



Salud

Gobierno de la República

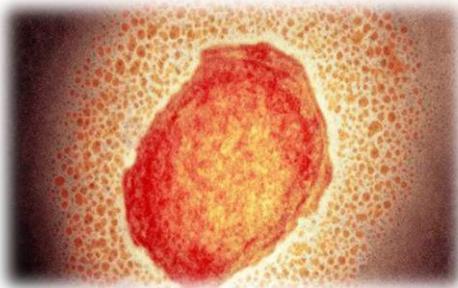


HONDURAS

GOBIERNO DE LA REPÚBLICA

LN45:2022

**LINEAMIENTOS PARA EL ABORDAJE CLÍNICO
Y VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE VIRUELA
SÍMICA HONDURAS, 2022**



Versión 1

DOCUMENTO NORMATIVO EN CONTINUA REVISIÓN SEGÚN APARECEN NUEVAS EVIDENCIAS.

26 de mayo ,2022

LN45: 2022

**LINEAMIENTOS PARA EL ABORDAJE CLÍNICO Y
VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE VIRUELA
SÍMICA HONDURAS, 2022**

Versión 1

DOCUMENTO NORMATIVO EN CONTINUA REVISIÓN SEGÚN APARECEN NUEVAS EVIDENCIAS.

26 de mayo, 2022



AUTORIDADES

Dr. José Manuel Matheu

Secretaria de Estado en el Despacho de Salud

Dra. Nerza Gloria Paz

Sub Secretaria de Redes Integradas de Servicios de Salud

Dra. Suani Violeta Montalván

Sub Secretario de Proyectos e Inversiones

Dra. Elvia María Ardón

Directora General de Normalización

Dr. Saúl Hernán Cruz

Director de Redes Integradas de Servicios de Salud

Dra. Iris Sobeyda Padilla

Directora General de Vigilancia del Marco Normativo

Dra. Isnaya Suyapa Nuila

Directora de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud

APROBACION

Elvia María Ardón, Directora General de Normalización Mediante Resolución **N° 08-DGN-2022** del 27 de mayo del 2022, me permito aprobar los **“Lineamientos para el Abordaje Clínico y Vigilancia Epidemiológica de Viruela Símica Honduras, 2022”**, con Código **LN45:2022**.



LINEAMIENTOS PARA EL ABORDAJE CLÍNICO Y VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE VIRUELA SÍMICA HONDURAS, 2022

Versión 1

26 de mayo, 2022

Contenido

1. Introducción	1
2. Objeto	1
3. Campo de Aplicación	1
4. Acrónimos	1
5. Marco de Referencia	2
6. Términos y definiciones	2
6.1 Caso Sospechoso:	2
6.2 Caso Probable:	2
7. Generalidades	3
7.1 Epidemiología	3
7.2 Agente Etiológico	3
7.3 Período de incubación	4
7.5 Modo de Trasmisión:	4
7.6 Manifestaciones clínicas de viruela símica	4
7.7 Factores de riesgo susceptible de contagio	5
7.8 Diagnóstico de laboratorio de Viruela Símica.	5
7.9 Tratamiento	6
7.10 Pronóstico	6
8. Prevención primaria	6
8.1 Personal de Salud	7
8.2 Medidas de manejo en casa	7
9. Vigilancia Epidemiológica	7
10. Comunicación de riesgo	9
11. Anexos	10
12. Bibliografía.	11

1. Introducción

Es una zoonosis viral causada por el virus de la viruela símica, que pertenece al género Orthopoxvirus, este incluye al virus variola (causante de la viruela). Hay dos clados genéticamente diferenciados del virus de la viruela símica: el clado de la cuenca del Congo (África central) y el clado de África occidental. Las infecciones humanas con el clado de África occidental parecen causar una enfermedad menos grave en comparación con el clado de la cuenca del Congo¹.

Este documento aborda líneas generales para el abordaje clínico de esta enfermedad y su vigilancia epidemiológica. El mismo estará siendo actualizado según nuevas evidencias.

2. Objeto

Estandarizar el diagnóstico, tratamiento, vigilancia epidemiológica, la prevención y control de la viruela símica en Honduras.

3. Campo de Aplicación

Dirigido al personal de salud que brinda atención directa a personas en la Red de Servicios de Salud, la Oficina Sanitaria Internacional (OSI) Centro de Atención al Migrante (CAMI), estos últimos para captación y contención de casos.

