



Asociación Mexicana de Vacunología

Ciudad de México a 26 de Mayo de 2026

Documento de Recomendaciones de la Asociación Mexicana de Vacunología

BROTE DE SARAMPIÓN EN MÉXICO 2025-2026

Propuestas

México enfrenta el mayor brote de sarampión en décadas, ya no representa un brote focalizado, si no un evento epidémico nacional con transmisión sostenida y pérdida de inmunidad colectiva.

La Asociación Mexicana de Vacunología hace un llamado respetuoso a las Autoridades Sanitarias, Instituciones públicas y privadas, Trabajadores de la Salud y a la Sociedad, para:

- Intensificar campañas nacionales
- Fortalecer vigilancia epidemiológica
- Recuperar coberturas
- Reforzar vacunación de bloqueo
- Combatir desinformación
- Coordinar una respuesta interinstitucional inmediata
- Implementar un sistema nominal nacional de vacunación

“La vacunación no solo protege individuos.

Protege la estabilidad sanitaria del país.”



Contexto

La Asociación Mexicana de Vacunología les comunicamos nuestra preocupación por el brote de sarampión en México que inició en febrero de 2025, ya que los datos publicados por la dirección general de epidemiología, muestran varios elementos preocupantes y que se deben tomar en cuenta desde el punto de vista epidemiológico y operativo, los cuales son:

1. Transmisión sostenida y acelerada

La curva epidemiológica muestra que México ya no está ante eventos aislados o cadenas pequeñas de transmisión. Hay un crecimiento sostenido a partir de finales de 2025, con un ascenso muy marcado durante las primeras semanas epidemiológicas de 2026, compatible con transmisión comunitaria amplia, y posteriormente una disminución gradual, lo que sugiere alta susceptibilidad acumulada en la población, diferentes áreas geográficas con transmisión simultáneas, y probablemente retrasos en el bloqueo vacunal inicial.

La experiencia internacional ha demostrado que las comunidades subvacunadas pueden mantener cadenas sostenidas de transmisión aún en países con coberturas nacionales elevadas.[1-4] Durante el resurgimiento de sarampión en Estados Unidos en 2019, el 75% de los casos se concentraron en brotes localizados asociados a grupos con baja vacunación, poniendo en riesgo el estatus de eliminación.[3,4]

2. Magnitud muy elevada

Más de 17 mil casos confirmados de sarampión es una cifra extremadamente alta para un país que había alcanzado la eliminación. Epidemiológicamente, esto podría representar una pérdida clara del control oportuno del brote y evidencia brechas importantes de cobertura vacunal acumuladas durante años.

La magnitud de los brotes de sarampión genera además una enorme presión operativa y financiera sobre los sistemas de salud. En el brote de Nueva York 2018-2019 se requirió la participación de 559 trabajadores de salud pública y una



inversión aproximada de 8.4 millones de dólares para actividades de vigilancia, vacunación, rastreo de contactos y control epidemiológico.[1]

3. Distribución geográfica

Ya hay transmisión documentada en los 32 estados y en 486 municipios del país. Eso confirma que el virus logró establecer la transmisión simultánea en diferentes regiones geográficas y que el control territorial dejó de ser focal. Ya no se trata únicamente de zonas rurales o de baja densidad poblacional. Hay dispersión amplia en regiones metropolitanas y corredores urbanos, lo que incrementa el riesgo de transmisión sostenida y dificulta el control rápido. Además, se observa nuevamente un aumento de casos en regiones donde ya estaba disminuyendo como Chihuahua.

La experiencia internacional demuestra que la movilidad poblacional y la dispersión geográfica dificultan rápidamente la contención territorial. Brotes recientes en Estados Unidos fueron asociados a viajeros provenientes de países con alta circulación de sarampión, favoreciendo transmisión extensa en múltiples regiones.[2-4]

4. Mortalidad dispersa territorialmente

La mortalidad asociada es significativa y está dispersa territorialmente, se han confirmado 40 defunciones asociadas a sarampión distribuidas en 11 estados.

El sarampión continúa siendo una enfermedad potencialmente mortal, especialmente en lactantes, personas inmunocomprometidas y poblaciones con acceso limitado a atención médica.[2,5] La persistencia de defunciones asociadas refleja transmisión intensa y fallas acumuladas en inmunidad colectiva.

