



Lineamientos Operativos

Prevención Vigilancia y
Control del Sarampión

2026



Ministerio de Salud Pública

Contenido

1. Marco legal.....	6
2. Introducción.....	7
3. Antecedentes y justificación.....	8
4. Objetivos.....	9
4.1. OBJETIVO GENERAL.....	9
4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	9
5. Alcance.....	10
6. Glosario de términos.....	10
7. Abreviaturas.....	13
8. Desarrollo.....	14
8.1. ANÁLISIS DE LOS PAÍSES QUE REPORTAN CASOS DE SARAMPIÓN.....	14
8.2. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA NACIONAL.....	15
9. Componente de vigilancia.....	16
9.1. CARACTERÍSTICAS DEL SARAMPIÓN.....	16
9.2. DEFINICIÓN DE CASO.....	20
10. Preparación, respuesta y acciones en territorio.....	4
10.1. ACCIONES EN TERRITORIO.....	5
10.1.1 paso 1. Detección y notificación.....	5
10.1.2 paso 2. Conformación de equipos operativos, clasificación de riesgo.....	7
10.1.3 paso 3 – activación del sistema de comando de incidentes (sci).....	14
10.1.4 paso 4 –sala situacional para vigilancia de efenv y sarampión.....	52
11. Componente de primer nivel de atención frente a casos sospechosos.....	62
12. Componente de servicio de atención de salud móvil.....	66
13. Componente hospitalario.....	69
14. Componente de calidad.....	77
15. Componente de medicamentos y abastecimiento.....	79
16. Componente de promoción de la salud y participación comunitaria.....	80
17. Componente de comunicación de riesgos.....	82
18. Referencias.....	85
19. Anexos.....	87

Índice de tablas

Tabla 1 Criterios clínico y epidemiológico de sospecha de casos.....	21
Tabla 2 Muestras para diagnóstico laboratorio de sarampión.....	22
Tabla 3 Distribución para el envío de muestra por Provincias.....	23
Tabla 4 Radio de intervención ante casos sospechosos y confirmados de sarampión.....	24
Tabla 5 Clasificación del nivel de riesgo y criterios de intervención.....	8
Tabla 6 Niveles de activación y responsables.....	15
Tabla 7 Estructura organizacional y funciones operativas del Sistema de Comando de Incidentes (SCI).....	16
Tabla 8 Niveles de riesgo y acciones operativas de respuesta rápida.....	49
Tabla 9 Indicadores para monitoreo y seguimiento de la respuesta ante casos sospechosos y confirmados de sarampión.....	53
Tabla 10 Intervención según clasificación.....	55
Tabla 11 Evaluación de riesgo de contactos.....	59
Tabla 12 . Implementación de vacunación de bloqueo.....	60
Tabla 13 Criterios para la ejecución de vacunación de bloqueo.....	61
Tabla 14 Hospitales de referencia y laboratorios.....	70

Índice de figuras

Figura: 1 Casos confirmados de sarampión en la Región de las Américas, 2026.....	15
Figura: 2 Período : Incubación, Transmisibilidad, Seguimiento.....	17
Figura: 3 Características Epidemiológicas y Transmisibilidad del Sarampión.....	19
Figura: 4 Algoritmo de Diagnóstico por laboratorio para el análisis de caso sospechoso.....	23
Figura: 5 Factores de riesgo y medidas de intervención EFENV.....	25
Figura: 6 Línea de tiempo para investigación, toma de muestra, aislamiento, y seguimiento de contactos ante casos sospechoso de sarampión.....	4

Autoridades

Espc. Jaime Bernabe Erazo, Ministro de Salud Pública, Ministerio de Salud Pública
Ing. Álvaro Molina Galarraga, Viceministro de Gobernanza de la Salud
Mgs. Stalin Andino González, Viceministro de Atención Integral en Salud
Mgs. Hugo Armendáriz Pinos, Subsecretario de Vigilancia Prevención y Control de la Salud
Mgs. Eliana Sofia Espín Vaca, Subsecretaría de Rectoría del Sistema Nacional de Salud, Encargada
Mgs. Andrea Bravo Remache, Subsecretaria de Promoción, Salud Intercultural e Igualdad
Espc. Ruví Guzmán Naranjo, Subsecretaria de Redes de Atención Integral en Primer Nivel, Encargada
Mgs. Wendy Gavica Vásquez, Subsecretaria de Atención de Salud Móvil, Hospitalaria y Centros Especializados
Mgs. Christian Trujillo Hernández, Director Nacional de Vigilancia Epidemiológica Encargado
Mgs. Sofia Paredes Arizaga, Directora Nacional de Políticas, Normatividad y Modelamiento de Salud
Mgs. Cristina Jácome Olivo Directora Nacional de Inmunizaciones
Mgs. Glenda Gutiérrez Carrión, Directora Nacional de Atención Integral en Salud
Dr. Alejandro Díaz Sorto, Director Nacional de Hospitales, Encargado
QF. Joseph Alvarado Alay, Director Nacional de Abastecimiento de Medicamentos, Dispositivos Médicos y Otros Bienes Estratégicos en Salud
AB. Mauro Antonio Andrade Viteri, Director Nacional de Promoción de la Salud
Mgs. Edwin Rogelio Echeverría Morales, Director Nacional de Participación Social en Salud
Ing. Pedro Felipe Espinoza Guerrero, Director de Comunicación, Imagen y Prensa

Equipo de redacción y autores

Mgs. Maribel de los Ángeles Arias Quispe, Especialista del Sistema Integral de Vigilancia Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica - Ministerio de Salud Pública.
Mgs. Daniela del Rocío Chávez Arcos, Especialista de Normatización Dirección Nacional de Políticas, Normatividad y Modelamiento de Salud - Ministerio de Salud Pública.

Equipo de revisión y validación

Med. Angelica Rosaura Villacrés Pillajo Responsable de la Gestión Interna de Vigilancia Epidemiológica 17OT11
Mgs. Andrés Guncay Cedillo Especialista Zonal de Vigilancia Epidemiológica Dirección Provincial del Azuay
Mgs. Jacqueline Susana Sierra Sierra Responsable Gestión Interna de Vigilancia Epidemiológica Dirección Provincial de Salud del Pichincha
Mgs. Melva Esperanza Morales García responsable de la Unidad Provincial de Vigilancia, Prevención y Control de la Salud Dirección Provincial de Salud del Manabí
Med. Lucía Cevallos Paredes Especialista de Organización e Implementación de Políticas y Normativas de los Servicios del Primer Nivel 1
Espc. Edgar Chilinguina Calderón, Especialista de Auditoría de Prestación de Servicios de Salud 1
Mgs. Juan Sebastián Baldeón Espinosa Médico/a General de Primer Nivel de Atención
Mgs. Paola Tamayo Guerra Especialista de Monitoreo y Evaluación de la Gestión 1
Espc. Claudia Hoyos Murillo Especialista de Mejoramiento Continuo de la Calidad 1
Lcdo. Pablo Sixto Cuví Santiago Especialista de Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva 1

Mgs. Solange Leslie Zurita Yandun Obstetrix / Obstetra 2
Mgs. Silvia Alexandra Arcos Cobo Analista de Comunicación Audiovisual 3
Mgs. Miguel Ángel Erazo Ballesteros, Especialista de Enfermedades Infecciosas con Potencial Epidémico y Pandémico
Mgs. Erik Gabriel Muñoz Rumazo Especialista de la Gestión Interna Provincial de Estrategias de prevención y Control 1 - Dirección Provincial de Salud del Guayas
Dr. Luis Antonio Alejandro Torres Especialista Zonal de Vigilancia Epidemiológica Dirección Provincial de Salud del Chimborazo
Mgs. María Gabriela Cocha Telenchana Responsable de la Unidad Provincial de Vigilancia Prevención y Control de la Salud Pública Dirección Provincial de Salud del Tungurahua
Mgs. Johanna Caterine Ausay Espinoza Médico General en Funciones Hospitalarias
Mgs. Martha Leonor Sánchez Domenech, Analista del CRN de Virus Exantemáticos, Gastroentéricos y Transmitidos por Vectores INSPI
Med. Lucia Cevallos Paredes Especialista de Organización e Implementación de Políticas y Normativas de los Servicios del Primer Nivel 1
Espec. Edgar Chiliquinga Calderón, Especialista de Auditoría de Prestación de Servicios de Salud 1
Mgs. Juan Sebastián Baldeón Espinosa Médico/a General de Primer Nivel de Atención
Mgs. Miguel Angel Erazo Ballesteros, Especialista de Enfermedades Infecciosas con Potencial Epidémico y Pandémico
Mgs. Paola Tamayo Guerra Especialista de Monitoreo y Evaluación de la Gestión 1
Espec. Claudia Hoyos Murillo Especialista de Mejoramiento Continuo de la Calidad 1
Lcdo. Pablo Sixto Cuví Santiago Especialista de Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva 1
Mgs. Solange Leslie Zurita Yandun Obstetrix / Obstetra 2
Mgs. Silvia Alexandra Arcos Cobo Analista de Comunicación Audiovisual 3

Equipo colaborador

Dirección Provincial de Salud de Pichincha - Gestión Provincial de Vigilancia, Prevención y Control de la salud

1. Marco Legal

La Constitución de la República del Ecuador establece en su artículo 32 que la salud es un derecho garantizado por el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos que sustentan el Buen Vivir. Asimismo, el artículo 358 dispone que el Sistema Nacional de Salud tiene como finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, bajo principios de equidad, bioética, interculturalidad y enfoque generacional.

El artículo 361 señala que el Estado ejercerá la rectoría del Sistema Nacional de Salud a través de la Autoridad Sanitaria Nacional, responsable de formular políticas, normar, regular y controlar todas las actividades relacionadas con la salud pública y el funcionamiento de las entidades del sector. De igual manera, el artículo 365 establece que ningún establecimiento de salud público o privado podrá negar atención de emergencia.

La Ley Orgánica de Salud establece al Ministerio de Salud Pública como Autoridad Sanitaria Nacional y determina la obligatoriedad de la vigilancia epidemiológica y la notificación inmediata de enfermedades sujetas a vigilancia, incluyendo enfermedades inmunoprevenibles y eventos de importancia internacional.

Así mismo, el artículo 61 de la Ley Orgánica de Salud, Las instituciones públicas y privadas, los profesionales de salud y la población en general, reportarán en forma oportuna la existencia de casos sospechosos, probables, compatibles y confirmados de enfermedades declaradas por la autoridad sanitaria nacional como de notificación obligatoria y aquellas de reporte internacional. Las instituciones y profesionales de salud, garantizarán la confidencialidad de la información entregada y recibida.

El Reglamento Sanitario Internacional (RSI 2005), instrumento jurídico vinculante para los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS), establece el fortalecimiento de las capacidades nacionales para la detección, evaluación, notificación y respuesta oportuna frente a eventos que puedan constituir una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII), incluyendo enfermedades inmunoprevenibles de alta transmisibilidad como el sarampión.

El presente documento se fundamenta en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI), el Manual de Procedimientos del Subsistema de Vigilancia Epidemiológica SIVE Alerta, Normativa Nacional de Inmunizaciones, los lineamientos nacionales de Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS), la Norma Técnica de Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (PCIAAS), así como las alertas epidemiológicas emitidas por la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) para la prevención, vigilancia y control del sarampión en la Región de las Américas.

2. Introducción

El sarampión es una enfermedad viral aguda altamente transmisible y prevenible mediante vacunación, considerada uno de los eventos inmunoprevenibles de mayor contagiosidad a nivel mundial. Su capacidad de propagación rápida, especialmente en poblaciones susceptibles o con bajas coberturas de vacunación, representa un importante riesgo para la salud pública debido a la posibilidad de generar brotes, complicaciones graves, hospitalizaciones y mortalidad, principalmente en niños menores de cinco años, personas inmunosuprimidas y poblaciones no vacunadas. (1,4,5)

La Región de las Américas logró la eliminación del sarampión en el año 2002; sin embargo, en los últimos años se han registrado brotes y reintroducción del virus en varios países, asociados principalmente a la importación de casos, disminución de las coberturas de vacunación, incremento de la movilidad humana y acumulación de población susceptible. (2,8)

Este escenario epidemiológico ha generado la emisión de alertas epidemiológicas y recomendaciones técnicas por parte de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), orientadas a fortalecer la vigilancia epidemiológica, vacunación y capacidad de respuesta de los países.

El Ecuador alcanzó la certificación de eliminación del sarampión en el año 2012, manteniendo desde entonces esfuerzos sostenidos para evitar el restablecimiento de la transmisión endémica. No obstante, el país continúa expuesto al riesgo de importación de casos debido al contexto epidemiológico regional y a los flujos migratorios internacionales. En el año 2018 se reportó un caso importado de sarampión, ante el cual se implementaron acciones inmediatas de vigilancia epidemiológica, investigación de campo, seguimiento de contactos, vacunación y control sanitario, logrando evitar la reintroducción de la enfermedad en el territorio nacional.

A nivel mundial, desde finales del año 2022 se ha evidenciado un incremento sostenido de casos y brotes de sarampión, situación que continúa durante 2024, 2025 y 2026, relacionada con el descenso de coberturas de vacunación posterior a la pandemia por COVID-19, interrupciones en los servicios de salud, desinformación sobre vacunas y brechas en el acceso a inmunización. Esta situación incrementa el riesgo de transmisión internacional y obliga a fortalecer las capacidades nacionales de preparación y respuesta frente a eventos de salud pública. (1,2,3)

En este contexto, el Ministerio de Salud Pública del Ecuador fortalece las acciones orientadas a la vigilancia epidemiológica intensificada, detección temprana de casos sospechosos, investigación epidemiológica oportuna, respuesta rápida, búsqueda activa institucional y comunitaria, vacunación de bloqueo, monitoreo rápido de vacunación y fortalecimiento de las medidas de prevención y control de infecciones asociadas a la atención en salud, con el propósito de prevenir la transmisión comunitaria del virus y proteger a la población.

La administración de la vacuna triple vírica (SRP/SR) dentro de las primeras 72 horas tras la exposición, junto con el uso de inmunoglobulina en grupos de riesgo hasta los 6 días, constituye una estrategia de profilaxis post-exposición altamente eficaz con tasas de efectividad que oscilan entre el 76% y el 100%. Su implementación debe priorizar la identificación de la red real de contactos estrechos y lugares de alta exposición, integrándose siempre con medidas complementarias de aislamiento y cuarentena para contener la propagación del sarampión.

La evidencia científica respalda las estrategias de vacunación en anillo alrededor de los casos, para fines operativos, este lineamiento establece radios mínimos de intervención territorial: 250-500 metros para casos sospechosos y 2 kilómetros para casos confirmados por laboratorio.

Estos radios constituyen umbrales de arranque para el despliegue de equipos, y deberán ampliarse cuando el rastreo de contactos directos e indirectos identifique personas expuestas fuera de ese perímetro, cuando exista alta movilidad poblacional del caso, o cuando el análisis de riesgo territorial así lo justifique.

En ningún caso la delimitación geográfica reemplaza la identificación nominal de contactos directos e indirectos; el radio deberá ampliarse según movilidad del caso, lugares visitados y análisis epidemiológico.

Asimismo, resulta fundamental garantizar la articulación operativa entre los diferentes niveles de atención, actores comunitarios, con el fin de asegurar la notificación inmediata de casos sospechosos y la implementación oportuna de medidas de control epidemiológico ante eventos relacionados con sarampión.

3. Antecedentes y Justificación

La Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), mediante el Informe de Situación Regional N.º 3 de Sarampión en la Región de las Américas, reportó que entre la semana epidemiológica (SE) 01 - 19 del año 2026 se notificaron 20.332 casos confirmados y 25 defunciones en 16 países y territorios de la región, representando un incremento del 276 % en comparación con el mismo período del año 2025. (2,3)

Asimismo, informó que los casos confirmados no contaban con antecedentes documentados de vacunación contra el sarampión, afectando principalmente a niños y poblaciones con bajas coberturas de inmunización, lo países como Perú y Bolivia han reportado incremento de casos y brotes activo durante el año 2026, evidenciando la persistencia del riesgo regional y la necesidad de fortalecer las acciones de vigilancia epidemiológica, vacunación y respuesta rápida. (2,3)

Frente a este escenario epidemiológico, la OPS/OMS ha emitido alertas epidemiológicas y recomendaciones técnicas dirigidas a los Estados Miembros, instando a fortalecer la vigilancia epidemiológica integrada, garantizar coberturas de vacunación superiores al 95 % con dos dosis, intensificar la búsqueda activa de casos sospechosos, fortalecer las capacidades diagnósticas de laboratorio y asegurar la implementación inmediata de medidas de control ante casos importados o brotes de sarampión.

En el Ecuador, el Ministerio de Salud Pública, en el marco de la Ley Orgánica de Salud, y la normativa nacional vigente, mantiene acciones permanentes orientadas a preservar el estatus de eliminación del sarampión alcanzado por el país en el año 2012, fortaleciendo las estrategias de vigilancia epidemiológica, inmunizaciones, preparación y respuesta rápida frente a eventos sospechosos o confirmados.

En este contexto, se desarrolla el presente lineamiento operativo con la finalidad de estandarizar los procedimientos y acciones técnicas relacionadas con la detección temprana, notificación inmediata, investigación epidemiológica, búsqueda activa institucional y comunitaria, vacunación de bloqueo, control de infecciones y respuesta rápida, orientando las acciones de los diferentes niveles de atención y actores involucrados en la respuesta sanitaria para fortalecer la prevención, vigilancia y control del sarampión en el territorio nacional.

4. Objetivos

4.1. Objetivo general

Establecer acciones de vigilancia epidemiológica, prevención, promoción, detección temprana, notificación inmediata, investigación y control oportuno de casos sospechosos y confirmados de sarampión, con la finalidad de prevenir la transmisión comunitaria, reducir el riesgo de brotes y mantener el estatus de eliminación del sarampión en el Ecuador.

4.2. Objetivos específicos

- Reforzar la vigilancia epidemiológica para la detección temprana y notificación inmediata de casos sospechosos de sarampión.
- Estandarizar las acciones operativas de vigilancia, prevención, promoción y control del sarampión en todos los niveles de atención del Sistema Nacional de Salud.
- Fortalecer la toma, conservación, transporte y procesamiento oportuno de muestras para confirmación o descarte de casos sospechosos de sarampión.
- Establecer medidas de prevención, promoción y control de infecciones para reducir el riesgo de transmisión intrahospitalaria y comunitaria del sarampión.
- Consolidar la capacidad operativa de los Equipos de Respuesta Rápida (ERR) y de los Equipos de Atención Integral en Salud (EAIS) frente a eventos sospechosos o confirmados de sarampión.
- Garantizar la ejecución de estrategias de vacunación de bloqueo, recuperación de susceptibles y monitoreo rápido de vacunación.
- Promover la articulación interinstitucional, intersectorial y comunitaria para la prevención y respuesta frente a alertas y brotes de sarampión.
- Implementar estrategias de comunicación de riesgos para informar oportunamente a la población, combatir la desinformación y fomentar la confianza en las medidas de prevención y vacunación frente al sarampión.

5. Alcance

El presente lineamiento operativo es de aplicación obligatoria para todos los establecimientos de salud del Sistema Nacional de Salud incluyendo establecimientos del primer, segundo y tercer nivel de atención, servicios de atención prehospitalaria, laboratorios, oficinas técnicas, direcciones provinciales y demás actores involucrados en la vigilancia y respuesta frente a eventos relacionados con sarampión.

6. Glosario de términos

Aerosoles: partículas diminutas que permanecen suspendidas en el aire al hablar, toser o respirar, y que pueden transmitir enfermedades, especialmente en espacios cerrados o poco ventilados.

Aislamiento respiratorio: conjunto de medidas destinadas a prevenir la transmisión aérea de enfermedades infecciosas mediante separación física, ventilación adecuada y uso de protección respiratoria.

Alerta comunicacional: la alerta comunicacional de ESAVI forma parte del ciclo de vigilancia y se activa cuando un ESAVI presenta riesgo de generar alerta mediática, desinformación o impacto en la confianza de la población sobre las vacunas o el proceso de vacunación, este componente establece mecanismos para guiar la comunicación oportuna, coordinada y basada en información técnica disponible durante el desarrollo de la investigación del caso reportado

Brote: ocurrencia de dos o más casos asociados epidemiológicamente entre sí. La existencia de un caso único bajo vigilancia en un área donde no existía el padecimiento de la enfermedad se considera también un brote, para sarampión, un solo caso confirmado constituye una alerta epidemiológica y requiere investigación inmediata y respuesta intensificada.

Búsqueda activa: es una vigilancia retrospectiva, intencional y complementaria, que no sustituye la vigilancia ordinaria. Su propósito es buscar casos que cumplan con la definición de caso sospechoso, que no fueron detectados por el sistema de vigilancia de rutina. Se realiza en tres escenarios: en el laboratorio, institucional y en la comunidad.

Cadena de transmisión de casos: serie de casos secundarios de sarampión o rubéola que están ligados en lugar y tiempo determinado a un caso confirmado, por haber tenido contacto directo o indirecto con las secreciones respiratorias acorde con el periodo de contagio secuencial que hubo entre ellos.

Contacto directo: toda persona que tiene contacto estrecho o que compartió de forma rutinaria con los casos confirmados y que estuvo expuesta a las secreciones respiratorias durante el periodo de transmisión del virus.

Contacto indirecto: toda persona que tenga contacto casual con el caso confirmado ya sea directamente o por medio de objetos inanimados, incluyendo personas que han compartido espacios cerrados con el caso confirmado durante su periodo de transmisión (vuelos, viajes en buses/tren, salas de espera, iglesias, lugares de recreación, fiestas comunales, etc.) o en lugares abiertos (estaciones de bus, aeropuertos, eventos deportivos, etc.).

Coriza: inflamación aguda de la mucosa nasal caracterizada por rinorrea y congestión nasal.

Enfermedad Febril Exantemática No Vesicular: Síndrome caracterizado por la presencia de fiebre y exantema (erupción cutánea) de origen no vesicular, que puede estar acompañado de síntomas como tos, coriza, conjuntivitis o adenopatías. Constituye un evento de vigilancia epidemiológica utilizado para la detección oportuna de enfermedades inmunoprevenibles como sarampión y rubéola.

Etiqueta respiratoria (o de tos): es medida de control, cuando la persona tenga la necesidad de toser o estornudar; cubrirse la boca y nariz, utilizar pañuelos de papel o tela para contener secreciones respiratorias, utilizar mascarilla quirúrgica si hay tos recurrente, desechar los materiales en los recipientes adecuados, cubrir con el codo ante la ausencia de pañuelos, realizar higiene de manos con agua y jabón o con gel desinfectante.

EPI1 Individual: formulario por medio del cual se notifican los eventos en los que se requiere de una caracterización clínica epidemiológica de cada caso, corresponden a esta categoría los síndromes, enfermedades, específicas y los eventos no esperados de importancia nacional e internacional.

ESAVI: evento supuestamente atribuido a la vacunación o inmunización, se define como signo, hallazgo anormal de laboratorio, síntoma o enfermedad desfavorable, no intencionada, que ocurra posterior a la vacunación/inmunización y que no necesariamente tiene una relación causal con el proceso de vacunación o con la vacuna.

Exantema: cualquier tipo de erupción o sarpullido en la piel que aparece de forma repentina, muy común como respuesta del cuerpo ante infecciones por virus o bacterias.

Exantema Maculopapular: sarpullido específico que combina dos elementos: máculas (manchas rojas y planas) y pápulas (pequeños bultos o granitos con relieve que se pueden sentir al tacto). No tienen pus ni líquido en su interior.

Gotículas: pequeñas partículas respiratorias que se expulsan en tos o estornudos y que tienen un diámetro de 5-10µm; a diferencia de los núcleos goticulares o aerosoles que son inferiores a 5µm.

Hospedero o huésped: es el organismo que en la naturaleza tiene un agente infeccioso que vive en él; en algunos casos, el huésped es útil en para constituirse como vehículo de transmisión de la infección, en este último, el agente permanece vivo, pero no se desarrolla.

Manchas de Koplik: son pequeños puntos de color blanco-azulado, parecidos a granos de sal, rodeados por un borde rojo que aparecen en la cara interna de las mejillas dentro de la boca.

Medidas de control: es el conjunto de acciones, programas u operaciones continuas dirigidas a reducir la incidencia o prevalencia de un daño a la salud a niveles tales que dejen de constituir un problema de Salud Pública.

Microplanificación de vacunación: un conjunto integrado de acciones y estrategias que permiten identificar la población objetivo, mapear áreas geográficas, estimar recursos necesarios y diseñar intervenciones específicas para mejorar la eficiencia y efectividad de las campañas y servicios rutinarios de vacunación

Período de incubación: es el intervalo de tiempo que transcurre entre la exposición a un agente infeccioso y la aparición del primer signo o síntoma de la enfermedad.

Período Prodrómico: fase inicial de una enfermedad que va desde que aparecen los primeros síntomas generales, hasta que brotan los síntomas específicos que permiten identificar con claridad de qué enfermedad se trata.

Población Susceptible: grupo de personas que no tienen defensas ni inmunidad contra una enfermedad específica, si entran en contacto con el virus o la bacteria, tienen un alto riesgo de contagiarse y enfermar.

Monitoreo rápido de coberturas: herramienta simple de bajo costo, que evalúa en forma rápida e inmediata, la proporción de vacunados y no vacunados de una zona geográfica mediante trabajo de campo.

Nexo epidemiológico: Relación o vínculo existente entre un caso confirmado de una enfermedad y una persona sana o caso sospechoso, que comparten características epidemiológicas de tiempo, lugar y persona. Este nexo permite establecer la probable transmisión o exposición al agente infeccioso y sustentar la confirmación del caso por asociación epidemiológica, aun en ausencia inicial de resultados de laboratorio.

Notificación de caso: Comunicación oficial, obligatoria y oportuna realizada por el personal de salud ante la identificación de un caso sospechoso, probable o confirmado de un evento sujeto a vigilancia epidemiológica, conforme a la definición de caso vigente. Incluye el registro y transmisión de la información epidemiológica correspondiente para facilitar la investigación, control y prevención de riesgos o brotes de salud pública.

Notificación Individual: La notificación individual es el reporte médico inmediato de una enfermedad de vigilancia obligatoria, realizado dentro de las 24 horas de detectado el evento. Permite a las autoridades sanitarias tomar medidas de control y seguimiento rápido sobre un paciente.

Transmisión comunitaria: situación epidemiológica en la que el virus circula libremente en la comunidad, por lo que el riesgo de contagio puede ocurrir en actividades cotidianas y no depende exclusivamente de antecedentes de viaje, contacto con casos importados o identificación clara de la cadena de transmisión.

Signo patognomónico: Hallazgo o manifestación clínica característica y exclusiva de una enfermedad, cuya presencia posee una alta especificidad diagnóstica y permite confirmar de manera directa la existencia de dicha enfermedad.

Susceptible: un individuo que no posee inmunidad o protección contra una enfermedad infecciosa específica y por lo tanto si se expone.

Simultaneidad: es la administración de dos vacunas diferentes en la misma visita, pero en sitios anatómicos diferentes.

Stock máximo: es el nivel de existencia o stock máximo de medicamentos y/o dispositivos médicos que se debe mantener en un período de tiempo determinado, bajo situaciones normales de prestación de servicios (las condiciones normales excluyen campañas, emergencias sanitarias y otros).

Stock mínimo: representa el nivel mínimo de existencia de medicamentos y/o dispositivos médicos que debe mantenerse. Es importante asegurarse de que los inventarios no caigan por debajo de este punto para evitar interrupciones en la disponibilidad de productos.

Vacunación de bloqueo: estrategia de respuesta rápida que consiste en la vacunación inmediata de las personas susceptibles alrededor de un caso sospechoso o confirmado para interrumpir la transmisión de la enfermedad.

7. Abreviaturas

BAC: Búsqueda Activa Comunitaria

BAI: Búsqueda Activa Institucional

EAIS: Equipos de Atención Integral de Salud

ERR: Equipos de Respuesta Rápida

EFENV: Enfermedad Febril Exantemática No Vesicular

GADs: Gobiernos Autónomos Descentralizados

IAAS: Infecciones Asociadas a la Atención en Salud

INSPI: Instituto Nacional de Investigación en Salud Pública

MAIS-FCI: Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural

MRC: Monitoreo Rápido de Coberturas

MRV: Monitoreo Rápido de Vacunación

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

PCR: Reacción en Cadena de la Polimerasa

RSI: Reglamento Sanitario Internacional

SE: Semana Epidemiológica

SIVE: Subsistema de Vigilancia Epidemiológica

8. Desarrollo

La Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), mediante alertas epidemiológicas e informes regionales emitidos durante el año 2026, reportó un incremento sostenido de casos y brotes de sarampión en la Región de las Américas.

La situación epidemiológica del sarampión en la Región de las Américas hasta la SE 19 de 2026 evidencia un incremento importante de casos en varios países, lo que representa un alto riesgo regional debido a la elevada transmisibilidad del virus y a las brechas de vacunación existentes en algunas poblaciones.

8.1. Análisis de los países que reportan casos de sarampión

La Región de las Américas notificó 20.332 casos confirmados de sarampión en 16 países y territorios, incluidas 25 muertes, lo que representa un aumento del 276% en comparación con el mismo período de 2025. México (10.817), Guatemala (6.209), los Estados Unidos (1.893) y Canadá (1.018) representaron la mayoría (98%) de los casos confirmados. (2)

México es el país con mayor número de casos confirmados, registrando 10.817 casos hasta la SE 19 de 2026. Aunque la tendencia de las últimas cuatro semanas muestra un descenso, el brote continúa siendo de alta preocupación epidemiológica. La transmisión se concentra principalmente en comunidades con bajas coberturas vacunales y alta movilidad poblacional, se han reportado múltiples fallecimientos asociados al brote, lo que indica riesgo de transmisión persistente.

