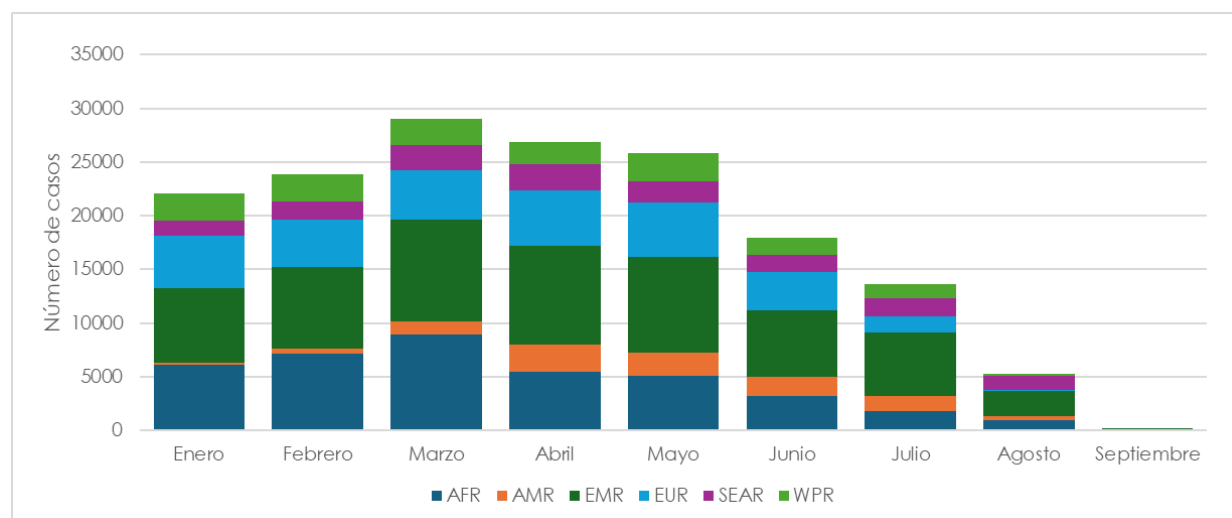


19 de septiembre del 2025

Resumen a nivel global

De acuerdo con los datos mensuales de vigilancia de sarampión y rubéola, publicados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2025, hasta el 9 de septiembre del 2025 se notificaron 360.321 casos sospechosos de sarampión, en 173 Estados Miembros de las seis regiones de la OMS, de los cuales 164.582 (45,6%) fueron confirmados¹. El 34% de los casos se registra en la Región de la OMS del Mediterráneo Oriental (EMR), seguido por la Región de la OMS de África (AFR) con el 23 % de los casos y Región de la OMS de Europa (EUR) con el 18% de los casos (**Figura 1**) (1).

Figura 1. Distribución de casos de sarampión por mes y región de la OMS, 2025 (9 de septiembre del 2025).



Regiones de la OMS: **AFR:** Región de África; **AMR:** Región de las Américas; **EMR:** Región del Mediterráneo Oriental; **EUR:** Región de Europa, **SEAR:** Región de Asia Sudoriental; **WPR:** Región del Pacífico Occidental.

Fuente: Adaptado de datos publicados por la Organización Mundial de la Salud. Immunization data-Provisional measles and rubella data. Ginebra: OMS; 2025 [consultado el 16 de septiembre del 2025]. Disponible en: <https://immunizationdata.who.int/global?topic=Provisional-measles-and-rubella-data&location=>.

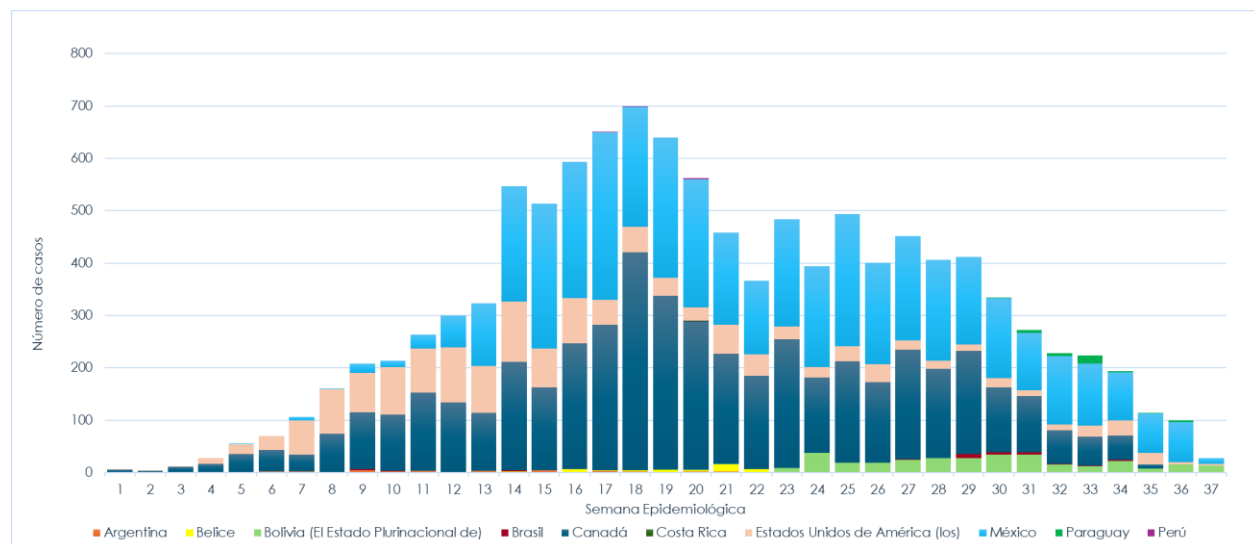
¹ Incluye casos confirmados por laboratorio, criterios clínicos o epidemiológicos.

Cita sugerida: Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Actualización Epidemiológica: Sarampión en la Región de las Américas, 19 de septiembre del 2025. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2025.

Resumen de la situación en la Región de las Américas

En 2025, entre la semana epidemiológica (SE) 1 y la SE 37, en la Región de las Américas, 11.313 casos de sarampión han sido confirmados, incluyendo 23 defunciones, en Argentina (n= 35 casos), Belice (n= 34 casos), el Estado Plurinacional de Bolivia (n= 320 casos), Brasil (n= 28 casos), Canadá (n= 4.849, incluyendo una defunción)², Costa Rica (n= 1 caso), los Estados Unidos de América (n= 1.454, incluyendo tres defunciones), México (n= 4.553 casos, incluyendo 19 defunciones), Paraguay (n= 35 casos) y Perú (n= 4 casos) (**Figura 2**) (2-13). Este total representa un aumento de 31 veces en comparación con los 358 casos de sarampión notificados en el mismo periodo del 2024 (14).

Figura 2. Casos confirmados* de sarampión por semana epidemiológica de inicio de exantema o de notificación y país en la Región de las Américas, 2025 (hasta la SE 37).



*Nota: Incluye casos confirmados y probables para Canadá.

