



**Ministerio
de Salud Pública**

Boletín epidemiológico

Semana epidemiológica 24 año 2026

14/06/2026 al 20/06/2026





CONTENIDO

Análisis Epidemiológico Especial.....	4
Gestión, detección y notificación de brotes: una herramienta clave para la respuesta sanitaria.....	5
¿Qué entendemos por brote?.....	5
¿Qué situaciones deben notificarse?.....	5
Notificar ante la sospecha.....	6
La importancia de la calidad de la información.....	7
El rol de los equipos de salud y las instituciones.....	7
Una responsabilidad compartida.....	8
Vías de comunicación.....	8
Enfermedades y Eventos de Notificación Obligatoria.....	10
Vías de notificación.....	11
Resumen de eventos.....	12
Brotes.....	14
Arbovirosis.....	15
Vigilancia vectorial.....	17
Hantavirosis.....	22
Hepatitis A.....	24
Hepatitis B.....	25
Hepatitis C.....	27
Leptospirosis.....	29
Meningitis, meningoencefalitis y enfermedad meningocócica.....	31
Parotiditis.....	34
Personas mordidas o con riesgo de exposición a virus rábico.....	37
Sarampión.....	38
Contexto global y regional.....	38
Vigilancia de sarampión.....	39
Diagnóstico de laboratorio.....	40
Recomendaciones para el equipo de salud.....	41
Medidas de control en los contactos de casos confirmados de sarampión.....	44



Vacunación contra el sarampión.....	45
Recomendaciones para viajeros.....	46
Sífilis.....	47
Tos convulsa.....	49
Varicela.....	52
Conceptos generales de la enfermedad.....	55
Recomendaciones generales.....	57
Infecciones respiratorias.....	59
Vigilancia de IRAG.....	60
Monitoreo de consultas en emergencias móviles.....	63
Informe sobre las variantes COVID-19 bajo vigilancia genómica y su circulación en el país y en la región.....	67
Estado global actual de COVID-19 (2026).....	67
Incidencia y severidad.....	68
Problemas de vigilancia global:.....	68
Long COVID y carga residual.....	68
Implicancias clínicas y epidemiológicas de las variantes circulantes.....	68
Variantes: Paisaje evolutivo Global.....	69
Resultados de Vigilancia en DLSP en el periodo Enero a Marzo 2026.....	72
Infecciones asociadas a la atención a la salud.....	76
Brotos de IAAS.....	77



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 24 de 2026, el Análisis Epidemiológico Especial corresponde a la Unidad de Alerta y Respuesta (UNAR), que presenta una revisión sobre la gestión, detección y notificación de brotes. El artículo aborda los conceptos y criterios epidemiológicos que definen una situación de brote, las situaciones que deben notificarse, la importancia de notificar ante la sospecha sin esperar confirmación de laboratorio, los requisitos de calidad de la información para la investigación epidemiológica y el rol de los equipos de salud y las instituciones en la detección temprana, en tanto responsabilidad compartida del sistema de vigilancia.



Gestión, detección y notificación de brotes: una herramienta clave para la respuesta sanitaria

La vigilancia epidemiológica constituye uno de los pilares fundamentales para la protección de la salud de la población. Su eficacia depende no solo de la capacidad de identificar enfermedades y eventos sanitarios, sino también de la rapidez con que la información llega al sistema de vigilancia y de la calidad de los datos aportados.

Si bien gran parte de la vigilancia se sustenta en la notificación de casos individuales, la detección temprana de brotes representa una de las funciones más relevantes del sistema, ya que permite activar medidas de control antes de que los eventos alcancen una mayor magnitud.

La experiencia demuestra que una notificación temprana, incluso ante una sospecha inicial, puede reducir significativamente el impacto sanitario de un brote.

¿Qué entendemos por brote?

Desde el punto de vista epidemiológico, se considera brote a la aparición de dos o más casos de una enfermedad relacionados en tiempo, lugar y persona. En determinadas situaciones, incluso un único caso puede constituir un evento de relevancia sanitaria cuando corresponde a una enfermedad eliminada, no endémica o con alto potencial de impacto poblacional.

¿Qué situaciones deben notificarse?

La notificación debe realizarse ante cualquier incremento inusual de casos respecto a lo esperado para una determinada época del año o población, así como



frente a agrupamientos de personas con síntomas similares que compartan un vínculo epidemiológico.

Estas situaciones pueden ocurrir en distintos ámbitos, incluyendo centros educativos, establecimientos de salud, residenciales para personas mayores, centros de privación de libertad, entornos laborales, actividades recreativas o núcleos familiares.

Asimismo, corresponde notificar:

- Enfermedades inmunoprevenibles con potencial de transmisión, como sarampión, rubéola, tos convulsa o varicela.
- Brotes de enfermedades transmitidas por alimentos.
- Eventos de causa desconocida o cuadros clínicos inusuales.
- Situaciones que puedan representar un riesgo para la salud pública por su gravedad o capacidad de propagación.

Es importante recordar que la obligación de notificar no depende exclusivamente de la enfermedad involucrada. Incluso patologías que habitualmente no requieren notificación individual pueden transformarse en eventos de interés cuando ocurren en forma agrupada o generan transmisión en una comunidad.

Notificar ante la sospecha

Uno de los errores más frecuentes consiste en esperar la confirmación diagnóstica para comunicar un posible brote.

La vigilancia epidemiológica funciona precisamente de manera inversa: la notificación debe realizarse ante la sospecha clínico-epidemiológica, permitiendo



que los equipos de vigilancia evalúen el riesgo, orienten la investigación y definan oportunamente las medidas de control.

La confirmación por laboratorio continúa siendo una herramienta fundamental, pero no debe retrasar la activación de los mecanismos de respuesta.

La importancia de la calidad de la información

Una notificación oportuna pierde efectividad cuando la información aportada es insuficiente para caracterizar el evento.

Para iniciar una investigación epidemiológica resulta fundamental contar con datos básicos como la identificación de los casos, fecha de inicio de síntomas, lugar de ocurrencia, síntomas principales, antecedentes epidemiológicos relevantes y datos de contacto actualizados.

En los eventos de transmisión comunitaria o institucional, además de los casos identificados, resulta especialmente importante conocer la población expuesta. Por ejemplo, la totalidad de alumnos de una clase, residentes de un establecimiento o funcionarios de un sector determinado.

Esta información permite dimensionar la magnitud del evento, identificar personas susceptibles y definir medidas como vigilancia activa, vacunación de bloqueo, quimioprofilaxis u otras intervenciones específicas.

El rol de los equipos de salud y las instituciones

Los equipos asistenciales constituyen el primer eslabón de la vigilancia epidemiológica. Su capacidad para reconocer situaciones inusuales, registrar adecuadamente la información y comunicarla de forma temprana resulta esencial para el funcionamiento del sistema.



La notificación puede realizarse mediante las vías formales establecidas por el Ministerio de Salud Pública, incluyendo el Sistema de Gestión de DEVISA, los correos electrónicos institucionales y los canales telefónicos disponibles para situaciones que requieran coordinación inmediata.

Una vez recibida la alerta, los equipos de vigilancia epidemiológica brindan apoyo técnico, coordinan la investigación y orientan las acciones necesarias para contener el evento.

Una responsabilidad compartida

La detección precoz de brotes no depende exclusivamente del sistema de vigilancia. Requiere la participación activa de instituciones educativas, establecimientos de salud, laboratorios, residenciales, organizaciones comunitarias y equipos asistenciales.

Notificar tempranamente, aportar información completa e identificar adecuadamente a las personas expuestas son acciones que permiten reducir los tiempos de respuesta y limitar la propagación de enfermedades.

En definitiva, una vigilancia epidemiológica efectiva se construye a partir de una cultura de alerta permanente, donde la sospecha genera acción y la información de calidad se transforma en una herramienta para proteger la salud de toda la población.

Vías de comunicación

Telefónica: **1934** interno **4010**

Correo electrónico: **vigilanciaepi@msp.gub.uy**

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



*Solicitando usuario a vigilanciaepi@msp.gub.uy con la siguiente información:

- Nombre y apellido
- CI
- Profesión y cargo que ocupa en la institución por la cual notificará
- Teléfono y correo electrónico personal
- Institución/es por las cuales podría notificar, de forma que el usuario quede asociado a las mismas (puede ser de interés para personas que trabajan en más de una institución).



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 24. Uruguay, mediana de últimos 5 años (sin incluir pandémicos) vs. 2026.

