



**Transcripción jornada Curso de Actualización Viruela del Mono**  
**Colegio Médico de Santiago y Sociedad Chilena de Infectología**

## **CURSO ACTUALIZACIÓN CLÍNICA EN VIRUELA DEL MONO**

Introducción: Dra. Francisca Crispi – Presidenta Colegio Médico Santiago.

Hola , les damos la bienvenida a este curso conjunto del Colegio Médico Santiago con la Sociedad Chilena de Infectología sobre Viruela del Mono, en este curso la idea es poder entregar la mejor evidencia disponible para la actualización de nuestros colegas frente a este nuevo desafío de salud pública. Tenemos una gran responsabilidad de no repetir los errores del pasado y enfrentar esta enfermedad desde la evidencia y no desde el estigma que representa una barrera muy importante para el acceso a los servicios de salud. Agradecemos a todos y todas nuestros expositores y expositoras que participaron muy generosamente en este curso, también a la Sociedad Chilena de Infectología, estamos seguros que en colaboración con las autoridades vamos a poder dar una respuesta de excelencia a este nuevo desafío en salud pública.

Dr. Leonardo Chanqueo – Presidente Sociedad Chilena de Infectología.

Hola bienvenidas y bienvenidos al Curso de Actualización de Viruela del Mono, soy Leonardo Chanqueo, Presidente de la Sociedad Chilena de Infectología. Les invitamos cordialmente a participar en este curso que ha sido un esfuerzo en conjunto con el Colegio Médico Regional Santiago para actualizar a todo el personal sanitario. Conocer, educar e informar a toda la población es vital en esta contingencia sanitaria. El programa que hemos elegido es muy completo ; incluye desde lo virológico – donde vamos a conocer las características virológicas de este virus, ¿cómo se transmite?, para continuar con las manifestaciones clínicas donde vamos aprender ¿cómo reconocer?, ¿cómo diagnosticar?, y cómo tomar una correcta muestra para diagnosticar esta enfermedad. Siguiendo por una notificación efectiva, siguiendo los flujos que nos ha recomendado la autoridad sanitaria y vamos a finalizar con un tema muy importante que es ¿cómo comunicar? , ¿cómo hacer eficaz esta

comunicación de riesgo a nuestra población y al personal sanitario?. Bienvenidas y bienvenidos a nuestro curso”

Historia y Fisiopatogenia de la Viruela del Mono- Dra. Claudia Cortés M.- Infectóloga- Profesora Asociada – Universidad de Chile.

1.- Es del género Orthopoxvirus y hasta ahora sabemos y se conocen dos subtipos, dos clasificaciones genéticas virales. Tienen características y tienen ciertos genes de virulencia que son diferentes entre los dos virus: el Oeste de África que es una infección menos severa con una mortalidad de menos del uno % , y el del Congo Basin, una infección más severa con una mortalidad alrededor del 10% .

El que anda circulando hoy en día en el mundo es el del Oeste de África con una mortalidad menor y lo otro que es muy importante es que esta mortalidad del 1 o del 10% es en las zonas endémicas, en los países de África que ya vamos a ver, que son los países que en general en el mundo son países con mayor limitación de recursos, menor acceso a salud, mayor problemas de nutrición; por lo tanto estamos hablando de una mortalidad que es sumamente alta en un escenario que es muy diferente a lo que está ocurriendo hoy día en el mundo, que sabemos que la mortalidad por casos de Viruela del Mono es muy muy baja.

Aquí arriba podemos ver una foto de microscopia electrónica del virus, que es este que podemos ver acá y yo siempre me gusta poner fotos de los virus; uno porque los encuentro preciosos pero además porque después salen los negacionistas, los plandémicos que dicen no , nunca nadie ha visto el virus , el virus del VIH nunca se le ha tomado una foto, el virus del Sars Cov 2 tampoco, bueno aquí tenemos fotos y esta es una diagrama de la estructura molecular y de las distintas características morfológicas del virus. No me parece muy necesario profundizar, después les voy a dar las referencias.

2.- Aquí está la clasificación, entonces está la familia de los Poxviridae, están los Chordopoxviridae y los Entopoxviridae; estos de acá, los que son sólo 4 subgrupos son virus que afectan a artrópodos, estos del otro lado son los que afectan a mamíferos y ustedes, pueden ver que dentro de la familia de los Chordopoxviridae hay una larga, larga lista y ahí encontramos a los Orthopoxvirus, que a su vez tienen muchas especies distintas; el Virus Variola, que es muy significativo y el Vaccinia, desde el Vaccinia es donde se hace la vacuna para la Viruela Humana, y aquí vemos también por ejemplo, el Virus del Camello, o sea la Viruela del Camello, la Viruela del Mono, la Viruela de la Vaca, hay una serie de nomenclaturas que tienen que ver con el huésped donde se ha aislado.

3.- Aquí mucho más simplificado en una publicación reciente del Jama, ya enfocándonos a lo que nos compete más, Poxviridae, Chordopoxviridae, el Orthopoxvirus y ojo que aquí está el molusco y el molusco es clínicamente significativo porque cuando uno ve las lesiones son bastante similares a un molusco, yo diría que son a las que más se parecen. Hay algunas que en su cuadro evolutivo pueden semejar a un virus varicela , la peste cristal que todos hemos visto o sufrido, pero el cuadro inicial, las lesiones cuando están partiendo son muy similares a un molusco.

Bueno , Orthopoxviridae dentro de los cuales yo quisiera destacar a Variola, MonkeyPox y Vaccinia y lo de Cuenca del Congo y África Occidental que ya les comenté.

4.- Entonces, esto es una zoonosis, es un virus que fue aislado primeramente en primates , por eso su nombre – Viruela del Mono- pero su huésped principal no son los monos si bien puede aparecer en cualquier primate no humano, sino que son roedores, ratas, ratones todo tipo de roedores, ardillas, lirones, conejos y los primates no humanos.

Se describe por primera vez en Dinamarca en unos monos de laboratorio que estaban en un laboratorio para ser estudio en otras patologías. Los monos presentan estas lesiones, se estudian y ahí se aísla por primera vez en 1958 y de ahí se gana su nombre y en el Congo se describen en 1970, los primeros casos en humanos. Es bastante común en Nigeria, en la República Centro Africana y en la República Democrática del Congo. Esos son los 3 principales países endémicos , aunque como podemos ver en el Grafico, se extiende en toda esta zona del occidente africano. Endémico entre 9 a 12 países de África.

5.- Este Boletín de la OMS – Organización Mundial de la Salud- de 19.., publicado en 1980 habla de los casos de MonkeyPox entre 1970 y 1979 cuando se empiezan a describir en humanos. Y esto lo pongo porque no es un virus nuevo, no es un virus que no conocemos, hay bastantes estudios y harta literatura, hay poca literatura de este virus y su efecto en el humano pero hay bastante literatura en la etiopatogenia por ej., de este virus en primates no humanos. Por lo tanto, en general, lo conocemos bastante bien y porque además es un primo hermano, por así llamarlo, es de un género similar al de la Viruela Humana de la cual es un virus que representa la máxima demostración de la eficacia de las vacunas, porque es una enfermedad que se logró erradicar gracias a la vacunación universal.

6.- ¿Y va a cambiar de nombre? Pareciera que sí, la Organización Mundial de la Salud llamó, no sé si a un concurso público, lo puso en sus redes y en su página web, de que ojalá la población diera sugerencias de nombre porque les parece que hablar de Viruela del Mono es un nombre estigmatizante- la verdad yo no estoy muy de acuerdo- existe la Viruela del Camello, la Viruela de la Vaca, la viruela, etc., es así no me parece tan terrible, no nos hace más monos, somos bastante monos esta es mi opinión personal , veo aquí caras de

desaprobación, pero estamos en este momento en una potencial cambio de nombre futuro, unas propuestas hace un par de días atrás que se cayeron pero lo que sí ya se hizo.

7.- Es poder clasificar estas dos variantes en que ya se les saca su nombre de Cuenca del Congo y de África Occidental sino que se habla de Clado I y Clado II porque asignar a países o lugares geográficos, si es algo que sabemos es altamente estigmatizante. Así que hoy día debiéramos hablar de Clado I y Clado II.

8.- Entonces es una zoonosis cuya transmisión primaria es cuando el hombre entra en contacto con estos animales, que ya les comenté, habitualmente en estos países de África se consume carne de animal de caza y ese es el contacto o cuando hay un contacto más estrecho con este tipo de animales que es como ocurrió el primer brote conocido en Estados Unidos, que era un contacto con animales de crianza doméstica – de mascotas- y también ocurre el consumo de la carne poco cocida o mal cocida.

9.- Entonces, ¿cuáles son sus mecanismos de transmisión?, yo me imagino que esto lo va a tratar alguno de los colegas en mayor profundidad pero me pareció interesante este gráfico en que vemos el contacto directo con las lesiones. Eses es el foco principal, si bien el virus se ha aislado en otros fluidos, fluidos seminales, en saliva , en sangre, en orina y la posibilidad teórica de transmisión a través de esos fluidos existe, ya que hay virus, la carga viral de esos fluidos es sumamente baja por lo tanto aquí, la forma de transmisión principal es el contacto directo piel con piel, piel con lesiones, mucosa con lesiones. Están estas gotas respiratorias grande por eso la mascarilla sigue siendo útil , recordemos que la mascarilla sigue siendo útil por el Covid. El contacto indirecto a través de fómites contaminados y aquí les voy a mencionar un poquito más adelante unos casos demostrados bien interesantes y cómo parte esta historia cuando da el salto de los animales al hombre es con el contacto directo con los animales.

10.- Esta publicación de la Sociedad Americana de Infectología – IDSA- es bien interesante, no es tan nueva, tiene un par de años, pero como que ahora la volvieron a reflotar y habla de un caso de un brote a nivel nosocomial y yo no sé cuan claro se ve pero son todos estos pacientes , estos 8 casos; esto parte de un niño . El niño va contaminando a otros miembros de su familia, al hermano; el caso índice tenía 9 años y el segundo tenía 3, luego pasa al hermano mayor, a la mamá, a la tía y esto se trasmite. Llevan al paciente a un hospital en

República Centro Africana, estamos hablando del segundo país más pobre del mundo, para que se pongan en ese escenario, y ahí se contagia la enfermera, la técnico y el médico cuando esto comienza. Esto fue hace varios años atrás cuando no se conocía mayormente la posibilidad de transmisión a través de fómite. También es bien curioso, me llamó a mí la

atención, también se contagian los últimos dos contagiados que eran adultos; que era el chofer de la moto taxi que llevó a la mamá y al niño y el chofer- no sé cómo llamarlo- del Ferry- esta familia vivía al otro lado de un lago, entonces tenía que cruzar la familia, que cruzaba todos los días a ver este niño enfermo y había, suponemos, no hay descripción muy detallada de cuál nivel de contacto estrecho de piel con piel, yo asumo un ferry muy aglomerados y se produjo el contagio de estas otras personas, con lo cual quiero descartar también que esta no es una enfermedad de transmisión sexual. Es una enfermedad de transmisión por contacto.

11.- El primer brote que conocemos no es este sino que es del año 2003 y es porque en una tienda de mascotas puso en contacto unas ratas gigantes de Gambia , que venían desde Ghana, que infectaron a Perros de la Pradera, los cuales se venden como mascotas y uno de estos Perros de la Pradera mordió al niño al cual le habían regalado, le mordió un dedo jugando, no era una gran mordida y la lesión parte en la mano de este niño, después se contagia la familia, llegan haber 53 casos contagiados, hay 0 fallecidos y aquí se empieza a demostrar, ya que por supuesto, esto ocurre en los Estados Unidos, hay una alerta importante, y se logra demostrar y hacer bien la secuencia de transmisión humano / humano.

Y algo que a mí me pareció fundamental, esas son las ratas gigantes de Gambia, que hay gente que las tiene de mascotas, no sé por qué y la segunda, la que viene son los Perros de la Pradera, así que esos son las mascotas que también tienen Viruela del Mono.

12.-Otros casos, no se los voy a leer todos pero son casos individuales en que hay transmisión, todos tienen desde origen Nigeria, gente que trabaja viajó por distintas razones a Nigeria, volvió a Israel, a Singapur, a Reino Unido; ahí fue una familia de 3 personas a Texas, a Maryland- en el fondo habían casos aislados , por lo tanto había cierto grado de conciencia de que esto podía transmitirse y salir desde las zonas endémicas.

13.- El virus ingresa por orofaringe, por nasofaringe, vía intradérmica, vía rectal, vaginal. No hay estudios o yo no encontré estudios vaginales, pero asumo que es una mucosa como cualquier otra, así que debiera haber estudios, pero no vi evidencia que la mostrara. Se

replica en el lugar de la inoculación y luego se extiende a los ganglios linfáticos locales, y por eso cuando vean el cuadro clínico es bien relevante la adenopatía, viene una viremia inicial que conduce a la propagación viral y la siembra a otros órganos. Esa siembra hoy día sabemos que puede estar en el líquido cefalorraquídeo, en la córnea, en general en cualquier otro sistema. Tiene un período de incubación que va desde los 7 a 14 días, pero tiene un límite superior estadístico hasta los 21 días.

14.- Los síntomas se correlacionan con estas viremias secundarias, tiene que haber un mayor grado de circulación viral, 1 o 2 días de síntomas prodrómicos que vienen con fiebre, linfadenopatías, antes de que aparezcan las lesiones. Ojo que cuando uno hace una descripción de este tipo, no el 100% de las personas se comporta de la misma manera, hay algunos casos que ya sabemos que no han tenido fiebre, pero es lo más frecuente al igual que las linfadenopatías dolorosas. Los pacientes infectados son contagiosos desde que aparecen las lesiones en forma más masiva, los anticuerpos séricos son detectables en sangre desde que aparecen las lesiones y, a nivel fisiopatológico lo que hace este virus es alterar la función de los linfocitos T, disminuyendo su accionar, por eso también es importante la población de pacientes con VIH y que puedan tener un déficit de linfocitos T. Estamos hablando de pacientes VIH que no estén en tratamiento o que no estén en tratamiento exitoso que puedan tener un recuento de linfocitos T bajo y que van a tener una alteración cuantitativa y cualitativa.

15.- La replicación citoplasmática en keratinocitos, vale decir células de piel, necrosis y hemorragia, por eso las lesiones, Uds., van a ver después que se ponen necróticas. Hay viremia y detección de este DNA en tracto respiratorio, semen, orina, sangre.

16.- Y aquí vemos esta publicación bien reciente del Lance Infection Disease, no sé cuál ven, pero en color verde se ve la carga viral o la cantidad de virus aislado en distintos pacientes, en cada uno de los cuadros un paciente diferente, en cómo el virus se ha podido aislar desde la vía respiratoria, desde la orina, desde la sangre y más o menos cuánto tiempo dura y vemos por ej., en el paciente N°2 que la circulación viral en sangre fue mucho más prolongada, en otros es bastante más corta, en el paciente N°6, por ej., pero esos son los distintos fluidos donde se ha aislado el virus.

17.- Y esta está bien interesante, un poquito más de la fisopatogenia, se aísla en gotas respiratorias, en superficies contaminadas, estas superficies contaminadas estamos hablando principalmente, a raíz de este brote que yo les conté en República Centro Africana nosocomial, en la ropa de cama que está en contacto con las lesiones directas, es el principal

fumit de las toallas, ropa de cama, por lo tanto el personal de salud que maneje estos utensilios tiene que estar suficientemente protegido y también virus en las lesiones mucosas, cómo ingresa por vía orofaríngea, o vía respiratoria, o piel o por vía genital. Cómo circula a través de los nódulos linfáticos, se produce esta viremia inicial, se inflaman los ganglios y después hay una segunda viremia en que esto se puede transmitir a distintos órganos.

18.- Si quieren profundizar en la etiopatogenia y cómo los mecanismos celulares más se afectan, encontré esta publicación, la puse ahí, que encontré fantástica. No me pareció pertinente profundizar mucho más en la pirulin pirulasa fisiopatológica pero si alguien tiene interés, ese es el paper después de haber revisado muchos .

19.- Recordemos que esto hoy día, estamos todos aquí reunidos, 600 personas en sus casas aprendiendo sobre Viruela del Mono pero esta es una enfermedad que tiene 40 años y que para algunos, si bien no es muy numerosa y, en los países endémicos causa estragos, causa mortalidad hasta del 10% y es bien terrible que solo hoy el mundo esté preocupado de esto cuando en realidad es una enfermedad que tiene vacuna y que podría haberse erradicado de los países endémicos hace muchos años.

20.- Quiero dar las gracias a quienes me contribuyeron con información y diapositivas principalmente el Dr. Christian Esveile, un Becado nuestro que acaba de terminar su Beca y que se fue de vuelta a Chillán y los Doctores. Del Río y Woc-Colburn, de Emory.

¿Preguntas? no sé si vendrán ahora y recordar que el Covid no se ha acabado.

Dra. Crispi: Muchas Gracias Claudia, un aplauso por favor para la Dra. Cortés. Vamos a partir con preguntas del público presencial. ¿Hay preguntas del público?, ojalá que sean sobre este tema porque vienen muchos temas, sabemos que hay muchas dudas sobre otras temáticas pero sobre Historia, fitopatogenia que presentó la Dra. Cortés. ¿Alguna duda, si?

Dr. Chanqueo: Claudia, no sé en el fondo todos estamos aprendiendo de esto y uno no siempre tiene todas las respuestas pero son dudas que yo y la gente tenemos en relación a tiempo de sobrevivencia del virus, dado que hablaste de virus, en superficies...

Dra. Cortés: No está muy claro, yo no encontré literatura específica, sí sabemos que tiene una, que se necesita una carga viral muy significativa para una trasmisión, por eso les mencioné la ropa de cama y las toallas, en general lo que entra en contacto más estrecho y el pijama de los pacientes pero no encontré estudios de tiempo de sobrevida en superficies



de esto. Esto tiene que ser manejado con guantes, pechera y el manejo de la ropa de cama en lavados con ciclos de agua caliente, planchado en forma doméstica, ese es el manejo pero temporalidad, no tengo la respuesta.

Dra. Crispi: Tenemos otra pregunta del público, allá...

Pregunta: Buenas tardes Dra. Usted define esto como una endemia en África, ¿qué pasó qué se ha visto?, que ahora esto empieza a ser una cosa que bueno tenemos recién el Covid Pandemia, ¿que esto podría resultar en lo mismo? ¿Qué es lo que lo hace?.

Dra. Cortés: No va a terminar en lo mismo. Uno no lo puede aseverar con certeza pero tiene mecanismos de transmisión muy distintos al Covid. El Covid se trasmite por el aire y a uno le pueden estornudar en una pieza de este tamaño dos personas sin mascarilla y uno puede terminar contagiado. Esto no, esto requiere un contacto estrecho, piel con piel, más bien prolongado, si yo tomo una manilla o me agarro de la barra del Metro de alguien que tiene Viruela del Mono, es muy improbable que yo me contagie, necesito una carga viral importante en esa superficie o una carga viral, un contacto piel con piel o piel con mucosas más prolongado, así que no vamos a tener una situación de la masividad del Covid porque el mecanismo de transmisión es distinto. Esta es una enfermedad que se trasmite por contacto, la otra es una enfermedad que se trasmite por el aire, por aerosoles. ¿Qué pasó? Lo que suponemos que pasó es lo que se está estudiando, es que así como hubieron estas 5- 6 personas que hubieron brotes aislados cuando viajaron a Nigeria , mayormente, alguien viajó a Nigeria , se contagió y luego participó en distintas actividades en que tuvo contacto estrecho piel con piel con otras personas y así se fue escalando el contagio. Así es como salió. Hay algo de azar o mala suerte en cómo sale a una forma tan masiva y hoy día lo que vemos en las enfermedades infecciosas, en general es que hay mucha más facilidad de movilidad, la gente se toma un avión hoy día y amanece en otro continente en 6 horas más, en 8 horas más, por lo tanto eso lo hace mucho más fácil. Hay otras teorías por qué esta expansión tan rápida, que partió en España y después salta a Inglaterra, mayoritariamente son los dos primeros países donde se describen más casos, tiene que ver un poco, hay harto estudio sociológico detrás- del ¿por qué tanto? dos años y medio de Pandemia, se están liberando las primeras fiestas, juntémonos todos, ya estamos cabreados de la mascarilla, de cuidarnos del metro de distancia, en eso le ponemos el ingrediente de una persona que estaba incubando probablemente la enfermedad con muchos contactos cercanos piel con

piel con una enfermedad que puede tener un periodo de incubación relativamente corto y así se “incendia la pradera”.

Dra. Crispi: Muchas Gracias, tenemos algunas preguntas del público. María Delgado dice, “Excelente presentación, Felicitaciones a la expositora” y Ana Rosa Valdés, pregunta: “Teniendo algunas similitudes con la viruela, ¿también quedan lesiones en la piel permanentes?”

Dra. Cortés: Una pregunta que me han hecho bastante. Todavía no tenemos mucho tiempo para saberlo. Sabemos que las lesiones y quienes hemos visto lesiones son bien feas, tienen algunas lesiones bien marcadas. En general, si hacemos , extrapolamos desde lo que ocurre con la varicela, si es que esas lesiones no se sobre infectan, no se exponen al sol, no se hace grataje ( no se rascan) debieran ir desapareciendo gradualmente. Sabemos que la viruela humana dejaba unas marcas bien reconocibles. Hoy día tenemos poco tiempo de evolución, algunos pacientes que ya me han comentado algunos colegas, yo no he tenido la experiencia de ver pacientes que se hayan recuperado por completo y haya pasado harto tiempo que pueden quedar algunas marcas si es que no se toman esas precauciones. Ahora esto, ojo para los que no han visto casos en personas, no es como las fotos que estamos viendo en prensa mayoritariamente, en que habitualmente muestran un niño, de alguna zona o país de África que tiene mil lesiones ; estas son 5, 10 20 lesiones en general, no en la cara mayoritariamente, y estamos pensando que estamos comparando un niño con problemas nutricionales, sabemos además que los niños tienen una afectación que es más severa que los adultos, entonces no es comparable en términos de la magnitud o de la cantidad de lesiones, y por ende la cantidad de cicatrices o huellas que puedan quedar.

Dra. Crispi: Muchas Gracias, acá hay una reflexión del Dr. Diego Fidelli que dice “respecto del estigma asociado al cambio de nombre, quizás no haya un estigma directo para el hombre por ser primate, sin embargo al, igual que en el Covid 19 y su relación con ciertas especies de animales hubo acciones dañinas en contra de dichas especies en ciertos lugares del mundo. No sería raro que en algún momento alguna autoridad pretenda llevar a cabo medidas que impliquen daño a poblaciones animales”.

Dra. Cortés: Completamente de acuerdo, de hecho en Brasil la semana pasada hubo un reporte que estaban matando monos salvajes indiscriminadamente y que no estaban enfermos en realidad. Así que sí, de acuerdo, eso puede ser “Salvemos los Monos”.

Dra. Crispi: Muchas Gracias. Tenemos la última pregunta del público acá y una última del Zoom.

Pregunta: Hola Buenos días, primero agradecerle y felicitarla Dra. porque la considero una excelente comunicadora científica. No sé si tenga antecedentes con respecto a los 141 casos aproximadamente que hay actualmente a nivel nacional. ¿Si los pacientes son mayoritariamente inmunocomprometidos o inmunocompetentes, tendrá algún tipo de antecedentes en esa...?

Dra. Cortés: Vamos en 204, creo si mal no recuerdo. Eso fue ayer. Los días viernes el Ministerio de Salud está actualizando la información – 207 – sabemos que, según leí yo, el 99% de ellos son hombres, de lo que asumo que debe haber 1 mujer, me imagino. Ese fue el dato que yo pude encontrar. No sé y yo tengo la sensación de que no se está entregando la información sobre qué otras comorbilidades tienen. Ahora, por otro lado, yo trabajo en un Centro – la Fundación Arriarán- que es el Centro más grande de pacientes con VIH, tenemos un número ya importante de pacientes y todos los que consultan ahí son pacientes que tienen VIH, que están en tratamiento y que están coinfectados y en el mundo , en el reporte que hubo del New England hace dos semanas atrás, cerca del 40% de los pacientes tenían coinfección con virus de la inmunodeficiencia humana. No sé si hay estadísticas chilenas, aquí luego va a haber gente del Ministerio, yo no soy del Ministerio que podrá darnos ese dato.

Dra. Crispi: Muchas Gracias, bueno tenemos algunas preguntas en el zoom pero que son con respecto a charlas que vienen a posteriormente. El Dr. Willy Santos dice que si se indicaran vacunas, esa va a ser la charla de la Dra. Jeannette Dabanch, también tenemos una pregunta del Dr. Roberto Orlando sobre mayor severidad clínica en pacientes con factores de riesgo cardiovascular que la puede tomar el Dr. Francisco Zamora y acá hay una que creo la Dra. Cortés podría sacar de la duda al Dr. Guillermo Salgado, que dice – “En Francia se ha reportado infectados asintomáticos, ¿nos podría hablar de eso?”-

Dra. Cortés: Si, en Francia se han reportado dos cosas novedosas; una es la trasmisión de humanos a animales, en que se aisló un perro de una persona que, supongo, tenía la costumbre de dormir con el perro o el tener una interacción más cercana que a mí como infectóloga me dan tres tiritones pero en fin, y se aisló en el perro, se enfermó el humano y se estudió al perro y el perro tenía también y es como el primer aislamiento en caninos,

porque ya hablamos que esto es más bien de roedores y monos y ahí se empezó a hacer estudio en algunos pacientes sin síntomas en que se les hicieron torulados y se encontró el virus, y eso es probable, básicamente en todas las enfermedades y en la gran mayoría de las enfermedades hay un espectro desde los asintomáticos a los enfermos muy graves, por lo tanto es posible que haya en algunos casos pero esta es información en desarrollo, no hay estudios, no sabemos, no se está buscando dirigidamente, no se hace pesquisa como en Covid que a la gente asintomática se le hace pesquisa.

Dra. Crispi: Perfecto, tenemos unas últimas preguntas que también quedan para los próximos expositores , la Dra. Mitzi Jeraldo refiere – “No sé si estará el tema más adelante pero me interesa saber si el diagnosticar en consulta ambulatoria privada ¿cuál es la conducta?”- ya que se la vamos a pedir tanto al Seremi como al Dr. Jorge Vilches de la Seremi y también a la Dra. Raquel Child y hay muchos agradecimientos por la presentación, la Dra. Mónica Vidal: “Muchas Gracias , excelente presentación”. Gracias por lo que con eso cerramos las preguntas del público y terminamos con un fuerte aplauso para la Dra. Cortés por su participación. Le tenemos un pequeño presente.

Dra. Cortés: Muchas Gracias

Dra. Crispi: Ahora el Dr. Leonardo Chanqueo va a presentar al siguiente expositor.

Dr. Chanqueo: Gracias Claudia, siempre muy completa, muy muy interesante. Y a continuación seguimos con nuestro programa, nos va a presentar las manifestaciones clínicas el Dr. Francisco Zamora. Francisco Zamora es médico internista, infectólogo, actualmente trabaja como infectólogo en el Hospital Barros Luco y en la Asistencia Pública más conocida como Posta Central y él , además, fue el encargado de recibir los primeros casos , pese a que no le gustó mucho al principio, la verdad que ahora está muy contento de haber recibido todos los primeros casos en la Posta Central, así que te dejo Francisco para que nos cuentes tu experiencia, al principio un poco mala y ahora con la experiencia más clínica de haber vivido los primeros casos en la Posta Central. Gracias.

Dr. Zamora:

1.- Después vamos a discutir, primero muchas gracias por la invitación, la verdad es que para mí es un honor poder estar acá, creo que esto es lo que tenemos que hacer, esta es una función importantísima de todos nosotros, los clínicos que tuvimos la responsabilidad

de empezar a recibir a estos pacientes y de empezar a educarnos , el Colegio Médico, entre nosotros tenemos que empezar a educar, tenemos que empezar a educar a nuestros equipos médicos, tenemos que empezar a educar a la sociedad en general. Con respecto a... vamos a probar si funciona no, parece que el pasador no funciona, vas a tener que pasármelas tú entonces.

2.- Los primeros casos de la Viruela del Mono que ya es , que se identificó en este brote que estamos viviendo actualmente, el primer brote apareció en mayo de este año, es decir estamos hablando de que esto es algo muy reciente, de muy reciente aparición y como aprendimos también en el Covid, es importante tener claro que hay muchas cosas que no

tenemos claro. Por lo tanto, hay preguntas que nosotros no podemos contestar y a los que nos gusta la evidencia científica es muy importante recalcar eso, o sea en el fondo no vamos a tener respuesta para todas las preguntas y es lo vamos a ir viendo en el camino. Ya tenemos algunos datos, por ejemplo. (La siguiente, esta es animada. así que va a ser un poco complicada) Después de los primeros reportes de lo de la Viruela era muy importante para nosotros saber cuál era el grupo de riesgo, cual eran las características de los pacientes que se estaban contagiando y, por lo tanto, para eso nosotros necesitábamos evidencia científica. La evidencia científica es importante y para tener identificado los grupos de riesgo, la gente en que tenemos que preocuparnos de tener especial cuidado, son estos estudios de corte, los estudios de corte básicamente son, vamos a seleccionar todos los pacientes que nosotros diagnosticamos; tenemos 100% seguridad que estos pacientes tienen. Vamos a ver cuáles son las características de la enfermedad, cómo presenta la enfermedad y posteriormente nosotros en las variables que recogemos de todos los datos que podemos tener; epidemiológico, comorbilidades, severidad del cuadro, duración del cuadro, nosotros vamos a tener una idea aproximada de cómo se va a comportar esta enfermedad y por lo tanto, el entender cómo se comporta la enfermedad es donde nosotros podemos empezar hacer las recomendaciones. Entonces, el primero fue una comunicación rápida, una cohorte italiana que estaba bastante bien, luego tenemos este New England que también son de aproximadamente 16 países con 500 pacientes. Tenemos una nueva que es otra cohorte de España y finalmente otra, una cohorte que es mucho más grande que también tiene unas características especiales. En cada uno de estos estudios de corte, la buena noticia es que el patrón, el patrón se repite en cada uno de ellos por lo tanto las características, da la sensación que las características de los primeros reportes que estamos teniendo también de Brasil, de Europa es más menos parecido cómo se está comportando el virus . Por lo tanto, ya estamos entendiendo cómo se está comportando el virus y si lo

aplicamos a los pacientes que estamos viendo en Chile, también se están repitiendo, por lo tanto nos da la seguridad que ya por lo menos ese camino , lo estamos recorriendo bien.