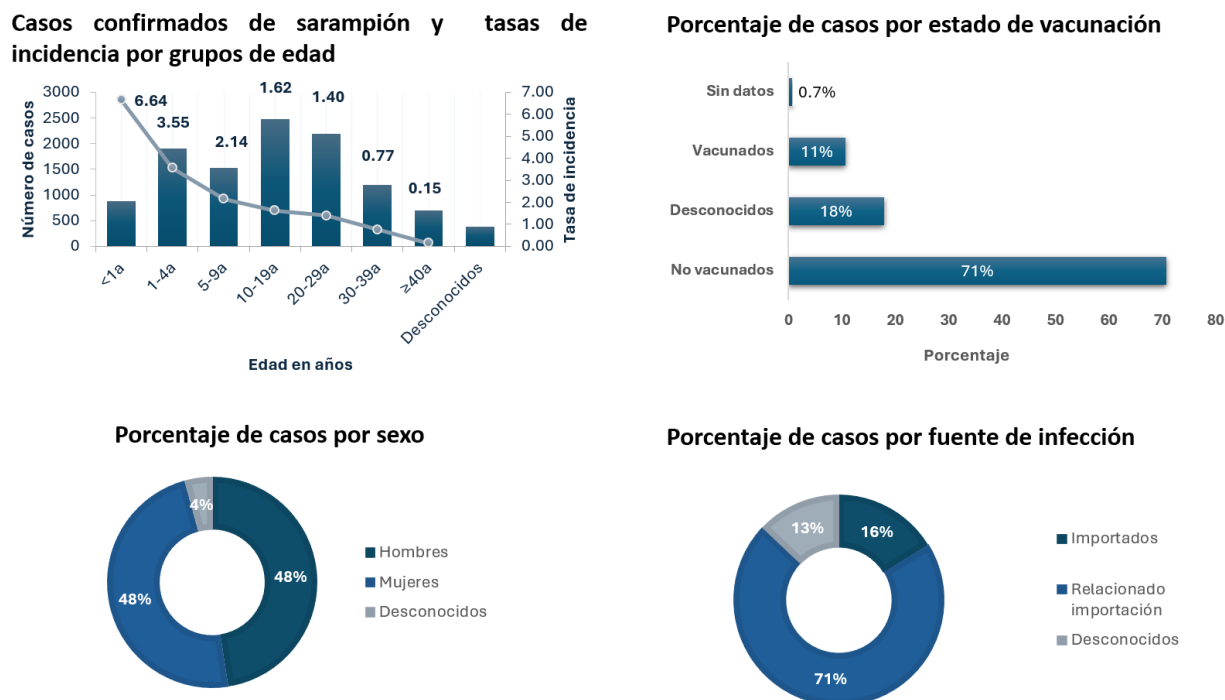
Fuente: Adaptado de datos aportados por los respectivos países (2-13).

La distribución de los casos confirmados de sarampión en la Región de las Américas por semana epidemiológica muestra un incremento gradual de casos a partir de la SE 3 del 2025, con el número máximo de casos registrado en la SE 18 relacionado a los brotes en comunidades renuentes a la vacunación asentadas en varios países de la Región de las Américas. También, se observa un descenso lento en el número de casos reportados en las últimas cuatro semanas epidemiológicas (SE 32-36) (2-14).

De acuerdo con la información disponible en los casos confirmados (n= 11.248), el grupo de edad con la mayor proporción de casos corresponde al de 10-19 años (22%), seguido por el grupo de 20-29 años (19%) y el grupo de 1-4 años (17%). No obstante, la tasa de incidencia es mayor en menores de un año (6,6 casos por 100,000 habitantes), seguido del grupo de 1 a 4 años (3,6 casos por 100,000 habitantes) y de 5 a 9 años (2,1 casos por 100,000 habitantes) (14). Con relación al antecedente de vacunación, el 71% de los casos no estaban vacunados y en el 18% dicha información era desconocida o ausente. Según la fuente de infección, el 71% de los casos fueron clasificados como asociados a importación, y el 16% como importados (**Figura 3**) (14).

² En Canadá, los casos de sarampión incluyen casos confirmados y probables.

Figura 3. Distribución porcentual de los casos confirmados de sarampión por grupo de edad, sexo, estado de vacunación y fuente de infección en la Región de las Américas hasta la SE 36 del 2025.

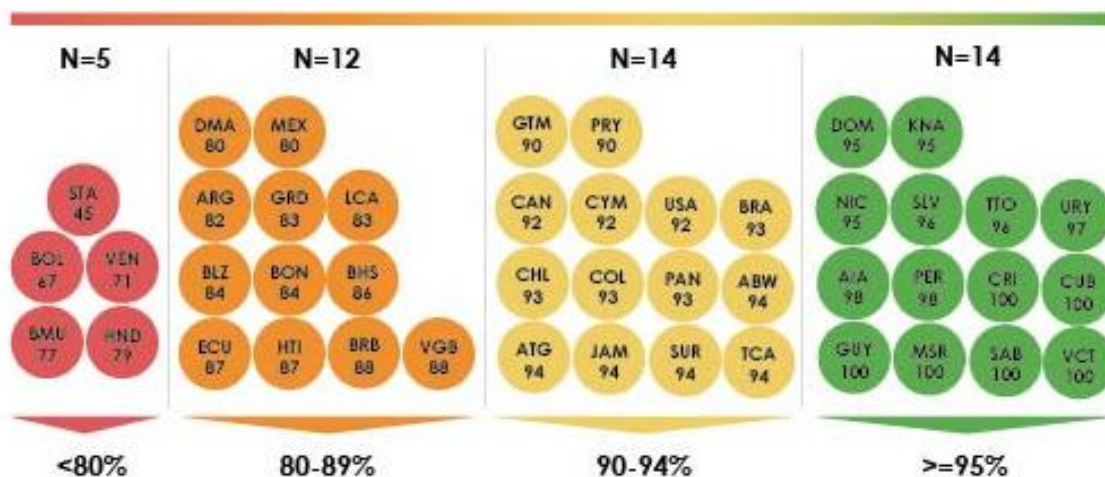


Fuente: Adaptado de Organización Panamericana de la Salud. Sistema Integrado de Información de Vigilancia (ISIS) para la poliomielitis, el sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita e informes de los países a OPS Inmunización Integral. Washington, D.C.: OPS; 2025 [consultado el 15 de septiembre del 2025]. Inédito.

Cobertura de vacunación en la Región de las Américas

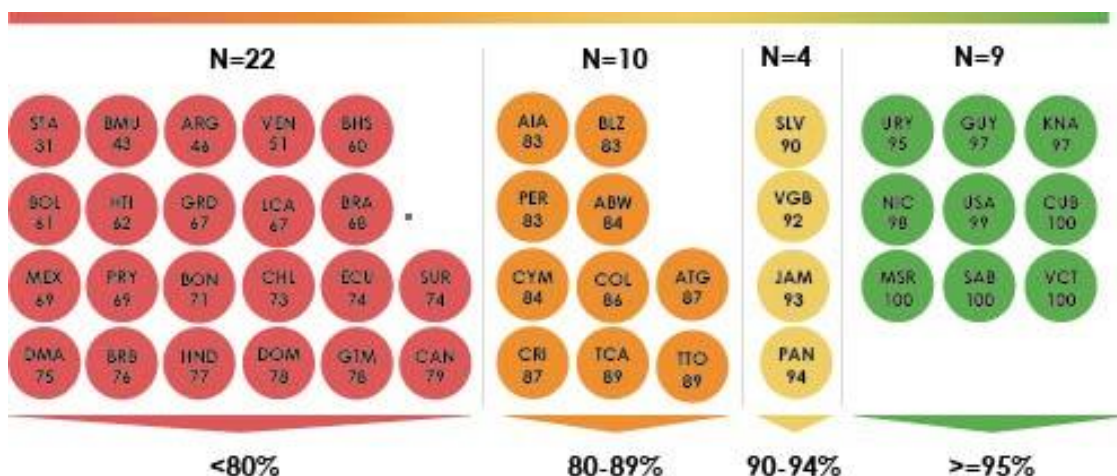
Para el año 2024, se observa un ligero incremento en la cobertura regional de la primera y segunda dosis de la vacuna de Sarampión, Rubeola y Paperas (SRP) con respecto al 2023: de 87% al 89% para SRP1 y del 76% al 79% para SRP2 (15). Asimismo, 45 países y territorios de las Américas reportaron a la OPS las coberturas de vacunación SRP1 y SRP2 (15). En relación con la aplicación de la primera dosis de SRP1, el 31,1% (n= 14/45) de los países y territorios de la Región presentan coberturas mayores al 95%, el 31, % (n= 14/45) tienen coberturas entre 90-94%, el 27% (n= 12/45) coberturas entre 80-89% y el 11,1% (n= 5/45) coberturas menores al 80% (**Figura 4**) (15). Con respecto a la aplicación de la segunda dosis SRP2, solo el 20 % de los países y territorios (n= 9/45) presentan un nivel de cobertura mayores al 95%, mientras que el 48,9% (n= 22/45) presentan un nivel de cobertura menor al 80% (**Figura 5**) (15).

