

### TEMA CENTRAL

- Comportamiento del cáncer en menor de 18 años S.E 05 de 2026 Pre.
- Alerta Epidemiológica Sarampión en la Región de las Américas - 3 de febrero del 2026

### COMPORTAMIENTO DE LA NOTIFICACIÓN BUCARAMANGA S.E 05 de 2026p.

Para la semana 05 la notificación recibida por las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) del municipio fue oportuna, es decir del 100%.

#### Indicadores de Oportunidad

**Notificación UNM:** En cuanto a la notificación municipal, la oportunidad de notificación a la secretaria de Salud Departamental fue del 100%.

### Cáncer en menores de 18 años

El cáncer es una de las principales causas de mortalidad en la infancia y la adolescencia, siendo las leucemias agudas el tipo de cáncer y la causa de muerte por cáncer más común en este grupo poblacional. De acuerdo con el Observatorio Global de Cáncer (Globocan), en 2022, más de 275 000 niños y adolescentes (de 0 a 19 años) fueron diagnosticados con cáncer a nivel mundial y para el 2022 se estimaron 105 645 fallecimientos por cáncer infantil, para una tasa ajustada por la edad de 4,1 menores por cada 100 000 habitantes. Para Colombia, se estimaron 784 fallecimientos, para una mortalidad ajustada de 5,1 por cada 100 000 habitantes (3).

La probabilidad de que un niño sobreviva a un diagnóstico de cáncer depende del país en donde resida: en países de ingreso alto, se estima que la sobrevida alcanza el 80 %, pero en países de ingreso bajo o mediano se estima en cerca del 30 % (2). En 2018, la Organización Mundial de la Salud (OMS) lanzó la Iniciativa Global para el Cáncer Infantil, con el apoyo del St. Jude Children's Research Hospital (EE. UU.), la International Agency for Research on Cancer (IARC) y otras entidades. Esta iniciativa tiene como objetivo a 2030 lograr al menos un 60 % de supervivencia en casos de cáncer infantil a nivel mundial (3).

En Colombia, la normatividad vigente establece lineamientos para el control del cáncer infantil en el marco del Plan Decenal de Salud Pública 2022- 2031 (Resolución 1035 del 14 de junio de 2022), la Resolución 2367 del 29 de diciembre de 2023 y la Circular Externa Conjunta 010 de 2024. Estas disposiciones incluyen el Plan de Choque contra el Cáncer, el cual contempla entre sus componentes, el fortalecimiento del monitoreo y las fuentes de información. En este contexto, se enfatiza la notificación obligatoria de casos en niños y adolescentes menores de 18 años con presunción o diagnóstico de cáncer infantil en el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila), de acuerdo con los protocolos definidos por el Instituto Nacional de Salud, velando por la garantía de la calidad de los datos.

En Bucaramanga, con corte a semana epidemiológica 05 de 2026 (datos preliminares), se notificaron al Sivigila 2 casos de cáncer en menores de 18 años, de los cuales el 100% (2 casos) se encuentran probables en estudio, 1 para Neuroblastoma y otros tumores de células nerviosas periféricas y 1 caso para Otras neoplasias malignas no especificadas.

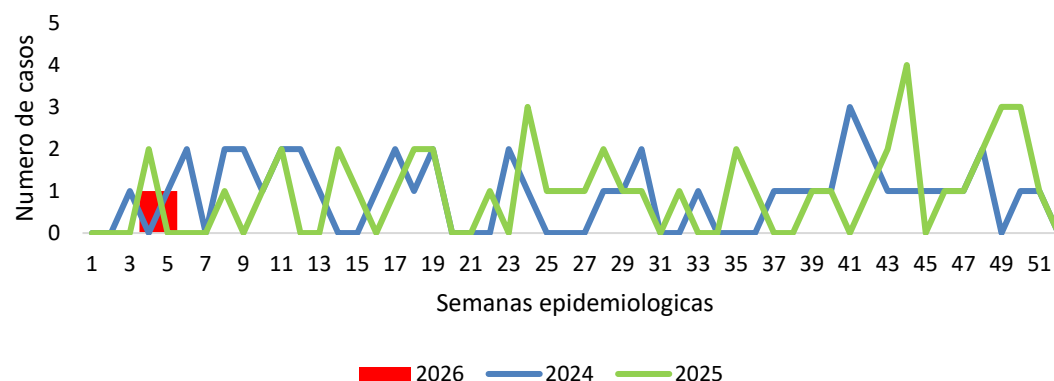
**Tabla 1.** Comportamiento de la notificación de cáncer en menores de 18 años, Bucaramanga, 2025 – 2026p (SE 05).

