

# HOSPITAL DE CONTINGENCIA ANTONIO LORENA CUSCO

DEPARTAMENTO DE MEDICINA  
SERVICIO DE ENFERMEDADES  
INFECCIOSAS Y TROPICALES



**MANUAL DE SUPERVIVENCIA PARA LA  
ATENCIÓN AMBULATORIA Y HOSPITALIZACIÓN  
DE PACIENTES CON VIRUELA SÍMICA  
(Versión 1.0 – 01 de setiembre del 2022)**



## Resolución Directoral

Cusco, 16 SEP 2022

**VISTO:** el expediente con registro Nº 5922-2022; que contiene el INFORME Nº 028-022-2022-GR-CUSCO-HAL/DM.SEIT.RRVVG de fecha 07 de setiembre del 2022 y el INFORME Nº 065-2022 OGC/HAL-GRSC de fecha 09 de setiembre del 2022, emitido por la Jefatura de la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital Antonio Lorena;

Que, los numerales I y II del Título Preliminar de la Ley 26842 - Ley General de Salud, disponen que: *"La salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo. Además, la protección de la salud es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla"*;

Que, el Segundo párrafo del Artículo 5º del Decreto Supremo Nº 013-2006-SA, que aprueba el "Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, establece que los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo deben contar, en cada área, unidad o servicio, con manuales de procedimientos, guías de práctica clínica referidos a la atención de los pacientes, personal, suministros, mantenimiento, seguridad, y otros que sean necesarios, según sea el caso;

Que, a su vez el inciso s) del Artículo 37º del precitado Decreto Supremo establece que el Director Médico le corresponde disponer la elaboración del Reglamento Interno, de las guías de práctica clínica y de los manuales de procedimientos referidos a la atención de los pacientes, personal, suministros, mantenimiento, seguridad, y otros que sean necesarios;

Que, mediante Resolución Ministerial Nº 1134-2017/MINSA, se aprobó la Directiva Administrativa Nº 245.OGPPM/MINSA "Lineamientos para la implementación de la gestión por procesos y procedimientos en el Ministerio de Salud", cuyo objetivo es determinar criterios técnicos que orienten y faciliten la implementación de la gestión por procesos y procedimientos en el MINSA, permitiendo el desempeño a través de resultados previsible, maximizando el uso de los recursos, alcanzando ciclos de tiempos mínimos en el marco de la Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública;

Que, a través de la Resolución Ministerial Nº 826-2021-MINSA, se aprobó el documento denominado "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud" la misma que en su numeral 6.1.4, señala entre otros tipos de documentos normativos, al Documento Técnico, cuya finalidad es básicamente de información u orientación a los usuarios, personal de salud y/o población general, basado en el conocimiento científico y técnico, validado por la experiencia sistematizada y documentada, y respaldado por las normas vigentes que corresponden. Por su contenido, algunos será de obligatorio cumplimiento, dentro de los cuales se encuentran, entre otros, los planes de diversa naturaleza;

Que, con Resolución Ministerial Nº 421-2022-MINSA, se aprueba el Documento Técnico: la Norma Plan de Preparación y Respuesta frente a la Viruela de Mono, cuyo objetivo general es fortalecer la capacidad de respuesta de los servicios de salud para prevenir y reducir el impacto en la morbilidad y mortalidad por la viruela del mono en la población del país, y cuyo ámbito de aplicación es de obligatorio cumplimiento para todos los órganos y unidades orgánicas del MINSA de acuerdo a sus competencias, con el propósito de contribuir a mejorar la calidad de atención de los servicios hospitalarios reduciendo el impacto negativo de las infecciones intrahospitalarias;

Que, mediante Resolución Ministerial Nº 479-2022-MINSA, se aprueba la NTS Nº 187-MINSA/DGIESP-2022, Norma Técnica de Salud para la prevención y manejo de los pacientes afectados por la viruela del mono (viruela símica)-Monkeypox, cuya finalidad es contribuir a proteger la vida y la salud de la población en riesgo o afectada por el virus de la viruela del mono (viruela Símica -Monkeypox) en la comunidad y en los establecimientos de salud, reduciendo los daños a la salud o complicaciones;

Que, mediante INFORME Nº 066-2022 OGC/HAL-GRSC, la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad





## Resolución Directoral

Cusco, 16 SEP 2022

solicita la aprobación del "Manual de Supervivencia para la Atención Ambulatoria y de Hospitalización de la Viruela Símica (Versión 01)" del Hospital Antonio Lorena 2022, documento técnico elaborado por el Servicio de Enfermedades Infecciosas y Tropicales - Departamento de Medicina", para su aprobación;

Que, atendiendo a los considerandos antes expuestos, resulta necesario aprobar el "Manual de Supervivencia para la Atención Ambulatoria y de Hospitalización de la Viruela Símica (Versión 01)", la cual tiene como objetivo disponer de una orientación básica en el manejo clínico, diagnósticos, tratamiento y medidas de bioseguridad de pacientes con Viruela Símica, en el Hospital Antonio Lorena de Cusco;

De conformidad con las atribuciones conferidas mediante Ordenanza Regional N° 082-2014-CR/GRC.CUSCO que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Antonio Lorena y la Resolución Gerencial Regional N° 0958-2022- GR CUSCO/GERESA, sobre encargo de funciones de Director Ejecutivo del Hospital Antonio Lorena;

Con las visaciones del Director de Administración, la Jefa de la Unidad de Gestión de Recursos Humanos y Asesoría Legal Externa del Hospital Antonio Lorena;

### SE RESUELVE:

**ARTÍCULO 1°.- APROBAR**, el "MANUAL DE SUPERVIVENCIA PARA LA ATENCIÓN AMBULATORIA Y HOSPITALIZACIÓN DE PACIENTES CON VIRUELA SÍMICA" (versión 01) del Servicio de Enfermedades Infecciosas y Tropicales - Departamento de Medicina del Hospital Antonio Lorena Cusco, documento que como Anexo forma parte de la presente Resolución Directoral.

