

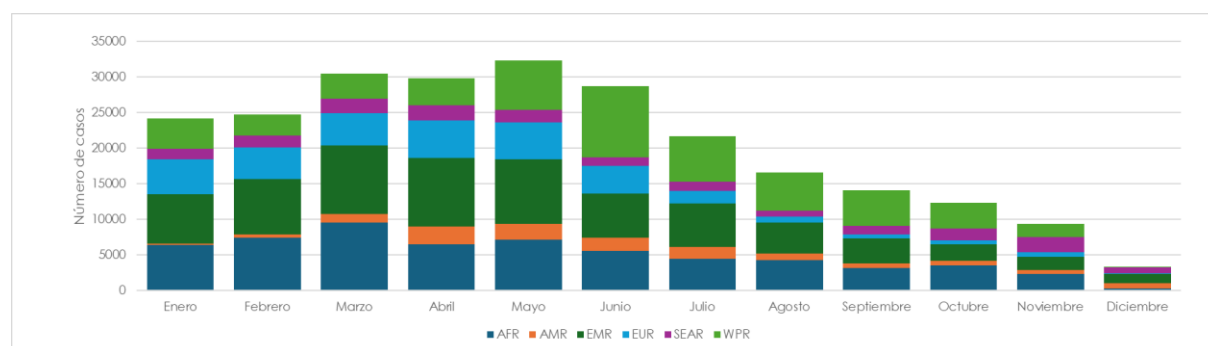
3 de febrero del 2026

El marcado incremento de casos de sarampión en la Región de las Américas durante 2025 y el inicio de 2026, constituye una señal de alerta que requiere una acción inmediata y coordinada por parte de los Estados Miembros. La Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) insta a los Estados Miembros a reforzar de manera prioritaria las actividades de vigilancia y vacunación de rutina, y asegurar una respuesta rápida y oportuna ante casos sospechosos. Asimismo, recomienda implementar búsquedas activas comunitarias, institucionales y de laboratorio para la identificación temprana de casos, así como desarrollar actividades complementarias de vacunación destinadas a cerrar brechas de inmunidad.

## Resumen a nivel global

De acuerdo con los datos mensuales de la vigilancia de sarampión y rubéola, publicados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) desde el 1 de enero del 2025 hasta el 1 de enero del 2026 se notificaron 552.699 casos sospechosos de sarampión, en 179 Estados Miembros de las seis regiones de la OMS, de los cuales 247.623 (44,8%) fueron confirmados<sup>1</sup>. El 28% de los casos se registró en la Región de la OMS del Mediterráneo Oriental, seguido por la Región de la OMS de África con el 25 % de los casos y la Región de la OMS de Europa con el 22% de los casos (**Figura 1**) (1).

**Figura 1.** Distribución de casos de sarampión por mes y región de la OMS, 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; 2026 [consultado el 21 de enero del 2026]. Disponible en: <https://immunizationdata.who.int/global?topic=Provisional-measles-and-rubella-data&location=> (1).

<sup>1</sup> Incluye casos confirmados por laboratorio, criterios clínicos o epidemiológicos.

**Cita sugerida:** Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Alerta Epidemiológica: Sarampión en la Región de las Américas, 3 de febrero del 2026. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2026.

## Resumen de la situación en la Región de las Américas

En 2025, entre la semana epidemiológica (SE) 1 y la SE 53, en la Región de las Américas, fueron confirmados 14.891 casos de sarampión, incluyendo 29 defunciones, de las cuales 22 (73%) se han producido en población indígena (2). Los casos fueron notificados por Argentina (n= 36 casos), Belice (n= 44 casos), el Estado Plurinacional de Bolivia (n= 597 casos), Brasil (n= 38 casos), Canadá (n= 5.436 casos<sup>2</sup>, incluyendo dos defunciones), Costa Rica (n= 1 caso), El Salvador (n= 1 caso), los Estados Unidos de América (n= 2.242 casos, incluyendo tres defunciones), Guatemala (n= 1 caso), México (n= 6.428 casos, incluyendo 24 defunciones), Paraguay (n= 49 casos), Perú (n= 5 casos) y Uruguay (n= 13 casos) (**Tabla 1**)(**Figura 2**) (3-21). Este total representa un aumento de 32 veces en contraste con los 466 casos de sarampión notificados en el 2024 (2). En comparación con el registro histórico de sarampión en la Región, el número de casos confirmados de sarampión en el año 2025 fue el más alto desde el 2019, siendo éste el año con mayor número de casos de los últimos 22 años (n= 23.269) (**Figura 3**) (22-23).

En 2026, entre la SE 1 y la SE 3, en la Región de las Américas, fueron confirmados 1.031 casos de sarampión, sin defunciones notificadas. Los casos fueron notificados por Bolivia (n= 10 casos), Canadá (n= 67 casos), Chile (n= 1 caso), los Estados Unidos de América (n= 171 casos), Guatemala (n= 41 casos), México (n= 740 casos) y Uruguay (n= 1 caso) (**Tabla 1**) (3-21). Este total representa un aumento de 45 veces en comparación con los 23 casos de sarampión notificados en el mismo periodo del 2025 (2, 25).

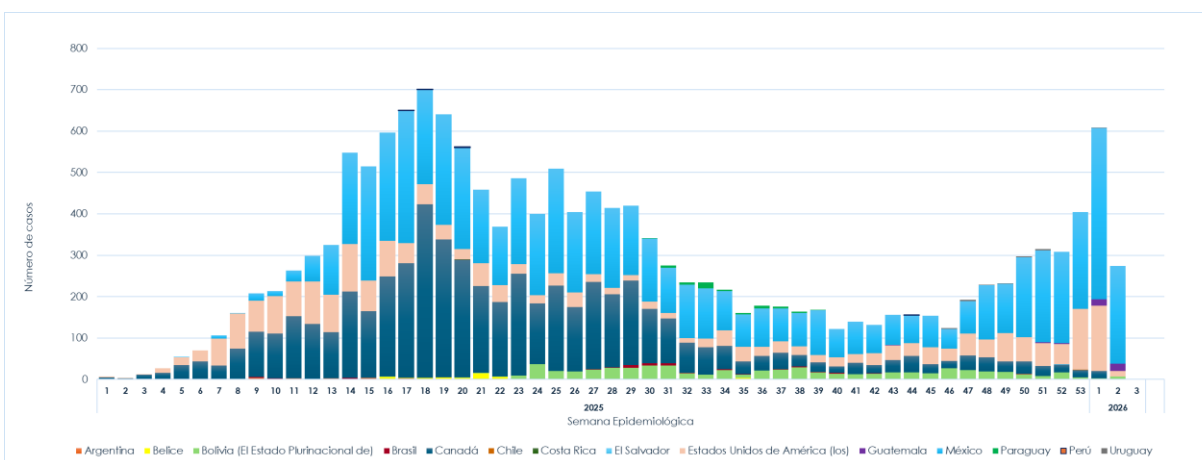
**Tabla 1. Distribución de casos por semana epidemiológica 2025 y 2026, por país**

País	Nº de casos SE 53 del 2025	Nº de casos SE 2 del 2026	Ultima fecha de inicio de exantema (SE)
Argentina	36		SE 49 del 2025
Belice	44		SE 45 del 2025
Bolivia (Estado Plurinacional de)	597	10	SE 2 del 2026
Brasil	38		SE 50 del 2025
Canadá	5.436	67	SE 2 del 2026
Chile	0	1	SE 53 del 2025
Costa Rica	1		SE 20 del 2025
El Salvador	1		SE 52 del 2025
Estados Unidos de América (los)	2.242	171	SE 2 del 2026
Guatemala	1	41	SE 2 del 2026
México	6.428	740	SE 2 del 2026
Paraguay	49		SE 39 del 2025
Perú	5		SE 44 del 2025
Uruguay	13	1	SE 2 del 2026
<b>Total</b>	<b>14.891</b>	<b>1.031</b>	

**Fuente:** Adaptado de datos aportados por los respectivos países (3-21).

<sup>2</sup> En Canadá, los casos de sarampión incluyen casos confirmados y probables.

