

CLÚSTER DE CASOS DE MPOX CLADO Ib EN GRANADA (DICIEMBRE DE 2025 – FEBRERO DE 2026)

INTRODUCCIÓN

El mpox (antes denominado monkeypox) es una zoonosis vírica causada por un virus de ADN bicatenario con envoltura perteneciente al género *Orthopoxvirus* de la familia *Poxviridae* (1). Se distinguen dos clados principales, el clado I (subclados Ia e Ib) y el clado II (subclados IIa e IIb), que presentan diferencias en su distribución geográfica y características epidemiológicas (1,2). Históricamente, el clado I se ha asociado a mayor gravedad clínica y circulación en África Central y Oriental, mientras que el clado II fue el responsable del brote multinacional iniciado en 2022 (2,3).

La transmisión del virus se produce fundamentalmente por contacto estrecho con una persona infectada, incluyendo el contacto directo piel con piel, mucosas o fluidos corporales, así como por fómites contaminados (1,3). En el contexto actual, la transmisión se ha asociado principalmente a contactos estrechos en el ámbito sexual (2). El periodo de incubación oscila entre 1 y 21 días. Clínicamente, la enfermedad suele ser autolimitada, con una duración de 2 a 4 semanas, caracterizada por la aparición de lesiones cutáneas típicas acompañadas de síntomas generales como fiebre, cefalea, mialgias y linfadenopatías, si bien

puede presentar mayor gravedad en personas inmunodeprimidas (1,4).

El diagnóstico de confirmación es microbiológico, mediante técnicas de amplificación de ácidos nucleicos (PCR), habitualmente a partir de muestras de lesiones cutáneas (3). En cuanto a la prevención, la vacunación frente a mpox constituye una de las principales herramientas de control, tanto en estrategias de preexposición en grupos de riesgo como de posexposición en contactos estrechos (5), aunque la evidencia disponible sobre su efectividad frente a clado I, y en particular clado Ib, es aún limitada (2). El tratamiento es fundamentalmente sintomático, reservándose antivirales en casos seleccionados (1).

El brote multinacional iniciado en 2022, causado por el clado IIb, supuso un cambio epidemiológico relevante al extenderse ampliamente fuera de las zonas endémicas (3). Posteriormente, la expansión del clado I en varios países africanos y la detección de casos fuera de estas áreas han puesto de manifiesto la evolución reciente de la epidemiología de la enfermedad (2).

Desde octubre de 2025, la detección en Europa de casos de mpox clado Ib adquiridos localmente evidenció la transición desde casos importados hacia la

transmisión autóctona en varios países (2). En España, el primer caso de clado Ib se notificó el 23 de septiembre de 2025 en la Comunidad de Madrid, correspondiente a un caso importado asociado a un viaje reciente a Tanzania y no vacunado. Pocas semanas después, el 10 de octubre de 2025, se notificó el segundo caso confirmado y el primer caso autóctono, sin antecedente de viaje, correspondiente a un varón con clínica leve previamente vacunado (6).

Desde agosto de 2024 comenzó a recogerse de forma específica la información sobre clado. En España, en 2025 se notificaron 57 casos de clado I, que representaron el 6,9% del total de casos ese año, mientras que en enero-febrero de 2026 se registraron 46 casos, alcanzando el 42,2%, debido fundamentalmente al subclado Ib (6). Estos datos reflejan un incremento notable del peso relativo de este subclado en la epidemiología reciente en España.

En Andalucía se ha observado un patrón similar en este periodo. En diciembre de 2025 se diagnosticaron en la provincia de Granada los primeros casos de mpox correspondientes a clado Ib. En las semanas posteriores se identificaron varios casos adicionales sin que pudiera establecerse un vínculo epidemiológico directo entre ellos, lo que motivó la investigación de un posible clúster.

A partir de este evento inicial, se asociaron los casos de clado Ib detectados en Andalucía hasta la finalización de su seguimiento el 24 de febrero de 2026. En este periodo se identificaron 36 casos asociados, distribuidos principalmente en la provincia de Granada (23), seguida de Sevilla (8), Málaga (2), Almería (2) y Cádiz (1). Con posterioridad a esta fecha, se han seguido notificando nuevos casos en la comunidad, no

vinculados a este evento, en un contexto de mayor circulación del clado Ib en España.

La aparición de casos de mpox clado Ib sin vínculo epidemiológico claro en un contexto de expansión de este subclado en España hace relevante su caracterización y el análisis de la respuesta de salud pública implementada.

El objetivo del presente trabajo es describir el clúster de mpox clado Ib ocurrido en Granada y las actuaciones desarrolladas para su control.

OBJETIVOS

Objetivo principal

Describir las características epidemiológicas, clínicas y microbiológicas del clúster de casos de mpox clado Ib en personas residentes en la provincia de Granada entre el 22 de diciembre de 2025 y el 24 de febrero de 2026.

