

8. Secretaria de Salud de Bogotá - SaluData. Mpox en Bogotá DC. [Internet]. 2024. Disponible en: [HYPERLINK "https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/indicadores/mpox/"](https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/indicadores/mpox/) <https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/indicadores/mpox/>.
9. Secretaria Distrital de Salud de Bogotá. Plan distrital de prevención, reparación y respuesta ante la emergencia en salud pública de importancia internacional por mpox en Bogotá D.C. [Internet]. Bogotá DC; 2024. Disponible en: [HYPERLINK "chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.saludcapital.gov.co/Documents/Home/Plan_Prev_Prep_Rta_mpox.pdf"](chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.saludcapital.gov.co/Documents/Home/Plan_Prev_Prep_Rta_mpox.pdf).

Países vecinos como Ruanda, Kenia y Uganda, han reportado casos de la nueva variante. En Burundi se están llevando a cabo análisis para determinar si los casos notificados se deben a la nueva variante.

El 14 de agosto del 2024 el director general de la OMS, tras la sesión del Comité de emergencias del reglamento sanitario internacional (RSI), declaró la emergencia de salud pública de importancia internacional (ESPII) por el brote de mpox de la República Democrática del Congo, debido al número creciente de países de África afectados por la enfermedad en relación con el clado I. La declaración se da por el potencial de propagación internacional, que indica que se requiere una respuesta coordinada para prevenir la expansión de la enfermedad (1).

Información emergencias en salud de interés internacional (ESPII) corte a agosto del 2024

Jenny Mora¹

Alerta epidemiológica de viruela símica (mpox) clado I

Desde inicio del brote de mpox dado en la República Democrática del Congo en el 2022, y como parte de las investigaciones, en el brote se identificó una nueva variante del clado I, que se estima emergió alrededor de mediados de septiembre del 2023. La variante fue asociada a un aumento importante en el número de casos en el país mencionado y la transmisión sexual fue el principal modo de infección de la mayoría de los casos reportados. Los estudios de la variante del clado I indican una adaptación del virus debido a la circulación intensa en humanos.

Entre el inicio y el 26 de julio de 2024 en la República Democrática del Congo se han notificado 14 479 casos de viruela símica (2 715 confirmados y 11 764 sospechosos) y 455 defunciones, afectando a 25 de las 26 provincias del país. Los niños menores de 15 años representaron el 66 % de los casos y el 82 % de las defunciones, el 73 % eran varones.

Mpox en la Región de las Américas

Desde el inicio del 2022 hasta el 17 de agosto del 2024 se notificaron 63 270 casos confirmados de mpox, incluidas 141 defunciones, en 32 países y territorios de la región de las Américas. El 90 % de los casos se registraron en el año 2022, con una tendencia al descenso continuo durante el 2023 y el 2024. La vigilancia genómica identificó al clado IIb en todos los casos analizados, el cual sigue siendo el único detectado hasta la fecha en la región.

De 59 729 casos con información disponible sobre el sexo y la edad, el 80 % corresponde a hombres entre 20 y 44 años y 777 casos a menores de 18 años en 15 países de la región. De 18 948 casos con información disponible sobre la orientación sexual, el 70 % se identificaron como hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.

Durante el 2024, 13 países en la región de las Américas han registrado casos de mpox: Argentina (n= 8 casos), Bolivia (n= 1 caso), Brasil (n= 702 casos), Canadá (n= 162 casos), Chile (n= 7 casos), Colombia (n= 111 casos), Costa Rica (n= 1 caso), Ecuador (n= 4 casos), Estados Unidos (n= 1 716 casos y una defunción), Guatemala (n= 1 caso), México (n=53 casos), Panamá (n=4 casos) y Perú (n=77 casos).

1. Profesional especializada. Equipo Urgencias y Emergencias Subdirección de Vigilancia en Salud Pública - Secretaría Distrital de Salud.

En la subregión de América del Sur diez países han registrado casos, y desde el 2022 hasta el 17 de agosto del 2024 se reportaron 22 990 casos de mpox, incluidas 44 defunciones. La mayor proporción de casos se registró en Brasil, con el 49 % de los casos, seguido por Colombia con el 19 % y Perú con un 17 %. Dentro de los países que conforman esta subregión, siete países registran casos en el 2024: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador y Perú.

