

Viruela símica en la Región de las Américas

13 de septiembre de 2022

Resumen

Fecha de la evaluación: 9 de septiembre de 2022

Nivel de confianza y riesgo en la Región de las Américas (según la información disponible en el momento de la evaluación)

Nivel de confianza con la información disponible: **Moderado**

Nivel de riesgo general: **Alto**

Evaluación de Riesgo

En la Región de las Américas, hasta el 9 de septiembre de 2022, se han notificado 33.162 casos confirmados de viruela símica en 31 países y territorios de la Región, lo que muestra una rápida dispersión geográfica en la Región. Además, actualmente la Región de las Américas ha notificado la mayor proporción de casos confirmados durante las últimas siete semanas consecutivas, superando el número acumulado de casos notificados en Europa y representando el 58% de los casos notificados a nivel mundial.

En la Región de las Américas, de 5.764 casos con datos disponibles sobre género y edad, el 98% son hombres entre 18 y 44 años, y 61 casos fueron notificados entre menores de 18 años en 7 países de la Región, de los cuales el 62% (38 casos) fueron reportados en Brasil, todos recuperados. De los 3.234 casos con información disponible sobre comportamiento sexual, el 86% (2.798 casos) se identificaron como hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y de estos, el 52% (1.441 casos) son positivos a VIH. Se reportaron un total de 177 casos entre mujeres, de las cuales 5 están embarazadas. Entre 2.374 casos con información disponible sobre el entorno de exposición, el 91% se informó con un entorno de exposición desconocido y 4 casos se expusieron durante su actividad laboral. De los 3.527 casos con información disponible sobre la ocupación, el 7% (259 casos) son trabajadores de la salud, solo uno de ellos ha estado expuesto en el trabajo; el resto de los casos están siendo investigados para determinar si la infección fue causada por exposición ocupacional.

Adicionalmente, de 10.138 casos con información disponible sobre hospitalización, 11% fueron hospitalizados, de los cuales 4% fueron hospitalizados para aislamiento, 0,1% para tratamiento y en 6% de los hospitalizados no se tiene información sobre la causa de hospitalización; 6 casos fueron ingresado en una unidad de cuidados intensivos (UCI). Al 9 de septiembre de 2022, se reportaron un total de 2 defunciones confirmadas en Brasil (1) y Cuba (1) y se están investigando 4 muertes adicionales (Estados Unidos (2), Brasil (1) y Perú (1)).

Así mismo, se han notificado 2 casos entre indígenas en Brasil, se han notificado brotes entre reclusos en EE. UU. (cárcel del condado de Harris, Texas) y en Brasil (reporte bajo investigación). Teniendo en cuenta la rápida evolución de la situación en la Región, es posible que se notifiquen más casos entre los grupos de riesgo y en consecuencia podrían presentarse casos graves/muertes.

El brote de viruela del simio está en curso y se espera que se identifiquen más casos a medida que se implemente la vigilancia y la capacidad de laboratorio en los países/territorios dentro de la Región de las Américas, y se promueva la búsqueda de atención en salud y diagnóstico entre las poblaciones más afectadas. Además, la limitada disponibilidad de vacunas y tratamiento potencial, como parte de las principales medidas de salud pública para la mayoría de los países/territorios dentro de la Región, representa un desafío para controlar el brote en muchos países/territorios. A lo que se suma, que algunos países y territorios de la Región podrían tener retrasos en la evaluación del riesgo e implementación de medidas de salud pública en todos los niveles y sectores.

Con base en los recursos actualmente disponibles y considerando la compleja situación epidemiológica y las capacidades de detección y respuesta en los países/territorios dentro de la Región de las Américas, el riesgo general a nivel Regional se evalúa como **Alto**.

Preguntas para la evaluación del riesgo

Pregunta	Evaluación		Riesgo	Justificación
	Probabilidad	Consecuencias		
¿Existe un riesgo potencial para la salud humana?	Regional	Sumamente probable	Moderado	Alto
				<p>En la Región de las Américas, hasta el 9 de septiembre de 2022, se han notificado 33.162 casos confirmados de viruela símica en 31 países y territorios de la Región, lo que muestra una rápida dispersión geográfica en la Región. La mayoría de los casos reportados entre HSH, sin embargo, también hay casos entre niños y mujeres embarazadas, así como brotes en comunidades cerradas (reclusos y población indígena). Hasta el 9 de septiembre de 2022, se reportaron un total de 2 defunciones confirmadas en Brasil (1) y Cuba (1).</p> <p>La viruela símica suele ser autolimitada, sin embargo, en algunas personas, una infección puede provocar complicaciones e incluso la muerte. Según lo que se conoce de brotes anteriores de viruela símica, los recién nacidos, los niños y las personas</p>