Evento	N° casos		IA		Diferencia de tasas
	Mediana	2026	Mediana	2026	
Araneismo	5	9	0.14	0.26	0.12
Cólera	0	0	0.00	0.00	0.00
Chikungunya	1	3	0.03	0.09	0.06
Dengue autóctono	7	0	0.20	0.00	-0.20
Dengue importado	30	3	0.86	0.09	-0.77
Difteria	0	0	0.00	0.00	0.00
Enfermedad meningocócica	10	19	0.29	0.55	0.26
Enfermedad transmitida por alimentos	277	118	7.93	3.39	-4.54
Fiebre amarilla	0	0	0.00	0.00	0.00
Hantavirus	7	3	0.20	0.09	-0.11
Meningitis aguda bacteriana	25	25	0.71	0.72	0.01
Meningitis/meningoencefalitis viral	21	12	0.60	0.34	-0.26
M-pox	0	0	0.00	0.00	0.00
Ofidismo	16	36	0.46	1.03	0.58
Oropuche	0	0	0.00	0.00	0.00
Personas mordidas o con riesgo de exposición a virus rábico	1554	2645	44.50	75.99	31.49
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	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 24. 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	6	2	0.17	0.06	-0.11
Hepatitis B*	140	161	3.98	4.63	0.65
Hepatitis C*	114	99	3.26	2.84	-0.41
Hepatitis E	0	4	0.00	0.11	0.11
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	39	18	1.12	0.52	-0.60
Malaria	4	1	0.11	0.03	-0.09
Parotiditis infecciosa	169	205	4.85	5.89	1.04
Sífilis*	2939	3826	83.94	109.92	25.99
Varicela*	172	343	4.93	9.85	4.93

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 3. Número de brotes registrados y de personas afectadas según evento. Uruguay, 2026 (hasta la semana epidemiológica 24).

Evento	Número de brotes	Número de personas afectadas
COVID-19	1	8
Enfermedad meningocócica	1	2
Hepatitis A	1	2
Herpes zoster	1	2
Sarampión**	1	2
Staphylococcus aureus meticilino resistente (SAMR)	1	4
Psitacosis	1	3
Parotiditis infecciosa (Paperas)	3	6
Enfermedad transmitida por alimentos*	7	46
Infección respiratoria aguda (IRA)	13	489
Escabiosis	15	86
Escarlatina	18	55
Varicela	21	69
Gastroenterocolitis aguda	21	371
Síndrome mano pie boca	85	951
Total	190	2096

*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. ****Staphylococcus aureus* resistente a la meticilina.



Arbovirosis

Tabla 4. Número de casos confirmados e incidencia acumulada de dengue por departamento hasta la semana epidemiológica 24. 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	2	0.32	2	0.32	0	0.00	0	0.00	0	0.00	-0.32
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	30	0.86	37	1.06	0	0.00	3	0.09	3	0.09	-0.97

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



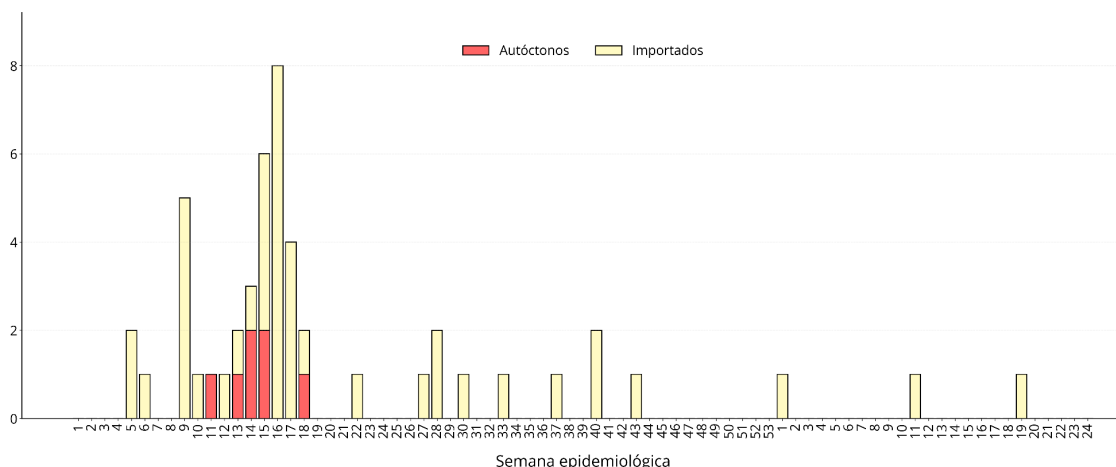
situación actual representa una franca disminución en las tasas, coincidiendo con la situación regional de la enfermedad. En la región de las Américas, hasta la semana epidemiológica 50 de 2025, se registró una disminución de casos del 67% con respecto al mismo período de 2024 y de 9% con respecto al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

Hasta la semana epidemiológica 24 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 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 1. Curva epidémica de dengue. Desde semana epidemiológica 1 de 2025 hasta semana epidemiológica 24 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 más de 1400 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

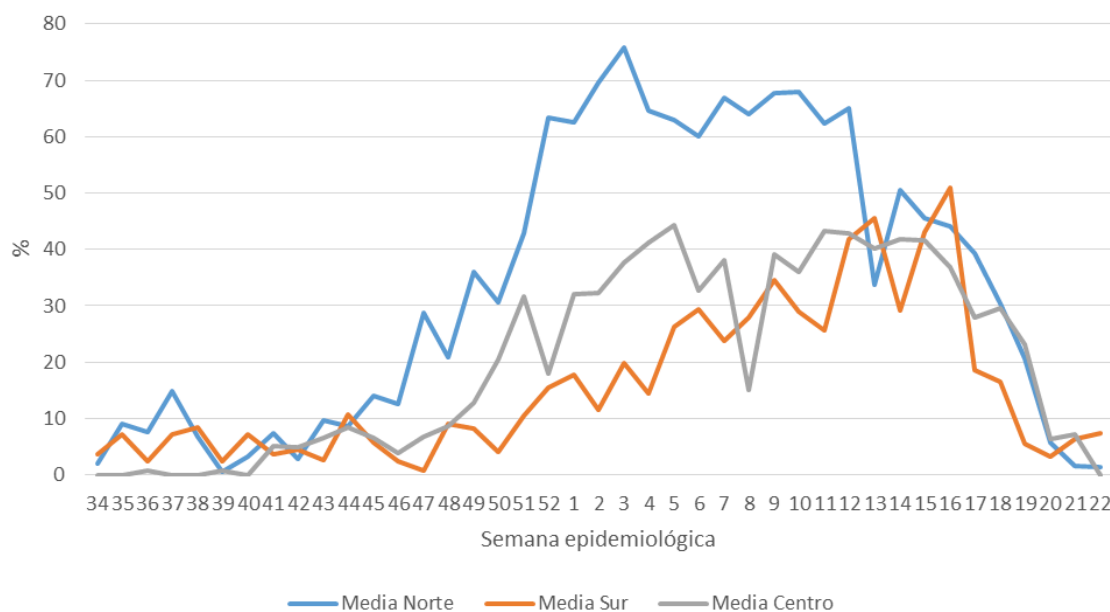


Unidad de Zoonosis y Vectores y las Direcciones Departamentales de Salud actualizada desde la semana 34 del 2025 a la semana 22 del 2026.

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.



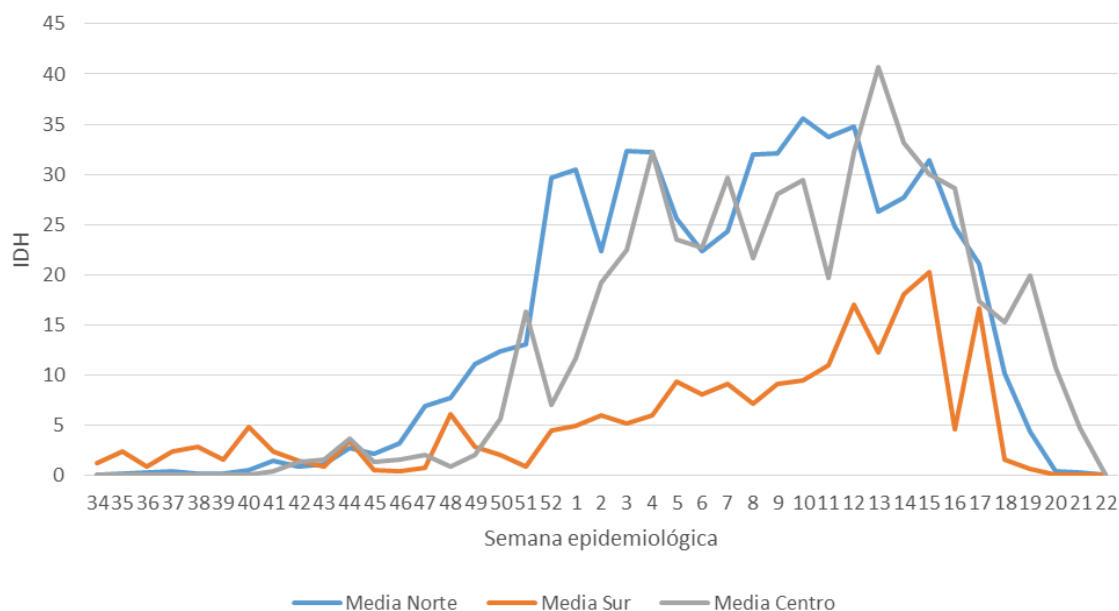
Gráfico 2. Evolución del porcentaje de ovitrampas (PO+) positivas por región desde la SE 34 del 2025 a la SE 22 de 2026, Uruguay.



