



Mpox y VIH *una guía práctica*

JUSTRI es una organización sin ánimo de lucro con sede en el Reino Unido, dedicada a proporcionar recursos y educación para las personas que viven y trabajan con el VIH y condiciones asociadas. www.justri.org

justri.
www.justri.org

Escrito y redactado por el Dr. Mike Youle y la Dra. Nadia Ahmed

Contribuciones suplementarias de Jane Akodu y la Dra. Cristiana Oprea

Traducido por Beatriz Serrano Campana

Imagen de portada 2022 Folletos sobre la viruela del mono, diseño por Geoff Sheridan

Diseño por Geoff Sheridan, www.premonition.co.uk

Agradecimientos especiales a Brent Nicholls

Contenido

Introducción	4
Sección 1: Mpox - ¿qué es y cómo puede contraerse?	5
Sección 2: ¿ Cómo puede afectar el Mpox? - guía para personas de alto riesgo	8
¿Cuáles son los síntomas o signos de una infección por Mpox?	10
Mpox en Personas que viven con el VIH (PVIH)	15
Sección 3: Vacunación para prevenir o tratar el Mpox	16
Sección 4: Mpox en el VIH para profesionales sanitarios	18
Mpox - Historia y antecedentes	20
Mpox - Signos y síntomas	22
Mpox - Diagnóstico, tratamiento y cuidados	25
Mpox - Vacunación y prevención	29
Enlaces web	33

Introducción

Bienvenidos la guía de JUSTRI dedicada a la viruela del mono (ahora denominada Mpox) para personas viviendo con la infección por VIH (PVVIH) y profesionales sanitarios (HCPs) que las atienden.

El objetivo de esta guía es proporcionar información y asesoramiento a las personas con riesgo de contraer Mpox que viven con el VIH, así como orientación para aquellos que están preocupados de haber contraído Mpox, con información específica sobre el diagnóstico, tratamiento y la atención para los profesionales de la salud que los atiendan. Esperamos que esta guía sea útil para comprender mejor los problemas y que al compartir esta información, la calidad de asistencia para el Mpox mejore.

Tras esta introducción, la guía se divide en cuatro secciones. La primera proporciona información fundamental sobre la viruela del mono, vías de transmisión, y quién está en riesgo. La segunda describe los síntomas y signos de la viruela del mono, cómo evoluciona en las personas infectadas y cómo se diagnostica y trata. Además, también aborda puntos importantes para las personas que viven con la infección por VIH. La tercera sección examina el papel de las vacunas y proporciona consejos prácticos. La

última sección está diseñada para ayudar a que los profesionales sanitarios diagnostiquen, atiendan y traten mejor el Mpox en las PVVIH, además de contener información más detallada sobre el virus, cómo se manifiesta, y su tratamiento y prevención en esta epidemia actual.

La información sobre el VIH y el Mpox es un área en constante evolución, por lo que solo hacemos referencia a algunos conocimientos científicos de utilidad en el texto. No obstante, hay muchas fuentes en internet que proporcionan más información sobre el tema, hay hiperenlaces a lo largo de la guía, y una sección de enlaces web (página 29). Como con toda la información impresa, rogamos consultar las actualizaciones de la guía, especialmente si la está leyendo después de diciembre de 2025. Encontrará la última versión en línea en www.justri.org.

Agradeceremos cualquier comentario, corrección, ideas o sugerencia que desee hacernos a home@justri.org.

SECCIÓN UNO

Mpox- ¿qué es y cómo puede contraerse?

Mpox- ¿qué es y cómo puede contraerse?

El Mpox, también conocido como viruela del mono, es una infección vírica causada por el virus de la viruela del mono. Provoca fiebre, una erupción dolorosa con ampollas que forman costras y, en ocasiones, puede dar lugar a enfermedades más graves, y en algunos casos la muerte.

Se descubrió por primera vez en monos de investigación en Dinamarca, en 1958, y el primer caso en humanos se registró en 1970 en la República Democrática del Congo (RDC), con brotes esporádicos en otros países de África central y occidental hasta la actualidad.

En mayo de 2022, surgió repentinamente un nuevo brote de infecciones por Mpox mucho más extenso, que se propagó

rápidamente por Europa, las Américas y posteriormente a más de 100 otros países. Este brote global ha afectado principalmente (pero no exclusivamente) a hombres homosexuales, bisexuales y a otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH), y se ha propagado de persona a persona a través de redes sexuales.

¿Cómo se propaga el Mpox?

El Mpox se transmite de persona a persona, aunque no con especial facilidad. El virus entra en el organismo a través de la piel dañada (incluso si no es visible), los pulmones o las superficies corporales húmedas (ojos, nariz o boca, genitales) mediante:

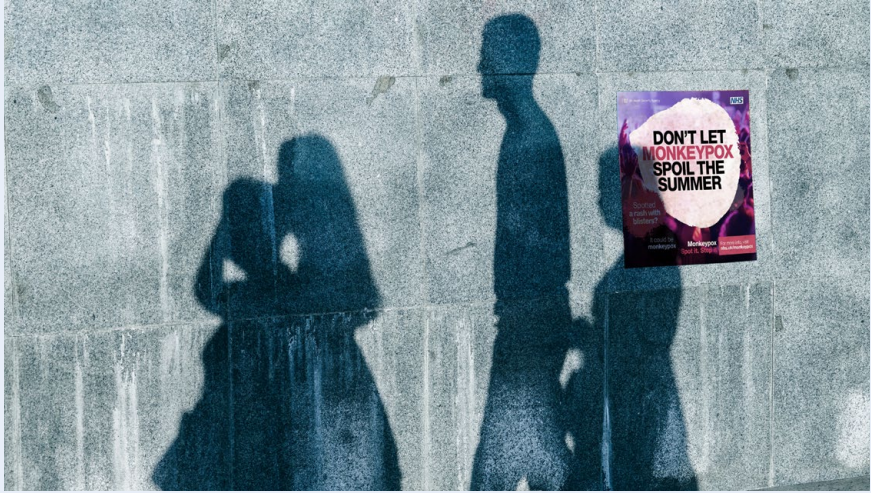
- El contacto con las erupciones, costras o fluidos corporales de una persona infectada. Esta parece ser la forma principal de propagación durante la epidemia mundial actual, y en su mayoría, a través de la actividad sexual.
- El contacto con objetos que hayan tocado a una persona infectada: por ejemplo, si los fluidos de la erupción

de una persona están en la ropa, la ropa de cama o los juguetes sexuales, es posible que la infección se propague si estos objetos entran en contacto con piel dañada o los genitales, ano, boca u ojos de una persona.

