



**Ministerio
de Salud Pública**

Boletín epidemiológico

Semana epidemiológica 07 año 2026

15/02/2026 al 21/02/2026





CONTENIDO

Análisis Epidemiológico Especial.....	4
Años de vida perdidos por muerte prematura.....	5
Dpto de Estadísticas Vitales – DIGESA - MSP.....	5
Introducción.....	5
Metodología.....	7
Limitaciones.....	9
Procedimiento.....	9
Principales resultados.....	9
Enfermedades y Eventos de Notificación Obligatoria.....	15
Vías de notificación.....	16
Resumen de eventos.....	17
Brote.....	19
Arbovirosis.....	20
Hantavirosis.....	22
Hepatitis A.....	23
Hepatitis B.....	24
Hepatitis C.....	26
Leptospirosis.....	28
Meningitis, meningoencefalitis y enfermedad meningocócica.....	30
Parotiditis.....	33
Personas mordidas o con riesgo de exposición a virus rábico.....	36
Sarampión.....	37
Sífilis.....	46
Tos convulsa.....	47
Varicela.....	48
Infecciones respiratorias.....	55
Vigilancia de IRAG.....	56
Monitoreo de consultas en emergencias móviles.....	61
Informe sobre las variantes COVID-19 bajo vigilancia y su circulación en el país y en la región.....	64



Infecciones asociadas a la atención a la salud.....	71
Brotos de IAAS.....	72



Análisis Epidemiológico Especial

Con el objetivo de ampliar y profundizar la información presentada en este Boletín, a partir de esta edición se incorpora la sección “Análisis Epidemiológico Especial”, que se publicará una vez al mes.

Este espacio estará dedicado al abordaje en profundidad de un tema epidemiológico seleccionado 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, este capítulo ofrecerá 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.

El primer análisis especial, correspondiente al mes de febrero, aborda los Años de Vida Perdidos por muerte prematura (AVPP), un indicador que permite dimensionar el impacto de las principales causas de muerte no solo por su frecuencia, sino también por la cantidad de años de vida potencial que se pierden. Este enfoque aporta una perspectiva complementaria a los indicadores tradicionales de mortalidad y facilita la identificación de prioridades en salud pública. Dicho análisis fue elaborado por el Departamento de Estadísticas Vitales del MSP.



Años de vida perdidos por muerte prematura

Dpto de Estadísticas Vitales

Introducción

Desde hace varios años se reconocen cambios en los patrones de salud, enfermedad, discapacidad y muerte, pasando del predominio de las enfermedades transmisibles como principal causa de morbilidad, al predominio de las enfermedades no transmisibles.

Estos cambios generaron a su vez nuevas y diferentes necesidades en salud en su sentido más amplio, y un gran desafío para la Salud Pública para dar respuestas adecuadas mediante políticas e intervenciones tempranas de salud, o una atención de calidad si ya se han desarrollado las enfermedades.

Uno de los impactos que presentan este tipo de afecciones y lesiones es que si bien se identifican como enfermedades de la edad avanzada, de acuerdo a datos 2021 de la OPS mueren cada año 18 millones de personas menores de 70 años. El 82% de esas muertes prematuras se registraron en países de ingreso bajo y mediano¹.

Surge entonces el concepto de mortalidad prematura, que es aquella muerte que ocurre antes de cierta edad límite predeterminada, que puede ser la edad promedio de muerte, o la esperanza máxima de vida potencial observada para una población determinada.

¹ <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>



El análisis de las enfermedades y lesiones que más impactan en la mortalidad prematura es una función esencial de la vigilancia de salud pública.

Entre los diversos métodos que existen para medir la magnitud de la mortalidad prematura y evaluar su tendencia, Martínez et al ² consideran que “los años de vida perdidos (YLL, por sus siglas en inglés), tal como se conceptualiza en el contexto de los años de vida ajustados por discapacidad (DALY, por sus siglas en inglés), son una medida robusta y abarcadora de la mortalidad prematura”.

Los años de vida perdidos debido a la mortalidad prematura, soluciona la limitación que presentan otros métodos de la selección arbitraria de los límites de edad basando sus métricas en el tiempo de vida perdido en lugar del número de muertes, y calculando el tiempo perdido en función de la vida útil potencial máxima de un individuo en cada edad.