5. Cohortes con vacunación incompleta

El análisis por grupos de edad muestra que los grupos con más casos son de 1 a 4 años, 25 a 29 años, y 5 a 9 años. Esto refleja bajas coberturas, pérdida de oportunidad de vacunación o grupos históricamente subinmunizados.



La evidencia disponible revela una discordancia estructural entre las coberturas reportadas y la inmunidad poblacional real en México. Mientras que las estimaciones de la OMS/UNICEF han documentado históricamente coberturas de la primera dosis de la vacuna triple viral cercanas o superiores al 90%, con descensos recientes entre 76–85% en el periodo post-2019, con caídas de coberturas de importancia a 73% en 2019, 76% en 2023, 79% en 2024 y 88% en 2025.[6] Además se han documentado inconsistencias entre dosis adquiridas, aplicadas y reportadas, con déficits acumulados de hasta 25% en el biológico [7], además análisis basados en información oficial han señalado que las coberturas pueden estar sistemáticamente sobreestimadas, generando una “falsa sensación de seguridad.”[8] De forma concordante, datos de la Encuesta Nacional de Salud Continua 2021–2023 muestran coberturas 71.3% para SRP, con esquemas completos de apenas 32.4% a los dos años, lo que evidencia brechas persistentes en la continuidad del esquema. [9] Más aún, la evidencia seroepidemiológica indica niveles de inmunidad contra sarampión de entre 78.3% [10] y 82.4% [11], esto por debajo del umbral requerido para la eliminación de 95% [12], con acumulación de susceptibles en grupos etarios clave.

Brotos recientes han demostrado que las poblaciones con esquemas incompletos o retrasados constituyen el principal motor de transmisión sostenida. [1,13] En Nueva York, la mayoría de los casos ocurrieron en menores de 1 a 4 años no vacunados o subvacunados. [1] Asimismo, en comunidades somalíes de Estados Unidos, campañas de desinformación provocaron disminuciones importantes en coberturas de vacunación SRP/MMR. [13,14]

6. Pérdida de inmunidad colectiva

La tasa de incidencia de mayor importancia son los menores de 1 año con 82.94 por 100,000 habitantes, 1 a 4 años con 25.87 por 100,000 habitantes y 5 a 9 años con 18.50 por 100,000 habitantes. Eso indica que los lactantes están siendo los más vulnerables, algo observado cuando existe circulación intensa comunitaria y fallas importantes en inmunidad



colectiva. Epidemiológicamente, ver tasas tan altas en menores de un año significa que la protección indirecta poblacional ya no está funcionando adecuadamente.

La evidencia internacional confirma que mantener coberturas $\geq 95\%$ es indispensable para sostener la eliminación del sarampión. [2,15,16] La disminución de coberturas posterior a la pandemia de COVID-19 ha favorecido la acumulación de susceptibles y el resurgimiento global del sarampión. [5,15]

7. Gran número de casos en estudio

Los más de 3 mil casos en estudio indican que la transmisión probablemente sigue activa y el comportamiento aún puede cambiar. No estamos viendo necesariamente el final del brote.

Las recomendaciones internacionales señalan que la vigilancia epidemiológica intensiva y la clasificación rápida de casos son fundamentales para interrumpir cadenas de transmisión y mantener el estatus de eliminación. [16,17]

8. Subregistro probable

En sarampión, especialmente en brotes grandes, no todos los pacientes consultan, no todos se notifican, y no todos se confirman por laboratorio. Por lo tanto, el número real de infecciones probablemente es mayor que el observado en la curva.

La experiencia global demuestra que los sistemas de vigilancia frecuentemente subdetectan casos de sarampión, particularmente en brotes extensos. En 2021 únicamente 35% de los países alcanzaron los indicadores internacionales de sensibilidad en vigilancia epidemiológica de sarampión. [15]

9. La caída reciente debe interpretarse con cautela

Aunque pareciera haber descenso en semanas recientes, hay que considerar retraso en notificación, retraso diagnóstico, y rezago en clasificación de casos. Las últimas semanas casi siempre están incompletas en este tipo de vigilancia.