**ARTÍCULO 2°.- Encargar** a la Jefatura del Servicio de Enfermedades Infecciosas y Tropicales, la implementación del Manual aprobado en el Artículo 1°, su difusión, supervisión y cumplimiento.

**REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE.**

GOBIERNO REGIONAL CUSCO  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD - CUSCO  
HOSPITAL ANTONIO LORENA  
**ORIGINAL FIRMADO**

.....  
D<sup>ca</sup> *Herbert Huero Quiñones de la Cruz*  
DIRECTOR EJECUTIVO (e)



**REVISOR:**

M.C. Renzo Vargas Gonzales – Médico Infectólogo - Tropicalista  
Servicio de Enfermedades Infecciosas y Tropicales

**DOCUMENTO:**

Este documento se basa en Guía de respuesta rápida de la OMS de *Manejo Clínico y Prevención de Infecciones y Control de la Viruela Del Mono* y otras Guías de manejo publicadas hasta la fecha de revisión. Es de uso exclusivo en el Hospital Antonio Lorena de Cusco.

## I. INTRODUCCIÓN

La viruela del simio o del mono o MPX (sigla en inglés de monkeypox) es una enfermedad zoonótica viral producida por el virus de la viruela de mono, un virus ADN que pertenece al género *Orthopoxvirus* de la familia *Poxviridae*. La enfermedad humana se identificó por primera vez en 1970 en un niño de 9 meses en la República Democrática del Congo y, desde entonces, la mayoría de los casos se han notificado en África Central (Cuenca del Congo) y África Occidental. Históricamente, el clado de la Cuenca del Congo parece ser más virulento, con una tasa de letalidad que oscila entre el 1% y el 10%, mientras que el clado de África Occidental se asocia con una tasa de letalidad inferior al 3%.

El 20 de mayo del 2022 la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de Salud (OPS/OMS) emitió una alerta epidemiológica debido al aumento de casos reportados de Viruela del Mono en 11 países. Ninguno de los casos reportados contaba con antecedentes de viaje a una zona endémica ni con nexo epidemiológico con otros casos reportados. El Director General de la OMS el 23 de julio de 2022 declaró este brote como una emergencia de salud pública de preocupación internacional y emitió recomendaciones temporales en relación con el brote. Al 13 de Julio de 2022 han sido reportados, por la Organización Mundial de la Salud (OMS), 11,082 casos confirmados a nivel mundial, repartidos en 66 países: En la región Europea corresponden 89,818 casos a 34 países, en la región de las Américas 1,880 casos de 15 países, los cuales incluyen a EE.UU. (1,052), Canadá (477), Brasil (477), Perú (46), México (35), Chile (16), Argentina (9), Colombia (7), Puerto Rico (4), Venezuela (1), Ecuador (1), Bahamas (1), Panamá (1), República Dominicana (1), Jamaica (1); 229 casos en África, 35 en el Pacífico Central, 15 en el Mediterráneo Oriental, y 5 en territorios no pertenecientes a la OMS.

En Perú, el día 26 de junio el Ministerio de Salud confirmó el primer caso de Viruela Símica en un ciudadano extranjero que radica en Lima, con 10 días de enfermedad al momento del diagnóstico, siendo aislado en su domicilio. El 01 de agosto se confirma la primera muerte asociada a Viruela Símica en un paciente varón de 45 años, VIH (+), con TARV en abandono que ingreso al Hospital Nacional Dos Mayo con cuadro de shock séptico y complicaciones asociadas a enfermedades oportunistas por VIH. Al 01 de setiembre, en Perú se registran un total de 1546 casos en 16 regiones, en la región de Cusco se han registrado 11 casos y en nuestro hospital 01 caso confirmado.

## **II. OBJETIVO**

Disponer de una orientación básica en el manejo clínico, diagnósticos, tratamiento y medidas de bioseguridad de pacientes con Viruela Símica, en el Hospital Antonio Lorena de Cusco.

## **III. POBLACIÓN OBJETIVO**

Esta orientación técnica está dirigida a los profesionales de salud de las diferentes áreas y servicios, que realizan atención ambulatoria y emergencias y que pudiesen estar involucrados en la atención de personas con sospecha o confirmación de Viruela Símica en el contexto de la alerta declarada por la Organización Mundial de la Salud y en nuestro país por el brote de esta enfermedad.