4. Acrónimos

ADN	Ácido Desoxirribonucleico
CAMI	Centro de Atención al Migrante
ECOR	Equipo Coordinador de Red
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual.
MNS	Modelo Nacional de salud
OPS/OMS	Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud
OSI	Oficina Sanitaria Internacional
PCR-RT	Reacción en cadena de Polimerasa en tiempo real
RSI	Reglamento Sanitario Internacional
UVS	Unidad de Vigilancia de la Salud.
VTM	Medio de Transporte Viral

5. Marco de Referencia

- Reglamento sanitario internacional (RSI)
- Modelo Nacional de Salud (MNS).
- Guía para emitir documentos normativos.

6. Términos y definiciones²

Para facilitar las acciones de vigilancia, se propone la siguiente definición de caso provisional para países no endémicos:

6.1 Caso Sospechoso:

Persona de cualquier edad que ingresa al país procedente del extranjero, con o sin nexo epidemiológico, con un exantema agudo inexplicable, fiebre de inicio súbito y linfadenopatía, que se presenta con uno o más de los siguientes signos o síntomas, Cefalea, mialgia, dolor de espalda, astenia, desde el 15 de marzo de 2022 y para los cuales las siguientes causas habituales de exantema agudo han sido descartadas: varicela, herpes zóster, sarampión, Zika, dengue, chikungunya, herpes simple, infecciones bacterianas de la piel, infección gonocócica diseminada, sífilis primaria o secundaria, chancroide, linfogranuloma venéreo, granuloma inguinal, molusco contagioso, reacción alérgica (por ejemplo, a las plantas); y cualquier otra causa común localmente relevante de erupción vesicular o papular.

6.2 Caso Probable:

Persona que cumple con la definición de caso sospechoso y uno o más de los siguientes criterios:

- Tiene un vínculo epidemiológico (exposición estrecha sin protección respiratoria).
- Contacto físico directo, incluido el contacto sexual.
- Contacto con materiales contaminados (como ropa o ropa de cama) con un caso probable o confirmado de viruela símica en los 21 días anteriores al inicio de los síntomas.
- Antecedente de viaje a un país endémico y/o con notificación de caso de viruela símica en los 21 días previos al inicio de los síntomas.

6.3 Caso Confirmado:

Persona que cumple con la definición de caso sospechoso o probable y está confirmado por laboratorio para el virus de la viruela símica mediante pruebas moleculares (PCR en tiempo real) u otras como secuenciación (si están disponibles).

7. Generalidades

La viruela símica es una zoonosis causada por un virus de ADN de doble cadena que pertenece al género *Orthopoxvirus* dentro de la familia *Poxviridae*, también conocido como monkeypox virus (MPXV), este incluye al virus variola (causante de la viruela). Hay dos grupos genéticos (clados): uno endémico en África occidental y otro en la región de la cuenca del Congo (África central), las infecciones humanas en África occidental parecen causar una enfermedad menos grave en comparación con las de la cuenca del Congo.

7.1 Epidemiología

Se detectó por primera vez en el año 1958, en un centro de investigación con animales de Dinamarca, aunque el primer caso documentado en humanos no se registró hasta 1970, se trataba de un niño de 9 años de la República Democrática del Congo que no se había vacunado contra la viruela convencional. Luego en 2003, hubo un brote de 18 personas infectadas en Estados Unidos, el cual no reportó defunciones. En el 2017 Nigeria reportó 127 casos y actualmente son 11 países que han reportado casos: Australia, Alemania, Bélgica, Canadá, Francia, Estados Unidos, España, Italia, Portugal, Suecia y el Reino Unido. En la Región de las Américas, se notificaron 3 casos de viruela símica, en Canadá (2 casos) y Estados Unidos de América (1 caso) [hasta la fecha de 20-05-2022]. La viruela símica tiene tendencia a la diseminación a otros continentes y países.

7.2 Agente Etiológico

Es un virus clase I de Baltimore (ADN lineal de doble cadena), que pertenece al género *Orthopoxvirus*, este incluye al virus variola (causante de la viruela). Hay dos grupos genéticos (clados): uno endémico en África occidental y otro en la región de la cuenca del Congo (África central). Las infecciones humanas en África occidental parecen causar una enfermedad menos grave en comparación con las de la cuenca del Congo³.

