

PROTOCOLO DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA

VARICELA
código: 831



INSTITUTO
NACIONAL DE
SALUD



La salud
es de todos

Minsalud



DOCUMENTO ELABORADO POR

Equipo de Inmunoprevenibles
Subdirección de Prevención
Vigilancia y Control en Salud Pública
Instituto Nacional de Salud

DOCUMENTO ACTUALIZADO POR

Equipo de Inmunoprevenibles
Subdirección de Prevención
Vigilancia y Control en Salud Pública
Instituto Nacional de Salud

Martha Lucía Ospina Martínez
Directora General INS

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

Diana Marcela Walteros Acero
Subdirectora de Prevención
Vigilancia y Control en Salud Pública

Hernán Quijada Bonilla
Subdirector de Análisis del Riesgo
y Respuesta Inmediata en Salud Pública

Tabla de contenido

1	Introducción	4
	1.1. Comportamiento del evento	5
	1.2. Estado del arte	5
	1.3. Justificación para la vigilancia	6
	1.4. Usos y usuarios de la vigilancia del evento	6
2	Objetivos específicos	6
3	Definiciones operativas de casos	7
4	Fuentes de los datos	7
	4.1. Definición de las fuentes	7
	4.2. Periodicidad de los reportes	8
	4.3. Flujo de información	8
	4.4. Responsabilidades por niveles	8
5	Recolección y procesamiento de los datos	8
6	Análisis de la información	9
	6.1. Indicadores	9
7	Orientación de la acción	10
	7.1. Acciones individuales	10
	7.2. Acciones colectivas	11
	7.3. Acciones en el caso de un brote	11
	7.4. Acciones de laboratorio	12
8	Comunicación del riesgo	12
9	Referencias bibliográficas	12
10	Control de revisiones	13

1. Introducción

La varicela es una enfermedad infectocontagiosa, de carácter benigno, ampliamente distribuida en el mundo producida por el virus varicela-zóster (VVZ). Es en la actualidad la infección exantemática más frecuente, su presentación es endémica con período que se tornan epidémicos en ciclos de 3-4 años. Prácticamente todos los individuos se infectan en el curso de su vida, estimándose que más del 90 % de la población ha padecido la enfermedad antes de los 15 años; esto porque el VVZ infecta a niños pequeños con máxima incidencia entre los dos y los ocho años. El porcentaje de infecciones subclínicas es sólo del 4 %. La inmunidad es generalmente de por vida, aunque en ocasiones puede ocurrir reinfección (caso clínico de varicela) en inmunocompetentes (1).

1.1. Comportamiento del evento

1.1.1 Situación epidemiológica mundial

La varicela es una enfermedad distribuida por todo el mundo. La incidencia por grupos de edad varía según la localización geográfica. En los países templados la incidencia tiene lugar entre los cinco y nueve años de edad y en más del 90 % de los casos se da antes de los 20 años (2).

En el estudio de investigación: Hospitalizaciones por varicela y herpes zóster antes y después de la implementación de la vacunación monodosis de la varicela realizado en Australia, se demostró que la rápida consecución de la cobertura alta 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 el evento (2).

El herpes zóster es responsable de 5'200.000 casos nuevos anuales.

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 (2).

1.1.2 Situación epidemiológica en América

La información sobre el evento a nivel del continente americano es escasa, y no va más allá de los reportes gubernamentales, además la información epidemiológica sobre la carga de la enfermedad es escasa.

En Uruguay anterior a la introducción de la vacuna de varicela entre los años 1989 y 1998, los casos notificados oscilaban entre 5.500 y 6.000 casos; posteriormente se presentó una disminución de casos entre los años 2000 y 2012 con una proporción inferior a 1.000 y una cobertura vacunal de primera dosis del 95 al 97 % (4).

En el 2014 Perú reportó 30.837 casos de varicela con una disminución de 7.891 casos con relación al año 2013.

El número de casos notificados en Brasil en el período 2012 a 2017 es de 602.136 casos, concentrándose en el grupo de uno a cuatro años con 227.660 casos. Se hospitalizaron 38.612 personas (4).