**IV. DEFINICIÓN DE CASO**

<b>Caso probable</b>			
<b>Lesión cardinal</b>	<b>Clinico</b>	<b>Epidemiológico</b>	<b>Exclusión</b>
<p>Persona de cualquier edad, que presenta un exantema agudo o lesiones de piel y mucosas múltiples o aislada en diferentes estadios, predominantemente en zona ano genital.</p>	<p>Presencia de uno o más de los siguientes síntomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Síntomas sistémicos (*fiebre, fatiga, dolor muscular, vómitos, diarrea, escalofríos, dolor de garganta y cefalea).</li> <li>Linfoadenopatías localizadas</li> <li>Dolor de garganta<sup>5</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ha tenido parejas sexuales múltiples o anónimas en los últimos 21 días</li> <li>Contacto físico directo (incluido el contacto sexual, contacto con materiales contaminados como ropa o ropa de cama) o exposición sin protección respiratoria u ocular a un caso probable o confirmado en los 21 días anteriores al inicio de los síntomas.</li> <li>Con o sin antecedente de viaje a un país con casos confirmados en los 21 días previos al inicio de los síntomas</li> </ul> <p>Ver link:  <a href="https://www.dge.gob.pe/portainuevo/vigilancia-epidemiologica/subsistema-de-vigilancia/zoooticas/viruela-del-mono/">https://www.dge.gob.pe/portainuevo/vigilancia-epidemiologica/subsistema-de-vigilancia/zoooticas/viruela-del-mono/</a></p>	<p>Cuya causa del exantema agudo ha sido identificada el diagnóstico clínico o epidemiológico; sin embargo, de cumplir con la definición de caso probable se debe realizar la obtención de muestra para viruela del mono considerando posible coinfección.</p>
<p><b>Exantema agudo:</b> caracterizado por lesiones profundas y delimitadas, generalmente con umbilicación central, cuya progresión es secuencial específica: máculas, pápulas, vesículas, pústulas y costras.</p>			
<b>Caso confirmado</b>			
<p>Persona que cumple con la definición de caso probable y tiene confirmación por resultado de laboratorio para el virus de la viruela del mono mediante prueba molecular.</p>			

- **Caso Leve:** presencia de 10 o menos lesiones en piel, sin signos de alarma, sin alteraciones en los exámenes de laboratorio, sin ningún signo de complicación clínica.
- **Caso Moderado:** entre 11 a 99 lesiones y/o hasta tres alteraciones de laboratorio (leucocitosis, plaquetopenia severa, elevación de transaminasas, elevación de la creatinina, disminución de albúmina).
- **Caso Severo:** presencia de signos de alarma y/o más de tres alteraciones de laboratorio y/o alguna complicación severa (alteración del sensorio, signos de neumonía, sepsis, hipotensión o compromiso ocular).

## V. DEFINICIONES OPERATIVAS

- **Contacto directo:** Persona expuesta al caso probable o confirmado durante el periodo de transmisibilidad (inicio de síntomas hasta la caída de las costras), mediante contacto con piel, mucosas, lesiones, fluidos corporales (p. ej., cualquier contacto sexual, salpicaduras involuntarias de la saliva en los ojos o la cavidad oral, contacto sin guantes), materiales contaminados (p. ej., ropa de cama, vendajes sucios que generen resuspensión de exudados secos), o sin uso de protección respiratoria u ocular o uso inadecuado del EPP durante la atención o realización de cualquier procedimiento.
- **Seguimiento de contactos:** Proceso de monitoreo diario de las personas que tuvieron contacto directo con el caso durante el periodo de transmisibilidad (considerar desde el último día de exposición), con la finalidad de identificar precozmente posibles casos secundarios e implementar las medidas de control para cortar la cadena de transmisión. Debe realizarse durante 21 días o hasta que presenten síntomas y signos compatibles según definición de caso (ante la presencia de un síntoma o signo el contacto deberá informar de manera inmediata al personal de epidemiología que viene realizando el seguimiento).

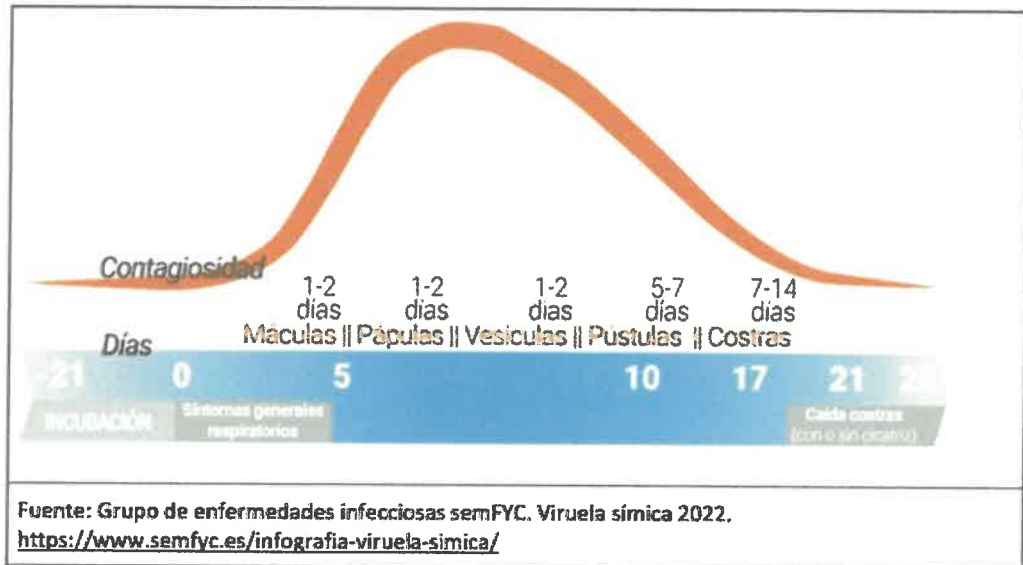
## VI. CUADRO CLÍNICO

Es fundamental la detección precoz de nuevos casos para cortar posibles cadenas de transmisión, precisando de un alto nivel de sospecha clínica.

