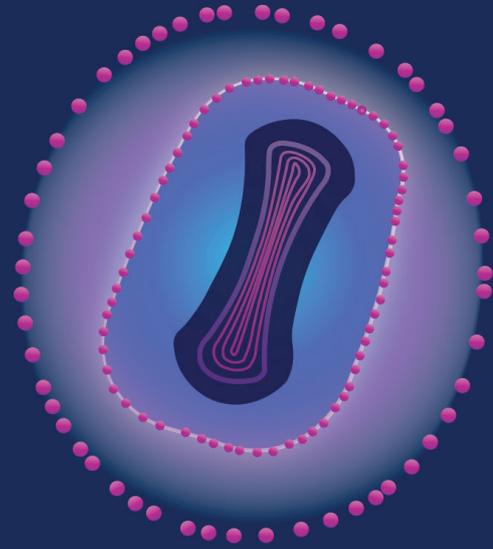
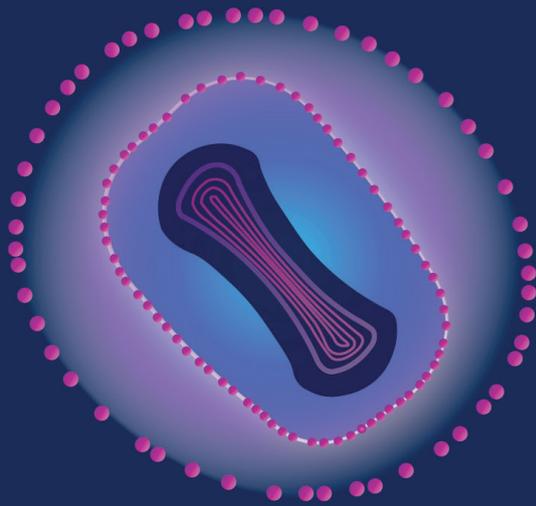




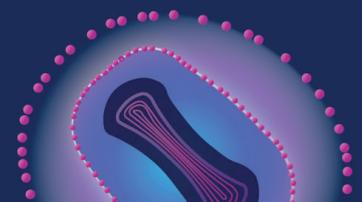
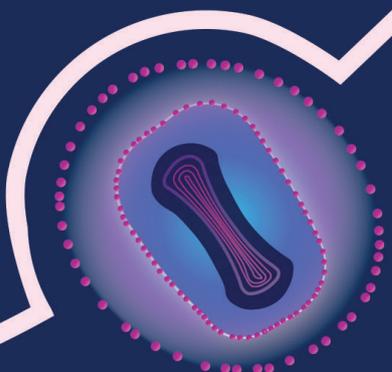
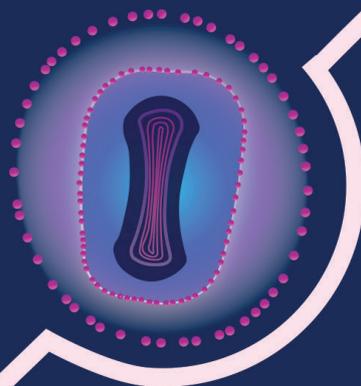
Organización
Mundial de la Salud



EL MANEJO CLÍNICO Y LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DE LA INFECCIÓN DE LA VIRUELA SÍMICA

Guía provisional de respuesta rápida

10 de junio de 2022



EL MANEJO CLÍNICO Y LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DE LA INFECCIÓN DE LA VIRUELA SÍMICA

.....
Guía provisional de respuesta rápida
10 de junio de 2022

© **Organización Mundial de la Salud 2022.**

Algunos derechos reservados. Esta obra está disponible en virtud de la licencia [CC BY-NC-SA 3.0 IGO](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/).

WHO reference number: WHO/MPX/Clinical_and_IPC/2022.1

CONTENIDO

Agradecimientos	v
Abreviaturas	vii
Resumen ejecutivo	ix
Resumen de las recomendaciones	x
1. Metodología	1
2. Caracterización clínica	3
2.1 Introducción	3
2.2 Evolución natural y gravedad de la enfermedad	3
2.3 Signos y síntomas	3
2.4 Diagnóstico diferencial	4
2.5 Transmisión y excreción viral	5
2.6 Mujeres embarazadas o en puerperio.	6
2.7 Efectos a medio y largo plazo	6
2.8 Resumen de la atención clínica y la prevención y el control de la infección	6
3. Cribado, triaje, aislamiento y evaluación clínica (3 recomendaciones)	7
4. El manejo clínico de casos leves o sin complicaciones de viruela símica (9 recomendaciones)	10
4.1 Consideraciones generales para los entornos de atención comunitarios	10
4.2 Cuestiones en materia de PCI en la comunidad.	11
4.3 Aspectos clínicos.	13
4.4 El manejo clínico de las lesiones cutáneas	14
5. La atención de la salud mental de los pacientes con viruela símica (2 recomendaciones)	16
6. Antivirales y otros tratamientos (1 recomendación)	18
6.1 Antivirales	18
6.2 Inmunoglobulina	19
7. La prevención y el control de infecciones en los establecimientos de salud (7 recomendaciones)	20
7.1 Cuestiones en materia de PCI para casos presuntos de viruela símica	20
7.2 Cuestiones en materia de PCI para casos confirmados de viruela símica	21

8. Consideraciones para poblaciones específicas (9 recomendaciones)	24
8.1 El cuidado de las poblaciones sexualmente activas (2 recomendaciones).	24
8.2 El cuidado de las mujeres embarazadas y en puerperio (4 recomendaciones)	25
8.3 El cuidado de los lactantes y los niños de corta edad con viruela símica (2 recomendaciones).	27
8.4 Alimentación de lactantes con madres infectadas por el virus de la viruela símica (1 recomendación)	28
9. El manejo clínico de los pacientes de alto riesgo y de aquellos con complicaciones o viruela símica grave (2 recomendaciones)	29
10. El cuidado de los pacientes con viruela símica tras la infección aguda (1 recomendación).	32
11. Manejo de pacientes fallecidos (1 recomendación)	33
12. Manejo de trabajadores de la salud expuestos a contagio (1 recomendación)	34
13. La recogida de datos normalizados y la plataforma de datos clínicos de la OMS	35
14. Incertidumbres y áreas de investigación.	36
Definiciones	37
Referencias	39
Anexos	
Anexo 1. Definición de casos de la OMS para los brotes de viruela símica en países no endémicos.	46
Anexo 2. Medicamentos y posología para el tratamiento sintomático	48
Anexo 3. Recomendaciones de antimicrobianos y posología para las infecciones cutáneas bacterianas	49
Anexo 4. Resumen de la concesión regulatoria de licencias de antivirales para la viruela símica	50
Anexo 5. Ruta asistencial de un paciente con viruela símica	55

AGRADECIMIENTOS

La Organización Mundial de la Salud (OMS) desea expresar su agradecimiento a todas las personas que han colaborado para que este proceso fuera rápido, eficiente, confiable y transparente.

Equipo central de la OMS responsable de esta guía: (en orden alfabético) April Baller (directora, Prevención y Control de Infecciones [PCI], Fortalecimiento de la Preparación de los Países, Programa de Emergencias Sanitarias [WHE, por sus siglas en inglés]); Vanessa Cramond (WHE); Janet V Diaz (directora, Unidad de Operaciones y Manejo Clínico, Fortalecimiento de la Preparación de los Países, WHE); Krutika Kuppalli (Unidad de Enfermedades Emergentes y Zoonosis, WHE); Marta Lado (WHE); Rosamund Lewis (Preparación Mundial frente a Peligros Infecciosos/Unidad de Enfermedades Emergentes y Zoonosis, WHE); Julie Viry (oficial del proyecto, WHE); Victoria Willet (Unidad PCI, WHE). Un agradecimiento especial a SHOC por proporcionar el apoyo informático para las reuniones (AEM/WHE).

Comité directivo de la OMS: Benedetta Allegranzi (responsable del contenido técnico, PCI, Servicios Integrados de Salud); Lisa Askie (Departamento de Garantía de la Calidad de las Normas y Reglamentaciones); Silvia Bertagnolio (División de Enfermedades Transmisibles y No Transmisibles); Mercedes Bonet-Semanas (Salud Sexual y Reproductiva e Investigación); Astrid Chojnacki (PCI, WHE, Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental); Landry Cihambanya (PCI, WHE, Oficina Regional de la OMS para África); Georgio Commetti (personal de salud); Ana Paula Coutino Rehse (Unidad de Gestión de Amenazas Infecciosas, Oficina Regional de la OMS para Europa); Kirrily de Polnay (Departamento de Nutrición y Seguridad Alimentaria); Meg Doherty (Programa Mundial sobre la Infección por el VIH, las Hepatitis y las Enfermedades de Transmisión Sexual); Luca Fontana (Logística Técnica y de Salud, WHE); Fahmy Hanna (Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias); Ivan Ianov (Salud Ocupacional y Seguridad en el Trabajo); Kathryn Johnston (Gestión de Amenazas Infecciosas, Organización Panamericana de la Salud [OPS]); Manish Kakkar (Manejo de Casos, WHE, Oficina Regional de la OMS para Asia Sudoriental); Edna Karra (Salud Sexual y Reproductiva e Investigación); Chiori Kodama (responsable de Manejo de Casos, WHE, Oficina Regional de la OMS para el Mediterráneo Oriental); Marta Lado Castro-Rial (Manejo de Casos, WHE); Rosamund Lewis (Preparación Mundial frente a Peligros Infecciosos/Enfermedades Zoonóticas Emergentes, WHE); Stacey Mearns (Equipo de Apoyo Rápido de Salud Pública del Reino Unido, adscrito al programa de PCI de la OMS, WHE); Antons Mozalevskis (Programa Mundial contra la Tuberculosis); Deus Mumbangizi (Reglamentación y Precalificación); Pierre Yves Oger (WASH, UNICEF); Pilar Ramón Pardo (Departamento de Enfermedades Transmisibles y Determinantes Ambientales de la Salud, OPS); Dina Pfeifer (responsable de Manejo de Casos, WHE, Oficina Regional de la OMS para Europa); Kamara Rashidatu (responsable de Manejo de Casos, WHE, Oficina Regional de la OMS para África); Ludovic Reveiz (Departamento de Evidencia e Inteligencia para la Acción en Salud, OPS); Aparna Shah (Departamento de Desarrollo de los Sistemas de Salud, Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental); Alice Simniceanu (Unidad de Enfermedades Emergentes y Zoonosis, WHE); Valeska Stempluk (OPS/Oficina de la OMS para Jamaica, Bermudas y las Islas Caimán); Omar Sued (Departamento de Enfermedades Transmisibles y Determinantes Ambientales de la Salud, OPS); Nishijima Takeshi (responsable de Manejo de Casos, WHE, Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental); Maha Talaat (RAM y PCI, Oficina Regional de la OMS para el Mediterráneo Oriental); Joao Toledo (PCI, Servicios Integrados de Salud); Wilson Were (Salud de la Madre, el Recién Nacido, el Niño y el Adolescente); Teodora Wi (Programa Mundial sobre la Infección por el VIH, las Hepatitis y las Enfermedades de Transmisión Sexual); Pushpa Wijesinghe (responsable de Manejo de Casos, WHE, Oficina Regional de la OMS para Asia Sudoriental); Marjam Esmail (UNICEF); Jerome Pfaffman (UNICEF).

Agradecimiento especial merece el **Grupo de Elaboración de Directrices (GED)** por sus contribuciones y revisiones: Copresidentes: Tochi Okwor (Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades de Nigeria, Nigeria); Tom Fletcher (Escuela de Medicina Tropical de Liverpool, hospitales universitarios de Royal Liverpool y Broadgreen NHS Trust, Liverpool, Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte); Rodrigo Angerami (Hospital de Clínicas de la Universidad de Campinas/UNICAMP, Brasil); Enrique Castro-Sánchez (Universidad de West London, Imperial College London; Universitat Oberta de Catalunya, España); Nizam Damani (Southern Health and Social Care Trust, Reino Unido; Instituto Sindh de Urología y Transplantes, Pakistán); Jake Dunning (director de Infecciones Emergentes y Zoonosis, Public Health England); Cândida Fernandes (Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Central, Portugal); Carole Fry (Agencia de Protección de la Salud del Reino Unido); Lindsay Grayson (Universidad de Melbourne, Austin Health, Melbourne, Australia); Lisa Hensley (Departamento de Agricultura de los Estados Unidos, EE.UU.); Thierry Kalonji, Ministro de Salud, Kinshasa,

República Democrática del Congo); Jason Kindrachuk (Universidad de Manitoba, Canadá); Aaron Kofman (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades [CDC, por sus siglas en inglés], Atlanta, Georgia, EE.UU.); Fernanda Lessa (CDC, Atlanta, Georgia, EE.UU.); Laurens Liesenborghs (Instituto Belga de Medicina Tropical, Bélgica); Kalisvar Marimuthu (Centro Nacional de Enfermedades Infecciosas, Hospital Tan Tock Seng, Singapur); Placide Mbala (Instituto Nacional de Investigación Biomédica, República Democrática del Congo); Geeta Mehta (Lady Hardinge Medical College, Nueva Delhi, India); Marc Mendelson (Hospital Groote Schuur, Universidad de Cape Town, Sudáfrica); Emmanuel Nakoune (Instituto Pasteur de Bangui y Universidad de Bangui, República Centroafricana); Pius Okong (Comisión de Servicios de Salud, Kampala, Uganda); Diamantis Plachouras (Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades); Anne Rimoin (UCLA Jonathan and Karin Fielding School of Public Health and Infectious Disease Division, Facultad de Medicina David Geffen, EE.UU.); Mitchell Schwaber (Centro Nacional para el Control de Infecciones, Ministerio de Salud de Israel); Elena Sendagorta (Hospital universitario La Paz, España); Mark Sobsey (Escuela de Salud Pública Global UNC Gillings, Universidad de North Carolina en Chapel Hill, EE.UU.); Shalini Sri Ranganathan (Universidad de Colombo, Sri Lanka); Julian Tang (Hospital universitario de Leicester, Reino Unido); Margarida Tavares (São João University Hospital Centre, Programa Nacional contra la Infección por el VIH y otras ITS, España); Pierre Van de Perre (Universidad de Montpellier, Francia); Laura Waters (University College London, Reino Unido); Adesola Yinka (Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades de Nigeria).

Un agradecimiento especial a los siguientes colaboradores por sus contribuciones al borrador de la guía práctica sobre la viruela símica, elaborada por la OMS: Alexandra Hill, Rosamund Lewis, Nohelly Nombela, Bernard Onoja y Nikola Sklenovska, en estrecha colaboración con Andrea McCollum y Brett Peterson de la Subdivisión de Poxvirus y Rabia de los CDC de los Estados Unidos; y con el apoyo de los siguientes expertos independientes: Jake Dunning, Placide Mbala y Dimie Ogoina.

Por último, muchas gracias a Karren Staniforth (consultor clínico científico, Agencia de Seguridad de la Salud del Reino Unido); Ginny Moore (Grupo de Bioseguridad, Microbiología del Aire y del Agua, Agencia de Seguridad de la Salud del Reino Unido); y Thomas Pottage (Grupo de Bioseguridad, Microbiología del Aire y del Agua, Agencia de Seguridad de la Salud del Reino Unido) por realizar una revisión rápida de literatura sobre el uso del cloro durante el lavado de las sábanas/prendas de cama de pacientes con viruela símica, algo que puede reducir de forma sustancial el riesgo de transmisión del virus.

ABREVIATURAS

ABCD	vías respiratorias, respiración, circulación, discapacidad
ACH	renovaciones de aire por hora
AGP	procedimiento que genera aerosoles
AII	aislamiento para infecciones transmitidas por el aire
AVPU	alerta, responde a la voz, responde al dolor, sin respuesta (escala)
CC	cuenca del Congo
CDC	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades
DI	declaración de intereses
ECA	ensayo controlado aleatorizado
ECG	electrocardiograma
EI	enfermedad infecciosa
EMA	Agencia Europea de Medicamentos
EPP	equipo de protección personal
FDA	Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos
FFR	respirador con máscara filtrante
FICR	Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja
FR	frecuencia respiratoria
GED	Grupo de Elaboración de Directrices
HITI	Herramienta Interinstitucional de Triage Integral (OMS/FICR)
HSH	hombres que tienen relaciones sexuales con hombres
IMC	índice de masa corporal
IO	intraóseo
ITS	infecciones de transmisión sexual
IV	intravenoso
LGV	linfogranuloma venéreo
MR	multirresistente
MEURI	Uso de Emergencia Monitoreado de Intervenciones No Registradas y Experimentales
NUS	nitrógeno ureico en sangre
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAAN	pruebas de amplificación del ácido nucleico
PAS	presión arterial sistólica
PB	perímetro braquial (en niños)
PCI	prevención y control de infecciones
PCR	reacción en cadena de la polimerasa
PNH	primates no humanos
PPE	profilaxis posterior a la exposición
RT-PCR	reacción en cadena de la polimerasa en tiempo real
SASM	Staphylococcus aureus sensible a la meticilina
SASM-AC	Staphylococcus aureus sensible a la meticilina adquirido en la comunidad
SDRA	síndrome de dificultad respiratoria aguda
TAR	terapia antirretroviral
TCC	terapia cognitivo-conductual

TL	tasa de letalidad
VHS	virus del herpes simple
VIG	vacuna de inmunoglobulina
VS	viruela símica
VVZ	virus de la varicela zóster
WBC	recuento de leucocitos
WHE	Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS

RESUMEN EJECUTIVO

En 1970, doce años después del descubrimiento en 1958 de un nuevo orthopoxvirus en un laboratorio danés, se describió el primer caso de viruela símica (VS) en humanos en un niño de 9 meses de la República Democrática del Congo (1,2). Desde entonces la mayoría de los casos se han notificado en África Central y Occidental (1). Las erupciones cutáneas de la VS pueden parecerse a otras enfermedades infecciosas (EI), como el virus de la varicela zóster (VVZ), el virus del herpes simple (VHS) y la sífilis. Desde el 6 de junio de 2022 se han notificado a la OMS un total de 1002 casos confirmados de VS mediante pruebas de laboratorio en 29 Estados Miembros de Europa y América del Norte, en cuatro regiones de la OMS, aunque no se ha notificado ninguna muerte. Hasta la fecha, el brote actual de VS se concentra en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH) y se ha identificado predominantemente entre hombres que acuden a centros de atención primaria y consultorios de salud sexual con síntomas similares a otras infecciones de transmisión sexual (ITS). Para obtener la información actualizada sobre el número de casos, consulte el sitio web (🌐).

Dado que este brote epidémico afecta a varios países, la OMS ha elaborado una guía provisional de respuesta rápida para el manejo clínico y la prevención y el control de la infección (PCI) de la VS. Para más detalles acerca de esta cuestión, véase la Sección 1 sobre metodología.

Público destinatario

El presente documento ofrece orientaciones provisionales para facultativos, gerentes de establecimientos de salud, trabajadores de la salud y profesionales de PCI, entre los que se incluyen quienes trabajan en centros de atención primaria, consultorios de salud sexual, servicios de urgencias, clínicas dentales, clínicas de EI, clínicas genitourinarias, servicios de maternidad, pediatría, ginecología y obstetricia, y establecimientos de atención de agudos que proporcionan atención a pacientes con infección presunta o confirmada por VS. Con el propósito de facilitar la consulta, a lo largo del documento se utilizará el término «presunto» para referirse a los pacientes que están siendo evaluados y entran en la ruta asistencial de la VS, lo que abarca a ambos grupos epidemiológicos (casos presuntos y casos probables).

RESUMEN DE LAS RECOMENDACIONES

Cribado, triaje, aislamiento y evaluación clínica

La OMS recomienda:

- En el primer punto de contacto con el sistema de salud, realizar el cribado y el triaje de todas las personas que presenten una erupción cutánea y fiebre o linfadenopatía, según la definición de casos de la OMS adaptada al contexto local (6), a fin de identificar los casos presuntos o confirmados de VS.
- Tras el cribado y el aislamiento, hacer un triaje de los casos presuntos de VS utilizando para ello un instrumento de triaje normalizado (como la Herramienta Interinstitucional de Triage Integral, HITI, de la OMS/FICR); y evaluar al paciente para determinar los factores de riesgo y la gravedad de la enfermedad.
- Realizar pruebas a los pacientes con presunción clínica de VS.

El manejo clínico de casos leves o sin complicaciones de viruela símica

La OMS recomienda:

- Los pacientes con infección presunta o confirmada por VS leve y sin complicaciones, y que no presentan un alto riesgo de complicaciones, pueden aislarse en casa durante el período infeccioso, siempre que una evaluación del hogar establezca que los requisitos de PCI se cumplen en el entorno domiciliario.
- Se debe realizar una evaluación del hogar antes de decidir el aislamiento y la atención de una persona con infección presunta o confirmada por VS leve y sin complicaciones en un entorno domiciliario.
- Un paciente con VS leve y sin complicaciones que recibe atención en el domicilio debe aislarse en un espacio separado de los demás miembros del hogar y lejos de las áreas comunes de la casa (es decir, en un dormitorio independiente o en un espacio separado por una cortina o pantalla).
- Debe tenerse precaución durante la manipulación y la limpieza de las sábanas, las superficies del hogar y durante la eliminación de desechos.
- Debe administrarse tratamiento sintomático a los pacientes con VS, como antipiréticos para la fiebre y analgésicos para el dolor.
- Debe evaluarse el estado nutricional de los pacientes con VS y que estos dispongan de nutrición suficiente y rehidratación adecuada.
- Se debe asesorar a los pacientes que presentan VS leve sobre los signos y los síntomas de complicaciones que deben llevarlos a buscar atención urgente.
- Debe administrarse tratamiento conservador de las lesiones de la erupción según su etapa, con la finalidad de aliviar las molestias, acelerar la curación y prevenir las complicaciones, como las infecciones secundarias o la exfoliación.
- No debe administrarse tratamiento ni profilaxis con antibióticos para pacientes con VS sin complicaciones. Sin embargo, debe vigilarse la posible aparición de infección bacteriana secundaria en las lesiones (es decir, celulitis, abscesos) y si está presente tratarla con antibióticos con actividad contra la flora cutánea normal, incluido el *Streptococcus pyogenes* y el *Staphylococcus aureus* sensible a la meticilina (SASM).

Atención de la salud mental de los pacientes con viruela símica

La OMS recomienda:

- Debe realizarse una identificación y evaluación temprana de síntomas de ansiedad y depresión en el contexto de la VS. Debe adoptarse la puesta en marcha de estrategias básicas de apoyo psicosocial e intervenciones de primera línea para la gestión de nuevos síntomas de ansiedad y depresión.
- Aplicar estrategias de apoyo psicosocial como intervenciones de primera línea para tratar los trastornos del sueño que se presenten en un contexto de estrés agudo.

Antivirales y otros tratamientos

- En el caso de pacientes con VS, es preferible utilizar antivirales en el marco de ensayos controlados aleatorizados (ECA) con acumulación de datos clínicos y resultados estandarizados para aumentar de forma rápida la generación de evidencia sobre eficacia y seguridad y, cuando ello no sea posible, los antivirales pueden utilizarse en el marco de protocolos de acceso ampliado, como el MEURI (Uso de Emergencia Monitoreado de Intervenciones No registradas y Experimentales) (3).

La prevención y el control de infecciones en los centros de salud

La OMS recomienda:

- Aplicar precauciones de contacto y antigotículas ante cualquier caso presunto de VS. Además de las precauciones de contacto y antigotículas, deben aplicarse precauciones contra la transmisión por vía aérea en el caso de sospecha de VVZ (es decir, varicela) y hasta que esa posibilidad se excluya.
- Aplicar precauciones de contacto y antigotículas ante cualquier caso confirmado de VS. Además de las precauciones de contacto y antigotículas, deben usarse mascarillas de protección respiratoria.
- Aplicar las precauciones contra la transmisión por vía aérea si se realizan procedimientos que generan aerosoles (AGP, por sus siglas en inglés).
- Deben limpiarse y desinfectarse, según las directrices nacionales o del establecimiento, las áreas dentro del centro de salud utilizadas con frecuencia por el paciente o donde se produzcan las actividades de atención al paciente, así como el equipo utilizado en la atención de este.
- La ropa de cama, las batas de hospital, las toallas y cualquier otra prenda de tela debe ser manejada y recogida con cuidado.
- Todos los fluidos corporales y residuos sólidos de los pacientes con VS deberán tratarse como desechos infecciosos.
- En el caso de los pacientes aislados con VS se deberán adoptar medidas para facilitar la interacción de los pacientes con la familia y las visitas a fin de promover el bienestar.

El cuidado de las poblaciones sexualmente activas

La OMS recomienda:

- Debe aconsejarse a todos los pacientes que se abstengan de mantener relaciones sexuales hasta que TODAS las lesiones cutáneas de la VS hayan formado costra, la costra se haya caído y se haya creado piel nueva debajo.
- En coherencia con el principio de precaución, la OMS recomienda usar preservativo de forma constante durante las relaciones sexuales (penetración insertiva y receptiva oral/anal/vaginal) durante 12 semanas tras la recuperación para evitar la transmisión potencial de la VS.

