

ALERTA EPIDEMIOLOGICA REGIONAL

RIESGO DE PRESENCIA DE CASOS Y TRANSMISIÓN DEL VIRUS DE SARAMPiÓN EN LA REGIÓN AREQUIPA

CODIGO EPID AQP: AER 003-2026

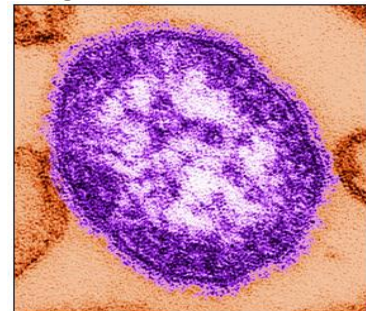
I. OBJETIVO

Mantener en alerta a todo el personal de las Instituciones Prestadora de Servicios de Salud (IPRESS) públicos, privados y mixtos, ante el nuevo escenario epidemiológico de riesgo de transmisión de sarampión a la región Arequipa por los casos confirmados en la vecina región de Puno, y fortalecer la capacidad de respuesta del sistema regional de salud mediante la detección precoz, notificación inmediata, investigación oportuna de casos sospechosos e implementación de medidas de control, incluyendo vacunación de bloqueo, en el contexto del riesgo epidemiológico actual.

II. ANTECEDENTES

El virus del sarampión pertenece a la familia **Paramyxoviridae**, género **Morbillivirus**. Es un virus con ARN mono catenario (-). Cada partícula tiene unos 100-300 nanómetros de diámetro, y una nucleocápside helicoidal rodeada de una envoltura (**Fig. 01**). Se trasmite por contacto directo con las secreciones nasofaríngeas o gotitas (**Flugüee**) de personas infectadas, y que se generan al toser, estornudar o hablar. Otro medio de transmisión es la inhalación de bioaerosoles y contacto de manos, con superficies u objetos contaminados con las secreciones nasofaríngeas de la persona infectada. Su número reproductivo¹ básico es tan elevado, (**Ro 12-18**), que la mayoría de los no inmunizados que estén cerca a la persona infectada, pueden contraer la enfermedad.

Figura 01



Con microscopía electrónica, vista de partícula del virus del sarampión, con la nucleocápside situada debajo de la envoltura viral¹

A nivel mundial los nuevos casos de sarampión siguen confirmándose (**Fig. 02**). La Región de las Américas logró la eliminación del sarampión en 2016, pero luego se registró casos por la reintroducción del virus, asociadas a brotes en otras regiones, las brechas de vacunación y mayor movilidad internacional². En 2025 se confirmó 14 891 casos con 29 defunciones en la región, un incremento del sarampión en 31 veces más que el 2024 y en el primer trimestre del 2026 los casos representan el 98.6% de lo reportado en el 2025 (**Tabla 01**). En el Perú, entre las SE 19 y 53 de 2025, se confirmaron cinco casos en Lima, tres importados y dos relacionados con importación³.

¹ CDC/ Cynthia S. Goldsmith; William Bellini, MeSH - Ph.D. PHIL Home

² Organización Panamericana de la Salud. Alerta Epidemiológica: Sarampión en la Región de las Américas. Washington, D.C.: OPS/OMS. Disponible en: paho.org

³ Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Alerta Epidemiológica: Riesgo de reintroducción y circulación de sarampión en el país (AE 05-2026). Lima: Ministerio de Salud del Perú; 2026.

Figura 02. EVENTOS SANITARIOS DE IMPORTANCIA INTERNACIONAL (SE 14*-2026)

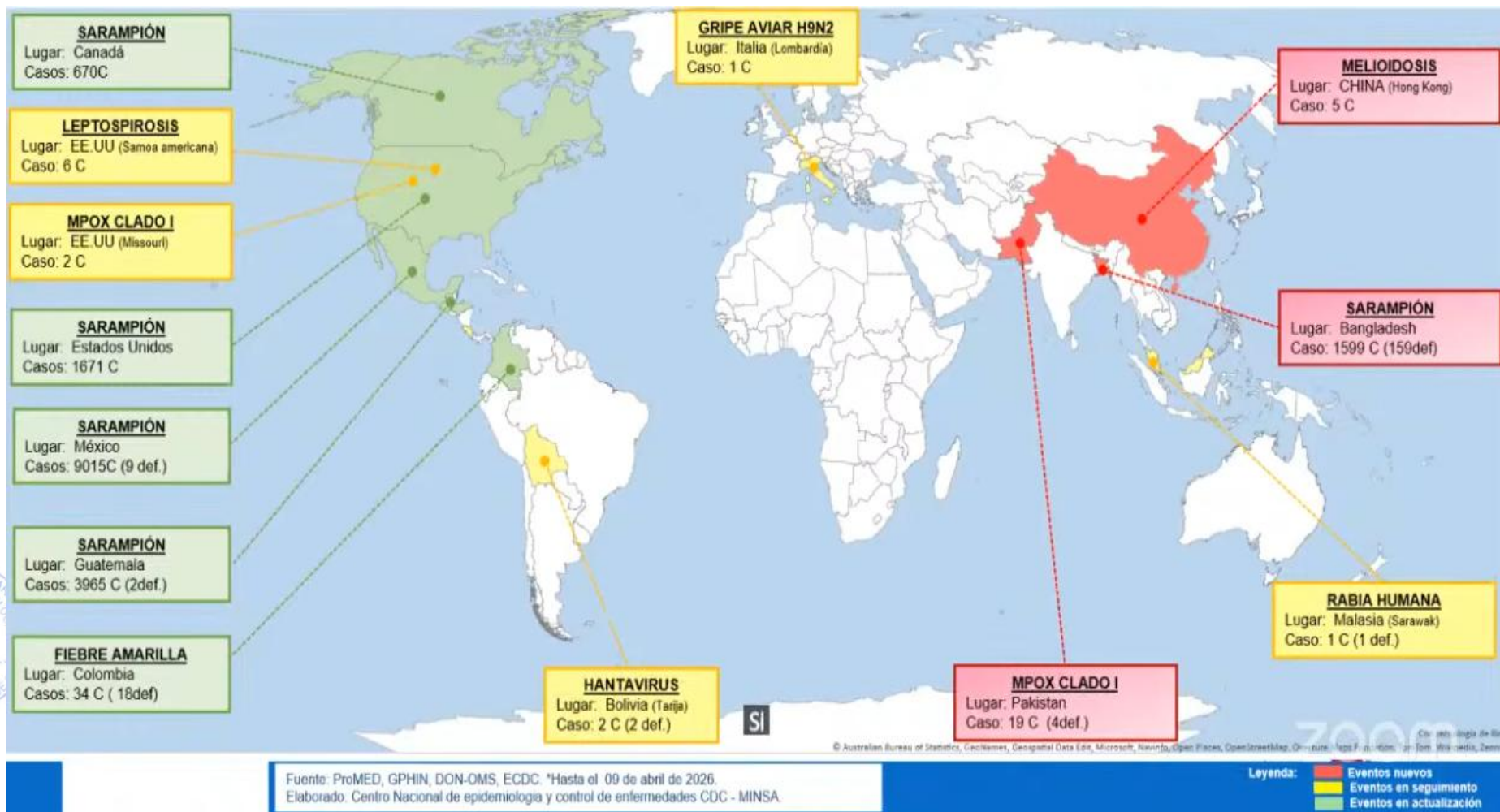


Tabla 01. SARAMPION EN LAS AMERICAS

PAIS	Casos Confirmados		Casos fallecidos		FECHA CORTE
	2025	2026	2025	2026	
Canadá	5353	650	2	0	Mar-30
EEUU	2285	1671	3	0	Abr-02
México	6520	8597	27	9	Abr-03
Guatemala	1	3594	0	2	Mar-03
Colombia	0	4	0	0	Mar-15
Brasil	37	1	0	0	Mar-09
Bolivia	541	106	0	0	Mar-30
Chile	0	2	2	2	Mar-09
PERU	5	10	0	0	Abr-05



