

PROTOCOLO DE VIGILANCIA DE MPOX

Protocolos del Sistema de Vigilancia de las Enfermedades Transmisibles

Red Estatal de Vigilancia en Salud Pública

Protocolo elaborado por la Ponencia de Vigilancia Epidemiológica y aprobado por la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional Salud en abril de 2026.

Han contribuido a la elaboración y revisión de los protocolos profesionales de:

Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades. Instituto de Salud Carlos III (ISCIII):

Centro Nacional de Epidemiología (CNE) y Centro Nacional de Microbiología (CNM).

Ministerio de Sanidad. Dirección General de Salud Pública y Equidad en Salud:

Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias (CCAES), S.G. de Sanidad Exterior, S.G. de Sanidad Ambiental y Laboral, Área de Programas de Vacunas, y División de control de VIH, ITS, hepatitis virales y tuberculosis.

Otras Agencias y otros Ministerios:

Ministerio de Defensa, Ministerio del Interior (Secretaría General de Instituciones Penitenciarias), Ministerio de Justicia, Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS), y Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN).

Unidades de Vigilancia de Salud Pública de las Comunidades Autónomas y Ciudades con Estatuto de Autonomía (CC.AA.).

Cita sugerida: Protocolo de vigilancia de mpox. Sistema de Vigilancia de las Enfermedades Transmisibles. Red Estatal de Vigilancia en Salud Pública. 2026.

CC BY-NC-SA 4.0

PRESENTACIÓN DE LOS PROTOCOLOS DEL SISTEMA DE VIGILANCIA DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

La vigilancia de las enfermedades transmisibles es una actividad fundamental para la Salud Pública ya que garantiza la existencia de información fiable, completa y oportuna para la toma de decisiones en todos los niveles de la Administración, y proteger así la salud de la población.

De acuerdo con lo definido en el artículo 18 del Real Decreto 568/2024, de 18 de junio, las enfermedades objeto de vigilancia contarán con protocolos específicos que permitan la homogeneización de la vigilancia y la notificación a nivel nacional e internacional, así como el establecimiento de medidas de control y prevención de casos y brotes.

En España, los primeros protocolos se publicaron en 1997 y sufrieron una revisión en profundidad en 2013. Estos nuevos protocolos han sido aprobados por la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en abril de 2026.

En esta revisión han participado: técnicos de las Comunidades Autónomas y Ciudades con Estatuto de Autonomía, profesionales del Instituto de Salud Carlos III (Centro Nacional de Epidemiología y Centro Nacional de Microbiología), de distintas unidades del Ministerio de Sanidad (Centro Coordinador de Alertas y Emergencias, Subdirección General de Sanidad Exterior, Subdirección General de Sanidad Ambiental y Laboral, Área de Programas de Vacunas, y División de control de VIH, ITS, hepatitis virales y tuberculosis), así como profesionales de otras Agencias y Ministerios como la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición, Ministerio de Defensa, Ministerio del Interior (Secretaría General de Instituciones Penitenciarias), y Ministerio de Justicia.

Durante este proceso, además de actualizar aspectos de la epidemiología y caracterización de la enfermedad, se han revisado las definiciones de caso y la información necesaria para la vigilancia en cada notificación, haciéndolas compatibles con las que están en vigor en la Unión Europea. También se han actualizado las medidas de actuación para la prevención y control de casos y brotes.

Las novedades más relevantes son: la inclusión de un historial de cambios para documentar las futuras modificaciones y mantener los protocolos actualizados; las recomendaciones para el uso de técnicas de secuenciación del genoma en el estudio de casos y especialmente de brotes y el uso de terminologías como SNOMED y LOINC.

Podemos decir que esto supone un hito en la historia de la vigilancia pues, por primera vez, se ha abordado la normalización de la información requerida, incluida la estandarización semántica, y se han desarrollado, en dichas terminologías, los estándares para su uso en vigilancia de salud pública. Esto se ha completado con el acceso de las CC.AA. al Servidor Terminológico del Ministerio de Sanidad. De esta manera se avanza en la interoperabilidad de las bases de datos relevantes para la vigilancia de la salud pública y se cumple con el principio de recoger el dato sólo una vez y garantizar, dentro de las normas de protección de datos, la calidad de la información que se usa en la vigilancia de las enfermedades transmisibles.