En este informe se presenta el indicador años de vida perdidos por muerte prematura, por edad y sexo para las principales causas externas (suicidios, homicidios y accidentes de tránsito) y enfermedades no transmisibles (cardiovasculares, cáncer, diabetes y respiratorias crónicas) del país, para el período 2014-2023, dada su importancia para la Salud Pública.

² Martínez R, Soliz P, Caixeta R, Ordunez P. Reflection on modern methods: years of life lost due to premature mortality—a versatile and comprehensive measure for monitoring non-communicable disease mortality. Int J Epidemiol. 2019 Jan 9. <https://doi.org/10.1093/ije/dyy254>



Metodología

Se utilizó la metodología propuesta por Martínez et al ¹. El tiempo perdido a nivel individual, se calcula como la diferencia entre la edad a la que muere una persona y la esperanza de vida estándar (SLE)³ para esa edad. A nivel de la población, el número de años de vida perdidos se calcula como el número de muertes debido a una causa determinada a cierta edad, sexo, lugar y tiempo, multiplicado por la SLE correspondiente a la edad de la muerte.

El número absoluto de años de vida perdidos debido a muertes prematuras asociados a una causa **c**, en una población de sexo **s**, edad **a**, y periodo **t** se calcula como:

$$YLL(c,s,a,t) = D(c,s,a,t) \times SLE(a)$$

Donde:

D(c,s,a,t) es el número de muertes debidas a la causa **c**, sexo **s**, edad **a** y periodo **t**

SLE(a) es la esperanza de vida estándar a la edad **a**

La **Tasa de YLL** debida a la causa **c**, en la población de sexo **s** y edad **a**, y el tiempo **t** se calcula como:

$$\text{Tasa de YLL}(c,s,a,t) = YLL(c,s,a,t) / P(s,a,t) \times 100\,000 \text{ habitantes}$$

Donde:

³ Se basa en la esperanza de vida más alta de los países proyectada para el año 2050. Se considera que la persona no está expuesta a riesgos de salud evitables o lesiones graves y que recibe los servicios de salud adecuados



YLL(c,s,a,t) es el número de **YLL** debidos a la causa **c**, en la población de sexo **s** y edad **a**, en el período **t**,

P(s,a,t) es el tamaño de la población para el sexo **s**, edad **a** y periodo **t**.

La tasa de años de vida perdidos brinda una cuantificación relativa de la magnitud del impacto de las enfermedades, las lesiones y los factores de riesgo en la mortalidad prematura a nivel de la población, pero no controla las diferencias en la distribución por edades de la población. Es útil para la comparación entre grupos de edad y sexo (por ejemplo, la tasa específica de YLL por edad y sexo). Sin embargo, la tasa de años de vida perdidos para todas las edades (tasa cruda de YLL) no es adecuada para la comparación entre diferentes países porque no tiene en cuenta la estructura de edad de las poblaciones.

Los años de vida perdidos tienen las siguientes ventajas como medida de la carga de la mortalidad prematura: 1) evitan juicios arbitrarios sobre los puntos de corte establecidos para la edad; 2) todas las muertes implican la pérdida de algunos años potenciales de vida (o sea, las muertes en todas las edades contribuyen a la cuantificación de la carga de la mortalidad prematura); 3) los años de vida perdidos otorgan mayor peso a las muertes que ocurren a edades más tempranas.

La principal fuente de datos para estimar los años de vida perdidos es el sistema de estadísticas vitales y de información de mortalidad. Por tanto, la calidad de los años de vida perdidos dependerá en última instancia de la calidad de las



estadísticas de mortalidad, evaluada por el nivel de cobertura, oportunidad y diagnóstico, y por la codificación de las causas básicas de muerte.

Limitaciones

La limitación de esta metodología, que comparte con cualquier otra propuesta de análisis de mortalidad, son los problemas de calidad de los datos. En nuestro país este problema fue identificado desde hace varios años. El Dpto de Estadísticas Vitales ha implementado un sistema para la mejora de la calidad del llenado de los certificados de defunción desde el año 2024 que esperamos logre un impacto pero en el mediano y largo plazo.

Procedimiento

Se confeccionaron planillas Excel con tasas de años de vida perdidos por muerte prematura para las cuatro enfermedades principales no transmisibles del Uruguay: enfermedades cardiovasculares (ECV, I00-I99), cáncer (C00-C97), diabetes (E10-E14) y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (J40-J47); y para las principales causas externas: suicidios (X60-X84), homicidios (X85-Y09) y accidentes de transporte (V01-V99), según edad y sexo para el período 2014-2023.

