



**Código: LN63:2025**

---

**LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE CASOS SOSPECHOSOS Y  
CONFIRMADOS DE SARAMPIÓN EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN**

---

**Tegucigalpa M.D.C**

**Agosto, 2025**

**Honduras C.A**

**Código: LN63:2025**

---

**LINEAMIENTO PARA EL MANEJO DE CASOS SOSPECHOSOS Y  
CONFIRMADOS DE SARAMPIÓN EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN**

---

**Tegucigalpa M.D.C**

**Agosto, 2025**

**Honduras C.A**



## **AUTORIDADES**

**Dra. Carla Marina Paredes Reyes**

Secretaría de Estado en el Despacho de Salud

**Dra. Nerza Gloria Paz Rodríguez**

Sub Secretaría de Redes Integradas de Servicios de Salud

**Dr. Brian Martín Erazo Muñoz**

Sub Secretaría de Regulación Sanitaria

**Dra. Suani Violeta Montalván Acosta**

Sub Secretaría de Proyectos e Inversiones

**Dra. Xochilt María Chavez Cerrato**

Dirección General de Normalización

**Dr. Óscar Andrés Paredes Velásquez**

Dirección de Redes Integradas de Servicios de Salud

**Abog. Grodvin Honorato Cantillano Leiva**

Dirección General de Vigilancia del Marco Normativo

**Dr. José Octavio Izaguirre Fúnez**

Dirección de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud

**Dr. Saúl Hernán Cruz Mendoza**

Dirección General de Riesgos Poblacionales

### APROBACIÓN

Dra. Xochilt Chavez Cerrato, Directora General de Normalización, mediante Resolución **No.09-DGN.2025, con Código LN63:2025**, del 01 de septiembre del 2025, me permito aprobar el documento **“Lineamiento para el manejo de casos sospechosos y confirmados de Sarampión en el Primer Nivel de Atención”**

## Índice

1.	INTRODUCCIÓN .....	6
2.	OBJETO .....	7
3.	CAMPO DE APLICACIÓN .....	7
4.	TÉRMINOS Y DEFINICIONES.....	7
5.	ACRÓNIMOS, SÍMBOLOS Y TÉRMINOS ABREVIADOS .....	9
6.	MARCO DE REFERENCIA .....	9
7.	MANEJO DE CASOS SOSPECHOSOS Y CONFIRMADOS DE SARAMPIÓN EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.....	10
7.1.	Características epidemiológicas.....	10
7.2.	Características clínicas .....	10
7.2.1.	Fase prodrómica.....	11
7.2.2.	Fase exantemática.....	11
7.2.3.	Signos y síntomas de alarma .....	12
7.2.4.	Diagnóstico diferencial .....	12
7.2.5.	Características clínicas y patogenia de la enfermedad del Sarampión .....	13
7.3.	Diagnóstico Laboratorial.....	14
7.4.	Manejo clínico de casos.....	15
7.5.	Manejo de caso sin complicaciones.....	16
7.6.	Manejo de casos con complicaciones.....	18
7.7.	Prevención .....	19
7.8.	Referencia y respuesta .....	20
8.	BIBLIOGRAFÍA .....	21
9.	ANEXOS.....	22
10.	EQUIPO TÉCNICO ELABORADOR .....	28

## 1. INTRODUCCIÓN

La Región de las Américas fue declarada libre de sarampión endémico en 2016, tras la interrupción sostenida de la transmisión autóctona. En Honduras, el último caso confirmado de sarampión autóctono se registró en 1997. No obstante, la disminución de las coberturas vacunales, los movimientos antivacunas y la creciente renuencia vacunal en diversos países de la región, incluido Honduras, aumentan el riesgo de reintroducción del virus.

Hasta mediados de junio de 2025, se han notificado 7,132 casos confirmados de sarampión y 13 muertes en la Región de las Américas, lo que representa un aumento de 29 veces en comparación con los 244 casos reportados en el mismo periodo de 2024. Los países que han reportado casos incluyen Canadá, México, Estados Unidos, Bolivia, Argentina, Belice, Brasil, Perú y Costa Rica, evidenciando una reemergencia regional con riesgo de propagación. Los grupos de edad más afectados son los niños menores de 5 años y los adolescentes entre 10 y 19 años.

Frente a este escenario, es fundamental fortalecer la capacidad del primer nivel de atención para identificar oportunamente los casos sospechosos, implementar medidas de aislamiento y prevención, notificar de manera inmediata y brindar un manejo clínico adecuado, con especial atención a la vigilancia de posibles complicaciones. La detección oportuna y la respuesta rápida son esenciales para evitar la reintroducción y diseminación del virus en el país.

## 2. OBJETO

Establecer las directrices para fortalecer la respuesta del primer nivel de atención en la detección oportuna, notificación, manejo clínico ambulatorio, incluida la identificación de complicaciones, y prevención de la transmisión comunitaria del virus del sarampión, con el fin de reducir la morbilidad y la mortalidad asociadas.

## 3. CAMPO DE APLICACIÓN

- **Usuario:** Personal de salud que brinda atención clínica.
- **Población objetivo:** Toda persona que cumpla con la definición de caso sospechoso o confirmado de sarampión y sus contactos.
- **Demarcación geográfica:** Establecimientos de Salud del Primer Nivel de Atención de la red de servicios públicos y no públicos.

## 4. TÉRMINOS Y DEFINICIONES

**Aislamiento respiratorio o precauciones por vía aérea:** Conjunto de medidas implementadas para prevenir la transmisión de agentes infecciosos capaces de permanecer suspendidos en el aire. En casos sospechosos o confirmados de sarampión, se deben aplicar precauciones por vía aérea, que incluyen el aislamiento del paciente (de preferencia en habitación individual, o en cohorte únicamente con otros casos confirmados de sarampión) y el uso de respirador N95 o equivalente por parte del personal de salud. El aislamiento debe mantenerse desde cuatro días antes hasta cuatro días después del inicio del exantema, siendo el día cero el día en que comienza el exantema.(1)

**Aislamiento domiciliario:** Es una restricción o eliminación de las actividades que se realizan habitualmente fuera y dentro del domicilio. Puede aplicarse voluntariamente para prevenir la expansión de la epidemia o a aquellas personas que estuvieron expuestas a un agente infeccioso. Dentro de casa, la persona debe permanecer en una habitación bien ventilada y aislado del resto de la familia.

**Caso sospechoso de Sarampión:** cualquier persona en quien un trabajador de salud sospeche sarampión o que presente fiebre y exantema máculo papular.

