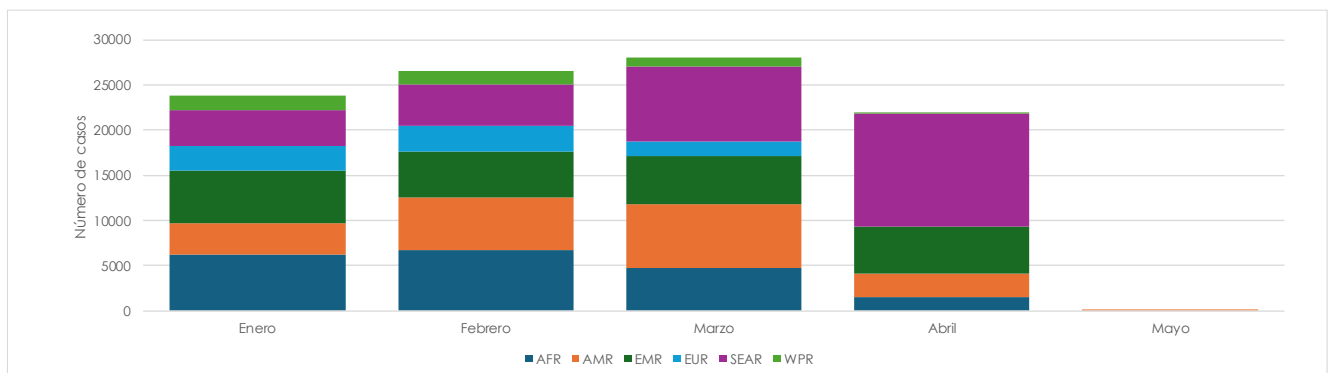


Considerando el incremento de casos de sarampión en la Región de las Américas durante 2025 y el 2026, la ocurrencia de otros eventos en salud pública en países dentro y fuera de la Región y en el contexto del desarrollo de eventos masivos con amplia participación internacional, la Organización Panamericana 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, y asegurar una respuesta rápida y efectiva ante casos sospechosos de sarampión. 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 hasta el 13 de mayo del 2026 se notificaron 184.489 casos de sarampión, en 155 Estados Miembros de las seis regiones de la OMS, de los cuales 100.239 (54,3%) fueron confirmados¹. El 29% de los casos se registró en la Región de la OMS de Asia Sudoriental, seguido por la Región de la OMS del Mediterráneo Oriental con el 21% de los casos y las Regiones de la OMS de África y las Américas con el 19% de los casos cada una (**Figura 1**) (1).

Figura 1. Distribución de casos de sarampión por mes y región de la OMS, 2026.



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 Organización Mundial de la Salud. Immunization data- Provisional measles and rubella data. Ginebra: OMS; 2026 [consultado el 22 de mayo del 2026]. Disponible en: <https://immunizationdata.who.int/global?topic=Provisional-measles-and-rubella-data&location=> (1).

¹ 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, 29 mayo del 2026. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2026.

Resumen de la situación en la Región de las Américas

En 2026, entre la semana epidemiológica (SE) 1 y la SE 20, en la Región de las Américas, fueron confirmados 20.521 casos de sarampión, incluyendo 25 defunciones. Los casos fueron notificados por 16 países y un territorio: Argentina (n= 1 caso), Belice (n= 9 casos), Bolivia (Estado Plurinacional de) (n= 70 casos), Bonaire (n= 1 caso), Brasil (n= 3 casos), Canadá (n= 1.018 casos), Chile (n= 1 caso), Colombia (n= 1 caso), Costa Rica (n= 5 casos), El Salvador (n= 18 casos), los Estados Unidos de América (n= 1.952 casos), Guatemala (n= 6.209 casos, incluyendo 12 defunciones), Honduras (n= 1 caso), México (n= 10.920 casos, incluidas 13 defunciones), Panamá (n= 3 casos), Perú (n= 301 casos) y Uruguay (n= 2 casos) (**Tabla 1**) (2 - 22). Este total representa un aumento de cuatro veces en contraste con los 5.123 casos de sarampión notificados en el 2025 para el mismo periodo (23, 24). En comparación con el registro histórico de sarampión en la Región, el número de casos confirmados de sarampión en los años 2025 y 2026 son los más altos desde el 2019, siendo éste el año con mayor número de casos confirmados en los últimos 22 años (n= 23.269) (**Figura 2**) (23-25).

En 2025, en la Región de las Américas, fueron confirmados 15.152 casos de sarampión, incluyendo 29 defunciones, de las cuales 73% (n= 22) se han producido en población indígena (2). Los casos fueron notificados por Argentina (n= 36 casos), Belice (n= 44 casos), Bolivia (n= 598 casos), Brasil (n= 38 casos), Canadá (n= 5.461 casos², incluyendo dos defunciones), Chile (n= 1 casos), Costa Rica (n= 1 caso), El Salvador (n= 1 caso), los Estados Unidos de América (n= 2.288 casos, incluyendo tres defunciones), Guatemala (n= 9 casos), México (n= 6.608 casos, incluyendo 24 defunciones), Paraguay (n= 49 casos), Perú (n= 5 casos) y Uruguay (n= 13 casos) (**Tabla 1**) (**Figura 3**) (2-22).

Tabla 1. Número de casos de sarampión por países y territorios de la Región de las Américas 2025 y 2026 (hasta SE 20 del 2026).

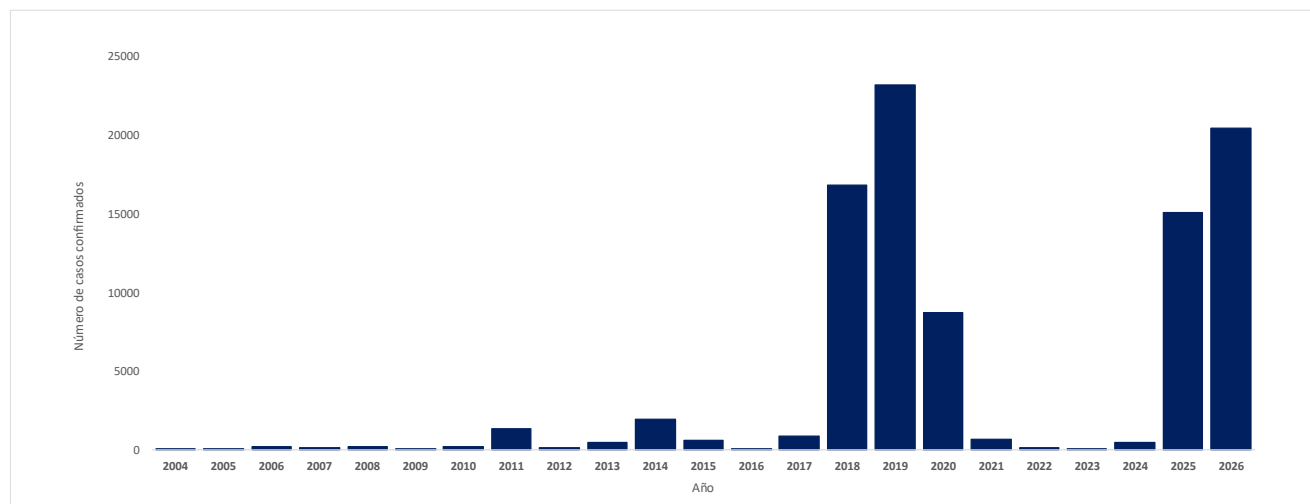
País	Número de casos 2025	Número de casos 2026 hasta SE 20	Última fecha de inicio de exantema (SE)
Argentina	36	1	SE 6 del 2026
Belice	44	9	SE 17 del 2026
Bolivia (Estado Plurinacional de)	598	70	SE 20 del 2026
Bonaire	0	1	SE 5 del 2026
Brasil	38	3	SE 13 del 2026
Canadá	5.461	1.018	SE 18 del 2026
Chile	1	1	SE 4 del 2026
Colombia	0	7	SE 15 del 2026

