

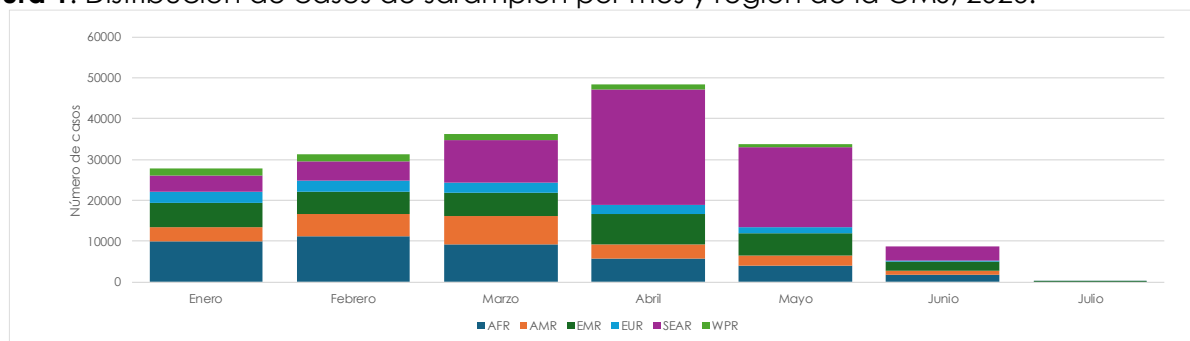
7 de agosto del 2026

Considerando el incremento de casos de sarampión registrados durante 2026 en la Región de las Américas y en otras regiones del mundo así como la celebración 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 epidemiológica y vacunación, y asegurar una respuesta rápida y efectiva ante casos sospechosos de sarampión. Asimismo, recomienda intensificar las 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 existentes.

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 julio del 2026 se notificaron 186.168 casos de sarampión, en 165 Estados Miembros de las seis regiones de la OMS, de los cuales 83.201 (44,69%) fueron confirmados por laboratorio (1). De los casos confirmados¹, el 32% se registró en la Región de la OMS de Asia Sudoriental, seguido por la Región de la OMS de las Américas con el 27%, el Mediterráneo Oriental con el 14% de los casos y las Regiones de Europa con el 13%, de África con el 9% y del Pacífico Occidental con el 4% (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 5 de agosto del 2026]. Disponible en: <https://immunizationdata.who.int/global?topic=Provisional-measles-and-rubella-data&location=> (1).

Hasta julio del 2026, las regiones de la OMS de las Américas y de Asia Suroriental han superado los totales de casos confirmados² durante todo 2025, con 23.165 casos confirmados (frente a

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, 7 de agosto del 2026. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2026.

14.640 casos confirmados en 2025) y 70.499 casos confirmados (frente a 19.943 casos confirmados en 2025), respectivamente. Aunque la región de la OMS de África aún no ha superado el total registrado en 2025, ya ha notificado 41.598 casos confirmados (frente a 66.334 casos confirmados en 2025). De mantenerse la tendencia observada, el número de casos en la Región de África podría superar el total registrado durante todo 2025 antes de finalizar 2026 (1).

Resumen de la situación en la Región de las Américas

En 2026, entre la semana epidemiológica (SE) 1 y la SE 28, se confirmaron 47.459 casos de sarampión en la Región de las Américas, incluidas 44 defunciones. Los casos fueron notificados por 16 países y un territorio. Guatemala (n= 30.371 casos, incluidas 26 defunciones), México (n= 12.255 casos, incluidas 17 defunciones), los Estados Unidos de América (n= 2.260 casos) y Perú (n= 1.277) representan la mayoría (95%) de los casos confirmados (**Tabla 1**) (2 - 20).

Tabla 1. Número de casos de sarampión por países y territorios de la Región de las Américas 2025 y 2026 (hasta SE 28 del 2026).