1.1.3 Situación epidemiológica nacional

En Colombia, durante el periodo 2012 a 2018 se notificó al Sistema de Vigilancia epidemiológica un total de 689 636 casos incluida la población procedente del exterior; con un promedio de 98 521 casos por año, un máximo de 112 400 casos reportados en 2016 y un mínimo de 76 347 casos en 2018. Lo anterior puede interpretarse como un año epidémico. El promedio de casos semanal fue de 1 891 casos.

Durante el año 2018, las tasas de incidencia más altas se presentan en la población menor de 1 año, seguida de los niños de cinco a nueve años y de los de uno a cuatro años

Del 2012 al 2018, la varicela presenta disminución de las incidencias en población general pasando de 216 casos por 100 000 habitantes en el año 2012 a 152 casos por 100 000 habitantes en el 2018.

En los niños de uno a cuatro años, menores que fueron objeto de vacunación el 01 de julio de 2015, se observa disminución en las incidencias pasando de 850 casos por 100 000 habitantes un año antes de la introducción de la vacuna en 2014 a 308 casos por 100 000 habitantes en el 2018. Sin embargo, este grupo de edad continúa con las incidencia más alta a nivel nacional

Durante el año 2012 a 2018, se observa disminución en la cantidad de hospitalizaciones en los niños de uno a cuatro años comparando el 2012 con 2018, pasando de 224 hospitalizaciones en el 2012 a 161 en el 2018, siendo el año 2015 con el mayor número de hospitalizaciones con 299 casos. La reducción de casos en el periodo fue del 46 %. Por el contrario en población general no se observa disminución en las hospitalizaciones.

Al revisar las la letalidad por año desde el 2012 al 2018, no se observa diferencias en población general ni por grupos de edades, sin embargo, en el grupo de uno a cuatro años quienes presentaron 16 muertes por varicela, solo uno de ellos cuenta con evidencia de vacunación contra la varicela.

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.

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 Hérpex virus.
Modo de transmisión	La transmisión es de persona a persona por contacto directo con pacientes con varicela o lesiones de zóster, por dispersión aérea de secreciones respiratorias y por líquido de las vesículas. En el caso de hérpex zóster, indirectamente por objetos recién contaminados, por secreciones de las vesículas y las membranas mucosas de las personas infectadas. El hacinamiento y la población de comunidades cerradas son, entre otros, los principales factores de riesgo de propagación.
Período de incubación	El período de la incubación para la varicela es 10 - 21 días, generalmente entre 14-16 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 y se traslade a áreas endémicas.
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 produciendo herpes zóster, que usualmente se presenta como un salpullido vesicular con dolor y prurito en una distribución dermatomal.

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

Las vesículas son monolocalizadas 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 beta hemolítico*)
2. Pulmón: neumonitis viral (fatal)
3. Neurológicas: encefalitis, cerebelitis, meningitis, mielitis, síndrome de Guillain-Barré, síndrome de Reye
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 Reye (6).

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.

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, anomalías de piel, encefalitis, microcefalia, anomalías oculares, retraso mental y bajo peso al nacer (6).

2. 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.

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 maculo-papular sin las vesículas (6).

1.3. Justificación para la vigilancia

La vigilancia en salud pública de varicela es indispensable realizarla debido a su alta incidencia anual, requiere de la identificación oportuna de los casos y brotes que se presentan generalmente en recintos cerrados (colegios, jardines, guarderías, batallones, escuelas de policía, centros penitenciarios y carcelarios, entre otros). Se hace necesario disponer de información que permita evaluar el impacto de las políticas de vacunación establecidas desde el año 2015 a niños de un año y así identificar y caracterizar posibles cambios en la epidemiología de la enfermedad a partir de la introducción de la vacuna en el país.

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.

3. Definiciones operativas de caso

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 granuladas. Deberá ser evaluado por un profesional de salud competente para determinar el diagnóstico; el evento puede estar asociado por nexo epidemiológico con un caso confirmado.