Figura 4. Distribución de países y territorios* según rango de coberturas para la primera dosis de la vacuna contra sarampión, rubeola y paperas (SRP1), Región de las Américas, 2024.



Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Cobertura de inmunización a lo largo del curso de la vida en las Américas. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2025 [consultado el 16 de septiembre del 2025]. Disponible en: <https://paho-cim.shinyapps.io/immunization-dashboard/#>.

Figura 5. Distribución de países y territorios* según rango de coberturas para la segunda dosis de la vacuna contra sarampión, rubeola y paperas (SRP2), Región de las Américas, 2024.



Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Cobertura de inmunización a lo largo del curso de la vida en las Américas. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2025 [consultado el 16 de septiembre del 2025]. Disponible en: <https://paho-cim.shinyapps.io/immunization-dashboard/#>.

***Nota:** ABW: Aruba; AIA: Anguilla; ARG: Argentina; ATG: Antigua y Barbuda; BHS: Bahamas; BLZ: Belice; BMU: Bermudas; BOL: Bolivia; BON: Bonaire; BRA: Brasil; BRB: Barbados; CAN: Canadá; CHL: Chile; COL: Colombia; CRI: Costa Rica; CUB: Cuba; CYM: Islas Caimán; DMA: Dominica; DOM: República Dominicana; ECU: Ecuador; GRD: Granada; GTM: Guatemala; GUY: Guyana; HND: Honduras; HTI: Haití; JAM: Jamaica; KNA: Saint Kitts y Nevis; LCA: Santa Lucía; MEX: México; MSR: Montserrat; NIC: Nicaragua; PAN: Panamá; PER: Perú; PRY: Paraguay; SAB: Saba; SLV: El Salvador; STA: San Eustaquio; SUR: Suriname; TCA: Islas Turcas y Caicos; TTO: Trinidad y Tabago; URY: Uruguay; USA: Estados Unidos de América; VCT: San Vicente y las Granadinas; VEN: Venezuela; VGB: Islas Vírgenes Británicas.

Situación epidemiológica de sarampión en 2025 por país en la Región de las Américas

A continuación, se presenta la actualización de la situación epidemiológica de sarampión en los países, en orden alfabético, que han notificado casos confirmados en las Américas en 2025. Desde la última actualización epidemiológica de sarampión en la Región de las Américas de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) publicada el 1 de julio del 2025, los países que han reportado casos confirmados en la Región de las Américas fueron Argentina, Belice, Bolivia, Brasil, Canadá, Costa Rica, los Estados Unidos, México, Paraguay y Perú (**Figura 4**) (2-13, 16).

En **Argentina**, entre la SE 1 y la SE 37 del 2025, se han confirmado 35 casos de sarampión, los casos confirmados fueron reportados en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) (n= 13 casos), las provincias de Buenos Aires (n= 21 casos) y San Luis (n= 1 caso). Seis de los casos son importados, 29 relacionados con la importación y cuatro confirmados con fuente de infección en estudio (2). Los casos se distribuyen en un rango de edad de 5 meses a 40 años, el 48% (n= 17) de los casos corresponden a niños menores de 5 años, el 20% (n= 7) a personas de entre 5 y 19 años y el 31% (n= 11) a adultos mayores de 20 años. La tasa incidencia por grupo de edad muestra que el grupo de edad más afectado es el de menores de un año (5,6 casos por 100.000 habitantes), seguido por el grupo de 1 a menores de 5 años (4,7 casos por 100.000 habitantes) (2).

En cuanto al antecedente de vacunación de los casos, el 40% (n=14) no estaban vacunados o tenían un historial de vacunación desconocido, el 14% tenían una dosis única de SRP (n= 5) y el 23% tenía dos dosis de SRP (n=8). De los casos, 6% requirió hospitalización (n= 2) (2). De acuerdo con la genotipificación realizada a las muestras procedentes de los casos confirmados (n= 27 muestras) se han identificado los siguientes genotipos: B3 DSID 9240, D8 DSID 5963 linaje Patán, D8 DSID 9171 linaje MVs/Ontario.CAN/47.24 y el genotipo B3 DSID 6418 linaje MVs/Quetta.PAK/44.20 (2).

En Argentina, en el 2024, se alcanzó una cobertura de vacunación para SRP de 83% a nivel nacional para primera dosis y 47% para segunda dosis. La cobertura ampliada por cohortes para SRP2 es de 72% (2).

En **Belice**, entre la SE 1 y la SE 26 del 2025, se han confirmado 34 casos de sarampión. De estos, diez fueron confirmados mediante pruebas de laboratorio y 24 por nexo epidemiológico. Los casos confirmados se han identificado en los Distritos de Cayo (n= 33) y Corozal (n= 1). Del total de casos confirmados, cuatro son importados y 30 están relacionados con la importación. Los casos importados tienen antecedentes de viaje a México entre enero y abril del 2025. Los casos se distribuyen en un rango de edad de 0 a 45 años, siendo el 21% (n= 7) menores de 5 años, el 59% (n= 20) entre 5 y 19 años y el 21% (n= 7) mayores de 20 años. En cuanto al antecedente de vacunación contra sarampión, el 100% (n= 34) no estaban vacunados o tenían un historial de vacunación desconocido al momento del diagnóstico. Un solo caso ha requerido hospitalización. El 21 de julio del 2025, el Ministerio de Salud y Bienestar informó el fin del brote de sarampión tras dos periodos de incubación completos sin nuevos casos (3).

En **Bolivia**, entre la SE 16 y la SE 37 del 2025, se han confirmado 320 casos de sarampión, en ocho departamentos. Los casos confirmados fueron reportados en los departamentos de Beni (n= 5), Chuquisaca (n= 5), Cochabamba (n= 7), La Paz (n= 18), Oruro (n= 7), Pando (n= 1), Potosí (n= 6) y Santa Cruz (n= 271) con el 85% de los casos (4). Del total de casos, el 25%

corresponde a niños de entre 5 y 9 años (n= 79), seguido por el grupo de 1 a 4 años con el 22% de los casos (n= 71) y el grupo de mayores de 20 años con el 20% de los casos (n= 64) (4).

En cuanto al antecedente de vacunación de los casos, el 84% (n= 269) no estaban vacunados o tenían un historial de vacunación desconocido, el 5% tenían una 1ra. dosis de SR/SRP (n= 17), el 8% tenía 2da. dosis SR/SRP (n= 25) y el 3% con 3 y 4 dosis SR/SRP (n= 9). De los 320 casos confirmados, 8% (n= 26) han requerido hospitalización y no se han registrado defunciones relacionadas (4).

De acuerdo con la genotipificación realizada a las muestras procedentes de los dos primeros casos confirmados se ha identificado el genotipo D8 DSID 9171 (4).

En Bolivia, en el 2024, a nivel nacional se alcanzó una cobertura de vacunación para SRP de 67 % a nivel nacional para primera dosis y 61% para segunda dosis (15).

En **Brasil**, entre la SE 1 y la SE 37 del 2025, se han confirmado 28 casos de sarampión, en el Distrito Federal y cinco estados del país. Del total de casos, seis corresponden a casos importados, 19 a relacionados con la importación y tres con fuente de infección desconocida. Los casos confirmados fueron reportados en el Distrito Federal (n= 1) y en los estados de Maranhão (n= 1), Rio de Janeiro (n= 2), São Paulo (n= 1), Rio Grande do Sul (n= 1) y Tocantins (n= 22 casos) (5). Los casos se distribuyen en los siguientes grupos etáreos: el 25% (n= 7) de los casos corresponden a niños menores de 5 años, el 21% (n= 6) a personas de entre 5 y 19 años y el 54% (n= 15) a adultos mayores de 20 años. La tasa incidencia por grupo de edad muestra que el grupo de edad más afectado es el de menores de 5 años (0,054 casos por 100.000 habitantes), seguido por el grupo de 5 a 19 años (0,014 por 100.000 habitantes) y el grupo de mayores de 20 años (0,010 por 100.000 habitantes)(5).

