

Sarampión en poblaciones con alto riesgo de transmisión: *Recomendaciones de salud pública para profesionales sanitarios*

Plan Estratégico para la Eliminación del sarampión y rubeola en España

Mayo 2025

Elaboración y revisión del documento

Elaboración y revisión del documento

Grupo de Trabajo (GT):

- *Área de Programas de Vacunación de la Subdirección de Promoción, Prevención y Equidad en Salud:* Carmen Olmedo Lucerón, Ana Fernández Dueñas, Elena Cantero Gudino (*Asistencia Técnica TRAGSATEC), Sandra Campos (MIR-M. Preventiva y Salud Pública)
- *CCAES:* María José Sierra Moros, Bernardo Guzmán Herrador, Juan Antonio del Castillo Polo.
- *Subdirección General de Sanidad Exterior:* Miguel Dávila Cornejo, Rocío Ruiz Huertas, Concepción Sánchez Fernández.
- *Centro Nacional de Microbiología (CNM-ISCIII):* Aurora Fernández García, Juan Emilio Echeverría Mayo, Mayte Pérez Olmeda.
- *Centro Nacional de Epidemiología (CNE-ISCIII):* Josefa Masa Calles, Noemí López Perea.

Coordinación del documento y del GT: Carmen Olmedo Lucerón y Ana Fernández Dueñas

Revisión y aprobación

Ponencia de Registro y Programa de Vacunaciones; Ponencia de Alertas; Ponencia de Vigilancia Epidemiológica

La información contenida en este documento deberá referenciarse en caso de utilización.

Referencia sugerida: Plan Estratégico para la Eliminación del sarampión y rubeola en España. Sarampión en poblaciones con alto riesgo de transmisión: recomendaciones de salud pública para profesionales sanitarios. Mayo 2025.

índice

1.	Justificación y objetivo	3
2.	Situación actual del sarampión	3
3.	Recomendaciones de salud pública	5
3.1	Refuerzo de la vigilancia.....	5
3.1.1	Indicadores para identificación de zonas con mayor riesgo de transmisión	5
3.1.2	Sospecha diagnóstica	6
3.1.3	Estudio de laboratorio y vigilancia genómica	6
3.1.4	Manejo de casos.....	7
3.1.5	Manejo de brotes	9
3.2	Recomendaciones específicas de vacunación.....	10
3.3	Recomendaciones para profesionales sanitarios que atienden a personas que proceden de países con alta incidencia	11
3.4	Recomendaciones de vacunación para el personal en el entorno sanitario	11
4.	Conclusiones.....	12
	ANEXO: Infografía.....	14
5.	Bibliografía	15

1. Justificación y objetivo

El sarampión constituye un importante problema de Salud Pública. Es la enfermedad inmunoprevenible más transmisible, y continúa ocasionando una elevada morbilidad en el mundo, a pesar de contar con una vacuna altamente segura y efectiva¹.

Una de las prioridades de la Organización Mundial de la Salud (OMS) es alcanzar la eliminación del sarampión a nivel global y, en especial, en la Región Europea, en la que más de 30 países ya se encuentran en situación de eliminación, incluido España desde 2016. La verificación de la eliminación significa que la transmisión endémica del sarampión se encuentra interrumpida durante más de tres años.

Desde finales del año 2022, se ha detectado un incremento en el número de casos y brotes de sarampión a nivel global y nacional, que continúa en 2025.

Dada esta situación, se realizó una evaluación del riesgo para España en junio de 2024, que se ha actualizado en marzo de 2025, con el objetivo de incentivar medidas preventivas y de control para minimizar la transmisión de sarampión en nuestro país^{2,3}.

En este contexto de eliminación, teniendo en cuenta la nueva situación epidemiológica, la estacionalidad del virus y ante la previsión de desplazamientos masivos durante el periodo estival desde países endémicos o con circulación activa del virus, existe un riesgo aumentado de reintroducción de la circulación del sarampión en nuestro país.

El objetivo de este documento es mejorar la concienciación sobre este riesgo, en el marco del Plan Estratégico para la Eliminación del Sarampión y Rubéola en España 2021-2025⁴, y emitir recomendaciones concretas dirigidas a los profesionales de la salud para asegurar el mantenimiento del estado de eliminación en España.

2. Situación actual del sarampión

Nivel global y europeo

A nivel global, desde 2022 se viene detectando un incremento en el número de casos en las 6 regiones de la OMS⁵. En 2023, se estimaron 10,3 millones de casos de sarampión a nivel global, lo que supone un aumento del 20% desde el 2022.

En la Región Europea, se notificaron 127.406 casos en 2024, en comparación con 60.923 casos de 2023⁶. Se espera que se mantenga esta tendencia ascendente durante el 2025, a lo cual puede estar contribuyendo las coberturas subóptimas de vacunación en algunos países¹.

En la UE/EEE (Unión Europea/Espacio Económico Europeo) la tasa de notificación por millón de habitantes en 2024 fue de 36,3, superior tanto a la tasa del año 2023 (5,2) como a la del 2019 (25,4, incluyendo a Reino Unido), con niveles superiores a los previos a la pandemia de COVID-19. En general, el grupo de edad con mayor incidencia fue el de menores de 5 años, la mayoría de los cuales (95,4%) no había recibido la pauta completa de vacunación. Rumanía fue el país que notificó el mayor número de casos (12.040), declarando el brote de sarampión como una epidemia a nivel nacional en diciembre de 2023⁷.

