

Evaluación paciente con sospecha de viruela del mono

Datos del documento

Versión: 2
Fecha: 18/Septiembre /2022
URL descarga: bit.ly/balmismonkeypox
Seguir:   @proabalmis



Protocolo consensuado Medicina Preventiva, Urgencias, Atención Primaria, Dermatología, Microbiología, Pediatría, Centro de Información y Prevención de SIDA y Unidad de Enfermedades Infecciosas

1. Introducción	2
1.1. Mecanismo de transmisión	2
2. Clínica	3
3. Diagnóstico diferencial	6
3.1. Diagnóstico diferencial según el tipo de lesión cutánea	6
3.2. Diagnóstico diferencial con lesiones en área genital	7
3.3. Diagnóstico diferencial con lesiones en otras localizaciones	8
3.4. Otros diagnósticos diferenciales	8
4. Diagnóstico microbiológico	9
4.1. Diagnóstico microbiológico de la infección por Monkeypox	10
4.2. Pruebas de diagnóstico microbiológico en el diagnóstico diferencial.	11
4.3. Diagnóstico microbiológico de vesículo-pústulas	11
4.4. Diagnóstico microbiológico en lesiones en área genital.	11
5. Tratamiento	14
6. Medidas de prevención y control	14
5.1. Manejo de casos sospechosos o confirmados en el ámbito hospitalario	14
5.2. Manejo de casos sospechosos o confirmados en Atención Primaria	15
5.3. Recomendaciones en domicilio para el paciente	15
7. Circuitos asistenciales de derivación	16
5.4. Desde el Servicio de Urgencias	16
5.5. Desde Atención Primaria.	17
5.6. Desde otros Servicios Hospitalarios	17
8. Consideraciones en Pediatría	18

1. Introducción

La viruela del mono es una infección zoonótica producida por el *Monkeypox virus* (MPXV), del género Orthopoxvirus. El reservorio animal no está claramente establecido, aunque se cree que son algunas especies de roedores salvajes en África central-occidental. La enfermedad aparece en seres humanos en África de forma esporádica y en brotes epidémicos. Existen 2 clados del MPXV, uno en el África Central (cuenca del río Congo) con tasas de letalidad que llegan hasta el 10% y el clado de África occidental, responsable de los brotes recientes en Nigeria y de los casos actualmente declarados fuera de África, con una tasa de mortalidad más baja de menos del 3%. Hasta la fecha, la mayoría de las muertes reportadas han ocurrido en niños pequeños y personas con infección por VIH.

El primer brote declarado fuera de África fue en 2003 en Estados Unidos, con declaración de brotes posteriores en Reino Unido, Israel y Singapur en relación con antecedentes de viajes a Nigeria, y más recientemente en 2019 como casos secundarios en paciente sin estancia en África.

El 14 de mayo de 2022 Reino Unido informó sobre la identificación de dos casos de MPXV sin antecedente reciente de viaje ni contacto con casos conocidos, como primeros casos con notificación de cadenas de transmisión en Europa sin vínculo epidemiológico conocido con África. Desde entonces y hasta el 6 de junio, en España se han notificado un total de 198 casos confirmados de MPXV, en Europa 586 y en el resto del mundo 118 casos confirmados.

El objetivo de este protocolo es garantizar la detección y diagnóstico precoz de MPXV para garantizar la asistencia clínica adecuada a los pacientes con esta infección y para adoptar de forma inmediata las medidas de control con la intención de evitar la aparición de casos secundarios.

1.1. Mecanismo de transmisión

Previamente a la alerta actual, el principal mecanismo de transmisión en humanos era el contacto directo o indirecto con mamíferos infectados de zonas endémicas, aunque también puede establecerse la transmisión por contacto directo con lesiones cutáneas, fluidos corporales o con objetos o fómites contaminados. La transmisión persona a persona, se ha descrito a través de gotas respiratorias grandes durante el contacto directo cara a cara, o por contacto directo con lesiones cutáneas, fluidos corporales o con objetos contaminados.

