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

Actualizado a 3 de septiembre de 2024

Este documento está acordado por la Ponencia de Alertas y Planes de Preparación y Respuesta

Protocolo en continua revisión según aparezcan nuevas evidencias

Contenido

1. Introducción 3
1.1. Agente 4
1.2. Características clínicas 4
1.3 Transmisión 5
1.4 Objetivo de este protocolo 6
2. Detección precoz 6
2.1. Criterios para la clasificación de casos 6
2.2 Clasificación de casos 7
2.3. Indicación de prueba diagnóstica y diagnóstico de laboratorio 7
2.5. Notificación 8
3. Medidas de control 8
3.1. Prevención y control de casos sospechosos, probables y confirmados 8
3.2. Manejo de contactos estrechos 11
3.2.1. Definición de los contactos estrechos 11
3.2.2. Actuaciones sobre los contactos estrechos 11
3.3. Recomendaciones de vacunación 12
3.4. Medidas de control medioambiental 12
3.5. Medidas en relación a trasplantes y hemoderivados 12
3.6. Manejo de cadáveres 13
Anexo 1. Encuesta epidemiológica casos de mpox 15

1. Introducción

La mpox antes conocida como viruela de los monos (*monkeypox*) 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 (MPXV) 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.

A finales de 2023 se originó un brote en República Democrática del Congo (RDC) que se extendió a otros países en la región. Los casos identificados en estos países corresponden al clado I (subclados Ia y Ib). De acuerdo con los datos disponibles, existen diferencias epidemiológicas entre ambos subclados, de manera que el subclado Ib ha afectado predominantemente a varones adultos y su expansión se sustenta principalmente en el contacto asociado a relaciones sexuales mientras que los casos por el subclado Ia se han dado mayoritariamente en población infantil y se han documentado múltiples modos de transmisión, incluida la transmisión de persona a persona por contacto estrecho tras la introducción como zoonosis en una comunidad. A fecha de 8 de agosto de 2024, y desde comienzos de este mismo año, según datos del CDC de África, se habían notificado más de 17.500 casos incluyendo 517 muertes (tasa de letalidad del 3 %) en el continente africano. La gran mayoría fueron notificados por RDC, con más de 16.700 casos incluidas 511 muertes. El 14 de agosto de 2024, el Director de General de la OMS, declaró oficialmente que el aumento continuo de mpox en la RDC y en un número creciente de países de África constituye una emergencia de salud pública de interés internacional de conformidad con el Reglamento Sanitario Internacional (2005).

1.1. 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 éste último 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 central se han detectado casos debidos a ambos subclados del clado I (Ia y Ib).

El MPXV pertenece al grupo 3 de la clasificación del Comité Asesor de Patógenos peligrosos de Reino Unido[1]. Produce síntomas similares a los observados en el pasado en personas 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.

1.2. Características clínicas

La infección por MPXV 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.

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 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 piel.

[1] https://www.hse.gov.uk/pubns/misc208.pdf

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 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 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 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 coxsackie 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.

1.3 Transmisión

La principal vía de transmisión es a través del contacto físico estrecho persona a persona.

La transmisión de MPXV de persona a persona está 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 las relaciones sexuales u 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.

La transmisión también podría ocurrir a través de otros mecanismos menos importantes: 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. El potencial riesgo de transmisión aérea es mínimo y estaría restringido al ámbito hospitalario en el contexto de maniobras que generen aerosoles.

Existe incertidumbre sobre el momento de inicio del periodo de transmisibilidad. En general se considera que 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. Esto puede llevar varias semanas.

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.

1.4 Objetivo de este protocolo

Garantizar la detección y el diagnóstico precoz de un caso de mpox con el fin de adoptar de manera inmediata las medidas de control adecuadas para evitar la aparición de casos secundarios.

