



INFORME SARAMPIÓN RUBÉOLA. ANTIOQUIA, AÑO 2025

Responsable: Subsecretaría de Salud Pública – Secretaría de Salud e Inclusión Social.

1. INTRODUCCIÓN

La inmunización es una historia de éxito para la salud y el desarrollo mundial, ya que salva millones de vidas cada año. Entre 2010 y 2018, solo con la vacuna contra el sarampión se evitaron 23 millones de muertes.

La Agenda de Inmunización 2030 (AI2030) establece una visión y una estrategia mundial, ambiciosa y global para las vacunas y la inmunización durante el decenio 2021-2030, la cual se basa en las enseñanzas extraídas, reconoce los problemas persistentes e inéditos que plantean las enfermedades infecciosas y aprovecha las nuevas oportunidades para afrontarlos. (OMS, 2020)

En Colombia, uno de los objetivos principales del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) es la vacunación de rutina de toda la población objetivo, alcanzando coberturas iguales o superiores al 95% en todos los departamentos, distritos y municipios. Las vacunas en general ayudan a combatir enfermedades haciendo posible su control, eliminación y posible erradicación.

La vacunación y la vigilancia de las enfermedades inmunoprevenibles son capacidades básicas exigidas por el Reglamento Sanitario Internacional (2005), ya que ayudan a lograr unos sistemas de salud resilientes y sostenibles, capaces de responder a brotes de enfermedades infecciosas, riesgos para la salud pública y emergencias.

El virus del sarampión pertenece al género Morbillivirus de la familia Paramyxoviridae, el cual es importante conocer que se transmite de persona a persona por vía respiratoria y el ser humano es el único huésped natural del virus, es altamente contagioso, pues la transmisibilidad se da 4 días antes y 4 después del inicio del exantema y persiste en el ambiente hasta 2 horas.

Este virus se caracteriza por malestar general con fiebre alta, tos y flujo nasal. La fiebre asciende en forma escalonada por 2-4 días, momento en el cual aparece una erupción maculopapular. Suele estar acompañado por conjuntivitis, coriza y bronquitis.

En todo el periodo febril se presenta tos seca, sin esputo, que dura de 1 a 2 semanas si no hay complicaciones. Este es el último síntoma en desaparecer. Es rara la ocurrencia del sarampión en ausencia de tos. Importante conocer que los





niños mayores pueden quejarse de fotofobia y artralgias. Los casos de sarampión en bebés parcialmente protegidos por los anticuerpos maternos, o en personas vacunadas durante el periodo de incubación, pueden ser leves y difíciles de reconocer clínicamente. Las manchas de Koplik, constituyen un exantema de puntos blancos levemente abultados de 2 a 3 mm de diámetro en una base eritematosa en la mucosa bucal. Son patognomónicas de la enfermedad, pero son difíciles de observar, porque aparecen por un corto periodo de tiempo, de 1 a 2 días antes del inicio del exantema.

La manifestación principal del sarampión son pápulas confluyentes (exantema máculo-papular), que se presenta dentro de los 2 a 4 días siguientes al inicio de los síntomas prodrómicos. Al principio, aparecen en el cuello y la cara y sigue una distribución cefalocaudal hacia el tronco y extremidades. En los niños de piel oscura, suele no notarse tanto, por lo que el tacto suele ser una forma importante de identificar la erupción. La erupción, llega a su máximo 2 o 3 días después del comienzo y se concentra principalmente en el tronco y las extremidades superiores.

La erupción dura de 3 a 7 días y suele terminar con una descamación, que se manifiesta como un polvo fino y blanquecino en los lugares donde hubo erupción. Esta descamación, es fácil de identificar incluso en personas de piel morena.

El virus de la Rubéola pertenece al género Rubivirus, familia Togaviridae, el cual se transmite por contacto directo con secreciones nasales o faríngeas de personas infectadas y por partículas virales en el aire de ambientes cerrados y hacinados. La transmisibilidad se da semana antes y por lo menos 4 días después de aparecer el rash, incluso hasta 14 días; de 25 % a 50 % de las infecciones son asintomáticas.

Suele ser una enfermedad benigna y muchas veces subnotificada. Su importancia epidemiológica está representada por la posibilidad de ocurrencia del síndrome de rubéola congénita (SRC), que afecta al feto o al recién nacido cuyas madres se infectan por el virus de la rubéola durante la gestación. La rubéola, es una enfermedad viral febril, que se caracteriza por una erupción máculo papular difusa. El exantema, presenta una distribución que se inicia en la cabeza, ya sea en la cara, cuero cabelludo o cuello, para luego seguir al resto del cuerpo, coincidiendo generalmente con el inicio de la fiebre.

Otra característica importante de la enfermedad es la presencia de linfadenopatías, principalmente retroauricular, cervical y occipital; estas adenopatías, suelen aparecer entre 5 y 10 días antes del exantema. Puede presentarse en forma subclínica, en un 30% a 50% de los casos. La manifestación principal de la rubéola es la erupción cutánea máculo-papular, de distribución cefalocaudal y duración de 5 a 10 días siendo el principal diagnóstico diferencial del sarampión.