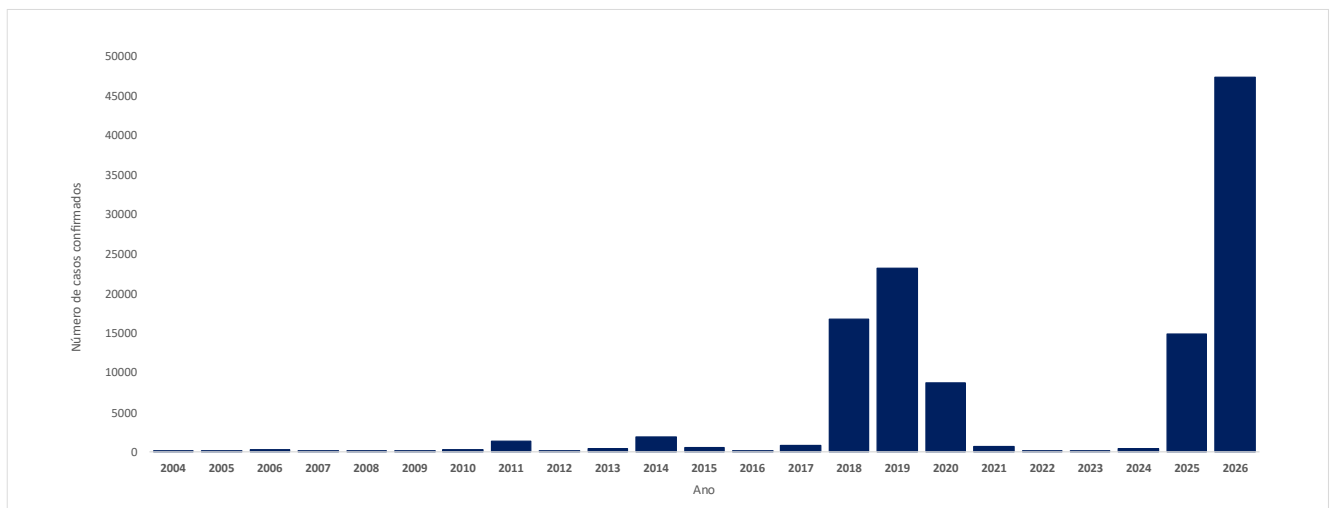
País	Número de casos confirmados 2025	Número de casos confirmados 2026 hasta SE 28	Última fecha de inicio de exantema (SE)
Argentina	36	1	SE 6 del 2026
Belice	44	11	SE 20 del 2026
Bolivia (Estado Plurinacional de)	449	65	SE 28 del 2026
Bonaire	0	1	SE 4 del 2026
Brasil	38	15	SE 26 del 2026
Canadá	5.462	1.107	SE 28 del 2026
Chile	1	1	SE 4 del 2026
Colombia	0	14	SE 28 del 2026
Costa Rica	1	5	SE 15 del 2026
El Salvador	1	53	SE 27 del 2026
Estados Unidos de América (los)	2.288	2.260	SE 28 del 2026
Guatemala	9	30.371	SE 28 del 2026
Honduras	0	12	SE 26 del 2026
México	6.614	12.255	SE 28 del 2026
Panamá	0	9	SE 23 del 2026
Paraguay	50	0	SE 39 del 2025
Perú	5	1.277	SE 29 del 2026
Uruguay	13	2	SE 3 del 2026
Total	15.011	47.459	

Fuente: Adaptado de datos aportados por los respectivos países y territorios (2-20).

El total de casos confirmados representa más del doble de los notificados en la alerta epidemiológica sobre sarampión en la Región de las Américas del 29 de mayo del 2026 de la OPS/OMS con información hasta la SE 20 del 2026 (21). El incremento, observado en un período de solo ocho semanas, evidencia una aceleración significativa de la transmisión del virus del sarampión en la Región de las Américas, principalmente atribuido a un aumento considerable de casos en Guatemala y al aumento de casos en Perú.

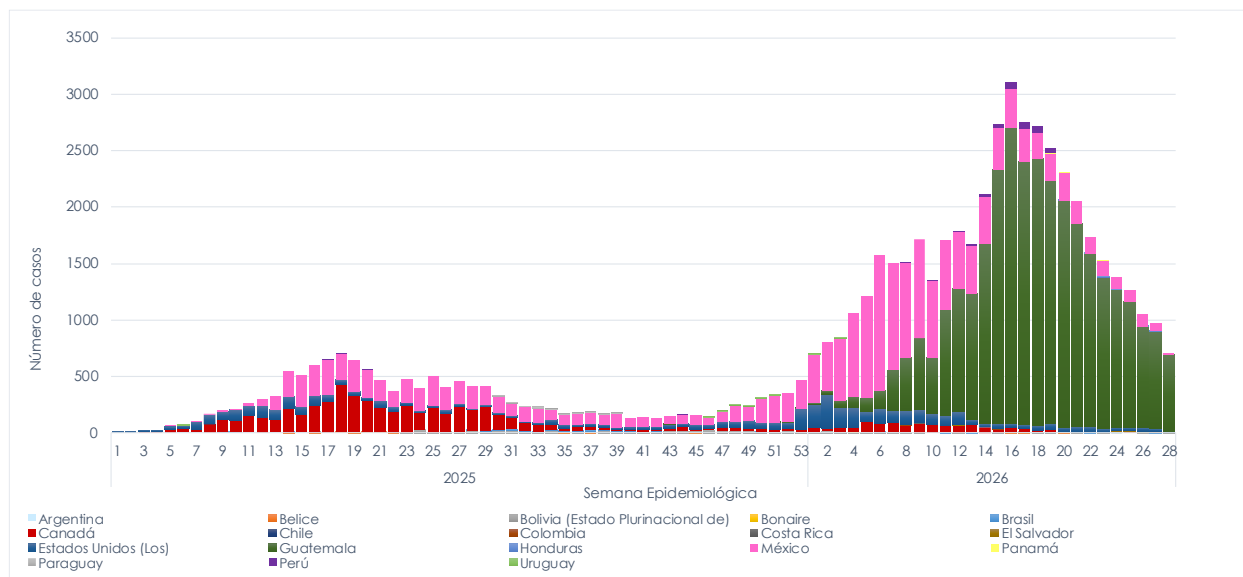
El número de casos registrados en 2026 hasta la SE 28 representa un aumento de más de ocho veces, en comparación con los 5.123 casos de sarampión notificados en el mismo periodo del 2025 (22, 23). Asimismo, en comparación con los registros históricos de sarampión en la Región, el número de casos confirmados de sarampión en el 2026 es el más alto registrado desde el 2004, lo que convierte al 2026 en el año con mayor número de casos confirmados de sarampión en los últimos 22 años (**Figura 2**) (22-24).

