

Procediment d'actuació enfront de casos d'infecció pel virus de la verola del mico (*Monkeypox*)

Versió 1.1

22.11.2022

Aquest procediment d'actuació està basat en el document: [Protocolo para la detección precoz y manejo de los casos ante la alerta de Viruela de los Monos \(Monkeypox\) en España](#). Actualitzat el 2 de novembre de 2022. Institut de Salut Carles III, Ministeri de Sanitat.

Direcció: Carmen Cabezas Peña.

Coordinació: Jacobo Mendioroz Peña, Ana Martínez Mateo.

Document aprovat per acord de la Comissió de Vigilància Epidemiològica de Catalunya: Irene Barrabeig Fabregat, Núria Bes Montalat, Gloria Carmona Parcerisa, Mònica Carol Torrades, M. del Pilar Ciruela Navas, Joaquim Ferràs Prats, Patricia García de Olalla Rizo, Sofia Minguell Verges, Ignasi Parron Bernabe, Sandra Pequeño Saco, Glòria Perez Albarracin, Cristina Rius Gibert i M. Rosa Sala Farré.

Autors o redactors:

Assumpta Bou Monclús, Ana Martínez Mateo i Jacobo Mendioroz Peña.

Han col·laborat en la redacció d'aquest document: Agathe León García, Gemma Rosell Duran, Itziar Martinez Calleja, Luca Basile, Victor Cristino Marcos, Montserrat Martinez Marcos, Victor Guadalupe Fernandez, Alba Cabré Riera, César Nehemí Arias Varela, Laura Clotet Romero, Ariadna Rovira Faixa, Eva López Guerrero.

Alguns drets reservats

© 2022, Generalitat de Catalunya. Departament de Salut.



Els continguts d'aquesta obra estan subjectes a una llicència de Reconeixement-NoComercial-SenseObresDerivades 4.0 Internacional.

La llicència es pot consultar a la pàgina web de Creative Commons.

Edita:

Subdirecció General de Vigilància i Resposta a Emergències de Salut Pública. Secretaria de Salut Pública de Catalunya.

Primera edició:

Barcelona, novembre de 2022.

Assessorament lingüístic:

Servei de Planificació Lingüística del Departament de Salut

URL:

Disseny de plantilla accessible 1.05:
Oficina de Comunicació. Identitat Corporativa.

Sumari

1	Introducció	4
1.1	Agent infeccios	7
1.2	Transmissió	7
1.3	Presentació clínica	9
1.4	Objectiu d'aquest protocol	14
2	Detecció precoç	14
2.1	Classificació dels casos	16
2.2	Indicació de prova diagnòstica i diagnòstic de laboratori	16
2.3	Notificació	18
3	Mesures de control	19
3.1	Prevenició i control dels casos sospitosos, probables i confirmats	19
3.2	Prevenició i control dels contactes estrets	23
3.3	Recomanacions específiques referents a les mascotes de persones amb MPX	30
3.4	Mesures de control mediambiental	31
3.5	Mesures en relació amb hemoderivats i trasplantaments	32
3.6	Maneig de cadàvers	32
4	Annexos	33
4.1	Annex 1. Enquesta epidemiològica a un cas sospitós, probable o confirmat	33
4.2	Annex 2. Enquesta epidemiològica a un contacte estret d'un cas sospitós, probable o confirmat	41
4.3	Annex 3. Serveis de vigilància epidemiològica i resposta a emergències de salut pública	44
4.4	Annex 4. Diagnòstic diferencial de les lesions cutànies de la verola del mico	46
4.5	Annex 5. Algoritme d'actuació per als casos del virus de la verola del mico	50
4.6	Annex 6. Algoritme d'actuació pels contactes estrets del virus de la verola del mico	51
4.7	Annex 7. Consentiment informat sobre la vacunació contra la verola del mico	52
4.8	Annex 8. Recomanacions per a la vacunació contra la verola del mico a Catalunya. Juliol 2022. Secretaria de Salut Pública. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya	53
4.9	Annex 9. Full de sol·licitud de medicació del SVE al Servei de Farmàcia de l'Hospital Universitari Vall d'Hebron	55
5	Referències bibliogràfiques	57

1 Introducció

La verola del mico (*Monkeypox*, MPX) és una malaltia zoonòtica viral poc freqüent. Els primers casos humans es van identificar a la República Democràtica del Congo el 1970 però el nombre de casos confirmats notificats a diferents països de l'Àfrica occidental i central s'han incrementat durant la darrera dècada.

La major part dels casos documentats en països africans són a Nigèria, però també hi ha brots actius de MPX a la República Democràtica del Congo, a la República Centreafricana, Ghana, Benín, Camerun, la República del Congo i Sud-àfrica. Fins al brot epidèmic actual, fora dels països africans s'havien confirmat casos de MPX a diferents països: 47 casos als Estats Units el 2003 i un el 2021, quatre casos al Regne Unit el 2018/2019 i tres el 2021, un cas a Israel el 2018 i un cas a Singapur el 2019⁽¹⁾.

El 14 de maig de 2022, l'Agència de Seguretat Sanitària del Regne Unit (UKHSA) va informar sobre la identificació de dos casos al Regne Unit, sense antecedents recents de viatges i sense contacte amb un cas importat informat el 7 de maig. UKHSA va confirmar quatre casos més el 16 de maig, també sense antecedents de viatges recents a àrees endèmiques, sense contacte conegut amb els casos anteriors. Tots els casos informats el 16 de maig eren homes que havien tingut sexe amb homes (HSH) en contextos sexuals de risc⁽²⁾.

Aquesta és la primera vegada que es notifiquen cadenes de la transmissió a Europa sense vincles epidemiològics coneguts amb l'Àfrica occidental o central. El 23 de juliol de 2022 el director general de la Organització Mundial de la Salut (OMS) va determinar que el brot de MPX constituïa una emergència de salut pública d'importància internacional (ESPII). Actualment Espanya és el país més afectat⁽³⁾.

A Espanya, els 8 primers casos sospitosos es van informar el 27 de maig a través de la Xarxa Nacional de Vigilància Epidemiològica (RENAVE). El 22 de novembre hi havia 7.404 casos confirmats a l'Estat espanyol, segons informació del Ministeri de Sanitat⁽⁴⁾ essent Madrid, Catalunya, les Illes Balears i el País Basc les comunitats amb més casos per milió d'habitants.

A la resta d'Europa, el 22 de novembre s'han notificat un total de 17.655 casos confirmats amb un major nombre de casos informats a França (4.104), Alemanya (3.671), Regne Unit (3.561), Països Baixos (1.247) i Portugal (948). Quant a la resta del món, amb un total de 54.680 casos confirmats, entre els països no endèmics més afectats destaquen els Estats Units (29.169), Brasil (9.876), Colòmbia (3.719), Perú (3.803) i Mèxic (3.145).

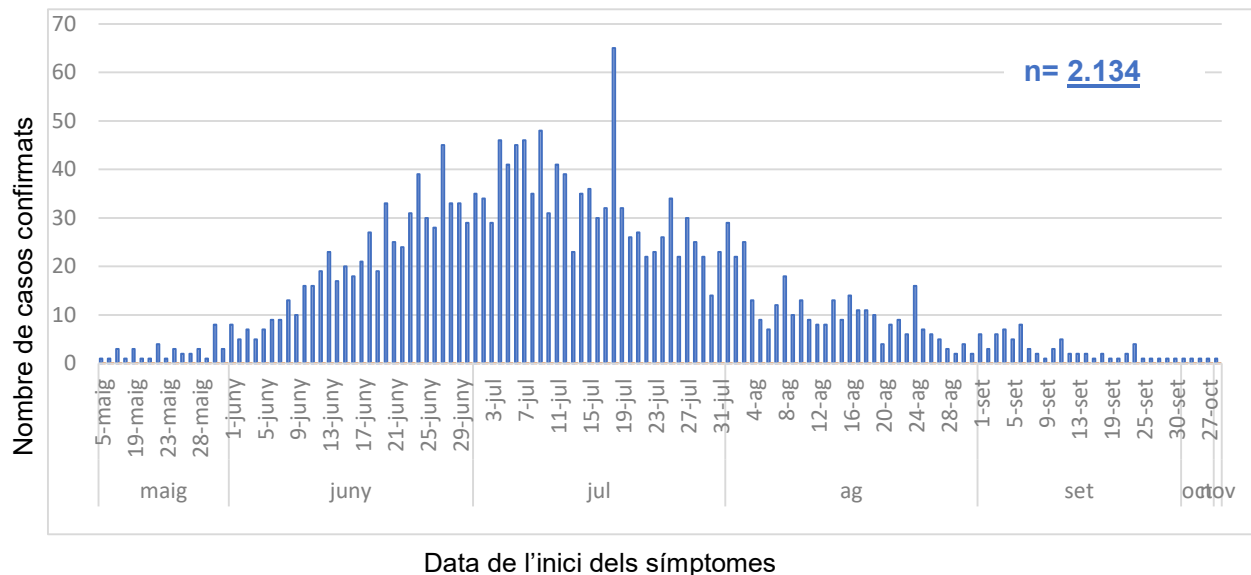
Les dades de la situació sobre la infecció de la verola del mico en l'àmbit espanyol i altres països no endèmics, es troben actualitzades a l'informe periòdic del Centre de Coordinació d'Alertes y Emergències Sanitàries⁽⁴⁾.

Catalunya ha seguit una evolució molt similar a la resta d'Europa. Fins el 20 de novembre del 2022, s'han notificat 3.099 casos a la Xarxa de Vigilància Epidemiològica de Catalunya (XVEC), 2.235 casos confirmats, 39 casos probables, 221 sospitosos, i se n'han descartat 604. La major part dels casos s'han declarat per part dels centres assistencials a l'Agència de Salut Pública de Barcelona (ASPB) i són residents a Barcelona Ciutat, aproximadament un 70-80% dels casos confirmats.

La major part dels casos confirmats són homes amb edats compreses entre els 15 i els 88 anys que han iniciat la simptomatologia a partir del dia 5 de maig. El mecanisme de transmissió més freqüentment detectat ha estat el contacte durant les relacions sexuals, el 30% de les quals s'ha donat en el context d'algun esdeveniment festiu multitudinari.

També han aparegut casos aïllats fora d'aquest context (75 casos que representen el 3,4% del total), amb afectació d'homes (66 casos) i de dones (9 casos), que han adquirit la infecció per ser convivents de casos confirmats o per altres mecanismes de transmissió diferents al contacte sexual. En el grup d'edat d'infants menors de cinc anys s'ha notificat un cas confirmat en una persona convivent i no s'ha notificat cap cas entre els cinc i els catorze anys. En el 15,6%, dels casos el mecanisme de transmissió es desconeix⁽⁵⁾.

Figura 1. Corba epidemiològica de MPX. Casos confirmats a Catalunya segons la data d'inici de símptomes. 5 de maig – 20 de novembre de 2022



Data de l'inici dels símptomes
Font: Xarxa de Vigilància Epidemiològica de Catalunya. Informe de la situació actual de la verola del mico a Catalunya, 20 de novembre de 2022. Subdirecció General de Vigilància i Resposta a Emergències de Salut Pública, Secretaria de Salut Pública. Departament de Salut, Generalitat de Catalunya⁽⁵⁾.

Aproximadament un 70% dels casos ha presentat simptomatologia general essent la febre el símptoma més freqüent (53%). L'exantema s'ha localitzat més freqüentment a l'àrea ano-genital (56%) i/o oral-bucal (28%).

Durant el període comprès entre el 9 de juny i el 9 de setembre del 2022, 47 casos han requerit hospitalització, un dels quals a una Unitat de Cures Intensives. Quaranta-sis d'aquests casos han estat homes amb una mediana d'edat de 33 anys. La complicació més freqüent ha estat la proctitis greu, seguida de les complicacions oculars. Tots els casos han evolucionat favorablement i no hi ha hagut cap defunció per MPX.

La probabilitat de transmissió és moderada per als contactes estrets en els contextos actuals de transmissió i és baixa per a les persones fora d'aquest context, és a dir, per a la població general (vegeu l'apartat 1.2). La major part dels casos presenten símptomes lleus (vegeu l'apartat 1.3), però és molt important la seva detecció precoç per adoptar mesures de control i limitar-ne la transmissió.

Actualment s'està produint una reducció en el nombre de nous casos, tant a Espanya com a tots els països afectats. El darrer cas notificat a Catalunya va iniciar els símptomes el 14 de novembre del 2022.

Aquesta disminució pot ser deguda a diferents factors, com per exemple la saturació de les cadenes de transmissió, l'efecte de la implementació de les mesures de prevenció i control de la malaltia, la disminució de l'exposició després del període estival, els canvis en el comportament que redueixen el risc, i l'efecte de les vacunes.

1.1 Agent infeccios

La verola del mico (*Monkeypox*, MPX) és una zoonosi viral causada pel virus de la verola del mico (MPXV), un virus amb una doble cadena DNA embolcalla d'una mida de 250 nm, que pertany al gènere *Orthopoxvirus*, de la família *Poxviridae*.

El gènere *Orthopoxvirus* inclou el virus de la verola (el causant de la verola), el virus vaccínia (utilitzat a la vacuna contra la verola) i el virus de la verola bovina. S'han identificat dos clades filogenèticament diferents de MPXV en diferents regions geogràfiques de l'Àfrica: el clade de l'Àfrica central -dit també de la conca del Congo- (CAC) i el de l'Àfrica occidental (WAC). El CAC té una major transmissibilitat, presenta més sovint casos greus i s'associa a una major letalitat⁽⁶⁾.

El Centre Nacional de Microbiologia de Majadahonda (CNM), on s'ha dut a terme la seqüenciació completa del genoma del virus, ha confirmat que el virus que està circulant a Espanya és del clade d'Àfrica occidental, el de menor virulència entre els coneguts. El WAC també és el clade identificat en aquest brot⁽¹⁾.

El MPXV pertany al grup 3 de la classificació del Comitè Assessor de Patògens Perillosos del Regne Unit⁽⁷⁾.

Els símptomes són similars als observats en el passat en els pacients amb verola, encara que clínicament és de menor gravetat. Amb l'erradicació de la verola el 1980 i el posterior cessament de la vacunació, el MPXV ha esdevingut l'*Orthopoxvirus* més important a escala global.

1.2 Transmissió

Anteriorment a aquesta alerta, el principal mecanisme de transmissió del MPXV descrit en humans als països endèmics tenia lloc a través de contacte directe o indirecte amb mamífers vius o morts, principalment rosegadors (esquirols, rates, ratolins, lirons, etc.) o primats no humans, a través d'esgarrapades, mossegades, o contacte amb la sang, carn, fluids corporals o lesions cutànies o de les mucoses dels animals infectats, incloent-hi la preparació i el consum d'aquests animals.

Probablement el virus s'ha mantingut a les zones endèmiques a través de la seva circulació entre diferents mamífers. Els rosegadors sembla que siguin el principal

reservori asimptomàtic del virus, mentre que d'altres mamífers, com els felins, vaques, ovelles, etc., poden presentar simptomatologia, la qual depèn de la ruta de la infecció i l'edat de l'animal. El quadre clínic d'aquests mamífers pot incloure febre, anorèxia, símptomes respiratoris i lesions a la pell, ulls, boca i nas que es presenten com a erupcions dèrmiques o epitelials derivant, en alguns casos, cap a pústules.

