

PROCEDIMIENTO PARA LA DETECCIÓN Y CONTROL. MONKEYPOX

Documento Adaptado. Servei d'Epidemiologia. Direcció General de Salut Pública.

Documento origen: "PROTOCOLO PARA LA DETECCIÓN PRECOZ Y MANEJO DE CASOS DE VIRUELA DE LOS MONOS (MONKEYPOX) EN ESPAÑA , 2 de noviembre de 2022".

Actualizado= 3 noviembre de 2022

INTRODUCCION

La viruela de los monos (monkeypox, MPX) es una enfermedad zoonótica viral poco frecuente endémica en algunos países de África occidental y central. Todos los casos de MPX identificados fuera de áreas endémicas hasta mayo de 2022 habían sido importados o vinculados a un caso importado o a animales importados de áreas endémicas. El principal mecanismo de transmisión descrito de MPXV en humanos ocurría a través de contacto directo o indirecto con mamíferos vivos o muertos, principalmente roedores o primates de zonas endémicas. En el pasado, el clado de África occidental se había asociado con una transmisión limitada de persona a persona.

Desde mayo de 2022 más de 100 países no endémicos han notificado más de 68.000 casos con cadenas de transmisión sin vínculo con países endémicos en un brote internacional sin precedentes. El día 23 de julio de 2022, el director General de la OMS, reconociendo las complejidades e incertidumbres asociadas con este evento, determinó que el brote de MPX constituye una emergencia de salud pública de importancia internacional (ESPII).

España ha sido uno de los países más afectados a nivel global en este brote. La gran mayoría de las comunidades autónomas han notificado casos, aunque con grandes diferencias entre ellas. Tras más de tres meses de circulación del virus en España se ha observado que la gran mayoría de casos en nuestro país, y a nivel global, continúan siendo identificados fundamentalmente en hombres que tienen sexo con hombres (HSH). La transmisión ocurre en la gran mayoría de los casos a través de contacto físico muy estrecho, principalmente en relaciones sexuales en contextos de alto riesgo.

Además, se han identificado algunos casos esporádicos en mujeres, menores o ancianos, contactos estrechos de casos confirmados, sin embargo, no se ha evidenciado un desplazamiento a otros grupos poblacionales. Hasta el momento la gran mayoría de casos detectados en España y el resto de países afectados en este brote son leves, con una proporción muy baja de ingresos hospitalarios.

Actualmente se está produciendo una reducción en el número de nuevos casos tanto en España como en todos los países afectados. Esta disminución puede estar influida por múltiples factores como la saturación de cadenas de transmisión, el efecto de la implementación de las medidas de prevención y control de la enfermedad, la disminución de la exposición tras el periodo estival, cambios en el comportamiento que reducen el riesgo, y por el efecto de las vacunas, aunque se desconoce su efectividad real como medida preventiva en la situación actual. Esto, asociado al comportamiento leve de la enfermedad justifica la revisión de este protocolo.

AGENTE

MPX es una zoonosis viral causada por el virus de la viruela del mono (MPXV), que pertenece al género Orthopoxvirus, de la familia Poxviridae. El género Orthopoxvirus incluye el virus de la viruela (el causante de la viruela), el virus vaccinia (utilizado en la vacuna contra la viruela) y el virus de la viruela bovina.

Existen dos clados distintos de MPXV en diferentes regiones geográficas de África: el clado de África Central y el de África Occidental, siendo esta última la de menor virulencia. El clado identificado en el brote actual es el clado de África Occidental.

El MPXV pertenece al grupo 3 de la clasificación del Comité Asesor de Patógenos peligrosos de Reino Unido. Produce síntomas similares a los observados en el pasado en pacientes con viruela, aunque clínicamente es menos grave. Con la erradicación de la viruela en 1980 y el posterior cese de la vacunación contra la viruela, el MPXV se ha convertido en el orthopoxvirus más importante a nivel global.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

- Suele ser una enfermedad autolimitada y la mayoría de las personas se recuperan en varias semanas. Sin embargo, en algunos casos puede producirse una enfermedad grave.
 - **Cuadro clínico clásico inicial:** Prodrómico con fiebre, dolor de cabeza, dolores musculares, linfadenopatías o cansancio.
- Entre 1 y 5 días después de la aparición de la fiebre, se desarrollan **lesiones cutáneas**.

