

COMUNICADO TÉCNICO 2 - VS

Fecha: 27 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 DE REDES EN SALUD PÚBLICA

ASUNTO: INFORMACIÓN ANTE LA CONFIRMACIÓN DE CASOS DE VIRUELA SÍMICA (VIRUELA DEL MONO, MONKEYPOX) EN EL MUNDO

A 25 de mayo de 2022, el Reino Unido ha reportado un total de 71 casos confirmados de Viruela Símica (VS), desde el 7 de mayo cuando reportó el primer caso importado. En 12 estados de la Unión Europea se han confirmado 118 casos al 25 de mayo distribuidos en: España (51), Portugal (37), Holanda (6), Alemania (5), Francia (5), Italia (5), Bélgica (4), Austria (1), República Checa (1), Dinamarca (1), Eslovenia (1) y Suecia (1). Fuera de la Unión Europea se han reportado casos confirmados en: Canadá (15), Estados Unidos (9), Australia (2), Suiza (2), Israel (1) y Emiratos Árabes Unidos (1)¹. En total, en el mundo, se han reportado 219 casos confirmados.

El virus causante de la viruela símica es un virus ADN bicatenario del género *orthopoxvirus*. El genoma de este virus tiene un tamaño aproximado de 200.000 pb (200kb), casi 7 veces más grande que el SARS-COV-2 (30kb). Los reportes genómicos de los casos confirmados hasta el momento evidencian 47 sustituciones en los genomas respecto a los genomas reportados durante 2018. La tasa de mutación es baja, como se espera para los virus de ADN, sin embargo, estos cambios podrían ser suficientes para afectar la transmisibilidad del virus humano-humano lo que contribuye a la diseminación observada, aunque debe verificarse con estudios epidemiológicos y filogenómicos.

En Colombia hasta la fecha no se han confirmado casos, no obstante, se mantiene la vigilancia activa del evento de acuerdo con las recomendaciones y se realizan las siguientes consideraciones:

¹ European Centre for Disease Prevention and Control, Epidemiological update: Monkeypox multi-country outbreak, mayo 25 de 2022. <https://www.ecdc.europa.eu/en/news-events/epidemiological-update-monkeypox-multi-country-outbreak>

Definiciones de caso (27 de mayo de 2022 - sujeta a cambios) adaptada de OMS²

Caso probable:

Persona que presenta fiebre $>38,3^{\circ}\text{C}$, cefalea intensa, linfadenopatías, mialgias, astenia intensa, seguido de rash, lesiones pápulo-vesiculares o pústulas, que inicia en la cara y se extienden 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 en los últimos 21 días.
- ✓ Antecedente de desplazamiento reciente a ciudades donde se han confirmado brotes en los últimos 21 días.
- ✓ Antecedente de viaje a zonas endémicas (África) donde se informe contacto con animales vivos o muertos que son reservorios del virus en los últimos 21 días.

Es importante descartar eventos que expliquen el cuadro clínico y correspondan a la situación local: varicela, herpes zóster, sarampión, enfermedad de manos, pie, y boca (virus *coxsackie*), zika, dengue, chikunguña, herpes simple, infecciones bacterianas de la piel (impétigo), infección gonocócica diseminada, sífilis primaria o secundaria, chancroide, linfogranuloma venéreo, granuloma inguinal, molusco contagioso, reacción alérgica (por ejemplo, a las plantas); y cualquier otra causa común localmente relevante de erupción vesicular o papular³.

Caso confirmado:

Un caso probable con resultado positivo en la prueba de laboratorio de infección por *orthopoxvirus* mediante PCR positiva específica para *orthopoxvirus* sin secuenciación.

Vigilancia epidemiológica

Los objetivos en el contexto actual son identificar rápidamente casos, brotes y sus fuentes de infección, para proporcionar una atención clínica óptima, disminuir el riesgo de transmisión mediante el aislamiento oportuno de los casos, identificar y gestionar contactos, proteger a los trabajadores sanitarios de primera línea y adoptar medidas eficaces de control y prevención basadas en las vías de transmisión⁴.

