

Sarampión en las Américas: Estado de Situación y Desafíos

Dr. Daniel Salas Peraza
Gerente Ejecutivo
Programa Especial de Inmunización Integral

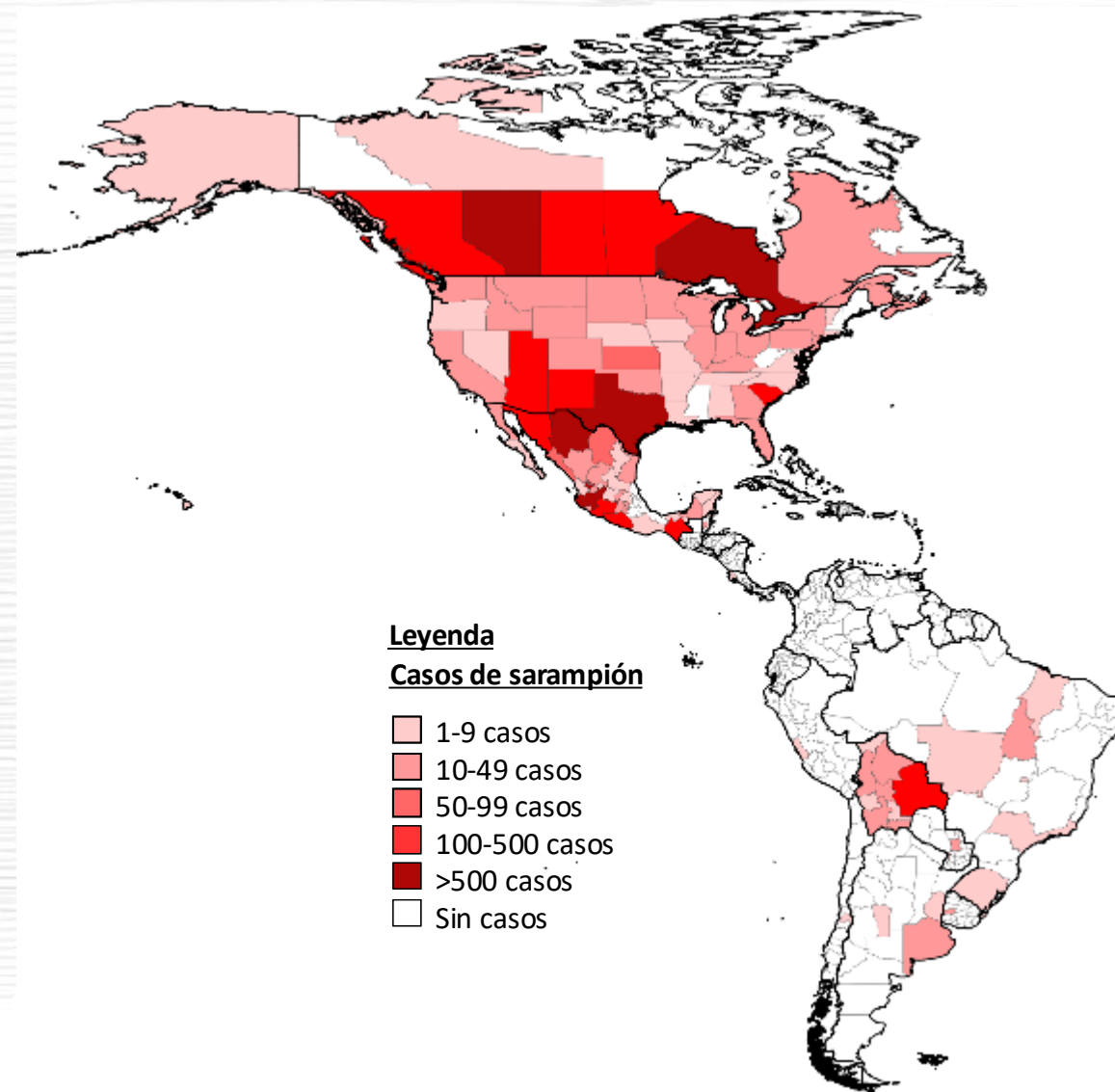
Contenido

1. Actualización regional del sarampión
2. Nudos críticos en la respuesta a brotes



Distribución de los casos confirmados de sarampión por país, 2025 -2026*.

País	Nº de casos SE 53-2025	Nº de casos SE 13-2026	Ultima fecha de exantema**
Argentina	36	1	8 Feb 2026
Belice	44	-	2 Nov 2025
Bolivia	598	51	3 Mar 2026
Brasil	38	2	21 Mar 2026
Canada	5 460	733	28 Mar 2026
Chile	1	1	28 Jan 2026
Colombia	1	4	23 Feb 2026
Costa Rica	1	3	4 Mar 2026
El Salvador	1	11	08 Abr 2026
Estados Unidos	2 281	1 664	SE 12-2026
Guatemala	7	3 687	SE 12-2026
México	6 233	8 315	27 Mar 2026
Paraguay	49	-	25 Set 2025
Perú	5	29	08 Abr 2026
Uruguay	12	2	21 Ene 2026
TOTAL	14 767	14 503	--



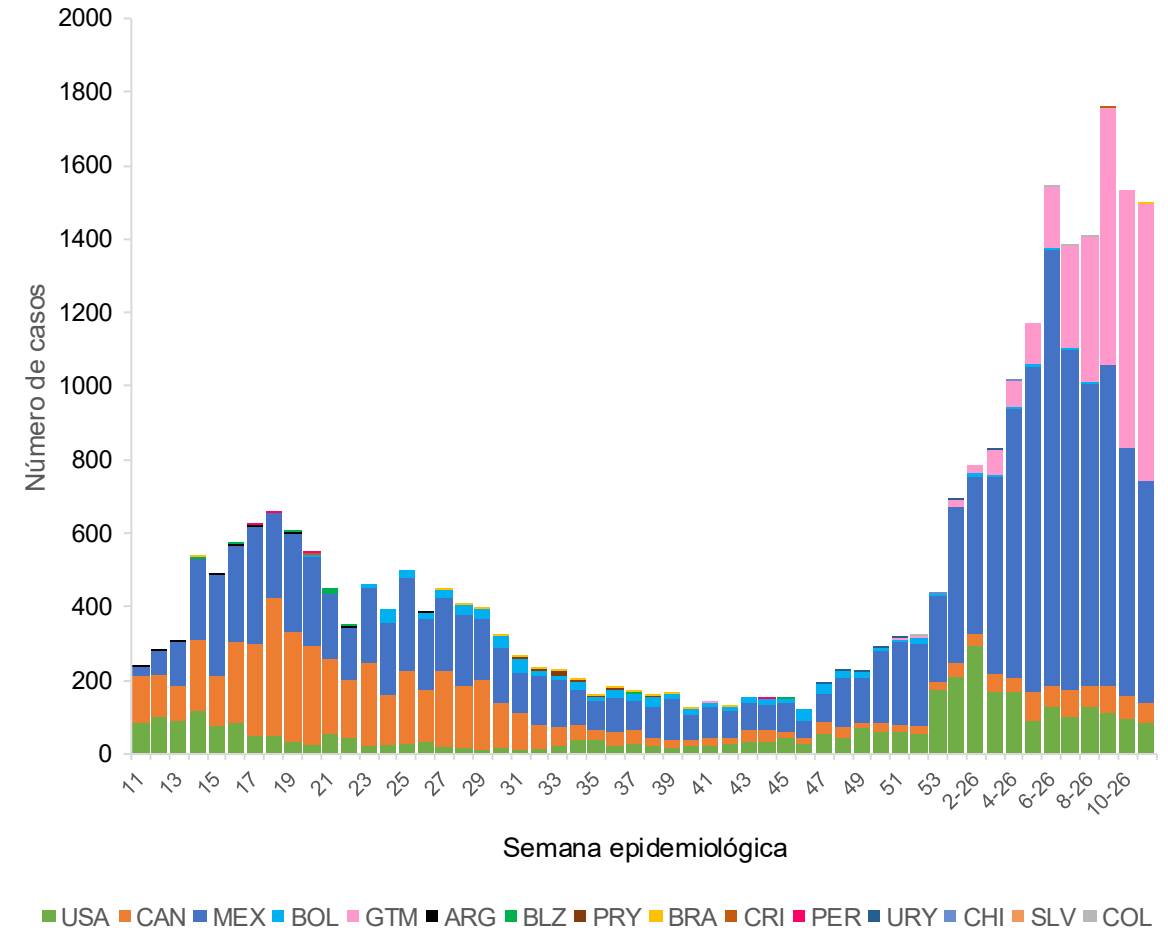
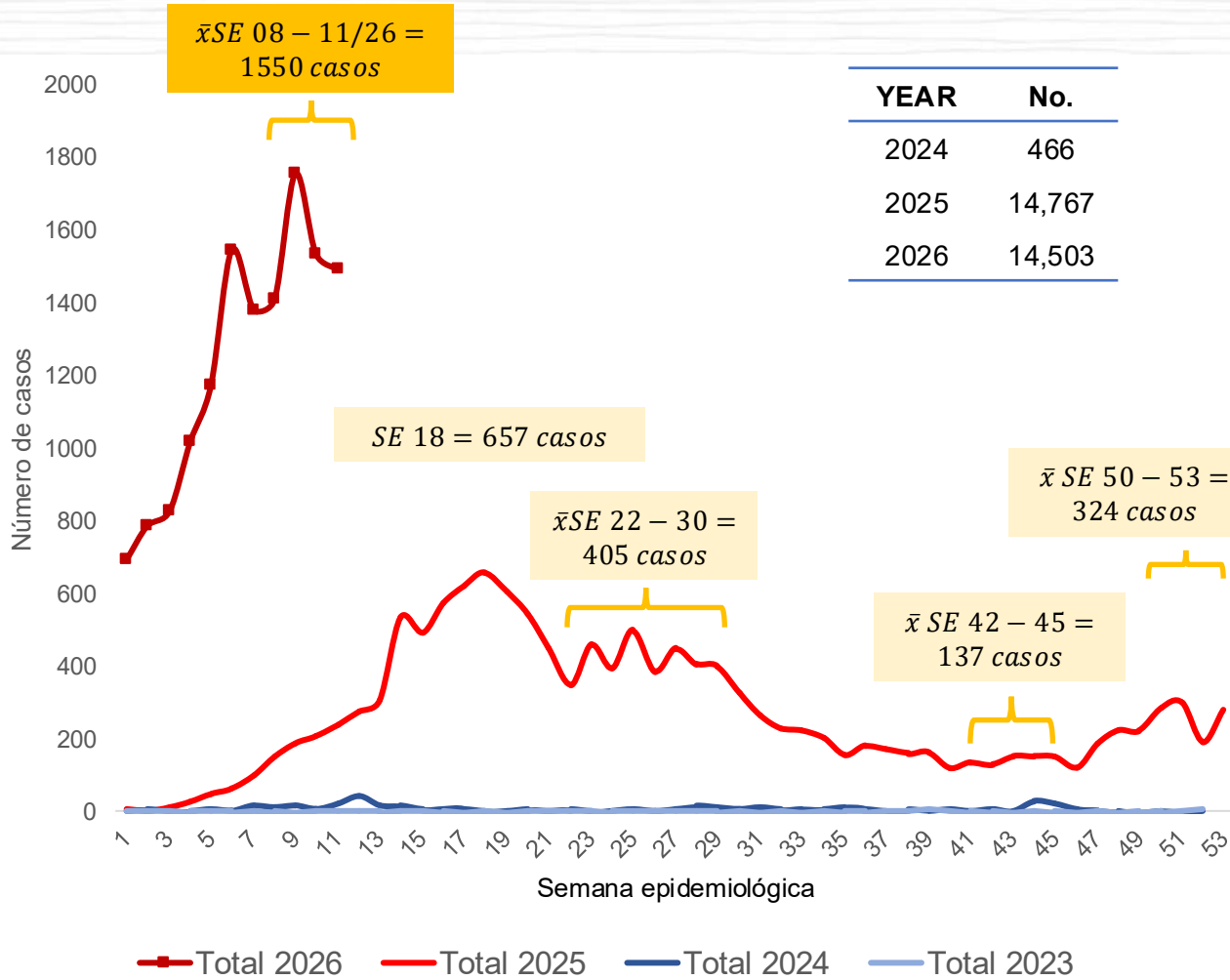
Legenda