3.- Para entender bien las fases de la enfermedad, la primera gran noticia, estuvo excelente la presentación de la Dra. Cortés, porque básicamente estamos observando también que existen diferencias o matices distintos de este virus que saltó finalmente a Europa con la presentación clínica y los periodos en que nosotros vamos hablar. Antes se hablaba por ejemplo, que podíamos tener periodos de incubación hasta 21 días. Ahora ya tenemos prácticamente importante evidencia científica que nos respalda, que este periodo de incubación es más bien corto, es un periodo de incubación que es de 7 días, donde el

máximo periodo donde nosotros tenemos identificado realmente cuando la persona se puede haber contagiado ha sido de 10 días y el mínimo de 3 días por lo tanto, 7 días es el período aproximado de incubación de este virus. Por lo tanto, es importante cuando nosotros hagamos la anamnesis, preguntar de algún contacto estrecho, y eso es super importante también que lo dijo muy bien la Dra. Cortés. Estamos hablando que la principal forma de contagio es un contacto estrecho piel con piel, mucosa con piel, mucosa con mucosa, por un periodo prolongado de tiempo. Eso es lo más importante por lo tanto este periodo de incubación tiene que ser de 7 días, por lo tanto nuestra anamnesis tiene que venir incluido esto; si existió ese contacto o no. Posteriormente, tenemos un periodo prodrómico que también nos ayuda muchísimo para el diagnóstico cuando los pacientes aparecen con estas lesiones. El periodo prodrómico, prácticamente en el 80% de los pacientes, vamos a tener un periodo prodrómico que son síntomas generales que revisaremos posteriormente y, a partir de ahí, a partir del tercer, quinto día post periodo prodrómico, empieza el periodo exantematoso donde aparecen las lesiones finalmente .

4.- Entonces, partamos con la evidencia científica, en este estudio, es un estudio de cohorte donde son aproximadamente 528 pacientes en 16 países, lo dijimos , donde se diagnostica, tenemos la certeza que todos estos pacientes tuvieron una PCR positiva, son hombres generalmente, el 99%, en edad promedio de 38 , 96% hombres que tienen sexo con hombres y este dato también es importantísimo. En pacientes VIH en general en las cohortes, también el patrón se sigue repitiendo, repitiendo y repitiendo que hay un porcentaje importante de los pacientes VIH que se están contagiando por lo tanto, ojo los que nos dedicamos a la consulta y a ver a los pacientes en el Policlínico de VIH con tratar de preguntar un poco más dirigidamente con respecto a la aparición o no de estas lesiones o si el paciente consulta espontáneamente no darle una hora para 3 – 4 días sino que tratar

de evaluarlo en el mismo momento. Luego, de los pacientes que tienen un estado VIH conocido, un 52% de los que no tienen VIH por lo tanto nosotros quitamos estos 218 pacientes que son VIH de esta cohorte, si quitamos a los pacientes que no tienen VIH, aproximadamente un 57% de los que son VIH negativo que tuvieron el diagnóstico de Viruela del Mono son pacientes usuarios de prep por lo tanto, ya vamos también teniendo una idea aproximada de cuáles son los principales “factores de riesgo”.

5.- Luego también se hizo de los 528 pacientes, en 377 pacientes se les hizo un test de screening para otra infección de transmisión sexual y vean Uds. que un 30% de las personas que tenían contacto de la Viruela del Mono, además también tenían una infección de

transmisión sexual, principalmente la sífilis que se repite principalmente y la gonorrea y de los pacientes que se tomaron serología de VIH de 310 pacientes, 3 aprovecharon y además también diagnosticaron la infección de la Viruela del Mono.

6.- Cuando hablamos de los síntomas prodrómicos en este estudio que es muy interesante, también habla que hay un porcentaje importante, un 75%- 80% de los pacientes tienen algún síntoma prodrómico y el que más se repite con mucha diferencia es compromiso estado general y fiebre. La gran mayoría de los pacientes tienen fiebre y tienen este periodo prodrómico, quizás no sea una fiebre persistente pero si se sintió mal, tuvo un síndrome pseudo gripal que también tenemos que preguntar en forma directa, si un paciente llega con una lesión a nuestro Policlínico o a la Urgencia, tenemos que preguntar :-“ ¿Usted hace 3 / 5 días atrás tuvo fiebre, compromiso del estado general, alguna linfadenopatía, etc.?”-

7.-Y esta es la buena noticia, la buena noticia es que la gran mayoría de los pacientes que se están diagnosticando con Viruela del Mono tienen pocas lesiones, por lo tanto es una expresión clínica que en la gran mayoría de los casos son pacientes que tienen poca expresión clínica. Eso es muy bueno por nuestros pacientes, pero además también ojo, los que tenemos, los que están a cargo del control de esta infección, saber que en el fondo, el hecho que sea una infección que en un gran porcentaje de los casos tenga poca expresión clínica va a ser que en el fondo no exista la cantidad de consultas suficientes para finalmente establecer el diagnóstico y que nosotros tengamos un mapa real de lo que está sucediendo. Un 39% de los pacientes tiene menos de 5 lesiones y si sumamos este 25% con los 39, tenemos más de la mitad de los pacientes tienen menos de 10 lesiones. Después vamos a ver lo de las lesiones. Y otra cosa que nos preocupaba mucho era la severidad, la severidad de las lesiones era importante pero, y además los sitios de las lesiones, entonces ¿dónde tenemos que ir a buscar? En el gran porcentaje de los pacientes más del 85% van a tener

una ubicación ya sea anogenital, u oroperioral. Si nosotros quitamos de esta muestra los pacientes que sean VIH; los pacientes VIH las características son en general pacientes que están- estos son cohortes europeos donde el porcentaje de la población VIH que está en tratamiento y que con carga viral indetectable es mejor de que la que nosotros tenemos. Y acá por ejemplo dicen que sí, que efectivamente los hombres, los pacientes VIH tenemos que aproximadamente , la gran mayoría de los pacientes más del 95% de los pacientes o más del 97% de los pacientes tienen cargas virales indetectables.

8.-Esta otro cohorte que se publicó la semana pasada que también los mismos patrones, no los voy a volver a repetir, y con porcentajes muy similares, de hombres que tienen sexo con

hombres, y principalmente son pacientes masculinos y aproximadamente con un 40% de la cohorte que tiene un VIH positivo.

Cuando hablamos de factores de riesgo, nosotros seguimos a todos los pacientes que diagnosticamos de Viruela del Mono, nosotros hacemos una serie de preguntas para saber un poco también la parte del comportamiento, cuál son de las variables que quizás hicieron que estas personas pudieran tener mayor riesgo de tener esta infección y si nosotros vemos que por ejemplo el número de parejas sexuales en los últimos 14 días fueron de 2, y el número de parejas sexuales en los últimos 3 meses en un promedio de 6.5. El hecho también que haya tenido infección de transmisión sexual en los últimos meses también es otro quizás un factor de riesgo que debiésemos preguntar. Todo debiera estar incluido en las anamnesis que hacemos a los pacientes de forma, por supuesto, respetuosa y sin juzgar, que es lo que siempre repito a mis Becados, siempre repito a toda la gente. Nosotros estamos preparados para poder hacer esa pregunta. Eso es lo que nos tenemos que preguntar.

9.- Acá también lo mismo, los síntomas prodrómicos se vuelven a repetir, tenemos un gran porcentaje, por lo tanto nos va ayudar muchísimo para el diagnóstico, la gran mayoría de los pacientes tienen síntomas prodrómicos, la gran mayoría de los pacientes van a tener fiebre, van a tener estos síntomas como de “influenza light” y también el número de lesiones , se repite lo mismo, pocas lesiones con pocas complicaciones.

10.- Las Adenopatías, como bien dijo la Dra. Cortés, es una cosa fundamental , como la mayoría de las lesiones van a ser anogenitales y van a ser periorales, las adenopatías que nosotros tenemos que ir a buscar son las adenopatías inguinales y las adenopatías submandibulares y cervicales. En general cuando tienen lesiones en esas localizaciones



vienen acompañadas de sus adenopatías, por lo tanto, síntoma prodrómico, adenopatía y la lesión, todo eso junto nos va ayudar muchísimo para poder llegar finalmente al diagnóstico. Porque cuando veamos la siguiente diapositiva, van a ver que en la mayoría de los casos es muy claro cuando son lesiones características pero hay otras en que no está tan claro nos quedamos un poquito en la duda y dependemos de la PCR. Y con respecto a las complicaciones, lo mismo, un cuarto más menos aproximadamente de los pacientes tienen complicaciones como por ejemplo, proctitis, recuerden los síntomas de la proctitis, es muy importante que es con síntoma de nismo y urgencia defecatoria principalmente con dolor en el momento de la defecación y la amigdalitis que fueron las dos que describieron acá en esto.

11.-El acompañamiento con enfermedad de transmisión sexual también en un porcentaje de aproximadamente del 20% y esto es super importante de este estudio que ellos hicieron porque ellos dijeron; muy bien nosotros tenemos las características de los pacientes, sabemos cuáles son los factores de riesgo y como sería la evolución clínica de estos pacientes, pero vamos hacer lo siguiente, lo que ellos hicieron acá fue muy interesante , porque ellos dijeron vamos a tomar muestras de hisopado orofaríngeo y muestras de las lesiones cutáneas y veamos cuál es la carga viral. Realmente esto es lo que nosotros hacemos de forma indirecta para tener una idea aproximada de lo que es la carga viral que son los ciclos , la cuantificación de los ciclos para que se haga positiva una PCR. Para entenderlo un poco mejor es que mientras más rápido, menos ciclo nosotros tenemos, tenemos una PCR positiva, podemos pensar que tenemos más carga y más material genético del virus, por lo tanto esa es una forma aproximada que nosotros tenemos para cuantificar porque la verdadera viabilidad de esos virus , nosotros los obtenemos a través de cultivos virales que son muy complicados de hacer, en la práctica clínica habitual. Entonces lo que ellos hicieron fue de 37 pacientes, les tomaron muestras de la orofaringe y de las lesiones cutáneas y vean ustedes que en la A- la de la derecha de las lesionales, esa se hace positiva mucho antes comparado con la de la faringe, entonces esa podría ser una explicación de por qué la mayoría de los pacientes finalmente se contagian por contactos muy estrechos y por un tiempo determinado comparado que no hay evidencia de poder contagiarse a través de la vía aérea por ejemplo. Por lo tanto, tenemos mucha más carga viral en las lesiones que en la vía aérea.

12.- Y este estudio acaba de salir, salió ayer, donde también acá ellos dijeron tenemos un grupo de pacientes que ya diagnosticamos de Viruela del Mono y les vamos hacer PCR de las lesiones , vamos a hacer PCR en el plasma, PCR en orofaringe y en hisopado rectal. Acá

no habían diferencias significativas como en el anterior pero si hay una tendencia a que las lesiones cutáneas tengan esta mayor carga viral, por lo tanto es ahí donde nosotros deberíamos buscar pero miren ustedes acá con respecto a la pregunta que hicieron con respecto a pacientes asintomáticos . Nosotros tenemos pacientes y acá lo interesante fue que hubo pacientes en este estudio que habían sido contacto estrecho de un paciente diagnosticado de Viruela del Mono que no tenía ninguna lesión por lo tanto no le pudieron tomar la PCR de primeros estudios que apareció las lesiones pero sí que le hicieron de hisopado orofaríngeo y de plasma y la del plasma salió positiva, por lo tanto no es una pregunta que todavía podamos contestar porque falta mucha evidencia científica todavía pero podría ser una puerta para que nosotros podamos acceder a pacientes que no tengan

lesiones y que hayan sido contacto estrecho para saber si están haciendo esta viremia. No sabemos en realidad cuantos pacientes hicieron viremia sin expresión clínica por ejemplo; esa pregunta todavía ninguno de nosotros la puede contestar.

13.- Y con eso, esto es la evidencia científica que tenemos hasta el día de ayer, más menos para la comprensión de la enfermedad. Ahora nosotros tenemos que ver cómo vamos a diagnosticar en la práctica clínica , ¿cómo voy a sospechar yo que un paciente que llega por una lesión cutánea, finalmente tiene o no la Viruela del Mono?, ¿debo o no hacerle la PCR? y esto es de los primeros estudios que apareció , que me pareció super interesante que ellos hicieron la progresión. Hicieron una progresión del día 5 de inicio de la enfermedad o sea lo primero que pasa es: síntomas prodrómicos, después del 5° – 6° día del síntoma prodrómico empieza la fase eccematosa, lo primero que aparece son máculas, son una lesión eritematosa, plana , finalmente después viene la pápula, de esta pápula pasa a una pústula en el segundo caso, esa pústula se umbilica y finalmente se produce una pequeña úlcera que cicatriza a través de costra y desaparece. Esta es una de las clásicas lesiones que nosotros tenemos de la viruela y por lo tanto nosotros tenemos para sospechar.

14.- Ahora les voy a mostrar una serie de casos, de pacientes que son nuestros, todas las fotos fueron con autorización del paciente, pero es muy importante que nosotros tratemos de afinar el ojo. Al principio nos parecía con que todo que no, porque pensábamos, estábamos en estas primeras fotos que nos mandaban, que nos publicaban de África, etcétera, etc., pero poco a poco hemos ido afinando el ojo y muchas veces que nos hemos caído pero está bien porque en el fondo es muy importante, entonces tenemos que protegernos cuando un paciente acude a la consulta, nosotros tenemos que tratar de

diagnosticar sí, pero también hay muchas veces que podemos descartarlo de golpe, entonces, esto es lo que yo les quería mostrar.

15.- Este fue el caso 1 donde el paciente consultó varias veces y finalmente se decía que tenía una foliculitis, etc. Varios diagnósticos y cuando nosotros ya lo diagnosticamos llegó en una etapa muy muy avanzada a la enfermedad. Aquí el paciente ya está con su úlcera, los bordes cuando están estas úlceras necróticas, los bordes son más hipopigmentados, no es doloroso, no es una lesión dolorosa,

16.- salvo sí, en este caso por ejemplo es una lesión dolorosa porque se sobre infectó. Por lo tanto, cuando llegó al hospital, en ese momento, era obligatorio mantenerlos hospitalizados, en cuanto llegó al hospital, le hicimos una curación, se le sacó todas esas costras, las costras negras y

17.-vean Uds. cómo cambió quitando las costras negras y con un par de días de antibiótico. Piensen que tampoco las sobreinfecciones bacterianas de las lesiones de piel y partes blandas no debemos prolongar demasiado el tratamiento de antibióticos y con 3- 4 días es suficiente y el paciente ya va a tener una mejoría sintomática importante con una buena curación.

18.- Esto es un contacto estrecho también de un paciente que él sabía que había tenido un contacto estrecho con un paciente diagnosticado y esto fue la única expresión que él tuvo de la enfermedad. Fue esta lesión que estaba umbilicada, la de la derecha, la primera estaba umbilicada y finalmente estaba en costra y luego tenía esta otra pústula que tenía en un nudillo. Esta fue la única expresión que él tuvo de la enfermedad, por lo tanto muy sutil, pero a un paciente que estaba atento, un paciente que sabía que había sido un contacto estrecho y por eso consultó. Creemos o pensamos que muchas personas que pueden tener esta expresión tan mínima de la enfermedad, podría ser que no consultara, podría ser que no se quisiera diagnosticar porque en el fondo, eso tendría un peso importante, por ejemplo irse a una residencia sanitaria. Nosotros tenemos que conversarlo porque nosotros tenemos que incentivar a las personas que acudan, que independientemente de la gravedad de la enfermedad es importante que nosotros diagnostiquemos, es importante que tú te diagnostiques para evitar seguir contagiando.

19.- Este otro paciente también que la expresión de la enfermedad que son 3 lesiones que tienen características muy clásicas y lo otro también importante, que lo primero que nos decían de esta enfermedad, es que todas las lesiones tenían exactamente el mismo estadio,

eso no es verdad. Cada una de las veces que el paciente hace una viremia, aparecen nuevas lesiones, tanto pueda ser cuadros de 2, 3 peaks de viremia importantes y es por lo tanto aparecen 2 - 3 lesiones cutáneas con estadios temporales distintos.

20.- Este otro caso es un paciente que llegó y este es un caso raro porque además vea que en la primera diapositiva estaba con un rash cutáneo por lo tanto es muy raro que aparezcan con rash cutáneo pero como buena enfermedad viral, sí que puede producir el rash cutáneo pero además también con lesiones, lesiones que crecieron un poco más y la del dorso de la mano, en el pulgar, esa finalmente creció más y se hizo una úlcera. La suerte de este paciente, que además también, él tenía unas lesiones periorales y acudió al Servicio de Urgencia y en ese Servicio Urgencia además se le pidió el VIH por ejemplo y salió positivo, estaba con un super bueno CD4, un diagnóstico reciente pero gracias a esto, pudimos diagnosticarlo y posteriormente y cuando ya estaba resuelta la parte de su, ya pudo empezar bien su control en policlínico y empezar a tomar su tratamiento retroviral.

21.- Este otro caso es un paciente VIH también que acude al Poli nuestro que viene por estas lesiones que aparecieron primero con una sensación urente y, posteriormente muy muy dolorosas. En ese momento, el clínico que lo vio, sospechó de Viruela del Mono pero éste tenía unas características especiales, ¿Qué les parece a ustedes? ¿Al público presente? parece un herpes zoster- no olvidemos que también cuando hay infecciones virales o reactivaciones virales que tienen sus características propias, por lo tanto si un paciente tiene una lesión eritematosa sí, pero tiene una distribución y sintomatología que es clásica como un dermatoma comprometido, es dolor urente, muy importante de tipo neuropático, no olvidemos que eso es un Herpes Zoster.

22.- Este es un paciente también VIH que viene por lesiones que no son dolorosas, que aparecieron en la región perioral pero lo más importante es que este paciente tenía una gran gran adenopatía submandibular que llegó también un poco asustado, esta lesión que él tiene, tuvo una sobreinfección en la región por la barba propiamente tal ya hay una tendencia a tener una infección. Este paciente también se le hizo un descostraje y curación con 2- 3 días de tratamiento de antibióticos. El paciente mejoró bastante y, finalmente sus heridas cicatrizaron.

23.- Este es otro paciente, es un chico de 15 años, poliadicto, historia terrible con Sename, etc, que primero lo vieron en un hospital de la zona sur de Santiago, estas lesiones, él se quejaba que eran lesiones que eran muy muy pluginerosas, molestaban muchísimo, en ese momento por los antecedentes del paciente; se le tomó todas las serologías, VDRL, etc., salieron todas negativas y el paciente se fuga del Servicio de Urgencia. Posteriormente,

vuelve con las lesiones que están peor y va a otro hospital de Santiago, y se activa, a través de la Seremi, en el fondo la Seremi ya estaba activada, ya sabían que era un paciente que potencialmente podía consultar en otro centro y finalmente el paciente acude a otro Centro pero ya teniendo ese registro se pudo rescatar el antecedente por ejemplo, de haber consultado en otro lugar, rescatamos que ese paciente, ya sabíamos que no tenía ninguna ETS y claramente sus lesiones plurigenosas y ahí luego ya posteriormente el paciente está con dolor y esto básicamente, recordemos que lo más frecuente, lo más frecuente, por lo tanto, ¿Qué creen uds, que es? . Sarna ¡Muy bien leo, gracias! una Sarna, además también sobre infectada. Nosotros también lo importante, no olvidar que lo más frecuente era sólo Sarna, Sarna sobre Infectada. Los dermatólogos, los pediatras la verdad es que este cabro tuvo super buena atención.

24.- Este paciente tiene características especiales también, es un paciente PPEI, es un paciente con infección VIH que estaba controlada, que llega por estas lesiones también y las características era que aparecieron, son dolorosas, periginosas, de adenopatías correspondiente inguinal pero vean uds., en el glande, en la parte de la mucosa, esa gran úlcera que se produjo y este paciente produjo muchas complicaciones, lo tienen ahí uds los compañeros del Lucio que lo tuvieron que hospitalizar y la evolución fue que finalmente tuvo un edema importante, el manejo de él fue un poco más complicado, un poco más difícil pero la imagen del dorso es muy clásica, finalmente se ulceró también y se quedó con los bordes blanquecinos.

25.- Este es un paciente que venía bajando del avión, estuvo en Europa, estuvo en España y venía con estas lesiones que ya estaban, que ya llevaban varios días de evolución con una lesión en la nariz y otra en el muslo, cerca de la región inguinal, también con adenopatías, tuvo síndrome prodrómico, etc.

26.- Este es un paciente que llegó también de 22-23 años, también llegó a la consulta, venía con estas lesiones que eran muy extremadamente plurigenosas, sospechosamente plurigenosas, finalmente es otra de las cosas que, estos son pacientes reales que me han llamado a mí para preguntar desde el Servicio de Urgencia, desde el Policlínico, desde Dermatología para preguntar que me parecía, para poder apoyar un poquito la sospecha diagnóstica. Este paciente finalmente, nada es una Sarna.

27.- Este es un paciente que venía con cuadro evolucionado, vean uds., en el mismo día tiene una lesión que es una pústula y en la región genital ya estamos en la etapa de úlcera con costra y de cicatrización completa.

28.- Acá lo mismo, también en etapa clara de cicatrización, el paciente consulta ya casi al final de la enfermedad.

29.- Este caso es interesante, este caso produce muchas dudas porque también me consultaron con respecto a eso, es un paciente hombre que tiene sexo con hombre y que empezó a tener estas lesiones. Las lesiones del antebrazo es muy característica, planteaba

pocas dudas pero el hecho que tuviera estas úlceras con esta reacción epidérmica tan brutal, tan exagerada en el fondo es claramente, en un chico que tenía la piel muy muy blanca, muy delgada y él decía-“sí, doctor, es que yo en realidad cada vez que me pica cualquier insecto, cualquier cosa o cualquier lesión cutánea que yo tenga, mi piel es exagerada”- El mismo lo decía, entonces a nosotros nos planteaba bastantes dudas, y empezamos ahí con la mente internística dar otras explicaciones pero finalmente la PCR nos sacó de dudas y el paciente sí que tenía la Viruela.

30.- Esta es otra expresión rarísima, aquí sí que nos caímos porque eran múltiples, múltiples lesiones en la mucosa del pene sin adenopatías, sin síntomas prodrómicos, entonces, yo claramente dije, aquí como yo soy el rey de la Viruela; no me voy a equivocar y dije:- “Esto no es viruela , así que vamos a tomarle por si acaso – tampoco me creo a mí mismo- la PCR y finalmente la PCR salió positiva. Por lo tanto, el hecho que tenga una lesión cutánea que sea característica, que venga con adenopatía y síntomas prodrómicos, estamos seguros que es, le hacemos la PCR y todo lo demás pero van a haber casos en que a nosotros no nos van a cuadrar del todo.

31.- Estamos terminando, este es un caso más severo de viruela, donde el paciente aquí sí tenía muchísimas, muchísimas lesiones en el organismo., los síntomas generales también estaban acompañado de adenopatías, etc, etc..

32.- Esta es una paciente que consultó también por estas lesiones, creyendo que podía tener la Viruela, finalmente era una lesión empética.

33.- Este otro paciente, es un paciente diabético, 65 años, muy mal controlado desde el punto de vista metabólico, que venía además también con compromiso estado general, en los exámenes generales también tenía una falla renal, tenía hematuria, tenía muchas cosas, no mucho de viruela y finalmente estas lesiones, resultó ser que el paciente tenía una vasculitis.

34.- Y esta es una niña que viene con la clásica varicela.

35.- Y este es un paciente que viene con lesiones perianales y, además también con secreción purulenta, un paciente que venía con síntomas de proctitis con los síntomas característicos de la proctitis que también se diagnosticó de Viruela del Mono, tratamiento sintomático , evolucionó bastante bien.

36.- Y como conclusión entonces, en una parte incluí la definición de casos y todo, un pequeño spoiler que está por salir la nueva definición de casos pero es super importante que sepamos la definición de casos, son importantísima. Las autoridades que nos rigen, que tenemos que seguir de forma muy clara pero tiene que venir incluida sí, yo creo que si va a venir incluida que la viruela símica causa en su gran mayoría cuadros leves, son pocas lesiones y de preferencia siempre el 80% van a ser o zonas genitales, perianales u orales. La

proctitis y amigdalitis son complicaciones poco frecuentes, generalmente autolimitadas, lo que no significa que no le vamos a dar la importancia que tienen.

Sabemos que existen grupos como pacientes VIH que van a tener mucho más riesgo, por lo tanto vamos a estarlos vigilando mucho más de cerca. Quizás por ejemplo una proctitis en un paciente VIH o una proctitis un poco más sintomática, no es quizás, una buena idea mandarlos a una residencia sanitaria, sino tenerlo un poco más cerca en el hospital.

Los hisopados de las lesiones cutáneas mostraron cargas virales más altas, combinado con datos de la anamnesis de exposición sexual o contacto estrecho por prolongado y distribución de las lesiones, sugiere que este contacto estrecho es probablemente la ruta de transmisión dominante en este brote.

Las muestras de lesiones cutáneas son las más rentables para el diagnóstico, está pendiente que veamos el rol de la PCR en plasma, la PCR en faringe y debido a la gran variedad de casos, lo más importante, los médicos, los equipos de salud debemos cambiar y disminuir un poco el nivel de sospecha ante la aparición de estas lesiones cutáneas, complementar bien con una buena anamnesis. Finalmente, solicitar la PCR para descartar si los pacientes tienen o no viruela. Muchísimas Gracias.

Dr. Chanqueo: Gracias Pancho por tu excelente presentación. Super amena, didáctica con la última evidencia yo creo que nos va pasar y nos está pasando y lo mismo que Covid, la verdad que artículo que salió anoche que tenemos que estar revisando, así que gracias por informarnos porque no tengo tanto tiempo de revisar tanto artículo.

Dr. Zamora: Muy bien, vale.

Dr. Chanqueo: Sobretudo...

Dr. Zamora: Me levanto a las 5 de la mañana para leer papers... - risas-

Dr. Chanqueo: es muy interesante también en los CDT como los nombrabas. Entonces vamos a partir con las preguntas del público con la Dra. Claudia Cortés.

Dra. Cortés: Pancho; super buena tu presentación, ya que eres el Rey de la Viruela del Mono ...

Dr. Zamora: jejeje, me creo el rey..

Dra. Cortés: Tengo una pregunta que yo creo le sirve a todo el mundo. ¿Cuántos de los muchos pacientes que tú has visto sólo tienen lesiones en la piel y no tienen ni fiebre ni mialgia ni cefalea ni ninguna otra cosa más?. Entonces, mi pregunta es, ¿si llega alguien con una lesión en piel y nada más, es poco probable? Es muy probable?

Dr. Zamora: El 80% de los pacientes aproximadamente tienen síntomas prodrómicos, preguntando bien, van a referir estos síntomas. Y la gran mayoría de los casos, la gran mayoría, yo creo que más del 50% por lo menos tienen 2 síntomas, que es fiebre y

compromiso estado general mialgia, eso viene acompañado. Si es solamente la lesión cutánea sin síntomas prodrómicos, hay que mirar bien las características de la lesión y además también esas lesiones, recuerden, son lesiones que no son dolorosas, no son plurigenosas, si pican mucho o el paciente se queja mucho de dolor, también tenemos que ampliar un poco el abanico y tratar de incluir las otras clásicas que nosotros conocemos.

Dra. Cortés: Sí, en el fondo es para todo el mundo, si sólo tiene una lesión, también piensen en otras cosas y lo otro que tú comentaste a raíz del paciente que diagnosticaste con VIH en ese momento, que es una super buena oportunidad de pedir serología VIH, serología de sífilis porque estamos hablando de personas que potencialmente están en riesgo y es un buen momento de no perder esa ventana diagnóstica.

Dr. Zamora: Exactamente.

Dr. Chanqueo: Claudia, clamidia bueno la verdad es que si podemos hacer todo el screening sexual con un panel sería fantástico

Dr. Zamora: En el sistema público nosotros sólo tenemos la capacidad de pedir en un Servicio de Urgencia el VIH y serología de sífilis. Si sale positivo, ya pedirle un VDRL y todo lo demás. El panel del resto de los uretritis, etc., salvo que el paciente esté asintomático, no tenemos ninguna otra posibilidad de hacerlo. Pero en general, si es súper importante. Las pérdidas de oportunidad es terrible, y no olvidar que también tenemos además de la pandemia del Covid, tenemos la pandemia del VIH y lo terrible que han sido estos 2 años de pacientes que han estado completamente abandonados, con porcentajes de pacientes que se han muerto finalmente de una enfermedad que tiene tratamiento como el VIH. Entonces, no perdamos esas oportunidades, siempre el screening de ETS es importante. Involucremos por favor, super importante, esto lo digo para enganchar un poquito la explicación de por qué estaba al principio enojado porque me parecía que el hospitalizar a todos los pacientes en una red que está presionada constantemente no era la mejor idea pero si potenciamos nuestros Unases, el Unases es un lugar fantástico de diagnóstico si el paciente llega para consultar por sospecha de sífilis, por contacto por sífilis, por una gonorrea, también aprovechemos ahí para potenciar esto y que nos ayuden al diagnóstico, que el diagnóstico sea con los menos trámites posibles, con el menor tiempo de espera posible para poder finalmente llegar al diagnóstico y que el paciente sepa lo que le está pasando y, entre todos educados, podamos tratar de ponerle fin a esto. Aunque yo no soy tan optimista.

Dr. Chanqueo: Pancho, un poco en relación también con lo que comentaba Claudia, ¿Cuál sería tu propuesta de nueva definición de casos? En el entendido con toda la experiencia que tú mostraste y que tenemos una definición un poco aunque actualmente yo creo que ya está un poco desfasada. ¿Cuál sería tu sugerencia? Y te lo pregunto específicamente por los pródromos, que te preguntaba Claudia, ¿tú crees que es importante ponerlos?