En cuanto al antecedente de vacunación de los casos, el 93% (n= 26) no estaban vacunados o tenían un historial de vacunación desconocido, el 7% tenían dos dosis de SRP (n= 2). El 11% de los casos requirió hospitalización (n= 3) y no se han registrado defunciones relacionadas (5).

Entre las SE 9 y SE 34 del 2025, se caracterizaron 18 casos confirmados de sarampión mediante análisis genómicos en Brasil. Los análisis filogenéticos realizados con las cepas de referencia revelaron que dos secuencias detectadas en el estado de Río de Janeiro, en las SE 9 y SE 10, pertenecen al genotipo B3, con un 99,8 % de identidad genómica en relación con la cepa denominada MVs/Quetta.PAK/44.20 y la secuencia distinta DSId (9299). En el Distrito Federal se identificó una secuencia perteneciente al genotipo D8 DSId (9267), en la SE 9, con un 99,8% de identidad genómica en relación con la cepa MVs/Pasaman Barat.IDN/13.22. En las SE 14 y SE 15, se detectó el genotipo B3 DSId (8841), correspondiente a la cepa MVs/New South Wales.AUS/10.24, en los estados de São Paulo y Rio Grande do Sul, respectivamente. Entre las SE 29 y SE 34, se caracterizaron genómicamente 13 casos de sarampión en el estado de Tocantins, todos pertenecientes al genotipo D8, linaje MVs/Ontario.CAN/47.24 y DSId (5).

En Brasil, en 2024, se alcanzó una cobertura vacunal de SRP del 96 % a nivel nacional para la primera dosis y del 80 % para la segunda dosis (5).

En **Canadá**, entre la SE 1 y la SE 35 del 2025, se notificaron 4.849 casos de sarampión (4.497 confirmados y 352 probables), incluida una defunción, en diez provincias: Alberta (n= 1.825), British Columbia (n= 256), Manitoba (n= 207), New Brunswick (n= 16), Northwest Territories (n= 1), Nova Scotia (n= 54), Ontario (n= 2.377), Prince Edward Island (n= 3), Quebec (n= 36) y Saskatchewan (n= 74). El número de casos semanales alcanzó su máximo en la SE 18 del 2025 y desde entonces ha ido disminuyendo de forma constante. Se notificó una muerte en un caso congénito de sarampión que nació prematuro y tenía otras afecciones médicas subyacentes. Los casos de sarampión notificados hasta la fecha en 2025 superan ampliamente los 147 casos confirmados detectados en 2024 y constituyen el mayor número anual de casos desde que se logró la eliminación en 1998 (6, 7).

De los 4.849 casos notificados en 2025, el 97% (n= 4.720) se expuso en Canadá, el 2% (n= 85) fueron casos importados y el 1% (n= 44) tienen una fuente de exposición desconocida o en investigación. El 44 % de los casos tenían entre 5 y 17 años, seguidos por el 30% de los casos mayores de 18 años y el 20% son niños de entre 1 y 4 años. En cuanto al historial de vacunación, el 88% no estaba vacunado, el 3% había recibido una dosis de una vacuna que contiene sarampión, el 5% había recibido dos o más dosis de una vacuna que contiene sarampión y el 5% tenía un estado de vacunación desconocido. El historial de vacunación por grupo de edad es el siguiente: el porcentaje de casos que habían recibido una o más dosis de una vacuna que contiene sarampión es del 2% en niños de 1 a 4 años, del 3% en casos de 5 a 17 años y del 19% en adultos de 18 años o más. El 8% de los casos fueron hospitalizados (n= 364). Entre los casos confirmados con información de genotipificación disponible, se identificó el genotipo D8 en 1.198 casos y genotipos B3 en 33 de los casos (6, 7).

En Canadá está activo un brote multijurisdiccional, y el 97% de los casos (4.333 confirmados y 352 probables) notificados en 2025 están relacionados con este brote. El brote afecta principalmente a personas no vacunadas en comunidades con bajos niveles de cobertura interactúan entre sí. El brote comenzó a finales del 2024. Entre el 27 de octubre del 2024 y el 30 de agosto del 2025, se han notificado 4.772 casos (4.390 confirmados y 382 probables) en 10 provincias y territorios relacionados a este brote (Alberta, British Columbia, Manitoba, New Brunswick, Northwest Territories, Nova Scotia, Ontario, Prince Edward Island, Quebec y Saskatchewan). Desde finales de abril del 2025, los casos asociados a este brote han ido disminuyendo de forma constante. El brote se originó a partir de un caso importado que asistió a un evento en New Brunswick en octubre del 2024, al cual asistieron personas de múltiples provincias. La mayoría de los casos relacionados con este brote no estaban vacunados (89%) o tenían un estado vacunal desconocido (5%). La cepa de sarampión que circula en este brote es del genotipo D8 de tipo salvaje (6, 7).

Además del brote multijurisdiccional descrito anteriormente, entre la SE 1 y la SE 35 del 2025, se han notificado siete brotes, de los cuales, 6 han sido cerrados al 30 de agosto de 2025. Estos brotes consisten en dos o más casos relacionados epidemiológica o virológicamente y están directamente relacionados con casos importados (6, 7).

En **Costa Rica**, entre la SE 1 y la SE 24 del 2025, se ha confirmado un caso importado de sarampión en la provincia de Guanacaste. Se trata de una mujer de 18 años que ingresó al país el 3 de mayo del 2025 proveniente de Canadá. El caso no tenía antecedente de vacunación. La paciente inició síntomas el 11 de mayo con fiebre y malestar general, presentando exantema el 12 de mayo. Fue hospitalizada el 13 de mayo como medida de precaución, sin que desarrollara complicaciones asociadas a la enfermedad. El caso fue

confirmado por RT-PCR el 15 de mayo por el Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA). No se han registrado casos secundarios, ni defunciones (8).

En los **Estados Unidos**, entre la SE 1 y la SE 37 del 2025, se han notificado 1.454 casos confirmados de sarampión, incluyendo tres defunciones. De ellos, 1.433 casos de sarampión fueron notificados por 42 jurisdicciones: Alabama (n= 1), Alaska (n= 3), Arizona (n= 34), Arkansas (n= 8), California (n= 20), Colorado (n= 27), Florida (n= 6), Georgia (n= 6), Hawaii (n= 2), Idaho (n= 3), Illinois (n= 10), Indiana (n= 8), Iowa (n= 8), Kansas (n= 90), Kentucky (n= 13), Louisiana (n= 2), Maryland (n= 3), Michigan (n= 27), Minnesota (n= 5), Missouri (n= 6), Montana (n= 31), Nebraska (n= 1), New Jersey (n= 10), New Mexico (n= 100, incluyendo una defunción), New York City (n= 9), New York State (n= 7), North Dakota (n= 36), Ohio (n= 33), Oklahoma (n= 17), Oregon (n= 1), Pennsylvania (n= 16), Rhode Island (n= 1), South Carolina (n= 3), South Dakota (n= 12), Tennessee (n= 6), Texas (n= 803, incluyendo dos defunciones), Utah (n= 15) Vermont (n= 2), Virginia (n= 4), Washington (n= 10), Wisconsin (n= 25), and Wyoming (n= 9). Se notificaron un total de 21 casos de sarampión entre visitantes internacionales a los Estados Unidos (9, 10). Del total de casos, el 86% (n= 1.249) están asociados a brotes (definidos como tres o más casos), con 37 brotes identificados este año. El 18 de agosto, el Departamento de Servicios de Salud del Estado de Texas informó del fin del brote de sarampión centrado en el oeste de Texas tras 42 días sin nuevos casos en ninguno de los condados que anteriormente mostraban indicios de transmisión continua (9, 17).

El 28% (n= 404) de los casos corresponde a niños menores de 5 años, el 38% (n= 554) en personas de entre 5 y 19 años, el 34% (n= 489) a adultos mayores de 20 años y el 0% (n= 7) a personas de edad desconocida. La tasa de incidencia por grupo de edad muestra que el grupo de edad más afectado es el de los niños menores de un año (3,0 casos por 100.000 habitantes), seguido del grupo de edad de 1 a menos de 5 años (1,9 por cada 100.000 habitantes).

