

VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DEL SINDROME FEBRIL ERUPTIVO VESICULAR

Componente:

Vigilancia epidemiológica de Viruela del Simio (**CIE 11 1E71**)

Vigilancia epidemiológica de la Varicela (**CIE 11 1E90**)

Aspectos generales de Viruela (**CIE 11 1E70**)

Versión: 3	Fecha de Elaboración: 09-09-2022
Elaborado por: Viceministerio de Redes de Salud Colectiva. Dirección General de Epidemiología-MPPS	
Aprobado por: Ministerio del Poder Popular para la Salud-República Bolivariana de Venezuela	

Actualizado en Caracas, a los 28 días del mes de agosto 2024

Protocolo en continua revisión, según dinámica de la enfermedad y recomendaciones de OPS/OMS

"Juntos por cada latido"

CONTENIDO

	Página
1) Vigilancia del Síndrome Febril Eruptivo Vesicular	1
1.1 INTRODUCCIÓN	1
2) Generalidades	2
2.1 Agente Etiológico	3
2.2 Reservorio	3
2.3 Modo de transmisión:	3
2.4 Periodo de incubación:	4
2.5 Periodo de transmisibilidad:	4
2.6 Susceptibilidad e inmunidad:	4
2.7 Signos y síntomas	4
2.7.1 Período de invasión y prodrómico:	5
2.7.2 Período de Erupción cutánea:	5
2.8 Diagnóstico diferencial Clínico	6
3) Resumen de la situación actual:	6
3.1 Casos en países endémicos de la región africana, Europa y las Américas:	7
3.2 Para el 12 de agosto 2024 la incidencia en las Americas es la siguiente:	8
4) Síndrome Febril Exantema Vesicular:	8
4.1 Clasificación:	8
5) Vigilancia epidemiológica:	9-10
5.1 Detección precoz	11
5.2 Consideraciones en el caso de pacientes inmunodeprimidos	11
5.3 Definiciones de casos de viruela símica	11
5.3.1 Caso Sospechoso viruela símica:	11
5.3.2 Caso Probable:	12
5.3.3 Caso Confirmado:	13
5.3.4 Caso descartado:	13
5.4 Reinfeción por MPXV - Definición de caso	14
5.4.1 A) Sospecha de reinfeción por viruela símica	14
5.4.2 B) Sospecha de reinfeción por viruela símica	14
5.4.3 A) Sospechoso, probable o confirmado.	14
5.4.4 B) Sospechoso, probable o confirmado.	15
5.5 Definición de defunción por viruela símica para fines de vigilancia.	15
6) Indicaciones para la realización de pruebas de la viruela símica	15

6.1 Toma y transporte de muestras para la detección y diagnóstico viral	16
6.2 Almacenamiento de muestras	18
6.3 Envío de muestras	18
6.4 Diagnóstico laboratorial de la viruela símica	18
6.5 Disposición Final de residuos infecciosos	19
7) Investigación de casos	19
7.1 Rastreo de contactos	20
7.2 Definición de contacto	21
7.3 Identificación y notificación de contactos	21
7.4 Seguimiento de contactos	22
7.5 Rastreo de contactos relacionados con viajes	23
7.6 Seguimiento y evaluación de la calidad en el rastreo de contactos	24
7.7 Seguimiento de los trabajadores de salud expuestos	24-25
8) Reglamento sanitario Internacional	26
8.1 Vigilancia en Puntos de entrada y Seguimiento de contactos relacionados con viajes:	26
8.2 Procedimientos para oficinas sanitarias internaciones en Venezuela	26
9) Recomendaciones	27
9.1 Recomendaciones temporales	27-30
9.2 Orientaciones a los Estados Miembros OPS/OMS	30-34
10) Flujo del Sistema de Información:	34-36
11) Vigilancia Epidemiológica para Varicela	37
12.1 Introducción	37
12.2 Situación epidemiológica actual:	38-40
12.3 Vigilancia de la Enfermedad	41
12.4 Definición de caso	41
12.5 Clasificación de los casos	42
12.6 Medidas de prevención	42
12.7 Medidas de control ante un caso	42-43
12) Aspectos generales de Viruela	44
12.1 Generalidades	44
13.2 Descripción	44
13) Socialización y Manejo de la Guía del Síndrome Eruptivo Vesicular	45
14) Referencias	46-47

1) VIGILANCIA DE SINDROME FEBRIL ERUPTIVO VESICULAR

1.1 INTRODUCCIÓN

Los sistemas de vigilancia sindrómica **permiten analizar datos clínicos sin confirmación diagnóstica estándar** y pueden ser de utilidad en situaciones donde los diagnósticos sin confirmación suponen un elevado porcentaje del total. La información pre-diagnóstica (basada en signos, síntomas, síndromes según aparatos y sistemas afectados, es la herramienta idónea para obtener información en tiempo real). En el mundo se desarrollan nuevas formas de vigilancia epidemiológica con el fin de mejorar la oportunidad y la eficiencia en los sistemas de detección. El desarrollo de éstos implica la incorporación de medidas de control adecuadas y el incremento en las capacidades diagnósticas y tecnológicas. Este sistema se especializa en obtener información procedente de niveles primarios de atención al paciente, para disminuir el tiempo desde el momento en que se realiza el diagnóstico y se lanza la alerta epidemiológica. Con esta nueva metodología se fortalece la oportunidad en la detección, la investigación y la respuesta de los servicios de salud pública ante los riesgos en salud pública. En este sistema de vigilancia se desarrolla la capacidad de dar seguimiento o detectar signos y síntomas como: fiebre, lesiones eritematosas de la piel y la evolución en secuencia desde el eritema, exantema, mácula, pápula, vesícula y costras, que permita al sistema epidemiológico detectar de manera oportuna enfermedades como: varicela, viruela del simio, ántrax, rickettsiosis y posteriormente ser confirmadas por pruebas de laboratorio.

El presente protocolo contempla la incorporación de la vigilancia de casos de viruela símica humana a la vigilancia de síndrome febril eruptivo vesicular, en base a la dinámica actual de aparición de casos humanos en el hemisferio occidental y a la actualización de información y definiciones recomendadas por OMS/OPS.

2) Generalidades

Uno de los grandes logros de la salud pública mundial, la erradicación de la viruela, se encuentra bajo constante amenaza, por el potencial riesgo de bioterrorismo que se genera al no concluir el debate acerca de la destrucción de las cepas del virus resguardadas en los dos laboratorios de referencia de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Esta enfermedad fue erradicada en 1977, y certificada por la 33^a Asamblea Mundial de la Salud, el 8 de mayo de 1980 y las únicas reservas del virus se encuentran en dos laboratorios de máxima contención (nivel 4 de bioseguridad) designados por la OMS: el Centro Estatal de Investigaciones Viroológicas y Biotecnológicas de Rusia (Koltsovo, región de Novosibirsk, Federación de Rusia) y los Centros de Control y Prevención de Enfermedades de Atlanta (Georgia, Estados Unidos de América), estableciéndose por parte de la OMS un programa de inspección continua de la seguridad biológica de estos dos laboratorios, a fin de asegurarse de que se cumplan las normas de seguridad.

Las características que ciertos agentes infecciosos poseen para ser considerados potencialmente como armas biológicas en poblaciones civiles incluyen: a) que causen elevada morbilidad y mortalidad; b) que se transmitan de persona a persona; c) que tengan una baja dosis infectante media; d) que sean altamente infectantes al ser diseminados como aerosol y, por tanto, tengan la capacidad para generar grandes brotes; e) que no exista una vacuna contra el agente o que ésta sea de disponibilidad limitada; f) que el agente en cuestión esté disponible; g) que exista el potencial para ser producido a gran escala, y h) que se trate de un agente estable en el medio ambiente. La liberación del virus variola con fines terroristas constituye un riesgo mínimo no cuantificable, pero desafortunadamente real. El impacto podría ser devastador debido a la elevada morbimortalidad de la enfermedad aunada al pánico y a la desestabilización social que podría ocasionar. Es por ello que el establecimiento de un plan de respuesta, sumado a disponibilidad de vacuna para ser utilizada pre o post exposición según se requiera, es importante dentro de los planes de contingencia contra el bioterrorismo. El reiniciar un programa limitado de vacunación contra la viruela, como parte de dicho plan, ha sido recientemente recomendado por el Comité Asesor de Vacunación, del Centro para el Control de las Enfermedades.

Jynneos, la vacuna modificada de Ankara (MVA), se aprobó en 2019 para la prevención de viruela y para la enfermedad de viruela símica en adultos de 18 años de edad inclusive, clasificados de ser población de alto riesgo para la infección por el virus de la viruela símica. Se administran dos dosis subcutáneamente, con un intervalo de 28 días. Actualmente para el grupo etéreo de 18 años o mayores, de alto riesgo, Estados Unidos permite que una fracción de dosis de Jynneos se administre intradérmicamente, con un tiempo de separación de 28 días. No existen datos disponibles que indiquen que una dosis de Jynneos proveerá protección duradera.

2.1 Agente Etiológico

El virus de la viruela del mono es un virus de ADN de doble cadena envuelto que pertenece al género *Orthopoxvirus* de la familia *Poxviridae* (subfamilia *Chordopoxvirinae*), clasificado por OMS dentro del grupo de riesgo 3.

El género *Orthopoxvirus* incluye el virus variola (el causante de la viruela), el virus *vaccinia* (utilizado en la vacuna contra la viruela) y el virus de la viruela bovina. Hay dos clados genéticos distintos del virus de la viruela del simio: el clado I y el clado II (IIa y IIb). Históricamente, el clado I, ha causado enfermedades más graves y se pensaba que era de mayor transmisibilidad. La división geográfica entre los dos clados ha sido hasta ahora en Camerún, el único país donde se han encontrado ambos clados de virus. Las infecciones humanas con la cepa de África occidental (clado II) parecen causar una enfermedad menos grave en comparación con la cepa de la cuenca del Congo (clado I).

Identificado por primera vez en 1958 como agente patógeno de los macacos, fue asociado con la forma humana de la enfermedad en Zaire y África occidental durante 1970-1971. Entre febrero y agosto de 1996, se registraron un total de 71 casos clínicos de viruela símica, incluidas 6 muertes, en 13 aldeas de Zaire situadas en el área de salud de Katako-Kombe (población total en 1.996: 15.698 habitantes). El número de casos humanos de la viruela símica asociados a la epidemia descrita superó el total de 37 casos esporádicos anteriormente detectados en la subregión de Sankuru, región de Kasai Oriental, durante las tareas de vigilancia activa llevadas a cabo entre 1.981 y 1.986.

Las migraciones internacionales y el comercio de animales silvestres plantean una amenaza similar, como han demostrado los brotes de la viruela de los monos y del virus del Nilo Occidental en los Estados Unidos, dos enfermedades que nunca se habían registrado en este hemisferio. (FAO, 2003).

2.2 Reservorio

El virus persiste en la naturaleza mediante circulación enzoótica en los bosques tropicales de África centro-occidental, puede transmitirse al hombre y causar un síndrome clínicamente similar a la viruela (erupción pustulosa, fiebre, síntomas respiratorios y, en algunos casos, la muerte). Infecta a pequeños mamíferos como roedores, ardillas, ratas, ratones, conejos, perritos de las praderas (probables hospedadores del virus). Se han confirmado brotes en primates no humanos y con baja frecuencia en humanos.

2.3 Modo de transmisión:

El principal mecanismo de transmisión descrito para la viruela símica se establece por contacto directo o indirecto con sangre, fluidos corporales, las lesiones de la piel o las mucosas de animales infectados. La transmisión secundaria o de persona a persona puede producirse por contacto estrecho con secreciones infectadas de las vías respiratorias o lesiones cutáneas de una persona infectada, o con objetos

contaminados recientemente con los fluidos del paciente o materiales de la lesión. Existe evidencia de infección por inoculación o a través de la placenta (viruela símica congénita). No hay evidencia que el virus de la viruela símica se trasmita por vía sexual. En el pasado, el clado de África occidental (renombrado actualmente por OMS como **clado II**) se había asociado con una transmisión limitada de persona a persona, aunque en los últimos años se ha descrito una mayor transmisión. El clado de África central (**clado I**) se considera más contagioso.

2.4 Periodo de incubación:

El período de incubación (intervalo desde la infección hasta la aparición de los síntomas) de la viruela símica suele ser de 6 a 13 días, pero puede oscilar entre 5 y 21 días.

2.5 Periodo de transmisibilidad:

Actualmente existe incertidumbre en la literatura sobre el momento de inicio del periodo de transmisibilidad, aunque en general se considera que ésta comienza con la aparición de los primeros síntomas, existiendo un mayor riesgo de transmisión cuando aparecen las lesiones exantemáticas características. El riesgo de transmisión posterior tras el contacto con un caso depende de la naturaleza y la proximidad del contacto. Los convivientes, las parejas sexuales, otros contactos estrechos y aquellos que atienden casos en investigación o confirmados, incluidos los trabajadores sanitarios que no utilizan equipo de protección personal (EPP) adecuado y otras medidas para el control de la transmisión, tienen un mayor riesgo de infección.

En algunos brotes se ha observado poca o ninguna propagación persona a persona, pero se han notificado hasta 6 transmisiones consecutivas durante un brote reciente en la República del Congo. En las personas, se ha aislado el virus de la viruela del simio hasta 18 días después de la aparición de la erupción. Se supone que las personas infectadas son contagiosas desde el primer día antes de la aparición de la erupción hasta 21 días después de los síntomas iniciales, o hasta que todas las costras se hayan separado y los hisopados nasofaríngeos sean negativos por la técnica de detección viral (PCR).

2.6 Susceptibilidad e inmunidad:

La susceptibilidad es universal, siendo mayor en la población inmunocompetente y la infección natural se considera que confiere inmunidad de larga duración.

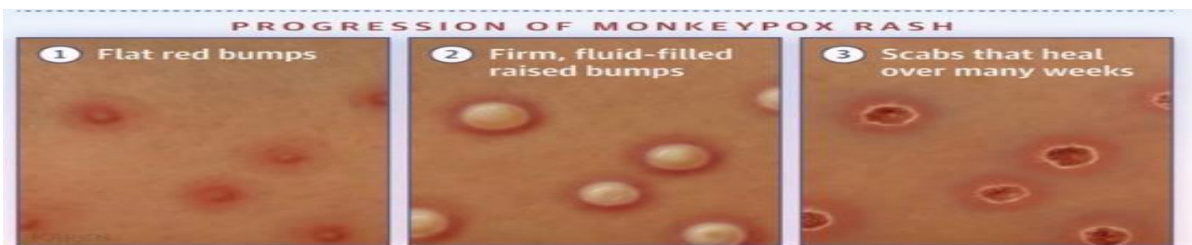
2.7 Signos y síntomas

La infección se puede dividir en dos períodos:

2.7.1 Período de invasión y prodrómico: (dura entre 0-5 días) caracterizado por fiebre, dolor de cabeza intenso, linfadenopatía (inflamación de los ganglios linfáticos), dolor de espalda, mialgia (dolores musculares) y astenia intensa (falta de energía). La linfadenopatía es una característica distintiva de la viruela símica en comparación con otras enfermedades que inicialmente pueden parecer similares (varicela, sarampión, viruela).

