



ORD. B51 Nº / 609 /

Antecedente: Ord. B51 N°2381 del 23 de agosto 2024. Alerta vigilancia Mpox por declaración como ESPII por la OMS.

Asunto: Refuerzo de vigilancia epidemiológica y fortalecimiento de medidas de prevención y control de Mpox por aumento de casos en Chile.

Santiago, **28 FEB 2025**

De : Subsecretaria de Salud Pública
Subsecretaria de Redes Asistenciales (S)

A : Secretaría Regional Ministerial de Salud Pública del país.
Directores Servicio de Salud del país

Considerando que Mpox continúa siendo una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII) por la detección del clado Ib, con el potencial riesgo de introducción de esta nueva variante en Chile, su posible propagación en la población de riesgo y a que desde el último trimestre de 2024 hasta la fecha, en Chile se ha registrado un aumento de casos de Mpox, se solicita reforzar esta vigilancia epidemiológica a nivel nacional.

En cuanto a la situación internacional, se observa un aumento y propagación geográfica de los casos, especialmente en África, debido al clado Ib, a pesar de los avances en el control de su propagación. Entre enero de 2024 y el 16 de febrero de 2025, se reportaron 21.986 casos con transmisión comunitaria, principalmente relacionados con prácticas sexuales de riesgo entre hombres y trabajo sexual. A nivel global, en 2024 se reportaron 10.700 casos, y al 31 de enero de 2025, se han registrado 497 casos confirmados y probables. En la región de las Américas, el clado Ib ha sido detectado en viajeros provenientes de África, específicamente en Canadá y Estados Unidos.

La vigilancia epidemiológica en Chile se implementó a partir de junio de 2022 y se mantiene activa hasta la fecha. Durante las semanas epidemiológicas (SE) 22-52 de 2023 (n=8), se observó una disminución significativa de los casos en comparación con el mismo período de 2022 (n=1.425). Sin embargo, a partir del último trimestre de 2024 (SE 40-52; n=33), se registró un aumento respecto al mismo período de 2023 (n=5). En cuanto a enero de 2025, se han reportado 13 casos, frente a tan solo uno notificado en el mismo mes de 2024.

Respecto a la caracterización genética del virus realizada por el Instituto de Salud Pública, de un total de 147 muestras estudiadas, entre noviembre de 2022 y enero de 2025 pudieron ser amplificadas, y en todas ellas se detectó el Clado Ib (misma variante detectada en el brote 2022-2023). El 40% correspondió al linaje B.1, seguido por el 26% relacionado con el linaje B.1.6.

En este escenario, se solicita a toda la red, reforzar la vigilancia epidemiológica, según lo establecido en la Res. Exenta N° 1162 del 24 de agosto de 2022:

1. **Notificación de casos sospechosos:** El médico tratante será responsable de notificar a la Autoridad Sanitaria Regional utilizando la vía más expedita (telefónica) y de completar el formulario de notificación en papel, el cual deberá ser enviado posteriormente por la SEREMI correspondiente en el formato electrónico disponible para tal efecto. Godata
2. **Definiciones operativas:** Las definiciones operativas establecidas para esta vigilancia son las siguientes:

- **Caso sospechoso:**

Definición A: Persona con lesión exantemática en piel o mucosas, única o múltiple, de aparición reciente, sin otra explicación y que puede presentarse sola o asociada a uno o más de los siguientes síntomas prodrómicos: fiebre ($>38,5^{\circ}\text{C}$), calosfríos, mialgias, cefalea, linfadenopatía, dolor lumbar, astenia, proctitis.

El hallazgo o confirmación de otra enfermedad exantemática, no necesariamente debe descartar la sospecha, considerando la posibilidad de existir una coinfección.

Definición B: Persona que inicia con uno o más de los signos o síntomas prodrómicos descritos en definición A, con antecedente de contacto con caso confirmado durante los últimos 21 días.

