



**Ministerio
de Salud Pública**

Boletín epidemiológico

Semana epidemiológica 21 año 2026

24/05/2026 al 30/05/2026





CONTENIDO

Análisis Epidemiológico Especial.....	4
Diagnóstico Nacional de situación de Echinococcus granulosus y quiste hidático, 2025.	5
Introducción.....	5
Objetivos.....	6
Metodología.....	6
Resultados.....	7
Discusión y conclusiones.....	10
Bibliografía.....	11
Enfermedades y Eventos de Notificación Obligatoria.....	13
Vías de notificación.....	14
Resumen de eventos.....	15
Brotos.....	17
Arbovirosis.....	18
Vigilancia vectorial.....	20
Hantavirosis.....	25
Hepatitis A.....	27
Hepatitis B.....	28
Hepatitis C.....	30
Leptospirosis.....	32
Meningitis, meningoencefalitis y enfermedad meningocócica.....	34
Parotiditis.....	37
Personas mordidas o con riesgo de exposición a virus rábico.....	40
Sarampión.....	41
Recomendaciones para el equipo de salud.....	44
Recomendaciones para viajeros.....	49
Sífilis.....	50
Tos convulsa.....	51
Varicela.....	54
Conceptos generales de la enfermedad.....	57



Recomendaciones generales.....	59
Infecciones respiratorias.....	61
Vigilancia de IRAG.....	62
Monitoreo de consultas en emergencias móviles.....	65
Informe sobre las variantes COVID-19 bajo vigilancia genómica y su circulación en el país y en la región.....	69
Estado global actual de COVID-19 (2026).....	69
Incidencia y severidad.....	70
Problemas de vigilancia global:.....	70
Long COVID y carga residual.....	70
Implicancias clínicas y epidemiológicas de las variantes circulantes.....	70
Variantes: Paisaje evolutivo Global.....	71
Resultados de Vigilancia en DLSP en el periodo Enero a Marzo 2026.....	74
Infecciones asociadas a la atención a la salud.....	78
Brotos de IAAS.....	79



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.

En la Semana Epidemiológica 21 de 2026, el Análisis Epidemiológico Especial presenta el Diagnóstico Nacional de situación de *Echinococcus granulosus* y quiste hidático, elaborado por la Unidad de Zoonosis y Vectores de la División Epidemiología de la Dirección General de la Salud.

El informe presenta una actualización de la situación epidemiológica nacional a través de dos componentes del ciclo del parásito: el reservorio canino y los hospederos intermediarios bovinos y ovinos.



Para ello, se llevó a cabo un estudio de prevalencia predial en establecimientos ganaderos de todo el territorio nacional, complementado con la detección de quiste hidático en vísceras de animales faenados.

El análisis examina además los factores de riesgo asociados a las prácticas de manejo en los predios y el grado de adopción de medidas de control, con el objetivo de aportar evidencia actualizada que oriente la toma de decisiones en salud pública y las intervenciones en el ámbito rural.

Diagnóstico Nacional de situación de *Echinococcus granulosus* y quiste hidático, 2025

Introducción

La hidatidosis es un grave problema de salud pública en la región de América del Sur ¹. Esta enfermedad, también conocida como Equinocosis quística, es una zoonosis parasitaria producida por las formas larvares de *Echinococcus granulosus* (Cestoda: Taeniidae). Este parásito tiene como hospedero definitivo a distintas especies de cánidos, principalmente el perro doméstico. Para completar su ciclo de vida, el parásito debe desarrollar su fase larvaria (metacestode) en un hospedero intermediario. En nuestro país, los principales hospederos intermediarios son los ovinos y bovinos ². La enfermedad en el ser humano puede ser grave e invalidante si se diagnostica de manera tardía y se produce a partir de la ingestión de los huevos de *E. granulosus* liberados al ambiente con la materia fecal de caninos infestados. En nuestro país, los últimos datos de prevalencia en caninos datan del año 2013 y sugieren que aproximadamente el 3,5% de los caninos de zonas



suburbanas y 3,6% de los caninos de zonas rurales son positivos a *E. granulosus* mediante la técnica de coproantígeno. A nivel de la enfermedad en seres humanos, se estima una prevalencia de 2 casos cada 1000 habitantes en poblaciones expuestas ². Uno de los tratamientos para la enfermedad es la resección quirúrgica del quiste hidático. Recientemente, entre el 1/1/2021 y el 30/6/2022 fueron operadas 36 personas por este motivo ³.

Objetivos

El objetivo de este trabajo fue realizar una actualización de la situación de *E. granulosus* en el Uruguay, en sus componentes hospedador definitivo y hospedadores intermediarios (bovinos y ovinos)

Metodología

Estudio de prevalencia predial de *E. granulosus* en caninos

Se seleccionaron aleatoriamente 776 predios ganaderos en todo el territorio nacional. Se comunicó por vía telefónica a cada propietario los objetivos del trabajo y se coordinó una visita. Posteriormente, se concurrió al predio donde se realizó una encuesta epidemiológica al propietario o trabajador del predio. Luego, se obtuvieron muestras de materia fecal fresca de los caninos del establecimiento y se analizaron mediante estudio parasitológico y biología molecular para detectar la presencia de huevos de *E. granulosus*.



Detección de quiste hidático en vísceras de animales faenados

Entre el 30/10/2023 y el 19/12/2023 se concurrió a las actividades de faena de un frigorífico de Montevideo. Un técnico participó del proceso de inspección veterinaria, obteniendo las vísceras decomisadas por presentar alguna alteración. Las vísceras fueron transportadas refrigeradas al laboratorio de la CNHZ y posteriormente cortadas y analizadas para la identificación visual de quistes hidáticos. Se obtuvieron muestras de la membrana y líquido de los quistes para su estudio mediante PCR. Utilizando la información proporcionada por el frigorífico, se registró el departamento de procedencia y la categoría del animal afectado.

Resultados

Estudio de prevalencia predial de *E. granulosus* en caninos

El análisis coprológico sólo permite identificar huevos de ténidos, entre los que se encuentra *E. granulosus*. La identificación molecular de las muestras no está completa. Basado en una set de 144 muestras positivas al parasitológico, se pudo identificar que aproximadamente el 51% de las muestras positivas a ténidos, corresponden a *E. granulosus*. Se usará esta asunción cuando se hable de prevalencia predial de *E. granulosus*.

Se analizaron 772 predios. La media de personas viviendo en los predios fue de 3,1 y la media de personas menores de 15 años por hogar fue de 0,8. 86,4% de los predios producían bovinos, 90,8% producían ovinos, 17,8% suinos y 10,7%



aves. De los predios analizados, la mayoría (59,8%) faenaban en predio. De los predios que faenaban, un 25,6% lo hacían semanalmente, 32,5% lo hacían mensualmente, 14% lo hacían semestralmente, 19,6% anualmente y los restantes con una frecuencia variable. En cuanto al destino de las vísceras, 43,8% de los predios las utilizan para consumo humano, 28% para alimentar caninos, 4,2% para alimentar suinos, 11,4% las entierran y 4,6% las queman. El 8% restante realizan distintos manejos como tirarlas al campo o dárselas a otra persona. 38,8% de los predios no contaban con lugar específico para carnear (carneadero). De los predios que poseían carneadero, 48% poseían un carneadero abierto que permitía el acceso de perros.

En cuanto a los factores de riesgo ambiental, 24,6% de los predios utilizaba agua proveniente de un pozo excavado (boca ancha, poca profundidad) y 4,7% utilizaban agua de lluvia, captada en aljibes. Los restantes predios utilizaban agua más segura, ya sea agua de pozo perforado u OSE. 26,9% de los predios trabajaban una huerta, de los cuales 29,2% correspondían a huertas abiertas o cercadas con alambre, mientras que el resto presentaban cerramientos más adecuados (invernáculos y cercas de madera).

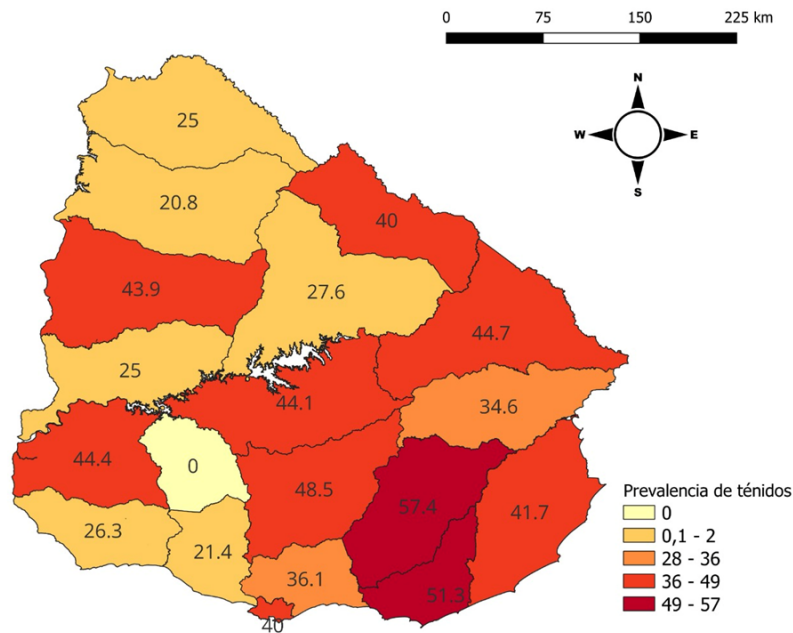
La media de caninos por establecimiento fue de 2,8. En el 20% de los predios, el entrevistado no recordaba la fecha de la última desparasitación o no desparasitaba a los caninos. La mediana de días entre la visita al predio y la última desparasitación declarada fue de 71,48 días. La media fue de 135 días (min. 0, máx. 2022). Solamente un 12,9% de los predios había realizado una desparasitación en los últimos 30 días.



De los 772 predios, se diagnosticaron caninos infestados con tenias en 280 (36,2%). Dado el valor predictivo positivo de la técnica parasitológica (51%), **es posible inferir una prevalencia nacional predial de *E. granulosus* de 18,5%.**

Los departamentos con mayor prevalencia predial de ténidos en caninos fueron Lavalleja, Maldonado, Florida y Cerro Largo (**Figura 1**).

Figura 1. Prevalencia predial de ténidos. La prevalencia de *E. granulosus* es aproximadamente la mitad.



Fuente: Unidad de Zoonosis y Vectores, Sector Epidemiología, DEVISA



Detección de quiste hidático en vísceras de animales faenados

Durante el período de estudio se faenaron 14600 bovinos de los cuales 6930 (47,5%) fueron novillos, 5398 (37%) fueron vacas, 2039 (14%) fueron vaquillonas y 233 (1,6%) fueron toros. No se faenaron terneros en el período de estudio. Se detectaron un total de 104 animales positivos a quiste hidático. La tasa de positividad general fue de 0,7%. La categoría de mayor positividad fueron las vacas, seguida de los toros, las vaquillonas y por último los novillos.

