

## ALERTA EPIDEMIOLOGICA REGIONAL

### SITUACION DEL RIESGO DE APARICIÓN DE CASOS DE SARAMPION EN LA REGION AREQUIPA

CODIGO EPID\_AQP: AER 001-2025

#### I. OBJETIVO

Mantener informado y alertar a todo el personal de los establecimientos de salud (EESS) tanto públicos como privados, a nivel de la región Arequipa, sobre el riesgo de la presencia de casos de sarampión-rubeola (SR) en nuestra región tanto importados como propios, ante el incremento del flujo migratorio por turismo externo, un mayor turismo interno por feriados, especialmente en Fiestas Patrias y Fiestas de Arequipa, el inicio de viajes de estudios por grupos de escolares mayormente adolescentes a países con presencia de casos de sarampión y el incremento de casos en países limítrofes, con la finalidad de intensificar las medidas de vacunación y de vigilancia epidemiológica (VE) en todo el territorio regional.

#### II. ANTECEDENTES

El **sarampión (CIE X: B05)** y la **rubeola (CIE X: B06)** también conocida como "sarampión alemán" son enfermedades víricas, que se transmiten por vía respiratoria, a través de la tos, estornudos o por contacto directo con secreciones nasales o faríngeas infectadas, donde el sarampión en 2025 ha resurgido con fuerza en América y otras regiones del mundo, generando preocupación entre autoridades sanitarias y comunidades. El sarampión es una enfermedad viral altamente contagiosa transmitida por el virus del sarampión, que pertenece a la familia Paramyxoviridae, género Morbillivirus. Es un virus ARN monocatenario negativo, lo que significa que su material genético está compuesto por una sola cadena de ARN, con envoltura lipídica y proteínas de superficie como la hemaglutinina (H) y la proteína de fusión (F), esenciales para infectar células humanas. Entra por las vías respiratorias y se replica en los ganglios linfáticos, provocando una viremia (presencia del virus en la sangre) que se disemina por todo el cuerpo afectando principalmente la piel, el sistema respiratorio y el sistema inmunológico. El único reservorio natural del virus es el ser humano, lo que lo convierte en un candidato ideal para la erradicación mediante vacunación. A pesar de la disponibilidad de una vacuna segura y efectiva desde la década de 1960, el sarampión sigue causando brotes periódicos, particularmente en comunidades con bajas coberturas de vacunación. La alta contagiosidad de este virus (con un número reproductivo básico  $R_0$  de 12-18) explica su rápida diseminación en áreas de poblaciones susceptibles. Un solo caso puede infectar hasta el 90% de los contactos no vacunados, por lo que sigue siendo un importante desafío para la salud pública global <sup>(1)</sup>.

Los eventos masivos representan escenarios de alto riesgo epidemiológico, la globalización de los viajes sobre todo por vía aérea, la concentración multitudinaria de turistas nacionales y extranjeros, junto con otros factores de exposición como la alta densidad de personas en lugares muy concurridos, el desplazamiento interno, alojamiento colectivo, acceso limitado a servicios de salud, la baja cobertura de vacunación la concentración temporal de personas en un mismo espacio geográfico como aeropuertos, en actividades culturales, en espectáculos masivos como fiestas, comparsas, estadios, ceremonias religiosas, cine-teatros, etc.). Toda esta situación facilita la transmisión de daños que circulan en el país de forma epidémica, entremezclada con la así como la posible introducción de enfermedades que actualmente se presentan de forma epidémica en otras regiones y países del mundo <sup>(2)</sup>.

- (1) Alerta Epidemiológica : Sarampión en la Región de las Américas, 28 de febrero del 2025  
<https://www.paho.org/sites/default/files/2025-03/2025-feb-28-phe-alerta-epi-sarampion-es-final2.pdf>
- (2) AE – CDC- N°002 – 2025 Riesgo de importación de casos de sarampión en el país  
[https://epipublic.dge.gob.pe/uploads/alertas/alertas\\_20252\\_10\\_161755.pdf](https://epipublic.dge.gob.pe/uploads/alertas/alertas_20252_10_161755.pdf)



## 2.1 RESUMEN A NIVEL GLOBAL

Antes de la introducción de la vacuna contra el sarampión, alrededor de 2,6 millones de personas morían a causa de la enfermedad en todo el mundo cada año. Millones experimentaron complicaciones potencialmente mortales o que alteraban la vida, incluyendo neumonía, encefalitis, daño renal, enfermedad hepática, daño cerebral, pérdida de audición y pérdida de visión.

Pero luego desde que los países adoptaron el régimen de vacunas de dos dosis, que ofrece al menos un 97% de protección contra la infección, en la región europea, compuesta por 53 países de Europa y Asia Central, los casos disminuyeron drásticamente. Así en el 2016, la Región alcanzó un mínimo de 4.440 casos. La erradicación del sarampión parecía estar completamente a su alcance. Pero en los últimos años, debido a menores niveles de inmunización, estos éxitos se han revertido.

Como datos globales a considerar mencionaremos que en el 2023, se registraron 10,3 millones de casos de sarampión en el mundo, un 20% más que en 2022. Hubo aproximadamente 107,500 muertes, principalmente en niños menores de 5 años. 57 países reportaron brotes graves, casi un 60% más que el año anterior. En el 2024, la región europea registró el mayor número de casos de sarampión en más de 25 años. Se notificaron 127.352 casos de sarampión. De ellos, más del 43%, es decir, 54.000 niños, se encontraban en niños menores de cinco años. Más de la mitad de todas las personas que contrajeron sarampión o más de 74.000 personas requirieron hospitalización, lo que destacó la gravedad de esta enfermedad debilitante y mortal.

Los casos también están aumentando a nivel mundial, con más de 359.521 casos de sarampión reportados en todo el mundo en 2024. Debido a que estos son sólo casos reportados, es probable que el número real de infecciones haya sido mayor <sup>(3)</sup>.

Esto sigue a un retroceso en la cobertura de inmunización durante la pandemia, así como la persistencia de la vacilación vacunal. En 2023, 500.000 niños de los 53 países de Europa y Asia central omitieron la primera dosis de su vacuna contra el sarampión. Menos del 80% de los niños que reunían las condiciones necesarias en Bosnia y Herzegovina, Montenegro, Macedonia del Norte y Rumania recibieron su primera dosis de la vacuna contra el sarampión. Esto está muy por debajo del 95% requerido para la inmunidad de rebaño, que es el nivel de cobertura de vacunación necesario para proteger a aquellos dentro de una comunidad, como bebés muy pequeños o individuos inmunocomprometidos.

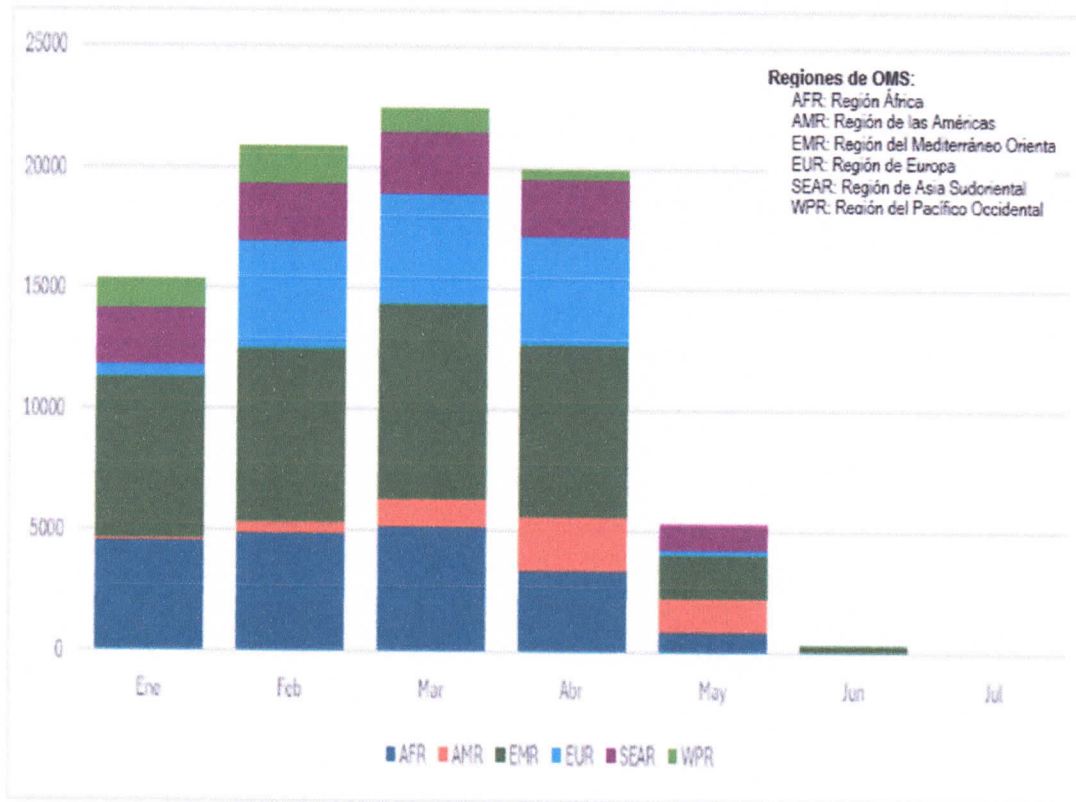
La OPS está brindando cooperación técnica a la mayoría de los países para fortalecer la vigilancia epidemiológica, capacitar al personal de salud y trabajar con las comunidades para garantizar la detección oportuna y una respuesta efectiva. Para contener los brotes y prevenir la propagación de esta enfermedad prevenible por vacunación, la OPS recomienda implementar rápidamente campañas de vacunación intensificada en las zonas afectadas y en aquellas en riesgo de expansión.

