Ministerio
de Salud Pública

Boletín epidemiológico

Semana epidemiológica 37 año 2026

13/09/2026 al 19/09/2026

Contenido

Enfermedades y Eventos de Notificación Obligatoria....4
Vías de notificación....5
Resumen de eventos....7
Brotes....9
Arbovirosis....10
Hantavirosis....13
Hepatitis A....15
Hepatitis B....16
Hepatitis C....18
Leptospirosis....20
Meningitis, meningoencefalitis y enfermedad meningocócica....22
Parotiditis....25
Personas mordidas o con riesgo de exposición a virus rábico....28
Sarampión....29
Contexto global y regional....29
Vigilancia de sarampión....30
Diagnóstico de laboratorio....31
Recomendaciones para el equipo de salud....32
Vacunación contra el sarampión....36
Recomendaciones para viajeros....37
Sífilis....38
Tos convulsa....40
Varicela....43
Conceptos generales de la enfermedad....46
Recomendaciones generales....48
Infecciones respiratorias....50
Vigilancia de IRAG....51
Monitoreo de consultas en emergencias móviles....54
Informe sobre las variantes COVID-19 bajo vigilancia genómica y su circulación en el país y en la región....58

Estado global actual de COVID-19 (2026)....58
Incidencia y severidad....59
Problemas de vigilancia global:....59
Long COVID y carga residual....59
Implicancias clínicas y epidemiológicas de las variantes circulantes....59
Variantes: Paisaje evolutivo Global....60
Infecciones asociadas a la atención a la salud....67
Brotes de IAAS....68

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

Evento	Nº casos		IA		Diferencia de tasas
	Mediana	2026	Mediana	2026	
Araneismo	5	17	0.14	0.49	0.35
Cólera	0	0	0.00	0.00	0.00
Chikungunya	2	3	0.06	0.09	0.03
Dengue autóctono	7	0	0.20	0.00	-0.20
Dengue importado	35	3	1.00	0.09	-0.91
Difteria	0	0	0.00	0.00	0.00
Enfermedad meningocócica [1]	25	31	0.71	0.89	0.18
Enfermedad transmitida por alimentos [2]	326	142	9.34	4.08	-5.26
Fiebre amarilla	0	0	0.00	0.00	0.00
Hantavirosis	11	5	0.31	0.14	-0.17
Meningitis aguda bacteriana [3]	49	38	1.40	1.09	-0.31
Meningitis/meningoencefalitis viral	28	17	0.80	0.49	-0.31
M-pox	0	0	0.00	0.00	0.00
Ofidismo	17	39	0.49	1.12	0.63
Oropuche	0	0	0.00	0.00	0.00
Personas mordidas o con riesgo de exposición a virus rábico	2377	3936	67.76	113.08	45.32
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	15	0.14	0.43	0.29
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 37. Uruguay, mediana de últimos 5 años (sin incluir pandémicos) vs. 2026.

Evento	Nº casos		IA		Diferencia de tasas
	Mediana	2026	Mediana	2026	
Brucelosis	1	0	0.03	0.00	-0.03
Carbunco	0	0	0.00	0.00	0.00
Chagas agudo	0	0	0.00	0.00	0.00
Chagas congénito	0	1	0.00	0.03	0.03
Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob	0	0	0.00	0.00	0.00
Fiebre Q	1	0	0.03	0.00	-0.03
Fiebre tifoidea	0	0	0.00	0.00	0.00
Hepatitis A	9	3	0.26	0.09	-0.17
Hepatitis B*	211	175	5.99	5.03	-0.97
Hepatitis C*	176	152	5.04	4.37	-0.67
Hepatitis E	3	5	0.09	0.14	0.06
Hidatidosis	1	1	0.03	0.03	0.00
Leishmaniasis tegumentaria	0	0	0.00	0.00	0.00
Leishmaniasis visceral	0	0	0.00	0.00	0.00
Leptospirosis	50	25	1.43	0.72	-0.72
Malaria	9	7	0.26	0.20	-0.06
Parotiditis infecciosa	228	328	6.54	9.42	2.88
Sífilis*	4597	6062	131.29	174.17	42.88
Varicela*	298	510	8.53	14.65	6.12

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 37).

Evento	Número de brotes	Número de personas afectadas
Enfermedad meningocócica	1	2
Herpes zoster	1	2
Mononucleosis	1	2
Psitacosis	1	3
Rotavirus	1	21
Sarampión**	1	2
VRS	1	2
COVID-19	2	17
Staphylococcus aureus meticilino resistente (SAMR)	2	8
Parotiditis infecciosa (Paperas)	4	8
Enfermedad transmitida por alimentos*	11	135
Infección respiratoria aguda (IRA)	19	546
Escabiosis	21	114
Escarlatina	25	76
Gastroenterocolitis aguda	31	465
Varicela	36	132
Síndrome mano pie boca	128	1394
Total	286	2929

*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 37. Uruguay, 2025-2026

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

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

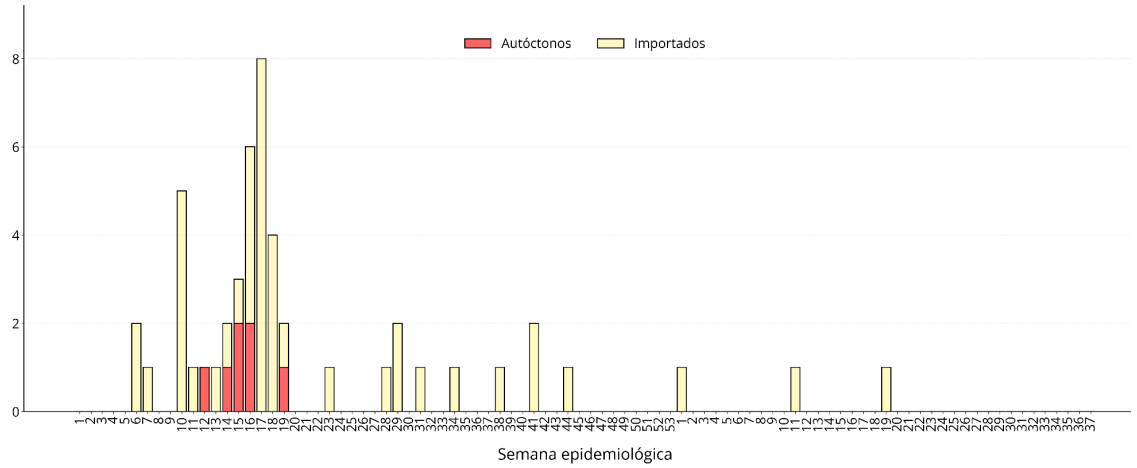
En el año 2024 se registró un aumento de casos de dengue, inicialmente importado y más tarde autóctono, entre las semanas epidemiológicas 1 y 20. La

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

Hasta la semana epidemiológica 37 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 37 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 37. 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	2	1	0.32	0.16	-0.16	0	0
Cerro Largo	0	0	0.00	0.00	0.00	0	0
Colonia	0	2	0.00	1.47	1.47	0	2
Durazno	0	0	0.00	0.00	0.00	0	0
Flores	0	0	0.00	0.00	0.00	0	0
Florida	0	0	0.00	0.00	0.00	0	0
Lavalleja	1	0	1.71	0.00	-1.71	0	0
Maldonado	0	0	0.00	0.00	0.00	0	0
Montevideo	1	1	0.08	0.08	0.00	0	0
Paysandú	0	0	0.00	0.00	0.00	0	0
Río Negro	1	0	1.75	0.00	-1.75	0	0
Rivera	0	0	0.00	0.00	0.00	0	0
Rocha	1	0	1.23	0.00	-1.23	0	0
Salto	0	0	0.00	0.00	0.00	0	0
San José	0	0	0.00	0.00	0.00	0	0
Soriano	2	1	2.41	1.21	-1.20	1	0
Tacuarembó	0	0	0.00	0.00	0.00	0	0
Treinta y Tres	0	0	0.00	0.00	0.00	0	0
Total	8	5	0.23	0.14	-0.09	1	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 el transcurso de 2026, hasta la SE 37, se confirmaron cinco casos de hantavirosis. Los casos corresponden a cuatro hombres y una mujer, con edades comprendidas en el grupo etario de 29 a 41 años. Entre los casos confirmados, se registraron dos fallecimientos de residentes del departamento de Colonia.

