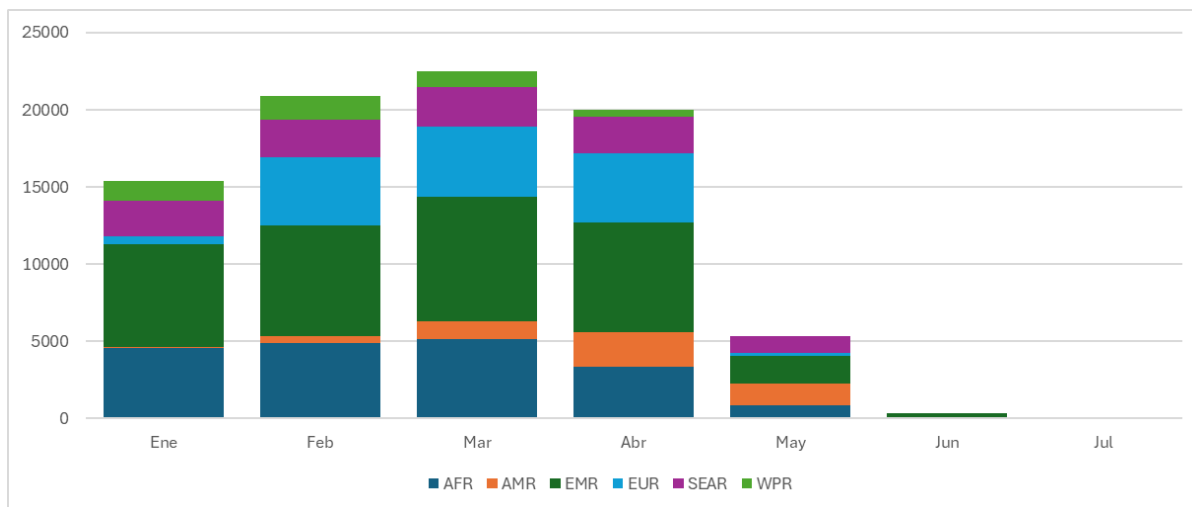


Resumen a nivel global

De acuerdo con los datos mensuales de vigilancia de sarampión y rubéola, publicados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2025, hasta el 6 junio del 2025 se notificaron 188.355 casos sospechosos de sarampión, en 168 Estados Miembros de las seis regiones de la OMS, de los cuales 88.853 (47,1%) fueron confirmados¹. El 35% de los casos se registra en la Región de la OMS del Mediterráneo Oriental (EMR), seguido por la Región de la OMS de África (AFR) con el 21 % de los casos y Región de la OMS de Europa (EURO) con el 16% de los casos (**Figura 1**) (1).

Figura 1. Distribución de casos de sarampión por mes y región de la OMS, 2025 (hasta la semana epidemiológica 24).



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

Fuente: Adaptado de datos publicados por la Organización Mundial de la Salud. Immunization data-Provisional measles and rubella data. Ginebra: OMS; 2025 [consultado el 27 de junio del 2025]. Disponible en: <https://immunizationdata.who.int/global?topic=Provisional-measles-and-rubella-data&location=>.

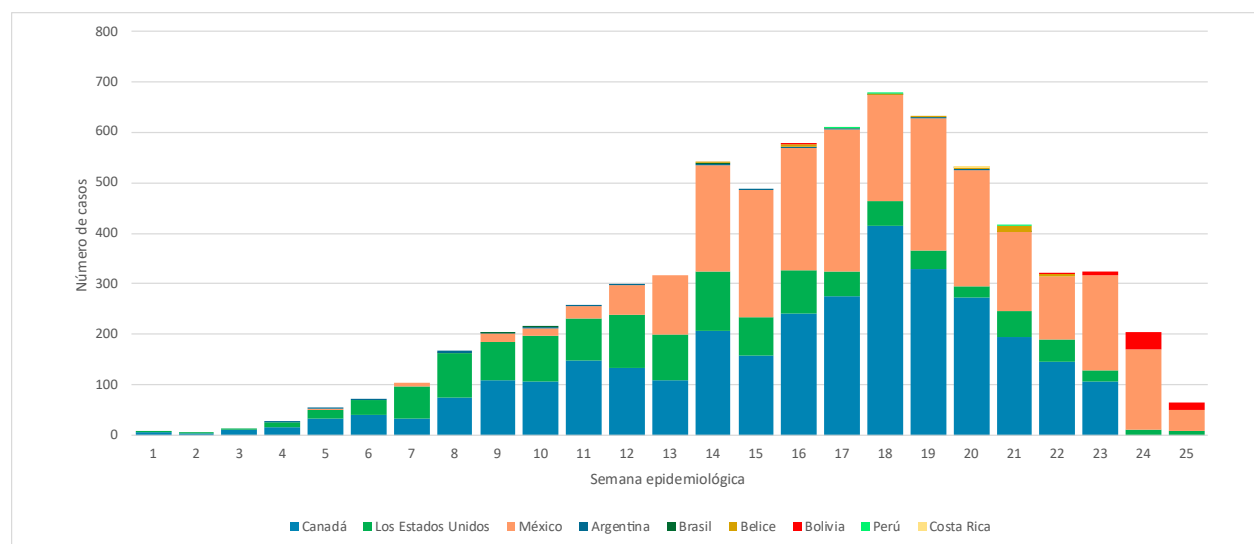
¹ Incluye casos confirmados por laboratorio, criterios clínicos o epidemiológicos.