| Estado      | 2025  |     | 2026  |     |
|-------------|-------|-----|-------|-----|
|             | Casos | %   | Casos | %   |
| Notificados | 2     | 100 | 2     | 100 |
| Confirmados | 1     | 50  | 0     | 0,0 |
| Descartados | 1     | 50  | 0     | 0,0 |
| Probables   | 0     | 0,0 | 2     | 100 |

Fuente: SIVIGILA municipio de Bucaramanga año 2026

Para el municipio de Bucaramanga, a la SE 05 de 2026p, se observa que el número de casos notificados (n=2) se mantiene igual al registrado en el mismo periodo de 2025 y 2024, sin evidenciar variación interanual. Esta información es preliminar, sujeta a ajustes por procesos de confirmación diagnóstica y notificaciones tardías. Ver figura 1.

**Figura 1.** Comportamiento de la notificación de cáncer en menores de 18 años, Bucaramanga, 2024 – 2026p (SE 05).



Fuente: SIVIGILA municipio de Bucaramanga año 2025  
DANE, Proyecciones de población 2020-2035 actualización post COVID 19.

En el periodo analizado (n=2), los casos se concentran en sexo femenino (100%), proceden en su totalidad de la cabecera municipal (100%) y se encuentran vivos al momento del analisis (100%). Según el régimen de afiliación, el 100% corresponde al régimen contributivo. La distribución por edad muestra afectación en los grupos de 1 a 4 años (50%) y 5 a 9 años (50%).

**Tabla 2.** Comportamiento demográfico y social de los casos notificados de Cáncer en Menores de 18 años, Bucaramanga, semanas epidemiológicas 01-05, 2026.

| Variables       |                | N° casos | %    |
|-----------------|----------------|----------|------|
| Sexo            | Femenino       | 2        | 100% |
|                 | Masculino      | 0        | 0%   |
| Área            | Cabecera m/pal | 2        | 100% |
| Condición Final | Vivo           | 2        | 100% |
|                 | Muerto         | 0        | 0%   |
| Tipo SS         | Contributivo   | 2        | 100% |
| Rango de edad   | < 1 año        | 0        | 0%   |
|                 | 1 a 4 años     | 1        | 50%  |
|                 | 5 a 9 años     | 1        | 50%  |
|                 | 10 a 14 años   | 0        | 0%   |
|                 | 15 a 17 años   | 0        | 0%   |
| Total           |                | 2        | 100% |

Fuente: SIVIGILA municipio de Bucaramanga año 2026

Dado que a la SE 05 de 2026p los casos notificados se encuentran en estudio, no es posible calcular tasas específicas por tipo de cáncer ni analizar indicadores de oportunidad diagnóstica y tratamiento.

### Conclusiones

- A la SE 05 de 2026p, el evento mantiene un comportamiento estable, sin variación en el número de casos frente a 2024 y 2025.
- El 100% de los casos se encuentra en estudio, lo que limita el análisis de tasas, oportunidad e impacto epidemiológico.
- Los casos notificados se concentran en menores de 10 años, población prioritaria para vigilancia intensificada.

### Recomendaciones

- Fortalecer las acciones de educación a padres, cuidadores y docentes sobre signos y síntomas de alarma de cáncer infantil, con énfasis en detección temprana de masas, síntomas neurológicos persistentes y pérdida de peso no explicada.
- Capacitar al talento humano en salud del primer nivel de atención para el reconocimiento oportuno de signos sugestivos de cáncer infantil y la activación temprana de la ruta de referencia.
- Fortalecer la adherencia a las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) para cáncer infantil, garantizando la oportunidad en la sospecha diagnóstica y la remisión a servicios especializados.

- Implementar seguimiento activo desde vigilancia en salud pública a los casos probables, con retroalimentación permanente a las UPGD para reducir tiempos de confirmación.
- Mejorar la calidad del dato en Sivigila, asegurando el registro completo de variables clínicas y administrativas que permitan análisis oportunos y toma de decisiones en prevención.
- Monitorear periódicamente el comportamiento del evento, orientando las acciones preventivas hacia los grupos etarios con mayor concentración de casos