Hepatitis A

Tabla 6. Número de casos notificados e incidencia acumulada de hepatitis A por departamento a la semana epidemiológica 37. Uruguay, 2025-2026.

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

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

En 2026, hasta la SE 37, se reportaron tres casos de hepatitis A correspondientes a una mujer y a dos hombres de 21, 51 y 92 años, respectivamente.

Hepatitis B

Tabla 7. Número de casos confirmados y en investigación e incidencia acumulada por departamento de hepatitis B a la semana epidemiológica 37. Uruguay, 2025-2026.

Departamento	Casos 2025	Casos 2026	IA 2025	IA 2026	Diferencia IA
Artigas	2	1	2.58	1.29	-1.29
Canelones	10	17	1.62	2.74	1.12
Cerro Largo	0	0	0.00	0.00	0.00
Colonia	2	1	1.47	0.74	-0.73
Durazno	1	0	1.61	0.00	-1.61
Flores	1	1	3.85	3.86	0.01
Florida	1	1	1.43	1.43	0.00
Lavalleja	5	2	8.56	3.44	-5.12
Maldonado	11	23	5.07	10.53	5.46
Montevideo	69	107	5.39	8.42	3.02
Paysandú	1	0	0.82	0.00	-0.82
Río Negro	0	0	0.00	0.00	0.00
Rivera	3	1	2.75	0.92	-1.83
Rocha	3	5	3.70	6.17	2.46
Salto	5	6	3.67	4.41	0.74
San José	2	7	1.66	5.81	4.15
Soriano	0	2	0.00	2.42	2.42
Tacuarembó	0	0	0.00	0.00	0.00
Treinta y Tres	3	1	6.40	2.15	-4.25
Total	119	175	3.41	5.03	1.61

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 37. 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	11	13	0	3	0	2	1.07	1.46	0.39
26 a 36 años	25	14	0	2	1	2	4.48	2.52	-1.96
37 a 64 años	57	59	1	33	2	13	4.63	4.77	0.13
De 65 años y más	21	22	0	4	0	8	3.74	3.86	0.12
Total	114	108	1	42	3	25	3.15	3.10	-0.05

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

En 2026, hasta la SE 37, los casos registrados de hepatitis B corresponden a un 52% de mujeres y un 48% de hombres, con una media de 49,1 años, y un rango etario de entre 17 y 80 años de edad.

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

Hepatitis C

Tabla 9. Número de casos confirmados y en investigación e incidencia acumulada por departamento de hepatitis C a la semana epidemiológica 37 Uruguay, 2025-2026.

Departamento	Casos 2025	Casos 2026	IA 2025	IA 2026	Diferencia IA
Artigas	1	0	1.29	0.00	-1.29
Canelones	14	16	2.27	2.58	0.31
Cerro Largo	1	2	1.10	2.21	1.11
Colonia	1	2	0.74	1.47	0.74
Durazno	0	1	0.00	1.61	1.61
Flores	0	0	0.00	0.00	0.00
Florida	0	1	0.00	1.43	1.43
Lavalleja	1	2	1.71	3.44	1.73
Maldonado	9	14	4.15	6.41	2.26
Montevideo	87	100	6.80	7.86	1.07
Paysandú	5	2	4.11	1.65	-2.46
Río Negro	0	0	0.00	0.00	0.00
Rivera	2	1	1.83	0.92	-0.92
Rocha	3	2	3.70	2.47	-1.24
Salto	0	2	0.00	1.47	1.47
San José	3	5	2.49	4.15	1.66
Soriano	0	0	0.00	0.00	0.00
Tacuarembó	5	0	5.22	0.00	-5.22
Treinta y Tres	2	2	4.26	4.29	0.03
Total	134	152	3.84	4.37	0.52

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 37 los casos registrados de hepatitis C corresponden a un 52,6% de hombres y un 47,4% de mujeres, con una media de edad de 47,7 años y un rango etario de entre 18 y 88 años.

Leptospirosis

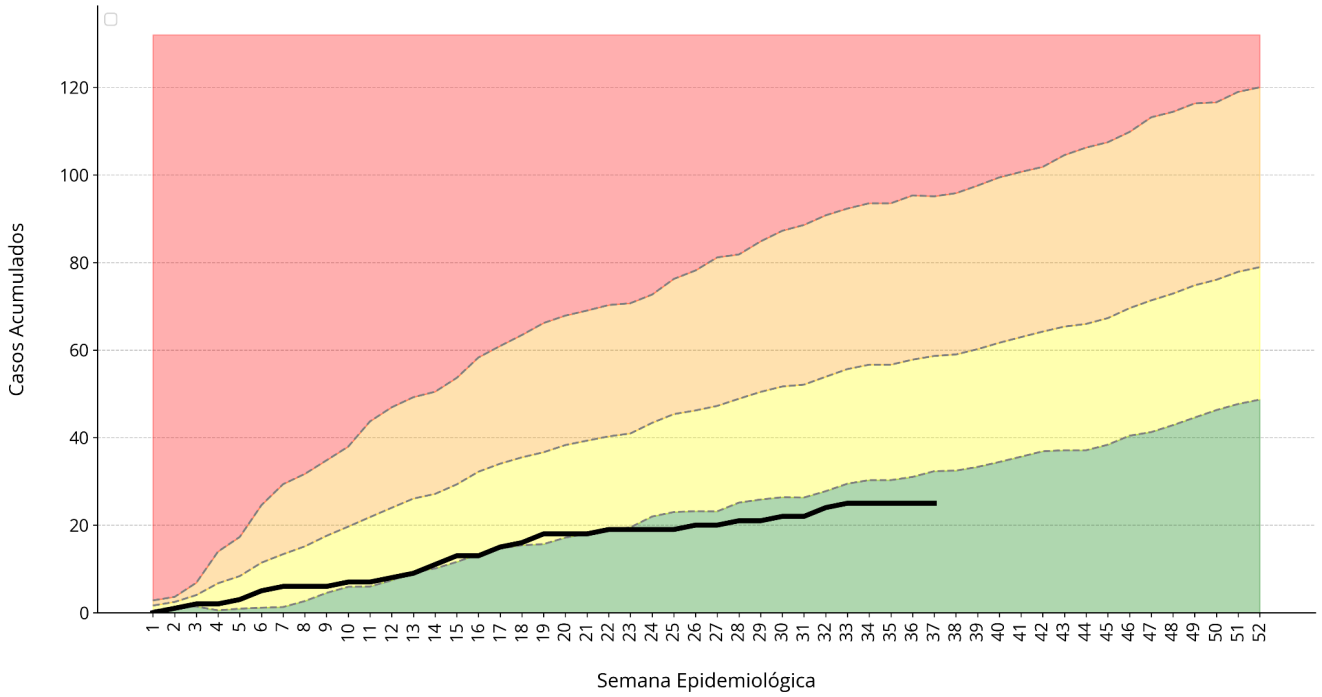
Tabla 10. Número de casos confirmados, número de fallecidos e incidencia acumulada de leptospirosis hasta la semana epidemiológica 37 por departamento. Uruguay, 2025-2026.

Departamento	Casos 2025	Casos 2026	IA 2025	IA 2026	Diferencia IA	Fallecidos 2025	Fallecidos 2026
Artigas	0	0	0.00	0.00	0.00	0	0
Canelones	3	3	0.49	0.48	0.00	0	0
Cerro Largo	1	2	1.10	2.21	1.11	0	0
Colonia	7	1	5.15	0.74	-4.41	0	0
Durazno	2	0	3.23	0.00	-3.23	0	0
Flores	0	0	0.00	0.00	0.00	0	0
Florida	2	0	2.86	0.00	-2.86	0	0
Lavalleja	0	0	0.00	0.00	0.00	0	0
Maldonado	0	1	0.00	0.46	0.46	0	0
Montevideo	6	7	0.47	0.55	0.08	1	2
Paysandú	2	2	1.64	1.65	0.00	0	0
Río Negro	4	1	7.01	1.76	-5.25	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	7	3	5.82	2.49	-3.33	0	0
Soriano	4	0	4.82	0.00	-4.82	0	0
Tacuarembó	1	1	1.04	1.05	0.00	0	0
Treinta y Tres	4	1	8.53	2.15	-6.38	0	0
Total	50	25	1.43	0.72	-0.72	1	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 37 se registraron 25 casos confirmados de leptospirosis, un 96% del sexo masculino. El rango etario de los casos es de entre 21 y 80 años, con una edad media de 43,7 años. Dieciocho 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 37. Uruguay, 2025-2026.