Resumen de la situación en la Región de las Américas

En 2025, entre la semana epidemiológica (SE) 1 y la SE 24, en la Región de las Américas, 7.132 casos de sarampión han sido confirmados, incluyendo 13 defunciones, en Argentina (n= 34), Belice (n= 34), el Estado Plurinacional de Bolivia (n= 60), Brasil (n= 5), Canadá (n= 3.170, incluyendo una defunción)², Costa Rica (n= 1 caso), los Estados Unidos de América (n= 1.227, incluyendo tres defunciones), México (n= 2.597 casos, incluyendo nueve defunciones) y Perú (n= 4 casos) (**Figura 2**) (2-10). Este total representa un aumento de 29 veces en comparación con los 244 casos de sarampión notificados en el mismo periodo del 2024.

La distribución de los casos confirmados de sarampión en la Región de las Américas por semana epidemiológica muestra un incremento de casos a partir de la SE 3 del 2025, con el número máximo de casos registrado en la SE 18 relacionado a los brotes en comunidades renuentes a la vacunación asentadas en varios países de la región. De acuerdo con la información disponible en los casos confirmados, el grupo de edad con la mayor proporción de casos corresponde al de 10-19 años (22%), el grupo de 20-29 años (20%) y al grupo de 1-4 años (17%). No obstante, la tasa de incidencia es mayor en menores de 1 año de edad (2,9 casos por 100,000 habitantes), seguido del grupo de 1 a 4 años (2,3 casos por 100,000 hab.) y 5 a 9 años (1,4 casos por 100,000 habitantes). Con relación al antecedente de vacunación, el 56% de los casos no estaban vacunados y en 35% dicha información era desconocida o ausente (**Figura 3**) (11).

Figura 2. Casos confirmados* de sarampión por semana epidemiológica de inicio de exantema o de notificación y país en la Región de las Américas, 2025 (hasta la SE 25).

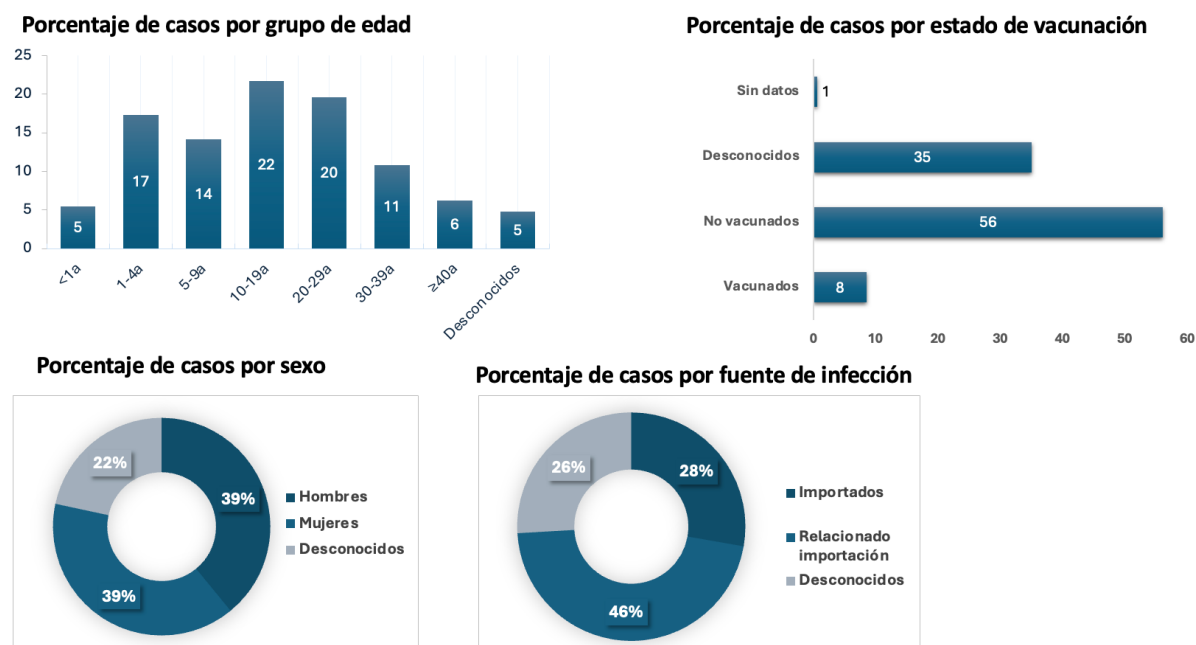


***Nota:** Incluye casos confirmados y probables para Canadá.

Fuente: Adaptado de datos aportados por los respectivos países (2-10).

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

Figura 3. Distribución porcentual de los casos confirmados de sarampión por grupo de edad, sexo, estado de vacunación y fuente de infección en la Región de las Américas hasta la SE 25 del 2025.



Fuente: Adaptado de Organización Panamericana de la Salud. Sistema Integrado de Información de Vigilancia (ISIS) para la poliomielitis, el sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita e informes de los países a CIM/OPS. Washington, D.C.: OPS; 2025 [consultado el 25 de junio del 2025]. Inédito.