### Bibliografía:

1. OPS emite alerta epidemiológica ante la persistencia de sarampión en las Américas y urge a reforzar la vacunación y la vigilancia. [OPS emite alerta epidemiológica ante la persistencia de sarampión en las Américas y urge a reforzar la vacunación y la vigilancia - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud](#)
2. Alerta Epidemiológica Sarampión en la Región de las Américas - 3 de febrero del 2026. [https://www.paho.org/sites/default/files/2026/02/2026-feb-03-phe-alerta-epi-sarampion-esfinal\\_1.pdf](https://www.paho.org/sites/default/files/2026/02/2026-feb-03-phe-alerta-epi-sarampion-esfinal_1.pdf)
3. International Agency for Research on Cancer. IARC marks International Childhood Cancer 2025. Febrero 2025 [Internet, citado 9 febrero 2026] Disponible: <https://www.iarc.who.int/news-events/iarc-marksinternational-childhood-cancer-day-2025/>

- Lam CG, Howard SC, Bouffet E, Pritchard-Jones K. Science and health for all children with cancer. Science. 15 marzo 2019; 363(6432):1182-1186. 2020. doi: 10.1126/science.abe5901. PMID: 30872518. Disponible en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer-inchildren> Rev 09 feb 2026

### Alerta Epidemiológica Sarampión en la Región de las Américas - 3 de febrero del 2026

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) emitió una nueva **alerta epidemiológica sobre sarampión** en la región de las Américas, en la que hace un llamado a los países a intensificar las actividades de vigilancia epidemiológica, vacunación y respuesta rápida ante brotes para interrumpir la transmisión y proteger a las poblaciones vulnerables.

La alerta, destaca la persistencia de casos y brotes en varios países de la región, en un contexto de aumento sostenido de casos durante 2025 en comparación con los últimos cinco años, tendencia que parece continuar en 2026.

La OPS recomienda fortalecer la vigilancia y la búsqueda activa de casos, incluido el diagnóstico por laboratorio, implementar actividades complementarias de vacunación para cerrar brechas de inmunidad, y garantizar una respuesta oportuna ante cualquier caso sospechoso.

### Situación epidemiológica en la región

En 2025, la región de las Américas notificó **14.891 casos confirmados** de sarampión, incluyendo **29 defunciones**, en **13 países**: Argentina (36 casos), Belice (44 casos), Bolivia (597 casos), Brasil (38 casos), Canadá (5.436 casos, incluyendo 2 defunciones), Costa Rica (1 caso), El Salvador (1 caso), Estados Unidos (2.242 casos, incluyendo 3 defunciones), Guatemala (1 caso), México (6.428 casos, incluyendo 24 defunciones), Paraguay (49 casos), Perú (5 casos) y Uruguay (13 casos). Este total representa un aumento de 32 veces respecto a los 466 casos registrados en 2024.

En las primeras tres semanas de 2026, se confirmaron **1.031 casos** adicionales de sarampión en siete países — Bolivia (10), Canadá (67), Chile (1), Estados Unidos (171), Guatemala (41), México (740) y Uruguay (1)— **sin defunciones notificadas**. Este total representa un aumento de 43 veces en comparación con los 23 casos notificados en el mismo período de 2025.

La evidencia disponible indica que, entre los casos confirmados con información disponible, el 78% no estaba vacunado y en el 11% el antecedente de vacunación era desconocido.

Aunque la mayor proporción de casos se registró en adolescentes y adultos jóvenes, las tasas de incidencia más elevadas se observaron en menores de un año, seguidos por niños de 1 a 4 años y de 5 a 9 años, lo que refuerza la necesidad de garantizar esquemas completos de vacunación y medidas de protección adicionales en contextos de brote.

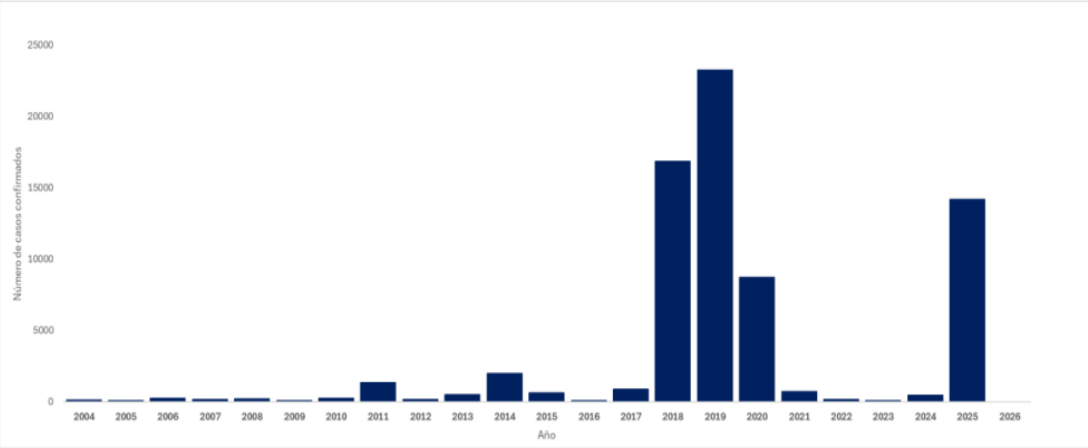
A nivel mundial, la Organización Mundial de la Salud (OMS) informó que durante 2025 se notificaron más de **552.000 casos sospechosos** de sarampión en 179 países, de los cuales cerca del 45% (247.623) fueron confirmados, lo que refleja un resurgimiento global de la enfermedad en un contexto de brechas persistentes de inmunización.