Guatemala reporta 6.209 casos confirmados la transmisión continúa activa en varios departamentos, se notifican fallecimientos y circulación sostenida del virus y continúa con brotes activos.

Estados Unidos, acumula 1.893 casos confirmados, la tendencia actual se encuentra en meseta, lo que significa que los casos continúan apareciendo sin una reducción clara, los brotes están asociados principalmente a grupos no vacunados.

Canadá, registra 1.018 casos confirmados, la tendencia es descendente; sin embargo, continúa presentando transmisión asociada a brotes previos.

Perú, presenta 290 casos confirmados y una tendencia en aumento, los casos recientes se concentran principalmente en Puno, lo que representa una alerta importante para los países vecinos y zonas fronterizas, el incremento reciente genera preocupación epidemiológica regional. (2)

Bolivia, registra 62 casos confirmados con transmisión esporádica y brotes focalizados, aunque el número de casos es menor, la situación sigue siendo vigilada por el riesgo de expansión.

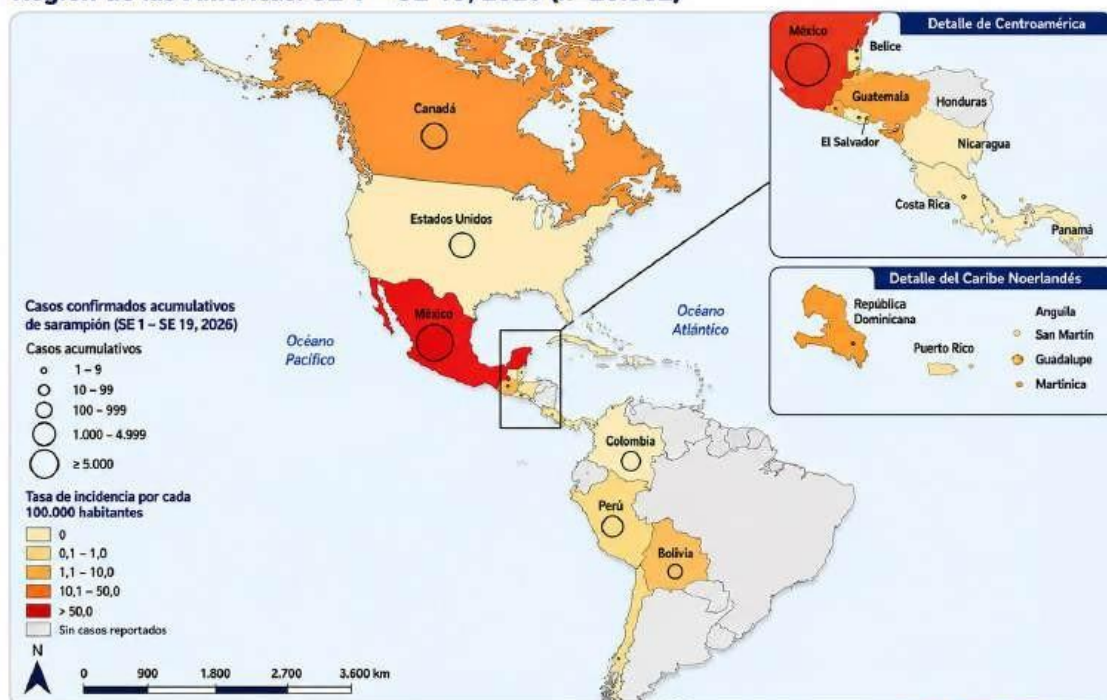
El Salvador, reporta 14 casos confirmados hasta la SE 19 de 2026. La transmisión corresponde a importaciones esporádicas, sin evidencia de circulación endémica sostenida, el último caso fue registrado en la SE 17 de 2026.

Colombia, presenta 7 casos confirmados asociados a importaciones esporádicas. Mantiene el estatus de eliminación sostenida y el último caso se notificó en la SE 15 de 2026.

Costa Rica, notifica 5 casos confirmados vinculados a importaciones esporádicas. Mantiene eliminación sostenida y el último caso se registró en la SE 15 de 2026. (2)

Figura 1. Casos confirmados de sarampión en la Región de las Américas, SE 1–SE 19, 2026

Casos confirmados de sarampión y tasa de incidencia por cada 100.000 habitantes por país. Región de las Américas. SE 1 – SE 19, 2026 (n=20.332)



Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS). Informe de Situación Regional de Sarampión N.º 3, 2026.

8.2. Situación epidemiológica nacional

Frente a este escenario epidemiológico regional, el Ecuador mantiene el estatus de eliminación del sarampión; sin embargo, debido al riesgo permanente de importación de casos asociados a la movilidad poblacional y a los brotes registrados en países de la región, el Ministerio de Salud Pública mantiene acciones intensificadas de vigilancia epidemiológica, preparación y respuesta rápida en todo el territorio nacional. (2,3,27)

Estas acciones incluyen la vigilancia epidemiológica intensificada, investigación epidemiológica de campo, identificación y seguimiento de contactos, búsqueda activa institucional y comunitaria, así como la implementación de medidas de aislamiento y prevención y control de infecciones en los servicios de salud.

De manera complementaria, se ejecutarán estrategias de vacunación de bloqueo y recuperación de susceptibles en áreas de riesgo, junto con la activación de Equipos de Respuesta Rápida (ERR) y Equipos de Atención Integral en Salud (EAIS), con el fin de contener oportunamente posibles brotes y evitar la transmisión comunitaria del virus.

Asimismo, se promoverá la articulación entre vigilancia epidemiológica, inmunizaciones, laboratorios, red de servicios de salud y niveles de gestión territorial, garantizando una respuesta coordinada, oportuna e integral frente a eventos sospechosos o confirmados de sarampión.

9. Componente de Vigilancia

9.1. Características del sarampión

Agente etiológico

El virus del sarampión es un virus de ácido ribonucleico (RNA) de cadena sencilla, perteneciente al género Morbillivirus de la familia Paramyxoviridae. Se han identificado 24 genotipos del virus, de los cuales varios actualmente se consideran inactivos. (1,4,5)

Reservorio

El único reservorio conocido del virus del sarampión es el ser humano.

Modo de transmisión

La transmisión ocurre principalmente por vía aérea, a través de gotículas respiratorias y aerosoles expulsados al hablar, toser o estornudar, así como por contacto directo con secreciones nasales o faríngeas de personas infectadas. (1,5,6)

El virus puede permanecer viable en el aire o sobre superficies hasta por dos horas, por lo que la transmisión puede ocurrir incluso sin contacto directo con el caso, cuando una persona susceptible permanece en un espacio previamente ocupado por una persona infecciosa.

Período de incubación

El período de incubación es de 7 a 21 días, generalmente:

- De 10 a 12 días desde la exposición hasta el inicio de la fiebre.
- Aproximadamente 14 días hasta la aparición del exantema.

Período de transmisibilidad

La persona infectada puede transmitir el virus desde 4 días antes y 4 días después del inicio del exantema, incluyendo el día de aparición del exantema como día 0 (día de inicio del exantema).

Período de aparición de casos secundarios

3 a 21 días después de iniciado el exantema.

Grupos de mayor riesgo de contagio

- Los grupos con mayor riesgo de contagio son personas susceptibles a la enfermedad no vacunadas contra el SRP - SR:
- Personal sanitario (incluye todos los profesionales de la salud y demás personal, que están en contacto con los pacientes durante la atención sanitaria).
- Los familiares u otras personas que hayan estado en contacto estrecho con personas infectadas.

Figura 2. Período: Incubación, Transmisibilidad, Seguimiento



Fuente: (OPS). Guías para la vigilancia epidemiológica y respuesta a brotes de sarampión.

Susceptibilidad

Todas las personas no inmunizadas o que no han padecido la enfermedad son susceptibles al sarampión. Aproximadamente el 90 % de las personas susceptibles desarrollarán la enfermedad tras la exposición al virus.

Los lactantes pueden mantener protección temporal por anticuerpos maternos hasta los 6 a 9 meses de edad; sin embargo, en contextos de brotes pueden requerir vacunación anticipada.

Información clínica del sarampión

El cuadro clínico clásico del sarampión evoluciona en tres fases clínicas: período de incubación, período prodrómico o catarral y período eruptivo. El período de incubación tiene una duración promedio de 10 a 14 días posteriores a la exposición al virus, durante el cual el paciente permanece generalmente asintomático.

El período prodrómico o catarral dura aproximadamente de 2 a 4 días y se caracteriza por fiebre alta, malestar general, cefalea, síntomas respiratorios predominan la tos persistente, coriza y conjuntivitis no purulenta, conocida clásicamente como la tríada catarral del sarampión. Durante esta fase el paciente presenta elevada carga viral y alta capacidad de transmisión.

Uno de los signos clínicos característicos del sarampión corresponde a las manchas de Koplik, consideradas un signo patognomónico de la enfermedad. Estas se presentan como pequeñas lesiones blanquecinas sobre mucosa eritematosa de la cavidad oral, generalmente a nivel de la mucosa yugal, y aparecen entre 24 y 48 horas antes del inicio del exantema, desapareciendo rápidamente tras su aparición.

Posteriormente inicia el período eruptivo, caracterizado por la aparición del exantema maculopapular, el cual comienza en la cara y región retroauricular, extendiéndose progresivamente en sentido cefalocaudal hacia el tronco y las extremidades. Durante esta fase, la fiebre suele persistir y alcanzar temperaturas elevadas.

Las principales manifestaciones clínicas del sarampión incluyen:

- Fiebre mayor a 38,5 °C, pudiendo alcanzar 40 °C
- Exantema maculopapular generalizado.
- Tos persistente.
- Coriza.
- Conjuntivitis no purulenta.
- Manchas de Koplik.
- Cefalea.
- Malestar general

Las complicaciones se presentan con mayor frecuencia en niños menores de cinco años, adultos mayores, personas inmunosuprimidas, pacientes desnutridos y población no vacunada.

Entre las complicaciones más frecuentes se encuentran:

- Neumonía viral o bacteriana secundaria.
- Otitis media aguda.
- Laringotraqueobronquitis.
- Diarrea y deshidratación.
- Queratitis y alteraciones visuales.
- Encefalitis aguda.
- Panencefalitis esclerosante subaguda.
- Insuficiencia respiratoria

La transmisibilidad del virus ocurre desde cuatro días antes hasta cuatro días después de la aparición del exantema, por lo que todo caso sospechoso deberá ser identificado, notificado y aislado de manera inmediata para evitar transmisión intrainstitucional y comunitaria.

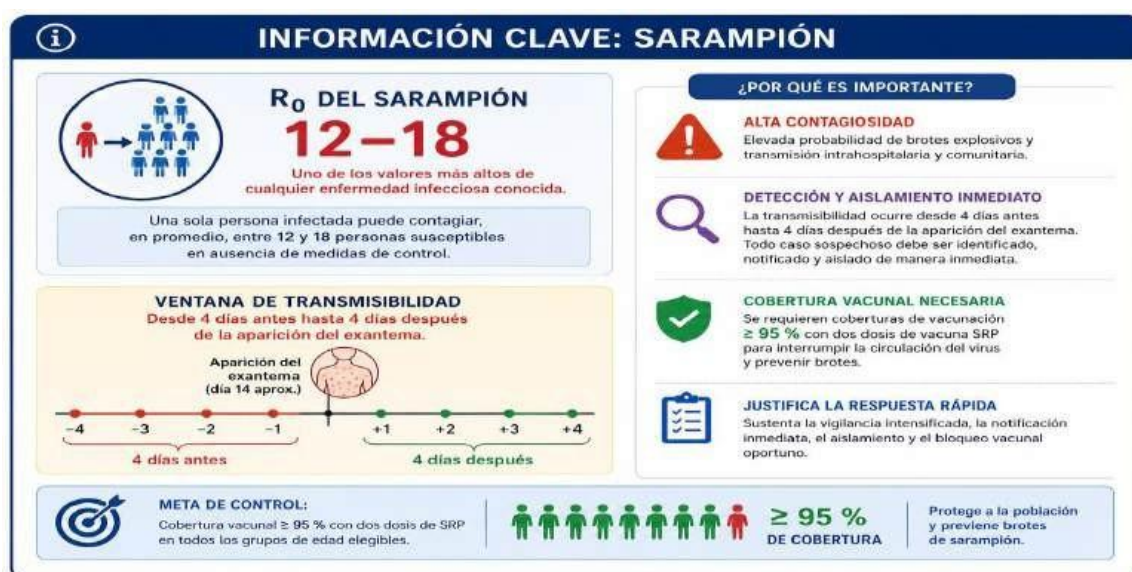
El sarampión presenta un R_0 estimado entre 12 y 18, considerado uno de los más altos entre las enfermedades infecciosas humanas. Por ello, una sola persona infectada puede generar múltiples casos secundarios en poblaciones susceptibles, lo que justifica la notificación inmediata, investigación en menos de 48 horas, aislamiento respiratorio, seguimiento de contactos y vacunación de bloqueo.

Debido a esta alta capacidad de transmisión, se requieren coberturas de vacunación iguales o superiores al 95 % con dos dosis de vacuna SRP para interrumpir la circulación del virus y prevenir brotes.

Todo personal de salud que identifique a un usuario con fiebre y exantema maculopapular, acompañado de uno o más síntomas como tos, coriza o conjuntivitis, deberá considerarlo como un caso sospechoso de Enfermedad Febril Exantemática No Vesicular (EFENV).

Ante esta situación, se deberá realizar la notificación inmediata al sistema de vigilancia epidemiológica, toma oportuna de muestras para diagnóstico de laboratorio, investigación epidemiológica correspondiente, y la implementación inmediata de medidas de aislamiento respiratorio y aislamiento del caso, con el fin de prevenir la transmisión intrahospitalaria y comunitaria. (4,5).

Figura: 3 Características Epidemiológicas y Transmisibilidad del Sarampión



Fuente: (CDC). Manual for the Surveillance of Vaccine-Preventable Diseases – Measles Chapter.

Manejo Clínico del Caso

No existe tratamiento antiviral específico, el manejo es de soporte:

- Administración de vitamina A (evidencia de reducción de complicaciones) recomendada por OMS para todos los niños con sarampión. (1,5)
 - Se administrará 50.000 UI menores 6 meses, 100.000 UI, 6-11 meses y 200.000 UI, 12-59 meses, administrar 1 dosis al contacto y otra al día siguiente, (aplica para casos confirmados de sarampión).

- Control de fiebre con antipiréticos. No usar ácido acetilsalicílico en menores de 16 años.
- Hidratación oral o parenteral según gravedad.
- Antibióticos, solo ante evidencia de infección bacteriana secundaria (neumonía, otitis media).
- Criterios de hospitalización, considerar dificultad respiratoria, signos de neumonía, deshidratación severa, alteración del estado de conciencia, convulsiones
- Activación de higiene respiratoria y etiqueta de la tos.

Aislamiento

- El sarampión es transmisible desde 4 días ANTES hasta 4 días DESPUÉS del inicio del exantema.
- El aislamiento debe iniciarse desde el momento de la sospecha clínica.
- Aislamiento respiratorio estricto: habitación individual con presión negativa si es posible (o habitación bien ventilada).
- Precauciones de transmisión aérea: uso obligatorio respiradores N95 para todo el personal que atiende al paciente.
- Restricción de visitas: limitadas a personas con evidencia documentada de inmunidad (dos dosis SRP o infección previa confirmada).
- Duración del aislamiento: mínimo 4, máximo 7 días desde inicio del exantema, o hasta resolución del cuadro clínico.

Toda sospecha clínica de sarampión deberá investigarse inmediatamente, independientemente de la edad, antecedente vacunal o nacionalidad del paciente.

Debido al contexto regional de eliminación del sarampión, todo caso sospechoso constituye un evento de importancia epidemiológica, por lo que requiere investigación inmediata, búsqueda activa, seguimiento de contactos y ejecución de medidas intensificadas de control.

9.2. Definición de Caso

Se deberá activar inmediatamente el presente procedimiento operativo ante cualquier persona que cumpla con la siguiente definición:

Caso sospechoso (SIVE-Alerta)

Toda persona de cualquier edad en quien un profesional de salud sospeche sarampión, o toda persona que presente fiebre y exantema maculopapular no vesicular (EFENV), independientemente de su antecedente vacunal o nexo epidemiológico. (2,4,23)

Caso confirmado por laboratorio o por nexo epidemiológico

Es todo caso sospechoso de sarampión o rubéola que tiene resultados de laboratorio positivos o nexo epidemiológico con un caso confirmado por laboratorio.

Caso descartado:

Todo caso sospechoso con resultado de laboratorio negativo para sarampión y rubéola, sin nexo epidemiológico.

Signos y síntomas para verificar cumplimiento de definición de caso

El epidemiólogo o profesional de salud deberá evaluar los siguientes criterios clínicos dentro del contexto de vigilancia de EFENV:

- Fiebre.
- Exantema maculopapular no vesicular.
- Tos.
- Coriza.
- Conjuntivitis.
- Antecedente de contacto con caso sospechoso o confirmado.
- Antecedente de viaje a zonas con circulación de sarampión.
- Ausencia o esquema incompleto de vacunación SRP/SR.

Tabla 1 Criterios clínico y epidemiológico de sospecha de casos

 HALLAZGO CLÍNICO	 DESCRIPCIÓN / CRITERIO
 Fiebre ($>38.5^{\circ}\text{C}$)	• Inicio abrupto, precede al exantema 2–4 días. • Temperatura $\geq 38.5^{\circ}\text{C}$ axilar o antecedente de fiebre.
 Exantema maculopapular	• Inicio en cara/línea del cabello, se generaliza cráneo-caudalmente. • Dura 4–7 días.

Fuente: Manual de Procedimientos SIVE-Alerta. 2014 - MSP

Diagnóstico de laboratorio

Los casos sospechosos de sarampión y/o Enfermedad Febril Exantemática No Vesicular (EFENV) deberán contar obligatoriamente con toma, conservación y envío oportuno de muestras para diagnóstico laboratorial, conforme a los lineamientos nacionales vigentes y protocolos establecidos por el INSPI. (4,23)

Para la confirmación diagnóstica, todo caso sospechoso deberá contar con la toma y envío de las siguientes muestras biológicas, las cuales deberán registrarse en el sistema VIEPI en el siguiente orden:

- Suero.
- Hisopado nasofaríngeo.
- Orina.

El tiempo óptimo para la toma de muestras corresponde a los primeros 7 días posteriores al inicio del exantema, período en el cual existe mayor sensibilidad diagnóstica para la detección del virus del sarampión.

Tabla 2 Muestras para diagnóstico laboratorio de sarampión

TIPO DE MUESTRA	CANTIDAD Y MEDIO DE TRANSPORTE	CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE	OBSERVACIONES
Suero 	 - Colectar de 500 µL a 1,5 mL de suero. - Neonatos: mínimo 200 µL de suero sanguíneo. - Enviar en vial estéril sin aditivos o tubo tapa rosca.	 Mantener refrigerado entre 2 °C y 8 °C hasta su envío al laboratorio.	Primera muestra: al primer contacto con el caso sospechoso. Segunda muestra: 14 días después de la primera toma. - La sangre completa no debe congelarse.
Hisopado nasofaríngeo 	 - Hisopo de dacrón o nylon con punta sintética estéril. - Colocar en tubo Falcon con 3 mL de Medio de Transporte Viral (MTV).	 Mantener refrigerado entre 2 °C y 8 °C hasta su envío al laboratorio.	La toma debe realizarse dentro de los primeros 4 días posteriores al inicio del exantema o al primer contacto con el caso sospechoso.
Orina 	 - Colectar de 10 a 50 mL de orina. - Colocar la muestra en recipiente estéril para muestra de orina.	 Mantener refrigerado entre 2 °C y 8 °C hasta su envío al laboratorio.	- Tomar la muestra hasta 7 días posteriores al inicio del exantema o al primer contacto con el caso sospechoso. - La orina no debe congelarse sin antes haber concentrado la muestra.

Elaborado: Centro de Referencia Nacional de Virus Exantemáticos, Gastroentéricos y Transmitidos por Vectores - INSPI

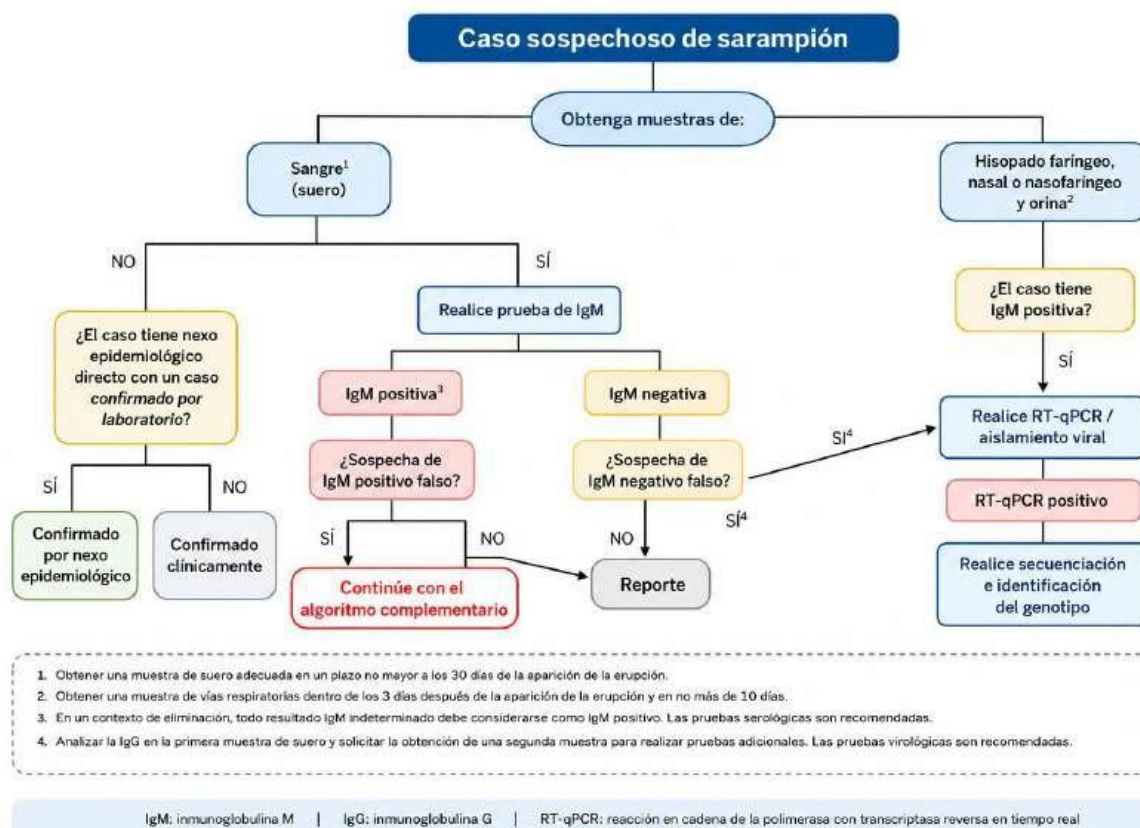
Envío de muestras clínicas.

Las muestras deberán ser transportadas en triple empaque manteniendo siempre la cadena de frío (2-8°C) hasta la llegada a la Plataforma de Recepción de muestras y su posterior envío al CRN de Virus Exantemáticos, Gastroentéricos y Transmitidos por Vectores dentro de las primeras 48 horas. Posterior a las 48 horas, congelar a -20°C.

Nota: La orina no debe ser congelada sino refrigerada por un periodo de tiempo, no mayor a 7 días.

Todas las muestras deben estar claramente etiquetadas y deben incluir la información llenada en su totalidad en la ficha epidemiológica Epi1 individual y subida la información en el sistema de SIVE- Alerta.

Figura 4. Algoritmo de Diagnóstico por laboratorio para el análisis de caso sospechoso



Fuente: Orientaciones sobre las pruebas de Sarampión y de la rubeola red de Laboratorios de la Región de las Américas OPS 2018.

Envío de muestra por ubicación geográfica

Para el proceso de envío de muestra se establece la distribución geográfica a nivel nacional de acuerdo al siguiente detalle:

Tabla 3 Distribución para el envío de muestra por Provincias

SEDES DEL INSPI Y PROVINCIAS DE COBERTURA Referencia nacional para envío de muestras			
SEDE INSPI	PROVINCIAS DE COBERTURA		
 INSPI GUAYAQUIL COSTA	 Esmeraldas	 El Oro	
	 Manabí	 Guayas	
	 Los Ríos	 Santa Elena	
 INSPI QUITO SIERRA NORTE-CENTRO	 Imbabura	 Chimborazo	
	 Pichincha	 Santo Domingo de los Tsáchilas	
	 Cotopaxi	 Bolívar	
	 Tungurahua	 Carchi	
 INSPI CUENCA SIERRA SUR	 Azuay	 Zamora Chinchipe	
	 Loja	 Morona Santiago	
 INSPI TENA AMAZONIA	 Sucumbios	 Orellana	
	 Napo	 Pastaza	

Elaborado: Centro de Referencia Nacional de Virus Exantemáticos, Gastroentéricos y Transmitidos por Vectores - INSPI

Nota aclaratoria: el éxito del diagnóstico en laboratorio es recolección de muestra de buena calidad, conservación y transporte de la muestra, método diagnóstico y las acciones de vigilancia.

Investigación del caso índice

- Llenado completo de la ficha de investigación clínica epidemiológica: datos demográficos, fecha de inicio de fiebre y exantema, características de la erupción, síntomas acompañantes, antecedente vacunal con verificación de carné, historia de viajes recientes y nexos con otros casos.
- Identificación y verificación de la dirección domiciliaria del caso sospechoso, realizar la georeferenciación del mismo (barrio, parroquia, coordenadas si es posible).
- Identificación y listado de todos los contactos durante el período de transmisibilidad.

Delimitación del foco por epidemiología

- El epidemiólogo de la OT y/o hospital INICIA la investigación desde el Establecimiento de Salud que identifica el caso, por lo cual antes de que los equipos salgan al campo, el epidemiólogo define, comunica y coordina acciones en territorio con el equipo de respuesta local los límites del foco (radio de acción):

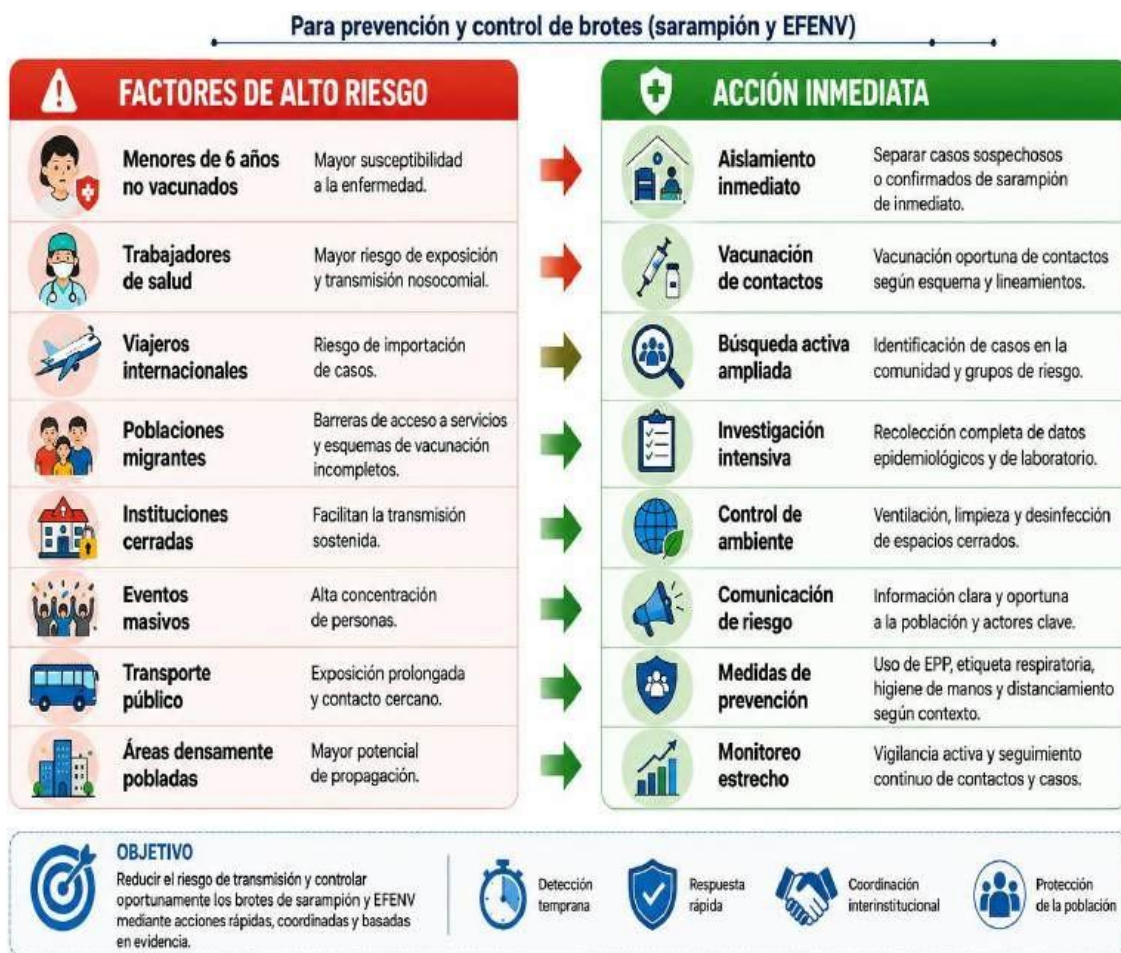
Tabla 4 Radio de intervención ante casos sospechosos y confirmados de sarampión

SITUACIÓN	RADIO DE INTERVENCIÓN
CASO SOSPECHOSO	• 250-500 metros a la redonda del lugar de residencia / trabajo / exposición del caso. • En zonas rurales: 100% de las viviendas del sector. • Un radio de 250 metros alrededor del caso sospechoso o confirmado, como perímetro operativo de intervención para la identificación temprana de casos compatibles, contactos susceptibles y personas con esquemas de vacunación incompletos. Este radio podrá ampliarse de acuerdo con los hallazgos de la investigación epidemiológica, densidad poblacional, movilidad de la población y nivel de riesgo identificado.
CASO CONFIRMADO POR LABORATORIO	• 2 kilómetros a la redonda del lugar de residencia / trabajo / exposición del caso.

