

sadi

Sociedad Argentina
de Infectología

Clínica y Manejo de la Viruela Símica

Damián Águila.

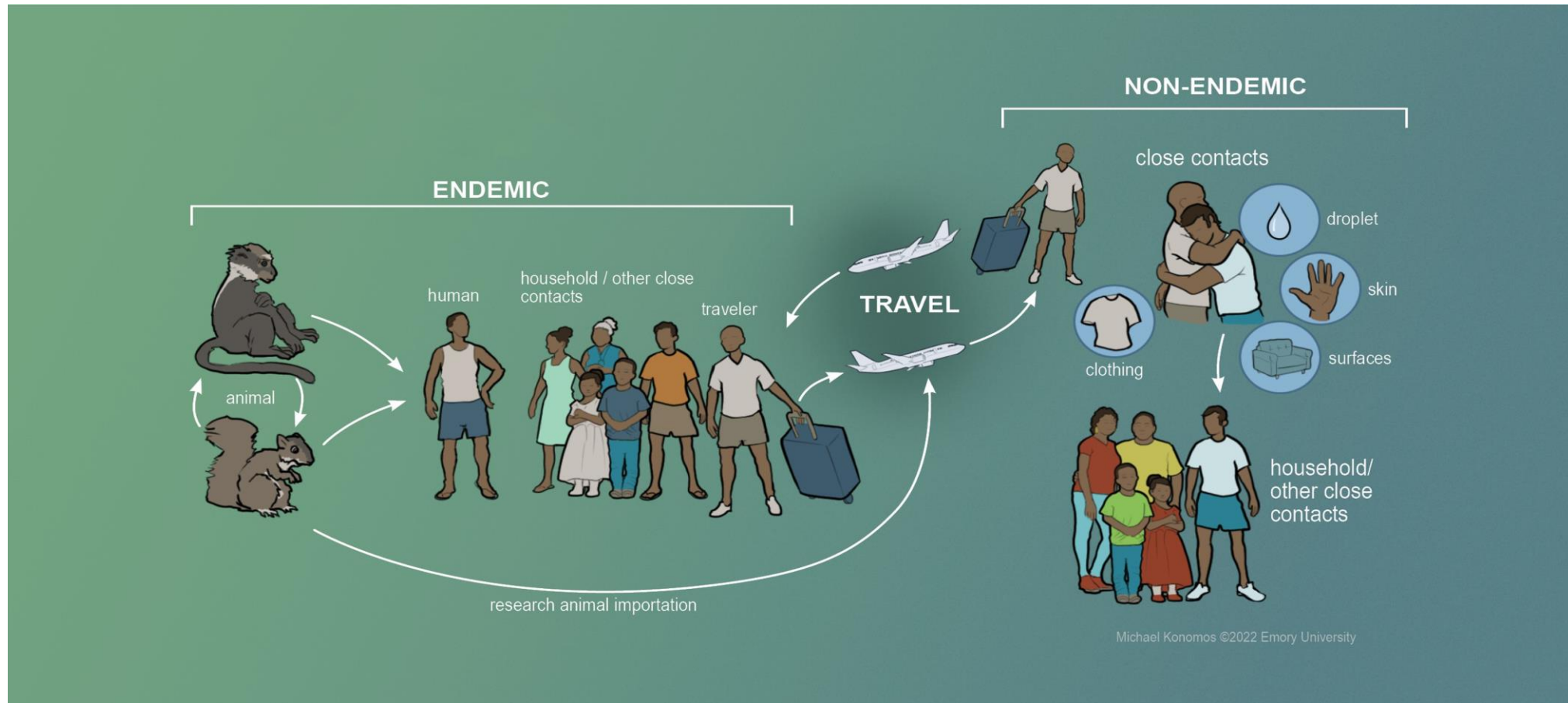
Sociedad Argentina de Infectología.

Comisión SADI Gestión.

8 de agosto de 2022.

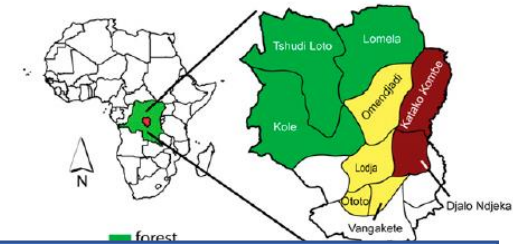
Monkeypox: A Contemporary Review for Healthcare Professionals

Boghuma K. Titanji,^{1,6} Bryan Tegomoh,² Saman Nematollahi,³ Michael Konomos,⁴ and Prathit A. Kulkarni^{5,6}



Major increase in human monkeypox incidence 30 years after smallpox vaccination campaigns cease in the Democratic Republic of Congo

Anne W. Rimoin^{a,b,1}, Prime M. Mulembakani^c, Sara C. Johnston^d, James O. Lloyd Smith^{b,e}, Neville K. Kisalu^f, Timothee L. Kinkela^c, Seth Blumberg^{b,e}, Henri A. Thomassen^g, Brian L. Pike^h, Joseph N. Fair^h, Nathan D. Wolfe^h, Robert L. Shongoⁱ, Barney S. Graham^j, Pierre Formenty^k, Emile Okitolonda^c, Lisa E. Hendey^d, Hermann Meyer^l, Linda



Año 2010:

“Con las condiciones adecuadas, como el aumento de la incidencia de infecciones humanas y la ausencia prolongada de inmunidad vacunal, un ortopoxvirus zoonótico como *el MPXV* podría adquirir la capacidad de transmitirse de manera más eficiente entre humanos y causar brotes más grandes”

- En comparación con década de 1980 y 2006-07, aumento de 20 veces en la incidencia VMK en humanos.
- Se asocio con el cese de las campañas masivas de vacunación contra la viruela.
- Es necesario mejorar la vigilancia y el análisis epidemiológico para evaluar mejor la carga de salud pública y elaborar estrategias para reducir el riesgo de una propagación más amplia de la infección.