La transmisión entre parejas sexuales, en relación al contacto estrecho, parece ser el mecanismo de transmisión predominante en los pacientes detectados en el brote actual. Un elevado porcentaje de ellos

son hombres que han mantenido relaciones sexuales con hombres, si bien no se excluye la transmisión en otros grupos poblacionales.

2. Clínica

El período de incubación es generalmente de 4 a 14 días, aunque puede extenderse a 21 días. El cuadro clínico se caracteriza por:

Síntomas sistémicos:

- Fiebre, escalofríos, cefalea, astenia intensa, mialgias, dolor lumbar y adenopatías.
- Adenopatías, generalmente cervicales o inguinales.
- Lesiones cutáneas: aparecen 1-3 días tras inicio de síntomas sistémicos.
- Rash eritematoso con máculas y aparición de vesículas, pústulas y costras. Generalmente todas las lesiones en el mismo estadio, aunque inicialmente puede haber lesiones en diferentes estadios). Puede afectar a mucosas y conjuntiva.
 - Mácula: lesión eritematosa, no palpable de pocos milímetros.
 - Pápula: lesión bien delimitada, palpable de pocos milímetros.
 - Vesícula: lesión sobreelevada, bien delimitada, contenido líquido claro, menor de 1mm, con frecuencia se umbilican en el centro.
 - Pústula: lesión sobreelevada, bien delimitada de contenido purulento
 - Costra. Desecación de la secreción, menor que la lesión inicial.
- Localización:
 - Inicio en cara, con diseminación centrífuga al resto de cuerpo, afecta a palmas y plantas
 - En el brote actual, predomina la localización a nivel genital, perineal o perianal.
- Número: variable, desde bajo número hasta cientos de lesiones.
- Evolución: generalmente autolimitada, en 2-5 semanas con resolución completa de la sintomatología.

Puede evolucionar a cuadros clínicos graves generalmente en niños, adultos jóvenes, gestantes o en pacientes con inmunodepresión. Las principales complicaciones son:

- Infección bacteriana secundaria de las lesiones cutáneas.
- Neumonía con distress respiratorio.
- Afectación del Sistema Nervioso Central con encefalitis.

VIRUELA DEL MONO. CLÍNICA

INCUBACIÓN: 6-13 días (hasta 21)

Fiebre, astenia, mialgias, poliadenopatías, cefalea

LESIONES CUTÁNEAS

(1-5 días tras el inicio de la fiebre)

Mácula

(lesión plana eritematosa)



Pápula

(lesión eritematosa palpable)



Vesícula

(Lesión de contenido líquido, se deprime en el centro)



Pústula

(vesícula de contenido purulento)



Costra

Todas las lesiones en
mismo estadio
Se resuelve en 2-5
semanas



Lesiones características de la viruela del mono: pústulas umbilicadas que evolucionan a costras.

(Fotografías del Documento de Diagnóstico Diferencial de la Viruela del Mono; disponible en: https://seimc.org/contenidos/documentoscientificos/seimc-dc-2022-Viruela-mono-Diagnostico_diferencial-lesiones-cutaneas.pdf)



Resumen del curso clínico de las lesiones de la viruela del mono.