El cuidado de las mujeres embarazadas y en puerperio

La OMS recomienda:

- Las mujeres embarazadas o puérperas con VS leve o sin complicaciones pueden no necesitar atención en hospitales de agudos, sino que puede ser preferible el seguimiento en un centro de salud; las pacientes con enfermedad grave o complicada deben ingresar en un establecimiento de salud para su cuidado ya que requieren cuidados de apoyo optimizados o intervenciones para mejorar la supervivencia maternal y fetal.
- Las mujeres embarazadas o puérperas con VS deben tener acceso a apoyo psiquiátrico y psicosocial y atención especializada (de partería, obstétrica, ginecológica, fetal y neonatal) respetuosa y centrada en la mujer, con el fin de que las complicaciones maternas y neonatales puedan atenderse rápidamente.
- El tipo de parto deberá elegirse de manera individual en función de las indicaciones obstétricas y las preferencias de la mujer. La OMS solo recomienda inducir el parto o recurrir a la cesárea en los casos en que esté médicamente justificado y en función del estado de la madre y el feto.
- A las mujeres embarazadas o puérperas que se hayan restablecido de la VS se les debe facilitar y alentar a recibir la atención habitual prenatal, puerperal o posterior al aborto, según corresponda. En el caso de que se produzca alguna complicación, debe proporcionarse atención complementaria.

El cuidado de los lactantes y los niños de corta edad con viruela símica

La OMS recomienda:

- Debe vigilarse estrechamente a los lactantes recién nacidos de madres con VS en busca de evidencia de posible exposición o infección congénita o perinatal. Las madres y los lactantes o niños de corta edad también pueden estar expuestos a través del contacto estrecho.
- Los niños expuestos a la VS deben tener la pauta de vacunación completa para su edad según el calendario nacional de vacunación habitual y tener sus vacunas al día, siempre que sea posible.

Alimentación de lactantes con madres infectadas por el virus de la viruela símica

La OMS recomienda:

- Deben evaluarse caso por caso las prácticas de alimentación del lactante, incluida la posibilidad de finalizar la lactancia materna en el caso de una madre con VS, teniendo en cuenta el estado físico general de la madre y la gravedad de la enfermedad, lo que podría afectar al riesgo de transmisión de la VS de la madre al lactante

El manejo clínico de los pacientes de alto riesgo y de aquellos con complicaciones o viruela símica grave

La OMS recomienda:

- Los pacientes que presentan un alto riesgo de complicaciones (esto es, niños de corta edad, mujeres embarazadas y personas inmunodeprimidas) o aquellos con VS grave o con complicaciones deben ser ingresados en el hospital para ser objeto de un seguimiento más estrecho y recibir atención clínica conforme a las precauciones de aislamiento adecuadas a fin de evitar la transmisión del virus de la VS.
- Los pacientes con VS que presenten complicaciones o enfermedad grave deben recibir intervenciones de cuidados de apoyo optimizados.

El cuidado de los pacientes con viruela símica tras la infección aguda

La OMS recomienda:

- Los pacientes con infección presunta o confirmada por VS deben tener acceso a atención de seguimiento. A todos los pacientes con VS (y sus cuidadores) se les debe proporcionar orientación para que hagan un seguimiento de cualquier síntoma persistente, nuevo o cambiante. Si esto sucede, deben buscar atención médica según las rutas asistenciales nacionales (o locales).

Manejo de pacientes fallecidos

La OMS recomienda:

- La manipulación de restos humanos de pacientes con VS debe realizarse con las medidas de PCI adecuadas.

Manejo de trabajadores de la salud expuestos a contagio

- La OMS recomienda que los trabajadores de la salud expuestos a la VS deben disponer de un plan de evaluación y manejo.

La recogida de datos normalizados y la plataforma de datos clínicos de la OMS

1. METODOLOGÍA

Esta guía provisional de respuesta rápida se ha redactado según las normas y métodos descritos en el *Manual de la OMS para la elaboración de directrices* (4). El contenido inicial se elaboró a partir de una versión preliminar de los capítulos sobre atención clínica y PCI de la *Guía práctica sobre la viruela símica* (inédita, ver la sección de Agradecimientos). El Comité Directivo de la OMS, liderado por la Unidad de Operaciones y Manejo Clínico, y el equipo de PCI, Departamento de Fortalecimiento de la Preparación de los Países, WHE, transformaron dichos capítulos en una propuesta tentativa de recomendaciones prácticas. El 25 de mayo de 2022 el Comité Directivo de la OMS se reunió para llegar a un acuerdo sobre el alcance de la guía y la versión preliminar de las recomendaciones tentativas de esta.

Directrices relacionadas: en lo posible, se utilizaron guías de la OMS ya publicadas para sustentar las recomendaciones rápidas (ver la sección de Referencias).

Calendario: este documento se publica bajo el título *El manejo clínico y la prevención y el control de la infección de la viruela símica: guía provisional de respuesta rápida*, con una propuesta de actualización a los 2 meses tras su publicación y su transformación en una guía conforme al sistema GRADE para ceñirse a los criterios que rigen las guías fiables.

Enfoque gradual

Paso 1. Seguimiento de los datos científicos: para las recomendaciones clínicas se realizó una revisión exhaustiva de literatura en línea utilizando PubMed y los siguientes criterios de búsqueda: «viruela símica», «orthopoxvirus o poxvirus», «resultados clínicos», «resultados maternos», «inmunodepresión» y «antivirales o terapéutico». Se revisaron ensayos controlados aleatorizados (ECA), estudios de cohorte, metaanálisis, casos clínicos y artículos de revisión. Debido a la premura y al amplio alcance de las orientaciones, no se pudo acometer un proceso GRADE formal (con preguntas PICO; revisiones sistemáticas; documentación formal de los valores y preferencias; e incorporación de consideraciones sobre los costos, los recursos y la viabilidad).

Para las recomendaciones sobre PCI, el borrador de la guía se elaboró según las precauciones basadas en el modo de transmisión. El borrador se distribuyó entre los miembros de un panel experto formado por especialistas en EI y PCI, el cual solicitó que se realizara una revisión rápida de literatura. A continuación, la unidad técnica realizó una revisión rápida de literatura en PubMed utilizando los criterios de búsqueda «viruela símica», «orthopoxvirus o poxvirus» y «transmisión». Se incluyeron y revisaron las revisiones sistemáticas y los artículos pertinentes. El 25 de mayo de 2022 se realizó una consulta a expertos en EI y PCI de todas las regiones de la OMS para debatir las medidas de PCI, y los hallazgos de la revisión rápida de literatura se pusieron en común durante la reunión. El 24 de mayo de 2022 la OMS organizó una reunión de la red clínica para recabar información de facultativos con experiencia reciente en la atención médica de pacientes sobre las características y el manejo clínicos.

Paso 2. Convocatoria del Grupo de Elaboración de Directrices: los días 27, 28 y 30 de mayo de 2022 la OMS convocó a un Grupo de Elaboración de Directrices (GED) experto compuesto por un panel multidisciplinar de profesionales de la salud con experiencia en el manejo clínico y la PCI de pacientes con nuevas enfermedades zoonóticas, VIH, ITS y sepsis. Como parte de los preparativos de la reunión, se distribuyó el borrador de la guía entre los miembros del panel, junto a las referencias principales utilizadas para su elaboración. La unidad técnica recogió y gestionó las declaraciones de intereses (DI) y comprobó que ningún miembro del GED tenía ningún conflicto de intereses. Además de la distribución del formulario de DI, durante la reunión la Secretaría de la OMS describió el proceso de declaración de intereses y brindó a los miembros del GED la oportunidad de declarar cualquier interés no citado en el formulario impreso. No se declaró ningún conflicto de intereses de forma verbal. Tampoco se detectaron conflictos de intereses en las búsquedas efectuadas en Internet que pudieran percibirse que afectaban la objetividad e independencia de los miembros durante la elaboración de las recomendaciones.

Paso 3. Recomendaciones finales: el GED se reunió y dos presidentes externos ejercieron la tarea de moderación. El borrador de la propuesta tentativa de recomendaciones se compartió de antemano con el panel y el debate fue moderado hasta alcanzarse un consenso. Se debatieron los siguientes aspectos de la evidencia para la toma de decisiones: beneficios y perjuicios, viabilidad, consideraciones sobre los recursos, equidad, y valores y preferencias de los pacientes. Los datos científicos disponibles, de calidad

muy baja (estudios observacionales de pequeño tamaño), y la opinión de los expertos fueron la base de los debates. Además, se esgrimió el principio de precaución dada la escasez de información disponible y la incertidumbre actual relacionada con las vías de transmisión y los riesgos potenciales para los trabajadores de la salud y el público. Cada día después de las reuniones el borrador del documento se compartió con el GED para su revisión, en un proceso iterativo. El Comité directivo de la OMS concretó previamente unas reglas de votación por si no se alcanzaba un consenso claro. Se estableció que una mayoría simple determinaría la dirección de la recomendación.

Paso 4. Revisión, publicación y difusión: el documento final se sometió de forma expedita al Comité de Examen de Directrices y recibió la aprobación ejecutiva de Mike Ryan (director ejecutivo, WHE).

La OMS intentará actualizar esta guía como unas directrices estándar de la OMS, conforme al sistema GRADE, dentro del plazo de 8 a 12 semanas desde su publicación.

2. CARACTERIZACIÓN CLÍNICA

2.1 Introducción

La viruela símica (VS) es una zoonosis vírica perteneciente al género *Orthopoxvirus* de la familia *Poxviridés*. En 1970 se detectó por primera vez en los seres humanos, en concreto 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 y Occidental (1,2). Existen dos clados conocidos del virus de la VS: el clado de África Occidental y el clado de la región de la cuenca del Congo (CC) (5). Históricamente, el clado de la CC parece ser más virulento, con una tasa de letalidad (TL) con cifras que oscilan entre el 1% y el 10% (2,6,7), mientras que el clado de África Occidental se asocia con una tasa menor de letalidad global de < 3% (7,8). Los últimos datos de este último revelan una TL del 1,4% (9). Es importante destacar que la mortalidad en diferentes entornos puede variar de forma sustancial.

2.2 Evolución natural y gravedad de la enfermedad

El período de incubación de la VS suele ser de 6 a 13 días después de la exposición, pero puede oscilar entre 5 y 21 días (10). Aunque la mayoría de las personas se recuperan dentro del plazo de unas semanas, se ha observado que las complicaciones y las secuelas graves son más comunes entre las personas no vacunadas de la viruela en comparación con las vacunadas (74% frente a 39,5%) (11). No está clara la existencia de una disminución de la respuesta inmunológica con el tiempo en las personas que recibieron la vacuna de la viruela; sin embargo, los estudios sugieren que la vacuna de la viruela tiene aproximadamente un 85% de eficacia para prevenir la VS (12). Dado que la vacunación previa contra la viruela puede hacer que la enfermedad sea más leve, es importante determinar el estado de vacunación en cualquier persona expuesta a la VS (9). Por lo general, la prueba de la vacunación previa contra la viruela consiste en una cicatriz en la parte superior del brazo. Las personas mayores de 40 a 50 años (según el país) pueden haber sido vacunadas contra la viruela antes del cese de las campañas de vacunación contra la viruela en todo el mundo como consecuencia de que la OMS anunciara la erradicación de la enfermedad en 1980 (1). Además, algunos miembros del personal de laboratorio o de la salud pueden haber recibido la vacuna.

Hasta la fecha, la mayoría de las muertes notificadas se han producido en niños de corta edad y personas inmunodeprimidas, como, por ejemplo, en pacientes con VIH mal controlado (8,11,13). Un estudio reciente de la República Democrática del Congo señaló la muerte de tres pacientes menores de 12 años en una cohorte de 216 pacientes. Los pacientes con enfermedad mortal tenían, en comparación con los supervivientes, una mayor carga de ADN vírico de VS en sangre, y máximo recuento de lesiones cutáneas y valores AST y ALT en la fecha de ingreso (9).

2.3 Signos y síntomas

La VS puede causar una serie de signos y síntomas clínicos. Por lo general, la fase inicial de la enfermedad clínica dura entre 1 y 5 días, durante los cuales los pacientes pueden presentar fiebre, cefalea, dolor de espalda, dolores musculares, falta de energía y linfadenopatía (una característica distintiva de esta enfermedad) (9). Esta es seguida de una segunda fase, que suele comenzar 1-3 días después del cese de la fiebre con la aparición de una erupción cutánea (12,14,15). La erupción cutánea progresa en etapas secuenciales (máculas, pápulas, vesículas, pústulas, umbilicación antes de la formación de costras y descamación durante un período de 2 a 3 semanas). El tamaño de las lesiones oscila entre 0,5 cm y 1 cm de diámetro y el número de lesiones varía de unas pocas a varios miles (1,2). La erupción tiende a ser centrífuga, comienza en la cara y se extiende hacia las palmas de las manos y las plantas de los pies, y también se pueden ver afectadas las mucosas orales, las conjuntivas, la córnea o los genitales (2,11,16). Las observaciones de los brotes actuales en países europeos y norteamericanos describen lesiones que comienzan en la zona genital, pero se necesita más información (17). Los pacientes pueden presentar linfadenopatía (observada en el 98,6% de los casos en una cohorte de más de 200 pacientes con VS en la República Democrática del Congo (2,9)). Las úlceras bucales son frecuentes y pueden afectar a la capacidad del paciente para comer o beber, lo que puede ocasionar deshidratación y malnutrición (14,18). También se puede producir inflamación de la mucosa faríngea, conjuntiva y genital (10,14). Un reciente estudio observacional prospectivo de gran tamaño sobre la historia

natural de 216 pacientes con VS en la República Democrática del Congo describió la erupción cutánea (96,8%), el malestar general (85,2%) y el dolor de garganta (78,2%) como los síntomas clínicos más frecuentes. Los hallazgos más frecuentes en la exploración física fueron la clásica erupción cutánea de la VS (99,5%); la linfadenopatía (98,6% –siendo la región cervical la zona más afectada con mayor frecuencia [85,6%], seguida de la región inguinal [77,3%]); y las lesiones en la boca y la garganta (28,7%) (9).

Aunque es poco común, los pacientes con VS pueden presentar complicaciones graves y potencialmente mortales. Por ejemplo, la confluencia de lesiones cutáneas es susceptible a las infecciones bacterianas de la piel o de tejidos blandos, tales como la celulitis, los abscesos o las infecciones necrosantes de tejidos blandos que requieren un meticuloso cuidado local de las heridas; la acumulación subcutánea de fluidos en la fase de costra con la consiguiente depleción y colapso intravascular; y la exfoliación, causante de que algunas áreas de la piel necesiten desbridamiento quirúrgico e injerto de piel (14,15,18). Otras complicaciones menos frecuentes incluyen la neumonía grave y la dificultad respiratoria, la infección de la córnea que puede causar pérdida de visión, la pérdida del apetito, los vómitos y la diarrea que pueden ocasionar una deshidratación grave, las alteraciones electrolíticas y el colapso, la linfadenopatía cervical que puede causar un absceso retrofaríngeo o dificultad respiratoria, la sepsis, el shock séptico, y la encefalitis y la muerte (8–11,13–15).

Algunos estudios de pequeño tamaño que observan las alteraciones analíticas en pacientes con VS señalan que la leucocitosis, los valores elevados de transaminasas, el nivel bajo de nitrógeno ureico en sangre, y la hipoalbuminemia son frecuentes durante la enfermedad, y que la linfocitosis y la trombocitopenia se observaron en más de una tercera parte de los pacientes evaluados (2,9,18).

2.4 Diagnóstico diferencial

La erupción cutánea presente en la VS puede parecerse a otras EII u otras afecciones, entre las que se incluyen las asociadas al VVZ (varicela), el VHS, la sífilis primaria o secundaria, la infección *gonocócica* diseminada, la fiebre aftosa, el chancroide, el linfogranuloma venéreo (LGV), el granuloma inguinal, el molusco contagioso, el sarampión, la sarna, la rickettsiosis exantemática, el chikunguña, el virus zika, la fiebre del dengue, la vasculitis y otras infecciones bacterianas de la piel y de los tejidos blandos.

Con frecuencia, la erupción cutánea causada por el VVZ puede confundirse con la VS, pero se distingue porque por lo general la erupción de la varicela progresa más deprisa, es de localización más central frente a la distribución centrífuga de la VS, tiene múltiples fases de desarrollo (en lugar de una misma fase, como se ha visto en la VS) y los pacientes no suelen presentar lesiones en las palmas de las manos ni en las plantas de los pies (2,11). Además, por lo general los pacientes con VVZ no presentan linfadenopatía, que es un rasgo distintivo de la VS (11). A pesar de las diferencias clínicas entre estas dos enfermedades, un estudio de la República Democrática del Congo señaló la existencia de coinfecciones con VS/VZV con una incidencia entre el 10% y el 13% (19,20). Los pacientes con coinfección presentaban cansancio, escalofríos, cefalea y mialgias. Estas personas tenían menos probabilidades de manifestar signos/síntomas de úlceras bucales, linfadenopatías axilares, tos o dolor de garganta. Los pacientes con coinfección tenían una mayor carga de lesiones que la observada en aquellos que solo habían contraído el VVZ, pero una carga de erupciones inferior que la observada en pacientes que solo habían contraído la VS, lo que puede ser indicativo de que la coinfección por estos dos virus puede modular la gravedad de la infección global (un área que requiere más investigación) (19,20).

2.5 Transmisión y excreción viral

A pesar de décadas de circulación entre animales con una propagación ocasional a los humanos, hay pocos datos disponibles que describan la transmisión y la excreción del virus de la VS. De la información disponible se desprende que la transmisión puede producirse de animal a persona, de persona a persona y desde entornos contaminados a personas. Hasta la fecha, la mayoría de la información disponible procede de países de África Central y Occidental, y no tanto de áreas en otras regiones de la OMS (18).

El virus de la VS se transmite de animales con la infección a seres humanos por medio del contacto directo o indirecto (12). La transmisión puede producirse a través de mordeduras o arañazos, o durante la realización de actividades como la caza, el desuello, la captura con trampas, la preparación de alimentos, la manipulación de las carcasas o el consumo de carne animal (como los primates no humanos, los roedores terrestres, los antílopes y las gacelas, y las ardillas arborícolas) (14). La extensión de la circulación viral en las poblaciones animales no se conoce en su totalidad y se están realizando nuevos estudios (11).

La transmisión de persona a persona puede producirse por contacto directo con lesiones de la piel o mucocutáneas infecciosas, incluido el contacto cara con cara, piel con piel, boca con boca o boca con piel, y por medio de gotículas respiratorias (y, posiblemente, por aerosoles de corto alcance que requieren un contacto estrecho prolongado) (2,21,22). El virus penetra en el organismo a través de la piel lesionada, la superficie de las mucosas (por ejemplo, oral, faríngea, ocular y genital), o a través de las vías respiratorias (21,23). El período infeccioso puede variar, pero en términos generales los pacientes se consideran infecciosos hasta que las ampollas hayan formado costra, la costra se haya caído y se haya creado piel nueva debajo. La transmisión también puede producirse desde el entorno a las personas a través de prendas de ropa o sábanas contaminadas que contienen partículas de piel infecciosas (también conocida como transmisión por fómites). Si se sacuden, estas partículas pueden dispersarse en el aire y ser inhaladas, depositarse sobre la piel lesionada o las membranas mucosas, y dar lugar a la transmisión y la infección; la publicación de un caso demostrado de infección de un trabajador de la salud sugiere que el virus de la VS se transmitió a través del contacto con ropa de cama contaminada (15,24). Se ha descubierto que el virus subrogado de la viruela puede permanecer en el entorno y en diferentes tipos de superficies entre 1 y 56 días, en función de la temperatura y la humedad ambiente (25,26); sin embargo, los datos actuales sobre transmisión por superficies contaminadas o fómites, aparte de las sábanas contaminadas, son limitados (15). Los virus de la viruela son, por lo general, más resistentes a las condiciones ambientales y muestran una alta estabilidad ambiental (25,26). Nuestra revisión de literatura no encontró información sobre la presencia del virus en las aguas residuales.

Un estudio reciente del Reino Unido publicado en mayo de 2022 ha descrito la caracterización clínica, la cinética vírica, la positividad de la reacción en cadena de la polimerasa (PCR, por sus siglas en inglés) y la respuesta a los antivirales en siete pacientes infectados por el virus de la VS entre 2018 y 2021. El ADN vírico de la VS se detectó por PCR en muestras de lesiones cutáneas y de las vías respiratorias superiores; a seis pacientes se les practicó la detección de ADN en sangre; a cuatro pacientes se les practicó en orina y a una persona se le practicó en abscesos cutáneos. Otro estudio reciente publicado en mayo de 2022 sobre la caracterización clínica de 216 pacientes diagnosticados entre 2007 y 2011 en la República Democrática del Congo señalaba que el ADN vírico de la VS podía detectarse en la sangre y en las vías respiratorias superiores antes de la aparición de la erupción cutánea, y que el pico de la carga viral podía producirse en una fase muy temprana de la enfermedad (9). Los datos sugieren que las costras de la VS contienen cantidades importantes de ADN vírico hasta e incluso después de que se hayan caído, unas cantidades que son mayores que los niveles encontrados en la sangre y la garganta (9). Cabe destacar que no se ha establecido la infectividad viral de las muestras. Hasta la fecha, la importancia de estos hallazgos con relación a la transmisión del virus y el período infeccioso no está clara (12). Se necesita más información para comprender mejor otras vías de transmisión posibles y la persistencia por contacto con otros fluidos corporales (como la leche materna, el semen, fluidos vaginales, líquido amniótico o sangre), así como para comprender mejor la transmisión por gotículas respiratorias y aerosoles.

En los casos de VS notificados en todos los países afectados por el actual brote epidémico, la transmisión se debe principalmente al contacto físico estrecho, incluidas las relaciones sexuales (orales, vaginales y anales).

2.6 Mujeres embarazadas o en puerperio

Se ha demostrado la transmisión intrauterina del virus de la VS, del mismo modo que se ha demostrado la transmisión entre madre e hijo por contacto directo (27,28). La primera se basa en los resultados de una serie de datos longitudinales de cuatro mujeres embarazadas: una dio a luz a un bebé sano; dos de ellas tuvieron un aborto espontáneo temprano; una muerte fetal, en que el bebé nacido muerto presentaba una erupción cutánea difusa por VS confirmada virológicamente. Estos datos sugieren que la infección por el virus de la VS podría causar resultados adversos para el feto, como la muerte o el aborto espontáneo (9,28). La relación entre la gravedad de la enfermedad materna y estos resultados no está clara (28,29).

2.7 Efectos a medio y largo plazo

Se necesita más información sobre las repercusiones clínicas a medio y largo plazo de la VS. Según los resultados de un estudio, más del 90% de los supervivientes de la VS no sufrieron complicaciones, al margen de su estado de vacunación contra la viruela (14). Entre quienes sufrieron complicaciones a largo plazo, las secuelas más frecuentes fueron las cicatrices antiestéticas en la piel y la ceguera (11,14,30). Se pueden producir marcas punteadas, que se denominan hoyos o picada de la viruela (11,14). Los datos también apuntan que los pacientes pueden presentar un riesgo de sufrir complicaciones de salud mental (15).

2.8 Resumen de la atención clínica y la prevención y el control de la infección

El cuidado de los pacientes con infección presunta o confirmada por el virus de la VS requiere: detección temprana de casos presuntos; aplicación rápida de las medidas de PCI adecuadas; realización de pruebas de los patógenos probables para confirmar el diagnóstico; tratamiento de los síntomas de pacientes con VS leve o sin complicaciones, y vigilancia y tratamiento de las complicaciones y afecciones potencialmente mortales, tales como la deshidratación extrema, la neumonía grave y la sepsis. La función de los tratamientos específicos para la VS continúa siendo experimental y pueden utilizarse dentro de un ECA (preferiblemente) o de protocolos de acceso ampliado. La aplicación de medidas de PCI adecuadas con controles técnicos, administrativos y equipo de protección personal (EPP) es fundamental para mitigar y controlar la transmisión de la VS en centros de salud y entornos comunitarios (31). Todos los pacientes con VS deben recibir una atención respetuosa y centrada en el paciente, que mantenga su dignidad, privacidad y confidencialidad.

3. CRIBADO, TRIAJE, AISLAMIENTO Y EVALUACIÓN CLÍNICA (3 RECOMENDACIONES)

La OMS recomienda, en el primer punto de contacto con el sistema de salud, el cribado y el triaje de todas las personas que presenten una erupción cutánea y fiebre o linfadenopatía, según la definición de casos de la OMS adaptada al contexto local (31) (ver Anexo 1), a fin de identificar los casos presuntos o confirmados de VS.