Cuadro 5

Resumen de los signos y síntomas de la infección por viruela del mono en una cohorte de Londres 2022 en comparación con informes anteriores de la República Democrática del Congo en 2007-11 y Nigeria en 2017-18

	Londres 2022 (n=197)	República Democrática del Congo 2007-11 (n=216) ¹⁰	Nigeria 2017-18 (n=122) ²²
Funciones			
Lesiones (ordenadas por frecuencia)	Macular, papular, vesicular, pustuloso, umbilical, costra, costra, maculopapular generalizada (ver figura complementaria 2)	Macular, papular, vesicular, pustuloso, umbilicado, costra	Vesiculopustular
Recuento medio en la presentación	6*	370	Na
Progresión	Las lesiones se presentan en diferentes etapas simultáneamente. No todas las lesiones progresaron de una fase a otra en orden	La progresión de una fase a otra ocurre en orden	Na
Distribución (más común)	Genitales (56,4%), perianales (41,6%)	Cabeza, brazos	Cara (96% de 71), pierna (91% de 69), tronco (80% de 70)



Cuadro 5

Resumen de los signos y síntomas de la infección por viruela del mono en una cohorte de Londres 2022 en comparación con informes anteriores de la República Democrática del Congo en 2007-11 y Nigeria en 2017-18

	Londres 2022 (n=197)	República Democrática del Congo 2007-11 (n=216) ¹⁰	Nigeria 2017-18 (n=122) ²²
Síntomas			
Sistémico (más común)	Fiebre (61,9%), linfadenopatía (57,9%), mialgia (31,5%)	Malestar general (85,2%), linfadenopatía (57,4%), fiebre/escalofríos (45,3%), sudores (19,9%)	Fiebre (88%), dolor de cabeza (79%), linfadenopatía (69%), mialgia (63%)
Localizado (más común)	Dolor rectal (36,0%), dolor de garganta (16,8%), edema de pene (15,7%)	Dolor de garganta (78,2%), secreción/congestión nasal (31,0%)	Dolor de garganta (58%)

NA=no disponible.

- * El recuento de lesiones se muestra como media para permitir la comparación con los datos anteriores.

Monkeypox: A Contemporary Review for Healthcare Professionals

Características clínicas

STAGE:

Macules

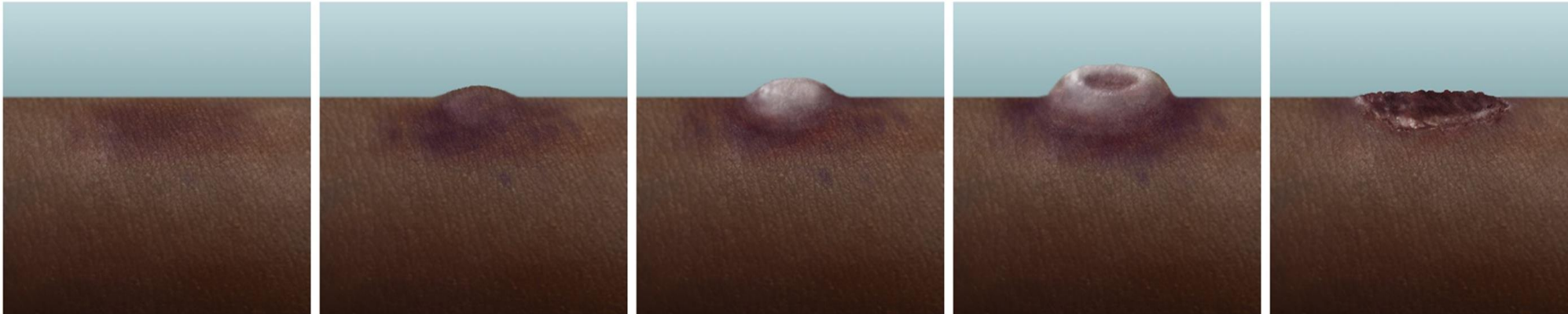
Papules

Vesicles

Pustules

Scabs

Darker skin pigmentation



Clinicians should be aware of how lesions may present on the spectrum of skin pigmentation.

Lighter skin pigmentation



Michael Konomos ©2022 Emory University

DAY:

1-2

1-2

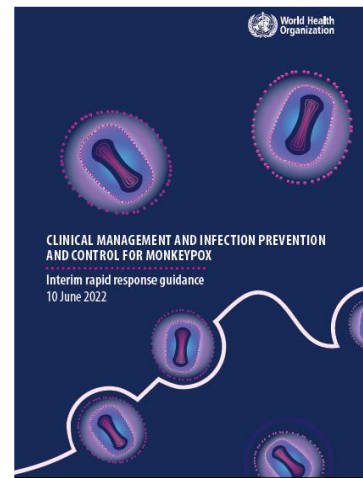
1-2

5-7

7-14

Diagnostico diferencial

- Exantemas por VZV, HSV, Sífilis, infección gonocócica diseminada, chancroide, linfogranuloma venéreo (LGV), granuloma inguinal, molusco contagioso, sarna, rickettsia, chikungunya, virus zika, dengue, vasculitis y otras infecciones bacterianas de la piel y los tejidos blandos.
- VZV generalmente progresa más rápido, tiene una ubicación más central, polimorfismo regional y no suelen presentar lesiones en palmas y plantas.
- VZV generalmente no tienen linfadenopatía, que es un sello distintivo de MPX.
- Un estudio de la República Democrática del Congo reportó coinfección con MPX/VZV con una incidencia de 10-13%.





Según la localización:

- Genital: HSV, Sifilis, LGV, Sarna nodular, Molusco contagioso.
- Otras zonas: Varicela, Sifilis, Herpes, Gonococemia diseminada, Impétigo, Picaduras, Foliculitis, etc.

ORIGINAL ARTICLE

Monkeypox Virus Infection in Humans across 16 Countries — April–June 2022

July 21, 2022 DOI: 10.1056/NEJMoa2207323

Descripción de 528 infecciones diagnosticadas en 43 sitios en 16 países, entre el 27 de abril y el 24 de junio de 2022. 98% hombres, 2% no binario o mujer trans. Edad media 38 años (18 a 68). Sin muertes. 41% VIH+ 80% CV ND. De los VIH -, PReP 57%

“La presentación clínica que describimos tiene algunas características distintivas que no están incluidas en las definiciones de casos aceptadas internacionalmente.”

 OPEN ACCESS

Clinical features and novel presentations of human monkeypox in a central London centre during the 2022 outbreak: descriptive case series

 Check for updates

 FAST TRACK

BMJ 2022;378:e072410 <http://dx.doi.org/10.1136/bmj-2022-072410>

Descripción de 197 pacientes con reacción en cadena de la polimerasa confirmaron infección por viruela del simio Consultorio de ITS en Londres entre mayo y julio de 2022. 100% hombres, Edad media 38 años (21-67). Sin muertes. 35% VIH+ 95% CV ND

“Se observaron características que sugerían un cambio de la presentación clásica de la enfermedad, incluida una asociación temporal variable entre las características mucocutáneas y sistémicas y una apariencia bifásica de las lesiones.”

