
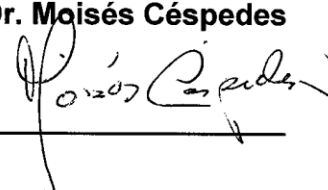
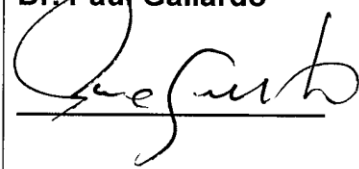
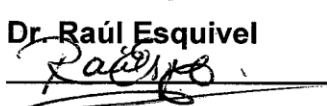



HOSPITAL DEL NIÑO DR. JOSÉ RENÁN ESQUIVEL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
SERVICIO DE PEDIATRÍA SERVICIO DE INFECTOLOGÍA
PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE SARAMPIÓN


MAYO 2026

ELABORADO POR: Dr. Edgar Carrasco  _____	REVISADO POR: Dr. Moisés Céspedes  _____	APROBADO: Dr. Paul Gallardo  _____
Dr. Raúl Esquivel  _____		

	Hospital del Niño Dr. José Renán Esquivel	CÓDIGO: PR -19-01	Página 2 de 28
	Título: Protocolo de Atención de Sarampión	Edición: Mayo 2026	
	Elaborado: Dr. Edgar Carrasco, Dr. Raúl Esquivel	Revisión N°	
	Aprobado: Dr. Paul Gallardo Director	Revisado: Dr. Moisés Céspedes Subdirector	

CONTENIDO

1. AUTORES
2. REVISORES
3. DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES
4. CODIFICACIÓN SEGÚN CIE-10
5. JUSTIFICACIÓN
6. EPIDEMIOLOGÍA
7. ALCANCE
8. OBJETIVOS
9. DEFINICIÓN
10. MANIFESTACIONES CLÍNICAS
11. DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE MUESTRAS
12. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL
13. CRITERIOS DE HOSPITALIZACIÓN
14. MANEJO INICIAL DE CASO SOSPECHOSO
15. TRATAMIENTO
16. PRONÓSTICO
17. CRITERIOS DE ALTA
18. RECOMENDACIONES DE EGRESO
19. MEDIDAS PREVENTIVAS
20. LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DL ÁREA DE ATENCIÓN DE PACIENTES
CON SOSPECHA DE SARAMPIÓN
21. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS
22. ANEXOS

	Hospital del Niño Dr. José Renán Esquivel	CÓDIGO: PR -19-01	Página 3 de 28
	Título: Protocolo de Atención de Sarampión	Edición: Mayo 2026	
	Elaborado: Dr. Edgar Carrasco, Dr. Raúl Esquivel	Revisión N°	
	Aprobado: Dr. Paul Gallardo Director	Revisado: Dr. Moisés Céspedes Subdirector	

1. AUTORES

Dr. Edgar Carrasco, Pediatra;
Dr. Raúl Esquivel Suman Pediatra Infectólogo / Epidemiólogo

2. **REVISORES:** Subdirección, Unidad de Prevención y Control de Infecciones, Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente.

3. DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

Los autores de este protocolo declaran no presentar conflictos de interés en su elaboración.

4. Codificación de Diagnósticos para Sarampión y sus Complicaciones según CIE-10: 2019

B05 Sarampión con y sin complicaciones:

B05.0 Sarampión complicado por encefalitis

B05.1 Sarampión complicado por meningitis

B05.2 Sarampión complicado por neumonía

B05.3 Sarampión complicado por otitis media

B05.4 Sarampión con complicaciones intestinales

B05.8 Sarampión con otras complicaciones

B05.9 Sarampión sin complicaciones


A81.1 Pan encefalitis esclerosante subaguda

5. JUSTIFICACIÓN

Panamá ha mantenido la interrupción de la transmisión autóctona del sarampión desde 1995, como resultado de estrategias sostenidas de inmunización, vigilancia epidemiológica activa y fortalecimiento de la atención sanitaria, particularmente en la población pediátrica. Este logro ha permitido conservar un estatus de control efectivo de la enfermedad a nivel nacional durante décadas.

No obstante, el contexto epidemiológico regional actual, caracterizado por la reemergencia del sarampión en la Región de las Américas, plantea un nuevo escenario de riesgo para el país. El incremento sostenido de casos en la región, asociado a brotes en múltiples países, se ve potenciado por factores como el aumento de la movilidad internacional, los flujos migratorios y la conectividad geográfica de Panamá como punto de tránsito regional.

En la actualidad, el país se encuentra en una situación de vulnerabilidad frente a la importación de casos, lo que implica el riesgo de reintroducción del virus y

	Hospital del Niño Dr. José Renán Esquivel	CÓDIGO: PR -19-01	Página 4 de 28
	Título: Protocolo de Atención de Sarampión	Edición: Mayo 2026	
	Elaborado: Dr. Edgar Carrasco, Dr. Raúl Esquivel	Revisión N°	
	Aprobado: Dr. Paul Gallardo Director	Revisado: Dr. Moisés Céspedes Subdirector	

potencial establecimiento de cadenas de transmisión si no se implementan medidas oportunas de detección, aislamiento y control. Por ello, se hace necesario reforzar la capacidad de sospecha clínica, la notificación inmediata y la respuesta epidemiológica ante casos sospechosos, como parte de una estrategia integral para prevenir la reemergencia de la enfermedad en el territorio nacional.

6. EPIDEMIOLOGIA


El sarampión es una enfermedad de comportamiento epidemiológico dinámico, estrechamente relacionado con la cobertura vacunal y la interacción entre la importación de casos y la susceptibilidad acumulada en la población. A nivel global, continúa siendo un problema relevante de salud pública, con una estimación de 10,3 millones de casos y más de 100.000 muertes en 2023, reflejando una reemergencia posterior a los avances alcanzados entre 2000 y 2016, asociada principalmente a la disminución de las coberturas de vacunación y a brechas en la vigilancia epidemiológica.

En la Región de las Américas, pese a haberse logrado la interrupción de la transmisión endémica en 2002 y su certificación en 2016, el estatus de eliminación se perdió en 2025 debido a brotes sostenidos vinculados a la importación de casos y a la presencia de poblaciones con baja cobertura vacunal. Durante ese año se confirmaron 14.891 casos, incluyendo 29 defunciones, lo que representó un incremento significativo respecto al año previo. En las primeras semanas epidemiológicas de 2026 (SE 1 a SE 3), ya se habían notificado 1.031 casos adicionales, evidenciando una aceleración en la transmisión regional.

El período de incubación de la enfermedad es de 7-14 días (promedio 10-12 días). Esta infección se caracteriza por su alta transmisibilidad, con un número reproductivo básico (R_0) estimado entre 12 y 18, lo que la posiciona entre las enfermedades infecciosas más contagiosas en humanos. La transmisión ocurre principalmente por vía aérea, a través de aerosoles y gotitas respiratorias, con la capacidad del virus de permanecer viable en el aire hasta por dos horas en espacios cerrados. El período de contagiosidad en inmunocompetentes se ubica entre 4 días antes del exantema y 4 días después de su aparición. Tras la exposición, hasta el 90% de los individuos susceptibles desarrollarán la infección.

La mayoría de los casos se presentan en individuos no vacunados o con estado vacunal desconocido, y aunque una proporción menor corresponde a importaciones directas, la mayoría se asocia epidemiológicamente a estos eventos, lo que demuestra la alta capacidad de diseminación del virus en poblaciones susceptibles.

Basado en lo anterior, todo caso sospechoso debe considerarse un evento de importancia epidemiológica, requiriendo identificación temprana, notificación

	Hospital del Niño Dr. José Renán Esquivel	CÓDIGO: PR -19-01	Página 5 de 28
	Título: Protocolo de Atención de Sarampión	Edición: Mayo 2026	
	Elaborado: Dr. Edgar Carrasco, Dr. Raúl Esquivel	Revisión N°	
	Aprobado: Dr. Paul Gallardo Director	Revisado: Dr. Moisés Céspedes Subdirector	

inmediata y activación de medidas de control, independientemente de la confirmación diagnóstica, con el fin de prevenir la transmisión intrahospitalaria y comunitaria.

7. ALCANCE

Este protocolo establece los lineamientos para el abordaje diagnóstico, manejo clínico y control epidemiológico del paciente pediátrico con sospecha o confirmación de sarampión atendido en el Hospital del Niño Dr. José Renán Esquivel y va dirigido a todo el personal de salud que brinde atención para pacientes con sospecha de esta entidad clínica.

8. OBJETIVOS

1. Proveer una guía para el abordaje clínico, diagnóstico, terapéutico y preventivo de los casos de sarampión en nuestra institución.
2. Establecer de forma integrada los lineamientos para el abordaje epidemiológico de los casos de sarampión y sus contactos que se identifiquen en la institución.