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 (22-24).

Figura 3. Casos confirmados* de sarampión por semana epidemiológica (SE) de inicio de exantema y país territorio en la Región de las Américas, 2025–2026 (hasta la SE 28 del 2026).



***Nota:** Incluye casos confirmados y probables para Canadá e incluye los casos confirmados por Laboratorio, clínica y nexos epidemiológico para Guatemala.

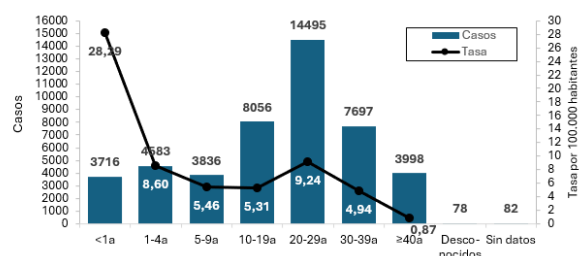
Fuente: Adaptado de datos aportados por los respectivos países y territorios (2-20).

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 ($n = 46.541$), el grupo de 20-29 años concentra la mayor proporción de casos (31%), seguido por el grupo de 10-19 años (17%) y el de 30-39 años (16%) (25). No obstante, la tasa de incidencia presenta una relación inversa con la edad, siendo más elevada en menores de un año (28,2 casos por 100,000 habitantes), seguida por el grupo de 20 a 29 años (9,24 casos por 100,000 habitantes) y el de 1 a 4 años (8,6 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**) (25). Con relación al antecedente de vacunación, el 73% de los casos no estaban vacunados y en el 17% la información era desconocida o no estaba disponible. Según la clasificación por fuente de infección, el 4% de los casos fueron endémicos, el 12% asociados a importación, el 27% de fuente de infección desconocida y el 2% se clasificaron como casos importados (**Figura 4**) (25).

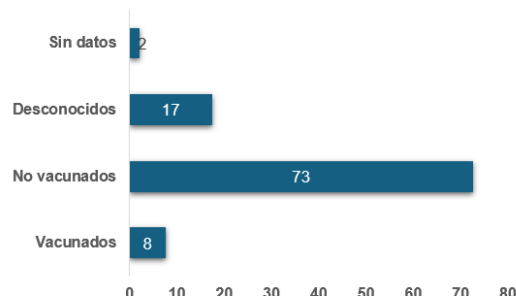
De los casos confirmados durante el 2026, se han reportado a MeaNS (Measles Nucleotide Surveillance database) 598 secuencias genéticas de la región N-450 del virus de sarampión, el 97.2% ($n = 583$) correspondieron al genotipo D8 y el 2.8% ($n = 15$) al genotipo B3(26).

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 28 del 2026.

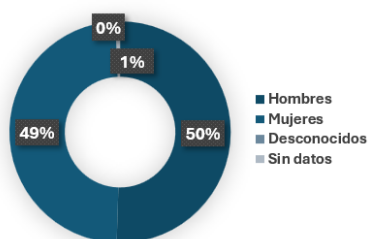
Casos confirmados de sarampión y las tasas por grupos de edad



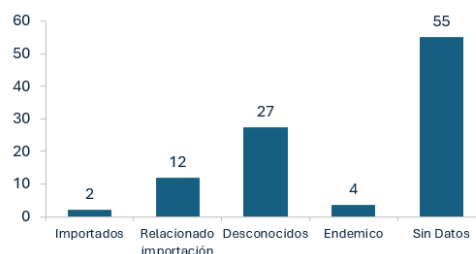
Porcentaje de casos por estado de vacunación



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 31 de julio del 2026]. Inédito (25).

