ALERTA EPIDEMIOLÓGICA

Ante la transmisión comunitaria de sarampión y la necesidad de fortalecer la respuesta según escenarios epidemiológicos en el Perú

CÓDIGO: AE – CDC- N°009- 2026

Firmado digitalmente por AGUILERA BECERRIL Edgar Roy FAU 20131373237 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 19.10.2026 12:39:37 -05:00

I. OBJETIVO

Alertar a los establecimientos de salud públicos (EESS), privados y mixtos a nivel nacional, ante la transmisión comunitaria de sarampión en el país, a fin de intensificar la vacunación, la vigilancia e investigación epidemiológica y fortalecer la capacidad de respuesta de los servicios de salud, mediante acciones diferenciadas según el escenario epidemiológico de cada distrito.

Firmado digitalmente por CUADROS MACO Jose Darwin FAU 20131373237 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 19.10.2026 11:51:47 -05:00

II. ANTECEDENTES

Hasta la SE 41 de 2026, con corte al 16 de octubre, se notificaron 2 707 casos confirmados de sarampión en el país, distribuidos en 22 regiones y la provincia constitucional de Callao , 74 provincias 218 distritos. Tumbes y Amazonas son las únicas regiones sin casos confirmados; Puno (53,0 %) y equipa (19,7 %) concentran el 72,7 % de los casos.Se registra transmisión comunitaria en Puno, equipa, Madre de Dios y Cusco, así como en Lima Metropolitana, en las jurisdicciones de las DIRIS Lima Centro, Lima Sur, Lima Norte y Lima Este.

Firmado digitalmente por CARPIO MONTENEGRO Wilder Vidauro FAU 20131373237 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 19.10.2026 11:09:28 -05:00

Según curso de vida, el 42,3 % (1 144) de los casos corresponde a jóvenes de 18 a 29 años; el 38,3 % (1 036) a niños de 0 a 11 años; el 8,7 % (237) a adolescentes de 12 a 17 años; el 10,6 % (286) a adultos de 30 a 59 años; y el 0,2 % (6), a adultos mayores. Asimismo, el 59,1 % (1 555) corresponde al sexo masculino y el 14,0 % (383) requirió hospitalización.

Firmado digitalmente por MUNAYCO ESCATE Cesar Vladimir FAU 20131373237 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 18.10.2026 06:06:40 -05:00

Respecto al antecedente vacunal, el 56,1 % (1 518) no contaba con vacuna contra el sarampión; el 20,2 % (548) estaba vacunado; el 12,8 % (347) no tenía evidencia de vacunación; el 5,1 % (137) desconocía su estado vacunal; el 2,9 % (79) contaba con al menos una dosis; y al 2,9 % (78) no le correspondía la vacunación contra el sarampión.

Firmado digitalmente por SOTO CABEZAS Mirtha Gabriela FAU 20131373237 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 17.10.2026 11:28:54 -05:00

n la SE 36 de 2026 se confirmó la primera defunción por sarampión en el país, correspondiente a un dolescente de 16 años, integrante de la iglesia israelita y residente del centro poblado Alto Monte, strito de San Pablo, provincia de Mariscal Ramón Castilla, departamento de Loreto. Tenía antecedente de una dosis de vacuna SPR y presentó neumonía grave como complicación. El caso fue confirmado por criterio clínico y nexo epidemiológico, tras la confirmación de sarampión en su núcleo familiar.

III. SITUACIÓN ACTUAL

Firmado digitalmente por BASILIO CHIAPPE Minerva FAU 20131373237 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 16.10.2026 23:16:02 -05:00

a extensión geográfica de los casos y la presencia de transmisión comunitaria en determinados ámbitos evidencian una situación epidemiológica heterogénea en el país. Por ello, la respuesta debe adaptarse a la situación epidemiológica de cada distrito, de acuerdo con cuatro escenarios: escenario 0, sin confirmación de casos; escenario 1, confirmación de un caso sin transmisión; escenario 2, cadenas de transmisión trazables; y escenario 3, transmisión comunitaria.