9. DEFINICIÓN

Infección viral sistémica aguda manifestada clínicamente como una enfermedad exantemática causada por un virus ARN monocatenario con envoltura, perteneciente a la familia *Paramyxoviridae* del género *Morbillivirus*.

10. MANIFESTACIONES CLÍNICAS

El sarampión presenta un curso clínico de carácter fásico y dinámico, por lo que su identificación requiere la integración sistemática de hallazgos temporales, semiológicos y epidemiológicos.


Sarampión clásico

La forma clásica de la enfermedad se caracteriza por una fase prodrómica y una fase exantemática.

Fase prodrómica

Inicia habitualmente entre los 7 y 14 días posteriores a la infección, con una duración promedio de 2 a 4 días, pudiendo extenderse hasta 8 días en algunos casos. Se caracteriza por:

- Fiebre de 38–40 °C
- Tos, generalmente seca
- Rinitis con secreción serosa o mucopurulenta
- Conjuntivitis no purulenta, que puede acompañarse de epífora y fotofobia

	Hospital del Niño Dr. José Renán Esquivel	CÓDIGO: PR -19-01	Página 6 de 28
	Título: Protocolo de Atención de Sarampión	Edición: Mayo 2026	
	Elaborado: Dr. Edgar Carrasco, Dr. Raúl Esquivel	Revisión N°	
	Aprobado: Dr. Paul Gallardo Director	Revisado: Dr. Moisés Céspedes Subdirector	

Durante esta fase puede observarse un enantema característico (manchas de Koplik), descrito como lesiones puntiformes blanquecinas, grisáceas o azuladas, no confluentes, sobre una base eritematosa en la mucosa yugal, con predominio en la región molar. Estas lesiones:

- Son altamente sugestivas y, cuando están presentes, se consideran patognomónicas.
- No se observan en todos los pacientes.
- Tienen una duración aproximada de 12 a 72 horas.
- Habitualmente desaparecen al inicio de la fase exantemática.
- En menor proporción, pueden persistir o aparecer hasta 2 días posteriores al inicio del exantema.
- Pueden extenderse ocasionalmente a paladar duro, blando u otras áreas de la mucosa oral.

Fase exantemática

Inicia generalmente 2 a 4 días después del comienzo de la fiebre. Se caracteriza por la aparición de un exantema maculopapular eritematoso, que blanquea a la presión en fases iniciales, con:

- Inicio en cara, línea de implantación capilar y región retroauricular.
- Extensión progresiva cefalocaudal y centrífuga hacia tronco y extremidades.
- Tendencia a la confluencia, especialmente en región torácica central.
- Evolución en 4 a 7 días, con posible cambio de coloración a tonalidades cobrizas o marronáceas, pudiendo perder la capacidad de palidecer.

En pacientes inmunocomprometidos, el exantema puede ser atípico o incluso estar ausente, lo que dificulta la sospecha clínica.


Durante esta fase persisten los síntomas respiratorios, principalmente la tos, y pueden coexistir con linfadenitis, faringitis, conjuntivitis o diarrea.

La persistencia de fiebre, especialmente entre el segundo y tercer día del exantema, debe sugerir sospecha de presencia de complicaciones, particularmente sobreinfección bacteriana o formas clínicas no clásicas.

Fase de recuperación

Se caracteriza por:

- Resolución progresiva del exantema en el mismo orden de aparición
- Descamación fina, más evidente en algunos pacientes
- Tos residual, que puede persistir hasta dos semanas posteriores al inicio del cuadro

	Hospital del Niño Dr. José Renán Esquivel	CÓDIGO: PR -19-01	Página 7 de 28
	Título: Protocolo de Atención de Sarampión	Edición: Mayo 2026	
	Elaborado: Dr. Edgar Carrasco, Dr. Raúl Esquivel	Revisión N°	
	Aprobado: Dr. Paul Gallardo Director	Revisado: Dr. Moisés Céspedes Subdirector	

Sarampión modificado

Es una forma clínica atenuada que se presenta en pacientes con inmunidad preexistente parcial, ya sea por vacunación previa o exposición pasiva a anticuerpos. Desde el punto de vista clínico, se caracteriza por una presentación más leve y atípica, con síntomas clásicos incompletos o de menor intensidad, lo que puede dificultar la sospecha diagnóstica


Complicaciones agudas y fenotipos complicados

El sarampión puede evolucionar hacia formas clínicas complicadas desde fases tempranas de la enfermedad, pudiendo incluso constituir el motivo inicial de consulta. Se estima que aproximadamente 30% de los casos desarrollan complicaciones, con mayor frecuencia en lactantes menores de un año y en pacientes inmunocomprometidos (malnutrición, estados inmunosupresores como Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) avanzado o paciente en tratamiento por cáncer), en quienes la enfermedad tiende a ser más severa y de evolución menos predecible.

Desde el punto de vista clínico, es fundamental reconocer que el sarampión puede presentarse no solo como un síndrome exantemático clásico, sino también bajo fenotipos dominados por complicaciones, lo que obliga a un abordaje dirigido desde el primer contacto.

Las principales complicaciones incluyen:

- **Complicaciones gastrointestinales:** caracterizadas por gastroenteritis y deshidratación (aproximadamente 1 de cada 10 casos). También se han descrito hepatitis, linfadenitis mesentérica y cuadros que simulan abdomen agudo.
- **Complicaciones respiratorias:** incluyen neumonía (aproximadamente 1 de cada 20 casos), otitis media aguda (hasta 1 de cada 10 casos) y cuadros de “croup” (laringo-traqueítis). La presencia de compromiso respiratorio debe ser considerado un marcador de severidad.
- **Complicaciones neurológicas:** encefalitis aguda (aproximadamente 1 de cada 1.000 casos). La aparición de alteraciones del estado de conciencia, convulsiones o signos neurológicos focales obliga a evaluación inmediata.
- **Complicaciones oculares:** incluyen queratitis, xeroftalmia, ulceración corneal y, en casos severos, ceguera, especialmente en pacientes con deficiencia de vitamina A.
- **Complicaciones cardiovasculares:** infrecuentes, pero pueden presentarse como miocarditis y pericarditis, particularmente en cuadros severos.
- **Complicaciones hematológicas:** trombocitopenia inmune, que puede manifestarse con sangrado cutáneo o mucoso.

	Hospital del Niño Dr. José Renán Esquivel	CÓDIGO: PR -19-01	Página 8 de 28
	Título: Protocolo de Atención de Sarampión	Edición: Mayo 2026	
	Elaborado: Dr. Edgar Carrasco, Dr. Raúl Esquivel	Revisión N°	
	Aprobado: Dr. Paul Gallardo Director	Revisado: Dr. Moisés Céspedes Subdirector	

- Complicaciones infecciosas secundarias a la inducción de estado de inmunosupresión transitoria que favorece la aparición de infecciones bacterianas secundarias, particularmente respiratorias, las cuales constituyen una de las principales causas de complicación y mortalidad.

Complicaciones crónicas

Panencefalitis esclerosante subaguda es un deterioro cognitivo progresivo que ocurre entre 8-11 años después de una infección por virus salvaje del sarampión. Ocurre más frecuentemente en niños menores de 5 años. Con una incidencia de 4-11 por 100,000 casos de sarampión. Con una mortalidad de 95%.


11. DIAGNÓSTICO

Se considerará caso sospechoso de sarampión todo paciente que presente fiebre, exantema maculopapular y síntomas clínicos compatibles con el fenotipo clásico (tos, coriza y/o conjuntivitis), con énfasis en pacientes con los siguientes antecedentes:

- Esquema de vacunación incompleto
- Edad en la que aún no corresponde vacunación con Triple Viral (MMR o SPR)
- Antecedente de exposición a inmunoglobulinas
- Nexo epidemiológico relevante (contacto con casos confirmados, viajes, exposición a brotes)

La sospecha clínica debe establecerse antes de la confirmación diagnóstica, iniciando de inmediato medidas de control de exposición, completar los **Formularios de Notificación Obligatoria Individual de eventos de salud pública y el de Notificación e Investigación de casos sospechosos de Sarampión y Rubéola**(ver anexos) y activación de la respuesta epidemiológica.

Las pruebas de confirmación para vigilancia de exantemas febriles se realizan en el Laboratorio Central de Referencia Nacional el Instituto Conmemorativo Gorgas de estudios en Salud (ICGES) e incluyen pruebas para la confirmación de sarampión y rubeola. Cualquier prueba que se realice a localmente a nivel de nuestro laboratorio hospitalario debe ser enviada para confirmación en ICGES.

