



LINEAMIENTOS OPERATIVOS

CAMPAÑA DE VACUNACIÓN
“Puesta al Día” contra El Sarampión

Febrero 2026

Autoridades

María José Pinto Gonzalez Artigas. Vicepresidenta de la República del Ecuador – Ministerio de Salud Pública

Md. Lucy Yadira Baldeón Rojas. Viceministra de Gobernanza de la Salud

Mgs. Andrés Ricardo Carrazco Montalvo. Subsecretario de Vigilancia, Prevención y Control de la Salud

Ing. Evelyn Patricia Montenegro Navas. Subsecretaria de Rectoría del Sistema Nacional de Salud (Encargada)

Mgs. Cristina Anabel Jácome Olivo. Directora Nacional de Inmunizaciones

Mgs. Sofia Isabel Paredes Arizaga. Directora Nacional de Políticas, Normatividad y Modelamiento de Salud

Equipo de redacción y autores

Mgs. Juan Sebastián Baldeón Espinosa. Analista, Dirección Nacional de Inmunizaciones, Ministerio de Salud Pública.

Mgs. Mérida María Yantalema Pintag. Especialista, Dirección Nacional de Inmunizaciones, Ministerio de Salud Pública.

Equipo de colaboración

Mgs. Jackeline Pinos. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)

Equipo de revisión y validación

Mgs. Daniel Alejandro Ruiz Bermeo. Director Nacional de Vigilancia Epidemiológica (e)

Bq. Paola Edith Hernández Montenegro. Directora Nacional de Regulación de Medicamentos y Dispositivos Médicos

Mgs. Daniela del Rocío Chávez Arcos, Especialista, Dirección Nacional de Políticas, Normatividad y Modelamiento de Salud.

Lic. Elsa Raquel Pullopaxi Claudio. Especialista, Dirección Nacional de Inmunizaciones, Ministerio de Salud Pública.

Mgs. María José Meneses Meneses. Especialista, Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica.

Mgs. Enrique Javier Urbina López. Especialista, Dirección Nacional de Regulación de Medicamentos y Dispositivos Médicos

Lic. Francisco Antonio Galiano Subia. Especialista Zonal. Coordinación zonal 1.

Lic. María Elena Zumba. Especialista Zonal. Coordinación zonal 2.

Lic. Verónica Irene Segovia Unda. Especialista Zonal. Coordinación zonal 2.

Lic. Nelly Patricia Gavilanes Mayorga. Responsable de la Estrategia de Inmunizaciones. Coordinación zonal 3.

Lic. María Mónica Colcha Llanga. Especialista Zonal. Coordinación zonal 3.

Lic. Nieve Rubí Loor Alcivar. Especialista Zonal. Coordinación zonal 4.

Mgs. Verónica Elizabeth Freire Cervantes. Responsable de la Estrategia de Inmunizaciones. Coordinación zonal 5.

Mgs. Miryan María Palacios Zumba. Responsable de la Estrategia de Inmunizaciones. Coordinación zonal 6.

Md. María Cecilia Palacio Ochoa. Responsable de la Gestión Interna Zonal de Inmunizaciones, Coordinación zonal 7.

Mgs. Geovanna Natali Sellán Reinoso. Responsable de la Estrategia de Inmunizaciones. Coordinación zonal 8. Especialista Zonal. Coordinación zonal 9.

Mgs. Carmen Eugenia Ontaneda Aguirre. Analista Zonal. Coordinación zonal 9.

Contenido

1. Marco Legal.....	4
2. Introducción	5
3. Antecedentes y Justificación.....	6
4. Objetivos.....	10
5. Alcance.....	11
6. Glosario de Términos.....	11
7. Desarrollo	12
7.1. Periodo de ejecución – Campaña de Vacunación.....	12
7.2. Población objetivo de la campaña de vacunación.....	12
7.3. Vacunas SRP- SR	13
7.3.1. Características de la vacuna SRP- SR	13
7.3.2. Composición de la vacuna SRP-SR	13
7.4. Vacunación Segura	14
7.5. Lineamientos generales de la campaña de vacunación	14
7.6. Lineamientos: durante la vacunación.....	15
7.7. Lineamientos: después de la vacunación.....	17
8. Seguridad de la vacuna	18
8.1. Notificación de casos de ESAVI.....	18
9. Proceso de distribución de la vacuna.....	19
9.1. Abastecimiento biológico SRP-SR.....	19
10. Microplanificación	19
10.1. Etapa 1. Análisis de riesgo	20
10.2. Etapa 2. Planificación y programación	20
10.3. Etapa 3. Implementación	21
10.4. Etapa 4. Evaluación.....	21
11. Sistema de información	21
12. Abreviaturas	22
13. Referencias	22
14. Anexos	29

Lista de tablas

Tabla 1. Susceptibles de Sarampión. Ecuador 2023-2025.....	9
Tabla 2. Contraindicaciones de la vacuna SRP-SR. Ecuador- 2026.	13
Tabla 3. ESAVI grave y no grave vacuna SRP-SR. Ecuador- 2026.	18

Lista de Gráficos

Gráfico No. 1. Cobertura de vacunación SRP 2. Ecuador 2023-2025	8
Gráfico No. 2. Administración inyección subcutánea usuarios 6-11 meses de edad	16
Gráfico No. 3. Administración inyección subcutánea usuarios mayores de 1 año de edad	16

1. Marco Legal

La Constitución de la República del Ecuador, en su artículo 3, establece como que son deberes primordiales del Estado: *“garantizar sin discriminación alguna el efectivo goce de los derechos establecidos en la Constitución y en los instrumentos internacionales, en particular la educación, la salud, la alimentación, la seguridad social y el agua para sus habitantes”*; así también, en su artículo 32 preceptúa *“la salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.”*

El artículo 359 de la Constitución, determina que *“el Sistema Nacional de Salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud; abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud; garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y propiciará la participación ciudadana y el control social.”*

Además, el artículo 361 indica que *“el Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector.”*

La Ley Orgánica de Salud, en su artículo 4, establece como Autoridad Sanitaria al Ministerio de Salud Pública, *“entidad a la que corresponde el ejercicio de las funciones de rectoría, así como la responsabilidad de aplicación, control y vigilancia del cumplimiento de esta Ley;”*

La Ley Orgánica de Salud, en su artículo 52, indica que *“la autoridad sanitaria nacional proveerá a los establecimientos de salud los biológicos e insumos para las enfermedades inmunoprevenibles contempladas en el esquema básico nacional de vacunación, en forma oportuna y permanente, asegurando su calidad y conservación, sin costo al usuario final.”*

En el artículo 53 de la referida Ley, se estipula que *“es obligación de los servicios de salud y otras instituciones y establecimientos públicos y privados, inmunizar a los trabajadores que se encuentren expuestos a riesgos prevenibles por vacunación, de conformidad con la normativa emitida por la Autoridad Sanitaria Nacional.”*

Así también, en el artículo 57 de esta ley, se indica que *“los biológicos importados por el Ministerio de Salud Pública a su arribo al país, deben pasar al Banco Nacional de Vacunas, en un plazo no mayor de cuarenta y ocho horas, debiéndose garantizar el mantenimiento de la cadena de frío y la calidad de los productos, siendo esto responsabilidad de la autoridad aduanera y de la autoridad sanitaria nacional.”*

2. Introducción

El sarampión es una patología infecciosa provocada por un virus ARN de la familia *Paramyxoviridae*, género *Morbillivirus*, su estructura es esférica y pleomórfica, con glucoproteínas de superficie (H y F) que facilitan la adhesión y fusión con las células huésped (1). Se transmite principalmente por vía respiratoria a través de gotas o aerosoles y posee una infectividad extrema, con un número reproductivo básico (R0) de 12 a 18 (1,2).

Tras un periodo de incubación de 10 a 14 días, el cuadro clínico se manifiesta con fiebre alta, tos, coriza y conjuntivitis, seguidos por la aparición de manchas de Koplik en la mucosa oral. Posteriormente, se presenta un exantema maculopapular de progresión cefalocaudal (2,3). Las complicaciones pueden afectar diversos sistemas, siendo las más recurrentes la neumonía, otitis media y diarrea; en cuadros severos, pueden desarrollarse encefalitis o panencefalitis esclerosante subaguda; asimismo, la inmunosupresión prolongada derivada del virus predispone a infecciones secundarias y eleva la mortalidad, especialmente en infantes, adultos y pacientes inmunocomprometidos (1,2,4,5).

El sarampión ha acompañado a la humanidad durante siglos, se estima que el patógeno evolucionó a partir del virus de la peste bovina alrededor del siglo VI a. C., coincidiendo con el surgimiento de las primeras grandes urbes, lo que facilitó su persistencia en las poblaciones humanas (6). Durante la Edad Moderna, la enfermedad se propagó globalmente, en el siglo XIX, el médico danés Peter Panum estudió su epidemiología durante un brote en las Islas Feroe, definiendo con precisión los periodos de incubación y transmisibilidad; la naturaleza viral de la enfermedad se demostró en 1911 y el virus fue aislado finalmente en 1954, hito que permitió el desarrollo de la vacuna atenuada, licenciada en 1963 (7); hecho que impactó en la era prevacunal, pues el sarampión provocaba epidemias regulares y devastadoras con elevadas tasas de morbilidad y mortalidad, especialmente en menores de cinco años. A inicios del siglo XX en Suiza, la mortalidad alcanzaba las 20,6 defunciones por cada 100 000 habitantes (8). En Finlandia, entre 1750 y 1850, esta infección fue responsable de casi el 20% de las muertes en menores de 10 años (9), en Londres los datos reflejan patrones estacionales y cíclicos, con grandes brotes recurrentes y una endemicidad sostenida (10). Estas epidemias eran inevitables dada la alta contagiosidad del virus y la ausencia de inmunidad adquirida, lo que resultaba en una carga sanitaria crítica y el fallecimiento de miles de niños anualmente (8–11).

Antes de la introducción de vacunas y campañas intensivas de vacunación en el Ecuador y América Latina, el sarampión representaba un grave problema de salud pública, la enfermedad era endémica y afectaba principalmente a la infancia, aunque también se registraban brotes en adultos jóvenes de comunidades rurales y fronterizas; la falta de cobertura universal y las dificultades para sostener la vacunación rutinaria hacían a estas poblaciones vulnerables a brotes severos, caracterizados por altas tasas de ataque y complicaciones como diarrea y neumonía. La letalidad era especialmente elevada en menores de dos años (12,13), ante este escenario, las campañas de vacunación de respuesta rápida demostraron ser la estrategia más efectiva para controlar brotes y reducir la mortalidad, supeditadas a la capacidad de identificar y vacunar oportunamente a los individuos susceptibles (14).