Fuente: Unidad de Zoonosis y Vectores.



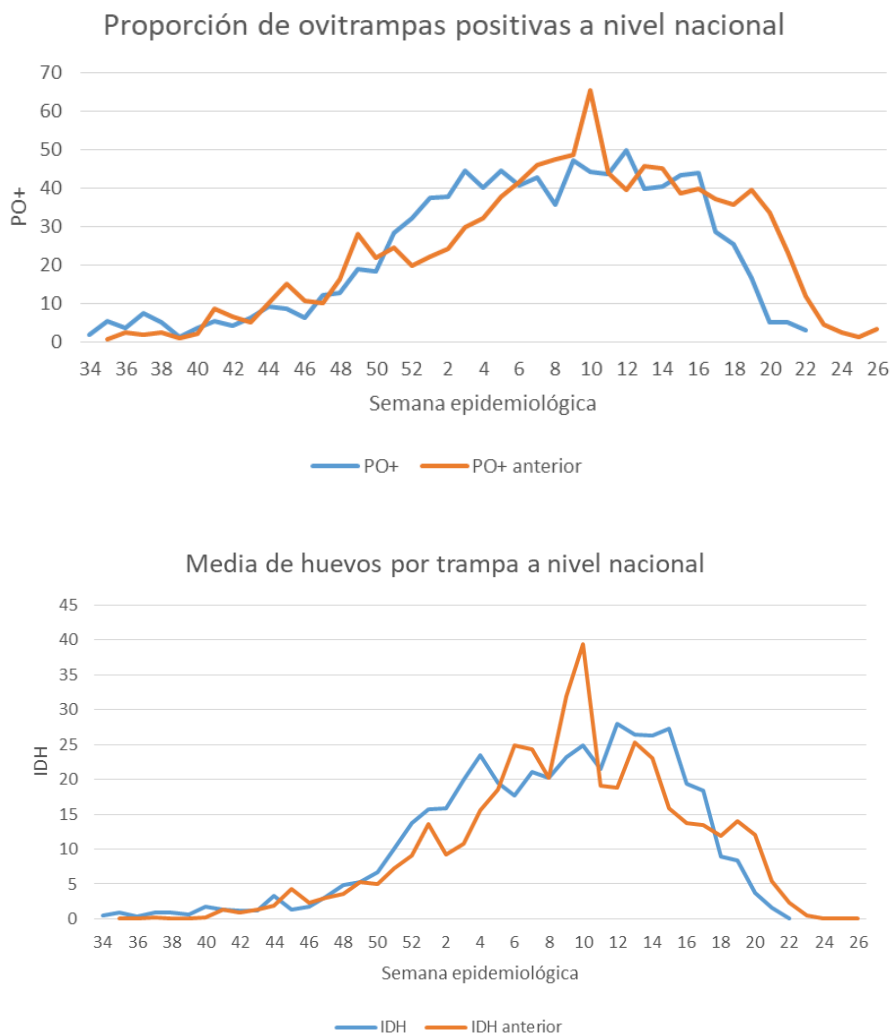
Gráfico 3. Evolución del porcentaje de la media de huevos (IDH) por región desde la SE 34 del 2025 a la SE 22 de 2026, Uruguay.



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 24. 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	2	0	2.42	0.00	-2.42	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	6	3	0.17	0.09	-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 24, 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 24. 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 24, 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 24. Uruguay, 2025-2026.

Departamento	Casos 2025	Casos 2026	IA 2025	IA 2026	Diferencia IA
Artigas	1	1	1.29	1.29	0.00
Canelones	4	11	0.64	1.78	1.14
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	3	1	5.16	1.71	-3.45
Maldonado	7	22	3.20	10.15	6.94
Montevideo	49	101	3.85	7.89	4.04
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	7	0.73	5.14	4.40
San José	1	6	0.83	4.99	4.16
Soriano	0	3	0.00	3.61	3.61
Tacuarembó	0	1	0.00	1.04	1.04
Treinta y Tres	2	1	4.29	2.13	-2.16
Total	75	161	2.15	4.62	2.46

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 24. 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	8	7	0	2	0	2	0.78	0.79	0.01
26 a 36 años	12	9	0	5	0	2	2.15	1.62	-0.53
37 a 64 años	39	40	0	45	1	15	3.17	3.23	0.06
De 65 años y más	15	13	0	12	0	9	2.67	2.28	-0.39
Total	74	69	0	64	1	28	2.05	1.98	-0.06

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 24, los casos registrados de hepatitis B corresponden a un 54,7% de mujeres y un 45,3% de hombres, con una media de 49,9 años, y un rango etario de entre 17 y 84 años de edad. Tres 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 24. Uruguay, 2025-2026.

Departamento	Casos 2025	Casos 2026	IA 2025	IA 2026	Diferencia IA
Artigas	1	0	1.29	0.00	-1.29
Canelones	8	10	1.29	1.62	0.33
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	2	1.72	3.42	1.70
Maldonado	6	6	2.75	2.77	0.02
Montevideo	54	69	4.25	5.39	1.14
Paysandú	1	1	0.82	0.82	0.00
Río Negro	0	0	0.00	0.00	0.00
Rivera	0	0	0.00	0.00	0.00
Rocha	3	0	3.70	0.00	-3.70
Salto	0	0	0.00	0.00	0.00
San José	1	4	0.83	3.32	2.49
Soriano	0	0	0.00	0.00	0.00
Tacuarembó	2	0	2.09	0.00	-2.09
Treinta y Tres	2	2	4.29	4.26	-0.03
Total	79	99	2.27	2.84	0.57

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 24, los casos registrados de hepatitis C, corresponden a un 53,5% de hombres y un 46,5% de mujeres, con una media de edad de 46 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 24 por departamento. Uruguay, 2025-2026.

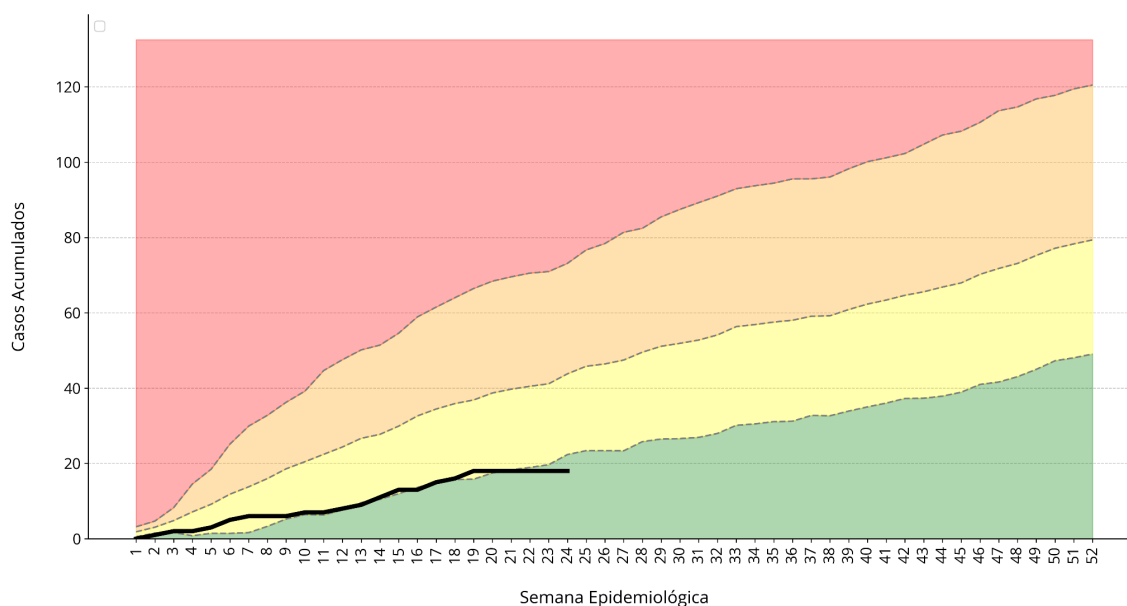
Departamento	Casos 2025	Casos 2026	IA 2025	IA 2026	Diferencia IA	Fallecidos 2025	Fallecidos 2026
Artigas	0	0	0.00	0.00	0.00	0	0
Canelones	3	2	0.48	0.32	-0.16	0	0
Cerro Largo	0	2	0.00	2.21	2.21	0	0
Colonia	7	0	5.15	0.00	-5.15	0	0
Durazno	1	0	1.61	0.00	-1.61	0	0
Flores	0	0	0.00	0.00	0.00	0	0
Florida	0	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	3	0	3.63	0.00	-3.63	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	40	18	1.15	0.52	-0.63	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 24 se registraron dieciocho casos confirmados de leptospirosis, todos del sexo masculino. El rango etario de los casos es de entre 21 y 68 años, con una edad media de 42,2 años. Catorce 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 24. Uruguay, 2025-2026.