- Gotitas procedentes de las vías respiratorias, como al besarse, o si alguien con Mpox tose o estornuda cerca de alguien.

También es posible que una persona embarazada que contraiga el Mpox transmita la infección a su bebé.

Una persona con Mpox puede contagiar a otras desde el momento en que comienzan los síntomas hasta que la



erupción haya sanado por completo y se haya formado una nueva capa de piel. También parece posible que algunas personas puedan transmitir la infección desde uno hasta cuatro días antes de que aparezcan sus síntomas. El virus que causa el Mpox no es tan

contagioso como el virus que causa la enfermedad por coronavirus (COVID-19), y es poco probable que uno se contagie estando cerca de alguien, a menos que tengan contacto directo con su piel o estén frente a frente durante un tiempo prolongado.

¿Quién está en riesgo de contraer Mpox?

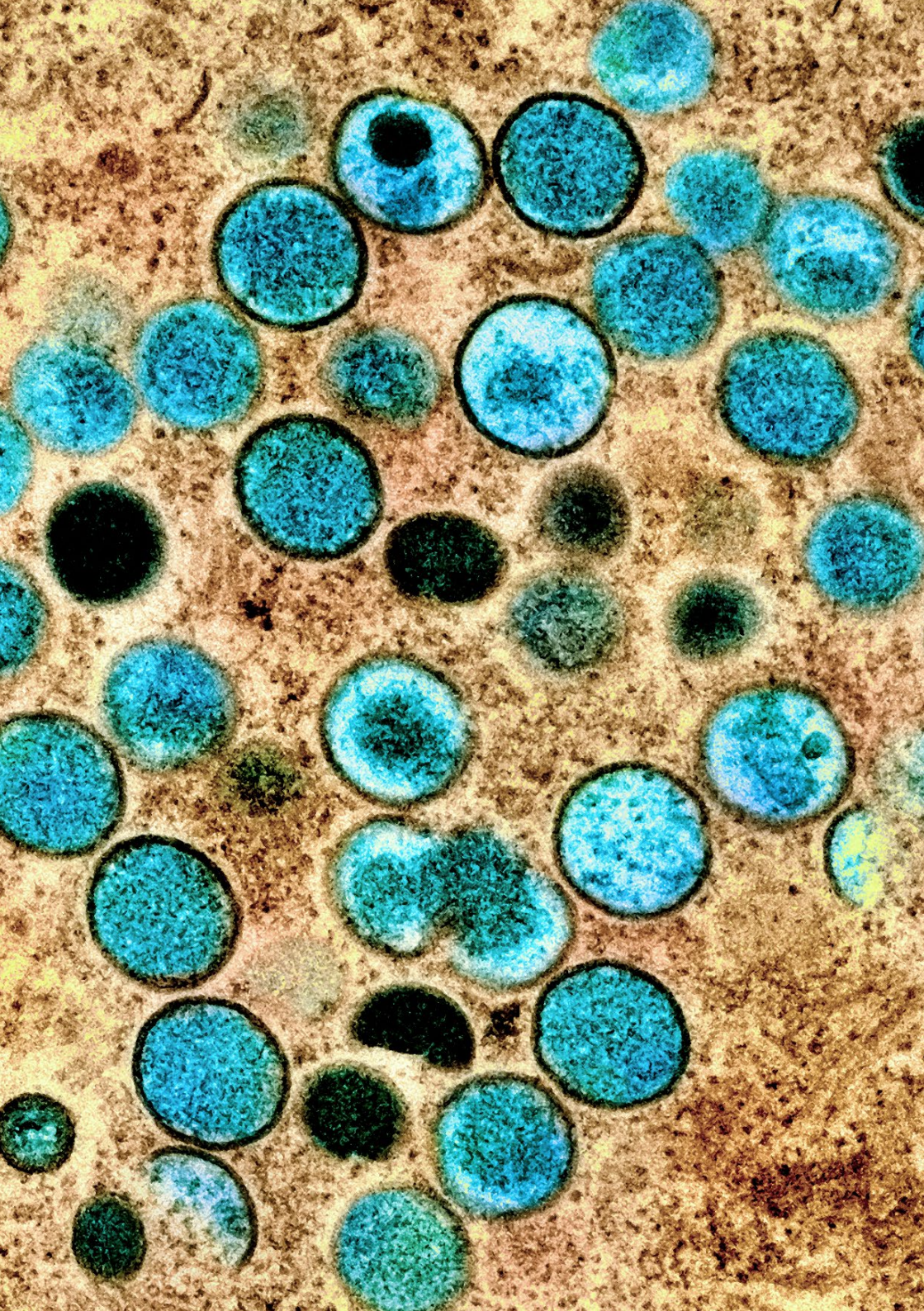
Cualquiera puede contraer el Mpox si tiene contacto estrecho con alguien infectado. Durante la epidemia reciente, muchas de las personas infectadas fueron hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH), con una alta proporción de

PVIH, pero es importante saber que cualquiera puede contraer la infección, independientemente de su sexo, identidad de género, orientación sexual o hábitos sexuales. Pensar que el Mpox solo afecta a ciertas personas o grupos es impreciso y perjudicial.

SECCIÓN DOS

¿Cómo puede afectar el Mpox?

Una guía para personas de alto riesgo



¿Cuáles son los síntomas o signos de una infección por Mpox?

Los síntomas suelen comenzar entre cinco y trece días después de que una persona se infecte con el virus. Algunas personas tienen unos días de malestar o cansancio, de forma similar a la gripe.

Figura 1

Evolución de la erupción por Mpox a lo largo del tiempo



1. Vesícula inicial, 3mm



2. Pústula pequeña, 2mm



3. Pústula umbilicada, 3-4mm



4. Lesión cutánea ulcerada, 5mm



5. Costras de lesiones maduras



6. Costra parcialmente desprendida

Los síntomas pueden incluir fiebre, dolor de cabeza, cansancio extremo, dolores musculares o de espalda e inflamación de los ganglios linfáticos, que son bultos en las ingles y axilas que filtran las infecciones. Sin embargo, algunas personas no tienen ninguno de estos signos iniciales. Para muchos, los sarpullidos del Mpox son la primera evidencia de enfermedad, que aparecen a las dos semanas posteriores a la infección. Por lo general:

- • Tienen aspecto de granos o ampollas, que comienzan como unas pocas manchas pequeñas que después incrementan en número (Figura 1). A menudo, las personas notan la erupción primero alrededor de los genitales o el ano, y luego se extiende a otras áreas, como el

interior de la boca, las manos, los pies y otras partes del cuerpo.