Por otro lado, cabe destacar la situación de Marruecos por la proximidad geográfica y las relaciones estrechas que mantiene con España. En octubre del 2023 se inició un brote de sarampión en el que, a fecha de 5 de marzo de 2025, se han comunicado más de 40.000 casos y alrededor de 150

fallecimientos. Entre las causas de este incremento de casos podría estar el descenso en las tasas de vacunación tras la pandemia de COVID-19 y la reticencia a la vacunación.

Ante esta situación, se han desarrollado campañas específicas tanto en Marruecos, como en países con viajeros a zonas con alta incidencia⁸. También el ECDC ha emitido recomendaciones⁹, insistiendo en reforzar la sospecha diagnóstica y la vigilancia, así como promoviendo la correcta vacunación¹⁰ que permita alcanzar las coberturas adecuadas.

Nivel nacional

España se encuentra en estado de eliminación de sarampión desde 2016 y dispone de un Plan Estratégico para la Eliminación del Sarampión y la Rubeola¹¹ estructurado en tres estrategias: fortalecer la inmunidad de la población, fortalecer el sistema de vigilancia y la actuación en brotes y crear y reforzar estrategias de comunicación, información y asesoría.

Desde 1999 la incidencia de sarampión en nuestro país se mantiene por debajo de 1 caso/100.000 habitantes, excepto en periodos epidémicos. Sin embargo, desde finales del año 2023, se ha detectado también en España un aumento en el número de casos y brotes de sarampión, en paralelo al aumento a nivel mundial. En 2024 se notificaron 227 casos de sarampión, y en 2025, hasta el 20 de abril, se han notificado 193 casos¹². La mayoría pertenecen a brotes (53,4%), en general de reducido tamaño (19 brotes, con un promedio de 4 casos, a excepción del brote de País Vasco, con 52 casos, iniciado en noviembre de 2024), y eran también personas no vacunadas (75,7%). Además, en 2024 se observó transmisión en el ámbito sanitario y en grupos de población no vacunada que trabajaban en el sector agrícola, procedentes de otros países.

En 2025, alrededor del 80% de los casos importados proceden de Marruecos (51/65), lo que pone de manifiesto la intensidad de la relación con este país, así como la importante circulación del virus en su territorio en el momento actual. La difusión en el entorno sanitario continúa siendo importante (16% de los casos en 2025 vs 12% en 2024).

Coberturas de vacunación

La medida más eficaz para eliminar el sarampión y la rubeola es la **vacunación**. En España, la vacunación sistemática frente a sarampión se inició en 1978, que se sustituyó por la vacunación con triple vírica frente a sarampión, parotiditis y rubeola en 1981¹³. Actualmente, se recomienda la administración de la primera dosis a los 12 meses y la segunda a los 3-4 años de edad, en el calendario común de vacunaciones a lo largo de toda la vida¹⁴ y en las recomendaciones de vacunación para personas con condiciones y situaciones de riesgo¹⁵. Además, se recomienda la vacunación de todas aquellas personas susceptibles (sin historia de vacunación ni de enfermedad previa) aprovechando cualquier contacto con el sistema sanitario¹⁶.

Las coberturas con la primera dosis son superiores al 95% desde el año 2000 y con la segunda dosis están por encima del 90% desde el año 2003¹⁷. En el año 2023 las coberturas de vacunación para primera y segunda dosis fueron de 97,83% y 94,42%, respectivamente¹⁸. Muy próximas a alcanzar el objetivo del 95% también con la segunda dosis, para mantener la eliminación. Sin embargo, aún hay CCAA con coberturas por debajo del 95% en primera y segunda dosis, con gran heterogeneidad entre diferentes áreas, lo que indica la necesidad de aumentar los esfuerzos en poblaciones vulnerables.

El 2º estudio nacional de seroprevalencia, llevado a cabo en 2017-2018, mostró un descenso del porcentaje de población con anticuerpos frente a sarampión en las cohortes nacidas entre 1978 y 2002. Este descenso es más pronunciado en las cohortes nacidas entre 1988 y 1997, lo que puede

deberse al descenso (*waning*) en el nivel de inmunidad humoral por la escasa o nula circulación del virus salvaje a medida que pasa el tiempo desde la vacunación con la segunda dosis de triple vírica¹⁹.

En 2024, se evaluó el posible impacto de estos resultados en el programa de vacunación, concluyendo que no es necesario realizar ninguna modificación del programa frente a sarampión en el calendario común de vacunación a lo largo de toda la vida, pero insistiendo en la necesidad de que toda la población esté adecuadamente protegida frente a sarampión con dos dosis de vacuna siempre que no hayan padecido el sarampión. No se recomienda el uso de una tercera dosis de vacuna triple vírica en personal sanitario, ni la realización de serología frente a sarampión de manera sistemática²⁰.

Desplazamientos estivales y otras situaciones de aumento de riesgo

Durante el periodo estival, **los desplazamientos masivos** de población se intensifican notablemente, especialmente en regiones que actúan como puntos de tránsito internacional. La Operación Paso del Estrecho (OPE) constituye uno de los mayores movimientos migratorios anuales en Europa, movilizando cada verano a más de tres millones de personas y alrededor de 700.000 vehículos que se trasladan a los países del norte de África, desde los puertos de Algeciras, Alicante, Almería, Ceuta, Málaga, Melilla, Motril, Tarifa y Valencia, con más de 11.000 rotaciones entre Europa y África. Esta operación es coordinada por el Ministerio del Interior, y Sanidad Exterior es el organismo responsable de la vigilancia y control de los riesgos para la salud derivados del tráfico internacional²¹.

