

COMUNICADO TÉCNICO

Fecha: 19 de mayo de 2022

PARA: ENTIDADES TERRITORIALES DE SALUD E INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD

DE: INSTITUTO NACIONAL DE SALUD
DIRECCIÓN DE VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA
DIRECCIÓN REDES EN SALUD PÚBLICA

ASUNTO: INFORMACIÓN GENERAL ANTE LA CONFIRMACIÓN DE CASOS DE VIRUELA SÍMICA (MONKEYPOX) EN EL MUNDO.

El 07 de mayo de 2022, el Reino Unido reportó un caso confirmado, posiblemente importado, de Viruela Símica en humanos (VS). En este país, hasta el 19 de mayo de 2022 ha reportado siete (7) casos confirmados. Seis (6) de los casos no tienen historia de viaje reciente ni contacto con el primer caso identificado. El 18 de mayo, Portugal reportó cinco (5) casos confirmados y 20 casos sospechosos, todos residentes en Lisboa y el Valle de Tajo. España reportó ocho (8) casos sospechosos en estudio. Cuatro (4) de los casos reportados por el Reino Unido fueron hombres que se autoidentificaron como hombres que tienen sexo con hombres¹.

La VS es una enfermedad zoonótica causada por el virus de la viruela del simio. La presentación clínica es similar a la viruela. La VS en humanos causa brotes en las regiones de bosque tropical lluvioso de África Central y Occidental y no es una enfermedad de notificación obligatoria en la región de las Américas. Esta afección fue reconocida como una enfermedad en humanos en 1970². El *virus de la viruela símica* es un virus ADN de doble cadena envuelto, que pertenece al género *Orthopoxvirus* de la familia *Poxviridae*. El virus de la VS de África Central está asociado con enfermedad más grave, mayor mortalidad y transmisión de persona a persona más frecuente.

¹European Centre for Disease Prevention and Control. Monkeypox cases reported in UK and Portugal [Internet]. 2022 [cited 2022 May 18]. p. 1–1. Available from: <https://www.ecdc.europa.eu/en/news-events/monkeypox-cases-reported-uk-and-portugal>

² European Centre for Disease Prevention and Control. Factsheet for health professionals on monkeypox [Internet]. [cited 2022 May 18]. Available from: <https://www.ecdc.europa.eu/en/all-topics-z/monkeypox/factsheet-health-professionals>

El primer brote de VS reportado fuera de África estuvo relacionado con la importación de mamíferos infectados a los Estados Unidos en 2003. En 2018 y 2019, en el contexto de un gran brote de VS en Nigeria, dos viajeros del Reino Unido, uno de Israel y uno de Singapur, fueron diagnosticados con VS. Un trabajador de la salud del Reino Unido, quien atendía a uno de los casos, se infectó de forma secundaria. Esta fue la primera vez que fueron detectados casos importados por viajeros.²

La enfermedad por VS es transmitida a los humanos por el contacto con animales infectados o material contaminado con el virus. El virus ingresa por heridas, tracto respiratorio y membranas mucosas. La transmisión humano-a-humano es rara, pero se han reportado eventos de transmisión en cadena. La transmisión entre humanos ocurre mediante gotas respiratorias grandes, durante el contacto directo y prolongado cara a cara. La VS puede transmitirse por el contacto directo con fluidos corporales de una persona infectada o fómites como ropa de cama². De acuerdo con la OMS al momento no hay tratamiento ni vacuna específica, no obstante, la vacunación antivariólica previa ha resultado eficaz para prevenirla. Esta vacuna no está asequible al público, puesto que su producción fue suspendida tras la erradicación mundial de la viruela³.

En las regiones no endémicas para la infección, como el caso de Colombia, las recomendaciones están enfocadas a disminuir el riesgo de transmisión humano-a-humano, principalmente en los trabajadores de salud, que puedan tener contacto con casos probables o confirmados en viajeros, o manipular muestras; quienes deben tener las precauciones ordinarias para control de infecciones³.

En Colombia no se han confirmado casos de la enfermedad por VS. Desde el Instituto Nacional de Salud (INS) se mantiene atención constante sobre todas las alertas y directrices que se emiten desde la OMS, relacionadas con las enfermedades de interés con potencial afectación a la salud pública en el país. Un médico puede sospechar de un caso por criterios clínicos y epidemiológicos y para clasificarlo debe profundizar sobre el antecedente reciente de viaje, específicamente de países de África con brotes activos para este evento, países que recientemente hayan confirmado casos para este evento o haber tenido en estos países contacto con animales vivos o muertos, que sean considerados reservorios del virus.

