



DOCUMENTO DE CONSENSO: ALERTA EPIDEMIOLÓGICA POR SARAMPIÓN

**Sociedad Panameña de Pediatría (SPP) | Sociedad Panameña de Infectología
Pediátrica (SPIP) | Sociedad Panameña de Enfermedades Infecciosas (SEIP)|
Sociedad Panameña de Ginecología y Obstetricia (SPOG)**

Ante el escenario epidemiológico global y regional caracterizado por un descenso en las coberturas vacunales y el riesgo de reintroducción del virus del sarampión en Panamá, las sociedades científicas firmantes emiten el presente documento de consenso.

El objetivo es unificar criterios clínicos y de salud pública para la detección oportuna, el reporte inmediato y la optimización de los esquemas de inmunización a lo largo del curso de vida, conforme a la evidencia científica y la normativa nacional vigente.

La situación del sarampión en las Américas ha alcanzado un nivel de alerta crítica en 2026, con un aumento de casos de más de 40 veces respecto al año anterior, afectando especialmente a países con alta conectividad como México, Estados Unidos y Canadá. Países fronterizos con Panamá, han reportado casos, Costa Rica confirmó dos casos recientes en el mes de marzo 2026 y Colombia reportó cuatro casos importados confirmados relacionados con movilidad internacional y antecedentes de viaje a zonas con brotes activos.

A pesar de no registrar casos autóctonos desde 1995, la crisis regional exige reforzar la vigilancia epidemiológica y completar esquemas de vacunación en todas las edades. Actualmente, existe un subregistro crítico de casos sospechosos: al 11 de marzo de 2026, el ICGES ha recibido solo 22 muestras nacionales, concentradas principalmente en el Hospital José Domingo de Obaldía (9) y el Hospital del Niño (7). La nula notificación en el resto de las provincias evidencia fallas en la vigilancia activa, por lo que es imperativo intensificar la captación y el envío oportuno de muestras para evitar la reintroducción del virus en el país.



I. RECOMENDACIONES PARA LA INMUNIZACIÓN ACTIVA

A. Población Pediátrica (SPP / SPIP)

Se enfatiza el cumplimiento estricto del esquema nacional:

- Esquema de rutina: 1ª dosis a los 12 meses y 2ª dosis a los 18 meses, con un refuerzo entre los 10 y 19 años.
- Viajeros: en situación de brotes activos se recomienda que todo lactante mayor de 6 meses que viaje a zonas con transmisión activa reciba una dosis cero al menos 15 días antes del viaje. Esta estrategia no forma parte del Esquema Nacional de Vacunación actualmente, pero ante la realidad epidemiológica, consideramos prudente se tome en consideración. Esta dosis no reemplazaría las dosis del esquema regular.

B. Población adulta y salud femenina (SEIP/SPOG)

- Estrategia de captación de adultos susceptibles: Personas nacidas después de 1960 sin evidencia de inmunidad o esquema completo deben recibir al menos una dosis de MMR.
- Viajeros: Se recomienda verificar el esquema vacunal antes de viajar; si no está completo, aplicar una dosis de MR/MMR al menos 14 días antes del viaje.
- Mujeres en edad fértil (MEF): Verificar el estado vacunal antes del embarazo. La vacuna MMR/MR está contraindicada durante la gestación.
- Puerperio: Vacunación inmediata antes del alta hospitalaria si no cuenta con esquema completo.
- Grupos de riesgo: Personal de salud, trabajadores de aeropuertos, puertos y sector turístico.
- Contraindicaciones absolutas: Embarazo, inmunosupresión severa, antecedente de anafilaxia a componentes de la vacuna.

II. VIGILANCIA Y RESPUESTA ANTE CASOS SOSPECHOSOS

A. Definiciones Operativas:

- Caso sospechoso: Toda persona con fiebre y exantema maculopapular, o con cuadro clínico compatible (tos, coriza, conjuntivitis), especialmente si existe antecedente de viaje o contacto con caso sospechoso o confirmado.
- Caso confirmado: Confirmación por laboratorio (IgM positiva, PCR o aislamiento viral) o nexos epidemiológicos con un caso confirmado.

B. Protocolo de notificación y acción:

La notificación es obligatoria e inmediata, dentro de las primeras 48 horas:

- Reporte: Completar el Formulario de Notificación Obligatoria Individual (SISVIG) y el formulario específico de sarampión/rubéola.



-
- Muestras: Envío inmediato de suero e hisopado nasofaríngeo/orofaríngeo al Instituto Cinmemorativo de Estudios de la Salud (ICGES).
 - Seguimiento de contactos: Monitoreo diario durante 30 días posteriores al inicio del exantema del caso índice.
 - Bloqueo epidemiológico: Vacunación en el perifoco de contactos sin evidencia de inmunidad.

III. RECOMENDACIONES FINALES DE LAS SOCIEDADES

- Difundir el presente consenso a todos los profesionales de la salud.
- Sensibilizar a la población sobre la importancia de mantener esquemas completos bajo el enfoque de curso de vida.
- Reforzar la sospecha clínica en cuadros febriles exantemáticos y asegurar la notificación inmediata.
- Promover la publicación periódica de coberturas vacunales para la toma de decisiones basada en evidencia.
- Monitorear continuamente las actualizaciones del ente rector y fortalecer la comunicación con las sociedades científicas.

Las sociedades que participan en este Consenso reiteran la urgencia de fortalecer la vigilancia epidemiológica y alcanzar coberturas óptimas de vacunación como pilares fundamentales para prevenir la reintroducción del sarampión en Panamá.

Panamá, 2 de abril de 2026.