En contextos como este, el riesgo de transmisión de enfermedades infecciosas, en particular del sarampión, se ve significativamente incrementado por su alta transmisibilidad y por la presencia de viajeros procedentes o con destino a [países con brotes activos](#), con [coberturas de vacunación](#) insuficientes o con lagunas en la inmunización de la población local. Es, por tanto, necesario reforzar las medidas de información a las personas que viajan en el contexto de la OPE, preferentemente antes de iniciar su viaje en sus países de origen, donde pueden ser vacunadas si fuese preciso.

Existen otras situaciones en la que se producen movimientos masivos o concentraciones multitudinarias de población como eventos religiosos (entre los que destaca la peregrinación anual a La Meca²²), musicales o deportivos o las celebraciones del Orgullo LGBTI+.

Por último, es necesario prestar atención a **poblaciones susceptibles con menor cobertura de vacunación** y, por tanto, con mayor riesgo de transmisión, debido a factores como la dificultad de acceso al sistema sanitario o la reticencia a la vacunación, entre otros.

3. Recomendaciones de salud pública

3.1 Refuerzo de la vigilancia

3.1.1 Indicadores para identificación de zonas con mayor riesgo de transmisión

Dado que no siempre se dispone de información individualizada sobre el estado de vacunación, es necesario recurrir a indicadores o *proxies* que permitan identificar poblaciones potencialmente susceptibles. Algunos indicadores claves que pueden ayudar a identificar a estas poblaciones son:

- **Áreas geográficas con coberturas de vacunación <95%**, con la mayor desagregación territorial posible (provincia, municipio o área/zona básica de salud).
- **Edad y cohorte de nacimiento**, en población nacida en España. Como aproximación a la protección conferida por la infección natural o la vacunación, según los estudios de seroprevalencia.

- **País de nacimiento** (incluyendo el de los progenitores en personas de segunda generación): para identificar personas procedentes de países con bajas coberturas de vacunación o con sistemas de registro vacunal poco fiables o circulación actual del virus.
- **Pertenencia a colectivos con menor acceso al sistema sanitario** (migrantes de países de renta media o baja, situación administrativa irregular, minorías étnicas con riesgo de exclusión, personas sin hogar, población itinerante, entre otros).
Para identificar geográficamente estos colectivos podrían utilizarse indicadores socioeconómicos tales como el índice de privación²³ y el Atlas de Distribución de Renta de los Hogares²⁴.
- **Poblaciones con mayor reticencia a las vacunas por razones ideológicas:** se pueden utilizar indicadores indirectos como registros de vacunación en centros escolares o encuestas de opinión y estudios poblacionales.
- **Porcentaje de población flotante** (temporeros agrícolas, personas migrantes en tránsito, estudiantes desplazados, personas sin hogar, población no registrada por razones administrativas...), a través del registro de centros de acogida del Programa de Atención Humanitaria o personas en centros de acogida de personas sin hogar, entre otros.

3.1.2 Sospecha diagnóstica

Dada la alta tasa de transmisión (un caso puede llegar a contagiar hasta a 18 personas susceptibles) existe un **riesgo real de reintroducción de la circulación** del sarampión en España.

Además, el 30% de los casos puede presentar complicaciones frecuentes tales como neumonía, diarrea, hepatitis y otitis, o más raras, como es la encefalitis. Por tanto, es necesario formar y concienciar al personal sanitario que atiende posibles casos de sarampión para que aumente la sospecha diagnóstica (ANEXO), ya que es muy probable que la mayoría de los clínicos que podrían valorar un caso en la actualidad (en consultas y servicios de urgencias) no estén familiarizados con la clínica del sarampión debido a situación de eliminación.

- **Sospechar sarampión** ante un caso de exantema de distribución cráneo caudal y fiebre que presente, al menos, uno de estos síntomas: tos, rinorrea (coriza) o conjuntivitis, según la definición del protocolo de Vigilancia.
- **Notificación urgente (inmediata)** a Salud Pública de todo caso sospechoso (sin esperar a la confirmación microbiológica) por parte del profesional que le atiende **y aislamiento domiciliario** hasta resultado.
- El **sarampión modificado**: síntomas de sarampión, generalmente más leves, en personas correctamente vacunadas. El sarampión modificado ocurre más frecuentemente en un contexto de eliminación, por lo que hay que aumentar la sospecha clínica. Puede haber ausencia de síntomas respiratorios, fiebre y conjuntivitis menos intensa (o no existir) y exantema menos extenso²⁵. Esto supone un reto para la sospecha y el diagnóstico.
- El sarampión modificado se da con más frecuencia entre convivientes y en el **personal sanitario**, que puede estar más expuesto.

3.1.3 Estudio de laboratorio y vigilancia genómica

En la situación actual de eliminación de la transmisión endémica de sarampión en nuestro país, la investigación de laboratorio de los casos sospechosos es fundamental (ANEXO):

- Se recomienda tomar las tres muestras clínicas en el primer contacto del caso sospechoso

con el sistema sanitario: **exudado faríngeo y orina para PCR y suero para serología**, con el fin de obtener el mejor rendimiento diagnóstico y optimizar la oportunidad en el establecimiento de las medidas de control.

- Se realizará el **envío de las muestras al laboratorio** lo antes posible, en **refrigeración o congelación**, de acuerdo con las recomendaciones del anexo III de **protocolo de vigilancia de sarampión vigente**²⁶. Se desaconseja el envío a temperatura ambiente. Esto es especialmente relevante en las **sospechas de casos vacunados**.
- Las muestras se enviarán al **laboratorio designado** de cada Comunidad Autónoma o al laboratorio nacional **de referencia** de sarampión y rubeola (Centro Nacional de Microbiología, ISCIII). Para casos específicos, consultar el protocolo.