La cronología de la enfermedad es la siguiente:

- **Período de incubación de 6-13 días (rango 5-21 días).**
- **Período de invasión,** con unos 5 días de duración: fiebre (63,8%), linfadenopatías regionales (61,2%) (diagnóstico diferencial con varicela, sarampión, viruela), astenia intensa (46,9%), mialgias (36,4%), cefalea intensa (31,9%) y dolor lumbar. La identificación en esta fase es difícil, a menos que exista un antecedente epidemiológico teniendo en cuenta el brote actual.
- **Período de lesiones cutáneas (exantema):** Aparece de forma inicial en la zona de inoculación a los 1-5 días de la fiebre. Las localizaciones más frecuentes en el brote actual son zona perineal (72,1%), extremidades (44,6%), facies (35,5%), tronco (31,9%), dorso (26,5%) y afectación palmo-plantar (24,9%).

- **Período de evolución del exantema** de mácula a pápula, vesículas, pústulas, umbilicación de pústulas y costras que se secan y caen. El número de lesiones es variable (de pocas a miles). En casos graves, coalescen y se desprenden grandes secciones de piel.



- La duración total de la enfermedad suele ser autolimitada en 2-4 semanas.
- Los síntomas o signos que más duraron según el estudio de Pittman fueron: la linfadenopatía y las lesiones cutáneas típicas (>18 días), lesiones cutáneas no características (16 días) y lesiones oculares (9 días).

## VII. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El erupción que se desarrolla en la viruela símica puede parecerse a otras enfermedades infecciosas u otras afecciones, incluido el virus de la varicela zoster (VZV, varicela), el virus del herpes simple (HSV), sífilis primaria o secundaria, infección gonocócica diseminada (IGD), fiebre aftosa, chancroide, linfogranuloma venéreo (LGV), granuloma inguinal, molusco contagioso, sarampión, sarna, rickettsia pox, chikungunya, virus zika, dengue, vasculitis y otras infecciones bacterianas de la piel y los tejidos blandos por *Staphylococcus aureus* y *Streptococcus spp.*

A menudo, la erupción presente en la varicela se puede confundir con viruela símica, pero se puede distinguir ya que en la varicela la erupción progresa más rápido, tiene una ubicación más central y no tiene lesiones en las palmas de las

manos y plantas de los pies. Los pacientes con varicela generalmente no tienen linfadenopatías.

### VIII. DIAGNÓSTICO:

El diagnóstico de la viruela símica se realiza mediante la detección de ADN viral, por medio de la técnica de reacción en cadena de la polimerasa (PCR), a partir de muestras de:

- ⇒ Exudado de vesículas o pústulas.
- ⇒ Frotis de lesiones cutáneas y raspado o recolección de costras
- ⇒ Hisopado nasofaríngeo y orofaríngeo
- ⇒ Muestra de sangre (suero).
- ⇒ No se recomienda la toma de muestras en asintomáticos o en la fase prodrómica, al menos con la evidencia actual.

**NOTA:** para realizar la pCR, se deberá primero llenar correctamente la ficha epidemiológica (ver anexo 1)

Además se deberá solicitar las siguientes pruebas de laboratorio:

- Hemograma completo, Glucosa, Urea, Creatinina, TGO, TGP, examen de orina, VSG, PCR.
- Serologías: VIH, RPR, VHC, VHB, HTLV.
- Sí paciente con séptico: hemocultivo (x2), urocultivo, procalcitonina, hemograma, glucosa, urea, creatinina, perfil hepático, VSG, PCR, electrolitos sericos, AGA, examen de orina, Rx de tórax

### IX. COMPLICACIONES:

Las complicaciones más frecuentes son encefalitis e infecciones bacterianas secundarias como bronconeumonía, sepsis severa e infección de la córnea y de la piel, entre otras. La mortalidad en los brotes ocurridos en África es de 1 - 3% en el lado de África occidental, y 10% en el de África central.

Algunos factores y condiciones de riesgo descritos que se asocian con enfermedad grave y mal pronóstico, basados en estudios observacionales pequeños, no controlados, son: niños, mujeres embarazadas, personas inmunodeprimidas (VIH en quienes no está controlada la infección, hepatitis C, hepatitis B). Las personas con afecciones cutáneas crónicas (dermatitis atópica) o lesiones agudas de piel.

Entre las complicaciones reportadas se encuentran: náuseas y vómitos, linfadenopatía cervical dolorosa que causa disfagia, linfadenopatías inguinales y axilares, ingesta oral deficiente, dolor ocular, anomalías visuales, hepatomegalia, sepsis, deshidratación por vómito y diarrea, dificultad respiratoria, neumonía, confusión, alteración de la conciencia, cambio en las características de lesiones de piel y aumento en el número de lesiones y de áreas anatómicas afectadas, cicatrices deprimidas en picahielo, infección bacteriana secundaria de la piel, cicatrices corneales y pérdida permanente de la visión en casos de compromiso ocular severo.

