

MPOX

LA VACUNACIÓN COMO MEDIDA CLAVE DE PREVENCIÓN

ACTUALIZACIÓN. MARZO 2026



**SOCIEDAD
ESPAÑOLA DE
EPIDEMIOLOGÍA**

*Documento elaborado por el Grupo de Trabajo de Vacunas e
Inmunización de la Sociedad Española de Epidemiología.*



**SOCIEDAD
ESPAÑOLA DE
EPIDEMIOLOGÍA**

¿QUÉ ES LA MPOX?

La mpox es una enfermedad viral causada por el virus monkeypox (MPXV), un ortopoxvirus zoonótico estrechamente relacionado con el virus de la viruela. El virus tiene dos clados principales: el clado I/IIb (endémico en África Central, asociado a enfermedad más grave) y el clado II (endémico en África Occidental, generalmente más leve)^{1, 2}. Para el clado II se reconocen 2 subclados: IIa y IIb³.

La enfermedad fue identificada por primera vez en humanos en 1970 en la República Democrática del Congo y antes de 2022 era endémica en África Central y Occidental, con brotes esporádicos y limitada transmisión secundaria. El brote de mpox de 2022 fue causado por el MPXV clado IIb, que se propagó rápidamente fuera de las zonas endémicas de África occidental y central. El brote comenzó en mayo de 2022 y fue declarado emergencia de salud pública de importancia internacional (ESPII) por la Organización Mundial de la Salud el 23 de julio de 2022⁴.

En la UE/EEE, donde continúa la circulación de baja intensidad del clado II, la transmisión sexual ha sido predominante entre hombres que tienen sexo con hombres, aunque cualquier persona puede infectarse.

¿POR QUÉ ES IMPORTANTE ESTA ENFERMEDAD EN EL MOMENTO ACTUAL?

Se trata de una enfermedad que no existía en Europa y a partir del brote de 2022 se considera una enfermedad que debe de ser objeto de vigilancia en todos los países. Además, en la actualidad se ha detectado la circulación del clado I/lb, que se puede considerar en ascenso. El clado II causante del brote de 2022 también se sigue detectando, pero presenta una incidencia baja. Debido a las características especiales del clado I/lb se ha reforzado su vigilancia epidemiológica con el fin de conocer su comportamiento en países en los que no había circulado antes ^{3, 5, 6, 7}.

El 5 de septiembre de 2025 se puso fin a la ESPII causada por MPXV⁸. Sin embargo, existe la posibilidad de que se produzcan nuevos brotes, por lo que requiere vigilancia, capacidad de respuesta adecuada y esfuerzos constantes para proteger a los grupos más vulnerables, en particular niños y personas que viven con la infección por VIH.

Hasta el 18 de febrero de 2026, se han notificado 26.252 casos confirmados en 29 países de la UE/EEE. En España, con los últimos datos disponibles a 3 de marzo de 2026, se han notificado 9.482 casos ⁶, prácticamente todos pertenecen al clado II. En los últimos meses se ha detectado el subclado Ib en diferentes países europeos, incluido España. En EE. UU. también se ha detectado transmisión comunitaria ⁹.

¿CUÁL ES LA IMPORTANCIA DEL CLADO I/Ib?

El número de casos del clado I/Ib notificados en Europa ha aumentado de forma constante en los últimos meses¹⁰. En España el primer caso producido por subclado Ib se identificó en septiembre de 2025 y resultó ser un caso importado de Tanzania, mientras que en octubre de 2025 se comunicó el primer caso de transmisión comunitaria autóctona. Se han notificado un total de 9.482 casos confirmados de mpox desde abril de 2022 de los que 109 casos corresponden a 2026. Desde que se notificó el primer caso producido por el clado I/Ib, se han notificado un total de 103 casos: 16 de clado I y 87 de subclado Ib, sin que se observen cambios significativos en las características clínicas. Sin embargo, con los datos de los dos primeros meses de 2026, se aprecia en España una tendencia al alza del clado I/Ib en relación al subclado Ib, lo que puede convertirlo en el clado predominante^{5, 6}.

El análisis de riesgos del ECDC de octubre 2025 para analizar la nueva situación sigue estando vigente¹¹: **el riesgo de infección por el subclado Ib se considera moderado para hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y bajo para la población general en la UE/EEE. El riesgo de infección por el subclado Ib sigue siendo bajo para los hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres y muy bajo para la población general en la UE/EEE.**

El informe reconoce las lagunas de conocimiento como son la transmisibilidad y gravedad del subclado Ib en comparación con el subclado IIb^{7, 11}.

Las recomendaciones para los países de la UE/EEE incluyen aumentar la concienciación entre los profesionales sanitarios; apoyar servicios de salud sexual en la detección de casos, el rastreo de contactos y la gestión de casos; hacer que las pruebas sean fácilmente accesibles; **implementar estrategias de vacunación preexposición**; mantener una comunicación activa sobre riesgos; y promover la participación comunitaria.

Las estrategias de vacunación preexposición y vacunación postexposición pueden combinarse en individuos con un riesgo sustancialmente mayor de exposición y en contactos cercanos de casos, respectivamente, especialmente en situaciones de suministro limitado de vacunas. La estrategia de **vacunación preexposición** debería priorizarse, basándose en criterios epidemiológicos o de comportamiento, en los que tienen mayor riesgo de exposición; hombres que tienen relaciones con hombres, bisexuales, transgénero, y personas que tienen múltiples parejas sexuales, así como a las personas con riesgo de exposición ocupacional.