Con respecto a los ovinos, durante el período de estudio se faenaron 37119 animales, decomisándose 226 hígados. De estos, se detectaron 5 quistes hidáticos, arrojando una positividad del 0,013%. La categoría más afectada fueron los borregos.

Discusión y conclusiones

Este trabajo detectó una presencia considerable de *E. granulosus* tanto a nivel de los reservorios caninos como de los hospedadores intermediarios. Esta situación puede ser explicada por la elevada prevalencia de prácticas de riesgo como faenar en el predio, no desparasitar a los perros o hacerlo con una frecuencia inadecuada, alimentar a los caninos con vísceras y carnear en lugares con acceso abierto. Estas prácticas facilitan el desarrollo del ciclo parasitario al poner en contacto directo los reservorios con los hospedadores intermediarios. Resulta relevante mencionar que las campañas de educación sobre la hidatidosis disminuyeron significativamente en las últimas décadas, por lo que



la percepción de riesgo sobre esta enfermedad puede verse disminuida en la población rural. Se detecta una mayor proporción de QH en las categorías de bovinos de mayor edad (vacas y toros), por lo que se deberá proceder con especial precaución en la faena en predio de estos animales para evitar que los perros se alimenten de las vísceras. A nivel de reservorio se detecta una alta presencia de caninos en los predios, significativamente superior a la media de perros por hogar a nivel nacional ⁴. Asimismo, se detecta una elevada prevalencia general de la enfermedad. Las acciones de control deberán basarse en la desparasitación de los perros con Prazicuantel u otro antiparasitario tenicida, la comunicación para mejorar las prácticas de faena en los predios y la educación para evitar o mitigar el riesgo de prácticas como la alimentación de caninos con vísceras.

Bibliografía

1. Larrieu, E., Belloto, A., ARAMBULO III, P. R. I. M. O., & Tamayo, H. (2004). Echinococcosis quística: epidemiología y control en América del Sur. *Parasitología latinoamericana*, 59(1-2), 82-89.
2. Irabedra, P., Ferreira, C., Sayes, J., Elola, S., Rodríguez, M., Morel, N., ... & Guisantes, J. A. (2016). Control programme for cystic echinococcosis in Uruguay. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*, 111, 372-377.



3. Bogliaccini G. y Alvarez M. "Número de casos de equinocosis quística operados por institución. Período 1/1/2021 al 30/6/2022". Informe interno de la Comisión de Zoonosis.
4. COTRYBA (2017). Estudio Cuantificación y caracterización de la población canina de Uruguay. Disponible en:
<https://docplayer.es/47452062-Estudio-cuantificacion-y-caracterizacion-de-la-poblacion-canina-de-uruguay-cotryba.html>.



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 1. Número de casos e incidencia acumulada de enfermedades de notificación obligatoria del grupo A hasta la semana epidemiológica 21. Uruguay, mediana de últimos 5 años (sin incluir pandémicos) vs. 2026.

Evento	Nº casos		IA		Diferencia de tasas
	Mediana	2026	Mediana	2026	
Araneismo	5	8	0.14	0.23	0.09
Cólera	0	0	0.00	0.00	0.00
Chikungunya	1	2	0.03	0.06	0.03
Dengue autóctono	7	0	0.20	0.00	-0.20
Dengue importado	29	3	0.83	0.09	-0.74
Difteria	0	0	0.00	0.00	0.00
Enfermedad meningocócica ¹	8	15	0.23	0.43	0.20
Enfermedad transmitida por alimentos ²	240	108	6.87	3.10	-3.77
Fiebre amarilla	0	0	0.00	0.00	0.00
Hantavirus	6	3	0.17	0.09	-0.09
Meningitis aguda bacteriana ³	17	18	0.49	0.52	0.03
Meningitis/meningoencefalitis viral	20	11	0.57	0.32	-0.26
M-pox	0	0	0.00	0.00	0.00
Ofidismo	13	36	0.37	1.03	0.66
Oropuche	0	0	0.00	0.00	0.00
Personas mordidas o con riesgo de exposición a virus rábico	1374	2339	39.35	67.20	27.85
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	4	5	0.11	0.14	0.03
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 2. Número de casos e incidencia acumulada de enfermedades de notificación obligatoria del grupo B hasta la semana epidemiológica 21. 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	0	0.00	0.00	0.00
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	3	2	0.09	0.06	-0.03
Hepatitis B*	120	137	3.41	3.94	0.53
Hepatitis C*	100	88	2.86	2.53	-0.33
Hepatitis E	0	1	0.00	0.03	0.03
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	38	19	1.09	0.55	-0.54
Malaria	3	1	0.09	0.03	-0.06
Parotiditis infecciosa	134	142	3.84	4.08	0.24
Sífilis*	2510	3316	71.68	95.27	23.59
Varicela*	145	305	4.15	8.76	4.61

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.



Brotos

Tabla 3. Número de brotes registrados y de personas afectadas según evento. Uruguay, 2026 (hasta la semana epidemiológica 21).

Evento	Número de brotes	Número de personas afectadas
COVID-19	1	8
Hepatitis A	1	2
Herpes zoster	1	2
Sarampión**	1	2
Staphylococcus aureus meticilino resistente (SAMR)	1	4
Psitacosis	1	3
Infección respiratoria aguda (IRA)	5	168
Enfermedad transmitida por alimentos*	7	46
Escabiosis	10	47
Escarlatina	16	50
Varicela	19	63
Gastroenterocolitis aguda	20	369
Síndrome mano pie boca	61	637
Total	144	1401

*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 4. Número de casos confirmados e incidencia acumulada de dengue por departamento hasta la semana epidemiológica 21. 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	1	0.16	1	0.16	0	0.00	0	0.00	0	0.00	-0.16
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	6	2.77	6	2.77	0	0.00	0	0.00	0	0.00	-2.77
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	29	0.83	36	1.03	0	0.00	3	0.09	3	0.09	-0.95

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



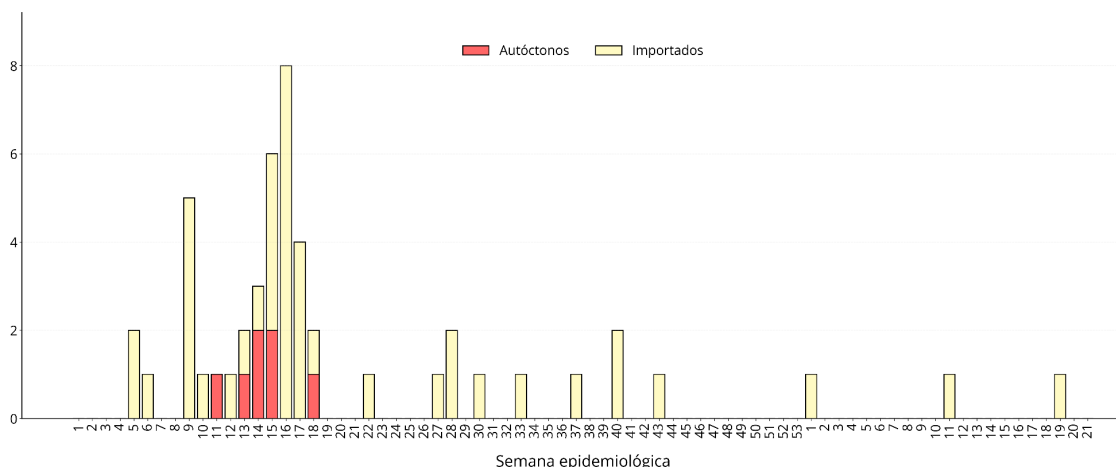
situación actual representa una franca disminución en las tasas, coincidiendo con la situación regional de la enfermedad. En la región de las Américas, hasta la semana epidemiológica 50 de 2025, se registró una disminución de casos del 67% con respecto al mismo período de 2024 y de 9% con respecto al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

Hasta la semana epidemiológica 21 de 2026 se registraron tres casos de dengue, dos Montevideo, importados de Cuba y Brasil, respectivamente; y uno en Salto, importado de Brasil. Además se registraron dos casos de chikungunya, uno en el departamento de Florida, importado de Cuba y otro en el departamento de Montevideo, importado de Brasil.

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 1. Curva epidémica de dengue. Desde semana epidemiológica 1 de 2025 hasta semana epidemiológica 21 de 2026. Uruguay.



Fuente: sistema informático SG-DEVISA.

Vigilancia vectorial

En Uruguay, la vigilancia del vector *Aedes aegypti* se realiza desde 2019 a través de un sistema compuesto actualmente de 1338 ovitrampas instaladas y controladas semanalmente en 17 departamentos y 27 localidades. La ovoposición medida a través de estas ovitrampas es transformada en índices entomológicos que permiten visualizar la curva estacional de *Aedes aegypti*, tanto a nivel nacional como regional. Asimismo, esta metodología permite un análisis espacial de los sitios de mayor densidad relativa del vector, con la finalidad de focalizar las acciones de control en los puntos que presentan mayor riesgo en una localidad. El presente informe detalla la evolución de los índices de infestación en las localidades de referencia utilizando información recabada y analizada por la

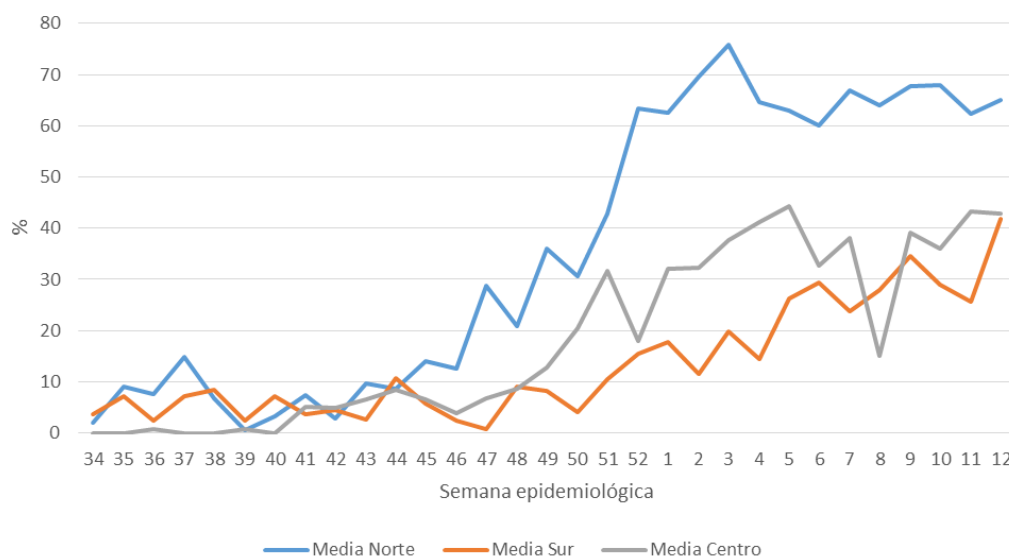


Unidad de Zoonosis y Vectores y las Direcciones Departamentales de Salud actualizada desde la semana 34 del 2025 a la semana 12 del 2026, comenzando el período de actividad vectorial.

