



**Ministerio
de Salud Pública**

Boletín epidemiológico

Semana epidemiológica 29 año 2026

19/07/2026 al 25/07/2026





CONTENIDO

Análisis Epidemiológico Especial.....	4
Programa de Entrenamiento en Epidemiología de Campo (FETP).....	5
Objetivos.....	6
Modelo de formación.....	6
Nivel Frontline.....	7
Nivel Intermedio.....	7
Nivel Avanzado.....	7
Implementación del FETP en Uruguay.....	8
Un programa con alcance nacional.....	9
Institucionalización y crecimiento.....	10
FETP Uruguay en números.....	11
Evaluación del Programa.....	14
Uruguay en la comunidad regional de epidemiología de campo.....	16
Mirando hacia el futuro.....	17
Enfermedades y Eventos de Notificación Obligatoria.....	19
Vías de notificación.....	20
Resumen de eventos.....	21
Brotes.....	23
Arbovirosis.....	24
Hantavirosis.....	27
Hepatitis A.....	29
Hepatitis B.....	30
Hepatitis C.....	32
Leptospirosis.....	34
Meningitis, meningoencefalitis y enfermedad meningocócica.....	36
Parotiditis.....	39
Personas mordidas o con riesgo de exposición a virus rábico.....	42
Sarampión.....	43
Sífilis.....	52



Tos convulsa.....	54
Varicela.....	57
Infecciones respiratorias.....	64
Vigilancia de IRAG.....	65
Monitoreo de consultas en emergencias móviles.....	68
Informe sobre las variantes COVID-19 bajo vigilancia genómica y su circulación en el país y en la región.....	72
Estado global actual de COVID-19 (2026).....	72
Incidencia y severidad.....	73
Problemas de vigilancia global:.....	73
Long COVID y carga residual.....	73
Implicancias clínicas y epidemiológicas de las variantes circulantes.....	73
Variantes: Paisaje evolutivo Global.....	74
Resultados de Vigilancia en DLSP en el periodo Enero a Marzo 2026.....	77
Brotes de IAAS.....	82



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 esta entrega, el Análisis Epidemiológico Especial está dedicado al Programa de Entrenamiento en Epidemiología de Campo (FETP) y a su implementación en Uruguay entre 2017 y 2026.

La capacidad de detectar, investigar y responder oportunamente frente a eventos de importancia en salud pública no depende únicamente de los sistemas de información disponibles, sino fundamentalmente de las personas que sostienen la vigilancia en todos los niveles del sistema. Por esa razón, la formación de recursos humanos en epidemiología aplicada constituye un componente estructural de la seguridad sanitaria nacional. El presente capítulo describe los fundamentos y



objetivos del modelo FETP, su estructura de formación, la trayectoria del programa en el país, sus principales resultados y los desafíos planteados para los próximos años.

Programa de Entrenamiento en Epidemiología de Campo (FETP)

El Programa de Entrenamiento en Epidemiología de Campo (Field Epidemiology Training Program, FETP por sus siglas en inglés) es una estrategia internacional de desarrollo de capacidades en salud pública orientada a fortalecer la vigilancia epidemiológica, la investigación de brotes y la respuesta frente a emergencias sanitarias.

Desarrollado originalmente por los Centers for Disease Control and Prevention (CDC) de Estados Unidos a partir de la experiencia del Epidemic Intelligence Service (EIS), el modelo FETP se ha expandido a nivel mundial como una herramienta fundamental para formar profesionales capaces de detectar, investigar y responder oportunamente ante eventos de importancia para la salud pública.

Su característica distintiva es el aprendizaje basado en la práctica: aprender haciendo. A diferencia de los programas tradicionales de capacitación, el FETP se desarrolla principalmente en el ámbito laboral, donde los participantes adquieren competencias mientras realizan actividades reales de vigilancia, análisis epidemiológico, investigación de eventos y respuesta sanitaria, acompañados por tutores con experiencia en epidemiología de campo.



De esta manera, el programa no solo forma personas, sino que fortalece las capacidades instaladas dentro de las instituciones y contribuye al desarrollo de sistemas de vigilancia más preparados y sostenibles.

Objetivos

El FETP busca fortalecer las capacidades de los recursos humanos para:

- Detectar oportunamente eventos de importancia en salud pública.
- Investigar brotes y responder a emergencias sanitarias.
- Analizar e interpretar información de vigilancia.
- Mejorar la calidad de los sistemas de información.
- Comunicar hallazgos epidemiológicos.
- Promover la toma de decisiones basada en evidencia.
- Fortalecer el trabajo intersectorial bajo el enfoque Una Salud.

Modelo de formación

El FETP se organiza en tres niveles de entrenamiento progresivos, diseñados para responder a diferentes necesidades dentro de la fuerza laboral de salud pública.

Los profesionales que completan los distintos niveles de entrenamiento pueden incorporarse progresivamente como tutores, docentes y referentes técnicos de nuevas cohortes. Este proceso de formación en cascada permite que el conocimiento permanezca en las instituciones, fortalezca los equipos existentes y asegure la continuidad del programa en el tiempo.



Así, cada cohorte no representa solamente un grupo de personas capacitadas, sino una ampliación de la capacidad colectiva del país para enfrentar desafíos sanitarios.

Nivel Frontline

Es el nivel inicial del programa y está dirigido a profesionales y técnicos que participan directamente en actividades de vigilancia y respuesta en territorio.

Su objetivo es fortalecer competencias fundamentales para la detección temprana, notificación, investigación inicial y respuesta ante eventos de importancia para la salud pública. Los participantes incorporan herramientas aplicables a su trabajo cotidiano, mejorando la capacidad de los equipos locales para identificar y actuar frente a riesgos sanitarios.

Nivel Intermedio

Está orientado a profesionales que requieren profundizar sus capacidades en epidemiología aplicada, análisis de datos, investigación de brotes, evaluación de sistemas de vigilancia y desarrollo de investigaciones de campo.

Los participantes adquieren herramientas para conducir investigaciones epidemiológicas, generar evidencia y contribuir a la toma de decisiones dentro de sus instituciones.



Nivel Avanzado

Constituye el nivel de mayor desarrollo dentro del modelo FETP y está dirigido a la formación de líderes en epidemiología de campo.

Busca fortalecer capacidades para conducir investigaciones complejas, coordinar respuestas ante emergencias sanitarias, liderar equipos técnicos y contribuir al fortalecimiento de programas y políticas de salud pública.

Implementación del FETP en Uruguay

Uruguay inició la implementación del Programa de Entrenamiento en Epidemiología de Campo en el año 2017, en el ámbito de la División Epidemiología del Ministerio de Salud Pública, con el objetivo de fortalecer las capacidades nacionales para la vigilancia, detección temprana, investigación y respuesta frente a eventos de importancia para la salud pública.

Desde sus comienzos, el programa se desarrolló con el apoyo de los Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Training Programs in Epidemiology and Public Health Interventions Network (TEPHINET) y en articulación con las redes internacionales y regionales de entrenamiento en epidemiología de campo.

La implementación inicial se centró en el nivel Frontline, permitiendo la formación de profesionales provenientes de distintos ámbitos del sistema sanitario y de diferentes departamentos del país. Posteriormente, el programa avanzó hacia el nivel intermedio, consolidando una trayectoria de formación continua.



Actualmente Uruguay cuenta con experiencia acumulada en múltiples cohortes del nivel Frontline y se encuentra desarrollando la segunda cohorte nacional del nivel Intermedio.

Se han desarrollado también experiencias de formación con enfoques específicos, incluyendo actividades vinculadas al abordaje de Una Salud (One Health) y a las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS), áreas estratégicas para la vigilancia y respuesta sanitaria actual.

Un programa con alcance nacional

Uno de los principales aportes del FETP Uruguay ha sido la creación de una comunidad de profesionales capacitados en epidemiología de campo, integrada por participantes provenientes de distintos actores del sector salud y de otras áreas.

Las cohortes han incluido profesionales del Ministerio de Salud Pública, Direcciones Departamentales de Salud, Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), Ministerio de Ganadería, Agricultura y Pesca (MGAP), Ministerio de Ambiente, Administración Nacional de Educación Pública (ANEP), Intendencias, prestadores de salud privados, laboratorios, áreas vinculadas a zoonosis y salud animal, entre otros organismos relacionados con la salud pública.

Esta diversidad institucional fortalece la articulación entre actores, favorece el intercambio de experiencias y permite construir una red nacional con capacidades compartidas para la vigilancia y respuesta.



Institucionalización y crecimiento

Un hito fundamental para el programa fue la creación de la Unidad de Entrenamiento en Epidemiología de Campo dentro del Ministerio de Salud Pública, consolidando una estructura específica para coordinar y desarrollar las actividades de formación.

El programa ha definido objetivos estratégicos para el período 2025-2030 orientados a:

- Fortalecer su institucionalización y sostenibilidad.
- Consolidar los distintos niveles de entrenamiento.
- Incrementar la visibilidad del programa.
- Potenciar la participación en redes regionales e internacionales.



FETP Uruguay en números

■ Número de cohortes y de egresados de FETP Uruguay, 2017-2026.

10 cohortes Frontline

- 188 egresados

1 cohorte Intermedio

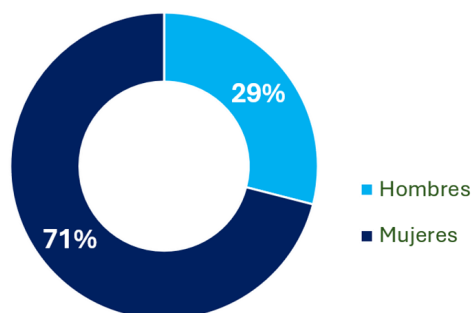
- 8 egresados

1 Cohorte Intermedio en curso

- 10 entrenados

Fuente: Elaboración propia a partir de los registros administrativos del Programa FETP Uruguay, División Epidemiología, Ministerio de Salud Pública.

Figura 1. Distribución de los egresados del Programa FETP Uruguay según sexo, 2017-2026.



