Inmunoprevenibles

VARICELA

la salud
evoluciona
para vos

Provincia del
neuquén

Gobierno
de la Provincia
del Neuquén

GOBIERNO DE LA PROVINCIA DEL NEUQUÉN

Gobernador de la Provincia del Neuquén
Cdor. Rolando Figueroa

Vice Presidenta Primera a cargo de la Honorable Legislatura de Neuquén
de la Provincia del Neuquén
Sra. Zulma Reina

MINISTERIO DE SALUD

Ministro de Salud
Martín Regueiro

Subsecretaria de Salud
Guadalupe Montero

Subsecretaria de Administración Sanitaria
Iris Alejandra Martín

TÍTULO: Enfermedades inmunoprevenibles- Varicela

EMISOR: Ministerio de Salud de la Provincia del Neuquén

RESOLUCIÓN:

ACTUALIZACIÓN: octubre 2026

ÁMBITO DE APLICACIÓN: Provincia del Neuquén

AUTOR: Dirección de Vigilancia Epidemiológica-Dirección de Análisis epidemiológico-Dirección General de Epidemiología

Contenido

1. Descripción del problema de salud pública....4
1.1 Varicela....4
1.2 Herpes zóster....5
2. Agente etiológico....5
3. Modos de transmisión....5
4. Reservorio – Vector....6
5. Período de incubación....6
6. Objetivos de la vigilancia....6
8. Definición de brote....7
9. Medidas preventivas....8
10. Medidas ante casos y contactos....9
10.1. Medidas ante un contacto con varicela....9
10.2. Profilaxis postexposición....9
11. Medidas ante brotes....11
12. Situación epidemiológica Nacional....12
13. Situación epidemiológica Provincial....15
Situación de Varicela en Neuquén (2020-2026)....15

1. Descripción del problema de salud pública

1.1 Varicela

Es una enfermedad viral altamente contagiosa, producida por la infección primaria por el virus varicela-zóster (VVZ).
El cuadro clínico se inicia con fiebre moderada y malestar general aproximadamente 24-48 horas antes del inicio del exantema. Este se presenta en brotes sucesivos —6-24 horas entre cada uno— que afectan todo el cuerpo, siendo muy pruriginoso. Las lesiones suelen aparecer primero en el cuero cabelludo, se extienden al tronco y luego a las extremidades (distribución centrípeta: alta concentración de lesiones en el tronco).
En la mayoría de los pacientes, la enfermedad cursa en forma favorable, autolimitada y sin complicaciones, por lo que ha sido considerada tradicionalmente una enfermedad "benigna de la infancia".
Sin embargo, su evolución puede ser grave o complicada en los individuos que pertenecen a grupos de alto riesgo, y a las persona sanas, como:

- Huéspedes inmunocomprometidos: -Personas viviendo con el virus de la inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/sida). -Pacientes con leucemia o tumores sólidos. -Trasplantados de órgano sólido o células hematopoyéticas. - Pacientes bajo tratamiento corticoide o inmunosupresor.
- Embarazadas susceptibles.
- Neonatos hijos de madres con varicela en el período perinatal.
- Adolescentes o adultos sanos en general.

En niños sanos, en ocasiones, pueden presentarse manifestaciones clínicas graves o complicaciones que generen secuelas permanentes e incluso la muerte.
Entre las complicaciones posibles, la sobreinfección bacteriana de las lesiones es la más frecuente (impetiginización, celulitis), en general secundaria al rascado. Estas pueden, a su vez, dar lugar a infecciones graves como fascitis necrotizante, neumonía bacteriana o sepsis.
Se han descrito con frecuencia infecciones invasivas por Streptococcus pyogenes y Staphylococcus aureus como complicación de la varicela.
El síndrome de shock tóxico por estreptococo es una complicación infrecuente, pero muy grave.

1.2 Herpes zóster

Entre el 10 al 30% de las personas que tuvieron varicela, pueden presentar reactivaciones en forma de herpes zóster años más tarde.

Este cuadro se caracteriza por la presentación de exantema eritemato-vesicular doloroso y, ocasionalmente, pruriginoso, con lesiones agrupadas que se distribuyen siguiendo dermatomas sensoriales.
La transmisión del VVZ en esta forma de presentación ocurre por contacto directo con el contenido de las lesiones vesiculares, pudiendo causar varicela en los contactos susceptibles.
La mayoría de los casos de herpes zóster se producen después de los 50 años de edad o en huéspedes inmunodeprimidos. El zóster infantil suele ser más leve que la enfermedad en los adultos y se asocia con menor frecuencia de neuralgia post-herpética.
Es una complicación relativamente frecuente en pacientes con diagnóstico de VIH/sida. En pacientes inmunocomprometidos puede afectar varios dermatomas, diseminarse comprometiendo piel fuera de los dermatomas primarios, páncreas, pulmón, hígado y sistema nervioso central y, en ocasiones, resultar letal.

Diagnóstico

Dadas las características clínicas patognomónicas que presenta la enfermedad en individuos susceptibles, el diagnóstico de varicela es clínico y no requiere la solicitud sistemática de pruebas de laboratorio confirmatorias.

2. Agente etiológico

El VVZ o herpesvirus humano tipo 3 es un virus ADN, de cadena doble, perteneciente a la familia de los virus herpes y a la subfamilia alfaherpesviridae. Presenta escasa variación genética, por lo que se ha identificado un solo serotipo.

La infección primaria por este virus produce la varicela. Posteriormente, el virus permanece latente en los ganglios de la raíz dorsal (ganglios nerviosos sensoriales), a partir de los cuales puede reactivarse causando herpes zóster, conocido popularmente como culebrilla o fuego de San Antonio.

3. Modos de transmisión

Se transmite fundamentalmente por:

- Vía aérea: aerosolización del líquido contenido en las vesículas.
- Contacto directo: con vesículas infectantes.

