

Viruela símica y VIH en Bogotá D. C.: características epidemiológicas y clínicas

Andrea Lorena García-Moncayo¹,
Mariluz Trilleras-Mota²
Martha Patricia Padilla Velasco³.

Resumen

La viruela símica (monkeypox) es una enfermedad causada por el virus de la viruela del mono (monkeypox virus), del género *Orthopoxvirus*, de la familia *Poxviridae*. En mayo y junio de 2022, se produjo un brote significativo que se propagó rápidamente, afectando a 44 países no endémicos, incluido Colombia. En julio de ese año, la Organización Mundial de la Salud (OMS) la declaró epidemia multinacional. A nivel global, el 99 % de los casos reportados correspondían a hombres que tenían relaciones sexuales con hombres (HSH) y vivían con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH).

El presente estudio utilizó una metodología observacional, analítica y retrospectiva. El análisis de la información incluyó a todas las personas que cumplían con la definición operativa de caso para monkeypox y cuya infección fuese confirmada mediante reacción en cadena de la polimerasa (PCR). De tal manera, se definió el objetivo de analizar las características epidemiológicas y clínicas de los casos reportados con monkeypox en Bogotá D. C., entre mayo de 2022 y febrero de 2023. Además, buscó describir el comportamiento de la enfermedad en la población del distrito capital, así como las características de la coinfección por VIH, dado que esta última incrementa de contraer monkeypox. Y finalmente, los resultados muestran que en Bogotá se confirmaron 1973 casos de monkeypox mediante PCR, la mayoría de los afectados (98 %)

1. Secretaría Distrital de Salud. andreosky2011@gmail.com. ORCID: 0000-0003-4787-7531.
2. Secretaría Distrital de Salud. m1trilleras@saludcapital.gov.co. ORCID: 0009-0008-7025-5128.
3. Secretaría Distrital de Salud. mp1padilla@saludcapital.gov.co. ORCID: 0000-0002-2635-6094.

eran hombres, con edad promedio de 39 años, y el 61,2 % presentaba VIH/SIDA. Todos los casos experimentaron erupciones cutáneas, mientras que la tasa de hospitalización fue baja (3,8 %) y no se registraron fallecimientos. Aunque se observó una asociación significativa entre la infección por VIH y monkeypox, este estudio no establece una relación causal entre ambas enfermedades.

Palabras clave: *interacción, comorbilidad, causalidad, inmunodeficiencia, nuevas y emergentes, coinfección.*

Summary

Introduction: Monkeypox is a disease caused by the monkeypox virus, belonging to the Orthopoxvirus genus of the Poxviridae family. In May and June 2022, a significant outbreak spread rapidly, affecting 44 non-endemic countries, including Colombia. In July of that year, the World Health Organization (WHO) declared it a multinational epidemic. Globally, 99% of reported cases corresponded to men who have sex with men (MSM) and were living with the human immunodeficiency virus (HIV). **Methodology:** This study employed an observational, analytical, and retrospective methodology. The data analysis included all individuals who met the operational case definition for monkeypox and whose infection was confirmed by polymerase chain reaction (PCR). **Objective:** The objective was to analyze the epidemiological and clinical characteristics of reported monkeypox cases in Bogotá, D.C., between May 2022 and February 2023. Additionally, it aimed to describe the behavior of the disease in the capital district's population, as well as the characteristics of HIV co-infection, given that the latter increases susceptibility to contracting monkeypox. **Results:** Finally, the results show that 1,973 cases of monkeypox were confirmed in Bogotá through PCR. The majority of affected individuals (98%) were men, with an average age of 39 years, and 61.2% had HIV/AIDS. All cases presented skin rashes, while the hospitalization rate was low (3.8%), and no deaths were recorded. Although a significant association was observed between HIV infection and monkeypox, this study does not establish a causal relationship between the two diseases.

Keywords: interaction, comorbidity, causality, immunodeficiency, novel and emerging, co-infection.

1. Introducción

La monkeypox, causada por el virus de la viruela del mono (*monkeypox virus*) (1), solía ser una enfermedad endémica en África hasta el año 2003 (2). Es una infección zoonótica que puede transmitirse de animales a humanos y entre personas (3,4), su período de incubación varía de 0 a 21 días, con síntomas que se dividen en dos fases: una prodrómica en los primeros cinco días, caracterizada por fiebre, cefalea, dolor muscular y articular, y proctitis; y una segunda fase eruptiva que aparece de 1 a 3 días después de la fiebre, con la aparición de lesiones cutáneas que incluyen máculas, pápulas, vesículas, pústulas, úlceras y costras, principalmente en genitales, palmas, plantas, cara y luego en el resto del cuerpo (5,6).