En cuanto al antecedente de vacunación de los casos, el 92% no estaban vacunados o tenían un historial de vacunación desconocido, el 4% había recibido una sola dosis de la vacuna triple viral y el 4% había recibido dos dosis. Entre los casos confirmados vacunados, el 26% son menores de 5 años, el 14% personas de entre 5 y 19 años y el 59 % adultos mayores de 20 años. El 12 % (n= 180) de los casos requirió hospitalización, principalmente en niños menores de 5 años, con un 21 %(n= 86) de los casos registrados en este grupo de edad (n= 404). La cobertura de la vacuna SRP en niños ha disminuido en los últimos años, pasando del 95,2% durante el curso escolar 2019-2020 al 92,5% durante el curso escolar 2024-2025 (9, 18).

De las 571 muestras positivas para rRT-PCR de casos confirmados de sarampión que se han sometido a genotipificación hasta la fecha, 91% (n= 517) eran del genotipo D8 y 9% (n= 54) del genotipo B3. Entre las detecciones del genotipo D8, la mayoría, 88% (n= 453), se identificaron como la secuencia distintiva (DSId) 9171 (9)

En **México**, entre la SE 1 y la SE 37 del 2025, se han confirmado 4.553 casos de sarampión, incluyendo 19 defunciones, en 23 estados. Los casos fueron reportados en Baja California Sur (n= 8), Campeche (n= 14), Chiapas (n= 1), Chihuahua (n= 4.231, incluyendo 18 defunciones), Ciudad de México (n= 6), Coahuila (n= 54), Durango (n= 22), Guanajuato (n= 4), Guerrero (n= 47), Jalisco (n= 1), México (n= 2), Michoacán (n= 15), Nuevo León (n= 1), Oaxaca (n= 5), Querétaro (n= 1), Quintana Roo (n= 2), San Luis Potosí (n= 1), Sinaloa (n= 14), Sonora (n= 88,

incluyendo una defunción), Tabasco (n= 2), Tamaulipas (n= 12), Yucatán (n= 1) y Zacatecas (n= 21) (11).

De los casos confirmados, el 52% son mujeres (n= 2.367). El grupo de edad más afectado fue el de 0 a 4 años con un 24% (n= 1.109), seguido del grupo de 25 a 29 años con un 13% (n= 586). La tasa incidencia por grupo de edad muestra que el grupo de edad más afectado es el de 0 a 4 años (10,6 casos por 100.000 habitantes), seguido por el grupo de 25 a 29 años (5,5 casos por 100.000 habitantes) (11). En cuanto al antecedente de vacunación de los casos, de los 4.353 casos con información, el 84% (n= 3.591) no contaba con antecedente de vacunación, el 4,5% (n= 190) tenía una dosis de SRP y el 4,5% (n= 190) contaba con dos o más dosis de SRP documentadas en la cartilla nacional de vacunación (20). Diecinueve casos, todos procedentes del estado de Chihuahua requirieron hospitalización (20). La tasa de incidencia nacional de sarampión es de 3.41 casos por 100.000 habitantes (11).

De acuerdo con la genotipificación realizada a las muestras procedentes de los casos confirmados (n=110), se han identificado los genotipos D8 y el genotipo B3 (19, 20).

Se han confirmado 19 defunciones por complicaciones de sarampión, todas en personas sin antecedente vacunal, con comorbilidades en algunos casos. Las defunciones se distribuyen entre los estados de Chihuahua (n= 18) y Sonora (n= 1) (11).

En México, en el 2024, se alcanzó una cobertura de vacunación para SRP de 80% a nivel nacional para primera dosis y 69% para segunda dosis (15).

En **Paraguay**, entre la SE 30 y la SE 37 del 2025, se han confirmado 35 casos de sarampión, todos los casos se registraron en el departamento de San Pedro. Del total de casos, uno corresponde a un caso importado y 34 casos están relacionados con la importación. Los casos confirmados fueron reportados en el distrito de Nueva Germania (n= 13), los municipios de Santa Rosa de Aguaray (n= 8) y Tacuatí (n= 14). De los 35 casos corresponden un total de 26 confirmados por laboratorio (RT-PCR), dos por IgM positivo y siete casos confirmados por nexo epidemiológico y criterio clínico (12).

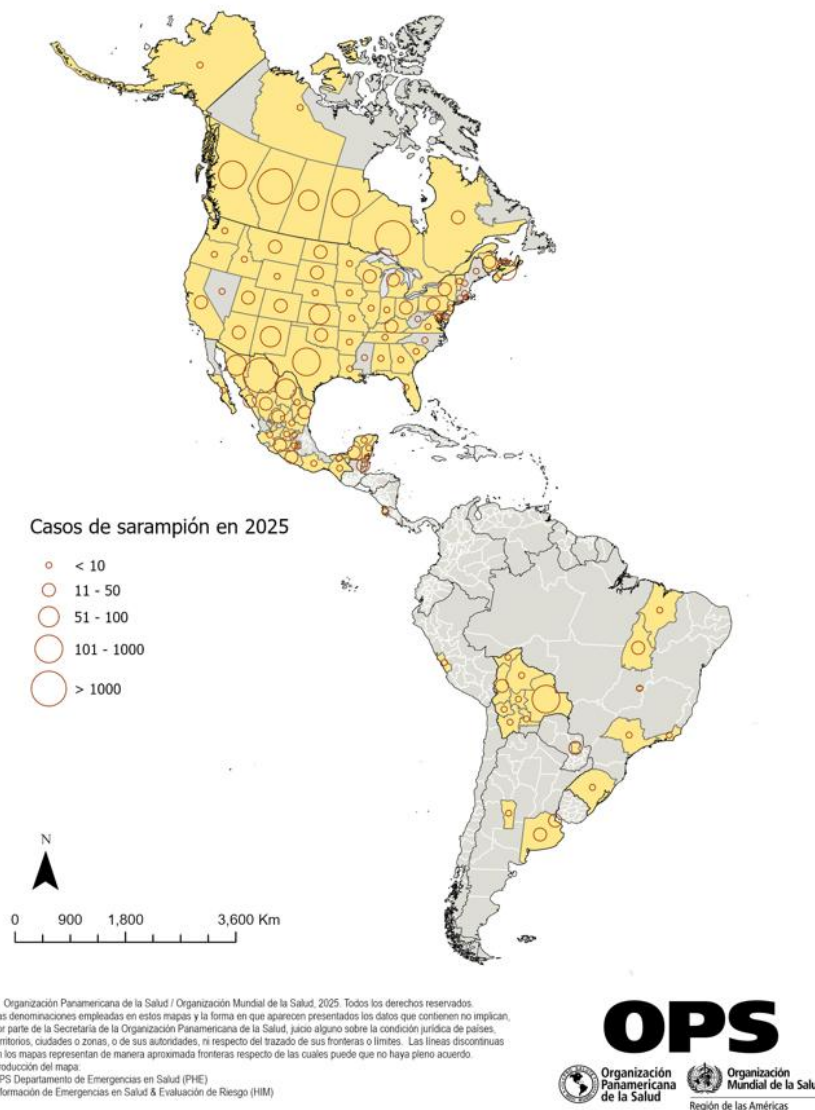
En relación con las características demográficas, el 60% de los casos (n= 21) corresponden al sexo femenino, en un rango de edad de 3 meses a 54 años, con un promedio de 10 años, el 51% (n= 18) de los casos corresponden a menores de 5 años, el 40% (n= 14) a edades comprendidas entre 5 y 19 años y el 9% (n= 3) al grupo de 20 años y más. La tasa incidencia muestra que el grupo de edad más afectado es el de 1 a 4 años (3,7 casos por 100.000 habitantes), seguido de los grupos de menores de 1 año (3,1 por 100.000 habitantes) y de 15 a 19 años (1,0 casos por 100.000 habitantes) (12).