Las lesiones cutáneas en estadio costroso no contagian. Se ha descrito con menor frecuencia la transmisión por medio de secreciones respiratorias infectantes.

En el caso de una primoinfección durante el embarazo, la transmisión al producto de la concepción ocurre por vía transplacentaria o hematógena durante la infección materna.

Período de contagiosidad

Los enfermos suelen ser contagiosos desde uno a dos días previos a la presentación del exantema y hasta que todas las lesiones se encuentran en estado costroso.

La tasa de ataque secundario en convivientes susceptibles alcanza el 70-90%.

Las personas susceptibles que se exponen a la varicela deben considerarse potencialmente infectantes a partir del 8 ◦ día del contacto y hasta el día 21 después de la exposición. En inmunocomprometidos, esta precaución debe considerarse hasta el día 28 post exposición.

4. Reservorio – Vector

El humano es el único reservorio conocido.

5. Período de incubación

- Período de incubación habitual: 14 a 16 días.
- Rango mínimo y máximo: 10 a 21 días.
- Puede prolongarse hasta 28 días en caso de inmunocompromiso o de recibir profilaxis postexposición con gammaglobulina.

6. Objetivos de la vigilancia

- Monitorear la incidencia de la enfermedad en los distintos grupos etarios y el perfil de estacionalidad en la era posvacunación.
- Detectar de forma temprana la aparición de brotes de varicela.
- Caracterizar y detectar modificaciones que pudieran ocurrir en el perfil de grupos etarios afectados por la enfermedad.

7. Definición y clasificaciones de caso

Caso confirmado por clínica

Persona con rash o exantema máculo-pápulo-vesicular diseminado de comienzo repentino, asociado o no a síntomas generales (fiebre, malestar general, etc.), en ausencia de otra causa aparente.

Aclaración: en la mayoría de los casos se podrá identificar un vínculo epidemiológico con un caso confirmado cuyo contacto ocurrió entre 10 y 21 días previos al inicio de los síntomas.

Caso confirmado por laboratorio

Persona con rash o exantema máculo-pápulo-vesicular diseminado de comienzo repentino, en ausencia de otra causa aparente, que presenta al menos uno de los siguientes:

- Aislamiento del virus VVZ de una muestra clínica (líquido vesicular) en cultivos de líneas celulares.
- Detección de ácido nucleico del VVZ en una muestra clínica (PCR).
- Detección de antígeno viral por inmunofluorescencia directa (IFD), utilizando anticuerpos monoclonales específicos.
- Seroconversión o incremento significativo de anticuerpos IgG entre dos sueros tomados en fase aguda y en fase convaleciente.

Aclaración: en aquellos casos que presentan complicaciones o requieren internación, o en pacientes con sospecha de inmunosupresión, se recomienda la confirmación etiológica por laboratorio.

8. Definición de brote

Se considera brote de varicela a la aparición de 5 o más casos de varicela vinculados epidemiológica y espacialmente en un período de tres semanas.

Distintos casos deben considerarse parte de un mismo brote si ocurren dentro del plazo compatible con un período de incubación (21 días) respecto del caso previo

9. Medidas preventivas

Vacunación

La enfermedad es prevenible a través de la vacunación. La vacuna contra la varicela está elaborada con virus vivos atenuados.

IMPORTANTE:

La primera dosis se encuentra incluida en el Calendario Nacional de Vacunación desde el año 2015, a los 15 meses de vida, y desde el año 2022 se incorporó la segunda dosis al ingreso escolar (5 años).

La efectividad del esquema de dos dosis de vacuna es del 88-95%, para prevenir las formas leves y de 98-100% para prevenir las formas moderadas-graves.

Es una vacuna segura; las reacciones adversas son generalmente leves y ocurren con una frecuencia general entre 5-35%.

Vacunación fuera del Calendario Nacional para grupos de riesgo

El Ministerio de Salud de la Nación proveerá la vacuna fuera del Calendario Nacional y en forma gratuita para los siguientes grupos de riesgo:

Personal de salud

Personal de salud sin antecedentes clínicos de varicela y con serología (IgG varicela) negativa.

Se sugiere realizar en forma rutinaria, en el examen prelaboral, la serología para varicela en aquellos con anamnesis negativa para la enfermedad.

Convivientes de inmunocomprometidos

- Personas en situaciones especiales, sin antecedente clínico de la enfermedad
- Personas viviendo con VIH: niños con recuento de linfocitos T CD4 superiores al 15%, o adolescentes y adultos con linfocitos T CD4 superiores a 200/mm 3. Vacunar con 2 dosis, con un intervalo entre dosis de 3 meses (mínimo 4 semanas).
- Personas con deterioro exclusivo de la inmunidad humoral.
- Personas en plan de trasplante de órgano sólido: por lo menos 3 semanas previas al inicio del tratamiento inmunosupresor.
- Pacientes postrasplante de células hematopoyéticas: después de 24 meses de suspendida la inmunosupresión, y constatada la ausencia de enfermedad injerto contra huésped (EICH), enfermedad en remisión y ausencia de tratamiento quimioterápico.

- Personas con leucemia, linfoma y otras enfermedades malignas: con enfermedad en remisión o bajo control, y habiendo finalizado su tratamiento quimioterápico al menos tres meses antes.
- Personas con síndrome nefrótico.

10. Medidas ante casos y contactos

10.1. Medidas ante un contacto con varicela

Definición de exposición a la varicela

- Personas convivientes: la varicela se presenta en aproximadamente el 85% de los contactos susceptibles.
- Personas que hayan tenido contacto estrecho: más de una hora.
- Persona/contacto de alto riesgo, debido a su edad o una afección subyacente. Por Ejemplo: Personas inmunocomprometidas, Pacientes con cáncer, Embarazadas, Recién nacidos cuyas madres no son inmunes.