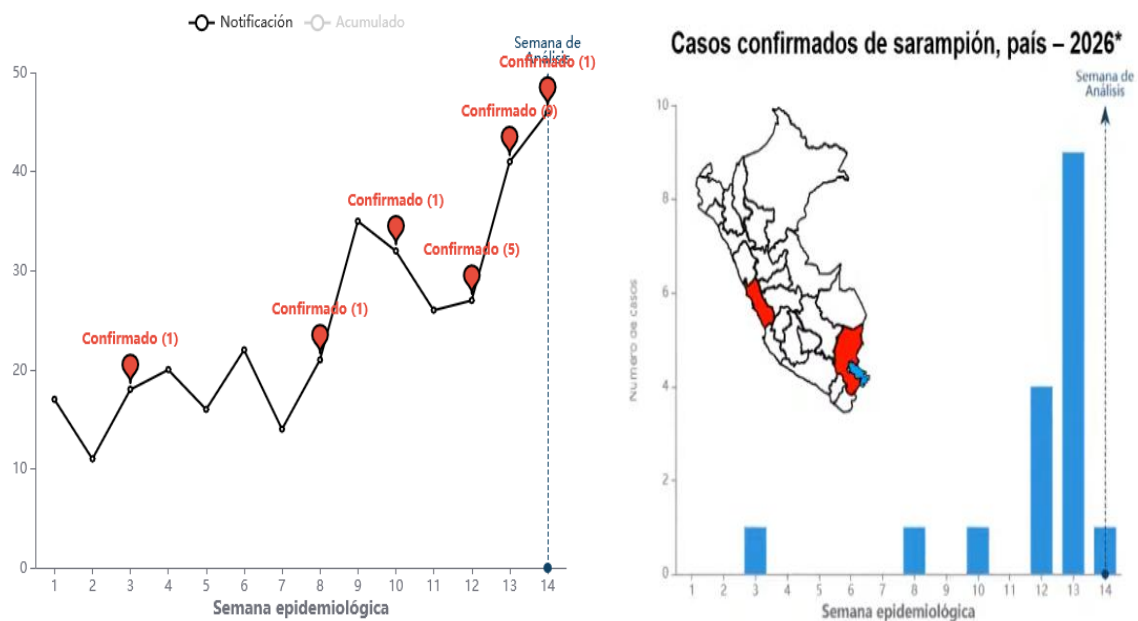
Fuente: Reporte oficial de los países por CDC Minsa (SE 13)

Asimismo, en el presente 2026, en las SE 3 y SE 8 se confirmaron en Lima 2 casos, el primero fue importado y el segundo, de origen desconocido. Luego en la SE 10 quedó confirmado el caso 3 en Lima, pero cuyo origen era la región Puno, y para el 05 de abril ya se confirmaron 7 casos más, todos de la región Puno.

III. SITUACION ACTUAL

Hasta la SE 15 se han confirmado en Perú 31 casos de sarampión en el país, de los cuales 4 se notificaron en Lima y 27 corresponden a la región, asociados a eventos masivos (fiestas de Carnaval y de la Virgen de la Candelaria), y la fluidez de visitantes del país de Bolivia que se encuentra bajo una alerta epidemiológica nacional, debido al brote de sarampión más grave que enfrenta este país en las últimas dos décadas (Fig. 03).

Figura 03. Notificación de casos sospechosos y confirmados de Sarampión, Perú 2026*



Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades - MINSa

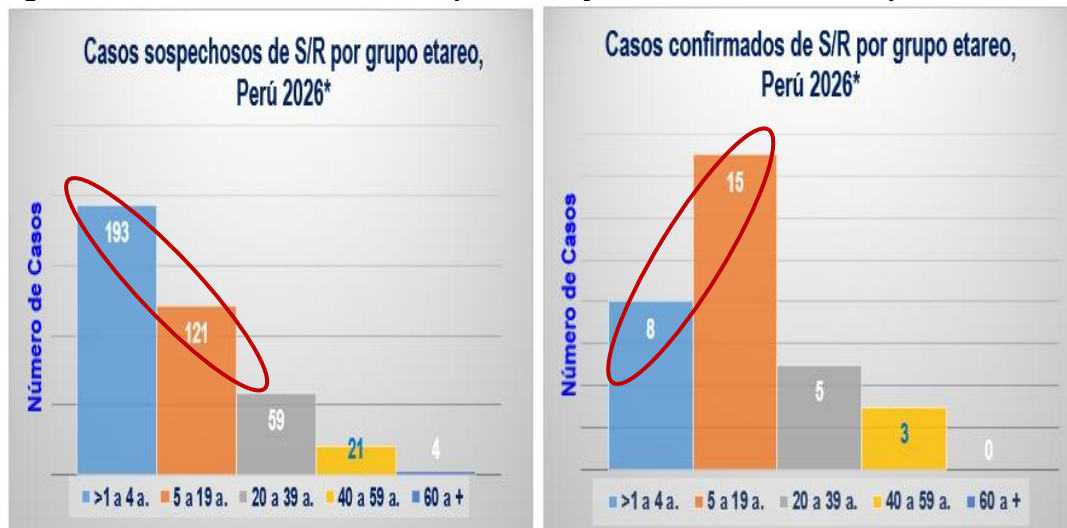
Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. (*) Hasta el 8 de abril corte 10:00 horas.