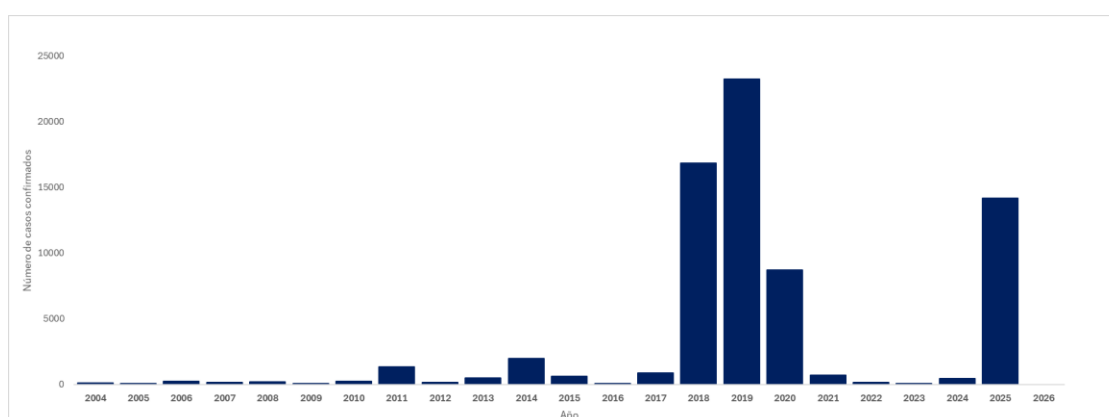
**Figura 2.** Casos confirmados\* de sarampión por semana epidemiológica de inicio de exantema o de notificación y país en la Región de las Américas, 2025- 2026 (hasta la SE 3 del 2026).



**\*Nota:** Incluye casos confirmados y probables para Canadá.

**Fuente:** Adaptado de datos aportados por los respectivos países (3-21).

**Figura 3.** Casos confirmados\* de sarampión por año en la Región de las Américas, 2025- 2026 (hasta la SE 3 del 2026).



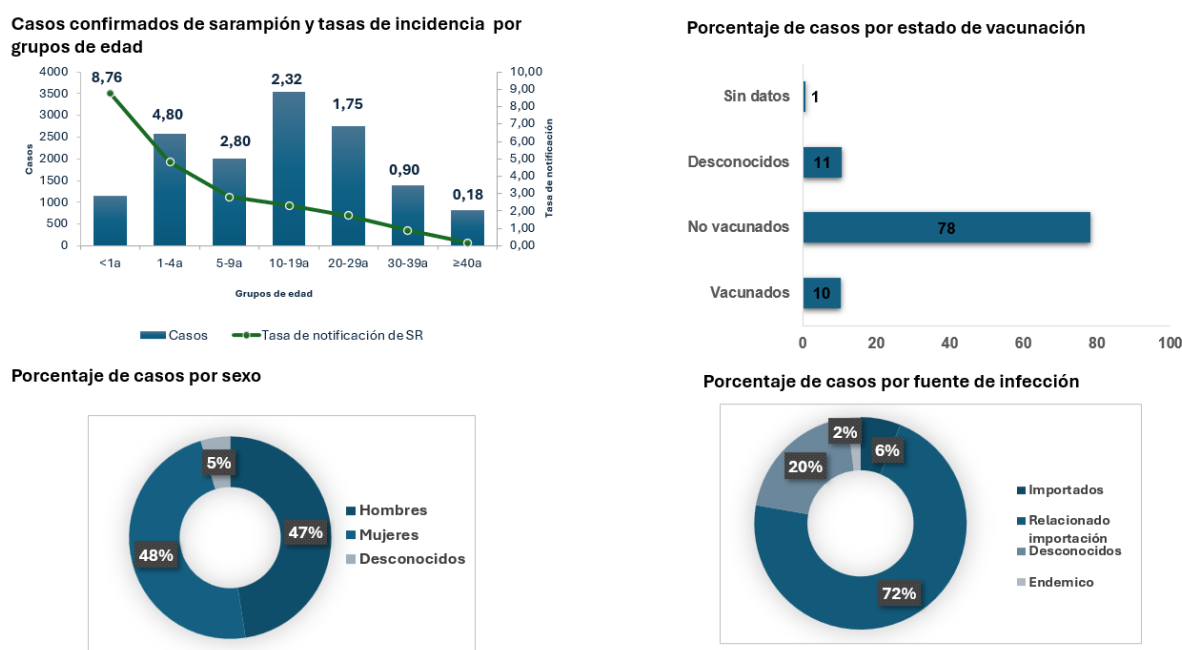
**Fuente:** Adaptado de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Number of Vaccine Preventable Disease (VPD) cases in the Americas y Boletín Semanal de Sarampión/Rubéola (22-25).

La distribución de los casos confirmados de sarampión en la Región de las Américas por SE evidencia un incremento gradual a partir de la SE 3 del 2025, alcanzando el mayor número de casos en la SE 18 en el contexto de brotes ocurridos en comunidades con baja aceptación a la vacunación en varios países de la Región. En las últimas cuatro semanas epidemiológicas del 2025 e inicios del 2026 se observa un aumento importante en el número de casos notificados (**Figura 2**) (21- 25).

De acuerdo con la información disponible en el Sistema Integrado de Información de Vigilancia (ISIS) para la poliomielitis, el sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita, entre los casos confirmados en 2025 (n= 14.640), el grupo de 10-19 años concentra la mayor proporción de casos (24%), seguido por el grupo de 20-29 años (19%) y el de 1-4 años (18%). No obstante, la tasa de incidencia presenta una relación inversa con

la edad, siendo más elevada en menores de un año (8,8 casos por 100,000 habitantes), seguida por el grupo de 1 a 4 años (4,8 casos por 100,000 habitantes) y el de 5 a 9 años (2,8 casos por 100,000 habitantes). Las tasas se mantienen por encima de 1 caso por 100,000 habitantes hasta el grupo de 20 a 29 años (2). Con relación al antecedente de vacunación, el 78% de los casos no estaban vacunados y en el 11% la información era desconocida o no estaba disponible. Según la clasificación por fuente de infección, el 6% de los casos fueron importados, el 71% asociados a importación, el 20% de fuente de infección desconocida y el 2% se clasificaron como casos endémicos (**Figura 3**) (2).