**Caso confirmado:** Es un caso sospechoso de sarampión confirmado por laboratorio o vinculado epidemiológicamente a otro caso confirmado por laboratorio.

**Caso confirmado por laboratorio:** es un caso sospechoso de sarampión confirmado por laboratorio o vinculado epidemiológicamente a otro caso confirmado por el laboratorio.

**Caso confirmado clínicamente:** es un caso sospechoso de sarampión que, por cualquier motivo, no se investiga adecuadamente. Esto podría incluir: los pacientes que fallecieron antes de que la investigación estuviese concluida.

**Cefalocaudal:** Término que describe la dirección de distribución de un signo clínico, en la que el fenómeno inicia en la cabeza (cefal-) y se extiende hacia la parte inferior del cuerpo (caudal). En el sarampión, el exantema maculopapular se extiende en un patrón cefalocaudal, comenzando en la cabeza y extendiéndose hacia el tronco y las extremidades.

**ELISA (Ensayo por inmunoabsorción ligado a enzimas o inmunoensayo enzimático):** Técnica serológica utilizada para detectar anticuerpos IgM o IgG contra el virus del sarampión, útil en el diagnóstico y vigilancia epidemiológica de casos sospechosos.

**Etiqueta Respiratoria:** Conjunto de medidas destinadas a reducir la transmisión de enfermedades respiratorias que se transmiten por gotas o aerosoles.

**ERRA:** Es el equipo de respuesta rápida conformado por profesionales multidisciplinarios de las áreas de epidemiología, inmunizaciones, vigilancia, laboratorio, enfermería, comunicación, administración, entre otras, para actuar con prontitud frente a brotes de sarampión, principalmente cuando se trata de casos importados para evitar su propagación y el restablecimiento de la transmisión endémica.

**Manchas de Bitot:** Lesiones espumosas o placas blanquecinas que aparecen en la conjuntiva, generalmente como manifestación de deficiencia de vitamina A. Su presencia puede orientar la necesidad de suplementación durante el manejo clínico del sarampión.

**Manchas de Koplik:** Lesiones blanquecinas de 1 a 3 mm de diámetro, sobre base eritematosa, localizadas típicamente en la mucosa bucal frente a los premolares inferiores. Son patognomónicas del sarampión y suelen aparecer en el período prodrómico, entre 1 a 4 días antes del exantema.

**Período prodrómico:** Fase inicial del sarampión que precede al exantema, caracterizada por fiebre elevada, tos seca, coriza (rinorrea), conjuntivitis y la aparición de manchas de Koplik. Suele durar de 1 a 4 días.

**RT-PCR (Reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa reversa):** Técnica molecular que permite detectar material genético del virus del sarampión en muestras clínicas (exudado nasofaríngeo, orina). Es altamente sensible y específica, y se emplea para la confirmación diagnóstica.

## 5. ACRÓNIMOS, SÍMBOLOS Y TÉRMINOS ABREVIADOS

**ARN:** Ácido Ribonucleico

**EPP:** Equipo de Protección Personal

**EPV:** Enfermedades Prevenibles por Vacunación

**ERRA:** Equipo de Respuesta Rápida

**ES:** Establecimientos de Salud

**IgG:** Inmunoglobulina tipo G

**IgM:** Inmunoglobulina tipo M

**KN95:** Tipo de respirador que filtra al menos el 95% de las partículas en el aire, equivalente al N95, pero certificado bajo el estándar chino GB2626-2006 o GB2626-2019.

**N95:** Tipo de respirador que cumple con el estándar del Instituto Nacional para la Seguridad y Salud Ocupacional de los Estados Unidos de América.

**MRV:** Monitoreo Rápido de Vacunación

**OPS:** Organización Panamericana de la Salud

**RT-PCR:** Reacción en Cadena de la Polimerasa con Transcriptasa Reversa

**SRP:** Sarampión, Rubéola y Parotiditis (vacuna triple viral)

**UI:** Unidades Internacionales

## 6. MARCO DE REFERENCIA

- Declaratoria de Alerta Sanitaria por Sarampión en el territorio nacional, publicada en el Diario Oficial La Gaceta, No. 36,875 del 27 de junio de 2025, mediante Acuerdo Ejecutivo Número 001-2025.
- Plan Nacional de preparación de la respuesta de casos importados de sarampión, 2024.
- Plan Nacional de Sostenibilidad de sarampión, rubéola y síndrome de rubéola congénita, 2024-2025.
- Manual para la Vigilancia Epidemiológica de las Enfermedades Prevenibles por Vacunación en Honduras, enero 2023.

- Lineamientos de investigación y seguimiento de contactos de casos confirmados de sarampión, 2019.
- Manual de Normas y Procedimientos del Programa Ampliado de Inmunizaciones, Honduras, 2011.

## 7. MANEJO DE CASOS SOSPECHOSOS Y CONFIRMADOS DE SARAMPIÓN EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

### 7.1. Características epidemiológicas

**Agente infeccioso:** El virus del sarampión es un virus de ARN, perteneciente al género *Morbillivirus* de la familia *Paramyxoviridae*. (2,3)

**Reservorio:** El ser humano es el único reservorio conocido del virus del sarampión. Se trata de una enfermedad altamente contagiosa. (4–6)

**Modo de transmisión:** El virus se transmite principalmente por vía respiratoria a través de gotículas o aerosoles generados al toser, estornudar o hablar. También, puede permanecer en superficies inertes o el aire durante aproximadamente dos horas. (1,4)

**Período de incubación:** Oscila entre 7 y 21 días desde la exposición hasta el inicio de la fiebre, siendo más frecuente entre los días 8 y 12. (7)

**Período de transmisibilidad:** el período de transmisibilidad del sarampión se extiende desde aproximadamente cuatro días antes hasta cuatro días después del inicio del exantema, en personas inmunocomprometidas este período se puede extender. El día cero corresponde al día en que comienza el exantema. (5)

**Tasa de ataque:** El sarampión presenta una de las tasas de ataque secundarias más altas entre las enfermedades infecciosas. Se estima que más del 90% de las personas susceptibles se infectarán tras la exposición a un caso confirmado. Es decir, si una persona infectada entra en contacto con 10 personas susceptibles, al menos 9 de ellas probablemente se infectaron. (6)

Las medidas epidemiológicas a llevar a cabo están descritas en el Manual para la Vigilancia Epidemiológica de las enfermedades prevenibles por vacunación en Honduras enero 2023.

