



Ministerio de Salud	DESPACHO VICEMINISTERIAL DE SALUD PÚBLICA	CENTRO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES
------------------------	--	---

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la esperanza y el fortalecimiento de la democracia"

ALERTA EPIDEMIOLÓGICA

ALTO RIESGO DE IMPORTACIÓN Y TRANSMISIÓN DE SARAMPIÓN Y POLIO EN EL PAÍS

CÓDIGO: AE – CDC- N°002 - 2026

I. OBJETIVO:

Alertar a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS), tanto privadas como públicas, a nivel nacional ante el riesgo de importación y transmisión de sarampión y polio, con el objetivo de intensificar las medidas de prevención y control, con especial énfasis en las actividades de vacunación y en la vigilancia epidemiológica.

30 de enero del 2026

Blgo. Néstor Edwin Cabezudo Pillpe





Datos históricos del sarampión y rubéola en el Perú



El **sarampión** probablemente surgió entre los siglos VI–IV a.C. cuando las poblaciones humanas crecieron lo suficiente para mantener transmisión continua.

Primera descripción clínica detallada en el siglo X por el médico persa Rhazes, quien lo diferenció de la viruela.

Durante la Edad Media fue una causa frecuente de epidemias infantiles en Europa, Asia y Medio Oriente.



Sarampión

34 años han pasado desde la última epidemia de sarampión en el Perú (1992) y 26 años de último caso endémico.

Se han confirmado casos importados por laboratorio los años 2008, 2015, 2018, 2019, 2024, 2025 y 2026



Síndrome por rubéola

Rubéola

En 1941 el oftalmólogo australiano Norman Gregg describió malformaciones congénitas (cataratas) en hijos de madres infectadas durante el embarazo.

20 años el Perú ha estado libre del rubéola y 19 años de síndrome de rubéola congénita (SRS)

2006 último caso autóctono de rubéola confirmado en Lima

Era prevacunal (antes de 1963): sarampión

- Epidemias cada 2–3 años.
 - 90% de los niños se infectaban antes de los 15 años.
 - Se estimaban 2 a 3 millones de muertes anuales a nivel mundial.
- En 1963 se introduce la primera vacuna contra el sarampión.

Impacto de la vacunación: sarampión

- 1980: ~2.6 millones de muertes anuales.
- 2000: ~733,000 muertes.
- 2016: ~90,000 muertes (reducción >84% desde 2000).
- 2022–2023: aumento de casos debido a disminución en coberturas vacunales post pandemia COVID-19.

La OMS lanzó el **Plan Estratégico Mundial contra el Sarampión (2012–2020)** para su eliminación.

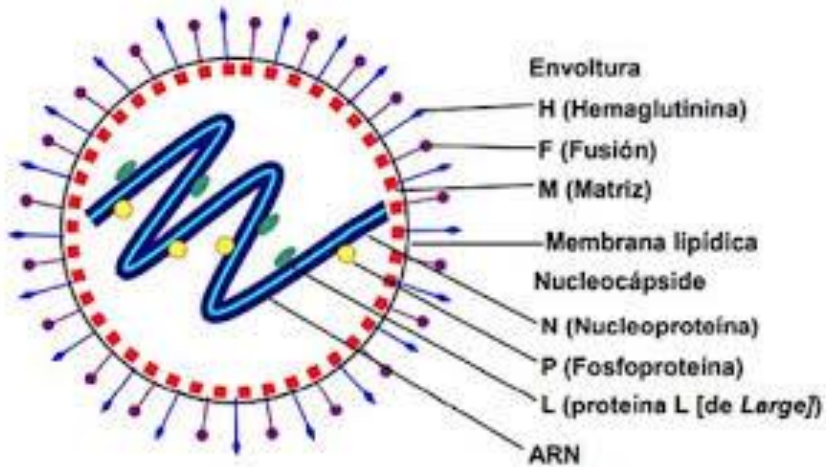
Pandemia 1964–1965: rubéola

- Principalmente en Estados Unidos.
- ~12.5 millones de casos.
- ~20,000 casos de síndrome de rubéola congénita.
- Miles de abortos espontáneos y muertes neonatales.

Este evento impulsó el desarrollo de la vacuna (introducida en 1969).



Virus del sarampión

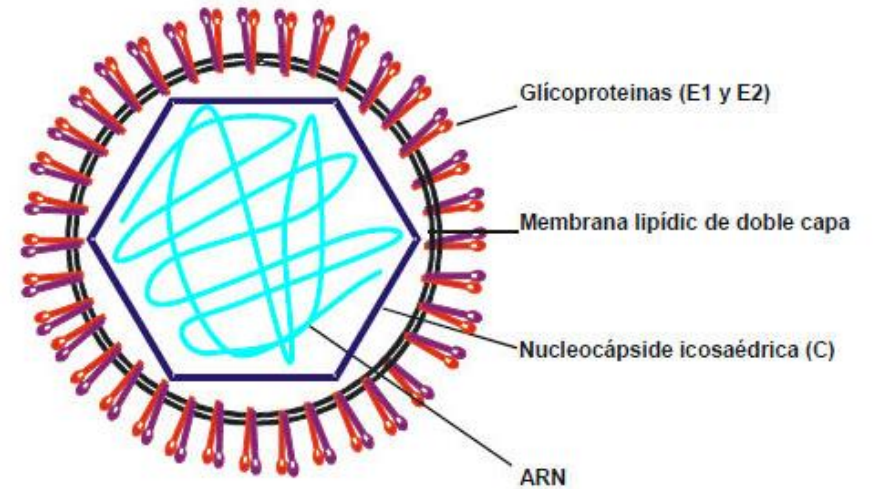


Es un virus esférico con simetría helicoidal de la familia Paramyxovirus, género Morbillivirus, con ARN de cadena simple. Mide 100 — 250 nm de diámetro, con ARN de cadena simple.

8 clados: A, B, C, D, E, F, G, H,

24 genotipos: de estos los más predominantes son B3 y D8

Virus de la rubéola



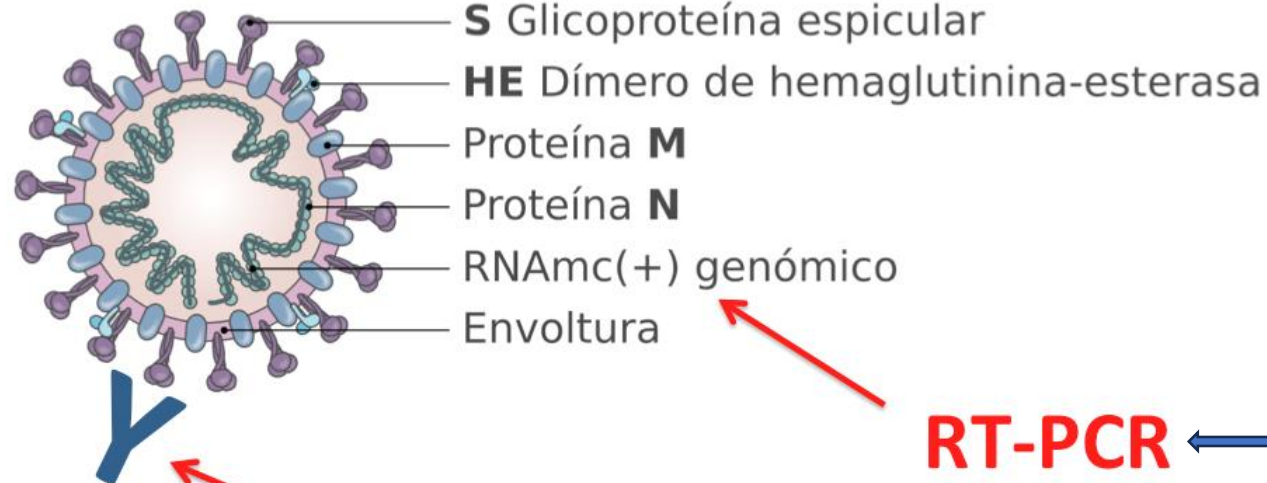
El virus de la rubéola, perteneciente a la familia Matonaviridae y al género Rubivirus, es un virus ARN monocatenario envuelto de forma esférica con un diámetro de 40 a 80 nm.