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

A continuación, se presenta la actualización de la situación epidemiológica de sarampión en los países de la Región, en orden alfabético, que han notificado casos confirmados en las Américas entre la SE 20 y la SE 28 del 2026. Argentina, Bonaire, Chile, Costa Rica, Perú y Uruguay no reportaron casos nuevos confirmados durante este periodo. Los resúmenes de la situación epidemiológica de estos países se encuentran disponibles en la alerta epidemiológica sobre sarampión en la Región de las Américas del 29 de mayo del 2026 (2-20).

En **Belice**, entre la SE 20 y la SE 28 del 2026, se han confirmado dos casos adicionales, lo que eleva a 11 el número total de casos de sarampión en 2026. Los casos confirmados se identificaron en los distritos de Toledo (n= 9 casos), Cayo (n= 1 caso) y Belice (n= 1 caso) y se confirmaron mediante pruebas de laboratorio de Reacción en Cadena de la Polimerasa con Transcriptasa Inversa (RT-PCR); las muestras se procesaron en el laboratorio de referencia de la Agencia de Salud Pública del Caribe (CARPHA por sus siglas en inglés) (3). Del total de casos confirmados, siete fueron importados, tres estaban relacionados con casos importados y uno tenía una fuente de exposición bajo investigación. Los casos importados reportaron antecedentes de viaje o estancia en Guatemala antes de la aparición de los síntomas. Los casos se distribuyeron en un rango de edad de 8 meses a 54 años. En cuanto al antecedente de vacunación contra el sarampión, la totalidad de los casos no estaban vacunados o tenían un antecedente de vacunación desconocido al momento del diagnóstico (3).

En **Bolivia**, entre la SE 20 y la SE 28 del 2026, se confirmaron 10 casos, teniendo un total de 65 casos de sarampión en el 2026. Los casos confirmados fueron notificados en los departamentos de Beni (n= 8 casos), Cochabamba (n= 7 casos), La Paz (n= 1 casos), Santa Cruz (n= 47 casos) y Tarija (n= 2 casos) (4). Los casos se distribuyen en un rango de edad de 0 meses a 65 años; el 32% (n= 21 casos) corresponde a niños menores de 1 año, el 18% (n= 12 casos) a personas de entre 1 y 4 años, el 14% (n= 9 casos) de personas entre 5 y 9 años, 14% (n= 9 casos) que incluye a personas de 10 a 14 años; 5% (n= 3 casos) entre 15 y 19 años y el 17% (n= 11 casos) a adultos de 20 años o más (4). La tasa de incidencia por grupo etario muestra que el grupo de edad más afectado es el de menores de 1 año (25 casos por 100.000 habitantes), seguido por el grupo de 1 a 4 años (5 casos por 100.000 habitantes). En relación con el antecedente de vacunación contra el sarampión, el 88% del total de casos confirmados no contaban con antecedente documentado de vacunación contra sarampión o este era desconocido. De acuerdo con la genotipificación realizada a las muestras procedentes de 42 casos confirmados se ha identificado el genotipo B3 y D8 (4).

En **Brasil**, entre la SE 20 y la SE 28 del 2026, se confirmaron 12 casos de sarampión, elevando el número total de casos en el país a 15. Se desconoce la fuente de infección en estos casos y no presentan antecedente de viaje. Los casos confirmados entre la SE 20 y la SE 28, se notificaron en los municipios de São Paulo (n= 10 casos) y São Bernardo do Campo (n= 2 casos) en el estado de São Paulo. Los casos se distribuyeron entre los siguientes grupos de edad: menores de 1 año (n= 5 casos), de 1 a 2 años (n= 2 casos), de 20 a 24 años (n= 2 casos) y mayores de 25 años (n= 3 casos) (6). En cuanto al antecedente de vacunación contra el sarampión, dos tenían un antecedente de vacunación desconocido, cuatro tenían antecedente de vacunación contra el sarampión y seis no estaban vacunados. De acuerdo con la genotipificación realizada a las muestras de 10 de los 12 casos confirmados entre la SE 20 y la SE 28, se ha identificado el genotipo D8 (6)