CONTROL DE VERSIONES DE LOS PROTOCOLOS DEL SISTEMA DE VIGILANCIA DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Descripción del documento	Protocolo para la vigilancia y notificación de mpox.	
Fecha de creación	Junio-2025.	
Cita sugerida	Protocolo de vigilancia de mpox. Sistema de Vigilancia de las Enfermedades Transmisibles. Red Estatal de Vigilancia en Salud Pública. 2026.	
Cambios en el protocolo		
Fecha de actualización	Epígrafe	Descripción de la modificación
Diciembre-2025	Descripción de la enfermedad	Se ha adaptado a partir del protocolo de alertas.
	Vigilancia de la enfermedad	Se ha adaptado a partir del protocolo de alertas.
	Modo de vigilancia	Se ha adaptado a partir del protocolo de alertas.
	Medidas preventivas	Se ha adaptado a partir del protocolo de alertas.
	Control del caso	Se ha adaptado a partir del protocolo de alertas.
	Control de los contactos	Se ha adaptado a partir del protocolo de alertas.
	Bibliografía	Se ha añadido la bibliografía.
Cambios en el Anexo I		
Diciembre - 2025	Datos del Caso	Se incluyen variables comunes a todos los protocolos
	Datos de la Enfermedad	Se ha incluido la variable “presencia de síntomas”. En la variable complicaciones se han incluido 2 nuevas categorías: “Miocarditis/miopericarditis” y “Proctitis”.
	Datos de Laboratorio	En la variable muestra se han incluido 3 nuevas categorías: “Exudado rectal”, “Exudado uretral” y “Exudado faríngeo”.
	Datos del Riesgo	Se han incluido las variables “lugar de exposición” de la misma forma que el resto de protocolos. Se ha modificado la redacción de las variables sobre el ámbito de la exposición. Se han incluido las variables “factores predisponentes”, “uso de profilaxis pre-exposición al VIH” y “Infección/Enfermedad concurrente” al igual que para otras ITS.
	Notas	Se han añadido notas al final del apartado de observaciones.

DESCRIPCIÓN DE LA ENFERMEDAD

Introducción

La mpox, antes conocida como viruela de los monos (monkeypox), es una enfermedad zoonótica viral que hasta 2022 era endémica en algunos países de África occidental y central. Todos los casos de mpox identificados hasta esa fecha fuera de áreas endémicas habían sido importados o vinculados a un caso importado o a animales importados de estas áreas. El principal mecanismo de transmisión en humanos era el contacto directo o indirecto con mamíferos vivos o muertos, principalmente roedores o primates de zonas endémicas siendo limitada la transmisión entre personas. Sin embargo, a partir de 2022, se evidenció un cambio en el patrón epidemiológico de esta enfermedad, con una mayor importancia de la transmisión de persona a persona y una dispersión más allá de las zonas consideradas endémicas.

En 2022 se produjo un brote mundial por el clado II del MPXV (subclado IIb) cuyo principal mecanismo de transmisión fue el contacto físico 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 Organización Mundial de la Salud (OMS), reconociendo las complejidades e incertidumbres asociadas con este evento, determinó que el brote de mpox constituía una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII). Esta declaración finalizó el 11 de mayo de 2023. El número de casos fue disminuyendo a finales de 2022 y, desde entonces, el virus continúa circulando de manera global, pero con baja incidencia.

Desde finales de 2023 se incrementó 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 complejidad de la situación epidemiológica y las dificultades para el seguimiento y para implantar medidas de respuesta en la zona hicieron que el 14 de agosto de 2024 el Director General de la OMS declarara este nuevo aumento de casos como una ESPII, la cual finalizó en septiembre de 2025. A partir de esa fecha se han notificado casos de transmisión local en diferentes países fuera de África.

El cuadro clínico inicial suele incluir un periodo prodrómico con fiebre, dolor de cabeza, dolores musculares, linfadenopatías o astenia. Entre 1 y 5 días después de la aparición de la fiebre, se desarrollan lesiones que pueden afectar a cualquier parte del cuerpo y, en los casos atribuidos a transmisión en el contexto de relaciones sexuales se localizan con mayor frecuencia en las zonas genital, perianal y perioral. Se suelen observar áreas de eritema o de hiperpigmentación de la piel alrededor de las lesiones, que pueden ser de diferente 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 varias decenas o cientos. En casos graves, las lesiones pueden coalescer hasta que se desprenden pudiendo afectar a grandes secciones de la piel. La infección por MPXV suele ser una enfermedad autolimitada y la mayoría de las personas se recuperan en varias semanas, aunque puede producir una enfermedad grave en niños, embarazadas y personas inmunocomprometidas. Entre las complicaciones se han descrito infecciones bacterianas secundarias, celulitis, bronconeumonía, infección de la córnea, lesiones faríngeas, proctitis, miocarditis, sepsis y encefalitis.