En aquest brot només es coneix un cas, a França, de transmissió del MPXV d'humans a animals (un gos)⁽⁸⁾ però no es coneix cap altra infecció d'animals a Europa, ni en mascotes ni en animals salvatges⁽⁹⁾.

En el passat, el clade d'Àfrica occidental s'havia associat a una transmissió limitada de persona a persona, però en els darrers anys s'ha descrit una major transmissió. El clade d'Àfrica central es considera més contagiós.

De manera similar a la verola, la transmissió del MPXV de persona a persona s'ha descrit clàssicament **a través de gotes respiratòries grans durant el contacte cara a cara directe i perllongat o per contacte directe amb les secrecions i material de les lesions cutànies (vesícules i pústules).**

També s'ha descrit la transmissió **a través d'altres fluids corporals o d'objectes contaminats, com ara la roba de llit o la roba de vestir utilitzats per la persona infectada**, i la transmissió maternofetal a través de la placenta. Tot i que fins ara s'ha trobat l'ADN del virus en el semen de pacients afectats en alguns casos, encara no s'entén bé el paper de la transmissió sexual a través del líquid seminal o vaginal⁽¹⁰⁾, ⁽¹¹⁾. Recentment també s'ha trobat l'ADN a d'altres fluids corporals o mucoses com són la saliva, la mucosa orofaríngea, la sang, l'orina, la femta o la mucosa rectal, però encara no queda clar el seu paper en la transmissió del MPXV⁽¹²⁾.

Segons les dades disponibles en aquests moments, el mecanisme de transmissió en el brot actual de verola del mico als països no endèmics ha estat el **contacte directe intens i prolongat amb les lesions o els fluids de les persones amb la infecció**. Aquest contacte s'ha produït sobretot en el context de relacions sexuals o en d'altres situacions de contacte físic continuat. En aquest moment, la probabilitat de transmissió es considera moderada en aquests contextos i baixa en la població general.

Taula 1. Relació entre el mecanisme de transmissió més probable segons gènere. 5 de maig – 20 de novembre de 2022

Gènere	Transmissió sexual	Persona a persona (exclou les anteriors)	Altres	Desconegut	Total general
Dona	23	9		16	48
Home	1788	66	5	328	2187
Total general	1811	75	5	344	2235

Font: Xarxa de Vigilància Epidemiològica de Catalunya. Informe de la situació actual de la verola del mico a Catalunya, 20 de novembre de 2022. Subdirecció General de Vigilància i Resposta a Emergències de Salut Pública, Secretaria de Salut Pública. Departament de Salut, Generalitat de Catalunya⁽⁵⁾.

Segons la literatura hi ha incertesa sobre el moment de l'inici del període de transmissibilitat, encara que en general es considera que comença amb l'aparició dels primers símptomes prodròmics (que habitualment precedeixen entre 1 i 5 dies l'aparició de l'exantema) o, en cas de debutar amb l'exantema, un dia abans de la seva aparició. Tot i així, el risc de transmissió és més elevat quan apareixen les lesions exantemàtiques característiques. **El període de transmissibilitat es prolonga fins que les crostes cauen amb la formació d'una primera capa de pell, aproximadament entre 2-4 setmanes.**

Els convivents, les parelles sexuals, altres contactes estrets i aquells que atenen casos en investigació o confirmats, inclosos els treballadors sanitaris que no utilitzen l'equip de protecció individual (EPI) apropiat adequat (mascareta FFP2, guants, ulleres i bata) i/o altres mesures per al control de la transmissió, tenen un risc més alt d'infecció.

1.3 Presentació clínica

La infecció pel MPXV acostuma a ser una malaltia autolimitada i la major part de persones es recuperen en diverses setmanes -els símptomes solen durar entre 2 i 4 setmanes- tractant-se d'una presentació clínica generalment més lleu que la verola.

El període d'incubació pot oscil·lar entre 5 i 21 dies però el període mig estimat en sèries de casos d'aquest brot és entre 7 a 10 dies.

En aquest brot a escala europea, s'han detectat -encara que sigui en molts pocs casos- infeccions asimptomàtiques o quadres subclínic. La rellevància que pugui tenir l'existència de possibles portadors asimptomàtics encara no està clara⁽¹³⁾.

Malgrat que la major part dels casos són de caràcter lleu, en alguns casos es pot produir una malaltia greu, sobretot entre els nens, les dones embarassades, els adults joves i les persones immunocompromeses. La severitat de la malaltia està relacionada amb el grau d'exposició al virus i la vulnerabilitat de la persona afectada.

La taxa de letalitat documentada per al clade de l'Àfrica occidental és d'un 1%, mentre que per al clade de la conca del Congo ha arribat a ser del 10%. Als països endèmics la major part de morts informades han esdevingut en infants petits i en persones immunocompromeses, per exemple en persones amb VIH i mal control de la infecció. Cal ressenyar que aquestes estimacions no són directament extrapolables a altres països amb condicions socioeconòmiques i sanitàries diferents.

El quadre clínic clàssic descrit fins a la presentació d'aquest brot inclou febre, cansament, mal de coll, mal de cap i dolors musculars, i s'acompanya de limfadenopaties. Les limfadenopaties són freqüents, a diferència del xarampió i la varicel·la, i apareixen abans i de manera concomitant a l'erupció.

Entre 1 i 5 dies després de l'aparició de la febre, es desenvolupa una erupció que pot ser molt pruriginosa i dolorosa, i que sovint comença a la cara i després s'estén a altres parts del cos. L'erupció descrita a la literatura tendeix a concentrar-se més a la cara i a les extremitats que al tronc; afecta la cara en el 95% dels casos, i els palmells de les mans i les plantes dels peus en el 75% dels casos. També es veuen afectades les mucoses orals (en el 70% dels casos), els genitals (30%) i les conjuntives (20%), així com la còrnia. Atès el context dels casos associats al brot actual i al patró de transmissió, la major part de les lesions (56%) s'ha localitzat a la zona ano-genital.

Les lesions, algunes amb una certa depressió central, poden canviar de mida -des de 0,5 cm a 1,0 cm de diàmetre- i d'extensió -des d'unes poques a milers- i, característicament, evolucionen seqüencialment de manera uniforme de màcules a pàpules, vesícules, pústules i crostes que s'assequen i cauen. És freqüent observar àrees d'eritema o hiperpigmentació de la pell al voltant de les lesions. En casos greus, es pot produir la coalescència de les lesions fins que es desprenen grans superfícies de pell.

Les lesions bucals o als llavis es presenten en forma d'aftes o úlceres amb vores vermelles.

Les lesions es descriuen com a doloroses, encara que poden ser pruriginoses en la fase de descamació.

Taula 2. Estadis de les lesions cutànies (presentació típica)

Estadi	Durada	Característiques
Enantema		<ul style="list-style-type: none"> Les primeres lesions es desenvolupen a la llengua i la boca
Màcules	1-2 dies	<ul style="list-style-type: none"> Després de l'enantema apareix una erupció macular que comença a la cara, després s'estén als braços i a les cames, i posteriorment a les mans i els peus, incloent-hi els palmells de les mans i les plantes dels peus. L'erupció evoluciona típicament a totes les parts del cos en el decurs de 24 hores localitzant-se més a la cara, els braços i les cames (distribució centrífuga).
Pàpules	1-2 dies	<ul style="list-style-type: none"> Al tercer dia de l'erupció, les lesions han progressat de màcules (lesions planes) a pàpules (lesions prominents).
Vesícules	1-2 dies	<ul style="list-style-type: none"> Del quart al cinquè dia, les lesions s'han tornat vesiculars (lesions prominents i plenes de líquid clar).
Pústules	5-7 dies	<ul style="list-style-type: none"> Entre el sisè i el setè dia, les lesions s'han tornat pustuloses (lesions plenes de líquid opac), són molt elevades, generalment rodones i fermes al tacte (assentades profundament) i desenvolupen una depressió al centre (umbilicació). Les pústules romanen de 5 a 7 dies abans que apareguin les crostes.
Crostes	7-14 dies	<ul style="list-style-type: none"> Al final de la segona setmana, les pústules s'han fet crosta. Les crostes romanen aproximadament una setmana abans de començar a caure.

Font: [Center for Diseases Control and Prevention](#).

Figura 2. Tipus de lesions de l'erupció cutània del MPX



(f) Font: Adler H, Gould S, Hine P, et al. [Clinical features and management of human monkeypox: a retrospective observational study in the UK.](#)

Font altres: *Guidance. Monkeypox: background information. The epidemiology, symptoms, diagnosis and management of monkeypox virus infections. UK Health Security Agency.*

En el context d'aquest brot, un elevat nombre de pacients presenten un exantema més atípic amb una progressió diferent, per exemple amb lesions en diferents etapes –descrites com a vesiculopustuloses- simultàniament⁽¹⁴⁾. La presentació més habitual de l'exantema és en la zona genital, perianal i perioral.

A Catalunya, quasi el 89% dels casos han tingut exantema, presentat lesions anogenitals el 56% dels casos i lesions en la zona oral-bucal el 28%.

Els símptomes sistèmics previs a l'exantema més freqüents han estat febre (53%), cansament (30%), símptomes orofarínjics (22%), cefalea (21%) i miàlgia (18%). La limfadenopatia localitzada s'ha trobat en el 41% dels casos examinats i en un 12% dels casos les limfadenopaties han estat generalitzades.

En un estudi multicèntric realitzat des del 27 d'abril fins al 24 de juny de 2002 de 528 casos procedents de 16 països diferents es va notificar l'existència d'una infecció de transmissió sexual concomitant en un 29% dels casos testats⁽¹⁴⁾.

Taula 3. Manifestacions clíniques dels casos confirmats a Catalunya. 5 de maig – 20 de novembre de 2022 (n=2116).

Manifestacions clíniques*	n	%
Febre	1175	52,6%
Astènia	663	29,7%
Cefalea	477	21,3%
Odinofàgia	495	22,2%
Miàlgies	411	18,4%
Exantema ano-genital	1255	56,2%
Exantema oral-bucal	617	27,6%
Exantema altres localitzacions	948	42,4%
Limfadenopatia localitzada	916	41,1%
Limfadenopatia generalitzada	257	11,5%

* Un mateix pacient pot presentar diferents signes i símptomes.

Font: Xarxa de Vigilància Epidemiològica de Catalunya. Informe de la situació actual de la verola del mico a Catalunya, 20 de novembre de 2022. Subdirecció General de Vigilància i Resposta a Emergències de Salut Pública, Secretaria de Salut Pública. Departament de Salut, Generalitat de Catalunya⁽⁵⁾.

Les complicacions descrites a la literatura inclouen infeccions bacterianes secundàries, broncopneumònia, sèpsia, encefalitis i infecció de la còrnia amb la conseqüent pèrdua de visió.

En l'estudi multicèntric esmentat anteriorment⁽¹⁴⁾ es va requerir l'hospitalització en un 13% dels casos. Les causes més comunes de l'ingrés van ser el control del dolor a nivell anorectal, la sobreinfecció a nivell de teixits tous, l'epiglotitis, les lesions oculars, la insuficiència renal aguda, la miocarditis o el mal control de la infecció. No se'n coneixen les seqüeles a llarg termini⁽¹⁴⁾.

Les complicacions greus i les seqüeles s'han descrit més freqüentment en persones no vacunades enfront de la verola que en aquelles que havien estat vacunades^{(15), (16)}.

No està clar si la immunitat que confereix la vacuna disminueix amb el temps, però els estudis indiquen que té una efectivitat per prevenir la infecció pel virus de la verola del mico d'aproximadament un 85%. És important verificar si els pacients amb la malaltia han estat prèviament vacunats enfront de la verola. A Espanya

només les persones de més de 50 anys han pogut rebre la vacuna, atès que el 1980 l'Organització Mundial de la Salut (OMS) va declarar erradicada la malaltia.

El diagnòstic diferencial que cal considerar inclou altres malalties exantemàtiques que poden cursar amb una erupció pustulosa o vesicular generalitzada, com és el cas de la verola (davant el risc que pogués tractar-se d'un esdeveniment intencionat), **la varicel·la, el virus de l'herpes, l'èczema herpeticum, alguns enterovirus (com el coxsackie o l'echovirus), el xarampió, infeccions cutànies bacterianes, la sarna, la sífilis, al·lèrgies associades a medicaments, i algunes malalties dermatològiques.**

La limfadenopatia durant l'etapa prodròmica de la malaltia pot ser una característica clínica per distingir el MPX de la varicel·la o la verola. La limfadenopatia de la MPX es sol presentar a nivell submaxil·lar, cervical, retroauricular, axil·lar o engonal, mentre que en la varicel·la acostuma a ser retroauricular. A més, a la varicel·la l'erupció progressa més ràpidament, es poden observar lesions en diferents estadis i normalment no hi ha afectació dels palmells de les mans ni de la planta dels peus.

(Vegeu el punt 4.4: Annex 4. Diagnòstic diferencial de les lesions cutànies de la verola del mico).

1.4 Objectiu d'aquest protocol

Establir les pautes de detecció, diagnòstic, notificació i actuació enfront dels casos amb MPX.

2 Detecció precoç

La detecció ràpida i el diagnòstic precoç d'un cas de MPX permet establir immediatament les mesures de control adequades per evitar casos secundaris.

El coneixement dels símptomes més característics de la malaltia, tant per part dels professionals sanitaris com de la població general, és rellevant a l'hora d'acudir a un centre sanitari i fer-ne un diagnòstic precoç.

Criteris per a la classificació dels casos

Taula 4. Criteris clínic, epidemiològic i de laboratori per a la classificació del cas

Criteri	Definició del criteri
Criteri clínic	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Una persona amb un quadre clínic altament suggestiu d'infecció pel MPXV. ▪ I a més, s'han descartat les altres patologies del seu diagnòstic diferencial o hi ha una sospita molt baixa d'aquestes altres afeccions. <p>Quadre clínic altament suggestiu d'infecció pel MPXV:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Exantema vesicular o pustular (especialment si és umbilicat) a qualsevol part del cos. ▪ I a més, té un o més dels signes/síntomes següents: <ul style="list-style-type: none"> - Febre (>38.5 °C) - Mal de cap intens - Miàlgia - Artràlgia - Mal d'esquena - Limfadenopatia
Criteri epidemiològic	<p>Si durant els 21 dies previs a l'inici dels símptomes té un o més dels antecedents següents:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ha tingut un contacte estret amb un cas confirmat o probable de MPX. ▪ Ha mantingut relacions en contextos sexuals de risc. ▪ Té història de viatge a zones endèmiques de l'Àfrica occidental o central a on s'ha identificat la circulació del virus.
Criteri de laboratori	<p>Detecció de genoma de virus MPX (MPXV) mitjançant una PCR específica o genèrica per a <i>Orthopoxvirus</i> en mostra clínic.</p>

La PCR específica per al MPXV pot ser, si s'efectua adequadament, molt sensible⁽¹²⁾. De totes maneres, quan el quadre clínic i l'epidemiologia suggereixin la malaltia, no se n'ha de descartar el diagnòstic encara que el resultat de la PCR sigui negatiu, ja que és possible que es tracti d'un fals negatiu.