A Evolution of Cutaneous Lesions

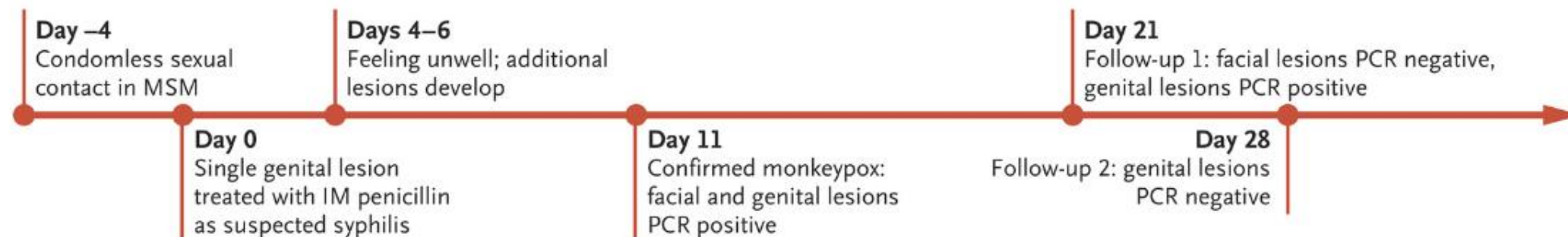
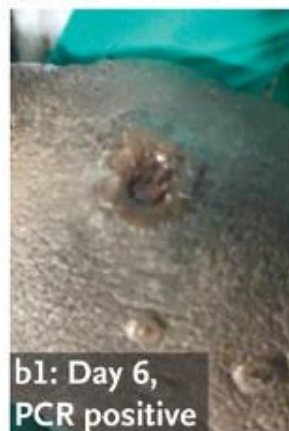


Table 1 | Characteristics and anatomical location of lesions in participants with monkeypox infection

Characteristics	No of participants (n=197)	% or % (95% CI)
Mucocutaneous manifestations		
Typical lesions	197	100.0 (97.8 to 100)
Maculopapular rash	27	13.7 (9.2 to 19.3)
Polymorphic appearance	70	35.5 (28.9 to 42.7)
No of lesions		
1	22	11.2
2-10	102	51.8
11-50	36	18.3
51-100	0	0
≥100	8	4.1
Unknown	29	14.7
No of sites		
1	76	38.6
2	30	15.2
3	40	20.3
4	27	13.7
≥5	24	12.2
Sites of typical lesions		
Face	71	36.0 (29.3 to 43.1)
Trunk	70	35.5 (28.9 to 42.7)
Arms/legs	74	37.6 (30.8 to 44.7)
Hands/feet	56	28.4 (22.2 to 35.3)
Genitals	111	56.4 (49.1 to 63.4)
Anus or perianal area	82	41.6 (34.7 to 48.8)
Oropharyngeal	27	13.7 (9.2 to 19.3)

- 35,5 % Polimorfismo.
- 63% menos de 10 lesiones
- 22% lesión única.
- 80% 3 o menos sitios anatómicos
- 56% en genitales
- 41% anal o perianal

ORIGINAL ARTICLE

Monkeypox Virus Infection in Humans across 16 Countries — April–June 2022

Table 1. Demographic and Clinical Characteristics of the Persons with Monkeypox.*

Characteristic	All Persons (N=528)
Median age (range) — yr	38 (18–68)
Sex or gender — no. (%)	
Male	527 (>99)
Female	0
Trans or nonbinary	1 (<1)
Sexual orientation — no. (%)†	
Heterosexual	9 (2)
Homosexual	509 (96)
Bisexual	10 (2)
Race or ethnic group — no. (%)‡	
White	398 (75)
Black	25 (5)
Mixed race	19 (4)
Latinx	66 (12)
Other or unknown	20 (4)
HIV positive — no. (%)	218 (41)
HIV negative or status unknown — no. (%)	310 (59)
Use of preexposure prophylaxis against HIV — no./total no. (%)	176/310 (57)
Foreign travel in month before diagnosis — no. (%)‡	147 (28)
Continent of travel — no./total no. (%)	
Europe	132/147 (90)
North America	9/147 (6)
Australasia	0/147
Africa and Middle East	2/147 (1)
Central and South America	2/147 (1)
Not stated	2/147 (1)
Known to have undergone STI screening — no. (%)	377 (71)
Microbiologically confirmed concomitant STI present — no./total no. screened (%)	109/377 (29)
Gonorrhea	32/377 (8)
Chlamydia	20/377 (5)
Syphilis	33/377 (9)
Herpes simplex virus infection	3/377 (1)
Lymphogranuloma venereum	2/377 (1)
Chlamydia and gonorrhea	5/377 (1)
Other or not stated	14/377 (4)
HIV test taken — no./total no. with previously unknown or negative HIV status (%)	122/310 (39)
New HIV infection diagnosis — no./total no. (%)	3/122 (2)
Sexual history not known — no. (%)	122/528 (23)
Median no. of sex partners in previous 3 months {IQR}	5 (3–15)
“Chemsex” reported in the previous month — no. (%)	106 (20)
Reported attendance at a sex-on-site event in the previous month — no. (%)	169 (32)
Known hepatitis infection — no. (%)	
Hepatitis B virus surface antigen positive	6 (1)
Hepatitis C virus antibody positive	30 (6)
Hepatitis C virus RNA positive	8 (2)
Reported history of smallpox vaccination — no. (%)	49 (9)

- 64% tenía menos de 10 lesiones.
- 10% palmas o plantas
- 73% tenía lesiones anogenitales
- 41% lesiones en mucosas.
- 54% tenían una sola lesión genital
- 29% ITS concomitantes.

* Percentages may not total 100 because of rounding. HIV denotes human immunodeficiency virus, IQR interquartile range, and STI sexually transmitted infection.

† Sexual orientation and race or ethnic group were reported by the persons.

‡ Travel from the country of residence in the month before the positive monkeypox virus polymerase-chain-reaction (PCR) result is shown.

