

Protocolo: Protocolo Operativo Sectorial de Respuesta a Sarampión	
Función: 4. Operaciones en salud y asesoramiento técnico	
Subfunción: 4.6a Atención a pacientes	
Fecha de elaboración:	23 de enero 2026
Elaborado por:	Dirección de Planificación y Gestión de la Calidad Hospitalaria, Dirección de Gestión Hospitalaria Dirección de Sistema de Urgencias Médicas -SUME- Dirección de Normatividad de Programas de Atención a las Personas
Dirigido a:	Toda la red de servicios del sector salud públicos y privados
No. Revisión:	02
Fecha de Actualización:	28 de enero de 2026

I. Presentación

En el marco del brote de sarampión y considerando su alta transmisibilidad, impacto en la salud pública y el riesgo de aparición de complicaciones prevenibles, se emite los presentes lineamientos para el tratamiento de casos de sarampión, dirigidos a los prestadores de servicios de salud de la red del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y del sector salud.

El presente documento técnico-normativo tiene como propósito establecer disposiciones estandarizadas para el manejo terapéutico y seguimiento de los casos de sarampión, con base en la evidencia científica vigente y las recomendaciones nacionales e internacionales. Su aplicación uniforme permitirá fortalecer la capacidad de respuesta institucional y sectorial para asegurar la calidad de la atención, optimizar el uso de los recursos del sistema de salud y contribuir a la reducción de la morbilidad asociada a esta enfermedad.

II. Objetivo general

- Establecer las disposiciones técnicas y normativas para el tratamiento de los casos de sarampión en la red de servicios de salud del MSPAS y sector salud, en el contexto del brote de sarampión.

III. Objetivos específicos:

- Definir criterios técnicos estandarizados para el manejo ambulatorio de los casos de sarampión no complicados y para el manejo de casos complicados en los diferentes niveles de atención.
- Normar las intervenciones terapéuticas, de seguimiento clínico al paciente, orientadas a prevenir la progresión a formas complicadas de la enfermedad.
- Fortalecer la calidad, oportunidad y continuidad de la atención brindada por los prestadores de servicios de salud.

IV. Alcance

Los presentes lineamientos son de observancia general para los prestadores de servicios de salud de las Direcciones Departamentales de Redes Integradas de Servicios de Salud y Hospitales, que brinden atención a personas con diagnóstico confirmado o sospechoso de sarampión.

V. Población objetivo

Personas que han sido diagnosticadas con sarampión.

VI. Lineamientos para la atención integral en salud de personas con sarampión no complicado

Conducta/tratamiento por Etapas del Curso de Vida

Etapa del Curso de Vida	Conducta/Tratamiento							
	Fiebre	Tos	Conjuntivitis	Fotofobia	Manchas de Koplik	Exantema	Debilidad	Diarrea
Embarazada Toda paciente embarazada debe ser referida a un centro de alta complejidad (1,4)	Acetaminofén 1 gramo por vía oral cada 8 horas	Evaluar saturación menor de 92%, referir	Tratamiento sintomático	Proteger de luz intensa en la habitación	Sintomático	Sintomático	Reposo	Suficientes líquidos, sales de rehidratación oral
Neonato 0-28 días	Si se identifica en establecimientos de mediana y alta complejidad, estabilizar y trasladar al hospital. Aplicar figura de estabilización y referencia durante el transporte (ver anexo No. 1). Valorar el uso de inmunoglobulina en centros de atención de alta complejidad.							
<ul style="list-style-type: none"> Lactantes de 29 días a 12 meses, aunque no presenten complicaciones Niños inmunocomprometidos o con desnutrición Personas con <u>inmunocompromiso</u>. 	Referir a establecimiento de alta complejidad							
Niñez, de 1 año a menores de 10 años	Acetaminofén 10-15mg/Kg/dosis, cada 6 a 8 horas por vía oral, máximo 3 días	Sintomático	Sintomático	Proteger de luz intensa en la habitación	Sintomático	Sintomático	Reposo	Suficientes líquidos, sales de rehidratación oral
	Vitamina A: acorde a edad <ul style="list-style-type: none"> Dos dosis, día 1 y 2. En caso de xeroftalmia, tercera dosis 2-4 semanas Menor de 6 meses, 50,000 UI 6 a 11 meses 100,000 UI vía oral Mayor de 12 meses 200,000 UI vía oral 							
Adolescencia, juventud, adulto, adulto mayor	Acetaminofén 500/1000mg cada 8 horas (no debe sobrepasar los 4 g/día)	Sintomático	Sintomático	Proteger de luz intensa en la habitación	Sintomático	Sintomático	Reposo	Suficientes líquidos, sales de rehidratación oral
	Vitamina A: Se debe administrar en personas de 1 año en adelante Vitamina A 200,000 UI, después de presentar los síntomas clínicos de sarampión cada 24 horas por dos días.							