Contacto intrahospitalario

- **Varicela:** paciente o visitante con varicela en la misma habitación o en camas adyacentes en pabellones. Contacto estrecho.
- **Zóster:** contacto íntimo (tacto).
- **Recién nacidos:** Inicio de la varicela en la madre en los cinco días previos al parto, hasta 48 horas después del mismo.

10.2. Profilaxis postexposición

Las personas expuestas y susceptibles a la varicela pueden recibir como profilaxis postexposición:

A. Vacuna contra varicela

Puede utilizarse como un mecanismo de bloqueo para el desarrollo de la enfermedad en personas susceptibles expuestas al virus, en mayores de 1 año de vida.

Debe ser aplicada antes del 5.º día post exposición, especialmente en los huéspedes inmunocomprometidos que no presenten contraindicación para vacunarse, o en brotes en poblaciones cerradas.

El Ministerio de Salud no provee la vacuna contra varicela para su uso en estas situaciones si afectan a cohortes no incluidas en la población objetivo a vacunar.

Se recomienda consultar los Lineamientos técnicos de vacunación contra varicela: segunda dosis (ver bibliografía).

B. Gammaglobulina específica hiperinmune contra varicela-zóster (VZIG)

Las personas sin evidencia de inmunidad que presentan contraindicaciones para recibir vacunación y alto riesgo de enfermedad grave y complicaciones deben recibir profilaxis secundaria con gammaglobulina específica.

Momento de administración

La administración de VZIG ha demostrado ser efectiva cuando es aplicada lo más tempranamente posible, dentro de los 10 días post exposición.

Duración de la protección y nuevas exposiciones

La duración de la protección es desconocida, pero es probable que sea de, al menos, tres semanas.

Las personas susceptibles no vacunadas que presenten una nueva exposición a varicela después de este período deberán recibir nuevamente la VZIG.

Los pacientes que reciben inmunoglobulina endovenosa (IGIV) mensual (400 mg/kg) de manera regular están protegidos si la misma fue recibida tres semanas o menos antes de la exposición.

Consideraciones sobre su uso

La VZIG no está recomendada para el tratamiento de la varicela.

La VZIG podría extender el período de incubación a más de 28 días.

La gammaglobulina específica no está indicada en personas que recibieron dos dosis de vacuna y después se convirtieron en huéspedes inmunocomprometidos por enfermedad o tratamiento.

Estas personas deben ser monitoreadas y, eventualmente, se les indicaría tratamiento temprano con aciclovir si desarrollaran la enfermedad.

La VZIG es provista por el Ministerio de Salud de la Nación para profilaxis postexposición en:

- Inmunocomprometidos.
- Recién nacidos de madre con varicela.
- Embarazadas susceptibles.

C. Alternativa cuando no se dispone de gammaglobulina específica

Si la gammaglobulina específica para varicela-zóster no estuviera disponible, debe utilizarse gammaglobulina polivalente o estándar de pool (IGIV), en dosis única de 400 mg/kg.

11. Medidas ante brotes

Los brotes son frecuentes en escuelas e instituciones cerradas. Se debe aislar a los casos infecciosos y aplicar la vacuna a los contactos susceptibles a la brevedad posible.

En el caso de no poder recibir la vacuna —huéspedes con alteraciones inmunitarias o embarazadas susceptibles—, se deberá considerar la indicación de gammaglobulina específica.

La vacuna contra varicela no está provista por el Ministerio de Salud para control de brote en individuos no incluidos en las cohortes de la población objetivo a vacunar por Calendario Nacional.

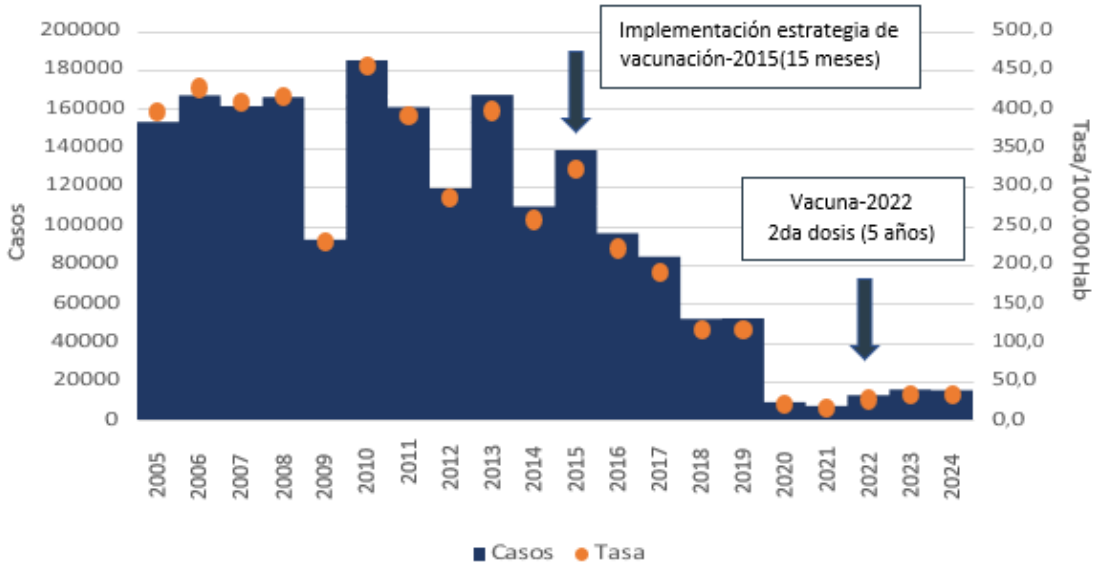
12. Situación epidemiológica Nacional

Situación de Varicela en Argentina (2005-2024)