2 clados: 1 y 2

13 genotipos: Los más predominantes son el 1E y 2D

Pruebas de Laboratorio para el diagnóstico de sarampión y rubéola

Detección antígenos



RT-PCR ← **Molecular**

Fuente: microbioblog

Serológico → **Detección anticuerpos**



Vigilancia de Sarampión y Rubéola

Ministerio de Salud

DIRECTIVA SANITARIA
Nº.049 -

MINSAL/DG E-V-01

DIRECTIVA SANITARIA
PARA LA VIGILANCIA
EPIDEMIOLÓGICA DE
SARAMPIÓN, RUBÉOLA Y
OTRAS ENFERMEDADES
FEBRILES ERUPTIVAS

<https://www.dge.gob.pe/portalnuevo/wp-content/uploads/2024/05/directiva-sanitaria-de-sr.pdf>

MINISTERIO DE SALUD

No. 800-2012/MINSA



Resolución Ministerial

Lima, 9 de OCTUBRE del 2012

Visto el Expediente Nº 12-055514-001, que contiene el Memorandum Nº 1054-2012-DGE-DVE-DSVSP/MINSA, de la Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud;

CONSIDERANDO:

Que, el literal a) del artículo 17º de la Ley Nº 27657 - Ley del Ministerio de Salud, establece que la Oficina General de Epidemiología, ahora Dirección General de Epidemiología está a cargo del diseño, asesoramiento y evaluación del Sistema de Vigilancia Epidemiológica y del Proceso de Prevención y Control de Epidemias y Desastres en el Sector Salud;

Que, el literal a) del artículo 57º del Decreto Supremo Nº 023-2005-SA, señala como función general de la Dirección General de Epidemiología, diseñar, normar y conducir el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública, en el ámbito nacional;



D. Suárez

Artículo 3º.- Las Direcciones de Salud y las Direcciones Regionales de Salud o quien haga sus veces a nivel nacional, son los responsables de la difusión, implementación, supervisión y aplicación de la presente Directiva Sanitaria, dentro del ámbito de sus respectivas jurisdicciones.

Artículo 4º.- Encargar a la Oficina General de Comunicaciones la publicación de la presente Resolución Ministerial en la dirección electrónica <http://www.minsa.gob.pe/transparencia/dge/normas.asp> del Portal de Internet del Ministerio de Salud.

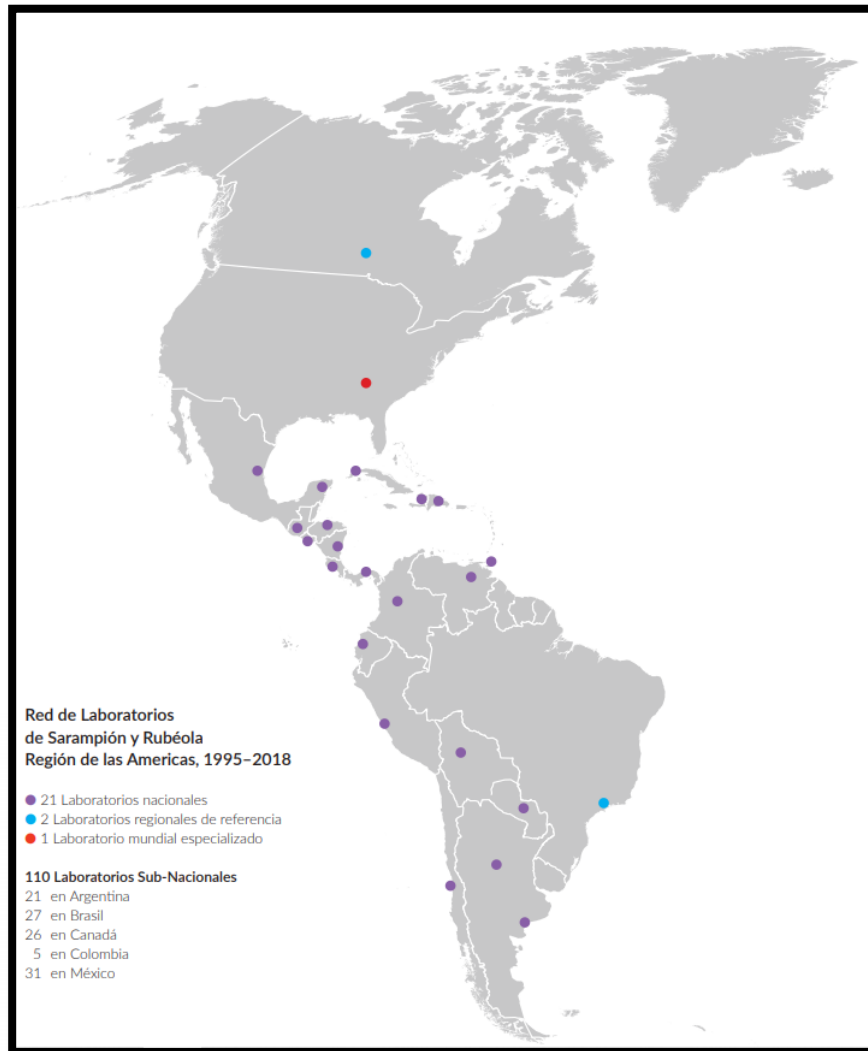


F. GONZALES R.

Regístrese, comuníquese y publíquese.

Habi

MIDORI DE HABICH ROSPIGLOS
MINISTRA DE SALUD



PERÚ

Ministerio de Salud

Instituto Nacional de
Salud

Investigar para Proteger la Salud



IMPORTANTE: Puntos IV al XI deben ser llenados por personal de epidemiología

IV. INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA (llenar durante seguimiento)

CRONOLOGÍA DE SIGNOS Y SÍNTOMAS: En la primera fila de la tabla registrar la fecha en formato dd/mm teniendo como referencia el día 0 ("X" graficada en la tabla) que corresponde a la fecha de inicio de la erupción cutánea y construya la secuencia de los días hacia atrás y adelante.

Colocar una X en los días en que inició cada signo y síntoma y su duración. Documentar exantema con fotografías durante visitas domiciliarias. Ver instructivo.

Signos y síntomas	FECHA: dd/mm																				
	DÍAS																				
	-10	-9	-8	-7	-6	-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Erupción											X										
Fiebre																					
Tos																					
Conjuntivitis																					
Coriza o Rinorrea																					
Manchas de Koplik																					
Adenopatía retroauricular																					
Adenopatía cervical																					
Artralgias																					
Otros																					
Especificar:																					

Ampliación de descripción de erupción cutánea (lugar de aparición, exantema, presencia de descamación y/o prurito, entre otros). Se recomienda documentar con fotografías la evolución del exantema (cara, cuello, torso, extremidades (palmas, plantas). Colocar en imagen secuencia de erupción cutánea. Ver instructivo.

Sombrear las zonas del cuerpo de acuerdo a la cronología de la presentación del exantema:

DÍA 1

DÍA 3

DÍA 5

DÍA 7

V. LABORATORIO

Tipo de muestra	1ra muestra						2da muestra						
	Fecha toma de muestra	Fecha envío LIR/LRA a INS	Fecha recepción INS**	Resultado			Fecha toma de muestra	Fecha envío LIR/LRA a INS	Fecha recepción INS**	Resultado			
			PCR	Fecha resultado	Genotipo	ISM	Fecha resultado	PCR	Fecha resultado	Genotipo	ISM	Fecha resultado	
Suero	____/____/____	____/____/____	____/____/____					____/____/____	____/____/____	____/____/____			
Hemato y nasal y laringeo	____/____/____	____/____/____	____/____/____					____/____/____	____/____/____	____/____/____			
Orina*	____/____/____	____/____/____	____/____/____					____/____/____	____/____/____	____/____/____			

* A solicitud de INS. ** De acuerdo a lo consignado en el instructivo.

VI. ANTECEDENTES VACUNALES

Sólo considerar dosis de vacuna con componente antivariceloso (SRP, SR, ASA) documentadas en carné de vacunación, si no hubiera carné y existe referencia verbal de vacunación, investigar en archivos de establecimiento de salud donde se vacunó o centro educativo inicial (nido o guardería). Documentar carné de vacunación con fotografía. Ver instructivo.