Una vez recibidas en el laboratorio se seguirán los **algoritmos de diagnóstico** propuestos por la OMS para países en eliminación, que están adaptados y recogidos con detalle en el [Anexo II del citado protocolo de vigilancia](#). Los resultados de laboratorio se interpretarán de acuerdo con el antecedente de vacunación y el momento de recogida de la muestra, de acuerdo con estos algoritmos. **Si la vacunación es reciente**, es especialmente importante la caracterización genómica del virus, para distinguir si se trata de la cepa vacunal o de un virus salvaje. Siguiendo los requisitos de la OMS, la **investigación de laboratorio se debe realizar con arreglo a un sistema de garantía de calidad**.

El **Laboratorio Nacional de Referencia** (CNM, ISCIII) pone a disposición de todo el territorio del Estado las diferentes técnicas de diagnóstico, a través del **Programa Específico de Vigilancia Microbiológica de Sarampión y Rubeola**, dando apoyo a las Comunidades Autónomas en caso necesario. Además, siguiendo el protocolo de vigilancia, el Laboratorio Nacional de Referencia debe recibir muestras en determinados casos (sarampión en personas vacunadas con dos dosis o en recién vacunados entre otros), para confirmación de resultados.

La vigilancia genómica del sarampión es esencial para diagnosticar con certeza los casos relacionados con la vacuna, trazar los patrones de circulación de los virus a nivel regional o global, establecer una hipótesis sobre si el origen de un caso es importado o no, trazar las cadenas de transmisión y aportar evidencia sobre la ausencia de circulación endémica. Por esta razón es muy relevante **disponer siempre de muestra para PCR**. La integración de los datos genómicos y epidemiológicos es fundamental para verificar la eliminación del sarampión. Para más información, consultar el [Plan Estratégico de Eliminación de Sarampión y Rubeola](#) o el [Protocolo de Vigilancia](#).

3.1.4 Manejo de casos

De acuerdo al Protocolo de Sarampión de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)²⁶, ante un **caso sospechoso** de sarampión se debe realizar la investigación epidemiológica en las primeras 48 horas tras la notificación (urgente de todas las sospechas), incluyendo estado de vacunación, contactos con posibles personas con sarampión entre los 7-23 días previos al exantema y antecedente de viaje reciente a zonas de alta incidencia o con brotes activos, con el fin de buscar la posible fuente de infección. Cuando un caso sospechoso haya viajado en un medio de transporte colectivo durante el periodo de contagiosidad (4 días antes y 4 después del inicio del exantema), hay que comunicarlo a la autoridad sanitaria de la comunidad autónoma en la que se notifique el caso. Se recogerá cuanto antes la información necesaria para el estudio de contactos (fechas, compañía del medio de transporte, origen y destino). Además, desde la sospecha se procederá a la recogida de muestras clínicas y se establecerán, inmediatamente, las siguientes medidas con el fin de reducir la transmisión:

- En el **ámbito comunitario**, los casos sospechosos, probables y confirmados de sarampión estarán en aislamiento domiciliario durante el periodo de infectividad (desde 4 días antes hasta 4 días después del inicio del exantema) o hasta que se hayan descartado por laboratorio, permaneciendo en una habitación individual bien ventilada con medidas de higiene respiratoria (uso de mascarilla, desechar inmediatamente los pañuelos usados, toser o estornudar en el interior del codo si no se dispone de pañuelos desechables y lavarse las manos con frecuencia con agua y jabón o, en su defecto, con desinfectante para las manos a base de alcohol).
- Por otro lado, en los **centros sanitarios** se establecerán precauciones basadas en la transmisión aérea/aerosoles desde los pródromos de la enfermedad hasta pasados 4 días desde el inicio del exantema, o durante toda la enfermedad en personas con inmunodepresión. Estas medidas contemplan una habitación individual (si es posible, con presión negativa), uso de mascarilla FFP2 por el personal que atiende a esta persona, traslados con mascarilla quirúrgica y restricción de las visitas en la medida de lo posible. Durante la estancia en zonas de urgencia (incluyendo triaje), salas de espera u otras áreas en las que pueda haber transmisión, las personas con sospecha de sarampión deben permanecer con mascarilla quirúrgica, preferentemente en una habitación individual o zona aislada y bien ventilada, con el fin de evitar la exposición prolongada a otras personas que se encuentren en ese espacio.

Se establecerá la exclusión del entorno de las personas susceptibles donde se ha producido el caso, hasta 23 días desde la exposición. El caso finalmente se clasificará como confirmado, probable, sospechoso o descartado.

Salvo que la situación clínica lo requiera y con autorización expresa facultativa, la atención sanitaria a los casos sospechosos, probables y confirmados se prestará siempre de forma preferente en el domicilio.

En caso de exposición (contacto de un caso), si se considera necesario según criterio de la autoridad sanitaria:

- Se puede administrar una dosis de vacuna entre los 6 y 11 meses. Sin embargo, las dosis administradas entre los 6 y 10 meses no contarán como dosis válidas para la pauta de vacunación recomendada actualmente, y será necesario administrar una nueva dosis a partir de los 12 meses, que contabilizará como primera dosis. Si la dosis se administra a los 11 meses, sí contabilizará como primera dosis para la pauta de vacunación.
- Se puede adelantar la dosis de los 3-4 años, manteniendo un intervalo de 4 semanas con la primera dosis (siempre que ésta se haya administrado después de los 11 meses).
- Estas medidas se pueden valorar incluso si se prevé dificultad para la confirmación del caso.
- También se puede valorar el uso de inmunoglobulina en los 6 días siguientes a la exposición.

Las pautas de vacunación en otros grupos de edad y otras medidas adicionales se especifican detalladamente en el citado [Protocolo](#).