					<p>con inmunodeficiencias subyacentes pueden tener un mayor riesgo de sufrir síntomas más graves y fallecer. Las complicaciones de la viruela símica incluyen infecciones cutáneas secundarias, neumonía, confusión y problemas oculares. Las complicaciones más recientes incluyen proctitis (llagas e hinchazón dentro del recto que causan dolor) y dolor o dificultad al orinar. En el pasado, entre el 1% y el 10% de las personas con viruela símica fallecieron. Es importante tener en cuenta que las tasas de mortalidad en diferentes entornos pueden diferir debido a una serie de factores, como el acceso a la atención médica. Estas cifras pueden ser una sobreestimación porque la vigilancia de la viruela símica generalmente ha sido limitada en el pasado.</p> <p>En los países/territorios dentro de la Región de las Américas es probable que haya poca inmunidad a la viruela del simio ya que el virus no ha circulado anteriormente, por lo tanto, los grupos de riesgo serán vulnerables debido a su propia respuesta inmunológica y al acceso limitado a vacunas y tratamiento. Por lo tanto, el riesgo potencial para la salud humana es Alto.</p>
¿Cuál es el riesgo de diseminación?	Regional	Sumamente probable	Moderado	Alto	<p>Actualmente, la vigilancia para viruela símica aún está en desarrollo en los países y territorios de la Región; en consecuencia, el alcance de la transmisión en otros grupos poblacionales por fuera de la población a mayor riesgo no está claro. Sin embargo, es posible suponer que este evento probablemente esté muy extendido, ya que el 93% de los casos notificados no tienen información de nexo epidemiológico y hay países que notifican primeros casos sin antecedentes de viaje. Considerando que la comunidad puede tener retrasos en evaluar su riesgo y en seguir las medidas de salud pública, existe una alta probabilidad de detección de más casos con cadenas de transmisión no identificadas en la Región. Además, existe el desafío de identificar, aislar y monitorear contactos. Por lo tanto, la probabilidad de que continúe la propagación es Alta.</p>
¿Existe un riesgo de capacidad de prevención y control insuficiente con los recursos disponibles?	Regional	Sumamente probable	Moderado	Alto	<p>Actualmente, las capacidades de vigilancia, seguimiento de contactos, laboratorio, prevención y control de este evento se están fortaleciendo en la mayoría de los países y territorios de la Región con el apoyo técnico de la Organización Panamericana de la Salud. Las principales contramedidas son el rastreo y seguimiento de contactos, vacunas y antivirales, los primeros dos están disponibles para países que tienen experiencia y un sistema de vigilancia flexible, sin embargo, las vacunas y los antivirales aún no están ampliamente disponibles para la mayoría de los países/territorios dentro de la Región. Además, la participación de las comunidades en riesgo está en desarrollo, pero aún es limitada. Por lo tanto, el riesgo de capacidades de control insuficientes es Alto.</p>

Información de contexto

Evaluación de la amenaza

La viruela símica es una infección zoonótica causada por el virus de la viruela del mono, un miembro del género Orthopoxvirus de la familia Poxviridae. La viruela símica pertenece al género Orthopoxvirus que incluye el virus variola (que causa la viruela), el virus vaccinia (utilizado en la vacuna contra la viruela), el virus cowpox y otros. Hay dos clados genéticos distintos del virus de la viruela símica: el clado I (que circula en África central; Tasa de letalidad (TL) 10%; antiguo clado de la cuenca del Congo) y el clado II, dividido en subclados IIa y IIb (antiguo clado de África occidental; TL: < 1%) Todas las muestras del brote mundial actual se identificaron como subclado IIb. Históricamente, el clado I ha causado presentación clínica más grave y se pensaba que era más transmisible. La división geográfica entre los dos clados ha sido hasta ahora en Camerún, el único país donde se han encontrado ambos clados del virus.

El virus de la viruela símica que actualmente está causando el brote en varios países (subclado II) muestra un patrón mutacional específico en algunos genomas (de Nigeria) secuenciados desde 2017 que indican la actividad de una enzima huésped (APOBEC3 desaminasa). Este patrón mutacional específico es probablemente indicativo de la adaptación del virus a un huésped vertebrado, posiblemente humanos, porque el mismo patrón mutacional se observa en otros genomas de 2022, que representan la transmisión de persona a persona, y no se observa en las secuencias del virus de la viruela símica obtenidas antes de 2017. Esta hipótesis, por tanto, apunta a la adaptación del Clado II del virus al huésped humano desde 2017.

El reservorio del virus de la viruela símica sigue siendo desconocido; sin embargo, varias especies animales son susceptibles al virus, incluida una variedad de roedores y primates no humanos. La viruela del mono se identificó por primera vez en Dinamarca en 1958, luego de un brote de una enfermedad con presentación de pústulas en una colonia de primates no humanos. Se registraron nueve brotes diferentes en primates en cautiverio entre 1958 y 1966. El virus se identificó por primera vez en humanos en 1970 en la actual República Democrática del Congo (RDC) en un niño de 9 meses en una región donde la viruela se había eliminado en 1968. La mayoría de los casos se informaron inicialmente en las regiones rurales de la selva tropical de la cuenca del Congo, en particular en la República Democrática del Congo, donde se considera endémica. Se han notificado cada vez más casos humanos en África central y occidental en Camerún, la República Centroafricana, la República Democrática del Congo, Gabón, Liberia, Nigeria, la República del Congo, Sierra Leona y Sudán del Sur. Desde 2017, Nigeria ha experimentado un gran brote, con más de 500 casos sospechosos y más de 200 confirmados y una tasa de letalidad de aproximadamente el 3% en ciertas regiones; actualmente, se siguen notificando casos en Nigeria. La mayoría de los casos exportados han sido de África Occidental.