Dr. Zamora: No como una condición para el diagnóstico sino como un apoyo al diagnóstico. Yo creo que principalmente nos tiene que llevar es el contexto del paciente. Entonces, ¿cuál es el contexto del paciente? Tenemos que evaluar primero el contacto, ¿Ud. tuvo un contacto estrecho, piel con piel prolongado 7 o 10 días antes de la aparición de esta lesión? Es importante preguntarlo. También las características de la lesión como ya dije y finalmente la aparición o no de los pródromos. Los pródromos son importante, es un apoyo diagnóstico pero como bien recalco Claudia no es, siempre tenemos que tener el contexto del paciente. Yo creo que debería estar, si aparece algún tipo de complicación también debería estar y a mí me gusta la combinación para tratar de mejorar un poco la sensibilidad de nuestro diagnóstico, la combinación de antecedentes del contacto, la lesión, pródromos y linfadenopatías porque la mayoría de los pacientes efectivamente tienen lesiones genitoanal y oral, por lo tanto la adenopatía también suele venir acompañando. Y lo que sí quitaría totalmente, es el tema del antecedente del viaje que también ayuda para la anamnesis pero claramente nosotros ya tenemos circulación comunitaria, así que...

Dr. Chanqueo: Pancho, y agregar que dentro de las fotos que además mostraste y dentro de las complicaciones que muestras el New England, proctitis que es importante, tonsilitis también pueden haber ahí y las complicaciones a nivel de pene; al menos mostraste dos casos que sí tenían harto edema peniano. Atrás, tenemos una pregunta.

Pregunta: Hola Dr., acá también de la Posta Central, trabajo allá con Ud., quería preguntarle ¿Qué manejo tuvieron con los pacientes con proctitis y por qué fue más diferente el cuadro clínico, cómo evolucionó, tuvieron más complicaciones? Quiero saber eso.

Dr. Zamora: Sí, yo trabajé eso con otro colega que también tuvo un caso que lo derivó en ese momento, cuando se derivaban todos a la Posta Central y vimos cómo fue un poco la evolución. Uno de ellos fue síntoma de proctitis, con mucho dolor al defecar, con las lesiones perianales también y el paciente, esto más menos duró aproximadamente 3-4 días. El tratamiento fue sintomático para el dolor, manejo del dolor y evoluciono bastante bien. Y el segundo tuvo una sobreinfección de una de las úlceras que tuvo perianal e hizo un absceso perianal, entonces fueron las dos formas de evolución de las proctitis, pero tengo la suerte también que trabajé en España y, por lo tanto, tengo muchos amigos que están trabajando directamente con estos pacientes y, al principio, hospitalizaban todas las proctitis y finalmente como que "le están perdiendo un poco el miedo" pero hay grupos especiales como pacientes VIH que con esos sí que nosotros tenemos que tener un poco más de ojo porque en general todas las complicaciones importantes que se han visto, no sean leves como estas proctitis leve y autolimitadas de 3-4 días, son pacientes VIH.

Dr. Chanqueo: Hay otra pregunta del público...Dra.

Pregunta: Hola Dr., desde el punto de vista epidemiológico, ¿Qué podría esperarse?, Una extensión de esta enfermedad, otros grupos como por ejemplo los niños, dado que las lesiones son tan escasas de repente que pueden confundirse con otros cuadros y dado que

la mayor carga viral está en las lesiones, si uno piensa por ejemplo este caso que tenía una lesión, ese Sr. Llega del extranjero y le da un beso a su niño, etc., entonces, en este momento está limitada los casos, hay ciertos grupos específicos pero...

Dr. Zamora: Sí , efectivamente, pero claramente cualquiera, cualquier persona tiene el riesgo de contagiarse si es que existe ese contacto estrecho en una lesión que sabemos que tiene alta carga viral, Por lo tanto, sí, tenemos que estar atentos y tenemos que ocuparnos de ello, pero no por eso, sabemos que las grandes cohortes y lo que está sucediendo acá en Chile y supongo que lo van a contar acá para todos nosotros para saber, en este momento es así, tenemos un grupo que está identificado, que hay más riesgo de transmisión pero efectivamente un niño puede tener también el diagnóstico, por lo tanto nosotros tenemos que estar atentos a ello, sin la sintomatología no tenemos muy claro cómo se comporta en los niños también, si se comporta distinto a lo que se comporta en el adulto, por lo tanto no existe evidencia científica que yo te pueda contar, cómo podría ser un cuadro clínico para sospechar en un niño, por eso tenemos que estar muy atentos. Y es importante también la reserva, la capacidad de transmisión del virus a las personas está también identificado ese grupo de riesgo. Por lo tanto ese grupo es el que en estos momento tenemos que apuntar más a la parte educación pero con respecto a los niños y a mí en general, sinceramente ,me da mucho susto enfrentarme a los niños como médico, no tengo experiencia con los niños en general como médico más y de verdad que esa pregunta no te la podría contestar.

Dra. Cortés: Pancho, un comentario a propósito, lo que si se ha visto en otros países es el mayor riesgo en las embarazadas y transmisión vertical y en que sus recién nacidos que sí tienen una enfermedad muy grave, ese es un grupo de muy alto riesgo.

Dr. Zamora: Monkey Pox

Dra. Cortés: Endémica pero hay casos en Inglaterra, en este brote, hay mujeres embarazadas.

Dr. Zamora: Ah eso no lo sabía.

Dra. Cortés: sé de colegas que han visto recién nacidos muy complejos pero mi pregunta era super práctica. En lo que se sobre infectaron, ¿Qué hiciste, les manejaste un antibiótico tópico, qué hicieron? ¿Un ungüento? O los trataste sistémico?

Dr. Zamora: Buena pregunta. Generalmente los que se sobreinfectan son cuando se hacen estas úlceras más grandes, que evitan que se cicatricen solas, no son estas úlceras chiquititas que cicatrizan solas, que no necesitan tratamiento tópico. Para la definición de una sobreinfección de una lesión es: úlcera grande, aumento de volumen perilesional, eritema y secreción y dolor. Eso hace que nosotros digamos que está sobreinfectado porque no tiene que doler, no tiene que secretar y no tiene que estar tan eritematoso la lesión perilesional, el eritema perilesional. Con eso ya tenemos el diagnóstico clínico, no es

necesario hacer nada más y a partir de ahí, lo que nosotros hacemos, las indicaciones en las curaciones, es sacar esa costra, esa costra negra, la escara que nosotros llamamos, sacando esa va a mejorar muchísimo más la capacidad de concentración, pero piensen bien uds que puede ser el mejor caldo de cultivo, esta costra negra, esta escara, por lo tanto se quita, se hace una buena curación y con 3 días de tratamiento, a mis pacientes yo los trato con amoxiclavulánico por 3 días y perfecto, ningún problema, porque las lesiones que se suelen infectar son las lesiones inguinales.

Dr. Chanqueo: Francisco, muchas felicitaciones acá por la presentación, nos mandan en el chat preguntan que: “Dada la presentación atípica variable en este brote, ¿cree que debiéramos tener más facilidad de solicitar la PCR dado criterio clínico y sin el paso del Seremi?”

Dr. Zapata: Vamos camino para allá, yo creo que es importante, vamos para allá, recuerden que, se está calcando todo. Al principio cuando era el Covid, nosotros estábamos obligados en mandar todo al ISP y el ISP se podía demorar hasta 4- 5- 6-7 días en darnos el resultado; era un verdadero infierno porque no sabíamos realmente si los pacientes tienen o no, obviamente que va a llegar un momento que también va a pasar eso y, por lo tanto, el dejarlo solamente como el único lugar donde poder hacer la PCR es imposible. Pensando en los mismo pacientes que no tenemos la seguridad y tenemos que mandar la PCR, imagínense de estar 7 días, de no tener claro, si es o no es, no es viable. Por lo tanto, existen iniciativas como laboratorios, por ejemplo el Lucio Córdova, que están haciendo la PCR , que nos ayuda mucho, en el fondo el hecho de tenerlos ahí, al lado, al lado del Barros Luco, cuando nosotros tenemos esta sospecha, en 2 horas nosotros podemos saber finalmente si es o no es y si es, ya cumplir con todos los reglamentos que nos envían pero sí, yo creo que en el fondo vamos para allá, el camino natural va ser ese, el camino natural va a ser que en todos los centros de referencia de cada Servicio de Salud, los laboratorios que pueda hacer sus PCR de Covid actualmente, por qué no hacer, que es la misma técnica, se ocupa la misma máquina, solamente reactivos distintos puedan hacer su PCR tranquilamente en su hospital de referencia , de su Servicio de Salud y poder hacer los descartes rápidamente, yo creo que vamos para allá.

Dr. Chanqueo: Una pregunta, yo quería hacer un comentario pequeño de los niños, creo Francisca que en el próximo evento tenemos que incorporar a los pediatras pero también es importante la salud de la mujer que de acuerdo a cómo vaya la evolución del brote. Quería hacer un comentario en relación a los niños, no sólo el beso, recuerden que los niños van y, es muy frecuente ahora en el invierno que se acuestan con los padres o muchos se trasladan de las camas de los niños a los padres, entonces también hay un riesgo evidentemente y esto puede llegar también a niños y mujeres , Doctor.

Pregunta: Mi consulta tiene que ver con lo que estaba exponiendo. Me asaltó una duda, ¿las lesiones no se rompen, como la varicela?, entendemos que se romperían cuando están infectadas porque tengo una de las condiciones es que supure o sea que salga secreción ,

no necesariamente supure y podíamos pensar que esta lesión está infectada pero por eso le digo, esta vesícula misma ¿no se rompe?

Dr. Zamora: Perfecto, lo primero que aparece cuando uno toca, lo primero que aparece es la plaquita, la maculita es plana, nada y luego aparece una pápula, la pápula no es la pústula, todavía no está amarillito blanquecino la pápula y si uno la toca, tiene consistencia gomosa, posteriormente esas, algunas se quedan ahí e involucionan y no avanzan hacia la siguiente etapa, las que avanzan a la siguiente etapa son las que ya esas pápulas se transforman en pústulas, o sea que el contenido se ve que se pone blanquecino, algunas involucionan de esa etapa y no pasan a la siguiente, pero las que pasan a la siguiente es cuando se empiezan a umbilicar, esa pápula se umbilica y al umbilicarse, algunas involucionan después y no pasan a la siguiente etapa pero otras al estar umbilicadas, se ulceran y el momento de la ulceración es que es la misma pápula umbilicada que se rompió o sea se rompen y se rompió y se produjo la úlcera y esa úlcera puede ir creciendo o no, suele crecer más cuando se sobreinfecta también pero esas son las etapas que podría pasar. No todas, no cualquier mácula pasa finalmente a una úlcera y no cualquier pápula pasa finalmente a una úlcera. Hay etapas que se pueden involucionar sin pasar a la siguiente, cuando se rompen, sale líquido. Cuando su umbilica, se rompe y ahí ya aparece la úlcera, sale líquido, ahí es cuando nosotros hablamos del contacto estrecho y obviamente si tenemos una pápula que se roza, es más fácil que se rompa.

Dra. Child: Gracias, hola, mucho gusto, una pregunta de infecciones asociadas a la atención médica. Las fotos tuyas están mostrando lesiones y las manos de quienes las muestran están sin guantes.

Dr. Zamora: Las lesiones, las manos son del mismo paciente, que las está señalando.

Dra. Child: En todas las fotos, ¿es el paciente el que está señalando las lesiones?

Dr. Zamora: y en las que está con guantes es la del que lo está examinando. Y es super buena la pregunta porque es importante que nosotros en este momento, hay un Reglamento de usos de EPP que lo va a exponer mi amigo Nacho Silva, hay un reglamento y eso se tiene que cumplir cabalmente y para eso estamos.

Dr. Chanqueo: Como personal sanitario, la mascarilla y los guantes llegaron para quedarse. Bueno, muchas gracias Francisco por todo. Excelente presentación.

Dra. Crispi: Muchas Gracias Francisco. Es tremendamente interesante toda la experiencia y también destacar el rol de la Posta Central en liderar la respuesta contra esta enfermedad. No siempre, el valor del sector público a veces se ve un poco por la prensa, siempre se muestra lo negativo pero me gustaría recalcar lo positivo que es el rol de liderazgo que han tenido instituciones como la Posta Central en ver todos estos pacientes y los casos que hoy día nos comparten y el rol de docencia que también hay asociado.

Ahora vamos a seguir con la clase del Dr. Andrés Soto, quien es médico internista infectólogo, de la Unidad de Infectología del Hospital Salvador, Académico de la Universidad de Chile y Infectólogo de la Clínica Dávila. El Dr. Andrés Soto nos va a contar sobre el Manejo y el Soporte tanto ambulatorio como a nivel hospitalario de esta enfermedad. Muchas gracias Dr. Soto.

Dr. Soto: Hola, hola a todas y a todos los presentes acá, gracias por la invitación a participar y en este curso.

1.- Bueno, a mí me pidieron presentar un poco lo que es respecto a manejo y tratamiento. La verdad que yo creo es la parte más difícil de enfrentar porque efectivamente hay muy poca evidencia respecto a cómo tratar efectivamente a estos pacientes pero les voy a contar un poco algo de nuestra experiencia también y un poco lo que he encontrado y se ha publicado hasta el momento. Entonces, yo la voy a enfocar en 3 partes que es básicamente algunas consideraciones generales respecto a los que ha pasado con tratamiento y con el manejo de los casos en otras partes del mundo, básicamente algo del tratamiento de soporte que es lo fundamental para todo el mundo, qué es lo que están haciendo, con lo que se han manejado la gran mayoría de los casos y algo de antivirales.

2.- Bueno esos son los contenidos y voy a partir un poco contándoles la parte clínica que ya contó muy bien Francisco. Voy a contarles un poco qué ha sido del pronóstico y de los outcome de los grandes estudios que se han publicado hasta el momento de casos reportados. Un poco para abordar lo que es el tratamiento.

Todos conocemos, probablemente, este paper que salió hace algunas semanas en el New England y que probablemente es uno de los más grandes que se ha publicado respecto a casos. Este es un trabajo que reúne 528 casos confirmados de Viruela Símica, entre abril y junio, en 16 países, en la cual no hubo persona fallecida y un 13% requirió ingreso en un hospital y nuevamente, como se señaló hace un poco rato, la gran mayoría de la necesidad de ingreso al hospital es por el manejo del dolor por la proctitis que es un compromiso parece ser bastante frecuente en las personas que tienen Viruela Símica. Otro porcentaje importante que también se nombró hace pocos minutos es la sobreinfección de las lesiones cutáneas y la necesidad de manejo con antibióticos en personas hospitalizadas y ya también con menor frecuencia complicaciones derivadas directamente de esta gente como la miocarditis, la epiglotis y el compromiso ocular. En esta gran serie de casos no hubo diferencias importantes en la presentación clínica ni en las complicaciones, si las personas eran VIH positivo o no y sólo 15% recibió antivirales, probablemente porque la disponibilidad de los antivirales es muy baja y, por lo tanto, en toda la serie el porcentaje de personas que han recibido el tratamiento más específico es bastante baja. En este caso, y, en esta serie, el antiviral más usado fue el Sidofocid tóxico que está disponible en países desarrollados, no está disponible en Chile, y ese fue el que más se usó. Pero sólo un 5% de ese cien por ciento usó tratamiento específico con antivirales, por lo tanto el 95% restante

se manejó sólo con medidas de soporte básicas, que probablemente todas y todos conocemos.

3.- Este es otro estudio que me pareció super interesante, es una realidad de España que reúne los casos confirmados entre mayo y el 29 de junio de este año. Esos son 3 centros de España, en Barcelona, y Madrid donde tampoco hubo personas fallecidas y sólo un 2% ,fue bastante menor que en el trabajo que les mostré anteriormente, requirió ingreso al hospital, también nuevamente por sobreinfección de lesiones cutáneas básicamente y acá sólo 6 personas, ni siquiera un 6%, usaron antivirales principalmente fue Cidofovir tópico, no se usó otro fármaco más específico, que es lo que está rondando en la actualidad, Por lo tanto, nuevamente este es otro estudio que muestra que la posibilidad y los porcentajes de complicaciones de necesidad de hospitalización y de uso antivirales, ha sido bajo hasta el momento probablemente en gran medida porque la disponibilidad de estos mismos es más bien baja.

4.- Y este otro trabajo que me pareció bastante interesante que hemos conocido mucha información del Reino Unido. Este trabajo es del 13 de mayo al 1 de julio y ya sólo en 5 Centros del Sur de Londres, acumulan casi 200 casos. La afectación de esta epidemia en el Reino Unido ha sido bastante importante y hemos tenido harta información procedente de ellos y sólo un 10% requirió ingreso a un hospital, muy parecido al primer trabajo que es más menos el porcentaje que rondan del total de los casos, aparentemente un 10% de las personas requerían hospitalización y parece ser ese grupo de personas la que se beneficiaría de tratamientos un poquito más específicos. De estas 25 personas que ingresaron al hospital, 15 eran VIH positivo y también muy parecido a lo que se nombró recién, parece ser que las personas VIH, al tener una alta frecuencia de coinfección es donde se están presentando la mayor cantidad de complicaciones, nuevamente complicaciones derivada de la proctitis, edema de pene, tal cual se nombró recién, nuevamente compromiso ocular que está muy bien descrita, la queratitis o la conjuntivitis asociada a la Viruela Símica, e igual que en el estudio anterior, se ha requerido hospitalizar a personas que no pueden cumplir aislamiento en su casa por temas más bien sociales, en la serie anterior y en esta también. Acá se describe que 3 personas de las que se hospitalizaron estaban bajo terapias inmunosupresoras, no se describe mayor información, asumimos probablemente que estaban bajo terapia con corticoides inmunosupresoras que parece ser una de las condiciones de riesgo en las que las personas podrían inmunocomprometidas, tener algún grado de complicación y sólo una persona usó antivirales que fue este Tecovirimat que ha dado harta vuelta en la última semana en la literatura, parece ser una de las mejores terapias dentro de la poca disponibilidad de antivirales que tenemos.

5.- Bueno, nosotros, un poco para contarles nuestra experiencia en el Hospital Salvador; no sé si somos los reyes pero, seremos los príncipes, los condes de la Viruela Símica. Llevamos 32 casos sospechosos; hemos tenido harta complicación con la Seremi, porque nos rechaza la indicación de PCR porque le parece que los casos no son sugerentes. Esa es una cosa que

nos está pasando harto, probablemente de estos 32, la gran mayoría efectivamente sí son, la mitad de estos casos han sido derivados desde la Unidad de Infectología. De hecho, nosotros partimos en el hospital con los primeros casos y de estos 16 casos, 10 ya han sido confirmados. Son todas personas que viven con VIH, de los cuales 3 fueron casos descartados; no descartados porque la PCR saliera negativa sino que 3 casos descartados por la Seremi y 3 casos en los que todavía no tenemos el resultado de la PCR; nosotros estamos dependiendo de la PCR del ISP como en la gran mayoría de los Centros de Chile y lo que nos ha pasado en la última semana es que ya las personas están llegando en forma espontánea a consultar por sospecha, porque se ven lesiones raras en la piel, en la zona genital a los Servicios de Urgencia. En nuestro hospital, la mitad de las personas ya está consultando en forma espontánea en la Urgencia y la otra mitad la estamos derivando nosotros desde la Unidad de Infectología. En nuestra experiencia, que es bastante chica comparada con los otros estudios pero es bastante grande con lo que está pasando en Santiago y en Chile en este momento, parece ser que los casos están geográficamente agrupados en Santiago Centro, Providencia y Recoleta que es una zona que es de consulta frecuente en nuestro centro, así que parece que nos va a tocar ver harto y probablemente hay muchos casos más que han consultado y no se les ha hecho la sospecha. Nosotros hemos tenido dos casos de proctitis; esos 2 casos de proctitis han sido personas que viven con VIH, ninguno ha requerido hospitalización, no tenemos personas fallecidas y, por supuesto, no hemos usado antivirales porque no tenemos nada como pasa en todo Chile, no tenemos ninguna cuestión. Nosotros tenemos Cidofovir intravenoso pero no vamos a usar Cidofovir intravenoso para casos que son más bien leves y esas 2 personas con proctitis se han manejado sólo con terapia analgésica en forma ambulatoria.

6.- Esa es nuestra experiencia desde el Principado, no desde el Reinado. Nosotros no somos un hospital, nuestro hospital, el Hospital Salvador no es un hospital de referencia de casos, el Servicio Metropolitano Oriente el hospital de referencia sí es el Hospital Metropolitano, que es donde estaba el ex Hospital Militar ahí en Holanda, que ha sido super complicado porque efectivamente para derivar los casos nos ha costado un mundo que nos reciban los casos, nos están pidiendo fotos de las lesiones, videollamadas, informe médico, entrega del médico, entonces nos hemos demorado un montón en poder derivar a las personas y, en el fondo, ahí se les hace el testeo y de ahí se derivan a la Residencia Sanitaria. Ahora estamos tratando de agilizar un poco ese proceso a nivel del Servicio Metropolitano Oriente porque ya no, ya es imposible seguir con personas 6 horas bloqueando un box en la Urgencia por falta de derivación, yo creo que en ese sentido coincidimos en que el diagnóstico no puede sólo depender si a la Seremi le parece o no que el caso corresponde con la definición diagnóstica.

Por lo tanto, en base a lo que yo he revisado, hay hartos papers que muestran un poco y condensan esta información, no voy ahondar más en ello porque para no latearlos más, pero en general la infección ha tenido un curso más bien leve, con cuadros que son más bien como un exantema viral autolimitado y donde la mayoría de las complicaciones se han

manejado en forma ambulatoria pero, más menos como les dije alrededor de un 10% de las personas, ha requerido hospitalización principalmente, por el manejo de complicaciones: proctitis y manejo del dolor y manejo de la sobreinfección bacteriana y la letalidad, a diferencia de la Viruela Humana, eso creo que es bastante conocido, alrededor de un 1 a un 5%, ya hemos conocido de casos fallecidos en España, en Brasil principalmente por encefalitis secundaria a este agente y también un paciente fallecido que estaba bajo quimioterapia. Así que parece ser que el pronóstico en general es más bien bueno y, parece que va a depender mucho del estado inmunológico asociado y como ya les dije, prácticamente ninguna de las grandes series ha usado masivamente antivirales probablemente más que por la no indicación, más bien es un tema de disponibilidad y bueno, si no tenemos vacunas, menos vamos a tener antivirales, eso es como un poco lógico.

7.- Por lo tanto, el manejo fundamental en este caso y en la experiencia que hemos compartido con otros colegas, ha sido el manejo del soporte, manejo de soporte básico que se ríen muchas veces cuando uno dice eso, con el paracetamol, si es verdad, es básicamente eso. Pero ha requerido manejo ambulatorio con analgésicos y básicamente hemos requerido incluso derivados de opiáceos, nosotros para el manejo de la proctitis, algunos casos han requerido Tramadol porque el dolor ha sido muy severo, sin necesidad de hospitalización porque tampoco era un dolor inmanejable en forma ambulatoria pero, es bastante dolorosa en la poca experiencia que hemos tenido, así que el manejo analgésico aparece fundamental; antipiréticos, hidratación, etc., pero recordar que podemos tener pacientes hospitalizados de dos formas: podemos tener pacientes hospitalizados por complicaciones de este agente viral o podemos tener pacientes que se hospitalizan por otro motivo y que estando hospitalizados, que calzan con un periodo de incubación compatible, desarrollan el cuadro clínico, que es lo que nos pasó a nosotros con un paciente en nuestro hospital que estaba hospitalizado por un debut de VIH, con Covid y que durante la primera semana de hospitalización desarrolló lesiones cutáneas y tuvimos que activar el protocolo pero, porque estaba hospitalizado por otro motivo, así que es muy, muy relevante como se dijo también recién, el cumplimiento de las precauciones adicionales a las estándar en pacientes hospitalizados y considerar quizás, tal vez, en algún momento, el uso de antivirales pensando en alguna complicación como las encefalitis o una proctitis inmanejable, que es un poco lo que se ha documentado a través de la literatura.

8.- Entonces, les voy hablar así en forma muy general de antivirales, y no los quiero aburrir con los mecanismos de acción y cosas tan detalladas porque efectivamente son antivirales que yo creo que nos va a costar mucho que lleguen a Chile, pero un poco para que se entienda que es parte también del manejo que se ha postulado hasta el momento. Esto ya lo sabemos, cierto, el virus de la Viruela Símica comparte género con el virus de la Viruela Humana y, por lo tanto, la mayoría de los fármacos que se han planteado que eventualmente podrían servir están, han sido estudiados previamente en modelos animales



de Viruela Humana, no hay ningún estudio que se haya hecho específicamente para Viruela Símica ni en ratones ni en ningún animal ni en persona.

Evidentemente, los estudios en Viruela Humana son sólo modelo animal porque la infección está erradicada desde hace mucho tiempo, afortunadamente, y, por lo tanto, no hay estudio en personas. Estos antivirales, son antivirales más bien ya aprobados por la FDA en la última década. Y bueno, es de todos conocimiento que no hay Guías Clínicas de tratamiento hasta el momento ni de nada prácticamente, hay una sola Guía Clínica que es la del CDC, que se las voy a compartir en unas dispositivas más.

9.- Bueno, los tres antivirales más en uso, los tres antivirales en uso son los que aparecen a la izquierda: Tecovirimat, Cidofovir y Brincidofovir, que son los tres antivirales, que de los cuales dos de ellos están aprobados por la FDA para su uso en Viruela Humana, no en Viruela Símica. Insisto, todas las recomendaciones de terapias antivirales están derivadas de lo que pasó con Viruela Humana, en los cuales no es aplicable el Tecovirimat ni el Brincidofovir para estudios en vivos, evidentemente porque no vamos a experimentar probablemente mucho más allá y va a costar encontrar estudios randomizados como nos gusta en general ver y, bueno el Tecovirimat y el Cidofovir están disponibles en el stock crítico de medicamentos de Estados Unidos, manejados por el CDC. Stock crítico de medicamentos, bueno, nosotros en Chile también tenemos un stock crítico por ejemplo para el manejo de la malaria, donde están concentrados todos los medicamentos para el manejo de la malaria, para el manejo de la Leishmaniasis, para el manejo de infecciones que pueden producir complicaciones desde el punto de vista de la salud pública. Ahí en Estados Unidos también tienen una especie de stock crítico donde sí tienen Tecovirimat y Cidofovir pero, pensando más que en un resurgimiento de la Viruela Humana como una enfermedad masiva como un agente potencial de bioterrorismo, por eso en Estados Unidos lo han aprobado y se han estudiado estos antivirales de modelo animales. El mecanismo de acción, ahí uds., lo pueden ver, el Tecovirimat inhibe la formación de nuevos viriones y la salida de virus hacia el exterior y el Cidofovir y el Brincidofovir inhiben la replicación del DNA en forma muy muy sencilla.

10.- Entonces, voy hablarles del primero, que es el que más ha sonado y resonado en la literatura, que es un fármaco que está disponible vía oral y vía intravenoso; está aprobado por la FDA, es útil para el tratamiento de la Viruela Humana y sería útil también para el tratamiento de todo este género. No está disponible en la gran mayoría de los países del mundo, como es de esperar, la dosis de 600 cada 12, se ha usado por duraciones muy variables porque no tenemos grandes Guías ni evidencia al respecto y, parece ser que los efectos adversos son poco frecuentes y

11.- la verdad que la experiencia hasta el momento ha sido básicamente para el tratamiento de las complicaciones derivadas de la viruela como tal, que es básicamente encefalitis y proctitis muy severas. Esa ha sido la experiencia en la epidemia en curso, hasta el momento de este fármaco pero, insisto, esa experiencia es básicamente en Estados Unidos y en el

Reino Unido, no es un fármaco que probablemente lo vayamos a obtener en forma muy muy rápida y cada vez aparecen más reportes de casos de uso para ciertas circunstancias.

12.- Y aquí ya empezamos con las cosas más esotéricas porque efectivamente el que da la evidencia de uso de Brincidofovir , Cidofovir es prácticamente nula. El Brincidofovir no se ha usado en ningún caso de los que está reportado y documentado en la literatura para el manejo de la infección actual. También es un fármaco activo contra todo el género viral, es parecido al Cidofovir pero, es conjugado con lípidos este fármaco, por lo tanto, aumenta los niveles plasmáticos y los mantiene altos por más horas, por lo tanto tiene un mejor perfil farmacocinético, sería también, pensé o he pensado, los estudios en animales se hicieron pensando también en actos de bioterrorismo, también está aprobado por la FDA, sólo existe vía oral y se da una vez por semana, pero el gran problema de este fármaco es que tiene una alta frecuencia de efecto adverso, principalmente transaminitis, hepatitis, también algunos otros efectos gastrointestinales.

13.- Pero uds. Pueden ver – no tengo el puntero – pero en el fondo, la Tabla que está a la derecha, justo el zoom me tapa la parte que quería mostrar pero créanme que esos 3 casos, que están documentados en el lado derecho, tuvieron hepatitis. De hecho, el caso 2 tuvo una transaminitis con una GPT de 550j Por lo tanto, una hepatitis bastante importante para los que hacemos medicina interna, si consideramos esa hepatitis como algo, un efecto adverso probablemente grave y, por lo tanto yo personalmente en base a lo que revisé y a lo que leí, creo que tiene poco terreno de uso en la práctica en lo que viene. La experiencia como les dije en el brote en curso es prácticamente nula y los casos documentados hasta el momento, que es la Tabla que está a la izquierda son básicamente 3 casos de Monkey Pox, que fue un brote que hubo en el Reino Unido en 2018, por lo tanto creo que es un fármaco que vamos a usar muy poco o nada.