Tabla 3. Distribución de casos por semana epidemiológica 2025 y 2026, por país

| País                              | N° de casos SE 53 del 2025 | N° de casos SE 2 del 2026 | Ultima fecha de inicio de exantema (SE) |
|-----------------------------------|----------------------------|---------------------------|-----------------------------------------|
| Argentina                         | 36                         |                           | SE 49 del 2025                          |
| Belice                            | 44                         |                           | SE 45 del 2025                          |
| Bolivia (Estado Plurinacional de) | 597                        | 10                        | SE 2 del 2026                           |
| Brasil                            | 38                         |                           | SE 50 del 2025                          |
| Canadá                            | 5.436                      | 67                        | SE 2 del 2026                           |
| Chile                             | 0                          | 1                         | SE 53 del 2025                          |
| Costa Rica                        | 1                          |                           | SE 20 del 2025                          |
| El Salvador                       | 1                          |                           | SE 52 del 2025                          |
| Estados Unidos de América (los)   | 2.242                      | 171                       | SE 2 del 2026                           |
| Guatemala                         | 1                          | 41                        | SE 2 del 2026                           |
| México                            | 6.428                      | 740                       | SE 2 del 2026                           |
| Paraguay                          | 49                         |                           | SE 39 del 2025                          |
| Perú                              | 5                          |                           | SE 44 del 2025                          |
| Uruguay                           | 13                         | 1                         | SE 2 del 2026                           |
| Total                             | 14.891                     | 1.031                     |                                         |

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

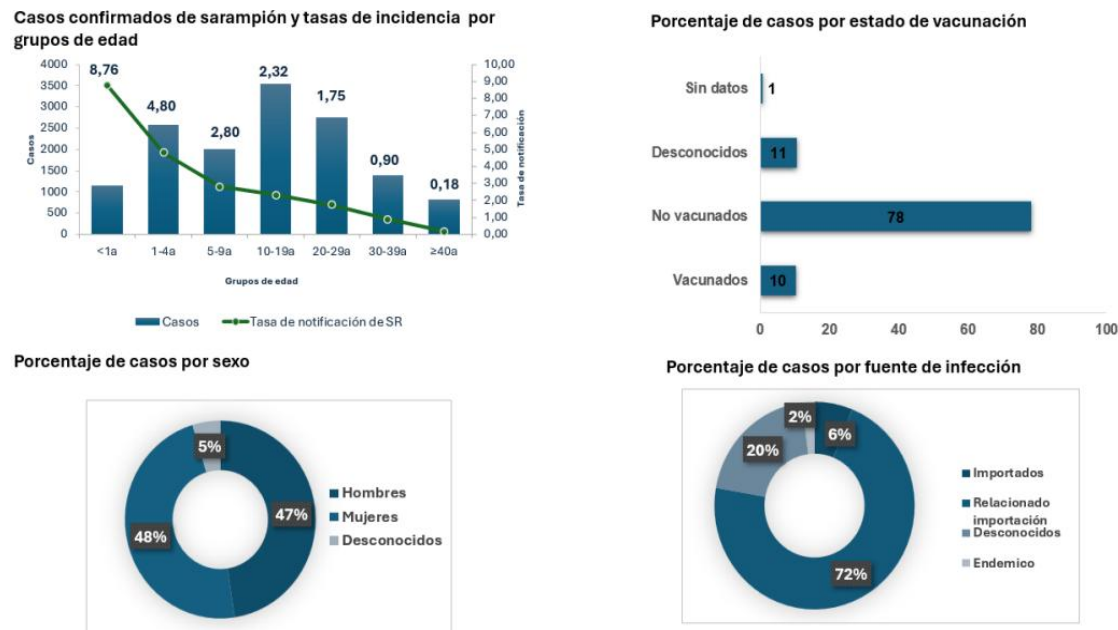
Figura 2. Casos confirmados\* de sarampión por año en la Región de las Américas, 2004- 2026.



Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Number of Vaccine Preventable Disease (VPD) cases in the Americas y Boletín Semanal de Sarampión/Rubéola (22-25).