Fuente: Lineamientos Operativos para investigación de casos sospechosos de EFENV - MSP.

La delimitación territorial mediante radios de intervención constituye una referencia operativa inicial y no reemplaza la identificación nominal de contactos directos e indirectos. El perímetro podrá ampliarse según movilidad del caso, lugares visitados, densidad poblacional y análisis epidemiológico de riesgo y presencia de población susceptible.

Figura5. Factores de riesgo y medidas de intervención frente al sarampión y EFENV

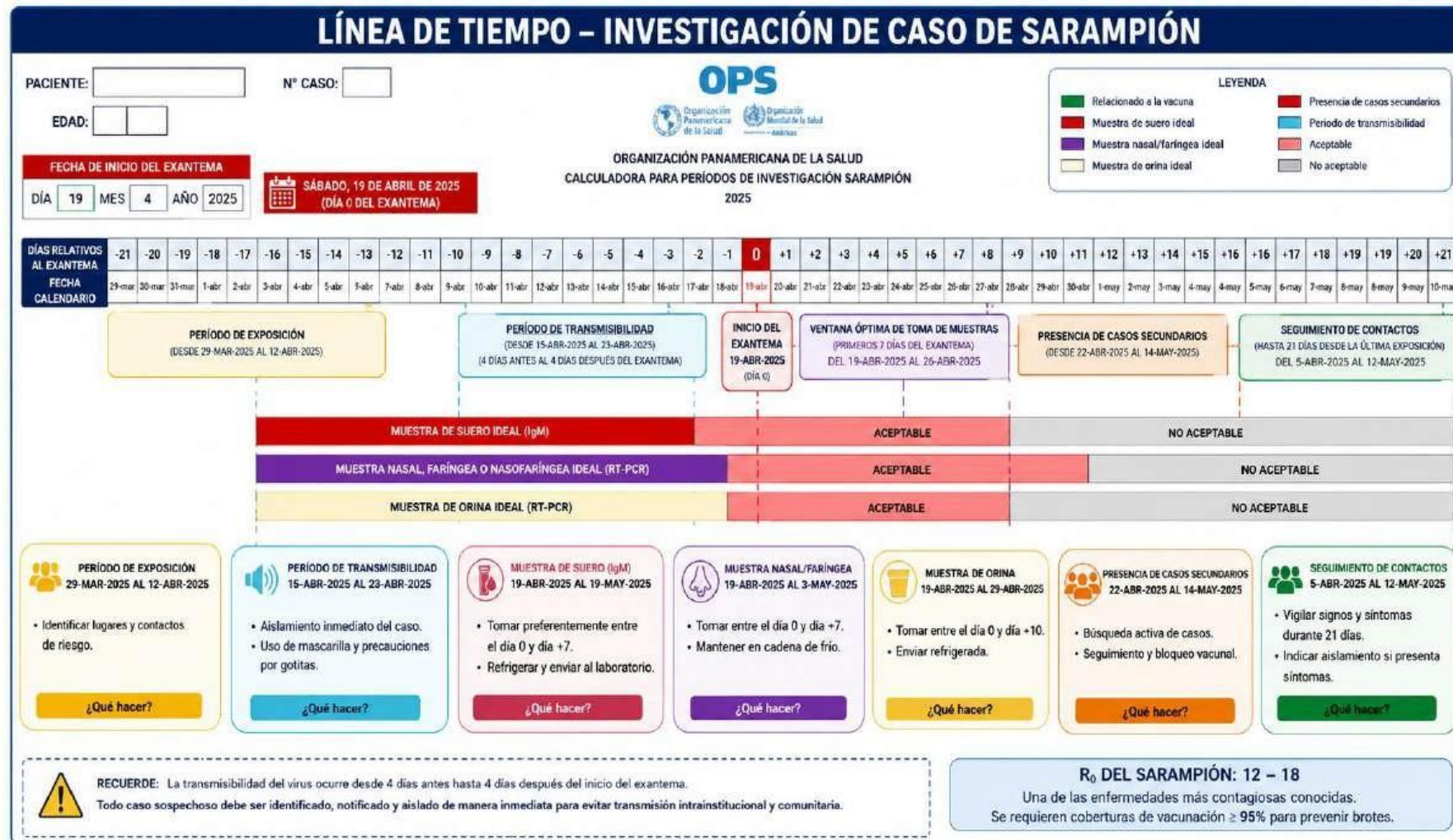


Fuente: Lineamientos Operativos para investigación de casos sospechosos de EFENV - MSP.

Línea de tiempo y acciones

- El epidemiólogo de la OT realiza la línea de tiempo, considerando período de transmisibilidad y de incubación, tomando como punto de partida la fecha de inicio del exantema.
- El epidemiólogo con el equipo de respuesta local identificará y realizará la trazabilidad del caso identificando los lugares por donde transcurrió para poder captar casos secundarios e incluso poder identificar la fuente de infección.
- Se realizará el levantamiento de contactos y evaluación de riesgo (estado vacunal, viajes, estado clínico), los contactos deben incluirse a los directos e indirectos, en los que se circunscriben los laborales. Esta búsqueda debe realizarse con mayor prolijidad durante el período de transmisibilidad.
- Identificación los casos secundarios y posible elaboración de cadenas de transmisión, a través del censo de contactos.
- Además, realizará el listado de los lugares donde transitó el caso sospechoso durante el período de transmisibilidad (rutas y movilidad).

Figura: 6 Línea de tiempo para investigación, toma de muestra, aislamiento, y seguimiento de contactos ante casos sospechoso de sarampión



Fuente: (OPS). Guías para la vigilancia epidemiológica y respuesta a brotes de sarampión

○ **Por vía terrestre:**

- Verificar la ruta día por día, lugares, tipo de movilización y número aproximado de personas con las que estuvo en contacto, enfatizando lugares de aglomeración.
- Si hay movilización inter parroquial o inter provincial, verificación de la compañía de transporte y listado o número de pasajeros.

○ **Por vía aérea:**

- Verificar ruta y número de vuelo, así como escalas del vuelo, tiempo de estancia en aeropuertos, cambios de avión, número de asiento, número de pasajeros y tripulación.
- Listado de pasajeros e información del viajero (lugar de estancia en la ciudad), para seguimiento.

10. Preparación, respuesta y acciones en territorio

Los eventos comprendidos dentro de las Enfermedades Febriles Exantemáticas No Vesiculares (EFENV), entre ellos el sarampión, se adquieren principalmente en el ámbito comunitario o domiciliario. Sin embargo, debido a la alta transmisibilidad del virus, existe riesgo de transmisión intrainstitucional en los establecimientos de salud, especialmente cuando no se implementan oportunamente medidas de detección temprana, aislamiento respiratorio, control de infecciones y uso adecuado de equipos de protección personal.

La prevención de la transmisión en los establecimientos de salud deberá sustentarse en la implementación oportuna y permanente de medidas de prevención y control de infecciones, orientadas a reducir el riesgo de transmisión intrainstitucional del virus del sarampión y otros eventos comprendidos dentro de las EFENV.

Para ello, los establecimientos de salud deberán considerar los siguientes componentes esenciales:

- Verificar que el personal sanitario, personal que labora en aeropuertos, puertos y paso fronterizos cuente con evidencia documentada de inmunidad contra sarampión y rubéola, mediante registros físicos o electrónicos verificables.
- Identificar, notificar y aislar de manera inmediata a todo paciente con sospecha de EFENV o caso confirmado de sarampión.
- Aplicar estrictamente las precauciones estándar y las precauciones por vía aérea durante la atención de casos sospechosos o confirmados.
- Garantizar el uso adecuado de medidas de protección respiratoria para personal sanitario, pacientes y visitantes, de acuerdo con el nivel de exposición y riesgo.
- Promover de manera continua la higiene respiratoria y la etiqueta de la tos en todos los servicios de salud.
- Implementar mecanismos de monitoreo y seguimiento ante exposiciones del personal sanitario y contactos intrahospitalarios relacionados con eventos sospechosos o confirmados.
- Desarrollar estas acciones en el marco de un programa integral de prevención y control de infecciones asociadas a la atención en salud, orientado a disminuir la transmisión de agentes infecciosos dentro de los establecimientos sanitarios.

10.1. Acciones en territorio

En concordancia con las acciones de prevención de la transmisión, vigilancia epidemiológica e inmunizaciones descritas anteriormente, el personal de la Dirección Provincial de Salud conformará equipos multidisciplinarios orientados a brindar soporte técnico, operativo y logístico para la ejecución de acciones de respuesta en territorio frente a eventos relacionados con Enfermedades Febriles Exantemáticas No Vesiculares (EFENV), incluido sarampión, de acuerdo con sus competencias institucionales.

Asimismo, cada componente deberá coordinar, articular y ejecutar acciones de respuesta conforme a las necesidades identificadas durante la emergencia epidemiológica, en el marco de la activación y funcionamiento del Sistema de Comando de Incidentes (SCI), de acuerdo con lo establecido en el Acuerdo Ministerial No. 00037-2025, mediante el cual se aprueba el Plan de Respuesta Multiamenaza, con la finalidad de fortalecer la capacidad operativa, la toma de decisiones y la respuesta articulada en territorio.

Cuando el evento supere la capacidad operativa de respuesta local, el epidemiólogo y el responsable de inmunizaciones de la Oficina Técnica, en coordinación con el Administrador Técnico del establecimiento de salud, deberán levantar, justificar y remitir el requerimiento de ampliación de brigadas y apoyo operativo al responsable de la Oficina Técnica correspondiente.

Inicialmente, la respuesta se ejecutará mediante la activación de los establecimientos de salud cercanos según proximidad territorial; sin embargo, si la magnitud del evento supera la capacidad operativa de la Oficina Técnica, se coordinará el fortalecimiento de la respuesta con personal técnico y operativo de otras Oficinas Técnicas y de la Dirección Provincial de Salud, con el fin de garantizar la intervención oportuna y el cumplimiento de los tiempos establecidos de respuesta.

Los pasos 1, 2, 3 y 4 deberán ejecutarse de manera simultánea durante las primeras 24 a 48 horas posteriores a la identificación del caso sospechoso, con la finalidad de garantizar una respuesta inmediata, disminuir el riesgo de transmisión y fortalecer la contención temprana del evento epidemiológico.

Paso 1. Detección y notificación inmediata del caso sospechoso.

Paso 2. Conformación de equipos operativos, clasificación de riesgo y definición de criterios de activación.

Paso 3. Activación del Sistema de Comando de Incidentes (SCI).

Paso 4. Implementación y elaboración de la Sala Situacional (SS)

10.1.1 Paso 1. Detección y Notificación

Todo caso sospechoso de Enfermedad Febril Exantemática No Vesicular (EFENV), sarampión deberá ser notificado de manera inmediata, obligatoria y continua por el personal de salud que identifique el caso, sin esperar la confirmación por laboratorio.

La notificación deberá garantizar el registro oportuno en el sistema VIEPI dentro de las primeras 24 horas posteriores a su identificación, así como el inicio de la investigación epidemiológica en un plazo máximo de 48 horas, con la finalidad de implementar oportunamente las medidas de prevención y control correspondiente, todo establecimiento de salud deberá mantener vigilancia activa de EFENV y remitir notificación positiva o negativa diaria hasta las 17h00.

Actividades:

- Identificación del caso sospechoso con criterios de Enfermedad Febril Eruptiva No Vesicular (EFENV) por parte del médico tratante o personal de salud de los establecimientos del primer nivel de atención u hospitales de la Red Integral de Salud, Red Privada Complementaria del área de su jurisdicción.
- Realización de la notificación inmediata y bidireccional, dentro de las primeras 24 horas posteriores a la detección, al responsable de epidemiología de la Oficina Técnica, epidemiología de la Dirección Provincial de Salud, ante toda sospecha de caso compatible con EFENV o sarampión.
- Ejecución de notificación epidemiológica diaria, incluyendo reporte positivo o negativo de casos sospechosos.
- Activación de la cadena de llamadas y flujo de comunicación inmediata entre epidemiología local, Oficina Técnica, Nivel provincial y Nacional.
- Registro obligatorio del caso sospechoso en el sistema de vigilancia epidemiológica mediante el aplicativo VIEPI.
- Verificación preliminar de antecedentes epidemiológicos relevantes, incluyendo antecedente vacunal, desplazamientos, contacto con casos sospechosos o confirmados y exposición en entornos comunitarios o sanitarios.
- Elaboración de informes preliminares, seguimiento y cierre.

Responsables

Personal de salud

- Identificación clínica del caso sospechoso.
- Notificación inmediata al responsable de epidemiología.
- Aplicación inicial de medidas de aislamiento y bioseguridad.

Epidemiólogo de la Oficina Técnica

- Verificación y validación epidemiológica de la definición de caso.
- Activación de acciones iniciales de respuesta.
- Coordinación con establecimientos de salud y notificación a nivel provincial.
- Seguimiento del registro en VIEPI.
- Evaluación de riesgo epidemiológico.
- Coordinar con Inmunizaciones, establecimientos de salud, EAIS, Equipos de Apoyo focal para Bloqueo Vacunal, Equipos de Apoyo focal para Búsqueda Activa Comunitaria y Equipos de Respuesta Rápida (ERR) para la implementación integral de las acciones de intervención.

Inmunizaciones de la Oficina Técnica

- Ejecutar y coordinar las estrategias de vacunación de bloqueo definidas en función del nivel de riesgo epidemiológico.
- Coordinar la disponibilidad, distribución y uso adecuado de vacunas, jeringuillas e insumos necesarios para las intervenciones.
- Consolidar y analizar la información relacionada con las actividades de vacunación implementadas durante la intervención.
- Verificar y completar esquemas de vacunación en contactos, población susceptible y grupos priorizados.

Epidemiología Provincial

- Validación epidemiológica y seguimiento del evento.
- Consolidación y comunicación de información a niveles jerárquicos superiores.
- Coordinación de acciones provinciales de respuesta y control.

Flujo de Notificación

La notificación de casos sospechosos de Enfermedades Febriles Eruptivas No Vesiculares (EFENV), incluido sarampión, deberá realizarse de manera inmediata, obligatoria y continua, conforme a los lineamientos nacionales de vigilancia epidemiológica, garantizando la oportunidad y sensibilidad del sistema.

Flujo operativo de notificación

- **Establecimiento de Salud → Oficina Técnica (OT) → Nivel Provincial**

Todo caso sospechoso identificado deberá notificarse por la vía más rápida disponible dentro de las primeras 24 horas con la validación de definición de caso por el epidemiólogo de la OT. Posteriormente, el caso deberá registrarse obligatoriamente en el aplicativo VIEPI y ser reportado al epidemiólogo de la Dirección Provincial.

- **Nivel Provincial → Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica (DNVE)**

El nivel provincial deberá validar y notificar el caso al nivel nacional dentro de las primeras 24 horas posteriores a la recepción de la alerta epidemiológica.

- **Notificación negativa diaria**

El responsable de epidemiología provincial deberá remitir diariamente la notificación positiva o negativa de casos sospechosos de EFENV hasta las 17h00, incluso en ausencia de casos, con la finalidad de fortalecer la vigilancia activa y la sensibilidad del sistema epidemiológico.

10.1.2 Paso 2. Conformación de Equipos Operativos, clasificación de riesgo y criterios de activación

La coordinación operativa de la respuesta frente a casos sospechosos o confirmados de sarampión estará a cargo de la Oficina Técnica correspondiente, en articulación con la Dirección Provincial de Salud, garantizando la activación inmediata de los Equipos de Respuesta Rápida (ERR), Equipos de Atención Integral de Salud (EAIS) y demás actores estratégicos involucrados en la investigación y control del evento.

La clasificación del riesgo constituye un proceso técnico fundamental para la planificación y ejecución de las acciones de respuesta frente a casos sospechosos o confirmados de sarampión. Esta deberá considerar variables epidemiológicas, demográficas, geográficas, sociales y de acceso a los servicios de salud, incluyendo las coberturas de vacunación, acumulación de población susceptible, movilidad poblacional, antecedentes de transmisión reciente, presencia de grupos de riesgo y capacidad de respuesta local, con la finalidad de determinar la magnitud de la intervención requerida y optimizar la asignación de recursos.

La clasificación de riesgo determina cuántos equipos se movilizan y en qué nivel se activa el SCI. El objetivo es administrar recursos escasos de manera proporcional al riesgo real.

Los tres criterios de priorización, en orden de peso, son:

1. Nexo por riesgo de importación.
2. Resultado de laboratorio.
3. Edad y estado vacunal como condicionantes de la acción operativa.

Tabla 5. Clasificación del nivel de riesgo y criterios de intervención

NIVEL DE RIESGO	CRITERIO	PERÍMETRO DE ACCIÓN	EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL	TIEMPO DE RESPUESTA
Nivel I – Bajo riesgo	Caso EFENV sin nexo de importación y con resultado de laboratorio pendiente.	Radio 250 m (EAIS, EQUIPO DE BLOQUEO VACUNAL (OT) EQUIPO DE BÚSQUEDA ACTIVA (OT)	Respirador N95 Higiene de manos	Vacunación de bloqueo < 72 horas
Nivel II – Riesgo Moderado	Caso EFENV sin nexo de importación con resultado laboratorial dudoso o nexo epidemiológico indirecto no confirmado. se mantendrán las acciones de vigilancia e investigación epidemiológica hasta obtener el resultado de la segunda muestra 14 días. Si esta resulta negativa, el caso será descartado y se procederá a finalizar las acciones en territorio y el cierre del caso y en caso contrario se realizará las acciones de intervención.	Radio 500 m (EAIS, EQUIPO DE BLOQUEO VACUNAL (OT) EQUIPO DE BÚSQUEDA ACTIVA (OT) EQUIPO DE RESPUESTA RÁPIDA (OT)	Respirador N95 Higiene de manos Bata desechable si existe contacto cercano con el paciente	Vacunación de bloqueo < 72h (14 días de intervención)
Nivel III – Alto Riesgo	Caso EFENV con antecedente de viaje o exposición en los últimos 21 días a zonas de riesgo, resultado laboratorial dudoso o nexo epidemiológico de importación, se mantendrán las acciones de vigilancia e investigación epidemiológica hasta obtener el resultado de la segunda muestra 14 días. Si esta resulta negativa, el caso será descartado y se procederá a finalizar las acciones en territorio y el cierre del caso y en caso contrario se realizará las acciones de intervención.	Radio 500 m (EAIS, EQUIPO DE BLOQUEO VACUNAL (OT) EQUIPO DE BÚSQUEDA ACTIVA (OT) EQUIPO DE RESPUESTA RÁPIDA (OT)	Respirador N95 Protección ocular (gafas o visor facial) Bata desechable manga larga Guantes Higiene de manos	Inmediato Vacunación de bloqueo < 72h
CASO CONFIRMADO	Caso EFENV confirmado por laboratorio.	Radio 2 KM EAIS, EQUIPO DE BLOQUEO VACUNAL (OT) EQUIPO DE BÚSQUEDA ACTIVA (OT)	Respirador N95 Protección ocular (gafas o visor facial) Bata desechable manga larga	Inmediato Vacunación de bloqueo < 72h

		EQUIPO DE RESPUESTA RÁPIDA (PROVINCIAL Y OT)	Guantes Higiene de manos	
--	--	--	--------------------------	--

Elaborado: Dirección Provincial de Salud de Pichincha Gestión Provincial de Vigilancia, Prevención y Control de la salud

Activación escalonada de equipos operativos

La respuesta ante casos sospechosos o confirmados de EFENV se realizará mediante la activación escalonada de equipos operativos, conforme al nivel de riesgo epidemiológico identificado

Los equipos que se activarán serán:

1. Equipos de Atención Integral de Salud (EAIS) conformado por personal del establecimiento de salud, constituyen la respuesta inicial en territorio → **Nivel de riesgo 1-2-3 -Confirmado**
2. Equipos de Apoyo focal para Bloqueo Vacunal Oficina Técnica → **Nivel de riesgo:1- 2 – 3 - Confirmado**
3. Equipos de Apoyo focal para Búsqueda Activa Comunitaria Oficina Técnica → **Nivel de riesgo: 2 – 3 - Confirmado**
4. Equipos de Respuesta Rápida (ERR) (Provincial- Oficina Técnica) apoyo técnico a todos los niveles. → **Nivel de riesgo: 1 - 2 – 3 – Confirmado**

Los Equipos de Apoyo Focal serán activado desde la Oficina Técnica de donde ocurre el evento o de las oficinas técnicas más cercanas con la finalidad de fortalecer la capacidad operativa de respuesta en territorio y brindar apoyo a los Equipos de Atención Integral de Salud (EAIS), de acuerdo con el nivel de riesgo identificado y el perímetro de intervención establecido (niveles 2, 3 y casos confirmados).

Estos equipos ejecutarán acciones prioritarias de vacunación de bloqueo, búsqueda activa comunitaria e institucional, seguimiento de contactos, monitoreo epidemiológico y demás medidas de prevención y control orientadas a interrumpir oportunamente las cadenas de transmisión y el personal de salud utilizada equipos de protección personal.

El número de equipos a desplegar será determinado en función de la magnitud del evento, la extensión territorial de la intervención, la densidad poblacional y la capacidad operativa disponible en cada jurisdicción.

Principios para la activación

El escalamiento de la respuesta será inmediato cuando se identifique un nuevo criterio de riesgo epidemiológico.

La activación de equipos adicionales no requerirá una nueva evaluación formal cuando exista evidencia suficiente para reclasificar el nivel de riesgo.

El desescalamiento de las acciones no procederá mientras exista un resultado laboratorial dudoso, pendiente de confirmación o una investigación epidemiológica en curso.

La edad, condición clínica o antecedente vacunal no determinan el nivel de riesgo epidemiológico; sin embargo, condicionan las intervenciones específicas que deberán ejecutar los equipos operativos.

1. Equipos de Atención Integral de Salud (EAIS) - Nivel de Riesgo 1

Los Equipos de Atención Integral de Salud (EAIS) constituyen la unidad operativa territorial del primer nivel de atención y serán responsables de ejecutar acciones comunitarias y domiciliarias en zonas urbanas, rurales, dispersas y de difícil acceso, bajo el enfoque del Modelo de Atención Integral en Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI).

Sus acciones incluirán:

- Atención clínica.
- Vigilancia comunitaria.
- Vacunación.
- Visitas domiciliarias.
- Búsqueda activa comunitaria.
- Seguimiento de contactos.
- Fortalecimiento de acciones preventivas.

Conformación mínima del EAIS

- ✓ Médico
- ✓ Enfermera/o
- ✓ Técnico de Atención Primaria en Salud (TAPS), de contar con este recurso
- ✓ Otros profesionales de salud según disponibilidad y necesidad territorial

2. Equipos de Apoyo Focal 1 – Equipos de Bloqueo Vacunal - Equipo de Inmunizaciones - Nivel de riesgo 1 – 2 – 3- Conformado

Conformación

- Al menos 2 Enfermeras/os

Funciones principales

- Ejecución de Vacunación de bloqueo
- Monitoreo rápido de vacunación (MRV).
- Barridos documentados.
- Revisión de esquemas de vacunación.
- Registro nominal y consolidación de coberturas.

3. Equipos de Apoyo Focal 2 – Búsqueda Activa Comunitaria - Nivel de riesgo 2 – 3- Confirmado

Conformación

- Médico.
- Técnico de Atención Primaria en Salud (TAPS).

Funciones principales

- Búsqueda activa comunitaria e institucional.
- Identificación y seguimiento de contactos.
- Detección de casos sospechosos.
- Educación sanitaria familiar y comunitaria.
- Evaluación clínica inicial y referencia de casos según necesidad.

4. Equipos de Respuesta Rápida (ERR) Nivel de riesgo: 1 - 2 - 3 - Confirmado

Ante el riesgo de introducción y transmisión de sarampión, así como la necesidad de garantizar una respuesta sanitaria inmediata, oportuna y articulada frente a casos sospechosos o confirmados, se requiere la conformación y fortalecimiento de los Equipos de Respuesta Rápida (ERR) en los diferentes niveles de gestión del sistema nacional de salud.

Los ERR constituyen equipos técnicos multidisciplinarios responsables de coordinar, ejecutar, supervisar y fortalecer las acciones de vigilancia epidemiológica, investigación de campo, control de brotes, bloqueo vacunal, búsqueda activa y comunicación de riesgo, con la finalidad de reducir el riesgo de transmisión y garantizar una respuesta integral en territorio.

Para el cumplimiento de estas acciones se conformará dos equipos:

- Las Oficinas Técnicas serán responsables de ejecutar la respuesta inicial en territorio y coordinar operativamente las acciones inmediatas ante eventos sospechosos o confirmados de sarampión.
- Las Direcciones Provinciales serán responsables de brindar supervisión, apoyo técnico, fortalecimiento operativo y escalamiento de la respuesta cuando la capacidad operativa de la Oficina Técnica sea insuficiente o el evento requiera intervención provincial inmediata

Equipos de Respuesta Rápida (ERR) de Oficinas Técnicas

En concordancia con la necesidad de fortalecer la respuesta operativa frente a eventos sospechosos y confirmados de sarampión, así como garantizar la ejecución inmediata de acciones de vigilancia epidemiológica, investigación de campo y control de brotes, las Oficinas Técnicas deberán conformar y mantener activos los Equipos de Respuesta Rápida (ERR), integrados por personal técnico multidisciplinario, los cuales estarán conformados por cuatro (4) profesionales de la siguiente manera:

Funciones del ERR Oficinas Técnicas

- Liderazgo

El liderazgo estará a cargo del Responsable de la Oficina Técnica, quien ejecutará acciones de manera conjunta con el responsable de epidemiología de la Oficina Técnica. Asimismo, coordinará con el área administrativa la logística necesaria para la movilización y transporte hacia los lugares donde se desarrollarán las intervenciones. De igual manera, gestionará con la unidad de talento humano la extensión de jornadas

laborales cuando las intervenciones requieran actividades fuera del horario habitual de trabajo.

- **Responsable de Epidemiología de la Oficina Técnica**

Responsable de coordinar y ejecutar las acciones de vigilancia epidemiológica, investigación de campo, análisis de riesgo, seguimiento y levantamiento de contactos dentro de las primeras 48 horas posteriores a la notificación, así como la activación inmediata de medidas de control y contención frente a casos sospechosos de sarampión, incluyendo la elaboración de líneas de tiempo epidemiológicas e informes preliminar, seguimiento y cierre correspondientes debidamente suscritos por los responsables.

- **Responsable de Inmunizaciones de la Oficina Técnica**

Responsable de ejecutar las tácticas de vacunación de bloqueo, Monitoreo Rápido de Vacunación (MRV), barridos documentados, revisión de esquemas de vacunación y fortalecimiento de la logística de cadena de frío para garantizar la disponibilidad y conservación adecuada de biológicos y la elaboración de informes.

- **Responsable de Redes Integrales de Salud / Atención Integral – Oficina Técnica**

Responsable de activar los Equipos Focales de Acción Inmediata, en coordinación con Epidemiología y la autoridad de la Oficina Técnica, definiendo los establecimientos de salud y territorios donde deberán desplegarse para la ejecución de acciones inmediatas de control ante casos sospechosos de sarampión.

Asimismo, será responsable de garantizar la implementación de los flujos de atención integral, insumos para la toma de muestra en los establecimientos de salud, fortaleciendo el triaje respiratorio, el aislamiento oportuno de casos sospechosos y el adecuado manejo clínico de los pacientes, conforme a los lineamientos nacionales vigentes.

- **Responsable de Promoción de la Salud – Oficina Técnica**

Responsable de ejecutar procesos de sensibilización y educación dirigidos a la población sobre medidas de prevención y prácticas saludables frente al sarampión, con enfoque intercultural.

Además, coordinará acciones comunitarias, intersectoriales e interinstitucionales, así como la difusión de materiales educomunicacionales orientados al fortalecimiento de medidas preventivas y reducción del riesgo de transmisión.

- **Ejecución del ERR de Oficina Técnica**

El Equipo de Respuesta Rápida (ERR) de la Oficina Técnica será responsable de ejecutar de manera inmediata las acciones de respuesta inicial en territorio en coordinación con el Epidemiólogo de OT y realizará acciones como; vacunación de bloqueo, búsqueda activa institucional, búsqueda comunitaria, toma de muestra, priorizando su implementación dentro de las primeras 48 a 72 horas posteriores a la identificación del caso sospechoso o confirmado.

