INFORME EJECUTIVO

VIRUELA DEL MONO

CHILE 25 de noviembre de 2022

Departamento de Epidemiología
Subsecretaría de Salud Pública

Ministerio de Salud

Gobierno de Chile

CONTENIDO

1. **RESUMEN** 3
2. **OBJETIVO DEL REPORTE** 3
3. **ANTECEDENTES** 4
4. **MÉTODO** 6
5. **SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA** 8
6. **BROTES Y CONGLOMERADOS** 14
7. **CONCEPTOS CLAVES** 20

1. RESUMEN

- En Chile, hasta el 24 de noviembre de 2022 se registraron 1.311 casos de Viruela del Mono (1.292 confirmados y 19 probables). De estos casos, 153 fueron hospitalizados y el 13 de noviembre se confirmó el primer fallecido.
- La región Metropolitana concentró el 83,4% de los casos a nivel nacional según región de residencia. Todas las regiones restantes presentaron algún caso de Viruela del Mono, a excepción de la región de Magallanes.
- El 98,2% de los casos correspondieron a hombres. Los casos se presentaron en un rango etario entre los 6 meses y los 89 años, con una mediana de edad de 34 años, siendo el grupo entre los 30 y los 39 años (n=628), el que concentró la mayor cantidad de casos.
- Los signos y síntomas más frecuentes fueron exantema agudo (99,8%), lesiones de piel/mucosa anogenitales (64,8%), linfadenopatía (52,3%), fiebre > 38,5° (49,6%), mialgia (49,2%) y cefalea (49,1%).
- El 52,3% de los casos se autoreportaron con VIH, el 11,3% con sífilis, 1,4% con gonorrea y un 2,5% con otras coinfecciones.

2. OBJETIVO DEL REPORTE

Describir la situación epidemiológica de Viruela del Mono en Chile en base a los datos disponibles al 24 de noviembre de 2022.

3. ANTECEDENTES

Desde el 13 de mayo de 2022, la Organización Mundial de la Salud (OMS) alertó a los países sobre el aumento de casos de Viruela del Mono, una enfermedad exantemática de origen zoonótico originaria de las regiones centrales y occidentales de África que, de manera inusitada, ha estado circulando en países no endémicos, principalmente en Europa y posteriormente en el resto de los continentes[1] [2]. La OMS reportó al 24 de noviembre un total de 80.859 casos confirmados, 1.526 probables en 110 países y 55 fallecidos[3]. Por su parte los Centers for Disease Control and Prevention (CDC) estimaron 80.850 casos al 23 de noviembre en 110 países[4]. Acorde a la OMS, el número de casos reportados semanalmente ha disminuido en un 3,7%, 16 países han reportado un incremento en el número de casos semanales y 68 países no han reportado casos nuevos en los últimos 21 días. La región de las Américas ha concentrado la mayoría de los casos (90,5%) en las últimas 4 semanas y durante la última semana ha aumentado en un 2%[3].

Por otro lado, según la información disponible de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) al 25 de noviembre se han reportado 34 fallecidos, de los cuales 12 corresponden a Brasil, 14 a EEUU, 4 a México, 2 a Ecuador, 1 a Cuba y, recientemente, se agrega Chile con 1 caso[5]. Al respecto, Brasil fue el primer país en anunciar el fallecimiento de un paciente por Viruela del Mono en el Estado de Minas Gerais, seguido de España, que reportó 2 muertes, además de India, Ghana, entre otros.

[1] *Brote de Viruela Símica en múltiples países en los que la enfermedad no es endémica*. *World Health Organization*. World Health Organization. Disponible en: https://www.who.int/es/emergencies/disease-outbreak-news/item/2022-DON385 (Al 25 de noviembre, 2022).

[2] World Health Organization. (n.d.). *Monkeypox*. World Health Organization. Recuperado el 25 de noviembre, 2022, de https://www.who.int/health-topics/monkeypox#tab=tab_1

[3] Organization, W. H. (n.d.). *2022 Monkeypox Outbreak:Global Trends*. 2022 Monkeypox Outbreak: Global Trends. Recuperado el 25 de noviembre, 2022, de https://worldhealthorg.shinyapps.io/mpx_global/

[4] Centers for Disease Control and Prevention. (04 de agosto, 2022). *Monkeypox Outbreak Global Map*. Centers for Disease Control and Prevention. Recuperado el 25 de noviembre, 2022, de https://www.cdc.gov/poxvirus/monkeypox/response/2022/world-map.html

[5] Organización Panamericana de la Salud (OPS). *2022 Casos de Viruela Símica – Región de las Américas*. 2022. Recuperado el 25 de noviembre, 2022, de https://shiny.pahobra.org/monkeypox/

El perfil de los casos descritos a nivel internacional corresponde principalmente, pero no exclusivamente, a hombres que se identifican a sí mismos como participantes en actividades de redes sexuales extendidas. Hasta el momento no hay señales que sugieran una transmisión sostenida fuera de estas redes.

La presentación clínica de los casos de Viruela del Mono observados en el país ha sido variable. Muchos casos no se presentan con el cuadro clínico descrito clásicamente para la Viruela del Mono (fiebre, ganglios linfáticos inflamados, seguido de erupción cutánea concentrada en la cara y las extremidades). Las características atípicas descritas incluyen: presentación de solo unas pocas lesiones o incluso de una sola lesión; lesiones que comienzan en el área genital o perineal/perianal y no se extienden más; lesiones que aparecen en diferentes etapas (asincrónicas) de desarrollo; y la aparición de lesiones antes de la aparición de ganglios linfáticos inflamados, fiebre, malestar general u otros síntomas.

Si bien se sabe que el contacto físico cercano es una conducta de riesgo que puede conducir a la transmisión, no está claro si los fluidos corporales sexuales, incluidos el semen y los fluidos vaginales, participan en la transmisión.

4. MÉTODO

Se realizó un análisis descriptivo de los casos notificados en Chile con diagnóstico de Viruela del Mono hasta el 24 de noviembre de 2022.

Para su elaboración se utilizó la información proveniente de:

- Base de resultados de PCR de la Plataforma Nacional de Toma de Muestras.
- Base de casos notificados por Viruela del Mono del Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud de Chile (MINSAL), obtenida desde la plataforma Go.Data.
- Base de ingresos y egresos de Residencia Sanitaria.