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

A continuación, se presenta la actualización de la situación epidemiológica de sarampión en los países que han notificado casos confirmados en las Américas en 2025. Desde la última alerta epidemiológica de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) publicada el 2 de mayo del 2025, los países que han reportado casos confirmados en la Región de las Américas fueron Argentina, Belice, Bolivia, Brasil, Canadá, Costa Rica, los Estados Unidos, México y Perú (**Figura 4**) (2-10, 12).

En **Argentina**, entre la SE 1 y la SE 24 del 2025, se han confirmado 34 casos de sarampión, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) (n= 13), la provincia de Buenos Aires (n= 20) y San Luis (n= 1). Del total de casos confirmados seis son importados, 24 están relacionados con la importación y cuatro se mantienen en investigación para establecer el posible nexo con las cadenas de transmisión de los casos importados. (2, 13). En cuanto a los casos clasificados como importados, dos son procedentes de Rusia (Genotipo B3 DSID 9240), uno de Tailandia (Genotipo D8 DSID 5963 linaje Patán), uno de México (Genotipo D8 DSID 9171 linaje Ontario) y dos de Inglaterra (genotipo B3 DSID 6418 linaje Quetta). En cuanto a los casos relacionados a la importación, la investigación epidemiológica y/o la genotipificación del Laboratorio Nacional de Referencia (LNR), permitió identificar que 24 de los casos pertenecen a la misma cadena de transmisión de los casos importados de Rusia. Cuatro de los casos continúan en investigación para determinar su posible relación con las cadenas vinculadas a casos confirmados (2, 13).

Los casos de sarampión en Argentina se distribuyen en un rango de edad de 5 meses a 40 años, el 47% (n= 16) de los casos corresponden a niños menores de 5 años, el 21% (n= 7) a personas de entre 5 y 19 años y el 32% (n= 11) a adultos mayores de 20 años. En cuanto al antecedente de vacunación contra sarampión, en el 21% (n= 7) de los casos, no correspondía la vacunación por ser menores de un año. El 41% (n= 14) tenía un historial de vacunación desconocido o no contaba con ninguna dosis aplicada, el 12% (n= 4) tenían una dosis única de vacuna triple vira) y el 26% (n= 9) tenía dos dosis de SRP. El 6% (n= 2) de los casos requirieron hospitalización, debido a neumonía (2, 13).

En **Belice**, entre la SE1 y la SE 26 del 2025, se han confirmado 34 casos de sarampión. De estos, diez fueron confirmados mediante pruebas de laboratorio y 24 por vínculo epidemiológico. Los casos confirmados se han identificado en los Distritos de Cayo (n= 33) y Corozal (n= 1). Del total de casos confirmados, cuatro son importados y 30 están relacionados con la importación. Los casos importados tienen antecedentes de viaje a México entre enero y abril de 2025. Los casos se distribuyen en un rango de edad de 0 a 45 años, siendo el 20,6% (n= 7) menores de 5 años, el 58,8% (n= 20) entre 5 y 19 años y el 20,6% (n= 7) mayores de 20 años. En cuanto al antecedente de vacunación contra sarampión, el 100% (n= 34) no estaban vacunados o tenían un historial de vacunación desconocido al momento del diagnóstico. Un solo caso ha requerido hospitalización (3).

En **Bolivia**, entre la SE 1 y la SE 24 del 2025, se han confirmado 60 casos de sarampión, un relacionado con la importación y el resto con fuente de infección en estudio. El 95% (n= 57) de los casos notificados confirmados están en el departamento de Santa Cruz, distribuidos en 10 municipios. El restante 5% (n= 3) pertenece a dos departamentos: La Paz (n= 2) y Potosí (n= 1). El primer caso reportado en 2025 corresponde a un niño de 14 meses, con antecedente de viaje a Brasil. El segundo caso notificado el 2 de junio, corresponde a una mujer de 22 años, que participó en un evento masivo con asistentes nacionales e internacionales, que tuvo lugar en el municipio de Santa Cruz de la Sierra (4, 14).

Los casos se distribuyen en un rango de edad de 9 meses a 44 años, el 30,0% (n= 18) de los casos corresponden a niños de 5 a 9 años, el 28,3% (n= 17) a personas de entre 10 a 19 años, el 25,0 % (n= 15) a niños de entre 1 a 4 años, el 3,3 % (n= 2) a mayores de 40 años y 3,3% (n= 2) a menores de 1 año. El 37% (n= 22) son personas de sexo femenino y el 63% (n= 38) del masculino. En cuanto al antecedente de vacunación contra sarampión, el 80% de los casos (n= 48) no estaban vacunados o tenían un historial de vacunación desconocido, incluyendo 26 casos que corresponden a personas de comunidades con bajos niveles de cobertura que interactúan entre sí; el 7% (n= 4) tenían una dosis de vacuna contra el sarampión; el 7% (n= 4) tenían dos dosis de vacuna contra el sarampión; y el 7% (n= 4) tenían tres dosis de vacuna contra el sarampión. Ninguno de los casos requirió hospitalización (4, 14).

