

INFORME EJECUTIVO

VIRUELA DEL MONO

CHILE 30 de diciembre de 2022

Departamento de Epidemiología
Subsecretaría de Salud Pública



CONTENIDO

- 1. RESUMEN..... 3
- 2. OBJETIVO DEL REPORTE 3
- 3. ANTECEDENTES 3
- 4. MÉTODO 5
- 5. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA..... 6
- 6. BROTES Y CONGLOMERADOS 12
- 7. CONCEPTOS CLAVES 16

1. RESUMEN

- En Chile, hasta el 29 de diciembre de 2022 se registraron 1.402 casos de Viruela del Mono (1.381 confirmados y 21 probables). De estos casos, 156 fueron hospitalizados, dos fallecidos por complicaciones de Viruela del Mono.
- La región Metropolitana (RM) concentró el 82% de los casos a nivel nacional, según región de residencia. Todas las regiones restantes presentaron algún caso de Viruela del Mono, a excepción de la región de Magallanes.
- El 98,1% de los casos correspondieron a hombres. Los casos se presentaron en un rango etario entre los 6 meses y los 89 años, con una mediana de edad de 34 años, siendo el grupo entre los 30 y los 39 años (n=678), el que concentró la mayor cantidad de casos.
- Los signos y síntomas más frecuentes fueron exantema agudo (99,9%), lesiones de piel/mucosa anogenitales (65,4%), linfadenopatía (52,6%), cefalea y fiebre > 38,5° (50,5%), y mialgia (50,3%).
- El 51,8% de los casos se autoreportaron con VIH, el 11,3% con sífilis, 1,3% con gonorrea y un 2,4% con otras coinfecciones.

2. OBJETIVO DEL REPORTE

Describir la situación epidemiológica de Viruela del Mono en Chile en base a los datos disponibles al 29 de diciembre de 2022.

3. ANTECEDENTES

Desde el 13 de mayo de 2022, la Organización Mundial de la Salud (OMS) alertó a los países sobre el aumento de casos de Viruela del Mono, una enfermedad exantemática de origen zoonótico originaria de las regiones centrales y occidentales de África que, de manera inusitada, ha estado circulando en países no endémicos, principalmente en Europa y posteriormente en el resto de los continentes^{1 2}. La OMS reportó al 27 de diciembre un total de 83.497 casos confirmados, 1.694 probables en 110 países y 72 fallecidos³. Por su parte los Centers for Disease Control and Prevention (CDC) estimaron 83.539 casos al 28 de diciembre en 110 países⁴. Según la OMS, los casos reportados semanalmente han aumentado

¹ *Brote de Viruela Símica en múltiples países en los que la enfermedad no es endémica*. World Health Organization. World Health Organization. Disponible en: <https://www.who.int/es/emergencias/disease-outbreak-news/item/2022-DON385> (Al 30 de diciembre, 2022).

² World Health Organization. (n.d.). *Monkeypox*. World Health Organization. Recuperado el 30 de diciembre, 2022, de https://www.who.int/health-topics/monkeypox#tab=tab_1

³ Organization, W. H. (n.d.). *2022 Monkeypox Outbreak: Global Trends*. 2022 Monkeypox Outbreak: Global Trends. Recuperado el 30 de diciembre, 2022, de https://worldhealthorg.shinyapps.io/mpx_global/

⁴ Centers for Disease Control and Prevention. (09 de diciembre, 2022) *Monkeypox Outbreak Global Map*. Centers for Disease Control and Prevention. Recuperado el 30 de diciembre, 2022 <https://www.cdc.gov/poxvirus/monkeypox/response/2022/world-map.html>

en un 123,3%, diecisiete países han reportado un incremento en el número de casos semanales y 72 países no han reportado casos nuevos en los últimos 21 días. América ha concentrado la mayoría de los casos (84,7%) en las últimas 4 semanas, aumentando un 23% durante la última semana³.

El perfil de los casos descritos a nivel internacional corresponde principalmente, pero no exclusivamente, a hombres que se identifican a sí mismos como participantes en actividades de redes sexuales extendidas. Hasta el momento no hay señales que sugieran una transmisión sostenida fuera de estas redes. Si bien se sabe que el contacto físico cercano es una conducta de riesgo que puede conducir a la transmisión, no está claro si los fluidos corporales sexuales, incluidos el semen y los fluidos vaginales, participan en la transmisión.

Según la información disponible de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) al 30 de diciembre se han reportado 53 fallecidos, destacando EEUU (20), Brasil (14), Perú (8) y México (4)⁵. Brasil fue el primer país en anunciar el fallecimiento de un paciente por Viruela del Mono en el Estado de Minas Gerais, seguido de España, que reportó 2 muertes, además de India, Ghana, entre otros.

La presentación clínica de los casos de Viruela del Mono observados en el país ha sido variable. Muchos casos no se presentan con el cuadro clínico descrito clásicamente para la Viruela del Mono (fiebre, ganglios linfáticos inflamados, seguido de erupción cutánea concentrada en la cara y las extremidades). Las características atípicas descritas incluyen: presentación de solo unas pocas lesiones o incluso de una sola lesión; lesiones que comienzan en el área genital o perineal/perianal y no se extienden más; lesiones que aparecen en diferentes etapas (asincrónicas) de desarrollo; y la aparición de lesiones antes de la aparición de ganglios linfáticos inflamados, fiebre, malestar general u otros síntomas.