Hasta la fecha no se reportaron casos de mpox pertenecientes a la nueva variante del clado I en la región de las Américas, sin embargo, no se puede descartar su introducción esporádica, por lo que se orienta a las autoridades de salud a: continuar con el fortalecimiento de la vigilancia para la detección oportuna de casos y conglomerados de casos, brindar una atención clínica adecuada, el aislamiento de los casos para evitar la transmisión, la identificación, manejo y seguimiento de los contactos para reconocer los primeros signos o síntomas de infección, identificar grupos que presentan riesgos de infección y de enfermedad grave, fortalecer las capacidades de vigilancia por laboratorio, y al manejo de la comunicación de riesgo (información, educación y comunicación).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), refiere que no se requiere ni se recomienda la vacunación masiva contra el mpox en la población. Además, que se debe hacer todo lo posible para controlar la propagación de mpox de persona a persona a través de la detección y el diagnóstico temprano de casos, el aislamiento y el seguimiento de contactos. Sólo se debe ofrecer la vacunación a los contactos cercanos de un caso confirmado de mpox que tengan alto riesgo (2).

Síndrome de encefalitis aguda por virus Chandipura – India

Entre los principios de junio y el 15 de agosto de 2024 el Ministerio de Salud de la India informó 245 casos de síndrome de encefalitis aguda (AES), incluidas 82 muertes; de estos, 64 son casos confirmados de infección por el virus Chandipura (CHPV). El CHPV es endémico en la India y los

brotos anteriores se produjeron con regularidad, sin embargo, el brote actual es el mayor de los últimos 20 años. El virus Chandipura causa casos esporádicos y brotes de encefalitis agudas en el oeste, centro y sur de la India, especialmente durante los meses de junio a septiembre.

El virus se transmite por vectores como flebotomos, mosquitos y garrapatas. La tasa de letalidad por infección por CHPV es alta (56 a 75 %): la enfermedad afecta principalmente a niños menores de 15 años y puede presentarse con un cuadro febril que puede progresar a convulsiones, coma y, en algunos casos, la muerte. En los niños tiene una alta mortalidad dentro de las 48 a 72 horas posteriores a la aparición de los síntomas, que generalmente se presentan con síndrome de encefalitis aguda. No existe ningún tratamiento o vacuna específica disponible; la supervivencia se puede aumentar con el acceso temprano a la atención y cuidados intensivos de apoyo de los pacientes. Hasta la fecha no se ha informado de transmisión de persona a persona.

Aunque las autoridades están trabajando para controlar la transmisión del CHPV, es posible que la misma se incremente en las próximas semanas, ya que la temporada crea condiciones favorables para las poblaciones de vectores en las zonas afectadas. CHPV no se ha detectado en otros países; sin embargo, un estudio muestra que puede estar presente en otros países de Asia y África. Los vectores flebotomos abundan en la región de Asia Sudoriental. No hay evidencia de que este virus haya sido detectado entre quienes viajan desde la India a otros países.

La OMS recomienda el control de vectores y la protección contra las picaduras de flebotomos, mosquitos y garrapatas para evitar una mayor propagación del CHPV. Las malas condiciones sanitarias domésticas y de vivienda (falta de gestión de residuos o alcantarillado abierto) pueden aumentar los lugares de reproducción y descanso de los flebotomos, así como el acceso de los vectores a los humanos (3).

Enfermedad por virus de Oropouche - Región de las Américas

La enfermedad por el virus Oropouche (OROV) es una enfermedad febril que se transmite principalmente a través de la picadura de un insecto conocido como mosquito jején (*Culicoides paraensis*). Los síntomas de la enfermedad son similares a los del dengue, como fiebre, dolor de cabeza intenso, rigidez de las articulaciones, dolor, escalofrío, náuseas y vómito persistente. La presentación clínica grave es rara, pero puede provocar meningitis aséptica durante la segunda semana de la enfermedad.

Según la OMS, en 2024 aumentó el número de casos de enfermedad por el virus de Oropouche notificados en la región de las Américas, incluso en áreas sin antecedentes reconocidos de enfermedad por este virus. Además, algunos países han identificado infecciones mortales y una posible transmisión vertical (hasta la fecha no hay evidencia de otros modos de transmisión del OROV de persona a persona).