Casos de sarampión

- 1-9 casos
- 10-49 casos
- 50-99 casos
- 100-500 casos
- >500 casos
- Sin casos

Se han registrado 43 fallecidos entre casos no vacunados en México (36), Estados Unidos (3) y Canadá (2).

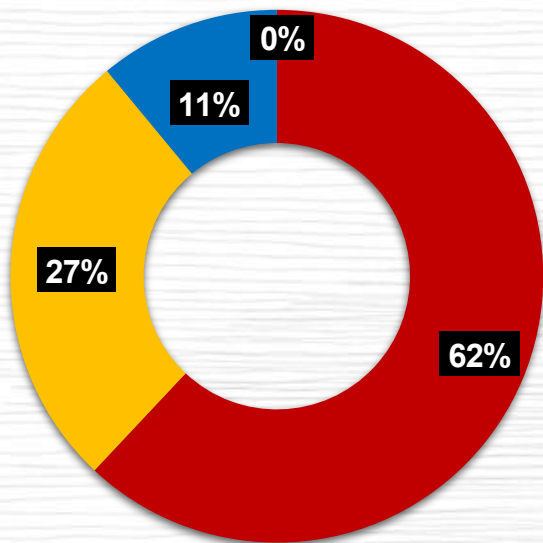
Número de casos confirmados de sarampión por semana epidemiológica y países. Región de las Américas, 2023-2026*.



Características de los brotes de sarampión en las Américas, 2026* (N=14,465)

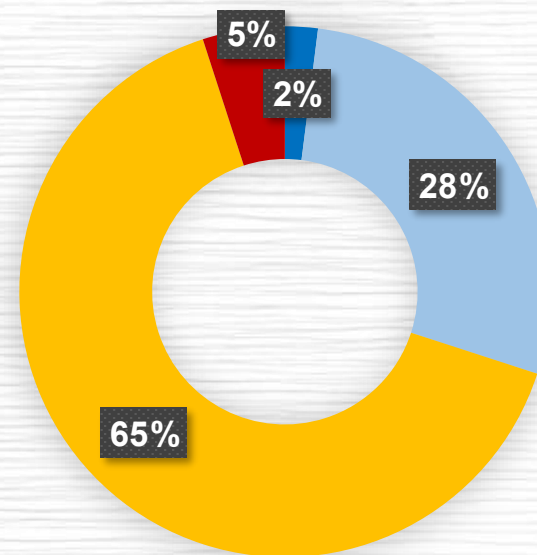
Estado de vacunación

- No vacunado
- Desconoc.
- Vacunado
- S/D



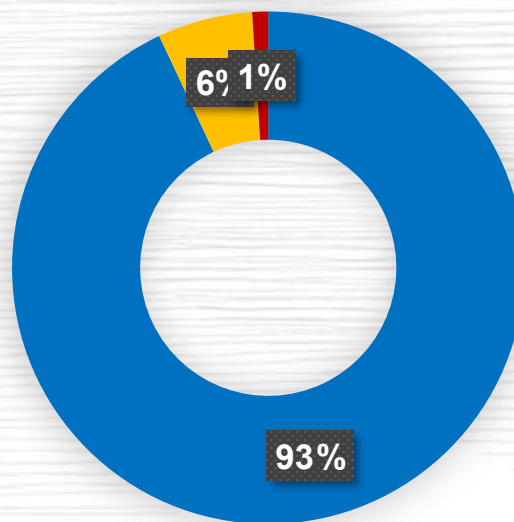
Fuente de infección

- Importado
- Rel-Import
- Desconoc.
- Endemico



Clasificación final

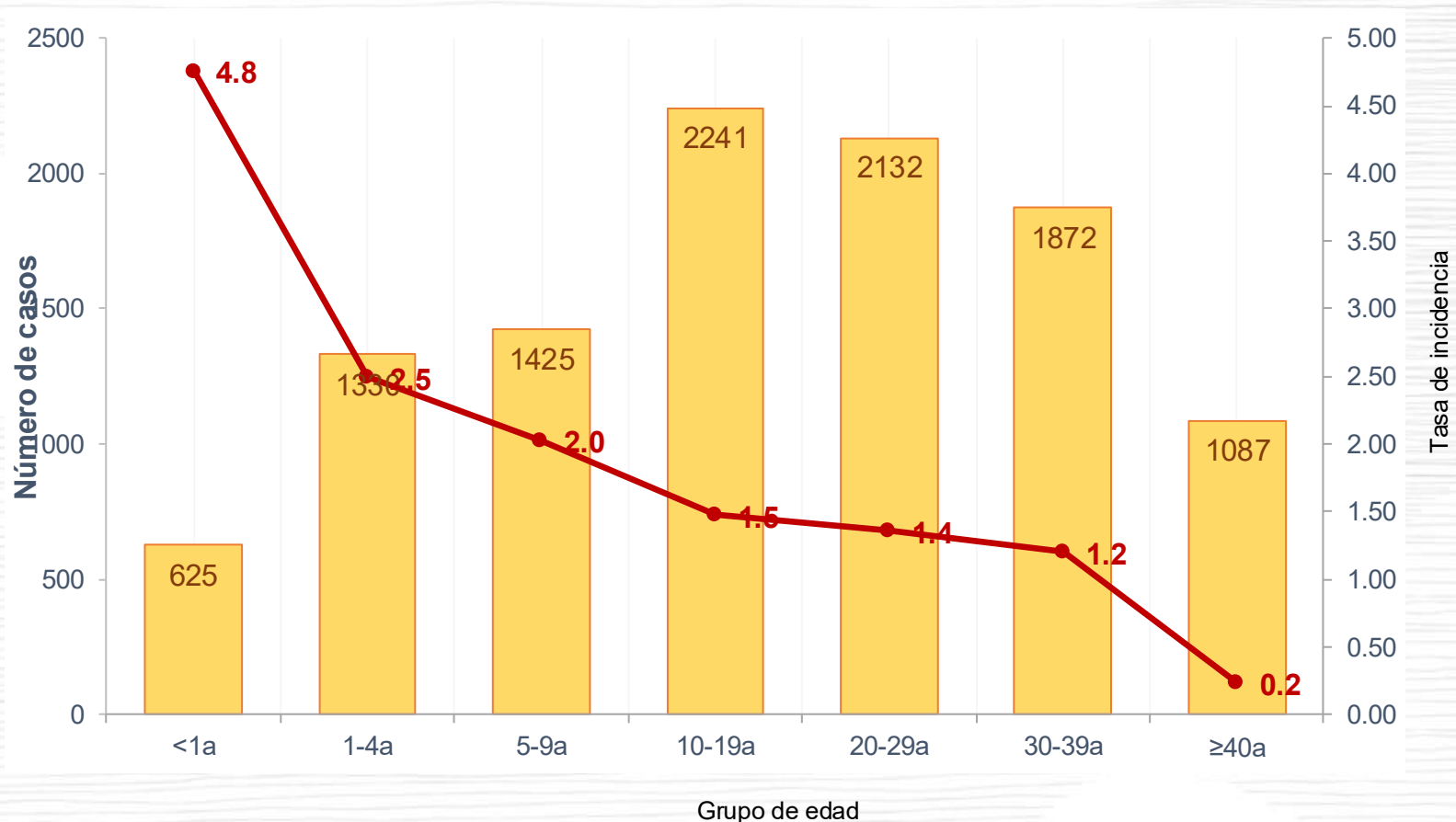
- Lab.
- Nexo Epi.
- Clin.