⁵ Organización Panamericana de la Salud (OPS). 2022 *Casos de Viruela Símica – Región de las Américas*. 2022. Recuperado el 29 de diciembre, 2022, de <https://shiny.pahobra.org/monkeypox/>. OPS reporta 3 fallecidos en Chile. El dato se encuentra en corrección para OPS, ya que se registran 2 casos fallecidos en Chile.

4. MÉTODO

- Se realizó un análisis descriptivo de los casos notificados en Chile con diagnóstico de Viruela del Mono hasta el 29 de diciembre de 2022. Para su elaboración se utilizó la información proveniente de bases de datos de: 1. Resultados de PCR de la Plataforma Nacional de Toma de Muestras; 2. Casos notificados por Viruela del Mono, Depto. Epidemiología, MINSAL, obtenida desde la plataforma Go.Data; 3. Residencia Sanitaria (RS).
- Desde la base de Instituto de Salud Pública (ISP) se obtuvo la información de situación epidemiológica (resumen nacional), curva epidémica y situación regional. La información de situación epidemiológica se complementó con base obtenida desde el equipo de Gestión de RS, para identificar los casos que se encuentran aún en aislamiento y aquellos que se han dado de alta epidemiológica. Para la caracterización de los casos, se consideró solo los casos que contaban con una investigación epidemiológica completa, los cuales se encuentran en la base de casos notificados en Go.Data. Para la notificación se consideraron las definiciones de caso descritas en Protocolo de vigilancia de epidemiológica de Viruela del Mono (Res. Exenta N°1162 del 24/08/2022).
- Para obtener el estado de alta de los casos se complementó la base de casos notificados con la base de ingresos y egresos de RS mediante un cruce con fecha de corte al 29 de diciembre. Para determinar el alta de los casos (excepto RM) se consideraron aquellos registros cuyo estado de seguimiento estuviera terminado, cuya fecha de alta sea menor a la fecha del reporte, cuya fecha de cuarentena sea menor al día del reporte y cuyo motivo de alta haya sido cumplimiento de cuarentena. Para los casos pertenecientes a la RM se consideran como "alta" aquellos registros cuya fecha de fin de aislamiento haya sido menor al día del reporte y cuyo motivo de alta haya sido cumplimiento de aislamiento.
- Se incluye una sección de análisis de brotes y conglomerados de casos. Para el análisis se utilizó la base de datos de casos y contactos de plataforma Go.Data. Se entiende por brote, a la detección de casos secundarios en la cadena de transmisión y conglomerados, cuando hay una exposición común o mismo lugar de riesgo, con un tiempo inferior a un periodo de incubación mínimo entre los casos (< 5 días).
- Se realizaron tablas y figuras para presentar los resultados, utilizando los softwares Excel 365, RStudio y STATA MB 17. Los datos del periodo estudiado corresponden a información provisoria, en proceso de validación. Para la elaboración de mapas se utilizó el programa Arc Gis 10.8.2.
- Respecto a la Ley N° 20.584 que "Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud", este informe no la vulnera, debido a que utiliza datos del MINSAL, los cuales se recogen dando cumplimiento a su rol según las siguientes leyes previas: DFL N° 1/2005 del MINSAL y Ley N°19.628 sobre datos sensibles.

5. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

En Chile desde el 17 de junio al 29 de diciembre de 2022, ingresaron a la vigilancia 2.403 casos sospechosos, de los cuales **1.402 correspondieron a Viruela del Mono** (1.381 casos confirmados y 21 casos probables). Con respecto al informe del 27 de diciembre de 2022, se confirmaron **4 casos nuevos**. Del total de casos, en 1.156 se constató el alta epidemiológica, mientras que 246 corresponden a casos en periodo de aislamiento (Tabla 1 y Figura 1). Del resto de casos, se han descartado 951 y 50 se mantienen como sospecha o fueron categorizados como no válidos.

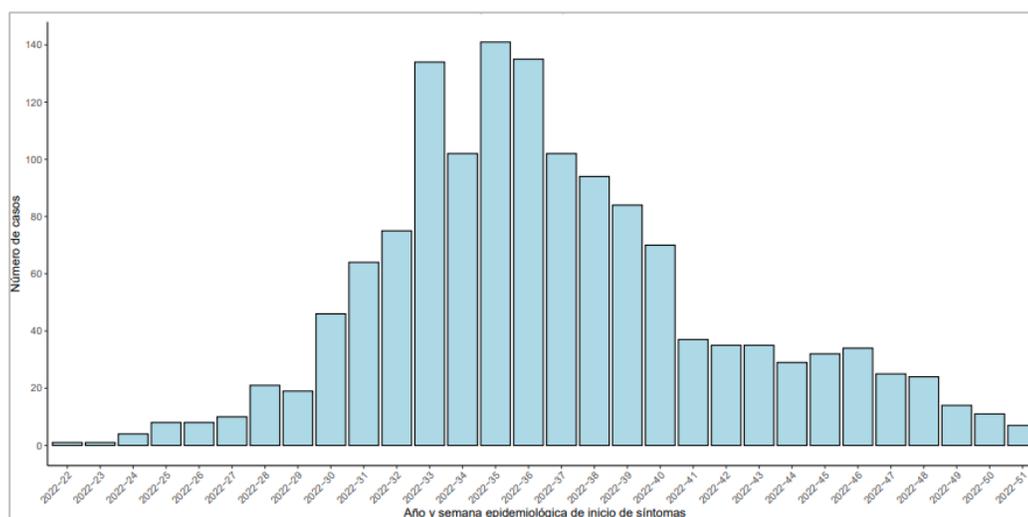
A la fecha, en Chile se han notificado dos casos fallecidos, con edades entre los 40 y 49 años que presentaron complicaciones relacionadas a Viruela del Mono, los cuales presentaban otras patologías de base y un sistema inmunológico debilitado (inmunosupresión).