Fuente: Elaboración propia a partir de los registros administrativos del Programa FETP Uruguay, División Epidemiología, Ministerio de Salud Pública.



Figura 2. Número de egresados del Programa FETP Uruguay por departamento, 2017-2026.



Fuente: Elaboración propia a partir de los registros administrativos del Programa FETP Uruguay, División Epidemiología, Ministerio de Salud Pública.



■ Distribución de los egresados del Programa FETP Uruguay según profesión, 2017-2026.

Lic. en Enfermería

- 55%

Médicos o estudiantes de medicina

- 15%

Veterinarios o estudiantes de veterinaria

- 14%

Auxiliar de enfermería

- 2%

Profesionales de laboratorio

- 2%

Otros

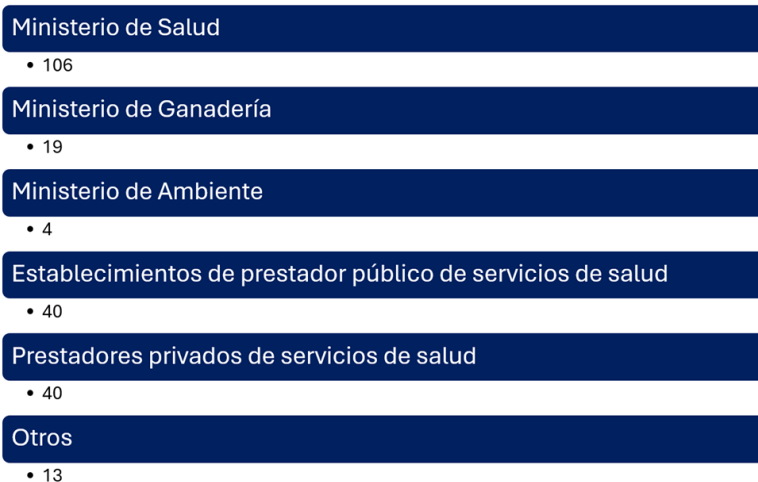
- 12%

Otros: asistente social, nutricionista, bioquímico, licenciado en comunicación, maestro, técnico agropecuario, ingeniero en alimentos, técnico prevencionista, técnico agropecuario, licenciado en registros médicos.

Fuente: Elaboración propia a partir de los registros administrativos del Programa FETP Uruguay, División Epidemiología, Ministerio de Salud Pública.



■ Número de egresados de FETP Uruguay según tipo de institución de desempeño, 2017-2026.



Otros: ANEP, BPS, intendencias, instituciones académicas.

Fuente: Elaboración propia a partir de los registros administrativos del Programa FETP Uruguay, División Epidemiología, Ministerio de Salud Pública.

Evaluación del Programa

Con el propósito de conocer el impacto del FETP en el fortalecimiento de las capacidades nacionales, en 2024 se realizó la primera evaluación del programa en Uruguay, utilizando la metodología FETP Outcome Evaluation Toolkit desarrollada por CDC, con el acompañamiento técnico de dicho



organismo y de la Red de Programas de Entrenamiento en Epidemiología de Campo de América del Sur (REDSUR).

La evaluación evidenció que el FETP ha contribuido al fortalecimiento de las capacidades en vigilancia epidemiológica y respuesta en salud pública. Los egresados manifestaron aplicar de forma habitual las competencias adquiridas durante el entrenamiento en actividades de vigilancia, investigación de brotes, análisis e interpretación de datos, elaboración de informes y comunicación para la toma de decisiones. Se destacó además el valor del enfoque de aprendizaje en servicio "aprender haciendo", que favorece la preparación de los profesionales para enfrentar situaciones reales y fortalece el trabajo en equipos interdisciplinarios.

La evaluación también permitió identificar oportunidades de mejora relacionadas con la incorporación de nuevas herramientas para el análisis de datos, el fortalecimiento de contenidos sobre respuesta a emergencias y la necesidad de consolidar mecanismos de seguimiento de los egresados, constituyendo un insumo relevante para la planificación estratégica y la mejora continua del programa.



■ La evaluación del FETP Uruguay evidenció que:

- **81 %** de los egresados participó en la respuesta a brotes o emergencias sanitarias.
- **70 %** participó en más de cinco eventos de salud pública.
- **66 %** capacitó posteriormente a otros profesionales.

Las competencias adquiridas son aplicadas en la práctica cotidiana de la vigilancia epidemiológica.

Los resultados respaldan la continuidad y fortalecimiento del programa como estrategia nacional de desarrollo de capacidades.

Nota al pie: Castro, M., & Domínguez, M. (2024). *Evaluación del Programa de Entrenamiento en Epidemiología de Campo (FETP) Uruguay: Una aproximación al impacto del programa en el país*. Ministerio de Salud Pública. Documento no publicado.

Uruguay en la comunidad regional de epidemiología de campo

El FETP Uruguay forma parte de la REDSUR, integrada por los programas FETP de distintos países de la región.

REDSUR constituye un espacio de colaboración, intercambio técnico y fortalecimiento conjunto de capacidades, promoviendo estándares compartidos y



facilitando la cooperación regional ante problemas de salud pública que trascienden fronteras.

En los últimos años el país ha ejercido el liderazgo de REDSUR, promoviendo el intercambio técnico y la cooperación entre los programas de entrenamiento de América del Sur. Ha participado activamente en actividades internacionales impulsadas por CDC y TEPHINET, incluyendo iniciativas vinculadas a la preparación y respuesta ante emergencias de salud pública.

Estas instancias han permitido que profesionales uruguayos accedan a oportunidades de capacitación, intercambio de experiencias y fortalecimiento de capacidades en ámbitos regionales e internacionales.

La participación activa de Uruguay en esta red refleja el compromiso del país con el desarrollo de la epidemiología de campo y con la construcción de capacidades regionales para la preparación y respuesta ante emergencias sanitarias.

Mirando hacia el futuro

Los desafíos para los próximos años incluyen la consolidación definitiva de los distintos niveles de entrenamiento, la ampliación de las oportunidades de formación, el fortalecimiento de la red de tutores y docentes, la generación de evidencia sobre el impacto del programa y el incremento de su visibilidad dentro y fuera del sistema de salud.



En un contexto global marcado por la aparición de nuevas amenazas sanitarias, la emergencia de enfermedades transmisibles y la necesidad de respuestas cada vez más rápidas y coordinadas, el FETP constituye una herramienta estratégica para fortalecer la seguridad sanitaria del país.



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

Evento	Nº casos		IA		Diferencia de tasas
	Mediana	2026	Mediana	2026	
Araneismo	5	13	0.14	0.37	0.23
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	33	3	0.95	0.09	-0.86
Difteria	0	0	0.00	0.00	0.00
Enfermedad meningocócica ¹	16	24	0.46	0.69	0.23
Enfermedad transmitida por alimentos ²	289	126	8.28	3.62	-4.66
Fiebre amarilla	0	0	0.00	0.00	0.00
Hantavirus	8	4	0.23	0.11	-0.11
Meningitis aguda bacteriana ³	34	33	0.98	0.95	-0.03
Meningitis/meningoencefalitis viral	23	13	0.66	0.37	-0.29
M-pox	0	0	0.00	0.00	0.00
Ofidismo	16	37	0.46	1.06	0.60
Oropuche	0	0	0.00	0.00	0.00
Personas mordidas o con riesgo de exposición a virus rábico	1876	3136	53.54	90.10	36.56
Parálisis flácida aguda	0	0	0.00	0.00	0.00
Poliomielitis	0	0	0.00	0.00	0.00
Rubéola	0	0	0.00	0.00	0.00
Sarampión ⁴	0	2	0.00	0.06	0.06
Síndrome de rubéola congénita	0	0	0.00	0.00	0.00
Tétanos	0	0	0.00	0.00	0.00
Tétanos neonatal	0	0	0.00	0.00	0.00
Tos convulsa	5	9	0.14	0.26	0.12
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 29. 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	8	2	0.23	0.06	-0.17
Hepatitis B*	169	186	4.80	5.34	0.54
Hepatitis C*	139	125	3.97	3.59	-0.38
Hepatitis E	2	4	0.06	0.11	0.06
Hidatidosis	1	1	0.03	0.03	0.00
Leishmaniasis tegumentaria	0	0	0.00	0.00	0.00
Leishmaniasis visceral	0	0	0.00	0.00	0.00
Leptospirosis	44	20	1.26	0.57	-0.69
Malaria	6	1	0.17	0.03	-0.14
Parotiditis infecciosa	191	285	5.48	8.19	2.71
Sífilis*	3588	4723	102.47	135.69	33.22
Varicela*	194	404	5.56	11.61	6.05

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 29).

