

Boletín informativo No. 1

Enfermedades Prevenibles por Vacunación en México

Situación Epidemiológica

Semana Epidemiológica 1
16 de enero 2026



Salud
Secretaría de Salud

Subsecretaría de Políticas de Salud
y Bienestar Poblacional

Dirección General
de Epidemiología

Boletín informativo No. 1

Situación epidemiológica de Enfermedades Prevenibles por Vacunación en México
SE 1

16 de enero de 2026

Secretaría de Salud

Subsecretaría de Políticas de Salud y Bienestar Poblacional

Dirección General de Epidemiología (DGE)

Francisco de P. Miranda 157, 6° Piso

Unidad Lomas de Plateros, C.P. 01480 Alcaldía Álvaro Obregón

México, Ciudad de México

<https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/direccion-general-de-epidemiologia>

México, 2026

DIRECTORIO

DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA

Dr. Miguel Ángel Lezana Fernández

Director General de Epidemiología

Dra. María Nohemí Colín Soto

Directora de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Transmisibles

Dra. Yaneth Fortunata López Santiago

Directora de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades No Transmisibles

Dr. Juan Francisco Román Pedroza

Director de Investigación Operativa Epidemiológica

Dr. Miguel Ángel Nakamura

Director de Información Epidemiológica

Biol. Irma López Martínez

Directora de Diagnóstico y Referencia

MGS. Lucía Hernández Rivas

Directora de Servicios y Apoyo Técnico

ELABORÓ

DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA

Dra. María Nohemí Colín Soto

Directora de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Transmisibles

Dra. Aline Mariel Saucedo Hernández

Subdirectora de Sistemas Especiales de Vigilancia Epidemiológica

Biol. Irma López Martínez

Directora de Diagnóstico y Referencia

D en C. Herlinda García Lozano

Encargada del despacho de los asuntos correspondientes a la Jefatura del Departamento de Virología.

Biol. Norma A. Montes Colima

Jefa de Departamento de Bacteriología

QFB. Edith Cruz Ramírez

Jefa del Laboratorio de Enfermedades Febriles Exantemáticas

QFB. E. Alejandra Moreno Escobar

Jefa del Laboratorio de Bacteriología Molecular

M. En C. Luis Angel Sapián Lopez

Jefe del Laboratorio de Infecciones Respiratorias Agudas Bacterianas

Dra. Jessica Citlalli Reyes Garduño

Responsable Nacional de la Vigilancia Epidemiológica de Enfermedad Febril Exantemática

Dr. Marco Antonio González García

Responsable Nacional de la Vigilancia Epidemiológica de Síndrome Coqueluchoide, Tos ferina y Difteria

Dra. Alejandra María Mugica Martínez

Responsable Nacional de la Vigilancia Epidemiológica de Parálisis Flácida Aguda

Dra. Miriam Elizabeth Vallejo Patoni

Responsable Nacional de la Vigilancia Epidemiológica de Tétanos y Tétanos Neonatal

Dr. Alejandro Cárdenas Cantero

Responsable Nacional de la Vigilancia Epidemiológica de Infección por Bacterias Invasivas

Dra. Rosario Angélica Contreras González

Médico residente de tercer año del Hospital General de Zona No. 20. IMSS, Puebla

Dr. Jorge Alberto De Ita Barojas

Médico residente de segundo año del Hospital General de Zona No. 20. IMSS, Puebla

Dr. Alessio Scorza Gaxiola

Médico Especialista adscrito a la UIES/DIOE

ÍNDICE

CONTENIDO

GENERALIDADES DE LA ENFERMEDAD FEBRIL EXANTEMÁTICA.....	7
SITUACIÓN MUNDIAL DEL SARAMPIÓN.....	8
PANORAMA NACIONAL DE SARAMPIÓN	9
CASOS CONFIRMADOS DE SARAMPIÓN EN MÉXICO	12
DEFUNCIONES.....	14
VIGILANCIA DE SARAMPIÓN POR LABORATORIO	16
RECOMENDACIONES.....	18
GENERALIDADES DEL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE TOS FERINA Y SÍNDROME COQUELUCHOIDE	19
SITUACIÓN MUNDIAL DE TOS FERINA.....	20
PANORAMA NACIONAL DE TOS FERINA.....	21
CASOS CONFIRMADOS DE TOS FERINA EN MÉXICO	21
DEFUNCIONES POR TOS FERINA	23
RECOMENDACIONES.....	25
PANORAMA NACIONAL DE PÁRALISIS FLÁCIDA AGUDA	27
PANORAMA NACIONAL DE TÉTANOS Y TÉTANOS NEONATAL.....	31
PANORAMA NACIONAL DE BACTERIAS INVASIVAS.....	35

Sarampión

Generalidades de la enfermedad febril exantemática

EL SARAMPIÓN: ENFERMEDAD VIRAL ALTAMENTE CONTAGIOSA

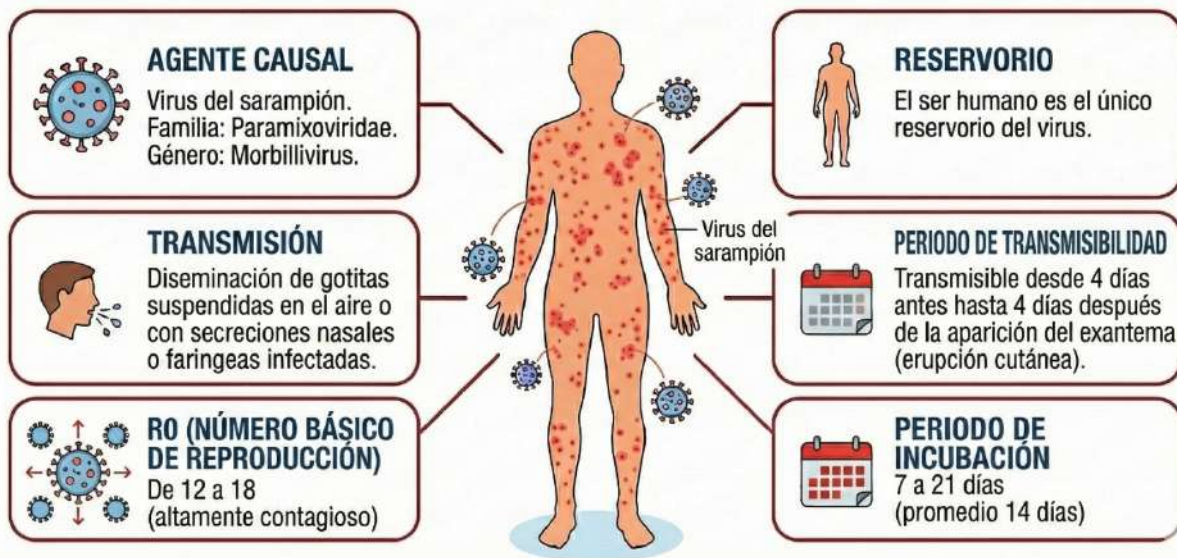


Imagen 1

CUADRO CLÍNICO

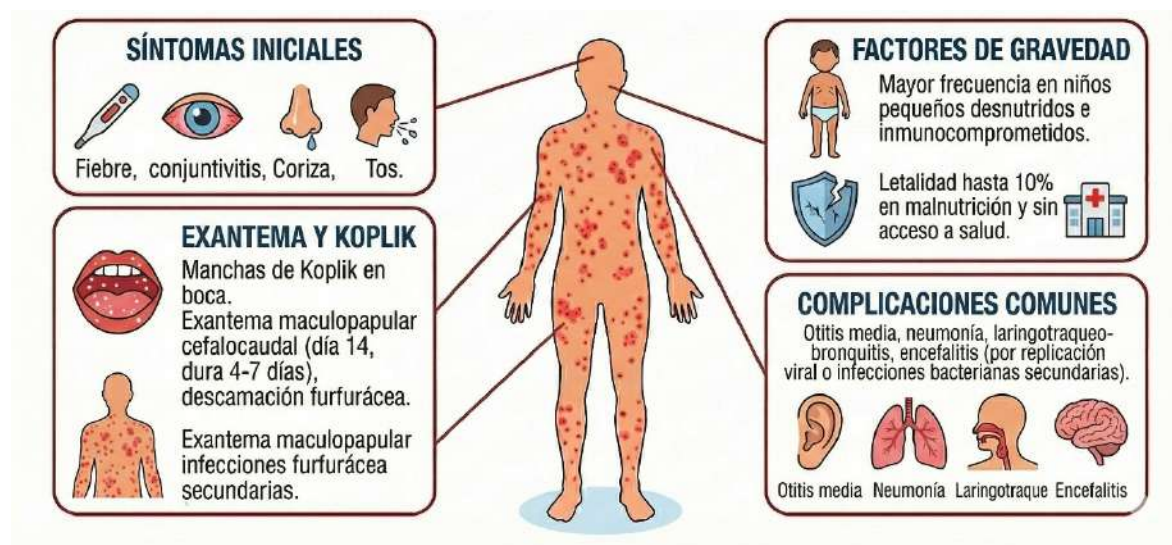


Imagen 2

Fuente: SSA. DGE. Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica de las Enfermedades Prevenibles por Vacunación 2018.

Situación mundial del sarampión

PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO DEL SARAMPIÓN: CIERRE 2025

Información preliminar sujeta a actualización constante



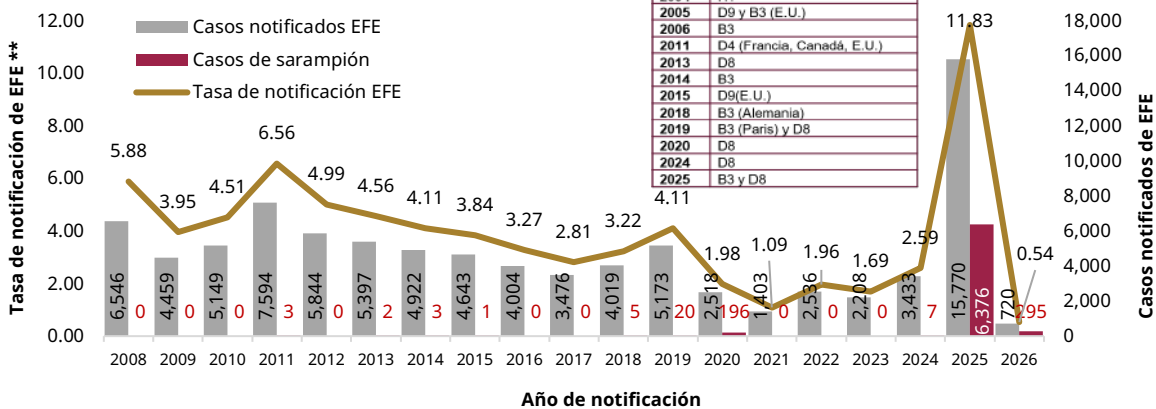
Fuente: OPS | Boletín Bimensual SE 50 (2025)

ANÁLISIS: Aunque la Región de las Américas aporta la menor carga global, México concentra la mayor cantidad de casos del continente (41.7%). La predominancia de casos relacionados a importación exige mantener una vigilancia activa.

Panorama nacional de sarampión

El Sistema de Vigilancia Epidemiológica de EFE, con el objetivo de buscar casos probables de sarampión y rubéola, permite la detección, notificación, estudio oportuno, toma de muestra, análisis de la información y la emisión de recomendaciones sobre riesgos o daños a la población por estos padecimientos, además de generar la información epidemiológica que orienta las acciones de prevención y control.

Gráfica 1. Casos probables y confirmados de sarampión; casos y tasa de notificación de EFE México 2008-2025*



Fuente: SSA/SPPS/DGE/DVEET/SINAVE/Sistema Especial de Vigilancia Epidemiológica de EFE. *Fecha de corte de información: 12/01/2026 a las 11:00 horas.. Semana 01.CONAPO. Proyecciones de población 2008-2026.
**Tasa por cada 100,000 habitantes.

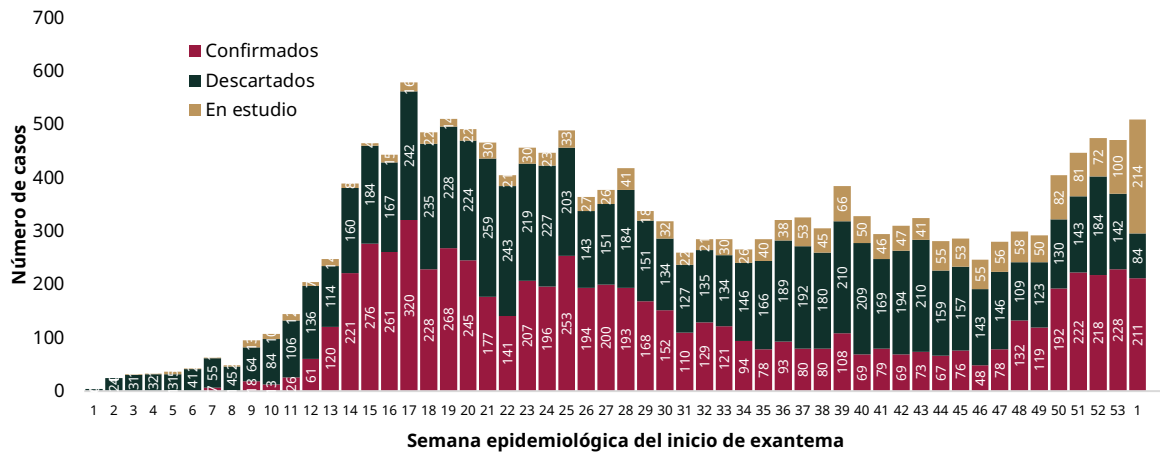
Hasta la **SE 01 de 2026**, se han notificado **16,480 casos probables** de sarampión o rubéola al Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedad Febril Exantemática (Gráfica 1). Del total de casos probables, se han confirmado **6,721** casos de sarampión y se han identificado los genotipos B3 y D8 en el 2025 (gRÁFICA 2,Tabla 1,2).

