



**Ministerio
de Salud Pública**

Boletín epidemiológico

Semana epidemiológica 34 año 2026

23/08/2026 al 29/08/2026





CONTENIDO

Análisis Epidemiológico Especial.....	4
Vigilancia de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales , Uruguay 2015-2024.....	5
1. Introducción.....	5
3. Resultados.....	7
3.1. Perfil de los nacimientos en Uruguay.....	7
3.2. Vigilancia en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales.....	8
3.2.1. Evolución de los indicadores de la vigilancia.....	8
3.2.2. Evolución de los resultados de IAAS.....	10
i. Tasas de infección asociadas a dispositivos.....	11
ii. Casos de IAAS fallecidos.....	14
iii. Microorganismos identificados.....	14
iv. Brotes identificados.....	17
4. Discusión y conclusiones.....	17
5. Bibliografía.....	21
Enfermedades y Eventos de Notificación Obligatoria.....	23
Resumen de eventos.....	26
Brotes.....	28
Arbovirosis.....	29
Hantavirosis.....	32
Hepatitis A.....	34
Hepatitis B.....	35
Hepatitis C.....	37
Leptospirosis.....	39
Meningitis, meningoencefalitis y enfermedad meningocócica.....	41
Parotiditis.....	44
Personas mordidas o con riesgo de exposición a virus rábico.....	47
Sarampión.....	48
Contexto global y regional.....	48
Vigilancia de sarampión.....	49
	2



Recomendaciones para el equipo de salud.....	51
Vacunación contra el sarampión.....	55
Recomendaciones para viajeros.....	56
Sífilis.....	57
Tos convulsa.....	59
Varicela.....	62
Conceptos generales de la enfermedad.....	65
Recomendaciones generales.....	67
Infecciones respiratorias.....	69
Vigilancia de IRAG.....	70
Monitoreo de consultas en emergencias móviles.....	73
Informe sobre las variantes COVID-19 bajo vigilancia genómica y su circulación en el país y en la región.....	77
Estado global actual de COVID-19 (2026).....	77
Incidencia y severidad.....	78
Problemas de vigilancia global:.....	78
Long COVID y carga residual.....	78
Implicancias clínicas y epidemiológicas de las variantes circulantes.....	78
Variantes: Paisaje evolutivo Global.....	79
Resultados de Vigilancia en DLSP en el periodo Enero a Marzo 2026.....	82
Infecciones asociadas a la atención a la salud.....	86
Brotos de IAAS.....	87



Análisis Epidemiológico Especial

Con el objetivo de ampliar y profundizar la información presentada en este Boletín, a partir de la semana epidemiológica 09 de 2026 se incorporó la sección “Análisis Epidemiológico Especial”, que se publica mensualmente.

Este espacio está dedicado al abordaje en profundidad de temas epidemiológicos seleccionados por su relevancia sanitaria, su impacto en la población o su importancia para la toma de decisiones en salud pública. A diferencia de las secciones habituales, centradas en el monitoreo semanal de eventos, estos capítulos mensuales ofrecen una mirada más integral, incorporando contexto, fundamentos conceptuales y análisis de datos nacionales. La finalidad de esta sección es aportar información clara y basada en evidencia que contribuya tanto a la comprensión de la situación sanitaria por parte de la población general, como al análisis técnico de los equipos de salud y decisores.

Para esta edición, el Análisis Epidemiológico Especial presenta el informe “Vigilancia de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud en Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales. Uruguay, 2015-2024”, elaborado por el equipo de la Unidad de Control de Infecciones Hospitalarias del Departamento de Vigilancia en Salud (DEVISA), División Epidemiología del Ministerio de Salud Pública. El documento analiza diez años de información del Sistema Nacional de Vigilancia de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS) y de Estadísticas Vitales, integrando los cambios observados en el perfil de los nacimientos con la evolución de la vigilancia en las unidades de cuidados intensivos neonatales del país. Se



describen la cobertura y los principales indicadores del sistema, la utilización de dispositivos invasivos, las infecciones asociadas a estos dispositivos, los microorganismos involucrados y sus perfiles de resistencia antimicrobiana, así como los brotes notificados durante el período. El análisis permite identificar tendencias y desafíos relevantes para fortalecer la vigilancia y orientar las estrategias de prevención y control de las IAAS en una población especialmente vulnerable.

Vigilancia de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales , Uruguay 2015-2024

1. Introducción

En este informe se presenta un resumen de la investigación (en etapa de publicación) realizada por el equipo de la Unidad de Control de Infecciones Hospitalarias, del Departamento de Vigilancia en Salud, División Epidemiología del Ministerio de Salud Pública de Uruguay, de la información que surge de la vigilancia obligatoria que realizan las instituciones públicas y privadas al Sistema Nacional de Vigilancia de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS), y del registro en el Sistema de Certificado de Nacido Vivo (CNV).

El registro de datos al sistema de vigilancia en el componente neonatal se realiza según rangos de peso al nacer (≤ 1000 g, 1001-1500 g, 1501-2500 g y > 2500 g) tanto para los denominadores (ingresos, exposición a dispositivos) como para los numeradores (casos de infección) permitiendo el cálculo de las tasas de IAAS entre otros indicadores.



El componente de vigilancia neonatal establece que las instituciones con UCI-N deben realizar una vigilancia prospectiva y continua de los neonatos hasta los 60 días de vida, que permanezcan ingresados por más de 24 horas y hasta las 48 horas luego del alta del servicio. Son de vigilancia obligatoria todas las infecciones, asociadas o no a dispositivos invasivos, además la notificación de brotes en la unidad.

Cuando la unidad de cuidados intensivos e intermedios comparten área asistencial, se debe incluir exclusivamente los pacientes que correspondan a cuidados intensivos.

Esta investigación tiene como objetivos generales:

- Conocer los cambios en la evolución de la natalidad, y, por tanto, en la dinámica de internación en los servicios neonatales del país.
- Medir tendencias en el uso de dispositivos invasivos, la evolución de los casos de infecciones asociadas a la atención en salud y los microorganismos involucrados.

2. Material y métodos

Se realizó un estudio descriptivo de los registros del Sistema Nacional de Vigilancia de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud[1] y de las bases de datos publicadas de Estadísticas Vitales[2], de Uruguay, durante el período 2015-2024.



Para la discusión y conclusiones, los resultados se pusieron a consideración de la Comisión Asesora en Infecciones Asociadas a la Atención en Salud y el Programa de la Niñez del Ministerio de Salud Pública, y de las Unidades Académicas de Neonatología de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República, que funcionan en dos hospitales de referencia nacional: el Centro Hospitalario Pereira Rossell y el Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela.

3. Resultados

3.1. Perfil de los nacimientos en Uruguay

Entre 2015 y 2024, el perfil de los nacimientos en Uruguay presentó cambios demográficos y perinatales, caracterizados por disminución sostenida del número total de nacimientos, con descenso del embarazo adolescente y aumento relativo de la maternidad en mayores de 40 años.

Aunque disminuyó la frecuencia absoluta de nacimientos, aumentó la proporción de prematuros (nacidos antes de las 37 semanas) y de nacimientos con peso menor o igual ($\leq$) a 1500 g.



Tabla 1. Frecuencia absoluta y proporción de nacimientos pretérmino y con peso ≤ 1500 g. Uruguay 2015-2024.

Año	Nacimientos pretérminos		Nacimientos ≤ 1500 g		Total de nacimientos
	(FA)	(FR%)	(FA)	(FR%)	
2015	4.459	9,1	602	1,2	48.926
2016	4.309	9,2	575	1,2	47.058
2017	4.068	9,5	522	1,2	43.036
2018	3.680	9,2	483	1,2	40.139
2019	3.613	9,6	420	1,1	37.472
2020	3.360	9,4	439	1,2	35.874
2021	3.252	9,4	389	1,1	34.603
2022	3.138	9,7	408	1,3	32.301
2023	3.115	9,9	397	1,3	31.385
2024	3.018	10,1	391	1,3	29.899

Fuente: Estadísticas Vitales. MSP.

De acuerdo con los datos sobre tipo de embarazo (único o múltiple), si bien los nacimientos de embarazos múltiples disminuyeron en términos absolutos, su peso relativo aumentó durante el período, de 2,6% a 2,9%, mostrando una tendencia lineal estadísticamente significativa, $p < 0,01$ (Cochran-Armitage^[3]).

3.2. Vigilancia en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales

3.2.1. Evolución de los indicadores de la vigilancia

Para medir el nivel de captación de la vigilancia en las UCI-N, se calculó la proporción de recién nacidos con peso al nacer ≤ 1500 g registrados en el



sistema (4516), del total de nacimientos (4626), dando como resultado que 97,6% se encuentran en el sistema de vigilancia.

Aunque hubo variaciones en la participación de algunos prestadores según el año, durante el período se observó una consolidación continua de la vigilancia nacional, dada por la estabilidad en el número de instituciones que notificaron, públicas y privadas, así como del interior o la capital del país.

Sin embargo, se observó cierta variabilidad en el registro de la cantidad de días-paciente y del número de ingresos por año, disminuyendo en los años 2020 y 2021 en los que se vio debilitada la vigilancia. Cabe señalar que, a pesar de esto, el promedio de estadía se mantuvo estable y considerando los rangos de peso al nacer, no se observaron diferencias significativas en cada año.

La distribución de los ingresos a las UCI-N según peso al nacer, difirió significativamente entre los años del período de estudio ($p < 0,01$). Se registró una menor proporción de ingresos de recién nacidos con peso ≤ 1500 g en los años más recientes del período, en tanto, la de recién nacidos con peso > 2500 g aumentó.

En el sistema de vigilancia se registra y evalúa la exposición al uso de dispositivos que constituyen los principales factores de riesgo para IAAS como la ventilación mecánica invasiva (VMI) y la vía venosa central (VVC) que incluye catéter venoso central, umbilical y percutáneo. La razón de utilización de estos dispositivos se mantuvo durante el período en valores estables para cada rango de peso al nacer. Estos valores fueron mayores en los recién nacidos con menor peso (estratos ≤ 1500 g) y los que tienen un peso > 2500 g. Los valores de los



percentiles de estas razones mostraron la posición de las UCI-N respecto al uso de los dispositivos, con similares variaciones según el rango de peso al nacer.

3.2.2. Evolución de los resultados de IAAS

Los casos de IAAS se registran en el sistema de acuerdo con el sitio mayor y específico de infección, definidos en el Manual del Sistema Nacional de Vigilancia de las Infecciones Hospitalarias, Año 2006 -1ª versión.

En el período de estudio se encontraron notificadas 1383 infecciones que corresponden a 1177 pacientes, dado que 206 presentaron más de un evento de IAAS.

Se observó una reducción global de casos entre 2015 y 2019, seguido por un marcado descenso relacionado al subregistro en años pandémicos (2020-2021) y posteriormente se evidenció un incremento entre 2022 y 2024. La bacteriemia fue la IAAS más frecuente en el período seguida de la conjuntivitis.



Tabla 2. Frecuencia relativa de infecciones según sitio específico. UCI-N.
Uruguay. 2015-2024.

Sitio específico de infección	Año (FR%)										Total período N=1383
	2015 N=235	2016 N=176	2017 N=149	2018 N=164	2019 N=128	2020 N=86	2021 N=66	2022 N=95	2023 N=120	2024 N=164	
Bacteriemia	40,9	33,0	38,9	43,9	37,5	54,7	54,5	49,5	44,2	40,9	42,1
Conjuntivitis	6,4	10,8	11,4	16,5	25,8	9,3	22,7	21,1	24,2	30,5	16,8
Sepsis clínica	10,6	15,3	19,5	9,8	8,6	10,5	1,5	1,1	6,7	3,7	9,6
Bronquitis/ Traqueo bronquitis	10,2	13,1	8,1	4,3	6,3	8,1	4,5	4,2	6,7	4,9	7,5
Neumonía	9,4	5,7	2,0	7,3	6,3	7,0	6,1	8,4	11,7	5,5	6,9
Enterocolitis necrotizante	3,8	2,8	4,0	1,8	3,1	2,3	1,5	3,2	0,0	1,8	2,6
Otras del aparato resp. Inferior	5,1	1,7	7,4	1,8	0,8	2,3	0,0	1,1	2,5	0,0	2,6
Infección urinaria	3,8	4,5	4,7	2,4	0,8	0,0	1,5	3,2	0,0	1,2	2,5
Onfalitis	1,3	0,6	1,3	3,7	2,3	2,3	3,0	2,1	1,7	7,3	2,5
Otras	8,5	12,5	2,7	8,5	8,6	3,5	4,5	6,3	2,5	4,3	6,7

Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia IAAS. MSP.

i. Tasas de infección asociadas a dispositivos

Las tasas de infección asociadas a dispositivos (ventilación mecánica invasiva y vía venosa central) según peso al nacer se calcularon teniendo en cuenta las instituciones cuya densidad de incidencia global al año no se ubicó en valores extremos inferiores (percentil 5).



Tabla 3. Tasa de neumonía relacionada a la ventilación mecánica invasiva según peso al nacer. UCI-N. Uruguay. 2015-2024.

Año	Tasa de neumonía relacionada a la VMI*			
	≤1000 g	1001 a 1500 g	1501 a 2500 g	>2500 g
2015	4,3	2,7	1,0	4,0
2016	0,9	2,1	1,3	1,7
2017	1,5	0,0	0,0	0,0
2018	3,9	1,7	0,0	0,0
2019	5,4	0,0	0,0	0,0
2020	1,1	0,0	3,9	1,5
2021	1,7	1,3	1,5	0,0
2022	2,3	1,9	0,0	2,3
2023	4,2	4,2	0,0	2,1
2024	1,8	3,7	0,0	1,0

Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia IAAS. MSP.

*Episodios de neumonía/1000 días de exposición a ventilación mecánica invasiva.



Tabla 4. Tasa de bacteriemia relacionada al catéter venoso central según peso al nacer. UCI-N. Uruguay. 2015-2024.

Año	Tasa de bacteriemia relacionada a la VVC*			
	≤1000 g	1001 a 1500 g	1501 a 2500 g	>2500 g
2015	10,8	4,6	2,1	3,6
2016	6,7	3,6	3,8	0,4
2017	7,2	4,0	2,3	2,3
2018	9,1	3,5	3,8	2,3
2019	5,3	3,4	3,0	3,6
2020	6,5	4,9	1,6	3,7
2021	7,4	3,9	1,6	2,2
2022	6,6	5,6	1,9	2,9
2023	7,2	2,6	1,0	1,8
2024	6,0	8,1	3,4	1,9

Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia IAAS. MSP.

*Episodios de bacteriemia/1000 días de exposición a vía venosa central.

Se calculó también, la distribución de los percentiles de estas tasas, y se encontró que tuvieron variaciones entre los años y los estratos por rango de peso al nacer, que pudieron corresponder a diversos factores como: dificultad de definición del evento (por ej.: neumonía), cambios tecnológicos en la asistencia (menor uso de ventilación invasiva), menor sensibilidad de la vigilancia (años pandémicos), etc.



■

ii. Casos de IAAS fallecidos

En el sistema de registro informático, en la ficha de notificación de los casos de infección, se encuentra un campo para indicar si el paciente fallece y si el cuadro infeccioso tiene relación con la muerte en forma contribuyente o determinante.

El registro del caso de infección debe realizarse en cuanto se identifica, sin embargo, el dato de fallecimiento se completa posteriormente, lo que hace que algunos fallecimientos no estén registrados adecuadamente.

De los 1177 pacientes que cursaron al menos una IAAS, en 97 fichas de notificación (8,2%) se registró el fallecimiento. El evento infeccioso se consignó como determinante en 76 de estos casos (78,4%) y contribuyente en 8 (8,2 %). En los que se consideró la infección como determinante, 59 (77,6%) correspondieron a recién nacidos con peso al nacer ≤ 1500 g y que presentaron la infección antes de los 28 días de vida.

La bacteriemia fue la infección identificada con mayor frecuencia como determinante de la muerte (55,2%).

iii. Microorganismos identificados

El diagnóstico microbiológico para la definición de los casos de infección se realizó por:

- Cultivo 1176 (85%)
- Otro método como antígeno, visualización, etc. 9 (0,6%)
- Sin diagnóstico microbiológico 198 (14,3%)

En 79 casos se identificaron dos o más microorganismos.



Globalmente en el período, en la mitad de los casos de infección se identificó como agente causal a los bacilos Gram negativo, dentro de ellos *Klebsiella pneumoniae*, *Serratia marcescens* y *Pseudomonas aeruginosa* fueron los más frecuentes. La tendencia en la incidencia de infecciones por enterobacteriales fue en aumento en el período, como *Enterobacter cloacae* (desde 1,13 a 3,30 infecciones/1000días-paciente) y *S. marcescens* (desde 0,76 a 7,92 infecciones/1000días-paciente).

Dentro del grupo cocos Gram positivos, los más frecuentes fueron *Staphylococcus aureus* y las especies agrupadas en SCN (*Staphylococcus spp* coagulasa negativa no identificados como *S. epidermidis*), seguido por *S. epidermidis*.