Evento	Número de brotes	Número de personas afectadas
COVID-19	1	8
Enfermedad meningocócica	1	2
Hepatitis A	1	2
Herpes zoster	1	2
Mononucleosis	1	2
Sarampión**	1	2
Staphylococcus aureus meticilino resistente (SAMR)	1	4
Psitacosis	1	3
Parotiditis infecciosa (Paperas)	3	6
Enfermedad transmitida por alimentos*	8	48
Infección respiratoria aguda (IRA)	16	506
Escabiosis	16	88
Escarlatina	19	58
Gastroenterocolitis aguda	26	406
Varicela	26	92
Síndrome mano pie boca	101	1111
Total	223	2340

*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 29. Uruguay, 2025-2026

Departamento	2025						2026						Diferencia de tasas
	Casos sin AV	IA	Casos con AV	IA	Total de casos	IA	Casos sin AV	IA	Casos con AV	IA	Total de casos	IA	
Artigas	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0.00
Canelones	0	0.00	3	0.49	3	0.49	0	0.00	0	0.00	0	0.00	-0.49
Cerro Largo	0	0.00	1	1.10	1	1.10	0	0.00	0	0.00	0	0.00	-1.10
Colonia	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0.00
Durazno	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0.00
Flores	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0.00
Florida	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0.00
Lavalleja	0	0.00	1	1.71	1	1.71	0	0.00	0	0.00	0	0.00	-1.71
Maldonado	0	0.00	8	3.69	8	3.69	0	0.00	0	0.00	0	0.00	-3.69
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	33	0.95	40	1.15	0	0.00	3	0.09	3	0.09	-1.06

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



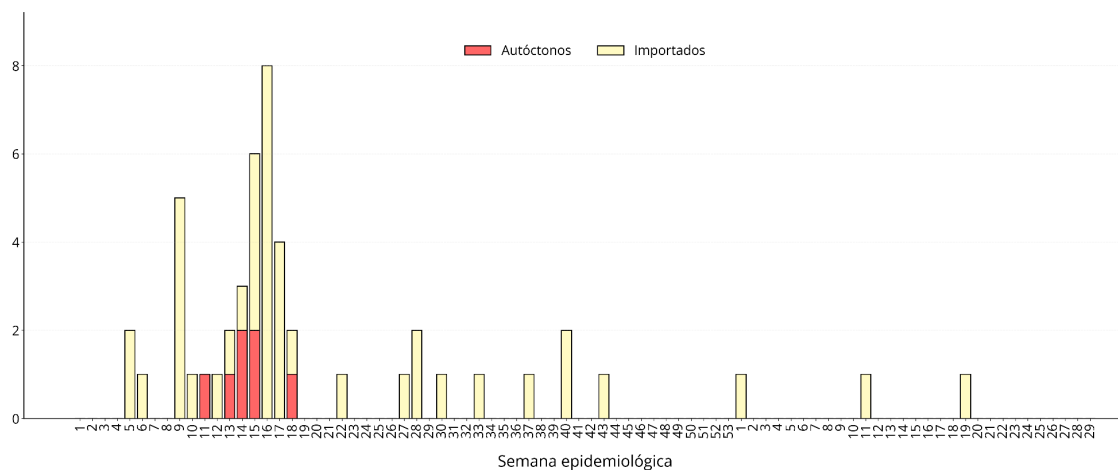
situación actual representa una franca disminución en las tasas, coincidiendo con la situación regional de la enfermedad. En la región de las Américas, hasta la semana epidemiológica 50 de 2025, se registró una disminución de casos del 67% con respecto al mismo período de 2024 y de 9% con respecto al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

Hasta la semana epidemiológica 29 de 2026 se registraron tres casos de dengue, dos en Montevideo, importados de Cuba y Brasil, respectivamente; y uno en Salto, importado de Brasil. Además se registraron tres casos de chikungunya, dos importados de Cuba, uno en el departamento de Florida y otro en el departamento de Rivera; y otro importado de Brasil, registrado en el departamento de Montevideo.

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



Gráfico 1. Curva epidémica de dengue. Desde semana epidemiológica 1 de 2025 hasta semana epidemiológica 29 de 2026. Uruguay.



Fuente: sistema informático SG-DEVISA.



Hantavirosis

Tabla 5. Número de casos confirmados, número de fallecidos e incidencia acumulada de hantavirosis por departamento hasta la semana epidemiológica 29. Uruguay, 2025-2026.

Departamento	Casos 2025	Casos 2026	IA 2025	IA 2026	Diferencia IA	Fallecidos 2025	Fallecidos 2026
Artigas	0	0	0.00	0.00	0.00	0	0
Canelones	1	1	0.16	0.16	0.00	0	0
Cerro Largo	0	0	0.00	0.00	0.00	0	0
Colonia	0	1	0.00	0.74	0.74	0	1
Durazno	0	0	0.00	0.00	0.00	0	0
Flores	0	0	0.00	0.00	0.00	0	0
Florida	0	0	0.00	0.00	0.00	0	0
Lavalleja	1	0	1.72	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	1	2.42	1.20	-1.22	1	0
Tacuarembó	0	0	0.00	0.00	0.00	0	0
Treinta y Tres	0	0	0.00	0.00	0.00	0	0
Total	7	4	0.20	0.11	-0.09	1	1

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



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



Hepatitis A

Tabla 6. Número de casos notificados e incidencia acumulada de hepatitis A por departamento a la semana epidemiológica 29. Uruguay, 2025-2026.

Departamento	Casos 2025	Casos 2026	IA 2025	IA 2026	Diferencia IA
Artigas	0	0	0.00	0.00	0.00
Canelones	1	0	0.16	0.00	-0.16
Cerro Largo	0	0	0.00	0.00	0.00
Colonia	0	0	0.00	0.00	0.00
Durazno	0	0	0.00	0.00	0.00
Flores	0	0	0.00	0.00	0.00
Florida	0	0	0.00	0.00	0.00
Lavalleja	0	0	0.00	0.00	0.00
Maldonado	0	0	0.00	0.00	0.00
Montevideo	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	9	2	0.26	0.06	-0.20

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

En 2026, hasta la SE 29, se reportaron dos casos de hepatitis A correspondientes a una mujer y a un hombre de 21 y 51 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 29. Uruguay, 2025-2026.

Departamento	Casos 2025	Casos 2026	IA 2025	IA 2026	Diferencia IA
Artigas	1	1	1.29	1.29	0.00
Canelones	6	15	0.97	2.43	1.46
Cerro Largo	0	0	0.00	0.00	0.00
Colonia	1	0	0.74	0.00	-0.74
Durazno	1	0	1.61	0.00	-1.61
Flores	1	1	3.86	3.85	-0.01
Florida	1	1	1.43	1.43	0.00
Lavalleja	3	2	5.16	3.42	-1.74
Maldonado	7	25	3.20	11.53	8.33
Montevideo	52	116	4.09	9.06	4.97
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	6	2.47	7.41	4.94
Salto	5	7	3.67	5.14	1.46
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	3	1	6.44	2.13	-4.31
Total	86	186	2.47	5.33	2.86

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 29. 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	11	0	2	0	2	0.78	1.24	0.46
26 a 36 años	17	12	0	6	0	2	3.05	2.16	-0.89
37 a 64 años	44	47	0	49	1	18	3.58	3.80	0.22
De 65 años y más	16	16	0	12	0	9	2.85	2.81	-0.04
Total	85	86	0	69	1	31	2.35	2.47	0.12

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 29, los casos registrados de hepatitis B corresponden a un 53,8% de mujeres y un 46,2% de hombres, con una media de 49,3 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 las 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 29. Uruguay, 2025-2026.

Departamento	Casos 2025	Casos 2026	IA 2025	IA 2026	Diferencia IA
Artigas	1	0	1.29	0.00	-1.29
Canelones	9	10	1.45	1.62	0.17
Cerro Largo	1	1	1.11	1.10	0.00
Colonia	0	4	0.00	2.94	2.94
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	11	2.75	5.07	2.33
Montevideo	66	84	5.19	6.56	1.37
Paysandú	1	2	0.82	1.64	0.82
Río Negro	0	0	0.00	0.00	0.00
Rivera	0	1	0.00	0.92	0.92
Rocha	3	1	3.70	1.23	-2.47
Salto	0	1	0.00	0.73	0.73
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	93	125	2.67	3.58	0.91

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 29, los casos registrados de hepatitis C corresponden a un 53,6% de hombres y un 46,4% de mujeres, con una media de edad de 47,7 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 29 por departamento. Uruguay, 2025-2026.

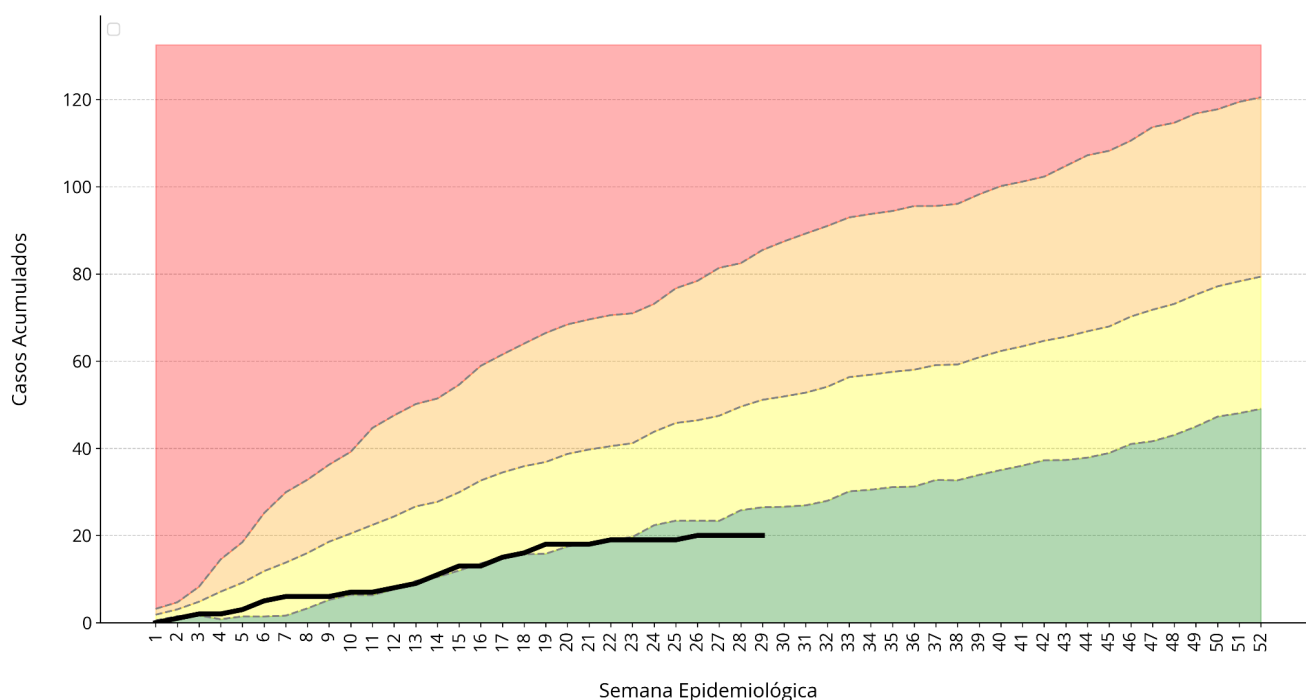
Departamento	Casos 2025	Casos 2026	IA 2025	IA 2026	Diferencia IA	Fallecidos 2025	Fallecidos 2026
Artigas	0	0	0.00	0.00	0.00	0	0
Canelones	3	3	0.48	0.49	0.00	0	0
Cerro Largo	1	2	1.11	2.21	1.10	0	0
Colonia	7	0	5.15	0.00	-5.15	0	0
Durazno	1	0	1.61	0.00	-1.61	0	0
Flores	0	0	0.00	0.00	0.00	0	0
Florida	1	0	1.43	0.00	-1.43	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	4	5	0.31	0.39	0.08	0	2
Paysandú	2	2	1.65	1.64	0.00	0	0
Río Negro	4	0	7.02	0.00	-7.02	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	44	20	1.26	0.57	-0.69	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 29 se registraron 20 casos confirmados de leptospirosis, todos del sexo masculino. El rango etario de los casos es de entre 21 y 80 años, con una edad media de 44 años. Catorce de los casos requirieron internación y dos de ellos fallecieron.