En **Brasil**, entre la SE 1 y la SE 22 del 2025, se confirmaron cinco casos de sarampión en el Distrito Federal (n= 1 caso), Río de Janeiro (n= 2 casos), São Paulo (n= 1 caso) y Rio Grande do Sul (n= 1 caso) (5). Los casos de Río de Janeiro corresponden a dos lactantes menores de 8 meses, no vacunados. Se identificó el genotipo B3, con un 99,8% de identidad genómica con la cepa MVs/Quetta.PAK/44.20, correspondiente al linaje MVs/São João de Meriti.BRA/9.25 (caso 1) y MVs/São João de Meriti.BRA/10.25 (caso 2). Los casos del Distrito Federal y de Rio Grande do Sul fueron clasificados como importados. Ambos corresponden a mujeres adultas con antecedentes de viaje internacional. El caso del Distrito Federal corresponde a una mujer de 35 años con cinco dosis de vacuna contra el sarampión y antecedentes de viaje a Estados Unidos, Singapur, las Filipinas y Australia antes de la

aparición de los síntomas. Se identificó el genotipo D8, con un 100% de identidad genómica con cepas detectadas en el Pacífico Occidental (Filipinas) y Asia Sudoriental (Indonesia), y un 99,8% de similitud genómica con la cepa MVs/Pasaman Barat.IDN/13.22. El caso de Rio Grande do Sul corresponde a una mujer de 50 años con antecedente de viaje a Estados Unidos, de quien se identificó el genotipo B3, con un 100% de identidad genómica con el linaje MVs/New South Wales.AUS/10.24 y con otras 180 secuencias detectadas en las Américas (Canadá, los Estados Unidos y México), Europa (Austria, Belarús, Francia, Alemania, Italia, España, Suecia, Suiza y el Reino Unido), el Sudeste Asiático (Tailandia) y el Pacífico Occidental (Australia, Camboya, China, Japón, Malasia, Mongolia, Nueva Zelanda, la República de Corea, Singapur y Viet Nam) (5). El caso reportado São Paulo corresponde a un hombre de 31 años, sin antecedentes de viaje internacional y vacunado con tres dosis contra el sarampión. La fuente de infección para este caso permanece desconocida (5).

En **Canadá**, entre la semana epidemiológica SE 1 y la SE 23 del 2025, se notificaron 3.170 casos de sarampión (2.885 confirmados y 285 probables), incluyendo un fallecido, en nueve provincias y territorios: Alberta (n= 843), British Columbia (n= 12), Manitoba (n= 106), Northwest Territories (n= 1), New Scotia (n= 1), Ontario (n= 2.118, incluyendo un fallecido), Prince Edward Island (n= 2), Québec (n= 36) y Saskatchewan (n= 51). Los casos de sarampión notificados hasta la fecha en 2025 superan ampliamente los 177 casos confirmados y probables detectados en 2024 y constituyen el mayor número anual de casos desde que se logró la eliminación en 1998 (6, 16). Se ha reportado una defunción, correspondiente a un lactante con sarampión congénito, nacido prematuramente y con otras complicaciones médicas graves no relacionadas con el virus (15).

Del total de casos reportados en 2025, el 93% (n= 2.935) se expusieron en Canadá, el 1% (n= 45) fueron casos importados y el 6% (n= 190) tienen una fuente de exposición desconocida o en investigación. El 46% de los casos tenía entre 5 y 17 años, seguido por el 28% que eran mayores de 18 años y el 19% que eran niños entre 1 y 4 años. En cuanto al historial de vacunación, el 85% no estaban vacunados, el 2% había recibido una dosis de vacuna contra el sarampión y el 5% había recibido dos o más dosis. Por grupo de edad, el porcentaje de casos que recibió una o más dosis de vacuna contra el sarampión fue del 2% en niños de 1 a 4 años, del 3% en casos de 5 a 17 años y del 21% en adultos de 18 años o más. El 8% de los casos fueron hospitalizados (n= 243). Entre los casos confirmados con información de genotipificación disponible, se identificó el genotipo D8 en 687 casos y el genotipo B3 en 29 casos (6, 16).

La mayoría de los casos notificados en 2025 están relacionados con un brote multijurisdiccional que afecta a personas no vacunadas en comunidades con bajos niveles de cobertura que interactúan entre sí. El brote comenzó a finales de 2024. Entre el 27 de octubre de 2024 y el 7 de junio del 2025, se han notificado 2.248 casos en diez provincias y territorios asociados a este brote (Alberta, British Columbia, Manitoba, New Brunswick, Northwest Territories, New Scotia, Ontario, Prince Edward Island, Québec y Saskatchewan). El brote se originó a partir de un caso importado que asistió a un evento en New Brunswick en octubre del 2024, al cual asistieron personas de múltiples provincias. La mayoría de los casos relacionados con este brote no estaban vacunados (84%) o tenían un estado vacunal desconocido (12%) (6, 16).

En **Costa Rica**, entre la SE 1 y la SE 24 del 2025, se ha confirmado un caso importado de sarampión en la provincia de Guanacaste. Se trata de una mujer de 18 años que ingresó al país el 3 de mayo del 2025 proveniente de Canadá. El caso no tenía antecedente de

vacunación. La paciente inició síntomas el 11 de mayo con fiebre y malestar general, presentando exantema el 12 de mayo. Fue hospitalizada el 13 de mayo como medida de precaución, sin que desarrollara complicaciones asociadas a la enfermedad. El caso fue confirmado por RT-PCR el 15 de mayo por el Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA). No se han registrado casos secundarios, ni defunciones (7).