En mayo y junio de 2022 la monkeypox presentó un cambio significativo en su comportamiento epidemiológico, causando preocupación debido al rápido aumento de casos en países europeos (7-17), y en otras regiones; este brote global afectó a 44 países no endémicos, incluyendo a Colombia (8). Durante este periodo, la principal vía de propagación del virus fue a través del contacto sexual (4). Colombia se situó entre los cinco países con más casos confirmados de monkeypox en el mundo y en la región de las Américas ocupó el segundo lugar después de Brasil (9), con un total de 4.072 casos (10), de los cuales, el 48 % se reportaron en Bogotá D. C. (11).

Esta epidemia ha llamado la atención debido a su presentación, especialmente en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, portadores de VIH y con otras ETS asociadas (12). Esta asociación es relevante ya que en pacientes inmunodeprimidos se han observado formas graves y diseminadas de la infección por monkeypox (13). Aunque el estudio no reporta muertes directamente atribuibles a monkeypox en Colombia, sí se han registrado casos de mortalidad en pacientes con VIH relacionados con las complicaciones graves derivadas de esta combinación. Por lo tan-

to, la presencia de VIH ha sido un factor importante en la severidad de la enfermedad y en el aumento de la mortalidad asociada.

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible representan un compromiso para poner fin a la epidemia de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) mediante la mejora de la cobertura universal de salud y el acceso al tratamiento. El estudio de personas con monkeypox también facilita la identificación de individuos con VIH que desconocían su estado, ayudando así a reducir la transmisión de ambas infecciones.

Este estudio tiene como objetivo explicar el comportamiento de la viruela del mono en la población del Distrito Capital, así como analizar las características epidemiológicas, sociodemográficas y clínicas de los casos confirmados, con un enfoque especial en aquellos con coinfección por el VIH.

2. Métodos y análisis

Se lleva a cabo un estudio observacional analítico retrospectivo basado en la vigilancia en salud pública de monkeypox en Bogotá D.C. Los datos se recopilaban a través de la ficha de notificación epidemiológica SIVIGILA de reporte obligatorio, específicamente los eventos VIH850 y MPOX880, así como del programa de VIH/SIDA de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Se incluyeron en el análisis todos los pacientes que cumplían con la definición operativa de caso confirmado para monkeypox, según las pautas establecidas en el protocolo de vigilancia del Instituto Nacional de Salud (INS) vigente durante el período de análisis.

La confirmación de los casos de monkeypox se realizó mediante pruebas de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) entre mayo de 2022 y febrero de 2023. La coinfección por VIH se verificó a través de la validación de la notificación del evento monkeypox y el cruce de datos con la fuente oficial de SIVIGILA, confirmada mediante pruebas de Elisa o pruebas rápidas para VIH. Es importante destacar que todas las variables en la base de datos fueron proporcionadas por los profesionales de la salud que notificaron los casos en las Uni-

dades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) de todo el Distrito Capital.

Se llevó a cabo un análisis exhaustivo de las variables cuantitativas y cualitativas en el marco de este estudio. Para las variables cuantitativas, se aplicaron estadísticas descriptivas para entender su distribución dentro del conjunto de datos. En cuanto a las variables cualitativas, se incluyeron aspectos como el sexo del paciente, la presencia de síntomas clínicos, el estatus de VIH/SIDA, la orientación sexual, y el régimen de aseguramiento, entre otras. Estas variables cualitativas fueron categorizadas adecuadamente para su inclusión en el análisis.

Para abordar los datos faltantes en las variables cualitativas, se utilizó la imputación de valores aleatorios, garantizando que los datos incompletos no afectaran negativamente el análisis. Posteriormente, aplicamos el método *One Hot Encoding* para convertir estas variables cualitativas en formato binario, facilitando su análisis en el modelo multivariado.

En el análisis multivariado inicial se procesaron un total de 1973 registros con 121 variables, tanto cuantitativas como cualitativas. Se realizó un análisis de correlación para identificar las relaciones entre estas variables, lo que permitió seleccionar 31 variables relevantes para el modelo. Entre estas variables se incluyeron características demográficas como la edad y el sexo, y factores clínicos como la presencia de síntomas específicos y el estatus de VIH/SIDA, así como la orientación sexual y el régimen de aseguramiento.

Finalmente, se llevó a cabo un análisis de regresión logística utilizando el diagnóstico de infección por VIH/SIDA como variable independiente. Calculamos los *Odds Ratio* (OR) para las variables que se ajustaron al modelo, evaluando así la influencia de cada variable en la variable objetivo. Todos los análisis se realizaron utilizando Python en su entorno *Jupyter Notebook*.