Observaciones:

- En el primer punto de contacto con el sistema de salud (o durante el rastreo de contactos) puede aplicarse un cuestionario simplificado o un protocolo de cribado según la definición de casos de la OMS, adaptada a la situación epidemiológica local, para cribar a los pacientes en coherencia con la definición de casos de la OMS y la situación epidemiológica local. Por ejemplo, durante el brote epidémico actual, esto puede realizarse en las consultas de atención primaria, consultorios de salud sexual, servicios de urgencias, clínicas de EI, clínicas genitourinarias, clínicas dermatológicas, y clínicas materno-infantiles, entre otras.
- Según las vías de coordinación nacional (local), la telemedicina puede considerarse como un medio para el cribado de pacientes.
- Los pacientes que se presenten en las zonas de cribado deben tener a su disposición mascarillas médicas y loción hidroalcohólica para manos. Deben publicarse carteles sobre las medidas de higiene respiratoria y de las manos, así como las instrucciones para colocarse una mascarilla médica bien ajustada en caso de síntomas respiratorios.
- Las actividades de cribado deben realizarse manteniendo una distancia mínima de 1 metro de los pacientes y evitando el contacto físico. En el caso de que estas medidas no se puedan aplicar o mantener, el centro de salud deberá realizar una evaluación de riesgos para el nivel de EPP necesario según las recomendaciones de PCI para los centros de salud en el contexto de la VS (ver la Sección 7 sobre PCI). Los trabajadores de la salud que realicen el cribado deberán observar «Los cinco momentos para la higiene de las manos» de la OMS (31,32) (33).
- Durante la espera deben evitarse las aglomeraciones de personas, manteniéndose una distancia mínima de 1 metro entre pacientes (32).
- A las personas con síntomas que se ajusten a la definición de caso presunto de VS se les aplicará la ruta asistencial para la VS, recibirán de inmediato una mascarilla médica bien ajustada y serán aislados en habitaciones individuales bien ventiladas. Si no se dispone de una habitación individual bien ventilada, solo se agruparán pacientes con diagnósticos clínicos similares, teniendo en cuenta los factores de riesgo epidemiológicos y manteniendo una separación espacial (como mínimo un 1 metro entre pacientes). Los casos presuntos no deben agruparse con los casos confirmados (ver la Sección 7 sobre PCI).
- Considerar la posibilidad de aplicar la vigilancia de la VS para los pacientes ingresados según la situación epidemiológica local.

La OMS recomienda, tras el cribado y el aislamiento, hacer un triaje de los casos presuntos de VS utilizando para ello un instrumento de triaje normalizado (como la HITI de la OMS/FICR); y evaluar al paciente para determinar los factores de riesgo y la gravedad de la enfermedad.

Observaciones:

- El triaje consiste en la clasificación de los pacientes por orden de prioridad tras el cribado, según una serie de criterios específicos (p. ej., la gravedad) y puede realizarse en cualquier punto de acceso al sistema de salud, incluidos los entornos de atención previa y los centros de salud (33). También se puede realizar en las salas hospitalarias, durante el seguimiento de pacientes.
- El triaje basado en la gravedad se refiere al proceso de clasificación de los pacientes en categorías y su priorización según la estimación de su gravedad. Se utiliza para identificar a los pacientes que requieren una intervención médica inmediata y a los que pueden esperar con seguridad o puedan necesitar ser transportados a un destino específico según su estado (33).
- La HITI es una herramienta novedosa de triaje desarrollada para proporcionar un conjunto integrado de protocolos para el triaje habitual de adultos y niños. La herramienta se centra en un sistema de triaje de tres niveles y puede consultarse en el documento WHO Clinical care for severe acute respiratory infection toolkit, (46) (33).
- La evaluación clínica debe centrarse en identificar los signos y síntomas de los pacientes que presenten un tipo de enfermedad grave o complicaciones y a aquellos que cuenten con factores de riesgo para presentar una enfermedad grave (ver el Cuadro 3.1).

Cuadro 3.1. Factores de riesgo y signos clínicos que están asociados a enfermedad grave y desenlaces clínicos desfavorables (según estudios observacionales no controlados y de pequeño tamaño)

Grupos de pacientes con un mayor riesgo de presentar un cuadro grave o complicaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Niños, mujeres embarazadas y personas inmunodeprimidas, tales como personas con infección por el VIH con la enfermedad mal controlada (5,6,10,11,13,26). • Aunque se carece de datos, los pacientes con enfermedades cutáneas crónicas (p. ej., dermatitis atópica) y afecciones cutáneas agudas (esto es, quemaduras) también pueden presentar un alto riesgo de complicaciones, como por ejemplo infecciones bacterianas (33).
Signos y síntomas clínicos de complicaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Náuseas y vómitos (11,16), linfadenopatía cervical dolorosa que causa disfagia, ingesta oral deficiente, dolor ocular, alteraciones de la visión, hepatomegalia, sepsis, deshidratación, dificultad respiratoria/neumonía, o confusión.
Alteraciones analíticas	<ul style="list-style-type: none"> • Transaminasas hepáticas elevadas (AST o ALT), nitrógeno ureico en sangre (NUS) bajo, albúmina baja, recuento de leucocitos (WBC) alto, o recuento de plaquetas bajo (16).
Índice de gravedad de las lesiones cutáneas	<ul style="list-style-type: none"> • Basado en la experiencia de la viruela (28,94): <ul style="list-style-type: none"> – Leve (< 25 lesiones cutáneas) – Moderada (25–99 lesiones cutáneas) – Grave (100–250 lesiones cutáneas) – Muy grave (> 250 lesiones cutáneas).

La OMS recomienda realizar pruebas a los casos presuntos de VS.**Observaciones:**

- Las pruebas de la VS deben realizarse tan pronto sea posible para confirmar el diagnóstico (ver el documento *Pruebas de laboratorio para el virus de la viruela símica: orientaciones provisionales* [\(3\)](#), actualizado el 23 de mayo de 2022).
- En zonas donde sean endémicas otras infecciones que provoquen erupción cutánea y fiebre o linfadenopatía, o si el paciente presenta factores de riesgo de otras enfermedades, el cribado de los pacientes con fiebre incluirá las pruebas y el tratamiento necesarios según los protocolos habituales (p. ej., las ITS como la sífilis, VHS y VIH para las personas sexualmente activas, la prueba de la malaria en las zonas endémicas para pacientes con fiebre, y otras El según el contexto clínico y la situación epidemiológica local) (ver la Sección 2) (9,34,35). La coinfección puede coexistir (ver la Sección 1), pero la prevalencia se desconoce (13,19). En la República Democrática del Congo se ha notificado coinfección en hasta un 13% de los pacientes.

4. EL MANEJO CLÍNICO DE CASOS LEVES O SIN COMPLICACIONES DE VIRUELA SÍMICA (9 RECOMENDACIONES)

4.1 Consideraciones generales para los entornos de atención comunitarios

Los ministerios de salud y los asociados intersectoriales a nivel nacional y subnacional deben mantener un diálogo con las comunidades y con otros agentes para identificar y facilitar los recursos necesarios, además de aplicar estrategias de comunicación de riesgos para brindar apoyo y estudiar otros contextos de los que extraer posibles soluciones, de modo que puedan aplicarse las medidas de PCI para brindar una atención segura en los entornos donde se cuida a los pacientes (36).

La OMS recomienda que los pacientes con infección presunta o confirmada por VS leve y sin complicaciones, y que no presentan un alto riesgo de complicaciones, puedan aislarse en casa durante el período infeccioso, siempre que una evaluación del hogar establezca que los requisitos de PCI se cumplen en el entorno domiciliario.

Justificación:

- El grupo de orientación acordó que en el caso de los pacientes con VS leve y sin complicaciones el aislamiento en el domicilio era una opción razonable siempre y cuando las medidas de PCI pudieran aplicarse para reducir el riesgo de transmisión del virus, y que esta podría ser la opción preferida de los pacientes y de los sistemas de salud para reducir la carga en los hospitales. Las autoridades de salud nacionales o subnacionales pueden recomendar el aislamiento en la comunidad o en centros de salud en función de su análisis de daños y beneficios.

Aspectos clínicos:

- La decisión de aislar y hacer un seguimiento de un paciente en su domicilio debe tomarse en función de cada caso y dependerá de la gravedad del cuadro clínico, la presencia de complicaciones, las necesidades de atención, los factores de riesgo de enfermedad grave y el acceso a derivación para ingreso hospitalario si el paciente evoluciona desfavorablemente.
- Los pacientes aislados en su domicilio no deben estar encamados; deben tener una buena ingesta de alimentos y agua; ser capaces de alimentarse, bañarse y vestirse solos; y no necesitar ayuda o tan solo una ayuda mínima de un cuidador.
- En el caso de aquellos que cuenten con factores de riesgo para presentar una enfermedad grave, como niños, mujeres embarazadas o pacientes inmunodeprimidos, deberá considerarse su ingreso hospitalario en un establecimiento de salud que permita un seguimiento más estrecho para detectar deterioro clínico.
- En el caso de cohabitación con personas vulnerables en el entorno domiciliario y de que no se puedan cumplir los requisitos de PCI adecuados deberá considerarse la posibilidad del aislamiento en un establecimiento de salud (36). Entre las personas vulnerables que deben identificarse en el hogar dado su mayor riesgo de resultados adversos en el caso de infección por el virus de la VS se incluyen los niños de corta edad, las mujeres embarazadas y las personas inmunodeprimidas, como las personas con infección por el VIH y que no reciben terapia antirretroviral (TAR) (7,8,13,15,28). Aunque se carece de datos, los pacientes con enfermedades cutáneas crónicas (p. ej., dermatitis atópica) o afecciones cutáneas agudas (esto es, quemaduras) también pueden presentar un alto riesgo de complicaciones (37).

La OMS recomienda la realización de una evaluación del hogar a la hora de decidir el aislamiento y la atención de una persona con infección presunta o confirmada por VS leve y sin complicaciones en un entorno domiciliario.

Observaciones sobre la PCI:

- Un trabajador de la salud cualificado evaluará y proporcionará asesoramiento sobre si el domicilio en cuestión es apto para aislar y atender a un paciente con VS, y valorará, entre otras cosas, si el paciente o los miembros del hogar cuentan con la capacidad y tienen todo lo necesario para cumplir las disposiciones necesarias (ver Anexo 5). Esto incluye la capacidad de cumplir con el aislamiento domiciliario. El acceso limitado o inexistente al agua, el saneamiento o los recursos de higiene personal, y la capacidad limitada de mantener el aislamiento y las medidas de PCI expone a los miembros del hogar y a los miembros de la comunidad a un riesgo de contagio. Esta evaluación puede realizarse durante la consulta inicial o por vía telefónica o a través de telemedicina y no requiere una visita domiciliaria.
- El paciente y la persona designada para facilitar el autocuidado deben recibir asesoramiento sobre los riesgos de transmisión. Es preferible que la persona designada haya sido anteriormente vacunada contra la viruela o la VS y que no pertenezca a un grupo de alto riesgo.
- En el caso de que no se pudieran garantizar unas condiciones de aislamiento y de PCI adecuadas en el domicilio, podría ser necesario aislar al paciente, con su consentimiento informado y con el visto bueno del cuidador y los miembros del hogar, en un centro sanitario u otra instalación designada (36).
- Si las personas vulnerables (aquellas que presentan un mayor riesgo de complicaciones, ver el Cuadro 3.1) se hallasen en el domicilio y no pudieran mantenerse apartados del paciente, el trabajador de la salud se ofrecerá a encontrar un lugar alternativo para aislar al paciente, de ser posible.

4.2 Cuestiones en materia de PCI en la comunidad

Para pacientes con VS leve y sin complicaciones que reciben atención en el domicilio, la OMS recomienda el aislamiento en un espacio separado de los demás miembros del hogar y lejos de las áreas comunes del domicilio (es decir, en un dormitorio independiente o en un espacio separado por una cortina o pantalla).

Observaciones:

- Los pacientes con VS aislados en su domicilio deben ser capaces de gestionar su autocuidado. El seguimiento clínico debe realizarse utilizando alternativas a las visitas en persona (p. ej., telemedicina, por teléfono).
- Designar a una persona para facilitar el autocuidado del paciente con VS leve y sin complicaciones: de ser posible, alguien en buen estado de salud, sin enfermedades crónicas de base y que haya sido vacunado previamente de la viruela o haya pasado la infección por el virus de la VS. Por ejemplo, esto puede incluir la preparación de las comidas, hacer la compra en el supermercado, obtener los medicamentos, etc.
- Los pacientes con VS deben permanecer en una habitación de uso exclusivo y bien ventilada (p. ej., con ventanas que puedan abrirse con frecuencia) separada del resto de estancias del hogar.
- Los miembros del hogar y los pacientes con VS deberán lavarse las manos con agua y jabón o utilizar una loción hidroalcohólica para manos con frecuencia. Además, el resto de los miembros del hogar deberá evitar entrar en la habitación.
- Si la persona designada que facilita el autocuidado necesita entrar en la zona de aislamiento, deberá mantener una distancia mínima de 1 metro del paciente. Cuando no sea posible mantener la distancia, la persona designada deberá usar una mascarilla médica bien ajustada y guantes desechables. Deberá limpiarse las manos o bien con agua y jabón o bien utilizando una loción hidroalcohólica para manos, antes y después del contacto con el paciente o con el entorno inmediato, y antes de ponerse y después de quitarse los guantes.
- Elementos como los cubiertos, las sábanas, las toallas, los dispositivos electrónicos o las camas deben ser de uso exclusivo para la persona con VS. Evitar compartir objetos personales.

- El paciente con VS debe usar una mascarilla médica bien ajustada y cubrir las lesiones cuando se encuentre en estrecha proximidad con otras personas y cuando salga de la zona de aislamiento designada (p. ej., para ir al baño).
- Si es necesario que un trabajador de la salud proporcione atención a personas con VS en el domicilio, este deberá usar el EPP adecuado (guantes, bata, protección ocular y mascarilla de protección respiratoria), realizar la higiene de las manos (siguiendo los cinco momentos de la OMS y antes de ponerse y después de quitarse el EPP), y limpiar y desinfectar cualquier equipo utilizado en la atención del paciente.
- Si las personas con VS salen de su casa para recibir atención médica, deberán preferiblemente informar de antemano sobre su llegada al profesional o al establecimiento de salud que visitarán (para que el establecimiento pueda aplicar las precauciones basadas en el modo de transmisión), usar una mascarilla médica bien ajustada, asegurarse de que todas las lesiones estén cubiertas y evitar el contacto estrecho, por ejemplo, en el transporte público atestado.
- Los pacientes con VS que reciben atención en el domicilio deberán permanecer en aislamiento y evitar el contacto estrecho hasta que las ampollas hayan formado costra, la costra se haya caído y se haya creado piel nueva debajo.

La OMS recomienda que debe tenerse precaución durante la manipulación y la limpieza de las sábanas, las superficies del hogar y durante la eliminación de desechos.

Observaciones:

- Las sábanas y la ropa de cama deberán ser cuidadosamente alzadas y enrolladas para evitar la dispersión de partículas infecciosas procedentes de lesiones y fluidos corporales. No deben sacudirse. El paciente con VS deberá ser el único que manipule y lave sus prendas de vestir, ropa de cama, etc.
- Las sábanas, toallas y prendas de vestir del paciente con VS deberán lavarse por separado del resto de la colada del hogar. Las prendas de vestir y las sábanas de la persona con VS pueden reutilizarse después de lavarse con jabón y agua preferiblemente caliente (> 60°C) o remojadas en cloro* si no se dispone de agua caliente (25,26,38).
- Los platos y los utensilios y las superficies del hogar, tales como muebles, inodoros o suelos, o cualquier lugar con que el paciente haya tenido contacto, deberán limpiarse con agua y jabón y desinfectarse con frecuencia (p. ej., desinfectantes domésticos comunes o lejías). Prestar especial atención a las superficies que se tocan con frecuencia.
- Realizar un barrido húmedo y evitar el barrido en seco para prevenir la dispersión de partículas. Si es posible, las alfombras y el mobiliario doméstico deben limpiarse con vapor. Evitar pasar la aspiradora.
- Los desechos generados al cuidar de un paciente con VS, como los vendajes y el EPP, deben colocarse en bolsas resistentes y perfectamente cerradas antes de su recogida final por los servicios de limpieza municipales. Si no existen esos servicios, podrá procederse, como medida provisional y con arreglo a las políticas locales, a enterrarlos de forma segura o hacer una quema controlada hasta que se puedan aplicar medidas más sostenibles y respetuosas con el medio ambiente.
- Debido a la falta de estudios disponibles sobre el virus de la VS, existen dudas respecto a la concentración exacta de cloro o el grado de reducción del riesgo que puede lograrse. Sin embargo, existe un consenso general, basado en la evidencia disponible sobre otros virus, de que añadir cloro probablemente reduce la contaminación residual y esto puede ser especialmente útil cuando la desinfección térmica, la dilución y la acción mecánica son insuficientes (39–41).

4.3 Aspectos clínicos

4.3.1 Dolor y nutrición

La OMS recomienda que a los pacientes con VS se les proporcione tratamiento sintomático, por ejemplo, que se les administren antipiréticos para la fiebre y analgésicos para el dolor.

Observaciones sobre el tratamiento sintomático del dolor:

- Son comunes las cefaleas y el dolor asociado con la erupción cutánea, las lesiones orales, oculares y genitales, los ganglios linfáticos inflamados, y los dolores musculares generalizados. El prurito asociado con las erupciones cutáneas también puede ser molesto. Ver el Anexo 2 para un listado de los medicamentos comunes que pueden utilizarse.
- Para las lesiones bucales, enjuagar la boca con agua limpia y salada como mínimo cuatro veces al día (42). Considerar el uso de una solución antiséptica para mantener las lesiones limpias (p. ej., enjuague bucal de clorhexidina) o de un anestésico local (p. ej., lidocaína viscosa) (43).
- El tratamiento sintomático y de apoyo es fundamental para mantener una buena nutrición e hidratación. Para las lesiones genitales y anorrectales, los baños de asiento tibios (un baño tibio de agua templada con bicarbonato o sal de Epsom para curar y limpiar la zona perineal) o la lidocaína tópica pueden contribuir al alivio sintomático del dolor (42).

La OMS recomienda que se evalúe el estado nutricional de los pacientes con VS y que estos dispongan de nutrición suficiente y rehidratación adecuada.

Observaciones (acciones clave):

- Evaluar el estado nutricional y de hidratación de todos los pacientes con VS ya sea en el momento de ingresar en el centro de salud o cuando se les examine en el entorno comunitario. Puede producirse una pérdida del aporte nutricional debido a las lesiones bucofaringeas o a la linfadenopatía cervical dolorosa. Se considera que el apoyo nutricional es una intervención importante (9).
 - **Adultos:** antecedentes de disminución del apetito o pérdida de peso, peso corporal, altura, cálculo del índice de masa corporal (IMC), buscar signos de desnutrición (p. ej., atrofia muscular, edema nutricional, etc.); puede utilizarse un instrumento normalizado (p. ej., el Instrumento Universal para el Cribado de la Malnutrición (IUM)) (44).
 - **Niños:** además de lo anterior añadir la medición del perímetro braquial (PB) (6–59 meses). Un especialista en nutrición o un facultativo cualificado debe evaluar a los niños y a aquellos con desnutrición grave.
 - Ver el Cuadro 9.2 sobre la clasificación de la deshidratación.
- La nutrición oral debe estimularse a diario, ya que los pacientes necesitan suficiente energía (kcal) y nutrientes esenciales, además de fluidos y electrolitos. Si el paciente está lo suficientemente bien como para la ingesta oral de alimentos, ofrecer alimentos terapéuticos ricos en nutrientes; especialmente en el caso de los niños y de aquellos en riesgo de desnutrición según el documento Pocket book of hospital care for children de la OMS: Sección 10.1 (45).
- Si no se tolera la ingesta de alimentos, evaluar los motivos y tratarlos adecuadamente. Por ejemplo, si la mala alimentación es el resultado de náuseas o vómitos, la medicación antiemética puede mejorar la capacidad de ingesta; si es consecuencia de la debilidad, el paciente debe recibir asistencia de un profesional de la salud para su alimentación; o, si lo tolera, en el caso de que sea consecuencia del dolor asociado a lesiones bucales o adenopatía cervical, tratar el dolor.
- Proporcionar suplementos de vitamina A según las recomendaciones habituales, especialmente en el caso de niños que no han recibido recientemente una dosis. Esto desempeña un papel importante en todas las fases de la cicatrización y de la salud ocular (48).

4.3.2 Seguimiento

La OMS recomienda asesorar a los pacientes que presentan VS leve sobre los signos y los síntomas de complicaciones que deben llevarlos a buscar atención urgente.

Observaciones:

- Se ha de establecer una vía de comunicación entre el paciente y los profesionales sanitarios cualificados durante el tiempo que dure la atención al paciente en el domicilio.
- El seguimiento de los pacientes y de los cuidadores en el domicilio pueden llevarlo a cabo trabajadores comunitarios o equipos de extensión cualificados ya sea por teléfono, telemedicina o por correo electrónico, en un principio a diario (si es posible) o según se considere necesario tras las evaluaciones iniciales. También debe tenerse en cuenta la disposición del paciente para participar en las evaluaciones médicas.
- Se debe orientar a los pacientes con VS y a sus familias para reconocer los signos y los síntomas de complicaciones, así como cualquier deterioro en su estado de salud que requiera atención médica. Por ejemplo, deberá informarse a los pacientes de que se pongan en contacto inmediato con su trabajador de la salud si sus lesiones empeoran o se produce un aumento de la cantidad, si su dolor empeora, presentan fiebre persistente, náuseas o vómitos y una disminución de la ingesta oral, síntomas visuales, dificultad para respirar, mareos o confusión.
- Si una mujer embarazada ha escogido recibir atención en el domicilio, debe informarse a la mujer sobre las manifestaciones clínicas con las que pueden cursar las madres, los fetos y los recién nacidos y recomendarle que busque atención médica en el caso de que aparezcan signos de un empeoramiento de la enfermedad u otros signos de alarma. Deben fomentarse las intervenciones de autocuidado.
- Debe proporcionarse a las mujeres orientación en materia de comportamientos saludables, que incluyan la dieta, la actividad física, la ingesta de micronutrientes, el consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias, de conformidad con las recomendaciones de la OMS relativas a la atención prenatal (49) y puerperal (50).
- En el caso de las mujeres que requieran servicios de aborto se debe pensar en la posibilidad de utilizar estrategias alternativas para prestar el servicio, por ejemplo, hasta las 12 semanas de gestación las pacientes pueden gestionar su proceso de aborto médico si disponen de información precisa y acceso a un profesional de la salud durante todas las etapas, según el documento Abortion care guidelines de la OMS (51).

4.4 El manejo clínico de las lesiones cutáneas

La OMS recomienda el tratamiento conservador de las lesiones de la erupción según su etapa, con la finalidad de aliviar las molestias, acelerar la curación y prevenir las complicaciones, como las infecciones secundarias o la exfoliación.

Observaciones:

- Aconsejar al paciente que no se rasque la piel.
- Debe instruirse a los pacientes para que mantengan las lesiones cutáneas limpias y secas a fin de prevenir infecciones bacterianas. Se les debe instruir para lavarse las manos con agua y jabón o usar una loción hidroalcohólica para manos antes y después de tocar el sarpullido para prevenir la infección. A continuación, las lesiones pueden limpiarse con agua estéril o solución antiséptica. El sarpullido no debe cubrirse, sino más bien dejar al aire para que se seque.
- Para las complicaciones de las lesiones cutáneas, como la exfoliación o sospecha de infección profunda de los tejidos blandos (piomiositis, absceso, infección necrosante), considerar la posibilidad de consultar a un especialista adecuado (esto es, especialista en el cuidado de heridas, especialistas en EI, o cirujano). El desbridamiento de la piel solo debe realizarse por un experto que utilice el EPP adecuado (21).
- La gestión óptima de las lesiones cutáneas no se conoce con certeza y más investigación es necesaria.

La OMS recomienda no administrar tratamiento ni profilaxis con antibióticos para pacientes con VS sin complicaciones. Sin embargo, debe vigilarse la posible aparición de infección bacteriana secundaria en las lesiones (esto es, celulitis, abscesos) y si está presente tratarla con antibióticos con actividad contra la flora cutánea normal, incluido el *Streptococcus pyogenes* y el SASM.