Otros diagnósticos diferenciales para ambas enfermedades lo constituyen: el dengue, el eritema infeccioso, el exantema súbito o roséola, la escarlatina, la meningococemia, la leptospirosis, el síndrome ganglionar mucocutáneo (enfermedad de Kawasaki), las erupciones medicamentosas, la mononucleosis infecciosa, el síndrome de piel escaldada estafilocócica, el síndrome de choque tóxico estafilocócico, las rickettsiosis y las infecciones por enterovirus, entre otras. En la rubéola, las manifestaciones hemorrágicas son raras. La artralgia y con menor frecuencia la artritis, son complicaciones especialmente de las mujeres adultas.

Aproximadamente el 30% de los casos de sarampión, presentan una o más complicaciones, tales como otitis media, neumonía, diarrea, y encefalitis, éstas son más comunes entre los niños menores de un año. Con relación a la rubéola, la principal complicación es el síndrome de rubéola congénita (SRC) que se describe por aparte.

En cuanto a la inmunización, se emplean en la mayoría de los países las vacunas de virus vivos del sarampión hiperatenuadas, que en general se derivan de la cepa original de Edmonston. La vacuna de la cepa Moraten se usa principalmente en los Estados Unidos, mientras que en muchos otros países la cepa que más se emplea es la Schwartz. Puede usarse cualquier vacuna que contenga títulos estándar de virus vivos del sarampión. Se prefiere la vacuna combinada contra el sarampión, la rubéola y la parotiditis (vacuna triple viral o SRP) para garantizar la inmunidad contra los tres virus.

El uso de la vacuna triple viral en las campañas de vacunación antisarampionosa disminuirá la circulación de la rubéola y la parotiditis entre los niños y reducirá la incidencia del síndrome de rubéola congénita (SRC). En Colombia, la vacunación con triple viral se realiza al año de vida y con un refuerzo a los 18 meses de edad con el objetivo de captar niños susceptibles que no recibieron la primera dosis o que no respondieron a la vacuna.

En los casos donde no se logren las coberturas de vacunación esperadas, será necesario realizar campañas de vacunación de seguimiento de escolares para lograr la meta de eliminación y la reducción de susceptibles.

1.1. Comportamiento del evento en el mundo.

Durante el año 2000 al 2018, el número de casos de sarampión reportados en todo el mundo disminuyó 59%, de 853 479 en 2000 a 353 236 en 2018, la incidencia anual de sarampión disminuyó 66%, de 145 a 49 casos por millón de habitantes y las muertes estimadas disminuyeron 73% de 535600 a 142300 por año. El panorama cambió en 2019. Datos provisionales de la OMS indican que durante 2019 se notificaron más casos de sarampión en todo el mundo que





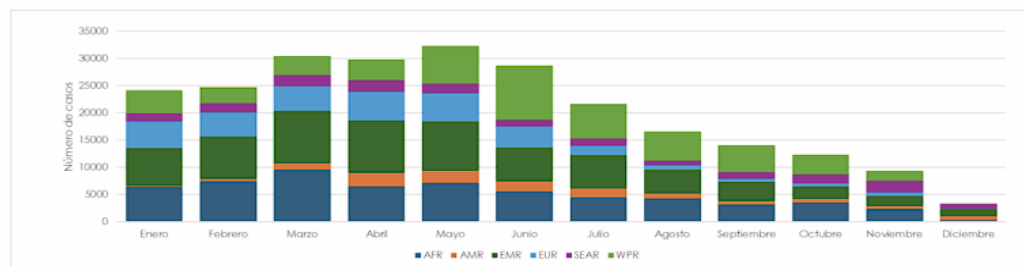
cualquier año desde 2016 (500000 casos confirmados en más de 180 países), eclipsando los 353236 casos confirmados de sarampión reportados a la OMS en 2018.

En cuanto a los linajes que circularon en los países de Europa desde 2006 hasta 2013, de acuerdo a los datos de secuencia de VS depositados en la base MeaNS, se calculó el período de circulación para cada variante a nivel de país y para toda la región. De este modo, se sabe que las variantes de MV "D5-Okinawa" "D4-Hamburg", "D4-Manchester" y "D8-Frankfurt-Main" se difundieron ampliamente en Europa continental causando brotes grandes y duraderos con propagación secundaria que dieron lugar a brotes adicionales. Brotes en todo el país (epidemias) con miles de casos de sarampión se produjeron en cuatro países: Suiza, Francia, Bulgaria y Rumania y se caracterizaron por la detección continua de la misma variante de VS durante más de 12 meses, lo que sugiere una transmisión endémica.

El período de circulación de los cuatro linajes varió de 18 a 44 meses. Este tipo de transmisión de larga duración que afecta a individuos predominantemente no vacunados en diferentes grupos de difícil acceso y en la población general no es compatible con el objetivo de eliminación del sarampión.