Fuente: ISIS e informe de países y población NNUU 2025-2026.

* Datos hasta semana epidemiológica 12-2026.

Casos de sarampión por grupo de edad en las Américas, 2026*

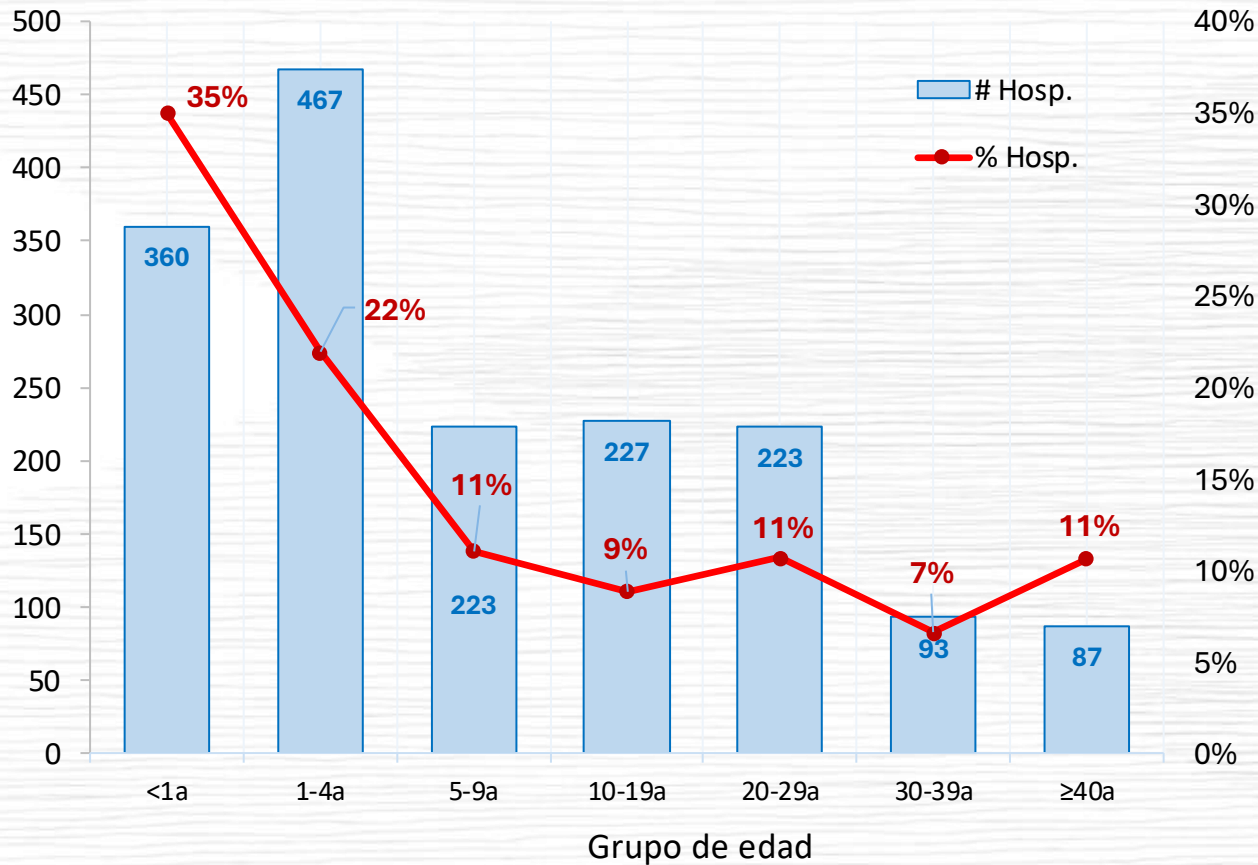


Menores de 5 años: mayor riesgo

Adolescentes y adultos jóvenes: mayor número de casos

Brechas de vacunación: siguen impulsando la transmisión

Hospitalizaciones por sarampión: características regionales, 2025

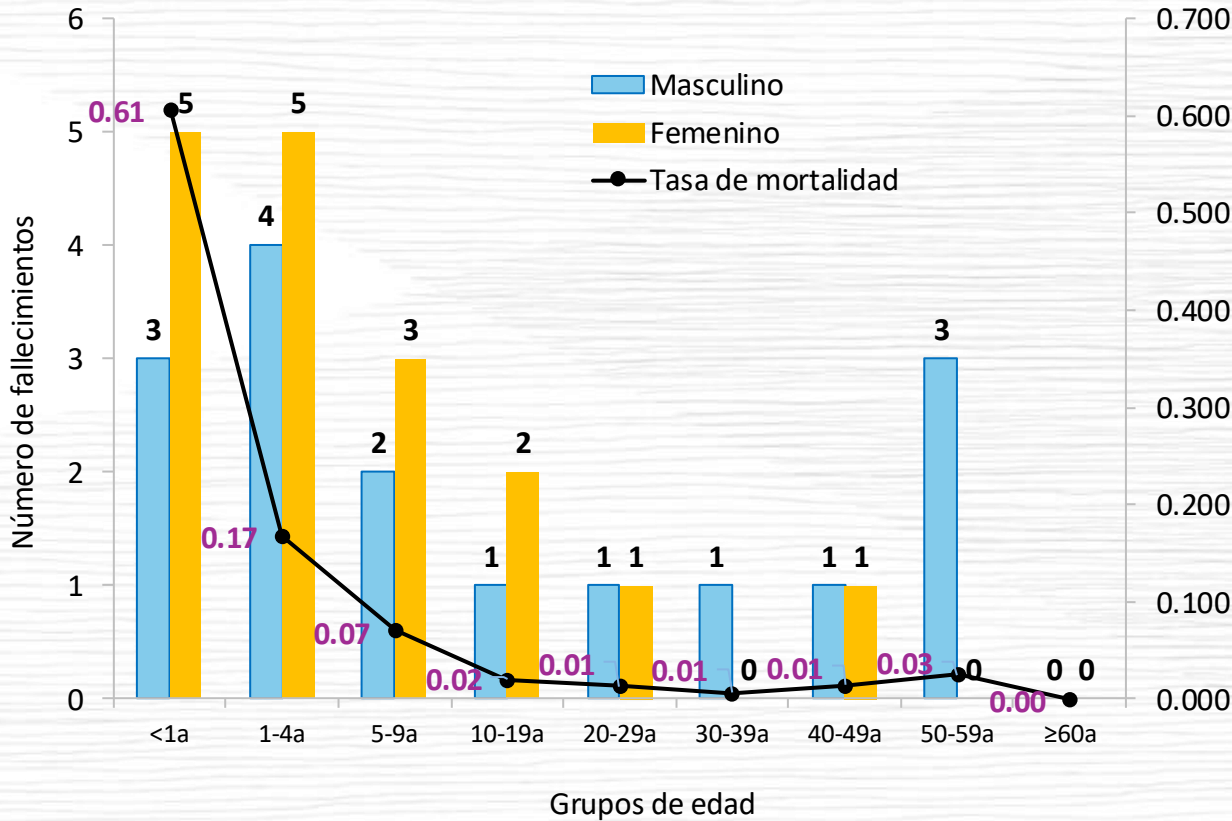


País	Nro de casos	Nro de Hosp.	%
Argentina	36	1	3
Belice	44	0	-
Bolivia	597	31	5%
Brazil	38	0	-
Canada	5 452	401	7%
Costa Rica	1	1	100%
Estados Unidos	2 281	246	11%
Mexico	6 233	1236	16%
Paraguay	49	8	16%
Peru	5	2	40%
TOTAL	14 736	1 926	13%

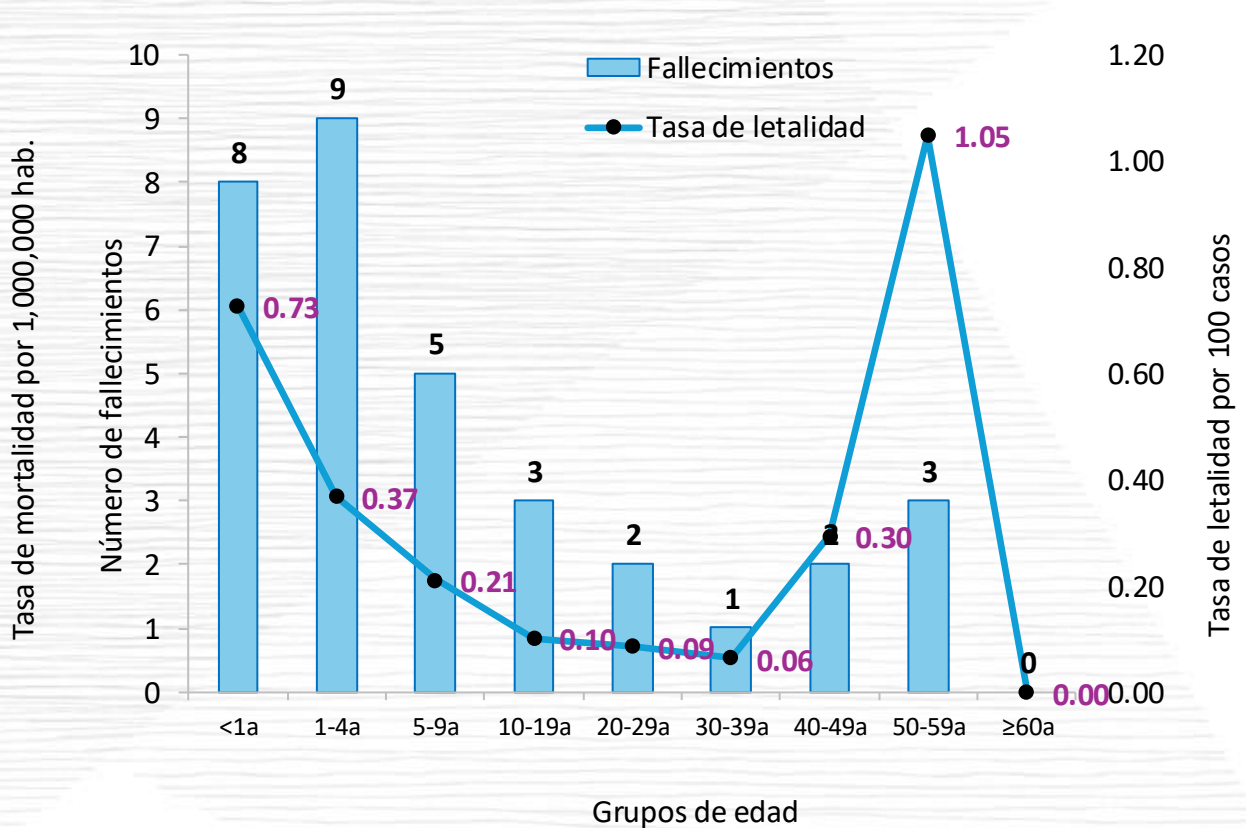
No diferencias según sexo | El 93 % de las hospitalizaciones se produjeron en no vacunados o con estado de vacunación desconocido.