Estado vacunal y existencia: ☐ 1= Vacunado; 2 = Vacunado incompleto; 3 = No vacunado; 4 = Ignorado; 5 = No corresponde; 6 = Sin evidencia

Tipo de vacuna*	N° dosis**	Fecha de última dosis	N° Lote	Fuente de información***	EE SS donde se vacunó
		____/____/____			
		____/____/____			

* Tipo de vacuna: 1 = Antisaramponosa; 2 = Antirrubélica; 3 = Doble viral (SR); 4 = Triple viral (SRP)
 ** 0 = Dosis cero; 1 = Primera dosis; 2 = Segunda dosis; 88 = Dosis adicional; 99 = Desconocido
 *** 1 = Carné de vacunación; 2 = Registro en servicio de salud

VII. ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

Origen del caso: ☐ 1 = Consulta; 2 = Laboratorio; 3 = Búsqueda activa institucional; 4 = Búsqueda activa comunitaria; Si es otro, especificar: _____
 5 = Investigación de contactos; 6 = Casos reportados en comunidad; 88 = Otros; 99 = Desconocido

Caso es contacto de otro caso conocido: ☐ 1 = Si; 2 = No; 99 = Desconocido Código del caso:

Caso fue contacto con gestante en primeros 20 semanas: ☐ 1 = Si; 2 = No; 99 = Desconocido

Número de gestante: _____

Fecha de contacto: ____/____/____

Hubo casos reportados de sarampión en los últimos 30 días en su jurisdicción ☐ 1 = Sí; con sarampión; 2 = Si; con rubéola; 3 = Si; con ambos; 4 = No; 99 = Desconocido

Se han reportado otras enfermedades eruptivas febriles en su jurisdicción ☐ 1 = Sí; 2 = No; 99 = Desconocido ¿Cuál(es)? _____

VIII. LUGAR PROBABLE DE INFECCIÓN (CONSIDERAR ENTRE 7 A 30 DÍAS ANTES DEL INICIO DE ERUPCIÓN CUTÁNEA)

Lugar y/o institución	Dirección	Localidad/Ciudad	Provincia	Departamento	Referencia para localizar	Tiempo de permanencia en zona (días)

Importante:

Se registrarán los datos de caso sospechoso en forma completa y legible.

Datos importantes:

- Nombre, apellido, edad, dirección, teléfono del caso o contacto (menor de edad) , procedencia
- Fecha de inicio de fiebre
- Fecha de inicio de erupción
- Fecha de toma de muestra
- Descripción de las erupciones
- Fecha de vacunación

* Recibí visitas en casa; 4 * Asistió a celebraciones masivas

de salida	"Retorno"
____/____/____	____/____/____
____/____/____	____/____/____
____/____/____	____/____/____

☐ 1 = Sarampión/Rubéola IgM neg;
 2 = Reacción vacunal^a; 3 = Dengue;
 4 = Parainfluenza B/D; 5 = Hepatitis E;
 6 = Reacción alérgica; 7 = Zika; 88 = Otros

En ser- Otro criterio de descarte:
 gún de: _____

Indicar país de importación: _____

¿Existen en el sistema ☐

y se encuentran en sistema ☐
☐

Cualquier persona que tuvo el caso 4 días antes y 7 días después de los contactos asintomáticos hasta por 30 días

Fecha dentro de 72 días del contacto con caso?	Fecha de vacunación	Fecha de inicio erupción
____/____/____	____/____/____	____/____/____
____/____/____	____/____/____	____/____/____
____/____/____	____/____/____	____/____/____
____/____/____	____/____/____	____/____/____

Fecha de llenado: ____/____/____

☐ 1 = Sí; 2 = No; 99 = Desconocido

☐

teléfono: _____

Se registrarán los datos de caso sospechoso en forma completa y legible.

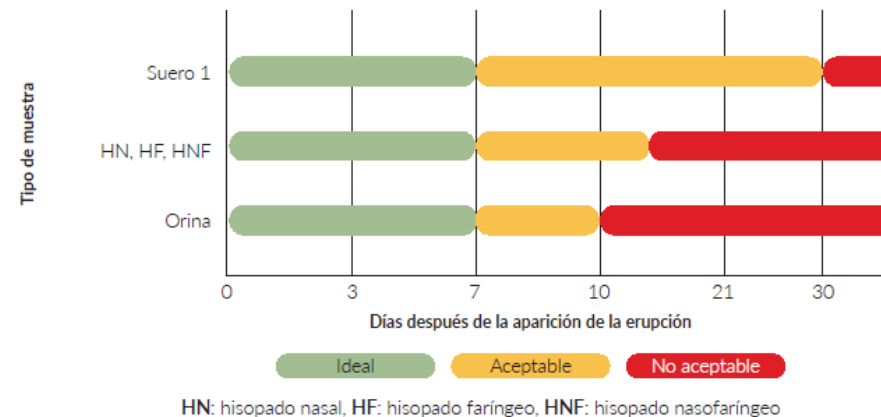
Datos importantes:

- Nombre, apellido, edad, dirección, teléfono del caso o contacto (menor de edad) , procedencia
- Fecha de inicio de fiebre
- Fecha de inicio de erupción
- Fecha de toma de muestra
- Descripción de las erupciones
- Fecha de vacunación

Obtención de Muestras

Tipo de Muestra	Tiempo mínimo para la obtención	Tiempo máximo para la obtención	Obtención de la muestra	Finalidad
Muestra 1: Serología Sangre (suero)	Al primer contacto del caso sospechoso	Hasta 30 días a partir del inicio del exantema	5 ml de sangre, en tubo estéril y bien rotulado, sin anticoagulante, centrifugar y separa el suero, mantener cadena de frío (2 a 8 ° C), ficha clínica - epidemiológica con datos completos.	Detección de anticuerpos IgM, Detección de anticuerpos IgG
Muestra 2: Hisopado Nasal y faríngeo	Primer día del inicio de la erupción	Hasta 7 días después del inicio de la erupción	En medio de transporte viral (MTV), bien rotulado, mantener cadena de frío (2 a 8° C), ficha clínica - epidemiológica con datos completos.	Detección del RNA viral y secuenciación para la determinación del genotipo. Epidemiología molecular

Figura 1. Tipo de muestra recomendada según los días transcurridos desde la aparición de la erupción



Fuente: OPS





Prueba secuenciamiento molecular

Epidemiología molecular

Es importante la identificación del genotipo viral en un brote epidémico

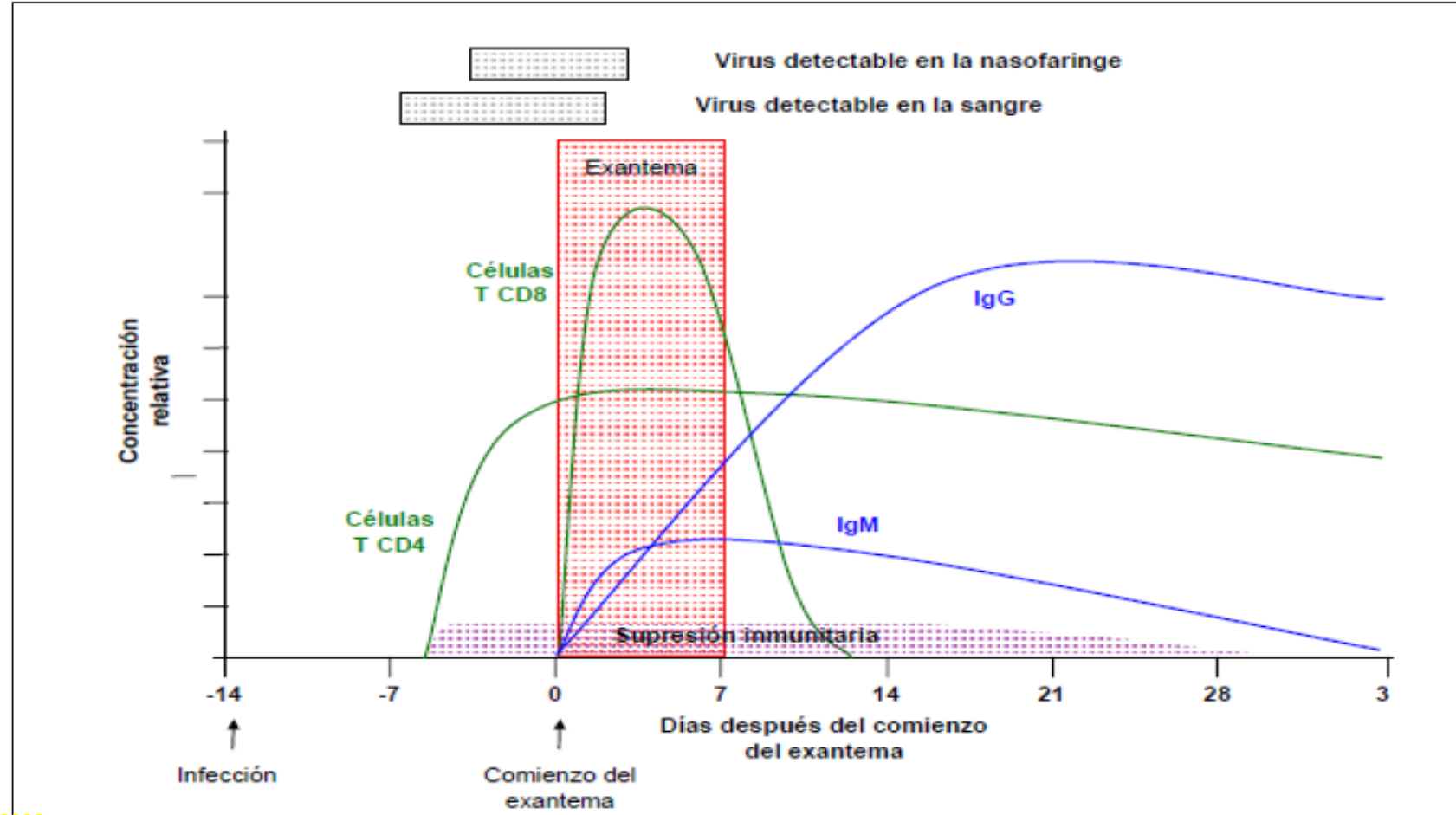
La documentación del genotipo viral permitirá:

Documentar su linaje y procedencia geográfica

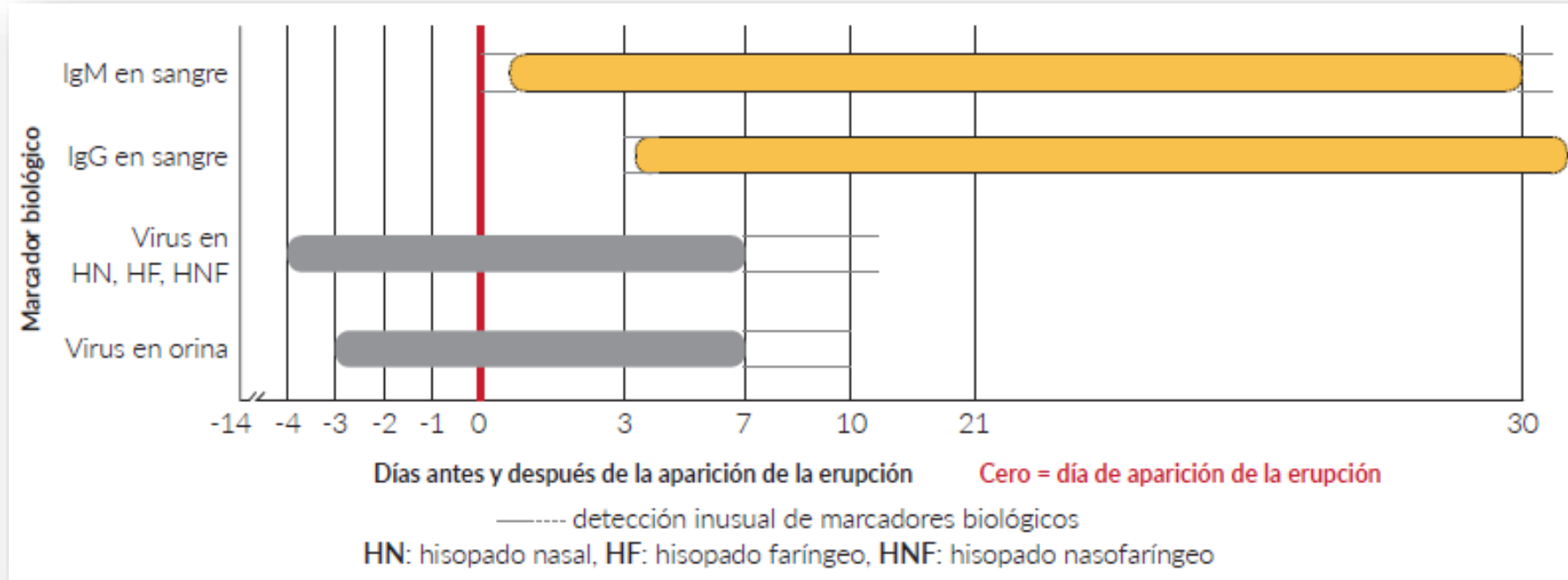
Evidenciar la presencia de múltiples importaciones

Documentar transmisión autóctona, si el mismo genotipo y linaje ha circulado por 12 meses o más en la misma región y pérdida consecuente del estado de certificación de eliminación

Respuesta inmunitaria en la infección por el virus de sarampión

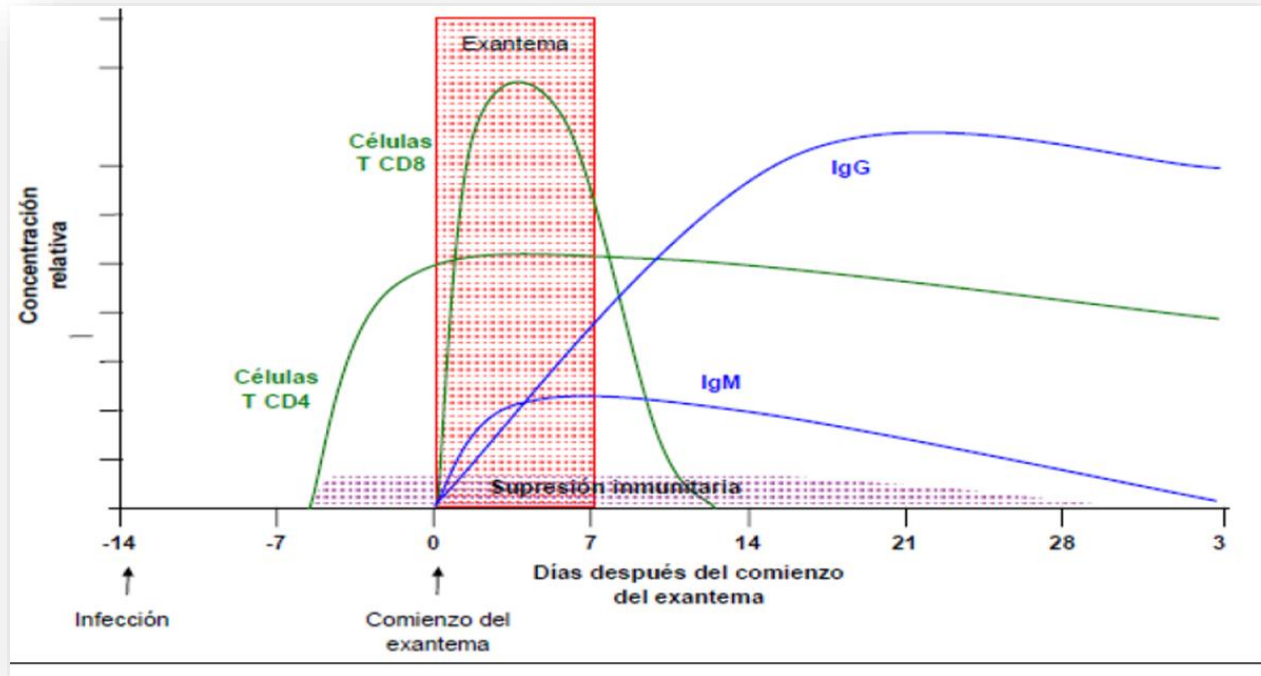


Marcadores biológicos de infección por sarampión y rubéola



Seroconversión

Un aumento significativo del título de anticuerpos IgG en dos muestras de suero , fase aguda y fase convaleciente en sueros pareados



Falsos positivos y negativos

- Puede resultar resultados falsos positivos y negativos
- Solicitar segunda muestra de sangre
- Asegurar la obtención de muestra del HNF
- La seroconversión de IgM e IgG permite confirmar el caso

La prueba IgM sigue siendo el análisis de rutina en la vigilancia epidemiológica para confirmar infección aguda.

En la interpretación de caso en el contexto de eliminación requiere que se cumpla más de uno de los criterios disponibles.

Criterios utilizados para confirmar casos de sarampión

Resultado IgM positivo:

- Debe revisarse si no ha sido vacunado 8 semanas previas a la vacunación antes de la aparición de la erupción.
- No tuvo exposición a un caso confirmado.
- No tuvo antecedentes de viaje en los 21 días anteriores a la aparición de la erupción.

En estos casos debe examinarse las variables clínicas y epidemiológicas y explorar la posibilidad de pruebas adicionales.