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 del 2025 hasta el 1 de enero del 2026 se notificaron 552.699 casos sospechosos de sarampión, en 179 Estados Miembros de las seis regiones de la OMS, de los cuales 247.623 (44,8%) fueron confirmados¹. El 28% de los casos se registró en la Región de la OMS del Mediterráneo Oriental, seguido por la Región de la OMS de África con el 25 % de los casos y la Región de la OMS de Europa con el 22% de los casos (Figura 1) (OPS, OPS/OMS, 2025)

Figura 1. Distribución de casos de sarampión por mes y región de la OMS, 2025.



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; 2026 [consultado el 21 de enero del 2026]. Disponible en: <https://immunizationdata.who.int/global?topic=Provisional-measles-and-rubella-data&location=1>.



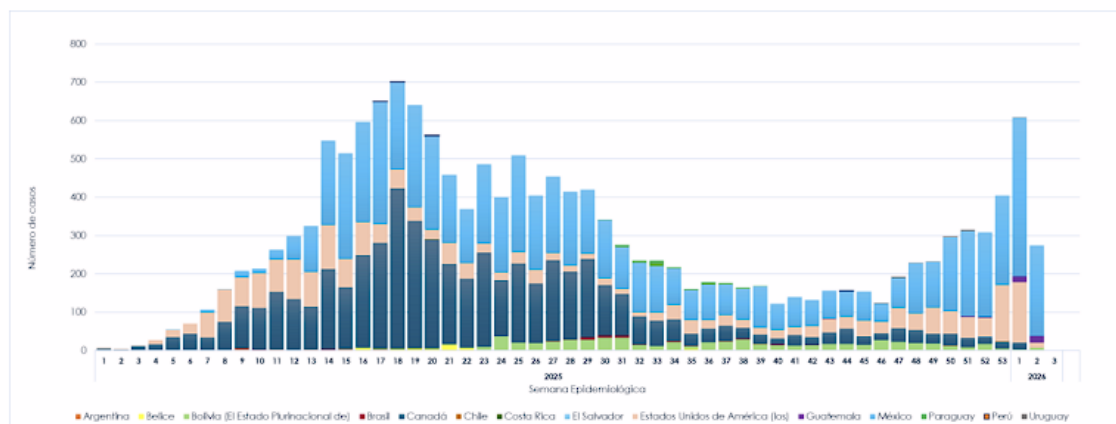


1.2. Comportamiento del evento en Las Américas

En 2025, entre la semana epidemiológica (SE) 1 y la SE 53, en la Región de las Américas, fueron confirmados 14 891 casos de sarampión, incluyendo 29 defunciones, de las cuales 22 (73%) se han producido en población indígena. Los casos fueron notificados por Argentina (n= 36 casos), Belice (n= 44 casos), el Estado Plurinacional de Bolivia (n= 597 casos), Brasil (n= 38 casos), Canadá (n= 5.436 casos², incluyendo dos defunciones), Costa Rica (n= 1 caso), El Salvador (n= 1 caso), los Estados Unidos de América (n= 2.242 casos, incluyendo tres defunciones), Guatemala (n= 1 caso), México (n= 6.428 casos, incluyendo 24 defunciones), Paraguay (n= 49 casos), Perú (n= 5 casos) y Uruguay (n= 13 casos) (Tabla 1)(Figura 2) (3-21). Este total representa un aumento de 32 veces en contraste con los 466 casos de sarampión notificados en el 2024. En comparación con el registro histórico de sarampión en la Región, el número de casos confirmados de sarampión en el año 2025 fue el más alto desde el 2019, siendo éste el año con mayor número de casos de los últimos 22 años (n= 23.269).

En 2026, entre la SE 1 y la SE 3, en la Región de las Américas, fueron confirmados 1 031 casos de sarampión, sin defunciones notificadas. Los casos fueron notificados por Bolivia (n= 10 casos), Canadá (n= 67 casos), Chile (n= 1 caso), los Estados Unidos de América (n= 171 casos), Guatemala (n= 41 casos), México (n= 740 casos) y Uruguay (n= 1 caso). Este total representa un aumento de 45 veces en comparación con los 23 casos de sarampión notificados en el mismo periodo del 2025 (Figura 2) (OPS, OPS/OMS, 2025)

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- 2026 (hasta la SE 3 del 2026).



*Nota: Incluye casos confirmados y probables para Canadá.

Fuente: Adaptado de datos aportados por los respectivos países (3-21).





1.3. Comportamiento del evento en Colombia

En agosto de 2011 se confirmó el último brote de sarampión en el país con seis casos, en la ciudad de Barranquilla, producto de un caso importado de Brasil. Entre 2012 y 2015 fueron confirmados 3 casos importados de Europa, en un caso se identificó el genotipo D4 y en otro caso se identificó el genotipo B3; en un caso no se pudo identificar el genotipo. Entre 2016 y 2017 no se reportaron casos confirmados en Colombia. En 2018, Colombia emitió la circular 006 de 2018 con instrucciones permanentes para prevención, atención, vigilancia y control de sarampión en el país ante la posible aparición de un caso importado teniendo en cuenta la situación de brote en Venezuela, así como la situación de este evento en distintas regiones del mundo, en especial en Europa.