Fallecimientos por sarampión por sexo, grupo de edad, tasa de mortalidad y tasa de letalidad, CAN, MEX, USA, 2025* (N=33)

Mortalidad

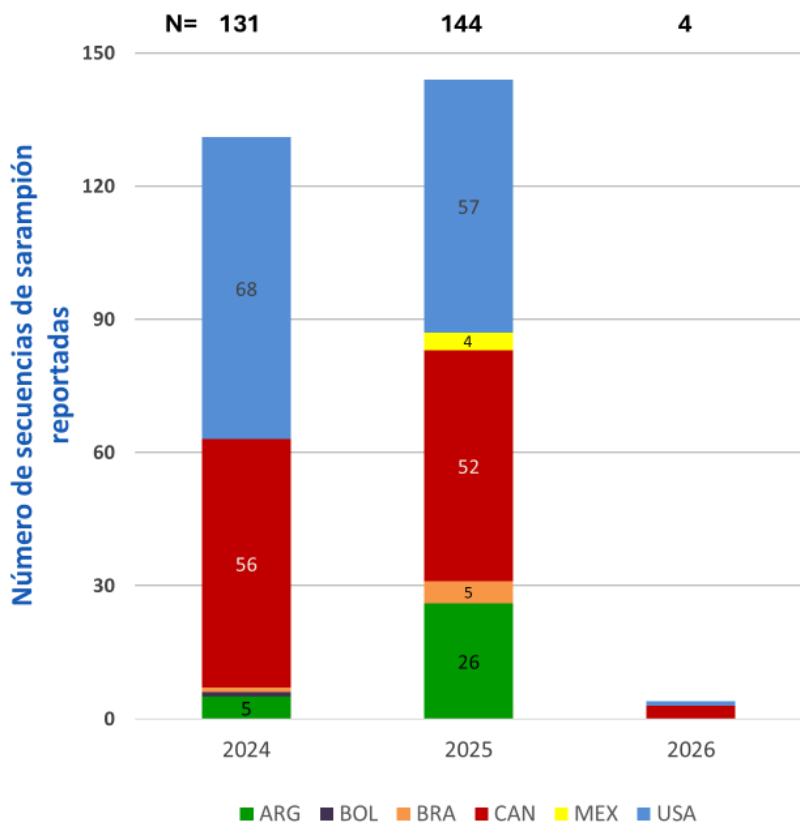


Letalidad

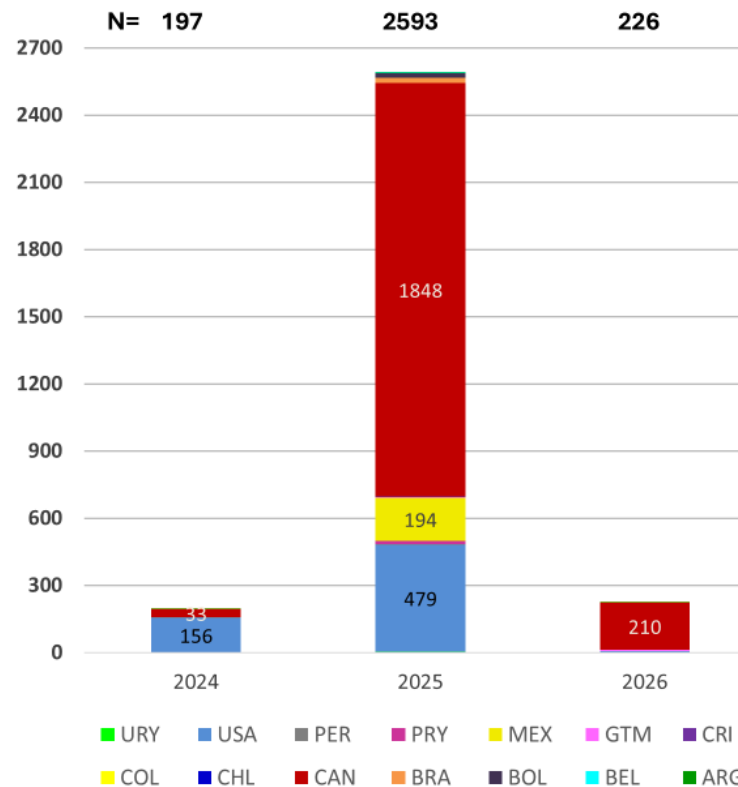


La **mortalidad y la letalidad** por sarampión son **significativamente más altas en la población indígena**. Al comparar estas tasas en población Tarahurama con el resto de la población se encontró una mortalidad 171 veces mayor y una letalidad 27 veces mayor.

Distribución de secuencias genotipo B3 reportadas a MeaNS2 por países de las Américas, 2024-2026*



Distribución de secuencias genotipo D8 reportadas a MeaNS2 por países de las Américas, 2024-2026*

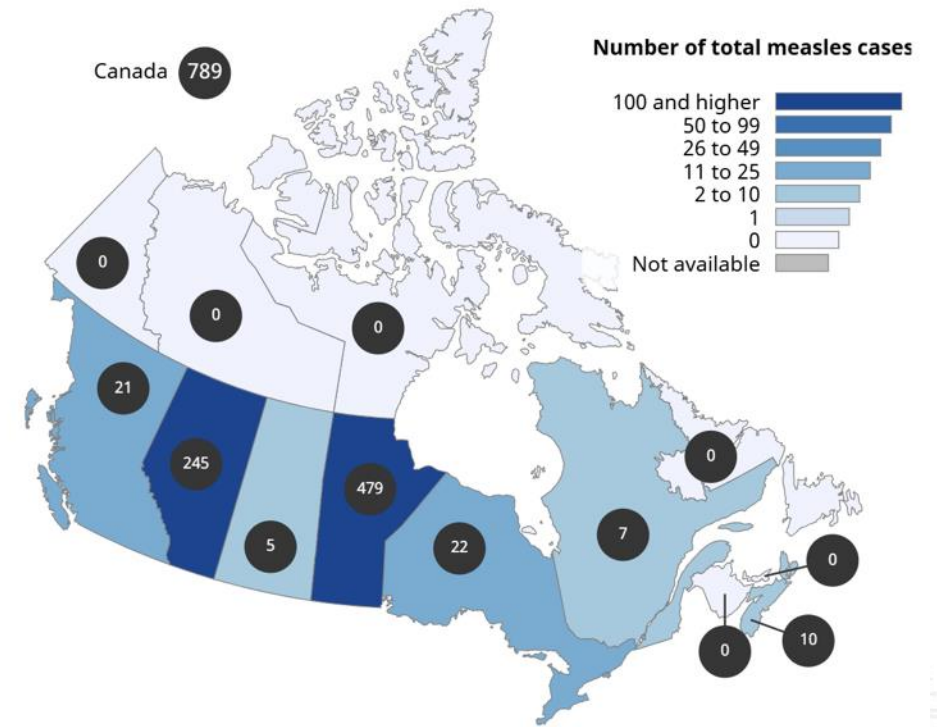
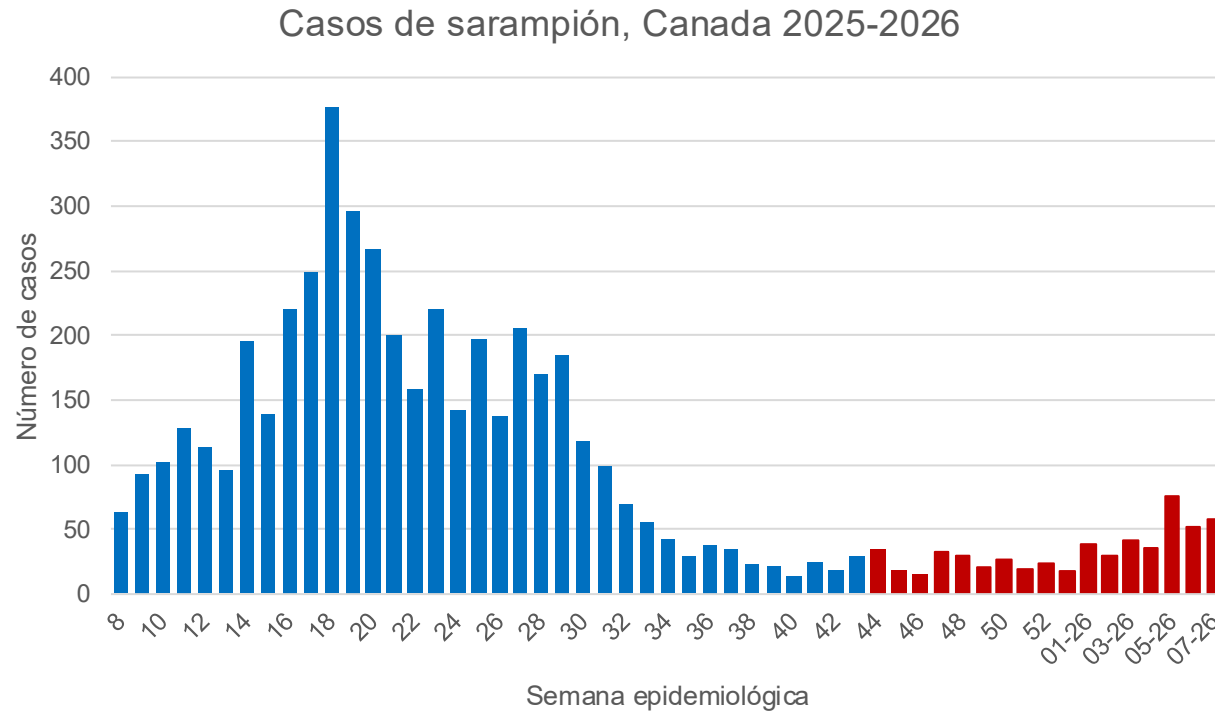