Un resultat de la PCR falsament negatiu pot ser a causa d'un mal procediment en la recollida, maneig o transport de la mostra, per raons tècniques en relació amb el mateix test (per exemple, a l'extracció fallida de l'ADN) o per insuficient quantitat d'ADN⁽¹⁷⁾ (en estudis animals s'ha objectivat que la PCR es positivitza amb càrregues virals de 10⁴-10⁵ còpies/ml)⁽¹²⁾.

2.1 Classificació dels casos

Taula 5. Classificació dels casos segons criteris clínic, epidemiològic i de laboratori

Classificació del cas	Criteris
Cas sospitós	Compleix el criteri clínic.
Cas probable	Compleix el criteri clínic i el criteri epidemiològic.
Cas confirmat	Compleix el criteri de laboratori.
Cas descartat	Cas sospitós o probable amb resultat de laboratori negatiu per al MPXV ^(*) .

(*) Si el cas és altament probable per quadre clínic que suggereixi la malaltia i és un contacte estret d'un cas confirmat, si el resultat de laboratori és negatiu, cal revalorar el cas.

2.2 Indicació de prova diagnòstica i diagnòstic de laboratori

Davant d'un cas sospitós o probable està indicada la presa de mostres.

La mostra d'elecció és la **mostra de lesió cutània**: frotis amb recollida de líquid vesicular o exsudats, preferiblement de més d'una lesió. Si el cas presenta lesions a nivell rectal, s'ha de dur a terme també un frotis (amb escovilló) a aquest nivell. Es pot fer també un frotis a nivell d'orofaringe si hi ha lesions a nivell de la mucosa oral, encara que el frotis a nivell de les lesions cutànies és d'elecció.

És preferible recollir dos hisops de cada lesió, preferiblement de diferents ubicacions del cos o de lesions d'aspecte diferent (per exemple, un parell de hisops per a cada lesió amb un total de 2-3 lesions).

Les mostres de les lesions i les mostres de l'exsudat es col·loquen en tubs diferents.

Els hisops de les lesions, es col·loquen en tubs separats a les mostres recollides de crostes i a les mostres d'exsudats.

El procediment de presa de mostres és⁽¹⁸⁾:

- Si es recull líquid vesicular: netejar la lesió i el seu voltant amb solució salina estèril, aspirar el contingut líquid de la vesícula amb xeringa d'insulina i col·locar el contingut en un tub estèril. Efectuar el procés diverses vegades i tancar el tub.
- Si la mostra s'obté de lesions cutànies o mucoses: netejar la lesió i la zona del voltant amb solució salina estèril, rascar enèrgicament la base i la vora de la lesió amb un escovilló estèril, però sense arribar a treure sang. Introduir l'escovilló al tub amb mitjà de transport i trencar el mànec de plàstic.

Cal tenir present que durant el procediment d'aspirar el líquid vesicular o rascar enèrgicament la lesió per obtenir-ne la mostra, pot facilitar la disseminació local.

Atenent a aquest fet, cal netejar un altre cop la lesió i la zona del voltant després del procediment de l'obtenció de la mostra per evitar la disseminació local del MPXV.

La mostra s'ha de preservar i enviar preferentment en un mitjà de transport de virus (pot ser el mateix que s'utilitza per al SARS-CoV-2) o, si això no és possible, en un escovilló en un medi sec afegint sèrum fisiològic per a millorar la conservació de la mostra.

Cal conservar-la a la nevera a 4 °C durant un període màxim de 48 hores, període a partir del qual cal congelar la mostra.

El MPXV es classifica com a agent de classe 3 i el diagnòstic es pot fer en laboratoris amb nivell de bioseguretat 2 (BSL2) utilitzant precaucions més estrictes de tipus 3. Inicialment les mostres es processaven al Centre Nacional de Microbiologia (CNM), però actualment es processen als laboratoris següents, els quals estan acreditats a tal efecte:

- Hospital Universitari Vall d'Hebron.
- Hospital Clínic de Barcelona.
- Laboratori de Referència de Catalunya.
- Hospital Universitari Germans Trias i Pujol.
- Catlab.
- Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.
- Hospital Universitari de Bellvitge.
- Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona.
- Hospital de Tortosa Verge de la Cinta.
- Hospital Universitari Arnau de Vilanova.
- Laboratori Clínic Territorial de Girona.
- Consorci Corporació Sanitària Parc Taulí de Sabadell.

Qualsevol cas probable o confirmat que presenti una clínica neurològica, sèpsia, fallida multiorgànica, pneumònia o que requereix ingrés en una unitat de cures intensives, es considera un cas greu.

Davant d'un cas greu, a més de la notificació urgent, s'han de prendre les mostres específiques adequades per tal de realitzar el diagnòstic causal/diferencial: s'enviarà sempre que sigui possible una mostra de la lesió cutània i del sèrum. A més es recollirà una mostra de LCR en cas de simptomatologia neurològica i una mostra respiratòria (esput, rentat bronco-alveolar, exsudat nasofaríngic, etc.) en cas de pneumònia. Les mostres s'han d'enviar al Centre Nacional de Microbiologia independentment que a escala territorial se'n faci el diagnòstic

etiològic. Això s'ha de gestionar des (del laboratori) del centre assistencial a on el pacient estigui ingressat (a l'UCI).

Si el laboratori de referència de l'EAP o de l'hospital on s'ha atès el cas no té la disponibilitat de fer la PCR per al MPXV i/o no està acreditat per fer-la, caldrà que es posi en contacte amb un d'aquests laboratoris de referència per tal de poder-hi enviar la mostra.

Les mostres s'han d'enviar amb l'etiquetatge adequat, el qual ha de contenir almenys les mínimes dades necessàries per poder identificar el cas (almenys amb CIP i municipi).

En cas d'evolució fatal, les necròpsies s'han d'enviar en fresc, mai parafinades o en formol, ja que aquests processos comprometen la viabilitat viral i la rendibilitat del cultiu posterior per a la caracterització virològica. L'enviament s'ha de fer en triple embalatge i refrigerat (2-8°C). Si les mostres ja estiguessin congelades, s'enviarien en gel sec per evitar successius processos de descongelació-congelació.

Les mostres s'han d'enviar, d'acord amb el que estableixen les operacions de transport de mercaderies perilloses per carretera al territori espanyol, com a mercaderia de categoria A, i així complir les prescripcions de la normativa per al núm. ONU 2814.

2.3 Notificació

La infecció pel virus de la verola del mico és **una malaltia de declaració obligatòria urgent i individualitzada**. Tot cas sospitós, probable o confirmat, s'ha de notificar, de manera urgent, des dels serveis assistencials al servei de vigilància epidemiològica i resposta a emergències de salut pública corresponent (vegeu l'annex 4.3), el qual l'haurà de notificar a la Subdirecció General de Vigilància i Resposta a Emergències de l'Agència de Salut Pública de Catalunya.

En cas de sospita, i sempre que sorgeixin dubtes referents al diagnòstic, el professional assistencial s'ha de posar en contacte amb el servei de vigilància epidemiològica i resposta a emergències de salut pública (SVE) del territori corresponent durant la mateixa visita mèdica per tal de poder demanar totes les proves de laboratori necessàries per al diagnòstic diferencial.

Els casos confirmats que es considerin casos d'especial gravetat s'han de notificar de manera urgent a la Subdirecció General de Vigilància i Resposta a Emergències de l'Agència de Salut Pública de Catalunya, la qual els ha de notificar al Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias (CCAES) per fer-ne el seguiment. Els casos considerats d'especial gravetat són els casos

de pneumònia, encefalitis o meningoencefalitis, lesions faríngies que impedeixin la deglució de líquids i/o presentin compromís total o parcial de la via aèria, o d'altres complicacions que a judici clínic revesteixin especial gravetat.

La notificació a l'SVE és essencial i urgent per tal que efectuïn l'enquesta epidemiològica al més aviat possible i es puguin prendre les mesures adients per limitar la transmissió del virus als contactes estrets.

L'enquesta epidemiològica que es du a terme des dels SVE es pot trobar a l'apartat 4.1. Annex 1. Enquesta epidemiològica a un cas sospitós, probable o confirmat, i també es pot [descarregar des de l'enllaç al Canal Salut](#).

Els laboratoris on es practiquen les PCR per MPXV han de comunicar els resultats als centres assistencials sol·licitants de la prova, registrar-los a l'HC3 i notificar-los al sistema de notificació microbiològica de Catalunya (SNMC).

Tots els casos probables i confirmats es notifiquen amb un periodicitat mínima setmanal des de la Subdirecció General de Vigilància i Resposta a Emergències de Salut Pública de Catalunya a la Xarxa Nacional de Vigilància Epidemiològica (RENAVE) a través de la plataforma SiVies.

3 Mesures de control

3.1 Prevenció i control dels casos sospitosos, probables i confirmats

Clàssicament es descriu que el MPXV es transmet principalment per gotes respiratòries grans i pel contacte directe amb secrecions infectades. Tots els casos sospitosos, probables o confirmats de MPX han de romandre sota vigilància.

En el brot actual, el mecanisme de transmissió més probable és el **contacte físic estret i prolongat**, de manera directa o indirecta, quedant aparentment en un segon pla la transmissió aèria o l'exposició no prolongada en el temps.

Els col·lectius amb un risc més elevat de presentar formes greus de la malaltia són:

- **Dones embarassades:**

Segons l'OMS, les embarassades tenen un major risc de patir la infecció de manera severa o de tenir complicacions, com ara mort fetal o avortament espontani^{(19), (20)}.

Seguint les indicacions del document **Recomanacions per a la detecció precoç i el maneig de les dones embarassades afectades per la verola del mico (*Monkeypox*) i dels nadons. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya**⁽²¹⁾:

- Les dones embarassades amb infecció pel MPXV asimptomàtiques seguiran un control estricte maternofetal fins als 21 dies postexposició.
- Les dones embarassades amb infecció pel MPX amb símptomes seran ingressades fins que el quadre infecció sigui resolt o fins que les lesions cutànies hagin desaparegut i seguiran el control del seu embaràs en un centre de tercer nivell o designat.
- Les dones embarassades en treball de part i els nounats requereixen també de mesures específiques, les quals es troben especificades en el document esmentat.

Per a més informació respecte a l'actuació durant l'embaràs, [cal consultar aquí el protocol específic de recomanacions per a les dones embarassades i nadons](#)

- **Menors de 18 anys.**
- **Persones immunocompromeses**, incloses VIH + amb $CD4 < 200$ cèl/mm³ ⁽²²⁾.

Segons l'OMS la gravetat clínica classificaria els casos com a lleus si presenten menys de 25 lesions, casos amb gravetat moderada si tenen entre 25 i 99 lesions, casos severos quan tenen de 100 a 250 lesions i casos greus quan tenen més de 250 lesions.

A continuació, es descriuen de manera més detallada les recomanacions que cal seguir tant per als casos confirmats com per als sospitosos o probables.

Recomanacions davant de casos no hospitalitzats

- No és necessari l'aïllament encara que els casos hauran de minimitzar les interaccions amb d'altres persones, especialment amb les persones vulnerables a tenir una forma greu de la malaltia, evitant el contacte físic i les relacions sexuals fins que les lesions hagin cicatritzat per complet, les crostes hagin caigut i se n'hagi format una de nova capa de pell.
- Les lesions han d'estar cobertes. No obstant això, en els casos que presentin un elevat nombre de lesions, als quals no és possible cobrir-les del tot, s'aconsellarà l'aïllament al domicili.

- Seguint el principi de precaució, l'OMS recomana l'ús del preservatiu en les relacions sexuals durant les primeres dotze setmanes després de finalitzar l'aïllament.
- Utilitzar mascareta quirúrgica, especialment aquells casos que presentin símptomes respiratoris. Es recomana que la resta de convivents també portin mascareta quan s'acostin per prestar cures al cas.
- El cas ha de tenir estris per a la llar designats únicament per a ell, sense que cap altre convivent els hagi d'utilitzar (roba, llençols, tovalloles, coberts, gots, plats, etc.).
- Els convivents han d'evitar, sempre que sigui possible, el contacte amb el cas i limitar les visites a les imprescindibles i, en tot cas, han de mantenir una higiene adequada de mans (rentar-se les mans amb aigua i sabó o fer servir un desinfectant per a mans).
- El cas ha d'evitar el contacte amb animals silvestres o domèstics des de l'inici dels símptomes fins que desapareguin completament, incloses les lesions cutànies. Cal seguir les recomanacions emeses pel Ministeri d'Agricultura, Pesca i Alimentació⁽⁹⁾, que també venen detallades a l'apartat 3.3. Recomanacions específiques referents a les mascotes dels casos i contactes estrets.
- Les persones que es trobin fora de la seva localitat de residència en el moment del diagnòstic poden tornar al seu lloc de residència seguint les recomanacions de l'SVE territorial. En aquest context, el desplaçament s'ha de fer mitjançant transport privat. En cas que això no sigui possible, com per exemple en el cas de desplaçament a les illes o a d'altres comunitats autònomes, es pot utilitzar un mitjà de transport públic adoptant les mesures de protecció necessàries (lesions cobertes i mascareta quirúrgica).
- Quan es tracti d'un cas sospitós, probable o confirmat que resideixi o acudeixi assíduament a un entorn específic, com pot ser a una presó, una residència geriàtrica, un centre socio-sanitari o una escola, des dels Serveis de Vigilància Epidemiològica territorials s'aplicaran els protocols específics per a aquell entorn.

En l'apartat 4.5 es presenta un algorisme sobre les mesures generals a prendre davant d'un cas sospitós de tenir la verola del mico (Annex 5. Algorisme d'actuació pels casos del virus de la verola del mico).

Recomanacions durant un ingrés hospitalari

- L'ingrés s'ha de dur a terme en una habitació individual amb bany i amb una bona ventilació.
- Cal mantenir l'aïllament fins que totes les lesions hagin desaparegut.
- El personal sanitari que atengui aquests casos, o les persones que entrin a l'habitació d'aïllament (familiars, personal de neteja, etc.) han d'utilitzar l'equip de protecció individual (EPI) adequat per a precaucions de transmissió de contacte i per gotes.
- Els procediments mèdics, especialment aquells que generin aerosols i qualsevol altre tipus de procediment sobre la via aèria, com ara la intubació traqueal, el rentat broncoalveolar o la ventilació manual, requereixen mesures de protecció especials.
Durant la realització del procediment cal reduir al mínim el nombre de persones a l'habitació i totes han de portar:
 - Una mascareta d'alta eficàcia FFP3.
 - Protecció ocular ajustada o protector facial complet.
 - Guants i bates impermeables de màniga llarga. Si la bata no és impermeable i es preveu que es produeixin esquitxades de sang o d'altres fluids corporals, cal afegir un davantal de plàstic.
 - Polaines.
- És important tenir una llista de tot el personal que atén els casos. El Servei de Prevenció de Riscos Laborals del seu centre sanitari els ha de fer la valoració i seguiment.
- Quan sigui necessari transportar un pacient s'ha de dur a terme en una ambulància convencional i el personal que intervingui en el transport haurà de ser informat prèviament i utilitzar l'EPI adequat (mascareta FFP2, guants, ulleres i bata). Posteriorment, i abans d'un nou trasllat, l'ambulància haurà de ser netejada.
- Totes les mostres recollides per ser analitzades al laboratori han de ser tractades com a potencialment infeccioses. Els treballadors sanitaris que recullin les mostres clíniques també han de portar l'EPI adequat (mascareta FFP2, guants, ulleres i bata) per minimitzar la possibilitat d'exposició al patogen.
- Per enviar les mostres s'ha de seguir el que indica l'apartat 2.3.