Algunos hallazgos observados en pruebas de laboratorio incluyen: transaminasas hepáticas elevadas (AST y/o ALT), nitrógeno ureico en sangre (BUN) bajo, albúmina baja, recuento elevado de glóbulos blancos o recuento bajo de plaquetas.

## **X. TRATAMIENTO**

### **A. INDICACIONES DE INGRESO**

Se consideran indicaciones de ingreso hospitalario de los pacientes diagnosticados de MPX las siguientes:

- Neumonía, con o sin insuficiencia respiratoria
- Encefalitis o meningitis
- Lesiones oculares con riesgo de pérdida de visión o que requieran antivirales específicos.
- Lesiones faríngeas que impidan la deglución de líquidos y/o presenten compromiso total o parcial de la vía aérea.
- Celulitis grave con compromiso orgánico o que requiera antibioterapia intravenosa.
- Fiebre persistente en pacientes inmunodeprimidos que no ceda con antitérmicos orales en 48-72 horas.
- Lesiones múltiples con dolor o prurito incontrolables con medicación oral.
- Proctitis que requiera analgesia intravenosa y/o reposo digestivo absoluto
- Signos de deshidratación
- Problema nutricional (por náuseas, vómitos o diarreas)
- Signos de sepsis
- Dolor ocular o alteración visual.

### **B. TRATAMIENTO DE SOPORTE**

→ **Profilaxis antitrombótica** (si no se garantiza deambulación por situación clínica o aislamiento).

- Enoxaparina 40mg sc cada 24 horas administrado en zona sin lesiones cutáneas.
- **Hidratación** (si intolerancia oral o inestabilidad clínica). Considerando reposición de pérdidas por afectación cutánea extensa y grandes descamaciones de piel (pauta similar a quemados).
- **Profilaxis de úlceras por estrés:**
  - Omeprazol 40mg/24h EV
- **Si proctitis:**
  - Antiinflamatorios orales.
  - Corticoides tópicos o sistémicos,
  - Antibióticos tópicos u orales para la sobreinfección bacteriana de las lesiones perianales y
  - Solución tópica a base de sulfatos de zinc y cobre para las lesiones cutáneas perianales.
- **Si lesiones oculares:**
  - Informar al paciente que debe lavarse las manos y evitar tocarse los ojos.
  - Uso de lágrimas artificiales.
  - ATB: tobramicina colirio, ciprofloxacino o ofloxacino 1gta/4h, 7 días (solo en caso de endoftalmitis o celulitis orbitaria)
- **Oxigenoterapia o VMNI** si es necesario.
- **Fiebre:**
  - Paracetamol 1g/6-8h (máx 4g/24h; máx 2g/24h si enfermedad hepática).
- **Dolor:**
  - Paracetamol 1g/6-8h (máx 4g/24h; máx 2g/24h si enfermedad hepática).
  - Ibuprofeno 400mg/8h.
  - Tramadol 50-100mg/4-6h (máx 400mg/d).
- **Prurito:**
  - Loratadina 10mg/24h (máx 40mg/d) ó hidroxicina 25mg/24h (máximo 50mg/d).
- **Piel:**
  - Cortar las uñas para evitar el rascado.
  - Lavado de manos frecuente
  - Las lesiones deben mantenerse secas y limpias (higiene con agua y jabón 1-2 veces/día).
  - Uso de antiséptico tópico (Povidona yodada diluida, gluconato de clorhexidina al 0,05-1%-).
  - Valorar la necesidad de cubrir aquellas lesiones más exudativas y de mayor riesgo de contagio, con un vendaje ligero, si exudado importante o la lesión es muy extensa.

- Lesiones ulceradas genitales: Baños de asiento con agua salina templada, baños fríos.
- Lesiones orales: Colutorio antiséptico, enjuagues con lidocaína al 1%.
- En caso de lesiones evolucionadas costrosas adheridas puede aplicarse vaselina en capa fina tras la higiene para ayudar a decostrar.

→ **Nutrición:**

- Dieta sin sal ni alimentos ácidos si tolerancia oral.
- Valorar uso de saliva anestésica (gingisona o similares) antes de las comidas.

→ **Ansiedad:**

- Diazepam 5-10mg/8h (máx 1 semana)

→ **Antibióticos:**

- Cefalexina oral, 500 mg cada 8-12 horas, 5 días.
- Clíndamicina oral, 300-600 mg cada 8 horas, 7 días.
- Trimetoprim/sulfametoxazol oral, 160/800 cada 12 horas, 5-10 días.

→ **Antivirales:**

- A nivel internacional existe acceso limitado a antivirales, recomendándose su uso sólo bajo ensayos clínicos aleatorizados con registro de datos clínicos y de resultados estandarizados para aumentar rápidamente la generación de evidencia sobre eficacia y seguridad.