- • Estas ampollas son dolorosas y pueden llenarse de líquido, reventarse, secarse y formar costras, que pueden dar mucha picazón, que terminan cayendo en dos o tres semanas.

En ocasiones, las personas afectadas por Mpox también pueden presentar otros síntomas, como:

- dolor, hinchazón y sangrado alrededor o dentro del ano.
- dolor de garganta que puede hacer difícil resultar difícil o doloroso tragar, comer o beber.
- síntomas oculares como hinchazón, irritación, dolor o dificultad para ver con claridad.

¿QUÉ DEBO HACER SI CREO QUE HE ESTADO EXPUESTO?

Si has tenido contacto cercano con alguien que tiene o ha tenido recientemente Mpox, debes informar a tu médico o enfermero, incluso si no tienes ningún síntoma. Ellos te dirán qué

hacer a continuación. Esto podría incluir el seguimiento de tus síntomas durante tres semanas, evitar el contacto cercano o las relaciones sexuales con otras personas en este período y vacunarte.

¿QUÉ DEBO HACER SI TENGO SÍNTOMAS?

Si tienes alguno de estos síntomas o una erupción de la que estés preocupado, llama o visita tu clínica de VIH o el servicio de salud sexual local, si está disponible. Te harán preguntas y

evaluarán tus síntomas. Si es posible, evita el contacto cercano o las relaciones sexuales con otras personas hasta que hayas sido evaluado por un médico o enfermero.

¿EXISTE UNA PRUEBA PARA EL MPOX?

Sí. Si tu médico o enfermero cree que podrías tener Mpx, tomarán una muestra de tu erupción. La enviarán a un laboratorio para realizar pruebas para detectar el virus de la viruela del mono.

En algunos casos, también podrían realizar análisis de sangre o tomar una biopsia (pequeña muestra de piel o tejido corporal).

¿EXISTE TRATAMIENTO PARA EL MPOX?

Sí. La viruela del mono puede causar varios síntomas, así como complicaciones. Su tratamiento incluye medicamentos para aliviar los síntomas, por ejemplo, paracetamol para fiebres y dolor, antihistamínicos para la picazón y a veces antibióticos para infecciones

asociadas. Si estás gravemente enfermo, ingresarás al hospital. También existe un tratamiento antiviral para el Mpx llamado tecovirimat, que se administra en cápsulas, dos veces al día durante 14 días para tratar el virus si tienes síntomas graves.

Cómo reducir la transmisión del Mpxv y cuidados básicos

Qué hacer

- Permanecer en casa, y en una habitación separada si es posible
- Lavarse las manos frecuentemente con agua y jabón o desinfectante de manos, especialmente antes o después de tocar las llagas.
- Usar una mascarilla y cubrir las lesiones cuando esté cerca de otras personas hasta que la erupción sane.
- Mantener la piel seca y sin cubrir (a menos que esté en una habitación con otra persona)
- Evitar tocar objetos en espacios compartidos, y desinfectar estas áreas con frecuencia
- Usar enjuagues bucales de agua salada para las llagas en la boca
- Tomar baños o baños tibios con bicarbonato de sodio o sales de Epsom para las llagas en el cuerpo
- Puedes tomar medicamentos sin receta médica para el dolor, como paracetamol o ibuprofeno.

Lo que no se debe hacer

- Reventar las ampollas o rascar las llagas. Esto puede demorar la sanación, propagar la erupción a otras partes del cuerpo y hacer que la erupción se infecte.
- Afeitarse o rasurar áreas con llagas hasta que las costras hayan sanado y tenga piel nueva debajo (esto puede extender la erupción a otras partes del cuerpo).

¿PUEDO VOLVER A INFECTARME CON MPOX?

Todavía no está claro si alguien puede volver a infectarse con la viruela del mono. Sin embargo, si desarrolla algún síntoma que sugiera la presencia de

Mpox, debe llamar o visitar de nuevo a su médico, enfermero o servicio de salud sexual.

¿CUÁNDO PUEDO REINICIAR RELACIONES SEXUALES?

No se sabe cuánto tiempo permanece el Mpox en los fluidos corporales. Después de terminar el periodo de aislamiento, se recomienda el uso de preservativos

durante 12 semanas después de que la erupción haya formado costras y estas se hayan caído.

Mpox en personas que viven con el VIH (PVVIH)

Desde el inicio de esta epidemia, se han declarado más de 85 000 infecciones por Mpox en 110 países, principalmente en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. Las personas que viven con el VIH constituyen entre el 38% y el 50% de estos casos.

Para aquellas personas con recuentos elevados de células CD4 y cargas virales indetectables, la enfermedad por Mpox no parece ser diferente a la de las personas sin infección por VIH. En cambio, en las personas más enfermas por el VIH, con recuentos bajos de CD4 y/o cargas virales elevadas, el Mpox parece ser mucho más grave y, en algunos casos, ha sido mortal.

En un estudio publicado recientemente en www.pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36828001/, una comunidad de médicos de diecinueve países estudió los casos confirmados de Mpox entre mayo de 2022 y enero de 2023 en adultos con VIH y un recuento de células CD4 inferior a 350 células/mm³ o, en casos en los que no se disponía de recuentos de CD4, un diagnóstico de sida. De los 382 casos del estudio, el 91% ya estaban diagnosticados de VIH y, de ellos, alrededor del 65% estaban recibiendo tratamiento antirretroviral con una carga viral indetectable. En los casos con un recuento CD4 inferior a 100, las complicaciones graves fueron mucho más frecuentes, como lesiones cutáneas

necróticas, enfermedades pulmonares, infecciones secundarias e infecciones que se propagaron a la sangre que causaron sepsis. Alrededor de un tercio de todos los casos requirieron ingreso hospitalario, y veintisiete personas fallecieron, todas ellas con un recuento de CD4 inferior a 200 y, en su mayoría, con una carga viral alta.

Informes más recientes de los Estados Unidos de América (EE. UU.) han mostrado resultados similares; 47 casos de Mpox severa en personas con VIH sin control y en fase avanzada, requirieron hospitalización, tuvieron una enfermedad Mpox prolongada, sufrieron complicaciones y cinco personas murieron; también fue más frecuente la enfermedad rectal más severa. Sin embargo, también las personas sin VIH pueden enfermar gravemente y necesitar atención hospitalaria, como demostró un estudio realizado en el Reino Unido en el que sólo el 30% de las 156 personas hospitalizadas por Mpox eran PVVIH, véase www.pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36566771/.

SECCIÓN TRES

Vacunación para tratar o prevenir la viruela del mono

Vacunación para tratar o prevenir la viruela del mono

Mpox étant causée par un virus similaire à celui de la variole, un vaccin contre la variole (également appelé MVA en Europe) est utilisé pour protéger contre la mpox ou traiter les formes précoces.