3. Antecedentes y Justificación

El Ministerio de Salud Pública (MSP) inició la inmunización contra el sarampión en 1976 (15). Posteriormente, en 1999, se introdujo la vacuna triple viral o SRP (sarampión, rubéola y parotiditis), a partir de 2016, se estableció la administración de la segunda dosis para infantes de 18 meses de edad, además del esquema tardío con el biológico SR (sarampión y rubéola) para usuarios mayores de 7 años sin antecedente vacunal y que se encuentren en riesgo de exposición al virus (16). Las vacunas SRP y SR cuentan con autorización de uso emitida por la Organización Mundial de la Salud (OMS)(17).

En el último quinquenio, las estimaciones mundiales de sarampión han mostrado un repunte preocupante tras la pandemia de COVID-19. En 2021, se registraron aproximadamente 9,5 millones de casos y 127 656 defunciones; para 2022, la cifra de contagios se situó en 9,2 millones, mientras que las muertes ascendieron a 136 200. En 2023, la incidencia estimada alcanzó los 10,3 millones de casos un incremento del 20 % respecto al año anterior, aunque la mortalidad descendió a 107 500 debido a que los brotes ocurrieron principalmente en regiones con sistemas de salud de menor riesgo de letalidad (18,19).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) emitió una Alerta Epidemiológica el 28 de febrero de 2025, ante el aumento significativo de casos en las Américas en comparación con el mismo periodo de 2024 (20). Hasta septiembre de 2025 (SE 1 a SE 37), se han confirmado 11 313 casos y 23 defunciones en la región. La distribución por países reporta casos en: Argentina (35), Belice (34), Bolivia (320), Brasil (28), Canadá (4 849, incluyendo una defunción), Costa Rica (1), Estados Unidos (1 454, incluyendo tres defunciones), México (4 553, con 19 defunciones), Paraguay (35) y Perú (4). Este acumulado representa un alarmante incremento de 31 veces respecto a los 358 casos notificados en el mismo periodo del año anterior(21).

Actualmente la Región de las Américas ha perdido el estatus de eliminación del sarampión debido a un incremento de brotes(22).

El brote de sarampión en Canadá comenzó en octubre de 2024 en la provincia de New Brunswick y desde entonces se ha extendido por todo el país, con más de 5.000 casos confirmados. Aunque están disminuyendo, la transmisión continúa en Alberta, Columbia Británica, Manitoba y Saskatchewan(22).

Hasta finales del 2025, se registraron un total de 12.596 casos confirmados de sarampión en diez países de las Américas, el 95% de estos casos se concentran en Canadá, Estados Unidos y México (países de la sede mundial de fútbol para el año 2026)(22).

Países como Bolivia, Brasil, Uruguay, Argentina, Perú, Guatemala y Chile, presentan brotes y casos, la mayoría importados. La transmisión ha afectado principalmente a comunidades con baja cobertura de vacunación; el 89% de los casos corresponde a personas no vacunadas o con estado vacunal desconocido. Los niños menores de 1 año son el grupo más afectado, seguidos por los de 1 a 4 años(22).

En los últimos 25 años, la vacuna contra el sarampión ha evitado más de seis millones de muertes en las Américas, y se estima que ha prevenido alrededor de 15 millones de muertes en los últimos 50 años. No obstante, en 2024 la cobertura regional de la segunda dosis de la vacuna contra el sarampión, la rubéola y las paperas (SRP2) fue, en promedio, del 79%, muy por debajo del 95% necesario para prevenir brotes. Solo el

31% de los países alcanzó una cobertura de 95% o más para la primera dosis, y únicamente el 20% logró ese nivel para la segunda dosis(22).

En los últimos quince años, Ecuador ha registrado brotes de sarampión en 2011 (23) y 2018 (24), localizados principalmente en la región de la Sierra Centro. El último evento epidemiológico registrado en el país corresponde a un caso importado en el año 2022, mismo que fue descartado por la Comisión Nacional de la reconfirmación para la eliminación del sarampión en el Ecuador, al obtener los resultados genómicos de laboratorio desde Washington D. C. (25).

Para alcanzar la eliminación del sarampión, la OMS recomienda lograr y mantener coberturas de vacunación con dos dosis iguales o superiores al 95% en todos los grupos de edad; además, estas coberturas deben ser homogéneas en más del 80% de los distritos o regiones (26,27).

El umbral de inmunidad colectiva (o de rebaño) se define como el porcentaje mínimo de individuos inmunizados necesario para interrumpir la cadena de transmisión de un patógeno. Este umbral es directamente proporcional al número reproductivo básico (R_0) de la enfermedad: a mayor contagiosidad, mayor debe ser la cobertura crítica. La fórmula matemática para determinar este umbral es: $1 - (1/R_0)$

Por ejemplo, considerando que el R_0 del sarampión puede llegar a 18, el cálculo $(1-1/18)$ establece una cobertura necesaria de aproximadamente 94,44%. Esto implica que, en la práctica, se requiere que al menos el 95% de la población esté inmunizada para prevenir brotes y sostener la inmunidad colectiva (28,29)

Mantener coberturas por debajo de este nivel facilita la acumulación de individuos susceptibles y favorece la reemergencia de la enfermedad, por lo que resulta imperativo alcanzar y sostener este umbral en todas las comunidades (27,28,30).

La administración de la primera dosis de la vacuna contra el sarampión proporciona una protección sustancial; no obstante, su efectividad está condicionada por la edad de aplicación. Cuando se inocula entre los 9 y 11 meses, la efectividad media es del 77 %, incrementándose aproximadamente al 92 % si se administra a los 12 meses o más (31). Pese a estos valores, una dosis única resulta insuficiente para interrumpir la circulación viral, dado que un porcentaje de los vacunados puede presentar una falla inmunológica primaria o una pérdida de anticuerpos con el tiempo. En contraste, el esquema de dos dosis eleva la efectividad a rangos de entre el 94 % y el 99 %, garantizando una protección más robusta y duradera, con una mínima disminución de la inmunidad a largo plazo (31,32).

En el Ecuador, el esquema de vacunación regular contempla la administración de dos dosis de la vacuna SRP (sarampión, rubéola y parotiditis) a los 12 y 18 meses de edad (16). Por su parte, el esquema tardío utiliza el biológico SR (sarampión y rubéola) para proteger a poblaciones con riesgo de exposición. El abastecimiento de estos insumos está garantizado a través del Fondo Rotatorio de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (33), lo que permite que la vacuna esté disponible de manera permanente en todos los establecimientos de salud del Ministerio de Salud Pública (16).

Durante el año 2023, el MSP del Ecuador llevó a cabo una Campaña de Vacunación de Seguimiento (CVS) de alta calidad con el firme objetivo de mantener al país libre de poliomielitis, sarampión y rubéola. Esta iniciativa contó con el respaldo de organismos internacionales como UNICEF y la OPS/OMS, quienes brindaron apoyo técnico y logístico fundamental para el éxito de la jornada. Uno de los logros más destacados de la campaña fue el alcance de coberturas superiores al 95% con el biológico SR

(Sarampión y Rubéola) en el grupo de edad de 2 a 12 años, asegurando una protección efectiva y homogénea en gran parte del territorio nacional. Este resultado refleja el esfuerzo coordinado entre los niveles operativos y las estrategias de movilización social implementadas para proteger a la infancia ecuatoriana (34).

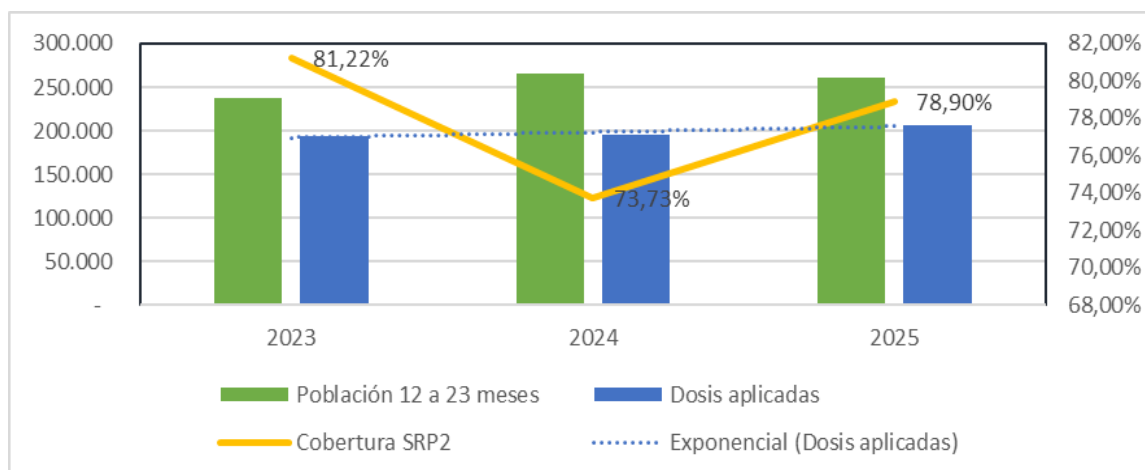
Frente a la alerta sanitaria internacional por la notificación de casos de sarampión (20), se implementaron intervenciones de vacunación como parte de las medidas preventivas y de mitigación del riesgo, orientadas a reducir la probabilidad de reintroducción y transmisión del virus, así como a fortalecer la protección inmunológica de la población susceptible.

Durante el periodo enero–julio de 2025, se ejecutó una campaña de vacunación contra el sarampión (SR) dirigida a la población en situación de movilidad humana, con énfasis en los puntos de entrada al país, con el objetivo de garantizar que las personas que ingresan al territorio nacional por vía terrestre reciban al menos una dosis de vacuna como medida preventiva para reducir el riesgo de reintroducción del virus del sarampión; en el marco de esta intervención, se administraron 198 564 dosis de vacuna SR.

Se dispuso la administración de dosis cero de la vacuna SR a lactantes de 6 a 11 meses de edad, el 10 de julio de 2025, como medida preventiva ante escenarios de riesgo de brote de sarampión en el país o para aquellos usuarios que, por motivos de viaje, se desplacen a zonas con alta probabilidad de transmisión del virus del sarampión. Esta intervención tiene carácter excepcional y preventivo, y no sustituye las dosis establecidas en el Esquema Nacional de Vacunación, las cuales deberán ser administradas conforme a la edad correspondiente.