14.- Y que si el anterior es muy difícil que llegue a Chile, éste es aún más difícil y el Cidofovir es un fármaco que , en el brote actual básicamente la experiencia es con su presentación tópica, no intravenosa. Nosotros en Chile, este es un fármaco que sí tenemos disponible, sólo en Centros Hospitalarios grandes que yo conozco, como clínicas privadas y centros de salud en Santiago, nosotros en el hospital lo tenemos y lo usamos para el tratamiento de las complicaciones post trasplantes de precursores hematopoyéticos, básicamente infección grave por adenovirus y como una terapia alternativa para el Citomegalo. Hay muy pocos estudios al respecto en este género, pero no está aprobado por la FDA para el tratamiento ni de la Viruela Humana y menos de la Viruela Símica, básicamente sólo para el tratamiento de las complicaciones de la enfermedad por Citomegalo y también acá tenemos un alto perfil de efecto advero, no sé si los colegas infectólogos acá les ha tocado usar Cidofovir, nosotros algunas veces en el hospital Salvador y la verdad es que la frecuencia efecto adverso es bastante, sobretudo toxicidad renal y toxicidad hematológica, por lo tanto, parece poco útil como fármaco para usar en ciertas circunstancias , pero si nos

toca una encefalitis grave, una miocarditis , una proctitis muy severa, quizás, a lo mejor, tal vez, es un fármaco que podríamos considerar en cierta circunstancia porque es lo único que tenemos disponible y sólo, aclaro sólo en particulares Centros de la Región Metropolitana.

15.- Y aquí no tenemos prácticamente nada de experiencia. La única Guía Clínica interina es esta del CDC que la revisé, ayer de hecho , y la última actualización es de la segunda semana de agosto y, esto no ha cambiado más o menos desde junio, cuando salieron las primeras recomendaciones de la Sociedad Chilena de Infectología, de hecho las recomendaciones de tratamiento son las mismas, que es bien cuestionable algunas recomendaciones pero la que yo marqué con color azul con letra más grande para que se notara, no sé si se nota tanto, pero que básicamente la experiencia de la epidemia en curso con el uso de antivirales para las complicaciones graves, parece ser que encefalitis, proctitis grave y pacientes que requieran hospitalización por complicaciones , se beneficiarían de los antivirales con todas las limitaciones que les he ido contando, efectos adversos, disponibilidad y también hay algunas recomendaciones por ejemplo para algunas personas que pueden tener riesgos de alguna complicación como inmunocomprometidos, niños y niñas y embarazadas. A pesar que no hay ningún estudio en pediatría ni ningún estudio de seguridad en el embarazo y el Cidofovir es de categoría C, o sea que tendría algún grado de toxicidad y preocupación en el embarazo, esta es la recomendación disponible y para algunas complicaciones por ejemplo cuando hay una infección, sobreinfección de las lesiones graves, parece ser que también podría tener alguna utilidad. Yo de verdad creo que tenemos poca opción de dar antivirales y quizás reservaría las pocas opciones que tenemos disponibles para complicaciones realmente graves como una encefalitis o una miocarditis severa o algo así, pero creo que la verdad es que como les digo y como les conté al principio el 95% de las personas en la epidemia en curso se ha manejado sólo con manejo de soporte.

16.- Bueno, estas Guías Clínicas están super bonitas, para una Guía Interina, para específicamente personas que viven con VIH y que las Guías dicen, bueno, no suspendan en los casos, de personas con VIH que tengan Viruela Símica, no suspender la TAR y si es que alguna vez se les ocurre usar antivirales , por favor revisen la función renal y chequear las interacciones.

17.- Y me pareció un buen momento para invitar a que las personas que ven esto desde sus casas o que nos ven acá en el Auditorio, descarguen esta aplicación, por favor porque es demasiado útil. Claudia Cortés se fue, me tiraría corazones por estar poniendo esta foto porque es la principal promotora de estas, del uso de esta aplicación que la pueden bajar en forma gratuita en todos los smartphones y es una aplicación que sirve para ver las interacciones farmacológicas de los antirretrovirales, con cualquier otro fármaco que se les ocurra. La revisé ayer y tiene ya actualizado Tecovirimat y Brincidifovir en su base de datos, así que si alguna vez llegaran a utilizarse también aparecen en la base de datos. Hay algunas interacciones de los antivirales pero la verdad es que son bastante pocas y son con antivirales, con antirretrovirales que prácticamente ya no tenemos en uso.

18.-Por lo tanto, lo que les quiero decir, es que y que espero que les haya quedado claro, es que la necesidad de hospitalización y la frecuencia de complicaciones, y por lo tanto el uso de antivirales hasta el momento ha sido baja y la necesidad de hospitalización en promedio 10% pero hay que ver qué pasa en las próximas semanas porque si empiezan a aumentar los casos , es probable que necesitemos hospitalizar a más personas y hay que ver la evolución de la pandemia, de la epidemia, no sé si es pandemia, yo creo que a esta altura ya lo es, y bueno, el uso de antivirales ha sido muy bajo, probablemente porque hay una baja disponibilidad , pero a pesar de su bajo uso también la letalidad ha sido muy muy baja. Parece ser que el Tecovirimat es la mejor opción entre comillas, considerando su efecto adverso y la poca disponibilidad y el Cidofovir parece ser la única alternativa disponible, poco disponible pero algo disponible, y bueno, yo diría que se podrían considerar reservar los antivirales para ciertos casos de complicaciones graves pero el manejo de soporte, sobre todo con analgésico es, parece ser, lo más fundamental.

19.- Y bueno, como última diapositiva, reflexiones personales, parece ser que el acceso a antivirales será muy difícil por tema de estudios clínicos, de costo, de producción, pero lamentablemente en nuestro país, las definiciones de caso, que eso es algo que ya hemos discutido, dependen de lo que diga la autoridad sanitaria y el diagnóstico molecular es bastante escaso, probablemente más que dar antivirales, es indicar un buen manejo de soporte, centrarnos en la prevención y probablemente, centrarnos en las vacunas, que yo creo es lo que va a permitir controlar esta epidemia, esto es vamos, super personal, de ningún, ningún conflicto de intereses pero creo que es fundamental trabajar en ello y en la prevención más que en centrarnos en dar antivirales que probablemente van a tener poca utilidad y poco uso clínico.

20.- Y siempre aprovechar de reforzar que es importante conocer este tipo de enfermedad y conocer la realidad es un poco para evitar caer en lo que ya nos pasó con probablemente otras ETS, particularmente el VIH, así que muchas gracias por su atención.

Dra. Crispi: Agradecer muchísimo al Dr. Soto por, la experiencia y también el rol del Hospital Salvador en enfrentar esta enfermedad. Yo quería partir con una pregunta sobre el manejo de las lesiones, ¿cuál es el manejo, qué o cuál es la recomendación que se le da a los pacientes para evitar la sobreinfección? y vamos a seguir con preguntas del público y luego del zoom, por favor.

Dr. Soto: La verdad es que ha sido, no hay tampoco ninguna recomendación así general al respecto. En general lo que nosotros le decimos , lo que el principio básico de la varicela, trate de no reventársela porque las consecuencias más importante, más frecuente pero también la menos grave son las cicatrices y la verdad es que es básicamente eso, que la ducha ojalá sea con agua no muy caliente, más bien tibia, que no haya un secado con toalla en arrastre sino que más bien por partes, como cosas muy básicas, la verdad. Ojalá tratar de no ponerse cremas encima por donde está la mayor concentración de lesiones y super general, no nada más específico que eso.

Dra. Crispi: Perfecto, creo que es importante como mensaje.

Dr. Soto: Nosotros no hemos tenido sobreinfecciones cutáneas que hayan requerido manejo con terapias antibióticas, en nuestra poca experiencia no nos ha tocado ese caso.

Dra. Crispi: Perfecto, muchas gracias Dr. Soto, tenemos alguna pregunta del público acá en presencial o le hacemos la invitación a las casi 300 personas que tenemos conectadas, que nos puedan enviar sus preguntas a través del chat. Hay varios halagos; ¡Excelente presentación Dr. Soto, dice la Dra. Laura Bertín, también la Dra. Erika Rubilar , ¡Excelente presentación!

Dr. Soto = Ahí pero ella es miembro del equipo.

Dra. Crispi: Estaba pauteado parece; ( risas), también la Dra. Mónica Madrid; tres excelentes presentaciones, muy actualizadas y relevantes. El Dr. Diego Fideli dice que “quizás agregaría no aplicar sustancias tipo talco, ungüento, cremas u otros productos caseros como pasta de dientes, miel u otra ingeniosidad.” Importante, muchas gracias Dr. Fideli.

Dr. Soto: Es compañero del Magister , el Diego, así que también está ahí, pero yo insisto, yo me esperaba también que hubiese pocas preguntas porque yo también revisando un poco el tema también es como..- “Chuta, pero ¿qué voy a contar mañana?”- aparte de decir, usen analgésicos, centrarnos en la prevención, la verdad es que de tratamiento más específico es muy poco, así que creo que no hay mucho más que decir.

Dra. Cristi: No, pero hay preguntas, Dr. Chanqueo...

Dr. Chanqueo: Tengo una pregunta, bueno, gracias también por actualizarnos como también lo dije de Pancho que me actualizó con algo que yo no sabía de anoche que se había publicado. Tampoco sabía que el Liverpool ya había incorporado Tecovirimat en las interacciones y, por eso te quería preguntar- tú medio mencionaste, pero no lo mencionaste, con las drogas que estamos usando TLDO, con Doluc con AVA con 3TC que son las terapias de elección, ¿hay alguna interacción o con los booster que estamos usando? Recordar un poco que los usuarios y usuarias de VIH han tenido un importante comorbilidad del Monkey Pox, por eso te lo pregunto.

Dr. Soto= Sí, mira el Tecovirimat no interactúa con la unión intergrasa pero actúa con niveles de proteasa y lo que se recomienda en todos los antivirales es revisar la función renal y la interacción con Tenofovir pero por el riesgo de mayor toxicidad renal. También hay un par que tiene el Cidofovir y el Brincidofovir que nombran en la ZT que yo traté de evitarlo porque ya no lo tenemos y no hay muchas otras cosas. El resto de las interacciones en Tecovirimat, es con doravirina, rilpivirina aumentando las concentraciones del Tecovirimat.

Dr. Chanqueo: Eso es importante porque tenemos algunos pacientes...

Dr. Soto: ..tenemos algunos pacientes con ridivirina, rodavirina, no mucho y no me acuerdo cuál era el otro. Eso, pero básicamente rilpivirina y Tenofovir serían los más importantes.

Dr. Chanqueo: Y la segunda pregunta, que creo que tampoco está en las Guías, por eso estamos aprendiendo un poco, saliendo, repito. Cuando partiste la pentoretrovital, obviamente en Monkey Pox no están las Guías de la VHS u otras; uno siente que tiene que partir lo antes posible, sin embargo también sabemos cómo lo mencionabas, la realidad de nuestro país, es que nosotros tenemos una presentación tardía que no es menor, de un 50% en personas viviendo con VIH, entonces en una persona viviendo con VIH, C3, probablemente C4 o 0, que son los que recibimos, ¿tú te esperarías dos semanas? No sé si te ha tocado, ¿Cuál es tu sugerencia?

Dr.Soto: No nos ha tocado pero nosotros también al igual que en la Posta Central, incorporamos hacer el diagnostico VIH en todas las personas que se sospeche. Nosotros estamos haciendo VDRL y VIH, no les pedimos hepatitis B y C porque para no complicarle más la existencia a la Urgencia, porque se complican por todo en verdad, pero básicamente pedimos que por favor le hicieran serología VIH y VDRL a todas las personas que, al menos, se sospechara y se les pasara por la cabeza, entonces eso lo implementamos en la Urgencia y eso nos ha ayudado un montón porque ya la mitad se han confirmado con alguna de las dos o con sífilis o con VIH, pero la verdad no nos ha tocado un debut asociado a esto. Nos tocó por ejemplo , en el paciente que tenemos, que tuvimos hospitalizado y que lo derivamos al Hospital Metropolitano por la necesidad de asilamiento, que estaba recién debutando pero había debutado con Covid y con un montón de otras coinfecciones que necesitábamos descartar antes de partir la terapia. Así que fue nuestro único caso pero que tenía, no contraindicación, pero necesitaba un poquito más de estudio para antes de llegar a impartirle la terapia, pero ha sido el único caso. La Guía Clínica no menciona mucho al respecto y dice que lo ideal es partir la terapia lo antes posible, no recomiendan ni plazo, ni nada pero dicen que no hay que , no hay un tiempo de espera ni mucho menos, solo parte lo antes posible cuando sea, cuando exista vía oral disponible pero no hay ninguna recomendación de espera de tiempo.

Dra. Crispi: Muchas gracias; tenemos un par de preguntas de las personas conectadas on line. Primero, la Dra., Ana Rosa Valdés, pregunta :-“ ¿Se ha visto persistencia de viremia y potencial persistencia de fuente de contagio más allá de la fase aguda de la enfermedad?”- , y luego, la Dra. Pamela Morales pregunta :-“ ¿Qué antibióticos se sugieren en el manejo ambulatorio en el caso de sobreinfección bacteriana de las lesiones?”-

Dr. Soto: Ya, yo voy a partir por la segunda pregunta, de la primera no entendí mucho pero la segunda, ¿Qué antibióticos?- lo mismo que se mencionó recién, en general el tratamiento vía oral básico para cualquier infección de piel y partes blandas o es amoxiclavulanico o es cefadroxilo, no diría mucho más que eso. Yo insisto, el porcentaje de sobreinfección bacteriana en la literatura ha sido bastante baja, nosotros en nuestros 30 y tantos sospecha , no hemos tenido ninguna y es un momento también de aprovechar de invitar a , bueno ,

nosotros, los infectólogos, somos los más apretados con los antibióticos en general, pero, tratar de limitarlo efectivamente a lo que se mencionó. Si hay un dolor desproporcionado, si hay lesiones muy grandes supurativas, efectivamente o en ubicaciones anatómicas complejas, evidentemente hay que usarlo pero nosotros somos apretados en general.

Dra. Crispi: Y acá el Dr. Roberto Vásquez pregunta por la profilaxis antibiótica

Dr. Soto: No , no hay profilaxis.

Dra. Crispi: Ahí saltaron los infectólogos -risas-

Dr. Soto: ¿Viste que ahí empezamos con los inventos?, no, no hay profilaxis, no hay profilaxis antibiótica en mayúsculas y tratamiento para las indicaciones que también muy bien se nombraron en la presentación anterior. Ya y la segunda pregunta de la viremia.

Dra. Crispi: Sí, sí, yo entiendo de la pregunta es que si posterior a la fase, quizás la más aguda, ¿existe una persistencia a la viremia en algunos casos? ¿Hay alguna posibilidad?

Dr. Soto: Yo no tengo, no revisé el tema específicamente, que yo sepa no, no sé si alguno de los otros colegas infectólogos saben que después de la fase inicial puede haber un rebrote de la viremia o ¿algo así?

Dra. Crispi: La Dra. Dabanch tiene...

Dr. Soto: O Francisco...

Dra. Dabanch: La transmisibilidad se detiene una vez que las costras caen, pero ahora hasta acá , estudios de control de viremia no se han realizado, sí, lo que se ha hecho es el seguimiento de pacientes en distintas secreciones, en donde sí se ha demostrado la presencia y el cultivo del virus, es decir es virus efectivo o virus transmisible o con contagiosidad en diferentes secreciones que incluyen hasta aquí las secreciones de las lesiones cutáneas, saliva, se ha descrito en secreción conjuntival y semen, entonces, esos son los líquidos o los fluidos biológicos con riesgo, pero de viremia hasta ahora no hay descrito. Yo coincido con Andrés, Andresito para mí, que todo lo que estamos viviendo hoy día es la punta del iceberg, todavía necesitamos comprender mejor el espectro de la enfermedad, el comportamiento y una, donde coincido también cien por ciento con él, es que se necesita interrumpir la cadena de transmisión, no olvidar que cada vez que le damos la posibilidad al virus de replicarse, adquiere ventajas evolutivas que son enormes hasta acá de lo que conocíamos hasta hace unos, una década atrás.

Dra. Crispi: Muchas Gracias .Dr. Zamora, ¿quiere complementar?

Dr.Zamora : Sí, en el estudio que les mostré en la publicación, el que se publicó ayer, es super interesante porque en el fondo ellos inician la PCR de plasmática del virus y, es verdad que lo que el gran déficit en el fondo es que todavía faltan los cultivos virales, pero sí que efectivamente la cuantificación de los ciclos para que se haga positivo es mucho mayor. Por

lo tanto, en el fondo podemos pensar que son cargas virales que son mucho más bajas porque se realizaron en pacientes que ya estaban con las lesiones pero en el caso de los 3 pacientes que hicieron PCR, que salió positiva, que eran contacto estrecho pero sin lesiones cutáneas, nos puede dar como una pequeña ventana como para poder tratar de diagnosticar precozmente a los contactos estrechos y ver realmente la validez o la importancia de realizarlo, pero sí, eso está, hay estudios que están on line que de hecho vamos a tener esa respuesta, esperemos en los próximos meses.

Dr. Soto: Sí, Hay algunos estudios que han mostrado que cuando hay más complicaciones tipo encefalitis o proctitis, la viremia es más prolongada, eso sí que sí, pero super de acuerdo con lo que dice ella.

Dra. Crispi: Bueno, un gran aplauso para cerrar la presentación del Dr. Soto. Y, bueno ya hay algunas interpelaciones al Ministerio de Salud y la Seremi, así que ahí vamos a tener la información de la Dra. Child y el Dr. Vilches. También acá preguntan en la misma línea, interrumpir la cadena de transmisión se hace más complejo ahora que no se puede aislar a los contactos de casos sospechoso hasta que se confirmen, así que también para que podamos conversar, esta es una oportunidad para conversar con la autoridad sobre las distintas dudas que podamos tener y que tenemos todos en el mismo barco, en la misma línea para enfrentar esta nueva enfermedad y también tenemos una pregunta sobre las vacunas que después le va a tocar a la Dra. Dabanch.

Dr. Chanqueo: Siguiendo con el programa, ¿no vamos hacer Fran un stop en algún minuto? Bueno, siguiendo con el Programa , ahora nos toca presentar al Dr. Ignacio Silva. Ignacio es médico internista, infectólogo, Secretario Técnico del Departamento de Formación y Acreditación del Colegio Médico y Vice Presidente del Consejo Asesor externo de la Comisión Nacional de Respuesta Pandémica al Covid y, actualmente se desempeña como Subdirector Médico del Servicio Salud Metropolitano Sur y nos va a presentar, les voy a resumir el tema; IAS y Monkey Pox.

Dr. Silva: Ya Dr. Chanqueo, muchas gracias a todos y todas por su presencia presencial y virtual y al Regional Santiago también por organizar este curso, es tremendamente importante para actualizarnos todos, todas con información como ya se ha dicho otras veces, recién publicada, lo que es tremendamente importante para tomar mejores decisiones tanto como clínico como personal de salud y también como autoridades.

1.- No tengo conflicto de intereses en el tema a presentar.

2.- Sólo reforzar algo que ya se ha dicho, para comenzar cuáles son las vías de transmisión de la enfermedad y aquí ya hay bastante consenso en que la vía de transmisión más eficiente de esta enfermedad es el contacto directo entre la piel enferma o piel con lesiones y piel sana, no tiene que ver con una transmisión sexual propiamente tal, pero si la actividad sexual produce un contacto piel con piel, estrecho, prolongado y, por supuesto, una actividad de alto riesgo de contagio pero no es la única, sabemos que se puede contagiar también en



contacto, también se mencionó los niños podrían contagiarse al dormir con sus padres, hay casos reportados de mascotas contagiadas por dormir con sus dueños, o sea tiene que ver con el contacto íntimo y estrecho, también puede ser a través del contacto de secreciones respiratorias, aunque muchísimo menos efectivo, por vía indirecta también se puede contagiar, a través de fomites contaminados por las lesiones, por las costras de las lesiones o las secreciones que pueden ser, sábana, ropa de cama, toallas, etc., por vía inhalada, es una vía más bien teórica, pero que sí está bien descrita y es una de las cosas que vamos a ver que se tienen que prever durante la atención clínica, también hay descrita transmisión placentaria, pero creo que aquí el énfasis hay que ponerlo en que no es una enfermedad que se transmita fácilmente a diferencia, lo hablaron, también en presentaciones anteriores, desde el Covid, en el cual sólo por compartir un espacio o con otra persona que esté enferma; incluso en períodos prodrómicos o incluso asintomáticos, yo me puedo contagiar sino que se requiere una interacción más bien prolongada y cercana, lo que no quita que tengamos que tener todas las precauciones necesarias porque es una enfermedad que hemos ido aprendiendo, también aprendimos del Covid, donde en algún momento inicial, no tuvimos las precauciones adecuadas y generamos contagios por no prever, entonces si bien el riesgo de transmisión es más bien bajo, no tenemos que bajar la prevención, las medidas de prevención para cuidarnos en la atención clínica.

3.- Existen ciertas exposiciones que les mencionaba yo que son de riesgo alto e intermedio y que son las cuales tenemos que tener mayor precaución y cuidarnos en el momento de atender a personas que estén infectadas o contagiadas con esta infección. El contacto piel con piel es la vía más efectiva de contagio pero también compartir o contacto estrecho con la ropa de cama del paciente, toallas porque pueden estar contaminadas con fluidos que pueden venir de las lesiones cutáneas, con costra, etc. Y también de una manera más preventiva porque hasta ahora no hay documentación clara de que esto se haya producido en este brote de viruela, pero existe la posibilidad del contagio al estar en una habitación cerrada con una persona y, sobre todo, si es que se realizan algunos procedimientos que pueden aerosolizar las secreciones respiratorias y que vamos a revisar en un par de diapositivas más adelante.

4.- Lo más importante y aquí no nos podemos olvidar nunca que toda prevención de enfermedades de infecciones asociadas a la atención en salud en general y en la vida cotidiana, parte por el contacto con las manos y, por eso la primera medida que tenemos que tener sumamente clara es que la mayoría de estas infecciones o estas enfermedades, se pueden prevenir o se disminuye el riesgo de infección con un adecuado y oportuno lavado de manos y esto no podemos dejar de reforzarlo, nos lo refuerzan las enfermeras, lo reforzamos los que hemos trabajado en prevención de infecciones asociado a la atención de salud y el lavado de manos e higiene de manos es la primera barrera de protección que puede ser con agua y con jabón o con alcohol gel pero lo importante es que sea en todos los momentos que involucren la atención de un paciente, no sólo después de examinarlo, sino que como bien la Organización Mundial de la Salud ha destacado en varias

oportunidades, están estos cinco momentos de la higiene de manos que nunca está de más reforzar : antes de tocar al paciente, antes de realizar cualquier tarea de limpieza, limpia o aséptica, después del riesgo de exposición a líquidos corporales, después de tocar al paciente y después del contacto, también con cualquier elemento del entorno del paciente. El Dr. Chanqueo lo mencionó, aquí hay cosas que han llegado para quedarse pero que no son nuevas, sino que las habíamos olvidado y que son las precauciones estándar . Se mencionó también el contacto con las lesiones con las manos sin guantes que probablemente, el paciente, como decía Francisco, que se sacaba la foto, pero el usar guantes para manipular lesiones, lesiones que estén abiertas , en el fondo, sobre todo si son supurativas, etc. ,es una medida que no es específica para la Viruela del Mono, es una medida que tendríamos que realizar siempre, el usar mascarilla y antiparras en un procedimiento que genera secreciones , en pabellón por ejemplo, una discusión que tuvimos con el Covid en pabellones que tenían que usar protección ocular y que lo consideraban exagerado, bueno, yo decía, es una medida estándar. Cuando uno olvida que hay medidas de prevención que son universales, empezamos a discutir si es que son específicas para una enfermedad o no, hay algunas cosas que tienen que estar siempre, que tenemos que ojalá no olvidar, dentro de ellas, es la higiene de manos por supuesto es la más importante.

5.- Algunas precauciones específicas respecto a esta infección en particular, la recomendación es que la hospitalización se realice en una habitación individual que tenga una adecuada ventilación y con un baño privado, pero esto es pensado en evitar el contagio entre pacientes hospitalizados que estén infectados con Viruela Símica y/o con otras enfermedades pero, también se podría hacer y es lo que se está usando hoy día, dado el gran volumen de personas hospitalizadas que es usar hospitalizaciones en cohorte donde se agrupan personas con la misma infección dentro de una misma área, lo que no quita la necesidad de mantener todas las precauciones estándar y específicas al atender a cada uno de los pacientes. Son precauciones individuales, sólo que pueden estar en un mismo lugar. Las precauciones adicionales o las precauciones específicas que tenemos que utilizar al atender este tipo de pacientes son principalmente precauciones de contacto, es decir guantes, pechera y precauciones de gotitas o aerosoles según el riesgo de exposición aerosoles, no todo procedimiento genera aerosoles y hay que hacer la diferencia en la lista que viene ahí, están los procedimientos que generan aerosoles con riesgo de contagio porque hay muchas cosas que piden aerosolizarse pero que no necesariamente implican un riesgo de mayor contagio. Los que ven ahí son los procedimientos que, cuyos aerosoles tienen mayor capacidad de contagio y que son muy similares a lo que hemos aprendido también con el Covid.

Aquí hay una diferencia, si uno lee algunas Guías por ejemplo, la recomendación nacional dice “precauciones por gotitas” , es decir, mascarilla quirúrgica o clínica pero la mayoría de las Guías Internacionales hablan inmediatamente del uso de mascarilla de mayor eficiencia como las KN95 porque en la atención clínica, existen muchas situaciones en las

que eventualmente podríamos exponernos a la generación de aerosoles. Por ejemplo, si uno tiene un paciente hospitalizado, estamos atendiéndolo con una mascarilla quirúrgica y tiene un paro cardiorrespiratorio, vamos a tener que ir a reanimarlo y , obviamente, el personal de salud va a ir a atenderlo rápidamente y no va a tener , tal vez, la posibilidad de cambiarse la mascarilla quirúrgica por una mascarilla KN95. Son situaciones en las que podríamos ser, por preverlas, utilizando una mascarilla de mayor eficiencia de manera permanente. Yo creo que no es una discusión que esté zanjada; durante el Covid tuvimos esa amplia discusión varias veces, los que hemos trabajado ,los que trabajamos en infecciones intrahospitalarias tuvimos que debatir con distintas personas sobre la efectividad y el momento más oportuno de usar una mascarilla u otra, sobre todo en un momento donde había escasez de insumos. Yo creo que ahora la realidad es un poco diferente, hay que estar atento a lo que es lo que van diciendo las recomendaciones y qué es lo que va mostrando la evidencia, pero creo que el énfasis tiene que estar más allá del uso de mascarilla en la racionalidad del contagio que tiene que ser de manera prolongada, que el contagio más probable es piel con piel . Por lo tanto, el uso de guantes, el uso de pechera desechable y el lavado de manos es lo más importante y durante cuánto tiempo tienen que estar estas precauciones? Hay distintas recomendaciones, el consenso está en las tres primeras que aparecen ahí: tiene que haber mejoría clínica del paciente, es decir el paciente no tiene que tener fiebre, tiene que sentirse clínicamente mejor, las lesiones tienen que estar en su totalidad sanas, la piel y las mucosas tienen que estar intactas con piel nueva ya, bajo la lesión costrosa. No es sólo es la caída de la costra sino que tiene que haber una recuperación de la epidermis que subyace a la lesión y que no aparezcan lesiones en las últimas 48 horas y hay que recordar que esta enfermedad no produce una única lesión, son múltiples lesiones y no son necesariamente sincrónicas, hay una asincronía en la aparición de lesiones, así que, que no aparezcan nuevas lesiones en 48 horas, es un criterio para levantar las precauciones y los británicos recomiendan utilizar pruebas moleculares para definir el levantamiento de las precauciones con una PCR negativa en sangre, orina e hisopado faríngeo, la verdad que todavía no lo hemos conversado, también previamente no hay evidencia de que el contar por ejemplo, con una PCR positiva en sangre, signifique necesariamente contagiosidad y, por eso si uno lee las Guías Europeas, la Guía Norteamericana y las recomendaciones nacionales, no se menciona el uso de PCR para levantar aislamiento. También lo aprendimos eso durante la pandemia del COVID 19. Una PCR positiva no necesariamente significa virus replicante o virus con posibilidad de contagio, así que yo creo que nos quedamos con las primeras 3 que son clínicas y que son las más evidentes.

6.- Sólo para recordarles la manera correcta de utilizar los elementos de protección personal, no solamente es qué tipo de elemento de protección personal utilizo sino que es cómo me lo pongo y cómo me lo saco, es sumamente importante tener claridad en eso porque en esta enfermedad además, se ha visto que cuando uno tiene contacto con las lesiones y agita , por ejemplo, si yo me saco mal los guantes, puedo salpicar material

contaminante y contagiante hacia otras personas, lo mismo si es que sacudo las sábanas, con sumo cuidado, no sólo usar la mascarilla más adecuada sino que ponérmela bien y el higiene de manos que está en relación a esto.

7.- ¿Cuál es la diferencia entre las precauciones por gotitas y las precauciones respiratorias o aéreas? Básicamente el tipo de mascarilla que se usa y ahí creo que va a quedar más en la definición local, si se usa mascarilla KN95 sólo para aquellos procedimientos generales de aerosoles o de manera permanente. También hay un tema de costo- acceso que hay que discutir. Lo importante acá es el buen uso y el oportuno uso de los elementos de protección personal y la higiene de manos que tiene que realizarse antes, durante y después de todo procedimiento.

8.- ¿Qué otras medidas de prevención? que no me voy a detener mucho más, porque vamos a tener una charla de vacunas por la Dra. Dabanch, pero existe una profilaxis pre exposición que podría considerarse en personal de salud, no en nuestro país hasta ahora, pero sí está recomendado en otros países y que está pensada, sobre todo en personal que tiene manipulación directa con lesiones o muestras del paciente, personal del laboratorio de investigación o laboratorio clínico que tiene contacto con estas pruebas diagnósticas, personal sanitario que atiende directamente a personas infectadas con Viruela Símica y también personal que administra vacunas con virus vivo replicante que probablemente la Dra. nos va a enseñar un poco de eso, pero que es la Acam 2000.