Medidas en fronteras

En relación con la actuación en fronteras se distinguen dos escenarios claramente diferenciados:

- En primer lugar, si se detecta la presencia de un caso sospechoso **a bordo de un medio de transporte internacional (MTI)**, la unidad de Sanidad Exterior del punto de entrada llevará a cabo las actuaciones de control pertinentes en coordinación con la autoridad sanitaria de la Comunidad Autónoma donde esté ubicado el puerto o aeropuerto.

- Por su parte, si se notifica la presencia de un caso de sarampión que ha viajado a bordo de un MTI durante su período de transmisibilidad, la Subdirección General de Sanidad Exterior llevará a cabo una evaluación del riesgo, teniendo en consideración los períodos de incubación y de transmisibilidad e identificará a los contactos del caso en colaboración con la compañía de transportes implicada y con la Policía. En este sentido, las medidas a adoptar sobre los contactos son las incluidas en el protocolo de vigilancia. Se hará seguimiento de 23 días para detectar posibles casos secundarios.

3.1.5 Manejo de brotes

Cuando se produzca un **brote** de sarampión, definido como dos o más casos relacionados epidemiológica y/o virológicamente, se recomienda excluir del territorio epidémico a los contactos susceptibles que no se vacunen, siempre que sea posible, hasta que finalice el periodo de incubación (23 días desde la exposición) y realizar seguimiento durante los 23 días posteriores al último contacto con un caso confirmado. Se podrá valorar la incorporación en el caso de que se vacunen o reciban inmunoglobulina en este periodo, teniendo siempre en cuenta el riesgo en el entorno.

Brotes en ámbito sanitario

En el contexto actual, el **ámbito sanitario** parece tener un papel importante en la transmisión del sarampión: las salas de espera, las zonas de urgencias y las áreas de hospitalización se han identificado como áreas relevantes para la transmisión. En cuanto al personal que trabaja en un centro sanitario, que también puede jugar un papel importante en la transmisión, se debe revisar y actualizar la vacunación cuando se identifique un caso. Además, en caso de exposición a un caso confirmado, el personal sanitario deberá (durante 23 días):

- Utilizar mascarilla quirúrgica en el desempeño de sus tareas. Dependiendo de las características de la exposición y del caso, se podrá valorar la ampliación de esta medida al resto del personal.
- Realizar vigilancia pasiva o activa de síntomas, según el sistema establecido por el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales (SPRL).
- Adaptación del puesto de trabajo, si el SPRL lo considera.

Aquellas personas adultas con vacunación completa que se encuentran en zonas con baja circulación del virus también podrían contagiarse de sarampión en un espacio cerrado o por contacto estrecho. Por ello, aunque no se consideran susceptibles, se incluyen en las recomendaciones anteriores tras un contacto con un caso confirmado.

Por último, si en un centro sanitario se declara un brote de sarampión:

- Se constituirá un comité de gestión y seguimiento del brote, con los servicios asistenciales, el Servicio de Medicina Preventiva Hospitalaria y el SPRL, con la coordinación desde Salud Pública.
- Se informará al personal del centro, incluidas aquellas personas que trabajan en el transporte sanitario. Debido a la alta transmisibilidad, se valorarán campañas de comunicación específicas mediante mensajes de “alerta e información”, con el fin de identificar rápidamente los síntomas y acelerar el diagnóstico de los casos secundarios.

En caso de brote, se seguirán las recomendaciones de vacunación indicadas en el punto 3.1.4 del documento, en consonancia con las recomendaciones de vacunación en situación de brote incluidas en el [protocolo de la RENAVE](#).

3.2 Recomendaciones específicas de vacunación

Se aprovechará cualquier contacto con el sistema sanitario, para revisar y actualizar los calendarios de vacunación frente a sarampión, asegurando las dos dosis recomendadas o la vacunación correspondiente según la edad y realizando captación activa de la población infantil. Para ellos, consultar el [calendario de vacunación a lo largo de toda la vida y el calendario acelerado vigentes](#).

Dado el aumento de casos importados, relacionados con estancias en [países con alta incidencia](#) (principalmente Marruecos y Rumanía), la mayoría en personas no vacunadas o que desconocen su estado de vacunación, se recomienda:

- **Aprovechar las visitas antes del viaje a los servicios de salud por cualquier motivo, o a los centros de vacunación internacional**, para revisar el estado de vacunación frente a sarampión.
 - Las personas con dos dosis documentadas de vacuna se consideran protegidas.
 - A las personas nacidas en España antes de 1978 se les puede considerar protegidas por haber pasado la enfermedad. Si han nacido fuera de España, se puede realizar valoración individual en función del año y [país de nacimiento](#) (año de introducción de la vacuna y [coberturas alcanzadas](#)), si bien, se recomienda considerar población no susceptible solo si se aporta documentación de vacunación previa correcta.
 - En caso de que no se hayan recibido las dosis recomendadas para la edad ni se haya pasado el sarampión, serán necesario administrar la pauta completa (administrando al menos la primera dosis antes del viaje) o completar la pauta si estuviera incompleta.
 - En caso de población infantil nacida fuera de España a la que se le haya administrado la primera dosis antes del año de edad, no se considerara vacunada (excepcionalmente se podrían considerar vacunadas personas con dosis administradas a los 11 meses, siempre que estén documentadas).
- **Valorar la administración de la una dosis de triple vírica en lactantes entre 6 y 11 meses** que vayan a viajar a países de alta incidencia (al igual que en exposición a casos o situación de brotes, y siempre bajo criterio de la autoridad sanitaria de cada Comunidad Autónoma) Sin embargo, las dosis administradas entre los 6 y 10 meses no contarán como dosis válidas para la pauta de vacunación recomendada actualmente, y será necesario administrar una nueva dosis a partir de los 12 meses, que contabilizará como primera dosis. Si la dosis se administra a los 11 meses, sí contabilizará como primera dosis para la pauta de vacunación.