Evento		N° casos		IA		N° fallecidos		Diferencia IA
		2025	2026	2025	2026	2025	2026	
Meningitis y enfermedad meningocócica		14	19	0.40	0.53	3	4	0.13
Meningitis bacteriana	Meningitis por H. influenzae	2	2	0.06	0.06	0	0	0.00
	Meningitis por S. pneumoniae	8	11	0.23	0.31	3	3	0.08
	Meningitis por Listeria monocytogenes	2	2	0.06	0.06	1	0	0.00
	Microorganismo sin identificar	7	4	0.20	0.11	0	0	-0.09
	Otro microorganismo identificado (no incluye N. meningitidis)	6	6	0.17	0.17	1	0	0.00
Meningitis y meningoencefalitis virales	Enterovirus	3	1	0.09	0.03	0	0	-0.06
	Herpes simplex 1 y 2	2	3	0.06	0.08	1	0	0.03
	Herpes zoster	10	8	0.29	0.22	3	2	-0.06
	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	4	3.20	0	0.00
De 5 a 14 años	8	1.83	1	12.50
De 15 a 64 años	5	0.22	2	40.00
De 65 años y más	0	0.00	0	0.00
Total	19	0.55	4	21.05

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	8	0.63	2
Rivera	1	0.92	0
Rocha	2	2.47	0
Soriano	2	2.41	0
Tacuarembó	2	2.09	1
Total	19	0.55	4

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	1	0	2
De 5 a 14 años	0	6	0	2
De 15 a 64 años	0	4	0	1
De 65 años y más	0	0	0	0
Total	2	11	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	4	0.17	0	0.00
De 65 años y más	6	1.05	3	50.00
Total	11	0.32	3	27.27

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 24. 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	39	35	29.85	27.99	-1.87
De 5 a 9 años	55	48	26.18	24.28	-1.90
De 10 a 14 años	22	27	9.22	11.29	2.07
De 15 a 19 años	5	3	2.11	1.27	-0.84
De 20 a 24 años	5	6	2.07	2.50	0.43
De 25 a 29 años	5	11	1.98	4.43	2.45
De 30 a 34 años	9	5	3.55	1.96	-1.60
De 35 a 39 años	3	13	1.21	5.22	4.01
De 40 a 44 años	6	18	2.54	7.55	5.01
De 45 a 49 años	7	8	2.89	3.34	0.45
De 50 a 54 años	1	5	0.46	2.24	1.78
De 55 a 59 años	2	5	1.03	2.53	1.50
De 60 a 64 años	2	4	1.04	2.10	1.06
De 65 a 69 años	4	3	2.34	1.74	-0.60
De 70 a 74 años	2	3	1.46	2.12	0.66
De 75 y más	2	9	0.79	3.51	2.72
TOTAL	171	205	4.91	5.89	0.98

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 24. Uruguay, 2025-2026.

Departamento	Casos 2025	Casos 2026	IA 2025	IA 2026	Diferencia IA
Artigas	1	1	1.29	1.29	0.00
Canelones	12	15	1.93	2.43	0.50
Cerro Largo	5	2	5.54	2.21	-3.33
Colonia	8	18	5.89	13.24	7.35
Durazno	0	3	0.00	4.84	4.84
Flores	2	4	7.72	15.39	7.67
Florida	1	1	1.43	1.43	0.00
Lavalleja	1	1	1.72	1.71	-0.01
Maldonado	4	3	1.83	1.38	-0.45
Montevideo	62	69	4.88	5.39	0.51
Paysandú	20	18	16.47	14.80	-1.67
Río Negro	1	0	1.76	0.00	-1.76
Rivera	2	3	1.83	2.75	0.91
Rocha	3	1	3.70	1.23	-2.47
Salto	32	48	23.51	35.23	11.72
San José	3	1	2.49	0.83	-1.66
Soriano	9	15	10.90	18.07	7.18
Tacuarembó	4	1	4.18	1.04	-3.14
Treinta y Tres	1	1	2.15	2.13	-0.01
Total	171	205	4.91	5.88	0.97

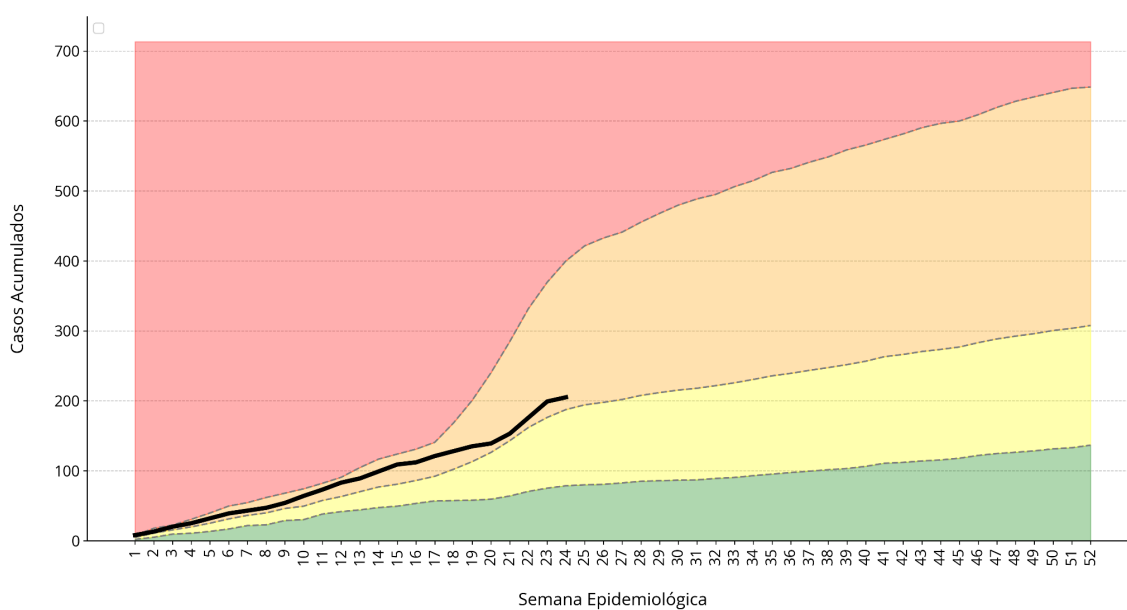
IA: incidencia acumulada x 100.000 habitantes. Fuente: SG-DEVISA. Los datos se encuentran sujetos a modificaciones producto de la mejora de calidad del registro.

El análisis de los casos de parotiditis a la SE 24 muestra un aumento de 0,97 en la incidencia acumulada al comparar con 2025, y un aumento de 1.04 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 24, Uruguay, 2026

Departamento	Perro	Murciélago	Gato	Otro	Total
Artigas	46	2	1	0	49
Canelones	270	8	25	3	306
Cerro Largo	40	1	4	0	45
Colonia	148	0	13	0	161
Durazno	43	0	2	0	45
Flores	42	0	8	1	51
Florida	28	1	2	0	31
Lavalleja	33	2	3	1	39
Maldonado	109	16	17	1	143
Montevideo	695	25	66	3	789
Paysandú	139	1	13	0	153
Río Negro	25	0	1	0	26
Rivera	191	0	18	0	209
Rocha	19	2	0	0	21
Salto	225	1	18	0	244
San José	89	0	5	0	94
Soriano	55	3	4	1	63
Tacuarembó	160	0	9	0	169
Treinta y Tres	6	0	1	0	7
Total	2363	62	210	10	2645

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

En 836 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 24. Uruguay, 2025-2026.

Departamento	Casos 2025	Casos 2026	IA 2025	IA 2026	Diferencia IA
Artigas	54	122	69.86	157.67	87.81
Canelones	250	436	40.24	70.58	30.34
Cerro Largo	25	41	27.68	45.30	17.62
Colonia	113	157	83.14	115.44	32.30
Durazno	50	52	80.75	83.86	3.12
Flores	17	13	65.61	50.02	-15.59
Florida	44	55	62.90	78.52	15.62
Lavalleja	105	98	180.66	167.79	-12.87
Maldonado	389	551	178.08	254.14	76.06
Montevideo	1024	1381	80.53	107.89	27.36
Paysandú	131	230	107.86	189.09	81.23
Río Negro	28	30	49.16	52.58	3.42
Rivera	63	38	57.76	34.81	-22.95
Rocha	51	122	62.89	150.59	87.70
Salto	73	206	53.63	151.21	97.58
San José	81	122	67.26	101.41	34.15
Soriano	76	65	92.01	78.32	-13.68
Tacuarembó	110	72	115.03	75.14	-39.89
Treinta y Tres	23	35	49.36	74.63	25.27
Total	2707	3826	77.73	109.69	31.96



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.

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

Rango etario	Casos 2025	Casos 2026	IA 2025	IA 2026	Diferencia IA
Menor de 1 año	4	5	13.43	16.77	3.34
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	7	5	0.20	0.14	-0.06

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.