La dosis de la vacuna, el número de dosis, la frecuencia de las dosis y el tipo de inyección han cambiado con el tiempo debido a la disponibilidad de la vacuna. Generalmente, se recomiendan dos dosis con de uno a tres meses de diferencia. Si alguna vez has recibido la vacuna contra la viruela, solo necesitarás una dosis de la vacuna contra el Mpox. Su médico, enfermero o servicio de salud sexual local (si está disponible) puede aconsejar sobre la vacuna y opciones. Incluso vacunado, sigue siendo importante evitar el contacto cercano con alguien que tenga Mpox.

Los expertos recomiendan la vacunación antes de una posible exposición al Mpox para personas que podrían estar en mayor riesgo. Esto se llama “profilaxis previa a la exposición”.

Podrás elegir esta opción si eres un hombre que tiene sexo con hombres (HSH), o crees que estás en riesgo de contagio a la viruela del mono, con o sin VIH, y si en los últimos seis meses has tenido:

- una infección de transmisión sexual como la clamidia, la gonorrea o la sífilis.
- múltiples parejas sexuales.
- sexo en un club de sexo o sauna o en un evento o lugar donde ha habido casos de la viruela del mono.
- cualquier pareja sexual con alguno de los riesgos mencionados en los puntos anteriores.

También se recomienda la vacunación para cualquier persona expuesta al virus o que probablemente haya estado expuesta a él. Esto se llama “profilaxis posterior a la exposición”. Para que funcione, la vacuna debe administrarse antes de que empiece cualquier síntoma.

Podrás elegir esto si has tenido contacto cercano con alguien que tuvo Mpox en las últimas 2 semanas. Esto podría ser a través de:

- besos o abrazos, sexo oral, anal o vaginal, tocando la erupción de la persona, costras o fluidos corporales.
- tocar algo que haya tenido contacto con la erupción de la persona, costras o fluidos corporales (como ropa, ropa de cama o juguetes sexuales).

O si eres hombre que tiene sexo con hombres, o crees que estás en riesgo, y has hecho alguna de las siguientes actividades en las últimas 2 semanas:

- haber tenido relaciones sexuales con múltiples parejas o en un grupo
- haber tenido relaciones sexuales en un club de sexo o sauna o en un evento o lugar donde ha habido casos de la viruela del mono.

Todavía puedes recibir la vacuna si has tenido confirmación de tener Mpox, pero una vez que te hayas recuperado por completo.

SECCIÓN CUATRO

Mpox en el VIH para profesionales sanitarios

Mpox en el VIH para profesionales sanitarios

Esta sección es más detallada, y está diseñada para apoyar el diagnóstico, tratamiento y prevención efectivos del Mpox.

MPOX – LOS DATOS CLAVE

- La infección por Mpox es causada por un virus del género *Orthopoxvirus* en la familia *Poxviridae*.
- Es una enfermedad viral zoonótica, que ocurre principalmente en áreas de selva tropical en África central y occidental, pero que recientemente se ha propagado a nivel global en una serie de brotes.
- El Mpox se transmite a los humanos a través del contacto cercano con una persona o animal infectado, o con material contaminado con el virus.
- El virus del Mpox se propaga de una persona a otra a través de lesiones, fluidos corporales, gotitas procedentes de las vías respiratorias y materiales contaminados, como la ropa de cama.
- Normalmente, la viruela del mono se presenta clínicamente con fiebre, erupción cutánea e inflamación de los ganglios linfáticos, y puede dar lugar a una variedad de complicaciones médicas.
- El Mpox suele ser una enfermedad autolimitada, cuyos síntomas duran de 2 a 4 semanas. Pueden ocurrir casos graves que requieran hospitalización. En el brote reciente, la tasa de mortalidad fue <1%.
- Sólo se ha aprobado un agente antiviral, el tecovirimat, para el tratamiento de la viruela del mono.
- La manifestación clínica de la viruela del mono se asemeja a la de la viruela, una infección relacionada al *Orthopoxvirus* que fue declarada erradicada a nivel mundial en 1980. El Mpox no es tan contagioso como la viruela y causa una enfermedad menos grave.
- Existen varias vacunas disponibles para la profilaxis y prevención del Mpox.

Mpox – historia y antecedentes

ANTECEDENTES

El Mpox es un virus con envoltura y ADN bicatenario. Existen tres clados del virus Mpox (viruela del mono): el Clado I está presente en la Cuenca del Congo, tiene una tasa de mortalidad del 10% y se transmite por roedores con poca propagación entre humanos; el Clado IIa existe en África Occidental, tiene una mortalidad baja y también es una zoonosis; el Clado IIb se está propagando a escala mundial por transmisión humana.

La presentación clínica del Mpox se asemeja a la de la viruela, una infección relacionada al *Orthopoxvirus*, que se transmitía con más facilidad y era más mortal, ya que alrededor del 30% de los pacientes morían. El último caso de viruela adquirida de forma natural ocurrió en 1977, y para 1980 se declaró que la viruela se había erradicado en todo el mundo después de una

campana global de vacunación y contención. Han pasado más de 40 años desde que todos los países suspendieron la vacunación rutinaria contra la viruela con vacunas basadas en el *Vaccinia virus*. Esta vacuna también protege contra el Mpox, como se manifiesta en el brote actual con bajos índices de Mpox en personas mayores que normalmente habrían sido vacunadas contra la viruela.

Aunque la viruela ya no contagia de forma natural, el sector sanitario mundial se mantiene alerta ante la posibilidad de que pueda reaparecer por mecanismos naturales, accidentes de laboratorio o liberación deliberada. Para asegurar una preparación global en caso de la reaparición de la viruela, se han desarrollado y se siguen desarrollando nuevas vacunas, diagnósticos y agentes antivirales que pueden resultar útiles para la prevención y el control del Mpox.

HUESPEDES NATURALES DE MPOX

Se han identificado varias especies animales susceptibles al virus Mpox. Esto incluye ardillas listadas africanas, ardillas arborícolas, ratas de Gambia, lirones, primates no humanos y otras especies.

Aún existe inseguridad sobre la historia natural del virus Mpox y se necesitan más estudios para identificar el reservorio o reservorios exactos, y cómo se mantiene la circulación del virus en la naturaleza.