- **Flujo de información**

Los Equipos Focales de Acción Inmediata deberán reportar diariamente sus hallazgos, actividades ejecutadas y avances al Equipo de Respuesta Rápida (ERR) de la Oficina Técnica, con la finalidad de fortalecer la Sala Situacional, consolidar la información epidemiológica y facilitar la toma de decisiones oportunas basadas en evidencia epidemiológica en tiempo real.

1. Notificación al nivel inmediato superior: dentro de las 2 horas del reporte.
2. Activación del ERR: dentro de las primeras 24 horas de acuerdo al nivel de riesgo presentado el caso sospechoso.
3. Inicio de investigación de campo: dentro de las primeras 48 horas.
4. Informe preliminar al nivel zonal/nacional: dentro de las 72 horas.

Equipos de Respuesta Rápida – Direcciones Provinciales

Las Direcciones Provinciales deberán conformar al menos dos (2) o tres (3) Equipos de Respuesta Rápida (ERR), integrados por personal técnico multidisciplinario, responsables de brindar apoyo técnico, supervisión, fortalecimiento operativo y acompañamiento especializado a las Oficinas Técnicas ante eventos sospechosos o confirmados de sarampión, especialmente cuando la magnitud del evento sobrepase la capacidad de respuesta local o se requiera intervención provincial inmediata.

El número de equipos será definido por cada Dirección Provincial de acuerdo con su análisis de riesgo y cobertura territorial, debiendo establecer previamente su jurisdicción y zonas priorizadas de intervención.

Los ERR Provinciales estarán conformados por cinco (5) profesionales:

- 1 Epidemiólogo/a
- 1 Enfermero/a con experiencia en vacunación y control de brotes
- 1 Analista de Redes Integrales de Salud / Atención Primaria
- 1 Analista de Promoción de la Salud, Participación Social e Interculturalidad
- 1 Analista de Comunicación.

Funciones del ERR Provincial

- **Liderazgo – Epidemiólogo/a Provincial**

Responsable de supervisar y fortalecer las acciones de vigilancia epidemiológica ejecutadas por las Oficinas Técnicas, brindar asistencia técnica especializada para el análisis de riesgo, validación de información epidemiológica, evaluación de cadenas de transmisión y consolidación de reportes provinciales para la toma de decisiones.

- **Responsable Provincial de Inmunizaciones**

Responsable de apoyar técnicamente la planificación y fortalecimiento de las estrategias de vacunación de bloqueo, monitoreo rápido de vacunación, distribución de biológicos, disponibilidad de insumos y supervisión de cadena de frío en las zonas intervenidas. Verificación 10 correctos deben verificarse durante las actividades de vacunación.

- **Responsable Provincial de Redes Integrales de Salud / Atención Integral**

Responsable de coordinar el fortalecimiento de la capacidad operativa de los establecimientos de salud y de los Equipos Focales de Acción Inmediata, verificando el cumplimiento de los flujos de atención, insumos para la toma de muestras, aislamiento, referencia y manejo clínico de casos sospechosos de acuerdo con el nivel de riesgo.

- **Responsable Provincial de Promoción de la Salud**

Responsable de fortalecer la articulación intersectorial y participación comunitaria, brindando apoyo técnico para la implementación de acciones educomunicacionales y participación social con comité local de salud en los territorios priorizados con enfoque intercultural.

- **Responsable Provincial de Comunicación y Prensa:**

El responsable de comunicación deberá monitorear de forma permanente los medios de comunicación, redes sociales y plataformas digitales para identificar oportunamente rumores, información errónea o alertas comunicacionales relacionadas con sarampión y ESAVI; elaborar reportes de riesgo comunicacional y coordinar con los equipos técnicos la difusión de mensajes oficiales, así como articular acciones con líderes comunitarios, actores locales y responsables de promoción de la salud y fomentar la corresponsabilidad ciudadana en las medidas de prevención y control del sarampión.

- **Disposiciones Generales del ERR**

- Todos los integrantes del Equipo de Respuesta Rápida deberán:
- Acreditar esquema completo de vacunación contra sarampión y rubéola (SR o SRP).
- Contar con capacitación en investigación y manejo de brotes.
- Utilizar equipos de protección personal según el riesgo de exposición. (Anexo 6)
- Mantener disponibilidad operativa inmediata ante activación epidemiológica

10.1.3 Paso 3 – Activación del Sistema de Comando de Incidentes (SCI)

El Sistema de Comando de Incidentes (SCI) deberá activarse de manera obligatoria en los niveles desconcentrados correspondientes, de acuerdo con la magnitud, complejidad, riesgo epidemiológico y capacidad de respuesta requerida ante eventos sospechosos o confirmados de sarampión y/o EFENV, conforme a lo establecido en el ACUERDO No. 00037-2025, mediante el cual se aprueba el Plan de Respuesta Multiamenaza. (25,28)

La activación del SCI permitirá fortalecer la coordinación operativa, la toma de decisiones, la movilización de recursos y la respuesta articulada interinstitucional en territorio.

Tiempo de ejecución: ≤ 24 horas posteriores a la notificación del caso sospechoso.

La activación del Sistema de Comando de Incidentes (SCI) deberá evaluarse ante todo caso sospechoso de sarampión o EFENV. La confirmación laboratorial del caso constituye criterio obligatorio para mantener y escalar la activación del SCI conforme al nivel de riesgo identificado.

Tabla 6 Niveles de activación y responsables

NIVEL	CRITERIO DE ACTIVACIÓN / RESPONSABLE
Oficina Técnica (OT)	Se activará ante la identificación de casos sospechosos y/o confirmados dentro de su jurisdicción que requieran respuesta inmediata, investigación epidemiológica, búsqueda activa, seguimiento de contactos o implementación de medidas de control. También se activará ante alertas epidemiológicas regionales o nacionales relacionadas con sarampión y EFENV, coordinación para el, transporte de muestras y seguimiento de resultados. Comandante del incidente: Responsable de la Oficina Técnica con el apoyo del epidemiólogo de la OT.
Hospital	Se activará ante la atención de casos sospechosos y/o confirmados de sarampión o EFENV dentro del establecimiento hospitalario, independientemente de la localidad de residencia del paciente, especialmente cuando exista riesgo de transmisión intrahospitalaria o necesidad de aislamiento y control de infecciones. Comandante del incidente: Gerente Hospitalario o Director/a Médico/a. con el apoyo del Epidemiólogo del Hospital
Nivel Provincial	Se activará cuando el evento supere la capacidad operativa local, exista afectación de múltiples jurisdicciones, incremento del riesgo epidemiológico o necesidad de coordinación provincial para la movilización de recursos, brigadas y acciones de respuesta ampliada. Comandante del incidente: Director/a Provincial de Salud
Nivel Nacional	Se activará ante eventos de importancia en salud pública que requieran coordinación nacional, cuando exista riesgo de propagación interprovincial o internacional, incremento de casos confirmados, circulación viral sostenida, afectación de múltiples provincias o necesidad de articulación interinstitucional y toma de decisiones estratégicas a nivel país. Comandante del incidente: Máxima autoridad Subsecretaría de Vigilancia, Prevención y Control de la Salud, en coordinación con la Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica

Elaborado: Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica

Una vez que el epidemiólogo de la Oficina Técnica o del establecimiento hospitalario verifique el caso sospechoso y realice la notificación correspondiente al responsable administrativo de la Oficina Técnica o Gerencia Hospitalaria, así como al equipo de epidemiología provincial, se informará de manera inmediata al Director/a Provincial de Salud y a la Nacional para la activación del Sistema de Comando de Incidentes (SCI), la cual deberá ejecutarse dentro de las dos horas posteriores a la confirmación de la alerta epidemiológica.

La conformación del SCI permitirá organizar la respuesta operativa, definir funciones específicas y coordinar de manera inmediata las acciones de vigilancia epidemiológica, control de brote, vacunación, logística y comunicación de riesgo.

Tabla 7 Estructura organizacional y funciones operativas del Sistema de Comando de Incidentes (SCI)

ROL EN EL SCI	FUNCIÓN PRINCIPAL	CARGO / RESPONSABLE
Comandante del Incidente	Toma de decisiones estratégicas, activación del SCI, direccionamiento de la respuesta y coordinación general interinstitucional.	Director/a Provincial de Salud
Oficial de Seguridad	Garantizar la seguridad del personal operativo durante las intervenciones en territorio, incluyendo zonas de difícil acceso o con riesgo de seguridad.	Responsable de Gestión de Riesgos / Talento Humano
Epidemiólogo	Liderar la investigación epidemiológica, delimitación del foco, línea de tiempo del caso de sospecha, seguimiento de contactos, análisis de riesgo y coordinación de los equipos de respuesta local.	Epidemiólogo Provincial / OT
Jefe de Operaciones de Vacunación	Planificar, coordinar y ejecutar las estrategias de vacunación de bloqueo, monitoreo rápido de vacunación y barridos documentados en un tiempo $\leq$ 72 horas.	Responsable de Inmunizaciones
Jefe de Logística	Garantizar transporte, cadena de frío, abastecimiento de biológicos, insumos, equipos de protección personal (EPP), movilización y comunicaciones, Coordinación INSPI, transporte de muestras y seguimiento de resultados.	Gestión Administrativa Financiera / Gestión de Abastecimiento y Logística
Oficial de Información	Consolidar información epidemiológica, actualización de sala situacional, generación de reportes y monitoreo de indicadores operacionales.	Estadística / Epidemiología Comunicación
Oficial de Enlace	Mantener comunicación y articulación permanente entre los diferentes niveles operativos y administrativos durante la respuesta.	Responsable de la Oficina Técnica

Elaborado: Dirección Provincial de Salud de Pichincha - Gestión Provincial de Vigilancia, Prevención y Control de la salud

Ejecución Operativa de la Respuesta Territorial según Nivel de Riesgo

La ejecución de las acciones de respuesta deberá realizarse de manera progresiva y escalonada, de acuerdo con el nivel de riesgo epidemiológico identificado durante la investigación del caso sospechoso o confirmado de sarampión y/o EFENV.

La activación de equipos y el despliegue territorial estarán bajo coordinación del epidemiólogo de la Oficina Técnica, en articulación con inmunizaciones, atención integral, promoción de la salud y el Sistema de Comando de Incidentes (SCI).

Las acciones deberán ejecutarse considerando los siguientes componentes operativos:

- Delimitación del foco epidemiológico;
- Análisis de riesgo territorial;
- Identificación de susceptibles;
- Búsqueda activa comunitaria e institucional;
- Vacunación de bloqueo
- Monitoreo rápido de vacunación;

- Seguimiento de contactos;
- Vigilancia intensificada.

Nivel I – Riesgo Bajo

Criterio epidemiológico

Caso sospechoso de EFENV sin antecedente de importación y con resultado laboratorial pendiente.

Ejecución operativa

- El SCI será activado a nivel de Oficina Técnica.
- El epidemiólogo de la OT realizará la delimitación inicial del foco epidemiológico en un radio de 250 metros alrededor del domicilio o sitio de exposición del caso.
- Se desplegará un equipo operativo conformado por personal de epidemiología, inmunizaciones y atención integral.
- El equipo ejecutará:
 - Búsqueda activa comunitaria,
 - Identificación de casos febriles eruptivos,
 - Revisión de esquemas de vacunación,
 - Levantamiento de susceptibles.
- El equipo de inmunizaciones deberá completar la vacunación de bloqueo en un plazo máximo de 72 horas, cubriendo a los contactos directos e indirectos, verificando el esquema de la población cautiva local y procedimiento con la vacunación inmediata cuando sea necesario.
- Las intervenciones de vacunación se ampliarán según el rastreo de contactos directos e indirectos, y se deben movilizar a las localidades de residencia de los contactos directos e indirectos
- Al finalizar la intervención se realizará Monitoreo Rápido de Vacunación (MRV) para verificar coberturas y detectar susceptibles pendientes.
- Si el resultado laboratorial es negativo para sarampión, las acciones intensificadas podrán suspenderse, manteniendo vigilancia epidemiológica pasiva.
- Si durante el MRV población no vacunada (2 personas no vacunadas), se activará inmediatamente acciones de vacunación para incrementar la cobertura vacunal:
 - 100% de cumplimiento de vacunación en la población cautiva
 - Microconcentración en la localidad
 - Barrido documentado,
 - Ampliación de brigadas,
 - Extensión de la búsqueda activa hacia un segundo perímetro epidemiológico.

Nivel II – Riesgo Intermedio

Criterio epidemiológico

Caso sospechoso de EFENV con resultado laboratorial dudoso o nexo epidemiológico indirecto no confirmado.

Ejecución operativa

- Se mantendrá activado el SCI de la Oficina Técnica.
- El epidemiólogo ampliará el análisis de riesgo territorial y fortalecerá la búsqueda de contactos y posibles cadenas de transmisión.
- Se ejecutará búsqueda activa comunitaria en un radio mínimo de 250 metros.

- Vacunación de bloqueo deberá ejecutarse dentro de las primeras 72 horas ejecutando las siguientes intervenciones:
 - Vacunación de contactos directos e indirectos
 - 100% de cumplimiento en la población cautiva
 - Microconcentración en las localidades con mayor número de personas
 - Barrido documentado
- Las intervenciones de vacunación se ampliarán según el rastreo de contactos directos e indirectos, y se deben movilizar a las localidades de residencia de los contactos directos e indirecto
- Posteriormente se realizará:
 - ✓ Análisis de coberturas,
 - ✓ Evaluación de susceptibles.
 - ✓ Monitoreo Rápido de Vacunación (MRV)
- Si durante el MRV población no vacunada (2 personas no vacunadas), se activará inmediatamente acciones de vacunación para la incrementar la cobertura vacunal.
 - ✓ 100% de cumplimiento de vacunación en la población cautiva
 - ✓ Microconcentración en la localidad.
 - ✓ Barrido documentado
 - ✓ Ampliación de brigadas
 - ✓ Extensión de la búsqueda activa hacia un segundo perímetro epidemiológico.
- Se intensificará el monitoreo diario de aparición de nuevos casos sospechosos.

Nivel III – Riesgo Alto / Caso Importado

Criterio epidemiológico

Caso sospechoso con antecedente de viaje o exposición en zonas de riesgo en los últimos 21 días, nexo epidemiológico de importación o resultado laboratorio dudoso con alto riesgo epidemiológico.

Ejecución operativa

- Se activará el SCI a nivel provincial.
- El epidemiólogo provincial coordinará la respuesta con la Oficina Técnica involucrada.
- Se delimitará un perímetro de intervención de 500 metros o más, según análisis de riesgo.
- Se activarán simultáneamente:
 - Equipos de Bloqueo Vacunal,
 - Equipos de Búsqueda Activa Comunitaria,
 - EAIS,
 - Brigadas territoriales adicionales.
- Las acciones deberán incluir:
 - Búsqueda activa casa a casa,
 - Revisión nominal de vacunación,
 - Seguimiento de contactos,
 - Monitoreo de población cautiva,
 - Vigilancia intensificada en establecimientos de salud.

- Vacunación de bloqueo deberá ejecutarse dentro de las primeras 72 horas ejecutando las siguientes intervenciones:
 - Vacunación de contactos directos e indirectos
 - 100% de cumplimiento en la población cautiva
 - Microconcentración en las localidades con mayor número de personas
 - Barrido documentado
- Las intervenciones de vacunación se ampliarán según el rastreo de contactos directos e indirectos, y se deben movilizar a las localidades de residencia de los contactos directos e indirectos.
 - Posteriormente se realizará:
 - Análisis de coberturas,
 - Evaluación de susceptibles.
 - Monitoreo Rápido de Vacunación (MRV),
- Si durante el MRV población no vacunada (2 personas no vacunadas), se activará inmediatamente acciones de vacunación para incrementar la cobertura vacunal
 - Ampliación de brigadas,
 - Extensión de la búsqueda activa hacia un segundo perímetro epidemiológico
- La búsqueda activa comunitaria deberá completarse en un plazo máximo de una semana.
- Se mantendrá vigilancia epidemiológica diaria hasta descarte definitivo del evento.

Caso Confirmado por Laboratorio - Criterio epidemiológico

Caso confirmado de sarampión mediante laboratorio o vínculo epidemiológico.

Ejecución operativa

- Se activará el SCI provincial y nacional.
- El evento será tratado como brote epidemiológico de importancia en salud pública.
- El área de intervención se ampliará a un radio mínimo de 2 kilómetros, pudiendo extenderse según:
 - Movilidad poblacional,
 - Densidad demográfica,
 - Cadenas de contacto,
 - Riesgo de transmisión.
- Se movilizarán brigadas adicionales desde otras Oficinas Técnicas y establecimientos de salud.
- Las acciones deberán ejecutarse de manera simultánea:
 - Vacunación de bloqueo intensificado,
 - BAC ampliada,
 - Barridos documentados,
 - Monitoreo rápido de vacunación,
 - Seguimiento estricto de contactos.
- Vacunación de bloqueo deberá ejecutarse dentro de las primeras 72 horas ejecutando las siguientes intervenciones:
 - Vacunación de contactos directos e indirectos
 - 100% de cumplimiento en la población cautiva
 - Microconcentración en las localidades con mayor número de personas
 - Barrido documentado
- Las intervenciones de vacunación se ampliarán según el rastreo de contactos directos e indirectos, y se deben movilizar a las localidades de residencia de los contactos directos e indirectos

- Posteriormente se realizará:
 - ✓ Análisis de coberturas,
 - ✓ Evaluación de susceptibles.
 - ✓ Monitoreo Rápido de Vacunación (MRV),
 - ✓ Si durante el MRV población no vacunada (2 personas no vacunadas), se activará inmediatamente acciones de vacunación para incrementar la cobertura vacunal
- La búsqueda activa comunitaria y el seguimiento epidemiológico deberán mantenerse durante todo el período de vigilancia del brote.
- La Sala Situacional deberá actualizarse diariamente y reportarse a los niveles provincial y nacional.

Seguimiento de contactos

El seguimiento de contactos constituye una de las principales estrategias para interrumpir la transmisión del sarampión y deberá iniciarse inmediatamente posterior a la identificación de un caso sospechoso o confirmado.

Se considerará contacto a toda persona que haya compartido espacio físico, permanecido o tenido exposición con el caso sospechoso o confirmado durante el período de transmisibilidad, comprendido desde cuatro días antes hasta cuatro días después del inicio del exantema.

El seguimiento de contactos de casos confirmados de sarampión debe mantenerse por un periodo de 21 a 30 días contados a partir de la fecha de última exposición al último caso identificado, asegurando la captación oportuna de cualquier sintomatología febril eruptiva.

Clasificación de contactos

Los contactos deberán clasificarse de acuerdo con el nivel de exposición y riesgo epidemiológico:

- Contacto domiciliario.
- Contacto intrahospitalario.
- Contacto escolar.
- Contacto laboral.
- Contacto comunitario.
- Contacto durante transporte o viajes.
- Personal de salud expuesto.

Asimismo, deberán priorizarse:

- Menores de 5 años,
- Gestantes,
- Inmunosuprimidos,
- Personas no vacunadas,
- Personas con esquema incompleto de SR/SRP

Acciones de seguimiento

- Elaboración de listado nominal de contactos.
- Verificación de antecedentes vacunales.
- Seguimiento diario de signos y síntomas durante 21-30 días posteriores a la última exposición.

- Vacunación dentro de las primeras 72 horas en las que se incluye las siguientes intervenciones:
 - Vacunación de contactos directos e indirectos.
- Restricción de actividades comunitarias o educativas en contactos de alto riesgo no vacunados.
- Registro y actualización diaria del seguimiento epidemiológico.

Búsqueda Activa Institucional (BAI)

La Búsqueda Activa Institucional (BAI) comprende el conjunto de acciones sistemáticas orientadas a la identificación oportuna de casos sospechosos de Enfermedades Febriles Exantemáticas No Vesiculares (EFENV). Esta actividad se basa en la revisión retrospectiva de los registros de atención y consulta de los establecimientos de salud durante los últimos 30 días, con la finalidad de detectar casos con diagnósticos o síntomas compatibles, tales como exantema, fiebre de origen desconocido u otras manifestaciones clínicas relacionadas.

La BAI deberá ejecutarse de manera intensificada durante alertas epidemiológicas, casos sospechosos, casos confirmados y brotes de sarampión.

Actividades

- Revisión diaria de atenciones compatibles con EFENV.
- Identificación retrospectiva de casos.
- Revisión de historias clínicas y códigos CIE relacionados.
- Verificación de notificación en VIEPI.
- Seguimiento de casos identificados.

Búsqueda Activa Institucional (BAI) en Primer Nivel:

- El Epidemiólogo de la OT inicia la Búsqueda Activa Institucional (BAI) en relación con la información del PRAS, enviada desde el nivel provincial.
- La BAI en el Primer Nivel se organiza e implementa de la siguiente manera:
- Revisión de la base de datos PRAS, por lo cual el Epidemiólogo de OT accede a la base de datos enviado desde el nivel provincial, con periodicidad quincenal.
- Se realizará la revisión retrospectiva en los servicios de consulta externa, emergencia en el establecimiento en los 30 días previos a la notificación del caso índice, buscando diagnósticos compatibles con EFENV que no hayan sido identificados como tales por el sistema de vigilancia.
- Todos los casos detectados en la BAI serán registrados en el formulario estándar de BAI y reportados al Epidemiólogo Provincial en el informe de seguimiento del caso.
- Al confirmar un caso sospechoso de EFENV se deberá realizar el BAI de manera más rigurosa y se mantendrá esta estrategia durante el período de incubación máximo de la enfermedad (21 días para la mayoría de EFENV) o hasta que la transmisión sea controlada, con una frecuencia mínima diaria en la primera semana del brote.
- Incluir diagnósticos de: sarampión, rubéola, exantemas febriles, fiebre de origen desconocido con erupción.
- Ampliar la revisión a TODAS las instituciones de salud del área afectada (MSP, IESS, ISSPOL, ISSFA, municipio y privadas).

Búsqueda Activa Institucional (BAI) en Hospitales:

La BAI hospitalaria tiene como objetivo identificar casos adicionales de EFENV entre los pacientes que han ingresado o consultado el hospital en los diferentes servicios en el período de riesgo y que no han sido identificados como sospechosos en el sistema de vigilancia epidemiológica.

El epidemiólogo del hospital inicia la Búsqueda Activa Institucional (BAI) utilizando la información del PRAS enviada desde el nivel Provincial y los datos del censo de ingresos hospitalarios. Para los hospitales que cuentan con sus propios sistemas, utilizarán los datos de censo de ingresos hospitalarios, con periodicidad diaria.

La BAI hospitalaria se desarrolla las siguientes acciones:

- Revisión del censo de ingresos hospitalarios:
 - El Epidemiólogo hospitalario accede al censo de ingresos del hospital de los últimos 14 a 21 días (según el período de incubación máximo de la EFENV sospechada) a través de los sistemas propios de cada hospital.
 - Se aplica un algoritmo de tamizaje o filtro para identificar pacientes con diagnósticos de ingreso compatibles con EFENV (en base al CIE-10) de diagnósticos diferenciales.
 - Los casos identificados en el tamizaje o filtro serán revisados en detalle por el epidemiólogo hospitalario, quien determinará si cumplen con la definición operacional de caso sospechoso de EFENV y procede al registro en VIEPI si corresponde, así como la inmediata toma de las 3 muestras y activación de canales de comunicación establecidos.
- BAI activa en servicios hospitalarios:
 - El epidemiólogo hospitalario visita los servicios de urgencias, medicina interna, pediatría, UCI y otros servicios clínicos relevantes para identificar pacientes actuales con clínica compatible con EFENV no identificados previamente.
 - Se realiza una encuesta clínico-epidemiológica rápida a los médicos de piso de cada servicio visitado.
 - Los casos identificados en la BAI activa son clasificados según la definición de caso y registrados en VIEPI.
 - Los resultados de la BAI hospitalaria son reportados al epidemiólogo de OT y provincial dentro de las 72 horas de notificado el caso.

Clasificación y Seguimiento de Contactos:

- ✓ Se deberá clasificar a los contactos en base del nivel de exposición, en:
 - **Contacto estrecho:** conviviente en el hogar, compañero de aula, persona en mismo espacio cerrado durante el período contagioso (4 días antes y 4 días después del exantema).
 - **Contacto casual:** misma instalación, pero sin contacto directo sostenido.
 - **Contacto directo:** es aquella persona conocida por el caso (o sus padres), que vive en el mismo hogar o comparte espacios cerrados con el caso sospechoso o confirmado (guardería, escuela, oficina, fábrica, iglesia, etc.) y

ha estado expuesta a las secreciones respiratorias del caso durante el periodo de transmisibilidad.

- **Contacto indirecto:** es toda persona no conocida por el caso (o sus padres), que ocasionalmente compartió espacios cerrados o abiertos con el caso sospechoso o confirmado y estuvo expuesta a las secreciones respiratorias de dicho caso, durante el período de transmisión del virus.
- ✓ El seguimiento de los contactos, con prioridad de los estrechos deberá realizarse con una periodicidad diaria y está estrechamente relacionada con el resultado del caso emitido por el INSPI
- ✓ El seguimiento de los contactos se realizará por el Establecimiento de Salud desde la captación del contacto hasta 30 días después o hasta que cuente con el resultado negativo del INSPI y se informa al epidemiólogo de la OT.
- ✓ Para ello se deberá vigilar aparición de síntomas (fiebre, erupción): de presentarse esta sintomatología en un contacto se procederá como un caso nuevo sospechoso y se aplicará el procedimiento descrito.
- ✓ Mantener actualizados los contactos con estado clínico y estado vacunal.
- ✓ Registrar y reportar el seguimiento al epidemiólogo de la OT con periodicidad diaria, y el epidemiólogo de la OT informará al epidemiólogo del nivel provincial, especialmente cuando un contacto se pueda convertir en caso sospechoso.
- ✓ El epidemiólogo de la OT deberá incluir esta información en los informes preliminares de seguimiento y cierre de caso, en referencia a su avance.

Actividades Clave de la Búsqueda Activa Comunitaria (BAC)

El objetivo de la BAC es identificar los casos sospechosos de EFENV que no consultaron a los servicios de salud o no fueron detectados a través del sistema de vigilancia en salud pública y se basa en:

- Identificación de lugares de alta concentración y población cautiva en radio de 250 a 500 m (EFENV) o 2 km (Sarampión)
- Busca casos febriles eruptivos en los últimos 30 días
- Mapeo de lugares de alta concentración poblacional
- Requiere informante mayor de 18 años en casa efectiva
- Coordinación con sector educativo (ausentismo escolar)
- Tiempo: ≤72 horas desde notificación del caso

Se debe tener en cuenta las siguientes condiciones:

- Selección aleatoria.
- Edad de la población.
- Centros preescolares, guarderías o colegios, centros de desarrollo infantil.

Bajas coberturas de vacunación

- Asentamiento de extranjeros o migrantes en una zona.
- Establecimientos de salud en silencio epidemiológico.

El tiempo de realización de la BAC deberá realizarse considerando el periodo comprendido entre la fecha de notificación del caso y los 30 días previos a esta, con el objetivo de identificar personas que hayan presentado signos y síntomas compatibles con la definición de caso de EFENV.

Para la aplicación de la encuesta del BAC, se utilizarán las siguientes definiciones:

- Casas Efectivas: donde hay al menos un niño o niña elegible que corresponde a la población objetivo de vacunación y un adulto que brinde información.
- Casas No Efectivas: casas donde no hay niños y niñas que correspondan a la población objetivo de vacunación.
- Casas Fallidas: donde hay al menos un niño o niña que corresponde a la población objetivo de vacunación, sin un adulto que brinde información o los adultos se encuentran renuentes a brindar información.
- Casas Cerradas: donde no se encontró habitantes al momento del MRV.

Esta actividad estará liderada por el epidemiólogo de la Oficina técnica y el Administrador Técnico del Establecimiento de Salud correspondiente al área geográfica del caso sospechoso.

La unidad de búsqueda posterior a la notificación de un caso de EFENV es la manzana donde se ubica la vivienda del caso y al menos 5 manzanas alrededor de la misma

Comunicación de riesgo

Las acciones de comunicación de riesgo deberán desarrollarse de manera continua y articulada durante toda la respuesta epidemiológica.

Acciones prioritarias

- Difusión de mensajes preventivos.
- Perifoneo comunitario.
- Socialización con líderes comunitarios.
- Coordinación con instituciones educativas y GAD.
- Uso de medios locales y redes sociales oficiales.

Mensajes clave

- Signos y síntomas de sarampión;
- Importancia de vacunación;
- Medidas de aislamiento;
- Identificación temprana;
- Prevención de transmisión; y
- Búsqueda oportuna de atención médica.

Cierre de evento o brote

El cierre epidemiológico del evento se realizará cuando:

- No existan nuevos casos confirmados;
- Hayan transcurrido 42 días posteriores al último caso confirmado;
- Se haya completado el seguimiento de contactos;
- Se hayan ejecutado las acciones de BAC y Vacunación de bloqueo;
- Elaboración del informe epidemiológico final.

Posteriormente se desarrollará:

- Evaluación post evento,
- Análisis de respuesta,
- Lecciones aprendidas.

Componente fronterizo y movilidad humana

Ante eventos sospechosos o confirmados de sarampión se fortalecerá la vigilancia epidemiológica en:

- Aeropuertos,
- Terminales terrestres,
- Pasos fronterizos,
- Zonas de movilidad poblacional.