**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 53 del 2025.

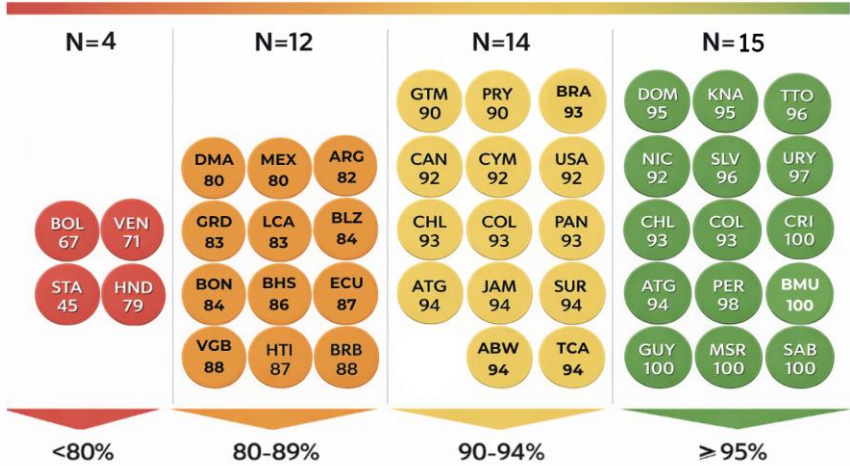


**Fuente:** Adaptado de Organización Panamericana de la Salud. Sistema Integrado de Información de Vigilancia (ISIS) para la poliomielitis, el sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita e informes de los países a OPS Inmunización Integral. Washington, D.C.: OPS; 2026 [consultado el 28 de enero del 2026]. Inédito (2).

## Cobertura de vacunación en la Región de las Américas

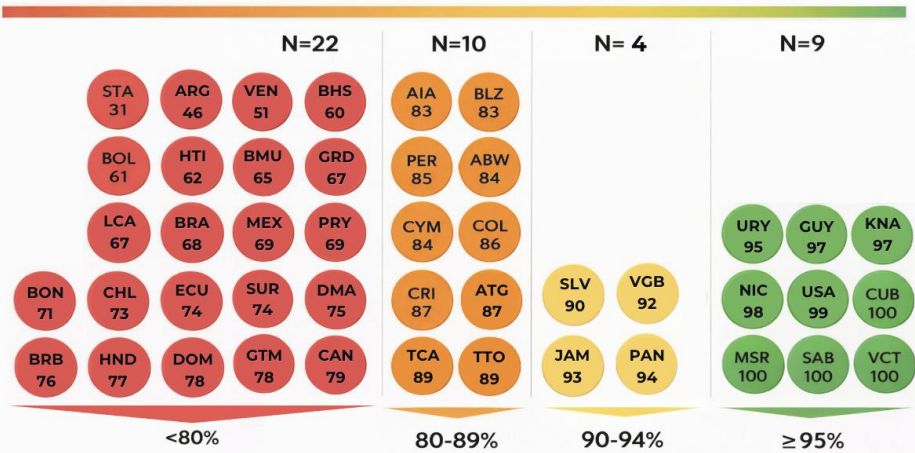
Para el año 2024, se observa un ligero incremento en la cobertura regional de la primera y segunda dosis de la vacuna de Sarampión, Rubéola y Paperas (SRP) con respecto al 2023: de 87% al 89% para SRP1 y del 76% al 79% para SRP2 (15). Asimismo, 45 países y territorios de las Américas reportaron a la OPS las coberturas de vacunación SRP1 y SRP2 (15). En relación con la aplicación de la primera dosis de SRP1, el 33,3% (n= 15/45) de los países y territorios de la Región informaron coberturas mayores al 95%, el 31% (n= 14/45) coberturas entre 90-94%, el 27% (n= 12/45) coberturas entre 80-89% y el 8% (n= 4/45) coberturas menores al 80% (**Figura 4**) (26). Con respecto a la aplicación de la segunda dosis SRP2, solo el 20% de los países y territorios (n= 9/45) informaron tener un nivel de cobertura mayores al 95%, mientras que el 48,9% (n= 22/45) informo un nivel de cobertura menor al 80% (**Figura 5**) (26).

**Figura 4.** Distribución de países y territorios\* según rango de coberturas para la primera dosis de la vacuna contra sarampión, rubéola y paperas (SRP1) en la 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; 2026 [consultado el 21 de enero del 2026]. Disponible en: <https://paho-cim.shinyapps.io/immunization-dashboard/#> (26).

**Figura 5.** Distribución de países y territorios\* según rango de coberturas para la segunda dosis de la vacuna contra sarampión, rubéola y paperas (SRP2) en la 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; 2026 [consultado el 21 de enero del 2026]. Disponible en: <https://paho-cim.shinyapps.io/immunization-dashboard/#> (26).

**\*Nota:** ABW: Aruba; AIA: Anguilla; ARG: Argentina; ATG: Antigua y Barbuda; BHS: las 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: la República Dominicana; ECU: Ecuador; GRD: Granada; GTM: Guatemala; GUY: Guyana; HND: Honduras; HTI: Haití; JAM: Jamaica; KNA: Saint Kitts y Nieves; 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: las Islas Vírgenes Británicas.



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

A continuación, se presenta un resumen de la situación epidemiológica de sarampión en los países, en orden alfabético, que han notificado casos confirmados en las Américas en 2025 y 2026 (**Figura 6**). Desde la última actualización epidemiológica de sarampión en la Región de las Américas de la OPS/OMS publicada el 19 de septiembre del 2025, los países que han notificado casos confirmados fueron Argentina, Belice, Bolivia, Brasil, Canadá, Chile, El Salvador, los Estados Unidos, Guatemala, México, Paraguay, Perú y Uruguay (3-21, 27).

En **Argentina**, entre la SE 1 y la SE 53 de 2025, se han confirmado 36 casos de sarampión. Los casos confirmados fueron reportados en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) (n= 21 casos), las provincias de Buenos Aires (n= 13 casos), Entre Ríos (n= 1 caso) y San Luis (n= 1 caso). Del total de casos, seis fueron importados, 15 relacionados con la importación y 14 sin fuente de infección conocida y uno confirmado con fuente de infección en estudio (3). Los casos se distribuyen en un rango de edad de 5 meses a 40 años; el 50% (n= 18) corresponde a niños menores de 4 años, el 19% (n= 7) a personas de entre 5 y 19 años y el 31% (n= 11) a adultos de 20 años o más. La tasa de incidencia por grupo etario muestra que el grupo más afectado es el de menores de 4 años (5,6 casos por 100.000 habitantes) (3).

En cuanto al antecedente de vacunación, el 39% (n= 14) de los casos no estaban vacunados o presentaban un historial de vacunación desconocido, el 17% contaba con una dosis de SRP (n= 6) y el 22% tenía dos dosis de SRP (n= 8). Del total de casos, el 6% requirió hospitalización (n= 2) (3). De acuerdo con la genotipificación realizada en muestras procedentes de los casos confirmados (n= 26 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 (3). Entre la SE 1 y la SE 3 del 2026 no se confirmaron casos de sarampión (3). Durante 2024, la cobertura de vacunación con SRP a nivel nacional alcanzó un 82,1% para la primera dosis y un 46,4% para la segunda dosis (3).