2.7.2 Período de Erupción cutánea: (entre 1 ó 3 días) la erupción de la piel generalmente comienza dentro de 1 a 3 días de la aparición de la fiebre, con tendencia a concentrarse más en la cara y las extremidades que en el tronco. Afecta la cara (en el 95% de los casos), y las palmas de las manos y las plantas de los pies (en el 75% de los casos). También se ve afectada la mucosa oral (en el 70 % de los casos), los genitales (30 %) y las conjuntivas (20 %), así como la córnea. La erupción evoluciona secuencialmente de máculas (lesiones con una base plana) a pápulas (lesiones firmes ligeramente elevadas), vesículas (lesiones llenas de líquido claro), pústulas (lesiones llenas de líquido amarillento) y costras que se secan y se caen. La viruela símica suele ser una enfermedad auto limitada con síntomas que duran de 2- 4 semanas. Los casos graves ocurren con mayor frecuencia entre los niños y están relacionados con el grado de exposición al virus, el estado de salud del paciente y la naturaleza de las complicaciones. Las deficiencias inmunitarias subyacentes pueden conducir a cuadros clínicos graves. Aunque la vacunación contra la viruela protegía en el pasado, hoy en día las personas menores de 40 a 50 años (según el país) pueden ser más susceptibles a la viruela símica debido al cese de las campañas de vacunación contra la viruela en todo el mundo después de la erradicación de la enfermedad. Las complicaciones pueden incluir infecciones secundarias, bronconeumonía, sepsis, encefalitis e infección de la córnea con la consiguiente pérdida de visión. Históricamente, la tasa de letalidad de la viruela símica ha oscilado entre 0 y 11 % en la población general y ha sido mayor entre los niños pequeños. En los últimos tiempos, la tasa de letalidad ha estado alrededor del 3-6%. Se debe realizar seguimiento a pacientes que presentan una erupción atípica que progresa en etapas secuenciales (máculas, pápulas, vesículas, pústulas, costras, en la misma etapa de desarrollo en todas las áreas afectadas del cuerpo) que pueden estar asociadas con fiebre, ganglios linfáticos agrandados, dolor de espalda y dolores musculares.

Figura 1. Progresión de la erupción en Viruela Símica.



Fuente: Walter K, 2022.

2.8.- Diagnóstico diferencial Clínico

El diagnóstico diferencial clínico que debe considerarse incluye otras enfermedades exantemáticas que pueden cursar con erupción pustulosa o vesicular generalizada, como viruela (ante el riesgo de que pudiera tratarse de un evento intencionado), varicela, herpes virus, eczema herpeticum, algunos enterovirus (como coxsackie o echovirus) sarampión, infecciones cutáneas bacterianas, sarna, sífilis, dengue, zika, alergias asociadas a medicamentos y algunas enfermedades dermatológicas. La linfadenopatía durante la etapa prodrómica de la enfermedad puede ser una característica clínica para distinguir MPX de la varicela o la viruela.

Figura 2. Lesiones de los distintos diagnósticos diferenciales.

Enfermedad	Imágenes	Comentarios
Herpes simple		Lesiones policíclicas muy dolorosas que evolucionan a costra, habitualmente en personas con antecedentes de herpes.
Sífilis primaria o secundaria		Primaria: chancro duro, indoloro, de base limpia. Secundaria: roséola o pápulas diseminadas que afectan las palmas y las plantas.
Varicela		Comienza en la zona alta de la espalda como pápulas asincrónicas que evolucionan a vesículas y a costras.
Impétigo		Costras melicéricas (amarillentas), a veces con ampollas, causadas por infección bacteriana.
Enfermedad mano-boca-pie		Aunque es común en la infancia, puede presentarse en adultos. Causada por varios enterovirus. Fiebre, lesiones de mucosas, boca, palmas y nalgas.

Nota: Salvo que se indique lo contrario, imágenes cortesía de la Federación de Asociaciones Científico Médicas Españolas. Diagnóstico diferencial de las lesiones cutáneas de viruela del mono. Madrid: FACME; 2022. Disponible en: https://seorl.net/wp-content/uploads/2022/06/01_06_2022-DIAGNOSTICO-DIFERENCIAL-LESIONES-CUTANEAS-.pdf.

Fuente: OPS/OMS. Orientaciones sobre la sospecha clínica y el Diagnóstico Diferencial de la viruela símica. Junio del 2022.

3) Resumen de la situación actual:

Los países endémicos de la viruela del mono son: Benín, Camerún, República Centroafricana, República Democrática del Congo, Gabón, Ghana (identificado solo en animales), Costa de Marfil, Liberia, Nigeria, República del Congo, Sierra Leona, y Sudán del Sur.

3.1 Casos en países endémicos de la región africana, Europa y las Américas:

- Camerún: desde el 15 de diciembre de 2021, se han notificado 25 casos con dos muertes (último informe al 22 de febrero de 2022)
- República Centroafricana: desde el 4 de marzo de 2022, se han notificado seis casos con dos muertes (último informe al 10 de abril de 2022)
- República Democrática del Congo: desde el 1 de enero de 2022, se han notificado 1.238 casos con 57 muertes (último informe al 1 de mayo de 2022)
- Nigeria: desde el 1 de enero de 2022, se han notificado 46 casos con cero muertes (último informe al 30 de abril de 2022).
- Desde el 13 de mayo de 2022, se han notificado casos de viruela símica a la OMS en 11 Estados miembros que no son endémicos para el virus de la viruela símica, en tres regiones de la OMS Australia, Bélgica, Canadá, Alemania, Francia, Italia, Portugal, España, Suecia, Reino Unido, Estados Unidos.
- El 14 de mayo de 2022, la Agencia de Seguridad Sanitaria del Reino Unido (UKHSA) informó sobre la identificación de dos casos en el Reino Unido, sin antecedentes recientes de viajes y sin contacto con un caso importado informado el 7 de mayo. UKHSA confirmó otros cuatro casos el 16 de mayo, también sin antecedentes de viajes recientes a áreas endémicas, sin contacto conocido con los casos anteriores.
- Fuera de Europa el 18 de mayo Canadá reportó 2 casos confirmados y 20 sospechosos, siendo atendidos en clínicas de infecciones transmitidas sexualmente, 1 caso en Boston-Estados Unidos, hombre adulto con antecedente de viaje a Canadá y 1 caso probable en Nueva York. En mayo 19, Australia reportó dos casos confirmados, un paciente con histórico de viaje al Reino Unido, en mayo 20 Israel reportó un caso confirmado y un caso sospechoso. En mayo 22, Suecia, reportó un caso confirmado con histórico de viaje a Europa.
- Desde el 01 de enero al 20 de julio del 2022 se han notificado 14.533 casos probables y confirmados, incluidas 3 defunciones. (1 Nigeria, 2 República Centroafricana).
- Para el 22 de agosto del 2022, los 10 países que han reportado el mayor número acumulado de casos a nivel global son: Estados Unidos de América (14.049), España (6.119), Brasil (3.450), Alemania (3.295), Reino Unido (3.225), Francia (2.889), Canadá (1168), Holanda (1.090), Perú (937), Portugal (810). Representando el 88.9% de los casos reportados globalmente.
- Para el 13/06/2022 se diagnostica el primer caso confirmado de viruela símica en la República Bolivariana de Venezuela el cual fue un caso importado procedente de la republica de la ciudad Barcelona España.
- Desde el primer caso positivo en 2022 hasta el último caso confirmado de 2023 en Venezuela se lleva un total de 13 casos confirmados para viruela símica; Miranda 53,87% (7/13), Barinas, Carabobo, Distrito Capital Guárico, Aragua y Zulia con un caso cada uno 7,69% (1/13).
- Para el año 2024 en Venezuela no se han reportados casos confirmados de viruela símica hasta la semana epidemiológica número 34.

3.2 Para el 12 de agosto 2024 la incidencia en las Americas es la siguiente:

Viruela símica en las Américas Casos hasta 12 agosto 2024	
País	Casos - 2024 (hasta 12 agosto)
Total	2061
United States of America	1595
Colombia	109
Canadá	107
Brasil	106
Perú	77
México	46
Argentina	18
Panamá	2
Trinidad and Tobago	1

4) Síndrome Febril Exantema Vesicular:

Persona de cualquier edad que presente cuadro febril agudo, acompañado de proceso que evoluciona desde eritema, exantema, mácula, pápula, vesícula, pústula y costra en la misma etapa de desarrollo en cualquier localización.

Eritema es una lesión cutánea caracterizada por enrojecimiento de la piel, limitado o extenso, permanente o pasajero, debido a fenómenos vasculares

Exantema, Área de la piel que cambia de textura o color, y a veces se ve inflamada o irritada. Es posible que la piel esté enrojecida, caliente, escamosa, dispareja, seca, hinchada, o que se produzca comezón o dolor. También se pueden formar grietas o ampollas que aparecen generalmente como consecuencia de algunas enfermedades infecciosas (como el sarampión, la escarlatina, la rubeola, el eritema infeccioso, etc.), Un **exantema** o **erupción cutánea** (conocido coloquialmente como **sarpullido**) es una aparición brusca y diseminada sobre la piel de lesiones de morfología, extensión y distribución variable que aparece como manifestación clínica de una enfermedad sistémica de etiología diversa.

4.1 Clasificación:

Máculas: lesiones planas (no palpables), coloreadas, casi siempre eritematosas, con un diámetro inferior a 1 cm.

Pápulas: lesiones sobre elevadas y circunscritas con un diámetro inferior a 1 cm. vesículas,

Urticaria: Habón (roncha): pápula de superficie plana cuyo centro suele ser pálida. Desaparece generalmente entre 24-48 horas.

Vesícula o ampolla (diámetro >5 mm) es una cavidad superficial circunscrita y elevada sobre la superficie de la piel y ocupada por un líquido de contenido seroso. Ej.: varicela. **Pústulas** son lesiones elementales en dermatología que consisten en colecciones circunscritas de pus.

Costra/cáscara es una formación cutánea temporal, de color rojo o pardo, constituido por plaquetas y sangre, que cubre una herida al cicatrizar.

Tabla 1. Síndrome Exantema Febril Vesicular

ENFERMEDAD	TIPO DE AGENTE	AGENTE PATOGENO	DISTRIBUCION	MODO DE TRANSMISION				PERIODO DE INCUBACION	PERIODO INFECTIVO	LETALIDAD
				Artrópodos	Medio Ambiente	Persona a Persona	Zoonótica			
Rickettsiosis exantemática (CIE11C32)	Bacteria	Rickettsia akari	Focos	acaros				7-10		<1%
Varicela (CIE11 E90)	Virus	Virus de la varicela zoster	Mundial		aire	D,I		14-21 (13-17)	2d antes erupcion 6d	no
Viruela (CIE11 E70)	Virus	Virus de la Viruela	Erradicada		aire	D,I		7 - 17 (10-12)	hasta 3 días despues	20-40%
Viruela de los Simios (CIE11 E71)	Virus	Virus de Viruela Simica	Focos		aire	D,I		6 a 16 (5 a 21)	Hasta las costras	1- 11%
Antrax Carbunco (CIE11 B75.1)	Bacteria	Bacillus antraxis	Mundial		suel, air		domestico	2-5		5-20%

Fuente: Dirección General de Epidemiología. Ministerio del Poder Popular para la Salud, agosto 2023.

5) Vigilancia epidemiológica:

Los objetivos principales de la vigilancia y la investigación de casos de viruela símica son los siguientes:

- Detectar rápidamente los casos y los conglomerados de infecciones, así como las fuentes de infección, con el fin de prestar una atención clínica óptima; aislar los casos para evitar la transmisión ulterior.
- Identificar, manejar y hacer un seguimiento de los contactos para reconocer los primeros signos o síntomas de infección.
- Determinar los grupos que presentan riesgo de infección y de enfermedad grave.
- Proteger a los trabajadores de salud de primera línea; y adaptar medidas de control y prevención eficaces.

En la mayoría de los países, un caso de viruela símica debe considerarse un brote. Ante los riesgos para la salud pública que supone un solo caso de viruela símica, los profesionales clínicos deben notificar inmediatamente los casos sospechosos a las autoridades de salud pública locales o nacionales, con arreglo a las definiciones de casos antes expuestas o las definiciones de casos adaptadas al contexto nacional, con independencia de que también se estén estudiando otros posibles diagnósticos.

Entre los elementos que se deben tener en cuenta para evaluar y describir un brote de viruela símica figuran los siguientes:

Número de casos de referencia: número medio previsto de casos en el tiempo, basado en datos históricos.

Superación del nivel de referencia: umbrales específicos del contexto para definir un

exceso significativo.

Aumentos localizados: aumento inesperado de casos en una localidad, estado o región concreta.

Conglomerados de casos asociados a una reunión o un evento: especialmente reuniones con participación internacional.

Cambios en la dinámica de la enfermedad: aparición de nuevos factores de riesgo o modos de transmisión; cambio en la distribución demográfica de los casos notificados, cambios en la gravedad de la enfermedad o en la letalidad.

Seguimiento de la evolución viral: para detectar signos de posible adaptación a la transmisión de persona a persona, así como mutaciones que puedan influir en la eficacia de las contramedidas médicas, como medios de diagnóstico, tratamientos o vacunas.

Vulnerabilidad de la población afectada: edad, exposición previa, enfermedades preexistentes.

Respuesta de salud pública: capacidad de respuesta y contención del brote y de prevenir una mayor propagación.

Disponibilidad de contramedidas: acceso a medios de diagnóstico, vacunas, atención clínica básica, tratamientos específicos.

Las autoridades de salud pública y el personal clínico deben estar alerta para detectar señales relacionadas con pacientes que presentan viruela símica. Esas personas pueden acudir a establecimientos comunitarios y de atención de salud, incluidos, entre otros, establecimientos de atención primaria, consultorios populares, ambulatorios etc. para atender casos de fiebre, servicios de salud sexual (programa de salud ITS) unidades de infectología, servicios de obstetricia y ginecología, servicios de emergencias y servicios de dermatología. Por lo tanto, debe darse amplia difusión a las orientaciones para el tratamiento clínico, la prevención y el control de las infecciones, así como la recolección segura de muestras para las pruebas de confirmación. En los estados donde se detecten casos de viruela símica, deben investigarse los patrones epidemiológicos y de transmisión siempre que sea posible a fin de adaptar las actividades de respuesta.

A nivel local y nacional, deben documentar sistemáticamente el número de casos sospechosos notificados, el número de casos sospechosos que se someten a pruebas y el número de casos confirmados entre las personas en las que se realizan las pruebas.

Los indicadores para el seguimiento de la calidad en la vigilancia de la viruela símica:

1. Puntualidad en la recepción de los informes de casos en cada nivel administrativo.
2. Integridad de la recepción de los informes de casos en cada nivel administrativo.
3. Proporción de brotes sospechosos (alertas) investigados.
4. Proporción de casos sospechosos en los que se han efectuado pruebas de laboratorio.
5. Tiempo transcurrido desde la recolección de muestras hasta la recepción de estas en el laboratorio.

