidades territoriales se presentó una incidencia en población general mayor a la nacional (60,54 casos por 100 000 habitantes), siendo las más altas; San Andrés con 212 casos por 100 000 habitantes, Amazonas con 112,9 casos por 100 000 habitantes, y Casanare con 104,8 casos por 100 000 habitantes.

Respecto al comportamiento del evento por categorías de edad, se identificó que 21 entidades territoriales presentaron una incidencia en menores de 1 a 4 años mayor a la nacional (290,46 casos por 100 000 menores de 1 a 4 años), siendo las más altas San Andrés con 2 276 casos por cada

100 000 menores de 1 a 4 años, Putumayo con 770,52 casos por 100 000 menores de 1 a 4 años y Guaviare con 730,40 casos por 100 000 menores de 1 a 4 años. 22 entidades territoriales presentaron una incidencia mayor a la nacional en menores de 1 año (258,93 casos por 100 000 menores de 1 año), siendo las más altas San Andrés con 1 635 casos por cada 100 000 menores de 1 año, seguido de Putumayo con 806 casos por 100 000 menores de 1 año, Amazonas con 732 casos por 100 000 menores de 1 año y Guaviare con 518 casos por 100 000 menores de 1 año (Figura 7).

FIGURA 7 INCIDENCIA DE VARICELA POR ENTIDAD TERRITORIAL Y GRUPOS DE EDAD PRIORIZADOS, COLOMBIA, 2023



Brotes con investigación de campo

Durante 2023 se notificaron 117 brotes en poblaciones especiales confinadas, el 98,3 % (115 brotes) fueron investigados y el informe fue remitido al Instituto Nacional de Salud (INS).

Brotes de Varicela

El 46,96 % (n=54) de los brotes de varicela en poblaciones especiales confinadas se presentaron en PPL; seguido del 25,22 % (n=29), correspondiente a Fuerzas militares; en tercer lugar se encuentran los brotes institucionales los cuales corresponden al 11,30 % (n=13) de la notificación; el 10,43 % (n=12) correspondió a brotes comunitarios detectados en seguimiento a medios de comunicación;