Los primeros casos humanos de viruela símica fuera de África se informaron en 2003, en un brote en los Estados Unidos a través de la importación de roedores de Ghana a Texas (EE. UU.) y alojados cerca de perros de las praderas. Todos los casos humanos de viruela símica ocurrieron después del contacto con perros de las praderas infectados. Se han confirmado otros casos importados de viruela símica en personas de Nigeria en los últimos años: en septiembre de 2018, se diagnosticaron tres casos en el Reino Unido: dos habían viajado recientemente a Nigeria y el tercero era un trabajador de la salud que trataba uno de los casos sin el equipo de protección personal adecuado; en el mismo año se confirmó otro caso importado en Israel. En 2019 se confirmaron dos casos importados adicionales: uno en Singapur y otro en el Reino Unido. En 2021, se informaron tres casos más en el Reino Unido y uno en los EE. UU.

La viruela símica suele ser autolimitada y la mayoría de las personas se recuperan en varias semanas. Sin embargo, en algunos casos, puede progresar a una enfermedad grave. El período de incubación de la viruela símica suele oscilar entre 5 y 21 días. Históricamente, la fase inicial de la enfermedad clínica, la fase prodrómica, suele durar de 1 a 5 días, durante los cuales los pacientes pueden experimentar fiebre, dolor de cabeza, dolor de espalda, dolores musculares y linfadenopatía, una característica distintiva de la viruela símica. Esto es seguido por una segunda fase que generalmente ocurre después de que la fiebre disminuye con la aparición de una erupción sincrónica centrífuga que a menudo comienza en la cara y se extiende al resto del cuerpo que puede afectar las membranas mucosas orales, la conjuntiva, la córnea y/o genitales. Esta erupción progresa a partir de máculas, pápulas, vesículas y pústulas, antes de formar costras y descamarse durante dos o tres semanas. Se considera que los pacientes son infecciosos hasta que las lesiones se forman costras, las costras se caen y se forma una nueva capa de piel debajo. Los niños, los adultos jóvenes y las personas inmunocomprometidas corren un mayor riesgo de sufrir una enfermedad más grave y los datos sugieren que la ruta de exposición también puede afectar la gravedad de la enfermedad. Las complicaciones pueden incluir infecciones bacterianas secundarias relacionadas con las lesiones cutáneas, abscesos, náuseas y vómitos que provocan deshidratación, bronconeumonía, sepsis, encefalitis e infección de la córnea con la subsiguiente pérdida de la visión.

En el brote actual, muchos casos no se presentan con los síntomas descritos clásicamente de viruela símica: los pacientes presentan algunas lesiones localizadas en el área genital, perineal/perianal o peri oral que no se propagan más, una erupción asincrónica y la aparición de las lesiones antes del desarrollo de una fase prodrómica (es decir, linfadenopatía, fiebre, malestar general). La presentación clínica atípica hace que sea esencial que los trabajadores de la salud mantengan una alta sospecha clínica de viruela símica, especialmente porque esta presentación puede ser leve (es decir, los pacientes pueden tener una sola lesión en la piel) y puede simular otras enfermedades como sífilis, molusco contagioso, virus de herpes simple, infección bacteriana de la piel, virus del papiloma humano, gonorrea, varicela zoster, vasculitis y otras enfermedades. Por lo tanto, si existe la sospecha de que el paciente puede tener viruela símica, es importante aislar y evaluar al paciente de inmediato.

El riesgo de transmisión del virus de la viruela símica después del contacto con un caso depende de la naturaleza y la proximidad del contacto. En los brotes diagnosticados en África, tradicionalmente se ha informado una tasa de ataque secundario de entre el 3-11% de los contactos no vacunados contra la viruela dentro de los hogares, un hecho que también es respaldado por algunas revisiones más recientes. Sin embargo, otras estimaciones llegan al 50%, mientras que en el brote de 2003 en los Estados Unidos fue del 0%. Existe incertidumbre en la literatura sobre el momento de inicio del período de transmisión, aunque generalmente se considera que comienza con la aparición de los primeros síntomas, siendo mayor el riesgo de transmisión cuando aparecen las lesiones exantemáticas características y manteniéndose este riesgo hasta la cicatrización de estas lesiones.

Antes de este brote, el principal mecanismo de transmisión descrito para la viruela símica en humanos ocurría a través del contacto directo (incluido el consumo) o indirecto con mamíferos vivos o muertos, principalmente roedores o primates no humanos en áreas endémicas; aunque para muchos casos, la exposición nunca ha sido identificada. En el pasado, el clado II se había asociado con una transmisión limitada de persona a persona, aunque en los últimos años se ha descrito un aumento de la transmisión. El clado I se considera más transmisible.