3. Resultados

El análisis descriptivo reveló un total de 1973 casos confirmados de monkeypox mediante pruebas de

PCR. De estos, el 98 % (1931) correspondieron a hombres, mientras que el 2 % (42) fueron mujeres. En cuanto a la infección por VIH/SIDA, el 38,2 % (755) de los casos no tenían diagnóstico previo, el 61,3 % (1208) eran VIH/SIDA positivos y un 0,5 % no tenían información disponible sobre esta variable. Todos los casos de coinfección con VIH/SIDA eran hombres, con una edad promedio de 39 años.

En términos de nacionalidad, el 94 % (1858) de los casos eran colombianos, mientras que el 5,2 % (103) eran venezolanos. Del total de casos venezolanos con monkeypox, el 64 % eran VIH/SIDA positivos.

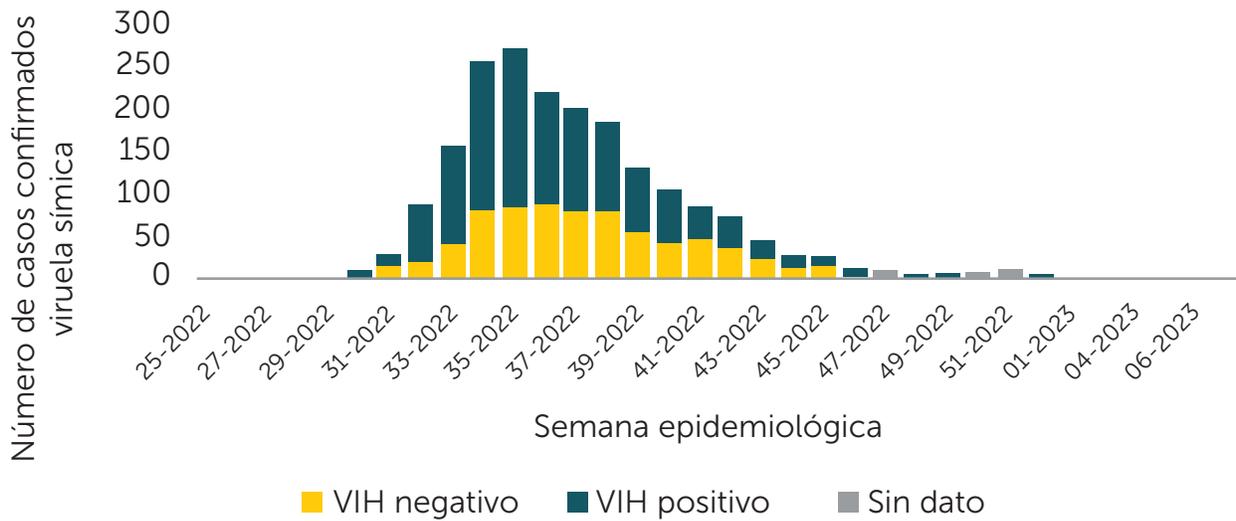
Las localidades de Suba (10,4 %), Kennedy (11,1 %) y Chapinero (10,4 %) presentaron el mayor número de casos de monkeypox. Estas mismas localidades también tuvieron la mayor cantidad de casos de viruela con coinfección por VIH/SIDA, con un 13,1 %, 11,5 %, y 10,4%, respectivamente. Un 76% (1572) de los casos reportaron ser hombres que tienen sexo con hombres (HSH), de los cuales el 69,4 % eran VIH/SIDA positivos.

En cuanto a la orientación sexual, el 72,2 % (1436) de los casos se identificaron como homosexuales, el 9,9 % (195) como heterosexuales y el 5,3 % (104) como bisexuales. De los que tenían coinfección por VIH/SIDA, el 70,5 % eran homosexuales y el 44,2 % bisexuales.

En lo que respecta al régimen de aseguramiento, el 61,31 % (1686) de los casos pertenecían al régimen contributivo, y de estos, el 61,32 % eran VIH/SIDA positivos.

Además de la monkeypox, se realizaron pruebas adicionales que revelaron 83 casos positivos para sífilis, 8 casos para herpes simple, 6 casos para varicela, 1 caso para rubeola y hepatitis B, 2 casos para COVID-19 y dengue respectivamente, y 3 casos para hepatitis C. En términos de hospitalización solo el 3,8 % (75 casos) de los pacientes con monkeypox requirieron hospitalización, de los cuales el 78 % (59 casos) presentaban coinfección por VIH/SIDA. Hubo un caso pediátrico y uno de adulto con coinfección que requirieron cuidados intensivos. Se registró una complicación oftálmica y un fallecimiento debido a criptococosis extrapulmonar.