*Fuente: MeaNS2, secuencias de sarampión N-450 al 5 de abril de 2026



CANADA (n=789)

En el 2026, hasta la SE 13, se reportaron **789 casos**; el 97% relacionados con el brote de Oct-2024 de New Brunswick. En las últimas 4 semanas se han identificado 175 casos confirmados en 4 provincias: Alberta, British Columbia, Manitoba, Ontario, todos ellos asociados al brote multijurisdiccional. Manitoba acumula el 64% de los casos confirmados notificados.



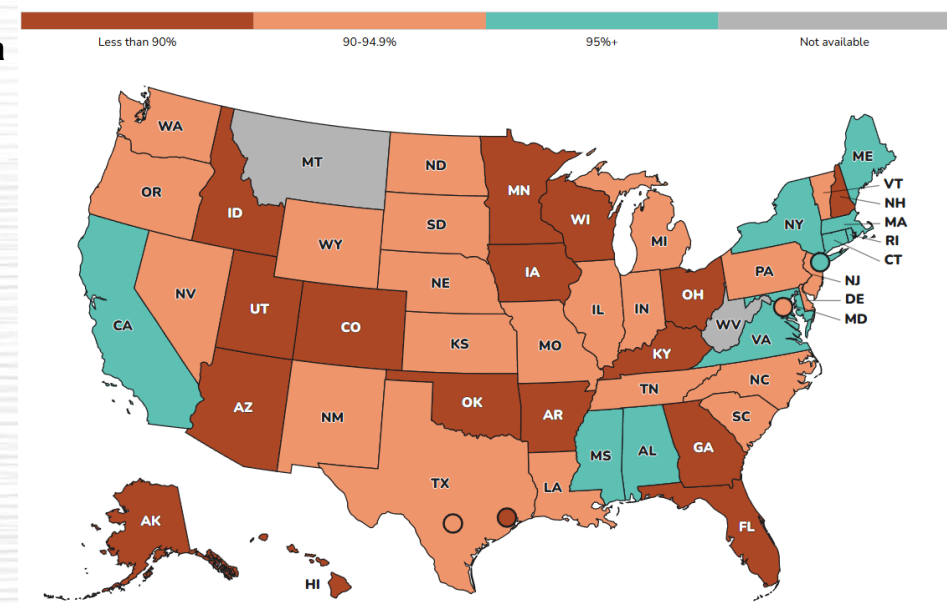
Los adolescentes (10–19 años) concentran el 27% de los casos y los adultos jóvenes (20–29 años) el 16%. **La tasa de incidencia es más alta en los niños de 1 a 4a (5.3 por 100mil hab.)**. El 91% de los casos eran no vacunados o desconocido. El 5% se hospitalizó.



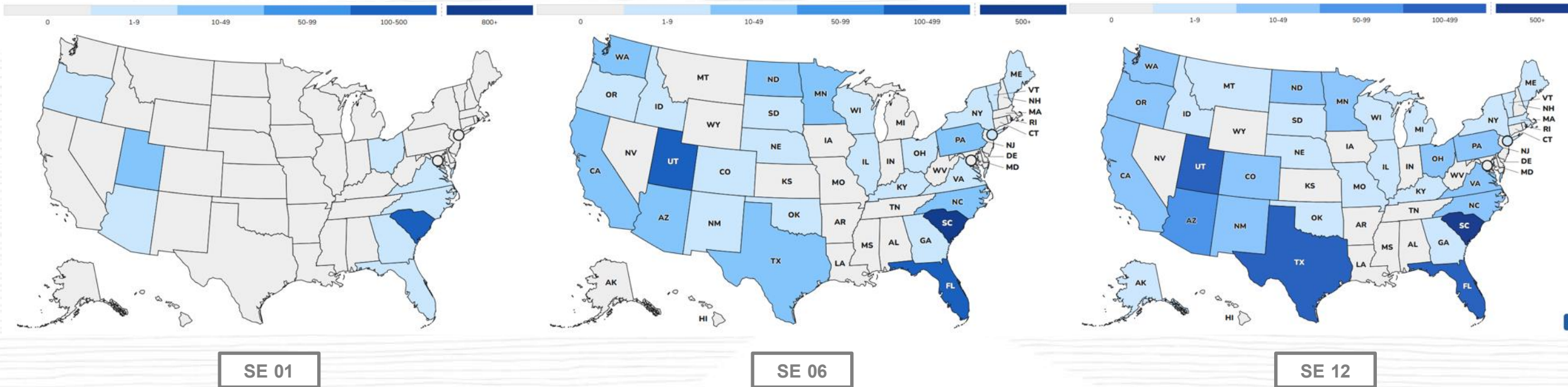
A SE 12 de 2026, se habían notificado 1,664 casos confirmados en 33 jurisdicciones (63 %). El 90 % de los casos están relacionados con brotes. La mayoría de los casos se notificaron en Carolina del Sur (40 %), Utah (25 %), Texas (11 %) y Florida (8 %).