Las ovitrampas son recipientes diseñados para atraer a la hembra de *Aedes aegypti* a realizar la oviposición sobre un papel ubicado en las paredes de este. Este papel es retirado semanalmente y mediante la observación con lupa estereoscópica, se cuentan los huevos de *Aedes* en cada sitio. Las ovitrampas son distribuidas en forma de red con una distancia de 400 metros entre ellas y ubicadas en sitios favorables. Luego del conteo de huevos en todas las ovitrampas, se pueden elaborar los siguientes índices de infestación en cada localidad: índice medio de huevos (IDH), total de huevos recuperados en relación con el total de ovitrampas recuperadas, y proporción de ovitrampas positivas (PO+), siendo la proporción de ovitrampas positivas del total de ovitrampas recuperadas. Estos índices brindan una aproximación a la variación de la densidad de *Aedes aegypti* a lo largo del tiempo. El indicador PO+ indica la magnitud de distribución de *Aedes* en una localidad mientras que el indicador IDH brinda una aproximación a la densidad relativa del vector.



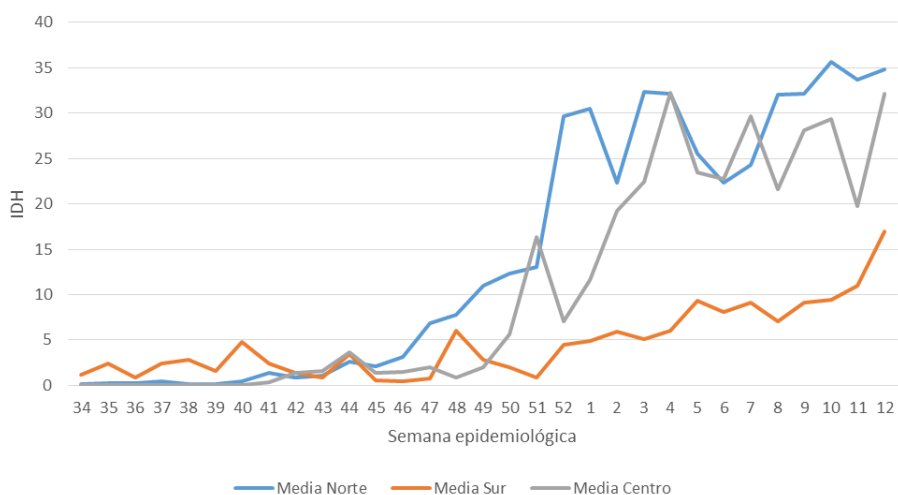
Gráfico 2. Evolución del porcentaje de ovitrampas (PO+) positivas por región desde la SE 34 del 2025 a la SE 12 de 2026, Uruguay. Fuente: Unidad de Zoonosis y Vectores.



Fuente: Unidad de Zoonosis y Vectores.



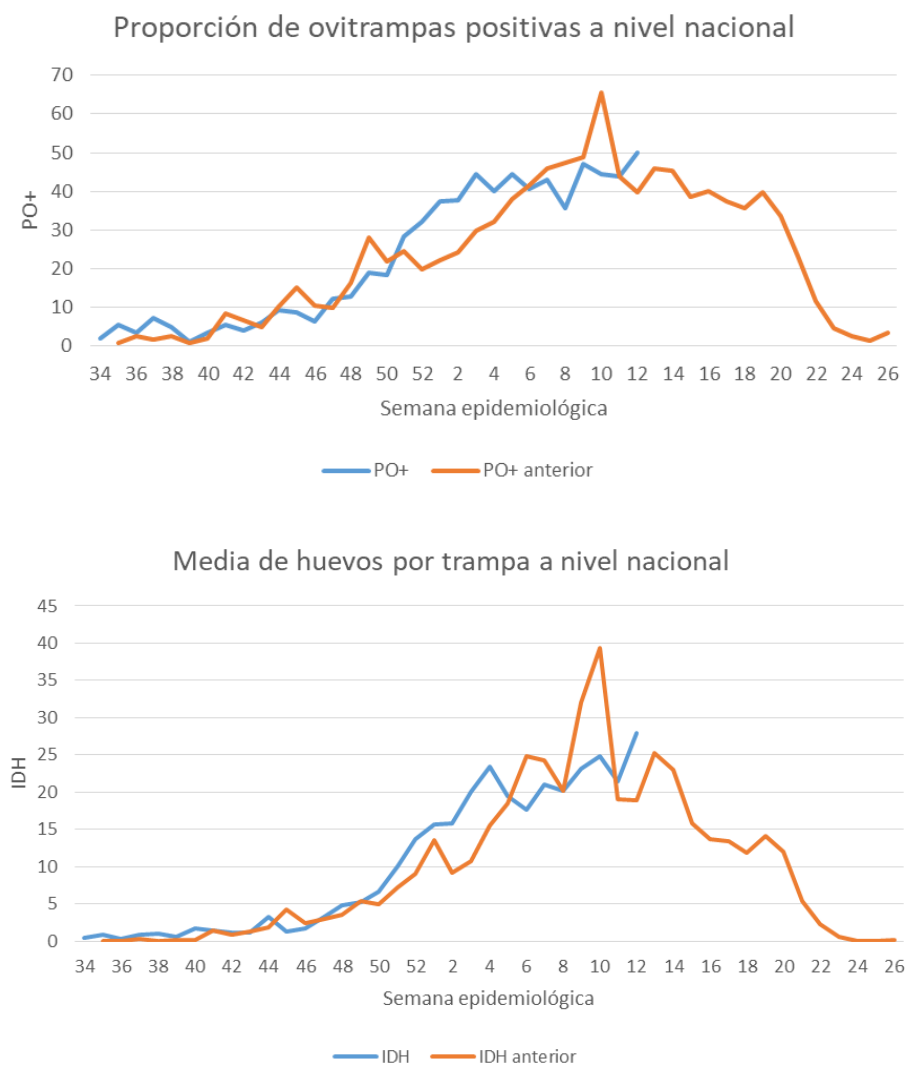
Gráfico 3. Evolución del porcentaje de la media de huevos (IDH) por región desde la SE 34 del 2025 a la SE 12 de 2026, Uruguay. Fuente: Unidad de Zoonosis y Vectores.



Fuente: Unidad de Zoonosis y Vectores.



Gráfico 4. Evolución de los índices entomológicos (PO+ y IDH) a nivel nacional. Uruguay, temporadas 2024-2025 y 2025-2026.



Fuente: Unidad de Zoonosis y Vectores.



Hantavirosis

Tabla 5. Número de casos confirmados, número de fallecidos e incidencia acumulada de hantavirosis por departamento hasta la semana epidemiológica 21. 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	0	1	0.00	0.16	0.16	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	1.72	0.00	-1.72	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	1.76	0.00	-1.76	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	1	0	1.21	0.00	-1.21	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	5	3	0.14	0.09	-0.06	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 21, se confirmaron tres casos de hantavirosis. Los casos corresponden a dos hombres y una mujer, con edades comprendidas en el grupo etario de 30 a 45 años. Entre los casos confirmados, se registró el fallecimiento de un residente del departamento de Colonia.



Hepatitis A

Tabla 6. Número de casos notificados e incidencia acumulada de hepatitis A por departamento a la semana epidemiológica 21. Uruguay, 2025-2026.

Departamento	Casos 2025	Casos 2026	IA 2025	IA 2026	Diferencia IA
Artigas	0	0	0.00	0.00	0.00
Canelones	0	0	0.00	0.00	0.00
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	6	1	0.47	0.08	-0.39
Paysandú	0	0	0.00	0.00	0.00
Río Negro	0	1	0.00	1.75	1.75
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	1.21	0.00	-1.21
Tacuarembó	0	0	0.00	0.00	0.00
Treinta y Tres	0	0	0.00	0.00	0.00
Total	8	2	0.23	0.06	-0.17

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 21, se reportaron dos casos de hepatitis A correspondientes a una mujer y a un hombre de 21 y 92 años, respectivamente.



Hepatitis B

Tabla 7. Número de casos confirmados y en investigación e incidencia acumulada por departamento de hepatitis B a la semana epidemiológica 21. Uruguay, 2025-2026.

Departamento	Casos 2025	Casos 2026	IA 2025	IA 2026	Diferencia IA
Artigas	1	1	1.29	1.29	0.00
Canelones	3	8	0.48	1.30	0.81
Cerro Largo	0	0	0.00	0.00	0.00
Colonia	1	0	0.74	0.00	-0.74
Durazno	0	0	0.00	0.00	0.00
Flores	1	1	3.86	3.85	-0.01
Florida	1	1	1.43	1.43	0.00
Lavalleja	2	1	3.44	1.71	-1.73
Maldonado	7	21	3.20	9.69	6.48
Montevideo	42	86	3.30	6.72	3.42
Paysandú	0	0	0.00	0.00	0.00
Río Negro	0	0	0.00	0.00	0.00
Rivera	2	1	1.83	0.92	-0.92
Rocha	2	4	2.47	4.94	2.47
Salto	1	5	0.73	3.67	2.94
San José	1	5	0.83	4.16	3.33
Soriano	0	2	0.00	2.41	2.41
Tacuarembó	0	0	0.00	0.00	0.00
Treinta y Tres	1	1	2.15	2.13	-0.01
Total	65	137	1.87	3.93	2.06

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 8. Resultado de antígeno de superficie de hepatitis B (HBsAg) e incidencia acumulada de casos reactivos por rango etario a la semana epidemiológica 21. 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	7	6	0	2	0	2	0.68	0.67	-0.01
26 a 36 años	12	7	0	3	0	2	2.15	1.26	-0.89
37 a 64 años	31	32	0	38	1	14	2.52	2.58	0.07
De 65 años y más	14	12	0	10	0	9	2.49	2.10	-0.39
Total	64	57	0	53	1	27	1.77	1.64	-0.13

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 21, los casos registrados de hepatitis B corresponden a un 55,2% de mujeres y un 44,8% de hombres, con una media de 50,4 años, y un rango etario de entre 17 y 84 años de edad. Dos de ellos requirieron internación y uno de ellos falleció.

Entre 2024 y 2025 se realizaron cambios en la forma de vigilancia de hepatitis B, buscando la mejora de la calidad del dato. En particular, para confirmar los casos se considera clave el tomar en cuenta la búsqueda del antígeno de superficie reactivo (HBsAg) en los pacientes, para así poder distinguir entre una persona realmente expuesta al virus de una persona cuya única exposición a los antígenos se debe a haber recibido inmunización anti-hepatitis B. Los datos correspondientes al resultado de este estudio se muestran en la tabla 8, los rangos etarios utilizados toman en cuenta la referencia de los cohortes vacunales.



