



**MINISTERIO DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL**

Viruela Símica

**Lineamiento para el abordaje de los casos y recomendaciones
para su prevención**

Viceministerio de Salud Pública y Prestación de Servicios



Carolina Corcho Mejía
Ministra de Salud y Protección Social

Jaime Urrego Rodríguez
Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

Gerson Orlando Bermont Galavis
Director de Promoción y Prevención

Agosto 18 de 2022



TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN.....	4
2. OBJETIVO	4
3. DOCUMENTOS TÉCNICOS Y NORMATIVOS ASOCIADOS.....	4
4. ACTORES RESPONSABLES EN SU APLICACIÓN.....	5
5. DEFINICIONES	5
6. MECANISMOS DE TRANSMISIÓN	6
7. CUADRO CLÍNICO.....	7
8. DIAGNÓSTICO.....	8
9. MANEJO CLÍNICO	9
10. COMPLICACIONES	10
11. VACUNACIÓN.....	13
12. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA.....	13
13. MEDIDAS GENERALES DE BIOSEGURIDAD PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	13
13.1 Recomendaciones para implementar por parte de las IPS	13
13.2. Medidas de aislamiento.....	14
13.3. Higiene de manos	15
13.4. Manejo de residuos generados durante la atención en salud.....	16
13.5. Limpieza y desinfección.....	17
13.6. Elementos de Protección Personal.....	17
13.7. Manejo de ropa hospitalaria	17
13.8. Manejo de cadáveres	17
14. RECOMENDACIONES PARA LA PREVENCIÓN	18
14.1. Para la población en general	18
14.2. Recomendaciones para establecimientos públicos	21
14.3. Recomendaciones para las entidades territoriales	21
15. PREVENCIÓN DEL ESTIGMA Y LA DISCRIMINACIÓN	21
16. COMUNICACIÓN DEL RIESGO	22
17. FINANCIACIÓN DE LAS PRUEBAS DE LABORATORIO	23
18. INCAPACIDADES MÉDICAS	24
19. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	25
ANEXO 1. RUTA PARA DE CASOS DE LA VIRUELA SÍMICA EN IPS.....	28
ANEXO 2. PROCEDIMIENTOS QUE GENERAN AEROSoles	29



1. INTRODUCCIÓN

La viruela símica es una infección de origen zoonótico causada por un virus del género *Orthopoxvirus*, el cual se detectó por primera vez en África en 1970.

Se ha evidenciado que el contagio es principalmente por contacto directo o indirecto con sangre, fluidos corporales y lesiones de la piel.

La transmisión secundaria o de persona a persona puede producirse por contacto estrecho con secreciones infectadas y gotas de las vías respiratorias o lesiones cutáneas de una persona infectada, líquidos corporales o con objetos contaminados recientemente con los fluidos del paciente o materiales de la lesión (ropa de cama, vestimenta, utensilios para alimentación, toallas, dispositivos electrónicos, entre otros, de uso personal); además, la infección también puede transmitirse por inoculación o a través de la placenta.

Actualmente, no hay evidencia suficiente que permita identificar que la viruela símica se pueda transmitir por vía sexual, sin embargo, el contacto directo piel a piel con lesiones durante las actividades sexuales puede propagar el virus, de allí que las relaciones sexuales son un factor de riesgo importante, así como las otras formas de contacto mencionadas previamente.

La evidencia sobre el impacto en la salud mental de la viruela símica es incipiente, sin embargo, la inadecuada información del riesgo puede generar temor y ansiedad en la población, y conductas de rechazo y discriminación hacia las personas y familias afectadas por el virus y hacia el talento humano en salud que los atiende.

Del primero de enero de 2022 al 16 de agosto del mismo año, se notificaron a la OMS 38.019 casos de viruela símica confirmados por laboratorio y 12 muertes. En Colombia, al 16 de agosto de 2022, se han confirmado por laboratorio ciento treinta y dos (132) casos de viruela símica.¹

2. OBJETIVO

Establecer las medidas de manejo integral, bioseguridad, salud mental a implementar en las IPS y en los domicilios, frente a la presencia de un caso confirmado o sospechoso de viruela símica y de sus contactos.

3. DOCUMENTOS TÉCNICOS Y NORMATIVOS ASOCIADOS

- Reglamento Sanitario Internacional (RSI 2005).
- Ley 09 de 1979, por la cual se dictan medidas sanitarias.
- Ley Estatutaria 1751 de 2015, que establece la salud como derecho fundamental
- Decreto 2323 de 2006 (contenido en el Decreto único 780 de 2016), por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 9ª de 1979 en relación con la Red Nacional de Laboratorios y se dictan otras disposiciones.
- Decreto Único del Sector Salud y la Protección Social 780 de 2016, compila y simplifica todas las normas reglamentarias preexistentes en el sector de la salud.

¹ <https://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/Enfermedades-emergentes.aspx#hepatitis>.



- Resolución 1035 de 2022, que adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031.
- Circular 033 de 2022, que emite instrucciones para la reducción del impacto frente a la declaración de emergencia de salud pública de importancia internacional (ESPII) por la viruela símica.

4. ACTORES RESPONSABLES EN SU APLICACIÓN

Este documento está dirigido a las entidades territoriales de salud quienes estarán a cargo de la coordinación y articulación en la definición del plan con los agentes del sector salud, y a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), así como a la población en general.

5. DEFINICIONES

Caso probable: un caso probable debe cumplir con los siguientes criterios clínicos y epidemiológicos.

Criterios clínicos

Persona que presenta exantema en cualquier parte del cuerpo (sean máculas, pápulas, vesículas, pústulas) o úlcera genital/perianal, con o sin proctitis, acompañado o no de fiebre, odinofagia, mialgias, linfadenopatía o cefalea.

Criterios epidemiológicos

Tener uno de los siguientes antecedentes en los últimos 21 días:

- Contacto con un caso confirmado o probable.
- Antecedente de desplazamiento a países donde se han confirmado brotes*.
- Antecedente de contacto estrecho, inclusive íntimo o sexual, con persona procedente del exterior.
- Antecedente de viaje a zonas endémicas (África) con contacto con animales vivos o muertos potenciales reservorios del virus.
- Nuevas o múltiples parejas sexuales.
- Paciente que según criterio del médico especialista (clínico o epidemiólogo) es un caso probable.

* Enlace para consulta de países con casos confirmados de viruela símica (información oficial de la OMS): disponible en <https://extranet.who.int/publicemergency/#>

Caso descartado por laboratorio: caso probable al que se tomó, conservó y procesó en forma adecuada una muestra para el diagnóstico por laboratorio y el resultado fue negativo.

Caso importado: caso confirmado de viruela símica en una persona con antecedente de viaje a otro país donde circula el virus, durante el período de posible exposición (5 a 21 días antes del inicio del pródromo).



Caso relacionado con la importación: caso confirmado de viruela símica que, según las pruebas epidemiológicas y virológicas, estuvo expuesto localmente al virus y forma parte de una cadena de transmisión originada por un caso importado.

Caso de fuente desconocida: caso confirmado de viruela símica al cual no se le pueden identificar cadenas de transmisión o fuente de infección.

Caso relacionado con fuente desconocida: caso confirmado de viruela símica el cual no fue identificado como parte de una cadena de transmisión relacionada con un caso importado, pero sí se le relaciona con una fuente desconocida.

Ajustes: la clasificación de los casos se realizará de acuerdo con el cumplimiento de la definición de caso y los resultados de laboratorio para confirmar o descartar los casos. Los tiempos para realizar ajustes serán de 4 semanas epidemiológicas para los casos con muestra y condición final vivo y 8 semanas epidemiológicas para los casos sin muestra o los casos fallecidos. La clasificación o ajuste final de casos en el aplicativo Sivigila demanda el uso de los siguientes criterios o códigos:

- Ajuste 3: caso confirmado por laboratorio.
- Ajuste 6: caso descartado por laboratorio o que no cumple definición de caso.
- Ajuste D: descartado por error de digitación.

6. MECANISMOS DE TRANSMISIÓN

La evidencia científica disponible ha demostrado que el virus puede persistir por varios días (15 días) en las superficies, dependiendo de las condiciones medioambientales. Se puede transmitir a cualquier persona que tenga contacto cercano o estrecho con personas infectadas, a menudo piel a piel, y con objetos contaminados. Las formas más comunes de contacto cercano son:

- Contacto directo con las lesiones eruptivas o con fluidos de una persona positiva para viruela símica.
- Contacto directo con objetos y superficies contaminadas con el virus (celular, objetos de uso personal, cigarrillos, telas, toallas, juguetes sexuales, ropa de cama y ropa en general).
- Contacto con secreciones respiratorias.
- Contacto directo durante relaciones íntimas:
 - Abrazos, masajes, besos.
 - Contacto prolongado cara a cara.
 - Sexo oral, vaginal, anal o tocando los genitales de una persona positiva para viruela símica.

