

## INFORMACIÓN GENERAL SOBRE LA VIRUELA DEL MONO o MONKEYPOX.

### ¿Qué es el Monkeypox o Viruela del mono?

Es una zoonosis (enfermedades que se transmiten entre los animales vertebrados y el hombre) producida por un virus ADN del género orpoxvirus (el mismo género al que pertenece el virus de la viruela). Fue aislado por primera vez en 1958 en unos monos que cayeron enfermos mientras eran trasladados a Dinamarca. En 2003 se notificó el primer brote fuera de África, en EEUU.

Los roedores parecen ser los reservorios naturales.

Los brotes de la infección se han concentrado en África central y occidental. Durante los últimos años ha habido un claro incremento tanto es su frecuencia como es su distribución. Se han identificado casos en 10 países: República Democrática del Congo, El Congo, Camerún, República Centroafricana, Nigeria, Costa de Marfil, Liberia, Sierra Leona, Gabón y Sur Sudan.

Se han identificado dos clados genéticamente distintos: clado de África Occidental y clado de África central (Clado Congo Basin)

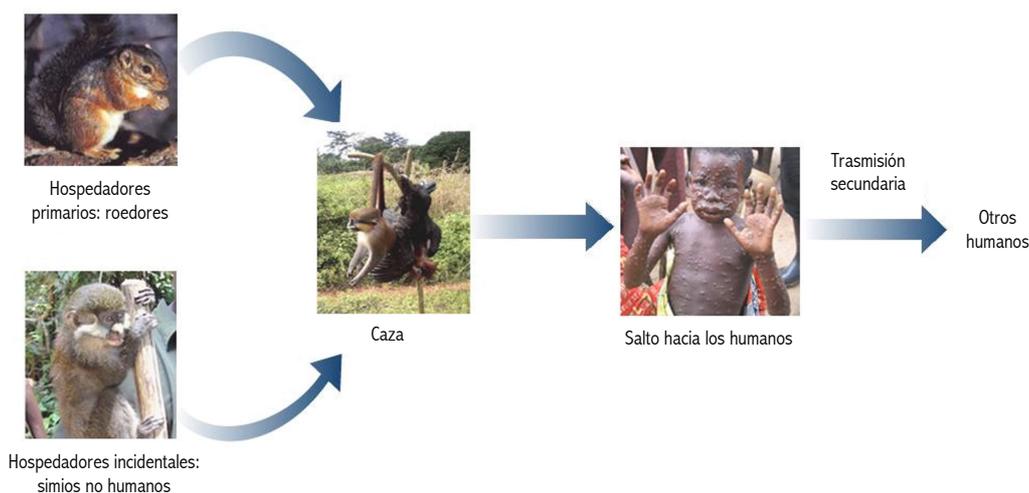


## ¿Cómo se contagia el Monkeypox?

Se contagia por contacto directo con fluidos, lesiones cutáneas o fómites de animales infectados. Al igual que en nuestra cultura gastronómica, en muchas regiones de África es común la caza de mamíferos pequeños y medianos para alimentarse.

La transmisión entre humanos puede ocurrir a través del contacto con fluidos corporales, lesiones cutáneas, gotitas respiratorias de personas infectadas o contacto con la ropa de una persona enferma, aunque la transmisión sostenida de persona a persona es limitada. La viruela del simio no se considera contagiosa durante su período de incubación. El paciente se considera contagioso hasta que las costras de las lesiones se desprenden.

Las personas vacunadas frente a la viruela tienen menor riesgo de contagio que las personas no vacunadas



## ¿Cuáles son los síntomas que produce Monkeypox?

Suele presentar un periodo de incubación entre 4 a 21 días.

Primero aparecen síntomas similares a un cuadro gripal que incluye una importante inflamación de los ganglios.

Después de 1-5 días de fiebre aparece una erupción cutánea maculopapular, que terminan por conformar vesículas, de inicio en orofaringe y cara y posteriormente en tronco, que se hace generalizado sin respetar palmas ni plantas y pudiendo involucrar mucosas y conjuntiva. Los pacientes infectados pueden ser contagiosos en este momento.

Las lesiones de la piel se abren y se resuelve progresivamente dejando costra. Durante 2 a 4 semanas, las lesiones evolucionan en brotes de 1 a 2 días a través de las diferentes fases, coincidiendo lesiones en diferentes estadios.

El cuadro se resuelve en 2-5 semanas después del inicio de los síntomas.

Los pacientes ya no se consideran infecciosos después de la caída de todas las costras.

La mortalidad descrita en los brotes en África varía del 1 al 10%. El clado de África Occidental tiene un pronóstico más favorable, mientras que el clado de África Central presenta una tasa de letalidad de hasta el 11%. Las mayores tasas de mortalidad son en niños, jóvenes e inmunodeprimidos. Se ha observado un curso más severo de la infección en personas no vacunadas frente a la viruela.

Las complicaciones más frecuentes son la sobreinfección bacteriana, la queratitis, la bronconeumonía, la sobreinfección corneal o la encefalitis

### ¿Cómo se diagnostica?

La muestra más adecuada es la obtenida de las lesiones cutáneas o las costras. También se puede tomar muestras de orofaringe. Se suelen emplear técnicas moleculares mediante PCR para su diagnóstico.

### ¿Tiene tratamiento?

No existe un tratamiento antiviral específico. Se ha empleado de manera experimental algún antiviral como el cidofovir o el brincidofovir.

El tratamiento es de soporte y la precaución de las sobreinfecciones bacterianas.

### ¿Es la primera vez que se notifican casos fuera de África?

De los últimos casos importados más relevantes destacan: en septiembre de 2018 se notifican 3 casos en Reino Unido, dos de ellos eran viajeros desde Nigeria y el tercero era un sanitario que había cuidado de uno de estos pacientes. En octubre de 2018, un caso en un hombre que viajó de Nigeria a Israel. En mayo de 2019, se notificó un caso en un hombre que viajó de Nigeria a Singapur. En mayo de 2021, una familia regresó al Reino Unido después de viajar a Nigeria y tres miembros de la familia se infectaron teniendo lugar además transmisión de persona a persona. En julio de 2021, otro caso de un hombre que viajó de Nigeria a Texas (EEUU) y en noviembre de 2021 en Maryland (EEUU). Actualmente (mayo 2022) se investiga y continúa en seguimiento el brote en Reino Unido

## ¿Qué medidas de aislamiento deben aplicarse ante un caso sospechoso?

Al ser un virus emergente para nuestros Sistemas Sanitarios, las medidas de aislamiento serán las establecidas y acordadas con los Estamentos Sanitarios oportunos y con los Servicios Hospitalarios involucrados en la contención y transmisión de estos patógenos. Mientras esto queda definido, la literatura científica recopila la recomendación de manejar estos pacientes en unidades con capacidad de aislamiento, si es posible con presión negativa. Usaremos precauciones estándar de contacto y de gotas con escalada a precauciones de transmisión aérea si es posible. El individuo infectado debe usar mascarilla quirúrgica y mantener las lesiones cubiertas hasta que las costras se hayan desprendido y se haya formado una nueva capa de piel.

## Ante un caso sospechoso o si necesitas contactar con nuestra Unidad para más información:

Para contactar directamente con el equipo del CSUR de Patología Importada ubicado en el Edificio de La Paz:

- Tlf corporativo 851397. Horarios de guardia: 859491/853402.

Para contactar directamente con nuestras consultas ubicadas en el Edificio del Carlos III (en horario de 8:00 a 15:00h):

- Tlf corporativos 665 62 98 90 y 635 66 53 04.