Durante el 2018 fueron notificados 7 190 casos sospechosos, de los cuales, el 3% (n=208) fueron confirmados: el 93,9 % por laboratorio, el 1 % por unidad de análisis. En enero de 2014, una comisión internacional de expertos encabezada por Merceline Dhal-Regis certificó a Colombia como país libre de la circulación autóctona del virus de sarampión y rubéola. No obstante, la alta movilidad poblacional, propiciada por el comercio, la industria, el turismo y las migraciones, aumenta el riesgo de diseminación de estas enfermedades y el 22 de enero de 2022, El Ministerio de Salud y Protección Social, emite un boletín de prensa informando que la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud (OMS) recertificaron a Colombia como país libre de sarampión, rubéola y síndrome de rubéola congénita tras un arduo e intenso trabajo con los entes territoriales en todo el país.

A nivel nacional a periodo epidemiológico XII, se notificaron 1 543 casos sospechosos de Sarampión y Rubeola, con una tasa de 2,91 casos por cada 100.000 habitantes.

Para mantener la certificación se debe fortalecer la vigilancia activa del evento, mantener una alta inmunidad en la población a través de la vacunación monitorear el cumplimiento de los indicadores de vigilancia.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivos General:

Describir en tiempo, espacio, persona, características socio-demográficas el comportamiento de los eventos inmunoprevenibles Sarampión/Rubeola en el Departamento de Antioquia durante el año 2025.





2.2. Objetivos específicos:

- Aportar información oportuna y confiable, útil para la certificación de la eliminación de Sarampión/Rubeola.
- Dar a conocer el comportamiento de Sarampión/Rubeola en Antioquia, para facilitar la verificación del cumplimiento de indicadores internacionales referentes al evento.
- Analizar sistemáticamente el comportamiento del evento en Antioquia para el año 2025, como apoyo para la toma de decisiones.

3. MATERIALES Y MÉTODOS

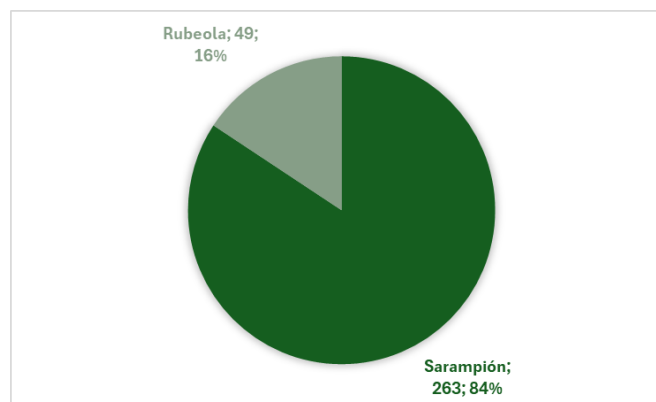
Este informe es de tipo descriptivo retrospectivo sobre el comportamiento de la notificación realizada al SIVIGILA desde el 01 de enero al 31 de diciembre del año 2025, junto con la información de resultados del Laboratorio Departamental de Salud Pública, con el fin de describir el comportamiento de la notificación de los eventos de inmunoprevenibles priorizados por el INS para la realización del informe, analizando las frecuencias de las variables de tiempo, persona y lugar contenidas en la ficha de notificación tanto datos básicos como complementarios y se da a conocer los indicadores de la vigilancia que monitorean el comportamiento de estos eventos a nivel departamental.

4. HALLAZGOS

4.1 Comportamiento de la notificación de Sarampión-Rubéola:

En el departamento de Antioquia para el año 2025, se notificaron 312 casos sospechosos de Sarampión/Rubeola, de los cuales el 84% (n=263) corresponde a Sarampión. Ningún caso fue confirmado por laboratorio (Figura 3).

Figura 3. Distribución porcentual de Sarampión/Rubeola. Antioquia, año 2025.



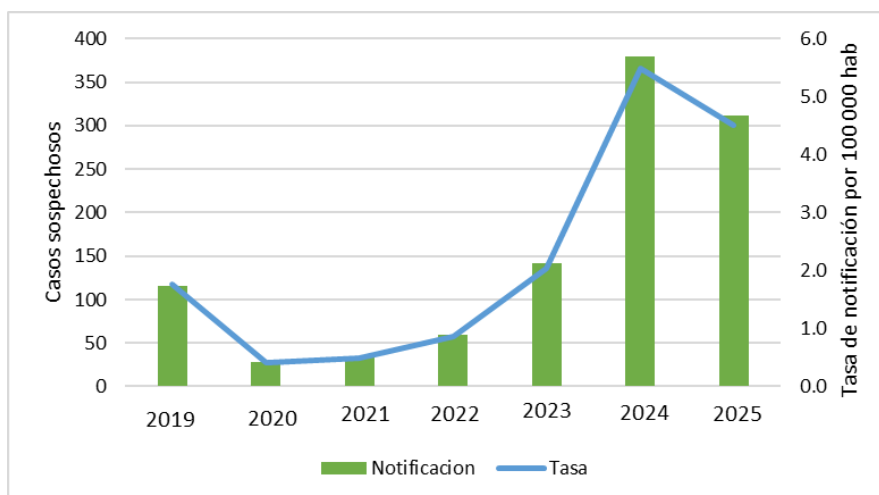
Fuente: Sivigila, 2025.