Observaciones:

- Las lesiones cutáneas en los pacientes con VS pueden estar inflamadas, lo que provoca un leve eritema o hiperpigmentación de la piel (que no requiere tratamiento antimicrobiano) (10). El uso empírico o profiláctico de los antibióticos debe desincentivarse, ya que aumenta el riesgo de aparición y transmisión de bacterias multirresistentes (MR) y pone a los individuos en riesgo ante posibles efectos adversos de los antibióticos, tales como el *Clostridium difficile* asociado a la diarrea. Las infecciones por bacterias MR son más difíciles de tratar, y están asociadas con un aumento de la morbilidad y mortalidad (52–54).
- Se ha observado que la infección bacteriana secundaria de las lesiones cutáneas es una complicación frecuente de la VS y debe vigilarse estrechamente la posible aparición en los pacientes (10,13,16,21).
- Un frotis de una infección cutánea superficial es improbable que sea útil, a menos que el paciente haya tenido una estancia hospitalaria prolongada y que se presuma un riesgo de organismo MR. Los signos de infección bacteriana incluyen eritema, induración, calor, empeoramiento del dolor, secreción purulenta, flujo maloliente, o reaparición de fiebre. Ver el Anexo 3 para las opciones de antibióticos orales. En casos seleccionados según factores de riesgo individual, colonización conocida y prevalencia local, puede considerarse la posibilidad de iniciar un tratamiento contra el *Staphylococcus aureus* sensible a la metilina adquirido en la comunidad (SASM-AC).
- Los pacientes con sobreinfección bacteriana de lesiones cutáneas causadas por la VS pueden presentar un absceso, que es una acumulación de pus dentro de la dermis o del tejido subcutáneo y muy frecuentemente causado por bacterias de la piel (*Streptococcus* spp. y *Staphylococcus* spp.) (55). Un absceso puede aparecer como un nódulo doloroso, rojo y brillante, de consistencia firme o fluctuante. Este puede estar asociado con celulitis circundante, fiebre, y un empeoramiento del dolor en el lugar de la infección.
 - El tratamiento de un absceso consiste en la realización de una incisión y un drenaje en condiciones de asepsia rigurosa por parte de un trabajador de la salud cualificado y utilizando medidas de PCI adecuadas para evitar complicaciones relacionadas con un absceso no tratado, como osteomielitis, artritis séptica, piomiositis, sepsis y shock. En función de su localización en el organismo (p. ej., cerca de un vaso sanguíneo principal), el tamaño y la complejidad del absceso, puede ser necesario realizar la incisión y el drenaje en el quirófano. El fluido deberá aspirarse y enviarse para un cultivo microbiológico a fin de ayudar a identificar el tratamiento antimicrobiano (55).
- La decisión de iniciar un tratamiento antimicrobiano deberá basarse en una evaluación clínica individual y los patrones locales de resistencia a los antimicrobianos. Si el paciente no muestra una mejoría clínica o la infección continúa extendiéndose, se debe evaluar de nuevo al paciente y el régimen antibiótico para considerar la necesidad de realizar ajustes. Para más información sobre la selección de antimicrobianos y su uso adecuado, ver *The WHO Essential Medicines List: antibiotic book* (56).

5. LA ATENCIÓN DE LA SALUD MENTAL DE LOS PACIENTES CON VIRUELA SÍMICA (2 RECOMENDACIONES)

La OMS recomienda que los síntomas de ansiedad y depresión que se presenten en el marco de la VS se reconozcan y se evalúen rápidamente, y que se adopten estrategias básicas de apoyo psicosocial e intervenciones de primera línea para tratar las manifestaciones de ansiedad y depresión de reciente aparición.

Observaciones

- El brote de VS puede conllevar importantes repercusiones mentales y psicosociales, que incluyen (42,57):
 - Miedo a la enfermedad o a la muerte, sentimiento de pérdida del sentido de la vida, o pérdida de la fe.
 - Aislamiento físico y social de la familia o de la comunidad.
 - Estigma asociado con el diagnóstico y el retorno a la comunidad.
 - Cicatrices y discapacidad (p. ej., ceguera) asociada con la enfermedad.
- A los pacientes con VS se les debe brindar constantemente una atención centrada en la persona, compasiva y respetuosa, al tiempo que se asegura una protección adecuada y suficiente a los miembros del hogar, las visitas y los trabajadores de la salud.
- Las competencias básicas en materia de apoyo psicosocial son esenciales para el manejo de todos los pacientes y representan una parte integral de la atención que debe prestarse a todos. Cuando un paciente con VS llega a un centro de salud, se debe informar al paciente y a los miembros de la familia sobre la VS y animarlos a mantener la calma. Se les debe informar sobre la forma en que se transmite la enfermedad e instruirlos sobre las precauciones que deben tomar para evitar que la enfermedad se extienda. Las familias deben recibir información actualizada sobre el estado del paciente y se les proporcionará cualquier información adicional.
- En condiciones ideales, un psicólogo, un trabajador social o un enfermero psicosocial con dominio del idioma local estará involucrado desde la aparición de la enfermedad para orientar al paciente sobre lo que pasará durante el aislamiento. Si esto no es posible, se deberá formar y supervisar a las enfermeras generales del centro de salud para ofrecer apoyo psicológico básico, utilizando recursos normalizados (Primera ayuda psicológica (58)) de la OMS y las orientaciones relativas a las competencias psicosociales básicas (59) del Comité Permanente entre Organismos (58,59) en lo que se refiere a:
 - Proporcionar atención y apoyo práctico, no intrusivo.
 - Evaluar las necesidades y las preocupaciones.
 - Ayudar a abordar las necesidades básicas (alimento, agua, información).
 - Escuchar a los pacientes y a las familias, sin presionarlos para que hablen.
 - Ofrecer información precisa sobre el estado del paciente y el plan de tratamiento utilizando un lenguaje fácil de comprender y no técnico, ya que la falta de información puede ser una fuente importante de estrés.
 - Prestar asistencia a las personas para resolver las necesidades y preocupaciones urgentes, y, en caso de que sea necesario, ayudarles a tomar decisiones.
 - Reconfortar a los pacientes y a las familias mientras se les ayuda a calmarse. Informarles sobre el hecho de que la mayoría de los pacientes con VS sobreviven, sin olvidarse de transmitir a pacientes y familiares que se espera su recuperación.
 - Ayudar a las personas a conectarse con la información, los servicios y el apoyo social. La información sobre la VS es importante, ya que ayuda a disipar mitos, compartir mensajes claros sobre comportamientos saludables, y mejorar la comprensión de la enfermedad.

- Animar a los pacientes y los cuidadores a utilizar herramientas de gestión del estrés y de autoayuda basadas en datos científicos, como la guía de gestión del estrés de la OMS Enfrentando Problemas Plus (EP+) (🔗) (60).
- Tras la recuperación, los pacientes pueden presentar cicatrices persistentes o desfiguración, lo que les puede acarrear un sufrimiento psicológico. La atención psicológica y social debe incluirse en el plan de cuidados de seguimiento y formar parte de un equipo multidisciplinar de atención.
- En personas con síntomas de depresión se pueden considerar intervenciones psicológicas breves basadas en los principios de la terapia cognitivo-conductual (TCC), la resolución de problemas y la relajación (61). Puede valorarse el uso de medidas de apoyo a la salud mental a distancia (es decir, terapia por teléfono) en los casos en los que se interrumpa el acceso a los servicios ordinarios.
- Si los síntomas de ansiedad o depresión persisten más allá de la recuperación de la VS, entonces se puede sospechar que exista un trastorno de ansiedad o depresivo subyacente, por lo que debe consultarse a un profesional de la salud mental que proporcione un tratamiento adecuado. Véase la *Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada* (🔗) (62,63).
- Es importante preguntar por pensamientos o actos de autolesión, especialmente durante el curso de la VS, debido a los factores de riesgo que existen para las conductas autolesivas y el suicidio, tales como la sensación de aislamiento, la pérdida de seres queridos, la pérdida del trabajo, las pérdidas económicas y la desesperanza. Debe eliminarse cualquier posible medio de autolesión con el que el paciente pudiera contar, activar el protocolo de apoyo psicosocial, hacer un seguimiento de la persona y consultar a un profesional de la salud mental en caso de que sea necesario. Véase la *Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada* (🔗) (62,63).
- Con el fin de asegurar que se presta una atención integral y basada en la evaluación inicial, tras el alta, debe ponerse a las personas en contacto con los servicios sociales (incluida la vivienda), de empleo y educación, así como con otros sectores pertinentes (64).
- En el caso de los adultos que presenten trastorno por estrés postraumático debe pensarse en la posibilidad de proporcionar TCC con un enfoque en el trauma, desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares, o gestión del estrés (🔗) (58,62).

La OMS recomienda aplicar estrategias de apoyo psicosocial como intervenciones de primera línea para tratar los trastornos del sueño que se presenten en el marco del estrés agudo.

Observaciones:

- Las recomendaciones relativas a la higiene del sueño (que incluyen evitar el uso de psicoestimulantes como la cafeína, la nicotina o el alcohol) y la gestión del estrés (p. ej., las técnicas de relajación y las técnicas de atención consciente) son eficaces para reducir los trastornos del sueño, por lo que deben ofrecerse. También puede valorarse el uso de intervenciones psicológicas basadas en los principios de la TCC.
- Los pacientes hospitalizados por VS podrían presentar insomnio secundario a otras causas, tales como los factores ambientales (p. ej., el exceso de luz y ruido por la noche), la ansiedad, la tos constante, el síndrome confusional, la agitación o el dolor. Se debe dar prioridad al reconocimiento y tratamiento inmediato de las causas de fondo antes de administrar cualquier somnífero.

6. ANTIVIRALES Y OTROS TRATAMIENTOS (1 RECOMENDACIÓN)

6.1 Antivirales

En el caso de pacientes con VS, es preferible utilizar antivirales en el marco de los ECA, con acumulación de datos clínicos y resultados estandarizados para aumentar de forma rápida la generación de datos científicos sobre eficacia y seguridad y, cuando ello no sea posible, los antivirales pueden utilizarse en el marco de protocolos de acceso ampliado, como el MEURI (3).

Observaciones:

- Dada la oferta limitada de antivirales, su uso puede plantearse como tratamiento para aquellas personas en riesgo de enfermedad grave o para aquellos que presenten o desarrollen un cuadro grave de VS. El uso óptimo de los antivirales, incluida la profilaxis posterior a la exposición (PPE), deberá reexaminarse cuando haya disponible más información.
- La OMS ha elaborado un formulario de registro de casos estandarizado que se encuentra en la Plataforma Clínica (3) y que puede ayudar a los Estados Miembros en la recogida, gestión y análisis de datos para acelerar nuestra comprensión de la caracterización clínica y la respuesta a los tratamientos; para más información, consultar el sitio web (3).
- **Tecovirimat** está autorizado por la Agencia Europea de Medicamentos (EMA, por sus siglas en inglés) para el tratamiento de la viruela, la VS y la viruela bovina, así como para el tratamiento de las complicaciones derivadas de la vacunación con el virus de la vaccinia. También ha sido autorizado contra la viruela por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) de los Estados Unidos y Salud Canadá (65–67). La eficacia de tecovirimat se evaluó, por un lado, sobre la base de estudios realizados en animales infectados con dosis letales de orthopoxvirus y estudios sobre los efectos del medicamento en el cuerpo humano y, por otro, sobre la forma en que el medicamento se absorbe, modifica y elimina del cuerpo en seres humanos y animales (estudios farmacodinámicos y farmacocinéticos) (65,68,69).
- Tecovirimat inhibe la formación de viriones envueltos del virus de la VS interfiriendo con la proteína viral VP37, altamente conservada en los miembros del género orthopoxvirus (69). Se presenta en cápsulas de liberación inmediata que se toman por vía oral dos veces al día durante 14 días (65,70). El 19 de mayo de 2022 la FDA de los Estados Unidos autorizó una formulación intravenosa (71). Los estudios preclínicos señalan que tecovirimat es eficaz en primates no humanos (15).
- Un estudio reciente publicado en el Reino Unido describe el caso de un paciente con resultado negativo de la prueba PCR en sangre y en las vías respiratorias superiores a las 48 horas de haber iniciado el tratamiento y que permaneció negativo por PCR a las 72 horas. El perfil hematológico, renal y hepático de la paciente permaneció dentro de los límites normales y recibió el alta para terminar el tratamiento en su domicilio (15). Las reacciones adversas notificadas tras la administración de tecovirimat incluyen cefalea, náuseas, dolor abdominal y vómitos (70,72). Es un inductor débil del citocromo P450 y esto puede dar lugar a interacciones con otros fármacos que se metabolizan por la misma vía (15,74). Son necesarios más estudios sobre seguridad y eficacia para el tratamiento de la VS sobre el terreno (15,74).
- **Brincidofovir** está autorizado por la EMA y la FDA de los Estados Unidos para el tratamiento de la viruela y se ha demostrado su actividad antiviral contra los virus de ADN bicatenario, incluidos los poxvirus (73,75). Inhibe la replicación del virus de la VS mediante la inhibición de la síntesis de las ADN polimerasas y está disponible en comprimidos o suspensión oral para administrar a los pacientes en dos dosis con 1 semana de diferencia (11). Las reacciones adversas notificadas tras la administración de este medicamento incluyen el aumento de las transaminasas hepáticas, diarrea, náuseas, vómitos y dolor abdominal (73). Brincidofovir no se recomienda en mujeres embarazadas debido al riesgo de toxicidad embriofetal. Se aconseja a las personas con capacidad de gestación que eviten quedarse embarazadas, así como la utilización de métodos anticonceptivos eficaces durante el tratamiento y al menos durante 2 meses tras la última dosis (15). Este fármaco se ha utilizado en tres casos de VS que han sido notificados en el Reino Unido desde 2018. En todos los casos los pacientes presentaron un aumento de las transaminasas y ninguno de ellos finalizó un ciclo completo de tratamiento (15). No se observó ninguna asociación consistente entre la dosis de brincidofovir y los parámetros clínicos o virológicos (15).

- **Cidofovir** está autorizado por la FDA de los Estados Unidos para el tratamiento del citomegalovirus (76). Inhibe la replicación del virus de la VS mediante inhibición de las ADN polimerasas y se administra por infusión intravenosa (11). Se ha demostrado su actividad contra los poxvirus en estudios de laboratorio y en animales (75). Se ha notificado que cidofovir está asociado con toxicidad renal y alteraciones electrolíticas (79).
- **NIOCH-14** es un compuesto sintetizado químicamente desarrollado por el Centro Estatal de Investigación sobre Virología y Biotecnología VECTOR desde 2001 (79,80). NIOCH-14 es un análogo de tecovirimat con una actividad comparable contra los orthopoxvirus (79,80). Los estudios de exposición en animales con VS que han comparado NIOCH-14 con tecovirimat muestran una reducción significativa de la producción viral en los pulmones de animales infectados a los 7 días posinfección frente a los sujetos control (79,80). Dado el escaso número de pacientes tratados, la eficacia clínica de este tratamiento para la VS es incierta.

Se trata de un área en rápida expansión. Para una información más actualizada acerca de fármacos y el Plan de investigación y desarrollo de la OMS, consultar el sitio web [🌐](#). Ver el Anexo 4 para más detalles acerca de esta cuestión..

6.2 Inmunoglobulina

La vacuna de inmunoglobulina (VIG) contiene anticuerpos de personas inoculadas con la vacuna de la viruela. Se desconocen los beneficios de la VIG en personas expuestas a la VS o que presentan una infección grave (si se utiliza debería hacerse en el marco de una investigación clínica y con recogida de datos prospectivos) (81,82).

7. LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DE INFECCIONES EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD (7 RECOMENDACIONES)

La aplicación de medidas de PCI adecuadas es fundamental para mitigar y controlar los riesgos de transmisión de la VS en los centros de salud y entornos comunitarios (31,83). Aplicar una jerarquía de controles es crucial para reducir el riesgo de exposición a la VS dentro de los entornos de atención de la salud. Por ello, las cuestiones para la aplicación de controles técnicos y administrativos, así como el uso de EPP, se han integrado como un elemento transversal de las recomendaciones aquí descritas.

En los países donde los programas de PCI son limitados o inexistentes, es fundamental garantizar la adopción de medidas básicas de PCI, tanto a escala nacional como a nivel de centro de salud, para dotar de una protección mínima a los pacientes, los trabajadores de la salud, los cuidadores y las visitas y, por lo tanto, proteger a la comunidad. La OMS proporciona orientación sobre los requisitos mínimos en materia de PCI (82) a escala nacional y en los centros de salud. Es esencial cumplir los requisitos mínimos de PCI y lograr que los programas de PCI sean más sólidos y amplios en todos los sistemas de salud conforme a las *Directrices de la OMS sobre componentes básicos para los programas de prevención y control de infecciones a nivel nacional y de establecimientos de atención de salud para pacientes agudos* (84), a fin de mantener los esfuerzos de control de las EI emergentes, las infecciones relacionadas con la atención de salud y la resistencia a los antimicrobianos (81).

Los trabajadores de la salud deben seguir siempre las precauciones estándar y realizar una evaluación de riesgos para valorar la necesidad de utilizar precauciones adicionales. Las precauciones estándar incluyen:

- higiene de las manos
- medidas de higiene respiratoria y precauciones al toser
- ubicación de los pacientes
- EPP
- técnicas asépticas
- seguridad de las inyecciones y prevención de lesiones con objetos punzantes
- limpieza y desinfección del entorno
- manejo de la ropa sucia y de la ropa de cama
- descontaminación y reprocesamiento o uso de dispositivos y equipos reutilizables de atención al paciente
- gestión de residuos

7.1 Cuestiones en materia de PCI para casos presuntos de viruela símica

La OMS recomienda la aplicación de precauciones de contacto y antigotículas ante cualquier caso presunto de VS. Además de las precauciones de contacto y antigotículas, deben aplicarse precauciones contra la transmisión por vía aérea en el caso de sospecha de VVZ (esto es, varicela) y hasta que esa posibilidad se excluya.

Observaciones:

- Los trabajadores de la salud deben realizar la higiene de manos según los cinco momentos para la higiene de las manos de la OMS, incluido antes de ponerse el EPP y después de quitárselo.
- En caso de sospecha del VVZ (esto es, varicela), colocar al paciente en una habitación de aislamiento para infecciones transmitidas por el aire (AII, por sus siglas en inglés) con un baño o retrete de uso exclusivo.

- Si no se dispone de una habitación All, colocar al paciente en una habitación individual bien ventilada con un baño o retrete de uso exclusivo y mantener la puerta cerrada.
- Los trabajadores de la salud deben usar el siguiente EPP: guantes, bata, mascarilla de protección respiratoria (p. ej., N95, FFP2) y protección ocular.
- La sala/habitación de aislamiento debe tener señalización colocada en la entrada que indique que el paciente está bajo precauciones de contacto/gotículas/transmisión aérea y el EPP requerido en el orden correcto para los trabajadores de la salud.
- Si no hay sospecha del VVZ (esto es, varicela), colocar al paciente en una habitación individual bien ventilada con un baño o retrete de uso exclusivo.
 - Los trabajadores de la salud deben usar el EPP siguiendo las recomendaciones sobre el EPP para casos confirmados (bata, guantes, mascarilla de protección respiratoria (p. ej., N95, FFP2) y protección ocular).
- Los trabajadores de la salud deben recibir formación sobre el procedimiento para ponerse y quitarse el EPP de forma segura.
- Utilizar calzado exclusivo para el área de trabajo que pueda descontaminarse. No se recomiendan las fundas desechables para zapatos (84–86).
- Enseñar al paciente a usar una mascarilla médica bien ajustada y a seguir las medidas de higiene respiratoria y las precauciones al toser cuando sea necesario el transporte.
- Evitar el movimiento innecesario de los pacientes sospechosos. Si el paciente sospechoso debe ser movido o transportado dentro o fuera del centro, asegurarse de que se cumplan las precauciones basadas en el modo de transmisión (gotículas/contacto/transmisión aérea), colocar al paciente una mascarilla médica bien ajustada y cubrir las lesiones.
- El establecimiento/sala/unidad de recepción deberá tener presente las precauciones requeridas basadas en el modo de transmisión y, a la espera de la llegada, la necesidad de preparar un área de aislamiento o exclusiva.

7.2 Cuestiones en materia de PCI para casos confirmados de viruela símica

La OMS recomienda la aplicación de precauciones de contacto y antigotículas ante cualquier caso confirmado de VS. Además de las precauciones de contacto y antigotículas, deben usarse mascarillas de protección respiratoria.

Justificación: En el contexto del actual brote epidémico que afecta ya a varios países y de la evolución de la evidencia sobre los mecanismos de transmisión, no existe en la actualidad suficiente información para apoyar una recomendación para el uso continuado de precauciones contra la transmisión por vía aérea. A pesar de no ser la forma de transmisión dominante, el panel reconoció la actual incertidumbre existente relacionada con el potencial de transmisión por aerosoles y los riesgos para los trabajadores de la salud que prestan atención directa a los pacientes confirmados con VS. En consecuencia, el grupo de orientación votó a favor del uso de mascarilla de protección respiratoria como protección respiratoria adicional, en el contexto de una habitación bien ventilada, como medida de precaución en el momento actual.

El grupo hizo hincapié en la necesidad de comprender mejor los mecanismos de transmisión de la VS y la gravedad de la enfermedad, así como de establecerlos como prioritarios para su investigación.

La OMS actualizará estas orientaciones en un plazo breve de tiempo (8–12 semanas) en función de la nueva evidencia científica.

Observaciones:

- Los trabajadores de la salud deben realizar la higiene de manos según los cinco momentos para la higiene de las manos de la OMS (87), incluido antes de ponerse el EPP y después de quitárselo. incluido antes de ponerse el EPP y después de quitárselo.
- Colocar al paciente en una habitación individual bien ventilada con un baño o retrete de uso exclusivo.
- Si no se dispone de habitaciones individuales para los pacientes, considerar la posibilidad de agrupar a los casos confirmados, manteniendo una distancia mínima de 1 metro entre pacientes (83).

- La sala/habitación de aislamiento debe tener señalización colocada en la entrada que indique las precauciones de contacto/gotículas.
- Usar un EPP que incluya: guantes, bata, una mascarilla de protección respiratoria (p. ej., N95, FFP2) y protección ocular.
- Utilizar calzado exclusivo para el área de trabajo que pueda descontaminarse. No se recomiendan las fundas desechables para zapatos (84–86).
- Los trabajadores de la salud deben recibir formación sobre la manera de ponerse y quitarse el EPP de forma segura.
- Cubrir las lesiones expuestas cuando otros estén en la habitación, si el paciente lo tolera.
- Evitar el movimiento innecesario de los pacientes confirmados. Si el paciente debe ser movido o transportado dentro o fuera del centro, asegurarse de que se cumplan las precauciones basadas en el modo de transmisión, colocar al paciente una mascarilla médica bien ajustada y cubrir las lesiones (si el paciente lo tolera).
- El establecimiento/sala/unidad de recepción deberá tener presente las precauciones requeridas basadas en el modo de transmisión y, a la espera de la llegada, la necesidad de preparar un área de aislamiento o exclusiva.
- Se deben mantener las precauciones hasta que las ampollas hayan formado costra, la costra se haya caído y se haya formado una nueva capa de piel debajo.
- Los casos graves (incluidas las personas inmunodeprimidas) en que los pacientes pueden presentar una eliminación prolongada del virus a través de las vías respiratorias superiores pueden requerir una evaluación clínica para establecer cuándo se pueden suspender las precauciones basadas en el modo de transmisión.

La OMS recomienda que se apliquen las precauciones contra la transmisión por vía aérea si se realizan procedimientos que generan aerosoles (AGP).

Observaciones:

- Los AGP deben realizarse en una habitación All. Si no se dispone de una habitación All o si esto no es factible, realizar los AGP en una habitación individual bien ventilada con la puerta cerrada.
- En el momento de realizar los AGP, los trabajadores de la salud deben usar una mascarilla de protección respiratoria (p. ej., N95, FFP2), así como protección ocular, bata y guantes.

La OMS recomienda la limpieza y desinfección, según las directrices nacionales o del establecimiento, de las áreas dentro del centro de salud utilizadas con frecuencia por el paciente o donde se produzcan las actividades de atención al paciente* y del equipo utilizado en la atención del paciente.

Observaciones:

- Los trabajadores de la salud deberán usar un EPP (guantes [resistentes], bata, mascarilla de protección respiratoria [p. ej., N95, FFP2] y protección ocular) mientras limpian y desinfectan el equipo utilizado en la atención del paciente y las áreas de atención al paciente o las habitaciones de aislamiento donde están los pacientes con infección presunta o confirmada por el virus de la VS.
- Utilizar calzado exclusivo para el área de trabajo que pueda descontaminarse. No se recomiendan las fundas desechables para zapatos (84–86)
- Para evitar la contaminación cruzada, la limpieza siempre debe realizarse empezando por la zona más limpia y dejando la zona más sucia para el final, y siempre limpiando de arriba a abajo.
- Se debe prestar una atención especial a los retretes y a las superficies que se tocan con frecuencia (88).
- Usar equipos utilizados en la atención del paciente desechables o exclusivos, y limpiar y desinfectar el equipo antes de utilizarlo con otros pacientes.

* Las áreas de atención al paciente incluyen, por ejemplo, los departamentos de consultas externas, las salas de espera, los baños, las habitaciones de los pacientes y el entorno del paciente.

La OMS recomienda que la ropa de cama, las batas de hospital, las toallas y cualquier otra prenda de tela debe ser manejada y recogida con cuidado.