Firmado digitalmente por SUMIRI LAURA Lourdes Nathaly FAU 20131373237 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 16.10.2026 21:15:26 -05:00

V°B° INSTITUTO NACIONAL DE SALUD
Firmado digitalmente por SUAREZ MORENO Victor Javier FAU 20131263130 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 19.10.2026 15:31:52 -05:00

Perú Responde

La determinación del escenario epidemiológico de cada distrito estará a cargo del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC Perú), en coordinación con las Direcciones de Redes Integradas de Salud (DIRIS), Direcciones Regionales de Salud (DIRESA) o erencias Regionales de Salud (GERESA), según corresponda.

PERÚ MINSA
Firmado digitalmente por ROJAS AGUILAR Rosa Maria FAU 20131373237 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 19.10.2026 13:06:03 -05:00

Tabla 1. Escenarios epidemiológicos de sarampión y enfoques de respuesta

Escenario epidemiológico	Descripción	Enfoque
Escenario 0 **Sin confirmación de casos**	Ausencia de casos confirmados actuales en un distrito, con riesgo de introducción del virus desde territorios con transmisión activa.	Preparación y prevención orientadas a la detección y respuesta oportuna ante posibles casos importados.
Escenario 1: Confirmación de un caso sin transmisión y Escenario 2: Cadenas de transmisión trazables	Se identifica un caso confirmado y según la investigación epidemiológica no ha presentado casos secundarios.	Contención. Se mantienen las acciones de preparación y prevención.
	Casos confirmados que corresponden a la primera (1ª) generación (casos secundarios) o segunda (2ª) generación (casos terciarios) de transmisión a partir del caso índice o caso importado. Existe una trazabilidad del 100 % y se conoce con precisión la cadena de transmisión (quién contagió a quién).	Contención. Se mantienen las acciones de preparación y prevención.
Escenario 3: Transmisión comunitaria	Casos confirmados que corresponden a la tercera (3ª) o cuarta (4ª) generación de transmisión en adelante y/o se caracteriza por la pérdida de la trazabilidad epidemiológica, identificando casos que no tienen nexo conocido con los casos anteriores o no se puede identificar claramente la fuente de infección, lo que evidencia que el virus circula libremente en la población.	Control y mitigación. Se mantienen las acciones de preparación, prevención y contención.

IV. RECOMENDACIONES

Las Direcciones Integradas de Salud (DIRIS), Direcciones Regionales de Salud (DIRESA) Y Gerencias Regionales de Salud (GERESA), en coordinación con sus Redes Integradas de Salud (RIS), Redes de Salud (RS) y Establecimientos de Salud (EESS) públicos y privados, deberán implementar las siguientes recomendaciones de acuerdo a sus respectivas competencias:

Escenario epidemiológico	Actividades
Escenario 0 **Sin confirmación de casos**	**INMUNIZACIONES** · Bloqueo vacunal ante casos sospechosos: - En personas de 6 meses a 29 años, 11 meses y 29 días. - Vacunar a los contactos directos de 6 meses a 59 años. ● Cierre de brechas en la población de 6 meses a 10 años, 11 meses y 29 días: - Niños y niñas de 6 meses a 4 años, 11 meses y 29 días: vacunar según el esquema de vacunación, con la primera o segunda dosis de SPR. - Niños y niñas de 5 a 10 años, 11 meses y 29 días: administrar una sola dosis de SPR si no cuentan con vacunación previa o con evidencia de registro. · Revisar los datos históricos de cobertura de vacunación por cohortes, considerando el mayor número de años posible, y analizar el número de personas susceptibles para identificar brechas de inmunidad por ámbito geográfico, grupo etario y grupo poblacional. · Realizar actividades de vacunación intensiva, como campañas de seguimiento y vacunación en instituciones educativas. **EPIDEMIOLOGÍA** · Garantizar el inicio de la investigación y control a partir de la detección de los casos sospechosos, sin esperar la confirmación. · Notificar todos los casos dentro de las primeras 24 horas de su detección. · Realizar la investigación domiciliaria de cada caso sospechoso dentro de las primeras 48 horas desde su notificación. · Garantizar que la BAI y la BAC se amplíen a las jurisdicciones de residencia y a los lugares visitados por los casos. · Garantizar la notificación negativa. · Detectar zonas silentes e implementar estrategias para mejorar la detección y notificación en ellas. · Realizar la BAI y la BAC en distritos sin notificación de casos sospechosos, al menos cada 12 semanas. · Capacitar al personal de los EESS para asegurar la detección, la notificación inmediata, el tratamiento y el aislamiento oportuno de los casos. · Realizar la georreferenciación de todos los casos sospechosos.

· Garantizar el seguimiento de contactos.

. Intensificar la vigilancia en puntos de entrada (puertos, aeropuertos y fronteras terrestres) y sensibilizar sobre la enfermedad a las demás instituciones presentes (por ejemplo migraciones, SUNAT, operadores de transportes y prestadores de servicios, etc.), para la comunicación inmediata de viajeros (incluidos tripulaciones) o trabajadores con enfermedad eruptiva febril, a fin de que la autoridad sanitaria puede evaluarlos y adoptar las medidas sanitarias correspondientes.

LABORATORIO

· Realizar el diagnóstico por laboratorio de las muestras de casos sospechosos (obtener muestra de suero y respiratoria en el primer contacto con todo caso sospechoso, conforme al algoritmo nacional).

· Monitorear el cumplimiento de los indicadores de desempeño de laboratorio para la vigilancia de sarampión y rubéola en los casos notificados, incluyendo:

- Porcentaje de muestras de suero de casos sospechosos de sarampión y rubéola que ingresan al INS hasta cinco (5) días posteriores a su obtención.

- Porcentaje de muestras de suero analizadas por el INS cuyos resultados son registrados en el sistema NetLab2 dentro de los cuatro (4) días posteriores a la recepción de la muestra en el Área de Recepción y obtención de muestras (ROM).

● Capacitar al personal en la obtención, conservación y transporte adecuado de muestras biológicas para el diagnóstico de sarampión y rubéola.

● Realizar la búsqueda activa laboratorial de sarampión, cada dos meses, a partir de enfermedades arbovirales y otras enfermedades virales, con síntomas clínicos de fiebre y erupción (5 a 10 muestras).

● Realizar el secuenciamiento genómico para la identificación de los genotipos circulantes de todas las muestras positivas detectadas por RT-PCR.

· Fortalecer la capacidad técnica de los Laboratorios de Referencia Regional en el diagnóstico de Sarampión.

ATENCIÓN Y SERVICIOS DE SALUD

· Brindar asistencia técnica para fortalecer la organización y funcionamiento de los servicios de salud considerando: la oferta de salud fija, móvil y telesalud para la continuidad y complementariedad de la cartera de servicios de salud (consulta externa, emergencia, internamiento, apoyo al diagnóstico) en los E.S y SMA de los tres niveles de atención de salud, según corresponda; el proceso de referencia y contrarreferencia, uso de los Equipos de Protección Personal (EPP).

- Capacitar y actualizar al personal clínico y de triaje en el reconocimiento del sarampión (incluida la fase prodrómica) y el diagnóstico diferencial.
- Garantizar la capacidad de aislamiento ante falta de habitaciones con presión negativa, implementar aislamiento respiratorio funcional: habitación individual, puerta cerrada, ventilación adecuada, ruta diferenciada, uso de mascarilla de protección respiratoria N95 por parte del personal y reducción del tiempo de permanencia del caso en salas comunes.
- Fortalecer las medidas de precaución estándar (higiene de manos, limpieza y desinfección, manejo de residuos) y asegurar la vacunación del personal de salud.
- Brindar capacitación sobre el uso apropiado del EPP (N95, protección ocular y bata).
- Garantizar EPP (mascarillas de protección respiratoria N95, protección ocular, batas) y los aspectos logísticos de reposición inmediata para las medidas de precaución frente a la transmisión por vía aérea.
- Verificar las existencias de vitamina A.

PROMOCIÓN DE LA SALUD

- Coordinar con el director del EESS para impulsar el involucramiento de todo el equipo multidisciplinario de salud en la promoción de la vacunación a través de los diferentes servicios del establecimiento, tanto en actividades intramurales como extramurales.
- De acuerdo a los reportes generados por inmunizaciones y comunicaciones, articular para generar el mapa de actores sociales y entidades, así como su postura frente a la vacunación (a favor o en contra) y nivel de influencia comunitaria para diseñar la estrategia de abordaje preventivo.
- A través del consejo regional de salud, consejo provincial de salud y comité distrital de salud, según corresponda, impulsar el plan de acción que incluya participación comunitaria con pertinencia cultural y énfasis en promoción de la vacunación, difusión de medidas de prevención, vigilancia comunitaria y medidas de control domiciliario (precauciones estándar e higiene respiratoria) de acuerdo con la NTS N°247-MINSA/DGIESP-2026 y vigilancia en los puntos críticos (zonas de gran aglomeración de personas y de entrada y salida) de la localidad y su respectivo reporte al sectorista del establecimiento de salud.
- Articulación para que los demás sectores de la comunidad generen normativas a nivel regional y local que permitan difusión e intervenciones de salud (educación sanitaria, facilitar el acceso a la vacunación y fortalecer la preparación ante la eventual aparición de casos, etc.) en las instituciones educativas, instituciones de educación superior, centros laborales y otros, según corresponda.

	COMUNICACIÓN · Elaborar un plan de comunicación de riesgos que incluya un componente de comunicación de crisis, para garantizar una respuesta oportuna y coordinada ante posibles brotes. · Preparar y disponer de materiales de comunicación digital (multilingües, culturalmente adaptados) para su difusión continua. · Monitorear a los medios de comunicación y plataformas digitales para detectar el surgimiento de contenidos antivacunas y preparar mensajes de respuesta basados en evidencia, anticipados y adaptados a los determinantes locales de la reticencia. · Adaptar los mensajes para cuidadores de menores de 5 años, personas que viajan, población escolar, población migrante, comunidades indígenas, sectores de turismo o transporte y zonas con baja cobertura de vacunación. · Capacitar a voceros con énfasis en la respuesta a brotes de enfermedades inmunoprevenibles; usar las vocerías nacionales y territoriales coordinadas. · Establecer y mantener relaciones con los medios de comunicación para brindarles información con datos de la parte técnica. · Actualizar y difundir información de salud para quienes viajan, alineados con las alertas epidemiológicas vigentes de la OPS.
Escenario 1: Confirmación de un caso sin transmisión **Escenario 2: Cadenas de transmisión trazables**	**INMUNIZACIONES** · Bloqueo vacunal ante casos sospechosos: - En personas de 6 meses a 29 años, 11 meses y 29 días. - Vacunar a los contactos directos de 6 meses a 59 años. · Realizar el cierre de brechas en la población de 6 meses a 10 años, 11 meses y 29 días: - Niños y niñas de 6 meses a 4 años, 11 meses y 29 días: vacunar según el esquema de vacunación, con la primera o segunda dosis de SPR. - Niños y niñas de 5 a 10 años, 11 meses y 29 días: administrar una sola dosis de SPR si no cuentan con vacunación previa o con evidencia de registro. · Considerar la ampliación del bloqueo vacunal a otros grupos de edad, según el análisis epidemiológico. · Implementar el bloqueo vacunal desde la detección de un caso sospechoso (sin esperar la confirmación de laboratorio) y culminar como máximo en las primeras 72 horas, priorizando el lugar de residencia (5 manzanas a la redonda en torno a la ubicación de la vivienda del caso sospechoso, 121 manzanas) y la ruta de desplazamiento durante el período de transmisibilidad

(instituciones educativas, centros de trabajo, recreativos o religiosos, entre otros).

- Acortar el intervalo entre la primera y la segunda dosis del esquema regular a cuatro semanas y documentar ambas dosis en el sistema de registro.

EPIDEMIOLOGÍA

- Elaborar línea de tiempo de cada caso.
- Seguimiento de contactos durante 30 días desde la fecha de la última exposición.
- Ampliar la BAI y la BAC a las jurisdicciones de residencia y a los lugares visitados por los casos.
- Caracterizar oportunamente las cadenas de transmisión para orientar las medidas de prevención y evitar la diseminación.
- Asegurar la articulación operativa entre epidemiología e inmunizaciones para la respuesta rápida (investigación y medidas de control).
- Cierre de los brotes considerando los criterios

Supervisar periódicamente la implementación de las medidas de vigilancia y búsqueda activa de casos.

LABORATORIO

- Realizar el diagnóstico por laboratorio de las muestras de casos sospechosos (obtener muestra de suero y respiratoria en el primer contacto con todo caso sospechoso, conforme al algoritmo nacional).
- Monitorear el cumplimiento de los indicadores de desempeño de laboratorio para la vigilancia de sarampión y rubéola en los casos notificados, incluyendo:
  - Porcentaje de muestras de suero de casos sospechosos de sarampión y rubéola que ingresan al INS hasta cinco (5) días posteriores a su obtención.
  - Porcentaje de muestras de suero analizadas por el INS cuyos resultados son registrados en el sistema NetLab2 dentro de los cuatro (4) días posteriores a la recepción de la muestra en el Área de Recepción y obtención de muestras (ROM).
- Realizar el secuenciamiento genómico para la identificación de los genotipos circulantes, según criterios epidemiológicos y laboratoriales, establecidos por el INS.
- Fortalecer la capacidad técnica de los Laboratorios de Referencia Regional en el diagnóstico de Sarampión.

ATENCIÓN Y SERVICIOS DE SALUD

- Brindar asistencia técnica para la operatividad del proceso de referencia y contrarreferencia (mapas de flujos de referencia y contrarreferencia, transporte asistido de pacientes, el uso correcto del EPP, cartera de servicios de salud, modalidades de oferta de salud fija, móvil y telesalud para la continuidad y complementariedad de la atención salud en los EESS y SMA (Servicios Médicos de Apoyo) de los tres niveles de atención de salud según su capacidad resolutiva y capacidad de oferta la normativa específica.
- Evaluar la hospitalización de los casos, prestando especial atención a aquellos con mayor riesgo de complicaciones y a quienes, aun sin complicaciones, presentan condiciones de riesgo social que limitan la posibilidad de un aislamiento domiciliario adecuado.
- Aplicar precauciones inmediatas frente a la transmisión por vía aérea para cada caso sospechoso: ubicar en una habitación individual con la puerta cerrada; las habitaciones deben permanecer desocupadas durante ≥ 2 horas tras la salida del paciente.
- Intensificar la detección oportuna de casos y, en lo posible, realizar el triaje en espacios con ventilación natural.
- Clasificar los casos para definir el entorno de aislamiento adecuado: aislamiento domiciliario para casos leves sin complicaciones con instrucciones claras; hospitalización para pacientes inmunodeprimidos, con un cuadro grave o cuando el aislamiento domiciliario no sea factible.
- En caso de referencia, garantizar que los casos sospechosos sean aislados a su llegada y no permanezcan en salas comunes.
- Evaluar de inmediato los eventos de exposición del personal de salud.
- Excluir de la atención de pacientes al personal sintomático o potencialmente en estado infeccioso.
- Administrar suplementación con vitamina A de manera inmediata tras el diagnóstico en menores de 5 años. Considerar su uso a partir de los 5 años en personas con riesgo de deficiencia de vitamina A.

PROMOCIÓN DE LA SALUD

- Coordinar con el director del EESS para impulsar el involucramiento de todo el equipo multidisciplinario de salud en la promoción de la vacunación, identificación de población susceptible e identificación de casos probables, a través de los diferentes servicios del establecimiento, tanto en actividades intramurales como extramurales.
- En coordinación con la estrategia de inmunizaciones y comunicaciones, realizar el mapeo de actores sociales y entidades, así como su postura frente a la vacunación (a favor o

en contra) y su nivel de influencia comunitaria con el fin de diseñar la estrategia de abordaje. Promover intervenciones diferenciadas que permitan reducir las barreras identificadas y fortalecer la confianza de la población en la vacunación.

- Activar la participación comunitaria con pertinencia cultural, para difusión de medidas de prevención y de control domiciliario (precauciones estándar e higiene respiratoria) de acuerdo con la NTS N°247-MINSA/DGIESP-2026, promoción de la vacunación y vigilancia comunitaria para generar alertas por presencia de febriles con erupción, mediante referencias comunitarias; y de la movilización social, en coordinación con la estrategia de inmunizaciones, autoridades y líderes locales.
- Incidir con el consejo regional de salud, consejo provincial de salud y comité distrital de salud, según corresponda, para la implementación de estrategias de difusión y vigilancia en los puntos críticos (zonas de gran aglomeración de personas y de entrada y salida) de la localidad y su respectivo reporte al sectorista del establecimiento de salud. Asimismo, para el acompañamiento de otros sectores (municipio, fiscalía, defensoría del pueblo, ministerio de la mujer, etc.) en las acciones de búsqueda de susceptibles, seguimiento de casos sospechoso y positivas, renuencia vacunal, entre otros priorizados.
- Articulación para que los demás sectores de la comunidad generen normativas a nivel regional y local que permitan difusión e intervenciones de salud en las instituciones educativas, instituciones de educación superior, centros laborales y otros, según corresponda. Asimismo, para que los trabajadores y estudiantes, ante síntomas de fiebre y erupción cutánea (rash), no acudan a laborar o al centro educativo, informando además los procedimientos a seguir para que reciban atención de salud.

COMUNICACIÓN

- A través de canales oficiales, brindar a los proveedores de salud y al público general información oportuna y clara sobre síntomas, transmisión, período infeccioso y cómo buscar atención de manera segura (incluidos el protocolo de telemedicina y llamada telefónica previa).
- Activar las redes de comunicación comunitaria previamente establecidas; involucrar a intermediarios de confianza (líderes comunitarios, figuras religiosas, promotores de salud, medios locales, sociedades científicas) para transmitir mensajes coherentes, basados en evidencia y no estigmatizantes.
- Intensificar la vocería oficial en todos los niveles de gobierno, priorizando las recomendaciones y reforzando que la vacunación es segura, gratuita.
- Desplegar mensajes adaptados cultural y lingüísticamente para las comunidades afectadas (comunidades indígenas u otras).
- Implementar mecanismos de seguimiento y evaluación de los mensajes y canales utilizados para medir su impacto en los

	públicos prioritarios y realizar ajustes oportunos basados en evidencia. · Fortalecer y generar alianzas con instituciones públicas y privadas, especialmente las relacionadas a la infancia y el sector educación, los gobiernos locales y el sector privado.
Escenario 3: Transmisión comunitaria	**INMUNIZACIONES** · Realizar actividades de vacunación masiva indiscriminada (barrido vacunal distrital), con una dosis adicional para los grupos de edad más afectados, independientemente de su estado vacunal, incluyendo la dosis cero en lactantes de 6 a 11 meses y la vacunación de la población hasta los 29 años. · Realizar la micro planificación de la respuesta a brotes, considerando la disponibilidad de vacunas e insumos. · Asegurar la logística necesaria para alcanzar a poblaciones geográficamente aisladas, reticentes a la vacunación y con movilidad restringida. · Realizar el seguimiento diario de la cobertura administrativa de la campaña e implementar el MRV. Redirigir oportunamente los equipos a las zonas con menor cobertura o con brechas identificadas, y supervisar la disponibilidad y distribución de vacunas e insumos. **EPIDEMIOLOGÍA** · Seguimiento de la tendencia de los casos. Cuando se observe una disminución sostenida y el sistema tenga capacidad para caracterizar las cadenas de transmisión, retornar a las acciones de vigilancia descritas en los escenarios 1 y 2. · Notificación negativa diaria obligatoria en OSIRIS y realizar la BAI y la BAC semanalmente en todos los EESS del ámbito en emergencia, hasta el cierre del brote. · Para la clasificación de casos confirmados, cuando no sea posible obtener una muestra adecuada, el caso podrá clasificarse como confirmado por nexo epidemiológico, En ausencia de una muestra adecuada y de nexo epidemiológico, se podrá recurrir a la

clasificación por criterio clínico[1], siempre que el caso cumpla con la definición de caso confirmado de sarampión por criterios clínicos[2].

- Elaborar mapas de incidencia y curvas epidémicas a nivel distrital, con desglose por edad y estado vacunal, de forma semanal, para orientar la priorización geográfica de la vacunación y los recursos de respuesta.
- Utilizar estos hallazgos para ajustar las estrategias de respuesta.
- Realizar el monitoreo rápido de vacunación (MRV).

LABORATORIO

- Mantener la confirmación por laboratorio de casos sin nexo epidemiológico documentado, de nuevas localidades o posibles nuevas cadenas (obtener muestra de suero y respiratoria en el primer contacto con todo caso sospechoso, conforme al algoritmo nacional).
- Priorizar embarazadas, menores de 1 año, personas hospitalizadas o inmunodeprimidas, población indígena, y casos detectados en zonas no afectadas.
- Monitorear el cumplimiento de los indicadores de desempeño de laboratorio para la vigilancia de sarampión en los casos notificados, incluyendo:
  - Porcentaje de muestras de suero de casos sospechosos de sarampión que ingresan al INS hasta cinco (5) días posteriores a su obtención.
  - Porcentaje de muestras de suero analizadas por el INS cuyos resultados son registrados en el sistema NetLab v2 dentro de los cuatro (4) días posteriores a la recepción de la muestra en el Área de Recepción y obtención de muestras (ROM)
- Realizar el secuenciamiento genómico para la identificación de los genotipos circulantes, según criterios epidemiológicos y laboratoriales, establecidos por el INS.
- Fortalecer la capacidad técnica de los Laboratorios de Referencia Regional en el diagnóstico de Sarampión.

[1] **Clasificación por criterio clínico:** Esta clasificación se aplicará únicamente ante la ausencia de una muestra de laboratorio adecuada y ante la ausencia de vínculos epidemiológicos con casos confirmados de sarampión o rubéola o de otra enfermedad febril eruptiva compatible; sin que exista, además, un resultado de laboratorio que demuestre otra etiología infecciosa causante del cuadro y habiéndose agotado la sospecha clínica de diagnósticos diferenciales.

[2] **Caso de sarampión confirmado por criterio clínico.** Caso sospechoso con fiebre alta y exantema maculopapular cefalocaudal, no vesicular, acompañado de por lo menos uno de los siguientes signos: tos, coriza(rinorrea) o conjuntivitis.

ATENCIÓN Y SERVICIOS DE SALUD

- Brindar asistencia técnica para la implementación de los flujos de atención diferenciados para la atención de casos febriles eruptivos, asegurando minimizar el desplazamiento del paciente durante todo el recorrido dentro del EESS ó SMA, según corresponda.
- Brindar asistencia técnica para intensificar las acciones orientadas a fortalecer la oferta de los servicios de salud con las modalidades de oferta fija, móvil y con énfasis en telesalud para la continuidad y complementariedad de la cartera de servicios de salud (consulta externa, emergencia, internamiento, apoyo al diagnóstico) en los EESS y SMA de los tres niveles de atención de salud, proceso de referencia y contrarreferencia, transporte asistido de pacientes y uso de los Equipos de Protección Personal.
- Disponer de salas de atención específicas para los casos de sarampión que garanticen su aislamiento.
- Implementar protocolos de triaje para fiebre y exantema en todos los puntos de ingreso al establecimiento de salud; asegurar salas de espera diferenciadas, uso de mascarilla y la presencia de personal en la entrada para el tamizaje.
- Implementar telemedicina para el triaje y el manejo de casos leves o no complicados a fin de reducir el riesgo de exposición en el establecimiento.
- Proteger a los pacientes hospitalizados vulnerables (recién nacidos, personas inmunodeprimidas, embarazadas) mediante la separación espacial estricta y la restricción del acceso a las salas.
- Establecer flujos diferenciados de pacientes para mantener los servicios esenciales cuando haya otros brotes coexistentes (dengue, etc) sin interrumpir la atención.

PROMOCIÓN DE LA SALUD

- Coordinar con el director del EESS para impulsar el involucramiento de todo el equipo multidisciplinario de salud en la promoción de la vacunación a través de los diferentes servicios del establecimiento, tanto en actividades intramurales como extramurales.
- Intensificar la incidencia y abogacía en el consejo regional de salud, consejo provincial de salud y comité distrital de salud, según corresponda, para el acompañamiento de otros sectores (municipio, fiscalía, defensoría del pueblo, ministerio de la mujer, etc.) en las acciones de búsqueda de susceptibles, seguimiento de casos sospechoso y positivas, renuencia vacunal, entre otros priorizados.
- Fortalecer la participación comunitaria con pertinencia cultural, mediante acciones de movilización social, en coordinación con la estrategia de inmunizaciones, autoridades y líderes locales.