Hepatitis C

Tabla 9. Número de casos confirmados y en investigación e incidencia acumulada por departamento de hepatitis C a la semana epidemiológica 21. Uruguay, 2025-2026.

Departamento	Casos 2025	Casos 2026	IA 2025	IA 2026	Diferencia IA
Artigas	1	0	1.29	0.00	-1.29
Canelones	7	10	1.13	1.62	0.49
Cerro Largo	0	1	0.00	1.10	1.10
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	1	1.72	1.71	-0.01
Maldonado	5	6	2.29	2.77	0.48
Montevideo	45	63	3.54	4.92	1.38
Paysandú	1	0	0.82	0.00	-0.82
Río Negro	0	0	0.00	0.00	0.00
Rivera	0	0	0.00	0.00	0.00
Rocha	2	0	2.47	0.00	-2.47
Salto	0	0	0.00	0.00	0.00
San José	1	1	0.83	0.83	0.00
Soriano	0	0	0.00	0.00	0.00
Tacuarembó	2	0	2.09	0.00	-2.09
Treinta y Tres	1	2	2.15	4.26	2.12
Total	66	88	1.90	2.52	0.63

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 21, los casos registrados de hepatitis C, corresponden a un 51,1% de hombres y un 48,9% de mujeres, con una media de edad de 45,2 años y un rango etario de entre 18 y 85 años.



Leptospirosis

Tabla 10. Número de casos confirmados, número de fallecidos e incidencia acumulada de leptospirosis hasta la semana epidemiológica 21 por departamento. Uruguay, 2025-2026.

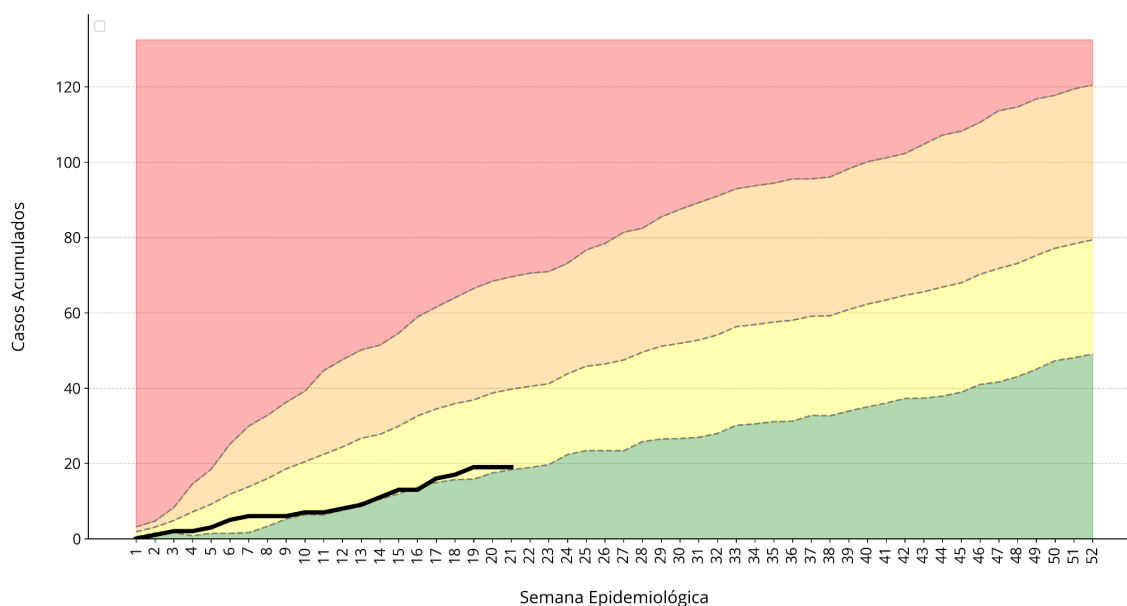
Departamento	Casos 2025	Casos 2026	IA 2025	IA 2026	Diferencia IA	Fallecidos 2025	Fallecidos 2026
Artigas	0	0	0.00	0.00	0.00	0	0
Canelones	3	3	0.48	0.49	0.00	0	0
Cerro Largo	0	2	0.00	2.21	2.21	0	0
Colonia	7	0	5.15	0.00	-5.15	0	0
Durazno	1	0	1.61	0.00	-1.61	0	0
Flores	0	0	0.00	0.00	0.00	0	0
Florida	0	0	0.00	0.00	0.00	0	0
Lavalleja	0	0	0.00	0.00	0.00	0	0
Maldonado	0	1	0.00	0.46	0.46	0	0
Montevideo	3	4	0.24	0.31	0.08	0	2
Paysandú	2	2	1.65	1.64	0.00	0	0
Río Negro	3	0	5.27	0.00	-5.27	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	2	4.98	1.66	-3.32	0	0
Soriano	2	0	2.42	0.00	-2.42	0	0
Tacuarembó	1	1	1.05	1.04	0.00	0	0
Treinta y Tres	4	1	8.58	2.13	-6.45	0	0
Total	39	19	1.12	0.54	-0.58	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 21 se registraron diecinueve casos confirmados de leptospirosis. El 94,7 % corresponde a individuos de sexo masculino. El rango etario de los casos es de entre 21 y 68 años, con una edad media de 41,8 años. Quince de los casos requirieron internación y dos de ellos fallecieron.

Gráfico 5. Corredor endémico leptospirosis. Uruguay, 2026.



Fuente: SG-DEVISA.



Meningitis, meningoencefalitis y enfermedad meningocócica

Tabla 11. Número de casos, incidencia acumulada y número de fallecidos por meningitis, meningoencefalitis y enfermedad meningocócica hasta la semana epidemiológica 21. Uruguay, 2025-2026.

Evento		N° casos		IA		N° fallecidos		Diferencia IA
		2025	2026	2025	2026	2025	2026	
Meningitis y enfermedad meningocócica		10	15	0.29	0.42	2	3	0.13
Meningitis bacteriana	Meningitis por H. influenzae	2	1	0.06	0.03	0	0	-0.03
	Meningitis por S. pneumoniae	4	7	0.11	0.20	2	2	0.08
	Meningitis por Listeria monocytogenes	2	2	0.06	0.06	1	0	0.00
	Microorganismo sin identificar	5	4	0.14	0.11	0	0	-0.03
	Otro microorganismo identificado (no incluye N. meningitidis)	4	4	0.11	0.11	1	0	0.00
Meningitis y meningoencefalitis virales	Enterovirus	2	1	0.06	0.03	0	0	-0.03
	Herpes simplex 1 y 2	2	3	0.06	0.08	1	0	0.03
	Herpes zoster	10	7	0.29	0.20	3	2	-0.09
	EEO	0	0	0.00	0.00	0	0	0.00
	Otras virales	6	0	0.17	0.00	1	0	-0.17

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. 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	3	2.40	0	0.00
De 5 a 14 años	6	1.37	1	16.67
De 15 a 64 años	4	0.17	1	25.00
De 65 años y más	0	0.00	0	0.00
Total	15	0.43	3	20.00

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

Tabla 13. Número de casos de meningitis y enfermedad meningocócica por departamento. Uruguay, 2026.

Departamento	Casos 2026	IA 2026	Fallecidos 2026
Canelones	2	0.33	1
Durazno	1	1.61	0
Maldonado	1	0.46	0
Montevideo	7	0.55	1
Rivera	1	0.92	0
Rocha	1	1.23	0
Tacuarembó	2	2.09	1
Total	15	0.43	3

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



Tabla 14. 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	0	0	2
De 5 a 14 años	0	4	0	2
De 15 a 64 años	0	3	0	1
De 65 años y más	0	0	0	0
Total	2	7	0	6

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

Tabla 15. 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	1	0.23	0	0.00
De 15 a 64 años	2	0.09	0	0.00
De 65 años y más	4	0.70	2	50.00
Total	7	0.20	2	28.57

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



Parotiditis

Tabla 16. Número de casos e incidencia acumulada de parotiditis infecciosa por rango etario hasta la semana epidemiológica 21. 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	34	29	26.02	23.19	-2.84
De 5 a 9 años	46	28	21.90	14.16	-7.73
De 10 a 14 años	19	12	7.96	5.02	-2.94
De 15 a 19 años	5	2	2.11	0.85	-1.27
De 20 a 24 años	5	3	2.07	1.25	-0.82
De 25 a 29 años	5	8	1.98	3.22	1.24
De 30 a 34 años	9	4	3.55	1.56	-1.99
De 35 a 39 años	3	8	1.21	3.21	2.00
De 40 a 44 años	5	13	2.12	5.45	3.34
De 45 a 49 años	7	7	2.89	2.92	0.03
De 50 a 54 años	1	5	0.46	2.24	1.78
De 55 a 59 años	1	4	0.51	2.02	1.51
De 60 a 64 años	1	4	0.52	2.10	1.58
De 65 a 69 años	4	2	2.34	1.16	-1.18
De 70 a 74 años	2	3	1.46	2.12	0.66
De 75 y más	2	8	0.79	3.12	2.33
TOTAL	151	142	4.33	4.08	-0.25

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

Departamento	Casos 2025	Casos 2026	IA 2025	IA 2026	Diferencia IA
Artigas	1	1	1.29	1.29	0.00
Canelones	11	10	1.77	1.62	-0.15
Cerro Largo	4	2	4.43	2.21	-2.22
Colonia	7	8	5.15	5.88	0.73
Durazno	0	2	0.00	3.23	3.23
Flores	2	0	7.72	0.00	-7.72
Florida	1	1	1.43	1.43	0.00
Lavalleja	1	1	1.72	1.71	-0.01
Maldonado	4	2	1.83	0.92	-0.91
Montevideo	57	53	4.48	4.14	-0.34
Paysandú	17	14	14.00	11.51	-2.49
Río Negro	1	0	1.76	0.00	-1.76
Rivera	1	2	0.92	1.83	0.92
Rocha	3	1	3.70	1.23	-2.47
Salto	25	31	18.37	22.76	4.39
San José	3	0	2.49	0.00	-2.49
Soriano	8	12	9.68	14.46	4.77
Tacuarembó	4	1	4.18	1.04	-3.14
Treinta y Tres	1	1	2.15	2.13	-0.01
Total	151	142	4.34	4.07	-0.26