2. Detección precoz

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

2.1. Criterios para la clasificación de casos

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 más de los siguientes: fiebre (>38´5ºC), dolor de cabeza intenso, mialgia, artralgia, dolor de espalda, linfadenopatía.*

Criterio epidemiológico:
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.
— Ha mantenido relaciones en contextos sexuales de riesgo.
— 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 MPXV mediante PCR específica o genérica para *Orthopoxvirus* en muestra clínica.

2.2 Clasificación de casos

- **Caso sospechoso**: cumple el criterio clínico
- **Caso probable**: cumple criterio clínico y criterio epidemiológico
- **Caso confirmado**: cumple criterio de laboratorio
- **Caso descartado:** casos sospechosos o probables en los que el resultado de laboratorio en muestras de alta calidad ha sido negativo

2.3. Indicación de prueba diagnóstica y diagnóstico de laboratorio

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

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 de salud pública diferenciadas sino a mejorar el conocimiento sobre las dinámicas de esta enfermedad y las implicaciones clínicas y epidemiológicas de los diferentes clados.

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 se realizará también en condiciones de refrigeración (2-8°C) Si las muestras ya estuvieran congeladas, se enviarían en hielo seco para evitar sucesivos procesos de descongelación- congelación.

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 UN 3373.

2.5. Notificación

Las Comunidades y Ciudades Autónomas notificarán con periodicidad mínima semanal los casos confirmados a través de la plataforma SiViEs Plus con las especificaciones definidas en el metadata acordado por la RENAVE.

Además de lo anterior, el Servicio de Vigilancia de la comunidad autónoma informará de forma urgente al CCAES y al CNE ante las siguientes situaciones:

- Todos los casos confirmados pertenecientes al clado I.
- Los casos probables y confirmados en personas procedentes de áreas afectadas por el brote por clado I de África central.
- Los brotes en los que se observe un patrón epidemiológico diferente del asociado al observado hasta ahora en nuestro país (sospecha de transmisión por mecanismos infrecuentes, mayores tasas de ataque secundario o mayor proporción de casos graves).
- Los casos de especial gravedad, considerando como tales aquellos que presenten 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 a juicio clínico revistan especial gravedad,
- Los brotes supracomunitarios o cuya magnitud o extensión requieran medidas de coordinación nacional.

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

3. Medidas de control

En estos momentos, con la información disponible sobre las características clínicas y epidemiológicas de los diferentes clados del virus, se considera que las medidas de control deben ser las mismas para los casos y contactos de mpox por clado II o clado I.

3.1. Prevención y control de casos sospechosos, probables y confirmados

A continuación, se describen las medidas a seguir diferenciando las recomendaciones en caso 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, la OMS recomienda el uso de preservativo en las relaciones sexuales durante las primeras 12 semanas tras finalizar el aislamiento.
- Usar mascarilla quirúrgica en aquellos que presenten síntomas respiratorios. En estos casos, se recomienda que el resto de convivientes lleve mascarilla cuando se acerquen para 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.)
- 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 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).

Durante el ingreso hospitalario

- 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.
- 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 el envío de muestras se seguirá lo indicado en el apartado 2.3.
- 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 residuos Biosanitarios Especiales.

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

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.

3.2. Manejo de contactos estrechos

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

3.2.1. Definición de los contactos estrechos

Se clasificarán como 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 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.

- En ausencia de contacto físico, pero con el antecedente de exposición a menos de 1 metro, durante un tiempo acumulado superior a cuatro horas, sin protección, con un caso, se deberá realizar una evaluación individualizada del riesgo caso por caso. Si el caso o el contacto utilizaron mascarilla, dicha interacción no tendrá consideración de contacto estrecho.

- 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 MPX o con ropa o fómites del cadáver, sin el EPI apropiado (o con incidencias en su utilización).

Se recogerá información detallada sobre el contacto de cada persona con el caso.

3.2.2. Actuaciones sobre los contactos estrechos

Seguimiento

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 en el punto 3 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.