El diagnóstico diferencial 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, foliculitis, eczema herpeticum, algunos enterovirus (como coxsackie o echovirus), sarampión, infecciones cutáneas bacterianas, sarna, sífilis, linfogranuloma venéreo, molusco contagioso, alergias asociadas a medicamentos y algunas enfermedades dermatológicas. La linfadenopatía durante la etapa prodrómica de la enfermedad puede ser una característica clínica que ayuda a distinguir mpox de la varicela o la viruela.

Agente

Mpox es una zoonosis viral causada por el virus causante de mpox (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. El clado identificado en el brote mundial de 2022 fue el subclado IIb, mientras que, en el brote de 2024, que ha afectado a diferentes países de África Central, se han detectado casos debidos a los subclados Ia y Ib. En la Unión Europea (UE) se detectaron casos de mpox clado Ib importados en el año 2024 y en 2025 se han notificado casos en varios países sin antecedentes de viaje ni relación con casos importados. En España, el primer caso importado de mpox clado Ib se detectó en septiembre de 2025 y posteriormente se han notificado casos de transmisión autóctona.

Reservorio

Se desconoce el reservorio natural del virus, pero varios mamíferos pequeños, como las ardillas y los monos, son vulnerables al virus.

Modo de transmisión

El mecanismo principal en nuestro medio es la transmisión persona a persona a través del contacto físico estrecho y directo con lesiones en la piel o fluidos de una persona infectada, bien en el contexto de las relaciones sexuales, el más frecuente hasta la fecha, o en otras situaciones de contacto físico continuado y prolongado.

La transmisión también podría ocurrir a través de otros mecanismos menos frecuentes: a) contacto prolongado cara a cara, a través de las secreciones respiratorias de una persona infectada; b) de manera indirecta a través de fómites contaminados con secreciones de casos confirmados (ropa o textiles o instrumentos contaminados no esterilizados); c) transmisión transplacentaria y d) transfusiones. El potencial riesgo de transmisión aérea es mínimo y se produciría principalmente en el ámbito hospitalario en el contexto de maniobras que generen aerosoles.

También es posible que las personas contraigan el MPXV desde 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. Este modo de transmisión se ha descrito principalmente en zonas de África occidental y central.

Periodo de incubación

El período de incubación puede oscilar entre 5 y 21 días, aunque hay estudios en los que se ha estimado un promedio entre 7 y 10 días.

Periodo de transmisibilidad

Existe incertidumbre sobre el momento de inicio del periodo de transmisibilidad y acerca de si los casos de mpox clado I son igual o más transmisibles que el clado II.

En general se considera que el periodo de transmisibilidad comienza con la aparición de los primeros síntomas prodrómicos (que habitualmente preceden entre uno y cinco días a la aparición del exantema), o en caso de debutar con exantema, desde el día previo a su aparición, y se prolonga hasta que las lesiones hayan cicatrizado por completo, las costras se hayan caído y se haya formado una nueva capa de piel, lo que puede durar varias semanas.

Susceptibilidad

La susceptibilidad es universal. Se pueden producir reinfecciones.

VIGILANCIA DE LA ENFERMEDAD

Objetivos

1. Conocer el patrón epidemiológico de presentación de los casos de mpox en la población y los principales factores de riesgo asociados a su aparición.
2. Detectar cambios en la presentación de la enfermedad a lo largo del tiempo o en su distribución geográfica.
3. Detectar los casos lo antes posible para llevar a cabo las medidas de salud pública y control de la enfermedad en el entorno del caso con el fin de evitar la aparición de casos secundarios
4. Realizar el estudio epidemiológico a partir de la información de vigilancia. Garantizar la calidad de los datos para orientar la prevención y el control.
5. Contribuir a la evaluación y el seguimiento de los programas de prevención y control y difundir sus resultados

Definición de caso

Criterio clínico

Persona que presenta un cuadro clínico sugestivo de mpox, habiéndose descartado otras patologías. El cuadro clínico incluye exantema vesicular o pustular (especialmente si es umbilicado) junto con alguna de las siguientes manifestaciones:

- Fiebre (temperatura superior a 38,5°C).
- Cefalea.
- Mialgia.
- Artralgia.
- Dolor de espalda.
- Linfadenopatía.