9.- Y también existe una profilaxis post exposición para aquel personal de salud que ha tenido contacto directo con algunos contactos de alto riesgo de contagio, tiene que ser contacto sin los elementos de protección adecuada, un contacto directo en un procedimiento general de aerosoles sin mascarilla, sin protección ocular por ejemplo y que también es con vacuna, ojalá dentro de los primeros 4 días, máximo 14 días post exposición y esto es para todos con o sin profilaxis, en cualquier situación de exposición de riesgo de contagio, sin los elementos de protección adecuados hay que hacer un seguimiento del personal durante al menos, 21 días, para evaluar si aparecen pródromos y si aparecen lesiones cutáneas y manejarlo en ese caso, como caso y, aquí, bueno, las interacciones que son breves, las que no llegan, las que se usan utilizando adecuadamente los elementos de protección personal, o en procedimientos de bajo riesgo no justifican de ninguna manera la profilaxis post exposición, hay que analizar caso a caso.

10.- Otras medidas, ya para ir terminando, en la medida de lo posible, mujeres embarazadas y personas inmunodeprimidas deben evitar estar en contacto con estos pacientes. Sin duda, que tenemos otro personal con menor riesgo que los puede atender, pero en caso de ser estrictamente necesario que una mujer embarazada los atienda, un personal que tenga alguna patología asociada a inmunosupresión tiene que hacerlo con todas las medidas de prevención que ya comentamos. Los fomites que puedan estar contaminados como las sábanas de las camas, veladores, insumos médicos tiene que lavarse, desinfectarse adecuadamente, aquí no hay mucha diferencia con las técnicas de

aseo e higiene habituales. El cloro, el hipoclorito es totalmente efectivo contra esta enfermedad y la desinfección no tiene más cuidado que lo que les comentaba antes , de intentar no sacudir las sábanas, no levantar polvo, hacerlo siempre con mopas húmedas, etc. , que es una recomendación que se usa habitualmente en el entorno hospitalario y de atención de salud y los residuos sólidos como los apósitos de las heridas , esa es otra cosa que se recomienda cuando una persona, cuando va a entrar a la habitación de un paciente, hacerle aseo, entregarle la alimentación, cualquier cosa, tratar de cubrir las heridas que están más exudativas con una gasa porque eso disminuye el riesgo de contacto directo y el uso de mascarilla también por parte del paciente en esos momentos. Estos desechos se eliminan como residuos especiales y las deposiciones , orina como se eliminan habitualmente , con todas las precauciones necesarias.

11.-Entonces, como resumen, el riesgo de transmisión en el personal de salud es bajo pero existe. Por lo tanto, tenemos que tomar todas las medidas de prevención que sean necesarias, que son conocidas. Las precauciones de contacto son fundamentales, lo más importante pero debería asociarse también , gotitas o aerosoles hasta que las lesiones cutáneas estén absolutamente sanas. Existe la posibilidad de profilaxis pre exposición y profilaxis post exposición, según la disponibilidad que exista de vacunas y para el personal en las personas que lo necesiten y es importante el manejo adecuado de residuos hospitalarios para prevenir infecciones del personal de salud y también como medida de prevención ambiental que se describe en algunas Guías, de roedores que puedan estar cercanos a Centros de Salud, cuando no se eliminan de manera correcta los desechos, podrían tener contacto con la enfermedad y actuar como vectores. Eso era lo que les quería contar. Muchas Gracias.

Dr. Chanqueo: Muchas Gracias Ignacio por tu excelente presentación. Super, super clara, así que como personal sanitario, a seguir todas las indicaciones que nos cuenta Ignacio. ¿Preguntas del público?

Pregunta: Sí, ¿cómo están? Buenos días. En relación a lo último que mencionaba, que es la limpieza, la desinfección, mencionó el hipoclorito de sodio como agente para poder realizar esta limpieza de desinfección mecánica. ¿Está la recomendación de utilizar algún otro componente ya sea amonio cuaternario, alcohol desnaturalizado al 25%, para hacer una limpieza de desinfección correcta en las superficies?

Dr. Silva: La recomendación de la Guía es el cloro que es lo más transversal para las superficies que no se corroen, ojo que hay sobre todo material como pantallas, computador e incluso algunas camas con componentes eléctricos que se pueden deteriorar o corroer con el cloro y, en esos casos se puede usar alcohol al 70%, esos son los que están más recomendados habitualmente.

Dr. Chanqueo: Y los amonios, Ignacio, que ahora están tan frecuentes por el Covid, que lo encontramos en todos los supermercados, estas toallitas con los amonios, etc.

Dr. Silva: Sí, en las recomendaciones hablan de cualquier producto de desinfección que tenga acción antiviral, así de amplio. Yo desconozco cuánto es el uso de amonio cuaternario en los países donde habitualmente se desarrollan las Guías. No lo mencionan, directamente pero, probablemente sí tenga utilidad pero creo que el cloro es como lo que tiene más evidencia para todo el control de infecciones, es lo que deberíamos usar con mayor facilidad.

Dr. Chanqueo: ¿Más preguntas del público? Sino seguimos por acá, bueno, excelente presentación, muchas gracias, felicitaciones por la gestión. Una pregunta super práctica, no voy a decir el nombre porque , a lo mejor voy acusar...-“ Una consulta, ¿el uso de cubre calzado es adecuado? Porque donde trabajamos tenemos un paciente que tiene lesiones, en fase de costra, y éstas se caen y, por ende, nuestro calzado está expuesto de igual forma, sin embargo desde IAS nos dijeron que no es adecuado”-

Dr. Silva: Sí, creo que siempre hay que seguir la normativa local y hoy en general el uso de cubre calzado no es algo que sea recomendado universal, tampoco lo ha sido para el Covid. En general, la contaminación, a través de la suela de los zapatos es algo que está siempre contaminado. Si está la posibilidad de usarlo, lo pueden usar, no está demás pero el problema cuando uno usa muchas capas de protección o muchos elementos de protección, más de lo que es estrictamente necesario, el riesgo de contagiarse uno al sacarse ese elemento extra es alto, y de contagiar a otros al sacarse eso también es alto, entonces tratar de evitar todas las cosas extras, en infecciones asociadas a la atención de salud, hay que ser lo más minimalista posible y usar solo lo que está estrictamente recomendado, así que yo diría que utilizando un calzado sólo exclusivo para ir al trabajo, basta y sobra, pero no necesariamente usar cubre calzado.

Dr. Chanqueo: Hay otra pregunta pero que no es parte de esto, pero –“¿hay una normativa en cuanto a las implicancias legales de pacientes que se niegan a cumplir la cuarentena en Residencia Sanitaria?”- Yo creo que, bueno es una Alerta Sanitaria, están las medidas que se pueden usar. ¿Más preguntas del público?. Muchas Gracias Ignacio. Te vamos a dar un recuerdo.

Dra. Crispi: Seguimos, vamos a tener ahora una charla más y luego tenemos un break de 10 minutos para café. La próxima charla, creo que todos y todas la estamos esperando; es la Dra. Jeannette Dabanch, quien nos va a conversar sobre las vacunas. Un tema que ha sido bien conversado y controvertido. La Dra. Dabanch, bueno todos conocen su larga trayectoria. Fue Presidenta del Cabel donde sigue participando, infectóloga de la Universidad de Chile y un tremendo rol en toda la pandemia y continúa en ésta; también en esta área. Muchas gracias Dra. Dabanch por estar hoy día con nosotros, y el público es todo suyo.

Dra. Dabanch: Primero agradecer a Francisca. Francisca es una persona muy presente cuando se nos ocurre algo, casualmente en el minuto que se nos ocurre algo, ella llama,

pero lo más dramático es que manda un WhatsApp con un cuadrito que hay que empezar a completar. Conversamos hace unos días atrás sobre capacitación en Viruela Símica y a los minutos estábamos completando ya el plan de la agenda de trabajo para esta presentación; así que todos los agradecimientos a la Dra. Crispi.

A lo mejor, yo no los voy a dejar muy contentos con esta presentación, no tengo conflictos de interés, vamos a referirnos específicamente a una de las medidas que son trascendentales en los brotes que uno quisiera contar rápidamente con vacunas efectivas, suministros que no estén limitados, que ya tengamos todos los datos de seguridad, efectividad, eficacia, etc. Pero los brotes siempre emergen y, especialmente, las infecciones emergentes o re emergentes sin dar ningún aviso.

1.- Quiero partir con este artículo que me parece tremendamente interesante y que, al menos para mí, refleja exactamente lo que nos está sucediendo. El Virus de la Viruela Símica, yo voy a referirme como Monkey Pox, en las siguientes diapositivas, es un virus que emerge, irónicamente a la sombra de su pariente más infame o más odioso que nosotros recordemos, ¿no es cierto? Y acá también me interesa destacar que también en los virus, la biología, la familia biológica también importa y por eso creo que necesitamos todavía tener bastante información para poder dar certeza respecto al manejo de este brote, creo que estamos recién iniciando la punta del iceberg, en el conocimiento de esta enfermedad. Recordarles que el primer reconocimiento de este virus, del virus de la Viruela del Simio se reporta el año 58 y, en realidad estaban estudiando en Viruela en Dinamarca y tuvieron brotes en 12 grupos de monos que estaban siendo utilizados como de estudios clínicos pero muy probablemente, este virus ha circulado por milenios entre los animales. El primer reporte humano está registrado el año 70 y nuevamente a la sombra de la Viruela, lo que se estaba realizando eran vigilancias muy estrictas, específicamente en África en el Programa de Erradicación de la Viruela. Yo no sé si Uds., recuerdan el último caso de Viruela, que fue uno creo, la Dra. Child me puede corregir, fue en 1959 y fue en contacto con un viajero en Chile y estamos hablando de la década de los 70 en África, en donde se reporta, entonces un niño que en el contexto de la vigilancia de erradicación de Viruela entonces, se pesquisa como el primer caso de Monkey Pox. La erradicación de la Viruela en África se produce el año 1976/78, así que estaban todavía en ese contexto, luego se empiezan, por supuesto, a identificar casos que estaban limitados a África fundamentalmente y con exposición fundamentalmente a animales. Hoy día todavía aún tampoco conocemos su reservorio exacto pero fundamentalmente limitado a áreas rurales, boscosas y muy limitado, entonces algunos países hasta el 2002 porque me detengo hablando de vacuna en esta línea del tiempo porque la vacuna contra la Viruela se detiene en la década de los 80 y, se piensa que, probablemente, el cese de los programas de vacunación tienen relación con lo que sucede desde el 2002 en adelante, que hay detección de un aumento de la incidencia de casos de forma significativa. 30 años después del cese de los programas de vacunación contra la Viruela aumenta de forma significativa la incidencia de casos de Viruela Símica en África y el 2013 marca la detección probablemente de la exportación de

casos fuera de África; el que más recordamos probablemente, el que sucedió en Estados Unidos en relación a animales domésticos; los perritos de la Pradera que tenían contacto con ratas que venían de Gambia, de Ghana y, bueno no está de más recordar que ahora, desde mayo estamos en este gran brote, el más grande descrito desde la identificación de la gente, afectando a tantas partes del mundo .

2.- Ya les conté que el último caso de Viruela fue identificado el año 1977, quiero destacar que todo lo que vamos hablar de vacunas tiene que ver con este agente por eso lo destaco y, recordar que el 8 de mayo de 1980, segunda ironía, los primeros casos de Monkey Pox para este brote debutan en mayo de este año y la OMS certifica entonces, la erradicación de la Viruela y el uso rutinario, ya les conté, se suspende en la década de los 80 y, excepcionalmente continuó su uso con reservas estratégicas para fuerzas militares, algunos países tenían reservas estratégicas para sus grupos de militares que cuando tenían que salir en misiones estratégicas, para el personal de laboratorio expuesto a Orthopox y para el personal que estaba desarrollando y estudiando nuevas vacunas.

3.- Todo este contexto está para contarles que lo que se ha demostrado, y lo que hoy día sabemos de las vacunas que tenemos disponibles, datan de bastante tiempo atrás, de la década de los 80 fundamentalmente, en el estudio de estos brotes que estaban concentrados en África, específicamente en la República Democrática del Congo, que demostraron estos estudios de brote una protección cruzada de la vacuna de la Viruela para la vacuna, la enfermedad de la viruela símica o para Monkey Pox, en estos estudios, que demostraron ellos, que el 70%

4.- Estamos hablando entre 1981 y 1986, no es la situación actual. En estos brotes, el 70% de los contactos de los casos tenían el antecedente de vacunación contra la Viruela y el lapso de la última vacunación databa entre 3 y 19 años antes. La tasa de ataque de los contactos intrafamiliares cuando el individuo estaba vacunado, bajaba de forma significativa versus aquellos que no tenían el antecedente vacunación. Son estos estudios los que nos llevan hoy día a plantear que la vacunación usando virus vaccinia, podría darnos un 85% de protección contra la Viruela Símica. Entonces, es muy importante en nuestra historia y en nuestra evolución , el tener estos antecedentes a la mano.

5.- Sin embargo, contarles que la vacuna que se usaba contra la Viruela, hubo varios cambios en la producción de la vacuna pero finalmente, la estrategia final de erradicación de la Viruela usó fundamentalmente una vacuna que es utilizada un virus vaccinia vivo atenuado que tenía bastantes efectos adversos y, por lo tanto, su utilización fue discontinuada, una vez controlado y erradicada la Viruela en el mundo. Sin embargo, se siguió trabajando en el desarrollo de vacunas con perfiles en temas de mejor seguridad, las que conocemos como de segunda generación, ya Ignacio mencionó algunas. La primera que tenemos disponible Acam 2000 y dos vacunas de tercera generación; esta es la vacuna MVA-BN, que es la que usa una cepa de vaccinia modificada virus ancara y esta es una cepa japonesa que usa una cepa lister, yo se las voy a mostrar, que tienen mejor perfil de



seguridad que su antecesora. Fundamentalmente, estas vacunas fueron desarrolladas para el control de eventos relacionados a la viruela , por ejemplo bioterrorismo, por ejemplo emergencia , nueva emergencia de la Viruela en el mundo y, pero no específicamente diseñadas para el virus de la Viruela símica.

6.- Estas vacunas de segunda y tercera generación que les acabo de mencionar, tienen estudios adecuados que nos muestran que son vacunas seguras. Que, sin embargo, tienen algunos problemas y algunas imitaciones como vamos a ver, que la producción de estas vacunas, aún hoy es limitada, que hasta el inicio del actual brote, su uso estaba limitado sólo a grupos de alto riesgo y que ya les conté, que hay evidencia de protección cruzada para las infecciones por otros Orthopoxviridae, incluyendo el virus de la Viruela Símica y ya les conté que incluyen a estas 3 vacunas que es la que nos vamos a concentrar.

7.- Acá tenemos la vacuna Acam 2000; esta es una vacuna que usa un virus vaccinia atenuado, es por lo tanto, una vacuna con virus vivo atenuado, uno de los, se usa una sola dosis, se usa una técnica de descarificación, es decir inoculación en la superficie de la piel, ese es uno de sus primeros problemas porque al observar cuando un individuo se vacuna, tiene que haber una respuesta local de multiplicación del agente y, por lo tanto, eso, esta multiplicación en el sitio de la inoculación puede ser un factor de riesgo para la autoinoculación en otras zonas como sucede cuando un paciente rompe su lesión y se autoinocula en otras áreas del cuerpo y también puede ser de riesgo para las personas que tienen contacto directo con esas lesiones. Por lo tanto, da algunas complicaciones su uso y se usa una sola dosis, tiene varias contraindicaciones que las vamos a revisar y como les comentaba, estaba guardada en estas reservas estratégicas para las poblaciones específicas; les comenté, en poblaciones militares, gente o personal sanitario trabajando directamente con virus en investigación o el desarrollo de vacunas. Tenemos esta segunda vacuna que voy a partir por la última línea, la vacuna LC16m8, tiene un nombre que todavía no me puedo aprender. No quiero hacer el ridículo, pero no me lo puedo aprender. Es una vacuna licenciada en Japón, tiene varios años esta vacuna, también es una vacuna que contiene un virus vivo atenuado, les voy a mostrar la cepa que utiliza, usa una sola dosis también con la técnica de descarificación, sin embargo, esta vacuna también tiene limitaciones, yo les voy a mostrar lo que hay de ella y la más utilizada , la que más se nombra hoy y la que está más disponible es esta que está acá, que nosotros la conocemos como Guineos o en otros países están registradas como IMVAMURE o IMVANEX y es una vacuna que usa una cepa de vaccinia modificada ankara. Esta vacuna tiene la ventaja de pasar múltiples veces por cultivos, de tal forma de perder sus factores de virulencia y , por lo tanto es mínimamente replicante y se administra en dos dosis separadas por 28 días y en general esta es la única vacuna que hasta hoy conocemos con licencia o aprobación para ser usada en Monkey Pox.

8.- Si nos vamos ahora, ya han hablado bastante de estrategia de control de la Viruela Símica. Todas las estrategias tienen una sola misión que es interrumpir la cadena de

transmisión para control de brote y esta interrupción de la cadena de transmisión necesita una muy buena vigilancia, sensible que podamos detectar todos los casos de forma muy oportuna para el aislamiento, trazar los contactos, tener una capacidad de trazabilidad de los contactos; si bien en esta enfermedad es más difícil la trazabilidad de los contactos, contar con mensajes comunicacionales muy adecuados para educar tanto a la población como a la comunidad sanitaria y la vacunación, sin embargo esta estrategia, la vacunación, se ha visto limitada fundamentalmente porque el suministro y la disponibilidad es hasta ahora, muy muy limitado y esto se los pongo porque este es el "Washington Post" en donde la FDA hizo una estrategia que les voy a contar, de tal forma de aumentar la disponibilidad de dosis de vacuna para el control del brote en Estados Unidos.

9.- Esto es un poco lo mismo, y yo no sé si Uds. se fijaron en la tablita anterior que yo les mostré, es del 2014, del 2014 ahora tenemos la misma disponibilidad de vacuna, se espera que la respuesta inmune, si utilizamos la vacuna Acam, que es de segunda generación, se produzca o esté en su nivel alto de protección a los 28 días de la administración de la dosis. Ya les conté que esta vacuna tiene dificultades, es una vacuna viva atenuada, por lo tanto, está contraindicada en poblaciones inmunosuprimida, en el embarazo tiene reacciones adversas poco frecuentes pero son reacciones adversas graves, entre otros, fíjense puede dar una vaccinia generalizada y está aprobada para la viruela. La vacuna de los japoneses y el LC16m8, una vacuna de tercera generación, esta es una vacuna que incluso fue ocupada en Japón, en un número bien considerable de niños, de alrededor de 50 mil niños. Es una vacuna que tiene muchos años, que tiene buen perfil de seguridad y que solo está aprobada hasta ahora para la viruela, y finalmente tenemos la tercera que es la que estamos todos hablando, de la que está siendo más utilizada en todos, en todas las recomendaciones internacionales de vacunas y probablemente la que está recomendada también en nuestro país, que es esta vacuna y probablemente la vamos a conocer con el nombre de Guineos, tercera generación. Su inmunidad se alcanza a las dos semanas después de la segunda dosis, sin embargo hay algunos antecedentes que personas vacunadas previamente podrían necesitar una sola dosis. No ha demostrado tener contraindicaciones en inmunosuprimidos, se ha utilizado en pacientes VIH, en pacientes trasplantados, y no se ha observado mayores riesgos y esta es la vacuna, como yo les decía, que está aprobada tanto para la viruela como para la Viruela Símica.

10.- Voy a mostrarles qué es lo que hay de recomendaciones y esta es la recomendación de la Organización Mundial de la Salud; lo primero es que la Organización Mundial de la Salud no recomienda para hoy, en la fase actual de este brote, una vacunación poblacional, sino que una vacunación dirigida. También nos hace ver que el suministro de vacunas es limitado y nos recomienda a los países miembros, incorporar vacunas para este brote, ya sean de segunda o preferentemente de tercera generación, por su perfil de seguridad. La recomendación es vacunar a los contactos estrechos de los casos, ya han mencionado las definiciones de lo que es un contacto estrecho. Como profilaxis posterior a la exposición, que la vamos a conocer como PEP y la administración de esta vacuna como profilaxis debe

ser en individuos que están libres de síntomas, es decir que no están enfermos. Idealmente al cuarto día del contacto o hasta 14 máximo días posterior a la exposición de riesgo para prevenir la enfermedad. Y está este segundo acápite que la profilaxis previa a la exposición, es decir, antes de exponernos fundamentalmente concentrada en personal de laboratorio que trabaja con el virus, en personal clínico en contacto con riesgo con un paciente, es decir lo que comentaba el Dr. Silva, que lo haga sin equipo de protección personal y el que va a tener que trabajar en laboratorio, esto es pre exposición, antes de tener el contacto, que se asuma que va a tener contacto de riesgo y, otro según la política pública de cada país. Así que vuelvo a recapitular; profilaxis pre exposición, personal de laboratorio que trabaja con Orthopoxvirus, personal clínico que va a estar en contacto por ejemplo, gente que va a estar trabajando con técnicas de diagnóstico o que va a estar trabajando con un número importante de pacientes con riesgo de tener Viruela Símica y la vacunación, y esto es muy importante, aquí nuevamente necesitamos una vacunación que se debe incorporar con vigilancia, con trazabilidad de los contactos, con una buena campaña de información y con un excelente programa de farmacovigilancia.

11.- Esta es la recomendación del Reino Unido, que fue actualizada hace muy pocos días. Ellos recomiendan la vacunación para el contacto de casos con Viruela Símica confirmada, es decir vacunación post exposición, están recomendando la vacunación con dosis única dada la ausencia o el stock limitado de vacunas y evaluar a los 14 días, la posibilidad de administrar una segunda dosis. A quien además incorporan, a población predisposición y que tengan alto riesgo, como son personas que tienen sexo con hombres, en bisexuales con parejas múltiples o actividades de sexo grupal, a personal de salud que atiende pacientes con Viruela Símica confirmada. La vacuna que ellos incorporaron es la vacuna MVA-BN, que es la vacuna que nosotros conocemos como Guineos y sólo un dato, en Reino Unido se han administrado más de 25 mil dosis de vacunas para 25 mil personas en el actual brote. Es uno de los países que tiene el mayor número de casos por lo demás y, que partieron con la detección de los primeros casos.

12.- Esta es la recomendación de Estados Unidos, vacunación pre post exposición para los contactos de casos confirmados. Vacunación post exposición para personal de salud que es contacto de un caso confirmado sin equipo de protección personal. Incorpora a individuos que tuvieron múltiples parejas sexuales las últimas dos semanas en áreas de alta incidencia de la enfermedad y en personas con actividad laboral de riesgo como una medida de pre exposición a trabajadores de laboratorio, nuevamente trabajadores de laboratorio que manipulan cultivos, incluyen el estudio de cultivo viral proveniente de animales y en algunos trabajadores sanitarios de la salud definidos por la autoridad sanitaria en estados Unidos.

13.- Yo les contaba que se han hecho ciertos cambios al uso de la vacuna. Esta es la vacuna que les contaba, que es la MVA, conocida como Guineos en Estados Unidos y es un cambio que propone la FDA para aumentar las dosis de vacuna disponible y, hace pocos días, la FDA autorizó la administración intradérmica, eso quiere decir que podrían aumentar el número

total de dosis a administrar, dado este suministro insuficiente hasta la fecha de vacuna para esta enfermedad.

14.- Esto es en Canadá. Nuevamente profilaxis post exposición y profilaxis pre exposición. Canadá también está considerando una sola dosis y re evaluando la segunda dosis, según el riesgo, en escenarios de profilaxis, post exposición, las profilaxis post exposición son las mismas que hemos revisado en los otros países y en las otras guías de recomendación y la profilaxis pre exposición, nuevamente los mismos criterios que se han utilizado en las otras Guías que les he presentado. En Canadá hay una recomendación de que la vacunación debe tener consentimiento informado. Nosotros sabemos que esto hay que verlo. Es probable que no se esté utilizando como en todos los pacientes, pero está dentro de su recomendación.

15.- Esta es la última que les voy a mostrar; en España también la recomendación disponible del Ministerio de Sanidad de España incluye vacunación pre exposición y profilaxis post exposición. Nuevamente privilegiando la primera dosis, de tal forma de tener posibilidad de vacunar a un mayor número de expuestos y la profilaxis post exposición incluye a población o contactos de riesgo intradomiciliarios, con riesgo mayor de evolucionar a un cuadro con mayor severidad como la población infantil, embarazadas y personas con enfermedades del sistema inmune.

16.- En nuestro país, lo que tenemos disponible, el Documento de Orientación Técnica para el Manejo Clínico de la Viruela Símica, contiene las recomendaciones generales, hay un acápite que menciona vacunas pero es sólo una mención, por supuesto están los ordinarios, las circulares que están disponibles pero referido al manejo clínico, está este documento. En nuestro país, aún no se cuenta con una recomendación de vacuna para el manejo de este brote y mi grupo de trabajo, el Comité Asesor de Vacunas e Inmunizaciones para el Ministerio de Salud ha estado trabajando en las últimas semanas en un documento de recomendación para uso de vacunas durante el brote y el criterio que se está utilizando, es un criterio de priorización en contexto de suministro y acceso limitado a las vacunas.

17.- Quiero terminar con esto; yo vuelvo a insistir que estamos en un brote en fase muy inicial, que tenemos muchas incertezas sobre el espectro clínico, aún no está claro todavía, cómo se va a presentar en otros grupos de inmunodeprimidos o con mayor carga de virus circulante, tampoco tenemos completamente claro los mecanismos de transmisión, de ahí la importancia de aplicar todas las barreras, cuando estemos en contacto con un paciente. Tampoco tenemos claro cuáles son los grupos de alto riesgo. Este virus cambió, cambió de conducta, no es el mismo virus que estaba circulando en África. Algo le permitió adaptarse de muy buena manera para transmitirse eficientemente entre las personas. Todo lo que veíamos en la línea del tiempo hasta antes de este brote era eficientemente transmitido desde el animal al ser humano. Hoy día, estamos conversando de un brote que se transmite entre las personas de forma bastante más eficiente, por lo tanto, necesitamos caracterizar y entender todavía el comportamiento de este virus. Todo lo que yo les presenté de datos

sobre el uso de vacunas tanto en pre exposición como post exposición se limitan a entornos de ensayos clínicos, que son ensayos clínicos pequeños porque era lo que se tenía hasta hoy. ¿Qué se dispone?, se dispone de dato de seguridad, son vacunas que tienen un buen perfil de seguridad, son vacunas inmunogénicas y son efectivas. Y las recomendaciones en todo lo que uds., van a revisar, las recomendaciones de vacunas hasta ahora son provisionarias y, muy probablemente, estas vacunas van a, estas recomendaciones, van a cambiar eventualmente con nueva evidencia respecto a la eficacia de las vacunas o al perfil de seguridad de las vacunas o dependiendo de la evolución de este brote. Esa es la última.

Dra. Crispi: Muchas gracias Dra. Dabanch. Tenemos una pregunta, ahí en el público.

Pregunta: ¿Cómo está Dra.? Buenos días, según su opinión, porque esto es según Ud., Cree que ¿vamos a tener campaña de vacunación contra la Viruela Símica, así como la campaña que estamos teniendo contra el Covid y de la Influenza?

Dra. Dabanch: Yo creo que va a ser difícil, dado que el acceso a las vacunas es limitado y no recuerdo si fue Estados Unidos o el Reino Unido, que acaba de comprometer un stock importante de vacunas para su programa. Yo creo que es probable que logremos contar con vacunas pero con un diseño, tal cual fue para el Covid al inicio del brote, en que se seleccionen y priorice las poblaciones de mayor riesgo. Quiero, no lo puse en esta diapositiva, pero creo que hoy día es independiente de contar con vacunas, uds ven que las vacunas, los datos que tenemos de las vacunas disponibles son de estudios pequeños. Todos están enfatizando que son de estudios pequeños, por lo tanto aquí es fundamental, vital, el implementar una buena comunicación de riesgo para disminuir el riesgo de enfermar y de identificar precozmente los casos, aislarlos y trazar a sus contactos pero yo creo que sí vamos a contar con vacunas pero de contar con vacuna va a ser probablemente, por lo menos, la recomendación del grupo asesor de vacunas de forma inicialmente, de forma dirigida es decir priorizada a los grupos que tienen mayor riesgo.

Dra. Crispi: Muchas Gracias. Dr. Chanqueo.

Dr. Chanqueo: Presentación yo creo, super clara y aclarar, bueno, insistir en lo que tú pusiste ahí, el suministro es limitado, uno tiene que trabajar y pensar en eso, y ahí va mi pregunta; dos preguntas, ¿Cuál es la evidencia de vacuna, de esta vacuna en post exposición porque en el fondo y cuántas veces me la puedo poner, si yo estuve expuesto, entonces, no es mejor vacunar ese Pep? Esa es una de las preguntas que tengo.

Dra. Dabanch: La menor evidencia que hay es tiempo post exposición, hay mucha más evidencia dado que siempre se trabajó en los grupos, anteriormente este brote se trabajó vacunando pre exposición, ya sea militares o personal sanitario pero no hay mucha evidencia, por eso yo digo que creo vamos a tener novedades respecto a las recomendaciones en la medida que tengamos más datos. Cuando se establezca en Chile, un programa de vacunación como se ha hecho en otras partes del mundo, la OMS lo que ha recomendado es una vacunación, ojalá en un proyecto de vigilancia y esa vigilancia se

refiere justamente a ver si ese vacunado post exposición desarrolla enfermedad o contagia a otros, por ejemplo se han descrito ya transmisión de personas que no han tenido la enfermedad sintomática como una la conoce, entonces se necesita mucho dato, pero para ese grupo es donde menos datos de evidencia hay.

Dr. Chanqueo: Otra pregunta, además que somos casi todos acá, personal sanitario en el contexto de vacunas limitadas, si tú crees pero esto ya es una opinión personal tuya más que Caveid porque entiendo que no lo puedes decir porque tienes conflicto de interés y de confidencialidad, ¿tú crees que el personal de salud amerita en este brote? ¿Con suministro limitado vacuna?