### 7.2. Características clínicas

### 7.2.1. Fase prodrómica

Tras el periodo de incubación, el sarampión entra en su fase prodrómica que dura entre 2 a 4 días y se caracteriza por síntomas iniciales como fiebre elevada (presente en el 100% de los casos), tos seca (83%-90%), coriza o rinorrea acuosa (78%-80%) y conjuntivitis no purulenta (60%-70%) (**Anexo 1 y 2**). (4-6)

Durante esta fase también pueden aparecer las manchas de Koplik, que son lesiones blanquecinas de 1 a 3 mm de diámetro, sobre base eritematosa, localizadas típicamente en la mucosa bucal frente a los premolares inferiores (**Anexo 3**). Estas lesiones aparecen 1 a 2 días antes del exantema, persisten durante 1 a 4 días y desaparecen poco después del inicio del exantema maculopapular. Aunque se consideran patognomónicas del sarampión, no siempre se observan en la práctica clínica. Su detección depende tanto del momento de la evaluación como de la experiencia del evaluador. Se ha reportado que pueden identificarse en más del 80% de los casos si se realiza una exploración oral cuidadosa en el momento adecuado. (2,4-6)

### 7.2.2. Fase exantemática

El exantema maculopapular del sarampión aparece generalmente al final del período prodrómico, usualmente entre los días 3 y 4 de fiebre. Inicia en la región occipital posterior y en la línea de implantación del cabello, extendiéndose en un patrón cefalocaudal hacia la cara, cuello, tronco y extremidades. (4)

Aunque la distribución es predominantemente centrípeta, es decir, más intensa en la cara y el tronco que en las extremidades, también puede afectar palmas y plantas conforme avanza la enfermedad. El exantema suele confluir especialmente en la cara y parte superior del cuerpo (**Anexo 4**). (4,7)

Tiene una duración habitual de 3 a 7 días y, al resolverse, desaparece en el mismo orden en que apareció evolucionando de rojo brillante a marrón con descamación fina.

En pacientes con inmunidad parcial por vacunación, el exantema puede ser más leve o presentar características atípicas. (5)

La fiebre alcanza su pico con el inicio del exantema y, en casos no complicados, comienza a disminuir hacia el tercer día de la erupción. La persistencia de fiebre alta más allá del cuarto día del exantema debe considerarse un signo de alarma, ya que puede indicar la presencia de complicaciones como neumonía, otitis media o encefalitis. (7)

### 7.2.3. Signos y síntomas de alarma

La identificación oportuna de signos de alarma permite reconocer complicaciones potenciales y definir la necesidad de referencia inmediata. A continuación, se enumeran las manifestaciones clínicas que deben alertar al personal de salud durante el seguimiento de pacientes con sarampión:

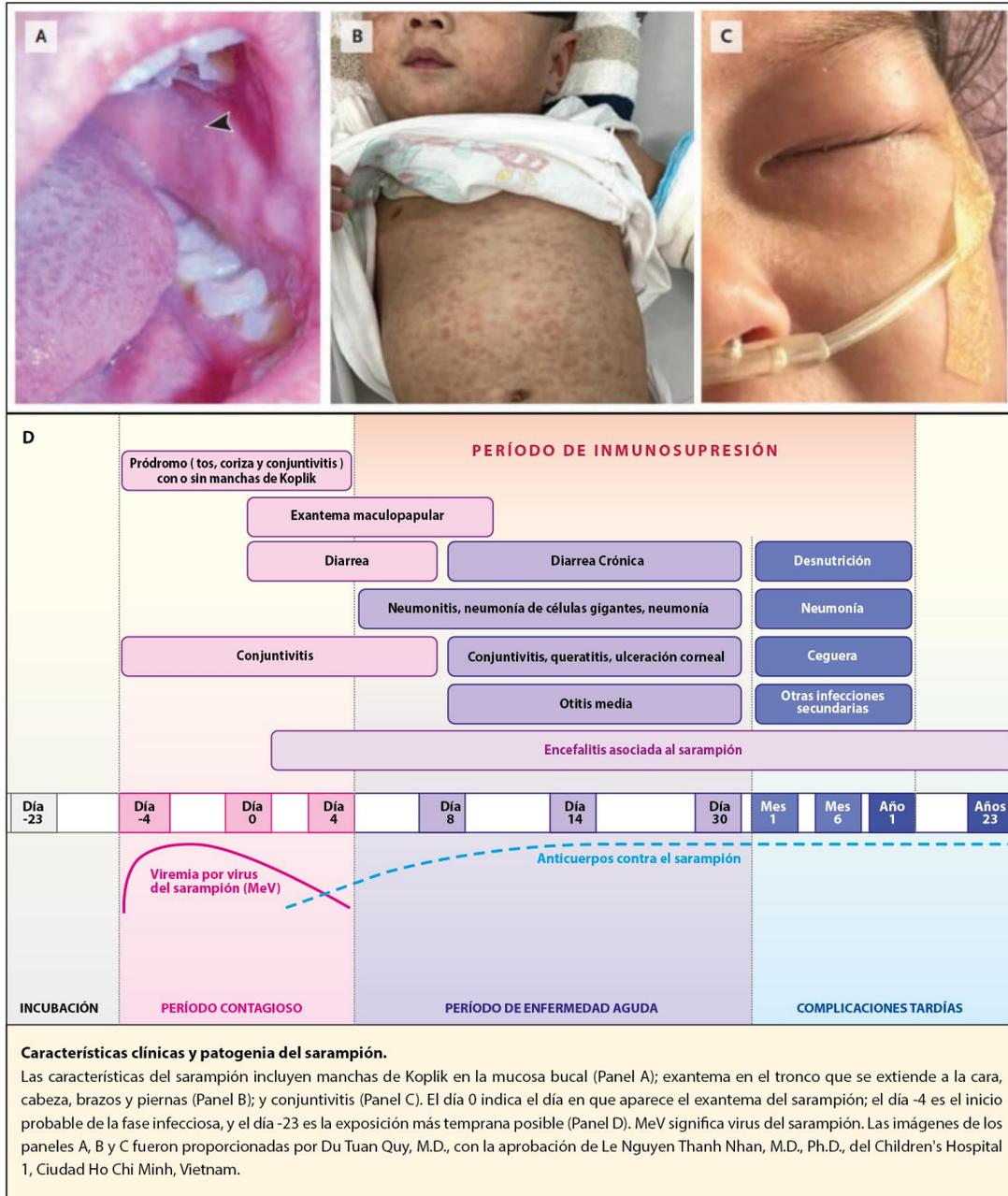
- Fiebre elevada (>39.5 °C) que persiste más allá del cuarto día del exantema, lo cual puede indicar complicaciones como neumonía, otitis media o encefalitis.
- Compromiso neurológico: letargo, somnolencia excesiva, respuesta disminuida a estímulos o dificultad para despertar. También: convulsiones, rigidez de nuca, alteración del estado de conciencia o signos meníngeos.
- Rechazo completo de la vía oral, incluyendo ingesta de alimentos, líquidos o lactancia materna en lactantes.
- Deshidratación moderada a grave: mucosas orales secas, ojos hundidos, ausencia de lágrimas, disminución del volumen urinario, pliegue cutáneo lento y llenado capilar prolongado.
- Dificultad respiratoria: taquipnea, uso de músculos accesorios, retracciones intercostales y subcostales, quejido espiratorio, estridor o cianosis.
- Diarrea de alto volumen, especialmente si se asocia a deshidratación o trastornos electrolíticos.
- Signos de sangrado o trastornos de la coagulación: petequias, equimosis, sangrado gingival u otras hemorragias mucosas.