- a. PCR
- b. Si procede de una zona prevalente de dengue
- c. Segunda muestra.
- d. IgG

Criterios utilizados para confirmar casos de sarampión

Resultado IgM negativo: Muestra de 3 días de aparición de erupción y sospecha de fuerte de sarampión o rubeola debido a un viaje reciente o exposición reciente o no tiene antecedente de vacunación

- a. PCR
- b. Seroconversión
- c. Posibilidad de obtener segunda muestra después de 5 días de aparición la erupción

Los resultados IgM positivo en los que se sospecha un falso positivo

- a. Pruebas diferenciales
- b. Criterios clínico
- c. Criterios epidemiológicos

Nota: Cualquier resultado IgM positivos o indeterminado (valor límite en pruebas ELISA) debe ser analizado de nuevo

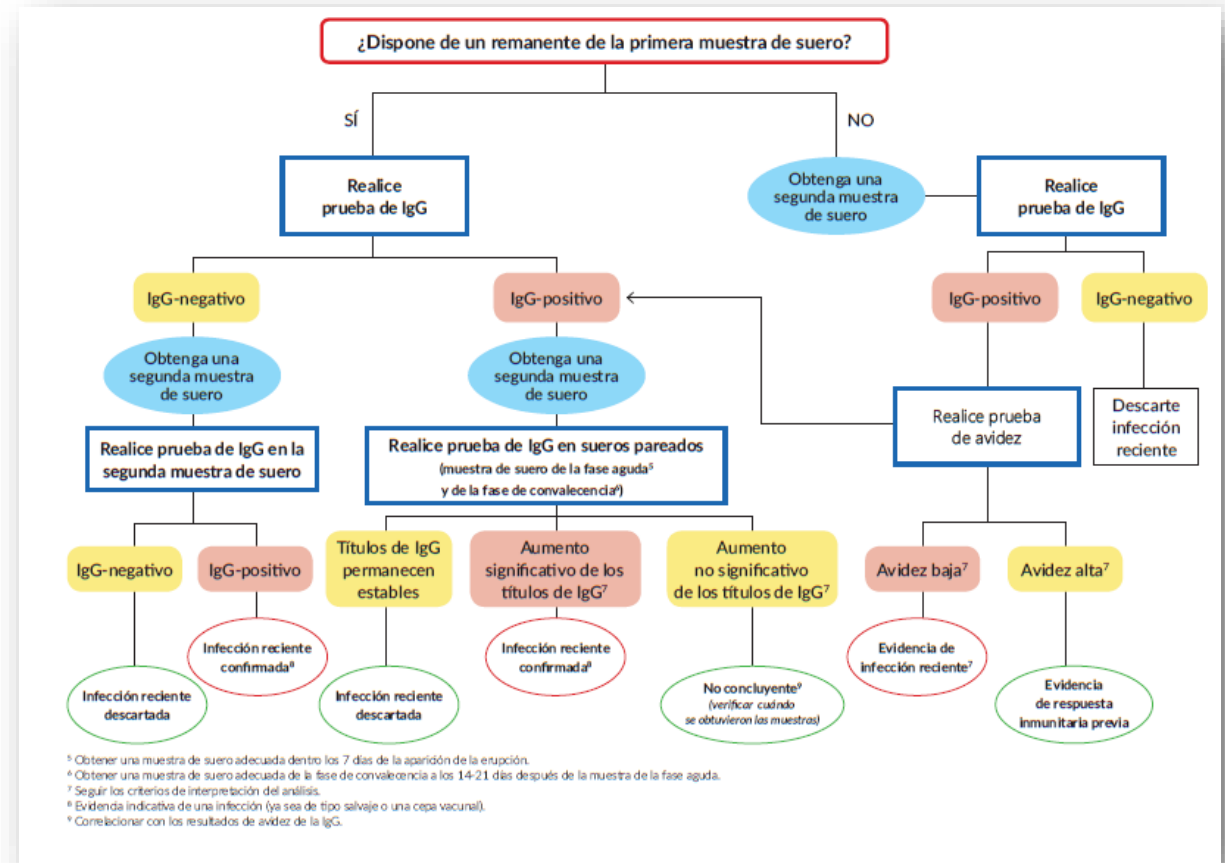
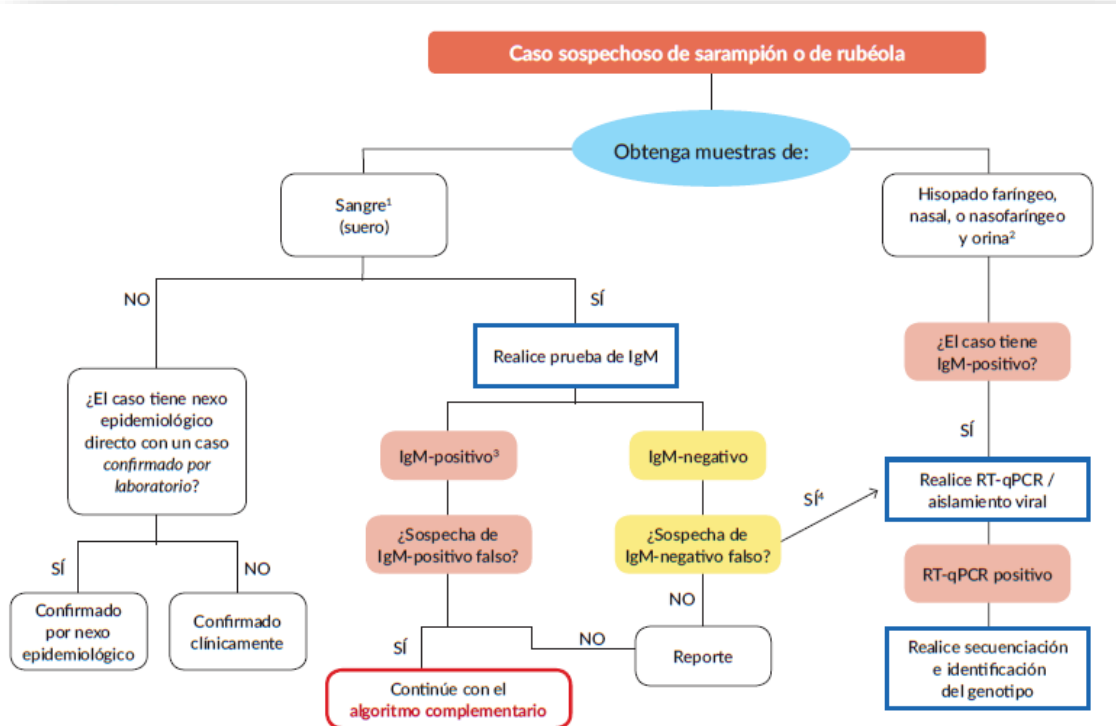
Los casos indeterminados deben seguir con los criterios para la clasificación de caso



Criterios utilizados para confirmar casos de sarampión

- Resultado específico IgM positivo
- Seroconversión o aumento del título significativo de anticuerpos IgG
- Aislamiento viral o detección de ARN mediante RT-PCR
- Detección de la secuencia genética del virus
- Nexos epidemiológicos por un caso confirmado

Algoritmo para el análisis de laboratorio



¹ Obtener una muestra de suero adecuada dentro de los 7 días de la aparición de la erupción.

² Obtener una muestra de suero adecuada de la fase de convalecencia a los 14-21 días después de la muestra de la fase aguda.

³ Seguir los criterios de interpretación del análisis.

⁴ Evidencia indicativa de una infección (ya sea de tipo salvaje o una cepa vacunal).

⁵ Correlacionar con los resultados de avidez de la IgG.

Caso 1 : IgM (+), PCR (-)

SARAMPION (✓) CIE 10: B05 RUBÉOLA () CIE 10: B06
OTRAS FEBRILES ERUPTIVAS ()

FICHA DE INVESTIGACIÓN CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICA

DEFINICIÓN OPERATIVA : Caso sospechoso
 Toda persona de cualquier edad, de quien un trabajador de salud sospecha que tiene sarampión o rubéola, o todo caso que presente fiebre y erupción maculopapular generalizada, NO vesicular.

Código de registro: _____ Fecha de identificación local del caso (o consulta): 29/05/26 Fecha de notificación de DIRESA/GERESA/DIRIS a CDC/MINSA (notificación nacional): _____ Fecha de investigación (visita domiciliaria): _____

IMPORTANTE: Puntos I al III deben ser llenados por médico tratante o personal de salud que atiende el caso

I. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD NOTIFICANTE
 DIRESA/GERESA/DIRIS: DIRIS RED: SUR MICRORED: _____ Establecimiento de salud notificante: Hospital Maria Auxiliadora
 Nombre de personal de salud que atiende al caso: Jesús Enriquez Herrera Teléfono del personal de salud: _____

II. DATOS DEL PACIENTE
 Tipo de doc. Identificación: 1 1 = DNI; 2 = Carné de extranjero; 3 = Pasaporte; 4 = Sin documento. Sexo: 1 1 = Masculino; 2 = Femenino. Fecha de nacimiento: 19/07/25 Edad: 10 meses
 N° Doc. Identificación: 904366551 Apellido: TUESTA CASTAÑEDA Nombre: JOEL JUNIOR Pueblo: _____ Etnia: MEXICO
 Ocupación: _____ Gestante: 2 1 = Si; 2 = No. N° semanas de gestación: _____ Lugar probable de parto: UMA

Domicilio actual:
 Departamento: UMA Provincia: UMA Distrito: San Juan Miraflores Localidad: La Floresta Mz G 4 11
 Dirección: La Floresta Mz G 4 11 Teléfono: 904366551 Tipo de localidad: 1 1 = Urbano; 2 = Periurbano; 3 = Rural

Si el caso procede del extranjero, indicar dirección, ciudad y país: _____

Referencia para localizar (a la altura de o cerca de: Iglesia, fundo, establecimiento comercial, etc.)
 En caso sea menor de edad, indicar:
 Nombre de madre o tutor: Katherine Castañeda Quispe Teléfono de madre o tutor: 904366551 N° Doc. Identificación de madre o tutor: 75113485

III. CUADRO CLÍNICO
 Fecha inicio fiebre: 25/05/26 Fiebre fue cuantificada: 1 1 = Si; 2 = No. Erupción cutánea: 1 1 = Si; 2 = No. Estado general: 2
 N° días duración: 4 Temperatura: 38.5 °C Fecha inicio erupción: 25/05/26 N° días duración: 4 1 = Bueno; 2 = Regular; 3 = Malo

Catarse: 1 = Si; 2 = No. Tos: 1 Coriza o rinitis: 2 Conjuntivitis: 2 Manchas de Koplik: _____ Adenopatía cervical: _____ Adenopatía retroauricular: _____

Artralgias: 1 Otros: _____ Especificar otros: _____

Describir erupción cutánea (número de días después de inicio de erupción en que caso acude a la consulta, descripción de la erupción, lugar de aparición, cronología de la aparición de la erupción cutánea, tipo de exantema, presencia de descamación y/o prurito, entre otros). Se recomienda documentar con fotografías. Ver instructivo.