Tener múltiples parejas sexuales o casuales puede incrementar las posibilidades de exposición e infección con la viruela símica, por lo tanto, se recomienda limitar el número de parejas y fortalecer los mecanismos de protección (métodos de barrera) para reducir el riesgo de infección.



7. CUADRO CLÍNICO

Período de incubación

La viruela símica presenta un período de incubación de 6 a 13 días posterior a la exposición, que puede variar entre 5 y 21 días, de acuerdo con el tipo de transmisión, así:

- Exposiciones no invasivas (por ejemplo, contacto con la piel intacta o transmisión por gotas), un tiempo promedio de 13 días.
- Exposiciones complejas e invasivas (contacto con piel lesionada o membranas mucosas en regiones anal o genital), un tiempo promedio de 9 días (6).

Manifestaciones clínicas

La enfermedad sintomática cursa dos períodos clínicos que generalmente se autolimitan de dos a cuatro semanas:

- Período de invasión o prodrómico: caracterizado por fiebre, cefalea intensa, dolor lumbar, mialgias y astenia intensa. La linfadenopatía es una característica distintiva de la viruela símica que la diferencia de otras enfermedades que inicialmente pueden parecer similares (varicela, sarampión, entre otras).
- Período de erupción cutánea: en su presentación clásica suele afectar primero la cara o la cavidad oral y posteriormente se extiende al resto del cuerpo; las zonas más comprometidas en su orden son: los genitales, el rostro, los brazos, los dorsos de las manos, la región perianal, las piernas, el tórax, la ingle y el abdomen (14).

La evolución del exantema va desde máculas, pápulas, vesículas y pústulas, y las subsiguientes costras se producen aproximadamente en 10 días. Las lesiones típicas son firmes, bien definidas, con frecuente umbilicación, luego descaman y, de acuerdo con el grado de inflamación, pueden dejar cicatrices y manchas residuales. La eliminación completa de las costras puede tardar hasta tres o cuatro semanas. En general, las lesiones en sus diferentes estadios de evolución tienden a presentarse al mismo tiempo, lo que dificulta el diagnóstico diferencial con varicela.

Estudios recientes sugieren que el brote al que nos enfrentamos puede presentarse con síntomas prodrómicos leves o ausentes y con una amplia variedad en su localización anatómica, encontrándose casos con lesiones localizadas y otros con lesiones generalizadas que comprometen especialmente la región genital y perianal, lo que genera dificultad para realizar el diagnóstico diferencial con enfermedades de transmisión sexual. Con respecto a la linfadenopatía, hallazgo muy frecuente en la viruela símica clásica, es menos común en los casos actuales; puede ser localizada o generalizada, unilateral o bilateral, con compromiso submandibular, cervical, axilar e inguinal. Los ganglios linfáticos afectados son firmes y en ocasiones dolorosos.

Cuando hay afectación mucosa, se pueden observar úlceras tipo chancro orales, proctitis o úlceras en las amígdalas, con edema perilesional que ocasiona disfagia e incluso afectación de



la vía área. Se presenta en algunos casos faringitis o epiglotitis. Los síntomas que con mayor frecuencia llevan a consultar por esta enfermedad son el compromiso perianal, el dolor y sangrado anorrectal y el tenesmo. También se ha descrito afectación ocular (edema palpebral y queratoconjuntivitis).

En la serie de casos más grande publicada hasta el momento en este brote, en la cual se incluyeron 528 casos de 16 países, se observó una alta variabilidad de los hallazgos clínicos, tanto dermatológicos como sistémicos. El 41% de los pacientes no presentaron lesiones en las mucosas y el número de lesiones en piel presentó un rango bastante amplio, siendo menos de 5 lesiones lo más frecuente (39%), de 5 a 10 (25%), de 11 a 20 (21%) y más de 20 lesiones en el 11% de las personas afectada (5).

8. DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de la viruela símica se realiza mediante la detección de ADN viral, por medio de la técnica de reacción en cadena de la polimerasa (PCR), a partir de muestras de exudado de vesículas o pústulas, frotis de lesiones cutáneas y raspado o recolección de costras, hisopado orofaríngeo y suero. **No se recomienda la toma de muestras en asintomáticos o en la fase prodrómica**, al menos con la evidencia actual.

La muestra debe ser recolectada una vez el paciente inicie el exantema y aparezcan las primeras lesiones. Se recomienda tomar la mayor cantidad de muestra posible de varias vesículas (exudado) o costras (frotis). Las costras y el líquido de las lesiones se recolectan en tubos estériles diferentes. Cuando se recolecte la muestra orofaríngea y se observen lesiones orales, se recomienda realizar raspado de estas. Para la recolección de muestras de sangre (suero) y de hisopados orofaríngeos se deben seguir las recomendaciones establecidas en el manual de toma de muestras del INS <https://www.ins.gov.co/BibliotecaDigital/Manual-tomaenvio-muestras-ins.pdf> (6).

Diagnóstico diferencial

La erupción que se desarrolla en la viruela símica puede parecerse a otras enfermedades infecciosas exantemáticas que cursan con una erupción pustulosa o vesicular generalizada. La linfadenopatía en la etapa prodrómica de la enfermedad es útil para distinguirla, pero sólo se presenta en el 60% de los pacientes y menos del 20% de ellos la presentan en la fase prodrómica.

Los diagnósticos diferenciales deben realizarse con varicela, herpes zóster diseminado, herpes simple diseminado, enfermedad mano-pie-boca, sífilis primaria o secundaria, infección gonocócica diseminada, fiebre aftosa, chancroide, linfogranuloma venéreo, granuloma inguinal, molusco contagioso, sarampión, sarna, rickettsias, chikunguña, virus zika, dengue, vasculitis e infecciones bacterianas de la piel y de tejidos blandos por *Staphylococcus aureus* y *Streptococcus spp*(9).

A menudo, la erupción presente en la varicela se puede confundir con viruela símica, pero se puede distinguir ya que en la varicela la erupción progresa más rápido, tiene una ubicación más central y no tiene lesiones en las palmas de las manos y plantas de los pies. Los pacientes con varicela generalmente no tienen linfadenopatías (9).



9. MANEJO CLÍNICO

Ante la sospecha de un caso de viruela símica, se debe iniciar tratamiento sintomático y de soporte para controlar las complicaciones y evitar secuelas a largo plazo; las infecciones bacterianas secundarias deben tratarse según indicaciones médicas. Así mismo, se debe realizar una evaluación del estado nutricional del paciente, con el fin de garantizar un adecuado aporte calórico e hidratación.

Un paciente con viruela símica leve y sin complicaciones debe recibir manejo ambulatorio. En el hogar debe ser aislado en un área separada de otros miembros (idealmente en una habitación individual o en su defecto separada por una cortina), de acuerdo con las indicaciones descritas en el numeral 14.1.

Se recomienda el tratamiento conservador de las lesiones exantemáticas en función de su estadio con el fin de aliviar molestias, acelerar la cicatrización y prevenir complicaciones, como infecciones secundarias o exfoliaciones.

Como parte del manejo óptimo de las lesiones cutáneas, se recomienda indicar al paciente que no se rasque la piel e instruir para que mantenga las lesiones limpias y secas para prevenir infecciones bacterianas. Además, impartir educación para el lavado de las manos con agua y jabón o el uso de un desinfectante de manos a base de alcohol, antes y después de tocar las lesiones para prevenir infecciones.

Las lesiones se pueden limpiar suavemente con agua apta para el consumo humano o solución antiséptica y no deben cubrirse, sino dejarse al aire libre para que se sequen. Las complicaciones de las lesiones cutáneas como exfoliación o sospecha de infección profunda de tejidos blandos (piomiositis, absceso e infección necrosante), deben ser valoradas por el médico y recordar que el debridamiento de la piel no debe realizarse a menos que lo realice un experto.

Se recomienda que no se use terapia antibiótica o profilaxis en pacientes con viruela símica no complicada. Sin embargo, las lesiones deben vigilarse para detectar infecciones bacterianas secundarias como celulitis o abscesos y, si las hay, debe ser evaluado por un médico para ser tratado con antibióticos que cubran infecciones por *Streptococcus pyogenes* y *Staphylococcus aureus* sensible a la metilina (MSSA), entre otras. La decisión de iniciar la terapia antimicrobiana debe basarse en la evaluación clínica individual y local y los patrones de resistencia a los antimicrobianos.

Actualmente existen antivirales en estudio para el manejo de esta patología, solo algunos están aprobados por las agencias regulatorias de los países y no están disponibles de manera amplia en el mundo. Tecovirimat, Brincidofovir, Cidofovir, aunque tienen aprobación de la *Food and Drug Administration* (FDA) y de la *European Medicines Agency* (EMA), por sus siglas en inglés, se encuentran en proceso de evaluación por las autoridades regulatorias de los diferentes países.