6. Tiempo transcurrido desde la recepción de las muestras en el laboratorio hasta la entrega de los resultados a las autoridades competentes.
7. Proporción de casos confirmados y probables con información demográfica completa.
8. Proporción de casos confirmados y probables con información completa sobre los aspectos clínicos y factores de riesgo.

Respecto de cada indicador seleccionado se debe establecer una meta adecuada para el contexto y se hará un seguimiento del avance hacia ella. Estas metas complementarán otras relativas a la preparación y la actuación en la respuesta en caso de brotes para cumplir con los objetivos de las políticas y documentar el avance hacia la eliminación de la transmisión de la viruela símica de persona a persona.

5.1 Detección precoz

La rápida detección de nuevos casos es fundamental para cortar posibles cadenas de transmisión. El reconocimiento de MPX requiere un alto índice de sospecha clínica. La identificación clínica de MPX es difícil durante la fase inicial, a menos que la persona sea un contacto estrecho de un caso ya identificado.

5.2 Consideraciones en el caso de pacientes inmunodeprimidos

El curso de la viruela símica puede ser diferente en pacientes inmunocomprometidos, en los que la persistencia viral puede ser prolongada y pueden presentarse manifestaciones clínicas variadas atribuibles a las deficiencias en la eliminación del virus. Se incluye en este grupo a las personas con un cáncer activo, las trasplantadas, las inmunodeficientes y las que reciben un tratamiento inmunosupresor. También se incluye a las personas que viven con el VIH cuyo recuento actual de células CD4 es inferior a 200 células/ μ l.

En series de casos se ha demostrado que algunas personas inmunocomprometidas padecen formas diseminadas graves de la enfermedad, que incluyen la afectación de órganos. La enfermedad puede ser prolongada (2 a 3 meses). Por lo tanto, hay menos certeza sobre el potencial de latencia y el límite de tiempo de tres meses quizá no sea apropiado.

Por todo ello, al aplicar estas definiciones a pacientes inmunodeprimidos se recomienda aplicar un enfoque más individualizado, en el que se tenga en cuenta el estado inmunitario de cada paciente, el cuadro clínico y los factores de riesgo epidemiológicos, a fin de evaluar de manera precisa la probabilidad de reinfección o recrudescimiento.

5.3 Definiciones de casos de viruela símica

5.3.1 Caso Sospechoso viruela símica:

Persona que ha estado en contacto con un caso probable o confirmado de viruela

símica en los 21 días anteriores a la aparición de signos o síntomas y que presenta alguno de los síntomas siguientes: aparición súbita de fiebre ($>38,5\text{ }^{\circ}\text{C}$), cefalea, mialgia (dolores musculares/corporales), dolor de espalda, astenia profunda o cansancio.

O

Persona que presenta una erupción cutánea aguda inexplicable, lesiones en las mucosas o linfadenopatía (ganglios linfáticos inflamados). La erupción cutánea puede incluir lesiones únicas o múltiples en la región anogenital o en otras partes del cuerpo. Las lesiones en las mucosas pueden constar de una o varias lesiones bucales, conjuntivales, uretrales, peneanas, vaginales o anorrectales. Las lesiones anorrectales también pueden manifestarse como inflamación anorrectal (proctitis), dolor o sangrado

Y

En las cuales las siguientes causas comunes de erupción aguda o lesiones cutáneas no concuerdan con el cuadro clínico: varicela zóster, herpes zóster, sarampión, herpes simple, infecciones bacterianas de la piel, infección diseminada por gonococo, sífilis primaria o secundaria, chancroide, linfogranuloma venéreo, granuloma inguinal, molusco contagioso, reacción alérgica (p. ej. a determinadas plantas); y cualquier otra causa común y localmente pertinente de erupción papular o vesicular.

Nota: Para las causas comunes enumeradas de enfermedad exantemática no es necesario obtener resultados de laboratorio negativos con objeto de clasificar un caso como sospechoso. Además, si la sospecha de infección por el virus de la viruela símica es alta debido a los antecedentes, el cuadro clínico o la posible exposición a un caso, la detección de otro agente patógeno distinto causante de enfermedad exantemática no debe impedir que se realice la prueba de detección del virus de la viruela símica, pues se han descrito coinfecciones.

5.3.2 Caso Probable:

Una persona que presenta una erupción cutánea aguda inexplicable, lesiones en las mucosas o linfadenopatía (ganglios linfáticos inflamados). La erupción cutánea puede incluir lesiones únicas o múltiples en la región anogenital o en otras zonas del cuerpo. Las lesiones en las mucosas pueden constar de una o varias lesiones bucales, conjuntivales, uretrales, peneanas, vaginales o anorrectales. Las lesiones anorrectales también pueden manifestarse como inflamación anorrectal (proctitis), dolor o sangrado.

Y

Una o más de las siguientes situaciones:

- guarda relación epidemiológica¹ con un caso probable o confirmado de viruela símica en los 21 días anteriores a la aparición de los primeros síntomas;
- ha tenido parejas sexuales múltiples u ocasionales en los 21 días anteriores a la aparición de los primeros síntomas;
- ha dado resultado positivo en la prueba de infección por ortopoxvirus (p. ej., PCR específica de OPXV sin secuenciación o PCR específica del virus de la viruela símica).²

5.3.3 Caso Confirmado:

Una persona con infección por el virus de la viruela símica confirmada en el laboratorio mediante la detección de secuencias específicas de ADN viral, ya sea mediante reacción en cadena de la polimerasa (PCR)^c en tiempo real o mediante secuenciación. Pueden consultarse otras orientaciones en el documento Pruebas de diagnóstico para el virus de la viruela símica: orientaciones provisionales.

5.3.4 Caso descartado:

Un caso sospechoso o probable con resultado negativo para el MPXV en las pruebas de PCR o de secuenciación a partir de exudado de las lesiones, muestras de piel o costras.³ Por el contrario, un caso probable detectado de forma retrospectiva y para el cual no puedan analizarse ya las lesiones de forma adecuada (es decir, una vez desprendidas las costras) ni haya ninguna otra muestra positiva en una prueba de PCR, seguiría clasificado como caso probable. Un caso sospechoso o probable no debe descartarse a tenor de un resultado negativo en una muestra de exudado bucofaríngeo, anal o rectal o a partir de un análisis de sangre.

¹ La persona ha estado expuesta a un caso probable o confirmado de viruela símica. Véase más adelante la definición de contacto.

² La PCR realizada en una muestra de sangre puede no ser confiable y tampoco debe usarse por sí sola como prueba diagnóstica de primera línea. Si la PCR en sangre es negativa y ha sido la única prueba realizada, no basta para descartar un caso que de otra manera cumple con la definición de caso sospechoso o probable. Esto se aplica con independencia de que la PCR en sangre fuera específica para OPXV o virus de la viruela símica.

³ Para confirmar la infección por el virus de la viruela símica debe tenerse en cuenta la información clínica y epidemiológica. Confirman dicha infección la detección positiva mediante una prueba de PCR para OPXV, seguida de la confirmación de la presencia del virus de la viruela símica por PCR o secuenciación, o la detección mediante una prueba de PCR específica del virus de la viruela símica. La detección positiva mediante el ensayo de PCR para OPXV por sí sola puede considerarse fuertemente indicativa de virus de la viruela símica en países donde no se han encontrado otros OPXV (como la viruela de búfalo u otros OPXV). En la actualidad, la definición de caso de viruela símica de la OMS considera que un caso positivo para el virus es un caso probable. Los países sin circulación simultánea significativa de OPXV distintos del virus de la viruela símica pueden adaptar las estrategias de realización de pruebas con arreglo a los recursos disponibles y, junto con la información clínica y epidemiológica existente, considerar los casos positivos de PCR para OPXV como casos confirmados de viruela símica. Siempre se debe mantener la vigilancia ante la remota posibilidad de que surja viruela u otro OPXV potencialmente patógeno.

5.4 Reinfeción por MPXV – Definición de caso

En esta sección se proponen las definiciones de reinfeción por virus de la viruela símica sospechosa, probable y confirmada con fines de vigilancia. Su objetivo es ayudar a los médicos, investigadores y funcionarios de salud pública mediante la estandarización y notificación de las reinfeciones por este virus en el país.

Para estas definiciones se consideraron cuatro elementos principales:

1. Un diagnóstico confirmado actual de viruela símica.
2. Antecedentes documentados de un episodio previo de viruela símica, como caso Sospechoso, probable o confirmado (definición de caso de viruela símica de la OMS).
3. Un intervalo temporal de al menos tres meses entre dos episodios.
4. Exclusión de una infección continua, verificada por la resolución clínica completa del episodio previo de viruela símica. La resolución clínica incluye la desaparición completa de todos los signos y síntomas relacionados con el episodio previo de viruela símica, como fiebre, cefalea, dolores musculares, dolor de espalda, inflamación de los ganglios linfáticos, lesiones cutáneas o en las mucosas, o síntomas sistémicos (p. ej., enfermedad pulmonar), excepto secuelas a largo plazo (p. ej., ceguera, cicatrices, despigmentación).

5.4.1 A) Sospecha de reinfeción por viruela símica

- Una persona que en el momento cumple los criterios de caso confirmado de viruela símica

Y

- Tiene antecedentes documentados de un episodio previo de viruela símica, como caso

5.4.2 B) Sospecha de reinfeción por viruela símica

- Una persona que en el momento cumple los criterios de caso confirmado de viruela símica

Y

- Tiene antecedentes documentados de un episodio previo de viruela símica, como caso confirmado.
- Hubo una resolución clínica completa del episodio anterior de viruela símica.
- El tiempo transcurrido entre la resolución del primer episodio y la aparición de nuevos síntomas es de tres meses o más.
- Cuando es posible, la diferenciación de cepas se lleva a cabo mediante secuenciación genética.

O

- Tiene una probable reinfeción por viruela símica (como se ha descrito anteriormente) con una diferenciación significativa de cepas entre las dos infecciones (p. ej., linaje y linajes descendientes distintos) mediante secuenciación genética.

5.4.3 A) Sospechoso, probable o confirmado.

- No se sabe con certeza si la persona presentó una resolución clínica completa del episodio anterior.
- Probable reinfección por viruela símica
- Una persona que en el momento cumple los criterios de caso confirmado de viruela símica

Y

- Tiene antecedentes documentados de un episodio previo de viruela símica, como caso

5.4.4 B) Sospechoso, probable o confirmado.

- Se produjo una resolución clínica completa del episodio anterior de viruela símica.
- El tiempo transcurrido entre la resolución del primer episodio y la aparición de nuevos síntomas es inferior a tres meses.

5.5 Definición de defunción por viruela símica para fines de vigilancia.

Para fines de vigilancia, se define muerte por viruela símica como una muerte en un caso probable o confirmado de viruela símica, a menos que la causa alternativa de muerte sea un traumatismo. En el entorno endémico donde el acceso a la confirmación de laboratorio de la viruela símica es limitado, esta definición incluye las muertes entre personas con sospecha de viruela símica (clínicamente compatible), que se considerarán muertes sospechosas de viruela símica. El diagnóstico de viruela símica puede confirmarse también después de la muerte si se dispone de suficiente material de una lesión para realizar una prueba mediante PCR. No debe haber un periodo de restablecimiento completo entre la enfermedad y la muerte para que esta se registre como muerte por viruela símica.

La mayoría de las personas fallecidas con viruela símica padecían una enfermedad concomitante; es posible que la viruela símica por sí sola no explique completamente el desenlace del caso. Sin embargo, para fines de vigilancia, es importante contar y notificar todos los casos que mueren con infección por el virus de la viruela símica con miras a comprender mejor el espectro completo de la enfermedad. Aunque algunos países realizan estudios médicos detallados para decidir la causa más probable de muerte y quizá no determinen que el caso es una «muerte por viruela símica».

6) Indicaciones para la realización de pruebas de la viruela símica

A toda persona que se ajuste a la definición de caso sospechoso debe ofrecérsele la posibilidad de someterse a una prueba de PCR para la viruela símica, si los recursos lo permiten. En ausencia de lesiones cutáneas o en las mucosas, la PCR puede hacerse con una muestra de exudado bucofaríngeo, anal o rectal. Sin embargo, la interpretación de los resultados de esas muestras requiere cautela: mientras que un resultado positivo

es indicativo de viruela símica, un resultado negativo no basta para excluir la infección por el virus responsable. No se recomienda la realización de pruebas de PCR en sangre para la vigilancia y el diagnóstico, ya que es probable que la viremia tenga lugar al principio del curso de la infección y sea de corta duración, por lo que cabe esperar que se obtengan resultados falsamente negativos en las pruebas.

Debido a la variedad de afecciones que provocan erupciones cutáneas y en las mucosas, puede ser difícil distinguir la viruela símica únicamente en función de la presentación clínica en piel y mucosas, particularmente en las primeras etapas de la erupción, en los casos con un cuadro clínico atípico o los relacionados con la transmisión sexual, que pueden no coincidir con las descripciones clásicas de la erupción de viruela símica.

La decisión de realizar las pruebas debe basarse en factores clínicos y epidemiológicos, e ir unida a una evaluación de la probabilidad de infección. Cuando la sospecha clínica de viruela símica sea alta debido a los antecedentes, el cuadro clínico o una respuesta atípica al tratamiento sindrómico de las infecciones de transmisión sexual, la identificación de un patógeno alternativo causante de la enfermedad cutánea no debe excluir la realización de pruebas de detección del virus de la viruela símica, ya que se han descrito coinfecciones. Habida cuenta de las características epidemiológicas observadas en los brotes de viruela símica, criterios como haber tenido contacto con una persona con viruela símica, ser trabajador de salud, ser un hombre que tiene relaciones sexuales con hombres, ser trabajador sexual o informar haber tenido múltiples parejas sexuales en las tres semanas anteriores, pueden sugerir la necesidad de realizar la prueba del virus de la viruela símica.

Cuando los niños o adolescentes puedan estar en riesgo, en particular, pero no exclusivamente, en zonas donde la viruela símica es endémica y continúa apareciendo, el diagnóstico diferencial de la erupción cutánea y la fiebre debe incluir la viruela símica y requiere investigación. En los países donde existe transmisión de animales a personas, los criterios epidemiológicos para la detección del virus de la viruela símica incluyen el contacto conocido o presunto con animales silvestres (vivos o muertos) o el contacto con animales enfermos en los 21 días anteriores a la aparición de síntomas.

6.1 Toma y transporte de muestras para la detección y diagnóstico viral

Se debe garantizar el uso de procedimientos operativos estándar (POES) adecuados, redactados y validados por personal competente en la materia, tomando medidas para minimizar el riesgo de transmisión o infección en el personal de salud involucrado en la toma y transporte de muestras sospechosas o confirmadas de MPXV. Para el procesamiento en el laboratorio se recomienda una evaluación del riesgo de procesamiento de este tipo de muestras, y considerar entre otros, el definir un número limitado de personal de laboratorio que procesen muestras, con experiencia y competencia comprobada, usar el equipo de protección personal apropiado, usar precauciones estándar aplicadas rigurosamente y evitar todo procedimiento que pueda generar aerosoles infecciosos.