www.ins.gov.co



@INSColombia



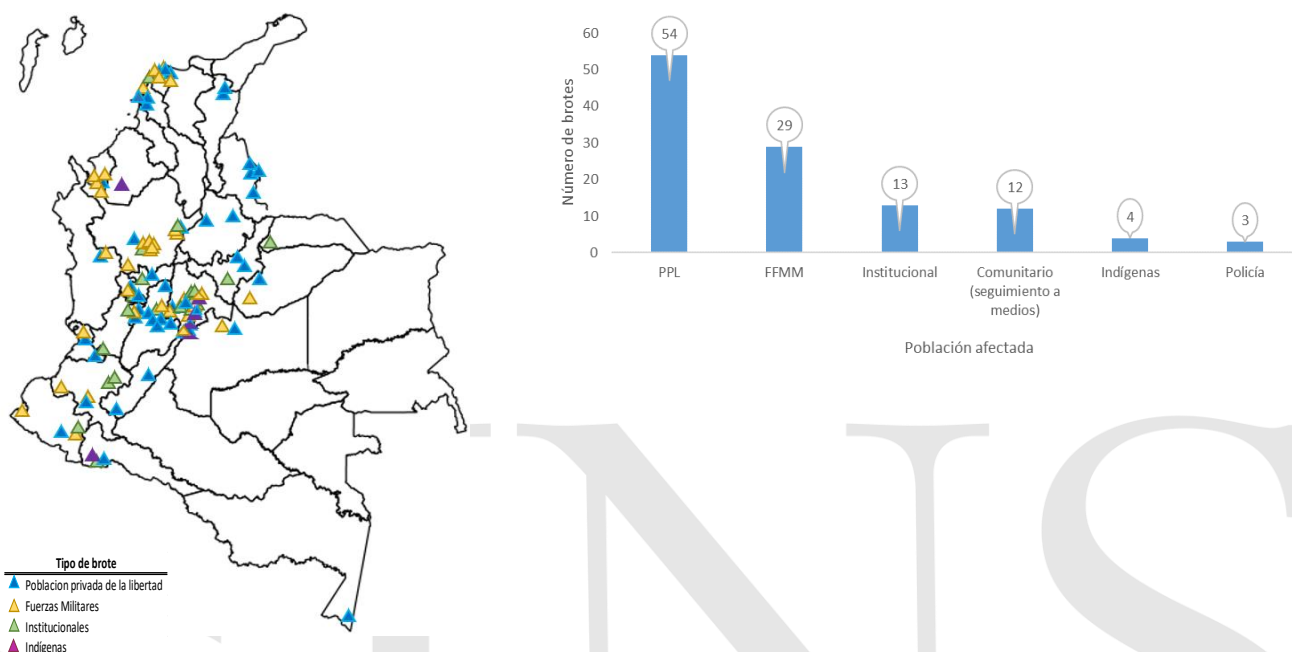
@insaludcolombia



Instituto Nacional de Salud de Colombia

3,48 % (n=4) correspondió a brotes en población indígena y finalmente, el 2,61 % (n=3) de los brotes notificados correspondieron a uniformados de la Policía Nacional (Figura 8).

FIGURA 8 BROTES DE VARICELA EN POBLACIONES ESPECIALES CONFINADAS, COLOMBIA, 2023

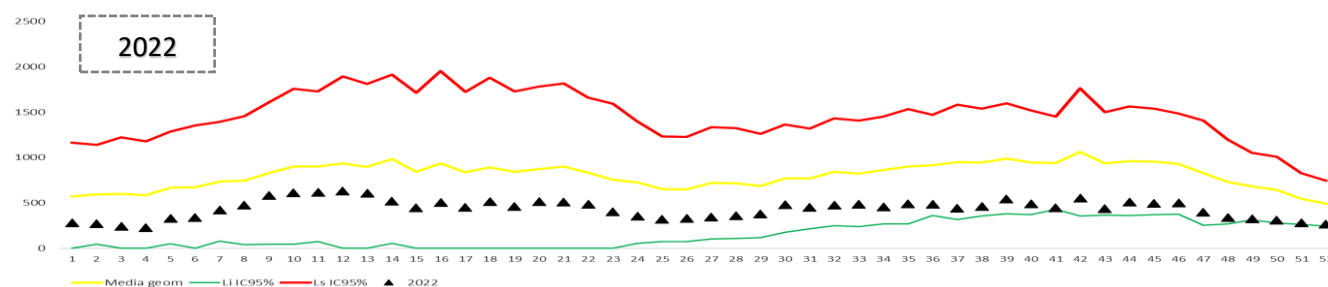


Fuente: Instituto Nacional de Salud. Matriz de brotes de varicela, Colombia, 2023.

Comportamientos inusuales de la varicela

El canal endémico de varicela para 2023 muestra un comportamiento dentro de lo esperado, con leve aumento a partir de la semana epidemiológica 28 y hasta la 36, a partir de la cual retoma un descenso paulatino que termina a final del año bordeando el límite inferior. El canal endémico para el año 2022 muestra que el evento permaneció con un comportamiento estable a nivel nacional durante todo el año y finaliza con un leve descenso sin llegar a estar por debajo de lo esperado (Figura 9).