- Per assegurar un sistema segur de treball cal seguir els protocols de descontaminació, manteniment i eliminació de residus utilitzats habitualment per a d'altres tipus de microorganismes amb risc de propagació i mecanismes de transmissió similars. Els residus es consideren residus de classe III o residus biosanitaris especials.

A més del que s'ha descrit, les unitats de control d'infeccions dels centres sanitaris establiran totes aquelles mesures que considerin necessàries per evitar la propagació del virus.

Els laboratoris clínics han de ser informats amb anticipació abans que s'enviïn les mostres per tal que els treballadors de laboratori puguin minimitzar el risc de contagi i, quan correspongui, realitzar de manera segura les proves de laboratori essencials per a l'atenció clínica del cas.

3.2 Prevenció i control dels contactes estrets

Davant de qualsevol cas probable o confirmat, s'ha d'iniciar la cerca i identificació de possibles contactes estrets. Davant de casos probables amb vincle epidemiològic clar, se n'ha d'iniciar el seguiment sense ser necessari la confirmació del cas.

Definició dels contactes estrets

Es classifiquen com a contactes estrets aquelles persones que hagin estat en contacte amb un **cas probable o confirmat** des del moment de l'aparició dels primers símptomes prodròmics o, en cas de debutar amb l'exantema, des del dia previ a la seva aparició, en les circumstàncies següents:

- Contacte físic sense protecció amb fluids corporals o teixits de lesions d'un cas probable o confirmat, especialment en contextos de contacte molt estret i directe, com són les relacions sexuals o el contacte habitual entre convivents.
- Contacte físic directe i prolongat sense protecció amb robes, roba de llit o fòmits utilitzats per un cas confirmat o probable, especialment en el context de convivents.
- En absència de contacte físic, però amb l'antecedent d'exposició a menys d'un metre, durant un període prolongat, sense protecció, amb un cas confirmat o probable, cal fer una avaluació individualitzada del risc cas per cas.
- Personal sanitari exposat a fluids corporals, teixits de lesions o secrecions respiratòries sense l'EPI apropiat (mascareta FFP2, guants, ulleres i bata) o amb incidències en la seva utilització.

- Maneig de mostres d'un cas confirmat per personal de laboratori sense ús de l'EPI apropiat (mascareta FFP2, guants, ulleres i bata) o amb incidències en la seva utilització.
- Contacte amb el cadàver d'una persona morta per MPX i/o contacte amb la roba o fòmits del cadàver sense dur l'EPI apropiat (mascareta FFP2, guants, ulleres i bata) o amb incidències en la seva utilització.

S'ha de recollir informació detallada sobre el contacte de cada persona amb el cas.

Quan un contacte estret inicia símptomes compatibles amb la verola del mico, s'ha de deixar de considerar com a contacte estret, i es converteix en un cas probable.

Actuacions relacionades amb els contactes estrets

Seguiment

S'ha d'informar a tots els contactes estrets sobre els símptomes de MPX i se'ls ha d'indicar que vigilin l'aparició de símptomes i facin un autocontrol de la seva temperatura una vegada al dia i fins a 21 dies després del darrer contacte amb el cas confirmat.

Els contactes estrets no faran quarantena, encara que han d'extremar les precaucions i reduir al màxim, i sempre que sigui possible, les interaccions socials durant les quals hauran d'utilitzar sempre mascareta. Se'ls ha d'indicar que s'abstinguin de mantenir contactes sexuals durant el període de seguiment.

L'SVE territorial corresponent (apartat 4.3, annex 3) ha de proporcionar als contactes estrets informació sobre el seguiment i les mesures de control que han de seguir. Aquest servei és el responsable del seguiment dels contactes estrets, els quals hi contactaran en cas de presència de qualsevol signe o símptoma compatible amb la malaltia. Els contactes han d'estar localitzables durant tot el període de seguiment.

Els contactes estrets també han de minimitzar el contacte amb mascotes i animals silvestres, i han d'adoptar totes les mesures de precaució possibles per evitar la possibilitat de transmissió del virus a aquests animals. Vegeu les mesures a adoptar a l'apartat 3.3. Recomanacions específiques referents a les mascotes dels casos i contactes estrets.

Si algun dels contactes presenta febre, exantema o qualsevol altre símptoma compatible amb la clínica de la malaltia, haurà de seguir les recomanacions

establertes al punt 3.1p er als casos no hospitalitzats i contactar ràpidament amb els serveis assistencials, per tal que li indiqui les actuacions a seguir. Si no es desenvolupa exantema en un termini de 5 dies després de l'aparició dels primers símptomes o es diagnostica una altra malaltia que expliqui els símptomes, cal suspendre les recomanacions establertes.

En cas que el contacte estret sigui una dona embarassada, s'ha de seguir les indicacions que consten al document **Recomanacions per a la detecció precoç i el maneig de les dones embarassades afectades per la verola del mico (Monkeypox) i dels nadons. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya**⁽²¹⁾.

Les recomanacions generals per als contactes estrets es recullen a l'apartat 4.6, Annex 6. Algoritme d'actuació pels contactes estrets del virus de la verola del mico, a on es recullen les recomanacions generals per als contactes estrets.

Vacunació

Històricament, s'ha demostrat que la vacunació contra la verola pot protegir enfront del MPXV. Des del 1979, l'OMS recomanava la vacunació només al personal que treballa a laboratoris amb el virus o persones exposades a altres *Orthopoxvirus*.

El 2013 la Comissió Europea va autoritzar la vacuna IMVANEX® (de Bavarian Nordic)⁽²³⁾ per a la immunització activa davant de la verola en adults (≥ 18 anys). Aquesta vacuna, considerada de tercera generació, conté una forma viva modificada del virus de la verola vacunoide Ankara que no és de replicació (no provoca la malaltia).

Aquesta mateixa vacuna es va autoritzar als EUA el 2019 (amb el nom comercial de JYNNEOS®) per a la prevenció de la verola i la verola del mico^{(24), (25)}.

Per a més informació sobre les recomanacions de vacunació i característiques de la vacuna, es pot [consultar aquí](#).

En aquests moments, a Catalunya només es disposa de la vacuna JYNNEOS®.

La pauta de vacunació en ambdós productes és de dues dosis de vacuna separades per un mínim de 28 dies —no hi ha descrit un interval màxim de temps per rebre la segona dosi—, i la majoria de persones desenvolupen anticossos. Per aquest motiu, s'espera que aporti un bon nivell de protecció contra la verola del mico.

Tot i això, en aquests moments hi ha una limitació important en la disponibilitat de dosis; per aquest motiu, s'ofereix una dosi de vacuna al major nombre possible de persones. Això pot ajudar a modificar o a reduir els símptomes de la verola del mico.

La resposta amb una única dosi de la vacuna és inferior que amb dues dosis. Per aquest motiu, cal tenir en compte el risc d'exposició i prendre mesures per evitar-ne l'exposició.

Com en la resta de vacunes, no poden rebre la vacuna aquelles persones que han patit una reacció al·lèrgica a dosis prèvies de la vacuna o a qualsevol dels seus principis actius. La vacuna conté traces de proteïna de pollastre, benzonase, gentamicina i ciprofloxacina (antibiòtics).

A les persones de 18 anys o més, la vacuna s'administra per via intradèrmica (ID), aplicant una dosi de 0,1 ml. Als menors de 18 anys, embarassades i persones amb immunodepressió, s'administra per via subcutània (SC) aplicant una dosi de 0,5 ml. Aquesta recomanació s'aplica tant per la profilaxi preexposició com en el cas de postexposició⁽²⁶⁾.

A diferència de vacunes disponibles amb anterioritat, la inoculació d'aquesta vacuna no produeix cap lesió i, per tant, no deixa cicatriu.

Actualment es recomana la vacunació preexposició en persones amb un elevat risc de contagi (vegeu el punt 1 d'aquest apartat) i postexposició a les persones amb risc de patir malaltia greu (vegeu el punt 2 d'aquest apartat).

Tot i que hi ha molt poques dades sobre l'ús de les vacunes disponibles en dones embarassades i estan autoritzades a partir dels 18 anys, no s'esperen reaccions adverses greus diferents a les de la resta de població i cal valorar el risc-benefici en cada cas.

En cas necessari, caldrà utilitzar el consentiment informat adjunt a l'apartat 4.7, annex 7.

1. Profilaxi preexposició

S'ha de vacunar a les persones que compleixin els requisits recollits al document **Recomanacions per a la vacunació contra la verola del mico a Catalunya". Programa de vacunacions. Barcelona, juliol de 2022⁽²⁷⁾**, que figura en l'apartat 4.8, annex 8:

- Menors de 45 anys.
- No haver estat vacunades amb anterioritat.
- No haver patit la malaltia.
- No haver tingut contacte amb un cas de MPX en els deu dies anteriors.
- No presentar símptomes compatibles amb MPX.
- No presentar contraindicacions generals de qualsevol vacuna (malaltia aguda o al·lèrgia a algun dels components).

Tenint en compte la disponibilitat de dosis, s'iniciarà la vacunació en les persones que compleixin els criteris establerts:

- Entre les persones usuàries de PrEP, les que utilitzin sexe químic (*chemsex*) i tinguin un alt nombre de parelles sexuals o hagin patit una infecció de transmissió sexual (ITS) en els darrers 3-6 mesos.
- Entre les persones amb VIH cal prioritzar les que tinguin CD4 <200 cèl/mm³, i les que utilitzin sexe químic i tinguin un alt nombre de parelles sexuals o hagin patit una infecció de transmissió sexual (ITS) en els darrers 3-6 mesos.

Tal com indiquen les recomanacions consensuades de la Comissió de Salut Pública del Consell Interterritorial del Sistema Nacional de Salut (CSP), s'iniciarà la vacunació amb **una única dosi** i s'avaluarà la administració de la segona dosi en funció de la disponibilitat de dosis.

A mesura que es disposi de dosis, es citarà la resta de persones incloses en els grups establerts en les recomanacions aprovades pel CSP.

La vacuna preexposició ja s'administra en països com el Regne Unit⁽²²⁾ o s'aconsella des de l'**Organització Mundial de la Salut (OMS)** (per exemple als treballadors sanitaris amb alt risc d'exposició)⁽²⁸⁾.

2. Profilaxi postexposició (PPE)

Per a la prevenció i l'atenuació de la malaltia als contactes estrets (asimptomàtics) amb alt risc d'exposició a un cas confirmat, cal efectuar la profilaxi postexposició.

Seguint la classificació de l'OMS⁽²⁸⁾ es considera que hi ha un **risc alt d'exposició** quan hi ha un contacte directe de la pell o les mucoses amb la pell o amb les secrecions respiratòries d'un cas sospitós, probable o confirmat, o quan hi ha contacte directe amb els seus fluids corporals (per exemple, lesions vesiculars o líquid pustulós) o hi ha un contacte directe amb material potencialment infecciós (inclosos la roba i la roba de llit) si no porta un EPI adequat (mascareta FFP2, o FFP3 en cas de secrecions respiratòries, guants, ulleres i bates).

Es considera que hi ha **risc moderat d'exposició** per a una persona quan no ha tingut contacte directe però que ha estat propera a un cas simptomàtic, a menys d'un metre, a la mateixa habitació o espai físic sense portar l'EPI adequat (mascareta quirúrgica)⁽²⁸⁾. En el nostre context i en el moment actual no s'aconsella la vacunació quan el risc d'exposició del contacte és moderat.

Serien tributaris de PPE aquells contactes estrets que presentin les característiques següents, atès que són susceptibles de patir malaltia greu en cas d'infecció:

- Menors de 18 anys.
- Dones embarassades en qualsevol trimestre de la gestació.
- Persones amb immunosupressió de causa intrínseca o extrínseca, incloent-hi aquelles que tenen la infecció pel VIH amb un nivell de $CD4 < 200$ cèl/mm³.

També són candidats a la PPE:

- El personal sanitari amb risc elevat d'exposició sempre que hagi hagut alguna incidència en l'ús de l'EPI o que, fora de l'àmbit laboral, sigui considerat contacte estret amb un alt risc d'exposició.
- El personal de laboratori que processa mostres de pacients amb sospita de MPX sempre que hagi hagut alguna incidència en l'ús de l'EPI o que, fora de l'àmbit laboral, sigui considerat contacte estret amb un alt risc d'exposició.

No obstant això, des dels SVE es pot valorar administrar la vacuna en casos que hagin aparegut en brots epidèmics d'alt risc, en persones que van tenir un risc d'exposició alt de manera continuada, o en d'altres contactes que puguin tenir un risc important de patir la forma greu de la malaltia o les seves complicacions.

La vacuna s'ha d'administrar idealment **dins els 4 dies posteriors a l'exposició**, encara que també es pot oferir entre el dia 5 i el 14 dies després de l'exposició. La vacunació postexposició s'efectuarà **amb una única dosi**.

No obstant això, en contactes que, a més d'un elevat risc per tenir la malaltia de forma greu, puguin tenir una elevada i repetida exposició, es podria valorar la finalització de la pauta de vacunació completa (amb almenys una segona dosi 28 dies després de l'administració de la primera).

Segons el Centre Europeu per a la Prevenció i el Control de Malalties (ECDC)⁽²⁹⁾, els centres per a la prevenció i el control de malalties (CDC)⁽³⁰⁾ i l'Agència de Seguretat Sanitària del Regne Unit (UKHSA)⁽³¹⁾, l'administració de la vacuna durant els 4 dies posteriors a l'exposició pot prevenir l'aparició de símptomes,

mentre que si s'administra entre 5 i 14 dies després de la darrera exposició, la vacunació reduiria els símptomes de la malaltia.

Per als contactes estrets que siguin infants **menors a 18 anys o dones embarassades**, col·lectius que poden tenir un risc més alt de gravetat o complicacions, l'SVE conjuntament amb el professional sanitari responsable d'avaluar el cas, han de **valorar el risc-benefici** de la seva vacunació⁽²¹⁾.

Segons l'evolució del brot i la disponibilitat de la vacuna es podria ampliar l'ús de la vacunació tant en la profilaxi postexposició com en la preexposició.

Les vacunes disponibles actualment a Catalunya per a la profilaxi postexposició estan dipositades al magatzem de la Xarxa de Vigilància Epidemiològica de Catalunya (XVEC) situat al Servei de Farmàcia de l'Hospital Universitari Vall d'Hebron.