La interpretación epidemiológica de las últimas semanas de transmisión debe realizarse con precaución debido a retrasos en diagnóstico, notificación y confirmación de laboratorio, fenómeno ampliamente descrito durante brotes internacionales. [16,17]

Además, la centralización de la confirmación diagnóstica en laboratorios nacionales de referencia puede generar sobrecarga operativa, retrasos en la clasificación final de casos y subestimación temporal de la magnitud real del brote a nivel local. Fortalecer y otorgar facultades diagnósticas a los Laboratorios Estatales y Regionales de Salud Pública para realizar pruebas confirmatorias válidas de sarampión permitiría mejorar la oportunidad diagnóstica, acelerar la respuesta epidemiológica y fortalecer la vigilancia en tiempo real durante eventos epidémicos de gran magnitud.

10. El brote refleja fallas estructurales

El brote y otros estudios realizados en México reflejan coberturas insuficientes de SRP, acumulación de susceptibles durante años, fallas en recuperación de esquemas, probables problemas de acceso y probablemente deficiencias en vigilancia y respuesta rápida. También sugiere que existían cohortes amplias de población no protegida, particularmente niños pequeños, adolescentes y adultos jóvenes, y comunidades con baja vacunación.

11. Reticencia a la vacunación

La Organización Mundial de la Salud reconoció desde 2019 a la reticencia vacunal como una de las principales amenazas globales para la salud pública. [5] La evidencia internacional muestra que la desinformación sobre vacunas, particularmente aquella relacionada falsamente con autismo y seguridad de SRP, puede generar disminuciones rápidas de cobertura y favorecer brotes de gran magnitud.

Las experiencias internacionales han demostrado que las estrategias exitosas requieren participación comunitaria específica, comunicación basada en



Asociación Mexicana de Vacunología

evidencia, mensajes positivos sobre seguridad y efectividad vacunal, múltiples fuentes confiables de recomendación, y sistemas activos de recordatorio para vacunación. [1,13,14,16,18,19]

12. Implicación internacional

Desde la perspectiva de OPS/OMS, este brote es muy relevante porque México había sido un país con eliminación de sarampión. Una magnitud así tiene impacto regional y pone presión sobre la vigilancia transfronteriza, campañas intensivas, y estrategias de recuperación acelerada. Esto es de especial importancia por los eventos deportivos masivos que se llevarán a cabo en 2026 en México donde se tendrá alta movilidad nacional e internacional.

El resurgimiento global del sarampión posterior a la pandemia de COVID-19 ha sido observado en múltiples regiones del mundo. [5,8] La pérdida o riesgo de pérdida del estatus de eliminación representa un desafío no solo nacional sino regional, debido a la posibilidad de exportación e importación continua de casos. [2-4,20]

Recomendaciones para fortalecer la respuesta nacional

La Asociación Mexicana de Vacunología considera prioritario una respuesta apropiada ante un brote de sarampión, porque el sarampión es altamente contagioso y la implementación rápida de medidas de control es crítica para interrumpir la transmisión, medidas como:

1. Intensificar campañas de vacunación

Implementar campañas intensivas de recuperación de esquemas en población infantil, adolescentes y adultos jóvenes susceptibles. [18,19]

Se recomienda la aplicación de triple viral o SRP a:

- Lactantes de 6 a 11 meses en todo el país (sin sustituir las dosis del esquema rutinario)
- Aplicación anticipada de segunda dosis en niños de 1 a 4 años (al menos 28 días después de la primera)



Asociación Mexicana de Vacunología

- Asegurar el esquema completo de dos dosis en mayores de 12 meses de edad
- Aplicación de por lo menos una dosis, lo óptimo dos dosis, en adolescentes y adultos que desconozcan el estado de vacunación y/o sin documentación de inmunidad [21]

2. Fortalecer vigilancia epidemiológica

Garantizar identificación temprana, aislamiento inmediato y rastreo intensivo de contactos. [11,12]

Los casos sospechosos deben notificarse inmediatamente a las autoridades sanitarias estatales y locales. La confirmación diagnóstica debe incluir hisopado nasofaríngeo o faríngeo para RT-PCR, serología y en algunos casos muestra de orina para incrementar sensibilidad diagnóstica. [22]