² En Canadá, los casos de sarampión incluyen casos confirmados y probables. **Definición caso probable:** Enfermedad clínica (en ausencia de pruebas de laboratorio adecuadas, así como de un vínculo epidemiológico con un caso confirmado mediante pruebas de laboratorio) y una de las siguientes condiciones: -En una persona que tenga un vínculo epidemiológico con una zona geográfica o comunidad en la que se sabe que hay actividad del sarampión. -En una persona con un vínculo epidemiológico con un caso confirmado clínicamente (no confirmado mediante pruebas de laboratorio) (10). La definición de caso probable se alinea con la definición de clínicamente compatible de la OPS.

País	Número de casos 2025	Número de casos 2026 hasta SE 20	Ultima fecha de inicio de exantema (SE)
Costa Rica	1	5	SE 14 del 2026
El Salvador	1	18	SE 19 del 2026
Estados Unidos de América (los)	2.288	1.952	SE 20 del 2026
Guatemala	9	6.209	SE 19 del 2026
Honduras	0	1	SE 20 del 2026
México	6.608	10.920	SE 19 del 2026
Panamá	0	3	SE 19 del 2026
Paraguay	49	0	SE 39 del 2025
Perú	5	301	SE 20 del 2026
Uruguay	13	2	SE 3 del 2026
Total	15.152	20.521	

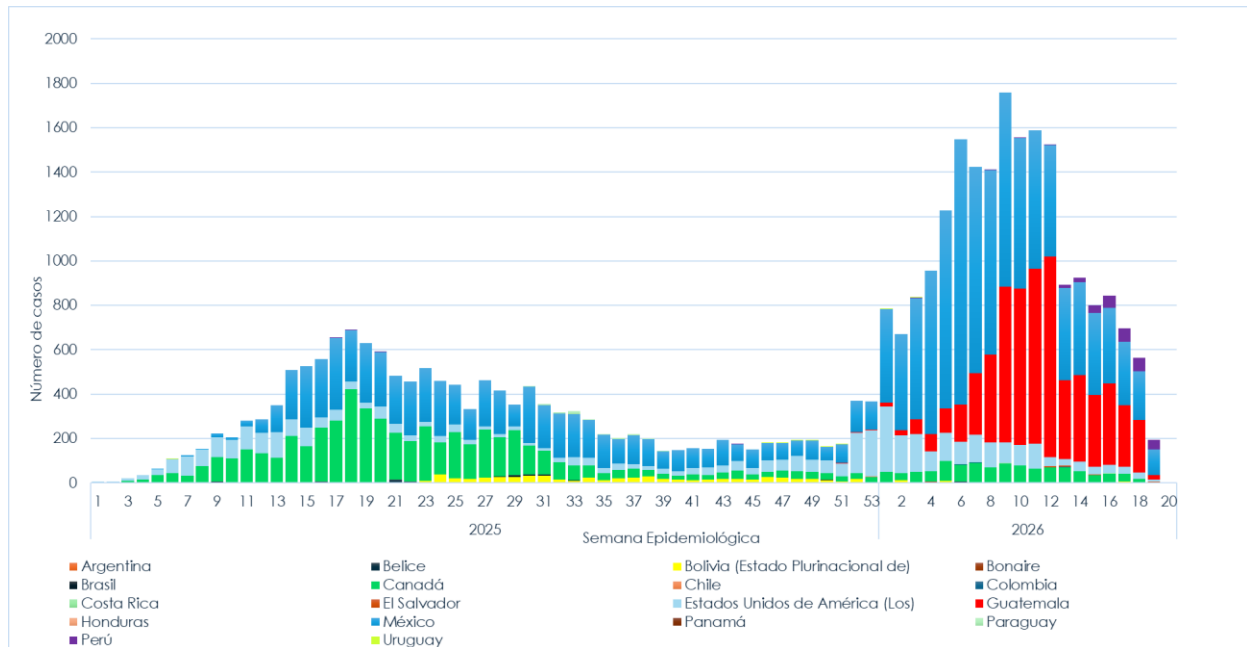
Fuente: Adaptado de datos aportados por los respectivos países (2-22).

Figura 2. Casos confirmados de sarampión por año en la Región de las Américas, 2004- 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 (23-25).

Figura 3. Casos confirmados* de sarampión por semana epidemiológica de inicio de exantema y país territorio en la Región de las Américas, 2025–2026 (hasta la SE 20 del 2026).



*Nota: Incluye casos confirmados y probables para Canadá.

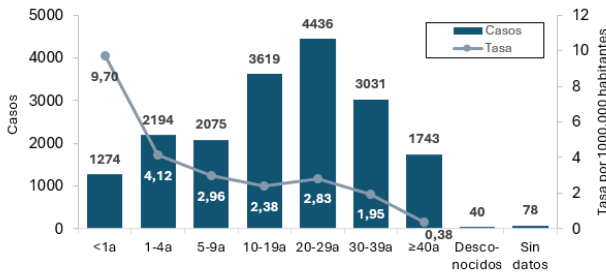
Fuente: Adaptado de datos aportados por los respectivos países (2-22).