Análisis temporal

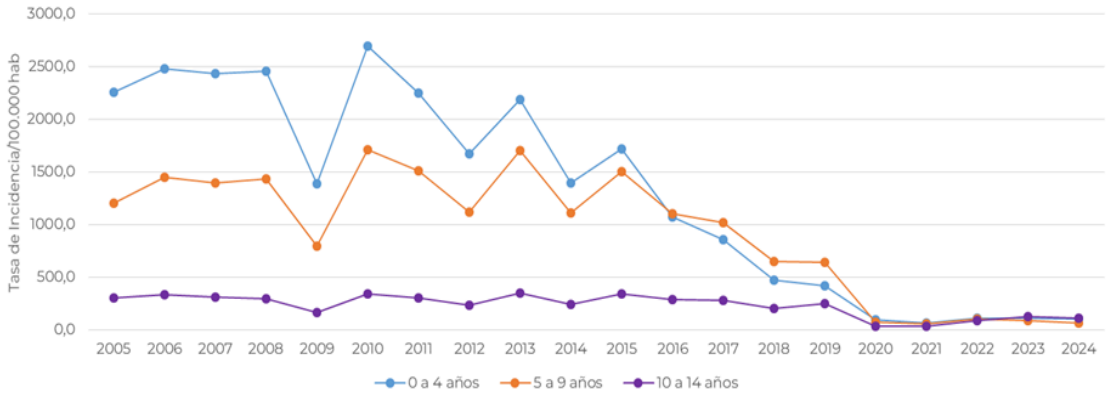
En el periodo comprendido entre 2005 y 2024, el año con el mayor número de casos fue 2010. Desde 2016, luego de la incorporación de la vacuna al CNV, se registró un descenso sostenido en el número de casos y tasa de incidencia anual que alcanzó valores mínimos en 2020 y 2021. En 2022 y 2023, los casos presentaron un ligero ascenso respecto a 2021, y se mantuvieron en valores estables en 2024, cuando se notificaron un total de 15.200 casos, con una tasa de incidencia acumulada de 32,3 casos por cada 100.000 habitantes.

Casos de varicela y tasa de incidencia acumulada cada 100.000 habitantes, por año. Años 2005 a 2024, Argentina.



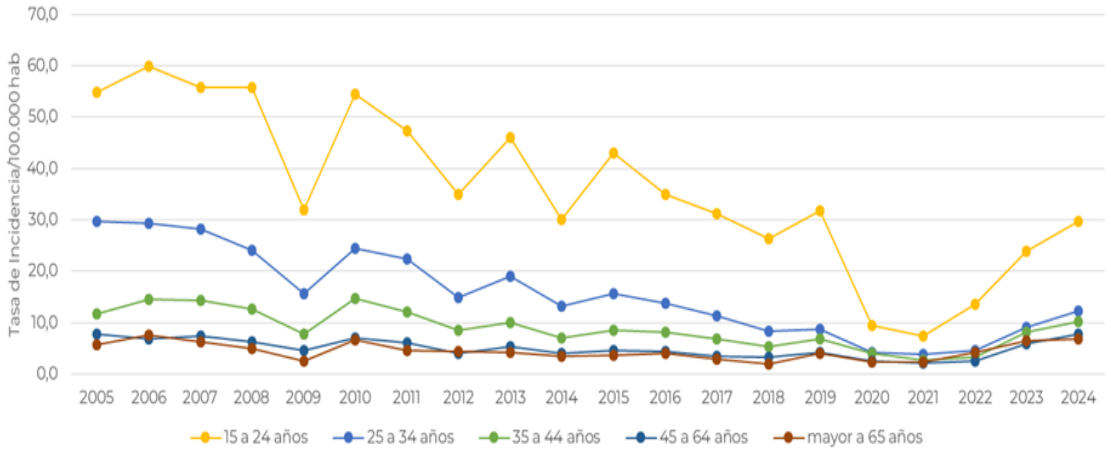
Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología con información del Sistema Nacional de Vigilancia.

Tasa de incidencia de varicela específica por grupos de edad de 0 a 14 años, cada 100.000 habitantes, por año. Años 2005 a 2024, Argentina.



[1] Debido a las diferencias de magnitud, los grupos de 0–14 años y de 15 años en adelante se presentan en un panel separado.

Tasa de incidencia de varicela específica por grupos de edad de 15 y más años, cada 100.000 habitantes, por año. Años 2005 a 2024, Argentina.



Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología con información del Sistema Nacional de Vigilancia.

ANÁLISIS POR GRUPOS DE EDAD

En relación con la distribución de casos por grupo de edad, hasta 2015 se observa un predominio en los niños de 0 a 4 años, que representaban alrededor del 50% de las notificaciones. A partir de 2016, la proporción de este grupo comenzó a descender de manera sostenida hasta 2019, registrando un leve aumento en 2020, y alcanzando el 25% de los casos en 2023 y 2024.

La proporción correspondiente al grupo de 5 a 9 años también mostró una tendencia descendente durante el período analizado. Los demás grupos de edad presentaron incrementos relativos en los últimos años, destacándose el grupo de 10 a 14 años, que en 2023 y 2024 concentró el mayor porcentaje de casos, con un 27,4% y 28,2% de las notificaciones, respectivamente.

Desde 2016 hasta 2020, se observa que las tasas de incidencia presentaron una tendencia descendente, principalmente en la población de 0 a 14 años. Hasta 2015, el grupo de 0 a 4 años presentaba las tasas más elevadas; sin embargo, luego de la introducción de la vacuna al CNV, a partir de 2016 fue superado por el grupo de 5 a 9 años. En los últimos dos años analizados (2023 y 2024), las mayores tasas corresponden al grupo de 10 a 14 años.