Desde la base de Instituto de Salud Pública (ISP) se obtuvo la información de situación epidemiológica (resumen nacional), curva epidémica y situación regional. La información de situación epidemiológica se complementó con base obtenida desde el equipo de Gestión de Residencias Sanitarias, Oficina de Testeo, Trazabilidad y Aislamiento del departamento de Epidemiología, para identificar los casos que se encuentran aún en aislamiento y aquellos que se han dado de alta epidemiológica. Para la caracterización de los casos, se consideró solo los casos que contaban con una investigación epidemiológica completa, los cuales se encuentran en la base de casos notificados en Go.Data. Para la notificación se consideraron las definiciones de caso descritas en Protocolo de vigilancia de epidemiológica de Viruela del Mono, aprobado por Resolución Exenta N°1162 del 24 de agosto de 2022 (1).

Para obtener el estado de alta de los casos se complementó la base de casos notificados con la base de ingresos y egresos de Residencia Sanitaria mediante un cruce con fecha de corte al 23 de noviembre. Para determinar el alta de los casos (excepto región Metropolitana) se consideraron aquellos registros cuyo estado de seguimiento estuviera terminado, cuya fecha de alta sea menor a la fecha del reporte, cuya fecha de cuarentena sea menor al día del reporte y cuyo motivo de alta haya sido cumplimiento de cuarentena. Para los casos pertenecientes a la Región Metropolitana se consideran como "alta" aquellos registros cuya fecha de fin de aislamiento haya sido menor al día del reporte y cuyo motivo de alta haya sido cumplimiento de aislamiento.

Se incluye una sección de análisis de brotes y conglomerados de casos. Para el análisis se utilizó la base de datos de casos y contactos de plataforma GoData. Se entiende por brote, a la detección de casos secundarios en la

cadena de transmisión y conglomerados, cuando hay una exposición común o mismo lugar de riesgo, con un tiempo inferior a un periodo de incubación mínimo entre los casos (< 5 días).

Se realizaron tablas y figuras para presentar los resultados, utilizando los softwares Excel 365, RStudio y STATA MB 17. Los datos del periodo estudiado corresponden a información provisoria, en proceso de validación. Para la elaboración de mapas se utilizó el programa Arc Gis 10.8.2.

Respecto a la Ley N° 20.584 que "Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud", este informe no la vulnera, debido a que utiliza datos del MINSAL, los cuales se recogen dando cumplimiento a su rol según las siguientes leyes previas: DFL Nº 1/2005 del MINSAL y Ley Nº19.628 sobre datos sensibles.

5. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

En Chile desde el 17 de junio al 24 de noviembre de 2022, ingresaron a la vigilancia 2.118 casos sospechosos, de los cuales **1.311 correspondieron a Viruela del Mono** (1.292 casos confirmados y 19 casos probables). En la última semana se confirmaron **34 casos nuevos**, con respecto al informe del 18 de noviembre de 2022. Del total de casos, en 997 se constató el alta epidemiológica, mientras que 314 corresponden a casos en periodo de aislamiento (Tabla 1 y Figura 1). Del resto de casos, se han descartado 763 y 44 se mantienen como sospecha o fueron categorizados como no válidos.

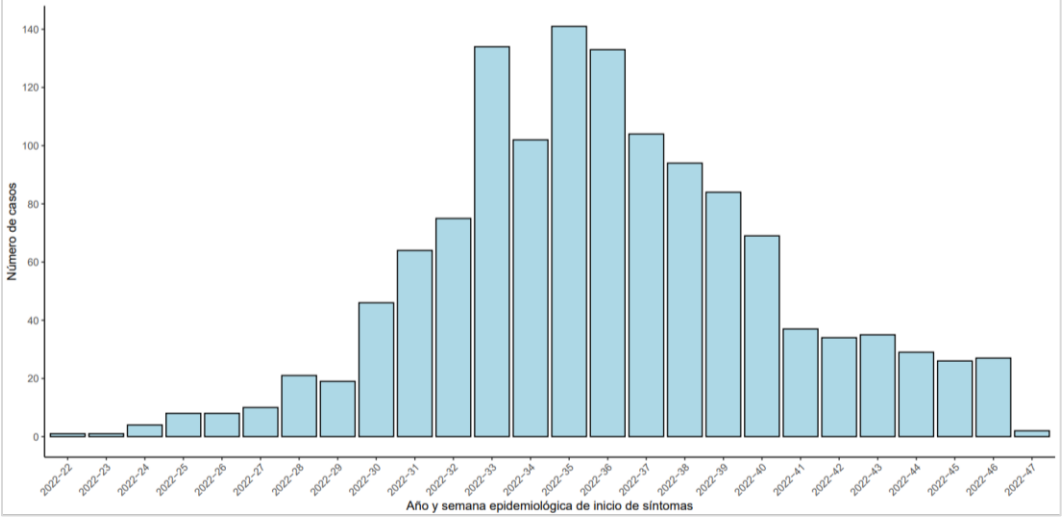
Durante la semana epidemiológica 46 (SE 46) se confirmó el primer fallecimiento causado por implicancias de Viruela del Mono en Chile. Se trata de una persona de sexo masculino, 44 años, que presentaba otras patologías de base y un sistema inmunológico debilitado (inmunosupresión).

Tabla 1: Resumen nacional de casos de Viruela del Mono, según clasificación clínica. Chile, al 24 de noviembre de 2022.

Clasificación	Alta	En aislamiento	Total
Probables	14	5	**19**
Confirmados	983	309	**1292**
Total	**997**	**314**	**1311**

Fuente: Departamento de Epidemiología. Ministerio de Salud de Chile.
Datos provisorios en proceso de validación.

Figura 1: Casos confirmados y probables de Viruela del Mono según semana epidemiológica de inicio de síntomas. Chile, al 24 de noviembre de 2022.