Observación: Toda persona que presenta síntomas de sarampión se recomienda reposo absoluto, hidratación y 8 días de aislamiento inmediato después de la aparición de las manchas de Koplik (lesiones en la mucosa oral) y exantema.

A. Conducta a seguir del personal asistencial

- Proceder según protocolo de vigilancia epidemiológica
- Registrar en SIGSA
- Dar seguimiento a la referencia y contrarreferencia, si fuera el caso
 - Se debe asegurar la comunicación directa entre el referente y el servicio que recibe, indicando la sospecha o diagnóstico del paciente.
 - Se debe utilizar la boleta única de referencia y contrarreferencia, llenarla completa y correctamente, anexando un resumen del caso que contribuya a una atención rápida y oportuna.

B. Orientaciones a padres, madres de familia y/o cuidadores:

- Informe sobre la situación del paciente.
- Aislamiento inmediato.
- En menores de 6 meses, continuar con lactancia materna exclusiva.
- En mayores de 6 meses continuar con lactancia y ofrecer porciones pequeñas de alimentos que más le gusten, preparaciones espesas y ofrecerlas con frecuencia. Insistir en que no deje de comer.
- En madre lactante:
 - La madre debe tener aislamiento respiratorio del neonato por 5 días, usando mascarilla N95.
 - Realizar extracción de leche materna y ofrecerla al neonato mediante un método alternativo de alimentación.
- Proteger de luz intensa en la habitación.
- Promover y orientar sobre temas de vacunación.

VII. Criterios de referencia y/o hospitalización.

Deberá ser referido al siguiente nivel de resolución todo paciente sospechoso, probable o confirmado con los siguientes signos clínicos de peligro:

- Deshidratación de moderada a grave.
- Convulsiones.
- Letargia o inconciencia.
- Dificultad respiratoria (polipnea, tiraje sub e intercostal).
- Quejidos.

- Incapacidad para beber o mamar, vomita todo lo que bebe,
- Lesiones oculares (Xeroftalmia, ulcera corneal),
- Desnutrición aguda,
- Úlceras extensas y profundas en la boca.

Observación:

Toda persona que presenta síntomas de sarampión se recomienda reposo absoluto, hidratación y 8 días de aislamiento inmediato después de la aparición de las manchas de Koplik (lesiones en la mucosa oral) y exantema.

VIII. Lineamientos para la atención integral en salud de personas con sarampión con complicaciones.

A. Manejo clínico hospitalario.

No existe tratamiento antiviral específico para el sarampión; por lo tanto, el manejo clínico será sintomático y de soporte, de acuerdo con la gravedad de las complicaciones. Se debe proveer al paciente el alivio de los síntomas comunes, como la fiebre, la tos, la congestión nasal o el coriza, la conjuntivitis y el dolor de garganta.

B. Manejo de la fiebre:

- **Medidas generales:** Descanso, líquidos abundantes. Si presenta diarrea, pero no tiene deshidratación dar suero de rehidratación oral para prevenir la deshidratación. Si está lactando, dar preferencia a la lactancia materna. En casos de algún grado de deshidratación rehidratar de acuerdo con el plan B, si presenta deshidratación severa o intolerancia a la vía oral, iniciar hidratación intravenosa conforme a la norma de rehidratación.
- **Fármacos:** Paracetamol (acetaminofén) o ibuprofeno para reducir la fiebre y el malestar, a dosis adecuadas para la edad/peso.

