



Resolución Directoral

Callao, 08 de Noviembre de 2024

VISTO:

El Memorando N° 1431-2024-HNDAC/OEPE, de fecha 22 de octubre de 2024; Informe N° 084-2024-HNDAC/OEPE-EPGI, de fecha 22 de octubre de 2024; el Informe N° 109-2024-DAAH-HNDAC-C, de fecha 22 de octubre de 2024; y el Informe N° 942-2024-OAJ-HNDAC, de fecha 04 de noviembre de 2024, y;

CONSIDERANDO:

Que, el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, es un Hospital Nacional Categoría III-1 perteneciente a la Región Callao, que brinda atención de salud con la finalidad de recuperar la confianza y satisfacción de los pacientes mejorando la calidad de vida con eficiencia y calidad, contando con un equipo humano calificado que desarrolla actividades de docencia e investigación;

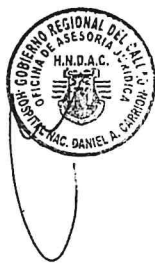
Que, el Titular de la Entidad es la máxima autoridad ejecutiva, de conformidad con las normas de organización interna de la Entidad. Es decir, el Titular de la Entidad es el funcionario al que las normas de organización interna de una Entidad señalen como la más alta autoridad ejecutiva de dicha Entidad;

Que, los numerales I y II del Título Preliminar de la Ley N°26842, Ley General de Salud, establecen que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, y que es responsabilidad del Estado, regularla, vigilarla y Promoverla;

Que, mediante Informe N° 109-2024-DAAH-HNDAC-C, el Jefe del Departamento de Atención Ambulatoria y Hospitalización solicita la revisión y aprobación del Documento Técnico: Plan de Preparación y Respuesta frente a la Enfermedad de Monkeypox (Mpx) emitido por el jefe de Servicio de Preventorio y Salud Pública;

Que, mediante el Informe N° 084-2024-HNDAC/OEPE-EPGI, emitido por el Equipo de Planes y Gestión Institucional - OEPE, concluye que revisada la propuesta del Plan de Preparación y Respuesta Frente a la Enfermedad de Monkeypox (Mpx) del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión 2024, cumple con la normatividad vigente en cuanto a la elaboración de planes y no requiere presupuesto adicional para su ejecución;

Que, mediante El Memorando N° 1431-2024-HNDAC/OEPE, emitido por la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, concluye que cumple con la normatividad vigente, esquema de elaboración del Plan de Preparación y Respuesta Frente a la Enfermedad de Monkeypox (Mpx) del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión 2024 y no requiere presupuesto adicional para su ejecución;



Que, con fecha 14 agosto del 2024, el Director General de la OMS declara una emergencia de salud pública de importancia, ante la aparición de un nuevo clado del virus de la Mpox y su rápido propagación en la República Democrática de Congo y la notificación de casos en varios países vecinos – Alerta Epidemiológica (Riesgo de Introducción del Clado lb de MPOX en el Perú) – Código: AE 008-2024;

Que, mediante Resolución Directoral N° 275-2022-HNDAC-DG, que aprueba el Plan Contingencia frente a la Viruela de Mono del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 909-2022/MINSA, de fecha 11 de noviembre del 2022, que aprueba el Documento Técnico: Plan de preparación y respuesta frente a la viruela del mono;

Que, el numeral 72.2 del Artículo 72 del Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444, aprobado por el Decreto Supremo N° 004-2019-JUS, establece que toda entidad es competente para realizar las tareas materiales internas necesarias para el eficiente cumplimiento de su misión y objetivos, así como para la distribución de las atribuciones que se encuentren comprendidas dentro de su competencia;

Que, a través del Informe N° 942-2024-OAJ-HNDAC, la Oficina de Asesoría Jurídica, concluye que es viable que se apruebe el Plan de Preparación y Respuesta Frente a la Enfermedad de Monkeypox (Mpox) del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión 2024, considerando que el citado plan tiene como objeto general es fortalecer la capacidad de respuesta del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión (HNDAC) ante el potencial riesgo de introducción de la ENFERMEDAD DE MONKEYPOX (Mpox) (VIRUELA DE MONO), implementando un sistema de atención desde la Consulta Externa y/o el servicio de Emergencia, que incluya adoptar medidas de prevención, control y de vigilancia epidemiológica;

De conformidad con el Reglamento de Organización de Funciones del HNDAC, aprobado por Ordenanza Regional N° 000006 del Gobierno Regional Callao, el cual delegan las facultades conferidas a la Directora General, conforme a los literales c) y j) del Artículo 8°, y, en uso de las atribuciones conferidas en la Resolución Regional 004-2023, de fecha 19 de enero de 2023, y con el Visto Bueno de la Oficina Ejecutiva de Administración, la Dirección Adjunta de Gestión Clínica, la Dirección Adjunto de Gestión en la Producción de Servicios de Salud, la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, Departamento de Atención, Ambulatoria y Hospitalización y la Oficina de Asesoría Jurídica;

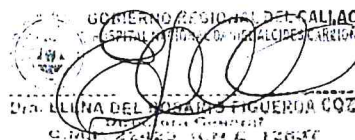
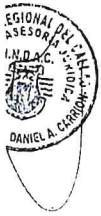
SE RESUELVE:

ARTÍCULO 1°.- APROBAR el Plan de Preparación y Respuesta frente a la Enfermedad de Monkeypox (Mpox) del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión- 2024, PLAN CONT-058-2024-HNDAC-DAAH-SPSP, Versión N° 001, el cual se encuentra contenido en veintiuno (21) folios, del documento anexo se adjunta y forma parte de la presente Resolución.

ARTÍCULO 2°.- NOTIFICAR la presente Resolución Directoral a el Departamento de Atención, Ambulatoria y Hospitalización a fin que realice las acciones necesarios para la ejecución de las actividades establecidas.

ARTÍCULO 3°.- PUBLICAR la presente Resolución en el Portal Institucional del Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión" (www.hndac.gob.pe).

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE.



DOCUMENTO TECNICO:

PLAN DE PREPARACION Y RESPUESTA FRENTE A LA ENFERMEDAD DE MONKEYPOX (Mpox)

HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION

SERVICIO DE PREVENTORIO Y SALUD PUBLICA
DEPARTAMENTO DE ATENCION AMBULATORIA y HOSPITALIZACION


2024



Código del Documento Normativo	Versión	Resolución de Aprobación	Fecha de aprobación
PLAN CONT - 058-2024 – HNDAC- DAAH - SPSP	V.01	R.D. N° 468 -2024-DG-HNDAC	08 / 11 / 2024



GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION
CERTIFICO que el presente es copia fiel del original:
08 NOV 2024
Wilfredo Fredy Quiroa Salas
FEDATARIO

	PLAN DE CONTINGENCIA	PLAN CONT- 058-2024- HNDAC-DAAH-SPSP
	PLAN DE PREPARACION Y RESPUESTA FRENTE A LA ENFERMEDAD DE MONKEYPOX (Mpox) (VIRUELA DE MONO)	Versión N° 001
		Página 2 de 21

Elaborado por: DAAH -SPSP

M.C. José L. Villegas Ignacio
M.C. Juan C. Castro Vargas
Dra. Mirian Cribillero Roca
M.C. Silver A. Sotomayor Huanqui

Revisado por:

DAGC

MC. Jorge G. Burgos Miranda

DAGPSS

M.C. Pedro O. Castillo Abad

DAAH

Dra. Nancy Gamboa de Aleman

OEA (e)

Ing. Cesar Augusto Tapia Gil


OEPE

ING. Cesar Augusto Tapia Gil

OAJ

Abog. Víctor Rafael Valqui
Chuquizuta




	PLAN DE CONTIGENCIA	PLAN CONT- 058-2024- HNDAC-DAAH-SPSP
	PLAN DE PREPARACION Y RESPUESTA FRENTE A LA ENFERMEDAD DE MONKEYPOX (MPOX) (VIRUELA DE MONO)	Versión N° 001
		Página 3 de 21