Durante el mes de julio de 2025, se ejecutó una intervención de vacunación en la provincia de Galápagos, dirigida prioritariamente a personas que laboran en el sector turístico, personal de salud y otros sectores estratégicos, considerando que se trata de una provincia con alto flujo de turistas nacionales e internacionales, lo que incrementa el riesgo de reintroducción y transmisión de sarampión.

Gráfico No. 1. Cobertura de vacunación SRP 2. Ecuador 2023-2025



Fuente: Dirección Nacional de Estadística y Análisis de la Información del Sistema Nacional de Salud (DNEAIS) - MSP

Elaborado por: Dirección Nacional de Inmunizaciones – MSP

El análisis de la cobertura de vacunación SRP 2 entre los años 2023 y 2025 revela una tendencia fluctuante que se mantiene por debajo del umbral óptimo de seguridad sanitaria (95%). En 2023, se registró la cobertura más alta del periodo con un 81,22%, probablemente impulsada por las campañas nacionales de seguimiento y recuperación de esquemas. Sin embargo, en 2024 se observa un descenso significativo al 73,73%, a pesar del incremento en la población objetivo y en el número absoluto de dosis aplicadas. Finalmente, los datos proyectados para 2025 muestran una recuperación alentadora al alcanzar el 78,90%, lograda mediante la aplicación de 206 377 dosis la cifra más alta de los últimos tres años. Aunque la tendencia final es positiva, la persistencia de coberturas inferiores al 80% indica que aún existe un riesgo latente de brotes, lo que subraya la necesidad de intensificar las estrategias de inmunización para cerrar la brecha de aproximadamente 16 puntos porcentuales necesarios para garantizar la inmunidad de rebaño.

Un susceptible se define como aquel individuo que carece de inmunidad o protección contra una patología infecciosa específica y, por lo tanto, tiene riesgo de contraerla en caso de exposición (35). Para este análisis, el cálculo de susceptibles se realiza mediante la sumatoria de la población no vacunada más el 5 % de la población que, aun habiendo sido vacunada, no desarrolló inmunidad en los últimos tres años.

Tabla 1. Susceptibles de Sarampión. Ecuador 2023-2025.

Provincia	Susceptibles	Porcentaje Susceptibles
Azuay	11 257	89 %
Bolívar	1 734	57 %
Cañar	2 538	69 %
Carchi	1 221	48 %
Chimborazo	4 742	74 %
Cotopaxi	4 102	61 %
El Oro	9 427	87 %
Esmeraldas	8 023	75 %
Galápagos	220	60 %
Guayas	76 131	108 %
Imbabura	3 144	46 %
Loja	5 952	81 %
Los Ríos	16 693	109 %
Manabí	16 270	63 %
Morona Santiago	2 816	64 %
Napo	920	36 %
Orellana	2 217	58 %
Pastaza	1 255	57 %
Pichincha	23 614	66 %
Santa Elena	3 839	57 %
Santo Domingo De Los Tsáchilas	7 289	87 %
Sucumbíos	1 533	44 %
Tungurahua	4 082	54 %
Zamora Chinchipe	787	41 %
Total, General	209 807	81 %

Fuente: DNEAIS – MSP

Elaboración: Dirección Nacional de Inmunizaciones – MSP

El análisis de la población susceptible por provincia identifica claramente las áreas de prioridad crítica para la intervención. Siguiendo la clasificación de riesgo establecida (Alto: 90-100% o más; Medio: 50-89%; Bajo: <50%), los resultados son los siguientes:

- **Riesgo Alto:** Las provincias de Guayas (108 %) y Los Ríos (109 %) se clasifican en esta categoría. El valor atípico superior al 100% en estas dos provincias sugiere una acumulación crítica de susceptibles que supera la

población objetivo anual estimada, lo que demanda una respuesta de inmunización inmediata y masiva.

- **Riesgo Medio:** Las provincias de Azuay (89 %), El Oro (87 %), Santo Domingo de los Tsáchilas (87 %), Loja (81 %), Esmeraldas (75%), Chimborazo (74 %), Cañar (69 %), Pichincha (66 %), Morona Santiago (64 %), Manabí (63 %), Cotopaxi (61 %), Galápagos (60 %), Orellana (58 %), Bolívar (57 %), Pastaza (57 %), Santa Elena (57 %) y Tungurahua (54 %) presentan un desafío considerable, ya que más de la mitad de su población objetivo carece de protección efectiva, facilitando la propagación del virus ante un caso importado.
- **Riesgo Bajo:** Las Provincias de Carchi (48 %), Imbabura (46 %), Sucumbíos (44 %), Zamora Chinchipe (41 %) y Napo (36 %) se encuentran en esta categoría; no obstante, requiere vigilancia continua para no desplazar su indicador hacia rangos de mayor vulnerabilidad.

Las reuniones multitudinarias, como peregrinaciones religiosas, eventos deportivos, festivales de música y celebraciones multitudinarias, congregan a grandes cantidades de personas de diversas regiones geográficas, lo que crea las condiciones ideales para la transmisión de enfermedades infecciosas, en particular las enfermedades prevenibles por vacunación (EPV). La literatura científica demuestra sistemáticamente que los brotes de enfermedades prevenibles por vacunación (EPV) se han asociado a estos eventos, lo que en ocasiones ha provocado una propagación internacional (36,37), debido a que el 11 de junio de 2026 inicia el flujo migratorio masivo por el Mundial masculino de fútbol en México, Canadá y Estados Unidos, se recomienda completar los esquemas antes de mayo de 2026 (32,38). El intercambio de viajeros de los 48 países participantes incrementa significativamente el riesgo de transmisión de virus respiratorios.

Las campañas de recuperación (catch-up) realizadas con una periodicidad trimestral hasta cuatro veces al año fortalecen la protección continua y reducen significativamente la probabilidad de brotes, demostrando ser altamente costo-efectivas en contextos con recursos limitados (39). Aunque la duración típica de una campaña intensiva oscila entre uno y dos meses, las actividades de seguimiento pueden prolongarse hasta los seis meses para asegurar la administración de la segunda dosis y los refuerzos necesarios, garantizando así la máxima efectividad (40).

Bajo este contexto, la prevención primaria mediante la inmunización constituye una acción de salud pública prioritaria. Debido al riesgo epidemiológico regional actual, al elevado volumen de individuos susceptibles detectados, eventos masivos y a las recomendaciones de los organismos internacionales, resulta imperativa la implementación inmediata de la campaña de vacunación "Puesta al Día" contra el sarampión.

4. Objetivos

4.1. Objetivo general

Establecer la regulación para la campaña de vacunación de "Puesta al Día" contra el sarampión, con el propósito de mantener y fortalecer la eliminación de esta enfermedad en el territorio nacional, mediante la reducción de la población susceptible en todos los grupos de edad elegibles, con el fin de evitar la reintroducción y la circulación endémica del virus ante el riesgo de casos importados.

4.2. Objetivos específicos

- Garantizar la administración de la dosis faltante (primera o segunda) de la vacuna SRP a la población de 1 a 6 años identificada como susceptible, en un periodo de seis meses.
- Administrar la "dosis cero" de la vacuna SR a lactantes de 6 a 11 meses que viajen a países con transmisión activa del virus, dentro de un periodo de seis meses.
- Identificar y reducir la cantidad de personas susceptibles en áreas con bajas coberturas o grupos poblacionales subvacunados, mediante la implementación de estrategias de vacunación intensificadas.
- Ejecutar tácticas de vacunación dirigidas a individuos con esquemas incompletos o nulos en zonas de baja cobertura, priorizando las intervenciones de mayor a menor concentración poblacional.
- Fortalecer la coordinación operativa y la planificación multisectorial, optimizando recursos y capacidades locales para implementar la campaña de forma eficiente y homogénea en todas las áreas geográficas
- Intensificar las acciones de información, educación y comunicación dirigidas a la población y a los actores de salud para aumentar la aceptación y el acceso a la vacunación.

5. Alcance

Las disposiciones establecidas en el presente documento son de cumplimiento obligatorio para todos los profesionales de salud del Ministerio de Salud Pública, a través de las unidades administrativas desconcentradas y establecimientos de salud a nivel nacional.

6. Glosario de Términos

Antígeno purificado: sustancias que son reconocidas por el sistema inmune y que inducen una reacción inmune (41).

Contacto Directo: contacto físico entre una persona infectada y una persona susceptible o no infectada (41).

Coadministración: aplicación de vacunas diferentes en días distintos. La definición aplica hasta 4 semanas; en otras palabras, cuando la administración de una vacuna se da en un día, pero la administración de otra, en la misma persona, se da en otro día. Siempre que no hayan pasado 4 semanas, se habla de coadministración (42).

Cocirculación: se define como la presencia de dos o más cepas virales circulantes de manera simultánea en una misma región en un mismo periodo de tiempo (43).

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 (44).

Gotículas: pequeñas partículas respiratorias que se expulsan en tos o estornudos y que tienen un diámetro de 5-10 μm ; a diferencia de los núcleos goticulares o aerosoles que son inferiores a 5 μm .(41).

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 (41).

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 (45,46).

Periodo de incubación: periodo que transcurre entre la exposición a un agente infeccioso y el comienzo de los síntomas (41).

Susceptible: un individuo que no posee inmunidad o protección contra una enfermedad infecciosa específica y, por lo tanto, tiene riesgo de contraerla si es expuesto (35).

Simultaneidad: es la administración de dos vacunas diferentes en la misma visita, pero en sitios anatómicos diferentes (41).

Síncope Vasovagal: la pérdida súbita y transitoria de la conciencia y del tono postural. Casi el 3% de las personas pueden experimentarlo en algún momento de su vida, aunque hay informes que refieren una incidencia de hasta un 30% en la población adulta joven. Puede ser causado por varias alteraciones patológicas o por cambios fisiológicos (41).

7. Desarrollo

7.1. Periodo de ejecución – Campaña de Vacunación

La campaña de vacunación **"Puesta al día"** contra el sarampión, iniciará la segunda semana de **febrero de 2026** y su finalización está programada para el **30 de junio del 2026**.