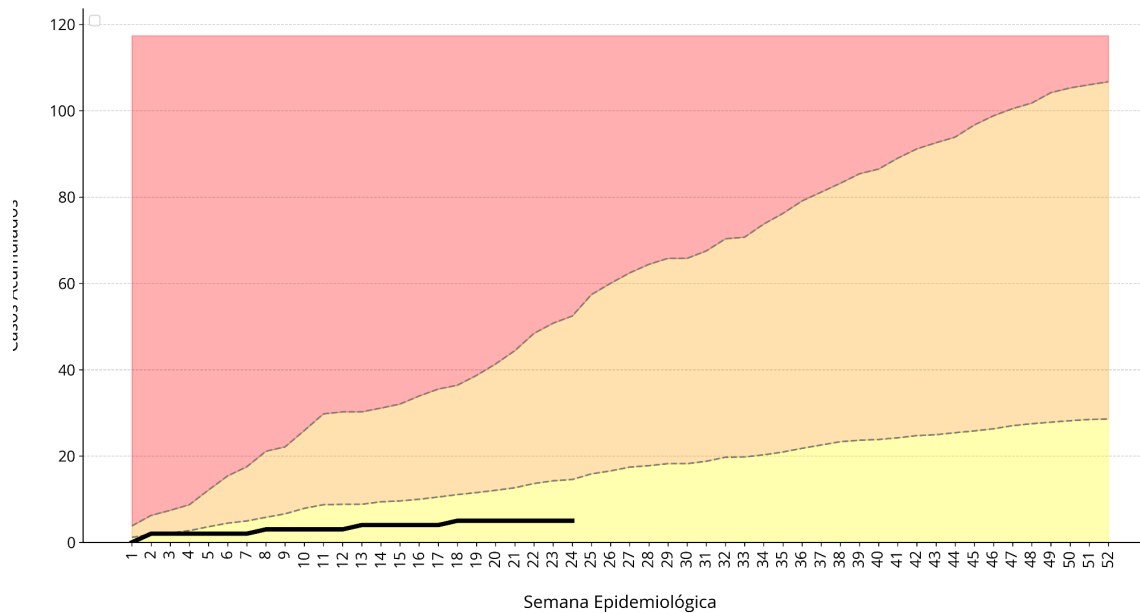
Tabla 21. Número de casos e incidencia acumulada de tos convulsa por departamento hasta la semana epidemiológica 24. Uruguay, 2025-2026.

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	4	4	0.31	0.31	0.00
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	7	5	0.20	0.14	-0.06

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.



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 (VVZ), 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 24 se registraron 343 casos, 69 de los cuales corresponden a 21 brotes, diez de ellos intrafamiliares, cinco 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 24. Uruguay, 2025-2026.

Rango etario	Casos 2025	Casos 2026	IA 2025	IA 2026	Diferencia IA
Menor de 1 año	10	7	33.58	23.47	-10.10
De 1 a 4 años	29	39	22.20	31.18	8.99
De 5 a 9 años	16	25	7.62	12.65	5.03
De 10 a 14 años	32	47	13.41	19.65	6.24
De 15 a 19 años	74	69	31.29	29.21	-2.08
De 20 a 24 años	54	39	22.36	16.24	-6.12
De 25 a 29 años	45	37	17.78	14.89	-2.89
De 30 a 34 años	25	25	9.87	9.78	-0.09
De 35 a 39 años	5	17	2.01	6.82	4.81
De 40 a 44 años	5	13	2.12	5.45	3.34
De 45 a 49 años	3	15	1.24	6.26	5.02
De 50 a 54 años	8	6	3.68	2.69	-0.99
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	3	0	2.19	0.00	-2.19
De 75 y más	4	0	1.58	0.00	-1.58
Total	315	343	9.04	9.85	0.82

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.



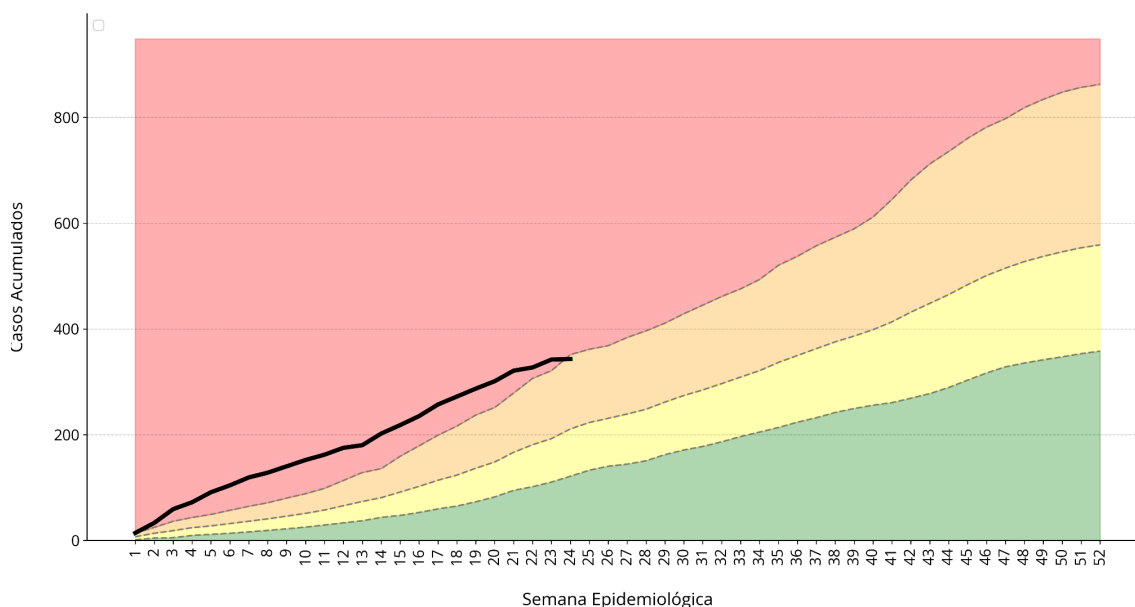
Tabla 23. Número de notificaciones e incidencia acumulada de notificaciones de varicela por departamento hasta la semana epidemiológica 24. Uruguay, 2025-2026.

Departamento	Casos 2025	Casos 2026	IA 2025	IA 2026	Diferencia IA
Artigas	2	7	2.59	9.05	6.46
Canelones	39	48	6.28	7.77	1.49
Cerro Largo	1	2	1.11	2.21	1.10
Colonia	13	15	9.56	11.03	1.46
Durazno	0	5	0.00	8.06	8.06
Flores	0	1	0.00	3.85	3.85
Florida	2	11	2.86	15.70	12.85
Lavalleja	9	3	15.49	5.14	-10.35
Maldonado	11	16	5.04	7.38	2.34
Montevideo	156	158	12.27	12.34	0.08
Paysandú	27	27	22.23	22.20	-0.03
Río Negro	10	4	17.56	7.01	-10.55
Rivera	4	6	3.67	5.50	1.83
Rocha	3	4	3.70	4.94	1.24
Salto	19	21	13.96	15.41	1.46
San José	8	2	6.64	1.66	-4.98
Soriano	9	7	10.90	8.43	-2.46
Tacuarembó	2	4	2.09	4.17	2.08
Treinta y Tres	0	2	0.00	4.26	4.26
Total	315	343	9.04	9.83	0.79

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).