Cobertura de vacunación contra el sarampión en kindergarden. EUA, 2024-2025

Percent Vaccinated

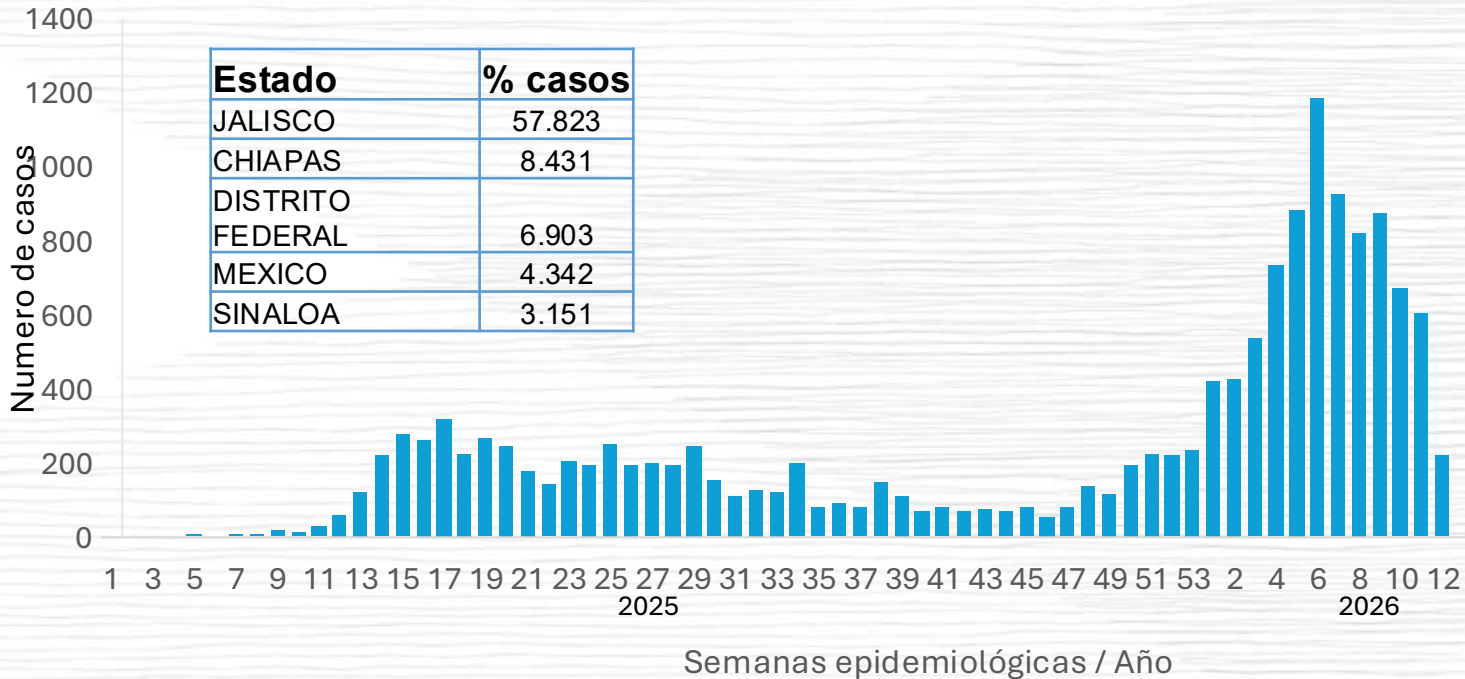


Casos confirmados de sarampión por SE. EUA, 2026

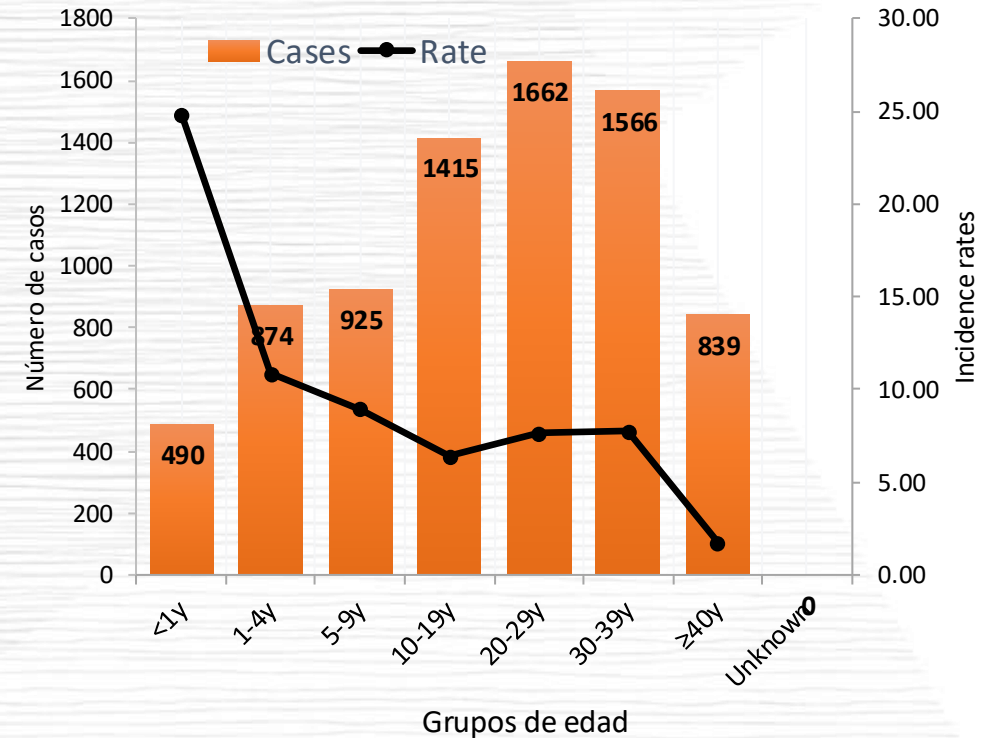


MEXICO (n=8,315)*

Curva epidemiológica de casos confirmados de sarampión



Casos de sarampión por grupo etario



El 23 de febrero empezó la intensificación de la vacunación por 10 semanas. Se han aplicado 8.1 millones de dosis de SRP y 12 millones de SR de una meta de 25 millones. El 63% de dosis aplicadas en población de **13 a 49 años**; 37% en el grupo entre 6 meses a 12 años.

BOLIVIA (n=649)*

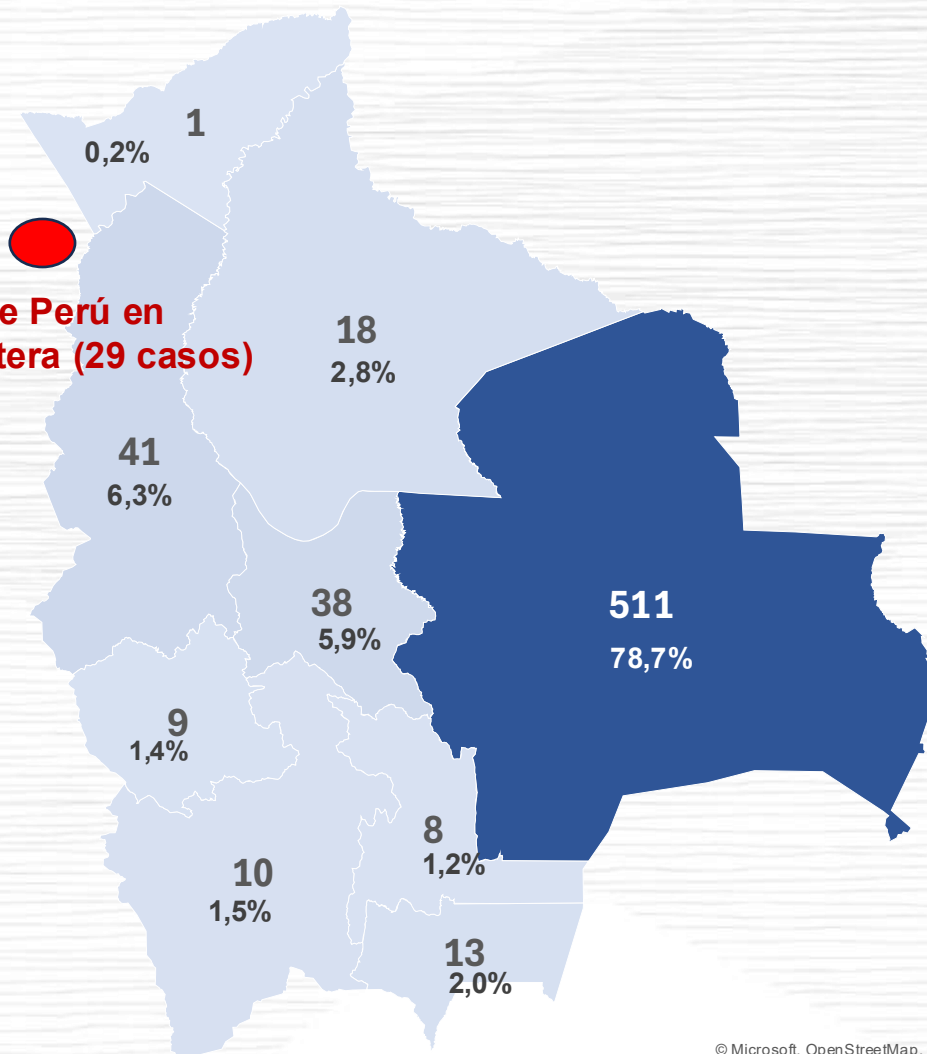
2025-2026 (SE13)

Fecha de inicio de brote: 16 abril 2025

9 departamentos
649 casos confirmados
2.798 casos sospechosos

64 municipios con casos confirmados desde el inicio del brote

Brote Perú en frontera (29 casos)