La respuesta inmune protectora comienza a desarrollarse a partir de los 10 días después de la primera dosis, por lo que podría ya haberse inducido cierta protección durante la estancia²⁷. Administrar la primera dosis de forma tan temprana podría tener repercusión en la protección a largo plazo, por lo que **siempre debe estar adecuadamente justificada**²⁸.

- **Valorar adelantar la segunda dosis de triple vírica:** para la población infantil que vaya a viajar a países de alta incidencia, se puede adelantar la segunda dosis de triple vírica, siempre que hayan transcurrido 4 semanas de la primera dosis (y ésta se haya administrado después de los 11 meses).

3.3 Recomendaciones para profesionales sanitarios que atienden a personas que proceden de países con alta incidencia

- Reforzar la concienciación de los profesionales de la salud, en las consultas médicas y en los servicios de urgencias, en especial en la atención de pacientes con síntomas sugestivos de sarampión y que regresan de una estancia en países de alta incidencia (como son, actualmente, Marruecos o Rumanía).
- Insistir en cumplir las precauciones adicionales y medidas de aislamiento para limitar cualquier transmisión del virus en los entornos sanitarios, debido a la alta contagiosidad del virus del sarampión.

3.4 Recomendaciones de vacunación para el personal en el entorno sanitario

Dado el mayor riesgo de exposición y transmisión del sarampión en el entorno sanitario, los SPRL realizarán acciones de captación activa y revisarán la documentación de vacunación del **personal en el entorno sanitario** (incluyendo a personal no sanitario), tanto de nuevo ingreso como perteneciente a la plantilla de centros asistenciales. Para ello, se utilizará la información disponible en los Sistemas de Información de Salud (SIS) analizando el estado vacunal de cada trabajador/a y, si estuviera disponible, su estado serológico.

- Al personal sanitario nacido en España antes de 1978 se le puede considerar protegido por haber pasado la enfermedad, según muestra el último estudio de seroprevalencia.
- El personal con dos dosis documentadas de vacuna se considera protegido y no se recomienda realización de serología.
- Si cuenta con dos dosis documentadas, y además dispone de una prueba serológica con resultado negativo o indeterminado, no se recomienda la administración de dosis adicionales.
- En caso de no haber pasado la enfermedad y no tener dos dosis documentadas, será necesario completar la pauta de vacunación con dos dosis, con un intervalo de al menos cuatro semanas entre ellas, sin necesidad de realizar estudio de marcadores serológicos.
- En el personal sanitario que ha nacido fuera de España solo se considera población no susceptible si se dispone de documentación de vacunación previa correcta (o antecedente de vacunación bien documentado). Se administrarán dos dosis si no están documentadas.
- Disponer de una prueba positiva, incluso con un alto título de IgG, no evita extremar las medidas de protección individual.