Tabla 2.- Recomendaciones para la toma, almacenamiento y transporte de muestras, en aquellos casos que cumplan con la definición de caso sospechoso

Tipo de muestra	Material de colección	Condición de transporte	Finalidad de la muestra
<p><u>Lesión cutánea*</u>:</p> <p>1) Hisopado del exudado o fluido de la lesión. 2) Hisopado del Borde superior de las lesiones 3) Costras de las lesiones</p>	<p>Hisopo de Dacrón o poliéster con Medio de Transporte Viral (MTV)</p>	<p><u>Temperatura:</u></p> <p>Refrigerar (2°C – 8°C) o Congelar (-20°C) Envío: - Tan pronto como sea posible después de la recolección.</p> <p>- Debe contar con sistema de triple embalaje, etiquetado y documentación adecuada.</p>	<p>Recomendado para el diagnóstico</p>
<p>Sangre total sin anticoagulante (Para extracción de suero)</p>	<p>Tubo tapa roja</p>	<p><u>Temperatura:</u></p> <p>Refrigerar (2°C – 8°C)</p> <p>Envío: - Tan pronto como sea posible después de la recolección.</p> <p>- Debe contar con sistema de triple embalaje, etiquetado y documentación adecuada.</p>	<p>Estudios complementarios de apoyo al diagnóstico o investigación (siguiendo las pautas éticas)</p>

Fuente: OPS/OMS. Directrices de laboratorio para la detección y el diagnóstico de la infección por el virus de la viruela símica, 23 mayo 2022.

(*): Se debe frotar vigorosamente la lesión para garantizar que se recolecte suficiente material para la obtención de ADN viral, si se toman varias muestras de hisopado no mezclar entre ella sino colocar cada una en un medio de transporte viral

Los hisopados de lesiones, costras y fluidos vesiculares no deben mezclarse en el mismo tubo. Se debe frotar vigorosamente la lesión para garantizar que se recolecte suficiente material para la obtención del ADN viral. Los hisopados se pueden coleccionar en tubos con medios de transporte viral (VTM). Dos lesiones del mismo tipo deben recogerse en un solo tubo, preferiblemente de diferentes lugares del cuerpo y que difieren en apariencia. Además de una muestra de lesión, se recomienda la recolección de un hisopado orofaríngeo. Sin embargo, los datos sobre la utilidad de este tipo de muestra para el diagnóstico de la viruela del mono son limitados, por lo tanto, una muestra de hisopado de garganta negativa debe interpretarse con precaución.

6.2 Almacenamiento de muestras

Las muestras deben refrigerarse (2 a 8 °C) o congelarse (-20 °C o menos) durante el lapso de una hora después de la recolección. Si el transporte excede los 7 días para que la muestra se analice, las muestras deben almacenarse a -20 °C o menos. Se recomienda el almacenamiento de muestras a largo plazo (>60 días desde la recolección) a -70 °C. Se deben evitar los ciclos repetidos de congelación-descongelación porque pueden reducir la calidad de los especímenes.

6.3 Envío de muestras

Todas las muestras clínicas que se transporten deben contar con un sistema de triple embalaje, etiquetado y documentación adecuados. El envío aéreo requiere un remitente certificado de mercancías peligrosas. Consulte la Guía de la OMS sobre regulaciones para el transporte de sustancias infecciosas 2021-2022 (disponible solo en inglés) para obtener información sobre los requisitos de envío de sustancias infecciosas.

Para el transporte internacional por vía aérea, los especímenes de casos sospechosos probables o confirmados de MPXV deben transportarse como Categoría A, UN2814 "sustancia infecciosa, que afecta a los seres humanos".

6.4 Diagnóstico laboratorial de la viruela símica

Siguiendo los lineamientos de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) para los Laboratorios Nacionales de Referencia, la confirmación de la infección por Monkeypoxvirus (MPOX) se basa en pruebas de amplificación de ácidos nucleicos (NAAT) utilizando la reacción en cadena de la polimerasa (PCR-Tiempo Real) establecida por su precisión, sensibilidad y especificidad, de acuerdo con el protocolo oficial sugerido por la Organización Mundial de la Salud en su Guía de : **“Directrices de laboratorio para la detección y el diagnóstico de la infección por el virus de la viruela símica”, 23 de mayo del 2022.** Algunos protocolos implican dos pasos, en los que la primera reacción de PCR detecta el género OPXV, pero no identifica la especie. Este puede ser seguido por un segundo

paso, que puede estar basado en PCR o utilizar secuenciación para identificar específicamente MPXV, además de información genómica adicional. Otros protocolos (recomendados) están basados en la detección inicial genérica de MXPV (confirmando la etiología), seguido de otros ensayos de PCR adicionales para diferenciación de los clados.

6.5 Disposición Final de residuos infecciosos

En concordancia con las Normativas de Bioseguridad, biocontención y biocustodia y garantizar un sistema seguro de trabajo se deben seguir los protocolos de descontaminación, clasificación, manejo y disposición final de residuos generados tanto

en la toma de muestra como en el laboratorio. Además de cumplir las normativas nacionales e internacionales de gestión de desechos, considerar a nivel nacional el decreto 2218: Normas técnicas para la Clasificación y Manejo de desechos en los Establecimientos de Salud (27 de abril de 1992).

7) Investigación de casos

El contacto físico estrecho, incluido el contacto sexual, con una persona que tiene o puede tener viruela símica es el factor de riesgo más importante para la infección por el virus responsable de la enfermedad. En caso de sospecha de viruela símica, la investigación debe constar de lo siguiente:

- Exploración clínica del paciente con las medidas de prevención y control de infecciones pertinentes, con arreglo a las orientaciones específicas.
- Investigación de las posibles fuentes de exposición y la presencia de enfermedades semejantes entre los contactos del paciente o en su comunidad antes del diagnóstico de viruela símica, para determinar la fuente (rastreo retrospectivo de contactos).
- Identificación de todos los posibles contactos desde el momento de la exposición o si este se desconoce, desde el comienzo del periodo infeccioso, hasta que hayan sanado todas las lesiones, para poner en marcha medidas de control y reducir la transmisión ulterior (rastreo prospectivo de contactos).
- Obtención y envío de muestras de forma segura para la detección del virus de la viruela símica y el examen en el laboratorio.

La investigación de la exposición debe abarcar los 21 días anteriores a la aparición de los primeros signos o síntomas. La confirmación de los casos sospechosos en el laboratorio es importante, pero no debe retrasar la aplicación de medidas de salud pública.

Es posible que los casos detectados mediante una búsqueda retrospectiva activa hayan dejado de presentar los síntomas clínicos de la viruela símica (es decir, que se hayan recuperado de la forma aguda de la enfermedad), pero quizá presenten marcas en la piel, como despigmentación, cicatrices u otras secuelas. Un contacto identificado de

forma retrospectiva que presenta signos o informa de antecedentes compatibles con la viruela símica y que cumple con la definición de caso puede clasificarse como caso probable. Es importante recopilar información epidemiológica y cuando sea posible, identificar otros contactos respecto de los casos identificados retrospectivamente, además de los activos. Los casos retrospectivos no pueden confirmarse en el laboratorio; sin embargo, en el contexto de estudios especiales, se puede recolectar suero de casos identificados retrospectivamente y proceder a su análisis para detectar anticuerpos IgM o IgG de OPXV con el fin de evaluar la exposición, la inmunidad y de ayudar a su clasificación como caso probable si es necesario.

Las muestras procedentes de personas con sospecha de viruela símica deben ser manipuladas por personal capacitado en un laboratorio debidamente equipado. Durante el embalaje y el transporte de muestras debe seguirse escrupulosamente la normativa nacional e internacional sobre el transporte de sustancias infecciosas. Se requiere una planificación cuidadosa que tenga en cuenta la capacidad nacional de realizar pruebas de laboratorio. Cuando se trate de casos sospechosos o confirmados de viruela símica, debe informarse con antelación a los laboratorios clínicos sobre las muestras que se les van a enviar, de modo que puedan reducir al mínimo el riesgo para sus trabajadores y, cuando proceda, realizar en condiciones de seguridad las pruebas que sean indispensables para la atención clínica.

Todo paciente al que se diagnostique sospecha de viruela símica debe permanecer aislado durante los periodos infecciosos presuntos y conocidos, es decir, durante las etapas prodrómica y exantemática de la enfermedad, respectivamente.

7.1 Rastreo de contactos

El rastreo de contactos es una medida fundamental de salud pública para controlar la propagación de agentes patógenos de enfermedades infecciosas como el virus de la viruela símica. Permite interrumpir las cadenas de transmisión y también puede ayudar a las personas con mayor riesgo de desarrollar una forma grave de la enfermedad a identificar su exposición más rápidamente, para que puedan controlar su estado de salud y buscar atención médica con rapidez si presentan síntomas.

Es preciso entrevistar a los casos de inmediato, lo antes posible, para obtener los nombres y los datos de contacto de todos los posibles contactos, y determinar los eventos, reuniones, centros o lugares que hayan visitado donde puedan haber tenido contacto con otras personas.

Los contactos de un caso deben recibir aviso en un plazo de 24 horas desde su identificación; se les aconsejará que vigilen su estado de salud y soliciten atención médica en caso de presentar signos o síntomas.

En el contexto actual, es preciso iniciar la identificación y el rastreo de los contactos tan pronto como se detecte un caso sospechoso, al tiempo que se avanza con la investigación del caso original para determinar si puede clasificarse como probable o confirmado.

Si un caso se clasifica como descartado (es decir, que ya no se considera sospechoso o probable), el rastreo de contactos puede adaptarse a las nuevas circunstancias (por ejemplo, para la notificación de contactos de otra infección de transmisión sexual) o detenerse si ya no es necesario.

7.2 Definición de contacto

Un contacto se define como una persona que ha estado expuesta a otra persona con viruela símica presunta (clínicamente compatible), probable o confirmada durante el periodo infeccioso y que ha experimentado una o más de las siguientes exposiciones:

- Contacto físico directo de piel con piel, de piel con mucosa o de boca con mucosa (tocar, abrazar, besar, contacto bucal íntimo u otro tipo de contacto sexual).
- Contacto con materiales contaminados, como ropa de vestir o de cama, en particular el material desprendido de la ropa de cama o de las superficies durante la manipulación de la ropa o la limpieza de habitaciones contaminadas.
- Exposición respiratoria cara a cara prolongada en estrecha proximidad (inhalación de gotitas respiratorias y posiblemente aerosoles de corto alcance).
- Exposición respiratoria (p. ej., posible inhalación) o de mucosas (p. ej., ojos, nariz, boca) a material de una lesión (p. ej., costras) de una persona con viruela símica.
- Esto se aplica también a los trabajadores de salud potencialmente expuestos al no utilizar adecuadamente el equipo de protección personal (EPP) pertinente.

El periodo infeccioso de la viruela símica es el que comienza con la aparición de los primeros síntomas del caso índice o, si es relevante, hasta dos días antes de la aparición, y termina cuando las lesiones cutáneas han formado costras, las costras se han desprendido y se ha formado una capa de piel nueva debajo. En ausencia de síntomas, una persona con una prueba PCR positiva para la viruela símica, por ejemplo, de un hisopado orofaríngeo o anal, también debe considerarse un caso confirmado e infeccioso; el rastreo de contactos se inicia tal y como se describe a continuación.

7.3 Identificación y notificación de contactos

Se puede solicitar a los casos que identifiquen a sus contactos en varios contextos, como el hogar, el lugar de trabajo, el centro escolar o la guardería, las relaciones sexuales, la atención de salud (incluida la exposición en el laboratorio), los lugares de culto, las reuniones sociales, las fiestas, y cualquier otra interacción que recuerden. Para identificar contactos en eventos, reuniones, viajes o en medios de transporte, como cruceros, se pueden utilizar las listas de asistencia y de pasajeros u otros métodos, como la web o aplicaciones de móvil.

Cualquier paciente u otra persona expuesta a materiales contaminados de un paciente o una persona con viruela símica en el centro de atención médica u otro entorno o institución colectiva debe considerarse un contacto incluso en ausencia de exposición directa al caso.

Los organizadores de eventos y los responsables de lugares de ocio o centros comunitarios donde se hayan detectado casos de viruela símica también pueden participar en la identificación de contactos. Los lugares donde se produce contacto físico, incluidas las relaciones sexuales, entre los participantes pueden incluir saunas, casas de baños, clubes nocturnos, cruceros o entornos de servicios personales, como salones de tatuajes. Si un caso confirmado de viruela símica afirma haber asistido a un evento o a un lugar donde tuvo lugar un contacto físico estrecho durante el periodo de contagio, pero no es capaz de identificar a todos sus posibles contactos, las autoridades de salud pública pueden ponerse en contacto con los organizadores del evento para que envíen a todos los participantes un aviso general sobre el posible riesgo de exposición. En este caso, además, debe proporcionarse con el aviso toda la información pertinente sobre la viruela símica, incluida la derivación a la atención médica.

Una vez que se han identificado los contactos, se les debe informar sobre su exposición, su riesgo de presentar la infección, las manifestaciones clínicas de la viruela símica, cuándo pueden aparecer dichas manifestaciones y las opciones que tienen en materia de pruebas.

7.4 Seguimiento de contactos

Los contactos deben ser objeto de seguimiento (o autoseguimiento) al menos una vez al día para detectar la aparición de signos o síntomas durante los 21 días siguientes al último contacto con un caso probable o confirmado, o con sus materiales contaminados, durante el periodo contagioso (o hasta dos días antes de la aparición de síntomas si es posible y apropiado). Entre los signos o síntomas de interés figuran **cefalea, fiebre, escalofríos, dolor de garganta, mialgia, malestar general, cansancio, erupción cutánea y linfadenopatía**. Los contactos deben tomarse la temperatura dos veces al día, con independencia de los síntomas.

Las opciones de seguimiento por parte de las autoridades de salud pública dependen de los recursos disponibles. Los contactos pueden ser objeto de seguimiento pasivo, activo o directo:

- **En el seguimiento pasivo**, se proporciona a los contactos identificados información sobre los signos o síntomas que deben vigilar, las actividades permitidas y cómo comunicarse con las autoridades de salud pública si aparecieran esos signos o síntomas.
- **En el seguimiento activo**, los funcionarios de salud pública se encargan de verificar al menos una vez al día si una persona objeto de vigilancia presenta signos o síntomas referidos por sí misma.
- **El seguimiento directo** es una variación del seguimiento activo que entraña visitar físicamente o examinar visualmente al contacto por video al menos una vez al día en busca de signos de la enfermedad, o bien comunicarse por teléfono para preguntar sobre la aparición de cualquier signo o síntoma.

Durante el periodo de seguimiento de 21 días, los contactos deben extremar las normas de higiene de manos y las precauciones al toser o estornudar. Como medida de

precaución, los contactos asintomáticos no deben donar sangre, células, tejidos, órganos, leche ni semen mientras se estén vigilando sus síntomas. Los contactos también deben evitar el contacto físico con personas inmunodeprimidas o embarazadas. Como medida de precaución, el contacto con niños debe reducirse al mínimo durante el periodo de seguimiento, si es posible, manteniendo como consideración principal la salud y el bienestar general de los niños, y evitarse si aparece algún síntoma. Se debe evitar el contacto con animales, incluidas las mascotas cuando sea posible.