### 7.2.4. Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial debe considerarse en función de la edad de la persona, su estado vacunal, la situación epidemiológica local y las características clínicas de la enfermedad.

Otras enfermedades exantemáticas febriles que deben considerarse incluyen: Dengue, rubéola, chikungunya, zika, exantema súbito (roséola), eritema infeccioso (quinta enfermedad), escarlatina, mononucleosis infecciosa, enfermedad de manos, pies y boca, viruela símica y enfermedad de Kawasaki, infección por *Mycoplasma pneumoniae*. (4,8)

## 7.2.5. Características clínicas y patogenia de la enfermedad del Sarampión



### 7.3. Diagnóstico Laboratorial

El diagnóstico de sarampión puede realizarse mediante detección de anticuerpos en sangre o suero, o por la identificación directa del virus mediante técnicas moleculares como la RT-PCR. (4,3), tomando las siguientes muestras:

- **Sangre o suero (serología):**

La detección de anticuerpos IgM específicos contra el virus del sarampión es útil para confirmar casos sospechosos en personas no vacunadas. La IgM suele ser detectable desde los primeros días del exantema, la muestra se debe tomar tan pronto sea posible, al primer contacto, idealmente dentro de los primeros 5 días tras el inicio del exantema.

En casos de alta sospecha clínica y si el resultado inicial es negativo. (3,4,8), debe tomarse nuevamente la muestra de serología.

La técnica utilizada para la detección de anticuerpos IgM es el inmunoensayo enzimático (ELISA).

- **Hisopado nasal y faríngeo (diagnóstico molecular)**

La detección del ARN viral se realiza mediante la técnica RT-PCR en tiempo real, que permite confirmar el diagnóstico. (3)

Idealmente, la muestra debe recolectarse en el primer contacto con el paciente, preferiblemente dentro de 0 a 5 días desde el inicio del exantema. La sensibilidad de la prueba está directamente relacionada con la calidad de la toma, transporte y almacenamiento de la muestra, por lo que se recomienda repetir la prueba ante un resultado negativo con alta sospecha clínica o nexo epidemiológica. (10,17)

**NOTA:** La clasificación final de confirmación del caso, debe cumplir con los siguientes criterios: Clínico, laboratorial y epidemiológico.

#### 7.4. Manejo clínico de casos

##### **Acciones de vigilancia que debe realizar el ERRA local:**

1. Notificación inmediata en las primeras 24 horas de casos sospechosos desde el establecimiento de salud, municipio, redes, regiones y nacional, a través de teléfono, WhatsApp o correos electrónicos.
2. Investigación del brote (caso índice) en las primeras 24 horas.
3. Formulación de la línea de tiempo, utilizando calculadora que indique periodo de incubación, transmisión y casos secundarios en función de la fecha de inicio de erupción.
4. Conocer las características del caso índice, de los casos subsecuentes y del caso primario: edad, sexo, antecedente de vacunación de acuerdo con la edad y fecha de inicio del exantema si llegaran a presentarse nuevos casos probables o confirmados entre los contactos del caso. Solicitar al área de epidemiología información sobre el antecedente de exposición del caso en estudio a un caso previo, para iniciar un nuevo seguimiento de vacunación con SRP o SR a contactos de acuerdo con la edad, por cada caso que en forma retrospectiva o prospectiva se identifique.
5. Identificación de la posible fuente de infección según lugares visitados, viajes realizados durante el periodo de incubación y de transmisibilidad para identificación de contactos directos e indirectos y ejecución de medidas de vacunación siguiendo la ruta de desplazamiento del caso en esta etapa.
6. Registro y llenado completo de la ficha epidemiológica que incluye datos generales, signos y síntomas, toma de muestra serológica y de orina, medidas de control, identificación de contactos, de acuerdo con el Manual para la Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Prevenibles por Vacunación (EPV). **(Anexo 9)**
7. Búsqueda activa institucional (BAI), es la pesquisa intencionada de casos sospechosos, que por cualquier motivo el sistema de vigilancia epidemiológica no detectó en el establecimiento de salud públicos y no públicos.
8. Búsqueda activa de laboratorio (BAL), se realiza a través de las visitas a laboratorios públicos y no públicos.
9. Búsqueda activa comunitaria (BAC), partiendo de la ruta de desplazamiento del o los casos en la etapa de transmisibilidad y búsqueda activa institucional y laboratorial.
10. Identificación de establecimientos de salud y municipios que conforman la red o la región de silencio epidemiológico por más de 26 semanas.
11. Medidas de control, bloqueo a través de barrido documentado y Monitoreo Rápido de Vacunación (MRV) para identificación de la cohorte de población vacunada y no vacunada, ampliando la vacunación a otros grupos según cohorte de población susceptible encontrada por edad.

12. Formulación de la ruta crítica, social y de vacunación de los sitios laborales, hospitales, escuelas, sitios públicos, iglesias, cines, plazas que recorrió el caso sospechoso, medios de transporte y vacunación extramuros y seguimiento de contactos directos e indirectos a través de los mecanismos establecidos por 30 días.

### **7.5. Manejo de caso sin complicaciones**

El tratamiento del sarampión sin complicaciones es esencialmente sintomático y ambulatorio (**Anexo 7**). Las intervenciones deben enfocarse en mantener una adecuada hidratación, asegurar el aporte nutricional y controlar la fiebre con antipiréticos como el acetaminofén. (8) No se recomienda el uso de ácido acetilsalicílico debido al riesgo de desarrollar síndrome de Reye.

