



PROCEDIMIENTO PARA LA DETECCIÓN Y CONTROL. MPOX

Documento Adaptado. Servei de Vigilància. Direcció General de Salut Pública.

Documento origen: PROTOCOLO PARA LA DETECCIÓN PRECOZ Y MANEJO DE CASOS DE MPOX EN ESPAÑA

Actualizado 24 de enero de 2025

INTRODUCCIÓN

La mpox es una enfermedad zoonótica viral poco frecuente que, hasta 2022, era endémica en algunos países de África occidental y central. Todos los casos de MPX identificados fuera de áreas endémicas hasta mayo de 2022 habían sido importados o vinculados a un caso importado o a animales importados de áreas endémicas. El principal mecanismo de transmisión descrito del virus causante de mpox en humanos ocurría a través de contacto directo o indirecto con mamíferos vivos o muertos, principalmente roedores o primates de zonas endémicas, siendo limitada la transmisión entre personas. Sin embargo, desde 2022, se ha evidenciado un cambio en el patrón epidemiológico de la enfermedad, con una mayor importancia de la transmisión de persona a persona y una dispersión más allá de las zonas consideradas endémicas.

Históricamente, se han reconocido dos clados del virus causante de la mpox. El clado I, asociado a una mayor gravedad, se considera endémico de los países de África central, mientras que el clado II, con una sintomatología más leve, circulaba en los países de África occidental.

En 2022, se produjo un brote mundial por el clado II (subclado IIb) cuyo principal mecanismo de transmisión fue a través del contacto estrecho en el contexto de relaciones sexuales. El brote afectó de manera mayoritaria, aunque no exclusiva, a hombres que tienen sexo con hombres (HSH). El día 23 de julio de 2022, el director General de la OMS, reconociendo las complejidades e incertidumbres asociadas con este evento, determinó que el brote de MPX constituía una emergencia de salud pública de importancia internacional (ESPII). El número de casos disminuyó a finales de ese mismo año y, desde entonces, el virus continúa circulando de manera global, pero con una baja incidencia.

Desde finales de 2023 se ha incrementado la incidencia de casos de mpox por el clado I (tanto Ia como Ib) en República Democrática de Congo y se ha extendido a otros países del continente africano. La falta de conocimiento sobre la enfermedad, la complejidad de la situación epidemiológica y las dificultades para el seguimiento y para implantar medidas de respuesta en la zona, implican un riesgo de expansión internacional. El 14 de agosto de 2024, el Director General de la OMS declaró este nuevo aumento de casos como una ESPII. Transcurridos más de tres meses desde la declaración de esta segunda ESPII, los casos siguen aumentando en África y muchas de las dificultades para su control continúan presentes tal y como constata la declaración del Director General de la OMS del 28 de noviembre tras la segunda reunión del Comité de Emergencias del Reglamento Sanitario Internacional según la cual el evento cumple los requisitos para seguir siendo considerado ESPII.

AGENTE

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

Existen dos clados distintos de MPXV en diferentes regiones geográficas de África: el clado de África Central, clado I, y el de África Occidental, clado II, siendo este última el de menor virulencia. El clado identificado en el brote global de 2022 fue el subclado IIb, mientras que en el brote de 2024 que ha



afectado a diferentes países de África occidental se han detectado casos debidos a ambos subclados del clado I (Ia y Ib). (ver informe de evaluación de riesgos del Ministerio de Sanidad (CCAES):

https://www.sanidad.gob.es/areas/alertasEmergenciasSanitarias/alertasActuales/alertaMonkeypox/docs/20240822_ERR_Monkeypox.pdf

Figura 1. Distribución de casos de clado I y clado II en los países de África



Fuente: Evaluación Rápida del riesgo publicada por el ECDC el 16 de agosto de 2024