La tasa de notificación durante el año 2025 fue de 4,5 por cada 100 000 habitantes, donde se evidencia un aumento de casos notificados en el departamento a comparación del mismo periodo durante los años 2019 al 2023 (Figura 4).

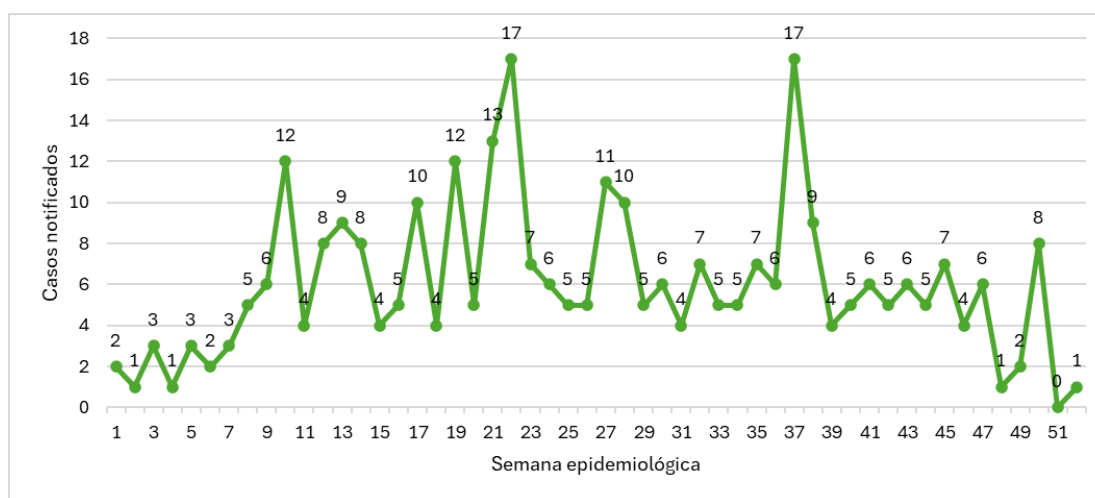
Figura 4. Tasa de notificación de casos sospechosos de Sarampión/Rubeola. Antioquia, año 2025.



Fuente: Sivigila, 2025

Se evidencia una mayor notificación en la semana epidemiológica 21 y 27 con 17 casos sospechosos respectivamente (Figura 5).

Figura 5. Notificación de casos sospechosos de Sarampión/Rubeola. Antioquia, año 2025.



Fuente: Sivigila, 2025.

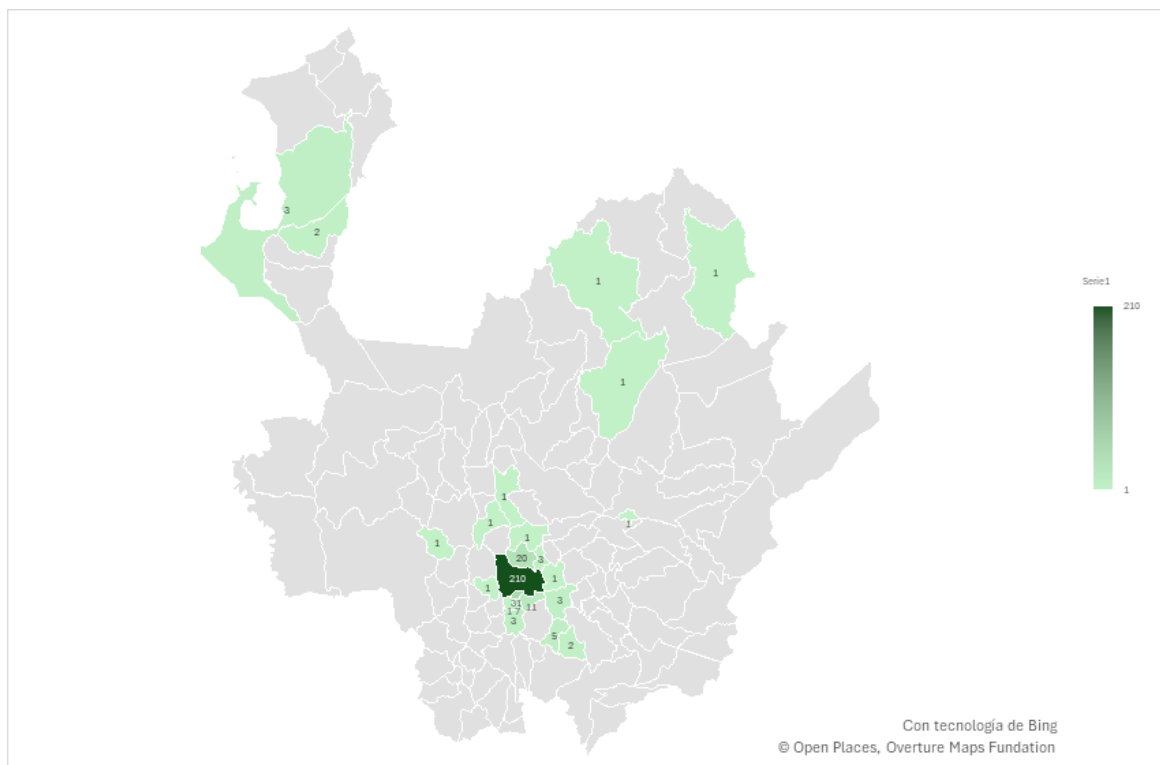




4.2 Magnitud en lugar y persona:

Según municipio de procedencia, el municipio con mayor número de casos sospechosos es Medellín con el 67% (n=210), seguido de Itagüí con el 10% (n=31) y Bello con el 6% (n=20). (Figura 6)