BROTOS

El Mpox fue identificado por primera vez en humanos en 1970 en la República Democrática del Congo, en un niño de 9 meses de edad, en una zona donde la viruela había sido

erradicada en 1968. Desde entonces, se han alertado casos humanos en once países africanos: Benín, Camerún, la República Centroafricana, la República Democrática del Congo, Gabón, Costa

de Marfil, Liberia, Nigeria, la República del Congo, Sierra Leona y Sudán del Sur; pero el verdadero impacto del Mpox es desconocido. Estos brotes africanos continúan hasta el día de hoy y varían en tasas de transmisión y mortalidad, que oscilaron entre 0-11% en los primeros años y más recientemente entre 3-6%, como en el brote de 2017 en Nigeria con más de 500 casos sospechosos de Mpox y más de 200 casos confirmados.

El Mpox es una enfermedad de importancia para la salud pública mundial, ya que no solo afecta a los países de África occidental y central, sino

al resto del mundo. En 2003, el primer brote de Mpox fuera de África se produjo en Estados Unidos, y estuvo relacionado con el contacto con perritos de la pradera infectados, que habían sido alojadas con ratas de Gambia y lirones importados. Esto resultó en más de setenta casos de Mpox. De 2018 a 2021, se reportaron casos esporádicos de Mpox, relacionados con viajes recientes a África Occidental en Israel, el Reino Unido, Estados Unidos y Singapur. El brote global en curso comenzó en mayo de 2022, cuando se identificaron múltiples casos de Mpox en varios países no endémicos.

TRANSMISIÓN

La transmisión de animal a humano (zoonótica) del Mpox puede ocurrir por contacto directo con la sangre, los fluidos corporales o las lesiones cutáneas o mucosas de animales infectados. Aunque todavía no se ha identificado el reservorio natural del Mpox, los roedores son los más probables. Comer carne y otros productos de animales infectados inadecuadamente cocinados es un posible factor de riesgo. Las personas que viven en zonas boscosas en o cerca de estas áreas pueden tener una exposición indirecta o de bajo nivel a animales infectados.

La transmisión de humano a humano se produce por el contacto estrecho con secreciones respiratorias, lesiones cutáneas de una persona infectada u objetos recientemente contaminados. La transmisión a través de partículas respiratorias requiere, en general, un contacto prolongado cara a cara, lo que pone en riesgo a trabajadores de la salud, miembros del hogar y otros

contactos cercanos de casos activos. La cadena de transmisión más larga documentada en comunidad ha aumentado en los últimos años de 6 a 9 infecciones sucesivas de persona a persona, lo que puede indicar una disminución inmune colectiva debido a la suspensión de la vacunación contra la viruela. La transmisión también puede ocurrir a través de la placenta de la madre al feto (Mpox congénito) o por contacto durante y después del parto. Aunque el contacto físico estrecho (o sexual) es un factor de riesgo de transmisión bien conocido, por el momento no está claro si el Mpox puede transmitirse específicamente a través de rutas de transmisión sexual, aunque una alta proporción de los casos actuales parecen contraerse en situaciones sexuales, especialmente en hombres con sexo con hombres. Esta investigación sigue en curso para comprender mejor esta cuestión a medida que evoluciona la epidemia de Mpox.

Mpox – signos y síntomas

El período de incubación (intervalo desde la infección hasta el inicio de los síntomas) del Mpox suele ser de 6 a 13 días, pero puede oscilar entre 5 a 21 días. En la mayoría de los casos, el curso de la enfermedad puede dividirse en dos fases:

1 INVASIÓN

La invasión dura entre 0 y 5 días, y se caracteriza por fiebre, un intenso dolor de cabeza, linfadenopatía (inflamación de los ganglios linfáticos), dolor de espalda, mialgia (dolores musculares) y astenia intensa (falta de energía). La linfadenopatía, marcada y dolorosa, es una característica distintiva del Mpox en comparación con otras infecciones similares como la varicela, el sarampión o la viruela.

2 ERUPCIÓN CUTÁNEA

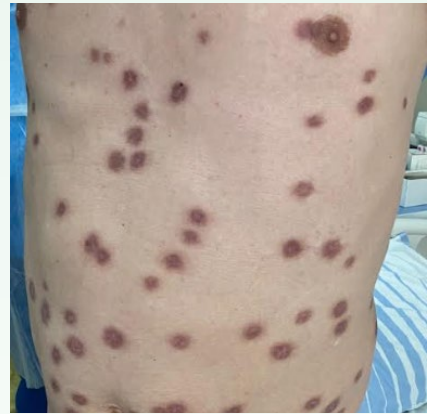
Generalmente, esto ocurre entre 1 a 3 días después de la aparición de la fiebre. La erupción tiende a concentrarse más en la cara y las extremidades que en el tronco. Afecta la cara (95% de los casos) y las palmas de las manos y las plantas de los pies (75%). También se ven afectadas las membranas mucosas orales (70% de los casos), los genitales (30%) y las conjuntivas (20%), así como la córnea. La erupción evoluciona sucesivamente de máculas (lesiones con una base plana), a pápulas (lesiones ligeramente elevadas firmes), vesículas (lesiones llenas de líquido transparente), pústulas (lesiones llenas de líquido amarillento) y costras que se secan y se caen. El número de lesiones varía desde unas pocas hasta varios miles. En los casos graves, las lesiones pueden fusionarse hasta que se depreded grandes áreas de piel.

El Mpox suele ser una enfermedad autolimitada cuyos síntomas duran de 2 a 4 semanas. Los casos graves parecen estar relacionados con el grado de exposición al virus, el estado de salud del paciente y la naturaleza de las complicaciones. Una forma fulminante de Mpox se caracteriza por una necrosis masiva de la piel, lesiones cutáneas y mucosas genitales y no genitales y a veces involucra los pulmones con opacidades nodulares multifocales o insuficiencia respiratoria, así como graves infecciones secundarias cutáneas y del torrente sanguíneo. Las complicaciones del Mpox pueden incluir infecciones secundarias, bronconeumonía, sepsis,

encefalitis e infección de la córnea con la consiguiente pérdida de visión. Se desconoce hasta qué punto puede ocurrir una infección asintomática. Las inmunodeficiencias ya existentes pueden empeorar los resultados (véase la sección sobre PVVH). También se cree que el síndrome de reconstitución inmune se ha observado en 21 de 85 casos de Mpox en PVVIV que iniciaron o reiniciaron la terapia antirretroviral, de los cuales 12 murieron. La tasa de mortalidad de Mpox en los brotes globales en curso es <1%, aunque esto puede reflejar un mejor acceso a una atención sanitaria de alta calidad en comparación con brotes anteriores.

FOTOS DE CASOS CLÍNICOS





Mpox – diagnóstico, tratamiento y cuidados

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico diferencial clínico a considerar incluye otras enfermedades con erupción cutánea, como la varicela, el sarampión, infecciones bacterianas de la piel, sarna, sífilis y alergias asociadas a medicamentos.

