Alerta Epidemiológica Mpox en la Región de las Américas

24 de noviembre del 2026

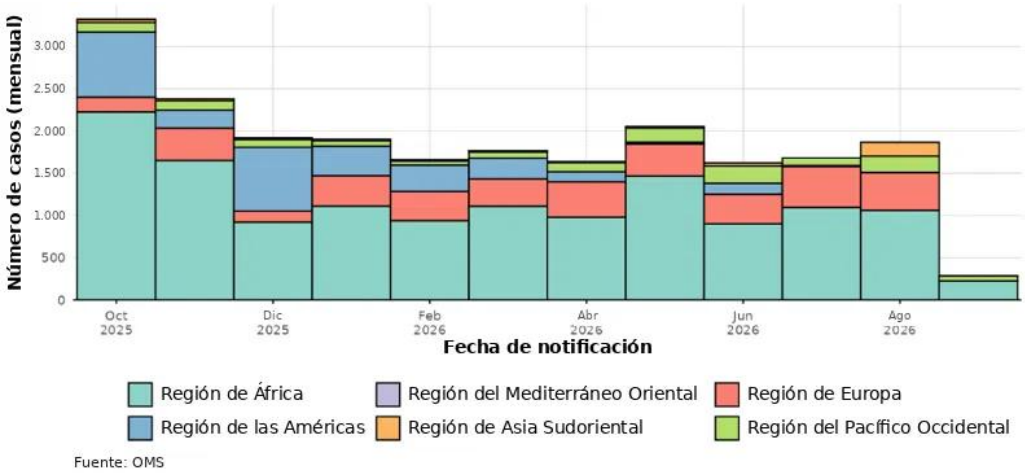
Ante el aumento en la detección y la propagación geográfica de mpox en varios países, la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) insta a los Estados Miembros a fortalecer la vigilancia epidemiológica y genómica para asegurar la detección e investigación oportunas de los casos, monitorear los cambios en los patrones de transmisión y reforzar las medidas focalizadas de prevención y control, en particular en las poblaciones con mayor riesgo, incluidas las personas viajeras que se dirigen a zonas con transmisión activa.

Resumen de la situación

A nivel global, entre el 1 de enero del 2022 y el 30 de septiembre del 2026, se notificaron un total de 193.292 casos confirmados de mpox, incluidas 538 defunciones, en 146 Estados Miembros de las seis regiones de la Organización Mundial de la Salud (OMS). En el 2025, se confirmaron 53.912 casos, incluidas 222 defunciones. En el 2026, hasta el 30 de septiembre del 2026, se habían registrado 14.467 casos confirmados de mpox, incluidas 52 defunciones *(1)*.

En los últimos 12 meses, se observó a nivel global una disminución gradual seguida de una estabilización del número mensual de casos de mpox notificados, principalmente debido a la disminución de los casos notificados en las regiones de África y de las Américas, y a un aumento correspondiente de los casos notificados en la región de Europa (**Figuras 1 y 2**) *(1)*.

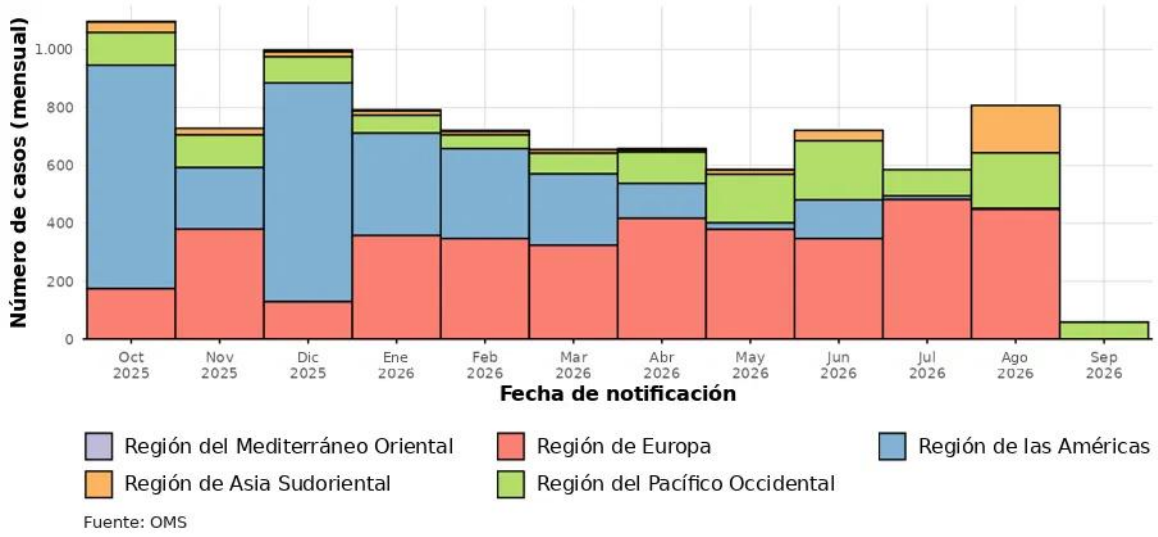
Figura 1. Tendencia de los casos de mpox en todas las regiones de la OMS en los últimos 12 meses, hasta el 27 de septiembre del 2026.



Fuente: Organización Mundial de la Salud. Global Mpox Trends. Ginebra: OMS; 2026 [consultado el 17 de noviembre del 2026]. Disponible en inglés en: https://worldhealthorg.shinyapps.io/mpx_global/ *(1)*

Cita sugerida: Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Alerta Epidemiológica: Mpox en la Región de las Américas, 24 de noviembre del 2026. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2026.

Figura 2. Tendencia de los casos de mpox en las regiones de la OMS (excluyendo la Región de África) en los últimos 12 meses, hasta el 20 de septiembre del 2026.



Fuente: Organización Mundial de la Salud. Global Mpox Trends. Ginebra: OMS; 2026 [consultado el 17 de noviembre del 2026]. Disponible en inglés en: https://worldhealthorg.shinyapps.io/mpx_global/ *(1)*

Mpox continúa propagándose a nivel mundial, impulsada por la circulación de diversos clados del virus (Ia, Ib, IIa y IIb), cada uno con características epidemiológicas diferenciadas. **El clado IIb** ha sido el principal responsable de la expansión global desde el 2022, con transmisión sostenida predominantemente por contacto sexual, que afecta de manera desproporcionada a los hombres que tienen sexo con hombres (HSH). El clado IIb sigue representando la gran mayoría de los casos notificados fuera de África *(1)*.

El clado Ib, detectado inicialmente en septiembre del 2023 en la República Democrática del Congo, se caracteriza por una deleción genómica y mutaciones adicionales que lo distinguen del clado Ia endémico; su propagación internacional ha sido impulsada principalmente por la movilidad de viajeros procedentes de zonas con transmisión activa en África y, más recientemente, de países europeos con transmisión comunitaria establecida *(1)*. El clado Ib ha sido notificado en todas las regiones de la OMS, incluida transmisión comunitaria activa en seis países de la Región de África[1], mientras que otros 51 países notificaron casos asociados a viajes *(1)*.

Es importante señalar que, aunque ambos clados pueden transmitirse por contacto sexual, el clado Ib también ha mostrado transmisión en entornos domiciliarios y comunitarios más amplios en varios países de África. Además, se ha documentado la recombinación entre clados del virus de mpox (MPXV), con tres casos asociados a una cepa recombinante de los clados Ib/IIb, lo que subraya la necesidad de una vigilancia genómica continua *(1-2)*.

