

## INFORME TECNICO REGIONAL

### INCREMENTO DEL RIESGO DE TRANSMISIÓN DEL VIRUS DE SARAMPIÓN Y CONFIRMACIÓN DE CASOS SECUNDARIOS EN LA REGIÓN AREQUIPA, VINCULADOS A CASOS INDICE DE LA REGION PUNO

CODIGO EPID: ITR AQP 002-2026

#### I. OBJETIVO

Informar a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) públicas, privadas y mixtas de la región Arequipa sobre el elevado riesgo de transmisión y diseminación del virus del sarampión, ante la persistencia de transmisión local activa y el incremento sostenido de casos confirmados en la región Puno, considerando los permanentes flujos poblacionales existentes por motivos laborales, comerciales, educativos, culturales, turísticos y de tránsito hacia centros mineros y otros espacios de desarrollo económico de la Macro Sur y del litoral arequipeño.

#### II. FINALIDAD

El presente documento técnico tiene por finalidad fortalecer la capacidad de respuesta del sistema regional de salud frente al riesgo de transmisión del sarampión, mediante la intensificación de las acciones de vigilancia epidemiológica, detección precoz, notificación inmediata, investigación oportuna, control de brotes y vacunación masiva, contribuyendo a reducir el riesgo de transmisión local, generar la inmunidad colectiva y a proteger la salud pública de la población de la región Arequipa<sup>1</sup>.



En ese marco, se insta a nuestros equipos sanitarios a:

- ✚ Intensificar las actividades de vigilancia epidemiológica y búsqueda activa de casos sospechosos de sarampión/rubéola, fortaleciendo el monitoreo clínico para la detectar oportuna en todos los establecimientos de salud (EESS).
- ✚ Fortalecer la capacidad de respuesta del sistema regional de salud mediante la detección precoz, notificación inmediata e investigación oportuna de casos sospechosos.
- ✚ Implementar medidas de control sanitario y cercos epidemiológicos, incluyendo vacunación de bloqueo, según el riesgo identificado.
- ✚ Garantizar el adecuado manejo clínico de pacientes, así como la implementación de medidas de prevención y control de infecciones en los servicios de salud.
- ✚ Garantizar resultados de laboratorio validados en calidad y oportunidad para una mejor toma de decisiones.
- ✚ Fortalecer las acciones de comunicación de riesgo y promoción de la salud con enfoque intercultural y de participación.
- ✚ Intensificar las actividades de vacunación masiva, destinadas al cierre de brechas de inmunidad en la población susceptible hasta llegar a coberturas mayores al 95%<sup>2</sup>.
- ✚ Detección activa y oportuna de casos con fortalecimiento permanente de la Red de Laboratorios de los EESS y del Laboratorio de Referencia Regional.

<sup>1</sup> Evaluación de riesgo para la salud pública relacionada con el sarampión: implicaciones para la Región de las Américas- Segunda Evaluación, V2 18 de febrero del 2026

<sup>2</sup> Sarampión en la Región de las Américas. Informe de Situación Regional · N.º 3 de la OPS/OMS 21 de mayo del 2026

### III. ANTECEDENTES

El presente Informe Técnico se emite en el marco de la situación epidemiológica internacional, nacional y regional, relacionada con la circulación activa del virus del sarampión (Morbillivirus) y la presencia de casos confirmados que se reportan en cada Semana Epidemiológica (SE)

Con la instauración de la vacunación masiva de la población, a nivel de la región de las Américas, se logró eliminar diversas enfermedades prevenibles por vacunas. Así se consideró eliminada la viruela (1971), eliminada la polio (1994), eliminada la rubeola y el síndrome de la rubeola congénita (2015) y eliminado el sarampión (2016), demostrándose así la eficacia de la Salud Pública. Siendo la Región de las Américas la primera, a nivel global, en recibir la certificación de eliminación de la rubeola y del sarampión por parte de un Comité de Expertos (CIE)<sup>3</sup>

A nivel del contexto internacional, la OPS emitió una alerta epidemiológica, destacando la persistencia de brotes activos en las Américas. En el 2025, la región de las Américas notificó 14,891 casos confirmados de sarampión y 29 defunciones en 13 países, lo que representó un incremento de 32 veces respecto a los 466 casos de 2024. En las primeras tres semanas de 2026, se confirmaron 1,031 casos adicionales —43 veces más que en el mismo período de 2025— en Bolivia, Canadá, Chile, Estados Unidos, Guatemala, México y Uruguay. El 78% de los casos confirmados correspondió a personas no vacunadas.

En el 2025 la mayor carga de la enfermedad se concentró en México, Estados Unidos y Canadá donde ocurrieron las defunciones. A nivel del sur, el vecino país de Bolivia en el 2025 confirmó 597 casos<sup>4</sup> positivos a sarampión (ver Tabla 01).



Entre la S.E. 1 y S.E. 19 del 2026, la Región de las Américas notificó 20,332 casos confirmados en 16 países, con 25 muertes — un incremento del 276% respecto al mismo período de 2025. La OPS clasifica el riesgo para la salud pública en la Región de las Américas como MUY ALTO.

Fuente: OPS/OMS. Informe de Situación N°3 - Sarampión en la Región de las Américas, 21 de mayo de 2026

Durante toda la gestión 2025 (SE 1 a SE 53), Bolivia uno de los países con intenso vínculo comercial, educacional, costumbrista y geográfico con nuestro país a través de la región Puno, confirmó un total de 597 casos de sarampión, siendo uno de los países con mayor carga en la Región de las Américas ese año. Al corte de la SE 24 de 2025, el 95% de los casos confirmados se concentraban en el departamento de Santa Cruz, distribuidos en 10 municipios. Los departamentos de La Paz y Potosí también registraron casos menores. En julio de 2025, las autoridades reportaron 80 casos confirmados activos en cinco departamentos: Santa Cruz (foco principal), Beni, Potosí, Oruro y La Paz. El pico máximo del brote se registró en la SE 31 de 2025, con 34 casos confirmados en una sola semana. A partir de ese punto, se observó una reducción drástica y sostenida en la positividad.

Para este 2026, de lo conocido por los boletines epidemiológicos del Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia, a partir de la Semana Epidemiológica, a la SE 4) de 2026 se validó una fase de control del brote de sarampión, con notificación mínima de casos confirmados que sugiere el agotamiento de susceptibles y una interrupción efectiva de las cadenas de transmisión. En la SE 6 de 2026, el análisis epidemiológico mostró que los casos confirmados se limitaban únicamente al municipio de Santa Cruz de la Sierra, sin registros en otros municipios. Para la SE 7 de 2026, se confirmó que no se notificaron casos nuevos de sarampión, consolidando la tendencia favorable de baja transmisión.

<sup>2</sup> Inf. Técnico de la Situación Epidemiológica de Sarampión en el Perú 2025 del CDC-DVSP-PRR-MINSA, publicado el 23 de marzo del 2026.

<sup>4</sup> Alerta epidemiológica: Sarampión en la región de las Américas, OPS/OMS, 3 de febrero del 2026 y

**Tabla 01. Número de casos de sarampión por países y territorios de la Región de las Américas 2025 y 2026 (hasta SE 20 del 2026)**

País	Número de casos 2025	Número de casos 2026 hasta SE 20	Ultima fecha de inicio de exantema (SE)
Argentina	36	1	SE 6 del 2026
Belice	44	9	SE 17 del 2026
Bolivia (Estado Plurinacional de)	598	70	SE 20 del 2026
Bonaire	0	1	SE 5 del 2026
Brasil	38	3	SE 13 del 2026
Canadá	5.461	1.018	SE 18 del 2026
Chile	1	1	SE 4 del 2026
Colombia	0	7	SE 15 del 2026
Costa Rica	1	5	SE 14 del 2026
El Salvador	1	18	SE 19 del 2026
Estados Unidos de América (los)	2.288	1.952	SE 20 del 2026
Guatemala	9	6.209	SE 19 del 2026
Honduras	0	1	SE 20 del 2026
México	6.608	10.920	SE 19 del 2026
Panamá	0	3	SE 19 del 2026
Paraguay	49	0	SE 39 del 2025
Perú	5	301	SE 20 del 2026
Uruguay	13	2	SE 3 del 2026
<b>Total</b>	<b>15.152</b>	<b>20.521</b>	

FUENTE: Adaptado de datos aportados por los respectivos países (2-22) <sup>5</sup>

A nivel Perú, el último caso autóctono de sarampión se presentó en el año 2000, en el distrito de Ventanilla, región Callao. A partir de 2001, Perú se consideró un país libre de sarampión. Los casos registrados entre 2018 y 2023 fueron importados o vinculados a casos importados. El 16 de febrero de 2024, el Ministerio de Salud confirmó el primer caso de sarampión autóctono desde el año 2000, se trató de una lactante menor de 10 meses, residente del distrito de Surco en Lima Metropolitana, quien no había salido del país ni tenía entorno con viajes al exterior. Posteriormente en el 2025, se confirmaron cinco casos de sarampión en Lima, tres importados y dos vinculados a casos importados, en pacientes desde los 11 meses a 34 años. En el contexto nacional, durante el 2025, se notificaron 780 casos sospechosos de sarampión-rubeola (S/R), con una tasa de notificación de 2.29 x 100,000 Hbts., alcanzando la meta de vigilancia OPS (Ver Anexos, Tabla 01).

Respecto al avance de la vacunación a nivel nacional al cierre de diciembre de 2025, las coberturas alcanzadas fueron de 86,7 % para la primera dosis de la vacuna contra sarampión, paperas y rubéola (SPR) y 78,7 % para la segunda dosis <sup>6</sup> cifras por debajo del ≥95 % recomendado para mantener inmunidad de rebaño y prevenir reintroducción y transmisión de virus como el sarampión.

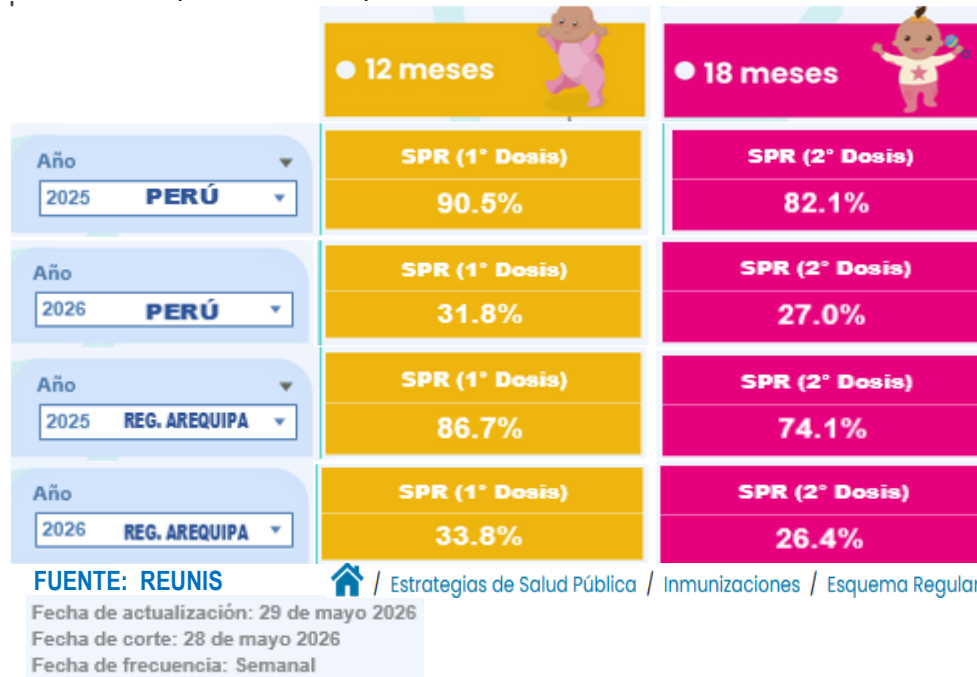
<sup>5</sup> OPS/OMS Alerta Epidemiológica: Sarampión en la Región de las Américas - 29 mayo del 2026

<sup>4</sup> Alerta epidemiológica: Alto riesgo de importación y transmisión de Sarampión y Polio en el país, Código AE-CDC-N° 002-2026, del 30 de enero del 2026



En la región Arequipa, según cifras REUNIS, en el año 2024 para la SPR 1 se llegó a una cobertura del 100% y para la SPR 2 se logró el 82%, mostrándose uno de los más altos porcentajes de estos últimos cinco años. Este logro fue resultado del despliegue de una gran campaña de barrido, con recurso humano profesional a dedicación exclusiva. Sin embargo, el 2025 culminó con un avance de coberturas de hasta el 74.06% <sup>7</sup>.

**Figura 01. Tablero del esquema regular de vacunación, Perú y Región Arequipa (REUNIS, MINSA)**



#### IV. SITUACION ACTUAL

En el **contexto internacional**, para la SE 20, a nivel de la OPS/OMS se reportan los siguientes eventos nuevos, en seguimiento y actualización para sarampión<sup>8</sup> (ver Fig. 02):

- ▶ Evento nuevo:
  - 🇧🇬 Bulgaria : 41 casos (35 confirmados)
- ▶ Eventos en seguimiento:
  - 🇫🇷 Francia: 77 casos
  - 🇧🇯 Honduras : 1 caso
- ▶ Eventos en actualización:
  - 🇨🇦 Canadá: 1,042 casos (964 confirmados)
  - 🇺🇸 Estados Unidos: 1,952 casos
  - 🇲🇽 México: 11,185 casos (con 14 defunciones) — principal foco de las Américas.
  - 🇬🇹 Guatemala: 6,437 casos (con 14 defunciones).
  - 🇧🇩 Bangladesh : 8,494 casos (512 defunciones)

<sup>7</sup> HIS/MINSA (fecha corte al 31.12.2025, incluyendo información de Essalud)

<sup>8</sup> Elaborado por Centro Nacional de Epidemiología y Control de Enfermedades CDC-MINSA. Pro MED, HIN, DON-OMS, ECDC  
\*Hasta el 21 de mayo del 2026

Figura 02. Eventos Sanitarios de Importancia Internacional (S.E. 21\*- 2026)



En el contexto nacional, hasta la SE 15 (con corte al 14 de abril) se confirmaron 31 casos de sarampión en el país, de los cuales 2 fueron notificados en Lima, uno importado y el otro de origen desconocido. Los 29 restantes correspondieron a la región Puno (60% a San Román, Juliaca, y el 40% a San Pedro de Putina Punco), casos relacionados con los eventos masivos ocurridos por las fiestas de Carnaval, de la Virgen de la Candelaria y la fluidez de visitas del país de Bolivia que en el 2025 se encontró enfrentando el brote de sarampión más grave de las últimas dos décadas, donde de 3 casos reportados en el 2024, paso a confirmar, como se mostró antes, 590 casos (con dos posibles defunciones), y ahora en este 2026 presenta ya 70 casos (según información oficial, que podría no estar actualizada).

Mediante la Alerta Epidemiológica Regional Código EPID AQP AER N° 003-2026, la GERESA Arequipa ya alertó sobre el alto riesgo de importación de casos procedentes de regiones con transmisión activa, instando al fortalecimiento de la vigilancia y la vacunación en establecimientos de salud de la región. Así mismo se hizo llegar la **Ficha de Investigación de Campo para la Vigilancia Epidemiológica de Sarampión**, importante instrumento que permite, luego de su correcta aplicación, la elaboración de una correcta Línea de Tiempo que direccionará un Censo de contactos real y completo que permita el cierre de cada Cerco epidemiológico. El presente Informe Técnico constituye una actualización de nivel superior ante la confirmación de casos en nuestra jurisdicción.

#### IV. DEFINICIONES OPERACIONALES <sup>9</sup>

##### 4.1 Definición de Caso:

##### Caso sospechoso de Sarampión/Rubeola (S/R):

Toda persona de cualquier edad, de quien un trabajador de salud sospecha que tiene sarampión o rubeola, o todo caso que presente: FIEBRE + ERUPCIÓN MÁCULO-PAPULAR GENERALIZADA NO VESICULAR.

**Caso confirmado:** Es todo caso sospechoso de sarampión o rubeola confirmado :

- Por criterio clínico, epidemiológico y laboratorial : debe cumplir con los tres criterios.
- Por nexo epidemiológico a otro caso confirmado.
- Por clínica: 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)

**Caso descartado:** Es un caso sospechoso que ha pasado una investigación completa y que no cumple con los criterios clínico, epidemiológico ni laboratorial y no existe nexo epidemiológico.

- Caso importado:** Es un caso de S/R en quien se ha confirmado la infección y cuya investigación epidemiológica y las pruebas virológicas demuestran que estuvo expuesto al daño, durante los 7 a 21 días anteriores al inicio del exantema, para el caso del SARAMPIÓN, y de 12 a 23 días para el caso de la RUBEOLA. o cuyo lugar de infección es diferente al lugar de la jurisdicción donde se notifica y/o se cumplen todos los procesos subsecuentes. a la notificación, Los resultados de la secuenciación molecular del virus aislada en estos casos deben ser compatibles con los que circulan en los países o regiones de procedencia donde probablemente ocurrió la infección.
- Caso Índice:** Primer caso sospechoso de sarampión, rubeola u otra enfermedad febril eruptiva en un grupo poblacional diagnosticada con la enfermedad del brote, y que se somete a la atención de un investigador.
- Caso Primario:** Individuo que introduce la enfermedad en el grupo bajo estudio. No es necesariamente el primer caso diagnosticado en el grupo.
- 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

<sup>9</sup> Dir.Sanitaria N°049-MINSAJDGE-V.01 "Directiva Sanitaria para la Vigilancia Epidemiológica de Sarampión, rubéola y otras Enfermedades



de transmisión iniciada por un caso importado.

- 4.6 Caso Secundario:** Personas que se infectan por transmisión de persona a persona a partir de casos primarios, con frecuencia familiares.

**V. ANALISIS DEL RIESGO**

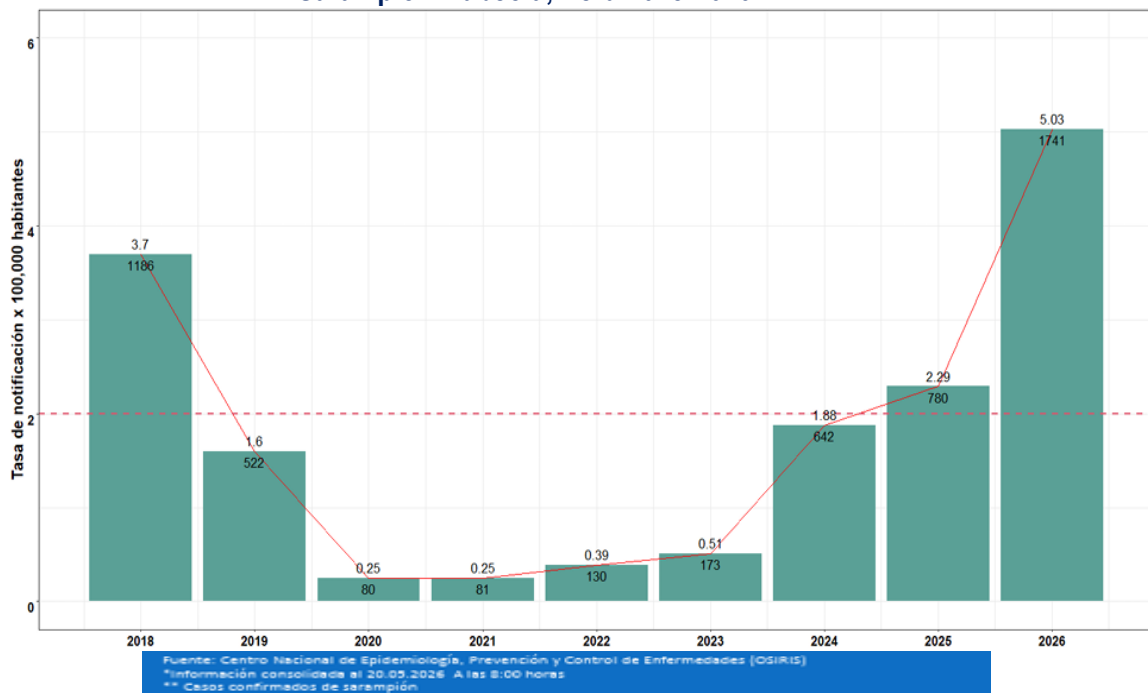
Esta evidente persistencia e incremento de casos de sarampión en la Región de las Américas, refuerza la necesidad de una acción permanente y coordinada por parte de los Estados Miembros. La Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (**OPS/OMS**) insta a los Estados Miembros a reforzar de manera prioritaria las actividades de vigilancia y vacunación de rutina hasta la masiva, según el espectro de la progresión de nuevos casos confirmados de sarampión y asegurar una respuesta oportuna ante los casos sospechosos. Asimismo, recuerda la importancia de continuar con las búsquedas activas comunitarias, institucionales y de modo laboratorial para la identificación temprana de casos y el desarrollo de acciones intensivas de vacunación destinadas a cerrar brechas de inmunidad.

El CDC-MINSA emitió una tercera alerta referida ante la evidencia de incremento de casos de S/R a nivel país<sup>10</sup>, con la confirmación de transmisión local de sarampión en la región Puno donde de 15 casos confirmados a la SE 13-2026 (corte al 04 de abril), a la SE 17 ya habían 29 reportados. A nivel nacional a la SE 20 se habían confirmado ya 299 casos, de los cuales 293 (98%) correspondían a la región Puno. La rapidez de aparición de nuevos casos pone en evidencia una dinámica de transmisión activa y sostenida. El histórico de casos confirmados de sarampión en Perú se muestra en la figura 04, evidenciando el brote actual, que no se presentaba desde el 2018.

El Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades del Ministerio de Salud (CDC-MINSA) en su presentación de la Situación Epidemiológica del Sarampión correspondiente al 29 de mayo último, muestra en el 2018 una TN óptima de 3.7 para S/R, la misma que decae en el 2019 y luego muestra la afectación por la pandemia y post pandemia de la COVID 19 (2020-2023) mostrando un nivel crítico. Desde el 2024 la TN mejora ligeramente y hoy esta con un valor de 5.03 (Fig. 03 y Fig. 04).

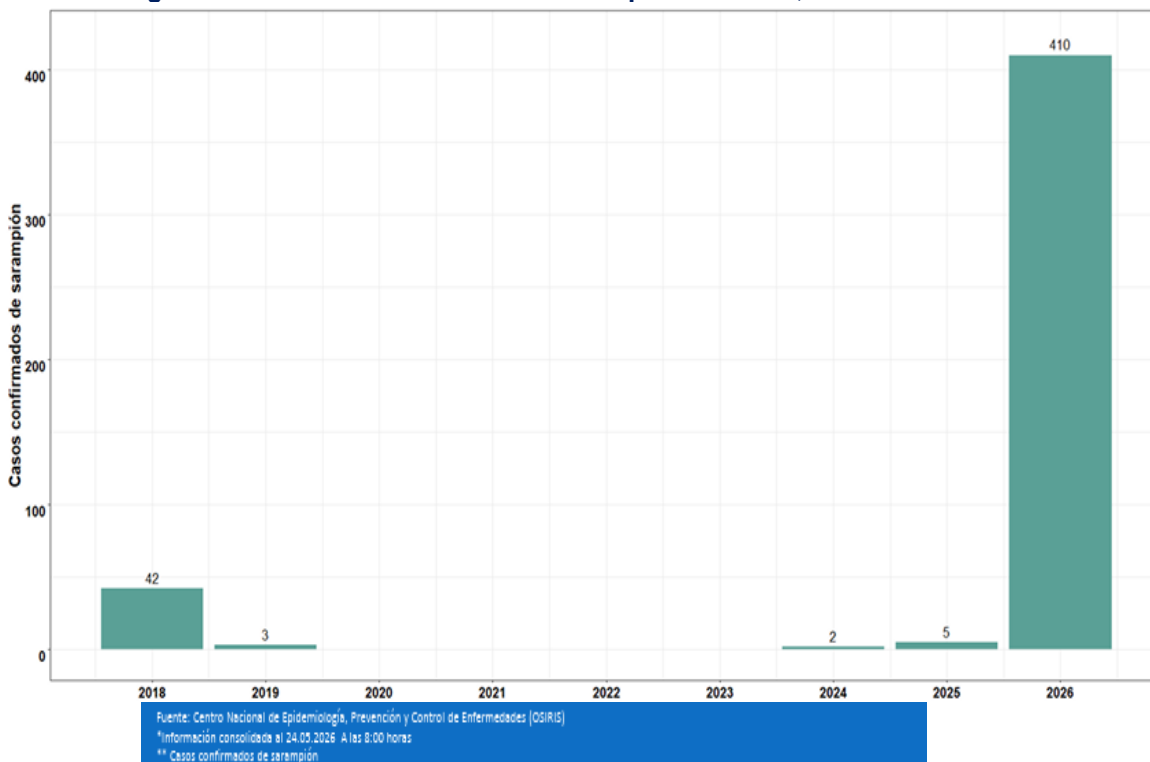


**Figura 03. Casos Sospechosos Notificados y Tasa de Notificación (TN) de Sarampión-Rubeola; Perú 2018-2026\***



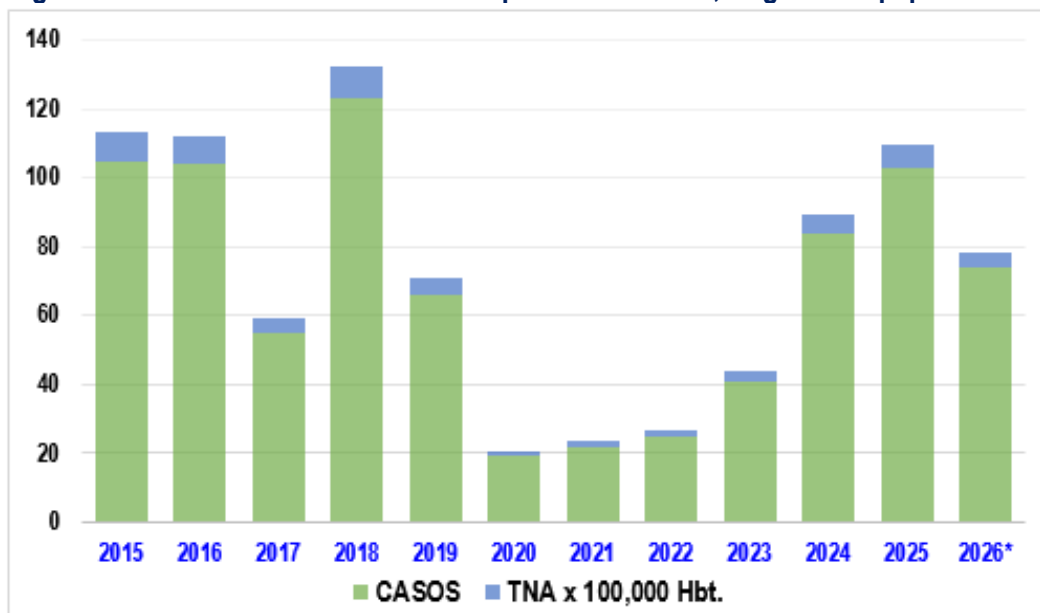
<sup>10</sup> AE-CDC N° 005-2026 "Ante la transmisión local de sarampión en Puno y el riesgo de diseminación a otras zonas del país".

**Figura 04. Casos Confirmados de Sarampión-Rubeola; Perú 2018-2026\***



En el caso de la región Arequipa, aunque también decayó la TN hasta un nivel insuficiente para S/R del 2020 al 2022, ésta se recuperó ya en el 2023 (Tabla 01) manteniéndose a niveles aceptables, lo que muestra que a nivel de la vigilancia epidemiológica y demás actividades de RENACE, nuestra región, a pesar de la diversa problemática sanitaria que como región se enfrenta, a mantenido su trabajo, pero ahora con parece ser, es necesario mayor esfuerzo y la participación multisectorial para lograr contener el avance de nuevos casos S/R provenientes de la zona altiplánica.

**Figura 05. Casos Notificados como Sospechosos de S/R; Región Arequipa 2015-2026\***



FUENTE : Bol. Epidem. GERESA AQP (años 2025 s 2026\*)

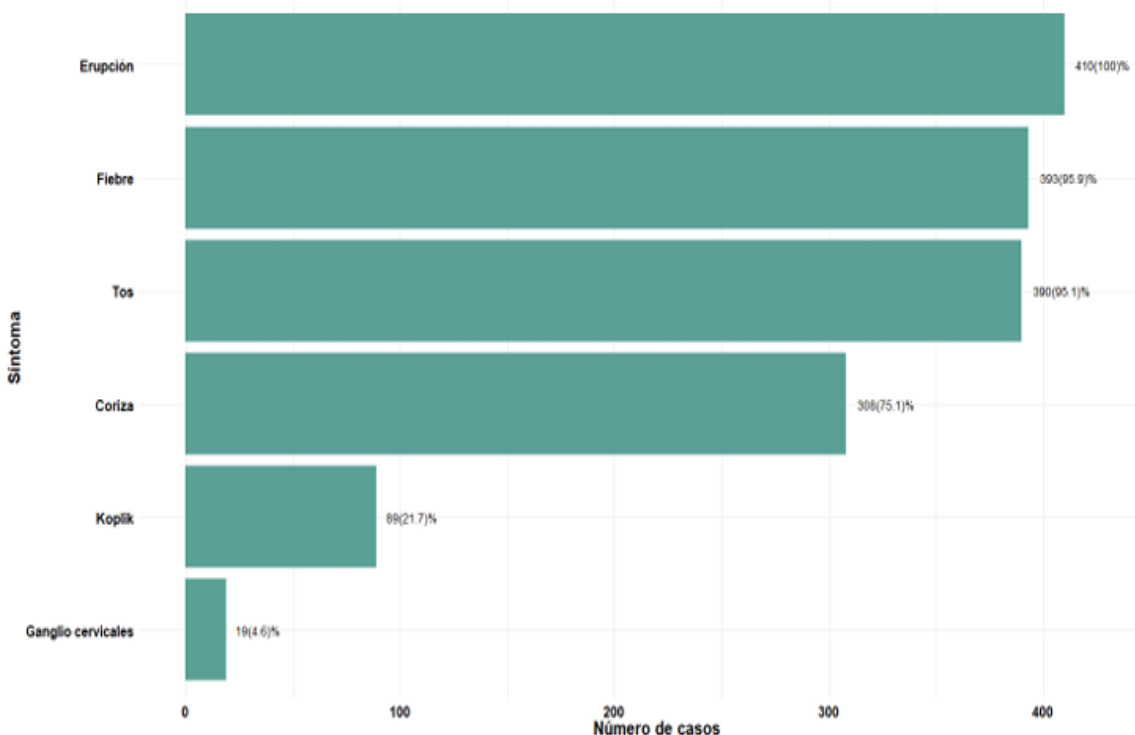
**TABLA N° 001. CASOS NOTIFICADOS DE S/R, AÑOS 2015-2026\*, EN LA GERESA AQP**

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026*
<b>CASOS</b>	105	104	55	123	66	19	22	25	41	84	103	74
<b>TNA x 100,000 Hbt.</b>	8.16	7.99	4.23	9.25	4.89	1.27	1.44	1.64	2.6	5.32	6.43	4.48

FUENTE : Bol. Epidem. GERESA AQP (años 2025 s 2026\*)

En la figura 05 se evidencia la frecuencia de los signos y síntomas más comunes en los casos confirmados de sarampión, donde destacan la tos, la fiebre y la erupción. Lo que reafirma la importancia de tener siempre en cuenta la definición de caso sospechoso, **fiebre y erupción maculopapular, NO vesicular**. Y aplicar los diagnósticos diferenciales cuando corresponda <sup>11</sup>.

**Figura 05. Signos y Síntomas comunes de los Casos Confirmados de Sarampión; Perú 2026\***



Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (OSIRIS)  
\*Información consolidada al 26.05.2026 A las 8:00 horas

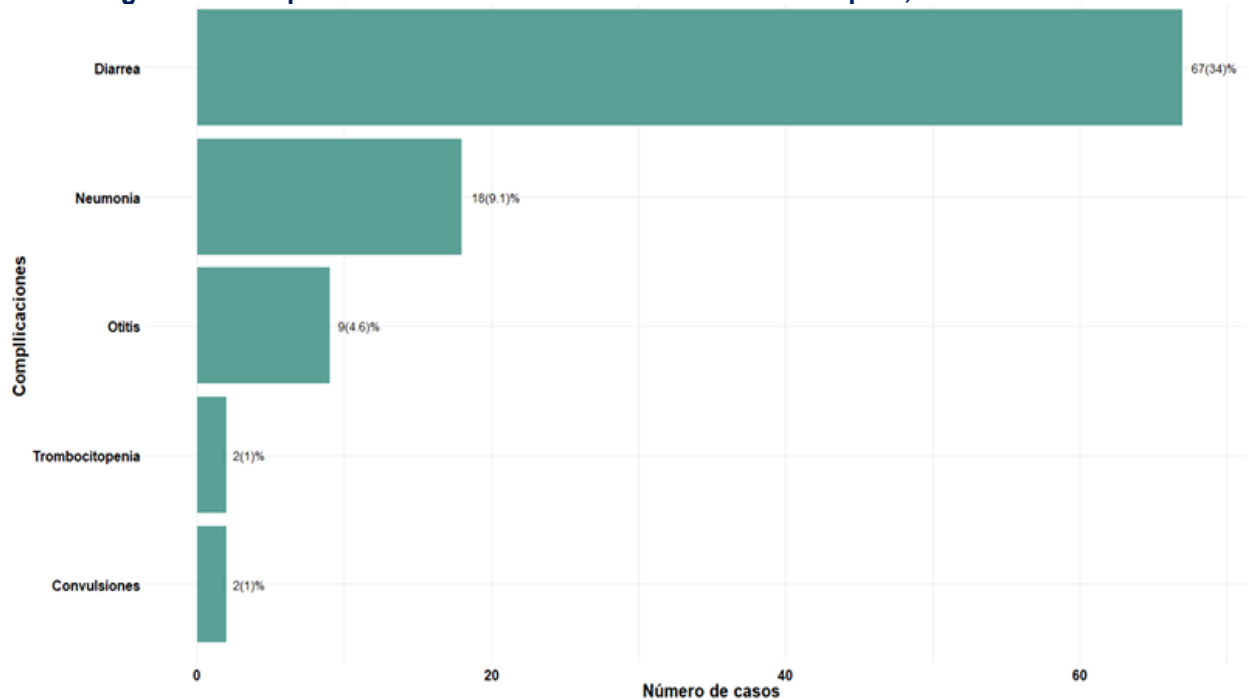
**n = 410**

De los 410 casos confirmados, se han registrado como la principal complicación y la más frecuente, el de la ocurrencia de cuadros diarreicos, y luego en menor proporción, estarían las neumonías y las otitis, como La sintomatología más reportados por los pacientes (ver Fig. 06) .

En la figura 07 se muestran los Casos Notificados en Perú de S/R por Semana Epidemiológica; Perú 2026\* (S.E. 21) al 29 de mayo del presente mostrados en la Sala Situacional de Sarampión del CDC-MINSA.

<sup>11</sup> Alerta Epidemiológica Regional: AER 003-2026, Anexo N° 05, Pg. 16 (2026, abril 14).  
[https://www.saludarequipa.gob.pe/epidemiologia/Alertas/2026/Scan\\_4\\_alerta\\_003.pdf](https://www.saludarequipa.gob.pe/epidemiologia/Alertas/2026/Scan_4_alerta_003.pdf)

**Figura 06. Complicaciones de Casos Confirmados de Sarampión; Perú 2026\***

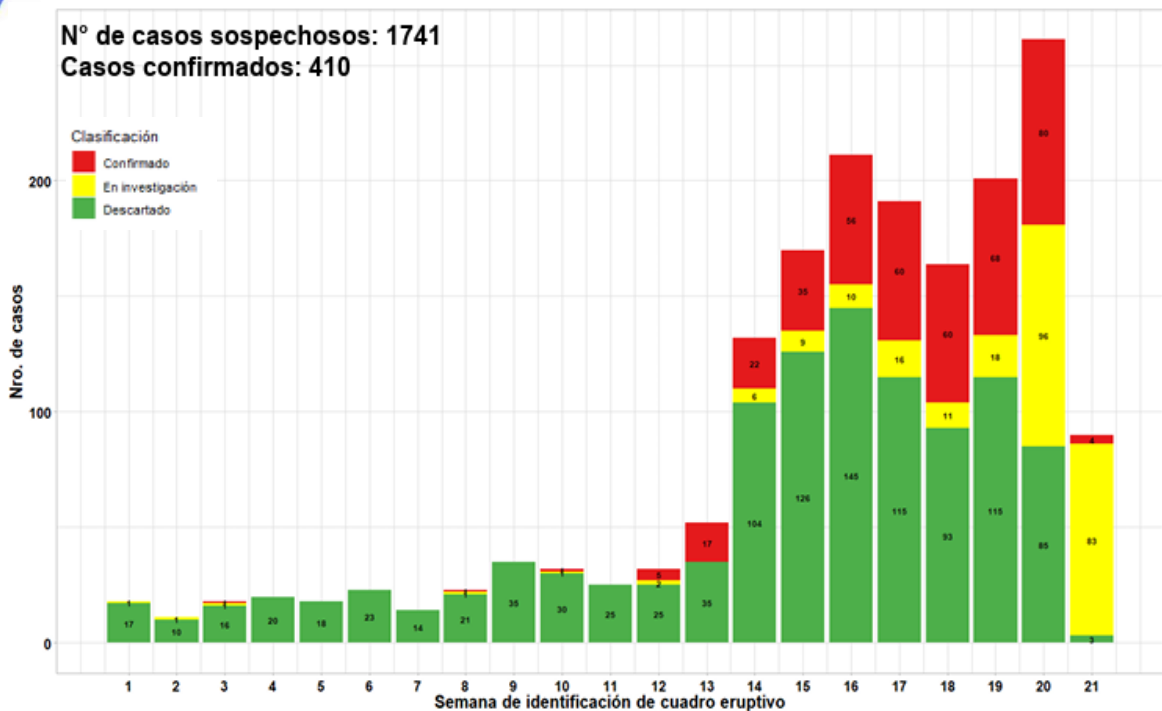


Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (OSIRIS)  
 \*Información consolidada al 26.05.2026 A las 8:00 horas

**n = 410**



**Figura 07. Casos Notificados S/R por Semana Epidemiológica; Perú 2026\* (S.E. 21)**



Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (OSIRIS)  
 \*Información consolidada el 29.05.2026 A las 8:00 horas  
 \*\* Casos confirmados de sarampión

Para la S.E. 21\* se tiene 410 casos confirmados a nivel nacional con incremento en el grupo de adolescente, adulto joven y adulto (265 casos). En la región Arequipa los casos confirmados (importados y secundarios) también corresponden al grupo de adulto joven y con gran predominio del sexo femenino. (Ver Tablas 02 y 03)

**Tabla 02. Casos confirmado por grupo etéreo, nivel Perú, SE 21\***  
N° de casos: 410

Edad (años)	N° casos	%	% acumulado
Adulto Joven	135	32.93	32.9
Adolescente	118	28.78	61.7
5 a 11	85	20.73	82.4
3 a 4	28	6.83	89.3
1 a 2	21	5.12	94.4
Adulto	12	2.93	97.3
<1	11	2.68	100.0
Adulto Mayor	0	0	100.0

Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (OSIRIS)  
\*Información consolidada al 26.05.2026 A las 8:00 horas

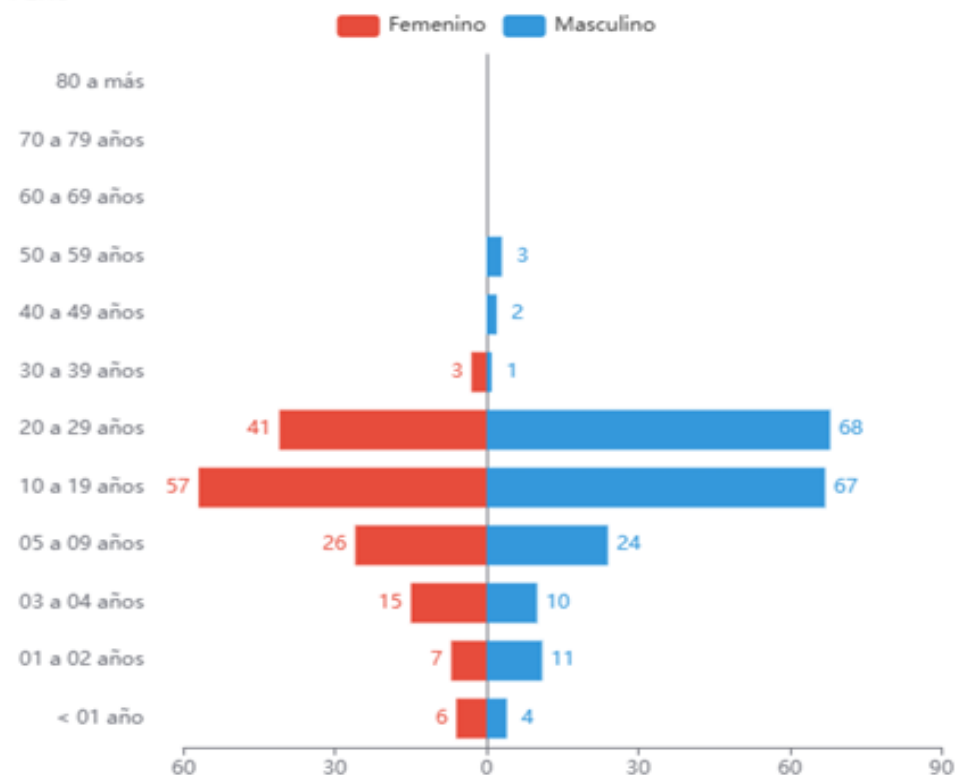
**Tabla 03. Casos confirmado por sexo y grupo etéreo, región Arequipa, SE 21\***

Grupos etéreos	♂	♀	TOTAL
60 a más a.	0	0	0
30 a 59 a.	0	0	0
18 a 29 a.	1	7	8
12 a 17 a.	1	1	2
1 a 11 a.	0	0	0
< 1 año	0	1	1
<b>TOTAL</b>	<b>2</b>	<b>9</b>	<b>11</b>

FUENTE : S.Situacional de sarampión, S.E. 21\* -2026, región AQP




**Distribución acumulada por sexo y grupo de edad, 2026**  
PERÚ




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

Tabla 04. Casos Confirmados de S/R, Perú por Regiones a S.E. 21 2026

Actualización Casos S/R en Perú y regiones a la SE 21*-2026 (corte May.30 - 20:00 Hrs.)				
	NOTIFIC.	CONFIRM.	DESCART.	INVESTG.
PUNO	937	405		
LIMA/CALL	370	2		
AQP *	110		92	7
		4		
LAMBAYEQUE	10	2		
CUSCO	63	1		
MOQ	37	1		
PIURA	26			
JUNIN	26			
ANCASH	20			
La LIBERTAD	22			
HUANUC	17			
LORETO	15			
APURIM	14			
CAJAMARCA	11			
LAMBAYEQUE	10			
TACNA	14			
OTR. REG. (09)	59			
<b>TOTAL</b>	<b>1761</b>	<b>415</b>	<b>92</b>	<b>7</b>

FUENTE: CDC - MINSA SALA SITUACIONAL SE 21-2026 / S. SITUAC. AQP \*

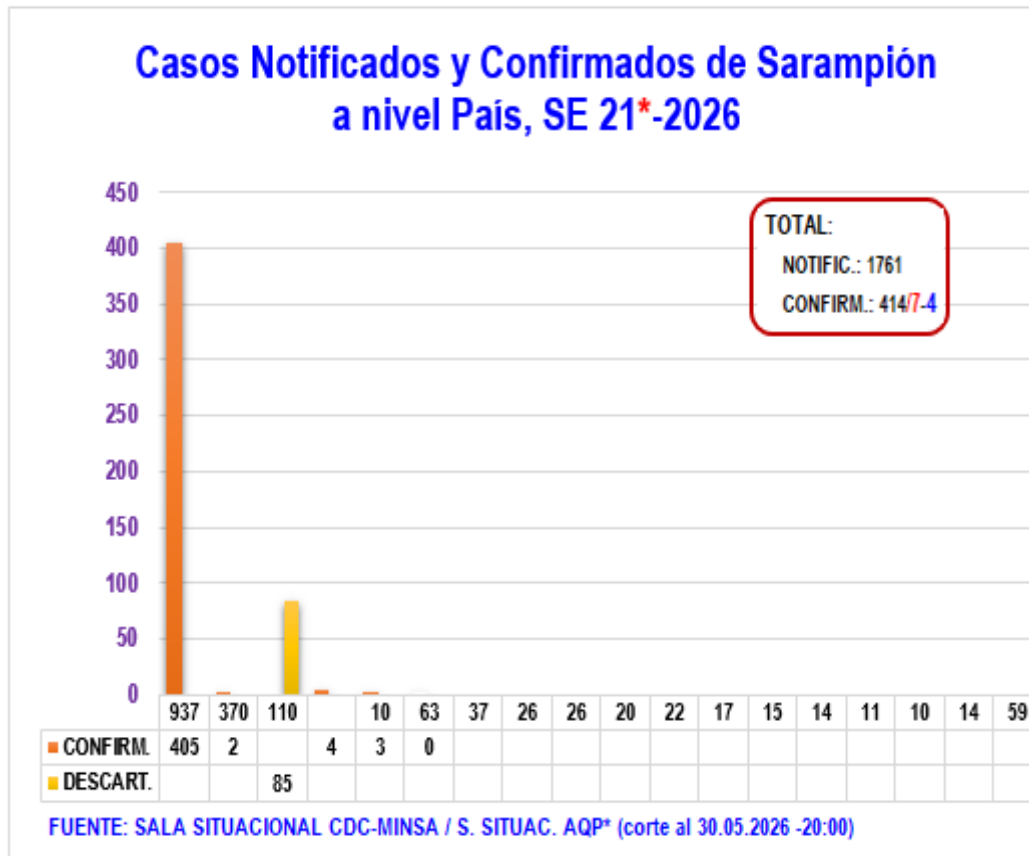
Caso nexa Reg. Puno => 

En Arequipa, tenemos ya once casos confirmados, siete con nexa epidemiológico de contagio en Juliaca, tres serían casos secundarios a los anteriores y el cuarto continúa en investigación para una clasificación adecuada. Los primeros casos "importados" se tratan de (5) estudiantes de nivel superior, una adulta joven que visitaba a su cónyuge en Atico y una lactante menor de 11 meses. De los casos secundarios, se tiene también a un estudiante universitario, otras dos estudiantes entre ellas una escolar sin un aparente nexa epidemiológico con la región Puno ni desplazamientos (el último caso aun en investigación) y un escolar adolescente de sexo masculino.<sup>12</sup>

<sup>12</sup> Sala Situacional de Sarampión de la región AQP. S.E. 21 - 2026



Figura 09. Casos Notificados y Confirmados de S/R, Perú por Regiones a S.E. 21\* 2026



De todos los casos confirmados, solo ameritó hospitalización una lactante menor que vino de la ciudad de Juliaca por la voluntad de sus padres, e ingresó por emergencia al Hospital Nacional de EsSalud. Actualmente de ALTA, de retorno a su domicilio en Juliaca y sin aparentes complicaciones.

Para la SE 21-2026 (corte al 30 de mayo) la Sala Situacional de nuestra región muestra una TN de sospechosos a S/R en incremento, del 6.64 x 100,000 Hbt. Con todos los casos notificados como sospechosos, así como los confirmados, se ha cumplido con los respectivos cercos epidemiológicos, búsqueda activa de contactos, y vacunación a todos los que les correspondiera, procesos que han implicado gran trabajo por parte del personal asistencias sobre todo del primer nivel, y que requiere ser reforzado para continuar hasta cerrar las brechas de inmunización que nos hace vulnerables ante la creciente transmisión del virus del sarampión.

## VI. DISPOSICIONES Y RECOMENDACIONES

### a) Dirección de Intervenciones Estratégicas

- 1º Garantizar la disponibilidad y asignación oportuna de recursos humanos para los equipos de Cerco epidemiológico y brigadas de vacunación.
- 2º Asegurar el abastecimiento permanente de equipos de protección personal (EPP) para el personal de salud de las IPRESS.
- 3º Supervisar la implementación y funcionamiento de las Unidades de Triage diferenciado en las IPRESS públicas y privadas, de acuerdo a su nivel de complejidad y cartera de servicios.

- 4º Verificar el adecuado flujo y manejo diferenciado de pacientes sospechosos o confirmados de sarampión que requieran hospitalización, reduciendo el riesgo de transmisión intrahospitalaria.
- 5º Fortalecer la asistencia técnica dirigidas al personal de salud en diagnóstico, manejo clínico, tratamiento y abordaje de complicaciones asociadas al sarampión.
- 6º Garantizar el registro e ingreso de los vacunados al SIHCE o HIS/MINSA a brevedad, que permita verificar el avance los vacunados en todo nivel con acceso a internet.
- 7º Propiciar una estrecha comunicación entre las áreas de Epidemiología, Inmunizaciones y Laboratorio Referencial, que permita un manejo estrecho de la información sobre nuevos casos, riesgos de ESAVIS y resultados LAB oportunos que redirija las acciones de seguimientos de contactos hacia los casos confirmados.

**b) Dirección de Intervenciones Estratégicas — Inmunizaciones**

- 1º Intensificar la campaña de vacunación SPR con meta prioritaria en niños menores de 5 años y niños de 5 a 10 años con esquema incompleto, para una población objetivo de 53,760 niños desde los 6 meses a 10 años con esquema incompleto o sin vacunar.
- 2º Implementar actividades de vacunación masiva indiscriminada (una dosis adicional de vacuna SRP o SR) a los grupos de mayor riesgo, conforme el análisis de susceptibles y datos de vigilancia, incluyendo los lactantes de 6 a 11 meses (dosis cero).
- 3º Implementar y fortalecer las brigadas extramurales para cumplir con los Barridos y cercos vacunales en zonas priorizadas, estableciendo además puntos fijos de vacunación en instituciones educativas, terminales terrestres, espacios deportivos y otros lugares de alta concurrencia.
- 4º Garantizar la vacunación del personal de salud expuesto como contacto directo a un caso confirmado como POSITIVO, dentro de las 48 horas de su exposición.
- 5º Recomendar la inmunización de población susceptible menor de 59 años sin antecedente comprobado de inmunización, gestionando oportunamente el abastecimiento de vacunas SR y SPR, según corresponda.
- 6º Monitorear diariamente el seguimiento de las dosis aplicadas hasta el nivel de EESS en cumplimiento de las actividades de intensificación y bloque vacunal.
- 7º Evaluar la posibilidad de ampliar los horarios del servicio de vacunación hasta los fines de semana, conforme la dinámica de la población objetivo de vacunación.
- 8º Mantener operativa la cadena de frío y asegurar el abastecimiento continuo de vacunas e insumos estratégicos.
- 9º Reportar diariamente el avance de cobertura y actividades de vacunación a la Dirección de Epidemiología para el monitoreo regional permanente.



**c) Dirección de Intervenciones Estratégicas — Laboratorio**

- 1º Priorizar el procesamiento de muestras de casos sospechosos de sarampión/rubeola en el Laboratorio de Referencia Regional de Arequipa.
- 2º 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.
- 3º Garantizar el envío oportuno y completo de muestras al Instituto Nacional de Salud - INS (Lima), conforme a la normativa vigente, para la confirmación diagnóstica definitiva.
- 4º Mantener el abastecimiento continuo de insumos, medios de transporte y materiales necesarios para la toma, conservación y traslado adecuado de muestras biológicas.
- 5º Fortalecer la capacidad operativa del laboratorio mediante la disponibilidad de personal capacitado, asegurando la emisión oportuna de resultados en un horario determinado y regular que permita reprogramar las actividades en casos de conglomerados en instituciones cerradas (centros educativos, institutos, universidades, albergues, CRAS, bases militares, etc.). En caso de incremento de la demanda de análisis de un mayor número de muestras, considerar la gestión de mayor recurso humano para extender hasta los días sábados la recepción, procesamiento y entrega de resultados.

- 6° Garantizar el cumplimiento de los procedimientos técnicos establecidos para la toma, conservación y transporte de muestras, conforme a los anexos técnicos vigentes (ver Anexo 03).
- 7° Establecer los flujos correctos de información de resultados positivos, para redireccionar a brevedad las actividades de cerco epidemiológico y vacunación de todo contacto identificado.
- 8° Garantizar el registro oportuno de resultados en el sistema NetLab2.

**d) Dirección de Epidemiología<sup>13</sup>**

- 1° Mantener la notificación inmediata (< 24 horas) de todo caso sospechoso, confirmado o fallecido por sarampión al nivel correspondiente.
- 2° Garantizar la investigación epidemiológica de todo caso sospechoso dentro de las primeras 48 horas, conforme a la Directiva Sanitaria N° 151-MINSA/CDC-2023.
- 3° Monitorear los procesos de BAI (búsqueda activa institucional) en los EESS del lugar de residencia y desplazamiento del caso confirmado; y de BAC (búsqueda activa comunitaria) en las manzanas respectivas alrededor de la vivienda.
- 4° Elaborar y actualizar diariamente la línea de tiempo epidemiológica de los casos confirmados permitiendo la identificación de contactos y el adecuado cerco epidemiológico.
- 5° Asegurar el registro oportuno y actualizado de los casos en el OSIRIS.
- 6° Activar y capacitar a los equipos de respuesta rápida, incorporando todas las áreas relevantes. Definir un liderazgo claro desde el más alto nivel para facilitar la coordinación e implementación de las actividades de respuesta.
- 7° Implementar la sala de situación para el análisis de los datos y toma de decisiones. Esto debe incluir el análisis detallado de los casos, incluyendo su ruta de desplazamiento y el análisis de las actividades de vacunación implementadas. Manteniendo activa la Sala Situacional Regional durante el período de transmisión activa y/o brote epidemiológico (Escenarios III) ver Anexo 02.
- 8° Supervisar la correcta aplicación de la Ficha de Investigación Epidemiológica de Campo para sarampión/rubéola.
- 9° Monitorear los establecimientos de salud con silencios de notificación y realizar la notificación negativa.
- 10° Intensificar la vigilancia epidemiológica en terminales terrestres y puntos de entrada de personas procedentes de regiones con transmisión.
- 11° Fortalecer la coordinación interregional con DIRESA Puno y otras jurisdicciones para el seguimiento de casos y cadenas de transmisión.
- 12° Clasificar y actualizar los casos conforme a las definiciones operacionales vigentes.
- 13° Desarrollar asistencias técnicas permanentes dirigidas al personal de salud sobre vigilancia epidemiológica, prevención, control y respuesta frente a casos de sarampión/rubéola.
- 14° Fortalecer los Equipos de Respuesta Rápida (ERR) con personal de apoyo previamente capacitado para cumplir las funciones de vigilancia epidemiológica esperadas para el presente brote.
- 15° Ante la intensificación de vacunación masiva, se fortalecerá la vigilancia epidemiológica de ESAVI severos, y su notificación inmediata, antes de las 24 horas.
- 16° Los equipos de epidemiología de cada IPRESS deberán monitorear y realizar el control de calidad de las Fichas de Investigación Clínica Epidemiológica de S/R, junto al profesional responsable que identificó y atendió el caso.

**e) Gerencia Regional de Salud — Hospitales y Redes**

- 1° Organizar los servicios de salud con circuitos diferenciados para pacientes febriles respiratorios, y casos sospechosos o confirmados de sarampión, minimizando el riesgo de exposición y transmisión intrahospitalaria.



<sup>13</sup> OPS/OMS Alerta Epidemiológica: Sarampión en la Región de las Américas - 29 mayo del 2026

- 2º Mantener un flujo adecuado de referencia de pacientes en salas de aislamiento (en cualquier nivel de atención), evitando el contacto con otros pacientes en salas comunes como salas de espera y de hospitalización. Y reforzar las medidas de bioseguridad y precauciones de transmisión aérea, revisando los riesgos de las áreas comunes no bien diferenciadas y los servicios de apoyo al diagnóstico (Rx, Ecografías; Lab. etc.). Ver diagramas y croquis a tomarse en cuenta según nivel de IPRESS, en el Anexo 05 (a) (b).
- 3º Garantizar la disponibilidad permanente de equipo de protección personal (EPP) para el personal y administrativo expuesto.
- 4º Garantizar los insumos necesarios y recomendados para cumplir con los procedimientos de limpieza y desinfección de áreas críticas y de atención diferenciada.
- 5º Lograr la disponibilidad permanente de equipos de protección personal (EPP) en especial la mascarilla a N95, para el personal expuesto.
- 6º Disponer que todo usuario interno y externo, para ingresar al centro hospitalario o establecimiento de salud deberá usar una mascarilla descartable de tres pliegues, como mínimo.
- 7º Coordinar con las autoridades competentes la adopción de medidas temporales de control sanitario en instituciones educativas vinculadas epidemiológicamente a casos confirmados.
- 8º Establecer los flujos de la referencia de pacientes con sospecha de sarampión y condición clínica complicada, para asegurar el transporte asistido y la comunicación y acceso oportuno hacia el EESS de mayor capacidad resolutive.
- 9º Fortalecer la oferta de salud fija, salud móvil (SAMU) y la Telesalud, en los tres niveles de atención en salud priorizando la consulta externa y controles de los casos de sarampión con aislamiento domiciliario.
- 10º Evaluar la posibilidad de aplicación de normativa vigente que permita la suspensión de vacaciones al personal CAS, D.L. 728 o D.L. 276 que sean prioritarios para continuar las labores de vigilancia epidemiológica, cercos epidemiológicos y brigadas de inmunizaciones, mientras continúe la declaratoria de Emergencia Sanitaria Regional. Concluida la misma, las vacaciones suspendidas serían reprogramadas, en común acuerdo con el servidor colaborador durante este evento de Emergencia.



f) **Dirección de Comunicaciones**

- 1º Implementar estrategias de comunicación de riesgo dirigidas a la población general sobre signos y síntomas del sarampión, medidas preventivas e importancia de la vacunación.
- 2º Fortalecer campañas informativas a través de radio, perifoneo, redes sociales; promoviendo la vacunación y combatiendo la desinformación.
- 3º Promover un manejo responsable y ético de la información relacionada con casos sospechosos y confirmados, respetando la confidencialidad y privacidad de los pacientes.
- 4º Difundir mensajes claros y basados en evidencia, evitando el alarmismo y favoreciendo la confianza de la población en las intervenciones de salud pública.
- 5º Fortalecer y ejecutar alianzas con instituciones públicas y privadas para ampliar la difusión de mensajes clave
- 6º Mantener estrecha coordinación con las oficinas de Epidemiología y de Inmunizaciones para la emisión de información técnica y validada y oportuna.
- 7º Garantizar que toda difusión relacionada a casos confirmados, sospechosos o descartados sea canalizado conforme los lineamientos de la vocería oficial establecidos por la Gerencia Regional .
- 8º Realizar talleres dirigidos a periodistas locales sobre el abordaje y tratamiento de la información sobre el sarampión y la importancia de la vacunación.

g) **Dirección de Promoción de la Salud**

- 1º Realizar incidencia y abogacía con el Comité Regional Multisectorial, el Consejo Regional de Salud, Consejo Provincial y Comités Distritales de Salud, según corresponda, para promover la protección de la salud pública, incluida la importancia de la vacunación con SPR/SR.

- 2º Coordinar con el sector Educación la implementación de acciones preventivas y de vacunación en instituciones educativas públicas y privadas. Así como la adopción de medidas temporales de control sanitario y prevención en instituciones educativas vinculadas epidemiológicamente a los casos confirmados.
- 3º Desarrollar actividades de educación sanitaria con enfoque intercultural en comunidades y poblaciones con bajas coberturas vacunales y propiciar la difusión de mensajes clave en las principales centros educativos .
- 4º Difundir campañas de sensibilización entre los Centros educativos (profesores, administrativos, APAFAS y alumnado) sobre la necesidad de conocer el estado vacunal de cada alumno o integrante de la institución educativa; y de completar su calendario de inmunizaciones si se hallan estudiantes con esquema incompleto, en especial lo referido a la protección contra el sarampión.
- 5º Promover campañas de concientización sobre la búsqueda temprana de atención médica ante la presencia de fiebre y erupción cutánea.
- 6º Fortalecer la participación comunitaria y multisectorial en las acciones de prevención y control del sarampión.

## VII. CONCLUSIONES

1. La región Arequipa ha confirmado casos de sarampión relacionados epidemiológicamente con la transmisión activa existente en la región Puno, denominados como casos importados, y se ha evidenciado además la aparición de casos secundarios y transmisión local, lo que configura un escenario de alto riesgo sanitario regional.
2. El contexto epidemiológico internacional y nacional evidencia un incremento sostenido de casos de sarampión en las Américas y en el país, situación que incrementa el riesgo de importación y diseminación del virus hacia otras regiones, incluida Arequipa.
3. Las bajas coberturas de vacunación SPR registradas en los últimos años constituyen el principal factor de vulnerabilidad para la reintroducción y transmisión sostenida del sarampión, favoreciendo la acumulación de población susceptible.
4. La región Arequipa mantiene activadas las acciones de vigilancia epidemiológica, investigación de casos, cercos epidemiológicos, fortalecimiento laboratorial y vacunación de bloqueo; sin embargo, se requiere intensificar las intervenciones para contener oportunamente la transmisión local.
5. La dinámica permanente de desplazamiento poblacional entre Puno y Arequipa incrementa la probabilidad de aparición de nuevos casos importados y secundarios, por lo que resulta indispensable fortalecer las medidas de vigilancia, vacunación y control sanitario.
6. Se impone iniciar un proceso de barrido al grupo vulnerable de vacunados incompleto y no vacunados, menores de 11 años y al grupo de adolescentes, jóvenes y adultos hasta llegar a una cobertura del 95% y lograr la inmunidad de rebaño.
7. Se recomienda mantener el nivel de alerta epidemiológica regional y reforzar la articulación multisectorial e interinstitucional hasta evidenciar la interrupción de la transmisión local, conforme a los criterios epidemiológicos establecidos por la normativa nacional e internacional.
8. El sostenimiento de la alerta nivel ROJO (ALTO) se mantendrá hasta que no se registren nuevos casos autóctonos por al menos dos períodos de incubación completos (21 días) desde el último caso confirmado.
9. La OPS/OMS recomienda a los Estados Miembros promover que todo viajero de seis meses de edad o mayor, que no pueda mostrar prueba de vacunación (con dos dosis de vacuna contra sarampión-rubeola) o inmunidad permanente, reciba una dosis de vacuna contra el sarampión y la rubéola, de preferencia dos semanas antes de viajar a áreas o países donde se ha documentado la transmisión activa de sarampión o rubéola, para asegurar así la seroconversión (V.gr. el viaje a los países sede de la próxima Copa Mundial de Fútbol 2026).



## VIII. BIBLIOGRAFIA

1. OPS/OMS Alerta Epidemiológica: Sarampión en la Región de las Américas - 29 mayo del 2026
2. OPS/OMS. Informe de Situación N°3 — Sarampión en la Región de las Américas, 21 de mayo de 2026. Disponible en: [www.paho.org](http://www.paho.org)
3. OPS/OMS. Alerta Epidemiológica — Persistencia de Sarampión en las Américas, 4 de febrero de 2026. Washington, D.C.: OPS.
4. OPS/OMS. Comunicado: Ante casos confirmados de sarampión en Puno, OPS insta a vacunación. Lima, 8 de abril de 2026. [www.paho.org](http://www.paho.org)
5. MINSA/CDC Perú. Alerta Epidemiológica AE-CDC-N°003-2026, 4 de marzo de 2026. Lima: CDC Perú / [epipublic.dge.gob.pe](http://epipublic.dge.gob.pe)
6. MINSA/CDC Perú. Informe N° D000015-2026-CDC-DVSP-YBB-MINSA. Lima: CDC Perú, 2026
7. MINSA/CDC Perú. DGIESP. Nota Informativa N° D001186-2026-DGIESP-MINSA. Lima, 2026.
8. Ministerio de Salud del Perú. Decreto Supremo N° 008-2026-SA — Declaración de Emergencia Sanitaria de 90 días. El Peruano, 17 mayo 2026.
9. DIRESA Puno. Alerta Epidemiológica N° 01-2026 Sarampión. Puno, abril 2026. [www.diresapuno.gob.pe](http://www.diresapuno.gob.pe)
10. GERESA Arequipa. Alerta Epidemiológica Regional AER AQP 003-2026. Arequipa, 2026.
11. MINSA-REUNIS. Coberturas de Vacunación SPR por región. Corte abril 2026. Lima: MINSA. [www.minsa.gob.pe/reunis](http://www.minsa.gob.pe/reunis)
12. Directiva Sanitaria N° 151-MINSA/CDC-2023 — Vigilancia Epidemiológica de Sarampión y Rubeola. Lima: MINSA, 2023.
13. Defensoría del Pueblo del Perú. Pronunciamiento sobre brote de sarampión en Puno. Lima, mayo 2026.
14. Consejo Regional III Lima CMP. "Vacunación, nuestro escudo impostergable. El resurgimiento del sarampión en el Perú". [cmplima.org.pe](http://cmplima.org.pe), abril 2026.
15. MCLCP — Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza. "Emergencia por brote de sarampión y riesgo elevado de contagio en 14 regiones". Alerta vacunación, 2026.
16. Asociación Médica Peruana (amp.pe). "Bajas coberturas y Semana de la Vacunación de las Américas". Mayo 2026.
17. OPS/OMS. "OPS y Minsa capacitan a regiones del Perú para el barrido nacional de vacunación contra el sarampión". Lima, agosto 2024.

**Arequipa, 2026 mayo 27<sup>14</sup>**

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD

MC. F. LUZ SANTILLANA CUENTAS  
DIRECCION DE EPIDEMIOLOGIA  
C.M.P. 21164



<sup>14</sup> EXP.: 5804705 REG.: 9631051 Fol.: 23  
Inf. Téc. N° 6-2026-GRA/GRS/GR/DEPI

IX. ANEXOS

Tabla 01. INTERPRETACIÓN DE LA TASA DE NOTIFICACIÓN DE CASOS SOSPECHOSOS DE SARAMPIÓN (Indicador de sensibilidad del sistema de vigilancia epidemiológica OPS/OMS)

Tasa (x 100.000 hab/año)	Nivel	Interpretación	Fuente
< 1	Crítico	Vigilancia muy deficiente. Sistema subnotificador grave. No detecta casos sospechosos. Riesgo alto de brotes no identificados.	OPS/OMS. Guía de vigilancia SR, 2017 CDC/MMWR Vol.73, 2024
1 - < 2	Insuficiente	Por debajo de la meta mínima. Vigilancia débil. Alta probabilidad de subnotificación. Requiere refuerzo urgente de la búsqueda activa.	OPS. Evaluación de riesgo sarampión, mar 2025 INS Colombia, 2023
≥ 2 - < 5	Aceptable ✓	Cumple la meta mínima OPS/OMS. Sistema con sensibilidad adecuada. Valor aceptable para países en fase de eliminación sin brote activo.	OPS/OMS. Meta estándar global de vigilancia PMC/EI Salvador 2019-2023 (PMCT1648102)
5 - < 15	Elevado	Vigilancia muy activa con búsqueda intensificada O presencia de brote moderado. El Salvador alcanzó 8-9 sin casos confirmados. Requiere análisis de confirmación laboratorial.	OPS. Rev Panam Salud Pública, 2024 OPS. Boletín SR, 2019-2024
15 - < 30	Muy alto	Nivel asociado a brotes de gran magnitud. En 2019, durante brotes masivos en Venezuela y Brasil, la tasa regional fue 14,2. Superar este umbral indica emergencia epidemiológica.	OPS. Evaluación de riesgo sarampión, mar 2025 OPS/OMS. Alerta epidemiológica, feb 2026
≥ 30 - < 50	Crítico	Emergencia epidemiológica activa. Transmisión sostenida intensa. Supera ampliamente todos los umbrales documentados en la Región. Activar respuesta de emergencia inmediata.	OPS. Alerta epidemiológica feb 2026 CDC/MMWR Vol.73, 2024
≥ 50	⚠ Emergencia	25 veces superior a la meta mínima. Situación de emergencia epidemiológica grave. Probable brote masivo activo con transmisión acelerada. Notificación inmediata a OPS/RSI obligatoria.	OPS/OMS. Reglamento Sanitario Internacional CDC/MMWR Vol.73, 2024 OPS. Alerta epidemiológica feb 2026



**ANEXO 02**

**ESCENARIOS EPIDEMIOLÓGICOS EN UN BROTE DE SARAMPIÓN**

**PRINCIPIO RECTOR APLICADO EN TODOS LOS ESCENARIOS**

"Un caso probable de sarampión o rubéola debe ser tratado como un caso confirmado mientras no se demuestre lo contrario, y un solo caso confirmado de sarampión o de rubéola es un brote"

PLAN DE RESPUESTA RÁPIDA PARA LA INTERRUPCIÓN DEL BROTE DE SARAMPIÓN —OPS/OMS Y SECRETARÍA DE SALUD DE MÉXICO (2025), BASADO EN LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL MANUAL OPERATIVO DE RESPUESTA RÁPIDA A CASOS IMPORTADOS DE SARAMPIÓN-RUBÉOLA EN LA ERA POST ELIMINACIÓN (ERRA/OPS)

	Escenario I	Escenario II	Escenario III
<b>Situación</b>	Transmisión comunitaria continua	Pocas cadenas de transmisión	Sin casos confirmados
<b>Gravedad</b>	Alta ●	Media ●	Controlada ●
<b>Estrategia de vacunación</b>	Barrido masivo	Bloqueo selectivo	Vigilancia y preparación
<b>Prioridad ERRA</b>	Contención a gran escala	Corte de cadenas identificadas	Mantenimiento del estado de eliminación



Escenario	Estrategia ERRA	Ejemplo en Perú
II (transmisión limitada)	Bloqueo en 5 manzanas, rastreo de contactos, laboratorio molecular	Puno — primeras semanas del brote 2026
I (transmisión comunitaria)	Barrido masivo, tres líneas simultáneas, emergencia sanitaria	Puno + 13 regiones — Emergencia D.S. N.º 008-2026-SA
III (sin casos)	Vigilancia activa, microplanificación, coberturas >95%	Barrido preventivo septiembre-octubre 2024

Criterio	Lo que deberá demostrar Perú
<b>Epidemiológico</b>	12 semanas sin nuevos casos confirmados desde el último caso en Puno, con vigilancia activa en >80% de unidades notificadoras
<b>Vacunación</b>	Cobertura verificada externamente en zonas de riesgo (fronteras, comunidades indígenas, mercados, Lima), superando las brechas actuales (hoy Puno con solo ~28% en primera dosis)
<b>Laboratorio</b>	Caracterización del genotipo/linaje de todas las cadenas, confirmación de ausencia de circulación viral por PCR/serología

**ANEXO 03**

# TOMA DE MUESTRA PARA DIAGNÓSTICO DE SARAMPION/RUBEOLA

### 1. TIPOS DE MUESTRA

**SUERO**

- Extraer 5 mL de sangre venosa en tubo seco SIN anticoagulante.
- Centrifugar y separar suero.
- Trasvasar a criovial estéril de 2ml.

**HISOPADO NASAL / FARÍNGEO O NASOFARÍNGEO**

- Tomar hisopado nasal o faríngeo o nasofaríngeo u orofaríngeo.
- Usar hisopos de dacrón o nylon con mango de plástico. NO HISOPO DE MADERA
- Colocar ambos hisopos en el Medio de transporte viral (MTV)

### 2. TIEMPO DE TOMA DE LA MUESTRA

**SUERO**

- En el primer contacto con el caso sospechoso hasta 30 días después de la aparición de la erupción.

**HISOPADO NASOFARÍNGEO / FARÍNGEO**

- Primer día de aparición de la erupción hasta 14 días después de la aparición de la erupción

### 3. CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE

- Temperatura: 2 – 8 °C
- Mantener cadena de frío durante toda su conservación y transporte
- Remitir antes de las **72 horas**, lo antes posible

#### TRIPLE EMPAQUE OBLIGATORIO

1. RECIPIENTE PRIMARIO HERMÉTICO	2. ENVASE SECUNDARIO	3. EMBALAJE EXTERNO	ETIQUETA EXTERNA
 • Vial de 2 mL. • Suero • Volumen mínimo: 1 mL. • No hemolizado • Con tapa hermética, rotulado y sellado con parafilm	 • Con material absorbente • Hermético	 • Caja rígida • Rotulada	 • Remitente y destinatario • Sustancia biológica, categoría B • UN 3373

### 4. DOCUMENTACIÓN

**ENVIAR CON FICHA EPIDEMIOLÓGICA COMPLETA Y LEGIBLE**

- ✓ Nombre, apellido, edad
- ✓ Dirección, teléfono del caso o contacto (menor de edad), procedencia
- ✓ Fecha de inicio de fiebre
- ✓ Fecha de inicio de erupción (exantema)
- ✓ Fecha de toma de muestra
- ✓ Descripción de las erupciones
- ✓ Fecha de vacunación
- ✓ Otros datos clínicos relevantes

**! DATOS INCOMPLETOS SON MOTIVO DE RECHAZO**

### 5. MOTIVOS DE RECHAZO

 Llega sangre total	 Si no está alícuotada en vial de 2 mL	 Muestra hemolizada	 Volumen menor a 1 mL
 Ruptura de cadena de frío	 Derrame o envase mal cerrado	 Empaque inadecuado	 Datos incompletos o incorrectos

**CUALQUIERA DE ESTOS MOTIVOS ANULA LA MUESTRA**

### 6. OBSERVACIONES IMPORTANTES

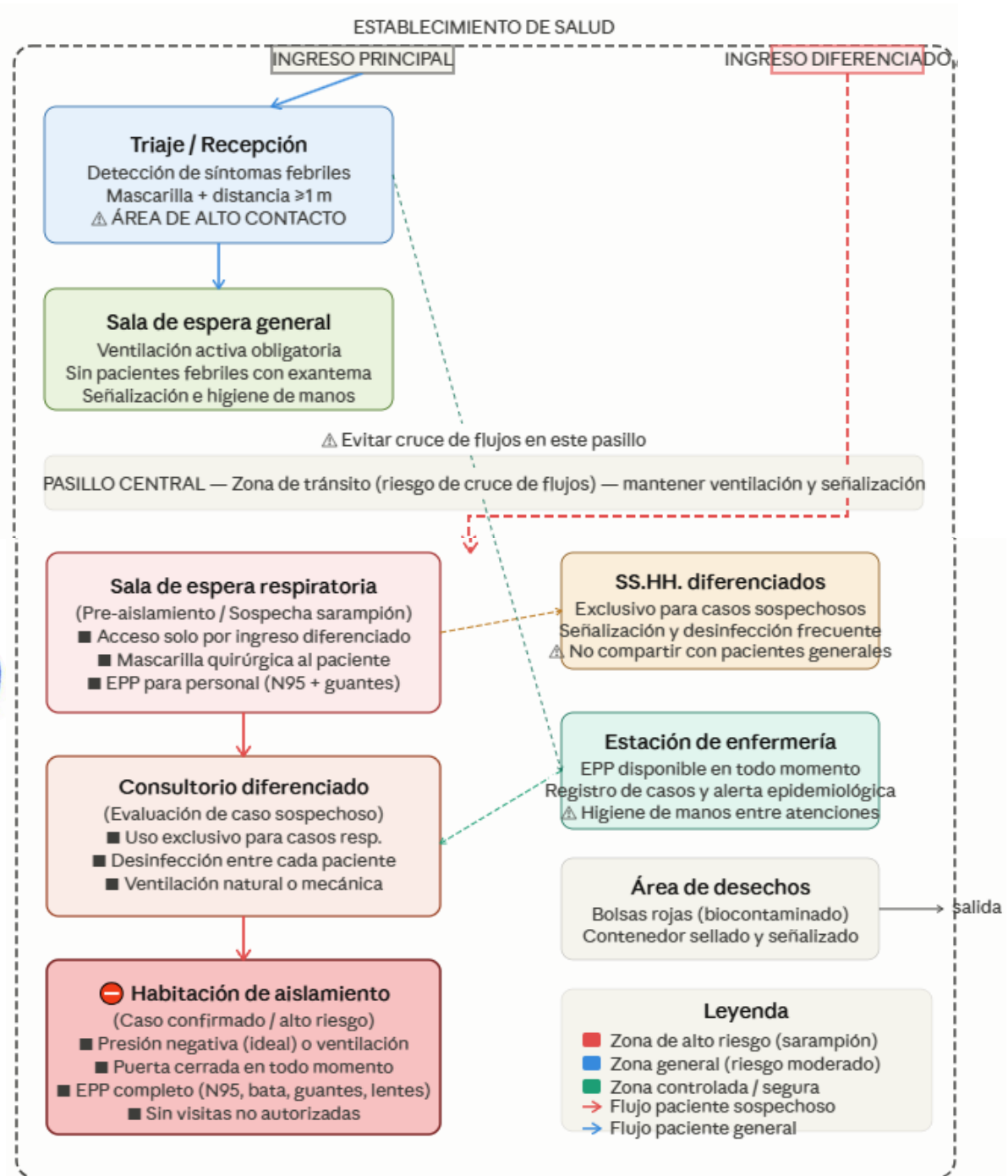
- El suero debe llegar en vial de 2 mL bien cerrado y rotulado.
- Volumen mínimo obligatorio: 1 mL de suero.
- No hemolizado.
- La toma, conservación y envío adecuado garantizan resultados confiables para el diagnóstico de sarampión y rubéola.

**! IMPORTANTE**

La calidad de la muestra es clave para la vigilancia, prevención y control de estas enfermedades.



**ANEXO 04 (a)**



**Doble ingreso — la medida más importante.** El ingreso diferenciado (derecha) debe estar señalizado y separado del ingreso general. Desde el triaje, cualquier paciente con fiebre + exantema debe ser redirigido inmediatamente por esa vía sin pasar por la sala de espera general.

**Zonas donning/doffing — el eslabón más débil.** La mayoría de los contagios al personal ocurren durante el retiro del EPP. El supervisor de doffing es obligatorio, no opcional.

**ANEXO 04 (b)**