INDICE

I.	INTRODUCCION	04
II.	SITUACION ACTUAL	05
	2.1 Antecedentes	05
	2.2 Magnitud del Problema	06
	2.3 Dinámica de la Infección	07
III.	FINALIDAD	08
IV.	OBJETIVOS	08
	4.1 Objetivos Generales	08
	4.2 Objetivos Especificos	08
V.	AMBITO DE APLICACIÓN	09
VI.	BASE LEGAL	09
VII.	DEFINICION DEL CASO	10
	7.1 Caso sospechoso	10
	7.2 Caso probable	10
	7.3 Caso confirmado	10
VIII.	ACTIVIDADES	10
	8.1 Asignación de recurso humano, logístico e infraestructura.....	10
	8.2 Activación de respuesta hospitalaria	11
	8.3 Flujo de atención	12
IX.	RECURSOS	13
X.	BIBLIOGRAFIA	13
XI.	RESPONSABLE	14
XII.	ANEXOS	14



	PLAN DE CONTIGENCIA	PLAN CONT- 058-2024- HNDAC-DAAH-SPSP
	PLAN DE PREPARACION Y RESPUESTA FRENTE A LA ENFERMEDAD DE MONKEYPOX (Mpox) (VIRUELA DE MONO)	Versión N° 001
		Página 4 de 21

I. INTRODUCCION

El virus de la viruela del mono es causado por virus genero ortopoxvirus que causa la viruela símica, una enfermedad con síntomas similares a la viruela, aunque menos graves. Mientras que la viruela fue erradicada en 1980, la viruela símica se descubrió por primera vez en 1958, cuando ocurrieron brotes de una enfermedad similar a la viruela en colonias de monos mantenidos para la investigación; de ahí el nombre “viruela del mono”. El primer caso humano de viruela de mono se registró en 1970 en la República Democrática del Congo. Desde entonces, la viruela del mono ha sido reportada en humanos en otros países de África central y occidental.

En mayo del 2022, se presentó el primer caso de Mpox en países no endémicos para la enfermedad (en países europeos inicialmente como Reino Unido, España), en personas que no tenían antecedente de viaje a un área endémica (países del África Central y Occidental) y sin vínculo epidemiológico entre ellos. Posterior a ello, diferentes países del mundo reportaron casos sin los antecedentes antes mencionados. Se han identificado distintos clados del virus de la viruela del mono: Clado I (anteriormente conocido como el clado de la cuenca del Congo (África central) y el clado II (el antiguo clado de África Occidental).

En diciembre del 2022, la República Democrática del Congo declaró un brote de Mpox a nivel nacional y desde septiembre del 2023, el brote que afectó a la provincia de Sur Kivu, se diseminó y afectó a varias provincias. Como parte de la investigación se identificó una nueva variante del clado Ib del virus del Mpox que se estima emergió alrededor de la mitad de septiembre. La variante fue asociada al importante aumento de casos de Mpox en dicho país y la transmisión sexual fue el principal modo de infección en la mayoría de los casos reportados. La variante del clado I, contiene mutaciones predominantemente de tipo APOBEC3, lo que indica una adaptación del virus debido a la circulación intensa en humanos. La transmisión de persona a persona ha sido continua desde su detección.

La viruela símica es una zoonosis, una enfermedad que se transmite de animales a humanos, con casos que a menudo se encuentran cerca de las selvas tropicales donde hay animales que son portadores del virus. Se han encontrado evidencias de infección por el virus de la viruela del mono en animales como ardillas, ratas de bolsa de Gambia, lirones, diferentes especies de monos y otros.

La detección del ADN viral por reacción en cadena de la polimerasa (PCR) es la preferida Prueba de laboratorio para la viruela símica. Las mejores muestras diagnósticas se toman directamente de la erupción: piel, líquido o costras, o biopsia cuando sea posible. Antígeno y Los métodos de detección de anticuerpos pueden no ser útiles, ya que no distinguen entre Orthopoxvirus.

El 28 de noviembre de 2022, la OMS recomendó utilizar el nombre Mpox como nuevo nombre para la viruela del mono. Las palabras se utilizaron como sinónimos durante un año, ya que el término viruela del mono se eliminó gradualmente. El virus que causa el Mpox se llama virus de la viruela del mono (MPV).


El 14 de agosto de 2024, en virtud del Reglamento Sanitario Internacional (2005), el Director General de la OMS declaró que el aumento de casos de Mpox en la República Democrática del Congo y su expansión a los países vecinos constituye una emergencia de salud pública de importancia internacional (ESPII). Esta propagación presenta un riesgo para la salud pública de otros Estados miembros y requiere una respuesta internacional coordinada.

Ante el actual contexto epidemiológico del Mpox en diferentes países del mundo, el Centro Nacional de Epidemiología de Prevención y Control de Enfermedades (CDC-PERÚ) – MINSA, el 16 de agosto 2024 emite la alerta de RIESGO DE INTRODUCCIÓN DEL CLADO Ib DE MPOX EN EL PERU y el 06 de setiembre 2024 emite la ACTUALIZACIÓN DE LA ALERTA POR EL RIESGO DE INTRODUCCIÓN DEL CLADO Ib de MPOX en el PERU, donde se actualiza la ficha clínica epidemiológica, así como las definiciones de caso con fines de vigilancia.



[Handwritten signature]



	PLAN DE CONTIGENCIA	PLAN CONT- 058-2024- HNDAC-DAAH-SPSP
	PLAN DE PREPARACION Y RESPUESTA FRENTE A LA ENFERMEDAD DE MONKEYPOX (Mpx) (VIRUELA DE MONO)	Versión N° 001

Página 6 de 21
 GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
 HOSPITAL NACIONAL DANIEL A. CARRON
 CERTIFICADO que el presente es copia del original
08 NOV 2024
 Wilfredo Freddy Ochoa Salas
 FEDATARIO

II. SITUACION ACTUAL

2.1 Antecedentes

- La viruela del mono es una zoonosis viral (un virus transmitido de los animales a los humanos) con síntomas similares a los que se observaban en el pasado en los pacientes con viruela.
- Hay dos clados genéticos distintos del virus de la viruela del mono: El clado de África Central (cuenca del Congo) y el clado de África Occidental.
- Con la erradicación de la viruela en 1980 y el posterior cese de la vacunación contra la viruela, la viruela del mono se ha convertido en el ortopoxvirus más importante para la salud pública.
- Se descubrió en 1958 cuando se produjeron dos brotes de una infección similar a la viruela en colonias de monos de investigación.
- Se detectó el primer caso en humanos en 1970 en un niño de 9 meses del Congo, y desde entonces se ha reportado en humanos en otros países de África central y occidental.
- Hasta el 2003 solo se habían detectado casos en África, sumando un total de 28 casos reportados. Ese año se reportó el primer brote fuera de este continente en EEUU (Texas) asociado al comercio de pequeños mamíferos y roedores infectados desde Ghana.
- El mayor brote hacia otros países se dio en 2017 a partir del mayor brote documentado en Nigeria, con 88 casos en este país un total de 134 casos.
- Sin embargo, el 7 de mayo de 2022 en Reino Unido se informa el primer caso de viruela del mono importado, y los días posteriores se informan 6 casos adicionales sin antecedentes de viajes y sin contacto con el primer caso informado, todos identificados a sí mismos como hombres que tienen sexo con hombres (HSH). Asimismo, en Portugal y Suecia se reportaron casos sin antecedente de viaje a área endémica y sin vínculo epidemiológico con los casos reportados en otros países.
- Según la OMS, hasta la fecha, todos los casos con muestras confirmadas por PCR han sido identificados como infectados por el clado de África occidental.
- Tras la ocurrencia de los brotes mencionados, la OMS ha instado a los países a activar protocolos de vigilancia y la investigación de viruela símica con el objetivo de identificar rápidamente los casos, grupos y fuentes de infección, brindar atención clínica óptima, aislar los casos e identificar y gestionar los contactos.
- La OMS esclarece que, en países no endémicos, un caso se considera un brote. Por lo tanto, debido a los riesgos para la salud pública, los médicos deben informar los casos sospechosos de inmediato a las autoridades de salud pública nacionales o locales, independientemente de si también están explorando otros posibles diagnósticos.
- El primer caso de Mpx en el Perú se confirmó el 26 de junio del 2022, en la semana epidemiológica (SE) 26. En el 2022 se notificaron 3697 casos confirmados. El mayor número de casos se presentó durante la SE 32-2022 (del 07 al 13 de agosto); para luego descender progresivamente en las siguientes semanas. De los 3697 casos el 77.63% (2870/3697) procedieron de 64 distritos de Lima y 22.37% (827/3697) corresponden a 20 regiones del país. Este brote se presentó mayoritariamente en el sexo masculino (96,2%), en las etapas de vida adulto (60,8%) y joven (38,2%), con una mediana de edad de 32 años y un rango entre 2 a 73 años; afectando principalmente a hombres que tienen sexo con hombres (HSH) (71,5%) y a las personas viviendo con VIH/SIDA (55%), de estas últimas el 15% no recibía tratamiento antirretroviral (TAR). Los niños que presentaron enfermedad tuvieron contacto con un caso confirmado.