Objetivos específicos

- Describir las características demográficas, antecedentes y mecanismo de transmisión de los casos.
- Describir las manifestaciones clínicas, complicaciones y hallazgos microbiológicos.
- Describir el estudio de contactos, incluyendo su tipología, la vacunación posexposición y la aparición de casos secundarios.
- Describir las actuaciones de salud pública implementadas durante la investigación del clúster.
- Describir la evolución temporal de los casos durante el periodo de estudio.

METODOLOGÍA

Diseño del estudio

Se realizó un estudio descriptivo de un clúster de casos de mpox clado Ib, incluyendo el análisis de los contactos asociados, en población residente en la provincia de Granada.

Ámbito y periodo de estudio

El estudio incluyó a todas las personas con residencia habitual en la provincia de Granada con diagnóstico confirmado de mpox clado Ib entre el 22 de diciembre de 2025, fecha de detección microbiológica del primer caso, y el 24 de febrero de 2026, fecha del último caso considerado dentro del clúster según los criterios establecidos por la autoridad sanitaria autonómica, estableciéndose este momento como final del clúster en el contexto de la extensión del clado Ib a nivel nacional.

Población de estudio

Se incluyeron los casos confirmados de mpox clado Ib residentes en la provincia de Granada durante el periodo de estudio, así como los contactos identificados durante la investigación epidemiológica.

Definiciones

Caso: Persona con confirmación microbiológica de mpox clasificada como clado Ib.

Clúster: Agrupación no usual de casos que están asociados en tiempo y/o espacio.

Contacto estrecho: Persona que ha tenido contacto directo con un caso confirmado o probable durante su periodo de transmisibilidad, incluyendo contacto físico estrecho (piel con piel o contacto sexual), contacto con

lesiones cutáneas, fluidos corporales o materiales contaminados (fómites), así como contacto prolongado cara a cara sin medidas de protección adecuadas (5).

Caso secundario: contacto que desarrolló infección por mpox tras la exposición a un caso confirmado durante el periodo de seguimiento.

Vacunación preexposición: Administración de la vacuna frente a mpox antes de una posible exposición al virus, dirigida a personas con mayor riesgo de infección (7). Se consideró pauta completa la administración de dos dosis (7).

Vacunación posexposición: Administración de la vacuna tras una exposición conocida a un caso de mpox, con el objetivo de prevenir la infección o reducir la gravedad de la enfermedad (7). Se consideró como vacunación la administración de al menos una dosis, ampliándose a dos dosis en aquellas personas que cumplieran criterios de vacunación preexposición (7).

Fuentes de información

La información se obtuvo a partir del sistema de vigilancia epidemiológica de Andalucía (Red Alerta), de los datos microbiológicos proporcionados por los servicios de Microbiología de los centros hospitalarios implicados y de los registros de seguimiento de casos y contactos realizados por los servicios de Epidemiología y Medicina Preventiva.

Asimismo, se realizó una recogida sistemática de información mediante una encuesta específica diseñada en la plataforma REDCap (Research Electronic Data Capture), adaptada a partir de la encuesta epidemiológica de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE) (8,9). Todas las encuestas fueron cumplimentadas para los casos incluidos,

generándose una base de datos que fue utilizada para el análisis.

Variables analizadas

Se analizaron variables demográficas (edad, sexo, país de nacimiento), clínicas (manifestaciones, complicaciones y hospitalización), epidemiológicas (fecha de inicio de síntomas y de declaración, mecanismo de transmisión más probable), antecedentes personales (infección por VIH y vacunación previa frente a mpox), así como variables conductuales (en varones, mantenimiento de relaciones sexuales con otros hombres). Asimismo, se recogieron variables microbiológicas, incluyendo tipo de muestra y realización de secuenciación.

En los contactos se analizaron el número total identificado, el tipo de contacto, la vacunación previa, la vacunación posexposición administrada y la aparición de casos secundarios.

Respuesta de salud pública

Se realizó una descripción de las actuaciones de salud pública implementadas durante la investigación del clúster, incluyendo las medidas de detección precoz de casos, control, estudio de contactos, vacunación posexposición y coordinación entre niveles asistenciales.

Análisis

Se llevó a cabo un análisis descriptivo de las variables, expresando las variables cualitativas como frecuencias absolutas y relativas, y las cuantitativas mediante mediana y rango intercuartílico. Se construyó una curva epidémica utilizando la fecha de inicio de síntomas. Asimismo, se describieron los contactos identificados,

la vacunación posexposición administrada y la aparición de casos secundarios.

Consideraciones éticas

Los datos fueron obtenidos en el marco de las actividades de vigilancia epidemiológica y control de enfermedades transmisibles, garantizando la confidencialidad de la información.

RESULTADOS

Detección y delimitación del clúster

Entre el 22 de diciembre de 2025 y el 19 de febrero de 2026 se identificaron 23 casos de mpox clado Ib en personas con residencia habitual en la provincia de Granada. El último caso en Andalucía incluido en el clúster se detectó el 24 de febrero de 2026.