Gráfico 2. 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 29. Uruguay, 2025-2026.

Evento		N° casos		IA		N° fallecidos		Diferencia IA
		2025	2026	2025	2026	2025	2026	
Meningitis y enfermedad meningocócica		19	24	0.55	0.69	4	7	0.14
Meningitis bacteriana	Meningitis por H. influenzae	3	3	0.09	0.09	0	0	0.00
	Meningitis por S. pneumoniae	13	14	0.37	0.40	4	3	0.03
	Meningitis por Listeria monocytogenes	2	3	0.06	0.09	1	0	0.03
	Microorganismo sin identificar	9	5	0.26	0.14	0	0	-0.11
	Otro microorganismo identificado (no incluye N. meningitidis)	7	8	0.20	0.23	1	1	0.03
Meningitis y meningoencefalitis virales	Enterovirus	3	1	0.09	0.03	0	0	-0.06
	Herpes simplex 1 y 2	2	4	0.06	0.11	1	0	0.06
	Herpes zoster	12	8	0.34	0.23	3	2	-0.11
	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	11	2.52	3	27.27
De 15 a 64 años	6	0.26	2	33.33
De 65 años y más	1	0.18	1	100.00
Total	24	0.69	7	29.17

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	3	0.49	1
Durazno	1	1.61	0
Maldonado	1	0.46	0
Montevideo	11	0.87	5
Rivera	1	0.92	0
Rocha	2	2.47	0
Soriano	2	2.41	0
Tacuarembó	3	3.13	1
Total	24	0.69	7

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	8	0	3
De 15 a 64 años	0	4	0	2
De 65 años y más	0	0	1	0
Total	2	13	1	8

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	6	0.26	0	0.00
De 65 años y más	7	1.23	3	42.86
Total	14	0.40	3	21.43

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 29. 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	43	43	32.91	34.38	1.47
De 5 a 9 años	60	69	28.56	34.90	6.34
De 10 a 14 años	22	48	9.22	20.07	10.85
De 15 a 19 años	6	7	2.54	2.96	0.43
De 20 a 24 años	8	9	3.31	3.75	0.44
De 25 a 29 años	6	13	2.37	5.23	2.86
De 30 a 34 años	10	8	3.95	3.13	-0.82
De 35 a 39 años	3	17	1.21	6.82	5.62
De 40 a 44 años	8	20	3.39	8.39	5.00
De 45 a 49 años	7	9	2.89	3.76	0.86
De 50 a 54 años	2	7	0.92	3.14	2.22
De 55 a 59 años	2	7	1.03	3.54	2.52
De 60 a 64 años	3	4	1.56	2.10	0.54
De 65 a 69 años	4	5	2.34	2.90	0.56
De 70 a 74 años	2	3	1.46	2.12	0.66
De 75 y más	3	14	1.19	5.47	4.28
TOTAL	191	285	5.48	8.19	2.71

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 29. Uruguay, 2025-2026.

Departamento	Casos 2025	Casos 2026	IA 2025	IA 2026	Diferencia IA
Artigas	1	1	1.29	1.29	0.00
Canelones	13	23	2.09	3.72	1.63
Cerro Largo	5	2	5.54	2.21	-3.33
Colonia	11	33	8.09	24.26	16.17
Durazno	0	4	0.00	6.45	6.45
Flores	2	8	7.72	30.78	23.06
Florida	1	1	1.43	1.43	0.00
Lavalleja	1	1	1.72	1.71	-0.01
Maldonado	7	6	3.20	2.77	-0.44
Montevideo	67	94	5.27	7.34	2.07
Paysandú	24	18	19.76	14.80	-4.96
Río Negro	1	1	1.76	1.75	0.00
Rivera	2	6	1.83	5.50	3.66
Rocha	3	2	3.70	2.47	-1.23
Salto	34	65	24.98	47.71	22.73
San José	3	1	2.49	0.83	-1.66
Soriano	11	17	13.32	20.48	7.17
Tacuarembó	4	1	4.18	1.04	-3.14
Treinta y Tres	1	1	2.15	2.13	-0.01
Total	191	285	5.48	8.19	2.70

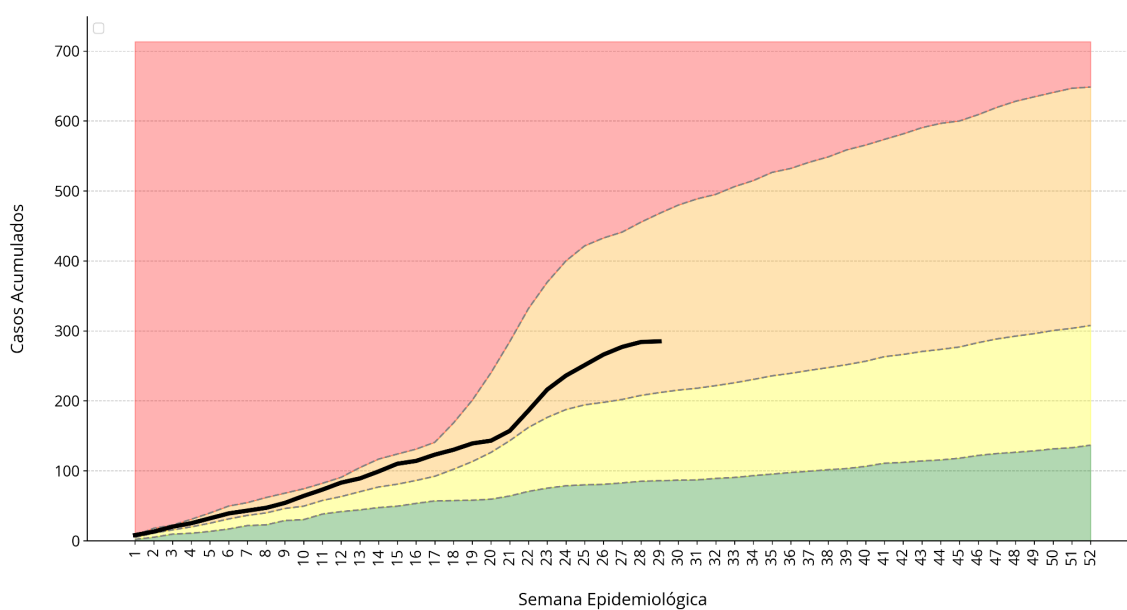
IA: incidencia acumulada x 100.000 habitantes. Fuente: SG-DEVISA. Los datos se encuentran sujetos a modificaciones producto de la mejora de calidad del registro.

El análisis de los casos de parotiditis a la SE 29 muestra un aumento de 2,70 en la incidencia acumulada tanto al comparar con 2025, como al comparar con respecto a la mediana de los últimos 5 años (sin incluir pandémicos).



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

Gráfico 3. 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 29, Uruguay, 2026

Departamento	Perro	Murciélago	Gato	Otro	Total
Artigas	51	2	4	0	57
Canelones	320	8	33	3	364
Cerro Largo	46	1	4	0	51
Colonia	173	0	17	0	190
Durazno	55	0	5	1	61
Flores	55	0	8	1	64
Florida	30	1	2	0	33
Lavalleja	45	2	5	1	53
Maldonado	133	16	20	1	170
Montevideo	823	27	81	4	935
Paysandú	151	1	14	0	166
Río Negro	31	0	1	0	32
Rivera	221	0	22	0	243
Rocha	23	2	0	1	26
Salto	268	1	24	0	293
San José	105	0	8	0	113
Soriano	67	3	7	1	78
Tacuarembó	187	0	11	0	198
Treinta y Tres	8	0	1	0	9
Total	2792	64	267	13	3136

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

En 999 casos se realizó recomendación de vacuna antirrábica en cumplimiento de las indicaciones del protocolo de manejo de personas mordidas o con exposición a virus rábico.



Sarampión

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

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

Contexto global y regional

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

De acuerdo con los datos de vigilancia de sarampión y rubéola publicados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2025 se notificaron 552.699 casos sospechosos de sarampión, en 179 Estados Miembros de las seis regiones de la OMS, de los cuales 247.623 (44,8%) fueron confirmados. En la Región de las Américas, en 2025 fueron confirmados 14.891 casos de sarampión, incluyendo 29 defunciones.

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



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

Vigilancia de sarampión

Se recuerda al equipo de salud

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

Definiciones de caso

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

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



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

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

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

Diagnóstico de laboratorio

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

Para el diagnóstico se requiere el envío de tres muestras:

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

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

Para la confirmación del caso se requiere:



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

Recomendaciones para el equipo de salud

Se recomienda:

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



Para la atención se deben implementar las siguientes medidas ³

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

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

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



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

Monitoreo de contactos

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

Control del ambiente nosocomial

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

Duración del aislamiento de los casos

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

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



Medidas de control en los contactos de casos confirmados de sarampión

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



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

Vacunación contra el sarampión

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

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

El esquema de vacunación en Uruguay es el siguiente:

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

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

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



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

Recomendaciones para viajeros

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

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



Sífilis

En la tabla 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 29. Uruguay, 2025-2026.