Durante el evento actual, que involucra a varios países, se ha descrito la transmisión de persona a persona de la viruela símica a través del contacto directo con piel infecciosa o lesiones mucocutáneas (esto incluye cara a cara, piel a piel, boca a boca o boca a contacto con piel), -contacto con la piel), gotitas respiratorias (y posiblemente aerosoles de corto alcance que requieran un contacto cercano prolongado) o contacto indirecto de ambientes y objetos contaminados (incluidas superficies, ropa, ropa de cama, utensilios, teléfonos), descrito como transmisión por fómites. Esto puede conducir a un mayor riesgo posterior para los trabajadores de la salud, los miembros del hogar, los contactos sexuales y otros contactos cercanos de casos activos. En el pasado se han documentado otras vías de transmisión, como la transmisión vertical (de padres a hijos). Actualmente se desconoce hasta qué punto puede ocurrir una infección asintomática. Si bien se sabe que el contacto físico cercano puede conducir a la transmisión, no está claro si también existe transmisión sexual a través del semen/la vagina y otros fluidos corporales.

Se ha demostrado que la vacunación contra la viruela protege contra la viruela del mono. Aunque las vacunas de primera generación ya no están disponibles para el público en general. En 2013, tanto la Unión Europea (UE) como el Gobierno de Canadá autorizaron una vacuna contra la viruela de tercera generación (IMVANEX e IMVAMUNE, respectivamente). En 2019 esta misma vacuna fue autorizada por la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos (FDA, por sus siglas en inglés) para la prevención de la viruela y viruela símica (JYNNEOS). El Gobierno de Canadá (2020) y la UE (2022) prorrogaron la aprobación de esta vacuna para la inmunización activa contra la viruela símica. Si bien aprobaron una vacuna (MVA-BN) y un tratamiento específico (tecovirimat) para la viruela símica en 2019 y 2022 respectivamente, estos aún no están ampliamente disponibles. Hay pruebas limitadas de que la vacuna previene o modifica la enfermedad cuando se administra después de la exposición. Sin embargo, la vacunación temprana posterior a la exposición con la vacuna MVA puede prevenir la infección por viruela símica o hacer que los síntomas sean menos graves.

Las definiciones de casos de la OMS se publicaron en la guía provisional sobre vigilancia, investigación de casos y rastreo de contactos para la viruela símica el 20 de mayo de 2022 y se actualizaron en la guía publicada el 25 de agosto de 2022, disponible en: <https://bit.ly/3BcQCRI>

Evaluación de la exposición

Desde el 1 de enero de 2022, se han notificado a la OMS casos de viruela símica en **102 Estados Miembros en las 6 regiones de la OMS**. Hasta el 7 de septiembre de 2022, se han notificado a la OMS un total de **54.709 casos confirmados por laboratorio y 397 casos probables**, incluidas **18 defunciones**. Desde el 13 de mayo de 2022, una alta proporción de estos casos se han notificado en países sin transmisión de viruela símica previamente documentada. Esta es la primera vez que se notifican casos y cadenas sostenidas de transmisión en países sin vínculos epidemiológicos directos o inmediatos con áreas de África Occidental o Central. La información demográfica está disponible para 28.401 de los casos confirmados, de los cuales el 98% (27.875) son hombres con una mediana de edad de 36 años (Rango intercuartílico: 30 a 43 años). De los 12.878 casos con orientación sexual reportados, el 95,1% (12.247) se identificaron como hombres que tienen sexo con otros hombres.

El recuento de casos fluctúa a medida que se dispone de más información y los datos se verifican conforme al Reglamento Sanitario Internacional (RSI 2005).

La aparición inesperada de la viruela símica en varias Regiones ante la ausencia inicial de vínculos epidemiológicos con áreas que históricamente han informado sobre la viruela símica sugiere que puede haber habido una transmisión no detectada durante algún tiempo.

Este brote de viruela símica sigue afectando principalmente a hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que informaron haber tenido relaciones sexuales recientes con parejas nuevas o múltiples. Si bien las investigaciones epidemiológicas están en curso, la mayoría de los casos notificados en el brote reciente se presentaron a través de servicios de salud sexual u otros servicios de salud en centros de atención médica primaria o secundaria, con antecedentes de viajes principalmente a países de Europa, América del Norte u otros países donde el virus históricamente no se sabía que estuviera presente, y cada vez más, se reportan casos con antecedente de viajes locales recientes o ningún viaje en absoluto.

Hasta la fecha, la presentación clínica de los casos de viruela símica asociados con este brote ha sido variable. Muchos casos en este brote no se presentan con el cuadro clínico descrito clásicamente para la viruela símica (fiebre, ganglios linfáticos inflamados, seguidos de una erupción centrífuga en evolución). Las características atípicas descritas incluyen la presentación de solo unas pocas o incluso una sola lesión; lesiones que comienzan en el área genital o perineal/perianal y no se extienden más; lesiones que aparecen en diferentes etapas (asincrónicas) de desarrollo; y la aparición de lesiones antes de la aparición de fiebre, malestar general y otros síntomas constitucionales. Los modos de transmisión durante el contacto sexual siguen siendo desconocidos; si bien se sabe que el contacto físico cercano e íntimo piel con piel o cara a cara puede conducir a la transmisión (a través del contacto directo con piel o lesiones infecciosas), no está claro qué papel desempeñan los fluidos corporales sexuales, como el semen y fluidos vaginales, juegan en la transmisión de la viruela símica.

Evaluación del contexto

Históricamente, nueve países africanos han notificado infecciones autóctonas por el virus (Camerún, República Centroafricana, Congo, Costa de Marfil, República Democrática del Congo, Gabón, Liberia, Nigeria, Sierra Leona), y Benín y Sudán del Sur han notificado casos importados. También se han notificado infecciones en animales que se originaron en Ghana antes del brote actual de casos humanos en Ghana.