51 casos confirmados en 9 municipios en el 2026

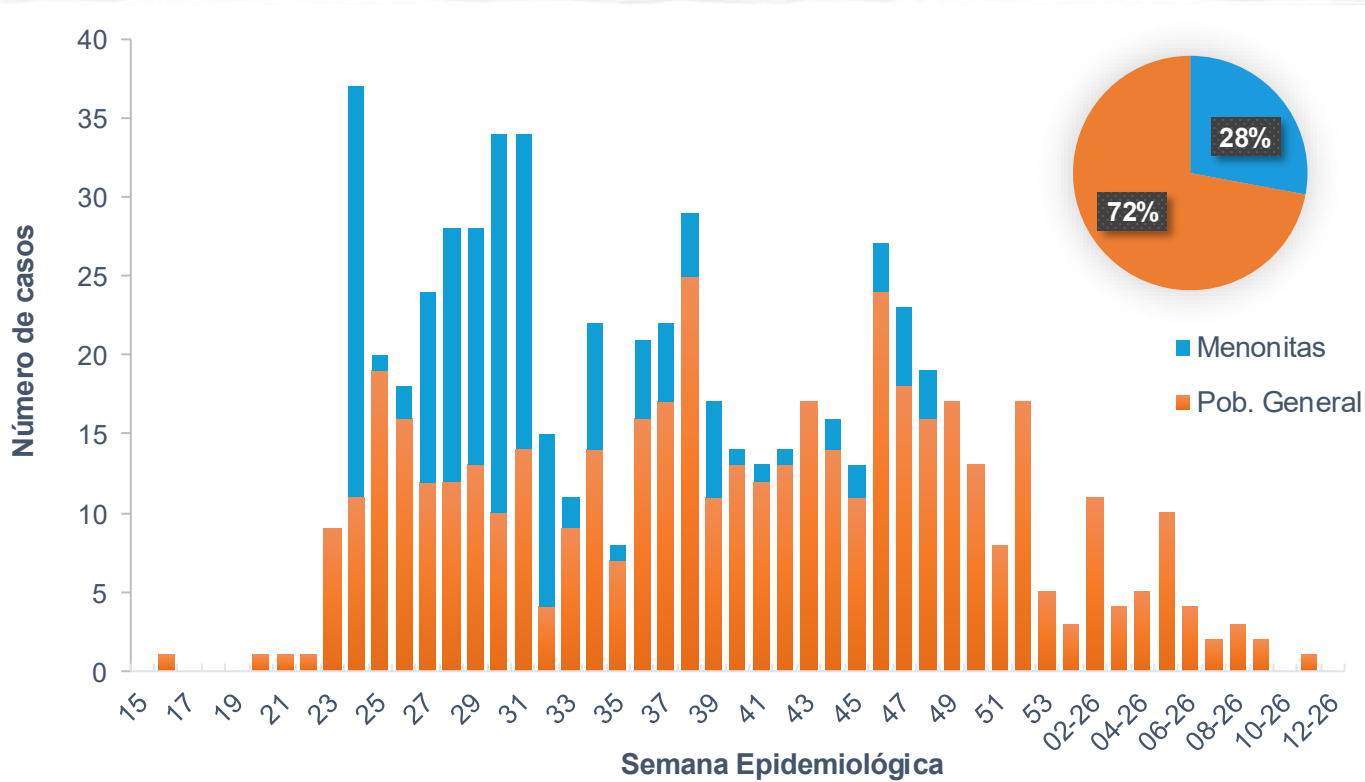
0 casos reportados en la SE 13

31 internaciones por complicación desde el inicio del brote
0 Fallecidos

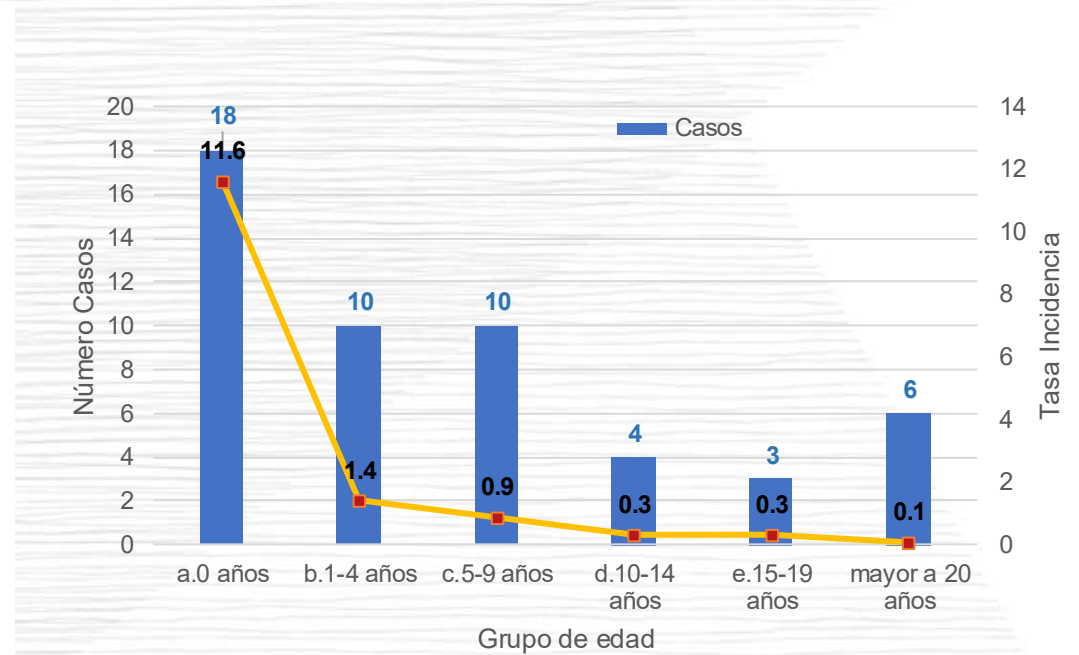
Con tecnología de Bing
© Microsoft, OpenStreetMap, Overture Maps Foundation

BOLIVIA (n=649)*

Curva epidemiológica de casos confirmados de sarampión



Casos de sarampión por grupo etario



Todos los departamentos fueron afectados. Últimos casos reportados en Santa Cruz en marzo. Avance lento de la campaña nacional de vacunación (13%), grupo objetivo 6M-19 años.

GUATEMALA

Confirmados

3,696

2 fallecidos
(0.05% Letalidad)

Tasa Nacional

20.2

Por 100,000
habitantes

Dispersión

100%

22/22 Deptos
29/29 DDRISS con casos

Concentración

55%

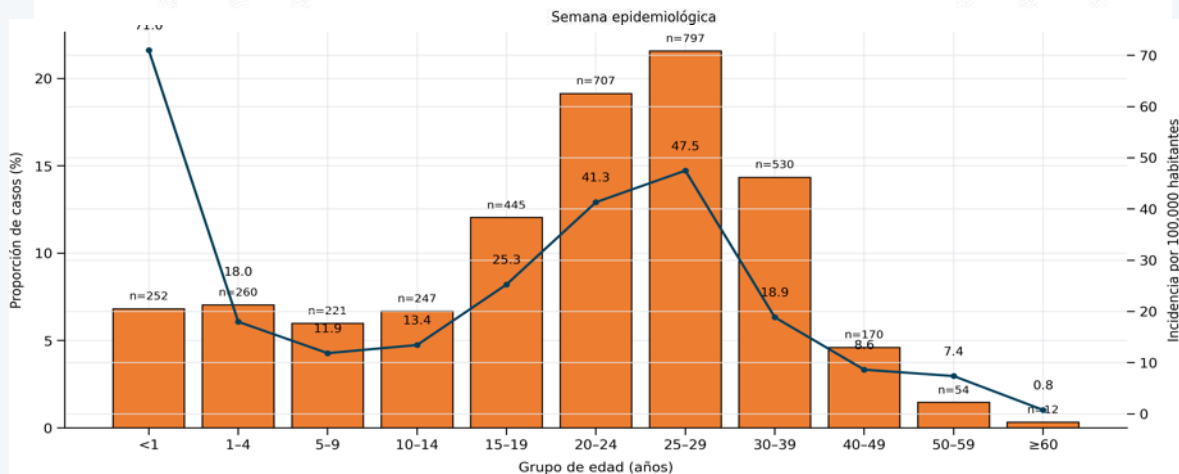
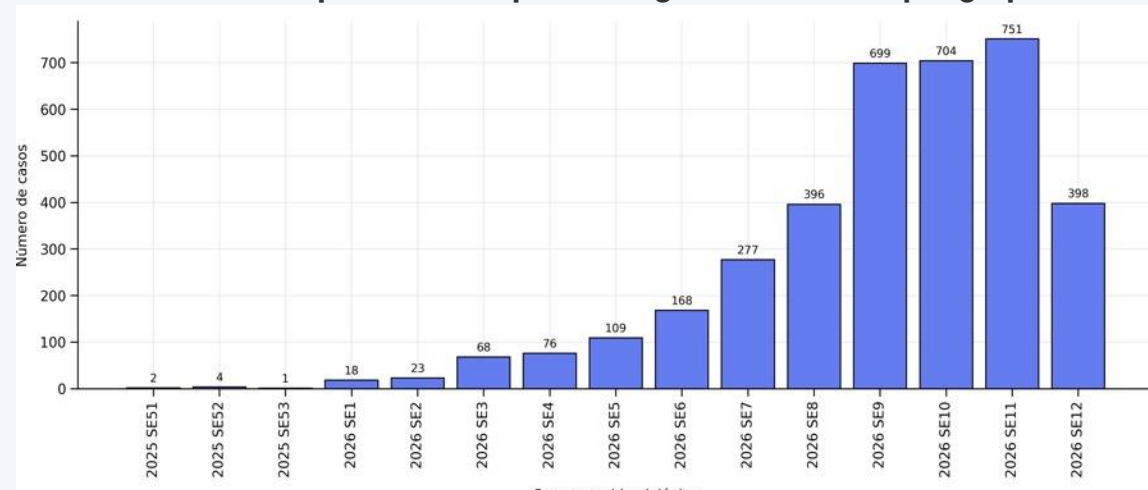
Casos en
Zona Metropolitana

Grupos Críticos

< 1 año

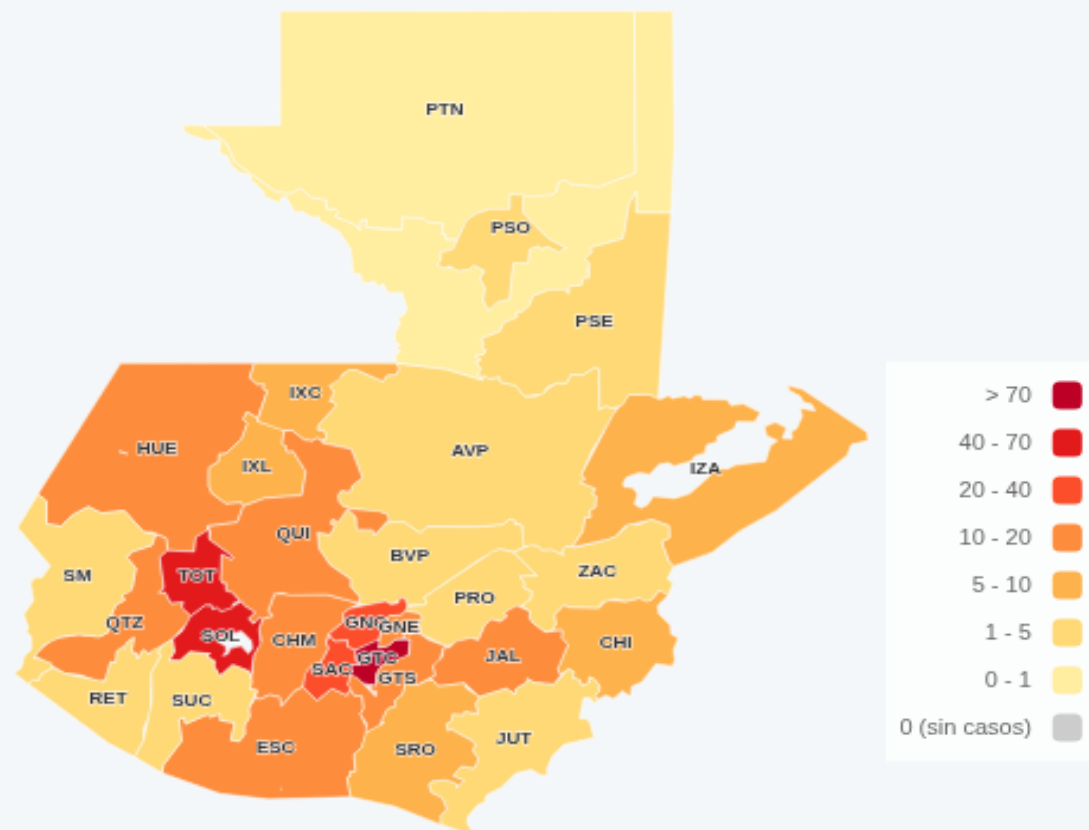
Tasa: 71.0 / 100k
20-29 años: 40.7% casos