En **este brote** las lesiones identificadas con mayor frecuencia han sido de localización genital, perianal y perioral.

Se suelen observar áreas de eritema o de hiperpigmentación de la piel alrededor de las lesiones. Las lesiones pueden variar de tamaño. Característicamente las lesiones evolucionan de forma uniforme y de manera secuencial de máculas a pápulas, vesículas, pústulas y costras que se secan y se caen. El número de lesiones varía de unas pocas a decenas o cientos. En casos graves, las lesiones pueden coalescer hasta que se desprenden grandes secciones de piel.

- Los síntomas suelen durar entre 2 a 4 semanas.
- Los **casos graves** ocurren con mayor frecuencia entre los niños, embarazadas, adultos jóvenes y personas inmunocomprometidas y están relacionados con el grado de exposición al virus y la vulnerabilidad de la persona.
- Las **complicaciones** pueden incluir infecciones bacterianas secundarias, bronconeumonía, lesiones faríngeas que comprometen total o parcialmente la vía aérea, sepsis, encefalitis e infección de la córnea con la consiguiente pérdida de visión.

En el brote actual, las principales complicaciones identificadas hasta ahora en España han sido úlceras bucales, y sobreinfecciones bacterianas. También se han identificado complicaciones más graves como proctitis y úlceras corneales. Se han identificado dos casos de encefalitis asociadas a fallecimiento en dos adultos jóvenes.

- El **diagnóstico diferencial clínico** que debe considerarse incluye otras enfermedades exantemáticas que pueden cursar con erupción pustulosa o vesicular generalizada, como viruela (ante el riesgo de que pudiera tratarse de un evento intencionado), varicela, herpes virus, eczema herpeticum, algunos enterovirus (como coxsakie o echovirus) sarampión, infecciones cutáneas bacterianas, sarna, sífilis y alergias asociadas a medicamentos y algunas enfermedades dermatológicas. La linfadenopatía durante la etapa prodrómica de la enfermedad puede ser una característica clínica para distinguir MPX de la varicela o la viruela.

La rápida detección de nuevos casos es fundamental para cortar posibles cadenas de transmisión. El reconocimiento de MPX requiere un alto índice de sospecha clínica. La identificación clínica de MPX es difícil durante la fase inicial, a menos que la persona sea un contacto estrecho de un caso ya identificado

PERÍODO DE INCUBACIÓN

5 a 21 días, con un promedio entre 7 y 10 días (estimado en series de casos en España y otros países)

PERIODO TRANSMISIBILIDAD

Existe incertidumbre en la literatura sobre el momento de inicio del periodo de transmisibilidad, aunque en general se considera que MPX se puede propagar desde el momento en que comienzan los primeros síntomas prodrómicos o, en caso de debutar con exantema, desde el día previo a su aparición hasta que las lesiones hayan cicatrizado por completo, las costras se hayan caído y se haya formado una nueva capa de piel. Esto puede llevar varias semanas.

TRANSMISIÓN

En el contexto del brote actual, la transmisión de MPXV de persona a persona está relacionada fundamentalmente con la siguiente situación:

- Contacto físico estrecho y directo con lesiones en la piel o algunos fluidos corporales (saliva, semen, exudado nasofaríngeo y rectal, orina y heces) de una persona infectada, en el contexto de relaciones sexuales o en otras situaciones de contacto físico continuado y prolongado.

Además, la transmisión también puede ocurrir, aunque su contribución al brote es menos importante=

- Por contacto prolongado cara a cara a través de las secreciones respiratorias de una persona infectada.
- De manera indirecta, a través de objetos (ropa o textiles, instrumental no esterilizado) que hayan sido usados por personas infectadas.
- Transmisión transplacentaria.