Observaciones:

- Alzar y enrollar la ropa de cama con cuidado. No sacudir la ropa de cama o la ropa sucia.
- Estos artículos deberán depositarse cuidadosamente en una bolsa o contenedor específicos para su transporte hasta los servicios de lavandería.
- La ropa de cama puede lavarse en la lavadora con agua caliente a temperatura > 60°C utilizando detergente de lavadora y secarse según los procedimientos habituales, de ser posible a alta temperatura (25,26,38). Si no es posible el lavado a máquina ni se dispone de agua caliente, la ropa de cama puede ponerse a remojo en una tina, removiendo con un palo con cuidado para no salpicar. La ropa de cama deberá ser remojada en cloro*, aclarada con agua limpia y dejar que se seque por completo.
- Los trabajadores de la zona de lavandería deben seguir las precauciones estándar y las basadas en el modo de transmisión, incluido:
 - minimizar el manejo, y en especial evitar sacudir la ropa de cama y la ropa sucia;
 - usar guantes, delantal o bata, una mascarilla de protección respiratoria (p. ej., N95, FFP2) y protección ocular.
- * Debido a la falta de estudios disponibles sobre el virus de la VS, existen dudas respecto a la concentración exacta de cloro o el grado de reducción del riesgo que puede lograrse. Sin embargo, existe un consenso general, basado en la evidencia disponible sobre otros virus, de que añadir cloro probablemente reduce la contaminación residual y esto puede ser especialmente útil cuando la desinfección térmica, la dilución y la acción mecánica son insuficientes (39–41).

La OMS recomienda que todos los fluidos corporales y residuos sólidos de los pacientes con VS deberán tratarse como desechos infecciosos.

Observaciones:

- Los residuos deben separarse (desechos generales, desechos infecciosos y desechos de objetos punzocortantes) y colocarse en recipientes adecuados en los puntos de uso. (89).
- La gestión y la eliminación de residuos (incluido el EPP) debe realizarse conforme a las normativas locales sobre desechos infecciosos.
- Asegurarse de que los trabajadores de la salud usan un EPP adecuado (p. ej., guantes, bata, mascarilla de protección respiratoria [p. ej., N95, FFP2], protección ocular) durante el manejo de los residuos.

La OMS recomienda que en el caso de los pacientes aislados con VS se deben adoptar medidas para facilitar la interacción de los pacientes con la familia y las visitas para promover el bienestar.

Observaciones:

- Las visitas y los cuidadores deben realizar una higiene de manos adecuada antes y después de entrar/salir de la habitación del paciente, recibir instrucciones y ser supervisados de forma estrecha sobre el uso (poner y quitar) del EPP como medida de precaución de contacto y antigotículas.
- Las personas vulnerables deben recibir asesoramiento con respecto a los riesgos para tomar una decisión informada sobre la posibilidad de visitar al paciente.
- Se deben ofrecer modos alternativos de comunicación como las videoconferencias.

8. CONSIDERACIONES PARA POBLACIONES ESPECÍFICAS (9 RECOMENDACIONES)

8.1 El cuidado de las poblaciones sexualmente activas (2 recomendaciones)

La OMS recomienda que se aconseje a todos los pacientes que se abstengan de mantener relaciones sexuales hasta que TODAS las lesiones cutáneas de la VS hayan formado costra, la costra se haya caído y se haya creado piel nueva debajo.

Justificación:

- El GED reconoció que el riesgo de transmisión por contacto directo con lesiones de la piel o mucocutáneas infectadas puede amplificar la transmisión del virus, por lo que la abstinencia sexual durante el período infeccioso limitaría la transmisión. Además, se desconoce el potencial de transmisión sexual y la cuestión está siendo objeto de investigación.

Observaciones:

- En el caso de los pacientes sexualmente activos: debe plantearse la posibilidad de coinfección por otras ITS entre las personas sospechosas de VS que presentan una erupción cutánea. El paciente debe contar con lo siguiente:
 - Historial sexual detallado.
 - Exploración física completa utilizando las medidas de PCI adecuadas con especial atención a la evaluación de:
 - linfadenopatía;
 - erupción en las mucosas bucales, genitales, de la región anogenital y otras partes de la piel;
 - se le realizarán las pruebas del VIH, sífilis, VHS genital y para la detección de ITS, conforme a las *Guidelines for the management of symptomatic sexually transmitted infections* (34) de la OMS (34);
 - se debe promover entre los pacientes el uso del preservativo de forma constante durante las relaciones sexuales a fin de prevenir el VIH y otras ITS, aunque se informará de que el uso del preservativo por sí solo no protege contra la adquisición y transmisión de la enfermedad.
- En el caso de las personas con infección por el VIH: especialmente aquellas con la enfermedad mal controlada que además sufren VS pueden estar expuestas a un mayor riesgo de enfermedad grave. Los datos sugieren que pueden ser vulnerables a las úlceras genitales, la infección bacteriana secundaria y a una duración prolongada de la enfermedad (13).
 - Si una persona con infección por el VIH es diagnosticada con VS, deberá continuar con su TAR como antes.
 - En el caso de las personas con infección por el VIH que han sido recientemente diagnosticadas de VIH, la OMS recomienda iniciar el TAR tan pronto como la persona se sienta preparada y dentro del plazo de 7 días, conforme a las *Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach* (90). Las personas con un recuento de linfocitos CD4 más bajo posiblemente sean más vulnerables a las complicaciones relacionadas con la VS, por lo que se les deberá dar prioridad para iniciar el TAR (13).
 - En el caso de que una persona sea diagnosticada al mismo tiempo de VS y VIH, abordar las cuestiones más apremiantes y el tratamiento para la VS (ver la Sección 6). Cabe destacar que los antivirales para la VS tienen interacciones farmacológicas importantes con algunos de los antivirales utilizados para tratar el VIH.
 - Las personas con infección por el VIH que reciben el TAR y tienen una carga viral indetectable no se consideran inmunodeprimidas (90).

En coherencia con el principio de precaución, la OMS recomienda usar preservativo de forma constante durante las relaciones sexuales (penetración insertiva y receptiva oral/anal/vaginal) durante 12 semanas tras la recuperación para evitar la transmisión potencial de la VS.

Observaciones:

- En las series de casos de pequeño tamaño se ha observado la detección del ADN del virus de la VS en fluidos corporales tras la curación de las lesiones cutáneas; esto genera incertidumbre sobre la persistencia del virus de la VS en fluidos corporales como el semen, fluidos vaginales, saliva y sangre, y el riesgo de retransmisión.
- Dado que esta es una guía de emergencia elaborada en un momento de rápida evolución de la situación, se aplica el principio de precaución para esta intervención de salud pública. A medida que se disponga de más información y mejore nuestra comprensión relacionada con la transmisión del virus, la guía se actualizará en consonancia.

8.2 El cuidado de las mujeres embarazadas y en puerperio (4 recomendaciones)

La OMS recomienda que las mujeres embarazadas o puérperas con VS leve o sin complicaciones pueden no necesitar atención en hospitales de agudos, sino que puede ser preferible el seguimiento en un centro de salud; las pacientes con enfermedad grave o complicada deben ingresar en un establecimiento de salud para su cuidado ya que requieren cuidados de apoyo optimizados o intervenciones para mejorar la supervivencia maternal y fetal.

Observaciones:

- Los escasos datos existentes sugieren que la infección por el virus de la VS en mujeres embarazadas puede suponer una transmisión vertical y resultados adversos para el feto, como aborto espontáneo y mortinatos (9,28,29,91). Este es un ámbito en el que son necesarios más datos científicos y más investigación.
- Atendiendo a los riesgos potenciales, las mujeres embarazadas con VS leve o sin complicaciones deben tenerse en cuenta para su atención en un establecimiento de salud, a fin de realizar un seguimiento más estrecho de la progresión de la enfermedad y, en el caso de que aparezcan complicaciones, reconocer y tratar dichas complicaciones con cuidados de apoyo optimizados (ver la Sección 4 para otras consideraciones).
- Debe proporcionarse a las mujeres orientación en materia de dietas saludables, movilidad y ejercicio, ingesta de micronutrientes para ella y su hijo, consumo de tabaco y tabaquismo pasivo, y consumo de alcohol y otras sustancias, de conformidad con las recomendaciones de la OMS relativas a la atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo (48) y las recomendaciones de la OMS sobre atención materna y neonatal para una experiencia postnatal positiva (49,50).
- Proporcionar asesoramiento a las mujeres de conformidad con la Sección 8.1.

La OMS recomienda que las mujeres embarazadas o púerperas con VS deben tener acceso a apoyo psiquiátrico y psicosocial y atención especializada (de partería, obstétrica, ginecológica, fetal y neonatal) respetuosa y centrada en la mujer, con el fin de que las complicaciones maternas y neonatales puedan atenderse rápidamente..

Observaciones:

- La atención centrada en la mujer, respetuosa y cualificada se refiere a la atención organizada y proporcionada a todas las mujeres de manera que se mantenga su dignidad, privacidad y confidencialidad, se garantice la ausencia de daños y malos tratos y sea posible la toma de decisiones. Durante el trabajo de parto y el parto esto incluye la presencia de un acompañante elegido por la paciente, el alivio del dolor, la movilidad durante el trabajo de parto y la elección de la posición de parto.
- Los acompañantes en el parto serán objeto de un cribado utilizando la definición de caso de la OMS para la VS (ver el Anexo 1).
- En caso de que el acompañante presente VS presunta o confirmada, se consultará con la mujer para buscar a otra persona que esté sana. Debe informarse a todos los acompañantes sobre la importancia de las medidas de PCI durante el trabajo de parto, el parto y el internamiento puerperal de la madre y el recién nacido en el establecimiento de salud. Incluir una capacitación apropiada sobre el EPP y su uso, y limitar el movimiento en el establecimiento de atención de la salud.

La OMS recomienda que el tipo de parto deberá elegirse de manera individual en función de las indicaciones obstétricas y las preferencias de la paciente. La OMS solo recomienda inducir el parto o recurrir a la cesárea en los casos en que esté médicamente justificado y en función del estado de la madre y el feto.

Observaciones:

- Las decisiones relativas a los partos de emergencia y la finalización del embarazo son complejas y dependen de muchos factores, tales como la edad gestacional, la gravedad del estado de salud de la madre, y la viabilidad y el bienestar del feto.
- Las intervenciones que tienen por objeto acelerar el trabajo de parto y el parto (p. ej., la estimulación de las contracciones, la episiotomía o el parto vaginal instrumentado) solo deben realizarse si se justifican desde el punto de vista médico en función del estado clínico de la madre y el feto, de conformidad con las recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto (92).
- Se recomienda retrasar el pinzamiento del cordón umbilical (nunca antes de que haya transcurrido 1 minuto después del nacimiento) con el fin de mejorar la salud y la nutrición de la madre y el niño. No existen datos científicos que apunten a que el retraso del pinzamiento del cordón umbilical aumente la posibilidad de que la madre transmita el virus al recién nacido. Los beneficios demostrados de retrasar el pinzamiento como mínimo entre 1 y 3 minutos superan los daños teóricos y no verificados.
- En las embarazadas que presentan VS leve, presunta o confirmada, las decisiones relativas al aplazamiento de una intervención planificada (programada), ya sea la inducción del parto o la realización de una cesárea, deben tomarse de manera individualizada (93).
- La placenta y cualquier otro tejido o fluidos relacionados con el embarazo, como el líquido amniótico o los fluidos de tejidos fetales, deben desecharse siguiendo protocolos específicos de PCI para materiales potencialmente infecciosos (ver la Sección 7).

La OMS recomienda que a las mujeres embarazadas o puérperas que se hayan restablecido de la VS se les debe facilitar y alentar a recibir la atención habitual prenatal, puerperal o posterior al aborto, según corresponda. En el caso de que se produzca alguna complicación, debe proporcionarse atención

Observaciones:

- Los escasos datos existentes sugieren que la infección por el virus de la VS en mujeres embarazadas puede suponer una transmisión vertical y resultados adversos para el feto, como aborto espontáneo y mortinatos (9,28,29,91). Este es un ámbito en el que son necesarios más datos científicos y más investigación.
- Aunque en la actualidad van surgiendo nuevos datos, se debe informar a las mujeres embarazadas con VS o en proceso de recuperación de la enfermedad sobre el riesgo potencial de resultados adversos del embarazo, así como ofrecerles asesoramiento si lo solicitan o desean.
- Las opciones y los derechos de las mujeres a la atención de la salud sexual y reproductiva deben respetarse, en particular el acceso a la anticoncepción y al aborto seguro, de conformidad con las *Abortion care guidelines* (56) de la OMS (51).
- Se debe informar a las mujeres embarazadas con VS sobre el hecho de que se desconoce si puede producirse la transmisión si otras personas se exponen a fluidos o tejidos relacionados con el embarazo, como el líquido amniótico, la placenta o el tejido fetal. Deben proporcionarse instrucciones sobre cómo manejar muestras potencialmente infecciosas (ver la Sección 7).
- Proporcionar asesoramiento a las mujeres sobre prácticas sexuales seguras (ver la Sección 8.1).
- Se deberá realizar un seguimiento de signos de complicaciones a todas las mujeres embarazadas con VS confirmada y sus lactantes a través de registros nacionales (ver la Sección 13).

8.3 El cuidado de los lactantes y los niños de corta edad con viruela símica (2 recomendaciones)

La OMS recomienda que debe vigilarse estrechamente a los lactantes recién nacidos de madres con VS en busca de evidencia de posible exposición o infección congénita o perinatal. Las madres y los lactantes o niños de corta edad también pueden estar expuestos a través del contacto estrecho.

La OMS recomienda que los niños expuestos a la VS deben tener la pauta de vacunación completa para su edad según el calendario nacional de vacunación habitual y tener sus vacunas al día, siempre que sea posible.

Observaciones:

- La transmisión del virus de la VS a los niños se produce de la misma forma que a los adultos; de animal a persona, de persona a persona, y de entornos contaminados a personas, dándose la circunstancia de que la mayoría de la información disponible procede de países de África Occidental y Central (5).
- Los niños no deben dormir en la misma habitación o cama que una persona con VS, ni tampoco beber o comer utilizando los mismos cubiertos que dicha persona.
- Los datos procedentes de estudios de pequeño tamaño muestral y casos clínicos sugieren que los niños pueden estar expuestos a un mayor riesgo de enfermedad grave que los adultos, como la encefalitis, la sepsis e incluso la muerte (9–11,16,28).
- Esto es especialmente importante en el caso de que la VS haya sido transmitida por una mordedura o un arañazo de animal, o cuando la integridad de la piel está comprometida por cualquier motivo. No solo los niños pueden estar en riesgo de presentar una enfermedad más grave, sino que además los datos sugieren que una infección que comprometa la integridad de la piel también puede suponer un riesgo de sufrir una enfermedad más grave (23).
- A la vista de estos riesgos potenciales, puede considerarse la posibilidad de atender a los niños de corta edad en un establecimiento de salud a fin de realizar el seguimiento de la progresión de la enfermedad y, en el caso de producirse complicaciones, reconocerlas y proceder a su tratamiento con cuidados de apoyo optimizados. Los niños de corta edad

no deben aislarse solos. Debe haber una persona (progenitor o cuidador), sana y que no sea población de alto riesgo, que preste asistencia al niño con VS utilizando medidas de PCI adecuadas (ver la Sección 7.2).

- Administrar una vacuna que contenga toxoide tetánico apropiada para la edad a lactantes y niños con esquema de vacunación infantil incompleto, y a cualquier persona con la pauta recomendada de vacunación contra el tétanos incompleta.

8.4 Alimentación de lactantes con madres infectadas por el virus de la viruela símica (1 recomendación)

La OMS recomienda que se evalúen caso por caso las prácticas de alimentación del lactante, incluida la posibilidad de finalizar la lactancia materna en el caso de una madre con VS, teniendo en cuenta el estado físico general de la madre y la gravedad de la enfermedad, lo que podría afectar al riesgo de transmisión de la VS de la madre al lactante.

Observaciones:

- En la actualidad se desconoce si el virus o los anticuerpos de la VS están presentes en la leche materna de las mujeres lactantes.
- En un cálculo riesgo-beneficio se debe otorgar un mayor peso a los riesgos conocidos asociados con la privación de las protecciones que confiere la lactancia materna y la angustia causada por la separación de madre e hijo, frente al riesgo potencial y desconocido para el lactante de infectarse con el virus de la VS.
- La prioridad es la protección de la supervivencia del niño al tiempo que se mantiene el aporte nutricional del lactante (p. ej., evitando las enfermedades diarreicas asociadas con leche de fórmula contaminada por agua sucia o prácticas antihigiénicas).
- Los lactantes de madres con VS deben ser objeto de una vigilancia estrecha en busca de signos y síntomas con el objetivo principal de ofrecerles cuidados de apoyo tempranos para evitar el desarrollo de una enfermedad grave y desenlaces clínicos desfavorables.
- Las madres con VS deberán adoptar medidas de protección generales de PCI a la hora de manejar y alimentar a su bebé (p. ej., lavarse las manos antes y después de cada toma, usar una máscara (si es posible) y cubrir cualquier lesión en laaréola o en áreas que estén en contacto directo con el lactante. De forma alternativa, si solo una mama presenta lesiones, las madres pueden extraer/bombear la leche de la mama con lesiones en laaréola y desechar la leche, y amamantar al lactante de la mama no afectada. En todos los casos, la pareja madre-lactante debe ser objeto de un seguimiento estrecho para detectar la aparición de signos y síntomas de VS y tratarlos en consonancia.
- Si el lactante es menor de 6 meses y es separado de su madre, infectada por el virus de la VS, este deberá ser alimentado con leche materna de donante o sustitutos apropiados de la leche materna, teniendo en cuenta la viabilidad, seguridad y sostenibilidad, el contexto cultural, la aceptabilidad para la madre y la disponibilidad de servicios.
- En el caso de los lactantes entre los 6 y los 23 meses de edad que no pueden acceder a leche materna de donante o sustitutos apropiados de la leche materna, la leche entera pasteurizada de origen animal es apropiada como parte de una dieta equilibrada, junto a alimentos complementarios.
- Debe brindarse asistencia integral a cualquier madre que interrumpa la lactancia como consecuencia de la VS (o por cualquier otra razón) para reanudar la lactancia y que se restablezca el suministro de leche y pueda continuar amamantando.
- En el caso de lactancia de sustitución con sucedáneos de la leche materna, es fundamental realizar un seguimiento del crecimiento del lactante, de su desarrollo y de otras enfermedades, así como de los signos y síntomas de la VS.
- Si la madre de un lactante o un niño de corta edad ha estado expuesta a la VS, pero no tiene síntomas indicativos de infección, no debe separarse al lactante o al niño de su madre. Deberán continuar con la lactancia materna al tiempo que se controla estrechamente en busca de signos y síntomas de la VS.

9. EL MANEJO CLÍNICO DE LOS PACIENTES DE ALTO RIESGO Y DE AQUELLOS CON COMPLICACIONES O VIRUELA SÍMICA GRAVE (2 RECOMENDACIONES)

La OMS recomienda hospitalizar a los pacientes que presentan un alto riesgo de complicaciones (esto es, niños de corta edad, embarazadas y personas inmunodeprimidas) o aquellos con VS grave o con complicaciones para ser objeto de un seguimiento más estrecho y recibir atención clínica conforme a las precauciones de aislamiento adecuadas a fin de evitar la transmisión del virus de la VS.

Observaciones:

- Véase en el Cuadro 9.1 la evaluación sistemática a realizar en pacientes hospitalizados.

Cuadro 9.1 Constantes vitales y manifestaciones clínicas que requieren una monitorización sistemática

Constantes vitales y evaluación del dolor	<ul style="list-style-type: none"> • Temperatura, frecuencia cardíaca, presión arterial, frecuencia respiratoria, saturación periférica de oxígeno, nivel de conciencia según la escala de alerta, respuesta a la voz, respuesta al dolor, no respuesta (escala AVPU, por sus siglas en inglés), glucosa en el punto de atención, peso corporal y altura para calcular el IMC, y medición del PB en niños. • Escala de dolor
Estado general	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Es capaz el paciente de comer y beber sin ayuda? • ¿Es capaz el paciente de sentarse y caminar de forma autónoma? • ¿Ha sufrido el paciente una pérdida de peso reciente desde el inicio de los síntomas?
Características de la erupción	<ul style="list-style-type: none"> • Etapa de la erupción: máculas, pápulas, vesículas, pústulas, formación de costra, exfoliación • Localización de la erupción (cara, brazos, torso, genitales, piernas, mucosas) • Número de lesiones (28,94): <ul style="list-style-type: none"> – Leve (< 25 lesiones cutáneas) – Moderada (25–99 lesiones cutáneas) – Grave (100–250 lesiones cutáneas) – Muy grave (> 250 lesiones cutáneas). • Si se produce exfoliación: % de la superficie corporal afectada (> 10% es preocupante)
Presencia de infecciones bacterianas secundarias	<ul style="list-style-type: none"> • Celulitis, abscesos, piomiositis, infección necrosante de tejidos blandos
Estado neurológico	<ul style="list-style-type: none"> • Escala AVPU, convulsiones, coma
Estado de volemia	<ul style="list-style-type: none"> • Presencia de deshidratación: leve, moderada o grave (ver el Cuadro 9.2 para más detalles)
Signos de perfusión	<ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia del pulso, intensidad del pulso, relleno capilar • Diuresis (> 0,5 ml/kg/h = normal en adultos; 1,0 ml/kg/h en niños) • Piel moteada
Aparato respiratorio	<ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia respiratoria, SpO₂, signos de dificultad respiratoria
Evaluación nutricional	<ul style="list-style-type: none"> • Cambios en el apetito, pérdida de peso, peso corporal, altura, cálculo del IMC, medición del PB en niños • Signos de desnutrición – utilizar un instrumento normalizado (p. ej., el Instrumento Universal para el Cribado de la Malnutrición) (👤)
Pruebas analíticas	<ul style="list-style-type: none"> • Na, K, HCO₃, NUS, creatinina, AST, ALT, glucosa, WBC, Hg, plaquetas, PT/INR, Cl, calcio, albúmina

Fuente: Este cuadro es una adaptación basada en el documento de la OMS *Optimized supportive care for Ebola virus disease (57)* e incluye información del *Pocket book of hospital care for children* de la OMS (45).

Cuadro 9.2 Clasificación de la deshidratación

	Leve (3% – 5% hipovolemia)	Moderada (6% – 9% hipovolemia)	Grave (> 10% hipovolemia)
Pulso	Normal	Rápido	Rápido y débil o filiforme
Presión arterial sistólica	Normal	Normal a baja	Baja
Mucosa yugal	Ligeramente seca	Seca	Reseca
Turgencia cutánea	Normal	—	Escasa
Diuresis	Normal Adultos (> 0,5 ml/kg/h) Niños (> 1 ml/kg/h)	Justo o inferior a Adultos (< 0,5 ml/kg/h) Niños (< 1 ml/kg/h) × 3 horas	Desde una reducción acentuada hasta la anuria (< 0,5 ml/kg/h x 3 horas)
Frecuencia respiratoria	No varía	Acelerada	Acelerada
Entradas y salidas	Salidas > entradas	Salidas > entradas	Salidas >> entradas
Otros	Aumento de la sed	Aumento de la sed	En los lactantes, fontanela hundida, piel fría

Fuente: Este cuadro es una adaptación basada en el documento de la OMS *Optimized supportive care for Ebola virus disease* (57).

La OMS recomienda que los pacientes con VS que presenten complicaciones o enfermedad grave deben recibir intervenciones de cuidados de apoyo optimizados.

Observaciones:

- Ver el Cuadro 9.3.

Cuadro 9.3 Manejo clínico de las complicaciones y las formas graves de la VS

Complicación	Tratamiento
Exfoliación de la piel	<ul style="list-style-type: none"> • Los pacientes con una alta concentración de lesiones pueden presentar exfoliación (en casos graves similar a las quemaduras de espes --or parcial), que puede ser de importancia y conllevar deshidratación y pérdida de proteínas (27). • Estimar el % de piel afectada y considerar la posibilidad de tratarlas como quemaduras. • Minimizar la pérdida insensible de fluidos y procurar la curación de la piel. • Asegurar una hidratación y nutrición adecuadas. • Solicitar una consulta con especialistas apropiados, como un cirujano, un dermatólogo o especialistas en el cuidado de heridas. • Desbridamiento clínico o quirúrgico, según sea necesario. • Injerto de piel en casos raros y graves.
Infección necrosante des tissuede mous	<ul style="list-style-type: none"> • Se trata de una afección potencialmente mortal de los tejidos blandos profundos que afecta a la fascia muscular y causa necrosis, destrucción tisular y toxicidad sistémica. Debe sospecharse si el paciente desarrolla edema, crepitación, flujo maloliente o dolor desproporcionado en relación con el aspecto de la infección. Aunque la causa puede ser el virus de la VS, también puede ser ocasionada por bacterias patógenas. Comenzar con antibióticos de amplio espectro que cubran el <i>Staphylococcus</i> sp. y el <i>Streptococcus</i> sp. Consultar a un cirujano para esta emergencia quirúrgica (55). • El documento <i>The WHO Essential Medicines List Antibiotic Book</i> (56) ofrece orientación sobre la selección correcta de antimicrobianos y su uso adecuado (56).
Piomiositis	<ul style="list-style-type: none"> • Se produce cuando se acumula pus dentro del músculo y debe sospecharse cuando el paciente presenta dolor con la palpación en los músculos. Aunque la causa puede ser el virus de la VS, también es ocasionada con frecuencia por la flora cutánea como <i>Staphylococcus</i> sp. o <i>Streptococcus</i> sp. (45,56). La ecografía puede ser útil para el diagnóstico. Obtener hemocultivos, comenzar con antibióticos de amplio espectro, y realizar una incisión quirúrgica y drenaje. Enviar la muestra para realizar un cultivo microbiológico a fin de seleccionar el tratamiento antimicrobiano (55). • El documento <i>The WHO Essential Medicines List Antibiotic Book</i> (56) ofrece orientación sobre la selección correcta de antimicrobianos y su uso adecuado (56).