Las intervenciones para la promoción de la salud y la participación comunitaria también son muy importantes para garantizar la aceptación de la vacunación entre quienes tienen mayor riesgo de exposición.

Es probable que los casos de mpox causados por el clado I/II sigan introduciéndose en la UE/EEE a través de viajeros que regresan después de los viajes vacacionales. Por ello es importante informar sobre la posible importación de casos, tanto a los viajeros que regresan de países africanos afectados como a los profesionales sanitarios que puedan atender a pacientes que presentan síntomas compatibles.

La vigilancia genómica y la secuenciación completa de todos los casos confirmados son fundamentales para la vigilancia de la enfermedad, ya que se pueden generar virus recombinantes con elementos genómicos de los clados que están circulando en la actualidad^{11, 12}.

¿LOS SÍNTOMAS DE MPOX SIGUEN SIENDO LOS MISMOS?

La infección por MPXV suele ser una enfermedad autolimitada y la mayoría de las personas se recuperan en unas semanas. Sin embargo, en algunos casos puede producirse una enfermedad grave.

El período de incubación puede oscilar entre 5 y 21 días, aunque en series de casos estudiados tanto en España como en otros países, se ha estimado un promedio entre 7 y 10 días. El cuadro clínico inicial suele incluir un periodo 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 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 tamaño¹.

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 puede ser variable de unos casos a otros. En casos graves, las lesiones pueden permanecer hasta que se desprenden, pudiendo afectar a grandes secciones de piel.

Los síntomas suelen durar entre 2 a 4 semanas. Los casos graves suelen ocurrir con mayor frecuencia entre los niños, embarazadas, adultos jóvenes y personas inmunocomprometidas.

Las complicaciones pueden ser 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 los casos transmitidos a través de relaciones sexuales, las complicaciones más frecuentes son úlceras bucales y sobreinfecciones bacterianas, aunque también se han identificado complicaciones más graves como proctitis y úlceras corneales. Excepcionalmente, se han identificado casos de encefalitis.

El diagnóstico diferencial clínico 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, infección por algunos enterovirus (como coxsackie o echovirus), sarampión, infecciones cutáneas bacterianas, sarna, sífilis, alergias asociadas a medicamentos y algunas enfermedades dermatológicas.^{1, 13}

La linfadenopatía durante la etapa prodrómica de la enfermedad puede ser una característica clínica para distinguir la mpox de la varicela o la viruela.

¿QUE SABEMOS DE NUEVO SOBRE LA TRANSMISIÓN DE LA ENFERMEDAD?

La principal vía de transmisión del MPXV es a través del contacto de persona a persona y está relacionada fundamentalmente con el contacto físico estrecho y directo con lesiones en la piel, o con fluidos de una persona infectada, en el contexto de las relaciones sexuales u otras situaciones de contacto físico continuado y prolongado¹³.

La transmisión por contacto estrecho en el contexto de relaciones sexuales parece tener un papel relevante en los casos descritos en el brote de África central de 2024 asociado al subclado Ib, si bien existe cierta incertidumbre en cuanto a su forma de transmisión. El contacto estrecho y prolongado no asociado a relaciones sexuales en el ámbito doméstico o el sanitario también es una forma habitual de transmisión^{7, 14}.

La transmisión también puede producirse a través de otros mecanismos menos importantes como son:

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 (ropa o textiles o instrumentos contaminados no esterilizados).

c) transmisión transplacentaria.

El potencial riesgo de transmisión aérea es mínimo y se daría principalmente en el ámbito hospitalario en el contexto de maniobras que generen aerosoles.

El periodo de transmisibilidad comienza con la aparición de los primeros síntomas prodrómicos (que habitualmente precede 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 llevar varias semanas.

MPOX: SU PREVENCIÓN MEDIANTE VACUNACIÓN

En 2022 se implementaron campañas de vacunación en la UE/EEE y otros países para controlar el brote causado por el subclado IIb. La Agencia Europea de Medicamentos (EMA) autorizó una vacuna antivariólica de tercera generación no replicativa para la protección contra la viruela, en la actualidad autorizada en personas de 12 o más años^{15, 16, 17, 18}. **El brote actual del clado I/IIb exige que los países de la UE/EEE revisen sus estrategias de vacunación contra la mpox.**^{11, 12, 19}

Sin embargo, en nuestro país tan solo el 50% de los vacunados (personas que tenían indicaciones de vacunarse por exposición a casos) tienen dos dosis de vacuna²⁰. Por ello, **se recomienda que todas las personas con indicación para vacunarse se vacunen completando su vacunación con dos dosis tal y como indica la ficha técnica.**

En España, se inició la vacunación el 13 de junio de 2022 con una vacuna de tercera generación atenuada no replicativa (Modified Vaccinia Ankara Bavarian Nordic – MVA-BN-) con dos marcas comerciales (Imvanex® y Jyneos®). El 19 de septiembre de 2024, la EMA recomendó ampliar la indicación de la vacuna Imvanex® a adolescentes de 12 a 17 años^{16, 17, 21}.

Para extender el acceso a la vacuna, la EMA y la FDA emitieron una autorización de uso de emergencia (9 de agosto de 2022) mediante la inyección intradérmica de 0,1 mL por dosis, aumentando el número de personas que podían vacunarse con el suministro disponible de vacunas^{15, 22, 23}.