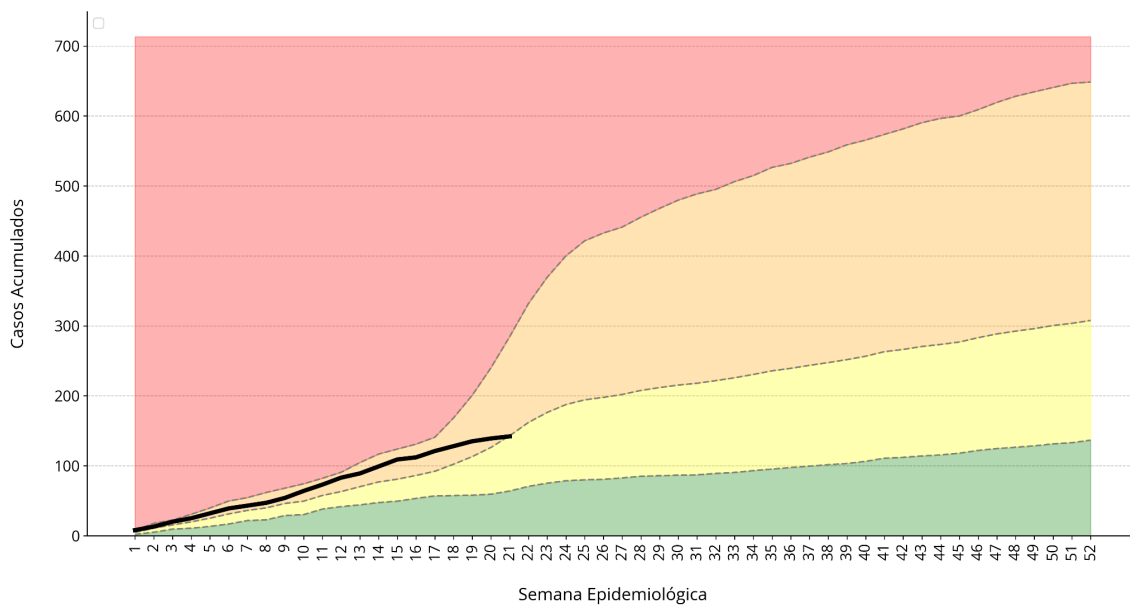
IA: incidencia acumulada x 100.000 habitantes. Fuente: SG-DEVISA. Los datos se encuentran sujetos a modificaciones producto de la mejora de calidad del registro.

El análisis de los casos de parotiditis muestra una disminución en la incidencia acumulada a la SE 21 al comparar con 2025, pero un aumento de 0.24 puntos 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 6. Corredor endémico parotiditis infecciosa. Uruguay, 2026.



Fuente: SG-DEVISA.



Personas mordidas o con riesgo de exposición a virus rábico

Tabla 18. Número de casos por departamento y animal involucrado hasta la semana epidemiológica 21, Uruguay, 2026

Departamento	Perro	Murciélago	Gato	Otro	Total
Artigas	31	2	0	0	33
Canelones	241	8	23	3	275
Cerro Largo	35	1	4	0	40
Colonia	137	0	10	0	147
Durazno	38	0	2	0	40
Flores	37	0	8	1	46
Florida	22	1	1	0	24
Lavalleja	30	2	2	1	35
Maldonado	100	15	13	1	129
Montevideo	611	25	60	3	699
Paysandú	122	1	10	0	133
Río Negro	22	0	1	0	23
Rivera	171	0	17	0	188
Rocha	15	2	0	0	17
Salto	202	1	18	0	221
San José	78	0	5	0	83
Soriano	46	3	4	1	54
Tacuarembó	138	0	8	0	146
Treinta y Tres	5	0	1	0	6
Total	2081	61	187	10	2339

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

En 738 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 8, se confirmaron 7145 casos de sarampión en la región de las Américas, lo que representa un aumento respecto al mismo período de 2025. El grupo etario con mayor tasa de incidencia son los menores de un año, seguido del grupo de 1 a 4 años de edad.

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 19 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 19. Número de casos notificados e incidencia acumulada de sífilis por departamento hasta la semana epidemiológica 21. Uruguay, 2025-2026.

Departamento	Casos 2025	Casos 2026	IA 2025	IA 2026	Diferencia IA
Artigas	48	109	62.10	140.87	78.77
Canelones	214	398	34.44	64.43	29.98
Cerro Largo	20	30	22.15	33.15	11.00
Colonia	93	143	68.42	105.15	36.72
Durazno	46	48	74.29	77.41	3.13
Flores	12	12	46.31	46.18	-0.14
Florida	41	52	58.61	74.24	15.63
Lavalleja	93	92	160.01	157.52	-2.50
Maldonado	339	440	155.19	202.94	47.75
Montevideo	914	1245	71.88	97.27	25.39
Paysandú	128	183	105.39	150.45	45.06
Río Negro	25	29	43.89	50.83	6.93
Rivera	58	24	53.17	21.99	-31.19
Rocha	46	103	56.72	127.14	70.41
Salto	65	170	47.76	124.79	77.03
San José	71	104	58.96	86.45	27.49
Soriano	72	58	87.16	69.89	-17.28
Tacuarembó	101	59	105.62	61.58	-44.04
Treinta y Tres	21	17	45.07	36.25	-8.82
Total	2407	3316	69.11	95.07	25.96



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.

Tos convulsa

Tabla 20. Número de casos e incidencia acumulada de tos convulsa por rango etario hasta la semana epidemiológica 21. Uruguay, 2025-2026.

Rango etario	Casos 2025	Casos 2026	IA 2025	IA 2026	Diferencia IA
Menor de 1 año	3	5	10.07	16.77	6.70
De 1 a 4 años	1	0	0.77	0.00	-0.77
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	0	0.40	0.00	-0.40
De 40 a 44 años	0	0	0.00	0.00	0.00
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	6	5	0.17	0.14	-0.03

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.



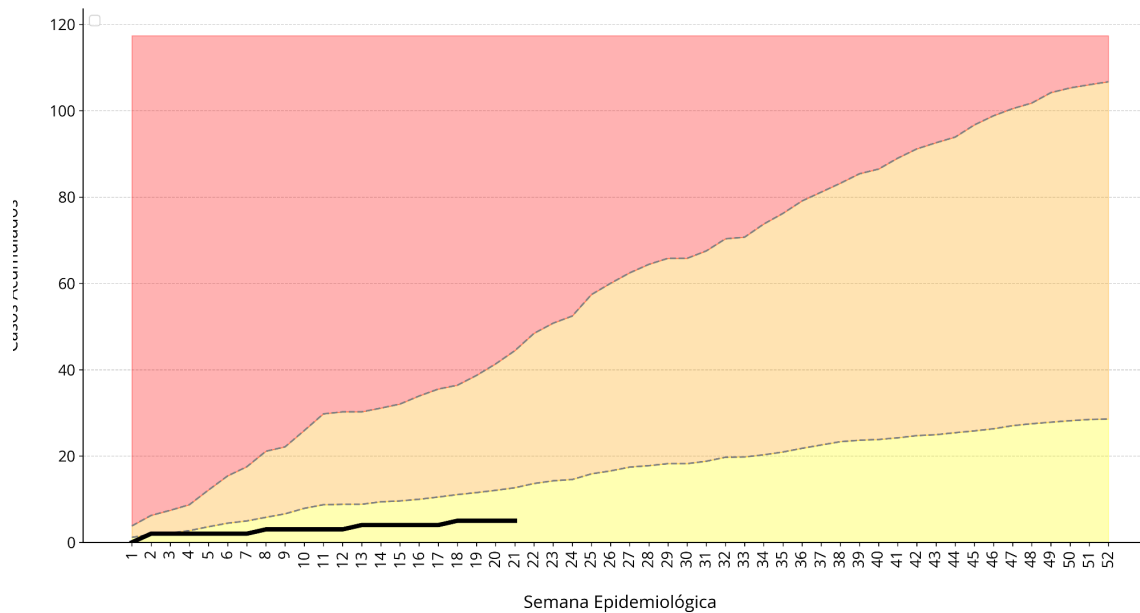
Tabla 21. Número de casos e incidencia acumulada de tos convulsa por departamento hasta la semana epidemiológica 21. Uruguay, 2025-2026.

Departamento	Casos 2025	Casos 2026	IA 2025	IA 2026	Diferencia IA
Artigas	0	0	0.00	0.00	0.00
Canelones	1	1	0.16	0.16	0.00
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	3	4	0.24	0.31	0.08
Paysandú	0	0	0.00	0.00	0.00
Río Negro	0	0	0.00	0.00	0.00
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	1.21	0.00	-1.21
Tacuarembó	0	0	0.00	0.00	0.00
Treinta y Tres	0	0	0.00	0.00	0.00
Total	6	5	0.17	0.14	-0.03

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 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 21 se registraron 305 casos, 63 de los cuales corresponden a diecinueve brotes, nueve de ellos intrafamiliares, cuatro correspondientes a centros educativos y los restantes a otras instituciones. El corredor endémico acumulado de varicela se muestra en el gráfico 8.



Tabla 22. Número de casos e incidencia acumulada de varicela por rango etario hasta la semana epidemiológica 21. Uruguay, 2025-2026.

Rango etario	Casos 2025	Casos 2026	IA 2025	IA 2026	Diferencia IA
Menor de 1 año	7	7	23.50	23.47	-0.03
De 1 a 4 años	24	35	18.37	27.99	9.62
De 5 a 9 años	11	23	5.24	11.63	6.40
De 10 a 14 años	23	42	9.64	17.56	7.92
De 15 a 19 años	55	61	23.25	25.82	2.57
De 20 a 24 años	42	32	17.39	13.33	-4.06
De 25 a 29 años	33	34	13.04	13.68	0.64
De 30 a 34 años	20	22	7.90	8.61	0.71
De 35 a 39 años	4	16	1.61	6.42	4.81
De 40 a 44 años	3	13	1.27	5.45	4.18
De 45 a 49 años	3	13	1.24	5.43	4.19
De 50 a 54 años	8	3	3.68	1.34	-2.33
De 55 a 59 años	0	0	0.00	0.00	0.00
De 60 a 64 años	1	2	0.52	1.05	0.53
De 65 a 69 años	1	2	0.58	1.16	0.57
De 70 a 74 años	2	0	1.46	0.00	-1.46
De 75 y más	4	0	1.58	0.00	-1.58
Total	241	305	6.91	8.76	1.85

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.