Dra. Dabanch: Yo creo que no. En este momento, la principal medida de prevención son las mencionadas por el Dr. Silva; medidas de prevención que son, que yo llego al hospital y me debo practicar las medidas de prevención, la primera, higiene de manos, elimina la flora transitoria que es la que queremos eliminar, siempre cuando tenemos que tener contacto dentro del hospital, las barreras que conocemos hoy día, que estamos utilizando por el Covid, son eficientes para cuidarnos de la Viruela Símica. Hasta aquí se han descrito, alrededor , creo no estoy, puedo equivocarme, pero son alrededor de 344 personal sanitario infectado, sin embargo la vía de adquisición de la enfermedad no está clara, no son adquiridos en la actividad laboral, así que probablemente el riesgo para esta enfermedad, es probablemente menor pero, menor siempre y cuando cumplan con las medidas de autocuidado que son las medidas que tenemos que practicar siempre. Cuando nosotros hacemos la visita clínica, lo primero que le enseñamos a los Bécados , piel no intacta, es siempre poner una barrera entre la mano y el paciente y eso significa ponerse guantes, y por supuesto, que antes de ponerse los guantes, higiene de mano, así que eso, no tengo otros datos.

Dra. Crispi: Muchas gracias . Tenemos dos preguntas del público. Hay otras preguntas pero que no son del tema, así que esperamos que las puedan hacer en las siguientes presentaciones. La primera es si ¿pacientes alérgicos al huevo u otros tienen contraindicación de uso para esta vacuna? y , la segunda, ¿desde qué edad están recomendadas las vacunas mencionadas?

Dra. Dabanch: Bueno, la vacuna está recomendada y autorizada para mayores de 18 años, sin embargo, en grupos de riesgo, en poblaciones de riesgo, puede usarse en niños, así está establecida es probable que para nuestro país, la situación sea más menos , la recomendación sea similar. La vacuna de los japoneses, es una vacuna que se ha usado en niños, así que está aprobada para niños y los alérgicos al huevo, bueno una de las vacunas hace pasaje por líneas celulares de fibroblasto de huevo de pollo, así que no está descrita como contraindicación pero hay que verlo, pero no está como contraindicación.

Dra. Crispi: Perfecto, bueno, un gran aplauso a la Dra. Dabanch. Vamos a tener 10 minutos exactos de un café y algo para comer y volvemos porque estamos justos en el Programa.

Dr. Chanqueo: Buenos días a todos y todas. Volvemos a reiniciar la sesión de la mañana que ha sido un éxito total. Tenemos más de 200 conectados asistentes vía on line y, bueno el público que uds ven acá que somos, ¿cuántos Fran?, como 20. Bueno a continuación seguimos con la Dra. Raquel Child, la Dra. Raquel Child fue la Coordinadora Ejecutiva del Ex Conasida, prestó servicios como Asesora Regional en VIH – SIDA en América Latina y el Caribe desde el 2002 al 2010, también fue Directora del Unitai y Asesora del Fondo Regional de Medicamentos de la OPS. Actualmente, desde hace algunas semanas, se desempeña como Coordinadora Nacional de la Respuesta a la Viruela del Mono en la Subsecretaría de Salud Pública del Minsal.

Dra., Child la dejo para que nos cuente el Plan Nacional de Viruela del Mono.

Dra. Child: Bueno, muchas gracias . Agradezco al Colegio Médico la organización de este evento que me parece central para la difusión de la información del compromiso y de la mejoría en lo que estamos haciendo como país en esta materia, además agregar que es un agrado ver antiguas y antiguos conocidos. Yo he estado en los últimos años un tanto tranquila en mi vida, mi vida laboral vamos a decir, bueno.

Es muy agradable encontrarse con gente tan trabajadora y querida. El Ministerio ha venido desarrollando acciones desde el inicio de este problema a nivel global y con el...

1.- Desde inicios de este problema a nivel global, con herramientas de preparación y antes de que apareciera el primer caso en nuestro país en junio, el 17 de junio de este año. Tenemos un equipo que decir equipo es un poco mucho, pero bueno, somos dos personas trabajando en la Subsecretaría de Salud Pública y, bueno, están los equipos de salud de todo el país, en las Direcciones de Servicio, y en los diferentes hospitales del país y especialmente los que están más afectados por el número de casos que reciben. En la Subsecretaría de Redes hay personas que están trabajando en este tema, produciendo en general las normativas para el manejo a nivel de red de salud. La información que hemos recibido desde las redes dice que hoy día , en Chile, tenemos hasta ayer, en verdad, hasta ayer en la tarde, 210 personas que han sido confirmadas con la Viruela del Mono, es mayoritariamente, más del 99%, sexo masculino, entre 17 y 63 años, el 65% es también portador de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. Se han descartado 131 casos, y hasta hoy día tenemos tres casos que son probables, que todavía no es confirmada, si es Viruela del Mono u otra patología. Dentro de las personas con VIH, decir que de la información que se recibe en el Ministerio, la mayor parte de ellos, no tenemos información sobre si están en tratamiento o no. Esperamos que estén, la mayor parte en tratamiento pero esa información no está disponible y, en ese sentido, yo le pediría a los médicos tratantes que notifican, que informen si la persona tiene o no VIH. En este momento, hay aisladas 80 personas y se han dado de alta 130. El 93% de los casos se da en la Región Metropolitana , hay un 13% de personas que relatan viajes al extranjero, ese número inicialmente era muy alto, era prácticamente todos, obviamente todos se habían infectado en el extranjero y hoy día, obviamente ese porcentaje ha disminuido

significativamente con la transmisión que está ocurriendo en nuestro país y el 15% declara conocer el contacto y declara las indicaciones de cómo encontrar a esa persona para hacer el seguimiento clínico y epidemiológico.

2.- La distribución de casos en la Región Metropolitana es la que uds., ven, en el país a la derecha y la Región Metropolitana a la izquierda. La concentración de casos está en la comuna de Santiago, en morado, que tiene entre 11 y 87 casos. Uds pueden ver que hay comunas en la Región Metropolitana que no tienen casos que son las que están en gris, pero la mayor parte es centro o sea es Santiago, Providencia, Quinta Normal, Estación Central. Lo que está en el centro de la Región Metropolitana es donde están concentrados los casos. Hay muy pocos casos en comunas periféricas como puede ser Melipilla, Buin, Pudahuel, Conchalí, Renca, La Reina, Peñalolén, El Bosque, San Bernardo y Buin. En el país tenemos en Antofagasta, tenemos tres casos, en Coquimbo y en Valparaíso tenemos un caso, el caso de Valparaíso es de una persona que se infectó en Santiago, O'Higgins también, dos casos y en Los Lagos hay una persona. Esa es la información hasta el día de ayer.

3.- Acá está en términos de números, lo mismo que les mostré en esa gráfica. El 93.8% de los casos, son de la Región Metropolitana.

4.- En términos de aparición de casos, desde el primer caso en junio, uds pueden ver que ha ido creciendo de manera significativa en las últimas dos gráficas, en las últimas dos columnas corresponden a esta semana que termina y uds pueden observar que aunque hay menos casos aparentemente porque no ha terminado la notificación de todos los casos que aparecieron, que se diagnosticaron esta semana pero la tendencia es creciente y como ya se dijo acá, esperamos que haya, que estas cifras sigan creciendo, a pesar de las medidas de prevención que se toman. La proyección que tienen algunos estudios del Ministerio es que tendremos alrededor de mil - mil quinientos casos en este brote.

5.- Eso como información general de lo que está sucediendo en el país. Cómo estamos siguiendo este problema desde la lógica de salud pública. El sistema de vigilancia epidemiológica se adecuó para seguir, acompañar y entregar información al país para tomar decisiones que uds, ven que, bueno tiene como objetivo, dicho de manera formal- “ establecer las acciones para la vigilancia epidemiológica y de control ante los casos de Viruela del Mono, minimizar el riesgo de propagación y contribuir a tomar las medidas de prevención y control”-

¿Cómo nosotros estamos definiendo el tipo de persona que está afectada?, y esta es una definición como ya se dijo también que está en proceso de evaluación y cambio. Así que, además todas las sugerencias son bienvenidas. Definimos como caso sospechoso a una persona que tiene una lesión de reciente aparición con sospecha clínica de que sean lesiones de Viruela del Mono o que sea una persona que tenga síntomas y que tenga un contacto de caso confirmado, o sea es una persona que tiene una lesión de éstas que pudiera ser portadora de Viruela del Mono y quien no se ha hecho todavía los exámenes



de laboratorio. Un caso confirmado es una persona que tiene un PCR positivo, ya sea realizado en el Instituto de Salud Pública o en un laboratorio actualizado. En este momento, los laboratorios autorizados son el del Hospital Lucio Córdova, está también el Hospital de la Universidad de Chile y el Hospital de la Universidad Católica, según entiendo hay algún otro más, pero no sé. Dra. Dabanch, ¿no?, Sí, vamos a aumentar el número de laboratorios autorizados en el transcurso de esta semana y un caso probable es un caso sospechoso de contacto con una persona que sea portadora de la Viruela del Mono, que ya haya curado, que haya viajado, una persona que haya viajado a un país que tiene casos de este problema o que haya un diagnóstico clínico con alta sospecha pero como les decía de esta definición, está en revisión, precisamente en estos días.

6.- Nosotros, ¿qué es lo que recomendamos como vigilancia epidemiológica frente a la detección de un caso o a la sospecha de un caso con esta enfermedad?. Lo primero es que tenemos que evitar estigmatizar a las personas que, ya sea pertenecen al grupo más afectado por este problema a nivel mundial y, en Chile especialmente y mantener siempre el foco que lo que importa es la salud, la salud física y la salud mental de quienes están afectados.

Con respecto a conducta específica clínica, lo primero bueno, fuera de anamnesis, examen físico, etc, es solicitar el examen de PCR y enviar al laboratorio de referencia y notificar a la autoridad sanitaria. Entendemos de que hay un gran y largo proceso, largo yo diría, proceso administrativo en la notificación de casos que también estamos buscando simplificar. Hay etapas que ya se eliminaron como la espera a que la Seremi autorice la realización del examen de PCR. La conducta a seguir ahí es, aislar, o sea derivar a las personas a Residencia Sanitaria, hogar u hospitalización domiciliaria. Hoy día tenemos problemas con las Residencias Sanitarias porque están copadas. Jorge, tú vas a decir algo de eso, pero bueno tenemos una conducta definida a seguir y lo otro es entregar Licencia Médica; hay problemas con la entrega de Licencia Médica, no a todas las personas se les ha dado Licencia; hay dos códigos en los cuales, para los cuales dar Licencia, uno para los casos de sospecha y otro para las personas que ya están diagnosticadas.

Por otra parte, con respecto a la conducta a seguir en la notificación de casos a la autoridad sanitaria, la notificación la tiene que hacer el médico responsable de la atención. Tienen que comunicarse a la autoridad sanitaria, a la Seremi y remitir el formulario respectivo a la autoridad, y eso Jorge también lo va a señalar. Y un tema central aquí en la perspectiva de cortar la transmisión es el seguimiento contacto, que eso también es responsabilidad de la Seremi y, esperamos que sea un trabajo colaborativo con los clínicos en que logrando la mayor cercanía a las personas afectadas con este problema, puedan transmitirnos quiénes son, quiénes han sido sus contactos.

7.- Sabemos también que hay contextos en los cuales se da, se ha dado en Chile este problema que son básicamente encuentros sociales en que hay, no sé, vamos a decir, para

no estigmatizar, más de dos personas en una relación sexual, es así como está ocurriendo, en fiestas, fiestas rave, música, etc.

¿Qué pasa con el flujo de atención de los pacientes? Eso era la notificación desde la salud pública, el flujo de atención de pacientes generados por la división de gestión de Redes Asistenciales del Ministerio, es que primero los Servicios de Salud tienen que tener un sistema de detección claramente definida con una atención rápida de las personas que sean sospechosas de portar esta infección, que tengan un espacio físico definido y habilitado para la atención, para la toma de muestras y el aislamiento temporal de estas personas, derivar al lugar de aislamiento, luego la atención médica, es su responsabilidad, es responsabilidad del Servicio Salud también. Obviamente ya la Dra. Dabanch lo presentó de manera muy clara, contar con , y el Dr. Ignacio, contar con elementos de protección personal para la atención clínica y para el traslado de las personas afectadas, perdón que me ría pero, contar con cumplir con la capacidad de aislamiento aplicando medidas de precaución por contacto y gotitas durante todo el proceso de atención. También Ignacio fue muy claro en mostrar todo lo requerido, y me sonreí o me rio un poco porque la capacidad de aislamiento la tenemos hoy día bastante limitada pero “estamos trabajando para ud. “. Disponibilizar a habitaciones individuales, eso en los centros de atención especialmente, eso va dirigido a los hospitales con puerta cerrada. Estar atento a eventuales complicaciones que puedan tener las personas afectadas para derivarlas a los espacios de atención que correspondan frente a complicaciones, cuidando medios o críticos, tener claros los mecanismos de referencia para seguir los casos y, en ese sentido que no se pierdan las personas que, por ejemplo consulten en los Servicios de Urgencia como el señor que se arrancó, tener claro qué hacer en esos casos y, bueno, hacer el control periódico clínico de las personas que estén hospitalizadas.

8.- El flujo, me imagino que esto no lo ven, porque escasamente lo veo yo, pero este es el flujo de atención que ha definido la Subsecretaria de Redes Asistenciales del Ministerio para la derivación de las personas afectadas. En primer lugar, la persona consulta, se le hace el triage para este virus y se define que es un caso sospechoso. Deben tomar dos acciones de manera simultánea; tomar la muestra a la persona, tomar las muestras de las lesiones y notificar a la Seremi y a toda persona de caso sospechoso, aislarlo con todas las precauciones de infecciones asociadas a la atención de salud. Si cumple criterios de hospitalización, se quedará o se derivará al hospital que corresponda y si no, se contacta la Residencia Sanitaria y se traslada ahí, la muestra va al Instituto de Salud Pública, el Instituto desarrolla el examen y lo desarrolla de manera rápida. Ha habido bastantes reclamos por la demora en obtener el resultado del PCR. El PCR se demora sólo algunas horas y el ISP tiene la capacidad de responder rápidamente y de informar esos resultados, por lo tanto, cuando hay demoras en la recepción de los exámenes es porque hay temas administrativos locales o de derivación de la muestra que hacen que se demore y, bueno, eso también estamos buscando que disminuya el tiempo de espera porque ahí es lo que nos ha generado más problemas en realidad. Bueno, si es caso confirmado, saber si se necesita hospitalización o

no y si no necesita hospitalización se mantiene en aislamiento hasta la resolución de las lesiones o, eventualmente, 21 días dependiendo de cuando fue el motivo de consulta. Si cumple los criterios de hospitalización, bueno se va al hospital hasta completar la cura o los 21 días. Cuando tenemos esta situación de la persona se va a hospitalizar, se va al hospital de referencia y si es confirmado, se queda ahí y si es negativo, se va a su casa. Veo a la Dra. Dabanch con cara de pregunta.

Dra. Dabanch: Sólo preguntar, el ISP en el flujo de diagnóstico, ¿el ISP le informa a quién el resultado? A la Seremi? O al laboratorio de referencia porque...

Dra. Child: Al laboratorio de referencia y a la Seremi, sí sí, claro, claro.

9.- Ya, recogemos todas las, ya, para terminar esta parte de la presentación, ¿en qué estamos ahora? Vamos a tener una capacidad diagnóstica aumentada, se está comprando mayor cantidad de reactivos de compras centralizadas a través de la Central Nacional de Abastecimiento. Este diagnóstico se va hacer inicialmente de manera paralela con el ISP, laboratorio nacional de referencia ya, pero eso va a ser durante un período corto, o sea van a tener uds que mandar la muestra al ISP, de todas maneras, y hacerla en el laboratorio del hospital, o sea pretendemos que haya capacidad diagnóstica en todos los hospitales, digamos regionales. Estamos gestionando el tema de nuevas Residencias Sanitarias, yo eso se lo voy a dejar a Jorge porque el problema principal está obviamente en la Región Metropolitana, tenemos capacidad completa hoy día, en Regiones ha habido, como son pocos casos, son casos aislados en general o los han hospitalizados o los han derivado a una Residencia Sanitaria. Estamos generando un Protocolo de aislamiento en el hogar, dada la situación de saturación de espacios para aislamiento.

En el paso de notificación, se eliminó la necesidad de que la Seremi verifique toda la información del caso, etc. y, por lo tanto, el diagnóstico y el traslado de las personas sea más fluido y rápido. Estamos en el proceso de compra de Tecovirimat y, definiendo los Protocolos de uso, entendemos y estamos de acuerdo con lo señalado antes en las diversas presentaciones de la limitación de la efectividad, de la falta de información con respecto al uso, pero bueno, igual estamos comprando una cierta cantidad para tener disponible en caso que sea de indicación y acuerdo médico.

En el ámbito de prevención, estamos trabajando junto con la OPS para o más bien somos parte de la estrategia de los países de la región con OPS para compra de vacunas. La OPS se ha, a solicitud de los países, se relacionó directamente con el fabricante de la vacuna Guineos – fabricantes daneses- que decidieron no venderle vacunas a los países de América Latina, de manera individual, sino que como una compra única con una conducta discriminatoria brutal, pero es lo que hay y, entonces, la OPS tomó el liderazgo y en asociación con los países de la región está negociando con el fabricante danés la compra de un máximo de 100 mil vacunas. El máximo que se puede aspirar en esta compra son 10 mil, es lo que nosotros pedimos y se espera que estas vacuna estuvieran disponibles a fin del

mes de septiembre, pero obviamente no dependen de nosotros, nosotros ya hicimos todos los procedimientos administrativos, de hecho ayer se envió a la OPS, el compromiso formal de Chile para la compra de estas vacunas, pero ya está en manos del fabricante la aceptación y distribución. Hemos desarrollado una campaña de comunicación dirigida a un público general, por ahí tengo un folleto, que no sé, me imagino que lo pueden haber visto en la página del Ministerio, es un folleto simple dirigido a público general con información de cómo se trasmite, lo que es, saber sobre la Viruela del Mono, los síntomas, como uno se puede contagiar, qué se puede hacer para reducir el riesgo y, finalmente dónde consultar. Es un folleto que, además, estamos imprimiendo en un número importante para ser distribuido ampliamente en todos los Centros de Atención y, por otra parte, en asociación con Organizaciones de la Sociedad Civil estamos preparando Campañas focalizadas con diferentes tipos de folletos, afiches, etc., y, sobre todo para uso en redes sociales y en todas las aplicaciones del mundo que está más afectado o que está afectado por este problema hoy día en el país y eso, o sea es en conjunto con la Sociedad Civil y con eso dejo a ... ¿cómo? Gracias, Gracias

Dr. Chanqueo: Gracias Raquel por la presentación. Agradecer al Ministerio de Salud, un regalo para ti y agradecer al Ministerio de Salud, la super completa presentación que nos hizo, la verdad que nos adelantaste bastante, porque la verdad que todavía esto para lo que están en casa y acá, todavía no se ha oficializado porque van a empezar a lo mejor, muchos creen que van acelerar estos procesos pero todo esto está en camino, así que muchas gracias por las novedades, la campaña comunicacional que está muy bonita, que la vean, está en redes y lo de las vacunas y todo lo que nos contaste. Muchas gracias Raquel

Dra. Child: Me alegro.

Dr. Chanqueo: Y continuando con Ministerio de Salud, yo sé que no es necesariamente Minsal, se ve Minsal, tenemos a Jorge Vilches, médico cirujano de la Universidad de Antofagasta, especialista en Salud Pública de la Escuela de Salud Pública de Chile, actualmente es el Jefe del Departamento de Salud Pública y Planificación Sanitaria de la Seremi de Salud Metropolitana. Fue Presidente de la Directiva Nacional de la Agrupación de Médicos Generales de Zona Período 2017, Secretario Técnico del Departamento de Políticas en Salud y Estudio del Colmed. Jorge, te dejamos con el rol de la Seremi en Monkey Pox. Muchas Gracias.

Dr. Vilches: Vale, muchas, gracias. Un saludo a todas y todos, quienes están aquí presentes en presencial y también a quienes nos están viendo de manera telemática.

1.- Está bueno el sistema híbrido también para poder alcanzar una mayor envergadura en la difusión, cierto, y también quiero agradecer a Raquel porque efectivamente como decía el Dr., Chanqueo, hace una actualización de elementos que van a ser próximamente publicados, que hemos estado trabajando también en conjunto, entendiendo que en la Región Metropolitana tenemos el 93% de los casos. Hemos estado trabajando muy

conectados. Yo les voy a contar un poco el tránsito, la línea de tiempo, en cómo hemos ido avanzando en base también a los documentos oficiales y quiero agradecer el espacio también entendiendo que normalmente los procesos de capacitación son eminentemente clínicos pero hay un componente que es super importante que es la vigilancia que hacemos a nivel poblacional y cómo tomamos medidas finalmente de que no estén solamente pensadas en el uno a uno, en el individuo sino que en las poblaciones.

2.- En ese contexto, contarles que el 20 de mayo, la OMS y OPS emiten la alerta epidemiológica en ese momento por casos reportados en 11 países y , ya desde ese momento, la Subsecretaría de Salud Pública, emite distintos Ordinarios; primero el 2405, después el 2410 , y finalmente el 2760, del 10 de junio que establece el primer Protocolo de vigilancia epidemiológica para los casos de Viruela del Mono, que es el que uds, probablemente conozcan porque ha sido como ha estado articulándose el funcionamiento de la red y la vigilancia epidemiológica

3.- y contarles un poco también que existe otro Ordinario que es del 15 de junio, qué es el 1961, y éste está más orientado a la preparación y la respuesta que tienen que tener las redes asistenciales a la Viruela del Mono. En este por ejemplo, se explicitan cuáles son las unidades principales a ser capacitadas dentro de la Red Asistencial y de los Centros, particularmente, por ejemplo, los Servicios de Urgencia , las Unasec, los servicios de maternidad, etc. También establece cuáles son los Protocolos para el tratamiento, por ejemplo de la ropa de cama, distintos elementos, los elementos de protección personal, etc.

4.- Lo que se hace, entonces, como acciones desde una autoridad sanitaria regional y, en este caso, vamos a exponer lo de la Región Metropolitana es por ejemplo, en primera instancia , hacer la distribuciones, cierto, de estos Ordinarios que establecen los Protocolos de vigilancia y la preparación de las redes asistenciales a los Servicios de Salud metropolitanos, esto en contacto son sus Directores y subdirectores, a los Centros de Salud públicos y privados de la región, además para establecer y fortalecer las redes que son necesarias coordinar en estos contextos desde la autoridad sanitaria, el Seremi Gonzalo Soto inicia la coordinación con los distintos Directores, Directoras y subdirectores médicos de la Región para hacer la presentación específica de los documentos y elaborar propuestas conjuntas ya, entendiendo en parte que este primer Protocolo de Vigilancia solicitaba establecer Centros de Referencia a nivel regional para la identificación ,la toma de muestras, el levantamiento de los casos sospechosos para cada una de las regiones. Entonces, bueno, luego de eso, hay que establecer ciertos actos administrativos para poder cumplir lo que se está estipulando en la documentación que emana desde el nivel central y, por eso dejo también ahí en esa lámina una foto, que la idea no es que puedan leerla , pero es la publicación de la Resolución 4217, que es propia de la Seremi de Salud de la Región Metropolitana, y que dispone el aislamiento de las personas que estén confirmadas por virus de la Viruela del Mono y, que en ese también se establecían por ejemplo ,cuáles

eran los centros de referencia hospitalarios a nivel regional para dar respuesta , que en una primera instancia fue el Hospital Urgencia Asistencia Pública conocida también como Posta Central y el Lucio Córdova, sin desmedro de que en caso de que no hubiese factibilidad de aislar a los pacientes en esos establecimientos por falta de disponibilidad de cama, la autoridad sanitaria podía determinar otros centros de referencia. Eso cambia y lo vamos a ver un poquito más adelante con una actualización de este tipo de Resoluciones. Por otra parte, también a nivel institucional teníamos que hacer una preparación de los equipos que realizan efectivamente la vigilancia epidemiológica, por una parte para dar respuesta en sí a las notificaciones que iban a llegar y también para hacer un proceso de acompañamiento a las solicitudes desde las redes asistenciales , entendiéndose que el primer Protocolo de Vigilancia establece una definición de caso que es bastante sensible pero eso también implica que se puedan levantar muchos casos sospechosos que no estén necesariamente vinculados a la patología que estamos buscando y es un poco lo que también nos mostraba Raquel, que son definiciones que como esto es dinámico, van cambiando también en el tiempo y, probablemente nos vayamos acercando a una definición de caso que mantenga sensibilidad pero que se enfoque también un poquito más en lo que hemos ido ya conociendo con los casos que tenemos hasta la actualidad.

5.- Ya después, aparece el 17 de junio, el Decreto 64 que, finalmente emite la Alerta Sanitaria para el período que se señala y otorga facultades extraordinarias al Ministerio de Salud y, en base a eso, por ejemplo, podemos empezar a hacer los aislamientos , no necesariamente intrahospitalarios sino que también podemos pasar a tener aislamientos institucionalizados en estas estrategias que fueron bien conocidas para el contexto del Covid, pero que también están vinculadas hoy en día a la Viruela del Mono que son las Residencias Sanitarias, y eso hace que nosotros como institución de la Seremi de Salud de la Región Metropolitana, actualicemos la primera Resolución que teníamos y ahí podemos dar la factibilidad de aislamiento en Residencia Sanitaria , eso también en un período de tiempo en que la contingencia respiratoria estaba a tope y tenía a los Servicios de Urgencia y de la Red Asistencial metropolitana, super complicados , entonces ayudamos también con esa medida a poder descomprimir la Red Asistencial y facilitar también el aislamiento , tratando de otorgar también un servicio que fuera facilitador del cumplimiento de las medidas sanitarias indicadas.

6.- y así, por ejemplo, el 24 de junio, implementamos nosotros, en la Región Metropolitana, la estrategia de Residencia Sanitaria en el contexto de Viruela Símica, partiendo con la módica suma de 8 habitaciones, pero eso ha ido progresivamente in crescendo, pasando a 3,1 siendo un establecimiento completo y, después lo que tenemos actualmente, que son 100 habitaciones disponibles para realizar el aislamiento estipulado. Como muy bien decía, también Raquel, estamos en un proceso de negociación para poder aumentar la dotación de habitaciones o camas disponibles. Ha sido un proceso de negociación bastante complejo entendiéndose la situación actual epidemiológica también, que nos encontramos con el Covid, la apertura del país, por ejemplo, al turismo ha significado que los hoteles hoy en día,

estén menos disponibles para poder participar de este tipo de estrategias, pero aún así hemos estado ya en conversaciones cercanas para poder avanzar, aumentar nuestra dotación de camas y también contarles un poco que esto está en un proceso de gestión de los traslados que es 24/7, que de repente uno puede quedar con la duda, si esto es sólo en función de día o en horario hábil. La verdad es que tenemos estipulado el traslado 24/7 y desde las distintas redes con mayor o menor complejidad, han podido ver que los casos se van moviendo, otras veces con tiempos más prolongados de los que se esperan, hemos estado también habilitando móviles de traslado para poder facilitar la llegada de los pacientes a la Residencia Sanitaria, entendiendo también que la disponibilidad del recurso de traslado en las redes asistenciales es escaso y les dejé ahí unas fotos para que pudieran ver también, cuál es el contexto en el que se lleva a cabo este aislamiento, tratando también de poner a las personas en el centro y darles un espacio de comodidad, entendiendo que el período de aislamiento es prolongado. Está establecido por la vigilancia que debiera ser aproximadamente de 21 días pero está supeditado a la caída de todas las costras y que se encuentre piel debajo de esas lesiones, entonces eso puede variar en algunos casos en particular.

7.- Ahora, la estrategia de Residencias Sanitarias tiene ciertos criterios de inclusión y de exclusión, y me parece que es necesario que los conozcamos porque como uds. saben, las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, no tienen el rol, particularmente, de ser prestadores de salud, entonces, esto es una estrategia que tiene un enfoque de salud pública para poder facilitar el aislamiento pero también en este tipo de instituciones, no podemos dar prestaciones médicas que, por ejemplo, procedimientos como tratamientos vía endovenosa o intramuscular, entonces, los criterios de inclusión serían efectivamente, tener usuarios que están identificados como casos sospechosos probables o confirmados para Viruela Símica o personas que tengan imposibilidad de separarse de uno de los casos confirmados, por ejemplo, personas que tengan dependencia, niño y niña adolescente, entre otros tipo de casos. Los criterios de exclusión, a propósito de lo que yo les comentaba sería, por ejemplo, que los casos tengan signos o síntomas de descompensación de ciertas patologías crónicas de base u otra condición aguda que requiera una evaluación en cualquier nivel de atención de la Red Asistencial o que desarrollen un cuadro clínico moderado grave secundario a la patología que requiera un manejo avanzado en centros de mayor complejidad. Entonces, ese proceso se lleva a cabo en contacto con los equipos de epidemiología de la Seremi, que son los que reciben las notificaciones de los Centros Asistenciales y, en ese proceso, se conoce finalmente si es que existe factibilidad o no de trasladar a la Residencia Sanitaria y hay un N° de Documentación que también lo mostraba. Raquel que pareciera ser engorroso siempre, yo también trabajé bastante en atención primaria y me tocó coordinar ciertos programas a nivel del Servicio de Salud para una Red Asistencial y uno siempre se queja de la necesidad de notificar y todo eso, pero es super importante para nosotros porque entendiendo el rol de la atención paciente a paciente, la posibilidad de recibir notificaciones de los boletines, a nosotros nos permite llevar a cabo

toda la vigilancia epidemiológica y poder tomar decisiones de nivel comunitario. Entonces, para poder entrar a Residencia, es necesario que esté el Boletín ENO y, en ese sentido, hacemos el llamado a que, por favor, intentemos hacerlo lo más rápido posible. Yo entiendo que, muchas veces, la atención de momento se posterga la realización del Boletín ENO para el final de la Jornada, por ejemplo y eso también demora todos los procesos que están vinculados después a la vigilancia epidemiológica y, a los traslados, particularmente. Como les decía, nosotros no tenemos acceso, por ejemplo, a las fichas clínicas y para nosotros, es importante que nos puedan compartir también la epicrisis o el DAU del paciente, que nos están derivando a la Residencia Sanitaria, para saber cuál es la condición clínica en la que se encuentra. Hay un formulario que ha acotado, que es breve y que aún así estamos tratando de simplificar en base también a los criterios que nos han pedido desde el nivel central para ingresar a Residencia Sanitaria. Es un formulario similar a lo que se hace hoy en día para Covid 19, de repente han pasado un poco más de 2 años desde que las redes asistenciales derivaban directamente casos de Covid a las residencias, entonces tiende uno a olvidarse cómo era este proceso. Hoy en día, casi toda la gestión de casos de Covid es autogestionada por las personas, pero en el contexto en que estamos actualmente en Viruela Símica, lo estamos utilizando y el comprobante de la toma de muestra de PCR de Viruela del mono, como les decía, es lo que está vigente hasta ahora, pero en base a que salga este nuevo Protocolo de Vigilancia, probablemente, estos criterios se van a simplificar y van a facilitar el vínculo que tienen las redes asistenciales con la residencia sanitaria.