De acuerdo con la información disponible en el Almacén de datos sobre inmunización e informes de vigilancia de los países enviados a la OPS, entre los casos confirmados en 2026 con datos disponibles (n= 18.490), el grupo de 20-29 años concentra la mayor proporción de casos (24%), seguido por el grupo de 10-19 años (20%) y el de 30-39 años (16%). No obstante, la tasa de incidencia presenta una relación inversa con la edad, siendo más elevada en menores de un año (9,7 casos por 100,000 habitantes), seguida por el grupo de 1 a 4 años (4,1 casos por 100,000 habitantes) y el de 5 a 9 años (3,0 casos por 100,000 habitantes). Las tasas se mantienen por encima de un caso por 100,000 habitantes hasta el grupo de 30 a 39 años (**Figura 4**) (26). Con relación al antecedente de vacunación, el 45% de los casos no estaban vacunados y en el 45% la información era desconocida o no estaba disponible. Según la clasificación por fuente de infección, el 6% de los casos fueron endémicos, el 23% asociados a importación, el 36% de fuente de infección desconocida y el 2% se clasificaron como casos importados (**Figura 4**) (26).

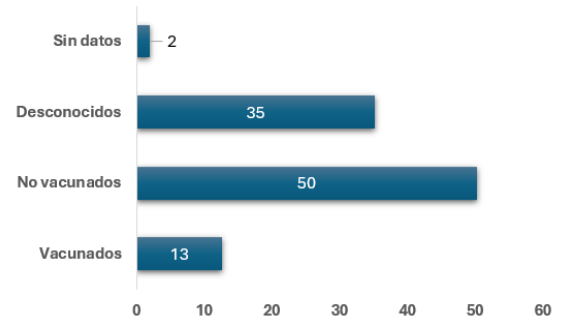
De los casos confirmados durante el 2026, se han reportado a MeaNS (Measles Nucleotide Surveillance database) 560 secuencias genéticas de la región N-450 del virus de sarampión, el 97.2% (n= 554) correspondieron al genotipo D8 y el 2.8% (n= 16) al genotipo B3. Entre las detecciones del genotipo D8, len el 90.4% (n= 501), se identificó como la secuencia distinta (DSId) 9171 (27).

Figura 4. 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 20 del 2026.

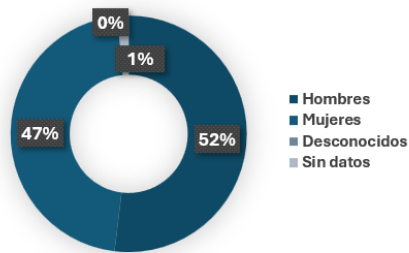
Casos confirmados de sarampión y las tasas por grupos de edad



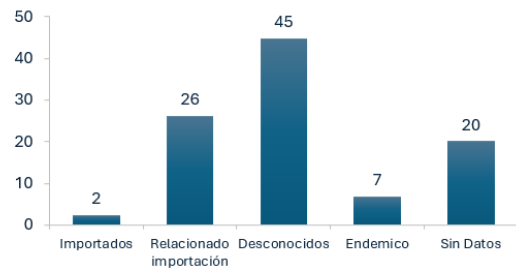
Porcentaje de casos por estado de vacunación



Porcentaje de casos por sexo



Porcentaje de casos por fuente de infección



Fuente: Adaptado de Organización Panamericana de la Salud. Almacén de datos sobre inmunización e informes de vigilancia de los países enviados a la OPS Inmunización Integral. Washington, D.C.: OPS; 2026 [consultado el 27 de mayo del 2026]. Inédito (26).

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 y un territorio de la Región, en orden alfabético, que han notificado casos confirmados en las Américas en 2026.

En **Argentina**, en el 2026, en la SE 6 se notificó un caso importado de sarampión, el caso correspondió a un adulto de 29 años, residente en la Ciudad de Buenos Aires, con antecedente de viaje a Filipinas y antecedente de contacto con un caso de sarampión en un vuelo internacional. El caso presentó inicio de síntomas y exantema el 9 de febrero, consulto a los servicios de salud el 10 de febrero y se le tomaron las muestras para diagnóstico (2). El Laboratorio Nacional de Referencia detectó el virus de sarampión en la muestra de orina por técnica de rt-PCR, de acuerdo con los estudios moleculares se identificó el genotipo D8 (2). El caso contaba antecedente de vacunación con triple viral para sarampión, rubéola y parotiditis (SRP) documentada en la infancia. No se detectaron casos secundarios relacionados con esta importación. Durante 2025, 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 (2).

En **Belice**, en 2026 hasta la SE 20, se han confirmado un total de nueve casos de sarampión. Los casos confirmados se identificaron en los distritos de Toledo (n= 8 casos) y Cayo (n= 1 caso) y fueron confirmados mediante pruebas de laboratorio RT-PCR, las muestras fueron procesadas en el laboratorio de referencia de la Agencia de Salud Pública del Caribe (CARPHA). Del total de casos confirmados, seis fueron importados, dos relacionados con la importación y uno con fuente de exposición bajo investigación. Los casos importados reportaron antecedente de viaje o permanencia en Guatemala previo al inicio de síntomas (3). Los casos se distribuyeron en un rango de edad de 8 meses a 54 años. En cuanto al antecedente de vacunación contra sarampión, la totalidad de los casos no estaban vacunados o tenían un historial de vacunación desconocido al momento del diagnóstico (3).

En **Bolivia**, entre la SE 1 y la SE 20 del 2026, se confirmaron 70 casos de sarampión. Los casos confirmados fueron notificados en los departamentos de Beni (n= 8 casos), Cochabamba (n= 7 casos), Chuquisaca (n= 2 casos), La Paz (n= 1 casos), Santa Cruz (n= 49 casos) y Tarija (n= 3 casos). Los casos se distribuyen en un rango de edad de 0 meses a 65 años; el 29% (n= 20 casos) corresponde a niños menores de 1 año, el 20% (n= 14 casos) a personas de entre 1 y 4 años, el 19% (n= 14 casos) de personas entre 5 y 9 años, 10% (n= 7 casos) que incluye a personas de 10 a 14 años; 6% (n= 4 casos) entre 15 y 19 años y el 14% (n= 11 casos) 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 (58 casos por 100.000 habitantes), seguido por el grupo de 1 a 4 años (19 casos por 100.000 habitantes). En relación con el estado de vacunación, el 82% del total de casos confirmados no contaban con antecedente documentado de vacunación contra sarampión. De acuerdo con la genotipificación realizada a las muestras procedentes de 20 casos confirmados se ha identificado el genotipo B3 y D8. Durante todo el brote (2025-2026) 33 casos requirieron hospitalización. Durante 2025, la cobertura de vacunación con SRP a nivel nacional alcanzó un 84% para la primera dosis y un 75% para la segunda dosis (4).