Clasificación CIE 10: B04.

Se transmite por contacto con:

- Las ampollas o lesiones en la piel infectada.
- Ropa, sábanas o toallas de una persona infectada.
- Gotículas de saliva y secreciones.
- Fluidos corporales.

7.3 Período de incubación

El periodo de incubación suele ser de 6 a 16 días, pero se ha descrito que puede variar entre 5 a 21 días⁴.

7.5 Modo de Trasmisión:

En los casos iniciales, la infección se produce por contacto directo con la sangre, los líquidos corporales o las lesiones de la piel o las mucosas de animales infectados. En África se han descrito infecciones en humanos por la manipulación de monos, ratas gigantes de Gambia o ardillas infectadas. Se considera que los roedores son el principal reservorio del virus. Un posible factor de riesgo es la inadecuada cocción de la carne de animales exóticos infectados.

La transmisión secundaria o de persona a persona, puede producirse por contacto estrecho con secreciones infectadas de las vías respiratorias o lesiones cutáneas de una persona infectada, o con objetos contaminados recientemente con los fluidos del paciente o materiales de la lesión. La transmisión se produce principalmente por gotitas respiratorias, generalmente tras prolongados contactos cara a cara con el paciente.

Aunque históricamente se han registrado brotes aislados localizados, el comportamiento actual del contagio sugiere un mecanismo de transmisión más eficiente que los registrados anteriormente lo que obliga a mantenerse vigilantes ante una eventual pandemia⁵.

7.6 Manifestaciones clínicas de viruela símica

- El periodo de invasión (prodrómico o inicial) entre los días 0 y 5 días, caracterizado por: fiebre, no en todos los casos, cefalea intensa, puede o no tener linfadenopatía (inflamación de los ganglios linfáticos), dolor lumbar, mialgias (dolores musculares) y astenia intensa (falta de energía).
- El periodo de erupción cutánea (entre 1 y 3 días después del inicio de la fiebre), cuando aparecen las distintas fases del exantema, que por lo general afecta primero al rostro y luego se extiende al resto del cuerpo. Las zonas más afectadas son el rostro (en el 95% de los casos), las palmas de las manos y las plantas de los pies (en el 75% de los casos). Además, afecta mucosa oral (70% de los casos), genitales (30%), conjuntiva palpebral y cornea (20%). Se caracteriza por un exantema muy pruriginoso que evoluciona inicialmente desde maculopápulas (lesiones de base plana) a vesículas (lesiones llenas de líquido). Las pústulas y las subsiguientes costras se producen en unos 10 días. La eliminación completa de las costras puede tardar hasta tres semanas; "las cicatrices y/o áreas de la piel más claras u oscuras pueden permanecer después de

que las costras se hallan caído, una vez que todas las costras se han caído una persona ya no es contagiosa”⁶.

- Se observan lesiones en piel simultáneamente en la misma fase evolutiva, sin brotes de lesiones en diferentes estadios, a diferencia de la varicela.
- Las lesiones varían desde pocas localizadas hasta muchas generalizadas. Al resolver puede dejar cicatrices residuales.
- Suele ser una enfermedad autolimitada con síntomas que duran de 14 a 21 días.
- Las complicaciones y casos graves se producen con mayor frecuencia en niños, embarazadas e inmunosupresos. Las más frecuentes son: sobreinfección bacteriana cutánea, encefalitis, bronconeumonía, miocarditis, infección ocular con riesgo de ceguera⁷. La reaparición de la fiebre sugiere probable proceso infeccioso agregado.

7.7 Factores de riesgo susceptible de contagio

- Contacto con animales que puedan portar el virus.
- Personas que tengan contacto directo con objetos y materiales contaminados con secreciones de pacientes infectados.
- Personas inmunosupresas.
- Personas menores de cincuenta años.
- Viajeros procedentes o con conexiones con países donde se han reportado brotes.
- Relaciones sexuales con personas infectadas (no se considera una ITS).

7.8 Diagnóstico de laboratorio de Viruela Símica⁸.

El tipo de muestra recomendada para la confirmación de laboratorio de la viruela símica es el material de la lesión cutánea, que incluye:

- Hisopado de la superficie y/o del exudado de la lesión, que puede ser tomado de:
 - Bordes superiores de más de una lesión (superficie de las lesiones).
 - Costras de lesiones.
- Hisopado orofaríngeo.