Debido al suministro limitado de antivirales, su uso puede considerarse como un tratamiento para las personas con riesgo o presencia de enfermedad grave por viruela símica. El uso óptimo de antivirales, incluso como profilaxis posterior a la exposición, deberá reconsiderarse a la espera de mayor evidencia científica.



10. COMPLICACIONES

Las complicaciones más frecuentes son encefalitis e infecciones bacterianas secundarias como bronconeumonía, sepsis severa e infección de la córnea y de la piel, entre otras. La mortalidad en los brotes ocurridos en África es de 1 - 3% en el clado de África occidental, y 10% en el de África central (8). Algunos factores y condiciones de riesgo descritos que se asocian con enfermedad grave y mal pronóstico, basados en estudios observacionales pequeños, no controlados (9), son: niños, mujeres embarazadas, personas inmunodeprimidas, por ejemplo, aquellas que viven con VIH en quienes no está controlada la infección, hepatitis C, hepatitis B, entre otras. Las personas con afecciones cutáneas crónicas, por ejemplo, con dermatitis atópica o lesiones agudas de piel, también pueden tener un mayor riesgo de complicaciones, como una infección bacteriana.

Entre las complicaciones reportadas se encuentran:

- Náuseas y vómitos,
- Linfadenopatía cervical dolorosa que causa disfagia,
- Linfadenopatías inguinales y axilares,
- Ingesta oral deficiente,
- Dolor ocular, anomalías visuales,
- Hepatomegalia,
- Sepsis,
- Deshidratación por vómito y diarrea
- Dificultad respiratoria,
- Neumonía,
- Confusión, alteración de la conciencia,
- Cambio en las características de lesiones de piel y aumento en el número de lesiones y de áreas anatómicas afectadas.
- Cicatrices deprimidas en picahielo,
- Infección bacteriana secundaria de la piel,
- Cicatrices corneales y pérdida permanente de la visión en casos de compromiso ocular severo.

Algunos hallazgos observados en pruebas de laboratorio incluyen:

- Transaminasas hepáticas elevadas (AST y/o ALT),
- Nitrógeno ureico en sangre (BUN) bajo,
- Albúmina baja,
- Recuento elevado de glóbulos blancos o recuento bajo de plaquetas.

En resumen, aunque los síntomas de la viruela símica suelen resolver espontáneamente, la atención clínica debe optimizarse al máximo con el fin de aliviar los síntomas, controlar las complicaciones, evitar secuelas a largo plazo y disminuir el riesgo de transmisión a los contactos estrechos. Se debe ofrecer abundantes líquidos y alimentos a los pacientes para mantener un estado de hidratación y nutrición adecuado.

Existen otros tratamientos que están en diferentes fases de investigación clínica, como la inmunoglobulina específica contra viruela símica (VIG), la cual está compuesta por anticuerpos de individuos inoculados con la vacuna contra la viruela. Se desconoce si una persona con exposición a viruela símica o con una infección grave se beneficiaría de VIG; si se usa, debe



hacerse en un contexto de investigación clínica con recolección prospectiva de datos y aprobación de la autoridad sanitaria.

La OMS recomienda que los pacientes con alto riesgo de complicaciones, es decir, niños pequeños, mujeres embarazadas y aquellos que están inmunodeprimidos o con viruela símica severa o complicada, sean ingresados en el hospital para un control más estricto y atención clínica en condiciones de aislamiento apropiadas para prevenir la transmisión del virus.

Tabla N°1. Signos vitales y características clínicas para monitorear sistemáticamente



Signos vitales y evaluación del dolor	Temperatura, frecuencia cardíaca, presión arterial, frecuencia respiratoria, saturación periférica de oxígeno, nivel de conciencia: (alerta, voz, dolor, no responde), la glucosa en el punto de atención y el peso corporal y talla para calcular el IMC y circunferencia del brazo medio superior en niños.
Estado general	¿Puede el paciente comer y beber sin apoyo? ¿Puede el paciente sentarse y caminar de forma independiente? ¿Ha tenido el paciente pérdida de peso reciente desde el inicio de los síntomas?
Características de la erupción	Etapa de erupción: máculas, pápulas, vesículas, pústulas, costras, exfoliación. Ubicación de la erupción: (cara, brazos, torso, genitales, piernas, mucosas). Número de lesiones: – Leve (< 25 lesiones cutáneas) – Moderado (25-99 lesiones cutáneas) – Grave (100-250 lesiones cutáneas) – Muy grave (> 250 lesiones cutáneas) Si hay exfoliación: % corporal afectado (> 10% es preocupante)
Presencia de infección bacteriana secundaria	Celulitis, absceso, piomiositis, infección necrosante de tejidos blandos
Estado neurológico	Nivel de conciencia: (alerta, voz, dolor, no responde), convulsiones, coma.
Estado del volumen	Presencia de deshidratación: leve, moderada o severa.
Signos de perfusión	Frecuencia del pulso, fuerza, llenado capilar Producción de orina: (> 0,5 ml/kg/h = buena en adultos; 1,0 ml/kg/h en niños). Piel moteada
Sistema respiratorio	Frecuencia respiratoria, SpO2, signos de dificultad respiratoria
Evaluación nutricional	Cambio en el apetito, pérdida de peso, peso corporal, talla, Cálculo de índice masa corporal-IMC, circunferencia del brazo medio superior en niños y signos de desnutrición
Laboratorios	Na, K, HCO3, BUN, creatinina, AST, ALT, glucosa, recuento de glóbulos blancos, Hb, plaquetas, PT/INR, Cl, calcio, albúmina.

Fuente: Tomado de <https://www.coursehero.com/file/154043205/WHO-MPX-Clinical-and-IPC-20221-eng-1pdf/>

Se recomienda que los pacientes con sospecha o confirmación de viruela símica con enfermedad leve, es decir, que están hemodinámicamente estables, tolerando la vía oral, sin requerimientos de oxígeno, sin signos de dificultad respiratoria, sin alteración del estado neurológico, con compromiso leve a moderado de lesiones cutáneas y sin signos de sobreinfección u otras complicaciones, y sin riesgo de desarrollarlas, deben aislarse en casa, durante el período infeccioso, siempre que las condiciones del hogar cumplan con los criterios de prevención y control de infecciones en el entorno.

Si el paciente no mejora clínicamente o la infección continúa en progreso, se debe hacer una evaluación clínica y del esquema de antibióticos utilizado, para evaluar si es necesario hacer ajustes. Se debe alertar a los pacientes con viruela símica leve sobre los signos y síntomas de posibles complicaciones descritas previamente. Las infecciones bacterianas secundarias deben tratarse según esté indicado.



11. VACUNACIÓN

Referente a la prevención con vacunas, en el 2019 se aprobó una vacuna específica contra viruela del simio la cual tiene limitada disponibilidad en el mundo. La vacunación masiva no está recomendada por la OMS. Actualmente el país avanza en la adquisición de biológicos dirigidos a las poblaciones de mayor riesgo.

12. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Los lineamientos de vigilancia epidemiológica publicados por el Instituto Nacional de Salud se encuentran en el siguiente link :

https://www.ins.gov.co/Noticias/Eventosemergentes/PRO%20Viruela%20simica%2030_07_2022.pdf.

13. MEDIDAS GENERALES DE BIOSEGURIDAD PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Teniendo en cuenta que el virus se transmite principalmente por gotas respiratorias y por el contacto directo con secreciones infectadas, todos los casos en investigación o confirmados de viruela símica deben permanecer aislados y bajo vigilancia a nivel hospitalario o domiciliario. Así pues, se incluyen las precauciones estándar y las adicionales de contacto, gotas y, por principio de precaución, se recomienda incluir las de transmisión aérea (1).

13.1 Recomendaciones para implementar por parte de las IPS

- Garantizar el cumplimiento de los estándares y criterios de habilitación establecidos por la normatividad vigente, (Resolución 3100 de 2019).
- Garantizar lo establecido en la Circular 033 de 2022, sobre instrucciones para la reducción del impacto frente a la declaración de emergencia de salud pública de importancia internacional (ESPII) por la viruela símica.