[1] Angola, Burundi, Kenia, Madagascar, República Democrática del Congo y Sudán del Sur

Situación en la Región de las Américas

Desde el 2022 y hasta el 20 de noviembre del 2026, se notificaron 76.084 casos confirmados de mpox, incluidas 202 defunciones, en 31 países y territorios de la Región de las Américas. De las 114 defunciones con información disponible sobre el estado serológico respecto al VIH, el 97,37% (111 de 114 defunciones) ocurrió en personas con VIH *(3)*.

En el 2026, entre la semana epidemiológica (SE) 1 y la SE 43, en la Región de las Américas, 13 países notificaron un total de 3.269 casos confirmados de mpox, incluidas cuatro defunciones: Argentina (n= 24 casos), Bolivia (n= 16 casos), Brasil (n= 1.325 casos, incluida una defunción), Canadá (n= 108 casos), Chile (n= 143 casos, incluida una defunción), Colombia (n= 64 casos), Costa Rica (n= 5 casos), Ecuador (n= 8 casos), Jamaica (n= 1 caso), México (n= 107 casos, incluidas dos defunciones), Paraguay (n= 1 caso), Perú (n= 10 casos) y los Estados Unidos de América (n= 1.457 casos) (**Figura 3**). La tasa de notificación en los primeros seis meses del 2026 se mantiene comparable a la observada en el mismo periodo del 2025; sin embargo, una tendencia creciente a partir de la SE 39 del 2026, notificada principalmente en Brasil, indica un resurgimiento localizado de casos. Un aumento concomitante en la detección de mpox clado Ib sugiere un cambio en la epidemiología de dicho clado en Brasil, que pasa de casos exclusivamente relacionados con viajes a una aparente transmisión comunitaria. Las intervenciones de prevención y control dirigidas a las poblaciones clave siguen siendo el principal medio de manejo y deben mantenerse y fortalecerse *(3)*.

En relación con el **clado Ib**, en la Región de las Américas, desde la SE 47 del 2024 hasta la SE 46 del 2026, se han notificado más de 380 casos en 11 países de la Región, de los cuales más de 360 se notificaron durante el 2026: Argentina (n= 14 casos), Brasil (n= 43 casos), Canadá (n= 34 casos de mpox clado I, con 30 casos confirmados de clado Ib), Chile (n= 20 casos), Colombia (n= 23 casos), Costa Rica (n= 2 casos), Ecuador (n= 1 caso), México (n= 30 casos), Perú (n= 2 casos), Paraguay (n= 1 caso) y los Estados Unidos (n= >200 casos de mpox clado I) *(3–14)* (**Cuadro 1**). Estos casos representan menos del 0,5% del total regional, y la mayoría se ha vinculado a antecedentes de viaje a zonas con transmisión activa del clado Ib (África y, más recientemente, Europa) *(3-14)*.

En los **Estados Unidos**, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) notifican más de 200 casos de clado I en al menos 31 estados y Puerto Rico desde noviembre del 2024, incluidos casos relacionados con viajes. Desde agosto del 2026, se han notificado casos con presunta transmisión local en al menos 16 jurisdicciones, lo que indica una transición hacia una transmisión sostenida del clado Ib *(14)*.

Brasil notifica un total de 43 casos de clado Ib en Río de Janeiro, lo que se corresponde con la tendencia creciente observada en Brasil en las últimas ocho semanas *(5,15)*.

Canadá continúa notificando un número creciente de casos de clado Ib, la mayoría relacionados con viajes internacionales, pero con patrones recientes que indican transmisión comunitaria en curso *(6)*.

Colombia notificó 23 casos confirmados de mpox clado Ib en el 2026, de los cuales 18 se notificaron en los últimos tres meses. Si bien los casos iniciales tenían antecedentes sugestivos de transmisión vinculada a viajes internacionales, los casos más recientes no tenían antecedentes de viaje relevantes, lo que sugiere transmisión comunitaria en el país *(8)*.

México también notifica una tendencia creciente en la detección de mpox clado Ib, con 22 de los 30 casos notificados identificados en los últimos dos meses. Solo 13 continúan

vinculados a viajes internacionales, mientras que los demás aún se encuentran en investigación para determinar la fuente de transmisión *(11)*.

Chile, Costa Rica, Ecuador, Paraguay y Perú notificaron los primeros casos confirmados de clado Ib en el país en los últimos seis meses, con casi todos los casos notificados vinculados a viajes internacionales *(7,9,10,12,13)*.

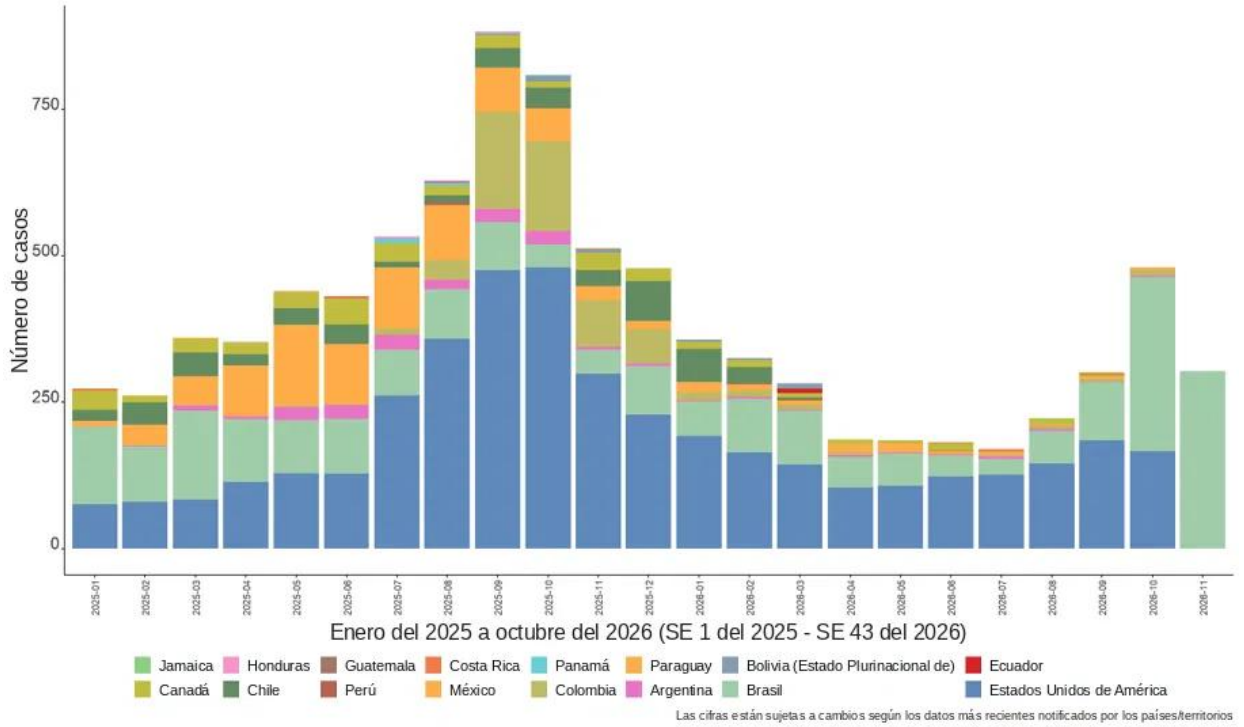
Sin embargo, la detección de casos sin antecedentes de viaje sugiere episodios de transmisión sostenida en los Estados Unidos y posible transmisión comunitaria en Canadá y Colombia, que requieren una investigación epidemiológica exhaustiva y una vigilancia genómica reforzada para detectar de forma temprana cualquier cambio en el patrón de transmisión.

Cuadro 1. Casos notificados de mpox clado I y casos confirmados de clado Ib por país, SE 47 del 2024 a SE 46 del 2026.