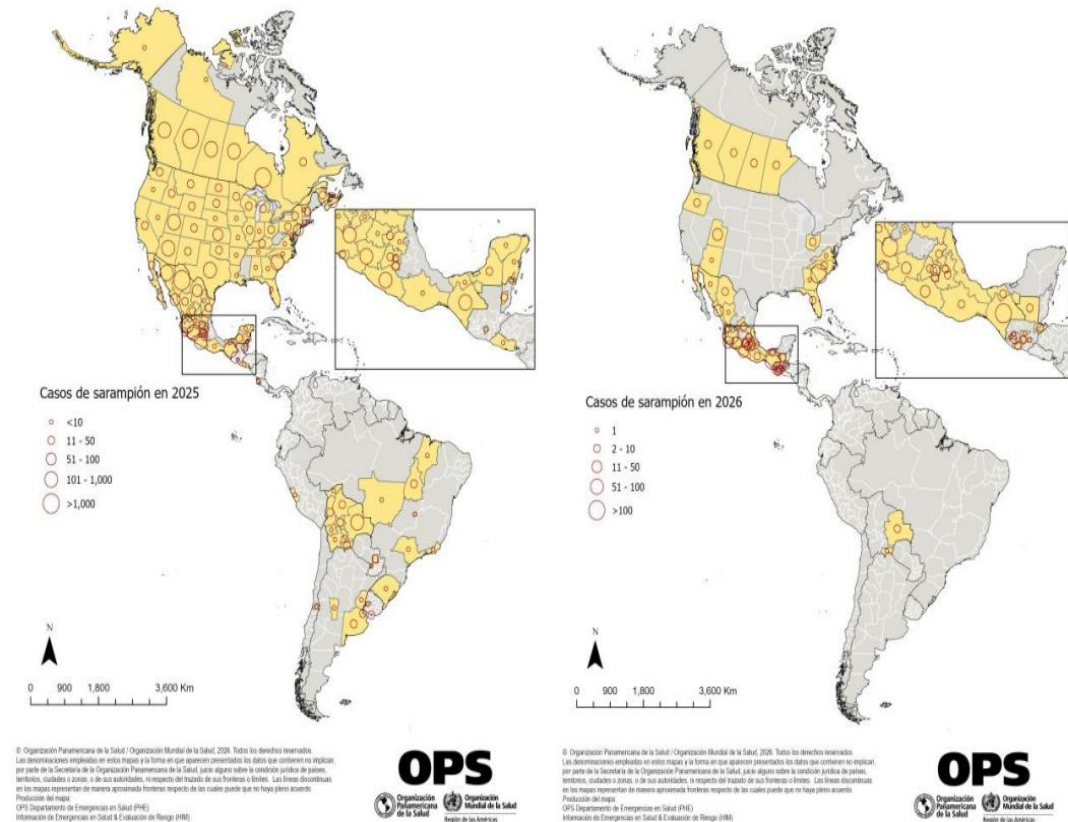


**Figura 3.** Distribución porcentual de los casos confirmados de sarampión por grupo de edad, sexo, estado de vacunación y fuente de infección en la Región de las Américas hasta la SE 53 del 2025.



**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 OPS Inmunización Integral. Washington, D.C.: OPS; 2026 [consultado el 28 de enero del 2026]. Inédito (2)

**Figura 4.** Distribución geográfica de los casos confirmados de sarampión a nivel subnacional (en amarillo) en la Región de las Américas, 2025 y 2026 (hasta la SE 2 del 2026)



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

### Cobertura de vacunación y brechas de inmunidad.

Las coberturas regionales de vacunación con la vacuna contra sarampión, rubéola y paperas (SRP) en las Américas mostraron un ligero incremento en 2024 respecto a 2023 (de 87% a 89% para la primera dosis y de 76% a 79% para la segunda), pero continúan por debajo del 95% recomendado para prevenir brotes. Solo el 33% de los países y territorios de la región alcanzaron el 95% o más de cobertura con la primera dosis y apenas el 20% logro esa meta con la segunda dosis. Se estima que 1,5 millones de niños no recibieron ninguna dosis de esta vacuna en el 2024.