Tabla 1: Resumen nacional de casos de Viruela del Mono, según clasificación clínica. Chile, al 29 de diciembre de 2022.

Clasificación	Alta	En aislamiento	Total
Probables	15	6	21
Confirmados	1.141	240	1.381
Total	1.156	246	1.402

Fuente: Departamento de Epidemiología. Ministerio de Salud de Chile.
 Datos provisorios en proceso de validación.

Figura 1: Casos confirmados y probables de Viruela del Mono según semana epidemiológica de inicio de síntomas. Chile, al 29 de diciembre de 2022.

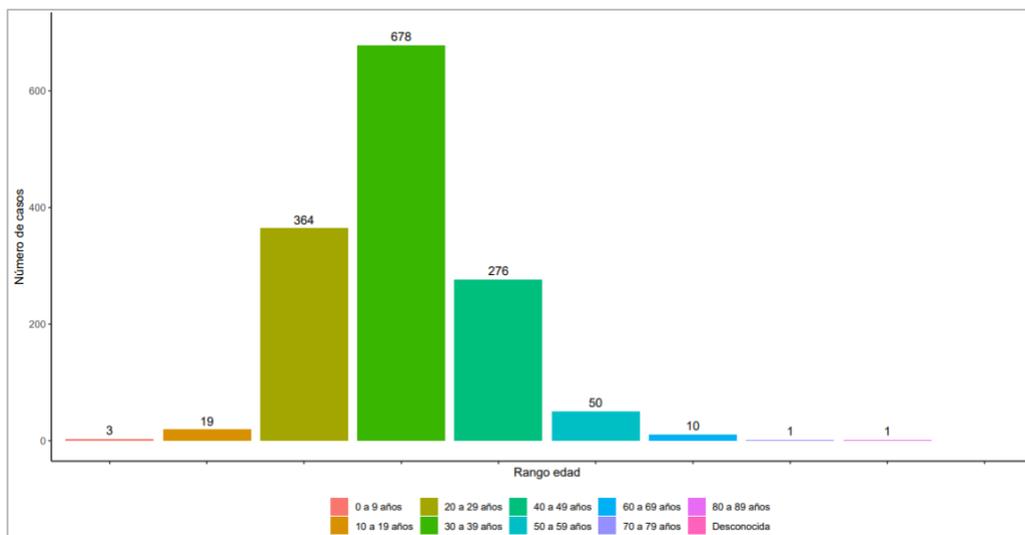


Fuente: Departamento de Epidemiología. Ministerio de Salud de Chile.
 Datos provisorios en proceso de validación.

Caracterización de los casos

El rango de edad de los casos fue de 6 meses a los 89 años, con una mediana de edad de 34 años. El grupo que concentró la mayor cantidad de casos fue el de entre los 30 y los 39 años (n=678), seguido del de 20 a 29 años (n=364) (Figura 2). En cuanto a sexo, el 98,1% (n=1.375) de los casos correspondieron a hombres.

Figura 2: Casos confirmados y probables de Viruela del Mono según grupo de edad. Chile al 29 de diciembre de 2022.



Fuente: Departamento de Epidemiología. Ministerio de Salud de Chile.

Datos provisorios en proceso de validación

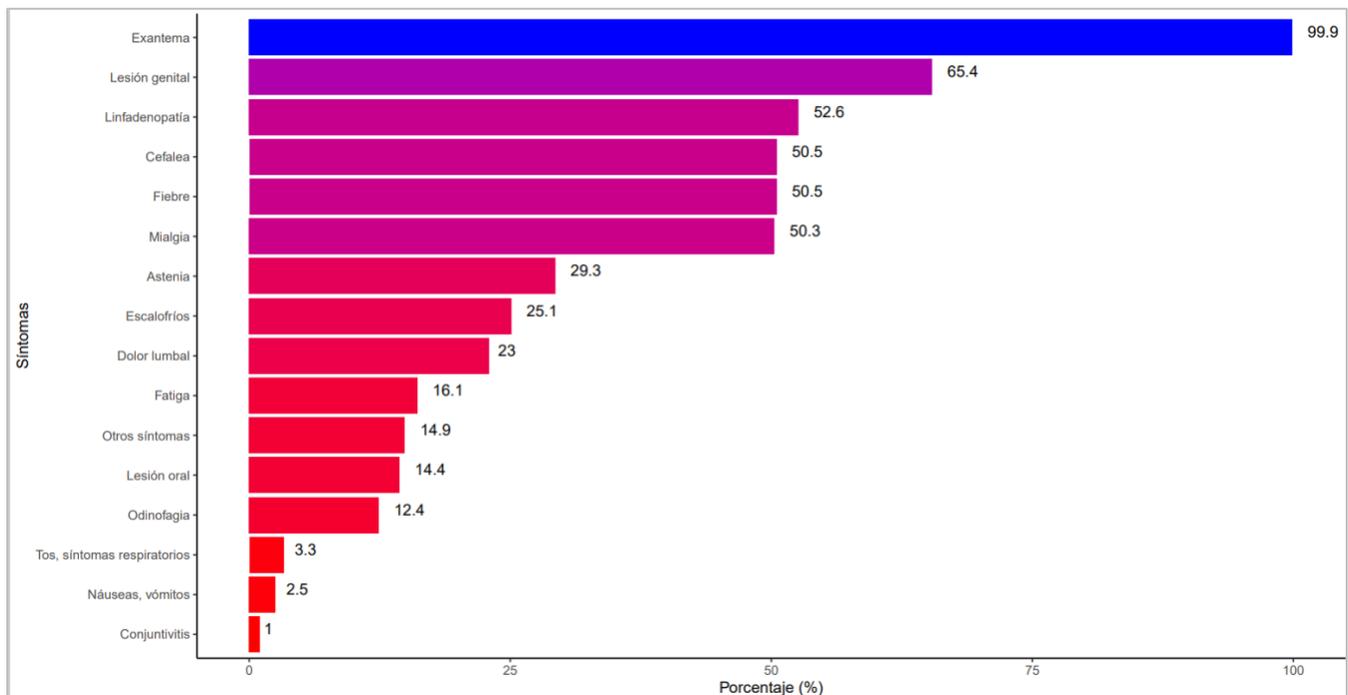
Respecto a la pertenencia de los casos a grupos específicos, el 31,2% correspondió a migrantes. El 3,2% indicó pertenecer a pueblos originarios. Dos casos correspondieron a gestantes (0,1%) y 1 caso a un lactante (0,1%).