FIGURA 9 CANALES ENDÉMICOS DE BORTMAN PARA VARICELA, COLOMBIA, 2022 Y 2023



www.ins.gov.co



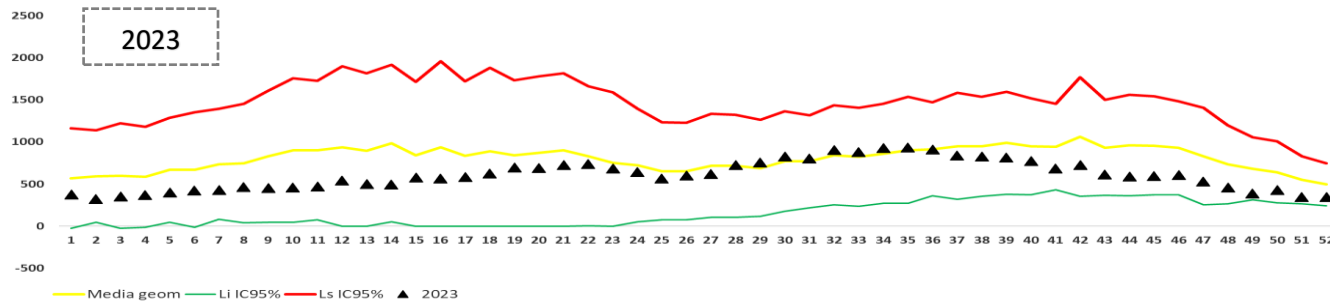
@INSColombia



@insaludcolombia



Instituto Nacional de Salud de Colombia



Fuente: Instituto Nacional de Salud. Base 831 Sivigila 2016 - 2023

En cuanto a los comportamientos inusuales, 2023 Buenaventura culminó con incremento estadísticamente significativo. Las entidades territoriales que presentaron un comportamiento estable fueron Amazonas, Arauca, Chocó, Guainía, Guaviare, Valle del Cauca, Vaupés y Vichada y las demás entidades territoriales departamentales finalizaron el año con decremento estadísticamente significativo de la notificación por varicela (Figura 10).

FIGURA 10 COMPORTAMIENTOS INUSUALES DE VARICELA POR ENTIDAD TERRITORIAL DE PROCEDENCIA, COLOMBIA, 2023.



Fuente: Instituto Nacional de Salud. Base 831 Sivigila 2017 - 2023

www.ins.gov.co



@INSColombia



@insaludcolombia



Instituto Nacional de Salud de Colombia

4. Discusión

Al analizar el evento por grupos de edad, es posible evidenciar que la población más afectada por varicela en el país es el grupo de edad de 1 a 4 años, cuya incidencia para 2023 fue de 290,46. Esta tendencia se ha mantenido a nivel histórico excepto en 2019, 2020 y 2021, años en los cuales fue sobrepasada por el grupo de edad menor de un año. Este comportamiento es típico en muchos países de América Latina (9). Un estudio sobre enfermedades inmunoprevenibles en Ecuador reporta el mismo comportamiento del evento en el grupo de 1 a 4 años (17).

Algunos estudios han demostrado que existen factores como el clima o la densidad poblacional que influyen en el comportamiento del evento. Un estudio publicado en 2023 en *The Journal of Infectious Disease* sobre la estacionalidad de la varicela y su asociación con el clima tropical de Colombia, demostró que las fluctuaciones espaciotemporales de la humedad pueden explicar las epidemias del evento en Colombia, México y potencialmente en Latinoamérica. En Colombia el comportamiento estacional de la enfermedad evidencia un pico en cada semestre del año. Otros países como el Reino Unido, Japón y China presentan el mismo comportamiento; en contraste, muchos países europeos, Estados Unidos, Australia y Sudáfrica, presentan un solo pico, fenómeno común en la mayoría de los países templados. La variación frente a los picos observados está estrechamente relacionada con la latitud. (18).

En Colombia la población escolar es la más afectada por la varicela, con una incidencia en menores de cinco años estadísticamente significativa ($p < 0,05$); siendo además una enfermedad predominantemente urbana, donde la mayor densidad de población se asocia a mayor urbanización (9).

Después del ingreso de la vacuna contra la varicela al esquema regular del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) de Colombia en 2015 y con el posterior ingreso de la segunda dosis en 2019, la incidencia del evento disminuyó de manera significativa tanto en la población general como en los grupos de edad priorizados. Este es un fenómeno del cual se tiene evidencia gracias a los estudios que han realizado diferentes países como Estados Unidos y Canadá que han incluido el biológico en sus esquemas regulares (1,9,16), así mismo en Costa Rica, Paraguay, Uruguay y Brasil se ha demostrado la disminución de la incidencia, menor impacto a nivel económico y disminución de la morbilidad traducida en tasas de hospitalización (9,19).

Para 2023, en Colombia se investigaron 115 brotes de varicela en poblaciones especiales. Este dato pone de manifiesto la importancia de analizar este evento desde una perspectiva integral que considere los determinantes sociales de la salud (los cuales pueden incluir vivienda, educación y pobreza) bajo una responsabilidad compartida, con un enfoque intersectorial que aborde las desigualdades e inequidades presentes en cada población afectada, esto es fundamental para fortalecer los procesos de la vigilancia epidemiológica y la prevención efectiva de la enfermedad (20).