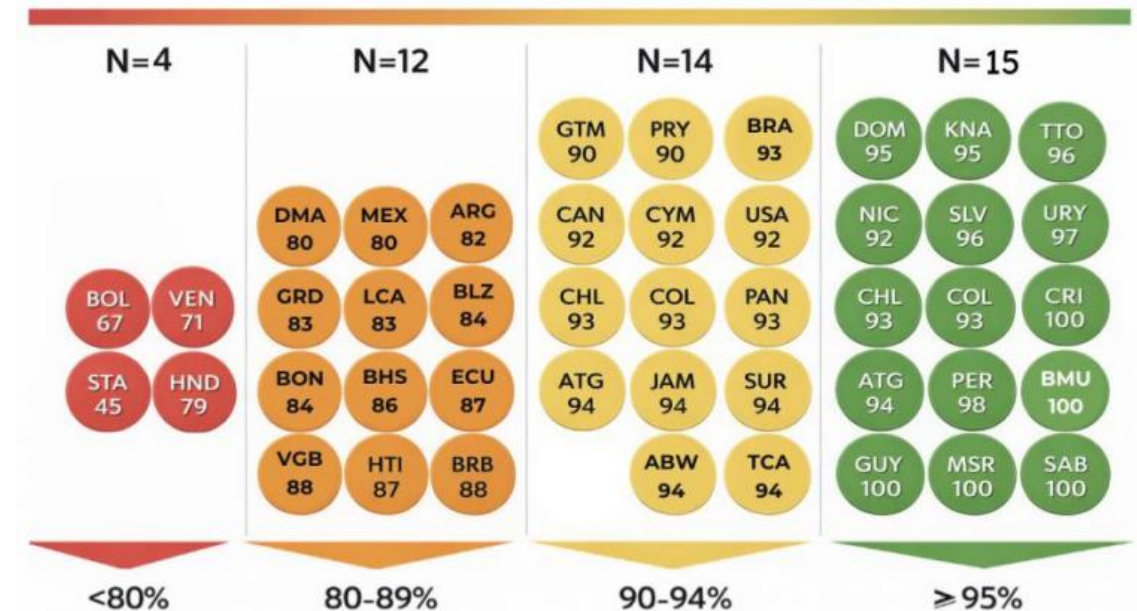
La OPS subrayó que el sarampión es altamente contagioso, pero prevenible mediante la vacunación oportuna con dos dosis de la vacuna SRP. En los países con brotes activos, reiteró la necesidad de intensificar la vacunación, la búsqueda activa de casos y la respuesta rápida para interrumpir la transmisión.

Al mismo tiempo, para todos los países de la región, destacó la importancia de cerrar brechas de cobertura, mantener una vigilancia sensible y oportuna, y proteger a los viajeros mediante la vacunación, especialmente cuando se dirigen a zonas con transmisión activa.

En el contexto de la **Copa Mundial de Fútbol 2026** y otros eventos masivos con alta movilidad de personas, la OPS recomienda a los países incrementar la sensibilidad de su sistema de vigilancia mediante la implementación de búsquedas activas, a fin de detectar oportunamente la ausencia o presencia de casos de sarampión y rubéola.

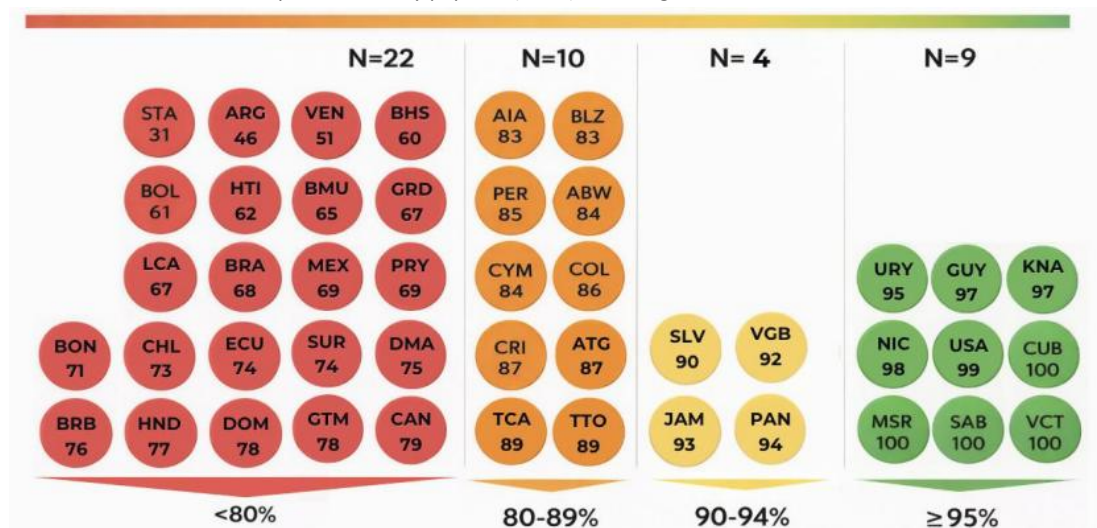
La OPS continuará monitoreando la situación del sarampión y actualizará las recomendaciones según la evolución epidemiológica.