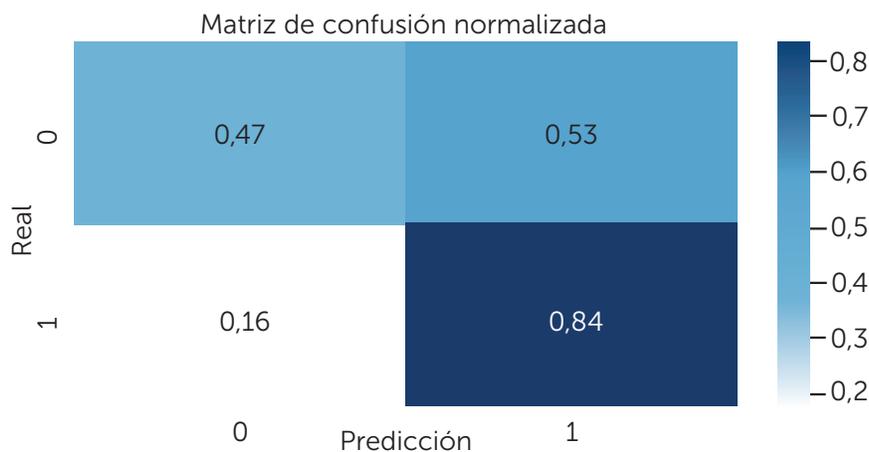
Figura 1. Curva de monkeypox y coinfección por VIH/SIDA en Bogotá D. C. - mayo 2022 a febrero 2023



La matriz de confusión, que se calculó utilizando los valores proporcionados $((0,5 + 0,8) / (0,5 + 0,5 + 0,2 + 0,8)) \approx 0,7$, indicó que aproximadamente el 71 % de todas las clasificaciones realizadas por el modelo son precisas. Además, la sensibilidad del modelo, que es del 84 %, refleja que alrededor del 84 % de las muestras positivas reales fueron correctamente identificadas como positivas. La especificidad, que se sitúa en el 47 %, señala que aproximadamente el 47 % de las muestras

negativas reales fueron correctamente identificadas como negativas. El Valor Predictivo Positivo aproximadamente del 61 %, indica que alrededor del 61 % de las muestras clasificadas como positivas por el modelo realmente son positivas. Por último, el Valor Predictivo Negativo, cerca del 75 %, sugiere que aproximadamente el 75 % de las muestras clasificadas como negativas por el modelo son realmente negativas.

Figura 2. Matriz de confusión normalizada



El modelo de regresión logística revela que los casos con VIH/SIDA que están entre los 45 a 49 años tienen OR 2,4 (IC: 0,6/2,4) veces más proba-

bilidad de tener monkeypox que los que no tenían VIH/SIDA, el quinquenio 35 a 39 años OR 1,4 (IC: 0,5/1,6), 40 A 44 años OR 1,2 (IC: 0,2/1,3), 30 a 34