INDICACIONES VIGENTES, PAUTAS DE VACUNACIÓN Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN

La pauta de vacunación recomendada es de 2 dosis administradas por vía subcutánea, generalmente en el área del músculo deltoides en adultos, o en la cara anterolateral del muslo en niños menores. El volumen de inyección de 0,5 ml. La segunda dosis se debe administrar al menos 28 días después de la primera dosis y puede administrarse hasta 7 días después de dicho intervalo (hasta 35 días después de la primera dosis).

Si la segunda dosis no se administra durante el intervalo recomendado, debe administrarse lo antes posible para completar la serie, no siendo necesario reiniciar ni añadir dosis a la serie.

El Grupo de Expertos en Asesoramiento Estratégico sobre Inmunización (SAGE) de la OMS, recomienda que la vacuna puede utilizarse fuera de ficha técnica en lactantes y niños que viven en situación de brote, cuando los beneficios de la vacunación superen los riesgos^{24, 25}.

Durante el brote de 2022, se administró una dosis de vacuna como profilaxis postexposición a niños de riesgo y ninguno desarrolló reacciones adversas graves ni desarrolló mpox después de la vacunación²⁶, por lo que la vacuna debería ofrecerse a los niños expuestos considerados de riesgo²⁷.

En pacientes menores de 6 meses, debe considerarse la inmunoglobulina por vía intravenosa en lugar de la vacuna.

Los regímenes de dosificación son intercambiables. Una persona que haya recibido una dosis de la vacuna intradérmica puede recibir una segunda dosis subcutánea en el intervalo recomendado (28 días) para completar la serie de vacunación²⁸.

La vacunación con una única dosis subcutánea de MVA-BN se ha asociado a una reducción del 86% en el riesgo de padecer mpox entre personas consideradas de alto riesgo de infección²⁹. Sin embargo, completar la segunda dosis de la vacuna, puede mejorar la efectividad y brindar una protección más duradera³⁰.

Profilaxis preexposición

Se recomienda la vacunación como profilaxis preexposición, de los siguientes grupos con mayor riesgo de exposición a MPXV³¹:

1. Personas que mantienen prácticas sexuales de más riesgo, especialmente:
 - GBHSH (Gays, bisexuales y hombres que tienen sexo con hombres).
 - Personas que tienen múltiples parejas sexuales.
 - Personas que practican sexo en grupo.
 - Personas cuya pareja/s tiene más parejas sexuales.

2. Personas con riesgo ocupacional, siempre que no se pueda garantizar el uso adecuado de elementos de protección individual:

- Trabajadores de laboratorio que manejan muestras potencialmente contaminadas con ortopoxvirus.
- Profesionales sanitarios de consultas especializadas en ITS/VIH que atienden a personas con prácticas de alto riesgo.
- Personal que se encarga de la desinfección de superficies en locales específicos donde se mantienen relaciones sexuales de riesgo.

También en este último punto es necesario considerar a los trabajadores de lugares donde se practica sexo²⁸, como:

- Saunas, si están expuestos regularmente a elementos (por ejemplo, ropa de cama) o superficies que puedan estar contaminadas con virus MPXV.
- Trabajadores sexuales.

Profilaxis postexposición

El uso de la vacunación después de una exposición a MPXV puede prevenir o atenuar la infección.

La vacuna postexposición debe administrarse lo antes posible, idealmente dentro de los 4 días posteriores a la primera exposición para prevenir la aparición de la enfermedad. La administración de 4 a 14 días después de la exposición puede reducir los síntomas de la enfermedad, pero no prevenirla^{28, 32}.

La pauta de vacunación recomendada es de una sola dosis, preferentemente por vía subcutánea (0,5 ml).

Dicha pauta debe complementarse con una segunda dosis en personas en las que se recomienda profilaxis preexposición y en aquellas que, habiendo pasado la enfermedad previamente, estén en situación de inmunosupresión.

Se considera que la mpox adquirida de forma natural otorga protección inmunitaria, aunque se desconoce la duración de la inmunidad.

Se recomienda la profilaxis postexposición con vacunación en los siguientes casos³¹ :

- Todos los contactos cercanos de casos que no hayan pasado la enfermedad (parejas sexuales, contactos domésticos, trabajadores de la salud expuestos a MPXV y personas con otro contacto físico prolongado o de alto riesgo).
- Los contactos con un alto riesgo de desarrollar una enfermedad grave en caso de infección:
 - Personas con inmunodepresión, incluyendo infección por VIH con $<200 \text{ cel/mm}^3$
 - Embarazadas en cualquier trimestre de gestación
 - Población infantil de cualquier edad.

La vacunación previa contra la viruela probablemente proporciona cierta protección. El 70% de los hombres vacunados durante los programas de vacunación antivariólica probablemente tendrán una protección cruzada residual contra la mpox causada por el clado II, aunque no necesariamente sea de por vida³³.

Sobre la base de la evidencia actualmente disponible, se recomienda la vacunación como profilaxis pre o postexposición independientemente de que se tenga documentada vacunación previa contra la viruela o de que exista una cicatriz visible.