Departamento	Casos 2025	Casos 2026	IA 2025	IA 2026	Diferencia IA
Artigas	62	170	80.21	219.70	139.49
Canelones	309	597	49.74	96.64	46.91
Cerro Largo	28	55	31.01	60.77	29.77
Colonia	142	189	104.48	138.97	34.49
Durazno	54	66	87.21	106.44	19.24
Flores	20	17	77.19	65.41	-11.77
Florida	53	71	75.77	101.37	25.60
Lavalleja	126	118	216.79	202.03	-14.76
Maldonado	454	642	207.84	296.11	88.28
Montevideo	1202	1715	94.53	133.99	39.46
Paysandú	150	255	123.51	209.65	86.14
Río Negro	38	36	66.71	63.09	-3.62
Rivera	73	57	66.93	52.22	-14.71
Rocha	59	135	72.75	166.64	93.88
Salto	94	245	69.06	179.84	110.78
San José	88	153	73.07	127.18	54.11
Soriano	85	76	102.90	91.58	-11.32
Tacuarembó	121	79	126.53	82.45	-44.08
Treinta y Tres	30	47	64.38	100.21	35.83
Total	3188	4723	91.54	135.69	44.15



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 29. Uruguay, 2025-2026.

Rango etario	Casos 2025	Casos 2026	IA 2025	IA 2026	Diferencia IA
Menor de 1 año	5	6	16.79	20.12	3.33
De 1 a 4 años	1	3	0.77	2.40	1.63
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	1	0	0.42	0.00	-0.42
De 45 a 49 años	0	0	0.00	0.00	0.00
De 50 a 54 años	0	0	0.00	0.00	0.00
De 55 a 59 años	0	0	0.00	0.00	0.00
De 60 a 64 años	0	0	0.00	0.00	0.00
De 65 a 69 años	0	0	0.00	0.00	0.00
De 70 a 74 años	0	0	0.00	0.00	0.00
De 75 y más	0	0	0.00	0.00	0.00
Total	9	9	0.26	0.26	0.00

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



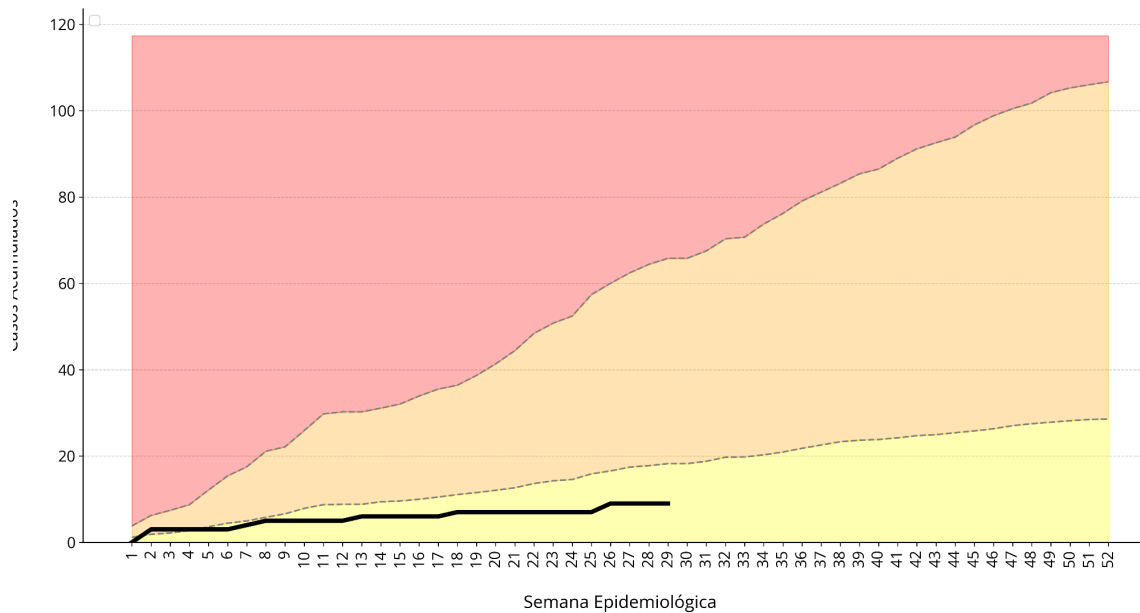
Tabla 21. Número de casos e incidencia acumulada de tos convulsa por departamento hasta la semana epidemiológica 29. Uruguay, 2025-2026.

Departamento	Casos 2025	Casos 2026	IA 2025	IA 2026	Diferencia IA
Artigas	0	0	0.00	0.00	0.00
Canelones	1	3	0.16	0.49	0.32
Cerro Largo	0	0	0.00	0.00	0.00
Colonia	0	0	0.00	0.00	0.00
Durazno	0	0	0.00	0.00	0.00
Flores	0	0	0.00	0.00	0.00
Florida	0	0	0.00	0.00	0.00
Lavalleja	0	0	0.00	0.00	0.00
Maldonado	1	0	0.46	0.00	-0.46
Montevideo	6	5	0.47	0.39	-0.08
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	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	9	9	0.26	0.26	0.00

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



Gráfico 4. 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 29 se registraron 404 casos, 92 de los cuales corresponden a 26 brotes, diez de ellos intrafamiliares, siete correspondientes a centros educativos y los restantes a otras instituciones. El corredor endémico acumulado de varicela se muestra en el gráfico 5.



Tabla 22. Número de casos e incidencia acumulada de varicela por rango etario hasta la semana epidemiológica 29. Uruguay, 2025-2026.

Rango etario	Casos 2025	Casos 2026	IA 2025	IA 2026	Diferencia IA
Menor de 1 año	13	9	43.65	30.18	-13.47
De 1 a 4 años	37	45	28.32	35.98	7.66
De 5 a 9 años	20	26	9.52	13.15	3.63
De 10 a 14 años	42	57	17.60	23.83	6.23
De 15 a 19 años	81	85	34.24	35.98	1.73
De 20 a 24 años	61	46	25.26	19.16	-6.10
De 25 a 29 años	53	38	20.94	15.29	-5.65
De 30 a 34 años	26	32	10.27	12.52	2.25
De 35 a 39 años	5	23	2.01	9.23	7.22
De 40 a 44 años	5	14	2.12	5.87	3.76
De 45 a 49 años	3	17	1.24	7.10	5.86
De 50 a 54 años	8	6	3.68	2.69	-0.99
De 55 a 59 años	1	1	0.51	0.51	-0.01
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	1	1.58	0.39	-1.19
Total	364	404	10.44	11.61	1.17

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.



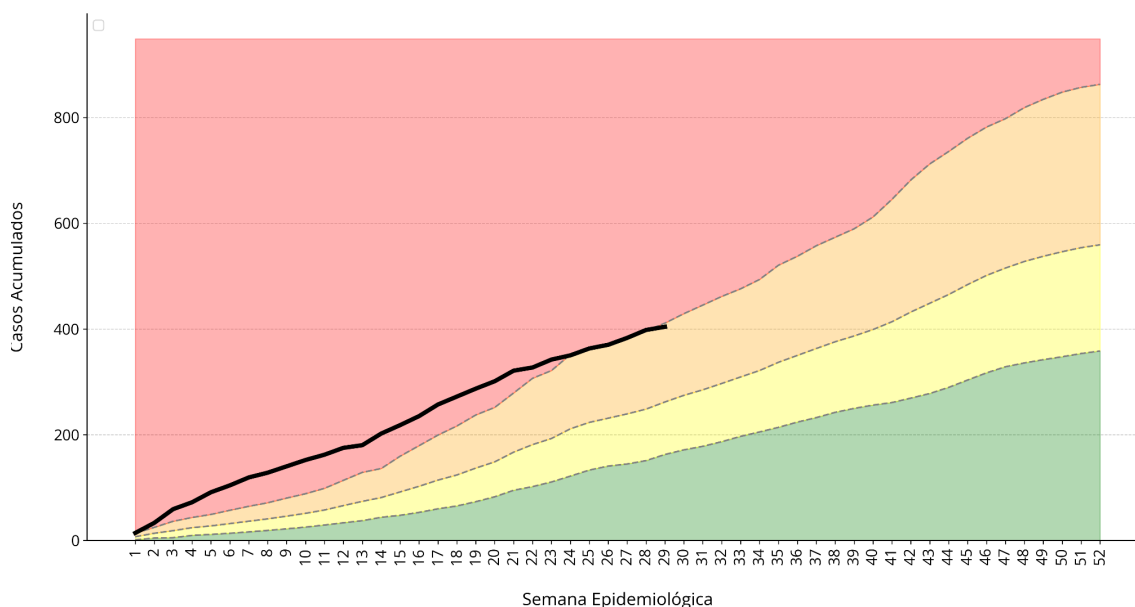
Tabla 23. Número de notificaciones e incidencia acumulada de notificaciones de varicela por departamento hasta la semana epidemiológica 29. Uruguay, 2025-2026.

Departamento	Casos 2025	Casos 2026	IA 2025	IA 2026	Diferencia IA
Artigas	2	7	2.59	9.05	6.46
Canelones	46	61	7.40	9.87	2.47
Cerro Largo	3	2	3.32	2.21	-1.11
Colonia	14	16	10.30	11.76	1.46
Durazno	0	6	0.00	9.68	9.68
Flores	0	2	0.00	7.70	7.70
Florida	2	11	2.86	15.70	12.85
Lavalleja	10	3	17.21	5.14	-12.07
Maldonado	15	19	6.87	8.76	1.90
Montevideo	175	173	13.76	13.52	-0.25
Paysandú	31	46	25.52	37.82	12.29
Río Negro	10	5	17.56	8.76	-8.79
Rivera	6	8	5.50	7.33	1.83
Rocha	4	4	4.93	4.94	0.00
Salto	20	23	14.69	16.88	2.19
San José	11	4	9.13	3.32	-5.81
Soriano	12	8	14.53	9.64	-4.89
Tacuarembó	3	4	3.14	4.17	1.04
Treinta y Tres	0	2	0.00	4.26	4.26
Total	364	404	10.45	11.61	1.16

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 5. 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).