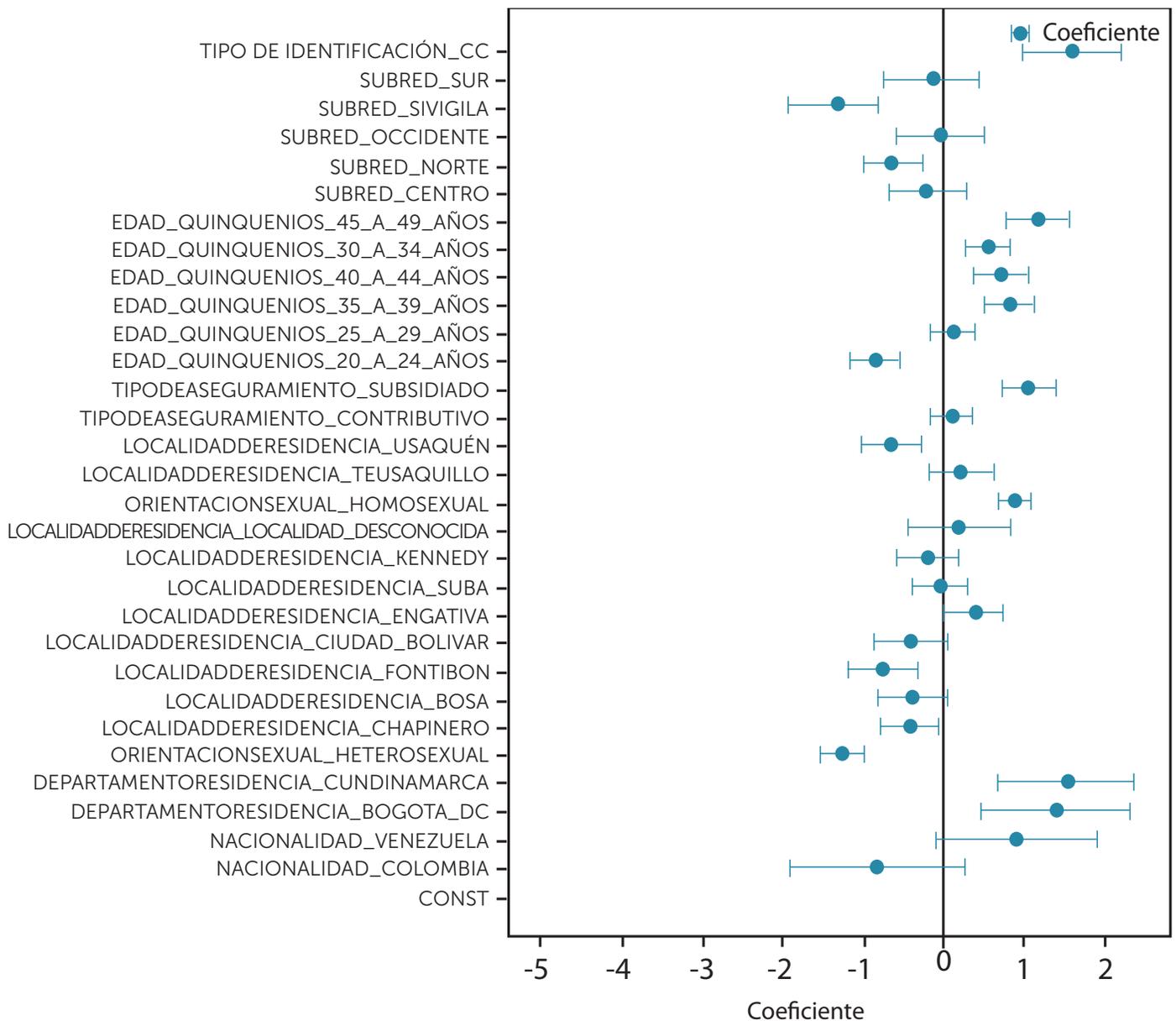
años OR 1,0 (IC: 0,1/1,4). El régimen subsidiado OR 2,3 (IC: 0,5/2,4), la nacionalidad venezolana OR 1,5

(IC: 0,7/2,7), ser homosexual OR 1,4 (IC: 0,6/1,4), mientras que ser heterosexual tiene OR 0,2 (IC: -1,2/0,5).

Tabla 1. Análisis de odds ratio e intervalos de confianza

VARIABLE	Odds Ratio	Intervalo de Confianza
TIPO_IDENTIFICACION_CC	4,4	0,6/4,4
DEPARTAMENTO_RESIDENCIA_CUNDINAMARCA	4,0	0,1/4,2
DEPARTAMENTO_RESIDENCIA_BOGOTÁ_D.C	3,5	-0,2/3,8
EDAD_QUINQUENIOS_45_A_49_AÑOS	2,4	0,6/2,4
TIPO_DE_ASEGURAMIENTO_SUBSIDIADO	2,3	0,5/2,4
NACIONALIDAD_VENEZUELA	1,5	0,7/2,7
ORIENTACION_SEXUAL_HOMOSEXUAL	1,4	0,6/1,4
EDAD_QUINQUENIOS_35_A_39_AÑOS	1,4	0,5/1,6
EDAD_QUINQUENIOS_40_A_44_AÑOS	1,2	0,2/1,3
EDAD_QUINQUENIOS_30_A_34_AÑOS	1,1	0,1/1,4
LOCALIDAD_DE_RESIDENCIA_ENGATIVA	0,9	-0,1/1,6
LOCALIDAD_DE_RESIDENCIA_TEUSAQUILLO	0,8	-0,5/1,2
LOCALIDAD_DE_RESIDENCIA_LOCALIDAD_DESCONOCIDA	0,8	-0,6/1,3
EDAD_QUINQUENIOS_25_A_29_AÑOS	0,7	-0,8/0,9
TIPO_DE_ASEGURAMIENTO_CONTRIBUTIVO	0,7	-0,3/0,8
SUBRED_OCCIDENTE	0,6	-0,5/1,3
LOCALIDAD_DE_RESIDENCIA_SUBA	0,6	-0,7/0,9
SUBRED_SUR	0,6	-0,9/1,2
SUBRED_CENTRO	0,5	-0,8/1,0
LOCALIDAD_DE_RESIDENCIA_KENNEDY	0,5	-0,6/0,9
LOCALIDAD_DE_RESIDENCIA_BOSA	0,4	-0,9/0,6
LOCALIDAD_DE_RESIDENCIA_CIUADAD_BOLIVAR	0,4	-0,3/0,7
LOCALIDAD_DE_RESIDENCIA_CHAPINERO	0,4	-0,3/0,6
SUBRED_NORTE	0,4	-1,0/0,4
LOCALIDAD_DE_RESIDENCIA_USAQUEN	0,4	-1,1/0,5
LOCALIDAD_DE_RESIDENCIA_FONTIBON	0,3	-1,3/0,3
NACIONALIDAD_COLOMBIA	0,3	-2,4/1,6
EDAD_QUINQUENIOS_20_A_24_AÑOS	0,3	-1,1/0,4
ORIENTACION_SEXUAL_HETEROSEXUAL	0,2	-1,2/0,5
SUBRED_SIVIGILA	0,2	-2,0/0,2