País	**Casos notificados de clado I**	**Casos confirmados de clado Ib**	**Situación de la transmisión**
Argentina	14	14	En investigación
Brasil	43	43	En investigación
Canadá	34	30	Evidencia emergente de transmisión comunitaria
Chile	20	20	En investigación
Colombia	23	23	Evidencia emergente de transmisión comunitaria
Costa Rica	5	5	En investigación
Ecuador	1	1	En investigación (importado)
México	30	30	En investigación
Perú	2	2	En investigación
Paraguay	1	1	En investigación
Estados Unidos de América	>200	No publicado	Transmisión sostenida del clado Ib

Fuente: Organización Panamericana de la Salud. Base de datos de mpox de la Región de las Américas 2022–2026, información proporcionada por los Centros Nacionales de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) o extraída de fuentes oficiales de acceso público. Washington, D.C.: OPS; 2026 [consultado el 18 de noviembre del 2026]. Inédito *(3-14)*

Figura 3. Casos confirmados de mpox por país y mes de inicio de síntomas/notificación en la Región de las Américas, enero del 2025 a octubre del 2026 (SE 1 del 2025 a SE 43 del 2026)*.



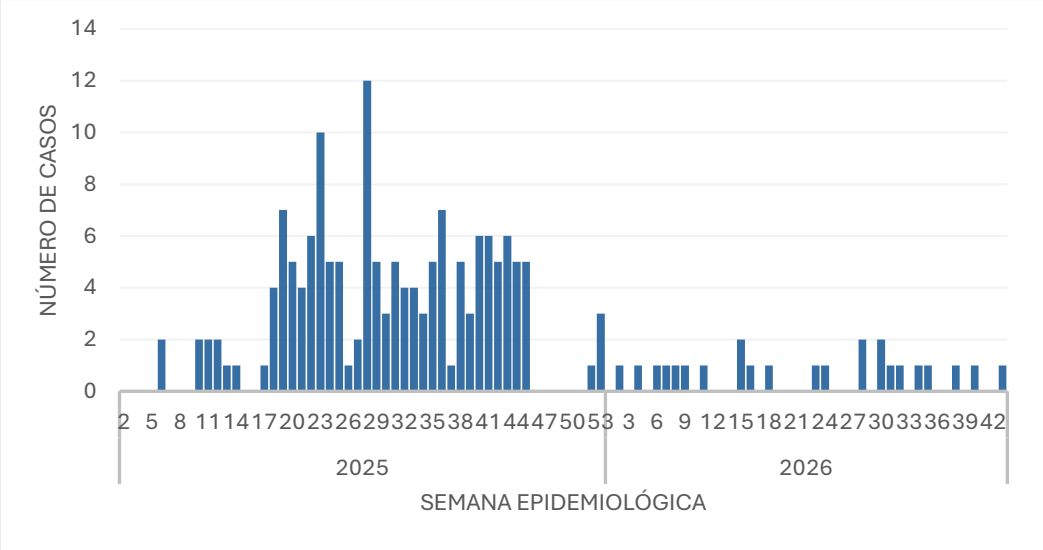
***Nota**: Incluye solo los países para los cuales se dispone de información por semana epidemiológica de inicio de síntomas o de notificación. Los Estados Unidos cambiaron la notificación pública de casos de mpox de un reporte por semana epidemiológica a un reporte mensual. Para mantener la coherencia con la base de datos semanal, los casos mensuales se asignaron a la última semana epidemiológica de cada mes correspondiente. Los datos de Brasil incluyen de la SE 44 a la SE 46 del 2026.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud. Base de datos de mpox de la Región de las Américas 2022–2026, información proporcionada por los Centros Nacionales de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) o extraída de fuentes oficiales de acceso público. Washington, D.C.: OPS; 2026 [consultado el 18 de noviembre del 2026]. Inédito *(3)*.

Resumen de la situación en países seleccionados

En **Argentina**, entre la SE 1 y la SE 43 del 2026, se notificaron 24 casos confirmados de mpox (22 de clado IIb y 2 de clado Ib) (**Figura 4**). De los casos con información disponible, el 96% correspondió a hombres de entre 24 y 53 años. De los 18 casos con información disponible, tres fueron hospitalizados. En el 2026, se notificaron 14 casos de mpox clado Ib en el país *(3,4)*.

Figura 4. Casos confirmados de mpox por semana epidemiológica (SE) de inicio de síntomas/notificación, Argentina, entre la SE 1 del 2025 y la SE 43 del 2026.



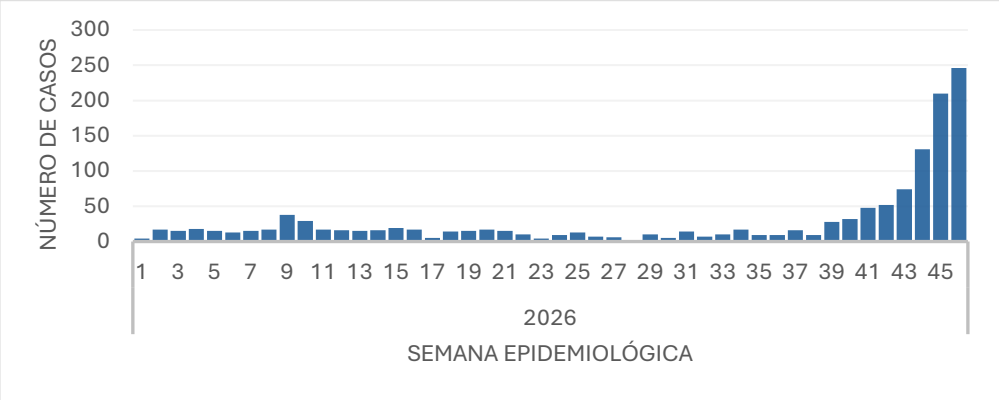
Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de la Salud. Base de datos de mpox de la Región de las Américas 2022–2026, información proporcionada por los Centros Nacionales de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) o extraída de fuentes oficiales de acceso público. Washington, D.C.: OPS; 2026 [consultado el 18 de noviembre del 2026]. Inédito *(3)*.

En **Brasil,** entre la SE 1 y la SE 46 del 2026, se notificaron 1.325 casos confirmados de mpox y una defunción (**Figura 5**). Se ha observado una tendencia creciente de casos desde la SE 39, con 246 casos notificados en la SE 46. Este aumento se debe principalmente a un incremento significativo de casos en Río de Janeiro, acompañado de un aumento moderado en Ceará, el Distrito Federal y São Paulo, en comparación con el mismo periodo del 2025. Además, tras dos años sin casos registrados, se identificó un caso en la SE 46 en el estado de Roraima, fronterizo con Venezuela *(5)*.

El 96% de los casos se presentó en hombres y el 50% de los casos se registró en el grupo de 30 a 39 años. De los 1.306 casos con información disponible, el 11,5% fue hospitalizado *(5)*.

En cuanto al clado, específicamente en Río de Janeiro, de 62 personas con información disponible entre septiembre y octubre, 43 estaban infectadas con mpox clado Ib y 19 con mpox clado IIb *(5, 15)*.

Figura 5. Casos confirmados de mpox por semana epidemiológica (SE) de inicio de síntomas, Brasil, entre la SE 1 y la SE 46 del 2026.