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

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

- Suele ser una enfermedad autolimitada y la mayoría de las personas se recuperan en varias semanas. Sin embargo, en algunos casos puede producirse una enfermedad grave.
- **Cuadro clínico clásico inicial:** Prodrómico con fiebre, dolor de cabeza, dolores musculares, linfadenopatías o cansancio.
Entre 1 y 5 días después de la aparición de la fiebre, se desarrollan **lesiones cutáneas** que pueden afectar a cualquier parte del cuerpo. En transmisión en el contexto de relaciones sexuales se localizan en mayor frecuencia en zonas genital, perianal y perioral.
Se suelen observar áreas de eritema o de hiperpigmentación de la piel alrededor de las lesiones. Las lesiones pueden variar de tamaño. Característicamente las lesiones evolucionan de forma uniforme y de manera secuencial de máculas a pápulas, vesículas, pústulas y costras que se secan y se caen. El número de lesiones varía de unas pocas a decenas o cientos. En casos graves, las lesiones pueden coalescer hasta que se desprenden grandes secciones de piel.
- Los síntomas suelen durar de 2 a 4 semanas.



- Los **casos graves** ocurren con mayor frecuencia entre los niños, embarazadas, adultos jóvenes y personas inmunocomprometidas y están relacionados con el grado de exposición al virus y la vulnerabilidad de la persona.
- Las **complicaciones** pueden incluir infecciones bacterianas secundarias, bronconeumonía, lesiones faríngeas que comprometen total o parcialmente la vía aérea, sepsis, encefalitis e infección de la córnea con la consiguiente pérdida de visión. En transmisión en el contexto de relaciones sexuales, las principales complicaciones identificadas hasta ahora han sido úlceras bucales y sobreinfecciones bacterianas. También se han identificado complicaciones más graves como proctitis y úlceras corneales. Se han identificado casos de encefalitis.
- El **diagnóstico diferencial clínico** que debe considerarse incluye otras enfermedades exantemáticas que pueden cursar con erupción pustulosa o vesicular generalizada, como viruela (ante el riesgo de que pudiera tratarse de un evento intencionado), varicela, herpes virus, eczema herpeticum, algunos enterovirus (como coxsakie o echovirus) sarampión, infecciones cutáneas bacterianas, sarna, sífilis, alergias asociadas a medicamentos y algunas enfermedades dermatológicas. La linfadenopatía durante la etapa prodrómica de la enfermedad puede ser una característica clínica para distinguir MPX de la varicela o la viruela.

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



PERÍODO DE INCUBACIÓN

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

PERIODO TRANSMISIBILIDAD

Existe incertidumbre sobre el momento de inicio del periodo de transmisibilidad, aunque en general se considera que MPX se puede propagar desde el momento en que comienzan los primeros síntomas prodrómicos (habitualmente 1-5 días antes del exantema) o, en caso de debutar con exantema, desde el día previo a su aparición hasta que las lesiones hayan cicatrizado por completo, las costras se hayan caído y se haya formado una nueva capa de piel. Esto puede llevar varias semanas.

TRANSMISIÓN

- La principal vía de transmisión es a través del contacto físico estrecho persona a persona.
- Relacionada fundamentalmente con el contacto físico estrecho y directo con lesiones en la piel o algunos fluidos de una persona infectada, en el contexto de relaciones sexuales o en otras situaciones de contacto físico continuado y prolongado.
- La transmisión por contacto estrecho en el contexto de relaciones sexuales ha sido la principal vía en el brote internacional iniciado en 2022 hasta nuestros días, debido al subclado IIb. Esta forma de transmisión parece tener un papel relevante en los casos descritos en el brote de África central de 2024 asociado al subclado Ib. El contacto estrecho y prolongado no asociado a relaciones sexuales en el ámbito doméstico o el sanitario también es una forma habitual de transmisión.

Además, la transmisión también puede ocurrir a través de otros mecanismos, aunque menos importante:

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

El potencial riesgo de transmisión aérea es mínimo y estaría restringido al ámbito hospitalario en el contexto de maniobras que generen aerosoles.

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



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

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

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

COMUNICACIONES LABORATORIOS

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

En los casos confirmados por laboratorio, se determinará el clado y, si es posible, el subclado, mediante métodos moleculares (secuenciación parcial o PCR específica). Si la comunidad autónoma no dispusiera de centros para la realización de estos análisis se recomienda enviar las muestras al CNM. En estos momentos, la determinación del clado no está vinculada a la implementación de medidas diferenciadas de salud pública sino a mejorar el conocimiento sobre las dinámicas de esta enfermedad y las implicaciones clínicas y epidemiológicas de los diferentes clados.