En **Bonaire**, durante la SE 5 del 2026 se notificó un caso importado de sarampión, el caso se notificó en Kralendijk y se trataba de un marinero de un buque de carga que llegó a Bonaire el 1 de febrero de 2026 y pasó por Aruba entre el 28 y el 29 de enero de 2026, tras partir de un país del sudeste asiático. El caso inició exantema el 30 de enero del 2026 y fue confirmado por RT-PCR el 2 de febrero del 2026 por el Laboratorio Fundashon Mariadal Laboratory en Kralendijk, Bonaire. No se reportaron casos secundarios (5). Durante 2024, el último año del que se dispone de datos, la cobertura de vacunación contra el sarampión en Bonaire alcanzó el 86,5 % entre los niños de 2 años para la primera dosis y el 42,5 % entre los niños de 10 años para la segunda dosis (5, 6).

En **Brasil**, entre la SE 1 y la SE 20 del 2026, se han confirmado tres casos de sarampión: dos casos importados en el estado de São Paulo y un caso de origen desconocido en el estado de Río de Janeiro. Los casos corresponden a una niña de 6 meses, residente en São Paulo, con antecedentes de viaje a Bolivia; una joven de 22 años residente en Río de Janeiro, sin antecedente de viajes internacionales, y un hombre de 42 años, residente de Guatemala, quien viajó a Sao Paulo, donde fue diagnosticado para sarampión (7, 8). Durante 2025, la cobertura de vacunación con SRP a nivel nacional alcanzó un 92,8% para la primera dosis y un 77,2% para la segunda dosis (7, 8).

En **Canadá**, entre la SE 1 y la SE 18 del 2026, se notificaron 1.018 casos de sarampión (941 confirmados y 77 probables), en siete provincias: Alberta (n= 302 casos), British Columbia (n=

30 casos), Manitoba (n= 630 casos), Nova Scotia (n= 10 casos), Ontario (n= 24 casos), Quebec (n= 17 casos) y Saskatchewan (n= 5 casos). En 2026 el número de casos semanales alcanzó un máximo de 90 casos en la SE 5 del 2026, mostrando una disminución paulatina desde entonces. De los 1.018 casos notificados en 2026, el 97% (n= 987 casos) se expuso en Canadá, el 2% (n= 23 casos) correspondió a casos importados y menos del 1% (n= 8 casos) tuvo una fuente de exposición desconocida o en investigación. El 41% de los casos correspondió a personas entre 5 y 17 años, seguido del 37% en personas de 18 años o más y el 14% en niños de entre 1 y 4 años. En cuanto al historial de vacunación, el 87% no estaba vacunado, el 5% 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 4% tenía un estado de vacunación desconocido. El 6% de los casos fue hospitalizado (n= 65 casos), y se han notificado cuatro casos confirmados de sarampión congénito. Entre los casos confirmados con información de genotipificación disponible, se identificó el genotipo D8 en 457 casos y el genotipo B3 en 10 casos (9, 10).

Desde el 2024, un total de 5.873 casos confirmados y 484 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 (93%) y residían en comunidades interconectadas con bajas coberturas de vacunación (9, 10).

En **Chile**, en la SE 5 del 2026, se notificó un caso confirmado importado de sarampión identificado en la Región de Atacama. Se trata de un lactante de 11 meses, de sexo masculino, que ingresó al país el 21 de enero del 2026 procedente de México (11). El caso no contaba con registros de vacunación programática por edad ni vacunación para viajero. El caso inició exantema el 28 de enero del 2026 y fue confirmado por serología y RT-PCR el 5 de febrero del 2026 por el Instituto de Salud Pública de Chile. No se han registrado casos secundarios relacionados con este caso. Durante 2025, la cobertura de vacunación con SRP a nivel nacional alcanzó un 94,8 % para la primera dosis y un 78,2 % para la segunda dosis (11).

En **Colombia**, entre la SE 1 y la SE 19 del 2026, se han confirmado siete casos de sarampión, en el país. Del total de casos, cinco corresponden a casos importados y dos con fuente de infección bajo investigación. Los casos confirmados fueron notificados en Bogotá D.C. (n= 4 casos), en los departamentos de Antioquia (n= 1 caso) y Santander (n= 1 caso) y en el distrito de Cartagena (n= 1 caso) (12). Cuatro de los casos tenían antecedente de viaje a México y uno a los Estados Unidos. Los casos se distribuyen entre los 18 y 35 años (12). En cuanto al antecedente de vacunación de los casos, cuatro tenían antecedente de vacunación desconocido y tres cuentan con antecedente de vacunación contra el sarampión. En relación con la genotipificación, de acuerdo con el análisis realizado a las muestras de cuatro de los casos el genotipo identificado corresponde al D8 (12). Durante 2025, la cobertura de vacunación con SRP a nivel nacional alcanzó un 91% para la primera dosis y un 86% para la segunda dosis (12).

En **Costa Rica**, entre la SE 1 y la SE 20 del 2026, se han confirmado cinco casos de sarampión, en el país. Del total de casos, tres corresponden a casos importados y dos relacionados con la importación. Los casos confirmados fueron notificados en las provincias de San José (n= 3 casos), Limón (n= 1 caso) y Guanacaste (n= 1 caso) (13). Uno de los casos tenía antecedente de viaje a Guatemala, dos tenían antecedente de viaje a México y dos tenían antecedente de participación en un evento masivo con participación de personas procedentes de países con brotes activos de sarampión. Los casos se distribuyen entre los 4 y 41 años. En cuanto al

antecedente de vacunación de los casos, dos tenían antecedente de vacunación desconocido, uno no tiene antecedente de vacunación y dos registran antecedente de vacunación con dos dosis contra el sarampión (13). En relación con la genotipificación, de acuerdo con el análisis realizado a las muestras de los cinco casos el genotipo identificado corresponde al D8 (13). Durante 2025, la cobertura de vacunación con SRP a nivel nacional alcanzó un 97,67% para la primera dosis y un 91,69% para la segunda dosis (13).

En **El Salvador**, entre la SE 1 y la SE 20 del 2026, se han confirmado 18 casos de sarampión, en el país. Todos los casos fueron importados. 13 de los casos tenían antecedente de viaje a Guatemala y uno antecedente de viaje a México. La mayoría de los casos se distribuyen entre los 20 y 40 años. En cuanto al historial de vacunación, el 44% no estaba vacunado, el 17% había recibido dos o más dosis de una vacuna que contiene sarampión y el 39% tenía un estado de vacunación desconocido. Durante 2025, la cobertura de vacunación con SRP a nivel nacional alcanzó más del 95% para la primera dosis y más del 95% para la segunda dosis (14).