Esta es la primera vez que se notifican en otras Regiones de la OMS casos en gran medida esporádicos con cadenas de transmisión no detectadas sin vínculos epidemiológicos conocidos con África occidental o central. Estos son también los primeros casos reportados a nivel mundial entre HSH. Algunos casos de pacientes asistieron a festivales, fiestas y lugares donde tuvo lugar actividad sexual durante los 21 días previos al inicio, lo que demuestra el papel probable de tales entornos en la amplificación del evento. El amplio alcance geográfico de muchos casos aparentes esporádicos sin antecedentes de viajes a áreas endémicas indica una transmisión de persona a persona probablemente significativa y no detectada. Se considera que el virus de la viruela símica tiene una transmisibilidad moderada entre humanos y puede transmitirse a través de gotitas y/o contacto con lesiones infectadas. En este brote, la transmisión entre parejas sexuales, por contacto íntimo con lesiones cutáneas infecciosas durante las relaciones sexuales, parece ser el modo de transmisión predominante; con una alta probabilidad de una mayor propagación del virus a través del contacto cercano, específicamente durante las actividades sexuales.

Después de la erradicación de la viruela en 1980 y el cese del programa mundial de vacunación, existía la preocupación de que el virus de la viruela símica pudiera emerger en el nicho epidemiológico dejado por la viruela con la acumulación de susceptibles en las poblaciones.

Históricamente, la viruela símica ocurría principalmente en las selvas tropicales de África Occidental y África Central. Aunque se han detectado anticuerpos en una variedad de especies de pequeños mamíferos, la especie reservorio de la viruela símica sigue siendo desconocida, y el virus se ha aislado solo dos veces de animales salvajes, una vez de una ardilla cuerda (*Funisciurus anerythrus*) en la República Democrática del Congo y una vez de un mangabey tiznado (*Cercocebus atys*) en Costa de Marfil. El contacto con animales vivos o muertos infectados, incluso a través de la caza y la preparación de carne de animales silvestres como alimento, es un presunto impulsor de la infección por viruela símica en entornos endémicos. Un contacto más cercano entre humanos y animales a través de la agricultura intensiva, la deforestación, los cambios demográficos, el cambio climático y los cambios y movimientos resultantes de la población animal, así como la creciente susceptibilidad de las poblaciones humanas, podrían explicar el aumento reciente en los casos notificados y la dispersión geográfica. Es necesario un enfoque de Una Salud para la detección y respuesta de enfermedades en entornos endémicos, incluida la vigilancia de la vida silvestre y las investigaciones sobre reservorios animales.

La viruela símica presenta desafíos para los funcionarios de salud pública y el personal de atención médica en términos de vigilancia y capacidades de laboratorio, y manejo y tratamiento de la enfermedad; la falta de conocimiento y experiencia sobre el reconocimiento, diagnóstico y tratamiento de la viruela símica, junto con la implementación de las medidas de salud pública necesarias para detener una mayor propagación, siguen siendo problemas importantes.

Debido a que la viruela símica en humano se parece mucho a varias otras enfermedades exantemáticas febriles, la confirmación de la infección por laboratorio es crítica. Las muestras deben ir acompañadas de información clínica detallada para una interpretación adecuada de los resultados de laboratorio. La prueba de amplificación de ácidos nucleicos (NAAT), como la reacción en cadena de la polimerasa en tiempo real (PCR), es la técnica de laboratorio recomendada para la confirmación del diagnóstico, sola o en combinación con la secuenciación del virus. Cuando la presentación clínica y la epidemiología sugieren una infección por el virus de la viruela símica a pesar de los resultados negativos de la PCR (como

podría suceder después de la resolución de las lesiones), las pruebas serológicas pueden ser útiles para evaluar una infección previa con fines epidemiológicos. Los avances en el uso de la secuenciación del ADN para comprender las cepas y poblaciones virales son una herramienta valiosa para la interpretación de los eventos de transmisión.

Actualmente, el acceso a las pruebas no está generalizado y, a menudo, solo está disponible a nivel del laboratorio nacional de salud pública, o no está disponible en absoluto en el contexto de algunos países, lo que requiere que las muestras se envíen a nivel nacional o internacional. Para cumplir con las regulaciones internacionales para el envío de mercancías peligrosas, las muestras clínicas deben enviarse como categoría A UN2814 "sustancia infecciosa que afecta a los humanos", lo que requiere transportistas capacitados y certificados y puede aumentar el tiempo y el costo de la derivación. No hay ensayos comercialmente disponibles para las pruebas de diagnóstico, pero existen protocolos que se han establecido y publicado para este propósito que se pueden compartir con los países que lo soliciten.

Se sabe que la vacunación contra la viruela brinda protección cruzada contra otros virus ortopoxvirus, incluida la viruela símica. Tras la erradicación de la viruela en 1980 y el cese del Programa de Erradicación de la Viruela a principios de la década de 1980, la acumulación de susceptibles que resultó en una falta de protección entre los grupos de edad más jóvenes puede haber contribuido a la aparición de la viruela símica. Si bien se ha aprobado una vacuna para la prevención de la viruela del simio y se ha demostrado que la vacuna tradicional contra la viruela brinda protección, estas vacunas no están ampliamente disponibles. Las vacunas tradicionales contra la viruela son vacunas virales replicantes vivas, por lo tanto, en situaciones no endémicas de viruela, están contraindicadas en grupos específicos, como las personas inmunodeprimidas.

