

PROTOCOLO DE VIGILANCIA DE HERPES ZÓSTER

Protocolos del Sistema de Vigilancia de las Enfermedades Transmisibles

Red Estatal de Vigilancia en Salud Pública

Protocolo elaborado por la Ponencia de Vigilancia Epidemiológica y aprobado por la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional Salud en abril de 2026.

Han contribuido a la elaboración y revisión de los protocolos profesionales de:

Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades. Instituto de Salud Carlos III (ISCIII):

Centro Nacional de Epidemiología (CNE) y Centro Nacional de Microbiología (CNM).

Ministerio de Sanidad. Dirección General de Salud Pública y Equidad en Salud:

Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias (CCAES), S.G. de Sanidad Exterior, S.G. de Sanidad Ambiental y Laboral, Área de Programas de Vacunas, y División de control de VIH, ITS, hepatitis virales y tuberculosis.

Otras Agencias y otros Ministerios:

Ministerio de Defensa, Ministerio del Interior (Secretaría General de Instituciones Penitenciarias), Ministerio de Justicia, Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS), y Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN).

Unidades de Vigilancia de Salud Pública de las Comunidades Autónomas y Ciudades con Estatuto de Autonomía (CC.AA.).

Cita sugerida: Protocolo de vigilancia de herpes zóster. Sistema de Vigilancia de las Enfermedades Transmisibles. Red Estatal de Vigilancia en Salud Pública. 2026.

CC BY-NC-SA 4.0

PRESENTACIÓN DE LOS PROTOCOLOS DEL SISTEMA DE VIGILANCIA DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

La vigilancia de las enfermedades transmisibles es una actividad fundamental para la Salud Pública ya que garantiza la existencia de información fiable, completa y oportuna para la toma de decisiones en todos los niveles de la Administración, y proteger así la salud de la población.

De acuerdo con lo definido en el artículo 18 del Real Decreto 568/2024, de 18 de junio, las enfermedades objeto de vigilancia contarán con protocolos específicos que permitan la homogeneización de la vigilancia y la notificación a nivel nacional e internacional, así como el establecimiento de medidas de control y prevención de casos y brotes.

En España, los primeros protocolos se publicaron en 1997 y sufrieron una revisión en profundidad en 2013. Estos nuevos protocolos han sido aprobados por la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en abril de 2026.

En esta revisión han participado: técnicos de las Comunidades Autónomas y Ciudades con Estatuto de Autonomía, profesionales del Instituto de Salud Carlos III (Centro Nacional de Epidemiología y Centro Nacional de Microbiología), de distintas unidades del Ministerio de Sanidad (Centro Coordinador de Alertas y Emergencias, Subdirección General de Sanidad Exterior, Subdirección General de Sanidad Ambiental y Laboral, Área de Programas de Vacunas, y División de control de VIH, ITS, hepatitis virales y tuberculosis), así como profesionales de otras Agencias y Ministerios como la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición, Ministerio de Defensa, Ministerio del Interior (Secretaría General de Instituciones Penitenciarias), y Ministerio de Justicia.

Durante este proceso, además de actualizar aspectos de la epidemiología y caracterización de la enfermedad, se han revisado las definiciones de caso y la información necesaria para la vigilancia en cada notificación, haciéndolas compatibles con las que están en vigor en la Unión Europea. También se han actualizado las medidas de actuación para la prevención y control de casos y brotes.

Las novedades más relevantes son: la inclusión de un historial de cambios para documentar las futuras modificaciones y mantener los protocolos actualizados; las recomendaciones para el uso de técnicas de secuenciación del genoma en el estudio de casos y especialmente de brotes y el uso de terminologías como SNOMED y LOINC.

Podemos decir que esto supone un hito en la historia de la vigilancia pues, por primera vez, se ha abordado la normalización de la información requerida, incluida la estandarización semántica, y se han desarrollado, en dichas terminologías, los estándares para su uso en vigilancia de salud pública. Esto se ha completado con el acceso de las CC.AA. al Servidor Terminológico del Ministerio de Sanidad. De esta manera se avanza en la interoperabilidad de las bases de datos relevantes para la vigilancia de la salud pública y se cumple con el principio de recoger el dato sólo una vez y garantizar, dentro de las normas de protección de datos, la calidad de la información que se usa en la vigilancia de las enfermedades transmisibles.