En los **Estados Unidos**, entre la SE 1 y la SE 25 del 2025, se han notificado 1.227 casos de sarampión, incluyendo tres fallecidos, en 37 jurisdicciones: Alaska, Arkansas, Arizona, California, Colorado, Florida, Georgia, Hawaii, Illinois, Indiana, Iowa, Kansas, Kentucky, Louisiana, Maryland, Michigan, Minnesota, Missouri, Montana, Nebraska, New Jersey, New Mexico (incluyendo un fallecido), New York City, New York State, North Dakota, Ohio, Oklahoma, Oregon, Pennsylvania, Rhode Island, South Dakota, Tennessee, Texas (incluyendo dos fallecidos), Utah, Vermont, Virginia y Washington (8, 17).

Del total de casos, el 89% (n= 1.088) están asociados a brotes (definidos como tres o más casos), con 23 brotes identificados este año. Un brote en los estados de Texas, New Mexico y Oklahoma representa el 69% de los casos reportados. Según grupos de edad, el 29% (n= 355) de los casos corresponden a niños menores de 5 años, el 37% (n= 455) a personas entre 5 y 19 años, el 33% (n= 404) a adultos mayores de 20 años y el 1% (n= 13) a personas de edad desconocida. En cuanto a la vacunación, el 95% de los casos no estaban vacunados o tenían antecedentes de vacunación desconocidos, el 2% tenía una dosis de la vacuna contra el sarampión y el 3% tenía dos dosis. Entre los casos vacunados confirmados, el 17% son menores de 5 años, el 13% personas entre 5 y 19 años, el 68% adultos mayores de 20 años y el 2% de edad desconocida (8, 17).

El 12% (n= 148) de los casos requirieron hospitalización, principalmente niños menores de 5 años con un 20% (n= 72). La cobertura de vacunación con triple viral en niños ha disminuido en los últimos años, pasando del 95,2% en 2019-2020 al 92,7% en 2023-2024 (8, 17).

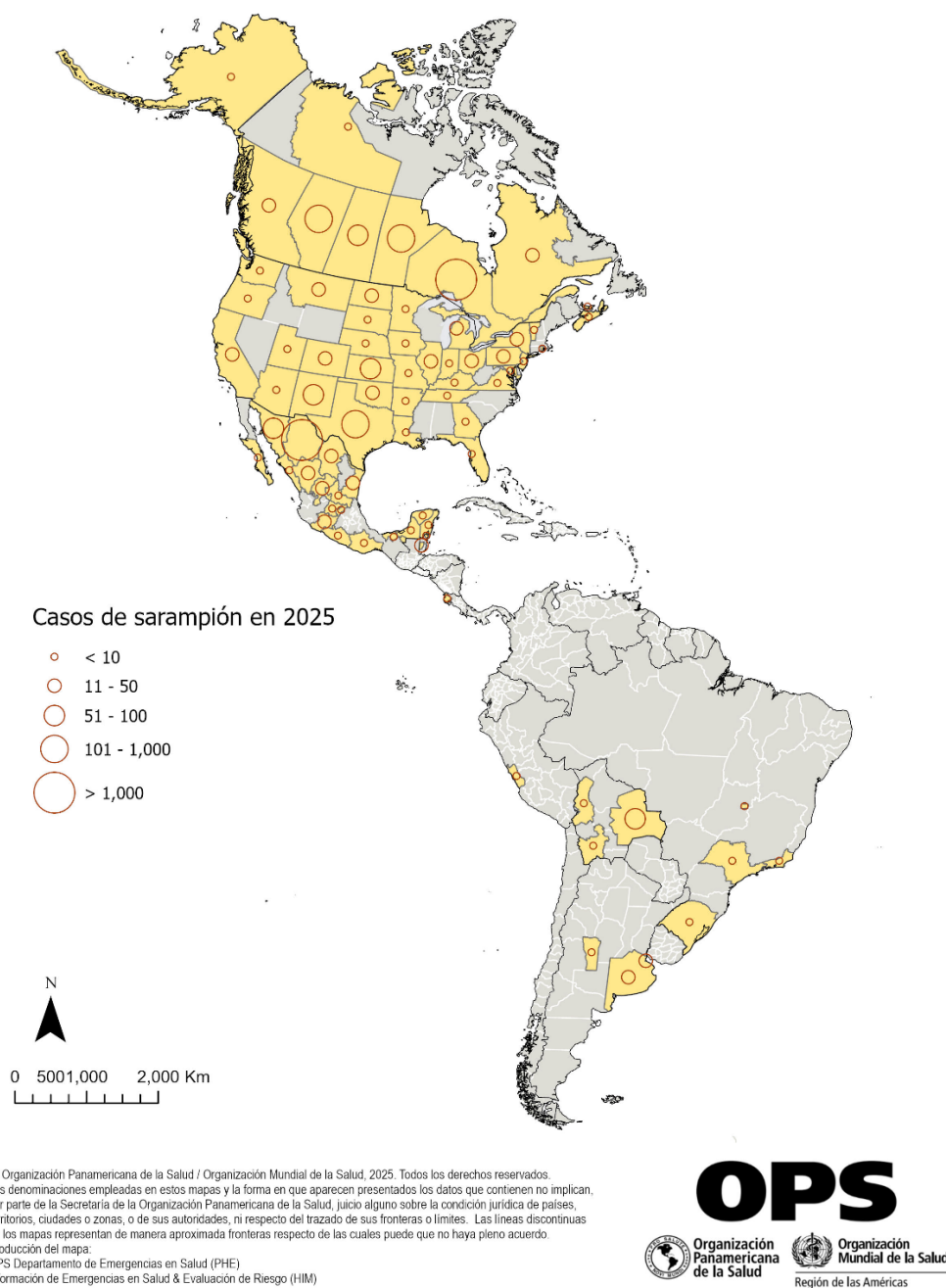
En **México**, entre la SE 1 y la SE 24 del 2025, se han confirmado 2.597 casos de sarampión, incluyendo nueve fallecidos. Los casos fueron reportados en Campeche (n= 6), Chihuahua (n= 2.417, incluyendo ocho fallecidos), Coahuila (n= 13), Durango (n= 15), Guanajuato (n= 2), Guerrero (n= 5), Michoacán (n= 13), Oaxaca (n= 4), Querétaro (n= 1), Quintana Roo (n= 1), San Luis Potosí (n= 1), Sinaloa (n= 2), Sonora (n= 78, incluyendo un fallecido), Tabasco (n= 1), Tamaulipas (n= 12), Yucatán (n= 1) y Zacatecas (n= 20) (9).