	Hospital del Niño Dr. José Renán Esquivel	CÓDIGO: PR -19-01	Página 9 de 28
	Título: Protocolo de Atención de Sarampión	Edición: Mayo 2026	
	Elaborado: Dr. Edgar Carrasco, Dr. Raúl Esquivel	Revisión N°	
	Aprobado: Dr. Paul Gallardo Director	Revisado: Dr. Moisés Céspedes Subdirector	

Estudios diagnósticos específicos

Ante cualquier caso sospechoso, se deben obtener las siguientes muestras:

1. Suero para detección de IgM e IgG por ELISA

Muestra: suero en tubo de química o serología

Ventana diagnóstica: A partir del tercer día post inicio del exantema

- IgM: Es la prueba de elección para infección aguda. Detectable a las 72 horas de aparición del exantema. Pico máximo entre 1 a 3 semanas post erupción. Detectable hasta 1–2 meses. Limitaciones diagnósticas clave: Hasta 25% de falsos negativos en IgM dentro de las primeras 72 horas del exantema.
- IgG: Detectable a partir del día 7 post exantema. Pico alrededor de 14 días. Un aumento de 4 veces en títulos en muestras pareadas (fase aguda y convalecencia) es diagnóstico.


2. Hisopado nasofaríngeo y muestra de orina para diagnóstico molecular (RT-PCR)

Muestras: Hisopado nasofaríngeo en medio de transporte viral y orina en envase preferiblemente estéril.

Ventana diagnóstica: ARN viral detectable desde día 3 post exantema y puede permanecer positivo hasta 10 días.

Manejo y transporte de muestras

- a. Para el envío de estas muestras se debe completar el Formulario de Notificación Individual de eventos de salud pública y el Formulario de notificación e investigación de casos sospechosos de sarampión y rubeola (ver anexos).
- b. Las muestras deben mantenerse en cadena de frío (4–8 °C), estar correctamente identificadas, dentro de bolsas de bioseguridad para transporte de muestras y acompañarse del formulario de notificación obligatoria y formulario de notificación para Notificación Individual y de Sarampión y Rubeola adecuadamente llenado.
- c. Los formularios no deben ser introducidos dentro de la bolsa de bioseguridad ni dentro de la nevera de transporte.
- d. Las muestras y los formularios deben ser enviados al laboratorio clínico, previa comunicación y coordinación. El laboratorio clínico es el encargado de custodiar, almacenar y enviar las muestras al ICGES.

	Hospital del Niño Dr. José Renán Esquivel	CÓDIGO: PR -19-01	Página 10 de 28
	Título: Protocolo de Atención de Sarampión	Edición: Mayo 2026	
	Elaborado: Dr. Edgar Carrasco, Dr. Raúl Esquivel	Revisión N°	
	Aprobado: Dr. Paul Gallardo Director	Revisado: Dr. Moisés Céspedes Subdirector	

Hay 2 criterios para la confirmación de un caso sospechoso de sarampión:

1. Confirmación por laboratorio.
2. Confirmación por nexa epidemiológico en pacientes con contacto con un caso confirmado por laboratorio.

Los casos sospechosos y confirmados deben ser notificados a la Unidad de Epidemiología de forma inmediata.

Abordaje paraclínico en escenarios complicados


El uso de estudios complementarios debe ser dirigido por el fenotipo clínico.

- El hemograma puede revelar leucopenia con linfopenia en fases tempranas y trombocitopenia moderada en algunos casos.
- En casos de encefalitis el LCR puede revelar pleocitosis linfocítica, proteinorraquia elevada, glucorraquia normal.
- Puede haber elevación de transaminasas.
- En pacientes con neumonía el patrón infiltrativo suele ser intersticial bilateral.

12. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Debe realizarse de forma sistemática, considerando otras causas de síndrome febril con exantema en la población pediátrica. Este proceso es fundamental para evitar tanto la omisión diagnóstica como la generación de falsas alarmas. El sarampión debe diferenciarse principalmente de:

- Exantemas virales comunes en pediatría (roséola, exantema súbito, eritema infeccioso, varicela, escarlatina y enfermedad mano pie boca) tomando en cuenta las características prodrómicas y exantemáticas distintivas.
- Enfermedad de Kawasaki
- Síndromes febriles exantemáticos por arbovirus (Dengue, Zika, Chikungunya, Oropuche)
- Exantemas inducidos por fármacos
- Mononucleosis infecciosa
- Síndrome inflamatorio multisistémico asociado a COVID-19
- Reacción farmacológica con eosinofilia y síntomas sistémicos (DRESS)
- Rubéola

	Hospital del Niño Dr. José Renán Esquivel	CÓDIGO: PR -19-01	Página 11 de 28
	Título: Protocolo de Atención de Sarampión	Edición: Mayo 2026	
	Elaborado: Dr. Edgar Carrasco, Dr. Raúl Esquivel	Revisión N°	
	Aprobado: Dr. Paul Gallardo Director	Revisado: Dr. Moisés Céspedes Subdirector	

13. CRITERIOS DE HOSPITALIZACIÓN

El sarampión, en la mayoría de los casos, es una enfermedad autolimitada de manejo ambulatorio. La hospitalización no se basa en el diagnóstico en sí, sino en la presencia de complicaciones, severidad clínica o condiciones de vulnerabilidad.

- Sospecha de fenotipos complicados
- Deshidratación o dificultad para la ingesta
- Infecciones bacterianas secundarias


14. MANEJO INICIAL DEL CASO SOSPECHOSO

Todo paciente con sospecha o confirmación de sarampión debe ser manejado bajo precauciones de transmisión aérea desde el momento de la sospecha clínica, sin esperar confirmación diagnóstica en miras a evitar diseminación comunitaria y prevenir transmisión asociada a atención en salud.

Ante la identificación de un caso sospechoso:

Abordaje en Cuarto de Urgencias o Consulta Externa

- Identificar el paciente con cuadro de exantema febril lo antes posible, debe darse prioridad amarilla y ser ubicado en área de atención controlada (idealmente consultorio con puerta para limitar el acceso a personas no relacionadas con la atención del caso). Evitar traslados innecesarios. Debe evitarse se mantenga el paciente a espera de atención en sala de espera general (debe estar separado de otros pacientes y visitantes).
- Colocar mascarilla quirúrgica al paciente (sólo para mayores de 2 años) y al familiar de forma inmediata.
- Se debe comunicar el caso a infectología, epidemiología, unidad de prevención y control y administrativo de turno.
- En caso de ameritar hospitalización, el paciente debe admitirse en la unidad de aislamiento habilitada para la atención intrahospitalaria de pacientes con sarampión, previa coordinación y comunicación con el área receptora.
- El personal de salud deberá utilizar respirador N95 o equivalente correctamente ajustado y bata de protección desechable como mínimo para atención segura.
- Se deben aplicar protocolos estándar de limpieza y desinfección, tomando en cuenta que el virus puede permanecer en el aire hasta 2 horas.
- Se debe procurar un manejo adecuado de desechos hospitalarios y coordinar la ruta de circulación interna del paciente en caso de ameritar transporte intrahospitalario.
- No relevos ni visitas hasta pasado el período de riesgo de contagio (4 días antes y 4 días después del exantema).

	Hospital del Niño Dr. José Renán Esquivel	CÓDIGO: PR -19-01	Página 12 de 28
	Título: Protocolo de Atención de Sarampión	Edición: Mayo 2026	
	Elaborado: Dr. Edgar Carrasco, Dr. Raúl Esquivel	Revisión N°	
	Aprobado: Dr. Paul Gallardo Director	Revisado: Dr. Moisés Céspedes Subdirector	


- Inmunización al cuidador al momento de decidir hospitalización, si no hay evidencia de esquema completo de inmunización (2 dosis) dentro de las 72 horas de la admisión, se debe administrar 1 dosis de vacuna contra sarampión.

Manejo hospitalario y Tipo de Aislamiento

- Se requiere aislamiento respiratorio. Habitación con puerta cerrada con acceso restringido o idealmente cuarto con presión negativa y filtro HEPA.
- Se puede considerar agrupar pacientes confirmados (manejo en cohortes) sin embargo, no se deben mezclar con casos sospechosos no confirmados.
- En pacientes inmunocompetentes mantener aislamiento hasta 4 días después de la aparición del exantema. En pacientes inmunocomprometidos se individualizará según evolución clínica debido a la eliminación viral prolongada en secreciones respiratorias.