La vigilancia basada en casos es fundamental para identificar cadenas de transmisión, clasificar casos y orientar la respuesta epidemiológica. [23]

Se recomienda además fortalecer la capacidad diagnóstica descentralizada mediante la acreditación y ampliación operativa de los Laboratorios Estatales y Regionales de Salud Pública para la realización de RT-PCR y pruebas serológicas confirmatorias de sarampión, permitiendo que los resultados sean considerados válidos para clasificación epidemiológica sin requerir centralización exclusiva en laboratorios nacionales de referencia. Esto podría reducir retrasos diagnósticos, mejorar la vigilancia oportuna y disminuir la sobrecarga operativa del sistema central.

3. Vacunación de bloqueo y profilaxis postexposición

Aplicar vacuna SRP dentro de las primeras 72 horas posteriores a exposición e inmunoglobulina en grupos de alto riesgo dentro de los primeros 6 días. [2,5,13,18]



Asociación Mexicana de Vacunología

Deben identificarse y evaluarse todos los contactos que compartieron espacio aéreo con una persona infectada o que ingresaron al área dentro de las 2 horas posteriores a que ésta abandonó el sitio. [24]

Para contactos susceptibles sin evidencia de inmunidad se recomienda:

- Aplicación de vacuna SRP dentro de las primeras 72 horas posteriores a la exposición (efectividad estimada entre 83-100%) [25-27]
- Administración de inmunoglobulina dentro de los primeros 6 días posteriores a la exposición cuando la vacunación esté contraindicada (efectividad cercana al 100%) [5-7]

La inmunoglobulina representa la única alternativa para lactantes menores de 6 meses, mujeres embarazadas y personas severamente inmunocomprometidas o que tengan otras contraindicaciones para ser vacunadas. [25] La dosis recomendada es 0.5 mL/kg intramuscular en pacientes ≤ 30 kg o 400 mg/kg intravenoso en pacientes > 30 kg. [25] Sin embargo, no se recomienda como una medida en caso de control de brote por sus efectos adversos, alto costo, además de (contraindicar la vacunación en personas elegibles por 6 meses después de su aplicación, requerir seguimiento por personal especializado para ajuste de medicamentos especiales y esquemas vacunales).

Podría considerarse además la implementación de estrategias de tamizaje serológico en mujeres embarazadas en contextos de alta transmisión o brotes extensos, con el objetivo de estimar niveles de inmunidad poblacional en este grupo e identificar de manera más precisa a aquellas pacientes susceptibles que podrían beneficiarse de profilaxis posterior la exposición con inmunoglobulina.

Los contactos susceptibles sin profilaxis pueden requerir cuarentena entre 21 y 28 días. [24]

4. Exclusión escolar y en guarderías

Durante brotes, deben excluirse temporalmente de escuelas y guarderías las personas no vacunadas o sin evidencia de inmunidad. Durante el brote de



Asociación Mexicana de Vacunología

Nueva York 2018–2019 se implementaron exclusiones obligatorias y auditorías periódicas en escuelas y centros infantiles, incluyendo cierres temporales por incumplimiento, como medida para interrumpir la transmisión. [21]

5. Protección de personal de salud

Evidencia documentada de inmunidad en trabajadores sanitarios y aplicar protocolos de exclusión temporal en personal susceptible expuesto. [2,18] Debe excluirse temporalmente del trabajo desde el día 5 posterior a la primera exposición hasta el día 21 posterior a la última exposición y debe recibir profilaxis postexposición. [22]

6. Comunicación estratégica y combate a la desinformación

Desarrollar campañas basadas en evidencia científica para contrarrestar desinformación vacunal y fortalecer confianza pública. [1,14,21,22]

7. Estrategias comunitarias específicas

Implementar intervenciones focalizadas en comunidades con baja cobertura vacunal o acceso limitado a servicios de salud. Acudir a estas comunidades a la aplicación de vacunas para la recuperación de las coberturas de vacunación. [1,13,14]

8. Coordinación interinstitucional

Conformar grupos nacionales y estatales de respuesta coordinada para vigilancia, vacunación y comunicación de riesgo. [18]

9. Implementar un sistema nominal nacional de vacunación

Se considera prioritario desarrollar un registro nominal interoperable nacional, integrar instituciones públicas y privadas, permitir monitoreo individual de esquemas, generar alertas automáticas de rezago y contar con vigilancia territorial en tiempo real.