Los médicos deben notificar los casos probables de inmediato a las autoridades de salud pública nacionales o locales, independientemente si también están explorando otros posibles diagnósticos⁴. Los casos deben ser ingresados inmediatamente al Sivigila,

² 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

³ Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Alerta Epidemiológica: Viruela símica en países no endémicos. 20 de mayo de 2022, Washington, D.C.: OPS/OMS; 2022

⁴ World health organization. Surveillance, case investigation and contact tracing for Monkeypox. 22 of may 2022.

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.

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 para lo cual se debe hacer 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.

Los mecanismos de transmisión descritos de la viruela símica son principalmente por gotas respiratorias (microgotas) y por el contacto directo con secreciones infectadas, todos los casos probables o confirmados deben permanecer aislados y hacer un cumplimiento estricto de las medidas de control de infecciones⁴. Los pacientes se vuelven infecciosos al inicio de su erupción hasta el proceso de cicatrización (presentándose virus viables en las costras), sin embargo, hay riesgo de transmisión desde la fase prodrómica de la enfermedad⁵.

Se deben generar los mecanismos administrativos para fortalecer las medidas de control encaminadas a establecer rutas de atención de pacientes que prioricen la atención de casos probables o confirmados. **Es necesario definir los lugares de atención, las rutas de traslados y los trabajadores de la salud seleccionados para la atención de estos pacientes.** El ingreso del paciente debe implementar aislamiento por contacto y aerosoles garantizando habitaciones con presión negativa, si hay disponibilidad. En caso contrario, en una habitación individual con baño incluido. Los EPP deben ponerse antes de entrar a la habitación del paciente y usarse durante todo contacto con el paciente. Todos los EPP deben desecharse antes de salir de la sala de aislamiento.

Se debe hacer uso de bata, guantes desechables, respirador desechable con filtro N95 certificado por NIOSH (o similar) que haya sido probado para el trabajador de la salud que lo usa, especialmente para contacto prolongado en el entorno de pacientes hospitalizados, protección para los ojos (protectores faciales o gafas), como se recomienda en las

⁵ Center for Disease Control and Prevention. Monkeypox [Internet] 2022. Fecha de consulta: 23 de mayo de 2022. Disponible en: <https://www.cdc.gov/poxvirus/monkeypox/index.html>

precauciones estándar, para los procedimientos médicos, especialmente los generen aerosoles y cualquier otro tipo de procedimiento sobre la vía aérea, como la intubación traqueal, el lavado bronco-alveolar, ventilación manual, requieren medidas de protección especiales.

El manejo de textiles y telas (ej., ropa de protección, ropa de cama, ropa de pacientes y sus contactos inmediatos) deben manipularse con agitación mínima para evitar la contaminación del aire, las superficies y las personas que realicen limpieza y desinfección de los dispositivos médicos e insumos utilizados para la investigación epidemiológica de campo-IEC. Se ha establecido que este virus tiene propiedades biofísicas y bioquímicas similares a las del virus de la viruela (*virus vaccinia*) que pueden ser inactivadas fácilmente con una variedad de desinfectantes de nivel bajo e intermedio.

Para asegurar un sistema seguro de trabajo se deben seguir los protocolos de descontaminación, mantenimiento y eliminación de residuos utilizados habitualmente para otro tipo de microorganismos con el riesgo de propagación y mecanismo de transmisión similar.

Investigación de casos probables, rastreo y seguimiento a contactos

La investigación de la exposición debe cubrir el período entre 5 y 21 días antes del inicio de los síntomas. Cualquier paciente con sospecha de viruela símica debe ser aislado durante los períodos infecciosos supuestos y conocidos, es decir, durante las etapas prodrómica y exantemática de la enfermedad. La confirmación por laboratorio de los casos probables es importante, pero no debe retrasar la implementación de acciones de salud pública.⁴

En el contexto actual, ante un caso probable se debe iniciar la identificación y el rastreo de contactos, mientras se continúa con el estudio del caso original para determinar si el caso se puede clasificar como confirmado; si se descarta el caso, se puede suspender el rastreo de contactos.