Acciones

- Investigación de antecedentes de viaje durante los últimos 21 días.
- Identificación de contactos de viaje.
- Coordinación con migración y autoridades locales.
- Vigilancia intensificada en zonas fronterizas.

Descripción del despliegue de acuerdo con la Clasificación de Riesgo y Activación Operativa de Respuesta Territorial

La respuesta operativa frente a eventos compatibles con Enfermedades Febriles Exantemáticas No Vesiculares (EFENV) y sarampión deberá ejecutarse de manera escalonada y progresiva, proporcional al riesgo epidemiológico identificado, Su activación dependerá de la clasificación de riesgo del evento, la existencia de nexo epidemiológico, los resultados de laboratorio, la magnitud del evento, la acumulación de casos, la presencia de poblaciones susceptibles y el riesgo de transmisión comunitaria.

Las intervenciones deberán orientarse a garantizar la detección temprana de casos, la investigación epidemiológica oportuna, la identificación y seguimiento de contactos, la búsqueda activa institucional y comunitaria, la implementación de medidas de aislamiento, la vacunación de bloqueo y la movilización de recursos humanos y logísticos necesarios para interrumpir la transmisión.

En escenarios donde se identifique evidencia de transmisión o riesgo elevado de propagación, las acciones de respuesta podrán ampliarse territorialmente más allá del perímetro inicial de intervención, incorporando establecimientos de salud, instituciones educativas, centros infantiles, comunidades, barrios o sectores geográficos vinculados epidemiológicamente al evento, conforme a los hallazgos de la investigación epidemiológica y la evaluación continua del riesgo.

La respuesta territorial deberá garantizar la articulación y coordinación operativa entre vigilancia epidemiológica, inmunizaciones, laboratorios, establecimientos de salud con los Equipos de Respuesta Rápida (ERR), Equipos de Atención Integral en Salud (EAIS), Equipos de Apoyo focal para Bloqueo Vacunal O.T, Equipos de Apoyo focal para Búsqueda Activa Comunitaria Oficina Técnica, participación social y los diferentes niveles de gestión territorial, bajo los principios y estructura del Sistema de Comando de

Incidentes (SCI), de acuerdo con el nivel de riesgo epidemiológico identificado.

Esta articulación permitirá la implementación oportuna de acciones de detección, notificación, investigación epidemiológica, búsqueda activa institucional y comunitaria, seguimiento de contactos, vacunación de bloqueo, gestión de muestras, comunicación de riesgo y control de brotes, con el propósito de interrumpir la transmisión y prevenir la propagación comunitaria del sarampión.

Matriz de Clasificación de Riesgo y Despliegue Operativo de Respuesta Territorial

La siguiente matriz establece los criterios para la clasificación del riesgo epidemiológico, los niveles de activación operativa, los criterios de inicio de la respuesta, la activación de los equipos, el Sistema de Comando de Incidentes (SCI) y las acciones prioritarias que deberán implementar frente a eventos compatibles con Enfermedades Febriles Exantemáticas No Vesiculares (EFENV), casos sospechosos de sarampión, casos confirmados y escenarios de riesgo.

La matriz constituye una herramienta operativa para orientar la toma de decisiones, la movilización progresiva de recursos y la coordinación interinstitucional, garantizando una respuesta oportuna, estandarizada y proporcional al nivel de riesgo identificado.

Tabla 8 Niveles de riesgo y acciones operativas de respuesta rápida

ERR – EQUIPOS DE RESPUESTA RÁPIDA APOYO TÉCNICO DIRECCIÓN PROVINCIAL						
NIVEL	CRITERIO	EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL	ACTIVACIÓN SCI	ACCIONES EAIS	EQUIPO DE BLOQUEO VACUNAL (OT)	EQUIPO DE BÚSQUEDA ACTIVA (OT)
I RIESGO BAJO	Caso EFENV sin nexo de importación y con resultado de laboratorio pendiente	Respirador N95 Higiene de manos	Activación SCI de Oficina Técnica.	Equipo 3 personas Intervención territorial Atención clínica, Visitas domiciliarias, Seguimiento de contactos, Fortalecimiento de acciones preventivas Vacunación (Bloqueo) priorizar la vacunación de contactos directos e indirectos simultáneamente, vacunación en la población cautiva de la localidad, ejecución de micro concentraciones dentro de las 72 horas tras la exposición. BAC en área de 250m Se suspende ante resultado negativo	Equipo de 2 personas conformado por un vacunado y una anotados Las intervenciones de vacunación se ampliarán según el rastreo de contactos directos e indirectos, El impacto de la intervención se evaluará mediante el Monitoreo Rápido de Vacunación (MRV) en área de 250m	Equipo de 2 personas conformando por un médico y un TAPS Ejecución de búsqueda activa comunitaria (BAC) en un radio de 250 metros. Las acciones se suspenderán ante resultado laboratorio negativo.
II RIESGO INTERMEDIO	Caso EFENV sin nexo de importación con resultado laboratorial dudoso o nexo epidemiológico indirecto no confirmado.	Respirador N95 Higiene de manos Bata desechable si existe contacto cercano con el paciente	Activación SCI de Oficina Técnica.	Equipo 4 personas Intervención territorial Atención clínica, Visitas domiciliarias, Seguimiento de contactos, Fortalecimiento de acciones preventivas	Equipo de 2 personas conformado por un vacunado y una anotados Vacunación (Bloqueo): Priorizar la vacunación de contactos directos y directos simultáneamente vacunación en la población cautiva de la	Equipo de 2 personas conformando por un médico y un TAPS Se activa y termina BAC 1er perímetro y terminan 2do

				Completan Vacuna de bloqueo en 72 horas MRV al cierre BAC en área de 500m Se suspende ante resultado negativo	localidad, ejecución de micro concentraciones dentro de las primeras 72 horas tras la exposición. Las intervenciones de vacunación se ampliarán según el rastreo de contactos directos e indirectos, y se deben movilizar a las localidades de residencia de los contactos directos e indirectos El impacto de la intervención se evaluará mediante el Monitoreo Rápido de Vacunación (MRV) al finalizar las acciones	perímetro
III RIESGO ALTO/IMPO RTADO	Caso EFENV con antecedente de viaje o exposición en los últimos 21 días a zonas de riesgo, resultado laboratorial dudoso o nexa epidemiológico de importación.	Respirador N95 Protección ocular (gafas o visor facial) Bata desechable manga larga Guantes Higiene de manos	Activación SCI Provincial.	Perímetro de acción 500metros. Se activarán los equipos SCI-ERR PROVINCIAL – OT-EAIS-EQ. Bloq. Vacuna de OT y EQ. Busq. Act de OT Vacunación (Bloqueo): Priorizar la vacunación de contactos directos y directos simultáneamente vacunación en la población cautiva de la localidad, ejecución de micro concentraciones, en caso de ser necesario barrido documentado dentro de las primeras 72 horas tras la exposición Las intervenciones de vacunación se ampliarán según el rastreo de contactos directos e indirectos, y se deben movilizar a las localidades de residencia de los contactos directos e indirectos El impacto de la intervención se evaluará mediante el Monitoreo Rápido de Vacunación (MRV) al finalizar las acciones. Se suspende si el resultado es negativo		

CASO CONFIRMA DO	Caso EFENV confirmado por laboratorio.	Respirador N95 Protección ocular (gafas o visor facial) Bata desechable manga larga Guantes Higiene de manos	Activación SCI Provincial y Nacional.	Intervención ampliada en un radio de acción de 2 kilómetros. Se activarán los equipos SCI-ERR-EAIS-EQ. Bloq. Vacuna de OT y EQ. Busq. Act de OT Vacunación (Bloqueo): Priorizar la vacunación de contactos directos y directos simultáneamente vacunación en la población cautiva de la localidad, ejecución de micro concentraciones, en caso de ser necesario barrido documentado dentro de las primeras 72 horas tras la exposición Las intervenciones de vacunación se ampliarán según el rastreo de contactos directos e indirectos, y se deben movilizar a las localidades de residencia de los contactos directos e indirectos localidades. El impacto de la intervención se evaluará mediante el Monitoreo Rápido de Vacunación (MRV) al finalizar las acciones. Se suspende si el resultado es negativo
-------------------------	--	--	---------------------------------------	---

Elaborado: Dirección Provincial de Salud de Pichincha Gestión Provincial de Vigilancia, Prevención y Control de la salud

Nota: **SCI:** Sistema de Comando de Incidentes, **EAIS:** Equipos de Atención Integral en Salud, **EQ. BLOQ. VACUNA de OT** : Equipos de Bloqueo Vacunal Equipo de Inmunizaciones, **EQ. BUSQ. ACT de OT.**

10.1.4 Paso 4 –Sala situacional para vigilancia de EFENV y sarampión

La activación de la Sala Situacional para Enfermedades Febriles Eruptivas No Vesiculares (EFENV) será obligatoria ante alertas epidemiológicas, casos sospechosos, casos confirmados o brotes de sarampión, con la finalidad de fortalecer el análisis epidemiológico, la toma de decisiones y la coordinación operativa de la respuesta en territorio.

La actualización y monitoreo de la información deberá realizarse diariamente, mediante el análisis continuo del riesgo epidemiológico local, la situación vacunal y el comportamiento del evento.

La Sala Situacional permitirá consolidar información epidemiológica, operativa, logística y territorial para orientar de manera oportuna las acciones de control y contención, la frecuencia de funcionamiento de la sala situacional deberá analizar la curva epidémica, distribución geográfica de casos, red de contactos, coberturas de vacunación y evolución de las intervenciones implementadas, se establecerá de acuerdo con el nivel de riesgo identificado: riesgo alto (diaria), riesgo moderado (cada 48 horas) y riesgo bajo (semanal).

Funciones de la Sala Situacional

- Recolección, consolidación, procesamiento y visualización de información epidemiológica, operativa y logística, incluyendo georreferenciación de datos.
- Análisis de tendencias epidemiológicas y evaluación del riesgo local, incluyendo estimación del comportamiento de transmisión y análisis de coberturas de vacunación por territorio, análisis de susceptibles de la localidad, censo de población cautiva de la localidad en coordinación entre epidemiología e inmunizaciones de la Oficina Técnica y nivel provincial.
- Generación de alertas tempranas para la toma de decisiones y activación de acciones inmediatas de respuesta en los diferentes niveles de gestión.
- Articulación con el Instituto Nacional de Investigación en Salud Pública INSPI para la integración, validación y seguimiento de resultados de laboratorio registrados en VIEPI.
- Monitoreo diario de indicadores epidemiológicos relacionados con riesgo, magnitud, tendencia, oportunidad de respuesta y coberturas de vacunación.
- Elaboración y actualización de mapas epidemiológicos con ubicación de casos sospechosos, confirmados, contactos y sectores priorizados para intervención.
- Insumos necesarios para el trabajo de promoción de la salud, participación social en salud, salud intercultural y comunicación

Indicadores de monitoreo

Se realizará monitoreo diario de los siguientes indicadores:

Tabla 9 Indicadores para monitoreo y seguimiento de la respuesta ante casos sospechosos y confirmados de sarampión

Indicador	Definición	Fórmula	Meta	Frecuencia
Casos sospechosos notificados	Total de casos que cumplen definición de EFENV o sarampión reportados al sistema de vigilancia	Número absoluto	Monitoreo continuo	Diaria
Casos confirmados	Total de casos confirmados por laboratorio o nexo epidemiológico	Número absoluto	Monitoreo continuo	Diaria
Casos descartados	Total de casos sospechosos descartados por laboratorio e investigación epidemiológica	Número absoluto	Monitoreo continuo	Diaria
Contactos identificados	Personas expuestas identificadas durante la investigación epidemiológica	Número absoluto	100% de contactos identificados	Diaria
Contactos en seguimiento	Contactos que se encuentran bajo vigilancia activa durante 21 días	$(\text{Contactos en seguimiento} / \text{Contactos identificados}) \times 100$	$\geq 95\%$	Diaria
Cobertura de vacunación de bloqueo	Personas susceptibles vacunadas dentro del área de intervención	$(\text{Personas vacunadas} / \text{Personas susceptibles identificadas}) \times 100$	$\geq 95\%$	Diaria
Monitoreos Rápidos de Vacunación (MRV) ejecutados	Número de MRV realizados en el área intervenida	Número absoluto	100% de áreas prioritizadas	Diaria
Muestras enviadas al laboratorio	Casos sospechosos con muestra remitida al INSPI para diagnóstico	$(\text{Casos con muestra enviada} / \text{Casos sospechosos}) \times 100$	100%	Diaria
Tiempo de investigación epidemiológica	Tiempo transcurrido entre la notificación y el inicio de la investigación de campo	Horas transcurridas	≤ 48 horas	Diaria
Tiempo de respuesta operativa	Tiempo transcurrido entre la notificación y la implementación de acciones de control en territorio	Horas transcurridas	≤ 24 horas	Diaria
Oportunidad de notificación	Casos notificados dentro de las primeras 24 horas posteriores a su identificación	$(\text{Casos notificados oportunamente} / \text{Casos sospechosos}) \times 100$	$\geq 95\%$	Diaria
Oportunidad de bloqueo vacunal	Casos en los que se ejecutó vacunación de bloqueo dentro de las primeras 72 horas	$(\text{Bloqueos ejecutados} < 72h / \text{Casos intervenidos}) \times 100$	$\geq 95\%$	Diaria

Elaborado: Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiología

Sala Situacional Específica ante Caso Sospechoso o Confirmado

Ante la identificación de un caso sospechoso o confirmado de sarampión en territorio, deberá instalarse una Sala Situacional específica para el evento, la cual incluirá como mínimo los siguientes componentes:

- Identificación, caracterización y georreferenciación del caso sospechoso o confirmado, incluyendo elaboración del mapa epidemiológico correspondiente.
- Verificación y delimitación del área de riesgo de acuerdo con la ubicación domiciliaria, sitios visitados en fase de transmisión y posibles lugares de exposición.
- Levantamiento y análisis de recursos disponibles y requeridos para la respuesta operativa, incluyendo:
 - ✓ Vehículos,
 - ✓ Brigadas,
 - ✓ Equipos de protección personal (EPP),
 - ✓ Equipos de perifoneo,
 - ✓ Cadena de frío,
 - ✓ Disponibilidad de biológicos,
 - ✓ Insumos de vacunación.
- Identificación de establecimientos de salud comprendidos dentro del radio de acción definido para la intervención.
- Establecer un proceso sistemático para la identificación y el censo de la población infantil de 1 a 4 años en el área priorizada, a fin de determinar con precisión la cobertura de vacunación contra el sarampión y calcular el porcentaje de cumplimiento mediante la identificación de dosis pendientes en espacios de alta concentración, tales como establecimientos educativos, centros infantiles, guarderías, mercados, plazas, cuarteles y terminales.
- Identificación y articulación con actores estratégicos y comunitarios, de acuerdo con el mapa de actores local, incluyendo:
 - ✓ Comités locales de salud,
 - ✓ Gobiernos Autónomos Descentralizados (GAD),
 - ✓ Juntas parroquiales,
 - ✓ Fundaciones,
 - ✓ Organizaciones comunitarias,
 - ✓ Líderes locales,
- Delimitación y priorización de sectores a intervenir mediante acciones de búsqueda activa, vacunación, seguimiento de contactos y comunicación de riesgo.

Investigación Epidemiológica de Campo del Caso

La investigación epidemiológica de campo deberá iniciarse de manera inmediata ante la identificación de un caso sospechoso o confirmado de sarampión, con la finalidad de determinar la fuente de infección, identificar contactos, delimitar el foco epidemiológico y establecer oportunamente las medidas de control y contención.

La investigación será liderada por el epidemiólogo de la Oficina Técnica y/o establecimiento hospitalario, en coordinación con el Equipo de Respuesta Rápida (ERR), Equipos Focales de Acción Inmediata y demás componentes operativos involucrados.

Investigación del caso índice

La investigación epidemiológica deberá incluir las siguientes actividades:

- Llenado completo de la ficha de investigación clínico-epidemiológica, incluyendo:
 - Datos demográficos,
 - Fecha de inicio de fiebre y exantema,
 - Características clínicas de la erupción,
 - Síntomas asociados,
 - Antecedentes epidemiológicos,
 - Antecedentes de viaje,
 - Antecedentes de contacto,
 - Se debe verificar el antecedente vacunal contra el sarampión y el cumplimiento del esquema regular mediante la comprobación física o electrónica del carné de vacunación
- Verificación de la dirección domiciliar y localización del caso sospechoso o confirmado, incluyendo georreferenciación del evento (barrio, parroquia, comunidad y coordenadas geográficas, de ser posible).
- Para asegurar una cobertura exhaustiva, es necesario identificar y registrar a todos los contactos, tanto directos como indirectos, que estuvieron expuestos durante el periodo de transmisibilidad del caso, abarcando los ámbitos familiar, laboral, educativo, comunitario, social y los medios de transporte (aéreo, marítimo y terrestre).
- Determinación de posibles lugares de exposición y sitios de concentración poblacional visitados por el caso durante el período de riesgo.
- Evaluación preliminar del riesgo epidemiológico y posibilidad de transmisión comunitaria o intrainstitucional.

Delimitación del foco epidemiológico

El epidemiólogo de la Oficina Técnica y/o establecimiento hospitalario iniciará la investigación desde el establecimiento de salud que identificó el caso, y previo al despliegue operativo de los equipos en territorio, deberá definir, comunicar y coordinar con el Equipo de Respuesta Local la delimitación del foco epidemiológico y el radio de intervención correspondiente.

La delimitación territorial mediante radios de intervención constituye una referencia operativa inicial; sin embargo, no reemplaza la identificación nominal y seguimiento de contactos directos e indirectos. El radio deberá ampliarse conforme al análisis epidemiológico, movilidad del caso, lugares visitados y presencia de población susceptible.

La delimitación del foco se realizará de acuerdo con la siguiente clasificación:

Tabla 10 Intervención según clasificación

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA	RADIO DE INTERVENCIÓN
Caso sospechoso	Intervención en un radio de 250 a 500 metros de acuerdo al nivel de riesgo de los casos, alrededor del lugar de residencia, trabajo, estudio o sitio de exposición del caso. En zonas rurales o dispersas, se realizará intervención en el 100 % de viviendas del sector priorizado.

Caso confirmado por laboratorio

Intervención intensificada en un radio de 2 kilómetros alrededor del lugar de residencia, trabajo, estudio o exposición del caso, incluyendo búsqueda activa, seguimiento de contactos y vacunación de bloqueo.

Elaborado: Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica

La investigación epidemiológica deberá incluir la georreferenciación de la vivienda, lugar de trabajo, institución educativa y demás lugares visitados por el caso durante el período de transmisibilidad.

Acciones iniciales dentro del foco epidemiológico

Dentro del área delimitada deberán ejecutarse de manera inmediata las siguientes acciones:

- Búsqueda activa institucional y comunitaria;
- Identificación de contactos;
- Monitoreo de aparición de casos febriles eruptivos;
- Se debe realizar un análisis detallado de las coberturas de vacunación para identificar a la población susceptible y evaluar el nivel de cumplimiento del esquema en grupos de población cautiva. Este diagnóstico es fundamental para priorizar las intervenciones en los sectores donde la brecha inmunitaria sea mayor.
- Asimismo, se ejecutará una estrategia de vacunación de bloqueo que incluya la vacunación de contactos directos e indirectos, complementada con jornadas de vacunación masiva en conglomerados de población cautiva y zonas de microconcentración; en caso de ser necesario, se procederá a realizar un barrido documentado casa por casa para asegurar la protección integral del área.
- Educación comunitaria y comunicación de riesgo;
- Fortalecimiento de vigilancia epidemiológica; y
- Seguimiento diario de la situación epidemiológica hasta el cierre del evento

Identificación y Delimitación del Foco Epidemiológico

La identificación y delimitación del foco epidemiológico deberá realizarse de manera inmediata posterior a la notificación del caso sospechoso o confirmado, con la finalidad de establecer el área de riesgo, priorizar intervenciones y coordinar las acciones de control en territorio.

Las siguientes actividades deberán ejecutarse de manera secuencial y articulada entre epidemiología, inmunizaciones, atención integral y equipos operativos:

1. El epidemiólogo de la Oficina Técnica y/o establecimiento hospitalario verificará la dirección domiciliaria y datos de localización del caso sospechoso o confirmado.
2. El epidemiólogo y el responsable de inmunizaciones de la Oficina Técnica deberán movilizarse al establecimiento de salud donde fue captado el caso en un plazo máximo de 24 horas posteriores a la notificación.
3. Cuando el caso sea identificado en el primer nivel de atención, el epidemiólogo de la Oficina Técnica realizará la georreferenciación del domicilio y lugares de exposición del caso, mediante los instrumentos y herramientas establecidas para este fin.

4. Cuando el caso sea identificado en un establecimiento hospitalario, el epidemiólogo hospitalario, en coordinación con el epidemiólogo de la Oficina Técnica correspondiente, realizará la georreferenciación del caso y la articulación territorial para la investigación epidemiológica.
5. El epidemiólogo de la Oficina Técnica y/o establecimiento hospitalario deberá remitir al nivel provincial, dentro de las primeras 24 horas, la ficha EPI 1 individual y la ficha clínico-epidemiológica debidamente validada y completa, y el informe preliminar.
6. En territorio, el epidemiólogo de la Oficina Técnica establecerá los radios de acción e intervención de acuerdo con la clasificación epidemiológica del evento (caso sospechoso o confirmado). Esta información deberá remitirse al nivel provincial para coordinación operativa con otras Oficinas Técnicas o provincias, según la delimitación del foco epidemiológico.
7. Se realizará la revisión de vacunación, registros nominales y sistema PRAS, con la finalidad de identificar población susceptible o pendiente de vacunación, especialmente niños y grupos de riesgo, efectuando además el mapeo territorial correspondiente.
8. Se efectuará el análisis de susceptibles dentro del territorio delimitado, incluyendo identificación de establecimientos con población cautiva y lugares de alta concentración poblacional, tales como:
9. Esta actividad deberá desarrollarse de manera inmediata y coordinada entre epidemiología, inmunizaciones de la Oficina Técnica y el equipo operativo del establecimiento de salud.
 - Establecimientos educativos,
 - Guarderías,
 - Mercados,
 - Terminales,
 - Centros religiosos,
 - Cuarteles,
 - Otros espacios de riesgo.
10. Realizar el mapeo de riesgo y análisis epidemiológico, se verificará la disponibilidad y distribución de los Equipos de Respuesta Local requeridos para la intervención en territorio.
11. El Sistema de Comando de Incidentes (SCI) de la Oficina Técnica articulará las acciones necesarias para garantizar la movilización de los equipos de respuesta del establecimiento de salud, conforme a las necesidades identificadas por epidemiología y al territorio priorizado para intervención.
12. El responsable de la Oficina Técnica activará, redistribuirá o ampliará los equipos de respuesta local según la magnitud del evento, capacidad operativa y necesidad de cobertura territorial identificada durante la investigación epidemiológica

Medidas de Control

Las medidas de control podrán adaptarse a la realidad y necesidad territorial, para lo cual el Administrador Técnico del ES donde se encuentra domiciliado el caso sospechoso, en coordinación con la responsable de inmunizaciones y epidemiólogo de la OT identificarán el o los equipos de respuesta y los lugares de acción.

Vacunación de bloqueo:

- La activación del responsable de Inmunizaciones de la Oficina Técnica y del mismo establecimiento de salud.

Actividades:

- La responsable de inmunizaciones del Establecimientos de Salud en conjunto con la responsable de inmunizaciones de la OT deberá contar con las coberturas de vacunación actualizadas de los establecimientos de salud incluidos en el radio de acción.
- La responsable de inmunizaciones del Establecimientos de Salud en conjunto con la responsable de inmunizaciones de OT deberá contar con las coberturas de vacunación de la población cautiva de su área de influencia.
- Ambas identificarán a los susceptibles por Establecimiento de Salud y coordinarán con el epidemiólogo de la OT, para el análisis de riesgo local.
- La responsable de inmunizaciones tanto de ES como de OT deberán garantizar el abastecimiento de biológico e insumos, para la actividad de campo.
- La responsable de inmunizaciones de ES y OT deberán tener actualizado la programación de micro planificación en base al análisis de riesgo con epidemiología de OT.
- Delimitación del territorio a intervenir, en base a los equipos activados y distribución de los mismos.
- Cada establecimiento de salud, deberá disponer de los instrumentos de papelería, para entrega al equipo de acción en territorio.
- Se organiza el equipo en brigadas (vacunador y registrador) y se verifica la disponibilidad de biológicos, insumos, formularios y condiciones de cadena de frío.
- Según el análisis de riesgo se aplica las tácticas de vacunación, población cautiva, zonas de micro concentración y barrido rápido.
- Se planifica el recorrido por áreas designadas por sectores, para la intervención del área asignada con la táctica micro concentración, perifoneo y barrido rápido.
- En caso de identificar susceptibles durante la jornada, el equipo procederá a la vacunación inmediata a susceptibles según edad y normativa vigente (SR o SRP).
- Se brinda educación a la comunidad, sobre la importancia de la vacunación, signos de alarma y medidas de prevención.
- Se realiza el registro diario de todas las dosis aplicadas y de la población intervenida en los formularios correspondientes en parte diario de captación temprana o tardía, así como la validación en el sistema PRAS.
- El equipo consolidará la información de la intervención de vacunados y reportará al responsable de inmunizaciones del Establecimiento de Salud.
- Retroalimentar periódicamente (cada vez que a la provincia o el nivel nacional o requiera), sobre las acciones que se están desarrollando en territorio, y activar la cadena de llamadas desde el Equipo hacia la responsable de inmunizaciones de OT y desde la responsable de inmunizaciones de OT hacia responsable de inmunizaciones provincial; para mejorar tácticas de vacunación como cambios de jornadas o activación de más brigadas.
- Al final de la jornada, se verifica el cumplimiento de cobertura en el área intervenida.
- La responsable de inmunizaciones del ES elaborará el reporte mismo que será enviado y validado por la responsable de inmunizaciones de la OT.
- Las medidas de control podrán adaptarse a la realidad y necesidad territorial, para lo cual el Administrador Técnico del ES donde se encuentra domiciliado el caso

sospechoso, en coordinación con la responsable de inmunizaciones y epidemiólogo de la OT identificarán el o los equipos de respuesta y los lugares de acción.

Tabla 11 Evaluación de riesgo de contactos

CATEGORÍA DE CONTACTO	EVALUACIÓN	ACCIÓN INMEDIATA
2 dosis SRP confirmadas	Riesgo BAJO	Seguimiento diario; no requiere vacunación de bloqueo
1 dosis SRP o < 12 meses	Riesgo MEDIO	Vacunación de bloqueo + seguimiento diario 30 días
Sin vacunas / esquema desconocido	Riesgo ALTO	Vacunación de bloqueo PRIORITARIA + seguimiento diario 30 días
Lactante < 6 meses	Riesgo MUY ALTO	Seguimiento; coordinar con especialista
Inmunocomprometido / embarazada	Riesgo MUY ALTO	Evaluación médica urgente; coordinar con especialista

Elaborado: Dirección Provincial de Salud de Pichincha - Gestión Provincial de Vigilancia, Prevención y Control de la salud

El seguimiento de contactos deberá mantenerse durante veintiún (21) días posteriores a la última exposición al caso confirmado, registrando diariamente la presencia o ausencia de fiebre, exantema u otros signos y síntomas compatibles con sarampión. Ante la aparición de síntomas, el contacto deberá ser considerado caso sospechoso e iniciarse de forma inmediata las acciones de notificación, investigación epidemiológica y toma de muestras correspondientes.

Vacunación de bloqueo

La vacunación de bloqueo es la intervención más eficaz para interrumpir las cadenas de transmisión de EFENV. La vacuna SRP y SR confiere protección en $\geq 95\%$ de los vacunados y debe administrarse ANTES de las 72 horas tras la exposición para ser efectiva.

Tabla 12 . Implementación de vacunación de bloqueo

CRITERIO	ESPECIFICACIÓN
• Población objetivo	• Contactos directos e indirectos. • Población cautiva de la localidad, asegurando el 100% de cobertura en la intervención
• Edad	• Personas mayores de 6 meses de edad
• Radio de acción (caso sospechoso)	• 250–500 metros a la redonda del domicilio, lugar de trabajo o exposición del caso. • Las intervenciones de vacunación deberán ampliarse según el rastreo de contactos directos e indirectos, incluyendo los lugares de residencia, estudio, trabajo y otros sitios frecuentados por los contactos identificados.
• Radio de acción (caso confirmado)	• 2 kilómetros a la redonda del domicilio, lugar de trabajo o exposición del caso. • Las intervenciones de vacunación deberán ampliarse según el rastreo de contactos directos e indirectos, incluyendo los lugares de residencia, estudio, trabajo y otros sitios frecuentados por los contactos identificados.
• Tiempo máximo de inicio	• ≤72 horas tras la captación y notificación del caso.
• Micro-concentraciones prioritarias	• Vacunación en puntos de alta afluencia o concentración poblacional: establecimientos educativos, centros infantiles, terminales terrestres, aeropuertos, mercados, centros comerciales, lugares de culto, eventos masivos y otros espacios de concentración comunitaria.
• Estrategia complementaria	• Brigadas extramurales con horarios extendidos (incluir fines de semana y feriados) los cuales desarrollan todas las actividades de inmunización

Elaborado: Dirección Nacional de Inmunizaciones

Táctica de Vacunación Población cautiva

Los establecimientos de salud deberán priorizar las intervenciones de vacunación en la población cautiva de sus territorios. Esto incluye el abordaje en instituciones educativas, centros de desarrollo infantil, entidades públicas o privadas, y cualquier otro espacio de concentración poblacional que albergue a niños y niñas en el rango de 1 a 4 años de edad.