Sobre la previsión de salud, el 58,6% se encontraba afiliado a FONASA, el 24,3% a ISAPRE, un 0,2% a CAPREDENA y un 0,1% a DIPRECA. El 1,9% de los casos no se encontraba afiliado a ninguna previsión y en el 14,9% se desconocía dicha información.

Caracterización clínica

Respecto a la presentación clínica, entre los signos y síntomas el 99,9% presentó exantema agudo, el 65,4% lesiones de piel/mucosa anogenitales, el 52,6% linfadenopatía, 50,5% cefalea y fiebre > 38,5° y, 50,3% mialgia (Figura 3). De los casos totales, 22 se encuentran en investigación aún para determinar su sintomatología.

Figura 3: Casos confirmados y probables de Viruela del Mono según signos y síntomas. Chile al 29 de diciembre de 2022.



Fuente: Departamento de Epidemiología. Ministerio de Salud de Chile.

Datos provisorios en proceso de validación.

De los casos confirmados y probables, 156 fueron hospitalizados prioritariamente para fines de aislamiento, manejo de lesiones y comorbilidades, entre los cuales se encuentran los dos casos fallecidos.

Con respecto a antecedentes de coinfecciones, según datos obtenidos en la entrevista epidemiológica, se observó que el 51,8% de los casos se auto reportaron como persona viviendo con VIH, el 11,3% con sífilis, 1,3% con gonorrea y un 2,4% reportó otras coinfecciones.

Situación regional

Respecto a la zona geográfica de residencia, la mayoría de los casos se han concentrado en la zona centro (91,9%). La zona norte concentró un 4,2% de los casos y la zona sur un 3,5%. Solo un 0,4% de los casos se ha presentado en el extremo sur del país.

En 15 de las 16 regiones del país, se presentaron casos, donde la región Metropolitana (RM) concentró el mayor porcentaje 82% (n=1.150), seguida de la región de Valparaíso, Antofagasta, Biobío, Coquimbo y Tarapacá (Tabla 2 y Figura 4 y 5). En la RM, la mayoría de los casos se concentraron en la zona urbana de la región, destacando la comuna de Santiago por ser la que presentó la mayor cantidad de casos (n=448).