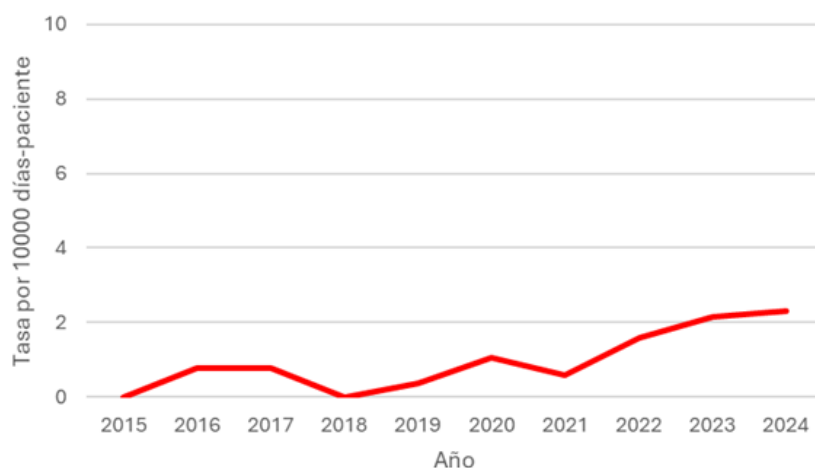
Los aislamientos de hongos correspondieron principalmente a especies de *Candida*.

Para analizar el perfil de la resistencia antimicrobiana se tomaron en cuenta las infecciones más frecuentes: bacteriemia, conjuntivitis, bronquitis/traqueobronquitis, neumonía y onfalitis, seleccionando los microorganismos de mayor importancia epidemiológica y su resistencia a determinados antibióticos. En los casos de resistencia se incluyó los resultados que mostraron resistencia intermedia.

En los siguientes gráficos se observa la tendencia en el período en la incidencia de infecciones por *K. pneumoniae* resistente a cefalosporinas de 3era. generación y por *S. aureus* resistente a meticilina.

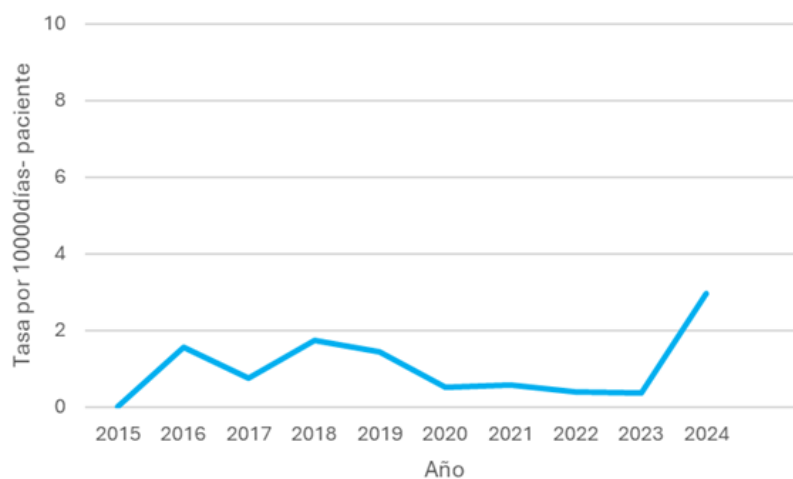


Gráfico 1. Densidad de incidencia de infecciones a *Klebsiella pneumoniae* resistente a cefalosporinas de 3era gen. UCI-N. Uruguay. 2015-2024.



Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia IAAS. MSP.

Gráfico 2. Densidad de incidencia de infecciones a *S. aureus* resistente a meticilina. UCI-N. Uruguay. 2015-2024.



Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia IAAS. MSP.



iv. Brotes identificados

Durante el periodo analizado se notificaron 22 brotes, que incluyeron 55 casos de infección y 79 de colonización.

En 13 de los brotes, los microorganismos identificados presentaron algún mecanismo de resistencia. El principal mecanismo fue la producción de β -lactamasa, siendo el más frecuente la carbapenemasa tipo NDM (Nueva Delhi metalo- β -lactamasa) 46%, seguida de BLEE (β -lactamasa de espectro extendido) 39% y de OXA 48 (Oxacilinas) 15%.

4. Discusión y conclusiones

Durante el período 2015–2024 se observó un descenso sostenido del número de nacimientos en Uruguay, con una reducción cercana al 39%. En paralelo, se evidenció una disminución de la proporción de nacimientos desde madres de 19 años o menos (de 15% a 8%), mientras que la proporción de nacimientos de madres de 40 años o más mostró un leve incremento. La proporción de nacimientos pretérmino (<37 semanas de edad gestacional) permaneció relativamente estable durante el período, sin embargo, el número absoluto de recién nacidos pretérmino y de aquellos con peso al nacer ≤ 1500 g disminuyó. En conjunto, estos hallazgos reflejan una reducción de la población neonatal con mayor probabilidad de requerir internación en unidades de cuidados intensivos neonatales.

El sistema nacional de vigilancia de IAAS en UCI-N se mantiene consolidado, con una participación estable de las instituciones notificadoras a lo largo del período



analizado. Asimismo, el sistema alcanzó una cobertura global del 97,6% de los recién nacidos con peso al nacer ≤ 1500 g, lo que permite considerar que la vigilancia es representativa de la población neonatal de mayor riesgo y de los eventos de IAAS que ocurren en estas unidades.

Los indicadores de exposición mostraron un comportamiento consistente durante el período y como es esperable la duración de la internación y la utilización de dispositivos invasivos fueron mayores en los recién nacidos de menor peso al nacer. Se observó un aumento de la proporción de ingresos mayores de 2500 g a lo largo del período, pudiendo obedecer a factores estructurales asociados a la disponibilidad de camas para la atención, pero también al aumento de los nacimientos por cesárea y a la mejoría del manejo de las malformaciones congénitas, entre otras.

Respecto a las infecciones reportadas, la bacteriemia fue la infección más frecuente, seguida de la conjuntivitis; esta última mostró un aumento importante a partir del 2019. Por otra parte, la sepsis clínica y la enterocolitis necrotizante mostraron un marcado descenso en el período. El descenso en la frecuencia de enterocolitis necrotizante es consistente con la información de otras publicaciones y se atribuye al mejor manejo de la nutrición de los recién nacidos, incluyendo la utilización de leche materna fresca y particularmente de calostro. La sepsis clínica parece seguir una evolución inversa y complementaria con la bacteriemia en los diferentes años.

Si bien este comportamiento podría estar relacionado con mejoras en las prácticas asistenciales, en la calidad diagnóstica y microbiológica o en la aplicación de las



definiciones de vigilancia, el diseño del presente estudio no permite establecer relaciones causales.

Las tasas de bacteriemia asociada a catéter venoso central presentaron las variaciones esperadas según el peso al nacer, siendo mayores en los grupos de menor peso. Sin embargo, no se identificó una tendencia creciente o decreciente sostenida durante el período analizado en ninguno de los estratos de peso.

De forma similar, las tasas de neumonía asociada a ventilación mecánica invasiva fueron más elevadas en los recién nacidos con peso inferior a 1000 g, grupo que también presentó la mayor utilización de este dispositivo. En los estratos de peso superiores a 1500 g las tasas permanecieron bajas durante todo el período. Al igual que en el caso de la bacteriemia asociada a catéter venoso central, no se observaron tendencias temporales consolidadas en ninguno de los grupos analizados.

En relación con la etiología de las IAAS, los bacilos Gram negativos fueron los microorganismos predominantes. Se destacó un incremento sostenido en la incidencia de infecciones causadas por *S. marcescens* y *Enterobacter cloacae*, de menor magnitud en el caso de este último. Entre los Gram positivos, *S. aureus* y los estafilococos coagulasa negativa continuaron siendo los principales agentes etiológicos, sin cambios relevantes en su frecuencia. Respecto a los microorganismos y su perfil de resistencia, se observó un aumento muy importante en la incidencia de infecciones por *K. pneumoniae* resistente a cefalosporinas de 3era. generación, lo que emerge como un problema a ser abordado en forma priorizada. Se observó además, una disminución de las



infecciones causadas por *Candida spp.* durante el período. Si bien esta tendencia podría estar asociada a la implementación y consolidación de estrategias preventivas, como la profilaxis antifúngica en recién nacidos de alto riesgo, otros factores pueden estar contribuyendo. Entre ellos, la mejoría en el uso de la nutrición enteral, la mejor identificación de agentes bacterianos en los episodios de infección, lo que, junto con el acortamiento en los tiempos de tratamiento con antibacterianos, pudo contribuir a esta observación. El presente análisis no permite atribuir este descenso a una intervención específica.

Los resultados de este informe deben interpretarse considerando algunas limitaciones inherentes al sistema de vigilancia. En primer lugar, la cobertura no alcanza la totalidad de los recién nacidos internados en UCI-N, ya que no se registran los que fallecen durante las primeras 24 horas de internación ni los casos en los que no se completa la vigilancia. Asimismo, el registro de las notificaciones no incorpora de forma sistemática el desenlace mediante el cruce con el certificado de defunción electrónico, por lo que no es posible evaluar la mortalidad asociada a las IAAS con los datos disponibles en el sistema de vigilancia.

Finalmente, con los resultados obtenidos se espera contribuir a la toma de decisiones, planificación sanitaria y fortalecimiento de estrategias de prevención y control de infecciones.



5. Bibliografía

- Centers for Disease Control and Prevention. NHSN Neonatal Component. Atlanta (GA): CDC. Disponible en:
<https://www.cdc.gov/nhsn/neonatal/index.html>
- Decreto N° 293/022. Modificación del nombre de la comisión creada por el art. 3° del decreto 436/997, la que pasara a denominarse "Comisión Asesora en Infecciones Asociadas a la Atención en Salud". Disponible en:
<https://www.impo.com.uy/bases/decretos/293-2022>.
- Decreto N° 436/997 - Aprobación del reglamento a aplicar para el tratamiento de las infecciones intrahospitalarias. Año 1997, Disponible en
<https://www.impo.com.uy/bases/decretos/436-1997>
- Documento sobre la Constitución y Funcionamiento de los Comités de Infecciones Hospitalarias. Año 2006. Disponible en:
https://www.fnr.gub.uy/sites/default/files/publicaciones/FNR_comite_preveccion_IH.pdf
- Linam M, Amin O. Infection prevention issues unique to newborns and the neonatal intensive care unit. In: Weber DJ, Talbot TR, editors. Mayhall's Hospital Epidemiology and Infection Prevention. 5th ed. Wolters Kluwer; 2020. p. 410–426.
- Manual del Sistema Nacional de Vigilancia de las Infecciones Hospitalarias. 1ª versión. Año 2006. Ministerio de Salud Pública (UY). Disponible en
<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/sistema-nacional-de-vigilancia-de-las-infecciones-hospitalarias>.



- Ministerio de Salud Pública (UY). Boletín epidemiológico 2026. Disponible en:
<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/boletin-epidemiologico-2026>
- Ministerio de Salud Pública (UY). Unidad de Controles de Infecciones Intrahospitalarias. Informe anual: Infecciones Asociadas a la Atención en Salud. Resistencia antimicrobiana. Resultados de la vigilancia (2025). Disponible en:
https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/2020-2024_Informe%20anual%20tasas%20IAAS%20y%20RAM.pdf
- WHO Collaborating Centre for Surveillance of Antimicrobial Resistance. WHONET. Boston (MA): Brigham and Women's Hospital. Disponible en:
<https://whonet.org/>

[1] Infecciones Asociadas a la Atención en Salud. Resistencia antimicrobiana. Resultados de la vigilancia. Informe anual: https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/2020-2024_Informe%20anual%20tasas%20IAAS%20y%20RAM.pdf

[2] Estadísticas Vitales: <https://uins.msp.gub.uy/>

[3] Prueba de Cochran-Armitage evalúa si existe una tendencia lineal significativa en una proporción a lo largo de categorías ordenadas.



Enfermedades y Eventos de Notificación Obligatoria

El [Código Nacional sobre Enfermedades y Eventos de Notificación Obligatoria](#) establece un sistema de vigilancia nacional que busca garantizar la salud pública mediante la notificación oportuna de eventos de interés sanitario. Se basa en el Decreto 41/2012, que clasifica a los eventos en Grupo A y Grupo B dependiendo del momento en el que se debe realizar la notificación.

El Grupo A, cuya notificación debe realizarse en las primeras 24 horas de sospechado el evento, incluye enfermedades de mayor riesgo para la salud pública que requieren intervenciones inmediatas. El Grupo B incluye enfermedades de menor urgencia, pero cuya vigilancia es fundamental para el monitoreo de los eventos y la evaluación de políticas públicas. Estos eventos deben notificarse en los primeros siete días de la sospecha del caso.

Desde la aprobación del Código en 2012, se han incorporado otros eventos emergentes y reemergentes en concordancia con la situación epidemiológica regional e internacional, como COVID-19, Zika, Chikungunya, Oropuche y M-pox.

La notificación oportuna permite detectar brotes, implementar medidas de control y mitigar el impacto de enfermedades transmisibles y otros eventos de importancia sanitaria.

Están obligados a notificar



- ✓ Médicos, veterinarios, y otros profesionales de la salud, en el ejercicio libre de su profesión o en relación laboral de dependencia.
- ✓ Directores técnicos de hospitales e instituciones de asistencia públicos, privados o de cualquier otro tipo, o quién oficie con tal función.
- ✓ Directores técnicos de laboratorios de análisis clínicos y bancos de sangre.
- ✓ Responsables de internados, comunidades, campamentos y similares.
- ✓ Directores de escuelas, liceos u otros establecimientos de enseñanza públicos o privados.
- ✓ Mandos de establecimientos y dependencias de las Fuerzas Armadas y Ministerio del Interior, capitanes de buques y pilotos de aeronaves o sus representantes.
- ✓ También podrá notificar una enfermedad o evento cualquier ciudadano que tenga conocimiento o sospecha de la ocurrencia de una enfermedad o circunstancia que pueda significar riesgo para la salud pública.

Vías de notificación

La notificación debe realizarse al Departamento de Vigilancia en Salud del Ministerio de Salud Pública por cualquiera de las siguientes vías:

Telefónica: 1934 int. 4010



Correo electrónico: vigilanciaepi@msp.gub.uy

Sistema en línea*: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/>

* se requiere registro con usuario. Si aún no tiene usuario puede solicitarlo al correo electrónico vigilanciaepi@msp.gub.uy aclarando su nombre, cédula de identidad, cargo e instituciones en las que trabaja)



Resumen de eventos

Tabla 5. Número de casos e incidencia acumulada de enfermedades de notificación obligatoria del grupo A hasta la semana epidemiológica 34. Uruguay, mediana de últimos 5 años (sin incluir pandémicos) vs. 2026.

Evento	Nº casos		IA		Diferencia de tasas
	Mediana	2026	Mediana	2026	
Araneismo	5	17	0.14	0.49	0.35
Cólera	0	0	0.00	0.00	0.00
Chikungunya	2	3	0.06	0.09	0.03
Dengue autóctono	7	0	0.20	0.00	-0.20
Dengue importado	35	3	1.00	0.09	-0.91
Difteria	0	0	0.00	0.00	0.00
Enfermedad meningocócica ¹	22	29	0.63	0.83	0.21
Enfermedad transmitida por alimentos ²	308	136	8.82	3.91	-4.91
Fiebre amarilla	0	0	0.00	0.00	0.00
Hantavirus	10	4	0.29	0.11	-0.17
Meningitis aguda bacteriana ³	42	37	1.20	1.06	-0.14
Meningitis/meningoencefalitis viral	26	16	0.75	0.46	-0.29
M-pox	0	0	0.00	0.00	0.00
Ofidismo	16	39	0.46	1.12	0.66
Oropuche	0	0	0.00	0.00	0.00
Personas mordidas o con riesgo de exposición a virus rábico	2159	3624	61.55	104.12	42.57
Parálisis flácida aguda	0	0	0.00	0.00	0.00
Poliomielitis	0	0	0.00	0.00	0.00
Rubéola	0	0	0.00	0.00	0.00
Sarampión ⁴	0	2	0.00	0.06	0.06
Síndrome de rubéola congénita	0	0	0.00	0.00	0.00
Tétanos	0	0	0.00	0.00	0.00
Tétanos neonatal	0	0	0.00	0.00	0.00
Tos convulsa	5	13	0.14	0.37	0.23
Viruela	0	0	0.00	0.00	0.00
Zika	0	0	0.00	0.00	0.00

¹ Enfermedad meningocócica Incluye enfermedad meningocócica y meningitis/encefalitis por *N. meningitidis*. ² Para las enfermedades transmitidas por alimentos se considera la incidencia de casos notificados. ³ Meningitis aguda bacteriana no incluye meningitis a meningococo ni enfermedad por *N.meningitidis*. ⁴ Un caso está asociado a importación y el otro es contacto del primer caso. IA: incidencia acumulada por 100.000 habitantes. Los años



incluidos en la mediana son 2019, 2022, 2023, 2024 y 2025. Fuente: sistema informático SG-DEVISA. Los datos se encuentran sujetos a modificaciones producto de la mejora de calidad del registro.