FÁRMACO	Tecovirimat	Cidofovir
POSOLÓGIA	<p>Oral:</p> <p>13-25 kg: 200 mg/12 horas</p> <p>25-40 kg: 400 mg/12 horas</p> <p>&gt; 40 kg: 600 mg /12 horas</p> <p>Cápsulas 200 mg.</p> <p>Viales 200 mg/20 ml (se pueden abrir y mezclar el contenido con alimentos o líquidos, o pasar por SNG)</p>	<p>IV:</p> <p>5 mg/kg IV dosis única semanal.</p> <p>Previo a la administración:</p> <p>Hidratación: perfusión intravenosa: 20 ml/kg, solución salina al 0,9% (máx.: 1000 ml), 1 h antes de la dosis, velocidad constante en bomba de perfusión. 20 ml/kg más durante 1-3 h simultánea o inmediatamente después de perfusión de cidofovir.</p> <p>Asociar siempre con probenecid oral: 25-40 mg/kg 3 h antes (máx.: 2000 mg) y 10-20 mg/kg (máx.: 1000 mg) tras 2 y 8 h de completar la perfusión. Para reducir náuseas o vómitos asociados a probenecid, tomar alimento antes de cada dosis o administrar antiemético.</p> <p>Viales 75 mg/ml</p> <p>Una vez a la semana, dos semanas. Evaluación posterior y administrar cada dos semanas.</p>
DURACIÓN	14 días (se puede plantear mayor duración en inmunodeprimidos)	una dosis/semana, durante dos a cuatro semanas.

- En caso que el paciente reciba TARV (terapia antiretroviral) esta deberá continuar durante la hospitalización, previa coordinación con el servicio de Infectología y CERITS.

→ **Inmunoglobulina Vacunal Intravenosa:**

- No hay evidencia de su utilidad.

→ **Vacunas:**

- Por ahora no se recomienda la vacunación masiva a la población general. Existen dos vacunas licenciadas, que no están disponibles en el país.
- ACAM2000: Fue aprobada en 2007 para el tratamiento de la viruela, contiene virus vivo vaccinia replicante atenuado.
- JYNNEOS: Aprobada el año 2019 para viruela y viruela del mono. Contiene un virus vaccinia no replicante.

**XI. CODIFICACIÓN CIE 10**

CODIGO	DIAGNOSTICOS
L08	Infecciones cutáneas bacterianas
L270	Erupción secundaria a fármacos

CODIGO	PROCEDIMIENTOS
D7287	Colección de muestra citológica exfoliativa
87999.01	Toma de Muestra por Hisopado
36415	Colección de sangre venosa por venipuntura
99401	Consejería Integral
99499.10	Telemonitoreo
99499.08	Teleorientación
99402.05	Orientación/consejería en prevención de ITS, VIH, hepatitis B

CODIGO	DIAGNOSTICOS
B04X	Viruela de los Monos
B230	Síndrome de infección aguda debida a VIH
B24X	SIDA
Z21X1	Infección por VIH sin SIDA
B05	Sarampión
B01	Varicela
B02	Herpes Zoster
B027	Herpes Zoster diseminado
A440	Bartonelosis sistémica
A791	Rickettsiosis
A51	Sífilis

## **XII. LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN:**

Deberá realizarse limpieza y desinfección recurrente y terminal en las diferentes áreas en donde se prestan servicios de salud, de acuerdo con los protocolos de la institución: **NO SACUDA EL POLVO NI BARRA SUPERFICIES EN SECO PARA EVITAR DISPERSAR PARTÍCULAS INFECCIOSAS.**

El proceso de limpieza deberá realizarse con detergentes que sean de uso hospitalario; para la desinfección deberá utilizarse un producto con registro que especifique si es de nivel intermedio o alto y si está indicado para superficies y equipos biomédicos. En general, los productos a utilizar son los desinfectantes de nivel intermedio como por ejemplo los clorados (hipoclorito de sodio, dicloroisocianurato de sodio y cloro orgánico), amonios cuaternarios, entre otros.

## **XIII. ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL**

Los EPP utilizados por el personal de salud que presta la atención, deben incluir para cada paciente, los siguientes:

- Bata
- Guantes
- Protección para los ojos (es decir, gafas protectoras o un protector facial que cubra el frente y los lados de la cara)
- Respirador N95 o FPP2.

## **XIV. MANEJO DE ROPA HOSPITALARIA**

Para el lavado de la ropa de cama, toallas y batas usadas durante la atención del paciente, se recomienda el uso de agua caliente a más de 60 grados y detergente, de acuerdo a los protocolos de la institución. Manipular la ropa utilizada por el paciente con guantes, evitando sacudirla.

## **XV. MANEJO DE CADÁVERES**

- Evitar al máximo la manipulación de los cadáveres, es decir, el contacto directo con sangre o fluidos corporales del cadáver, asegurándose de evitar cualquier fuga de fluido corporal.
- Recomiende a la familia no besar ni tocar el cuerpo de su familiar fallecido.

Si es inevitable manipular el cadáver, se recomienda lo siguiente:

- Manipular los cadáveres garantizando los principios de precaución y dignidad humana, el respeto por las creencias religiosas y la cosmogonía de las comunidades étnicas.