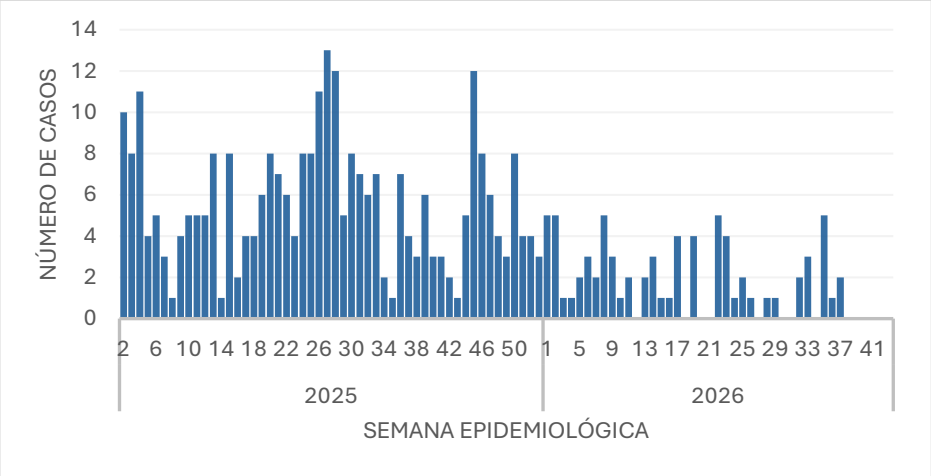


Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de la Salud. Base de datos de mpox de la Región de las Américas 2022–2026, información proporcionada por los Centros Nacionales de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) o extraída de fuentes oficiales de acceso público. Washington, D.C.: OPS; 2026 [consultado el 18 de noviembre del 2026]. Inédito *(3)*.

En **Canadá**, entre la SE 1 y la SE 41 del 2026, se notificaron 108 casos confirmados de mpox (**Figura 6**). Casi la totalidad de los casos notificados (95,4%) correspondió a hombres, y el 93,5% de los casos se encontraba en el grupo de 18 a 49 años (n= 101 casos). De los 106 casos con información disponible, el 5,7% fue hospitalizado (n= 6 casos) *(6)*.

La mayoría de los casos tenía antecedentes de viaje internacional o vínculo epidemiológico con viajeros, mientras que otros presentan antecedentes sugestivos de transmisión comunitaria del virus clado Ib *(6)*.

Figura 6. Casos confirmados de mpox por semana epidemiológica (SE) de inicio de síntomas/notificación, Canadá, entre la SE 1 del 2025 y la SE 43 del 2026.

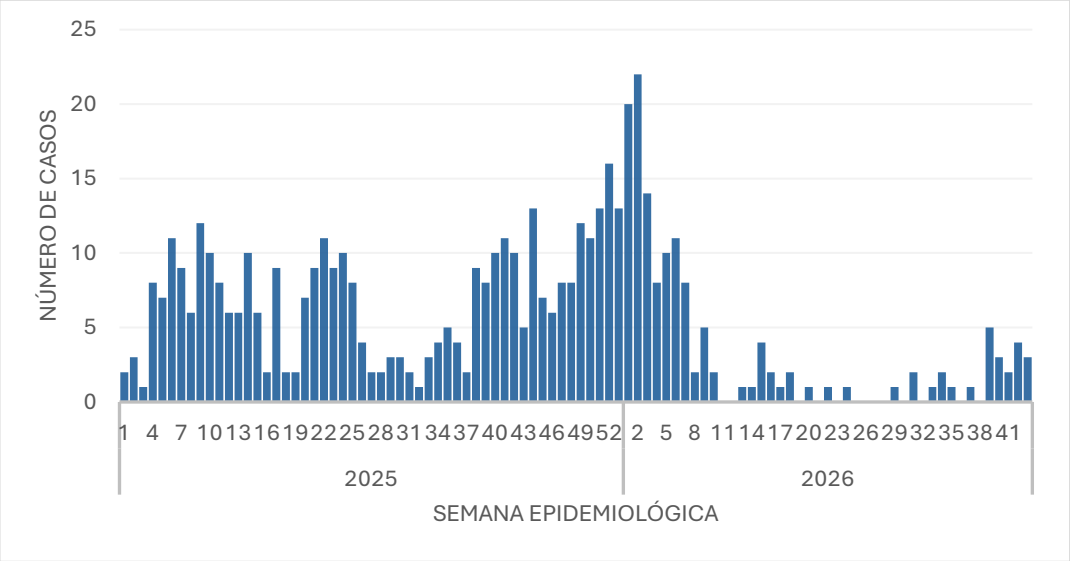


Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de la Salud. Base de datos de mpox de la Región de las Américas 2022–2026, información proporcionada por los Centros Nacionales de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) o extraída de fuentes oficiales de acceso público. Washington, D.C.: OPS; 2026 [consultado el 18 de noviembre del 2026]. Inédito *(3)*.

En **Chile**, entre la SE 1 y la SE 43 del 2026, se notificaron 143 casos de mpox (**Figura 7**). El 99% de los casos correspondió a hombres (n= 142 casos) y el 46% se encontraba en el grupo de 30 a 39 años (n= 66 casos). Del total de casos notificados, se ha registrado una hospitalización a la fecha *(7)*.

Chile ha notificado 20 casos de mpox clado Ib, de los cuales siete tienen antecedentes de viaje a Europa y América, lo que indica infección adquirida durante el viaje *(7)*.

Figura 7. Casos confirmados de mpox por semana epidemiológica (SE) de inicio de síntomas/notificación, Chile, entre la SE 1 del 2025 y la SE 43 del 2026.

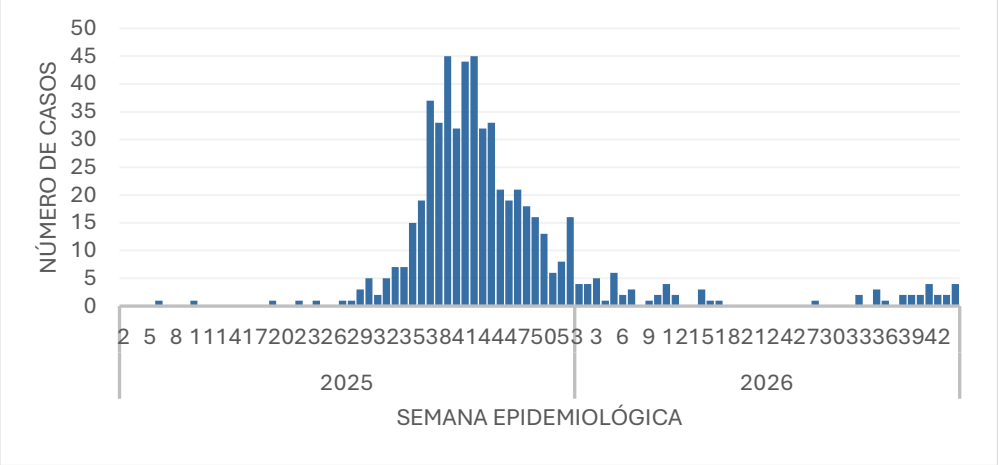


Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de la Salud. Base de datos de mpox de la Región de las Américas 2022–2026, información proporcionada por los Centros Nacionales de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) o extraída de fuentes oficiales de acceso público. Washington, D.C.: OPS; 2026 [consultado el 18 de noviembre del 2026]. Inédito *(3)*.

En **Colombia**, entre la SE 1 y la SE 44 del 2026, se notificaron 64 casos confirmados de mpox (**Figura 8**). Todos los casos notificados en el 2026 fueron hombres (n= 64 casos) y el 50% de los casos se encuentra en el grupo de 30 a 39 años (n= 32). Del total de casos, 12 fueron hospitalizados *(8)*.

Colombia ha confirmado 23 casos de mpox clado Ib, de los cuales 18 se notificaron en las últimas ocho semanas. En cuanto a la distribución geográfica, se notificaron casos en Bogotá (n= 18), Antioquia (n= 3), Cundinamarca (n= 1) y Risaralda (n= 1). Si bien los casos iniciales tenían antecedentes de viaje, los casos más recientes no tenían antecedentes de viaje relevantes, lo que sugiere transmisión comunitaria del clado Ib *(8)*.