Control de Brote Intrahospitalario

- Se debe realizar un listado con sus edades de los contactos dentro de la institución con el caso confirmado.
- Dentro de los contactos se debe identificar los candidatos para profilaxis post exposición los cuales incluyen:
 - Personas sin vacunación completa con Triple Viral (MMR o SPR).
 - Personas sin información sobre su estatus de inmunidad al sarampión.
 - Niños menores de 1 año.
 - Embarazadas sin inmunización previa.
 - Estado de inmunosupresión severa (inmunodeficiencias primarias, trasplante de células hematopoyéticas hasta 12 meses de finalizado tratamiento inmunosupresor, pacientes en tratamiento por leucemia linfocítica aguda dentro de 6 meses de tratamiento quimioterapéutico inmunosupresor, pacientes viviendo con VIH con inmunosupresión severa).
- Profilaxis post exposición:
 - Para los pacientes mayores o iguales a 1 año sin inmunosupresión severa: colocar 1 dosis de Triple Viral (MMR o SPR) dentro de las 72 horas post exposición.
 - Para los pacientes menores de 1 año o pacientes con inmunosupresión severa colocar Inmunoglobulina Humana (Ig IV) IV 400mg/kg administrado según recomendación del fabricante. El tiempo para administrar dentro de los 6 días post exposición. En la institución contamos con inmunoglobulina humana para uso IM.
- Monitorizar los contactos por síntomas de sarampión entre el 5to al 21vo día post exposición. En caso de los que recibieron Ig IV, la vigilancia se extiende a 28 días.

	Hospital del Niño Dr. José Renán Esquivel	CÓDIGO: PR -19-01	Página 13 de 28
	Título: Protocolo de Atención de Sarampión	Edición: Mayo 2026	
	Elaborado: Dr. Edgar Carrasco, Dr. Raúl Esquivel	Revisión N°	
	Aprobado: Dr. Paul Gallardo Director	Revisado: Dr. Moisés Céspedes Subdirector	

- Los contactos deben ser manejado en cohorte separados de los otros pacientes y con acceso restringido.
- De ser egresados antes de terminar el período de vigilancia, deben verificar dirección y teléfonos de contacto para su seguimiento por equipos de respuesta rápida de Epidemiología del MINSA.

15. TRATAMIENTO

No existe tratamiento antiviral específico, el manejo se dirigirá a los cuidados de soporte y el tratamiento de las complicaciones derivadas de la infección e infección secundaria.

- Medidas de soporte:
 - Hidratación.
 - Nutrición adecuada.
 - Control de la fiebre y/o analgesia.
- Vitamina A (prevención de complicaciones oftálmicas):
 - Menores de 6 meses → 50 000 UI/día VO c/día por 2 días.
 - Pacientes de 6 meses a 11 meses → 100 000 UI VO c/día por 2 días.
 - Pacientes de 12 meses en adelante → 200 000 UI VO c/día por 2 días.

Estas dosis deben indicarse independientemente que el paciente haya recibido dosis previas.

- En el escenario de complicaciones bacterianas respiratorias asociadas a la infección por sarampión se recomienda:

En caso de Otitis Media Aguda:

Amoxicilina 80-90 mg/kg/día cada 12 horas VO por 7 días.


En caso de Neumonía:

Clindamicina 10mg/kg/dosis cada 6 horas IV

Ceftriaxona 75mg/kg/día cada 12-24 horas IV

Se debe ajustar esquema antibiótico según identificación de patógenos en cultivos.

No se requiere antibióticos en todos los casos de sarampión, solo aquellos con sospecha clínica de sobreinfección bacteriana,

	Hospital del Niño Dr. José Renán Esquivel	CÓDIGO: PR -19-01	Página 14 de 28
	Título: Protocolo de Atención de Sarampión	Edición: Mayo 2026	
	Elaborado: Dr. Edgar Carrasco, Dr. Raúl Esquivel	Revisión N°	
	Aprobado: Dr. Paul Gallardo Director	Revisado: Dr. Moisés Céspedes Subdirector	

16. PRONÓSTICO

En la mayoría de los casos presenta la enfermedad es autolimitada; sin embargo, su evolución puede ser desfavorable en pacientes menores de un año, desnutridos o inmunocomprometidos, quienes acarrear mayor probabilidad de desarrollar complicaciones desde fases tempranas de la enfermedad.

Las principales causas de morbimortalidad se relacionan con complicaciones respiratorias y neurológicas, incluyendo neumonía y encefalitis, así como con diarrea prolongada, que puede condicionar deshidratación significativa y deterioro del estado nutricional. En estos escenarios, algunos pacientes pueden requerir soporte avanzado, incluyendo manejo de la vía aérea.

Se estima una mortalidad aproximada de 1 a 3 por cada 1.000 casos en población pediátrica, con mayor riesgo en contextos de vulnerabilidad clínica o social.


Adicionalmente, el sarampión puede generar un estado de inmunosupresión transitoria (amnesia inmunológica), aumentando la susceptibilidad a infecciones secundarias y afectando la recuperación global del paciente.

A largo plazo, aunque menos frecuentes, pueden presentarse complicaciones graves como encefalitis post infecciosa aguda, encefalitis por cuerpos de inclusión (particularmente en inmunocomprometidos) y panencefalitis esclerosante subaguda, con evolución progresiva y alta letalidad.

Desde una perspectiva clínica, el pronóstico dependerá de la severidad del cuadro inicial, la aparición de complicaciones, el estado inmunológico y nutricional del paciente, y la oportunidad en el manejo.

17. CRITERIOS DE ALTA

- Estabilidad clínica general, sin signos de deterioro ni progresión de la enfermedad
- Ausencia de criterios de hospitalización activa condicionados por complicaciones gastrointestinales, neurológicas o respiratorias.
- Tolerancia adecuada de la vía enteral
- Control de la fiebre.

	Hospital del Niño Dr. José Renán Esquivel	CÓDIGO: PR -19-01	Página 15 de 28
	Título: Protocolo de Atención de Sarampión	Edición: Mayo 2026	
	Elaborado: Dr. Edgar Carrasco, Dr. Raúl Esquivel	Revisión N°	
	Aprobado: Dr. Paul Gallardo Director	Revisado: Dr. Moisés Céspedes Subdirector	

18. RECOMENDACIONES DE EGRESO


El egreso debe acompañarse de indicaciones claras dirigidas a garantizar la continuidad del cuidado, la detección temprana de complicaciones y la prevención de la transmisión. Al momento del alta, el cuidador debe recibir educación estructurada sobre:

- Aislamiento domiciliario
 - Mantener al paciente en aislamiento domiciliario hasta completar 4 días desde el inicio del exantema en pacientes inmunocompetentes
 - Evitar contacto con otros niños, especialmente no vacunados, con embarazadas e inmunocomprometidos.
- Cuidados generales
 - Garantizar hidratación adecuada
 - Mantener alimentación según tolerancia
 - Control de fiebre con medidas habituales
 - Evitar automedicación
- Coordinar con la Región de Salud correspondiente las determinaciones de transporte domiciliario y monitoreo diario durante 30 días posteriores al inicio del exantema del caso índice.
- Si el paciente requiere nuevamente consulta debe existir coordinación con Minsa ante signos de alarma.
 - Dificultad respiratoria
 - Fiebre persistente o que reaparece
 - Convulsiones o alteración del estado de conciencia
 - Vómitos persistentes o incapacidad para tolerar líquidos
 - Disminución del estado general


19. MEDIDAS PREVENTIVAS Y DE CONTROL

El sarampión es una enfermedad altamente transmisible, por lo que las medidas preventivas deben enfocarse en la interrupción de la transmisión y la protección de poblaciones susceptibles. Entre las principales medidas se deben considerar:

- La vacunación con Triple Viral (MMR o SPR) como principal estrategia de prevención.
 - Esquema actual 2026: 1ra Dosis 0.5 ml SC área del deltoides a los 12 meses. Refuerzo 18 meses (6 meses después de la Dosis 1). Se considera esquema completo al paciente con 2 dosis de vacuna de sarampión.
 - En menores de 19 años con esquemas atrasados: Triple viral (MMR o SPR) con el objetivo de completar dosis faltantes. Si requiere 2 dosis el intervalo mínimo entre dosis es 1 mes.
 - En adultos de más de 19 años sin historia vacunal: 1 dosis de vacuna de Sarampión/Rubeola (MR).

	Hospital del Niño Dr. José Renán Esquivel	CÓDIGO: PR -19-01	Página 16 de 28
	Título: Protocolo de Atención de Sarampión	Edición: Mayo 2026	
	Elaborado: Dr. Edgar Carrasco, Dr. Raúl Esquivel	Revisión N°	
	Aprobado: Dr. Paul Gallardo Director	Revisado: Dr. Moisés Céspedes Subdirector	

- En caso de epidemias las autoridades sanitarias del país podrían recomendar una dosis cero (D₀) de vacuna contra sarampión entre 6-11 meses. Pero esta dosis no se considera como parte de las 2 dosis recomendadas como esquema completo.
- Esta vacuna (por ser de virus vivo atenuado) no se debe colocar en pacientes con inmunosupresión severa o evidencia de CD4<200 células/micro litro o CD4<20% (este último en menores de 5 años)
- Identificar contactos cercanos y clasificar según evidencia de inmunidad.
- En contactos susceptibles administrar profilaxis post exposición (ver en manejo de brotes).
- Educación sanitaria sobre formas de transmisión, importancia de la vacunación y reconocimiento de síntomas.