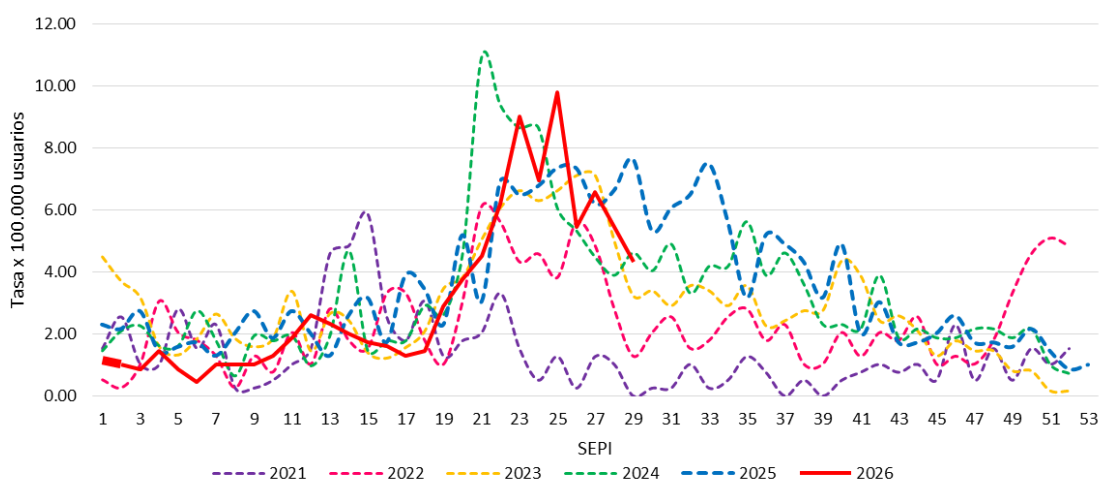


Infecciones respiratorias

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

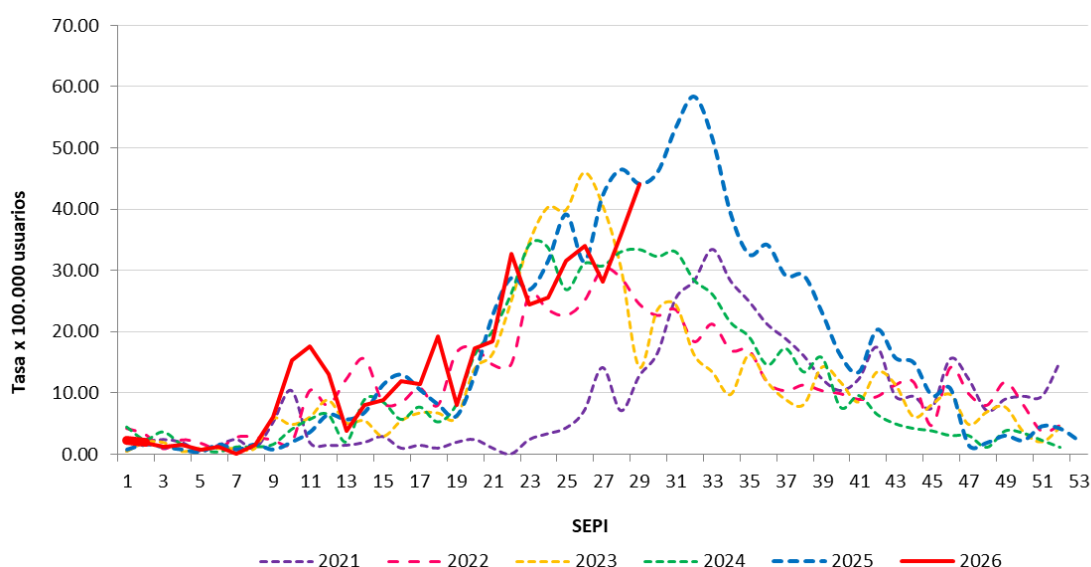
Gráfico 6. Incidencia acumulada en personas de 15 años y más internadas por infecciones respiratorias agudas graves en centros centinela por semana epidemiológica. Uruguay, 2021 - 2026.



Fuente: Sistema de Infecciones Hospitalarias.



Gráfico 7. 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.

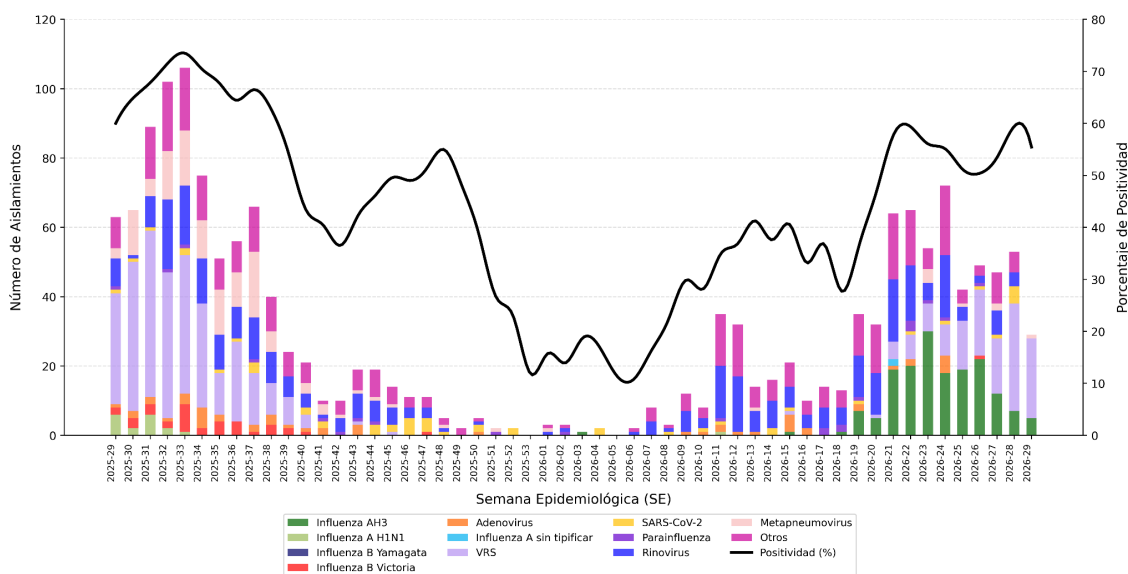
Hasta la SE 29 de 2026, la incidencia acumulada de IRAG en adultos y en menores de 15 años presentó una distribución similar a la observada en años anteriores. En cuanto a la tasa de incidencia de IRAG en 2026, la misma se ubicó en la SE 29 en 4,33 cada 100.000 usuarios para adultos y 44,11 cada 100.000 usuarios para pacientes pediátricos.

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



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

Gráfico 8. Virus identificados en infecciones respiratorias agudas graves en centros centinelas y porcentaje de positividad de las muestras analizadas, desde la SE 29 de 2025 hasta la SE 29 de 2026.

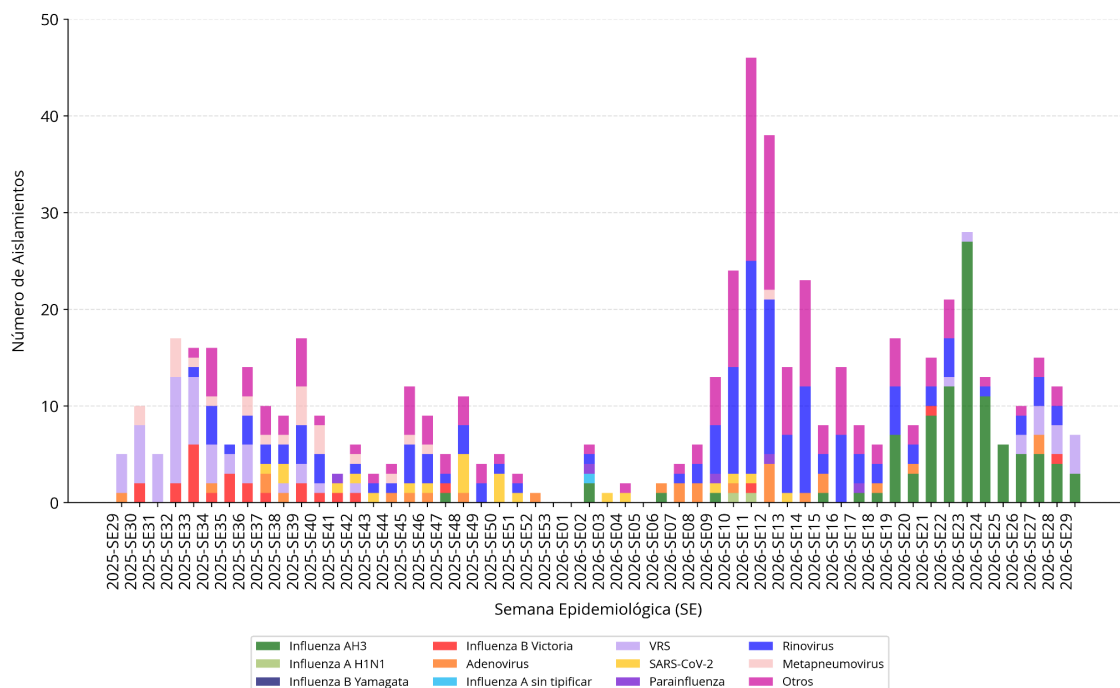


Otros incluye: Enterovirus, Coronavirus, Bocavirus. Fuente: Departamento de Laboratorios de Salud Pública.

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



Gráfico 9. Virus identificados en enfermedad tipo influenza en centros centinelas, desde la SE 29 de 2025 hasta la SE 29 de 2026.