Figura 3. Intervalos de confianza

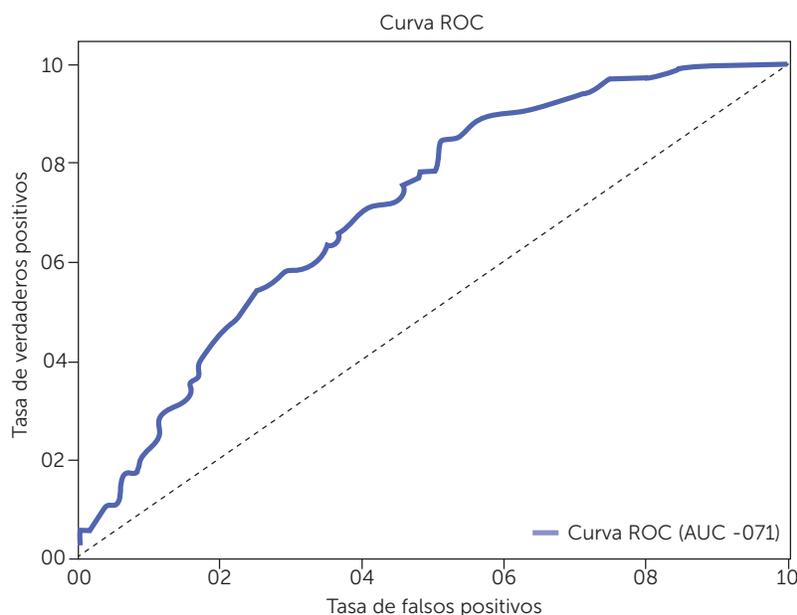


La curva *Receiver Operating Characteristic* (curva ROC) proporciona una evaluación visual del rendimiento de un modelo de clasificación en diferentes umbrales de decisión. En este caso, el área bajo la curva (AUC) es 0,7, lo que sugiere que el modelo tiene un rendimiento moderado en la discriminación entre casos positivos por PCR de monkeypox con la presencia de VIH/SIDA y casos negativos sin esta coinfección.

Un AUC de 0,7 es indicativo de una capacidad aceptable para distinguir entre las dos clases en cuestión. Este

valor se encuentra por encima de 0,5, que es la referencia para un modelo que clasifica al azar, y se acerca a 1, lo que representaría una capacidad perfecta de discriminación. En términos prácticos, un AUC de 0,7 significa que el modelo tiene una precisión del 71 % en la identificación de casos de VIH/SIDA específicamente cuando están acompañados de monkeypox. Esto implica que en la mayoría de los casos el modelo puede diferenciar correctamente entre individuos que tienen VIH/SIDA con monkeypox y aquellos que no tienen esta coinfección.

Figura 4. Curva ROC del modelo casos positivos por PCR de monkeypox y VIH/SIDA



Área bajo la curva (AUC)	Error Estándar	p=valor	Intervalos de confianza 96%	
			Límite inferior	Límite superior
0,71	0,022007	3,1031-07	0,47	0,87

4. Discusión

En Bogotá la monkeypox presentó mayores picos de casos entre los meses de junio a octubre, después de esta fecha los casos disminuyeron a 1 semanal, incluso 1 mensual, comportamiento similar a otras regiones de Latinoamérica (14) así como en España (15). Después de las restricciones de la pandemia COVID-19 la participación en eventos masivos y la reactivación de la interacción social propició el contacto sexual, generado un aumento en la actividad sexual especialmente entre la población de hombres que tienen sexo con hombres (HSH), aumentando así el riesgo de propagación del virus.