El perfil de transmisión observado en el transcurso del brote evidencia que el potencial riesgo de transmisión aérea es mínimo.

También es posible que las personas contraigan el MPXV de animales infectados, ya sea al ser arañados o mordidos por el animal o al preparar o comer carne o usar productos de un animal infectado.

DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO. GESTIÓN-INVESTIGACIÓN DE MUESTRAS. NOTIFICACIÓN DE RESULTADOS.

- **Las pruebas diagnósticas para confirmación de MPXV se realizarán en cualquier laboratorio que cuente con PCR específica para MPXV o genérica para Orthopovirus.**
- **Los laboratorios o centros que no cuenten con tales técnicas remitirán muestras para confirmación al Servicio de Microbiología del Hospital Universitario Son Espases.**
Sólo el Servicio de Microbiología de HUSE puede enviar muestras al CNM.

- Para la gestión e investigación de muestras destinadas a confirmación etiológica cualquier nivel asistencial, cualquier laboratorio y de cualquier isla se coordinará con el Servicio de Microbiología del Hospital Universitario Son Espases (HUSE).
- El Servicio de Microbiología de HUSE se coordinará a su vez con el Centro Nacional de Microbiología (CNM) para reconfirmación si procede.
- Los envíos desde el Servicio de Microbiología de HUSE al CNM se considerarán - teniendo en cuenta la Así mismo, el Servicio de Microbiología del HUSE se coordinará con el resto de laboratorios para la investigación de diagnósticos alternativos en función de las capacidades.
- El envío de muestras al Servicio de Microbiología de HUSE se realizará independientemente de que se inicien pruebas para la investigación de diagnósticos alternativos.

COMUNICACIONES LABORATORIOS =

- El Servicio de Microbiología del HUSE notificará a vigilancia@dgsanita.caib.es detallando como mínimo la identificación nominal del caso y procedencia de las muestras, lo siguiente:
 - La recepción de muestras para diagnóstico de MPXV, de cualquier procedencia.
 - Los resultados recibidos del CNM.
 - Los resultados positivos o negativos de confirmación de MPXV o de diagnósticos alternativos realizados en el propio laboratorio.
- Cualquier otro laboratorio notificará a vigilancia@dgsanita.caib.es:
 - Los resultados positivos de diagnósticos alternativos y los resultados positivos a MPXV realizados en dicho laboratorio detallando al menos la identificación nominal del caso y procedencia de la muestra.

Muestras

La muestra de elección es la muestra de lesión cutánea: líquido vesicular, frotis de lesiones vesiculares, exudados o costras, enviadas en medio de transporte de virus y conservadas en frío. Si esta muestra no estuviera disponible o se requiriesen otros estudios adicionales se podrían utilizar otras muestras como frotis de la mucosa bucal o faríngea o frotis anal.

Las muestras se enviarán a aquellos laboratorios con capacidad diagnóstica para MPX que la comunidad autónoma designe o al Centro Nacional de Microbiología (CNM).

El MPXV se clasifica como agente de clase 3 y el diagnóstico se puede realizar en laboratorios con nivel de bioseguridad BSL2 utilizando precauciones más estrictas de tipo 3.

Las muestras se enviarán, acorde con lo establecido en las operaciones de transporte de mercancías peligrosas por carretera en el territorio español, como mercancía de categoría A cumpliéndose las prescripciones de la normativa para el nº ONU 2814.

Las muestras se conservarán y enviarán en medio de transporte de virus. También pueden enviarse en tubo seco. Si tienen que conservarse un tiempo antes de su envío, se guardarán a cuatro grados centígrados.