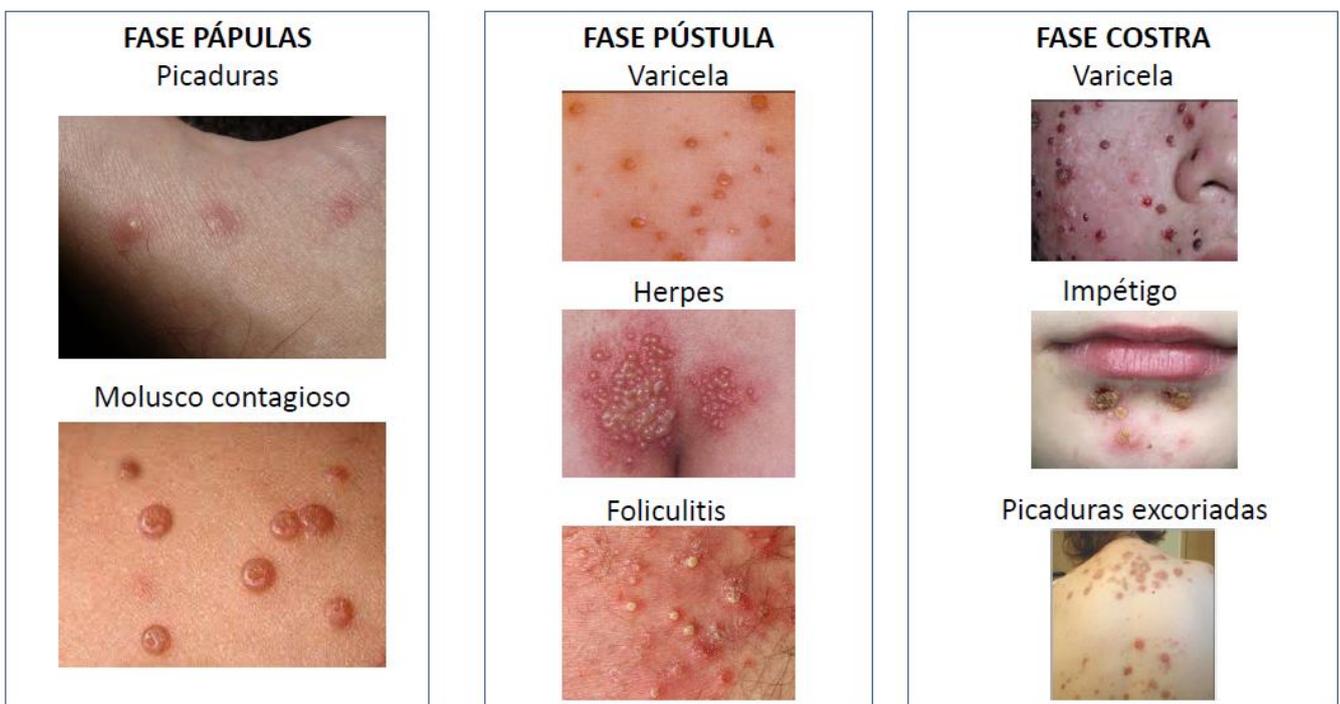
3. Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial es amplio, con inclusión de enfermedades infecciosas y no infecciosas, por lo que deben considerarse otros aspectos clínicos y epidemiológicos que orienten al diagnóstico diferencial:

- Epidemiológicos:
 - Contacto con caso con diagnóstico de sospecha / confirmado de viruela del mono en los 21 días anteriores al inicio de los síntomas.
 - Factores de riesgo de sífilis, gonococia u otras ITS.
 - Viajes: dado el amplio abanico de infecciones asociadas, se recomienda consultar con Unidades de Enfermedades Infecciosas o Patología Importada.
- Factores de inmunosupresión y/o otra comorbilidad asociada: consultar a Unidades de Enfermedades Infecciosas/Dermatología.

A continuación se expone el diagnóstico diferencial con las entidades más frecuentes en nuestro medio.

3.1. Diagnóstico diferencial según el tipo de lesión cutánea



Según las diferentes fases de las lesiones se establece el diagnóstico diferencial:

- Pápulas
 - Picaduras, generalmente muy pruriginosas, agrupadas, suele apreciarse punto de inoculación en el centro.
 - Molusco contagioso: pápulas rosadas umbilicadas en número variable.
- Pústula
 - Varicela: lesiones múltiples en diferentes estadios, asocia síntomas sistémicos similares a la viruela del mono.
 - Herpes simple: múltiples vesículas agrupadas, con base inflamatoria, generalmente dolorosas.
 - Herpes zóster: vesículas y ampollas, dolorosas, de distribución metamérica.
- Costra
 - Varicela
 - Impétigo: erosiones y costras amarillentas por desecación del exudado.
 - Picaduras excoriadas.