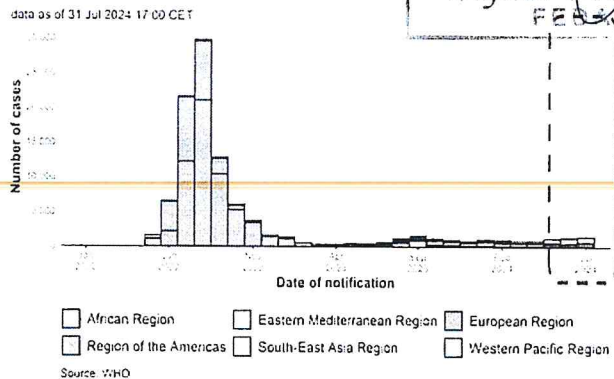
2.2 Magnitud del problema

- En 12 países africanos la viruela del mono se considera una enfermedad endémica: Benín, Gabón, Ghana, Costa de Marfil, Liberia, Sierra Leona, Sudán del Sur, Nigeria, Congo, Camerún y República Centroafricana. Los cuatro últimos mencionados (Nigeria, República Democrática del Congo, Camerún y República Centroafricana) han tenido brotes recientes (entre finales del 2021 hasta mayo 2022).
- Actualmente se viene desarrollando un brote de viruela del mono a nivel mundial y el impacto que la enfermedad pudiera tener en la salud pública aún sigue sin estar claro.
- Al 29 de junio de 2022, la CDC ha reportado 5115 casos confirmados en 51 países no endémicos a nivel global, donde los más afectados son Reino Unido (1076 casos), Alemania (874), España (800), Francia (440), Portugal (391) y Estados Unidos (350).
- El 13 de agosto de 2024, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades del África (CDC de África) declararon el brote multinacional de MPOX como una emergencia de salud pública para la seguridad del continente africano. Un día después, el 14 de agosto de 2024, el Director General de la OMS declaró el brote de viruela símica como una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII). Desde principios de 2024, se han notificado un total de 5,265 casos confirmados, 18,737 casos sospechosos y 617 muertes por MPOX (tasa de letalidad del 2.5%) en 13 Estados miembros de la Unión Africana (UA). Los países afectados son: Burundi, Camerún, República Centro Africana, Congo, Costa de Marfil, República Democrática del Congo, Gabón, Liberia, Kenia, Nigeria, Ruanda, Sudáfrica y Uganda. Además, se notificaron casos del nuevo clado Ib del virus MPOX en Suecia y Tailandia.
- A nivel mundial el reporte de casos es el siguiente:

Reporte mundial de casos acumulados de MPOX (viruela símica) según regiones al 31.07.2024*


TOTAL DE CASOS CONFIRMADOS 103048 TOTAL DEFUNCIONES 223 LETALIDAD 0.22%

Regiones	Casos Confirmados	Defunciones	Letalidad
América	64185	144	0.22%
Europa	27680	10	0.03%
África	5674	53	0.93%
Pacífico Occidental	3705	10	0.27%
Mediteráneo Oriental	864	1	0.12%
Asia Sudoriental	940	11	1.17%
TOTAL	103048	223	0.22%



- En nuestro país, hasta el 10 de agosto del 2024 (SE 32-2024), se han notificado 71 casos confirmados. El 74.6% (53/71) de los casos proceden del departamento de Lima y 25.4% (18/71) corresponden a 7 regiones del país (Callao, Junín, Ica, Huánuco, La Libertad, Lambayeque y Piura). Hasta la SE 32, los casos se han presentado mayoritariamente en el sexo masculino (89%) y en las etapas de vida adulto (68%) seguido de la etapa de vida joven (31%). El 87% de los casos se reportaron en HSH y el 68% en personas viviendo con VIH/SIDA. Según el INS, el análisis filogenético global



	PLAN DE CONTINGENCIA	PLAN CONT- 058-2024- HNDAC-DAAH-SPSP
	PLAN DE PREPARACION Y RESPUESTA FRENTE A LA ENFERMEDAD DE MONKEYPOX (Mpox) (VIRUELA DE MONO)	Versión N° 001
		Página 7 de 21

B1.2, b.1.7, B.1.11, b1.20 y C.1. El análisis de 431 genomas peruanos, (incluida el primer caso confirmado de Mpox en el país junio-2022) están relacionados al clúster o conglomerado del linaje B.1.6, distribuido en 18 regiones y el Callao. Para el 2024 en el país entre SE1 - SE21 se observa mayoritariamente el linaje B.1.6, seguido de B.1.20 que fue detectado en EE. UU - 2023 por primera vez.

Como manifiesta el Ministerio de Salud, es importante mantenernos alerta frente a los determinantes de riesgo que permitirían la introducción de este virus al país, como:

- ▶ Alta demanda de viajeros internacionales al país provenientes de países donde se han detectado casos.
- ▶ Retiro de la obligatoriedad del uso de mascarilla en algunas regiones del país.
- ▶ Alta densidad poblacional en Lima y hacinamiento.
- ▶ Limitada capacidad resolutoria de los establecimientos de salud.
- ▶ Desconocimiento de las medidas de prevención y control de este virus en la población.

2.3 Dinámica de la infección (Alerta Epidemiológica - AE008 - 2024)

• Período de incubación: Entre 6 a 21 días, aunque puede variar entre 5 y 21 días, Se desconoce el grado en que puede ocurrir una infección asintomática.

• Transmisión: La infección se transmite por contacto directo y cercano con un paciente infectado, así como por fómites.

• Exposición: Se considera como exposición las siguientes situaciones:

- ▶ Exposición cara a cara (incluidos los trabajadores de la salud sin equipo de protección personal adecuado)
- ▶ Contacto físico directo, incluido el contacto sexual.
- ▶ Contacto con materiales contaminados, como ropa de cama

• Clínica: La infección tiene dos periodos:


- ▶ Período de invasión (Días 0-5): fiebre, cefalea intensa, linfadenopatías, dolor lumbar, mialgias y astenia intensa.
- ▶ Período de erupción cutánea (entre 1 y 3 días después del inicio de la fiebre): Aparece el exantema en distintas fases, por lo general afecta primero al rostro y luego se extiende al resto del cuerpo. Las lesiones pueden afectar palmas y plantas, son palpables, profundas, bien circunscritas y umbilicadas.

• Diagnóstico diferencial: Varicela, sarampión, infecciones cutáneas bacterianas, sarna, sífilis y alergias asociadas a medicamentos. La linfadenopatía durante la etapa prodrómica de la enfermedad puede ser una característica clínica para distinguir la viruela del mono de la varicela o la viruela.

• Diagnóstico: La PCR en tiempo real es la prueba a elección debido a su precisión y sensibilidad, y las muestras de diagnóstico óptimas para esta prueba son las lesiones de la piel: el techo o líquido de las vesículas y pústulas, y las costras secas. Por otro lado, los métodos de detección de antígenos y anticuerpos en sangre (serología) no son específicos para la enfermedad debido a que los ortopoxvirus son serológicamente reactivos de forma cruzada; además, la vacunación reciente o remota para la viruela podría generar resultados falsos positivos.

• Evolución: Suele ser una enfermedad autolimitada con síntomas que duran de 2 a 4 semanas. Los casos graves ocurren con mayor frecuencia entre los niños y están relacionados con el grado de exposición al virus, el estado de salud del paciente y la naturaleza de las complicaciones. Las inmunodeficiencias subyacentes pueden conducir a peores resultados.