Evento		Nº casos		IA		Nº fallecidos		Diferencia IA
		2025	2026	2025	2026	2025	2026	
Meningitis y enfermedad meningocócica		28	31	0.80	0.89	4	8	0.09
Meningitis bacteriana	Meningitis por H. influenzae	3	3	0.09	0.09	0	0	0.00
	Meningitis por S. pneumoniae	23	18	0.66	0.52	7	3	-0.14
	Meningitis por Listeria monocytogenes	5	3	0.14	0.09	3	1	-0.06
	Microorganismo sin identificar	13	5	0.37	0.14	2	0	-0.23
	Otro microorganismo identificado (no incluye N. meningitidis)	8	9	0.23	0.26	1	3	0.03
Meningitis y meningoencefalitis virales	Enterovirus	3	2	0.09	0.06	0	0	-0.03
	Herpes simplex 1 y 2	3	5	0.09	0.14	2	0	0.06
	Herpes zoster	15	9	0.43	0.26	5	2	-0.17
	EEO	0	0	0.00	0.00	0	0	0.00
	Otras virales	7	1	0.20	0.03	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	5	4.00	1	20.00
De 5 a14 años	13	2.98	3	23.08
De 15 a 64 años	9	0.39	2	22.22
De 65 años y más	2	0.35	1	50.00
Total	31	0.89	8	25.81

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	5	0.81	1
Cerro Largo	1	1.11	0
Durazno	1	1.61	0
Lavalleja	1	1.71	0
Maldonado	1	0.46	0
Montevideo	13	1.02	5
Rivera	1	0.92	0
Rocha	2	2.47	0
Soriano	3	3.61	1
Tacuarembó	3	3.13	1
Total	31	0.89	8

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	2	1	1
De 5 a14 años	0	9	0	4
De 15 a 64 años	2	4	0	3
De 65 años y más	0	0	2	0
Total	4	15	3	9

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	N° casos	IA	N° 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 a14 años	2	0.46	0	0.00
De 15 a 64 años	9	0.39	0	0.00
De 65 años y más	7	1.23	3	42.86
Total	18	0.52	3	16.67

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 37. 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	55	57	42.10	45.58	3.48
De 5 a 9 años	67	77	31.89	38.95	7.06
De 10 a 14 años	24	55	10.06	22.99	12.94
De 15 a 19 años	6	9	2.54	3.81	1.27
De 20 a 24 años	8	10	3.31	4.17	0.85
De 25 a 29 años	6	14	2.37	5.63	3.26
De 30 a 34 años	12	9	4.74	3.52	-1.22
De 35 a 39 años	5	18	2.01	7.23	5.21
De 40 a 44 años	10	24	4.23	10.07	5.83
De 45 a 49 años	8	9	3.31	3.76	0.45
De 50 a 54 años	3	9	1.38	4.03	2.65
De 55 a 59 años	4	8	2.05	4.05	2.00
De 60 a 64 años	3	4	1.56	2.10	0.54
De 65 a 69 años	7	5	4.09	2.90	-1.20
De 70 a 74 años	4	4	2.91	2.83	-0.09
De 75 y más	4	14	1.58	5.47	3.89
TOTAL	228	328	6.54	9.42	2.88

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 37. Uruguay, 2025-2026.

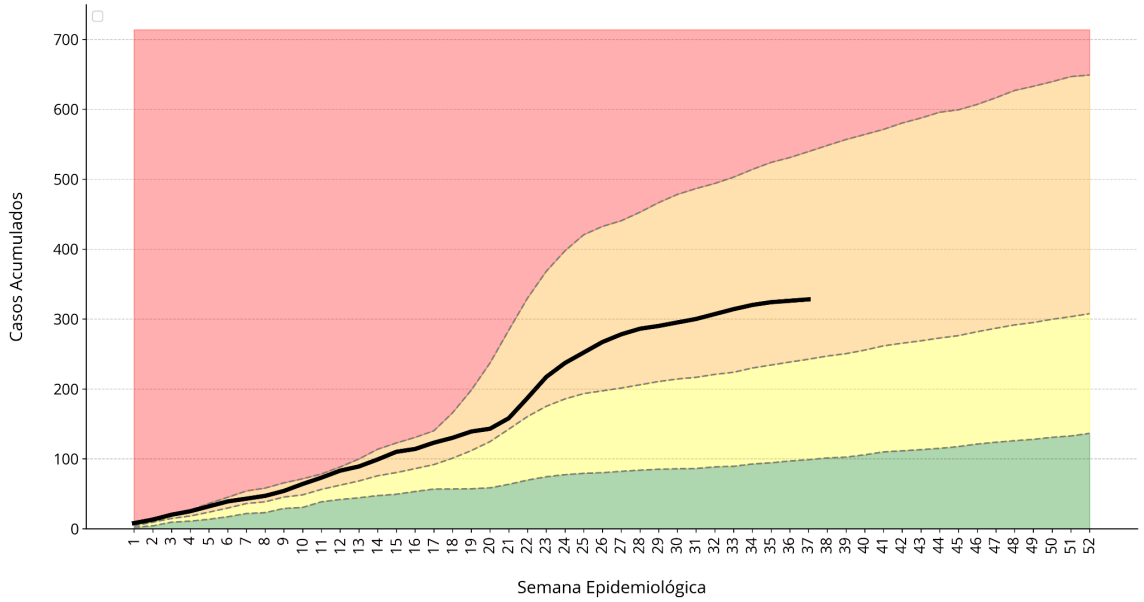
Departamento	Casos 2025	Casos 2026	IA 2025	IA 2026	Diferencia IA
Artigas	1	2	1.29	2.58	1.29
Canelones	14	26	2.25	4.21	1.96
Cerro Largo	5	2	5.54	2.21	-3.33
Colonia	16	37	11.77	27.21	15.43
Durazno	1	5	1.61	8.06	6.45
Flores	2	9	7.72	34.63	26.91
Florida	1	1	1.43	1.43	0.00
Lavalleja	1	1	1.72	1.71	-0.01
Maldonado	7	6	3.20	2.77	-0.44
Montevideo	83	111	6.53	8.67	2.14
Paysandú	29	21	23.88	17.26	-6.61
Río Negro	2	1	3.51	1.75	-1.76
Rivera	2	6	1.83	5.50	3.66
Rocha	3	2	3.70	2.47	-1.23
Salto	41	75	30.12	55.05	24.93
San José	3	2	2.49	1.66	-0.83
Soriano	12	19	14.53	22.89	8.37
Tacuarembó	4	1	4.18	1.04	-3.14
Treinta y Tres	1	1	2.15	2.13	-0.01
Total	228	328	6.54	9.42	2.88

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 37 muestra un aumento de 2.88 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 37, Uruguay, 2026

Departamento	Perro	Murciélago	Gato	Otro	Total
Artigas	60	2	8	0	70
Canelones	405	9	42	5	461
Cerro Largo	60	1	5	0	66
Colonia	218	1	21	0	240
Durazno	70	0	6	1	77
Flores	68	0	8	1	77
Florida	39	2	2	0	43
Lavalleja	69	2	7	1	79
Maldonado	177	17	23	1	218
Montevideo	997	31	102	4	1134
Paysandú	185	3	17	1	206
Río Negro	43	0	3	0	46
Rivera	286	0	26	0	312
Rocha	30	3	0	1	34
Salto	341	2	34	0	377
San José	141	0	9	0	150
Soriano	80	3	10	1	94
Tacuarembó	227	1	13	0	241
Treinta y Tres	10	0	1	0	11
Total	3506	77	337	16	3936

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

En 1286 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 8ºC.