En la Tabla 3 y la Figura 1 se muestra la tasa de notificación de EFE de la SE 01 del 2026, siendo Chiapas la entidad con la mayor tasa de notificación. Asimismo, en el Gráfica 3 se observa la distribución de dichos casos por grupo de edad y sexo, siendo el grupo de edad más frecuente el de 1 a 4 años, seguido del grupo de 5 a 9 años.

Número de casos de EFE por clasificación	
Casos de EFE	16,480
Confirmados sarampión	6,721
Descartados	7,902
En estudio	1,857
Confirmados rubéola	0

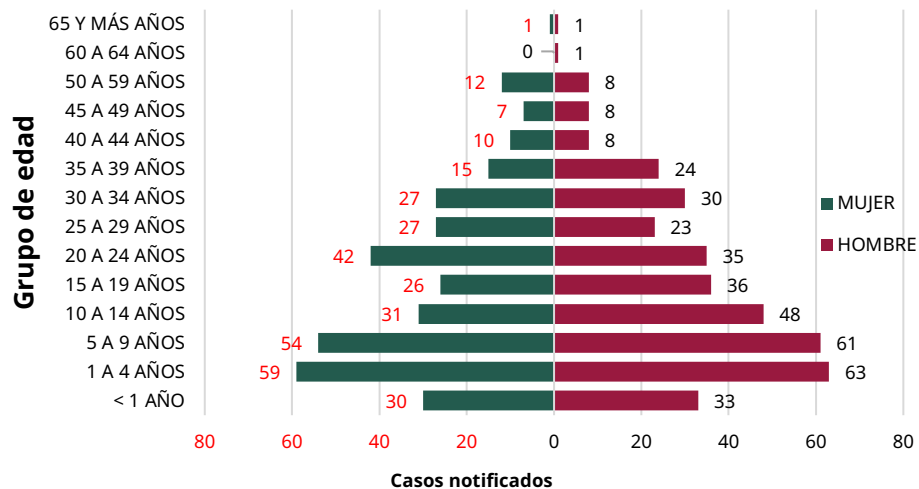
Fuente: SSA/SPPS/DGE/DVEET/SINAVE/Sistema Especial de Vigilancia Epidemiológica de EFE.
*Fecha de corte de información: 12/01/2026 a las 11:00 horas. Semana 01.

Gráfica 2. Curva epidémica de casos de sarampión por clasificación final y fecha de inicio del exantema 2025-2026*



Fuente: SSA/SPPS/DGE/DVEET/SINAVE/Sistema Especial de Vigilancia Epidemiológica de EFE. *Fecha de corte de información: 12/01/2026 a las 11:00 horas. Semana 01.

Gráfica 3. Distribución de casos probables de sarampión y rubéola por grupo de edad y sexo; México, SE 01 del 2026

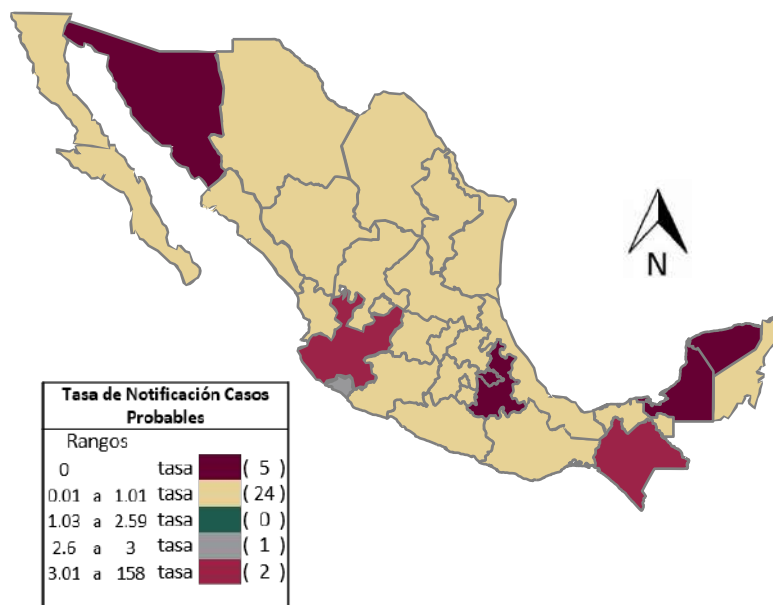


Fuente: SSA/SPPS/DGE/DVEET/SINAVE/Sistema Especial de Vigilancia Epidemiológica de EFE. *Fecha de corte de información: 12/01/2026 a las 11:00 horas. Semana 01.

Tabla 3. Casos y tasa de notificación de EFE por entidad notificante, México, SE 01 del 2026

Entidad	2026*	Tasa de notificación*
Aguascalientes	2	0.13
Baja California	35	0.84
Baja California Sur	2	0.22
Campeche	0	0.00
Coahuila	2	0.06
Colima	21	2.72
Chiapas	226	3.65
Chihuahua	5	0.12
Ciudad de México	38	0.41
Durango	1	0.05
Guanajuato	6	0.09
Guerrero	6	0.17
Hidalgo	3	0.09
Jalisco	282	3.14
México	8	0.04
Michoacán	18	0.35
Morelos	4	0.19
Nayarit	3	0.22
Nuevo León	6	0.09
Oaxaca	5	0.11
Puebla	0	0.00
Querétaro	5	0.19
Quintana Roo	2	0.09
San Luis Potosí	5	0.17
Sinaloa	16	0.50
Sonora	0	0.00
Tabasco	11	0.44
Tamaulipas	2	0.05
Tlaxcala	0	0.00
Veracruz	3	0.04
Yucatán	0	0.00
Zacatecas	3	0.17
Total	720	0.54

Figura 1. Tasa de notificación de EFE por entidad, México, SE 01 del 2026*



Fuente: SSA/SPPS/DGE/DVEET/SINAVE/Sistema Especial de Vigilancia Epidemiológica de EFE. *Fecha de corte de información: 12/01/2026 a las 11:00 horas. Semana 01. CONAPO. Proyecciones de población 2026.

**Tasa por cada 100,000 habitantes.

Casos confirmados de sarampión en México

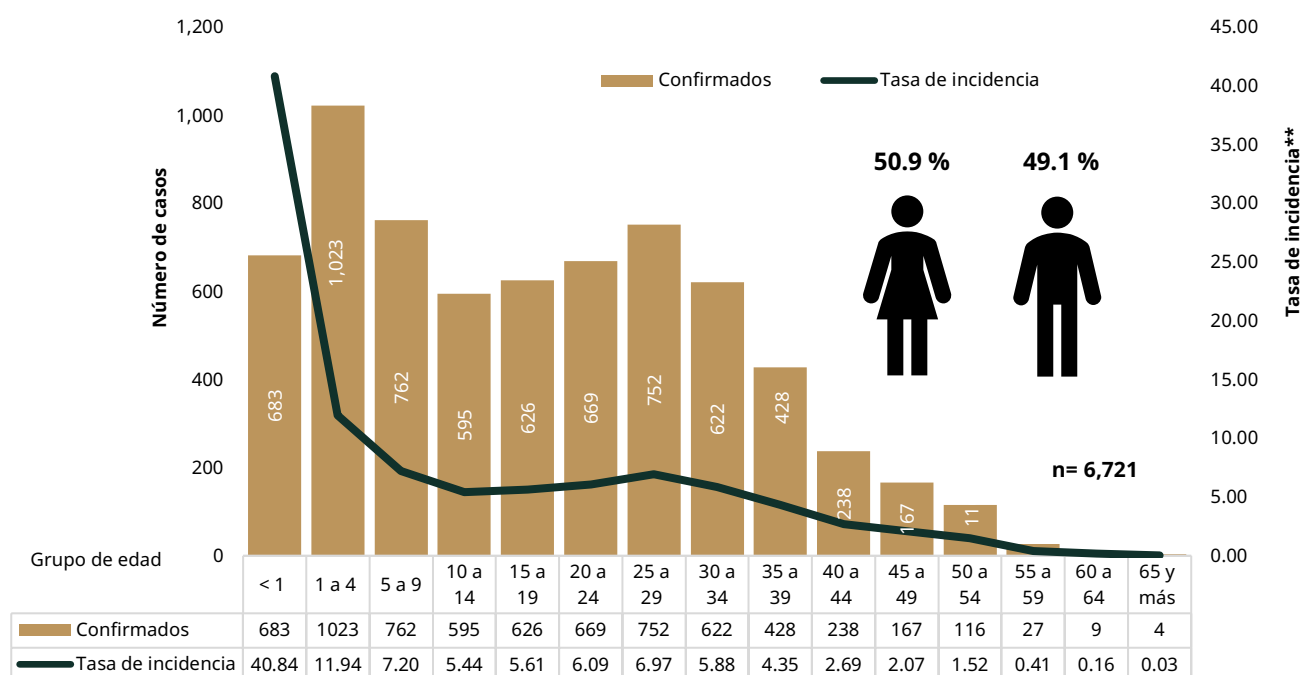
Hasta la semana epidemiológica 01 del 2026 se identificaron un total de **6,721 casos confirmados** de sarampión.

En cuanto a la distribución por sexo el predominio es **mujeres 50.9 %** (3,420) y 49.1 % en hombres (3,301).

En cuanto a la tasa de incidencia, el grupo de edad de menores de un año reportó la más elevada con 40.84 casos por cada 100,000 habitantes), seguido del grupo de 1 a 4 años y 5 a 9 años , con tasas de 11.94 y 7.20 respectivamente (Gráfica 4).

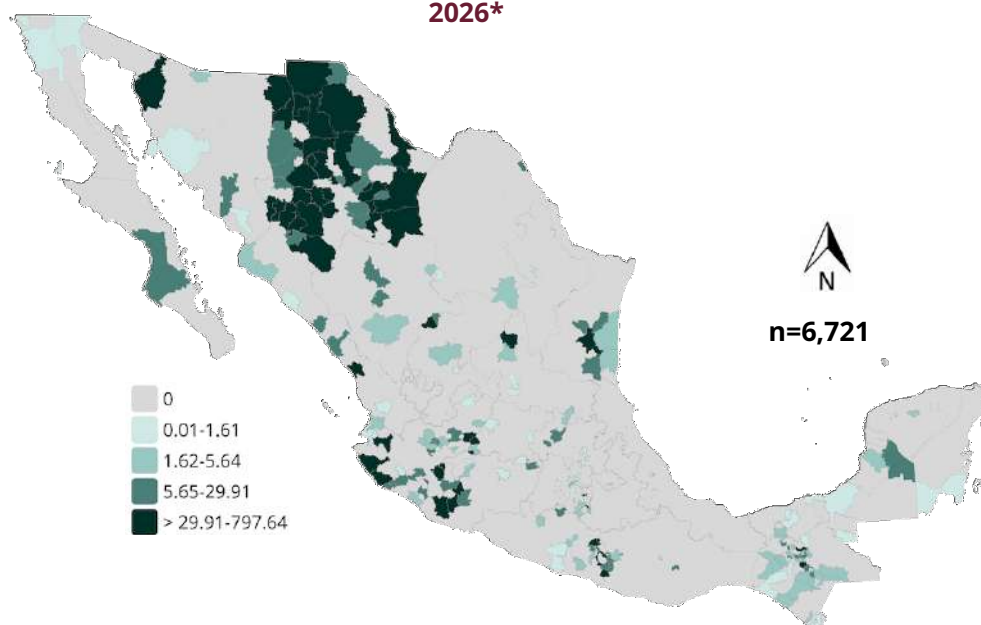
Referente al antecedente de vacunación se encontró que 91.09 % (6,122) no cuenta con antecedente de vacunación, mientras que el 6.16 % (414) cuenta con una dosis de SRP/SR y el 2.75 % (185) cuenta con dos o más dosis de SRP/SR documentado en la cartilla nacional de salud.

Gráfica 4. Casos confirmados de sarampión en México 2025-2026, SE 01 del 2026*



Fuente: SSA/SPPS/DGE/DVEET/SINAVE/Sistema Especial de Vigilancia Epidemiológica de EFE. *Fecha de corte de información: 12/01/2026 a las 11:00 horas. Semana 01. CONAPO. Proyecciones de población 2025-2026.
****Tasa de incidencia** por cada 100,000 habitantes.