Figura 8. Casos confirmados de mpox por semana epidemiológica (SE) de inicio de síntomas/notificación, Colombia, entre la SE 1 del 2025 y la SE 44 del 2026.

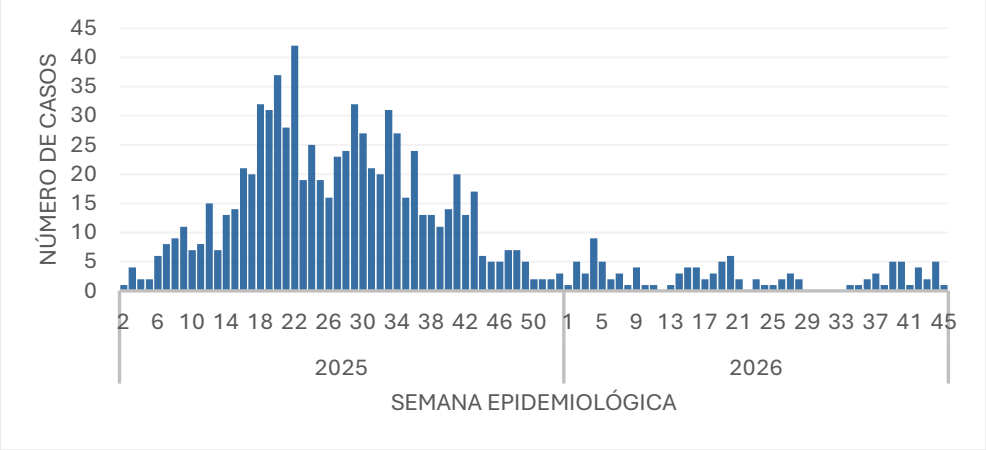


Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de la Salud. Base de datos de mpox de la Región de las Américas 2022–2026, información proporcionada por los Centros Nacionales de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) o extraída de fuentes oficiales de acceso público. Washington, D.C.: OPS; 2026 [consultado el 18 de noviembre del 2026]. Inédito *(3)*.

En **México**, entre la SE 1 y la SE 45 del 2026, se notificaron 107 casos confirmados de mpox y dos defunciones (**Figura 9**). Todos los casos notificados en el 2026 fueron hombres y el 61% de los casos se encontraba en el grupo de 25 a 39 años (n= 65 casos) *(11)*.

En cuanto a los casos de mpox identificados como clado Ib, entre la SE 1 del 2025 y la SE 45 del 2026, se detectaron 30 casos en los estados de Aguascalientes (n= 2 casos), Baja California (n= 2 casos), Coahuila (n= 1 caso), Guerrero (n= 1 caso), Ciudad de México (n= 11 casos), Jalisco (n= 1 caso), Nuevo León (n= 10 casos), Puebla (n= 1 caso) y Sonora (n= 1 caso). De estos, 22 casos se identificaron en las últimas ocho semanas *(11)*.

Figura 9. Casos confirmados de mpox por semana epidemiológica (SE) de inicio del exantema, México, SE 1 del 2025 a SE 43 del 2026.

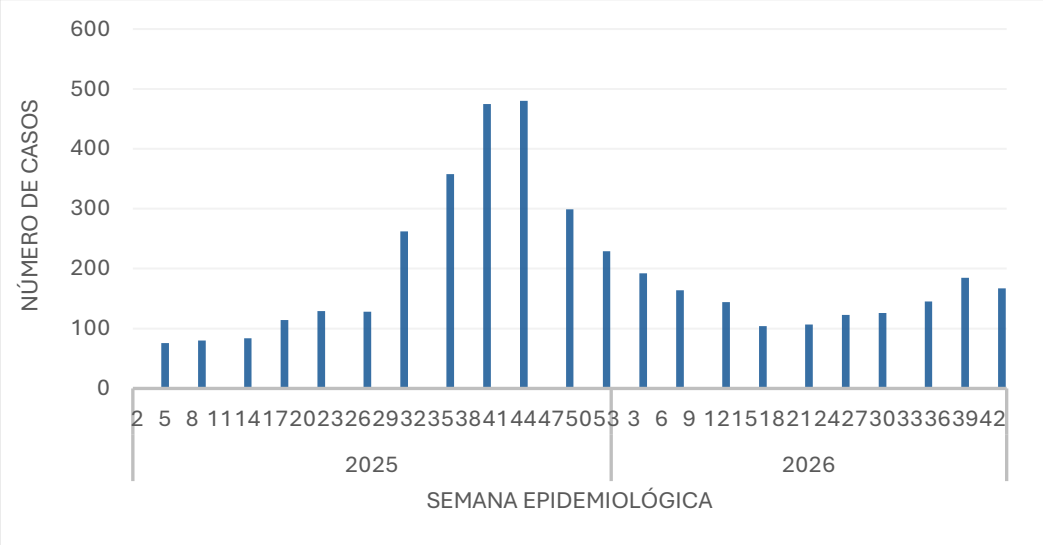


Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de la Salud. Base de datos de mpox de la Región de las Américas 2022–2026, información proporcionada por los Centros Nacionales de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) o extraída de fuentes oficiales de acceso público. Washington, D.C.: OPS; 2026 [consultado el 18 de noviembre del 2026]. Inédito *(3)*.

En los **Estados Unidos**, entre la SE 1 y la SE 43 del 2026, se notificaron 1.457 casos confirmados de mpox, sin defunciones registradas (**Figura 10**) *(14)*.

Los Estados Unidos detectaron el primer caso de clado Ib en noviembre del 2024 y, desde entonces, se han confirmado más de 200 casos de clado Ib en al menos 31 estados del país y en Puerto Rico. Si bien los casos esporádicos iniciales del 2024 y el 2025 se asociaron a viajes desde África Oriental o Central, la mayoría de los casos recientes con antecedente de viaje notificado procedían de Europa Occidental o habían tenido contacto con viajeros de esa región. Desde agosto del 2026, se ha detectado una proporción creciente de casos de clado Ib sin antecedentes recientes de viaje internacional en al menos 16 jurisdicciones, lo que indica una transmisión sostenida de mpox clado Ib en el país *(14)*.

Figura 10. Casos confirmados de mpox por semana epidemiológica (SE)* de inicio de síntomas/notificación, Estados Unidos, entre la SE 1 del 2025 y la SE 43 del 2026.



***Los Estados Unidos cambiaron la notificación pública de casos de mpox de un reporte por semana epidemiológica a un reporte mensual. Para mantener la coherencia con la base de datos semanal, los casos mensuales se asignaron a la última semana epidemiológica de cada mes correspondiente.**

Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de la Salud. Base de datos de mpox de la Región de las Américas 2022–2026, información proporcionada por los Centros Nacionales de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) o extraída de fuentes oficiales de acceso público. Washington, D.C.: OPS; 2026 [consultado el 18 de noviembre del 2026]. Inédito *(3)*.

Orientaciones para los Estados Miembros

El 14 de agosto del 2024, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII) *(16)* en respuesta a la propagación internacional de casos de mpox y al riesgo de transmisión sostenida en múltiples regiones. Tras observar una reducción del impacto global y el fortalecimiento de las capacidades de vigilancia, prevención y respuesta en los países afectados, el fin de la ESPII se anunció el 5 de septiembre del 2025 *(17)*. El fin de la ESPII no elimina el riesgo para la salud asociado, particularmente en un contexto de circulación continua del virus, detección de nuevos clados y persistencia de casos en varias regiones, por lo que es necesario mantener las medidas de vigilancia y preparación.