Se debe garantizar una buena ventilación de los espacios y evitar contacto con otras personas durante el período de transmisibilidad (contagiosidad).

El uso de antibióticos no está indicado de forma rutinaria y deben indicarse exclusivamente para casos con sospecha o confirmación de infecciones bacterianas secundarias. (11)

#### ***Suplementación con Vitamina A***

Todos los casos sospechosos o confirmados de sarampión deben recibir **Vitamina A**, la cual se ha demostrado que reduce la gravedad y la letalidad de la enfermedad. Esta debe iniciarse tan pronto se identifique el caso. (4,5,12)

- Pacientes lactantes menores de 6 meses: 50,000 UI una vez al día por dos días.
- Pacientes de 6 a 11 meses: 100,000 UI, una vez al día por dos días.
- Niños de 12 meses o más: 200,000 UI, una vez al día por dos días.

En pacientes con deficiencia clínica de vitamina A (por ejemplo, manchas de Bitot), se recomienda una tercera dosis entre 4 y 6 semanas después del esquema inicial. (**Anexo 5**)

No se recomienda la administración de vitamina A a mujeres embarazadas con sarampión, debido a posibles efectos teratogénicos en el feto.

#### ***Lactancia materna***

La lactancia materna no está contraindicada en madres con sarampión. Se recomienda continuarla siempre que la condición clínica lo permita, ya que el virus no se transmite a través de la leche materna, la cual contiene anticuerpos que pueden beneficiar al lactante. (13)

Para prevenir la transmisión por vía respiratoria, se recomienda que la madre utilice idealmente N95 o su equivalente kN95 o en su defecto una mascarilla quirúrgica durante el contacto cercano con el lactante y realice una adecuada higiene de las manos antes de cada toma. En caso de que la madre se encuentre demasiado enferma para brindar lactancia materna directamente, puede extraerse la leche para ser administrada por un cuidador sano.



**Para el paciente, la KN95/N95 es la mejor opción**



**Si el paciente no tiene, o no puede comprar, utilizar una mascarilla quirúrgica**



**Para los demás miembros de la familia, mascarilla quirúrgica o una mascarilla hecha en casa**

### ***Aislamiento respiratorio intradomiciliario***

El manejo de todos los casos sospechosos o confirmados de sarampión que no presenten complicaciones clínicas (como neumonía, otitis media, encefalitis, diarrea severa o crup / laringotraqueobronquitis) ni condiciones de riesgo social (como hacinamiento o situación de calle) deben manejarse de forma ambulatoria, es decir, en el hogar. En estos casos se debe implementar aislamiento respiratorio intradomiciliario, el cual debe iniciarse desde el comienzo de los síntomas generales (como fiebre, tos, conjuntivitis, rinorrea o malestar general) y mantenerse hasta cuatro días después de la aparición del exantema (erupción cutánea).

El día en que aparece el exantema se considera como el “día cero”. En personas inmunocompetentes, el período en el que pueden contagiar a otros finaliza al completar el cuarto día del exantema. Sin embargo, en pacientes con el sistema inmunológico comprometido o que presenten complicaciones clínicas, este periodo de contagio puede prolongarse. En estos casos se recomienda mantener el aislamiento hasta que el exantema haya desaparecido completamente y el paciente haya sido evaluado por un profesional de salud.

## 7.6. Manejo de casos con complicaciones

Los pacientes con sarampión que presenten signos de alarma o manifestaciones clínicas sugestivas de complicaciones deben ser referidos de forma inmediata a un establecimiento de segundo nivel para valoración y tratamiento. El abordaje debe ser individualizado según el tipo de complicación (por ejemplo, neumonía, deshidratación, encefalitis) e incluir medidas de soporte, monitoreo clínico estrecho, aislamiento respiratorio durante todo el curso clínico de la enfermedad y tratamiento específico si se identifican coinfecciones u otras etiologías asociadas.

Las complicaciones se presentan en aproximadamente el 30% de los casos de sarampión y pueden aparecer hasta un mes después de la infección. Estas pueden aparecer en cualquier momento durante la evolución de la enfermedad, y son más frecuentes en niños menores de 5 años, personas con desnutrición o con inmunodeficiencias. Su identificación oportuna y manejo adecuado son fundamentales para reducir la morbimortalidad. (4,5)

La complicación más común del sarampión en la infancia es la otitis media aguda, que ocurre en el 7-9 % de los casos. La principal causa de muerte asociada al sarampión es la neumonía, ya sea por infección viral directa o por sobreinfección bacteriana secundaria. (4)

A continuación, se presentan las principales complicaciones clasificadas por sistema afectado. Dentro de las complicaciones respiratorias se encuentran la neumonía, la bronquiolitis, la laringotraqueobronquitis y la laringitis. Las complicaciones neurológicas incluyen encefalitis y convulsiones febriles. En el sistema gastrointestinal pueden presentarse diarrea aguda grave, vómitos y hepatitis. Las complicaciones otorrinolaringológicas abarcan otitis media aguda y estomatitis. En cuanto a las complicaciones oftalmológicas, pueden observarse queratitis y ulceración corneal. Finalmente, entre las complicaciones cardíacas se han reportado casos de pericarditis y miocarditis. (3-5,8,12,14)

La infección por sarampión durante el embarazo se ha asociado con enfermedad más grave y un mayor riesgo de neumonitis, hepatitis, aborto o parto pretérmino. (15, 11)

## **7.7. Prevención**

La prevención del sarampión se basa en dos pilares fundamentales: 1) la inmunización: activa y pasiva; 2) las medidas de protección personal (EPP) y control de infecciones. (4)

### **Inmunización activa (vacunación)**

La estrategia más eficaz para prevenir el sarampión es la inmunización activa mediante vacunas de virus vivos atenuados. En Honduras, se utiliza la vacuna triple viral (SRP: sarampión, rubéola y parotiditis), que induce seroconversión en aproximadamente el 95% de los vacunados a partir de los 12 meses de edad, y proporciona inmunidad duradera. (14)

Ante la identificación de un caso sospechoso o confirmado, se debe revisar el carné de vacunación de todos los contactos. Aquellos que no tengan ninguna dosis registrada, o solo una dosis, pueden recibir una dosis adicional dentro de las primeras 72 horas posteriores a la exposición, como medida de protección posterior al contacto. En situación de brote, la vacuna SRP se puede administrar a partir de los 6 meses de vida. A esta dosis se le llama “dosis cero”, la cual no forma parte del esquema de rutina de dos dosis, por lo que se debe programar su dosis uno a partir de los 12 meses de vida. (5, 8, 11)

En los establecimientos de salud, se debe aprovechar cada consulta, independientemente del motivo de atención, para revisar el carné de vacunación de los pacientes. En caso de identificarse esquemas incompletos, y si no existen contraindicaciones, se debe ofrecer la vacunación en la misma visita.