3.2. Diagnóstico diferencial con lesiones en área genital

<p>HERPES SIMPLE Vesículas agrupadas → costras Dolor/escozor. Curso recidivante (brotes previos) Adenopatías locorregionales (más pequeñas y menos dolorosas que la viruela del mono)</p> 	<p>SÍFILIS SECUNDARIA Exantema maculopapular en tronco y extremidades con afectación palmoplantar Ocasionalmente lesiones pustulosas. Puede acompañarse de lesiones en zona genital o perianal, son pápulas planas rosadas, a veces maceradas o erosivas</p> 
<p>SÍFILIS PRIMARIA Chancro duro: Pápula 1-2cm que se ulcera en el sitio de inoculación (surco balanoprepucial, piel perianal, mucosa oral o vulva) Poco o nada dolorosa, 2-4 semanas tras el contacto sexual de riesgo Desaparece espontáneamente</p> 	<p>LINFOGRANULOMA VENÉREO (Chlamydia trachomatis) Proctitis y lesiones ulceradas únicas o múltiples perianales +/- adenopatías inguinales +/- malestar general o fiebre</p> 
<p>MOLUSCO CONTAGIOSO Pápulas rosadas umbilicadas No hay clínica general ni linfadenopatía</p> 	<p>SARNA NODULAR/NÓDULOS ESCABIÓTICOS Pacientes con sarna que presentan en los genitales o axilas pápulas rosadas muy pruriginosas. No síntomas sistémicos</p> 

3.3. Diagnóstico diferencial con lesiones en otras localizaciones

<p>VARICELA Pápulas rosadas → vesículas → costras Brotos. Lesiones en diferentes estadios Fiebre, malestar general</p>		<p>FOLICULITIS Pápulas y sobre todo pústulas centradas por un pelo En zonas de afeitado, depilación y zonas de fricción No clínica general</p>	
<p>HERPES SIMPLE DISEMINADO Similar a la varicela pero las lesiones con tendencia a agruparse Pacientes inmunodeprimidos o con enfermedades previas de la piel (dermatitis atópica, pénfigos, Darier...)</p>		<p>PICADURAS Polimorfos: pápulas con punto de inoculación central, vesículas, ampollas A menudo agrupadas en una zona, disposición lineal</p>	
<p>IMPÉTIGO Erosiones y costras amarillentas, ocasionalmente ampollas. Atención puesto que las lesiones de viruela del mono pueden impetiginizarse (=sobreinfectarse)</p>		<p>GONOCOCEMIA DISEMINADA Artralgias (rodilla, muñeca, tobillo), pápulas purpúricas y pústulas en extremidades, manos y pies Fiebre y mal estado general</p>	
<p>SÍFILIS SECUNDARIA (ver previa)</p>			

3.4. Otros diagnósticos diferenciales

ECZEMAS AGUDOS Y SUBAGUDOS
Prurito y lesiones vesiculosas



ENFERMEDAD MANO-PIE BOCA
<3 años. Lesiones en mucosa oral, palmas/plantas
y nalgas. Pequeñas vesículas aisladas con halo
eritematoso. Al desecarse dejan costras



SARNA
Pueden cursar con lesiones ampollosas
en zonas acras, más en niños



PIODERMA GANGRENOSO

Dermatosis neutrofílica que cursa con pápulas y placas violáceas que se ulceran. Antecedentes de neoplasias hematológicas, enfermedad inflamatoria intestinal



VASCULITIS

Púrpura palpable, ocasionalmente ampollas



PUSTULOSIS EXANTEMÁTICA AGUDA GENERALIZADA

Toxicodermia. Eritema generalizado y múltiples pústulas milimétricas no centradas por folículos



EXANTEMA FIJO MEDICAMENTOSO

Cada vez que el paciente toma el fármaco responsable aparecen manchas eritematoparduzcas que pueden evolucionar a ampollas. Puede afectar a la mucosa oral



ENFERMEDADES AMPOLLOSAS AUTOINMUNES



4. Diagnóstico microbiológico

El diagnóstico microbiológico de la viruela del mono se ha centralizado en dos Servicios de Microbiología en la Comunidad Valenciana: Hospital General Universitario Dr. Balmis, para toda la provincia de Alicante y en el Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, para la provincia de Valencia y Castellón.