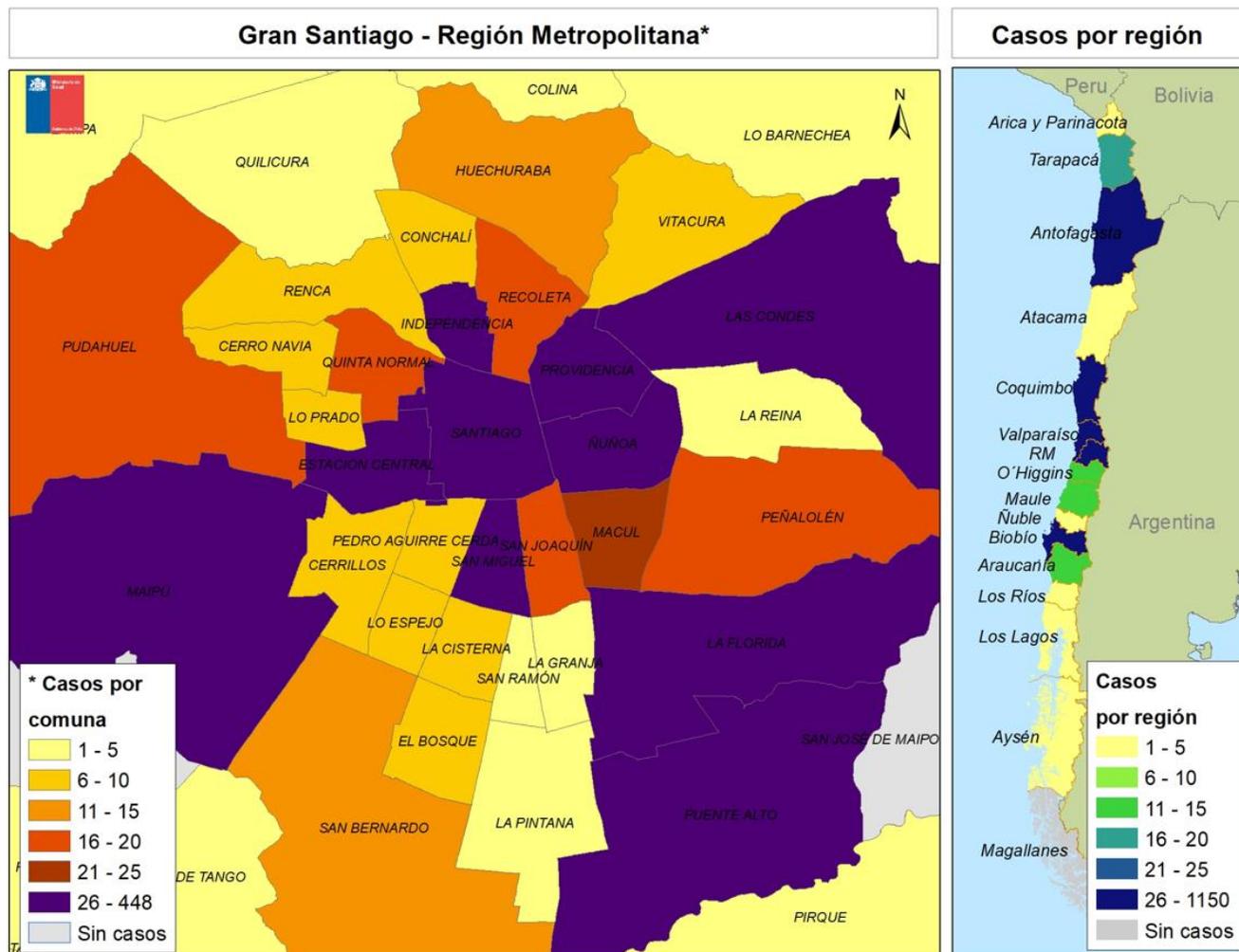
Tabla 2: Casos de Viruela del Mono según región de residencia y región de notificación. Chile, al 29 de diciembre de 2022.

Región	Confirmado		Probable		Total	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Arica y Parinacota	4	0,3	0	0,0	4	0,3
Tarapacá	18	1,3	1	0,1	19	1,4
Antofagasta	30	2,1	4	0,3	34	2,4
Atacama	2	0,1	0	0,0	2	0,1
Coquimbo	26	1,9	0	0,0	26	1,9
Valparaíso	74	5,3	10	0,7	84	6,0
Metropolitana	1147	81,8	3	0,2	1150	82,0
O'Higgins	12	0,9	0	0,0	12	0,9
Maule	13	0,9	0	0,0	13	0,9
Ñuble	3	0,2	0	0,0	3	0,2
Biobío	30	2,1	1	0,1	31	2,2
Araucanía	12	0,9	2	0,1	14	1,0
Los Ríos	4	0,3	0	0,0	4	0,3
Los Lagos	4	0,3	0	0,0	4	0,3
Aysén	2	0,1	0	0,0	2	0,1
Magallanes	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	1381	98,5	21	1,5	1402	100,0

Fuente: Departamento de Epidemiología. Ministerio de Salud de Chile.

Datos provisorios en proceso de validación.

Figura 4: Casos de Viruela del Mono según región de residencia y región Metropolitana según comuna de residencia. Chile, al 29 de diciembre de 2022.