7.2. Población objetivo de la campaña de vacunación

La intervención está dirigida a los siguientes grupos poblacionales:

- Lactantes de 6 a 11 meses de edad usuarios que, por motivos de viaje, se desplacen a zonas con brotes activos y de alto riesgo de transmisión del virus del sarampión aplicación de "dosis cero" de SR. Listado de países con transmisión del virus del sarampión (ver anexo 3) y usuarios que residan en las provincias de Carchi, Esmeraldas y Sucumbíos en la Zona Norte, Orellana y Zamora Chinchipe en la Zona Amazónica, Loja y El Oro en la Zona Sur, y la Región Insular de Galápagos, áreas seleccionadas estratégicamente por su alto flujo migratorio, condiciones fronterizas y vulnerabilidad geográfica para prevenir el ingreso y propagación del sarampión y la rubéola en el país.
- Población infantil de 1 a 6 años: Niñas y niños que presenten un esquema de vacunación incompleto contra el sarampión (falta de primera o segunda dosis de SRP), intervalo entre dosis un mes.
- Población mayor de 7 años en situación de riesgo: Viajeros a áreas endémicas o con brotes activos con riesgo de exposición al sarampión (ver anexo 3), a quienes se les administrará una dosis de la vacuna SR al momento del contacto.
 - Usuarios 7-26 años sin antecedente vacunal contra Sarampión: aplicar dosis única de SR
 - Usuarios de 27 años y más sin antecedente vacunal contra Sarampión: aplicar 2 dosis intervalo mínimo entre dosis 6 meses
- Personal de salud, debe ser vacunado de acuerdo al antecedente vacunal.

7.3. Vacunas SRP- SR

Las vacunas SRP- SR están compuestas por virus vivos atenuados. La vacuna SRP es un biológico triple viral diseñado para conferir protección simultánea contra el sarampión, la rubéola y la parotiditis. Por su parte, la vacuna SR es una preparación bivalente que protege contra el sarampión y la rubéola. Ambos productos cuentan con la precalificación y autorización de uso de la OMS y son fabricados por el laboratorio Serum Institute of India Pvt. Ltd. (17).

7.3.1. Características de la vacuna SRP- SR

Las vacunas SRP y SR son biológicos de virus vivos atenuados que se presentan en forma de polvo liofilizado, generalmente como una masa cristalina compacta de color amarillo pálido o blanquecino. Ambas vacunas requieren un diluyente/reconstituyente específico, suministrado en un vial o ampolla por separado, el cual consiste en un líquido incoloro y transparente (comúnmente agua estéril para inyección) proveniente de la misma casa farmacéutica (17).

Tras la reconstitución, el biológico debe presentar las siguientes características(17):

- Aspecto: Líquido transparente y completamente libre de turbidez.
- Coloración: Puede variar entre amarillo claro, naranja claro o rojo claro; esta tonalidad depende del fabricante y del nivel de pH del producto.

7.3.2. Composición de la vacuna SRP-SR

- La vacuna SRP se elabora a partir de cepas vivas atenuadas del virus del sarampión (Edmonston-Zagreb), el virus de la parotiditis (Leningrado-Zagreb [L-Z]) e inmunógenos del virus de la rubéola (Wistar RA 27/3) (17).
- Por su parte, la vacuna SR se produce a partir de cepas vivas atenuadas del virus del sarampión (Edmonston-Zagreb) y del virus de la rubéola (Wistar RA 27/3) (17).

7.3.3. Presentación del vial de las vacunas SRP- SR

SRP: Vial por 10 dosis: para usuarios mayores de 12 meses de edad hasta los 6 años 11 meses 29 días

SR: Vial por 10 dosis: para usuarios de 6-11 meses de edad y para usuarios mayores de 7 años de edad

7.3.4. Contraindicaciones de las vacunas SRP- SR

El personal de salud que realizará el procedimiento previo a la vacunación, deberá verificar contraindicaciones y precauciones de la vacunación, conforme la tabla 4.

Tabla 2. Contraindicaciones de la vacuna SRP-SR. Ecuador- 2026.

Contraindicaciones Absolutas y Relativas	Recomendación
Contraindicaciones Absolutas: • Personas con diagnóstico de inmunosupresión moderada-severa. • Embarazo • Reacciones anafilácticas o anafilactoides a la neomicina al huevo	No vacunar

Contraindicaciones Relativas: Enfermedad aguda moderada o grave (fiebre ≥ 38 grados centígrados, crisis asmática, cardiopatía o nefropatía descompensada).	Diferir el proceso de vacunación hasta que el cuadro clínico mejore.
Administración reciente de inmunoglobulinas o transfusión sanguínea	Administrar la vacuna acorde a los intervalos de la vacuna SR o SRP. Ver anexo 1

Fuente: Inserto de la vacuna SRP – SR (17)

Elaboración: Dirección Nacional de Inmunizaciones – MSP

7.4. Vacunación Segura

La vacunación segura es un pilar fundamental de todo programa de inmunización; este componente tiene como objetivo garantizar el uso de productos de calidad, la aplicación de prácticas de inyección segura y la vigilancia de los Eventos Supuestamente Atribuibles a la Vacunación o Inmunización (ESAVI). Además, busca fortalecer las alianzas con la comunidad y los medios de comunicación para transmitir a la población las prioridades y la seguridad de este proceso (44).

7.5. Lineamientos generales de la campaña de vacunación

7.5.1. Política de frasco abierto - vacunas SRP- SR

Al momento de abrir el vial, el personal de vacunación deberá registrar la fecha y la hora en la etiqueta del vial. Una vez puncionado, tendrá una vigencia máxima de seis horas o hasta finalizar la jornada de vacunación, lo que ocurra primero (16).

7.5.2. Cadena de frío.

- Cada termo debe ser armado con los paquetes fríos de acuerdo a las especificaciones técnicas del fabricante y a la normativa vigente. Para garantizar la cadena de frío, se debe mantener una temperatura constante entre $+2^{\circ}\text{C}$ y $+8^{\circ}\text{C}$ durante toda la jornada laboral (cambiar los paquetes fríos durante la jornada laboral de acuerdo a la necesidad y temperatura) (47).
- Planificar el número de dosis que se utilizarán en el día para evitar aperturas innecesarias del refrigerador.
- Verificar que los equipos cuenten con mantenimiento preventivo y correctivo, a fin de evitar la pérdida de vacunas por fallas técnicas. Los mantenimientos correctivos deben ser realizados exclusivamente por personal técnico calificado (47).
- Mantener, en una carpeta debidamente rotulada, el registro manual de temperaturas (tomado dos veces al día), así como el control térmico de los termos. Es obligatorio garantizar un termómetro para cada termo (47).
- Garantizar que la vacuna mantenga su potencia, eficacia y seguridad al momento de ser aplicada, mediante la verificación del VVM (Monitor de Vial de Vacunas) (48).
- Ante cualquier detección de ruptura de la cadena de frío, se deberá notificar de inmediato siguiendo el procedimiento vigente establecido para tal fin (49).
- Entrega y recepción, en cada nivel, los responsables de los bancos de vacunas deben formalizar la entrega-recepción mediante actas que contengan: fecha, descripción, presentación, cantidad, fecha de descongelamiento (de acuerdo al biológico), temperatura, precio, lote y firmas de responsabilidad (16).

7.5.3. Lineamientos: previo a la administración de las vacunas SRP-SR

Previo a la vacunación, el personal que administra el biológico debe considerar los siguientes aspectos:

- El personal de salud deberá contar con ropa de trabajo, cabello recogido y uñas cortas sin esmalte. Durante la vacunación, las manos deberán estar libres de accesorios como relojes, anillos o pulseras (50).
- Las torundas para el proceso de vacunación deben almacenarse en un recipiente seco; no se permite mantenerlas en soluciones líquidas (50).
- Realizar lavado y desinfección de manos de acuerdo a la normativa vigente (50,51).
- Verificar los 7 correctos de vacunación estrictamente: paciente, edad, vacuna, condición, dosis, vía de administración y registro (51).
- Antes de proceder, se deben revisar las contraindicaciones y precauciones del fabricante (ver Tabla 2) (50,51).
- Minimizar la exposición del biológico a la luz ambiental, solar directa y ultravioleta (50,51). La vacuna debe prepararse en el momento exacto de su administración.
- Preparar los paquetes fríos antes de armar el termo, asegurándose de que alcancen una temperatura de entre +2 °C y +8 °C para evitar la congelación de la vacuna.
- Cada termo debe armarse según las especificaciones del fabricante para garantizar la cadena de frío (+2 °C a +8 °C) durante toda la jornada. Es obligatorio contar con un termómetro en cada termo (se procederá a realizar el cambio de paquetes fríos de acuerdo a la necesidad y temperatura durante la jornada laboral) (47).
- Mantener el termo herméticamente cerrado tras cada apertura durante la jornada de vacunación.
- En menores de 5 años, se debe solicitar el apoyo de los padres o acompañantes para evitar movimientos bruscos, asegurando extremidades. En adolescentes y adultos jóvenes, se recomienda la posición sentada para prevenir complicaciones por síncope vasovagal (50,51).
- Está prohibido mantener jeringas precargadas dentro de los termos (51).
- Realizar anamnesis breve a los padres o usuarios sobre el estado de salud actual, para evitar eventos coincidentes.
- Los representantes de menores de 18 años que se nieguen a la vacunación deberán completar el documento de "Declaración de rechazo a la vacunación contra el sarampión" (Anexo 2).
- Verificar que el personal vacunador esté capacitado y tenga experiencia en la inmunización de niños y adultos. Se recomienda la actualización teórica y práctica constante.

7.6. Lineamientos: durante la vacunación de las vacunas SRP - SR

Durante la administración del biológico, el personal vacunador deberá tomar en consideración lo siguiente:

- Selección del sitio de punción: elegir un sitio de inyección que esté libre de vello, lunares, erupciones, cicatrices o cualquier otra lesión cutánea(50,51).
- Vía de administración: la vacuna SRP o SR se administra por vía subcutánea (17).

- En los usuarios mayores de 12 meses de edad, el sitio anatómico es el deltoides.(52)
- En los usuarios 6-11 meses de edad, el sitio anatómico es el vasto externo (52).