Muestras

La muestra de elección es la muestra de lesión cutánea: líquido vesicular, frotis de lesiones vesiculares, exudados o costras, enviadas en medio de transporte de virus y conservadas en frío. Si esta muestra no estuviera disponible o se requiriesen otros estudios adicionales se podrían utilizar otras muestras como frotis de la mucosa bucal o faríngea o frotis anal. Ante la aparición de un cuadro clínico grave, las muestras recomendadas se determinarán en función del cuadro clínico observado. Así, ante una manifestación neurológica se debe recoger LCR; en caso de neumonía, muestras respiratorias (esputo, lavado broncoalveolar, exudado nasofaríngeo, etc.). Además, si es posible se enviará también siempre una muestra de la lesión cutánea y de suero. En caso de evolución fatal, las necropsias deben enviarse en fresco, nunca parafinadas o en formol, ya que estos procesos comprometen la viabilidad viral y con ello la rentabilidad del cultivo posterior para la caracterización virológica.

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



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

Las muestras se enviarán, acorde con lo establecido en las operaciones de transporte de mercancías peligrosas por carretera en el territorio español, como mercancía de categoría B cumpliéndose las prescripciones de la normativa de Naciones Unidas y el código UN3373.

Las muestras se conservarán y enviarán en medio de transporte de virus. También pueden enviarse en tubo seco. Si tienen que conservarse un tiempo antes de su envío, se guardarán a cuatro grados centígrados. El envío debe realizarse y refrigerado (2-8°C). Si las muestras ya estuvieran congeladas, se enviarían en hielo seco para evitar sucesivos procesos de descongelación- congelación.

DEFINICIÓN DE CASO. CLASIFICACIÓN DE CASO. INDICACIÓN DE PRUEBA

Criterio clínico

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

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

Criterio epidemiológico

de clado II

Si en los 21 días antes del inicio de síntomas cumple uno de los siguientes:

- Ha tenido un contacto estrecho con un caso confirmado o probable de mpox clado II.
- Ha mantenido relaciones en contextos sexuales de riesgo.

de clado I

Si en los 21 días antes del inicio de síntomas cumple uno de los siguientes:

- Ha tenido un contacto estrecho con un caso confirmado o probable de mpox clado I.
- Tiene historia de viaje a zonas de África occidental o central en los que se ha identificado circulación del virus**.

**<https://www.sanidad.gob.es/areas/sanidadExterior/laSaludTambienViaja/notasInformativas/home.htm>

Criterio de laboratorio:

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

Clasificación de casos. Categoría de caso.

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

Indicación de prueba diagnóstica

Ante un caso sospechoso o probable está indicada la toma de muestras.



DEFINICIÓN DE CONTACTO ESTRECHO

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

- Contacto físico, sin protección, con fluidos corporales o tejidos de lesiones de un caso, especialmente en contextos de contacto muy estrecho y directo, como son las relaciones sexuales o contacto habitual entre convivientes.
- Contacto directo y prolongado, sin protección, con ropas, ropa de cama o fómites utilizados por un caso, especialmente en el contexto de convivientes.
- Personal sanitario expuesto a fluidos corporales, tejidos de lesiones o secreciones respiratorias sin el EPI apropiado o con incidencias en la utilización del mismo.
- Manejo de muestras de un caso confirmado por personal de laboratorio sin el EPI apropiado o con incidencias en la utilización del mismo.
- Contacto con el cadáver de una persona fallecida por mpox o con ropa o fómites del cadáver, sin el EPI apropiado o con incidencias en su utilización.

Además, en caso probable o confirmado de **clado I**: en un entorno no sanitario, en ausencia de contacto físico, pero con el antecedente de exposición a menos de 1 metro, durante un tiempo acumulado superior a cuatro horas.

NOTIFICACIÓN DE CASOS

Se establece la notificación obligatoria de los **casos de cualquier categoría**.