Los contactos asintomáticos que estén vigilando su estado de forma adecuada y regular pueden proseguir con sus actividades cotidianas habituales, como acudir al trabajo o a la escuela (es decir, no se requiere cuarentena). Aunque las pruebas de transmisión presintomática o asintomática aún están surgiendo y no son concluyentes, se aconseja a los contactos conocidos de casos confirmados o, si no se han sometido a pruebas, clínicamente compatibles, que eviten el contacto sexual con otras personas durante el periodo de seguimiento de 21 días, con independencia de sus síntomas.

Un contacto que presente manifestaciones prodrómicas o linfadenopatías, sin erupción, debe ser aislado y examinado de cerca para detectar posibles signos de erupción. En ausencia de lesiones cutáneas o en las mucosas, la PCR puede hacerse con una muestra de exudado bucofaringeo, anal o rectal. No obstante, la interpretación de los resultados obtenidos con este tipo de muestras requiere cautela; un resultado positivo es indicativo de infección por el virus de la viruela símica, pero un resultado negativo no basta para descartarla.

Un contacto con resultado positivo en la PCR de una muestra de exudado bucofaringeo, anal o rectal debe considerarse un caso confirmado; si el resultado es negativo, en cambio, el contacto debe seguir vigilando activamente posibles signos de erupción durante los cinco días siguientes. Si el contacto presenta una erupción cutánea o en las mucosas, deberá aislarse y ser evaluado como caso probable, y habrá que obtener una muestra de las lesiones para realizar la prueba de la viruela símica en el laboratorio. Si el contacto no desarrolla erupción cutánea, puede retomar el seguimiento de su temperatura durante el resto de los 21 días.

Las siguientes personas deben evitar realizar cualquier viaje, incluidos los viajes internacionales, hasta que se determine que ya no suponen un riesgo para la salud pública:

- Cualquier persona con signos y síntomas compatibles con la infección por virus de la viruela símica; que haya sido considerada caso sospechoso, probable o confirmado de viruela símica por las autoridades sanitarias jurisdiccionales.
- O que haya sido identificada como contacto de un caso de viruela símica y, por lo tanto, esté sujeta a vigilancia sanitaria.

7.5 Rastreo de contactos relacionados con viajes

Los funcionarios de salud pública deben trabajar con las autoridades de transporte, los operadores de medios de transporte y puntos de entrada, y otras autoridades sanitarias nacionales para facilitar el rastreo internacional de contactos, cuando sea necesario,

durante el viaje o al retorno, a fin de evaluar el riesgo potencial de exposición e identificar a los contactos (pasajeros y otras personas) que puedan haber estado expuestos a un caso mientras viajaban. Si se notifica un caso probable o confirmado en un transporte de larga distancia (esto es, de **más de seis horas de duración**), los viajeros sentados en la misma fila o hasta dos filas por delante y dos filas por detrás del viajero enfermo, así como la tripulación de cabina que atendió al caso, pueden considerarse contactos de dicho caso. Todo pasajero o miembro de la tripulación que no haya tenido contacto físico con un caso sintomático o que no haya ocupado asientos en las filas indicadas no debe considerarse contacto respecto de la viruela símica.

En el caso de eventos temáticos o reuniones como cruceros con muchos pasajeros a bordo, puede ser difícil identificar los contactos de un caso identificado a bordo, ya que muchas personas pueden haber estado expuestas. Si una persona con viruela símica afirma haber asistido a un evento o un lugar donde tuvo lugar un contacto físico estrecho durante el periodo de contagio, pero no es capaz de identificar a todos sus posibles contactos, las autoridades de salud pública deben ponerse en contacto con los organizadores del acto o los operadores del crucero para que envíen a todos los participantes un aviso general sobre el riesgo de posible exposición.

Las autoridades sanitarias nacionales y locales deben evaluar caso por caso la conveniencia de llevar a cabo evaluaciones más específicas en función de cada posible situación.

7.6 Seguimiento y evaluación de la calidad en el rastreo de contactos

Entre los indicadores de seguimiento de la calidad en el rastreo de contactos para la viruela símica cabe mencionar los siguientes:

1. Proporción de casos probables y confirmados con contactos identificados
2. Número de contactos notificados por cada caso probable y confirmado
3. Proporción de contactos identificados con información de seguimiento completa
4. Proporción de casos que proceden de una lista de rastreo de contactos.
5. Respecto de cada indicador seleccionado se debe establecer un objetivo que sea adecuado para el contexto y se debe supervisar el cumplimiento de esta norma.

7.7 Seguimiento de los trabajadores de salud expuestos

Cualquier trabajador de salud que haya atendido a una persona con viruela símica probable o confirmada o que haya trabajado con una muestra de laboratorio pertinente debe estar atento a la manifestación de síntomas que puedan sugerir viruela símica, especialmente dentro del periodo de 21 días desde la última fecha de atención, y en particular si ha habido un incumplimiento conocido o presunto de las precauciones de PCI. La OMS recomienda que los trabajadores de salud con exposición laboral al virus lo comuniquen a las autoridades de control de infecciones, de salud ocupacional y de salud pública para recibir una evaluación y un plan de manejo de la exposición y la posible infección.

Los trabajadores de salud⁴ que se exponen en el trabajo a pacientes con viruela símica o materiales posiblemente contaminados (p. ej., por pinchazos con agujas u otras

lesiones percutáneas por objetos punzantes, fómites o contacto con un caso sin llevar el EPP adecuado) deben seguir las directrices nacionales de control de infecciones. No es necesario excluir a estos contactos del trabajo si son asintomáticos, pero deben vigilar activamente los síntomas, lo que incluye la medición de la temperatura dos veces al día durante los 21 días siguientes a la exposición; a su vez, se les debe indicar que no trabajen con pacientes vulnerables durante dicho periodo. Cada día, antes de acudir al trabajo, es preciso interrogar al trabajador de salud acerca de la aparición de posibles signos o síntomas pertinentes, según lo señalado anteriormente.

Con el fin de evitar la transmisión en el centro de atención de salud u otro entorno colectivo, también es de vital importancia garantizar que estén implantadas medidas de prevención y control de infecciones.

Todos los espacios ocupados por un paciente con viruela símica deben limpiarse a fondo antes de poner el espacio a disposición de otros pacientes o residentes, teniendo en cuenta la importancia de limpiar la ropa de cama y lavar las sábanas antes de reutilizar el espacio. Cuando se dispone de vacunas, se recomienda la vacunación posterior a la exposición dentro de los cuatro días posteriores a esta (o hasta 14 días en ausencia de síntomas) para los trabajadores de salud, incluido el personal de laboratorio, que entren en contacto con un caso o con material potencialmente infeccioso sin utilizar el EPP adecuado.

⁴ Los trabajadores de salud son todas aquellas personas que realizan labores cuyo objetivo principal es mejorar la salud. Eso incluye a los prestadores de servicios de salud, como médicos, enfermeros, parteras, profesionales de la salud pública, técnicos de laboratorio, médicos y no médicos, trabajadores de cuidado personal, agentes de salud comunitarios, curanderos y profesionales de la medicina tradicional. También incluye a los trabajadores administrativos y de apoyo en el ámbito de la salud, como encargados de la limpieza, conductores, administradores de hospitales, gestores sanitarios de distrito y trabajadores sociales, así como otros grupos ocupacionales de actividades relacionadas con la salud, según la definición de la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO-08).

8) Reglamento sanitario Internacional

De acuerdo con el Reglamento Sanitario Internacional (RSI), todos los casos confirmados de viruela símica deben notificarse dentro de las 24 horas a través de los canales oficiales del RSI

8.1 Vigilancia en Puntos de entrada y Seguimiento de contactos relacionados con viajes: Sistema de Vigilancia y Control a ser aplicados en los Puertos, Aeropuertos y pasos fronterizos:

Aspecto general:

Se exhorta a las autoridades sanitarias, los trabajadores de la salud y los grupos comunitarios:

que proporcionen a los viajeros información pertinente para protegerse a sí mismos y a otros antes, durante y después de viajar a eventos o reuniones en los países que pueda presentar un riesgo del MPOX.

No aplicar medidas específicas relacionadas con viajes, como exámenes de entrada o salida, pruebas o vacunación para esta enfermedad. No está indicada ninguna restricción para viajar y comerciar entre los países, ni con ningún otro país afectado por la MPOX.

Los funcionarios de salud pública en los puntos de entrada deben trabajar con los operadores de viajes y sus contrapartes de salud pública en otros lugares para evaluar los riesgos potenciales y contactar a los pasajeros y otras personas que puedan haber estado expuestas a un paciente infeccioso durante el tránsito. Se define como Contacto en vuelo: viajeros que Comparten el mismo espacio durante varias horas sentado a uno o dos metros, En ciertas situaciones, requeriría una evaluación caso por caso, sentado uno o dos asientos de distancia alrededor del caso mientras tenían síntomas, en avión \geq 8 horas de duración.

8.2 Procedimientos para oficinas sanitarias internaciones en Venezuela

- Identificación y actualización del listado de países en riesgo o circulación para la fecha 16/08/24 en las america son los siguientes: Estados Unidos, Brasil, Colombia, México, Perú, Canadá, Argentina, Panamá, Trinidad and Tobago
- Identificación de fecha y hora de los vuelos procedentes de países en riesgo
- Búsqueda activa de pasajeros sintomáticos mediante inspección e interrogatorio
- Atención a pasajeros con síntomas de casos sospechosos de Mpox: Persona contacto con caso probable o confirmado de viruela símica, en los 21 días anteriores a la aparición de signos o síntomas y que presenta cualquiera de los siguientes: inicio súbito de fiebre (≥ 38.5 °C), cefalea (dolor de cabeza), mialgias (dolor muscular/dolor corporal), debilidad profunda o fatiga.
- Toma de muestras para Mpox y sus diagnósticos diferenciales
- Las muestras tomadas por el equipo epidemiológico especializado deben ser

- enviadas al Instituto Nacional de Higiene “Rafael Rangel”.
- Aislamiento domiciliario de sospechosos hasta confirmación por laboratorio.
- Vigilancia y seguimiento de los Contacto en vuelo positivos durante 21 días,
- En caso de confirmación positiva hacer notificación a través del Centro nacional de enlace del Reglamento sanitario internacional a los países de origen
- Informar a los pasajeros sobre las medidas de prevención e interrupción de la transmisión

9) Recomendaciones

9.1 Recomendaciones temporales ante la introducción de la nueva variante de MPOX perteneciente al clado I (OMS 2024).

Emitidas por el Director General de la Organización Mundial de la Salud (OMS) a los Estados Partes en relación con la emergencia de salud pública de importancia internacional asociada con el aumento de MPOX (Primera reunión del Comité de Emergencia del Reglamento Sanitario Internacional (2005) 19 de agosto de 2024.

Estas recomendaciones temporales se emiten a los Estados Partes que experimentan un aumento de MPOX, incluidos entre otros, la República Democrática del Congo y Burundi, Kenia, Ruanda y Uganda.

9.1.2 Coordinación de Emergencias

- Establecer o mejorar los acuerdos nacionales y locales de coordinación de la respuesta a emergencias.
- Establecer o mejorar la coordinación de todos los socios y partes interesadas que participan o apoyan actividades de respuesta a través de la cooperación, incluida la introducción de mecanismos de rendición de cuentas.
- Involucrar a organizaciones asociadas para la colaboración y el apoyo, incluidos actores humanitarios en contextos de inseguridad o áreas con desplazamientos internos o de población de refugiados y comunidades de acogida en áreas inseguras.

9.1.3 Vigilancia colaborativa y diagnóstico de laboratorio

- Mejorar la vigilancia, aumentando la sensibilidad de los enfoques adoptados y garantizando cobertura geográfica integral.
- Ampliar el acceso a diagnósticos precisos, asequibles y disponibles para diferenciar los clados del virus de la viruela simica, incluso mediante el fortalecimiento de los acuerdos para el transporte de muestras, la descentralización de los diagnósticos y los acuerdos para realizar la secuenciación genómica.

- Identificar, monitorear y apoyar los contactos de personas con mpoX para prevenir la transmisión.
- Intensificar los esfuerzos para investigar a fondo los casos y brotes de la enfermedad MPOX para dilucidar los modos de transmisión y prevenir su transmisión a los miembros de los hogares y las comunidades.
- Notificar a la OMS los casos sospechosos, probables y confirmados de MPOX de manera oportuna y semanal. Base.

9.1.4 Atención clínica segura y escalable

- Proporcionar apoyo clínico, nutricional y psicosocial a los pacientes con MPOX, incluido, según sea necesario y posible, el aislamiento en centros de atención y orientación para la atención domiciliaria.
- Desarrollar e implementar un plan para ampliar el acceso a atención clínica de apoyo optimizada para todos los pacientes con MPOX, incluidos niños, pacientes que viven con VIH y mujeres embarazadas. Esto incluye ofrecer pruebas de VIH a pacientes adultos que desconocen su estado serológico y a niños, según corresponda, con vínculos con servicios de atención y tratamiento del VIH cuando esté indicado; la pronta identificación y el tratamiento eficaz de las coinfecciones endémicas, como la malaria, la *Varicela zóster* y los virus del sarampión, y otras infecciones de transmisión sexual (ITS) entre los casos relacionados con el contacto sexual.
- Fortalecer la capacidad, los conocimientos y las habilidades de los trabajadores sanitarios y asistenciales en las vías clínicas y de prevención y control de infecciones desde el diagnóstico hasta el alta de los pacientes con MPOX sospechosos y confirmados proporcionándoles equipos de protección personal.
- Promover e implementar medidas de prevención y control de infecciones y servicios básicos de agua y saneamiento en instalaciones de atención médica, entornos domésticos, entornos congregados (por ejemplo, prisiones, campos de desplazados internos y refugiados, escuelas, etc.) y áreas de tránsito transfronterizo.

9.1.5 Tráfico internacional

- Establecer o fortalecer acuerdos de colaboración transfronteriza para la vigilancia y gestión de casos sospechosos de MPOX, el suministro de información a los viajeros y a los operadores de medios de transporte, sin recurrir a restricciones generales de viaje y comercio que afecten innecesariamente a las economías locales, regionales o nacionales.

9.1.6 Vacunación

- Prepararse para la introducción de la vacuna MPOX como respuesta de emergencia mediante la convocación de grupos nacionales de asesoramiento técnico sobre inmunización, información a las autoridades reguladoras nacionales y la preparación de mecanismos de políticas nacionales para solicitar vacunas a través de los mecanismos disponibles.
- Iniciar planes para avanzar en las actividades de vacunación contra la MPOX en el contexto de la respuesta al brote en áreas con casos incidentes (es decir, con inicio de la enfermedad en las 2 a 4 semanas anteriores), dirigidos a personas con alto riesgo de contraer infección (p. ej., contactos de casos, incluidos contactos sexuales, niños y trabajadores de la salud y de la atención sanitaria).

Esto implica la adaptación ágil de las estrategias y planes de inmunización a las zonas afectadas, la disponibilidad de vacunas y suministros, la participación comunitaria proactiva, para generar y sostener la demanda, la confianza en la vacunación y la recopilación de datos durante la vacunación según protocolos de investigación implementables.