Definición de contacto

Persona que ha tenido una o más de las siguientes exposiciones con un caso probable o confirmado desde el pródromo y hasta cuándo se han caído todas las costras:

- ✓ Exposición cara a cara (incluidos los trabajadores de la salud sin el equipo de protección personal – EPP adecuado)
- ✓ Contacto físico directo, incluido el contacto sexual
- ✓ Contacto con materiales contaminados como ropa o ropa de cama

Los trabajadores de la salud que tengan exposiciones sin protección (es decir, que no usan el EPP adecuado) con pacientes con viruela símica o materiales posiblemente contaminados no requieren suspender sus labores si son asintomáticos, pero deben someterse a una vigilancia activa de los síntomas.

Monitoreo de contactos

Los contactos asintomáticos pueden continuar con las actividades rutinarias tal como ir al trabajo, en los menores se recomienda evaluar si es necesario excluir a los niños en edad preescolar de las guarderías u otros entornos grupales. Los contactos no deben donar sangre, células, tejidos, órganos, leche materna o semen mientras estén bajo vigilancia de síntomas.

El seguimiento se debe realizar a diario para detectar la aparición de signos o síntomas específicos como dolor de cabeza, fiebre, escalofríos, dolor de garganta, malestar general, fatiga, sarpullido y linfadenopatía, durante 21 días desde el último contacto con un caso/paciente probable o confirmado o sus materiales contaminados durante el período infeccioso.

Los equipos de salud pública pueden realizar el monitoreo de contactos de forma activa o directa. En el monitoreo activo, los equipos de salud pública locales verificarán al menos una vez al día, si una persona bajo seguimiento ha reportado signos/síntomas y el monitoreo involucra, al menos con periodicidad diaria, visita domiciliaria o al lugar de trabajo o examen visual vía videollamada para buscar signos y síntomas de la enfermedad.

Un contacto que desarrolle signos/síntomas iniciales (pródromo), que no sean sarpullido, debe ser aislado y vigilado de cerca para detectar signos de sarpullido/exantema durante los próximos siete días. Si no se desarrolla sarpullido, se le recomendará al contacto volver a monitorear la temperatura durante los 21 días restantes. Si el contacto desarrolla una erupción, debe aislarse y evaluarse como caso probable, y se debe recolectar una muestra para análisis de laboratorio para detectar viruela símica.

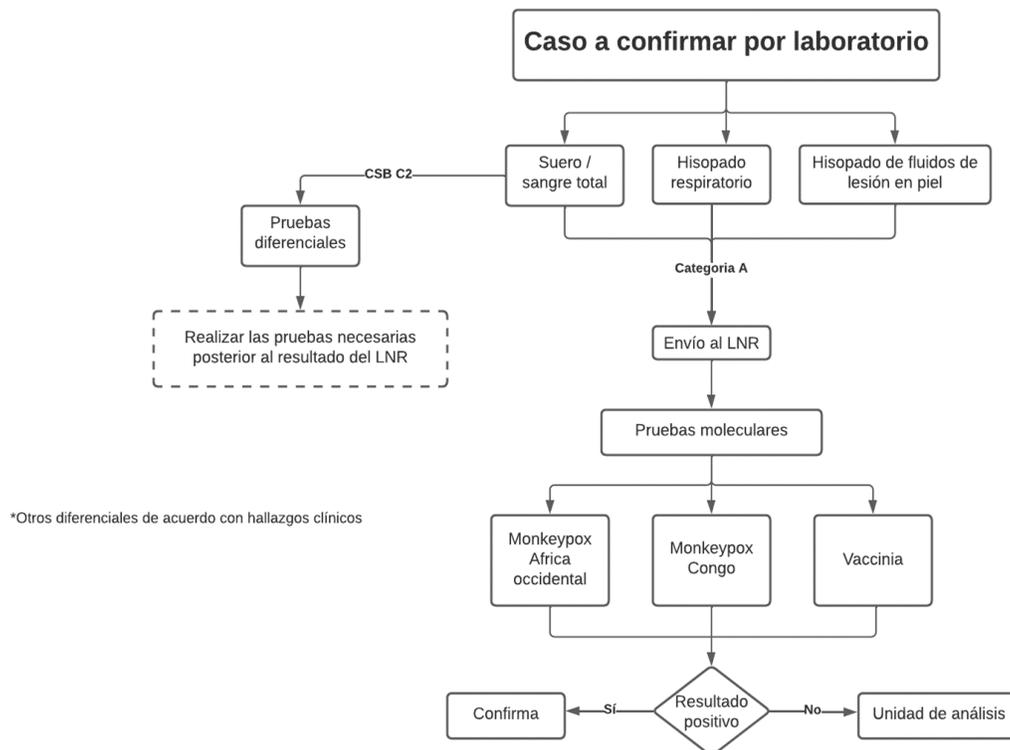
Los equipos de vigilancia en salud pública deben trabajar con la sanidad portuaria y los puntos de entrada para evaluar los riesgos potenciales y realizar las gestiones correspondientes para identificar número de vuelo y sillas para contactar a los pasajeros y otras personas que puedan haber estado expuestas a un paciente infeccioso durante el tránsito⁴.