En los **Estados Unidos**, entre la SE 1 y la SE 20 del 2026, se notificaron 1.952 casos confirmados de sarampión. De estos, 1.943 casos de sarampión fueron notificados por 40 jurisdicciones: Alaska (n= 1 caso), Arizona (n= 83 casos), California (n= 47 casos), Colorado (n= 22 casos), District of Columbia(n= 1 caso), Florida (n= 138 casos), Georgia (n= 5 casos), Idaho (n= 2 casos), Illinois (n= 4 casos), Kansas (n=1 caso), Kentucky (n= 4 casos), Louisiana (n= 1 caso), Maine (n= 5 casos), Maryland (n= 3 casos), Massachusetts (n= 2 casos), Michigan (n= 13 casos), Minnesota (n= 17 casos), Missouri (n= 1 caso), Montana (n= 5 casos), Nebraska (n= 1 caso), New Jersey (n= 1 caso), New Mexico (n= 16 casos), New York City (n= 5 casos), New York State (n= 5 casos), North Carolina (n= 22 casos), North Dakota (n= 38 casos), Ohio (n= 11 casos), Oklahoma (n= 1 caso), Oregon (n= 23 casos), Pennsylvania (n= 32 casos), Rhode Island (n= 1 caso), South Carolina (n= 669 casos), South Dakota (n= 8 casos), Texas (n= 182 casos), Utah (n= 482 casos), Vermont (n= 1 caso), Virginia (n= 43 casos), Washington (n= 44 casos), Wisconsin (n= 2 casos) y Wyoming (n= 1 caso). Se notificaron un total de nueve casos de sarampión entre visitantes internacionales a los Estados Unidos (15).

Del total de casos, el 93% (n= 1.815) estuvo asociado a brotes (definidos como tres o más casos), identificándose 29 brotes durante el 2026 (15). El 21% (n= 413) de los casos correspondió a niños menores de 5 años, el 51% (n= 990) a personas de entre 5 y 19 años, el 28% (n= 543) a personas mayores de 20 años, y menos del 1% (n= 6) 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 (2,27 por 100.000 habitantes), seguido del grupo de menores de un año (1,99 casos por 100.000 habitantes) (15).

En cuanto al antecedente de vacunación de los casos, el 92% no estaba vacunado o tenía un historial de vacunación desconocido, el 4% había recibido una sola dosis de la vacuna triple viral (SRP) y el 4% había recibido dos dosis. Entre los casos confirmados vacunados, el 9% correspondió a niños menores de 5 años, el 36% a personas de entre 5 y 19 años y el 55% a adultos mayores de 20 años. El 6% (n= 124) de los casos requirió hospitalización, 34% (n= 42 casos) de las hospitalizaciones correspondieron a niños menores de 5 años (15).

Durante el año 2026, de las 687 muestras positivas para rRT-PCR de casos confirmados de sarampión que han sido sometidas a genotipificación hasta la fecha, el 97 % (n= 667) correspondieron al genotipo D8 y el 3 % (n= 20) al genotipo B3. Entre las detecciones del genotipo D8, la mayoría, el 92 % (n= 614), se identificaron como la secuencia distintiva (D8Id) 9171 (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 (15).

En **Guatemala**, entre la SE 1 y la SE 19 del 2026, se notificaron 6.209 casos confirmados de sarampión, incluidas 12 defunciones. Los casos fueron notificados en los 22 departamentos del país. La mayoría de los casos confirmados fueron reportados en los departamentos de Guatemala (n= 2.936 casos, incluyendo cuatro defunciones), Quiché (n= 412 casos, incluyendo cuatro defunciones), Sololá (n= 355 casos, incluyendo dos defunciones), Totonicapán (n= 299 casos, incluyendo dos defunciones), Chimaltenango (n= 297 casos), y Huehuetenango (n= 288 casos) (16).

Respecto al grupo de edad de los casos confirmados en el 2026 la distribución con mayor frecuencia se encuentra en el grupo de 20 a 29 años 35% (n= 2.157 casos), seguido del grupo de 0 a 4 años 24% (n= 1.476 casos con predominio de menores de 1 año en los que se han registrado 838 casos) y el de 10 a 19 años 11% (n= 1.040 casos). La tasa incidencia por grupo de edad muestra que el más afectado es el de 0 a 4 años en donde los menores de 1 año registran 224 casos por 100.000 habitantes, seguido por el grupo de 20 a 29 años con 35-casos por 100.000 habitantes (16). En cuanto al antecedente de vacunación de los 6.209 casos confirmados, el 68,4% (n= 4.246) no estaban vacunados, 24,4% (n= 1.515) tenían un historial de vacunación desconocido (referencia verbal o desconocido) y el 4,37% (n= 271 casos) tienen dosis de SRP documentada. El 7,52% de los casos requirió hospitalización (n= 466 casos) y se han confirmado 12 defunciones relacionadas (16). De acuerdo con la genotipificación realizada en el Laboratorio Nacional de Salud a muestras de casos confirmados (n= 39), se ha identificado exclusivamente el genotipo D8. Con respecto a las 12 defunciones registradas por complicaciones de sarampión, el 75% de las defunciones corresponde a menores de un año. El país, para el 2025 alcanzó una cobertura vacunal de SRP del 91% a nivel nacional para la primera dosis y del 79% para la segunda dosis (16).

En **Honduras**, en la SE 20 del 2026, se confirmó un caso importado de sarampión, el cual fue notificado en el departamento de Ocotepeque. El caso corresponde a un hombre de 40 años quien ingresó al país procedente de Guatemala el 19 de mayo del 2026 y presentó exantema el 17 de mayo del 2026. El 21 de mayo del 2026, el caso fue confirmado por RT-PCR, y pruebas serológicas para sarampión, el caso no registra antecedente de vacunación, a la fecha de esta publicación no se han registrado casos secundarios asociados. Durante 2025, la cobertura de vacunación con SRP a nivel nacional alcanzó un 86,7% para la primera dosis y un 84,4% para la segunda dosis (17).

En **México**, entre la SE 1 y la SE 19 del 2026, se han confirmado 10.920 casos de sarampión incluyendo 13 defunciones. Los casos fueron notificados en 31 entidades federativas del país, la mayoría de los casos confirmados fueron reportados en los estados de Jalisco (n= 6.162 casos, incluyendo tres defunciones), Ciudad de México (n= 943 casos, incluyendo dos defunciones), Chiapas (n= 809 casos), Sonora (n= 342 casos), Durango (n= 323 casos, incluyendo una defunción), México (n= 323 casos) y Sinaloa (n= 283 casos, incluyendo una defunción). Respecto a la distribución por grupo de edad los casos confirmados se distribuyen con mayor frecuencia en el grupo de 30 a 34 años 12,23 % (n= 1.336 casos), seguido del grupo de 5 a 9 años 11,62 % (n= 1.269 casos) y el de 25 a 29 años 11,59 % (n= 1.266 casos). En cuanto a la tasa de incidencia, el grupo de edad de menores de un año reportó la tasa más elevada con 44,67 casos por cada 100.000 habitantes, seguido del grupo de 1 a 4 años y 30 a 34 años, con tasas de 14,81 y 12,48 respectivamente. En cuanto al antecedente de vacunación de los casos confirmados, el 91,47 % (n= 9.989) no contaba

con antecedente de vacunación, el 6,13 % (n= 669) tenía una dosis de SRP y el 2,40 % (n= 262 casos) contaba con dos o más dosis de SRP documentadas en la cartilla nacional de vacunación. Del total de los casos confirmados 1.247 requirieron hospitalización, de los cuales 547 son procedentes del estado de Jalisco. De acuerdo con la genotipificación realizada a las muestras procedentes de los casos confirmados (n= 42), se ha identificado el genotipo D8 (18).