Es probable que haya poca inmunidad a la infección en las personas expuestas en el brote actual, ya que históricamente la transmisión solo ha ocurrido en África occidental y central, y las poblaciones de todo el mundo menores de 40 o 50 años ya no se benefician de la protección que brindan los programas previos de vacunación contra la viruela. La atención clínica es principalmente de apoyo. Actualmente hay un antiviral, tecovirimat, que está aprobado por la EMA, incluso para la viruela símica. Siempre que sea posible, se deben hacer esfuerzos para recopilar datos clínicos y de resultados, como se indica en la guía de respuesta provisional rápida de la OMS sobre Manejo clínico y prevención y control de infecciones para la viruela del simio.

Tabla 1: Fortalezas y vulnerabilidades de los países y territorios de la Región de las Américas para la respuesta a la viruela símica, septiembre de 2022.

Vigilancia
Capacidades
<ul style="list-style-type: none"> • La mayoría de los países y territorios han desarrollado una guía de vigilancia para la viruela símica, incluida la adaptación del formulario de notificación de la OMS para su uso local. • Los Estados Miembros reciben apoyo en el control de calidad de los registros del Formulario de notificación de casos compartidos por los CNE para el RSI. • 26 países notifican casos de viruela símica a la OPS/OMS a través del CNE para el RSI y 30 países publican la información agregada sobre viruela símica en su sitio web oficial. • Tablero de la situación epidemiológica regional actualizado diariamente y publicado en cuatro idiomas de la OPS (inglés, francés, portugués y español) disponible en: https://shiny.pahobra.org/monkeypox/ • La capacitación virtual para la herramienta en línea de viruela símica disponible para los Estados Miembros, para la visualización de datos, análisis y seguimiento de casos de viruela símica. Disponible en cuatro idiomas de la OPS (inglés, francés, portugués y español) en: https://shiny.pahobra.org/mpxcountry/ • Las alertas epidemiológicas/actualizaciones/informes de situación de la OPS/OMS sobre la viruela símica se publican periódicamente junto con recomendaciones técnicas. Disponibles en: https://bit.ly/3RWdxXH • Reunión semanal sobre vigilancia de la viruela símica con socios externos/internos, oficinas de país y comunidades afectadas en los países ya nivel regional con el Ministerio de Salud para analizar la situación epidemiológica y la respuesta.
Vulnerabilidades
<ul style="list-style-type: none"> • Dado que la mayoría de los casos de viruela símica notificados en la Región de las Américas no están siendo hospitalizados, los países y territorios podrían posponer y no priorizar la implementación de la vigilancia de este evento. • La falta de completitud del formulario de notificación de casos de viruela símica, debido a diferentes factores, podría limitar la capacidad de seguimiento del brote y retrasar las acciones correspondientes de parte de los tomadores de decisión.
Laboratorio
Capacidades
<ul style="list-style-type: none"> • Se realizó una supervisión virtual al Laboratorio de Salud Pública de Jamaica durante la implementación y análisis de las primeras muestras sospechosas, donde se detectó el primer caso.

- Se realizó seguimiento a la implementación y análisis de muestras con República Dominicana y Surinam.
- Se enviaron reactivos para PCR adicionales y otro material de diagnóstico al Instituto Malbrán en Argentina, al Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud (ICGES) en Panamá y a los Laboratorios de Salud Pública en Antigua, San Cristóbal y Nieves y San Vicente y las Granadinas.
- El 21 y 22 de junio de 2022, se llevó a cabo un tercer taller de capacitación por parte de la Unidad de Genómica del Instituto Nacional de Referencia en Diagnóstico y Epidemiología (IndRE), Ciudad de México, México, con la participación de delegados de Laboratorios Nacionales de Salud Pública de 9 países en América Central y el Caribe de habla hispana (Belice, Honduras, El Salvador, Guatemala, Costa Rica, Nicaragua, Panamá, Cuba y República Dominicana). Con este tercer taller, la mayoría de los países de la Región de las Américas tendrán la capacidad de detección del virus de la viruela símica.
- El material para la detección específica del virus de la viruela símica por PCR (kits internos de la OPS y kits comerciales verificados por IndRE) se entregó al final del taller a cada participante para facilitar la implementación en el país.
- Se realizó acompañamiento y supervisión virtual durante la implementación del protocolo de diagnóstico por PCR en Haití.
- Se envió material para diagnóstico por PCR a los Laboratorios Nacionales de Salud Pública en San Vicente y las Granadinas y Granada.
- Actualmente, al menos 37 países y territorios cuentan con capacidad instalada para el diagnóstico molecular de MPXV.
- La descentralización del diagnóstico hacia las Redes Nacionales está en curso en varios países.

Vulnerabilidades

- Este evento está evolucionando rápidamente y la mayoría de los países y territorios podrían necesitar más tiempo para desarrollar capacidades de laboratorio para este evento.