Asociación Mexicana de Vacunología

La experiencia internacional demuestra que los sistemas nominales son fundamentales para sostener la eliminación, identificar acumulación de susceptibles, responder rápidamente a brotes y evitar discrepancias entre cobertura administrativa e inmunidad poblacional real.

Conclusión

Los datos publicados sobre el brote de sarampión en México, ya no representan un brote contenido; representan un evento epidémico nacional de gran magnitud, con transmisión sostenida y evidencia acumulada de brechas importantes de inmunidad poblacional.

Muestra una transmisión explosiva y sostenida. El ascenso acelerado desde finales de 2025 y el pico elevado en las primeras semanas de 2026 reflejan una acumulación masiva de personas susceptibles durante años, particularmente en población infantil y adultos jóvenes.

México enfrenta actualmente el brote de sarampión más importante en décadas y probablemente el evento de reemergencia más significativo y la pérdida del estatus de eliminación.

Este brote refleja varias fallas estructurales acumuladas como coberturas insuficientes de SRP/MMR, rezago en esquemas, debilidad en campañas de recuperación, fallas en vigilancia oportuna, problemas de acceso y probablemente sobreestimación histórica de coberturas administrativas.

La magnitud del brote hace difícil pensar que pueda resolverse únicamente con acciones rutinarias. Se requieren estrategias intensivas de vacunación, búsqueda activa comunitaria, recuperación acelerada de esquemas, fortalecimiento urgente de vigilancia y probablemente campañas nacionales más agresivas.



Realizado y revisado por:

- Dr. Rodrigo Romero Feregrino
- Dr. Benjamín Madrigal Alonso
- Dr. Raúl Romero Feregrino
- Dra. Berenice Muñoz Cordero
- Dra. Mariana Chávez Rodríguez
- Dr. J. Moises Ramírez López
- Dr. Raúl Romero Cabello