No se recomienda la vacunación en las siguientes situaciones³¹:

- Población general como inmunización rutinaria, salvo que existan factores de riesgo sexuales.
- Personal sanitario como vacunación rutinaria, salvo que existan factores de riesgo ocupacionales.
- Personas que han tenido mpox. En aquellas en situación de inmunosupresión grave se valorará la vacunación de forma individualizada.
- Personas que han completado la pauta de vacunación con anterioridad (no se recomienda la revacunación). Se podrá valorar la administración de dosis adicionales en personas en situación de inmunosupresión grave.
- Personas con infección por VIH que no están incluidas en los grupos específicos mencionados excepto si han tenido contacto estrecho con un caso de mpox.

DOSIS DE REFUERZO (BOOSTER)

Las indicaciones para administrar una dosis de refuerzo en personas vacunadas con dos dosis se limitan actualmente a **personas con riesgo ocupacional, como trabajadores de laboratorio que manipulan ortopoxvirus.**

En estas situaciones, se recomienda una dosis de refuerzo de MVA-BN (JYNNEOS) cada 2 años. Si el refuerzo se realiza como profilaxis postexposición, se debe administrar una dosis única en un plazo de 4 días tras la exposición^{34, 35}.

La evidencia actual indica que la protección inmunitaria tras la vacunación con MVA-BN disminuye con el tiempo, especialmente en personas vacunadas por vía intradérmica, pero no hay evidencia sobre si son necesarias dosis de refuerzo en la población general o en grupos de riesgo no ocupacional^{35, 36, 37}.

La protección inmunitaria mediada por vacunas requiere la inducción de una inmunidad funcional y duradera. La vacuna MVA-BN induce respuesta humoral y celular, incluyendo la producción de anticuerpos de unión y neutralizantes y células B y T de memoria específicas del patógeno. Estudios realizados dos años después de la administración de la segunda dosis han mostrado una disminución en los niveles de anticuerpos neutralizantes, y una disminución en la proporción de personas con títulos de anticuerpos neutralizantes^{38, 39}.

Sin embargo, otros estudios han mostrado que una dosis de refuerzo administrada dos años después de la pauta primaria

induce respuestas anamnésicas robustas, lo que indica la presencia de linfocitos B de memoria de larga duración y sugiere que la vacunación con vacuna MVA-BN puede inducir una memoria inmunológica duradera a partir de la pauta primaria ^{40, 41}.

Los resultados de un estudio en el que combinan datos de inmunogenicidad y de efectividad vacunal predice que la duración de la protección después de dos dosis es de alrededor de 10 años ⁴².

En Francia, basándose en la evidencia de disminución de la inmunidad, la amenaza del clado 1b y estudios de inmunogenicidad sobre MVA-BN utilizados como refuerzos, se recomienda la administración de una dosis de refuerzo a las personas que recibieron la vacuna primaria en 2022 ⁴³.

Si bien una dosis de refuerzo puede aumentar la respuesta humoral y celular, hay pocos estudios que la hayan evaluado ^{40, 39} y tampoco se ha establecido una correlación definitiva de protección (nivel de inmunidad humoral o celular) frente a la infección por MPXV ^{42, 44}.

¿PUEDE ADMINISTRARSE LA VACUNA FRENTE A MPOX CON OTRAS VACUNAS?

No existen datos sobre la administración simultánea de la vacuna frente a mpox con otras vacunas inactivadas o atenuadas. Dado que esta vacuna se basa en un ortopoxvirus vivo, atenuado y no replicante, suele administrarse sin tener en cuenta ningún intervalo de tiempo mínimo ni específico entre esta vacuna y el resto de las vacunas independientemente del tipo de vacunas y del orden de administración, incluyendo la vacuna MenB para la gonorrea, la vacuna contra el VPH, la vacuna contra la hepatitis A y la vacuna contra la hepatitis B^{23, 24, 45}

EFFECTOS SECUNDARIOS

No todas las personas tienen efectos secundarios. Los más comunes son dolor, enrojecimiento y picor en el lugar donde se aplicó la vacuna.

También puede presentar fiebre, dolor de cabeza, cansancio, náuseas, escalofríos y dolores musculares.

Cuando la vacuna se administra por vía intradérmica, algunas personas han notificado tener menos dolor después de la vacunación, pero más efectos secundarios como picor, hinchazón, enrojecimiento, engrosamiento de la piel y cambio en el color de la piel en el lugar donde se administró la vacuna. Algunos de estos efectos secundarios podrían durar varias semanas^{15, 23, 45}.

EFECTIVIDAD VACUNAL

Las estimaciones de efectividad varían según el diseño del estudio, la población y el entorno.

En un metaanálisis la efectividad vacunal (EV) preexposición se estimó del 76% (IC del 95%: 64 a 88) para una dosis y del 82% (IC del 95%: 72 a 92) para dos dosis, con independencia de la vía de administración o del estado inmunitario. Para la vacunación postexposición, la EV se estimó en un 20% (IC del 95%: -24 a 65) ⁴⁶.

En otros estudios las estimaciones ajustadas de la EV frente a mpox ≥ 14 días después de la vacunación oscilaron entre el 35% al 86% para una dosis y entre el 66% al 90% para dos dosis ^{29, 42, 47}. La efectividad de la vacuna para evitar la hospitalización se estimó en un 67% en un metaanálisis para alguna dosis de MVA-BN4 ⁴⁶.

También hay evidencia de que la vacunación postexposición puede modificar la enfermedad y reducir las manifestaciones más graves y la hospitalización ^{47, 42, 48, 49}.