Tabla 02. Casos sospechosos y confirmados de Sarampión, según sexo y grupo etario, Perú 2026*

Notificación de casos sospechosos de S/R distribuidos por sexo y grupo etareo, Perú 2026*				Notificación de casos confirmados de S/R distribuidos por sexo y grupo etareo, Perú 2026*			
Grupo Etario	Fem (♀)	Masc(♂)	TOTAL	Grupo Etario	Fem (♀)	Masc(♂)	TOTAL
60 a +	2	2	4	60 a +	0	0	0
40 a 59 a.	11	10	21	40 a 59 a.	0	3	3
20 a 39 a.	26	33	59	20 a 39 a.	3	2	5
10 a 19 a.	22	41	63	10 a 19 a.	1	3	4
5 a 9 a.	30	28	58	5 a 9 a.	7	4	11
1 a 4 a.	47	64	111	1 a 4 a.	3	4	7
> 1año	40	42	82	> 1año	0	1	1
TOTAL	178	220	398	TOTAL	14	17	31

FUENTE: Sala Situacional de Sarampión-Rubéola (S/R) CDC-MINSA Corte al 14 de abril (SE 15*)

Figura 04. Notificación de casos sospechosos y confirmados de Sarampión, Perú 2026*



FUENTE: Sala Situacional de Sarampión-Rubéola (S/R) CDC-MINSA Corte al 14 de abril (SE 15*)

A la S.E. 15, con corte al día de hoy (abril 14), en la **Fig. 04**, se muestra mayor carga de enfermedad (con un leve predominio del sexo masculino), tanto de los casos notificados como sospechosos y en los confirmados, que se concentra en el grupo etario de menores de 19 años, lo que validaría la necesidad de priorizar la vacunación escolar y en especial el de los menores de 5 años.

Es incuestionable que las bajas coberturas de vacunación con la vacuna Triple Viral (SRP: Sarampión, Rubéola y Paperas) tienen una influencia directa y crítica en la aparición de casos de sarampión, facilitando la reintroducción y propagación del virus que, al ser altamente contagioso, requiere el lograr una cobertura del 95% o más con las dos dosis para llegar a la inmunidad colectiva (o de rebaño) y evitar brotes. Ver **Tabla 03**.

Tabla 03. Coberturas de vacunación a nivel Perú y por Regiones (2025-2026)

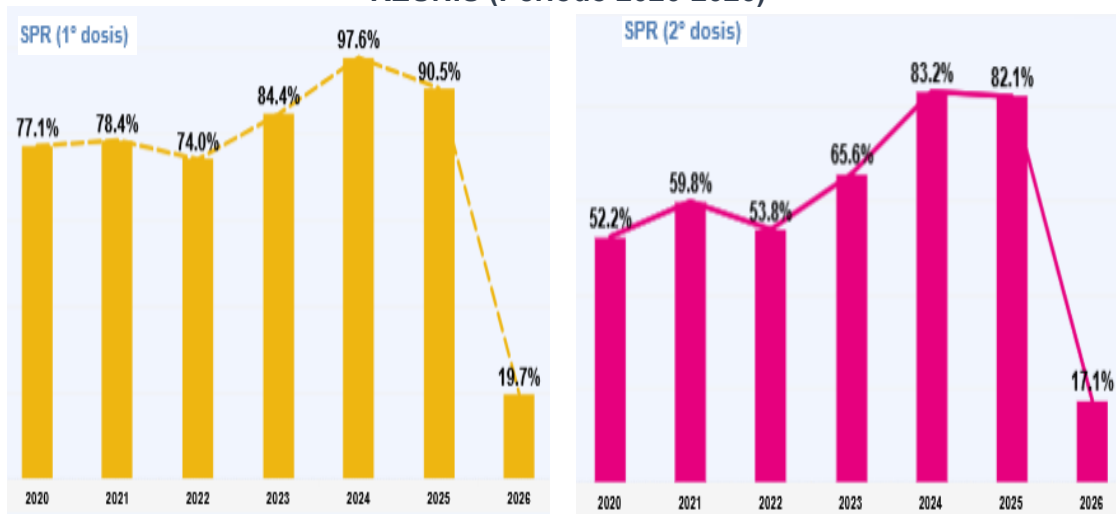
2025				2026*			
REGIÓN	Meta	Dosis	N° Cob.	REGIÓN	Meta	Dosis	N° Cob.
PERÚ	406,914	334,125	82.11%	PERÚ	442,061	71,467	16.17%
LIMA SUR	23,615	23,987	100.00%	LIMA REGION	12,510	2,895	23.14%
LIMA REGION	11,921	12,031	100.00%	CALLAO	12,078	2,476	20.50%
APURIMAC	5,865	5,591	95.33%	APURIMAC	6,175	1,234	19.98%
ANCASH	14,647	13,960	95.31%	ANCASH	15,185	3,018	19.87%
HUANCAVELICA	4,434	4,223	95.24%	PIURA	31,626	5,919	18.72%
TUMBES	3,197	2,975	93.06%	HUANUCO	12,641	2,357	18.65%
HUANUCO	12,057	10,978	91.05%	LA LIBERTAD	29,135	5,372	18.44%
AYACUCHO	8,406	7,634	90.82%	TUMBES	3,855	710	18.42%
JUNIN	18,312	16,362	89.35%	JUNIN	19,211	3,463	18.03%
CALLAO	10,945	9,766	89.23%	HUANCAVELICA	5,106	900	17.63%
SAN MARTIN	13,450	11,788	87.64%	CAJAMARCA	22,237	3,915	17.61%
PASCO	3,769	3,288	87.24%	SAN MARTIN	14,924	2,602	17.44%
CUSCO	17,184	14,982	87.19%	MOQUEGUA	2,048	348	16.99%
CAJAMARCA	21,107	18,213	86.29%	ICA	13,985	2,359	16.87%
ICA	13,045	11,207	85.91%	AYACUCHO	9,278	1,519	16.37%
LA LIBERTAD	27,096	22,956	84.72%	CUSCO	17,732	2,836	15.99%
AMAZONAS	8,665	7,206	83.16%	LAMBAYEQUE	19,674	3,106	15.79%
TACNA	3,491	2,890	82.78%	PASCO	4,216	663	15.73%
PIURA	28,542	23,598	82.68%	LIMA CENTRO	29,447	4,407	14.97%
MOQUEGUA	1,944	1,573	80.92%	AMAZONAS	9,896	1,468	14.83%
LAMBAYEQUE	18,189	13,683	75.23%	TACNA	3,900	574	14.72%
AREQUIPA	16,435	12,171	74.06%	LIMA SUR	25,734	3,773	14.66%
LIMA CENTRO	26,281	19,256	73.27%	AREQUIPA	16,375	2,362	14.42%
PUNO	12,912	9,189	71.17%	LIMA NORTE	32,288	4,469	13.84%
LIMA ESTE	17,446	12,251	70.22%	LIMA ESTE	19,795	2,622	13.25%
MADRE DE DIOS	3,299	2,267	68.72%	PUNO	14,585	1,852	12.70%
LORETO	20,447	13,831	67.64%	MADRE DE DIOS	3,827	442	11.55%
LIMA NORTE	28,587	18,829	65.87%	UCAYALI	11,983	1,344	11.22%
UCAYALI	11,626	7,440	63.99%	LORETO	22,615	2,462	10.89%

Fuente: HISMINSA fecha de corte al 31.12.2025, actualizado al 27.02.2026 / Incluye información de ESSALUD.