CONTROL DE VERSIONES DE LOS PROTOCOLOS DEL SISTEMA DE VIGILANCIA DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Descripción del documento	Protocolo para la vigilancia y notificación de herpes zóster.	
Fecha de creación	2013.	
Cita sugerida	Protocolo de vigilancia de herpes zóster. Sistema de Vigilancia de las Enfermedades Transmisibles. Red Estatal de Vigilancia en Salud Pública. 2026.	
Cambios en el protocolo		
Fecha de actualización	Epígrafe	Descripción de la modificación
Marzo-2025	Introducción	Se ha actualizado la introducción.
	Definición de caso	Se incorpora la definición de caso sospechoso y se elimina la definición de caso probable.
	Modo de vigilancia	La notificación de caso pasa a ser individualizada semanal.
	Medidas preventivas	Se incorpora el apartado de Vacunación.
	Bibliografía	Se actualizan las referencias.
Cambios en el Anexo I		
Marzo-2025	Datos de la Declaración	Nueva creación: se incorpora la ficha epidemiológica de caso de herpes zóster individualizado con todos los apartados nuevos.

DESCRIPCIÓN DE LA ENFERMEDAD

Introducción

El herpes zóster (HZ) es la manifestación local que resulta de la reactivación del virus varicela-zóster (VVZ). Este virus, tras la infección primaria, permanece en estado latente en las neuronas de los ganglios sensitivos asociados a las raíces dorsales de la médula espinal o en los ganglios correspondientes a los pares craneales. El HZ se manifiesta como una erupción maculo-papulosa que evoluciona hacia vesículas y, posteriormente, costras, que puede acompañarse de otros síntomas, como dolor intenso, parestesias o prurito. Las lesiones cutáneas se circunscriben a las zonas inervadas por los nervios de los ganglios afectados. Los segmentos torácicos y lumbares (dermatomas) y los pares craneales se afectan con mayor frecuencia. La duración de la erupción es de 6 a 7 días, y el proceso de curación se extiende de 2 a 4 semanas. Las personas inmunodeprimidas pueden presentar manifestaciones clínicas más graves, mientras que la enfermedad tiende a ser menos grave en la infancia y personas adultas jóvenes.

La incidencia y gravedad del HZ aumentan con la edad, y es más frecuente y grave a partir de los 50 años. El herpes zóster es más frecuente entre las mujeres, pero su gravedad es mayor entre los hombres. El envejecimiento de la población y el número creciente de personas con inmunodepresión podría derivar en un aumento de la incidencia poblacional.

Aproximadamente el 30% de los casos de HZ evoluciona con complicaciones; la complicación más común es la neuralgia posherpética (NPH) caracterizada por dolor intenso y persistente que puede durar meses e incluso años; entre el 10% y el 15% de los casos con HZ tiene dolor durante al menos 90 días desde el inicio de los síntomas. Otras complicaciones son la afectación oftálmica, encefalitis, meningoencefalitis y angéitis granulomatosa del sistema nervioso central por afectación de los ganglios raquídeos de los pares craneales. Se estima que alrededor del 4% de los afectados con HZ experimentarán recurrencia de la enfermedad.

Las complicaciones derivadas del HZ, en especial la NPH, pueden provocar discapacidad importante y afectar negativamente la calidad de vida de las personas afectadas por HZ.

Agente

El VVZ es un alfa herpes virus humano tipo 3 (HHV-3) que causa dos enfermedades en el ser humano: la varicela, producida por la infección primaria, y el HZ ocasionado por la reactivación endógena de los virus que persisten de manera latente después de una infección primaria.

Reservorio

El único reservorio del VVZ es el ser humano.

Modo de transmisión

En general, las personas inmunocompetentes con HZ localizado pueden transmitir el VVZ por contacto directo con el líquido vesicular de las lesiones cutáneas, por objetos contaminados con el líquido vesicular y también por la inhalación de partículas virales contenidas en las vesículas.

El VVZ también puede transmitirse por las secreciones respiratorias de personas con inmunodepresión, y de las personas afectadas con un HZ diseminado.

Las lesiones dejan de ser infecciosas cuando se convierten en costras. Se estima que el HZ es cinco veces menos transmisible que la varicela. Las personas susceptibles infectadas a partir de una persona con HZ desarrollarán varicela.

La transmisión del HZ es posible desde el inicio del exantema cutáneo hasta que las lesiones se convierten en costras (normalmente 6 días). En el caso de enfermedad diseminada o de personas con inmunodepresión, la transmisión es posible durante todo el período que dura la enfermedad.

Periodo de incubación

El VVZ permanece latente en los ganglios sensitivos de las raíces dorsales o en los ganglios correspondientes a los pares craneales tras la primoinfección. La reactivación se produce generalmente décadas después de padecer la varicela.