En los grupos de 15 a 24 y de 25 a 34 años también se verificó un descenso en las tasas de incidencia a lo largo del período, aunque de menor magnitud que en las edades pediátricas. En las personas de 35 años y más, las tasas permanecieron relativamente estables durante todo el período analizado.

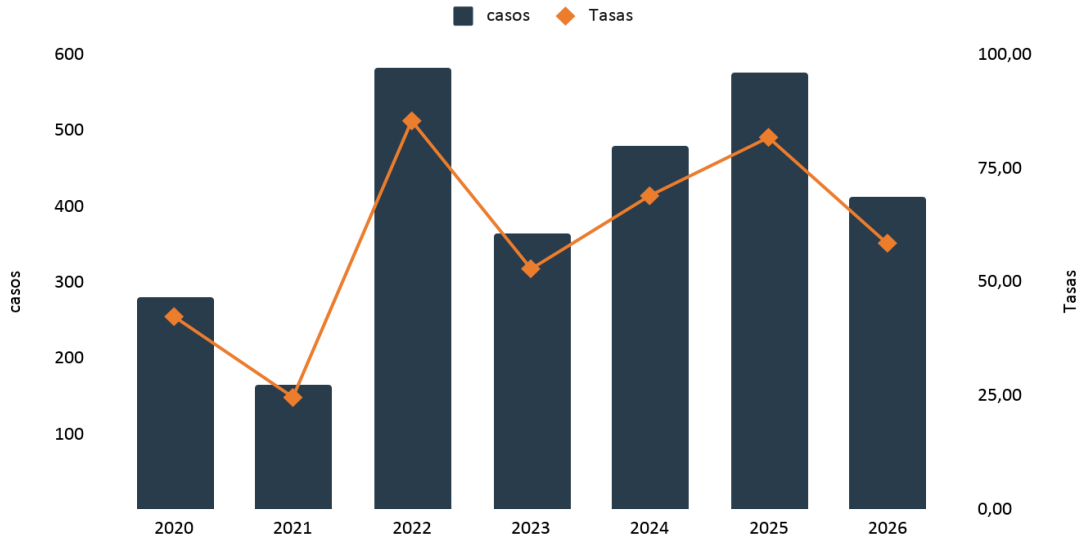
13. Situación epidemiológica Provincial

Situación de Varicela en Neuquén (2020-2026)

Análisis temporal

El menor número anual de casos y la menor tasa del período se registran en 2021, con 166 notificaciones y 24,69 casos por 100.000 habitantes. En 2022 se alcanzó el máximo anual, con 582 casos y una tasa de 85,50. Tras una disminución en 2023, las notificaciones aumentan en 2024 y 2025; este último año registra 577 casos y una tasa de 81,88. En 2026, hasta la SE 39, se notificaron 413 casos, con una tasa acumulada de 58,61 por 100.000 habitantes, calculada utilizando la población de 2025. Este valor corresponde a un período parcial y no permite concluir que exista una disminución respecto de los años completos.

Casos de varicela y tasa de incidencia acumulada cada 100.000 habitantes/año. Periodo 2020 a 2026, Provincia del Neuquén



Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología con información del Sistema Nacional de Vigilancia.

Tasas de incidencia acumulada cada 100.000 habitantes/año, según departamento. Periodo 2020 a 2026, Provincia del Neuquén

Departamento	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026*
ALUMINÉ	42,7	49,8	32,3	149,0	122,1	66,9	29,7
AÑELO	72,2	40,6	301,5	113,0	140,1	150,2	75,1
CATÁN LIL	34,5					370,6	67,4
CHOS MALAL	52,2	57,7	137,8	171,4	91,0	51,0	62,3
COLLÓN CURÁ	20,3		161,5	40,2	561,0	79,9	279,5
CONFLUENCIA	37,3	22,0	75,6	41,0	42,2	66,0	49,7
HUILICHES	112,1	55,3	98,3	5,4	160,1	279,6	
LÁCAR	31,8	10,4	63,9	22,6	155,8	65,7	73,0
LONCOPUÉ	76,4		201,0	49,9	149,0	197,6	
LOS LAGOS	68,0	16,4	68,9	15,4	39,7	62,5	43,3
MINAS	25,2		137,7	299,4	310,8	49,6	86,7
ÑORQUÍN	149,3	66,0	32,8	81,7	65,1	64,8	129,6
PEHUENCHES	20,0	8,3	96,6	46,9	103,9	59,2	51,8
PICÚN LEUFÚ		56,3	74,4	18,4	73,2	36,3	72,6
PICUNCHES	74,4	86,1	146,6	97,1	84,4	24,0	131,8
ZAPALA	52,0	34,5	63,7	97,5	31,5	178,6	154,5

Escala de tasas		
Mínimo	Mediana	Máximo
5,4	67,1	561,0

Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología con información del Sistema Nacional de Vigilancia.

2026: datos parciales. Tasas por 100.000 habitantes calculadas con población de 2025.

Tasas de incidencia acumulada cada 100.000 habitantes/año, según Región sanitaria. Periodo 2020 a 2026, Provincia del Neuquén

Grupo	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026*
Alto Neuquén	66,6	35,7	134,3	158,9	143,1	82,5	65,0
Comarca	14,9	13,0	18,4	16,5	52,9	12,7	18,1
Confluencia	40,5	23,3	83,8	44,5	40,7	73,6	54,1
Del Limay	9,8	29,2	116,2	28,9	306,0	57,1	171,2
Del Pehuén	52,3	42,4	65,3	103,2	54,9	145,0	122,4
Lagos del Sur	60,1	22,7	73,4	16,7	127,4	115,1	48,3
Vaca Muerta	36,7	18,7	163,1	68,5	115,8	89,3	59,5

Referencia: tasas × 100.000

0 a < 25	25 a < 50	50 a < 100	100 a < 150	≥ 150

Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología con información del Sistema Nacional de Vigilancia.