Principales resultados

De las enfermedades no transmisibles (ENT) seleccionadas, la que aporta más a los años de vida perdidos son los tumores malignos, seguido de las enfermedades del aparato circulatorio.

Para el año 2023, se muestra la siguiente tabla:



Tabla 1. Número de defunciones, AVPPy Tasa AVPP para ENT seleccionadas según sexo. Uruguay, 2023.

Causa	Total			Hombres			Mujeres		
	Nro. Def	AVPP	Tasa AVPP	Nro. Def	AVPP	Tasa AVPP	Nro. Def	AVPP	Tasa AVPP
TM	7945	110909,5	3109,7	4214	59160,0	3417,8	3731	51749,5	2819,2
Enfermedades circulatorias	7988	68461,0	1919,5	3836	42709,0	2467,4	4162	25752,0	1402,9
EPOC	1095	11915,0	334,1	626	6750,0	390,0	469	5165,0	281,4
DM	618	7177,5	201,2	296	3920,0	226,5	322	3257,5	177,5
Suicidios	763	29817,5	836,0	571	22355,0	1291,5	192	7462,5	406,5
Homicidios	392	19947,0	559,3	340	17502,0	1011,1	52	2445,0	133,2
Accidentes transporte	416	18425,0	516,6	316	14070,0	812,8	100	4355,0	237,3

Fuente: Certificado de Defunción. TM: Tumores malignos; DM: Diabetes mellitus

Al analizar la evolución de los Años de Vida perdidos por muerte prematura en las enfermedades no transmisibles seleccionadas, para toda la población del país y por sexo, comparando 2014 y 2023 se observa:

En el caso de las **enfermedades circulatorias**, los AVPP han disminuido para la población total y más en hombres que en mujeres. Esta diferencia representa 108 años de vida perdidos -cada 100.000 habitantes- menos en 2023 con respecto a 2014. Analizando por sexo, cada 100.000 hombres se pierden 139 años menos de vida; mientras que cada 100.000 mujeres, se pierden 83,5 años menos de vida.

En el caso de los **tumores malignos**, si bien para la población total se registra una disminución de los años de vida perdidos entre 2014 y 2023, se observa un



comportamiento diferencial según sexo. En hombres se produjo una disminución de los años de vida perdidos (293 AVPP menos cada 100.000 hombres), mientras que en las mujeres aumentaron los años de vida perdidos (82 AVPP más cada 100.000 mujeres).

En tercer lugar, se encuentra la **enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)**, donde aumentaron los años de vida perdidos entre 2014 y 2023 para el total de la población. Presentándose un comportamiento diferencial según sexo. En el caso de los hombres se dio una ganancia en años de 46 por 100.000, sin embargo en las mujeres aumentaron los años de vida perdidos en 80 por 100.000.

En el caso de la **diabetes mellitus**, hubo una ganancia de años de vida en el período, tanto en la población total (46 por 100.000) como en ambos sexos, siendo mayor la ganancia en hombres que en mujeres (58 y 35 por 100.000 respectivamente).

Con respecto a las causas externas:

Los **suicidios**, en el período analizado, aumentaron los años de vida perdidos para el total de la población y también para ambos sexos. En los hombres se dio un aumento de los años de vida perdidos de 231 por 100.000 y en las mujeres el aumento de AVPP fue de 135 por 100.000 mujeres.

Analizando los suicidios del año 2023 por grupos de edad, quien más aportó años de vida perdidos fue el grupo de 25 a 29 años, seguido de los de 20 a 24, 30 a 34 y los de 35 a 39 años (Gráfico 1).

En hombres el comportamiento es el mismo, mientras que en las mujeres el grupo que más aportó AVPP fue las de 20 a 24 años, seguido de las de 30 a 34, 15 a 19 y las de 35 a 39 años. Se destaca el aporte de AVPP sensiblemente mayor en hombres que en mujeres, especialmente entre los 20 y los 39 años de edad (Gráfico 2).



Gráfico 1. Años de vida perdidos por suicidio según grupos de edad. Uruguay, 2023.