Adicional a lo anterior se debe:

- Fortalecer la calidad de la atención mediante la provisión de materiales didácticos de consulta rápida que se puedan emplear en urgencias, unidades de cuidados intensivos o áreas de atención, para los profesionales de la salud y familiares.
- Participar en las unidades de análisis convocadas por las autoridades locales, departamentales y/o nacionales de salud y aportar la información requerida para la caracterización de los casos, o que pueda complementar los estudios de campo requeridos por las autoridades locales o departamentales.
- Intensificar medidas de bioseguridad y garantizar los suministros requeridos para disminuir el riesgo de transmisión, garantizando los insumos y elementos para la higiene de manos y uso de los elementos de protección personal (EPP) y demás normas de precaución establecidas en el ambiente hospitalario.
- Identificar la condición de aislamiento en la historia clínica y ubicar rótulos en la puerta de la habitación, advirtiendo al personal hospitalario, familiares y acompañantes de las medidas de precaución para aislamiento de contacto y gotas que deben aplicarse.
- Comunicar a los equipos de salud, en el caso de la transferencia intrainstitucional e interinstitucional, si el paciente es un caso sospechoso o confirmado.



- Restringir las visitas y el número de visitantes, quienes deben ser instruidos sobre las medidas de bioseguridad en relación con el uso de batas, higiene de manos y uso de tapabocas, cada vez que entren o salgan de la habitación.
- Los miembros de la familia y visitantes que presten cuidado al paciente o estén en contacto próximo (por ejemplo, para la administración de alimentos o movilización del paciente) deben usar EPP.
- Los miembros de la familia y visitantes deben usar EPP, entre ellos guantes, para tocar al paciente o las superficies cercanas (por ejemplo, barras de la cama, equipos médicos).
- Verificar que los miembros de la familia y visitantes se retiren los guantes y el delantal y realicen higiene de manos y cambio de tapabocas al salir del área de cuidado del paciente.
- Fortalecer los procesos de limpieza y desinfección de las áreas, realizar capacitación y supervisión al personal, verificando que se cumpla con lo establecido en los protocolos de la institución.
- Verificar que los productos utilizados para los procesos de limpieza y desinfección se utilizan de acuerdo a lo establecido en las recomendaciones del fabricante y al protocolo de la institución.
- Reforzar la adherencia a las precauciones estándar, de contacto y por gotas, en la atención ambulatoria y hospitalaria de los casos sospechosos, probables o confirmados.
- El personal de salud que haya atendido un caso confirmado, sin el uso adecuado de EPP, debe permanecer atento sobre la aparición de síntomas sugerentes de viruela símica durante los 21 días posteriores.
- No es necesario que el personal médico que haya sido contacto del caso sea sometido a aislamiento.
- Se recomienda el aislamiento rápido de un caso sospechoso o confirmado en una habitación individual con ventilación adecuada; si no hay habitaciones individuales disponibles, se debe permitir una distancia mínima de 1 mt entre los pacientes.
- Se puede utilizar un vendaje, sábana o bata para cubrir las lesiones con el fin de minimizar el contacto.
- En caso de procedimientos generadores de aerosoles (ver anexo 2), se requiere utilizar un respirador N95 y áreas con presión negativa si se cuenta con la disponibilidad; en caso de no ser posible, se recomiendan habitaciones con puerta cerrada y ventana abierta que dé al exterior de la edificación.
- Brindar un trato empático y no estigmatizante a las personas infectadas y a sus familias, y proporcionar orientaciones para cuidado de la salud mental.
- Garantizar que las estrategias de comunicación del riesgo no provoquen estigmatización y empoderen a las personas.
- Frente a la salud mental, determine qué medidas de cuidado necesita para prevenir su contagio o el de otros, prefiriendo aquellas que han demostrado científicamente ser efectivas.
- Acoja las recomendaciones para prevención del estigma y la discriminación enunciadas en el ítem 14.

13.2. Medidas de aislamiento

Se requiere la implementación de las medidas de precaución estándar y las medidas de precaución basadas en la transmisión por contacto, gotas, y adicional a esto, por principio de precaución, se recomienda incluir las de transmisión aérea (1).

- Si se confirma viruela símica, el período de aislamiento durante las etapas prodrómica y exantemática de la enfermedad debe considerar desde el inicio de síntomas hasta 21 días o



hasta resolver la totalidad de las lesiones que presenta el paciente (se debe visualizar la integridad de la piel).

- La decisión sobre la suspensión del aislamiento será responsabilidad del médico tratante, de acuerdo con el resultado de laboratorio o la evolución clínica del paciente.
- El seguimiento de los casos se realiza por 21 días o más, según evolución clínica del paciente (hasta que se resuelvan los síntomas).
- El aislamiento del paciente debe ser realizado en una habitación idealmente que cuente con buena ventilación (ventanas abiertas) y que esté separada de los otros integrantes del domicilio.

13.3. Higiene de manos

El talento humano en salud o cualquier persona que participe directa o indirectamente en la atención a un paciente, debe mantener la higiene de manos y saber cómo hacerlo correctamente y en el momento adecuado.

- Disponer zonas para higiene de manos, con los insumos necesarios, dosificadores de alcohol glicerinado mínimo al 60% en lugares visibles en el lugar de atención.
- No se debe realizar re-envase de los insumos para la higiene de manos, tales como alcohol glicerinado y jabón antiséptico.
- Disponer de información visual en la que se promueva el lavado frecuente de manos y el cumplimiento de los cinco (5) momentos de su higiene, así como la forma correcta de realizarse.
- Asegurar que el talento humano relacionado directamente con la prestación del servicio de salud y los usuarios que ingresan a las instalaciones del prestador de servicios de salud acaten la instrucción de higiene de manos, teniendo en cuenta los cinco momentos que se presentan a continuación:

Cinco momentos de higiene de manos:

1. Antes de tocar al paciente
2. Antes de realizar una tarea limpia
3. Después del riesgo de exposición a fluidos corporales
4. Después de tocar al paciente
5. Después del contacto con el entorno del paciente



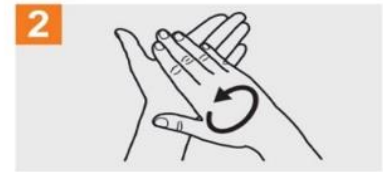
 Duración de todo el procedimiento: **40-60 segundos**



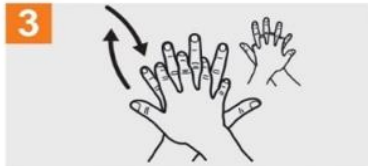
0 Mójese las manos con agua;



1 Deposite en la palma de la mano una cantidad de jabón suficiente para cubrir todas las superficies de las manos;



2 Frótese las palmas de las manos entre sí;



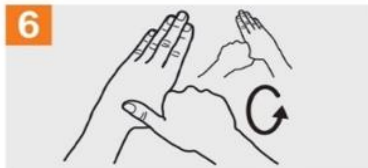
3 Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa;



4 Frótese las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados;



5 Frótese el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos;



6 Frótese con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa;



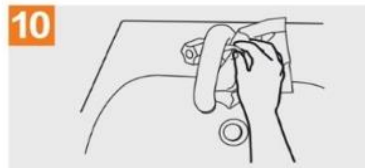
7 Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa;



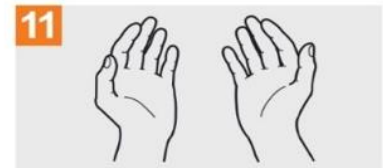
8 Enjuéguese las manos con agua;



9 Séquese con una toalla desechable;



10 Sírvese de la toalla para cerrar el grifo;



11 Sus manos son seguras.



Organización
Mundial de la Salud

Seguridad del Paciente

UNA ALIANZA MUNDIAL PARA UNA ATENCIÓN MÁS SEGURA

SAVE LIVES

Clean Your Hands

La Organización Mundial de la Salud ha tomado todas las precauciones razonables para comprobar la información contenida en este documento. Sin embargo, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ya sea expresa o implícita. Compete al lector la responsabilidad de la interpretación y del uso del material. La Organización Mundial de la Salud no podrá ser considerada responsable de los daños que pudiere ocasionar su utilización. La OMS agradece a los Hospitales Universitarios de Ginebra (HUG), en particular a los miembros del Programa de Control de Infecciones, su participación activa en la redacción de este material.

Fuente: Organización Mundial de la Salud, 2010

13.4. Manejo de residuos generados durante la atención en salud

- Garantizar y gestionar los residuos generados en la atención de casos para pacientes con viruela símica, cumpliendo las disposiciones establecidas en el título 10 del Decreto Único Reglamentario 780 de 2016 del Sector Salud y Protección Social, y la Resolución 1164 de 2002, que compila el Decreto 351 de 2014 y la Resolución 1164 de 2002. No existen requisitos normativos adicionales para la gestión de estos residuos.
- Coordinar las medidas de precaución y protección para el personal que maneja y gestiona los residuos generados en la atención en salud, articulando acciones con los comités de infecciones asociadas a la atención en salud y las áreas de seguridad y salud en el trabajo.



- Realizar las acciones de información y educación a todo el personal asistencial y operativo para la gestión de los residuos, cumpliendo el marco normativo.