Tasas de incidencia acumulada cada 100.000 habitantes/año, según grupo etario, Periodo 2020 a 2026, Provincia del Neuquén

Grupo	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026*
0–4 años	184,0	62,3	377,6	131,4	148,3	152,6	125,3
5–9 años	174,8	103,4	253,0	163,9	92,9	142,9	58,2
10–14 años	82,1	66,1	259,7	212,9	283,1	292,7	208,8
15–19 años	17,3	13,4	53,3	56,5	109,8	174,0	152,0
20–24 años	19,7	13,9	15,8	23,7	41,3	56,7	68,4
25–34 años	3,9	7,8	17,4	10,6	34,5	39,3	19,2
35–44 años	4,2	7,3	10,3	7,2	29,7	27,4	22,3
45–64 años	3,0	2,2	7,1	6,9	16,2	21,1	17,1
65–74 años	0,0	0,0	7,4	11,9	16,2	26,9	13,4
75 años y más	0,0	8,4	0,0	0,0	14,3	17,0	20,3

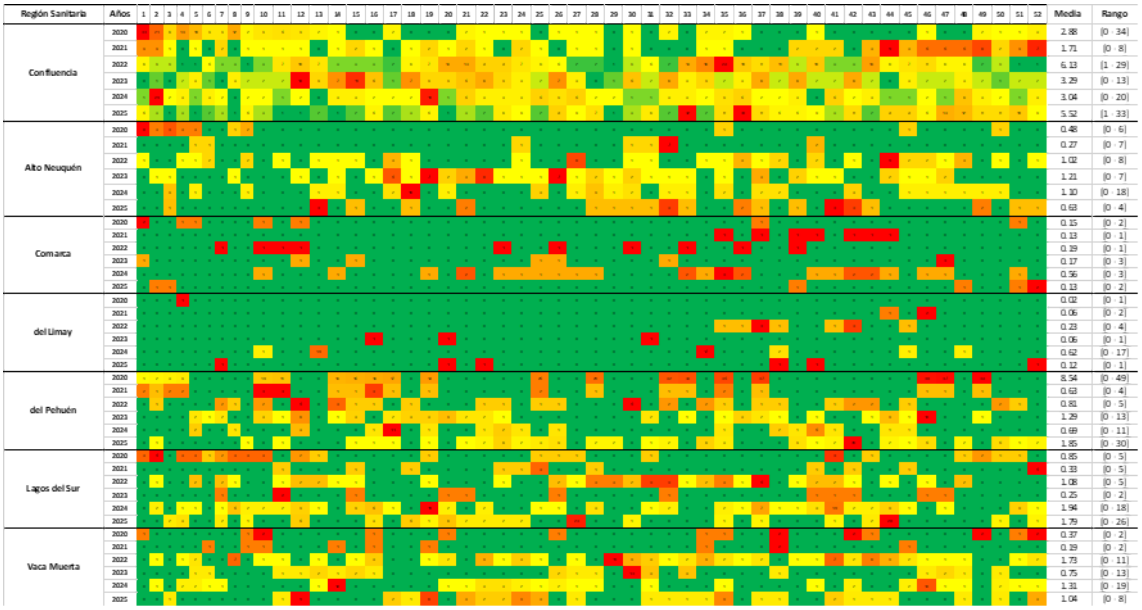
Referencia: tasas × 100.000

0 a < 50	50 a < 100	100 a < 200	200 a < 400	≥ 400

Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología con información del Sistema Nacional de Vigilancia.

2026: datos parciales. Tasas por 100.000 habitantes calculadas con población de 2025».

Distribución de Casos notificados por SE y Región sanitaria. Periodo 2020 a 2025, Provincia del Neuquén

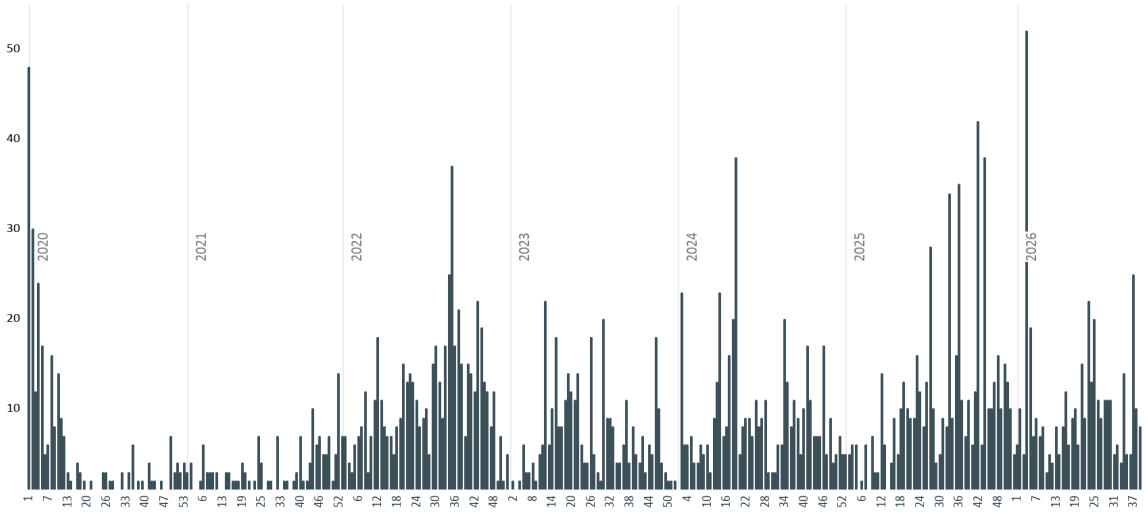


Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología con información del Sistema Nacional de Vigilancia.