Con el fin de garantizar un incremento acelerado de las coberturas, las Oficinas Técnicas planificarán el despliegue operativo bajo un enfoque descendente; es decir, interviniendo de manera prioritaria los centros con mayor carga poblacional hasta avanzar hacia los de menor volumen.

La meta sectorial para esta táctica es alcanzar el 100% de cobertura contra SRP2 en la población cautiva identificada en el territorio de cada establecimiento de salud. Este indicador se consolidará contabilizando tanto a la población vacunada durante la intervención como a aquellos niños que cuenten con el antecedente vacunal debidamente verificado.

Táctica de Vacunación Micro concentración

De manera simultánea, se ejecutará la táctica de microconcentración mediante intervenciones de vacunación focalizadas en aquellas localidades categorizadas de riesgo crítico y muy alto riesgo

En este marco operativo, y con el objetivo de garantizar un acceso oportuno y equitativo a los servicios de salud, se priorizará el abordaje a poblaciones en condiciones de alta vulnerabilidad epidemiológica. Esto incluye de manera especial a la población indígena migrante, así como a las personas que laboran o residen en zonas de frontera, minimizando así las brechas de inmunidad en estos sectores clave.

Táctica de Vacunación Barrido

Esta fase final inicia tras completar la vacunación de población cautiva y la micro concentración. Esta táctica se implementará según las particularidades de cada territorio, con especial énfasis en comunidades indígenas, micro concentraciones fallidas y sectores con renuencia a la vacunación, con el fin de cerrar brechas de cobertura

Monitoreo Rápido de Vacunación (MRV)

Para la evaluación del territorio vacunado se ejecutará MRV. El análisis del número de MRV asignados se realizará en virtud al número de dosis administradas y el porcentaje de avance alcanzado. En este sentido, los establecimientos con menor número de dosis administradas y menor porcentaje de cobertura serán priorizados para la ejecución de MRV, con la finalidad de identificar brechas operativas, población susceptible y oportunidades perdidas de vacunación

Monitoreo y seguimiento de la información

Cada responsable de inmunizaciones de la Dirección Provincial deberá mantener actualizado su repositorio digital, para lo cual se remite el enlace correspondiente al seguimiento del avance de la población cautiva.

Medidas Reactivas

La vacunación de bloqueo constituye la intervención de salud pública más eficaz para interrumpir de forma inmediata las cadenas de transmisión ante la presencia de Enfermedades Febriles Eruptivas No Vesiculares (EFENV). Las vacunas SRP y SR confieren una protección igual o superior al 95% en las personas inmunizadas; sin embargo, para garantizar su efectividad protectora frente al contagio, el biológico debe administrarse dentro de las 72 horas posteriores a la exposición.

Tabla 13 Criterios para la ejecución de vacunación de bloqueo

Criterio	Especificación Técnica
Población objetivo	Todos los contactos directos e indirectos identificados, independientemente de su antecedente vacunal contra el sarampión.
Grupo etario	Contactos directos e indirectos mayores de 6 meses de edad, utilizando el biológico disponible (SR o SRP) según corresponda.

Radio de acción (Caso Sospechoso)	Cobertura de 250- 500 metros a la redonda del domicilio del caso. El foco principal de intervención serán las instituciones educativas, centros infantiles y demás población cautiva del sector y viviendas del sector.
Radio de acción (Caso Confirmado)	Ampliación de la cobertura a 2 kilómetros a la redonda del domicilio del caso. La intervención priorizará los centros educativos, guarderías y espacios de concentración poblacional vinculados a los contactos y viviendas del sector.
Táctica de vacunación en contactos	Aplicación de una dosis adicional con el biológico disponible SR o SRP a todos los contactos directos e indirectos. La intervención priorizará el abordaje en entornos escolares, institucionales u otros espacios de población cautiva donde estos grupos se concentren o registren antecedentes de permanencia y exposición.
Tiempo máximo de inicio	Menos de 72 horas posteriores a la captación del caso.
Estrategia complementaria	Despliegue de brigadas extramurales con horarios extendidos adaptados a la realidad local, garantizando la continuidad de la inmunización durante fines de semana y días feriados.

Elaborado: Dirección Provincial de Salud de Pichincha - Gestión Provincial de Vigilancia, Prevención y Control de la salud

11. Componente de Primer Nivel de Atención Frente a Casos Sospechosos

El primer nivel de atención constituye la principal puerta de entrada al Sistema Nacional de Salud y desempeña un rol fundamental en la detección temprana, notificación inmediata e implementación de medidas de control frente a casos sospechosos de sarampión el personal deberá utilizar los equipos de protección personal de acuerdo con el tipo de actividad realizada. (Anexo 6)

Debido a la alta transmisibilidad del virus y al riesgo de propagación comunitaria e intrahospitalaria, los establecimientos de salud deberán contar con condiciones técnicas, operativas y organizativas que permitan brindar una atención segura, oportuna e integral, garantizando la identificación precoz de casos, el aislamiento inmediato y la activación de acciones de vigilancia epidemiológica y respuesta rápida.

En este contexto, los establecimientos de salud deberán fortalecer las capacidades del personal sanitario, garantizar infraestructura funcional, disponibilidad de equipos de protección personal, medicamentos esenciales, disponibilidad permanente de insumos para toma de muestras y mecanismos seguros para el transporte oportuno de especímenes hacia los laboratorios de referencia del INSPI y mecanismos de referencia, con la finalidad de reducir el riesgo de transmisión y prevenir brotes de sarampión en el territorio.

Las muestras deberán mantenerse bajo las condiciones adecuadas de cadena de frío y ser remitidas oportunamente al laboratorio de referencia del INSPI correspondiente, de acuerdo con la jurisdicción territorial, garantizando el cumplimiento de las normas de bioseguridad y la integridad de las muestras durante todo el proceso.

Talento humano

El personal de salud deberá estar capacitado en:

- Identificación y definición de caso sospechoso de sarampión EFENV.
- Protocolos de aislamiento respiratorio y prevención de infecciones.
- Procedimientos y tiempos de notificación epidemiológica inmediata.
- Manejo clínico inicial e identificación de signos de alarma.
- Referencia oportuna al segundo o tercer nivel de atención según criterios clínicos.

El establecimiento de salud deberá contar con un listado actualizado del personal, que incluya la verificación del esquema de vacunación contra sarampión. El personal que no cuente con antecedente vacunal documentado deberá recibir la vacuna SR o SRP; en caso de contar únicamente con una dosis, se deberá completar el esquema de vacunación conforme a la normativa nacional vigente.

Asimismo, el personal que no autorice la vacunación deberá suscribir un documento de consentimiento informado, dejando constancia de haber recibido información sobre el riesgo epidemiológico y las medidas de prevención correspondientes. En los casos de contraindicación médica para la vacunación, el personal deberá presentar el respectivo certificado médico que justifique la imposibilidad de recibir la vacuna.

Infraestructura mínima

Los establecimientos de salud deberán disponer de:

- Área de triaje para pacientes con síntomas respiratorios o exantemáticos.
- Área de aislamiento temporal con adecuada ventilación natural o mecánica.
- Señalización visible sobre medidas de bioseguridad y prevención.
- Flujos de atención para reduzcan el riesgo de transmisión intrahospitalaria.

Equipamiento básico

Los establecimientos deberán garantizar disponibilidad de:

- Termómetros.
- Tensiómetros y oxímetros de pulso.
- Equipos de protección personal (respiradores N95, mascarilla quirúrgica, guantes y batas). (Anexo 6)
- Materiales de higiene y desinfección.
- Contenedores para desechos infecciosos.

Medicamentos e insumos esenciales

Se deberá garantizar disponibilidad de:

- Antipiréticos.
- Sales de rehidratación oral.
- Medicamentos para manejo sintomático.
- Vitamina A, según normativa nacional vigente.
- Insumos para toma y envío de muestras.

Componente de referencia

Los establecimientos deberán fortalecer:

- La articulación con el segundo y tercer nivel de atención.
- El uso adecuado de formularios de referencia y contrarreferencia.
- La coordinación con atención prehospitalaria para traslado seguro de pacientes.

Detección y captación temprana

Como medida de preparación y respuesta ante la posible aparición de casos de sarampión en el país, todos los establecimientos de salud deberán fortalecer los mecanismos de detección temprana, identificación, aislamiento y notificación inmediata de casos sospechosos de sarampión, de acuerdo con su tipología y cartera de servicios.

Para ello, los establecimientos de salud deberán considerar las siguientes acciones:

- Mantener un área identificada en consulta externa o triaje para la atención de pacientes con sospecha de enfermedad febril exantemática, la cual deberá contar con adecuada ventilación, ubicación cercana al ingreso del establecimiento, disponibilidad de insumos necesarios para la atención, equipos de protección personal y condiciones permanentes de limpieza y desinfección.
- Garantizar que el personal de salud conozca los procedimientos y acciones operativas para la atención, aislamiento y manejo inicial de pacientes con enfermedades febriles exantemáticas.
- Garantizar el uso obligatorio de equipos de protección personal, incluyendo respirador N95 o equivalente/superior o equivalente/superior para el personal de salud y mascarilla quirúrgica para el paciente sospechoso, siempre que la condición clínica lo permita. (Anexo 6)
- Realizar la notificación epidemiológica inmediata del caso sospechoso en menos de 24 horas al Epidemiólogo de la Oficina Técnica.

Manejo inicial

Todo paciente con sospecha de sarampión deberá recibir una valoración clínica integral y manejo oportuno, orientado a disminuir el riesgo de complicaciones y transmisión de la enfermedad.

No existe actualmente un tratamiento específico para el sarampión.

Debe proporcionarse tratamiento de apoyo para las diferentes complicaciones del sarampión. En los casos sin complicaciones habitualmente se prescribe aporte de líquidos (como soluciones de rehidratación oral), antipiréticos y terapia nutricional.

Las acciones iniciales deberán incluir:

- Valoración clínica completa del paciente, incluyendo antecedentes epidemiológicos, estado vacunal y evaluación de signos y síntomas compatibles con sarampión.

- Manejo clínico sintomático de acuerdo con la condición clínica y gravedad del paciente.
- Garantizar hidratación adecuada y control de la fiebre, según necesidad clínica.
- Administración de vitamina A reduce la gravedad de la enfermedad y también la tasa de letalidad y se deberá suministrar conforme a la normativa nacional vigente, especialmente en población pediátrica.
- Evaluación permanente de signos de alarma y complicaciones asociadas al sarampión.
- Definición de aislamiento domiciliario de acuerdo con la gravedad del cuadro clínico, condiciones epidemiológicas y capacidad de manejo seguro del paciente.

Control domiciliario

El control domiciliario de pacientes con sarampión constituye una medida fundamental para prevenir complicaciones y reducir el riesgo de transmisión del virus dentro del hogar y la comunidad.

Debido a la alta transmisibilidad de la enfermedad, es indispensable que los familiares y/o cuidadores conozcan y cumplan adecuadamente las medidas de aislamiento, higiene, vigilancia de signos de alarma y recomendaciones médicas establecidas por el personal de salud.

En este contexto, el personal de salud deberá brindar las siguientes recomendaciones:

- Mantener aislamiento respiratorio del paciente hasta 4 días posteriores al inicio del exantema, utilizando mascarilla quirúrgica cuando la condición clínica lo permita.
- Evitar el contacto del paciente con personas susceptibles, especialmente niños menores de cinco años, gestantes, personas inmunosuprimidas y personas no vacunadas.
- Identificar dentro del domicilio un espacio exclusivo para el aislamiento del paciente, con adecuada ventilación natural.
- Cumplimiento de las indicaciones médicas prescritas.
- Vigilar permanentemente la aparición de signos de alarma, tales como:
 - Dificultad respiratoria.
 - Somnolencia o irritabilidad.
 - Fiebre persistente.
 - Deshidratación.
 - Desorientación o alteraciones neurológicas.
- En caso de identificarse algún signo de alarma, la familia deberá comunicarse inmediatamente con el establecimiento de salud para coordinar la evaluación médica y activación del Equipo de Atención Integral en Salud (E AIS) para seguimiento domiciliario o referencia correspondiente.

Aislamiento en el hogar

Los pacientes sospechosos de sarampión no deben salir de sus domicilios hasta siete días después del inicio del exantema, durante este periodo de aislamiento no debe permitirse en contacto con miembros de la familia susceptibles (por ejemplos lactantes y adultos sin vacunar) y solo se permitirá visitas de personas vacunadas. Dado el alto riesgo de transmisión intrahospitalaria, estos pacientes no deben ser hospitalizados a menos de que sea estrictamente necesario.

Criterios de Referencia

- Niños menores de 1 año (referir a segundo nivel)
- Niños y adultos con sospecha de complicaciones infecciosas como:
 - Neumonía (signos de dificultad respiratoria, saturación, desnutrición, fiebre persistente)
- Sospecha de encefalitis (alteración del nivel de conciencia, cambios de la conducta, convulsiones).
- Desnutrición grado III a toda edad.
- Paciente con inmunocompromiso a toda edad

Los pacientes que cumplan con los criterios de referencia anteriormente mencionados deben ser referidos a segundo y tercer nivel en los hospitales ya establecidos en el plan de intervención frente a la alerta temprana por sarampión.

Estrategias comunitarias de vacunación

Los establecimientos de salud deberán fortalecer estrategias territoriales de vacunación mediante brigadas móviles, vacunación casa a casa, jornadas extramurales, monitoreos rápidos de vacunación y barridos documentados en sectores priorizados o con bajas coberturas vacunales.

12. Componente de Servicio de Atención de Salud Móvil

Evaluación y Atención del Paciente en el Ámbito Prehospitalario (T1)

La atención prehospitalaria de pacientes con sospecha de sarampión deberá realizarse bajo estrictas medidas de prevención y control de infecciones, priorizando la protección del personal sanitario, la identificación temprana de casos y la reducción del riesgo de transmisión durante la atención y traslado del paciente. Las prácticas clínicas deberán basarse en las recomendaciones técnicas vigentes emitidas por la OPS/OMS y la Autoridad Sanitaria Nacional.

En este contexto, el personal de atención prehospitalaria deberá implementar las siguientes medidas:

1. Cuando el Centro Regulador de Emergencias y Urgencias (CREU) informe durante el despacho la sospecha de "Sarampión complicado o con signos de alarma", el personal de la ambulancia deberá colocarse el Equipo de Protección Personal (EPP) antes de llegar al lugar de atención.
2. Si durante el despacho no se informa la sospecha de sarampión complicado o con signos de alarma, el personal seguirá procedimientos estándar con EPP apropiado para infección respiratoria aguda grave de etiología desconocida, y aplicará la evaluación del riesgo al contactar al paciente.
3. Todo el personal prehospitalario (paramédico y operadores-conductor) que tenga contacto directo con el paciente o permanezca dentro del compartimento asistencial deberá utilizar como mínimo:
 - a) Un par de guantes desechables de nitrilo (doble guante si se realizan PGA Procedimientos Generadores de Aerosoles).
 - b) Bata desechable (con mangas largas).

- c) Protección respiratoria de al menos nivel N-95 (o superior si el agente lo requiere, ej. PAPR para agentes con transmisión aérea confirmada o en Procedimientos Generadores de Aerosoles - PGA).
4. Colocar una mascarilla quirúrgica sobre el paciente para aislamiento de fuente antes de cualquier contacto directo. Si el paciente requiere oxigenoterapia, colocar la mascarilla quirúrgica sobre la cánula nasal, o usar mascarilla de oxígeno si está clínicamente indicado.
5. Minimizar el número de personas en el compartimento del paciente al personal estrictamente necesario.
6. Para Procedimientos Generadores de Aerosoles (PGA): utilizar EPP de máximo nivel de protección (N-95). Consultar con el médico coordinador del CREU antes de realizar PGA cuando sea posible. Realizar PGA únicamente si son imprescindibles para preservar la vida. Lista de PGA: intubación endotraqueal, ventilación con BVM, aspiración orofaríngea/nasal, nebulización, CPAP, BiPAP, RCP con intubación.
7. En el caso de agentes con transmisión por contacto y fluidos corporales, extremar precauciones ante cualquier exposición a secreciones.
8. Documentar todos los signos vitales, nivel de conciencia y antecedentes de riesgo epidemiológico en el formulario HCU

Transporte Secundario Sanitario (T2)

En el transporte secundario sanitario, la condición clínica del paciente determinará el despacho de una unidad de soporte vital básico o avanzado, de acuerdo con la necesidad asistencial identificada. Durante todo el proceso de traslado deberán mantenerse estrictas medidas de aislamiento respiratorio y prevención de infecciones, con la finalidad de reducir el riesgo de exposición y transmisión al personal sanitario involucrado.

Todo traslado de pacientes con sospecha de “sarampión complicado o con signos de alarma” deberá coordinarse con el personal de vigilancia epidemiológica y el médico coordinador del Centro Regulador de Emergencias y Urgencias (CREU).

Consideraciones al transporte del paciente

Previo al traslado del paciente, el personal de atención prehospitalaria deberá implementar las siguientes medidas:

Consideraciones previas al transporte:

- Aplicar las consideraciones de zonificación al abordaje de la ambulancia (zona tibia - zona caliente).
- Aislar al conductor del compartimento del paciente; mantener puertas y ventanas de paso cerradas.
- Usar preferentemente vehículos con compartimentos aislados para conductor y paciente, con sistemas de ventilación independientes.
- Si el vehículo tiene extractor de aire trasero, activarlo para crear flujo de aire hacia el exterior desde el compartimento del paciente.

- Si no se dispone de compartimento aislado: abrir ventilación externa del área del conductor y activar ventiladores de escape traseros al máximo para generar presión negativa relativa en el área del paciente.
- Colocar mascarilla quirúrgica al paciente antes de subirlo a la ambulancia.
- Verificar que el EPP del personal esté correctamente colocado antes de abordar al paciente.

Durante el Transporte

- Comunicar al CREU los signos vitales del paciente y confirmar o rectificar el caso sospechoso “sarampión complicado o con signos de alarma”.
- Transmitir datos personales del paciente por línea segura (exclusivamente).
- Iniciar traslado al establecimiento de salud de referencia designado para “sarampión complicado o con signos de alarma” en la provincia correspondiente.
- Limitar el personal en el compartimento del paciente al mínimo indispensable.
- Los familiares o contactos del paciente NO deben viajar en la ambulancia. Si es inevitable, deben usar mascarilla quirúrgica.
- Mantener la ventilación en modo no recirculado en ambos compartimentos durante todo el traslado.
- Mantener al paciente con mascarilla quirúrgica en todo momento si su condición clínica lo permite.

Instrucciones para el arribo al establecimiento de salud

- Dirigirse directamente al área de aislamiento designada para el paciente con Sarampión.
- Entregar al paciente al personal receptor con todas las medidas IPC (prevención y control de infecciones) activas y firmar el formulario HCU con los siguientes datos: género, nombre, edad, estado de conciencia, signos vitales, tiempo de evolución de síntomas, antecedentes de riesgo epidemiológico, y tratamiento brindado.

Instrucciones posteriores al transporte

- Retiro y desecho inmediato del EPP siguiendo la secuencia correcta, en el área designada por el establecimiento receptor.
- Higiene de manos con agua y jabón seguida de desinfectante alcohólico después de retirar el EPP.
- Proceder a la desinfección del vehículo, en el área habilitada por el establecimiento receptor.
- Incluir en las observaciones del formulario: listado del personal sanitario y de seguridad involucrado, y nivel de contacto con el paciente (para seguimiento epidemiológico).

Limpieza y Desinfección de la Ambulancia

La limpieza y desinfección de las ambulancias utilizadas para el traslado de pacientes con sospecha o confirmación de sarampión deberá realizarse preferentemente en el establecimiento de salud receptor; en caso de no ser posible, deberá efectuarse en la base operativa correspondiente, conforme a la normativa vigente de la Autoridad Sanitaria Nacional y las recomendaciones de Prevención y Control de Infecciones (PCI) emitidas por la OMS/OPS para servicios de atención prehospitalaria.

Las acciones de limpieza y desinfección deberán contemplar las siguientes medidas:

- La limpieza y desinfección será realizada por el personal prehospitalario (operador y paramédico) con el apoyo del personal designado por el establecimiento de salud receptor.
- Dejar las puertas traseras abiertas al menos 20 minutos antes de iniciar la limpieza, para permitir el cambio de aire y reducir la carga de partículas potencialmente infecciosas.
- El personal asignado a la limpieza debe usar EPP apropiado: bata impermeable, guantes resistentes (de goma o nitrilo grueso), protección respiratoria (N-95) y cubre-botas.
- Usar desinfectantes de grado hospitalario con eficacia probada para virus como el hipoclorito de sodio entre 0,5% y 1%.
- Limpiar todas las superficies que pudieron estar en contacto con el paciente o materiales contaminados: camillas, rieles, paneles de control, pisos, paredes, superficies de trabajo.
- Los residuos generados (EPP usado, materiales contaminados) se gestionarán como residuos biológico-infecciosos (bolsa roja, recipiente rígido para cortopunzantes), conforme al procedimiento habitual de residuos hospitalarios.
- El material de terapia respiratoria que estuvo en contacto con el paciente se esterilizará por método físico o químico en el establecimiento receptor.

13. Componente Hospitalario

Los establecimientos hospitalarios constituyen un componente estratégico dentro de la respuesta sanitaria frente a casos sospechosos o confirmados de sarampión, debido al riesgo de transmisión intrahospitalaria, la elevada contagiosidad de la enfermedad y la necesidad de brindar atención oportuna a pacientes con signos de alarma, complicaciones o factores de riesgo.

Los hospitales deberán fortalecer sus capacidades operativas, técnicas, clínicas y organizativas, con el propósito de garantizar la detección temprana, el aislamiento inmediato, la notificación epidemiológica obligatoria, el manejo clínico adecuado, la toma y envío oportuno de muestras, la prevención de infecciones asociadas a la atención en salud y la continuidad de los servicios esenciales.

Hospitales para la vigilancia y atención de casos de sarampión

Los hospitales constituyen establecimientos estratégicos dentro de la red de servicios de salud para la detección, notificación, aislamiento y manejo clínico de casos sospechosos o confirmados de sarampión, especialmente aquellos que presenten signos de alarma o complicaciones asociadas.

Cada provincia mantendrá un hospital de referencia de acuerdo con su capacidad resolutive, accesibilidad y cobertura poblacional, con la finalidad de fortalecer la vigilancia epidemiológica, la respuesta rápida y el control oportuno de brotes.

Los hospitales seleccionados deberán garantizar:

- Atención permanente de emergencias y consulta externa.
- Capacidad de hospitalización para pacientes pediátricos y adultos.
- Disponibilidad de áreas de aislamiento respiratorio.
- Manejo clínico del sarampión.
- Prevención y control de infecciones
- Disponibilidad de toma y envío de muestras al INSPI.
- Capacidad de notificación inmediata y seguimiento epidemiológico.
- Disponibilidad de equipos de protección personal e insumos esenciales.
- Coordinación operativa con atención prehospitalaria, Oficinas Técnicas y Equipos de Respuesta Rápida.

En este contexto, los hospitales deberán fortalecer sus capacidades operativas, técnicas y organizativas para garantizar la detección temprana, aislamiento oportuno, manejo clínico adecuado y control de infecciones, reduciendo el riesgo de propagación del virus dentro de los servicios de salud igual el personal deberá utilizar los equipos de protección personal de acuerdo con el tipo de actividad realizada (ANEXO 6)

Las unidades de referencia nacional deberán contar con las áreas de aislamiento que cumplan con estas recomendaciones para el manejo de los pacientes sospechosos o confirmados de Sarampión.

Hospitales de referencia y laboratorios para procesamiento de muestras

Tabla 14 Hospitales de referencia y laboratorios para procesamiento de muestras

Provincia	Hospitales	Laboratorio de referencia
Azuay	Hospital Vicente Corral Moscoso	INSPI – CUENCA
Bolívar	Hospital General Alfredo Montenegro	INSPI QUITO
Cañar	Hospital General Homero Castañier	INSPI – CUENCA
Carchi	Hospital Luis Dávila	INSPI - QUITO
Chimborazo	Hospital Provincial General Docente de Riobamba	INSPI - QUITO
Cotopaxi	Hospital General de Latacunga	INSPI- QUITO
El Oro	Hospital General Teófilo Dávila	INSPI – CUENCA
Esmeraldas	Hospital General Delfina Torres de Concha	INSPI – QUITO
Galápagos	Hospital Básico Oskar Jandal Hospital Básico República del Ecuador de Santa Cruz	INSPI – GUAYAQUIL
Guayas	Hospital Guasmo Sur *Hospital Fráncico Icaza Bustamante	INSPI – GUAYAQUIL
Imbabura	Hospital San Vicente de Paul	INSPI QUITO
Loja	Hospital Isidro Ayora	INSPI – CUENCA
Los Ríos	Hospital Martin Icaza	INSPI – GUAYAQUIL
Manabí	Hospital Dr. Verdi Cevallos	INSPI – GUAYAQUIL
Morona Santiago	Hospital General Macas	INSPI – CUENCA
Napo	Hospital José María Velasco Ibarra	INSPI – TENA
Sucumbíos	Hospital Marco Vinicio Iza	INSPI – TENA
Pastaza	Hospital General Puyo	INSPI – TENA
Pichincha	Hospital Docente Calderón *Hospital Baca Ortiz	INSPI QUITO



Santa Elena	Hospital General Liborio Panchana Sotomayor	INSPI – GUAYAQUIL
Santo Domingo	Hospital General Dr. Gustavo Domínguez	INSPI - QUITO
Francisco de Orellana	Hospital de Francisco de Orellana	INSPI – TENA
Tungurahua	Hospital General Docente Ambato	INSPI QUITO
Zamora Chinchipe	Hospital Julios Doefner	INSPI – CUENCA

Elaborado: Dirección Nacional de Hospitales

*Estos hospitales serán considerados establecimientos de referencia nacional para la atención pediátrica de casos sospechosos o confirmados de sarampión, especialmente aquellos que presenten signos de alarma o complicaciones asociadas, se deberán ejecutar las acciones correspondientes de referencia, contrarreferencia y coordinación asistencial, garantizando el cumplimiento de los flujos de atención establecidos, así como las medidas de aislamiento, notificación inmediata y manejo clínico oportuno.

Se realizará la toma de las tres muestras establecidas en la normativa vigente para Enfermedades Febriles Exantemáticas No Vesiculares (EFENV), cumpliendo los procedimientos técnicos definidos para su obtención, conservación, almacenamiento y transporte.

La coordinación entre vigilancia epidemiológica, laboratorio clínico, servicios asistenciales e INSPI deberá mantenerse de forma permanente durante el proceso diagnóstico, asegurando la trazabilidad de las muestras, el seguimiento de los resultados y la oportunidad en la confirmación o descarte de los casos.

Triage y captación temprana

Todo hospital deberá implementar de manera obligatoria un mecanismo de triaje respiratorio y exantemático en las áreas de emergencia, consulta externa, admisión y demás puntos de ingreso de pacientes.

El objetivo del triaje es identificar precozmente a personas con signos o síntomas compatibles con sarampión y reducir el riesgo de exposición de otros pacientes, acompañantes, visitantes y personal de salud.

El personal de primer contacto deberá realizar búsqueda activa de signos, síntomas y antecedentes epidemiológicos compatibles con sarampión, incluyendo:

- Fiebre.
- Erupción cutánea o exantema maculopapular.
- Tos.
- Coriza.
- Conjuntivitis.
- Antecedente de viaje reciente.
- Contacto con caso sospechoso o confirmado.
- Exposición a brotes.
- Antecedente de vacunación contra sarampión.

Ante la sospecha clínica o epidemiológica de sarampión, el paciente no deberá permanecer en salas de espera comunes ni compartir espacios cerrados con otros pacientes o acompañantes. Se deberá colocar mascarilla quirúrgica al paciente, siempre que su condición clínica lo permita, indicar higiene inmediata de manos y activar el traslado prioritario hacia un área de aislamiento respiratorio.

Los establecimientos con alta afluencia de usuarios deberán implementar señalética visible en accesos, admisión y salas de espera, indicando que toda persona con fiebre y erupción cutánea debe informar inmediatamente su condición al personal de salud antes de ingresar a espacios comunes.

Asimismo, se deberán establecer rutas diferenciadas para pacientes con síntomas respiratorios o exantemáticos, con el fin de disminuir exposiciones innecesarias y prevenir brotes intrahospitalarios.

Los establecimientos hospitalarios deberán garantizar:

Talento humano capacitado:

- Personal de salud capacitado en definición de caso, vigilancia epidemiológica, aislamiento respiratorio y manejo clínico del sarampión.
- Verificación del esquema de vacunación del personal sanitario contra sarampión.
- Identificación de personal vulnerable o con condiciones de riesgo, conforme a lineamientos de salud ocupacional.
- Uso adecuado de equipos de protección personal, con énfasis en respiradores N95 o equivalentes y medidas de prevención y control de infecciones. (Anexo 6)

Prevención y control de infecciones

- Aplicación de precauciones estándar y precauciones por vía aérea.
- Uso obligatorio de respirador N95 o equivalente/superior por parte del personal de salud. (ANEXO 5)
- Restricción de visitas y control de circulación de pacientes sospechosos.
- Limpieza y desinfección permanente de superficies y áreas de atención.
- Supervisión del cumplimiento de las medidas de bioseguridad

Capacidad diagnóstica y vigilancia

- Notificación epidemiológica inmediata de casos sospechosos.
- Toma y envío oportuno de muestras biológicas al INSPI.
- Investigación epidemiológica y seguimiento de contactos intrahospitalarios.
- Implementación de búsqueda activa institucional ante exposición hospitalaria
- Registro completo de pacientes, acompañantes, visitantes y personal expuesto.