En **Canadá**, entre la SE 1 y la SE 28 del 2026, se reportaron 1.107 casos de sarampión (1.025 confirmados y 82 probables) en ocho provincias: Alberta (n= 311 casos), British Columbia (n= 43 casos), Manitoba (n= 677 casos), New Brunswick (n= 1), Nova Scotia (n= 10 casos), Ontario (n= 29 casos), Quebec (n= 31) y Saskatchewan (n= 5 casos). En 2026, el recuento semanal de casos alcanzó su punto máximo con 90 casos en la SE 5 y ha ido disminuyendo gradualmente desde entonces (7, 8). De los 1.107 casos reportados en 2026, el 96% (n= 1.063 casos) se expusieron en Canadá, el 3% (n= 34 casos) fueron casos importados y menos del 1% (n= 10 casos) tenían una fuente de exposición desconocida o en investigación. El 41% de los casos se registraron en personas de 5 a 17 años, seguido por el 40% en personas de 18 años o más, y el 15% en niños de 1 a 4 años. En cuanto al historial de vacunación contra el sarampión, el 86% no estaba vacunado, el 4% había recibido una dosis de una vacuna que contiene el virus del sarampión, el 5% había recibido dos o más dosis de una vacuna que contiene el virus del sarampión y el 5% tenía un estado de vacunación desconocido. El 7% de los casos fue hospitalizado (n= 75); se han reportado cuatro casos de sarampión congénito confirmados por laboratorio y no se ha reportado ninguna muerte. Entre los casos confirmados con datos de genotipado disponibles, se identificó el genotipo D8 en 564 casos y el genotipo B3 en 12 casos. (7, 8).

En **Colombia**, entre la SE 20 y la SE 28 del 2026, se han confirmado siete casos de sarampión, en el país, teniendo un total de 14 casos confirmados en Colombia. Del total de casos, ocho corresponden a casos importados y seis relacionados a la importación. Los casos confirmados fueron notificados en Bogotá D.C. (n= 7 casos), en los departamentos de Antioquia (n= 2 casos), Cundinamarca (n= 1 caso), Risaralda (n= 1 caso) y Santander (n= 1 caso) y en el distrito de Cartagena (n= 2 casos) (10). Los casos se distribuyen entre

los 18 y 53 años (12). En cuanto al antecedente de vacunación contra el sarampión de los casos, 11 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 seis de los casos el genotipo identificado corresponde al D8 (10). Durante 2025, la cobertura de vacunación con la vacuna contra sarampión, las paperas y la rubéola (SRP) a nivel nacional alcanzó un 91% para la primera dosis y un 86% para la segunda dosis (10).

En **El Salvador**, entre la SE 20 y la SE 28 del 2026, se han confirmado 35 casos de sarampión, en el país, sumando un total de 53 casos en el año. El total de casos fueron importados: 52 de los casos tenían antecedente de viaje a Guatemala y uno antecedente de viaje a México. Los departamentos que registran más casos son San Salvador (n= 31 casos) y San Miguel (n= 10 casos) (12). La mayoría de los casos se distribuyen entre los 20 y 40 años. En cuanto al antecedente de vacunación contra el sarampión, el 17% había recibido dos o más dosis de una vacuna que contiene sarampión y el 83% tenía un estado de vacunación desconocido o no estaba vacunado. 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 (12).

En los **Estados Unidos**, entre la SE 20 y la SE 28 del 2026, se reportaron 308 casos confirmados de sarampión, lo que suma un total de 2.260 casos en 2026. De estos, 2.245 casos de sarampión fueron reportados por 44 jurisdicciones: Alaska (n= 1 caso), Alabama (n= 1 caso), Arizona (n= 99 casos), California (n= 48 casos), Colorado (n= 24 casos), Connecticut (n= 2 casos), District of Columbia (n= 1 caso), Florida (n= 141 casos), Georgia (n= 5 casos), Iowa (n= 1 caso), Idaho (n= 3 casos), Illinois (n= 4 casos), Kansas (n= 1 caso), Kentucky (n= 4 casos), Louisiana (n= 1 caso), Maine (n= 5 casos), Maryland (n= 9 casos), Massachusetts (n= 2 casos), Michigan (n= 13 casos), Minnesota (n= 17 casos), Missouri (n= 2 casos), Montana (n= 5 casos), Nebraska (n= 1 caso), New Jersey (n= 1 caso), New México (n= 17 casos), New York City (n= 5 casos), el estado de Nueva York (n= 8 casos), North Carolina (n= 22 casos), North Dakota (n= 38 casos), Ohio (n= 11 casos), Oklahoma (n= 1 caso), Oregon (n= 32 casos), Pennsylvania (n= 110 casos), Rhode Island (n= 1 caso), South Carolina (n= 670 casos), South Dakota (n= 11 casos), Tennessee (n= 2 casos), Texas (n= 182 casos), Utah (n= 518 casos), Vermont (n= 1 caso), Virginia (n= 176 casos), Washington (n= 45 casos), Wisconsin (n= 2 casos) y Wyoming (n= 2 casos). Se reportaron un total de 15 casos de sarampión entre visitantes internacionales a los Estados Unidos (13).