Table 2 | Symptoms reported at time of presentation in participants with monkeypox infection

Symptom	No	% or % (95% CI)
UKHSA case definition for classic symptoms		
Mucocutaneous manifestations	197	100.0 (97.8 to 100)
Fever	122	61.9 (54.8 to 68.7)
Headache	49	24.8 (19.0 to 31.5)
Fatigue/lethargy	46	23.4 (17.6 to 29.9)
Myalgia	62	31.5 (25.1 to 38.4)
Arthralgia	21	10.6 (6.7 to 15.8)
Back pain	21	10.6 (6.7 to 15.8)
Lymphaden		
Axillary		
Cervical		
Inguinal		
Cervical a		
No of UKHS		
0		
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
Other symptoms		
Rectal pain or pain on defecation	71	36.0 (29.3 to 43.2)
Sore throat	33	16.8 (11.8 to 22.7)
Penile swelling	31	15.7 (11.0 to 21.6)
Bleeding/discharge per rectum	22	11.2 (7.1 to 16.4)
Dysuria	11	5.6 (2.8 to 9.8)
Conjunctivitis	2	1.0 (0.1 to 3.6)

Table 3 | HIV co-infection and immune status of participants with monkeypox infection

	No with event/Total No of participants (%)
HIV status	
Positive	70/197 (35.5)
Negative	125/197 (63.5)
Unknown	2/197 (1.0)
Antiretroviral therapy	
Yes	64/70 (91.4)
No	2/70 (2.9)
Unknown	4/70 (5.7)
HIV-1 viral load <200 copies/mL	
Yes	55/70 (78.6)
No	2/70 (2.8)
Unknown	13/70 (18.6)
CD4 count	
<200 cells/ μ L	0
Median (interquartile range) CD4 count (n=30)	664 (522-894)
Unknown	40

UKHSA=UK Health Security Agency.

OPEN ACCESS

Check for updates

FAST TRACK

Clinical features and novel presentations of human monkeypox in a central London centre during the 2022 outbreak: descriptive case series

- 47% solo lesiones muco cutáneas o desarrolló síntomas sistémicos en lugar de precederlos.
- 62 % Fiebre
- 57% adenopatías.
- 36% dolor rectal
- 16% faringitis
- 35.5% VIH +
 - 91% con ARV
 - 80 % <200 CV
 - Cd4 media 664

Presentaciones novedosas

31 pts con edema de pene, 5 parafimosis o fimosis

Sobre infección bacteriana

Perforación rectal

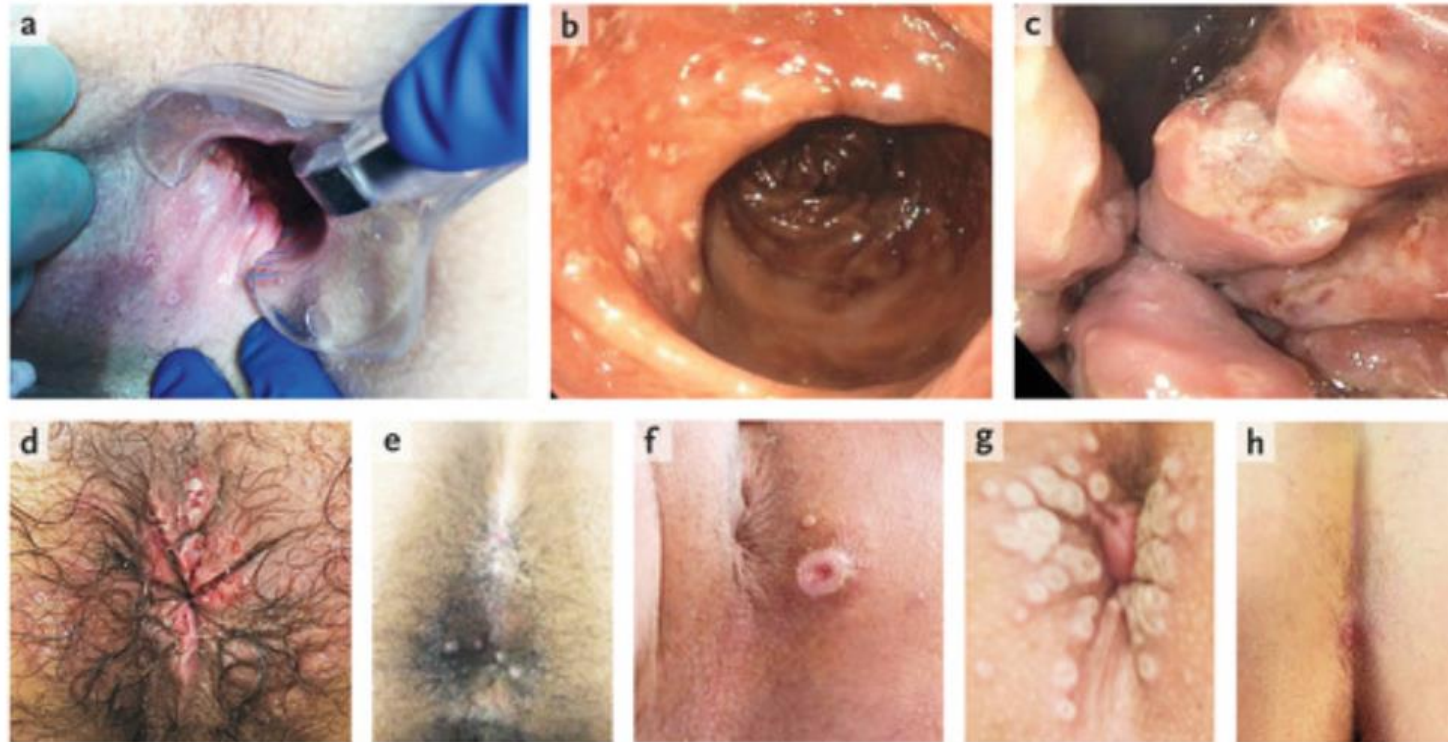


Aatish Patel et al. BMJ 2022;378:bmj-2022-072410

Monkeypox Virus Infection in Humans
across 16 Countries — April–June 2022

Proctitis

C Perianal, Anal, and Rectal Lesions



Lesión solitaria

Day 9



Day 19



Day 24



Day 25



Day 46



Desarrollo de una lesión solitaria en la parte superior interna del muslo derecho, siguiendo lateralmente hacia la parte externa del muslo.