En 2026 y hasta la SE 19, se han confirmado 13 defunciones por complicaciones de sarampión, todas en personas sin antecedente de vacunación, con comorbilidades en algunos casos. Las defunciones se distribuyen entre Jalisco (n= 3), Zacatecas (n=3), Ciudad de México(n= 2), Michoacán (n= 1), Guerrero (n= 1), Durango (n= 1), Sinaloa (n= 1) y Tlaxcala (n= 1) (18).

En **Panamá**, entre la SE 1 y la SE 20 del 2026, se han confirmado tres casos de sarampión: dos casos importados y uno derivado de importación. Todos los casos confirmados fueron notificados en la provincia de Panamá (n= 3 casos). Los casos importados de 18 y 21 años procedían de Nicaragua y Costa Rica. El tercer caso de 40 años tuvo exposición laboral prolongada con uno de los casos confirmados. Los dos casos importados no tenían antecedente de vacunación contra el sarampión, por otro lado, el caso derivado de importación tiene tres dosis documentadas preexposición y una pos-exposición (ocho días posterior a exposición). En los tres casos se ha identificado el genotipo B3. Durante 2025, la cobertura de vacunación con SRP a nivel nacional alcanzó un 86,7% para la primera dosis y un 58,4% para la segunda dosis (19).

En **Perú**, entre la SE 1 y la SE 20 del 2026, se han confirmado 301 casos de sarampión en dos departamentos. Los casos se concentran en el departamento de Puno (n= 299 casos); otros casos se detectaron en el departamento de Lima (n= 2 casos, un caso importado y un caso de fuente desconocida) (21). En cuanto a la distribución de los casos por grupos de edad de edad el 37% corresponde al grupo de 10 a 19 años (n= 112 casos), seguido del grupo de 20 a 29 años con el 30% (n= 91 casos) y el grupo de 5 a 9 años con el 15% (n= 44 casos). En cuanto a la tasa de incidencia, el grupo de edad de 10 a 19 años reportó la más elevada con 2,03 casos por cada 100.000 habitantes, seguido del grupo de 20 a 29 años y 0 a 4 años, con tasas de 1,73 y 1,38 respectivamente (21).

En cuanto al antecedente de vacunación de los casos confirmados, el 66% (n= 199 casos) no contaba con antecedente de vacunación, el 4% (n= 12 casos) tenía una dosis de SRP y el 25% (n= 76 casos) contaba con dos o más dosis de SRP. Del total de los casos confirmados 37 requirieron hospitalización. De acuerdo con la genotipificación realizada en 11 muestras de los casos confirmados se han identificado los genotipos D8 y el genotipo B3. En Perú, en el 2025, se alcanzó una cobertura de vacunación para SRP de 90,5% a nivel nacional para primera dosis y 82,1% para segunda dosis (21).

En **Uruguay**, entre la SE 1 y la SE 20 del 2026, se han confirmado dos casos de sarampión importados, ambos en la capital del país, Montevideo. Los casos con edades de 48 y 51 años. En cuanto al antecedente de vacunación, uno de los casos no estaba vacunado y uno contaba con dos dosis de SRP. Los casos no requirieron hospitalización. Durante 2025, la cobertura de vacunación con SRP a nivel nacional alcanzó un 97,92% para la primera dosis y un 87,99% para la segunda dosis (22).

Orientaciones a los Estados Miembros

La alta incidencia de casos en niños pequeños, la proporción significativa de casos en adultos jóvenes —población de gran movilidad—, el elevado porcentaje de personas no vacunadas y la persistencia de brotes en comunidades reticentes a la vacunación reflejan la necesidad urgente de alcanzar y sostener coberturas $\geq 95\%$ con dos dosis de vacuna SRP de manera homogénea a nivel nacional; fortalecer la vigilancia epidemiológica sensible y oportuna; y consolidar la capacidad de respuesta rápida y efectiva para evitar la reintroducción y transmisión endémica del virus en los países de la Región, recuperar el estatus de eliminación en los que se ha restablecido la transmisión endémica y prevenir la morbilidad, mortalidad y efectos sociales y económicos negativos asociados a esta enfermedad inmunoprevenible.

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):

a. **Países con áreas con transmisión comunitaria:**

a.1. **Vacunación**

- Implementar actividades de vacunación masiva indiscriminada (una dosis adicional de vacuna SRP o SR) a los grupos de mayor riesgo, conforme el análisis de susceptibles y datos de vigilancia, incluyendo los lactantes de 6 a 11 meses (dosis cero).
- Completar los esquemas de vacunación de dos dosis, considerando un intervalo de 4 semanas entre dosis. El área de intervención dependerá de la magnitud del brote, así como de las rutas de desplazamiento de los casos y la movilidad de la población. El objetivo es adelantarse rápidamente a la circulación del virus, cortar la transmisión en las áreas y poblaciones afectadas, y evitar su diseminación a otras zonas.
- Implementar las actividades de microplanificación para campañas masivas de respuesta a brotes, conforme las recomendaciones de la OPS/OMS.
- Ampliar los horarios del servicio de vacunación a noches y fines de semana, conforme la dinámica de la población objetivo de vacunación.
- Monitorear diariamente la cobertura administrativa de las actividades masivas de vacunación e implementar monitoreos rápidos de vacunación (MRV) para identificar áreas/grupos pendientes de vacunación.
- Redirigir prontamente a los equipos de vacunación a las zonas con mayor número de casos, menores coberturas o donde los monitoreos hayan identificado brechas.
- Mantener las estrategias de bloqueo de vacunación, en las áreas sin transmisión comunitaria. Para garantizar que las acciones de bloqueo sean efectivas, la vacunación debe iniciarse dentro de las primeras 72 horas de conocido el caso y ejecutarse de manera exhaustiva en terreno, asegurando que ninguna persona no vacunada o con antecedente de vacunación incompleto, quede sin recibir la(s) dosis correspondiente(s). El monitoreo y supervisión de la implementación de estas actividades es clave.