Tabla 6. Número de casos e incidencia acumulada de enfermedades de notificación obligatoria del grupo B hasta la semana epidemiológica 34. Uruguay, mediana de últimos 5 años (sin incluir pandémicos) vs. 2026.

Evento	Nº casos		IA		Diferencia de tasas
	Mediana	2026	Mediana	2026	
Brucelosis	1	0	0.03	0.00	-0.03
Carbunco	0	0	0.00	0.00	0.00
Chagas agudo	0	0	0.00	0.00	0.00
Chagas congénito	0	1	0.00	0.03	0.03
Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob	0	0	0.00	0.00	0.00
Fiebre Q	1	0	0.03	0.00	-0.03
Fiebre tifoidea	0	0	0.00	0.00	0.00
Hepatitis A	8	3	0.23	0.09	-0.14
Hepatitis B*	196	217	5.57	6.23	0.67
Hepatitis C*	161	141	4.60	4.05	-0.55
Hepatitis E	3	5	0.09	0.14	0.06
Hidatidosis	1	1	0.03	0.03	0.00
Leishmaniasis tegumentaria	0	0	0.00	0.00	0.00
Leishmaniasis visceral	0	0	0.00	0.00	0.00
Leptospirosis	48	21	1.38	0.60	-0.77
Malaria	9	2	0.26	0.06	-0.20
Parotiditis infecciosa	218	316	6.25	9.08	2.83
Sífilis*	4201	5592	119.98	160.66	40.68
Varicela*	256	472	7.33	13.56	6.23

IA: incidencia acumulada de casos confirmados por 100.000 habitantes * En el caso de hepatitis B, hepatitis C, sífilis y varicela se considera la incidencia de casos notificados. Los años incluidos en la mediana son 2019, 2022, 2023, 2024 y 2025. Fuente: sistema informático SG-DEVISA. Los datos se encuentran sujetos a modificaciones producto de la mejora de calidad del registro.



Brotes

Tabla 7. Número de brotes registrados y de personas afectadas según evento. Uruguay, 2026 (hasta la semana epidemiológica 34).

Evento	Número de brotes	Número de personas afectadas
COVID-19	1	8
Enfermedad meningocócica	1	2
Herpes zoster	1	2
Mononucleosis	1	2
Psitacosis	1	3
Sarampión**	1	2
Staphylococcus aureus meticilino resistente (SAMR)	1	4
Parotiditis infecciosa (Paperas)	3	6
Enfermedad transmitida por alimentos*	9	52
Infección respiratoria aguda (IRA)	17	523
Escabiosis	18	104
Escarlatina	23	72
Gastroenterocolitis aguda	26	412
Varicela	32	114
Síndrome mano pie boca	117	1301
Total	252	2607

*El brote de Enfermedad transmitida por alimentos asociado a fórmula para lactantes tiene como fecha de inicio del primer caso 29/11/2025, el total de casos notificados fue 80, de los cuales 16 corresponden al año epidemiológico 2026. **El brote de sarampión fue intrafamiliar y corresponde a los dos casos reportados en la tabla 1. Fuente: sistema informático SG-DEVISA. Los datos se encuentran sujetos a modificaciones producto de la mejora de calidad del registro.



Arbovirosis

Tabla 8. Número de casos confirmados e incidencia acumulada de dengue por departamento hasta la semana epidemiológica 34. Uruguay, 2025-2026

Departamento	2025						2026						Diferencia de tasas
	Casos sin AV	IA	Casos con AV	IA	Total de casos	IA	Casos sin AV	IA	Casos con AV	IA	Total de casos	IA	
Artigas	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0.00
Canelones	0	0.00	3	0.49	3	0.49	0	0.00	0	0.00	0	0.00	-0.49
Cerro Largo	0	0.00	1	1.10	1	1.10	0	0.00	0	0.00	0	0.00	-1.10
Colonia	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0.00
Durazno	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0.00
Flores	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0.00
Florida	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0.00
Lavalleja	0	0.00	1	1.71	1	1.71	0	0.00	0	0.00	0	0.00	-1.71
Maldonado	0	0.00	10	4.61	10	4.61	0	0.00	0	0.00	0	0.00	-4.61
Montevideo	2	0.16	18	1.41	20	1.56	0	0.00	2	0.16	2	0.16	-1.41
Paysandú	4	3.29	0	0.00	4	3.29	0	0.00	0	0.00	0	0.00	-3.29
Río Negro	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0.00
Rivera	1	0.92	0	0.00	1	0.92	0	0.00	0	0.00	0	0.00	-0.92
Rocha	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0.00
Salto	0	0.00	1	0.73	1	0.73	0	0.00	1	0.73	1	0.73	0.00
San José	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0.00
Soriano	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0.00
Tacuarembó	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0.00
Treinta y Tres	0	0.00	1	2.13	1	2.13	0	0.00	0	0.00	0	0.00	-2.13
Total	7	0.20	35	1.00	42	1.20	0	0.00	3	0.09	3	0.09	-1.12

AV: antecedente de viaje. IA: incidencia acumulada x 100.000 habitantes. Fuente: sistema informático SG-DEVISA.

Los datos se encuentran sujetos a modificaciones producto de la mejora de calidad del registro.

En el año 2024 se registró un aumento de casos de dengue, inicialmente importado y más tarde autóctono, entre las semanas epidemiológicas 1 y 20. La



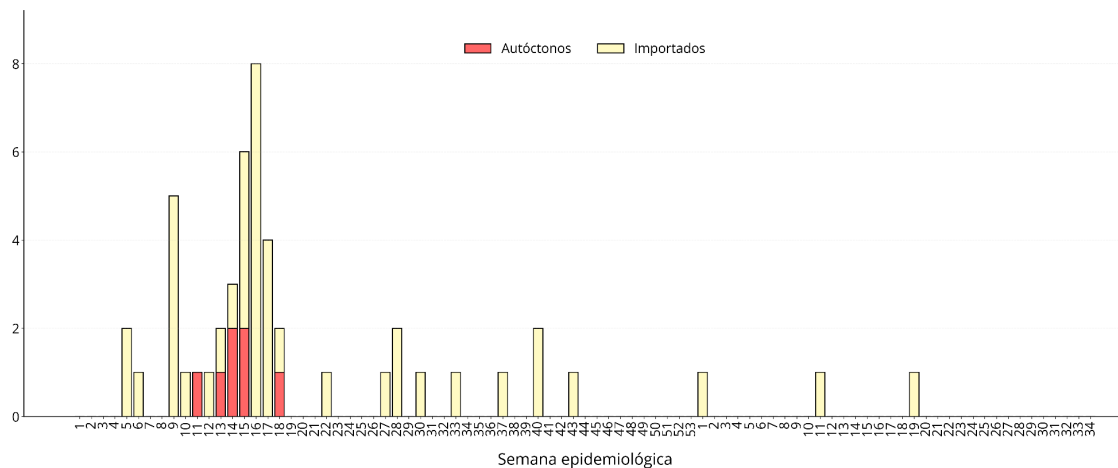
situación actual representa una franca disminución en las tasas, coincidiendo con la situación regional de la enfermedad. En la región de las Américas, hasta la semana epidemiológica 50 de 2025, se registró una disminución de casos del 67% con respecto al mismo período de 2024 y de 9% con respecto al promedio de los últimos 5 años.¹

Hasta la semana epidemiológica 34 de 2026 se registraron tres casos de dengue, dos en Montevideo, importados de Cuba y Brasil, respectivamente; y uno en Salto, importado de Brasil. Además se registraron tres casos de chikungunya, dos importados de Cuba, uno en el departamento de Florida y otro en el departamento de Rivera; y otro importado de Brasil, registrado en el departamento de Montevideo.

¹ Organización Panamericana de la Salud. Situación epidemiológica del dengue en las Américas - Semana epidemiológica 50, 2025. Disponible en: [Situación epidemiológica del dengue en las Américas - Semana epidemiológica 50.](#)



Gráfico 3. Curva epidémica de dengue. Desde semana epidemiológica 1 de 2025 hasta semana epidemiológica 34 de 2026. Uruguay.



Fuente: sistema informático SG-DEVISA.



Hantavirosis

Tabla 9. Número de casos confirmados, número de fallecidos e incidencia acumulada de hantavirosis por departamento hasta la semana epidemiológica 34. Uruguay, 2025-2026.

Departamento	Casos 2025	Casos 2026	IA 2025	IA 2026	Diferencia IA	Fallecidos 2025	Fallecidos 2026
Artigas	0	0	0.00	0.00	0.00	0	0
Canelones	1	1	0.16	0.16	0.00	0	0
Cerro Largo	0	0	0.00	0.00	0.00	0	0
Colonia	0	1	0.00	0.74	0.74	0	1
Durazno	0	0	0.00	0.00	0.00	0	0
Flores	0	0	0.00	0.00	0.00	0	0
Florida	0	0	0.00	0.00	0.00	0	0
Lavalleja	1	0	1.71	0.00	-1.71	0	0
Maldonado	0	0	0.00	0.00	0.00	0	0
Montevideo	1	1	0.08	0.08	0.00	0	0
Paysandú	0	0	0.00	0.00	0.00	0	0
Río Negro	1	0	1.75	0.00	-1.75	0	0
Rivera	0	0	0.00	0.00	0.00	0	0
Rocha	1	0	1.23	0.00	-1.23	0	0
Salto	0	0	0.00	0.00	0.00	0	0
San José	0	0	0.00	0.00	0.00	0	0
Soriano	2	1	2.41	1.21	-1.20	1	0
Tacuarembó	0	0	0.00	0.00	0.00	0	0
Treinta y Tres	0	0	0.00	0.00	0.00	0	0
Total	7	4	0.20	0.11	-0.09	1	1

IA: incidencia acumulada x 100.000 habitantes. Fuente: SG-DEVISA. Los datos se encuentran sujetos a modificaciones producto de la mejora de calidad del registro.



En el transcurso de 2026, hasta la SE 34, se confirmaron cuatro casos de hantaviriosis. Los casos corresponden a tres hombres y una mujer, con edades comprendidas en el grupo etario de 29 a 41 años. Entre los casos confirmados, se registró el fallecimiento de un residente del departamento de Colonia.



Hepatitis A

Tabla 10. Número de casos notificados e incidencia acumulada de hepatitis A por departamento a la semana epidemiológica 34. Uruguay, 2025-2026.

Departamento	Casos 2025	Casos 2026	IA 2025	IA 2026	Diferencia IA
Artigas	0	0	0.00	0.00	0.00
Canelones	1	0	0.16	0.00	-0.16
Cerro Largo	0	0	0.00	0.00	0.00
Colonia	0	0	0.00	0.00	0.00
Durazno	0	0	0.00	0.00	0.00
Flores	0	0	0.00	0.00	0.00
Florida	0	0	0.00	0.00	0.00
Lavalleja	0	0	0.00	0.00	0.00
Maldonado	0	0	0.00	0.00	0.00
Montevideo	7	2	0.55	0.16	-0.39
Paysandú	0	0	0.00	0.00	0.00
Río Negro	0	1	0.00	1.76	1.76
Rivera	0	0	0.00	0.00	0.00
Rocha	0	0	0.00	0.00	0.00
Salto	0	0	0.00	0.00	0.00
San José	1	0	0.83	0.00	-0.83
Soriano	1	0	1.20	0.00	-1.20
Tacuarembó	0	0	0.00	0.00	0.00
Treinta y Tres	0	0	0.00	0.00	0.00
Total	10	3	0.29	0.09	-0.20

IA: incidencia acumulada x 100.000 habitantes. Fuente: SG-DEVISA. Los datos se encuentran sujetos a modificaciones producto de la mejora de calidad del registro.

En 2026, hasta la SE 34, se reportaron tres casos de hepatitis A correspondientes a una mujer y a dos hombres de 21, 51 y 92 años, respectivamente.



Hepatitis B

Tabla 11. Número de casos notificados e incidencia acumulada por departamento de hepatitis B a la semana epidemiológica 34. Uruguay, 2025-2026.

Departamento	Casos 2025	Casos 2026	IA 2025	IA 2026	Diferencia IA
Artigas	2	1	2.58	1.29	-1.29
Canelones	10	17	1.62	2.74	1.12
Cerro Largo	0	0	0.00	0.00	0.00
Colonia	1	1	0.74	0.74	0.00
Durazno	1	1	1.61	1.61	0.00
Flores	1	1	3.85	3.86	0.01
Florida	1	1	1.43	1.43	0.00
Lavalleja	4	2	6.85	3.44	-3.41
Maldonado	8	28	3.69	12.82	9.13
Montevideo	63	136	4.92	10.70	5.77
Paysandú	0	0	0.00	0.00	0.00
Río Negro	0	0	0.00	0.00	0.00
Rivera	3	1	2.75	0.92	-1.83
Rocha	3	7	3.70	8.63	4.93
Salto	5	8	3.67	5.88	2.21
San José	1	8	0.83	6.64	5.81
Soriano	0	3	0.00	3.63	3.63
Tacuarembó	0	1	0.00	1.05	1.05
Treinta y Tres	3	1	6.40	2.15	-4.25
Total	106	217	3.04	6.23	3.19

IA: incidencia acumulada x 100.000 habitantes. Fuente: SG-DEVISA. Los datos se encuentran sujetos a modificaciones producto de la mejora de calidad del registro.



Tabla 12. Resultado de antígeno de superficie de hepatitis B (HBsAg) e incidencia acumulada de casos reactivos por rango etario a la semana epidemiológica 34. Uruguay, 2025-2026.

Grupo etario	HBsAg reactivo en 2025	HBsAg reactivo en 2026	HBsAg no reactivo en 2025	HBsAg no reactivo en 2026	HBsAg sin datos en 2025	HBsAg sin datos en 2026	IA 2025	IA 2026	Diferencia IA
De 0 a 6 años	0	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00
7 a 25 años	9	12	0	2	0	2	0.87	1.35	0.47
26 a 36 años	22	14	0	7	1	2	3.94	2.52	-1.42
37 a 64 años	53	56	0	58	1	21	4.31	4.52	0.22
De 65 años y más	20	20	0	13	0	10	3.56	3.51	-0.05
Total	104	102	0	80	2	35	2.88	2.93	0.05

IA: Incidencia acumulada x 100.000 habitantes. HBsAg: Antígeno de superficie de hepatitis B. Fuente: SG-DEVISA. Los datos se encuentran sujetos a modificaciones producto de la mejora de calidad del registro.

En 2026, hasta la SE 34, los casos registrados de hepatitis B corresponden a un 50,7% de mujeres y un 49,3% de hombres, con una media de 49,8 años, y un rango etario de entre 17 y 84 años de edad.

Se reciben notificaciones de Hepatitis B de casos con antígeno de superficie reactivo y/o anticuerpo anti core reactivo, se consideran casos confirmados los casos con Ag de superficie reactiva o IgM del core reactiva.



Hepatitis C

Tabla 13. Número de casos notificados e incidencia acumulada por departamento de hepatitis C a la semana epidemiológica 34. Uruguay, 2025-2026.

Departamento	Casos 2025	Casos 2026	IA 2025	IA 2026	Diferencia IA
Artigas	1	0	1.29	0.00	-1.29
Canelones	13	15	2.10	2.41	0.31
Cerro Largo	1	1	1.10	1.11	0.00
Colonia	0	2	0.00	1.47	1.47
Durazno	0	1	0.00	1.61	1.61
Flores	0	0	0.00	0.00	0.00
Florida	0	1	0.00	1.43	1.43
Lavalleja	1	2	1.71	3.44	1.73
Maldonado	8	12	3.69	5.49	1.80
Montevideo	83	96	6.48	7.55	1.07
Paysandú	5	2	4.11	1.65	-2.46
Río Negro	0	0	0.00	0.00	0.00
Rivera	2	1	1.83	0.92	-0.92
Rocha	3	1	3.70	1.23	-2.47
Salto	0	1	0.00	0.73	0.73
San José	2	4	1.66	3.32	1.66
Soriano	0	0	0.00	0.00	0.00
Tacuarembó	5	0	5.22	0.00	-5.22
Treinta y Tres	2	2	4.26	4.29	0.03
Total	126	141	3.61	4.05	0.44

IA: incidencia acumulada x 100.000 habitantes. Fuente: SG-DEVISA. Los datos se encuentran sujetos a modificaciones producto de la mejora de calidad del registro.



En 2026, hasta la SE 34 los casos registrados de hepatitis C corresponden a un 53,2% de hombres y un 46,8% de mujeres, con una media de edad de 47,6 años y un rango etario de entre 18 y 85 años.



Leptospirosis

Tabla 14. Número de casos confirmados, número de fallecidos e incidencia acumulada de leptospirosis hasta la semana epidemiológica 34 por departamento. Uruguay, 2025-2026.