El servei de vigilància epidemiològica i resposta a emergències de salut pública (SVE) territorial corresponent (o fora de l'horari laboral, el servei d'urgències de vigilància epidemiològica de Catalunya -SUVEC-) d'acord amb l'equip assistencial notificant, ha de prescriure la vacuna al contacte estret per a la profilaxi postexposició, l'ha de derivar al centre assistencial on li administraran i coordinarà la distribució de la vacuna a un altre centre si és necessari.

Per a la prescripció de la vacuna, el professional assistencial ha d'informar el contacte estret del balanç risc-benefici, s'ha d'assegurar que no tingui cap contraindicació i l'ha de derivar al Servei de Medicina Preventiva de l'Hospital Universitari Vall d'Hebron.

L'SVE territorial s'ha de posar en contacte, per telèfon, amb el Servei de Medicina Preventiva de l'Hospital Universitari Vall d'Hebron abans de la derivació del contacte estret a aquesta unitat assistencial. L'horari de contacte telefònic és des de les 09:00 h a les 21:00 h.

Cal consensuar amb aquest servei la data més propera per a la vacunació dels contactes estrets. L'SVE territorial és l'encarregat d'indicar a la família l'hora i la localització per a la seva vacunació.

En aquest servei, el pacient acabarà de resoldre els dubtes que tingui i signarà el consentiment informat (vegeu l'apartat 4.7, annex 7).

L'administració de vacuna es practica a la planta baixa de l'edifici 11 de l'Hospital Universitari Vall d'Hebron (edifici de l'antiga escola d'infermeria), al Servei de Medicina Preventiva, amb la signatura prèvia del consentiment informat.

L'horari d'administració de les vacunes és des de les 09:00 h a les 13:30 h durant els dies laborables. En casos excepcionals es pot valorar l'administració de les vacunes fora d'aquests horari, un cop pactat pels interlocutors.

El seguiment postvacunal es durà a terme mitjançant contacte telefònic per part del Servei de Medicina Preventiva, els dies 7, 14 i 28 després de la vacunació, per valorar la reactogenicitat postvacunal, així com l'aparició de símptomes compatibles amb la malaltia.

En cas que un contacte estret no pugui/vulgui, de cap manera, desplaçar-se a l'Hospital Universitari Vall d'Hebron per rebre la vacuna, l'SVE territorial o el cap de guàrdia del SUVEC han de sol·licitar la vacuna al dipòsit de vacunes de l'Hospital Universitari Vall d'Hebron a través de contacte telefònic. També hi enviaran, per correu electrònic, la fitxa de sol·licitud de medicació adjunta a l'annex 4.9. Annex 9. Full de sol·licitud de medicació del SVE al Servei de Farmàcia de l'Hospital Universitari Vall d'Hebron. I han d'enviar una còpia del full de sol·licitud a la SGVRESP.

3.3 Recomanacions específiques referents a les mascotes de persones amb MPX

- Qualsevol cas sospitós, probable o confirmat que hagi tingut qualsevol tipus de contacte o sigui propietari de rosegadors (ratolins, rates, hámsters, jerbús, conills, esquiroles, etc.), o tingui gossos, gats o altres mascotes al domicili, s'ha de comunicar a l'SVE territorial
- L'SVE territorial ha de notificar a l'equip de protecció territorial corresponent per tal que informi o dugui a terme les actuacions corresponents a les mascotes, de manera coordinada amb el Departament d'Agricultura.
- Els casos han d'evitar qualsevol contacte amb mamífers domèstics, especialment amb els rosegadors, des de l'inici de símptomes fins que desapareguin, incloses les lesions cutànies. Els contactes estrets han de minimitzar també el contacte amb mascotes i animals silvestres durant un període de 21 dies després de la data del darrer contacte amb el cas.
- S'aconsella el rentat de mans i portar mascareta durant l'estada en àrees compartides amb les mascotes dins el domicili o quan s'interactua amb elles. Es recomana també mantenir un alt nivell d'higiene a la llar amb neteja freqüent de superfícies i terra.
- Els gossos poden sortir a passejar durant el menor temps possible anant sempre lligats, portant morrió i evitant el contacte amb altres animals i/o persones.

- Els propietaris hauran de vigilar el seu estat de salut per detectar precoçment qualsevol símptoma o lesió compatible amb la malaltia.
- El maneig d'aquests animals i dels materials utilitzats per ells (llit, sorra, menjadores, abeuradors, etc.) cal que es faci portant una mascareta FFP2 i guants i és preferible que sigui efectuat per persones que hagin estat vacunades contra la verola.
- En cas que algun dels animals presentés símptomes compatibles amb la malaltia durant el període de seguiment, el servei de protecció territorial corresponent de manera coordinada amb el Departament d'Agricultura s'ha d'encarregar de prendre'ls mostres (mostra de lesió cutània: líquid vesicular, frotis de lesions vesiculars, exsudats o crostes i hisops de la cavitat oral), que seran enviades al Laboratori Central de Veterinària d'Algete per a la seva anàlisi (LCV d'Algete: Carretera M-106 pk 1,4, 28110 Algete – Madrid, Tel: 91 347 92 56/57). Les mostres han de ser recollides en mitjà de transport de virus i conservades en fred.
- Els veterinaris i el personal de laboratori que obtingui o manegi les mostres de mascotes sospitoses (contactes d'humans afectats) o malaltes, també s'ha de protegir de manera adequada (utilitzant mascaretes FFP2, guants i roba que eviti el contacte amb la pell de l'animal).

3.4 Mesures de control mediambiental

La roba (com ara, els llençols i la roba del llit, les tovalloles, etc.) s'ha de rentar en rentadora estàndard amb aigua calenta (a 60 graus) i detergent. S'hi pot afegir lleixiu, encara que no és necessari. **Cal anar amb compte de manipular la roba bruta per tal d'evitar el contacte directe amb el material contaminat.** La roba bruta no s'ha de sacsejar ni manipular de manera que pugui dispersar partícules infeccioses. S'ha de rentar a part de la resta de roba de la casa. Les catifes, cortines i altres teixits es poden netejar amb vapor.

Els plats i altres estris per menjar no s'han de compartir. Els plats bruts i els utensilis per menjar s'han de rentar en un rentaplats, o a mà, amb aigua calenta i sabó.

Les superfícies i els objectes contaminats s'han de netejar i desinfectar amb un desinfectant d'ús hospitalari -quan es tracti d'aquest àmbit- o amb hipoclorit sòdic (lleixiu) d'ús domèstic a una concentració del 0,1% (si s'utilitza lleixiu domèstic, la dilució seria 1:50 atès que, normalment, està a una concentració inicial del 5%). Els locals on es practica el sexe, especialment el sexe en grup, com ara saunes, cambres fosques i clubs sexuals, acostumen a tenir protocols estandarditzats per a la neteja freqüent d'aquests espais. A més de la neteja de rutina, els locals s'han

de netejar amb més freqüència durant els períodes de gran activitat o si s'embruten amb fluids corporals. Les àrees que han de ser objecte de neteja inclouen qualsevol superfície que pugui estar en contacte amb la pell de les persones, com ara bancs, cadires, parets, llits i sofàs. Les deixalles, com ara mocadors, condons i tovalloles de paper, s'han de col·locar en bosses dobles i gestionar-se mitjançant la gestió estàndard de deixalles.

3.5 Mesures en relació amb hemoderivats i trasplantaments

Segons la recomanació del Comitè de Seguretat Transfusional⁽³²⁾, quan un donant hagi estat contacte estret amb un cas sospitós, probable o confirmat, se l'ha d'excloure temporalment com a donant durant 21 dies després del darrer contacte amb el cas. D'altra banda, en coherència amb els criteris de selecció de donants relatius a comportaments o pràctiques sexuals de risc, el Comitè considera que aquelles persones confirmades positives per a aquest virus han de ser excloses de la donació durant 120 dies, comptats a partir de la resolució completa dels símptomes.

3.6 Maneig de cadàvers

Els cossos de les persones que han mort a causa del Monkeypox han de ser tractats de la mateixa manera que els cadàvers del Grup III, segons estigui establert a la Guia de Consens sobre Sanitat Mortuòria.

No obstant això, s'aconsella que els professionals encarregats del tractament dels cossos utilitzin, durant la seva manipulació, els EPIs oportuns en funció del risc, seguint els procediments elaborats pels Serveis de Prevenció de Riscos Laborals corresponents.

4 Annexos

4.1 Annex 1. Enquesta epidemiològica a un cas sospitós, probable o confirmat

DADES SOBRE EL/LA DECLARANT I DE LA DECLARACIÓ

Servei de vigilància epidemiològica declarant:

Centre assistencial declarant:

Nom i cognoms del/de la professional sanitari declarant:

Identificador del cas per al/a la declarant:

Data de notificació⁽¹⁾: / /

Data d'actualització de les dades de l'enquesta (si s'escau): / /

DADES DEL/DE LA PACIENT

CIP del/de la pacient:

Nom i cognoms del/de la pacient (en cas que no disposi del CIP):
.....

Número d'identificació del/de la pacient (només és necessari en cas que no tingui CIP):
.....

Aquest número correspon al tipus d'identificació següent (marqueu la casella que correspongui):

NIF Passaport Targeta de residència comunitària

NIE Permís de residència i treball Número d'afiliació

Data de naixement: / /

País de naixement:

Nacionalitat:

Edat: Edat en mesos (per a menors de 2 anys):

Gènere:

Dona

Home

No binari^(*)

Lloc de residència:

País:

C. autònoma:

Província:

Comarca:

Municipi:

ABS de referència:

Telèfon de contacte:

DADES SOBRE LA MALALTIA

Ha presentat símptomes:

No

Sí

Data d'inici dels símptomes (indiqueu la del primer símptoma que hagi aparegut):

..... / /

Nota: Si no ha presentat símptomes, feu-hi constar la data de la presa de la mostra.

Manifestacions clíniques al llarg de tot el procés (marqueu almenys una de las opcions):

Febre

Astènia

Odinofàgia (mal de coll)

Dolor muscular

Cefalea

Limfadenopaties generalitzades

Limfadenopaties localitzades

Exantema anogenital

Exantema oral-bucal

Exantema en altres localitzacions (excloent-hi l'anogenital o bucal)

Especifiqueu les altres localitzacions:

Data d'aparició de l'exantema (a qualsevol localització): / /

No consta la data d'aparició de l'exantema (durant la recollida de la informació):

En cas d'exantema, tipus de lesions que ha presentat fins al moment actual (marqueu-ne diverses, si s'escau):

Maculopapular

Vesicular

Pustular

Lesions umbilicades

Crosta

Hemorràgica

No consta exantema mentre es recull la informació:

No

Sí

En cas d'exantema, distribució de l'exantema en el moment del diagnòstic (marqueu les opcions que corresponguin) (*):

- Cara
- Plantes dels peus
- Palmells de les mans
- Oculars
- Cames
- Braços
- Cavitat oral
- Lesions genitals
- Palmells de les mans
- Tòrax
- Abdomen
- Esquena

Evolució del/de la malalt/a:

- En seguiment
- Curació sense seqüeles(*)
- Curació amb seqüeles(*)
En cas de curació (amb seqüeles o sense):
Data de l'alta: / /
- En cas de seqüeles, especifiqueu quines(*):
- Defunció
En cas de defunció:
Data de la defunció: / /
- NS/NC

Ha tingut complicacions al llarg de tot el procés:

- No
- Sí

En cas afirmatiu, marqueu las opcions que corresponguin(*):

- Infeccions bacterianes secundàries,
Especifiqueu-ne la localització i microorganisme: [loca1]- [micro1]] ...
[[locaN]-[microN]
- Infecció de la còrnia
- Broncopneumònia
- Úlcera bucal

Ha requerit hospitalització⁽²⁾ durant el seguiment:

- No
- Sí

En cas d'hospitalització:

Data d'ingrés a l'hospital: / /

Data d'alta de l'hospital: / /

Ha requerit ingrés a l'UCI:

No

Sí

En cas d'ingrés a l'UCI:

Data d'ingrés a l'UCI: / /

Data de l'alta de l'UCI: / /

DADES DE LABORATORI

Data de presa de la mostra: / /

Data del diagnòstic de laboratori (data del primer resultat concloent): / /

Mostra (marqueu totes les que tinguin resultat positiu):

Líquid vesicular

Mostra d'altre tipus de lesions cutànies

Mostra rectal^(*)

Mostra d'orofaringe^(*)

Líquid cefalorraquidi^(*)

Altres tipus de mostres

Especifiqueu-ne les altres localitzacions:

Prova (marqueu almenys una de les proves amb resultat positiu):

PCR sense especificar

PCR específica per al virus de *Monkeypox*

PCR genèrica per a *Orthopoxvirus*

Seqüenciació

DADES SOBRE EL RISC

Viatge internacional en els 21 dies previs a l'inici de símptomes:

No

Sí

País/os de destinació:

Origen del cas:

Importat⁽³⁾

Autòcton

Relacionat amb la importació

NS/NC

Possibles exposicions de risc en els 21 dies previs a l'inici dels símptomes:

1. És contacte estret d'un cas (probable o confirmat) de MPX:

No

Sí

NS/NC

2. Exposició ocupacional de risc a l'entorn sanitari i/o socio sanitari: punxada, laboratori, contacte amb material potencialment contaminat, professional sanitari sense l'EPI adequat, etc.:
No
Sí
NS/NC
3. Exposició ocupacional de risc en un entorn no sanitari ni socio sanitari: per exemple, escoles, llars d'infants, etc.:
No
Sí
NS/NC
4. Exposició a l'entorn familiar:
No
Sí
5. Exposició (no sexual) a l'entorn de l'oci (exclou esdeveniments multitudinaris):
No
Sí
6. Exposició no ocupacional en l'àmbit escolar (inclou escoles i llars d'infants):
No
Sí
7. Ha tingut relacions sexuals amb: (marqueu totes les que corresponguin):
Dona
Home
No binari(*)
NS/NC
8. Assistència a esdeveniments multitudinaris:
No
Sí
Especifiquen l'esdeveniment i la ciutat: [esdev1]- [ciutat1] / ... / [esdevN]-[ciutatN]
9. Relacions sexuals en el context de l'esdeveniment:
No
Sí

Per al servei de vigilància epidemiològica: Nombre de persones contactades en el context de l'esdeveniment:

10. Relacions sexuals en llocs d'oci públics o privats (excloent-hi esdeveniments multitudinaris):
No
Sí, lloc públic
Sí, lloc privat

11. Ha tingut contacte amb algun animal que tingués una malaltia de causa no filiada als 21 dies anteriors a l'inici dels símptomes:

- No
- Sí, rosegador domèstic
- Sí, un altre de domèstic
- Sí, rosegador salvatge
- Sí, un altre de salvatge

Mecanisme de transmissió més probable:

- Transmissió sexual
 - Associat a cures sanitàries o sociosanitàries (professional)
 - Transmissió al laboratori (professional)
 - Mare-fill durant l'embaràs
 - Contacte estret persona a persona (exclou: mare-fill, associat a cures sanitàries professionals i transmissió sexual)
 - Transmissió des d'un animal
 - Transfusió
 - Desconegut
 - Altres mecanismes
- Especifiqueu-ne altres mecanismes de transmissió:

Té mascotes amb les que hagi tingut contacte estret des que ha començat a tenir símptomes (marqueu el que correspongui; resposta múltiple):

- No
- Sí, amb gos o gossos
- Sí, amb gat/s
- Sí, amb rosegador/s
- Sí, amb altres animals

Especifiqueu-los:

Per al servei de vigilància epidemiològica: Se n'ha informat al servei de protecció de la salut territorial:

- No
- Sí

En cas afirmatiu, la mascota presenta lesions en la pell d'aparició recent:

- No
- Sí

S'ha aïllat la mascota:

- No
- Sí

S'ha fet una prova diagnòstica a la mascota:

- No
- Sí

En cas afirmatiu, quin és el resultat de la prova diagnòstica:

- Positiu
- Negatiu
- No practicat/ada
- Pendent de resultat
- NS/NC

ANTECEDENTES PERSONALS D'INTERÈS

VIH positiu:

- No
- Sí
- NS/NC

Altres causes d'immunosupressió:

- No
- Sí
- NS/NC

Especifiqueu altres causes immunosupressió:

Vacunat, amb anterioritat a l'inici dels símptomes, amb alguna dosi de la verola (marqueu el que correspongui; resposta múltiple):

- No
- Sí, vacuna de la verola durant la infantesa
- En cas afirmatiu (marqueu el que correspongui; resposta múltiple)^(*):
 - Es constata per carnet vacunal
 - Es constata per marca de la vacuna
 - Es constata perquè ho refereix el cas
- Sí, vacuna en el context del brot actual
 - Data de la vacunació / / (1a dosi)
 - Data de la vacunació / / (2a dosi)
- NS/NC

CLASSIFICACIÓ DEL CAS

Cas:

- No
- Sí
- NS/NC

Classificació del cas:

- Cas sospitós
- Cas probable
- Cas confirmat
- NS/NC

Per al servei de vigilància epidemiològica:

Cas associat a un brot:

No

Sí

NS/NC

En cas afirmatiu, número de brot:

CONTACTES ESTRETS

Realització de l'estudi de contactes estrets:

- Estudi de contactes estrets fet
- Estudi de contactes estrets no fet
- Els contactes el rebutgen
- No té contactes
- L'SVE no l'indica

OBSERVACIONS

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

- (1) Data de notificació: data de la primera declaració al sistema de vigilància (habitualment efectuada a escala local).
- (2) Ha estat hospitalitzat en algun moment per aquesta malaltia, amb estada d'almenys una nit a l'hospital.
- (3) Importat: El cas és importat si el país al qual s'ha produït l'exposició del cas és diferent a Espanya.
- (*) Aquestes variables, de moment, no es recullen al repositori epidemiològic de Catalunya (REC), però sí que es recullen a la Xarxa Nacional de Vigilància Epidemiològica (RENAVE). Es valorarà la possibilitat que s'incorporin a l'enquesta epidemiològica.

4.2 Annex 2. Enquesta epidemiològica a un contacte estret d'un cas sospitós, probable o confirmat

DADES SOBRE EL/LA DECLARANT I DE LA DECLARACIÓ

Servei de vigilància epidemiològica declarant:

Centre assistencial declarant:

Nom i cognoms del/de la professional sanitari declarant:

Identificador del contacte estret per al/a la declarant:

Data de la primera declaració del contacte estret: / /

Data de l'actualització de les dades de l'enquesta (si s'escau): / /

DADES DEL CONTACTE ESTRET

Nom i cognoms del contacte estret:

CIP del contacte estret:

Número d'identificació del contacte estret (només és necessari en cas que no tingui CIP):
.....

Aquest número correspon al tipus d'identificació següent (marqueu la casella que correspongui):

NIF Passaport Targeta de residència comunitària

NIE Permís de residència i treball Número d'afiliació

Data de naixement: / /

País de naixement:

Edat: Edat en mesos (per a menors de 2 anys):

Gènere:

Dona

Home

No binari

Lloc de residència:

País: C. autònoma:

Província:

Comarca:

Municipi:

Equip d'atenció primària de referència:

Nombre de convivents al domicili (excloent-hi l'entrevistat/ada):

Mascotes al domicili: Sí No NS/NC

En cas afirmatiu, marqueu el que correspongui; resposta múltiple:

- No
- Sí, amb gos o gossos
- Sí, amb gat/s
- Sí, amb rosegador/s
- Sí, amb altres animals

En cas d'altres animals, especifiqueu-los:

ANTECEDENTS PERSONALS DEL CONTACTE ESTRET

En cas de ser una dona en edat reproductiva:

Està embarassada: Sí No NS/NC

Està alletant un/a fill/a: Sí No NS/NC

Immunosupressió moderada-greu: Sí No NS/NC

En cas afirmatiu, especifiqueu-la:

Nota: Es consideren persones amb immunosupressió moderada- greu les persones en tractament amb quimioteràpia per neoplàsies o tumors malignes hematològics, trasplantament de cèl·lules mare hematopoètiques o òrgans sòlids, infecció per VIH no tractada amb recompte de cèl·lules CD4 <200 cèl·lules/mm³, trastorn combinat d'immunodeficiència primària o en tractament amb medicaments immunosupressors (per exemple: micofenolat de mofetil, metotrexat, rituximab, prednisona > 20 mg/dia durant més de 14 dies).

Infecció pel VIH: Sí No NS/NC

En cas afirmatiu, nivell de CD4 en la darrera analítica:cèl/mm³.

Vacuna de la verola: Sí No NS/NC

En cas afirmatiu:

Data de la primera dosi: / /

Si se'n desconeix la data concreta, almenys anoteu l'any.

Data de la segona dosi: / /

Si se'n desconeix la data concreta, almenys anoteu l'any.

CARACTERÍSTIQUES DEL CONTACTE AMB EL CAS

Tipus de contacte amb el cas:

Convivent sense relació sexual: Sí No

Convivent amb relació sexual: Sí No

Entorn d'oci sense relació sexual (no esdeveniment multitudinari): Sí No

Entorn d'oci amb relació sexual (no esdeveniments multitudinari): Sí No

En un esdeveniment multitudinari sense relació sexual: Sí No

En un esdeveniment multitudinari amb relació sexual: Sí No

Laboral: Sí No

En cas afirmatiu, especifiqueu:

Centre sanitari o sociosanitari: Sí No

Àmbit escolar (inclou llar d'infants, escoles): Sí No

Altres laborals: Sí No

Especifiqueu altres laborals:

No laboral, en entorn d'àmbit escolar (llar d'infants, escoles, etc.): Sí No

Altres tipus de contacte: Sí No

En cas afirmatiu, especifiqueu quins altres:

NS/NC

Periodicitat del contacte amb el cas:

Continu (per exemple, convivent)

Repetit però discontinu (per a l'escola, relacions sexuals repetides, etc.)

Únic

NS/NC

Data del darrer contacte amb el cas: / /

DESENVOLUPAMENT DE SIMPTOMATOLOGIA COMPATIBLE AMB EL MPX

Ha presentat alguna de les manifestacions clíniques següents (pot marcar diverses opcions):

Febre

Astènia

Mal de coll

Dolor muscular

Cefalea

Limfadenopaties generalitzades

Limfadenopaties localitzades

Exantema anogenital

Exantema oral-bucal

Exantema en altres localitzacions (excloent-hi l'anogenital o bucal)

En cas afirmatiu:

Data del primer dia que va presentar algun d'aquests símptomes: / /

En cas d'exantema, data en què va començar: / /

OBSERVACIONS

.....
.....
.....

4.3 Annex 3. Serveis de vigilància epidemiològica i resposta a emergències de salut pública

- Servei de Vigilància Epidemiològica i Resposta a Emergències de Salut Pública al Barcelonès Nord i Maresme.
C. Roc Boronat, 81-95 (edifici Salvany). 08005 Barcelona.
Telèfon: 935513727
uve.bnm@gencat.cat
- Servei de Vigilància Epidemiològica i Resposta a Emergències de Salut Pública a Barcelona Sud.
C. Feixa Llarga, s/n, 3a planta de l'antiga escola d'infermeria de l'Hospital Universitari de Bellvitge. 08907 l'Hospitalet de Llobregat.
Telèfon: 932607500 (ext. 2208-2558)
barcelonasud@gencat.cat
- Servei de Vigilància Epidemiològica i Resposta a Emergències de Salut Pública al Vallès Occidental i Vallès Oriental.
Ctra. Vallvidrera, 38. 08173 Sant Cugat del Vallès.
Telèfons: 936246432 / 936246433
epi.valles@gencat.cat
- Servei de Vigilància Epidemiològica i Resposta a Emergències de Salut Pública a la Catalunya Central.
C. Muralla del Carme, 7, 5a pl. 08241 Manresa.
Telèfons: 938753381 / 938726743
uvercc@gencat.cat
- Servei de Vigilància Epidemiològica i Resposta a Emergències de Salut Pública a Girona.
Plaça Pompeu Fabra, 1 (edifici de la Generalitat). 17002 Girona.
Telèfon: 872975666
epidemiologia.girona@gencat.cat
- Servei de Vigilància Epidemiològica i Resposta a Emergències de Salut Pública a Lleida i Alt Pirineu i Aran.
C. Alcalde Rovira Roure, 2. 25006 Lleida.
Telèfons: 973701600 / 973701634
epidemiologia.lleida@gencat.cat

- Servei de Vigilància Epidemiològica i Resposta a Emergències de Salut Pública al Camp de Tarragona i Terres de l'Ebre.
Av. Maria Cristina, 54. 43002 Tarragona
Telèfons: 977249613 / 977249625
epidemiologia.tarragona@gencat.cat
- Unitat de Vigilància Epidemiològica de la Regió Sanitària Terres de l'Ebre.
Plaça Gerard Vergés, 1. 43500 Tortosa.
Telèfon: 977495512
epidemiologia.ebre@gencat.cat
- Agència de Salut Pública de Barcelona. Servei d'Epidemiologia (Barcelona Ciutat). Pl. Lesseps, 1. 08023 Barcelona.
Telèfon: 932384545
mdo@aspb.cat
- Servei d'Urgències de Vigilància Epidemiològica de Catalunya (SUVEC).
Laborables: 15:00 h - 08:00 h. Festius i caps de setmana: 24 hores.
Telèfon: 627480828
suvec.salut@gencat.cat
- Subdirecció General de Vigilància i Resposta a Emergències de Salut Pública.
C. Roc Boronat 81-95 (edifici Salvany). 08005 Barcelona.
Telèfons: 935513693 / 935513674
epidemiologia@gencat.cat

4.4 Annex 4. Diagnòstic diferencial de les lesions cutànies de la verola del mico

Agent causal	Màcules	Pàpules	Vesícules	Pústules	Erosions / Úlceres	Crostes	Adenopaties	Afectació general	Característiques diferencials
Monkeypox	X	X	X	X	X	X	X	X	En lesions sobreinfectades: semblant a impetigen secundari.
Picades d'insectes	X	X	X		X	X			Disposició lineal en una zona concreta, sovint en extremitats. Molta pruija.
Mol·lusc contagiós		X				X			Lesions sòlides del color de la pell, de contingut blanquinós (umbilicades, de pocs mil·límetres. No adenopaties ni afectació sistèmica.
Fol·liculitis		X		X					Pàpules eritematoses o pústules d'1-2 mm. Distribuïdes regularment. Moltes vegades s'hi pot veure el fol·licle pilós. No hi ha afectació sistèmica.
Impetigen			X		X	X			Úlceres i crostes melicèriques agrupades, sobretot a la zona perioral, pruriginoses. Variant: impetigen ampul·lós.
Varicel·la		x		X	X	X	X	X	Normalment, el primer signe de varicel·la és l'aparició d'unes petites lesions (pàpules) eritematoses que, en un primer moment, es poden confondre amb picades d'insecte, acompanyat de febre i adenopaties cervicals. L'erupció, molt pruriginosa, evoluciona de la zona alta de l'espatlla al cap i extremitats. Lesions en cel estrellat (diferents tipus de lesions concomitantment). Lesions semblants a la infecció herpètica disseminada (immunodepressió). La durada total de la malaltia acostuma a ser de 5-7 dies.
Herpes simple		X	X	X	X		X		Sovint precedit de picor. Lesions agrupades i policíclicues. Les úlceres tenen caires eritematosos i són molt doloroses. Antecedents de lesions en la mateixa zona. Adenopaties menys doloroses i de menor mida que en MPX. Desaparició espontània. Localització de les lesions en homes: cos del penis / gland / prepuci / escrot / cuixes / natges / anorectal
Herpes zòster			X		X	X			
Sífilis primària (xancres sifilític)		X			X				En genitals: xancres dur al cos o base del penis / corona del gland / porció interna del prepuci. Més gran. Úlcera no dolorosa. Lesió elevada i amb escàs exsudat serós. Adenopaties regionals. Desapareix espontàniament.

Procediment d'actuació enfront de casos d'infecció pel virus de la verola del mico (Monkeypox)

Agent causal	Màcules	Pàpules	Vesícules	Pústules	Erosions/ Úlceres	Crostes	Adenopaties	Afectació general	Característiques diferencials
Sífilis secundària		X			X			X	Exantema extens. Afectació palmoplantar important. Lesions eritematoses, descamatives amb collaret epidèrmic. Sifílides mucoses en zona genital/perianal.
Berrugues genitals		X							Pàpules. Condiloma acuminat. Berrugues queratòsiques. Pàpules planes. Lesions del color de la pell, rosades, vermelles. Presentació única, disperses i aïllades o confluents. En homes es localitzen al cos del penis / gland / prepuci / perianal / rectal ⁽¹⁾ .
Limfogranuloma veneri		X	X		X		X		També es presenta com a proctitis hemorràgica o eritema nodular. Petita vesícula indolora o pàpula/úlceres no endurida. Sovint asimptomàtica o que passa inadvertida. Limfadenopatia inguinal molt dolorosa i hipersensibilitat. Limfedema distal o drenatge cap a la superfície cutània. En homes es localitza al cos del penis / anorectal ⁽¹⁾ .
Xancroide		X		X	X		X		Pàpula dolorosa d'halo eritematós amb límits irregulars. Evoluciona a pústules, erosions i úlceres. Nafrà no endurida però molt sensible a la palpació. Limfadenopatia inguinal unilateral dolorosa. En homes es localitza al cos del penis / gland / corona del gland / prepuci ⁽¹⁾ .
Granuloma inguinal (donovanosi)					X		X		Lesions indolores, progressives i ulceroses. Aspecte vermell carnós que sagna fàcilment. Sense adenopaties regionals. En homes es localitza al cos del penis / gland / prepuci / escrot ⁽¹⁾ .
Gonococcèmia disseminada								X	Síndrome d'artràlgia/dermatitis: pàpules purpúriques i pústules necròtiques en fase precoç, sobretot a extremitats, mans i peus. Malestar general. Artràlgies erràtiques en genolls, canell i/o turmell, ocasionalment amb tenosinovitis.
Sarna nodular		X			X				Afectació genital: pàpules endurides, pocs mil·límetres, a vegades excoriades. Molt pruriginoses. Sense afectació sistèmica. Diagnòstic: Visualització directa amb KOH del raspat de les lesions.
Sarna ampul·losa			X		X (+/-)	X (+/-)			Sarna evolucionada, sobretot en nens. Si se sobreinfecten: lesions del tipus impetigen ampul·lós.
Malaltia de la boca i peu		X	X		X	X			Sobretot en nens de menys de 3 anys. Lesions a la mucosa de la boca, palmells de les mans, plantes dels peus i natges.
Èczema dishidròtic o de contacte agut			X	X					Habituals a les mans i els peus. Vesícules i ampolles a vegades amb pus. Molt pruriginoses.
Dactilitis distal ampul·losa			X						Ampolles a tensió al polpís dels dits, a vegades esteses dorsalment cap al plec unguial. Eritema perifèric.
Vasculitis		X		X (+/-)	X (+/-)		X	X	A voltes tipus pústula de base purpúrica, que es poden ulcerar. Rarament amb adenopaties. Sovint en gent d'edat més gran. Pot haver afectació sistèmica.