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 aéreas[4].
- ➔ 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 37. Uruguay, 2025-2026.

Departamento	Casos 2025	Casos 2026	IA 2025	IA 2026	Diferencia IA
Artigas	81	208	104.68	269.10	164.41
Canelones	382	763	61.84	122.81	60.97
Cerro Largo	39	75	43.09	83.05	39.96
Colonia	186	249	136.76	183.20	46.44
Durazno	76	79	122.57	127.58	5.01
Flores	26	21	100.05	81.05	-19.00
Florida	68	82	97.08	117.22	20.14
Lavalleja	143	155	244.83	266.69	21.86
Maldonado	583	837	268.90	383.18	114.27
Montevideo	1517	2200	118.52	173.02	54.50
Paysandú	215	329	176.76	270.89	94.13
Río Negro	48	44	84.12	77.25	-6.88
Rivera	89	88	81.53	80.68	-0.85
Rocha	75	158	92.58	194.83	102.26
Salto	145	309	106.44	227.02	120.58
San José	105	195	87.28	161.92	74.64
Soriano	106	97	127.73	117.43	-10.30
Tacuarembó	142	104	148.20	108.76	-39.45
Treinta y Tres	38	69	81.02	148.08	67.06
Total	4064	6062	116.58	174.17	57.58

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 37. Uruguay, 2025-2026.

Rango etario	Casos 2025	Casos 2026	IA 2025	IA 2026	Diferencia IA
Menor de 1 año	5	10	16.79	33.54	16.75
De 1 a 4 años	4	4	3.06	3.20	0.14
De 5 a 9 años	0	0	0.00	0.00	0.00
De 10 a 14 años	1	0	0.42	0.00	-0.42
De 15 a 19 años	0	0	0.00	0.00	0.00
De 20 a 24 años	0	0	0.00	0.00	0.00
De 25 a 29 años	0	0	0.00	0.00	0.00
De 30 a 34 años	0	0	0.00	0.00	0.00
De 35 a 39 años	1	1	0.40	0.40	0.00
De 40 a 44 años	1	0	0.42	0.00	-0.42
De 45 a 49 años	0	0	0.00	0.00	0.00
De 50 a 54 años	0	0	0.00	0.00	0.00
De 55 a 59 años	0	0	0.00	0.00	0.00
De 60 a 64 años	0	0	0.00	0.00	0.00
De 65 a 69 años	0	0	0.00	0.00	0.00
De 70 a 74 años	0	0	0.00	0.00	0.00
De 75 y más	0	0	0.00	0.00	0.00
Total	12	15	0.34	0.43	0.09

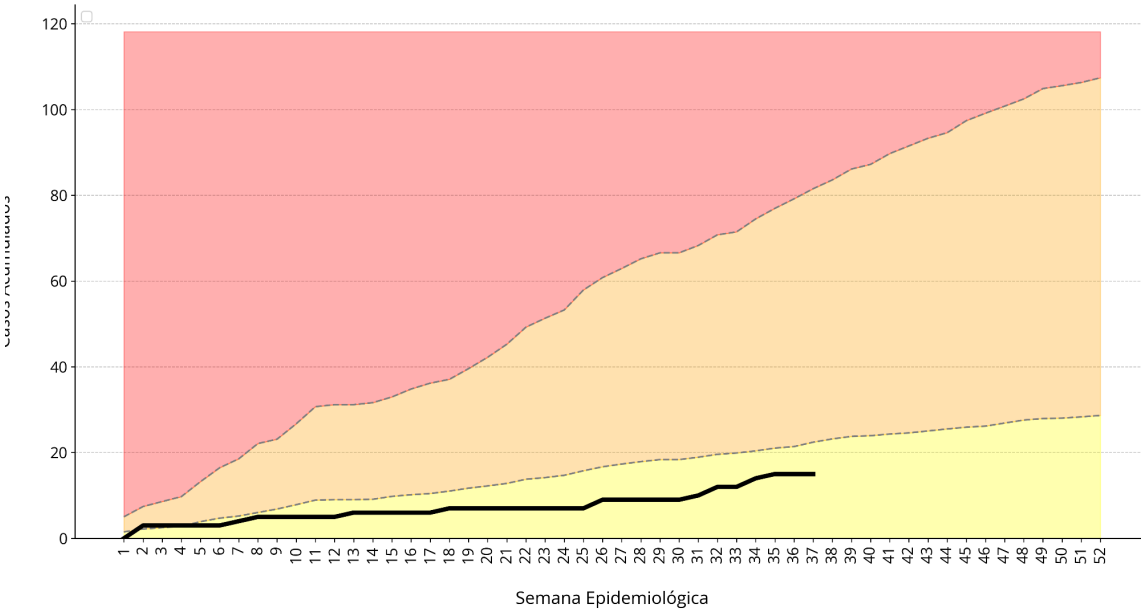
IA: incidencia acumulada x 100.000 habitantes. Fuente: SG-DEVISA. Los datos se encuentran sujetos a modificaciones producto de la mejora de calidad del registro.

Tabla 21. Número de casos e incidencia acumulada de tos convulsa por departamento hasta la semana epidemiológica 37. Uruguay, 2025-2026.

Departamento	Casos 2025	Casos 2026	IA 2025	IA 2026	Diferencia IA
Artigas	1	1	1.29	1.29	0.00
Canelones	1	3	0.16	0.48	0.32
Cerro Largo	0	0	0.00	0.00	0.00
Colonia	0	0	0.00	0.00	0.00
Durazno	0	0	0.00	0.00	0.00
Flores	0	0	0.00	0.00	0.00
Florida	0	0	0.00	0.00	0.00
Lavalleja	1	0	1.71	0.00	-1.71
Maldonado	1	0	0.46	0.00	-0.46
Montevideo	6	10	0.47	0.79	0.32
Paysandú	0	0	0.00	0.00	0.00
Río Negro	0	1	0.00	1.76	1.76
Rivera	0	0	0.00	0.00	0.00
Rocha	0	0	0.00	0.00	0.00
Salto	1	0	0.73	0.00	-0.73
San José	0	0	0.00	0.00	0.00
Soriano	1	0	1.20	0.00	-1.20
Tacuarembó	0	0	0.00	0.00	0.00
Treinta y Tres	0	0	0.00	0.00	0.00
Total	12	15	0.34	0.43	0.09

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

Gráfico 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 37 se registraron 510 casos, 132 de los cuales corresponden a 36 brotes, catorce de ellos intrafamiliares, once 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 37. Uruguay, 2025-2026.

Rango etario	Casos 2025	Casos 2026	IA 2025	IA 2026	Diferencia IA
Menor de 1 año	16	11	53.72	36.89	-16.83
De 1 a 4 años	41	57	31.38	45.58	14.19
De 5 a 9 años	32	32	15.23	16.19	0.96
De 10 a 14 años	54	75	22.63	31.36	8.73
De 15 a 19 años	138	105	58.34	44.44	-13.90
De 20 a 24 años	75	62	31.06	25.82	-5.24
De 25 a 29 años	63	50	24.89	20.12	-4.77
De 30 a 34 años	35	36	13.82	14.08	0.26
De 35 a 39 años	7	28	2.82	11.24	8.42
De 40 a 44 años	7	15	2.96	6.29	3.33
De 45 a 49 años	10	19	4.13	7.94	3.80
De 50 a 54 años	12	10	5.51	4.48	-1.03
De 55 a 59 años	1	1	0.51	0.51	-0.01
De 60 a 64 años	1	3	0.52	1.58	1.05
De 65 a 69 años	1	3	0.58	1.74	1.15
De 70 a 74 años	3	1	2.19	0.71	-1.48
De 75 y más	5	2	1.98	0.78	-1.19
Total	501	510	14.37	14.65	0.28