Figura 6. Notificación de casos sospechosos de sarampión/rubeola por municipio de procedencia. Antioquia, año 2025.



Fuente: Sivigila 2025

4.3 Comportamiento variable de interés.

En la variable de sexo, se evidencia que se notificaron más casos sospechosos en hombres con el 56% (n=175). En relación con el tipo de afiliación al Sistema General de seguridad Social en salud, el 80% (249) pertenecen al régimen contributivo y el 20% (n=61) al régimen subsidiado. En cuanto a la distribución por área de residencia de los casos notificados al SIVIGILA durante el año 2025, se observa una gran diferencia dado que el 96% (n=299) de la notificación corresponde a residentes en el área urbana. En la variable nacionalidad, el 99% (309) de los casos notificados son colombianos y el 1% (n=3) son venezolanos.





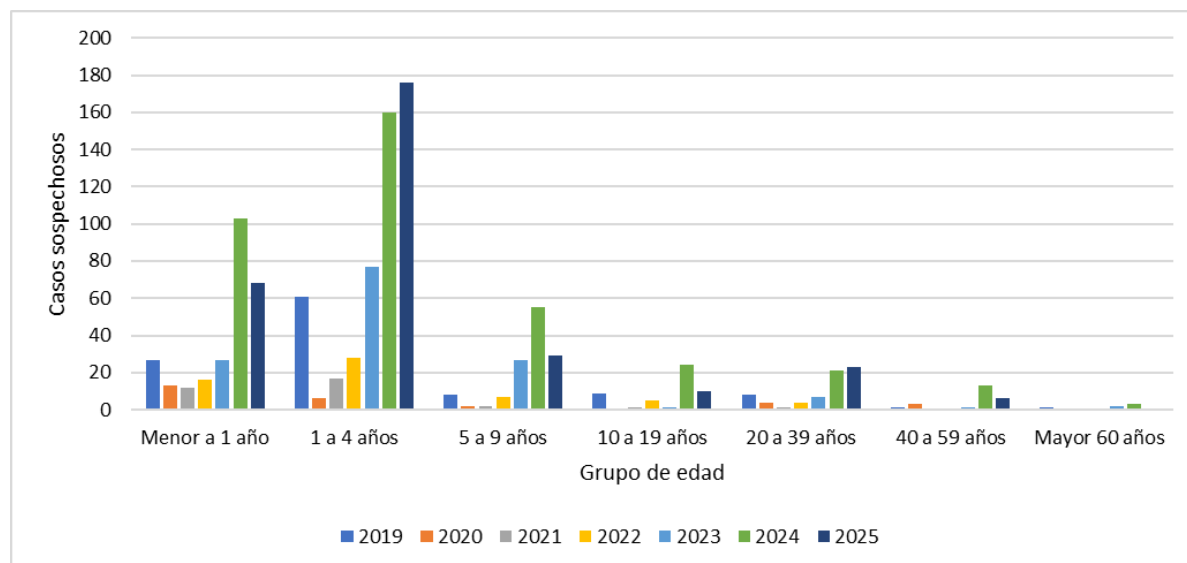
Tabla 1. Distribución de los casos de Sarampión/Rubeola, por variables sociodemográficas. Antioquia, año 2025.

Variable	Categoría	Casos notificados	
		n	%
Sexo	Hombre	175	56%
	Mujer	137	44%
Régimen	Contributivo	249	80%
	Subsidiado	61	20%
	Indeterminado	2	1%
Area	Urbana	299	96%
	Rural	13	4%
Nacionalidad	Colombiano	309	99%
	Venezolano	3	1%

Fuente: Sivigila 2025

De los 312 casos sospechosos notificados, el 56% (n=176) corresponde al grupo de edad de 1 a 4 años, evidenciando la mayor notificación en este grupo de edad desde el año 2019; el 22% (n=68) corresponde al grupo de edad menor de un año; el 9% (n=29) pertenece a las edades entre 5 a 9 años (Figura 7).