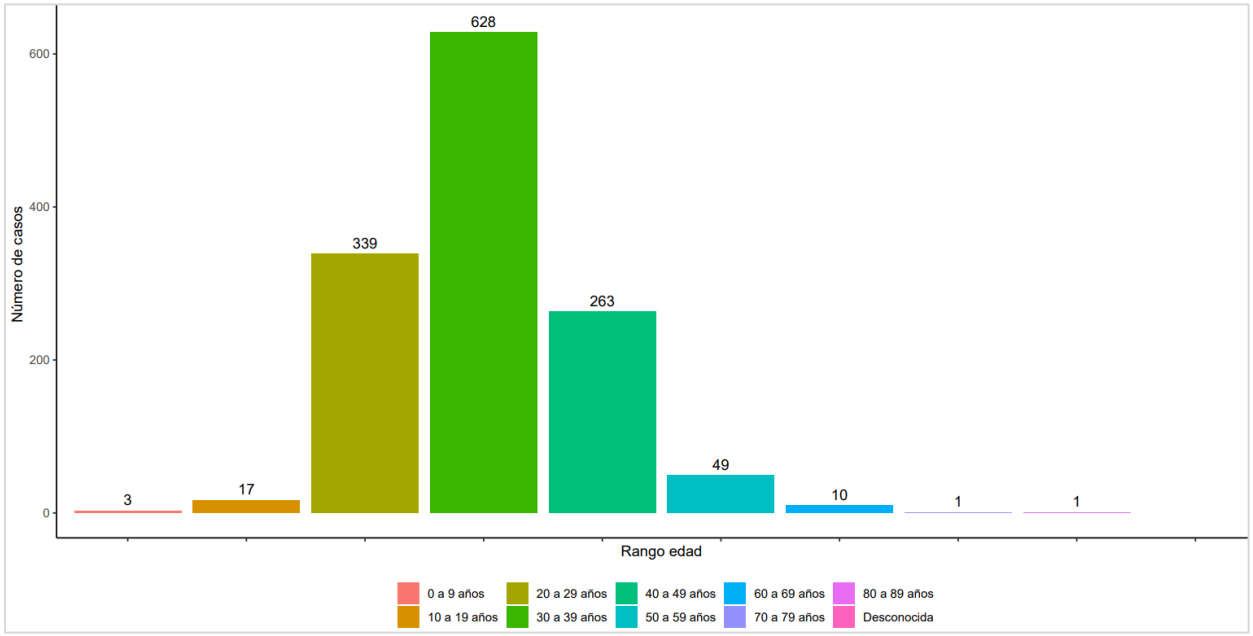


Fuente: Departamento de Epidemiología. Ministerio de Salud de Chile.
Datos provisorios en proceso de validación.

Caracterización de los casos

El rango de edad de los casos fue de 6 meses a los 89 años, con una mediana de edad de 34 años. El grupo que concentró la mayor cantidad de casos fue el de entre los 30 y los 39 años (n=628), seguido del de 20 a 29 años (n=339) (Figura 2). En cuanto a sexo, el 98,2% (n=1.288) de los casos correspondieron a hombres.

Figura 2: Casos confirmados y probables de Viruela del Mono según grupo de edad. Chile al 24 de noviembre de 2022.



Fuente: Departamento de Epidemiología. Ministerio de Salud de Chile.
Datos provisorios en proceso de validación

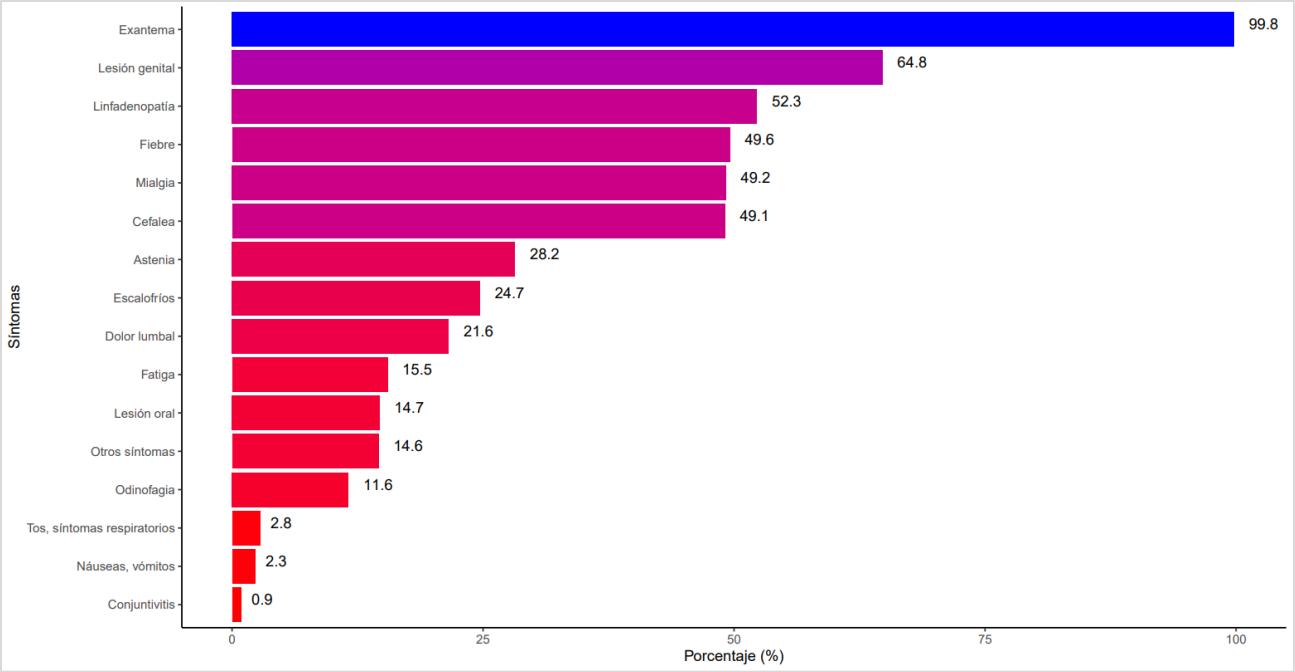
Respecto a la pertenencia de los casos a grupos específicos, el 30,5% correspondió a migrantes. El 3,1% indicó pertenecer a pueblos originarios. Dos casos correspondieron a gestantes (0,2%) y 1 caso en lactante (0,1%).

Sobre la previsión de salud, el 57,8% se encontraba afiliado a FONASA, el 23,6% a ISAPRE, un 0,2% a DIPRECA y CAPREDENA cada una. El 1,7% de los casos no se encontraba afiliado a ninguna previsión y en el 16,6% se desconocía dicha información.

Caracterización clínica

Respecto a la presentación clínica, entre los signos y síntomas el 99,8% presentó exantema agudo, el 64,8% lesiones de piel/mucosa anogenitales, el 52,3% linfoadenopatía, el 49,6% fiebre > 38,5°, el 49,2% mialgia y el 49,1% cefalea (Figura 3). De los casos totales, 26 se encuentran en investigación aún para determinar su sintomatología.