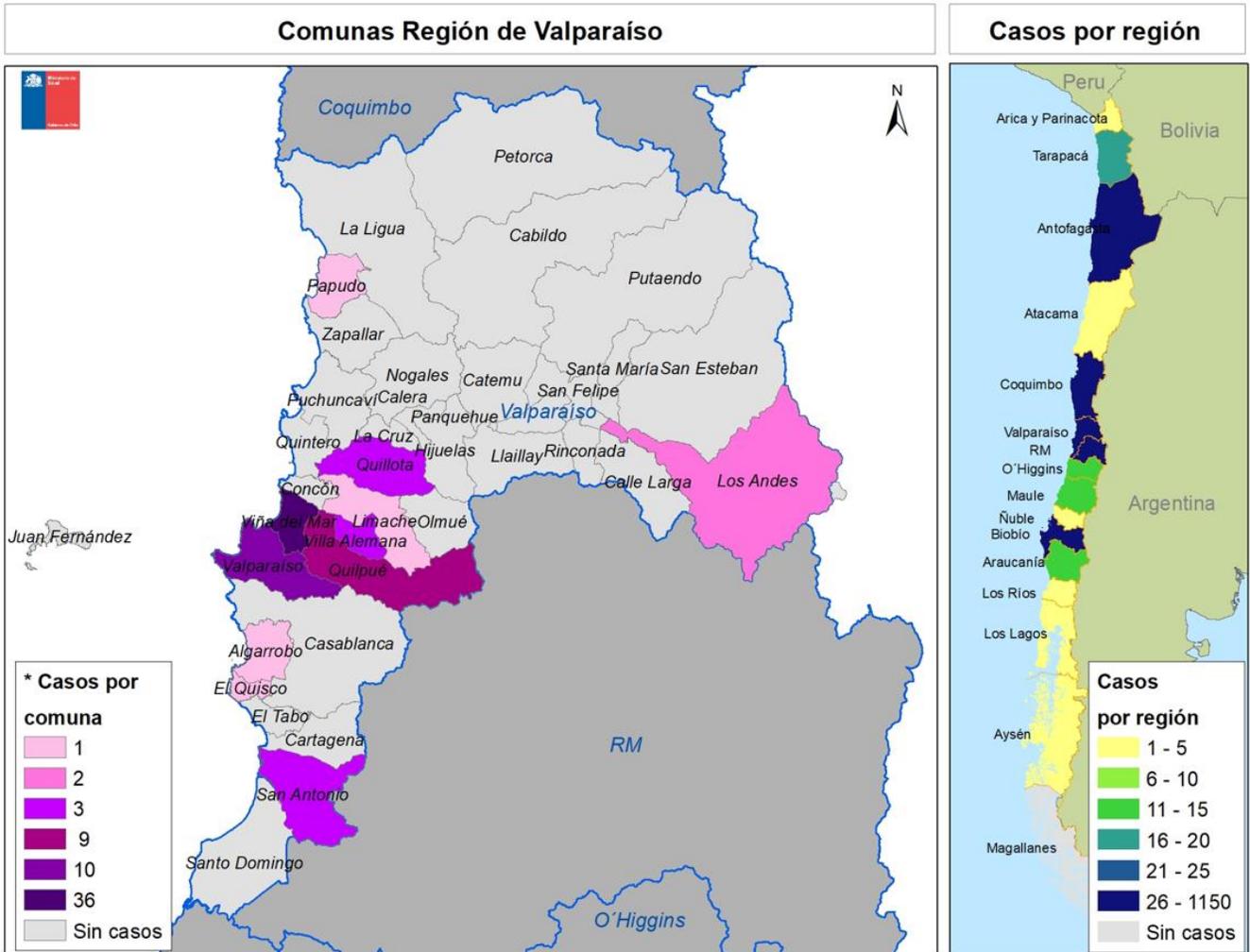


*Casos confirmados y probables según comuna y región de residencia. Existen 48 casos en investigación en la RM sin información sobre comuna de residencia.

Fuente: Departamento de Epidemiología. Ministerio de Salud de Chile.

Datos provisorios en proceso de validación.

Figura 5: Casos de Viruela del Mono en Región de Valparaíso según comuna de residencia. Chile, al 29 de diciembre de 2022.



*Casos confirmados y probables según comuna y región de residencia. Existen 14 casos en investigación en la Región de Valparaíso sin comuna de residencia.

Fuente: Departamento de Epidemiología. Ministerio de Salud de Chile.

Datos provisorios en proceso de validación.

6. BROTES Y CONGLOMERADOS

Al 29 de diciembre de 2022, el 23% (n=318) de los casos de Viruela del Mono están relacionados a un brote o conglomerado, información detectada generalmente en forma retrospectiva y no durante la entrevista epidemiológica, debido a la reticencia de los casos a entregar información de sus contactos. Del total de brotes y conglomerados a la fecha, el 79,9% (n=111) presentan 2 casos con nexo establecido y el 20,1% (n=28) restante 3 o más casos (Tabla 3 y 4). La Figura 6 muestra los brotes y conglomerados (imágenes generadas en el software de Go.Data) que se han identificado a la fecha.

Al inicio de la epidemia, los nexos epidemiológicos identificados dentro de los cien primeros casos reportados en Chile, que fueron revisados exhaustivamente, un 44% (n=44) de ellos presentaron nexo epidemiológico, formando así un total de 14 brotes (casos secundarios) y 5 conglomerados (exposición común o mismo lugar de riesgo).

En los brotes identificados, destaca la concurrencia a eventos de carácter sexual como cruising parties, saunas gays, fiestas privadas nudistas y el uso de aplicaciones de citas para encuentros sexuales casuales, lo cual ha dificultado la identificación de contactos o expuestos. Algunos de estos conglomerados corresponden a parejas estables o casuales y, en las que se puede estimar que el período de incubación promedio que se estima en 8 días (dato sujeto a confirmación) y, en otras situaciones, se expusieron al mismo evento (fiestas o encuentros sexuales con desconocidos), ya que enferman con una diferencia mínima o inferior al promedio de incubación descrito en la literatura.

Tabla 3. N° de casos relacionados a brotes y conglomerados en Viruela del Mono. Chile, al 29 de noviembre de 2022.

Tipo de nexo	N° total	N° Casos relacionados	% total de casos
Brotes	63	155	11%
Conglomerados	76	163	12%
Total general	139	318	23%

Fuente: Departamento de Epidemiología. Ministerio de Salud de Chile.

Datos provisorios en proceso de validación.