De acuerdo con los datos mensuales de vigilancia de sarampión y rubéola, publicados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2025, hasta el 6 junio del 2025 se notificaron 188.355 casos sospechosos de sarampión, en 168 Estados Miembros de las seis regiones de la OMS, de los cuales 88.853 (47,1%) fueron confirmados. El 35% de los casos se registra en la Región de la OMS del Mediterráneo Oriental (EMR), seguido por la Región de la OMS de África (AFR) con el 21 % de los casos y Región de la OMS de Europa (EURO) con el 16% de los casos <sup>(4)</sup> (Figura 1) .

<sup>(3)</sup> UNICEF/UNI430489/Hudak Los casos de sarampión se han disparado en los últimos dos años.  
<https://www.unicef.org/eca/stories/measles-cases-have-soared-over-past-two-years>

<sup>(4)</sup> Actualización Epidemiológica sobre Sarampión al 1 de julio del 2025  
<https://www.paho.org/sites/default/files/2025-07/2025-jul-01-phe-actualizacion-epi-sarampion-es-v2.pdf>

**FIGURA 1. Distribución de casos de sarampión por mes y región de la OMS, 2025 (hasta la S.E. 24)**



**FUENTE:** Adaptado de datos publicados por la OMS. Immunization data-Provisional measles and rubella data. Ginebra: OMS; 2025 [consultado el 27 de junio del 2025]. Disponible en: <https://immunizationdata.who.int/global?topic=Provisional-measles-and-rubella-data&location=>. (Incluye casos confirmados por laboratorio, criterios clínicos o epidemiológicos)

## 2.2 AUMENTO DE CASOS DE SARAMPIÓN EN LAS AMÉRICAS EN EL 2025 <sup>(5)</sup>

La región de las Américas reporta 7.132 casos confirmados de sarampión y 13 defunciones hasta mediados de junio de 2025, según la última [actualización epidemiológica](#) de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Este número representa un incremento 29 veces mayor en comparación con los 244 casos notificados en el mismo período de 2024.

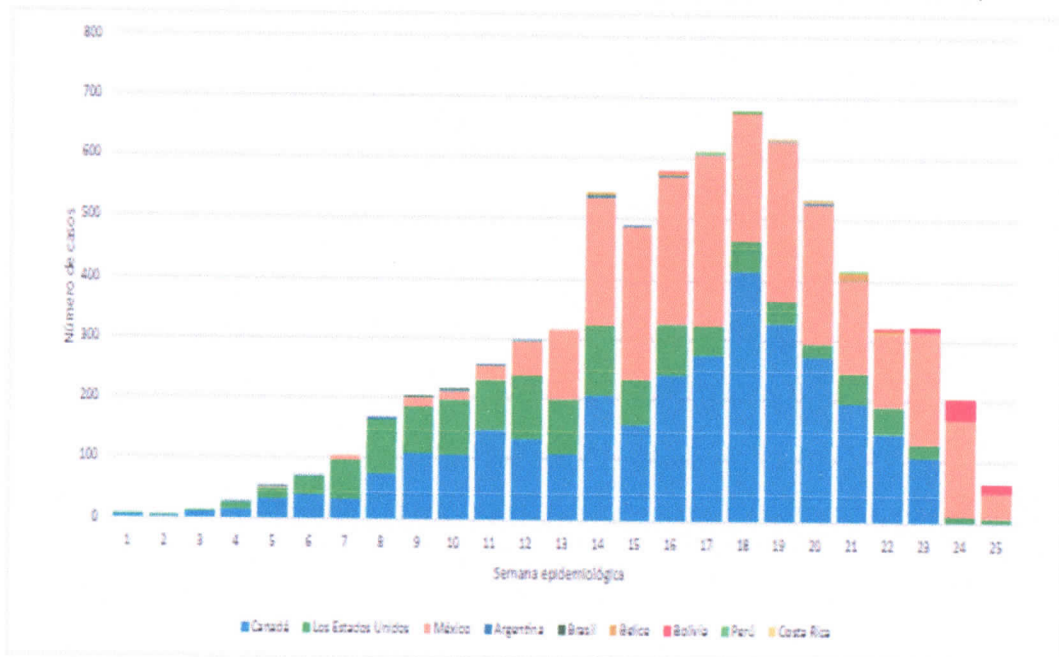
A la S.E. 25, nueve países han notificado casos en este 2025, siendo Canadá (3.170 casos con 1 defunción), México (2.597 casos con 9 defunciones) y Estados Unidos (1.227 casos, 3 defunciones) los que concentran la mayor cantidad de casos y defunciones. Otros países que también han reportado casos son Bolivia (60), Argentina (34), Belice (34), Brasil (5), Perú (4) y Costa Rica (1). Los brotes se originaron a partir de importaciones desde otros países fuera y dentro de la región. Los grupos etarios más afectados son los niños menores de 5 años y los adolescentes de entre 10 y 19 años. El aumento de casos pone de relieve la necesidad de cerrar las brechas en la vacunación de rutina. La OPS hace un llamado a los países para alcanzar y mantener una cobertura del 95% con dos dosis de la vacuna contra el sarampión, especialmente en comunidades con baja cobertura o brotes activos.

La distribución de los casos confirmados de sarampión en la Región de las Américas por S.E.

<sup>(5)</sup> Aumento de casos de sarampión en las Américas en el 2025  
<https://www.paho.org/es/noticias/3-7-2025-aumento-casos-sarampion-americas-2025>

muestra un incremento de casos a partir de las SE 3 del 2025, con un número máximo en la SE 18 que se relaciona a los brotes en comunidades renuentes a la vacunación asentadas en varios países de la región. De acuerdo con la información disponible en los casos confirmados, el grupo de edad con mayor proporción de casos corresponde al de 10-19 años (22%), el grupo de 20-29 años (20%) y al grupo de 1-4 años (17%). No obstante, la tasa de incidencia es mayor en menores de 1 año de edad (2,9 de casos por 100,000 habitantes), seguido del grupo de 1 a 4 años (2,3 casos por 100,000 hab.) y 5 a 9 años (1,4 casos por 100,000 habitantes). Con relación al antecedente de vacunación, el 56% de los casos no estaban vacunados y en 35% dicha información era desconocida o ausente (Figura 2).

**FIGURA 2. Casos confirmados\* de sarampión por semana epidemiológica de inicio de exantema o de notificación y país en la Región de las Américas, 2025 (hasta la SE 25).**



FUENTE: Adaptado de datos aportados por los respectivos países (2-10) \*Nota: Incluye casos confirmados y probables para Canadá.

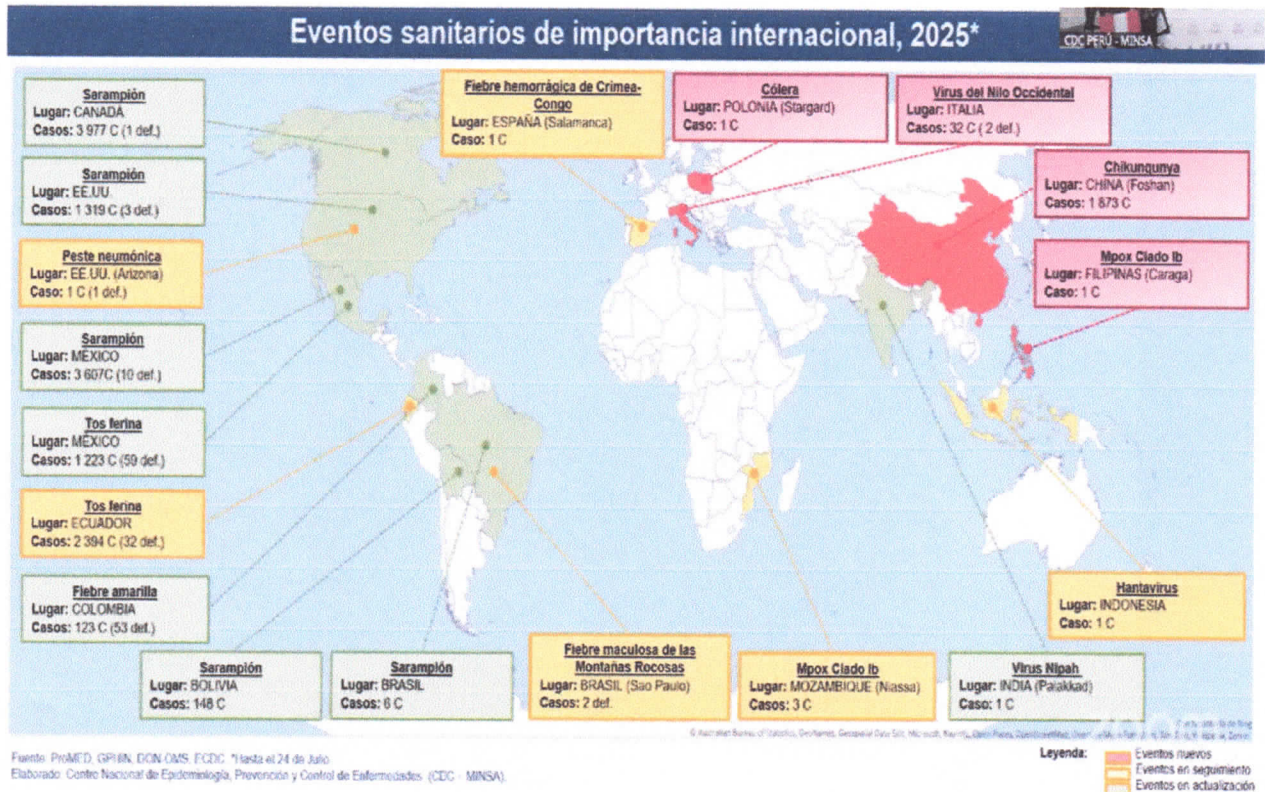
### III. SITUACION ACTUAL

Los principales afectados son los niños no vacunados como los más vulnerables. En las complicaciones se incluyen cuadros de neumonía, encefalitis, ceguera y otras afecciones graves, hasta la defunción. Las causas para este incremento son el reflejo de una cobertura vacunal insuficiente con más de 22 millones de niños que no recibieron ni siquiera la primera dosis en 2023; una reticencia a la vacunación y desinformación han debilitado la inmunidad colectiva; y la interrupción de las campañas de vacunación en muchos países por la pandemia de COVID-19.