Lesiones polimórficas (35%)

Day 3



Day 17



Day 25



Lesiones cutáneas en la nariz, la mano y el pene con el tiempo.



Erupción maculopapular (13%)



Aatish Patel et al. *BMJ* 2022;378:bmj-2022-072410

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

ORIGINAL ARTICLE

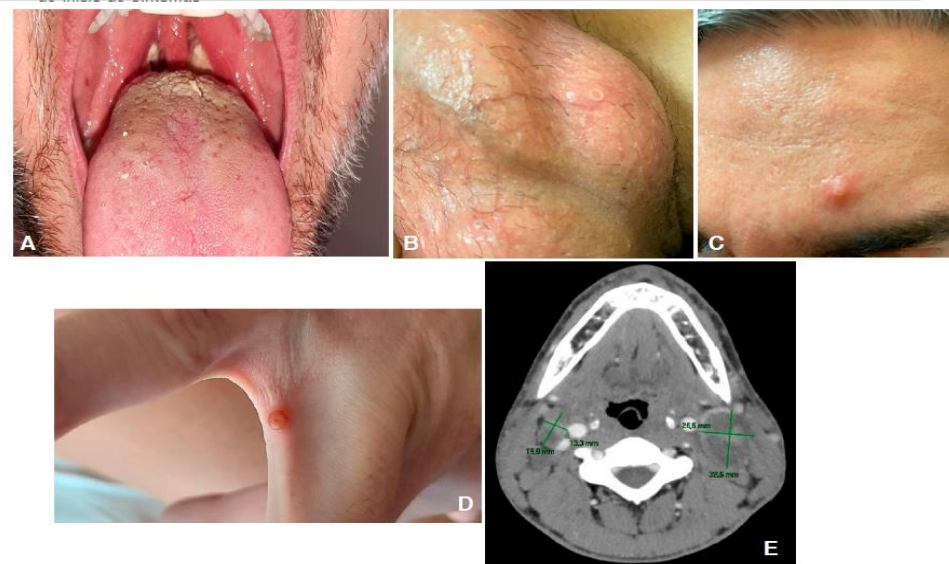
Monkeypox Virus Infection in Humans across 16 Countries — April–June 2022

VIRUELA SÍMICA Y FARINGITIS EXUDATIVA EN ARGENTINA

ANDREA DUARTE¹, MARÍA VICTORIA IANNANTUONO¹, MARINA PEREZ²,
MARIANO MASCIOCCHI², SILVIO PAYASLIAN³, MARÍA CELIA CUESTA¹

¹Servicio de Infectología, ²Servicio de Clínica Médica, ³Dirección Médica,
Clínica Zabala, Buenos Aires, Argentina

B Oral and Perioral Lesions



Monkeypox Virus Infection in Humans
across 16 Countries — April–June 2022

Transmisión:

- El medio sospechoso de transmisión fue el contacto sexual cercano en el **95%** de las personas.
- No fue posible confirmar la transmisión sexual.
 - PCR de semen en 32 personas y dio positivo en 29.
- Historial sexual en **406** de **528** personas:
 - la mediana del número de parejas sexuales en los 3 meses anteriores fue de 5 parejas,
 - 147(28%) haber viajado al extranjero en el mes anterior al diagnóstico
 - 103 (20%) asistido a grandes reuniones (>30personas), como los eventos del Orgullo.
 - 169 (32%) visitado lugares de sexo en el sitio durante el mes anterior,
 - 106 (20%) participaron en chemsex

Que nos dicen los últimos estudios:

Solo lesiones en áreas genital, peri genital y perianal.

Pueden presentar solo síntomas prodrómicos leves o ausentes que pueden comenzar después de la aparición de una erupción cutánea localizada.

Entre el 30 y 50%, sin síntomas generales o fueron después del exantema.

Erupciones polimorfas, en diferentes etapas de desarrollo. (¿autoinoculación?).

Las lesiones en las áreas genital, perianal y perioral o amigdalina, seguidas por el desarrollo de síntomas sistémicos y la posterior diseminación de la enfermedad. (¿Inoculación?)

Erupciones maculopapulares generalizadas que no se tornaron pustulosas ni ulceradas.

Que mas nos dicen los últimos estudios:

La inflamación del pene y el dolor rectal fueron presentaciones comunes:

- motivo más frecuentes de ingreso hospitalario.
- Abscesos rectales, con poco o atípico exantema, lo tanto, no se sospechó infección por viruela del mono durante la revisión inicial en las salas de cirugía.
- En proctitis, 30% de coinfección con ITS *N gonorrhoeae* y *C trachomatis*, exacerbación o sinergia de sintomatología

Lesiones genitales únicas, posibilidad de error con otras ITS

Confirman baja tasa de mortalidad.

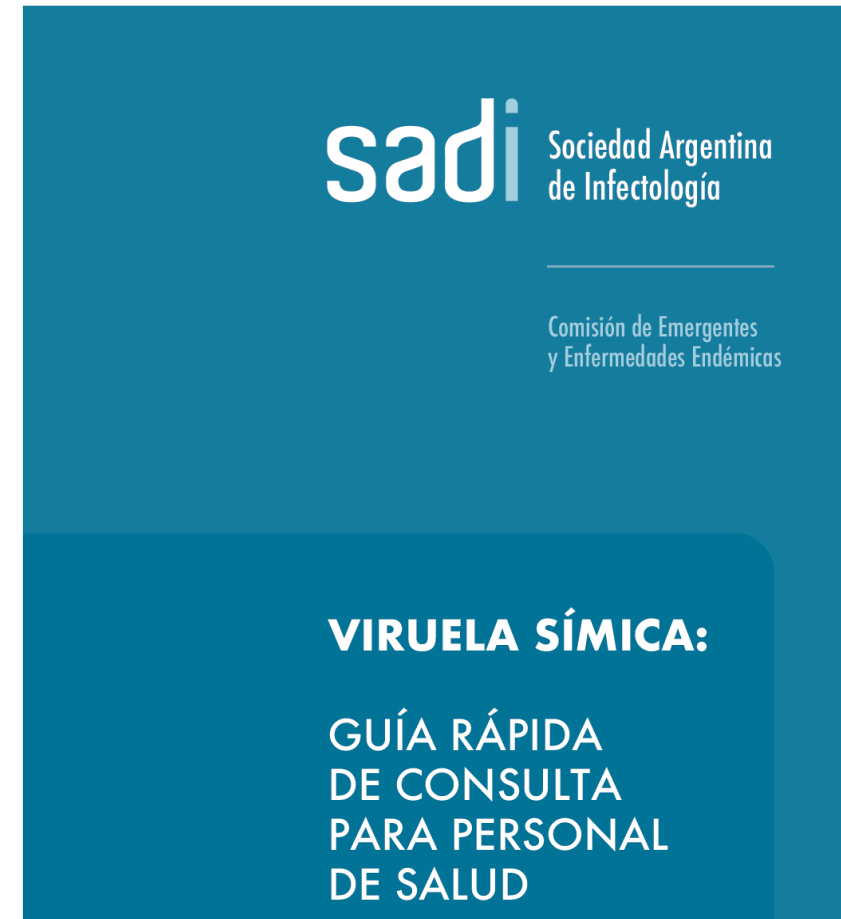
¿Cuándo sospechamos viruela símica?