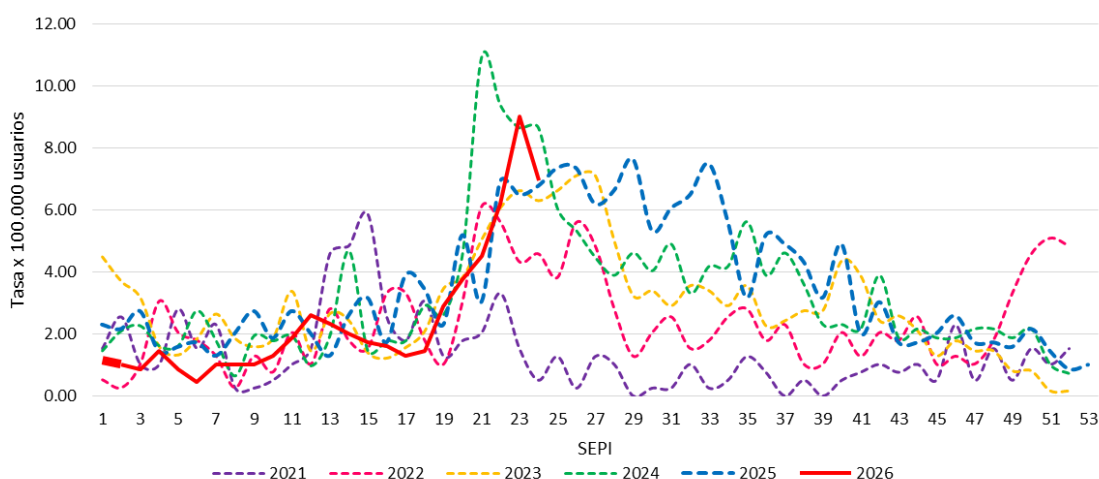


Infecciones respiratorias

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

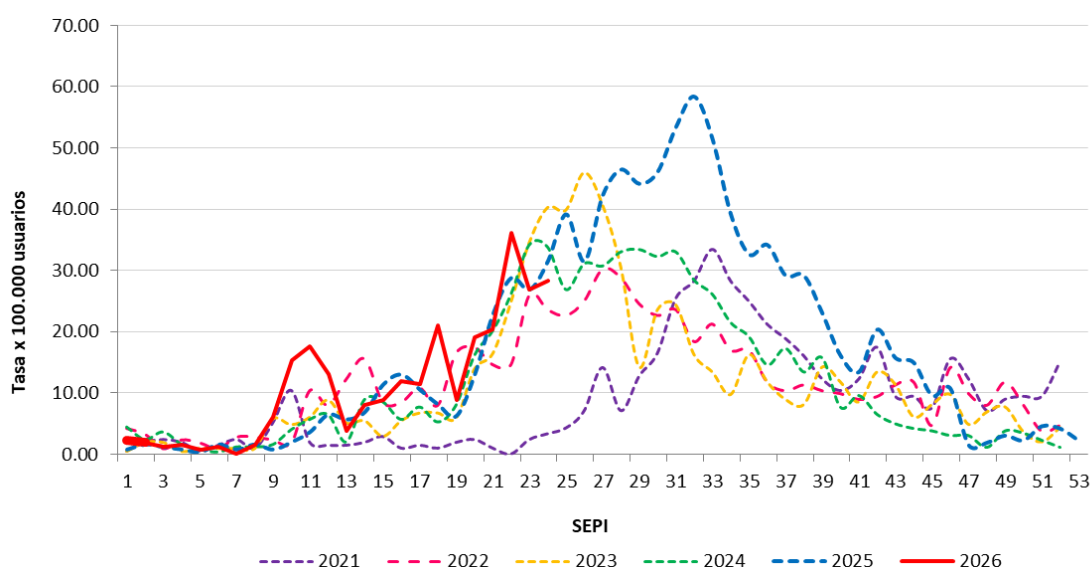
Gráfico 9. Incidencia acumulada en personas de 15 años y más internadas por infecciones respiratorias agudas graves en centros centinela por semana epidemiológica. Uruguay, 2021 - 2026.



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.

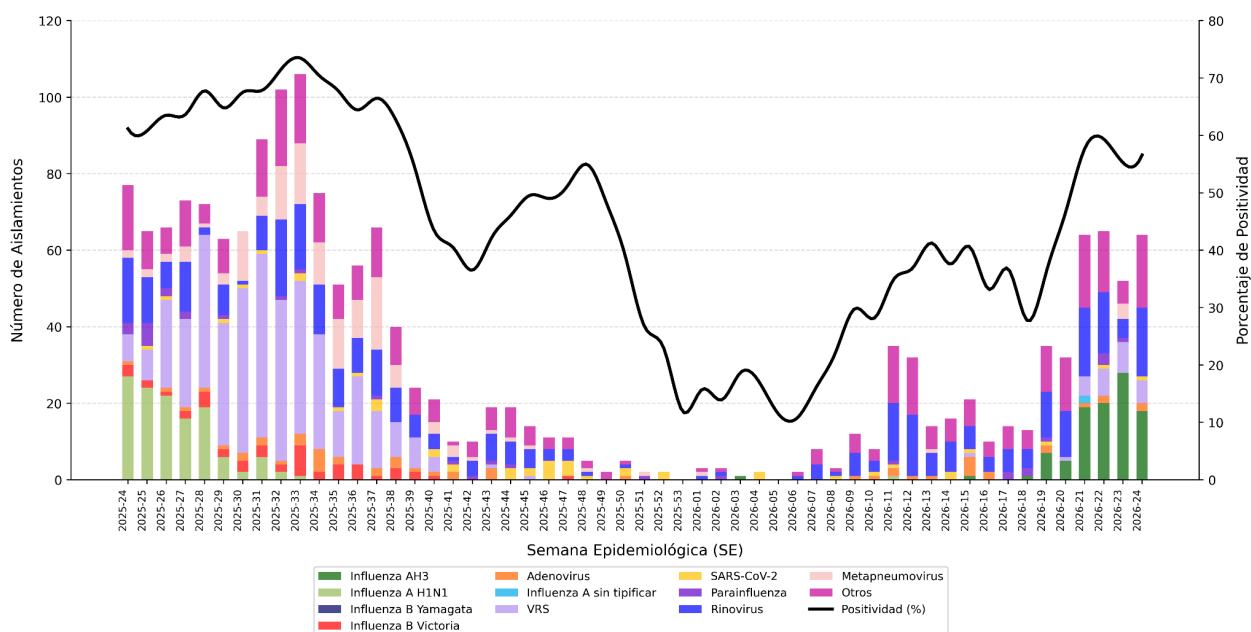
Hasta la SE 24 de 2026, la incidencia acumulada de IRAG en adultos y en menores de 15 años presentó una distribución similar a la observada en años anteriores. En cuanto a la tasa de incidencia de IRAG en 2026, la misma se ubicó en la SE 24 en 6,96 cada 100.000 usuarios para adultos y 28,26 cada 100.000 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 influenza A H3N2, rinovirus, VRS, adenovirus y SARS-CoV-2.

Gráfico 11. Virus identificados en infecciones respiratorias agudas graves en centros centinelas y porcentaje de positividad de las muestras analizadas, desde la SE 24 de 2025 hasta la SE 24 de 2026.

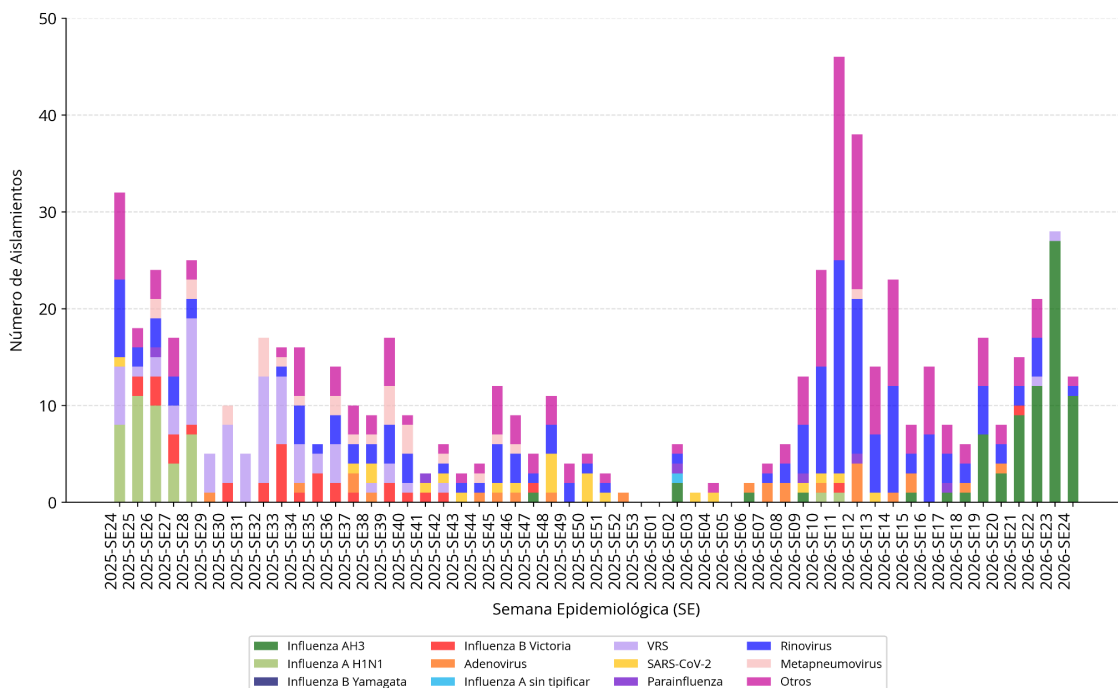


Otros incluye: Enterovirus, Coronavirus, Bocavirus. Fuente: Departamento de Laboratorios de Salud Pública.

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 influenza A H3N2, rinovirus, adenovirus y VRS.



Gráfico 12. Virus identificados en enfermedad tipo influenza en centros centinelas, desde la SE 24 de 2025 hasta la SE 24 de 2026.