- **Caso probable:**

Definición A: Persona que cumple con la definición de caso sospechoso al cual no se realizó una toma de muestra para su confirmación, sin embargo, tiene antecedentes de riesgo evaluados por el equipo de epidemiología de SEREMI de Salud.

Definición B: Persona detectada retrospectiva y que cumplía con la definición de caso sospechoso, por lo tanto, las pruebas disponibles para la confirmación ya no se pueden realizar porque las lesiones ya están sanas.

- **Caso confirmado:** Persona con una prueba de diagnóstico molecular (PCR en tiempo real) positiva para el virus de la viruela del mono procesada en el ISP o en los laboratorios clínicos autorizados por el ISP.
- **Contacto:** Persona que estuvo expuesta a un caso probable o confirmado de viruela del mono durante el período de transmisibilidad, considerando desde el inicio del exantema hasta que las lesiones sanen.

Se considera como exposición, las siguientes situaciones:

- a) Haber tenido contacto físico prolongado con el cuerpo, fluidos corporales o costras de las lesiones exantemáticas de un caso confirmado o probable.
- b) En personal de salud: brindar atención de salud a un caso sin cumplir con precauciones adicionales de contacto y gotas¹. Si se realiza un procedimiento generador de aerosoles de mayor riesgo, se considera el uso de respirador de alta eficiencia tipo N95 o equivalente en reemplazo de la mascarilla médica o quirúrgica.

¹ Al menos mascarilla médica o quirúrgica, bata manga largas impermeable, protección ocular y guantes impermeables.

- c) Manipular vestimenta, ropa de cama, desechos y utensilios del caso confirmado o probable sin el uso de precauciones adicionales de contacto y gotas³.
- d) otras situaciones de riesgo que la Autoridad Sanitaria estimen pertinente en base a la investigación epidemiológica.

Los contactos clasificados de alto riesgo son los consignados en la letra a) y b) mientras que los contactos clasificados de bajo riesgo son los consignados con las letras c). los contactos que cumplan con la clasificación d) podrán ser clasificados de alto o bajo riesgo según la autoridad sanitaria regional.

- 3. Respecto al estudio de laboratorio, las muestras deben ser tomadas según las condiciones dispuestas en la normativa vigente y enviadas al laboratorio local autorizado por el ISP (disponible en: <https://epi.minsal.cl/m-pox-diagnostico/>) o a la Unidad de Gestión de muestras del ISP, en condiciones de bioseguridad, mediante transporte categoría B: <https://www.ispch.cl/wp-content/uploads/2021/03/Gu%C3%ADa-T%C3%A9cnica-para-el-Transporte-de-Sustancias-Infecciosas-hacia-el-Instituto-de-Salud-P%C3%BAblica.pdf>.

La recepción de muestras en el ISP es permanente (incluye fines de semana y festivos) y debe acompañarse del formulario: https://www.ispch.cl/wp-content/uploads/2021/05/formulario_05_analisis_virologico.pdf

Considerando esta contingencia, se releva la necesidad de que la Red de Atención pueda adquirir insumos y reactivos para la toma de muestra a nivel local, asegurando la oportunidad en el diagnóstico a nivel regional y la toma de medidas de control y prevención.

- 4. Toda muestra positiva debe ser enviada al ISP para secuenciación genómica, con el fin de verificar los clados circulantes en el país o las variaciones de estos, según la virulencia de los casos en el tiempo.
- 5. Respecto a las medidas de control, estas son las siguientes:

Dirigida a los casos:

- Mantener en aislamiento a los casos sospechosos o probables hasta obtener el resultado del laboratorio.
- El aislamiento de los casos ambulatorios debe realizarse en el domicilio particular, procurando mantener condiciones adecuadas para evitar la transmisión a otros residentes.
- La hospitalización de los casos se manejará de acuerdo con el criterio y la evaluación médica. Además, reforzar el cumplimiento de medidas generales y específicas de prevención de IAAS relacionadas, las cuales se encuentran vigentes en el Ord. C37/N° 1961 del 15/06/2022: Protocolo de Preparación y Respuesta de Redes Asistenciales para la viruela del simio, disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/08/1961-ORD.-DEL-15-DE-JUNIO-2022-PROTOCOLO-Y-PREPARACION-VIRUELA-DEL-SIMIO.pdf>
- Realizar seguimiento telefónico a los casos al inicio, a la mitad y al final del periodo total, con una duración promedio de 21 días, dependiendo de la duración del cuadro clínico.