- Usar la vacuna contra el sarampión que esté disponible para las actividades de vacunación en los grupos de edad priorizados para cada estrategia a implementarse. Esto incluye valorar el uso de la vacuna SRP con componente de virus vacunal de parotiditis Leningrado-Zagreb sin restricción de edad.
- Para las áreas sin transmisión comunitaria, ver ítem b.

a.2 Vigilancia

- En áreas con transmisión comunitaria, utilizar las clasificaciones de caso confirmado por criterios clínicos (presencia de fiebre, exantema, tos, coriza y conjuntivitis) y nexo epidemiológico. La implementación de las acciones de respuesta debe iniciar desde la identificación de los casos sospechosos sin esperar a la clasificación final de los casos.
- Evaluar la aplicación de un flujograma para priorizar el procesamiento de las muestras obtenidas para la confirmación diagnóstica de sarampión, conforme las recomendaciones de la OPS/OMS (30). En esta situación, es importante mantener la obtención y procesamiento de un número de muestras priorizadas conforme las características de los casos, así como la identificación de uno o dos días en la semana en los que se obtendrían muestras de todos los casos sospechosos.
- Generar mapas de incidencia a nivel municipal, por grupo de edad y estado vacunal.
- Fortalecer la sensibilidad del sistema de vigilancia a nivel nacional, en las áreas sin transmisión comunitaria o sin notificación de casos, para reducir la subnotificación de casos e iniciar las acciones de respuesta correspondientes. Las búsquedas activas de casos, conforme las recomendaciones de la OPS, son herramientas muy útiles para este fin.
- Para las áreas sin transmisión comunitaria, ver ítem b.

a.3 Respuesta rápida

- Activar y capacitar a los equipos de respuesta rápida, incorporando todas las áreas relevantes. Definir un liderazgo claro desde el más alto nivel para facilitar la coordinación e implementación de las actividades de respuesta.
- 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.
- 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.
- Para el manejo clínico, 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 (31).

- También, se recomienda manejo sintomático y soporte temprano en casos graves. Es esencial la evaluación continua del paciente y el tratamiento oportuno de diarrea, deshidratación, neumonía grave, síndrome de dificultad respiratoria, sepsis y choque (32).
- Establecer un manejo intrahospitalario adecuado para los casos con el fin de evitar la transmisión intrahospitalaria. Esto implica la implementación de medidas de prevención y control de infecciones desde el triaje de casos con enfermedad febril-exantemática, procurando realizar la detección e identificación de pacientes de manera rápida en áreas con buena ventilación.
- Una vez se sospeche de un caso se lo debe ubicar en un área aislada (puerta cerrada y ventana al exterior) y colocarle al paciente una mascarilla quirúrgica.
- El personal de salud debe tener esquema de vacunación completo, debe usar elementos de protección personal para ingresar a esta zona (respiradores N95 / FPP2 o FPP3, protección ocular, bata y guantes), fortalecer la higiene de manos y las precauciones estándar y las precauciones adicionales por aerosoles.
- Una vez al paciente se le dé de alta o se traslade a otra área de aislamiento se debe realizar limpiezas y desinfección y manejo de los residuos de acuerdo con los protocolos establecidos en la institución.
- Se recomienda 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 (33-36).

b. Países con áreas con cadenas de transmisión limitadas que se pueden caracterizar:

b.1 Vacunación

- El objetivo es adelantarse a la transmisión del virus, para lo cual se debe ser cubrir rápidamente las brechas de vacunación en los lugares probables de infección, el área de residencia y las zonas a donde se podría extender el brote.
- 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. Se debe completar el esquema de dos dosis de vacuna a todas las personas sin prueba de esquema completo de vacunación al momento de la visita, considerando un intervalo mínimo de 4 semanas entre dosis. Realizar de manera conjunta la búsqueda activa comunitaria de casos.
- Implementar 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 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.

- 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.
- 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. Incluir la administración de la dosis cero en los niños de 6 meses a 11 meses de edad.

b.2 Vigilancia

- Investigar cada caso sospechoso dentro de las primeras 24 a 48 horas desde su notificación, incluyendo la recolección de muestras de suero, respiratorias y de orina.
- Identificar y enumerar todos los contactos durante el periodo de transmisibilidad; evaluar el antecedente de vacunación y completar esquemas en quienes no tienen esquema completo con dos dosis de vacuna SR o SRP, y dar seguimiento durante 21 días.
- Elaborar las líneas de tiempo de todos los casos sospechosos, conforme las recomendaciones de la OPS/OMS, a fin de determinar los lugares y/o la fuente probable de infección (considerando el periodo de incubación de la enfermedad), los lugares visitados durante el periodo de transmisibilidad donde probablemente se presenten casos secundarios y determinar el periodo de seguimiento de contactos y búsquedas activas.
- Valorar el uso de aplicaciones como el Go.Data para la elaboración y seguimiento de las cadenas de transmisión.
- Notificar inmediatamente al Centro Nacional de Enlace para el Reglamento Internacional de Salud (CNE para el RSI) los casos importados o relacionados con viajes; coordinar con las jurisdicciones de origen y destino a través de los mecanismos regionales del RSI de la OMS (ver ítem d, eventos masivos y viajeros internacionales).

b.3 Respuesta rápida

- Activar y capacitar a los equipos de respuesta rápida, incorporando todas las áreas relevantes. Definir un liderazgo claro desde el más alto nivel para facilitar la coordinación e implementación de las actividades de respuesta.
- Mantener una sala situacional en todos los niveles con la información clave para la toma de decisiones, la cual incluya la actualización del listado y número de casos en tiempo real, la vacunación y laboratorio.
- 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.

- 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 (31).
- Implementar las medidas de prevención y control de infecciones, conforme las recomendaciones del ítem a.3.

c. Países sin casos confirmados:

c.1 Vacunación

- **Mantener una reserva de vacuna** Sarampión Rubéola (SR) y/o SRP, y jeringas/insumos para acciones de respuesta rápida de vacunación 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 vacunación, 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 de forma homogénea (al menos en el 80% de municipios a nivel nacional). La OPS ha desarrollado lineamientos para orientar esta labor (37).
- **Ofrecer vacunación a los viajeros** que no tengan esquemas completos de vacunación contra el sarampión-rubeola, 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 preferente la vacunación de viajeros se debe realizar al menos 14 días antes del viaje; no obstante, se puede realizar en cualquier momento antes, durante o después del viaje.
- **Redoblar los esfuerzos para alcanzar altas 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.

c.2 Vigilancia

- **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 estrategia de vigilancia de búsqueda activa de casos, disponible en:

<https://www.paho.org/es/documentos/orientaciones-para-busqueda-activa-casos-paralisis-flacida-aguda-sarampion-rubeola> (38).