ALMACENAMIENTO

Los viales congelados deben transferirse a una temperatura de 2°C a 8°C para descongelarse o pueden descongelarse durante 15 minutos a temperatura ambiente para su uso inmediato. Después de descongelarlos, se pueden conservar hasta 8 semanas a una temperatura entre 2°C y 8°C, debiéndose conservar en el envase original para protegerse de la luz ²¹.

Si se utilizan dosis fraccionadas, el contenido del vial puede permanecer a temperatura ambiente hasta una hora mientras se administran las cinco dosis. Cada dosis debe extraerse y administrarse inmediatamente ²¹.

MEDIDAS DE SALUD PÚBLICA NO FARMACOLÓGICAS PARA PREVENIR LA MPOX

Información antes de viajar

No se requieren restricciones de viaje transfronterizo para el control de la enfermedad en viajeros a zonas con transmisión comunitaria del virus de la viruela del mono (MPXV).

Es necesario proporcionar a los viajeros información sobre la transmisión de MPXV en las zonas que planean visitar. Esta información se encuentra a disposición en webs internacionales como "Brote de mpox (Monkeypox): Tendencias globales"³, y puede ser consultada por profesionales y difundida a las personas que van a viajar zonas en las que está documentada la transmisión.

Consejos durante los viajes

Hay que informar a los viajeros sobre cómo pueden disminuir su riesgo de infección al viajar a zonas con transmisión continua de MPXV ^{3, 28}:

- Evitar el contacto piel con piel, incluido el contacto sexual, con personas que puedan tener mpox
- Evitar el contacto sexual con nuevas parejas sexuales y practicar sexo seguro.

- Para reducir la transmisión de animal a humano en áreas con circulación activa de MPXV entre la fauna se recomienda evitar el contacto con reservorios animales y cualquier material que haya estado en contacto con un animal muerto o potencialmente infectado
- Practicar siempre una buena higiene de manos

Hay que aconsejar a los viajeros sobre:

- Como acceder a la atención sanitaria durante el viaje, incluyendo información sobre clínicas locales y contacto de emergencia para asistencia médica en la zona de destino
- Como contactar con los servicios sanitarios del país de viaje si desarrollan síntomas (erupción cutánea, por ejemplo) de mpox
- Evitar los viajes si desarrollan síntomas o si han estado en contacto con algún caso sospechoso o confirmado de mpox

Los viajeros deben vigilar la salud durante 21 días tras el regreso y contactar con los servicios sanitarios si desarrollan síntomas de mpox en este periodo de tiempo. El diagnóstico y el aislamiento de los casos, así como la disponibilidad de pruebas diagnósticas para mpox, deben ser accesibles en todo momento.

Los profesionales deben conocer la evolución de la epidemia de mpox y la evolución de los diferentes clados, estar atentos a los síntomas y cuándo y cómo ofrecer la prueba, realizando secuenciación genética de todos los aislados y comunicando los resultados a las autoridades de salud pública.

Se debe indicar a las personas con mpox que se aíslen hasta que la erupción haya desaparecido por completo, es decir, hasta que en todas las lesiones las costras hayan caído y se forme una nueva capa de piel, lo que indica el final del periodo infeccioso.

La decisión del aislamiento domiciliario debe tomarse caso por caso y basarse en criterios epidemiológicos y clínicos de gravedad, posibilidad de contacto con personas con alto riesgo de mpox grave (personas inmunodeprimidas, bebés y mujeres embarazadas, por ejemplo).

Además, se deben seguir estas recomendaciones¹⁹:

- Las personas con mpox deben recibir información personalizada para comprender los aspectos clínicos y epidemiológicos de la enfermedad.
- Durante el aislamiento domiciliario las personas con mpox deben permanecer en su propia habitación y usar objetos domésticos designados (ropa, ropa de cama, toallas, platos, vasos y otros utensilios para comer), que no deben compartirse con otros miembros del hogar.
- Las personas con mpox deben evitar el contacto con personas inmunodeprimidas y otras personas en riesgo de enfermedad grave hasta que su erupción cicatrice por completo.

- Los servicios de salud pública deben monitorizar regularmente el estado clínico de la persona con mpox y el cumplimiento de las precauciones recomendadas (mediante llamadas telefónicas u otros medios).
- Las personas con mpox pueden salir temporalmente de su casa (por ejemplo, para hacer ejercicio al aire libre, como correr o montar en bicicleta), siempre que lleven mascarilla quirúrgica, cubran sus lesiones (por ejemplo, con manga larga y pantalones) y eviten ambientes interiores o lugares donde se reúne mucha gente.
- Las personas con mpox y sus contactos domiciliarios deben practicar una higiene de manos cuidadosa en todo momento.
- Las personas con mpox deben lavarse y cambiarse de ropa regularmente para evitar la transmisión a través de fómites. También deberían lavar su ropa y la ropa de cama por separado de la ropa doméstica. Después de limpiar y lavar la ropa, deben hacerse un lavado de manos adecuado o una higiene de manos con gel hidroalcohólico.
- Se recomienda limpiar en húmedo y desinfectar el hogar en lugar de barrer, quitar el polvo o aspirar.