En **Belice**, entre la SE 1 y la SE 53 del 2025, se han confirmado un total de 44 casos de sarampión. De estos, 13 fueron confirmados mediante pruebas de laboratorio y 31 por nexo epidemiológico. Los casos confirmados se identificaron en los Distritos de Cayo (n= 43) y Corozal (n= 1). Del total de casos confirmados, siete fueron importados y 37 estuvieron relacionados con la importación. Cuatro de los casos importados reportaron antecedentes de viaje a México entre enero y abril del 2025, mientras que tres casos importados reportaron antecedentes de viaje a Canadá entre mayo y septiembre del 2025 (4). Los casos se distribuyeron en un rango de edad de 0 a 45 años, siendo el 18% (n= 8) menores de 5 años, el 64% (n= 28) personas entre 5 y 19 años y el 18% (n= 8) personas de 20 años y más. En cuanto al antecedente de vacunación contra sarampión, el 100% (n= 44) de los casos no estaban vacunados o tenían un historial de vacunación desconocido al momento del diagnóstico. Solo un caso requirió hospitalización (4). Entre la SE 1 y la SE 3 del 2026, no se confirmaron casos de sarampión (4). Durante el 2024, la cobertura nacional de vacunación con la vacuna triple viral (SRP) alcanzó el 83,5% para la primera dosis y el 82,9% para la segunda dosis (4).

En **Bolivia**, entre la SE 1 y la SE 53 del 2025, se han confirmado 597 casos de sarampión, en 9 departamentos. Los casos confirmados fueron reportados en los departamentos de Santa Cruz (n= 467 casos), La Paz (n= 41 casos), Cochabamba (n= 36 casos), Beni (n= 14 casos), Tarija (n= 12 casos), Potosí (n= 10 casos), Oruro (n= 9 casos), Chuquisaca (n= 7 casos) y Pando

(n= 1 caso) (5, 6). Los casos se distribuyen en un rango de edad de 0 meses a 57 años; el 12% (n= 72) corresponde a niños menores de 1 año, el 21% (n= 128) a personas de entre 1 y 4 años, el 20% (n= 122) de personas entre 5 y 9 años, 14% (n= 81) que incluye a personas de 10 a 14 años; 12% (n= 70) entre 15 y 19 años y el 21% (n= 124) a adultos de 20 años o más. La tasa de incidencia por grupo etario muestra que el grupo más afectado es el de menores de 1 año (113 casos por 100.000 habitantes), seguido por el grupo de 1 a 4 años (24 casos por 100.000 habitantes) (5, 6).

En cuanto al antecedente de vacunación, el 82% (n= 492) de los casos no estaban vacunados o presentaban un historial de vacunación desconocido, el 8% contaba con una dosis de SRP (n= 49), el 7% (n= 43) tenía dos dosis de SRP y el 2% (n= 13) presento tres dosis o más. Del total de casos, el 5% (n= 31) requirió hospitalización (5, 6). De acuerdo con la genotipificación realizada a las muestras procedentes de 2 casos confirmados se ha identificado el genotipo B3 y D8 (5, 6).

Entre la SE 1 y la SE 3 del 2026, se confirmaron diez casos de sarampión. Los casos fueron notificados en dos departamentos. Los casos confirmados fueron reportados en los departamentos de Santa Cruz (n= 9 casos) y Tarija (n= 1 caso). Los casos corresponden a personas de 0 meses a 41 años. En relación con el estado de vacunación, el total de casos confirmados casos no contaban con antecedente documentado de vacunación. Durante este período ningún caso requirió hospitalización (5, 6). Durante 2025, la cobertura de vacunación con SRP a nivel nacional alcanzó un 82% para la primera dosis y un 74% para la segunda dosis (7).

En **Brasil**, entre la SE 1 y la SE 53 del 2025, se han confirmado 38 casos de sarampión, en el Distrito Federal y seis estados del país. Del total de casos, diez corresponden a casos importados, 25 a relacionados con la importación y tres con fuente de infección desconocida. Los casos confirmados fueron reportados en el Distrito Federal (n= 1 caso) y en los estados de Maranhão (n= 1 caso), Mato Grosso (n= 6 casos), Rio de Janeiro (n= 2 casos), São Paulo (n= 2 casos), Rio Grande do Sul (n= 1 caso) y Tocantins (n= 25 casos) (8). Los casos se distribuyen en los siguientes grupos de edad: el 30,6% (n= 11) de los casos corresponden a niños menores de 5 años, el 22,2% (n= 8) a personas de entre 5 y 19 años y el 50,0% (n= 19) a adultos mayores de 20 años. La tasa de incidencia por grupo de edad muestra que el grupo de edad más afectado es el de menores de 5 años (0,015 casos por 100.000 habitantes), seguido por el grupo de 20 a 29 años (0,002 por 100.000 habitantes) (8). En cuanto al antecedente de vacunación de los casos, el 94,7% (n= 36) no estaban vacunados o tenían un historial de vacunación desconocido, el 5,3% tenían historial de vacunación contra el sarampión (n= 2) (8).

Entre las SE 9 y SE 49 del 2025, se caracterizaron 26 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 denominada MVs/Pasaman Barat.IDN/13.22. En las SE 14 y SE 15, se detectó dos secuencias el genotipo B3 DSId (8841), correspondiente a la cepa denominada 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 42, se caracterizaron genómicamente 20 casos de sarampión en el estado de Tocantins, Maranhão y Mato Grosso todos pertenecientes al genotipo D8 DSId (9171) linaje

MVs/Ontario.CAN/47.24). En la SE 49, se detectó el genotipo B3 DSId (6418), linaje MVs/Quetta.PAK/44.20, en el estado de São Paulo (8). Entre la SE 1 y la SE 3 de 2026, no hubo confirmados casos de sarampión en Brasil (8).

Durante 2024, la cobertura de vacunación con SRP a nivel nacional alcanzó un 96% para la primera dosis y un 80,6% para la segunda dosis (8).

En **Canadá**, entre la SE 1 y la SE 53 del 2025, se notificaron 5.436 casos de sarampión (5.056 confirmados y 380 probables), incluidas dos defunciones, en diez provincias: Alberta (n= 2.008 casos), British Columbia (n= 424 casos), Manitoba (n= 355 casos), New Brunswick (n= 16 casos), Northwest Territories (n= 1 caso), Nova Scotia (n= 62 casos), Ontario (n= 2.396 casos), Prince Edward Island (n= 3 casos), Quebec (n= 45 casos) y Saskatchewan (n= 126 casos). El número de casos semanales alcanzó su máximo en la SE 18 del 2025, disminuyó hasta la SE 35 y desde entonces se ha mantenido estable en niveles más bajos. Se notificaron dos defunciones en casos congénitos de sarampión nacidos de forma prematura (9, 10). De los 5.436 casos notificados en 2025, el 98% (n= 5.313) se expuso en Canadá, el 2% (n= 98) correspondió a casos importados y menos del 1% (n= 25) tuvo una fuente de exposición desconocida o en investigación. El 45% de los casos correspondió a personas entre 5 y 17 años, seguido del 29% en personas de 18 años o más y el 20% en niños de entre 1 y 4 años. En cuanto al historial de vacunación, el 89% no estaba vacunado, el 3% había recibido una dosis de una vacuna que contiene sarampión, el 4% había recibido dos o más dosis de una vacuna que contiene sarampión y el 4% tenía un estado de vacunación desconocido. El historial de vacunación por grupo de edad fue el siguiente: el porcentaje de casos que habían recibido una o más dosis de una vacuna que contiene sarampión fue del 2% en niños de 1 a 4 años, del 3% en casos de 5 a 17 años y del 18% en adultos de 18 años o más. El 7% de los casos fue hospitalizado (n= 400). Entre los casos confirmados con información de genotipificación disponible, se identificó el genotipo D8 en 1.732 casos y el genotipo B3 en 51 casos (9, 10).