Figura 7. Distribución de los casos de Sarampión/Rubeola, según edad. Antioquia, año 2025



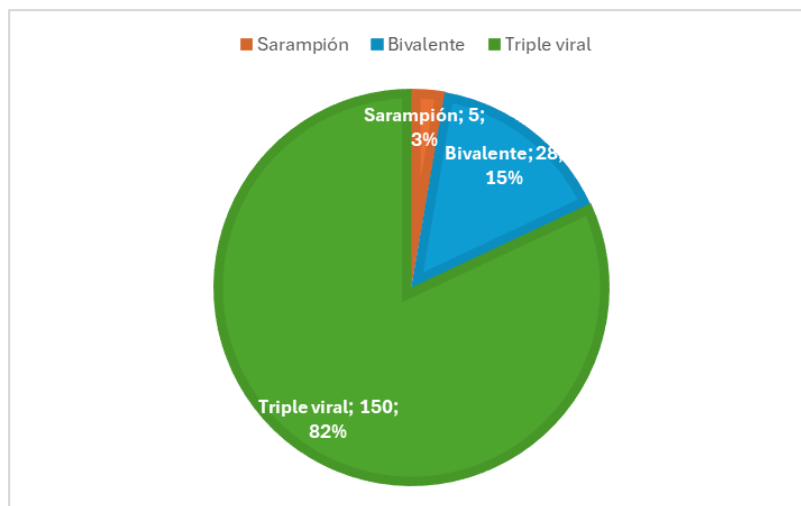
Fuente: Sivigila 2025





Según la notificación en SIVIGILA de los casos notificados como sospechosos de Sarampión/Rubéola, el 82% (n=150) tienen antecedente vacunal con el biológico SRP, mientras que el 28% (n=15) cuenta con antecedente de vacuna de Sarampión/Rubeola y el 3% (n=3) con antecedente de vacuna de sarampión (Figura 8).

Figura 8. Distribución porcentual de los casos de Sarampión/Rubeola, según esquema de vacunación. Antioquia, año 2025.



Fuente: Sivigila, 2025.

El porcentaje de casos con muestra de suero adecuado para el año 2025 es del 98%, es decir a 309 de los 312 casos sospechosos de Sarampión/Rubeola, se les tomo muestra para prueba de laboratorio. Los tres casos restantes se descartaron por unidad de análisis.

4.4 Indicadores:

Los indicadores de vigilancia del evento se calcularon con la información del SIVIGILA, teniendo en cuenta los parámetros establecidos en el protocolo de vigilancia epidemiológica de los eventos. El proceso de recolección de datos se recopila de las UPGD, EAPB y municipios, donde Secretaría de Salud de Antioquia es la responsable de verificar que los casos notificados cumplan con la definición operativa de caso que se ingresen de acuerdo con las instrucciones dadas para el adecuado diligenciamiento de las fichas de notificación 710 y 730.

- Tasa de notificación de casos sospechosos de Sarampión y Rubéola: en el departamento de Antioquia para el año 2025, se notificaron 4,5 casos sospechosos de Sarampión y Rubéola por cada 100.000 habitantes, logrando la tasa de notificación.





- Porcentaje de casos de Sarampión/Rubeola con investigación de campo, ficha de investigación completa/oportuna (menos de 48 horas) / adecuada: el 89,4% (n=279) de la investigación epidemiológica de campo se realizó durante las primeras 48 horas de notificados los casos sospechosos, cumpliendo con este indicador.
- Proporción de casos con muestra de suero adecuada: para el año 2025, se observa que el 98% de los casos notificados cuentan con muestra de suero adecuada para estudio de laboratorio, cumpliendo con el indicador.
- Porcentaje de muestras de suero recibidas en el laboratorio en los primeros cinco días luego de su recolección: Del total de muestras recibidas en el laboratorio, el 90% fueron recibidas en los primeros 5 días luego de su recolección. Este indicador cumple con la meta del 80%.
- Porcentaje de muestras de suero procesadas en el laboratorio en los primeros cuatro días luego de su recepción: Del total de muestras procesadas en el laboratorio, el 72% fueron procesadas en los primeros 4 días luego de su recepción. Este indicador no cumple la meta del 80%.
- Incidencia de sarampión o rubéola en población general, menores de cinco años y un año: La incidencia de Rubeola y Sarampión en el departamento de Antioquia en la población menor de 1 año es de 1.3, para la población de 1-4 años es de 7.5 y para la población general es de 0.9 por cada 100 000 habitantes.
- Todos los casos notificados al SIVIGILA como sospechosos de Sarampión y Rubeola para la vigencia del año 2025 se encontraban vivos, por lo tanto, no se presenta el indicativo de letalidad.

5 DISCUSION

Dado que el sarampión y la rubeola constituyen enfermedades eruptivas agudas y sumamente contagiosas se requiere mantener la vigilancia epidemiológica de manera activa y rutinaria con el fin de mantener la certificación como país libre de la circulación de los virus de Sarampión y Rubeola.

Para el año 2025, se notificaron 312 casos sospechosos de Sarampión/Rubeola, su gran mayoría 67% con procedencia Medellín.

La proporción de casos con muestra de suero adecuado para prueba de laboratorio en el año 2025 es del 98% y sólo a tres casos se realizó unidad de análisis descartando la sospecha de Sarampión, recordando que para este evento se debe descartar los casos por laboratorio y más cuando estamos en eliminación, donde debe haber una garantía de tener una vigilancia activa, sensible y oportuna,





lo que nos conduce a implementar planes de acción que nos permita mejorar ostensiblemente este aspecto fundamental.