Manejo clínico y referencia

- Manejo clínico oportuno de pacientes con signos de alarma, complicaciones o factores de riesgo.
- Disponibilidad de medicamentos e insumos esenciales.
- Activación de mecanismos de referencia y contrarreferencia.
- Coordinación con atención prehospitalaria para traslado seguro de pacientes.
- Priorización de referencia hacia establecimientos con capacidad de aislamiento respiratorio cuando corresponda.

Organización hospitalaria

- Activación de Equipos de Respuesta Rápida Hospitalaria.
- Implementación de salas situacionales para monitoreo del evento.
- Fortalecimiento de rutas internas para atención de casos sospechosos.
- Garantizar continuidad operativa de los servicios esenciales durante eventos de brote.
- Coordinación permanente de epidemiólogos, calidad, emergencia, laboratorio, talento humano, comunicación, limpieza y seguridad.

Infraestructura y aislamiento:

- Áreas diferenciadas para triaje respiratorio y atención de pacientes sospechosos.
- Disponibilidad de áreas de aislamiento respiratorio, preferentemente habitaciones con presión negativa o ventilación adecuada.
- Señalización visible sobre medidas de bioseguridad y aislamiento.

Aislamiento y prevención de la transmisión intrahospitalaria

Todo paciente con sospecha o confirmación de sarampión deberá ser ubicado de manera inmediata en una Sala de Aislamiento para Infecciones Transmitidas por el Aire (AIIR), con la finalidad de reducir el riesgo de transmisión intrahospitalaria.

Mientras el paciente permanezca dentro de la AIIR podrá retirarse la mascarilla quirúrgica, siempre que permanezca en aislamiento y bajo medidas de control establecidas. En caso de que el establecimiento no disponga de una AIIR, el paciente deberá ser transferido lo antes posible a un establecimiento de salud que cuente con capacidad de aislamiento respiratorio adecuado, siempre que su condición clínica lo permita y previa coordinación de referencia.

Mientras se coordina el traslado, el establecimiento deberá implementar las siguientes medidas:

- Ubicar al paciente en una habitación individual con adecuada ventilación.
- Mantener la puerta de la habitación cerrada permanentemente.
- Indicar al paciente el uso continuo de mascarilla quirúrgica, siempre que la condición clínica lo permita.
- Restricción de flujo de personas
- Evitar el traslado innecesario del paciente dentro del hospital.
- En procedimientos diagnósticos, estudios de imagen o intervenciones terapéuticas, se deberá coordinar previamente una ruta segura de circulación, minimizar los tiempos de exposición y asegurar el uso de mascarilla quirúrgica por parte del paciente y protección respiratoria por parte del personal de salud (N95). (ANEXO 6)
- Priorizar habitaciones con sistemas de ventilación que incluyan filtración HEPA o adecuada circulación de aire.
- Después de que el paciente abandone la habitación, esta deberá permanecer desocupada el tiempo necesario para permitir la eliminación de partículas potencialmente infecciosas, considerando los recambios de aire por hora (ACH). En ausencia de cálculo específico, se recomienda mantener la habitación desocupada al menos 20 minutos y hasta un máximo de 2 horas, según las condiciones de ventilación del área.

Sala de aislamiento para infecciones transmitidas por vía aérea (AIIR)

La Sala de Aislamiento para Infecciones Transmitidas por Vía Aérea (AIIR) destinada para la atención de pacientes con sospecha o confirmación de sarampión deberá cumplir con condiciones técnicas que permitan reducir el riesgo de transmisión intrahospitalaria y garantizar un ambiente seguro para pacientes y personal de salud.

Las AIIR deberán cumplir con los siguientes requisitos:

- Garantizar un mínimo de 6 renovaciones de aire por hora (ACH) en instalaciones existentes y al menos 12 renovaciones de aire por hora en construcciones nuevas o áreas remodeladas.
- Mantener un sistema de presión negativa que permita el flujo de aire desde áreas limpias hacia el área de aislamiento.
- Garantizar la expulsión segura del aire hacia el exterior del establecimiento.
- En caso de recirculación del aire, este deberá pasar obligatoriamente a través de filtros HEPA antes de retornar al sistema de ventilación.
- Mantener monitoreo permanente de la presión negativa mediante indicadores visuales u otros mecanismos definidos por el área de ingeniería hospitalaria o mantenimiento.
- Mantener la puerta de la sala cerrada permanentemente, excepto durante el ingreso y salida autorizada de pacientes o personal sanitario.
- Garantizar coordinación permanente con las áreas de mantenimiento e ingeniería hospitalaria para la verificación periódica del correcto funcionamiento de los sistemas de ventilación, aislamiento y presión negativa.

Ubicación alternativa y medidas temporales de aislamiento

Cuando un establecimiento de salud no disponga de una Sala de Aislamiento para Infecciones Transmitidas por Vía Aérea (AIIR) o exista saturación de la capacidad instalada, se podrán implementar áreas alternativas de aislamiento, previa evaluación técnica del equipo responsable de Prevención y Control de Infecciones (PCI), con la finalidad de reducir el riesgo de transmisión intrahospitalaria.

Ubicación alternativa de pacientes

Antes de ubicar pacientes sospechosos o confirmados de sarampión en áreas que no cumplan completamente con los requisitos técnicos de una AIIR, el establecimiento deberá evaluar:

- Condiciones de ventilación,
- Circulación de aire,
- Riesgo de exposición a otros pacientes, acompañantes, visitantes o personal de salud.
- Medidas de mitigación disponibles.

Las áreas alternativas deberán:

- Mantener adecuada ventilación natural o mecánica,
- Limitar la circulación de personas, y
- Garantizar medidas de aislamiento respiratorio.
- Mantener supervisión por el equipo de prevención y control de infecciones.

Cohorte de pacientes confirmados

Los pacientes con sarampión confirmado podrán ubicarse en cohorte, agrupándolos en áreas específicas y separadas del resto de pacientes hospitalizados, especialmente de población vulnerable o con alto riesgo de complicaciones.

Esta estrategia deberá aplicarse únicamente en pacientes con diagnóstico confirmado y bajo supervisión del equipo de Prevención y Control de Infecciones.

Soluciones temporales para aislamiento

En situaciones de incremento de demanda o brotes, los establecimientos podrán implementar soluciones temporales para ampliar la capacidad de aislamiento, incluyendo sistemas portátiles de presión negativa o adecuación temporal de áreas hospitalarias.

En estos casos se deberá garantizar que:

- El aire extraído sea expulsado directamente al exterior, evitando exposición a personas, áreas comunes o sistemas de ventilación compartidos.
- Cuando exista recirculación del aire, este deberá pasar obligatoriamente por filtros HEPA antes de retornar al ambiente hospitalario.
- Las áreas temporales cuenten con monitoreo y supervisión técnica permanente por parte de mantenimiento hospitalario y el equipo de Prevención y Control de Infecciones.
- Se mantenga restricciones de ingreso, señalización visibles y disponibilidad de equipos de protección personal.

Identificación y control de espacios aéreos compartidos

Se considera espacio aéreo compartido a cualquier ambiente cerrado dentro del establecimiento de salud donde exista circulación o recirculación de aire entre personas, sin contar con sistemas independientes de presión negativa, extracción directa al exterior o filtración mediante filtros HEPA, lo que puede incrementar el riesgo de transmisión aérea del virus del sarampión.

Se consideran espacios aéreos compartidos los siguientes ambientes:

- Habitaciones individuales sin presión negativa.
- Compartimentos de atención de pacientes en ambulancias.
- Salas de espera.
- Áreas hospitalarias amplias que compartan sistemas comunes de ventilación sin filtración HEPA.
- Cubículos abiertos o áreas de atención sin separación física adecuada y con circulación compartida de aire no filtrado.

Los establecimientos de salud deberán considerar que factores como:

- Flujo y recirculación del aire,
- Ventilación del ambiente,
- Humedad,
- Temperatura, y
- Densidad de ocupación.
- Tiempo de permanencia de pacientes sospechosos.

Se deberán implementar medidas orientadas a:

- Reducir la permanencia de pacientes sospechosos en áreas compartidas,
- Fortalecer la ventilación natural o mecánica,
- Limitar aglomeraciones, y
- Garantizar medidas de aislamiento respiratorio y limpieza y desinfección ambiental en las áreas de atención.

Medidas de protección respiratoria para el personal de salud

Todo el personal de salud que ingrese a la habitación, área de aislamiento o espacio de atención de un paciente con sospecha o confirmación de sarampión deberá utilizar protección respiratoria mediante respirador N95, independientemente de su antecedente vacunal o estado inmunológico. (ANEXO 6)

El uso de protección respiratoria deberá formar parte de un programa integral de prevención y control de infecciones, garantizando condiciones adecuadas para la protección del personal sanitario durante la atención de pacientes con enfermedades transmisibles por vía aérea deberá incluir:

- Evaluación médica del personal previo al uso de respiradores.
- Pruebas de ajuste para garantizar el correcto sellado y funcionamiento del respirador.
- Capacitación continua sobre colocación, uso, retiro y eliminación segura del Equipo de Protección Personal (EPP).
- Supervisión del cumplimiento de las medidas de bioseguridad y protección respiratoria.
- Disponibilidad permanente de respiradores y equipos de protección personal en las áreas de atención y aislamiento.

Limpieza y desinfección ambiental

Los establecimientos de atención sanitaria deberán implementar procedimientos estandarizados de limpieza y desinfección ambiental para reducir el riesgo de transmisión del virus del sarampión dentro de los servicios de salud, conforme a las normas de Prevención y Control de Infecciones (PCI).

Las medidas de control ambiental deberán incluir:

- Realizar limpieza previa de superficies y áreas de atención utilizando agua y detergente, seguida de la aplicación de desinfectantes autorizados para uso hospitalario, respetando los tiempos de contacto establecidos por el fabricante.
- Utilizar desinfectantes aprobados para entornos sanitarios, de acuerdo con las especificaciones técnicas y recomendaciones del fabricante.
- Garantizar ventilación adecuada en las áreas de atención y aislamiento de pacientes sospechosos o confirmados de sarampión.
- Gestionar el Equipo de Protección Personal (EPP) desechable y demás materiales contaminados como desechos sanitarios infecciosos, conforme a la normativa nacional para manejo de residuos hospitalarios.

- Garantizar capacitación continua al personal responsable de limpieza y desinfección sobre procedimientos de bioseguridad y control ambiental de infecciones.
- Supervisar el cumplimiento de los procedimientos de limpieza terminal posterior al egreso o traslado del paciente

Acceso y movimiento de visitantes

Ante la presencia de casos sospechosos o confirmados de sarampión en la comunidad o dentro del establecimiento de salud, se deberán implementar medidas de control para el ingreso y circulación de visitantes, con la finalidad de disminuir el riesgo de transmisión intrahospitalaria.

Los establecimientos de salud deberán:

- Realizar evaluación de visitantes para identificar signos o síntomas compatibles con sarampión antes de autorizar su ingreso a las áreas de atención hospitalaria.
- Restringir el ingreso de personas que no cuenten con evidencia presuntiva de inmunidad contra sarampión a las áreas de aislamiento o habitaciones de pacientes sospechosos o confirmados.
- Limitar las visitas a pacientes con sarampión complicado o con signos de alarma únicamente a personas indispensables para el bienestar, cuidado y acompañamiento del paciente.
- Garantizar que los visitantes autorizados cumplan las medidas de bioseguridad y protección respiratoria establecidas por el establecimiento de salud.
- Minimizar la circulación innecesaria de visitantes dentro de las áreas hospitalarias y de aislamiento respiratorio.
- Mantener registro y control de visitantes en áreas de aislamiento, conforme a los procedimientos institucionales de prevención y control de infecciones.

14. Componente de Calidad

Medidas de control al ingreso del establecimiento de salud

Todos los establecimientos de salud deberán implementar medidas inmediatas de detección, aislamiento y prevención de transmisión respiratoria desde el momento del ingreso del paciente al establecimiento, con la finalidad de reducir el riesgo de exposición intrahospitalaria por sarampión. (6,22)

Los establecimientos deberán:

- Utilizar las estaciones de triaje institucional para la identificación inmediata de personas con signos o síntomas compatibles con sarampión o enfermedad febril exantemática.
- Proporcionar mascarilla quirúrgica a toda persona identificada como caso sospechoso, siempre que la condición clínica lo permita.
- Separar inmediatamente a los pacientes sospechosos del resto de usuarios del establecimiento, priorizando su ubicación en áreas diferenciadas y con adecuada ventilación.

Adicionalmente, se garantizará el cumplimiento permanente de las siguientes medidas en los establecimientos de salud:

- Colocar señalética y alertas visuales en áreas de ingreso y espacios comunes, en idiomas apropiados y de fácil comprensión, relacionadas con:
 - ✓ Higiene respiratoria,
 - ✓ Etiqueta de la tos, (Anexo 7)
 - ✓ Higiene de manos, (Anexo 4)
 - ✓ Medidas de prevención de transmisión respiratoria.
- Procedimientos institucionales de triaje, aislamiento y control de infecciones.
- Proporcionar instrucciones claras y visibles para pacientes, acompañantes y visitantes.
- Garantizar disponibilidad permanente de insumos para higiene de manos en puntos estratégicos del establecimiento.
- Mantener disponibilidad de mascarillas quirúrgicas en áreas de ingreso, triaje y atención.

Precauciones estándar y precauciones por vía aérea

Los establecimientos de atención sanitaria deberán fortalecer las medidas de prevención y control de infecciones para disminuir el riesgo de transmisión intrahospitalaria del virus del sarampión.

Para ello deberán:

- Cumplir las precauciones estándar como base de todas las medidas de prevención y control de infecciones.
- Aplicar precauciones por vía aérea durante la atención de pacientes con sospecha o confirmación de sarampión.
- Garantizar el uso adecuado y permanente del Equipo de Protección Personal (EPP) por parte del personal sanitario. (ANEXO 6)
- Priorizar la atención de pacientes sospechosos en áreas con adecuada ventilación natural o mecánica.
- Restringir la circulación innecesaria de pacientes sospechosos dentro del establecimiento de salud.
- Mantener vigilancia continua y monitoreo permanente para prevenir eventos de transmisión intrahospitalaria asociados al sarampión.

Medidas para la minimización de exposiciones al sarampión en establecimientos de salud

Los establecimientos de atención deberán implementar medidas orientadas a reducir el riesgo de exposición y transmisión del virus del sarampión antes, durante y después del ingreso de pacientes sospechosos o confirmados al establecimiento de salud.

La evaluación del riesgo de exposición deberá considerar las características del ambiente y del sistema de ventilación, incluyendo:

- Renovaciones de aire por hora (ACH),
- Dirección del flujo de aire,
- Presión negativa,
- Ventilación natural o mecánica,
- Disponibilidad de filtración HEPA,

En coordinación con el responsable de ingeniería hospitalaria, mantenimiento institucional y el equipo de Prevención y Control de Infecciones (PCI).

Medidas previas al ingreso del paciente

Mediante llamadas telefónicas, derivaciones o mecanismos de contacto previo que se identifique a personas con signos o síntomas compatibles con sarampión, el establecimiento de salud deberá proporcionar instrucciones específicas para disminuir el riesgo de exposición dentro de las instalaciones.

Estas medidas deberán incluir:

- Indicar la entrada designada para el ingreso del paciente sospechoso.
- Informar las medidas de prevención y aislamiento respiratorio que deberán cumplirse al ingreso al establecimiento.
- Establecer el mecanismo para notificar la llegada del paciente al personal de salud responsable.
- Indicar al paciente el uso obligatorio de mascarilla quirúrgica antes del ingreso al establecimiento, siempre que la condición clínica lo permita.
- Garantizar el cumplimiento inmediato del procedimiento de triaje y aislamiento institucional.

Asimismo, los servicios de emergencia, atención prehospitalaria y transporte sanitario deberán notificar previamente al establecimiento receptor cuando trasladen pacientes con sospecha de sarampión complicado o con signos de alarma, con la finalidad de activar oportunamente las medidas de aislamiento y respuesta institucional.

15. Componente de Medicamentos y Abastecimiento

Las Direcciones Provinciales de Salud en coordinación con el responsable de medicinas y abastecimiento deberán garantizar la gestión y el monitoreo del abastecimiento oportuno de medicamentos, dispositivos médicos e insumos estratégicos necesarios para la respuesta frente a eventos relacionados con Enfermedades Febriles Exantemáticas No Vesiculares (EFENV) y sarampión en los establecimientos de salud de su jurisdicción.

Para ello deberán:

- Estimar, consolidar y reportar oportunamente las necesidades de medicamentos, dispositivos médicos, equipos de protección personal (EPP) e insumos estratégicos requeridos por los establecimientos de salud de su jurisdicción, garantizando la disponibilidad de un stock mínimo para la atención, investigación, control y respuesta frente a eventos relacionados con Enfermedades Febriles Exantemáticas No Vesiculares (EFENV) y sarampión. La información deberá ser remitida a la Dirección Nacional de Medicamentos, Dispositivos Médicos y Otros Bienes Estratégicos en Salud, o quien haga sus veces, conforme a los sistemas, procedimientos y lineamientos institucionales vigentes.
- Gestionar la adquisición de medicamentos y dispositivos médicos no contemplados dentro de los procesos de compra centralizada, conforme a las excepciones establecidas en el Memorando Nro. MSP-MSP-2026-0076-M, o lineamientos previstos por las instancias correspondientes para la adquisición de medicamentos e insumos.

- Coordinar y garantizar la distribución oportuna de medicamentos, dispositivos médicos e insumos estratégicos de compra centralizada hacia los establecimientos de salud de su jurisdicción.
- Realizar el monitoreo y evaluación continua de los porcentajes de abastecimiento de medicamentos y dispositivos médicos en los establecimientos de salud, de acuerdo con los lineamientos emitidos por la Autoridad Sanitaria Nacional.
- Coordinar con los responsables de estrategias, programas y proyectos de salud el abastecimiento oportuno de medicamentos, vacunas, insumos y dispositivos médicos requeridos para la respuesta operativa en territorio.

Oficinas Técnicas

Las Oficinas Técnicas deberán:

- Estimar y consolidar las necesidades de medicamentos, dispositivos médicos e insumos estratégicos de los establecimientos de salud bajo su jurisdicción.
- Coordinar y supervisar la distribución oportuna de medicamentos y dispositivos médicos de compra centralizada hacia los establecimientos de salud correspondientes.
- Realizar el monitoreo permanente del abastecimiento y disponibilidad de medicamentos, dispositivos médicos e insumos estratégicos necesarios para la atención y respuesta frente a eventos sospechosos o confirmados de sarampión y EFENV.

Establecimientos de Salud

Los establecimientos de salud deberán:

- Priorizar la disponibilidad y despacho oportuno de medicamentos, dispositivos médicos e insumos necesarios para la atención médica, brigadas de respuesta y acciones operativas en territorio.
- Garantizar la dispensación oportuna de medicamentos y dispositivos médicos prescritos para la atención de pacientes sospechosos o confirmados.
- Verificar de manera continua las existencias de medicamentos, dispositivos médicos e insumos estratégicos requeridos para la atención y respuesta operativa, y gestionar oportunamente el abastecimiento inmediato en caso de identificarse riesgo de desabastecimiento.

16. Componente de promoción de la salud y participación comunitaria

La promoción de la salud y la participación comunitaria constituyen componentes estratégicos para fortalecer la prevención, vigilancia y control del sarampión en el territorio, mediante la participación activa de la comunidad, instituciones públicas, organismos no gubernamentales (ONG) actores sociales y establecimientos de salud.

Este componente comprende acciones de educación comunitaria, fomento de prácticas saludables, comunicación de riesgo, difusión de medidas preventivas y promoción de la vacunación, orientadas a reducir el riesgo de transmisión y mejorar la detección temprana de casos sospechosos. (7,12)

Las acciones de promoción deberán desarrollarse en coordinación con 24 puntos focales de participación social y especialistas de promoción de la salud en Direcciones

Provinciales y Oficinas Técnicas, líderes comunitarios, instituciones educativas, centros infantiles, Gobiernos Autónomos Descentralizados y demás actores estratégicos del territorio con la finalidad de fortalecer las acciones comunitarias de promoción, prevención, vigilancia y respuesta frente a alertas epidemiológicas por sarampión.

Las actividades comunitarias deberán orientarse a fortalecer el reconocimiento temprano de signos y síntomas, la aceptación de la vacunación, la búsqueda oportuna de atención médica y la reducción de rumores o información falsa relacionada con el sarampión.

Fortalecimiento de la educación comunitaria

Los establecimientos de salud deberán fortalecer procesos de educación comunitaria sobre signos y síntomas del sarampión, medidas de prevención, acciones de prácticas saludables, importancia de la vacunación y búsqueda oportuna de atención médica, mediante actividades intra y extramurales con enfoque territorial e intercultural.

Acciones de prácticas saludables

- Higiene de manos: Fomentar el lavado frecuente con agua y jabón, o el uso de gel antibacterial. (Anexo 4)
- Higiene respiratoria: Cubrirse la nariz y la boca al toser o estornudar, preferiblemente con un pañuelo desechable o con el antebrazo.
- Protección física: Evitar tocarse los ojos, la nariz y la boca.
- Distanciamiento: En lugares cerrados, concurridos o ante brotes activos, se sugiere usar cubrebocas y mantener una distancia prudente.
- **Articulación intersectorial y comunitaria**

Se deberá fortalecer la coordinación con Gobiernos Autónomos Descentralizados, instituciones educativas, centros infantiles, organizaciones sociales, líderes comunitarios y demás actores estratégicos del territorio, para apoyar en las acciones de promoción, prevención, vigilancia y control del sarampión.

- **Posicionamiento masivo de acciones de promoción de la salud**

Los niveles desconcentrados del MSP (provincias, oficinas técnicas y establecimientos de salud) deberán implementar estrategias de posicionamiento masivo de acciones de promoción de la salud frente al sarampión, mediante radios locales y comunitarios, perifoneo, eventos masivos (ferias de salud, casas abiertas), encuentros y actividades comunitarias, con mensajes de medidas de prevención, prácticas saludables, importancia de la vacunación y notificación oportuna de casos sospechosos.

Igualmente, coordinar y facilitar a todas instituciones locales los materiales educomunicacionales (material educativo) para el posicionamiento a través de las instituciones respectivas las medidas de prevención y prácticas saludables para la prevención del sarampión.

Ubicar en las carteleras informativas de todos los establecimientos de salud del MSP, los materiales educomunicacionales con mensajes claves sobre las medidas de prevención y prácticas saludables para la prevención del sarampión.

- **Desarrollo del mapeo de actores**

Se deberá identificar y fortalecer la articulación con actores estratégicos del territorio, incluyendo líderes comunitarios, organizaciones sociales, instituciones educativas, iglesias y redes comunitarias, con la finalidad de fortalecer las acciones de prevención, vigilancia y respuesta territorial frente al sarampión.

- **Fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica comunitaria**

Los equipos de salud deberán coordinar acciones con comités locales de salud, promotores comunitarios y organizaciones sociales para fortalecer la detección temprana de casos sospechosos, identificación de conglomerados y notificación oportuna de eventos relacionados con sarampión.

- **Fortalecimiento de las estrategias comunitarias de vacunación**

Los establecimientos de salud deberán fortalecer estrategias territoriales de vacunación mediante brigadas móviles, vacunación casa a casa, jornadas extramurales, monitoreos rápidos de vacunación y barridos documentados en sectores priorizados o con bajas coberturas vacunales.

- **Seguimiento y evaluación territorial**

Se deberá realizar seguimiento periódico de las acciones implementadas a nivel local mediante reuniones de coordinación, monitoreo territorial y evaluación de actividades comunitarias, fortaleciendo la participación social y la articulación intersectorial frente al riesgo epidemiológico del sarampión.

17. Componente de Comunicación de riesgos

El presente lineamiento establece el marco de actuación para las Direcciones Provinciales de Salud, (responsables de comunicación en territorio). El objetivo es posicionar mensajes de prevención, detección temprana y confianza ciudadana, asegurando una respuesta técnica coordinada que mitigue el impacto de posibles brotes de sarampión y blinde la reputación institucional ante la notificación de eventos adversos (ESAVI).

Flujo de Información

- Ninguna oficina provincial podrá emitir boletines de prensa o comunicados oficiales sobre casos sospechosos de sarampión o eventos adversos (ESAVI) sin la validación previa de la Dirección Nacional de Comunicación.
- Alerta Temprana: Ante cualquier consulta de medios locales o detección de una alerta en territorio, la oficina provincial deberá reportar en un tiempo máximo de 30 minutos a través de los canales de mensajería instantánea oficiales.
- La información comunicada debe ser coherente con los datos proporcionados por la Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica.

Ejes Estratégicos:

- **Transparencia Activa:** Informar sobre el proceso de inmunización nacional, control y la seguridad de las vacunas para mantener la credibilidad del Sistema Nacional de Salud.
- **Anuncio Oportuno:** Comunicar de forma inmediata las acciones de bloqueo (vacunación de barrido) para reducir la incertidumbre en las comunidades afectadas.
- **Enfoque en Participación Social:** Articular con líderes comunitarios para identificar brechas de vacunación y promover la corresponsabilidad ciudadana.

Segmentación de mensajes clave

- **Población General:** Enfoque en la identificación de la tríada (fiebre, exantema y síntomas respiratorios) y los beneficios de la vacunación.
- **Padres y Cuidadores:** Mensajes sobre la importancia de la vacunación y de completar las dosis en cada etapa de vida, campaña o activación, con énfasis en la vacuna contra el sarampión.
- **Personal de Salud (Primer Nivel):** Lineamiento operativo sobre sarampión.

Manejo de Rumores (Infodemia)

- **Monitoreo:** Activación del monitoreo de medios y de escucha social en redes sociales y medios locales para detectar mitos sobre "efectos adversos" de la vacuna.
- **Escucha Activa:** Cada oficina provincial debe realizar un barrido inmediato y mantenido en redes sociales locales. Ante la detección de una alerta comunicacional de ESAVI, o un rumor (ej. "la vacuna está caducada" o "un niño murió por la dosis"), se debe enviar el enlace/captura al nivel nacional para generar la pieza de desmentido (Fact-checking), tras el análisis de necesidad.
- **Neutralización de Rumores:** No se va a debatir con usuarios en redes sociales. La respuesta debe ser institucional, técnica y redirigir siempre a los canales oficiales del MSP.

Elaboración de Preguntas Frecuentes técnicas, pero en lenguaje sencillo para desmentir noticias falsas en menos de 24 horas.

Vocería y gestión de crisis

- **Manejo de Crisis:** Siguiendo el Procedimiento Operativo Estándar para la alerta comunicacional de ESAVI grave (POE), la comunicación debe ser proactiva para evitar que un evento adverso aislado afecte la confianza general en la campaña de vacunación de sarampión.
- **Vocería Técnica:** La información hacia la comunidad y medios de comunicación debe ser manejada exclusivamente por voceros técnicos autorizados por la Dirección nacional de Comunicación, Imagen y Prensa, evitando especulaciones antes de que la Comisión Nacional Asesora de ESAVI determine la causalidad.
- **Nivel Nacional:** La Dirección Nacional de Comunicación define la matriz de mensajes y el vocero principal será la máxima autoridad sanitaria o el Subsecretario de Vigilancia, Prevención y Control de la Salud.
- **Nivel provincial:** Los voceros solo podrán emitir información técnica validada,

evitando especulaciones sobre el origen de los casos hasta que la investigación epidemiológica concluya.

- **Perfil del Vocero:** El vocero provincial deberá ser estrictamente técnico (Director Provincial de Salud, Epidemiólogo o Responsable de Inmunizaciones). El personal de comunicación provincial actúa como facilitador y estratega, no como vocero.
- **Línea Discursiva:** Evitar juicios de valor o atribuciones de causalidad. El mensaje central será: "El evento está siendo investigado por el Comité Nacional Asesor de Expertos y el paciente recibe atención médica especializada garantizada".

Protocolo ante Medios de Comunicación

- **Gestión de entrevistas:** Toda solicitud de entrevista de medios en territorio debe ser reportada. Las entrevistas con medios locales deben alinearse a las directrices nacionales de la Dirección de Comunicación.
- **Registro Fotográfico y Audiovisual:** Se prohíbe la difusión de imágenes que vulneren la privacidad de los pacientes (niños/as) conforme a la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales y el Código de la Niñez y Adolescencia. Los periodistas no podrán ingresar a centros de salud y hospitales a grabar o tomar fotografías sin autorización previa.

Adaptación intercultural y territorial

- **Traducción de Contenidos:** Las provincias con población indígena o afroecuatoriana deben adaptar los mensajes clave (síntomas de sarampión y beneficios de la vacuna) a las lenguas ancestrales y modismos locales, respetando la cosmovisión de la zona (ej. Amazonía o Sierra Central), en coordinación con Salud Intercultural.
- **Movilización Social:** Coordinar con los responsables de Promoción de la Salud, Participación Social y Salud Intercultural para que el perifoneo y las activaciones en territorio usen los mensajes fuerza definidos por la Dirección de Comunicación, por ejemplo: "Las vacunas son seguras, salvan vidas y son gratuitas".