Del número total de casos, el 93% (n= 2.108 casos) se asoció con brotes (definidos como tres o más casos relacionados), y se identificaron 34 brotes en 2026. El 20 % (n= 451 casos) de los casos correspondió a niños menores de 5 años, el 50 % (n= 1.130 casos) a personas de entre 5 y 19 años, el 30% (n= 672 casos) a personas mayores de 20 años y menos del 1% (n= 7 casos) a personas de edad desconocida. La tasa de incidencia por grupo de edad muestra que el grupo más afectado fue el de los niños de 1 a menos de 5 años (2,46 por cada 100.000 habitantes), seguido por los niños menores de 1 año (2,24 casos por cada 100.000 habitantes) (13).

En cuanto al historial de vacunación contra el sarampión 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 contra el SRP, y el 4% había recibido dos dosis. Entre los casos confirmados vacunados, el 9% eran niños menores de 5 años, el 34% eran personas de entre 5 y 19 años, y el 57% eran adultos mayores de 20 años. El 6% (n= 146 casos) de los casos requirió hospitalización, y el 31% (n= 45 casos) de las hospitalizaciones correspondió a niños menores de 5 años (13).

En 2026, de las 771 muestras positivas por reacción en cadena de la polimerasa con transcripción inversa en tiempo real (rRT-PCR) de casos confirmados de sarampión que se han sometido a genotipado hasta la fecha, el 97% (n= 747) correspondía al genotipo D8 y el 3% (n= 24) al genotipo B3. Entre las detecciones del genotipo D8, la mayoría, el 91% (n= 683), se identificaron como la secuencia distintiva (DSId) 9171 (13).

En **Guatemala**, entre la SE 20 y la SE 28 del 2026, se notificaron 11.455 casos confirmados de sarampión, incluidas tres defunciones. Desde el inicio del 2026, se han reportado 30.371 casos confirmados y 26 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= 11.496 casos, incluyendo cuatro defunciones), Quiché (n= 2.302 casos, incluyendo siete defunciones), Sololá (n= 1.464 casos, incluyendo dos defunciones), Totonicapán (n= 1.058 casos, incluyendo dos defunciones), Chimaltenango (n= 571 casos, incluyendo dos defunciones) y Huehuetenango (n= 1.797 casos) (14).

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 37,2% (n= 11.284 casos), seguido del grupo de 0 a 4 años 17,28% (n= 5.284 casos con predominio de menores de 1 año en los que se han registrado 2.755 casos) y el de 10 a 19 años 14,76% (n= 4.484 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 776.30 casos por 100.000 habitantes, seguido por el grupo de 20 a 29 años con 333 casos por 100.000 habitantes (14). En cuanto al antecedente de vacunación contra el sarampión de los 30.371 casos confirmados, el 67,1 % no estaban vacunados, 25,9% (n= 7.865) tenían un historial de vacunación desconocido y el 3,79% (n= 1.150 casos) tenían una dosis de SRP documentada. El 9,2% de los casos requirió hospitalización (n= 2.793 casos) y se han confirmado 25 defunciones relacionadas (14). De acuerdo con la genotipificación realizada en el Laboratorio Nacional de Salud a muestras de casos confirmados (n= 88), se ha identificado exclusivamente el genotipo D8. Con respecto a las 26 defunciones registradas por complicaciones de sarampión, el 36% de las defunciones corresponde a menores de un año (14).

En **Honduras**, entre la SE 20 y SE 28 del 2026, se confirmaron once casos de sarampión sumando un total de doce casos en el año. Del total de casos, seis corresponden a casos importados y seis con fuente de infección bajo investigación. Los casos confirmados fueron notificados en los departamentos de Cortés (n= 7 casos), Islas de la Bahía (n= 3 casos), Yoro (n= 1 caso) y Ocotepeque (n= 1 caso). Cinco de los casos tenían antecedente de viaje a Guatemala y un extranjero procedente de Italia. Los casos se distribuyen entre los <1 año y 43 años (15). En cuanto al antecedente de vacunación contra el sarampión de los casos, 11 tenían antecedente de vacunación desconocido y uno no cuenta con antecedente de vacunación contra el sarampión. 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 (15).