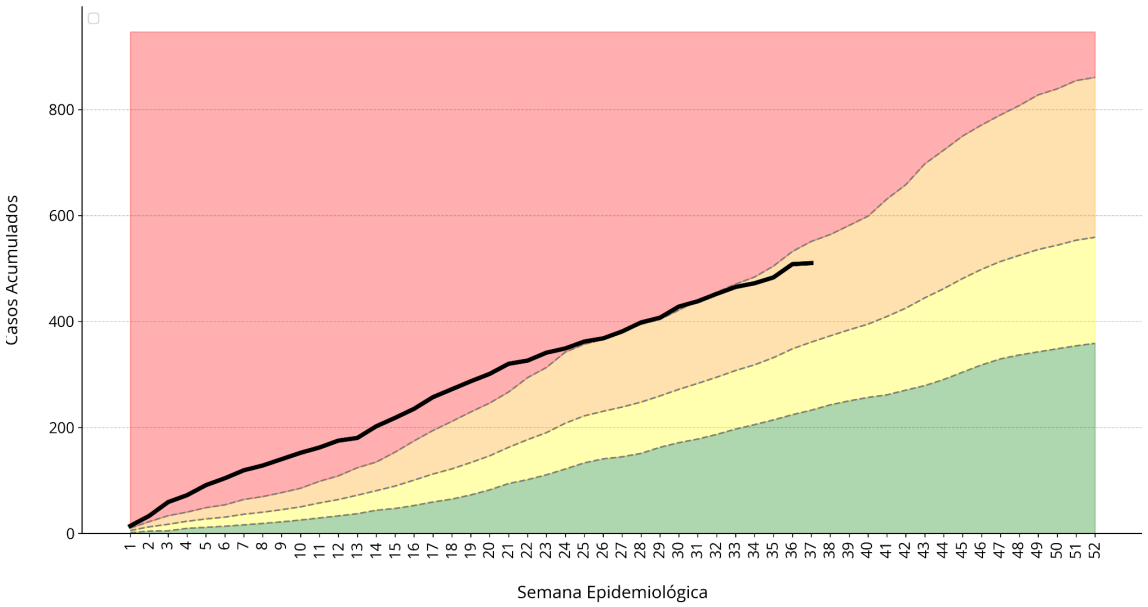
IA: incidencia acumulada x 100.000 habitantes. Fuente: SG-DEVISA. Los datos se encuentran sujetos a modificaciones producto de la mejora de calidad del registro.

Tabla 23. Número de notificaciones e incidencia acumulada de notificaciones de varicela por departamento hasta la semana epidemiológica 37. Uruguay, 2025-2026.

Departamento	Casos 2025	Casos 2026	IA 2025	IA 2026	Diferencia IA
Artigas	2	8	2.59	10.34	7.75
Canelones	67	69	10.78	11.17	0.39
Cerro Largo	5	5	5.54	5.52	-0.01
Colonia	24	26	17.66	19.12	1.46
Durazno	1	6	1.61	9.68	8.06
Flores	0	2	0.00	7.70	7.70
Florida	2	13	2.86	18.56	15.70
Lavalleja	11	4	18.93	6.85	-12.08
Maldonado	19	20	8.70	9.22	0.53
Montevideo	207	226	16.28	17.66	1.38
Paysandú	40	51	32.94	41.93	8.99
Río Negro	10	5	17.56	8.76	-8.79
Rivera	15	7	13.75	6.41	-7.34
Rocha	4	4	4.93	4.94	0.00
Salto	28	32	20.57	23.49	2.92
San José	13	12	10.79	9.97	-0.82
Soriano	18	10	21.79	12.05	-9.74
Tacuarembó	35	6	36.60	6.26	-30.34
Treinta y Tres	0	4	0.00	8.53	8.53
Total	501	510	14.37	14.65	0.28

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:**

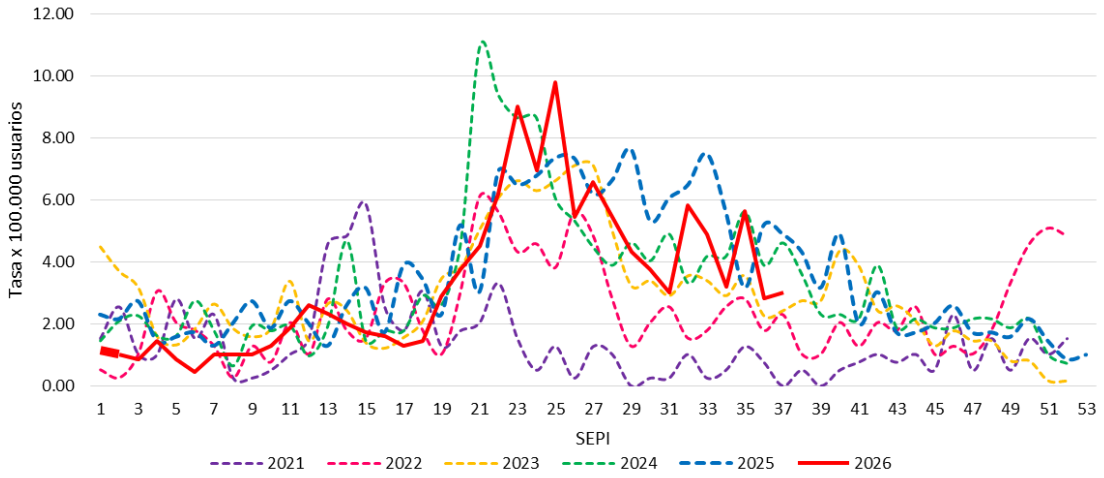
- Vacunación según el esquema nacional: revisar indicaciones de vacunación en el Manual Nacional de Inmunizaciones 2024, disponible en: Manual Nacional de Inmunizaciones 2024
- Actualización del plan vacunal para la edad.
- Protección de exposición a personas de alto riesgo de acuerdo al Protocolo para 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.

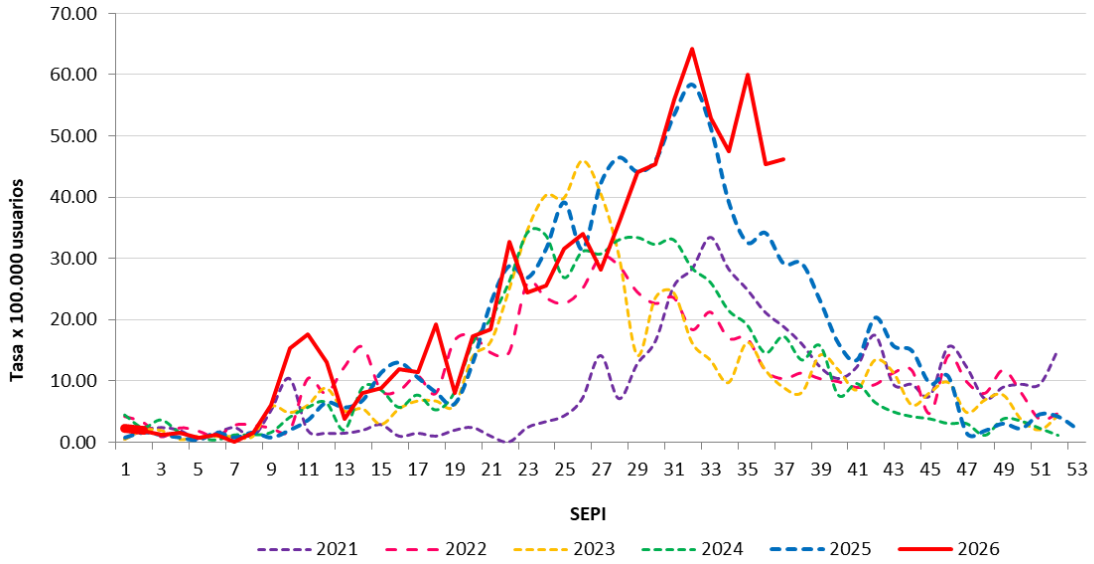
Vigilancia de IRAG

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.