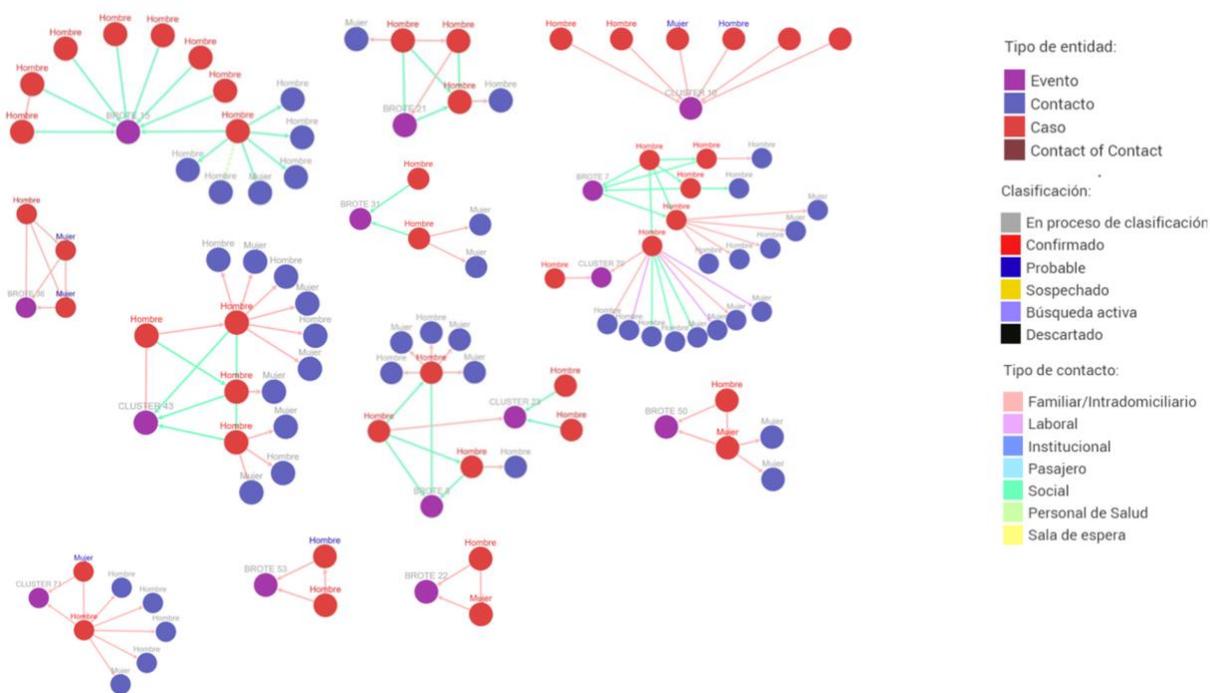
Tabla 4. Distribución de brotes y conglomerados según N° de casos en Viruela del Mono. Chile, al 29 de noviembre de 2022.

Tipo de brote y conglomerados según N° de casos afectados	N° Brotes y Conglomerados
2 casos	111
3 casos	19
4 casos	5
5 casos	2
> 5 casos	2
Total general	139

Fuente: Departamento de Epidemiología. Ministerio de Salud de Chile.

Datos provisorios en proceso de validación.

Figura 6: Representación gráfica de brotes y conglomerados de relevancia confirmados y probables de Viruela del Mono en Chile, al 29 de diciembre de 2022.



Fuente: Departamento de Epidemiología. Ministerio de Salud de Chile.

Datos provisorios en proceso de validación.

Brotos destacados

- Brote asociado a una fiesta celebrada en la región de Valparaíso. Generando 8 casos confirmados entre hombres asistentes al evento. Estos residen en las regiones de Valparaíso (3 casos), RM (4 casos) y Ñuble (1 caso). La exposición identificada se atribuyó a contacto físico entre sí al bailar con torsos desnudos, compartir utensilios y ropa (Brote 15, figura 6).
- Brote interregional de 3 casos que involucró a hombres que realizaron intercambio de parejas, residentes en la región de La Araucanía (n= 2) y región de Los Lagos (n= 1). Uno de los expuestos no enfermó (Brote 21, figura 6).
- Brote de 2 casos relacionado con un viajero interregional detectado a partir del primer caso notificado en la región de Aysén. Refiere haber mantenido relaciones sexuales en la RM y luego durante su viaje a la Araucanía; regresa a Aysén y, posteriormente, viajó a la región de Los Lagos y Biobío. Posteriormente, se detecta el segundo caso secundario en Aysén (Brote 31).
- Un conglomerado de 6 casos ocurrido en la región de Valparaíso, que involucró a un lactante de 7 meses y un adulto amigo de la familia, que es inquilino de una habitación en la misma casa, por lo que comparten esporádicamente con la familia y el niño en espacios estrechos; ambos enferman con un día de diferencia. La familia del menor (madre, padre y dos hermanas de 10 y 8 años) se clasifican como casos probables, debido a la presencia de síntomas y nexos intrafamiliar. En la evaluación ambiental se identifica el uso de espacios comunes (baño, cocina y lavandería entre los residentes, incluyendo ropa y utensilios comunes); probable exposición indirecta (fómites), desconociéndose el caso primario (Clúster 10, figura 6).
- Brote intrafamiliar de 2 casos ocurrido en región de Coquimbo. Un hombre quien trabaja en un club nocturno contagia a su madre de 72 años con quien vive y presenta comorbilidades (HTA-DM). La probable exposición fue contacto directo físico a través de saludos, abrazo y besos; no se descartan los fómites por manipulación de la vestimenta del caso índice y ropa de cama, además de compartir utensilios (Brote 22).
- Se identifica un gran conglomerado de casos relacionados al comercio sexual, con 11 casos totales. Al menos 3 de los casos refieren ser trabajadores sexuales, los que generaron casos secundarios y múltiples contactos. Dos de ellos también tuvieron contacto sexual con viajeros extranjeros, previo al inicio de síntomas (Brote 7-Cluster 70; Brote 8-Cluster 23, figura 6).
- Brote en región de Valparaíso. Caso confirmado de hombre de 41 años, sin reportar actividades de riesgo. Cohabita con su pareja, mujer de 42 años e hija de 10 años, ambas inician sintomatología, determinándose como casos probables por nexos intrafamiliar (Brote 36, figura 6).