Reporte de Cumplimiento

Las provincias deberán remitir un reporte semanal de impacto comunicacional, detallando:

- Número de entrevistas gestionadas
- Número de boletines/ comunicados elaborados.
- Principales rumores o barreras detectadas en la ciudadanía (matriz)
- Número de productos comunicacionales elaborados.
- Número de publicaciones realizadas en redes oficiales.
- Informe de monitoreo de medios.

Toda comunicación relacionada con casos sospechosos o confirmados deberá proteger la confidencialidad de la información personal y evitar la estigmatización de personas, familias o comunidades afectadas.

18. Referencias

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). *Measles Fact Sheet*. Geneva: World Health Organization; 2025. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/measles>
2. Organización Panamericana de la Salud (OPS). *Informe de Situación Regional Sarampión en la Región de las Américas N.º 3*. Washington D.C.: OPS; 2026.
3. Organización Panamericana de la Salud (OPS). *Alerta Epidemiológica: Sarampión en la Región de las Américas*. Washington D.C.: OPS; 2025–2026.
4. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). *Manual for the Surveillance of Vaccine-Preventable Diseases: Measles*. Atlanta: CDC; 2025.
5. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). *Measles (Rubeola): For Healthcare Professionals*. Atlanta: CDC; 2025.
6. Organización Mundial de la Salud (OMS). *Infection Prevention and Control for Measles in Healthcare Settings*. Geneva: WHO; 2024.
7. Organización Mundial de la Salud (OMS). *Immunization Agenda 2030: A Global Strategy to Leave No One Behind*. Geneva: WHO; 2021.
8. Organización Panamericana de la Salud (OPS). *Plan de acción para la sostenibilidad de la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en las Américas 2018–2023*. Washington D.C.: OPS.
9. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. *Manual del Subsistema de Vigilancia Epidemiológica SIVE Alerta*. Quito: MSP.
10. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Norma Técnica del Sistema Integrado de Vigilancia Epidemiológica (SIVE). Registro Oficial N.º 107, 21 de agosto de 2025.
11. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. *Esquema Nacional de Vacunación del Ecuador*. Quito: MSP; 2025.
12. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. *Norma Técnica para la Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS)*. Quito: MSP.
13. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. *Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI)*. Quito: MSP.
14. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. *Procedimiento Operativo Estándar para Búsqueda Activa Institucional de EFENV y PFA*. Quito: MSP; 2026.
15. Instituto Nacional de Investigación en Salud Pública (INSPI). *Lineamientos para toma, conservación y transporte de muestras de sarampión y rubéola*. Quito: INSPI.
16. Organización Mundial de la Salud (OMS). *International Health Regulations (2005) – Third Edition*. Geneva: WHO; 2016.
17. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. *Normativa del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica*. Quito: MSP.
18. Organización Panamericana de la Salud (OPS). *Vacunación Segura: Vigilancia de Eventos Supuestamente Atribuibles a la Vacunación o Inmunización (ESAVI)*. Washington D.C.: OPS.
19. Organización Mundial de la Salud (OMS). *Global Measles and Rubella Strategic Framework 2021–2030*. Geneva: WHO.
20. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). *Guidelines for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings*. Atlanta: CDC.
21. Organización Panamericana de la Salud (OPS). *Guía para la Vigilancia Integrada de Sarampión y Rubéola en las Américas*. Washington D.C.: OPS.
22. Organización Mundial de la Salud (OMS). *Measles vaccines: WHO position paper*. Weekly Epidemiological Record. Geneva: WHO.
23. Organización Panamericana de la Salud (OPS). *Recomendaciones para la respuesta rápida ante casos importados de sarampión*. Washington D.C.: OPS.

24. Organización Mundial de la Salud (OMS). *Operational considerations for measles outbreak response in health facilities*. Geneva: WHO.
25. Organización Panamericana de la Salud (OPS). *Coberturas de vacunación y riesgo epidemiológico para enfermedades inmunoprevenibles en la Región de las Américas*. Washington D.C.: OPS; 2025.
26. Montroy J, Yan C, Khan F, Forbes N, Krishnan R, Tunis M, et al. Post-exposure prophylaxis for the prevention of measles: A systematic review. *Vaccine* [Internet]. 2025 Feb [cited 2026 May 30];47:126706. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0264410X25000039?via%3DiHub>.

19. Anexos

Anexo 1. Diagnostico diferenciales



DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL – SARAMPIÓN

Comparación de las principales enfermedades que cursan con fiebre y exantema en niños

⚠️ SOSPECHA DE SARAMPIÓN
Todo paciente con fiebre + exantema maculopapular + tos, coriza o conjuntivitis debe considerarse caso sospechoso hasta demostrar lo contrario.

CARACTERÍSTICA	SARAMPIÓN (Virus del sarampión)	RUBÉOLA (Virus de la rubéola)	DENGUE (Virus del dengue)	EXANTEMA SÚBITO (Roseola, HHV-6)	ESCARLATINA (Streptococcus pyogenes)	CHIKUNGUNYA (Virus chikungunya)	ZIKA (Virus Zika)	ERITEMA INFECCIOSO (Parvovirus B19)	PIE-MANO-BOCA (Coxsackievirus A16 / Enterovirus 71)	VARICELA (Virus varicela zoster)
TIPO DE EXANTEMA	Maculopapular, enrojecidos, confluentes	Maculopapular fino, rosado	Maculopapular o petoquial	Rosado, maculopapular	Eritematoso, puntiforme, rubro, rugoso ("papel de lija")	Maculopapular	Maculopapular con prurito	Eritema facial en "mejillas abofeteadas" y exantema reticulado	Vesicular	Vesicular en diferentes estadios
DISTRIBUCIÓN	Cefalocaudal (nóclea en cara y detrás de orejas → tronco → extremidades)	Cefalocaudal	Tronco y extremidades	Inicia en tronco	Tronco, pliegues y extremidades	Tronco y extremidades	Generalizado	Cara (mejillas), luego tronco y extremidades (reticulado)	Manos, pies, nalgas y región perioral; lesiones en mucosa oral	Generalizado, incluye cuero cabelludo
FIEBRE	Alta (>38.5 °C)	Leve (<38 °C)	Alta (39–40 °C)	Alta (39–40 °C) que cede bruscamente	Alta	Alta (>38.5 °C)	Leve a moderada	Leve	Leve a moderada	Leve a moderada
TOS	✓ Frecuente	✗ No	✗ No	✗ No	Puede presentarse	✗ No	✗ No	✗ No	✗ No	✗ No
CORIZA	✓ Frecuente	Puede presentarse	✗ No	✗ No	Puede presentarse	✗ No	✗ No	✗ No	✗ No	✗ No
CONJUNTIVITIS	✓ Frecuente (no purulenta)	Puede presentarse	Puede presentarse	✗ No	✗ No	Puede presentarse	✓ Frecuente (no purulenta)	✗ No	✗ No	✗ No
ADENOPATÍAS	✗ No características	✓ Frecuentes (retroauriculares y occipitales)	✗ No	Puede presentarse	Puede presentarse	✗ No características	✓ Frecuentes (retroauriculares)	✗ No	✗ No	✗ No
ARTRALGIAS / MIALGIAS	✗ No	Puede presentarse (leves)	✓ Mialgias intensas, dolor retroocular	✗ No	✗ No	✓ Artralgias intensas e incapacitantes	Artralgias leves	Puede presentarse	✗ No	Puede presentarse (leves)
OTROS SIGNOS CARACTERÍSTICOS	Manchas de Koplik en mucosa yugal (2–3 días antes del exantema)	Adenopatía retroauricular, fiebre leve	Prueba del tamizaje positiva, náuseas, dolor abdominal	Aparece al ceder la fiebre, irritabilidad, convulsiones febriles posibles	Faringitis eritematosa, lengua en fresa (afambuesada), linos de Pastia	Inicio súbito, artritis/artralgia simétrica	Prurito intenso	"Mejillas abofeteadas" y exantema reticulado en extremidades	Úlceras dolorosas en boca, vesículas en manos y pies	Lesiones en diferentes estadios: miceta, pápula, vesícula, costra
DIAGNÓSTICO	IgM / RT-PCR sarampión	IgM / RT-PCR rubéola	NSI, IgM o RT-PCR dengue	Clinico / HHV-6	Cultivo faríngeo o prueba rápida estreptocócica	IgM o RT-PCR chikungunya	IgM o RT-PCR Zika	Serología o PCR Parvovirus B19	Clinico (RT-PCR en brotes/graves)	Clinico / PCR VZV (si se requiere)
PERÍODO DE INCUBACIÓN	7–21 días	14–21 días	3–14 días	5–15 días	2–5 días	4–8 días	3–12 días	4–14 días	3–7 días	10–21 días

SARAMPIÓN: SIGNOS CARDINALES



- ✓ Fiebre alta (>38.5 °C)
- ✓ Tos
- ✓ Coriza
- ✓ Conjuntivitis (no purulenta)
- ✓ Exantema maculopapular cefalocaudal
- ✓ Manchas de Koplik



Manchas de Koplik: pequeñas manchas blanquecinas con halo rojo en mucosa yugal, 2–3 días antes del exantema.

¿CÓMO DIFERENCIAR?



Maculopapular (no vesicular) + tos, coriza, conjuntivitis y manchas de Koplik → pensar en SARAMPIÓN.



Vesicular → pensar en VARICELA o PIE-MANO-BOCA.



Adenopatía retroauricular + fiebre leve → pensar en RUBÉOLA.



Mialgias/artralgias intensas → pensar en DENGUE o CHIKUNGUNYA.



Úlceras orales dolorosas + vesículas en manos y pies → PIE-MANO-BOCA.

⚠️ LA SOSPECHA TEMPRANA Y EL DIAGNÓSTICO OPORTUNO PERMITEN CORTAR LA TRANSMISIÓN DEL SARAMPIÓN.

Fuente: OMS, CDC, OPS. Lineamientos nacionales para la vigilancia, prevención y control del sarampión y otras enfermedades exantemáticas.

Fuente: Diagnóstico y Tratamiento del Paciente Pediátrico con Sarampión:
<https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/109GRR.pdf>



Anexo 2. Clasificación de contactos

CLASIFICACIÓN DE CONTACTOS EN SARAMPIÓN

Identificación y manejo para cortar la cadena de transmisión

 CONTACTO ESTRECHO ✓ Conviviente en el hogar ✓ Compañero de aula ✓ Personal de salud expuesto o sin protección adecuada ✓ Otras personas con exposición prolongada a secreciones respiratorias	Persona que convivió o permaneció en el mismo espacio cerrado que un caso sospechoso o confirmado durante su periodo de transmisibilidad.    PERÍODO DE TRANSMISIBILIDAD: 4 días antes y 4 días después del inicio del exantema.	ACCIONES DE CONTROL  Identificación de contactos Listar y clasificar todos los contactos según el tipo de exposición.  Verificación y actualización de vacunación Revisar esquema de vacunación (2 dosis de SRP).  Búsqueda activa de casos Detectar oportunamente nuevos casos en el entorno del paciente.  Seguimiento diario de síntomas Monitorear fiebre, tos, conjuntivitis y exantema por 21 días.  Aislamiento oportuno Aislar a casos sospechosos o confirmados para evitar nuevos contagios.  Monitoreo durante 21 días Periodo máximo de incubación del virus del sarampión.
 CONTACTO DIRECTO ✓ Comparte hogar o espacios cerrados frecuentes ✓ Guardería / Escuela ✓ Oficina ✓ Fábrica ✓ Iglesia u otros	Persona conocida por el caso o sus familiares que comparte el mismo hogar o espacios cerrados frecuentes y que estuvo expuesta a las secreciones respiratorias del caso durante el periodo de transmisión.     	
 CONTACTO INDIRECTO ✓ Coincidencia ocasional en espacios compartidos ✓ Centros comerciales ✓ Transporte público ✓ Eventos masivos ✓ Otros lugares públicos	Persona no conocida por el caso o sus familiares, que compartió ocasionalmente espacios cerrados o abiertos con el caso sospechoso o confirmado y pudo haber estado expuesta a secreciones respiratorias durante el periodo de transmisión.    	
 CONTACTO CASUAL ✓ Misma instalación o lugar ✓ Sin contacto cercano prolongado ✓ Sin exposición directa conocida a secreciones respiratorias	Persona que coincidió con el caso en una misma instalación o lugar, pero sin contacto cercano, prolongado o exposición conocida a secreciones respiratorias. 	MENSAJE CLAVE El sarampión es altamente contagioso. La identificación y manejo oportuno de los contactos es fundamental para cortar la cadena de transmisión y prevenir brotes. 


IMPORTANTE
El periodo de transmisibilidad va desde 4 días antes hasta 4 días después del inicio del exantema.


ANTE LA SOSPECHA, NOTIFIQUE DE INMEDIATO



Fuente: OPS. Guía para la Vigilancia Integrada de Sarampión y Rubéola en las Américas

Anexo 3. Activación de equipos



Elaborado: Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica (las tablas de clasificación de riesgo y activación ya están desarrolladas en las secciones 10.1.2 y 10.1.3)

Anexo 4: Técnicas de higiene de manos: Técnica de fricción de manos con preparado de base alcohólica

TÉCNICAS DE HIGIENE DE MANOS

TÉCNICA DE FRICCIÓN DE MANOS CON PREPARADO DE BASE ALCOHÓLICA

Duración total del procedimiento: 20-30 segundos

- 1** Deposite en la palma de la mano una dosis de producto suficiente para cubrir todas las superficies.
- 2** Frótese las palmas de las manos entre sí.
- 3** Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa.
- 4** Frótese las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados.
- 5** Frótese el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos.
- 6** Frótese con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa.
- 7** Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa.
- 8** Una vez secas, sus manos son seguras.

RECOMENDACIONES

- Use el producto sobre manos limpias y secas.
- No use anillos, uñas postizas ni esmalte.
- Realice la técnica en todos los momentos recomendados.

¿CUÁNDO REALIZARLA?

- Antes y después de contacto con el paciente
- Antes de realizar procedimientos limpios/asépticos
- Después de exposición a fluidos corporales
- Después del contacto con el entorno del paciente

La higiene de manos salva vidas.
¡Su acción nos protege a todos!

HIGIENE DE MANOS

TÉCNICA DE LAVADO DE MANOS CON AGUA Y JABÓN

Duración total del procedimiento: 40-60 segundos

- 1** Mójese las manos
- 2** Deposite jabón
- 3** Frótese las palmas
- 4** Palma derecha sobre dorso izquierdo
- 5** Palma coena sobre y dedos entrelazados
- 6** Dorso de los dedos
- 7** Pulgares
- 8** Puntas de los dedos
- 9** Enjuáguese las manos
- 10** Séquese las manos

¿CUÁNDO REALIZAR LA HIGIENE DE MANOS?

- ✓ Antes y después de atender a un paciente.
- ✓ Antes de realizar procedimientos limpios o asépticos.
- ✓ Después de riesgo de exposición a fluidos corporales.
- ✓ Después del contacto con el entorno del paciente.
- ✓ Después de ir al baño.
- ✓ Antes de comer.

RECUERDE

La higiene de manos salva vidas.

¡NO OLVIDE!

- 1 Retire anillos, pulseras y reloj antes del lavado.
- 1 Mantenga las uñas cortas y limpias.
- 1 No omita ningún paso.
- 1 El lavado correcto de manos previene infecciones.

IMPORTANTE

Si sus manos no están visiblemente sucias, puede usar solución alcohólica.

MANOS LIMPIAS, ATENCIÓN SEGURA

Fuente: OMS. Técnica de higiene de manos. Disponible en:
https://www.who.int/gpsc/5may/Hand_Hygiene_Why_How_and_When_Brochure.pdf



Anexo 5: Técnica para colocar y retirar el respirador

TÉCNICA PARA COLOCAR Y RETIRAR EL RESPIRADOR

COLOCACIÓN DEL RESPIRADOR



Coloque el respirador en la palma de su mano con la parte que se coloca sobre la nariz tocando los dedos.



Agarre el respirador en la palma de la mano con la mano ahuecada, dejando que las bandas caigan sobre la mano. Sostenga el respirador debajo de la barbilla con la parte que se coloca sobre la nariz mirando hacia arriba.



La banda superior (en respiradores de banda única o doble banda) se coloca sobre la cabeza, descansando en el área superior de la parte de atrás de la cabeza. La banda inferior se coloca alrededor del cuello y debajo de las orejas. No cruce las bandas una sobre la otra.



Coloque la punta de los dedos de ambas manos en la parte superior del gancho de metal que cubre la nariz (si tiene gancho). Deslice hacia abajo la punta de los dedos por ambos lados del gancho de metal que cubre la nariz para moldear el área y que tome la forma de la nariz.

RETIRO DEL RESPIRADOR



¡NO TOQUE la parte de adelante del respirador!
¡Puede estar contaminado!



Quítese el respirador halando la banda inferior sobre la parte de atrás de la cabeza sin tocar el respirador y haciendo lo mismo con la banda superior.



Bote el respirador en el recipiente de desechos
¡LÁVESE LAS MANOS!

PRUEBA DE AJUSTE



Coloque ambas manos sobre el respirador y asegure un poco de aire para revisar si el respirador se ajusta totalmente a su cara.



Con las manos todavía tapando completamente el respirador, bote el aire por la nariz y la boca. Si siente que el aire se filtra, no hay un ajuste adecuado.



Si el aire se filtra alrededor de la nariz, reajuste la pieza de la nariz según lo indicado. Si el aire se filtra por los lados de la mascarilla, reajuste las bandas a lo largo de la cabeza hasta que obtenga un ajuste adecuado.



Si no puede obtener un ajuste y sello adecuados, pida ayuda o pruebe otro tamaño o modelo.



RECUERDE: ANTES Y DESPUÉS DE COLOCAR O RETIRAR EL RESPIRADOR, LÁVESE LAS MANOS.

Fuente: CDC/NIOSH. Cómo ponerse y quitarse un respirador N95. Disponible en:
https://www.cdc.gov/spanish/niosh/docs/2010-133_sp/pdfs/2010-133_sp.pdf

Anexo 6. Equipos de Protección Personal (EPP) para la atención de casos sospechosos y confirmados de EFENV y Sarampión

EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP) PARA ACTIVIDADES RELACIONADAS A CASOS DE SARAMPIÓN (EFENV)								
Utilizar el EPP adecuado según el tipo de actividad y nivel de exposición								
SITUACIÓN / ACTIVIDAD	NIVEL DE EXPOSICIÓN	EPP REQUERIDO						OBSERVACIONES
		MASCARILLA QUIRURGICA	RESPIRADOR N95	PROTECCIÓN OCULAR (gafas o visor facial)	BATA MANGA LARGA	GUANTES	HIGIENE DE MANOS	
 TRIAJE DE EFENV	BAJO Contacto inicial		—	—	—	—		Realizar higiene de manos antes y después del contacto con el paciente.
 INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DOMICILIARIA	BAJO A MODERADO Contacto con personas	—		—	—	—		Aplicar higiene de manos antes y después de cada contacto.
 CASO SOSPECHOSO DE SARAMPIÓN	MODERADO Contacto cercano con caso sospechoso	—			—	—		Mantener distancia mínima durante la evaluación clínica.
 CASO CONFIRMADO DE SARAMPIÓN	ALTO Contacto directo con caso confirmado	—						Utilizar EPP durante toda la atención y retirar de forma segura al finalizar.
 TOMA DE MUESTRAS	ALTO Procedimiento generador de aerosoles	—						Realizar en área ventilada y desechar los EPP en el contenedor correspondiente.
 TRASLADO DE CASO SOSPECHOSO O CONFIRMADO	VARIABLE Según nivel de exposición	PERSONAL QUE TRASLADA			PACIENTE			Asegurar ventilación del vehículo y cumplir medidas de higiene de manos.
								
 RECUERDA: La higiene de manos es la medida más importante para prevenir la transmisión.  Antes y después de cada contacto, lava tus manos o usa alcohol gel.								

Fuente OMS. Infection Prevention and Control for Measles in Healthcare Settings. Geneva: WHO; 2024

EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP) PARA HOSPITALES Y SERVICIOS DE SALUD

ANTE CASOS SOSPECHOSOS O CONFIRMADOS DE SARAMPIÓN

ÁREA / ACTIVIDAD	NIVEL DE EXPOSICIÓN	EPP REQUERIDO						PUNTOS IMPORTANTES
		Mascarilla quirúrgica	Respirador N95	Protección ocular	Bata manga larga	Guantes	Higiene de manos	
1. TRIAJE DE EFENV	BAJO Contacto inicial		—	—				Aislamiento respiratorio inmediato del caso sospechoso o confirmado.
2. ATENCIÓN DE PACIENTE SOSPECHOSO	BAJO A MODERADO Contacto cercano	—			—	—		Ubicar al paciente en habitación individual o área de aislamiento respiratorio.
3. HOSPITALIZACIÓN DE CASO SOSPECHOSO	MODERADO Contacto prolongado	—				—		El virus del sarampión puede permanecer suspendido en el aire hasta 2 horas después de que el paciente abandone el área.
4. HOSPITALIZACIÓN DE CASO CONFIRMADO	ALTO Aerosoles y secreciones	—						Mantener ventilación adecuada en las áreas de atención.
5. TOMA DE MUESTRAS	ALTO Salpicaduras y aerosoles	—						RECUERDA Realizar higiene de manos antes y después de todo contacto con el paciente o su entorno. Desechar el EPP en los contenedores según normativa del establecimiento. El uso correcto del EPP es responsabilidad de todo el personal de salud.
6. TRASLADO INTERNO DEL PACIENTE	VARIABLE Según nivel de exposición	PERSONAL: 		—	—	PACIENTE: 	Mascarilla quirúrgica	
7. LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DE HABITACIÓN	ALTO Contacto con superficies contaminadas	—						SECUENCIA PARA COLOCACIÓN Y RETIRO DEL EPP HIGIENE DE MANOS → COLOCACIÓN DEL EPP → ATENCIÓN AL PACIENTE → RETIRO DEL EPP → HIGIENE DE MANOS
8. VISITANTES AUTORIZADOS	BAJO Contacto limitado		—	—	—	—		

LA PREVENCIÓN ES RESPONSABILIDAD DE TODOS

Verificar esquema de vacunación del personal de salud.
 Respetar señalización y normas de bioseguridad.
 Limitar el número de personas en el área del paciente.
 Reportar inmediatamente cualquier exposición ocupacional.
 Ante síntomas compatibles con sarampión, notificar y evitar asistir a trabajar.

Fuente OMS. Infection Prevention and Control for Measles in Healthcare Settings. Geneva: WHO; 2024



Anexo 7 Etiqueta de Tos y Medidas Prevención

ETIQUETA DE LA TOS Y ESTORNUDO

Protejamos nuestra salud y evitemos la transmisión del sarampión y otras enfermedades respiratorias

1 CUBRA SU BOCA Y NARIZ

- Utilice un pañuelo desechable al toser o estornudar.
- O cubra con el antebrazo (ángulo interno del codo).

2 DESECHE EL PAÑUELO INMEDIATAMENTE

- Coloque el pañuelo usado en un recipiente con tapa.

3 HIGIENE DE MANOS

- Lave sus manos con agua y jabón o utilice alcohol gel al 70%.

4 UTILICE MASCARILLA SI PRESENTA SÍNTOMAS

- Si tiene fiebre, tos, coriza o exantema, use mascarilla y evite el contacto con otras personas.

5 MANTENGA DISTANCIA

- Evite el contacto cercano con otras personas mientras presente síntomas.

EVITE

RECUERDA

MENSAJE CLAVE

La etiqueta respiratoria y la higiene de manos son medidas fundamentales para prevenir la transmisión del sarampión y otras enfermedades respiratorias.

Fuente OMS. Hand Hygiene: Why, How & When. Disponible en: https://www.who.int/gpsc/5may/Hand_Hygiene_Why_How_and_When_Brochure.pdf

MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE TRANSMISIÓN RESPIRATORIA

Protejamos nuestra salud y la de los demás

1 USO ADECUADO DE MASCARILLA

- Cubrir nariz y boca completamente.
- Cambiarla si está húmeda o dañada.

2 ETIQUETA RESPIRATORIA

- Cubrir boca y nariz con pañuelo desechable o con el antebrazo al toser o estornudar.
- Desear inmediatamente el pañuelo usado.

3 HIGIENE DE MANOS

- Lavar las manos con agua y jabón.
- Utilizar alcohol gel al 70% cuando no haya agua disponible.

4 DISTANCIAMIENTO FÍSICO

- Evitar contacto cercano con personas enfermas.
- Mantener distancia cuando sea posible.

5 AISLAMIENTO DE PERSONAS SINTOMÁTICAS

- Permanecer en casa si presenta síntomas respiratorios.
- Evitar asistir a escuelas, trabajo o eventos.

6 VENTILACIÓN DE AMBIENTES

- Mantener puertas y ventanas abiertas.
- Favorecer la circulación de aire natural.

7 VACUNACIÓN

- Mantener el esquema de vacunación actualizado.
- Verificar antecedentes vacunales ante brotes.

8 LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN

- Limpiar superficies de contacto frecuente.
- Desear adecuadamente materiales contaminados.

EVITE

MENSAJE CLAVE

La combinación de vacunación, higiene de manos, etiqueta respiratoria, ventilación adecuada y aislamiento oportuno reduce significativamente la transmisión de enfermedades respiratorias.

¡LA PREVENCIÓN ESTÁ EN NUESTRAS MANOS!

¿CÓMO SE TRANSMITEN LAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS?

¡LA PREVENCIÓN ESTÁ EN NUESTRAS MANOS!

¡CUIDARTE TÚ, ES CUIDARNOS A TODOS!

Fuente OMS. Hand Hygiene: Why, How & When. Disponible en: https://www.who.int/gpsc/5may/Hand_Hygiene_Why_How_and_When_Brochure.pdf

Acción	Nombres y Apellidos	Instancia	Cargo	Sumilla
Aprobado	Ing. Alvaro Adrian Molina Galarraga	Viceministerio de Gobernanza	Viceministro	
	Mgs. Stalin Andino González,	Viceministro de Atención Integral en Salud	Viceministro	
Revisado	Mgs. Eliana Sofia Espin Vaca	Subsecretaría de Rectoría del Sistema Nacional de Salud	Subsecretaria (e)	
	Mgs. Hugo Enrique Armendariz Pinos	Subsecretario de Vigilancia Prevención y Control de la Salud	Subsecretario	 Validar únicamente en FirmaEC. Firmado electrónicamente por: HUGO ENRIQUE ARMENDARIZ PINOS
	Mgs. Andrea Bravo Remache	Subsecretaría de Promoción, Salud Intercultural e Igualdad	Subsecretaria	
	Espc. Ruví Guzmán Naranjo	Subsecretaria de Redes de Atención Integral en Primer Nivel	Subsecretaria (e)	
	Mgs. Wendy Gavica Vásquez	Subsecretaria de Atención de Salud Móvil, Hospitalaria y Centros Especializados	Subsecretaria	
	Mgs. Christian Santiago Trujillo Hernández	Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica	Director (e)	 Validar únicamente en FirmaEC. Firmado electrónicamente por: CHRISTIAN SANTIAGO TRUJILLO HERNANDEZ
	Mgs. Sofia Isabel Paredes Arizaga	Dirección Nacional de Políticas, Normatividad y Modelamiento de Salud	Directora	 Validar únicamente en FirmaEC. Firmado electrónicamente por: SOFIA ISABEL PAREDES ARIZAGA
	Mgs. Cristina Anabel Jácome Olivo	Dirección Nacional de Inmunizaciones	Directora	 Validar únicamente en FirmaEC. Firmado electrónicamente por: CRISTINA ANABEL JACOME OLIVO



	Mgs. Glenda Gutiérrez Carrión,	Dirección Nacional de Atención Integral en Salud	Directora	
	Dr. Alejandro Díaz Sorto,	Dirección Nacional de Hospitales, Encargado	Director (e)	 Validar únicamente en FirmaEC. Firmado electrónicamente por: ALEJANDRO VLADIMIR DIAZ SORTO
	AB. Mauro Antonio Andrade Viteri,	Director Nacional de Promoción de la Salud	Director	
	Mgs. Edwin Rogelio Echeverría Morales,	Director Nacional de Participación Social en Salud	Director	 Validar únicamente en FirmaEC. Firmado electrónicamente por: EDWIN ROGELIO ECHEVERRÍA MORALES
	QF. Joseph Alvarado Alay	Director Nacional de Abastecimiento de Medicamentos, Dispositivos Médicos y Otros Bienes Estratégicos en Salud	Director	 Validar únicamente en FirmaEC. Firmado electrónicamente por: JOSEPH JERONIMO ALVARADO ALAY
Elaborado	Mgs. Maribel Arias Quispe	Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica	Especialista del Sistema Integral de Vigilancia	 Validar únicamente en FirmaEC. Firmado electrónicamente por: MARIBEL DE LOS ANGELES ARIAS QUISPE
	Mgs. Daniela del Rocío Chávez Arcos	Dirección Nacional de Políticas, Normatividad y Modelamiento de Salud	Especialista de Normatización	 Validar únicamente en FirmaEC. Firmado electrónicamente por: DANIELA DEL ROCIO CHAVEZ ARCOS