Ante la aparición de un cuadro clínico grave se recomienda el envío de muestras al Centro Nacional de Microbiología (ISCIII) para el estudio microbiológico completo del caso y la secuenciación del genoma viral, en caso de que se considere oportuno. Para ello, las muestras recomendadas se determinarán en función del cuadro clínico observado. Así, ante una manifestación neurológica se debe recoger LCR; en caso de neumonía, muestras respiratorias (esputo, lavado broncoalveolar, exudado nasofaríngeo, etc.). Además, si es posible se enviará también siempre una muestra de la lesión cutánea y de suero. En caso de evolución fatal, las necropsias deben enviarse en fresco, nunca parafinadas o en formol, ya que estos procesos comprometen la viabilidad viral y con ello la rentabilidad del cultivo posterior para la caracterización virológica. El envío debe realizarse en triple embalaje y refrigerado (2-8°C). Si las muestras ya estuvieran congeladas, se enviarían en hielo seco para evitar sucesivos procesos de descongelación- congelación.

DEFINICIÓ DE CASO. CLASIFICACIÓ DE CASO. INDICACIÓ DE PRUEBA.

Criterio clínico

Una persona con un cuadro clínico altamente sugestivo de infección por monkeypox (MPX)* en la que se han descartado o el diagnóstico diferencial indica que hay muy baja sospecha de otras patologías.

**Exantema vesicular o pustular (especialmente si es umbilicado) en cualquier parte del cuerpo con uno o más de los siguientes: fiebre (>38.5°C), dolor de cabeza intenso, mialgia, artralgia, dolor de espalda, linfadenopatía.*

Criterio epidemiológico:

En los 21 días antes del inicio de síntomas cumple al menos UNO de los siguientes:

- Ha tenido un contacto estrecho con un caso confirmado o probable de MPX.
- Ha mantenido relaciones en contextos sexuales de riesgo.
- Historia de viaje a zonas endémicas de África occidental o central en las que se haya identificado circulación de virus.

Criterio de laboratorio:

Detección de genoma de virus de MPX (MPXV) mediante por PCR específica o genérica para Orthopoxvirus en muestra clínica.

Clasificación de casos. Categoría de caso.

- "Caso sospechoso": Cumple el criterio clínico.
- "Caso probable": Cumple criterio clínico y criterio epidemiológico.
- "Caso confirmado": Cumple criterio de laboratorio.
- "Caso descartado": Caso Sospechoso o Probable en los que el resultado de laboratorio en muestras de alta calidad ha sido negativo.

Indicación de prueba diagnóstica

Ante un caso sospechoso o probable está indicada la toma de muestra para diagnóstico etiológico.

DEFINICIÓN DE CONTACTO ESTRECHO

Aquellas personas que **hayan estado con un caso** desde el momento de aparición de los primeros síntomas prodrómicos o, en caso de debutar con exantema, desde el día previo a su aparición, en las siguientes circunstancias:

- Contacto físico, sin protección, con fluidos corporales o tejidos de lesiones de un caso, especialmente en contextos de contacto muy estrecho y directo, como son las relaciones sexuales o contacto habitual entre convivientes.
- Contacto directo y prolongado, sin protección, con ropas, ropa de cama o fómites utilizados por un caso, especialmente en el contexto de convivientes.
- En ausencia de contacto físico, con el antecedente de exposición a menos de 1 metro durante un periodo prolongado, sin protección, con un caso, se deberá realizar una evaluación individualizada del riesgo.
- Personal sanitario expuesto a fluidos corporales, tejidos de lesiones o secreciones respiratorias sin el EPI apropiado o con incidencias en la utilización del mismo.
- Manejo de muestras de un caso confirmado por personal de laboratorio sin el EPI apropiado o con incidencias en la utilización del mismo.
- Contacto con el cadáver de una persona fallecida por MPX o con ropa o fómites del cadáver, sin el EPI apropiado o con incidencias en su utilización.