Exantema característico de aparición reciente con **antecedentes epidemiológicos** días de iniciado el cuadro clínico.

Síntomas tales como fiebre, mialgias, cefalea y linfadenopatías que pueden preceder al exantema.

Antecedentes epidemiológicos 21 días previos:

- Contacto físico directo con un caso probable o confirmado de viruela símica.
- Antecedente de viaje.



Sin embargo:

Alto índice de sospecha y estar al tanto de las presentaciones atípicas.

La ausencia de antecedentes de viaje o de un contacto cercano no debe excluir la posibilidad de este diagnóstico.

Siempre se debe realizar un examen completo de la piel.

sadi Sociedad Argentina
de Infectología

Comisión de Emergentes
y Enfermedades Endémicas

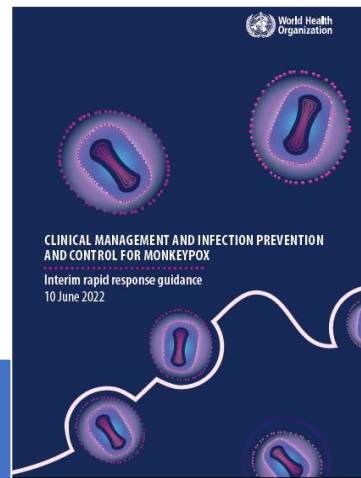
VIRUELA SÍMICA:

GUÍA RÁPIDA
DE CONSULTA
PARA PERSONAL
DE SALUD

Transmisión y diseminación viral

Persona a persona puede ocurrir a través del contacto directo con piel infecciosa o lesiones mucocutánea .y posiblemente aerosoles de corto alcance que requieren contacto cercano prolongado.

El período infeccioso puede variar, pero los pacientes se consideran infecciosos hasta que las lesiones de la piel se han formado costras, las costras se han caído y un nuevo debajo se ha formado una capa de piel.

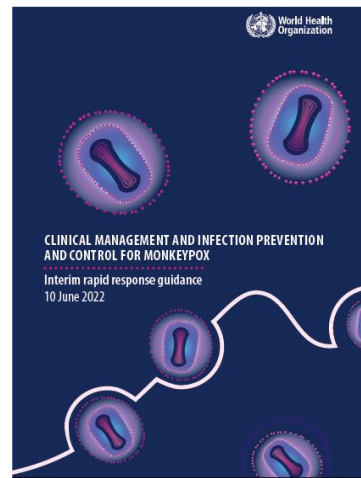


Transmisión y diseminación viral

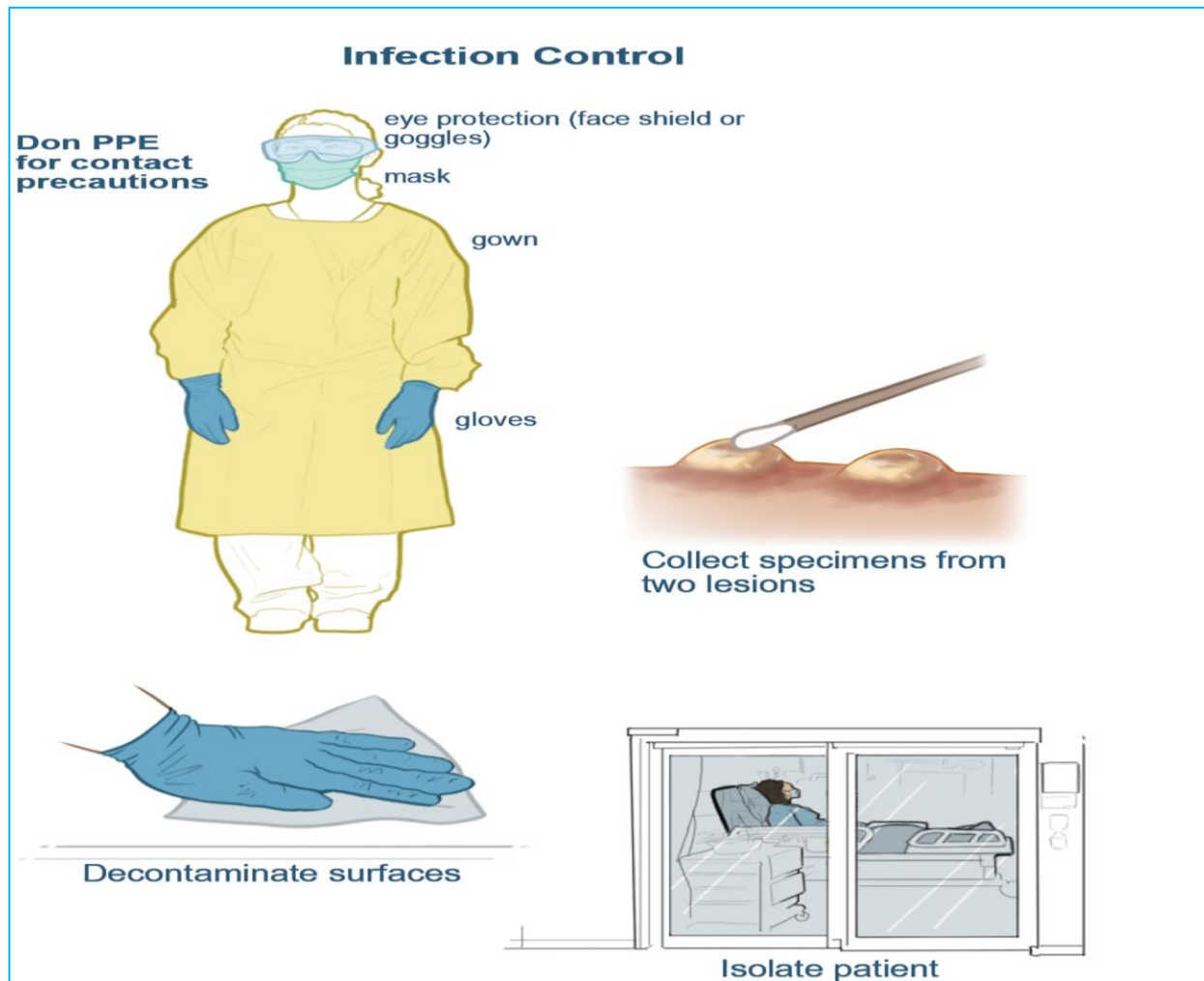
La transmisión también puede ocurrir del medio ambiente a los humanos a través de ropa o ropa de cama que tenga partículas infecciosas en la piel.