Ante el aumento de casos de clado I en la Región de las Américas, se orienta a las autoridades de salud a continuar con sus esfuerzos de vigilancia para caracterizar la situación y responder rápidamente en caso de introducción de esta u otra variante del virus (MPXV).

Se recuerdan a los Estados Miembros las principales recomendaciones en materia de vigilancia, manejo clínico, profilaxis y comunicación de riesgos *(18)*.

Vigilancia

El objetivo principal de la vigilancia y la investigación de casos de mpox es la detección rápida de casos y conglomerados para brindar atención clínica adecuada y aislar a los casos a fin de prevenir una mayor transmisión; identificar, manejar y dar seguimiento a los contactos para reconocer signos o síntomas tempranos de infección; determinar qué grupos tienen mayor riesgo de infección y de enfermedad grave; proteger al personal de salud de primera línea; e implementar medidas eficaces de control y prevención *(19)*.

Es fundamental mantener una vigilancia epidemiológica basada en pruebas de laboratorio y en la notificación oportuna de casos probables y confirmados. Esto incluye el monitoreo de cuadros clínicos compatibles con mpox a través de los programas de vigilancia existentes y la implementación de definiciones claras de caso sospechoso, probable, confirmado y de reinfección, de acuerdo con las directrices vigentes *(19, 20)*.

La integración de la vigilancia, la detección, la prevención, la atención y la investigación de mpox en los programas y servicios de prevención y control del VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS) facilitará la detección temprana de brotes, reducirá las barreras de acceso a los servicios de salud y mejorará la respuesta a la coinfección VIH-MPXV *(21)*.

Se reitera la necesidad de la confirmación por laboratorio y de la implementación de la vigilancia genómica para determinar los clados circulantes y su evolución, contribuyendo además al conocimiento mediante el intercambio de datos de secuencias genéticas para acciones de salud pública pertinentes.

Diagnóstico por laboratorio

Ante el brote de MPXV clado Ib, deben mantenerse las directrices previas para la detección molecular y la confirmación de casos sospechosos de mpox. Sin embargo, se recomienda seguir cuidadosamente los algoritmos propuestos para diferenciar los clados circulantes y para la identificación adecuada del clado Ib.

La detección del ADN viral mediante reacción en cadena de la polimerasa (PCR) es la prueba de laboratorio de elección para mpox. Las mejores muestras para el diagnóstico son las tomadas directamente de la lesión eruptiva, incluido el hisopado vigoroso de la superficie y/o del exudado de la lesión, de los bordes superiores de las lesiones o de las costras *(22)*. Los hisopados de lesiones suelen ser suficientes para el diagnóstico; si se toman hisopados de los bordes superiores o de las costras de las lesiones, deben seguirse estrictamente las medidas de prevención de lesiones por objetos punzocortantes. En ausencia de lesiones cutáneas y en presencia de lesiones en mucosas, pueden tomarse hisopados orofaríngeos, anales o rectales *(22)*. Sin embargo, si bien un resultado positivo en una muestra orofaríngea,

anal o rectal es indicativo de mpox, un resultado negativo no es suficiente para descartar la infección por MPXV. No se recomienda intentar la detección en sangre. Por otro lado, los métodos de detección de anticuerpos pueden utilizarse para la clasificación retrospectiva de casos, pero no para el diagnóstico. Su uso debe restringirse a laboratorios de referencia y pueden no ser útiles, ya que a menudo no distinguen entre los diferentes orthopoxvirus *(22)*.

Se ha documentado que el MPXV clado I, que actualmente impulsa el aumento de la transmisión en África, presenta una deleción genómica y mutaciones adicionales no identificadas en el clado Ia, lo que llevó a su clasificación como clado Ib *(23)*. Aunque la detección molecular mediante el protocolo de PCR genérico recomendado (para la detección únicamente de MPXV) continúa funcionando correctamente, la PCR específica para el clado I (recomendada previamente) no detecta el nuevo clado (Ib) del virus *(23)*. **Por lo tanto, tras la detección inicial mediante el protocolo de detección (genérico), si la PCR específica de clado resulta negativa tanto para el clado I como para el clado II, las muestras deben secuenciarse** *(22)*. Actualmente, existen protocolos de PCR para la detección específica del clado Ib, que pueden apoyar la confirmación ante un caso sospechoso que resulte positivo en el ensayo genérico de detección de MPXV; sin embargo, aún no se dispone de datos de validación para estos protocolos, por lo que siempre se recomienda la secuenciación, en particular para el caso índice o los primeros casos detectados en un brote *(22)*.

Además, la identificación de MPXV recombinantes solo puede confirmarse mediante secuenciación; por lo tanto, se recomienda establecer y mantener la vigilancia genómica para la detección oportuna de posibles cambios y patrones evolutivos que puedan asociarse con cambios en la gravedad y la transmisión.

Las directrices de laboratorio para la detección y el diagnóstico de la infección por el virus de mpox están disponibles en: https://www.paho.org/es/documentos/directrices-laboratorio-para-deteccion-diagnostico-infeccion-por-virus-mpox-27-agosto *(22)*.

Rastreo de contactos

Los casos de mpox deben ser entrevistados con prontitud para identificar posibles contactos y entornos de exposición. Los contactos identificados deben ser notificados dentro de las 24 horas y se les debe aconsejar que vigilen la aparición de síntomas y busquen atención médica si estos se presentan. La identificación y el rastreo de contactos deben iniciarse tan pronto como se detecte un caso sospechoso de mpox, sin esperar la confirmación. Si posteriormente el caso es descartado, el rastreo de contactos debe adaptarse o suspenderse, según corresponda.

Definición de contacto

Se define como contacto a una persona que ha estado expuesta a un caso sospechoso, probable o confirmado de mpox durante el periodo infeccioso de este último. La exposición puede ocurrir a través de:

1. Contacto directo
    - contacto físico piel con piel, piel con mucosa o boca con mucosa
    - Ejemplos: tocar, abrazar, besar, contacto sexual oral íntimo u otro tipo de contacto sexual
2. Contacto indirecto
    - contacto con objetos contaminados por el caso, como ropa o ropa de cama

    - Esto incluye la manipulación de materiales contaminados, como la ropa sucia, y la limpieza de habitaciones
3. Contacto no físico
    - conversación cercana y prolongada con un caso sintomático de mpox, especialmente si presenta úlceras visibles de mpox
    - hablar cerca de esa persona aumenta el riesgo de exposición a partículas respiratorias infecciosas (PRI) expulsadas por la boca
4. Contacto materno-infantil (transmisión vertical)
    - La transmisión puede ocurrir durante el embarazo a través de la placenta o durante el parto

Lo anterior también se aplica al personal de salud potencialmente expuesto en ausencia del uso adecuado del equipo de protección personal (EPP) apropiado *(19, 24)*. Los miembros del hogar que conviven con un caso de mpox pueden presentar múltiples exposiciones potenciales (directas, indirectas, no físicas).

El periodo infeccioso de mpox comienza con el inicio de los síntomas (o hasta dos días antes, cuando corresponda) y termina cuando todas las lesiones han cicatrizado y se ha formado piel nueva. Las personas asintomáticas con una prueba de PCR positiva para mpox también deben considerarse infecciosas, y debe iniciarse el rastreo de contactos.

Las recomendaciones completas sobre el rastreo de contactos están disponibles en inglés en: Surveillance, case investigation and contact tracing for mpox: interim guidance, 27 November 2024 *(19)*

Vacunación

De acuerdo con las directrices del Grupo de Asesoramiento Estratégico de Expertos en Inmunización (SAGE, por sus siglas en inglés), se recomienda el uso de la vacuna contra mpox en grupos con alto riesgo de infección. La decisión sobre el uso de la vacuna contra mpox y en qué grupos específicos debe ser determinada por cada país en función de la epidemiología de la enfermedad en su jurisdicción *(25)*.