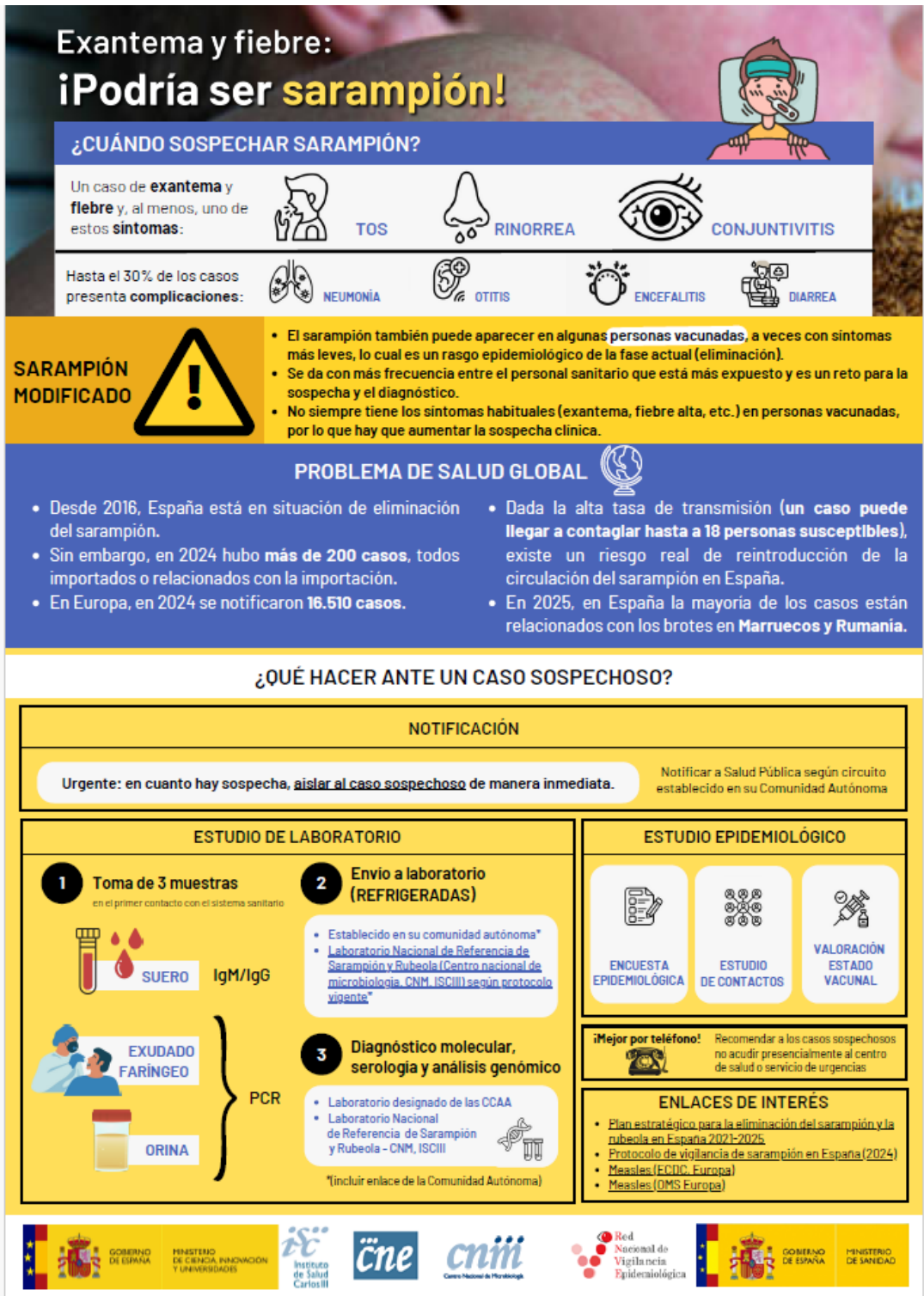
4. Conclusiones

- Se debe trabajar en la obtención de Indicadores para **identificar poblaciones potencialmente susceptibles**: coberturas de vacunación, edad y cohorte de nacimiento, país de origen, pertenencia a colectivos con menor acceso al sistema sanitario, poblaciones con reticencia a la vacunación o poblaciones flotantes.
- Es necesario **reforzar la vigilancia epidemiológica**, incluyendo la concienciación al personal sanitario de la **sospecha diagnóstica** tanto de sarampión como de sarampión modificado, el **estudio adecuado de laboratorio y la vigilancia genómica de casos sospechosos** de acuerdo a los requisitos de la OMS, enviando tres muestras (al laboratorio nacional de referencia del CNM/ laboratorio que cumpla los requisitos de calidad), para identificar y controlar rápidamente los casos y brotes de sarampión.
- Ante un **caso sospechoso**, es necesario excluir a las personas susceptibles 23 días y realizar una investigación epidemiológica en las primeras 48 horas de su notificación, incluyendo el estado de vacunación y antecedentes de viaje, así como realizar la toma de las tres muestras clínicas (suero, exudado faríngeo y orina) para su envío al laboratorio. Es esencial implementar medidas de protección adecuadas tanto en el caso sospechoso o confirmado, como en el personal sanitario según la evaluación del riesgo que se haya realizado.
- También es necesario **reforzar las medidas de protección individual en todo el personal sanitario** que atiende a personas potencialmente expuestas o infectadas por sarampión.
- En caso de **brote**, excluir a los contactos susceptibles que no se vacunen hasta que finalice el periodo de incubación (23 días desde exposición) y realizar seguimiento durante este periodo. En brotes **en centros sanitarios**, se debe constituir un comité de gestión y seguimiento (coordinado por Salud Pública), informar al personal y valorar campañas de comunicación para identificar rápidamente los síntomas y acelerar el diagnóstico de los casos secundarios.
- **Medidas en fronteras y transportes**: Reforzar las actividades de identificación y seguimiento de contactos si un caso sospechoso ha viajado en medio de transporte colectivo. Comunicar a la autoridad sanitaria de la comunidad autónoma en la que se notifique el caso en transportes nacionales y coordinar con Sanidad Exterior en transportes internacionales. Reforzar las medidas de control en los puntos de entrada y durante los desplazamientos masivos, en especial durante la Operación Paso del Estrecho, para minimizar el riesgo de transmisión del sarampión entre las personas que viajan.
- **Recomendaciones específicas de vacunación**: Aprovechar cualquier contacto con el sistema sanitario para revisar y actualizar los calendarios de vacunación, especialmente de las personas que tienen previsto realizar estancias en países de alta incidencia.
 - Es primordial asegurar protección por enfermedad pasada o vacunación completa con dos dosis **en la población infantil** que ya debería de estar vacunada (captación activa) y **población adulta**.
 - En caso de estancia prevista en estos países (al igual que en exposición ante un caso o situación de brote), de forma justificada **tras una valoración del riesgo adecuada**:

- **en lactantes:** se valorará administrar una dosis de vacuna entre los 6 y 11 meses. Sin embargo, entre los 6 y 10 meses no contará como dosis válida para la pauta y habrá que administrar una nueva dosis a partir de los 12 meses.
- **en población infantil:** se puede adelantar la segunda dosis, siempre que hayan transcurrido 4 semanas de la primera dosis (y ésta se haya administrado después de los 11 meses).

Es especialmente importante revisar y actualizar la vacunación **en el personal del ámbito sanitario**.

- Estas recomendaciones se complementan con el [protocolo de vigilancia](#) de la RENAVE y con las recomendaciones emitidas en las Comunidades Autónomas.