Adultos y adolescentes mayores de 15 años: *administrar paracetamol por vía oral a dosis de 500 a 650 mg cada 4 a 6 horas, sin exceder 4 g en 24 horas.*

Niños: *administrar paracetamol por vía oral a dosis de 10 a 15 mg/kg por dosis cada 4 a 6 horas, respetando las dosis máximas recomendadas.*

C. Manejo de rash y prurito:

- **Higiene:** Baños de agua tibia para aliviar la picazón y mantener la piel limpia.
- **Lociones:** Loción de calamina puede ayudar a secar y calmar la piel.
- **Antihistamínicos:** Orales para controlar la comezón intensa.
- **Ropa:** Usar ropa de algodón suave y holgada.

Sobre Antibióticos: se recomienda únicamente cuando hay complicaciones por infecciones bacterianas secundarias, como una neumonía o una otitis media.

D. Cuidado de los ojos:

- En casos de conjuntivitis leve, caracterizada por secreción clara y acuosa, no se requiere tratamiento farmacológico. Se recomienda únicamente limpieza ocular con solución adecuada y medidas de higiene.
- Si el paciente presenta secreción purulenta, se debe manejar como conjuntivitis bacteriana, iniciando tratamiento con cloranfenicol o tetraciclina oftálmica, aplicados cuatro veces al día durante siete días.
- En caso de lesión ocular, como úlcera corneal, indicar tratamiento con cloranfenicol o tetraciclina oftálmica, cuatro veces al día durante siete días, asociado a atropina al 0.1%, tres veces al día durante siete días. Además, se recomienda vendar o cubrir el ojo afectado cuando exista úlcera corneal.

Como parte del manejo obligatorio, se deberá administrar vitamina A conforme a la edad del paciente, de la siguiente manera.

- **Menores de 6 meses:** 50,000 UI por vía oral, una dosis diaria por dos días consecutivos.
- **De 6 a 11 meses:** 100,000 UI por vía oral, una dosis diaria por dos días consecutivos.
- **Mayores o iguales a 12 meses:** 200,000 UI por vía oral, una dosis diaria por dos días consecutivos.
- **En niños desnutridos o con signos clínicos de deficiencia de vitamina A:** considerar la administración de una tercera dosis según la edad a la cuarta semana, conforme a criterio clínico.

El seguimiento clínico intrahospitalario deberá orientarse a la detección temprana de complicaciones, la atención integral del paciente y la articulación con otros servicios clínicos cuando sea necesario, garantizando una atención segura y oportuna, especialmente en los grupos de mayor riesgo.

A todo paciente menor de cinco años se le deberá realizar, de manera obligatoria, la evaluación del estado nutricional en los servicios de Emergencia y Consulta Externa, utilizando los tres indicadores antropométricos normados por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia con el objetivo de garantizar la detección temprana de alteraciones nutricionales y la implementación oportuna del tratamiento correspondiente.

E. Complicaciones.

Dado que el sarampión es una infección sistémica, puede afectar la piel, los ojos, el intestino y el sistema respiratorio. Las complicaciones que se presentan en aproximadamente el 30 % de los casos de sarampión que con frecuencia ocurren hasta un mes después de la infección, incluyen diarrea, neumonía, otitis media y conjuntivitis.

La neumonitis y la neumonía de células gigantes son complicaciones poco frecuentes, pero graves y potencialmente mortales del sarampión. Estas afecciones se reportan principalmente en personas inmunodeprimidas, con desnutrición y en niños pequeños. Incluso después de la recuperación, los niños que han tenido sarampión tienen un alto riesgo de complicaciones tardías como neumonía, desnutrición y ceguera.

La ceguera generalmente se debe a ulceración corneal grave, y a veces perforación corneal, en niños con deficiencia de vitamina A. Se ha demostrado recientemente que la amnesia inmunitaria temporal causada por el agotamiento de la memoria de células B y T por el virus del sarampión es un mecanismo de susceptibilidad a largo plazo a infecciones secundarias en personas que han tenido sarampión.