Figura 2. Tasa de incidencia de casos confirmados de sarampión por entidad notificante, México 2025-2026*



Fuente: SSA/SPPS/DGE/DVEET/SINAVE/Sistema Especial de Vigilancia Epidemiológica de EFE. *Fecha de corte de información: 12/01/2026 a las 11:00 horas. Semana 01. CONAPO. Proyecciones de población 2025-2026.
****Tasa de incidencia por cada 100,000 habitantes.**

Tabla 4. Casos confirmados de sarampión en México 2025-2026*

ESTADO NOTIFICANTE	2025						2026*						
	TOTAL	LABORATORIO		DICTAMINACIÓN	DEFUNCIONES	TASA DE INCIDENCIA	TOTAL	LABORATORIO		DICTAMINACIÓN	DEFUNCIONES	TASA DE INCIDENCIA	TOTAL 2025-2026
		PCR	Serología					PCR	Serología				
Aguascalientes	2	2	0	0	0	0.13	0	0	0	0	0	0.00	2
Baja California	21	21	0	0	0	0.54	0	0	0	0	0	0.00	21
Baja California Sur	8	8	0	0	0	0.91	0	0	0	0	0	0.00	8
Campeche	14	14	0	0	0	1.30	0	0	0	0	0	0.00	14
Chiapas	246	246	0	0	0	4.01	61	61	0	0	0	0.99	307
Chihuahua	4,490	3,900	152	438	21	113.23	0	0	0	0	0	0.00	4,490
Ciudad de México	46	43	3	0	0	0.52	16	16	0	0	0	0.17	62
Coahuila	55	54	0	1	0	1.61	0	0	0	0	0	0.00	55
Colima	32	31	1	0	0	3.79	8	8	0	0	0	1.04	40
Durango	40	39	1	0	1	2.06	0	0	0	0	0	0.00	40
Guanajuato	4	4	0	0	0	0.06	0	0	0	0	0	0.00	4
Guerrero	243	242	1	0	0	6.56	4	4	0	0	0	0.11	247
Hidalgo	1	1	0	0	0	0.03	1	1	0	0	0	0.03	2
Jalisco	663	663	0	0	1	7.54	173	173	0	0	0	1.93	836
México	12	12	0	0	0	0.07	2	2	0	0	0	0.01	14
Michoacán	246	245	1	0	0	4.94	7	7	0	0	0	0.14	253
Morelos	25	24	1	0	0	1.17	3	3	0	0	0	0.15	28
Nayarit	6	6	0	0	0	0.44	2	2	0	0	0	0.15	8
Nuevo León	2	2	0	0	0	0.03	0	0	0	0	0	0.00	2
Oaxaca	6	5	1	0	0	0.14	3	3	0	0	0	0.07	9
Queretaro	12	12	0	0	0	0.49	0	0	0	0	0	0.00	12
Quintana Roo	2	2	0	0	0	0.10	0	0	0	0	0	0.00	2
San Luis Potosí	7	7	0	0	0	0.24	2	2	0	0	0	0.07	9
Sinaloa	90	90	0	0	0	2.75	9	9	0	0	0	0.28	99
Sonora	113	106	1	6	1	3.48	0	0	0	0	0	0.00	113
Tabasco	4	4	0	0	0	0.15	3	3	0	0	0	0.12	7
Tamaulipas	12	12	0	0	0	0.32	0	0	0	0	0	0.00	12
Yucatán	2	2	0	0	0	0.08	0	0	0	0	0	0.00	2
Veracruz	0	0	0	0	0	0.00	1	1	0	0	0	0.01	1
Zacatecas	22	22	0	0	0	1.28	0	0	0	0	0	0.00	22
TOTAL	6,426	5,819	162	445	24	4.82	295	295	0	0	0	0.219	6,721

Fuente: SSA/SPPS/DGE/DVEET/SINAVE/Sistema Especial de Vigilancia Epidemiológica de EFE. *Fecha de corte de información: 12/01/2026 a las 11:00 horas. Semana 01. CONAPO. Proyecciones de población 2025-2026.
****Tasa de incidencia por cada 100,000 habitantes.**

Defunciones

Actualmente se han confirmado 24 defunciones distribuidas en los estados de Chihuahua (21), Durango (1), Sonora (1) y Jalisco (1). Ninguno contaba con antecedente de vacunación documentado. Solo el 4.1 % de las defunciones contaban con antecedente vacunal verificado a través de la cartilla nacional de salud.

Figura 3. Tasa de letalidad de sarampión por entidad de residencia, México 2025-2026*

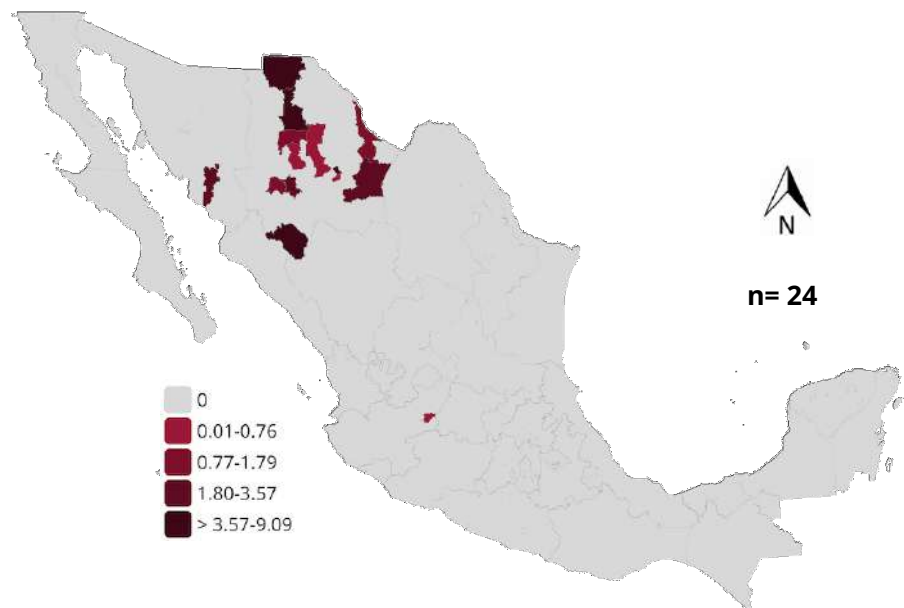


Tabla 5. Defunciones asociadas a sarampión desagregadas por entidad notificante, México SE 01 del 2026

Estado notificante	Municipio de residencia	Edad	Sexo	Comorbilidades	Fecha de defunción
Chihuahua	Ascensión	31 años	Hombre	DM tipo 2 y HAS	03/04/2025
	Ojinaga	7 años	Hombre	Leucemia Linfoblástica	02/05/2025
	Namiquipa	11 meses	Hombre	Desnutrición	06/05/2025
	Ojinaga	2 años 10 meses	Mujer	Ninguna	17/05/2025
	Buena Aventura	5 años 5 meses	Hombre	Desnutrición severa, Anemia	15/06/2025
	Meoqui	27 años	Mujer	Ninguna	16/06/2025
	Cuauhtémoc	27 años	Hombre	Ninguna	29/05/2025
	Cuauhtémoc	4 años 4 meses	Mujer	Desnutrición moderada	06/06/2025
	Ojinaga	2 años	Hombre	Parasitosis intestinal	27/06/2025
	Chihuahua	48 años	Mujer	Ninguna	13/07/2025
	Cuauhtémoc	46 años	Hombre	Ninguna	21/07/2025
	Carichi	6 años 1 mes	Mujer	Ninguna	21/07/2025
	Bocoyna	54 años	Hombre	Ninguna	06/07/2025

	Camargo	15 años 4 meses	Hombre	Ninguna	13/08/2025
	Camargo	19 años 9 mese	Mujer	Ninguna	25/08/2025
	Chihuahua	1 año 2 meses	Hombre	Desnutrición	27/08/2025
	Cuauhtémoc	1 año 4 meses	Hombre	Ninguna	29/08/2025
	Camargo	11 meses	Mujer	Desnutrición	06/09/2025
	Delicias	3 años 9 meses	Hombre	Desnutrición	08/09/2025
	Cuauhtémoc	4 años 5 meses	Mujer	Desnutrición	09/09/2025
	Ascensión	11 meses	Mujer	Desnutrición	23/09/2025
Sonora	Cajeme	1 año 8 meses	Mujer	Desnutrición	08/05/2025
Durango	Guadalupe y Calvo	19 años	Mujer	Desnutrición	24/09/2025
Jalisco	Arandas	11 meses	Mujer	Ninguna	02/11/2025

Fuente: SSA/SPPS/DGE/DVEET/SINAVE/Sistema Especial de Vigilancia Epidemiológica de EFE. *Fecha de corte de información: 12/01/2026 a las 11:00 horas. Semana 01. CONAPO. Proyecciones de población 2025-2026.

**Tasa de incidencia por cada 100,000 habitantes.

Vigilancia de sarampión por laboratorio

Tabla 6. Distribución de genotipo y linaje de casos confirmados de sarampión por estado y municipio notificante, México 2025-2026*

Estado Notificante	Municipio Notificante	Secuencias Realizadas	GENOTIPO	Linaje
Baja California	Mexicali	1	D8	MVs/Ontario.CAN/47.24
Baja California Sur	Comondu	9	D8	MVs/Ontario.CAN/47.24
Campeche	Campeche, Hopolchen	4	D8	MVs/Ontario.CAN/47.24
Ciudad de México	Gustavo A Madero, Alvaro Obregón	5	D8	MVs/Ontario.CAN/47.24
Chiapas	San Fernando, Amatenango del valle	2	D8	MVs/Ontario.CAN/47.24
Chihuahua	Allende, Aldama, Asención, Ahumada, Bachiniva, Boycona, Camargo, Chihuahua, Ciudad Juárez, Cuauhtémoc, Delicias, Gran Morelos, Guerrero, Guadalupe y Calvo, Hidalgo del Parral, Janos, Jimenez, Meoqui, Namiquipa, Nuevo Casas Grandes, Ojinaga	99	D8	MVs/Ontario.CAN/47.24
Coahuila	Matamoros, Piedras Negras, Saltillo	9	D8	MVs/Ontario.CAN/47.24
Colima	Tecomán	1	D8	MVs/Ontario.CAN/47.24
Durango	Durango, Nuevo Ideal	7	D8	MVs/Ontario.CAN/47.24
Guanajuato	Acambaro, León	2	D8	MVs/Ontario.CAN/47.24
Guerrero	Alpoyeca, Metlatonoc, Tlapa de Comonfort, Taxco de Alarcón, Malinaltepec	12	D8	MVs/Ontario.CAN/47.24
Hidalgo	Pachuca	1	D8	MVs/Ontario.CAN/47.24
Jalisco	Arandas, Jesus María, Guadalajara, Tepatitlan de Morelos, La Huerta, Toliman, Mascota	13	D8	MVs/Ontario.CAN/47.24
México	Atizapán, Tepatlíxpa	2	D8	MVs/Ontario.CAN/47.24
Michoacán	Maravatio, Morelia, Yurecuaro, Zamora, Apatzingan	13	D8	MVs/Ontario.CAN/47.24
Morelos	Totolapan, Emiliano Zapata	2	D8	MVs/Ontario.CAN/47.24
Nuevo León	San Nicolas de los Garza	1	D8	MVs/Ontario.CAN/47.24
Oaxaca	San Martin itunypso	1	D8	MVs/Ontario.CAN/47.24
Oaxaca	Oaxaca, Santa Cruz Amilpas	4	B3	MVs/New South Wales.AUS/10.24
Querétaro	Jalpan de serra, Tequisquiapán	2	D8	MVs/Ontario.CAN/47.24
San Luis Potosí	San Luis Potosí, Charcas, Catorce	3	D8	MVs/Ontario.CAN/47.24
Sinaloa	Ahome, Guasave, Elota	7	D8	MVs/Ontario.CAN/47.24
Sonora	Nogales, Cajeme, Caborca	10	D8	MVs/Ontario.CAN/47.24
Tabasco	Centro	1	D8	MVs/Ontario.CAN/47.24
Tamaulipas	Casas, Gonzalez, Padilla	5	D8	MVs/Ontario.CAN/47.24
Zacatecas	Fresnillo, Zacatecas, Juan Aldama, Miguel Auza	4	D8	MVs/Ontario.CAN/47.24
Total		220		

Fuente: Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos InDRE, con corte a la SE 01 del 2026.

Se destaca que el genotipo y linaje identificado por el InDRE, en los casos confirmados de Oaxaca, es el B3, Linaje: MVs/New South Wales.AUS/10.24, el cual se había registrado previamente con linaje MVs/An_Giang.VNM/27.24.

Sin embargo, es importante aclarar que con base a los datos de MeaNS* fue sustituido por el registrado como linaje de Australia por haber sido el primero en notificarlo en dicha base, por lo que ambos linajes presentan el 100 % de identidad en la secuencia de nucleótidos con los 4 casos de Oaxaca.