8.- Para terminar, en la actualidad, como les comentaba, es un proceso dinámico y estamos en una revisión constante para simplificar los flujos que tenemos pero siempre poniendo en el centro a las personas. Yo creo que eso es super importante, en la relación que tenemos nosotros, nos damos tiempos amplios para poder entrevistar y hacer la vigilancia epidemiológica tratando también de alcanzar no sólo la descripción cabal del caso particular sino que por ejemplo, poder contar con sus contactos estrecho. Tenemos que estar constantemente también actualizando los actos normativos y que se vayan adaptando a las nuevas indicaciones, como les decía, que están próximas a salir desde el nivel central. Tenemos planificadas más reuniones de coordinación con los Directores y Subdirectores y aquí está Ignacio, probablemente en la semana nos vamos a estar encontrando.

Ante cambios del proceso de vigilancia epidemiológica, y por otra parte, estamos fortaleciendo la dotación de los equipos que realizan vigilancia epidemiológica, entendiendo que en un contexto inicial eran acotados porque había una disminución en la cantidad, habían pocos casos pero, hoy en día, el aumento de los casos también necesitamos más gente para poder hacer vigilancia epidemiológica y estamos creando una unidad dentro de este equipo de Epidemiología de la Seremi que tiene la intención de poder hacer un acompañamiento en terreno a los centros de salud para ver cómo facilitar todos los procesos de notificación, etc. Y eso es lo último que les quería mostrar, es que ayer sacamos una nueva Resolución, que es la 5121, que dispone el aislamiento, según corresponda y que requiere la identificación de Centros de Referencia. O sea esta



Resolución lo que hace es borrar ya los nombres del HUAP particularmente, del Lucio Córdova y pedirle a cada red asistencial que identifique su propio Centro de Referencia y, por otra parte, dispone la factibilidad de aislar de manera intrahospitalaria, de manera institucionalizada en una Residencia Sanitaria o, de manera intradomiciliaria según las indicaciones que bajen del nivel central.

Y eso es lo que teníamos para contarles hoy.

Dr. Chanqueo: Muchísimas gracias. Muchas Gracias, Super completo Jorge. Gracias por tu presentación y vamos hacer algunas preguntas, bueno, Dra. Child si quiere tomar asiento adelante ¿Tenemos varias preguntas de los chat. Voy a partir con el de los chats primero. Dra. Child, una pregunta epidemiológica del Dr. Canals, dice –“ ¿Cuál es el fundamento para estimar que tendríamos 1.000 casos ahora en este brote, considerando que los reportados son como 300 y algo casos?.”-

Dra. Child: Desgraciadamente no tengo respuesta, es un, desconozco los detalles del estudio, sólo recibí la información para, poder de la proyección, para poder programar cómo lo vamos a enfrentar.

Dr. Chanqueo: Gracias, yo creo le preguntamos, para contestarle al Dr. , al Departamento de Epidemiología, que nos diga la proyección.

Al Seremi, ¿por qué piden fotos?, dicen que en algunos casos sospechosos se pide una foto del usuario o usuaria para autorizar una PCR del Seremi.

Dr. Vilches: Sí, es algo que hemos estado revisando, justamente, tanto con Raquel como con María Paz, que son parte del equipo del nivel central. Resulta que el Protocolo de Vigilancia inicial, como les decía, tenía una definición muy sensible y, al inicio de los brotes que estábamos presentando, se identificaban levantamiento de sospechas que no eran adecuadas, muchas veces, después los clínicos decían, -“yo creo que no es, pero... por si acaso lo vamos hacer”-, en ese sentido se generaba una conversación bastante extensa entre epidemiología de la Seremi de Salud y el Centro de Referencia y trataban de llegar a consenso, entre si finalmente era caso sospechoso o no, y había una participación, no es un criterio como excluyente la necesidad, muchas veces también se llaman por consulta, preguntando que tengo este caso, creo que pudiese ser y los equipos tratan de ayudar, ahora la realidad actual respecto del ojo clínico desarrollado obviamente por los médicos que trabajan en los Servicios de Urgencias o en los distintos Policlínicos o atención en consulta de la red privada ha cambiado, obviamente a propósito del aumento de la cantidad de casos y el poder conocer más el contexto clínico, entonces, por ejemplo ese es un paso por ejemplo que se está borrando actualmente con el nuevo Protocolo de Vigilancia que va a salir publicado, en donde lo que hay que hacer es levantar solamente la sospecha, a diferencia de las otras patologías transmisibles que se siguen como vigilancia epidemiológica, no tenemos la factibilidad de poder poner al día de hoy, digitalmente la notificación, entonces va a tener que seguir...

Dr. Chanqueo: Disculpa, otra de las preguntas, dado que estás hablando de eso, varios han planteado el ENO a través del Epivigila.

Dr. Vilches: Sí, yo creo que tanto Raquel como yo estaríamos felices de poder tenerlo pero lamentablemente la plataforma digital de Epivigila no se puede actualizar con agregar una patología más, entonces, estamos buscando otro sistema informático que nos facilite la posibilidad de la notificación y por lo mismo, hasta el momento, vamos a tener que seguir como se hacía 3 años atrás que era cuando sobre enfermedad de notificación inmediata a tomar el teléfono, avisar a la Seremi de Salud y hacer el Boletín Eno en el período en que se está atendiendo. Estamos trabajando en eso.

Dr. Chanqueo: Entonces, seguimos un poco las preguntas, seguimos con el Boletín Eno, a la antigua forma, papel escaneado, etc, porque Epivigila, no...

Dr. Vilches: Si tiene que ver con la Licencia y con el tipo de contrato que tiene el sistema informático con el Ministerio, entonces ese es un problema de solución ya más de mediano plazo y, por el momento, bueno Chile tiene una experiencia igual en vigilancia epidemiológica que es importante. Y que se llevó, como digo, hasta antes del 2019, de buena manera, de forma manual, o sea en ese sentido nosotros esperamos y estamos con los equipos también, retomando, reactivando ese funcionamiento, sin desmerecer que se está trabajando a nivel central para tratar de llegar a una solución digital que facilite también el procedimiento.

Dr. Chanqueo: Y hay otra pregunta entre lo mismo. Ya dijimos Boletín, Boletín Eno a la antigua, después el dato epidemiológico para la encuesta epidemiológica, ¿Quién la hace?, idealmente, como decía Raquel y tú, el médico tratante, el que ojalá pueda aportar la mayor cantidad de datos pero esa encuesta epidemiológica, ¿la hace el Seremi?

Dr. Vilches: Claro, el proceso de vigilancia epidemiológica, cuenta además del proceso de notificación propiamente tal que entrega datos acotados, como: nombre, rut y ciertas condiciones en particular, luego se hace un contacto telefónico con el usuario particularmente para poder extender la vigilancia epidemiológica y, en eso también estamos trabajando para tratar de establecer y sistematizar el proceso de la encuesta, identificando, bueno, ¿cuáles son los factores claves que vamos a hacer?, entendemos también que, obviamente las personas se ven expuestas a múltiples consultas por lo que ve el clínico y le pregunta toda la información, esa información como decía yo, no tenemos posibilidad de acceder desde la autoridad sanitaria, entonces después, tenemos que repetir las entrevistas y, muchas veces eso también dificulta el acceso a la información. Por lo mismo, estamos creando esta Unidad que se acerque justamente a los centros asistenciales para ver si es que existe factibilidad también de recabar elementos de la vigilancia epidemiológica sin necesidad de estar encuestando dos o tres veces a las personas.

Dr. Chanqueo: Gracias tengo otra, Raquel que me dicen que no les quedó muy claro en relación a los tipos de aislamiento porque la presentación, tú nos mostraste que era

hospitalizado, residencia sanitaria, hospitalización domiciliaria y domicilio pero el que está en trabajo, entonces, si nos puedes clarificar como viene un poco el Decreto, documento, Circular u Ordinario respectivo.

Dra. Child: Gracias, la indicación de la normativa es traslado a Residencia Sanitaria o hospitalización por el cuadro clínico. Hoy día, como ya dijo, ya se dijo, tenemos limitaciones en la capacidad de la Residencia Sanitaria y la indicación de la autoridad es que las personas que están en espera de diagnóstico sean trasladadas a su casa desde el, con todas las indicaciones obviamente, desde el Centro de Atención, vehículo, responsabilidad del Servicio, etc., y esto mientras no tengamos nuevas Residencias Sanitarias disponibles o sea, la gente se va a su casa, se la traslada a su casa, se queda en su casa esperando el resultado del PCR y con resultado del PCR o sale sin diagnóstico de Viruela del Mono o se queda en su casa con control de parte de la Seremi durante el período que corresponde a la evolución clínica.

Dr. Vilches: Tal vez, aprovechando de complementar la indicación porque efectivamente la dificultad en el flujo, la vimos ayer directamente y tomamos esa determinación en conjunto, nosotros como autoridad sanitaria también evaluamos la factibilidad de poder llevar un aislamiento de manera adecuada sin exponer a otras personas y, eso queda establecido. Los criterios, existen los criterios para identificar que cuáles de estas personas pudiesen llegar al aislamiento intradomiciliario, esto no es para todas las personas, como muy bien decía la Dra. Está pensado en los casos sospechosos que se levanten, que ya hayan sido testeados, que estén en espera del resultado de su examen y que cumplan con criterios de habitabilidad, que vivan solos en domicilio y, en ese sentido, el traslado y el seguimiento de esas personas que están en espera de los resultados, por la autoridad sanitaria a través de vigilancia epidemiológica por vía telefónica y estamos estableciendo también los Protocolos, por ejemplo, para realizar fiscalizaciones de cumplimiento de cuarentena, obviamente sin vulnerar las condiciones particulares de las personas.

Dr. ChanqueO: Vamos con la última pregunta.

Dra. Dabanch: Son dos preguntas cortas; la primera, uds anunciaron de que se amplían los laboratorios para el examen, ¿ya está codificado?, ¿están pensando la codificación Fonasa para la cobertura del examen? y si tienen una idea del costo que va a tener que financiar el paciente y la segunda, el tiempo estimado de las Licencias, la Licencia la emite el que lo ve, es una Licencia por cuatro semanas, si las lesiones que ya están descritas se prolongan hasta ocho semanas; ¿Quién se hace cargo de esa Licencia?, ¿está eso?, esas son las dos preguntas.

Dr. Vilches: Perfecto, sí, tal vez parta respondiendo la segunda particularmente, bueno, salió el Ordinario que estipula los códigos CD10 para las Licencias por sospecha y por confirmación y eso estipula también los plazos que están vinculados al período del reposo laboral, por el momento el reposo laboral, por el momento, el reposo laboral está siendo

emitido por la Autoridad Sanitaria desde el Sub Departamento de Epidemiología en contacto con la Residencia Sanitaria y, en ese sentido, nosotros estamos gestionando los reposos de las personas que están en Residencia Sanitaria y quienes estén también, el enlace directo con los que se hayan mantenido en los Centros hospitalarios porque la verdad son muy poquitos casos que les ha tocado mantenerse dentro de un hospital por sus condiciones en particular pero, probablemente, con el nuevo Protocolo de Vigilancia vaya a cambiar el foco de quién tenga que emitir la Licencia y es lo vamos a ir esclareciendo, al menos lo que es Región Metropolitana en concordancia con los Servicios de Salud Metropolitanos y en contexto de los exámenes.

Dra. Child: Perdón, ¿me podrías repetir la pregunta?

Dr. Chanqueo: Los laboratorios, si es que tienen código con Fonasa y ¿cuánto es el precio estimado?

Dra. Child: Se está trabajando con Fonasa precisamente para tener una codificación. Esa es una de mis tareas del lunes en la mañana, la comunicación pero Fonasa está, tiene gente encargada de esto.

Dra. Dabanch: ¿Y el costo privado?

Dra. Child: Ni idea.

Dr. Chanqueo: Bueno. Agradecerle al Minsal por todas las orientaciones que nos están dando y lo que han trabajado y por lo que les queda por trabajar y los nuevos Ordinarios que se vienen. Muchas Gracias

Dra. Crispi: Pasamos a la última charla que es sobre Comunicación de Riesgos. Uno de los focos principales que queremos transmitir en este curso es la necesidad de que seamos muy responsables como personal sanitario, como actores de la sociedad civil en poder transmitir los riesgos de esta enfermedad, haciendo consciente a la ciudadanía sobre los mismos, sin estigmatizar. Tenemos una tremenda responsabilidad de que no generemos nuevas barreras para las personas, en cómo tratamos y cómo comunicamos esta patología. Tenemos experiencia de cómo lo hemos hecho mal en brotes anteriores por lo que la idea de esto es poder aprender de los errores y buscar una nueva atención en salud que venimos, quizás desde el Departamento de Género, hace tiempo problematizando que sea inclusiva con todas las personas, que sea inclusiva con las diversidades, y que no colaboremos como personal de salud a aumentar las brechas. Para esto, tenemos una tremenda dupla; partimos con el Dr. Felipe González, quien es Secretario Técnico del Departamento de Género Nacional y también participa en el Gabinete o en el equipo de la Subsecretaría de Redes Asistenciales. Muchas gracias Dr. González.

Dr. González: Buenas tardes, ya es la última parte, sé que siempre es complejo el final pero voy a tratar de hacerlo bien, un poco dinámico y, es salir un poquito de lo que hemos estado conversando durante la mañana. Como recién decía la Dra. Crispi, creo que es importante

darle cabidas cuando hay Comunicación de Riesgo cómo entender qué significa y poder prevenir. Bueno, mi nombre es Felipe González Díaz, soy actualmente el Secretario Técnico del Departamento de Género y Salud del Colegio Médico Nacional y trabajo como asesor de Género en la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud y vamos a ver, entonces, la Viruela Símica , cómo comunicar sin estigmatizar.

1.- Lo primero, partir con esto. El 27 de julio fue cuando la OMS hizo el llamado público diciendo un llamado explícitamente a hombres gays, a disminuir el número de parejas sexuales; frente a eso, se forma una polémica, una discordia respecto a que está pasando algo. Hay un grupo que se está viendo más afectado pero cómo lo hacemos para comunicar en salud sin tener que estigmatizar a cierto grupo. Entonces, esto fue en base a que había un número mundialmente mayor de casos positivos en hombres que tienen sexo con hombres, lo cual se ha mantenido hasta la fecha, lo segundo era reconocer antecedentes y, en base a ello, comunicar y lo tercero es que se adoptó una posición afectivo sexual, es decir, desde identificando cierto grupo, se relacionó a una orientación sexual.

2.- Entonces, ¿cómo comunicar y educar sin estigmatizar?, ¿Por qué lo destaco tanto?, porque en el Minsal nos empezaron a llegar comentarios de diferentes posturas desde organizaciones de la sociedad civil, por un lado nos decían como –“oye, están despreocupando a la población”, es decir hay un grupo grande que está teniendo el virus y uds cómo no están abarcando a esa población dirigidamente?, y, por otro lado, comenzaron aparecer otras agrupaciones que decían-“no asocien el virus a este grupo porque están estigmatizando”.- entonces, están estas dos posturas que contraponen un poco y aun así eran las dos, en las dos posturas desde los activistas propiamente tal y aquí quiero destacar y siempre me acuerdo, a mí me hizo mucho, yo me formé en el Hospital Barros Luco con la Dra. Fiabane y , ella siempre me decía el tema de la anamnesis cómo muchas veces, incluso si no sabes qué hacer, preocúpate de hacer una buena anamnesis porque eso te va ayudar como a poder hacer diagnósticos diferenciales , etc. Entonces, y eso hasta el día de hoy , siempre lo doy vuelta porque anamnesis, finalmente significa hacer historia, como reconocer la historia de cualquier situación y yo creo que no podemos trabajar en salud solamente en el presente sin conocer la historia previa.

3.- Entonces, primero que todo, muy cortito, patologización institucional. La medicina ha hecho mucho bien, pero también ha hecho mucho daño. El primer antecedente de cuando se comienzan a patologizar las diversidades sexuales en el año 1886 por un psiquiatra alemán que se llama Richard Von Kraft, que acuñó el término de “psicopatías sexuales”, después vino lo que es la medicalización de la homosexualidad y, ahí aparecieron lo que antiguamente , ya no se llaman así, las Terapias de Conversión y las etapas de conversión hablaban principalmente de ingresos a Centros de hospitalización de salud mental , aplicación de electro shock, lobotomía, extirpación de clítoris y violaciones a lesbianas perpetradas por varones. Esas conductas actualmente ya no se llaman terapias porque nunca hubo nada que tratar. Se llaman esfuerzos por convertir la identidad sexual y de

género. No todos los países lo tienen actualmente penalizado pero, en eso se está trabajando.

4.- Lo segundo, entonces, que en Chile, vámonos acá a lo local, se comenzó un período normativo sexual en salud el año 1938 con el Ministerio, en ese entonces, Ministerio de Higiene y con la Brigada de Delitos Sexuales. Lo que se hizo ahí, era comenzar, antes se veía la más desde lo religioso y lo jurídico pero no en salud, acá fue el hito donde en Chile se comenzó desde las instancias sanitarias a comenzar a castigar y aquí está un reportaje , publicado en abril del '73 en la Revista Vea donde se dice –“ el problema de la homosexualidad se aborda en Chile desde dos ángulos prácticos; primero, represión y la prevención sanitaria, se protegen así las buenas costumbres, la moral y se evita que la prostitución de invertidos produzca focos de enfermedades venéreas” esto ¿cómo se traduce en lo práctico? Esto no solamente está en el Ministerio de Higiene sino que se traduce también en la prensa .

5.- Y algunos ejemplos de eso, por ejemplo, el disciplinamiento sexual en Chile, aquí pongo dos Portadas del diario Puro Chile, que son de la década del '70, titulares sobre las diversidades sexo genéricas en términos peyorativos ; la Portada del 30 de marzo del '71, dice –“Disparen sobre el maraco del piano”-, esa persona de la cual se habla, era un joven de 22 años, que era Ramón Lara Contreras, que fue mencionado con el titular que mencioné recién en un “antro de corrupción y vicio”, y, el que más preocupa es justamente, éste de acá de la derecha que dice –“los maricones presos son...”-y sale el nombre de las personas que fueron encontradas en un Bar de Agustinas como Enzo Lamura, Luis Moreno, Segundo Guzmán, Víctor Llanos y esto es lo que quiero destacar porque este es el miedo de la estigmatización , lo que puede provocar. Lo que se hizo en ese tiempo era que se publicaban los nombres para que la gente entendiera que estaba mal reconocerse públicamente como alguien de la diversidad sexual, se entiende? Entonces, con la estigmatización, eso es lo que se hace, que finalmente, la prensa también lo castiga.

6.- Y , aprendamos un poco de los antecedentes históricos y si estamos acá en un espacio como el Colegio Médico , tenemos información previa sobre todo en Infectología para poder aprender de eso. En el año 1981, se investigan las primeras cinco personas en el mundo con unos síntomas que, finalmente el diagnóstico por una neumonía. Esa neumonía, ¿por qué estaba caracterizada?: porque era por pneumocystis pero la pneumocystis era, las personas que se infectaban , eran principalmente personas mayores y que eran inmunodeprimidas y uno decía “- ¿qué pasó acá?”, porque estas cinco personas eran personas previamente muy sanas y hombres jóvenes que compartían una característica en común: que eran hombres que tenían sexo con hombres. En el año 1982 se identifica lo que finalmente se llama Sida, el síndrome como tal y en el año '85, se identifica el VIH. En el año 1987 tras mucho trabajo político se logró implementar la comunicación de riesgo en torno al VIH en Estados Unidos.

7.- Y esto tuvo repercusiones en Chile. El estigma en Chile, bueno el año 1984 se diagnostica el primer caso, la primera persona que murió que vivía con VIH en Chile y el Titular fue: -“Murió paciente del cáncer gay chileno”-, o sea acá tenemos antecedentes de estigmatización en salud. Se comienzan articular las primeras organizaciones en Chile respecto a salud y VIH.

8.- Y el otro antecedente que también podemos aprender , hace poco 2016- 2017, el brote que hubo por virus hepatitis A, que también fue bastante noticiado como en las comunidades de diversidad sexuales fue una noticia y ahí una de las conclusiones que se aprendió fue separar las intervenciones de salud pública de las características puntuales de estos grupos.

9.- Y para terminar ya, esto muy actual ONU SIDA hizo un llamado, advierte de que el lenguaje estigmatizante de la Viruela del Mono, pone en riesgo la salud pública . ¿Por qué ponemos en riesgo la salud pública? Porque finalmente el estigma lo que hace es que la gente tenga miedo de consultar porque da vergüenza , entonces, se alejan de los Centros de salud

10.- Entonces, se acuerdan de la primera disyuntiva que dijimos al principio cómo habían grupos activistas que decían como por un lado, queremos, no hagan esta estigmatización y, por el segundo lado era cómo vamos, hagan una comunicación general pero sin el estigma como tal.

11.-Ya las conclusiones, esto es lo práctico, esto como ¿qué podemos hacer desde las instituciones de salud?. Lo primero, es elaborar estrategias con las comunidades, en primer lugar, felicitar todas las mesas de trabajo que sean tripartitas, es decir, equipos técnicos, equipos clínicos y organizaciones de la sociedad civil. Lo segundo , exponer la realidad con énfasis en instancias con los grupos de mayor prevalencia , o sea voy a convocar a quienes están principalmente en este caso, teniendo el virus, lo segundo, una campaña comunicacional transversal. Está bien , por ejemplo, usar los medios de comunicación masiva como la televisión, como las redes sociales , eso para usarlo con toda la población, pero lo que el tercer punto , que es lo más importante y que es lo que recomienda la OPS, es ocupar como los espacios dirigidos. Si yo tengo, actualmente en Chile, o ninguno incluso, que más del 95% , son personas que tienen, hombres que tienen sexo con hombres, entonces voy a ocupar espacios que estas personas ocupen, ¿cierto? Entonces, lo que habla la OPS es por ejemplo, bar, clubes; acá en Santiago por ejemplo tenemos varios clubes que podemos reconocer que las personas de la diversidades sexuales lo frecuentamos porque son lugares más seguros, entonces, en eso se puede hacer un vínculo desde el Estado con esos espacios públicos , ¿se entiende?. Por ejemplo con algún club, etc. y lo segundo es que tenemos el caso puntual

12.- de Inglaterra, Grindr, es la aplicación más popular de citas para hombres que tienen sexo con hombres. La Agencia de Seguridad Sanitaria del Reino Unido envió avisos

educativos en medidas de prevención y síntomas sobre la Viruela Símica, el mensaje se envió en 13 idiomas dentro de todo el continente europeo. Lo que hacían básicamente era exponer los síntomas y dónde tenían que consultar y para las personas que eran de Inglaterra, además les explicaba como los Centros de Salud, dónde se tenían que dirigir. Eso lo malo para Chile es que es caro, pero no es tan caro, o sea, es decir, el Estado eventualmente lo podría abordar y eso es lo que tenemos que trabajar actualmente.

13.- Y para terminar con un bonus, la diversidad de sexo genéricas y muchos grupos de especial protección que han sido vulnerados históricamente por el Estado, se reconocen porque hay una brecha donde tener una educación sexual en Chile, que es muy mala, yo no quiero dejar pasar la oportunidad de poder decir esto, se ha hecho mucha caricatura con respecto a la educación sexual integral, sobre qué significa, donde incluso, muchas veces, dicen que es una sexualización de niños y niñas ,eso no es así, no es una idea que se le ocurrió a un grupo político en Chile. Es algo que viene internacionalmente donde el gran referente de esto es la Unesco y la Unesco habla de que integral, significa que no es solamente reproductiva y biológica, ya sino también es algo cognitivo, social, cultural y ético. A grandes rasgos, la educación sexual integral propone que se establezca por cuatro grupos etarios ; de 5 a 8, de 8 a 12, de 12 a 15 y de 15 a 18, que sea un conocimiento del cuerpo y el género, que hable de consentimiento, que hable de relaciones afectivas y relaciones sexuales y lo bueno de esto, es que tiene medicina basada en la evidencia, la educación sexual integral como por ejemplo aumento del conocimiento de los jóvenes en torno a educación sexual. En Chile, la Injuv publicó en el año 2018, que 83% de jóvenes buscan información en Internet. La educación de la sexualidad no aumenta la actividad sexual, el comportamiento sexual de riesgo o los índices de ITS y VIH. Los programas centrados en el género tienen una eficacia considerablemente superior a la de los programas que no integran consideraciones de género a la hora de alcanzar resultados en materia de salud como la reducción de los índices de embarazos no deseados o de ITS y, finalmente cosas como por ejemplo orientación sexual, o la identidad de género se podrían ver algo totalmente normal como lo es, pero desde las primeras infancias. Eso, perdón la rapidez, pero por el tiempo, sé que estamos pasados de hora.

Dra.Crispi: Muchas gracias Felipe por la excelente presentación que nos deja hartas preguntas abiertas y, creo que estamos en construcción de una estrategia comunicacional desde el mundo médico, desde las autoridades y creo que éstos aportan un pilar importante que tenemos , sobre el cual tenemos que seguir trabajando, así que queda también muy abierta esa puerta. Vamos a hacer las preguntas al final. Ahora dejo la presentación de Maritza Labraña, bueno Maritza es periodista, experta, con especialización en comunicación de riesgo. Maritza ha colaborado con nosotros desde la Pandemia Covid 19, en el grupo Nos Necesitamos, donde generamos una serie de iniciativas para llegar a la ciudadanía que fueron bien exitosas y también acaba de asumir la Jefatura de Comunicaciones del Ministerio de Salud, así que es alguien que con la que ahora vamos a



tener también, incluso más vínculos, espero como Colegio Médico. Muchas gracias por tu presencia el día de hoy.

Maritza: Muy buenas tardes, ya yo sé que están cansados pero vamos a tratar de hacerlo un poco entretenido. Gracias por la presentación. Saludo a todos lo que están aquí presentes, los que están de manera virtual, todas y todos mis expositores que me antecedieron que son personas con las cuales me ha tocado compartir en distintos espacios. Traigo un tema que yo sé que a muchas personas les complica.

1.- Odian a los medios de comunicación, odian a los periodistas; no entendemos nada de la ciencia y partimos con todas esas cosas. Yo voy a hacer más bien una explicación, voy a hablar sobre la teoría de la Comunicación de Riesgo y voy a ir haciendo una especie de enlace de cómo se han ido manejando ciertas situaciones en comunicación de riesgo para ir ejemplificando y que miremos un poco en qué se traduce el factor de la comunicación.

2.- Yo, primero, lo que les quiero mostrar es que cada vez hay más brotes epidémicos, con esto ¿qué es lo que quiero decir?. Que en el fondo hoy día, existen casi 1.500 brotes epidémicos que están latentes en el mundo. Por lo tanto, el mundo de la ciencia tiene la obligación y el deber y el desafío de ajustarse a los nuevos tiempos y entender que la comunicación es un factor clave para el enfrentamiento de cualquier emergencia sanitaria y de cualquier enfermedad que afecta a la población, que yo entiendo que va desde el punto de vista desde la investigación hasta cómo nosotros nos relacionamos con los distintos públicos. Cuando miramos, ésta a mí me gusta mucho esta lámina, porque esta lámina nos da cuenta de que lo que hoy día estamos viviendo es no fortuito y que hay muchas cosas que están latentes. Por lo tanto, la comunicación pasa a ser un factor clave y el gran problema que ha tenido el manejo de la emergencia en salud pública, que se han visto visibilizadas en la opinión pública tiene que ver básicamente porque no ha habido un componente comunicacional como un elemento transversal en el manejo de la emergencia. Las comunicaciones siempre son entendidas como fuera del proceso, entonces tenemos un periodista que hace un comunicado, un periodista al que se le llama para que haga un volante, a un periodista que se le llama para que haga un afiche y eso no es una campaña comunicacional. Una campaña comunicacional se entiende como algo desde el razonamiento desde cómo esa persona que está a cargo de la emisión de los mensajes, de construir aquella pieza que necesitamos, puede entender tanto o igual que uds., respecto de la evolución del virus, de la sintomatología, de cómo las personas pueden entender de mejor manera lo que la ciencia nos trata de comunicar, entonces tener a la comunicación fuera de los procesos es lo que, a mi juicio, es un gran elemento que impide que la comunicación se acerque efectivamente a la comunidad.