### **Inmunización pasiva (inmunoglobulina)**

Los contactos en los que hay contraindicación de la vacuna, se puede administrar inmunoglobulina humana después de la exposición, principalmente a las mujeres embarazadas, niños menores de 6 meses y los individuos con inmunodeficiencia. Si se administra dentro de los 6 días post exposición, esta inmunización pasiva puede prevenir o reducir la gravedad de la enfermedad; estos grupos de riesgo deben ser referidos al segundo nivel de atención para su aplicación. (5, 11, 12, 14, 16)

### **Equipo de protección personal y medidas de control de infecciones**

Dado que el virus del sarampión es altamente transmisible por vía aérea, deben establecerse medidas rigurosas de control tanto en el establecimiento de salud como en el domicilio:

- Uso de mascarilla quirúrgica para pacientes y acompañantes, y respirador N95 o equivalente para el personal de salud.
- Higiene frecuente de las manos con agua y jabón o productos a base de alcohol.

- Etiqueta respiratoria: cubrir boca y nariz al toser, estornudar.
- El uso de guantes y batas solo está indicado si se anticipa contacto con fluidos corporales u otras condiciones clínicas que lo justifiquen, pero no como parte rutinaria del manejo de pacientes con sarampión. (1)
- En el domicilio: aislamiento por vía aérea, con ventilación natural, idealmente en espacios físicos separados del resto de la familia. **(Anexo 6)**
- Idealmente, los contactos que no cuenten con un esquema de vacunación completo (una sola dosis o ninguna) deben permanecer en observación domiciliaria durante 21 días a partir de la última exposición, correspondiente al período máximo de incubación del virus, bajo monitoreo activo para facilitar la detección oportuna de síntomas.
- Cualquier contacto que haya iniciado síntomas sugestivos de sarampión, deberá también iniciar aislamiento respiratorio tipo ambulatorio desde el día en que se inician los síntomas y notificar al establecimiento de salud o al equipo que hace su seguimiento para proceder a la evaluación, toma de muestras e investigación respectiva.

## 7.8. Referencia y respuesta

Deben ser referidos de forma inmediata a un establecimiento de segundo nivel, con las medidas de protección personal (EPP) y control de infecciones, según lo establecido en los lineamientos del Sistema Nacional de Referencia y Respuesta, los siguientes pacientes:

- Pacientes de cualquier edad que presenten complicaciones clínicas
- Pacientes sin complicaciones que pertenezcan a grupos de mayor riesgo, incluyendo:
  - Lactantes menores de un año
  - Personas con inmunodeficiencias
  - Pacientes con desnutrición severa
  - Mujeres embarazadas
  - Personas con enfermedades crónicas no compensadas

Es fundamental coordinar previamente con el establecimiento de salud receptor, notificando la referencia para asegurar la continuidad del manejo clínico y permitir la preparación adecuada para su recepción, especialmente en lo relacionado con la implementación oportuna de medidas de aislamiento respiratorio. No obstante, la decisión de referir debe considerar la disponibilidad de cupo en el establecimiento receptor.

## 8. BIBLIOGRAFÍA

1. Siegel JD, Rhinehart E, Cic RNMPH, Jackson M, Brennan PJ, Bell M. 2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings United States of America: Centers for Disease Control and Prevention; 2024 [Available from: <https://www.cdc.gov/infection-control/hcp/isolation-precautions/index.html>].
2. Guía Práctica Para El Manejo Domiciliar De Pacientes Sospechosos o Confirmados por COVID-19, Secretaría de Salud de Honduras, 2023.
3. Anne M. Measles, Mumps, Rubella. APIC TEXT. United States of America: Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology; 2014. p. 1–63.
4. Organización Panamericana de la Salud. El aislamiento domiciliario es una medida de prevención de salud pública para evitar o minimizar la transmisión del COVID-19 2020 [Available from: <https://www.paho.org/es/noticias/25-3-2020-aislamiento-domiciliario-es-medida-prevencion-salud-publica-para-evitar>].
5. Guía de Referencia Rápida - Prevención, diagnóstico y tratamiento del paciente pediátrico con sarampión. Consejo de Salubridad General; 2014.
6. Salud OPdl. Eliminación del Sarampión - Guía Práctica. 2007.
7. Dunn JJ, Baldanti F, Puchhammer E, Panning M, Perez O, Harvala H, et al. Measles is Back - Considerations for laboratory diagnosis. *J Clin Virol*. 2020;128:104430.
8. Evaluación de riesgo para la salud pública relacionada con el sarampión: implicaciones para la Región de las Américas [press release]. 2025.
9. Jae K, Bode L, Ogra P. Human Milk. In: Maldonado YA, Nizet V, editors. Remington and Klein's Infectious Diseases of the Fetus and Newborn Infant. Ninth Edition ed. United States of America: Elsevier; 2024.
10. Lutz CS, Hasan AZ, Bolotin S, Crowcroft NS, Cutts FT, Joh E, et al. Comparison of measles IgG enzyme immunoassays (EIA) versus plaque reduction neutralization test (PRNT) for measuring measles serostatus: a systematic review of head-to-head analyses of measles IgG EIA and PRNT. *BMC Infect Dis*. 2023;23(1):367.
11. Maldonado YA, Shetty AK. Measles. In: Long SS, Prober CG, Fischer M, editors. Principles and Practice of Pediatric Infectious Diseases 6th Edition ed. United States of America: Elsevier; 2023. p. 1192–200.
12. Committee on Infectious Diseases AAOA. Red Book: 2024–2027 Report of the Committee on Infectious Diseases. Kimberlin DW, Banerjee R, Barnett ED, Lynfield R, Sawyer MH, editors: American Academy of Pediatrics; 2024.
13. Programa Ampliado de Inmunizaciones de Honduras. Manual para la Vigilancia Epidemiológica de las Enfermedades Prevenibles por Vacunación en Honduras In:

Secretaria de Salud de Honduras. Tegucigalpa, Honduras, 2023.