Complicación	Tratamiento
Adenopatía cervical	<ul style="list-style-type: none"> • Se puede producir en hasta el 85,65% de los casos con linfadenopatía (9). • Si los pacientes presentan una adenopatía cervical grande junto con múltiples lesiones orofaríngeas estos pueden ser vulnerables a complicaciones como insuficiencia respiratoria y abscesos retrofaríngeos. Los pacientes también presentan riesgo de deshidratación como consecuencia de la reducción de la ingesta de alimentos y agua (9,21). • Solicitar una consulta con especialistas apropiados, como un cirujano, un anestesista y médicos de EI. Bajo su supervisión, en casos graves, pueden utilizarse esteroides (9).
Lesiones oculares	<ul style="list-style-type: none"> • Algunas de las secuelas más importantes de la VS son las cicatrices de la córnea y la pérdida de visión (11,21,30,42). • Los pacientes pueden presentar síntomas oculares inespecíficos, como la conjuntivitis. • Cuidados oculares con un examen oftalmológico (42). • Antibióticos/antivirales oftálmicos si están indicados en caso de coinfección. • Suplementos de vitamina A, especialmente para niños con desnutrición (45). • Buen cuidado ocular, que incluye lubricación ocular y apósitos empapados en solución salina (45). • Evitar los ungüentos con esteroides (pueden prolongar la presencia de la VS en el tejido ocular) (21,95). • Se puede considerar el uso de trifluridina en colirio (utilizado en ocasiones para otras infecciones por orthopoxvirus o herpes ocular) para acelerar la resolución de los síntomas y evitar daños a largo plazo como consecuencia de la cicatrización, si es posible (21,30,95,96).
Neumonía	<ul style="list-style-type: none"> • Manejar conforme a la guía práctica de la OMS <i>Clinical care for severe acute respiratory infection: toolkit</i> (43) (33). • El documento <i>The WHO Essential Medicines List Antibiotic Book</i> (44) ofrece orientación sobre la selección correcta de antimicrobianos y su uso adecuado (56).
Síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA)	<ul style="list-style-type: none"> • Oxígeno, ventilación no invasiva, ventilación mecánica. • Manejar conforme a la guía práctica de la OMS <i>Clinical care for severe acute respiratory infection: toolkit</i> (43).
Deshidratación grave	<ul style="list-style-type: none"> • La deshidratación grave y el shock hipovolémico se pueden observar en pacientes con VS como consecuencia de la pérdida de volumen intravascular causada por erupción cutánea extensa o pérdidas gastrointestinales por diarrea o vómitos acompañada de una ingesta oral deficiente. • El tratamiento para la deshidratación grave consiste en la reanimación con fluidos intravenosos o intraóseos (IV/IO), administrados mediante uno o múltiples bolos con estrecha vigilancia de la respuesta a la rehidratación. La ingesta adecuada de fluidos IV se refiere al volumen que eliminará los signos de hipovolemia. Ver el documento <i>Pocket book of hospital care for children</i> (45) (21,45).
Sepsis y shock séptico	<ul style="list-style-type: none"> • La sepsis y el shock séptico se diferencian de la deshidratación grave en que estos son el resultado de una respuesta inmunitaria a una infección. El manejo de la sepsis requiere una identificación temprana, la gestión de la infección y cuidados de apoyo, incluida la reanimación con fluidos para mantener la perfusión de órganos a fin de reducir y evitar un daño mayor a los órganos; también puede requerirse el uso de vasopresores además del control de la infección (21). • Para saber más sobre la sepsis, ver la guía práctica de la OMS <i>Clinical care for severe acute respiratory infection: toolkit</i> (43) (33). • El documento <i>The WHO Essential Medicines List Antibiotic Book</i> (44) ofrece orientación sobre la selección correcta de antimicrobianos y su uso adecuado (56).
Encefalitis	<ul style="list-style-type: none"> • Considerar la posibilidad de realizar una punción lumbar para examinar el líquido cefalorraquídeo para evaluar otros trastornos tratables. • Monitorizar y examinar las vías respiratorias, la respiración, la circulación y la discapacidad (ABCD, por sus siglas en inglés) y administrar tratamientos de emergencia. • Monitorizar el estado neurológico (escala AVPU). • Controlar las convulsiones con fármacos antiepilépticos (42). • Antibióticos/antivirales si están indicados en caso de coinfección. • El documento <i>The WHO Essential Medicines List Antibiotic Book</i> (44) ofrece orientación sobre la selección correcta de antimicrobianos y su uso adecuado (56).
Encefalitis Aspectos nutricionales	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el estado nutricional de todos los pacientes. Cuando la ingesta de alimentos es limitada como consecuencia de la debilidad, el paciente deberá contar con asistencia de alimentación por parte de un profesional de la salud. Si el paciente no tolera la alimentación oral, considerar la posibilidad de administrar nutrición enteral. Puede considerarse la colocación de una sonda nasogástrica por un profesional experimentado junto con la alimentación nasogástrica. Asegurarse siempre de que la sonda nasogástrica está correctamente colocada antes de administrar alimentos para evitar el riesgo de aspiración. • Tener un cuidado especial con los pacientes en riesgo de realimentación (pacientes con un cuadro crítico, IMC bajo, ingesta reducida de alimentos durante > 5 días, antecedentes de alcoholismo o que han recibido los siguientes tratamientos: insulina, quimioterapia, antiácidos o diuréticos) e iniciar la nutrición enteral lentamente acompañada de un estrecho seguimiento. • No debe forzarse a comer a los pacientes con disminución del nivel de conciencia ya que tienen riesgo de aspiración. En caso de desnutrición grave, consulte las orientaciones publicadas por la OMS (44) (42,45,47).

10. EL CUIDADO DE LOS PACIENTES CON VIRUELA SÍMICA TRAS LA INFECCIÓN AGUDA (1 RECOMENDACIÓN)

La OMS recomienda que los pacientes con infección presunta o confirmada por VS deben tener acceso a atención de seguimiento. A todos los pacientes con VS (y sus cuidadores) se les debe proporcionar orientación para que hagan un seguimiento de cualquier síntoma persistente, nuevo o cambiante. Si esto sucede, deben buscar atención médica según las rutas asistenciales nacionales (o locales).

Observaciones:

- Deben definirse rutas asistenciales coordinadas en el plano nacional (y local) en las que se contemple a los prestadores de atención primaria (p. ej., médicos de atención primaria), los especialistas adecuados (p. ej., especialistas en salud sexual, especialistas en EI, especialistas en cuidado de las heridas, dermatólogos y cirujanos), los profesionales de la asistencia psiquiátrica y psicosocial, los nutricionistas y los servicios de asistencia social para pacientes y familias.
- La atención debe ser coordinada y personalizarse en función de las necesidades de los pacientes. Las intervenciones para la atención pueden incluir la formación, el asesoramiento relativo a las estrategias de autogestión, la prestación de apoyo y capacitación a los cuidadores, los grupos entre iguales, las técnicas de gestión del estrés, la mitigación de los estigmas y la toma de la medicación en casa, o la derivación con un especialista.

11. MANEJO DE PACIENTES FALLECIDOS (1 RECOMENDACIÓN)

La OMS recomienda que la manipulación de restos humanos de pacientes con VS debe realizarse con las medidas de PCI adecuadas.

Observaciones:

- La manipulación de restos humanos debe reducirse al mínimo necesario.
- Realizar la higiene de manos y usar el EPP con arreglo a las precauciones de contacto y antigotículas (guantes, bata, mascarilla de protección respiratoria [p. ej., N95, FFP2] y protección ocular) ya que en el caso de los pacientes cuyas erupciones cutáneas todavía no se habían curado estas aun podrían contener virus infecciosos.
- Asegurar la contención de cualquier pérdida de fluidos corporales.
- El cuerpo debe envolverse en un paño o sudario y trasladarse al depósito de cadáveres lo antes posible.
- Es preciso respetar y proteger la dignidad de los difuntos, sus tradiciones culturales y religiosas, y sus familias. Los familiares y amigos pueden ver al difunto una vez que se haya preparado para el entierro, de conformidad con las costumbres locales. Deben abstenerse de tocar o besar el cuerpo y realizar una higiene de manos con agua y jabón o loción hidroalcohólica para manos después de verlo (97,98).

12. MANEJO DE TRABAJADORES DE LA SALUD EXPUESTOS A CONTAGIO (1 RECOMENDACIÓN)

La OMS recomienda que los trabajadores de la salud expuestos a la VS deben disponer de un plan de evaluación y manejo.

Observaciones:

- Estos planes deben ser conformes a las políticas nacionales o subnacionales. El término nacional se refiere a una entidad gubernamental a nivel nacional, y subnacional a una entidad gubernamental inferior al nivel nacional (al margen del diseño político, financiero y administrativo del país), las cuales participan en el manejo del personal de salud en el contexto de la VS.
- Los trabajadores de la salud deben notificar a las autoridades responsables del control de infecciones, la salud ocupacional y la salud pública de cualquier posible exposición para recibir una evaluación médica e instrucciones de seguimiento.
- No es necesario excluir del trabajo a los trabajadores de la salud que hayan tenido una exposición ocupacional (esto es, sin tener puesto el EPP adecuado) si son asintomáticos, pero estos deben someterse a una vigilancia activa para detectar posibles síntomas durante 21 días, y además recibirán instrucciones de no trabajar con pacientes vulnerables.
- Los trabajadores de la salud que hayan estado expuestos a un caso confirmado de VS deberán someterse a una evaluación médica y considerar posibles intervenciones (vacunación o PPE) en el marco de un protocolo de recogida de datos prospectivos o un ensayo clínico.

13. LA RECOGIDA DE DATOS NORMALIZADOS Y LA PLATAFORMA DE DATOS CLÍNICOS DE LA OMS

A medida que el conglomerado de casos de VS continúa expandiéndose en países de todas las regiones de la OMS, es importante comprender las características clínicas, los factores pronósticos y los resultados en pacientes para poder fundamentar mejor nuestras orientaciones sobre el manejo clínico y en materia de salud pública. La plataforma mundial de datos clínicos de la OMS (🌐) recoge datos clínicos anonimizados a nivel de paciente y se ha utilizado para comprender mejor varios patógenos emergentes, como el virus del Ébola y el COVID-19. Al tiempo que trabajamos para saber más sobre los casos actuales, hemos desarrollado un formulario de notificación de casos e invitamos a los Estados Miembros a que aporten datos a esta plataforma.

Los objetivos de la plataforma son:

- Describir las características clínicas de la VS.
- Evaluar las variaciones en las características clínicas de la VS.
- Identificar la asociación entre las características clínicas de la VS y los síntomas.
- Describir las tendencias temporales en las características clínicas de la VS.

14. INCERTIDUMBRES Y ÁREAS DE INVESTIGACIÓN

- Transmisión del virus:
 - Comprender si existe una fase presintomática o asintomática de la enfermedad.
 - Comprender las vías de transmisión de persona a persona para incluir estudios sobre la forma en que la dinámica y las trayectorias del virus guardan una correlación con el cultivo del virus en diversos fluidos corporales, y el impacto de esto en la transmisión, los períodos infecciosos, los subgrupos según la manifestación de la enfermedad, y la gravedad de la enfermedad.
 - El potencial de zoonosis reversa y los episodios de bucle de transmisión (spillback).
 - Evolución natural de la enfermedad: gravedad de la enfermedad y los factores de riesgo de enfermedad grave, la enfermedad en diferentes grupos de población (recién nacidos, niños y jóvenes, personas inmunodeprimidas, mujeres embarazadas y personas de edad avanzada).
- Coinfección: otros virus (VVZ, VIH); ITS (como el VHS, la sífilis, el chancroide, el LGV) y otras; infecciones parasitarias (la malaria, el dengue, la filariasis), etc. Comprender si la coinfección tiene un impacto sobre la transmisión y la gravedad de la enfermedad.
- El mejor tratamiento sintomático para el cuidado de la piel, el manejo de la erupción cutánea y la nutrición.
- El mejor conjunto de medidas de atención optimizada para las complicaciones, como las complicaciones oculares y las infecciones del sistema nervioso central.
- Resultados a largo plazo para los pacientes recuperados de la enfermedad, incluidas las madres y sus bebés, y las personas inmunodeprimidas. ¿Existe un síndrome posviral?
- Eficacia y seguridad de los tratamientos, incluidas las mujeres embarazadas y lactantes, y los niños.
- Categorías de riesgo de exposición de los trabajadores de la salud y PPE.
- Comprender la sensibilidad del virus de la VS a los desinfectantes y sus propiedades viricidas (esto es, principios activos y concentraciones, tiempo de contacto).
- Estabilidad del virus en el ambiente y en las superficies.
- Muestras de aguas residuales y predicción de tendencias para la respuesta ante brotes.
- Comprender mejor la ventilación óptima para reducir la transmisión de enfermedades.
- Duración de las precauciones basadas en el modo de transmisión para mantener a los pacientes en aislamiento (cuándo tomar la decisión de levantar las precauciones basadas en el modo de transmisión).
- Efectos de la atención domiciliaria (lecciones que pueden extraerse, modelos de atención, etc.).
- Caracterización de la evolución del virus.

DEFINICIONES

Procedimientos que generan aerosoles: procedimientos médicos que son considerados generadores de aerosoles y que están asociados sistemáticamente con un mayor riesgo de transmisión de patógenos. La lista actual de procedimientos reconocidos por la OMS como generadores de aerosoles incluyen la aspiración o succión abierta de muestras de las vías respiratorias, la broncoscopia, la intubación y la resucitación cardiopulmonar (99,100).

Sala (de prevención) de aislamiento para infecciones transmitidas por el aire: una sala con una tasa de ventilación elevada y dirección controlada del flujo de aire y que se puede usar para contener infecciones transmitidas por el aire e infecciones respiratorias agudas causadas por un agente nuevo con potencial para causar un alto impacto en la salud de la población. Este tipo de salas pueden ventilarse de forma natural o mecánica (99):

- **Sala de prevención de la transmisión aérea ventilada de forma natural:** el flujo de aire debe estar dirigido a zonas libres de tránsito, o permitir la dilución rápida del aire contaminado en las áreas circundantes y la intemperie; la tasa de ventilación media debe ser 160 l/s por paciente.
- **Sala de prevención de la transmisión aérea ventilada de forma mecánica:** se crea presión negativa para controlar la dirección del flujo de aire; la tasa de ventilación mínima debe ser 12 renovaciones de aire por hora (ACH, por sus siglas en inglés).

Es equivalente a la «sala de aislamiento para infecciones transmitidas por el aire» descrita por los CDC de los Estados Unidos.

Transmisión aérea: infecciosos estando suspendidos en el aire a través de una gran distancia y por largo tiempo. La transmisión aérea puede subcategorizarse en transmisión obligada, preferencial u oportunista (99):

- **Transmisión obligada por el aire:** se refiere a patógenos que son transmitidos simplemente por deposición de núcleos de microgotas en condiciones naturales (por ej., la tuberculosis pulmonar).
- **Transmisión preferencial por el aire:** se refiere a patógenos que pueden iniciar la infección por múltiples vías, pero son transmitidos principalmente por núcleos de microgotas (por ej., sarampión, varicela).
- **Transmisión oportunista por el aire:** se refiere a agentes que de manera natural causan enfermedades a través de otras vías, pero que en situaciones especiales pueden transmitirse a través de aerosoles de partículas finas (101):

Definición extraída del documento *Prevención y control de infección en enfermedades respiratorias agudas con tendencia epidémica y pandémica durante la atención sanitaria* (WHO, 2014). En 2022 la OMS organizará una consulta mundial para revisar nuevamente esta definición.

Transmisión por contacto: se define como la propagación de un agente infeccioso causada por el contacto físico de un huésped susceptible con personas u objetos. La transmisión por contacto directo incluye tanto contacto directo entre superficies corporales como transferencia física de microorganismos entre una persona infectada o colonizada y un huésped susceptible. La transmisión o contacto indirecto implica contacto de un huésped susceptible con un objeto intermediario contaminado (p. ej., manos contaminadas) que transporta y transfiere los microorganismos (99):

Transmisión por microgotas: se define como la propagación de un agente infeccioso causada por la diseminación de microgotas. Estas se generan a partir de una persona infectada (fuente) principalmente al toser, estornudar y hablar. La transmisión ocurre cuando estas microgotas que contienen microorganismos son propulsadas (generalmente < 1m) a través del aire y depositadas en la mucosa conjuntival, oral, nasal, de la garganta o la faringe de otra persona. En su mayor parte (> 99%) se componen de microgotas grandes que viajan distancias cortas (< 1 m) y no permanecen suspendidas en el aire. Por este motivo, no se requiere manipulación del aire ni ventilación especiales para prevenir la transmisión por microgotas (99):

Trabajador de la salud: todas aquellas personas que se dedican principalmente a actividades que tienen como finalidad principal el fomento de la salud. Esto incluye a los proveedores de servicios de salud, como médicos, personal de enfermería, personal de partería, profesionales de la salud pública, técnicos (de laboratorio, de la salud, médicos y no médicos), trabajadores de atención personal, curanderos y practicantes de la medicina tradicional. También incluye a los trabajadores de gestión y apoyo del ámbito de la salud, como el personal de limpieza, los conductores, el personal directivo de los hospitales, los gestores de salud de distrito y los trabajadores sociales, así como otros grupos profesionales de actividades relacionadas con la salud. Este grupo incluye a quienes trabajan en establecimientos de atención de agudos y en atención de larga duración, salud pública, atención comunitaria, y otras ocupaciones de los sectores de la salud y el trabajo social (102).

Respirador: también conocido como respirador con pieza facial de filtrado. Se trata de un tipo de EPP que utiliza un filtro como parte integral de la pieza facial o con la pieza facial completa compuesta por el medio de filtrado y un mecanismo de sellado al rostro. Los respiradores ofrecen un equilibrio entre la filtración, la respirabilidad y el ajuste. Mientras que las mascarillas médicas filtran gotículas de 3 micrómetros de diámetro, las «N95» y las «FFP2» calificadas como respiradores con máscara filtrante (FFR, por sus siglas en inglés) deben filtrar partículas de 0,075 micrómetros, lo que es más exigente, y hacerlo en la superficie completa del respirador gracias a su diseño ajustado. Según el estándar EN 149, los FFR europeos «FFP2» filtran como mínimo el 94% de las partículas de sal de cloruro sódico y las gotículas oleosas de parafina (100).

REFERENCIAS

1. 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>, consultado el 9 de junio de 2022).
2. 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>, consultado el 9 de junio de 2022).
3. Guidance for managing ethical issues in infectious disease outbreaks. Geneva: Organización Mundial de la Salud; 2016 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/250580>, consultado el 9 de junio de 2022).
4. Manual para la elaboración de directrices. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/254669>, consultado el 9 de junio de 2022).
5. 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>, consultado el 9 de junio de 2022).
6. Li Y, Zhao H, Wilkins K, Hughes C, Damon IK. Real-time PCR assays for the specific detection of monkeypox virus West African and Congo Basin strain DNA. *J Virol Methods.* 2010;169(1):223–7 (<http://dx.doi.org/10.1016/j.jviromet.2010.07.012>, consultado el 9 de junio de 2022).
7. 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>, consultado el 9 de junio de 2022).
8. Yinka-Ogunleye A, Aruna O, Dalhat M, Ogoina D, McCollum A, Disu Y, et al. Outbreak of human monkeypox in Nigeria in 2017–18: a clinical and epidemiological report. *Lancet Infect Dis.* 2019;19(8):872–9 (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1473309919302944>, consultado el 9 de junio de 2022).
9. Pittman PR, Martin JW, Placide M, Muyembe JTT, 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>, consultado el 9 de junio de 2022).
10. 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>, consultado el 9 de junio de 2022).
11. McCollum AM, Damon IK. Human monkeypox. *Clin Infect Dis.* 2014;58(2):260–7 (<http://dx.doi.org/10.1093/cid/cit703>, consultado el 9 de junio 2022).
12. Damon IK. Smallpox, monkeypox, and other poxvirus infections. *Goldman's Cecil Medicine.* 2012;2:2117–21 (<http://dx.doi.org/10.1016/b978-1-4377-1604-7.00380-8>, consultado el 9 de junio de 2022).
13. Ogoina D, Iroezindu M, James HI, Oladokun R, Yinka-Ogunleye A, Wakama P, et al. Clinical course and outcome of human monkeypox in Nigeria. *Clin Infect Dis.* 2020;71(8):e210–4 (<http://dx.doi.org/10.1093/cid/ciaa143>, consultado el 9 de junio de 2022).
14. 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, consultado el 9 de junio de 2022).
15. 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), consultado el 9 de junio de 2022).

16. 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>, consultado el 9 de junio 2022).
17. UK Health Security Agency. Monkeypox cases confirmed in England – latest updates. Gov.uk. 2022 (<https://www.gov.uk/government/news/monkeypox-cases-confirmed-in-england-latest-updates>, consultado el 9 de junio de 2022).
18. Huhn GD, Bauer AM, Yorita K, Graham MB, Sejvar J, Likos A, et al. Clinical characteristics of human monkeypox, and risk factors for severe disease. *Clin Infect Dis.* 2005;41(12):1742–51 (<https://doi.org/10.1086/498115>, consultado el 9 de junio de 2022).
19. Hughes CM, Liu L, Davidson WB, Radford KW, Wilkins K, Monroe B, et al. A tale of two viruses: coinfections of monkeypox and varicella zoster virus in the Democratic Republic of Congo. *Am J Trop Med Hyg.* 2020;104(2):604–11 (<http://dx.doi.org/10.4269/ajtmh.20-0589>, consultado el 9 de junio de 2022).
20. Hoff NA, Morier DS, Kisalu NK, Johnston SC, Doshi RH, Hensley LE, et al. Varicella coinfection in patients with active monkeypox in the Democratic Republic of the Congo. *EcoHealth.* 2017;14(3):564–74 (<http://dx.doi.org/10.1007/s10393-017-1266-5>, consultado el 9 de junio de 2022).
21. Reynolds M, McCollum A, Nguete B, Lushima RS, Petersen B. Improving the care and treatment of monkeypox patients in low-resource settings: applying evidence from contemporary biomedical and smallpox biodefense research. *Viruses.* 2017;9(12):380 (<http://dx.doi.org/10.3390/v9120380>, consultado el 9 de junio de 2022).
22. Johnson RF, Dyal J, Ragland DR, Huzella L, Byrum R, Jett C, et al. Comparative analysis of monkeypox virus infection of cynomolgus macaques by the intravenous or intrabronchial inoculation route. *J Virol.* 2011;85(5):2112–25 (<http://dx.doi.org/10.1128/JVI.01931-10>, consultado el 9 de junio de 2022).
23. Reynolds MG, Yorita KL, Kuehnert MJ, Davidson WB, Huhn GD, Holman RC, et al. Clinical manifestations of human monkeypox influenced by route of infection. *J Infect Dis.* 2006;194(6):773–80 (<http://dx.doi.org/10.1086/505880>, consultado el 9 de junio de 2022).
24. Vaughan A, Aarons E, Astbury J, Brooks T, Chand M, Flegg P, et al. Human-to-human transmission of monkeypox virus, United Kingdom, October 2018. *Emerg Infect Dis.* 2020;26(4):782–5 (<http://dx.doi.org/10.3201/eid2604.191164>, consultado el 9 de junio de 2022).
25. Rheinbaben F v., Gebel J, Exner M, Schmidt A. Environmental resistance, disinfection, and sterilization of poxviruses. In: Mercer AA, Schmidt A, Weber O, editors. *Poxviruses*. Basel: Birkhäuser Basel; 2007:397–405 (https://doi.org/10.1007/978-3-7643-7557-7_19, consultado el 9 de junio de 2022).
26. Wood JP, Choi YW, Wendling MQ, Rogers JV, Chappie DJ. Environmental persistence of vaccinia virus on materials. *Lett Appl Microbiol.* 2013;57(5):399–404 (<https://sfamjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/lam.12126>, consultado el 9 de junio de 2022).
27. Hobson G, Adamson J, Adler H, Firth R, Gould S, Houlihan C, et al. Family cluster of three cases of monkeypox imported from Nigeria to the United Kingdom, May 2021. *Euro Surveill.* 2021;26(32) (<http://dx.doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2021.26.32.2100745>, consultado el 9 de junio de 2022).
28. Mbala PK, Huggins JW, Riu-Rovira T, Ahuka SM, Mulembakani P, Rimoin AW, et al. Maternal and fetal outcomes among pregnant women with human monkeypox infection in the Democratic Republic of Congo. *J Infect Dis.* 2017;216(7):824–8 (<http://dx.doi.org/10.1093/infdis/jix260>, consultado el 9 de junio de 2022).
29. Jamieson DJ, Jernigan DB, Ellis JE, Treadwell TA. Emerging infections and pregnancy: West Nile virus, monkeypox, severe acute respiratory syndrome, and bioterrorism. *Clin Perinatol.* 2005;32(3):765–76 (<http://dx.doi.org/10.1016/j.clp.2005.04.008>, consultado el 9 de junio de 2022).
30. Hughes C, McCollum A, Pukuta E, Karhemere S, Nguete B, Shongo Lushima R, et al. Ocular complications associated with acute monkeypox virus infection, DRC. *Int J Infect Dis.* 2014;21:276–7 (<https://doi.org/10.1016/j.ijid.2014.03.994>, consultado el 9 de junio de 2022).