13.5. Limpieza y desinfección

Deberá realizarse limpieza y desinfección recurrente y terminal en las diferentes áreas en donde se prestan servicios de salud, de acuerdo con los protocolos de la institución: **no sacuda el polvo ni barra superficies en seco para evitar dispersar partículas infecciosas**. Cuando se presenten casos sospechosos o confirmados viruela símica, es necesario realizar seguimiento y supervisión estricta del proceso de limpieza y desinfección de las diferentes áreas relacionadas con la atención de estos casos.

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

13.6. Elementos de Protección Personal

Los EPP utilizados por el personal de salud que presta la atención, deben incluir para cada paciente, los siguientes (3).

- Bata,
- Guantes,
- Protección para los ojos (es decir, gafas protectoras o un protector facial que cubra el frente y los lados de la cara),
- Respirador N95 o FFP2.

13.7. Manejo de ropa hospitalaria

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

Manipular la ropa utilizada por el paciente con guantes, evitando sacudirla.

13.8. Manejo de cadáveres

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

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



- Manipular los cadáveres garantizando los principios de precaución y dignidad humana, el respeto por las creencias religiosas y la cosmogonía de las comunidades étnicas.
- Realizar el lavado de manos antes y después de la manipulación del cadáver, ya que los pacientes con erupciones que no han sanado aún pueden tener presencia del virus.
- Fortalecer el uso de EPP (guantes, bata, respirador N95 o FFP2 y protección ocular) para el personal que manipule los cadáveres desde el deceso hasta la disposición final, teniendo en cuenta el mecanismo de transmisión del virus descrito previamente.
- Verificar que el personal que manipula los cadáveres cuente con el esquema de vacunación, dando énfasis a la vacuna de hepatitis B, Covid -19 y meningococo.
- Los prestadores de servicios de salud deben colocar el cadáver en bolsa específica para cadáveres de 150 micras o más de espesor, resistentes a la filtración de líquidos, mientras estén en el depósito y durante el traslado al sitio de disposición final. Así mismo, realizar la desinfección de la bolsa previamente al traslado.
- Mantener una comunicación asertiva entre los actores del sector funerario (IPS – morgue - funeraria – cementerio) y la familia o red de apoyo, para coordinar las acciones requeridas para la inhumación o cremación del cadáver.
- Los actores del sector funerario deberán informar al personal que manipula el cadáver y los familiares sobre los riesgos de infección por la manipulación del mismo.
- En el marco de la Resolución 5194 de 2010, los administradores de los cementerios deberán fortalecer el plan de educación y capacitación sanitaria y en bioseguridad, para que el personal del cementerio que realice las actividades de inhumación, exhumación o cremación estén entrenados y actualizados con el fin de minimizar los riesgos a la salud por la manipulación de los cadáveres.
- El cadáver debe estar identificado para su traslado, inhumación o cremación y debe contar con las autorizaciones de ley para su disposición final.
- Se recomienda realizar los procesos de limpieza y desinfección terminal de toda la zona y elementos utilizados, después de retirar el cadáver en la IPS, morgue, salas de velación y carros fúnebres.
- Las prácticas de embalsamamiento, tanatopraxia u otros alistamientos de cadáver quedan restringidas.
- Para el acompañamiento por parte familiares o amigos para la despedida del fallecido en el sitio de destino final (cementerio), es necesario evitar la generación de aglomeraciones, para ello, el servicio funerario deberá garantizar un área para la recepción del fallecido; el acompañamiento de estos debe ser por un tiempo limitado. Estas medidas deben ser informadas por la administración del cementerio.

14. RECOMENDACIONES PARA LA PREVENCIÓN

14.1. Para la población en general

- Evite el contacto piel a piel con personas que tengan un sarpullido que se parezca a la viruela símica.
- No toque el sarpullido o las costras de una persona con viruela símica o lesiones similares. En caso de ser necesario, se deben utilizar guantes y desecharlos en la cesta de la basura del baño.
- No bese, abrace, ni tenga contacto directo ni relaciones sexuales con alguien que tenga viruela símica o lesiones sugestivas.



- No toque objetos de uso personal que hayan sido utilizados por personas con viruela símica o lesiones sugestivas en la piel.
- Lave la ropa, toallas y sábanas que hayan estado en contacto con la persona enferma, utilizando agua caliente a más de 60 grados y detergente.
- Aumente la frecuencia de los procesos de limpieza y desinfección de las áreas comunes y de aquellas utilizadas por las personas que tienen la infección o sospecha de la misma.
- La viruela símica per se no es considerada una infección de transmisión sexual, pero el contacto piel a piel o con mucosas de personas infectadas, es más factible en encuentros de tipo sexual (no necesariamente penetrativos). A mayor número de encuentros mayor probabilidad.
- Disponga de elementos tales como cubiertos y platos exclusivos para uso individual, no los comparta con una persona con viruela símica o con lesiones sugestivas.
- En lugares o espacios que faciliten encuentros de tipo sexual, use guantes para la manipulación de la ropa de cama, sábanas, toallas.
- Usar tapabocas en caso de presentar síntomas respiratorios o si es necesario el contacto con personas enfermas.
- En caso de presentar síntomas, acudir al médico y evitar el contacto con otras personas.
- Lavarse las manos de forma frecuente, con agua y jabón o emplear solución a base de alcohol.
- Manténgase informado a través de fuentes oficiales, sobre nuevas medidas de prevención y atención recomendadas cuando se genere nueva evidencia científica.
- Siga las recomendaciones de su médico tratante e infórmele sobre cualquier cambio o signo de alarma.
- La comunicación con la/s pareja/s sexual/es respecto a la situación de salud forma parte del autocuidado y del cuidado de la/s pareja/s.
- Si observa lesiones en su pareja hable con ella, eviten el contacto estrecho piel a piel incluyendo el contacto sexual y acuda al médico.
- Disfrute de las relaciones sexuales tomando precauciones frente a las infecciones de transmisión sexual, cuidando de su propia salud y estando atento a signos de infección por viruela símica.

Cuidados frente a la salud mental

- Preste atención a sus pensamientos y emociones y mantenga hábitos saludables.
- Aproveche sus relaciones y el soporte espiritual.
- Si requiere apoyo para cuidar su salud mental contacte a la línea de salud mental de su territorio o de su EPS.
- La empatía hace la diferencia: el autocuidado, el apoyo mutuo y solidaridad son las mejores estrategias para hacer frente a la situación.

Medidas a considerar para el aislamiento de casos en el domicilio

Los casos probables o confirmados que no presenten complicaciones se pueden aislar en el domicilio cumpliendo con las siguientes recomendaciones:

- El aislamiento de casos sospechosos, probables y/o confirmados se realizará por indicación médica, por el tiempo que tarde el procesamiento de muestras, la obtención de resultado de éstas o hasta que finalice el periodo de transmisibilidad.



- Si se confirma viruela símica, el período de aislamiento durante las etapas prodrómica y exantemática de la enfermedad debe considerar desde el inicio de síntomas hasta 21 días o hasta resolver la totalidad de las lesiones que presenta el paciente (se debe visualizar la integridad de la piel).
- La decisión sobre la suspensión del aislamiento será responsabilidad del médico tratante, de acuerdo con el resultado de laboratorio o la evolución clínica del paciente.
- El seguimiento de los casos se realiza por 21 días o más, según evolución clínica del paciente (hasta que se resuelvan los síntomas).
- El aislamiento del paciente debe ser realizado en una habitación idealmente que cuente con buena ventilación (ventanas abiertas) y que esté separada de los otros integrantes del domicilio.
- Cuando se esté físicamente cerca de un enfermo, usar tapabocas de forma correcta.
- Se debe aumentar la frecuencia del lavado de manos con agua y jabón o desinfección con solución a base de alcohol (se debe considerar que la desinfección con alcohol no sustituye el lavado de manos).
- Los integrantes del domicilio en lo posible deben limitar el ingreso a la habitación.
- La persona del hogar que colabora en el cuidado del paciente, debe mantenerse a una distancia de al menos un metro del paciente, usar tapabocas de forma correcta (que cubra su nariz y boca y quede bien ajustada), además del uso de guantes desechables cuando vaya a tocar los utensilios, la ropa o al paciente.
- Los residuos generados por el paciente deben ser segregados en el entorno u habitación del paciente en un contenedor exclusivo dotado de bolsa de color negro “residuos no aprovechables”, la cual, una vez alcance sus $\frac{3}{4}$ partes de llenado o capacidad, debe ser cerrada antes de salir de la habitación y conducida al área de almacenamiento de la unidad habitacional para posterior recolección por parte del prestador del servicio público de aseo, así mismo, en las áreas de almacenamiento de residuos de los hogares o domicilios. Por ningún motivo los residuos del paciente deben mezclarse o ubicarse junto con residuos aprovechables, de tal manera que se limite la posibilidad de que puedan manipularlos los recicladores de oficio.
- La persona gestora del cuidado del paciente de manera inmediata después de la asistencia al paciente debe descartar el tapabocas, los guantes en un contenedor exclusivo dotado de bolsa de color negro “residuos no aprovechables”, ubicado preferiblemente en el área de almacenamiento de residuos del hogar o domicilio, la bolsa debe ser cerrada y entrega al prestador del servicio público de aseo en los horarios establecidos de recolección. Seguidamente la persona debe realizar lavado de manos con agua y jabón.
- El uso de utensilios de alimentación, vestimenta, ropa de cama, toallas, cama, dispositivos electrónicos u otros deben de ser de uso exclusivo del paciente. En todo momento debe de evitarse compartir objetos personales con el paciente en aislamiento.
- En caso de requerir atención médica debe de comunicarlo a su IPS correspondiente o a la persona quien se está encargando de darle seguimiento, para que se coordine la visita domiciliaria o a la EPS. Se recomienda en lo posible evitar el traslado en transporte público.
- Con respecto a la ropa de cama, toallas y vestimenta deben de enrollarse hacia adentro para evitar que exista dispersión o caída de partículas (costras, fluidos corporales) ya que contienen material infeccioso; lo utilizado por el paciente debe lavarse por separado (no mezclar con el resto de pertenencias de la familia); debe lavarse preferiblemente con agua caliente a más de 60 grados. En ningún momento debe de sacudirse la vestimenta, ropa de cama o toallas.
- Los utensilios de alimentación, las superficies del hogar, inodoros, pisos, muebles, perillas o manijas de puertas, u otro lugar o superficie que haya estado en contacto con el paciente,