Todos los casos incluidos fueron confirmados microbiológicamente y clasificados como clado Ib. En 12 casos se realizó secuenciación genómica, identificándose el linaje SH2023.

Distribución temporal

La distribución temporal de los casos (Figura 1) mostró una mayor concentración al inicio del periodo, con descenso progresivo hasta el último caso detectado en Granada el 19 de febrero de 2026.

Curva epidemiológica de mpox

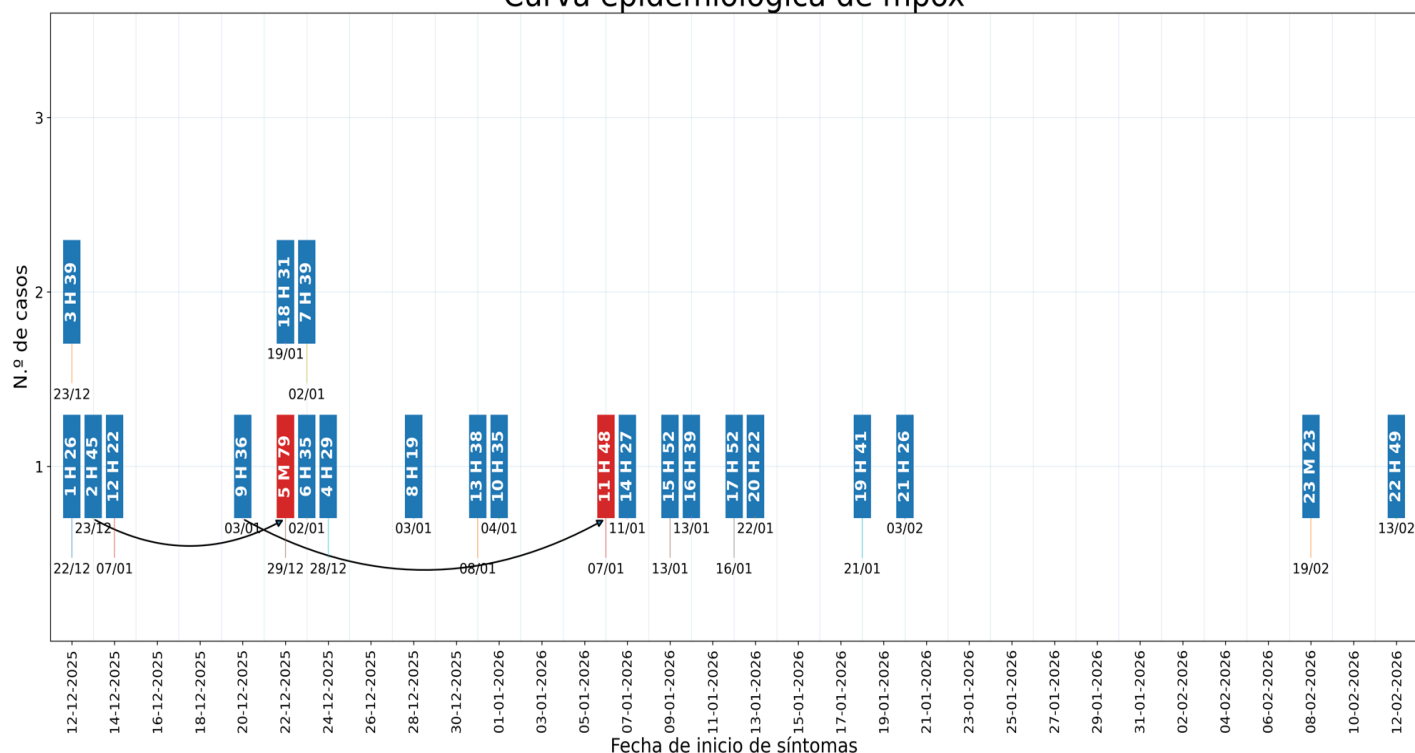


Figura 1. Curva epidemiológica del clúster de mpox en Granada según fecha de inicio de síntomas (diciembre de 2025– febrero de 2026).

Cada bloque representa un caso; en su interior se indica el número de orden de declaración, sexo (H: hombre; M: mujer) y edad en años. Los colores diferencian casos primarios (azul) y secundarios (rojo). La posición en el eje horizontal corresponde a la fecha de inicio de síntomas, mientras que la fecha situada bajo cada bloque indica la fecha de declaración del caso.

Características de los casos

La edad de los casos osciló entre 18 y 79 años, con una mediana de 36 años (RIC: 26,5–43).

Se observó un claro predominio de hombres (21 casos; 91,3%), y la mayoría de los casos había nacido en España (19 casos; 82,6%).

En relación con la infección por VIH, 3 casos (13,0%) presentaban coinfección, mientras que en el resto no se identificó infección.