IV. ANTECEDENTES VACUNALES
 Estado vacunal y evidencia: 1 1 = Vacunado; 2 = Vacunado incompleto; 3 = No vacunado; 4 = Igno; 5 = No corresponde; 6 = Sin evidencia
 Tipo de vacuna: _____ N° dosis: _____ Fecha de última dosis: _____ N° Lote: _____ Fuente de información: _____

V. LABORATORIO
 Tipo de muestra: _____ Fecha toma de muestra: _____ Fecha envío a laboratorio: _____ Resultado: _____

VI. ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS
 Tipo de vacuna: 1 = Antisarampión; 2 = Antirrubéola; 3 = Doble viral (SRV); 4 = Triple viral (SRP)
 0 = Dosis cero; 1 = Primera dosis; 2 = Segunda dosis; 88 = Dosis adicional; 99 = Desconocido
 1 = Carné de vacunación; 2 = Registro en servicio de salud

VII. ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS
 Descripción de caso: _____ Tipo de caso: _____ Si es otro, especificar: _____

VIII. ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS
 Tipo de caso: _____ Si es otro, especificar: _____

Complicaciones (1 = Si; 2 = No; 99 = Desconocido)
 Otitis media: 1 Convulsiones: 2 Neumonía: 2 Trombocitopenia: 2 Diarrea: 1 Encefalitis: 2 Otras: _____ Especificar otras: _____

Condición del paciente (1 = Si; 2 = No; 99 = Desconocido)
 Hospitalizado: 1 Fecha hospitalización: 29/05/26 Nombre de EE.SS de hospitalización: Hospital Maria Auxiliadora
 Fallecido: 2 Fecha de defunción: _____ Causa básica de defunción: _____

Atestado de defunción (antes o después de la defunción)
 1 = Si; 2 = No; 99 = Desconocido

IMPORTANTE: Puntos IV al XI deben ser llenados por personal de epidemiología

IV. INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA (llenar durante seguimiento)

CRONOLOGÍA DE SIGNOS Y SÍNTOMAS: En la primera fila de la tabla, colocar la fecha en formato dd/mm teniendo como referencia el día 0 ("X" graficada en la tabla) que corresponde a la fecha de inicio de la erupción cutánea y construya la secuencia de los días hacia atrás y adelante. Colocar una X en los días en que inició cada signo y síntoma y su duración. Documentar exantema con fotografías durante visitas domiciliarias. Ver instructivo.

Signos y síntomas	FECHA dd/mm	DIAS
		-10 -9 -8 -7 -6 -5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Erupción		
Fiebre		
Tos		
Conjuntivitis		
Coriza o Rinitis		
Manchas de Koplik		
Adenopatía retroauricular		
Adenopatía cervical		
Artralgias		
Otros		
Especificar		

Ampliación de descripción de erupción cutánea (lugar de aparición, tipo de exantema, presencia de descamación y/o prurito, entre otros). Se recomienda documentar con fotografías la evolución del exantema (cara, cuello, tórax, abdomen, extremidades (palmas, plantas). Colocar en imagen secuencia de erupción cutánea. Ver instructivo.

Sombrear las zonas del cuerpo de acuerdo a la cronología de la presentación del exantema:

DÍA 1 **DÍA 3** **DÍA 5** **DÍA 7**

V. LABORATORIO

Tipo de muestra	Tubo muestra				Sero muestra			
	Fecha toma de muestra	Fecha envío a laboratorio	Fecha recepción	Resultado	Fecha toma de muestra	Fecha envío a laboratorio	Fecha recepción	Resultado
Suero	<u>25/05/26</u>	<u>25/05/26</u>	<u>25/05/26</u>	<u>1</u>				
Responso nasofaríngeo	<u>25/05/26</u>	<u>25/05/26</u>	<u>25/05/26</u>	<u>1</u>				
Otro*								

* A solicitud de IMS; ** De acuerdo a lo consignado en NETLAB

VI. ANTECEDENTES VACUNALES
 Solo considerar dosis de vacuna con componente antisarampión (SRP, SR, ASA) documentadas en carné de vacunación, si no hubiera carné y exista referencia verbal de vacunación, investigar en archivos de establecimiento de salud donde se vacunó o centro educativo inicial (nido o guardería). Documentar carné de vacunación con fotografía. Ver instructivo.

Estado vacunal y evidencia: 1 1 = Vacunado; 2 = Vacunado incompleto; 3 = No vacunado; 4 = Igno; 5 = No corresponde; 6 = Sin evidencia
 Tipo de vacuna: _____ N° dosis: _____ Fecha de última dosis: _____ N° Lote: _____ Fuente de información: _____

* Tipo de vacuna: 1 = Antisarampión; 2 = Antirrubéola; 3 = Doble viral (SRV); 4 = Triple viral (SRP)
 0 = Dosis cero; 1 = Primera dosis; 2 = Segunda dosis; 88 = Dosis adicional; 99 = Desconocido
 1 = Carné de vacunación; 2 = Registro en servicio de salud

VII. ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS
 Descripción de caso: _____ Tipo de caso: _____ Si es otro, especificar: _____

Caso es contacto de otro caso confirmado: 1 1 = Si; 2 = No; 99 = Desconocido
 Caso tuvo contacto con gestante en primeros 20 semanas: 1 1 = Si; 2 = No; 99 = Desconocido

Importante: Puntos I al III deben ser llenados por médico tratante o personal de salud que atiende el caso

I. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD NOTIFICANTE
 DIRESA/GERESA/DIRIS: DIRIS RED: SUR MICRORED: _____ Establecimiento de salud notificante: Hospital Maria Auxiliadora
 Nombre de personal de salud que atiende al caso: Jesús Enriquez Herrera Teléfono del personal de salud: _____

II. DATOS DEL PACIENTE
 Tipo de doc. Identificación: 1 1 = DNI; 2 = Carné de extranjero; 3 = Pasaporte; 4 = Sin documento. Sexo: 1 1 = Masculino; 2 = Femenino. Fecha de nacimiento: 19/07/25 Edad: 10 meses
 N° Doc. Identificación: 904366551 Apellido: TUESTA CASTAÑEDA Nombre: JOEL JUNIOR Pueblo: _____ Etnia: MEXICO
 Ocupación: _____ Gestante: 2 1 = Si; 2 = No. N° semanas de gestación: _____ Lugar probable de parto: UMA

Domicilio actual:
 Departamento: UMA Provincia: UMA Distrito: San Juan Miraflores Localidad: La Floresta Mz G 4 11
 Dirección: La Floresta Mz G 4 11 Teléfono: 904366551 Tipo de localidad: 1 1 = Urbano; 2 = Periurbano; 3 = Rural

Si el caso procede del extranjero, indicar dirección, ciudad y país: _____

Referencia para localizar (a la altura de o cerca de: Iglesia, fundo, establecimiento comercial, etc.)
 En caso sea menor de edad, indicar:
 Nombre de madre o tutor: Katherine Castañeda Quispe Teléfono de madre o tutor: 904366551 N° Doc. Identificación de madre o tutor: 75113485

III. CUADRO CLÍNICO
 Fecha inicio fiebre: 25/05/26 Fiebre fue cuantificada: 1 1 = Si; 2 = No. Erupción cutánea: 1 1 = Si; 2 = No. Estado general: 2
 N° días duración: 4 Temperatura: 38.5 °C Fecha inicio erupción: 25/05/26 N° días duración: 4 1 = Bueno; 2 = Regular; 3 = Malo

Catarse: 1 = Si; 2 = No. Tos: 1 Coriza o rinitis: 2 Conjuntivitis: 2 Manchas de Koplik: _____ Adenopatía cervical: _____ Adenopatía retroauricular: _____

Artralgias: 1 Otros: _____ Especificar otros: _____

Describir erupción cutánea (número de días después de inicio de erupción en que caso acude a la consulta, descripción de la erupción, lugar de aparición, cronología de la aparición de la erupción cutánea, tipo de exantema, presencia de descamación y/o prurito, entre otros). Se recomienda documentar con fotografías. Ver instructivo.