Casos confirmados por semana epidemiológica e incidencia por grupo de edad



Tasa de Incidencia de Sarampión por Área de Salud

SE12/2025 - SE12/2026 | Tasa por 100,000 habitantes

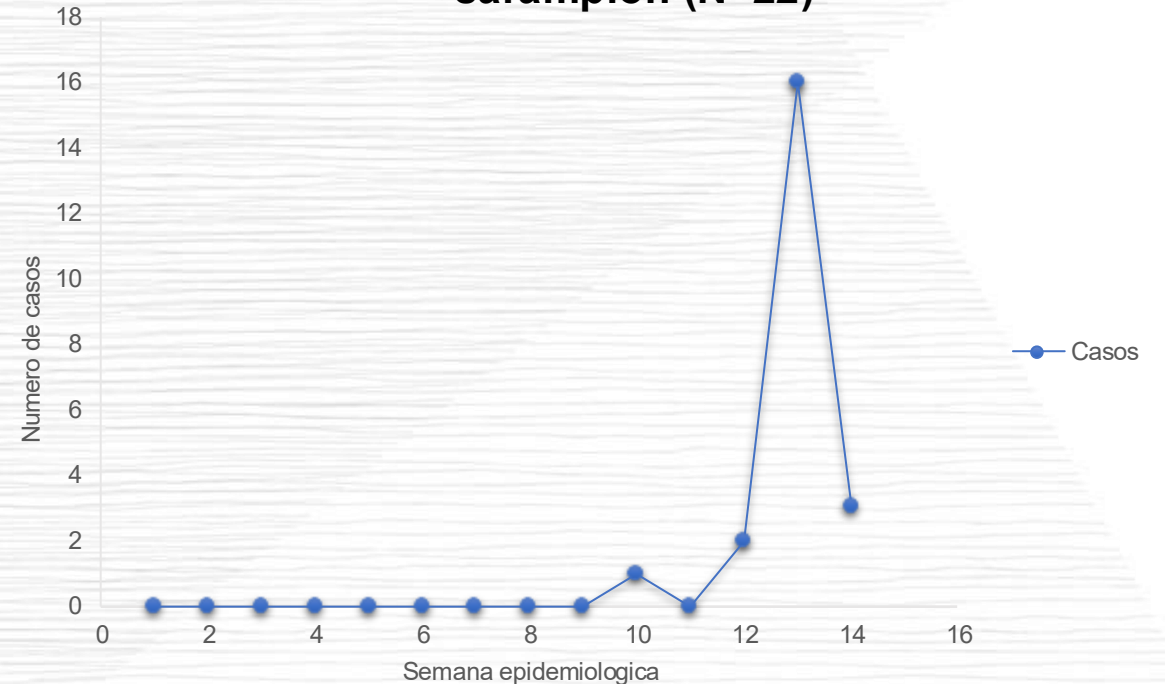


Fuente: Datos oficiales MSPAS. Semana Epidemiológica 12 (datos pendientes de registro), 2026

PERU (N=29)

- A la SE 13, 29 casos confirmados; 38 casos sospechosos en investigación
- 27 corresponden a la región Puno: (San Pedro de Putina Punco 14, Juliaca 12, Macusani 1 y San Juan del Oro 1).
- La fiesta de la Candelaria atrajo 90,000 turistas, y congregó al menos 246 grupos de danza en Puno.
- No se ha establecido nexo epidemiológico entre los casos y fuente de infección

Curva epidemiológica de casos confirmados de sarampión (N=22)



El Salvador (n=11)

Situación actual: 5 casos importados de sarampión notificados; las acciones de vigilancia y seguimiento de contactos han permitido identificar un total de **11 casos** (todos relacionados a la importación).

Fecha de notificación a OPS y país de la importación del caso	Casos Importados	Casos Adicionales	Contactos en Seguimiento	Observaciones
México (24 Mar)	1	0	48	al momento los contactos continúan asintomáticos
Guatemala (29 Mar)	1	3	18	Localizado en Santa Ana. Los 3 casos adicionales son familiares (nacionalidad guatemalteca) que iniciaron síntomas al décimo día de seguimiento
Guatemala (01 Abr)	2	3	52	Grupo de viaje a Xela. Los 3 casos adicionales tuvieron la misma exposición durante el viaje.
Guatemala (08 Abr)	1	0	45	Guatemalteco trabajando en La Libertad.
TOTAL	5	6	163	11 casos importados en total

Contenido

2. Nudos críticos en la respuesta a brotes



Los primeros 3 días definen si el brote se controla o se expande



Brasil (2018–2020): 36 236 casos de sarampión y USD 108 millones en costos por brotes (~USD 3 000 por caso).

Cada día de retraso multiplica los casos, aumenta los costos y carga al sistema de salud

Fuente: de *Sóarez et al.* Carga económica de los brotes de sarampión: un estudio del costo de la enfermedad en un país de ingresos medianos durante la fase posterior a su eliminación.
<https://doi.org/10.26633/RPSP.2024.103>

Disponibilidad de dosis de vacunas SR/SRP

- Tiempos de espera **prolongados para demanda adicional de vacuna y jeringas**, por fuera de la demanda regular. Incremento de costos de transporte.
 - SRP-LZ y SR multidosis: disponibilidad actual en 8 semanas, aunque dependiendo de la demanda internacional y el stock del productor, puede demorar de 3 a 6 meses.
- Garantizar **un stock** de las vacunas SR/SRP y jeringas para la respuesta a brotes y vacunación de susceptibles y grupos de riesgo (viajeros, personal de salud, etc.).

Nudos críticos para la respuesta a brotes de sarampión

- **Comando de incidente:** el liderazgo claro facilita la toma de decisiones críticas más allá de las 24–72 h.
- **Activación pronta de equipos:** los equipos de respuesta rápida se deben activar oportunamente (<72 h) a nivel nacional y subnacional.
- **Bloqueo vacunal efectiva:** la vacunación de bloqueo debe iniciar muy rápidamente adaptando a horarios flexibles, para lograr cobertura temprana.
- **Gestión de insumos básicos necesarios:** vacunas y jeringas deben estar disponibles y distribuidas según el **riesgo epidemiológico**.
- **Vigilancia oportuna:** la búsqueda activa y la notificación inmediata deben ser competas y oportunas
- **Investigación utilizada con prontitud:** la información epidemiológica debe traducirse en decisiones operativas de respuesta.

Sarampión modificado

Ocurre en personas con **inmunidad parcial** (vacunados o lactantes con anticuerpos maternos).

Cuadro clínico leve:

- Poca o ninguna fiebre, **exantema atípico**.
- **Puede transmitir el virus**, aunque con **baja tasa de ataque secundario**.
- Transmisión limitada, generalmente sin cadenas sostenidas

Transmisión ⁽¹⁾

- Centros de salud debido a exposición estrecha y prolongada
- Poblaciones cerradas, hacinadas (cuarteles militares)
- Ámbitos educativos



Desafío para la vigilancia

Debido a su presentación clínica atípica, estos casos pueden no ser detectados oportunamente por los sistemas de vigilancia rutinaria, actuando como eslabones invisibles en las cadenas de transmisión.

El control del sarampión comienza en el ámbito clínico

- **Sospechar** y notificar sarampión ante todo exantema febril, incluso en pacientes vacunados o con **cuadro atípico** (sarampión modificado).
- **Notificar de inmediato** todo caso sospechoso (≤ 24 h): la rapidez clínica define el control del brote.
- Solicitar **confirmación diagnóstica** oportuna (obtención de muestras) y apoyar la investigación epidemiológica.
- Aplicar medidas de **aislamiento inmediato así como medidas de prevención de infecciones**, especialmente en servicios de salud y otros entornos cerrados.
- **Mantener al día sus esquemas vacunación** y colaborar en que todo el personal de salud mantenga sus esquemas de vacunación completos.
- **Colaborar activamente con vigilancia y programas de inmunización**, aportando información clínica clave para orientar la respuesta.
- **Educar a familias y comunidades** sobre la importancia de la vacunación y la consulta precoz frente a casos sospechosos.

Recomendaciones SAG/OPS

- En ausencia de vacunas SR o SRP-JL durante un brote, los países pueden considerar el uso de SRP-LZ en personas ≥ 10 años y grupos de riesgo, evaluando los riesgos de la vacunación frente a la inacción. Su uso requiere reforzar la vigilancia de seguridad (ESAVI, incluida meningitis aséptica) y asegurar una comunicación clara al público y a los profesionales de la salud.
- Implementar la **dosis cero en niños de 6 a 11 meses de edad** en zonas con circulación del virus del sarampión; o que se dirijan a zonas con transmisión activa de la enfermedad. De manera ideal la vacunación se debe realizar al menos 14 días antes del viaje.
- 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. Si el caso presenta signos oftálmicos clínicos de deficiencia de vitamina A, se deberá administrar una tercera dosis a las 4-6 semanas posteriores.

Webinar

Sarampión hoy: Aspectos clínicos clave en un contexto regional cambiante



Vía Zoom: Miércoles, 29 de abril
11:00 a.m. (EDT)

Tu **decisión** marca la **diferencia**

Semana de **Vacunación** en las **Américas** 2026



Inmunización para todos

Inmunización para todos

Inmunización para todos

Inmunización para todos

OPS



Canadá

SVA26

El sarampión es prevenible pero solo si la respuesta es inmediata y coordinada

Gracias!