9.1.7 Comunicación de riesgos y participación comunitaria

- Fortalecer los sistemas de comunicación de riesgos y participación comunitaria con las comunidades afectadas y la fuerza laboral local para la prevención de brotes, estrategias de respuesta y vacunación, incluso a través de capacitación, mapeo de poblaciones vulnerables y de alto riesgo, escucha social, retroalimentación de la comunidad y gestión de la desinformación. Esto implica entre otras cosas, comunicar eficazmente las incertidumbres relativas a la historia natural de la MPOX, información actualizada sobre la MPOX, incluida información procedente de ensayos clínicos en curso, sobre la eficacia de las vacunas contra la MPOX, y las incertidumbres relativas a la duración de la protección tras la vacunación.
- Abordar el estigma y la discriminación de cualquier tipo a través de una participación comunitaria significativa, particularmente en servicios de salud y durante las actividades de comunicación de riesgos.

9.1.8 Gobernanza y financiación

- Galvanizar y ampliar la financiación nacional y explorar oportunidades externas para una financiación específica de actividades de prevención, preparación y respuesta.
- Integrar medidas de prevención y respuesta a la MPOX en los programas

existentes destinados a la prevención, el control y el tratamiento de otras enfermedades endémicas especialmente el VIH, así como las ITS, la malaria, la tuberculosis y la COVID-19, así como las enfermedades no transmisibles, esforzándose en la medida de lo posible para no impactar negativamente su entrega.

9.1.9 Abordar las lagunas de la investigación

- Invertir en abordar las lagunas de conocimiento y generar evidencia durante y después de los brotes, sobre la dinámica de transmisión de MPOX los factores de riesgo, los factores sociales y conductuales de la transmisión, la historia natural de la enfermedad, a través de ensayos de nuevas terapias y vacunas contra MPOX, la eficacia de las intervenciones de salud pública con el enfoque de Una Salud.

9.1.10 Informes sobre la implementación de recomendaciones temporales

- Informar trimestralmente a la OMS sobre el estado y los desafíos relacionados con la implementación de estas recomendaciones temporales, utilizando una herramienta y canales estandarizados que estarán disponibles en la OMS.

9.2 Orientaciones a los Estados Miembros OPS/OMS.

Aunque hasta la fecha aún no se reportaron casos de MPOX pertenecientes a la nueva variante del clado I en la Región de las Américas, no se puede descartar su introducción esporádica, por lo que se orienta a las autoridades de salud a continuar con sus esfuerzos de vigilancia para caracterizar la situación y responder rápidamente en caso de una introducción de esta o una nueva variante de Monkeypoxvirus (MPXV).

9.2.1 Vigilancia

- Los objetivos principales de la vigilancia y la investigación de casos de MPOX son la detección rápida de casos y conglomerados de casos a fin de brindar una atención clínica adecuada; el aislamiento de los casos para evitar la transmisión ulterior, la identificación, manejo y seguimiento de los contactos para reconocer los primeros signos o síntomas de infección; la determinación de los grupos que presentan riesgo de infección y de enfermedad grave; la protección de los trabajadores de salud de primera línea; y la adopción de medidas de control y prevención eficaces.
- Es crucial mantener una vigilancia epidemiológica basada en pruebas de laboratorio y notificación oportuna de casos confirmados y probables. Esto incluye el seguimiento de cuadros clínicos compatibles con MPOX en programas de vigilancia existentes, y la implementación de definiciones claras de casos sospechosos, probables, confirmados, y de reinfección según las orientaciones

que siguen vigentes.

- La integración de la vigilancia, detección, prevención, atención e investigación de MPOX en programas y servicios de prevención y control del VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS) facilitará la detección temprana de brotes, reducirá barreras a los servicios de salud y mejorará la respuesta a la coinfección VIH-MPXV (23)
- Es clave la implementación de la vigilancia genómica para determinar los clados circulantes y su evolución, y a la vez contribuir al conocimiento compartiendo los datos de secuencias genéticas para las acciones pertinentes en salud pública.

9.2.2 Diagnóstico y laboratorio.

- La detección del ADN viral mediante reacción en cadena de la polimerasa (PCR) es la prueba de laboratorio de elección para MPOX. Las mejores muestras diagnósticas se toman directamente de la erupción (piel, líquido o costras) recolectadas mediante hisopados vigorosos (24). En ausencia de lesiones cutáneas, las pruebas se pueden realizar con hisopos orofaríngeos, anales o rectales (24). Sin embargo, mientras que un resultado positivo de la muestra orofaríngea, anal o rectal es indicativo de MPOX, un resultado negativo no es suficiente para excluir la infección por MPXV. No se recomienda realizar análisis de sangre. Los métodos de detección de anticuerpos se pueden utilizar para la clasificación retrospectiva de casos, pero no para el diagnóstico. Debe restringirse a los laboratorios de referencia y puede que no sea útil, ya que a menudo no distingue entre diferentes ortopoxvirus.
- Se ha informado que el clado I, que actualmente está aumentando la transmisión en África, tiene una delección en el genoma que no se ha informado en el clado II. Aunque la detección molecular mediante el protocolo genérico de PCR recomendado (solo para detectar el virus) sigue funcionando correctamente, la PCR específica del clado I no detecta el virus. Por lo tanto, después de la detección inicial con el protocolo de detección (genérico), si la PCR de identificación del clado es negativa tanto para el clado I como para el clado II, las muestras deben secuenciarse.
- Las directrices de laboratorio para la detección y el diagnóstico de la infección por el virus de MPOX, se encuentran disponibles en: <https://www.paho.org/es/documentos/directrices-laboratorio-para-detecciondiagnostico-infeccion-por-virus-mpox>

9.2.3 Vacunación

- La OPS/OMS recuerda a los Estados Miembros que no se requiere ni se recomienda la vacunación masiva contra el MPOX en la población; se debe hacer

todo lo posible para controlar la propagación de MPOX de persona a persona a través de la detección y el diagnóstico tempranos de casos, el aislamiento y el seguimiento de contactos.

- El grupo técnico asesor de la OPS sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación adapta las recomendaciones de la OMS de que sólo se debe ofrecer la vacunación a los contactos cercanos de un caso confirmado de MPOX.
- La vacunación posterior a la exposición con la vacuna disponible localmente puede ser considerada para los contactos cercanos de alto riesgo. En este caso, la vacuna debe ser administrada idealmente dentro de los cuatro días posteriores a la exposición.
- Todas las vacunas contra MPOX pueden generar efectos adversos. Por lo tanto, cuando se proponga la vacunación a un contacto cercano, se recomienda informar a la persona de las posibles secuelas de la vacunación y ofrecer medidas alternativas de control de la infección cuando sea factible.
- Todas las decisiones sobre la inmunización con vacunas contra MPOX deben basarse en una evaluación de los riesgos y beneficios, caso por caso, mediante la toma de decisiones clínicas compartidas. La implementación de la vacunación debe ir acompañada de una farmacovigilancia sólida, y se recomienda la realización de estudios de eficacia de la vacuna bajo protocolos de ensayos clínicos.
- En la gestión de la respuesta al brote, la vacunación debe considerarse como una medida adicional para complementar las intervenciones primarias de salud pública. A nivel individual, la vacunación no debe reemplazar otras medidas de protección.

9.2.4 Manejo clínico

- Identificar casos de MPOX puede ser un desafío dada la similitud con otras infecciones y afecciones. Es importante distinguir MPOX de la varicela, el sarampión, las infecciones bacterianas de la piel, la sarna, el herpes, la sífilis, otras infecciones de transmisión sexual y las alergias asociadas a los medicamentos. Una persona con MPOX también puede tener simultáneamente otra infección de transmisión sexual, particularmente sífilis, o tener una infección no diagnosticada por el VIH. Alternativamente, un niño o un adulto con sospecha de MPOX también puede tener varicela. Por estas razones, las pruebas son clave para que las personas reciban tratamiento lo antes posible y para evitar una mayor propagación.
- El tratamiento se basa en el cuidado de las lesiones, el control del dolor y la prevención de complicaciones. Se ha propuesto el uso de medicamentos

antivirales específicos, como el tecovirimat, para ser utilizado en el tratamiento de MPOX, particularmente para casos graves o personas con mayor riesgo de complicaciones, pero aún no se cuenta con evidencia suficiente de su efectividad.

- Las personas con VIH sin tratamiento antirretroviral, en particular cuando tienen enfermedad avanzada (cuenta de células CD4 por debajo de 200/mm³) tienen una carga desproporcionada de morbilidad y mayor mortalidad. Por lo tanto, se recomienda ofrecer una prueba de serología de VIH a todos los casos sospechosos de MPOX.
- Durante la atención de casos sospechosos, probables y/o confirmados de MPOX se requiere la identificación temprana, a través de protocolos de detección adaptados a los entornos locales. Estos casos deberán ser aislados inmediatamente y se requerirá la implementación rápida de medidas apropiadas de prevención y control de infecciones (PCI), pruebas para confirmar el diagnóstico, manejo sintomático de pacientes con MPOX leve o sin complicaciones, y seguimiento y tratamiento de complicaciones y condiciones graves.
- Los pacientes con MPOX con presentación clínica leve o moderada que pueden recibir cuidados en el hogar requieren una evaluación cuidadosa de la capacidad para aislarse de manera segura y mantener las precauciones de PCI requeridas en su hogar para evitar la transmisión a otros miembros del hogar y de la comunidad. Se deben mantener las precauciones (aislamiento y medidas de PCI) hasta que se haya formado una nueva capa de piel debajo de las costras.

9.2.5 Comunicación de riesgo

- Promover la difusión de mensajes de salud pública dirigidos al personal de salud, a la población general y en particular a la población con mayor prevalencia de VIH y otras ITS, y aquellas en programas de tratamiento antirretroviral o profilaxis preexposición con el fin de informar y educar a la población meta sobre medidas de prevención y mejorar el reconocimiento precoz, la notificación y el inicio rápido del tratamiento de estos casos. Continuar los esfuerzos para concienciar a las autoridades y personal de salud sobre el brote en curso en la República Democrática del Congo y la posibilidad de casos de MPOX asociados a viajes.
- Difundir materiales sencillos de información, educación y comunicación (IEC) sobre la transmisión, síntomas, prevención y tratamiento a través de diversos medios (incluidas las redes sociales, aplicaciones de citas, o los circuitos cerrados de televisión en los centros de atención de salud con servicios para población con mayor prevalencia de VIH y otras ITS).
- Resaltar dentro de los mensajes claves que la OMS sugiere el uso constante de preservativos durante la actividad sexual (oral/anal/vaginal receptiva e insertiva)

durante las 12 semanas posteriores a la recuperación de un caso confirmado, para reducir la potencial transmisión de MPOX por esta vía, considerando que este riesgo aún es desconocido.

- Evitar la propagación de rumores e información falsa o incorrecta sobre MPOX. Es importante que las autoridades de salud pública escuchen y analicen sistemáticamente la información que se comparte a través de las redes sociales para identificar preguntas clave y vacíos de información y con base en ello desarrollen estrategias de comunicación. Se debe alentar al público a obtener información solo de fuentes oficiales.
- Continuar con las actividades de comunicación de riesgos y participación comunitaria y trabajar con organizaciones de la sociedad civil para interactuar con los grupos de poblaciones claves más afectadas como son los hombres gays, bisexuales y otros HSH.

9.2.6 Recomendaciones para el público:

- Evitar contacto con animales que puedan ser reservorio del virus (roedores y primates).
- Manejo de animales enfermos con equipos de bioseguridad adecuado.
- Evitar el contacto estrecho con las personas infectadas.
- Aislamiento y asistencia de casos sospechosos con equipos de protección personal (guantes, mascarillas) adecuado.

10) Flujo del Sistema de Información:

La recolección de la información se realizará diariamente en el libro de registro de usuarios (**EPI-10** u Hoja de cargo) usados en la República Bolivariana de Venezuela, a todo caso sospechoso de las enfermedades del síndrome, también se llenará la ficha epidemiológica correspondiente, y se tomará muestra que se enviará al laboratorio de referencia nacional: Instituto Nacional de Higiene “Rafael Rangel”. La notificación se realizará semanalmente a través del formulario **EPI 12**. Se recomienda se comunique la información al ASIC personalmente o por vía telefónica. Se deberán realizar análisis comparando cifras en tiempo espacio y persona a fin de detectar situaciones de incidencia por encima de lo esperado haciendo uso de canales endémicos o líneas de frecuencia

La notificación de casos debe incluir como mínimo los siguientes datos: fecha de notificación; lugar de notificación; nombre, edad, género y residencia del caso; fecha de inicio de síntomas; antecedente de viaje reciente; exposición reciente a un caso probable o confirmado; tipo de contacto con el caso probable o confirmado (cuando corresponda); antecedente reciente de haber tenido múltiples parejas sexuales; estado de vacunación contra la viruela; presencia de exantema vesicular; presencia de otros signos o síntomas clínicos según la definición de caso; fecha de confirmación (en que

laboratorio fue confirmado); método de confirmación (si corresponde); caracterización genómica (si está disponible); otros hallazgos clínicos o de laboratorio relevantes, particularmente para excluir causas comunes de erupción según la definición de caso. Si el caso se encuentra hospitalizado, incluir la fecha de hospitalización (lugar donde se hospitalizó); fecha de alta y fecha de defunción (si corresponde).