Procediment d'actuació enfront de casos d'infecció pel virus de la verola del mico (Monkeypox)

Agent causal	Màcules	Pàpules	Vesícules	Pústules	Erosions/ Úlceres	Crostes	Adenopaties	Afectació general	Característiques diferencials
Eritema exsudatiu multiforme	X		X		X				Habitualment associat a la infecció per VHS-1 i el VHS-2, però també pel <i>Mycoplasma</i> o secundari a fàrmacs. Plaques eritematoses en diana, amb ampolla o erosió central. En palmells de les mans, planta dels peus i mucoses.
Pustulosi exantemàtica			X	X					Erupció de tipus medicamentós molt relacionat amb β -lactàmic. Exantema extens a on apareixen pústules centrades en fol·licles pilosos. Sol iniciar en plecs.
Malalties ampul·loses			X						Pemfigoide dishidrosiforme Ampolles tenses en mans. Molt pruriginoses. Habitualment en gent gran.
Exantema fix medicamentós	X		X		X				Secundària a la presa d'alguns medicaments. Taca solitària o poques lesions arrodonides eritematoses-violàcies. Lesions que poden evolucionar a ampolles i erosions sobretot a la boca i genitals. Lesió residual marró. Si reapareixen, sol ser al mateix lloc.
Síndrome de Sweet o pioderma gangrenós				X	X			X	A vegades pústules múltiples disseminades que es poden ulcerar. Habitualment s'associen a d'altres malalties amb quadre sistèmic.
Pustulosi exantemàtica			X	X					Erupció de tipus medicamentós molt relacionat amb β -lactàmics. Exantema extens. Pústules centrades en fol·licles pilosos. Inici en plecs.

Quadre basat en el [document: Diagnóstico diferencial de las lesiones cutáneas de la viruela del mono](#). Federación de Asociaciones Científico Médicas Españolas (FACME)⁽³³⁾.

(1) Verola dels micos -Monkeypox-MPX. Servei de Vigilància Epidemiològica i Resposta a Emergències de Salut Pública del Vallès Occidental i Vallès Oriental.

Monkeypox



Varicel·la



Herpes simple



Fol·liculitis



Picades



Sífilis secundària



Sarna



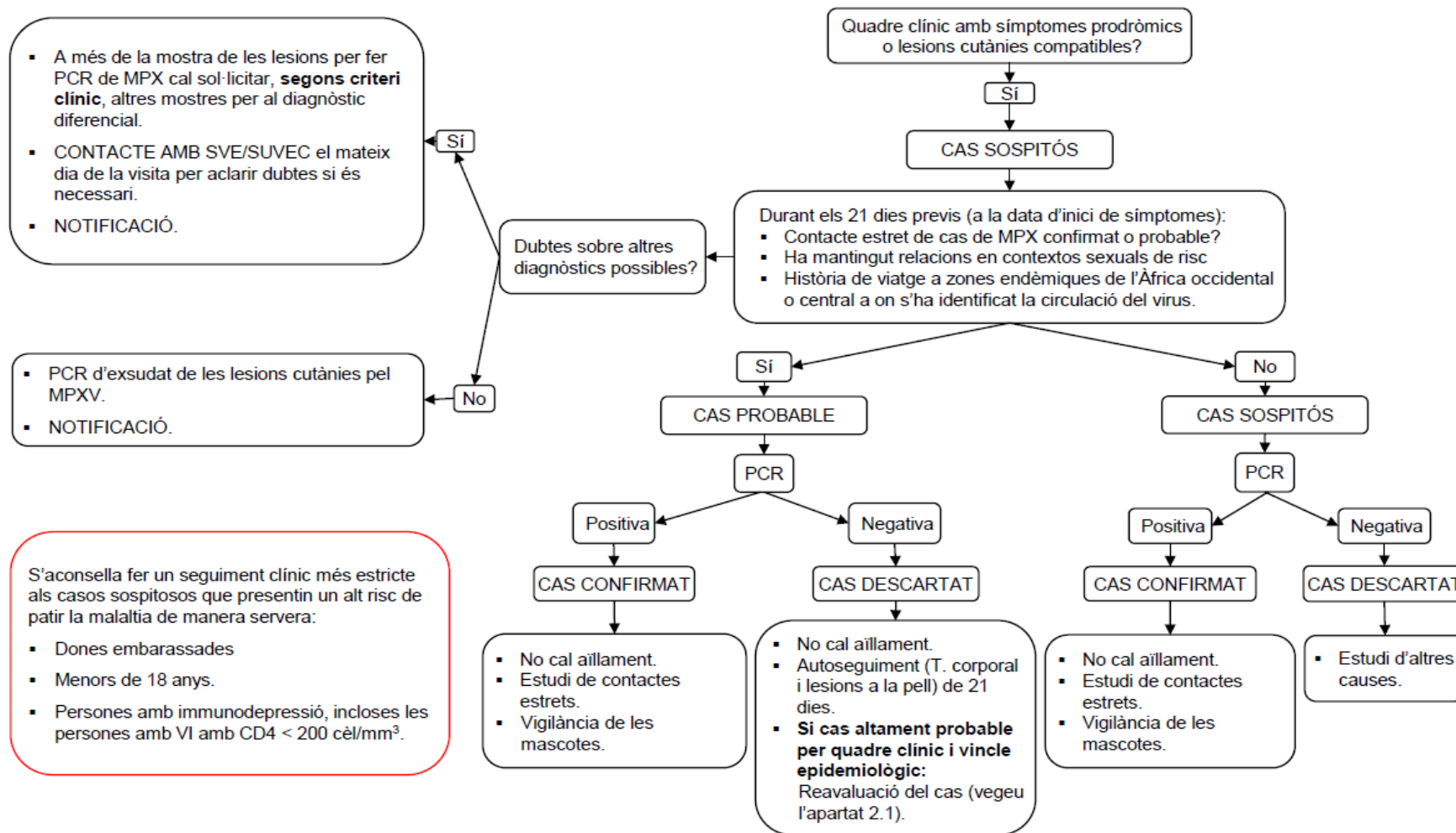
Mol·lusc contagiós



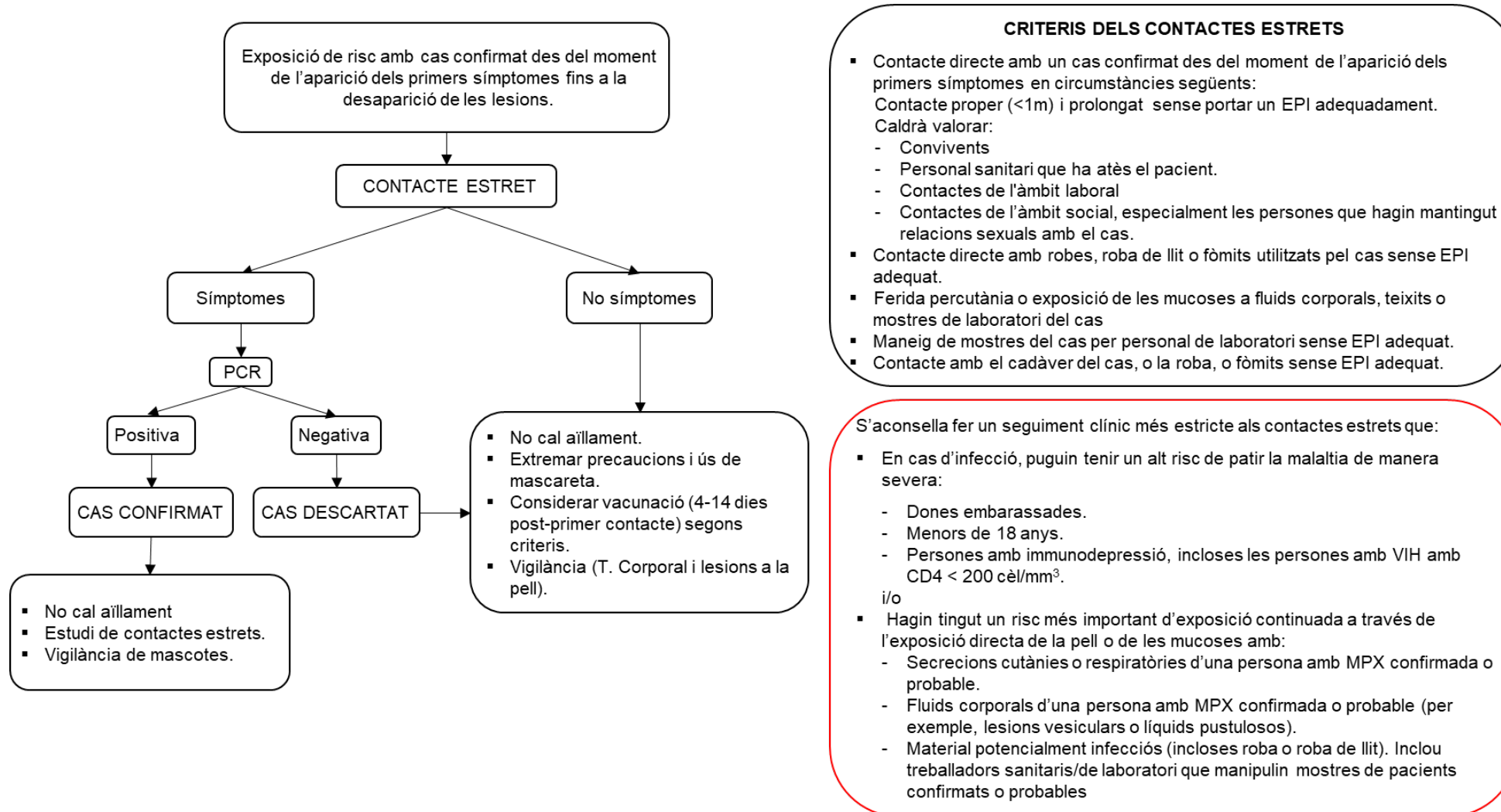
Referència de les imatges:

- [Varicel·la](#)
- [Sarna](#).
- [Sífilis secundària.](#)
- [Molluscum contagiós](#)
- [Resta d'imatges, veure aquí](#): Diagnóstico diferencial de la lesiones cutáneas de la viruela del mono. Federación de Asociaciones Científico Médicas Españolas (FACME)⁽³³⁾.

Annex 5. Algoritme d'actuació per als casos del virus de la verola del mico



4.5 Annex 6. Algorisme d'actuació pels contactes estrets del virus de la verola del mico



4.7 Annex 7. Consentiment informat sobre la vacunació contra la verola del mico

Abans de l'administració de la vacuna caldrà obtenir el consentiment informat següent signat per la persona que la rebrà.

Consentiment informat sobre la vacunació contra la verola del mico

La verola del mico és una malaltia que produeix símptomes similars a la verola, però de manera més lleu en gran part de les ocasions. La majoria de les persones afectades es recuperen en un període d'entre 2 i 4 setmanes, els casos més greus se solen produir en infants i en persones amb algunes condicions de risc, així com persones embarassades.

Per a la prevenció de la verola del mico, actualment es disposa de dues vacunes del mateix laboratori (mateixa vacuna amb noms diferents segons el país de comercialització):

- Jynneos1: vacuna autoritzada per a persones a partir dels 18 anys per l'Administració d'Aliments i Fàrmacs (FDA) als EUA.
- Imvanex1: vacuna autoritzada per a persones a partir dels 18 anys per l'Agència Europea de Medicaments (EMA) a Europa.

Ambdues vacunes són del laboratori Bavarian Nordic A/S i s'administren amb una pauta de dues dosis amb un interval mínim de 28 dies per via subcutània. Són vacunes que contenen virus modificats de la verola vacunoide Ankara no replicants i, per tant, no poden produir ni transmetre la malaltia.

Com qualsevol medicament, la vacuna contra la verola pot produir algunes reaccions adverses, essent les més freqüents: reaccions al lloc d'injecció (dolor, eritema, inflamació, enduriment i picor) i reaccions sistèmiques comunes típicament associades a les vacunes, com el dolor muscular, cefalea, nàusees i calfreds, de lleus a moderats i que es resolien passats entre un i sis dies després de la vacunació.

Aquesta vacuna no està, encara, autoritzada per a menors de 18 anys i no es disposa d'estudis en dones embarassades ni en dones lactants; no obstant això, no es contraindica en aquests sectors poblacional i s'ha utilitzat en brots ocorreguts amb anterioritat. Atesa la major gravetat en infants, dones embarassades i lactants i persones amb immunosupressió, les autoritats de salut pública recomanen la seva utilització en aquestes condicions amb una valoració de risc-benefici amb el personal sanitari.

Per poder rebre la vacuna Jynneos1 o Imvanex1 segons criteri facultatiu en cas de ser menor de 18 anys, estar embarassada o en període de lactància us sol·licitem que doneu el vostre consentiment informat per a la vacunació.

Confirmo que he llegit i entès el full informatiu que m'ha estat lliurat, que he pogut fer preguntes sobre la malaltia de la verola del mico i les seves possibles conseqüències, així com sobre la vacunació i que he rebut suficient informació sobre les vacunes Jynneos1 o Imvanex1 i que comprenc que la vacunació és voluntària.

Dades del pare, mare o tutor/a legal

Indiqueu si es tracta de menors de 16 anys

Sí No

Indiqueu en qualitat de qui consentiu

Pare Mare Tutor/a

Nom i cognoms

DNI

Telèfon de contacte

Dono el meu consentiment per ser vacunat o vacunada. O perquè sigui vacunat el meu fill o filla, tutoritzat o tutoritzada.

Signatura

Informació bàsica sobre protecció de dades

Identificació del tractament: les dades personals contingudes en aquest formulari seran tractades pel centre assistencial que realitzi l'activitat.

Responsable del tractament: la persona que determini el centre assistencial que realitzi l'activitat en relació amb el tractament de dades que correspongui.

Finalitat: la determinada pel centre assistencial que realitzi l'activitat en relació amb el tractament de dades que correspongui.

Legitimació: per consentiment de la persona interessada.

Destinatari: les dades es poden incorporar a la història clínica compartida de Catalunya.