- Realizar el lavado de manos antes y después de la manipulación del cadáver, ya que los pacientes con erupciones que no han sanado aún pueden tener presencia del virus.
- Fortalecer el uso de EPP (guantes, bata, respirador N95 o FFP2 y protección ocular) para el personal que manipule los cadáveres desde el deceso hasta la disposición final, teniendo en cuenta el mecanismo de transmisión del virus descrito previamente.
- Verificar que el personal que manipula los cadáveres cuente con el esquema de vacunación, dando énfasis a la vacuna de hepatitis B, Covid -19 y meningococo.
- Los prestadores de servicios de salud deben colocar el cadáver en bolsa específica para cadáveres de 150 micras o más de espesor, resistentes a la filtración de líquidos, mientras estén en el depósito y durante el traslado al sitio de disposición final. Así mismo, realizar la desinfección de la bolsa previamente al traslado.
- El cadáver debe estar identificado para su traslado, inhumación o cremación y debe contar con las autorizaciones de ley para su disposición final.
- Se recomienda realizar los procesos de limpieza y desinfección terminal de toda la zona y elementos utilizados, después de retirar el cadáver en la morgue, salas de velación y carros fúnebres.
- Las prácticas de embalsamamiento, tanatopraxia u otros alistamientos de cadáver quedan restringidas.
- Para el acompañamiento por parte familiares o amigos para la despedida del fallecido en el sitio de destino final (cementerio), es necesario evitar la generación de aglomeraciones. Estas medidas deben ser informadas por la administración del cementerio.

## XVI. BIBLIOGRAFÍA

1. Boghuma K Titanji, Bryan Tegomoh, Saman Nematollahi, Michael Konomos, Prathit A Kulkarni, Monkeypox: A Contemporary Review for Healthcare Professionals, *Open Forum Infectious Diseases*, Volume 9, Issue 7, July 2022, ofac310, <https://doi.org/10.1093/ofid/ofac310>
2. OMS. Second meeting of the International Health Regulations (2005) (IHR) Emergency Committee regarding the multi-country outbreak of monkeypox 23 July 2022.
3. Federación de asociaciones científicas médicas españolas (FACME). Diagnóstico diferencial de lesiones cutáneas de Virula del Mono. Julio 2022
4. WHO, Clinical management and infection prevention and control for monkeypox. Interim rapid response guidance (10 June 2022). <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MPX-Clinical-and-IPC-2022.1>
5. Siegel JD et al. 2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings. May 2022. CDC. <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/isolation/index.html>
6. Jezek Z, Grab B, Szczeniowski MV, Paluku KM, Mutombo M Human monkeypox: secondary attack rates Bull World Health Organ 1988;66(4):465-70 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2844429>, accessed 9 June 2022)
7. Brown K, Leggat PA Human monkeypox: current state of knowledge and implications for the future Trop Med Infect Dis 2016;1(1) (<http://dx.doi.org/10.3390/tropicalmed1010008>, accessed 9 June 2022)
8. Bunge EM, Hoet B, Chen L, Lienert F, Weidenthaler H, Baer LR, et al The changing epidemiology of human monkeypox - a potential threat? A systematic review PLoS Negl Trop Dis 2022;16(2):e0010141 (<https://journals.plos.org/plosntds/article/file?id=10.1371/journal.pntd.0010141&type=printable>, accessed 9 June 2022)
9. Beer EM, Rao VB A systematic review of the epidemiology of human monkeypox outbreaks and implications for outbreak strategy PLoS Negl Trop Dis 2019;13(10):e0007791 (<http://dx.doi.org/10.1371/journal.pntd.0007791>, accessed 9 June 2022)
10. Pittman PR, Martin JW, Placide M, Muyembe JJT, Wan Q, Reynolds M, et al Clinical characterization of human monkeypox infections in the Democratic Republic of the Congo medRxiv 2022 (<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2022.05.26.22273379v1>, accessed 9 June 2022)
11. Petersen E, Kantele A, Koopmans M, Asogun D, Yinka-Ogunleye A, Ihekweazu C, et al Human monkeypox: epidemiologic and clinical characteristics, diagnosis, and prevention Infect Dis Clin North Am