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

Monitoreo de consultas en emergencias móviles

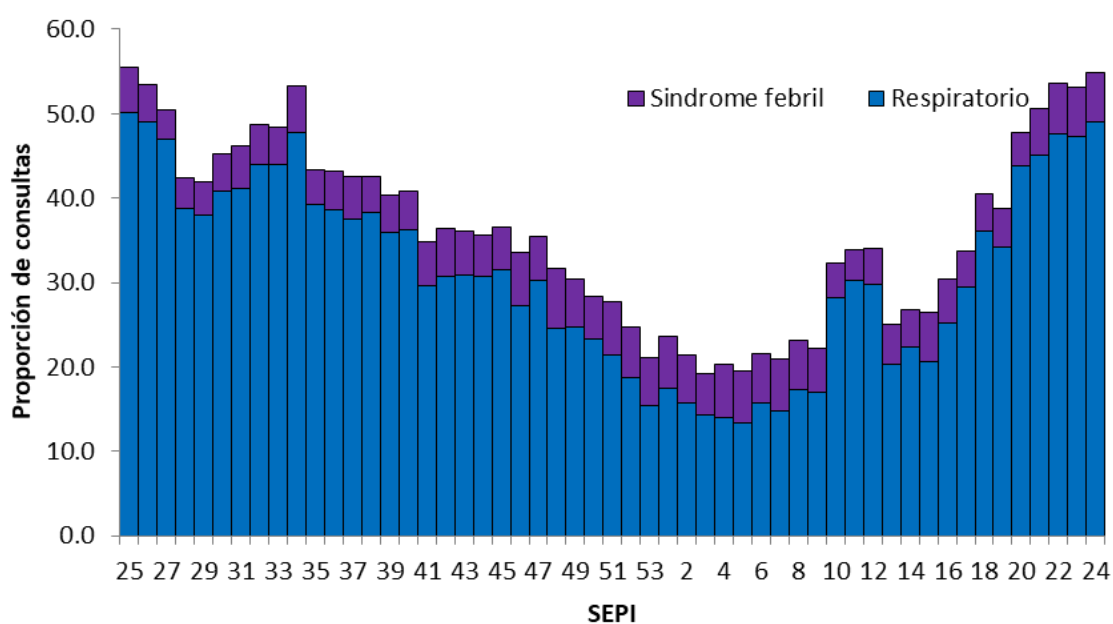
Semanalmente, un grupo seleccionado de emergencias móviles reporta al MSP sus motivos de consulta, incluyendo entre otras las causas respiratorias y síndrome febril. Dicha información se utiliza para estimar medidas de la carga de enfermedad respiratoria en el país, ilustradas en los gráficos 13, 14 y 15. Las tasas se calculan tomando en cuenta la cantidad de usuarios de las instituciones que reportan.

En 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.

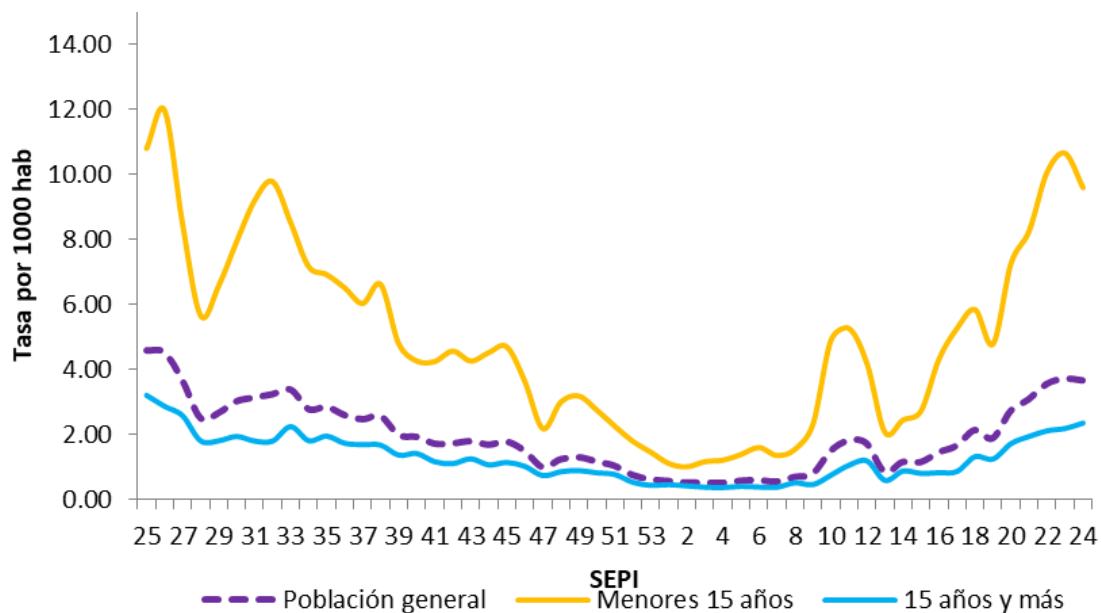
Gráfico 13. Proporción de consultas en emergencias móviles por enfermedad respiratoria y síndrome febril hasta la semana epidemiológica 24 de 2026. Uruguay.



Fuente: DEVISA.



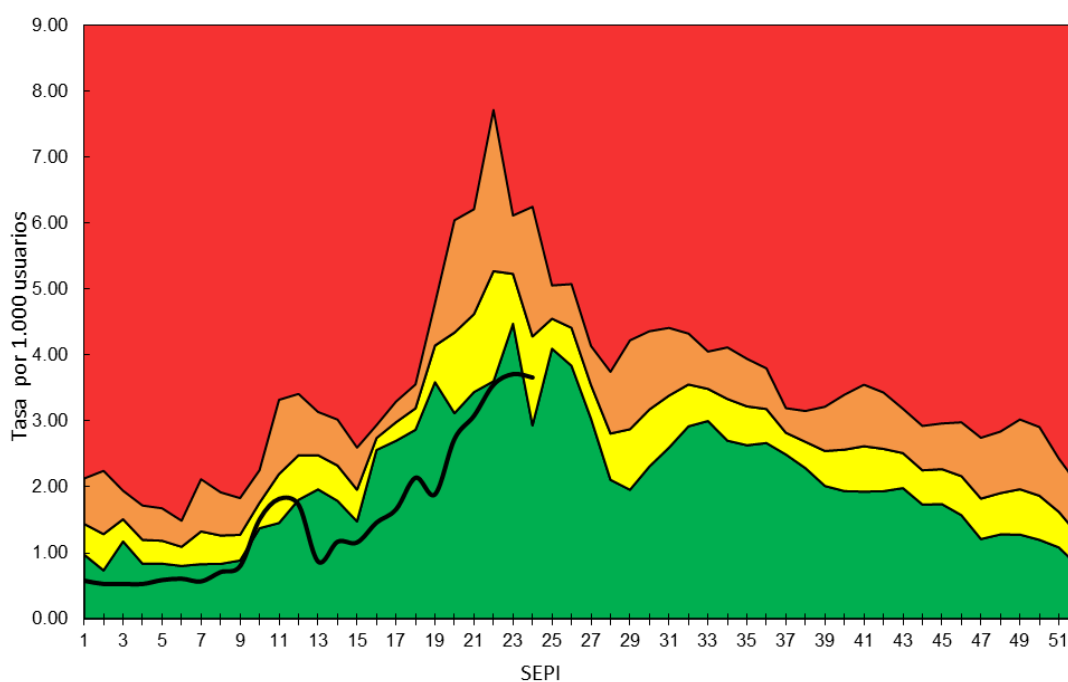
Gráfico 14. Tasa de consultas por infección respiratoria aguda en emergencias móviles hasta la semana epidemiológica 24 de 2026. Uruguay.



Fuente: DEVISA.



Gráfico 15. Corredor endémico de consultas por infección respiratoria aguda en emergencias móviles hasta la semana epidemiológica 24. 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