	PLAN DE CONTINGENCIA	PLAN CONT- 058-2024- HNDAC-DAAH-SPSP
	PLAN DE PREPARACION Y RESPUESTA FRENTE A LA ENFERMEDAD DE MONKEYPOX (Mpox) (VIRUELA DE MONO)	Versión N° 001 Página 8 de 21

naturaleza de las complicaciones. Las inmunodeficiencias subyacentes pueden conducir a peores resultados.

- **Complicaciones:** Pueden incluir infecciones secundarias, bronconeumonía, sepsis, encefalitis e infección de la córnea con la consiguiente pérdida de visión.
- **Mortalidad:** La tasa de letalidad de la viruela del simio ha oscilado entre 0 y 11 % en la población general y ha sido mayor entre los niños pequeños. En los últimos años, la tasa de letalidad ha estado alrededor del 3-6%.
- **Vacunación:** Varios estudios observacionales han mostrado que la vacunación contra la viruela tiene una eficacia de alrededor del 85 % en la prevención de la viruela del simio, por lo que la vacunación previa contra la viruela puede resultar en una enfermedad más leve. En la actualidad, las vacunas contra la viruela originales (primera generación) ya no están disponibles para el público en general.
- **Manejo Terapéutico:** El manejo incluye manejo sintomático, monitoreo de la evolución de las lesiones y aislamiento de los casos. Se viene investigando un antiviral conocido como tecovirimat, originalmente desarrollado para la viruela y que fue autorizado por la Agencia Europea de Medicamentos (EMA) para la viruela del simio en 2022; aún no se encuentra ampliamente disponible y su uso en pacientes se limita aun a los contextos de investigación clínica.



III. FINALIDAD

Contribuir a proteger la vida y la salud de la población en riesgo frente Mpox.



IV. OBJETIVOS

4.1 Objetivo General

Fortalecer la capacidad de respuesta del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión (HNDAC) ante el potencial riesgo de introducción de la ENFERMEDAD DE MONKEYPOX (Mpox) (VIRUELA DE MONO), implementando un sistema de atención desde la Consulta Externa y/o el servicio de Emergencia, que incluya adoptar medidas de prevención, control, y de vigilancia epidemiológica.

4.2 Objetivos Específicos

1. Fortalecer las competencias de los trabajadores de salud del servicio de consulta externa y demás áreas del HNDAC para la identificación y manejo de casos sospechosos de Mpox.

Actividad:

- Realizar actividades de capacitaciones y sensibilidad al personal de salud..

2. Implementar las condiciones físicas (infraestructura, equipamiento) y logísticos para atender de manera adecuada y oportunamente a los casos de Mpox.

Actividad:

- Adecuación, equipamiento e implementación de los ambientes para la atención mediante requerimientos

3. Establecer el flujograma del proceso de atención de los casos de Mpox desde la atención por consulta externa y otras áreas ante un caso sospechoso.


Actividad:

- Elaboración y socialización del proceso de atención.

4. Establecer las pautas de atención de los pacientes y sus contactos con sospecha de infección por Mpox por consulta externa y otras áreas. se mantendrá comunicación constante con lugar procedencia del paciente para seguimiento de paciente y contacto.

Actividad:



	PLAN DE CONTINGENCIA	PLAN CONT-058-2024- HNDAC-DAAH-SPSP
	PLAN DE PREPARACION Y RESPUESTA FRENTE A LA ENFERMEDAD DE MONKEYPOX (Mpox) (VIRUELA DE MONO)	Versión N° 001
		Página 9 de 21

- Socialización del proceso de atención y seguimiento de los casos presentados
- 5. Fortalecer las medidas de Bioseguridad para evitar la transmisión al personal de salud.

Actividad:

- Se abastecerá de los implementos de bioseguridad a todo el personal implicado en la atención del paciente.
- 6. Fortalecer la vigilancia de Mpox como enfermedad sujeta a notificación epidemiológica.

Actividad:

- Capacitaciones a todo el personal encargado en el registro de las fichas epidemiológicas.
- 7. Socializar entre la población general, las medidas de Prevención y Control para evitar la transmisión comunitaria del Mpox.

Actividad:

- Socialización a través de medios virtuales y escritos de las medidas de prevención y control para evitar la transmisión de Mpox.

V. AMBITO DE APLICACION


El presente plan es de aplicación y cumplimiento obligatorio para todos los trabajadores de salud del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.



VI. BASE LEGAL

- Ley N° 26842, Ley General de Salud y sus modificatorias.
- Resolución Ministerial N°452-2003-SA.DM que aprueba el Manual de Aislamiento Hospitalario 2003/MINSA.
- Resolución Ministerial N° 372-2011-MINSA que aprueba la Guía Técnica de procedimiento de Limpieza y Desinfección de ambientes en Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- Resolución Ministerial N° 506-2012-MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 046-MINSA/DGE-V.01 que establece la Notificación de Enfermedades y Eventos Sujetos a Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública.
- Resolución Ministerial N° 545-2012-MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 047-MINSA/DGE-V.01, "Notificación de Brotes, Epidemias y otros eventos de importancia para la Salud Pública".
- Resolución Ministerial N° 255-2016-MINSA, que aprueba la Guía Técnica para la Implementación del Proceso de Higiene de Manos en los Establecimientos de Salud.
- Resolución Ministerial N° 1295-2018-MINSA que aprueba la Norma Técnica de Salud 144 MINSA/2018/DIGESA: "Gestión integral y Manejo de Residuos Sólidos en Establecimientos de Salud, Servicios, Médicos de Apoyo y Centros de Investigación"
- Resolución Ministerial N° 463-2019/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud N° 153-MINSA/2019/INS: Norma Técnica en Salud sobre preparación, Embalaje y Documentación para el Transporte Seguro de Sustancias Infecciosas.
- Resolución Ministerial N° 909-2022/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: Plan de preparación y respuesta frente a la viruela de mono.
- Resolución Ministerial N° 883-2022/MINSA, que aprueba la NTS N° 195-MINSA/CDC-2022.Norma Técnica de Salud para la vigilancia epidemiológica de viruela del mono (viruela símica) en el Perú.
- Resolución Directoral N°-236-2019-DG-HNDAC, que aprueba la Directiva Sanitaria del Comité de Prevención y Control de las infecciones Asociadas a la Atención en Salud del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión - Directiva de Higiene de Manos DIR - CPCIAAS-1.
- Resolución Directoral N° 275-2022-HNDAC-DG, que aprueba el Plan Contingencia frente a la Viruela de Mono del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.



	PLAN DE CONTINGENCIA	PLAN CONT- 058-2024- HNDAC-DAAH-SPSP
	PLAN DE PREPARACION Y RESPUESTA FRENTE A LA ENFERMEDAD DE MONKEYPOX (Mpox) (VIRUELA DE MONO)	Versión N° 001
		Página 10 de 21

VII. DEFINICION DE CASO

7.1 Caso sospechoso: Persona de cualquier edad, que presenta un exantema agudo inexplicable, incluida entre otras: erupciones o sarpullidos genitales, anogenitales, orales o en cualquier otra parte del cuerpo, lesiones que producen síntomas de inflamación ano rectal (proctitis) y que presente uno o más de los siguientes síntomas:

- Fiebre ($T^{\circ} > 38.5^{\circ}C$)
- Cefalea
- Mialgia
- Dolor de garganta
- Dolor de espalda
- Artralgias
- Astenia
- Linfadenopatías
- Dolor anorrectal

7.2 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; o contacto con materiales contaminados, como ropa o ropa de cama) con un caso probable o confirmado de Mpox en los 21 días anteriores al inicio de los síntomas.
- Pertener a grupo de riesgo.
- Antecedente de viaje a un país endémico de viruela del mono en los 21 días previos al inicio de los síntomas.

7.3 Caso confirmado: Persona que cumple con la definición de caso sospechoso o probable y está confirmado por laboratorio para el virus de Mpox mediante prueba molecular (PCR en tiempo real).

El presente Plan de Trabajo cuenta con la AOI AOI00131700412 : ATENCIÓN PREVENTIVA Y DE SALUD PÚBLICA con registro POI 20240013170139 alineado al Centro de Costo 12.04 perteneciente a la Categoría presupuestal 9002 del HNDAC.