En el 2026, hasta la SE 2, se notificaron 67 casos de sarampión (63 confirmados y 4 probable). Estos casos fueron reportados por cinco provincias: Alberta (n= 31 casos), British Columbia (n= 9 casos), Manitoba (n= 24 casos), Quebec (n= 1 caso) y Saskatchewan (n= 2 casos). De los 67 casos notificados, 61 (91%) estuvo asociado al brote multijurisdiccional que se inició en octubre del 2024; durante el 2025 el 97% de los casos estuvo asociado a este brote. Del total de casos, el 28% (n= 19) de los casos correspondió a niños menores de 5 años, el 39% (n= 26) a personas entre 5 y 17 años y el 32% (n= 22) a personas de 18 años o más. El 95% todos los casos notificados no estaban vacunados o tenían estado de vacunación desconocido y se reportó una hospitalización (1%) (9, 10).

Desde el 2024, un total de 4.966 casos confirmados y 414 casos probables han sido vinculados a un brote multijurisdiccional en Canadá, el cual continúa activo. La mayoría de los casos asociados al brote no estaban vacunados o tenían un historial de vacunación desconocido (94%) y residían en comunidades interconectadas con bajas coberturas de vacunación. Además del brote multijurisdiccional descrito anteriormente, entre la SE 1 del 2025 y la SE 1 del 2026, se notificaron once brotes, de los cuales nueve habían sido cerrados al 21 de enero del 2026. Estos brotes consistieron en dos o más casos relacionados epidemiológica o virológicamente y estuvieron directamente relacionados con casos importados (9, 10).

En **Chile**, en la SE 1 del 2026, se notificó un caso confirmado importado de sarampión identificado en la Región Metropolitana. Se trata de una mujer de 43 años, que ingresó al



país el 31 de diciembre del 2025 procedente de España y Uruguay. El caso no tenía antecedente de vacunación verificable, no obstante, refirió tener dos dosis de SRP. El caso inició exantema el 30 de diciembre del 2025 y fue confirmado por RT-PCR el 9 de enero del 2026 por el Instituto de Salud Pública de Chile (ISP). No se han registrado casos secundarios ni defunciones en el país relacionados con este caso (11). Durante 2024, la cobertura de vacunación con SRP a nivel nacional alcanzó un 95,7% para la primera dosis y un 79,2% para la segunda dosis, y datos preliminares del año 2025 dan cuenta de cobertura vacuna SRP de 86,8% para la primera dosis y 64,4% para segunda dosis (11).

En **Costa Rica**, en la SE 20 del 2025, se confirmó 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 (12). El caso no tenía antecedente de vacunación. El caso inició exantema el 12 de mayo y 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 (12). Durante 2024, la cobertura de vacunación con SRP a nivel nacional alcanzó un 102% para la primera dosis y un 82,9% para la segunda dosis (12).

En **El Salvador**, durante la SE 53 del 2025, se notificó un caso importado de sarampión en el departamento de Santa Ana. El caso corresponde a un hombre de 24 años, que ingresó al país el 14 de diciembre del 2025, posterior a la participación en un evento masivo, que tuvo lugar en Santiago de Atitlán, Guatemala entre el 10 y el 14 de diciembre. El caso inició exantema el 24 de diciembre del 2025 y fue confirmado por RT-PCR e IgM positiva el 30 de diciembre de 2025 por el Laboratorio Nacional de Salud Pública de El Salvador. No se registraron casos secundarios, ni defunciones asociadas en el país (13). Durante 2024, la cobertura de vacunación con SRP a nivel nacional alcanzó un 96,2% para la primera dosis y un 90,1% para la segunda dosis (13).

En los **Estados Unidos**, entre la SE 1 y la SE 53 del 2025, se notificaron 2.242 casos confirmados de sarampión, incluidas tres defunciones. De estos, 2.217 casos de sarampión fueron notificados por 45 jurisdicciones: Alabama (n= 1 caso), Alaska (n= 4 casos), Arizona (n= 213 casos), Arkansas (n= 8 casos), California (n= 26 casos), Colorado (n= 35 casos), Connecticut (n= 1 caso), Florida (n= 8 casos), Georgia (n= 10 casos), Hawaii (n= 2 casos), Idaho (n= 14 casos), Illinois (n= 14 casos), Indiana (n= 10 casos), Iowa (n= 9 casos), Kansas (n= 91 casos), Kentucky (n= 13 casos), Louisiana (n= 3 casos), Maryland (n= 3 casos), Michigan (n= 29 casos), Minnesota (n= 26 casos), Missouri (n= 6 casos), Montana (n= 36 casos), Nebraska (n= 5 casos), Nevada (n= 2 casos), New Jersey (n= 11 casos), New Mexico (n= 100 casos, incluyendo una defunción), New York City (n= 15 casos), New York State (n= 26 casos), North Carolina (n= 2 casos), North Dakota (n= 36 casos), Ohio (n= 40 casos), Oklahoma (n= 17 casos), Oregon (n= 1 caso), Pennsylvania (n= 16 casos), Rhode Island (n= 1 caso), South Carolina (n= 299 casos), South Dakota (n= 16 casos), Tennessee (n= 8 casos), Texas (n= 803 casos, incluyendo dos defunciones), Utah (n= 187 casos), Vermont (n= 2 casos), Virginia (n= 6 casos), Washington (n= 11 casos), Wisconsin (n= 36 casos) y Wyoming (n= 15 casos). Se notificaron un total de 25 casos de sarampión entre visitantes internacionales a los Estados Unidos (14, 15).

Del total de casos, el 89% (n= 1.994) estuvo asociado a brotes (definidos como tres o más casos), identificándose 49 brotes durante el 2025 (14, 15). El 26% (n= 575) de los casos correspondió a niños menores de 5 años, el 44% (n= 983) a personas de entre 5 y 19 años, el 30% (n= 669) a personas mayores de 20 años y el 1% (n= 15) a personas de edad desconocida. La tasa de incidencia por grupo etario muestra que el grupo más afectado

fue el de niños menores de un año (3,59 casos por 100.000 habitantes), seguido del grupo de 1 a menos de 5 años (2,92 por 100.000 habitantes) (14, 15).

En cuanto al antecedente de vacunación de los casos, el 93% no estaba vacunado o tenía un historial de vacunación desconocido, el 3% había recibido una sola dosis de la vacuna triple viral (SRP) y el 4% había recibido dos dosis. Entre los casos confirmados vacunados, el 22% correspondió a niños menores de 5 años, el 19% a personas de entre 5 y 19 años y el 59% a adultos mayores de 20 años. El 11% (n= 245) de los casos requirió hospitalización, principalmente en niños menores de 5 años, concentrándose el 18% (n = 106) de los casos hospitalizados en este grupo etario (n= 575) (14, 15).