Hasta la fecha (SE 30), **Bolivia** <sup>(6)</sup> registrar ya 176 casos confirmados de sarampión, de estos 148 se concentran en el epicentro de la enfermedad que es el departamento de Santa Cruz. Los demás casos se distribuyen en La Paz (11 casos), Potosí (5), Beni (3), Chuquisaca (3), Cochabamba (3), Oruro (2) y en Pando (1).

(6) Ministerio de Salud y Deportes. Estado Plurinacional de Bolivia.  
<https://www.minsalud.gob.bo/8772-viceministro-enriquez>

**SALA SITUACIONAL CDC MINSA-EVENTOS SANITARIOS INTERNACIONALES SE 30\*  
(al 24.07.2025)**



En **Argentina** sobre la situación epidemiológica de sarampión, el BEN<sup>(7)</sup> informa que se **mantiene los 35 casos confirmados** en semanas anteriores sobre un total de 2,718 notificaciones por Enfermedad Febril Exantemática (EFE). Los casos confirmados se distribuyen entre la Provincia de Buenos Aires (PBA) con 21 casos, ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) con 13 casos y San Luis con 1 caso. Respecto a su origen, 6 casos son importados (2 de Rusia, 1 de Tailandia, 1 de México y 2 de Inglaterra) y 28 se generaron a partir de la circulación comunitaria del virus.

En **Brasil** se reportó a la SE 30 el incremento de un caso más, notificándose a la fecha en total a **6 casos confirmados**.

En **Perú** a la S.E. 30 del 2025 se han reportado 419 casos sospechosos de sarampión, de los cuales se confirmaron 4 casos, dos importados y dos casos relacionados con los casos importados. Los casos importados, confirmados entre las SE 17 y 18, correspondieron a dos hermanos (de 8 y 11 años) residentes en el distrito de Ate de Lima con el antecedente de viaje a Texas – EEUU, y los otros dos casos confirmados, correspondieron a personal de salud que brindaron las primeras atenciones a estos niños con sarampión, uno residente de San Miguel (23 años) y el otro residente de San Juan de Miraflores (34 años).

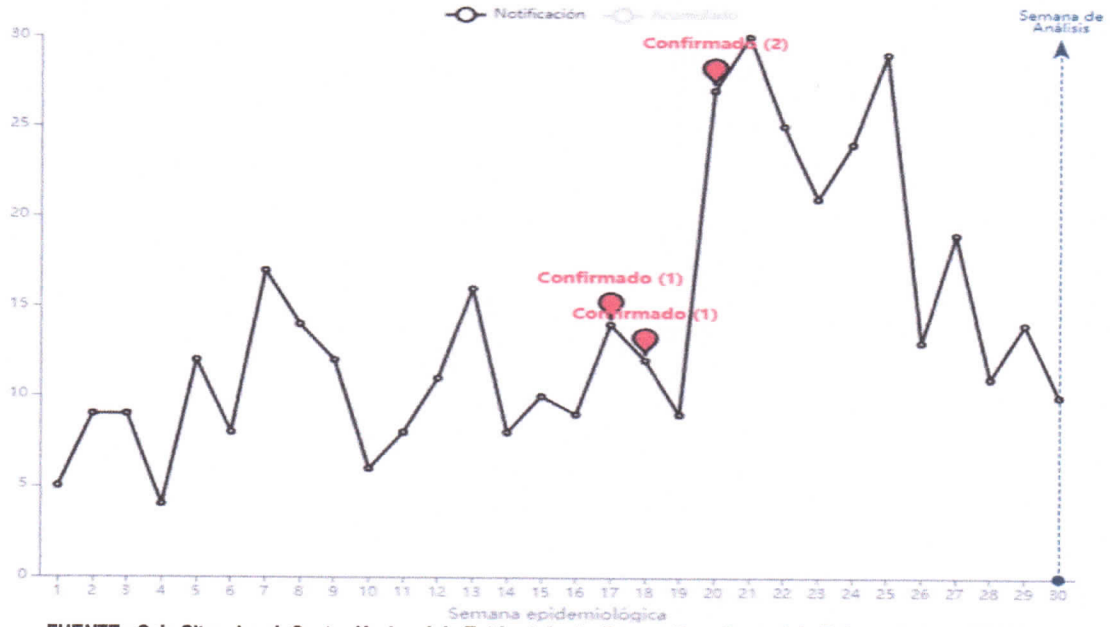
En la **región Arequipa**, a la SE 30 tenemos 52 casos notificados a Sarampión y Rubeola, de los cuales se han descartado ya 49 casos y quedan aún pendientes 2 casos en investigación por el INS. En comparación al 2024, a la misma SE se observa para el 2025 un incremento del 41.6% en comparación a los 36 casos notificados a la SE 30-2024.

<sup>(7)</sup> Boletín Epidemiológico Nacional (BEN) N° 766, Ministerio de Salud, República de Argentina  
<https://www.argentina.gob.ar/noticias/actualizacion-del-boletin-epidemiologico-nacional-de-la-se-ndeg-29>

**Graf. 01. SALA SITUACIONAL DE CASOS SOSPECHOSOS DE SARAMPIÓN-RUBÉOLA, SE 30, PERU 2025<sup>(8)</sup>**

**Tendencia semanal de notificación - 2025**

Notificación de casos sospechosos de Sarampión-Rubéola

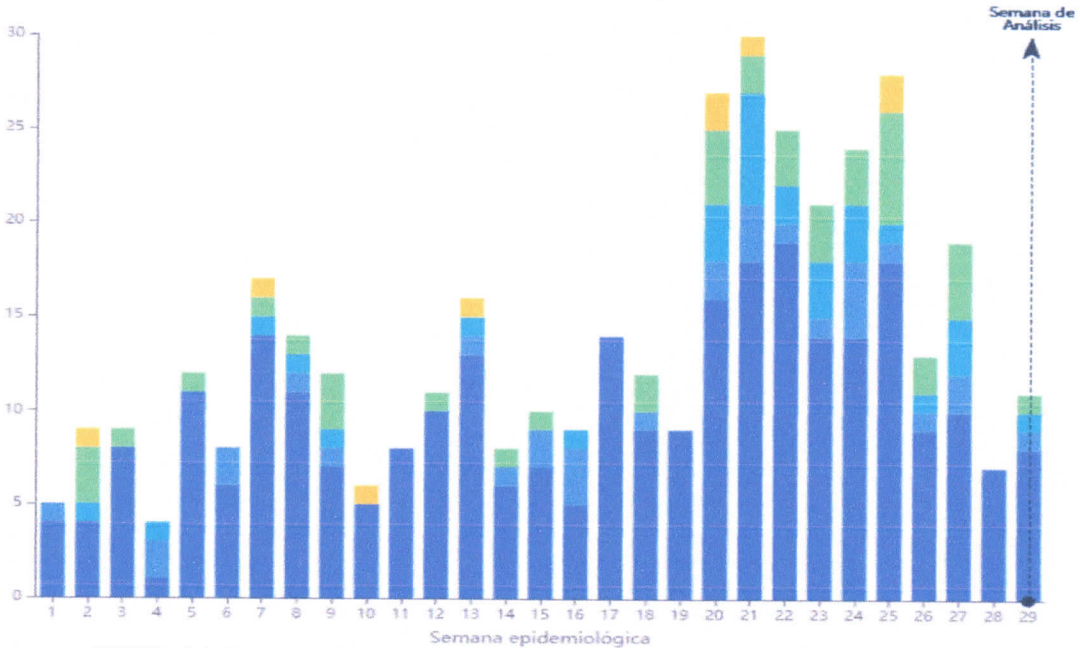


FUENTE : Sala Situacional Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades – MINSA

**Grafica 02. SALA SITUACIONAL DE CASOS SOSPECHOSOS DE SARAMPIÓN-RUBÉOLA, SE 30, SEGÚN GRUPO ETAREO, PERU 2025**

**Tendencia semanal de notificación de casos sospechoso por etapa de vida - 2025**

■ Niño (0 a 11 años) ■ Adolescente (12 a 17 años) ■ Joven (18 a 29 años) ■ Adulto (30 a 59 años) ■ Adulto mayor (60 años a más)



FUENTE : Sala Situacional Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades – MINSA