Este mapa de calor permite la comparación del número de casos reportados por región, por período y por SE. De esta manera se pueden visualizar patrones estacionales y cuando y donde pueden sucederse más frecuentemente los brotes ó máximo de casos. En ese sentido, el patrón de colores responde al color verde al mínimo de casos registrado por SE para ese período para esa región; en cambio el rojo representa el máximo observado.

Las notificaciones de casos muestran variaciones tanto en la distribución por semana como por regiones. Se observan regiones como Confluencia donde la media de casos por SE nunca fue cero en el período analizado y luego otras como la región Comarca o del Limay donde se da en varios periodos con esa situación. Todas las regiones en todos los períodos presentaron ausencia de casos en alguna SE excepto Confluencia en 2022 y 2025. Por otro lado, regiones como Comarca y del Limay reportaron un promedio menor a 1 caso por SE en todo el período estudiado. Confluencia presenta escasas SE con ausencia de casos y presenta mayor variabilidad en el número de casos registrados. Eso permite tener un patrón de coloración del mapa de calor más diverso. En cambio en otras regiones donde la mayoría de las SE no presentan casos y su rango de notificación de casos por SE es pequeño ante la denuncia de algunos casos por SE el mapa de calor toma una coloración extrema (por ejemplo el período 2022 en la Región Comarca).

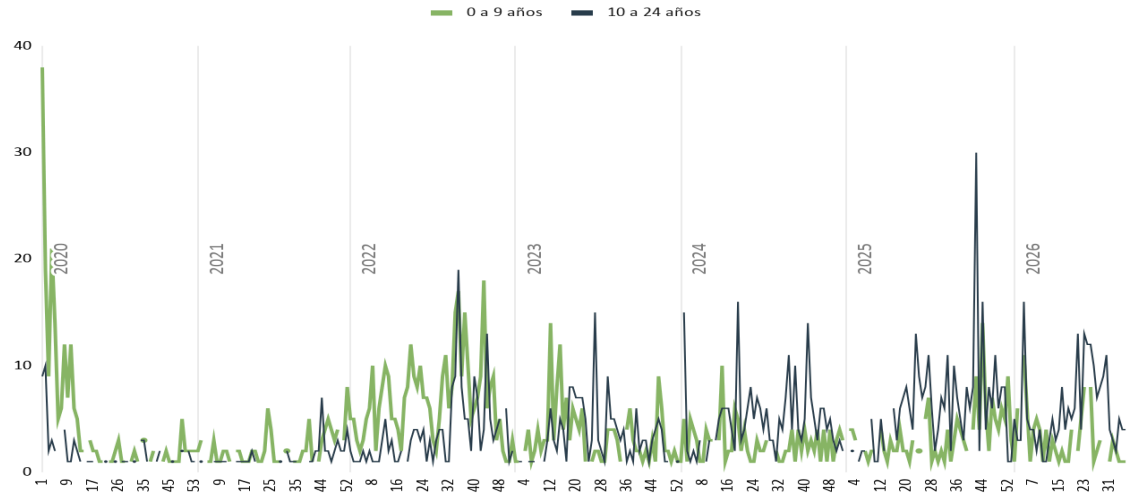
Distribución temporal de los Casos notificados de Varicela, según semana epidemiológica. Provincia del Neuquén, SE 1 / 2020 - SE 39 /2026 n: 2822



Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología con información del Sistema Nacional de Vigilancia.

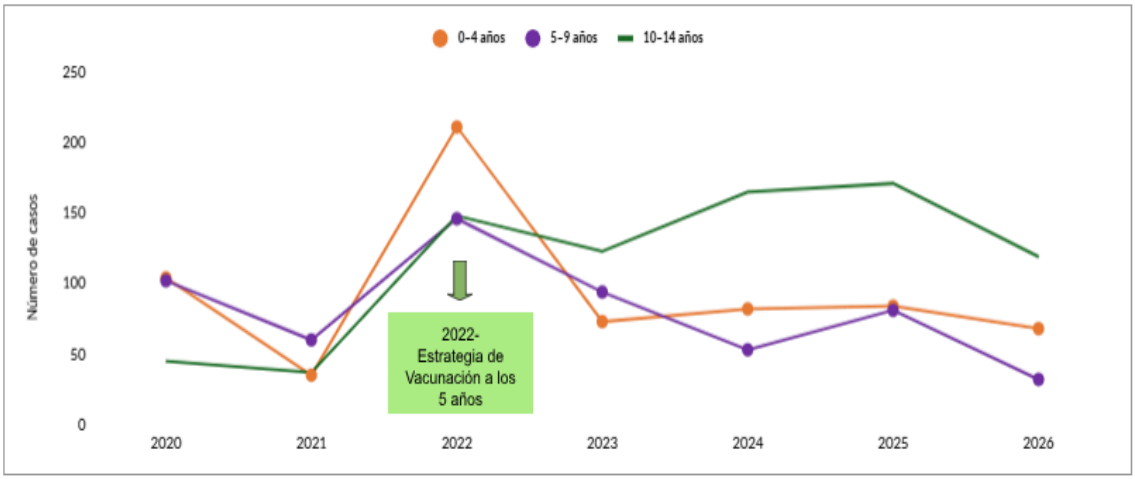
La distribución semanal muestra variaciones en las notificaciones durante el período 2020–2026. Luego de los valores elevados registrados al inicio de 2020, se observa una disminución y un período de baja notificación durante 2020 y 2021. Desde 2022 se presentan incrementos y picos semanales de distinta magnitud, con aumentos destacados durante 2025 y al comienzo de 2026.

Distribución temporal de los Casos notificados de Varicela, según SE y grupo etario de 0 a 9 y 10 a 24 años. Provincia del Neuquén, SE 1/2020 a SE 39/2026 n: 2822



Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología con información del Sistema Nacional de Vigilancia.