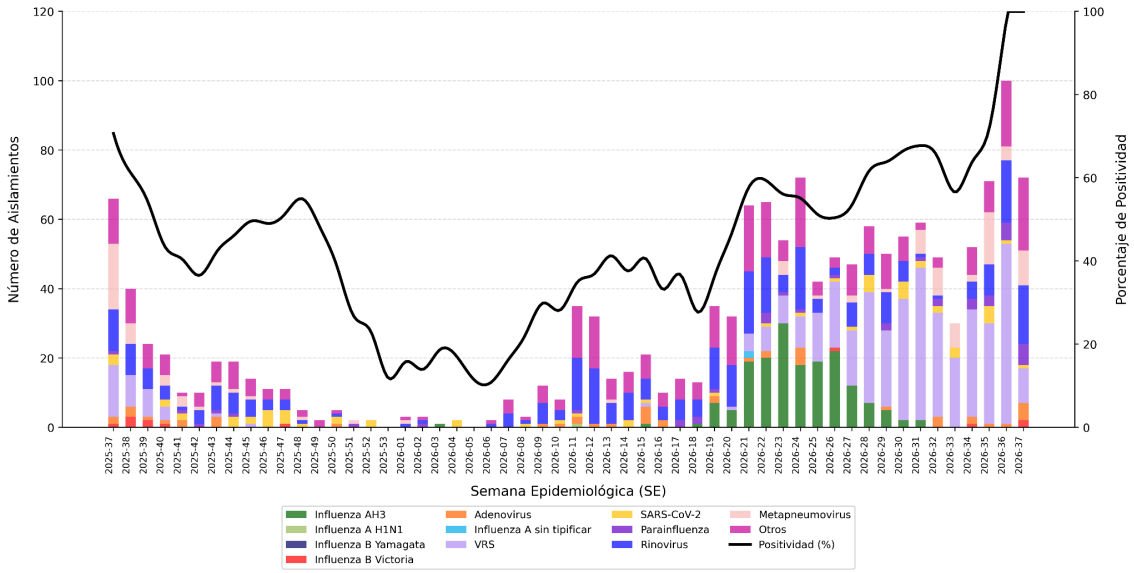
Fuente: Sistema de Infecciones Hospitalarias.

Hasta la SE 37 de 2026, la incidencia acumulada de IRAG en adultos presentó una distribución similar a la observada en años anteriores, mientras que en menores de 15 años se observa desde la SE 35 un aumento de la incidencia por encima de valores registrados en años anteriores en las mismas semanas . En cuanto a la tasa de incidencia de IRAG en 2026, la misma se ubicó en la SE 37 en 3,01 cada 100.000 usuarios para adultos y 46,21 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 VRS, metapneumovirus, rinovirus, COVID-19, parainfluenza, adenovirus, influenza tipo B victoria y otros*.

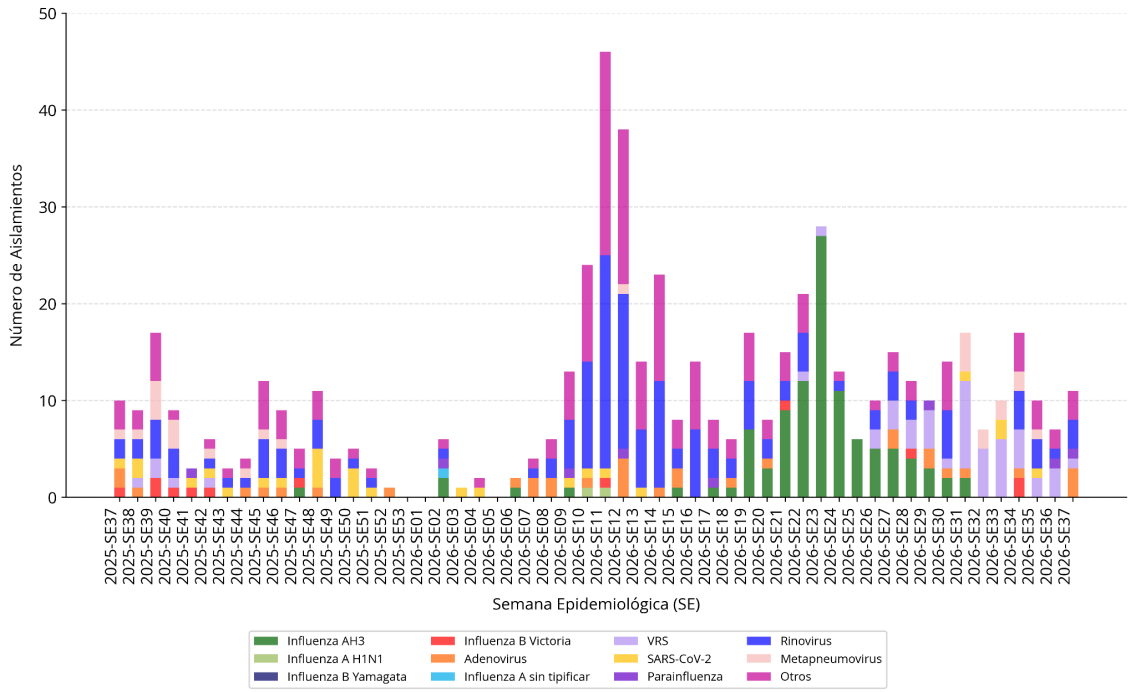
Gráfico 8. Virus identificados en infecciones respiratorias agudas graves en centros centinelas y porcentaje de positividad de las muestras analizadas, desde la SE 37 de 2025 hasta la SE 37 de 2026.



*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 37 de 2025 hasta la SE 37 de 2026.



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

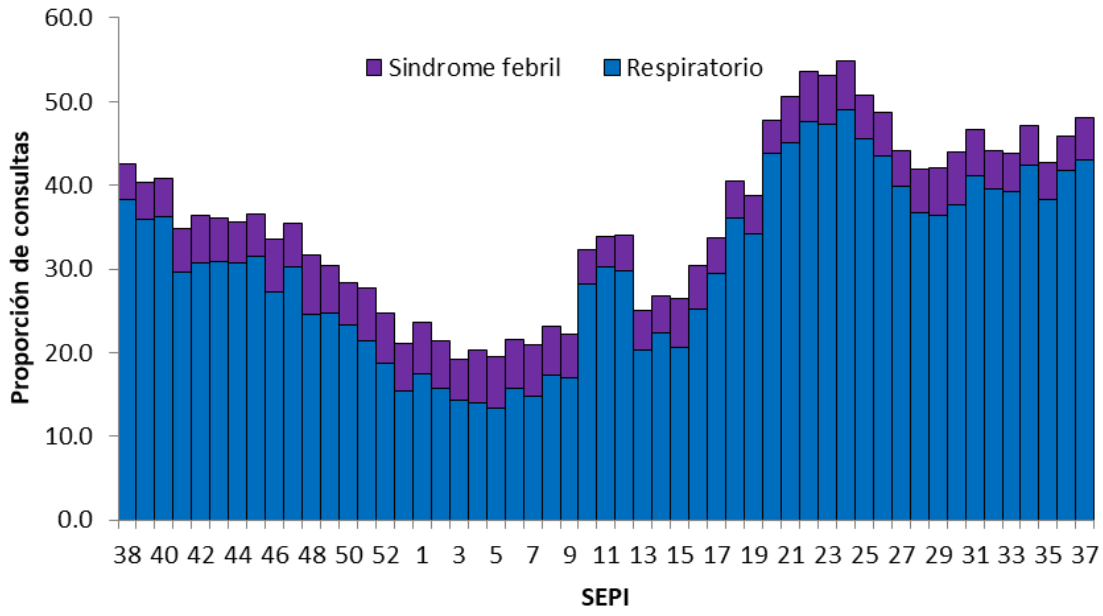
Monitoreo de consultas en emergencias móviles