Gráfico No. 2. Administración inyección subcutánea usuarios 6-11 meses de edad



Fuente: Ministerio de Salud Australia

Adoptado: Dirección Nacional de Inmunizaciones – MSP

Gráfico No. 3. Administración inyección subcutánea usuarios mayores de 1 año de edad



Fuente: Ministerio de Salud Australia

Adoptado: Dirección Nacional de Inmunizaciones – MSP

- Realizar inspección visual del sitio de punción:
 - Si la zona está visiblemente sucia, realizar una limpieza exhaustiva con solución salina y secar (las veces que sean necesarias hasta identificar piel limpia). Posteriormente, efectuar un movimiento circular firme desde el centro hacia la periferia (50,53).
 - Si la zona está limpia, realizar directamente el movimiento circular firme de dentro hacia afuera (50,53).
 - No utilizar agua oxigenada, yodopovidona ni alcohol para la limpieza del sitio (50,53).
- Utilizar siempre agujas y jeringa nuevas y estériles para cada aplicación.
- Garantizar que la aguja y la jeringa estén correctamente acopladas para evitar filtraciones del biológico durante la preparación o administración (50).
- No se debe aspirar antes de inyectar el biológico, ya que no existe riesgo de ingreso al torrente sanguíneo en esta vía y se evita dolor innecesario al paciente (50).
- Introducir la aguja rápidamente en el sitio elegido con un ángulo de 45°(50)

- Si el proceso se interrumpe (por ejemplo, si se desconecta la aguja de la jeringa) y se administró menos de la mitad de la dosis, se debe aplicar una dosis de reemplazo inmediatamente. (50)
- Retirar la aguja y presionar con una torunda seca (50).
- No dar masajes (50).

7.7. Lineamientos: después de la vacunación de las vacunas SRP - SR

7.7.1. Observación después de la vacunación

- En usuarios con antecedentes de alergia a cualquier sustancia, se deberá mantener observación durante al menos 30 minutos posteriores a la vacunación (54,55). En usuarios sin antecedentes alérgicos conocidos, el tiempo de observación será de 15 minutos (54,55).
- Todos los establecimientos de salud que realicen el procedimiento de vacunación deben contar con el kit de anafilaxia en todos los centros de vacunación (1 ampolla de epinefrina (adrenalina) líquido parenteral 1mg/ml, 1 jeringa de 1 cc, algoritmo de manejo) (54,55).
- Instruir al usuario (o su representante) para que acuda de inmediato al establecimiento de salud si presenta:
 - Fiebre alta, Convulsiones,
 - Llanto intenso o persistente (en el caso de niños),
 - Hinchazón, calor o enrojecimiento excesivo en el sitio de la inyección.

7.7.2. Simultaneidad y coadministración con otras vacunas

La vacuna SRP- SR se podrá administrar junto con otros biológicos siguiendo estas directrices:

- Vacunas inactivadas y contra COVID-19: se pueden administrar de forma simultánea o con cualquier intervalo de tiempo entre dosis. En caso de coadministración, las inyecciones deben aplicarse en sitios anatómicos diferentes (56–58).
- Vacunas atenuadas parenterales (BCG, varicela, fiebre amarilla): se pueden administrar simultáneamente. En caso de que no se apliquen el mismo día, se debe esperar un intervalo mínimo de 28 días (un mes) entre la administración de una vacuna atenuada y otra (56–58).
- Vacunas atenuadas orales (rotavirus y bopv): se pueden administrar de forma simultánea o con cualquier intervalo de tiempo entre dosis (56–58).
- Vacuna contra la viruela símica, rige la misma lógica de las vacunas atenuadas: administración simultánea o, en su defecto, esperar un mes entre dosis (59).
- Si se administra más de una vacuna en la misma extremidad, los sitios de inyección deben estar separados por al menos 2,5 cm para permitir la evaluación de posibles reacciones locales (50).

7.7.3. Eliminación de los desechos

Eliminar correctamente los desechos generados en el proceso de vacunación, bajo ninguna circunstancia se debe reencapsular la jeringa después de su uso, respetar el límite de llenado de los contenedores para cortopunzantes (guardianes), el cual no debe exceder el 75% de su capacidad. Tanto los frascos de los biológicos (viales) como las jeringuillas utilizadas deben ser eliminados de acuerdo con la normativa vigente de gestión de desechos sanitarios (60).

8. Seguridad de la vacuna

Las vacunas SRP- SR son seguras y bien toleradas; de acuerdo con el perfil de seguridad del biológico, estas vacunas causan principalmente reacciones no graves y transitorias, mientras que las reacciones graves son extremadamente raras (61,62).

Las reacciones adversas más habituales tras la administración de las vacunas SRP - SR se clasifican generalmente como muy frecuentes o frecuentes. Estos síntomas suelen manifestarse de forma tardía, apareciendo típicamente entre los 5 y 12 días posteriores a la vacunación, periodo que coincide con la replicación de los virus atenuados en el organismo. Entre las reacciones muy frecuentes, frecuentes se encuentran: fiebre leve o moderada, malestar general y exantema (erupción cutánea) no contagioso. Asimismo, pueden presentarse linfadenopatías o inflamación de las glándulas parótidas y dolor en el sitio de la inyección. Es fundamental destacar que estos cuadros son transitorios, se resuelven de forma espontánea y representan la respuesta inmunológica esperada ante el biológico (61,62).

Por su parte, en las reacciones raras/muy raras graves, se incluyen las reacciones anafilácticas (reacciones alérgicas agudas que ocurren generalmente en los primeros 30 minutos) y las convulsiones febriles, las cuales son más frecuentes entre los 5 y 12 días posteriores a la aplicación (63,64). También se ha reportado trombocitopenia (descenso temporal de las plaquetas) (63) y en casos excepcionales, encefalitis o meningitis aséptica relacionadas con el componente de parotiditis (63,64).

Tabla 3. ESAVI grave y no grave vacuna SRP-SR. Ecuador- 2026.

Tipo de reacción	Ejemplos	Frecuencia aproximada
Muy frecuentes/frecuentes	Dolor local	17-30%
	Fiebre, Rash	5-10%
	Artralgias	25%
Poco frecuentes	Síncope, linfadenopatía, síntomas respiratorios leves	<1-2 %
Raras / muy raras	Convulsiones febriles, púrpura trombocitopenia inmune, parotiditis, meningitis aséptica (ciertas cepas), anafilaxia	De 1/1.000 a <1/100.000 dosis

Fuente: OMS (65)

Adoptado: Dirección Nacional de Inmunizaciones – MSP

8.1. Notificación de casos de ESAVI

Ante la detección de un ESAVI, el profesional de salud debe seguir el procedimiento de notificación establecido. Si se trata de un ESAVI no grave, se notificará a través de la "ficha blanca" de la Agencia Nacional de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria (ARCSA). En caso de que el evento cumpla con los criterios de ESAVI grave, la notificación se realizará conforme al Manual de Vigilancia de Eventos Supuestamente Atribuidos a la Vacunación o Inmunización (ESAVI) grave y de Eventos Adversos de

Interés Especial (EVADIE). Esta norma exige el llenado de la ficha blanca, la ficha de investigación individual y la ficha epidemiológica individual (66).

9. Proceso de distribución de la vacuna

9.1. Abastecimiento biológico SRP-SR

Los entes desconcentrados hasta el establecimiento de salud deben coordinar la recepción técnico-administrativa de los biológicos al momento de su arribo. Para este fin, se conformará una comisión que se activará una vez que el responsable del banco de vacunas notifique la fecha y hora de llegada.

Para asegurar un correcto abastecimiento, de la vacuna del esquema regular, se deben cumplir las siguientes acciones:

- Gestión de inventario y espacio: revisar las existencias disponibles en cámaras y equipos de refrigeración, verificando que el espacio sea suficiente para un almacenamiento adecuado según el volumen recibido.
- Organización y rotulación: clasificar las vacunas utilizando rótulos claros que especifiquen: tipo de biológico, cantidad, número de lote y fecha de expiración.
- Control de equipamiento: verificar el correcto funcionamiento de los equipos de refrigeración y del generador de energía. En caso de detectar cualquier anomalía, se deberá comunicar de forma inmediata y oficial al área administrativa-financiera para su gestión.
- Organización y rotulación: clasificar las vacunas utilizando rótulos claros que especifiquen:

- 1) Nombre genérico del medicamento
- 2) concentración
- 3) forma farmacéutica
- 4) presentación comercial (ejemplo: caja x 50 viales x 10 mL)
- 5) lote comercial
- 6) fecha de vencimiento

Conforme a lo establecido en el numeral 7.2 del Manual de etiquetado seguro de medicamentos vigente

10. Microplanificación

La campaña de Puesta al Día en el territorio ecuatoriano se consolida como la estrategia sanitaria prioritaria para mitigar el riesgo de reintroducción del virus del sarampión, mediante la identificación y captación activa de la población con esquemas incompletos. Al centrar el esfuerzo en la disminución del número de susceptibles acumulados principalmente por las brechas de cobertura de los últimos años y los flujos migratorio.

Con el propósito de reducir el número de personas susceptibles, el Ecuador implementará la herramienta de microplanificación de vacunación. Esta estrategia permitirá optimizar el despliegue territorial y garantizar una cobertura efectiva en las poblaciones de mayor riesgo de introducción de sarampión (45,46,67).

10.1. Etapa 1. Análisis de riesgo

Ejecutar intervenciones inmediatas y focalizadas, priorizando provincias, distritos y establecimientos de salud conforme al nivel de riesgo (alto, medio o bajo), determinado por el porcentaje de susceptibles. Esta priorización permitirá optimizar recursos, orientar tácticas diferenciadas según las características territoriales y reducir oportunamente el riesgo de transmisión o reintroducción de EPV.

La priorización de los establecimientos deberá ser realizada por el proceso de Inmunizaciones provincial, conforme a la matriz de riesgo (alto, medio y bajo). Esta matriz es de uso interno y constituye una herramienta de gestión para priorizar las intervenciones; no debe ser remitida al ente superior.

<https://almacenamiento.msp.gob.ec/index.php/s/dzR4dwiNyECofc7>

Las acciones de vacunación deberán ejecutarse comenzando por las unidades de salud ubicadas en áreas de mayor riesgo y continuar progresivamente hacia las de menor riesgo.

10.2. Etapa 2. Planificación y programación

Las estrategias corresponden a intramural y extramural:

- Intramural: la táctica es punto fijo en el establecimiento de salud, se debe trabajar con el equipo de salud para captar al 100% de población que se acerque al establecimiento de salud y lograr cero oportunidades de pérdidas de vacunación. Adecuar los horarios de vacunación según la dinámica poblacional local, garantizando un acceso oportuno para la población objetivo. Socializar ampliamente los horarios de atención en espacios de alta afluencia poblacional, con el fin de mejorar la captación. Captar oportunamente a la población susceptible desde los diferentes servicios del establecimiento de salud, tales como medicina, odontología, psicología, obstetricia entre otros.
- Extramural: las tácticas de vacunación a utilizarse serán ejecutadas por cada establecimiento de salud de acuerdo a la realidad local y las características particulares de cada territorio. Las intervenciones extramurales se deben realizar siguiendo estrictamente el orden de prioridad territorial, iniciando en las de mayor riesgo hasta menor riesgo.