- 2019;33(4):1027-43 (<http://dx.doi.org/10.1016/j.idc.2019.03.001>, accessed 9 June 2022)
12. McCollum AM, Damon IK Human monkeypox *Clin Infect Dis* 2014;58(2):260-7 (<http://dx.doi.org/10.1093/cid/cit703>, accessed 9 June 2022)
  13. Damon IK Status of human monkeypox: clinical disease, epidemiology and research *Vaccine* 2011;29 Suppl 4:D54-9 ([https://www.researchgate.net/publication/258043776\\_Human\\_Monkeypox](https://www.researchgate.net/publication/258043776_Human_Monkeypox), accessed 9 June 2022)
  14. Adler H, Gould S, Hine P, Snell LB, Wong W, Houlihan CF, et al Clinical features and management of human monkeypox: a retrospective observational study in the UK *Lancet Infect Dis* 2022 ([http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099\(22\)00228-6](http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099(22)00228-6), accessed 9 June 2022)
  15. Weinstein RA, Nalca A, Rimoin AW, Bavari S, Whitehouse CA Reemergence of monkeypox: prevalence, diagnostics, and countermeasures *Clin Infect Dis* 2005;41(12):1765-71 (<http://dx.doi.org/10.1086/498155>, accessed 9 June 2022).
  16. Informe Técnico No 035-2022-UIE-CNSP/INS. Estudios diagnósticos ante la posibilidad de ocurrencia de casos de viruela de mono "monkeypox" en el Perú
  17. Ministerio de la Sanidad. Gobierno de España. Documento de consenso sobre manejo de la Viruela del Mono en pacientes ambulatorios. 05 de agosto del 2022.
  18. Ministerio de la Sanidad. Gobierno de España. Documento de consenso sobre manejo de la Viruela del Mono en pacientes hospitalizados. 05 de agosto del 2022.
  19. Hughes C, McCollum A., Pukuta E., et al. Ocular complications associated with acute monkeypox virus infection, DRC. 16th ICID Abstracts. *International Journal of infectious diseases* 21S (2014). DOI:<https://doi.org/10.1016/j.ijid.2014.03.994>.
  20. Reynolds MG, McCollum AM, Nguete B, Shongo Lushima R, Petersen BW. Improving the Care and Treatment of Monkeypox Patients in Low-Resource Settings: Applying Evidence from Contemporary Biomedical and Smallpox Biodefense Research. *Viruses*. 2017 Dec 12;9(12):380.
  21. Semba R.D. The ocular complications of smallpox and smallpox immunization. *Arch. Ophthalmol.* 2003;121:715– 719. doi: 10.1001/archophth.121.5.715.
  22. Orviz E et al. Monkeypox outbreak in Madrid (Spain): clinical and virological aspects. *J Infect.* 2022 Jul 10;S0163- 4453(22)00415-7. doi: 10.1016/j.jinf.2022.07.005. Online ahead of print. PMID: 35830908
  23. De Nicolas-Ruanes B et al. Monkeypox virus case with maculopapular exanthem and proctitis during the Spanish outbreak in 2022. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2022 Jun 8. doi: 10.1111/jdv.18300. Online ahead of print. PMID: 35675097

24. <sup>11</sup> Hutson CL, Kondas AV, Mauldin MR, Doty JB, Grossi IM, Morgan CN, et al. Pharmacokinetics and Efficacy of a Potential Smallpox Therapeutic, Brincidofovir, in a Lethal Monkeypox Virus Animal Model. *mSphere*. 2021 Feb 3;6(1):e00927-20. doi: 10.1128/mSphere.00927-20. Erratum in: *mSphere*. 2021 Feb 17;6(1): PMID: 33536322; PMCID: PMC7860987.
25. <sup>12</sup> Chan-Tack K, Harrington P, Bensman T, Choi SY, Donaldson E, O'Rear J, et al. Benefit-risk assessment for brincidofovir for the treatment of smallpox: U.S. Food and Drug Administration's Evaluation. *Antiviral Res*. 2021 Nov;195:105182. doi: 10.1016/j.antiviral.2021.105182. Epub 2021 Sep 25. PMID: 34582915.
- 13 Yong SEF, Ng OT, Ho ZJM, Mak TM, Marimuthu K, Vasoo S, et al. Imported Monkeypox, Singapore. *Emerg Infect Dis*. 2020 Aug;26(8):1826-1830. doi: 10.3201/eid2608.191387. Epub 2020 Apr 27. PMID: 32338590; PMCID: PMC7392406.
26. <sup>14</sup> Meyer H, Ehmann R, Smith GL. Smallpox in the Post-Eradication Era. *Viruses*. 2020 Jan 24;12(2):138. doi: 10.3390/v12020138. PMID: 31991671; PMCID: PMC7077202.
- 15 Hutson CL, Kondas AV, Mauldin MR, Doty JB, Grossi IM, Morgan CN, et al. Pharmacokinetics and Efficacy of a Potential Smallpox Therapeutic, Brincidofovir, in a Lethal Monkeypox Virus Animal Model. *mSphere*. 2021 Feb 3;6(1):e00927-20. doi: 10.1128/mSphere.00927-20. Erratum in: *mSphere*. 2021 Feb 17;6(1): PMID: 33536322; PMCID: PMC7860987
27. 9. Sociedad Chilena de Infectología: Recomendaciones para el Manejo Clínico de Probables Casos de Viruela del Mono (Versión 1.0) 15 de junio 2022.
28. 10. Guidelines for pregnant individuals with monkeypox virus exposure Pradip Dashraath, Et al. *The Lancet* 2022. Published Online June 21, 2022 [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01063-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01063-7)
29. Ministerio de salud. Gobierno de Chile. Orientación Técnica del Manejo clínico de Viruela Símica. 1ra Edición. 2022
30. Ministerio de Salud. Gobierno del Perú. Manual de registro y coficación de consulta externa en HIS MINSA Viruela del Mono. Julio 2022.
31. Ministerio de Salud y Pretección Social. Gobierno de Colombia. Lineamientos para el abordaje de los casos y recomendaciones para su prevención. Agosto 2022
32. Ministerio de Salud. Gobierno del Perú. NTS N°187-MINSA/DGIESP-2022. Norma técnica de salud para la prevención y manejo de los pacientes afectados por viruela del mono (viruelas símica) – Monkeypox. Agosto 2022.





Hospital Antonio Lorena Cusco  
Servicio de Enfermedades Infecciosas y Tropicales (SEIT-HAL)  
Oficina de Inteligencia Sanitaria – Epidemiología

**FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN DE PACIENTES CON CASOS SOSPECHOSO/CONFIRMADO DE VIRUELA DE MONO**