En cuanto al antecedente de vacunación contra sarampión, el 89% de los casos (n= 31) no estaban vacunados o tenían un historial de vacunación desconocido, mientras el 5% tenían una dosis única de SRP (n= 2) y el 5% tenía dos dosis de SRP (n= 2). El 26% de los casos requirió hospitalización (n= 9) y no se han registrado defunciones relacionadas (12). El Laboratorio Regional de Referencia ha reportado el genotipo D8 en cinco muestras remitidas desde el Laboratorio Nacional de Referencia (12). En Paraguay, en el 2024 se alcanzó una cobertura de vacunación nacional para SPR de 90 % para primera dosis y de 69% para segunda dosis (21).

En **Perú**, entre la SE 19 y la SE 37 del 2025, se han confirmado cuatro casos de sarampión, todos los casos se registraron en el departamento de Lima. Del total de casos, dos corresponden a casos importados, dos relacionados con la importación. Los casos se distribuyen en un rango de edad de 8 a 34 años, dos de los casos corresponden a personas entre los 5 y 19 años y dos a adultos mayores de 20 años. En cuanto al antecedente de vacunación contra sarampión, tres de los casos no estaban vacunados o tenían un historial de vacunación desconocido y uno tenía dos dosis de SRP. De los casos, dos requirieron hospitalización y no se han registrado defunciones relacionadas (13).

De acuerdo con la genotipificación realizada a las muestras procedentes de los casos confirmados (n= 2) se han identificado el genotipo D8 DSID 9171 y el genotipo MVs/Ontario.CAN/47.24 (DSID 9171). En Perú, en el 2024, se alcanzó una cobertura de vacunación para SRP de 97 % a nivel nacional para primera dosis y 83% para segunda dosis (13).

Figura 6. Distribución geográfica de los casos confirmados de sarampión a nivel subnacional (en amarillo) en la Región de las Américas, 2025 (hasta la SE 37)



Fuente: Adaptado de datos aportados por los respectivos países (2-13).

Orientaciones a los Estados Miembros

En el contexto actual de la persistencia de ocurrencia de casos de sarampión en la Región de la Américas en lo que va del 2025, la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS / OMS) recomienda a los Estados Miembros intensificar los esfuerzos para sostener la eliminación del sarampión, rubeola y síndrome de rubeola congénita.

Tomando en cuenta los factores de riesgo antes mencionados, y el contexto regional actual a continuación se ofrecen recomendaciones relacionadas a vacunación, vigilancia y respuesta rápida (22, 23):

Vacunación

a. Países con brotes activos:

- En países con transmisión comunitaria, con largas cadenas de transmisión, amplia dispersión geográfica y dificultad para identificar la fuente de infección, implementar actividades de vacunación masiva indiscriminada (una dosis adicional de vacuna SRP o SR) a los grupos afectados.
- En países con brotes con pequeñas cadenas de transmisión, número limitado de casos en zonas geográficas claramente identificadas y fuentes de transmisión conocida:
 - i. Implementar el bloqueo de vacunación en las primeras 72 horas en 25 manzanas alrededor de donde reside el caso (área de 5 por 5 manzanas con la manzana de residencia del caso en el centro) y siguiendo la ruta de desplazamiento de los casos confirmados, durante su periodo de transmisibilidad. Realizar de manera conjunta la búsqueda activa comunitaria de casos.
 - ii. Implementar el barrido documentado si la intervención es posterior a las primeras 72 horas o si el bloqueo fue inefectivo. El barrido se debe implementar en un área más amplia que la del bloqueo de vacunación. Considerar un área de cinco manzanas a la redonda de la residencia del caso (área de 121 manzanas). Realizar la búsqueda activa comunitaria de casos durante esta actividad.
 - iii. Realizar el monitoreo rápido de vacunación en las áreas intervenidas a fin de determinar zonas que requieran intervenciones de vacunación adicionales. Realizar la búsqueda activa comunitaria de casos durante esta actividad.

b. Todos los países:

- **Vacunar a todos los contactos cercanos** de casos confirmados y casos sospechosos, hasta los 39 años de edad (o conforme el análisis epidemiológico local), con una dosis adicional de vacuna sarampión-rubéola (SR) o SRP, según corresponda, en las primeras 72 horas. Esto debe incluir la ruta de desplazamiento de los casos confirmados durante el periodo de transmisibilidad de la enfermedad.
- **Mantener una reserva de vacuna SR y/o SRP**, y jeringas/insumos para acciones de prevención y control ante casos importados.

- **Implementar actividades de intensificación de la vacunación** basadas en los resultados del análisis de riesgo de sarampión y rubéola, con el objetivo de cerrar las brechas de cobertura, priorizando los municipios con mayor riesgo.
- **Fortalecer la microplanificación de los servicios de vacunación de rutina** para alcanzar coberturas de vacunación de al menos el 95% con dos dosis de la vacuna SRP. La OPS ha desarrollado lineamientos que pueden ser de gran utilidad para esta labor.
- **Ofrecer vacunación a los viajeros** mediante brigadas médicas o puestos de vacunación fijos, asegurando su acceso en puntos estratégicos. Implementar dosis cero en niños de 6 a 11 meses de edad que se dirijan a zonas con transmisión activa de la enfermedad.
- **Aumentar los esfuerzos para alcanzar coberturas de vacunación en poblaciones reticentes**, incluyendo actividades de sensibilización dirigidas a autoridades locales, líderes comunitarios y religiosos, así como a otros actores sociales y sectores gubernamentales clave, como el sector educativo. Además, llevar a cabo actividades complementarias de vacunación en las comunidades de acogida o áreas circundantes a las poblaciones reticentes para cerrar las brechas de vacunación y fortalecer la inmunidad poblacional.

Vigilancia

a. Países con brotes activos:

- Activar los equipos de respuesta rápida que estén capacitados, incorporando todos los sectores relevantes.
- Implementar la sala de situación para el análisis de los datos y toma de decisiones. Esto debe incluir el análisis detallado de los casos, incluyendo su ruta de desplazamiento y el análisis de las actividades de vacunación implementadas.
- En zonas con transmisión comunitaria, se recomienda utilizar una definición de caso más específica (fiebre y exantema maculopapular, acompañado de tos, coriza o conjuntivitis) y documentar el cambio de definición.
- Asimismo, para optimizar el uso de los recursos de laboratorio, utilizar las clasificaciones de caso confirmado por criterios clínicos (presencia de fiebre, exantema, tos, coriza y conjuntivitis) y nexo epidemiológico, para no demorar la implementación de las acciones de respuesta.
- Administrar vitamina A de manera inmediata tras el diagnóstico de sarampión y repetir al día siguiente, en los niños de 6 a 59 meses de edad, independientemente de dosis previas de vitamina A que se hayan recibido. La dosis recomendada es de 50 000 UI para lactantes menores de 6 meses, 100 000 UI para lactantes de 6 a 11 meses y 200 000 UI para niños de 12 meses o más. Si el caso presenta signos oftálmicos clínicos de deficiencia de vitamina A, como manchas de Bitot, se deberá administrar una tercera dosis a las 4–6 semanas posteriores (24).

b. Todos los países:

- **Fortalecer la vigilancia epidemiológica** en las zonas consideradas de alto riesgo, áreas fronterizas y con silencio epidemiológico, mediante la implementación de búsquedas activas tanto en los servicios de salud como en la comunidad.
- **Adoptar y adaptar las orientaciones recientes de la OPS** sobre la búsqueda activa de casos al aplicar esta estrategia de vigilancia, siguiendo las recomendaciones de la Comisión Regional para sarampión, rubeola y síndrome de rubeola congénita emitidas en su reunión del 2024, disponible en español en: <https://www.paho.org/es/documentos/orientaciones-para-busqueda-activa-casos-paralisis-flacida-aguda-sarampion-rubeola> (25).
- **Obtener muestras de suero, hisopado nasofaríngeo y orina** (26) en todos los casos sospechosos de sarampión o rubeola, para la confirmación por laboratorio a través de pruebas serológicas y moleculares de RT-PCR en tiempo real, como para la secuenciación genómica con el fin de documentar el genotipo y linaje asociado con la infección.
- **Clasificar los casos sospechosos** con resultado IgM positivo considerando los criterios clínicos, epidemiológicos y de laboratorio, con participación de los delegados de vigilancia, laboratorio e inmunizaciones, además de la comisión nacional de sostenibilidad de la eliminación del sarampión y la rubéola.