IV. ANTECEDENTES VACUNALES
 Estado vacunal y evidencia: 1 1 = Vacunado; 2 = Vacunado incompleto; 3 = No vacunado; 4 = Igno; 5 = No corresponde; 6 = Sin evidencia
 Tipo de vacuna: _____ N° dosis: _____ Fecha de última dosis: _____ N° Lote: _____ Fuente de información: _____

V. LABORATORIO
 Tipo de muestra: _____ Fecha toma de muestra: _____ Fecha envío a laboratorio: _____ Resultado: _____

VI. ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS
 Tipo de vacuna: 1 = Antisarampión; 2 = Antirrubéola; 3 = Doble viral (SRV); 4 = Triple viral (SRP)
 0 = Dosis cero; 1 = Primera dosis; 2 = Segunda dosis; 88 = Dosis adicional; 99 = Desconocido
 1 = Carné de vacunación; 2 = Registro en servicio de salud

VII. ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS
 Descripción de caso: _____ Tipo de caso: _____ Si es otro, especificar: _____

Caso es contacto de otro caso confirmado: 1 1 = Si; 2 = No; 99 = Desconocido
 Caso tuvo contacto con gestante en primeros 20 semanas: 1 1 = Si; 2 = No; 99 = Desconocido

Complicaciones (1 = Si; 2 = No; 99 = Desconocido)
 Otitis media: 1 Convulsiones: 2 Neumonía: 2 Trombocitopenia: 2 Diarrea: 1 Encefalitis: 2 Otras: _____ Especificar otras: _____

Condición del paciente (1 = Si; 2 = No; 99 = Desconocido)
 Hospitalizado: 1 Fecha hospitalización: 29/05/26 Nombre de EE.SS de hospitalización: Hospital Maria Auxiliadora
 Fallecido: 2 Fecha de defunción: _____ Causa básica de defunción: _____

Atestado de defunción (antes o después de la defunción)
 1 = Si; 2 = No; 99 = Desconocido

FIE: 25/05/2026
 FOM: 05/06/2026
 FOM HNF: 29/05/2026
 FOV: sin evidencia

Caso 2 : IgM (+), IgG (+), PCR (-)

 PERU Ministerio de Salud	Ministerio Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades	SARAMPION () CIE 10: B05 RUCO OTRAS FEBRILES ERUPTIVAS 6052500263, 47 SECRETARIA NACIONAL DE REGISTRO 13.11.00
FICHA DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA EPIDEMIOLÓGICA		
DEFINICION OPERATIVA : Caso sospechoso Toda persona de cualquier edad, de quién un trabajador de salud sospecha que tiene sarampión o rubéola, o todo caso que presente fiebre y erupción maculopapular generalizada, NO vesicular.		
Código de registro	Fecha de identificación local del caso (o consulta)	Fecha de notificación de DIRESAG/GERESA/DIRIS a CDC/MINSA (notificación nacional)
	2503, 26	
Fecha de investigación (visita domiciliar)		
IMPORTANTE: Puntos I al III deben ser llenados por médico tratante o personal de salud que atiende el caso		
I. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD NOTIFICANTE		
DIRESA/GERESA/DIRIS	RED	MICRORED
Nombre de personal de salud que atiende el caso:		Establecimiento de salud notificante
Sandoz SMIU		Sandoz SMIU
		Teléfono del personal de salud
		943175144
II. DATOS DEL PACIENTE		
Tipo de documento	Sexo	Fecha de nacimiento
1 = DNI; 2 = Carné de extranjero; 3 = Pasaporte; 4 = Sin documento	1 = Masculino; 2 = Femenino	01/09/24
		Edad: 1 AÑO.
Apellidos: Vicente Treco		Nombre: Ana Paula
93960654		Pueblo étnico:
		Emis:
Gestación: 2 1 = SI; 2 = No		N° semanas de gestación:
		Lugar probable de parto:
Domicilio actual:		
Departamento: Lima Provincia: Lima Distrito: Rímac		
Dirección: Calle 69, H2 B-22, CT 10		
Teléfono: 991700225		
Si el caso procede del extranjero, indicar dirección, ciudad y país:		
Referencia para localizar (a la altura de o cerca de: Iglesia, fundo, establecimiento comercial, etc.):		
D 2000 Colono Huancayo		
En caso sea menor de edad, indicar:		
Nombre de madre o tutor: Sandoz Vicente Treco Teléfono de madre o tutor: 991700225		
III. CUADRO CLÍNICO		
Fecha inicio fiebre: 21/03/26 Fiebre fue cuantificada: 1 = SI; 2 = No		Erupción cutánea:
N° días duración: (4) Temperatura 39.0 °C		Fecha inicio erupción: 21/03/26
Local: 1 = SI; 2 = No		
Tos: 1 Coriza o rinitis: 1 Conjuntivitis: Manchas de Koplik:		
Artralgias: Otros: Especificar otros:		
Describir erupción cutánea (número de días después de inicio de erupción en que caso se observó aparición, cronología de la aparición de la erupción cutánea, tipo de exantema, presencia de fotosensibilización). Ver instructivo.		
Paciente con fiebre, tos, lagrimeo, adenopatías, manifestando el rash maculopapular, afección de la cara, tronco y extremidades inferiores, se generaliza a cuerpo y cara.		
Complicaciones (1 = SI; 2 = No; 99 = Desconocido)		
Otitis media: 1 Convulsiones: 1 Neumonía: 1 Trombocitopenia: 1 Diarrea: 1 Encefalitis: 1 Otros:		
Condición del paciente (1 = SI; 2 = No; 99 = Desconocido)		
Hospitalizado: X Fecha hospitalización: 25/03/26		Nombre de EE.SS. de hospitalización:
		Sandoz SMIU
Fallecido: 1 Fecha de defunción: / /		Causa básica de defunción:
Antecedente de vacunación contra sarampión: 1 1 = SI; 2 = No; 99 = Desconocido		

IMPORTANTE: Puntos IV al XI deben ser llenados por personal de epidemiología

IV. INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA (llenar durante seguimiento)

CRONOLOGÍA DE SIGNOS Y SÍNTOMAS: En la primera fila de la tabla, colocar la fecha en formato dd/mm teniendo como referencia el día 0 ("X" graficada en la tabla) que corresponde a la fecha de inicio de la erupción cutánea y construya la secuencia de los días hacia atrás y adelante. Colocar una X en los días en que inició cada signo y síntoma y su duración. Documentar exantema con fotografías durante visitas domiciliarias. Ver instructivo.

Signos y síntomas	FECHA, dd/mm																				
	DÍAS																				
	-10	-9	-8	-7	-6	-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Erupción							X	X	X	X	X										
Fiebre							X	X	X	X	X										
Tos				X																	
Conjuntivitis																					
Coriza o Rinorrea				X																	
Manchas de Koplik																					
Adenopatía retroauricular																					
Adenopatía cervical																					
Artralgias																					
Otros							X	X	X	X	X										

Ampliación de descripción de erupción cutánea (lugar de aparición, tipo de exantema, presencia de descamación y/o grúñido, entre otros). Se recomienda documentar con fotografías la evolución del exantema (cara, cuello, tórax, abdomen, extremidades (palmas, plantas). Colocar en imagen secuencia de erupción cutánea. Ver instructivo.

Sombrear las zonas del cuerpo de acuerdo a la cronología de la presentación del exantema:

DÍA 1

DÍA 3

DÍA 5

DÍA 7

V. LABORATORIO

Tipo de muestra	1ra muestra										2da muestra									
	Fecha toma de muestra	Fecha envío LRLRL a INS	Fecha recepción INS*	PCR	Fecha resultado	Gravito	RDT	Fecha resultado	IG	Fecha resultado	Fecha toma de muestra	Fecha envío LRLRL a INS	Fecha recepción INS*	IG	Fecha resultado	IG	Fecha resultado			
Sero	26/05/20																			
Hispada nasal y faryngea	26/05/20																			
Oral**																				

* A solicitud de INS. ** De acuerdo a lo consignado en NET-AR

VI. ANTECEDENTES VACUNALES

Sólo consignar dosis de vacuna con componente antirrábico (SRP, SR, ASA) documentadas en carné de vacunación, si no hubiera carné y existe referencia verbal de vacunación, investigar en archivos de establecimiento de salud donde se vacunó o centro educativo inicial (nido o guardería). Documentar carné de vacunación con fotografía. Ver instructivo.