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

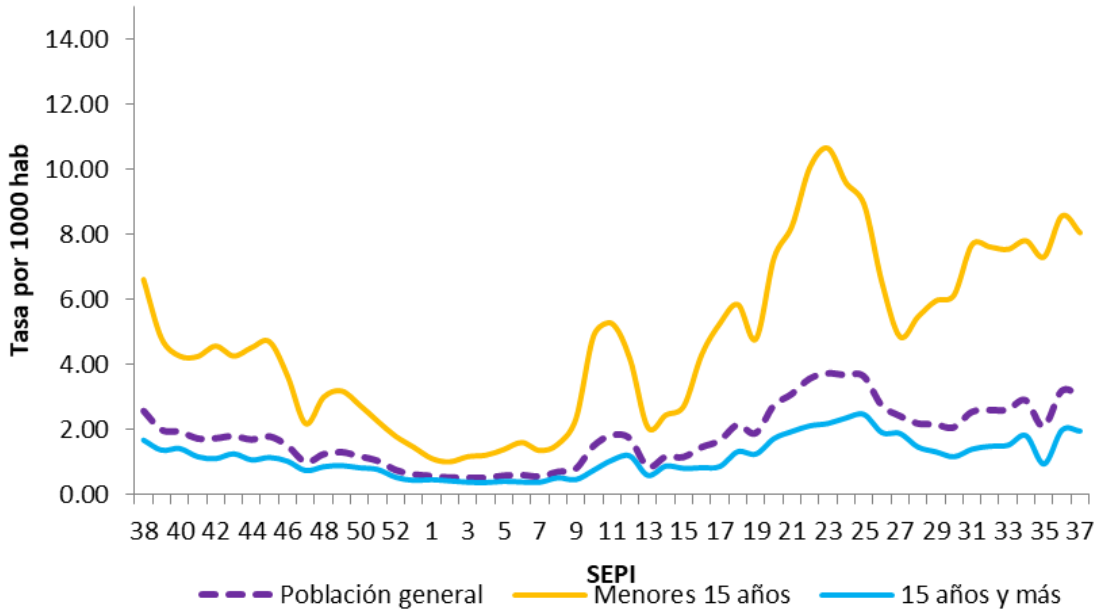
semanas inmediatas anteriores, pero se mantiene en rangos similares a los observados en 2025. El corredor endémico cruzó la SE 37 semana hacia la zona de alerta.

Gráfico 10. Proporción de consultas en emergencias móviles por enfermedad respiratoria y síndrome febril hasta la semana epidemiológica 37 de 2026. Uruguay.



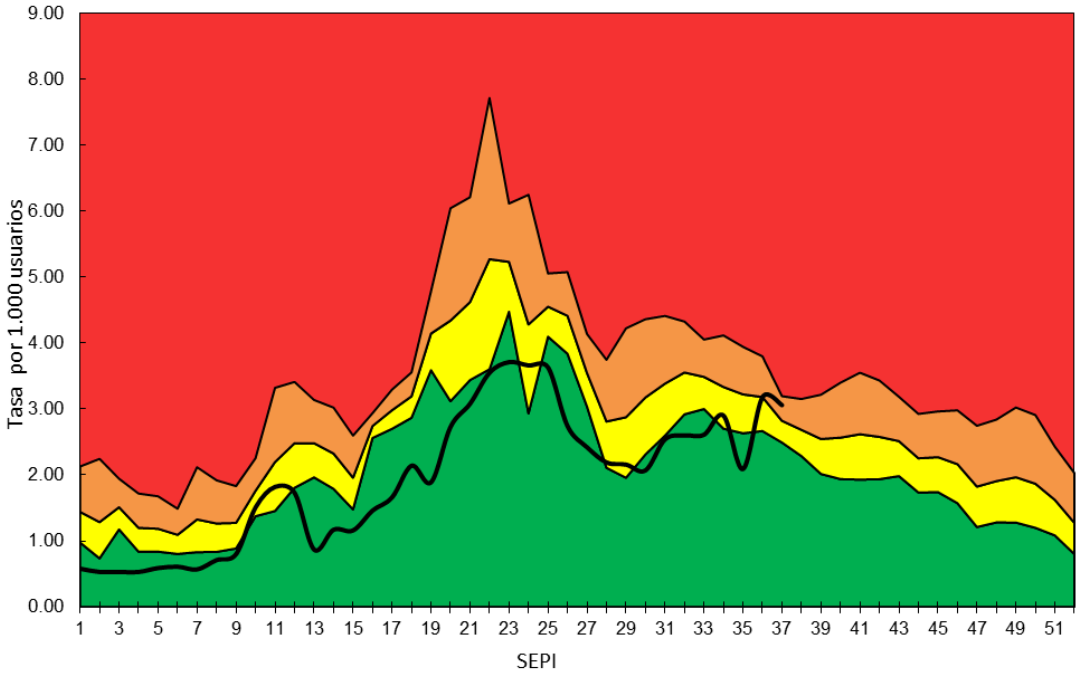
Fuente: DEVISA.

Gráfico 11. Tasa de consultas por infección respiratoria aguda en emergencias móviles hasta la semana epidemiológica 37 de 2026. Uruguay.



Fuente: DEVISA.

Gráfico 12. Corredor endémico de consultas por infección respiratoria aguda en emergencias móviles hasta la semana epidemiológica 37. 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 Wuhan[5][6]. 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

6.

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

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

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

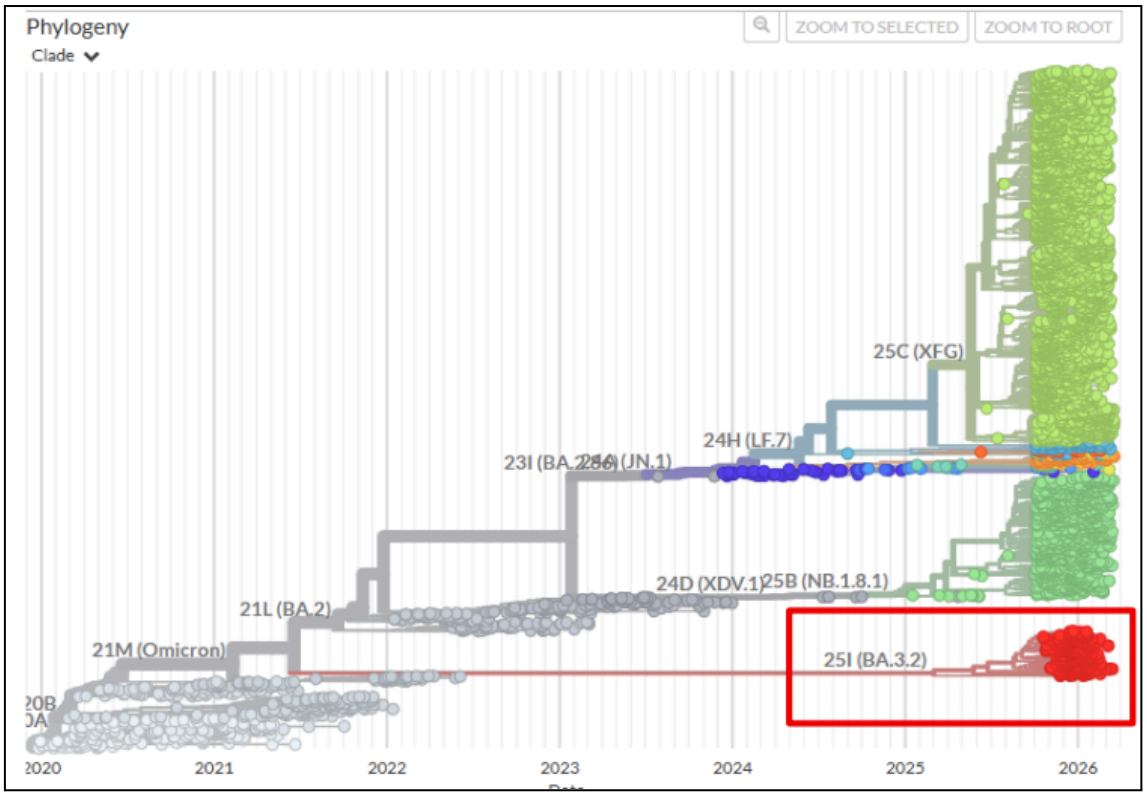
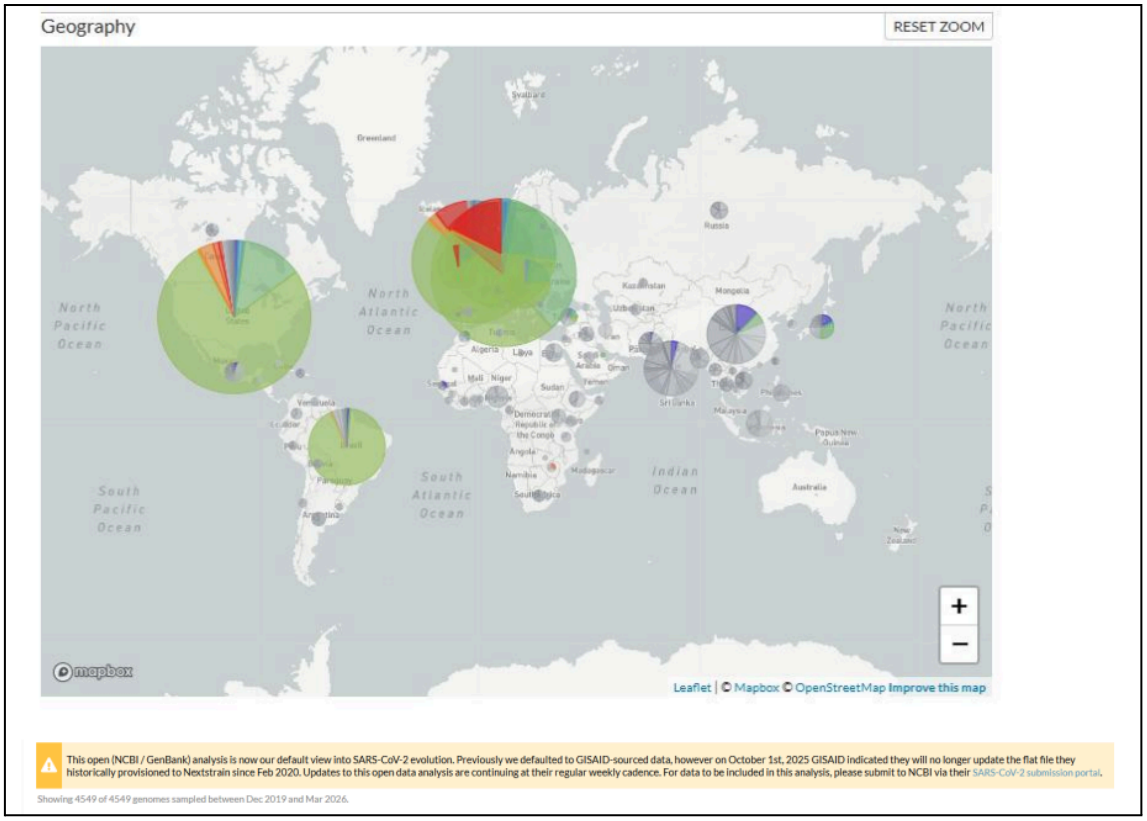