Dirigida a los contactos:

- Identificar a los contactos según el criterio post-exposición para su derivación a vacunación inmediata de manera voluntaria, idealmente en los primeros 4 a 14 días desde el último contacto. Las personas objeto de vacunación son: personas inmunosuprimidas, personas viviendo con VIH, embarazadas en cualquier etapa de gestación y otros grupos poblacionales considerados de alto riesgo (personal de salud de laboratorios o con uso incorrecto de EPP durante la atención a un caso sospechoso o confirmado), verificando previamente que el contacto no presente síntomas.
- Realizar un seguimiento de los contactos identificados durante un periodo de 21 días, al inicio, a la mitad y al final del periodo, con el objetivo de detectar oportunamente signos o síntomas compatibles con infección por Mpox.
- Se recomienda la vacunación pre-exposición para la población objetivo: hombres que tienen sexo con hombres (HSH), usuarios de PrEP, personas viviendo con VIH, trabajadores y trabajadoras sexuales, otros grupos que mantengan prácticas sexuales de alto riesgo o hayan presentado una ITS en el último mes, personas con riesgo ocupacional y personal de laboratorio que manipulan muestras potencialmente contaminadas con el virus.

Para mayor información sobre inmunización y vacunatorios disponibles, visitar sitio web oficial: <https://vacunas.minsal.cl/> y <https://www.minsal.cl/vacunacion-gratuita/>

Para mayor información sobre la situación epidemiológica del Mpox en Chile, visitar reporte mensual en sitio web oficial: <https://epi.minsal.cl/m-pox-materiales/>

Para más información sobre Mpox, existe material publicado en los siguientes sitios oficiales: <https://epi.minsal.cl/m-pox/> y <https://www.minsal.cl/viruela-del-mono/>

En espera de una amplia difusión, les saluda atentamente:



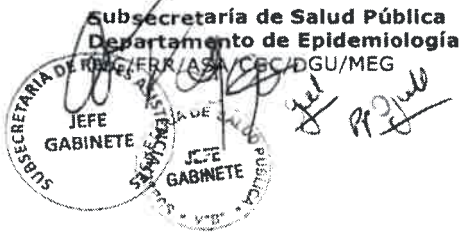
Carmen Aravena Cerda
Subsecretaria de Redes Asistenciales (S)



Andrea Albagli Iruretagoyena
Subsecretaria de Salud Pública

Distribución

- Gabinete de Subsecretaría de Salud Pública
- Gabinete Subsecretaría de Redes Asistenciales
- SEREMI de Salud del país
- Servicios de Salud del país
- Gabinete Ministra
- DIGERA, Subsecretaría de Redes Asistenciales
- Departamento de Calidad y Seguridad de la Atención, DIGERA
- DIVAP
- DIPRECE
- Departamento de Inmunizaciones, DIPRECE
- ISP
- Departamento de Epidemiología
- Archivo.



ORD. B51 N° / 2381 /

Ant.: Res. Exenta N°1162 del 24 de agosto 2022.

Mat.: Alerta vigilancia Mpox por declaración como ESPII por la OMS.

Santiago,

23 AGO 2024

De : Subsecretaría de Salud Pública
Subsecretario de Redes Asistenciales

A : Secretaría Regional Ministerial de Salud del país. ✓
Directores Servicio de Salud del país ✓

Frente a la reciente declaración de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que ha determinado que Mpox constituye una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII), reactivamos la alerta epidemiológica a nivel nacional.