Las tácticas extramurales se organizarán conforme al siguiente orden de priorización:

1. Vacunación de población cautiva (**prioridad máxima**).
2. Microconcentración en localidades de alta densidad poblacional, mediante brigadas móviles, ferias de salud o barridos focalizados con apoyo de perifoneo.
3. Barrido documentado casa a casa, con levantamiento de información de susceptibles.

Acciones previas a la ejecución extramural

- Coordinar con Ministerio de Desarrollo Humano (MDH) y Ministerio de Educación, Deporte y Cultura (MINEDEC) para acceder a centros educativos, CDI, CNH y guarderías, a fin de iniciar la vacunación y cerrar brechas en población cautiva con esquemas pendientes.

- Implementar actividades de sensibilización dirigidas a docentes, cuidadores y padres de familia sobre la importancia de la vacunación, previo al inicio de las jornadas.
- Garantizar que cada establecimiento disponga del 100% de la documentación correspondiente a los niños registrados en MDH y MINEDEC, incluidas autorizaciones y listados de no autorizados.
- Realizar coordinación previa con actores intersectoriales (comités locales, líderes comunitarios, entre otros) para asegurar acceso territorial y apoyo comunitario en las actividades.

Otras acciones esenciales

- Fortalecer el registro nominal en PRAS, asegurando el ingreso de dosis aplicadas y pendientes en tiempo real.
- Intensificar el seguimiento, monitoreo y supervisión operativa en distritos y establecimientos con coberturas inferiores a lo programado.
- Implementar estrategias diferenciadas para poblaciones de difícil acceso y territorios con condiciones operativas adversas.
- Las cohortes 2023–2025 sin esquema vacunal completo deberán recibir el esquema temprano o tardío, según corresponda.
- En localidades afectadas por inseguridad, se deberán coordinar las acciones con los entes de seguridad competentes según corresponda la realidad local y con la Dirección Nacional de Gestión de Riesgos y Daños, de acuerdo con las condiciones del territorio.

10.3. Etapa 3. Implementación

El monitoreo y análisis de las coberturas se realiza de forma semanal desde la Dirección Nacional de Inmunizaciones. Asimismo, se recomienda la ejecución de reuniones periódicas desde el proceso de Inmunizaciones provincial, con el propósito de evaluar los resultados alcanzados en los establecimientos de salud, identificar nudos críticos y fortalecer la planificación, implementación y seguimiento de las acciones de inmunización.

10.4. Etapa 4. Evaluación

Esta intervención busca restablecer un muro inmunológico que alcance el umbral crítico del 95% de cobertura homogénea, reduciendo la densidad de individuos vulnerables para evitar que casos importados generen transmisión secundaria y asegurando la eliminación sostenible del sarampión y la rubéola. El éxito de este proceso no se limita al conteo de dosis aplicadas, sino a la capacidad de mitigar los "bolsones de susceptibles" hasta transformarlos en comunidades de bajo riesgo, enfocando la evaluación específicamente en el grupo de niños de 1 a 4 años con antecedente vacunal de segunda dosis del biológico SRP. Para validar este impacto, se ejecutarán Monitoreos Rápidos de Vacunación (MRV) en cada localidad, garantizando que la protección sea real y efectiva en todo el territorio.

11. Sistema de información

Para registrar los datos de las personas vacunadas contra el sarampión con el biológico SRP o SR, se utilizará la Plataforma de Registro de Atención de Salud (PRAS). Únicamente en casos excepcionales se empleará el parte diario (físico o

digital), cuyos datos deberán ser ingresados en el PRAS al momento de retornar al establecimiento de salud.

Es fundamental mantener un control estricto del movimiento de los biológicos utilizando los instrumentos habituales de registro, especialmente una vez realizada la carga nominal individual de los datos.

12. Abreviaturas

ARCSA: Agencia Nacional de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria
DNEAIS: Dirección Nacional de Estadística y Análisis de la Información del Sistema Nacional de Salud
DNVE: Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica
ESAVI: Eventos Supuestamente Atribuidos a La Vacunación o Inmunización
MSP: Ministerio de Salud Pública
OMS: Organización Mundial de la Salud.
OPS: Organización Panamericana de la Salud
PRAS: Plataforma de Registro de Atenciones en Salud
SE: Semana epidemiológica

13. Referencias

1. Holzmann H, Hengel H, Tenbusch M, Doerr HW. Eradication of measles: remaining challenges. *Med Microbiol Immunol*. 1 de junio de 2016;205(3):201-8.
2. Laksono BM, Vries RDD, McQuaid S, Duprex WP, Swart RLD, Laksono BM, et al. Measles Virus Host Invasion and Pathogenesis. *Viruses* [Internet]. 27 de julio de 2016 [citado 11 de diciembre de 2025];8(8). Disponible en: <https://www.mdpi.com/1999-4915/8/8/210>
3. Misin A, Antonello RM, Bella SD, Campisciano G, Zanotta N, Giacobbe DR, et al. Measles: An Overview of a Re-Emerging Disease in Children and Immunocompromised Patients. *Microorganisms* [Internet]. 17 de febrero de 2020 [citado 11 de diciembre de 2025];8(2). Disponible en: <https://www.mdpi.com/2076-2607/8/2/276>
4. Alsulaiman JW, Kheirallah KA, Alrawashdeh A, Sanad ZA, Al-Mnayyis AM, Yassin A, et al. Clinical and Demographic Characteristics of Hospitalized Pediatric Measles Cases; The 2023 Outbreak in Northern Jordan. *IDR*. 9 de abril de 2025;18:1773-83.
5. Moss WJ. Measles. *The Lancet*. 2 de diciembre de 2017;390(10111):2490-502.
6. Dux A, Lequime S, Patrono LV, Vrancken B, Boral S, Gogarten JF, et al. The history of measles: from a 1912 genome to an antique origin [Internet]. *bioRxiv*; 2019 [citado 11 de diciembre de 2025]. p. 2019.12.29.889667. Disponible en: <https://www.biorxiv.org/content/10.1101/2019.12.29.889667v1>
7. Berche P. History of measles. *La Presse Médicale*. 1 de septiembre de 2022;51(3):104149.
8. Friedauer C, Matthes KL, Lang P, Staub K. Reconstructing the spread of measles in the 20th century: an epidemiological analysis of the period prior to the

- introduction of vaccination in Switzerland. *Am J Epidemiol*. 2 de diciembre de 2025;194(12):3556-65.
9. The epidemic dynamics of three childhood infections and the impact of first vaccination in 18th and 19th century Finland | *medRxiv* [Internet]. [citado 11 de diciembre de 2025]. Disponible en: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2022.10.30.22281707v1>
 10. Long-term dynamics of measles in London: Titrating the impact of wars, the 1918 pandemic, and vaccination | *PLOS Computational Biology* [Internet]. [citado 11 de diciembre de 2025]. Disponible en: <https://journals.plos.org/ploscompbiol/article?id=10.1371/journal.pcbi.1007305>
 11. Bester JC. Measles and Measles Vaccination: A Review. *JAMA Pediatr*. 1 de diciembre de 2016;170(12):1209-15.
 12. Dias Leite R, Naaman Berezin E. Measles in Latin America: Current Situation. *J Pediatric Infect Dis Soc*. 1 de septiembre de 2015;4(3):179-81.
 13. de Quadros CA, Izurieta H, Carrasco P, Brana M, Tambini G. Progress toward Measles Eradication in the Region of the Americas. *J Infect Dis*. 15 de mayo de 2003;187(Supplement_1):S102-10.
 14. Portnoy A, Jit M, Ferrari M, Hanson M, Brenzel L, Verguet S. Estimates of case-fatality ratios of measles in low-income and middle-income countries: a systematic review and modelling analysis. *The Lancet Global Health*. 1 de abril de 2019;7(4):e472-81.
 15. Eduardo Rodríguez, Eduardo Estrella, Jeannete Zurita. 25 años por la salud del Ecuador (1967-1992). Quito: Ministerio de Salud Pública; 1992.
 16. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Manual 2019. Vacunas para enfermedades inmunoprevenibles. [Internet]. [citado 27 de junio de 2023]. Disponible en: https://vacunacion.msp.gob.ec/wp-content/uploads/2023/04/AC_00063_2019-OCT-31.pdf
 17. Organización Mundial de la Salud. Prequalified Vaccines | WHO - Prequalification of Medical Products (IVDs, Medicines, Vaccines and Immunization Devices, Vector Control) [Internet]. [citado 12 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://extranet.who.int/prequal/vaccines/prequalified-vaccines>
 18. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Global, regional, and national trends of measles burden and its vaccination coverage among children under 5 years old: An updated systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2021 - *International Journal of Infectious Diseases* [Internet]. [citado 11 de diciembre de 2025]. Disponible en: [https://www.ijidonline.com/article/S1201-9712\(25\)00131-6/fulltext](https://www.ijidonline.com/article/S1201-9712(25)00131-6/fulltext)
 19. Minta AA. Progress Toward Measles Elimination — Worldwide, 2000–2022. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* [Internet]. 2023 [citado 11 de diciembre de 2025];72. Disponible en: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/72/wr/mm7246a3.htm>
 20. Organización Panamericana de la Salud. Alerta Epidemiológica - Sarampión en la Región de las Américas [Internet]. 2025 [citado 11 de diciembre de 2025].

Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/alerta-epidemiologica-sarampion-region-americas-28-febrero-2025>

21. Organización Panamericana de la Salud. Actualización Epidemiológica Sarampión [Internet]. 2025 [citado 11 de diciembre de 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-sarampion-region-americas-19-septiembre-2025>
22. Organización Panamericana de la Salud. OPS. 2025 [citado 29 de enero de 2026]. La OPS hace un llamado a la acción regional tras la pérdida del estatus de eliminación del sarampión en las Américas - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/10-11-2025-ops-hace-llamado-accion-regional-tras-perdida-estatus-eliminacion-sarampion>
23. Erazo PM. Ecuador lidia con el primer brote de sarampión en 14 años. El País [Internet]. 14 de octubre de 2011 [citado 11 de diciembre de 2025]; Disponible en: https://elpais.com/internacional/2011/10/14/actualidad/1318573907_013021.html
24. Ministerio de Salud Ecuador. Sarampión [Internet]. [citado 11 de diciembre de 2025]. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/sarampion/>
25. Organización Panamericana de la Salud. Alerta Epidemiológica 09-2023 [Internet]. 2023 [citado 11 de diciembre de 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/alerta-epidemiologica-sarampion-20-octubre-2023>
26. Herramientas para el monitoreo de coberturas de intervenciones integradas de salud pública. Vacunación y desparasitación para las geohelmintiasis [Internet]. [citado 24 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34511>
27. Plans-Rubió P. Measles Vaccination Coverage and Anti-Measles Herd Immunity Levels in the World and WHO Regions Worsened from 2019 to 2023. Vaccines [Internet]. 4 de febrero de 2025 [citado 11 de diciembre de 2025];13(2). Disponible en: <https://www.mdpi.com/2076-393X/13/2/157>
28. Plans-Rubió P. Are the Objectives Proposed by the WHO for Routine Measles Vaccination Coverage and Population Measles Immunity Sufficient to Achieve Measles Elimination from Europe? Vaccines [Internet]. 12 de mayo de 2020 [citado 11 de diciembre de 2025];8(2). Disponible en: <https://www.mdpi.com/2076-393X/8/2/218>
29. Hussien HH, Genawi KR, Hagabdulla NH, Ahmed KMY. Understanding the Basic Reproduction Number (R0): Calculation, Applications, and Limitations in Epidemiology. Open Journal of Epidemiology. 11 de abril de 2025;15(2):272-95.
30. Gastañaduy PA, Goodson JL, Panagiotakopoulos L, Rota PA, Orenstein WA, Patel M. Measles in the 21st Century: Progress Toward Achieving and Sustaining Elimination. J Infect Dis. 1 de octubre de 2021;224(Supplement_4):S420-8.
31. Carazo S, Billard MN, Boutin A, De Serres G. Effect of age at vaccination on the measles vaccine effectiveness and immunogenicity: systematic review and meta-analysis. BMC Infect Dis. 29 de marzo de 2020;20(1):251.

32. Franconeri L, Antona D, Cauchemez S, Lévy-Bruhl D, Paireau J. Two-dose measles vaccine effectiveness remains high over time: A French observational study, 2017–2019. *Vaccine*. 7 de septiembre de 2023;41(39):5797-804.
33. Organización Panamericana de la Salud. Fondo Rotatorio de la OPS - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [citado 14 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/fondo-rotatorio>
34. Ministerio de Pública Ecuador. Informe Nacional Campaña de Seguimiento de alta calidad. Ecuador; 2023.
35. Foerster V, Perras C, Spry C, Weeks L. Table 6-1, Study Characteristics for Research Question 1 — Vaccination of Susceptible Contacts [Internet]. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health; 2015 [citado 12 de diciembre de 2025]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK304501/table/T11/>
36. Gautret P, Steffen R. Communicable diseases as health risks at mass gatherings other than Hajj: what is the evidence? *International Journal of Infectious Diseases*. 1 de junio de 2016;47:46-52.
37. Hoang VT, Gautret P. Infectious Diseases and Mass Gatherings. *Curr Infect Dis Rep*. 28 de agosto de 2018;20(11):44.
38. Yan X, Fang Y, Li Y, Jia Z, Zhang B. Risks, Epidemics, and Prevention Measures of Infectious Diseases in Major Sports Events: Scoping Review. *JMIR Public Health and Surveillance*. 2 de diciembre de 2022;8(12):e40042.
39. Cost-Effectiveness Analysis of Routine Outreach and Catch-Up Campaign Strategies for Measles, Mumps, and Rubella Vaccination in Chuuk, Federated States of Micronesia - Mehreen Meghani, Jamison Pike, Ashley Tippins, Andrew J. Leidner, 2025 [Internet]. [citado 19 de diciembre de 2025]. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/00333549241249672>
40. Rosenfeld KA, Frey K, McCarthy KA, Rosenfeld KA, Frey K, McCarthy KA. Optimal Timing Regularly Outperforms Higher Coverage in Preventative Measles Supplementary Immunization Campaigns. *Vaccines* [Internet]. 21 de julio de 2024 [citado 19 de diciembre de 2025];12(7). Disponible en: <https://www.mdpi.com/2076-393X/12/7/820>
41. DeCS Server - List Terms [Internet]. [citado 18 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://decs2020.bvsalud.org/cgi-bin/wxis1660.exe/decserver/>
42. Sociedad Latinoamericana de Infectología Pediátrica. Manual de Vacunas de Latinoamérica. [citado 4 de marzo de 2023]; Disponible en: <https://sostelemedicina.ucv.ve/documentos/manuales/Manual%20de%20vacunas%20de%20Latinoamerica.pdf>
43. Sosa-Hernández Ó. Cocirculación de COVID-19 y dengue: un reto para el sistema de salud. *Gaceta médica de México* [Internet]. abril de 2021 [citado 12 de agosto de 2024];157(2):221-221. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0016-38132021000200221&lng=es&nrm=iso&tlng=es
44. Manual de vigilancia de eventos supuestamente atribuibles a la vacunación o inmunización en la Región de las Américas [Internet]. Pan American Health

- Organization; 2021 [citado 21 de julio de 2023]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55384>
45. Ministério da Saúde (Brasil). Manual de microplanejamento para as atividades de vacinação de alta qualidade [Internet]. Brasília, DF; 2023. Disponible en: <https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao/avaq/publicacoes/manual-de-microplanejamento-para-as-atividades-de-vacinacao-de-alta-qualidade/view>
 46. Araújo AC de M, da Silva TPR, Velasquez-Melendez G, Nascimento LMD, Ferraz CC, Matozinhos FP, et al. Evaluation of the adherence of municipalities and states to the Ministry of Health's microplanning for high-quality vaccination activities and the increase in vaccination coverage in Brazil. BMC Public Health. 18 de enero de 2025;25(1):217.
 47. Ministerio de Salud Reino Unido. GOV.UK. [citado 6 de marzo de 2024]. Storage, distribution and disposal of vaccines: the green book, chapter 3. Disponible en: <https://www.gov.uk/government/publications/storage-distribution-and-disposal-of-vaccines-the-green-book-chapter-3>
 48. Organización Mundial de la Salud. Monitor de Vial de Vacuna (MVV) [Internet]. [citado 29 de diciembre de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/m/item/vaccine-vial-monitor>
 49. Agencia Nacional de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria. Ruptura de la Cadena De Frío de Medicamentos Biológicos. [Internet]. [citado 27 de junio de 2023]. Disponible en: https://www.controlsanitario.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2018/03/IE-B.5.1.3-MB-01_RUPTURA-DE-LA-CADENA-DE-FR%C3%8DO-DE-MEDICAMENTOS-BIOL%C3%93GICOS-V-1.0.pdf
 50. The Australian Immunisation Handbook. Administration of vaccines | The Australian Immunisation Handbook [Internet]. 2023 [citado 20 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://immunisationhandbook.health.gov.au/contents/vaccination-procedures/administration-of-vaccines>
 51. Ministerio de Salud Reino Unido. GOV.UK. [citado 20 de febrero de 2024]. Immunisation procedures: the green book, chapter 4. Disponible en: <https://www.gov.uk/government/publications/immunisation-procedures-the-green-book-chapter-4>
 52. Agencia de Salud Pública de Canadá. Vaccine administration practices: Canadian Immunization Guide [Internet]. 2020 [citado 28 de enero de 2026]. Disponible en: <https://www.canada.ca/en/public-health/services/publications/healthy-living/canadian-immunization-guide-part-1-key-immunization-information/page-8-vaccine-administration-practices.html>
 53. Wong H, Moss C, Moss SM, Shah V, Halperin SA, Ito S, et al. Effect of alcohol skin cleansing on vaccination-associated infections and local skin reactions: a randomized controlled trial. Hum Vaccin Immunother. 16 de enero de 2019;15(4):995-1002.
 54. The Australian Immunisation Handbook. After vaccination | The Australian Immunisation Handbook [Internet]. 2023 [citado 30 de julio de 2024]. Disponible en: <https://immunisationhandbook.health.gov.au/contents/vaccination-procedures/after-vaccination>

55. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Management of Anaphylaxis at COVID-19 Vaccination Sites | CDC [Internet]. 2024 [citado 30 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/vaccines/covid-19/clinical-considerations/managing-anaphylaxis.html>
56. Canada PHA of. Timing of vaccine administration: Canadian Immunization Guide [Internet]. 2007 [citado 10 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://www.canada.ca/en/public-health/services/publications/healthy-living/canadian-immunization-guide-part-1-key-immunization-information/page-10-timing-vaccine-administration.html>
57. Centros para el Control y Prevención de enfermedades. Centers for Disease Control and Prevention. 2023 [citado 10 de septiembre de 2024]. Getting a Flu Vaccine and a COVID-19 Vaccine at the Same Time. Disponible en: <https://t.cdc.gov/000DF>
58. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Vaccination | Mpox | Poxvirus | CDC [Internet]. 2024 [citado 10 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/poxvirus/mpox/interim-considerations/overview.html>
59. Centros para el Control y Prevención de enfermedades. Monkeypox. 2025 [citado 24 de diciembre de 2025]. Interim Clinical Considerations for Use of Vaccine for Monkeypox Prevention in the United States. Disponible en: <https://www.cdc.gov/monkeypox/hcp/vaccine-considerations/vaccination-overview.html>
60. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Gestion interna de los residuos y desechos generados en los establecimientos de salud. Manual 2019. 2019.
61. Hanson KE, Marin M, Daley MF, Groom HC, Jackson LA, Sy LS, et al. Safety of measles, mumps, and rubella vaccine in adolescents and adults in the vaccine safety Datalink. *Vaccine*. X. 1 de abril de 2023;13:100268.
62. Camelia Bucșa, Noemi Bulik, Andreea Farcaș, Sandra Mureșan, Ioan Mureșan, Ovidiu Oniga. Adverse Events Following Measles-Mumps-Rubella Vaccination. A Prospective Observational Study – *Farmacia Journal* [Internet]. [citado 19 de diciembre de 2025]. Disponible en: <https://farmaciajournal.com/issue-articles/adverse-events-following-measles-mumps-rubella-vaccination-a-prospective-observational-study/>
63. Pietrantonj CD, Rivetti A, Marchione P, Debalini MG, Demicheli V. Vaccines for measles, mumps, rubella, and varicella in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2020 [citado 19 de diciembre de 2025];(4). Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004407.pub4/full/es>
64. Singh T, Casabona G, Abu-Elyazeed R, Vetter V, Hergibo F. A Report of the Postmarketing Spontaneous Safety Data over 24 Years for GSK's Measles-Mumps-Rubella (MMR) Vaccine. *Open Forum Infect Dis*. 1 de diciembre de 2022;9(Supplement_2):ofac492.624.
65. Organización Mundial de la Salud. WHO vaccine reaction rates information sheets [Internet]. [citado 26 de enero de 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/teams/regulation-prequalification/regulation-and->

safety/pharmacovigilance/health-professionals-info/reaction-rates-information-sheets

66. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Manual de Vigilancia de Eventos Supuestamente Atribuidos a la Vacunación o Inmunización (ESAVI) grave y de Eventos Adversos de Interés Especial (EVADIE) [Internet]. 2024. Disponible en: <https://intranet.msp.gob.ec/images/Documentos/Archivos/AC-00058-2024-Manual%20ESAVI%20graves%20y%20EVADIE.pdf>
67. Salisbury N, Hossain I, Oskouipour P, Hong A, Ebeling E, Shearer JC, et al. Routine Immunization Microplanning Challenges and Opportunities in Low- and Middle-Income Countries: A Mixed-Method Landscape Analysis. *Vaccines* [Internet]. 3 de diciembre de 2024 [citado 24 de diciembre de 2025];12(12). Disponible en: <https://www.mdpi.com/2076-393X/12/12/1370>
68. Public Health Agency of Canada. Blood products, human immunoglobulin and timing of immunization: Canadian Immunization Guide [Internet]. 2007 [citado 23 de diciembre de 2025]. Disponible en: <https://www.canada.ca/en/public-health/services/publications/healthy-living/canadian-immunization-guide-part-1-key-immunization-information/page-11-blood-products-human-immune-globulin-timing-immunization.html>

14. Anexos

Anexo 1. Intervalos recomendados entre inmunoglobulinas o productos sanguíneos y la vacunación (SRP - SR)

Inmunoglobulina / Producto sanguíneo	Vía	Dosis (UI, mL o mg IgG/kg)	Intervalo (meses) con la vacuna SRP-SR
Transfusión de sangre: glóbulos rojos lavados	IV	10 mL/kg	0
Transfusión de sangre: glóbulos rojos (con adenina-salina)	IV	10 mL/kg	3
Transfusión de sangre: paquete globular (glóbulos rojos compactos)	IV	10 mL/kg	6
Transfusión de sangre: sangre completa	IV	10 mL/kg	6
Inmunoglobulina citomegalovírica	IV	3 mL/kg	6
Inmunoglobulina antihepatitis B (como profilaxis)	IM	100 UI o 400 UI (10 mg IgG/kg)	3
NHIG* (intravenosa) para tratamiento de púrpura trombocitopénica idiopática	IV	400 mg IgG/kg	8
NHIG* (intravenosa) para tratamiento de púrpura trombocitopénica idiopática	IV	1000 mg IgG/kg	10
NHIG* (intravenosa) para tratamiento de púrpura o enfermedad de Kawasaki	IV	1600-2000 mg IgG/kg	11
NHIG* como profilaxis de hepatitis A	IM	0.5 mL (<25 kg), 1.0 mL (25–50 kg), 2.0 mL (>50 kg)	3
NHIG* como profilaxis de sarampión: estándar	IM	0.2 mL/kg (máximo 15 mL)	5
NHIG* como profilaxis de sarampión: inmunocomprometidos	IM	0.5 mL/kg (máximo 15 mL)	6
Productos de plasma o plaquetas	IV	10 mL/kg	7
Inmunoglobulina antirrábica humana (como profilaxis)	IM	20 UI /kg	4
Reemplazo (terapia) de deficiencias inmunes (NHIG intravenosa)	IV	300-400 mg IgG/kg	9
Inmunoglobulina Rh (D) (Anti-D)	IM	n/a	0
Inmunoglobulina tetánica (uso intramuscular) - profilaxis dentro de 24h	IM	250 UI (10 mg IgG/kg)	3
Inmunoglobulina tetánica (uso intramuscular) - profilaxis >24h	IM	500 UI (20 mg IgG/kg)	3
Inmunoglobulina Zoster (como profilaxis de varicela)	IM	200 UI (0–10 kg), 400 UI (11–30 kg), 600 UI (>30 kg)	5

Fuente: Ministerio de Salud Canadá (68)

Elaborado por: Dirección Nacional de Inmunizaciones.

***Abreviaturas:** IM = Intramuscular; IV = Intravenosa; UI = Unidades Internacionales; NHIG = Inmunoglobulina humana normal.

***Nota:** El intervalo es necesario porque los anticuerpos presentes en estos productos pueden interferir con la respuesta inmunitaria a las vacunas de virus vivos atenuados.

Las inmunoglobulinas y los productos sanguíneos aportan anticuerpos pasivos que pueden neutralizar los antígenos de las vacunas con virus vivos, impidiendo su replicación y disminuyendo la respuesta inmune activa. Por ello, el momento de administración es determinante para no comprometer la seroconversión ni la

efectividad inmunológica de la vacuna. Además, la administración de sangre, plasma, plaquetas o inmunoglobulinas puede alterar la verificación de la respuesta vacunal, generando resultados falsamente positivos o difíciles de interpretar, ya que los anticuerpos pasivos pueden enmascarar o inhibir la producción de anticuerpos propios(68).

Para asegurar una respuesta vacunal óptima, las vacunas con virus vivos atenuados como sarampión, paperas, rubéola, varicela y fiebre amarilla deben administrarse al menos 14 días antes de recibir inmunoglobulina o productos sanguíneos con anticuerpos, o bien posponerse hasta que dichos anticuerpos se hayan degradado. En este contexto, la sangre entera y el plasma pueden interferir significativamente con estas vacunas, por lo que se recomienda diferir la inmunización entre 3 y 11 meses, según el volumen administrado. Las plaquetas, por su menor contenido de anticuerpos, suelen requerir intervalos más cortos o ninguno. En cambio, las inmunoglobulinas reducen de forma clara la respuesta inmunológica, por lo que las vacunas vivas deben aplicarse antes de su administración o diferirse varios meses, en función de la dosis recibida(68).

Anexo 2. Renuncia de la vacunación contra el sarampión en menores de 18 años de edad

DECLARACIÓN DE RENUNCIA A LA VACUNACIÓN CONTRA EL SARAMPIÓN

Lineamientos de Vacunación contra el sarampión

- La vacuna contra el sarampión cumple los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud (OMS).
- La vacuna contra el sarampión tiene autorización de uso en los usuarios mayores de 6 meses de edad

Ventajas de la vacunación contra el sarampión

- Las vacunas reducen y previenen complicaciones por el sarampión, como hospitalizaciones y muerte relacionadas con el virus.
- La OMS, acreditan la seguridad y la efectividad de la vacuna contra el sarampión.

Reacciones adversas de la vacuna contra el Sarampión

- Como todos los medicamentos, las vacunas pueden producir reacciones adversas.
- La mayoría son leves, de breve duración y no siempre aparecen. Suelen manifestarse entre los 5 y 12 días posteriores a la aplicación

Tabla No. 1. Reacciones adversas de la vacuna contra el virus del Sarampión

Reacciones	Síntomas Comunes
Locales	Dolor, enrojecimiento o hinchazón en el sitio de la inyección.
Sistémicas	Fiebre (leve o moderada), malestar general, cefalea y exantema (erupción cutánea) no contagioso

Fuente: Inserto de la vacuna SRP - SR

Elaborado por: Dirección Nacional de Inmunizaciones - MSP.

DECLARACIÓN DE VOLUNTAD

Una vez que he entendido claramente el procedimiento de vacunación y las posibles consecuencias de la no administración de la vacuna, en ejercicio de mi autonomía de manera libre y voluntaria, no acepto que mi representado reciba la vacuna contra el Sarampión

.....
Padre

.....
Madre

.....
Tutor legal

Y MANIFIESTO:

- Que tengo atribuida la patria potestad de mi representado, por lo que ostento la autoridad legal para decidir sobre la no administración de la vacuna contra el Sarampión.
- Que entiendo los riesgos y beneficios potenciales de la enfermedad del Sarampión, de los cuales se me ha informado en este documento.
- Que comprendo que tengo la opción de aceptar o rechazar la vacuna en nombre de mi representado.
- Me considero responsable de esta decisión. Asimismo, sé que puedo reconsiderarla y solicitar la vacunación de mi hijo en cualquier momento en el establecimiento de salud más cercano.

Anexo 3. Países con transmisión de la enfermedad del sarampión

América del Norte

- Canadá
- Estados Unidos
- México

América Central y el Caribe

- Belice
- Costa Rica
- Guatemala

América del Sur

- Argentina
- Bolivia
- Brasil
- Chile
- Paraguay
- Perú
- Uruguay

Europa

- Austria
- España
- Reino Unido
- Rumania
- Rusia

Asia

- Afganistán
- Armenia
- Azerbaiyán
- Filipinas
- India
- Indonesia
- Kazajistán
- Laos
- Mongolia
- Pakistán
- Uzbekistán
- Yemen

África

- Angola
- Etiopía
- Marruecos
- Nigeria
- República Democrática del Congo

Oceanía

- Nueva Zelanda

	Nombre	Área	Cargo	Sumilla
Aprobado:	Md. Lucy Yadira Baldeón Rojas	Viceministerio de Gobernanza de la Salud	Viceministra	
Revisado:	Mgs. Andrés Ricardo Carrasco Montalvo	Subsecretario de Vigilancia, Prevención y Control de la Salud	Subsecretario	
	Ing. Evelyn Patricia Montenegro Navas	Subsecretaría de Rectoría del Sistema Nacional de Salud	Subsecretaria (E)	
	Mgs. Cristina Anabel Jácome Olivo	Dirección Nacional de Inmunizaciones	Directora	
	Mgs. Daniel Alejandro Ruiz Bermeo	Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica	Director (E)	
	Mgs. Sofia Isabel Paredes Arizaga	Dirección Nacional de Políticas, Normatividad y Modelamiento de Salud	Directora	
	Mgs. Daniela del Rocío Chávez Arcos	Dirección Nacional de Políticas, Normatividad y Modelamiento de Salud	Especialista	
	Mgs. María José Meneses Meneces	Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica	Especialista	
	Lic. Elsa Raquel Pullopaxi Claudio	Dirección Nacional de Inmunizaciones	Especialista	
Elaborado:	Mgs. Juan Sebastián Baldeón Espinosa	Dirección Nacional de Inmunizaciones	Analista	
	Mgs. Melida Maria Yantalema Pintag	Dirección Nacional de Inmunizaciones	Especialista	



Ministerio de Salud Pública



@SaludEcuador



@minsaec



@Salud_ec

www.salud.gob.ec