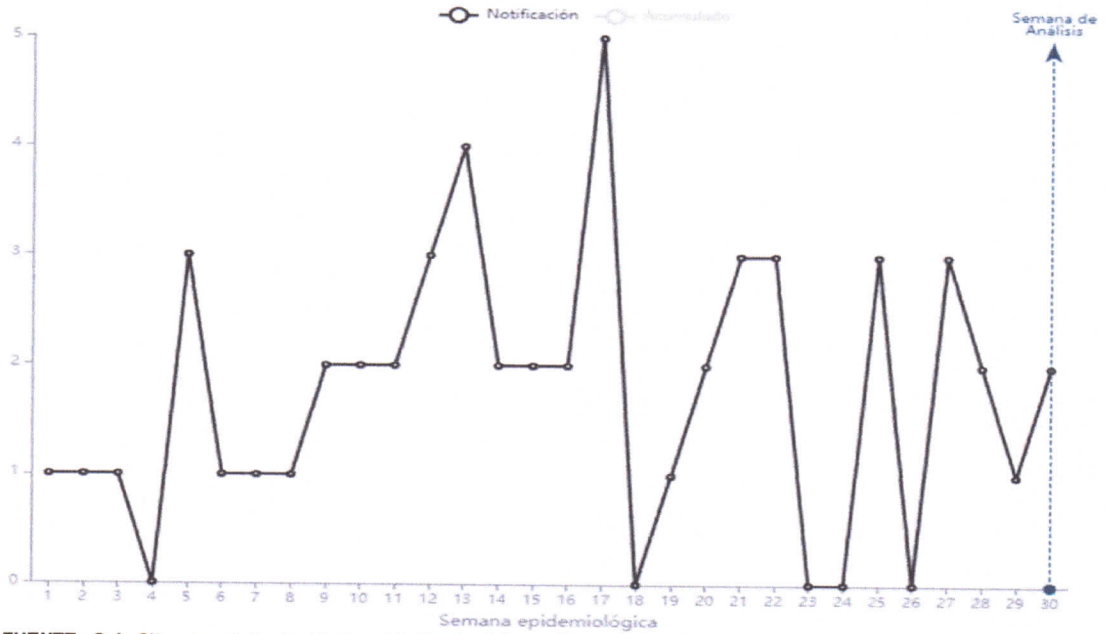
<sup>(8)</sup> Sala situacional de casos sospechosos de sarampión-rubéola, CDC-MINSA, 2025  
[https://app7.dge.gob.pe/maps/sala\\_syrl](https://app7.dge.gob.pe/maps/sala_syrl)



**Gráfica 03. SALA SITUACIONAL DE CASOS SOSPECHOSOS DE SARAMPiÓN-RUBÉOLA, SE 30, REGION AQP 2025**

**Tendencia semanal de notificación - 2025**

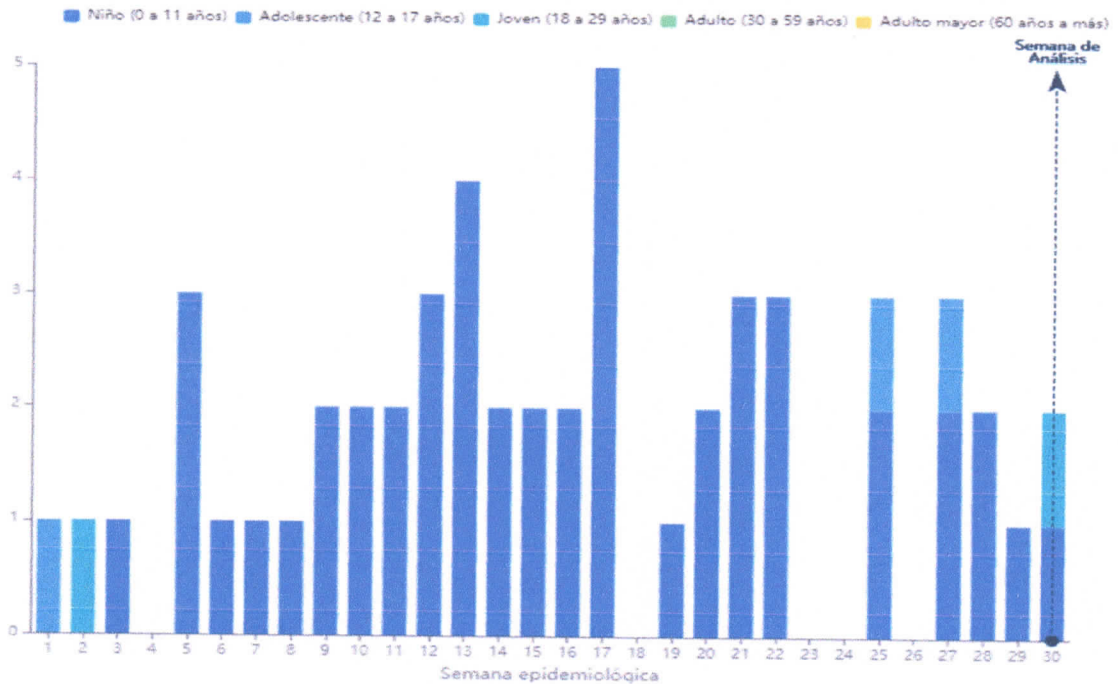
Notificación de casos sospechosos de Sarampión-Rubéola



FUENTE : Sala Situacional Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades – MINSA

**Gráfica 04. SALA SITUACIONAL DE CASOS SOSPECHOSOS DE SARAMPiÓN-RUBÉOLA, SE 30, SEGUN GRUPO ETAREO, REGION AQP 2025**

**Tendencia semanal de notificación de casos sospechoso por etapa de vida - 2025**



FUENTE : Sala Situacional Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades – MINSA



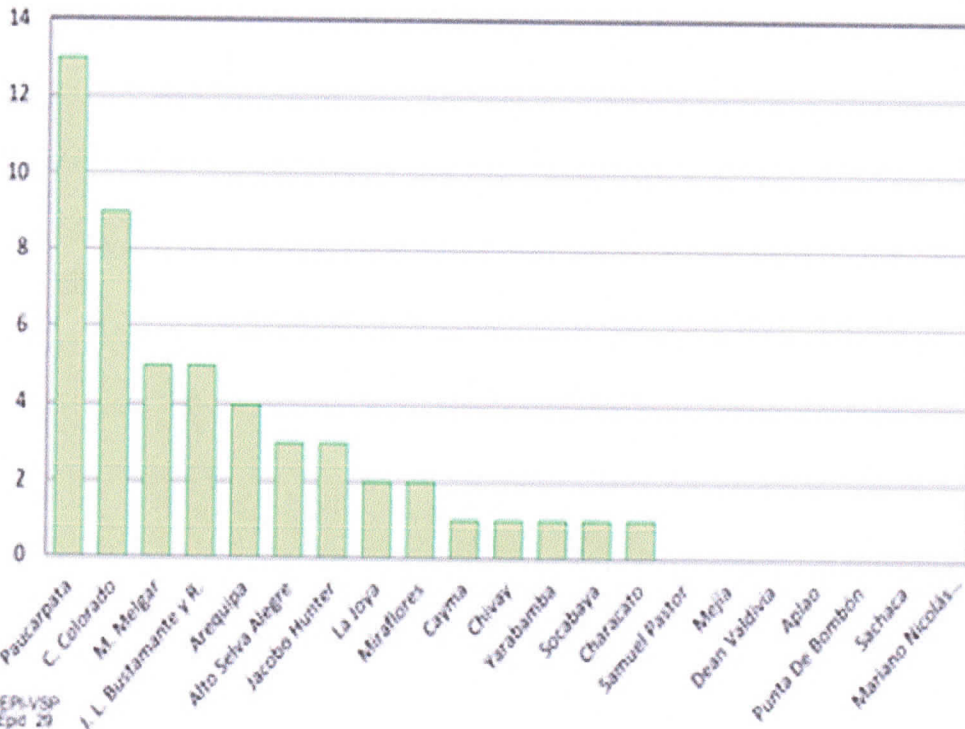
**TABLA 001. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE SARAMPiÓN Y RUBEOLA EN LA REGIÓN DE SALUD AREQUIPA, SE 30-2025 <sup>(9)</sup>**

DAÑOS	NOTIFICADOS		CONFIRMADOS		DESCARTADOS		EN INVESTIGACION	
	2024	2025	2024	2025	2024	2025	2024	2025
Sarampión/ Rubeola	84	52	0	0	79	50	5	2