**Figura 5.** Distribución de países y territorios\* según rango de coberturas para la primera dosis de la vacuna contra sarampión, rubéola y paperas (SRP1) en la Región de las Américas, 2024



**Fuente:** Adaptado de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Cobertura de inmunización a lo largo del curso de la vida en las Américas. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2026 [consultado el 21 de enero del 2026]. Disponible en: <https://paho-cim.shinyapps.io/immunizationdashboard/#> (26).

**Figura 6.** Distribución de países y territorios\* según rango de coberturas para la segunda dosis de la vacuna contra sarampión, rubeola y paperas (SRP2) en la Región de las Américas, 2024.



**Fuente:** Adaptado de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Cobertura de inmunización a lo largo del curso de la vida en las Américas. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2026 [consultado el 21 de enero del 2026]. Disponible en: <https://paho-cim.shinyapps.io/immunizationdashboard/#> (26).

**\*Nota:** ABW: Aruba; AIA: Anguilla; ARG: Argentina; ATG: Antigua y Barbuda; BHS: las Bahamas; BLZ: Belice; BMU: Bermudas; BOL: Bolivia; BON: Bonaire; BRA: Brasil; BRB: Barbados; CAN: Canadá; CHL: Chile; COL: Colombia; CRI: Costa Rica; CUB: Cuba; CYM: Islas Caimán; DMA: Dominica; DOM: la República Dominicana; ECU: Ecuador; GRD: Granada; GTM: Guatemala; GUY: Guyana; HND: Honduras; HTI: Haití; JAM: Jamaica; KNA: Saint Kitts y Nieves; LCA: Santa Lucía; MEX: México; MSR: Montserrat; NIC: Nicaragua; PAN: Panamá; PER: Perú; PRY: Paraguay; SAB: Saba; SLV: El Salvador; STA: San Eustaquio; SUR: Suriname; TCA: Islas Turcas y Caicos; TTO: Trinidad y Tabago; URY: Uruguay; USA: Estados Unidos de América; VCT: San Vicente y las Granadinas; VEN: Venezuela; VGB: las Islas Vírgenes Británicas.

### Orientaciones a los Estados Miembros

La alta incidencia de casos en niños pequeños, el alto porcentaje de personas no vacunadas y la persistencia de brotes en comunidades reticentes a la vacunación asociados a importaciones reflejan la necesidad urgente de restablecer y sostener coberturas  $\geq 95\%$  con dos dosis de vacuna SRP, fortalecer la vigilancia epidemiológica sensible y oportuna, y consolidar la capacidad de respuesta rápida para evitar la reintroducción y transmisión endémica del virus en la Región. 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, eventos masivos y viajes internacionales:

- Vacunación:** especialmente validar las acciones descritas para países en brotes activos.
- Vacunar a todos los contactos cercanos de casos confirmados y casos sospechosos,** hasta los 39 años (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 la ruta de desplazamiento de los casos confirmados durante el periodo de transmisibilidad de la enfermedad).
- UPGD y secretarías de Salud Municipal:** 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.



- e. UPGD y secretarías de Salud Municipal: Fortalecer la micro planificación de los servicios de vacunación de rutina para alcanzar coberturas de vacunación de **al menos el 95%** con dos dosis de la vacuna SRP.
- f. UPGD y secretarías de Salud Municipal: 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. De manera ideal la vacunación se debe realizar al menos 14 días antes del viaje.
- g. 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 vacunación y fortalecer la inmunidad poblacional.
- h. **Vigilancia**: especialmente validar las acciones descritas por la OPS/OMS e INS – MSPS para países en brotes activos.
- i. **Obtener muestras de suero, hisopado nasofaríngeo y orina** en todos los casos sospechosos de sarampión o rubéola, 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 y linaje asociado con la infección.
- j. 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.
- k. **Equipo de Respuesta Inmediata**: 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. Identificación y seguimiento de contacto de los casos confirmados de sarampión o rubéola
- l. **Secretaría de salud Departamental y municipal**: 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.
- m. 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. La dosis recomendada es de 50.000 UI para lactantes menores de 6 meses, 100 000 UI para lactantes de 6 a 11 meses y 200 000 UI para niños de 12 meses o más. Si el caso presenta signos oftálmicos clínicos de deficiencia de vitamina A, como manchas de Bitot, se deberá administrar una tercera dosis a las 4–6 semanas posteriores.
- n. 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.