	Hospital del Niño Dr. José Renán Esquivel	CÓDIGO: PR -19-01	Página 17 de 28
	Título: Protocolo de Atención de Sarampión	Edición: Mayo 2026	
	Elaborado: Dr. Edgar Carrasco, Dr. Raúl Esquivel	Revisión N°	
	Aprobado: Dr. Paul Gallardo Director	Revisado: Dr. Moisés Céspedes Subdirector	

20. LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DEL ÁREA DE ATENCIÓN DEL PACIENTE CON SARAMPIÓN

Las áreas donde se atiende un caso altamente sospechoso o confirmado de sarampión deben seguir los protocolos de higiene. El proceso de limpieza siempre debe preceder a la desinfección.

1. Tiempo de espera antes del ingreso al área para limpieza

Dado que el virus del sarampión puede permanecer viable en el aire hasta 2 horas, luego de que el paciente abandone el área la habitación debe permanecer desocupada el tiempo suficiente para permitir la eliminación del 99,9% de los contaminantes aerotransportados:

Cuarto con presión negativa: mínimo 35 minutos antes de iniciar la limpieza.

Cuarto SIN presión negativa: mínimo 2 horas antes de iniciar la limpieza. Durante este tiempo evitar abrir puertas y ventanas.

2. Equipo de Protección Personal (EPP) del personal de limpieza

El personal de aseo que ingrese al área debe portar:

- Respirador N95 o de similar protección, correctamente ajustado (para aerosoles)
- Delantal impermeable desechable
- Guantes de goma resistentes
- Lentes de protección o careta facial
- Zapatos adecuados

El EPP debe retirarse en el orden correcto al salir del área y desecharse en bolsas rojas. Realizar lavado de manos antes y después de quitarse los guantes.


3. Agentes de desinfección

Los agentes autorizados para áreas críticas son:

Amonio cuaternario de 5ta generación (dilución según fabricante): para paredes, techos, superficies lisas, manijas, barandales y pisos de áreas críticas y semicríticas. Previa limpieza con agua y jabón, aplicar y dejar secar.


Hipoclorito de sodio al 0.1% (1000 ppm): para paredes, pisos, colchones y almohadas, bacinetes e incubadoras. Dejar actuar 5 a 10 minutos, luego retirar con paño húmedo y secar. En pisos: aplicar y dejar secar sin enjuagar (limpieza profunda de sala). Previa limpieza con agua y jabón.

NUNCA mezclar productos de limpieza y/o desinfección entre sí.


	Hospital del Niño Dr. José Renán Esquivel	CÓDIGO: PR -19-01	Página 18 de 28
	Título: Protocolo de Atención de Sarampión	Edición: Mayo 2026	
	Elaborado: Dr. Edgar Carrasco, Dr. Raúl Esquivel	Revisión N°	
	Aprobado: Dr. Paul Gallardo Director	Revisado: Dr. Moisés Céspedes Subdirector	

21. REFERENCIAS

1. World Health Organization. *Guide for clinical case management and infection prevention and control during a measles outbreak* [Internet]. Geneva: WHO; 2020 [citado 2026 May 2]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331671>
2. World Health Organization. *Measles outbreak guide* [Internet]. Geneva: WHO; 2022 [citado 2026 May 2]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/352451>
3. World Health Organization. *Measles and rubella strategic framework 2021–2030* [Internet]. Geneva: WHO; 2020 [citado 2026May1]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/measles-and-rubella-strategic-framework-2021-2030>
4. Pan American Health Organization. *Measles* [Internet]. Washington, DC: PAHO; [citado 2026May 1]. Disponible en: <https://www.paho.org/en/topics/measles>
5. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. *Alerta epidemiológica: sarampión en la Región de las Américas, 3 de febrero de 2026*. Washington, DC: OPS/OMS; 2026.
6. Sociedad Panameña de Pediatría, Comité de Vacunas. *Resurgimiento del sarampión en las Américas: lo que no debemos olvidar*. Boletín informativo. Panamá: Sociedad Panameña de Pediatría; 2026.
7. Ministerio de Salud de Panamá. *Circular No. 028-DE/082-DGSP: actualización técnica de la alerta epidemiológica por sarampión ante escenario de riesgo sostenido de reintroducción*. Panamá: MINSA; 2026.
8. Ministerio de Salud de Panamá. *Circular No. 016-SGSP-DRLC-2026: indicaciones para toma de muestra de sarampión*. Panamá: MINSA; 2026.
9. Ministerio de Salud de Panamá. *Informe sobre el seguimiento y la reverificación de la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita por componentes. Panamá 2024–2025*. Panamá: MINSA; 2025.
10. Centers for Disease Control and Prevention. *Measles (Rubeola): clinical overview* [Internet]. Atlanta: CDC; 2025 [citado 2026 May1]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/measles/hcp/clinical-overview/index.html>
11. Do LAH, Mulholland K. Measles 2025. *N Engl J Med*. 2025;393(24):2447-2458. doi:10.1056/NEJMra2504516.
12. Naureckas Li C, Kaplan SL, Edwards KM, Marshall GS, Parker S, Healy CM. What's old is new again: measles. *Pediatrics*. 2025;155(6):e2025071332. doi:10.1542/peds.2025-071332.
13. American Academy of Pediatrics. Measles. In: *Red Book: 2024 Report of the Committee on Infectious Diseases*. Itasca, IL: American Academy of Pediatrics; 2024.
14. American Academy of Pediatrics. *Measles* [Internet]. Pediatric Care Online; 2025 [citado 2026 May 2]. doi:10.1542/aap.ppcqr.396516.
15. Hübschen JM, Gouandjika-Vasilache I, Dina J. Measles. *Lancet*. 2022;399(10325):678-690. doi:10.1016/S0140-6736(21)02004-3.
16. Strebel PM, Orenstein WA. Measles. *N Engl J Med*. 2019;381(4):349-357. doi:10.1056/NEJMcp1905181.
17. Sociedad Panameña de Pediatría. *Formulario de notificación de sarampión y rubéola* [Internet]. Panamá: SPP; 2024 [citado 2026 May 3]. Disponible en: <https://spp.com.pa/publicaciones/documentos-interes/epidemiologia/Formulario%20de%20notificaci%C3%B3n%20de%20Sarampi%C3%B3n%20y%20Rub%C3%A9ola.pdf>

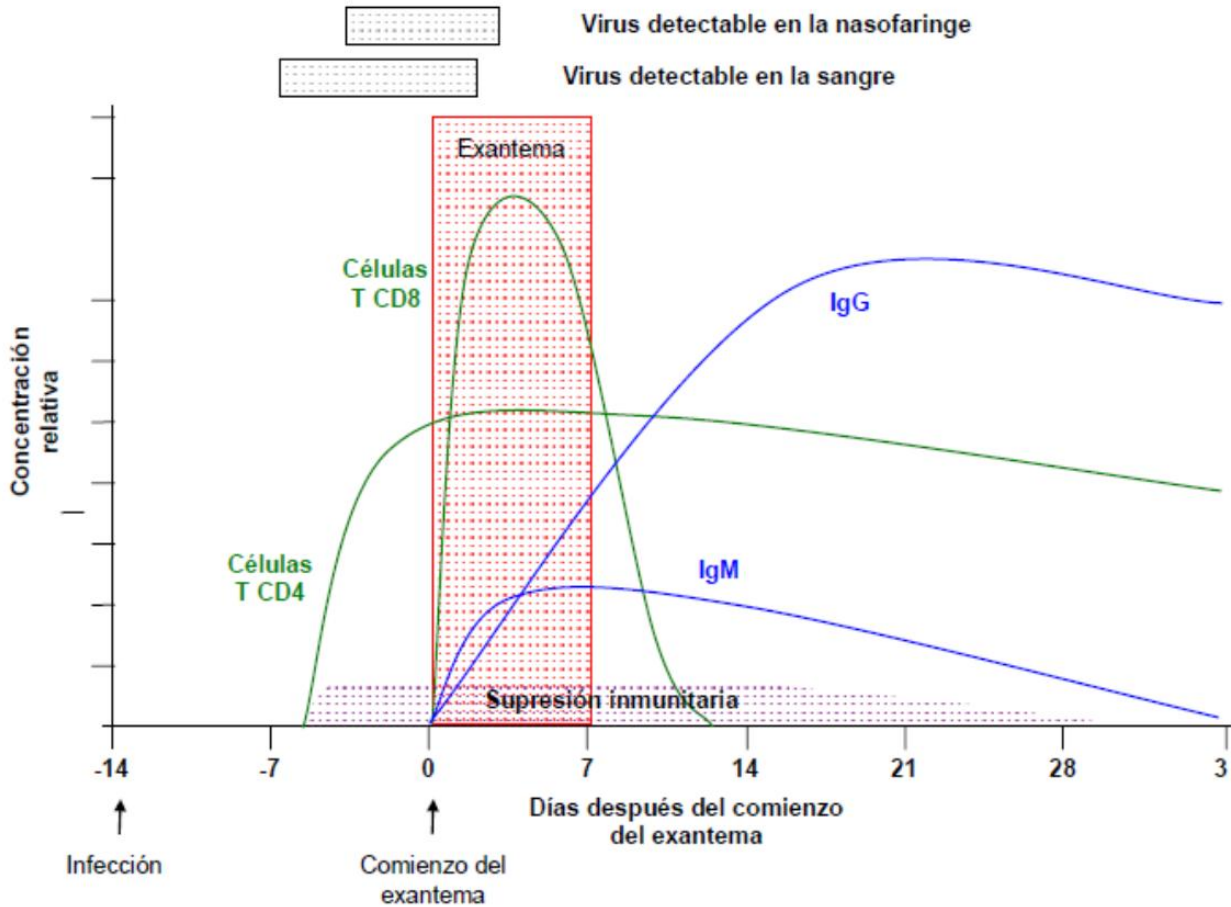
	Hospital del Niño Dr. José Renán Esquivel	CÓDIGO: PR -19-01	Página 19 de 28
	Título: Protocolo de Atención de Sarampión	Edición: Mayo 2026	
	Elaborado: Dr. Edgar Carrasco, Dr. Raúl Esquivel	Revisión N°	
	Aprobado: Dr. Paul Gallardo Director	Revisado: Dr. Moisés Céspedes Subdirector	