FUENTE : EPID-SP GERESA AQP SE 30 2025

**Gráfica 05**

**NOTIFICACION DE SARAMPiÓN RUBEOLA SEGÚN PROCEDENCIA REGION DE SALUD AREQUIPA 2025**

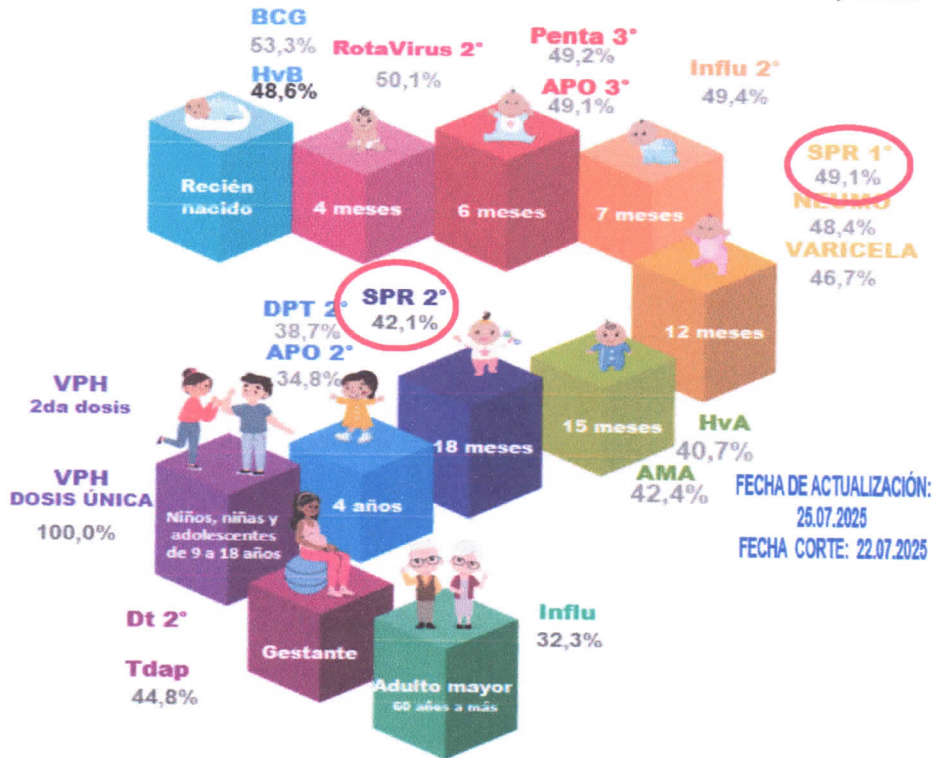


FUENTE: EPIS-VSP  
\*Semana Epid 29

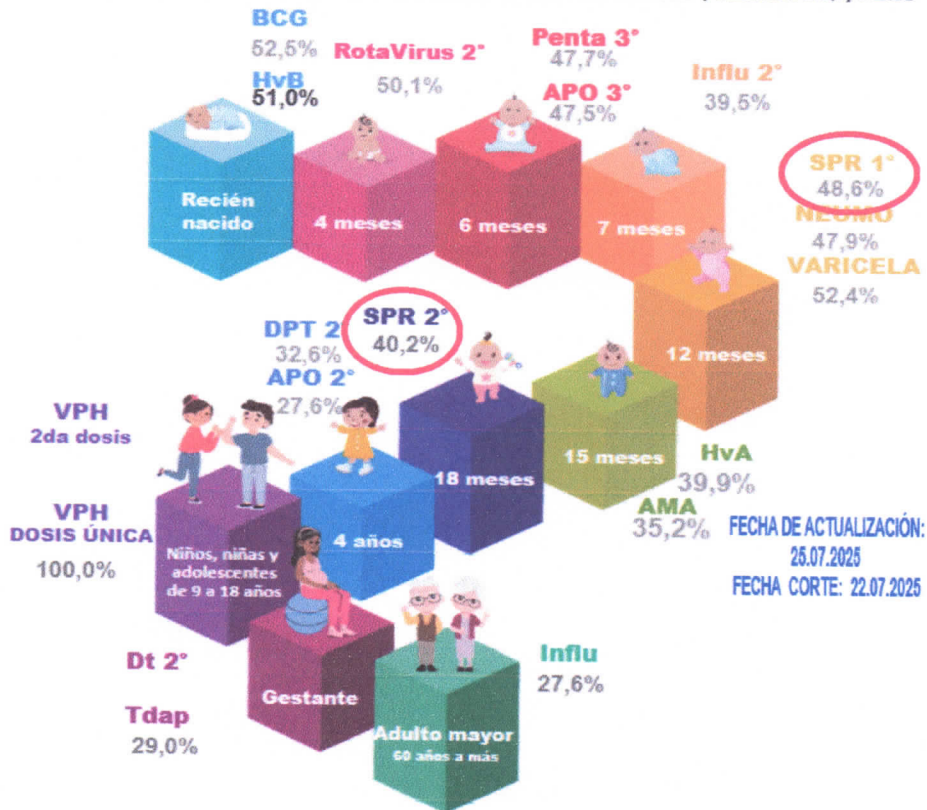
El problema a nivel nacional y regional es finalmente el resultado de las bajas coberturas de vacunación que a pesar de los esfuerzos del PAI aún persisten. Es así que a la S.E. 29, a nivel nacional nos encontramos con una cobertura de **SPR 1° del 49.1% y una SPR 2° del 42.1%**, y en la **región Arequipa**, también mostramos bajas coberturas para la **SPR 1° del 48.6% y una SPR 2° del 40.2%**. El camino para llegar al 95% requerido que asegure la inmunidad de rebaño es aún largo, pero no imposible. (Ver Tablero PAI de REUNIS).

<sup>(9)</sup> Boletín Epidemiológico Semanal N° 30. Gerencia Regional de Salud, Arequipa  
[www.saludarequipa.gob.pe/epidemiologia/epidemiologia.htm](http://www.saludarequipa.gob.pe/epidemiologia/epidemiologia.htm)

**TABLERO DE INFORMACIÓN DE INMUNIZACIONES 2018-2025\*, PERÚ**



**TABLERO DE INFORMACIÓN DE INMUNIZACIONES 2018-2025\*, REGION AQP, PERU**



FUENTE: Repositorio Único Nacional de Información en Salud, 2025 (REUNIS) MINSA

#### IV. DEFINICIONES OPERATIVAS <sup>(10)</sup>

- 4.1 **Busqueda activa de casos:** Es la metodología que permite monitoriar la calida de la vigilancia de SR y otras enfermedades eruptivas a traves de la identificacion decasos en los servicios de salud y la comunidad, los que son contrastados con los casos reportados a traves de la vigilancia de rutina. DSe da en dos fases:
- Búsqueda activa institucional:** realizado por el personal de epidemiología en los EESS del distrito de donde es el caso notificado, revisando la base de datos o el HIS o el Registro de Atenciones de la Consulta Externa, Emergencia u Hospitalización, buscando diagnósticos diferenciales de SR y otras enfermedades eruptivas febriles.
  - Búsqueda activa comunitaria:** Se desarrolla a través de las brigadas de intervención, a cargo del personal de Epidemiología con el objeto de identificar casos eruptivos febriles de los últimos 30 días en un radar de cinco mazanas alrededor de la vivienda del caso sospechoso notificado en zonas urbanas y urbano-marginales, y en zonas rurales, se deberá visitar todas las viviendas del lugar.
- 4.2 **Caso sospechoso de Sarampión/Rubeola (SR):** Toda persona de cualquier edad, de quien un trabajador de salud sospecha que tiene sarampión ó rubeola, o todo caso que presente fiebre y erupción máculo papular generalizada, NO vesicular.
- 4.3 **Caso confirmado:** Un caso sospechoso de sarampión o rubeola confirmado por : :
- Por criterio clínico, epidemiológico y laboratorial : debe cumplir con los tres criterios.
  - Por nex o epidemiológico a otro caso confirmado.
  - Por clínica: Es un caso sospechoso que no se ha investigado adecuadamente, por las siguientes razones:
    - Fallecimiento del paciente, antes de que se concluyera la investigación
    - El paciente no pudo ser localizado
    - El paciente se perdió durante el seguimiento (es una falla del sistema de vigilancia)
- 4.3 **Caso descartado:** Es un caso sospechoso que ha pasado una investigación completa y que no cumple con los criterios clínico, epidemiológico ni laboratorial, cuyo aislamiento viral negativo y no existe nex o epidemiológico.
- 4.4 **Caso importado:** Es un caso de sarampión o rubeola en quien se ha confirmado la infección y que la investigación epidemiológica y las pruebas virológicas demuestran que estuvo expuesto al daño, fuera del país o continente durante los 7 a 21 días anteriores al inicio del exantema, para el caso del SARAPIÓN, y de 12 a 23 días para el caso de la RUBEOLA. Los resultados de la secuenciación molecular del virus aislada en estos casos deben ser compatibles con los que circulan en los países de procedencia donde probablemente ocurrió la infección.
- 4.5 **Caso Índice:** Es el primer caso sospechoso de sarampión, rubeola u otra enfermedad febril eruptiva en un grupo poblacional definido que se somete a la atención de un investigador.
- 4.6 **Caso Primario:** Individuo que introduce la enfermedad en el grupo bajo estudio. No es necesariamente el primer caso diagnosticado en el grupo.
- 4.7 **Caso relacionado con importación:** Es un caso confirmado que según pruebas virológicas e investigación epidemiológica, estuvo expuesto localmente al virus, formando parte de la cadena de transmisión iniciada por un caso importado.
- 4.8 **Caso Secundario:** Personas que se infectan por transmisión de persona a persona a partir de casos primarios, con frecuencia familiares.
- 4.8 **Caso confirmado asociado a la vacuna:** Se refiere a los casos que cumplen los cinco criterios siguientes:
- El exantema apareció a los 7 a 14 días después de la vacunación SPR/SR
  - El paciente tuvo enfermedad exantemática con o sin fiebre pero no presentó tos u otros

<sup>(10)</sup> Directiva Sanitaria N°049- MINSAJDGE-V.01 "Directiva Sanitaria para la Vigilancia Epidemiológica de

#### Sarampión, Rubéola y Otras Enfermedades

síntomas respiratorios que acompañan al exantema.