5. Bibliografía

-
- ¹ World Health Organization. Measles. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/measles> [consultado el 04/05/2024].
- ² Ministerio de Sanidad. CCAES. Evaluación rápida del riesgo. Implicaciones para España del aumento de casos y brotes de sarampión a nivel mundial y europeo. 17 de junio de 2024. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/alertasEmergenciasSanitarias/alertasActuales/sarampion/docs/20240617_Sarampion_ERR.pdf
- ³ Ministerio de Sanidad. CCAES. Evaluación rápida del riesgo. Implicaciones para España del aumento de casos y brotes de sarampión a nivel mundial y europeo. 1ª actualización. 7 de marzo de 2025. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/alertasEmergenciasSanitarias/alertasActuales/sarampion/docs/20250307_Sarampion_ERR.pdf
- ⁴ Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Plan estratégico para la eliminación del sarampión y la rubeola en España. Ministerio de Sanidad. Enero 2021. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/sarampion-rubeola/docs/PlanEstrategico_SarampionyRubeola.pdf
- ⁵ European Center for Disease Prevention and Control. Communicable Disease Threats Report. Week 10, 1-7 March 2025. <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Communicable-disease-threats-report-week-10-2025.pdf> (2025).
- ⁶ World Health Organization. Vaccine-preventable disease surveillance data. Measles and rubella. Disponible: <https://www.cdc.gov/media/es/releases/2024/p1114-casos-sarampion.html>
- ⁷ Lazar M, Pascu C, Roșca M, Stănescu A. Ongoing measles outbreaks in Romania, March 2023 to August 2023. Euro Surveill. 2023 Aug;28(35):2300423. doi: 10.2807/1560-7917.ES.2023.28.35.2300423
- ⁸ Santé Publique France. Épidémie de Rougeole Au Maroc: Recommandations Aux Voyageurs et Renforcement Des Mesures de Précautions Pour Les Professionnels de Santé. <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2025/epidemie-de-rougeole-au-maroc-recommandations-aux-voyageurs-et-renforcement-des-mesures-de-precautions-pour-les-professionnels-de-sante> (2025).
- ⁹ ECDC. Measles on the rise in the EU/EEA: considerations for public health response. Feb 2024. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/measles-eu-threat-assessment-brief-february-2024.pdf>
- ¹⁰ ECDC. Measles on the rise again in Europe: time to check your vaccination status. Mar 2025. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/en/news-events/measles-rise-again-europe-time-check-your-vaccination-status>
- ¹¹ World Health Organization. Regional Committee for Europe. Twelfth meeting of the European Regional Verification Commission for Measles and Rubella Elimination: 8–11 September 2023, Copenhagen, Denmark. Disponible en: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2024-9722-49494-74055>
- ¹² Centro Nacional de Epidemiología. Informe semanal de vigilancia epidemiológica 17/2025. Disponible en: https://cne.isciii.es/documents/d/cne/is_n-17-20250422_web
- ¹³ Limia Sánchez A, Molina Olivas M. Programa y coberturas de vacunación frente a sarampión y rubeola en España. Retos para alcanzar su eliminación. Rev Esp Salud Pública 2015; 89: 375-364
- ¹⁴ Ministerio de Sanidad. Calendario de vacunación. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/calendario/home.htm> [consultado el 04/07/2024].
- ¹⁵ Grupo de trabajo vacunación en población adulta y grupos de riesgo de la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones. Vacunación en grupos de riesgo de todas las edades y en determinadas situaciones. Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, julio 2018. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/programasDeVacunacion/riesgo/home.htm>

-
- ¹⁶ Grupo de trabajo vacunación en población adulta y grupos de riesgo de la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones. Vacunación en población adulta. Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, septiembre 2018. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/programasDeVacunacion/docs/Vacunacion_poblacion_adulta.pdf
- ¹⁷ Ministerio de Sanidad. Histórico de coberturas de vacunación. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/coberturas/historico/home.htm>
- ¹⁸ Ministerio de Sanidad. Sistema de Información de Vacunaciones (SIVAMIN). Disponible en: <https://pestadistico.inteligenciadegestion.sanidad.gob.es/publicoSNS/I/sivamin/sivamin>
- ¹⁹ Ministerio de Sanidad. 2º Estudio de Seroprevalencia de España. Septiembre 2020. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/comoTrabajamos/docs/EstudioSeroprevalencia_EnfermedadesInmunoprevenibles.pdf
- ²⁰ Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones. Evaluación del impacto del 2º estudio de seroprevalencia en el programa de vacunación frente a sarampión. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/comoTrabajamos/docs/evaluacionImpacto_2EstudioSeroprevalenciaSarampion.pdf
- ²¹ Sanidad Exterior. Operación Paso del Estrecho. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/sanidadExterior/controlHS/ope.htm>
- ²² Sanidad Exterior. Notas informativas en relación con incidentes y eventos sanitarios internacionales de salud pública - Enfermedades emergentes y reemergentes. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/sanidadExterior/laSaludTambienViaja/notasInformativas/home.htm>
- ²³ Índice de privación en España por sección censal en 2011 [Internet]. [citado 15 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.gacetasanitaria.org/es-pdf-S0213911119302729>
- ²⁴ INE [Internet]. [citado 16 de abril de 2025]. INEbase / Nivel y condiciones de vida (IPC) / Condiciones de vida / Atlas de distribución de renta de los hogares / Últimos datos. Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736177088&menu=ultiDatos&idp=1254735976608
- ²⁵ Stout, R., Muir, D. & Sriskandan, S. Measles in the vaccinated host. *BMJ Case Rep.* 17, e259429 (2024).
- ²⁶ Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Protocolo de vigilancia del sarampión. 2024. Disponible en: <https://cne.isciii.es/documents/d/cne/protocolo-de-vigilancia-del-sarampion>
- ²⁷ WHO. Immunization, Vaccines and Biologicals. The immunological basis for immunization series. Module 7: Measles. Update 2009. Disponible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44038/9789241597555_eng.pdf?sequence=1/
- ²⁸ van der Staak M, Ten Hulscher HI, Nicolaie AM, Smits GP, de Swart RL, de Wit J, Rots NY, van Binnendijk RS. Long-term Dynamics of Measles Virus-Specific Neutralizing Antibodies in Children Vaccinated Before 12 Months of Age. *Clin Infect Dis.* 2025 Apr 30;80(4):904-910. doi: 10.1093/cid/ciae537