5. Conclusiones

- La tasa de incidencia de varicela para 2023 fue de 60,54 casos por 100 000 habitantes. Las entidades territoriales que reportaron una incidencia mayor a la nacional en población general y en los grupos de edad priorizados fueron San Andrés, Amazonas, Casanare, Putumayo y Guaviare.
- El 52,65 % (n=16 644) de los casos notificados se presentaron en el sexo masculino y la mayor proporción correspondiente al 27,49 % (n=8 690) se presentó en los menores de uno a cuatro años, con una incidencia de 290,46 casos por 100 000 menores de uno a cuatro años.
- El 2,37 % (n=750) de los casos fueron hospitalizados y la tasa de letalidad fue de 0,009 % (n=3).
- Durante el primer semestre de 2023 se detectaron 117 brotes de varicela, presentándose un aumento en la notificación del 6,36 % (n=7), comparado con 2022.

6. Recomendaciones

Las entidades territoriales, distritales y municipales de salud deben implementar y mejorar sus estrategias de identificación de comportamientos inusuales en sus territorios, así como brotes potenciales de alto impacto, como los que pueden presentarse en poblaciones especiales confinadas (debido a los factores de riesgo inmersos en este tipo de poblaciones) y los brotes comunitarios, específicamente los escolares, donde el PAI de Colombia garantiza la vacunación contra varicela en menores de 1 y 5 años. Estas estrategias deben incluir campañas masivas de información, educación y capacitación sobre la enfermedad, contención adecuada y prevención.

Los gobiernos y sus organismos de salud en las diferentes entidades territoriales, tanto del orden departamental/distrital como municipal, deben fortalecer el enfoque intersectorial en la atención de la salud pública, priorizando programas que aborden los determinantes sociales de la salud. La colaboración entre diferentes sectores y la participación de las comunidades son aspectos esenciales para prevenir brotes de varicela y promover la salud integral de las poblaciones especiales (21).

Los brotes de varicela (independientemente del tipo de brote), deben incluir en la respuesta las acciones de búsqueda activa comunitaria (realizada de manera detallada y con el formato del INS el cual puede ser adoptado y adaptado) y la búsqueda activa institucional. Estas son dos actividades de intervención que apoyan la contención adecuada y oportuna de brotes del evento. Estas acciones deben ser realizadas por parte de las entidades territoriales municipales, departamentales y distritales, así como por el régimen de sanidad militar y de la policía.