Por tanto, todas las muestras con sospecha de infección por *Monkeypox* en la provincia de Alicante se remitirán a Microbiología del Hospital General Universitario Dr. Balmis. El resto de pruebas diagnósticas que se soliciten, según el diagnóstico diferencial establecido tras la valoración clínica, se realizarán en el laboratorio de Microbiología de cada Departamento de Salud.

4.1. Diagnóstico microbiológico de la infección por *Monkeypox*

El diagnóstico microbiológico se realiza mediante la detección de genoma con PCR en tiempo real en las muestras obtenidas directamente de las vesículas, pústulas o costras, dado que son las muestras con mayor rentabilidad diagnóstica. También se ha detectado genoma viral en aspirado nasofaríngeo, orina, semen y plasma pero con menor rentabilidad.

En cuanto al diagnóstico serológico, parece que la IgM presenta elevada sensibilidad pero con elevado número de falsos positivos, y precisa de 5-7 días de evolución para la detección. La IgG puede ser útil para pacientes con enfermedad evolucionada, pero en ausencia de vacunación para viruela puesto que puede presentar reacciones cruzadas. Útil en estudios de sero-prevalencia o en diagnóstico con complicaciones tardías, como encefalitis.

En nuestro Departamento, ante sospecha clínica de viruela del mono recomendamos enviar **ÚNICAMENTE como muestra para el diagnóstico: FROTIS LÍQUIDO VESICULAR O COSTRA**, obtenido con torunda directamente en la lesión en medio de transporte viral.



Frotis vesícula/pústula o costra



Medio transporte virus

Las muestras se conservarán en frío, entre 2-8°C para su transporte, en caso de almacenar deben congelarse a -80°C. Estas muestras se consideran categoría B, por lo que para su transporte se aplicarán las precauciones de bioseguridad adecuadas. Se debe generar una petición electrónica en Gestlab y remitir el

volante con los datos del paciente junto con la muestra. Los resultados se informarán a través de Gestlab y de forma telefónica en caso de ser positivos; además, se comunicarán automáticamente a REDMIVA.

4.2. Pruebas de diagnóstico microbiológico en el diagnóstico diferencial.

En función del diagnóstico diferencial clínico se exponen los test de diagnóstico microbiológico indicados.

4.2.1. Diagnóstico microbiológico de vesículo-pústulas

- Varicela:
 - Detección serológica: presencia de IgM específica, en ausencia de IgG y/o detección de seroconversión. En los primeros 5-7 días la serología puede ser negativa.
 - Muestra: suero, tubo de tapón amarillo.
 - Detección del genoma viral en las vesículas, pústulas o costras.
 - Muestra: Material de la lesión depositado en medio de transporte viral
- Impétigo
 - Cultivo bacteriano.
 - Muestra: líquido vesícula/pústula/costra en medio de transporte para bacterias.



Tubo sangre tapón amarillo
(Serología)



Medio transporte para bacterias

Diagnóstico microbiológico en lesiones en área genital.

- Herpes genital:
 - Detección de genoma por PCR del virus herpes simple 1 y 2.

- Muestra: frotis tomado con torunda de las vesículas.
- Transporte: medio de transporte de virus.
- Sífilis
 - Detección de anticuerpos treponémicos.
 - Muestra: plasma, en tubo de sangre tapón amarillo.
- *Chlamydia trachomatis*
 - Detección de genoma por PCR.
 - Muestra: frotis de líquido vesicular y/o costra en medio de transporte de virus.
- *Neisseria gonorrhoeae*
 - Detección del genoma por PCR y cultivo bacteriológico.
 - Dos muestras: tomada directamente mediante torunda en medio de transporte viral y otra directamente en medio de transporte para bacterias.

Ante lesión ulcerada genital puede solicitarse en la misma muestra PCR para detección del Monkeypox, virus herpes simple, *C. trachomatis* y *N. gonorrhoeae*.



Medio transporte virus



Medio transporte para bacterias

Ante lesión ulcerada genital puede solicitarse en la misma muestra PCR para detección del Monkeypox, virus herpes simple, *C. trachomatis* y *N. gonorrhoeae*.