NOTIFICACIÓN DE CASOS

- Se establece la notificación obligatoria de los **casos de cualquier categoría**. Los casos confirmados que cursen con neumonía, encefalitis o meningoencefalitis, lesiones faríngeas que impidan la deglución de líquidos y/o presenten compromiso total o parcial de la vía aérea, serán considerados de especial gravedad y notificación urgente.
- Se establece la notificación obligatoria de **Ampliaciones de Información** relativa a casos ya notificados: Complicaciones, ingresos, cambios en la evolución, etc.
- Se utilizará el protocolo de notificación difundido y disponible en www.epidemiologia.caib.es.
- Cualquier notificación o comunicación se remitirá a vigilancia@dgsanita.caib.es.
- Desde el ámbito hospitalario, las notificaciones de caso se realizarán preferentemente a través del Servicio de Medicina Preventiva o unidad equivalente.

- Las unidades de vigilancia de las Comunidades Autónomas notificarán a CNE y CCAES los casos confirmados y probables.

MEDIDAS DE CONTROL. CASOS SOSPECHOSOS, PROBABLES Y CONFIRMADOS.

Desde la unidad o estructura que diagnostique y clasifique inicialmente el caso se aplicarán las medidas de control.

Ámbito= Caso no hospitalizado

- Las medidas de control y seguimiento clínico en este contexto se realizará preferentemente desde la unidad o estructura que indica la derivación domiciliaria del caso o por la estructura habilitada por el Servei de Salut.
- Indicar modo de contacto con el sistema sanitario ante un supuesto de precisar atención médica o traslado.
- No es necesario el aislamiento, aunque los casos deberán minimizar las interacciones con otras personas, especialmente con población vulnerable, evitando el contacto físico y las relaciones sexuales hasta que las lesiones hayan cicatrizado por completo, las costras se hayan caído y se haya formado una nueva capa de piel. Las lesiones deben estar cubiertas. Sin embargo, en los casos que presenten un elevado número de lesiones, en los que no sea posible cubrirlas por completo, se aconsejará el aislamiento en el domicilio. Siguiendo el principio de precaución, la OMS recomienda el uso de preservativo en las relaciones sexuales durante las primeras 12 semanas tras finalizar el aislamiento.
- Uso de mascarilla quirúrgica, especialmente en aquellos que presenten síntomas respiratorios. Se recomienda que el resto de convivientes lleve mascarilla cuando se acerquen a prestar cuidados.
- El caso debe tener utensilios para el hogar designados únicamente para él, sin que ningún otro conviviente deba usarlos (ropa, sábanas, toallas, cubiertos, vasos, platos, etc.)
- Los convivientes del paciente deben evitar el contacto con el caso.
- Limitar las visitas a las imprescindibles.
- Adecuada higiene de manos (lavarse las manos con agua y jabón o usar un desinfectante para manos).
- Evitar el contacto con animales silvestres o domésticos. Se deben seguir las recomendaciones emitidas por el Ministerio de Agricultura, Pesca y Ganadería.

- Las personas que se encuentran fuera de su localidad de residencia en el momento del diagnóstico, tras una valoración por las autoridades de salud pública de la comunidad autónoma, podrán regresar al lugar de residencia siguiendo las recomendaciones de salud pública. En este contexto, el desplazamiento se realizará en medio de transporte privado. En caso de que esto no sea posible, como por ejemplo en el caso de desplazamiento a islas o ciudades autónomas se podrá utilizar un medio de transporte público tomando las medidas de precaución adecuadas (lesiones cubiertas y mascarilla).

Ámbito = Caso hospitalizado

- El ingreso debe llevarse a cabo en una habitación individual con baño incluido y una buena ventilación.
- Se debe mantener el aislamiento hasta que todas las lesiones hayan desaparecido.
- El personal sanitario que atiende a estos casos o las personas que entren en la habitación de aislamiento (familiares, personal de limpieza...) deben utilizar el Equipo de Protección Individual (EPI) adecuado para precauciones de transmisión de contacto y por gotas.
- Los procedimientos médicos, especialmente aquellos que generen aerosoles y cualquier otro tipo de procedimiento sobre la vía aérea, como la intubación traqueal, el lavado bronco-alveolar, ventilación manual, requieren medidas de protección especiales. Durante la realización del procedimiento, se deberán reducir al mínimo el número de personas en la habitación y todos deben llevar:
 - Una mascarilla de alta eficacia FFP3.
 - Protección ocular ajustada o protector facial completo.