En los Estados Unidos, durante el 2026, entre la SE 1 y la SE 2, se notificaron 171 casos confirmados de sarampión. Estos casos fueron reportados por nueve jurisdicciones: Arizona (n= 1 caso), Florida (n= 2 casos), Georgia (n= 1 caso), North Carolina (n= 2 casos), Ohio (n= 3 casos), Oregon (n= 2 casos), South Carolina (n= 145 casos), Utah (n= 14 casos) y Virginia (n= 1 caso). No se notificaron casos de sarampión entre visitantes internacionales (14, 15). Del total de casos, el 96% (n = 165) estuvo asociado a brotes identificados en el 2025. El 25% (n= 42) de los casos correspondió a niños menores de 5 años, el 60% (n= 103) a personas de entre 5 y 19 años, el 10% (n= 17) a personas mayores de 20 años y el 5% (n = 9) a personas de edad desconocida. La tasa de incidencia por grupo etario muestra que el grupo más afectado fue el de niños de 1 a menos de 5 años (0,26 por 100.000 habitantes), seguido del grupo de 5 a menos de 20 años (0,16 por 100.000 habitantes) (14, 15).

Respecto al antecedente de vacunación de los casos durante el 2026, el 95% no estaba vacunado o tenía un historial de vacunación desconocido, el 2% había recibido una sola dosis de la vacuna triple viral (SRP) y el 2% había recibido dos dosis. Entre los casos confirmados vacunados, el 25% correspondió a niños menores de 5 años, el 38% a personas de entre 5 y 19 años y el 38% a adultos mayores de 20 años. El 1% (n= 2) de los casos requirió hospitalización, correspondiendo a niños menores de 5 años y a personas de entre 5 y 19 años (14, 15).

Durante el 2025 y el 2026, de las 751 muestras positivas para rRT-PCR de casos confirmados de sarampión que han sido sometidas a genotipificación hasta la fecha, el 86% (n= 648) correspondió al genotipo D8 y el 14% (n= 103) al genotipo B3. Entre las detecciones del genotipo D8, la mayoría, el 88% (n= 567), se identificó como la secuencia distintiva (DSId) 9171 (14, 15).

La cobertura de vacunación con la vacuna triple viral (SRP) en niños ha disminuido en los últimos años, pasando del 95,2% durante el año escolar 2019–2020 al 92,5% durante el año escolar 2024–2025 (14, 15).

En **Guatemala**, en la SE 43 del 2025, se identificó un caso confirmado de sarampión, correspondiente a una menor de 2 años, residente en el departamento de Guatemala, en la cual no se pudo identificar la fuente de exposición. Adicionalmente, entre la SE 51 del 2025 y la SE 3 del 2026, se han confirmado (al 21 de enero) 41 casos de sarampión, en nueve departamentos del país, de los cuales 31 están relacionados a la participación en un evento masivo internacional en el municipio de Santiago Atitlán, Sololá entre el 10 y 14 de diciembre del 2025. Los casos confirmados fueron reportados en los departamentos de Sololá (n= 20 casos), Guatemala (n= 9 casos), Izabal (n= 3 casos), Escuintla (n= 3 casos), Totonicapán (n= 1 caso), Quetzaltenango (n= 1 caso), Jalapa (n= 1 caso), Baja Verapaz (n= 1 caso), y Petén (n= 2 casos) (16).

Del total de casos confirmados durante el 2026, el 54% son hombres (n= 22). Los casos se encuentran entre los 5 meses y 46 años de edad, distribuyéndose en los siguientes grupos etarios: el 10% (n= 4) de los casos corresponden a niños de 0 a 4 años, el 10% (n= 4) a niños de entre 5 y 9 años, el 5% (n= 2) a personas de entre 10 y 14 años, el 20% (n= 8) a personas de entre 15 y 19 años, el 5% (n= 2) a personas entre 20 y 24 años, el 15% (n= 6) a personas de entre 25 y 29 años, el 27% (n= 11) a personas de 30 a 39 años, el 10% (n= 4) a personas de entre 40 y 49. La tasa incidencia por grupo de edad muestra que el grupo de edad más afectado es el de 15 a 19 años (0,46 casos por 100.000 habitantes), seguido por los grupos de 30 a 39 con 0,41 casos por 100.000 habitantes (16). En cuanto al antecedente de vacunación de los casos, el 44% (n= 18) no estaban vacunados, 12% (n= 5) tenían un historial de vacunación desconocido y el 18% (n= 8) tienen dosis de SRP de referencia verbal. El 17% de los casos requirió hospitalización (n= 7) y no se han registrado defunciones relacionadas (16). Las 41 muestras positivas por rRT-PCR de casos confirmados de sarampión, 12 se encuentran en proceso de genotipificación (16).

El país, para el 2024 alcanzó una cobertura vacunal de SRP del 91% a nivel nacional para la primera dosis y del 79% para la segunda dosis (16).

En **México**, entre la SE 1 del 2025 y la SE 2 del 2026, se han confirmado 7.168 casos de sarampión en 32 estados del país y 24 defunciones. La mayoría de los casos confirmados fueron reportados en los siguientes estados: Chihuahua (n= 4.495 casos, incluyendo 21 defunciones), Jalisco (n= 1.034 casos, incluyendo una defunción), Chiapas (n= 432 casos), Michoacán (n= 261 casos) y Guerrero (n= 257 casos). Del total de casos, 275 fueron importados, 4.054 relacionados con la importación y 2.839 confirmados con fuente de infección en estudio (17, 18).

Respecto al grupo de edad los casos confirmados de sarampión reportados entre la SE 1 del 2025 y la SE 2 del 2026 se distribuyen con mayor frecuencia en el grupo de 1 a 4 años (1.097 casos), seguido del grupo de 5 a 9 años (836 casos) y el de 25 a 29 años (794 casos). En cuanto a la tasa de incidencia, el grupo de edad de menores de un año reportó la más elevada con 42,52 casos por cada 100.000 habitantes, seguido del grupo de 1 a 4 años y 5 a 9 años, con tasas de 12,80 y 7,90 respectivamente. De los casos confirmados, el 50,9 % son mujeres (3.650) (17, 18).

En cuanto al antecedente de vacunación de los casos confirmados, el 91,2 % (n= 6.534) no contaba con antecedente de vacunación, el 6,2 % (n= 444) tenía una dosis de SRP y el 2,65 % (n= 190) contaba con dos o más dosis de SRP documentadas en la cartilla nacional de vacunación. Del total de los casos confirmados 1.354 requirieron hospitalización, de los cuales 962 son procedentes del estado de Chihuahua (17, 18). De acuerdo con la genotipificación realizada a las muestras procedentes de los casos confirmados (n= 220), se han identificado los genotipos D8 y el genotipo B3 (20, 21).

Se han confirmado 24 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= 21), Durango (n= 1), Jalisco (n= 1) y Sonora (n= 1) (17, 18).

En **Paraguay**, entre la SE 30 y la SE 53 del 2025, se confirmaron 49 casos de sarampión, los casos se registraron en los departamentos: San Pedro (n= 47 casos) y Central (n= 2 casos).

Del total de casos, 48 casos están relacionados con la importación y uno corresponde a un caso importado (19).

En relación con las características demográficas, el 61% de los casos (n= 30) corresponde al sexo femenino. El rango de edad de los afectados va de 3 meses a 54 años. Del total, el 45% (n= 22) de los casos corresponden a menores de 5 años, el 39% (n= 19) a edades comprendidas entre 5 y 19 años y el 16% (n= 8) al grupo de 20 años y más. La tasa incidencia muestra que el grupo de edad más afectado es el de menores de 1 año (7,2 casos por 100.000 habitantes), seguido del grupo de 1 a 4 años (3,7 por 100.000 habitantes) y de 15 a 19 años (1,3 casos por 100.000 habitantes) (19).