F. Posibles complicaciones

- Otitis media (infección del oído) severa.
- Crup (laringotraqueobronquitis).
- Neumonía (infección pulmonar).
- Diarrea severa.

- Deshidratación severa (requiere rehidratación intravenosa).
- Infecciones bacterianas secundarias.
- Crisis convulsivas febriles (niñez)
- Encefalitis (inflamación cerebral).
- Ceguera
- Sordera
- Las mujeres embarazadas con sarampión tienen un riesgo 10 veces mayor de muerte que pacientes no embarazadas, y puede causar riesgo de aborto, parto pretérmino y restricción del crecimiento intrauterino.
- En las mujeres embarazadas dentro del rango de 2 semanas previo a dar a luz, aumenta el riesgo del recién nacido en sufrir sarampión congénito.
- El riesgo de aborto espontáneo en pacientes es de hasta el 30%.
- El riesgo de parto pretérmino puede ser hasta de 50%.
- Sarampión congénito: la infección congénita por sarampión puede ocurrir en embarazadas que cursaron con la infección en las dos semanas anteriores al parto y existe riesgo de muerte del recién nacido. Se puede manifestar durante los primeros diez días de vida con fiebre, exantema, hepatitis y neumonía.

Las complicaciones son más frecuentes en niños menores de cinco años, personas desnutridas, inmunocomprometidas y mujeres embarazadas, e incluyen neumonía, otitis media, diarrea severa, deshidratación y encefalitis.

G. Factores de Riesgo del Paciente:

- Edad: Menores de 2 años, especialmente bebés.
- Inmunodeficiencia (VIH, cáncer, medicamentos inmunosupresores). requieren aislamiento prolongado y a menudo hospitalización.
- Bajo nivel socioeconómico o hacinamiento.

IX. Referencia y contrarreferencia.

1. Conducta a seguir del personal asistencial

- Proceder según protocolo de vigilancia epidemiológica
- Registrar en SIGSA

- Dar seguimiento a la referencia y contrarreferencia, si fuera el caso:
 - Se debe asegurar la comunicación directa entre el referente y el servicio que recibe, indicando la sospecha o diagnóstico del paciente.
 - Se debe utilizar la boleta única de referencia y contrarreferencia, llenarla completa y correctamente, anexando un resumen del caso que contribuya a una atención rápida y oportuna.

El sistema de referencia y contrarreferencia articula los servicios de salud como una red compartiendo la responsabilidad de responder eficiente y oportunamente a las necesidades de salud de la población, además favorece la comunicación y la acción coordinada desde el nivel comunitario hacia los establecimientos de atención ambulatorios y hospitalarios.

A. Aspectos para considerar en casos de traslados de pacientes sospechosos o diagnosticados por sarampión.

- Control y prevención de infecciones en ambulancias: Las ambulancias constituyen un escenario de alto riesgo para la transmisión de agentes infecciosos, debido al traslado de pacientes con enfermedades potencialmente transmisibles por vía aérea y al contacto estrecho entre el paciente y el personal de salud.
- Durante el traslado de pacientes con sospecha, probabilidad o confirmación de sarampión, se deberán implementar medidas de prevención y control de infecciones orientadas a reducir el riesgo de transmisión intrahospitalaria y entre establecimientos de salud.
- Por lo que es necesario la aplicación de medidas de protección rutinaria y específica (Ver lineamiento de Prevención y Control de Infecciones).