18. World Health Organization. Measles vaccines: WHO position paper – April 2017. *WklyEpidemiol Rec.* 2017;92(17):205-228.
19. Kuo C. Vaccines matter: measles and its complications. *Pediatrics.* 2025;156(1):e2025071622. doi:10.1542/peds.2025-071622.
20. MMWR. McLean HQ, Fiebelkorn, AP, Tempste JL, Wallace, GS. Prevention of Measles, Rubella, Congenital Rubella Syndrome, and Mumps, 2013: Summary Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). Recommendations and Reports. June 14, 2013 / 62(RR04);1-34
21. Michigan State Public Health Service. Measles Standard Operating Procedures. April 2026. DOI: https://www.michigan.gov/mdhhs//media/Project/Websites/mdhhs/Folder1/CD_Info/AZ/Measles_SOP.pdf?rev=608dd9a106a34436b8befabdbe51c136&hash=76024C639C559859A2D70BF87BF90CF
22. Ministerio de Salud, Panamá. Programa Ampliado de Inmunizaciones. Esquema Nacional de Inmunizaciones 2026. DOI: <https://spp.com.pa/publicaciones/documentos-interes/vacunacion/ESQUEMA-ACTUALIZADO-13-FEB-2026.pdf>


	Hospital del Niño Dr. José Renán Esquivel	CÓDIGO: PR -19-01	Página 20 de 28
	Título: Protocolo de Atención de Sarampión	Edición: Mayo 2026	
	Elaborado: Dr. Edgar Carrasco, Dr. Raúl Esquivel	Revisión N°	
	Aprobado: Dr. Paul Gallardo Director	Revisado: Dr. Moisés Céspedes Subdirector	

ANEXOS

Anexo #1: Tiempos de detección de las pruebas para confirmación del sarampión



Fuente: OMS, 2006

	Hospital del Niño Dr. José Renán Esquivel	CÓDIGO: PR -19-01	Página 21 de 28
	Título: Protocolo de Atención de Sarampión	Edición: Mayo 2026	
	Elaborado: Dr. Edgar Carrasco, Dr. Raúl Esquivel	Revisión N°	
	Aprobado: Dr. Paul Gallardo Director	Revisado: Dr. Moisés Céspedes Subdirector	


Anexo #2: Imágenes del Exantema y Manchas de Koplik

y



Exantema morbiliforme
 Manchas de Koplik
 Fuente: Measles SOP,
 Michigan State Public
 Health, April 2026.



	Hospital del Niño Dr. José Renán Esquivel	CÓDIGO: PR -19-01	Página 22 de 28
	Título: Protocolo de Atención de Sarampión	Edición: Mayo 2026	
	Elaborado: Dr. Edgar Carrasco, Dr. Raúl Esquivel	Revisión N°	
	Aprobado: Dr. Paul Gallardo Director	Revisado: Dr. Moisés Céspedes Subdirector	

Anexo #3: Formulario para la Notificación Obligatoria Individual de Eventos de Salud Pública

REPUBLICA DE PANAMÁ
MINISTERIO DE SALUD - CAJA DE SEGURO SOCIAL - INSTITUCIONES DE SALUD PRIVADAS
FORMULARIO PARA LA NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA INDIVIDUAL DE EVENTOS DE SALUD PÚBLICA
 Versión, marzo de 2024

I. DATOS GENERALES DEL PACIENTE

Tipo de Identidad Cedula Historia clínica Pasaporte Cédula de la madre

No. identidad _____ Asegurado Si No

Primer nombre _____ Segundo nombre _____ Primer apellido _____ Segundo apellido _____

Fecha de nacimiento _____ Edad cumplida _____

Sexo Hombre Mujer Ocupación _____

Responsable (en menor o discapacitado) _____ Migrante Si No

Dirección residencial permanente:

Pais _____ Provincia _____ Región _____ Distrito _____

Corregimiento _____ Comunidad, zona o sector _____ Punto de referencia _____

Teléfono 1 (fijo o móvil) _____ Teléfono 2 (fijo o móvil) _____ Correo electrónico _____

Donde se presume el contagio Residencia Trabajo Escuela Lugar público o privado

Lugar donde se presume ocurrió el contagio o exposición (solo si es diferente a la residencial)

Pais _____ Provincia _____ Región _____ Distrito _____ Corregimiento _____

Dirección (comunidad, zona o sector) _____ Punto de referencia _____ Teléfono 1 (fijo o móvil) _____ Teléfono 2 (fijo o móvil) _____

II. INFORMACIÓN CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICA DEL PACIENTE

Diagnóstico 1 (CIE)

Estado Inicial: Confirmado Sospechoso Descartado Fecha estado inicial: Día _____ Mes _____ Año _____ Estado final: Confirmado Sospechoso Descartado Fecha estado final: Día _____ Mes _____ Año _____

Diagnóstico 2 (CIE)

Estado Inicial: Confirmado Sospechoso Descartado Fecha estado inicial: Día _____ Mes _____ Año _____ Estado final: Confirmado Sospechoso Descartado Fecha estado final: Día _____ Mes _____ Año _____

Diagnóstico 3 (CIE)

Estado Inicial: Confirmado Sospechoso Descartado Fecha estado inicial: Día _____ Mes _____ Año _____ Estado final: Confirmado Sospechoso Descartado Fecha estado final: Día _____ Mes _____ Año _____

Condición del paciente Ambulatorio: Hospitalizado: Fallecido:

Fechas de: Día _____ Mes _____ Año _____ **Signos y Síntomas** Día _____ Mes _____ Año _____

Atención _____ Inicio de síntomas _____ Hospitalización _____ Egreso _____ Defunción _____ Exposición _____ Última dosis de vacuna* _____

Tiempo entre accidente y atención _____ Horas _____ Minutos _____ Sitio de lesión _____

Información de la muestra _____ Fecha de recolección: Día _____ Mes _____ Año _____

Tipo de muestra _____ Criterio de caso confirmado Clínico Laboratorio Nexo Epidemiológico

Tipo de caso (sólo si aplica) Nuevo Recaída


III. DATOS DEL QUE NOTIFICA EL CASO

Nombre y apellido _____

Cargo _____ Fecha de notificación: Día _____ Mes _____ Año _____

Instalación de salud _____ Teléfono de la instalación _____

Observaciones _____

	Hospital del Niño Dr. José Renán Esquivel	CÓDIGO: PR -19-01	Página 23 de 28
	Título: Protocolo de Atención de Sarampión	Edición: Mayo 2026	
	Elaborado: Dr. Edgar Carrasco, Dr. Raúl Esquivel	Revisión N°	
	Aprobado: Dr. Paul Gallardo Director	Revisado: Dr. Moisés Céspedes Subdirector	

Anexo #4: Formulario de Notificación de Casos Sospechosos de SARAMPIÓN y RUBEÓLA y para el envío de muestras al laboratorio GORGAS

República de Panamá
Ministerio de Salud - Caja de Seguro Social - Sector Privado

Formulario de Notificación e Investigación de casos sospechosos de SARAMPIÓN y RUBEÓLA y para el envío de muestras al laboratorio Gorgas