- c) La investigación epidemiológica exhaustiva no logró detectar un caso primario ni casos
  - d) La muestra de sangre, que contenía anticuerpos IgM específicos, se obtuvo entre los 8 y 56 días después de la vacunación.
  - e) El resultado de aislamiento viral confirma que es un virus vacunal no salvaje (cepas de virus modificadas por vacunación)
- 4.9 **Enfermedad febril eruptiva:** Grupo de infecciones, incluye el sarampión, rubeola y otras. Se caracteriza por fiebre y erupción de la piel.
- 4.10 **Erupción máculo-papular:** Erupción cutánea aguda y extensa caracterizada por la presencia de máculas o pápulas y que son usualmente manifestación de una enfermedad sistémica.
- 4.11 **Identificación de la Cadena de Transmisión:** Es construir la cadena de transmisión que tiene como finalidad el poder identificar el caso primario (quien contagió) a partir del caso índice (caso notificado), así como el identificar y hacer el seguimiento de todos los contactos a partir de los cuales se puede extender la infección en la población (casos secundarios).
- a) Identificar la fuente de infección: De 7 a 30 días previos al inicio de la erupción se debe identificar todas las áreas geográficas por donde se desplazó el paciente, rutas y medios de transporte usados, visitas realizadas, etc.
  - b) Identificar los contactos y potenciales casos secundarios: elaborando una lista de contactos considerando los 7 días previos hasta 4 días posteriores a la erupción y se deberá realizar un seguimiento por cuatro semanas.
  - c) Elaborar la línea de Tiempo del Sarampión del caso o casos en investigación (Gráfica 06)

#### \*\* Presentación de caso sospechoso de S/R y elaboración de la Cadena de Trasmisión:

##### CASO:

Paciente masculino de 10 meses, con TE de 2 días, caracterizado por fiebre, tos, coriza y conjuntivas enrojecidas. Inicio de exantema máculo papular, el 30 de julio, con una posterior distribución céfalo caudal

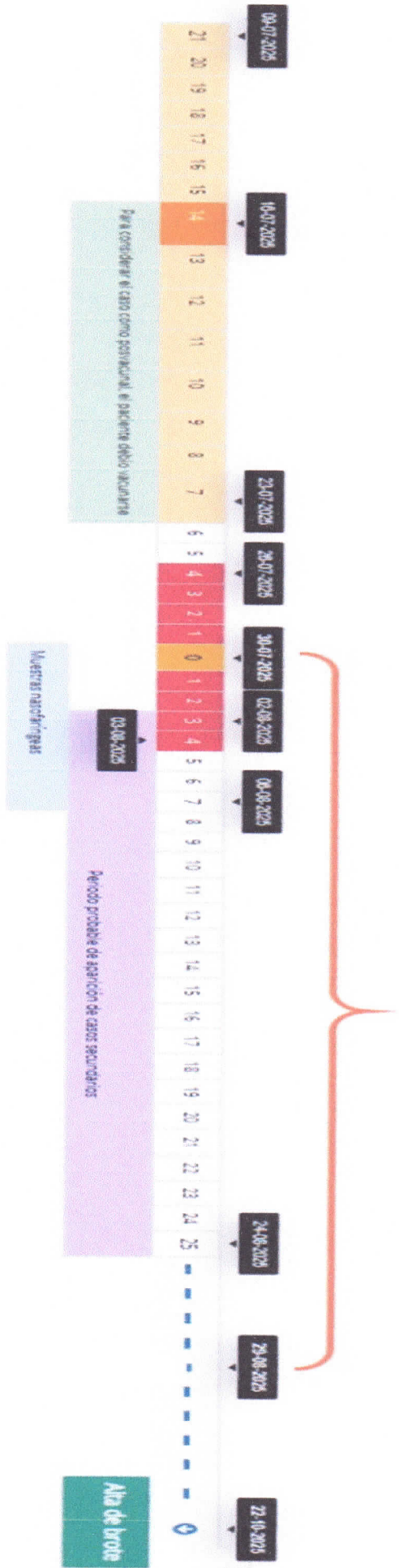
##### ANTECEDENTE:

Hace 10 días madre refiere visita de tía del menor que radica en Bolivia, y proviene de Santa Cruz. El niño es captado en Triage de la Consulta de Pediatría el 31 de julio en el EESS y se lo ubica en un área diferenciada, donde se hace la toma de muestras de sangre e hisopado faríngeo, las mismas, adecuadamente embaladas, se envían junto con 4 copias de la Ficha de Investigación Epidemiológica hacia el LRR, inmediatamente se cumple con la notificación a instancia inmediata superior, bajo responsabilidad.

El médico luego de evaluado el caso y no evidenciar complicaciones en el niño indicó su retorno a domicilio con las prescripciones necesarias e indicaciones respectivas a la familia y sus cuidadores.

Se activa el Equipo de Respuesta rápida e inicia el cerco epidemiológico en la zona de la vivienda del paciente y alrededores, según NT, bajo responsabilidad de Epidemiología y el respectivo Bloqueo vacunal conjuntamente con Inmunizaciones, y se cumple a brevedad el censo y seguimiento de contactos





Desde la exposición hasta la aparición de la fiebre, el período es de unos 10 días, pero puede durar de 7 a 18 días, y unos 14 días hasta que aparece el exantema. Rara vez llega a ser de 19 a 21 días.

**EXPOSICION AL VIRUS** →

**PERIODO DE INCUBACION**

26	27	28	29	30	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
----	----	----	----	----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----

**INICIO SINTOMAS** →

17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

**APARICION EXANTEMA** →

**F. PRODRÓMOS** (Días 17-20)

**FASE EXANTEMÁTICA** (Días 21-31)

**MAYOR CONTAGIOSIDAD** (Días 17-20)

Caracterizada por fiebre, MEG, tos, coriza, etc.  
Las manchas de Koplik son patognomónicas del sarampión; su corta duración hace que sean desapercebidas, van 1 a 2 días antes del exantema

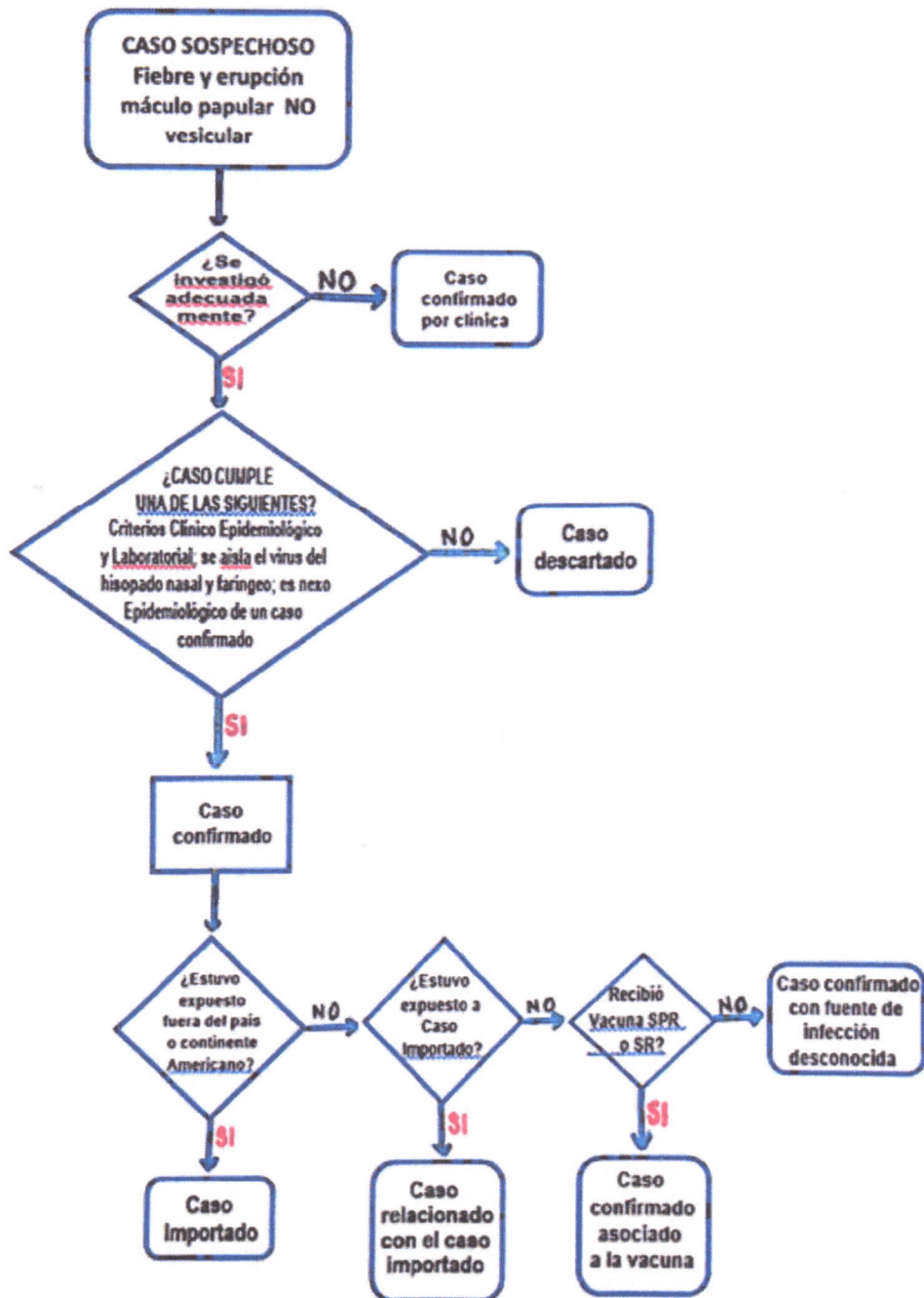
Erupción cutánea que inicia en cara y detrás de las orejas y se va extendiendo al resto del cuerpo. Suele durar de 5 a 7 días y a veces termina en descamación furfuracea