La linfadenopatía, a menudo dolorosa durante la etapa prodrómica de la enfermedad, puede ser una característica clínica para distinguir el Mpox de las otras condiciones.

EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL

Si se sospecha el Mpox, el personal sanitario debe usar una mascarilla médica, delantal o bata, y guantes. El paciente debe ser alojado en una habitación individual (no se requiere un tratamiento especial del aire), con la puerta cerrada si es seguro hacerlo, y limitar las entradas y salidas de la habitación a las necesidades médicas esenciales. Si el paciente necesita salir de la habitación, debe usar una mascarilla médica y cubrir cualquier lesión expuesta con una sábana o bata. Después de que se haya utilizado la habitación, se deben realizar procedimientos estándar de limpieza y desinfección, con un desinfectante

hospitalario indicado para patógenos virales emergentes. Los demás requisitos de limpieza deben seguir la práctica habitual.

Para los casos confirmados de Mpox que requieren atención clínica de largo plazo (por ejemplo, atención hospitalaria o evaluación repetida de una persona que está clínicamente enferma o que empeora), la protección mínima recomendada para los trabajadores de la salud es un respirador FFP3 ajustable, protección ocular, una bata desechable de manga larga, repelente de fluidos, y guantes.

TOMA DE MUESTRAS

El personal sanitario debe tomar la muestra, y transportarla de manera segura a un laboratorio con la tecnología necesaria. La identificación del Mpox depende del tipo y la calidad de la muestra y de la prueba de laboratorio correcta. Por lo tanto, las muestras deben ser manipuladas y transportadas de acuerdo con los requisitos nacionales

e internacionales. La reacción en cadena de la polimerasa (PCR) es la prueba de laboratorio preferente dada su precisión y sensibilidad. Por este motivo, las muestras diagnósticas más apropiadas para el Mpox son de lesiones cutáneas, el tejido o el líquido de las vesículas y pústulas, y las costras secas. Cuando sea posible, la biopsia es una opción.

Las muestras de las lesiones deben conservarse en un tubo seco y estéril (sin medio de transporte viral) y mantenerse en frío. No deben realizarse análisis de sangre PCR de forma rutinaria, ya que no suelen ser concluyentes debido a la corta duración de la viremia tras el inicio de los síntomas.

Como los orthopoxvirus son serológicamente reactivos de forma cruzada, los métodos de detección de antígenos y anticuerpos no permiten la confirmación específica de Mpox. Por lo tanto, no se recomienda la serología ni los métodos de detección de antígeno

para el diagnóstico o la investigación de casos cuando los recursos son limitados. Además, la vacunación, tanto reciente como del pasado, con una vacuna virus, como los vacunados antes de la erradicación de la viruela, puede causar resultados positivos falsos.

Para interpretar los resultados de las pruebas, es fundamental que se proporcione información del paciente junto a las muestras. Esto incluye la fecha de inicio de la fiebre, la fecha de inicio de la erupción, la fecha de recogida de la muestra, el estado actual del individuo (etapa de la erupción) y la edad.

TRATAMIENTO Y CUIDADOS

La atención clínica para el Mpox debe optimizarse al máximo para aliviar los síntomas según sea necesario (analgésicos, antihistamínicos, laxantes) y para el tratar complicaciones como infecciones bacterianas secundarias, y prevenir secuelas a largo plazo. Otras medidas también pueden ser útiles, como baños de sal y evitar apósitos. Los pacientes deben tomar líquidos y alimentos para mantener un estado nutricional adecuado. El ingreso hospitalario puede ser necesario, según la gravedad de los síntomas y las complicaciones.

También se debe aconsejar a los pacientes que se aislen en casa si es posible, o en el hospital si es necesario, durante el período infeccioso, es decir, desde el inicio de los síntomas hasta que las lesiones hayan sanado y se hayan caído las costras. Cubrir las heridas y usar mascarilla puede ayudar a prevenir la propagación. Aunque los

preservativos pueden reducir el riesgo de propagación, no lo prevendrán, por lo que se debe aconsejar a las personas infectadas que se abstengan de tener relaciones sexuales o que usen preservativos durante 12 semanas después de que las lesiones de la piel se hayan curado por completo.

En 2022, la Agencia Europea de Medicamentos (EMA) certificó el uso de tecrovimat para el Mpox; un fármaco antivírico desarrollado para la viruela, basándose en los datos obtenidos en estudios con animales y humanos. El tecrovimat actúa inhibiendo la proteína de la envoltura viral p37 que está presente y altamente conservada (aproximadamente un 98% de identidad de aminoácidos) en todos los orthopoxvirus. La inhibición de p37 impide la formación y salida de viriones con envoltura, que son esenciales para la virulencia de los orthopoxvirus.

El tecovirimat se utiliza generalmente cuando ya se ha confirmado el Mpox. A LA VEZ que el paciente es sintomático. ADEMÁS de presentar uno o más síntomas de enfermedad grave. El uso de tecovirimat se excluye a aquellos con hipersensibilidad sus componentes además de en pacientes con peso inferior a 13 kg. La dosis se calcula en función del peso corporal y se administra

cada 12 horas durante 14 días. Los efectos secundarios más frecuentes son dolor de cabeza (más de 1 de cada 10) y náusea (hasta 1 de cada 10). Se debe revisar las características especiales del producto y/o el prospecto para más detalles sobre contraindicaciones, precauciones especiales y efectos secundarios, consulte: www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/tecovirimat-siga.

Dosis recomendada de tecovirimat

Peso corporal	Dosis	Numero de Capsulas
13 kg a menos de 25 kg	200 mg cada 12 horas durante 14 días	Una cápsula de tecovirimat 200 mg
25 kg a menos de 40 kg	400 mg cada 12 horas durante 14 días	Dos cápsulas de tecovirimat 200 mg
A partir de 40 kg	600 mg cada 12 horas durante 14 días	Tres cápsulas de tecovirimat 200 mg

MODO DE ADMINISTRACIÓN

Las cápsulas duras de tecovirimat son para uso oral y deben tomarse en los 30 minutos tras una comida de contenido moderado o alto en grasas para facilitar la absorción del fármaco y aumentar la concentración plasmática. Los pacientes que no puedan tragar las cápsulas duras

de tecovirimat pueden abrirlas y mezclar el contenido con aproximadamente 30 ml de líquido, como leche o alimentos blandos, por ejemplo, yogur, e ingerirlo durante los 30 minutos después de la comida.