Criterio de laboratorio

Detección de genoma de MPXV mediante PCR específica o genérica para *Orthopoxvirus* en muestra

clínica.

Criterio epidemiológico

- Un contacto estrecho con un caso confirmado o probable de mpox, en los 21 días previos al inicio de síntomas.
- Antecedente de viaje a zonas donde se ha identificado la circulación del virus (clado I), en los 21 días previos al inicio de síntomas.

Clasificación de los casos

Caso sospechoso: persona que cumple el criterio clínico.

Caso probable: persona que cumple el criterio clínico y el epidemiológico.

Caso confirmado: persona que cumple el criterio de laboratorio.

Definición de brote

Tres o más casos confirmados con vínculo epidemiológico entre ellos.

MODO DE VIGILANCIA

La Comunidad Autónoma notificará, de forma individualizada, los casos nuevos probables y confirmados en la plataforma electrónica que esté establecida para este uso. Se enviará la información inicial de declaración del caso con una periodicidad semanal. La información del caso podrá actualizarse semanalmente y se hará una consolidación anual. La notificación electrónica de los casos se hará de acuerdo con las especificaciones (metadatos) acordadas para estandarizar y normalizar la información. El Anexo I de este protocolo incluye la encuesta epidemiológica de caso que recoge la información relevante en la vigilancia de esta enfermedad.

Se recomienda la determinación y notificación de las variables clado y subclado de mpox. Para su identificación, las muestras se enviarán a aquellos laboratorios con capacidad diagnóstica para mpox que la comunidad autónoma designe o al Centro Nacional de Microbiología (CNM). Siguiendo las directrices de las autoridades europeas, se recomienda secuenciar las muestras de los casos positivos para el clado I y depositar las secuencias en repositorios públicos.

Si se produjera un brote se notificará, en la misma plataforma, los resultados de su investigación en un periodo de tiempo no superior a tres meses después de que haya finalizado el estudio. Además, se notificará la información individualizada de los casos del brote.

Ante la aparición de un brote supracomunitario o cuando la magnitud del brote o el patrón de difusión requieran medidas de coordinación nacional, el Servicio de Vigilancia de la Comunidad Autónoma informará de forma urgente al CCAES y al CNE. También se comunicarán de forma urgente los brotes o agregación de casos en los que se observe un patrón epidemiológico diferente al observado hasta ahora en nuestro país (sospecha de transmisión por mecanismos infrecuentes, mayores tasas de ataque secundario o mayor proporción de casos graves) y casos de especial gravedad clínica como neumonía, miocarditis, encefalitis o meningoencefalitis, lesiones faríngeas que impidan la deglución

de líquidos y/o presenten compromiso total o parcial de la vía aérea así como los fallecimientos en personas con o por mpox.

El CCAES valorará junto con las CC.AA. afectadas las medidas a tomar y, si fuera necesario, su notificación al Sistema de Alerta y Respuesta Rápida de la UE y a la OMS de acuerdo con el Reglamento Sanitario Internacional (2005).

MEDIDAS DE SALUD PÚBLICA

Medidas preventivas

- Medidas generales de promoción de la salud sexual integral que incluirán acciones relacionadas con la educación afectivo-sexual. Estrategias favorecedoras del sexo seguro, promoción del uso del preservativo, así como mejorar la accesibilidad a los mismos.
- Se recomienda la **vacunación frente a mpox** en las personas más expuestas, independientemente de que éstas tengan documentada la vacunación previa contra la viruela o que exista una cicatriz visible. Las recomendaciones de vacunación frente a mpox del Ministerio de Sanidad están disponibles en el Área de Vacunas y programas de vacunación: <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/MonkeyPox/home.htm>.
- Recomendaciones a **viajeros internacionales**: La información sobre los consejos sanitarios al viajero internacional puede ser consultada en la web del Ministerio de Sanidad: <https://www.sanidad.gob.es/areas/sanidadExterior/laSaludTambienViaja/consejosSanitarios/home.htm>.

Medidas ante un caso

La principal medida en el control de los casos es el **diagnóstico precoz**, junto con educación sanitaria sobre los síntomas de esta enfermedad y su modo de transmisión. En personas inmunocompetentes con enfermedad leve el tratamiento suele ser sintomático. En casos con o en riesgo de padecer una enfermedad grave o con complicaciones debe valorarse tratamiento específico.

A continuación, se describen las medidas a seguir diferenciando las recomendaciones en función de que el caso se encuentre o no hospitalizado.