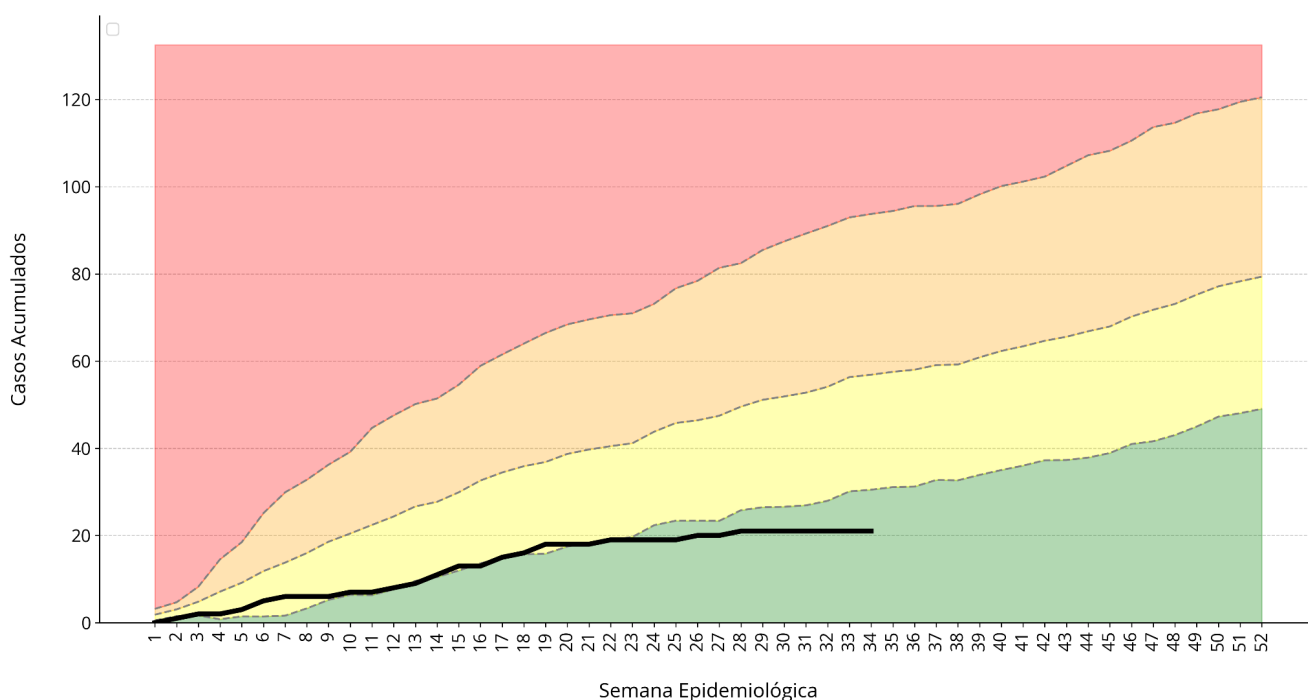
Departamento	Casos 2025	Casos 2026	IA 2025	IA 2026	Diferencia IA	Fallecidos 2025	Fallecidos 2026
Artigas	0	0	0.00	0.00	0.00	0	0
Canelones	3	3	0.49	0.48	0.00	0	0
Cerro Largo	1	2	1.10	2.21	1.11	0	0
Colonia	7	0	5.15	0.00	-5.15	0	0
Durazno	2	0	3.23	0.00	-3.23	0	0
Flores	0	0	0.00	0.00	0.00	0	0
Florida	2	0	2.86	0.00	-2.86	0	0
Lavalleja	0	0	0.00	0.00	0.00	0	0
Maldonado	0	1	0.00	0.46	0.46	0	0
Montevideo	5	5	0.39	0.39	0.00	0	2
Paysandú	2	2	1.64	1.65	0.00	0	0
Río Negro	4	0	7.01	0.00	-7.01	0	0
Rivera	2	1	1.83	0.92	-0.92	0	0
Rocha	3	0	3.70	0.00	-3.70	0	0
Salto	2	2	1.47	1.47	0.00	0	0
San José	6	3	4.99	2.49	-2.50	0	0
Soriano	4	0	4.82	0.00	-4.82	0	0
Tacuarembó	1	1	1.04	1.05	0.00	0	0
Treinta y Tres	4	1	8.53	2.15	-6.38	0	0
Total	48	21	1.38	0.60	-0.77	0	2

IA: incidencia acumulada x 100.000 habitantes. Fuente: SG-DEVISA. Los datos se encuentran sujetos a modificaciones producto de la mejora de calidad del registro.



En 2026, hasta la SE 34 se registraron 21 casos confirmados de leptospirosis, un 95,2% del sexo masculino. El rango etario de los casos es de entre 21 y 80 años, con una edad media de 43,9 años. Catorce de los casos requirieron internación y dos de ellos fallecieron.

Gráfico 4. Corredor endémico leptospirosis. Uruguay, 2026.



Fuente: SG-DEVISA.



Meningitis, meningoencefalitis y enfermedad meningocócica

Tabla 15. Número de casos, incidencia acumulada y número de fallecidos por meningitis, meningoencefalitis y enfermedad meningocócica hasta la semana epidemiológica 34. Uruguay, 2025-2026.

Evento		N° casos		IA		N° fallecidos		Diferencia IA
		2025	2026	2025	2026	2025	2026	
Meningitis y enfermedad meningocócica		26	29	0.75	0.83	4	8	0.09
Meningitis bacteriana	Meningitis por H. influenzae	3	3	0.09	0.09	0	0	0.00
	Meningitis por S. pneumoniae	22	17	0.63	0.49	7	3	-0.14
	Meningitis por Listeria monocytogenes	5	3	0.14	0.09	3	1	-0.06
	Microorganismo sin identificar	11	5	0.32	0.14	1	0	-0.17
	Otro microorganismo identificado (no incluye N. meningitidis)	8	9	0.23	0.26	1	3	0.03
Meningitis y meningoencefalitis virales	Enterovirus	3	1	0.09	0.03	0	0	-0.06
	Herpes simplex 1 y 2	2	4	0.06	0.11	1	0	0.06
	Herpes zoster	14	9	0.40	0.26	5	2	-0.14
	EEO	0	0	0.00	0.00	0	0	0.00
	Otras virales	7	2	0.20	0.06	1	0	-0.14

IA: incidencia acumulada x 100.000 habitantes. Fuente: SG-DEVISA. Los datos se encuentran sujetos a modificaciones producto de la mejora de calidad del registro.



Tabla 16. Número de casos, incidencia acumulada, número de fallecidos y letalidad de meningitis y enfermedad meningocócica por grupo etario. Uruguay, 2026.

Grupo etario	Nº casos	IA	Nº fallecidos	Letalidad
Menor de un año	2	6.71	1	50.00
De 1 a 4 años	5	4.00	1	20.00
De 5 a 14 años	12	2.75	3	25.00
De 15 a 64 años	8	0.35	2	25.00
De 65 años y más	2	0.35	1	50.00
Total	29	0.83	8	27.59

Fuente: SG-DEVISA. Los datos se encuentran sujetos a modificaciones producto de la mejora de calidad del registro.

Tabla 17. Número de casos de meningitis y enfermedad meningocócica por departamento. Uruguay, 2026.

Departamento	Casos 2026	IA 2026	Fallecidos 2026
Canelones	5	0.81	1
Durazno	1	1.61	0
Lavalleja	1	1.71	0
Maldonado	1	0.46	0
Montevideo	12	0.94	5
Rivera	1	0.92	0
Rocha	2	2.47	0
Soriano	3	3.61	1
Tacuarembó	3	3.13	1
Total	29	0.83	8

Fuente: SG-DEVISA. Los datos se encuentran sujetos a modificaciones producto de la mejora de calidad del registro.



Tabla 18. Número de casos de meningitis y enfermedad meningocócica por grupo etario y serogrupo. Uruguay, 2026

Grupo etario	Serogrupo			
	B	C	W135	Sin identificar
Menor de un año	1	0	0	1
De 1 a 4 años	1	2	0	2
De 5 a 14 años	0	9	0	3
De 15 a 64 años	1	4	0	3
De 65 años y más	0	0	2	0
Total	3	15	2	9

Fuente: SG-DEVISA. Los datos se encuentran sujetos a modificaciones producto de la mejora de calidad del registro.

Tabla 19. Número de casos, incidencia acumulada, número de fallecidos y letalidad de meningitis por *S. pneumoniae* por grupo etario. Uruguay, 2026.

Grupo etario	Nº casos	IA	Nº fallecidos	Letalidad
Menor de un año	0	0.00	0	0.00
De 1 a 4 años	0	0.00	0	0.00
De 5 a 14 años	2	0.46	0	0.00
De 15 a 64 años	8	0.35	0	0.00
De 65 años y más	7	1.23	3	42.86
Total	17	0.49	3	17.65

Fuente: SG-DEVISA. Los datos se encuentran sujetos a modificaciones producto de la mejora de calidad del registro.



Parotiditis

Tabla 20. Número de casos e incidencia acumulada de parotiditis infecciosa por rango etario hasta la semana epidemiológica 34. Uruguay, 2025-2026.

Rango etario	Casos 2025	Casos 2026	IA 2025	IA 2026	Diferencia IA
Menor de 1 año	2	2	6.72	6.71	-0.01
De 1 a 4 años	51	53	39.04	42.38	3.34
De 5 a 9 años	66	72	31.42	36.42	5.01
De 10 a 14 años	24	54	10.06	22.58	12.52
De 15 a 19 años	6	8	2.54	3.39	0.85
De 20 a 24 años	8	10	3.31	4.17	0.85
De 25 a 29 años	6	14	2.37	5.63	3.26
De 30 a 34 años	11	9	4.34	3.52	-0.82
De 35 a 39 años	5	18	2.01	7.23	5.21
De 40 a 44 años	10	23	4.23	9.65	5.41
De 45 a 49 años	7	9	2.89	3.76	0.86
De 50 a 54 años	3	9	1.38	4.03	2.65
De 55 a 59 años	3	8	1.54	4.05	2.51
De 60 a 64 años	3	4	1.56	2.10	0.54
De 65 a 69 años	7	5	4.09	2.90	-1.20
De 70 a 74 años	2	4	1.46	2.83	1.37
De 75 y más	4	14	1.58	5.47	3.89
TOTAL	218	316	6.25	9.08	2.83

IA: incidencia acumulada x 100.000 habitantes. Fuente: SG-DEVISA. Los datos se encuentran sujetos a modificaciones producto de la mejora de calidad del registro.



Tabla 21. Número de casos e incidencia acumulada de parotiditis infecciosa por departamento hasta la semana epidemiológica 34. Uruguay, 2025-2026.

Departamento	Casos 2025	Casos 2026	IA 2025	IA 2026	Diferencia IA
Artigas	1	2	1.29	2.58	1.29
Canelones	14	25	2.25	4.05	1.79
Cerro Largo	5	2	5.54	2.21	-3.33
Colonia	15	36	11.04	26.47	15.43
Durazno	1	5	1.61	8.06	6.45
Flores	2	8	7.72	30.78	23.06
Florida	1	1	1.43	1.43	0.00
Lavalleja	1	1	1.72	1.71	-0.01
Maldonado	7	6	3.20	2.77	-0.44
Montevideo	79	108	6.21	8.44	2.22
Paysandú	28	20	23.05	16.44	-6.61
Río Negro	1	1	1.76	1.75	0.00
Rivera	2	6	1.83	5.50	3.66
Rocha	3	2	3.70	2.47	-1.23
Salto	39	71	28.65	52.12	23.46
San José	3	2	2.49	1.66	-0.83
Soriano	11	18	13.32	21.69	8.37
Tacuarembó	4	1	4.18	1.04	-3.14
Treinta y Tres	1	1	2.15	2.13	-0.01
Total	218	316	6.25	9.08	2.83

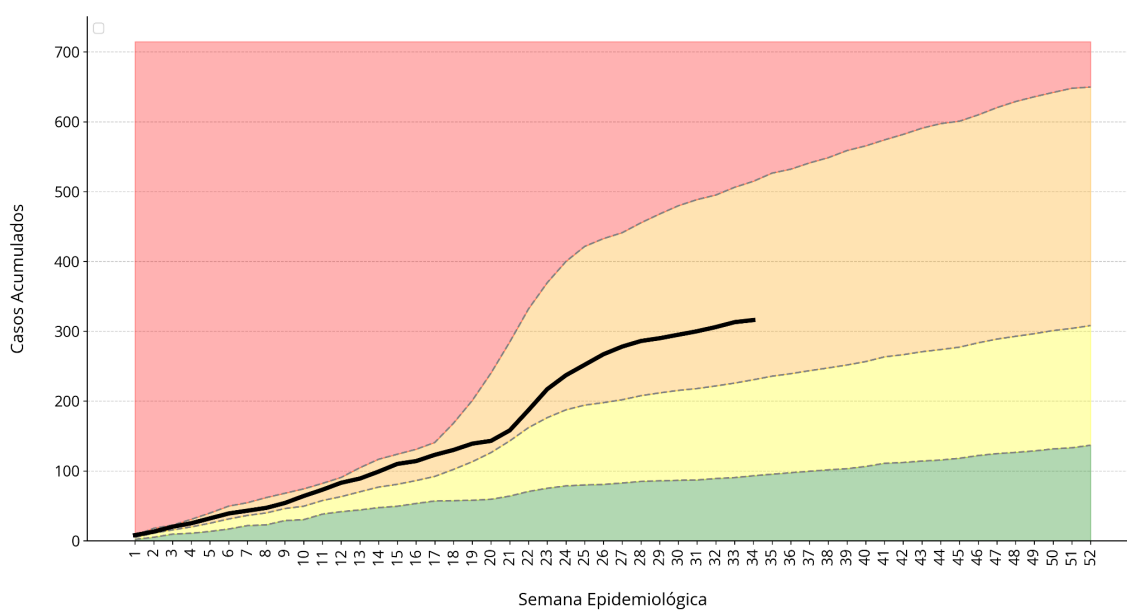
IA: incidencia acumulada x 100.000 habitantes. Fuente: SG-DEVISA. Los datos se encuentran sujetos a modificaciones producto de la mejora de calidad del registro.

El análisis de los casos de parotiditis a la SE 34 muestra un aumento de 2,83 en la incidencia acumulada tanto al comparar con 2025, como al comparar con respecto a la mediana de los últimos 5 años (sin incluir pandémicos).



El corredor endémico acumulado de parotiditis muestra que la incidencia acumulada se encuentra en la zona de alerta.

Gráfico 5. Corredor endémico parotiditis infecciosa. Uruguay, 2026.



Fuente: SG-DEVISA.

**Personas mordidas o con riesgo de exposición a virus rábico****Tabla 22.** Número de casos por departamento y animal involucrado hasta la semana epidemiológica 34, Uruguay, 2026

Departamento	Perro	Murciélago	Gato	Otro	Total
Artigas	53	2	6	0	61
Canelones	372	9	40	4	425
Cerro Largo	54	1	5	0	60
Colonia	198	1	20	0	219
Durazno	67	0	6	1	74
Flores	60	0	8	1	69
Florida	35	2	2	0	39
Lavalleja	58	2	7	1	68
Maldonado	158	16	23	1	198
Montevideo	943	29	91	4	1067
Paysandú	176	1	16	1	194
Río Negro	37	0	2	0	39
Rivera	259	0	22	0	281
Rocha	25	2	0	1	28
Salto	318	1	30	0	349
San José	126	0	8	0	134
Soriano	73	3	9	1	86
Tacuarembó	211	0	11	0	222
Treinta y Tres	10	0	1	0	11
Total	3233	69	307	15	3624

Fuente: SG-DEVISA. Los datos se encuentran sujetos a modificaciones producto de la mejora de calidad del registro.

En 1168 casos se realizó recomendación de vacuna antirrábica en cumplimiento de las indicaciones del protocolo de manejo de personas mordidas o con exposición a virus rábico.



Sarampión

En la semana epidemiológica (SE) 1 de 2026, se detectó en Montevideo un caso de sarampión en un ciudadano que tuvo contacto con una persona extranjera que ingresó al país cursando la enfermedad. Este caso no presenta nexo epidemiológico con el brote registrado en Río Negro a finales de 2025.

Posteriormente, en la SE 3, se confirmó un segundo caso en Montevideo: una ciudadana con nexo epidemiológico vinculado al caso de la SE 1. El 4 de marzo del 2026 se dio por cerrado el brote intrafamiliar, luego de transcurridos dos períodos máximos de incubación.

Contexto global y regional

El pasado 10 de noviembre de 2025 la Organización Panamericana de la Salud (OPS) realizó un llamado a la acción regional tras la pérdida del estatus de eliminación del sarampión en las Américas.²

De acuerdo con los datos de vigilancia de sarampión y rubéola publicados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2025 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 confirmados. En la Región de las Américas, en 2025 fueron confirmados 14.891 casos de sarampión, incluyendo 29 defunciones.

² [La OPS hace un llamado a la acción regional tras la pérdida del estatus de eliminación del sarampión en las Américas](#)



En 2026, hasta la SE 27, se confirmaron 43559 casos de sarampión en la región de las Américas, lo que representa un aumento de 3,8 veces respecto al mismo período de 2025. El grupo etario con mayor tasa de incidencia son los menores de un año.

Vigilancia de sarampión

Se recuerda al equipo de salud

El sarampión es una enfermedad de notificación obligatoria del grupo A (primeras 24 horas de sospechada la enfermedad) según Decreto N° 41/012.