La declaración de esta emergencia se debe al incremento significativo de casos de Mpox en la República Democrática del Congo, África, durante el año 2024, donde se han reportado casi 14.000 casos y 450 muertes, cifras notablemente superiores a las de años anteriores. Es particularmente preocupante que, por primera vez en ese país, la transmisión sexual en adultos haya sido un factor importante. El virus también se ha propagado en zonas urbanas con niveles de infección especialmente altos a través de mujeres trabajadoras sexuales. El virus de Mpox detectado corresponde al Clado I, con una letalidad del 3% en el último año, a diferencia del Clado II que causó la pandemia de Mpox en 2022 a nivel mundial, infectando a casi 100.000 personas en 116 países y reportando 208 muertes globalmente, afectando principalmente a hombres que tienen sexo con hombres (HSH)¹.

Según la evidencia disponible, la transmisión de persona a persona de Mpox ocurre principalmente por contacto directo con personas con lesiones cutáneas o mucocutáneas infecciosas. Esto ocurre mediante el contacto estrecho piel con piel, incluido el contacto sexual, boca a boca o boca a piel, y también a través de gotitas respiratorias. El virus ingresa al cuerpo a través de soluciones de continuidad de la piel, superficies mucosas (oral, faríngea, ocular y genital) o a través del tracto respiratorio. Además, se ha establecido que Mpox es transmisible a través de la actividad sexual, ya que se ha detectado el virus en el semen y en hisopados anales².

El período infeccioso de Mpox es variable, pero generalmente se considera que los pacientes son infecciosos hasta que las costras de las lesiones en la piel han caído y se ha formado una nueva capa de piel. La transmisión también puede ocurrir desde el ambiente, a través de ropa o sábanas contaminadas que contengan material infeccioso (fómites). (<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MPX-Clinical-and-IPC-2022.1>).

¹ La cepa más mortal de la viruela símica se propaga a varios países africanos Brote masivo de virus en República Democrática del Congo se extiende a los vecinos <https://www.science.org/content/article/deadlier-strain-mpox-spreads-more-african-countries>, revisado el 08/08/2024

El Director General de la OMS declara una emergencia de salud pública de importancia internacional por el brote de viruela símica (mpox). (n.d.). OPS/OMS | Organización Panamericana De La Salud. <https://www.paho.org/es/noticias/14-8-2024-director-general-oms-declara-emergencia-salud-publica-importancia-internacional>

² Organización Mundial de la Salud (OMS). Interim guidance-Surveillance, case investigation and contact tracing for mpox. 22 de diciembre 2022.

La vigilancia epidemiológica en Chile se implementó a partir de junio de 2022 y se mantiene activa hasta la fecha. Desde junio de 2022 hasta la semana epidemiológica (SE) 30 de 2024, se han reportado 1.482 casos confirmados y probables de Mpox. **En 2024, hasta mediados de agosto, se han detectado 7 casos**, todos importados o asociados a conductas sexuales de riesgo. Durante todo el período, el 27% de los casos requirieron hospitalización y se han registrado tres fallecimientos (dos en noviembre de 2022 y uno en mayo de 2023), con edades entre 30 y 49 años, debido a complicaciones relacionadas con Mpox secundarias a comorbilidades e inmunosupresión.

El 98% de los casos son hombres, principalmente entre los 30 y 39 años. El 25% del total de casos están relacionados con brotes o conglomerados, principalmente asociados a eventos sexuales de hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH), como cruising parties, saunas y el uso de aplicaciones de citas para encuentros sexuales casuales.

Respecto a la caracterización genética del virus realizada por el Instituto de Salud Pública, de un total de 226 muestras estudiadas, el 48% de ellas, procesadas entre noviembre de 2022 y mayo de 2023 pudieron ser amplificadas, y en todas ellas se detectó el **Clado IIb**. El 54% correspondió al linaje B.1, seguido por el 34% relacionado con el linaje B.1.6.

La situación epidemiológica nacional de Mpox está disponible en el sitio web oficial del Ministerio de Salud de Chile: <https://epi.minsal.cl/viruela-simica-materiales/>.