Fuente : HISMINSA fecha de corte al 31.03.2026, actualizado al 01.04.2026. / *Información preliminar a marzo / No incluye información de ESSALUD - Marzo

En el caso de la región Arequipa, en el año 2024 para la SPR 1 se llegó, según la **REUNIS**, a una cobertura del 100%, y para la SPR 2 se logró el 82%, mostrándose uno de los más altos porcentajes, en estos cinco últimos años, para la segunda dosis de la SPR más cercano a la deseada meta del 95%. La estrategia para este logro fue el cumplimiento de una gran campaña de barrido, con recurso humano profesional a dedicación exclusiva para la ejecución de esta campaña intensiva. (Ver Gráfica 01) y ahora en la 24.^a Semana de la Vacunación en las Américas (SVA) 2026, bajo el lema **"Tu decisión marca la diferencia. Inmunización para todos"**, la iniciativa de la OPS busca del 25 de abril al 2 de mayo, intensificar la vacunación para cerrar brechas de cobertura, proteger grupos vulnerables y eliminar enfermedades transmisibles para 2030. El reto está en nuestras manos.

Gráfica N° 01. Tablero del Esquema Regular de Vacunación a nivel país, REUNIS (Período 2020-2026)



Asimismo, se prevé la posibilidad del incremento del riesgo de aparición de nuevos casos confirmados de sarampión durante las próximas dos semanas, debido a elecciones nacionales que se vienen cumpliendo en todo el país y que motiva el desplazamiento de personas hacia sus sedes de votación, aglomeraciones en Terminales Terrestres, en los vehículos de transporte y reencuentros familiares y amicales. Adicionalmente, se anticipa la participación de peruanos en la Copa Mundial de la FIFA 2026, que se llevará a cabo en los meses de junio y julio en Canadá, México y Estados Unidos, países que mantienen circulación activa del virus del sarampión, desde el 2025.



IV. ANÁLISIS DE RIESGO REGIONAL

La región Arequipa se encuentra en escenario de riesgo moderado-alto debido a:

- Cercanía epidemiológica con región en transmisión activa (Puno).
- Coberturas de vacunación heterogéneas.
- Alta movilidad poblacional interregional.
- Presencia de población susceptible acumulada.

En este sentido, existe alto riesgo de ocurrencia de casos importados y potencial transmisión local, de no fortalecerse de manera inmediata las intervenciones sanitarias.

V. DISPOSICIONES Y RECOMENDACIONES A ENFATIZAR ⁴

5.1 La Dirección de Intervenciones Estratégicas a través de Inmunizaciones debe:

- 5.1.1 Garantizar la provisión de vacunas contra el sarampión, así como los insumos necesarios para su administración.
- 5.1.2 Monitorear el cumplimiento de las actividades de vacunación contra sarampión y, en forma diaria el seguimiento de las dosis aplicadas

⁴ AE – CDC- N°005- 2026 “Ante la transmisión local de sarampión en Puno y el riesgo de diseminación a otras zonas del país”
 Lima: CDC-MINSA; 2026

- 5.1.3 Asegurar y monitorear la cadena de frío
- 5.1.4 Intensificar las actividades de vacunación con la SPR cerrando brechas en vacunación, hasta una cobertura del 95% en menores de 5 años, en el 80% de distritos de su jurisdicción, especialmente los de alto flujo turístico, comercial y de frontera.
- 5.1.5 Implementar vacunación en menores de 6 a 11 meses y 29 días con una dosis (**dosis cero**) en las regiones priorizadas como Arequipa en la Macrosur (Moquegua, Tacna, Cusco, Puno, Apurímac y Madre de Dios)
- 5.1.6 Vacunar a la población de no vacunados o con esquema incompleto:
 - (a) Menores de 5 años, según esquema de vacunación (1era o 2da dosis de SPR)
 - (b) Menores desde los 5 años hasta los 10 años, 11 meses y 29 día una sola dosis de SPR, de no tener vacuna previa y/o no tener evidencia de registro.
- 5.1.7 En las actividades de bloqueo por casos sospechosos, organizar el cierre de brechas en menores de cinco años y la vacunación de los contactos directos menores de 59 años, 11 meses y 29 días, dentro de las 48 horas de la exposición.
- 5.1.8 Vacunación al personal de salud que estuvo en contacto y atendió casos dentro de las 48 horas después de la exposición, contando con un registro del personal vacunado y de los que no accedieron a la vacunación explicando el motivo.

5.2 La Dirección de Intervenciones Estratégicas a través de Laboratorio debe:

- 5.2.1 Establecer un flujo para la recepción de las muestras de casos sospechosos de Sarampión tanto de la IPRESS públicas, privadas y mixtas.
- 5.2.2 Monitorear el cumplimiento de los indicadores de desempeño del LAB para la vigilancia de S/R en los casos notificados y asegurar el cumplimiento de los estándares de calidad en el LRR.
- 5.2.3 Capacitar al personal de los LAB de IPRESS en la obtención, conservación y transporte adecuado de muestras para el diagnóstico de S/R.
- 5.2.4 Supervisar la correcta obtención de las muestras de suero sanguíneo e hisopado nasal y faríngeo

5.3 La Dirección de Epidemiología debe:

- 5.3.1 Garantizar la Notificación inmediata de los casos sospechosos de S/R identificados, dentro de las 24 horas de conocimiento del caso en el NOTI y OSIRIS.
- 5.3.2 Implementación de (a) Búsqueda Activa Institucional (BAI) y (b) Búsqueda Activa Comunitaria (BAC), y cumplimiento del monitoreo diario de la BAI, y de la BAC a nivel de IPRESS, mediante el registro en el OSIRIS.
- 5.3.3 Activar el EER-Brotos del nivel regional y de Redes para la investigación epidemiológica y medidas de control en menos de 48 horas, desarrollando las acciones siguientes:
 - ✚ Elaboración de la LINEA DE TIEMPO (**Ax 01**)
 - ✚ Identificación de la fuente de infección durante el período de exposición.
 - ✚ Censo y seguimiento de contactos por 30 días, cortados desde el último día de exposición, con verificación del estado vacunal.
 - ✚ BAI en las IPRESS del lugar de residencia y desplazamiento del caso considerando los 30 días previos al inicio de la erupción.

- ✚ BAC casa por casa del caso notificado, en cinco manzanas alrededor de la vivienda (hasta 121 manzanas)
- ✚ Aislamiento del caso hasta cuatro días después del inicio de la erupción, con recomendaciones claras a la familia, y restricciones de asistencia a centros educativos o laborales.
- ✚ Conocimiento, manejo y aplicación de la **Ficha de Investigación de Campo para la V.E. de sarampión (Ax 05)**

- 5.3.4 Identificación de antecedentes de viaje o exposición a eventos masivos.
- 5.3.5 Instalación de la Sala Situacional de brotes a nivel regional actualizada.

5.4 La Gerencia Regional de Salud a través de las Direcciones de Hospitales y Redes debe:

- 5.4.1 Fortalecer los recursos humanos para garantizar la notificación inmediata de los casos de sarampión–rubéola (S/R) identificados dentro de las 24 horas de toma de conocimiento del caso en el aplicativo NOTI y OSIRIS.
- 5.4.2 Facilitar las actividades del Equipo de Respuesta Rápida para Brotes del nivel Regional y de Redes de Salud.
- 5.4.3 Coordinar con los laboratorios para la obtención de suero sanguíneo dentro de los 30 días de iniciada la erupción, e hisopado nasal y faríngeo dentro de los cinco días de iniciada la erupción.
- 5.4.4 Monitorear en los EESS ante la identificación de un caso probable de dengue con presencia de erupción, también lo notifiquen como caso probable de S/R, con la respectiva toma de ambas muestras (sangre e hisopado nasal y faríngeo y el uso de la ficha de Investigación clínica epidemiológica de SR.
- 5.4.5 Se deben intensificar las actividades de vigilancia en los ámbitos de influencia sobre puntos de entrada (puertos, aeropuertos y fronteras terrestres), para detectar casos sospechosos de sarampión entre viajeros que ingresen al país procedentes del exterior.
- 5.4.6 Ante la realización de un evento masivo con la participación de extranjeros, reforzar los procesos de vigilancia epidemiológica, así como la comunicación de riesgo, ante los potenciales casos.
- 5.4.7 Ante las clases escolares y universitarias, se debe fortalecer la articulación con las instituciones educativas a fin de implementar mecanismos claros para la identificación y el reporte oportuno de personas que presenten fiebre y erupción cutánea. Todo caso detectado deberá ser comunicado de manera inmediata al EESS de la jurisdicción para su evaluación clínica y notificación
- 5.4.8 En el contexto de intensificación de la vacunación, se fortalecerá la Vigilancia de ESAVI severos, con notificación dentro de las 24 horas, la investigación inmediata del caso y el reporte negativo diario.

5.5 Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas, privadas y mixtas (del MINSA, GORE, EeSalud, FFPP, FFAA, FAP, deben:

- 5.5.1 Difundir entre el personal de salud de su jurisdicción el período de incubación, período de transmisibilidad y la definición de caso sospechoso de sarampión (**Ax 02 y 03**).
- 5.5.2 Conocer el criterio clínico, epidemiológico y laboratorial para la confirmación de caso en los cuadros clínicos típicos diferenciales entre el sarampión y la rubeola (**Ax 03**).
- 5.5.3 Conocer los diagnósticos diferenciales relacionados (**Ax 04**) para la aplicación del BAI de la VE de sarampión y rubeola.
- 5.5.4 Realizar la notificación negativa de manera semanal y obligatoria.

- 5.5.5** Ante el incremento de casos de pacientes sospechosos de sarampión, con presunto nexo epidemiológico, implementar una atención diferenciada para atender casos febriles eruptivos, **asegurando el minimizar al máximo el desplazamiento del paciente** dentro del establecimiento de salud o servicio médico de apoyo, así como **proceder a la toma inmediata de las muestras de laboratorio** por el personal responsable de esta actividad.
- 5.5.6** Disponer de recursos humanos capacitados para la identificación oportuna y atención de los casos de sarampión.
- 5.5.7** Disponer del equipamiento adecuado así como de insumos y medicamentos necesarios para diagnóstico y tratamiento oportuno de casos de sarampión y señalizar el área de aislamiento para los casos que se requiera.
- 5.5.8** Garantizar stock de Equipos de Protección Personal (EPP) para el personal en los establecimientos de salud, asimismo, verificar su empleo correcto.
- 5.5.9** Disponer que todo usuario interno, externo o visitante, que acude al EESS con síntomas respiratorios utilice una mascarilla adecuada.
- 5.5.10** Sobre la atención del paciente, el Control de Enfermedades Transmisibles⁵ emite las siguientes recomendaciones:
- ✚ Los niños y pacientes con sarampión no deben asistir a la escuela o el centro laboral durante los 4 días siguientes a la aparición del exantema. En áreas de hospitalización, el aislamiento de tipo respiratorio es desde el inicio de la etapa catarral del período prodrómico hasta pasado el cuarto día del exantema .
 - ✚ Se debe aislar estrictamente a los lactantes si se presenta un caso de sarampión en un centro asistencial.
 - ✚ Aunque no existe un tratamiento específico para el sarampión, a todos los pacientes con cuadro agudo de sarampión se les debe administrar vitamina A. Según la edad del niño, la dosis inicial de vitamina A (véase Cuadro 01) debe iniciarse inmediatamente después del diagnóstico y repetirse al día siguiente. Si el niño tiene signos clínicos de deficiencia de Vitamina A (por ejemplo manchas de Bitot⁶), se debe administrar una tercera dosis entre 2 a 4 semanas después. Durante la infección por el virus del sarampión, las reservas de vitamina A se agotan rápidamente, en especial en los niños desnutridos, lo cual debilita aún más la inmunidad. Administrar suplementos de vitamina A cuando se diagnostica el sarampión, permite reponer las reservas corporales, previene la ceguera debida a ulceración corneal y la queratomalacia, reduciendo significativamente la letalidad por sarampión.

Cuadro 01. Dosis recomendada de Vitamina A en caso de sarampión (OMS).

Fármaco	Vitamina A
Dosis	<ul style="list-style-type: none"> • Lactantes <6 meses: 50 000 UI • Lactantes de 6-11 meses: 100 000 UI • Niños ≥12 meses: 200 000 UI
Vía de administración	Oral

Nota: UI: unidades internacionales

⁵ Heymann L. “EL CONTROL DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES”. 21ª Edición. Washington, D.C.: OPS Asociación Americana de Salud Pública, 2022.

⁶ Las manchas de Bitot son acumulaciones de queratina, superficiales, secas y de aspecto espumoso, que aparecen en la conjuntiva del ojo. Son un signo clínico característico de una deficiencia grave de vitamina A (xeroftalmia) y a menudo indican desnutrición.

- ✚ Se recomienda brindar apoyo nutricional debido al riesgo de desnutrición por la diarrea, los vómitos y la falta de apetito que acompañan al sarampión. Se debe alentar la lactancia materna cuando corresponda. Hay que usar sales de rehidratación oral según sea necesario para prevenir la deshidratación.
- ✚ Por lo general no se indican antibióticos para el tratamiento del sarampión a menos que se presenten complicaciones bacterianas secundarias, como una neumonía u otitis media.

5.5.11 Recomendar a no realización de eventos públicos masivos, o la no asistencia de las personas no inmunizadas o con vacunas incompletas y a grupos humanos vulnerables o sensibles (lactantes menores y mayores, gestantes, adultos con comorbilidades, quienes tengan afectación de su estado inmunológico, etc.)

5.6 La Dirección de Comunicación debe:

5.6.1 Implementar la estrategia de comunicación del riesgo.

5.6.2 Difundir:

- La importancia de la vacunación
- Los Signos y síntomas
- Cuando acudir a un establecimiento de salud

5.6.3 Articular con instituciones educativas y actores comunitarios para la difusión de mensajes .

5.7 La Dirección de Promoción de la Salud debe:

5.7.1 Identificar las causas de la baja demanda por vacunación, su variabilidad entre comunidades (incluyendo factores culturales, percepciones de riesgo, acceso, entre otras).

5.7.2 Deberá identificar y capacitar a actores clave (líderes comunales, docentes, entre otros) para la captación temprana de casos sospechosos de Sarampión y su comunicación inmediata al responsable de epidemiología del EESS.

5.7.3 Articular con los responsables de Inmunizaciones, de Comunicaciones y con los representantes de las UGEL y municipalidades, para su integración en toda campaña de inmunizaciones, y en las actividades de BAC, por el personal de salud.

VI. CONCLUSIONES

- 6.1** El país enfrenta un escenario de riesgo de reintroducción y transmisión del sarampión, con evidencia de transmisión local en la macrorregión sur.
- 6.2** La región Arequipa presenta condiciones epidemiológicas que favorecen la aparición de casos, debido a la movilidad poblacional y brechas de vacunación.
- 6.3** Es indispensable intensificar de manera inmediata la vigilancia epidemiológica y las acciones de vacunación, a fin de prevenir brotes.
- 6.4** Se debe priorizar la vacunación de niños y adolescentes, en especial los escolares y a los menores de 5 años, como grupos sensibles que deben ser protegidos.
- 6.5** La respuesta debe ser articulada, oportuna y multisectorial, con participación activa de todos los niveles de atención.

Las DIRECCIONES DE REDES, HOSPITALES, INSTITUTOS e IPRESS públicas, privadas y mixtas de la región Arequipa son responsables de implementar y dar cumplimiento inmediato a la presente alerta epidemiológica, garantizando la aplicación de la misma en todos los niveles sanitarios y debiendo reportar periódicamente sus avances a la GERESA.

VI. BIBLIOGRAFIA

- Ministerio de Salud del Perú. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Alerta Epidemiológica AE–CDC N.º 005-2026: "Transmisión local de sarampión en Puno y riesgo de diseminación a otras zonas del país" . Lima: MINSA; 2026.
- Ministerio de Salud del Perú. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Alerta Epidemiológica AE N°003-2026 CDC MINSA "Reintroducción del Sarampión en el País " (04 marzo) Lima: MINSA; 2026.
- Ministerio de Salud del Perú. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Alerta Epidemiológica AE N°002-2026- CDC-MINSA " Alto Riesgo de Importación SR y Polio CDC MINSA (30 enero) Lima: MINSA; 2026.
- Ministerio de Salud del Perú. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Sala Situacional de Sarampión-Rubéola, Perú 2025–2026. Lima: MINSA; 2026.
- Alerta Epidemiológica: Sarampión en la Región de las Américas (3 febrero) Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) 2026.
- Heymann L. "El control de las enfermedades transmisibles". 21ª Edición. Washington, D.C.: OPS, Asociación Americana de Salud Pública, 2022.
- Ministerio de Salud del Perú. Norma Técnica de Salud N.º 196-MINSA/DGIESP-2022: Esquema Nacional de Vacunación. Lima: MINSA; 2022.
- Ministerio de Salud del Perú. Directiva Sanitaria N.º 151-MINSA/CDC-2023: Vigilancia epidemiológica de sarampión y rubéola. Lima: MINSA; 2023.
- Organización Panamericana de la Salud. Actualización epidemiológica: Sarampión en la Región de las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2025–2026.
- Organización Mundial de la Salud. Global measles and rubella strategic framework 2021–2030. Geneva: WHO; 2020.

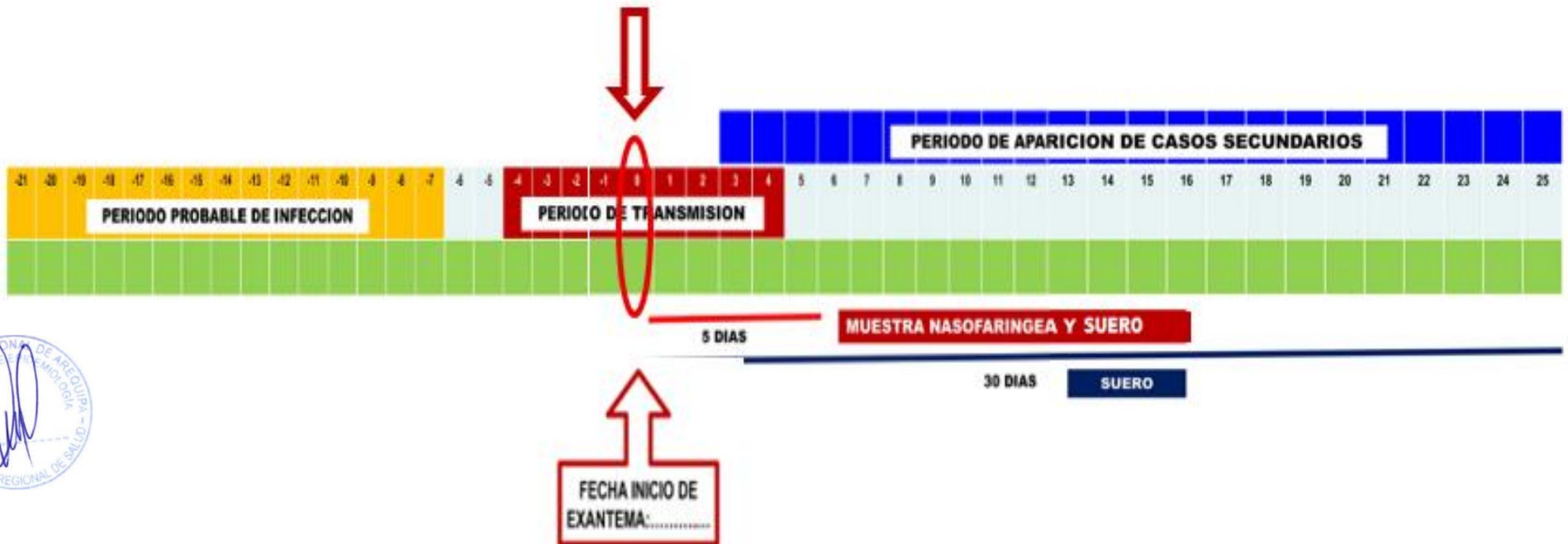
Arequipa, 2026, abril 14



GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
MD. F. LUZ SANTILLANA CUENTAS
DIRECCION DE EPIDEMIOLOGIA
C.M.P. 21164

VIII. ANEXOS

ANEXO 01 LINEA DE TIEMPO PARA LA TRANSMISION DEL SARAMPION



ANEXO N° 02

Corresponde a “El control de las enfermedades transmisibles” Ed. 21 . David L. Heymann, editor.
ASOCIACIÓN ESTADOUNIDENSE DE SALUD PÚBLICA/OPS/OMS

Período de incubación

- ✓ Desde la exposición hasta la aparición del exantema, la incubación es en promedio de 14 días, con límites de 7 a 21 días. La inmunoglobulina administrada como protección pasiva en la fase temprana del período de incubación puede prolongarlo.

Período de transmisibilidad

- ✓ El sarampión es una de las enfermedades infecciosas más contagiosas. Un período breve con un contacto limitado, como el sentarse en la misma habitación, puede ser suficiente para que el virus se transmita. Se extiende desde 4 días antes de la aparición del exantema hasta 4 días después de que aparece.

Grupos de riesgo

- ✓ Todas las personas que no han tenido sarampión o que no han sido inmunizadas eficazmente son vulnerables. La inmunidad que confiere la enfermedad es permanente. Se ha documentado cuadro de infección después de vacunación pero estas personas tienden a presentar un cuadro clínico atenuado y es poco probable que ellos transmitan la infección, excepto en casos de contacto intenso, como en el hogar.
- ✓ Las personas que reciben la primera dosis antes de los 12 meses de edad o en cualquier momento sin recibir una segunda dosis pueden seguir siendo vulnerables. Los niños nacidos de madres que han tenido sarampión están protegidos durante los primeros 6 a 9 meses de vida o más, según las concentraciones de anticuerpos que tenga la madre en el momento del embarazo y el ritmo de degradación de los anticuerpos.
- ✓ Los niños nacidos de mujeres con inmunidad inducida por la vacuna reciben menos anticuerpos pasivos y así pueden volverse vulnerables al sarampión a una edad más temprana.
- ✓ Las personas con mayor riesgo de complicaciones por el sarampión son los niños menores de 5 años, las embarazadas y las personas con carencia clínica o subclínica de vitamina A, desnutrición o deficiencias congénitas o adquiridas de la inmunidad celular, incluida la infección por el virus del VIH y el tratamiento inmunodepresor.
- ✓ En los menores con un estado nutricional limítrofe, el sarampión a menudo desencadena kwashiorkor agudo y exagera la carencia de vitamina A, lo que puede ocasionar ceguera.



ANEXO N° 03

CLASIFICACIÓN DE CASOS DE SARAMPIÓN - RUBÉOLA

<p>Definición de caso</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Caso sospechoso: 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 generalizada, NO vesicular. ● Caso confirmado: Un caso sospechoso de sarampión o rubéola que cumple con los criterios clínicos, epidemiológicos y laboratoriales (ver anexo). ○ Caso descartado: Es un caso sospechoso que ha sido objeto de una investigación completa y que no cumple con los criterios clínico, epidemiológico, laboratorial y no tiene nexos epidemiológico.
<p>Clasificación de casos^{1,2}:</p> <p>¹ Directiva Sanitaria N°049- Minsa/DGE-V.01 "Directiva Sanitaria para la Vigilancia Epidemiológica de Sarampión, Rubéola y Otras Enfermedades Febriles Eruptivas" ² Marco regional para el seguimiento y la Re verificación de la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en la Región de las Américas</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✈ Caso importado: Caso confirmado que, según la evidencia epidemiológica o virológica, estuvo expuesto fuera del país durante los 7 a 21 días anteriores al inicio del exantema, en el caso del sarampión, o durante los 12 a 23 días anteriores en el caso de la rubéola. 🔗 Caso relacionado con la importación: Caso confirmado que según la investigación epidemiológica y las pruebas virológicas estuvo expuesto localmente al virus, formando parte de la cadena de transmisión originada por un caso Importado. (Nota: Si la transmisión del virus del sarampión o la rubéola relacionada con la importación se mantiene durante 12 meses o más, ya no son casos relacionados con la importación, sino que son endémicos.) 🔍 Caso de fuente desconocida: Caso confirmado en el cual después de haber realizado una investigación epidemiológica exhaustiva no se establece el origen de la infección, al descartar caso importado, vínculo o relación con casos importados, viajes a zonas de transmisión activa o reacciones postvacunales. 🏠 Caso endémico: Caso confirmado que, según la evidencia epidemiológica y virológica, forma parte de una cadena de transmisión endémica, lo que significa que el virus detectado (con el mismo genotipo y linaje) ha estado circulando en un país durante un periodo de 12 meses o más. 👉 Caso relacionado con la vacuna: Caso sospechoso que cumpla con los cinco criterios siguientes: <ol style="list-style-type: none"> 1. El paciente presentaba una enfermedad exantemática, pero no presentó tos ni otros síntomas respiratorios relacionados con el exantema. 2. El exantema comenzó entre 7 y 14 días después de la aplicación de una vacuna contra el sarampión; en el caso de la vacuna contra la rubéola, el exantema puede aparecer entre 7 y 23 días después de la vacunación. 3. La muestra de sangre, que dio positivo para inmunoglobulina M (IgM) contra el sarampión e IgM contra la rubéola, se obtuvo entre 8 y 56 días después de la vacunación. 4. En una investigación de campo exhaustiva no se detectó ningún caso secundario. 5. No fue posible detectar otras causas por medio de investigaciones de campo y pruebas de laboratorio o se aisló el genotipo A del caso sospechoso (el genotipo A es exclusivamente de origen vacunal y no es un agente causal de una infección por virus salvaje).



ANEXO N° 04

Criterio clínico, epidemiológico y laboratorial para la confirmación de caso cuadro típico de sarampión/rubéola

(corresponde al Anexo 1 de la Directiva Sanitaria para la vigilancia Epidemiológica de Sarampión, Rubéola y otras Enfermedades Febriles Eruptivas, del año 2012)

Criterios	Sarampión	Rubéola
Clínico	<p>Fase pre-eruptiva:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fiebre alta • Tos • Conjuntivitis <p>Fase eruptiva:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exantema máculo papular no vesicular céfalo-caudal • Progresión en 3 a 4 días <p>Fase Descamativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Descamación fina • Dura de 3 a 4 días 	<p>Fase pre-eruptiva:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fiebre • Adenopatías retro auriculares y occipital <p>Fase eruptiva:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exantema máculo papular no vesicular céfalo-caudal • Progresión en 24 horas
Epidemiológico	<ul style="list-style-type: none"> • Procedencia de zona endémica o áreas de riesgo o zona de brote • Ser contacto de un caso sospechoso o importado 	<ul style="list-style-type: none"> • Procedencia de zona endémica o áreas de riesgo o zona de brote • Ser contacto de un caso sospechoso o importado
Laboratorial	<ul style="list-style-type: none"> • ELISA IgM positivo para sarampión y • Aumento en 4 veces el título de IgG para sarampión en la segunda muestra, obtenida 2 semanas después de la 1° muestra. 	<ul style="list-style-type: none"> • ELISA IgM positivo para rubéola y • Aumento en 4 veces el título de IgG para rubéola en la segunda muestra, obtenida 2 semanas después de la 1° muestra.