Susceptibilidad

Todas las personas con antecedente de varicela y/o de vacunación con vacunas vivas atenuadas frente a VVZ son susceptibles de padecer HZ.

Aunque no se conoce bien el mecanismo inmunitario que controla la latencia del VVZ, la disminución de la inmunidad celular frente al virus por causas como el envejecimiento y las enfermedades que producen inmunodepresión, son los factores de riesgo más importantes para la reactivación del virus y la aparición de la enfermedad. La exposición intrauterina al VVZ y haber padecido la varicela durante el primer año de vida se asocian con HZ a edades tempranas. Se estima que el riesgo de padecer zóster a lo largo de la vida es del 30%.

VIGILANCIA DE LA ENFERMEDAD

Objetivos

1. Conocer el patrón epidemiológico de presentación de la enfermedad en la población y los principales factores de riesgo asociados a su aparición.
2. Detectar cambios en la presentación de la enfermedad a lo largo del tiempo o en su distribución geográfica.
3. Realizar el estudio epidemiológico a partir de la información de vigilancia. Garantizar la calidad de los datos para orientar la prevención y el control.
4. Contribuir a la evaluación y el seguimiento de los programas de prevención y control y difundir sus resultados

Definición de caso

Criterio clínico

Persona que cumple al menos una de las siguientes definiciones:

- Inicio agudo de erupción cutánea maculo-pápulo-vesicular habitualmente unilateral y localizada, que afecta a uno o dos dermatomas, acompañada o no de dolor en la zona afectada (herpes localizado).
- Inicio agudo de erupción cutánea en 3 o más dermatomas contiguos, más de 20 lesiones fuera del dermatoma inicial afectado o afectación sistémica (herpes diseminado).

Criterio de laboratorio

Al menos uno de los siguientes:

- Aislamiento del VVZ en cultivos de líneas celulares.
- Detección de ADN del VVZ mediante reacción en cadena de la polimerasa (PCR).
- Detección de antígeno viral por Inmunofluorescencia directa (IFD), utilizando anticuerpos monoclonales específicos.

Los métodos serológicos tienen una utilidad muy limitada para confirmar el HZ. Los ensayos de avidez de IgG permiten distinguir la infección primaria (baja avidez de IgG) de una reactivación/reinfección (alta avidez de IgG).

La PCR es el método diagnóstico más fiable para confirmar los casos de HZ. Las muestras clínicas de elección para realizar la PCR son las muestras de exudado de la lesión (líquido vesicular o células tomadas de la base de la lesión). En caso de sospecha de afectación del sistema nervioso se incluirán también muestras de LCR.

El HZ puede estar asociado al VVZ salvaje o al VVZ vacunal (las vacunas frente a la varicela contienen una cepa atenuada del virus) ya que al igual que el virus salvaje, tras la infección primaria, queda en estado latente en las células neuronales.

El diagnóstico diferencial entre virus vacunal y virus salvaje solo puede realizarse mediante pruebas de caracterización viral.

Criterio epidemiológico:

No procede.

Clasificación de los casos

Caso sospechoso: persona que cumple el criterio clínico.

Caso probable: no procede.

Caso confirmado: persona que cumple el criterio clínico y el de laboratorio.

Definición de brote

No procede.

MODO DE VIGILANCIA

La C.A. notificará, de forma individualizada, los casos nuevos sospechosos y confirmados. Enviará la información inicial de declaración del caso con una periodicidad semanal. La información del caso podrá actualizarse semanalmente y se hará una consolidación anual. La notificación electrónica de los casos se hará de acuerdo con las especificaciones (metadatos) acordadas para estandarizar y normalizar la información. El Anexo I de este protocolo incluye la encuesta epidemiológica de caso que recoge la información relevante en la vigilancia de esta enfermedad.

MEDIDAS DE SALUD PÚBLICA

Medidas preventivas

Vacunación

El calendario común de vacunación a lo largo de toda la vida incluye la vacunación frente a varicela y frente a HZ.

El objetivo del **programa de vacunación frente a varicela** en la infancia es el control de la varicela mediante la interrupción de la circulación del virus de la varicela. Para ello es necesario alcanzar una cobertura de vacunación superior al 80% en España y en cada una de las comunidades autónomas. Con la administración sistemática de dos dosis de vacuna de varicela se espera que, a corto plazo, se reduzcan de forma importante los casos de varicela en la población infantil y que a medio plazo se produzcan cambios en el patrón epidemiológico de la varicela y del HZ.

El objetivo del **programa de vacunación frente al zóster** es reducir la incidencia de HZ y de sus complicaciones, sobre todo de la NPH, en las personas mayores de 65 años y en las personas con condiciones de riesgo.