De los casos confirmados, el 52,5% son mujeres (n= 1.364) y el 47,5% hombres (n= 1.233). El grupo de edad más afectado fue el de 25 a 29 años con un 14,9% (n= 368), seguido del grupo de 30 a 34 años con un 12,3% (n= 320). En cuanto al antecedente de vacunación, el 92,4% (n= 2.396) no contaba con vacunación, el 3,8% (n= 101) tenía una dosis de SRP y el 3,8% (n= 100) contaba con dos o más dosis de SRP documentadas en la cartilla nacional de vacunación. Entre los casos confirmados con información de genotipificación disponible, se identificaron genotipos B3 y D8 (9).

En **Perú**, entre la SE 19 y la SE 24 del 2025, se confirmaron cuatro casos de sarampión en la provincia de Lima. Dos casos importados y dos relacionados con la importación. Los dos primeros casos corresponden a dos niños de 8 y 11 años, residentes en el distrito de Ate, sin antecedente vacunal contra el sarampión y con antecedente de viaje y estadía en los Estados Unidos donde mantuvieron contacto directo con un caso confirmado de

sarampión. Los dos casos relacionados a la importación corresponden a dos adultos de 23 y 34 años, personal de salud que brindaron atención directa al caso índice, el primero con antecedente de dos dosis de vacuna contra el sarampión y el segundo caso sin evidencia de antecedente de vacunación (10).

Figura 4. Distribución geográfica de los casos confirmados de sarampión a nivel subnacional (en amarillo) en la Región de las Américas, 2025 (hasta la SE 25)



Fuente: Adaptado de datos aportados por los respectivos países (2-10).

Orientaciones a los Estados Miembros

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

Tomando en cuenta los factores de riesgo antes mencionados, y el contexto regional actual a continuación se ofrecen recomendaciones relacionadas a vacunación, vigilancia y respuesta rápida (18, 19):

Vacunación

a. Países con brotes activos:

- En países con transmisión comunitaria, con largas cadenas de transmisión, amplia dispersión geográfica y dificultad para identificar la fuente de infección, implementar actividades de vacunación masiva indiscriminada (una dosis adicional de vacuna SRP o SR) a los grupos afectados.
- En países con brotes con pequeñas cadenas de transmisión, número limitado de casos en zonas geográficas claramente identificadas y fuentes de transmisión conocida:
 - I. Implementar estrategias selectivas de vacunación comenzando por el bloqueo de vacunación en las primeras 48 a 72 horas desde la notificación de un caso sospechoso o confirmado, en un área de 25 manzanas alrededor de la vivienda de cada caso (área de 5 por 5 manzanas). Se debe implementar además la vacunación de bloqueo siguiendo la ruta de desplazamiento del caso, considerando lugares frecuentemente visitados, centro de estudios o lugar de trabajo durante el periodo de transmisibilidad.
 - II. Implementar el barrido documentado si la intervención es posterior a las primeras 72 horas desde la notificación del caso (sea sospechoso o confirmado) o si el bloqueo fue inefectivo. El barrido se debe implementar en un área más amplia que la del bloqueo de vacunación, idealmente en un área de 5 manzanas a la redonda de la manzana de residencia del caso (121 manzanas en zona urbana) y en aquellos lugares donde se considere que hay o podría haber riesgo incrementado de presentación de nuevos casos.
 - III. En caso se presente transmisión comunitaria con largas cadenas de transmisión o una mayor parte de casos confirmados sin fuente de infección conocida y/o diseminación a otras áreas geográficas, se debe pasar de estrategias selectivas de vacunación a estrategias masivas, incluyendo el uso de una dosis adicional de vacuna, independientemente del antecedente de vacunación, en aquellos grupos de edad y poblaciones más afectados.
 - IV. Realizar el monitoreo rápido de vacunación en las áreas intervenidas a fin de determinar zonas que requieran intervenciones de vacunación adicionales.