Serán de notificación **urgente**:

- Los casos confirmados que cursen con neumonía, encefalitis o meningoencefalitis, lesiones faríngeas que impidan la deglución de líquidos y/o presenten compromiso total o parcial de la vía aérea u otras complicaciones que revistan especial gravedad.
- Los casos probables y confirmados causados por el clado I.
- Brotes en los que se observe un patrón epidemiológico distinto al observado hasta ahora en nuestra área.
- Los brotes supracomunitarios o cuya magnitud o extensión requieran medidas de coordinación nacional.

Se establece la notificación obligatoria de **Ampliaciones de Información** relativa a casos ya notificados: Complicaciones, ingresos, cambios en la evolución, etc.

Se utilizará la hoja notificación disponible en www.epidemiologia.caib.es

Cualquier notificación o comunicación se remitirá a vigilancia@dgsanita.caib.es

Desde el ámbito hospitalario, las notificaciones de caso se realizarán preferentemente a través del Servicio de Medicina Preventiva o unidad equivalente.

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



MEDIDAS DE CONTROL. CASOS SOSPECHOSOS, PROBABLES Y CONFIRMADOS.

Desde la unidad o estructura que diagnostique y clasifique inicialmente el caso se aplicarán las medidas de control. En estos momentos, ante la incertidumbre sobre los mecanismos de transmisión, la mayor transmisibilidad y posible mayor gravedad del clado I, se considera adecuado realizar ante casos probables y confirmados de clado I, medidas de salud pública más conservadoras que las previamente establecidas para el clado II.

Ámbito= Caso no hospitalizado. Estas medidas aplican también a pacientes que se encuentren en instituciones cerradas como centros de estancia temporal de inmigrantes o instituciones penitenciarias.

- Las medidas de control y seguimiento clínico en este contexto se realizará preferentemente desde la unidad o estructura que indica la derivación domiciliaria del caso o por la estructura habilitada por el Servei de Salut.
- Indicar modo de contacto con el sistema sanitario ante un supuesto de precisar atención médica o traslado.

Clado II

- No es necesario el aislamiento en domicilio, aunque los casos deberán minimizar las interacciones con otras personas, especialmente con población vulnerable, evitando el contacto físico y las relaciones sexuales hasta que las lesiones hayan cicatrizado por completo, las costras se hayan caído y se haya formado una nueva capa de piel. Las lesiones deben estar cubiertas. Sin embargo, en los casos que presenten un elevado número de lesiones, en los que no sea posible cubrirlas por completo, se aconsejará el aislamiento en el domicilio. Siguiendo el principio de precaución, la OMS recomienda el uso de preservativo en las relaciones sexuales durante las primeras 12 semanas tras finalizar el aislamiento.
- Uso de mascarilla quirúrgica en aquellos que presenten síntomas respiratorios. En estos casos se recomienda que el resto de convivientes lleve mascarilla cuando se acerquen a prestar cuidados.
- El caso debe tener utensilios para el hogar designados únicamente para él, sin que ningún otro conviviente deba usarlos (ropa, sábanas, toallas, cubiertos, vasos, platos, etc.)
- Las personas convivientes deben evitar el contacto con el caso.
- Limitar las visitas a las imprescindibles.
- Adecuada higiene de manos (lavarse las manos con agua y jabón o usar un desinfectante para manos).
- Evitar el contacto con animales silvestres o domésticos hasta que las lesiones hayan cicatrizado por completo. En caso de aparición de lesiones sospechosas en mascotas en las 21 días posteriores al contacto con un caso, contactar con los Servicios Veterinarios Oficiales competentes.
- Las personas que se encuentran fuera de su localidad de residencia en el momento del diagnóstico, podrán regresar al lugar de residencia siguiendo las recomendaciones de salud pública. En este contexto, el desplazamiento se realizará en medio de transporte privado. En caso de que esto no sea posible, como por ejemplo en el caso de desplazamiento a islas o ciudades autónomas se podrá utilizar un medio de transporte público tomando las medidas de precaución adecuadas (lesiones cubiertas y mascarilla).

