

Viruela símica: Preparación ante un brote inminente en Bolivia



Abigail Valeria Camacho Aliaga

Sr. Editor

La Viruela Símica, al ser una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII) declarada como tal por la Organización Mundial de la Salud el 23 de julio de este 2022. Como el nivel de advertencia más alto bajo el Reglamento Sanitario Internacional, es imperativo que los servicios de salud se preparen para responder eficaz y oportunamente, para contener la propagación de esta pandemia (1).

El agente de la viruela símica fue aislado por primera vez en Dinamarca en 1958 en dos colonias de monos de investigación que desarrollaron la enfermedad (2). La viruela de los monos (monkeypox) es una enfermedad zoonótica viral que se presenta principalmente en zonas de selva tropical de África central y occidental (3), el agente, del género Orthopoxvirus, de la misma familia poxviridae, de la viruela (4).

El monkeypox es un virus ADN de doble hebra, pleomórfico y de gran tamaño que genéticamente presenta dos clados: el de África occidental, que tiene una mortalidad de 1 %, que hasta el 2017 no se reconocía la transmisión entre los seres humanos identificada como el responsable del actual brote internacional y el clado de África central o del Congo, con una mortalidad de 10 % se transmite más fácilmente de humano a humano (5).

Presentándose casos en humanos desde 1970 en la República Democrática del Congo y desde entonces, se han reportado casos y brotes esporádicos entre los años 1996 al 2021 en el continente africano (Liberia, Nigeria, Sierra Leona) y en otros países (Reino Unido y Estados Unidos); relacionando en EE. UU. el brote, al contacto con perros de pradera, infectados por ratas de Gambia y lirones enanos africanos, durante su importación desde Ghana, causando más de 70 casos de viruela símica. El 2017, Nigeria notificó un brote de magnitud, con más de 500 casos sospechosos y 200 casos confirmados, llegando la tasa de letalidad aproximadamente al 3 %.

Desde que la Agencia de Seguridad Sanitaria del Reino Unido notificó 6 casos, sin antecedentes epidemiológicos de viaje a áreas endémicas ni contacto con casos importados, a partir la primera notificación el 14 de mayo del año en curso, 3 meses después (hasta el 03 de agosto del 2022) se reportaron 26.208 casos a nivel mundial según los datos del Centro para el control de Enfermedades CDC, distribuidos en 87 países, de los cuales, el 98 % (25.864 casos) no tienen antecedentes de haber estado en un lugar que reporto casos. Los países más afecta-

Correspondencia a:

Responsable del Programa de desastres naturales, brotes y emergencias en salud pública del Servicio departamental de salud. Cochabamba - Bolivia

Email de contacto:

avaleriacamacho@gmail.com

Procedencia y arbitraje:

No comisionado, sometido a arbitraje externo

Recibido para publicación:

29 de julio del 2022

Aceptado para publicación:

05 de agosto del 2022

Citar como:

Camacho Aliaga AV. Viruela símica: Preparación ante un brote inminente en Bolivia. *Revista UNITEPC*. 2022; 9(2):25-28.



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).

dos son los de Europa: Reino Unido con 2.759; Alemania 2.781; Francia 2.239 y en el Continente Americano, Estados Unidos ya reportó 6.616 casos y Brasil 1.474 (6).

Comparando los datos publicados por México el 29/6/2022, se identifica, en un mes, el incremento de 98 % de casos; actualmente Estados Unidos y países de Europa (donde se inició el brote), muestran el incremento entre 2 % a 8 %.

La transmisión de persona a persona en la comunidad como a nivel hospitalario por: contacto directo en ambiente cerrado de manera prolongada con una persona infectada a distancia menor a 1 metro o compartir objetos infectados con los fluidos del paciente (ropa de cama, toallas) o materiales de la lesión. Contacto estrecho con las lesiones o fluidos de pacientes infectados (piel con piel, cara con cara, boca con boca, boca con piel), a través de gotitas infectadas y posiblemente aerosoles de corto alcance y la transmisión por inoculación o a través de la placenta (viruela símica congénita).