Respuesta rápida

- **Revisar y -de ser necesario- ajustar los planes operativos de preparación y de respuesta rápida**, fortaleciendo la capacidad de los sistemas de salud principalmente en las áreas de riesgo mencionadas en el apartado **Vacunación**.
- **Iniciar una respuesta oportuna ante casos importados de sarampión o rubéola**, lo que incluye la activación de los equipos de respuesta rápida capacitados y la implementación de los protocolos nacionales de respuesta rápida (27, 28).
- **Establecer un manejo intrahospitalario adecuado para los casos** para evitar la transmisión nosocomial, particularmente durante brote. Esto implica mantener un flujo adecuado de referencia de pacientes en salas de aislamiento (en cualquier nivel de atención), evitando el contacto con otros pacientes en salas comunes como salas de espera y de hospitalización.
- **Capacitar al personal de salud**, con énfasis en los equipos de respuesta rápida, en la respuesta a brotes. La OPS cuenta con cursos en línea de autoaprendizaje para este fin disponibles (en español) en: 1) Respuesta rápida a brotes de sarampión y rubéola en las Américas <https://campus.paho.org/es/curso/brotos-sarampion-rubeola> (27); y 2) Brote de sarampión en la era de posteliminación: Estudio de caso. <https://campus.paho.org/es/curso/BroteSarampionPostEliminacion> (28).
- **Activar las medidas administrativas** que faciliten el direccionamiento de recursos y trabajo articulado con los diferentes sectores relacionados (educación, turismo, transporte, trabajo, entre otros) para implementar las medidas de respuesta rápida a los brotes de sarampión.

Eventos masivos y viajeros internacionales

En relación con eventos masivos y viajeros internacionales en la Región de las Américas, considerar las siguientes recomendaciones:

- **En relación con los viajeros**

Antes del viaje

La OPS/OMS recomienda a los Estados Miembros que se aconseje a todo viajero de seis meses de edad³ o mayor que no pueda mostrar prueba de vacunación o inmunidad, que **reciba una dosis de vacuna contra el sarampión y la rubéola, al menos dos semanas antes de viajar a áreas donde se ha documentado la transmisión de sarampión o rubeola.**

Se recomienda que las autoridades de salud informen al viajero antes de su salida, sobre los signos y síntomas del sarampión y de la rubeola, los cuales incluyen:

- Fiebre,
- Exantema,
- Tos, coriza (secreción nasal) o conjuntivitis (ojos rojos),
- Dolor en las articulaciones,
- Linfadenopatía (ganglios inflamados).

Durante el viaje

Recomendar a los viajeros que si durante su viaje presentan síntomas que los haga sospechar que contrajeron sarampión o rubéola, que realicen lo siguiente:

- Buscar atención inmediatamente de un profesional de salud.
- Evitar el contacto cercano con otras personas por siete días a partir del comienzo del exantema. para reducir el riesgo de contagio (el periodo de transmisibilidad del sarampión es de cuatro días antes a cuatro días después del inicio del exantema y el periodo de transmisibilidad de la rubeola es de siete días antes hasta siete días después del inicio del exantema; dado que es difícil diferenciar entre las dos enfermedades, se recomienda utilizar el periodo más amplio). Usar mascarilla en este mismo periodo de tiempo reducirá aún más el riesgo de transmisión.
- Permanecer en el lugar donde se hospeda (por ejemplo, el hotel o domicilio, etc.), excepto para ir al médico, o según lo recomendado por el profesional de salud. Al salir, siempre usar mascarilla durante el periodo de transmisibilidad. Usar mascarilla en el lugar de hospedaje, con habitación cerrada, si convive con personas sin vacunar.

Las autoridades de salud deben tener en cuenta que **un certificado de vacunación de sarampión no es un requisito para ingreso** a los países en el marco del RSI (2005).

A su regreso

³ La dosis de vacuna contra el Sarampión, Rubeola y Parotiditis (SRP) o Sarampión y Rubeola (SR) administrada en niños de 6 a 11 meses de edad no sustituye la primera dosis del esquema recomendado a los 12 meses de edad.

- Si los viajeros sospechan que al regresar sospechan que se contagiaron de sarampión o rubéola, deben contactar con su servicio de salud e informar al médico sobre su viaje.
- **Respecto a médicos y otros profesionales de salud**
La OPS/OMS recomienda:
 - Promover y verificar la vacunación con un esquema completo (dos dosis) contra el sarampión y la rubéola del personal del sector salud, incluyendo al personal médico, de laboratorio, administrativo, limpieza, seguridad, entre otros.
 - Sensibilizar a los trabajadores de la salud del sector privado sobre la necesidad de notificación inmediata de todo caso sospechoso de sarampión o rubéola, para garantizar una respuesta oportuna de las autoridades nacionales de salud pública según las normas del sistema nacional de vigilancia y respuesta rápida a brotes.
 - Recordar al personal de salud sobre la necesidad de indagar respecto a la historia de viaje de los pacientes y su antecedente de vacunación.
- **Identificación y seguimiento de contacto de los casos confirmados de sarampión o rubeola**
 - Realizar las actividades de identificación y seguimiento de los contactos identificados y presentes en el territorio nacional, de acuerdo con las guías y directrices del país.
 - Tener en cuenta las implicaciones internacionales que se puedan presentar en el seguimiento de contactos, y considerar los siguientes escenarios y aspectos operativos, en el desarrollo de estas actividades:
 - a. Cuando un caso es identificado por las autoridades nacionales de otro Estado Miembro y se solicita a las autoridades nacionales localizar el/los contactos cuyo lugar de residencia más probable es su país. Se insta a las autoridades nacionales para que utilicen todos los mecanismos de coordinación disponibles a fin de localizar a estas personas. La información disponible para esta acción podría ser limitada y los esfuerzos deben ser racionales y con base a los recursos existentes. Se deberá alertar a los servicios de salud ante la posibilidad de existencia de dichos contactos, con el fin de que estén atentos y puedan detectar oportunamente cualquier caso sospechoso.
 - b. Cuando un caso es identificado a nivel local y dependiendo del momento en que ocurre la detección en la historia natural de la enfermedad, este puede requerir:
 - *Caso actual*: las autoridades nacionales deben obtener información sobre la posible fuente de infección y la ubicación de los contactos en el extranjero e informar en consecuencia a las autoridades nacionales correspondientes del país en donde se presume se infectó el caso o donde se encuentra el contacto.
 - *Caso identificado retrospectivamente*: de acuerdo con la historia de viaje del caso, las autoridades nacionales deberán informar a las autoridades nacionales del país correspondiente, ya que esta situación podría constituir

la primera señal de circulación del virus, o de un brote, en el otro país /países que se trate.

- i. Realizar búsquedas activas institucionales y comunitarias con el fin de detectar rápidamente los casos entre aquellos contactos que no han sido identificados en la investigación del brote, siguiendo la ruta de desplazamiento del (los) caso(s).

Observaciones operacionales

Para la búsqueda internacional de contactos de casos confirmados de sarampión o rubeola, se puede presentar alguno de los dos siguientes escenarios de exposición a un caso confirmado:

- **Cuando no hay involucramiento de medios de transporte internacionales (por ejemplo, aviones, cruceros, trenes)**, las autoridades nacionales deben comunicarse con su contraparte/s de los otros países a través del Centro Nacional del Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) correspondiente o por medio de otros mecanismos bilaterales y multilaterales programáticos existentes, con copia al Punto de Contacto Regional de la OMS para el RSI. De considerarlo necesario, las autoridades nacionales podrán solicitar el apoyo del Punto de Contacto Regional de la OMS para el RSI en las Américas a fin de facilitar las comunicaciones relacionadas a la búsqueda internacional de contactos.
- **Cuando los medios de transporte internacionales (por ejemplo, aviones, cruceros, trenes) están involucrados**, las autoridades nacionales de sanidad portuaria o el que haga sus veces deberán activar los mecanismos existentes para obtener la información pertinente de las empresas (por ejemplo, las aerolíneas) a fin de localizar los viajeros, o establecer dichos mecanismos en caso de estar ausentes. Para la posterior comunicación entre las autoridades nacionales véase el punto anterior.