Casos no hospitalizados:

- 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, se recomienda el uso de preservativo en las relaciones sexuales durante las primeras 12 semanas tras la cicatrización de las lesiones.
- Usar mascarilla quirúrgica en aquellos que presenten síntomas respiratorios. En estos casos, se

recomienda que el resto de convivientes lleve mascarilla cuando se acerquen.

- El caso debe tener utensilios para el hogar designados únicamente para su uso exclusivo, sin que ningún otro conviviente deba usarlos (ropa, sábanas, toallas, cubiertos, vasos, platos, etc.)
- Los/las convivientes deben evitar el contacto con el caso y 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 sospechosa en mascotas en los 21 días posteriores al contacto con un caso, contactar con los Servicios Veterinarios Oficiales competentes.

Estas recomendaciones aplican también a personas que se encuentren en **instituciones cerradas** como centros de estancia temporal de inmigrantes o instituciones penitenciarias.

Las personas que se encuentren 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).

Casos hospitalizados:

- 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 caso con capacidad de transmitir al 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 gotas.
- 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 caso 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 caso se consideran residuos de Clase III o residuos Biosanitarios Especiales.

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

Medidas ante los contactos

Ante cualquier caso probable o confirmado, se recomienda realizar la **búsqueda de contactos estrechos**. Se clasificará como contacto estrecho de un caso probable o confirmado a aquellas personas que hayan estado en contacto 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 el 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 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).
- En ausencia de contacto físico, pero con el antecedente de exposición a menos de 1 metro durante tiempo acumulado superior a cuatro horas sin protección con un caso, se realizará una evaluación individualizada del riesgo.

De forma general, 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. En el caso de contactos estrechos laborales o de otro tipo con colectivos vulnerables se recomienda realizar una valoración individual de las recomendaciones.

Se recomienda la vacunación a todos los contactos estrechos que no hayan pasado la enfermedad independientemente de que éstos tengan documentada la vacunación previa contra la viruela o que exista una cicatriz visible. La vacunación se debe realizar en los primeros 4 días tras el primer contacto (aunque podrá ofrecerse hasta los 14 días). Representan grupos de especial interés para recibir la

vacunación las personas con riesgo de enfermedad grave o complicaciones como: personas con inmunodepresión, incluyendo infección por VIH con linfocitos CD4 <200 cel/mm³, embarazadas en cualquier trimestre de gestación y población infantil de cualquier edad. Las recomendaciones de vacunación posexposición frente a mpox del Ministerio de Sanidad, disponibles en el Área de Vacunas y programas de vacunación.