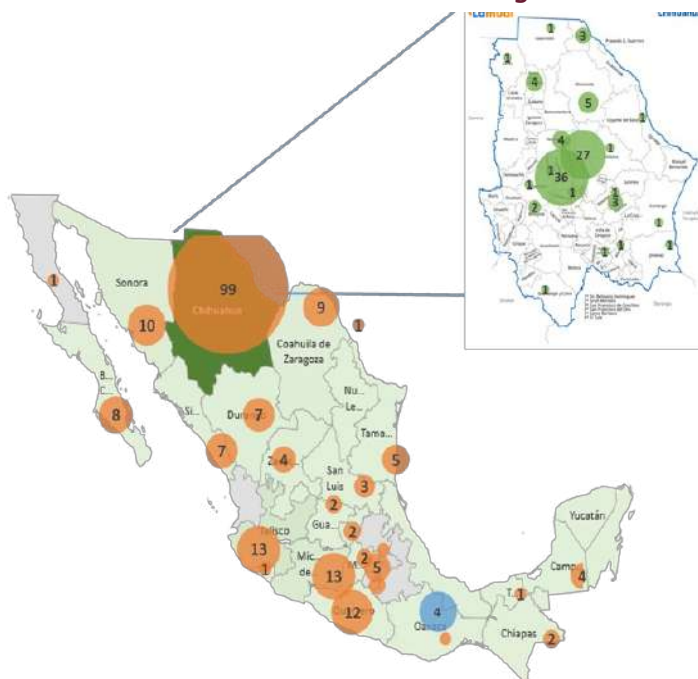
Los casos confirmados de Baja California Sur, Campeche, Ciudad de México, Chiapas, Chihuahua, Coahuila, Durango, Guanajuato, Guerrero, Jalisco, México, Michoacán, Nuevo León, Querétaro, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tabasco, Tamaulipas y Zacatecas corresponden al Genotipo D8 con el Linaje MVs/Ontario.CAN/47.24 Distinct Seq ID 9171. Además, este Genotipo se ha identificado en Chihuahua y su circulación se ha mantenido en las demás entidades con casos confirmados.

Es de importancia, destacar que, según el análisis en la base de datos MeaNS 2, el Distinct Seq ID 9171 es el mismo que se identificó en algunos de los casos de sarampión de Texas,2025.

El dato de Distinct Seq ID, permite identificar cadenas de transmisión y fuentes potenciales de importación.

**La base de datos MeaNS se utiliza para rastrear la diversidad de las secuencias de sarampión y monitorear la eliminación de cepas del virus.*

Figura 4. Mapa y tabla de secuenciación en proceso de resultados de los nuevos análisis filogenéticos



Fuente: Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos InDRE, con corte a la SE 1 del 2026. *Mapa y tabla de secuenciación en proceso de resultados de los nuevos análisis filogenéticos.

Recomendaciones

Tabla 7: Recomendaciones para unidades de Atención Médica

Prevención y Control de Infecciones	• Usar de cubrebocas tricapa al paciente y respirador al personal de salud con trato directo con el paciente probable o confirmado de sarampión. • Ubicar al caso probable/confirmado en una área aislada o cuarto individual con puerta cerrada. • Implementar de precauciones basadas en el mecanismo de transmisión por vía aérea. • Definir y difundir rutas internas de desplazamiento seguro minimizando la exposición de otros usuarios. • Limitar el número de visitas y trabajadores de la salud expuestos. • Registar al personal de salud expuesto (nombre, turno, estado vacunal) como parte del estudio de contactos intrahospitalarios.
Fortalecimiento de la notificación y vigilancia epidemiológica	• Notificar inmediatamente. • Validar la calidad de la información. • Implementar la red negativa de EFE. • Actualizar la evaluación de riesgo: amenaza, contexto y exposición.
Diagnóstico por laboratorio seguro y oportuno	• Realizar la toma de muestras (exudado faríngeo y serología) al 100% de los casos probables. • Asegurar el envío de muestras en <48 horas, con trazabilidad documentada. • Comunicación directa unidad-laboratorio-epidemiología para seguimiento hasta la clasificación final.
Atención clínica segura y centrada en el paciente	Manejo hospitalario estandarizado, enfocado en: • Detección temprana de complicaciones. • Suplementación oportuna con vitamina A en menores de 5 años. • Capacitación al personal clínico sobre grupos de alto riesgo y signos de alarma. • Información clara al paciente y familiares sobre las precauciones basadas en el mecanismo de transmisión por vía aérea, el periodo de transmisibilidad y vacunación.
Seguimiento de contactos y acciones de bloqueo vacunal	• Elaboración de las rutas de desplazamiento del caso probable. • Identificación y seguimiento activo de contactos. • Implementar la búsqueda activa institucional. • Vacunación inmediata de contactos según grupo de edad (SRP, SR o dosis cero), conforme a lineamientos CeNSIA vigentes. • Registro nominal de vacunación en acciones de bloqueo.

Fuente: Secretaría de Salud. Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica de las Enfermedades Prevenibles por Vacunación; NOM-045-SSA2-2005; CENSIA; WHO; CDC.

Tos ferina

Generalidades del sistema de vigilancia epidemiológica de tos ferina y síndrome coqueluchoide

TOS FERINA Y SÍNDROME COQUELUCHOIDE

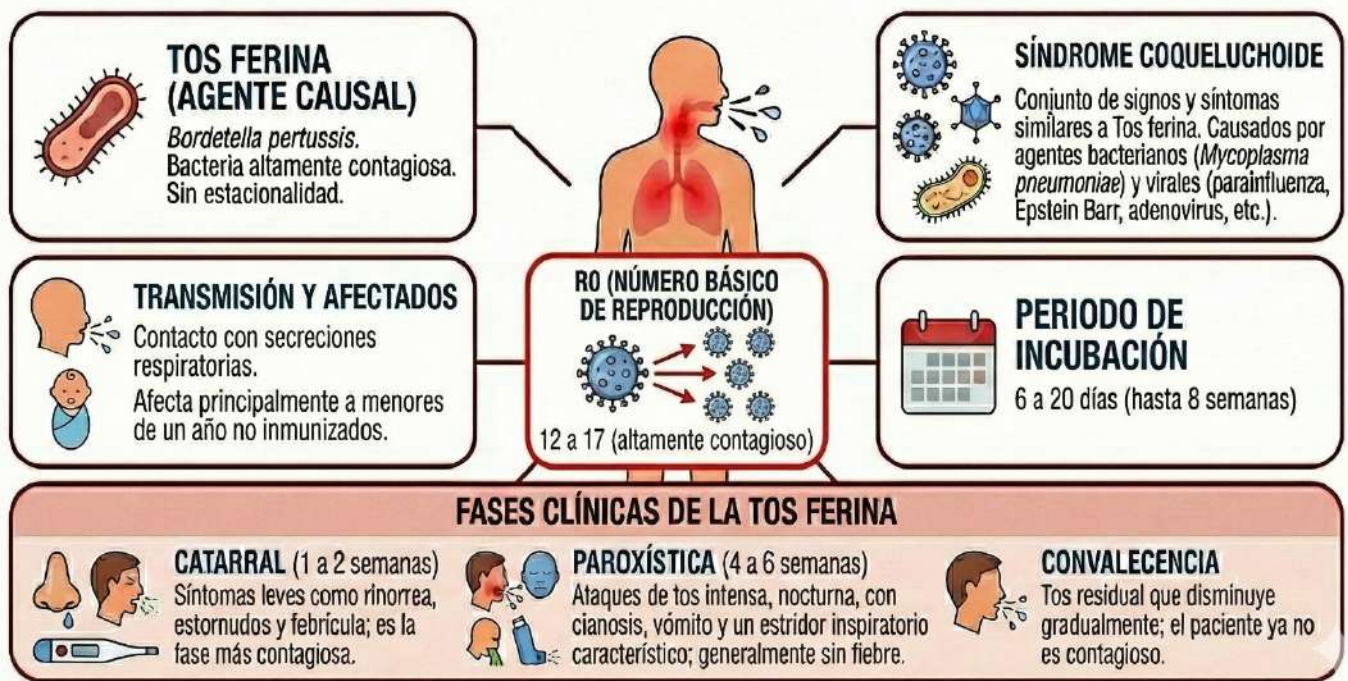
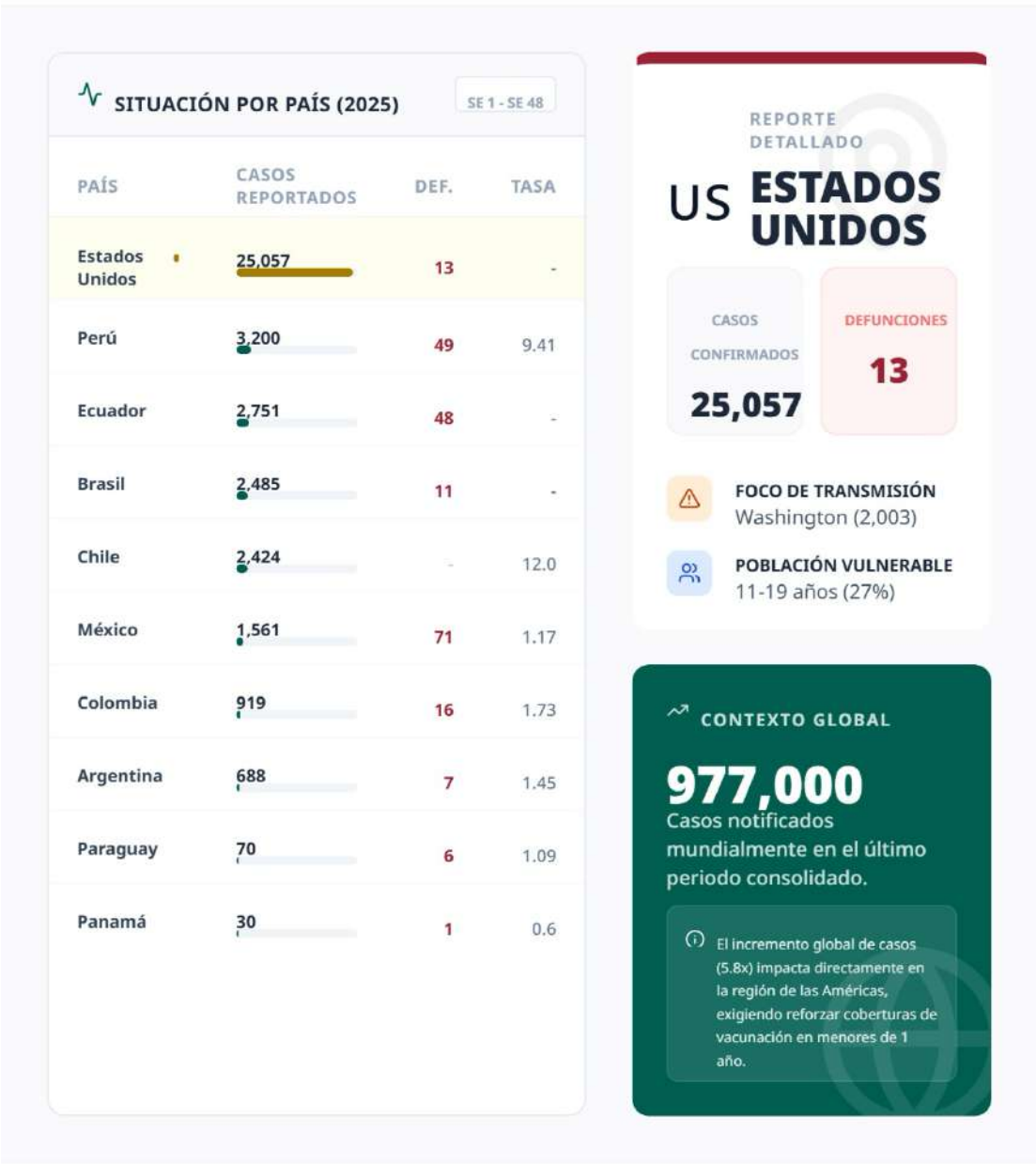


Imagen 3

Fuente: Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica de las Enfermedades Prevenibles por Vacunación 2018

SITUACIÓN MUNDIAL DE TOS FERINA

BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO | ACTUALIZACIÓN SE 1 - AL CORTE DEL 8 ENERO 2026



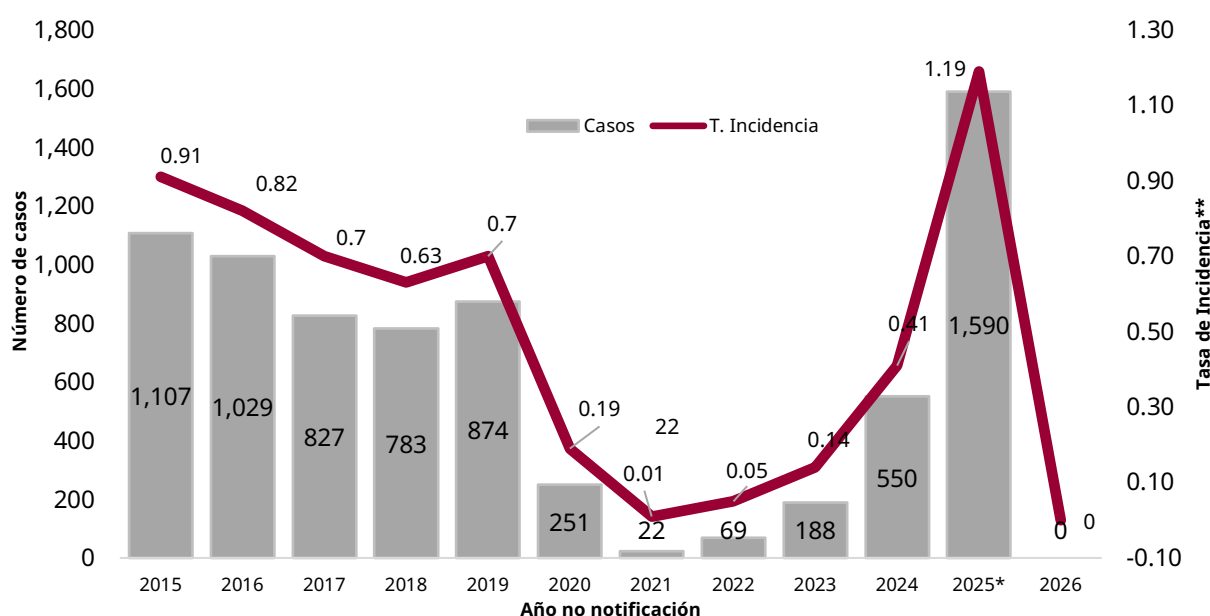
ANÁLISIS DE SITUACIÓN

En 2025, la región experimenta un repunte significativo. EE.UU. registra el máximo desde 2012. Perú y Ecuador reportan alta carga en regiones específicas (Loreto/Manabí). México presenta la mayor letalidad absoluta (71 defunciones). El grupo <1 año sigue siendo el más vulnerable en la mayoría de países.