En la búsqueda de concordancia entre las muestras del LDSP y lo notificado a SIVIGILA se encontraron casos sin notificar, se debe implementar un trabajo continuo con el Laboratorio Departamental con el fin de intervenir oportunamente y que estas muestras sean tomadas y lleguen al Laboratorio departamental en los tiempos estipulados en el protocolo.

Para mantener la eliminación de estos eventos, se requiere mantener coberturas de vacunación superiores a 95%, homogéneas y sostenidas, con estrategias y tácticas que aseguren dos oportunidades de aplicación a la vacuna triple viral o SRP; mantener el sistema de vigilancia lo suficientemente eficiente, que detecte, notifique e investigue en forma rápida y oportuna todo caso de Sarampión y Rubéola; y por último y no menos importante, el laboratorio eficiente y capacitado para realizar diagnósticos serológicos y detección y aislamiento viral ante la aparición de casos importados o esporádicos.

6 CONCLUSIONES

Dado que Colombia ha eliminado la circulación de los virus autóctonos del sarampión y la rubéola, se hace necesario intensificar la vigilancia de dichos eventos con el fin de detectar oportunamente la aparición de casos o brotes. Es de suma importancia realizar de manera sistemática la recopilación y análisis de los datos, para la documentación y verificación de la eliminación del sarampión, la rubéola y el Síndrome de rubéola Congénita, por parte del Instituto Nacional de Salud periódicamente.

Debido a la actual migración de personas provenientes de países vecinos como por ejemplo de Venezuela y Bolivia, se hace más importante aún, mantener estricta vigilancia epidemiológica de los eventos, conocer y aplicar todo lo estipulado en la circular 006 de 2018, la cual incluye instrucciones para prevención, atención, vigilancia y control de sarampión en el país ante la posible aparición de casos importados.

Se deben implementar acciones que permita recuperar el trabajo que se venía realizando en los diferentes entes territoriales para el oportuno seguimiento de estos eventos, sin dejarnos llevar por la importancia y gran despliegue que se ha realizado en el último año alrededor del COVID-19.

7 RECOMENDACIONES

- Los niveles locales deben continuar con el fortalecimiento del PAI en sus dos componentes el de vacunación y el de vigilancia epidemiológica, para reducir el





número de susceptibles.

- Desarrollar estrategia de información, educación y comunicación que promueva la movilización social en torno a la protección de los logros hasta ahora alcanzados, a la identificación y adopción de factores protectores (como vacunación, detección temprana) y la consulta precoz en situaciones de riesgo (coberturas de vacunación).
- Garantizar la oportunidad en las actividades de caso y de campo en cada uno de los eventos inmunoprevenibles como la mejor forma de evitar la transmisión de la enfermedad.
- Intensificar las acciones de fortalecimiento del PAI, para mantener coberturas útiles en población menor de 18 meses y reducir el número de susceptibles.
- Mantener las acciones de asesoría y asistencia técnica encaminadas a mejorar la cobertura, calidad y oportunidad de la información requerida para la vigilancia de la salud pública.
- Continuar con las acciones para el fortalecimiento de la vigilancia de la salud pública, útil no solo para la detección y el control de brotes y epidemias sino para el mejoramiento de las prácticas de salud pública, y el manejo y tratamiento de casos.
- Fortalecer la vigilancia permanente de estos eventos, realizando un seguimiento más estricto a cada uno de los casos para poder dar cumplimiento a los indicadores como es la realización de la IEC, el envío de muestras oportunamente y el cargue al SIVIGILA de todas las muestras tomadas y enviadas al Laboratorio Departamental.

Bibliografía

Aguilar-Gamboa, F. R. (14 de Junio de 2020). *EPIDEMIOLOGÍA MOLECULAR DEL VIRUS DEL SARAMPIÓN EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS: PANORAMA ACTUAL*.

Obtenido de Revista URP:

<https://revistas.urp.edu.pe/index.php/RFMH/article/view/2966/3195>

OMS. (2020). Obtenido de Agenda de Inmunización 2030. Una estrategia mundial para no dejar a nadie atrás:

<https://www.who.int/es/publications/m/item/immunization-agenda-2030-a-global-strategy-to-leave-no-one-behind>





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

- OPS. (4 de Octubre de 2021). *Actualización Epidemiológica del Sarampión*. Obtenido de Actualización Epidemiológica: Sarampión - 4 de octubre de 2021:
<https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-sarampion-4-octubre-2021>
- OPS. (2022). Obtenido de Semana de Vacunación en las Américas 2022:
<https://www.paho.org/es/campanas/semana-vacunacion-americas-2022>
- OPS. (3 de febrero de 2025). *OPS/OMS*. Obtenido de
<https://www.paho.org/sites/default/files/2026/02/2026-feb-03-phe-alerta-epi-sarampion-esfinal1.pdf>

Realizado por: Magda Vanessa Maldonado
Epidemióloga inmunoprevenibles



Centro Administrativo Departamental José María Córdova (La Alpujarra)
Calle 42 B No. 52 - 106 - Línea de Atención a la Ciudadanía: 604 409 9000
Medellín - Colombia.



SC4887-1