En **México**, entre la SE 20 y la SE 28 del 2026, se han confirmado 1.144 casos de sarampión incluyendo tres defunciones. En total en el 2026 se han reportado 12.255 casos confirmados y 17 defunciones. Los casos fueron notificados en 31 entidades federativas del país, la mayoría de los casos confirmados fueron reportados en el estado de Jalisco (n= 6.603 casos, incluyendo tres defunciones), la Ciudad de México (n= 1.011 casos, incluyendo tres defunciones), y los estados de Chiapas (n= 846 casos), Sonora (n= 371 casos), Durango (n= 573 casos, incluyendo una defunción), México (n= 349 casos) y Zacatecas (n= 313 casos, incluyendo seis defunciones). Respecto a la distribución por grupo de edad los casos confirmados se distribuyen con mayor

frecuencia en el grupo de 1 a 4 años 12,1% (n= 1.480 casos), seguido del grupo de 5 a 9 años 11,9% (n= 1.454 casos) y el de 30 a 34 años 11,8% (n= 1.444 casos). En cuanto a la tasa de incidencia, el grupo de edad de menores de un año reportó la tasa más elevada con 52,15 casos por cada 100.000 habitantes, seguido del grupo de 1 a 4 años y 5 a 9 años, con tasas de 17,60 y 13,95 respectivamente. En cuanto al antecedente de vacunación contra el sarampión de los casos confirmados, el 91,60% (n= 11.226) no contaba con antecedente de vacunación, el 6,05% (n= 741) tenía una dosis de SRP y el 2,35% (n= 288 casos) contaba con dos o más dosis de SRP documentadas en la cartilla nacional de vacunación. Del total de los casos confirmados 1.589 requirieron hospitalización, de los cuales 584 son procedentes del estado de Jalisco. De acuerdo con la genotipificación realizada a las muestras procedentes de los casos confirmados (n= 83), se ha identificado el genotipo D8 (16). En 2026 y hasta la SE 28, se han confirmado 17 defunciones por complicaciones de sarampión, 13 de ellas sin antecedentes de vacunación y cuatro con aplicación de una dosis dentro de los 10 días previos del inicio del exantema. Las defunciones se distribuyen entre Zacatecas (n= 6), Jalisco (n= 3), Ciudad de México (n= 3), Michoacán (n= 1), Guerrero (n= 1), Durango (n= 1), Sinaloa (n= 1) y Tlaxcala (n= 1) (16).

En **Panamá**, entre la SE 20 y la SE 28 del 2026, se han confirmado seis casos de sarampión: un caso importado y cinco derivados de importación. El total de casos confirmados en el 2026 es de nueve casos. Los casos confirmados fueron notificados en las provincias de Panamá (n= 8 casos) y de Chiriquí (n= 1 caso). En tres de los casos se ha identificado el genotipo B3 (17).

En **Perú**, entre la SE 20 y la SE 29 del 2026, se han confirmado 916 casos de sarampión en ocho departamentos. Esto representa un aumento de más de 2.5 veces en un lapso de nueve semanas. En el 2026, el número total de casos confirmados es de 1277 casos. Los casos se concentran en el departamento de Puno (n= 1.061 casos), otros casos se detectaron en el departamento de Lima (n= 25 casos) (18). En cuanto a la distribución de los casos por grupos de edad el 30 % corresponde al grupo de 10 a 19 años (n= 380 casos), seguido del grupo de 20 a 29 años con el 36% (n= 465 casos) y el grupo de 5 a 9 años con el 13% (n= 161 casos). En cuanto a la tasa de incidencia, el grupo de 20 a 29 años reportó la más elevada con 8,88 casos por cada 100.000 habitantes, seguido del grupo de 0 a 4 años y 10 a 19 años, con tasas de 8,24 y 6,92 por cada 100.000 habitantes respectivamente (18). En cuanto al antecedente de vacunación contra el sarampión de los casos confirmados, el 54% (n= 690 casos) no contaba con antecedente de vacunación, el 3% (n= 38 casos) tenía una dosis de SRP y el 26% (n= 332 casos) contaba con dos o más dosis de SRP. Del total de los casos confirmados 143 requirieron hospitalización. De acuerdo con la genotipificación realizada en 11 muestras de los casos confirmados se han identificado los genotipos D8 y B3 (18).

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 contra el sarampión, 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 87,9% para la segunda dosis (19).

Orientaciones a los Estados Miembros

La presencia de brotes de gran magnitud y larga duración en varios países pone de relieve la fragilidad del logro de la eliminación del sarampión en la Región. Esta situación está marcada por el mayor riesgo de morbilidad y mortalidad en los menores de 5 años de edad y en especial los menores de un año, así como una importante transmisión en el grupo de adultos jóvenes,

grupo con elevada movilidad, y la especial vulnerabilidad de la población indígena, que marcan la dinámica e impacto epidemiológico de la enfermedad en la población.

Frente a esto es urgente alcanzar y sostener la inmunidad poblacional, a través del logro de coberturas $\geq 95\%$ con dos dosis de vacuna contra el sarampión, rubeola y parotiditis (SRP) de manera homogénea a nivel nacional; fortalecer la vigilancia epidemiológica para la detección oportuna de casos; y consolidar la capacidad de respuesta rápida y efectiva para evitar la presentación de largas cadenas de transmisión. Esta estrategia combinada permitirá evitar la reintroducción y transmisión endémica del virus en los países no endémicos de la Región de las Américas, así como recuperar el estatus de eliminación en los que se ha restablecido la transmisión endémica.