Entre los hombres, 19 de 21 (90,5%) refirieron tener sexo con hombres (HSH), sin que ello implique

necesariamente relaciones sexuales durante el periodo de transmisibilidad.

Las características detalladas de los casos se presentan en la Tabla 1.

Variable	n (%)
Sexo	
Hombre	21 (91,3%)
Mujer	2 (8,7%)
País de nacimiento	
España	19 (82,6%)
Otros países	3 (13,0%)
Desconocido	1 (4,3%)
VIH positivo	
Sí	3 (13,0%)
No	20 (87,0%)
Relaciones sexuales HSH	
Sí	19 (90,5%)
No	2 (9,5%)

Tabla 1. Características epidemiológicas de los casos de mpox.

Antecedentes y exposición

El mecanismo de transmisión más frecuente fue el contacto sexual, representando la mayoría de los casos (14 casos, 60,9%) (Gráfico 1). En menor proporción, se identificaron transmisiones por contacto estrecho no sexual y en el ámbito familiar. Destaca que en un porcentaje relevante de casos (7 casos, 30,4%) no fue posible determinar el mecanismo de transmisión, pese a haberse realizado la encuesta epidemiológica, debido a la insuficiencia de la información recogida para identificar contactos o exposiciones concretas.

Respecto a la vacunación previa frente a mpox, 3 casos (13,0%) presentaban antecedente de vacunación (dos con pauta completa y uno con una dosis), mientras que en la mayoría de los casos (20 casos, 87,0%) no constaba vacunación previa.

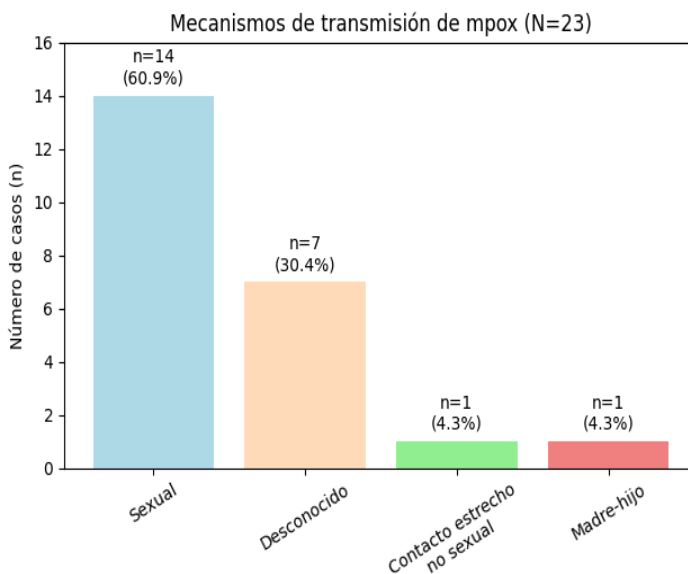


Gráfico 1. Distribución de los mecanismos de transmisión de mpox.

Manifestaciones clínicas, complicaciones y microbiología

Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron las lesiones cutáneas en otras localizaciones distintas a las oral-bucales o anogenitales (20 casos; 87,0%), la fiebre (14 casos; 60,9%) y las lesiones anogenitales (12 casos; 52,2%). También se observaron dolor de garganta y linfadenopatías localizadas (11 casos; 47,8% cada una), así como otros síntomas recogidos en el Gráfico 2.

Se registraron complicaciones en 4 casos (17,4%), siendo la más frecuente la úlcera bucal (3 casos). En un caso se notificó otro tipo de complicación, no especificada en la información disponible. No se documentaron complicaciones graves como bronconeumonía ni infecciones bacterianas secundarias. La mayoría de los casos (19; 82,6%) no presentó complicaciones. Dos casos (8,7%) requirieron hospitalización, frente a 21 (91,3%) que no precisaron ingreso.

Desde el punto de vista microbiológico, la muestra positiva fue líquido vesicular en 18 casos (78,3%) y muestras de lesiones cutáneas en 5 casos (21,7%). En 12 casos se realizó secuenciación genómica, identificándose el linaje SH2023.

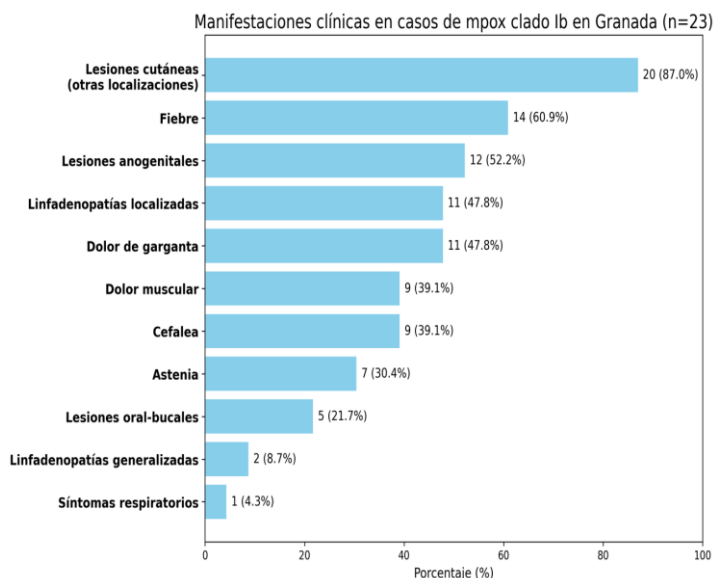


Gráfico 2. Manifestaciones clínicas de los casos de mpox.