Panorama nacional de tos ferina

Desde el año 2016 se registraba un comportamiento similar hasta el año 2019 con un promedio de 900 casos confirmados por año, sin embargo, en el año 2020, a raíz de la pandemia por COVID-19, la vigilancia epidemiológica de Tos ferina disminuyó, registrándose un decremento en la notificación de casos probables y confirmados, esta baja en la notificación se sostuvo hasta el año 2023, en el que se registraron 188 casos confirmados con una incidencia de 0.14 casos por cien mil habitantes, seguido de 550 casos confirmados en el año 2024 con una incidencia de 0.41 casos por cien mil habitantes (Gráfica 4).

Gráfica 5. Casos confirmados de tos ferina con tasa de incidencia por año en México, 2015-2026*



Fuente: SSA/SPPS/DGE/Sistema Especial de Vigilancia Epidemiológica de tos ferina – síndrome coqueluchoide *con corte a la SE 01 de 2026. CONAPO. Proyecciones de población 2025-2026.

*Tasa de incidencia por 100,00 habitantes.

Casos confirmados de tos ferina en México

En México, hasta la SE 01 de 2026, se han reportado **1,590 casos confirmados de tos ferina**, los estados que concentran el mayor número de casos son: Ciudad de México (155), Chihuahua (147), Nuevo León (141), y Aguascalientes (102) los cuales concentraron el 34.2 %.

La **incidencia nacional** fue de **1.19 casos por cada 100,000 habitantes** y la incidencia más elevada la presentó Aguascalientes con 6.69 casos por cada 100,000 habitantes, seguido de Chihuahua con 3.71 casos por cada 100,000 habitantes (Tabla 9).

Durante el **2026** se han notificado **3 casos probables de tos ferina**: dos por el estado de Chihuahua y uno en San Luis Potosí. **No se han notificado casos confirmados de tos ferina.**

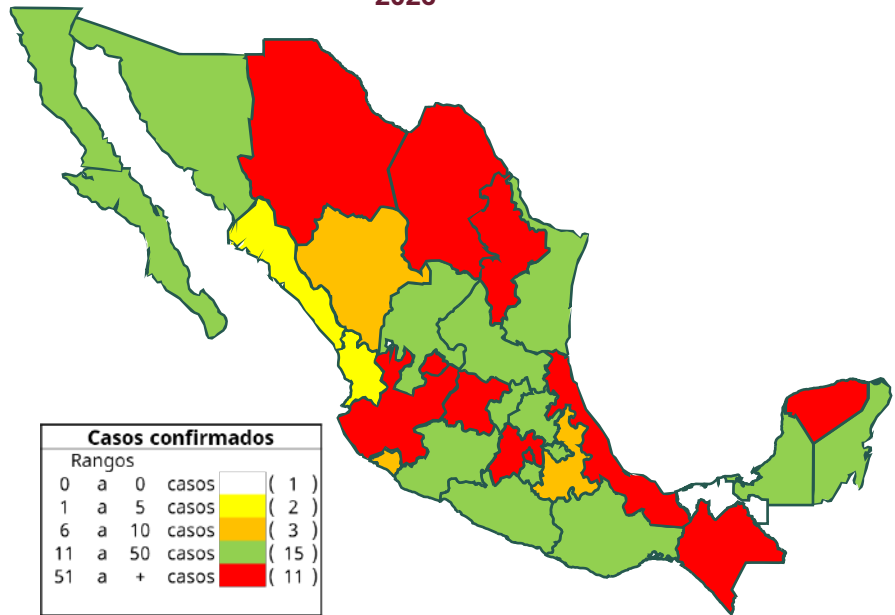
Tabla 8. Casos confirmados de tos ferina por entidad notificante 2025-2026*						
Tasa de incidencia 2025	Casos acumulados cierre 2025	Letalidad 2025	Entidad notificante	Casos 2026	Tasa de incidencia 2026	Letalidad 2026
6.69	102	2.0	Aguascalientes	0	0.0	0.0
0.77	30	0.0	Baja California	0	0.0	0.0
1.47	13	15.4	Baja California Sur	0	0.0	0.0
2.22	24	8.3	Campeche	0	0.0	0.0
2.48	85	4.7	Coahuila	0	0.0	0.0
1.07	9	0.0	Colima	0	0.0	0.0
1.65	101	6.3	Chiapas	0	0.0	0.0
3.71	147	4.8	Chihuahua	0	0.0	0.0
1.74	155	6.5	Ciudad de México	0	0.0	0.0
0.41	8	0.0	Durango	0	0.0	0.0
1.34	87	1.2	Guanajuato	0	0.0	0.0
0.86	32	3.1	Guerrero	0	0.0	0.0
1.29	42	0.0	Hidalgo	0	0.0	0.0
0.74	65	12.3	Jalisco	0	0.0	0.0
0.54	98	5.1	México	0	0.0	0.0
0.72	36	2.8	Michoacán	0	0.0	0.0
1.68	36	0.0	Morelos	0	0.0	0.0
0.22	3	0.0	Nayarit	0	0.0	0.0
2.36	141	5.0	Nuevo León	0	0.0	0.0
1.13	48	2.1	Oaxaca	0	0.0	0.0
0.13	9	33.3	Puebla	0	0.0	0.0
1.38	34	0.0	Querétaro	0	0.0	0.0
0.68	13	0.0	Quintana Roo	0	0.0	0.0
1.28	38	10.8	San Luis Potosí	0	0.0	0.0
0.09	3	0.0	Sinaloa	0	0.0	0.0
0.74	24	4.2	Sonora	0	0.0	0.0
0.00	0	0.0	Tabasco	0	0.0	0.0
1.03	39	5.1	Tamaulipas	0	0.0	0.0
1.93	28	0.0	Tlaxcala	0	0.0	0.0
0.74	65	4.9	Veracruz	0	0.0	0.0
2.23	53	2.1	Yucatán	0	0.0	0.0
1.28	22	4.5	Zacatecas	0	0.0	0.0
1.19	1,590	4.6	TOTAL	0	0.0	0.0

Fuente: SSA/SPPS/DGE/Sistema Especial de Vigilancia epidemiológica de tos ferina – síndrome coqueluchoide *con corte a la SE 01 de 2026. CONAPO. Proyecciones de población 2025-2026.

*Tasa de incidencia por 100,00 habitantes.

En cuanto a la distribución geográfica, ningún estado ha notificado casos.

Figura 5. Casos confirmados de tos ferina por entidad notificante, SE 1 México 2025-2026*



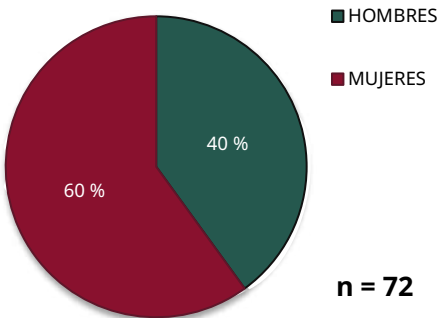
Fuente: SSA/SPPS/DGE/Sistema Especial de Vigilancia epidemiológica de tos ferina – síndrome coqueluchoide con corte a la SE 01 de 2026. CONAPO. Proyecciones de población 2025-2026.

Defunciones por tos ferina

A la SE 01 del 2026, no se han notificado defunciones por tos ferina.

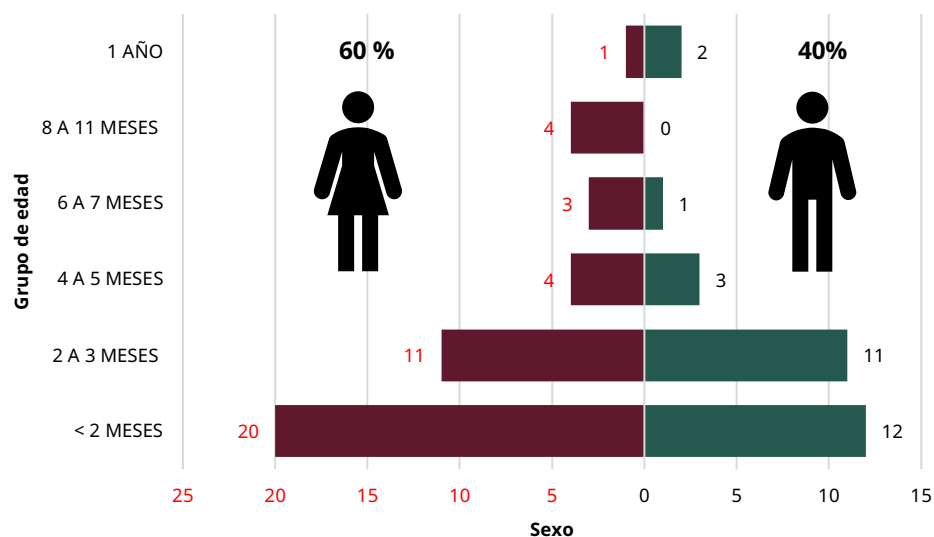
Al cierre preliminar de defunciones del 2025 se notificaron 72 defunciones, 69 corresponden a casos en menores de 1 año sin antecedente de vacunación, y el 84.7 % corresponde a menores de 6 meses. En cuanto al sexo, el 60 % se presentó en mujeres (Gráfica 5,6). La **tasa de letalidad** preliminar al cierre 2025 fue **de 4.5 %**.

Gráfica 5. Defunciones por tosferina desagregadas por sexo, cierre preliminar 2025.



Fuente: SSA/SPPS/DGE/Sistema Especial de Vigilancia epidemiológica de tos ferina – síndrome coqueluchoide *con corte a la SE 01 de 2026.

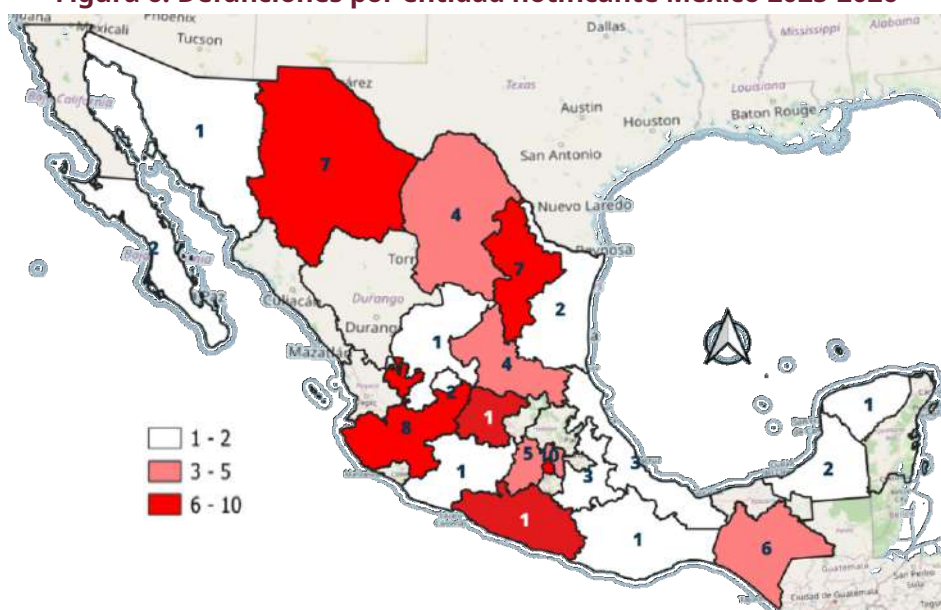
Gráfica 6. Distribución de las defunciones por tos ferina por grupo de edad y sexo 2025-2026*



Fuente: SSA/SPPS/DGE/Sistema Especial de Vigilancia epidemiológica de tos ferina – síndrome coqueluchoide *con corte a la SE 01 de 2026.