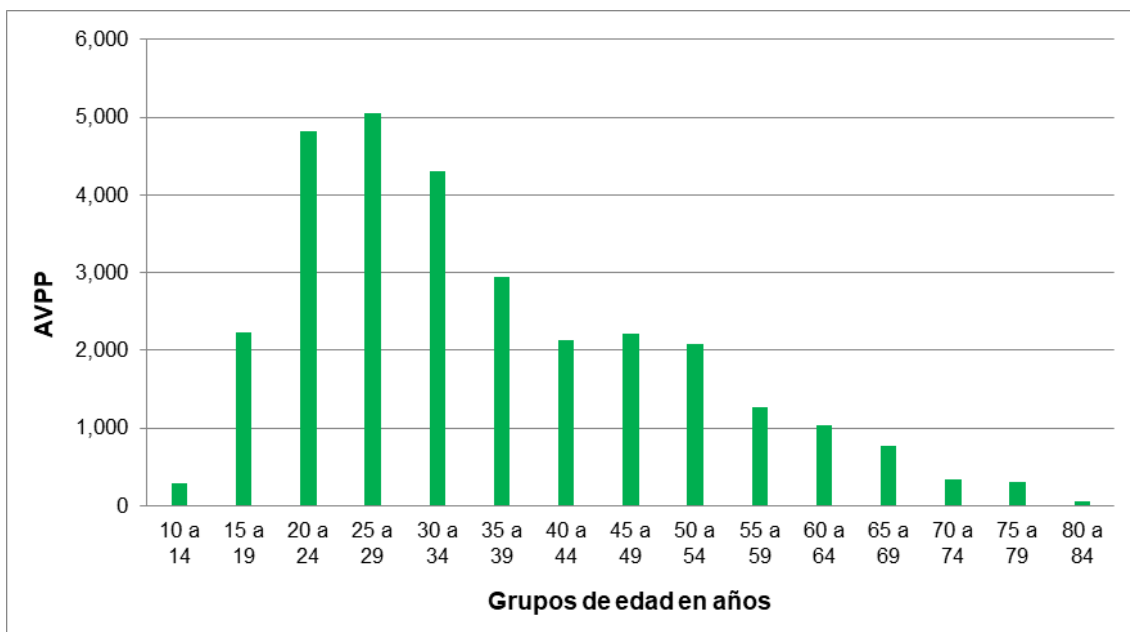
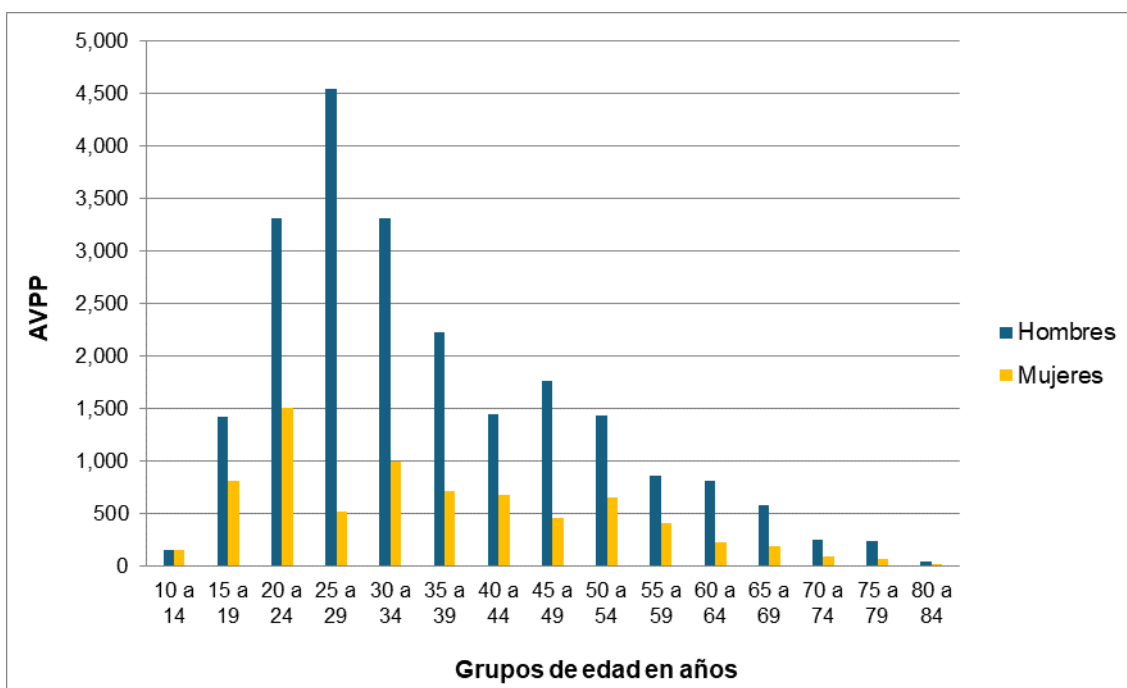




Gráfico 2. Años de vida perdidos por suicidio según grupos de edad y sexo. Uruguay, 2023.