Estado vacunal y cobertura: ☒ 1 = Vacunado; 2 = Vacunado incompleto; 3 = No vacunado; 4 = Ignorado; 5 = No correspondiente; 6 = Sin información

Tipo de vacuna: SRP N° dosis: 1º Fecha de última dosis: 26/05/20 N° Lote: Fuente de información: EE. SS donde se vacunó:

* Tipo de vacuna: 1 = Antirrábica; 2 = Antituberculosa; 3 = Doble viral (SR, 4 = Triple viral (SRP)
 ** 0 = Dosis cero; 1 = Primera dosis; 2 = Segunda dosis; 66 = Dosis adicional; 99 = Desconocido
 *** 1 = Carné de vacunación; 2 = Registro en servicio de salud

VII. ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

Captación del caso: ☐ 1 = Casos; 2 = Laboratorio; 3 = Búsqueda activa institucional; 4 = Búsqueda activa comunitaria; 5 = Investigación de contactos; 6 = Casos reportados en comunidad; 66 = Otro; 99 = Desconocido

Caso es contacto de otro caso conocido: ☐ 1 = SI; 2 = No; 99 = Desconocido

Caso fue contactado con gestante en primeros 30 semanas: ☐ 1 = SI; 2 = No; 99 = Desconocido

Si es caso, especificar:

[illegible]

FIE: 21/05/2026

FOM: 1ra muestra26/05/2026

FOM 2da muestra: 06/06/2026

1ra muestra: 1047 mIU/mL

2da muestra:3902

*mIU/mL Se evidencia
incremento significativo
del título de anticuerpos*

Caso 4 : IgM (-), IgG (+), PCR (+)

	PERU Ministerio de Salud	Centro Nacional de Emergencias Médicas Control de Epidemiología	SARAMPION (X) CIE 10: B05 OTRAS FIEBRES ERUPTIVAS () CIE 10: B08 FECHA DE INVESTIGACIÓN CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICA	
DEFINICION OPERATIVA : Caso sospechoso Toda persona de cualquier edad, de quién un trabajador de salud sospecha que tiene sarampión o rubéola, o todo caso que presente fiebre y erupción maculopapular generalizada, NO vesicular.				
Código de registro	Fecha de identificación local del caso (o consulta)	Fecha de notificación de DISEASERAGERSADURS a CDCMINSA (notificación nacional)	Fecha de investigación (visita domiciliaria)	
	12.06.26	1	1	
IMPORTANTE: Puntos I al III deben ser llenados por médico tratante o personal de salud que atiende el caso				
I. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD NOTIFICANTE				
DIRESA GERENSAVIRUS	RED	MICRORED	Establecimiento de salud notificante	CHI Manuel Barreto
Nombre de personal de salud que atiende el caso			Teléfono del personal de salud	
Dra. Victoria Novens Senda				
II. DATOS DEL PACIENTE				
Tipo de doc. Identidad:	1 = DNI; 2 = Cero de extranjero; 3 = Pasaporte; 4 = Sin documento	Sexo:	1 = Masculino; 2 = Femenino	Fecha de nacimiento:
	1	2		20.08.2019
Nº Doc. Identidad:	Apellidos:	Nombres:		Punto de atención:
91482322	Silveira Huaytalla	Brena Victoria		Etnia:
Categoría:	Gestación:	Nº semanas de gestación:	Lugar probable de parto:	
Escolar	2	1 = SI; 2 = No		
Domicilio actual:				
Departamento: Lima Provincia: Lima Distrito: San Juan de Miraflores Localidad:				
Dirección: Mz 93 Lt 2 Sector Los Angeles Res. Amplección Los Angeles				
Teléfono: 954995396 Tipo de localidad: 1 1 = Urbana; 2 = Poblado; 3 = Rural				
Si el caso precede del extranjero, indicar dirección, ciudad y país:				
Referencia para localizar (a la albuja de o cerca de: Iglesia, fundo, establecimiento comercial, etc.)				
En caso sea menor de edad, indicar:				
Nombre de madre o tutor: Yesica Huaytalla Escobar Teléfono de madre o tutor: 954995396 Nº Doc. Identidad de madre o tutor: 72189922				
III. CUADRO CLÍNICO				
Fecha inicio fiebre: 10.06.26 Fiebre fue clasificada: 2 1 = SI; 2 = No		Erupción cutánea: 1 1 = SI; 2 = No		Estado general: 1
Nº días duración: (2) Temperatura: °C		Fecha inicio erupción: 12.06.26 Nº días duración: ()		1 = Buena; 2 = Regular; 3 = Mala
Género: 1 = SI; 2 = No				
Tos	2	Corteo o rinorrea	1	Conjuntivitis
Antrax	2	Cere	2	Mordida de Rojo
Adenopatías cervicales		1	Adenopatías retroauriculares	
Adenopatías cervicales		1	Adenopatías retroauriculares	
Adenopatías cervicales		1	Adenopatías retroauriculares	
Descripción erupción cutánea (número de días después de inicio de erupción en que caso acude a la consulta y se está realizando la descripción, lugar de aparición, cronología de la aparición de la erupción cutánea, tipo de erupción, presencia de descamación y/o prurito, entre otros). Se recomienda documentar con fotografías. Ver instructivo.				
Complicaciones (1 = SI; 2 = No; 99 = Desconocido)				
Otitis media 2 Consecuencias 2 Neumonía 2 Trombocitopenia 2 Diarrea 2 Errores 2 Otros				
Condición del paciente (1 = SI; 2 = No; 99 = Desconocido)				
Hospitalizado 2 Fecha hospitalización: / /				
Fallecido 2 Fecha de defunción: / /				
Casero histórico de defunción:				

[illegible]

Fecha de ingreso: _____ Fecha de salida: _____

Por favor complete el cuestionario antes de salir. Este cuestionario debe ser devuelto al personal de la oficina de la policía.

La respuesta debe ser en español. El cuestionario debe ser devuelto en español.

VI. LUGAR PROBABLE DE INFECCIÓN (CONSIDERAR ENTRE 7 A 30 DÍAS ANTES DEL INICIO DE ERUPCIÓN CUTANEA)

Lugar y institución	Dirección	Localidad/Ciudad	Provincia	Departamento	Indicador de gravedad (si aplica)	Tempo de permanencia en este (días)
Hogar	Av 43 12345 de la Ayuda	PSM	Lima	Lima		
Casa de abuelo	Av 43 12345 de la Ayuda	PSM	Lima	Lima		
Colegio		PSM	Lima	Lima		

7. ¿Fue a Hogar? ☐ **8. ¿Fue a Colegio?** ☐ **9. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **10. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **11. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **12. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **13. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **14. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **15. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **16. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **17. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **18. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **19. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **20. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **21. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **22. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **23. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **24. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **25. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **26. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **27. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **28. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **29. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **30. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **31. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **32. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **33. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **34. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **35. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **36. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **37. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **38. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **39. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **40. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **41. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **42. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **43. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **44. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **45. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **46. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **47. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **48. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **49. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **50. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **51. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **52. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **53. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **54. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **55. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **56. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **57. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **58. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **59. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **60. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **61. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **62. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **63. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **64. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **65. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **66. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **67. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **68. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **69. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **70. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **71. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **72. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **73. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **74. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **75. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **76. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **77. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **78. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **79. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **80. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **81. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **82. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **83. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **84. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **85. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **86. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **87. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **88. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **89. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **90. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **91. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **92. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **93. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **94. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **95. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **96. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **97. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **98. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **99. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **100. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **101. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **102. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **103. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **104. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **105. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **106. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **107. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **108. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **109. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **110. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **111. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **112. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **113. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **114. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **115. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **116. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **117. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **118. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **119. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **120. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **121. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **122. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **123. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **124. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **125. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **126. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **127. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **128. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **129. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **130. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **131. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **132. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **133. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **134. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **135. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **136. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **137. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **138. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **139. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **140. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **141. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **142. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **143. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **144. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **145. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **146. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **147. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **148. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **149. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **150. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **151. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **152. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **153. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **154. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **155. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **156. ¿Fue a Casa de abuelo?** ☐ **157. ¿Fue a Casa de**

FIE: 12/06/2026

FOM: 12/06/2026

FV: Sin evidencia

Conclusiones

- El sarampión y la rubéola son enfermedades prevenibles con vacuna segura y efectiva.
- La vigilancia epidemiológica es esencial para la eliminación. Es importante la buena obtención de muestras
- Los avances han sido significativos, pero frágiles.
- La disminución en coberturas vacunales genera reemergencia.