En España la vacunación frente al HZ se realiza con la vacuna recombinante adyuvada de subunidades HZ/su. Es una vacuna de subunidades que contiene la glicoproteína E del VVZ y un adyuvante. Las recomendaciones actuales de vacunación acordadas en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud incluyen a la población a los 65 años y ciertos grupos con condiciones de riesgo, a partir de los 18 años. Se administrarán 2 dosis separadas por un intervalo mínimo de 8 semanas.

En los viajes internacionales se deben seguir las mismas recomendaciones indicadas para la prevención del HZ en España.

BIBLIOGRAFÍA

1. Centro Nacional de Epidemiología. CIBERESP. ISCIII. Vigilancia y epidemiología del Herpes Zóster en España, 2014-2022. Madrid, junio 2024. https://cne.isciii.es/documents/d/cne/informe_hz_espana_2014-2022_vfinal
2. HeymannDL. El control de las enfermedades transmisibles. Informe Oficial de la Asociación Estadounidense de Salud Pública. David L Heymann, editor. 21.ª Edición; 2022
3. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. AZ de las enfermedades transmisibles Herpes Zóster. <https://cne.isciii.es/es/servicios/enfermedades-transmisibles/enfermedades-a-z/herpes-zoster>
4. CDC. Epidemiology and Prevention of vaccine-Preventable Diseases. Pink Book 14th edition, August 2021. Chapter 23: Zoster. <https://www.cdc.gov/pinkbook/hcp/table-of-contents/chapter-23-zoster.html>
5. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Protocolos de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Madrid, 2013. https://cne.isciii.es/documents/d/cne/protocolos_renave-ciber-pdf-1
6. Limia Sánchez, A., Olmedo Lucerón, C. & Grupo de trabajo del Estudio de Seroprevalencia en España 2017-2018. 2o Estudio de seroprevalencia en España 2017-2018. Rev Esp Salud Publica 95, (2021). https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/comoTrabajamos/docs/EstudioSeroprevalencia_EnfermedadesInmunoprevenibles.pdf
7. United Kingdom Health Security Agency (UKHSA). Guidelines on post-exposure prophylaxis (PEP) for varicella or shingles. Febrero de 2025 <https://www.gov.uk/government/publications/post-exposure-prophylaxis-for-chickenpox-and-shingles>
8. Ponencia de Programas y Registro de Vacunaciones. Revisión del Calendario de Vacunación. Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2016 <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/comoTrabajamos/revision-calendario2016.htm>
9. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad. Calendario de Vacunación a Lo Largo de Toda La Vida. <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/calendario/home.htm> (2025).
10. Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones. Calendario acelerado de vacunaciones. Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, 12 julio 2023 (actualizado enero 2025) https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/calendario/docs/Calendario_Acelerado_Vacunaciones.pdf
11. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad. Calendario de Vacunación En Grupos de Riesgo, Población Adulta (2025) https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/calendario/docs/CalendarioVacunacion_GRadultos.pdf
12. Grupo de trabajo vacunación en población adulta y grupos de riesgo de la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones. Vacunación en grupos de riesgo de todas las edades y en determinadas situaciones. Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, julio 2018.
13. https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/programasDeVacunacion/riesgo/docs/VacGruposRiesgo_todas_las_edades.pdf
14. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Coberturas de vacunación. Disponible en
15. <https://pestadistico.inteligenciadegestion.sanidad.gob.es/publicoSNS/I/sivamin/sivamin>