Los estudios disponibles indican que diversos factores de riesgo están asociados con la monkeypox, entre ellos ser un hombre joven, participar en relaciones sexuales con otros hombres, y llevar a cabo conductas y actividades de riesgo -como el sexo sin condón-(7, 17-19), resultados muy parecidos se encontraron en las personas de este estudio.

Además, la seropositividad, la presencia del VIH y antecedentes de infecciones de transmisión sexual (ITS), incluida la sífilis, se han identificado como factores adicionales que contribuyen al riesgo de contraer la monkeypox y de presentar las formas más prolongadas y graves de la misma (20), encontrando en esta investigación resultados similares. A diferencia otras investigaciones, en esta no se encontraron pacientes heterosexuales VIH negativos con formas graves de la infección por viruela (15).

En conclusión, los casos de monkeypox en Bogotá se han manifestado principalmente en hombres de mediana edad que mantienen relaciones sexuales con otros hombres. Significativamente, se ha observado que un considerable porcentaje de esta población presenta una coinfección con el VIH/SIDA, destacando la importancia de abordar esta intersección de riesgos en las estrategias de salud pública.

El Distrito Capital debe generar estrategias para la prevención de VIH/SIDA en personas jóvenes que permitan un acceso fácil para detectar a tiempo la

infección y garantizar el acceso equitativo al tratamiento antiviral, ya que un porcentaje alto de casos de viruela eran portadores del virus VIH sin diagnóstico y otro porcentaje sin tratamiento.

Limitaciones

La principal limitación que se presentó en este estudio se debió a que los datos provienen de vigilancia epidemiológica, razón por la cual no fue posible acceder a las historias clínicas de los pacientes con casos confirmados.

Conflictos de intereses

No declaramos conflictos de intereses.

Referencias

1. Alakunle E, Moens U, Nchinda G, Okeke M I. Monkeypox virus in Nigeria: infection biology, epidemiology, and evolution. *Viruses* 2020;12. Doi: 10.3390/v12111257
2. Organización mundial de la salud. Monkeypox outbreak toolbox. [Internet]. Mayo de 2022. Disponible en: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/outbreak-toolkit/clean_monkey-pox-data-collection-toolbox_23may2022.pdf?sfvrsn=502d2ef3_1&download=true
3. Ministerio de salud y protección social. Panorama de la Viruela Símica en Colombia y el mundo. [Internet]. Boletín de prensa No. 525 de 2022 [01 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Panorama-de-la-viruela-simica-en-Colombia-y-el-mundo.aspx#:~:text=Corte%3A%20octubre%2026%20de%202022.&text=Con%20corte%20al%2024%20de,casos%20por%20cada%20100.000%20habitantes>.
4. Organización mundial de la salud. [Internet]. Viruela Símica (mpox). [16 de octubre de 2024]. Centro de prensa – Preguntas y respuestas. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/monkey-pox?>
5. Organización mundial de la salud. [Internet]. Viruela Símica (mpox). [26 de agosto de 2024]. Centro de prensa - Notas descriptivas - Datos y Cifras. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/monkeypox>
6. Centers for Disease Control and Prevention. [Internet]. Signs and symptoms of Mpox. 12 de septiembre de 2024. Disponible en: <https://www.cdc.gov/mpox/signs-symptoms/index.html>.
7. Thornhill JP, Barkati S., Walmsley S., et al. Monkeypox Virus Infection in Humans across 16 Countries – April–June 2022. [Internet]. *N Engl J Med.* 2022; 387: 679–691. Doi: 10.1056/NEJMoa2207323 Epub 2022 Jul 21. PMID: 35866746.
8. Cimerman S, Chebabo A, Cunha C, Barbosa A, Rodriguez-Morales A. Human monkeypox preparedness in Latin America - Are we ready for the next viral zoonotic disease outbreak after COVID-19. [Internet]. *Braz J Infect Dis.* May-Jun 2022; 26 (3):102372. Doi: 10.1016/j.bjid.2022.102372
9. Álvarez-Moreno C, Alzate-Ángel J, De La Hoz-Siegler I, Bareño A, Mantilla M, Sussman O, et al. [Internet]. Clinical and epidemiological characteristics of mpox: A descriptive cases series in Colombia. *Travel Med Infect Dis.* [mayo-junio de 2023]. 53, 102594. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.tmaid.2023.102594>
10. Instituto Nacional de Salud de Colombia [Internet]. Enfermedades emergentes. Noticias. [Consultado el 27 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/Enfermedades-emergentes.aspx>
11. Observatorio de Salud de Bogotá – SaluData [Internet]. Datos de salud - Enfermedades transmisibles. Secretaría Distrital de Salud. Disponible en: <https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/index.php/datos-de-salud/enfermedades-trasmisibles/viruelasimica/>