31. Adams J, Bartram J, Chantier Y. Normas básicas de higiene del entorno en la atención sanitaria. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2008 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/246209>, consultado el 7 de junio de 2022).
32. Strengthening infection prevention and control in primary care: a collection of existing standards, measurement and implementation resources. Geneva: Organización Mundial de la Salud; 2021 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/345276>, consultado el 9 de junio de 2022).
33. Clinical care for severe acute respiratory infection: toolkit: COVID-19 adaptation. Geneva: Organización Mundial de la Salud; 2022 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/352851>, consultado el 9 de junio de 2022).
34. Guidelines for the management of symptomatic sexually transmitted infections. Geneva: Organización Mundial de la Salud; 2021 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240024168>, consultado el 9 de junio de 2022).
35. WHO Guidelines for malaria. Geneva: Organización Mundial de la Salud; 2022 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/352687>, consultado el 9 de junio de 2022).
36. Atención en el domicilio a casos sospechosos o confirmados de COVID-19 y manejo de sus contactos. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/333967>, consultado el 9 de junio de 2022).
37. Blackford S, Roberts DL, Thomas PD. Cowpox infection causing a generalized eruption in a patient with atopic dermatitis. *Br J Dermatol.* 1993;129(5):628–9 (<http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2133.1993.tb00500.x>, consultado el 9 de junio de 2022).
38. Agua, saneamiento, higiene y gestión de desechos en relación con el SARS-CoV-2, el virus causante de la COVID-19. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/333807>, consultado el 9 de junio de 2022).
39. Gerba CP, Kennedy D. Enteric virus survival during household laundering and impact of disinfection with sodium hypochlorite. *Appl Environ Microbiol.* 2007;73(14):4425–8 (<http://dx.doi.org/10.1128/AEM.00688-07>, consultado el 9 de junio de 2022).
40. Eterpi M, McDonnell G, Thomas V. Disinfection efficacy against parvoviruses compared with reference viruses. *J Hosp Infect.* 2009;73(1):64–70 (<http://dx.doi.org/10.1016/j.jhin.2009.05.016>, consultado el 9 de junio de 2022).
41. Rutala WA, Weber DJ. Uses of inorganic hypochlorite (bleach) in health-care facilities. *Clin Microbiol Rev.* 1997;10(4):597–610 (<http://dx.doi.org/10.1128/CMR.10.4.597>, consultado el 9 de junio de 2022).
42. National monkeypox public health response guidelines. Nigeria Centre for Disease Control; 2019 (https://ncdc.gov.ng/themes/common/docs/protocols/96_1577798337.pdf, consultado el 9 de junio de 2022).
43. France K, Villa A. Acute oral lesions. *Dermatol Clin.* 2020;38(4):441–50 (<http://dx.doi.org/10.1016/j.det.2020.05.005>, consultado el 9 de junio de 2022).
44. Malnutrition universal screening tool (MUST). In: Flynn M, Mercer D, editors. *Oxford handbook of adult nursing.* Oxford: Oxford University Press; 2018 (https://www.bapen.org.uk/pdfs/must/must_full.pdf, consultado el 9 de junio de 2022).
45. Pocket book of hospital care for children (second edition). Geneva: Organización Mundial de la Salud; 2013 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/81170>, consultado el 9 de junio de 2022).
46. IMAI district clinician manual. Hospital care for adolescents and adults: guidelines for the management of common illnesses with limited resources. Geneva: Organización Mundial de la Salud; 2012 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/77751>, consultado el 9 de junio de 2022).
47. Directriz: actualizaciones sobre la atención de la desnutrición aguda severa en lactantes y niños. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/249206>, consultado el 9 de junio de 2022).

48. Zinder R, Cooley R, Vlad LG, Molnar JA. Vitamin A and wound healing. *Nutr Clin Pract*. 2019;34(6):839–49 (<http://dx.doi.org/10.1002/ncp.10420>, consultado el 9 de junio de 2022).
49. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Geneva: Organización Mundial de la Salud; 2017 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241549912>, consultado el 9 de junio de 2022).
50. WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience. Geneva: Organización Mundial de la Salud; 2022 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240045989>, consultado el 9 de junio de 2022).
51. Abortion care guideline. Geneva: Organización Mundial de la Salud; 2022 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/349316>, consultado el 9 de junio de 2022).
52. Llor C, Bjerrum L. Antimicrobial resistance: risk associated with antibiotic overuse and initiatives to reduce the problem. *Ther Adv Drug Saf*. 2014;5(6):229–41 (<https://doi.org/10.1177/2042098614554919>, consultado el 9 de junio de 2022).
53. The 2019 WHO AWaRe classification of antibiotics for evaluation and monitoring of use. Geneva: Organización Mundial de la Salud; 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/327957>, consultado el 9 de junio de 2022).
54. Duncan H, Hutchison J, Parshuram CS. The Pediatric Early Warning System score: a severity of illness score to predict urgent medical need in hospitalized children. *J Crit Care*. 2006;21(3):271–8 (<http://dx.doi.org/10.1016/j.jcrc.2006.06.007>, consultado el 9 de junio de 2022).
55. Chapter 10: Medical and minor surgical procedures. In: *Clinical guidelines: diagnosis and treatment manual*. Médecins Sans Frontières; 2021 (<https://medicalguidelines.msf.org/viewport/CG/english/cutaneous-abscess-18482406.html>, consultado el 9 de junio de 2022).
56. The WHO Essential Medicines List Antibiotic Book: improving antibiotic AWaReness. Geneva: Organización Mundial de la Salud; 2021 (<https://www.who.int/publications/m/item/the-who-essential-medicines-list-antibiotic-book-improving-antibiotic-awareness>, consultado el 9 de junio de 2022).
57. Optimized supportive care for Ebola virus disease. Geneva: Organización Mundial de la Salud; 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/325000>, consultado el 9 de junio de 2022).
58. Primera ayuda psicológica: guía para trabajadores de campo. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2012 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/44837>, consultado el 9 de junio de 2022).
59. Habilidades psicosociales básicas: guía para personal de primera línea de respuesta a la COVID-19. Comité Permanente Interinstitucional; 2020 (<https://interagencystandingcommittee.org/system/files/2020-06/Basic%20Psychosocial%20Skills-%20A%20Guide%20for%20COVID-19%20Responders%20%28Spanish%29.pdf>, consultado el 9 de junio de 2022).
60. Enfrentando problemas plus (EP+): ayuda psicológica individual para adultos con problemas de angustia en comunidades expuestas a la adversidad. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/259696>, consultado el 9 de junio de 2022).
61. En tiempos de estrés, haz lo que importa: una guía ilustrada. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/336218>, consultado el 9 de junio de 2022).
62. Guía de intervención humanitaria mhGAP (GIH-mhGAP). El manejo clínico de los trastornos mentales neurológicos y por uso de sustancias en las emergencias humanitarias. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018 (<https://iris.paho.org/handle/10665.2/28418>, consultado el 9 de junio de 2022).
63. Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada. Versión 2.0. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018 (<https://iris.paho.org/handle/10665.2/34071>, consultado el 9 de junio de 2022).

64. MhGAP training manuals for the mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings. Geneva: Organización Mundial de la Salud; 2017 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259161/WHO-MSD-MER-17.6-eng.pdf>, consultado el 9 de junio de 2022).
65. Tecovirimat SIGA. European Medicines Agency; 2021 (<https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/tecovirimat-siga>, consultado el 9 de junio de 2022).
66. FDA approves the first drug with an indication for treatment of smallpox. Silver Spring, MD: U.S. Food and Drug Administration; 2018 (<https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/fda-approves-first-drug-indication-treatment-smallpox>, consultado el 9 de junio de 2022).
67. SIGA announces health Canada regulatory approval of oral TPOXX®. SIGA Technologies Inc.; 2021 (<https://www.globenewswire.com/news-release/2021/12/01/2344305/9738/en/SIGA-Announces-Health-Canada-Regulatory-Approval-of-Oral-TPOXX.html>, consultado el 9 de junio de 2022).
68. Mucker EM, Goff AJ, Shamblin JD, Grosenbach DW, Damon IK, Mehal JM, et al. Efficacy of tecovirimat (ST-246) in nonhuman primates infected with variola virus (smallpox). *Antimicrob Agents Chemother.* 2013;57(12):6246–53 (<http://dx.doi.org/10.1128/AAC.00977-13>, consultado el 9 de junio de 2022).
69. Grosenbach DW, Honeychurch K, Rose EA, Chinsangaram J, Frimm A, Maiti B, et al. Oral tecovirimat for the treatment of smallpox. *N Engl J Med.* 2018;379(1):44–53 (<http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa1705688>, consultado el 9 de junio de 2022).
70. EMA. Tecovirimat-SIGA assessment report (https://www.ema.europa.eu/en/documents/assessment-report/tecovirimat-siga-epar-public-assessment-report_en.pdf); Summary of product characteristics (https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/tecovirimat-siga-epar-product-information_en.pdf, consultado el 9 de junio de 2022); European Medicines Agency; 2022.
71. SIGA receives approval from the FDA for intravenous (IV) formulation of TPOXX® (tecovirimat). SIGA; 2022 (<https://investor.siga.com/news-releases/news-release-details/siga-receives-approval-fda-intravenous-iv-formulation-tpoxxr>, consultado el 9 de junio de 2022).
72. Russo AT, Grosenbach DW, Chinsangaram J, Honeychurch KM, Long PG, Lovejoy C, et al. An overview of tecovirimat for smallpox treatment and expanded anti-orthopoxvirus applications. *Expert Rev Anti Infect Ther.* 2021;19(3):331–44 (<http://dx.doi.org/10.1080/14787210.2020.1819791>, consultado el 9 de junio de 2022).
73. Tembexa (brincidofovir). Silver Spring, MD: U.S. Food and Drug Administration; 2021 (https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/applletter/2021/214460Orig1s000ltr.pdf, consultado el 9 de junio de 2022).
74. Jezek Z, Marennikova SS, Mutumbo M, Nakano JH, Paluku KM, Szczeniowski M. Human monkeypox: a study of 2,510 contacts of 214 patients. *J Infect Dis.* 1986;154(4):551–5 (<http://dx.doi.org/10.1093/infdis/154.4.551>, consultado el 9 de junio de 2022).
75. 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;3;6(1) (<http://dx.doi.org/10.1128/mSphere.00927-20>, consultado el 9 de junio de 2022).
76. Fact sheet on cidofovir. Silver Spring: MD: U.S. Food and Drug Administration; 2000 (https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/1999/020638s003lbl.pdf, consultado el 9 de junio de 2022).
77. Lea AP, Bryson HM. Cidofovir. *Drugs.* 1996;52(2):225–30 (<http://dx.doi.org/10.2165/00003495-199652020-00006>, consultado el 9 de junio de 2022).
78. De Clercq E. Cidofovir in the treatment of poxvirus infections. *Antiviral Res.* 2002;55(1):1–13 ([http://dx.doi.org/10.1016/s0166-3542\(02\)00008-6](http://dx.doi.org/10.1016/s0166-3542(02)00008-6), consultado el 9 de junio de 2022).

79. Mazurkov OY, Kabanov AS, Shishkina LN, Sergeev AA, Skarnovich MO, Bormotov NI, et al. New effective chemically synthesized anti-smallpox compound NIOCH-14. *J Gen Virol.* 2016;97(5):1229–39 (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26861777/>, consultado el 9 de junio de 2022).
80. Mazurkov OY, Shishkina LN, Bormotov NI, Skarnovich MO, Serova OA, Mazurkova NA, et al. Estimation of absolute bioavailability of the chemical substance of the anti-smallpox preparation NIOCH-14 in Mice. *Bull Exp Biol Med.* 2020;170(2):207–10 (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33263846/>, consultado el 9 de junio de 2022).
81. *Vaccinia Immune Globulin.* Silver Spring: MD: U.S. Food and Drug Administration; 2018 (<https://www.fda.gov/vaccines-blood-biologics/approved-blood-products/vaccinia-immune-globulin-intravenous-human>, consultado el 9 de junio de 2022).
82. Wittek R. Vaccinia immune globulin: current policies, preparedness, and product safety and efficacy. *Int J Infect Dis.* 2006;10(3):193–201 (<http://dx.doi.org/10.1016/j.ijid.2005.12.001>, consultado el 9 de junio de 2022).
83. Directrices sobre componentes básicos para los programas de prevención y control de infecciones a nivel nacional y de establecimientos de atención de salud para pacientes agudos. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2017 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/255764>, consultado el 9 de junio de 2022).
84. Hall S, Poller B, Bailey C, Gregory S, Clark R, Roberts P, et al. Use of ultraviolet-fluorescence-based simulation in evaluation of personal protective equipment worn for first assessment and care of a patient with suspected high-consequence infectious disease. *J Hosp Infect.* 2018;99(2):218–28 (<http://dx.doi.org/10.1016/j.jhin.2018.01.002>, consultado el 9 de junio de 2022).
85. Poller B, Hall S, Bailey C, Gregory S, Clark R, Roberts P, et al. «VIOLET»: a fluorescence-based simulation exercise for training healthcare workers in the use of personal protective equipment. *J Hosp Infect.* 2018;99(2):229–35 (<http://dx.doi.org/10.1016/j.jhin.2018.01.021>, consultado el 9 de junio de 2022).
86. Standard infection control precautions literature review: footwear. *Antimicrobial Resistance and Healthcare Associated Infection Scotland*; 2021 (<https://www.nipcm.hps.scot.nhs.uk/media/1667/2021-08-05-sicp-Ir-footwear-v3.pdf>, consultado el 9 de junio de 2022).
87. Environmental cleaning in resource-limited settings. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention; 2019 (<https://www.cdc.gov/hai/prevent/resource-limited/index.html>, consultado el 9 de junio de 2022).
88. Monkeypox multi-country outbreak. Stockholm: Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades; 2022 (<https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Monkeypox-multi-country-outbreak.pdf>, consultado el 9 de junio de 2022).
89. Standard precautions: waste management. OpenWHO; 2022 (<https://openwho.org/courses/IPC-WM-EN>, consultado el 9 de junio de 2022).
90. Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach. Geneva: Organización Mundial de la Salud; 2021 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/342899>, consultado el 9 de junio de 2022).
91. Kisalu NK, Mokili JL. Toward understanding the outcomes of monkeypox infection in human pregnancy. *J Infect Dis.* 2017;216(7):795–7 (<http://dx.doi.org/10.1093/infdis/jix342>, consultado el 9 de junio de 2022).
92. Recomendaciones de la OMS: cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018 (<https://iris.paho.org/handle/10665.2/51552>, consultado el 9 de junio de 2022).
93. WHO recommendations: induction of labour at or beyond term. Geneva: Organización Mundial de la Salud; 2018 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/277233>, consultado el 9 de junio de 2022).

94. Fenner F, Henderson DA, Arita I, Jezek Z, Ladnyi ID. Smallpox and its eradication. Geneva: Organización Mundial de la Salud; 1988 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/39485>, consultado el 9 de junio de 2022).
95. Altmann S, Brandt CR, Murphy CJ, Patnaikuni R, Takla T, Toomey M, et al. Evaluation of therapeutic interventions for vaccinia virus keratitis. *J Infect Dis.* 2011;203(5):683–90 (<http://dx.doi.org/10.1093/infdis/jiq103>, consultado el 9 de junio de 2022).
96. Semba RD. The ocular complications of smallpox and smallpox immunization. *Arch Ophthalmol.* 2003;121(5):715–9 (<https://jamanetwork.com/journals/jamaophthalmology/fullarticle/415346>, consultado el 9 de junio de 2022).
97. Safe body handling and mourning ceremonies for COVID-19 affected communities: implementation guidance for national Red Cross and Red Crescent societies. Geneva: IFRC; 2019 (https://preparecenter.org/wp-content/uploads/2020/07/COVID_MotD_IFRC-ICRC_July2020_web-1.pdf, consultado el 9 de junio de 2022).
98. Prevención y control de infecciones para la gestión segura de cadáveres en el contexto de la COVID-19: orientaciones provisionales. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/334321>, consultado el 9 de junio de 2022).
99. Infection prevention and control of epidemic- and pandemic-prone acute respiratory infections in health care. Geneva: Organización Mundial de la Salud; 2014 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/112656>, consultado el 9 de junio de 2022).
100. Infection prevention and control in the context of coronavirus disease (COVID-19): a living guideline. Geneva: Organización Mundial de la Salud; 2022 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/352339>, consultado el 9 de junio de 2022).
101. Atkinson J, Chartier Y, Pessoa-Silva CL, Jensen P, Li Y, Seto W-H. Natural ventilation for infection control in health-care settings. Geneva: Organización Mundial de la Salud; 2009 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44167/9789241547857_eng.pdf, consultado el 9 de junio de 2022).
102. Informe sobre la salud en el mundo 2006: colaboremos por la salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2006 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/43434>, consultado el 9 de junio de 2022).

ANEXO 1. DEFINICIÓN DE CASOS DE LA OMS PARA LOS BROTES DE VIRUELA SÍMICA EN PAÍSES NO ENDÉMICOS (A PARTIR DEL 21 DE MAYO DE 2022) (VÉASE EL SITIO WEB PARA LAS DEFINICIONES ACTUALES)

Caso sospechoso

Una persona de cualquier edad que, en un país donde la VS no es endémica, manifiesta una erupción aguda de causa inexplicable **Y**

a partir del 15 de marzo de 2022, uno o más de los siguientes signos o síntomas:

- cefalea
- aparición súbita de **fiebre (> 38,5oC)**
- linfadenopatía (ganglios linfáticos inflamados)**
- mialgia (dolor muscular/malestar corporal)**
- dolor de espalda
- astenia (debilidad profunda)

Y

para los cuales las siguientes causas comunes de erupción aguda 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, LGV, granuloma inguinal, molusco contagioso, reacción alérgica (por ej. a determinadas plantas); y cualquier otra causa común 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.

Caso probable

Una persona que se ajusta a la definición de caso sospechoso

Y

uno o varios de los siguientes criterios:

- tiene un vínculo epidemiológico (exposición presencial, incluidos los trabajadores de la salud sin EPP; contacto físico directo con la piel o lesiones cutáneas, incluido el contacto sexual; o contacto con materiales contaminados, como prendas de vestir, ropa de cama o utensilios) de un caso probable o confirmado de VS en los 21 días anteriores al inicio de los síntomas;
- tiene un historial de viaje a un país donde la VS es endémica¹ en los 21 días anteriores al inicio de los síntomas;
- ha tenido parejas sexuales múltiples o anónimas en los 21 días anteriores al inicio de los síntomas;
- tiene un resultado positivo en un ensayo serológico de orthopoxvirus, en ausencia de vacunación contra la viruela u otra exposición conocida al orthopoxvirus;
- está hospitalizado debido a la enfermedad.

¹ Benín y Sudán del Sur han notificado casos importados en el pasado. Los países que en la actualidad notifican casos del clado de África Occidental son Camerún y Nigeria; y del clado de la CC son Camerún, la República Centroafricana y la República Democrática del Congo. Con arreglo a esta definición de caso, todos los países, excepto estos cuatro (Camerún, República Centroafricana, República Democrática del Congo y Nigeria) deberían notificar los nuevos casos de VS como parte del actual brote en varios países. En el caso de que los países de África Central identificaran cualquier caso de VS causado por el clado de África Occidental, este debe notificarse.

Caso confirmado

Un caso que satisfice la definición de caso sospechoso o probable

Y

está confirmado por laboratorio mediante la detección de secuencias únicas de ADN vírico, ya sea por reacción en cadena de la polimerasa en tiempo real (RT-PCR, por sus siglas en inglés) o secuenciación.

Caso descartado

Cas suspect ou probable pour lequel les tests de laboratoire par PCR et/ou séquençage effectués sur le liquide des lésions, les échantillons de peau ou les croûtes ont donné des résultats négatifs pour l'orthopoxvirus simien. À l'inverse, par exemple, un cas probable détecté de manière rétrospective pour lequel le test des lésions ne peut plus être réalisé dans les règles (c.-à-d. après la chute des croûtes) resterait classifié comme un cas probable.

ANEXO 2. MEDICAMENTOS Y POSOLOGÍA PARA EL TRATAMIENTO SINTOMÁTICO

Fiebre – paracetamol

- **Adultos:** 1g por vía oral/IV cada 6–8 horas. Dosis máxima 4 g cada 24 horas (o 2 g en el caso de antecedentes de hepatopatía crónica).
- **Recién nacidos:** dosis por vía oral 10–15 mg/kg cada 6 horas. Dosis máxima 40 mg/kg/día; dosis IV 7,5 mg/kg cada 6 horas, dosis máxima 30 mg/kg día.
- **Resto de niños:** 10–15 mg/kg cada 6 horas, dosis máxima 60 mg/kg /día.

Control del dolor leve – paracetamol

- **Adultos:** 1g por vía oral/IV cada 6–8 horas. Dosis máxima 4g cada 24 horas (o 2 g en el caso de antecedentes de hepatopatía crónica).
- **Niños:** dosis por vía oral o IV 10–15 mg/kg cada 4–6 horas según sea necesario, dosis máxima habitual 60 mg/kg/día, aunque puede administrarse una dosis de 90 mg/kg/día durante un corto período de tiempo bajo supervisión médica.

Control del dolor intenso – tramadol

- **Adultos:** 50–100 mg por vía oral/IV cada 4–6 horas según sea necesario, máximo diario 400 mg/día.
- **Niños > 6 meses:** 1–2 mg/kg cada 4–6 horas, máximo 400 mg/día.

Control del dolor intenso – morfina (la administración por vía oral es preferible si el paciente la puede tolerar; utilizar comprimidos de liberación inmediata solo para el dolor agudo)

- **Adultos:** la dosis oral es 10 mg cada 4 horas según sea necesario; la dosis máxima es 60 mg/día. Dosis IV de 1–4 mg SC/IV cada 4 horas según sea necesario – hacer un seguimiento de la PAS y la FR antes de administrar la morfina (esperar en el caso de PAS o frecuencia respiratoria baja).
- **Niños:** dosis por vía oral 0,2–0,4 mg/kg cada 4 horas. Ajustar la dosis según el dolor. Dosis IV 0,05–0,1 mg/kg cada 4–6 horas según sea necesario.

Antihistamínicos

- **Adultos:** loratadina 10 mg por vía oral una vez al día.
- **Niños (> 30 kg):** loratadina 10 mg por vía oral una vez al día.

Náuseas y vómitos

1. Ondansetrón (asociado con la prolongación del intervalo QT, por lo que es importante tener en cuenta otros fármacos que también pueden prolongar el intervalo QT y hacer un seguimiento de forma periódica con ECG, si es posible).
 - **Adultos:** 8 mg por vía oral cada 12 horas o 4 mg IV cada 8 horas según sea necesario.
 - **Niños:** 0,15 mg/kg por vía oral o IV 0,15 mg/kg cada 12 horas, dosis máxima 8 mg.
2. Promethazina
 - **Solo para adultos:** 12,5–25 mg por vía oral cada 4–6 horas según sea necesario (puede prolongar el intervalo QT).

Dispepsia

- **Adultos:** omeprazol 40 mg por vía oral/IV cada 24 horas.
- **Niños:** omeprazol: 5–10 kg: 5 mg una vez al día; 10–20 kg: 10 mg una vez al día; ≥ 20 kg: 20 mg una vez al día.

Diarrea

- La diarrea debe tratarse de forma conservadora. No se recomienda en general el uso de agentes antimotilidad dada la posibilidad de íleo.