Dado el riesgo de reintroducción de esta enfermedad emergente en el país, es importante identificar oportunamente nuevos casos importados o derivados de una misma cadena de infección en los establecimientos públicos y privados de salud. Por ello, es necesario reforzar la vigilancia epidemiológica, según lo establecido en la Res. Exenta N° 1162 del 24 de agosto de 2022:

1. **Notificación de casos sospechosos:** El médico tratante será responsable de notificar a la Autoridad Sanitaria Regional utilizando la vía más expedita (telefónica) y de completar el formulario de notificación en papel, el cual deberá ser enviado posteriormente por la SEREMI correspondiente en el formato electrónico disponible para tal efecto.
2. **Definiciones operativas:** Las definiciones operativas establecidas para esta vigilancia son las siguientes:

- **Caso sospechoso:**

Definición A: Persona con lesión exantemática en piel o mucosas, única o múltiple, de aparición reciente, sin otra explicación y que puede presentarse sola o asociada a uno o más de los siguientes síntomas prodrómicos: cefalea, fiebre ($>38,5^{\circ}\text{C}$), mialgia, dolor lumbar, astenia, linfadenopatía, proctitis. Calofríos.

El hallazgo o confirmación de otra enfermedad exantemática, no necesariamente debe descartar la sospecha, considerando la posibilidad de existir una coinfección.

Definición B: Persona que inicia con uno o más de los signos o síntomas prodrómicos descritos en definición A, con antecedente de contacto con caso confirmado durante los últimos 21 días.

- **Caso probable:**

Definición A: Persona que cumple con la definición de caso sospechoso al cual no se realizó una toma de muestra para su confirmación, sin embargo, tiene antecedentes de riesgo evaluados por el equipo de epidemiología de SEREMI de Salud (ver sección evaluación de riesgos del protocolo)

Definición B: Persona detectada retrospectiva y que cumplía con la definición de caso sospechoso, por lo tanto, las pruebas disponibles para la confirmación ya no se pueden realizar porque las lesiones ya están sanas.

- **Caso confirmado:** Persona con una prueba de diagnóstico molecular (PCR en tiempo real) positiva para el virus de la viruela del mono procesada en el ISP o en los laboratorios clínicos autorizados por el ISP.

- **Contacto:** Persona que estuvo expuesta a un caso probable o confirmado de viruela del mono durante el período de transmisibilidad, considerando desde el inicio del exantema hasta que las lesiones sanen.

Se considera como exposición, las siguientes situaciones:

a) Haber tenido contacto físico prolongado con el cuerpo, fluidos corporales o costras de las lesiones exantemáticas de un caso confirmado o probable.

b) En **personal de salud**; brindar atención de salud a un caso sin cumplir con precauciones adicionales de contacto y gotas³. Si se realiza un procedimiento generador de aerosoles de mayor riesgo, se considera el uso de respirador de alta eficiencia tipo N95 o equivalente en reemplazo de la mascarilla médica o quirúrgica.

c) Manipular vestimenta, ropa de cama, desechos y utensilios del caso confirmado o probable sin el uso de precauciones adicionales de contacto y gotas³.

d) otras situaciones de riesgo que la Autoridad Sanitaria estimen pertinente en base a la investigación epidemiológica.

Los contactos clasificados de **alto riesgo** son los consignados en la letra a) y b) mientras que los contactos clasificados de **bajo riesgo** son los consignados con las letras c). los contactos que cumplan con la clasificación d) podrán ser clasificados de alto o bajo riesgo según la autoridad sanitaria regional.

3. Respecto al estudio de laboratorio, se requieren enviar muestras en tubo estéril único con tapa (no más de 2 tubos por cada caso sospechoso) de lesiones, costras y fluidos vesiculares, preferiblemente de diferentes lugares del cuerpo y que difieren en apariencia, las que no deben ser mezclados en un mismo tubo.