En lo que refiere a los **homicidios**, entre el año 2014 y el 2023 aumentaron los años de vida perdidos para el total de la población y también para ambos sexos, siendo mayor la pérdida de años para hombres que para mujeres.

Con respecto a los **accidentes de transporte**, los AVPP disminuyeron en este período para el total de la población, pero se observa un comportamiento diferencial según sexo. En el caso de los hombres se dio una ganancia, en cambio en las mujeres aumentaron los años de vida perdidos.



Bibliografía consultada:

1. Salud en las Américas: mortalidad prematura potencialmente evitable. Washington, CC; OPS; 2024-08-01. en PT | PAHOIRIS | ID: phr-60932
2. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
3. <https://hia.paho.org/es/mppe-por-que-relevante>
4. De Armas, G. (2021.). Años potenciales de vida perdidos por causas externas en Uruguay: 1997 - 2018. Tesis de maestría. Universidad de la República (Uruguay). Facultad de Ciencias Sociales.
5. Martinez R, Soliz P, Caixeta R, Ordunez P. Reflection on modern methods: years of life lost due to premature mortality—a versatile and comprehensive measure for monitoring non-communicable disease mortality. Int J Epidemiol. 2019 Jan 9. <https://doi.org/10.1093/ije/dyy254>



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 2. Número de casos e incidencia acumulada de enfermedades de notificación obligatoria del grupo A hasta la semana epidemiológica 07. Uruguay, mediana de últimos 5 años (sin incluir pandémicos) vs. 2026.

Evento	Nº casos		IA		Diferencia de tasas
	Mediana	2026	Mediana	2026	
Araneismo	3	2	0.09	0.06	-0.03
Cólera	0	0	0.00	0.00	0.00
Chikungunya	0	0	0.00	0.00	0.00
Dengue autóctono	0	0	0.00	0.00	0.00
Dengue importado	3	1	0.09	0.03	-0.06
Difteria	0	0	0.00	0.00	0.00
Enfermedad meningocócica ¹	1	6	0.03	0.17	0.14
Enfermedad transmitida por alimentos ²	72	30	2.06	0.86	-1.20
Fiebre amarilla	0	0	0.00	0.00	0.00
Hantavirus	2	1	0.06	0.03	-0.03
Meningitis aguda bacteriana ³	4	5	0.11	0.14	0.03
Meningitis/meningoencefalitis viral	3	2	0.09	0.06	-0.03
M-pox	0	0	0.00	0.00	0.00
Ofidismo	0	10	0.00	0.29	0.29
Oropuche	0	0	0.00	0.00	0.00
Personas mordidas o con riesgo de exposición a virus rábico	494	814	14.08	23.39	9.30
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	0	2	0.00	0.06	0.06
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 3. Número de casos e incidencia acumulada de enfermedades de notificación obligatoria del grupo B hasta la semana epidemiológica 07. Uruguay, mediana de últimos 5 años (sin incluir pandémicos) vs. 2026.

Evento	Nº casos		IA		Diferencia de tasas
	Mediana	2026	Mediana	2026	
Brucelosis	0	0	0.00	0.00	0.00
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	0	0	0.00	0.00	0.00
Fiebre tifoidea	0	0	0.00	0.00	0.00
Hepatitis A	1	0	0.03	0.00	-0.03
Hepatitis B *	51	22	1.46	0.63	-0.82
Hepatitis C *	34	18	0.97	0.52	-0.45
Hepatitis E	0	1	0.00	0.03	0.03
Hidatidosis	0	0	0.00	0.00	0.00
Leishmaniasis tegumentaria	0	0	0.00	0.00	0.00
Leishmaniasis visceral	0	0	0.00	0.00	0.00
Leptospirosis	11	2	0.31	0.06	-0.26
Malaria	2	1	0.06	0.03	-0.03
Parotiditis infecciosa	32	36	0.91	1.03	0.13
Sífilis *	868	764	24.90	21.95	-2.95
Varicela *	36	108	1.03	3.10	2.07

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 4. Número de brotes registrados y de personas afectadas según evento. Uruguay, 2026 (hasta la semana epidemiológica 07).