- 4.12 **Inmunoglobulina M (IgM):** Proteínas séricas (anticuerpos) que se producen como respuesta ante la presencia de ciertas sustancias extrañas solubles o celulares (antígenos).
- 4.13 **Nexo epidemiológico:** Es el nexo que existe de una persona con un caso confirmado por laboratorio de una enfermedad febril eruptiva. Se confirma mediante investigación epidemiológica y sirve para confirmar un caso sospechoso.
- 4.14 **Notificación:**  
Es la comunicación oficial que realiza el responsable de la VE o quien haga sus veces, de todos los EESS públicos y privados del ámbito nacional (MINSA, Gobiernos regionales y locales, EsSalud, sanidades de las FFAA y PNP, y establecimientos de salud privados), desde cualquier **unidad notificante**, que haya detectado o recibido, y verificado el reporte o comunicación de una enfermedad o evento sujeto a vigilancia epidemiológica según el plazo ya determinado.  
La notificación de los casos sospechosos de sarampión o rubeola debe ser de forma inmediata luego de tomar conocimiento del caso y ser investigado dentro de las 48 horas de conocido el mismo. El flujo de información se realizará desde el nivel local, nivel regional hasta el nacional, siguiendo el flujo de la RENACE, bajo responsabilidad.
- 4.15 **Notificación negativa:** Ante la ausencia de casos, las unidades notificantes deben informar tal condición semanalmente según el flujo de la RENACE.
- 4.16 **Unidad Notificante:** Establecimiento de Salud designado oficialmente por la GERESA o la que haga sus veces, que realiza de forma permanente la vigilancia epidemiológica de enfermedades de notificación obligatoria, notificación de brotes y otros EVISAP, en su jurisdicción.
- 4.17 **Población de Riesgo para Sarampión y Rubeola:** La falta de vacunación y la vulnerabilidad del sistema inmunológico son los principales factores de riesgo para sarampión y rubéola. Es crucial que las mujeres embarazadas, los niños pequeños y las personas con sistemas inmunitarios debilitados se protejan mediante la vacunación y eviten el contacto con personas infectadas, especialmente en áreas con brotes de estas enfermedades. Como otros factores mencionaremos el tener un esquema de vacunación incompleto; el viajar a áreas con alta incidencia de sarampión o rubéola; el contacto con personas infectadas en zonas con menor cobertura de vacunación; la presencia de desnutrición en nuestro pequeños pacientes, y en las poblaciones con menor acceso a los servicios de salud, son determinantes que aumentan el riesgo de infección.



**DIRECTIVA SANITARIA N° 049 – Minsa/DGE-V.01**  
**Directiva Sanitaria para la Vigilancia Epidemiológica de Sarampión,**  
**Rubeola y otras Enfermedades Febriles Eruptivas**



## V. RECOMENDACIONES

Las siguientes actividades que se deriven de las recomendaciones, se desarrollarán desde el nivel local hasta el regional a través de las RIS, Redes, Hospitales y la GERESA, quienes coordinarán con sus pares del nivel nacional, según funciones y competencias.

### 5.1 EPIDEMIOLOGÍA:

- 5.1.1 Fortalecer la capacidad de respuesta a través de la capacitación de los responsables de epidemiología y a los equipos de respuesta rápida (ERR-Brotos) para la investigación oportuna de brotes, intervención en comunidad y la búsqueda activa de casos.
- 5.1.2 Actualizar y brindar asistencia técnica en vigilancia epidemiológica de S/R incluyendo los procedimientos de detección, notificación, investigación epidemiológica oportuna, obtención de muestra, elaboración de línea de tiempo, censo, seguimiento de contactos, clasificación de casos, intervención en la comunidad y búsqueda activa de casos, a todo el personal de salud relacionado con la atención directa de pacientes y al personal de epidemiología de los EESS de cada una de las Redes, Microredes y RIS de sus jurisdicciones.
- 5.1.3 Verificar la existencia de afiches publicados estratégicamente en el EESS (Emergencia, C. Externa Pediatría, C. Obstétrica, C. Medicina general, etc.) con la definición de caso sospechoso de SR: ***"Toda persona de cualquier edad, de quién un trabajador de salud sospecha que tiene sarampión o rubéola, o todo caso que presente fiebre y erupción maculopapular, NO vesicular"***, y su notificación inmediata obligatoria en el sistema de vigilancia.
- 5.1.4 Supervisar y realizar el monitoreo a los EESS públicos y privados, y el cumplimiento de los procesos de vigilancia epidemiológica ante la notificación de un caso sospechoso de SR (notificación oportuna, notificación negativa semanal, el BAI y el BAC (la búsqueda activa institucional y comunitaria), cuyo registro se realizará en el módulo OSIRIS.
- 5.1.5 Intensificar la vigilancia en los puntos de entrada del país (puertos, aeropuertos y pasos fronterizos terrestres) y lugares de elevado flujo turístico, para fortalecer la detección, evaluación, notificación, investigación y control oportuno de casos.
- 5.1.6 Todo caso confirmado de un caso de S/R, será notificado en el aplicativo SiEpiBrotos: dentro de las 24 horas de conocido el evento y los ERR-Brotos evaluarán todas las actividades realizadas desde la detección y de corresponder se intensificarán en la totalidad de localidades donde se desplazó el caso. De detectarse personas con fiebre y erupción tanto en colegios y universidades, deberán ser comunicados inmediatamente al establecimiento de salud de la jurisdicción, para la identificación y notificación respectiva por lo que, se recomienda las coordinaciones con las direcciones regionales de educación e institutos de educación superior.

### 5.2 INMUNIZACIONES:

- 5.2.1 Garantizar la provisión de vacunas en los EESS, insumos, recursos humanos y logísticos para asegurar la intervención ante la notificación de casos sospechosos de sarampión.
- 5.2.2 Proponer un plan de mejora para la mejora de coberturas de rutina de SPR1 y SPR 2, de acuerdo a su realidad local.
- 5.2.3 Monitorear el cumplimiento de las actividades de bloqueo vacunal (completar dosis pendientes según esquema de vacunación) abarcando 5 manzanas alrededor de la vivienda (total 121 manzanas) con vacuna SPR a niños menores de 5 años; en el área de riesgo determinada y teniendo en cuenta la cadena de transmisión en un período menor a 72 horas de notificado el caso. Recordar que la vacunación de los contactos



directos menores de 5 años de un caso de sarampión debe realizarse dentro de las 72 horas después de la exposición.

- 5.2.4 Intensificar actividades de vacunación poniendo énfasis en los distritos de elevado riesgo por sus bajas coberturas o quintiles de pobreza con el objetivo de cubrir al 95% de niños menores de 5 años en el 80% de los distritos de su jurisdicción.
- 5.2.5 Socializar en forma periódica, los análisis de coberturas de vacunación regional, sobre todo en grupos de menores de 1 y 5 años, para evidenciar la necesidad de estrategias para llegar al logro esperado cobertura, con la oportunidad necesaria.
- 5.2.6 Mantener información permanente del avance de intervenciones al Comité Regional de Inmunizaciones de la GERESA.
- 5.2.7 Asegurar el funcionamiento óptimo de la cadena de frío en todos los establecimientos de salud, garantizando la conservación adecuada de las vacunas.
- 5.2.8 Garantizar el ingreso de vacunados al SICHE, HIS/MINSA, que permita verificar el avance de vacunados en los lugares que tengan acceso en línea y en aquellos EESS dispersos monitorear que la información llegue a su punto de digitación al breve plazo.

### 5.3 INTERVENCIONES ESTRATÉGICAS:

- 5.3.1 Monitorear la implementación de triajes diferenciados para la atención de casos febriles eruptivos, asegurando flujos de atención que minimicen el desplazamiento del paciente dentro del establecimiento de salud en los establecimientos de salud privados y públicos.
- 5.3.2 Implementar flujos de referencia inmediata para la derivación de pacientes a EESS de mayor complejidad.
- 5.3.3 Redistribuir los Productos Farmacéuticos (PF), Dispositivos Médicos (DM) y Productos Sanitarios (PS) entre los EESS de su jurisdicción con sobre stock para la atención de caso probable de sarampión a fin de dar continuidad al tratamiento farmacoterapéutico.
- 5.3.4 Garantizar stock de Equipos de Protección Personal (EPP) para el personal en los EESS, asimismo, verificar su empleo correcto.
- 5.3.5 Los Establecimientos de Salud deben:
  - a) Todos los establecimientos de salud privados y públicos deberán activar los triaje diferenciados para la atención de casos eruptivos febriles, estableciendo los flujos para la atención del paciente, que involucre el mínimo desplazamiento por el establecimiento de salud.
  - b) Se debe instruir para que el todo el personal médico de los establecimientos de salud enfatice la evaluación de todo caso febril eruptivo de pacientes con antecedente de viaje reciente (internos y fuera del país) en los últimos 30 días previos al inicio de la erupción.
  - c) Los establecimientos deben disponer con un stock normal con PF, DM y PS incluido insumos de laboratorio en Tópico, Observación, Laboratorio e Imágenes y Farmacia para la atención de pacientes con manifestaciones clínicas de sarampión.
  - d) Garantizar stock de EPP para el personal en los establecimientos de salud, asimismo, verificar su empleo correcto.
  - e) Todo caso probable de dengue que presente erupción debe notificarse y obtener prueba de sangre para el descarte de sarampión y rubéola.
  - f) Ante un caso sospechoso de SR, se realizará la notificación inmediata de los casos detectados dentro de las 24 horas de conocimiento del caso, desde el nivel local al nivel regional y nacional en el aplicativo Notiweb. Toda ficha clínico-epidemiológica de SR será remitida de forma inmediata al personal de Epidemiología de la GERESA o al correo de [epiarequi@dge.gob.pe](mailto:epiarequi@dge.gob.pe).
  - g) Ante la notificación de un caso sospechoso de SR, se activará el Equipo de Respuesta Rápida (ERR-Brotos) e iniciará la investigación dentro de las 48 horas de haber tomado conocimiento del caso y se realizarán las actividades de



investigación de acuerdo a lo establecido en la Alerta Epidemiológica: Riesgo de introducción de casos importados de sarampión, rubéola en el Perú (CÓDIGO: AE-CDC- N°010- 2024)

- h) Ante las actividades de vacunación, se intensificará la V.E. de aparición de casos de ESAVI severos, incluyendo la notificación dentro de las 24 horas de ocurrido el evento, notificación negativa diaria el Notiweb y NotiEsavi e investigación del caso.