Laboratorio

La confirmación de un caso solo podrá realizarse por detección molecular del virus, actividad que en este momento será realizada en el Laboratorio Nacional de Referencia (LNR). Ante un caso que cumpla con la definición de “Caso Probable” como fue descrito previamente, se deberán coleccionar las siguientes muestras:

- Hisopado de fluidos de lesiones en piel: pueden ser obtenidos de la superficie, exudado espontáneo, o del interior de las lesiones por presión física con el hisopo; en este caso, se debe frotar vigorosamente la lesión para garantizar que se recolecte suficiente material para la detección viral. Se deben seleccionar lesiones que tengan apariencia distinta entre sí, e idealmente, de diferentes zonas del cuerpo. Lesiones del mismo tipo, pueden depositarse en el mismo tubo, pero no deben mezclarse fluidos y costras.
- Sangre total y/o suero: deben ser tomados en tubos al vacío. Para la colecta de suero, se deben usar tubos con gel de separación, y deberán ser centrifugados para su posterior almacenamiento y envío al LNR.
- Hisopado orofaríngeo: debe coleccionarse con las técnicas rutinarias para este tipo de muestras respiratorias (ver figura 1).

Figura 1. Algoritmo de diagnóstico para caso en estudio de infección por Poxvirus



Fuente: Laboratorio Nacional de Referencia – INS

Las muestras de lesiones y el hisopado orofaríngeo deben ser colectadas en tubos tapa rosca, que pueden contener medio de transporte viral, solución salina estéril, o almacenamiento en seco. Las medidas de bioseguridad deben estar garantizadas para cualquier profesional que se encargue de la toma de las muestras descritas; estos deberán ser eliminados posterior al procedimiento de colecta, conforme a los protocolos institucionales para residuos biológicos potencialmente infecciosos. En los casos donde el criterio médico lo determine, se podrá considerar la toma de muestras de biopsia de las lesiones.

Los laboratorios de las instituciones de salud donde sea captado un caso podrán realizar análisis de diagnóstico diferencial, que deben ajustarse al contexto epidemiológico de la región y a la sospecha clínica. Estos análisis podrán ir dirigidos hacia otras patologías como fue descrito en la definición de caso del presente documento. Sin embargo, la manipulación de estas muestras deberá realizarse en cabinas de seguridad biológica tipo II, y solo con análisis que impliquen uso de suero como matriz del ensayo de laboratorio. Las muestras

de las lesiones en piel y los hisopados, deberán ser enviados directamente al LNR, y no deberán ser manipuladas luego de su colecta y almacenamiento.

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 muestras sospechosas para Viruela Símica deberán ser enviadas como categoría A conforme a los lineamientos emitidos desde la Organización Panamericana de la Salud. En consecuencia, el transporte se debe realizar en cumplimiento de 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>

Debido al tamaño del genoma, las aplicaciones genómicas basadas en *amplicon sequencing* no son recomendadas, el enfoque para la vigilancia genómica de este virus es la secuenciación de ADN total mediante tecnologías de secuenciación de próxima generación.