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

Estudio de contactos en medios de transporte internacional: Cuando se identifique un caso con antecedentes de viaje en un medio de transporte durante su período de transmisibilidad, se valorará la necesidad de llevar a cabo una evaluación del riesgo y se seguirán los procedimientos establecidos para la búsqueda de contactos de Sanidad Exterior ante la presencia de un caso de MPOX.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vaughan AM, Cenciarelli O, Colombe S, Alves de Sousa L, Fischer N, Gossner CM et al. A large multi-country outbreak of monkeypox across 41 countries in the WHO European Region, 7 March to 23 August 2022. *Euro Surveill.* 2022; 27(36): pii=2200620. <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2022.27.36.2200620>
2. 2022-24 Mpox Outbreak: Global Trends. Geneva: World Health Organization, 2025. Available online: https://worldhealthorg.shinyapps.io/mpx_global/
3. FACME. Diagnóstico diferencial de las lesiones cutáneas de mpox. 2 de septiembre de 2024. <https://facme.es/2024/09/04/diagnostico-diferencial-de-las-lesiones-cutaneas-de-mpox/>
4. European Centre for Disease Prevention and Control. Threat Assessment Brief – Detection of autochthonous transmission of monkeypox virus clade Ib in the EU/EEA. 24 October 2025. ECDC: Stockholm; 2025. <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/mpox-TAB-October-2025.pdf>
5. Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. Ministerio de Sanidad. Detección del primer caso de mpox clado Ib en España. 25 de septiembre de 2025.
6. Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. Ministerio de Sanidad. Detección del primer caso de mpox clado Ib en España de transmisión autóctona. 16 de octubre de 2025.
7. Ponce L, Linton NM, Toh W, Cheng H, Thompson RN, Akhmetzhanov AR, et al. Incubation Period and Serial Interval of Mpox in 2022 Global Outbreak Compared with Historical Estimates. *Emerg Infect Dis.* 2024; 30(6):1173-1181. <https://doi.org/10.3201/eid3006.231095>
8. Suárez Rodríguez B, Guzmán Herrador BR, Díaz Franco A, Sánchez-Seco Fariñas MP, Del Amo Valero J, Aginagalde Llorente AH, et al. Epidemiologic Features and Control Measures during Monkeypox Outbreak, Spain, June 2022. *Emerg Infect Dis.* 2022; 28(9):1847-1851. doi: 10.3201/eid2809.221051
9. Surveillance, case investigation and contact tracing for mpox (monkeypox): Interim guidance, 20 March 2024 <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MPX-Surveillance-2024.1>
10. Fontán-Vela M, Hernando V, Olmedo C, Coma E, Martínez M, Moreno-Perez D, et al. Effectiveness Study Group. Effectiveness of Modified Vaccinia Ankara-Bavaria Nordic Vaccination in a Population at High Risk of Mpox: A Spanish Cohort Study. *Clin Infect Dis.* 2024; 78 (2):476-483. doi: 10.1093/cid/ciad645
11. Actualización de las recomendaciones de vacunación frente a mpox (6 de septiembre de 2024) <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/MonkeyPox/home.htm>
12. Documento de consenso sobre diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual en adultos, niños y adolescentes (Noviembre 2024). Grupo de Expertos del Grupo de Estudio de Sida de la SEIMC (GESIDA), secretaria del Plan Nacional sobre el Sida (SPNS), Grupo de Estudio de ITS de la SEIMC (GEITS), Grupo Español para la Investigación de las Enfermedades de Transmisión Sexual de la Academia Española de Dermatología y Venereología y de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica (SEIP). <https://seimc.org/contenidos/documentoscientificos/seimc-dc-2024-Documento-TS-geits-gesida-gehep.pdf>
13. Protocolo para la detección precoz y manejo de caos de mpox en España. Actualizado a 24 de enero de 2025. https://www.sanidad.gob.es/areas/alertasEmergenciasSanitarias/alertasActuales/alertaMonkeypox/docs/20250124_ProtocoloMPOX.pdf
14. Mpox (MPX) Reporting Protocol 2024. ECDC 2024 <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/mpox-mpx-reporting-protocol-2024>
15. Subdirección General de Sanidad Exterior. Recomendaciones sanitarias y medidas preventivas para personas que viajan a países afectados por mpox. 12 de noviembre de 2025. https://www.sanidad.gob.es/areas/sanidadExterior/laSaludTambienViaja/notasInformativas/docs/Nota_informativa_viajes_paises_afectados_Mpox_12-11-25.pdf

ANEXO I. ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE MPOX

DATOS DE LA DECLARACIÓN

C.A. declarante:

Identificación del caso para el declarante:

Fecha de la primera declaración del caso¹: / /

Tipo de servicio clínico inicial² (marcar una de las siguientes opciones):

- | | |
|--|---|
| ☐ Centro de atención primaria | ☐ Consulta de planificación familiar |
| ☐ Centro de ITS extrahospitalario | ☐ Centro de ITS hospitalario |
| ☐ Consulta de atención al embarazo | ☐ Consulta dermatología |
| ☐ Consulta de ginecología | ☐ Consulta de urología |
| ☐ Consulta medicina interna/infecciosas | ☐ Servicio de urgencias |
| ☐ Centro comunitario u ONG | ☐ Centro penitenciario |

DATOS DEL CASO

Fecha de nacimiento: / /

Edad en años: Edad en meses en menores de 2 años:

Sexo al nacimiento: ☐ Hombre ☐ Mujer ☐ Intersexual ☐ Desconocido

Sexo administrativo: ☐ Hombre ☐ Mujer ☐ No determinado ☐ Desconocido

Lugar de residencia del caso:

País de residencia:

C.A. de residencia:

Provincia de residencia:

Municipio de residencia:

Código postal de residencia:

País de nacimiento:

Año de llegada a España:

Embarazo: ☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido

DATOS DE LA ENFERMEDAD

Fecha del caso³: / / Presencia de síntomas: ☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido

Fecha de inicio de síntomas⁴: / /

Manifestación clínica (Rellenar solo en el caso de presentar síntomas. Marcar todas las opciones que corresponda):

- | | |
|--|--|
| ☐ Fiebre | ☐ Astenia |
| ☐ Cefalea | ☐ Dolor de garganta |
| ☐ Exantema anogenital | ☐ Linfadenopatías generalizadas |

- ☐ Exantema oro-bucal ☐ Linfadenopatías localizadas
☐ Dolor muscular ☐ Exantema otras localizaciones (excluyendo anogenital o bucal)