En cuanto al antecedente de vacunación contra sarampión, el 76% de los casos (n= 37) no estaban vacunados o tenían un historial de vacunación desconocido, mientras el 14% tenían una dosis única de SRP (n= 7) y el 10% tenía dos dosis de SRP (n= 5). El 14% de los casos requirió hospitalización (n= 7). No se registraron defunciones relacionadas y el último caso confirmado se registró en la SE 39 (19). El Laboratorio Regional de Referencia ha reportado el genotipo D8 en cinco muestras remitidas desde el Laboratorio Nacional de Referencia (19). En Paraguay, en 2025 se alcanzó una cobertura nacional de vacunación con SRP del 94 % para la primera dosis y del 87% para la segunda dosis (19).

En **Perú**, entre la SE 19 y la SE 53 del 2025, se han confirmado cinco casos de sarampión, todos registrados en el departamento de Lima. Del total de casos, tres corresponden a casos importados y dos relacionados con la importación. Los casos se distribuyen en un rango de edad de 11 meses a 34 años; un caso corresponde a un menor de un año, dos casos corresponden a personas entre los 5 y 19 años y dos a adultos de 20 años a más. En cuanto al antecedente de vacunación contra sarampión, tres de los casos no estaban vacunados, uno tenía un historial de vacunación desconocido y uno tenía dos dosis de SRP. De los casos, dos requirieron hospitalización; no se han registrado defunciones relacionadas (20).

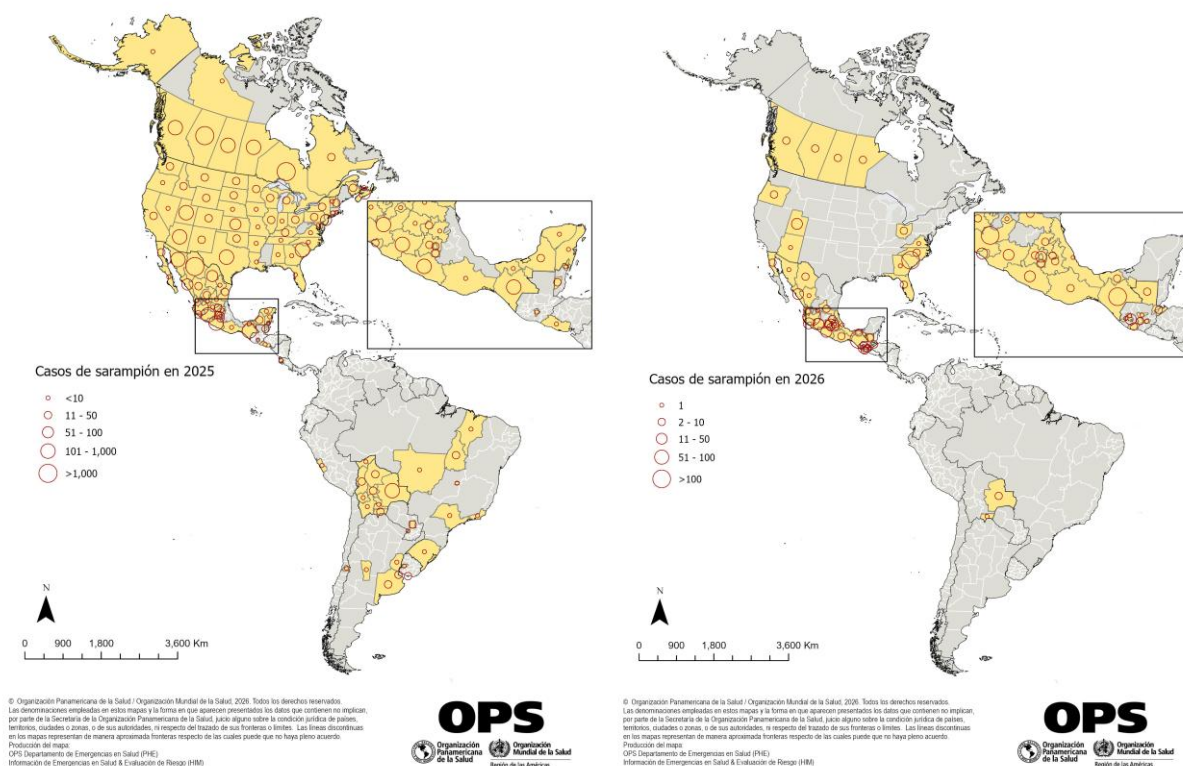
De acuerdo con la genotipificación realizada a las muestras procedentes de dos casos confirmados se ha identificado el genotipo D8 DSId 9171 y el genotipo MVs/Ontario.CAN/47.24 (DSId 9171). En Perú, en el 2024, se alcanzó una cobertura de vacunación para SRP de 97,6 % a nivel nacional para primera dosis y 83,2 % para segunda dosis (20).

En **Uruguay**, en la SE 6 del 2025 se registró un caso confirmado de sarampión en una persona extranjera, con antecedente de viaje a Argentina y sin antecedente de vacunación contra sarampión. Este evento correspondió a un caso aislado, sin evidencia de transmisión secundaria documentada en el período posterior (21).

Adicionalmente, entre la SE 46 del 2025 y la SE 3 del 2026, se han confirmado 13 casos de sarampión en dos departamentos del país. Los casos fueron reportados en los departamentos de Montevideo (n= 1 caso) y Rio Negro (n= 12 casos). Del total de casos, cuatro fueron importados y nueve relacionados con la importación (21). Los casos se distribuyen en un rango de edad de 11 años a 51 años; el 23,1% (n= 3) corresponde a adolescentes de 11 a 15 años, el 76,9% (n= 10) corresponde a personas de entre 21 y 51 años. No se reportaron caso en niños ni adultos mayores. La tasa de incidencia por grupo etario muestra que el grupo más afectado es el de 11 a 15 años, correspondiendo a 1,26 casos por 100.000 habitantes. En cuanto al antecedente de vacunación, el 69,3% (n= 9) de los casos no estaban vacunados y el 30,7% contaba con una dosis de SRP (n= 4). Del total, un caso requirió hospitalización con buena evolución (21).

Durante 2024, la cobertura de vacunación con SRP a nivel nacional alcanzó un 97% para la primera dosis y un 95% para la segunda dosis (21).

**Figura 6.** Distribución geográfica de los casos confirmados de sarampión a nivel subnacional (en amarillo) en la Región de las Américas, 2025 y 2026 (hasta la SE 2 del 2026)



**Fuente:** Adaptado de datos aportados por los respectivos países (3-21).

## Orientaciones a los Estados Miembros

La alta incidencia de casos en niños pequeños, el alto porcentaje de personas no vacunadas y la persistencia de brotes en comunidades reticentes a la vacunación asociados a importaciones reflejan la necesidad urgente de restablecer y sostener coberturas  $\geq 95\%$  con dos dosis de vacuna SRP, fortalecer la vigilancia epidemiológica sensible y oportuna, y consolidar la capacidad de respuesta rápida para evitar la reintroducción y transmisión endémica del virus en la Región.