Manejo clínico

Capacidades

- La OPS ha realizado un segundo seminario web sobre “Lecciones aprendidas y desafíos: diagnóstico y manejo clínico de la viruela del mono” que tendrá lugar a fines de esta semana con el objetivo de aumentar la conciencia de los profesionales de la salud sobre la presentación, los factores de riesgo, las características clínicas y diferenciales. diagnóstico de la viruela del mono. Los expertos compartieron sus experiencias clínicas de primera mano sobre el manejo clínico de los pacientes afectados por el virus de la viruela del mono.

Vulnerabilidades

- Es posible que los trabajadores de la salud no reconozcan los casos de viruela símica, ya la enfermedad no se presentó previamente en la mayoría de los países y territorios dentro de la Región de las Américas.

Logística para el apoyo de operaciones

Capacidades

- Colaboración sólida dentro de los tres niveles de la OMS (sede central, otras oficinas regionales y oficinas de país de la OPS/OMS) para compartir información.

Preparación y respuesta

Capacidades

- El Grupo Técnico Asesor de Inmunizaciones (TAG, por sus siglas en inglés) recomendó la vacunación post-exposición a los contactos estrechos de un caso confirmado. Algunos países pueden considerar la vacunación posterior a la exposición (idealmente dentro de los cuatro días posteriores a la exposición) para contactos cercanos de alto riesgo, considerando su riesgo de infección y de desarrollar eventos adversos.
- El Fondo Rotatorio para el Acceso a las Vacunas de la OPS/OMS ha adquirido un número limitado de dosis de la Vaccinia Ankara Modificada (MVA-BN), comercializada como Jynneos, en nombre de los Estados Miembros de la región, en respuesta a la resolución realizada durante la Sesión Especial del Consejo Directivo realizado el 5 de agosto de 2022 (CDSS2.R1).
- Los primeros envíos de esta vacuna se recibirán a principios de septiembre de 2022.

Vulnerabilidades

- A medida que el COVID-19 continúa amenazando a todos los niveles, los trabajadores de la salud y los encargados de tomar decisiones podrían estar agotados. Su respuesta a este evento podría retrasarse y/o limitarse.
- Hay un suministro limitado de la vacuna MVA, solo 13 países están adquiriendo esta vacuna.

Prevención y Control de Infecciones

Capacidades

- Las recomendaciones para la prevención de la transmisión de la viruela símica dentro del entorno de atención médica continúan enfocándose en la aplicación de las precauciones estándar, así como las precauciones de contacto y gotitas (guantes, batas, máscaras y protección para los ojos, incluido el uso de respiradores, particularmente cuando se realizan procedimientos que generan aerosoles).
- Hasta la fecha (Informe de situación de la OMS publicado el 24 de agosto de 2022), solo se han confirmado en todo el mundo tres (3) casos de infecciones asociadas a la atención médica (HAI) debido a la viruela símica en el brote actual, lo que enfatiza el bajo nivel de riesgo de transmisión en entornos de atención médica cuando se aplican las debidas precauciones.
- Las recomendaciones para prevenir la transmisión de la viruela símica fuera del entorno de atención médica continúan enfocándose en el cumplimiento del aislamiento por parte de las personas con viruela símica confirmada o sospechosa, y la atención frecuente a la higiene adecuada de las manos por parte de todos los miembros del hogar, así como la adopción de las precauciones adecuadas al manipular y limpiar. ropa de cama, superficies del hogar, durante la eliminación de residuos y el uso de un trapeador húmedo (evitando el barrido en seco) para evitar la dispersión de partículas infecciosas.

Vulnerabilidades

- A medida que el COVID-19 continúa amenazando a todos los niveles, hay fatiga entre los trabajadores de la salud, como desmotivación y agotamiento para seguir las prácticas recomendadas de IPC.

Comunicación de riesgo y empoderamiento de la comunidad

Capacidades

- En coordinación con el Mecanismo de Coordinación Regional de Centroamérica (MCR), se organizó un webinar para la sociedad civil organizada y Ministerios de Salud, el 25 de agosto de 2022. Este Webinar incluyó una actualización sobre la situación epidemiológica en la Región de las Américas, además para abordar las características clínicas, la transmisión, el diagnóstico y el tratamiento de la viruela símica. Se presentaron las experiencias de dos países: España y Perú. Con el apoyo de Plataforma VIH 2025, se abordó el tema de comunicación con las comunidades. Un total de 276 personas asistieron a este webinar durante las 3 horas. Se respondieron más de 30 preguntas de la audiencia.
- Se está finalizando un documento guía para la comunicación con las comunidades. Las tarjetas de las redes sociales sobre orientación para el cuidado en el hogar, prevención y concientización sobre la viruela símica se están adaptando a las necesidades del país y en idiomas adicionales, como el criollo.
- Información y recursos en la página de la viruela del mono de la OPS, que incluye:
 - Preguntas y respuestas sobre la viruela del mono (disponible en inglés, español, francés y portugués)
 - Monkeypox: Consejos para el público (disponible en inglés y español)
 - Monkeypox: directrices y recursos técnicos (disponible en inglés y español)
 - Comunicación sobre la viruela del simio (disponible en inglés y español)

Vulnerabilidades

- Actualmente la población más afectada corresponde a la comunidad HSH, por lo tanto, la población en general podría pensar que la viruela símica afecta sólo a los HSH.
- Debido a la pandemia de COVID-19, la población podría estar agotada, por lo que los mensajes preventivos dirigidos a toda la población podrían no ser recibidos de manera efectiva, sin impacto en los comportamientos.