14. World Health Organization. Measles 2024 [Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/measles>].
15. Do LAH, Mulholland K. Measles 2025. *N Engl J Med*. 2025.
16. World Health Organization. Antibody detection methods for laboratory confirmation of measles, rubella, and congenital rubella syndrome. *Manual for the Laboratory - Based Surveillance of Measles, Rubella, and Congenital Rubella Syndrome*, 2018.
17. Guerra FM, Bolotin S, Lim G, Heffernan J, Deeks SL, Li Y, et al. The basic reproduction number ( $R(0)$ ) of measles: a systematic review. *Lancet Infect Dis*. 2017;17(12):e420–e8.
18. Jones MU, Ottolini MG. Measles. In: Jong EC, Stevens DL, editors. *Netter's Infectious Diseases*. Second Edition ed. United States of America: Elsevier; 2022. p. 43–7.
19. Martinez ME, Rojo C, Iturralde I, Lekuona I. Manchas de Bitot por deficit de vitamina A. *An Pediatr (Barc)*. 2010;72.
20. Strebel PM, Orenstein WA. Measles. *N Engl J Med*. 2019;381(4):349–57.
21. Vacunación contra el sarampión, las paperas y la rubéola (MMR) y atención a pacientes obstétrico-ginecológicas durante un brote de sarampión United States of America: The American College of Obstetricians and Gynecologists; 2025 [Available from: [https://www-acog-org.translate.google.com/clinical/clinical-guidance/practice-advisory/articles/2024/03/management-of-obstetric-gynecologic-patients-during-a-measles-outbreak?\\_x\\_tr\\_sl=en&\\_x\\_tr\\_tl=es&\\_x\\_tr\\_hl=es&\\_x\\_tr\\_pto=tc](https://www-acog-org.translate.google.com/clinical/clinical-guidance/practice-advisory/articles/2024/03/management-of-obstetric-gynecologic-patients-during-a-measles-outbreak?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=es&_x_tr_hl=es&_x_tr_pto=tc)].
22. Organización Mundial de la Salud. Documento de posición de la OMS acerca de las vacunas antisarampionosas: Organización Mundial de la Salud; 2009 [Available from: [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/241412/WER8435\\_SPA.PDF](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/241412/WER8435_SPA.PDF)].
23. An Advisory Committee Statement (ACS) on Immunization. Public Health Agency of Canada; 2025.

## 9. ANEXOS

### Anexo 1. Conjuntivitis no purulenta en pacientes con sarampión



Fuente: Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos de América

## Anexo 2. Conjuntivitis no purulenta en paciente adulto con sarampión



Fuente: Lilly E, Srivastava B. Images in clinical medicine. Measles. N Engl J Med. 2015 Jun 4;372(23):2217. doi:10.1056/NEJMicm1407399.

### Anexo 3. Manchas de Koplik en un paciente con sarampión



Fuente: NHS. Measles [Internet]. London: National Health Service (UK); c2024 [citado 2025 Jul 5].  
Disponible en: <https://www.nhs.uk/conditions/measles/>

### Anexo 4. Exantema en pacientes con sarampión



Fuente: NHS. Measles [Internet]. London: National Health Service (UK); c2024 [citado 2025 Jul 5].  
Disponible en: <https://www.nhs.uk/conditions/measles/>

## Anexo 5. Manchas de Bitot en pacientes con deficiencia de Vitamina A

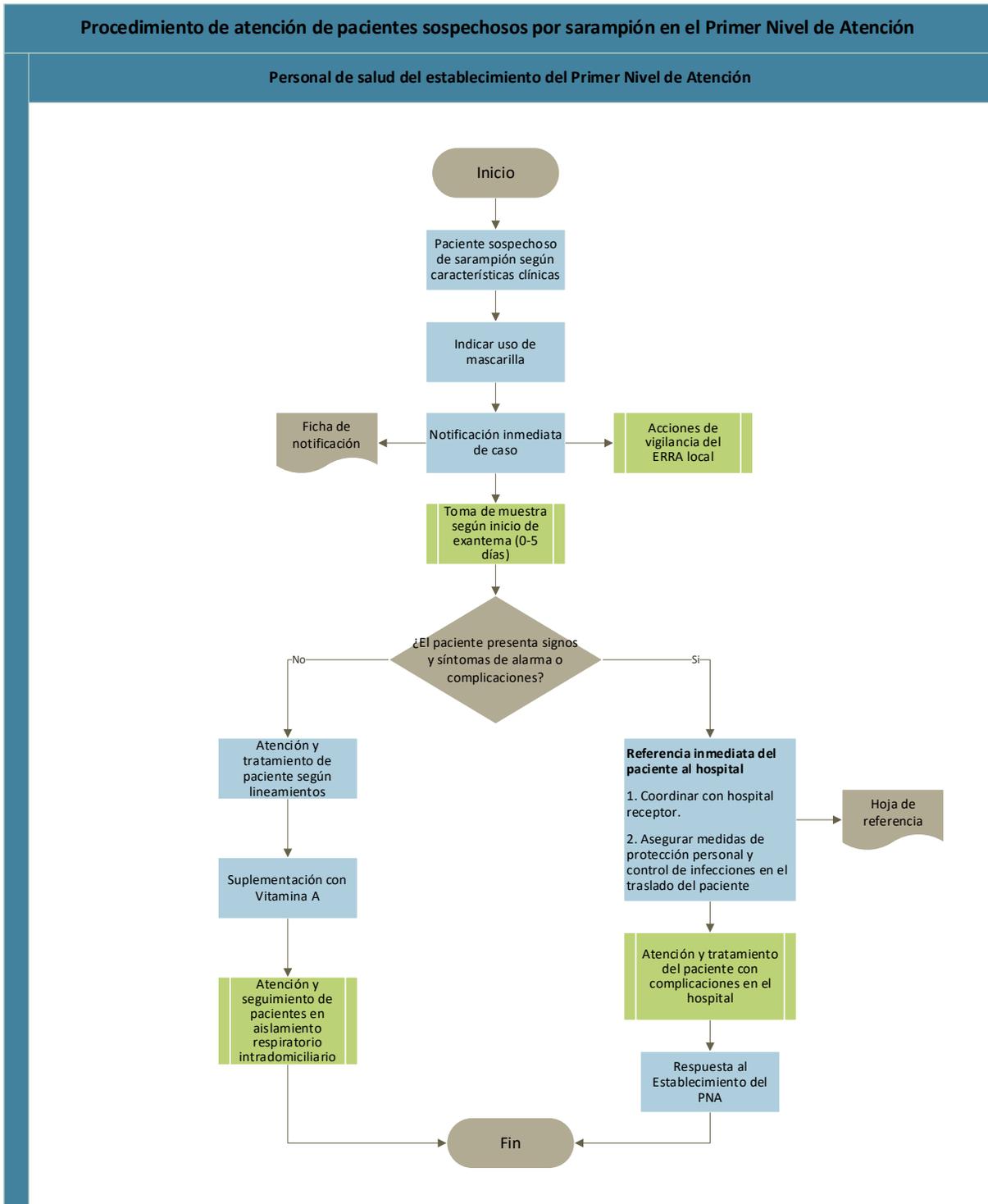


Fuente: Martínez Elgarresta M, Vacas del Arco B, Rojo Conejo P, Iturralde Iriso J, Lekuona Irigoyen A. Manchas de Bitot por déficit de vitamina A. An Pediatr (Barc). 2010;72(1):92–93. doi:10.1016/j.anpedi.2009.09.012.