Clado I

- Ante la incertidumbre actual se recomienda el aislamiento en el domicilio, al menos hasta la cicatrización de las lesiones. Si las autoridades de salud pública lo consideran adecuado, se puede hacer el aislamiento en domicilio, siempre y cuando se asegure que no va a tener interacciones directas con otras personas hasta que las lesiones hayan cicatrizado por completo, las costras se hayan caído y se haya formado una nueva capa de piel. Si no fuera posible realizar el aislamiento en el domicilio, podría realizarse en un centro sanitario.
- Las personas que se encuentran fuera de su localidad de residencia en el momento del diagnóstico podrán regresar al lugar de residencia siguiendo las recomendaciones de salud pública, exclusivamente en medio de transporte privado.
- El resto de recomendaciones para el clado II son válidas para el clado I.



Ámbito = Caso hospitalizado clado I o II

- El ingreso debe llevarse a cabo en una habitación individual con baño incluido.
- El aislamiento se deberá mantener hasta que todas las lesiones hayan desaparecido o hasta el alta hospitalaria, lo que ocurra antes. El paciente con capacidad de contagiar dado de alta, seguirá las recomendaciones del punto anterior (casos no hospitalizados). El personal sanitario que atienda a estos casos o las personas que entren en la habitación de aislamiento (familiares, personal de limpieza...) deben utilizar el Equipo de Protección Individual (EPI) adecuado para precauciones de transmisión de contacto y en caso de tener clínica respiratoria, por gotas. En pacientes con clado I se mantendrán siempre las precauciones de transmisión por gotas independientemente de la presencia de clínica respiratoria.
- Los procedimientos médicos, especialmente aquellos que generen aerosoles y cualquier otro tipo de procedimiento sobre la vía aérea, como la intubación traqueal, el lavado bronco-alveolar, ventilación manual, requieren medidas de protección especiales. Durante la realización del procedimiento, se deberán reducir al mínimo el número de personas en la habitación y todos deben llevar:
 - Una mascarilla de alta eficacia FFP2.
 - Protección ocular ajustada o protector facial completo.
 - Guantes y batas impermeables de manga larga (si la bata no es impermeable y se prevé que se produzcan salpicaduras de sangre u otros fluidos corporales, añadir un delantal de plástico).
 - Calzado que pueda descontaminarse (no se recomienda el uso de calzas).
- Es importante registrar todo el personal que atiende los casos y si se han producido incidencias con los EPI durante la asistencia. Su valoración y seguimiento se realizará por el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales de su centro sanitario.
- Cuando sea necesario realizar el transporte del paciente se realizará en una ambulancia convencional y el personal que intervenga en el transporte deberá ser informado previamente y deberá utilizar equipo de protección individual adecuado (ver en los puntos anteriores).
- Todas las muestras recogidas para investigación por el laboratorio deben ser tratadas como potencialmente infecciosas, y los trabajadores sanitarios que recogen muestras clínicas deben llevar el EPI adecuado para minimizar la posibilidad de exposición a los patógenos.
- Para asegurar un sistema seguro de trabajo se deben seguir los protocolos de descontaminación, mantenimiento y eliminación de residuos utilizados habitualmente para otro tipo de microorganismos con el riesgo de propagación y mecanismo de transmisión similar. Los residuos potencialmente contaminados con secreciones del paciente se consideran residuos de Clase III o como residuos Biosanitarios Especiales
- Los laboratorios clínicos deben ser informados con anticipación de las muestras enviadas para que puedan minimizar el riesgo para los trabajadores de laboratorio y, cuando corresponda, realizar de manera segura las pruebas de laboratorio que son esenciales para la atención clínica.

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

MEDIDAS DE CONTROL. CONTACTOS ESTRECHOS

Ante cualquier caso probable o confirmado se iniciará la búsqueda e identificación de posibles contactos estrechos. No será necesario iniciar seguimiento hasta la confirmación del caso.

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



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

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

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

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

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

Contactos perfil comunitario:

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

Contactos perfil laboral:

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

RECOMENDACIONES DE VACUNACIÓN

A partir del brote de 2022, se han emitido una serie de recomendaciones de vacunación que se actualizan periódicamente y se encuentran accesibles en

<https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/MonkeyPox/home.htm>

MEDIDAS DE CONTROL AMBIENTAL

- La ropa, como ropa de cama, toallas, etc., se debe lavar en una lavadora estándar con agua caliente (60 grados) y detergente. Se puede agregar lejía, aunque esta no es necesaria. Se debe tener



cuidado al manipular la ropa sucia para evitar el contacto directo con el material contaminado. La ropa sucia no debe sacudirse ni manipularse de manera que pueda dispersar partículas infecciosas. Tampoco debe lavarse con el resto de la ropa de la casa. Las alfombras, cortinas y otros pueden limpiarse con vapor.