Estudio de contactos y casos secundarios

Se identificaron un total de 42 contactos estrechos, predominando los convivientes (32; 76,2%), seguidos de los contactos sexuales (4; 9,5%). En menor proporción, se registraron contactos en el ámbito sanitario, laboral y otros contextos (2 casos en cada uno; 4,8%).

Durante el seguimiento se identificaron 2 casos secundarios (4,8% de los contactos). Uno de ellos correspondió a transmisión en el ámbito familiar (de hijo a madre), mientras que el otro se produjo en un contacto estrecho sexual.

Vacunación posexposición

En 33 contactos (78,6%) se administró vacunación posexposición. De los nueve contactos no vacunados (21,4%), uno presentaba antecedente de vacunación previa, dos fueron clasificados como casos secundarios, en tres no se disponía de información al tratarse de contactos fuera de Andalucía, y en cuatro casos la vacunación no se realizó por rechazo o falta de asistencia a la cita.

Las características de los contactos, incluyendo el tipo de exposición, estado vacunal y aparición de casos secundarios, se muestran en la Tabla 2.

Tipo de contacto	Total n (%)	Vacunación preexposición, n	Vacunación posexposición, n	Casos secundarios, n
Conviviente	32 (76,2%)	1	24	1
Sexual	4 (9,5%)	0	3	1
Asistencial sanitario	2 (4,8%)	0	2	0
Contacto laboral	2 (4,8%)	0	2	0
Otros	2 (4,8%)	0	2	0

Tabla 2. Contactos estrechos según tipo de exposición, estado vacunal y aparición de casos secundarios.

Respuesta de salud pública

La detección de los primeros casos de mpox fue notificada a Epidemiología del Distrito Sanitario Granada-Metropolitano por el Servicio de Microbiología del Hospital Universitario Clínico San Cecilio, identificándose la presencia de un clado no previamente descrito en el ámbito autonómico (clado lb). Ante la posible introducción de este nuevo clado, se inició una investigación epidemiológica dirigida a identificar posibles vínculos epidemiológicos entre los casos. Para ello, se adaptó la encuesta epidemiológica disponible hasta el momento mediante una

herramienta específica desarrollada en la plataforma REDCap, incorporando variables orientadas a caracterizar exposiciones de riesgo y posibles vínculos epidemiológicos.

Asimismo, se realizó comunicación a los centros de salud y a los servicios asistenciales implicados, con el objetivo de reforzar la sospecha clínica y favorecer la detección precoz de nuevos casos. Se estableció coordinación estrecha con los servicios de Microbiología y Medicina Preventiva de los hospitales de referencia, así como comunicación interterritorial para el seguimiento de contactos fuera del ámbito autonómico.

De forma paralela, se implementaron las medidas habituales de control, incluyendo la realización de encuestas epidemiológicas, el estudio de contactos y el seguimiento activo de los casos hasta la resolución completa de las lesiones y de los contactos estrechos hasta la finalización del periodo de incubación.

Se recomendó aislamiento domiciliario de los casos, junto con medidas higiénico-sanitarias para reducir la transmisión en el ámbito domiciliario, así como la indicación de baja laboral en aquellos casos con lesiones activas hasta su resolución completa, según criterio clínico.

Se facilitó material informativo adaptado a los casos (Anexo 1), así como información dirigida a los profesionales sanitarios para reforzar la sospecha clínica de mpox.

En los contactos identificados se valoró la indicación de vacunación posexposición, gestionándose su administración en los casos indicados.

DISCUSIÓN

Este estudio describe un clúster de 23 casos de mpox clado Ib en residentes en Granada entre diciembre de 2025 y febrero de 2026, en un contexto en el que este clado no se había detectado previamente en Granada ni en Andalucía. El clúster se caracterizó por un claro predominio de hombres y un mecanismo de transmisión sexual de hombres que tienen sexo con hombres (HSH), en línea con lo descrito recientemente en Europa y otros países fuera de África (2,3).

Uno de los elementos más relevantes es que no fue posible establecer un vínculo epidemiológico directo entre todos los casos. En algunos casos, los contactos sexuales eran ocasionales o con personas desconocidas; en otros, no se aportó información suficiente para identificar o localizar a dichos contactos. Esta limitación ha sido descrita en informes recientes, que señalan la complejidad del rastreo de contactos en contextos de transmisión sexual (2).