10.1 Ficha de Investigación Epidemiológica Viruela Símica

		SIENO SISTEMA DE INFORMACION DE ENFERMEDADES DE NOTIFICACION OBLIGATORIA FICHA DE INVESTIGACION VIRUELA SIMICA		ENFERMEDAD: SINDROME FEBRIL ERUPTIVO VESICULAR DEFINICION DE CASO: se caracteriza por comenzar con fiebre, dolor de cabeza, dolores musculares, dolor de espalda, escolofrios y agotamiento), al que se asocia una importante inflamación de los ganglios. Posteriormente aparece una erupción, que a menudo comienza en la cara y luego se extiende a otras partes del cuerpo, particularmente a las manos y los pies. Estas lesiones van pasando por diferentes etapas antes de formar una costra y caer finalmente. AGUDO, QUE EVOLUCIONA DESDE ERITEMA, EXANTEMA, MACULA, PÁPULA, VESÍCULA, PÚSTULA Y COSTRA EN PERSONA DE CUALQUIER EDAD.			
1. Número del Caso:		2. Fecha de Elaboración:		3. Establecimiento		4. Parroquia	
5. Municipio		6. Estado		7. Código		8. Fuente de Notificación: Público Laboratorio <input type="radio"/> Búsqueda <input type="radio"/> Activa <input type="radio"/> Privado Comunidad Otros <input type="radio"/>	
9. Primer Apellido:		10. Segundo Apellido:		11. Primer Nombre:		12. Segundo Nombre:	
13. C.I. Pasaporte <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		14. Nacionalidad:		15. Fecha de Nacimiento: Día _____ Mes _____ Año _____		16. Edad: _____	
17. Sexo: M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>		18. Género: M <input type="radio"/> H <input type="radio"/> T <input type="radio"/> NB <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>		19. Orientación Sexual: GLBT: _____ H: _____		20. Etnia: _____	
21. Nivel Educativo: I _____ S _____ TSUI _____		22. Años Aprobados: _____		23. Situación Conyugal: S <input type="radio"/> U <input type="radio"/> D <input type="radio"/> C <input type="radio"/> Se <input type="radio"/> V <input type="radio"/>		24. Profesión: _____	
25. Ocupación: _____		26. Latitud: _____		27. Longitud: _____			
Dirección de Habitación (Residencia)		28. Entidad de Residencia:		29. Municipio de Residencia:		30. Parroquia de Residencia:	
31. Localidad de Residencia:		32. Urb./Sector/ Zona Industrial:		33. Av./Carrera/ Calle/Esquina/Vereda:		34. Casa/Edif./ Quinta/Galpón:	
35. Piso/ Planta/Local:		36. Teléfono de Habitación (fijo): _____		37. Teléfono Celular (móvil): _____		38. Punto de Referencia:	
39. Nombre de la Madre y / o Representante		40. Nombre del Padre y / o Representante					
Antecedentes Epidemiológicos							
41. Lugar donde la Persona enfermo: Lugar _____ Parroquia _____ Municipio _____ Estado _____							
42. En caso de niños. Asiste a: Guardería SI — NO — Hogares de Cuidados Diarios SI — NO — Otros SI — NO — Especifique: _____							
43. Presencia de Niños /as con Varicelas en Guardería: SI _____ NO _____		44. Presencia de Niños /as con Varicelas en Hogar de Cuidados Diarios SI — NO —		45. Otros casos de Varicela SI _____ NO _____ Especifique _____			
46. Otros Casos en la Zona de Residencia SI _____ NO _____ N° _____		47. Especifique el N° de Casos: _____ Edades: _____					
48. Sitio de trabajo: _____		49. Plantel Estudiantil: _____		50. Otros sitio SI — NO — Donde: _____		51. Contactos con Casos Conocidos: _____	
52. Historial de Viaje Residente: SI _____ NO _____		53. En los 5 a 21 días antes del inicio de la enfermedad: SI _____ NO _____		54. Procedencia: _____			
55. Fecha de Inicio de Síntomas: (D / M / A) _____				56. Fecha de atención Médica: (D/M/A): _____			
57. Fecha de Denuncia o Notificación (D/M/A) _____ N° de Semana Epidemiológica: _____				58. Fecha de alta Epidemiológica (D/M/A) ____/____/____			
59. Personal de Salud: SI _____ NO _____ DESCONOCIDO _____				60. Estado de Embarazo: SI _____ T. Desc. <input type="radio"/> Sem 1-12 <input type="radio"/> Sem 13-20 <input type="radio"/> NO _____ Sem 27 y más <input type="radio"/> Postparto <input type="radio"/> N/A _____ Desconocido _____			
61. Estado Inmunodeprimido: (SI Por enfermedad) _____ (SI, por medicación) _____ (SI, motivo desconocido) _____ NO _____ (Desconocido) _____							
62. ¿Es portador de VIH? POSITIVO <input type="radio"/> NEGATIVO <input type="radio"/> DESCONOCIDO <input type="radio"/>		63. Células CD4: NÚMERO _____		64. Otras ITS: Clamidia <input type="radio"/> Gonoreya <input type="radio"/> Herpes Genital <input type="radio"/> LGV <input type="radio"/>			
65. ¿Ha recibido la Vacuna de la Viruela? SI _____ NO _____ Registro de vacunación anterior no relacionada con el evento actual SI _____ NO _____ cual _____ Profilaxis previa a la exposición para el evento actual SI _____ NO _____ cual _____ Profilaxis posterior a la exposición para el evento actual SI _____ NO _____ cual _____ Desconocido _____ Fecha: ____/____/____							
66. Contactos con Animales: Mono, Ardillas, Roedor, Otros [21 DIAS ANTES DE F.I.S.] SI _____ NO _____ Fecha del contacto (D/M/A) _____							
67. MODO DE TRANSMISION MAS FRECUENTE		Marque (x)		MODO DE TRANSMISION MAS FRECUENTE		Marque (x)	
ANIMAL = Animal a humano transmisión				FOMITE = Contacto con material contaminado (p. ej. ropa de cama, ropa, objetos)			
HAI = Asociado a la atención sanitaria				PTP = Persona a persona (excluida la transmisión materno infantil, asociada a la atención sanitaria o sexual)			
LAB = Transmisión en laboratorio por exposición ocupacional				SEXO = Transmisión sexual			
MTCT = Transmisión desde la madre a hijo durante el embarazo o el parto.				TRANSFU = transmisión parenteral, incluido el uso de drogas intravenosas y la transfusión.			
OTROS = Otra transmisión				DESCONOCIDO			

11) Vigilancia Epidemiológica para Varicela

12.1 Introducción

El virus de la varicela-zoster causa dos enfermedades distintas: varicela, producida por la infección primaria, tras la cual los virus quedan acantonados en los ganglios sensitivos de las raíces dorsales de la médula espinal, pudiendo dar lugar más adelante, cuando el virus se reactiva, al herpes zoster o zona. La varicela es de distribución mundial. En climas templados es una de las enfermedades más frecuentes de la infancia y más del 90% de la población la ha padecido antes de los 15 años de edad. La varicela en países con climas templados presenta un patrón estacional característico mientras que en climas tropicales el virus no presenta patrón estacional y circula con menor frecuencia, por lo que la enfermedad se adquiere a edades más avanzadas existiendo una mayor proporción de población joven y adulta susceptible.

La clínica de la varicela se caracteriza por fiebre moderada (37,7-38,8°C) seguida, a las 24-48 horas, de un exantema maculopapular pruriginoso, rápidamente progresivo, con máculas que duran horas y evolucionan en 5-7 días a vesículas, pústulas y costras. Las lesiones aparecen inicialmente en cabeza, cara y tronco superior y se extienden centrífugamente hacia el resto del cuerpo, coexistiendo simultáneamente lesiones en diferentes fases de maduración, característica diferencial de la viruela.

Las personas vacunadas también pueden padecer varicela por el virus salvaje. Estos casos presentan normalmente una clínica más leve (break through), con menor número de lesiones cutáneas, a menudo atípicas (maculopapular sin vesículas) aunque entre un 20-30% de los casos presentan clínica similar a los casos no vacunados. Las complicaciones graves incluyen infecciones bacterianas secundarias de las lesiones cutáneas, siendo especialmente graves las causadas por el *Streptococcus* grupo A beta-hemolítico (que puede producir, celulitis, fascitis necrotizante, septicemia y síndrome de shock tóxico), neumonía (principal complicación en el adulto), encefalitis, ataxia cerebelosa y síndrome de Reye.

Infeción congénita y perinatal: Entre el 0,4% -2% de los fetos de mujeres infectadas por el VVZ durante el primer semestre de embarazo desarrollan un síndrome de varicela congénita, caracterizado por embriopatías como hipoplasia de una extremidad, cicatrices cutáneas, encefalitis, microcefalia, anomalías oculares, retraso mental y bajo peso al nacer, con elevada letalidad. Los niños nacidos de mujeres que desarrollan varicela durante los 5 días antes del parto o 2 días después del mismo están en riesgo de varicela neonatal, que suele ser muy grave e incluso mortal. La infección durante el segundo o tercer trimestre de embarazo puede dar lugar al desarrollo de herpes zoster en el niño con lesiones cutáneas y con menor frecuencia coriorretinitis.

12.2 Situación epidemiológica actual:

Se registraron 45 casos sospechosos de varicela, con un descenso del 0,12% con respecto a la semana anterior (111). Hasta la Semana epidemiológica número 19 se acumula para el año 2022 (1510) casos, que representa un aumento de (239) con respecto al año anterior 1271.

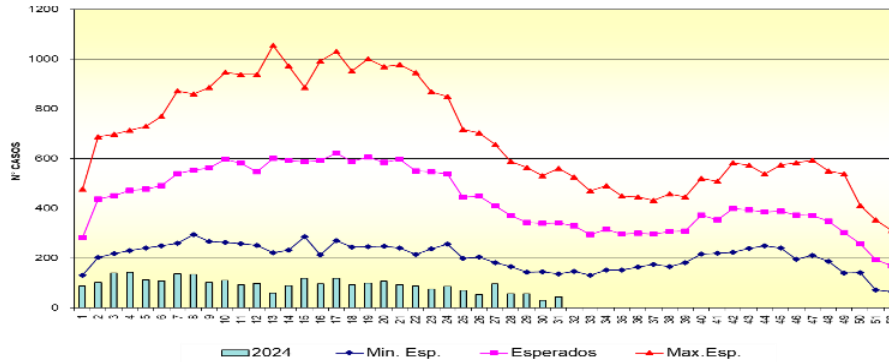
Tabla 1. Varicela N° de casos por semanas epidemiológicas y acumulados del año. por entidad federal. República Bolivariana de Venezuela Años 2023-2024

ENTIDAD FEDERAL	SEMANA ANTERIOR (SEM 30)	SEMANA ACTUAL (SEM 31)	SEMANA ACTUAL (SEM 31) 2023	ACUMULADO HASTA LA SEM 31	
				2023	2024
DISTRITO CAPITAL	0	3	2	102	65
AMAZONAS	3	0	1	30	33
ANZOATEGUI	1	4	2	189	267
APURE	0	0	0	8	25
ARAGUA	6	1	4	181	180
BARINAS	1	1	1	104	88
BOLIVAR	1	0	3	129	146
CARABOBO	2	3	0	216	185
COJEDES	0	0	1	20	32
DELTA AMACURO	0	0	0	10	5
FALCON	1	0	2	108	63
GUARICO	0	0	4	50	129
LARA	1	4	12	311	249
MERIDA	0	2	0	168	105
MIRANDA	2	3	3	155	121
MONAGAS	0	1	0	7	15
NUEVA ESPARTA	0	0	4	106	75
PORTUGUESA	0	0	1	32	0
SUCRE	1	2	1	152	171
TACHIRA	0	0	0	25	0
TRUJILLO	0	1	4	170	129
YARACUY	1	0	4	119	101
ZULIA	17	20	16	537	690
LA GUAIRA	0	0	1	41	42
VENEZUELA	37	45	66	2970	2916

Fuente: EPI 12/ SIS. Dirección de Vigilancia Epidemiológica. MPPS. 2023 - 2024 hasta la SE 31

En la semana epidemiológica N° 31 se registraron 45 casos sospechoso de Varicela, con undescenso de 0,12% con respecto a la semana anterior (n=111) (Ver gráfico 01).

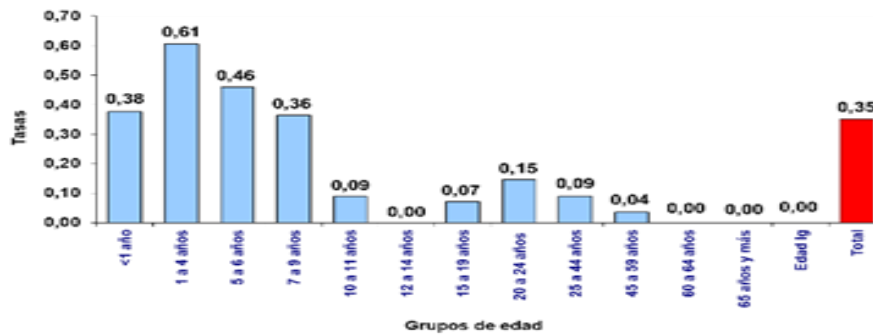
Gráfico N° 01. Varicela. Canal endémico 2015 – 2024 República Bolivariana de Venezuela SE N°31



Fuente: EPI 12/ SIS. Dirección de Vigilancia Epidemiológica.

En la semana epidemiológica N° 31 se registraron 20 casos de Varicela, con un descenso de 90,91% en relación a la semana anterior (n=57)

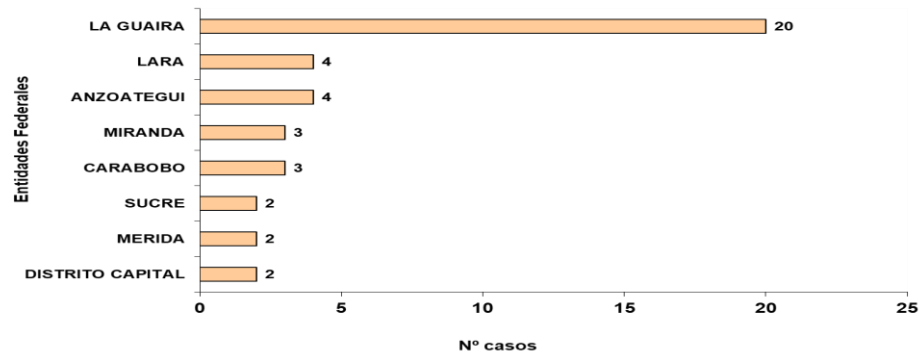
Gráfico N° 02 Varicela. Tasas por grupos de edad. República Bolivariana de Venezuela 2024 SE N° 31



Fuente: EPI 12/ SIS. Dirección de Vigilancia Epidemiológica.

La tasa más elevada se registró en la población de 1 a 4 año (0,61 casos por cada 100.000 habitantes del grupo respectivamente).

Gráfico N° 03 Varicela. Entidades federales con mayor número de casos. República Bolivariana de Venezuela. 2024 SE N° 31



Fuente: EPI 12/ SIS. Dirección de Vigilancia Epidemiológica

Las entidades federales que reportaron casos de Varicela fueron Anzoátegui 4, Lara 4, La Guaira 20, Carabobo 3, Miranda 4, Distrito Capital 2 y Mérida 2 casos respectivamente.

Agente:

Herpes virus humano 3 (alfa), también conocido como Virus de la Varicela-Zoster (VVZ).

Reservorio:

El único reservorio del VVZ es el hombre.

Modo de transmisión

De persona a persona:

- Por vía aérea, a partir de la inhalación de aerosoles de secreciones respiratorias procedentes de un caso de varicela (al hablar, tos, estornudos) o de aerosoles del líquido vesicular de las lesiones cutáneas de un caso de varicela o de herpes zoster.
- Por contacto directo con el líquido vesicular de las lesiones cutáneas de un caso de varicela o de herpes zoster, o con secreciones respiratorias de casos de varicela, o indirecto, a partir del contacto con ropa u objetos recién contaminados por secreciones respiratorias o líquido vesicular de lesiones cutáneas de varicela o herpes zoster.

Periodo de incubación:

Es de 14 a 16 días (rango 10-21 días), pero puede ser más prolongado en casos inmunocomprometidos o que han recibido gammaglobulina frente a la varicela-zoster.

Periodo de transmisibilidad:

La transmisión de la varicela comienza 1-2 días antes de la aparición del exantema y dura hasta que todas las lesiones están en fase de costra, 5-6 días después del inicio del exantema. Los pacientes inmunocomprometidos pueden ser contagiosos más tiempo.

Susceptibilidad e inmunidad:

La susceptibilidad es universal y la infección natural se considera que confiere inmunidad de larga duración, aunque se han observado casos de reinfección por el virus, más frecuentes en personas inmunocomprometidas.