12. Maguiña C, Espinal M. Viruela del mono una nueva enfermedad emergente mundial. [Internet]. AMP. Colegio Médico del Perú. Lima. [2022]; 39(3): 223-6. Disponible en: <https://doi.org/10.35663/amp.2022.393.2470>
13. Mitjà O, Alemany A, Marks M, Lezama J, Rodríguez-Aldana J, et al. Mpox in people with advanced HIV infection: a global case series. [Internet]. Lancet. [2023]; 401(10380):939-949. Doi:10.1016/S0140-6736(23)00273-8
14. Buendía-Flores NN, Villena-Pacheco AE, Araujo-Castillo R. Viruela del mono (MPOX) en paciente varón heterosexual VIH negativo. AMP. [Internet]. 2022 octubre; 39(4). Disponible en: <https://doi.org/10.35663/amp.2022.394.2517>
15. Catalá A, Clavo-Escribano P, Riera-Monroig J, Martín-Ezquerro G, Fernandez-Gonzalez P, Revelles-Peñas L, et al. Monkeypox outbreak in Spain: clinical and epidemiological findings in a prospective cross-sectional study of 185 cases. Br J Dermatol. [Internet]. 2022 noviembre; 187(5): 765- 772. Epub 2022 Aug 20. Doi: 10.1111/bjd.21790
16. Organización Mundial de la Salud - Organización Panamericana de la Salud [Internet]. Actualización Epidemiológica sobre viruela símica - 9 de julio de 2022. Documentos. 2022. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-sobre-viruela-simica-9-julio-2022>
17. Rodríguez-Morales A, Barbosa-Quintero Z, y Villamil-Gomez W. ¿Es posible que la viruela del mono pueda comportarse como una infección oportunista en personas viviendo con VIH?. Rev chil. infectol. [Internet]. 2022 junio; 39(3): 233-237. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4067/s0716-10182022000200233>
18. Cabrera-Gaytán DA, Alfaro-Martínez LA. Viruela símica: la otra pandemia, el otro reto. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2023 marzo-abril; 61(3): 130-132. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10396006/>
19. Patel A, Bilinska J, Tam JCH, Da Silva Fontoura D, Mason CY, Daunt A, et al. Clinical features and novel presentations of human monkeypox in a central London centre during the 2022 outbreak: descriptive case series. BMJ. [Internet]. 2022 julio. 28;378. Disponible en doi: 10.1136/bmj-2022-072410
20. Rodríguez-Morales AJ y Lopardo G. Viruela del mono: ¿otra infección de transmisión sexual?. Pathogens. [Internet]. 2022.11(7); 713. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/pathogens11070713>

Aumento de casos por la variante clado Ib de mpox en África, Bogotá se prepara y refuerza su respuesta

Juan Sebastián Molina Muñoz¹
Martha Padilla Velasco²

La viruela símica (mpox) es una enfermedad vírica causada por el virus de la mpox, que pertenece al género de los Orthopoxvirus. Existen dos clados distintos del virus: el clado I (que tiene los subclados Ia e Ib) y el clado II (que tiene los subclados IIa y IIb). En 2022-2023, se produjo un brote mundial de mpox causado por una cepa del clado IIb. Actualmente, la mpox sigue constituyendo una amenaza, y el recrudecimiento de los casos debidos a los clados Ia y Ib en la República Democrática del Congo y en otros países es motivo de preocupación. (1)

En mayo de 2022 la Organización Mundial de la Salud (OMS) recibió la notificación de cuatro casos confirmados de viruela símica en Reino Unido. En menos de cinco días se confirmaron casos en ocho países adicionales de Europa y en dos países de América (2). Ante la rápida diseminación y la falta de vínculos claros entre los casos, la OMS declaró la situación como una emergencia de salud pública.

1. Juan Sebastián, Molina Muñoz: médico obstetra y ginecólogo, especialista en epidemiología, Subred Centro Oriente jsmolina.mym@gmail.com ORCID: 0000-0002-9725-8352

2. Martha Patricia Padilla Velasco: enfermera, especialista en epidemiología, Secretaría Distrital de Salud, Bogotá D.C. Colombia. mp1padilla@saludcapital.gov.co ORCID: 0000-0002-2635-6094