- Guantes y batas impermeables de manga larga (si la bata no es impermeable y se prevé que se produzcan salpicaduras de sangre u otros fluidos corporales, añadir un delantal de plástico).
- Calzas.
- Es importante tener un listado de todo el personal que atiende a casos. Su valoración y seguimiento se realizará por el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales de su centro sanitario.
- Cuando sea necesario realizar el transporte del paciente se realizará en una ambulancia convencional y el personal que intervenga en el transporte deberá ser informado previamente y deberá utilizar equipo de protección individual adecuado (ver en los puntos anteriores).
- Todas las muestras recogidas para investigación por el laboratorio deben ser tratadas como potencialmente infecciosas, y los trabajadores sanitarios que recogen muestras clínicas deben llevar el EPI adecuado para minimizar la posibilidad de exposición a los patógenos.
- Para asegurar un sistema seguro de trabajo se deben seguir los protocolos de descontaminación, mantenimiento y eliminación de residuos utilizados habitualmente para otro tipo de microorganismos con el riesgo de propagación y mecanismo de transmisión similar. Los residuos se consideran residuos de Clase III o como residuos Biosanitarios Especiales
- Los laboratorios clínicos deben ser informados con anticipación de las muestras enviadas para que puedan minimizar el riesgo para los trabajadores de laboratorio y, cuando corresponda, realizar de manera segura las pruebas de laboratorio que son esenciales para la atención clínica.

Además de lo descrito las unidades de control de la infección de los centros sanitarios establecerán todas aquellas medidas que se consideren necesarias.

MEDIDAS DE CONTROL. CONTACTOS ESTRECHOS.

Ante cualquier caso probable o confirmado se iniciará la búsqueda e identificación de contactos estrechos.

Los contactos estrechos no realizarán cuarentena, aunque deben extremar las precauciones y reducir todo lo posible las interacciones sociales utilizando de forma constante la mascarilla durante 21 días tras la exposición. Esto incluye la abstención de mantener contactos sexuales durante este periodo.

Si alguno de los contactos presenta fiebre o cualquier otro síntoma compatible con la clínica de la enfermedad, deberá seguir las recomendaciones establecidas para los casos no hospitalizados, y contactar de forma urgente mediante el mecanismo establecido en cada Ciudad o Comunidad Autónoma que le indicará las actuaciones a seguir. Si no se desarrolla exantema en un plazo de 5 días tras la aparición de los primeros síntomas o se diagnostica otra enfermedad que los explique, se suspenderán las recomendaciones establecidas.

Seguimiento= Una vez indicadas al contacto estrecho las pautas descritas más adelante, no se realizará seguimiento activo del mismo excepto si lo aconseja el perfil de mismo. En este supuesto, el seguimiento activo consistirá en una llamada diaria para cerciorarse del mantenimiento de medidas y ausencia de signos y síntomas. La decisión respecto a la fiabilidad de que el contacto estrecho se atenga a las recomendaciones sin necesidad de seguimiento activo recaerá en la medida de lo posible en el equipo de Atención Primaria o del Servei de Salut que tenga asignado. En un contexto de duda, se hará seguimiento activo.

En el resto de supuestos, el seguimiento se limitará a una llamada en los días inmediatamente previos al día de finalización de medidas.

Todas las unidades e instituciones, públicas o privadas que intervengan en el proceso deben colaborar en la identificación de contactos y en la transmisión a los mismos de las medidas pertinentes.

Si fuera preciso, la red asistencial privada y pública se coordinarán para establecer el seguimiento de contactos con el máximo de operatividad.