En mayo del 2022, el Grupo Técnico Asesor (GTA) sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación de la OPS recomendó que la vacunación se ofreciera únicamente a los contactos cercanos con alto riesgo de exposición a un caso confirmado de mpox *(26)*. En este caso, la vacuna debería administrarse idealmente dentro de los cuatro días posteriores a la exposición.

En el manejo de la respuesta al brote, la vacunación debe considerarse una medida adicional que complementa las intervenciones primarias de salud pública. A nivel individual, la vacunación no debe reemplazar otras medidas de protección.

En el contexto del actual resurgimiento de mpox en la Región de las Américas, se aconseja a las personas viajeras pertenecientes a grupos de alto riesgo que busquen vacunarse antes de viajar a zonas con transmisión activa.

Manejo clínico

Identificar los casos de mpox puede ser difícil dada la similitud con otras infecciones y afecciones *(27, 28)*. Es importante distinguir mpox de la varicela, el sarampión, las infecciones bacterianas de la piel, la escabiosis, el herpes, la sífilis, otras infecciones de transmisión sexual y las alergias a medicamentos. Una persona con mpox también puede tener simultáneamente otra infección de transmisión sexual, en particular sífilis, o una infección por VIH no diagnosticada. Por otro lado, un niño o un adulto con sospecha de mpox también puede tener varicela. Por estas razones, las pruebas son clave para garantizar que las personas reciban la atención adecuada lo antes posible y para prevenir una mayor propagación *(28)*.

En los casos de transmisión sexual, el cuadro clínico puede limitarse a proctitis, uretritis o faringitis, que en ocasiones pueden ser graves. Las personas con VIH que no reciben tratamiento antirretroviral, en particular aquellas con enfermedad avanzada (recuento de linfocitos CD4 inferior a 200/mm^3), presentan una carga desproporcionada de morbilidad y una mayor mortalidad. En estos pacientes se han notificado lesiones necrotizantes crónicas, proctitis y dolor perianal intenso, lesiones oculares y otras manifestaciones poco frecuentes *(29)*. Por lo tanto, se recomienda ofrecer la prueba serológica de VIH a todos los casos sospechosos de mpox y, si es positiva, confirmar el diagnóstico e iniciar el tratamiento antirretroviral lo antes posible. Si la prueba de VIH es negativa, se debe identificar a las personas en riesgo de exposición al VIH y derivarlas a servicios que brinden profilaxis pre y posexposición al VIH.

Durante el manejo de los casos sospechosos, probables y/o confirmados de mpox, se requiere la identificación temprana mediante protocolos de tamizaje adaptados a los entornos locales. Estos casos deben aislarse de inmediato, y se requiere la implementación rápida de medidas adecuadas de prevención y control de infecciones (PCI), pruebas para confirmar el diagnóstico, el manejo sintomático de los pacientes con mpox leve o sin complicaciones, y el monitoreo y tratamiento de las complicaciones y de las afecciones graves *(27, 29)*.

Los pacientes con mpox que presentan síntomas leves o moderados y que pueden recibir atención en el hogar requieren una evaluación cuidadosa de su capacidad para aislarse de forma segura y mantener las precauciones de PCI necesarias en su domicilio para prevenir la transmisión a otros miembros del hogar y a la comunidad. Las precauciones (aislamiento y medidas de PCI) deben mantenerse hasta que se haya formado una nueva capa de piel bajo las costras *(27,29,30)*. La OMS ha publicado recientemente orientaciones para la atención domiciliaria de los casos de mpox *(24)*.

El tratamiento se centra en el cuidado de las heridas, el manejo del dolor y la prevención de complicaciones. Al inicio del brote multinacional del 2022, se propuso el uso de antivirales específicos, como el tecovirimat, para los casos graves o las personas con mayor riesgo de complicaciones. Con base en la limitada información disponible, la OMS había recomendado el uso de tecovirimat en ensayos controlados aleatorizados (ECA) para ayudar a generar evidencia y, si esto no fuera posible, utilizarlo en el marco del Uso de Emergencia Monitoreado de Intervenciones No Registradas y Experimentales (MEURI, por sus siglas en inglés) *(30)*. Los resultados de los tres estudios principales (STOMP, PALM007 y UNITY) establecieron que el tecovirimat es seguro, pero no se ha demostrado un beneficio clínico con su uso *(31-33)*.

Comunicación de riesgos

Promover la difusión de mensajes de salud pública dirigidos al personal de salud, a la población general y, en particular, a la población con mayor riesgo (hombres que tienen sexo con hombres, incluidos aquellos con VIH, así como personas con redes sexuales extensas), y a quienes participan en programas de tratamiento antirretroviral o de profilaxis preexposición (PrEP), con el fin de informar y educar a la población destinataria sobre las medidas de prevención y mejorar el reconocimiento temprano, la notificación y el inicio rápido del tratamiento de estos casos *(34)*.

Distribuir materiales sencillos de información, educación y comunicación (IEC) sobre la transmisión, los síntomas, la prevención y el tratamiento a través de diversos canales (incluidas las redes sociales, las aplicaciones de citas o la televisión de circuito cerrado en los establecimientos de salud que atienden a poblaciones con mayor prevalencia de VIH y otras ITS).

Enfatizar en los mensajes clave que la OMS recomienda el uso constante del condón durante la actividad sexual (oral/anal/vaginal, receptiva e insertiva) durante las 12 semanas posteriores a la recuperación de un caso confirmado, para reducir la posible transmisión de mpox por esta vía, dado que este riesgo aún se desconoce *(34)*.

Prevenir la difusión de rumores e información falsa, inexacta o incorrecta sobre mpox. Es importante que las autoridades de salud pública monitoreen y analicen sistemáticamente la información compartida en las redes sociales para identificar preguntas clave y vacíos de información, y desarrollar estrategias de comunicación basadas en este análisis. Se debe alentar al público a obtener información únicamente de fuentes oficiales *(34)*.