Las defunciones durante el 2025 estuvieron distribuidas en 21 entidades (Figura 6); solo se consideran las defunciones captadas a través del Sistema Especial de Vigilancia Epidemiológica de Síndrome coqueluchoide y Tos ferina. La letalidad de la tos ferina en 2025 fue del 4,5 %.

Figura 6. Defunciones por entidad notificante México 2025-2026*



Fuente: SSA/SPPS/DGE/Sistema Especial de Vigilancia Epidemiológica de tos ferina – síndrome coqueluchoide * con corte a la SE 1 de 2026.

Recomendaciones

Tabla 9. Recomendaciones para unidades de atención médica	
Prevención y Control de Infecciones	• Implementar las precauciones basadas en el mecanismo de transmisión por gotas desde la sospecha clínica. • Ubicar al paciente en área separada o cubículo individual, manteniendo distancia mínima de 1 metro con otros pacientes. • Limitar traslados innecesarios dentro de la unidad; si el traslado es indispensable, asegurar el uso de cubrebocas tricapa por el paciente.
Uso adecuado de Equipo de Protección Personal (EPP)	• Garantizar el uso de mascarilla quirúrgica por parte del personal de salud, familiares y cuidadores durante el contacto con el paciente. • Utilizar guantes cuando exista contacto directo con secreciones respiratorias y realizar higiene de manos antes y después del contacto. • Capacitar de forma continua al personal en colocación, retiro y desecho seguro del EPP, conforme a lineamientos de PCI.
Ventilación y control ambiental	• Asegurar ventilación natural cruzada o mecánica adecuada en áreas de atención y salas de espera. • Evitar la saturación de espacios cerrados, priorizando la separación de pacientes con síntomas respiratorios. • Reforzar la limpieza y desinfección de superficies de alto contacto.
Protección del personal de salud y contactos	• Verificar esquema de vacunación vigente contra tosferina (Tdp) en el personal de salud, especialmente en pediatría, urgencias y primer nivel de atención. • Identificar y dar seguimiento a contactos intrahospitalarios, conforme a los lineamientos de vigilancia epidemiológica.

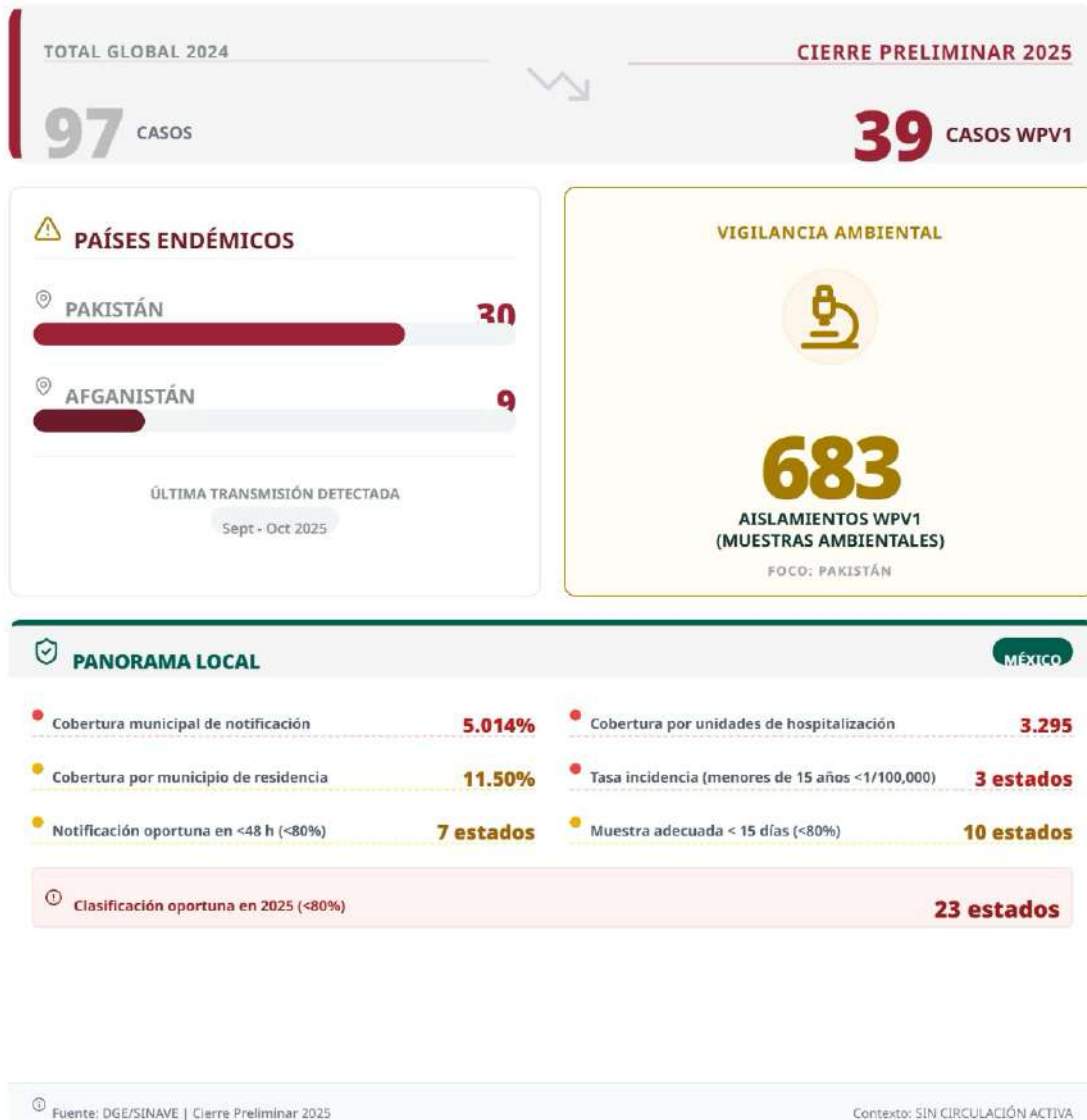
Fuente: Secretaría de Salud. Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica de las Enfermedades Prevenibles por Vacunación; NOM-045-SSA2-2005; CENSIA; WHO; CDC.

Parálisis flácida aguda y poliomielitis

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

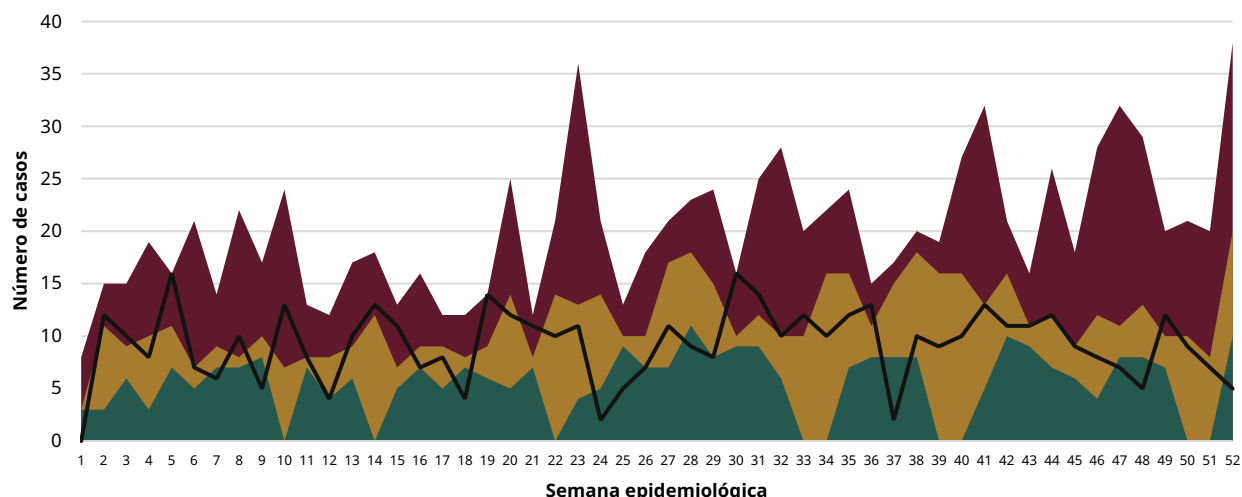
SITUACIÓN GLOBAL DE LA POLIOMIELITIS (WPV1): CIERRE 2025

Información OMS al 22 de Diciembre de 2025



Panorama nacional de páralisis flácida aguda

Gráfica 7. Canal endémico de casos de páralisis flácida aguda, México 2020-2026*

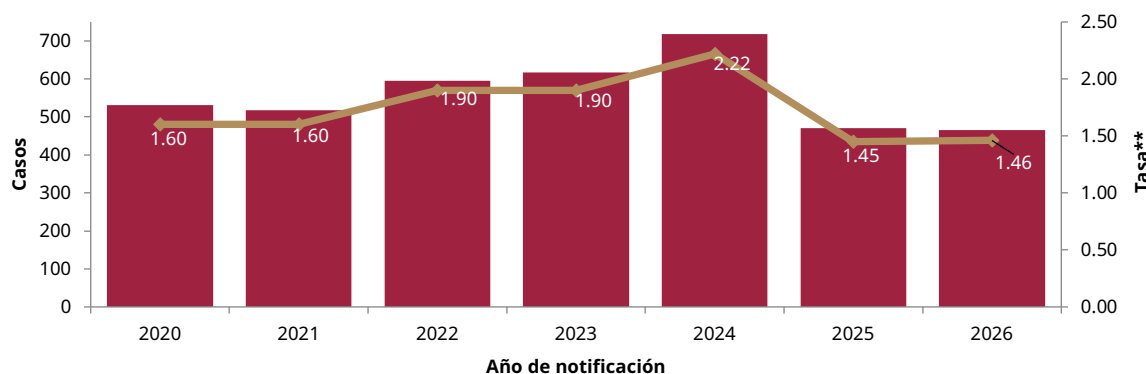


Fuente: SSA/SPPS/DGE/Sistema Especial de Vigilancia Epidemiológica de Parálisis Flácida Aguda con corte a la SE 01 de 2026.

El canal endémico muestra el comportamiento histórico de la Parálisis Flácida Aguda en México durante el periodo 2019–2025. Hasta la semana epidemiológica 53 (gráfica 7).

La incidencia de PFA en México presentó una disminución significativa en los dos últimos años, lo anterior secundario a los brotes de PFA que hubo en los años 2023 y 2024, además de la situación epidemiológica del país respecto a sarampión y tos ferina (Gráfica 8).

Gráfica 8. Casos y tasa de incidencia de PFA, México 2020-2026*



Fuente: SSA/SPPS/DGE/Sistema Especial de Vigilancia Epidemiológica de Parálisis Flácida Aguda con corte a la SE 01 de 2026. **Tasa por cada 100,000 menores de 15 años.

Tabla 10. Comparación de la incidencia de Parálisis Flácida Aguda, México, 2025-2026***

Casos 2024	Tasa de incidencia	Entidad	Casos 2025	Tasa de incidencia
11	2.9	Aguascalientes	12	3.12
24	2.8	Baja California	21	2.35
20	9.4	Baja California Sur	11	5.21
5	1.8	Campeche	3	1.21
16	1.8	Coahuila	12	1.38
6	2.9	Colima	5	2.74
31	1.7	Chiapas	31	1.62
27	2.8	Chihuahua	23	2.47
29	1.9	Ciudad de México	18	1.24
8	1.6	Durango	8	1.63
32	1.9	Guanajuato	16	0.97
15	1.5	Guerrero	8	0.81
19	2.4	Hidalgo	8	1.03
41	1.9	Jalisco	29	1.36
86	2.1	México	42	1.04
23	1.7	Michoacán	16	1.20
15	3.2	Morelos	10	2.10
7	2.0	Nayarit	3	0.89
29	2.1	Nuevo León	17	1.18
23	2.1	Oaxaca	15	1.34
28	1.6	Puebla	26	1.43
11	1.8	Querétaro	10	1.65
11	2.4	Quintana Roo	8	1.66
14	1.9	San Luis Potosí	14	1.93
16	2.1	Sinaloa	15	2.02
38	5.0	Sonora	27	3.70
12	1.7	Tabasco	6	0.93
19	2.1	Tamaulipas	13	1.48
34	9.4	Tlaxcala	7	1.92
47	2.2	Veracruz	23	1.20
10	1.9	Yucatán	6	1.11
11	2.4	Zacatecas	7	1.52
718	2.22	TOTAL	470	1.48

Fuente: SSA/SPPS/DGE/Sistema Especial de Vigilancia Epidemiológica de Parálisis Flácida Aguda con corte a la SE 01 de 2026. ** 2025 Datos Preliminares.

La tabla 10 presenta la distribución de casos y tasas de PFA por entidad federativa. Se observan variaciones entre entidades, atribuibles principalmente a diferencias en la sensibilidad del sistema de vigilancia.

La información resume el desempeño del Sistema de Vigilancia de PFA en México, destacando la notificación oportuna, investigación adecuada de casos y toma de muestras, lo que ha permitido descartar poliomielitis y fortalecer la vigilancia de la erradicación (Tabla 11).