- Los platos y otros utensilios para comer no deben compartirse. Los platos sucios y los utensilios para comer deben lavarse en un lavaplatos o a mano con agua caliente y jabón.
- Las superficies y objetos contaminados deben limpiarse y desinfectarse con un desinfectante de uso hospitalario o con hipoclorito sódico (lejía) de uso doméstico a una concentración del 0,1% (si se utiliza lejía doméstica, la dilución sería 1:50 pues, normalmente, está a una concentración inicial del 5%).
- Los locales donde se practica el sexo, especialmente el sexo en grupo, como saunas, cuartos oscuros y clubes sexuales, suelen tener protocolos estandarizados para la limpieza frecuente de estos espacios. Además de la limpieza de rutina, las locales deben limpiarse con mayor frecuencia durante periodos de gran actividad o si se ensucian con fluidos corporales. Las áreas que deben ser objeto de limpieza incluyen cualquier superficie que pueda estar en contacto con la piel de las personas, como bancos, sillas, paredes, camas y sofás. Los desechos, como pañuelos, condones y toallas de papel, deben colocarse en bolsas dobles y gestionarse mediante la gestión estándar de desechos.

MEDIDAS EN RELACIÓN A TRASPLANTES Y HEMODERIVADOS

Hasta la fecha no se ha documentado ningún caso de transmisión del MPOX a través de sustancias de origen humano. Sin embargo, se han notificado casos de transmisión del virus de madre a hijo durante el embarazo, y los estudios en animales muestran la presencia del virus en sangre, tejidos y órganos de animales infectados. Así mismo se ha demostrado la existencia de viremia en la infección en los humanos, aunque su duración no está bien definida y no hay datos sobre la presencia de viremia en pacientes asintomáticos (incluso durante el período de incubación).

Aunque la información es muy limitada, es probable que el virus de la viruela de los monos sea transmisible a través de sustancias de origen humano, aunque el riesgo general para los receptores en nuestro entorno es bajo.

Todos los donantes potenciales deben ser entrevistados cuidadosamente con respecto a contactos con casos de MPOX (confirmados o sospechosos), animales infectados, viajes a áreas afectadas y conductas sexuales de riesgo.

Los datos de la historia clínica sobre estos factores de riesgo también deben recogerse en el caso de donantes fallecidos.

Considerando el periodo de incubación de MPOX, se recomienda diferir la donación de sustancias de origen humano a los donantes asintomáticos que hayan estado en contacto con casos (confirmados o sospechosos) durante, al menos, 23 días desde el último día de exposición.

Dado que la etapa prodrómica de MPOX varía en duración (1 a 4 días) y los síntomas pueden ser inespecíficos y leves o estar ausentes, se debe realizar un examen cuidadoso para detectar posibles signos de infección (hasta 23 días desde el último día de exposición).

La exploración física debe ser completa; no debe pasar por alto signos leves e inespecíficos como dolor de cabeza o fatiga, lesiones cutáneas anogenitales o lesiones en la cavidad bucal.

Los casos confirmados de este virus, deben ser excluidos de la donación durante al menos 23 días, a partir de la resolución completa de los síntomas, tras una adecuada valoración riesgo-beneficio.

Según la recomendación del [Comité de Seguridad Transfusional](#), tras contacto estrecho con un caso confirmado o sospechoso, se procederá a la exclusión temporal del donante durante 23 días, a partir del último día de la exposición. Por otro lado, en coherencia con los criterios de selección de donantes



relativos a comportamientos o prácticas sexuales de riesgo, el Comité considera que aquellas personas confirmadas positivas para este virus, deben ser excluidas de la donación durante 120 días, contados a partir de la resolución completa de los síntomas.

MANEJO DE CADÁVERES

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