Definiciones de caso

- **Caso sospechoso:** toda persona que presenta fiebre y exantema máculo-papular, acompañado o no por una o más de las siguientes manifestaciones: tos, rinitis, conjuntivitis.
- **Caso confirmado:** caso sospechoso confirmado por laboratorio o por nexo epidemiológico de un caso confirmado.
- **Contacto:** todas aquellas personas que hayan estado con el caso durante el período de transmisibilidad (4 días antes del inicio de la erupción y 4 días después).

Período de incubación: es en promedio de 14 días desde la exposición hasta la aparición del exantema, con límite de 7 a 21 días.



Mecanismo de transmisión: el sarampión se transmite por contacto directo con gotitas infecciosas expulsadas por las vías respiratorias y se propaga por el aire cuando una persona infectada respira, tose o estornuda.

El virus del sarampión puede permanecer infeccioso en el aire hasta dos horas después de que una persona infectada abandona un área

Periodo de transmisibilidad: se calcula según la fecha de inicio del exantema por lo que es muy importante la secuencia de síntomas. El mismo va desde 4 días antes del inicio del exantema hasta 4 días después.

Diagnóstico de laboratorio

Frente a todo caso sospechoso deberán enviarse muestras para confirmación al Departamento de Laboratorios de Salud Pública situado en Alfredo Navarra 3051, acceso norte, atrás del Instituto de Higiene.

Para el diagnóstico se requiere el envío de tres muestras:

- Sangre entera sin anticoagulante: tubo seco de 5 a 8 ml.
- Orina en tubo estéril con tapa rosca (entre 10 a 15 ml).
- Hisopado nasofaríngeo en tubo con medio de transporte viral.

Realizar envío de las muestras en las primeras 48 horas de su extracción, refrigerada de 2 a 8°C.

Para la confirmación del caso se requiere:



- Detección de anticuerpos IgM específicos contra el sarampión, excepto cuando la persona ha recibido una vacuna que contenga el antígeno del sarampión entre 8 días y 6 semanas antes de la obtención de la muestra.
- Seroconversión de IgG o cuadruplicación del título de anticuerpos, excepto cuando la persona ha recibido una vacuna que contenga el antígeno del sarampión entre 8 días y 6 semanas antes de la obtención de la muestra. Implica la obtención de 2 muestras con un intervalo de 10 a 30 días.
- Detección del genoma del virus salvaje del sarampión en orina o hisopado nasofaríngeo.

Recomendaciones para el equipo de salud

Se recomienda:

- Capacitar al equipo de salud sobre el sarampión y sus medidas de prevención y control.
- Actualizar el estado vacunal del personal en contacto directo con usuarios.
- Mantener un alto nivel de sospecha y realizar el triage de las personas sintomáticas, a fin de implementar medidas de aislamiento respiratorio que prevengan la exposición de otras personas.
- El personal de salud que asista casos sospechosos o confirmados de sarampión debe estar correctamente inmunizado (2 dosis de SRP) o haber cursado la enfermedad previamente.
- El personal cursando alguna inmunosupresión o embarazo no asista estos casos.



Para la atención se deben implementar las siguientes medidas ³

- Precauciones estándares con énfasis en la higiene de manos y uso de Equipo de Protección Personal (EPP).
- Colocación del paciente en habitación individual de preferencia con presión negativa, manteniendo la puerta cerrada.
- Señalizar la habitación con identificación de precauciones aéreas⁴.
- Educar al paciente en la implementación de medidas de higiene respiratoria.
- El personal de salud debe colocarse tapaboca N95 (realizando la prueba de ajuste y sellado), sobretúnica y guantes antes de entrar a la habitación. Retirar el EPP al salir de la habitación realizando correcto descarte e higiene de manos posterior.
- Para traslados, el paciente deberá utilizar máscara quirúrgica. Se deberá limitar el movimiento del paciente sin que ello altere las necesidades diagnósticas o terapéuticas. Dentro de su habitación puede retirarse la mascarilla.
- Las medidas aplican no solamente al personal que realiza asistencia directa sino a todos quienes ingresen en la habitación del paciente: servicios de apoyo, extraccionistas, tisanería, higiene ambiental, entre otros.

³ CDC. Control de infecciones en el personal sanitario: epidemiología y control de infecciones seleccionadas. Disponible en: [Epidemiología y control de infecciones](#)

⁴ MSP. Cartillas de aislamiento. Disponible en: [Cartillas de aislamiento](#)



- El acompañante debe estar restringido a una sola persona que haya cursado la enfermedad o se encuentre correctamente vacunado y utilice las mismas medidas de protección.

Monitoreo de contactos

- Implementar un monitoreo diario de los signos y síntomas del sarampión desde el quinto día después de su primera exposición hasta el día 21 después de su último contacto.

Control del ambiente nosocomial

- Desinfección de objetos contaminados por secreciones respiratorias.
- Una vez que el paciente abandona la habitación, esta debe permanecer vacía y ventilada durante el tiempo adecuado (hasta 2 horas) para permitir la eliminación de los contaminantes del aire.

Duración del aislamiento de los casos

Deben permanecer en precauciones de transmisión aérea durante 4 días después de la aparición de la erupción (considerándose que la aparición de la erupción es el día 0).

Los pacientes inmunodeprimidos deben permanecer bajo precauciones de transmisión aérea durante todo el período de la enfermedad debido a la diseminación prolongada del virus.



Medidas de control en los contactos de casos confirmados de sarampión

- Búsqueda activa de contactos e identificación de susceptibles (no poder acreditar 2 dosis de vacuna con componente anti-sarampión o no haber cursado sarampión previamente).
- Implementar un monitoreo diario de los signos y síntomas del sarampión desde el quinto día después de su primera exposición a un caso de sarampión hasta el día 21 después de su última exposición.
- En personas que no puedan acreditar haber recibido 2 dosis de vacuna con componente anti-sarampión y no presenten contraindicaciones, se recomienda la administración de la vacuna en las primeras 72 horas del contacto ya que reduce el riesgo de transmisión.
- En el caso de contactos entre 6 a 11 meses de edad, tienen indicación de dosis 0 de vacuna SRP.
- Gestantes sin evidencia de inmunidad y personas severamente inmunodeprimidas, se recomienda consultar con especialista por posibilidad de administración de inmunoglobulina análoga humana dentro de los primeros 6 días del contacto
- En caso de que los contactos correspondan a personal de salud sin ninguna dosis de vacuna y no cursaron sarampión previamente se recomiendan restricciones laborales a partir del quinto día después de su primera exposición hasta el día 21 después de su última exposición, independientemente de si recibió profilaxis posterior a la exposición.



→ Se recomienda que ante la aparición de síntomas compatibles con enfermedad eruptiva febril consulte con su prestador de salud.

Vacunación contra el sarampión

La vacunación en Uruguay es universal y gratuita, siendo un programa prioritario para el Ministerio de Salud Pública. Las vacunas pueden recibirse en cualquier puesto de vacunación en todo el territorio nacional, independientemente de cuál sea su prestador de salud.

La vacuna contra el sarampión está incluida en la vacuna triple viral (SRP), que también protege contra la rubéola y la parotiditis.

El esquema de vacunación en Uruguay es el siguiente:

- Primera dosis: a los 12 meses de edad.
- Segunda dosis: a partir de los 15 meses de edad.

Todas las personas mayores de 15 meses y nacidas después de 1967 deben contar con dos dosis de la vacuna documentadas en su Certificado Esquema de Vacunación (CEV).

La vacuna está contraindicada en pacientes con historia de reacción anafiláctica grave a dosis previas o a alguno de los componentes. Las personas con alergia al huevo tienen bajo riesgo de reacciones anafilácticas a las vacunas con



componente sarampión. La vacuna también está contraindicada en inmunodeprimidos y embarazadas.

Recomendaciones para viajeros

Para las personas que viajan al exterior, es fundamental asegurarse de que aquellos mayores de 15 meses tengan las dos dosis recomendadas. Además, se recomienda que los lactantes entre 6 y 11 meses que viajen a zonas con circulación activa de sarampión reciban una dosis de la vacuna al menos dos semanas antes del viaje, siempre que no tengan contraindicaciones. Esta dosis, conocida como "dosis 0", tiene como objetivo proteger al lactante ante el riesgo, aunque no se considera parte del esquema regular, por lo que deberán recibir las dosis correspondientes a los 12 y 15 meses de edad.

Cabe destacar que, en Uruguay para solicitar la residencia, según el Decreto PE 12-001- 3-4073-2018, deberá acreditar tener el esquema de vacunaciones al día y en consonancia con lo recomendado para el territorio nacional siendo de carácter gratuito en cualquier prestador de salud.



Sífilis

En la tabla 23 se presenta la distribución de casos notificados de sífilis, excluyendo los descartados y los eliminados por no corresponder a la definición de caso sospechoso.

Tabla 23. Número de casos notificados e incidencia acumulada de sífilis por departamento hasta la semana epidemiológica 34. Uruguay, 2025-2026.

Departamento	Casos 2025	Casos 2026	IA 2025	IA 2026	Diferencia IA
Artigas	74	197	95.64	254.86	159.23
Canelones	374	738	60.54	118.79	58.24
Cerro Largo	34	66	37.57	73.09	35.52
Colonia	174	228	127.94	167.75	39.81
Durazno	64	75	103.22	121.12	17.90
Flores	25	20	96.20	77.19	-19.01
Florida	63	77	89.95	110.08	20.13
Lavalleja	134	145	229.42	249.48	20.06
Maldonado	538	751	248.15	343.80	95.66
Montevideo	1410	2016	110.16	158.55	48.39
Paysandú	193	300	158.67	247.01	88.34
Río Negro	45	42	78.87	73.74	-5.13
Rivera	85	69	77.87	63.26	-14.61
Rocha	72	153	88.87	188.67	99.79
Salto	123	285	90.29	209.39	119.10
San José	104	180	86.45	149.47	63.02
Soriano	103	90	124.11	108.96	-15.16
Tacuarembó	138	95	144.03	99.34	-44.68
Treinta y Tres	35	65	74.63	139.49	64.87
Total	3788	5592	108.67	160.66	52.00



IA: incidencia acumulada x 100.000 habitantes. Fuente: SG-DEVISA. Los datos se encuentran sujetos a modificaciones producto de la mejora de calidad del registro.

En los últimos años se ha observado un aumento sostenido de los casos de sífilis en nuestro país, tanto en la población general como en los casos de sífilis congénita, una tendencia que también se registra a nivel regional. En este contexto, en 2025 entró en vigencia la Ordenanza N.º 912/025 sobre Sífilis, Sífilis Congénita y Controles del Embarazo, con el objetivo de fortalecer el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las personas afectadas, así como la vigilancia epidemiológica mediante la designación de referentes institucionales de ITS en los prestadores del SNIS, con quienes se trabaja de forma coordinada.

Este aumento de casos debe interpretarse considerando tanto la evolución de la infección como las mejoras implementadas en los mecanismos de detección, notificación y registro, que permiten identificar más casos de manera oportuna.



Tos convulsa

Tabla 24. Número de casos e incidencia acumulada de tos convulsa por rango etario hasta la semana epidemiológica 34. Uruguay, 2025-2026.

Rango etario	Casos 2025	Casos 2026	IA 2025	IA 2026	Diferencia IA
Menor de 1 año	5	9	16.79	30.18	13.39
De 1 a 4 años	2	3	1.53	2.40	0.87
De 5 a 9 años	0	0	0.00	0.00	0.00
De 10 a 14 años	1	0	0.42	0.00	-0.42
De 15 a 19 años	0	0	0.00	0.00	0.00
De 20 a 24 años	0	0	0.00	0.00	0.00
De 25 a 29 años	0	0	0.00	0.00	0.00
De 30 a 34 años	0	0	0.00	0.00	0.00
De 35 a 39 años	1	1	0.40	0.40	0.00
De 40 a 44 años	1	0	0.42	0.00	-0.42
De 45 a 49 años	0	0	0.00	0.00	0.00
De 50 a 54 años	0	0	0.00	0.00	0.00
De 55 a 59 años	0	0	0.00	0.00	0.00
De 60 a 64 años	0	0	0.00	0.00	0.00
De 65 a 69 años	0	0	0.00	0.00	0.00
De 70 a 74 años	0	0	0.00	0.00	0.00
De 75 y más	0	0	0.00	0.00	0.00
Total	10	13	0.29	0.37	0.09

IA: incidencia acumulada x 100.000 habitantes. Fuente: SG-DEVISA. Los datos se encuentran sujetos a modificaciones producto de la mejora de calidad del registro.



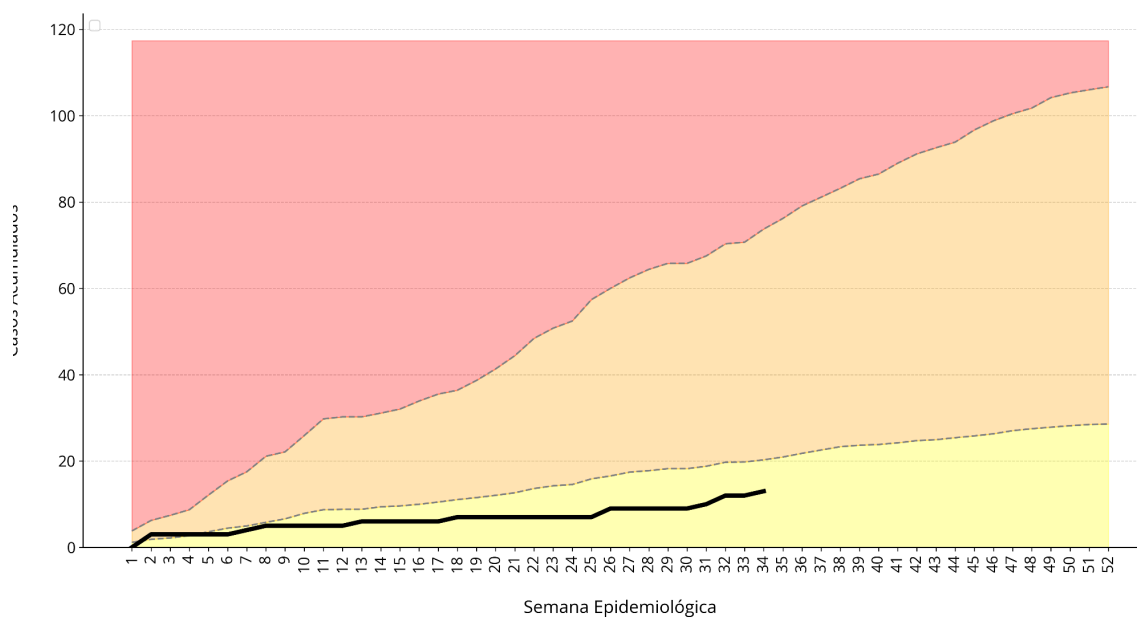
Tabla 25. Número de casos e incidencia acumulada de tos convulsa por departamento hasta la semana epidemiológica 34. Uruguay, 2025-2026.

Departamento	Casos 2025	Casos 2026	IA 2025	IA 2026	Diferencia IA
Artigas	1	0	1.29	0.00	-1.29
Canelones	1	3	0.16	0.48	0.32
Cerro Largo	0	0	0.00	0.00	0.00
Colonia	0	0	0.00	0.00	0.00
Durazno	0	0	0.00	0.00	0.00
Flores	0	0	0.00	0.00	0.00
Florida	0	0	0.00	0.00	0.00
Lavalleja	0	0	0.00	0.00	0.00
Maldonado	1	0	0.46	0.00	-0.46
Montevideo	6	9	0.47	0.71	0.24
Paysandú	0	0	0.00	0.00	0.00
Río Negro	0	1	0.00	1.76	1.76
Rivera	0	0	0.00	0.00	0.00
Rocha	0	0	0.00	0.00	0.00
Salto	0	0	0.00	0.00	0.00
San José	0	0	0.00	0.00	0.00
Soriano	1	0	1.20	0.00	-1.20
Tacuarembó	0	0	0.00	0.00	0.00
Treinta y Tres	0	0	0.00	0.00	0.00
Total	10	13	0.29	0.37	0.09

IA: incidencia acumulada x 100.000 habitantes. Fuente: SG-DEVISA. Los datos se encuentran sujetos a modificaciones producto de la mejora de calidad del registro.



Gráfico 6. Corredor endémico tos convulsa. Uruguay, 2026.



Fuente: SG-DEVISA.



Varicela

La varicela es una enfermedad aguda y altamente contagiosa de distribución mundial, de carácter estacional con mayor incidencia al final del invierno y principios de la primavera. Es causada por el virus varicela zoster (VZV), miembro de la familia de los herpesvirus, siendo el humano el único reservorio.

En Uruguay se comenzó a vacunar contra esta enfermedad en el año 1999 y en 2014 se introdujo una segunda dosis administrada a los 5 años de edad, con un impacto positivo en la disminución de las presentaciones graves de la enfermedad, en las hospitalizaciones y los ingresos a CTI.