REPETICIÓN DE DOSIS EN CASO DE VÓMITOS

Si se presentan vómitos en los 30 minutos siguientes a la toma de tecovirimat cápsulas duras, se debe administrar otra dosis inmediatamente. Si los vómitos se producen más de 30

minutos después de tomar tecovirimat en cápsulas duras, no debe administrarse ninguna dosis adicional y la dosificación debe reanudarse como de costumbre, después de 12 horas.

OTROS AGENTES ANTIVIRALES

Otros agentes antivirales, como el brincidofovir (profármaco del cidofovir) que fue aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los EE. UU. (FDA) para su uso contra la viruela, y el cidofovir, que es utilizado habitualmente para tratar las infecciones por citomegalovirus, se han considerado para casos graves de Mpox, pero actualmente hay pocos datos sobre su uso. Puede encontrar más información en [www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(22\)00228-6/](http://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(22)00228-6/).

La Inmunoglobulina anti-Vaccinia (Vaccinia Immune Globulin) se ha utilizado para el tratamiento de complicaciones relacionadas con la vacuna contra la viruela, pero no hay datos disponibles sobre su efectividad y no se ha demostrado ningún beneficio clínico en casos de Mpox. No obstante, Estados Unidos ha considerado su uso en casos graves de Mpox en los que el desarrollo de una respuesta eficaz de anticuerpos puede verse comprometido; consulta www.cdc.gov/poxvirus/mpox/data/VIGIV-Protocol.pdf.

REINFECCION

Al momento de la redacción de este texto, ha habido dos posibles casos de reinfección por Mpox; uno en una persona con VIH con una carga viral indetectable y un recuento de CD4 mayor a 1000, y otro en una persona sin VIH. Aunque las pruebas volvieron

a confirmar la presencia de Mpox, no se sabe con certeza si se trata de una reinfección, una recaída de la infección original por Mpox, o el virus Mpox de la infección original que se detectó en las pruebas. Las posibilidades de reinfección son objeto de estudio en la actualidad.

Mpox- Vacunación y prevención



VACUNACIÓN

En el pasado, la inmunización contra la viruela también protegía contra Mpox, pero hoy en día las personas menores de 40 a 50 años (dependiendo del país) no tienen inmunidad, ya que las campañas globales de vacunación contra la viruela cesaron tras la erradicación de la enfermedad. Varios estudios sugieren que la vacunación contra la viruela es aproximadamente un 85% efectiva para prevenir o minimizar la gravedad de Mpox, y los estudios en animales han mostrado resultados similares. Por lo tanto, haber sido vacunado previamente contra la viruela puede resultar en una enfermedad más leve. La marca de una vacunación previa contra la viruela se suele encontrar en forma de cicatriz en la parte superior del brazo

Hoy en día, las vacunas originales de primera generación contra la viruela

no están disponibles para el público en general. Algunos países las tienen almacenadas, sin embargo, no se recomiendan para Mpox ya que no cumplen con los estándares actuales de seguridad y fabricación. Es posible que algunos profesionales sanitarios o personal de laboratorio hayan recibido una vacuna contra la viruela más reciente para protegerlos en caso de exposición a ortopoxvirus en el lugar de trabajo.

Una segunda generación de vacuna viva atenuada replicante contra la viruela, la ACAM2000, ha sido autorizada por la FDA de EE. UU. para la inmunización contra la viruela, pero se ha puesto a disposición para la prevención de la viruela del mono en un programa de acceso ampliado para las personas que consideren que los beneficios posibles

de la vacunación superan los riesgos potenciales de los efectos adversos de la ACAM2000. Se desconoce la eficacia de la ACAM2000 contra la viruela del mono, pero un estudio sugiere que su precursora, la vacuna de primera generación Dryvax, tenía una eficacia del 85% contra la viruela del mono. La inmunidad máxima se alcanza 4 semanas después de una dosis única, administrada por vía percutánea (escarificación) mediante 15 pinchazos con una aguja bifurcada. Una reacción cutánea significativa en el día 6-8 se considera como evidencia de una "toma" exitosa y la adquisición de inmunidad protectora, seguida del desarrollo de una cicatriz. No obstante, cualquier vacunación previa contra la viruela puede atenuar la respuesta cutánea en la revacunación. El virus se elimina de la zona de vacunación durante el período que comienza con el desarrollo de una pápula (día 2-5); la eliminación cesa cuando la costra se separa y la herida se reepiteliza, alrededor de 14-21 días después de la vacunación.

Los efectos secundarios frecuentes de ACAM2000 incluyen reacciones en el lugar de inoculación (eritema, prurito, dolor y hinchazón), linfadenitis y reacciones sistémicas, como malestar, fatiga, fiebre, mialgia y dolor de cabeza. Los eventos adversos graves asociados con ACAM2000 incluyen rara vez viruela progresiva, viruela generalizada, infecciones cutáneas, eritema multiforme, incluyendo el síndrome de Stevens-Johnson, y eczema vaccinatum. ACAM2000 está contraindicada para cualquier persona con antecedentes de una reacción

alérgica grave a los componentes de la vacuna (la vacuna contiene neomicina y polimixina B) o que tenga un trastorno de inmunodeficiencia, enfermedad ocular tratada con esteroides tópicos, tres o más factores de riesgo cardíaco importantes, dermatitis atópica/eczema u otras afecciones cutáneas agudas o exfoliativas, además de estar embarazada, periodo de lactancia o ser menor de 12 meses de edad.

Actualmente se utilizan dos vacunas de tercera generación. La primera, Modified Vaccinia Ankara-Bavarian Nordic (MVA-BN), es una vacuna viva atenuada no replicante contra la viruela aprobada como vacuna contra la viruela en la Unión Europea en 2013, y cuya aprobación se amplió a la inmunización activa tanto contra la viruela como contra la viruela del mono en la Unión Europea en 2022. La vacuna está disponible bajo varios nombres (Imvanex®, Imvamune® o Jynneos®) en diferentes mercados de Europa. MVA-BN se administra a adultos en dos inyecciones subcutáneas de 0.5 ml, separadas por al menos 28 días. La respuesta inmunológica máxima se alcanza 14 días después de la segunda dosis. La Agencia Europea de Medicamentos (EMA) ha indicado que las autoridades nacionales pueden decidir, como medida temporal, utilizar Imvanex® como una inyección intradérmica a una dosis menor mientras el suministro de la vacuna sea limitado. La FDA de los EE. UU. emitió una autorización de emergencia para esta estrategia de ahorro de dosis de 0.1 ml (una quinta parte del vial) para ser administrada intradérmicamente, basada