- **Obtener muestras de suero, hisopado nasofaríngeo y orina** (39) 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, y 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.

c.3 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 **c.1. Vacunación**.
- **Iniciar una respuesta oportuna y efectiva 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 (40, 41).
- **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> (40); y 2) Brote de sarampión en la era de post eliminación: Estudio de caso. <https://campus.paho.org/es/curso/BroteSarampionPostEliminacion> (41).

d. 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™, y de otros eventos masivos, 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 edad³ o mayor que no pueda mostrar prueba de vacunación (con dos dosis de vacuna contra sarampión-rubeola) o inmunidad, que **reciba una dosis de vacuna contra el sarampión y la rubéola, de preferencia 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 el viaje presentasen 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 por siete días a partir de la fecha de inicio de exantema, reducirá 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

- 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.

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.

- **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, incluyendo el 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 encuentran los contactos.
 - *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 de los que se trate.
 - i. Realizar búsquedas activas institucionales y comunitarias con el fin de detectar rápidamente 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 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 (42).

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; 2026 [consultado el 22 de mayo del 2026]. 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 22 de mayo del 2026 mediante correo electrónico. Buenos Aires; 2026. Inédito.
3. Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Belice. Comunicación recibida el 22 de mayo del 2026 mediante correo electrónico. Belmopán; 2026. Inédito.
4. Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) del Estado Plurinacional de Bolivia. Comunicación recibida el 27 de mayo del 2026 mediante correo electrónico. La Paz; 2026. Inédito.
5. Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de los Países Bajos. Comunicación recibida el 22 de mayo del 2026 mediante correo electrónico. Bilthoven; 2026. Inédito.
6. Ministry of Health, Welfare and Sport Kingdom of the Netherlands. Vaccination coverage National Immunisation Programme in the Netherlands Reporting year 2024. Bilthoven; 2026. Disponible en: <https://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/2024-0044.pdf>.
7. Ministério da Saúde Brasil. Nota Técnica Conjunta N° 116/2026-DPNI/SVSA/MS. Brasilia: MS; 2026. Disponible en: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2026/nota-tecnica-conjunta-no-116-2026-dpni-svsa-ms.pdf>.
8. Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Brasil. Comunicación recibida el 29 de mayo 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 mayo del 2026 mediante correo electrónico. Ottawa; 2026. Inédito.
10. Government of Canada. Canada Public Health Agency. National case definition: Measles. Ottawa: PHAC; 2026 [consultado el 27 de mayo del 2026]. Disponible en: <https://health-infobase.canada.ca/measles-rubella/#::-text=While%20all%20confirmed,all%20provinces/territories>.
11. Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Chile. Comunicación recibida el 22 de mayo del 2026 mediante correo electrónico. Santiago; 2026. Inédito.
12. Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Colombia. Comunicación recibida el 22 de mayo del 2026 mediante correo electrónico. Bogotá; 2026. Inédito.
13. Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Costa Rica. Comunicación recibida el 22 de mayo del 2026 mediante correo electrónico. San José; 2026. Inédito.

14. Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de El Salvador. Información de correo electrónico del 27 de mayo del 2026. San Salvador; 2026. Inédito.
15. Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de los Estados Unidos de América. Comunicación recibida el 22 de mayo del 2026 mediante correo electrónico. Washington, D.C.; 2026. Inédito.
16. Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Guatemala. Comunicación recibida el 22 de mayo del 2026 mediante correo electrónico. Ciudad de Guatemala; 2026. Inédito.
17. Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Honduras. Comunicación recibida el 27 de mayo del 2026 mediante correo electrónico. Ciudad de Guatemala; 2026. Inédito.
18. Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de México. Comunicación recibida el 22 de mayo del 2026 mediante correo electrónico. Ciudad de México; 2026. Inédito.
19. Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Panamá. Comunicación recibida el 27 de mayo del 2026 mediante correo electrónico. Ciudad de Panamá; 2026. Inédito.
20. 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.
21. Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Perú. Comunicación recibida el 22 de mayo del 2026 mediante correo electrónico. Lima; 2026. Inédito.
22. Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Uruguay. Comunicación recibida el 22 de mayo del 2026 mediante correo electrónico. Montevideo; 2026. Inédito.
23. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Boletín Semanal de Sarampión/Rubéola. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2026. Disponible en: <https://www.paho.org/es/boletin-semanal-sarampion-rubeola>.
24. Organización Panamericana de la Salud. Boletín Semanal de Sarampión/Rubéola. Boletín biSemanal de Sarampión-Rubeola (19-20) - 17 de mayo del 2025. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2025. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/boletin-bisemanal-sarampion-rubeola-17-18-9-mayo-2026> .
25. 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 27 de mayo del 2026]. Disponible en: https://ais.paho.org/hip/viz/im_vaccinepreventablediseases.asp.
26. Organización Panamericana de la Salud. Almacén de datos sobre inmunización e informes de vigilancia de los países enviados a la OPS Inmunización Integral. Washington, D.C.: OPS; 2026 [consultado el 27 de mayo del 2026]. Inédito.
27. Organización Mundial de la Salud. MeaNS2: Measles Virus Nucleotide Surveillance. Ginebra: OMS; 2026 [consultado el 24 de mayo del 2026]. Inédito.

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. Boletín de Inmunización Volumen XLVIII - Número 1 - Abril del 2026. Washington, D.C.: OPS; 2026. Disponible en: <https://iris.paho.org/server/api/core/bitstreams/f54e1da2-af4d-439c-b4a3-6b5bd23c4e57/content>.
31. 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/polices/position-papers/measles>.
32. Organización Mundial de la Salud. Guide for clinical case management and infection prevention and control during a measles outbreak. Ginebra: OMS; 2020. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240002869>.
33. Organización Mundial de la Salud. Measles. Ginebra: OMS; 2025 [consultado el 27 de mayo del 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/measles>.
34. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos. Measles (Rubeola): For healthcare professionals. Atlanta: CDC; 2026 [consultado el 27 de mayo del 2026]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/measles/>.
35. United Kingdom Health Security Agency. Measles: Guidance, data and analysis. Londres: UKHSA; 2026. Disponible en: <https://www.gov.uk/government/collections/measles-guidance-data-and-analysis>.
36. NHS England. Measles guidance for healthcare services. Londres: UKHSA; 2026. Disponible en: <https://www.england.nhs.uk/long-read/measles-guidance-for-healthcare-services/>.
37. Organización Panamericana de la Salud. Orientaciones para la microplanificación de actividades de vacunación. Washington, D.C.: OPS; 2026. Disponible en: <https://iris.paho.org/items/dc72ec4b-b9f3-44fd-af23-6e1491c04413>.
38. 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>.
39. 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>.
40. 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>.

41. 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>.
42. 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>.