La distribución temporal observada sugiere una concentración de casos al inicio del periodo de estudio, con descenso progresivo posterior. Dado el diseño descriptivo del trabajo, no puede establecerse una relación causal entre las actuaciones de salud pública y la disminución de casos. No obstante, la respuesta precoz y coordinada probablemente contribuyó a limitar la transmisión.

En el contexto local, la evolución de los casos de mpox en Granada desde 2022 permite situar este clúster dentro de una tendencia más amplia. En 2022 se notificaron 71 casos, concentrados en un periodo corto de tiempo durante el brote inicial. Posteriormente, la incidencia descendió de forma marcada, con 1 caso en

2023 y 8 casos en 2024. En 2025 se registraron 13 casos, de los cuales 9 correspondieron al clúster de clado Ib identificado a partir de finales de diciembre, mientras que los casos previos correspondían a clado II. En 2026, hasta el momento del cierre del estudio, se notificaron 15 casos, incluyendo los correspondientes a este clúster. En este contexto, el episodio descrito en 2025–2026 representa un nuevo aumento de casos asociado a la introducción del clado Ib, con un patrón diferente al observado en 2022, caracterizado por la dificultad para establecer vínculos epidemiológicos entre los casos.

Entre las actuaciones implementadas destacan, entre otras, la confirmación microbiológica temprana, la comunicación rápida del diagnóstico a los casos, la realización precoz de la encuesta epidemiológica y del estudio de contactos, la recomendación de aislamiento domiciliario, la indicación de baja laboral en los casos con lesiones activas, la entrega de material informativo específico y la información dirigida a profesionales sanitarios para reforzar la sospecha clínica. Estas medidas pudieron favorecer la detección precoz de casos, las precauciones aplicadas, la vacunación posexposición y, en conjunto, el control del clúster.

El estudio de contactos mostró además una transmisión secundaria limitada entre los contactos conocidos, con dos casos secundarios identificados. Aunque el número es pequeño, este hallazgo es compatible con lo descrito por el ECDC para el clado Ib en Europa, donde se subraya que persisten importantes lagunas de conocimiento sobre la transmisibilidad y sobre indicadores como las tasas de ataque secundario por tipo de exposición, pero donde también se ha observado que parte de la transmisión

detectada fuera de África ha sido limitada o focal (2). En este clúster, uno de los dos casos secundarios correspondió a transmisión intrafamiliar de hijo a madre, lo que recuerda que, aunque la mayor parte de la transmisión observada se produzca en redes sexuales, también pueden producirse eventos de transmisión en el hogar y en contactos estrechos no sexuales.

En nuestra serie, tres casos presentaban antecedente de vacunación preexposición y desarrollaron la enfermedad. Sin embargo, el reducido número de casos vacunados y la ausencia de un grupo comparativo no permiten valorar el posible efecto protector de la vacunación en este clúster. La evidencia disponible sobre la vacuna MVA-BN/JYNNEOS procede principalmente del contexto del brote por clado II y sugiere una efectividad aproximada del 82% para dos dosis en preexposición y del 76% para una dosis. La efectividad estimada para vacunación posexposición ha sido mucho más incierta (10). Sin embargo, tanto el ECDC como otros organismos subrayan que actualmente faltan datos específicos por clado, y que la efectividad real frente a clado Ib sigue siendo una de las lagunas prioritarias de conocimiento (2,10), aunque por analogía biológica se espera cierto grado de protección cruzada. Por ello, el hecho de que hubiera pocos casos previamente vacunados no permite, por sí solo, apoyar ni descartar la utilidad de la vacunación frente al clado Ib en este episodio.

Otro aspecto metodológico destacable es el uso de una encuesta específica en REDCap (8,9) adaptada de la encuesta de RENAVE. Disponer de un instrumento estandarizado facilita la recogida sistemática de información, mejora la comparabilidad entre casos y

reduce la pérdida de datos, especialmente en contextos en los que la investigación epidemiológica es compleja.

Este estudio tiene varias limitaciones. En primer lugar, el tamaño muestral es pequeño, lo que limita la precisión de las estimaciones y desaconseja cualquier análisis inferencial. En segundo lugar, la imposibilidad de identificar o localizar una parte de los contactos sexuales reduce la capacidad para reconstruir cadenas de transmisión y probablemente infraestima la magnitud real de las exposiciones. Por último, el propio contexto epidemiológico fue cambiante: durante el periodo de estudio, el clado Ib dejó de interpretarse como una introducción localizada y pasó a considerarse ya extendido en España, lo que obliga a interpretar este clúster como una fotografía de una fase temprana de expansión.