3.-¿Qué es lo que nos dice la Organización Mundial de la Salud respecto a la comunicación de riesgo?. La OMS define la comunicación de riesgo como “el intercambio de información, recomendaciones y opiniones entre expertos y/o funcionarios y personas que se enfrentan a una amenaza, o sea el riesgo, que en este caso es la población para su sobrevivencia, su

salud o su bienestar económico social. Una emergencia sanitaria no sólo tiene impacto en la salud de las personas, sino que también tiene impactos transversales, impacto en la economía, impacto en la política, entonces, de pronto, esta emergencia sanitaria, se ve cruzada por otros elementos que están fuera del espectro médico o clínico y empañan precisamente, desde el punto de vista comunicacional, los esfuerzos que las autoridades sanitarias hacen para, efectivamente controlar esta emergencia y nosotros tenemos que considerar aquellos factores externos y transversales para el manejo de nuestra propia emergencia desde el punto de vista de la salud". Entonces, ¿qué es lo que nos permite la comunicación de riesgo? La comunicación de riesgo es previsor, permite al público adoptar comportamientos de protección, disminuye la confusión y permite un mejor uso de los recursos, es decir, si yo tengo una buena comunicación, no gasto tiempo en estar desmintiendo, en estar aclarando, el estar volviendo a salir, sino que pongo mis esfuerzos realmente en lo que debo hacer. No le ha pasado, ¿no le ha pasado a los clínicos que de pronto dicen?: "Ay, pero no tengo tiempo para atender a los periodistas, cómo voy a estar haciendo eso si tengo que atender a los enfermos"- Si tuvieran una buena comunicación, podríamos atender a los enfermos, e igualmente informar a la población, facilita la adopción de medidas de vigilancia más rigurosas. Cuando uno tiene una buena comunicación, uno pone en estado de alerta también al sistema sanitario y el sistema sanitario se encanta con esto y dice -. "Oh, tenemos todo esto"- y son mucho más finos en el manejo que hacen porque ya no se quieren ver expuestos frente a la opinión pública en un mal manejo. Alerta a la población y a los socios estratégicos sobre el riesgo de que se propague una enfermedad infecciosa, o sea nos permite contener y nos permite disminuir el riesgo. Por lo tanto, en la Comunicación de riesgo asigna una gran importancia al dialogo con las poblaciones afectadas y con el público interesado para brindarle la información necesaria que les permita tomar las mejores decisiones posibles durante una emergencia, desastre con impacto en la salud pública. Nosotros hoy día estamos viendo la Viruela del Mono, hemos visto la Pandemia, hemos visto el H1N1, pero en realidad si uno mira por ejemplo el terremoto también trajo consecuencias sanitarias, pero nosotros no, en realidad, no lo percibimos porque el foco estaba puesto en otro lugar. Cuando se quemó Santa Olga en el sur, también nosotros dijimos, - Bueno se quemó Santa Olga, qué triste, pero... también había consecuencias sanitarias, entonces la comunicación de riesgo es un factor que debiera estar de manera permanente presente en la construcción de nuestro trabajo.

4.- ¿Desde dónde viene la comunicación de riesgo? Y esto es bien importante. No es que nosotros hayamos dicho un día, oh, que estamos haciendo mal comunicación. A mí me encanta escuchar cuando todo el mundo dice que la comunicación de riesgo es mala y me dan ganas de preguntarle, ¿alguien sabe lo que es la comunicación de riesgos? ¿comprenden de dónde viene?. Y hablamos con tanta propiedad de que está mala la comunicación de riesgos pero no sabemos qué es la comunicación de riesgos, bueno la comunicación de riesgo se instala propiamente tal como un concepto haciendo un poco, retomando la presentación anterior, seguro viene desde mucho antes, si uno mira la

historia de las pandemias se va a dar cuenta que mucho de ellos son similares a las que hemos tenido a lo largo de la historia y que si realmente nosotros hubiésemos analizado desde el punto de vista comunicacional todas las pandemias que hemos vivido, nos vamos a dar cuenta que más o menos tienen algunas características parecidas y nos podríamos haber adelantado.

En el brote del Sars que hubo por ahí por el año 2003, una de las cosas que se evidenció fue que lo que más había afectado el manejo de esa emergencia sanitaria había sido la comunicación. El brote no había sido de tal magnitud como el impacto que provocó el miedo en la población, entonces hubo una sobredimensión por parte de la población que generó y gatilló mucho más miedo de respecto de lo que estaba sucediendo e impidió el trabajo de los expertos. A propósito de eso, los expertos después, como parte de las lecciones aprendidas, sacan este documento que son las Normas de Comunicación de Riesgos de Brotes Epidémicos, que lo hicieron en conjunto con la Organización Mundial de la Salud, y empieza desde allí el camino hacia la comunicación de riesgo como parte de la historia sanitaria. Si nosotros nos vamos al Reglamento Sanitario del año 2005, en uno de los puntos, en el sexto punto, el Reglamento Sanitario, nos obliga a cumplir ciertos requerimientos en materia de comunicación de riesgos que tiene que ver cómo informamos a la población, cómo se informa en los puntos de entrada del país, y hoy día la Organización Mundial de la Salud tiene un grupo de expertos que está evaluando a los países en el cumplimiento del Reglamento Sanitario Internacional y uno de los puntos que son evaluados es la comunicación de riesgo. Después tenemos en el año 2007, está el Documento de la estrategia de comunicación de riesgo, donde un grupo de expertos, en tanto técnicos como periodísticos, levantan los principales componentes que debiera tener una estrategia de comunicación para ayudar a los países a desarrollar su propia estrategia a nivel local. Y yo puse Un Mundo en Peligro, me gusta ese punto de vigilancia, la preparación de ese documento porque es bien importante. Es un grupo de expertos que estuvo vinculado en algún minuto a la Organización Mundial de la Salud, que dirigieron la Organización Mundial de la Salud y hoy día la asesoran y, en ese documento hay uno de ellos dice en el año 2019, septiembre del 2019, saca el documento y le dice a los países que se preparen porque va a haber una pandemia de Influenza, septiembre del año 2019 y da un conjunto de lineamientos a los países miembros de la OMS para que se preparen tanto desde el punto de vista económico, político, social y uno de los componentes que dice para esa posible pandemia que venía de Influenza es la comunicación de riesgo y en diciembre del año 2019 ya estábamos con el Sars COV 2 instalado a nivel mundial.

5.- ¿Qué es lo que nos dice Peter Sachsman y Cobello?, que son los grandes gurús, digamos de la comunicación de riesgo. Ellos nos hablan de la percepción del riesgo, y las hablan en cuatro dimensiones; un peligro alto y una percepción del riesgo alta, ¿qué quiere decir esto? que el peligro de la enfermedad que la manejan los equipos clínicos es alta o sea saben que es peligrosa y la gente la siente de la misma manera, están en igualdad de condiciones, tanto quienes emiten como quienes reciben. Después tenemos un peligro alto

y la percepción del riesgo bajo, quiere decir que la autoridad o quienes están a cargo de emergencias siguen viendo este riesgo como muy peligroso y en evolución pero las personas no lo sienten de la misma manera, su percepción del riesgo ha bajado. Tenemos el peligro y la percepción moderada donde tanto la autoridad como el público tienen la misma percepción, las autoridades relajan la comunicación versus la población que está recibiendo esa información en la misma línea. Y después tenemos el peligro bajo y la percepción del riesgo alto, cuando hay un mal manejo por parte de la autoridad aunque el riesgo sea bajo, las personas sienten que están en riesgo porque se ha generado ahí, un factor de diferencia entre lo que emito y lo que percibo. Importante considerar que dentro de esta percepción del riesgo influyen muchos los determinantes sociales, culturales, religiosas entre otras variables que influyen en esta percepción del riesgo, un ejemplo cuando hablábamos de que las personas debían quedarse en sus casas para la pandemia, ¿qué pasó con la gente?, la gente no quería quedarse en las casas pero no porque no quisiera cumplir la norma sanitaria sino porque sus necesidades eran otras, ellos tenían que salir a trabajar, entonces su percepción del riesgo o de la percepción de sentir que ellos iban a pasar hambre, que ellos no iban a poder darle de comer a sus hijos fue superior a la percepción del riesgo de la emergencia sanitaria. Ellos estaban conscientes de que se podían enfermar pero más, pero ellos preferían enfermarse a dejar de trabajar y muchas personas fueron a trabajar enfermos porque tenían temor de perder sus trabajos, entonces tiene que ver con la percepción y las realidades de cada uno, de cómo yo recibo la información que me están entregando.

6.- ¿Qué es lo que nos dice la Organización Mundial de la Salud respecto de la comunicación de riesgo?, esta es la curva que todos Uds., conocen, que es la curva epidemiológica, dice que existen cinco prácticas esenciales que nos permiten controlar una emergencia sanitaria; la Planificación que tiene que ver cómo yo me preparo comunicacionalmente y clínicamente para enfrentar esta emergencia que es el Plan de respuesta que hoy día se llama Plan Paso a Paso, seguramente la Viruela del Mono, alguien le va a colocar otro nombre y así sucesivamente, el Plan Nacional de Influenza y vamos a ir colocándoles nombres a estos Planes, que la Planificación es la ruta, es el camino que yo debo seguir para, efectivamente enfrentar esta emergencia sanitaria, así trabajando con los elementos que tengo y proyectándome, el Anuncio temprano, Anuncio Temprano quiere decir que yo digo lo que sé y también digo lo que no sé, lo importante es la oportunidad entre que sucede el hecho y yo lo informo, no pueden haber vacíos comunicacionales, es más fácil salir y decirle a la opinión pública- “mire, estamos levantando la información, no tenemos todos los antecedentes, lo estamos estudiando...” pero algo tenemos que decir, cuando se producen esos vacíos, es cuando damos tiempo para el rumor y la especulación, Transparencia; la Transparencia es entregar la información completa y mostrarlo, si hay más muertos, hay más muertos, si hay más enfermos, hay más enfermos, si no tengo vacunas, digo que no tengo vacunas, si las vacunas tienen efectos adversos, digo que las vacunas tienen efectos adversos, por supuesto que todo eso en un contexto de preparado, en un contexto que

permita que nos paremos frente a la opinión pública. La Confianza porque todos esos factores nos ayudan a que las personas tengan confianza en el manejo de la emergencia y no dirijan su accionar hacia las indicaciones de otras personas. Cuando uno dirige una Emergencia, uno quiere ser el eje rector, que las personas lo sigan a uno, no que escuchen al matinal o que escuchen al, con todo respeto lo digo, a los voceros médicos que hoy día parece que saben mucho pero la gente, a veces, cree más en ellos que en quienes dirigen la emergencia, entonces, eso es muy ,pero tiene que ver con la credibilidad en la entrega de la información , de eso estoy hablando en la Confianza. Y hay que saber escuchar al público, y saber escuchar al público significa que nosotros seamos capaces de comprender cuáles son los requerimientos de la ciudadanía, no lo que nosotros sólo le queremos decir sino que, también qué es lo que ellos quieren escuchar y cómo nosotros, en esa escucha activa, podemos incorporar aquellos elementos que nos parecen importantes para el control de la emergencia. Esas son las cinco prácticas esenciales que la OMS nos recomienda para, efectivamente tener un buen manejo de la emergencia sanitaria.

7.- Aquí no lo voy a leer, pero yo les dejo un ejemplo también que me parece que es muy bueno, que es Merkel cuando pide perdón por el confinamiento porque nunca midió el impacto político y económico que eso se iba a traducir en su población. Finalmente, ella actuó desde el punto de vista sanitario, pero luego dijo – “¡Oh! pido perdón a la ciudadanía porque la verdad es que estoy generando un caos mayor en la vida sanitaria donde no contemplé las otras variables “- y creo, estoy hablando desde el punto de vista comunicacional, la sinceridad de ella, de salir a pedir perdón por algo que ella consideró que estaba malo, fue un gesto muy valorado por la población.

8.- aquí está, la transparencia, al escuchar al público.

9.- El problema pasa por aquí, aquí están los vacíos comunicacionales. Esto si bien es cierto, que no tiene que ver con la Viruela del Mono , sino que tiene que ver con la pandemia, les voy a explicar porque es bien importante. Cuando uno como autoridad o el manejo de la emergencia, no tiene voceros adecuados, o no quiere salir hablar o decide que no, que los mensajes no son lo importante en la comunicación tampoco, se empiezan a instalar otros voceros, voceros con menos experiencia, voceros con desconocimiento sobre el tema, entonces mezclamos por una parte, el desconocimiento respecto a lo que estamos haciendo, le agregamos ingredientes a la emergencia como el componente político, entonces nuestra emergencia empieza abrirse hacia otros sectores que después nosotros no podemos retrotraer para volver a la emergencia sanitaria, entonces por eso es tan importante tener una comunicación fluida y constante en el marco de la emergencia. En eso se traduce la comunicación de riesgo, la comunicación de riesgo no es solamente, pararse frente a un micrófono y decir una frase sino que es comprender de qué estamos hablando. Estos vacíos comunicacionales, lo que pasó en la Pandemia fue esto. Todos los Matinales hablaban con otros personajes que no eran aquellos que estaban manejando la emergencia y eso generó una distorsión en la entrega de la información hacia la población.

10.- Vamos a tomar un poco el ejemplo de quien me antecedió, como no estigmatizar, como no estigmatizar la Viruela del Mono si partimos desde el inicio en las personas que emitieron la emergencia, que dieron la alerta, de la emergencia, los propios clínicos, los propios equipos clínicos, salen a decir que ese es el grupo de riesgo, nunca hablaron de los otros grupos de riesgo, nunca hablaron, nunca se dirigieron a la población en general. Esta noticia de ayer-: “Estados Unidos proporcionará vacunas contra la Viruela del Mono en Desfile Orgullo Gay “- ¿estigmatizo o no?. Estoy estigmatizando o sea estoy estigmatizando yo misma, la misma autoridad sanitaria está estigmatizando, entonces estoy diciendo, ¿cómo no estigmatizar?. Entonces, tenemos que hacer el ejercicio de mirar cómo estamos comunicando. Por ejemplo, aquí en el centro John Hoskins es muy interesante porque dice :-“La Viruela del Mono puede transmitirse sexualmente, pero claramente también se propaga por el contacto cercano no sexual. No creo que tengamos suficiente información en este punto para clasificarla por completo, creo que hay algunas insinuaciones pero se necesita investigar más”- eso, a mí me parece muy razonable para una buena emisión de mensaje pero nosotros, cada vez que comunicamos, comunicamos la certeza y no comunicamos lo que nos falta. No somos capaces de decir- no tenemos esa información respecto a este tema, estamos estudiando respecto de lo que, respecto a las vacunas, respecto de su origen, entonces tendemos a hablar sobre, como si tuviéramos mucha certeza.

11.- Ahora algunas, lo que, algunas sugerencias porque en realidad no puedo decir qué es lo que hay hacer, pero sí hay que brindar información a diferentes públicos y por diversos canales y en eso comparto con quien me antecedió, evitar marginar a los grupos que puedan tener un mayor riesgo de contraer la Viruela del Mono, mantener los mensajes basados en hechos para ayudar a prevenir la estigmatización de las poblaciones más afectadas. Creo que la evidencia, la comunicación siempre tiene que estar basada en evidencia, no puede estar solamente pensada como parte de un discurso, enfatizar que cualquiera puede contraer la Viruela del mono y promoverla como un problema de salud pública para todos. No es para un grupo específico.

12.- Y cuando utilice imágenes, traten de utilizar imágenes, imágenes que no llamen al terror, o llamen a pensar que tenemos esto en un descontrol. Esta imagen, seguro la vieron Uds., entonces cuando yo veo eso, evidentemente que yo estoy entrando en un estado de alarma, a lo mejor innecesario respecto a la población y me falta con el componente educacional. Considero cuidadosamente a la audiencia con tan sólo presentar imágenes de cómo aparecen los casos, típicamente pueden lograr lo mismo efecto o los mismos objetivos, si lo planificamos adecuadamente.

13.- Esto a mí me parece importante; hombres homosexuales y bisexuales para ayudar a que los mensajes resuenen. Uno tiene que usar historias que puedan relacionarse con el momento que se está viviendo como “yo”. A mí me pareció interesante este Tik Tok, porque él lo sacó desde una residencia sanitaria, antes de ser noticia en los medios de

comunicación porque él decidió contarle, entonces es interesante porque, de alguna forma u otra, él no sólo habla desde la condición sino que además también dice :”Oye, mira en realidad estoy bien, esto no es tan grave, esta enfermedad la podemos controlar”. Es un mensaje completamente educativo.

14. Hay que saber mapear e identificar, cuando uno planifica, uno tiene que hacer un zoom hacia los públicos objetivos que uno va a abordar pero también hacia los elementos que se cruzan de acuerdo a nuestra información epidemiológica. Con esto yo no voy a estigmatizar en el ejemplo que voy a dar pero es importante. Si efectivamente la información epidemiológica me dice a mí, que el grupo más afectado son los homosexuales o, los que tienen relación hombres con hombres, yo tengo que preguntarme, no tengo que decir: “¡Oh! ese es el grupo de mayor riesgo”- pero en ese minuto a mí me está entregando una información importante para que yo haga un zoom comunicacional a eso y diga, tengo que dirigirme a ese grupo objetivo, basado en la evidencia, entonces hay que mapear muy bien y hacer ese levantamiento específico de dónde, en quienes, cómo, cuáles son las poblaciones de mayor riesgo porque yo digo homosexuales ya, pero aquellos que van a lugares más establecidos, seguro van a tener menor riesgo que los que van a lugares no establecidos porque no todos tienen acceso, entonces yo también tengo que pensar que territorialmente hay una gran diferencia, entonces no puedo abordar la enfermedad de la misma manera para todo el territorio, las medidas son las mismas pero el cómo hago llegar yo esos mensajes, por los canales que utilizo, el lenguaje que uso es completamente diferente, por ejemplo, en el Hospital San Juan de Dios, se atienden 1.5 millones de personas; el 75% de las personas que se atienden allí, apenas sabe leer y escribir. Podría yo enviarle un mensaje a través de las redes sociales? Imposible, no saben usar el teléfono, son todas personas mayores de edad, entonces, tengo, tengo que hacer un zoom y ahí, incorporar en mi análisis comunicacional otros elementos.

15.- Aquí hay algunos ya, hay mensajes que se pueden usar en sitio web y sitio de redes sociales, puntos de conversación con los organizadores de los eventos que ya la persona que me antecedió, lo señaló.

16.- Algunas estrategias para la reducción del estigma si la quieren mirar con más detención está en el CDC; hay ahí disponible algunos elementos que pueden descargar que son interesantes porque hay algunos formularios que permiten que las personas cuando van a estos lugares de evento puedan ir llenando para hacerle un seguimiento un poquito más exhaustivo en caso que se produzca algún brote, alguna cosa, es bien interesante, lo pueden mirar. Tienen que usar un lenguaje inclusivo que es como bien importante en los mensajes, lenguaje inclusivo o sea tenemos un nosotros, imágenes no sensacionalistas, eso es ya como para la construcción de los soportes pero yo más bien hablo del análisis que es la comunicación de riesgo.

17.- Y la invitación dado que ya dijeron que yo había asumido en el Ministerio, yo en realidad vine, ese compromiso lo tenía antes, llegué recién el martes y una de las cosas que a mí

realmente me preocupa y ,lo digo sinceramente es que yo creo que los lideres sanitarios que hoy día tienen más espacio, la pandemia y todo lo que hemos vivido en los últimos años ha sido una oportunidad para el mundo clínico en poder ocupar aquellos espacios comunicacionales que antes no ocupaban y, se han transformado en lideres de opinión, entonces como se han transformado en lideres de opinión, yo creo que tienen una responsabilidad social y la responsabilidad social va con cuidar la política sanitaria de Chile entonces, cuando digo eso y me preocupan, es que en realidad, a veces siento que hoy día, a propósito de las redes sociales y de este mundo tecnológico en el que estamos viviendo, nos hace estar en una vorágine constante de cambio de información. Ya no tenemos los volantes y los afiches como elementos centrales que antes podíamos utilizarlos, hoy día tenemos que ir mucho más rápido porque la comunicación es más rápida también, entonces la invitación a este nuevo desafío, a mirar esta institucionalidad sanitaria, es que la hagamos juntos porque ya que hemos generado estos espacios de comunicación y donde tenemos la oportunidad de escuchar a otros lideres sanitarios, ojalá se sumen a ayudarnos a educar a la población respecto de esta enfermedad y nos permita, de esa forma, abordarla de mejor manera y hagamos una lección aprendida de lo que ha significado el Sars Cov 2 para poder enfrentar de mejor manera la Viruela del Mono. Muchas Gracias.

Dra. Crispi: Muchísimas gracias a Maritza y a Felipe. Bueno acá el Dr. Germán Vivanco nos dice -: “estamos claros del rol de los protagonistas del manejo de la Pandemia, pero es importante el mea culpa de los periodistas que emiten titulares o entrevistas sensacionalistas que entorpecen la comunicación con las estrategias que recomendó”- Ahí hay una responsabilidad compartida que plantea Germán y creo que no tengo más preguntas sobre comunicación. ¿Alguna pregunta del público.? ¿Dra., Child?

Dra. Child: Buenas tardes Maritza. Se habla de grupos, se habla de grupos de riesgo y, en el VIH, lo que acordamos en la época en que yo trabajaba en ese tema, era que eran “Grupos en riesgo de infectarse o de enfermar”, no sé cómo se trata ahora pero, sigo pensando de que deberíamos hablar de grupos que están en riesgo de infectarse con el Virus del Mono o como se llame la Viruela del Mono o como se llama, no sé qué opinan desde la comunicación.

Maritza: Yo comparto que si el tema técnico por eso para mí es importante trabajar conceptualmente con los expertos que son los que manejan la parte clínica con la parte periodística porque los periodistas como no tenemos formación, algunos sabemos más, yo sé más porque recorté un camino más largo donde me he involucrado pero evidentemente que son Grupos en Riesgo.

Dr. González: Quiero agregar una cosita más. Las perspectiva de género no es nuevo, es algo, hoy en día, se está visibilizando mucho más, eso también nos permite como conocer que incluso esas dos opciones dejarlas un poco atrás, no son grupos de riesgo, tampoco eso es, lo primero que se aprendió pero hablar mejor, por ejemplo, de prácticas sexuales de riesgo, eso nos orienta mucho más a entender de que nos quita un grupo y es, la práctica



sexual en este caso, que es el contacto estrecho lo que nos está llevando a la trasmisión del virus pero, no específicamente un grupo y así desestigmatizamos.

Dra. Crispi: Muchas Gracias . Dr. Chanqueo.

Dr. Chanqueo: Bueno, yo también un poco hablando lo que dice Felipe, yo creo que yo, abiertamente soy gay, por gay yo no tengo más riesgo y lo puedo decir con mi ejemplo personal, por la práctica que yo haga , si yo hago sexo anal o sexo oral tampoco es el riesgo, pudiéramos hablar de ir a una fiesta sin polera, tampoco tengo riesgo, es qué yo hago, todas las acciones, entonces yo creo que el hablar de grupo de riesgo a mí tampoco me acomoda, yo creo que cuáles son las acciones que yo voy hacer que me van a llevar a un contacto estrecho y eso es lo que el mensaje que uno tiene que dar y que uno espera como comunidad LGBTI también, porque uno lo espera, que le digan, sabes que hay un porcentaje de prácticas, de acciones que te van a llevar un riesgo.

Maritza: Bueno, perdón, ahí tiene un desafío el mundo clínico, el mundo porque los mensajes que se instalan en la población no son responsabilidad sólo de los periodistas, los clínicos tienen que educar a la prensa, me hago cargo del comentario de respecto de que hay una responsabilidad compartida pero para que esa brecha de errores disminuya, tiene que haber efectivamente una educación al mundo que comunica porque ese mensaje que ud está señalando, ¿dónde está instalado?. En ninguna parte, está instalado. Hoy día todo lo que nosotros estamos hablando son los discursos que se han instalado en la opinión pública, ¿me explico? Entonces, ¿cómo hacemos que esa ciencia tenga una caja de resonancia en los medios? hay que trabajar con los medios de comunicación, hay que tratar a los medios de comunicación como aliados, no como enemigos, no hay que usar a los medios de comunicación sólo cuando yo quiero salir en la tele, no, tenemos que educar a los medios de comunicación, tenemos que entregar la información, tenemos que capacitarlos, tenemos que juntarnos con ellos , explicarles en detalle la enfermedad, hay que hacer Talleres, hay que llevarlos al mundo sanitario porque evidentemente si uno va y está en una entrevista en un set, ¿qué espera? Entonces hay que educar a la prensa respecto de la importancia del tema sanitario.

Dra. Crispi: Felipe, ¿querías complementar?. Ya perfecto.

Dr.: Lo mío es más que una pregunta es también un comentario acerca de lo que se está hablando, yo creo que, eso que tú dices, lo que dice el Dr. también, son conceptos que pueden estar integrados , deberían estar integrados en la salud sexual, cierto, perdón en la educación sexual integral, porque hay conceptos que debemos en el mundo clínico, nosotros los profesionales de salud tenemos que comenzar a manejar. Conceptos como por ejemplo, identidad de género y orientación de género, orientación sexual no es lo mismo que conductas, entonces por ejemplo una persona homosexual tiene, eso es una orientación sexual ya, esa orientación sexual no lo lleva a tener ninguna conducta de riesgo per se, lo mismo que una persona gay, bisexual, etc. Por eso es que en el mundo científico

se ha quitado esa palabra, por así decirlo, anteriormente en los paper o en todas las publicaciones científicas se usaba como grupo de riesgo, ahora se usa hombres que tienen sexo con hombres, porque esa puede ser considerada como una conducta de riesgo más que nada en el sentido de una conducta anoreceptiva que científicamente, muy técnicamente hablando es la conducta, quizás, de mayor riesgo en términos de transmisión de ciertas infecciones, yo creo que aquí están muchos médicos que deben estar de acuerdo con aquello y esa conducta de riesgo por ejemplo anoreceptiva que es una de las que tiene mayor, por ejemplo con el VIH, con la transmisión del VIH, que es una de las que tiene mayor probabilidad de transmisión, la puede tener tanto una persona heterosexual, una mujer, un hombre, un bisexual etc. es la conducta en sí, no la orientación, lo mismo con otras conductas, por ejemplo tener múltiples parejas sexuales, también la puede tener esa conducta, puede ser de una mujer, de un hombre o tener relaciones sexuales sin protección, esas son las conductas en sí que no te hacen ni te llevan a tener una orientación, pasa por ejemplo con los hombres que son privados de libertad, que ellos tienen ciertas conductas que podrían ser homosexuales pero ellos no se conciben como homosexuales sino que la necesidad del momento, el contexto los hace tener esa conducta, entonces, mi reflexión va un poco orientada a eso más que nada, tener conceptos más arraigados, empezar a entenderlos, a usarlos en el término de la comunicación y, en el contexto de la Viruela Símica, quitar un poco eso de que la conducta de riesgo, el factor de riesgo principal son los homosexuales, sino que acá hay un tema más que nada de prevalencia, actualmente la prevalencia indica que son los hombres los que, por lo menos en Chile, el 100% son los que están contagiados, por eso es una prevalencia, no quiere decir que todos los homosexuales se van a contagiar, entonces en términos de la Viruela del Simio, en la Viruela Símica que es lo que nos convoca en este sentido, yo creo que lo importante es transmitir y comunicar que hay ciertas conductas que tienen que ver con el contacto estrecho entre personas que pueden aumentar el riesgo de adquisición de este virus y que lo puede tener cualquier persona, digamos pueden ser este contacto estrecho prolongado que mencionó por ahí el médico, el Dr., cierto, tener múltiples parejas sexuales en un momento determinado, en un corto periodo de tiempo, entonces ser un poco más específico en ese sentido es lo que yo considero que es lo que hay que tener en consideración, más que nada.

Dra. Crispi: Muchas Gracias, vamos a cerrar.

Pregunta: Sí, muy cortito para no redundar en los comentarios anteriores pero también creo que la importancia y lo radical de lo que estamos conversando ahora es que hace hasta el día de hoy, la perspectiva de género se ve como una ideología, como una cosa media sui generis, como algo que va desde el activismo, como desde un grupo muchas veces, bueno con el Dr. González trabajamos juntos en temáticas de género como el último tema en el que ya la gente se está retirando de los conversatorios y que olvidamos la importancia y la trascendencia que tiene si es que queremos realmente hacer prácticas de salud que permeen y que tengan resultados efectivos, también con el Dr. conversábamos hace

algunos días como cuando comenzó el tema del VIH y del Sida, hace muchos años atrás, las primeras voces disidentes que salieron a hablar de ello, fueron actores cantantes, Freddy Mercury que pudieron levantar y visibilizar el tema, sin embargo hoy día tenemos personas de la comunidad LGBTI que están participando, trabajando desde la academia y lo importante de poder escucharlos con esa perspectiva y no llegar con nuestras propias, como preconcepciones a tratar de explicar algo que no sabemos explicar porque no lo estamos viviendo, entonces creo que es fundamental que desde la medicina seamos capaces de poder, a veces bajar un poquito el ego, dar un paso hacia atrás y dejar que quienes están siendo parte del problema, sean quien nos puedan orientar y explicar hacia dónde tenemos que construir o hacia donde tenemos que seguir, así que eso era mi último comentario.

Dra. Crispi: Gracias y cerramos con un aplauso muy grande y con esto damos cierre a nuestro Curso de Viruela Símica. Agradecemos la participación activa de todas las personas tanto en la modalidad presencial como en la modalidad online. Les enviaremos la información sobre la evaluación que va a estar disponible el próximo fin de semana para que la realicen en línea y puedan obtener su certificado.

Quería finalmente abrir el Consejo Regional Santiago está muy disponible a todas estas iniciativas y tenemos muchas, nuestro objetivo es que podamos abrir nuestro Consejo Regional a iniciativas como estas de formación, también a que sus Sociedades Científicas sus Servicios puedan encontrar en este espacio, un lugar de encuentro por lo que los dejamos tremendamente invitados, invitadas a hacer uso del Consejo Regional y seguir participando de nuestras actividades y también me gustaría cerrar con un agradecimiento a la Sociedad Chilena de Infectología, al Dr. Leonardo Chanqueo que también le tenemos un presente. Un aplauso por favor para la Sociedad Chilena de Infectología que ha tenido, bueno, durante toda la Epidemia, han sido muy generosos y ahora en esta situación han sido muy generosos con toda la comunidad, la comunidad médica y la comunidad de población en general y nosotros como Consejo Regional estamos muy contentos de poder colaborar con las Sociedades Científicas para que cada vez tengamos mejores iniciativas tanto de actualizarnos de la evidencia en una mejor práctica médica como también en la comunicación que hacemos hacia la ciudadanía, así que muchísimas gracias y nos vemos en la próxima oportunidad.