Página 1

Liene esta ficha para: Toda persona en quien un trabajador de salud sospeche sarampión o rubéola o que presente fiebre y exantema. Durante el primer contacto el trabajador de salud debe hacer todo lo posible para obtener datos epidemiológicos y clínicos y una muestra de sangre, hisopado nasofaríngeo y orina ya que este podrían ser el único contacto con el paciente.

versión 2025

Diagnóstico inicial: 1. Sarampión 2. Rubéola 3. Dengue 4. Otra enfermedad eruptiva 8. Enfermedad no eruptiva 99. Desconocido

I. Identificación de la institución que notifica:

Caso N°: Caso N° ISIS:
(Cuando la clasificación es 2)

Fecha de consulta: Día Mes Año

Detectado por: Asegurado 1. Si, 2. No, 99. Desconocido

Fecha de Notificación local: Día Mes Año

Fecha de Notificación Regional: Día Mes Año

Nombre de la institución que notifica:

Fecha de Notificación Nacional: Día Mes Año

Notificado por:

Tipo de Sector de institución que notifica: 1. Público, 2. Privado, 88. Otro, Especifique

II. Datos generales del paciente:

Nombres v Apellidos: Cédula/Exp:

Nombre de la madre o responsable: Teléfono:

Región: Distrito: Corregimiento:

Nacionalidad: Lugar de Nacimiento: Ocupación del Paciente:

Dirección del paciente: Dirección del trabajo o escuela:

Referencia para localizar la casa:

Tipo de localidad: 1. Urbano 2. Periurbano 3. Rural

Fecha de nacimiento: Día Mes Año

Sexo del paciente: 1. Masculino 2. Femenino

Si no se conoce la fecha de nacimiento, edad: Años Meses

III. ANTECEDENTE DE VACUNACION

El paciente está vacunado? Si No No aplica Desconocido

Tipo de Vacuna:	Número de dosis	Fecha de 1ra dosis	Fecha 2da dosis	Fecha 3ra dosis	Fuente de información sobre la vacunación:
1. Triple viral (SRPMMR)	1. Una dosis	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Día Mes Año	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Día Mes Año	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Día Mes Año	1. Tarjeta de vacunación.
2. Doble Viral (SRVAV)	2. Dos dosis	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Día Mes Año	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Día Mes Año	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Día Mes Año	2. Registro en servicio de salud.
3. Antisarampiónica	3. Tres dosis	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Día Mes Año	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Día Mes Año	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Día Mes Año	3. Verbal
4. Antirrubélica		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Día Mes Año	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Día Mes Año	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Día Mes Año	

IV. Datos Clínicos, seguimiento y tratamiento

Signos y Síntomas

¿Fiebre? 1. Si, 2. No, 99. Desconocido Temperatura (grados) Fecha de inicio de la fiebre: Día Mes Año

¿Exantema? 1. Si, 2. No, 99. Desconocido Duración de exantema (días) Fecha de inicio del exantema: Día Mes Año

Tipo de exantema 1. Maculopapular, 2. Vesicular, 88. Otro, 99. Desconocido

¿Tos? ¿Conjuntivitis? ¿Coriza? ¿Manchas de Koplik? ¿Adenopatías? ¿Artralgia?

¿Paciente embarazada? 1. Si, 2. No, 99. Desconocido Semanas de embarazo (01-42):


¿Hospitalizado (a)? 1. Si, 2. No, 99. Desconocido Lugar donde probablemente dará a luz:

¿Qué complicaciones tiene o tuvo el paciente? Fecha de admisión: Día Mes Año Número de expediente:

Ninguna Neumonía Encefalitis Diarrea

Otitis media aguda Trombocitopenia Ceguera Aislamiento 1. Si, 2. No, 99. Desconocido

¿Defunción? 1. Si, 2. No, 99. Desconocido Fecha de defunción: Día Mes Año Causa Básica de muerte:

	Hospital del Niño Dr. José Renán Esquivel	CÓDIGO: PR -19-01	Página 24 de 28
	Título: Protocolo de Atención de Sarampión	Edición: Mayo 2026	
	Elaborado: Dr. Edgar Carrasco, Dr. Raúl Esquivel	Revisión N°	
	Aprobado: Dr. Paul Gallardo Director	Revisado: Dr. Moisés Céspedes Subdirector	

República de Panamá
Ministerio de Salud - Caja de Seguro Social - Sector Privado

**Formulario de Notificación e Investigación de casos sospechosos de SARAMPIÓN y RUBÉOLA
y para el envío de muestras al laboratorio Gorgas**

Página 2

Nombre del paciente: _____ Cédula: _____

V. Muestras y Análisis de Laboratorio: (tome una muestra apropiada para aislamiento viral. Se sugiere hisopado nasofaríngeo)

Especímen			Prueba de Laboratorio						
Número muestra*	Tipo de Muestra	Fecha de Toma	Fecha de envío de muestra al Lab	Fecha de recepción	ID de la muestra en lab	Tipo de prueba***	Antígeno ‡	Resultado §	Fecha de resultado

Si se detectó virus, especificar el genotipo: (Sarampión: A, B1, B2, B3, C1, C2, D1, D2, D3, D4, D5, D6, D7, D8, D9, D10, E, F, G1, G2, G3, H1, H2. Rubéola: 1a, 1B, 1C, 1D, 1E, 1F, 1g, 2A, 2B, 2c)

Comentarios: _____

**1. Primera Muestra, 2. Segunda muestra, 3. Tercera muestra (si se justifica)*
****1. Suero, 2. Aspirado/Hisopado nasofaríngeo, 3. Hisopado de la garganta, 4. Orina, 5. Líquido Cefaloraquídeo, 88. Otro*
*****1. IgM EIA/Indirecta, 2. IgM EIA/Captura, 3. Aislamiento Viral, 4. PCR, 5. IgM IF, 6. IgG EIA/Captura, 7. IgG IF, 8. HI*
(‡) 1. Sarampión, 2. Rubéola, 3. Dengue, 4. Parvovirus B19, 5. Herpes 6, 6. Enterovirus, 88. Otro
(§) 0. Negativo, 1. Positivo, 2. Muestra inadecuada, 3. Indeterminada, 99. Desconocido (no hay resultado disponible)

VI. Investigación

1. Si, 2. No, 99. Desconocido

¿Hubo búsqueda activa institucional de casos? Número de casos sospechosos encontrados _____ Fecha _____
 ¿Hubo búsqueda activa comunitaria de casos? _____

¿Tuvo el paciente contacto con mujer embarazada? 1. Si, 2. No, 99. Desconocido Nombre: _____

¿Existen casos confirmados en el distrito de residencia? 1. Si, con Sarampión 2. Si, con Rubéola 3. Si, con ambos 4. No
 99. Desconocido

¿Viajó el paciente fuera de su país o provincia de residencia en los 7-23 días antes del inicio del exantema? 1. Si, 2. No, 99. Desconocido Si viajó: _____
 Ciudades/Paises _____ Fecha de entrada _____ Fecha de salida _____

¿Fuente de contagio? _____
 1. Contacto en casa, 2. Comunidad, 3. Centro de Salud, 99. Desconocido, 88. Otro

VII. Medidas de Respuesta

De ser cierto: Fecha de inicio _____ Fecha final _____

¿Hubo vacunación de bloqueo? 1. Si, 2. No, 99. Desconocido Número de dosis durante la vacunación de bloqueo _____

¿Hubo monitoreo rápido de cobertura? 1. Si, 2. No, 99. Desconocido ¿Qué % de vacunados se encontró? _____

¿Se hizo seguimiento de contactos hasta hasta 30 días después de la erupción del caso? 1. Si, 2. No, 99. Desconocido Fecha del último día que se hizo seguimiento de contactos: _____


VI. Clasificación final

Clasificación Final: _____ Criterio para Confirmación: Criterio para Descartar:
 1. Sarampión, 2. Rubéola, 3. Descartado 1. Laboratorio, 2. Nexo epidemiológico, 3. Clínica 1. Sarampión/Rubéola IgM-neg, 2. Reacción vacunal, 3. Dengue, 4. Parvovirus B19, 5. Herpes, 6. Reacción Alérgica, 88. Otro diagnóstico