A partir de 2025, se registró una incidencia acumulada de casos significativamente mayor que en años anteriores. En 2026, hasta la SE 34 se registraron 472 casos, 114 de los cuales corresponden a 32 brotes, doce de ellos intrafamiliares, nueve correspondientes a centros educativos y los restantes a otras instituciones. El corredor endémico acumulado de varicela se muestra en el gráfico 5.



Tabla 26. Número de casos e incidencia acumulada de varicela por rango etario hasta la semana epidemiológica 34. Uruguay, 2025-2026.

Rango etario	Casos 2025	Casos 2026	IA 2025	IA 2026	Diferencia IA
Menor de 1 año	13	9	43.65	30.18	-13.47
De 1 a 4 años	40	53	30.62	42.38	11.76
De 5 a 9 años	26	28	12.38	14.16	1.79
De 10 a 14 años	51	68	21.37	28.43	7.06
De 15 a 19 años	111	95	46.93	40.21	-6.72
De 20 a 24 años	74	56	30.65	23.33	-7.32
De 25 a 29 años	61	50	24.10	20.12	-3.98
De 30 a 34 años	33	35	13.03	13.69	0.66
De 35 a 39 años	7	26	2.82	10.44	7.62
De 40 a 44 años	7	15	2.96	6.29	3.33
De 45 a 49 años	6	19	2.48	7.94	5.45
De 50 a 54 años	11	8	5.05	3.58	-1.47
De 55 a 59 años	1	1	0.51	0.51	-0.01
De 60 a 64 años	1	3	0.52	1.58	1.05
De 65 a 69 años	1	3	0.58	1.74	1.15
De 70 a 74 años	3	1	2.19	0.71	-1.48
De 75 y más	5	2	1.98	0.78	-1.19
Total	451	472	12.94	13.56	0.62

IA: incidencia acumulada x 100.000 habitantes. Fuente: SG-DEVISA. Los datos se encuentran sujetos a modificaciones producto de la mejora de calidad del registro.



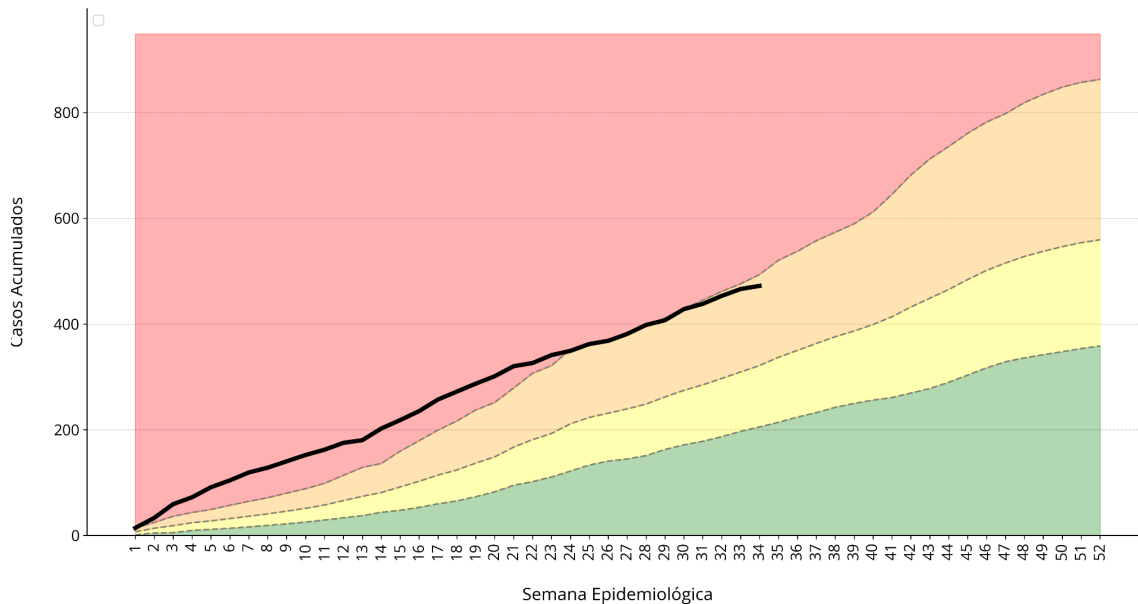
Tabla 27. Número de notificaciones e incidencia acumulada de notificaciones de varicela por departamento hasta la semana epidemiológica 34. Uruguay, 2025-2026.

Departamento	Casos 2025	Casos 2026	IA 2025	IA 2026	Diferencia IA
Artigas	2	7	2.59	9.05	6.46
Canelones	63	66	10.14	10.68	0.54
Cerro Largo	5	5	5.54	5.52	-0.01
Colonia	24	27	17.66	19.85	2.19
Durazno	0	6	0.00	9.68	9.68
Flores	0	2	0.00	7.70	7.70
Florida	2	12	2.86	17.13	14.27
Lavalleja	11	4	18.93	6.85	-12.08
Maldonado	17	19	7.78	8.76	0.98
Montevideo	196	201	15.41	15.70	0.29
Paysandú	40	50	32.94	41.11	8.17
Río Negro	10	5	17.56	8.76	-8.79
Rivera	9	7	8.25	6.41	-1.84
Rocha	4	4	4.93	4.94	0.00
Salto	23	29	16.90	21.29	4.39
San José	12	9	9.96	7.48	-2.48
Soriano	17	10	20.58	12.05	-8.53
Tacuarembó	16	5	16.73	5.22	-11.51
Treinta y Tres	0	4	0.00	8.53	8.53
Total	451	472	12.94	13.56	0.62

IA: incidencia acumulada x 100.000 habitantes. Fuente: SG-DEVISA. Los datos se encuentran sujetos a modificaciones producto de la mejora de calidad del registro.



Gráfico 7. Corredor endémico varicela. Uruguay, 2026.



Fuente: SG-DEVISA.

Se recuerda al equipo de salud

Conceptos generales de la enfermedad

- **Agente:** Virus Varicela Zoster, perteneciente a la familia de los Herpesvirus. Una de sus características es la permanencia en forma latente en los ganglios nerviosos luego de la primoinfección.
- **Reservorio:** el ser humano.



- **Modo de transmisión:** Se transmite por vía aérea y por contacto directo con el líquido de las vesículas. Las costras no son infectantes. Puede haber transmisión transplacentaria.
- **Período de incubación y transmisibilidad:** período de incubación medio es de 14 a 16 días, con un rango de 10 a 21 días. Este período puede ser menos prolongado en los pacientes inmunocomprometidos y mayor en los que recibieron inmunoglobulina (hasta 28 días). Se transmite desde 2 a 5 días antes de la aparición del exantema y hasta que todas las lesiones estén en fase costrosa. Aquellos con alteraciones de la inmunidad pueden contagiar por períodos más prolongados.

Descripción clínica y diagnóstico de laboratorio

Es una infección viral aguda, altamente contagiosa, que puede presentar complicaciones graves locales y sistémicas. Se caracteriza clínicamente por un exantema máculo-papular, de progresión céfalo-caudal, que luego de algunas horas adquiere un aspecto vesicular, evolucionando a pústulas y formación de costras en 3 a 4 días. La principal característica clínica, es el polimorfismo de las lesiones cutáneas, que se presentan en diferentes estadios evolutivos y son altamente pruriginosas. Puede acompañarse de fiebre. La complicación más frecuente es la sobreinfección bacteriana de las lesiones y, con menor frecuencia, neumonía vírica o bacteriana, encefalitis, meningitis, glomerulonefritis y Síndrome de Reye, asociado al uso de ácido acetil-salicílico, principalmente en niños. Tiende a ser más grave en adolescentes y adultos.



Pueden darse casos de varicela en pacientes vacunados (varicela de brecha), siendo más leve que en los no vacunados, con recuperación más rápida. En inmunocomprometidos el cuadro es más grave, con mayor posibilidad de complicaciones

El diagnóstico de la infección por varicela zoster es clínico-epidemiológico. Salvo excepciones, no se requiere confirmación por laboratorio. En situaciones especiales se puede recurrir a técnicas para detección del virus en el contenido de las vesículas. Los estudios serológicos se reservan para la clasificación del estado inmune.

Susceptibilidad e inmunidad: los susceptibles de adquirir la infección son aquellas personas que no hayan desarrollado la enfermedad o que no estén vacunadas con dos dosis. La susceptibilidad es universal. La infección suele conferir inmunidad prolongada. La inmunidad activa a través de una dosis de vacuna tiene una efectividad de 70% a 90% para prevenir la infección. Sin embargo, se ha demostrado la pérdida de inmunogenicidad a largo plazo. Con dos dosis se logra una efectividad de 98% y más duradera.

Recomendaciones generales

Las recomendaciones de prevención de la varicela se basan en:

1. Medidas que no incluyen biológicos:

- Higiene personal
- Lavarse las manos frecuentemente con agua y jabón.
- Evitar tocarse la cara, especialmente ojos, nariz y boca.



- No compartir objetos personales (vasos, cubiertos, toallas).
- Evitar el contacto con personas que están cursando varicela. Si no está vacunado o nunca tuvo varicela, evite el contacto cercano con personas infectadas. Especialmente las mujeres embarazadas, bebés y personas inmunodeprimidas.
- Si tiene síntomas que considera pueden ser varicela, evite trasladarse a un centro de salud y solicite asistencia a domicilio.
- Aislamiento de la persona con varicela
- Mantener aislamiento en domicilio hasta que todas las lesiones estén secas y costrosas (generalmente unos 7 a 10 días desde la aparición de las erupciones).
- Evitar la asistencia de la persona con varicela a centros educativos, lugares donde se conglomeren personas o trabajo hasta su recuperación.
- Respetar las medidas de control de infecciones y de bioseguridad en la atención y traslado de pacientes con varicela. En entornos ambulatorios indicar al paciente el uso de máscara quirúrgica y aplicar la etiqueta de tos/higiene respiratoria, hasta que sea instalado en la habitación.

2. Medidas que incluyen biológicos:



- Vacunación según el esquema nacional: revisar indicaciones de vacunación en el Manual Nacional de Inmunizaciones 2024, disponible en: [Manual Nacional de Inmunizaciones 2024](#)
- Actualización del plan vacunal para la edad.
- Protección de exposición a personas de alto riesgo de acuerdo al Protocolo para la profilaxis post exposición frente al virus varicela Zóster, disponible en: [Protocolo para la profilaxis post exposición frente al virus varicela Zóster](#)
- Vacunación de bloqueo ante casos identificados en instituciones de salud.
- Vacunación de bloqueo en brotes (según evaluación de riesgo de Epidemiología del MSP).

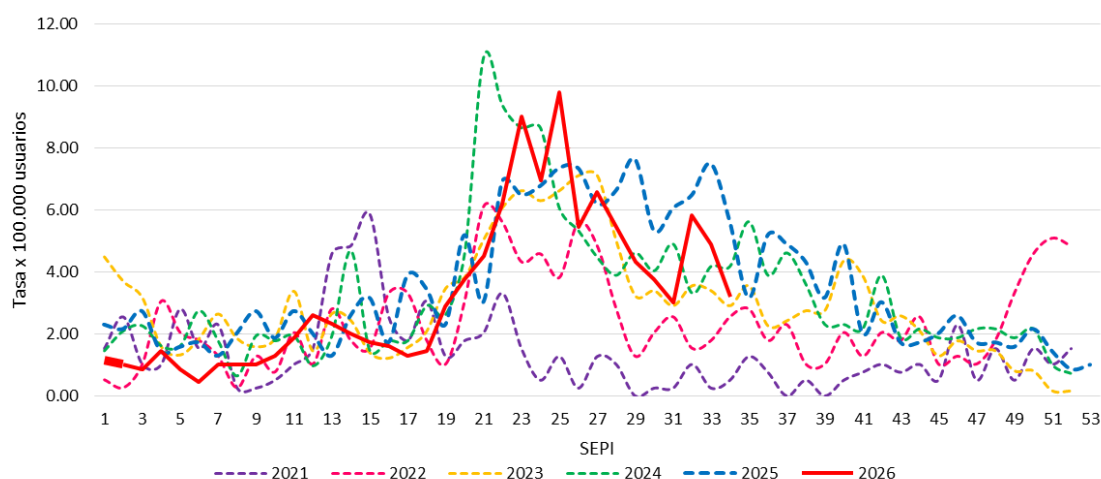


Infecciones respiratorias

En Uruguay la vigilancia de infecciones respiratorias agudas graves (IRAG) y de enfermedad tipo influenza (ETI) se lleva a cabo mediante la estrategia de vigilancia centinela y monitoreo de consultas en emergencias móviles. Actualmente se cuenta con 11 centros centinela distribuidos en 6 departamentos del país.

Vigilancia de IRAG

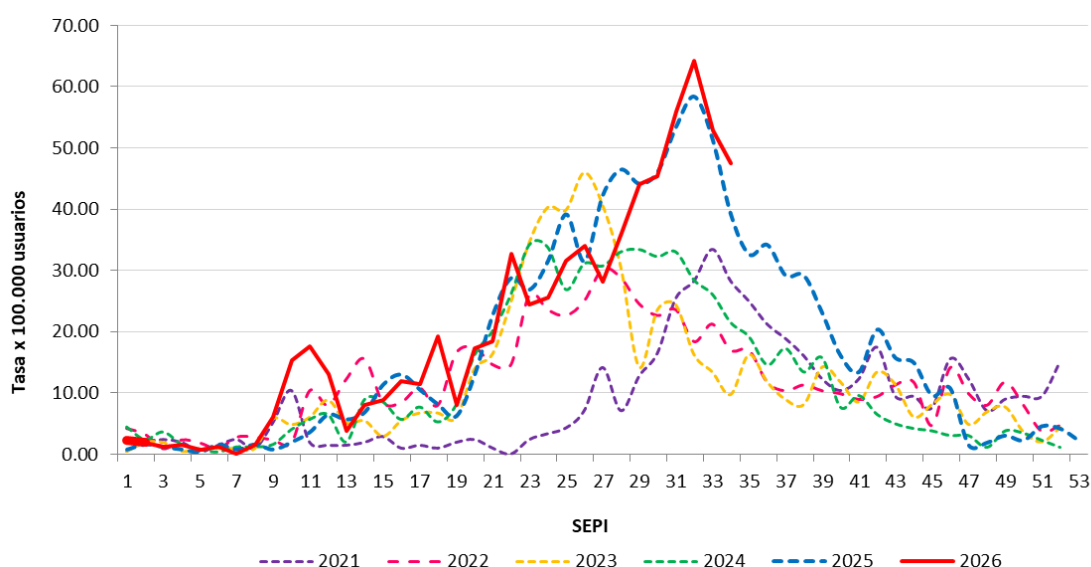
Gráfico 8. Incidencia acumulada en personas de 15 años y más internadas por infecciones respiratorias agudas graves en centros centinela por semana epidemiológica. Uruguay, 2021 - 2026.



Fuente: Sistema de Infecciones Hospitalarias.



Gráfico 9. Incidencia acumulada en personas menores de 15 años por infecciones respiratorias agudas graves en centros centinela por semana epidemiológica. Uruguay, 2021 - 2026.



Fuente: Sistema de Infecciones Hospitalarias.

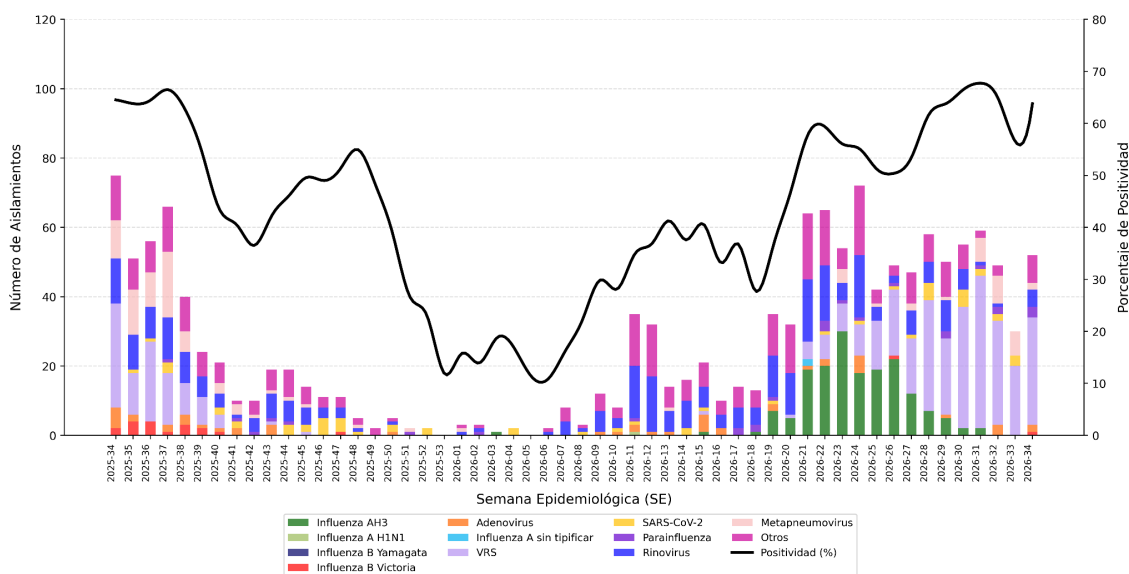
Hasta la SE 34 de 2026, la incidencia acumulada de IRAG en adultos presentó una distribución similar a la observada en años anteriores, mientras que en menores de 15 años sigue un patrón similar al de 2025 en el mismo período. En cuanto a la tasa de incidencia de IRAG en 2026, la misma se ubicó en la SE 34 en 3,20 cada 100.000 usuarios para adultos y 47,47 cada 100.000 usuarios para pacientes pediátricos.