Fuente: Comité sobre enfermedades infecciosas Academia Americana de Pediatría. Red book® (7). <https://www.cdc.gov/chickenpox/outbreaks/manual.html> (8)

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 (establecimientos) Policía Nacional (establecimientos)	Un caso	42 días, sin casos desde la fecha de inicio de síntomas de último caso reportado o captado.

Fuente: Equipo de inmunoprevenibles-Transmisibles, Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública. Grupo de Gestión del Riesgo, Respuesta Inmediata y Comunicación del Riesgo, Subdirección de Análisis del Riesgo y Respuesta Inmediata

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.

Estrategias de la vigilancia:

Notificación individual y colectiva de casos:

La notificación se realizará a través de la ficha 831 de datos individuales y la 830 para los datos colectivos.

Búsqueda activa comunitaria (BAC):

En la investigación de campo de brote se deben visi-

tar 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 sistema. 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.

4.2. Periodicidad de los reportes

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 la 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 los mismos. Lo anterior sin perjuicio que en las bases de datos propias de las UPGD y los entes 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 por agente etiológico.

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 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

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).
Coefficiente 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.

Indicadores de proceso

Nombre del indicador	Brotos con investigación de campo
Definición	Refleja el cumplimiento con el lineamiento de la investigación de campo para brotes y/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	<p>Porcentaje de brotes con investigación epidemiológica de campo Numerador: número de brotes con investigación de campo. Denominador: total de brotes notificados.</p> <p>Porcentaje de brotes con medidas preventivas implementadas Numerador: número de brotes investigados con medidas preventivas o sanitarias tomadas Denominador: total de brotes notificados.</p>
Coefficiente de multiplicación	100
Fuente de información	Ficha de notificación, informes de brotes y/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 70 al 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 cerrados como: batallones, escuelas de policía o establecimientos penitenciario

- 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.

Asilamiento 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 proceder a 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 Secretaria 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 y/o departamental y concertada con el centro carcelario e INPEC.

Realizar informe reporte de situación SITREP para todos los brotes independiente 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 la misma, 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.

Para revisión contenido SITREP puede remitirse a la página del Instituto Nacional de Salud donde podrá bajar el instructivo de diligenciamiento para mayor información.

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.

9. Referencias bibliográficas

1. Organización de las Naciones Unidas (UNFPA). 2003. Bogotá-Colombia. [Fecha de consulta: 28 oct 2017]. Organización Panamericana de la Salud. El control de las enfermedades transmisibles. 18th ed. Heymann DL, editor. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2005.
2. Asociación de Médicos de Sanidad Exterior. 2012 [Fecha de consulta: 2019 Julio 06. Disponible en: <https://www.amse.es/informacion-epidemiologica/141-varicela-epidemiologia-y-situacion-mundial>.
3. Organización Mundial de la Salud. Organización Mundial de la Salud.: 2014 [Fecha de consulta: 27 de noviembre de 2017. Disponible en: www.who.int/bulletin/volumes/92/8/13-132142/ab/es/.
4. Avila-Agüero ML. Carga de Enfermedad de la Varicela y Programas en América Latina. 2016.
5. Ministério da saúde. Portal da saúde; 2017 [Fecha de consulta: 27 de Noviembre de 2017. portal.arquivos.saude.gov.br/imagens/pdf/2017/agosto/09/Tabelas-Varicela-07072017.pdf.
6. Pediatrics AAo. Red Book Informe 2012 del Comité sobre enfermedades infecciosas, Sección 3: Resumen de enfermedades infecciosas. 28 ed. Elk Grove Village: American Academy of Pediatrics; 2012.

Así mismo al cierre del brote se debe enviar un informe 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 al flujo de información establecidos: entidad municipal al departamental y este a nivel nacional

- A nivel central solo se debe enviar informes de brote ocurridos en establecimientos penitenciarios y carcelarios
- A nivel central solo se debe enviar informes 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.

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.

10. Control de revisiones

VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN			DESCRIPCIÓN	ELABORACIÓN O ACTUALIZACIÓN
	AA	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

REVISÓ	APROBÓ
Diana Marcela Walteros Acero	Franklyn Edwin Prieto Alvarado
Subdirectora de Prevención, Vigilancia y Control en Salud Pública	Director de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública