



Alerta VIG y CON /Ref. No. 05-2025

A: Directores y Epidemiólogos de las Direcciones Departamentales de Redes Integradas de Servicios de Salud y de Hospitales.
Sector Salud.

DE: **Dr. Antonio Abelino Paredes Samayoa**
Jefa Departamento de Vigilancia y Control

Vo.Bo. **Dr. Edgar Manuel Santos Tejeda**
Director
Dirección de Epidemiología y Gestión del Riesgo.

C.C. **Dr. José Donato Camey Huz**
Viceministro de Salud Pública y Asistencia Social

Dr. Edgar González
Viceministro de Salud Pública y Asistencia Social

Licda. Sandra Carballo
Viceministro de Salud Pública y Asistencia Social

Dra. Marta Julia Ruíz
Dirección de Redes Integradas de Servicios de Salud
-DRISS-

Asunto: **"ALERTA EPIDEMIOLÓGICA SARAPIÓN/RUBÉOLA POR INCREMENTO DE CASOS EN PAISES DE LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS"**

Lugar Y Fecha: **Guatemala, 13 marzo de 2,025**

Introducción

El sarampión es una enfermedad viral altamente contagiosa que puede causar complicaciones graves, especialmente en niños menores de cinco años y adultos mayores. Aunque la vacunación ha reducido su incidencia, en los últimos años han resurgido casos en las Américas. Recientemente, se han registrado brotes en Argentina, Canadá, México y EE. UU., lo que aumenta el riesgo de importación a Guatemala debido a la migración y los viajes internacionales.



El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) establece directrices precisas para la vigilancia y el control del sarampión, que incluyen la notificación inmediata de casos sospechosos, la investigación epidemiológica y la aplicación de medidas de control, como la vacunación de contactos y grupos en riesgo. Asimismo, se destaca la importancia de mantener coberturas de vacunación superiores al 95% para asegurar la inmunidad colectiva.

Situación Actual en la Región de las Américas

De acuerdo con la información de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), varios países de la región han notificado casos de sarampión en las últimas semanas. Hasta el 1 de febrero de 2025, se registraron 7.633 casos sospechosos en 54 Estados Miembros de las seis regiones de la OMS, de los cuales 3.098 (40,6%) fueron confirmados. En 2024, se reportaron 664.144 casos sospechosos en 184 Estados Miembros, con 334.144 (50,3%) confirmados.

Entre las semanas epidemiológicas (SE) 1 y 9 de 2025, la Región de las Américas ha confirmado 268 casos, incluida una defunción en EE. UU. Los casos se distribuyen en Argentina (4), Canadá (96), Estados Unidos (164, incluyendo el fallecimiento) y México (4). Del total, el 69% (186) corresponde a personas mayores de cinco años.

La reintroducción del virus en la región se ha vinculado principalmente a viajeros no vacunados procedentes de zonas con brotes activos. Además, la proximidad geográfica y las relaciones comerciales y migratorias entre Guatemala, México y Estados Unidos aumentan el riesgo de introducción del virus en Guatemala.

Situación Actual en Guatemala



El último caso endémico de sarampión se notificó en 1997, mientras que los últimos casos de rubéola y síndrome de rubéola congénita (SRC) fueron reportados en 2007 y 2008, respectivamente. El 18 de enero de 2018, se detectó un caso importado en una adolescente de 17 años que había visitado recientemente Alemania. En respuesta, se implementó una vigilancia intensificada y una campaña de vacunación, administrando 13.728 dosis de la vacuna sarampión-parotiditis-rubéola (SPR), con prioridad para niños de 1 a 7 años. Gracias a la rápida intervención del sector salud, no se registraron casos secundarios.



La tasa de notificación nacional de SR en 2024 refleja una mejora en los indicadores de vigilancia, alcanzando 1.4 casos por 100,000 habitantes, lo que representa un aumento del 14% en comparación con el año anterior.

En cuanto a la cobertura de notificación, 5 de las 29 Direcciones Departamentales de Redes Integrales de Servicios de Salud (DDRISS) no reportaron casos, lo que muestra una reducción del silencio epidemiológico respecto al año previo, cuando 10 de 29 no notificaron.

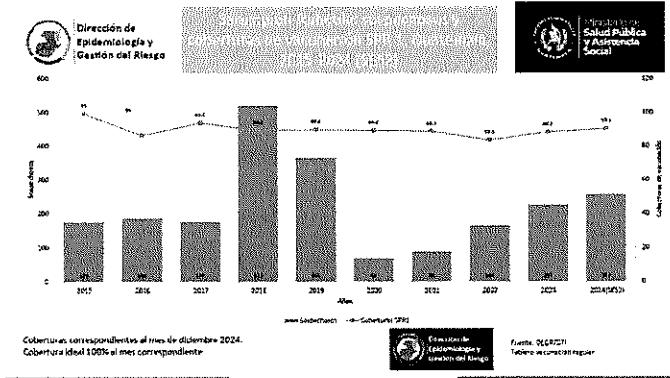
Además, el 85% de las muestras tomadas para la vigilancia fueron enviadas a la Dirección del Laboratorio Nacional en Salud (DLNS) en un máximo de cinco días, y el 99% de los resultados se entregaron a las unidades notificadoras en un plazo de cuatro días o menos.

Hasta la fecha, no se ha confirmado ningún caso positivo de SR en el país. Sin embargo, en mayo de 2024 se activó una alerta máxima debido al paso de un migrante que posteriormente fue diagnosticado con sarampión en México, pocos días después de haber transitado por territorio nacional. (Anexo: sala situacional completa SR 2024 y situación epidemiológica hasta la semana 09 de 2025).

Ante el aumento de casos en la región de las Américas, El Ministerio de Salud Pública y Asistencia social a través de la Dirección de Epidemiología y Gestión de Riesgo emite las siguientes recomendaciones de observancia y cumplimiento nacional (entidad pública, autónomas, semiautónomas y privadas, del sector salud).

1. Fortalecimiento de la Vigilancia Epidemiológica y Laboratorial:

- Detección de Casos:** Aplicación de la definición de caso sospechoso "paciente que presente fiebre y exantema o que el trabajador de salud sospeche que tiene sarampión o rubeola".
- Notificación de casos:** Se debe continuar con la notificación oportuna de casos utilizando los instrumentos vigentes, incluyendo las fichas de notificación debidamente completadas. (*Protocolo de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Inmunoprevenibles*, p. 26-42).
 - Los reportes deben ingresarse en **Epiweb** o enviarse al correo vigilanciaepv@mspas.gob.gt.





- **Identificación y toma de muestras:** Todo paciente que cumpla con los criterios de fiebre y exantema (rash) debe notificarse como caso sospechoso y someterse a toma de muestras. En casos de **dengue sospechoso** con estos síntomas, se deberá completar la ficha correspondiente para la vigilancia de SR y recolectar muestras serológicas, además de una muestra de orina y un hisopado nasofaríngeo.
- **Búsqueda activa comunitaria:** Se deben intensificar las acciones de vigilancia en las **DDRISS con silencio epidemiológico** para la identificación de posibles casos.
- **Vigilancia de laboratorio:** Se requiere la recolección de las siguientes muestras:
 - **Suero**
 - **Hisopado nasofaríngeo**
 - **Orina**
Todas las muestras deben mantenerse en **cadena de frío (2 a 8 °C)** y enviarse a la **Dirección del Laboratorio Nacional en Salud (DLNS)** para su análisis.

Procedimiento para la Toma y Conservación de Muestras

1. Suero

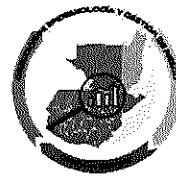
- Se debe realizar venopunción para obtener la muestra de sangre.
- Cantidad requerida:
 - **Niños menores de 2 años:** 1 ml
 - **Niños mayores de 2 años:** 3 a 5 ml
 - **Adultos:** 5 a 10 ml
- La muestra debe tomarse en el **primer contacto** con el paciente.

2. Hisopado Nasofaríngeo y Orofaríngeo

- Utilizar hisopos de **dacrón**.
- La muestra debe enviarse en **Medio de Transporte Viral (MTV)**.
- Se debe recolectar desde el **inicio de los síntomas** hasta **10 días después** de la aparición del exantema.

3. Orina

- Debe recolectarse en un **frasco estéril, ancho y con tapa de rosca**.
- Se requiere:
 - **Neonatos (menores de 28 días):** 1 ml
 - **Niños mayores de un mes:** 10 a 50 ml
- La muestra debe obtenerse desde el **inicio de los síntomas** hasta **10 días después** de la aparición del exantema.



Además, se debe mantener la **búsqueda activa laboratorial** a través de la **vigilancia cruzada con arbovirosis**, utilizando muestras de suero obtenidas para la vigilancia del dengue u otras enfermedades arbovirales con el fin de detectar biomarcadores de infección aguda.

Tipo de análisis	Periodo de toma de muestra o tiempo de sintomatología	Tipo y volumen de muestra	Recipiente y/o medio de transporte para el envío de muestra	Conservación previa al envío	Condiciones de transporte
Serología (IgM, IgG, Avidez)	Ideamente: Primeros 7 días de síntomas Aceptable: Primeros 30 días de síntomas	Suero Volumen: < 2 años 1ml 2 a 19 años 3-5 ml > 18 años 5-10 ml	Vial estéril con tapa de rosca		
RT-PCR	Idealmente: Primeros 7 días de síntomas Aceptable: Primeros 10 días de síntomas	Hisopado nasal, faríngeo o nasofaríngeo (Hisopo de poliéster, rayón o nylon)	Hisopo dentro de un tubo que contenga medio de transporte viral (MTV) o solución salina amortiguada con fosfato (PBS) que sean estériles	Refrigeración 2-8°C	Refrigeración 2-8°C
		Orina (10-50ml)	Recipiente de plástico, estéril, de boca ancha y con rosca.		

1. Planes de Mitigación y Respuesta Rápida a Brotes

Las **DDRISS*** deberá revisar y, si es necesario, actualizar los planes de mitigación y respuesta ante la detección de casos importados, asegurando una coordinación efectiva entre las diferentes entidades de salud y otros sectores involucrados.

2. Vacunación

Niños:

- **Esquema regular de dos dosis con vacuna triple viral Sarampión-Paperas-Rubéola (SPR):** (documento de consulta lineamientos técnicos de vacunación, 2023)
 - **Primera dosis:** A los 12 meses
 - **Segunda dosis:** A los 18 meses
 - **Esquema de recuperación para no vacunados:** Administrar dos dosis. La primera dosis al primer contacto y la segunda dosis en un intervalo de 4 semanas.

Adultos nacidos en 1957 o después:

- Deben contar con dos dosis de vacuna contra sarampión.
- Utilizar la vacuna **Sarampión-Rubéola (SR)**.
- Los no inmunizados deben recibir el esquema de recuperación de dosis. (Adultos nacidos antes de 1965 podrían considerarse inmunes por inmunidad natural).

Personal de Salud y Grupos Poblacionales Prioritarios, según riesgo:

- Deben contar con dos dosis de vacuna contra sarampión (SR o SPR).
- Los no inmunizados deben recibir el esquema de recuperación de dos dosis.

*Direcciones Departamentales de Redes Integrales de Servicios de Salud.



Viajeros a Países Endémicos o con Brotes de Sarampión:

- Deben contar con dos dosis de vacuna contra sarampión (SR o SPR) para considerarse protegidos.
- Garantizar, como mínimo, una dosis de vacuna contra sarampión (SR o SPR) 15 días antes del viaje.
Vacunación contraindicada durante el embarazo y en personas con un sistema inmune deprimido.

Actividades de Intensificación de la Vacunación:

- Implementar actividades locales utilizando los resultados del análisis de riesgo de SR para cerrar la brecha, priorizando los municipios con mayor riesgo.
- Actualizar la microplanificación para la vacunación horizontal en todos los servicios de salud.
- Ofrecer la vacunación en los albergues de migrantes.
- Vacunar intensivamente en comunidades con alto flujo y rutas de migrantes para garantizar coberturas mayores al 95%.

3. Educación y Sensibilización

- Implementar la **guía de mensajes claves** y el **plan de comunicación de riesgo (CR)** elaborado por la mesa técnica de CR. (Anexo)
- Desarrollar programas de comunicación para informar a la población sobre la importancia de la vacunación y las medidas preventivas, utilizando medios masivos y redes comunitarias.
- Realizar actividades de sensibilización dirigidas a autoridades locales, líderes comunitarios, religiosos y otros actores sociales y sectores gubernamentales clave, como el sector educativo.

4. Cooperación Internacional

Fortalecer la colaboración con organismos internacionales y países vecinos para el intercambio de información y la coordinación de esfuerzos en la prevención y control del sarampión.

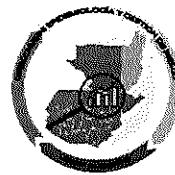
Otras Consideraciones:

Dinámica Migratoria y Prevención de Casos Importados:

La migración entre Guatemala y Estados Unidos, junto con los frecuentes viajes internacionales, representa un desafío significativo. Se recomienda establecer alianzas entre las **DDRISS** y organizaciones que trabajan con comunidades migrantes para garantizar la cobertura vacunal adecuada y la difusión de información preventiva.

Sensibilización y Educación:

- Informar a los retornados sobre los síntomas del sarampión, la importancia de la vacunación y las acciones a seguir en caso de sospecha.



Coordinación Interinstitucional:

- Fortalecer la articulación entre **MSPAS**, **Migración** y organizaciones de apoyo a migrantes para una respuesta rápida y efectiva ante casos sospechosos.

Viajes Internacionales (Entrada y Salida):

- **Todo viajero (salida) lactante de 6 meses o más** que no pueda mostrar prueba de vacunación o inmunidad, debe recibir una dosis de vacuna contra el sarampión y la rubéola, preferiblemente la vacuna triple viral (SRP), al menos dos semanas antes de viajar a áreas con transmisión de sarampión.
- Informar al viajero sobre los signos y síntomas del sarampión y la importancia de la vacunación. (Agencias de viajes, aeropuertos, migración, entre otros)
- Si durante el viaje presentan síntomas sospechosos de sarampión o rubéola, deben buscar atención médica inmediata, evitar el contacto cercano con otras personas por siete días a partir del comienzo del exantema y no viajar ni visitar lugares públicos.
- A los prestadores de salud: Indagar sobre la historia de viaje reciente o contactos con personas que han viajado al extranjero, y notificar inmediatamente para un abordaje conjunto. (vigilanciaepv@mspas.gob.gt)

Estas acciones, junto con el manejo adecuado de las estrategias de comunicación de riesgo, buscan mitigar la amenaza de reintroducción y propagación del sarampión en el país.

ANEXO

- ✓ Informe evaluación de riesgo sarampión y rubéola Guatemala (con datos a julio 2024)
- ✓ Situación epidemiológica SR año consolidado 2024
- ✓ Situación epidemiológica SR a la semana 09-2025
- ✓ <https://www.instagram.com/reel/DG5pRlntFa-/?igsh=aGNheGJwcnJnNmdu>
- ✓ <https://www.paho.org/es/documentos/alerta-epidemiologica-sarampion-region-americas-28-febrero-2025>
- ✓ la guía de mensajes claves y el plan de comunicación de riesgo (CR) elaborada por la mesa técnica de CR.

Cualquier duda o comentario, favor dirigirse a esta coordinación a los teléfonos: 2445-4040, 2471-0338 ext. 1326 o vía correo: egsoto@mspas.gob.gt