Las costras contienen cantidades significativas de ADN viral hasta e incluso cuando se caen y que es superior a los niveles que se encuentran en la sangre y la garganta.

Los virus de la viruela son generalmente más resistentes a las condiciones ambientales y muestran una alta estabilidad ambiental.



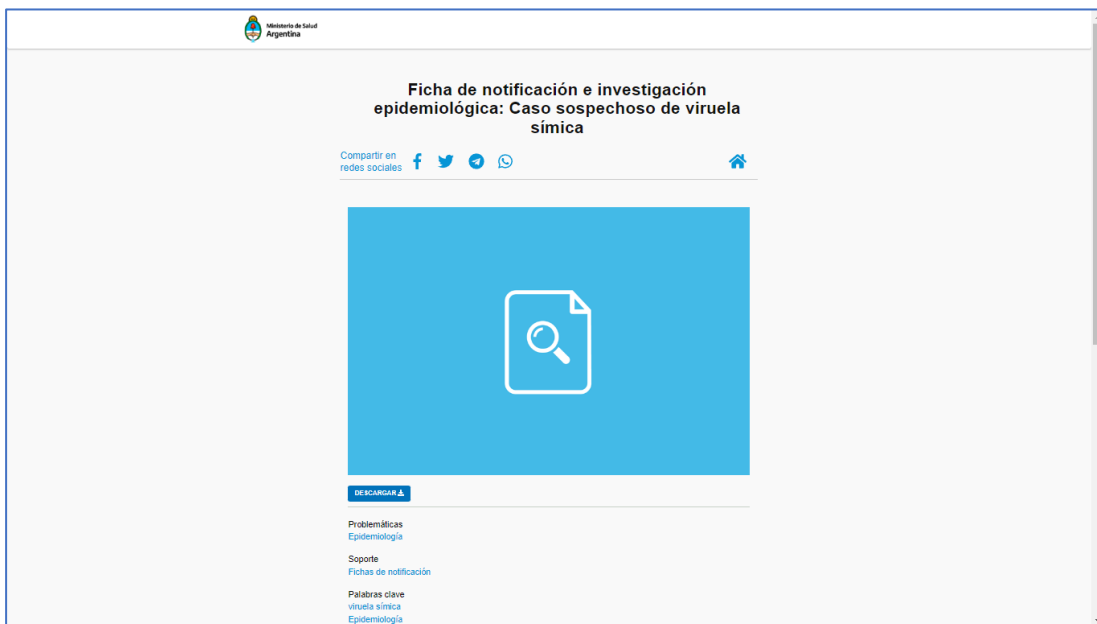
¿Qué hacer ante un caso sospechoso?



- Elemento de protección personal:
 - Barbijo quirúrgico,
 - Bata
 - Guantes desechables
- Posibilidad de salpicaduras: Protección ocular, máscara facial o antiparras.
- Procedimientos generadores de aerosoles: máscaras N95 o equivalentes.

¿Qué hacer ante un caso sospechoso?

- Notificación obligatoria dentro de las 24 hs:



SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA DE LA SALUD
FICHA DE NOTIFICACIÓN E INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA
CASO SOSPECHOSO DE VIRUELA SÍMICA
 ACTUALIZACIÓN 03/06/2022

División de Epidemiología **Ministerio de Salud Argentina**

CASO SOSPECHOSO: Toda persona que presente **Erupción inexplicable de aparición reciente** (maculosa, papular, vesicular, pustular, monomórfica o de igual estado evolutivo en cualquier localización) que no corresponde a las principales causas conocidas de enfermedad exantemática.

Y presente además uno o más de los siguientes signos o síntomas: cefalea; fiebre >38,5° de inicio súbito; mialgia; dolor lumbar; artrosis; linfadenopatía.

Y al menos uno de los siguientes antecedentes epidemiológicos [1]:

a) **Viaje epidemiológico** - exposición estrecha sin protección respiratoria; contacto físico directo, incluido el contacto sexual; o contacto con materiales contaminados, como ropa o ropa de cama- con un caso probable o confirmado de viruela símica en los 21 días anteriores al inicio de los síntomas.

b) **Antecedente de viaje a un país endémico [2]** o donde se estén registrando casos de viruela símica en los 21 días previos al inicio de los síntomas.

c) **Viaje epidemiológico en los últimos 21 días** - exposición estrecha sin protección respiratoria; contacto físico directo, incluido el contacto sexual; o contacto con materiales contaminados, como ropa o ropa de cama- con una persona que haya viajado dentro de los 30 días previos al contacto o países endémicos o países no endémicos donde se estén registrando casos actualmente [3].

CASO CONFIRMADO: Persona que cumple con la definición de caso sospechoso y está confirmado por técnicas moleculares en el laboratorio nacional de referencia.