Contactos perfil comunitario:

- Se recomienda poner en conocimiento del centro de salud de estas personas, hospital de referencia y otras unidades involucradas en la atención clínica o en la aplicación del protocolo, el hecho de que están en vigilancia por ser contactos. Si es posible, en la historia clínica de estos contactos se incluirá un flash (o similar) para alertar a los médicos que tengan que atenderles.
- El seguimiento - activo en caso de precisarse- se recomienda sea realizado preferentemente desde el nivel de Atención Primaria o estructura habilitada por el Servei de Salut.

Contactos perfil laboral:

- La identificación, asesoramiento y seguimiento se realizará preferentemente desde los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales que corresponda y serán dichos servicios los responsables de establecer el operativo y pautas para tal seguimiento.

RECOMENDACIONES DE VACUNACIÓN

Históricamente, se ha demostrado que la vacunación contra la viruela protege contra MPX. En 2019 se aprobó una vacuna de tercera generación contra la viruela por parte de la EMA. Su disponibilidad es limitada. En 2022 se ha aprobado, también por la EMA, un tratamiento antiviral específico que no está comercializado en España y del que hay también una disponibilidad muy limitada.

En el contexto del brote actual, se han emitido una serie de recomendaciones de vacunación accesibles en <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/MonkeyPox/home.htm>

MEDIDAS DE CONTROL AMBIENTAL

- La ropa, como ropa de cama, toallas, etc., se debe lavar en una lavadora estándar con agua caliente (60 grados) y detergente. Se puede agregar lejía, aunque esta no es necesaria. Se debe tener cuidado al manipular la ropa sucia para evitar el contacto directo con el material contaminado. La ropa sucia no debe sacudirse ni manipularse de manera que pueda dispersar partículas infecciosas. Tampoco debe lavarse con el resto de la ropa de la casa. Las alfombras, cortinas y otros pueden limpiarse con vapor.
- Los platos y otros utensilios para comer no deben compartirse. Los platos sucios y los utensilios para comer deben lavarse en un lavaplatos o a mano con agua caliente y jabón.
- Las superficies y objetos contaminados deben limpiarse y desinfectarse con un desinfectante de uso hospitalario o con hipoclorito sódico (lejía) de uso doméstico a una concentración del 0,1% (si se utiliza lejía doméstica, la dilución sería 1:50 pues, normalmente, está a una concentración inicial del 5%).
- Los locales donde se practica el sexo, especialmente el sexo en grupo, como saunas, cuartos oscuros y clubes sexuales, suelen tener protocolos estandarizados para la limpieza frecuente de estos espacios. Además de la limpieza de rutina, los locales deben limpiarse con mayor frecuencia durante periodos de gran actividad o si se ensucian con fluidos corporales. Las áreas que deben ser objeto de limpieza incluyen cualquier superficie que pueda estar en contacto con la piel de las personas, como bancos, sillas, paredes, camas y sofás. Los desechos, como pañuelos, condones y toallas de papel, deben colocarse en bolsas dobles y gestionarse mediante la gestión estándar de desechos.

MEDIDAS EN RELACIÓN A HEMODERIVADOS Y TRASPLANTES

Según la recomendación del Comité de Seguridad Transfusional (enlace) tras contacto estrecho con un caso confirmado o sospechoso, se procederá a la exclusión temporal del donante durante 21 días, a partir del último día de la exposición. Por otro lado, en coherencia con los criterios de selección de donantes relativos a comportamientos o prácticas sexuales de riesgo, el Comité considera que aquellas personas confirmadas positivas para este virus, deben ser excluidas de la donación durante 120 días, contados a partir de la resolución completa de los síntomas.

MANEJO DE CADAVERES

Los cadáveres de las personas fallecidas por Monkeypox se manejarán del mismo modo que los cadáveres del Grupo III, según lo establecido en la Guía de Consenso sobre Sanidad Mortuoria. No obstante, es recomendable que los profesionales encargados del tratamiento de los mismos utilicen durante su manipulación los oportunos Equipos de Protección Individual en función del riesgo, observando los procedimientos elaborados por los correspondientes Servicios de Prevención de Riesgos Laborales.