El periodo de incubación entre 3-13 días de acuerdo al Centro para el Control de Enfermedades CDC y de 6 a 13 días de acuerdo a la OMS con un rango de 5 a 21 días, y el periodo de transmisibilidad, se considera inicia con la aparición de los primeros síntomas, aunque el riesgo de transmisión es más elevado cuando aparecen las lesiones exantemáticas hasta que la persona alcanza la etapa de costras y todas caen (7).

Las definiciones de caso según la norma boliviana establecen:

Caso probable: Persona con definición de caso sospechoso con criterio epidemiológico de exposición estrecha, sin protección respiratoria, contacto físico directo incluido el contacto sexual o contacto con material contaminado (ropa de cama, etc.) con un caso probable o confirmado de viruela de mono en los 21 días previos al inicio de síntomas. Antecedente de tener varias parejas sexuales 21 días antes de comenzados los síntomas.

Caso confirmado: Persona que cumple con la definición de caso sospechoso o probable y se haya confirmado por laboratorio de referencia Nacional INLASA o CENETROP el virus de la viruela de mono.

Contacto: Persona que estuvo expuesta a un caso probable o confirmado de viruela del mono en periodo infeccioso, comprendido entre el inicio de los síntomas del caso hasta que hayan caído todas las costras de las lesiones cutáneas.

Las características de las fases de la enfermedad, identificando que el periodo prodrómico (dura entre 3 a 5 días) caracterizado por la presencia de mialgias, astenia intensa, fiebre, cefalea intensa y adenopatías característica distintiva de la viruela símica, que la diferencia de otras enfermedades exantemáticas, y la fase eruptiva que comienza 1-3 días después de la aparición de la fiebre (8) presentando máculas, pápulas, vesículas, pústulas que posteriormente se umbilican y pasan finalmente a costras que se secan y se caen, en un periodo de 2- 4 semanas; de distribución cefalocaudal tienden a concentrarse de acuerdo a la OMS sobre todo en la cara (en el 95 % de los casos), las palmas de las manos y las plantas de los pies (en el 75 % de los casos). También se ven afectadas las mucosas orales (en el 70 % de los casos), los genitales como primer sitio de aparición (30 %) y las conjuntivas (20 %), así como la córnea, lesiones que, a diferencia de la varicela, la viruela símica progresa con lesiones en igual estadio.

Entre las complicaciones, se ha observado la sobreinfección bacteriana, neumonía, encefalitis, sepsis y compromiso ocular, presentando queratitis y pérdida de la visión.

Los factores de riesgo identificados para las formas graves de la enfermedad, pueden ser: el sistema inmunitario comprometido (VIH), niños y mujeres embarazadas.

Las tasas de letalidad de hasta el 11 % en brotes anteriores, sobre todo en niños pequeños y actualmente en el nuevo brote internacional alrededor de 3 % a 6 % y se considera que el antecedente de vacunación contra la viruela produciría, resistencia a esta enfermedad.

Lo descrito con antelación, evidencia que el sistema de salud está en la necesidad de:

- Notificar la sospecha de un caso inmediatamente como máximo en el lapso de una hora y por la vía de comunicación accesible, utilizando además la ficha de vigilancia epidemiológica vigente, como máximo en el lapso de una hora
- Contar con personal capacitado, recursos económicos para la vigilancia activa orientada a la identificación de sospechosos y el descarte o confirmación con la toma de muestra, la refrigeración y el envío, debiendo cumplirse al laboratorio de referencia entre 24 horas a 48 horas de acuerdo a la distancia (9).
- Orientar a la familia sobre medidas de bioseguridad durante el cuidado de un sospechoso o confirmado aislado en domicilio (limpieza, desinfección de espacios con detergente y cloro, evitar el contacto cercano con el enfermo y contacto con las lesiones, uso de mascarilla, lavado de manos con jabón y agua. El lavado de cubiertos, vasos, tazas, platos, ropa, toallas, utensilios para comer y sábanas de la persona enferma con, agua caliente a 60° y detergente).
- En casos positivos el personal debe iniciar la investigación, orientación y control de brote en los contactos del caso índice y primario.
- Organizar la respuesta pre hospitalaria a través del seguimiento a pacientes por lo menos los primeros 21 días durante el aislamiento domiciliario, ofertando antivirales y tratamiento paliativo, además orientar en las medidas de bioseguridad, especialmente en la familia.
- En la atención hospitalaria se debe prever que el ingreso de los pacientes pueda ser por los siguientes servicios: urgencias, Atención primaria de salud, Dermatología, atención de ITS, Medicina Interna, Tele salud, Infectología o atención Urológica, entre otras, y estas deben contar con suministros, equipamiento y personal para la atención de pacientes en consulta externa o internados con posibles complicaciones, aplicando en todo momento los protocolos de bioseguridad para evitar IAAS por esta enfermedad.
- Asegurar la desinfección en espacios públicos como en alojamientos, hoteles, albergues, hostales, saunas, moteles, etc. y la protección del personal de limpieza que acceda a la habitación del caso, deberá contar con equipo de protección personal (bata, guantes y mascarilla), que permitan una barrera ante materiales potencialmente contaminados (como pañuelos, la parte externa de condones y otros), que deben ser manipulados de acuerdo a normas estándar de desechos. De la misma manera, el retiro de sábanas y toallas deben ser colocadas en bolsas para su posterior lavado con agua caliente y jabón, al igual que los cubiertos y vajilla. Y en locales permitidos para encuentros sexuales realizar además la desinfección de superficies que puedan estar en contacto con la piel de las personas
- Promover información local adecuada en medios de comunicación masivos para

prevenir la transmisión comunitaria, a través del uso de medidas de bioseguridad y orientada a reducir la infodemia, el estigma y discriminación.

Por lo tanto, el implementar una respuesta organizada, puede interrumpir las transmisiones y contribuye a proteger a la población vulnerable.

Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. Declaración del director general de la OMS en la rueda de prensa celebrada tras la reunión del Comité de Emergencias del RSI sobre el brote de viruela símica en varios países - 23 de julio de 2022 [Internet]. 2022 [citado 30 de julio de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-statement-on-the-press-conference-following-IHR-emergency-committee-regarding-the-multi-country-outbreak-of-monkeypox--23-july-2022>
2. Ministerio de Salud Perú. Plan de preparación y respuesta frente a la viruela del mono [Internet]. Instituto nacional de Salud. 2022 [citado 30 de julio de 2022]. Disponible en: <https://web.ins.gob.pe/es/prensa/noticia/minsa-aprueba-plan-de-preparacion-y-respuesta-frente-la-viruela-del-mono>
3. Organización Mundial de la Salud. Viruela símica [Internet]. 2022 [citado 30 de julio de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/monkeypox>
4. Sanclemente G. Poxvirus que causan enfermedad en los seres humanos. Rev Asoc Colomb Dermatol Cir Dermatológica. 2010;18(2):67-77.
5. Sociedad Chilena de Infectología. Recomendaciones para el manejo clínico de probables casos de viruela del mono – SOCHINF [Internet]. 2022 [citado 30 de julio de 2022]. Disponible en: <https://sochinf.cl/recomendaciones-para-el-manejo-clinico-de-probables-casos-de-viruela-del-mono/>
6. CDC. Monkeypox in the U.S. [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention. 2022 [citado 3 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/poxvirus/monkeypox/response/2022/world-map.html>
7. Ministerio de Sanidad España. Protocolo para la detección precoz y manejo de casos ante la alerta de viruela de los monos (Monkeypox) en España. [Internet]. 2022 [citado 3 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/alertaMonkeypox/home.htm>
8. Ministerio de Salud Pública Uruguay. Guía de vigilancia Viruela Símica 2022 [Internet]. Ministerio de Salud Pública. 03/0802022 [citado 3 de agosto de 2022]. Disponible en: https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/viruela%20s%C3%ADmica%20al%2023_07_2022.pdf
9. OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud. Directrices de laboratorio para la detección y el diagnóstico de la infección por el virus de la viruela del mono [Internet]. 2022 [citado 3 de julio de 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/directrices-laboratorio-para-deteccion-diagnostico-infeccion-por-virus-viruela-mono>