12.3 Vigilancia de la Enfermedad

Objetivos

- Conocer la magnitud y caracterizar el comportamiento de la varicela.
- Reducir la morbilidad y complicaciones asociadas a la varicela.
- Identificar y caracterizar cambios en el patrón epidemiológico de presentación de la enfermedad (varicela y Herpes zoster) y diferenciarlas a otras enfermedades febriles exantemáticas maculopapulares.

12.4 Definición de caso

12.4.1 Criterio clínico:

- Enfermedad vírica aguda que se caracteriza por un comienzo repentino de fiebre moderada, síntomas generales leves y una erupción cutánea maculopapular durante unas horas, que se transforma en vesiculosas durante tres o cuatro días y que deja costras granulares las diversas fases coexisten y las lesiones son superficiales.

12.4.2 Criterio epidemiológico:

- Vínculo o nexo epidemiológico.

12.4.3 Criterio de laboratorio: Al menos uno de los siguientes:

- Aislamiento del virus varicela-zoster de muestra clínica (líquido vesicular) en cultivos de líneas celulares.
- Detección de ácido nucleico del VVZ en una muestra clínica (PCR);
- Detección de antígeno viral por Inmunofluorescencia directa (IFD), utilizando anticuerpos monoclonales específicos.
- Seroconversión o Incremento significativo de anticuerpos IgG entre 2 sueros tomados en fase aguda y en fase convaleciente.
- Debe considerarse si el paciente tiene un antecedente vacunal reciente contra la varicela.

12.5 Clasificación de los casos

- **Caso sospechoso:** persona que cumple el criterio clínico.
- **Caso probable:** persona que cumple los criterios clínico y epidemiológico.
- **Caso confirmado:** persona que cumple los criterios clínicos y de laboratorio.

12.6 Medidas de prevención

Dado que la varicela en niños sanos es generalmente una enfermedad leve y autolimitada, las medidas de salud pública deberán hacer especial énfasis en proteger a las personas susceptibles con riesgo de padecer varicela grave (personas inmunodeprimidas, mujeres embarazadas).

12.7 Medidas de control ante un caso

Aislamiento:

Casos no hospitalizados: Exclusión de guardería, escuela, trabajo, consultas médicas, centros de salud y otros lugares públicos, desde que aparece la erupción hasta que todas las lesiones se hayan convertido en costras.

Casos hospitalizados: Aislamiento respiratorio y de contacto hasta que todas las lesiones se hayan convertido en costras.

Desinfección concurrente de los objetos y ropa del paciente, con posibilidad de haber sido contaminados con secreciones nasofaríngeas y/o de las lesiones cutáneas.

12.8 Medidas en contactos

En primer lugar, se identificará a aquellas personas susceptibles expuestas a un caso de varicela durante el periodo de transmisibilidad (desde dos días antes de la aparición del exantema hasta que las lesiones estén en fase de costra).

12.9 Ficha de investigación de Varicela



SIENO
SISTEMA DE INFORMACION DE ENFERMEDADES DE NOTIFICACION OBLIGATORIA
FICHA DE INVESTIGACION VARICELA

ENFERMEDAD: VARICELA (B01)

DEFINICIÓN DE CASO: ENFERMEDAD VIRICA AGUDA QUE SE CARACTERIZA POR UN COMIENZO REPENTINO DE FIEBRE MODERADA, SÍNTOMAS GENERALES LEVES Y UNA ERUPCIÓN CUTÁNEA MACULOPAPULAR DURANTE UNAS HORAS, QUE SE TRANSFORMA EN VESÍCULOSAS DURANTE TRES O CUATRO DÍAS Y QUE DEJA COSTRAS GRANULARES. LAS DIVERSAS FASES COEXISTEN Y LAS LESIONES SON SUPERFICIALES

1. Número del Caso:		2. Fecha de Elaboración:		3. Establecimiento		4. Parroquia			
5. Municipio			6. Estado		7. Código		8. Fuente de Notificación: Público <input type="radio"/> Laboratorio <input type="radio"/> Búsqueda <input type="radio"/> Activa <input type="radio"/> Privado Comunidad <input type="radio"/> Otros <input type="radio"/>		
9. Primer Apellido:			10. Segundo Apellido:			11. Primer Nombre:		12. Segundo Nombre:	
13. C.I. Pasaporte <input type="radio"/> V <input type="radio"/> E		14. Nacionalidad:			15. Fecha de Nacimiento		16. Edad:		17. Sexo <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F
18. Etnia		19. Nivel Educativo: I <input type="radio"/> S <input type="radio"/> TSU/ U <input type="radio"/> P <input type="radio"/> TM <input type="radio"/>		20. Años Aprobados:		21. Situación Conyugal:		S <input type="radio"/> U <input type="radio"/> D <input type="radio"/> C <input type="radio"/> Se <input type="radio"/> V <input type="radio"/>	
22. Profesión:			23. Ocupación:			24. Latitud		25. Longitud	
Dirección de Habitación (Residencia)		26. Entidad de Residencia:		27. Municipio de Residencia:		28. Parroquia de Residencia		29. Localidad de Residencia	
30. Urb./Sector/ Zona Industrial:		31. Av./Carrera/ Calle/Esquina/Vereda:			32. Casa/Edif./ Quinta/Galpón:		33. Piso/ Planta/Local:		
34. Teléfono de Habitación (fijo):			35. Teléfono Celular (móvil):			36. Punto de Referencia:			
37. Nombre de la Madre y / o Representante					38. Nombre del Padre y / o Representante				

Antecedentes Epidemiológicos

39. Lugar donde la Persona enfermo: Lugar: _____ Parroquia: _____ Municipio: _____ Estado: _____			
40. En caso de niños. Asiste a: Guardería SI — NO — Hogares de Cuidados Diarios SI — NO — 41. Otros _____ SI — NO — Especifique: _____			
42. Presencia de Niños/as con Varicelas en Guardería: SI _____ NO _____		43. Presencia de Niños/as con Varicelas en Hogar de Cuidados Diarios SI — NO —	
44. Otro Casos de Varicela SI — NO — Especifique Donde: _____		45. Otros Casos en la Zona de Residencia SI _____ No _____ N° _____	
46. Especifique el N° de Casos: _____ Edades: _____			
47. Sitio de trabajo: _____		48. Plantel Estudiantil: _____	
49. Otros sitio SI — NO — Donde: _____		50. Contactos con Casos Conocidos: _____	
51. Fecha de Inicio de Síntomas: (D / M / A) _____		52. Fecha de atención Médica: (D/M/A): _____	
53. Fecha de Denuncia o Notificación (D/M/A) _____ N° de Semana Epidemiológica: _____		54. Fecha de alta Epidemiológica (D/M/A) _____	

DATOS DE LA ENFERMEDAD

55- DATOS CLINICOS	SI	NO
Fiebre		
Cefalea		
Erupción Cutánea Maculopapular		
Erupción vesicular		
Lesiones Ulcerosas Orofaringes		
Disnea		
Dolor intenso		
Parestesia		
Neumonías		
Encefalitis		
Nefritis Hemorrágicas		
Sepsis		
Dolor Abdominal		
Sobre infección bacteriana Otros especifique: _____		

Datos de Laboratorio:

56. Tipo de Examen	Fecha	Resultados
Hemoglobina		
Hematocrito		
Leucocitos		
Segmentados		
Linfocitos		
Eosinofilos		
Monocitos		
Plaquetas		
TP		
TPT OTROS		

12) Aspectos generales de Viruela

Viruela (CIE 10 B03) (CIE 11 1E70)

13.1 Generalidades

El último caso de infección natural de viruela en el mundo se produjo en Somalia en octubre de 1977. Dos años después, la Organización Mundial de la Salud certificó la erradicación mundial de la enfermedad, lo cual fue confirmado por la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 1980. Desde 1978, año en que se produjo la muerte por viruela de una persona infectada por virus procedentes del laboratorio en la Universidad de Birmingham, Inglaterra, no se habían identificado casos de esta enfermedad. Todos los virus conocidos de la viruela están guardados con medidas estrictas de seguridad en los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Atlanta, Georgia, en los Estados Unidos, y en el Centro Estatal de Investigación de Virología y Biotecnología, Koltsovo, región de Novosibirsk, Federación de Rusia. En reacción a la inquietud de que quizá se necesiten reservas del virus de la viruela para investigación de medidas contra el terrorismo, en el caso de que cayeran en manos de terroristas las reservas clandestinas que tienen otros países, en mayo de 1999 la Asamblea Mundial de la Salud autorizó que los laboratorios de los Estados Unidos y de Rusia retuvieran los virus hasta 2002, pero no después. La OMS afirmó de nuevo que el objetivo final de la Organización es destruir todas las reservas restantes del virus y que designará a un grupo de expertos para considerar las necesidades de investigación que hay que cumplir antes de destruirlos. También la OMS establecerá un programa de inspección de los dos laboratorios para asegurarse de que se cumplan las medidas de seguridad de las reservas oficiales y que pueda llevarse a la práctica con seguridad la investigación necesaria. Ante la posibilidad de que las reservas clandestinas de virus de la viruela sean usadas en guerras por terroristas biológicos, es importante que el personal de salud pública conozca en detalle las características clínicas y epidemiológicas de la viruela y la forma de diferenciarla de la varicela. Aun cuando cepas de virus utilizadas en guerras bacteriológicas pudieron haber sido alteradas para producir diferencias clínicas, la experiencia acumulada con el virus variólico natural sigue siendo la mejor guía para reconocer y manejar un brote epidémico de enfermedad causado por este virus.

13.2 Descripción

La viruela era una enfermedad vírica sistémica cuyo cuadro inicial comprendía una erupción cutánea característica. Comenzaba en forma repentina, con fiebre, malestar general, cefalea, postración, dorsalgia intensa y, a veces, dolor abdominal y vómitos, cuadro clínico que se asemejaba al de la influenza. Después de dos a cuatro días la fiebre comenzaba a disminuir y aparecía una erupción profunda en la cual las lesiones individuales con el virus infectante evolucionaban por etapas sucesivas de máculas, pápulas, vesículas, pústulas y costras, que se desprendían al cabo de tres a cuatro semanas. Las lesiones aparecían primero en la cara y las extremidades, y más tarde

en el tronco (distribución centrífuga), y todas estaban en la misma etapa de desarrollo en un sitio particular del cuerpo.

Agente infeccioso: El virus de la viruela, especie de *Orthopoxvirus*. Se ha hecho la cartografía de los sitios de separación con endonucleasa de algunas cepas del virus variólico, y se han publicado las secuencias de ADN completas de dos cepas principales.

Distribución: Antes era una enfermedad difundida en todo el mundo; desde 1978 no se ha sabido de casos en seres humanos.

Reservorio: Oficialmente, solo en congeladores designados y consensuados con OMS.

Modo de transmisión: La tasa de ataque secundario en poblaciones no vacunadas era de 50% aproximadamente según cada brote. El agente, si se utilizara en guerras biológicas, muy probablemente sería diseminado por nubes de aerosol.

Período de incubación: De 7 a 19 días; por lo común es de 10 a 14 días hasta el comienzo de la enfermedad y de dos a cuatro días más hasta que surge la erupción.

Período de transmisibilidad: Desde el momento en que aparecen las primeras lesiones hasta que se desprenden todas las costras, lo cual comprende unas tres semanas. La fase de mayor contagiosidad es en el período anterior a la erupción, por medio de gotitas de aerosol que llevan virus de las lesiones oro-faríngeas.

Susceptibilidad: La susceptibilidad en las personas no vacunadas es universal.

13.3 Métodos de control: El control de la viruela se basa en la inmunización con el virus de *vaccinia*. Si se sospechara un caso similar a viruela que no corresponde a varicela se debe notificar inmediatamente.

13) Socialización y Manejo de la Guía del Síndrome Eruptivo Vesicular

Estas directrices pautadas en la Guía del Síndrome Eruptivo Vesicular deben ser socializadas con el personal de salud tanto clínico, epidemiológico como de laboratorio, con el fin de aplicar los conocimientos y definiciones operacionales que permitan la detección rápida, y control de casos en la República Bolivariana de Venezuela. Con apertura profesional para disipar cualquier duda presentada bajo este contexto.

14) Referencias

- Organización Mundial de la Salud. 72^o Asamblea Mundial de la Salud. Punto 12.6 del orden del día provisional. 4 de abril de 2019. Erradicación de la viruela: destrucción de las reservas de virus variólico.
- República Bolivariana de Venezuela. Gaceta Oficial N° 4.418 Extraordinario del 27 de abril de 1992. Decreto 2218. Normas técnicas para la Clasificación y Manejo de desechos en los Establecimientos de Salud (27 de abril de 1992).
- World Health Organization. (2021). Guidance on regulations for the transport of infectious substances 2021-2022: applicable as from 1 January 2021. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/339825>. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- Song & Zheng. Monkeypox, wild animals, and Potential big Problem Zool. Res. 2022, 43(4): 612–614 <https://doi.org/10.24272/j.issn.2095-8137.2022.217>
- WHO. Laboratory Guidelines for the Detection and Diagnosis of Monkeypox Virus Infection. 25 May 2022. En: <https://www.paho.org/en/documents/laboratory-guidelines-detection-and-diagnosis-monkeypox-virus-infection>
- WHO. Interim Guidance. Surveillance, case investigation and contact tracing for monkeypox. Interim guidance. 25 august 2022. En: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MPX-Surveillance-2022.3>
- CDC. GUIDELINES AND RESOURCES. Interim Biosafety Guidelines for Laboratory Personnel Handling Human and Animal Specimens for Monkeypox Testing CDC. Department of Health and Human Services. Centers for Disease Control and Prevention. Junio 23, 2003. En: <https://www.cdc.gov/od/oc/media/press/releases/2003s0623a.htm>
- Bunge EM, Hoet B, Chen L, et al. The changing epidemiology of human monkeypox-a potential threat? A systematic review. PLoS Negl Trop Dis. 2022 Feb; 16 (2):e0010141.
- World Health Organization. Laboratory biosafety manual, 4th edition. Geneva: WHO; 2022. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240011311>

- Instituto de Salud Carlos III. Protocolo para la detección precoz y manejo de casos ante la alerta de viruela de los monos (Monkeypox) en España. Ministerio de Sanidad [pág. web] 20 mayo de 2022 (accedido 10 agosto. 2022). Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/alertaMonkeypox/docs/ProtocoloMPX_2022.05.20.pdf.
- Walter K, Malani PN. What Is Monkeypox? *JAMA*. 2022; 328(2):222. doi:10.1001/jama.2022.10259.
- Organización Mundial de la Salud. Reglamento Sanitario Internacional (2005) Tercera edición. Ginebra: OMS; 2016. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241580496>.
- OPS/OMS. Orientaciones sobre la sospecha clínica y el Diagnóstico Diferencial de la viruela símica. Nota técnica Provisional. Junio del 2022
- OPS/OMS. Actualización Epidemiológica MPOX Región de las Américas 17 de agosto del 2024.
- OMS. Recomendaciones temporales ante la introducción de la nueva variante de MPOX perteneciente al clado I. (Primera reunión del Comité de Emergencia del Reglamento Sanitario Internacional (2005) 19 de agosto de 2024