

Recomendaciones SEIMC

Sociedad Española de Enfermedades
Infecciosas y Microbiología Clínica



**Recomendación sobre vacunación frente a Mpox e
importancia de la asignación de clado mediante
diagnóstico molecular**

febrero de 2026

La infección por Mpox, causada por el virus mpox (antes conocido como *monkeypox virus*) dio lugar en 2022 al primer brote de alcance mundial fuera de los países endémicos. Este episodio se asoció a la expansión del clado IIb, y transmisión predominantemente por contacto estrecho, incluyendo las relaciones sexuales principalmente entre hombres que tienen sexo con hombres. Debido a su rápida diseminación internacional, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró en julio de 2022 la Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII). Según los datos de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE), en España se han declarado desde el principio del brote a enero de 2026, un total de 9.420 casos, de los cuales el 79,8% (7.521 casos) fueron diagnosticados durante 2022, situando a nuestro país con el mayor número de infecciones documentadas de la Unión Europea.

La implementación de medidas de control, entre ellas la vacunación dirigida a poblaciones de mayor riesgo, permitió una reducción drástica de la incidencia en 2023, lo que motivó la desactivación de la ESPII en mayo de 2023. No obstante, desde entonces, se han seguido detectando casos esporádicos y pequeños brotes, en prácticamente cualquier lugar del mundo con una tendencia a un discreto incremento en los años posteriores, según la OMS.

En agosto de 2024, la OMS declaró una nueva ESPII ante la expansión en el continente africano del clado Ib del virus inicialmente asociado a la sospecha de mayor gravedad clínica. En septiembre de 2025 se notificó en España el primer caso importado por este nuevo clado y en octubre del mismo año, los primeros casos de transmisión autóctona. Desde entonces, el número de infecciones causadas por clado Ib han ido aumentando en España. Sin embargo, los datos clínicos disponibles hasta la fecha no confirman una mayor gravedad en comparación con el clado IIb, ni mayor mortalidad.

Esta actual situación epidemiológica, se ha complicado por la reciente descripción de formas recombinantes entre clado Ib y IIb cuyo comportamiento clínico y epidemiológico es aún incierto. Este escenario, refuerza la necesidad de mantener una vigilancia activa en la identificación de nuevos casos y en la correcta asignación del clado en todas las nuevas infecciones de mpox detectadas. Sin embargo, a nivel nacional aproximadamente un 27% de las nuevas infecciones carecen de la asignación de clado en nuestro país. Paralelamente, el 89,8% de las nuevas infecciones detectadas ocurren en personas no vacunadas (o con estado vacunal desconocido). Este dato subraya la necesidad de reforzar la concienciación de la vacunación a las personas con mayor riesgo de exposición al virus.

Manifestaciones clínicas y consideraciones diagnósticas

La infección se manifiesta clínicamente con lesiones cutáneas (rash vesiculopustuloso, úlceras, lesiones umbilicadas) inicialmente en las zonas de contacto, que suelen acompañarse de sintomatología sistémica como malestar general, fiebre, linfadenopatías generalizadas, artromialgias, proctitis dolorosa, etc... y producir complicaciones locales como sobreinfección bacteriana, abscesos entre otros.

Aunque la mayoría de los casos cursan de forma leve y autolimitada, en ocasiones pueden producirse complicaciones que han hecho necesario el ingreso hospitalario. En personas que viven con VIH (al menos el 33,8% de las infecciones ocurren en personas con VIH) se han objetivado cuadros más graves.

En los últimos meses se han detectado reinfecciones, incluso en pacientes vacunados (9,5%). En estos pacientes, probablemente debido a la inmunidad natural y/o adquirida, las manifestaciones clínicas tienden a ser más leves y atípicas, con lesiones de menor tamaño y duración; además las

lesiones se presentan más espaciadas, lo que dificulta su diagnóstico clínico. Esta situación favorece que casos paucisintomáticos puedan pasar desapercibidos y contribuir a diseminar la infección, pudiendo causar pequeños brotes, por lo que la vigilancia profesional se hace más necesaria.

Recomendaciones

Ante la persistencia de casos, el aumento de infecciones por (clado Ib y la elevada proporción de personas no vacunadas entre los casos recientes, se consideran prioritarias las siguientes actuaciones:

1. Reforzar la vacunación.

Es una de las medidas preventivas más importantes para evitar la enfermedad, reducir la tasa de complicaciones y la transmisibilidad entre sujetos. Aunque una dosis tiene una eficacia alta, ésta aumenta con la segunda dosis, separada al menos un mes de la primera. Un alto porcentaje de las personas están vacunadas con una dosis, recomendándose completar la pauta de vacunación con la segunda dosis. Los profesionales sanitarios, especialmente aquellos que atienden a poblaciones con mayor riesgo de exposición, deben mantener el consejo activo de vacunación.

2. Mantener la vigilancia clínica

Mpox debe incluirse en el diagnóstico diferencial de lesiones ulcerativas, proctitis, etc... Además de los centros y las clínicas de ITS, esta alerta debe ser extensible a los Servicios de Urgencias, Atención Primaria y resto de especialidades que pueden detectar un posible caso (Dermatología, Urología, Ginecología, ...). Es conveniente en estos casos incluir otras PCR sindrómicas de las lesiones ulcerativas (VHS, VVZ, *Treponema pallidum*), dada la falta de especificidad esperable de las lesiones dérmicas y las posibles coinfecciones.

3. Garantizar el diagnóstico microbiológico y la asignación de clado

Los Servicios de Microbiología deben mantener las técnicas diagnósticas moleculares disponibles para confirmar o descartar los casos y en la medida de lo posible realizar la caracterización genética para la correcta asignación de clado. Ya existen varias soluciones comerciales para la correcta asignación de clados, pero en ausencia de capacidad local para dicha caracterización, se debe asegurar la derivación de muestras a los laboratorios de referencia designados en cada Comunidad Autónoma o bien al CNM.

.La información generada debe tener como objetivo la toma de decisiones de salud pública y el manejo clínico del paciente.

4. Diagnóstico de infección por VIH y otras ITS

Dada la elevada proporción de casos de mpox en personas que viven con el VIH, y la potencial peor evolución en esta coinfección, es imprescindible la realización de la serología de VIH en los casos con diagnóstico de mpox. También es preciso realizar una exploración y anamnesis exhaustiva unido al despistaje de otras posibles ITS acompañantes en caso de positividad de mpox.

5. Reforzar los mensajes de prevención frente a mpox y otras ITS

Ante la sospecha o confirmación de mpox es importante incidir en las medidas de prevención de la transmisión de esta enfermedad, así como otras posibles ITS. Se debe enfatizar en la utilización de métodos barrera y en la abstención de mantener relaciones sexuales mientras duren los síntomas o lesiones activas.

Documento consensuado por Grupo de trabajo de Mpox y Grupos de estudio SEIMC: GEITS, GeSIDA y GEHEP