En el gráfico 8 se presenta la cantidad de aislamientos según el virus identificado en los casos de IRAG. La línea negra representa el porcentaje de positividad, definido como el total de muestras positivas para uno o más agentes sobre el total



de muestras analizadas. En las últimas semanas se observa circulación de influenza A H3N2, rinovirus, VRS, SARS-CoV-2 y adenovirus.

Gráfico 10. Virus identificados en infecciones respiratorias agudas graves en centros centinelas y porcentaje de positividad de las muestras analizadas, desde la SE 34 de 2025 hasta la SE 34 de 2026.

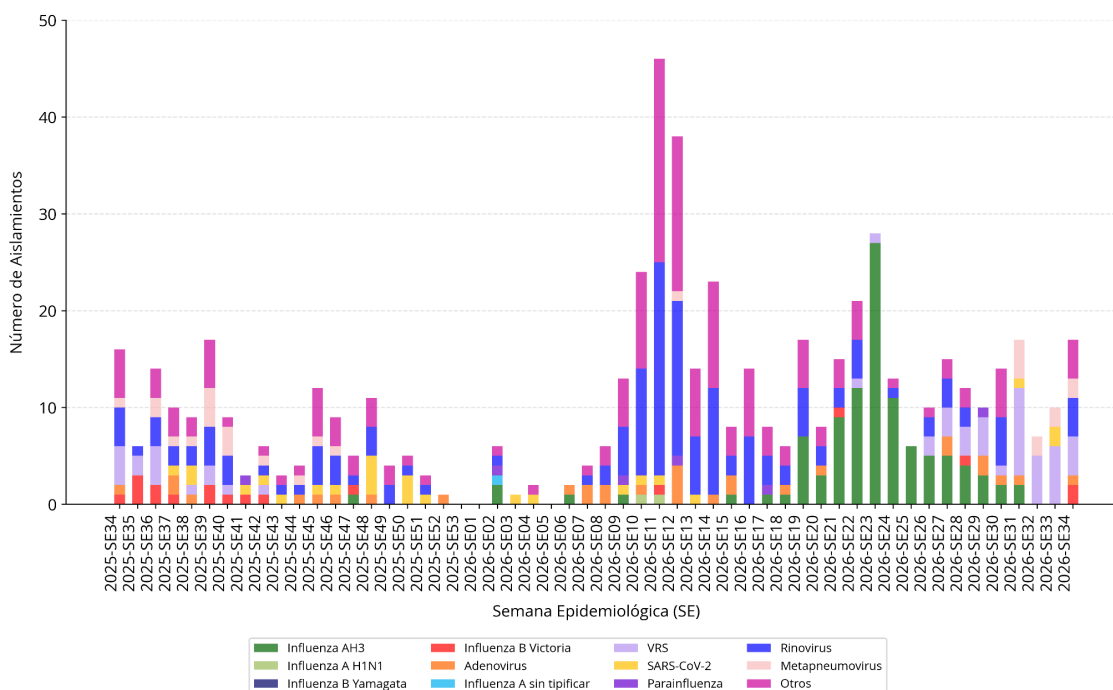


Otros incluye: Enterovirus, Coronavirus, Bocavirus. Fuente: Departamento de Laboratorios de Salud Pública.

En el gráfico 9 se presenta la cantidad de aislamientos según el virus identificado en los casos de ETI. Se observa en las últimas semanas circulación de influenza A H3N2, rinovirus, adenovirus y VRS.



Gráfico 11. Virus identificados en enfermedad tipo influenza en centros centinelas, desde la SE 33 de 2025 hasta la SE 34 de 2026.



Otros incluye: Enterovirus, Coronavirus, Bocavirus. Fuente: Departamento de Laboratorios de Salud Pública.

Monitoreo de consultas en emergencias móviles

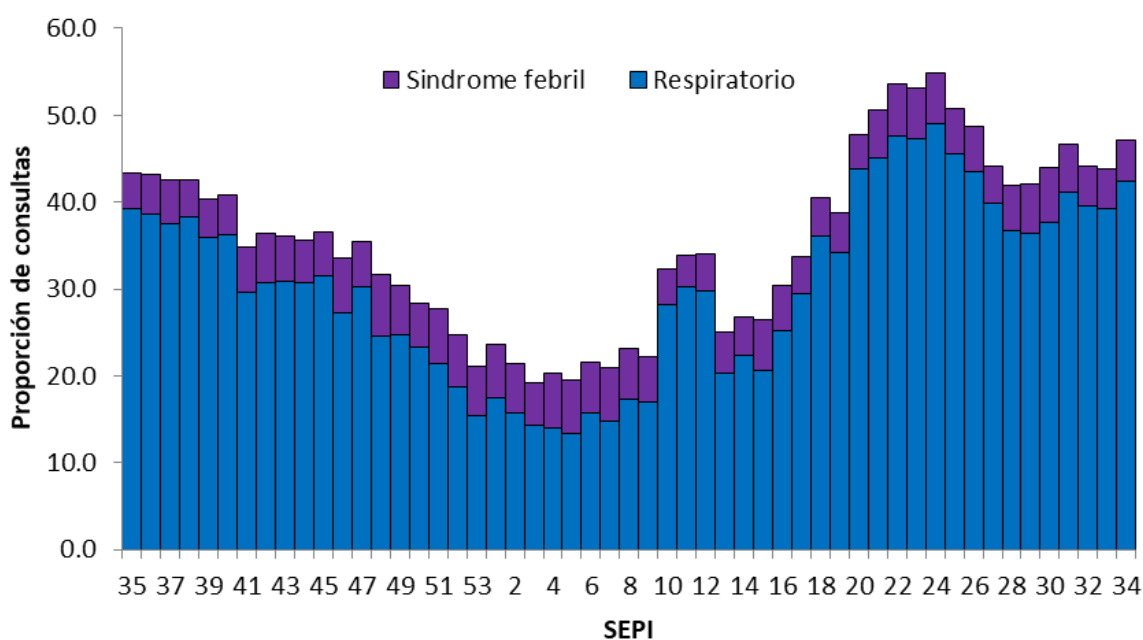
Semanalmente, un grupo seleccionado de emergencias móviles reporta al MSP sus motivos de consulta, incluyendo entre otras las causas respiratorias y síndrome febril. Dicha información se utiliza para estimar medidas de la carga de enfermedad respiratoria en el país, ilustradas en los gráficos 10, 11 y 12. Las tasas se calculan tomando en cuenta la cantidad de usuarios de las instituciones que reportan.

En las semanas más recientes de 2026 se observó un aumento en la tasa de consultas por infección respiratoria en menores de 15 años respecto a las



semanas inmediatas anteriores, pero se mantiene en rangos similares a los observados en 2025. El corredor endémico se sitúa en la zona de éxito.

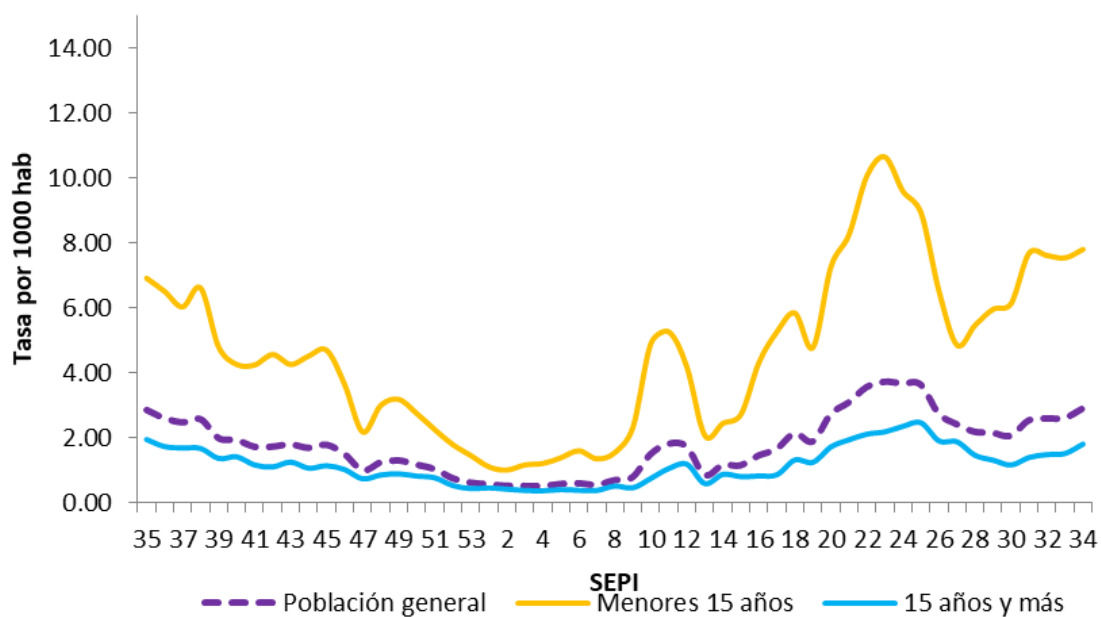
Gráfico 12. Proporción de consultas en emergencias móviles por enfermedad respiratoria y síndrome febril hasta la semana epidemiológica 34 de 2026. Uruguay.



Fuente: DEVISA.



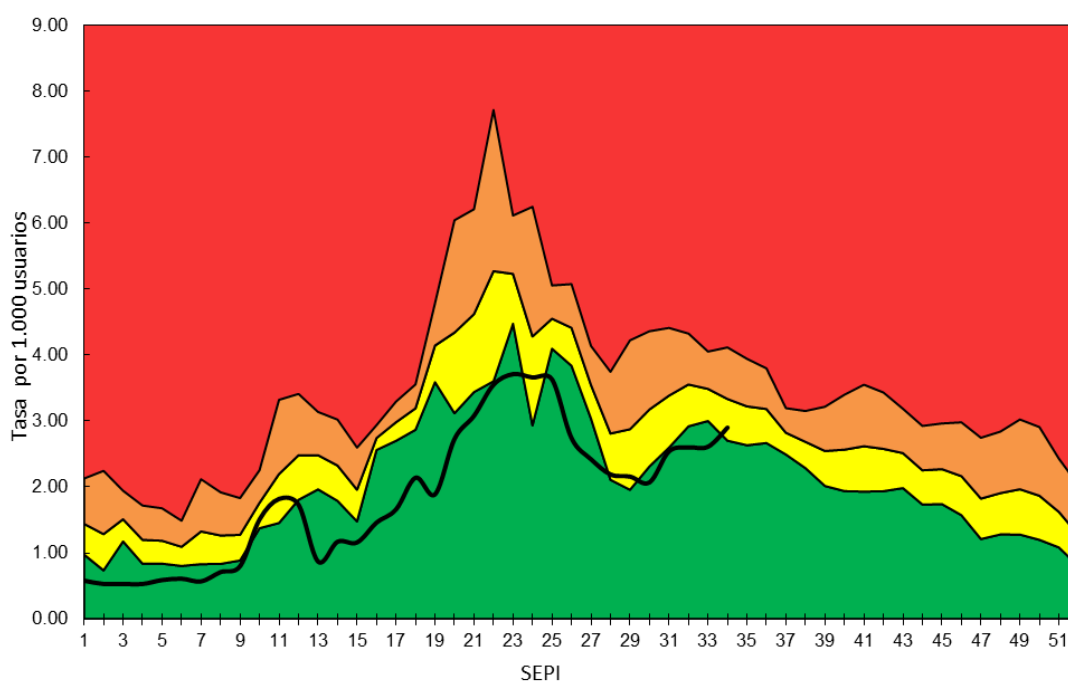
Gráfico 13. Tasa de consultas por infección respiratoria aguda en emergencias móviles hasta la semana epidemiológica 34 de 2026. Uruguay.



Fuente: DEVISA.



Gráfico 14. Corredor endémico de consultas por infección respiratoria aguda en emergencias móviles hasta la semana epidemiológica 34. Uruguay, 2026.



Fuente: DEVISA.



Informe sobre las variantes COVID-19 bajo vigilancia genómica y su circulación en el país y en la región

Estado global actual de COVID-19 (2026)

- El sistema global está en una *fase post-pandémica con circulación persistente*.
- Hay *ondas periódicas (tipo "olas bajas")*, muchas veces regionales y asincrónicas.
- Estado OMS/ECDC: ninguna "*variant of concern, VOC*" dominante, una nueva variante bajo monitoreo, *VUM, la BA.3.2, Figura 1*

De acuerdo a la dinámica global, el virus estaría evolucionando con:

a) Deriva antigénica lenta pero continua

- con acumulación progresiva de mutaciones en spike
- y escape incremental, sin saltos abruptos

b) Coexistencia de múltiples linajes

- no hay reemplazos explosivos tipo Alpha/Delta/Gamma
- dinámica más "moderada" que "selectiva fuerte"

La situación real global se considera que está *subestimada* porque hay:

- menor testeo global
- cambios en esfuerzos de vigilancia a nivel global

Conceptualmente debemos tener en cuenta que el virus está sub-muestreado pero sabemos que *la circulación es continua, la inmunidad heterogénea y la vigilancia es incompleta*



Incidencia y severidad

La mayoría de países muestran:

- baja a moderada incidencia reportada
- hospitalizaciones desacopladas de casos
- El sistema se comporta similar a otros virus respiratorios estacionales, aunque la estacionalidad no es aún consistente

Problemas de vigilancia global:

Muestreo sesgado, no aleatorio y por lo tanto, existe un subregistro estructural de las poblaciones virales debido a:

- testeo reducido en la mayoría de los países
- secuenciación no representativa

Nuevas fuentes de Información:

- Vigilancia en aguas residuales (cada vez más importante)

Long COVID y carga residual

- impacto crónico sigue siendo una parte importante de la carga de enfermedad

Implicancias clínicas y epidemiológicas de las variantes circulantes

- **Gravedad:** no se han reportado aumentos en hospitalizaciones ni mortalidad por NB.1.8.1 ni XFG.
- **Síntomas típicos:** dolor de garganta intenso, fatiga, fiebre leve.
- Se hipotetiza mayor transmisibilidad y mejor evasión a anticuerpos
- **Vacunas:** las actualizadas para JN.1 mantienen eficacia protectora.



Variantes: Paisaje evolutivo Global

- Todo el sistema está contenido dentro de variantes de la familia Omicron con descendientes múltiples

Tipos de variantes actuales

- Variantes “en circulación” siguen predominando en el mundo derivados de:
 - sublinajes tipo **NB.1.8.1 (Nimbus), Clado 25B, Figura 1**
 - **XFG (Stratus o Frankenstein), Clado 25C, Figura 1**

Variantes bajo monitoreo (VUM):

- **El sublinaje BA.3.2, Clado 25I, Figura 1**, (sin señal de mayor severidad), cuya incidencia ha aumentado en las últimas semanas, pero no particularmente en Sudamérica o Uruguay como se muestra en el mapa de distribución global de variantes de Nextclade, Figura 2
- La variante **BA.3.2 “Cicada o Cigarra”** descendió de una versión ancestral de Omicron perteneciente al Clado 21L, que circuló en frecuencia baja y no había circulado desde principios de 2022. BA.3.2 es notable por tener más de 50 mutaciones en su proteína de espícula en relación con BA.3, y más de 70 mutaciones de espícula en relación con el virus salvaje original de Wuhan⁵⁶. La subvariante, que se detectó por primera vez en una muestra de Sudáfrica el 22 de noviembre de 2024, fue considerada preocupante por los investigadores, debido a la gran cantidad de sus mutaciones. Para noviembre de 2025, se descubrió que la variante estaba circulando en

⁵ ["WHO TAG-VE Risk Evaluation for SARS-CoV-2 Variant Under Monitoring: BA.3.2" \(PDF\). World Health Organization. 5 December 2025. Retrieved 6 December 2025](#)

⁶ Jule, Zesuliwe; Römer, Cornelius; Hossen, Taskeen; Sviridchik, Victoria; Reedoy, Kaja; Ganga, Yashica; et al. (2026). ["Evolution and viral properties of the SARS-CoV-2 BA.3.2 subvariant"](#). Virus Evolution. 12 (1) veag011. doi:10.1093/ve/veag011. medRxiv 10.1101/2025.10.28.25338622. PMC 13011799. PMID 4188460

6.