Al 20 de julio de 2024 se habían notificado un total de 8 078 casos confirmados de Oropouche, incluidas dos muertes, en la región de las Américas, ubicados en cinco países: Bolivia (356 casos), Brasil (7 284 casos), Colombia (74 casos), Cuba (74 casos) y Perú (290 casos). Brasil también notificó una muerte fetal y un aborto espontáneo en el estado de Pernambuco, así como cuatro casos de recién nacidos con microcefalia posiblemente relacionados con la infección por OROV. No se puede concluir que OROV sea la causa de las muertes fetales, las investigaciones aún están en curso.

Dado que la enfermedad por virus Oropouche es un arbovirus emergente y poco identificado en las Américas, la detección de una muestra positiva y la confirmación de un caso requieren el uso del Anexo 2 del Reglamento sanitario internacional (RSI) y su consecuente notificación a través de los canales establecidos por el mismo.

OROV se ha transmitido históricamente en la región amazónica, sin embargo, las posibles razones para la propagación más allá de su rango histórico incluyen el cambio climático, la deforestación y la urbanización no planificada, que han facilitado

su llegada a estados no amazónicos en Brasil y a países donde, hasta ahora, no se han reportado casos, incluidos Bolivia y Cuba.

Sobre la base de la información disponible, la OMS evalúa que el riesgo general para la salud pública que representa este virus es alto a nivel regional y bajo a nivel mundial (4).

Poliovirus circulante de origen vacunal tipo 2 (cVDPV2) – Palestina* – 2024

El 22 de agosto de 2024 el semanario de la Iniciativa mundial para la erradicación de la polio (GPEI) publicó una notificación anticipada sobre los casos de parálisis flácida aguda (AFP) debidos a la variante del poliovirus en el campo de refugiados de Deri al-Balah, que se encuentran en Gaza. Las autoridades sanitarias de Palestina informaron el 16 de agosto del 2024 sobre el primer caso de polio registrado en Gaza, que estuvo libre por 25 años de esta enfermedad. El caso es un bebé de diez meses, sin antecedentes vacunales.

El 23 de julio de 2024 la GPEI confirmó la presencia poliovirus tipo 2 derivado de la vacuna (cVDPV) en la Franja de Gaza: la identificación positiva para poliovirus se dio en seis muestras de aguas residuales recolectadas de dos sitios de vigilancia ambiental en las ciudades de Khan Younis y Deir al-Balah.

Estos son los primeros hallazgos de muestras ambientales positivas para poliovirus en Palestina desde 2022. La GPEI informó que las tasas de inmunización sistemática en Palestina eran óptimas antes del inicio del conflicto en octubre de 2023: la cobertura de vacunación contra la polio se estimó en un 99 % en 2022, cifra que se redujo al 89 % en 2023, según el último informe.

Aunque la situación en la Franja de Gaza sigue siendo crítica, con graves perturbaciones en los servicios de salud y mayor riesgo de brotes de enfermedades infecciosas, la probabilidad de infección por poliovirus de, por ejemplo, trabajadores humanitarios en Gaza, es muy bajo suponiendo que estén al día con su vacuna contra la polio (5).

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Alerta epidemiológica viruela símica (MPXV clado I) - 8 de Agosto 2024. [Internet]. 2024. [Consultado el 31 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/alerta-epidemiologica-viruela-simica-mpxv-clado-i-8-agosto-2024>
2. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Actualización epidemiológica mpox región de las Américas – 17 de Agosto de 2024. [Internet]. 2024. [Consultado el 31 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-mpox-region-americas-17-agosto-2024>
3. World Health Organization. Acute encephalitis syndrome due to Chandipura virus – India - 23 August 2024. [Internet]. 2024. Disease Outbreak News. [Consultado el 10 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2024-DON529>
4. World Health Organization. Oropouche virus disease - Region of the Americas. - 23 August 2024 [Internet]. 2024. [Consultado el 10 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2024-DON530>
5. European Centre for Disease Prevention and Control. [Internet]. Weekly Bulletin: Communicable disease threats report – week 34. Solna, Suecia. ECDC; Agosto de 2024. [Consultado el 10 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/communicable-disease-threats-report-17-23-august-2024-week-34>