Tabla 11. Indicadores de evaluación del Sistema de Vigilancia de Parálisis flácida Aguda, México 2020-2025*					
Año	Casos de PFA	Tasa x 100,000 <15 años	% de casos investigados en < 48 horas	% de casos con muestra adecuada en primeros 14 días del inicio de la parálisis	% de casos con clasificación final en <90 días del inicio de la parálisis
2020	532	1.6	99	84	71
2021	518	1.6	99	81	73
2022	629	1.9	100	90	93
2023	617	1.9	100	86	81
2024**	718	2.2	99	85	89
2025*	470	1.48	99	78	53***

Fuente: SSA/SPPS/DGE/Sistema Especial de Vigilancia Epidemiológica de Parálisis Flácida Aguda con corte a la SE 01 de 2026.

* Datos preliminares del 2025.

**De la SE 01 a la 44 de 2025.

***Aplica a partir de la SE 11 de 2026.

Tétanos y tétanos neonatal

 DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA GLOBAL DEL TÉTANOS: 2000 - 2024

Análisis Comparativo de Carga Regional y Tétanos Neonatal

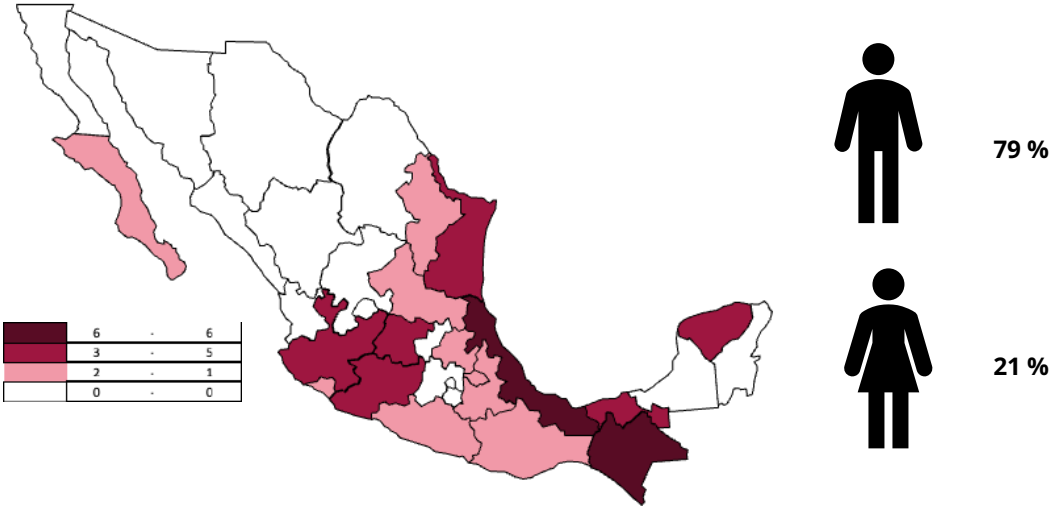


FUENTE: OMS | DATOS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA MUNDIAL (2024)

BOLETÍN OFICIAL DE VIGILANCIA

Panorama nacional de tétanos y tétanos neonatal

Figura 7. Casos de tétanos notificados por entidad notificante, México, 2025* (cierre preliminar)



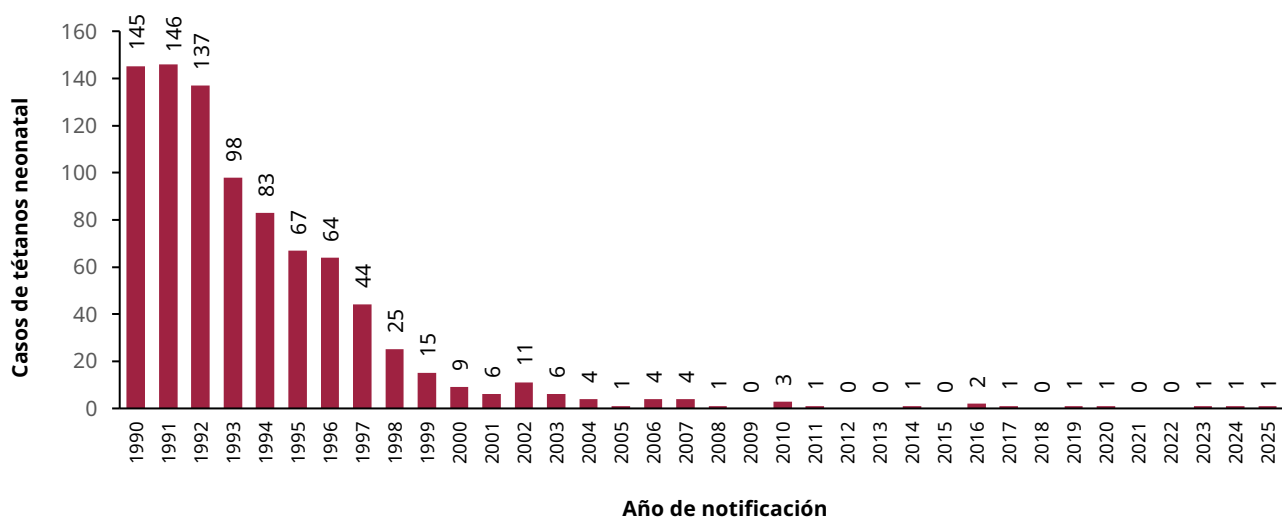
Fuente: Sistema Especial de Vigilancia Epidemiológica de Tétanos y Tétanos Neonatal con Información a la semana epidemiológica con *corte a la SE 01 de 2026.

Tabla 12. Casos, defunciones y tasa de incidencia por año de notificación, México 2000-2025*

Año	Casos de tétanos	Defunciones	Tasa de letalidad
2000	103	38	36.8
2001	101	38	37.6
2002	101	37	36.6
2003	105	49	46.6
2004	68	17	25
2005	71	27	38
2006	50	31	62
2007	45	27	60
2008	45	15	33.3
2009	38	13	34.2
2010	43	18	41.8
2011	34	13	38.2
2012	28	14	50
2013	20	2	10
2014	25	9	36
2015	27	7	25.9
2016	33	12	36.3
2017	26	12	46.1
2018	23	11	47.8
2019	34	13	38.2
2020	14	5	35.7
2021	21	10	47.6
2022	29	10	34.4
2023	26	7	26.9
2024	30	11	36.6
2025	38	12	31.5
2026			

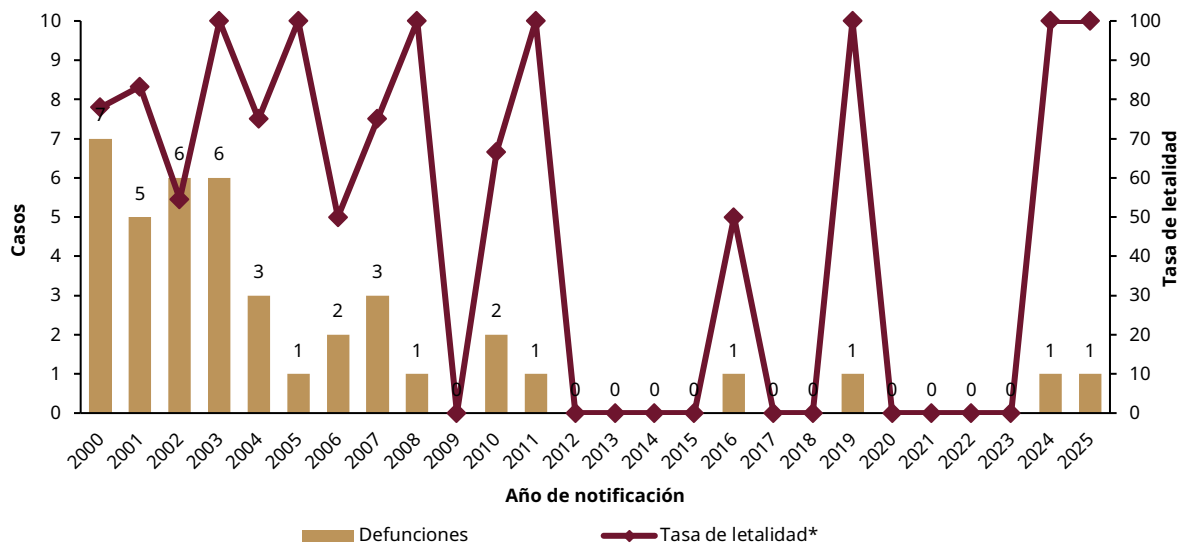
Fuente: Sistema Especial de Vigilancia Epidemiológica de Tétanos y Tétanos Neonatal con Información a la semana epidemiológica con *corte a la SE 01 de 2026.

Gráfica 11. Casos de letalidad de tétanos neonatal, México, 1990-2026*



Fuente: Sistema Especial de Vigilancia Epidemiológica de Tétanos y Tétanos Neonatal con Información a la semana epidemiológica con *corte a la SE 01 de 2026.

Gráfica 12. Casos y letalidad de tétanos neonatal por año de notificación, México, 1990-2026*



Fuente: Sistema Especial de Vigilancia Epidemiológica de Tétanos y Tétanos Neonatal con Información a la semana epidemiológica con *corte a la SE 01 de 2026.

Durante la SE 1 de 2026 no se han notificado casos probables ni confirmados de ténanos y ténanos neonatal.

Durante la SE 1 de 2026 no se han notificado casos probables ni confirmados de ténanos y ténanos neonatal.

INFECCIÓN POR BACTERIAS INVASIVAS (IBI)

PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO: IBI 2025

ESCENARIO GLOBAL Y REGIONAL

Análisis comparativo de la distribución geográfica y patrones estacionales de los agentes bacterianos invasivos.



HAEMOPHILUS INFLUENZAE

BACTERIA GRAM-NEGATIVA



SITUACIÓN GLOBAL

2000: antes de la vacuna en países de bajo y medio ingreso causó 8.13 millones de casos graves en niños de 1-59 meses de edad y 371,000 defunciones. 2015: 934,000 casos de neumonía en niños de 1-59 meses de edad (22,600 defunciones) y 31,400 de meningitis (7,300 defunciones).



SITUACIÓN REGIONAL

5,300 casos de neumonía con letalidad de 2 % y 200 casos de meningitis, con letalidad de 30 %.

FUENTE: OPS | HAEMOPHILUS INFLUENZAE



STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE

COCO GRAM-POSITIVO



SITUACIÓN GLOBAL

UE* 2022: 7,700 casos de enfermedad neumocócica invasiva (tasa de 5.1 casos por 100,000 habitantes). Tasas específicas más altas en <1 año y adultos de 65 o más años. 99% de las defunciones por neumonía ocurren en menores de 5 años.



SITUACIÓN REGIONAL

2° agente etiológico en neumonías adquiridas en la comunidad (NAC) que requiere hospitalización. 2015: 358 casos por 100,000 niños y 5,700 defunciones. Defunciones 81 % por neumonía y 12 % por meningitis.

FUENTE: ECDC (INFORME 2022) / OPS



NEISSERIA MENINGITIDIS

DIPLOCOCO GRAM-NEGATIVO



SITUACIÓN GLOBAL

Mayor carga de meningitis meningocócica en el cinturón africano de la meningitis, con una menor incidencia en Europa y América del Norte. La carga de enfermedad en gran parte de América del Sur, el Asia sudoriental y el Pacífico occidental es incierta debido a una vigilancia irregular.



SITUACIÓN REGIONAL

2 casos por cada 100,000 habitantes (baja endemicidad). 1 incidencia en menores de un año. 1 de cada cinco mueren. 20 % sobreviven con secuelas permanentes.

FUENTE: OPS (LA ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA 2021)

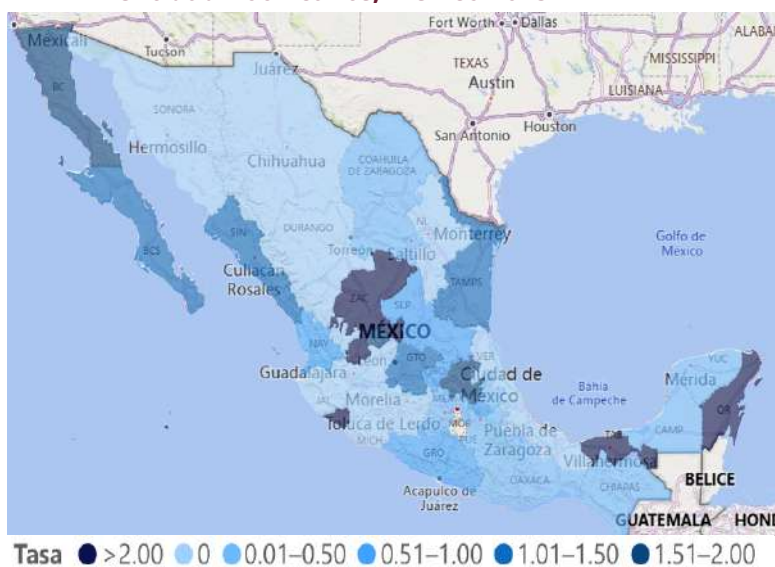
SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA
INFECCIÓN POR BACTERIAS INVASIVAS

2026
SEMANA EPIDEMIOLÓGICA 1

Panorama nacional de Bacterias Invasivas

Durante 2025 se notificaron 864 casos de Infección por Bacterias Invasivas (IBI). La notificación se concentró principalmente en cinco entidades: Ciudad de México 23.6% (204), Guanajuato 7.6% (66), Tabasco 6.9% (60), Baja California 6.8% (59) y Quintana Roo 6.8% (59); el resto del país notificó 48.3% (418) (Figura 8).