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

Monitoreo de consultas en emergencias móviles

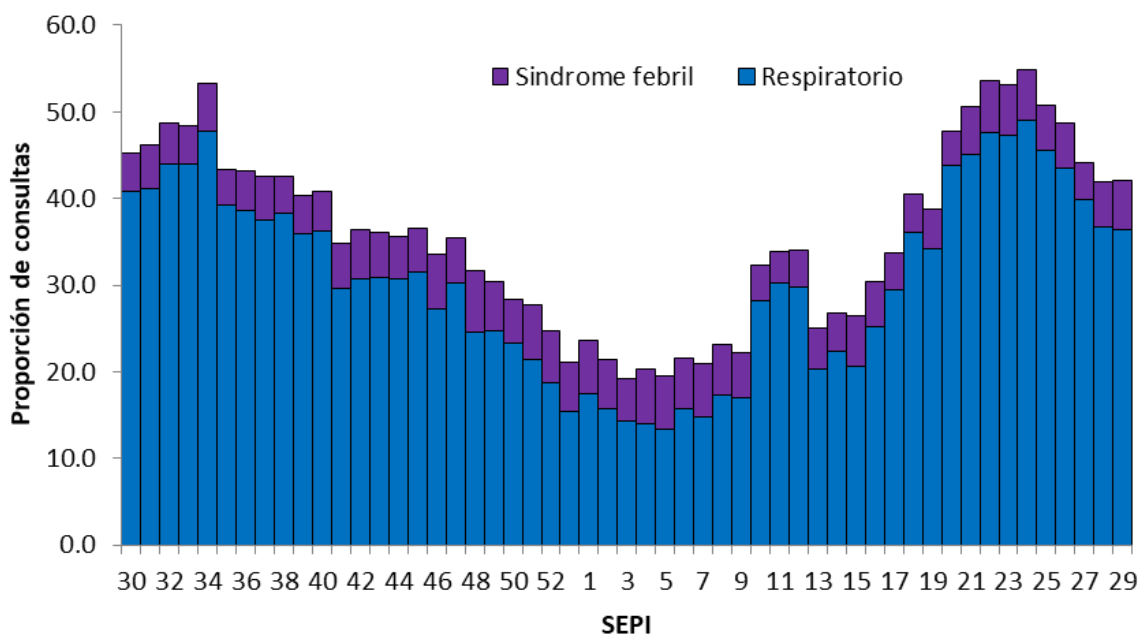
Semanalmente, un grupo seleccionado de emergencias móviles reporta al MSP sus motivos de consulta, incluyendo entre otras las causas respiratorias y síndrome febril. Dicha información se utiliza para estimar medidas de la carga de enfermedad respiratoria en el país, ilustradas en los gráficos 10, 11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

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



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

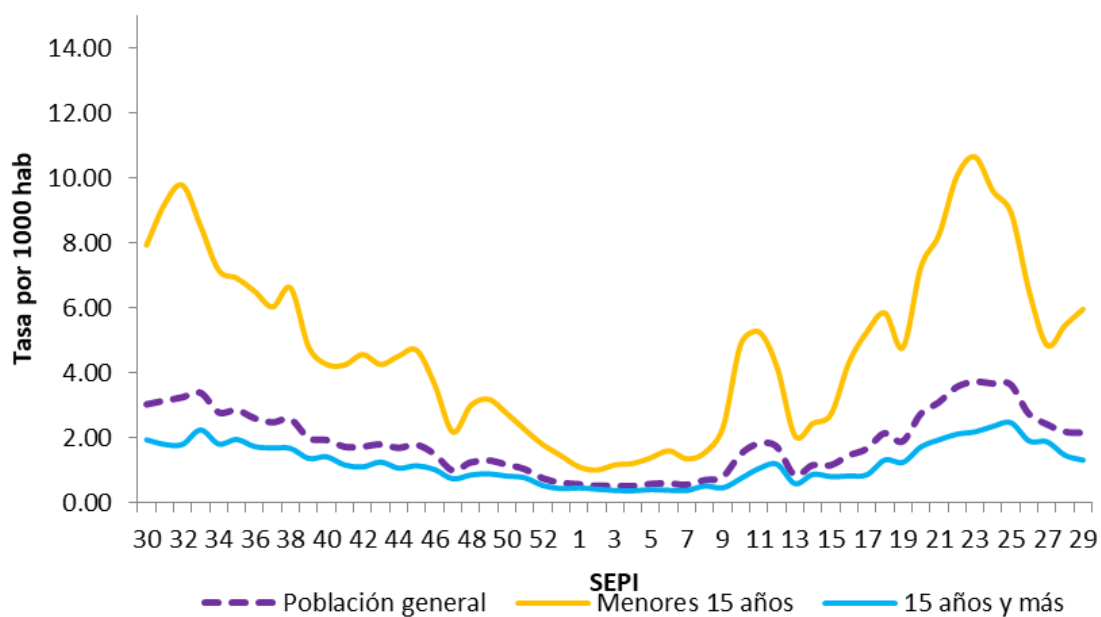
Gráfico 10. Proporción de consultas en emergencias móviles por enfermedad respiratoria y síndrome febril hasta la semana epidemiológica 29 de 2026. Uruguay.



Fuente: DEVISA.



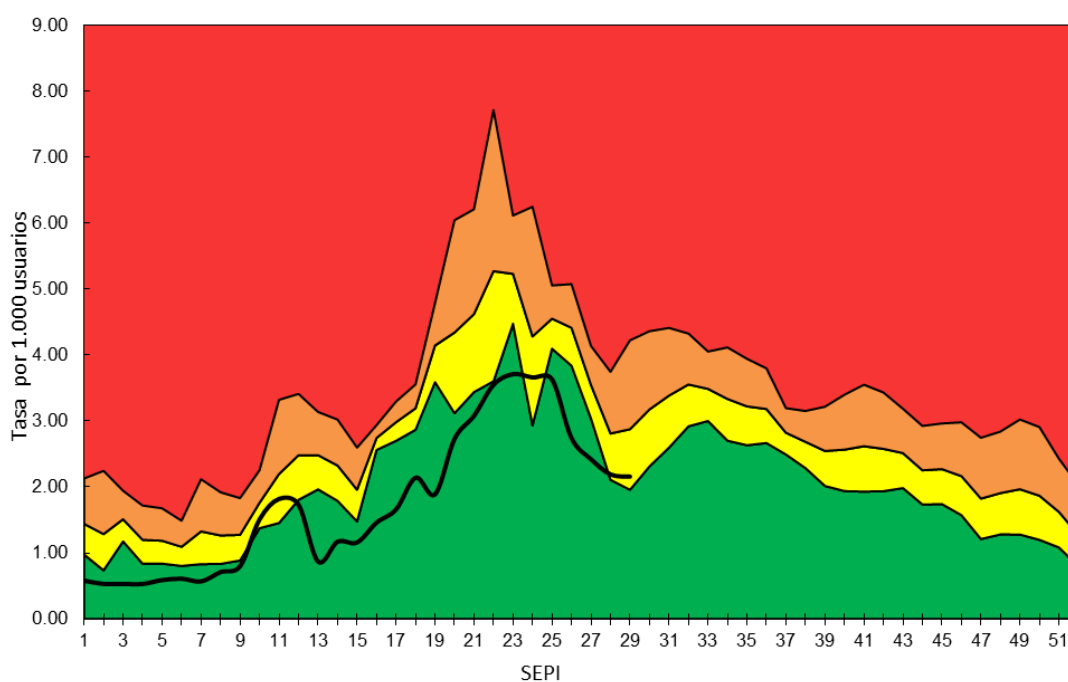
Gráfico 11. Tasa de consultas por infección respiratoria aguda en emergencias móviles hasta la semana epidemiológica 29 de 2026. Uruguay.



Fuente: DEVISA.



Gráfico 12. Corredor endémico de consultas por infección respiratoria aguda en emergencias móviles hasta la semana epidemiológica 29. Uruguay, 2026.



Fuente: DEVISA.



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

Estado global actual de COVID-19 (2026)

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

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

a) Deriva antigénica lenta pero continua

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

b) Coexistencia de múltiples linajes

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

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

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

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



Incidencia y severidad

La mayoría de países muestran:

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

Problemas de vigilancia global:

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

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

Nuevas fuentes de Información:

- Vigilancia en aguas residuales (cada vez más importante)

Long COVID y carga residual

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

Implicancias clínicas y epidemiológicas de las variantes circulantes

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



Variantes: Paisaje evolutivo Global

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

Tipos de variantes actuales

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

Variantes bajo monitoreo (VUM):