	· Activar a los actores sociales de la comunidad y voluntarios capacitados en las localidades con casos, y realizar la retroalimentación para la difusión de medidas de prevención, vigilancia y medidas de control domiciliario (precauciones estándar e higiene respiratoria) de acuerdo con la NTS N°247-MINSA/DGIESP-2026, promoción de la vacunación y vigilancia comunitaria para generar alertas por presencia de febriles con erupción, mediante referencias comunitarias. · Informar a la comunidad y las instituciones educativas para que los trabajadores y estudiantes, ante síntomas de fiebre y erupción cutánea (rash), no acudan a laborar o al centro educativo, informando además los procedimientos a seguir para que reciban atención de salud. **COMUNICACIÓN** · Reforzar la difusión de mensajes sobre vacunación, síntomas, transmisión, período infeccioso y cómo buscar atención de manera segura. · Implementar mecanismos de comunicación multisectorial sobre el riesgo de transmisión y las medidas de prevención.

Actividades generales:

INMUNIZACIONES

- Identificar comunidades reticentes a la vacunación, caracterizar los motivos de la reticencia y definir intervenciones apropiadas al contexto.
- Garantizar la vacunación contra el sarampión del personal de los EESS, la cual se ejecutará bajo criterios de priorización epidemiológica y riesgo de exposición;
  - Se considera al personal que no acredite vacunación previa y/o no tener evidencia de registro.
  - Para la ejecución de esta estrategia se empleará la vacuna que se encuentre disponible (SPR o SR).
  - Se vacunará inicialmente al personal que tiene contacto directo con casos sospechosos o confirmados de sarampión, priorizando a:
    - Ø Personal que labora en los servicios de emergencia de los hospitales.
    - Ø Personal de triaje y admisión que mantenga contacto directo con los pacientes.
    - Ø Personal médico y de enfermería a cargo de la atención de pacientes sospechosos o confirmados.
    - Ø Personal de laboratorio involucrado en la toma, recepción y procesamiento de muestras.
    - Ø Personal que participe directamente en la investigación epidemiológica y respuesta ante casos sospechosos (equipos de respuesta rápida y brigadas de vacunación).
    - Ø Personal de limpieza, seguridad y otros trabajadores con contacto directo en áreas de riesgo.

EPIDEMIOLOGÍA

- Elaborar, socializar y difundir semanalmente la sala situacional integrada de Sarampión con participación articulada de los componentes de epidemiología, inmunizaciones, laboratorio, promoción de la salud, comunicaciones, atención y servicios de salud ,que permita el análisis oportuno de la situación epidemiológica, la identificación de áreas de riesgo y poblaciones susceptibles, el monitoreo de coberturas de vacunación, resultados de laboratorio y acciones de respuesta, a fin de fortalecer la toma de decisiones y orientar intervenciones integrales para la prevención y el control de la transmisión del sarampión.

MONITOREO DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ALERTA

- Durante la vigencia de la presente alerta epidemiológica, se solicitarán informes mensuales de implementación de las recomendaciones a las direcciones involucradas del Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud y a las DIRIS/DIRESA/GERESA.
- Las direcciones del Ministerio de Salud y del Instituto Nacional de Salud involucradas en la presente alerta deberán realizar el monitoreo correspondiente a sus pares en las DIRIS/DIRESA/GERESA.
- Las DIRIS/DIRESA/GERESA garantizarán la implementación de la presente alerta epidemiológica en todos los niveles y emitirán un informe mensual del cumplimiento.
- La presente alerta está dirigida a todas las instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) de la GERESA/DIRESA/DIRIS, EsSalud, FFAA, FFPP, y sector privado, siendo responsables de implementarla y difundirla.
- Dejar sin efecto la alerta epidemiológica, ANTE LA TRANSMISIÓN COMUNITARIA Y EL ALTO RIESGO DE DISEMINACIÓN DE SARAMPIÓN EN LAS REGIONES DEL PAÍS de CÓDIGO: AE – CDC- N°006- 2026.

Lima, 16 de octubre de 2026.