VIII. ACTIVIDADES

8.1 Asignación de Recursos Humanos, Logísticos e infraestructura

- **Para la Atención:**


Atención por consultorio.

En el servicio de dermatología estará habilitado un área donde se realizará: triaje, evaluación de paciente y toma de muestra y se activará ante un caso sospechoso. La atención será de lunes a viernes de 8:00 horas a 18:00 horas y los días sábados de 8:00 horas a 12:00 m. En los días feriados y domingos y después de las 20:00 horas será asumido por emergencia, y se activará el flujo de atención de emergencia según corresponda.

Se asignará en cantidad suficiente los insumos básicos para la-bio seguridad de todo el personal encargado de la atención del paciente sospechoso, lo cual incluye Alcohol gel, Papel Toalla, Jabón líquido, Guantes de examen médico (látex), respiradores N95, Lentes de Protección y Mandilones.

Atención por emergencia.



	PLAN DE CONTIGENCIA	PLAN CONT- 058-2024- HNDAC-DAAH-SPSP
	PLAN DE PREPARACION Y RESPUESTA FRENTE A LA ENFERMEDAD DE MONKEYPOX (Mpox) (VIRUELA DE MONO)	Versión N° 001
		Página 11 de 21

En el área de triaje de emergencia, enfermera de turno ante caso sospechoso según la definición descritas, determinara prioridad; si es prioridad I y II, derivara el paciente a ambiente aislado mientras se confirme caso, si es confirmado y requiere vigilancia constante se hospitalizará en el tercer ambiente de Observación B, luego estabilizado se derivará a hospitalización de Neumoinfectología cama aislada. Al alta los controles se realizarán a través de Telemedicina mediante el uso de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TICs) y el servicio responsable de dichas actividades será infectología.

Si son prioridades III y IV, comunicará y derivará el caso al servicio de dermatología en los turnos establecidos, y el servicio activará el flujo de atención.

Se asignará en cantidad suficiente los insumos básicos para la-bio seguridad de todo el personal encargado de la atención del paciente sospechoso, lo cual incluye Alcohol gel, Papel Toalla, Jabón líquido, Guantes de examen médico (látex), respiradores N95, Lentes de Protección y Mandilones.

• **Para la Notificación Epidemiológica:**

- ▶ El hospital cuenta con una Oficina de Epidemiología, que debe brindar la Alertas Epidemiológicas, Flujo de Notificación y Fichas Epidemiológicas; y será notificada de inmediato al conocerse el caso sospechoso de viruela del mono y gatillará las medidas nacionales recogidas en el Plan Nacional. Para la ayuda al diagnóstico y tratamiento:
- ▶ La emergencia cuenta con personal de patología (laboratorio de emergencia) quienes se encargarán de tomar las muestras para ser enviadas al Instituto Nacional de Salud, para la confirmación de casos sospechoso.
- ▶ Se recomienda a los responsables de cada servicio aseguren la presencia de recursos y materiales existentes como parte de los requerimientos de equipamiento de bioseguridad estándar.

• **Para la infraestructura:**

- ▶ El hospital habilitará en el servicio de Dermatología un ambiente con la iluminación y ventilación adecuadas para la atención de casos sospechosos de Mpox. El equipamiento de dicho ambiente debe incluir: escritorio, silla, lavadero con jabón líquido y papel toalla, termómetro infrarrojo, tensiómetro, estetoscopio, silla de ruedas o camilla de ser el caso.
- ▶ En el servicio de Emergencia, se habilitará un ambiente de aislamiento directo para la permanencia del paciente sospechoso de Mpox que requiera observación debido a su condición clínica (prioridad I o II). Dicho ambiente contará con el siguiente equipamiento: cama clínica, mesa de noche, escritorio, silla, lavadero con jabón líquido y papel toalla, termómetro infrarrojo, tensiómetro, estetoscopio, silla de ruedas o camilla de ser el caso.

• **Para el seguimiento:**

- ▶ En caso de que el paciente con sospecha o diagnóstico confirmado de Mpox sea tributario de manejo ambulatorio, se hará el seguimiento domiciliario por parte del Establecimiento de Salud del Primer Nivel de atención que corresponda según su adscripción domiciliaria (coordinación con DIRESA Callao o con la DIRIS correspondiente), la atención será mediante Telemedicina, usando las Tecnologías de la Información y Comunicación (TICs) y el servicio responsable de dichas actividades será infectología.

• **Activación de la Respuesta Hospitalaria**




COBIERNO REGIONAL DEL GALLAO
HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIONERO
CERTIFICADO que el presente es copia fiel del original

08 NOV 2024

Wilfredo Fredy Schoa Salas
FETATARIO






	PLAN DE CONTIGENCIA	PLAN CONT- 058-2024- HNDAC-DAAH-SPSP
	PLAN DE PREPARACION Y RESPUESTA FRENTE A LA ENFERMEDAD DE MONKEYPOX (Mpox) (VIRUELA DE MONO)	Versión N° 001
		Página 12 de 21

- El personal de salud al identificar el CASO SOSPECHOSO, aplicando las definiciones de caso ya descritas, deberá notificar inmediatamente al servicio de dermatología en los horarios establecidos y al jefe de Guardia de Emergencia.
- El jefe de Guardia de Emergencia será el encargado de activar el Flujo de atención hospitalaria del paciente prioridades I y II por emergencia.
- El internamiento será en cama aislada del servicio de neumoinfectología, si cama estuviera ocupada se procederá a internamiento en las camas bipersonales del 4to piso A o B.

8.3 Flujo de atención

Según la evolución de la propagación de Mpox nivel internacional a la luz de la información actual, se identifican tres posibles escenarios, los cuales se basan en los Niveles de Alerta de la OMS, y que son descritos en el Documento Técnico Plan de Preparación y Respuesta Frente a la Viruela del Mono del MINSA:

  	ESCENARIO 1	<p>1. Casos importados sin transmisión local limitada</p> <p>Este escenario se ha reportado en años anteriores en países no endémicos, en las cuales, al detectarse los casos, la transmisión fue limitada ya sea por un aislamiento oportuno, limitado contacto con otras personas desde su llegada, o porque los potenciales contactos no desarrollaron síntomas. Además, se corresponde con el periodo de preparación ante el posible ingreso de casos al país.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Capacitación del personal de salud en el reconocimiento y manejo de casos, bioseguridad y control de infecciones. • Sensibilización para la participación del personal de salud en la vigilancia epidemiológica de enfermedades respiratorias y coronavirus. • implementación de la capacidad logística
	ESCENARIO 2	<p>2. Casos importados, con transmisión local limitada</p> <p>Este escenario se presenta ante la detección de un caso importado que podría entrar en contacto con un mayor número de personas en el periodo de transmisión de la enfermedad. Este escenario se viene observando actualmente en Países no endémicos como parte del brote, donde los casos se han identificado principalmente en HSH (pero no exclusivamente) que buscan atención en clínicas de atención primaria y salud sexual; además también se dan en poblaciones que tuvieron contacto físico con pacientes sintomáticos.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si el caso acude directamente al HNDAC: El paciente que cumpla con la definición de caso sospechoso será captado por Triage y conducido inmediatamente al Consultorio Externo habilitado en el servicio de Dermatología (prioridad III o IV) o al servicio de Emergencia. Los pacientes sospechosos de Mpox con prioridad III o IV serán atendidos durante el horario regular de consulta externa (08.00 am a 08.00 pm). Los pacientes con prioridad I o II podrán ser atendidos las durante las 24 horas del día. • Si el caso es detectado por Sanidad Aérea y Marítima: Los servicios de sanidad aérea y marítima dispondrán del traslado de los pacientes según su evaluación y se comunicarán inmediatamente con el Hospital. El jefe de Guardia del hospital



08 NOV 2024
 Wilfredo Ernesto Pacheco Salas
 FEDATARIO









	PLAN DE CONTINGENCIA	PLAN CONT- 058-2024-HNDAC-DAAH-SPSP
	PLAN DE PREPARACION Y RESPUESTA FRENTE A LA ENFERMEDAD DE MONKEYPOX (MpoX) (VIRUELA DE MONO)	Versión N° 001
		Página 13 de 21