- o. Capacitar al personal de salud, con énfasis en los equipos de respuesta rápida, en la respuesta a brotes.
- p. 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 En relación con eventos masivos y viajeros internacionales en la Región de las Américas, considerar las siguientes recomendaciones:

- ✓ Fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica y vacunación. La OPS recomienda a los países que revisen su desempeño en la vigilancia del sarampión y la rubéola, así como los niveles de cobertura de vacunación, a fin de identificar las áreas de mayor riesgo e implementar acciones preventivas. Concretamente, y en el contexto de la Copa Mundial de la FIFA 2026TM, los países deben incrementar la sensibilidad de su sistema de vigilancia a través de la implementación de búsquedas activas, para documentar la ausencia de casos de sarampión y rubéola, y ofrecer información y servicios de vacunación a los viajeros.

**q. En relación con los viajeros:**

- r. Antes del viaje: La OPS/OMS recomienda a los Estados Miembros que se aconseje a todo viajero de seis meses de edad o mayor que no pueda mostrar prueba de vacunación o inmunidad, que reciba una dosis de vacuna contra el sarampión y la rubéola, al menos dos semanas antes de viajar a áreas donde se ha documentado la transmisión de sarampión o rubéola.

Se recomienda que las autoridades de salud informen al viajero antes de su salida, sobre los signos y síntomas del sarampión y de la rubéola, los cuales incluyen:

- ✓ Fiebre
- ✓ Exantema
- ✓ Tos, coriza (secreción nasal) o conjuntivitis (ojos rojos)
- ✓ Dolor en las articulaciones
- ✓ Linfadenopatía (ganglios inflamados)

- s. Durante el viaje: Recomendar a los viajeros que si durante su viaje presentan síntomas que los haga sospechar que contrajeron sarampión o rubéola, que realicen lo siguiente:

- ✓ Buscar atención inmediatamente de un profesional de salud.
- ✓ Evitar el contacto cercano con otras personas por siete días a partir del comienzo del exantema. para reducir el riesgo de contagio (el periodo de transmisibilidad del sarampión es de cuatro días antes a cuatro días después del inicio del exantema y **el periodo de transmisibilidad de la rubéola es de siete días antes hasta siete días después del inicio del exantema**; dado que es difícil diferenciar entre las dos enfermedades, se recomienda utilizar el periodo más amplio). Usar mascarilla en este mismo periodo de tiempo reducirá aún más el riesgo de transmisión.
- ✓ Permanecer en el lugar donde se hospeda (por ejemplo, el hotel o domicilio, etc.), excepto para ir al médico, o según lo recomendado por el profesional de salud.

Al salir, siempre usar mascarilla durante el periodo de transmisibilidad. Usar mascarilla en el lugar de hospedaje, con habitación cerrada, si convive con personas sin vacunar. Las autoridades de salud deben tener en cuenta que un certificado de vacunación de sarampión no es un requisito para ingreso a los países en el marco del RSI (2005).

- t. A su regreso: Si los viajeros sospechan que al regresar sospechan que se contagiaron de sarampión o rubéola, deben contactar con su servicio de salud e informar al médico sobre su viaje.

### Bibliografía:

1. OPS emite alerta epidemiológica ante la persistencia de sarampión en las Américas y urge a reforzar la vacunación y la vigilancia. [OPS emite alerta epidemiológica ante la persistencia de sarampión en las Américas y urge a reforzar la vacunación y la vigilancia - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud](#)
2. Alerta Epidemiológica Sarampión en la Región de las Américas - 3 de febrero del 2026. [https://www.paho.org/sites/default/files/2026/02/2026-feb-03-phe-alerta-epi-sarampion-esfinal\\_1.pdf](https://www.paho.org/sites/default/files/2026/02/2026-feb-03-phe-alerta-epi-sarampion-esfinal_1.pdf)

Semana epidemiológica **05**  
01 a 07 de febrero año 2026

TEMA CENTRAL  
Cáncer menor de 18 años  
Alerta epidemiológica Sarampión en la Región de las Américas

**Gloria Marcela Orduz García**  
Secretaria de Salud y Ambiente Bucaramanga

**Alba Luz Amin Madera**  
Subsecretaria de Salud Pública Bucaramanga

**María Alejandra Beltrán López**  
Referente grupo de vigilancia en Salud Pública Bucaramanga

### Autora:

**Natalia Carrillo** - Grupo funcional SIVIGILA – SSAB  
Cáncer en menor de 18 años

**María Alejandra Beltrán López** - Referente Vigilancia en Salud Pública SSAB  
Alerta epidemiológica Sarampión en la Región de las Américas

**Una publicación de:** Secretaría de Salud y de Ambiente de Bucaramanga.