Drets de les persones interessades: podeu exercir els drets d'accés, rectificació, supressió (dret a l'oblit), oposició al tractament, a la portabilitat de les dades i a la limitació del tractament, amb la presentació d'una sol·licitud en el centre assistencial que realitzi l'activitat, presencialment o bé per mitjans electrònics sempre que es pugui acreditar la identitat del sol·licitant de forma fefaent, amb indicació del dret o drets que s'exerceixen.

Informació addicional: si voleu ampliar aquesta informació podeu consultar la [informació addicional](#) del tractament que ha de proporcionar el centre assistencial que realitzi l'activitat.

4.8 Annex 8. Recomanacions per a la vacunació contra la verola del mico a Catalunya. Juliol 2022. Secretaria de Salut Pública. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya



Recomanacions per a la vacunació contra la verola del mico a Catalunya. Juliol de 2022

Per a la prevenció de la verola del mico, actualment es disposa de dues vacunes del mateix laboratori (mateixa vacuna, però amb diferents condicions de conservació):

- **Jynneos®**: pauta de dues dosis amb interval mínim de 28 dies. Vacuna autoritzada per a persones a partir de 18 anys per l'FDA als EUA.

Conservació: -20 °C +/-5 °C.

Una vegada descongelada, es pot emmagatzemar un màxim de 12 hores a temperatura entre 2 °C i 8 °C.

Per a més informació, es pot consultar:

<https://www.fda.gov/media/131078/download>

https://www.ema.europa.eu/en/documents/public-statement/possible-use-vaccine-jynneos-against-infection-monkeypox-virus_en.pdf

- **Imvanex®**: pauta de dues dosis amb interval mínim de 28 dies. Vacuna autoritzada per a persones a partir de 18 anys per l'EMA.

Conservació: 2 anys a -20 °C +/-5 °C; 5 anys a -50 °C +/-10 °C i 5 anys a -80 °C +/-10 °C

Una vegada descongelada, la vacuna es pot conservar entre 2 °C i 8 °C durant 8 setmanes.

Per a més informació, es pot consultar la fitxa tècnica del producte disponible a:

https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/imvanex-epar-product-information_es.pdf

Les dosis disponibles a juliol de 2022 són de **Jynneos®**.

Ambdues vacunes són iguals i contenen virus viu modificat de la verola vacunoide Ankara. Són vacunes que contenen virus modificats no replicants i, per tant, no poden produir ni transmetre la malaltia.

Via d'administració: subcutània (preferiblement a la zona deltoide). A diferència de vacunes anteriors, la inoculació d'aquesta vacuna no produeix lesió.

Indicacions: les vacunes disponibles es poden utilitzar per a la protecció contra el virus de la verola del mico en dues situacions:

- Abans de l'exposició al virus (preexposició).



Generalitat de Catalunya
Departament de Salut
Secretaria de Salut Pública

- En cas de contacte amb el virus (postexposició).

Caldrà vacunar segons les recomanacions consensuades per la Comissió de Salut Pública (CSP) del Sistema Nacional de Salut (SNS) disponibles a:

<https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/MonkeyPox/home.htm>

Recomanacions de vacunació en cas de contacte (postexposició): caldrà contactar amb el Servei de Vigilància i Resposta a Emergències corresponent.

Recomanacions de vacunació abans de l'exposició (preexposició): es vacunarà a persones que compleixin els requisits establerts en les recomanacions aprovades per la CSP i que compleixin els requisits següents:

- Menors de 45 anys.
- No haver estat vacunades amb anterioritat.
- No haver patit la malaltia.
- No haver tingut contacte amb un cas de verola del mico en els 10 dies anteriors.
- No presentar símptomes compatibles amb la verola del mico.
- No presentar contraindicacions generals de qualsevol vacuna (malaltia aguda o al·lèrgia a algun dels components).

Tenint en compte la disponibilitat de dosis, s'iniciarà la vacunació en les persones que compleixin els criteris establerts i que en el cas de:

- Persones usuàries de PrEP: siguin usuàries de *chemsex* (sexe químic), amb alt nombre de parelles sexuals, haver patit una ITS els darrers 3-6 mesos.
- Persones amb VIH: usuàries de *chemsex* (sexe químic), haver patit una ITS els darrers 3-6 mesos i prioritzar persones amb CD4 < 250.

Tal com indiquen les recomanacions consensuades pel CSP, s'iniciarà la vacunació amb una única dosi i s'avaluarà l'administració de la segona dosi en funció de la disponibilitat de dosis.

A mesura que es disposi de dosis, se citarà la resta de persones incloses en els grups establerts en les recomanacions aprovades pel CSP.

Es vacunarà amb cita prèvia als centres que s'hagin habilitat per a la vacunació i únicament a persones contactades des dels serveis corresponents.

El nombre de vacunes disponibles i el tipus depèn d'una assignació a escala europea. L'adquisició i distribució s'han realitzat a escala estatal i, en aquest moment, el nombre de vacunes disponibles és molt limitat. **Per aquest motiu, és important garantir una utilització correcta de les vacunes segons les indicacions aprovades, així com garantir-ne el registre..**

**Programa de vacunacions
Barcelona, juliol de 2022**

4.9 Annex 9. Full de sol·licitud de medicació del SVE al Servei de Farmàcia de l'Hospital Universitari Vall d'Hebron

DADES DEL/DE LA PETICIONARI

Nom i cognoms	
Telèfon de contacte (poseu mòbil de guàrdia):	

DADES DE LA MEDICACIÓ SOL·LICITADA

Nre. d'unitats demanades	Nre. d'unitats servides	Medicament	Nom registrat
		Immunoglobulina inespecífica 320 mg/2ml inj.	(Igamplia® 320 mg/2ml)
		Immunoglobulina inespecífica 800 mg/5ml inj.	(Igamplia® 800 mg/5ml)
		Immunoglobulina humana ANTIRRÀBICA 300 UI/2ml inj	(Berirab® P) (Imogam Rabia®)
		VACUNA ANTIRRÀBICA inj	(Rabipur®)
		Rifampicina 300 mg comprimits	(Rifaldin® 300)
		Rifampicina 600 mg comprimits	(Rifaldin® 600)
		Rifampicina suspensió 100mg/5ml oral	(Rifaldin® suspensió 2%)
		Vacuna Hepatitis "A" inj.	(Havrix® 720)
		Vacuna triple vírica xarampió, parotiditis i rubèola inj.	(Priorix®) (M-M-R vaxPro®)
		Vacuna de la verola i del virus de la verola del mico. Vial de 0,5 mL inj.	(Jynneos®) (Imvanex®)

PERSONA A LA QUE VA DESTINADA LA MEDICACIÓ

Nom i cognoms	
CIP	

MOTIU DE LA SOL·LICITUD I OBSERVACIONS:

.....

DADES DEL CENTRE RECEPTOR DE LA MEDICACIÓ

Nom del centre destinació de la medicació	
Nom i cognoms de la persona de contacte	
Tel. de contacte	

DATA DE LA SOL·LICITUD: / /

DADES (nom, DNI, telèfon) I SIGNATURA DE QUI RECULL LA MEDICACIÓ AL SERVEI DE FARMÀCIA

- Primer aviseu per telèfon al Servei de Farmàcia de l'Hospital Universitari Vall d'Hebron.
- Després envieu immediatament una còpia d'aquest full al Servei de Farmàcia de l'Hospital Universitari Vall d'Hebron.
- Envieu una altra còpia a la SGVRESP.

5 Referències bibliogràfiques

- (1) Evaluación Rápida de Riesgo. Casos autóctonos de Viruela de los Monos (Monkeypox/MPX) en España y otros países no endémicos, 10 de junio 2022. Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. Secretaría de Estado de Sanidad, Dirección General de Salud Pública. Ministerio de Sanidad.
https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/alertaMonkeypox/docs/ERR_Monkeypox_10062022.pdf
- (2) Latest updates on cases of monkeypox identified by the UK Health Security Agency (UKHSA). 21 June 2022.
<https://www.gov.uk/government/news/monkeypox-cases-confirmed-in-england-latest-updates>
- (3) Monkeypox, Joint Epidemiological overview, 09 November 2022. European Centre for Disease Prevention and Control/WHO Regional Office for Europe.
<https://monkeypoxreport.ecdc.europa.eu/>
- (4) Informe de situación, 22 de noviembre de 2022. Alerta sobre la infección de viruela de los monos en España y otros países no endémicos. Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. Secretaría de Estado de Sanidad, Dirección General de Salud Pública. Ministerio de Sanidad.
https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/alertaMonkeypox/docs/Informe_de_situacion_MPX_20221122.pdf
- (5) Situació actual de la verola del mico a Catalunya, 20 de novembre de 2022. Subdirecció general de Vigilància i Resposta a Emergències de Salut Pública, Secretaria de Salut Pública. Departament de Salut, Generalitat de Catalunya.
- (6) Factsheet for health professionals on monkeypox. European Centre for Disease Prevention and Control.
<https://www.ecdc.europa.eu/en/all-topics-z/monkeypox/factsheet-health-professionals>
- (7) The Approved List of biological agents. Advisory Committee on Dangerous Pathogens. Forth Edition 2021. Health and Safety Executive.
<https://www.hse.gov.uk/pubns/misc208.pdf>
- (8) Seang, Sophie, *et al.* Evidence of human-to-dog transmission of monkeypox virus. *Lancet*. 2022 Aug 27; 400(10353):658-659. doi: 10.1016/S0140-6736(22)01487-8.
<https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2822%2901487-8>

- (9) Posible papel epidemiológico de las mascotas en la viruela del mono: recomendaciones de actuación en caso de contacto con personas afectadas. 30 de mayo de 2022. Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación y Ministerio de Sanidad.
https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/alertaMonkeypox/docs/Monkeypox_actuaciones_mascotas_2022.05.30.pdf
- (10) Surveillance, case investigation and contact tracing for monkeypox: interim guidance, 24 June 2022. World Health Organization.
<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MPX-Surveillance-2022.2>
- (11) Topic: Monkeypox. Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Emerging and Zoonotic Infectious Diseases (NCEZID), Division of High-Consequence Pathogens and Pathology (DHCPP).
<https://www.cdc.gov/poxvirus/monkeypox/index.html>
- (12) Peiró-Mestres A, Fuertes I, *et al.* Monkeypox Study Group. Frequent detection of monkeypox virus DNA in saliva, semen, and other clinical samples from 12 patients. Barcelona, May to June 2022. Euro Surveill. 2022;27(28):pii=2200503.
<https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2022.27.28.2200503>
- (13) Monkeypox multi-country outbreak. Rapid Risk Assessment. 8 July 2022. European centre for Disease Prevention and Control.
<https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Monkeypox-multi-country-outbreak-first-update-8-July-FINAL3.pdf>
- (14) Thornhill JP, Barkati S, Walmsley S, *et al.* Monkeypox Virus Infection in Humans across 16 Countries - April-June 2022 [publicat en línia abans de l'ed. impresa, 2022 Jul 21]. N Engl J Med. 2022;10.1056/NEJMoa2207323. doi:10.1056/NEJMoa2207323
<https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa2207323?articleTools=true>
- (15) McCollum AM, Damon IK. Human Monkeypox. Clin Infect Dis. 2014; 58(2):260-267.
<https://doi.org/10.1093/cid/cit703>
- (16) Jezek Z, Szczeniowski M, Paluku KM, Mutombo M. Human monkeypox: clinical features of 282 patients. J Infect Dis. 1987;156(2):293-298.
[doi:10.1093/infdis/156.2.293](https://doi.org/10.1093/infdis/156.2.293)
- (17) Laboratory testing for the monkeypox virus. Interim guidance. 23 May 2022. World Health Organization.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/354488>

- (18) Verola dels micos-Monkeypox-MPX. Servei de Vigilància Epidemiològica i Resposta a Emergències de Salut Pública al Vallès Occidental i Vallès Oriental. Agència de Salut Pública de Catalunya. Generalitat de Catalunya.
- (19) Clinical management and infection prevention and control for monkeypox. Interim rapid response guidance. 10 June 2022. World Health Organization. WHO/MPX/Clinical_and_IPC/2022.1
<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MPX-Clinical-and-IPC-2022.1>
- (20) Guidelines for pregnant individuals with monkeypox virus exposure. The Lancet. Publicat en línia. Juny 21, 2022.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01063-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01063-7)
<https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2822%2901063-7>
- (21) [Recomanacions per a la detecció precoç i el maneig de les dones embarassades afectades per la verola del mico \(Monkeypox\) i dels nadons. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.](#)
- (22) Recommendations for the use of pre and post exposure vaccination during a monkeypox incident Updated 17 June 2022 v9. UK Health Security Agency.
https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1083791/Recommendations-for-pre-and-post-exposure-vaccination-during-a-monkeypox-incident-17-june-2022.pdf
- (23) Agència Europea de Medicaments. Fitxa tècnica d'IMVANEX.
<https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/imvanex>
- (24) Informació sobre Jynneos®. Administració d'Aliments i Fàrmacs dels Estats Units (FDA).
<https://www.fda.gov/media/131078/download>
- (25) Possible use of the vaccine Jynneos against infection by monkeypox virus. European Medicines Agency. 27 June 2022. EMA/600064/2022 Emergency Task Force
https://www.ema.europa.eu/en/documents/public-statement/possible-use-vaccine-jynneos-against-infection-monkeypox-virus_en.pdf
- (26) Recomendaciones de vacunación en el brote actual de viruela del mono. 22 de agosto de 2022. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad.
<https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunacione>

[s/MonkeyPox/docs/Estrategia_vacunacion_Monkeypox_trasCSP.pdf](#)

- (27) [Recomanacions per a la vacunació contra la verola del mico a Catalunya. Juliol de 2022. Programa de vacunacions. Barcelona, juliol de 2022. Secretaria de Salut Pública. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.](#)
- (28) Vaccines and immunization for monkeypox Interim guidance. 14 June 2022. World Health Organization.
<https://www.who.int/publications/i/item/who-mpx-immunization-2022.1>
- (29) Monkeypox multi-country outbreak. Rapid Risk Assessment. 23 May 2022. European centre for Disease Prevention and Control.
<https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Monkeypox-multi-country-outbreak.pdf>
- (30) Monkeypox and Smallpox Vaccine Guidance. Updated June 2, 2022. Centers for Disease Control and Prevention.
https://www.cdc.gov/poxvirus/monkeypox/clinicians/smallpox-vaccine.html#anchor_1545415186164
- (31) Chapter 29: Smallpox and monkeypox. Update: 21 June 2022. Immunisation against infectious disease 2006 - The Green Book. UK Health Security Agency.
https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1084396/Greenbook-chapter29-smallpox-and-monkeypox-21June22.pdf
- (32) Transfusión y Viruela de los monos (*Monkeypox*). Acuerdos 25.05.2022. Comité Científico de Seguridad Transfusional. Ministerio de Sanidad.
https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/medicinaTransfusional/acuerdos/docs/MonkeyPOX_y_SeleccionDonantes.pdf
- (33) Diagnóstico diferencial de la lesiones cutáneas de la viruela del mono. Federación de Asociaciones Científico Médicas Españolas (FACME).
<https://www.semfyec.es/wp-content/uploads/2022/06/01.06.2022-DIAGN%C3%93STICO-DIFERENCIAL-LESIONES-CUT%C3%81NEAS-.pdf>