- coordinará el transporte de pacientes, el cual deberá ser mediante ambulancia.
- Al llegar el paciente al hospital, se le debe colocar mascarilla quirúrgica si no la tiene aún y conducirlo inmediatamente a emergencia al tercer ambiente de Observación B, donde se realizará la evaluación respectiva por el equipo de guardia. El equipo asignado a asistir al paciente será la enfermera de emergencia asignada y el médico asistente del servicio de emergencia e inmediatamente comunicará y generará Interconsulta con dermatología en los días y horarios señalados, fuera de esos días y horarios será asumido por el asistente de guardia.
- El paciente será evaluado y se descartarán que existan signos de gravedad (inestabilidad hemodinámica, trastorno de conciencia, distrés respiratorio). De requerir intubación, ventilación mecánica o reanimación hemodinámica, el paciente pasará a la Unidad de Shock Trauma. Las infecciones sin criterios de gravedad permanecerán en aislamiento mientras se descarta caso de requerir hospitalización será enviado a ambiente aislado de neumoinfectología o ambientes bipersonales de 4to piso A y B, sujeto a disponibilidad de camas.
- La evaluación del paciente sospechoso se realizará con el siguiente EPP: mandilón, lentes, guantes y respirador N95 o equivalentes. El personal que realice intubación o cualquier otro procedimiento con producción de aerosoles deberá desechar el respirador N95 luego del procedimiento. Además, deberá realizar higiene de manos (lavado de manos o alcohol gel) antes, durante y después de entrar en contacto con el paciente. Se colocarán estaciones de colocación y retiro de EPP en la entrada y salida de las carpas, y los EPP siempre serán desechados luego de utilizarse en bolsas rojas.
- Se deberá reportar de inmediato el caso al área de Epidemiología del hospital (Anexo 3121).
- Se coordinará con laboratorio de emergencia y epidemiología para la obtención de la muestra, según disponibilidad:
 - Muestras (tomadas por laboratorio): Suero, hisopado de lesiones de piel (del líquido de las vesículas a pústulas y del lecho de la lesión) en hisopo de dacrón), muestras de las costras secas.
 - Pruebas (procesadas por INS): PCR en tiempo real de las muestras de hisopado de las lesiones y de las castras, y serología para detección de anticuerpos.

3. transmisión comunitaria	
ESCENARIO 3	<p>Este escenario se observa en países endémicos de África, en los que se ha identificado el virus en reservorios animales dividido en dos linajes: el de África Occidental y el África Central (de la Cuenca del Congo).</p> <p>Este escenario es muy improbable de acuerdo a lo descrito, al comportamiento observado del brote en países no endémicos, ya la data disponible a la actualidad. Las actividades son las mismas que se describen en el Escenario 2.</p>

IX. RECURSOS:


El presente Plan de Trabajo no incluye presupuesto adicional.

X BIBLIOGRAFÍA:

- Alerta Epidemiológica MINSA AE 010-2022 Situación de viruela del mono en varios países del mundo.
- Documento Técnico: Plan de Preparación y Respuesta frente a la Viruela del Mono 2022


 GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
 HOSPITAL REGIONAL DANIEL A. CARRION
 CERTIFICADO
08 NOV 2024
Wilfredo Freyre Octava Salas
 FEDATARIO



	PLAN DE CONTINGENCIA	PLAN CONT- 058-2024- HNDAC-DAAH-SPSP
	PLAN DE PREPARACION Y RESPUESTA FRENTE A LA ENFERMEDAD DE MONKEYPOX (Mpox) (VIRUELA DE MONO)	Versión N° 001
		Página 14 de 21

- Protocolo para la detección precoz de casos de Monkeypox ante las agrupaciones de casos en población HSH con exposiciones de riesgo, Ministerio de Sanidad, España, 2022.
- WHO Monkeypox Newsroom Factsheet. www.who.int/newsroom/factsheets/detail/monkeypox
- Mapa Global Actualizado de casos de Viruela del Mono: www.cdc.gov/poxvirus/monkeypox/response/2022/world-map.html

XI RESPONSABLE DEL PRESENTE PLAN

RESPONSABLE: José Luis Villegas Ignacio

CARGO: Jefe del Servicio de Preventorio y Salud Pública.

XII. ANEXOS:

Anexo 1: Ficha epidemiológica Mpox

Anexo 2: Manejo de las muestras biológicas de caso sospechoso de Mpox

Anexo 3: Flujograma de Atención de Casos sospechosos Mpox HNDAC

Anexo 4: Cuando hospitalizar a un caso de Mpox

Anexo 5: Recomendaciones para casos de aislamiento de caso.



14 "Establecimiento de Salud Amigo de la Madre, la Niña y el Niño"

Anexo N° 1 Ficha epidemiológica

ANEXO N°02

	GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION CERTIFICO que el presente es copia fiel del original
08 NOV 2024	
<i>Wilfredo Freddy Ochoa Salas</i> FEBRARIANO	

FICHA DE INVESTIGACION CLINICA EPIDEMIOLOGICA
CODIGO: CM-2024

I DATOS GENERALES DE LA NOTIFICACION:

1. Fecha de notificación: _____ 2. Fecha de diagnóstico: _____ 3. GERENCIA/SALA/OTRO: _____

4. Filiación de salud: _____ 5. Motivo: _____ 6. Sexo: _____

7. Tipo de caso: Única Secundario Contacto En familia Privado

8. Servicio del establecimiento de salud de referencia: _____

II DATOS DEL PACIENTE

9. Apellidos y nombres: _____ 10. N° Leya, D.P.A.S./HIPAC: _____

11. Fecha de nacimiento: _____ 12. Edad: _____ años _____ meses _____ días _____ horas _____ minutos _____ segundos

13. Sexo: Masculino Femenino

14. Estado civil: Casado/a Unión libre Separado/a Viudo/a Soltero/a Divorciado/a Otro _____

15. Ocupación: _____ 16. Nivel de escolaridad: _____

17. Estado físico: Buena Mala Sin datos

18. Tipo de parto: Natural Cesárea No aplica (pacientes de 5 años, pubertad, postmenopausa)

19. Lugar de la última estadía: _____

20. Nacionalidad: _____ 21. Tiempo de residencia (en el extranjero): _____

22. Estado civil: _____ 23. N° de carné de maternidad: _____ 24. Embarazo: No Sí

25. Ocupación actual: _____

26. Dirección actual: _____

III LUGAR PROBABLE DE INFECCION Y EXPOSICION:

27. En los últimos 21 días antes del inicio del cuadro clínico, viajó a alguna de las siguientes regiones: Amazonas Arequipa Ayacucho Cusco Huanuco Huancavelica Ica Loreto Madre y Madre Piura Tarma Ucayali Yauces Tumbes

28. En los últimos 21 días antes del inicio del cuadro clínico, ¿tuvo contacto con alguna de las siguientes personas? Si No

29. En los últimos 21 días antes del inicio del cuadro clínico, ¿ha tenido algún tipo de exposición con caso probable o confirmado de Mpox?

N°	Apellidos y nombres	Parentesco/ Vínculo	Ciudad	Días de estadía	Comeció el N° según tipo de exposición	Lugar de exposición
1						
2						
3						

30. CONTACTOS DIRECTOS (personas con las que tuvo contacto desde 14 días antes del inicio del cuadro clínico hasta la fecha total de control y resolución de caso)

31. Número de contactos directos: _____

32. Tipo de contacto: Contacto directo con el paciente (dentro y fuera del hogar) Contacto indirecto (dentro y fuera del hogar)

N°	Apellidos y nombres	Parentesco/ Vínculo	Ciudad	Días de estadía	Tipo de exposición
1					
2					
3					



V. ANTECEDENTES:

23. Estado de salud del paciente: No Sí Desconocido

24. Antecedentes de: No Sí Desconocido

25. Infecciones de transmisión sexual (ITS) en los últimos 12 meses:

26. ¿Ha presentado en el momento de esta atención alguna de las ITS más comunes reconocidas?

27. ¿Anteriormente ha sido diagnosticado con MPOX mediante prueba laboratorial?