Los hisopados de lesiones, costras y fluidos vesiculares no deben mezclarse en el mismo tubo. Se debe frotar vigorosamente la lesión para garantizar que se recolecte suficiente material para la obtención del ADN viral. Los hisopados se coleccionarán en tubos con medios de transporte viral (VTM). Dos lesiones del mismo tipo deben recogerse en un solo tubo, preferiblemente de diferentes lugares del cuerpo.

Además de una muestra de lesión, se recomienda la recolección de un hisopado orofaríngeo. Sin embargo, los datos sobre la utilidad de este tipo de muestra para el diagnóstico de la viruela símica son limitados, por lo tanto, una muestra de hisopado de garganta negativa debe interpretarse con precaución.

En este momento el país no cuenta con pruebas para diagnóstico por lo que este será clínico/epidemiológico.

7.9 Tratamiento⁹

Medidas de sostén: Analgésicos (acetaminofén), antihistamínicos, hidratación oral, reposo relativo, manejo y cuidado de la piel: Compresas con agua o agua de manzanilla, hidratación de la piel (uso de cremas sin aroma ni color).

Aislamiento de caso: El caso probable, sospechoso, o confirmado debe ser aislado en casa, de preferencia en su propia habitación, desde el momento del diagnóstico y durante 3 semanas.

Tratamiento farmacológico: El tratamiento es sintomático, si hay infección bacteriana se debe iniciar antibióticos. Sin embargo, en el 2018 la FDA (US Food and Drug Administration) aprobó el medicamento tecovirimat, y este es el primer medicamento en obtener licencia para el manejo de viruela. También hay que considerar al cidofovir y otro fármaco experimental brincidofovir. **Estas drogas solo deben utilizarse en casos severos y complicados.**

Existe una vacuna que se desarrolló para la viruela símica (MVA-BN), también conocida como Imvamune, Imvanex o Jynneos, que ha sido aprobada en 2019, la cual aún no está ampliamente disponible. Debido a que la infección por la viruela símica es inusual, no se recomienda la vacunación universal. La vacuna antivariólica, ha demostrado una eficacia del 85% para prevenir la viruela símica y puede contribuir a que la evolución sea más leve. Sin embargo, **la vacuna ya no está accesible al público, puesto que se suspendió su producción masiva tras la erradicación mundial de la viruela (1980).**

7.10 Pronóstico¹⁰

La mayoría de los casos evolucionan con enfermedad benigna y se recuperan sin complicaciones, las secuelas reportadas son cicatrices residuales. La tasa de letalidad reportada en brotes anteriores ha sido inferior a 10%, la mayor parte de las defunciones ocurren en niños y en casos con complicaciones.

8. Prevención primaria¹¹

8.1 Personal de Salud

- Uso de guantes para manipular al paciente, su ropa, toallas y ropa de cama.
- Uso de lentes o careta facial.
- Uso de bata y gorro desechables.
- Eliminación adecuada de equipo contaminado.
- Uso de mascarillas quirúrgicas cubriendo boca y nariz en el manejo estándar en los establecimientos de salud y respirador N95 para los que van a realizar procedimientos generadores de aerosoles por ejemplo toma de muestra en las vesículas.

8.2 Medidas de manejo en casa

- Aislamiento durante 3 semanas.
- Evitar el contacto físico y las relaciones sexuales con la persona sospechosa o confirmada, hasta que las lesiones hayan desaparecido.
- Uso de guantes para manipular a la persona infectada, su ropa, toallas y ropa de cama, estas no deben ser sacudidas.
- Eliminación adecuada de material e insumos contaminados.
- Frecuente lavado de manos con agua y jabón.
- Uso de mascarillas quirúrgicas cubriendo boca y nariz en el manejo domiciliario.
- La ropa, como ser la de cama, toallas etc., se deben lavar con detergente y con agua hirviendo, en caso que lo permita usar cloro y secar al sol.
- No compartir utensilios para la alimentación y lavar con abundante agua y jabón.
- La superficie y objetos contaminados deben ser lavados y desinfectados con amonio cuaternario de uso comercial o con cloro en concentración de 0.5 % (ver cuadro No.1).

Cuadro No.1. Concentración de solución de cloro para preparar solución desinfectante.