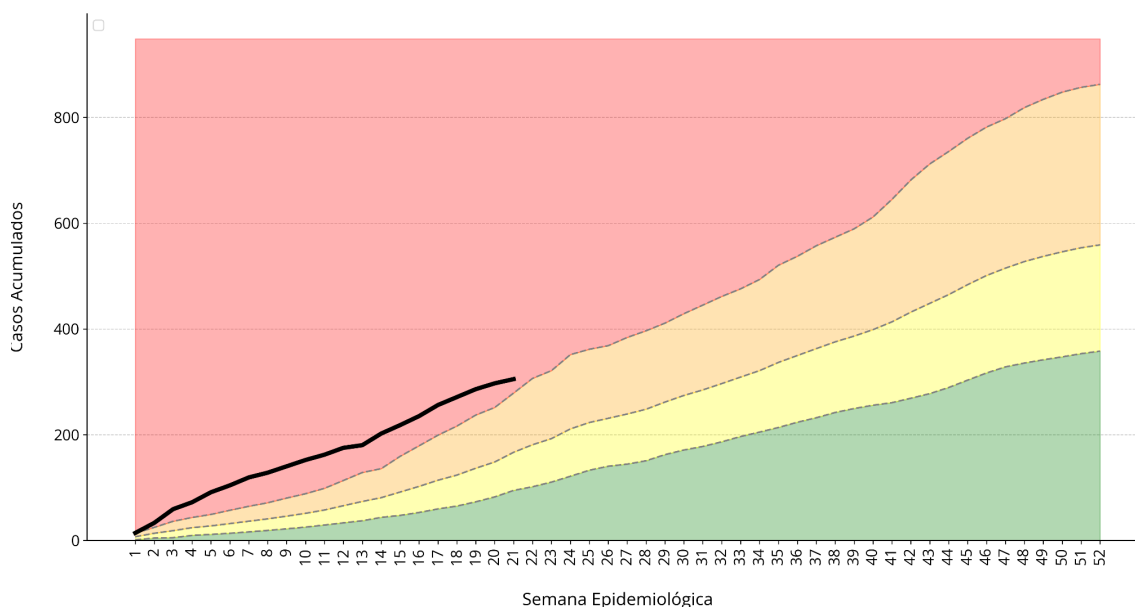
Tabla 23. Número de notificaciones e incidencia acumulada de notificaciones de varicela por departamento hasta la semana epidemiológica 21. Uruguay, 2025-2026.

Departamento	Casos 2025	Casos 2026	IA 2025	IA 2026	Diferencia IA
Artigas	1	7	1.29	9.05	7.75
Canelones	30	44	4.83	7.12	2.29
Cerro Largo	1	1	1.11	1.10	0.00
Colonia	9	13	6.62	9.56	2.94
Durazno	0	4	0.00	6.45	6.45
Flores	0	0	0.00	0.00	0.00
Florida	2	10	2.86	14.28	11.42
Lavalleja	8	2	13.76	3.42	-10.34
Maldonado	9	15	4.12	6.92	2.80
Montevideo	111	141	8.73	11.02	2.29
Paysandú	21	20	17.29	16.44	-0.85
Río Negro	10	4	17.56	7.01	-10.55
Rivera	4	6	3.67	5.50	1.83
Rocha	2	4	2.47	4.94	2.47
Salto	17	20	12.49	14.68	2.19
San José	6	1	4.98	0.83	-4.15
Soriano	8	7	9.68	8.43	-1.25
Tacuarembó	2	4	2.09	4.17	2.08
Treinta y Tres	0	2	0.00	4.26	4.26
Total	241	305	6.92	8.74	1.82

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 8. 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).

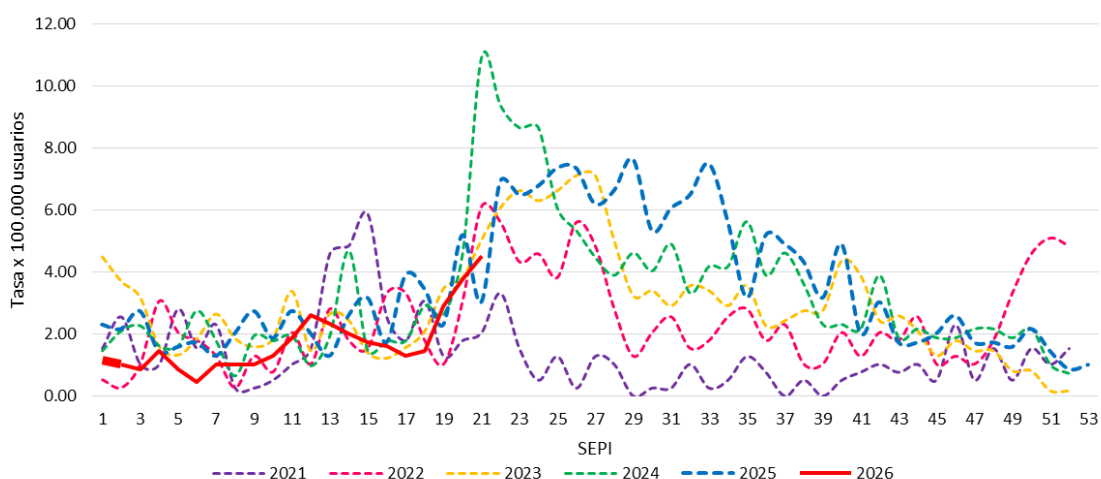


Infecciones respiratorias

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

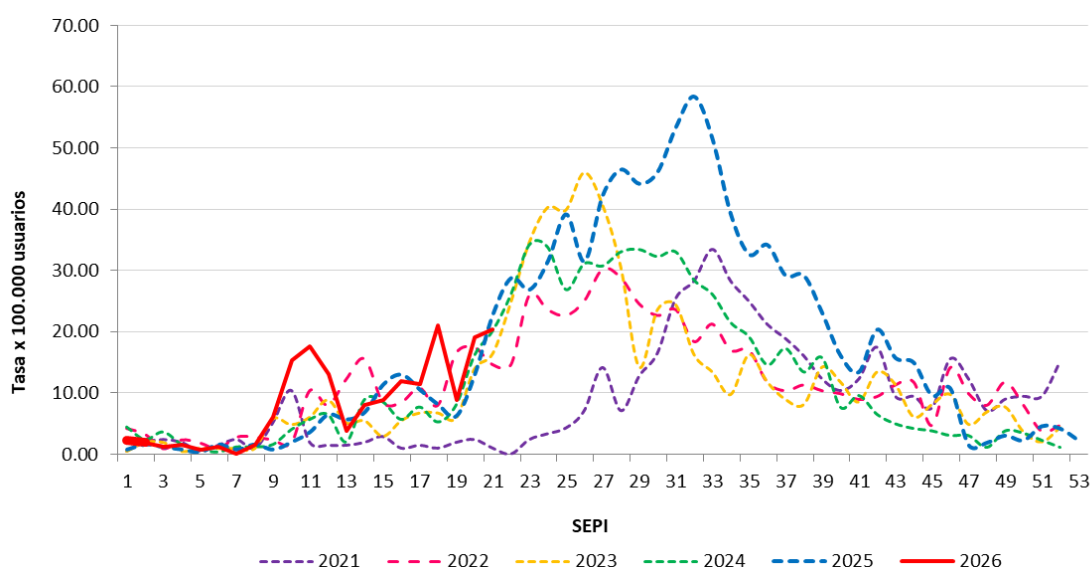
Gráfico 9. Incidencia acumulada en personas de 15 años y más internadas por infecciones respiratorias agudas graves en centros centinela por semana epidemiológica. Uruguay, 2021 - 2026.



Fuente: Sistema de Infecciones Hospitalarias.



Gráfico 10. 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.

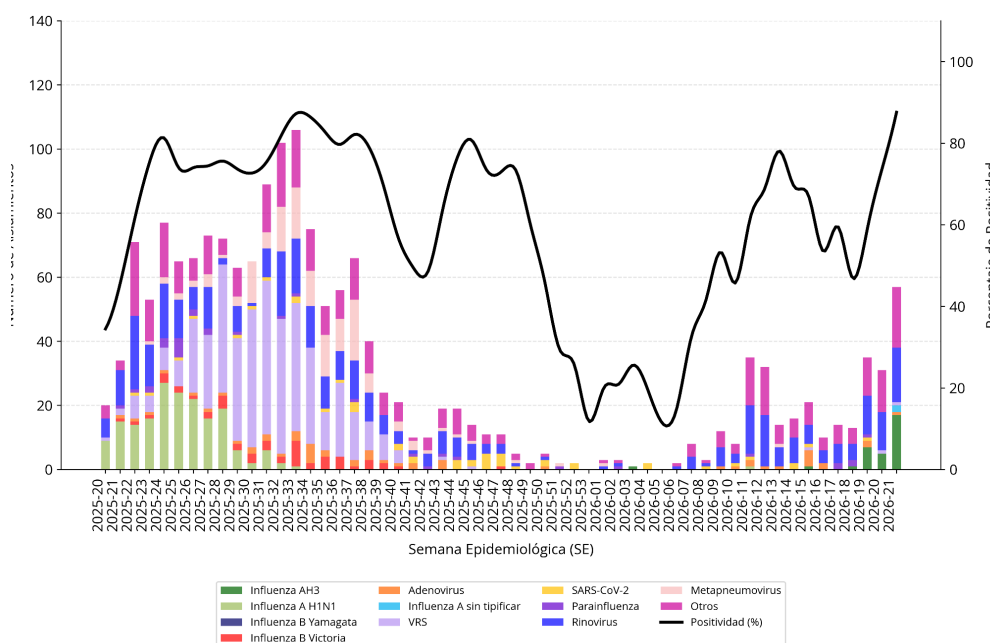
Hasta la SE 21 de 2026, la incidencia acumulada de IRAG en adultos y en menores de 15 años presentó una distribución similar a la observada en años anteriores. En cuanto a la tasa de incidencia de IRAG en 2026, la misma se ubicó en la SE 21 en 4,51 cada 100.000 usuarios para adultos y 20,38 cada 100.000 usuarios para pacientes pediátricos.

En el gráfico 11 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 rinovirus, adenovirus, SARS-CoV-2 e influenza A H1N1 .

Gráfico 11. Virus identificados en infecciones respiratorias agudas graves en centros centinelas y porcentaje de positividad de las muestras analizadas, desde la SE 20 de 2025 hasta la SE 21 de 2026.