Referencias

1. Zucker JR, Rosen JB, Iwamoto M, et al. Consequences of Undervaccination – Measles Outbreak, New York City, 2018–2019. *N Engl J Med*. 2020;382(11):1009-1017.
2. Strebel PM, Orenstein WA. Measles. *N Engl J Med*. 2019;381(4):349-357.
3. Patel M, Lee AD, Clemmons NS, et al. National Update on Measles Cases and Outbreaks – United States, January 1–October 1, 2019. *MMWR*. 2019;68(40):893-896.
4. Patel M, Lee AD, Redd SB, et al. Increase in Measles Cases – United States, January 1–April 26, 2019. *MMWR*. 2019;68(17):402-404.
5. Do LAH, Mulholland K. Measles 2025. *N Engl J Med*. 2025;393(24):2447-2458.
6. World Health Organization. Measles vaccination coverage. In: Immunization Data [Internet]. Geneva: WHO; 2026 [citado 2026 May 12]. Disponible en: <https://immunizationdata.who.int/global/wiise-detail-page/measles-vaccination-coverage?CODE=MEX&ANTIGEN=MCV1+MCV2&YEAR=>
7. Romero-Feregrino R, Romero-Feregrino R, Romero-Cabello R, Muñoz-Cordero B, Madrigal-Alonso B, Rocha-Rocha VM. Nineteen-Year Evidence on Measles–Mumps–Rubella Immunization in Mexico: Programmatic Lessons and Policy Implications. *Vaccines (Basel)*. 2025;13(11):1126. doi:10.3390/vaccines13111126.
8. Hernández-Ávila M, Palacio-Mejía LS, Hernández-Ávila JE, Charvel S. Vacunación en México: coberturas imprecisas y deficiencia en el seguimiento de los niños que no completan el esquema. *Salud Publica Mex*. 2020;62:215-224. <https://doi.org/10.21149/10682>
9. Mongua-Rodríguez N, Delgado-Sánchez G, Ferreira-Guerrero E, Ferreyra-Reyes L, Martínez-Hernández M, Canizales-Quintero S, Téllez-Vázquez NA, García-García L. Vacunación en menores de cinco años. *Salud Publica Mex*. 2024;66:368-380. doi:10.21149/15793.
10. Salas-Lais AG, Fernandes-Matano L, Torres-Flores A, Morales-Hernández ML, López-Macias C, Martínez-Miguel B, Tepale-Segura A, Guerrero-García JJ, Alvarado-Yaah JE, Anguiano-Hernández YM, et al. Measles, Rubella, and Mumps in Mexico: A National Serosurvey Highlighting Reemergence Risks. *Arch Med Res*. 2026;57(6):103433. doi:10.1016/j.arcmed.2026.103433. PMID:42035502.
11. Carnalla M, Gaspar-Castillo C, Dimas-González J, Aparicio-Antonio R, Justo-Berrueta PS, López-Martínez I, Shamah-Levy T, Lazcano-Ponce E, Barrientos-Gutiérrez T, Alpuche-Aranda CM, Martínez-Barnetteche J. A population-based measles serosurvey in Mexico: Implications for re-emergence. *Vaccine*. 2025;51:126886. doi:10.1016/j.vaccine.2025.126886. PMID:39970596.
12. Pan American Health Organization. TAG recommendations for measles, 1999–2024 [Internet]. Washington, DC: PAHO; 2025 [citado 2026 May 12]. Disponible en: PAHO TAG recommendations for measles, 1999–2024
13. Martoma RA, Washam M, Omar H, et al. Epidemiologic Analysis of a Postelimination Measles Outbreak in Central Ohio, 2022–2023. *JAMA Netw Open*. 2024;7(8):e2429696.
14. Christianson B, Sharif-Mohamed F, Heath J, et al. Parental Attitudes and Decisions Regarding MMR Vaccination During an Outbreak of Measles Among an Undervaccinated Somali Community in Minnesota. *Vaccine*. 2020;38(45):6979-6984.
15. Minta AA, Ferrari M, Antoni S, et al. Progress Toward Regional Measles Elimination – Worldwide, 2000–2021. *MMWR*. 2022;71(47):1489-1495.
16. Hübschen JM, Gouandjika-Vasilache I, Dina J. Measles. *Lancet*. 2022;399(10325):678-690.
17. Gastañaduy PA, Banerjee E, DeBolt C, et al. Public Health Responses During Measles Outbreaks in Elimination Settings: Strategies and Challenges. *Hum Vaccin Immunother*. 2018;14(9):2222-2238.
18. Thompson S, Meyer JC, Burnett RJ, Campbell SM. Mitigating Vaccine Hesitancy and Building Trust to Prevent Future Measles Outbreaks in England. *Vaccines*. 2023;11(2):288.
19. Novilla MLB, Goates MC, Redelfs AH, et al. Why Parents Say No to Having Their Children Vaccinated Against Measles. *Vaccines*. 2023;11(5):926.
20. Mathis AD, Raines K, Masters NB, et al. Measles – United States, January 1, 2020–March 28, 2024. *MMWR*. 2024;73(14):295-300.
21. Zucker JR, Rosen JB, Iwamoto M, et al. Consequences of Undervaccination – Measles Outbreak, New York City, 2018–2019. *N Engl J Med*. 2020;382(11):1009-1017. doi:10.1056/NEJMoa1912514.
22. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Expanding Measles Outbreak in the United States and Guidance for the Upcoming Travel Season. 2025.
23. Hübschen JM, Gouandjika-Vasilache I, Dina J. Measles. *Lancet*. 2022;399(10325):678-690. doi:10.1016/S0140-6736(21)02004-3.
24. Stoneman EK. Measles. *JAMA*. 2025. doi:10.1001/jama.2025.14210.
25. Strebel PM, Orenstein WA. Measles. *N Engl J Med*. 2019;381(4):349-357. doi:10.1056/NEJMcp1905181.
26. Do LAH, Mulholland K. Measles 2025. *N Engl J Med*. 2025;393(24):2447-2458. doi:10.1056/NEJMra2504516.
27. Arciuolo RJ, Jablonski RR, Zucker JR, Rosen JB. Effectiveness of Measles Vaccination and Immune Globulin Post-Exposure Prophylaxis in an Outbreak Setting–New York City, 2013. *Clin Infect Dis*. 2017;65(11):1843-1847. doi:10.1093/cid/cix639.