Figura 3: Casos confirmados y probables de Viruela del Mono según signos y síntomas. Chile al 24 de noviembre de 2022.



Fuente: Departamento de Epidemiología. Ministerio de Salud de Chile.
Datos provisorios en proceso de validación.

De los casos confirmados y probables, 153 fueron hospitalizados prioritariamente para fines de aislamiento, manejo de lesiones y comorbilidades, entre los cuales se suma encuentra el caso fallecido.

Con respecto a antecedentes de coinfecciones, según datos obtenidos en la entrevista epidemiológica, se observó que el 52,3% de los casos se auto reportaron como persona viviendo con VIH, el 11,4% con sífilis, 1,4% con gonorrea y un 2,5% reportó otras coinfecciones.

Situación regional

Respecto a la zona geográfica de residencia, la mayoría de los casos se han concentrado en la zona centro (92,4%). La zona norte concentró un 4,2% de los casos y la zona sur un 3%. Solo un 0,5% de los casos se ha presentado en el extremo sur del país.

En 15 de las 16 regiones del país, se presentaron casos, donde la región Metropolitana (RM) concentró el mayor porcentaje 83,4% (n=1.094), seguida de la región de Valparaíso, Antofagasta, Coquimbo, Biobío y Tarapacá (Tabla 2 y Figura 4 y 5). En la RM, la mayoría de los casos se concentraron en la zona urbana de la región, destacando la comuna de Santiago por ser la que presentó la mayor cantidad de casos (n=428).

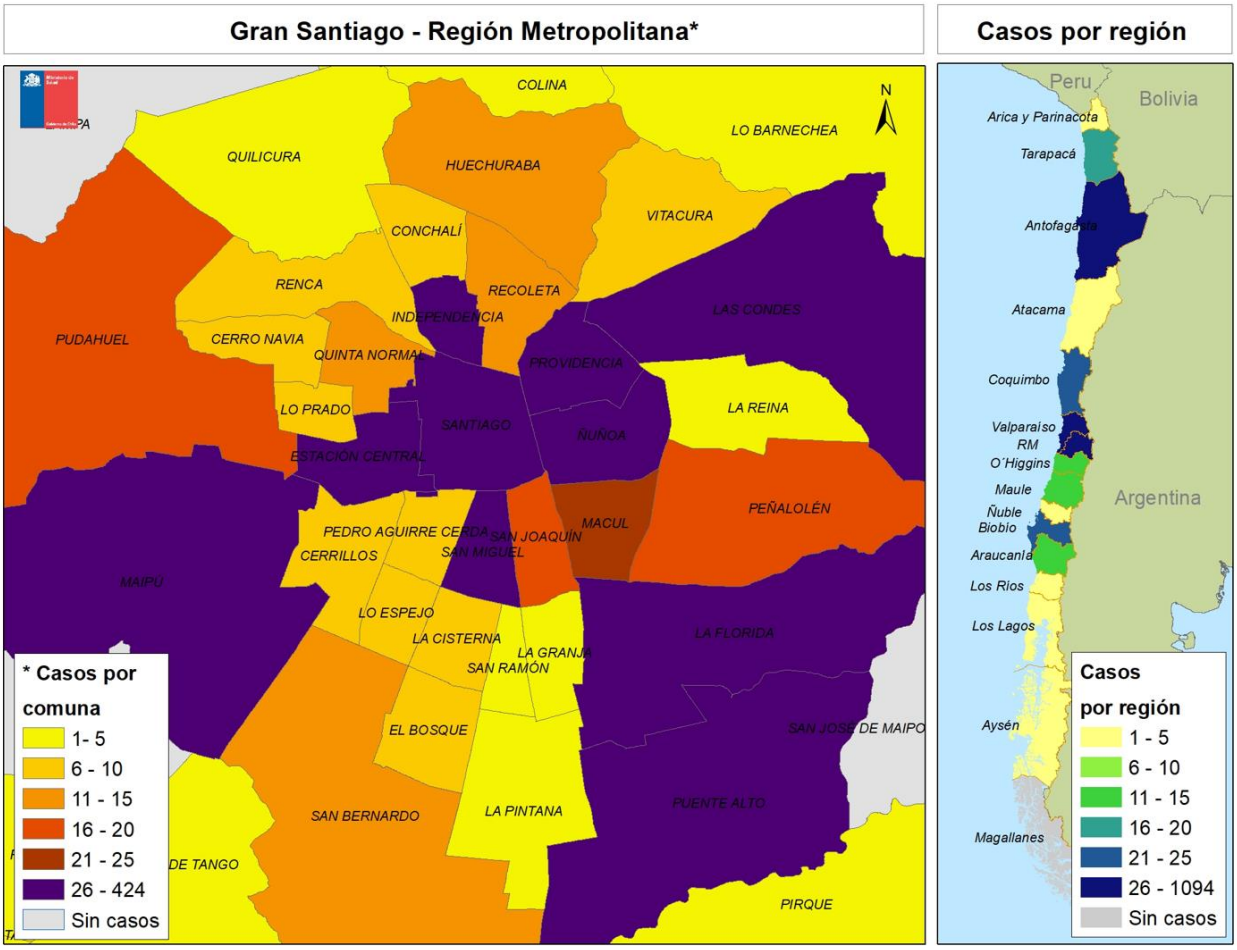
Tabla 2: Casos de Viruela del Mono según región de residencia y región de notificación. Chile, al 24 de noviembre de 2022.

Región	Confirmado		Probable		Total	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Arica y Parinacota	4	0,3	0	0	4	0,3
Tarapacá	18	1,4	1	0,1	19	1,4
Antofagasta	27	2,1	3	0,2	30	2,3
Atacama	2	0,2	0	0	2	0,2
Coquimbo	25	1,9	0	0	25	1,9
Valparaíso	55	4,2	10	0,8	65	5,0
Metropolitana	1091	83,2	3	0,2	1094	83,4
O´Higgins	12	0,9	0	0	12	0,9
Maule	13	1,0	0	0	13	1,0
Ñuble	2	0,2	0	0	2	0,2
Biobío	22	1,7	1	0,1	23	1,8
Araucanía	11	0,8	1	0,1	12	0,9
Los Ríos	4	0,3	0	0	4	0,3
Los Lagos	4	0,3	0	0	4	0,3
Aysén	2	0,2	0	0	2	0,2
Magallanes	0	0	0	0	0	0
Total	**1292**	**98,6**	**19**	**1,5**	**1311**	**100**

Fuente: Departamento de Epidemiología. Ministerio de Salud de Chile.