## Anexo 6. Medidas de aislamiento

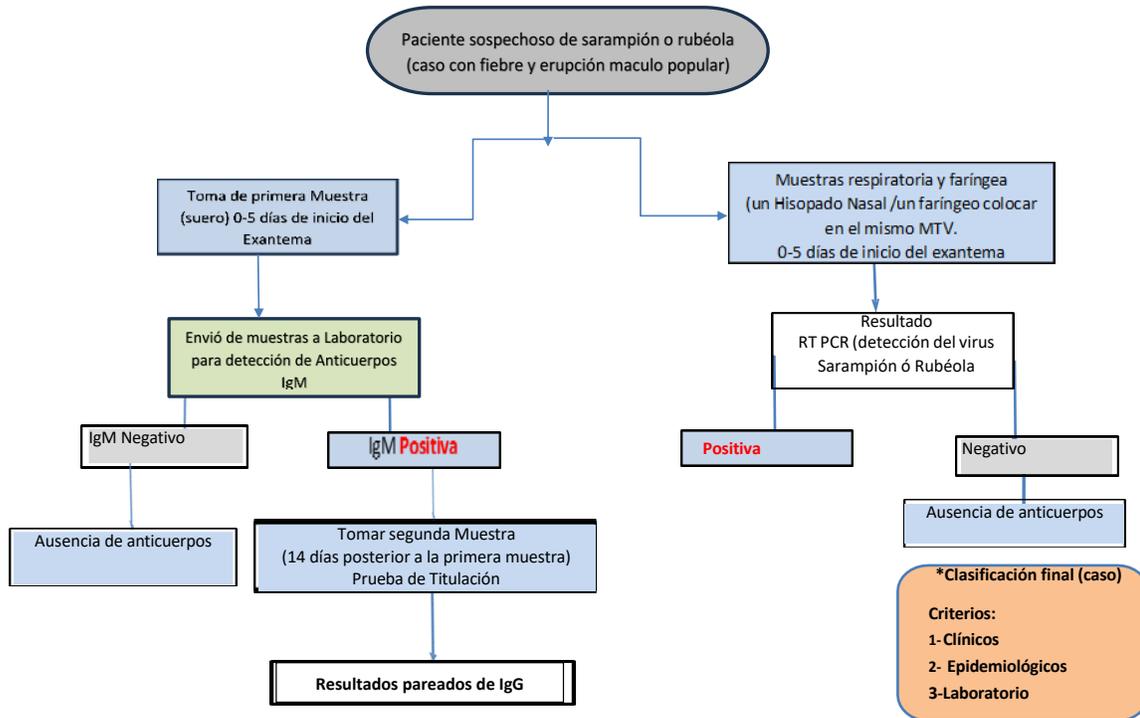
<b>Tipo de aislamiento</b>	<b>Prácticas recomendadas para pacientes con sarampión (manejo ambulatorio / aislamiento domiciliario)</b>
<b>Habitaciones individuales</b>	Las habitaciones individuales reducen el riesgo de transmisión por contacto desde el paciente fuente. - Tipos adecuados de aislamiento en habitaciones individuales (en orden de preferencia): <ul style="list-style-type: none"><li>• Habitación con aire acondicionado y sistema de extracción de aire (o ventilación externa) que dirija el aire fuera del edificio (preferentemente hacia un área sin tráfico de personas);</li><li>• Habitación con un ventilador (si está disponible) dirigido hacia una ventana abierta (idealmente hacia un área sin tráfico de personas);</li><li>• Habitación sin circulación de aire ni ventana(s).</li></ul> - En todos los casos, las puertas deben permanecer cerradas para evitar la circulación de aire potencialmente contaminado dentro del edificio. Además, se deben cerrar u obstruir los conductos de retorno de aire que puedan distribuirlo a otras áreas.

## Anexo 7. Flujograma de atención de pacientes sospechosos por sarampión en el primer nivel de atención



## Anexo 8. Algoritmo para estudio por laboratorio en la vigilancia rutinaria de Sarampión / Rubéola.

Procedimiento para toma de muestra según inicio del exantema de casos sospechosos de sarampión/Rubéola



## 10. EQUIPO TÉCNICO ELABORADOR

<b>Dirección General de Riesgos Poblacionales</b> Licda. Seneyda Castañeda
<b>Programa de Atención de Enfermedades Transmisibles</b> Dra. Odalys García Dra. Silvia Bucardo
<b>Dirección General de Redes Integradas de Servicios de Salud</b> Dra. Angela Velásquez Dra. Wendy Barrientos Dr. Eduardo Flores
<b>Dirección General de Normalización</b> Dra. Adonis Andonie Licda. Linda Lara Dra. Gabriela Barahona Licda. Telma Romero
<b>Programa Ampliado de Inmunizaciones</b> Dra. Lizzethe Mendoza Dra. Xiomara Erazo
<b>Departamento de Servicios del Segundo Nivel de Atención</b> Dra. Mary Cardona Dra. María Elena Guevara
<b>Departamento de Servicios de Primer Nivel de Atención</b> Dra. Mónica Figueroa
<b>Unidad de Logística de Medicamentos</b> Dr. Alex Rodríguez
<b>Laboratorio Nacional de Vigilancia en Virología</b> Dra. Carolina Alvarado
<b>Sociedad Hondureña de Enfermedades Infecciosas</b> Dra. Sara Eloísa Rivera
<b>Organización Panamericana de la Salud</b> Dra. Amalia Amaya Dr. Rodolfo Barillas Lcda. Jeimy Henríquez Ing. Alicia Sierra