3.3. 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

3.4. Medidas de control medioambiental

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 ésta 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 cuando se trate de este ámbito 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, sofás y otros objetos utilizados. Los desechos, como pañuelos, condones y toallas de papel, deben colocarse en bolsas dobles y gestionarse mediante la gestión estándar de desechos.

3.5. 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 (*https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/medicinaTransfusional/acuerdos/docs/MonkeyPOX_y_SeleccionDonantes.pdf*) 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.

3.6. Manejo de cadáveres

Los cadáveres de las personas fallecidas por Mpox, 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.”

GOBIERNO DE ESPAÑA MINISTERIO DE SANIDAD

Instituto de Salud Carlos III

Anexo 1. Encuesta epidemiológica casos de mpox

DATOS DEL DECLARANTE Y DE LA DECLARACIÓN

Comunidad Autónoma declarante: .....
Identificador del caso para el declarante: .....
Fecha de la primera declaración del caso [1]: ..... / ..... / .....
Identificación del caso en SiViES:.....
Fecha de declaración del caso a nivel estatal : .../.../....

DATOS DEL PACIENTE

Identificadores del Paciente *(especificados en el metadata)*:
CIP-SNS: ..... CIPA: ..... DNI/NIE: ..... Pasaporte: .....
Fecha de nacimiento: ..... / ..... / .....
Edad: ..... **Edad en meses (en menores de 2 años)** .....
Sexo (sexo administrativo):
Hombre ☐
Mujer ☐

Sexo al nacimiento: Hombre ☐ Mujer ☐

Lugar de residencia:

País: .....
Provincia: .....
País de nacimiento: .....
C. Autónoma: .....
Municipio: .....

DATOS DE LA ENFERMEDAD

Fecha del caso (Fecha de inicio de síntomas o fecha más temprana entre FDiag, FMuestra o FDeclaración): ----/----/----
Fecha de inicio de síntomas (indicar la del primer síntoma que aparezca) ..... / ..... / .....
Manifestaciones clínicas a lo largo de todo el proceso (marcar las que correspondan)**:**

☐ Asintomático
☐ Fiebre
☐ Astenia
☐ Dolor de garganta
☐ Dolor muscular
☐ Cefalea
☐ Linfadenopatías generalizadas
☐ Linfadenopatías localizadas

☐ Exantema anogenital
☐ Exantema oral-bucal
☐ Exantema en otras localizaciones (excluyendo anogenital o bucal)
☐ Fecha de aparición del exantema .... / ..... /.....

Complicaciones a lo largo de todo el proceso (marcar las opciones que correspondan):
☐ Infecciones bacterianas secundarias,
especificar localización y microorganismo: [loca1]- [micro1]|…|[locaN]-[microN]
☐ Infección de la córnea

☐ Bronconeumonía
☐ Encefalitis/Meningoencefalitis
☐ Sepsis
☐ Úlcera bucal
☐ Otra. Especificar: _____

Hospitalización [2]: Sí ☐ No ☐
Fecha de ingreso en Hospital: ..... / ...../ .....
Fecha de alta hospitalaria: ..... / ...../.....

Ingreso en UCI: Sí ☐ No ☐
Fecha de ingreso en UCI: ..... / ...../ .....
Fecha de alta en UCI: ..... / ...../.....

Defunción: Sí ☐ No ☐
Fecha de defunción: ..... / ..... / .....

DATOS DE LABORATORIO

Fecha de toma de muestra: ..... / ..... / .....
Fecha de diagnóstico de laboratorio (fecha del primer resultado concluyente): ..... / ..... / .....
Agente causal: virus mpox
Clado: ☐ Clado I ☐ Clado II
☐ Subclado Ia ☐ Subclado IIa
☐ Subclado Ib ☐ Subclado IIb

Muestra (marcar las que tengan resultado positivo):

☐ Líquido vesicular
☐ Lesiones cutáneas
☐ Otras muestras
Especificar:

Prueba (marcar al menos una de las pruebas con resultado positivo):
☐ PCR específica de virus monkeypox
☐ PCR orthopoxvirus
☐ PCR sin especificar tipo
☐ Secuenciación

DATOS DEL RIESGO

Historia de viaje internacional en los <u>21 días anteriores</u> al inicio de los síntomas
No ☐
Sí ☐ Especificar destino/s (País): _____

Importado [3]: Sí ☐ No ☐

Posibles exposiciones de riesgo en los <u>21 días anteriores</u> a FIS:

1. **Exposición ocupacional de riesgo en entorno sanitario** (pinchazo, laboratorio, contacto con material potencialmente contaminado, profesional sanitario sin EPI, otra)
   No ☐
   Sí ☐

2. **Exposición ocupacional de riesgo en entorno no sanitario/socio-sanitario**
   No ☐

Sí ☐

3. **Exposición ocupacional de riesgo en entorno familiar**
   No ☐
   Sí ☐

4. **Exposición ocupacional de riesgo en entorno escolar** (por ejemplo, colegios, guarderías, etc)
   No ☐
   Sí ☐

5. **Exposición no sexual en lugares de ocio**
   No ☐
   Sí ☐

6. **Es contacto estrecho de un caso (probable o confirmado) de MPX (excluye exposiciones ocupacionales de riesgo)**
   No ☐
   Sí ☐

7. **Ha tenido contacto con un animal previo a FIS:**
   ☐ No
   ☐ Sí, roedor doméstico
   ☐ Sí, otro doméstico
   ☐ Sí, roedor salvaje
   ☐ Sí, cualquier otro salvaje

8. **Ha tenido relaciones sexuales con:** (marcar todas las que correspondan)
   Hombre ☐
   Mujer ☐
   NS/NC ☐

9. **Relaciones sexuales en lugares de ocio**
   No ☐
   Sí, lugar privado ☐
   Sí, lugar público ☐

10. **Asistencia a eventos multitudinarios:**
    No ☐
    Sí ☐ **Especificar evento y ciudad**: [evento1]- [ciudad1]|[evento2]-[ciudad2]|…|[eventoN]-[ciudadN]

11. **Relaciones sexuales en el contexto del evento**
    No ☐
    Sí ☐

Mecanismo de transmisión más probable:

☐ Transmisión desde un animal
☐ Asociado a cuidados sanitarios (profesional)
☐ Transmisión en laboratorio (profesional)
☐ Madre-hijo durante el embarazo
☐ Otros mecanismos
☐ Persona a persona (excluye: madre-hijo, asociada a cuidados sanitarios profesionales y transmisión sexual)
☐ Transmisión sexual

☐ Transfusión
☐ Desconocido

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 en la infancia?

No ☐
Sí ☐

¿Ha sido vacunado de mpox en el contexto del actual brote?

No ☐
Sí ☐ Especificar:
Nº de dosis: 1 dosis ☐
2 dosis ☐
Ns/NC ☐
Fecha de primera dosis: ..... / ..... / .....
Fecha de última dosis: ..... / ..... / .....

OTRA INFORMACIÓN

Ha tenido contacto con una mascota tras FIS:

☐ No ha tenido contacto con mascota
☐ Sí, con gatos
☐ Sí, con perro
☐ Sí, con roedores
☐ Sí, con otras mascotas. Especificar: _____

¿La mascota presenta síntomas compatibles de enfermedad?

No ☐
Sí ☐

CLASIFICACION DEL CASO

☐ Confirmado

Asociado a brote:

Sí ☐ No ☐

Identificación del brote: .....
C. Autónoma de declaración del brote: .....

OBSERVACIONES

……
……
……
……

1. Fecha de la primera declaración del caso: Fecha de la primera declaración al sistema de vigilancia (habitualmente realizada desde el nivel local).
2. Ha estado hospitalizado en algún momento por esta enfermedad Estancia de al menos una noche en el hospital.
3. Importado: El caso es importado si el país en el que se ha producido la exposición del caso es diferente de España.