No se dispuso de secuenciación en todos los casos, aunque en los casos en los que se realizó secuenciación se identificó el linaje SH2023, perteneciente al clado Ib y descrito en la expansión reciente de mpox fuera de áreas endémicas. La presencia de varios casos con este linaje sugiere la circulación de esta variante en el clúster, sin que pueda determinarse si responde a una única introducción o a múltiples introducciones independientes.

Pese a estas limitaciones, el trabajo aporta información útil para la salud pública. En primer lugar, documenta la detección temprana de clado Ib en Granada y describe su patrón clínico y epidemiológico en un momento inicial de circulación. En segundo lugar, muestra las dificultades prácticas del estudio de contactos en contextos de transmisión sexual con contactos no identificables o no declarados. En tercer lugar, pone en

valor la respuesta coordinada entre microbiología, epidemiología, medicina preventiva y salud pública. Finalmente, subraya la importancia de mantener sistemas de vigilancia ágiles, instrumentos de investigación estandarizados y circuitos rápidos de información y control ante la aparición de nuevos clados o cambios en la epidemiología de mpox.

CONCLUSIONES

En la provincia de Granada se identificó un clúster de casos de mpox clado Ib entre diciembre de 2025 y febrero de 2026, caracterizado por un predominio de transmisión en el ámbito sexual y dificultades para establecer vínculos epidemiológicos entre los casos.

La transmisión secundaria detectada entre los contactos conocidos fue limitada. La respuesta precoz y coordinada de los servicios de microbiología, epidemiología, medicina preventiva y salud pública permitió la detección temprana de casos, la implementación de medidas de control y el seguimiento de contactos.

Este estudio pone de manifiesto la importancia de los sistemas de vigilancia, la recogida sistemática de información mediante herramientas estandarizadas y la coordinación entre niveles asistenciales para la gestión de eventos de salud pública, especialmente en contextos de aparición de nuevos clados o cambios en la epidemiología de la enfermedad.

AGRADECIMIENTOS

Se agradece la colaboración del Servicio de Microbiología del Hospital Universitario Clínico San Cecilio por la detección precoz de los casos, así como del Hospital Universitario Virgen de las Nieves.

Asimismo, se reconoce la implicación de los profesionales de Atención Primaria y de los Servicios de Medicina Preventiva y Salud Pública de ambos hospitales en la investigación y control del evento.

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. Mpox (monkeypox). Geneva: WHO; 2024. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mpox>
2. European Centre for Disease Prevention and Control. Mpox – Epidemiological update and risk assessment, including clade I transmission in Europe. Stockholm: ECDC; 2025.
3. European Centre for Disease Prevention and Control. Mpox outbreak: epidemiological overview, 2022–2024. Stockholm: ECDC; 2024.
4. Thornhill JP, Barkati S, Walmsley S, et al. Monkeypox virus infection in humans across 16 countries—April–June 2022. *N Engl J Med*. 2022;387:679–691.
5. Ministerio de Sanidad. Protocolo para la detección precoz y manejo de casos de mpox en España. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2024.
6. Centro Nacional de Epidemiología (ISCIII). Situación epidemiológica de los casos de mpox en España. Madrid: ISCIII; 2026. Disponible en:

<https://cne.isciii.es/documents/d/cne/situacion-epidemiologica-de-los-casos-de-mpox-20260303>

7. Junta de Andalucía. Vacunación frente a mpox en Andalucía: actualización 11 marzo 2026. Sevilla: Consejería de Salud y Consumo; 2026.
8. Harris PA, Taylor R, Thielke R, et al. Research electronic data capture (REDCap). A metadata-driven methodology and workflow process for providing translational research informatics support. *J Biomed Inform*. 2009;42(2):377–381.
9. Harris PA, Taylor R, Minor BL, et al. The REDCap consortium: Building an international community of software partners. *J Biomed Inform*. 2019;95:103208.
10. Centers for Disease Control and Prevention. Evidence to Recommendations for use of JYNNEOS vaccine for mpox prevention. CDC; 2023.

AUTORÍA

Esmeralda Rebeca Ruiz Vilchez (1), María Lucía Rojas Morante (2), Fernando Agustín Camacho (2), Chaimae Koraichi Rabie Senhaji (2), María Begoña López Hernández (3) y Diego Almagro Nievas (3).

- (1) MIR-3 de Medicina Preventiva y Salud Pública. Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada.
- (2) MIR-3 de Medicina Preventiva y Salud Pública. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.
- (3) Epidemiólogo/a de Atención Primaria. Distrito Granada Metropolitano.

MONKEY POX

RECOMENDACIONES PARA CASOS Y CONTACTOS

MECANISMOS DE TRANSMISIÓN

- Contacto físico directo con lesiones en piel, fluidos corporales u objetos contaminados
- Contacto cara a cara prolongado, a través de secreciones respiratorias
- Madre/feto
- Transmisión aérea si hay síntomas respiratorios. Riesgo mínimo.
- En zonas/ países endémicos: Contacto directo o indirecto con animales infectados vivos o muertos, incluido el consumo de carne.