- deben limpiarse con agua y jabón, posteriormente desinfectarse (desinfectante común o cloro) de manera frecuente idealmente cada vez que se manipula.
- Evite barrer para que no se dispersen las partículas, utilice un trapeador húmedo. De igual manera para limpiar o retirar polvo de superficies (si es posible utilice una toalla húmeda descartable), esto en sitios como el lugar de aislamiento, servicio sanitario y baño.
 - Si el baño se ubica fuera de la habitación donde el paciente realiza el aislamiento, debe de limpiarse y desinfectarse con cloro, inmediatamente después de su uso. La persona que se encargue del proceso debe usar tapabocas y guantes desechables, delantal (este que cubra la mayor parte del cuerpo) o si es posible una bata (preferiblemente desechable o este se debe de lavar posteriormente a su uso).

14.2. Recomendaciones para establecimientos públicos

- Aumente la frecuencia de los procesos de limpieza y desinfección de las instalaciones que entran en contacto con las personas, especialmente en saunas, jacuzzis, lugares de encuentro sexual, hoteles y similares.
- Lavar la ropa, toallas y sábanas que hayan estado en contacto con la persona infectada o con sospecha de estarlo, utilizando agua caliente a más de 60 grados y detergente.
- Limpie con detergente y desinfecte con cloro los espacios en los que se haya encontrado una persona enferma y evite el contacto cercano con la misma.
- Lavarse las manos de forma frecuente, con agua y jabón o emplear solución a base de alcohol.
- Disponga de elementos tales como cubiertos y platos exclusivos para uso individual.

14.3. Recomendaciones para las entidades territoriales

Las entidades territoriales deben acoger las instrucciones impartidas en la Circular 033 del 29 de julio de 2022, y adicionalmente:

- Fortalecer la comunicación del riesgo en su jurisdicción, basados en los presentes lineamientos, generando estrategias para fomentar medidas de prevención y autocuidado, con especial énfasis en poblaciones vulnerables o con prácticas de mayor riesgo.
- Realizar asistencia técnica a los agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud de su territorio.
- Fortalecer o implementar centros de escucha para brindar apoyo y orientación a las poblaciones vulnerables, con prácticas de mayor riesgo y sus familias.
- Fortalecer los procesos de inspección vigilancia y control sobre los establecimientos con mayor riesgo de transmisión.

15. PREVENCIÓN DEL ESTIGMA Y LA DISCRIMINACIÓN

Si bien la evidencia actual a nivel mundial muestra que el 98% de los casos reportados se encuentran concentrados en hombres, y en Colombia se observa el 100% en personas de sexo masculino entre 19 a 49 años. Se han observado condiciones que han favorecido la transmisión de la infección de manera predominante en ciertos grupos poblacionales. La viruela símica per se no es considerada una infección de transmisión sexual, pero el contacto piel a piel o con mucosas de personas infectadas, es más factible en encuentros de tipo sexual (no



necesariamente penetrativos). Sin embargo, es necesario resaltar que, debido a los mecanismos de transmisión de la infección, cualquier persona podría llegar a infectarse.

Por tal razón, en la comunidad, en el hogar y en los servicios de salud, es necesario identificar y reconocer actitudes discriminatorias o estigmatizantes, que podrían llevar a las personas que consultan, a evitar la búsqueda de atención, reducción en la adherencia a tratamientos, ocultamiento de contactos, sentimientos negativos sobre sí mismas, autodesprecio, aislamiento, depresión, ansiedad o desesperanza, con un consecuente deterioro de la condición clínica, pérdida de la calidad de vida, expansión de la transmisión, entre otros. Siendo así, las acciones que se recomiendan para evitar, reducir o eliminar el estigma y la discriminación a nivel de la comunidad son:

- **Información:** es necesario garantizar que se transmiten mensajes respaldados con evidencia científica, basados en las características de la enfermedad, más que en las personas que la padecen.
- **Coordinación con medios de comunicación,** la comunidad en general y el talento humano en salud para el fomento del uso correcto del lenguaje y los conceptos, para que se comuniquen mensajes libres de prejuicios, discriminación y señalamientos.
- **Empoderamiento de las personas afectadas** en deberes y derechos en salud, para la solicitud de los servicios y la superación del autoestigma que impide la atención integral en salud.
- **Reconocimiento de sus valores individuales:** el estigma y la discriminación también pueden ser reducidos con un mayor acercamiento y conocimiento de las personas afectadas (11).

En los servicios de salud se debe enfatizar en:

- **Confidencialidad, privacidad y respeto** por la identidad de paciente, a partir del adecuado manejo de la historia clínica y el secreto profesional.
- **Hacer seguimiento a la calidad de los servicios y a los procesos de humanización** emprendidos por las instituciones de salud, de manera que el talento humano pueda evaluar sus avances en la implementación de tales políticas institucionales y adoptar medidas correctivas (10), facilitando así que las personas reciban la atención pertinente y oportuna y en el lugar acondicionado para tal fin, por ejemplo, adaptando el horario de los servicios de salud al perfil de las personas afectadas y ofreciendo una atención diferencial acorde a las necesidades de cada persona.
- **Capacitación del talento humano** en salud y gestores comunitarios, en herramientas y normatividad para la reducción del estigma y la discriminación, abordaje diferencial, derechos humanos, entre otros, a fin de respetar y reconocer las vivencias de las personas afectadas.

16. COMUNICACIÓN DEL RIESGO

Si presenta algún síntoma de enfermedad



- ACUDA a un servicio de urgencias hospitalarias lo antes posible para valorar el caso y recoger las muestras necesarias para el diagnóstico.
- EVITE el contacto estrecho y las relaciones sexuales.
- Permanezca en casa, en habitación individual (si fuera posible).

Si cree que ha estado en contacto estrecho con algún caso confirmado

- VIGILE la aparición de síntomas de la enfermedad y tómese la temperatura diariamente durante 21 días, desde la última vez que tuvo contacto con el caso.
- Durante estos 21 días deberá extremar las precauciones, disminuir las interacciones sociales y EVITAR las relaciones sexuales (especialmente las prácticas de alto riesgo).

¿Cuándo se debe consultar nuevamente al médico?

- Si no mejora o la infección continúa en progreso, debe consultar nuevamente a su médico.
- Pregunte a su médico los signos y síntomas de posibles complicaciones.

17. FINANCIACIÓN DE LAS PRUEBAS DE LABORATORIO

La financiación de las pruebas de laboratorio para la viruela símica deberá ser acorde a lo establecido en los artículos 2.8.8.1.14 y 2.8.8.2.21 del Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social 780 del 2016 (compilatorio de los Decretos 2323 y 3518 de 2006).