Continuar las actividades de comunicación de riesgos y participación comunitaria, y trabajar con organizaciones de la sociedad civil para involucrar a los grupos de población clave más afectados, como los hombres gais, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres, incluidos aquellos con VIH *(34)*.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Global Mpox Trends. Ginebra: OMS; 2026 [consultado el 17 de noviembre del 2026]. Disponible en inglés en: https://worldhealthorg.shinyapps.io/mpx_global/#1_Overview.
2. Organización Mundial de la Salud. WHO Rapid Risk Assessment - Mpox, Global v.6. Ginebra: OMS; 2026. Disponible en inglés en: https://www.who.int/publications/m/item/who-rapid-risk-assessment---mpox--global-v.6
3. Organización Panamericana de la Salud. Tablero de casos de mpox - Región de las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2024 [consultado el 17 de noviembre del 2026]. Disponible en: https://shiny.paho-phe.org/mpox/
4. Centro Nacional de Enlace (CNE) para el RSI de Argentina. Comunicación recibida el 11 de noviembre del 2026 mediante correo electrónico. Buenos Aires; 2026. Inédito.
5. Centro Nacional de Enlace (CNE) para el RSI de Brasil. Comunicación recibida el 17 de noviembre del 2026 mediante correo electrónico. Brasilia; 2026. Inédito.
6. Centro Nacional de Enlace (CNE) para el RSI de Canadá. Comunicación recibida el 30 de octubre del 2026 mediante correo electrónico. Ottawa; 2026. Inédito.
7. Centro Nacional de Enlace (CNE) para el RSI de Chile. Comunicación recibida el 4 de septiembre del 2026 mediante correo electrónico. Santiago de Chile; 2026. Inédito.
8. Centro Nacional de Enlace (CNE) para el RSI de Colombia. Comunicación recibida el 17 de noviembre del 2026 mediante correo electrónico. Bogotá; 2026. Inédito.
9. Centro Nacional de Enlace (CNE) para el RSI de Costa Rica. Comunicación recibida el 23 de julio del 2026 mediante correo electrónico. San José; 2026. Inédito.
10. Centro Nacional de Enlace (CNE) para el RSI de Ecuador. Comunicación recibida el 23 de noviembre del 2026 mediante correo electrónico. Quito; 2026. Inédito.
11. Centro Nacional de Enlace (CNE) para el RSI de México. Comunicación recibida el 6 de noviembre del 2026 mediante correo electrónico. Ciudad de México; 2026. Inédito.
12. Centro Nacional de Enlace (CNE) para el RSI de Paraguay. Comunicación recibida el 5 de noviembre del 2026 mediante correo electrónico. Asunción; 2026. Inédito.
13. Centro Nacional de Enlace (CNE) para el RSI de Perú. Comunicación recibida el 5 de noviembre del 2026 mediante correo electrónico. Lima; 2026. Inédito.
14. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos de América. Global Monkeypox: Current Situation. Atlanta: CDC; 16 de noviembre del 2026 [consultado el 18 de noviembre del 2026]. Disponible en inglés en: https://www.cdc.gov/monkeypox/situation-summary/index.html.
15. Fiocruz. INI/Fiocruz É a Unidade de Referência Para Atendimento de Casos de Mpox. Río de Janeiro; 2026. Disponible en portugués en: https://fiocruz.br/noticia/2026/11/ini-fiocruz-e-unidade-de-referencia-para-atendimento-de-casos-de-mpox
16. Organización Mundial de la Salud. Primera reunión del Comité de Emergencias del Reglamento Sanitario Internacional (2005) sobre el recrudecimiento de la viruela símica (mpox) en 2024. Disponible en: https://www.who.int/es/news/item/19-08-2024-first-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-upsurge-of-mpox-2024.

17. Organización Mundial de la Salud. Quinta reunión del Comité de Emergencias del Reglamento Sanitario Internacional (2005) sobre el recrudecimiento de la viruela símica (mpox) en 2024. Disponible en: https://www.who.int/es/news/item/30-10-2025-fifth-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-upsurge-of-mpox-2024.

18. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Actualización Epidemiológica Mpox en la Región de las Américas - 20 de diciembre del 2024. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2024. Disponible en: https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-mpox-region-americas-20-diciembre-2024.

19. Organización Mundial de la Salud. Surveillance, case investigation and contact tracing for mpox (monkeypox): Interim guidance, 27 November 2024. Ginebra: OMS; 2024. Disponible en inglés en: https://www.who.int/publications/i/item/B09169.

20. Organización Mundial de la Salud. Quinta reunión del Comité de Emergencias del Reglamento Sanitario Internacional (2005) (RSI) sobre el brote de viruela símica en varios países, mayo del 2023. Ginebra: OMS; 2023. Disponible en: https://www.who.int/es/news/item/11-05-2023-fifth-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-(ihr)-emergency-committee-on-the-multi-country-outbreak-of-monkeypox-(mpox).

21. Organización Mundial de la Salud. Informe de la cuarta reunión del Comité de Emergencias del Reglamento Sanitario Internacional (2005) (RSI) sobre el brote de viruela símica en varios países, 15 de febrero del 2023. Ginebra: OMS; 2023. Disponible en: https://www.who.int/es/news/item/15-02-2023-fourth-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-(ihr)-emergency-committee-on-the-multi-country-outbreak-of-monkeypox-(mpox).

22. Organización Panamericana de la Salud. Directrices de laboratorio para la detección y el diagnóstico de la infección por el virus de mpox. 27 de agosto del 2024. Washington, D.C.: OPS; 2024. Disponible en: https://www.paho.org/es/documentos/directrices-laboratorio-para-deteccion-diagnostico-infeccion-por-virus-mpox-27-agosto

23. McQuiston JH, Luce R, Kazadi DM, Bwangandu CN, Mbala-Kingebeni P, Anderson M, et al. U.S. preparedness and response to increasing clade I mpox cases in the Democratic Republic of the Congo — United States, 2024. Morbidity and Mortality Weekly Report / May 16, 2024 / 73 (19); 435–440; Atlanta: CDC; 2024. Disponible en inglés en: https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/73/wr/mm7319a3.htm

24. Organización Mundial de la Salud. Infection prevention and control and water, sanitation, and hygiene measures for home care and isolation for mpox in resource-limited settings. Ginebra: OMS; 2025. Disponible en inglés en: https://www.who.int/publications/i/item/9789240101654

25. Organización Panamericana de la Salud. Recomendaciones para el uso de vacuna contra mpox. 6 de octubre del 2025. Washington, D.C.: OPS; 2025. Disponible en: https://www.paho.org/es/documentos/recomendaciones-para-uso-vacuna-contra-mpox.

26. Organización Panamericana de la Salud. VIII Reunión ad hoc del Grupo Técnico Asesor (GTA) sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación de la OPS: Informe técnico sobre

el brote de viruela símica en varios países, 31 de mayo del 2022 (virtual). Washington, D.C.: OPS; 2022. Disponible en: https://iris.paho.org/handle/10665.2/56116

27. Organización Mundial de la Salud. Atlas of mpox lesions: a tool for clinical researchers, version 28 April 2023. Ginebra: OMS; 2023. Disponible en inglés en: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MPX-Clinical-Lesions-2023.1
28. Organización Panamericana de la Salud. Orientaciones sobre la sospecha clínica y el diagnóstico diferencial de la viruela símica. Nota técnica provisional, junio del 2022. Washington, D.C.: OPS; 2022. Disponible en: https://iris.paho.org/handle/10665.2/56133.
29. Mitjà O, Alemany A, Marks M, Lezama J, Rodríguez J, Torres M, et al. Mpox in people with advanced HIV infection: a global case series. Lancet. 2023 Mar 18;401(10380):939-949. doi: 10.1016/S0140-6736(23)00273-8. Epub 2023 Feb 21. Erratum in: Lancet. 2023 Apr 8;401(10383):1158. doi: 10.1016/S0140-6736(23)00584-6. PMID: 36828001. Disponible en inglés en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36828001/
30. Organización Mundial de la Salud. El manejo clínico y la prevención y el control de la infección de la viruela símica: guía provisional de respuesta rápida, 10 de junio del 2022. Ginebra: OMS; 2022. Disponible en: https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-MPX-Clinical-and-IPC-2022.1.
31. Zucker J, Fischer WA II, Zheng L, McCarthy C, Saha PT, Javan AC, et al. Tecovirimat for the treatment of mpox. N Engl J Med. 2026;394(9):884–895. doi:10.1056/NEJMoa2506495. Disponible en inglés en: https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2506495
32. PALM007 Writing Group. Tecovirimat for clade I MPXV infection in the Democratic Republic of the Congo. N Engl J Med. 2025;392(15):1484–1496. doi:10.1056/NEJMoa2412439. Disponible en inglés en: https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2412439
33. Grinsztejn B. Tecovirimat for mpox – primary clinical outcome results from the randomized part of the Unity clinical trial. Presentación oral en: Making impact with mpox: Epidemiology and medical countermeasures; IAS 2025. Disponible en inglés en: https://plus.iasociety.org/webcasts/making-impact-mpox-epidemiology-and-medical-countermeasures
34. Organización Mundial de la Salud. Risk communication and community engagement readiness and response toolkit: mpox, 23 April 2024. Ginebra: OMS; 2024. Disponible en inglés en: https://www.who.int/publications/i/item/9789240091559