Concentración de solución desinfectante Para preparar 1 litro (1000 ml) de solución				
Use la concentración de Hipoclorito de sodio (disponible en el país) *	0.1%		0.5%	
	Para desinfección de superficies, pisos, utensilios de limpieza y mortuorios		Para derrames de fluidos corporales (sangre, vómitos, ...)	
	Hipoclorito de sodio	Cantidad de agua	Hipoclorito de sodio	Cantidad de agua
5%	20 ml	980 ml	100 ml	900 ml

Fuente : ETRAS/CDE/OPS

9. Vigilancia Epidemiológica¹²

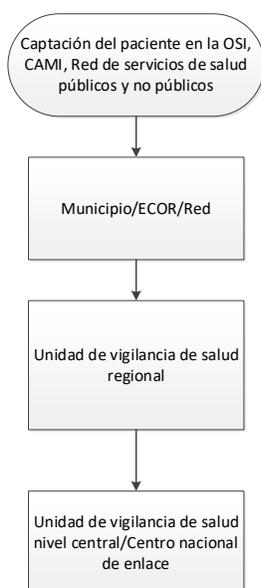
En los establecimientos de salud se deberá de llenar una ficha de vigilancia epidemiológica de los casos (ver anexo 1), una vez que haya sido llenada completamente, el personal de

Epidemiología enviará escaneadas a la Unidad de Vigilancia de la Salud (UVS), adjuntas a un correo electrónico. Las fichas llenas se resguardarán en la Unidad de Epidemiología del establecimiento de salud. En caso de que los pacientes continúen hospitalizados, epidemiología actualizará y enviará semanalmente la información relevante del paciente a la instancia correspondiente.

En el establecimiento de salud dónde se atiende el caso, se vaciará la información en una base de datos compatible con Epi Info y/u otro medio que tenga disponible el establecimiento, los lineamientos para esta actividad serán definidos por la UVS/nivel central SESAL. La información se enviará a diario en la alerta respuesta.

La UVS en coordinación con redes integradas de servicios de salud, realizará análisis periódicos con la información recolectada, la cual se pondrá a disposición de las instancias encargadas de la vigilancia, diagnóstico, manejo y comunicación de riesgo en torno a los casos de viruela símica. La UVS establecerá la periodicidad con la que se caracterizaran los casos, para ser actualizada.

**FLUJO DE INFORMACIÓN PARA NOTIFICACION DE CASOS
VIRUELA SIMICA EN HONDURAS**



Fuente: Elaborado por el equipo técnico SESAL/IHSS

10. Comunicación de riesgo.

Con el propósito de reducir y prevenir la morbilidad y mortalidad por viruela símica en Honduras y contribuir a generar una respuesta efectiva en el Sistema Nacional de Salud y comportamientos adecuados ante la situación de crisis en personas afectadas y sus familias, se desarrollarán actividades de comunicación de riesgo como:

- Definición de los canales de comunicación interna y externa para la difusión de información relacionada a la viruela símica en los niveles operativos de la SESAL (nacional, regional, municipal y local).
- Selección de voceros oficiales en cada uno de los niveles operativos de la SESAL.
- Elaboración de comunicados oficiales y comparecencias en medios de comunicación para difusión de datos actualizados de viruela símica.
- Diseño de materiales educativos impresos y digitales, dirigido a prestadores de servicios de salud públicos y no públicos, considerando elementos como: conocimiento sobre la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, vigilancia epidemiológica.
- Diseño de materiales educativos impresos y digitales, dirigidos a población de riesgo y familias afectadas, considerando elementos como: conocimiento de la enfermedad, detección oportuna, tratamiento, prevención, factores de riesgo, autoestima, estigma y discriminación.

11. Anexos

Anexo 1 Ficha de vigilancia Epidemiológica



Salud
Colaborando en la Posibilidad

Secretaría de Salud de Honduras
Unidad de Vigilancia de la Salud
Ficha para la Vigilancia Epidemiológica de la viruela símica



HONDURAS
REPUBLICA DE HONDURAS

Definición de caso sospechoso: Persona de cualquier edad que ingresa al país procedente del extranjero, con o sin nexo epidemiológico, con un exantema agudo inexplicable, fiebre de inicio súbito y linfadenopatía, que se presenta con uno o más de los siguientes signos o síntomas, Cefalea, mialgia, dolor de espalda, astenia, desde el 15 de marzo de 2022.