Figura 2. Mapa de distribución global y frecuencia de variantes de SARS-Cov2 en base de datos Nextclade



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

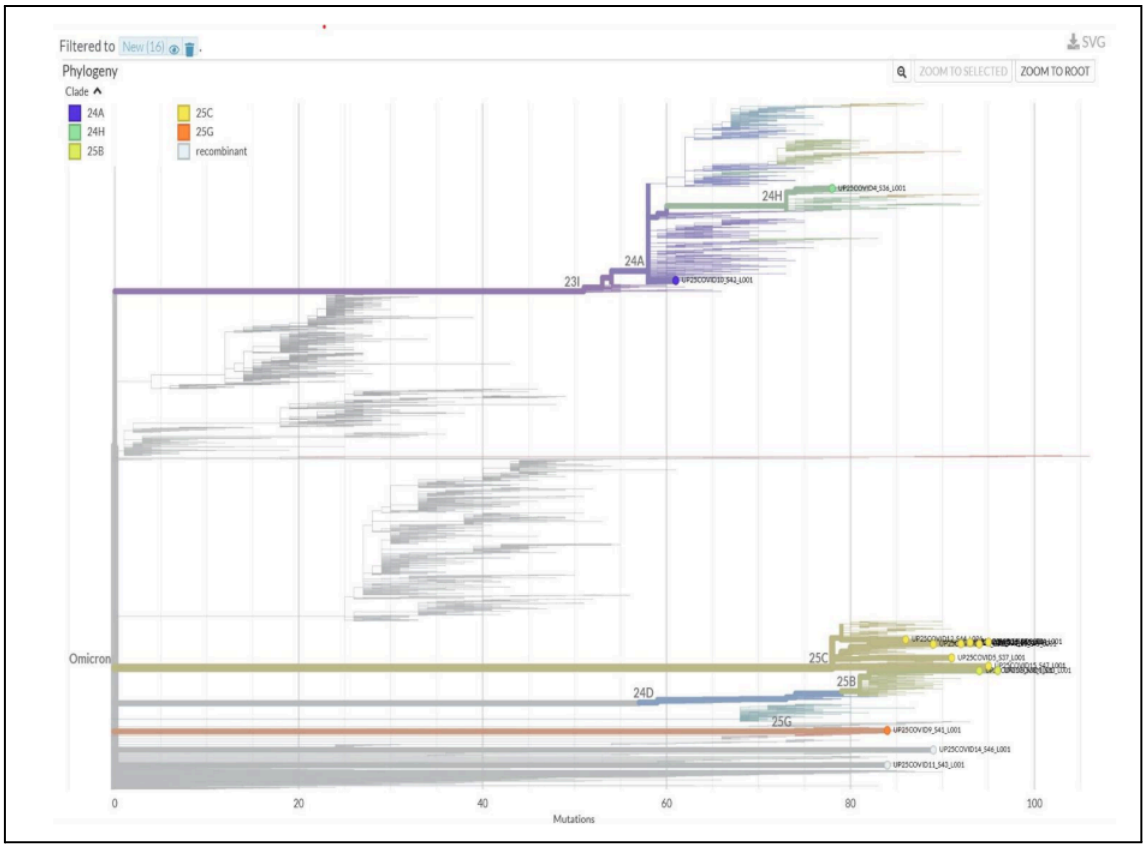
Acompañando la baja positividad para SARS-CoV 2 en el periodo, 12 muestras fueron estudiadas en el laboratorio provenientes de vigilancia centinela IRAG-ETI en el período Enero-Marzo 2026. Se recuperaron 12 genomas de las variantes que se detallan en la Tabla 24. Y su ubicación filogenética en la Figura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

Tabla 24. Variantes obtenidas en el periodo de Vigilancia genómica centinela[8] 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.

[9]Ministerio 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 23 de setiembre.

Departamento	Fecha de inicio	Microorganismo	Mecanismo de resistencia	Casos de infección*	Casos de colonización**	Fecha de último caso (inf o col)
Montevideo	20/07/2026	*Enterococcus faecium*	ERV	1	6	20/08/2026
Canelones	03/08/2026	*Enterococcus faecium*	ERV	0	6	11/08/2026
Maldonado	18/08/2026	*Enterococcus faecium*	ERV	0	13	05/09/2026
Cerro Largo	02/07/2026	*Klebsiella pneumoniae*	NDM	0	9	19/08/2026
Montevideo	14/08/2026	*Serratia marcescens*	NDM	4	0	18/09/2026
Maldonado	25/07/2026	*Enterococcus faecium*	ERV	1	1	13/08/2026

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

Tabla 26. Frecuencia absoluta de brotes finalizados y número de casos de infección y colonización, según microorganismo. Año 2026, al 23 de setiembre.

Microorganismo		Número de Brotes	Número de Casos	
			Infección	Colonización
Bacilos Gram negativos productores de betalactamasas	NDM	25	16	221
	KPC	-	-	-
	VIM	1	0	2
	BLEE	2	1	13
	OXA 23	2	12	8
Bacilos Gram negativos sin identificación de producción de betalactamasas*		4	12	1
Staphylococcus aureus meticilino sensible		-	-	-
Enterococcus faecium resistente a la Vancomicina		18	10	98
Clostridioides difficile		1	3	0
Otros microorganismos**		3	15	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 Metalo-β-lactamasa, OXA 23: Oxacilinasa 23, VIM: Verona Integron Metalo-β-lactamasa.

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

msp.gub.uy