b. Todos los países:

- **Vacunar a todos los contactos cercanos** de casos confirmados y casos sospechosos, hasta los 39 años de edad (o conforme el análisis epidemiológico local), con una dosis adicional de vacuna sarampión-rubéola (SR) o SRP, según corresponda, en las primeras 72 horas. Esto debe incluir las zonas de desplazamiento de los casos confirmados durante el periodo de transmisibilidad de la enfermedad.
- **Mantener una reserva de vacuna** SR y/o SRP, y jeringas/insumos para acciones de prevención y control ante casos importados.
- **Implementar actividades de intensificación de la vacunación** basadas en los resultados del análisis de riesgo de sarampión y rubéola, con el objetivo de cerrar las brechas de cobertura, priorizando los municipios con mayor riesgo.
- **Fortalecer la microplanificación de los servicios de vacunación de rutina** para alcanzar coberturas de vacunación de al menos el 95% con dos dosis de la vacuna. La OPS ha desarrollado directrices que pueden ser de gran utilidad para esta labor.
- **Ofrecer vacunación a los viajeros** mediante brigadas médicas o puestos de vacunación fijos, asegurando su acceso en puntos estratégicos. Implementar dosis cero en niños de 6 a 11 meses de edad que se dirijan a zonas con transmisión activa de la enfermedad.
- **Aumentar los esfuerzos para alcanzar coberturas de vacunación en poblaciones reticentes**, incluyendo actividades de sensibilización dirigidas a autoridades locales, líderes comunitarios y religiosos, así como a otros actores sociales y sectores gubernamentales clave, como el sector educativo. Además, llevar a cabo actividades complementarias de vacunación en las comunidades de acogida o áreas circundantes a las poblaciones reticentes para cerrar las brechas de inmunidad y fortalecer la protección comunitaria.

Vigilancia

a. Países con brotes activos:

- Activar los equipos de respuesta rápida que estén capacitados, incorporando todos los sectores relevantes.
- Implementar la sala de situación para el análisis de los datos y toma de decisiones. Esto debe incluir el análisis detallado de los casos, incluyendo su ruta de desplazamiento y el análisis de las actividades de vacunación implementadas.
- En zonas con transmisión comunitaria, se recomienda utilizar una definición de caso más específica y documentar el cambio de definición.
- Asimismo, en caso de no poder confirmar los casos sospechosos por laboratorio, utilizar las clasificaciones de caso confirmado por criterios clínicos (presencia de fiebre, exantema, tos, coriza y conjuntivitis) y nexo epidemiológico, para no demorar la implementación de las acciones de respuesta.

b. Todos los países:

- **Fortalecer la vigilancia epidemiológica** en las zonas consideradas de alto riesgo, áreas fronterizas y con silencio epidemiológico, mediante la implementación de búsquedas activas tanto en los servicios de salud como en la comunidad.
- **Adoptar y adaptar las orientaciones recientes de la OPS** sobre la búsqueda activa de casos al aplicar esta estrategia de vigilancia, siguiendo las recomendaciones de la Comisión Regional para sarampión, rubeola y síndrome de rubeola congénita emitidas en su reunión del 2024, disponible en español en: <https://www.paho.org/es/documentos/orientaciones-para-busqueda-activa-casos-paralisis-flacida-aguda-sarampion-rubeola> (20).
- **Obtener muestras de suero, hisopado nasofaríngeo y orina** (21) en todos los casos sospechosos de sarampión o rubeola, para realizar el análisis correspondiente tanto para la confirmación por laboratorio a través de pruebas serológicas y moleculares de RT-PCR en tiempo real como para la secuenciación genómica con el fin de documentar el genotipo asociado con la infección.
- **Clasificar los casos sospechosos** con resultado IgM positivo considerando los criterios clínicos, epidemiológicos y de laboratorio, con participación de los delegados de vigilancia, laboratorio e inmunizaciones, además de la comisión nacional de sostenibilidad de la eliminación del sarampión y la rubéola.

Respuesta rápida

- **Revisar y -de ser necesario- ajustar los planes operativos de preparación y de respuesta rápida**, fortaleciendo la capacidad de los sistemas de salud principalmente en las áreas de riesgo mencionadas en el apartado **Vacunación**.
- **Iniciar una respuesta oportuna ante casos importados de sarampión o rubéola**, lo que incluye la activación de los equipos de respuesta rápida capacitados y la implementación de los protocolos nacionales de respuesta rápida (22, 23).
- **Establecer un manejo intrahospitalario adecuado para los casos** para evitar la transmisión nosocomial, particularmente durante brote. Esto implica mantener un flujo adecuado de referencia de pacientes en salas de aislamiento (en cualquier nivel de atención), evitando el contacto con otros pacientes en salas comunes como salas de espera y de hospitalización.
- **Capacitar al personal de salud**, con énfasis en los equipos de respuesta rápida, en la respuesta a brotes. La OPS cuenta con cursos en línea de autoaprendizaje para este fin disponibles (en español) en: 1) Respuesta rápida a brotes de sarampión y rubéola en las Américas <https://campus.paho.org/es/curso/brotes-sarampion-rubeola> (22); 2) Brote de sarampión en la era de posteliminación: Estudio de caso. <https://campus.paho.org/es/curso/BroteSarampionPostEliminacion> (23).
- **Activar las medidas administrativas** que faciliten el direccionamiento de recursos y trabajo articulado con los diferentes sectores relacionados (educación, turismo, transporte, trabajo, entre otros) para implementar las medidas de respuesta rápida a los brotes de sarampión.