Fecha de aparición del exantema: / /

Complicaciones a lo largo de todo el proceso: ☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido

Tipo de complicaciones (marcar todas las que correspondan):

- ☐ Infecciones bacterianas secundarias ☐ Úlcera bucal
☐ Infección de la córnea ☐ Miocarditis/miopericarditis
☐ Bronconeumonía ☐ Proctitis
☐ Encefalitis/Meningoencefalitis ☐ Otras. Especificar:
☐ Sepsis

Hospitalización⁵: ☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido

Fecha de hospitalización: / /

Fecha de alta: / /

Ingreso en UCI: ☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido

Fecha de ingreso en UCI: / /

Fecha de alta en UCI: / /

Defunción causada por la enfermedad: ☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido

Fecha de defunción: / /

DATOS DEL LABORATORIO

Fecha de toma de muestra: / /

Fecha de diagnóstico de laboratorio: / /

Agente causal⁶: ☐ Virus mpox (MPXV)

Clado: ☐ Clado I ☐ Clado II
☐ Subclado Ia ☐ Subclado IIa
☐ Subclado Ib ☐ Subclado IIb

Muestra (marcar todas las opciones de muestra con resultado positivo):

- ☐ Líquido vesicular ☐ Exudado rectal
☐ Lesiones cutáneas ☐ Exudado uretral
☐ Exudado faríngeo ☐ Otras muestras. Especificar:

Prueba (marcar las pruebas en las muestras con resultado positivo):

- ☐ PCR específica de MPXV ☐ PCR sin especificar tipo
☐ PCR *Orthopoxvirus* ☐ Secuenciación

Envío de muestra al Laboratorio Nacional de Referencia (LNR): ☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido

Identificación de muestra del declarante al LNR:

Identificación de muestra en el LNR:

Identificador de la secuencia en GISAID:

DATOS DEL RIESGO

Lugar de exposición del caso (en los 21 días anteriores a la fecha de inicio de síntomas):

☐ En la C.A. de residencia⁷

☐ En una C.A. distinta de la de residencia⁸

☐ En un país distinto de España⁹

País de la exposición del caso¹⁰:

C.A. de la exposición del caso¹⁰:

Provincia de la exposición del caso¹⁰:

Municipio de la exposición del caso¹⁰:

Exposición de riesgo en los 21 días anteriores a la fecha de inicio de síntomas (marcar todas las que procedan):

☐ Exposición ocupacional en **entorno sanitario/socio-sanitario** (pinchazo, laboratorio, contacto con material potencialmente contaminado, profesional sanitario sin EPI, otra)

☐ Exposición ocupacional en **entorno no sanitario/ no socio-sanitario**

☐ Exposición en **entorno familiar**

☐ Exposición ocupacional en **entorno escolar**

☐ Exposición **no sexual** en **lugares de ocio**

☐ Exposición **sexual** en **lugares de ocio**

☐ Asistencia a **eventos multitudinarios** de riesgo para la adquisición de mpox

En caso afirmativo Especificar evento y ciudad [evento1]- [ciudad1]|[evento2]- [ciudad2]|...|[eventoN]-[ciudadN]

☐ **Contacto estrecho** de un caso (probable o confirmado) de mpox (excluye exposiciones ocupacionales de riesgo)

Contacto con un animal previo a la fecha de inicio de síntomas:

☐ No

☐ Sí, roedor doméstico

☐ Sí, roedor salvaje

☐ Sí

☐ Sí, otro animal doméstico

☐ Sí, cualquier otro animal salvaje

Ha tenido **relaciones sexuales** con (marcar todas las que correspondan):

☐ Hombre

☐ Mujer

☐ No contesta

Mecanismo de transmisión más probable¹¹:

☐ Transmisión desde un animal

☐ Transmisión sexual

- | | |
|---|---|
| ☐ Asociado a cuidados sanitarios (profesional) | ☐ Transfusión |
| ☐ Transmisión en laboratorio (profesional) | ☐ Otros mecanismos |
| ☐ Madre-hijo durante el embarazo o en el parto | ☐ Desconocido |
| ☐ Persona a persona (excluye: madre-hijo, asociada a cuidados sanitarios profesionales y transmisión sexual) | |

Factores predisponentes¹² (marcar todas las opciones que corresponda):

- | | |
|--|---|
| ☐ Usuario de prostitución | ☐ Ejercicio de la prostitución |
| ☐ Usuario de Chemsex | ☐ Parejas sexuales múltiples |