www.ins.gov.co



@INSColombia



@insaludcolombia



Instituto Nacional de Salud de Colombia



Avenida Calle 26 # 51 - 20 / Bogotá D.C. - Colombia



PBX: (601) 220 77 00 / exts. 1101 - 1214



contactenos@ins.gov.co

7. Referencias

1. Bhattacharya A, Jan L, Burlak O, Li J, Upadhyay G, Williams K, et al. Potent and long-lasting humoral and cellular immunity against varicella zoster virus induced by mRNA-LNP vaccine. npj Vaccines. 2024 Dec 1;9(1). Available from: <https://doi.org/10.1038/s41541-024-00865-5>
2. Centers for Disease Disease Control and Prevention. Chickenpox (Varicella). [Internet] 2024. [Cited 2024 Jun 01]. Available from: <https://www.cdc.gov/chickenpox/hcp/clinical-overview/index.html>
3. Dooling K. Marin M. Gershon A. A. Clinical Manifestations of Varicella: Disease Is Largely Forgotten, but It's Not Gone. The Journal of Infectious Diseases 2022;226(S4): S380–4. Available from: <https://doi.org/10.1093/infdis/jiac390>
4. Navarrete C. K. Mastrodomenico V. M. Guao S. H. Ruiz P. O. VARICELA ZOSTER. Biociencias, 2020;15(1): 95-107. Disponible en: <https://doi.org/10.18041/2390-0512/biociencias.1.6364>
5. Alcaraz I, Robineau O, Senneville E, Ajana F. Varicela zóster. EMC - Dermatología. 2021;55(4). Available from: [https://doi.org/10.1016/s1761-2896\(21\)45724-9](https://doi.org/10.1016/s1761-2896(21)45724-9)
6. Centers for Disease Control and Prevention. Varicella/Chickenpox. CDC Yellow Book 2024. [Internet] 2024. Fecha de consulta: 08 de junio de 2024. Disponible en: <https://wwwnc.cdc.gov/travel/yellowbook/2024/infections-diseases/varicella-chickenpox#epi>
7. Charlier C, Anselem O, Caseris M, Lachâtre M, Tazi A, Driessen M, et al. Prevention and management of VZV infection during pregnancy and the perinatal period. Infectious Diseases Now. 2024;54(4). Available from: <https://doi.org/10.1016/j.idnow.2024.104857>
8. Centers for Disease Control and Prevention. Manual for the Surveillance of Vaccine-Preventable Diseases. [Internet] 2024. Fecha de consulta: 19 de marzo de 2024. Disponible en: <https://www.cdc.gov/vaccines/pubs/surv-manual/chpt17-varicella.html#reporting>
9. 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. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6795-0>
10. Hammes F, Araújo L, Comerlato M. Global impact of varicella vaccination programs. 2019. Human Vaccines & Immunotherapeutics. 15:3, 645-657. Available from: <https://doi.org/10.1080/21645515.2018.1546525>
11. Ministerio de Salud de Costa Rica. Boletín Epidemiológico N°13 de 2023. Dirección de Vigilancia de la Salud. [Internet] 2023. Fecha de consulta: 08 de junio de 2024. Disponible en: <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos-left/documentos-ministerio-de-salud/material-informativo/material-publicado/boletines/boletines-vigilancia-vs->

www.ins.gov.co



@INSColombia



@insaludcolombia



Instituto Nacional de Salud de Colombia



Avenida Calle 26 # 51 - 20 / Bogotá D.C. - Colombia



PBX: (601) 220 77 00 / exts. 1101 - 1214



contactenos@ins.gov.co

[enfermedades-de-transmision-vectorial/boletines-epidemiologicos-2023/6362-boletin-epidemiologico-n-13-1/file](https://www.ins.gov.co/enfermedades-de-transmision-vectorial/boletines-epidemiologicos-2023/6362-boletin-epidemiologico-n-13-1/file)

12. Van Capel M, Piñera C, Izquierdo G. Falla de inmunoglobulina específica varicela zoster en prevenir varicela neonatal: revisión a propósito de un caso clínico. Revista chilena de infectología. 2023;40(4). Available from: <https://doi.org/10.4067/s0716-10182023000400417>
13. Ministerio de Salud de Chile. Informe Epidemiológico Anual Varicela 2021. Departamento de Epidemiología. Subsecretaría de Salud Pública. [Internet] 2022. Fecha de consulta: 08 de junio de 2024. Disponible en: <https://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/11/Informe-Anual-2021-Varicela-.pdf>
14. Fujita DM, da Silva Nali LH, da Costa RR, de Andrade Júnior HF, de Albuquerque Luna EJ. Low vaccine coverage and varicella outbreaks in Brazil – 2019-2022. Vaccine [Internet]. 2024;42(15):3384–8. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0264410X24004353>
15. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay. Tablero de Enfermedades o Eventos de Notificación Obligatoria por Planilla Semanal. Tendencias de Varicela. [Internet] 2024. Fecha de consulta: 08 de junio de 2024. Disponible en: <https://sistemasdgvs.mspbs.gov.py/sistemas/dashboardeno/detalle/var>
16. Marin M, Seward JF, Gershon AA. 25 Years of Varicella Vaccination in the United States. The Journal of Infectious Diseases [Internet]. 2022 nov 1;226(Supplement_4): S375–9. Available from: <https://doi.org/10.1093/infdis/jiac251>
17. Darío Arias Rodríguez F, Agustín Vásquez Medina G, David Arcos Valencia M, Mauricio Hidalgo Recalde S, Lisseth Larcos Herrera C, Alejandra Chasi Llumiguano N, et al. Enfermedades prevenibles por vacunación en Ecuador: un problema de Salud Pública. Revista de Salud Pública. 2023;(1).
18. Barrero Guevara LA, Goult E, Rodriguez D, Hernandez LJ, Kaufer B, Kurth T, et al. Delineating the Seasonality of Varicella and Its Association With Climate in the Tropical Country of Colombia. Journal of Infectious Diseases. 2023 Sep 15;228(6):674–83. Available from: <http://doi.org/10.1093/infdis/jiad244>
19. Sigal T, Terceiro D. Incorporación de segunda dosis de la vacuna de la varicela al Calendario Nacional de Vacunación de Argentina. Evidencia, actualización en la práctica ambulatoria. 2021;24(4). Disponible en: <https://doi.org/10.51987/evidencia.v25i1.6993>
20. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal Salud Pública 2022-2031. [Internet] 2024. Fecha de consulta: 11 de junio de 2024. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/PDSP-2022-2031.aspx>