Figura No. 10

Estabilización neonatal antes y durante el transporte

<p>1. EVALUAR ESTABILIDAD DE SIGNOS VITALES Y NECESIDAD DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ver Algoritmo de Reanimación Neonatal (ver Figuras No. 11 y 12). • Coloque monitor de signos vitales u oxímetro de pulso neonatal durante la estabilización y el traslado
<p>2. MANTENER VÍA AÉREA PERMEABLE Y OXIGENACIÓN ADECUADA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar signos de dificultad respiratoria. • Si es necesario aspirar secreciones y colocar la cabeza en posición de olfateo • Administrar oxígeno: cámara cefálica, cánula nasal, bolsa mascarilla o reanimador de pieza en T • Monitorear saturación de oxígeno antes y durante el transporte, mantener entre 90 a 95 %
<p>3. PREVENIR Y/O TRATAR LA HIPOTERMIA (ver. pág. No. 179)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Medir temperatura central (rango seguro 36.5 a 37.5 °C) • Poner en contacto piel a piel sobre el pecho de la madre, y cúbrirla/o con una frazada seca y favorezca que busque el pecho • Colocar gorrito • Verificar la temperatura en 1 hora, si no mejora optimizar los cuidados térmicos • Si no mejora, utilizar un método de calor alternativo: cuna radiante, incubadora, colchón térmico, según esté disponible • Monitorear la temperatura durante el transporte
<p>4. PREVENIR Y/O TRATAR LA HIPOGLICEMIA (ver. pág. No. 179)</p>	<p>Hipoglicemia: (nivel de glucosa menor a 45 mg/dl en neonatos a término y pretérmino)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reconocer factores de riesgo para hipoglicemia • Identificar signos de hipoglicemia • Realizar glucometría, corroborar resultado con glucosa en sangre, si cuenta con capacidad resolutive • En neonato sin síntomas, administrar leche materna succionada o con métodos alternativos (con vasito o sonda) • En neonato con síntomas, administrar uno de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> ○ Dextrosa al 10 % 2 ml/ kg IV en bolus, si cuenta con capacidad resolutive ○ Por sonda orogástrica leche materna 20-50 ml, gel de dextrosa al 40 % 0.5 ml/ kg o dextrosa al 10 % 2 ml/ kg • Realizar control de glucometría 30 minutos después, si el resultado es menor a 45 mg/dl refera inmediatamente • Previo al traslado, si es menor a 45 mg/dl o presenta síntomas iniciar dextrosa al 10 % a 100 ml/ kg/ día IV durante el traslado • Si glicemia mayor de 45 mg/ dL administrar dextrosa al 10 % a 80 ml/ kg/ día IV
<p>5. ADMINISTRAR LA PRIMERA DOSIS DE ANTIBIÓTICOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Administrar Ampicilina 50 mg/kg/dosis + Gentamicina 4 mg/kg/dosis o Amikacina 15 mg/ kg/día en una dosis por vía IM o IV según capacidad resolutive
<p>6. OTROS CUIDADOS IMPORTANTES</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Neonato prematuro: transportar en incubadora. Optimizar los cuidados térmicos • Distensión abdominal: colocar sonda orogástrica y dejar abierta • Dificultad respiratoria: debe ser transportado (a) con sonda orogástrica abierta • Malformación con exposición de vísceras: cubrir con bolsa vacía de solución salina • Post reanimación neonatal: evitar temperatura mayor a 37.5 °C, retirar fuentes de calor • Mielomeningocele: lateralizar, no secar o frotar el defecto, cubrir con apósito estéril • Fractura o trauma: inmovilizar el área afectada
<p>7. REFERIR</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Informar a la familia el motivo y la importancia de cumplir con la referencia • Llenar la boleta de referencia indicando el estado de la o el neonato y tratamiento ya brindado • Referir inmediatamente a un establecimiento de mayor capacidad resolutive, en compañía de personal capacitado y la madre, padre o persona responsable • Coordinar con el establecimiento de salud a donde se hará la referencia y dar seguimiento a la contrareferencia

Fuente: MSPAS/DNPAP adaptado por el Programa Nacional de Salud Reproductiva, Guatemala, 2023, de AIEPI neonatal, 2012.

Los presentes lineamientos podrán ser revisados y actualizados conforme evolucione la situación epidemiológica, la normativa institucional o la evidencia científica disponible.