Tomando en cuenta la dinámica de transmisión regional, se han identificado tres escenarios epidemiológicos: áreas sin casos, áreas con transmisión limitada y cadenas de transmisión caracterizables, y áreas con transmisión comunitaria. En cada uno de estos escenarios se recomienda la aplicación progresiva de actividades de preparación y respuesta para brotes de sarampión, que han sido agrupadas en cinco pilares/componentes: coordinación, vigilancia, manejo clínico y prevención y control de infecciones, inmunización, y comunicación de riesgo y participación comunitaria. Toda esta información ha sido organizada en **la matriz de preparación y respuesta al sarampión** de la OPS, la cual puede ser consultada en el siguiente enlace: <https://iris.paho.org/items/6e7fdf61-bd6f-4f22-99ac-71c5e2a6d3fd> (27).

Asimismo, otra de las condiciones que puede facilitar la importación y diseminación del virus a nivel nacional, es la presencia de eventos masivos y los viajes internacionales.

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. En el contexto de la realización de 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**

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.

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 Reglamento Sanitario Internacional (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.
- **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 (28).

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 5 de agosto 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 29 de julio 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 4 de agosto del 2026 mediante correo electrónico. La Paz; 2026. Inédito.
5. Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Países Bajos (Reino de los). Comunicación recibida el 2 de agosto del 2026 mediante correo electrónico. Bilthoven; 2026. Inédito.
6. Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Brasil. Comunicación recibida el 28 de julio del 2026 mediante correo electrónico. Brasilia; 2026. Inédito.
7. Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Canadá. Comunicación recibida el 29 de julio del 2026 mediante correo electrónico. Ottawa; 2026. Inédito.
8. Government of Canada. Canada Public Health Agency. National case definition: Measles. Ottawa: PHAC; 2026 [consultado el 28 de julio del 2026]. Disponible en: <https://health-infobase.canada.ca/measles-rubella/#:~:text=While%20all%20confirmed,all%20provinces/territories>.
9. Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Chile. Comunicación recibida el 28 de julio del 2026 mediante correo electrónico. Santiago; 2026. Inédito.
10. Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Colombia. Comunicación recibida el 28 de julio del 2026 mediante correo electrónico. Bogotá; 2026. Inédito.
11. Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Costa Rica. Comunicación recibida el 30 de mayo del 2026 mediante correo electrónico. San José; 2026. Inédito.
12. Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de El Salvador. Información de correo electrónico del 1 de agosto del 2026. San Salvador; 2026. Inédito.
13. Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de los Estados Unidos de América. Comunicación recibida el 29 de julio del 2026 mediante correo electrónico. Washington, D.C.; 2026. Inédito.

14. Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Guatemala. Comunicación recibida el 1 de agosto del 2026 mediante correo electrónico. Ciudad de Guatemala; 2026. Inédito.
15. Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Honduras. Comunicación recibida el 30 de julio del 2026 mediante correo electrónico. Ciudad de Guatemala; 2026. Inédito.
16. Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de México. Comunicación recibida el 31 de julio del 2026 mediante correo electrónico. Ciudad de México; 2026. Inédito.
17. Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Panamá. Comunicación recibida el 29 de julio del 2026 mediante correo electrónico. Ciudad de Panamá; 2026. Inédito.
18. Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Paraguay. Comunicación recibida el 29 de julio del 2026 mediante correo electrónico. Asunción; 2026. Inédito.
19. Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Perú. Comunicación recibida el 29 de julio del 2026 mediante correo electrónico. Lima; 2026. Inédito.
20. 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.
21. 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. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/alerta-epidemiologica-sarampion-region-americas-29-mayo-2026>.
22. 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>.
23. 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; 2025. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/boletin-bisemanal-sarampion-rubeola-17-18-9-mayo-2026>.
24. 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 5 de agosto del 2026]. Disponible en: https://ais.paho.org/phip/viz/im_vaccinepreventablediseases.asp.
25. 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 3 de agosto del 2026]. Inédito.
26. Organización Mundial de la Salud. MeaNS2: Measles Virus Nucleotide Surveillance. Ginebra: OMS; 2026 [consultado el 24 de mayo del 2026]. Inédito.

27. Organización Panamericana de la Salud. Matriz de preparación y respuesta al sarampión: actividades clave por pilar y escenario epidemiológico. Washington, D.C.: OPS; 2026 [consultado el 5 de agosto del 2026]. Disponible en: <https://iris.paho.org/items/6e7fdf61-bd6f-4f22-99ac-71c5e2a6d3fd>.
28. 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>.