Eventos Masivos

Capacidades

- Se organizó un webinar para autoridades de salud pública y trabajadores de la salud, Instituciones Académicas, Agencias Internacionales y comunidades interesadas en el tema en las Américas, el 5 de julio de 2022: Viruela símica y reuniones masivas Este Webinar incluyó una actualización sobre la situación epidemiológica en la Región de las Américas, publicó los consejos de salud pública de la OMS para las reuniones durante el consejo MPX y el trabajo realizado con las comunidades afectadas.

Medidas y recomendaciones sobre viajes

Capacidades

La OPS/OMS compartió con los Estados Miembros las siguientes recomendaciones:

Personas:

- Con signos y síntomas compatibles con la infección por el virus de la viruela símica; o ser considerado un caso sospechoso, probable o confirmado de viruela símica por las autoridades sanitarias jurisdiccionales; o
- Que haya sido identificado como contacto de un caso de viruela símica y, por tanto, sea objeto de vigilancia sanitaria,

deben evitar realizar cualquier viaje, incluidos los internacionales, hasta que se determine que ya no constituyen un riesgo para la salud pública.

Las exenciones incluyen a cualquier persona que necesite viajar para buscar atención médica urgente o huir de situaciones que pongan en peligro su vida, como conflictos o desastres naturales; y contactos para quienes las autoridades sanitarias subnacionales correspondientes acuerden arreglos previos a la salida para garantizar la continuidad del control de la salud o, en el caso de viajes internacionales, las autoridades sanitarias nacionales. Los trabajadores transfronterizos, que sean identificados como contactos de un caso de viruela del simio y, por lo tanto, bajo vigilancia sanitaria, pueden continuar con sus actividades diarias habituales siempre que la vigilancia sanitaria esté debidamente coordinada por las autoridades sanitarias jurisdiccionales de ambos/todos los lados de la frontera.

Establecer canales operativos entre las autoridades de salud, las autoridades de transporte y los operadores de medios de transporte y puntos de entrada para:

- Facilitar el rastreo de contactos internacionales en relación con personas que hayan desarrollado signos y síntomas compatibles con la infección por el virus de la viruela símica durante el viaje o al regresar;
- Proporcionar materiales de comunicación en los puntos de entrada sobre signos y síntomas consistentes con la viruela del simio; prevención y control de infecciones; y sobre cómo buscar atención médica en el lugar de destino;

La OMS desaconseja cualquier medida adicional relacionada con los viajes internacionales generales o específicos que no sean las especificadas anteriormente.

Coordinación entre aliados

Capacidades

- Se ha establecido un Sistema de Gestión de Incidentes (IMS, por sus siglas en inglés) para apoyar la respuesta de los Estados Miembros. Incluye personal de 15 entidades de OPS/HQ. Si bien se consideran todas las funciones anticipadas necesarias para la respuesta, la mayoría de los profesionales actualmente contribuyen a tiempo parcial a la respuesta. El equipo de IMS se reúne dos veces por semana. El IMS regional también atiende la convocatoria semanal del IMS global.
- Con base en la situación epidemiológica y la evidencia de Europa, la respuesta continúa enfocándose en cuatro pilares principales: comunicación y participación de las comunidades en riesgo; detección y tratamiento oportuno de pacientes y protección de los trabajadores

de la salud; confirmación de laboratorio, vigilancia y contención de cadenas de transmisión; y asegurar el acceso a suministros de salud críticos.

- El 25 de mayo y el 7 de junio del 2022 se llevó a cabo un seminario web para actualizar al personal de las oficinas de países de la OPS. Ahora se brinda una actualización semanal todos los viernes por la tarde junto con el IMS de COVID-19.
- Se han movilizado fondos de respuesta tanto a nivel regional como mundial de la Organización. La necesidad de fondos adicionales se evalúa de manera continua, dependiendo de la evolución de la situación epidemiológica.

Documentos de referencia

1. Informes de los Puntos Focales Nacionales del RSI de la Región de las Américas a la OMS y la OPS/OMS.
2. OMS. Informe de tendencias globales de la viruela del mono. Disponible en: <https://bit.ly/3B1Ygh6>
3. OPS/OMS. Tablero sobre la viruela símica, Región de las Américas. Disponible en: <https://bit.ly/3xgHHx1>
4. OMS. Brote de viruela símica en varios países: actualizaciones de la situación. Sitio del brote de la enfermedad (DON). Disponible en: <https://bit.ly/3mAkTCs>
5. OMS. Recursos sobre la viruela símica. Disponible en: <https://bit.ly/3REWmkf>
6. OPS/OMS. Recursos sobre la viruela símica. Disponible en: <https://bit.ly/3RCMCAF>
7. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Actualizaciones y Alertas Epidemiológicas, Washington, D.C.: OPS/OMS; 2022. Disponible en: <https://bit.ly/3Df7bPf>
8. OMS. Evaluación rápida de riesgos de la viruela símica, multipaís. julio de 2022.