Distribución temporal anual de los Casos notificados de Varicela, según grupo etario. en menores de 15 años. Provincia del Neuquén, SE 1/2020 a SE 39/2026



Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología Neuquén, con información del Snvs 2.0

En 2020 y 2021, los grupos de 0–4 y 5–9 años presentan más casos que el de 10–14 años. En 2022 se registra un incremento en los tres grupos, con el mayor número de notificaciones en menores de 5 años. Desde 2023, el grupo de 10–14 años concentra la mayor cantidad de casos entre los menores de 15 años, con 171 notificaciones en 2025 y 119 en 2026 hasta la SE 39. Los valores de 2026 corresponden a un período parcial y no deben interpretarse como una disminución respecto de años completos.

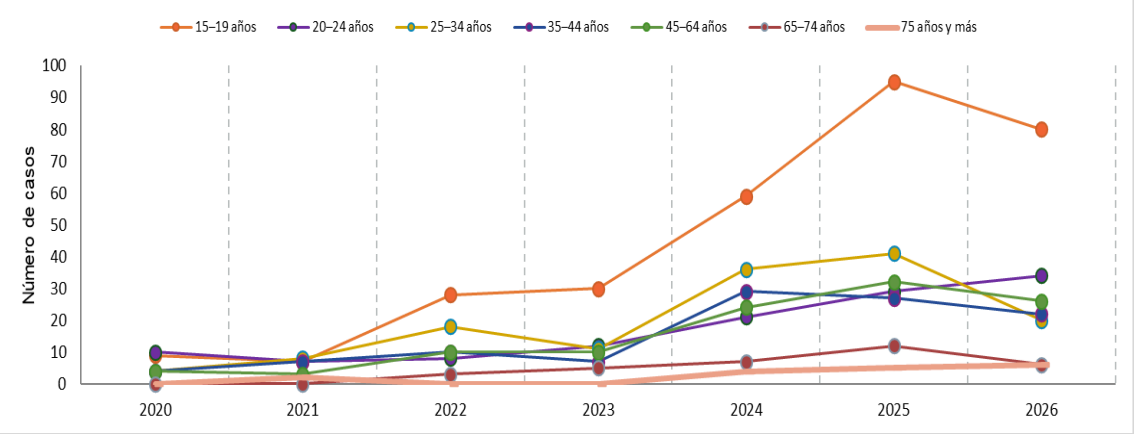
La distribución de los casos por edad debe interpretarse en el contexto de la estrategia de vacunación contra la varicela, incorporada al Calendario Nacional en 2015 y ampliada desde 2022 a un esquema de dos dosis, para las cohortes nacidas a partir del 1 de octubre de 2013. El grupo de 10–14 años reúne, según el año analizado, personas pertenecientes a cohortes incluidas y no incluidas en esta estrategia.

A octubre de 2026, la cobertura de la segunda dosis, indicada a los 5 años, alcanza el 75% en la cohorte nacida en 2021.

Este dato refuerza la importancia de continuar completando los esquemas en la población objetivo. Para interpretar la cobertura debe considerarse que algunos integrantes de la cohorte aún no han cumplido la edad indicada y que quienes no tienen registrada la segunda dosis pueden haber recibido la primera.

Esta cobertura no explica directamente el predominio de casos en el grupo de 10–14 años, ya que corresponde a una cohorte de menor edad. Para evaluar la relación entre la vacunación y los cambios observados es necesario analizar las coberturas por cohorte y dosis, los antecedentes vacunales de los casos y las tasas específicas por edad.

Distribución temporal anual de los Casos notificados de Varicela, según grupo etario. en personas de 15 años y más. Provincia del Neuquén, SE 1/2020 a SE 39/2026



Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología con información del Sistema Nacional de Vigilancia.

El grupo de 15–19 años concentra la mayor cantidad de notificaciones desde 2022, con un aumento hasta alcanzar 95 casos en 2025. En 2026, hasta la SE 39, se registraron 80 casos en este grupo. Los demás grupos presentan valores inferiores; entre ellos, el de 20–24 años pasa de 29 casos en 2025 a 34 en el período disponible de 2026, superando el total del año anterior. Las personas de 65 años y más registran las menores cantidades de casos. Dado que 2026 corresponde a un período parcial, los valores inferiores a los de 2025 no deben interpretarse como una disminución anual.

Cobertura de vacunación contra la varicela según dosis y año. Provincia del Neuquén, Años 2015 a 2026

Vacuna Varicela: Cobertura por año en la Pcia de Neuquén. Primera y segunda dosis		
2015	15 meses	51%
2016	15 meses	84%
2017	15 meses	91%
2018	15 meses	98%
2019	15 meses	95%
2020	15 meses	89%
2021	15 meses	64%
2022. Introducción segunda dosis (5 años)	15 meses	89%
	Cohorte de 5 años	100%
2023	15 meses	93%
	Cohorte de 5 años	90%
2024	15 meses	89%
	Cohorte de 5 años	81%
2025	15 meses	93%
	Cohorte de 5 años	91%
2026: avance de meta a septiembre 66.6%	15 meses	70%
	Cohorte de 5 años	71%

Cobertura expresada en porcentajes. Primera y segunda dosis.
Fuente: Dirección Provincial de Inmunizaciones

Bibliografía

Boletín epidemiológico nacional

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2025/01/ben-772-se_35.pdf

Manual de normas y Procedimientos de vigilancia y control de eventos de notificación obligatoria- Actualización 2026 Versión 1.2 (Marzo 2026)

https://salud.neuquen.gob.ar/wp-content/uploads/2026/03/Manual-de-normas-2026_VF-1.pdf

lineamientos-técnicos-varicela-2da-dosis

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2022-01/lineamientos-tecnicos-varicela-2da-dosis.pdf