Cuando se trata de pruebas que se realizan a la población afiliada a los regímenes Contributivo y Subsidiado, en el marco de una atención individual, estas se financian mediante los recursos de la UPC o el Presupuesto Máximo. Cuando se trata de población pobre no afiliada al SGSSS, la financiación está a cargo de las entidades territoriales. Dichas pruebas pueden registrarse mediante los siguientes códigos CUPS:

- 908856 - IDENTIFICACIÓN DE OTRO VIRUS (ESPECÍFICA) POR PRUEBAS MOLECULARES, el cual deberá ser prescrito a través de la herramienta tecnológica MIPRES y se financia a través de los Presupuestos Máximos.
- 908859 - IDENTIFICACIÓN SIMULTÁNEA DE MÚLTIPLES PATÓGENOS POR PRUEBAS MOLECULARES, que se financia con cargo a la Unidad de Pago por Capitación.

Ahora bien, cuando se trate de pruebas que se realicen en el marco de las acciones colectivas, la financiación corresponde a los recursos del Sistema General de Participaciones y recursos propios de la entidad territorial, de conformidad con el Decreto 780 del 2016 y la Resolución 518 de 2015. Los posibles códigos CUPS dispuestos para este registro son:

- A32012 - DETECCIÓN ANTÍGENO VIRUS (ESPECÍFICO) REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA
- A32013 - DETECCIÓN VIRUS (ESPECÍFICO) REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA

En cualquier caso, el procedimiento es integral, es decir, que incluye todo lo necesario para su realización.



18. INCAPACIDADES MÉDICAS

Una incapacidad médica corresponde a aquella situación de inhabilidad física o mental de una persona para desempeñarse laboralmente por un tiempo determinado. En este sentido en caso de presentarse un caso confirmado o sospechoso de viruela símica, el médico tratante deberá expedir la correspondiente incapacidad médica, en virtud de la autonomía medica establecida por el artículo 105 de la Ley 1438 de 2011 y el artículo 17 de la Ley Estatutaria en Salud, Ley 1751 de 2015.

Por lo anterior, las EPS reconocerán y pagarán, previo cumplimiento de las 4 semanas de cotización requeridas, las incapacidades en los casos calificados como de origen común y las ARL reconocerán y pagarán las incapacidades calificadas de origen laboral.

En el siguiente cuadro se resume las competencias de los actores del Sistema de Seguridad Social con respecto al pago de las incapacidades temporales y el sustento jurídico de dichas competencias:

ORIGEN	RESPONSABLE	TIEMPO DE LA INCAPACIDAD	SUSTENTO NORMATIVO
Común	Empleador	Dos (2) primeros días	Decreto 780 de 2016, artículo 3.2.1.10 (Decreto 2943 de 2013, artículo 1)
Común	EPS	Desde el tercer día (3) hasta el día ciento ochenta (180)	Artículo 41 de la Ley 100 de 1993, modificado por Decreto 019 de 2012, artículo 142.
Común	Administradora de Fondo de Pensiones -AFP	Desde el día ciento ochenta y uno (181) hasta el día quinientos cuarenta (540)	Artículo 41 de la Ley 100 de 1993, modificado por Decreto 019 de 2012, artículo 142
Común	EPS	A partir del día quinientos cuarenta y uno (541)	Ley 1753 de 2015, artículo 67
Laboral	ARL	Desde el día siguiente a la fecha en que ocurrió el accidente de trabajo o el diagnóstico de la enfermedad laboral y hasta el momento de su rehabilitación, readaptación o curación, o de la declaración de su incapacidad permanente parcial, invalidez o su muerte	Artículo 3 Ley 776 de 2002

Las competencias sobre la vigilancia y control del pago de las incapacidades temporales son las siguientes:



- La competencia de vigilar a las Administradoras de Riesgos Laborales en el pago de las incapacidades de origen laboral, le corresponde a la Superintendencia Financiera.
- La competencia de vigilar a las Entidades Promotoras de Salud en el pago de las incapacidades de origen común, le corresponde a la Superintendencia Nacional de Salud.

Por lo anterior, ante una presunta negligencia en el pago de una incapacidad, los usuarios deberán dirigir su queja a las mencionadas entidades.

19. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Sanidad España, Protocolo para la detección precoz y manejo de casos ante la alerta de viruela de los monos (monkeypox) en España, 2022, https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/alertaMonkeypox/docs/20220610_ProtocoloMPX.pdf.
2. Ministerio de Salud de Costa Rica, Lineamiento General para la Vigilancia de la Viruela símica, 2022, <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos-left/documentos-ministerio-de-salud/vigilancia-de-la-salud/normas-protocolos-guias-y-lineamientos/5489-lineamiento-general-para-la-vigilancia-de-la-viruela-simica/file>.
3. Center for Disease Control and Prevention- CDC, Infection Prevention and Control of Monkeypox in Healthcare Settings, 2022, <https://www.cdc.gov/poxvirus/monkeypox/transmission.html>.
4. Instituto Nacional de Salud-INS, Situación en seguimiento: Casos confirmados de viruela símica (MPX) en Colombia Sitrep 4 2022, [Users/mile/Downloads/Sitrep%204_MPX_%20Nacional%2020_07_2022.pdf](https://www.ins.gov.co/Usuarios/mile/Downloads/Sitrep%204_MPX_%20Nacional%2020_07_2022.pdf).
5. Thornhill JP, Barkati S, Walmsley S, Rockstroh J, Antinori A, Harrison LB, et al. Monkeypox Virus Infection in Humans across 16 Countries - April-June 2022. N Engl J Med. 2022 Jul 21. doi: 10.1056/NEJMoa2207323. Epub ahead of print. PMID: 35866746.
6. Instituto Nacional de Salud- INS, Protocolo de Vigilancia de Viruela Símica (Monkeypox), 2022, https://www.ins.gov.co/Noticias/Eventosemergentes/PRO%20Viruela%20simica%2030_07_2022.pdf
7. Organización Mundial de la Salud, Viruela Símica, 2022, <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/monkeypox>.
8. Sbrana E, Xiao SY, Newman PC, Tesh RB. Comparative pathology of North American and Central African strains of monkeypox virus in a ground squirrel model of the disease. Am J Trop Med Hyg. 2007; 76:155-164. <https://doi.org/10.4269/ajtmh.2007.76.155>. <https://www.seipweb.es/wp-content/uploads/2022/06/Documento-SEIP-Viruela-mono-v.1.0.-docx.pdf>
9. <https://www.coursehero.com/file/154043205/WHO-MPX-Clinical-and-IPC-20221-eng-1pdf/>
10. ONUSIDA (2017). Hacer frente a la discriminación – Superar el estigma y la discriminación relacionados con el VIH en centros de atención de la salud y más allá. Disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/confronting-discrimination_es.pdf.
11. Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos- Ministerio de Salud y Protección Social, Fondo de Población de las Naciones Unidas, Organización Internacional para las Migraciones y Asociación Probienestar de la Familia Colombiana