X. Referencias

1. Do L-AH, Mulholland K. Measles. *N Engl J Med.* 2025;393:2447-2458. doi:10.1056/NEJMra2504516.
2. World Health Organization. Guide for clinical case management and infection prevention and control during a measles outbreak. Geneva: WHO; 2020. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240002869>
3. Pan American Health Organization. Sarampión [Internet]. Washington (DC): PAHO; c2025 [cited 2026 Jan 16]. Available from: <https://www.paho.org/es/temas/sarampion>
4. de St. Maurice A. Measles. In: Manual MSD versión para profesionales [Internet]. Rahway (NJ): Merck Sharp & Dohme Corp.; 2025 Jun [modified 2025 Sept; cited 2026 Jan 16]. Available from: <https://www.msdmanuals.com/professional/pediatrics/common-viral-infections-in-infants-and-children/measles>
5. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Protocolos de vigilancia epidemiológica. Guatemala: MSPAS; 2018.
6. Centers for Disease Control and Prevention. Core infection prevention and control practices for safe healthcare delivery in all settings [Internet]. Atlanta: CDC; 2024 [cited 2026 Jan 12]. Available from: <https://www.cdc.gov/infection-control/hcp/core-practices/index.html>
7. Stinchfield PA. Vitamin A for the management of measles. *Infect Dis Clin Pract.* 2020;28(4):1-4. Available from: https://journals.lww.com/infectdis/fulltext/2020/07000/vitamin_a_for_the_management_of_measles_in_the.2.aspx
8. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Manual de normas y procedimientos para la toma de muestras y su envío al Laboratorio Nacional de Salud. 2a ed. Guatemala: MSPAS; 2015.
9. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Lineamientos generales del sistema de referencia y contrarreferencia. Guatemala: MSPAS; 2015.
10. González SN, Hernández OH, Castañeda NJL. Control de infecciones en hospitales pediátricos asociados a la atención en salud (CIAAS). 3a ed. México: Trillas; 2016.
11. Emergency Health Services Branch, Ministry of Health and Long-Term Care. Infection prevention and control best practices manual for land ambulance paramedics. Ontario: Ministry of Health; 2007.
12. Castañeda JL, Hernández H, Arias E. Control y prevención de infecciones en ambulancias. *Rev Latinoam Infectol Pediatr* [Internet]. [cited 2026 Jan 16]. Available from: <http://www.medigraphic.org.mx>
13. Centro de Referencia en Virología. Guía rápida para la toma de muestra [Internet]. Guatemala: CRAVE; [fecha desconocida] [cited 2026 Jan 16]. Available from: [URL si está disponible]
14. Centro de Referencia en Virología. Guía para solicitud de medios de transporte viral (MTV) [Internet]. Guatemala: CRAVE; [fecha desconocida] [cited 2026 Jan 16]. Available from: [URL si está disponible]
15. Centro de Referencia en Virología. Guía rápida para el embalaje y envío de muestras [Internet]. Guatemala: CRAVE; [fecha desconocida] [cited 2026 Jan 16]. Available from: [URL si está disponible]
16. Domínguez À, Eva G, López B. El Sarampión 7ma edición [Internet]. Barcelona; 2014 [cited 2026 Jan 21]. Available from: https://seepidemiologia.es/documents/dummy/el_sarampion.pdf

17. Shperling RB, Yogev Y. Adverse outcomes of measles infection during pregnancy and in the perinatal period. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine* [Internet]. 2022 Apr 18;35(8):1586–91. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/14767058.2020.1759536>
18. Ozsurekci Y, Kara A, Bayhan C, Oncel EK, Takci S, Yolbakan S, et al. Cotreatment of Congenital Measles with Vitamin A and Intravenous Immunoglobulin. *Case Rep Infect Dis* [Internet]. 2014;2014:1–4. Available from: <http://www.hindawi.com/journals/criid/2014/234545/>
19. Science M, Hutson J, Barton M. Measles in pregnancy. *Can Med Assoc J* [Internet]. 2025 Jun 9;197(22):E625–E625. Available from: <http://www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.250606>
20. Guía de referencia rápida: Prevención, diagnóstico y tratamiento del paciente pediátrico con sarampión, Instituto Mexicano de Seguridad Social.
21. Daniels, D. Measles. *American Academy of Pediatrics*. 2025. Disponible en <https://doi.org/10.1542/aap.ppcqr.396516>
22. Measles outbreak guide. Geneva: World Health Organization; 2022.
23. Normas de Atención Integral para la Red Integrada de Servicios de Salud. Guatemala: Dirección de Normatividad de Programas de Atención a las Personas, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social; 2025.