Eventos masivos y viajeros internacionales

Las últimas recomendaciones sobre eventos masivos y viajeros internacionales en la Región de las Américas se encuentran disponibles en la alerta epidemiológica de la OPS/OMS sobre sarampión publicada el 28 de febrero del 2025, disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/alerta-epidemiologica-sarampion-region-americas-28-febrero-2025> (24).

Canales para la difusión de las orientaciones

La OPS/OMS recomienda a las autoridades nacionales que consideren la difusión de las orientaciones de este documento mediante:

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

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Immunization data- Provisional measles and rubella data. Ginebra: OMS; 2025 [consultado el 27 de junio del 2025]. Disponible en: <https://immunizationdata.who.int/global?topic=Provisional-measles-and-rubella-data&location=>.
2. Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Argentina. Comunicación recibida el 19 de junio del 2025 mediante correo electrónico. Buenos Aires; 2025. Inédito.
3. Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Belice. Comunicación recibida el 30 de junio del 2025 mediante correo electrónico. Belmopán; 2025. Inédito.
4. Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) del Estado Plurinacional de Bolivia. Comunicación recibida el 25 de junio del 2025 mediante correo electrónico. La Paz; 2025. Inédito.
5. Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Brasil. Comunicación recibida el 18 de junio del 2025 mediante correo electrónico. Brasilia; 2025. Inédito.
6. Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Canadá. Comunicación recibida el 19 de junio del 2025 mediante correo electrónico. Ottawa; 2025. Inédito.
7. Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Costa Rica. Comunicación recibida el 15 de mayo del 2025 mediante correo electrónico. San José; 2025. Inédito.
8. Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Estados Unidos. Comunicación recibida el 25 de junio del 2025 mediante correo electrónico. Washington, D.C.; 2025. Inédito.
9. Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de México. Comunicación recibida el 23 de abril del 2025 mediante correo electrónico. Ciudad de México; 2025. Inédito.
10. Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Perú. Comunicación recibida el 18 de junio del 2025 mediante correo electrónico. Lima; 2025. Inédito.
11. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Sistema Integrado de Información de Vigilancia (ISIS) para la poliomielitis, el sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2024 [consultado el 25 de junio del 2025]. Inédito.
12. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Actualización Epidemiológica: Sarampión en la Región de las Américas, 2 de mayo del 2025. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2025. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-sarampion-region-americas-2-mayo-2025>.

13. Ministerio de Salud de la República Argentina. Boletín epidemiológico Nacional No.759 SE 22, 9 de junio de 2025. Buenos Aires: MinSal; 2025. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2025/01/ben_759_se_22_9625.pdf.
14. Ministerio de Salud y Deportes Bolivia. Salud confirma 20 casos de sarampión en santa cruz y refuerza acciones para evitar la propagación de la enfermedad. La Paz: MINSALUD; 2025. Disponible en: <https://www.minsalud.gob.bo/8686-salud-confirma-20-casos-de-sarampion-en-santa-cruz-y-refuerza-acciones-para-evitar-la-propagacion-de-la-enfermedad>.
15. Ontario Public Health Agency. Statement from the Chief Medical Officer of Health. June 5, 2025. Toronto: OPHA; 2025. Disponible en: <https://news.ontario.ca/en/statement/1006004/statement-from-the-chief-medical-officer-of-health>.
16. Canada Public Health Agency. Measles and Rubella Weekly Monitoring Reports – 2025. Ottawa: PHAC; 2025. Disponible en: <https://health-infobase.canada.ca/measles-rubella/>.
17. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos. Casos y brotes de sarampión. Atlanta: CDC; 2025 [consultado el 25 de junio del 2025]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/measles/es/data-research/index.html>.
18. 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>.
19. Organización Panamericana de la Salud. Marco regional para el monitoreo y la verificación de la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en la Región de las Américas. Edición revisada. Washington, D.C.: OPS; 2022. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/56856>.
20. Organización Panamericana de la Salud. Orientaciones para la búsqueda activa de casos de parálisis flácida aguda, sarampión y rubéola. Washington, D.C.: OPS; 2024 <https://www.paho.org/es/documentos/orientaciones-para-busqueda-activa-casos-paralisis-flacida-aguda-sarampion-rubeola>.
21. 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>.
22. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Respuesta rápida a brotes de sarampión y rubéola en las Américas. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2024. Disponible en: <https://campus.paho.org/es/curso/brotes-sarampion-rubeola>.
23. Organización Panamericana de la Salud. Brote de sarampión en la era de posteliminación: Estudio de caso. Washington, D.C.: OPS; 2022. Disponible en: <https://campus.paho.org/es/curso/BroteSarampionPostEliminacion>.
24. 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>.