Una persona enferma es contagiosa desde el inicio de síntomas hasta la desaparición de las lesiones cutáneas.

SÍNTOMAS

- Fiebre, dolor muscular, cefalea, inflamación de ganglios (linfadenopatías), cansancio.
- Erupción en cualquier parte del cuerpo.
- Duración del cuadro: 2-4 semanas



RECOMENDACIONES CASOS

- Higiene de manos
- Cubrir las lesiones cutáneas. Si el nº de lesiones están elevado que no permita cubrir las por completo, permanecer en domicilio evitando interacciones con otras personas
- Uso correcto de mascarilla si existen síntomas respiratorios.
- Reducir al mínimo las relaciones con otras personas, especialmente población vulnerable (niños, embarazadas, inmunodeprimidos...)
- No compartir ropa ni utensilios de menaje. Limpieza y desinfección del hogar (agua con lejía)
- Evitar contacto físico y no tener relaciones sexuales
- Evitar contacto con animales silvestres o domésticos. Si el animal presenta lesiones llamar al teléfono de epidemiología en horario laboral o al 061 fuera de horario laboral
- Mantener precauciones en los contactos sexuales hasta 3 meses tras curación, mediante uso de preservativo.

RECOMENDACIONES CONTACTOS ESTRECHOS (21 DÍAS DESDE EL ÚLTIMO CONTACTO)

- Extremar precauciones y evitar interacciones sociales. Limitar contactos
- Evitar relaciones sexuales
- Ante aparición de síntomas: Adoptar las recomendaciones establecidas para casos. Llamar al teléfono de epidemiología en horario laboral o al 061 fuera de horario laboral.

Actualizado 5 de febrero de 2025

Enlaces de interés

Vacunas

- **Coberturas de vacunación de Andalucía**, en la web de ANDAVAC:

<https://www.andavac.es/coberturas-vacunales/>

- **Coberturas de gripe, por distritos, provincias, edades**; en la web del IECA:

<https://www.juntadeandalucia.es/institutodeestadisticaycartografia/badea/informe/anual?idNode=70357>

- **Virus del Papiloma Humano**, en la web de ANDAVAC:

<https://www.andavac.es/vacunacion-papilomavirus-en-andalucia/>

- **#ZeroMeningitis**, en la web de ANDAVAC:

<https://www.andavac.es/campanas/meningitis/>

Vigilancia de Infección Respiratoria Aguda

<https://cne.isciii.es/servicios/enfermedades-transmisibles/enfermedades-a-z/gripe-covid-19-y-otros-virus-respiratorios>

Viruela de los monos

<https://www.sanidad.gob.es/areas/alertasEmergenciasSanitarias/alertasActuales/alertaMonkeypox/home.htm>

Tabla de EDO

Enfermedades de Declaración Obligatoria por provincias. Semana 14/2026 y acumulado desde semana 01/2026.
Datos provisionales.

EDO	Almería		Cádiz		Córdoba		Granada		Huelva		Jaén		Málaga		Sevilla		Andalucía	
	Sem	2026	Sem	2026	Sem	2026	Sem	2026	Sem	2026	Sem	2026	Sem	2026	Sem	2026	2025*	2026
Enf Meningoc.	0	0	0	2	0	0	0	3	0	1	0	1	0	4	1	5	22	16
Enf. Neumo. Inv.	0	11	2	33	1	16	4	33	0	10	0	6	7	50	5	73	254	232
Fiebre Q	0	0	0	7	0	2	0	0	0	0	0	1	0	4	0	0	29	14
Hepatitis A	0	4	1	17	0	2	0	6	0	12	0	3	1	22	0	8	97	74
Hepatitis B	0	1	0	1	0	4	0	2	0	0	0	0	0	5	0	2	29	15
Hepatitis C	0	4	1	23	0	4	0	9	0	1	0	5	1	35	0	15	126	96
Infec. Gonoc.	1	49	7	177	1	46	4	153	0	33	0	13	2	214	19	432	1417	1117
Legionelosis	0	2	0	1	0	4	0	2	0	5	0	4	0	9	1	17	139	44
Leishmaniasis	0	0	0	1	0	6	0	1	0	0	0	0	0	2	0	1	38	11
Paludismo	0	2	0	0	0	0	0	3	0	0	0	2	0	4	0	2	9	13
Parotiditis	2	6	1	25	0	6	0	5	0	6	0	0	0	2	0	16	81	66
Sífilis	2	54	4	94	2	23	10	98	0	17	3	30	4	104	8	224	686	644
Tosferina	0	1	0	2	0	6	0	4	0	0	0	0	1	2	0	5	33	20
Tuberculosis	1	42	1	13	0	9	1	25	2	15	1	10	0	34	3	51	210	199

* Casos acumulados en el mismo periodo en 2025.