Ansiedad

Este puede ser un síntoma que experimenten los pacientes, en concreto relacionado con el aislamiento o debido a un empeoramiento de los síntomas

- El tratamiento de primera línea consiste en hablar con un psicoterapeuta.
- En el caso de ansiedad moderada o grave, se puede valorar el uso de diazepam, pero siempre precedido de una evaluación del estado mental del paciente. Las benzodiazepinas no deben administrarse a pacientes con estado mental alterado.
 - **Adultos:** diazepam 5–10 mg por vía oral cada 8 horas según sea necesario mientras no afecte al estado mental.
 - **Niños:** diazepam 0,05–0,1 mg/kg por vía oral cada 6 horas según sea necesario. Se recomienda la supervisión constante por un auxiliar para mantener al niño calmado. Los sedantes solo deben utilizarse en el caso de ser necesarios para realizar operaciones o intervenciones.

Agitación

Si el paciente está agitado y se convierte en un peligro para sí mismo, para los profesionales de la salud u otros pacientes, debe considerarse la posibilidad de farmacoterapia.

- **Adultos:** diazepam 2–10 mg por vía oral/IV cada 6–8 horas según sea necesario siempre que el paciente pueda proteger sus vías respiratorias.
- **Adultos:** haloperidol 0,5–5 mg cada 4–6 horas, según sea necesario.
- **Niños > 6 años:** haloperidol IM 1–3 mg cada 4–8 horas, según sea necesario.
- **Niños 3–6 años:** haloperidol por vía oral 0,01–0,03 mg/kg una vez al día.
- Haloperidol está asociado con la prolongación del intervalo QT, por lo que es importante tener en cuenta otros fármacos que también pueden prolongar el intervalo QT y hacer un seguimiento de forma periódica con ECG, si es posible.

Nota: evitar el uso de salicilatos (es decir, aspirina) en niños y adolescentes < 18 años de edad para prevenir la aparición del síndrome de Reye.

ANEXO 3. RECOMENDACIONES DE ANTIMICROBIANOS Y POSOLOGÍA PARA LAS INFECCIONES CUTÁNEAS BACTERIANAS

Recomendaciones para el tratamiento del impétigo, la erisipela o la celulitis causada por una bacteria patógena. Se excluyen las infecciones cutáneas causadas por patógenos víricos, fúngicos o parasitarios; fascitis necrosante; piomiositis; infecciones graves con sepsis; e infecciones del lecho quirúrgico.

Para saber más sobre las recomendaciones de la OMS sobre tratamientos antimicrobianos, véase *The WHO Essential Medicines List antibiotic book: improving antibiotic AWaRe* (🌐) y *The WHO Essential Medicines List antibiotic book: infographics* (🌐).

Adultos

Antibiótico	Dosis
Cloxacilina (flucloxacilina)	500 mg por vía oral cada 8 horas
Cefalexina	500 mg por vía oral cada 8 horas
Amoxicilina-ácido clavulánico	500–125 mg por vía oral cada 8 horas
Si existe preocupación por el SASM-AC, considerar la posibilidad del siguiente tratamiento:	
Clindamicina	600 mg por vía oral cada 8 horas
Trimetoprima sulfametoxazol	800–160 mg por vía oral cada 12 horas
Doxiciclina	100 mg por vía oral cada 12 horas

Nota: en el caso de alergia a la penicilina o a los betalactámicos, utilizar clindamicina o trimetoprima sulfametoxazol.

Niños

Peso	Amoxicilina-ácido clavulánico Dosis de 40 – 50 mg/kg del componente de amoxicilina cada 12 horas o dosis de 30 mg/kg cada 8 horas por vía oral	Cefalexina Dosis de 25 mg/kg cada 12 horas por vía oral	Cloxacilina (flucloxacilina) en recién nacidos: dosis de 25 – 50 mg/kg dos veces al día; en niños: dosis de 25 mg/kg cada 6 horas
3 < 6 kg	dosis de 250 mg de amoxicilina dos veces al día	125 mg cada 12 horas	125 mg cada 6 horas
6 < 10 kg	dosis de 375 mg de amoxicilina dos veces al día	250 mg cada 12 horas	250 mg cada 6 horas
10 < 15 kg	dosis de 500 mg de amoxicilina dos veces al día	375 mg cada 12 horas	250 mg cada 6 horas
15 < 20 kg	dosis de 750 mg de amoxicilina dos veces al día	500 mg cada 12 horas	500 mg cada 6 horas
20 < 30 kg	dosis de 1000 mg de amoxicilina dos veces al día	625 mg cada 12 horas	750 mg cada 6 horas
> 30 kg	Usar la dosis de adultos	Usar la dosis de adultos	Usar la dosis de adultos

Nota: si existe preocupación por el SASM-AC, considerar la posibilidad de usar clindamicina (recién nacidos 5 mg/kg/dosis cada 8 horas; niños 10 mg/kg/dosis cada 8 horas).

ANEXO 4. RESUMEN DE LA CONCESIÓN REGULATORIA DE LICENCIAS DE ANTIVIRALES PARA LA VIRUELA SÍMICA

	Tecovirimat	Brincidofovir	Cidofovir
Dosis de tratamiento, vía de administración, duración (adultos) (65,66,71,73,76)	<p>Dosis</p> <p><u>Oral</u> 600 mg por vía oral cada 12 horas</p> <p><u>Intravenosa*</u> 3 kg a < 35 kg: 6 mg/kg cada 12 horas</p> <p>35 kg a < 120 kg: 200 mg cada 12 horas</p> <p>> 120 kg: 300 mg cada 12 horas</p> <p>*Debe administrarse durante 6 horas</p> <p>Duración 14 días</p>	<p>Dosis</p> <p><u>Oral</u> < 10 kg: 6 mg/kg 10–48 kg: 4 mg/kg > 48 kg: 200 mg (20 ml)</p> <p>Duración Una vez a la semana para 2 dosis, en los días 1 y 8</p>	<p>Dosis</p> <p><u>Intravenosa</u> 5 mg/kg IV una vez a la semana</p> <p>Debe administrarse con probenecid oral: 2 gramos 3 horas antes de cada dosis y 1 gramo a las 2 y 8 horas tras finalizar la infusión</p> <p>Debe administrarse con al menos 1 litro de disolución salina al 0,9% durante un período de 1–2 horas antes de cada infusión</p> <p>Durée Una vez a la semana × 2 semanas, luego una vez a semanas alternas (según el tratamiento para la retinitis por citomegalovirus)</p>
Dosis de tratamiento, vía de administración, duración (pediátrica)	<p>Dosis</p> <p><u>Oral</u> 13–25 kg: 200 mg cada 12 horas 25–40 kg: 400 mg cada 12 horas > 40 kg: 600 mg cada 12 horas</p> <p><u>Intravenosa*</u> 3–35 kg: 6 mg/kg cada 12 horas</p> <p>35–120 kg: 200 mg cada 12 horas</p> <p>> 120 kg: 300 mg cada 12 horas</p> <p>*Debe administrarse durante 6 horas</p> <p>Duración 14 días</p>	<p>Dosis</p> <p><u>Oral</u> < 10 kg: 6 mg/kg 10–48 kg: 4 mg/kg > 48 kg: 200 mg (20 ml)</p> <p>Duración Una vez a la semana para 2 dosis, en los días 1 y 8</p>	<p>Dosis</p> <p><u>Intravenosa</u> 5 mg/kg IV una vez a la semana</p> <p>Debe administrarse con probenecid oral: 2 gramos 3 horas antes de cada dosis y 1 gramo a las 2 y 8 horas tras finalizar la infusión</p> <p>Debe administrarse con al menos 1 litro de disolución salina al 0,9% durante un período de 1–2 horas antes de cada infusión</p> <p>Duración Una vez a la semana × 2 semanas, luego una vez a semanas alternas (según el tratamiento para la retinitis por citomegalovirus)</p>
Presentación y concentración	<p>Cápsulas 200 mg, naranja y negro (65)</p> <p>Intravenosa: inyección IV de dosis única 200 mg/20ml (71)</p>	<p>Comprimidos: 100 mg, azul, de forma ovalada (73)</p> <p>Solución en suspensión: suspensión aromatizada lima-limón que contiene 10 mg/ml (73)</p>	<p>Intravenosa: disponible en viales de un solo uso de 75 mg/ml para infusión intravenosa (76)</p>
Uso durante el embarazo	No hay datos sobre el uso en mujeres embarazadas (65,66)	No se recomienda	Embarazo clase C
		La administración en pequeños animales ocasionó embriotoxicidad, reducción de la supervivencia embriofetal o malformaciones estructurales. Se recomienda usar un tratamiento alternativo, si es posible (73)	No se han realizado estudios adecuados y bien controlados en mujeres embarazadas (76)

	Tecovirimat	Brincidofovir	Cidofovir
Uso durante la lactancia materna	Se desconoce si el fármaco o sus metabolitos se excretan en la leche materna (65,66,70)	En los estudios con ratas lactantes, brincidofovir se detectó en la leche materna pero no en el plasma de las crías lactantes (73)	Se desconoce (76)
Dosis de PPE, vía de administración, duración (adultos)	No hay datos	No hay datos	No hay datos
Mecanismo de acción	Inhibe la actividad de la proteína VP37 del orthopoxvirus e inhibe la formación de la envoltura viral (65,69,70,72)	Inhibe la síntesis de las ADN polimerasas (73)	Inhibe la ADN polimerasa (79,80)
Autorizado para la viruela	EMA (2022) (65) FDA de los Estados Unidos (2021) (66) Salud Canadá (2021)(67)	FDA de los Estados Unidos (2021) (73) EMA (2016)	CDC de los Estados Unidos (EA-IND)
Autorizado para la viruela símica	EMA (2022) (65,70) CDC de los Estados Unidos (protocolo EA-IND)	CDC de los Estados Unidos (protocolo EA-IND)	CDC de los Estados Unidos (EA-IND)
Datos de PNH (si no se dispone de ensayos en humanos)	<p>Los datos de PNH y pequeños animales mostraron una supervivencia entre el 80% y el 100% cuando recibieron tratamiento con la dosis mínima eficaz</p> <p>El retraso del tratamiento se asoció a una reducción de la supervivencia.</p> <p>Aumentar la dosis del fármaco no mostró beneficio alguno en cuanto a la supervivencia, pero tuvo los siguientes efectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • reducción de la carga viral circulante • menor número de lesiones • menos signos clínicos de infección • falta de respuesta • disnea • fiebre • linfadenopatía (65,68–70) 	<p>Los datos de animales pequeños mostraron una mejora estadísticamente significativa de la supervivencia del grupo que recibió tratamiento con brincidofovir en comparación con el grupo placebo (73)</p>	<p>Los modelos con animales pequeños han mostrado una disminución de la gravedad de la infección con reducción de los niveles del virus en la nariz/senos paranasales y en los pulmones (76). Tasas de supervivencia entre el 80% y el 100 (76)</p> <p>Carcinogenia Un estudio de 26 semanas en ratas que evaluaba una inyección subcutánea una vez a la semana se suspendió en la semana 19 al detectarse una masa palpable en las hembras tras la administración de seis dosis. Las masas fueron diagnosticadas como adenocarcinoma mamario. En un estudio de toxicología IV de 26 semanas en ratas se detectó un aumento significativo del adenocarcinoma mamario junto a una incidencia significativa de carcinoma de la glándula de Zymbal en los machos (76)</p> <p>Espermatogénesis Cidofovir causó la inhibición de la espermatogénesis en ratas y monos. No se observó ningún efecto adverso sobre la fertilidad de ratas macho (79,80)</p>

	Tecovirimat	Brincidofovir	Cidofovir
Datos de ensayos en humanos	<p>Ensayo clínico de fase I: la coadministración de repaglinida causó hipoglucemia leve-moderada en 10/30 pacientes (65,66,70).</p> <p>Ensayo clínico de fase III: ensayo ampliado de seguridad, 359 pacientes recibieron tecovirimat y 90 recibieron placebo. Reacciones adversas: cefalea, náuseas, dolor abdominal (15)</p> <p>Caso clínico (15): 1 paciente: Resultado negativo de la prueba PCR en sangre y en vías respiratorias superiores a las 48 horas tras iniciar el tratamiento. El resultado negativo de la prueba PCR se mantuvo hasta las 72 horas. Los perfiles hematológico, renal y hepático se mantuvieron normales. Recibe el alta hospitalaria para terminar el tratamiento en su domicilio.</p>	<p>Seguridad basada en el uso de brincidofovir para la prevención del CMV y los adenovirus (15)</p> <p>CMX001-201: estudio de fase II en adultos, de doble ciego y controlado con placebo, para la prevención del CMV</p> <p>CMX001-202: estudio multicéntrico aleatorizado de fase II, de doble ciego y controlado con placebo, para la prevención de la enfermedad de adenovirus</p> <p>CMX001-301: estudio de fase III en adultos, doble ciego, de grupos paralelos asignados al azar y controlados con placebo, para la prevención del CMV</p> <p>Casos clínicos (15): 3 pacientes : Todos presentaron niveles elevados de transaminasas. Ninguno finalizó un ciclo completo de tratamiento. No se observó ninguna asociación consistente entre el fármaco y los parámetros clínicos o virológicos.</p>	<p>Tres estudios de fase 2/3 realizados en pacientes infectados por VIH con retinitis por CMV (76)</p> <p>Estudio 105: pacientes con retinitis por CMV aleatorizados para recibir tratamiento inmediato frente a tratamiento tardío hasta la progresión de la retinitis por CMV.</p> <p>Estudio 106: estudio abierto, 48 pacientes sin tratamiento previo con retinitis por CMV aleatorizados para recibir tratamiento inmediato o tardío hasta la progresión de la retinitis por CMV</p> <p>Tres estudios de fase 2/3 realizados en pacientes infectados por VIH con retinitis por CMV (76).</p> <p>Estudio 105: pacientes con retinitis por CMV aleatorizados para recibir tratamiento inmediato frente a tratamiento tardío hasta la progresión de la retinitis por CMV.</p> <p>Estudio 106: estudio abierto, 48 pacientes sin tratamiento previo con retinitis por CMV aleatorizados para recibir tratamiento inmediato o tardío hasta la progresión de la retinitis por CMV.</p> <p>Estudio 107: estudio abierto, 100 pacientes con retinitis recidivante por CMV aleatorizados para recibir 5 mg/kg una vez a la semana durante 2 semanas y luego 5 mg/kg o 3 mg/kg a semanas alternas; el tratamiento se suspendió en 26/43 que recibían 5 mg/kg y en 21/41 que recibían 3 mg/kg por reacciones adversas, enfermedad intercurrente, medicación excluida o retirada del consentimiento.</p>

Nota: NIOCH 14 : NIOCH-14: análogo de tecovirimat (79,80).

	Tecovirimat	Brincidofovir	Cidofovir
Toxicidad/reacciones adversas (65,66,70,73,77)	<p>Bien tolerado</p> <p>Muy frecuentes: cefalea</p> <p>Frecuentes: mareos, dolor abdominal superior, malestar abdominal, diarrea, náuseas, vómitos.</p> <p>Interacciones entre fármacos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Repaglinida • Omeprazol • Midazolam • Bupropión • Atorvastatina • Flurbiprofeno • Metadona • Darunavir • Maraviroc • Rilpivirina • Sildenafil • Tadalafilo • Vardenafilo • Voriconazol • Tacrolimus 	<p>Toxicidad GI:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Toxicidad GI: • Diarrea • Náuseas • Vómitos • Dolor abdominal <p>Toxicidad hepática:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Niveles elevados de transaminasas • Niveles elevados de bilirrubina total 	<p>Nefrotoxicidad</p> <p>Neutropenia</p> <p>Disminución de la presión intraocular</p> <p>Uveítis/iritis anterior</p> <p>Acidosis metabólica</p> <p>Náuseas</p> <p>Fiebre</p> <p>Alopecia</p> <p>Mialgia</p> <p>Hipersensibilidad al probenecid</p>
Seguimiento (SV)	Según la atención clínica habitual No se requiere vigilancia mejorada	Según la atención clínica habitual No se requiere un seguimiento reforzado	Hacer un seguimiento estrecho de la función renal
Seguimiento mínimo de parámetros analíticos	Hematología Función renal Función hepática	Deberán realizarse pruebas hepáticas antes de iniciar el tratamiento y mientras se recibe brincidofovir a intervalos periódicos según se considere clínicamente apropiado	Función renal Hematología Proteínas en orina Dentro del plazo de 48 horas antes de cada dosis

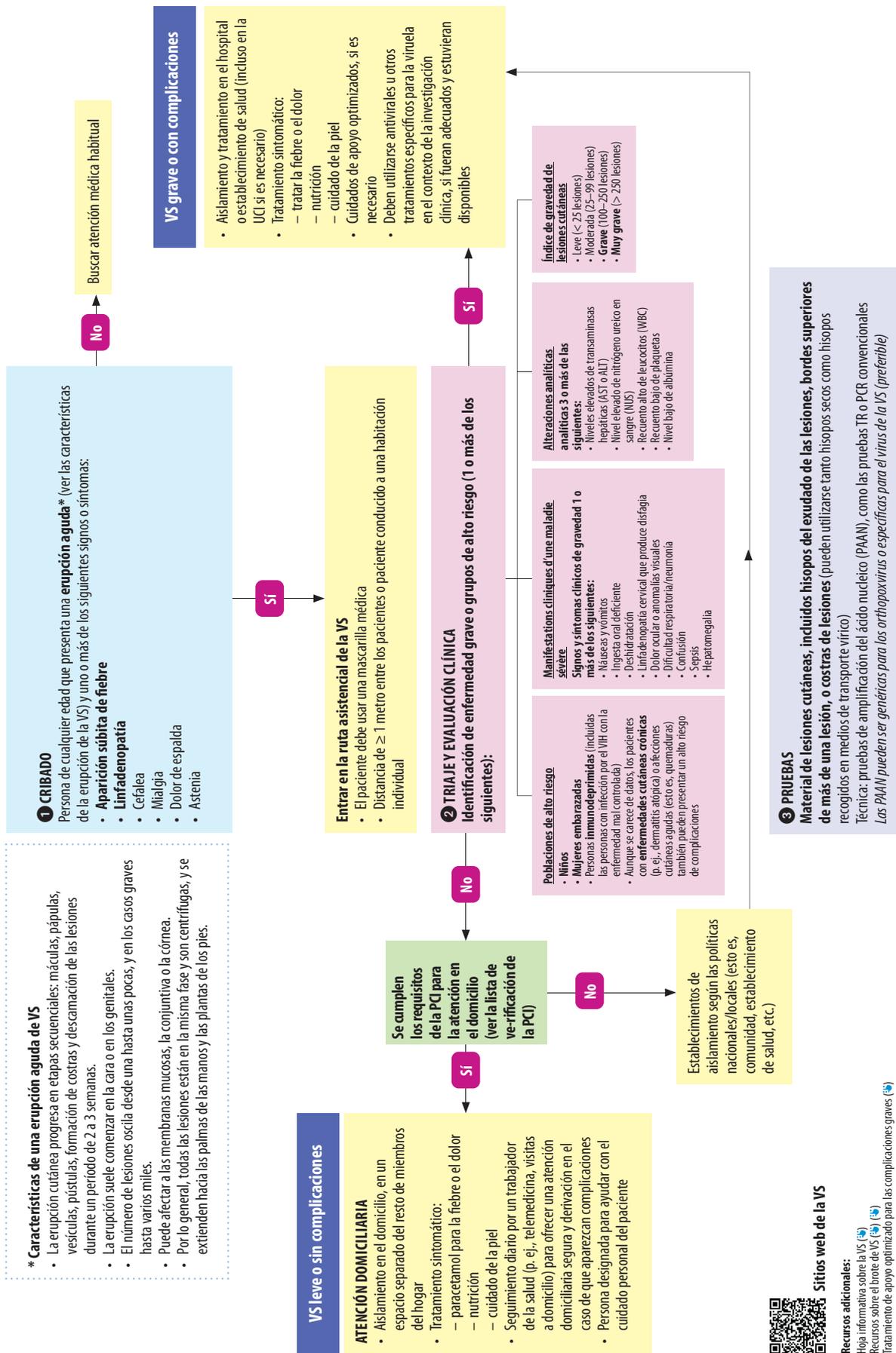
Nota: NIOCH-14: los estudios con animales pequeños mostraron una reducción de la concentración del virus en los órganos primarios afectados (pulmones, tráquea, nariz) y en los órganos secundarios afectados (cerebro, hígado, riñones, bazo, páncreas) (79,80).

	Tecovirimat	Brincidofovir	Cidofovir
Otros	<p>El 19 de mayo de 2022 la FDA de los Estados Unidos autorizó una formulación intravenosa para la viruela (71)</p>	<p>Carcinogenia (73) Los datos de los estudios en ratas mostraron pequeñas masas palpables después de tan solo 26 dosis orales a niveles de exposición sistémicos menores que la exposición humana esperada según la dosis recomendada de brincidofovir. Las masas fueron diagnosticadas como adenocarcinomas mamarios, carcinoma escamoso, carcinoma de la glándula de Zymbal, de útero y del intestino delgado, y también se observaron hemangiosarcomas de los ganglios linfáticos en el mesenterio y el mediastino, en el hígado y en la cavidad abdominal. No se observaron tumores en ratas tras 9 dosis intravenosas dos veces a la semana.</p> <p>Fertilidad (73) Las personas con capacidad de gestación deben usar métodos anticonceptivos eficaces durante el tratamiento y al menos durante 2 meses después de la última dosis.</p> <p>Toxicidad testicular (73) Debido a los hallazgos de toxicidad testicular en animales, las personas con potencial reproductivo con parejas con capacidad de gestación deben usar preservativos durante el tratamiento y hasta al menos 4 meses después de la última dosis</p>	<p>Debe administrarse con probenecid e hidratación previa intravenosa con solución salina (76)</p> <p>Contraindicaciones (76) ClCr ≤ 55 ml/min Creatinina > 1,5 mg/dl Proteínas en orina ≥ 100 mg/dl Pacientes que reciben agentes con potencial neurotóxico. Se debe suspender el tratamiento con estos agentes al menos 7 días antes de iniciar el tratamiento. Hipersensibilidad a cidofovir. Hipersensibilidad a probenecid u otros fármacos que contengan sulfamidas.</p> <p>Espectro de acción (76) Virus del herpes (CMV, VVZ) Virus JC Adenovirus Papilomavirus</p>

ANEXO 5. RUTA ASISTENCIAL DE UN PACIENTE CON VIRUELA SÍMICA

Ruta asistencial de la VS – algoritmo para la toma de decisiones en cualquier punto de atención médica

Para los contactos de pacientes con infección presunta o confirmada, consulte las orientaciones de la OMS Surveillance, case investigation and contact tracing for monkeypox: interim guidance.



Sitios web de la VS

Recursos adicionales:

Hoja informativa sobre la VS (US)

Recursos sobre el brote de VS (US)

Tratamiento de apoyo optimizado para las complicaciones graves (US)

Lista de verificación de los requisitos de PCI para la atención domiciliaria en el manejo clínico de personas con VS no grave o sin complicaciones, para su aplicación en el primer punto de contacto, ya sea en el punto de acceso al sistema de salud o en remoto a través del teléfono o la telemedicina

- La persona con VS es capaz de **gestionar su autocuidado**
- Hay una **persona designada** que puede proporcionar apoyo a la persona con VS en el domicilio
- La persona con VS y los miembros del hogar **comprenden los riesgos de transmisión**
- Hay instalaciones de **agua y saneamiento** adecuadas en el domicilio (inodoro, acceso al agua para higiene y limpieza)
- Hay una **habitación independiente con ventilación** (p. ej., ventanas) para la persona con VS o esta puede ser separada del resto dentro del domicilio (p. ej., cortina o pantalla)
- **La presencia de personas vulnerables** (que cuenten con factores de riesgo para presentar una enfermedad grave) en el domicilio ha sido objeto de debate y se ha acordado que es seguro/apropiado para todos los afectados
- Se han identificado las **necesidades psicosociales** adicionales de la persona con VS y de los miembros del hogar

No

Debatir alternativas para el aislamiento y el cuidado en condiciones de seguridad para la persona con VS según las políticas nacionales/locales (esto es, comunidad, establecimiento de salud, etc.)

Sí

Entrar en la ruta de atención domiciliaria de la VS

- Enseñar a la persona designada y a la persona con VS las medidas de PCI que deben cumplirse
- Poner a disposición un EPP para el cuidador y la persona con VS (p. ej., guantes, mascarillas médicas)
- Asegurarse de la existencia de apoyo social disponible
- Se recomienda la vigilancia y el seguimiento a distancia por trabajadores de la salud según sea necesario (p. ej., telemedicina).
- Se dispone de tratamientos sintomáticos (paracetamol para la fiebre y el dolor, nutrición y cuidado de la piel)



Para más información, contacte con:

Red de Respuesta y Evaluación Clínica de Enfermedades Emergentes
Organización Mundial de la Salud
Avenue Appia 20
1211 Geneva 27
Switzerland

Correo electrónico:
CMTM@who.int



Viruela símica (who.int)