en los resultados de un estudio de inmunogenicidad en adultos sanos que comparó esta estrategia con una dosis subcutánea estándar, la cual ha sido adoptada por algunos otros países en Europa. La MVA-BN se caracteriza por su menor reatogenicidad en comparación con otras vacunas contra la viruela. Las reacciones adversas más comunes observadas en ensayos clínicos fueron reacciones en el sitio de inyección, como dolor, eritema, hinchazón, induración y prurito, y reacciones sistémicas comunes, como fiebre, dolor de cabeza, náuseas, mialgia, escalofríos y fatiga, que fueron de intensidad leve a moderada y se resolvieron sin intervención en un plazo de siete días después de la vacunación. No existen contraindicaciones específicas para esta vacuna, excepto las alergias graves a algún componente de la vacuna, incluyendo proteína de huevo/pollo, *Serratia marcescens*, gentamicina, ciprofloxacino y trometamol. Después de la vacunación, las personas con dermatitis atópica pueden experimentar reacciones cutáneas locales más intensas y otros síntomas generales, así como un brote o empeoramiento de su afección cutánea.

La segunda vacuna es LC16m8, una vacuna contra la viruela atenuada replicante que se licenció para la inmunización activa contra la viruela en Japón en 1975, y en 2022 se extendió la aprobación para la prevención de Mpox. La LC16m8 genera anticuerpos que neutralizan múltiples poxvirus, entre ellos la vaccinia, la viruela del mono y la viruela mayor, además de respuestas de células T, lo que indica

que puede ser eficaz para proteger a las personas. LC16m8 es la única vacuna contra la viruela aprobada para su uso en bebés y niños. La inmunidad máxima se alcanza 4 semanas después de una sola dosis de 0.01 ml, administrada por vía percutánea (escarificación). La respuesta a la vacuna LC16m8 también se caracteriza por el desarrollo de una reacción vesicular o pustular ("toma") en el sitio de inoculación, lo que resulta en una cicatriz honda después de 14-21 días. LC16m8 se caracteriza por una menor virulencia y competencia de replicación que ACAM2000. La mayoría de los receptores de la vacuna muestran síntomas de reatogenicidad local o sistémica. Las reacciones más frecuentes incluyen sensibilidad en los ganglios linfáticos axilares, sensibilidad en el lugar de inoculación, inflamación de los ganglios linfáticos axilares y fiebre leve. Se han documentado casos raros de erupción cutánea, dermatitis alérgica y eritema multiforme que se sospecha que fueron causados por la vacunación. Se han documentado casos muy raros de eczema vaciniano, autoinoculación e infección por el virus de la viruela entre 10,578 niños vacunados en 1974, cuyos síntomas clínicos se pudieron observar. No se dispone de una evaluación clínica concreta de LC16m8 en individuos inmunocomprometidos y/o que padezcan trastornos activos de la barrera cutánea relacionados con la función inmunitaria (por ejemplo, eczema), por lo que la vacuna LC16m8 debe utilizarse con precaución en cualquier persona inmunocomprometida, con dermatitis atópica o que haya experimentado una reacción alérgica

a cualquier componente de la vacuna. Cualquier persona que esté en periodo de lactancia debe considerar si quiere continuar o interrumpir la lactancia evaluando los beneficios y riesgos. La vacuna está contraindicada en personas que padezcan una enfermedad que provoque una anomalía grave de la función inmunitaria o estén sometidas a tratamientos inmunosupresores, tengan una enfermedad cutánea generalizada, estén embarazadas o hayan experimentado alguna vez una anafilaxia

debida a los componentes de la vacuna, incluida la gelatina, la estreptomina o la eritromicina.

La vacunación todavía debe ofrecerse a aquellas personas que hayan tenido Mpox, una vez que se hayan recuperado por completo, siguiendo la dosificación recomendada, además de para los que no han tenido Mpox. Los problemas de suministro con la vacuna impidieron que esto sucediera durante el brote reciente, pero esto se ha resuelto desde entonces.

PREVENCIÓN

Las medidas de salud pública en conjunto son cruciales en la respuesta al brote para contener la propagación del Mpox, e incluyen la prevención, la detección pronta de los casos, el seguimiento de los contactos y el aislamiento y la atención de los pacientes. La principal estrategia de prevención es concienciar sobre los factores de riesgo y educar a la población sobre el Mpox y las medidas que pueden tomar para reducir la exposición al virus. Evaluar y tratar los casos sospechosos y confirmados según las precauciones estándar de control de infecciones también evitará una mayor propagación. La vacunación para la prevención y el control del

Mpox, especialmente en las personas con riesgo de contraer la infección, se está implantando actualmente en muchos países, y existen muchas políticas para ofrecer la vacuna a las personas que pueden estar en riesgo, como el personal de laboratorio, los equipos de respuesta rápida y los profesionales sanitarios. Se debería establecer estrategias de equipos multidisciplinarios en colaboración con los organismos gubernamentales y no gubernamentales, además de locales, nacionales e internacionales pertinentes. Para obtener más información, visita www.who.int/europe/emergencies/situations/monkeypox

ENLACES ÚTILES PARA MPOX Y VIH

- JUSTRI: www.justri.org
- Asociación Británica de VIH: www.bhiva.org
- Proyecto Nacional de Defensa del Tratamiento del VIH: www.natap.org
- Manual Nacional del SIDA: www.aidsmap.com
- HIV i-Base: www.i-base.info
- Verificador de Interacciones de Medicamentos contra el VIH del Hospital Liverpool: www.hiv-druginteractions.org
- Asociación Británica de Salud Sexual y VIH: www.bashh.org/news/monkeypox-resources/
- Organización Mundial de la Salud: www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/monkeypox & www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2022-5988-45753-65829
- Centro para el Control de Enfermedades de los EE. UU. www.cdc.gov/poxvirus/mpox/clinicians/treatment.html
- Agencia Europea de Medicamentos - tecovirimat www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/tecovirimat-siga
- Mpx en personas con infección avanzada por VIH: una serie de casos global www.pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36828001/
- Características clínicas y manejo de personas ingresadas en el hospital con Mpx y complicaciones asociadas en todo el Reino Unido: un estudio de cohorte retrospectivo www.pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36566771/

IMÁGENES ÚTILES DE MPOX

IMÁGENES ÚTILES DE MPOX Mapa global del brote de Mpx 2022 de los Centros para el Control de Enfermedades (CDC)

<https://www.cdc.gov/poxvirus/monkeypox/response/2022/world-map.html>

<https://dermnetnz.org/images/monkeypox-images>

<https://www.today.com/health/health/monkeypox-pictures-symptoms-rcna30113>

justri.
www.justri.org

Con agradecimiento a nuestro patrocinador