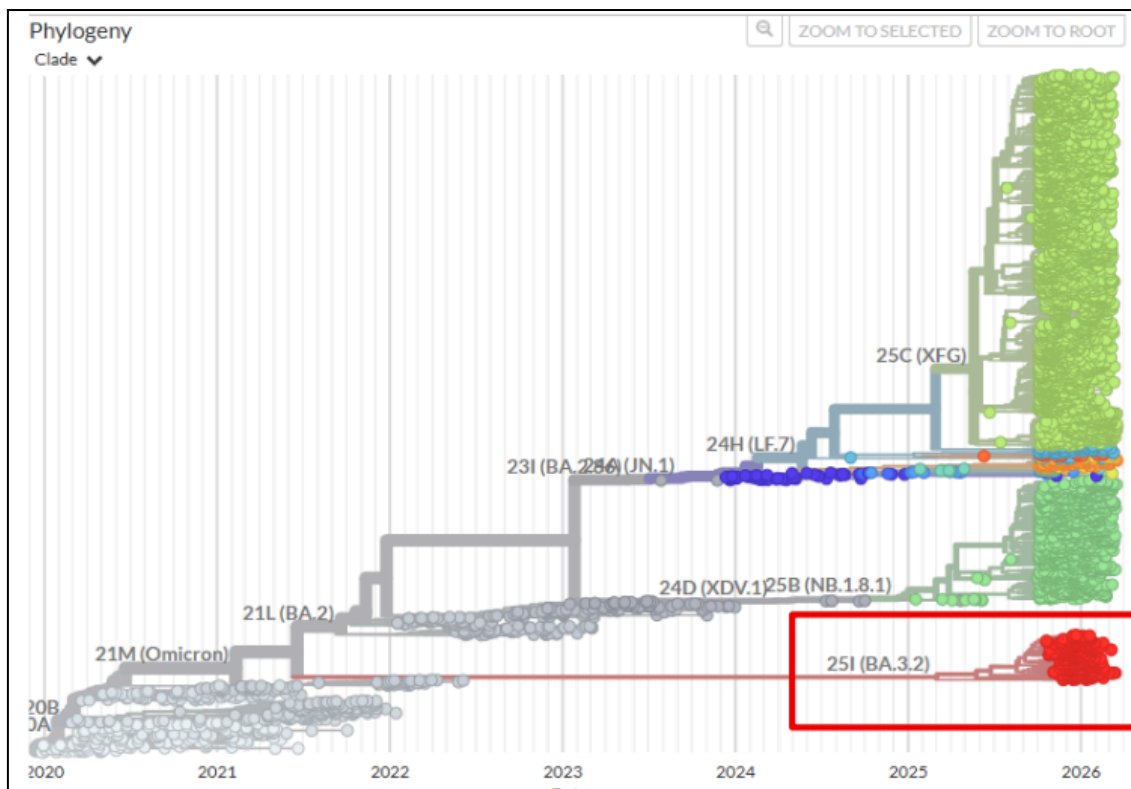


varios países, incluidos Australia , Alemania y Estados Unidos . El 5 de diciembre de 2025, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró a BA.3.2 como una variante bajo vigilancia (VUM). La variante fue apodada extraoficialmente Cicada o Cigarra por los investigadores por su largo tiempo de latencia,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



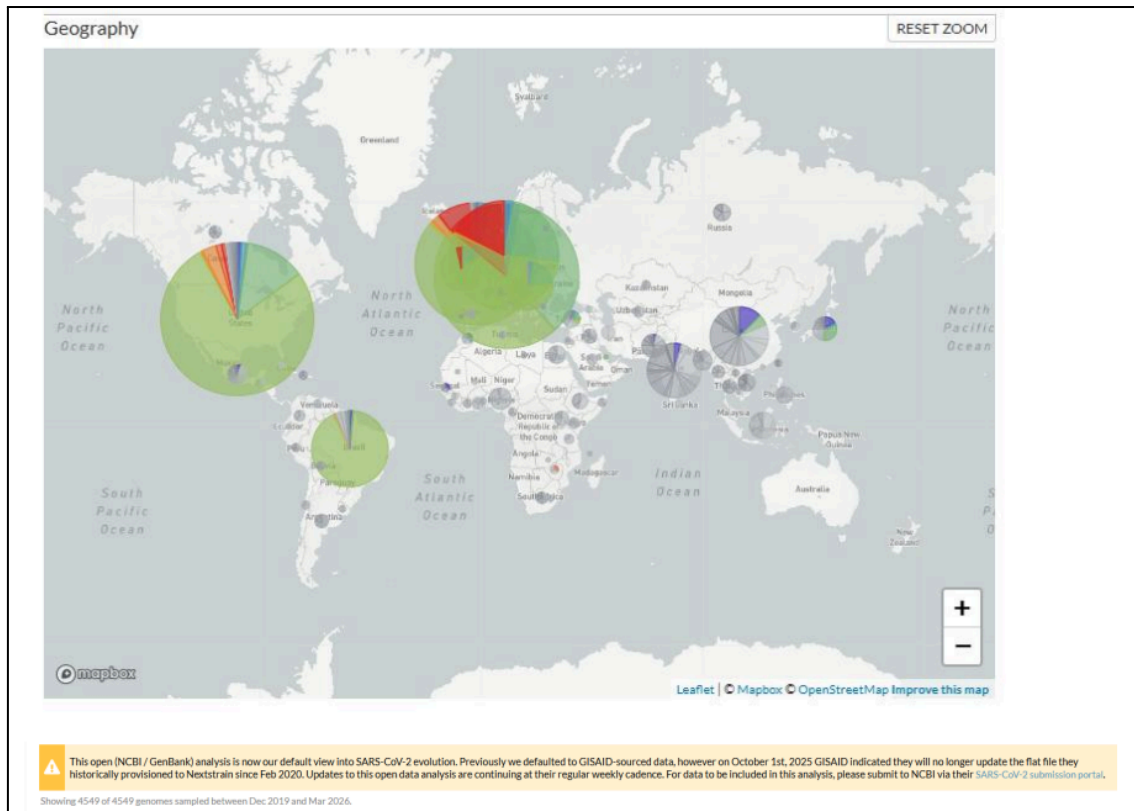
Figura 1. Filogenia actual de Vigilancia genómica global de SARS-Cov2 en base de datos Nextclade. El recuadro resalta el linaje en expansión BA.3.2



 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.



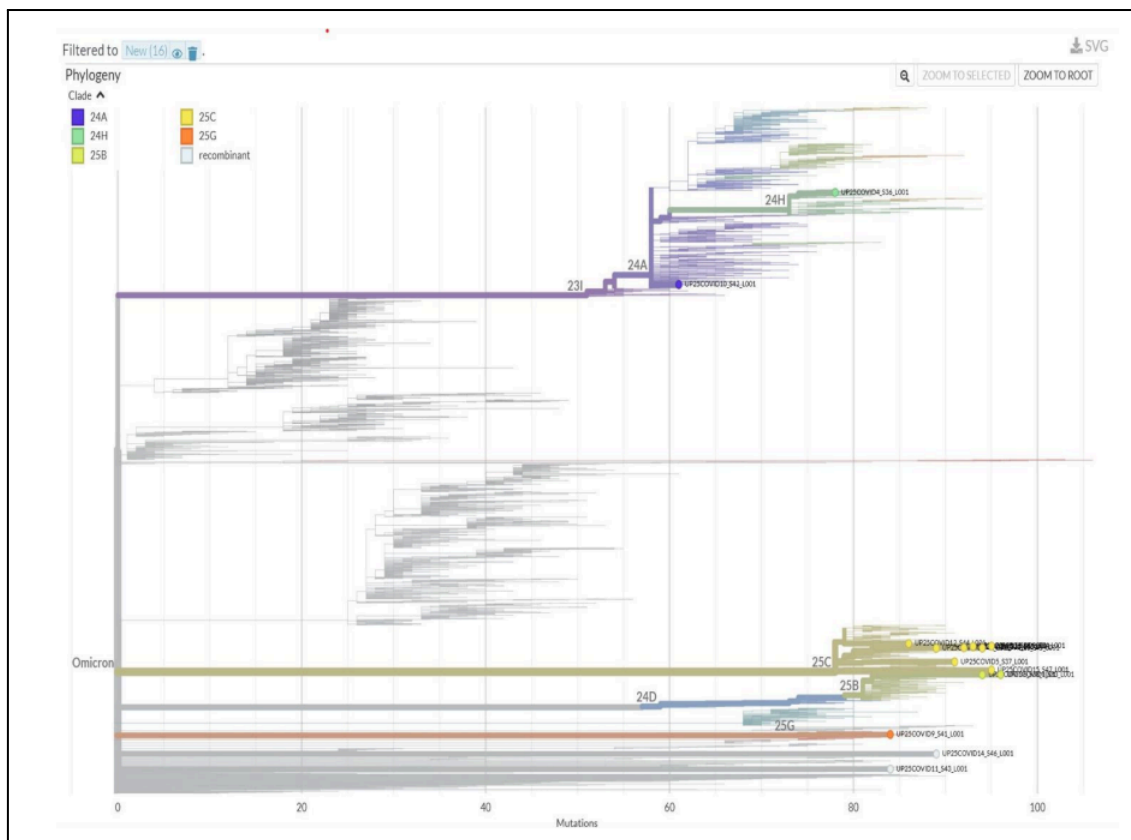
Tabla 24. Variantes obtenidas en el periodo de Vigilancia genómica centinela⁸ de Enero a Marzo 2026 en Uruguay. El asterisco (*) después del nombre de la variante, indica que se secuenciaron distintos genomas derivados de esa variante.

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 24 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	27	21/05/2026
Montevideo	22/04/2026	<i>Enterococcus faecium</i>	ERV	1	12	30/05/2026
Montevideo	03/12/2025	<i>Bacilos Gram negativos</i>	NDM	0	11	13/05/2026
Montevideo	12/05/2026	<i>Bacilos Gram negativos</i>	NDM	0	5	03/06/2026
Montevideo	29/05/2026	<i>Enterococcus faecium</i>	ERV	0	11	01/06/2026
Montevideo	10/06/2026	<i>Bacilos Gram negativos</i>	NDM	0	4	10/06/2026
Montevideo	24/05/2026	<i>Enterococcus faecium</i>	ERV	0	11	10/06/2026
Montevideo	13/06/2026	<i>Serratia marcescens</i>	-	2	-	13/06/2026

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 24 de junio.

Microorganismo		Número de brotes	Número de casos	
			Infección	Colonización
Bacilos Gram negativos con mecanismo de resistencia fenotípico	NDM	14	12	122
	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		10	6	31
<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