Datos provisorios en proceso de validación.

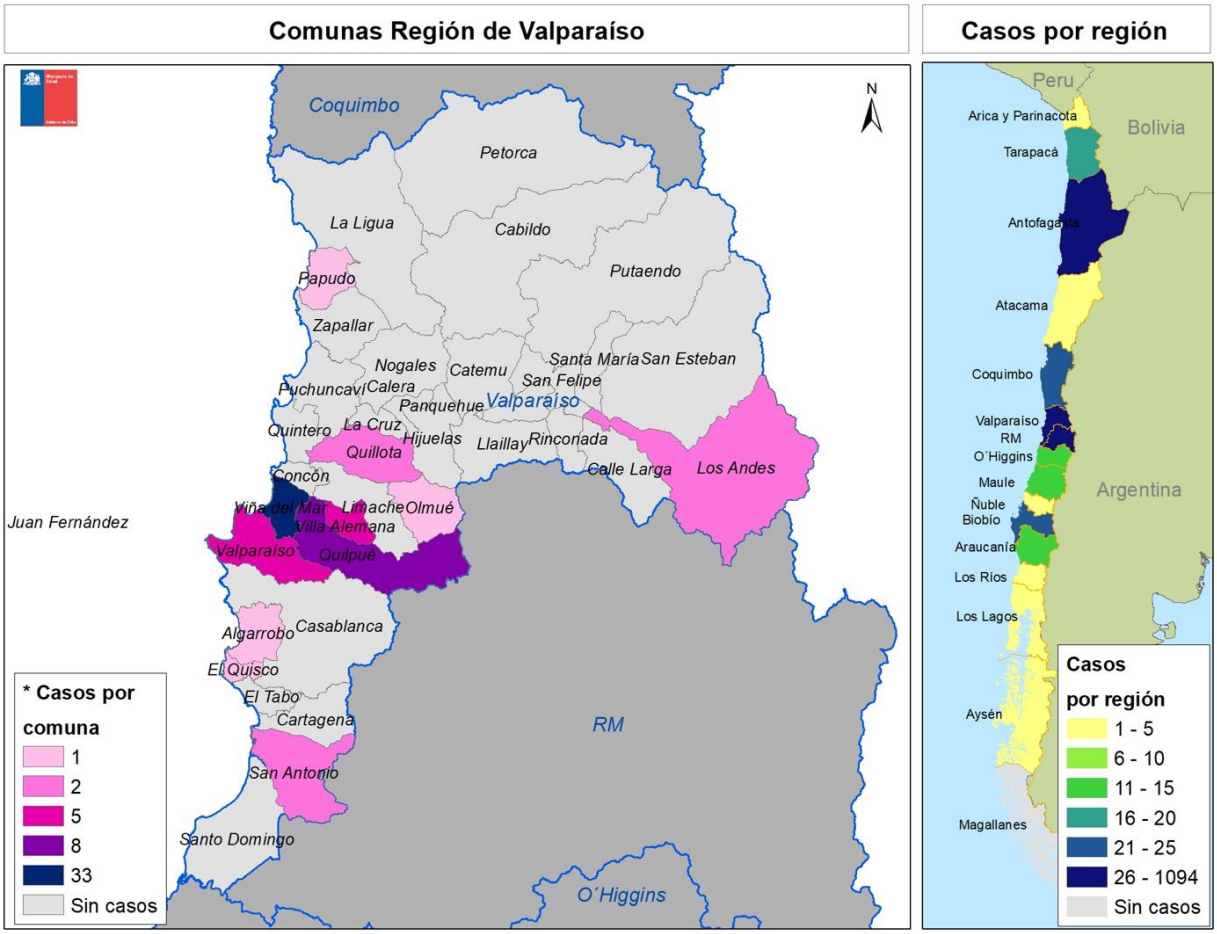
Figura 4: Casos de Viruela del Mono según región de residencia y región Metropolitana según comuna de residencia. Chile, al 24 de noviembre de 2022.



*Casos confirmados y probables según comuna y región de residencia. Existen 57 casos en investigación en la RM sin información sobre comuna de residencia.

Fuente: Departamento de Epidemiología. Ministerio de Salud de Chile.
Datos provisorios en proceso de validación.

Figura 5: Casos de Viruela del Mono en Región de Valparaíso según comuna de residencia. Chile, al 24 de noviembre de 2022.



*Casos confirmados y probables según comuna y región de residencia. Existen 6 casos en investigación en la Región de Valparaíso sin comuna de residencia.

Fuente: Departamento de Epidemiología. Ministerio de Salud de Chile.
Datos provisorios en proceso de validación.

6. BROTES Y CONGLOMERADOS

Al 17 de noviembre de 2022, el 21% (n=278) de los casos de Viruela del Mono están relacionados a un brote o conglomerado, información detectada generalmente en forma retrospectiva y no durante la entrevista epidemiológica, debido a la reticencia de los casos a entregar información de sus contactos. Del total de brotes y conglomerados a la fecha, el 79% (n=96) presentan 2 casos con nexo establecido y el 21% (n=25) restante 3 o más casos (Tabla 3 y 4). La Figura 6 muestra los brotes y conglomerados (imágenes generadas en el software de Go.Data) que se han identificado a la fecha.

Al inicio de la epidemia, los nexos epidemiológicos identificados dentro de los cien primeros casos reportados en Chile, que fueron revisados exhaustivamente, un 44% (n=44) de ellos presentaron nexo epidemiológico, formando así un total de 14 brotes (casos secundarios) y 5 conglomerados (exposición común o mismo lugar de riesgo).

En los brotes identificados, destaca la concurrencia a eventos de carácter sexual como cruising parties, saunas gays, fiestas privadas nudistas y el uso de aplicaciones de citas para encuentros sexuales casuales, lo cual ha dificultado la identificación de contactos o expuestos. Algunos de estos conglomerados corresponden a parejas estables o casuales y, en las que se puede estimar que el período de incubación promedio que se estima en 8 días (dato sujeto a confirmación) y, en otras situaciones, se expusieron al mismo evento (fiestas o encuentros sexuales con desconocidos), ya que enferman con una diferencia mínima o inferior al promedio de incubación descrito en la literatura.

Tabla 3. N° de casos relacionados a brotes y conglomerados en Viruela del Mono.

Chile, al 24 de noviembre de 2022.