Características clínicas de los casos (en países endémicos)

La VS en humanos con frecuencia inicia con una combinación de síntomas como: fiebre >38.3°C, cefalea, escalofríos, agotamiento, astenia, linfadenopatía, dolor muscular y lumbar. Después de tres días, tras el inicio de la fiebre, el paciente desarrolla un exantema

³ Ministerio de sanidad de España. Protocolo para la detección precoz de casos de monkeypox ante las agrupaciones de casos en población hsh con exposiciones de riesgo. Available from: <https://drive.google.com/file/d/1p5N-WunwFqwW4j1JXPZena1uX-MiqarR/view>

que tiende a aparecer en la cara y se disemina a otras partes del cuerpo, incluyendo manos y pies. Las lesiones cutáneas se presentan como máculas, para evolucionar a pápulas, vesículas, pústulas y costras. En la mayoría de las personas, la VS es una enfermedad autolimitada y benigna, que se prolonga por dos o cuatro semanas con recuperación completa. Su periodo de incubación está entre 6 y 16 días.²

El diagnóstico clínico debe tener en cuenta criterios que la diferencian de otras enfermedades exantemáticas como varicela, herpes virus, *eczema herpeticum*, algunos enterovirus (*coxsakie* o *echovirus*), sarampión, infecciones cutáneas bacterianas, escabiosis, sífilis y alergias asociadas a medicamentos y algunas enfermedades dermatológicas³. La linfadenopatía que aparece en la fase prodrómica apoya el diagnóstico diferencial⁴.

Definiciones de caso (19 de mayo de 2022 - sujeta a cambios): adaptada de OMS⁵

Caso probable:

Persona que presenta fiebre >38,3°C, cefalea intensa, linfadenopatías, mialgias, astenia intensa, seguido de rash, lesiones papulo-vesiculares o pústulas, que inicia en la cara y se extiende a cualquier parte del cuerpo, incluidas las plantas de los pies y las palmas de las manos y que tenga una de las siguientes condiciones:

- ✓ Nexo epidemiológico con un caso confirmado o probable.
- ✓ Antecedente de desplazamiento reciente a ciudades donde se han confirmado brotes.
- ✓ Antecedente de viaje a zonas endémicas (África) donde se informe contacto con animales vivos o muertos que son reservorios del virus.

Caso confirmado:

Un caso probable que se confirma por laboratorio.

Vigilancia epidemiológica

Notificar todo caso probable de manera inmediata al Sivigila mediante el código 900 (evento sin establecer), el cual captura información de datos básicos y en la variable “*dirección de residencia*” diligenciar el diagnóstico “*viruela símica*”. Solo se deben notificar los casos que cumplan con antecedente de viaje o nexo epidemiológico.

⁴ Organización Mundial de la Salud. Viruela símica. 2022 [cited 2022 May 19]. p. 1–1. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/monkeypox>

⁵ Organización Mundial de la Salud. Monkeypox Outbreak Toolbox. 2021. Available from: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/outbreak-toolkit/monkey-pox-data-collection-toolbox-final---inis-20-november-update-june-2021.pdf?sfvrsn=109b01a8_1

De acuerdo con la valoración de riesgo de la entidad territorial, se deben desplegar Equipos de Respuesta Inmediata municipales, distritales o departamentales para realizar la investigación epidemiológica de campo. La vigilancia debe enfocarse en la detección temprana de casos probables e investigación por laboratorio, en el aislamiento de pacientes infectados y la de nuevos posibles casos a través del rastreo de contactos, sobre todo en escenario de brotes, para lo cual se debe hacer seguimiento a través de vigilancia activa durante los 21 días posteriores a la exposición.

La información recolectada debe ser consolidada como Reporte de Situación – Sitrep, disponible en la dirección <http://url.ins.gov.co/7nib8>, esta información se debe remitir al Gestor del Sistema de Alerta Temprana del INS antes de las 24 horas después de identificado el caso a la dirección de correo electrónico eri@ins.gov.co.

Laboratorio

La confirmación de un caso solo podrá realizarse por laboratorio, para lo cual se deben coleccionar muestras de fluidos tomados del interior de más de una lesión en piel (se sugiere un hisopado de la lesión), que tengan apariencia distinta entre sí, e idealmente, de diferentes zonas del cuerpo. Estas deben ser almacenadas y remitidas al Laboratorio Nacional de Referencia del INS en medio de transporte viral no lítico, o en solución salina estéril; se puede considerar la biopsia de las lesiones teniendo en cuenta el criterio médico. Adicionalmente, muestras de sangre total y/o suero, e hisopado respiratorio pueden ser requeridas para la detección de otros agentes del diagnóstico diferencial.

Las muestras deben ser almacenadas y transportadas a temperatura entre 2y 6°C, antes de 48 horas; de no ser posible su envío en este tiempo, se deben almacenar a -70°C. Las condiciones de transporte deben ajustarse a la normativa vigente para sustancias infecciosas que puede ser consultada en el siguiente enlace:

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/327978/WHO-WHE-CPI-2019.20-spa.pdf?ua=1>