28. Comorbilidades: No Sí Desconocido

29. Estado actual de la muestra: No Sí Desconocido

VI. CUADRO CLÍNICO:

43. Fecha de inicio de síntomas (D): / / 2024

44. Signos y síntomas:

45. Fecha de inicio del diagnóstico según: / / 2024

46. Características de la muestra según:

47. Estado del exantema en el momento de la toma de muestra:

48. Tipo de muestra: Muestra de secreción de la cavidad oral

49. Clasificación del caso: Suspecto Probable Confirmando Confirmado

VII. LABORATORIO:

50. Tipo de muestra: Muestra de secreción de la cavidad oral

51. Fecha de recepción de muestra: / / 2024

52. Fecha de resultado: / / 2024

53. Resultado: Positivo Negativo

VIII. OBSERVACIONES:

IX. PERSONAL DE SALUD QUE LLENA LA FICHA (PRESENTEMENTE PERSONAL QUE ATIENDE EL PACIENTE):

54. Apellido y Nombre: _____

55. Cargo: _____

56. Teléfono: _____

X. PERSONAL DE EMERGENCIAS QUE REALIZA EL CONTROL DE CALIDAD DE LAS MUESTRAS (PERSONAS DE SALUD):

57. Apellido y Nombre: _____

58. Teléfono: _____



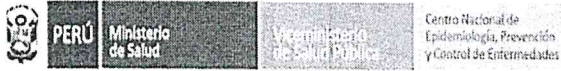
GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN
CERTIFICO que el presente es copia fiel del original

08 NOV 2024

Wifredo Freddy Ochoa Salas
FEDATARIO



Anexo N° 2 manejo de muestras biológicas de caso sospechoso de MPOX



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Modelo Democrático de Participación de nuestra Población en la toma de decisiones y la implementación de las políticas públicas"



ANEXO N°04

Manejo de muestras biológicas para la investigación de los casos sospechosos, probables de MPOX

MUESTRA*	CANTIDAD/MEDIO	PRUEBA	PATÓGENO	PROPÓSITO
Hisopado de la lesión dérmica (de 2 o más lesiones, preferible de diferentes lugares del cuerpo)	1 tubo con medio de transporte viral** que contenga los hisopos	PCR	MPOXV	Recomendado para diagnóstico
Piel esfacelada y/o costras	1 tubo con medio de transporte viral**	PCR	MPOXV	Recomendado para diagnóstico

* Refrigerar (2-8 °C) en el lapso de 1 hora, desde la obtención de la muestra, o congelar (-20°C o menos) cuando el transporte demore más de 24 h.


** Utilizar hisopo de dacrón o poliéster


*** En pacientes que sean contactos de casos positivos de MPOX y se encuentren presentando síntomas prodrómicos aún sin manifestaciones dérmicas, se podrá considerar la toma de hisopado nasofaríngeo/orofaríngeo para detección molecular de MPOXV.





Anexo N° 3 Flujograma de atención de casos sospechosos de Mpox			
Numero	Acciones	Responsables	Definiciones de caso
1	Ante la presencia de un caso sospecho de Mpox, el personal comunicara al paciente acudir de inmediato al servicio de dermatología en el horario y días establecidos	Persona que detecta caso sospechoso.	A. Caso sospechoso: Persona de cualquier edad, que presenta un exantema terna agudo inexplicable y que presente uno o más de los siguientes síntomas: • Fiebre (T 0>38.5°C)
2	Técnico de enfermería del consultorio de dermatología, recepcióna paciente y comunica a médico de turno del servicio de dermatología.	Técnico de enfermería de consultorio dermatología	• Cefalea • Mialgia • Dolor de garganta • Dolor de espalda • Artralgias • Astenia
3	El médico de dermatología y médico asistencial de emergencia, atiende y evalúan al paciente en los horarios y días señalados y corroboran que el paciente cumpla con la definición de caso sospechoso.	Medico de dermatología o medico asistente de emergencia según horarios	• Linfadenopatías • Dolor anorrectal
4	Si cumple con caso sospechoso, se deberá reportar de inmediato el caso a la Oficina de Epidemiología del hospital (Anexo 3121) y llenar la ficha epidemiológica.	Medico de dermatología o medico asistente de emergencia según horarios	B. Caso probable: Persona que cumple con la definición de caso sospechoso y uno o más de los siguientes criterios:
5	El médico que atiende al paciente llama a laboratorio de emergencia indicando el lugar donde se encuentra el paciente, para la toma de muestras (sangre e hisopado de lesiones de piel, del líquido de las vesículas o pústulas y del lecho de la lesión con hisopo de dacrón, o muestras de las costras secas) para análisis en el INS (PCR y anticuerpos). Internamiento por consultorio: personal de salud emitirá orden de internamiento y enviará foto al teléfono celular del servicio de hospitalización (981513061) adjuntada foto del DNI del paciente. Personal de servicio de hospitalización coordinada con admisión SIS y asistente social para tramite de internamiento. Paciente será llevado por personal técnico al servicio de hospitalización asignado. Internamiento por emergencia: se deriva al tercer ambiente de Observación B, de confirmar diagnóstico y se indica hospitalización de paciente estable se realizará en el servicio de neumoinfectología cama aislada, o camas bipersonales del 4to A o B (costado de los ascensores); dependiendo de disponibilidad; si paciente requiere área de crítica de internará en cama aislada de UCI de acuerdo a disponibilidad. Los controles ambulatorios y al alta se realizarán a través de TELEMEDICINA, por el servicio de infectología y las IPRESS del primer nivel de atención de acuerdo a domicilio de adscripción.	Médico y técnico de enfermería del servicio de infectología, personal del área del servicio de hospitalización. Medico de turno de emergencia y personal de salud. Medico según rol de infectología	• Tiene un vínculo epidemiológico (exposición estrecha sin protección respiratoria; contacto físico directo, incluido el contacto sexual; o contacto con materiales contaminados, como ropa o ropa de cama) con un caso probable o confirmado Mpox en los 21 días anteriores al inicio de los síntomas. • Antecedente de viaje a un país endémico de viruela de Mpox en los 21 días previos al inicio de los síntomas.



 GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
 HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN
 CERTIFICADO
08 NOV 2024
 Wilfredo Freddy Ochoa Salas



 GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
 HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN



 HOSPITALIZACIÓN



 OFICINA EJECUTIVA DE ADMINISTRACIÓN



 OFICINA DE GESTIÓN CLÍNICA


 HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN


 HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN



 HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN


 HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN


 HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN

18

"Establecimiento de Salud Amigo de la Madre, la Niña y el Niño"

	PLAN DE CONTIGENCIA	PLAN CONT- 058-2024- HNDAC-DAAH-SPSP
	PLAN DE PREPARACION Y RESPUESTA FRENTE A LA ENFERMEDAD DE MONKEYPOX (Mpx) (VIRUELA DE MONO)	Versión N° 001
		Página 19 de 21


Anexo 4: Cuando hospitalizar a un caso de Mpx

Mpx: Criterios de Hospitalización

En general, la OMS recomienda que los pacientes con alto riesgo de complicación (niños, gestantes e inmunosuprimidos) o aquellos con viruela del mono severa o complicada sean admitidos a hospitalización para ser monitorizados de forma cercana y que reciban cuidados médicos bajo precauciones de aislamiento adecuadas.