[1] Para casos que no tengan alguno de estos criterios epidemiológicos, con uno alto sospecha clínica y en los que se hayan descartado diagnósticos diferenciales, deberán ser evaluados por el equipo jurisdiccional de epidemiología para considerar la pertinencia de su estudio. [2] Los países endémicos de la viruela del mono son: Benín, Camerún, República Centroafricana, República Democrática del Congo, Etiopía, Costa de Marfil, Liberia, Nigeria, República del Congo, Sierra Leona, y Sudán del Sur. [3] Ver países no endémicos con casos: <https://www.who.int/emergencies/diseases/nipw/coronavirus>

IDENTIFICACIÓN DE LA INSTITUCIÓN

Establecimiento notificador: _____ Provincia: _____ Departamento: _____
 Fecha de notificación: ____/____/____ Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

IDENTIFICACIÓN DEL CASO

Tipo de documento: DNI DE INE NP _____ Apellido y Nombre: _____
 Teléfono: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ Embarazada: Sí No
 Género: Mujer cis Mujer trans Varón cis Varón trans Otro _____
 Lugar de residencia: Provincia: _____ Departamento: _____ Localidad: _____
 Domicilio: Calle / Mza: _____ Nº: _____ Pto: _____ Depto: _____ Cód. Postal: _____

INFORMACIÓN CLÍNICA

Fecha de primera consulta: ____/____/____ Fecha de inicio de IP síntomas (RIS): ____/____/____ Internación: Sí No

Signos y síntomas (marcar con X lo que corresponda)	Exantema (marcar con X lo que corresponda)	Fecha
Cefalea	Maculopapular	
Mialgias	Vesicular	
Dolor de espalda	Pustula	
Linfadenopatía	Lesiones umbilicadas	
Artrosis	Crusta	
Fiebre (>38,5°C)	Hemorrágica	
Otros:		

ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

Antecedentes	SI	NO	Fecha	Tipo de contacto
¿Tuvo contacto reciente con un caso sospechoso o confirmado de viruela símica?				Contato estrecho sin protección respiratoria
¿Tuvo contacto reciente, incluido el contacto físico directo, con una persona que tuviera exantema en alguna parte de su cuerpo?				Contato físico directo, incluido el contacto sexual
¿Tuvo contacto reciente, incluido el contacto físico directo, con alguna persona con estos síntomas: cefalea, dolor de cuerpo, fiebre, dolor muscular?				Contato con materiales contaminados, como ropa o ropa de cama
¿Estuvo en contacto, incluido el contacto físico directo, con viajeros provenientes de los países donde se registraron casos en los últimos 21 días?				Lugar del viaje y datos de transporte (aviones, trenes, buques, etc.)
¿Realizó viajes en los últimos 21 días? (En caso de responder SI, especificar el lugar y fecha de arribo a la Argentina)				
¿Se vacunó contra la viruela?				

LISTADO DE CONTACTOS (personas con las que el caso estuvo en contacto desde el inicio de los síntomas)

NOMBRE Y APELLIDO	DNI	TELÉFONO	DIRECCIÓN	FECHA ÚLTIMO CONTACTO	TIPO CONTACTO
					Exposición sin protección respiratoria, contacto estrecho sin protección respiratoria

MUESTRAS DE LABORATORIO

¿Tipo de muestra: Líquido de ampollas o plaquetas Fecha de toma: ____/____/____ Control de las lesiones Fecha de toma: ____/____/____

Tipo de muestra	SI	NO	Fecha de toma de muestra
Vitroscopio de contenido vesicular y/o escudado de la lesión			
Vitroscopio de frotis de más de una lesión			
Control de lesiones			

Nombre y apellido del notificador: _____ Firma: _____

Diagnóstico:

Muestras:

- Hisopado del contenido vesicular
- Hisopado del lecho de mas de una lesión ulcerada
- Costra de lesiones
- Hisopado rectal (en caso de proctitis).

Toma de muestra

Con hisopos de Dacron o poliéster. Frotar lesión para tomar suficiente material para la obtención del ADN viral.



PARA Dg de Viruela Símica

- Colectar 1 tubo seco y 2 o más tubos con máximo 1 ml de medio de transporte viral (VTM).
- Dos lesiones del mismo tipo en un solo tubo, preferiblemente de diferentes lugares del cuerpo y que difieren en apariencia.
- No mezclar en el mismo tubo diferentes lesiones.
- Las costras, secas sin medio de transporte en tubos tipo Eppendorf

- Refrigerar (2 a 8°C) o congelar (-20°C o menos) durante el lapso de 1 hora luego de la colecta.
- Si el transporte excede los 7 días para su análisis, deben almacenarse congeladas (-20°C o menos).
- Transportar en triple envase refrigerado.

Medidas de control Casos en domicilio:

Aislamiento área separada de otros convivientes hasta que todas las lesiones hayan desaparecido.

Los convivientes y el paciente usar mascarilla cuando se acerquen para prestar cuidados.

Utensilios y ropa de cama y toallas exclusivos.

Lavar la ropa con agua caliente (60°) y no “sacudir”.

Evitar el contacto con animales silvestres o domésticos, especialmente roedores domésticos.

No abandonar el domicilio, excepto cuando necesite atención médica de seguimiento. En este caso llevará en todo momento mascarilla y no utilizará transporte público.

Manejo de contactos estrechos

Evaluación de contactos:

- Contacto cara a cara.
- Contacto físico directo (incluido el contacto sexual).
- Contacto con fomites contaminados, ropa de cama u otros objetos de uso compartido.

En el entorno de atención médica:

- Persona que haya tenido contacto con el paciente (personal, compañeros de habitación, visitantes).

Manejo de contactos estrechos

Seguimiento:

No realizarán
cuarentena.

Reducir las interacciones
sociales utilizando
mascarilla.

Abstención de mantener contactos sexuales durante el periodo de seguimiento.

Autocontrol de temperatura durante 21 días tras la exposición.

Ante cualquier síntoma, hacer autoaislamiento inmediato , y contactar de forma urgente con el responsable del seguimiento que le indicará las actuaciones a seguir.

Importante:

- Sin tratamiento o profilaxis ampliamente disponibles, la identificación rápida de casos es vital para la contención.
- Estar alerta cuando se examinan erupciones agudas inusuales en cualquier persona, especialmente cuando las erupciones se combinan con síntomas sistémicos.
- Si bien los recursos deben centrarse en identificar casos con riesgos específicos, el núcleo de nuestros mensajes de salud pública debe ser de apoyo y libre de juicios.
- Aunque es endémica de África y que el brote actual está afectando de manera desproporcionada a los hombres con determinadas prácticas NO es “una enfermedad africana” ni una “enfermedad de los homosexuales”.
- Es de esperar que aparezcan casos en grupos de personas que no pertenecen a los descriptos hasta ahora.

sadi

Sociedad Argentina
de Infectología

Gracias por la atención.

Preguntas?

damianaguila@yahoo.com.ar