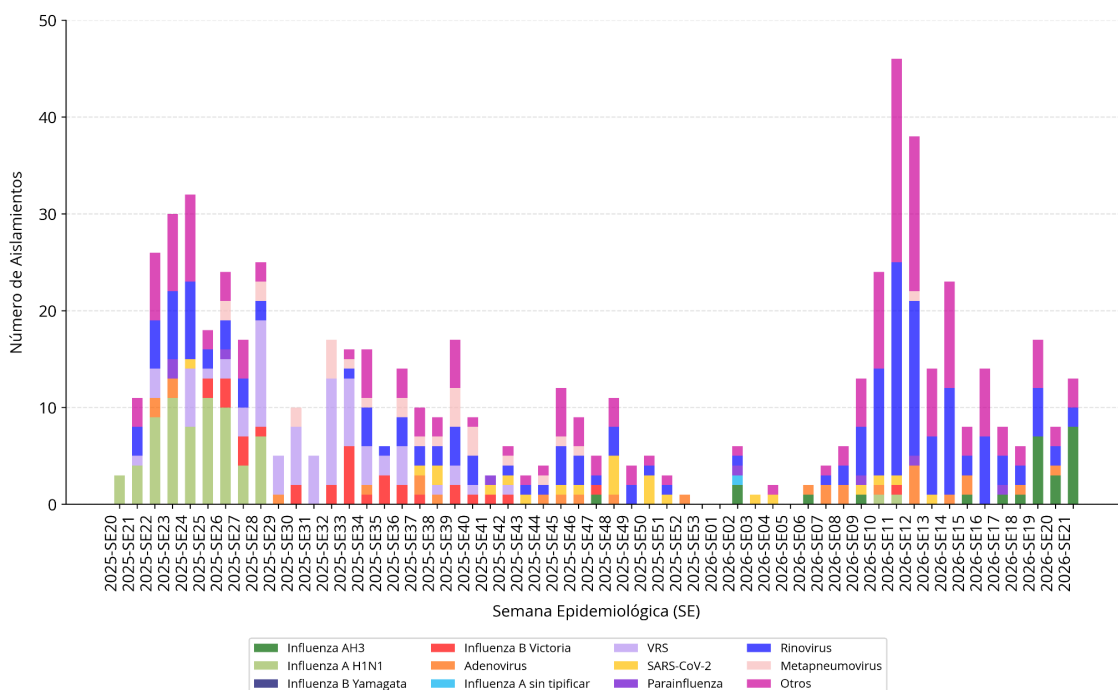


Otros incluye: Enterovirus, Coronavirus, Bocavirus. Fuente: Departamento de Laboratorios de Salud Pública.

En el gráfico 12 se presenta la cantidad de aislamientos según el virus identificado en los casos de ETI. Se observa en las últimas semanas circulación de rinovirus, adenovirus, influenza A H3N2, influenza A H1N1, influenza B victoria, parainfluenza, metapneumovirus y SARS-CoV-2.



Gráfico 12. Virus identificados en enfermedad tipo influenza en centros centinelas, desde la SE 20 de 2025 hasta la SE 21 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 13, 14 y 15. Las tasas se calculan tomando en cuenta la cantidad de usuarios de las instituciones que reportan.

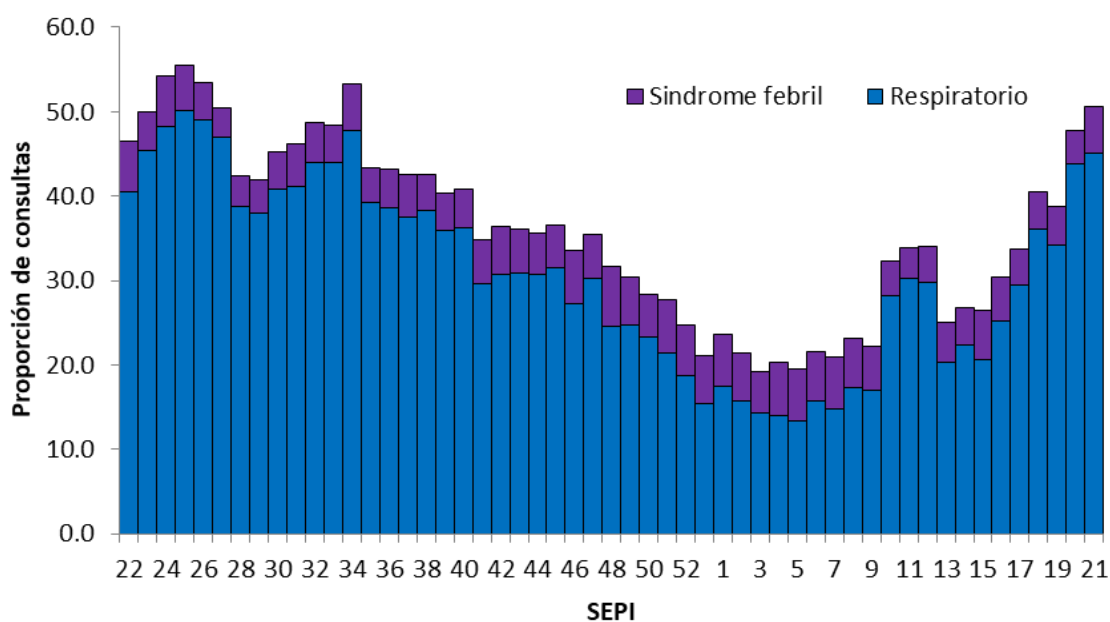
En la SE 13 de 2026 se observó un aumento en la tasa de consultas por infección respiratoria en menores de 15 años respecto a las semanas inmediatas anteriores,

65



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

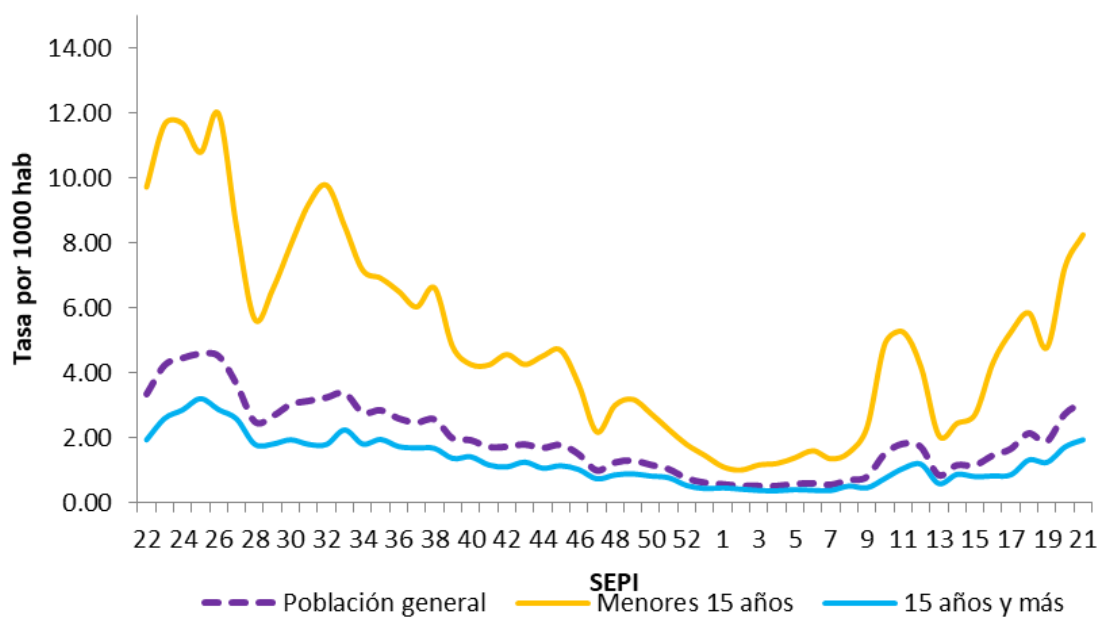
Gráfico 13. Proporción de consultas en emergencias móviles por enfermedad respiratoria y síndrome febril hasta la semana epidemiológica 21 de 2026. Uruguay.



Fuente: DEVISA.



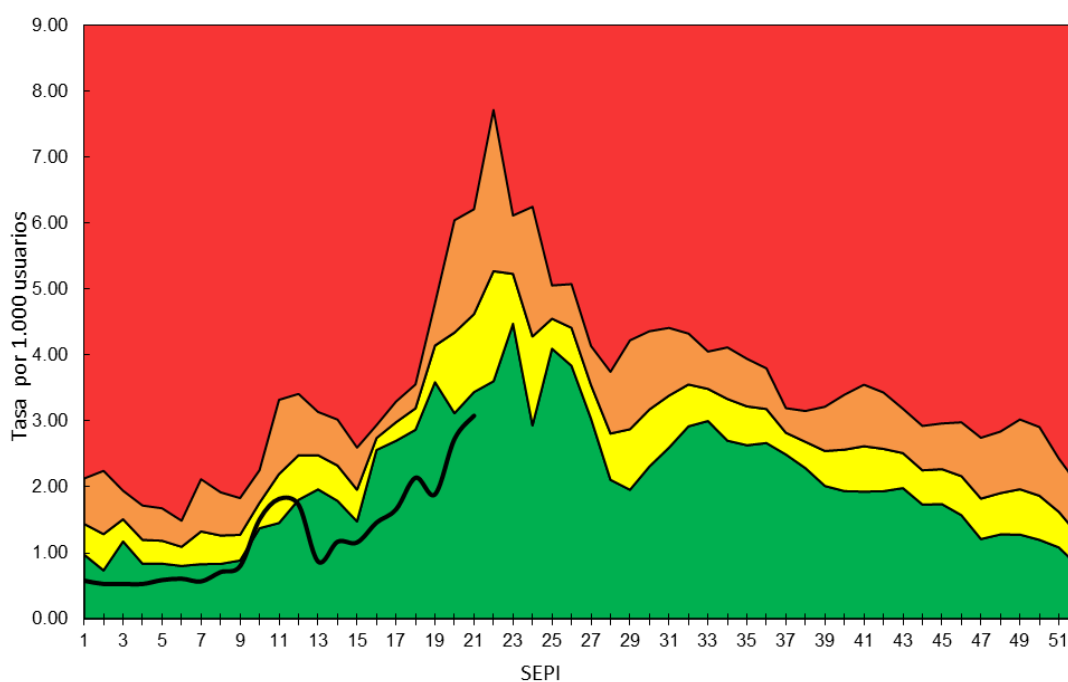
Gráfico 14. Tasa de consultas por infección respiratoria aguda en emergencias móviles hasta la semana epidemiológica 21 de 2026. Uruguay.



Fuente: DEVISA.