16. Grupo de trabajo de vacunación frente a herpes zóster de la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones. Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, marzo 2021 (Revisado apartado de Recomendaciones en octubre 2023) https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/programasDeVacunacion/docs/HerpesZoster_RecomendacionesVacunacion.pdf
17. Masa-Calles J, López-Perea N, Vila Cordero B, Carmona R. Vigilancia y epidemiología del herpes zóster en España Rev Esp Salud Pública. 2021; 95: 25 de junio https://www.mscbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL95/ORIGINALES/RS95C_202106088.pdf
18. Risco Risco C, Herrador Z, Lopez-Perea N, Martínez-Urbistondo D, Del Villar Carrero RS, Masa-Calles J. Epidemiology of Herpes Zoster in the pre-vaccination era: establishing the baseline for vaccination programme's impact in Spain. Euro Surveill. 2023 Feb;28(8):2200390.
19. CDC. Herpes Zoster. <https://www.cdc.gov/shingles/hcp/infection-control/index.html>
20. CDC. Type and Duration of Precautions Recommended for Selected Infections and Conditions. Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings (2007). Update 2024 <https://www.cdc.gov/infection-control/media/pdfs/guideline-isolation-h.pdf>
21. Rafferty E, Reifferscheid L, Russell ML, Booth S, Svenson LW, MacDonald SE. The impact of varicella vaccination on paediatric herpes zoster epidemiology: a Canadian population-based retrospective cohort study. Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 2021 Nov;40(11):2363-2370 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34175998/>
22. Harpaz R, Leung JW. The Epidemiology of Herpes Zoster in the United States During the Era of Varicella and Herpes Zoster Vaccines: Changing Patterns Among Children. Clin Infect Dis. 2019 Jul 2;69(2):345-347.
23. Halasan C, Isache C, Sands M. A case of Disseminated Herpes Zoster in a patient with Multiple Sclerosis on Glatiramer acetate. IDCases. 2020 Jun 17;21:e00873. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7330603/>
24. Bollea-Garlatti ML, Bollea-Garlatti LA, Vacas AS, Torre AC, Kowalczyk AM, Galimberti RL, et al. Clinical Characteristics and Outcomes in a Population with Disseminated Herpes Zoster: A Retrospective Cohort Study. Actas Dermosifiliogr.2017;108:145---152 <https://www.actasdermo.org/es-clinical-characteristics-outcomes-in-population-articulo-S1578219016303638>
25. Albrecht MA. Vaccination for the prevention of chickenpox (primary varicella infection). UpToDate, last updated: Jan 29, 2024. <https://www.uptodate.com/contents/epidemiology-clinical-manifestations-and-diagnosis-of-herpes-zoster>

ANEXO I. ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE HERPES ZÓSTER

DATOS DE LA DECLARACIÓN

C.A. declarante:

Identificación del caso para el declarante:

Fecha de la primera declaración del caso¹: / /

DATOS DEL CASO

Fecha de nacimiento: / /

Edad en años: Edad en meses en menores de 2 años:

Sexo al nacimiento: ☐ Hombre ☐ Mujer ☐ Intersexual ☐ Desconocido

Sexo administrativo: ☐ Hombre ☐ Mujer ☐ No determinado ☐ Desconocido

Lugar de residencia del caso:

País de residencia:

C.A. de residencia:

Provincia de residencia:

Municipio de residencia:

Código postal de residencia:

DATOS DE LA ENFERMEDAD

Fecha del caso²: / /

Fecha de inicio de síntomas: / /

Hospitalización³: ☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido

Defunción causada por la enfermedad: ☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido

DATOS DEL LABORATORIO

Agente causal⁴: ☐ Virus Varicela Zóster

Tipo de cepa

☐ Salvaje

☐ Vacunal (cepa OKA)

☐ Sin investigación en laboratorio

DATOS DE VACUNACIÓN

Vacunación documentada con vacuna recombinante adyuvada de subunidades HZ/su:

☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido

Número de dosis: **Fecha de última dosis recibida:** / /

Vacunado de varicela con alguna dosis: ☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido

Número de dosis: **Fecha de última dosis recibida:** / /

CATEGORIZACIÓN DEL CASO

Criterios de clasificación de caso:

Criterio clínico: ☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido

Criterio de laboratorio: ☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido

Clasificación del caso (marcar una de las siguientes opciones):

☐ Sospechoso⁵ ☐ Confirmado⁶ (la variable criterio de laboratorio = Sí)

OBSERVACIONES⁷

.....

1. Fecha de la primera declaración del caso: fecha de la primera declaración al sistema de vigilancia (habitualmente realizada desde el nivel local).
2. Fecha del caso: fecha de inicio de síntomas o la más cercana en caso de no conocerla (fecha de diagnóstico, fecha de hospitalización, etc.). En una misma persona, se considerará caso nuevo de herpes zóster cuando ocurra después de transcurridos al menos 6 meses desde el inicio del último caso.
3. Hospitalización: Estancia de al menos una noche en el hospital.
4. Agente causal: Rellenar sólo si el caso cuenta con confirmación de laboratorio.
5. Sospechoso: Caso que cumple los criterios clínicos: persona que cumple al menos una de las siguientes definiciones:
 - Inicio agudo de erupción cutánea maculo-papulo-vesicular unilateral localizada, que afecta a uno o dos dermatomas.
 - Inicio agudo de erupción maculo-paulo-vesicular diseminada que afecta a tres o más dermatomas con o sin dolor en la zona afectada.
6. Confirmado: Caso que cumple los criterios clínicos y al menos un criterio de laboratorio:
 - Aislamiento del VVZ de 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.
7. Observaciones: Incluir toda la información relevante no indicada en el resto de la encuesta.