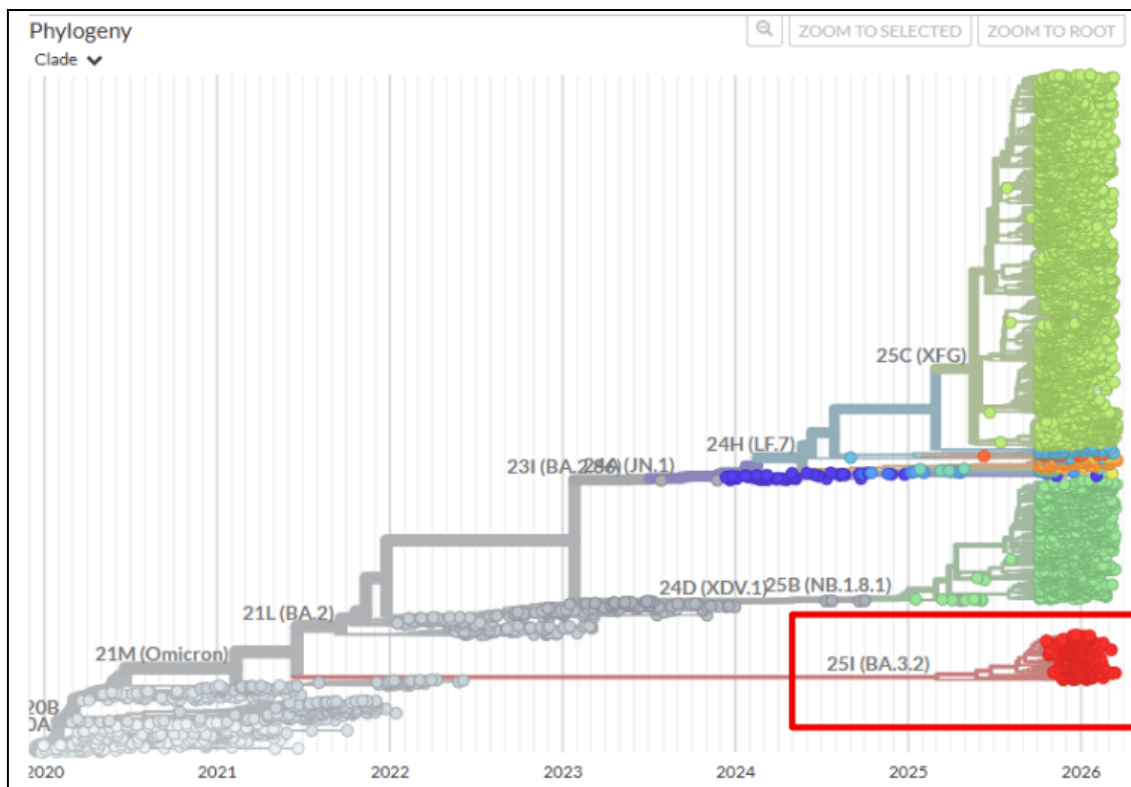


varios países, incluidos Australia , Alemania y Estados Unidos . El 5 de diciembre de 2025, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró a BA.3.2 como una variante bajo vigilancia (VUM). La variante fue apodada extraoficialmente Cicada o Cigarra por los investigadores por su largo tiempo de latencia, como las larvas de estos insectos, antes de pasar a ser predominante. Los investigadores señalan que BA.3.2 es potencialmente el tercer evento de aparición importante del SARS-CoV-2, siendo el último evento de este tipo la aparición de la variante dominante BA.2.86 hace dos años (en particular su sublinaje primario, JN.1)⁷.

⁷ Korber, Bette; Fischer, Will; Theiler, James (2025). "Real-time monitoring of SARS-CoV-2 evolution during the COVID-19 pandemic". Cell Host & Microbe. 33 (11): 1802– 1806. doi:10.1016/j.chom.2025.10.013. PMID 41232510.



Figura 1. Filogenia actual de Vigilancia genómica global de SARS-Cov2 en base de datos Nextclade. El recuadro resalta el linaje en expansión BA.3.2

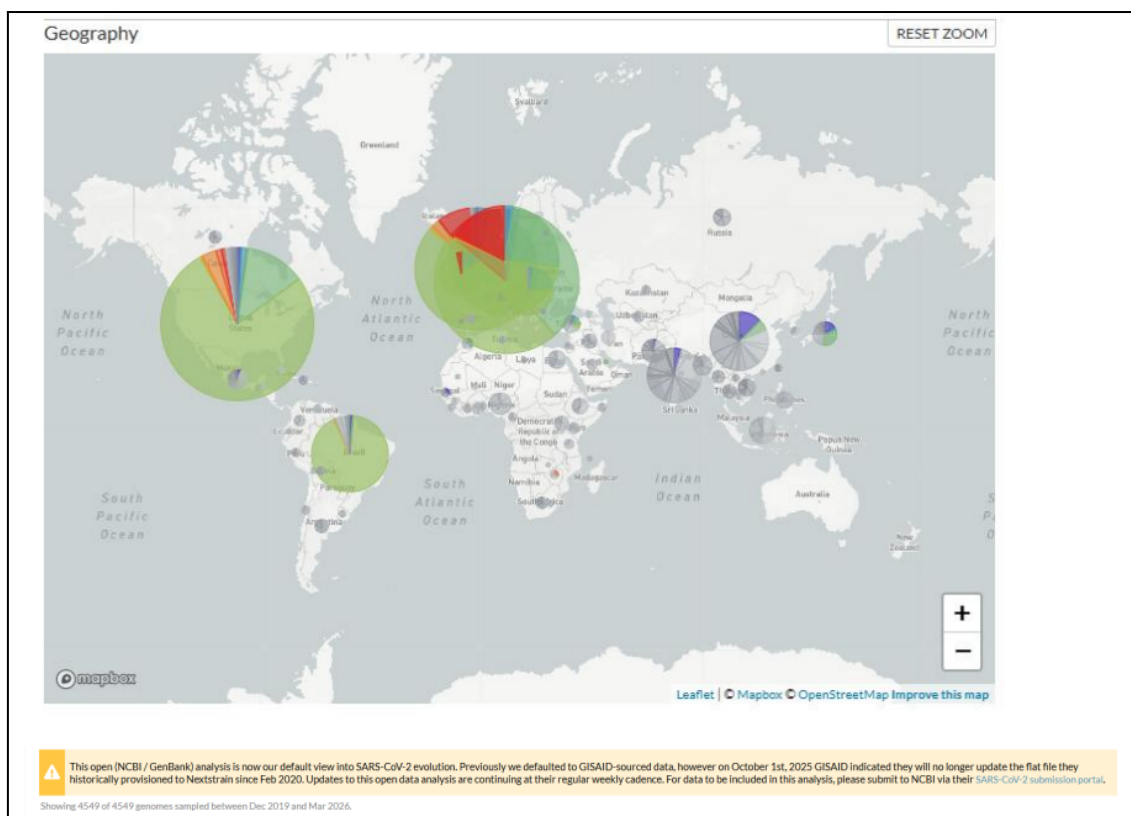


This open (NCBI / GenBank) analysis is now our default view into SARS-CoV-2 evolution. Previously we defaulted to GISAID-sourced data, however on October 1st, 2025 GISAID indicated they will no longer update the flat file they historically provisioned to Nextstrain since Feb 2020. Updates to this open data analysis are continuing at their regular weekly cadence. For data to be included in this analysis, please submit to NCBI via their [SARS-CoV-2 submission portal](#).

Showing 4549 of 4549 genomes sampled between Dec 2019 and Mar 2026.



Figura 2. Mapa de distribución global y frecuencia de variantes de SARS-Cov2 en base de datos Nextclade



Resultados de Vigilancia en DLSP en el periodo Enero a Marzo 2026

Acompañando la baja positividad para SARS-CoV 2 en el periodo, 12 muestras fueron estudiadas en el laboratorio provenientes de vigilancia centinela IRAG-ETI en el período Enero-Marzo 2026. Se recuperaron 12 genomas de las variantes que se detallan en la Tabla 24. Y su ubicación filogenética en la Figura 3.



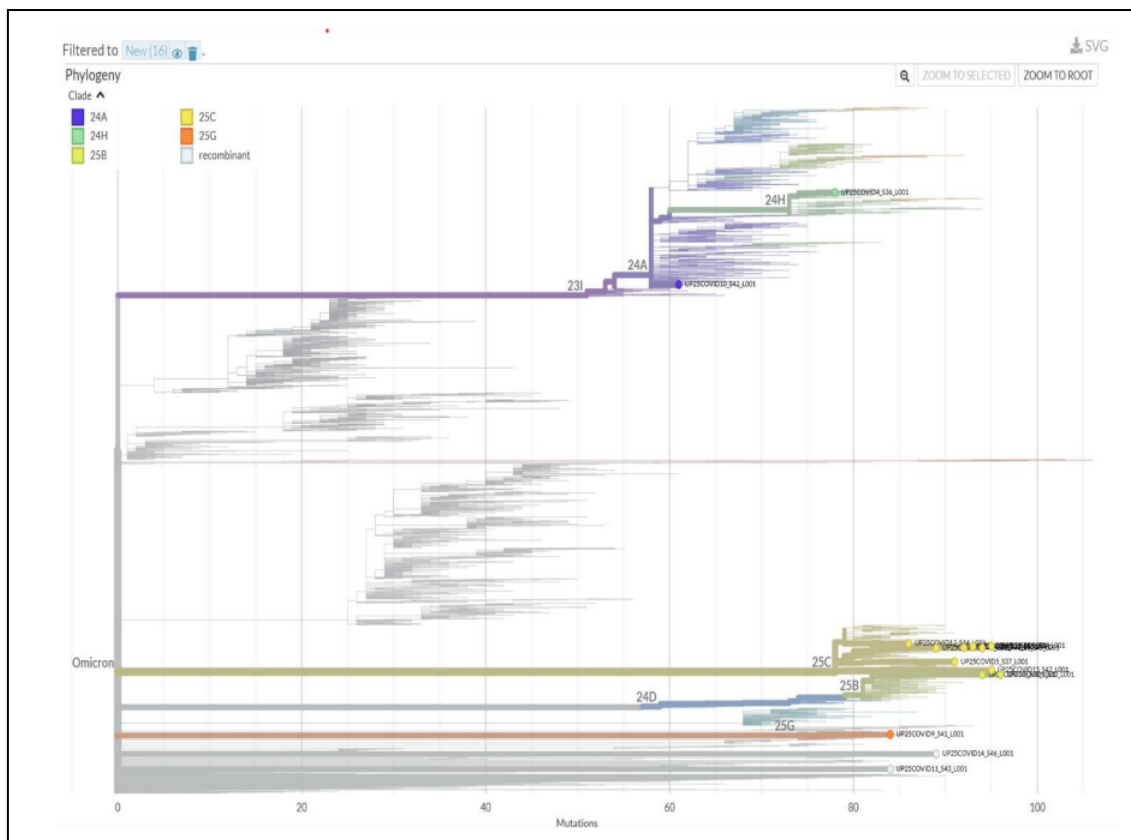
Tabla 28. Variantes obtenidas en el periodo de Vigilancia genómica centinela⁸ de Enero a Marzo 2026 en Uruguay. El asterisco (*) después del nombre de la variante, indica que se secuenciaron distintos genomas derivados de esa variante.

Variante	Número de genomas recuperados	Clado Nextclade	Severidad estimada
Recombinante XFT	1	-	Leve
Recombinante XFV	1	-	Leve
JN.1	1	24A	Leve
LF.7.1.3	1	24H	Leve
PQ.2.1.1	2	25B	Leve
XFG* (Stratus o Frankenstein)	5	25C	Leve
QF*	4	25C	Leve
XFC.3	1	25G	Leve

⁸ Centros centinelas: HPR, Británico, Policial, Sem, Mautone, Amecom, Cams, Comero, H.Paysandú, H.Las Piedras, Comeca, Mucam (ETI)



Figura 3. Filogenia de genomas de Vigilancia genómica global de SARS-Cov2 en el periodo Enero-Marzo de 2026 en Uruguay



Respecto al informe anterior, se observaron en circulación variantes más nuevas de linajes ya presentes en el país. El 68% fueron variantes de los Clados 25 B y C, tipo Nimbus (PQ*), Frankenstein (XFG*) y QF*. No se recuperaron genomas de la nueva variante VUM bajo monitoreo BA.2.3, Cigarra.

De acuerdo a la dinámica global, el virus estaría evolucionando con:

a) Deriva antigénica lenta pero continua



■

- con acumulación progresiva de mutaciones en spike
- y escape incremental, sin saltos abruptos

b) Coexistencia de múltiples linajes

- no hay reemplazos explosivos tipo Alpha/Delta/Gamma
- dinámica más “moderada” que “selectiva fuerte”

Fuente: Unidad Genómica y Bioinformática del Departamento de Laboratorio de Salud Pública - MSP



Infecciones asociadas a la atención a la salud

Las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS), son aquellas infecciones que adquiere una persona y están asociadas a la atención brindada por personal sanitario, que ocurre en un escenario de atención de salud y que no estaban presentes ni en período de incubación al inicio del proceso asistencial, a menos que la infección esté relacionada a un proceso previo.

A nivel nacional desde el Departamento de Vigilancia en Salud se monitorea la vigilancia de casos de IAAS que es realizada por parte de las instituciones, de acuerdo con los componentes de seguimiento obligatorio vigentes, entre los cuales se incluye el reporte de brotes constituidos por casos de infección o colonización

La vigilancia se debe mantener en forma continua durante el año en todos los componentes de acuerdo con las características de cada prestador.

Los resultados de la vigilancia por componente se describen en el informe anual.⁹

A continuación, se presenta la notificación de brotes y eventos de interés notificados al sistema de vigilancia a la fecha y el acumulado anual. Entendiendo por brote a la presencia de dos o más casos de pacientes infectados/colonizados que aparecen pasadas las 48 horas del ingreso en el hospital y que tienen un vínculo epidemiológico.

⁹Ministerio de Salud Pública. Informe anual - Infecciones asociadas a la atención en salud y de resistencia antimicrobiana. 2024-2025. Disponible en: [Informe anual sobre Infecciones Asociadas a la Atención en Salud \(IAAS\)](#)



Brotes de IAAS

Tabla 29. Brotes en curso según departamento, microorganismos, mecanismo de resistencia, casos de infección y colonización. Año 2026, al 2 de setiembre.

Departamento	Fecha de inicio	Microorganismo	Mecanismo de resistencia	Casos de infección*	Casos de colonización**	Fecha de último caso (inf o col)
Montevideo	10/06/2026	<i>Klebsiella pneumoniae</i>	NDM	0	6	11/08/2026
Montevideo	07/07/2026	Bacilos Gram negativos	NDM	0	3	12/08/2026
Montevideo	20/07/2026	<i>Enterococcus faecium</i>	ERV	1	2	31/08/2026
Maldonado	14/07/2026	Bacilos Gram negativos	NDM	0	3	03/08/2026
Canelones	03/08/2026	<i>Enterococcus faecium</i>	ERV	0	6	11/08/2026
Montevideo	26/07/2026	Virus varicela zoster	-	8	0	15/08/2026
Cerro Largo	16/06/2026	<i>Enterococcus faecium</i>	ERV	0	13	07/08/2026
Maldonado	18/08/2026	<i>Enterococcus faecium</i>	ERV	0	5	27/08/2026

Pacientes infectados: aquellos que presentan un resultado microbiológico positivo para un microorganismo y cumple con los criterios de infección. **Pacientes colonizados: aquellos que presentan un resultado microbiológico positivo para un microorganismo, sin criterios de infección. ERV: Enterococo resistente a vancomicina. Fuente: CIH-DEVISA. Abreviaturas: BLEE: Betalactamasa de Espectro Extendido, ERV: Enterococos Resistentes a Vancomicina, NDM: Nueva Delhi Metallo- β -Lactamasa, OXA 23: Oxacilinas 23.

**Tabla 30.** Frecuencia absoluta de brotes finalizados y número de casos de infección y colonización, según microorganismo. Año 2026, al 2 de setiembre.

Microorganismo		Número de Brotes	Número de Casos	
			Infección	Colonización
Bacilos Gram negativos productores de betalactamasas	NDM	23	15	212
	KPC	-	-	-
	VIM	1	0	2
	BLEE	2	1	13
	OXA 23	2	12	8
Bacilos Gram negativos sin identificación de producción de betalactamasas*		5	15	1
<i>Staphylococcus aureus</i> meticilino sensible		-	-	-
<i>Enterococcus faecium</i> resistente a la Vancomicina		16	9	84
<i>Clostridioides difficile</i>		1	3	0
Otros microorganismos**		2	7	0

* Incluye: *Acinetobacter baumannii*, *Citrobacter freundii*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Salmonella.sp*, *Serratia marcescens*, ** Incluye, *Mycobacterium tuberculosis*, *Sarcoptes scabiei*, Virus de *Varicela zoster*, Virus de Paperas.
 Abreviaturas: BLEE: Betalactamasa de Espectro Extendido, ERV: Enterococos Resistentes a Vancomicina, KPC: Carbapenemasa de *Klebsiella pneumoniae*, NDM: Nueva Delhi Metallo-β-lactamasa, OXA 23: Oxacilinas 23, VIM: Verona Integron Metallo-β-lactamasa.



Dirección:
Avda. 18 de Julio 1892,
Montevideo, Uruguay.
Teléfono: 1934



msp.gub.uy