- Sarna
 - Diagnóstico clínico: lesiones sugestivas, y visualización del ácaro con el dermatoscopio en consulta de Dermatología
 - Excepcionalmente mediante visualización por microscopía directa en raspado de la lesión en contenedor estéril.

Toma de muestras en el diagnóstico diferencial

MUESTRA	PATÓGENOS	Prueba
Líquido vesicular en medio de transporte viral	Monkeypox <i>Chlamydia trachomatis</i> Herpes simple 1 y 2 Virus Varicella zoster <i>Neisseria gonorrhoeae</i>	PCR
Líquido vesicular en medio de transporte para bacterias	Impétigo <i>Neisseria gonorrhoeae</i>	Cultivo
Suero en tubo de tapón amarillo	Sífilis Varicella	RPR y ELISA Ac totales IgG e IgM
Contenedor estéril con raspado de lesión	Sarna	Microscopía

5. Tratamiento

El tratamiento es sintomático, la mayor parte presentan buen pronóstico con cuadro clínicos que se resuelve en pocas semanas.

Solo en pacientes con cuadro clínico grave, se planteará el tratamiento etiológico. Existe poca experiencia con el tratamiento, con experiencia con brincidofovir (actualmente no disponible) y tecovirimat, con solicitud directamente a la AEMPS. Estos pacientes serán evaluados en la Unidad de Enfermedades Infecciosas.

6. Medidas de prevención y control

Todos los casos, tanto de sospecha como confirmados de MPXV, deben permanecer bajo recomendaciones de precauciones estándar y precauciones ampliadas (aislamiento).

6.1. Manejo de casos sospechosos o confirmados en el ámbito hospitalario

- Urgencias: Los casos sospechosos y confirmados de MPXV deben ser atendidos en Nivel 3.
- Hospitalización: habitación individual. El fin del aislamiento será indicado por Medicina Preventiva, y de forma general, se indicará su retirada cuando todas las lesiones hayan desaparecido..
- Reducción al mínimo imprescindible el número de personas en la habitación.

- El personal sanitario que atienda a estos pacientes, o las personas que entren en la habitación, deben utilizar el Equipo de Protección Individual (EPI) adecuado para precauciones estándar y precauciones ampliadas de transmisión por contacto, y por principio de precaución, precauciones ampliadas de transmisión aérea:
 - Higiene de manos
 - Bata impermeable y de manga larga.
 - Mascarilla FFP2: para aquellos procedimientos con riesgo de generación de aerosoles, se sustituirá la mascarilla FFP2 por una mascarilla FFP3.
 - Protección ocular cuando haya riesgo de salpicaduras o de generación de aerosoles.
 - Guantes no estériles (salvo que el procedimiento lo requiera).
- Protocolos de gestión de residuos: habituales del centro (clase III).
- La limpieza y desinfección de las superficies con las que ha estado en contacto el paciente, se realizará con los desinfectantes habituales del centro.

6.2. Manejo de casos sospechosos o confirmados en Atención Primaria

- Los casos sospechosos o confirmados de MPX se situarán en una consulta hasta ser atendidos, separados del resto de pacientes de la sala de espera.
- El personal sanitario que atienda a estos pacientes o las personas que entren en la consulta, seguirán las mismas recomendaciones citadas en el punto anterior.

6.3. Recomendaciones en domicilio para el paciente

Se indicarán las siguientes recomendaciones en domicilio hasta que se descarte la sospecha o, en los casos confirmados, hasta que todas las lesiones cutáneas hayan desaparecido:

- Permanezca en casa, en habitación individual o área separada del resto de convivientes.
- Evite el contacto físico con otras personas y las relaciones sexuales.
- Se recomienda mantener cubiertas las lesiones.
- Utilizar mascarilla quirúrgica. Se recomienda que el resto de convivientes lleven mascarilla cuando se acerquen para prestar cuidados.
- No compartir ropa de cama, toallas, utensilios de cocina, etc.
- Los utensilios para comer pueden lavarse en lavavajillas o a mano con jabón habitual y agua caliente.
- La ropa sucia no debe sacudirse. Se pondrá en la lavadora con el detergente habitual y preferiblemente con agua caliente.
- Las superficies y objetos contaminados pueden limpiarse con lejía de uso doméstico.
- Debe evitar el contacto con animales silvestres o domésticos.
- No podrá donar sangre durante 120 días tras la resolución de los síntomas.
- Informe de su situación a los CONTACTOS que haya tenido desde el inicio de los síntomas. Informe a sus parejas sexuales y a sus convivientes. Es importante que estos vigilen la aparición de síntomas (fiebre, cefalea, dolor muscular, aumento de ganglios, lesiones cutáneas), durante 21 días tras el último contacto. Así mismo, deberán extremar las precauciones, utilizar de forma constante mascarilla, reducir todo lo posible las interacciones sociales y evitar las relaciones sexuales. Si presenta síntomas, debe permanecer en casa, en habitación individual, y comunicarlo a su médico.

7. Circuitos asistenciales de derivación

7.1. Desde el Servicio de Urgencias

Ante un paciente con sospecha clínica, se establecerán las medidas de prevención y control de infecciones según apartado anterior y se realizará:

- Ante un caso sospechoso de MPXV, desde los servicios asistenciales se deberá contactar con el **Servicio de Medicina Preventiva (teléfono 445023/445297)** que realizará de forma urgente la encuesta epidemiológica correspondiente, la declaración al Centro de Salud Pública y la búsqueda e identificación de contactos estrechos.
- Evaluación clínica y decisión de ingreso hospitalario en función de la situación clínica del paciente.

- Hospitalización: En función de la gravedad y/o dificultad para medidas de aislamiento, se realizará ingreso en planta de hospitalización 8ªD.
- Toma de muestras: ajustadas según cuadro clínico:
 - Lesiones genitales: frotis con torunda para MPXV, herpes simple, *C. trachomatis* y *N. gonorrhoeae*. Serología para sífilis y VIH.
 - Vesículas/pústulas: según distribución y cuadro clínico, frotis para MPXC, Herpes simple y/o cultivo bacteriano ante sospecha de sobreinfección/impétigo.
- Si alta hospitalaria:
 - Especificar en el informe recomendaciones a seguir en domicilio para el paciente (punto 6.3). Interconsulta a Medicina Preventiva informando del alta hospitalaria para que se realice el seguimiento hasta el alta epidemiológica.
 - Lesiones genitales: Interconsulta a UEI para seguimiento.
 - Lesiones en área no-genital: Interconsulta a Dermatología.

7.2. Desde Atención Primaria.

Ante un paciente con sospecha clínica, se establecerán las medidas de prevención y control de infecciones según apartado anterior, se hará constar en SIA con el código B04 “Viruela de los Monos” y se realizará:

- Derivación hospitalaria: Remitido a Hospital de día de la Unidad de Enfermedades Infecciosas, mediante interconsulta virtual o llamada telefónica (445170/965913576)
- Contacto con el Servicio de Medicina Preventiva (teléfono 445023/445297) que realizará de forma urgente la encuesta epidemiológica correspondiente, la declaración al Centro de Salud Pública y la búsqueda e identificación de contactos estrechos.

7.3. Desde otros Servicios Hospitalarios

- Ante un caso sospechoso de MPXV, desde los servicios asistenciales se deberá contactar con el Servicio de Medicina Preventiva (teléfono 445023/445297) que realizará de forma urgente la

encuesta epidemiológica correspondiente, la declaración al Centro de Salud Pública y la búsqueda e identificación de contactos estrechos.

- Contacto directo telefónico con la Unidad de Enfermedades Infecciosas y/o Dermatología para valoración clínica.

7.4 Derivación desde el Centro de Información y Prevención de SIDA

Se establece el protocolo de derivación para pacientes del Departamento de Salud 19 Alicante-Hospital General.