Tipo de nexo	N° total	N° Casos relacionados	% total de casos
Brotes	53	132	**10%**
Conglomerados	68	146	**11%**
Total general	**121**	**278**	**21%**

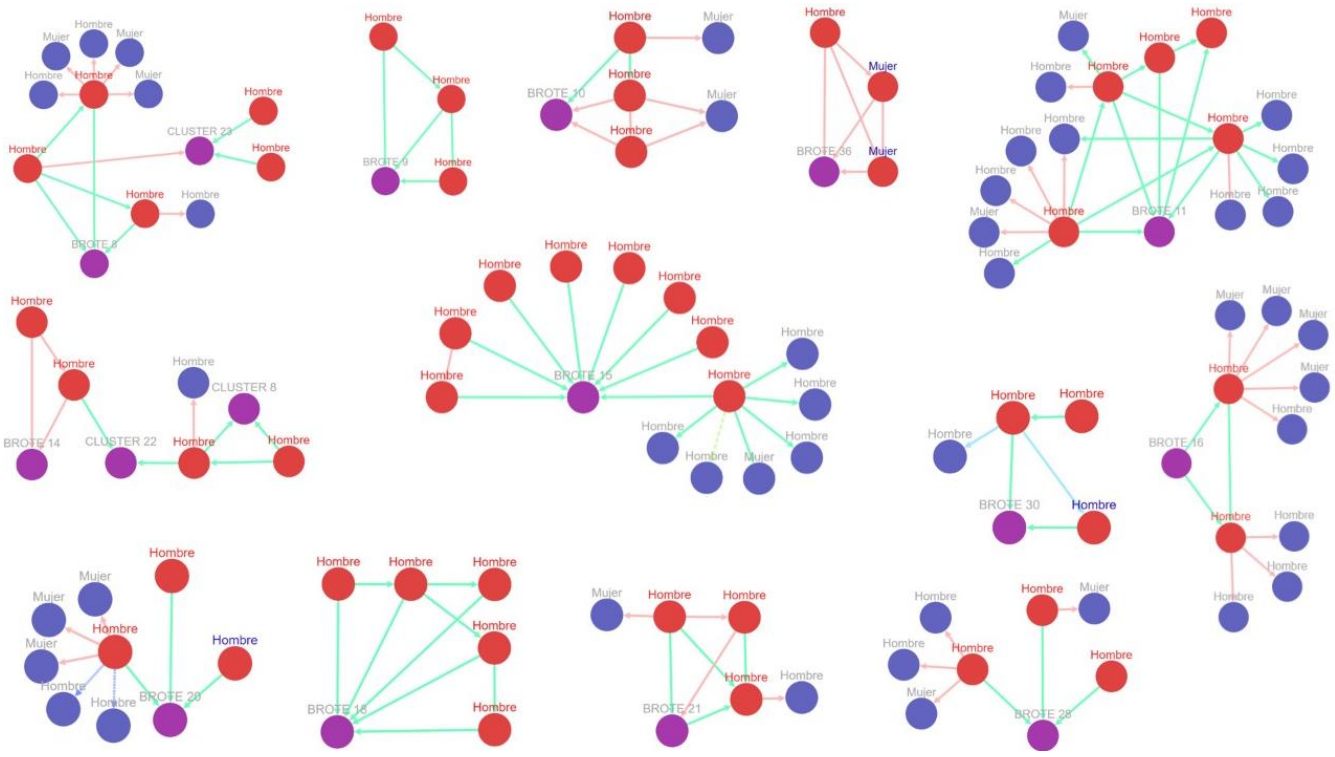
Fuente: Departamento de Epidemiología. Ministerio de Salud de Chile.
Datos provisorios en proceso de validación.

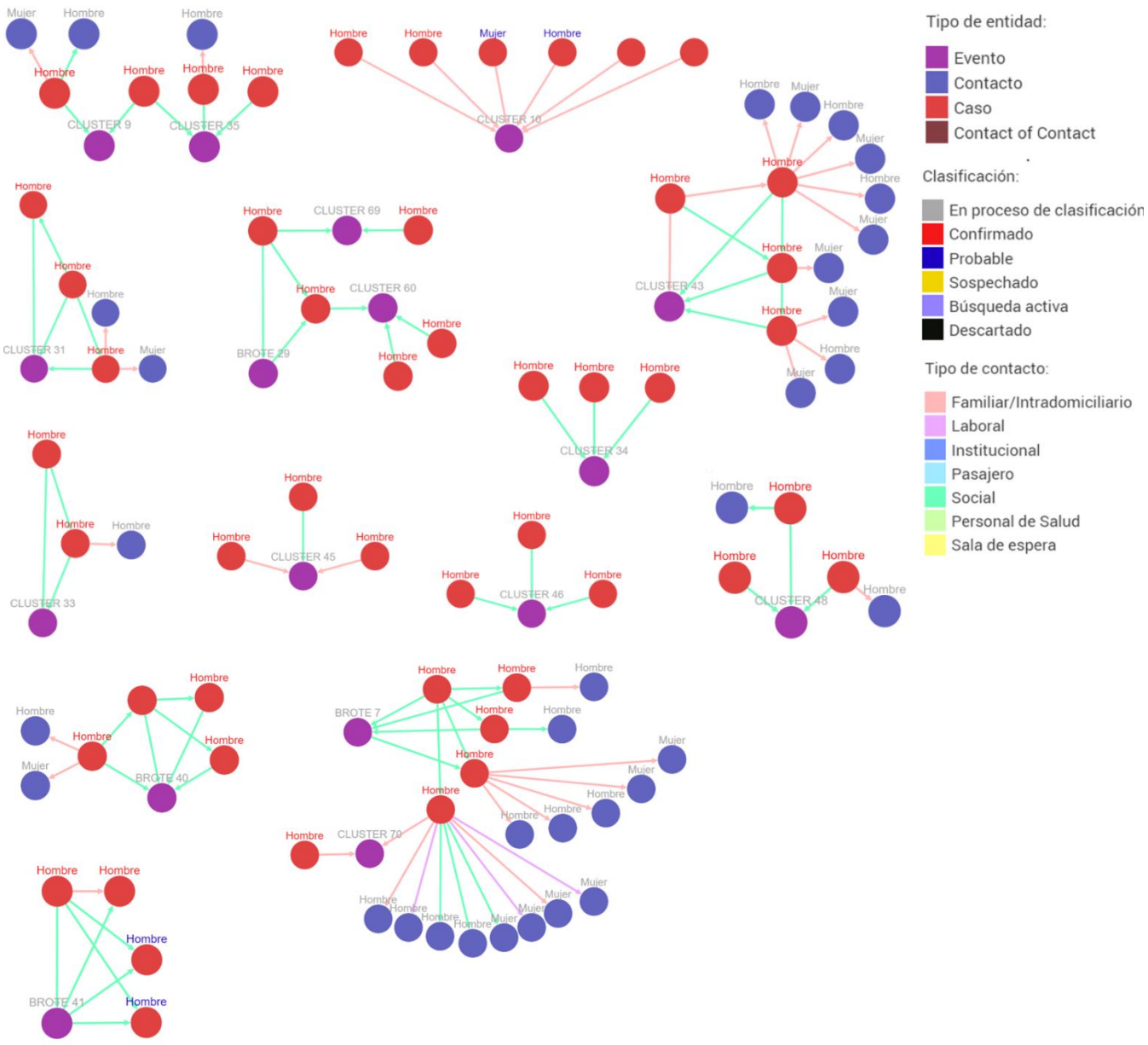
Tabla 4. Distribución de brotes y conglomerados según N° de casos en Viruela del Mono. Chile, al 24 de noviembre de 2022.