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

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

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

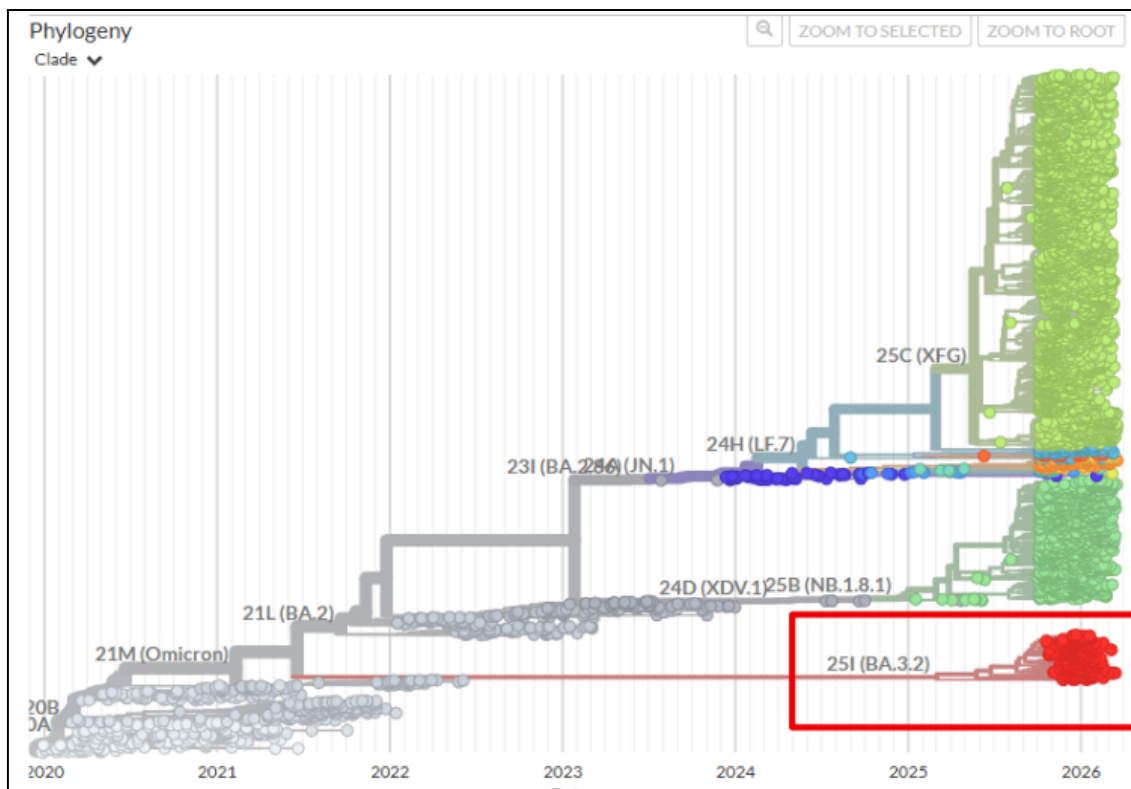


varios países, incluidos Australia , Alemania y Estados Unidos . El 5 de diciembre de 2025, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró a BA.3.2 como una variante bajo vigilancia (VUM). La variante fue apodada extraoficialmente Cicada o Cigarra por los investigadores por su largo tiempo de latencia,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



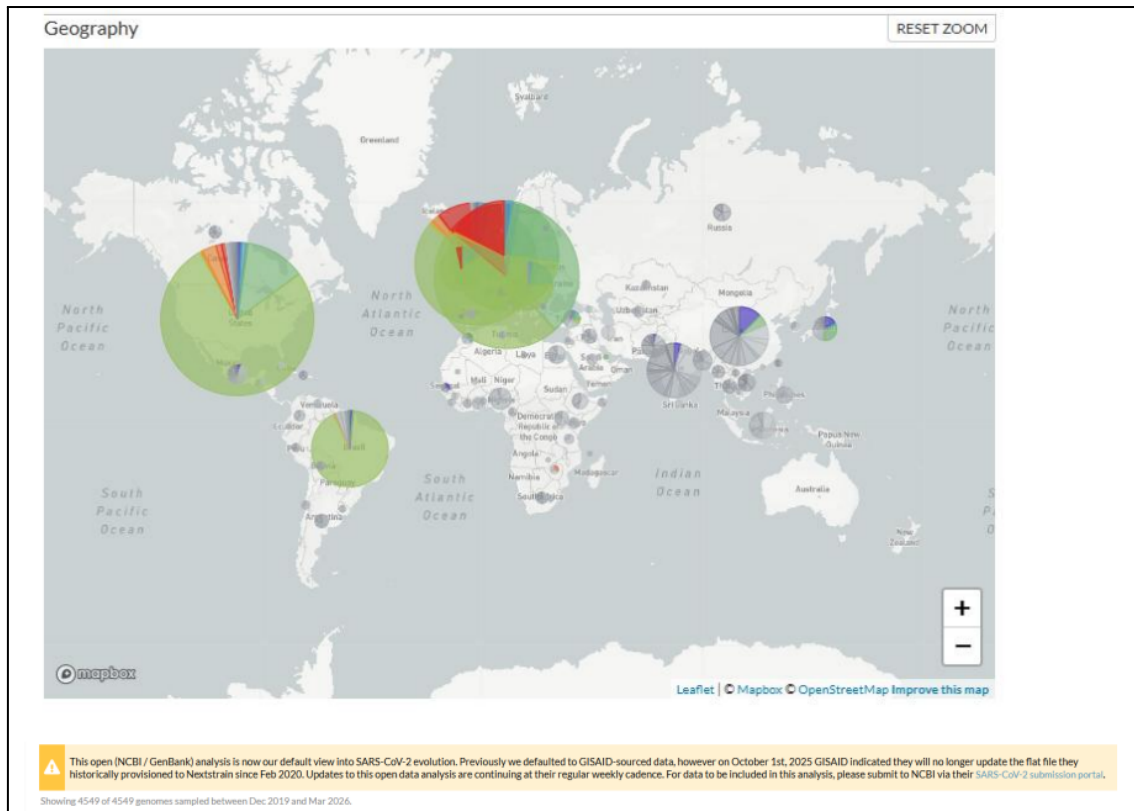
Figura 1. Filogenia actual de Vigilancia genómica global de SARS-Cov2 en base de datos Nextclade. El recuadro resalta el linaje en expansión BA.3.2



 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.



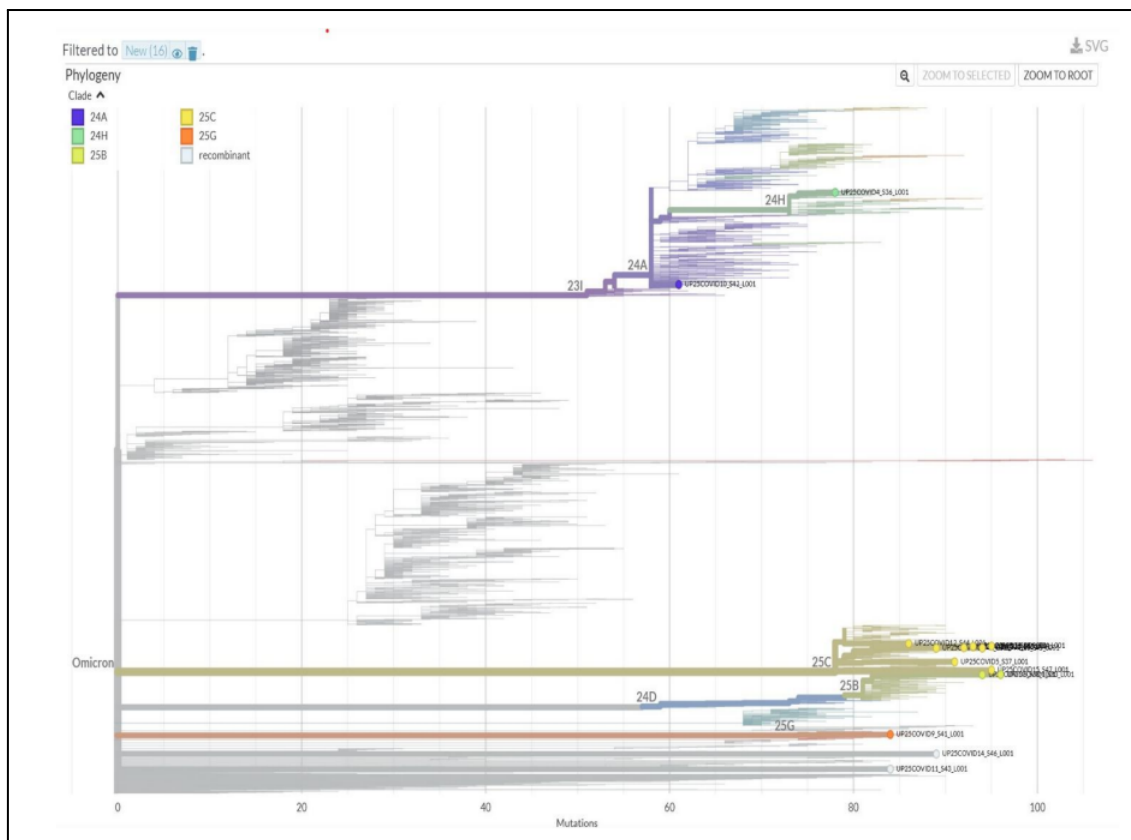
Tabla 24. Variantes obtenidas en el periodo de Vigilancia genómica centinela⁸ de Enero a Marzo 2026 en Uruguay. El asterisco (*) después del nombre de la variante, indica que se secuenciaron distintos genomas derivados de esa variante.

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 29 de julio.

Departamento	Fecha de inicio	Microorganismo	Mecanismo de resistencia	Casos de infección*	Casos de colonización**	Fecha de último caso (inf o col)
Colonia	27/04/2026	Bacilos Gram negativos	NDM	0	7	15/06/2026
Montevideo	12/05/2026	Bacilos Gram negativos	NDM	0	11	22/07/2026
Montevideo	24/05/2026	<i>Enterococcus faecium</i>	ERV	0	14	28/06/2026
Maldonado	16/06/2026	<i>Klebsiella pneumoniae</i>	NDM	0	3	08/07/2026
Salto	15/06/2026	Bacilos Gram negativos	NDM	0	8	27/06/2026
Maldonado	16/06/2026	<i>Enterococcus faecium</i>	ERV	1	4	10/07/2026
Colonia	18/06/2026	Bacilos Gram negativos	BLEE	0	5	11/07/2026
Maldonado	09/07/2026	<i>Pseudomonas putida</i>	VIM	0	2	09/07/2026
Montevideo	04/07/2026	<i>Enterococcus faecium</i>	ERV	2	4	20/07/2026
Montevideo	15/07/2026	Bacilos Gram negativos	NDM	0	3	17/07/2026
Montevideo	21/07/2026	<i>Klebsiella pneumoniae</i>	NDM	2	1	25/07/2026
Paysandú	17/07/2026	<i>Serratia marcescens</i>	-	3	0	21/07/2026
Montevideo	30/06/2026	Virus varicela zoster	-	3	0	26/07/2026

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 29 de julio.

Microorganismo		Número de Brotes	Número de Casos	
			Infección	Colonización
Bacilos Gram negativos productores de betalactamasas	NDM	18	13	179
	KPC	-	-	-
	VIM	-	-	-
	BLEE	1	1	8
	OXA 23	2	12	8
Bacilos Gram negativos sin identificación de producción de betalactamasas*		3	8	1
<i>Staphylococcus aureus</i> meticilino sensible		-	-	-
<i>Enterococcus faecium</i> resistente a la Vancomicina		12	7	54
<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