#### 5.4 PROMOCIÓN DE LA SALUD:

- 5.4.1 Promover la importancia de la vacunación y la protección de la salud, a través de estrategias educativo comunicacional, con mensajes considerando la cosmovisión de la población (incluye material educativo acuerdo a la realidad local), orientado a promocionar la importancia de la vacunación, la identificación y derivación de casos febriles eruptivos a los servicios de salud.
- 5.4.2 Fortalecimiento de mecanismos de participación comunitaria para la identificación de la población objetivo y organización del barrio o la comunidad orientado a sumar a las estrategias de vacunación para el logro de metas de mejora de coberturas.
- 5.4.3 Realizar el monitoreo de las acciones de promoción cumplidas a nivel de comunidad, enfocados a reforzar la importancia de cumplir con los esquemas de vacunación regular desde lactantes menores.
- 5.4.4 Fortalecer los medios de participación comunitaria para la identificación de poblaciones en riesgo para contraer enfermedades inmunoprevenibles y brindar asistencia técnica a las RIS en la programación de sus actividades de promoción de la salud frente a la posibilidad de presentación de casos sospechosos de sarampión.
- 5.4.5 Brindar asistencia técnica a las Instancias de Coordinación Interinstitucional y monitorear las actividades programadas para el desarrollo de acciones de promoción y prevención en salud pública.

#### 5.5 COMUNICACIONES:

- 5.5.1 Difundir mensajes clave usando los medios de comunicación masivos y redes sociales, priorizando la vacunación como medida de prevención, el riesgo de contraer S/R, los signos y síntomas de alarma y la importancia de acudir a un EESS a tiempo.
- 5.5.2 Activar y ejecutar el plan de medios que incluya la gestión de notas de prensa y entrevistas a voceros capacitados, para difundir piezas comunicacionales que enfatizen que la vacunación es la principal medida preventiva contra el sarampión.
- 5.5.3 Articular con la Plataforma de la Línea gratuita 113 opción 3 del MINSA para actualizar la información brindada sobre el sarampión.
- 5.5.4 Activar el plan digital en redes sociales (Facebook, Instagram, Blog, etc.) por escenarios y contexto, a través de post, videos y mensajes según público objetivo específico.
- 5.5.5 Realizar el monitoreo de medios y redes sociales, a fin de evidenciar rumores o noticias falsas y poder dar respuesta a brevedad evitando así desinformación en la población.
- 5.5.6 Fortalecer las capacidades comunicacionales de los agentes comunitarios de las RIS, Redes y MicroRedes, así como del personal de salud a fin de estandarizar los mensajes preventivos y de promoción de la vacunación contra el sarampión.
- 5.5.7 Difundir campañas de sensibilización pública para promover y mejorar la salud de los viajeros antes y después de su viaje a fin de que adquieran conductas responsables en

(11) ALERTA EPIDEMIOLÓGICA Riesgo de introducción de casos importados de sarampión, rubéola en el Perú  
CODIGO: AE- CDC- N° 010- 2024  
[https://epublic.dge.gob.pe/uploads/alertas/alertas\\_202410\\_15\\_165528.pdf](https://epublic.dge.gob.pe/uploads/alertas/alertas_202410_15_165528.pdf)

relación con la vacunación contra el sarampión, y conozcan los signos y síntomas de sarampión.

- 5.5.8 Difundir en la agencias de viajes y entidades relacionadas con turismo las normas y recomendaciones de Salud Pública necesarias que un viajero debe tener en cuenta antes del viaje.

## 5.6 LABORATORIO:

- 5.6.1 Los laboratorios de EESS, hospitales y sector privado son los responsables de priorizar la obtención de muestras de sangre (suero sanguíneo) y de hisopado nasal y faríngeo de los casos sospechosos de SR, para así garantizar la clasificación del caso y documentar el genotipo asociado a la infección. La muestra de sangre será para la prueba de ELISA de tipo IgM específica para S/R, y la muestra de hisopado para aislamiento viral, será útil para la identificación del genotipo circulante de sarampión o rubeola (S/R) por el INS.
- 5.6.2 Facilitar la provisión de los insumos de laboratorio necesarios que garanticen la oportuna toma de muestras y el correcto transporte respectivo de las mismas.
- 5.6.3 Enviar las muestras biológicas obtenidas en los establecimientos de salud privados y públicos al Instituto Nacional de Salud (INS) para su procesamiento, a través de los Laboratorios de Referencia Regional.
- 5.6.4 El responsable de laboratorio o quien haga sus veces, obtendrá una segunda muestra de sangre dos semanas después de la primera para los casos con resultados **IgM (+)** indeterminados o con valor límite en la primera muestra.
- 5.6.5 En caso de que la muestra esté contaminada, sea insuficiente o inadecuada, según sea el informe del INS, el personal de Laboratorio obtendrá a brevedad una nueva muestra para su respectivo procesamiento.
- 5.6.6 Mantener comunicación estrecha con las unidades de Epidemiología durante todo el proceso, desde el correcto llenado de la Ficha por parte del área de epidemiología, así como monitorear la adecuada toma de muestra, conservación, embalado y envío de la misma por parte del personal de laboratorio, hasta la obtención de resultados por parte del LRR, para la activación oportuna de los procesos según resultados.

## 5.7 ESTADÍSTICA:

- 5.7.1 Brindar la información de atendidos y atenciones realizadas en los establecimientos de salud según las fuentes disponibles a los responsables de epidemiología, direcciones u oficinas, según el flujo establecido, de forma semanal, los días lunes para el cumplimiento de la actividad del BAI de forma oportuna.

## 5.8 MEDICAMENTOS, INSUMOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS:

- 5.8.1 Mantener la provisión de Productos farmacéuticos (PF), Dispositivos Médicos (DM) y Productos Sanitarios (PS) en los EESS de toda jurisdicción para la atención de casos probables de S/R, a fin de dar la continuidad necesaria al tratamiento terapéutico.
- 5.8.2 Garantizar el stock de Equipos de Protección Personal (EPP) para el personal de los EESS y verificar su correcto empleo.

## VI. CONCLUSIONES

El control del sarampión según el profesor David Heymann <sup>(12)</sup>, se basa en:

---

<sup>(5)</sup> David Heymann Distinguished Fellow, Global Health Programme, EEUU  
<https://www.lshtm.ac.uk/aboutus/people/heymanndavid>

- a) La **prevención primaria** que lo da la inmunización regular y oportuna
- b) La **prevención secundaria** mediante la investigación inmediata de todos los sospechosos, por los equipos de Alerta Respuesta de Epidemiología y la RENACE AQP de cada jurisdicción para identificar casos, brotes, áreas de riesgo, etc.; así como el tratamiento de los contactos por parte del EESS a cargo del personal de salud.
- c) La **prevención terciaria** que corresponde a la atención temprana y oportuna de cualquiera de las complicaciones de las enfermedades inmunoprevenibles como la S/R.

El intensificar la vigilancia y la mejora de las coberturas del PAI, debe ser parte del objetivo integral para fortalecer la Salud Pública e Individual de la población de nuestra región que conlleva el compromiso profesional de todas las instancias sanitarias, para continuar controlando los riesgos de aparición de nuevos casos debido a la persistencia de la enfermedad en otras regiones del mundo, la alta posibilidad de reintroducción de casos de S/R en el Perú de países vecinos al nuestro y por los visitantes que por la facilidad de los viajes globales de continente a continente (turismo, negocios, competencias deportivas, salud, motivos académicos, etc.), llegan también con un espectro epidemiológico propio de sus países de origen.

## VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Heyman DL. El control de las enfermedades transmisibles. Informe Oficial de Asociación Estadounidense de Salud Pública. David L Heyman, editor. 21.ª Edición; 2022
2. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Plan estratégico para la eliminación del sarampión y la rubeola en España 2021-2025. Ministerio de Sanidad. Enero 2021  
<https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/sarampionrubeola/docs/PlanEstrategico.SarampionyRubeol.pdf> fWorld Health Organization. Measles vaccines: WHO position paper. Wkly Epidemiol Rec. 2017;92(17):205-27.
3. Centers for Disease Control and Prevention. Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Diseases. Hall E., Wodi A.P., Hamborsky J., et al., eds. 14th ed. Washington, D.C. Public Health Foundation, 2021  
<https://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/index.html>
4. Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Argentina. Comunicación recibida el 19 de junio del 2025 mediante correo electrónico. Bs. Aires, 2025. Inédito
5. Health Organization. Measles vaccines: WHO position paper. Wkly Epidemiol Rec. 2017; 92(17); 205-27
6. Organización Mundial e la Salud. Inmunización data – Provisional measles and rubella data. Ginebra: OMS; 2025 (revisado el 27 de junio del 2025). Disponible en:  
<https://immunizationdata.who.int/global?topic=Provisional-measles-and-rubella-data&location=>.
7. Pan American Health Organization. Epidemiological Update: Measles in the Americas (16 week report). Washington, D.C.: PAHO; 2025 May. Report No. EW.05/2025



Firmado digitalmente por:  
SANTILLANA CUENTAS  
Francisca Luz FIR 29524347 hard  
Motivo: Soy el autor del documento  
Fecha: 04/08/2025 08:41:32-0500

DIRECCION DE EPIDEMIOLOGIA  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD AREQUIPA