Usuario de Profilaxis Pre-Exposición frente al VIH (PrEP)¹³: ☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido

Infección/Enfermedad concurrente¹⁴ (marcar todas las opciones que corresponda):

- | | |
|---|---|
| ☐ Sífilis | ☐ Infección por <i>Chlamydia trachomatis</i> |
| ☐ Infección gonocócica | ☐ Herpes genital |
| ☐ Condiloma acuminado | ☐ Hepatitis A |
| ☐ Hepatitis B | ☐ Hepatitis C |
| ☐ Pediculosis | ☐ <i>Molluscum contagiosum</i> |
| ☐ Escabiosis | ☐ Linfogranuloma venéreo |

Antecedentes personales de interés:

Infección por el VIH: ☐ Sí ☐ No

Otras causas de Inmunosupresión: ☐ Sí ☐ No. Especificar:

DATOS DE VACUNACIÓN

¿Ha sido vacunado de viruela (antes de 2022)? ☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido

¿Ha sido vacunado de mpox en el contexto actual? ☐ Sí ☐ No. Especificar:

Nº de dosis: ☐ 1 dosis ☐ 2 dosis ☐ No sabe/No consta

Fecha de primera dosis: / /

Fecha de última dosis: / /

CATEGORIZACIÓN DEL CASO

Criterios de clasificación de caso:

Criterio clínico: ☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido

Criterio de laboratorio: ☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido

Criterio epidemiológico: ☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido

Clasificación del caso (marcar una de las siguientes opciones):

☐ Probable ☐ Confirmado

Asociado a brote: ☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido

Identificación del brote:

C.A. de declaración del brote¹⁵:

OBSERVACIONES¹⁶

-
-
1. Fecha de la primera declaración del caso: Fecha de la primera declaración del caso al sistema de vigilancia (habitualmente realizadas desde el nivel local).
 2. Tipo de servicio clínico inicial: Indique el primer dispositivo donde el caso acudió para realizarse la evaluación diagnóstica
 3. Fecha del caso: Se considera que es la fecha de inicio de síntomas o fecha más temprana entre fecha de diagnóstico, fecha de toma de muestra o fecha de primera declaración del caso.
 4. Fecha de inicio de síntomas: Si el caso no presenta síntomas, la fecha de inicio de síntomas se dejará en blanco.
 5. Hospitalización: Estancia de al menos una noche en el hospital.
 6. Agente causal: Rellenar sólo si el caso cuenta con confirmación de laboratorio.
 7. Lugar de exposición: C.A. de residencia: Define al caso autóctono, aquel caso que adquirió o se expuso al riesgo de enfermar en la misma C.A. en la que reside.
 8. Lugar de exposición: C.A. distinta de la de residencia: Define si el caso adquirió o se expuso al riesgo de enfermar en una C.A. distinta a la que reside.
 9. Lugar de exposición: País distinto de España: Define si el caso adquirió o se expuso al riesgo de enfermar en un país distinto de España en los 21 días previos a la fecha de inicio de síntomas. Se asimila a la variable "importado".
 10. País/ C.A./ Provincia/ Municipio de exposición del caso: Especificar el lugar de exposición o de adquisición de la infección, en general, se considerará el lugar donde el caso ha podido contraer la enfermedad con mayor probabilidad (estancia durante período de incubación). Si está en España, cumplimentar los campos de C.A., provincia y municipio. Si el lugar de exposición es un país diferente de España se cumplimentaría el país. Si no se conoce se dejará en blanco. El país de la exposición se refiere a estancia en un país distinto a España en los 21 días anteriores al inicio de síntomas.
 11. Mecanismo de transmisión más probable: Si se indica exposición ocupacional de riesgo en entorno sanitario/socio sanitario, el mecanismo de transmisión más probable debería ser "asociado a cuidados sanitarios (profesional)" o "transmisión en laboratorio (profesional)".
 12. Factores predisponentes: Factores referidos a los últimos 21 días o que están relacionados con el episodio actual de mpox.
 13. Usuario de Profilaxis Pre-Exposición frente al VIH (PrEP): Referido a estar en un programa de PrEP en los 12 meses previos al episodio actual de mpox.
 14. Infección/Enfermedad concurrente: Cualquier otra infección y/o enfermedad que es identificada en el proceso de diagnóstico de mpox.
 15. C.A. de declaración del brote: Aquella que ha asignado el identificador del brote.
 16. Observaciones: Incluir toda la información relevante no indicada en el resto de la encuesta.