- Las personas con mpox deben abstenerse de la actividad sexual hasta que ya no aparezcan nuevas lesiones, se hayan caído costras y se forme nueva piel. Aunque se desconoce el efecto protector de los preservativos, puesto que el virus puede propagarse de otras formas, deben utilizarse para prevenir la propagación a través del semen durante 12 semanas tras recuperarse de la infección.
- Las personas con mpox y sus contactos cercanos deben evitar el contacto directo con animales, incluidos mascotas, ganado y animales salvajes en cautividad, durante 21 días después de la curación de su erupción o de la última exposición al virus. Para mitigar el riesgo de que los animales salvajes entren en contacto con el virus, los residuos, incluidos los médicos, deben eliminarse de forma segura y no estar accesibles para roedores ni otros animales carroñeros.

En entornos sanitarios, se deben aplicar precauciones estándar y basadas en la transmisión por contacto durante la atención de casos sospechosos y de casos confirmados ^{19, 50}.

Los contactos estrechos de personas con mpox no necesitan ponerse en cuarentena ni ser excluidos del trabajo, siempre que no desarrollen síntomas. **Sin embargo, durante el periodo de seguimiento de 21 días, se recomienda evitar el contacto sexual con otras personas y el contacto físico con personas que tienen riesgo de enfermedad grave.**

Si aparecen lesiones o síntomas sistémicos se debe practicar aislamiento, pruebas y seguimiento de contactos. Incluso si la prueba es negativa, el seguimiento debe continuarse hasta el final del periodo de seguimiento de 21 días ^{10, 11}.

El MPXV se ha detectado en sangre, orina, abscesos tisulares y fluidos corporales, y podría transmitirse potencialmente a través de donantes de sangre o sustancias de origen humano (SoHO). Sin embargo, hasta la fecha, no se ha reportado ninguna transmisión de MPXV a través de SoHO y se desconoce la probabilidad de que ocurra, debiéndose seguir las siguientes recomendaciones¹⁹:

-Los posibles donantes que regresen de países donde se haya detectado MPXV del clado I deben ser entrevistados cuidadosamente sobre contactos con personas sospechosas o confirmadas de mpox o con animales infectados. En caso de donantes fallecidos, se deben recopilar datos sobre estos factores de riesgo a partir del historial médico de la persona fallecida.

- Se recomienda aplazar las donaciones de SoHO a los donantes asintomáticos que hayan estado en contacto con casos de mpox (confirmada o sospechosa) durante un mínimo de 21 días desde el último día de la exposición.

-Las personas con infección por MPXV confirmada o sospechosa debe retrasar la donación al menos 14 días después de la resolución de todos los síntomas.

Bibliografía

1. Titanji BK, Hazra A, Zucker J. Mpox clinical presentation, diagnostic approaches, and treatment strategies: A review. JAMA. 2024;332(19):1652-62. doi:10.1001/jama.2024.21091
2. Callaby H, Belfield A, Otter AD, Atkinson B, Reynolds M, Roberts H, et al. Mpox: current knowledge and understanding—a scoping review. FEMS Microbiol Rev. 2025;49: fuaf025. doi:10.1093/femsre/fuaf025 PubMed PMID: 40489313; PubMed Central PMCID: PMC12198961.
3. WHO. Global mpox trends. 2026. Disponible en: https://worldhealthorg.shinyapps.io/mpx_global/#overview
4. Mitjà O, Ogoina D, Titanji BK, Galvan C, Muyembe JJ, Marks M, et al. Monkeypox. Lancet. 2023;401(10370):60-74. doi:10.1016/S0140-6736(22)02075-X PubMed PMID: 36403582
5. WHO. Geographical spread of clade Ib MPXV. 2026. Disponible en: https://worldhealthorg.shinyapps.io/mpx_global/_w_8d4b2273a82a4e79b089d3587e9c82d4/#sec-clade-export.
6. Análisis epidemiológico de los casos de mpox en España, 2026 Datos extraídos de SiViES el 03/03/2026 a las 09:00h. Disponible en: <https://cne.isciii.es/documents/d/cne/situacion-epidemiologica-de-los-casos-de-mpox-20260303>
7. Akingbola A, Abiodun A, Idahor C, Peters F, Ojo O, Jessica OU, et al. Genomic evolution and epidemiological impact of ongoing clade Ib mpox disease: a narrative review. Glob Health Epidemiol Genom. 2025;2025:8845911. doi:10.1155/ghe3/8845911 PubMed PMID: 40406501; PubMed Central PMCID: PMC12097866.

8. Declaración sobre la finalización de la Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional por mpox 6 septiembre 2025. Ministerio de Sanidad. Disponible en:

https://www.sanidad.gob.es/areas/alertasEmergenciasSanitarias/alertasActuales/alertaMonkeypox/docs/20250906_finalizacion_ESPII_mpox.pdf

9. Tang EC, Haw M, Kulkarni S, Johnson E, Gigante CM, Balanji N, et al. Detection of community transmission of clade 1b mpox virus in the United States. NEJM Evidence. 2026;5(2). doi:10.1056/EVIDpha2500319

10. European Centre for Disease Prevention and Control. Mpox. European Centre for Disease Prevention and Control. 2023 Disponible en:

<https://www.ecdc.europa.eu/en/mpox>

11. Local transmission of clade 1b mpox cases detected in EU/EEA, ECDC urges renewed vigilance. 2025. Disponible en:

<https://www.ecdc.europa.eu/en/news-events/local-transmission-clade-1b-mpox-cases-detected-eueea-ecdc-urges-renewed-vigilance>

12. Joint ECDC-WHO Regional Office for Europe Mpox Surveillance Bulletin. Disponible en: <https://monkeypoxreport.ecdc.europa.eu/>

13. Protocolo para la detección precoz y manejo de los casos de Mpox en España. Actualizado a 24 de enero de 2025. Ministerio de Sanidad. Disponible en:

https://www.sanidad.gob.es/areas/alertasEmergenciasSanitarias/alertasActuales/alertaMonkeypox/docs/20250124_ProtocoloMPOX.pdf

14. Alakunle E, Moens U, Nchinda G, Okeke MI. Monkeypox virus in Nigeria: infection biology, epidemiology, and evolution. Viruses. 2020;12(11):1257. doi:10.3390/v12111257 PubMed PMID: 33167496; PubMedCentralPMCID:PMC7694534.