Figura 8. Tasa de incidencia de IBI por entidad notificante, México 2025*



Estado notificante	Total (n)	Tasa Notificación
Aguascalientes	25	1.64
Baja California	59	1.51
Baja California Sur	12	1.36
Campeche	3	0.28
Chiapas	18	0.29
Chihuahua	0	0.00
Ciudad de México	204	2.29
Coahuila	6	0.18
Colima	17	2.02
Durango	0	0.00
Guanajuato	66	1.02
Guerrero	28	0.76
Hidalgo	57	1.75
Jalisco	0	0.00
México	31	0.17
Michoacán	0	0.00
Morelos	19	0.89
Nayarit	8	0.58
Nuevo León	0	0.00
Oaxaca	11	0.26
Puebla	5	0.07
Querétaro	20	0.81
Quintana Roo	59	3.09
San Luis Potosí	18	0.61
Sinaloa	34	1.04
Sonora	0	0.00
Tabasco	60	2.22
Tamaulipas	51	1.35
Tlaxcala	8	0.55
Veracruz	0	0.00
Yucatán	5	0.21
Zacatecas	40	2.32
TOTAL	864	0.65

Por presentación clínica/etiología, predominó “**otras causas de enfermedad invasiva del SNC**” 71.5% (618), seguida de neumonía por neumococo 9.5% (82) y neumonía por H. influenzae 8.0% (69); las meningitis bacterianas sumaron 6.1% (53) [*S. pneumoniae* 3.2% (28), meningocócica 1.6% (14) y *H. influenzae* 1.3% (11)], además de otras neumonías 4.7% (41) y neumonía por *N. meningitidis* 0.1% (1) (Tabla12).

Tabla 12. Casos de IBI por diagnóstico y entidad notificante 2025*

Estado notificante	Total (n)	MENINGITIS				NEUMONÍA			
		Men. meningocócica	Men. <i>S. pneumoniae</i>	Men. <i>H. influenzae</i>	Otras EI del SNC	N. Neumococo	N. <i>H. influenzae</i>	N. <i>N. meningitidis</i>	Otras neumonías
Agascalientes	25	-	1	-	11	8	3	-	2
Baja California	59	1	1	-	52	-	-	-	5
Baja California Sur	12	-	1	-	6	3	1	-	1
Campeche	3	-	-	-	3	-	-	-	-
Chiapas	18	1	-	-	17	-	-	-	-
Chihuahua	0	-	-	-	-	-	-	-	-
Ciudad de México	204	7	3	8	103	27	55	1	-
Coahuila	6	-	-	-	6	-	-	-	-
Colima	17	-	-	-	14	-	-	-	3
Durango	0	-	-	-	-	-	-	-	-
Guanajuato	66	1	8	1	20	30	6	-	-
Guerrero	28	-	-	-	22	1	-	-	5
Hidalgo	57	-	1	-	47	3	-	-	6
Jalisco	0	-	-	-	-	-	-	-	-
México	31	2	3	-	24	1	-	-	1
Michoacán	0	-	-	-	-	-	-	-	-
Morelos	19	1	-	-	18	-	-	-	-
Nayarit	8	-	1	-	7	-	-	-	-
Nuevo León	0	-	-	-	-	-	-	-	-
Oaxaca	11	-	2	1	7	-	-	-	1
Puebla	5	-	-	-	5	-	-	-	-
Querétaro	20	-	2	-	15	3	-	-	-
Quintana Roo	59	-	1	-	46	1	1	-	10
San Luis Potosí	18	-	-	-	17	-	1	-	-
Sinaloa	34	-	2	1	30	-	-	-	1
Sonora	0	-	-	-	-	-	-	-	-
Tabasco	60	-	2	-	58	-	-	-	-
Tamaulipas	51	1	-	-	44	-	2	-	4
Tlaxcala	8	-	-	-	8	-	-	-	-
Veracruz	0	-	-	-	-	-	-	-	-
Yucatán	5	-	-	-	3	-	-	-	2
Zacatecos	40	-	-	-	35	5	-	-	-
TOTAL	864	14	28	11	618	82	69	1	41

Fuente: SSA/SPPS/DGE/DVEET/SINAVE, Sistema Especial de Vigilancia Epidemiológica de IBI con *corte a la SE 1 del 2026.

Durante 2025 se notificaron 864 casos de Infección por Bacterias Invasivas (IBI) a nivel nacional. La mayor concentración se observó en **Ciudad de México 23.6% (204)**, seguida de **Guanajuato 7.6% (66)**, **Tabasco 6.9% (60)**, **Baja California 6.8% (59)** y **Quintana Roo 6.8% (59)**.

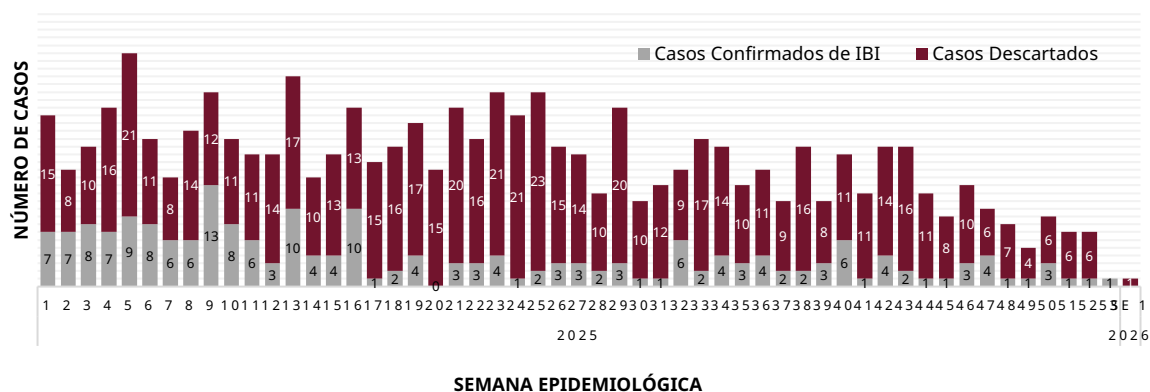
Durante la Semana Epidemiológica 01, se han notificado 2 casos probables:

- **Confirmado Meningitis por *Streptococcus pneumoniae***

SE 01	Entidad Notificante	Sexo	Edad (años)	Estado de vacunación	Hospitalizado	Diagnóstico final	Diagnóstico por laboratorio	Clasificación final
1	México	Hombre	63	Desconocido	Sí	Meningitis por <i>Streptococcus pneumoniae</i>	PCR	Confirmado

Durante la SE 1 caso se descartó como *Otras enfermedades inflamatorias del Sistema Nervioso Central (SNC)*.

Gráfica 13. Casos confirmados y descartados de IBI por semana de inicio de síntomas, México 2025-2026*

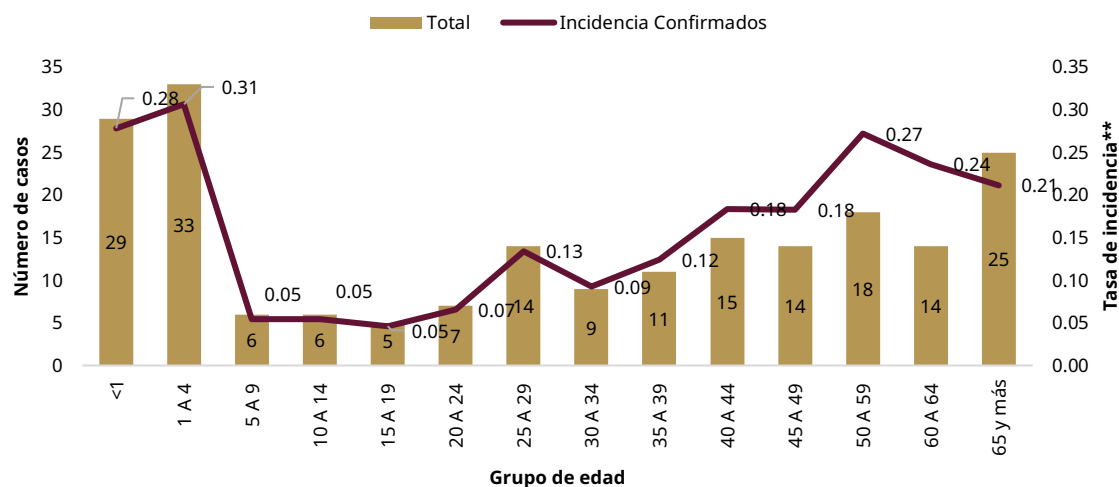


Fuente: SSA/SPPS/DGE/DVEET/SINAVE, Sistema Especial de Vigilancia Epidemiológica de IBI con *corte a la SE 1 del 2026.

En el periodo **2025**, la distribución por sexo mostró predominio en **hombres 60% (517)** y **40% en mujeres (347)**.

La clasificación por grupo de edad con mayor distribución de casos correspondió al **grupo de 50 a 59 años con 12% (106)**, seguido de los **grupos de <1 año y de 65 y más años**, ambos con **10% (86)** cada uno. Posteriormente se observaron los grupos de **20 a 24 años con 8% (69)**, **25 a 29 años con 8% (67)** y **35 a 39 años con 7% (64)** (Gráfica 14).

Gráfica 14. Distribución de casos y tasa de incidencia de IBI por grupo de edad, México 2025*



Fuente: SSA/SPPS/DGE/DVEET/SINAVE, Sistema Especial de Vigilancia Epidemiológica de IBI con *corte a la SE 1 del 2026.

Tabla 13. Antecedente de vacunación en casos notificados de IBI, México 2025*

Vacuna	Dosis Aplicadas	%	No vacunados	%	Se desconoce estado de vacunación	%
Vacuna Pentavalente	98	50.78%	27	21.95%	22	25.58%
Vacuna Neumococo 13 V	83	43.01%	29	23.58%	22	25.58%
Vacuna Neumococo 23 V	7	3.63%	35	28.46%	21	24.42%
Vacuna Meningococo	5	2.59%	32	26.02%	21	24.42%
Total	193	100%	123	100%	86	100%

Fuente: SSA/SPPS/DGE/DVEET/SINAVE, Sistema Especial de Vigilancia Epidemiológica de IBI con *corte a la SE 1 del 2026. ** Antecedente vacunal verificado con cartilla.

Respecto al antecedente de vacunación por biológico, la **vacuna Pentavalente** presentó **66.7% (98)** con dosis aplicadas, **18.4% (27)** no vacunados y **15.0% (22)** con estado de vacunación desconocido.

En la **vacuna Neumococo 13v**, **61.9% (83)** contaba con dosis aplicadas, **21.6% (29)** no estaba vacunado y **16.4% (22)** presentó estado desconocido.

En contraste, la **vacuna Neumococo 23v** mostró **55.6% (35)** de no

Defunciones por IBI, México 2025

Tabla 14. Defunciones de casos confirmados de IBI, México 2025**

Estado Notificante	Municipio de Residencia	Edad	Sexo	Agente asociado a la defunción	Fecha de defunción
Aguascalientes	Cosío	59	Hombre	Neumonía por Neumococo	10/01/2025
Ciudad de México	Álvaro obregón	64	Hombre	Neumonía por H. Influenzae	07/10/2025
	No especificado	50	Hombre	Meningitis meningocócica	10/08/2025
	Patzcuaro	68	Hombre	Neumonía por Neumococo	16/07/2025
	Salina Cruz	74	Hombre	Neumonía por Neumococo	01/08/2025
Guanajuato	León	48	Hombre	Neumonía por Neumococo	06/01/2025
	León	4 días	Hombre	Neumonía por Neumococo	17/02/2025
	León	41	Hombre	Neumonía por Neumococo	20/04/2025
	León	48	Hombre	Neumonía por Neumococo	15/10/2025
	León	57	Mujer	Neumonía por Neumococo	15/03/2025
	León	50	Mujer	Meningitis por S. pneumoniae	07/04/2025
	León	64	Mujer	Meningitis por S. pneumoniae	22/04/2025
	León	64	Mujer	Meningitis por S. pneumoniae	22/04/2025
Hidalgo	Mineral de la Reforma	6	Hombre	Neumonía por Neumococo	25/03/2025
	Atotonilco de Tula	3	Hombre	Meningitis por S. pneumoniae	03/06/2025
Querétaro	Ezequiel Montes	81	Mujer	Meningitis por S. pneumoniae	06/01/2025
Quintana Roo	Benito Juárez	68	Mujer	Neumonía por Neumococo	09/10/2025

Figura 9. Distribución de defunciones por IBI, México 2025*



Fuente: SSA/SPPS/DGE/DVEET/SINAVE, Sistema Especial de Vigilancia Epidemiológica de IBI con *corte a la SE 1 del 2026.