Tipo de Brote según N° de casos afectados	N° Brotes y Conglomerados
2 casos	96
3 casos	17
4 casos	4
5 casos	2
> 5 casos	2
Total general	**121**

Fuente: Departamento de Epidemiología. Ministerio de Salud de Chile.
Datos provisorios en proceso de validación.

Figura 6: Representación gráfica de brotes y conglomerados ≥ 3 casos confirmados y probables de Viruela del Mono en Chile, al 24 de noviembre de 2022.





Fuente: Departamento de Epidemiología. Ministerio de Salud de Chile.
Datos provisorios en proceso de validación.

Brotes destacados

- Asociado a una fiesta celebrada en la región de Valparaíso reportando 8 casos confirmados entre hombres asistentes al evento. Estos residen en las regiones de Valparaíso (3 casos), RM (4 casos) y Ñuble

(1 caso). La exposición identificada se atribuyó a contacto físico entre sí al bailar con torsos desnudos, compartir utensilios y ropa (Brote 15, figura 6).

- Brote interregional de 3 casos que involucró a hombres que realizaron intercambio de parejas, residentes en la región de La Araucanía (n= 2) y región de Los Lagos (n= 1). Uno de los expuestos, no enfermó (Brote 21, figura 6).
- Brote de 4 casos, que involucró a un residente de la región de Los Ríos que, mientras se dirigía a la región de Coquimbo, realiza escala en la región Metropolitana donde mantuvo contacto sexual. Una de las personas involucradas, se relaciona con otro conglomerado detectado en un mismo edificio en comuna de Santiago (Clúster 8-Brote 14-Clúster 22, figura 6).
- Brote de 2 casos relacionado con un viajero interregional detectado a partir del primer caso notificado en la región de Aysén. Refiere haber mantenido relaciones sexuales en la RM y luego durante su viaje a la Araucanía; regresa a Aysén y, posteriormente, viajó a la región de Los Lagos y Biobío. Posteriormente, se detecta el segundo caso secundario en Aysén (Brote 31).
- Un conglomerado de 6 casos ocurrido en la región de Valparaíso, que involucró a un lactante de 7 meses y un adulto amigo de la familia, que es inquilino de una habitación en la misma casa, por lo que comparten esporádicamente con la familia y el niño en espacios estrechos; ambos enferman con un día de diferencia. La familia del menor (madre, padre y dos hermanas de 10 y 8 años) se clasifican como casos probables, debido a la presencia de síntomas y nexo intrafamiliar. En la evaluación ambiental se identifica el uso de espacios comunes como baño, cocina y lavandería entre los residentes, incluyendo ropa y utensilios comunes; probable exposición indirecta (fómites), desconociéndose el caso primario (Clúster 10, figura 6).
- Brote intrafamiliar de 2 casos ocurrido en región de Coquimbo. Un hombre quien trabaja en un club nocturno contagia a su madre de 72 años con quien vive y presenta comorbilidades (HTA-DM). La probable exposición fue contacto directo físico a través de saludos, abrazo y besos; no se descartan los fómites por manipulación de la vestimenta del caso índice y ropa de cama, además de compartir utensilios (Brote 22).
- Se identifica un gran conglomerado de casos relacionados al comercio sexual, con 11 casos totales. Al menos 3 de los casos refieren ser trabajadores sexuales, los que fueron generando casos secundarios y múltiples contactos. Dos de ellos también tuvieron contacto sexual con viajeros extranjeros, previo al inicio de síntomas (Brote 7-Cluster 70; Brote 8-Cluster 23, figura 6).

- Brote en región de Valparaíso. Caso confirmado de hombre de 41 años, sin reportar actividades de riesgo. Cohabita junto a su pareja, mujer de 42 años e hija de 10 años, ambas inician sintomatología, por lo que se determinan como casos probables con nexo intrafamiliar (Brote 36, figura 6).
- Conglomerado interregional con 4 casos confirmados, que involucró a residentes de las regiones de Biobío y RM donde los casos confirmados refieren múltiples parejas sexuales ocasionales conocidas mediante aplicación de citas y en contexto de fiestas privadas, saunas y clubes nocturnos (Clúster 43, figura 6).
- Conglomerado familiar atípico de dos casos ocurrido en la región de Valparaíso, que involucró a dos hermanos (hombre de 21 años y mujer de 20 años). El caso primario reporta conductas sexuales de riesgo con hombres y mujeres, y asistencia a eventos masivos en la RM. Ambos viven en condiciones de hacinamiento junto a otros 5 familiares. Es viable que el riesgo de infección en el domicilio haya sido por fómites, ya que cuenta con 2 habitaciones y 1 baño, uso de espacios comunes, incluyendo compartir ropa y utensilios.
- Brote de 2 casos interregional familiar. Hombre de 41 años residente en la RM, que refiere conductas de riesgo para contraer la infección. Viaja a la región de O'Higgins por tres días para visitar y compartir con su hija menor. El riesgo de contagio más probable es por contacto regular padre-hija y no se descarta mediante fómites.