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, eventos masivos y viajes internacionales (28, 29):

### Vacunación

#### a. Países con brotes activos:

- En municipios 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 municipios con brotes con pequeñas cadenas de transmisión, número limitado de casos en zonas geográficas claramente identificadas y fuentes de transmisión conocida, se recomienda implementar las siguientes medidas, a fin de adelantarse a la transmisión del virus:
  - i. Implementar el bloqueo de vacunación desde la identificación de un caso sospechoso (sin esperar a la confirmación de laboratorio), 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, 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, donde sea factible, un área de cinco manzanas a la redonda de la residencia del caso (área de 121 manzanas, 11 manzanas por lado con la manzana de residencia del caso en el centro). Esto se debe adaptar conforme se trate de una zona urbana, urbano marginal o rural. Realizar la búsqueda activa comunitaria de casos durante esta actividad.
  - iii. Realizar el monitoreo rápido de vacunación (MRV) en las áreas intervenidas a fin de determinar zonas que requieran intervenciones de vacunación adicionales. Recolectar los motivos de no vacunación durante el MRV. Seguir realizando la búsqueda activa comunitaria de casos durante esta actividad.
  - iv. Los grupos de edad a ser incluidos en las actividades de vacunación dependerán del análisis epidemiológico de la distribución de casos según edad, así como del análisis de acúmulo de susceptibles según cohorte de nacimiento. Esto puede incluir la administración de la dosis cero en los niños de 6 meses a un año de edad.

**b. Todos los países:**

- **Vacunar a todos los contactos cercanos** de casos confirmados y casos sospechosos, hasta los 39 años (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. De manera ideal la vacunación se debe realizar al menos 14 días antes del viaje.
- **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 y capacitar a los equipos de respuesta rápida, 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.

### 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, rubéola y síndrome de rubéola 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> (30).
- **Obtener muestras de suero, hisopado nasofaríngeo y orina** (31) en todos los casos sospechosos de sarampión o rubéola, 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 (32, 33).
- 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 (34).
- **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/brotes-sarampion-rubeola> (33); y 2) Brote de sarampión en la era de post eliminación: Estudio de caso. <https://campus.paho.org/es/curso/BroteSarampionPostEliminacion> (34).
- **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:

- **Fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica y vacunación.**  
La OPS recomienda a los países que revisen su desempeño en la vigilancia del sarampión y la rubéola, así como los niveles de cobertura de vacunación, a fin de identificar las áreas de mayor riesgo e implementar acciones preventivas. Concretamente, y en el contexto de la Copa Mundial de la FIFA 2026™, los países deben incrementar la sensibilidad de su sistema de vigilancia a través de la

implementación de búsquedas activas, para documentar la ausencia de casos de sarampión y rubéola, y ofrecer información y servicios de vacunación a los viajeros.

- **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 edad<sup>3</sup> 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 rubéola.**

Se recomienda que las autoridades de salud informen al viajero antes de su salida, sobre los signos y síntomas del sarampión y de la rubéola, 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 rubéola 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).

---

<sup>3</sup> 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.

### A su regreso

- 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 rubéola**

- 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 rubéola, 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 (35).

## **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 21 de enero del 2026]. Disponible en: <https://immunizationdata.who.int/global?topic=Provisional-measles-and-rubella-data&location=>.
2. 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; 2026 [consultado el 28 de enero del 2026]. Inédito.
3. Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Argentina. Comunicación recibida el 24 de enero del 2026 mediante correo electrónico. Buenos Aires; 2026. Inédito.
4. Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Belice. Comunicación recibida el 23 de enero del 2026 mediante correo electrónico. Belmopán; 2026. Inédito.
5. Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) del Estado Plurinacional de Bolivia. Comunicación recibida el 21 de enero del 2026 mediante correo electrónico. La Paz; 2026. Inédito.
6. Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia. Sistema Único de Información en Salud. La Paz: Minsalud; 2026. Inédito.
7. Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia. Dirección General de Epidemiología. Programa Ampliado de Inmunización. La Paz: Minsalud; 2026. Inédito.
8. Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Brasil. Comunicación recibida el 23 de enero del 2026 mediante correo electrónico. Brasilia; 2026. Inédito.
9. Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Canadá. Comunicación recibida el 22 de enero del 2026 mediante correo electrónico. Ottawa; 2026. Inédito.
10. Government of Canada. Canada Public Health Agency. Measles and rubella weekly monitoring reports – 2026. Ottawa: PHAC; 2025 [consultado el 1 de febrero del 2026]. Disponible en: <https://health-infobase.canada.ca/measles-rubella/>.
11. Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Chile. Comunicación recibida el 22 de enero del 2026 mediante correo electrónico. Santiago; 2026. Inédito.
12. 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.
13. Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de El Salvador. Información de correo electrónico del 1 de enero del 2026. San Salvador; 2026. Inédito.
14. Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de los Estados Unidos de América. Comunicación recibida el 23 de enero del 2026 mediante correo electrónico. Washington, D.C.; 2026. Inédito.

15. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos. Casos y brotes de sarampión. Atlanta: CDC; 2026 [consultado el 19 de enero del 2026]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/measles/es/data-research/index.html>.
16. Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Guatemala. Comunicación recibida el 26 de enero del 2026 mediante correo electrónico. Ciudad de Guatemala; 2026. Inédito.
17. Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de México. Comunicación recibida el 22 de enero del 2026 mediante correo electrónico. Ciudad de México; 2026. Inédito.
18. Gobierno de México. Secretaría de Salud de México. SSA/DGE/DVEET/Sistema Especial de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedad Febril Exantemática con corte al 19 de enero de 2026 (SE 2 del 2026). Ciudad de México: SSM; 2026. Inédito.
19. Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Paraguay. Comunicación recibida el 22 de enero del 2026 mediante correo electrónico. Asunción; 2026. Inédito.
20. Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Perú. Comunicación recibida el 22 de enero del 2026 mediante correo electrónico. Lima; 2026. Inédito.
21. Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Uruguay. Comunicación recibida el 22 de enero del 2026 mediante correo electrónico. Montevideo; 2026. Inédito.
22. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Number of Vaccine Preventable Disease (VPD) cases in the Americas. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2026 [consultado el 26 de enero del 2026]. Disponible en: [https://ais.paho.org/phil/viz/im\\_vaccinepreventablediseases.asp](https://ais.paho.org/phil/viz/im_vaccinepreventablediseases.asp).
23. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Boletín Semanal de Sarampión/Rubéola - Boletín anual 2023. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2026 [consultado el 26 de enero del 2026]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/boletin-semanal-sarampion-rubeola>.
24. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Boletín Semanal de Sarampión/Rubéola - Boletín anual 2022. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2026 [consultado el 26 de enero del 2026]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/boletin-semanal-sarampion-rubeola>.
25. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Boletín Semanal de Sarampión/Rubéola. Boletín biSemanal de Sarampión-Rubeola (51-52) - 28 de diciembre del 2024. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2026 [consultado el 26 de enero del 2026]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/boletin-bisemanal-sarampion-rubeola-51-52-27-diciembre-2025>.
26. 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 21 de enero del 2026]. Disponible en: <https://paho-cim.shinyapps.io/immunization-dashboard/#>.

27. 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. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-sarampion-region-americas-19-septiembre-2025>.
28. 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>.
29. Organización Panamericana de la Salud. Marco regional para el monitoreo y la reverificación 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>.
30. 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>.
31. 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>.
32. 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/brotes-sarampion-rubeola>.
33. Organización Panamericana de la Salud. Brote de sarampión en la era de post-eliminación: Estudio de caso. Washington, D.C.: OPS; 2022. Disponible en : <https://campus.paho.org/es/curso/BroteSarampionPostEliminacion>.
34. 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>.
35. 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>.