**ANEXO N° 05****Diagnósticos diferenciales para la búsqueda activa institucional de la vigilancia epidemiológica de sarampión - rubéola**

Diagnostico Clínico	CIE 10
Escarlatina	A38X
Dengue con rash	
Sarampión	B05
Sarampión complicado con encefalitis	B05.0
Sarampión complicado con meningitis	B05.1
Sarampión complicado con neumonía	B05.2
Sarampión complicado con otitis media	B05.3
Sarampión con complicaciones intestinales	B05.4
Sarampión con otras complicaciones	B05.8
Sarampión sin complicaciones	B05.9
Rubéola	B06
Rubéola con complicaciones neurológicas	B06.0
Rubéola con otras complicaciones	B06.8
Rubéola sin complicaciones	B06.9
Mononucleosis	B27
Otras enfermedades víricas caracterizadas por lesiones de piel y membranas mucosas.	B08
Otras infecciones debidas a ortopoxvirus	B08.0
Exantema súbito [sexta enfermedad]	B08.2
Eritema infeccioso [quinta enfermedad]	B08.3
Otras infecciones virales detalladas, caracterizadas por lesiones de la piel y de las membranas mucosas	B08.8
Infección viral no especificada, caracterizada por lesiones de la piel y de las membranas mucosas	B09X
Salpullido y otras erupciones cutáneas	R21
Dermatitis no especificada	L30.9
Pioderma	L08.0
Reacción Adversa Medicamentosa (RAM)	T88.7





ANEXO N° 06

Ficha de investigación de campo para la vigilancia epidemiológica de sarampión

La presente ficha es referencial para ser utilizada durante la entrevista al paciente, el cual recoge información útil para elaborar la línea de tiempo del caso e identificación de contactos.

Buen día, mi nombre es [Nombre del Entrevistador] y represento al equipo de salud del [Nombre de la Institución]. En principio, permítame agradecer el tiempo que nos dedica el día de hoy.

Como es de su conocimiento, usted [o su hijo/a] recibió atención en el [Nombre del CCSS] ante una sospecha de sarampión. Esta es una enfermedad sumamente contagiosa que se propaga por el aire y puede afectar gravemente a personas no vacunadas, niños y gestantes, llegando incluso a ser mortal. Por ello, solicitamos su colaboración para recoger información vital que proteja su salud, la de su familia y la de su comunidad.

Requerimos aproximadamente 30 minutos para que nos relate cómo evolucionaron los síntomas e identificar posibles riesgos de contagio a otras personas. Realizaremos juntos un ejercicio de memoria para reconstruir sus actividades recientes; esto nos permitirá entender dónde se originó el contagio y, lo más importante, evitar que otros niños enfermen. Cabe recalcar que toda la información que nos brinde es estrictamente confidencial y está protegida por las leyes de privacidad de salud, utilizándose exclusivamente para fines de control sanitario.

Nombre del caso en investigación: _____

Fecha de entrevista: __/__/__

Nombre del responsable de la investigación: _____

I. Datos generales para determinar riesgo

N°	Categoría	Pregunta	Respuesta
1	Riesgo	¿ha viajado fuera del país o a otro departamento?	Si() - No()
		1.1 ¿A que lugar viajó?	
		1.2 ¿En que fecha salió del país o del departamento?	__/__/__
		1.3 ¿En que fecha llegó al país o del departamento?	__/__/__
2	Riesgo	2.1. ¿ha tenido contacto con personas que provienen del extranjero con fiebre y exantema? Recaba la lista si puede identificar alguna persona.	Si() - No()
		2.2. ¿ha tenido contacto con personas que provienen del extranjero o personas con resfriado y tos?	Si() - No()
		2.3. ¿recibió visita en su domicilio de algún familiar, vecino, amigo, compañero, colega u otra persona con fiebre y exantema o síntomas respiratorios.	Si() - No()
3	Antecedentes	¿Ha recibido vacuna contra el sarampión? Si la respuesta es "SI" pasar a la siguiente pregunta, si es "No" pasar a la pregunta 4	Si() - No()
		3.1 ¿Cuenta con el carné físico de vacunación? Si la repuesta es "Si" solicitar carné y solicite autorización la obtener fotografía del carné.	Si() - No() Ignorado()
		3.2 Si la respuesta es SI, registre: la fecha de las vacunas recibidas: SPR1/SR: __/__/__; SPR2/SR: __/__/__. DA de SPR/SR: __/__/__	
4	Clinica	¿Presentó tos en los días previo a la erupción?, Si es "SI" responda las siguientes interrogantes de lo contrario pase a la siguiente pregunta	Si() - No()
		4.1 ¿Qué fecha inició?	__/__/__
		4.2 ¿En que momento de presentaba? (Mañana, tarde, noche)	
		4.3 ¿La tos movilizaba flema?	Si() - No()
		4.4 ¿Hasta cuando presentó tos?	__/__/__
		4.5 ¿Presentó secreción nasal?	Si() - No()
		4.6 ¿En algún momento presentó problemas para respirar?	Si() - No()
5	Clinica	¿Presentó molestia a la luz (fotofobia)? Si es "SI" responda las siguientes interrogantes de lo contrario pase a la siguiente pregunta	Si() - No()
		5.1 ¿En que fecha?	__/__/__
		5.2 ¿Hasta cuando presentó molestia a la luz?	__/__/__
		5.3 ¿Presentó inyección conjuntival (ojos rojos)?	Si() - No()
		5.4 ¿En que fecha?	__/__/__
		5.5 ¿En uno o los dos ojos?	
		5.6 ¿Hasta cuando presentó molestia a la luz?	__/__/__
6	Clinica	¿Ha presentado: alguna otra molestia: Vómitos, Diarrea	Si() - No()
		Dolor de oído	Si() - No()
		6.1 Indique fecha en que presentó?	__/__/__
		6.2 ¿Hasta cuan presento la molestia?	__/__/__
		6.3 ¿Acudió algún lugar para atender sus molestias?	Si() - No()
		6.4 En los últimos 30 días previo al inicio de las manchas en su cuerpo	





II. Descripción de la evolución de la Fiebre

Determinar el primer pico febril como Día 1.

Parámetro	Día 1 Indique fecha (/ /)	Día 2	Día 3	Día 4	Día 5	Día 6	Día 7	Día 8	Día 9	Día 10
Valor Temperatura										
Uso termómetro										
Tratamiento/medicamentos físicos										

III. Descripción de la evolución del exantema

Determinar fecha de aparición de la primera mancha como Día 1.

Parámetro	Día 1 Indique fecha (/ /)	Día 2	Día 3	Día 4	Día 5	Día 6	Día 7	Día 8	Día 9	Día 10
Distribución (Lugar de presencia de exantema)										
Tratamiento/cuidado de la piel										

IV. Desplazamientos y Lugares de Exposición

Registrar lugares donde permaneció más de 15 minutos, desde 21 días antes hasta 4 días después del inicio del exantema

Lugar visitado	Fecha (/ /)	¿Medio de transporte utilizado? (Bus, Taxi, propio)	¿Ambiente o servicios visitados?	Tiempo de permanencia (en hora y minutos)	Dirección del lugar/referencia
Establecimiento de salud					
Consultorio médico particular					
Medicina tradicional					
Farmacias					
Albergues					
Universidades / escuela					
Mercado / supermercado					
Cuarteles					
Concierto					
Ferías					
Cine					
Aeropuerto					
Terminal terrestre					
Reuniones sociales					
Restaurant					