Ante un paciente con sospecha clínica, se establecerán las medidas de prevención y control de infecciones según apartado anterior, se hará constar en SIA con el código B04 “Viruela de los Monos” y se realizará:

- Contacto con el Servicio de Medicina Preventiva (teléfono 445023/445297) que realizará de forma urgente la encuesta epidemiológica correspondiente, la declaración al Centro de Salud Pública y la búsqueda e identificación de contactos estrechos.
- Toma de muestras

8. Consideraciones en Pediatría

La clínica de la viruela del mono suele ser autolimitada pero puede ser grave en los niños

- El diagnóstico diferencial va a ser principalmente con otras enfermedades exantemáticas que cursan con erupción pustulosa o vesicular generalizada. La linfadenopatía en la etapa prodrómica de la enfermedad es característica para distinguirla de otras enfermedades exantemáticas
- Para el diagnóstico se remitirá muestra de lesión cutánea: líquido vesicular, frotis de lesiones vesiculares, exudados o costras, enviadas en medio de transporte de virus y conservadas en frío. Solo si sospechamos sobreinfección bacteriana se mandará una muestra para estudio de bacterias.
- En caso de no ser factible el uso de mascarilla del caso sospechoso o confirmado se recomienda que el resto de convivientes la lleven

- Ante un paciente con sospecha clínica en Urgencias de Pediatría se situará en el box de aislamiento donde será atendido. Si no es posible se situará en una consulta separado del resto de pacientes de la sala de espera
- Si precisara hospitalización ingresará en habitación individual en Lactantes ó Escolares según la edad. Si no hubiese disponibilidad en alguna de las áreas se hará el ingreso en habitación individual independientemente de la edad
- Si es dado de alta se hará interconsulta a Pediatría-Enfermedades infecciosas para seguimiento (además de la interconsulta a Medicina Preventiva)
- Los pacientes sospechosos desde Atención Primaria serán remitidos a Urgencias de Pediatría para valoración y toma de muestras.

Bibliografía

1. Adler H, Gould S, Hine P, Snell LB, Wong W, Houlihan CF, Osborne JC, Rampling T, Beadsworth MB, Duncan CJ, Dunning J, Fletcher TE, Hunter ER, Jacobs M, Khoo SH, Newsholme W, Porter D, Porter RJ, Ratcliffe L, Schmid ML, Semple MG, Tunbridge AJ, Wingfield T, Price NM; NHS England High Consequence Infectious Diseases (Airborne) Network. Clinical features and management of human monkeypox: a retrospective observational study in the UK. *Lancet Infect Dis.* 2022 May 24:S1473-3099(22)00228-6. doi: 10.1016/S1473-3099(22)00228-6. Epub ahead of print. Erratum in: *Lancet Infect Dis.* 2022 May 26;; Erratum in: *Lancet Infect Dis.* 2022 Jun 2;; PMID: 35623380.
2. Antinori A, Mazzotta V, Vita S, Carletti F, Taconi D, Lapini LE et al. Epidemiological, clinical and virologic characteristics of four cases of monkeypox support transmission through sexual contact, Italy, May 2022. *Eurosurveillance* 2022; 27(22):pii=2200421. <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2022.27.22.2200421>
3. https://www.esmid.org/fileadmin/src/media/PDFs/3Research_Projects/EITaF/EITaF_2022_05_20.pdf
4. <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Monkeypox-multi-country-outbreak.pdf>
5. <https://www.gov.uk/guidance/monkeypox#clinical-features>
6. Townsend MB, Keckler MS, Patel N, Davies DH, Felgner P, Damon IK, Karem KL. Humoral immunity to smallpox vaccines and monkeypox virus challenge: proteomic assessment and clinical correlations. *J Virol.* 2013 Jan;87(2):900-11. doi: 10.1128/JVI.02089-12. Epub 2012 Nov 7. PMID: 23135728; PMCID: PMC3554095.
7. Diagnóstico diferencial de las lesiones cutáneas de la viruela del mono. FACME (Federación De Asociaciones Científico Médicas Españolas). Academia Española Dermatología y Venereología, Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas, Sociedad Española de Medicina de Familia y Asociación Española de Pediatría. https://seimc.org/contenidos/documentoscientificos/seimc-dc-2022-Viruela-mono-Diagnostico_diferencial-lesiones-cutaneas.pdf