15. European Medicines Agency (EMA). Imvanex. 2018. Disponible en: <https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/imvanex>

16. EMA recommends approval of Imvanex for the prevention of monkeypox disease | European Medicines Agency (EMA). 2022. Disponible en: <https://www.ema.europa.eu/en/news/ema-recommends-approval-imvanex-prevention-monkeypox-disease>
17. EMA recommends extending indication of mpox vaccine to adolescents | European Medicines Agency (EMA). 2024. Disponible en: <https://www.ema.europa.eu/en/news/ema-recommends-extending-indication-mpox-vaccine-adolescents>
18. IMVANEX, INN-Smallpox and monkeypox vaccine (Live Modified Vaccinia Virus Ankara). Disponible en: https://www.ema.europa.eu/es/documents/product-information/imvanex-epar-product-information_es.pdf
19. GOV.UK. 2025. Mpox: guidance. Information and advice for healthcare professionals and the general public. Disponible en: <https://www.gov.uk/government/collections/monkeypox-guidance>
20. Redacción Médica. 2024. Solo la mitad de vacunados de mpox han completado la inmunización. Disponible en: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/sanidad-hoy/solo-la-mitad-de-vacunados-de-mpox-han-completado-la-inmunizacion-3741>
21. EMA. recommends extending indication of mpox vaccine to adolescents. 2024. Disponible en: <https://www.ema.europa.eu/en/news/ema-recommends-extending-indication-mpox-vaccine-adolescents>
22. EMA. Considerations on posology for the use of the vaccine Jynneos/ Imvanex (MVA-BN) against monkeypox. 2022. Disponible en: https://www.ema.europa.eu/en/documents/other/considerations-posology-use-vaccine-jynneos-imvanex-mva-bn-against-monkeypox_en.pdf

23. The U.S. Food and Drug Administration (FDA). Nota de Prensa. 9 de Agosto 2022. Monkeypox update: FDA authorizes emergency use of JYNNEOS vaccine to increase vaccine supply. Autorización de uso de emergencia para el uso de emergencia de JYNNEOS. Disponible en: <https://www.fda.gov/media/160774/download>

24. World Health Organization. Smallpox and mpox (orthopoxviruses) vaccine position paper. Wkly Epidemiol Rec. 2024; 99(34):429-56. Disponible en: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/d463e3dc-1c1d-40db-b3e3-5f71a60db0d5/content>

25. Vacuna contra la viruela y la viruela símica MVA-BN (Vaccinia Ankara – Bavarian Nordic modificada): guía provisional, 27 de noviembre de 2024. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/B09202>

26. Ladhani SN, Dowell AC, Jones S, Hicks B, Rowe C, Begum J, et al. Early evaluation of the safety, reactogenicity, and immune response after a single dose of modified vaccinia Ankara–Bavaria Nordic vaccine against mpox in children: a national outbreak response. Lancet Infect Dis. 2023;23(9):1042-50. doi:10.1016/S1473-3099(23)00270-0 PubMed PMID: 37336224.

27. CDC. Monkeypox. 2026. Clinical considerations for monkeypox in children and adolescents in the U.S. Disponible en: <https://www.cdc.gov/monkeypox/hcp/clinical-care/pediatric.html>

28. Rapid scientific advice on public health measures for mpox (2024-2025). 2024. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/en/infectious-disease-topics/mpox/rapid-scientific-advice-public-health-measures-mpox-2024-2025>

29. Sagy YW, Zucker R, Hammerman A, Markovits H, Ariei NG, Abu Ahmad W, et al. Real-world effectiveness of a single dose of mpox vaccine in males. Nat Med. 2023;29(3):748-52. doi:10.1038/s41591-023-02229-3

30. Dalton AF. Estimated effectiveness of JYNNEOS vaccine in preventing mpox: a multijurisdictional case-control study — United States, August 19, 2022–March 31, 2023. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2023;72. doi:10.15585/mmwr.mm7220a3
31. Comisión de Salud Pública. Consejo interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Actualización de las recomendaciones de vacunación frente a mpox. vacunación frente a mpox. 6 de septiembre de 2024. Ministerio de Sanidad. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/MonkeyPox/docs/Actualizacion_Propuesta_vacunacion_Monkeypox_sep2024.pdf
32. WHO. Highlights from the Meeting of the Strategic Advisory Group of Experts (SAGE) on Immunization – 3-6 October 2022. Disponible en: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/immunization/sage/2022/october/highlights_sage_oct_2022.pdf
33. Colombe S, Funke S, Koch A, Haverkate M, Monge S, Barret AS, et al. Effectiveness of historical smallpox vaccination against mpox clade II in men in Denmark, France, the Netherlands and Spain, 2022. *Euro Surveill.* 2024;29(34):2400139. doi:10.2807/1560-7917.ES.2024.29.34.2400139
34. CDC. Monkeypox. 2026. Vaccine for monkeypox prevention in the United States. Disponible en: <https://www.cdc.gov/monkeypox/hcp/vaccine-considerations/index.html>
35. Titanji BK, Hazra A, Zucker J. Mpox Clinical presentation, diagnostic approaches, and treatment strategies: a review. *JAMA.* 2024;332(19):1652-62. doi:10.1001/jama.2024.21091
36. Dijck CV, Berens-Riha N, Zaack LM, Kremer C, Verschueren J, Coppens J, et al. Long-term consequences of monkeypox virus infection or modified vaccinia virus Ankara vaccination in Belgium (MPX-COHORT and POQS-FU-PLUS): a 24-month prospective and retrospective cohort study. *Lancet Infect Dis.* 2026;26(2):190-202. doi:10.1016/S1473-3099(25)00545-6 PubMed PMID: 41213280.