Brotes asociados a transmisión sanitaria (IAAS)

Estos casos son secundarios a la atención de casos confirmados de Viruela del Mono, por tanto, se relacionan a infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS). En estos tres primeros casos detectados, dos son por no usar adecuadamente elementos de protección personal (EPP) y uno por un accidente laboral. Se mantienen otros dos casos en investigación.

- **1 RM, Figura 6:** Mujer de 31 años, embarazada con 7 semanas de gestación. Es enfermera de un hospital público, sufre accidente durante la obtención de muestra (descostraje utilizando bisturí) de un paciente confirmado. La exposición ocurre el 3 de septiembre y los síntomas se inician el 5 de septiembre, presentando celulitis en área de la lesión; presenta además cefalea, mialgia y sensación febril.
- **2 RM:** Mujer de 33 años, enfermera de un establecimiento de salud que sufre accidente durante la obtención de muestra de un paciente confirmado, sin el uso adecuado de EPP. Se expone el 28 de agosto y los síntomas se inician el 01 de septiembre, con lesiones en el área de afectada.

- **3 BIOBÍO:** Hombre de 19 años, TENS de un establecimiento público, atendió a un caso confirmado sin el uso adecuado de EPP con fecha 5 de octubre y enferma el 11 de octubre.
- **4 RM - ATACAMA:** Se detectan 2 casos relacionados por procedimientos estéticos realizados en la RM con diferencia de diez días, en una misma institución privada y a cargo de un mismo equipo clínico.
    1. Mujer de 42 años, residente en región de Atacama, se realiza el procedimiento quirúrgico el 16 de agosto y los síntomas inician el 19 de agosto. Presenta lesiones en la zona de la intervención y en otras zonas del cuerpo.
    2. Mujer de 38 años, residente en RM, se realiza el procedimiento el 26 de agosto y los síntomas inician sintomatología el 9 de septiembre, presentando un cuadro de celulitis en la zona quirúrgica, posteriormente desarrolla exantema y otros signos generales (cefalea, prurito, mialgias).

7. CONCEPTOS CLAVES

- **Caso sospechoso:**
    - **Definición A:** Persona con lesión exantemática en piel o mucosas, única o múltiple, de aparición reciente, sin otra explicación y que puede presentarse sola o asociada a uno o más de los siguientes síntomas prodrómicos:
        - fiebre (>38,5ºC)
        - calofríos
        - mialgias
        - cefalea
        - linfadenopatía
        - dolor lumbar
        - astenia
        - proctitis

      El hallazgo o confirmación de otra enfermedad exantemática, no necesariamente debe descartar la sospecha, considerando la posibilidad de existir una coinfección. En sección 8 “Aspectos clínicos” se incluyen orientaciones de presentación clínica de los casos.

    - **Definición B:** Persona que inicia uno o más de los signos o síntomas prodrómicos descritos en definición A, con antecedente de contacto con caso confirmado durante los últimos 21 días.

- **Caso probable:**
    - **Definición A:** Persona que cumple con la definición de caso sospechoso al cual no se realizó una toma de muestra para su confirmación, sin embargo, tiene antecedentes de riesgo evaluados por el equipo de epidemiología de SEREMI de Salud (ver sección evaluación de riesgos).

- **Definición B:** Persona detectada retrospectivamente y que cumplía con la definición de caso sospechoso, por lo tanto, las pruebas disponibles para la confirmación ya no se pueden realizar porque las lesiones ya están sanas.

- **Caso confirmado:** Persona con una prueba de diagnóstico molecular (PCR en tiempo real) positiva para el virus de la Viruela del Mono procesada en el ISP o en los laboratorios clínicos autorizados por el ISP.

- **Caso descartado:** Caso sospechoso que:
  - Las pruebas moleculares (PCR en tiempo real) fueron negativas para Viruela del Mono en el ISP o en los laboratorios clínicos definidos por MINSAL y autorizados por el ISP.

    Y
  - No cumple con la definición de "caso probable" según la evaluación de la Autoridad Sanitaria Regional.

- **Contacto:** Persona que estuvo expuesta a un caso probable o confirmado de Viruela del Mono durante el período de transmisibilidad, considerado desde el inicio del exantema hasta que las lesiones sanen.

Se considera como exposición, las siguientes situaciones:

- Haber tenido contacto físico prolongado con el cuerpo, fluidos corporales o costras de las lesiones exantemáticas.
- En personal de salud, brindar atención de salud directa a un caso confirmado o probable, sin cumplir con las precauciones adicionales de contacto y gotas, considerando al menos el uso de mascarillas quirúrgicas, protección ocular, guantes impermeables y bata impermeable de manga larga. Si se realiza un procedimiento generador de aerosoles de mayor riesgo, se considera el uso de respirador de alta eficiencia tipo N95 o equivalente en reemplazo de la mascarilla quirúrgica.
- Manipular vestimenta, ropa de cama, desechos y utensilios sin el uso de precauciones adicionales de contacto y gotas; al menos mascarilla quirúrgica, bata manga larga impermeable, protección ocular y guantes impermeables.
- Otras situaciones de riesgo que la Autoridad Sanitara estimen pertinente en base a la investigación epidemiológica.

- Los contactos clasificados de **alto riesgo** son los consignados en la letra a) y b) mientras que los contactos clasificados de **bajo riesgo** son los consignados con las letras c). Los contactos que cumplan con la clasificación d) podrán ser clasificados de alto o bajo riesgo según la autoridad sanitaria regional.

- **Brote:** Dos o más casos relacionados en los que se detecta nexo directo entre ellos y son parte de una misma cadena de transmisión.

- **Conglomerados:** dos o más casos relacionados en los que se detecta una misma exposición (asistencia al mismo lugar de riesgo).

- **Aislamiento:** Separación física y restricción del movimiento a un espacio determinado de personas contagiadas de Viruela del Mono, con la finalidad de evitar propagación de la enfermedad a otras personas sanas.

- **Alta epidemiológica:** Alta recibida por criterios epidemiológicos, es decir, cuando la persona enferma ya no representa un riesgo de contagio para el resto de la población. En el caso de la Viruela del Mono ésta se consigue alrededor de los 21 días desde el inicio del exantema, cuando todas las lesiones costrosas han caído y crece piel sana en su lugar, además debe contar con una evaluación médica que acredite dicho estado.

8. REFERENCIAS

1. MINSAL. Departamento de Epidemiología. Protocolo de vigilancia epidemiológica de viruela del mono. Disponible en: http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/08/Protocolo_vigilancia_viruela_del_mono_22082022.pdf