1. Información Unidad notificadora
 UAPS CIS Policlínico OSI CAMI Hospital público Clínica/ hospital privado IHSS
 Nombre del establecimiento: _____ Departamento: _____ Municipio: _____ Región Sanitaria: _____
 Nombre de la persona que llena la ficha: _____ Fecha de notificación de caso: _____

2.1.- Información del paciente
 Nombres y apellido: _____ Sexo: Mujer Hombre
 No. de identidad o pasaporte: _____ Fecha de nacimiento: Día: _____ Mes: _____ Año: _____ EDAD _____
 Profesión u Oficio: _____ Nombre del jefe de familia (si es menor de 18 años): _____

2.2.- Dirección del paciente:
 Residencia Actual: _____ Tiempo de residir: _____ Lugar de Procedencia: _____
 Departamento: _____ Municipio: _____ Aldea: _____ Caserío/Comunidad: _____
 Barrio/Colonia: _____ Calle: _____ Avenida: _____ Casa Nro. _____
 Teléfono fijo: _____ Teléfono celular: _____ Otras referencias del domicilio: _____

3.- Historia de la enfermedad:
3.1.- Datos clínicos:
 Fecha de inicio de síntomas (FIS): ____/____/____ Fecha de consulta: ____/____/____ Fecha de hospitalización: ____/____/____ Semana Epidemiológica de FIS: ____

3.2. Antecedentes de exposición:
 Lugar de trabajo/Estudio: _____ Viajó en los 21 días previos al inicio de síntomas Si No Lugar de viaje: _____
 Fecha de salida de viaje: ____/____/____ Fecha de regreso: ____/____/____ Transporte utilizado para el viaje: Aéreo Marítimo Terrestre
 Nombre de la empresa o del transporte utilizado: _____
 Exposición con un caso confirmado de Viruela: Si No Tuvo contacto con animales exóticos, silvestres vivos o sus derivados: Si No Cual: _____

3.3.- Características clínicas: Fecha inicio de síntomas: ____/____/____ Fecha del inicio del exantema: ____/____/____

Signos y síntomas	Distribución de lesiones:	Estadio del exantema
Fiebre: <input type="radio"/> UC <input type="radio"/>	Cara <input type="radio"/> Piernas <input type="radio"/> Lesiones perianales <input type="radio"/>	Maculopapular <input type="radio"/>
Astenia <input type="radio"/>	Planta de los pies <input type="radio"/> Brazos <input type="radio"/> Pecho <input type="radio"/>	Vesicular <input type="radio"/>
Dolor de garganta <input type="radio"/>	Palma de las manos <input type="radio"/> Cavidad oral <input type="radio"/> Abdomen <input type="radio"/>	Pustular <input type="radio"/>
Dolor muscular <input type="radio"/>	Oculares <input type="radio"/> lesiones genitales <input type="radio"/> Espalda <input type="radio"/>	Lesiones umbilicadas <input type="radio"/>
Cefalea <input type="radio"/>		Costras <input type="radio"/>
Linfadenopatía <input type="radio"/>		Hemorrágica <input type="radio"/>
Exantema <input type="radio"/>		

Complicaciones:
 Infecciones bacterianas en piel especificar: _____ Hospitalizado Si No Fecha de ingreso hospitalario: ____/____/____
 Miocarditis Defunción: Si No Fecha de alta hospitalaria: ____/____/____
 Bronconeumonía Fecha de ingreso en UCI: ____/____/____
 Encefalitis Fecha de defunción: ____/____/____

Antecedentes personales de interés
 Padece de una enfermedad: Si No
 Especifique: _____
 Especifique tratamiento: _____
 Embarazo Si No

Datos del riesgo
 Contacto físico directo con otra persona (incluidas relaciones sexuales) _____
 Ocupacional (pinchazo, laboratorio, contacto con material potencialmente contaminado) _____
 Asistencia a eventos multitudinarios: Si No
 Especificar evento y destino: País, Ciudad: _____ Fecha ____/____/____

Datos de laboratorio
 Fecha de toma de muestra: ____/____/____ Fecha de envío a laboratorio de referencia _____
 Tipo de muestra: _____ Positivo Negativo
 Hisopado de superficie