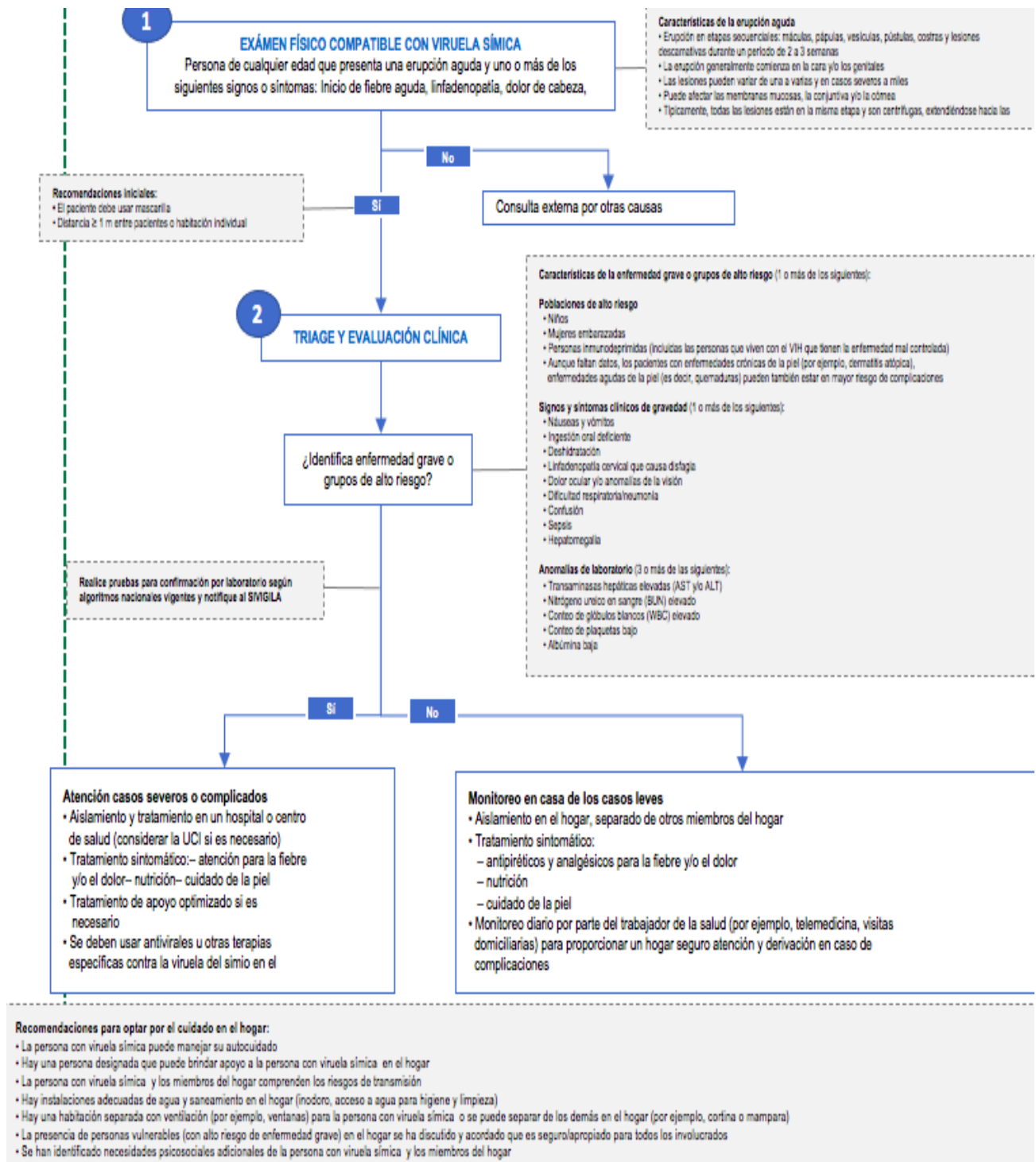
- (2014); “Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo” de Naciones Unidas (1994)”.
12. Petersen E, Kantele A, Koopmans M, Asogun D, Yinka-Ogunleye A, Ihekweazu C, et al. Human monkeypox: epidemiologic and clinical characteristics, diagnosis, and prevention. *Infect Dis Clin North Am.* 2019;33(4):1027–43 (<http://dx.doi.org/10.1016/j.idc.2019.03.001>).
 13. Patel A, Bilinska J, Tam JCH, Da Silva Fontoura D, Mason CY, Daunt A, et al. Clinical features and novel presentations of human monkeypox in a central London centre during the 2022 outbreak: descriptive case series. *BMJ.* 2022 Jul 28;378:e072410. doi: 10.1136/bmj-2022-072410. PMID: 35902115.
 14. Català A, Clavo Escribano P, Riera J, Martín-Ezquerria G, Fernandez-Gonzalez P, Revelles Peñas L, et al. Monkeypox outbreak in Spain: clinical and epidemiological findings in a prospective cross-sectional study of 185 cases. *Br J Dermatol.* 2022 Aug 2. doi: 10.1111/bjd.21790. Epub ahead of print. PMID: 35917191.
 15. Reynolds MG, McCollum AM, Nguete B, Shongo Lushima R, Petersen BW. Improving the Care and Treatment of Monkeypox Patients in Low-Resource Settings: Applying Evidence from Contemporary Biomedical and Smallpox Biodefense Research. *Viruses.* 2017 Dec 12;9(12):380. doi: 10.3390/v9120380. PMID: 29231870; PMCID: PMC5744154.
 16. Bhattacharya M, Dhama K, Chakraborty C. Recently spreading human monkeypox virus infection and its transmission during COVID-19 pandemic period: A travelers' prospective. *Travel Med Infect Dis.* 2022 Jun 29;49:102398. doi: 10.1016/j.tmaid.2022.102398. Epub ahead of print. PMID: 35779853; PMCID: PMC9239924.
 17. Boghuma K Titanji, Bryan Tegomoh, Saman Nematollahi, Michael Konomos, Prathit A Kulkarni, Monkeypox: A Contemporary Review for Healthcare Professionals, *Open Forum Infectious Diseases*, Volume 9, Issue 7, July 2022, ofac310, <https://doi.org/10.1093/ofid/ofac310>
 18. Brown K, Leggat PA. Human Monkeypox: Current State of Knowledge and Implications for the Future. *Trop Med Infect Dis.* 2016 Dec 20;1(1):8. doi: 10.3390/tropicalmed1010008. PMID: 30270859; PMCID: PMC6082047.



**MINISTERIO DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL**



ANEXO 1. RUTA PARA DE CASOS DE LA VIRUELA SÍMICA EN IPS.





ANEXO 2. PROCEDIMIENTOS QUE GENERAN AEROSOLES

- a. Intubación y extubación endotraqueal.
- b. Ventilación manual con presión positiva antes de la intubación.
- c. Toracostomía a drenaje cerrado.
- d. Traqueostomía abierta o percutánea en cualquier escenario.
- e. Cambio de cánula de traqueostomía.
- f. Succión antes y después de la intubación.
- g. Ventilación manual con presión positiva después de la intubación.
- h. Inserción de sonda nasogástrica.
- i. Actividades en las que se desconecte el sistema ventilatorio.
- j. Todas las cirugías laparoscópicas y abiertas, en especial si requieren el uso de electrocirugía (la cual incluye el uso de electrobisturí).
- k. Ventilación mecánica no invasiva incluyendo (CPAP, BiPAP, ASV).
- l. Ventilación Oscilatoria de Alta Frecuencia (HFOV).
- m. Cánula Nasal de Alto Flujo (HFNO).
- n. Broncoscopia y procedimientos relacionados (broncoscopia rígida, fibrobroncoscopia flexible cepillado y lavado broncoalveolar, biopsia transbronquial, etc.).
- o. Procedimientos en una traqueostomía en cualquier escenario (colocación, retiro y cambio de la cánula).
- p. Cricotiroidotomía.
- q. Intervenciones en el servicio de urgencias con paciente con trauma.
- r. Toracotomía de resucitación.
- s. Sutura de heridas penetrantes soplantes (tórax o cuello).
- t. Procedimientos dentales con uso de dispositivos de alta velocidad.
- u. Procedimientos con uso de succión fenestrada o motor/fresa a altas revoluciones: tracto aerodigestivo superior (oído, cavidad nasal, cavidad oral, faringe y laringe).
- v. Necropsia.
- w. Tratamiento con nebulizador.
- x. Obtención de una muestra de esputo y esputo inducido.
- y. Reanimación cardio-cerebro pulmonar.
- z. Endoscopia gastrointestinal superior e inferior.
- aa. Otros procedimientos endoscópicos y no endoscópicos de la vía aero digestiva incluyendo nasofibrolaringoscopia, laringostroboscopia, evaluación endoscópica de la deglución ultrasonido endoscópico bronquial.
- bb. Extracción de cuerpo extraño en tracto aerodigestivo superior.
- cc. Drenaje de absceso oral.
- dd. Ecocardiograma transesofágico.
- ee. Inserción de una sonda nasogástrica.
- ff. Retiro de sonda de gastrostomía.
- gg. Trabajo de parto y atención del parto.



ELABORADO POR:	REVISIÓN Y APORTES POR:	APROBADO POR:
<p>Nombre y Cargo:</p> <p>Sandra Milena Corredor, Prof especializado contratista, Subdirección de Enfermedades Transmisibles- MSPS</p> <p>José Alejandro Mojica, Prof especializado contratista, Subdirección de Enfermedades Transmisibles-MSPS</p> <p>Martha Cecilia Valbuena M. Dermatóloga Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E.</p> <p>Carlos Álvarez Infectólogo ACIN</p>	<p>Nombre y Cargo:</p> <p>Claudia Liliana Sosa Mesa, Profesional especializado, con funciones de la Subdirección de Enfermedades Transmisibles.</p> <p>Claudia Cuellar Directora de Demografía y Epidemiología.</p> <p>Julián Trujillo Trujillo, Coordinador Grupo Enf. Emergentes, Reemergentes y Desatendidas.</p> <p>Cielo Yaneth Ríos Hincapié Profesional especializado, Área Funcional Población y Desarrollo</p> <p>Amanda Vega Figueroa Subdirectora de Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud</p> <p>Ana María Peñuela, Coordinadora Grupo de Convivencia Social y Ciudadana</p> <p>Ángela Lucía Barrios Días, Prof. Especializado, Subdirección de Operación del Aseguramiento</p> <p>Sandra Gallegos, Subdirección de prestación de servicios.</p> <p>Giovanny Rodríguez, Subdirección de Salud Ambiental.</p> <p>Lina Muñoz, Subdirección de Salud Ambiental.</p> <p>Jeniffer Arena, Subdirección de Salud Ambiental.</p> <p>Monica Meza Subdirección de Enfermedades Transmisibles</p>	<p>Nombre y Cargo:</p> <p>Gerson Orlando Bermont, Director de Promoción y Prevención</p>