Complicaciones y formas severas de Mpx	
Complicación	Manejo
Exfoliación de la piel	<ul style="list-style-type: none"> Los pacientes con una gran cantidad de erupciones pueden desarrollar exfoliación (en casos graves, similar a las quemaduras de espesor parcial), que puede ser significativa y conducir a la deshidratación y la pérdida de proteínas. Estimar el % de piel afectada y considerar el tratamiento similar al de quema duras. Minimizar la pérdida insensible de líquidos y promover la cicatrización de la piel Asegurar una adecuada hidratación y nutrición. Obtener consultas apropiadas con cirujanos, dermatólogos y/o especialistas en el cuidado de heridas. Desbridamiento quirúrgico o de cabecera, según sea necesario. injertos de piel en casos seleccionados v severos.
Infección necrotizante de tejidos blandos	<ul style="list-style-type: none"> Esta es una afección potencialmente mortal del tejido blando profundo que afecta la fascia muscular y causa necrosis, destrucción del tejido y toxicidad sistémica. Sospechar si el paciente desarrolla edema, crepitación, secreción maloliente o dolor fuera de proporción con la apariencia de la infección. Aunque puede ser causado por el virus Mpx, considerar también patógenos bacterianos. Iniciar antibióticos para cubrir Staphylococcus sp. y Streptococcus sp. Consultar al cirujano para esta urgencia quirúrgica.
Piomiositis	<ul style="list-style-type: none"> Esto ocurre cuando se desarrolla pus dentro del musculo y debe sospecharse cuando el paciente presenta dolor muscular intenso. Aunque puede ser causado por el virus MPX, también puede ser causado comúnmente por la flora de la piel como Staphylococcus sp. o Streptococcus sp. La ecografía puede ayudar en el diagnostico. Solicitar hemocultivos, iniciar un antibiótico de amplio espectro, y proceder a la incisión quirúrgica y drenaje. Enviar muestra para microbiología y cultivo para apoyar la selección de la terapia antimicrobiana.
Adenopatía cervical	<ul style="list-style-type: none"> Las adenopatías cervicales se presentan en hasta 85,65% de los casos con adenopatías. Cuando la adenopatía cervical grande se combina con múltiples lesiones orofaríngeas, los pacientes pueden estar en riesgo de complicaciones como compromiso respiratorio y abscesos retrofaríngeos. Además, También tienen riesgo de deshidratación debido a la disminución de la ingesta de alimentos y agua. Obtener consulta con especialistas apropiados, como cirujano, anestesiólogo y especialista en enfermedades infecciosas. Bajo supervisión de especialidad, en casos severos, se pueden usar esteroideos.



	PLAN DE CONTINGENCIA	PLAN CONT- 058-2024- HNDAC-DAAH-SPSP
	PLAN DE PREPARACION Y RESPUESTA FRENTE A LA ENFERMEDAD DE MONKEYPOX (Mpx) (VIRUELA DE MONO)	Versión N° 001
		Página 20 de 21

Lesiones oculares	<ul style="list-style-type: none"> • Una de las secuelas más significativas de VM es la cicatrización corneal y la pérdida de visión. • Los pacientes pueden presentar síntomas oculares no específicos, como conjuntivitis. • Se requiere evaluación oftalmológica. • Puede considerarse antibióticos/antivirales oftálmicos para coinfección, si están indicados. • Suplementos de vitamina A, especialmente para niños desnutridos (45). • Buen cuidado de los ojos que incluya lubricación ocular y almohadillas protectoras para los ojos empapados en solución salina. • Evite los ungüentos con esteroides (puede prolongar la presencia de Mpx en el tejido ocular).
Neumonía	<ul style="list-style-type: none"> • Tratar de acuerdo a manejo de guía de las infecciones respiratorias local.
Síndrome de distrés respiratorio agudo	<ul style="list-style-type: none"> • Oxígeno, ventilación no invasiva, ventilación mecánica. • Tratar de acuerdo a manejo de guía infecciones respiratorias local.
Deshidratación severa:	<ul style="list-style-type: none"> • Se puede observar deshidratación severa y shock hipovolémico en pacientes con Mpx debido a la pérdida de volumen intravascular en casos de exantema extenso y/o pérdidas gastrointestinales debido a diarrea y vómitos acompañados de pobre ingesta oral. • El tratamiento para la deshidratación grave es la reanimación con líquidos intravenosos o intraóseos (IV/IO), administrados como uno o múltiples bolos con un estrecho control de la respuesta a los líquidos. La administración EV adecuada de líquidos se refiere al volumen que corregirá los signos de hipovolemia.
Sepsis y shock séptico	<ul style="list-style-type: none"> • La sepsis y el shock séptico se diferencian de la deshidratación grave en que son el resultado de una respuesta inmunitaria a una infección. • El manejo de la sepsis requiere la identificación temprana, el manejo de la infección y atención de apoyo, que incluye reanimación con líquidos para mantener la perfusión de órganos para reducir y prevenir más lesiones de órganos; y también puede requerir vasopresores, así como el control de la infección. • Tratar según guía local de sepsis y shock séptico.
Encefalitis	<ul style="list-style-type: none"> • Considere la posibilidad de una punción lumbar para la evaluación del líquido cefalorraquídeo (LCR) para evaluar otras afecciones tratables. Supervisar y evaluar las vías respiratorias, la respiración, la circulación, la discapacidad (ABCD) y dar tratamientos de emergencia. • Monitorear el estado neurológico (UPAV). • Controlar las convulsiones con antiépilépticos. • Antibióticos/antivirales si están indicados para coinfecciones.















08 NOV 2024


Wilfredo Freddy Ochoa Salas

FEDATARIO

20



E. FIGUEROA C.

	PLAN DE CONTIGENCIA	PLAN CONT- 058-2024- HNDAC-DAAH-SPSP
	PLAN DE PREPARACION Y RESPUESTA FRENTE A LA ENFERMEDAD DE MONKEYPOX (Mpox) (VIRUELA DE MONO)	Versión N° 001
		Página 21 de 21

Consideraciones nutricionales	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el estado nutricional de todos las pacientes. Si la ingesta de alimentos está limitada debido a la debilidad, un proveedor de atención medica debe ayudar al paciente con la alimentación. Si el paciente no puede tolerar la nutrición oral, considere la nutrición enteral. La colocación de una sonda nasogástrica par parte de un proveedor experimentado podría considerarse junta con la alimentación nasogástrica. Siempre asegúrese de colocar correctamente la sonda nasogástrica antes de administrar alimentos para valorar el riesgo de aspiración. • Tenga especial cuidado con las pacientes con riesgo de realimentación (enfermos críticos, IMC bajo, ingesta de alimentos reducida durante > 5 días antecedentes de abuso de alcohol o que reciben los siguientes medicamentos: insulina, quimioterapia, antiácidos o diuréticos) e inicie la alimentación enteral lenta- mente con estrecha vigilancia. • Los pacientes con niveles reducidos de conciencia corren el riesgo de aspiración no se les debe obligar a comer. • Tenga especial cuidado con las pacientes con riesgo de realimentación (enfermos críticos, IMC bajo, ingesta de alimentos reducida durante > 5 días antecedentes de abuso de alcohol o que reciben los siguientes medicamentos: insulina, quimioterapia, antiácidos o diuréticos) e inicie la alimentación enteral lenta- mente con estrecha vigilancia. • Los pacientes con niveles reducidos de conciencia corren el riesgo de aspiración no se les debe obligar a comer.
Consideraciones sociales	<ul style="list-style-type: none"> • Considerar mantener en observación/hospitalización a pacientes que, por problemas sociales, no puedan permanecer en aislamiento domiciliario o no tengan familiares que puedan monitorizarlos en casa. Abordaje de vulnerabilidad social y económica para las familias en condiciones de pobreza, personas sin acceso a afiliación SIS (serán evaluados por servicio social para su atención respectiva) y personas que no puedan permitirse confinamiento.

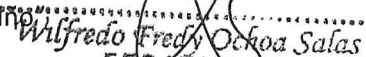
Anexo 5: Recomendaciones para casos de aislamiento domiciliario

Casos NO HOSPITALIZADOS

- Mantener al caso en una habitación o área separada de otro; convivientes hasta que todas las lesiones hayan desaparecido, especialmente si las personas presentan lesiones extensas o con secreciones o síntomas respiratorios.
- Evitar el contacto físico y las relaciones sexuales con el caso hasta que las lesiones hayan desaparecido. Se recomienda que las lesiones estén cubiertas.
- Usar mascarilla quirúrgica, especialmente en aquellos que presenten síntomas respiratorios. Se recomienda que el resto de convivientes lleve mascarilla cuando se acerquen para 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.)
- No abandonar el domicilio, excepto cuando necesite atención medica de seguimiento. En este caso llevara en todo momento mascarilla y no utilizara transporte público.
- Los/las convivientes deben evitar en lo posible el contacto con el caso y limitar las visitas a las imprescindibles.
- Adecuada higiene de manos después del contacto con personas infectadas (lavarse las manos con agua y jabón o usar un desinfectante para manos).
- Evitar el contacto con animales silvestres o domesticos.



"Establecimiento de Salud Amigo de la Madre, la Niña y el Niño"


WILFREDO FREDDY OCHOA SALAS
 FEDATARIO