37. National Institutes of Health, HIV Medicine Association, and Infectious Diseases Society of America. Guidelines for the Prevention and Treatment of Opportunistic Infections in Adults and Adolescents with HIV. Disponible en:
<https://clinicalinfo.hiv.gov/sites/default/files/guidelines/documents/adult-adolescent-oi/guidelines-adult-adolescent-oi.pdf>
38. Priyamvada L, Carson WC, Ortega E, Navarra T, Tran S, Smith TG, et al. Serological responses to the MVA-based JYNNEOS monkeypox vaccine in a cohort of participants from the Democratic Republic of Congo. *Vaccine*. 2022;40(50):7321-7. doi:10.1016/j.vaccine.2022.10.078 PubMed PMID: 36344361; PubMed Central PMCID: PMC9635871.
39. Mazzotta V, Lepri AC, Matusali G, Cimini E, Piselli P, Aguglia C, et al. Immunogenicity and reactogenicity of modified vaccinia Ankara pre-exposure vaccination against mpox according to previous smallpox vaccine exposure and HIV infection: prospective cohort study. *EClinical Medicine*. 2024;68:102420. doi:10.1016/j.eclinm.2023.102420 PubMed PMID: 38292040; PubMed Central PMCID: PMC10825638.
40. Ilchmann H, Samy N, Reichhardt D, Schmidt D, Powell JD, Meyer TPH, et al. One- and two-dose vaccinations with modified vaccinia Ankara-Bavarian Nordic induce durable B-cell memory responses comparable to replicating smallpox vaccines. *J Infect Dis*. 2023;227(10):1203-13. doi:10.1093/infdis/jiac455
41. Byrne J, Katoto PDMC, Kirenga B, Sabiiti W, Obuku A, Gautier V, et al. Immune response to MVA-BN vaccination for mpox: current evidence and future directions. *Vaccines*. 2025;13(9). doi:10.3390/vaccines13090930
42. Berry MT, Khan SR, Schlub TE, Notaras A, Kunasekaran M, Grulich AE, et al. Predicting vaccine effectiveness for mpox. *Nat Commun*. 2024;15(1):3856. doi:10.1038/s41467-024-48180-w PubMed PMID: 38719852; PubMed Central PMCID: PMC11078999.

43. Haute Autorité de Santé. Mpox (MPXV): la HAS actualise ses recommandations vaccinales pour mieux lutter contre la circulation du virus. Disponible en: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3538112/fr/mpox-mpxv-la-has-actualise-ses-recommandations-vaccinales-pour-mieux-lutter-contre-la-circulation-du-virus
44. Nguyen LBL, Ghosn J. Pro/con: vaccination and waning immunity – presents contrasting perspectives on the durability of vaccine-induced protection and the potential need for booster strategies. *Curr Opin HIV AIDS*. 2026;21(2):125. doi:10.1097/COH.0000000000001013
45. UK Health Security Agency. Immunisation against infectious disease (the Green Book), Chapter 29: Smallpox and mpox. Disponible en: https://assets.publishing.service.gov.uk/media/68483ced944a600f13bcb899/Green-Book-chapter-29_Smallpox-and-mpox_6June2025.pdf
46. Pischel L, Martini BA, Yu N, Cacesse D, Tracy M, Kharbanda K, et al. Vaccine effectiveness of 3rd generation mpox vaccines against mpox and disease severity: A systematic review and meta-analysis. *Vaccine*. 2024;42(25):126053. doi:10.1016/j.vaccine.2024.06.021 PubMed PMID: 38906763.
47. Mason LMK, Betancur E, Riera-Montes M, Lienert F, Scheele S. MVA-BN vaccine effectiveness: A systematic review of real-world evidence in outbreak settings. *Vaccine*. 2024;42(26):126409. doi:10.1016/j.vaccine.2024.126409 PubMed PMID: 39413490.
48. Allard R, Leclerc P, Bergeron G, Cadieux G. Breakthrough cases of mpox: One-dose vaccination is associated with milder clinical manifestations. *J Infect Public Health*. 2024;17(4):676-80. doi:10.1016/j.jiph.2024.02.015
49. Schildhauer S. Reduced odds of mpox-associated hospitalization among persons who received JYNNEOS vaccine — California, May 2022–May 2023. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2023;72. doi:10.15585/mmwr.mm7236a4
50. WHO. Mpox. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mpox>



SOCIEDAD
ESPAÑOLA DE
EPIDEMIOLOGÍA