Las recomendaciones de la OPS/OMS con relación a consejos para los viajeros, se encuentran disponibles en la Actualización Epidemiológica sobre sarampión publicada por la OPS/OMS el 28 de febrero del 2025 (29).

Canales para la difusión de las orientaciones

La OPS/OMS recomienda a las autoridades nacionales que consideren la difusión de las orientaciones de esta actualización epidemiológica mediante:

- Campañas de sensibilización pública para promover y mejorar la salud de los viajeros antes y después de su viaje a fin de que adquieran comportamientos responsables en relación con la vacunación contra el sarampión, y conozcan los signos y síntomas de sarampión. Para esta actividad se recomienda tener también en cuenta a los servicios de atención médica o clínicas para viajeros, aeropuertos, puertos, estaciones de trenes y autobuses, las líneas aéreas que operan en el país, entre otros.
- Las agencias de viajes, las entidades relacionadas con el turismo y los cuerpos diplomáticos también deben conocer y divulgar las recomendaciones necesarias que un viajero debe tener en cuenta antes del viaje.
- Comunicación a médicos y otros trabajadores de salud de los contenidos de las guías nacionales de vigilancia existentes, así como difusión oportuna de cualquier nuevo protocolo que el país desarrolle en relación con los viajeros.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Immunization data- Provisional measles and rubella data. Ginebra: OMS; 2025 [consultado el 16 de septiembre del 2025]. Disponible en: <https://immunizationdata.who.int/global?topic=Provisional-measles-and-rubella-data&location=>.
2. Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Argentina. Comunicación recibida el 15 de septiembre del 2025 mediante correo electrónico. Buenos Aires; 2025. Inédito.
3. Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Belice. Comunicación recibida el 13 de septiembre del 2025 mediante correo electrónico. Belmopán; 2025. Inédito.
4. Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) del Estado Plurinacional de Bolivia. Comunicación recibida el 3 de septiembre del 2025 mediante correo electrónico. La Paz; 2025. Inédito.
5. Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Brasil. Comunicación recibida el 15 de septiembre del 2025 mediante correo electrónico. Brasilia; 2025. Inédito.
6. Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Canadá. Comunicación recibida el 12 de septiembre del 2025 mediante correo electrónico. Ottawa; 2025. Inédito.
7. Government of Canada. Canada Public Health Agency. Measles and rubella weekly monitoring reports – 2025. Ottawa: PHAC; 2025 [consultado el 12 de septiembre del 2025]. Disponible en: <https://health-infobase.canada.ca/measles-rubella/>.
8. Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Costa Rica. Comunicación recibida el 10 de septiembre del 2025 mediante correo electrónico. San José; 2025. Inédito.
9. Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Estados Unidos. Comunicación recibida el 12 de septiembre del 2025 mediante correo electrónico. Washington, D.C.; 2025. Inédito.
10. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos. Casos y brotes de sarampión. Atlanta: CDC; 2025 [consultado el 10 de septiembre del 2025]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/measles/es/data-research/index.html> .
11. Gobierno de México. Secretaria de Salud de México. Informe diario del brote de sarampión en México – 12 de septiembre de 2025. Ciudad de México: SSM; 2025 [consultado el 16 de septiembre del 2025]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/documentos/informe-diario-del-brote-de-sarampion-en-mexico-2025?idiom=es>.

12. Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Paraguay. Comunicación recibida el 15 de septiembre del 2025 mediante correo electrónico. Asunción; 2025. Inédito.
13. Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Perú. Comunicación recibida el 12 de septiembre del 2025 mediante correo electrónico. Lima; 2025. Inédito.
14. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Sistema Integrado de Información de Vigilancia (ISIS) para la poliomielitis, el sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2025 [consultado el 15 de septiembre del 2025]. Inédito.
15. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Cobertura de inmunización a lo largo del curso de la vida en las Américas. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2025 [consultado el 16 de septiembre del 2025]. Disponible en: <https://paho-cim.shinyapps.io/immunization-dashboard/#>.
16. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Actualización Epidemiológica: Sarampión en la Región de las Américas, 1 de julio del 2025. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2025. Disponible <https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-sarampion-region-americas-1-julio-2025>
17. Departamento Estatal de Servicios de Salud. Texas anuncia el fin del brote de sarampión en el oeste de Texas. Austin: DSHS; 2025. Disponible en: <https://www.dshs.texas.gov/es/news-alerts/texas-anuncia-el-fin-del-brote-de-sarampion-en-el-oeste-de-texas>.
18. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos. Vaccination Coverage and Exemptions among Kindergartners. Atlanta: CDC; 2025. [consultado el 10 septiembre 2025]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/schoolvaxview/data/index.html>.
19. Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de México. Comunicación recibida el 18 de septiembre del 2025 mediante correo electrónico. Ciudad de México; 2025. Inédito.
20. Secretaria de Salud de México. Boletín Informativo N°22 Situación Epidemiológica de Enfermedades Prevenibles por Vacunación en México- Semana epidemiológica 35 5 de septiembre de 2025. Ciudad de México: SSM; 2025. [consultado el 16 de septiembre del 2025]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/documentos/situacion-epidemiologica-de-enfermedades-prevenibles-por-vacunacion>.
21. Ministerio de Salud y Bienestar Social de Paraguay. Programa Ampliado de Inmunizaciones – Boletín Coberturas Programa Regular – 31 de diciembre 2023 - 28 de diciembre de 2024. Asunción: MSPBS; 2024. Disponible en: <https://pai.mspbs.gov.py/wp-content/uploads/2025/06/Boletin-hasta-semana-52-2024-II.pdf>

22. Organización Panamericana de la Salud. Grupo Asesor Estratégico (GAE) en Enfermedades Prevenibles por Vacunación (EPV). Washington, D.C.: OPS; 2024. Disponible en: <https://www.paho.org/es/grupo-asesor-estrategico-gae-enfermedades-prevenibles-por-vacunacion-epv>.
23. Organización Panamericana de la Salud. Marco regional para el monitoreo y la verificación de la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en la Región de las Américas. Edición revisada. Washington, D.C.: OPS; 2022. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/56856>.
24. Organización Mundial de la salud. Measles vaccines: WHO position paper – April 2017. Weekly Epidemiological Record, vol. 92, 17. Ginebra: OMS;2017. Disponible en: <https://www.who.int/teams/immunization-vaccines-and-biologicals/policies/position-papers/measles>.
25. Organización Panamericana de la Salud. Orientaciones para la búsqueda activa de casos de parálisis flácida aguda, sarampión y rubéola. Washington, D.C.: OPS; 2024. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/orientaciones-para-busqueda-activa-casos-paralisis-flacida-aguda-sarampion-rubeola>.
26. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Orientaciones sobre las pruebas de sarampión y de la rubéola realizadas en la red de laboratorios de la Región de las Américas. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2018. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34932>.
27. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Respuesta rápida a brotes de sarampión y rubéola en las Américas. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2024. Disponible en: <https://campus.paho.org/es/curso/brotos-sarampion-rubeola>.
28. Organización Panamericana de la Salud. Brote de sarampión en la era de posteliminación: Estudio de caso. Washington, D.C.: OPS; 2022. Disponible en: <https://campus.paho.org/es/curso/BroteSarampionPostEliminacion>.
29. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Alerta Epidemiológica: Sarampión en la Región de las Américas, 28 de febrero del 2025. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2025. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/alerta-epidemiologica-sarampion-region-americas-28-febrero-2025>.