- Conglomerado interregional con 4 casos confirmados, que involucró a residentes de las regiones de Biobío y RM donde los casos refieren múltiples parejas sexuales ocasionales conocidas con aplicación de citas y en contexto de fiestas privadas y clubes (Clúster 43, figura 6).
- Conglomerado familiar atípico de dos casos ocurrido en la región de Valparaíso, que involucró a dos hermanos (hombre y mujer de 21 y 20 años). El caso primario reporta conductas sexuales de riesgo y asistencia a eventos masivos en la RM. Viven en condiciones de hacinamiento junto a otros 5 familiares. Es viable que el contagio haya ocurrido en el domicilio por fómites (2 habitaciones/1 baño, compartir espacios comunes, ropa y utensilios) (Clúster 71, figura 6).
- Brote de 2 casos interregional familiar. Hombre de 41 años residente en la RM, que refiere conductas de riesgo para contraer la infección. Viaja a la región de O'Higgins a visitar y compartir con su hija menor de edad por contacto regular padre-hija o fómites (Brote 50, figura 6).
- Brote de 2 casos ocurrido en la región de Tarapacá. Trabajadores sexuales de 21 y 28 años, en situación de calle que viajaron desde Perú hasta Iquique ejerciendo el comercio sexual mediante aplicación Grindr y otra (Brote 53, figura 6).
- Brote familiar de 2 casos ocurrido en Tarapacá. Hombre de 30 años, refiere conductas sexuales de riesgo previo a FIS y durante periodo de transmisibilidad mantiene contacto directo (abrazos y uso compartido de dispositivos electrónicos) con sobrina de 15 años, quien se confirma en el mes siguiente. Brote actualmente en investigación.

Brotos asociados a transmisión sanitaria (IAAS)

Estos casos son secundarios a la atención de casos confirmados de VM, por tanto, se relacionan a infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS). Los eventos son los siguientes:

- **Clínica en RM:** Mujer de 33 años, enfermera sin el uso adecuado de EPP durante la toma de muestra. Enferma 4 días después de la exposición (01 de septiembre de 2022).
- **Hospital en RM:** mujer de 31 años, embarazada con 7 semanas de gestación; enfermera. Se accidenta al descostrar lesión por utilizar bisturí (no recomendado) de un paciente confirmado. La infección ocurre dos días después de la exposición (05 de septiembre de 2022).
- **Hospital en Biobío:** Hombre de 19 años, TENS que atendió a un caso confirmado sin el uso adecuado de EPP, enferma 6 días después de la exposición (11 de octubre de 2022).
- **Clínica estética en RM:** el primer caso se confirma en Atacama (mujer de 42 años, FIS 19 de agosto) y el segundo en la RM (mujer de 38 años, FIS 09 de septiembre), quienes se realizan procedimientos estéticos en una misma institución durante el mes de agosto con diferencia de diez días, y a cargo de un mismo equipo clínico; presentando lesiones en la zona intervenida y que posteriormente se extienden a otras zonas del cuerpo.

7. CONCEPTOS CLAVES

- **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°C)
 - calofríos
 - 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. En sección 8 “Aspectos clínicos” se incluyen orientaciones de presentación clínica de los casos.

- **Definición B:** Persona que inicia 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).
- **Definición B:** Persona detectada retrospectivamente 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.
- **Caso descartado:** Caso sospechoso que:
 - Las pruebas moleculares (PCR en tiempo real) fueron negativas para Viruela del Mono en el ISP o en los laboratorios clínicos definidos por MINSAL y autorizados por el ISP.
 - Y
 - No cumple con la definición de “caso probable” según la evaluación de la Autoridad Sanitaria Regional.
- **Contacto:** Persona que estuvo expuesta a un caso probable o confirmado de Viruela del Mono durante el período de transmisibilidad, considerado desde el inicio del exantema hasta que las lesiones sanen.

Se considera como exposición, las siguientes situaciones:

- Haber tenido contacto físico prolongado con el cuerpo, fluidos corporales o costras de las lesiones exantemáticas.
- En personal de salud, brindar atención de salud directa a un caso confirmado o probable, sin cumplir con las precauciones adicionales de contacto y gotas, considerando al menos el uso de mascarillas quirúrgicas, protección ocular, guantes impermeables y bata impermeable de manga larga. 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 quirúrgica.
- Manipular vestimenta, ropa de cama, desechos y utensilios sin el uso de precauciones adicionales de contacto y gotas; al menos mascarilla quirúrgica, bata manga larga impermeable, protección ocular y guantes impermeables.
- 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.

- **Brote:** Dos o más casos relacionados en los que se detecta nexo directo entre ellos y son parte de una misma cadena de transmisión.
- **Conglomerados:** dos o más casos relacionados en los que se detecta una misma exposición (asistencia al mismo lugar de riesgo).
- **Aislamiento:** Separación física y restricción del movimiento a un espacio determinado de personas contagiadas de Viruela del Mono, con la finalidad de evitar propagación de la enfermedad a otras personas sanas.
- **Alta epidemiológica:** Alta recibida por criterios epidemiológicos, es decir, cuando la persona enferma ya no representa un riesgo de contagio para el resto de la población. En el caso de la Viruela del Mono ésta se consigue alrededor de los 21 días desde el inicio del exantema, cuando todas las lesiones costrosas han caído y crece piel sana en su lugar, además debe contar con una evaluación médica que acredite dicho estado.