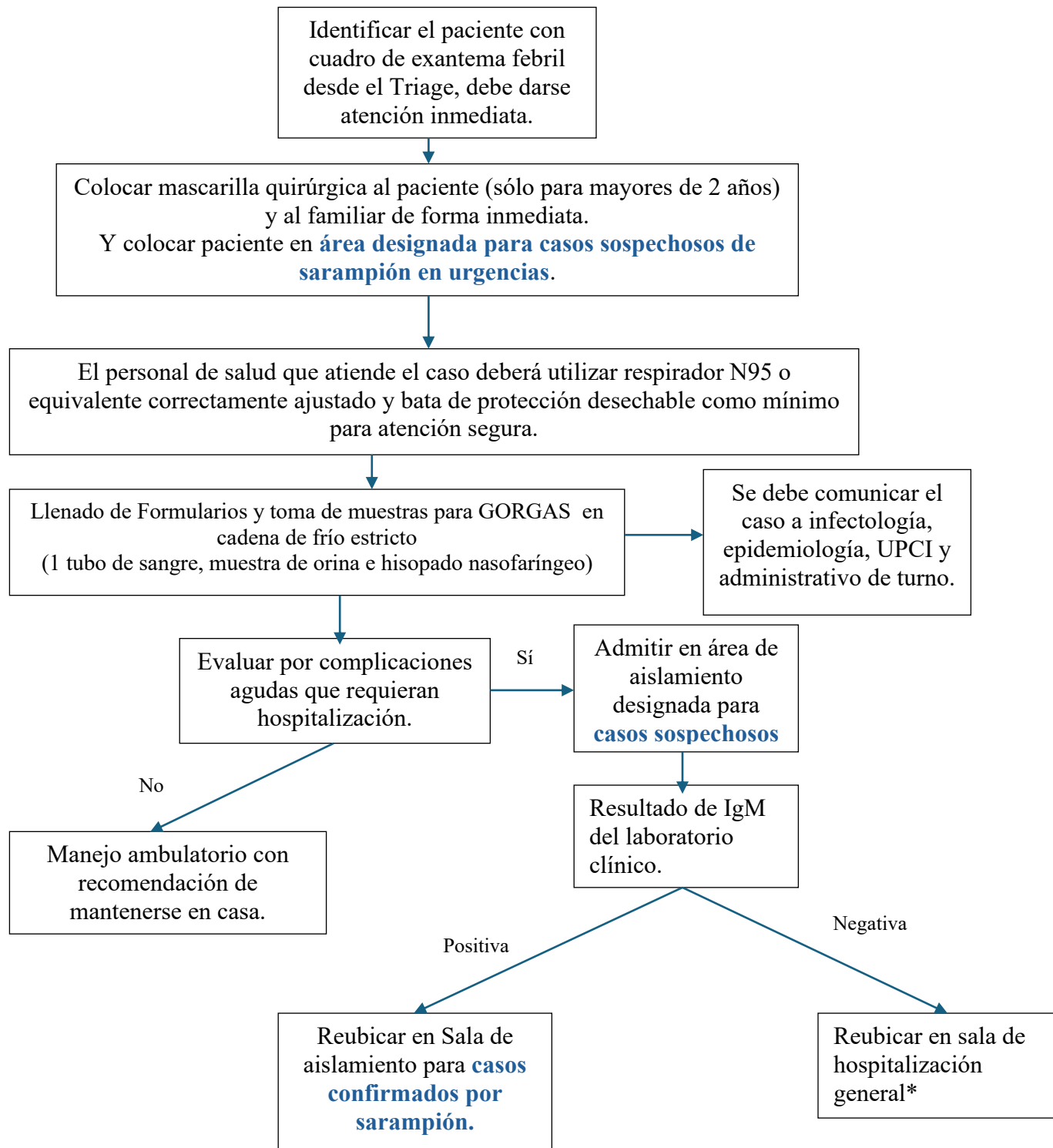
Fuente de infección para casos confirmados: Si es importado, o relacionado a importación: _____ País de importación: _____
 1. Importado, 2. Relacionado a importación, 3. Fuente desconocida, 4. Autóctono

¿Contacto de otro caso Contacto de (o nexa epidemiológico con) caso número: _____
 1. Si, 2. No, 99. Desconocido


Clasificado por _____ Fecha de clasificación final: _____

	Hospital del Niño Dr. José Renán Esquivel	CÓDIGO: PR -19-01	Página 25 de 28
	Título: Protocolo de Atención de Sarampión	Edición: Mayo 2026	
	Elaborado: Dr. Edgar Carrasco, Dr. Raúl Esquivel	Revisión N°	
	Aprobado: Dr. Paul Gallardo Director	Revisado: Dr. Moisés Céspedes Subdirector	

Anexo#4: Algoritmo de Manejo de los Casos Sospechosos de Sarampión



*Si la IgM se tomó dentro de las 72 horas de inicio del exantema podría ser un falso negativo. Tomar nueva muestra luego de las 72 horas del exantema antes de tomar decisión.

	Hospital del Niño Dr. José Renán Esquivel	CÓDIGO: PR -19-01	Página 26 de 28
	Título: Protocolo de Atención de Sarampión	Edición: Mayo 2026	
	Elaborado: Dr. Edgar Carrasco, Dr. Raúl Esquivel	Revisión N°	
	Aprobado: Dr. Paul Gallardo Director	Revisado: Dr. Moisés Céspedes Subdirector	

CLASIFICACIÓN DE GRAVEDAD

Grupo etario	Riesgo principal	Signos de alerta específicos
Lactantes (< 12m)	Inmunidad inmadura. Alto riesgo de crup y neumonía grave.	Hipotermia, dificultad respiratoria, alimentación deficiente.
Niños (1-5 años)	Malnutrición, coinfecciones. Riesgo de convulsiones febriles.	Deshidratación por diarrea, otalgia severa.
Adolescentes	Riesgo de sarampión atípico (si recibió vacuna de virus inactivado antiguamente) o formas graves si no vacunados.	Cefalea intensa, signos meníngeos.
Adultos (20-50 años)	Mayor riesgo de neumonía primaria por sarampión	Deterioro rápido de la oxigenación, hepatitis.
Adulto Mayor (>60a)	Inmunosenescencia. Alta mortalidad por complicaciones.	Fiebre baja atípica, desorientación, falla respiratoria silenciosa.
Embarazadas	Materno Fetal: aborto espontaneo, óbito fetal bajo peso al nacer mayor riesgo de parto prematuro.	Sangrado transvaginal, actividad uterina
	Neumonía	Deterioro rápido de oxigenación, dificultad respiratoria

Consideración especial en lactantes menores de 6 meses:

Los lactantes menores de 6 meses pueden presentar formas clínicas atípicas o menos evidentes, debido a la presencia variable de anticuerpos maternos. Se recomienda mantener un alto índice de sospecha clínica en este grupo, especialmente ante antecedentes de exposición.

Todo lactante con sospecha de sarampión debe ser evaluado de forma prioritaria, considerando su mayor riesgo de complicaciones y la indicación de inmunoglobulina como profilaxis post exposición en contactos.


Consideración en pacientes pediátricos inmunocomprometidos:

En pacientes pediátricos inmunocomprometidos, el sarampión puede presentarse de forma atípica, con ausencia de exantema o manifestaciones clínicas incompletas. En estos casos, debe mantenerse un alto grado de sospecha diagnóstica ante cuadros respiratorios o neurológicos compatibles, incluso en ausencia de erupción cutánea. Estos pacientes presentan mayor riesgo de enfermedad grave y complicaciones, por lo que deben ser manejados en un nivel de atención especializado.

Consideración en adolescentes:

En población adolescente, el sarampión puede presentarse con mayor riesgo de complicaciones respiratorias, especialmente en aquellos con esquemas de vacunación incompletos o desconocidos.

Se recomienda verificar el estado vacunal y considerar la vacunación de rescate en el contexto de brotes o exposición.

	Hospital del Niño Dr. José Renán Esquivel	CÓDIGO: PR -19-01	Página 27 de 28
	Título: Protocolo de Atención de Sarampión	Edición: Mayo 2026	
	Elaborado: Dr. Edgar Carrasco, Dr. Raúl Esquivel	Revisión N°	
	Aprobado: Dr. Paul Gallardo Director	Revisado: Dr. Moisés Céspedes Subdirector	

MUESTRAS OBLIGATORIAS EN SOSPECHA DE SARAMPIÓN

Muestras para el Laboratorio Gorgas

**En niños
se toman
5ml**



Muestra de Sangre (Serología ELISA)

Tomar de 5 a 10 ml de sangre total en tubo estéril sin anticoagulante desde el Día 0 hasta el Día 30 del exantema; no centrifugar y mantener a 4°C-8°C.



Hisopado y Orina (Aislamiento y Biología Molecular)

Tomar hisopado nasofaríngeo (en medio de transporte viral) y orina (10-50 ml en envase estéril) desde el Día 0 hasta el Día 14 para detectar el virus.



Envío al ICGES (Gorgas)

Las muestras deben enviarse en triple embalaje, manteniendo la cadena de frío, acompañadas del formulario de investigación completo.



HOSPITAL DEL NIÑO DR. JOSÉ RENÁN ESQUIVEL

FLUJograma DEL PROCESO ANTE CASOS DE SARAMPIÓN