Esta muestra debe ser tomada según las condiciones dispuestas en la normativa vigente y enviada a la Unidad de Gestión de muestras del ISP, en condiciones de bioseguridad, mediante transporte categoría B: <https://www.ispch.cl/wp-content/uploads/2021/03/Gu%C3%ADa-T%C3%A9cnica-para-el-Transporte-de-Sustancias-Infecciosas-hacia-el-Instituto-de-Salud-P%C3%ABblica.pdf>. La recepción de muestras en el ISP es permanente (incluye fines de semana y festivos) y debe acompañarse del formulario: https://www.ispch.cl/wp-content/uploads/2021/05/formulario_05_analisis_virologico.pdf

Es importante que la Red de Atención considere la adquisición de estos reactivos a nivel local, para asegurar la oportunidad en el diagnóstico a nivel regional. Considerar el posterior envío de los casos positivos para vigilancia genómica en el ISP.

4. Las primeras muestras serán analizadas en el ISP para secuenciamiento genómico, con el fin de verificar los clados circulantes en el país o las variaciones de estos, según la virulencia de los casos en el tiempo.

5. Respecto a las medidas de control, estas son las siguientes:

Dirigida a los Casos:

- El aislamiento de los casos ambulatorios debe realizarse en el domicilio particular, procurando mantener condiciones adecuadas para evitar la transmisión a otros moradores.
- Mantener en aislamiento a los casos sospechosos o probables hasta obtener el resultado del laboratorio.
- La hospitalización de los casos se manejará de acuerdo con el criterio y la evaluación médica. Además, reforzar el cumplimiento de medidas generales y específicas de prevención de IAAS relacionadas, las cuales se encuentran vigentes en el Ord. C37/N° 1961 del 15/06/2022: Protocolo de Preparación y Respuesta de Redes Asistenciales para la viruela del simio, disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/08/1961-ORD.-DEL-15-DE-JUNIO-2022-PROTOCOLO-Y-PREPARACION-VIRUELA-DEL-SIMIO.pdf>
- Realizar un seguimiento telefónico a los casos al inicio, a la mitad y al final del periodo total, con una duración promedio de 21 días.

Dirigida a los Contactos:


- Identificar a los contactos según el criterio post-exposición para su derivación a vacunación inmediata de manera voluntaria, idealmente en los primeros 4 a 14 días desde el último contacto. Las personas objeto de vacunación son: personas inmunosuprimidas, personas viviendo con VIH, embarazadas en cualquier etapa de gestación y otros grupos poblacionales considerados de alto riesgo (personal de salud de laboratorios o con uso incorrecto de EPP durante la atención a un caso sospechoso o confirmado).
- Realizar un seguimiento de los contactos identificados durante un periodo de 21 días, al inicio, a la mitad y al final del periodo, con el objetivo de detectar oportunamente signos o síntomas compatibles con infección por viruela del mono.

³ Al menos mascarilla médica o quirúrgica, bata manga largas impermeable, protección ocular y guantes impermeables.

Se recomienda la vacunación pre-exposición para la población objetivo: hombres que tienen sexo con hombres (HSH), usuarios de PrEP, personas viviendo con VIH, trabajadores sexuales, otros grupos que mantengan prácticas sexuales de alto riesgo o hayan presentado una ITS en el último año, y personal de salud de laboratorio que manipule muestras potencialmente contaminadas con el virus.

Para mayor información sobre inmunización y vacunatorios disponibles, visitar sitio web oficial: <https://www.minsal.cl/vacunacion-gratuita/>

En espera de una amplia difusión, les saluda atentamente:



Dr. Osvaldo Salgado Zepeda
Subsecretario de Redes Asistenciales



Andrés Albáni Iruretagoyena
Subsecretaria de Salud Pública

Distribución

- SEREMI de Salud del país
- Servicios de Salud del país
- Gabinete de Subsecretaría de Salud Pública
- Gabinete Subsecretaría de Redes Asistenciales
- Gabinete Ministra
- DIGERA, Subsecretaría de Redes Asistenciales
- Departamento de Calidad y Seguridad de la Atención, DIGERA
- DIVAP
- DIPRECE
- Departamento de Inmunizaciones, DIPRECE
- ISP
- Departamento de Epidemiología
- Archivo.