Gráfico 15. Corredor endémico de consultas por infección respiratoria aguda en emergencias móviles hasta la semana epidemiológica 21. 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, Kajal; 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

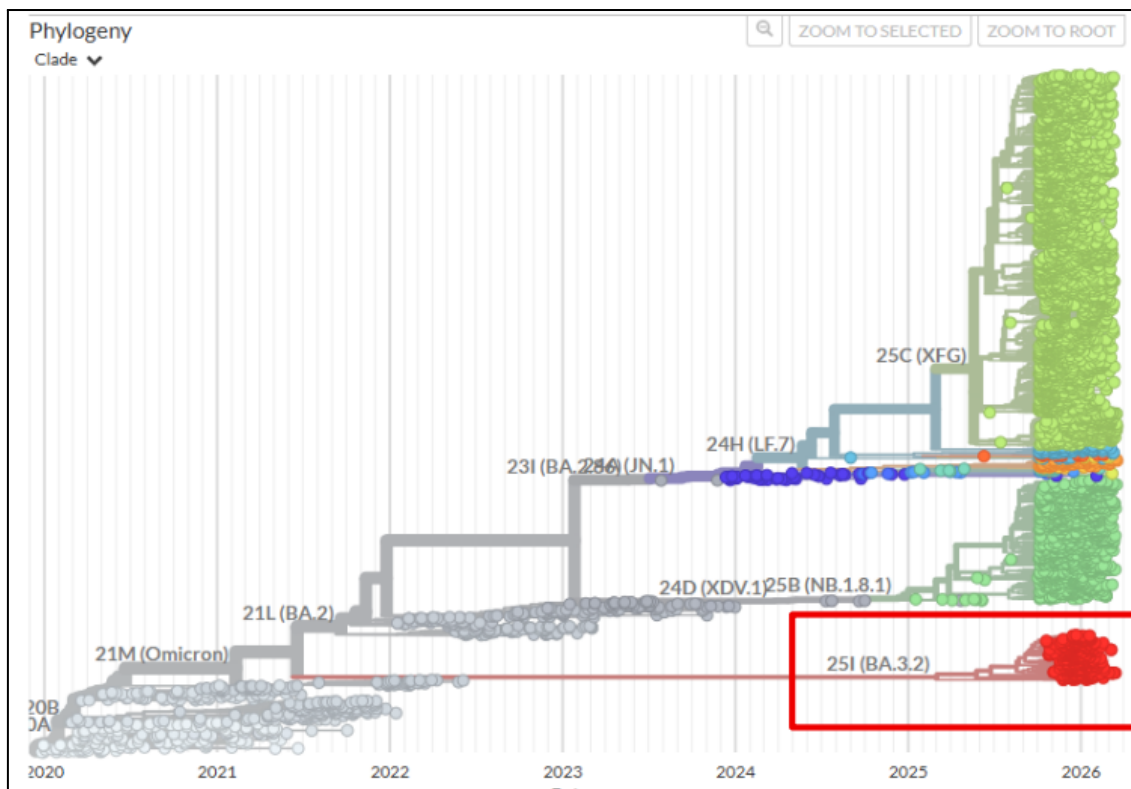


varios países, incluidos Australia , Alemania y Estados Unidos . El 5 de diciembre de 2025, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró a BA.3.2 como una variante bajo vigilancia (VUM). La variante fue apodada extraoficialmente Cicada o Cigarra por los investigadores por su largo tiempo de latencia, 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

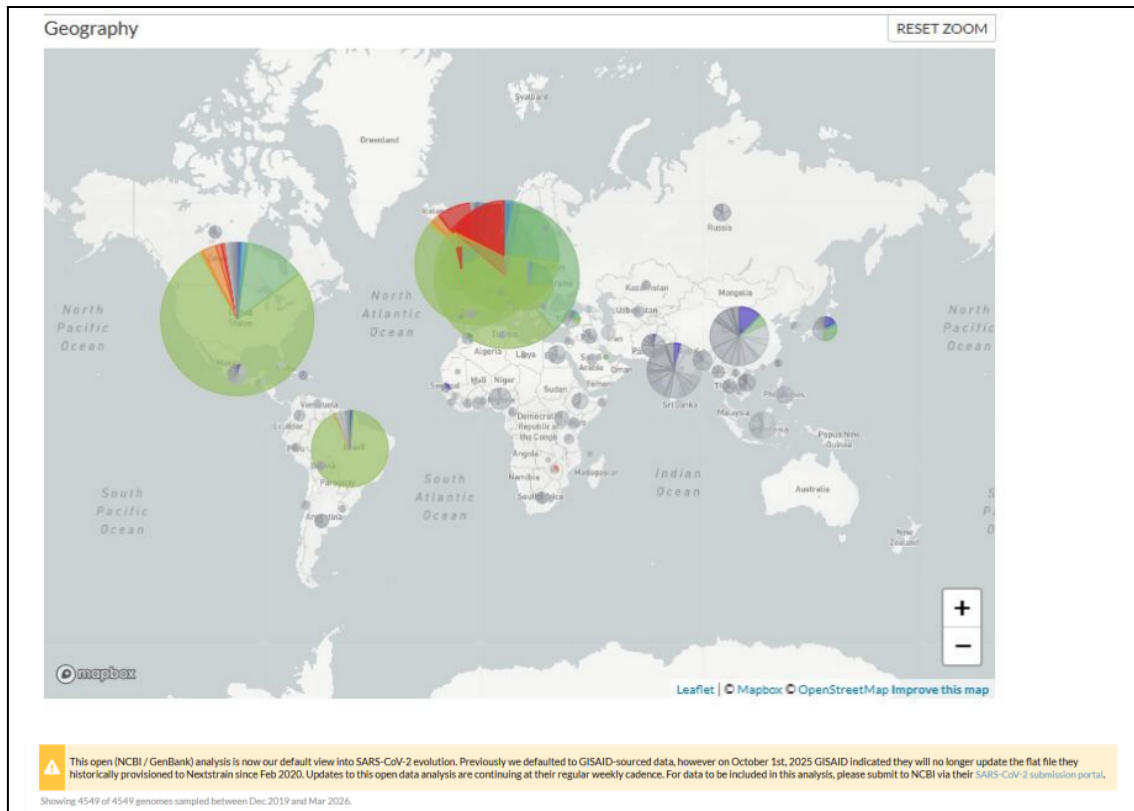


This open (NCBI / GenBank) analysis is now our default view into SARS-CoV-2 evolution. Previously we defaulted to GISAID-sourced data, however on October 1st, 2025 GISAID indicated they will no longer update the flat file they historically provisioned to Nextstrain since Feb 2020. Updates to this open 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.



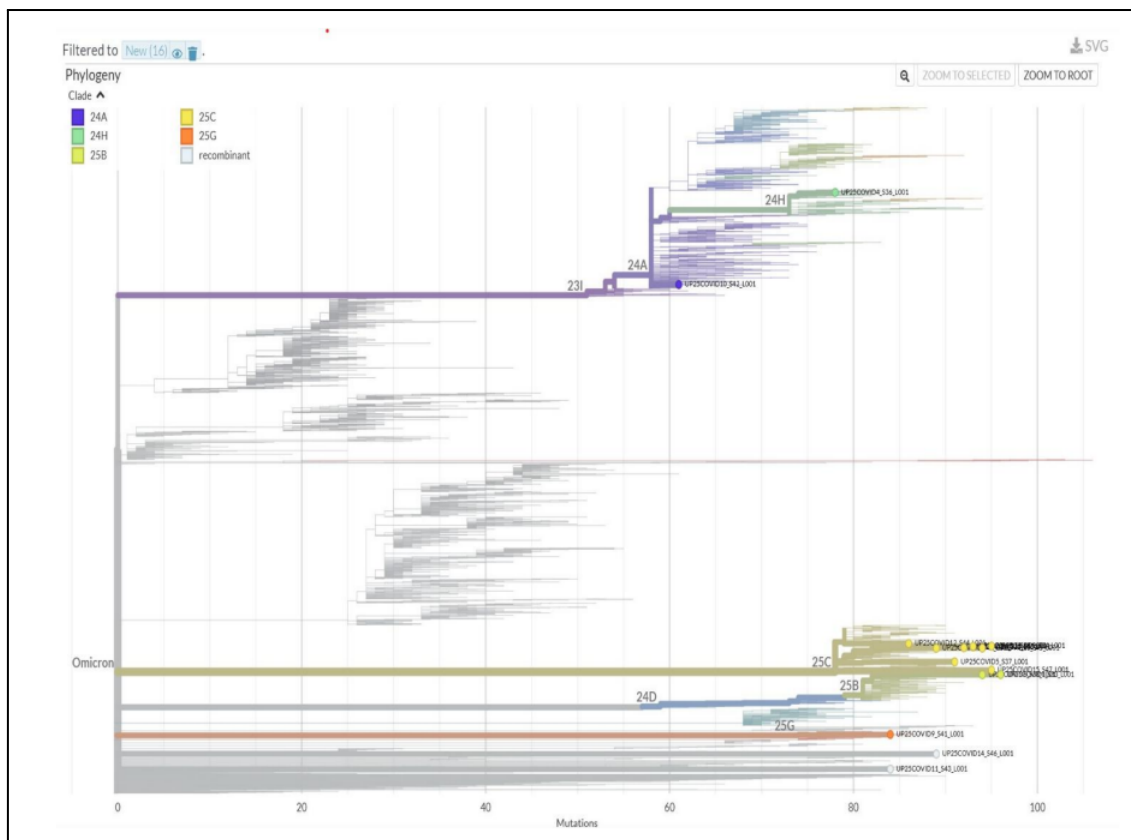
Tabla 24. Variantes obtenidas en el periodo de Vigilancia genómica centinela⁸ de Enero a Marzo 2026 en Uruguay. El asterisco (*) después del nombre de la variante, indica que se secuenciaron distintos genomas derivados de esa variante.

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 25. Brotes en curso según departamento, microorganismos, mecanismo de resistencia, casos de infección y colonización. Año 2026, al 3 de junio.

Departamento	Fecha de inicio	Microorganismo	Mecanismo de resistencia	Casos de infección*	Casos de colonización**	Fecha de último caso (inf o col)
Salto	09/03/2026	<i>Bacilos Gram negativos</i>	NDM	0	23	21/04/2026
Montevideo	22/04/2026	<i>Enterococcus faecium</i>	ERV	1	7	22/05/2026
Maldonado	12/05/2026	<i>Bacilos Gram negativos</i>	NDM	0	3	13/05/2026
Montevideo	22/04/2026	<i>Enterococcus faecium</i>	ERV	0	4	12/05/2026
Montevideo	28/04/2026	<i>Acinetobacter baumannii</i>	NDM	0	2	28/04/2026
Montevideo	03/12/2025	<i>Bacilos Gram negativos</i>	NDM	0	11	13/05/2026
Colonia	27/04/2026	<i>Enterobacter cloacae</i>	NDM	0	5	11/05/2026
Montevideo	12/05/2026	<i>Bacilos Gram negativos</i>	NDM	0	2	19/05/2026
Montevideo	02/03/2026	<i>Enterococcus faecium</i>	ERV	2	2	01/05/2026
Canelones	13/05/2026	<i>Enterococcus faecium</i>	ERV	0	4	13/05/2026

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 26. Frecuencia absoluta de brotes finalizados y número de casos de infección y colonización, según microorganismo. Año 2026, al 3 de junio.

Microorganismo		Número de brotes	Número de casos	
			Infección	Colonización
Bacilos Gram negativos con mecanismo de resistencia fenotípico	NDM	11	12	112
	KPC	-	-	-
	VIM	-	-	-
	BLEE	1	1	8
	OXA 23	2	12	8
Bacilos Gram negativos sin identificación de producción de betalactamasas*		1	3	1
<i>Staphylococcus aureus</i> meticilino sensible		-	-	-
<i>Enterococcus faecium</i> resistente a vancomicina		7	4	21
<i>Clostridioides difficile</i>		1	3	0
Otros microorganismos**		1	2	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