Resultado de laboratorio:
 RT-PCR
 Secuenciación

Categorización del caso
 Descartado: Si No
 Clasificación del caso (marcar una de las siguientes opciones):
 Investigación: Confirmando:

Envío de muestra al Laboratorio Nacional de Referencia (LNR): Si No

Criterios de clasificación de caso:
 Criterio clínico: Si No
 Criterio epidemiológico: Si No
 Criterio de laboratorio: Si No
 Asociado a brote: Si No Identificador de brote: _____

12. Bibliografía.

1. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Alerta Epidemiológica: Viruela símica en países no endémicos. 20 de mayo de 2022, Washington, D.C.: OPS/OMS; 2022.
2. Óp. Cit
3. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Alerta Epidemiológica: Viruela símica en países no endémicos. 20 de mayo de 2022, Washington.
4. Ministerio de sanidad. Protocolo de atención precoz de casos de Monkeypox ante las agrupaciones de casos en población HSH con exposiciones de riesgo. España. 18 de mayo 2022.
5. Organización Panamericana de la Salud • www.paho.org • © OPS/OMS, 2022.
6. <https://cnnespanol.cnn.com/2022/05/24/cualquiera-puede-contrair-viruela-mono-cdc-comunidad-lgbtq-mayor-probabilidad-exposicion-trax/>
7. 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.
8. OPS/OMS. Directrices de laboratorio para la detección y el diagnóstico de la infección del virus de la Viruela del mono. 23 de mayo 2022.
9. <https://www.cdc.gov/poxvirus/monkeypox/index.html>
10. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Alerta Epidemiológica: Viruela símica en países no endémicos. 20 de mayo de 2022, Washington
11. <https://www.msdmanuals.com/es/professional/enfermedades-infecciosas/poxvirus/viruela#>
12. Ministerio de sanidad. Protocolo de atención precoz de casos de Monkeypox ante las agrupaciones de casos en población HSH con exposiciones de riesgo. España. 18 de mayo 2022.

Equipo Técnico que elaboró el documento

Coordinación general de la elaboración del documento: Dra. Elvia Ardón

Secretaría de Salud (Nivel Central)		
Dra. Rosa María Duarte	Médico	Dirección General de Normalización
Dra. Sandra Lorenzana	Médico	Dirección General de Normalización
Dr. Adonis Andonie	Médico	Dirección General de Normalización
Dra. Elvia Ardón	Médico	Dirección General de Normalización
Dra. Luisa Andino	Médico	Dirección General de Vigilancia de Marco Normativo
Dra. María Elena Guevara	Médico	Jefe de Programa Ampliado de Inmunizaciones
Dra. Reina Teresa Velásquez	Médico Veterinaria	Unidad de Vigilancia de la Salud
Dra. Bethany Valeriano	Químico Farmacéutico	Dirección General de Redes Integradas de Servicios de Salud
Dr. Carlos Sagastume	Médico	Departamento de Servicios de Segundo Nivel de Atención
Dra. Mitzi Castro	Microbióloga	Jefe de Laboratorio Nacional
Dra. Carolina Alvarado	Microbióloga	Jefe de Laboratorio de Virología
Equipo técnico colaborador de Hospitales		
Dra. Verónica Meléndez	Médico Dermatóloga/Pediatra	Hospital de María de Especialidades Pediátrica
Dra. Pamela Castillo	Médico	Hospital Escuela
Dr. Osmín Tovar	Médico Internista	Hospital Escuela
Dr. Carlos Sánchez	Médico Pediatra	Hospital Escuela
Dra. Nora Maradiaga	Intensivista Médico Internista	Directora Ejecutiva Instituto Nacional Cardio Pulmonar
Dr. Renato Valenzuela	Dermatóloga Médico Pediatra Infectólogo	Consejo Consultivo Nacional de Inmunización
Equipo Técnico Instituto Hondureño de Seguridad Social		
Dra. Marleni Montes	Médico Epidemióloga	Instituto Hondureño de Seguridad Social
Dra. Pamela Coello	Médico Epidemióloga	Instituto Hondureño de Seguridad Social
Dr. Oscar Gómez	Medicó Infectólogo	Instituto Hondureño de Seguridad Social
Colegio Médico de Honduras		
Dra. Isaura Reyes	Médico	Colegio Médico de Honduras