www.ins.gov.co



@INSColombia



@insaludcolombia



Instituto Nacional de Salud de Colombia



Avenida Calle 26 # 51 - 20 / Bogotá D.C. - Colombia



PBX: (601) 220 77 00 / exts. 1101 - 1214



contactenos@ins.gov.co

21. Organización Panamericana de la Salud. Región de las Américas. Determinantes Sociales de la Salud. [Internet] 2023. Fecha de consulta: 11 de junio de 2024. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>



www.ins.gov.co



8. Anexo

ANEXO 1 INCIDENCIA DE VARICELA EN POBLACIÓN GENERAL, DE UNO A CUATRO AÑOS Y MENORES DE UN AÑO POR ENTIDAD TERRITORIAL, COLOMBIA, 2023.

Entidades territoriales	N° de casos de varicela en población general	Incidencia en población general	N° de casos de varicela en menores de 1 a 4	Incidencia en menores de 1 a 4 años	N° de casos de varicela en menores de 1 año	Incidencia en menores de 1 año
Amazonas	96	112,9	33	433,07	14	0,00
Antioquia	2895	42,3	750	214,46	142	172,46
Arauca	208	66,4	93	416,33	24	0,00
Atlántico	1164	78,6	394	416,44	82	369,42
Barranquilla	887	67,0	194	266,96	43	253,09
Bogotá D.C.	5174	65,4	1080	283,54	165	182,83
Bolívar	767	64,2	282	336,80	93	465,79
Boyacá	916	70,5	218	312,03	30	181,16
Buenaventura	70	21,6	8	27,84	1	0,00
Caldas	490	47,1	148	302,15	19	166,45
Cali	1638	71,8	384	325,44	66	239,16
Caquetá	196	46,1	57	186,94	13	176,61
Cartagena	782	74,3	267	417,91	56	368,49
Casanare	490	104,8	190	613,91	36	487,94
Cauca	511	32,8	102	110,94	37	168,49
Cesar	481	35,0	158	160,00	44	186,67
Chocó	112	18,8	23	49,85	2	0,00
Córdoba	1522	80,2	461	372,15	117	395,67
Cundinamarca	2331	67,7	544	285,43	107	240,67
Guainía	27	47,7	7	126,54	4	278,75
La Guajira	592	57,0	186	209,73	56	256,48
Guaviare	97	99,4	56	730,40	10	0,00
Huila	725	61,5	237	291,14	52	267,26
Magdalena	464	49,3	176	259,86	53	321,54
Meta	821	72,6	252	372,85	51	316,91
Nariño	855	50,3	212	216,88	34	146,33
Norte Santander	1137	67,0	356	336,36	77	307,39
Putumayo	382	99,7	197	770,52	50	806,32
Quindío	473	84,0	112	438,92	23	390,76
Risaralda	577	59,3	134	280,33	29	260,77
San Andrés	132	212,0	78	2276,04	13	0,00
Santander	1198	50,8	234	189,77	58	200,26
Santa Marta	109	19,6	25	77,31	5	64,47
Sucre	752	75,6	209	335,73	54	359,86
Tolima	1057	76,9	343	507,03	72	445,68
Valle del Cauca	1367	67,2	441	394,07	93	355,76
Vaupés	32	68,4	8	158,89	5	0,00
Vichada	86	69,7	41	372,35	9	317,68
Colombia	31613	60,54	8690	290,46	1839	258,93
Exterior	32	*	8	*	0	*
Total General	31645	*	8698	*	1839	*

www.ins.gov.co



@INSColombia



@insaludcolombia



Instituto Nacional de Salud de Colombia