Evento	Número de brotes	Número de personas afectadas
GEA	1	19
Enfermedad transmitida por alimentos*	2	19
Escabiosis	4	20
Varicela	6	18

*El brote de Enfermedad transmitida por alimentos asociado a fórmula para lactantes tiene como fecha de inicio del primer caso 29/11/2025, por lo que el total de casos asociados incluye casos con inicio de síntomas en el año epidemiológico 2025 y otros en el 2026. Fuente: sistema informático SG-DEVISA. Los datos se encuentran sujetos a modificaciones producto de la mejora de calidad del registro.



Arbovirosis

Tabla 5. Número de casos confirmados e incidencia acumulada de dengue por departamento hasta la semana epidemiológica 07. 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	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0.00
Cerro Largo	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0.00
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	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0.00
Maldonado	0	0.00	1	0.46	1	0.46	0	0.00	0	0.00	0	0.00	-0.46
Montevideo	0	0.00	2	0.16	2	0.16	0	0.00	1	0.08	1	0.08	-0.08
Paysandú	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0.00
Río Negro	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0.00
Rivera	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0.00
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	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	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	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0.00
Total	0	0.00	3	0.09	3	0.09	0	0.00	1	0.03	1	0.03	-0.06

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.

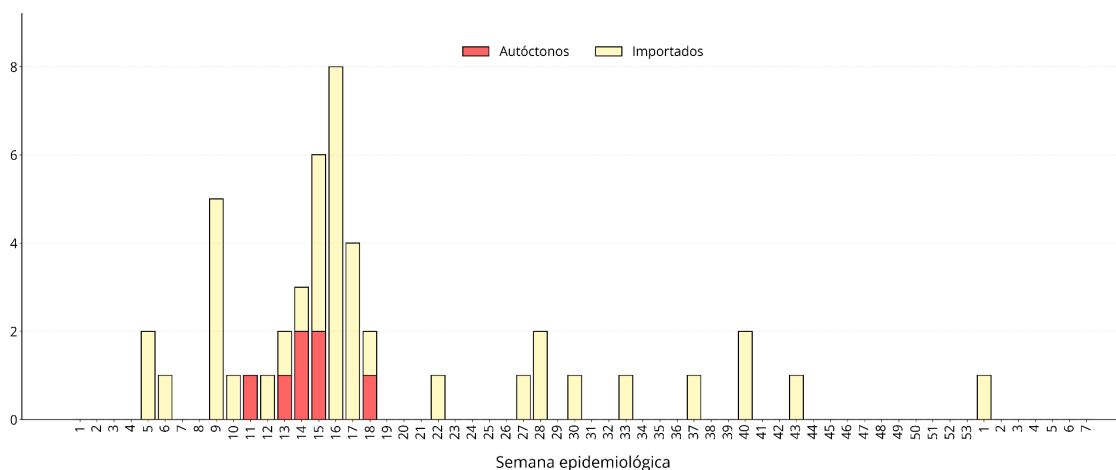
En el año 2024 se registró un aumento de casos de dengue, inicialmente importado y más tarde autóctono, entre las semanas epidemiológicas 1 y 20. La



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.⁴

Hasta la semana epidemiológica 07 de 2026 se registró un único caso de dengue en Montevideo, importado de Cuba.

Gráfico 3. Curva epidémica de dengue. Desde semana epidemiológica 1 de 2025 hasta semana epidemiológica 07 de 2026. Uruguay.



Fuente: sistema informático SG-DEVISA.

⁴ 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.](#)



Hantavirosis

Tabla 6. Número de casos confirmados, número de fallecidos e incidencia acumulada de hantavirosis por departamento hasta la semana epidemiológica 07. Uruguay, 2025-2026.

Departamento	Casos 2025	Casos 2026	IA 2025	IA 2026	Diferencia IA	Fallecidos 2025	Fallecidos 2026
Artigas	0	0	0.00	0.00	0.00	0	0
Canelones	0	1	0.00	0.16	0.16	0	0
Cerro Largo	0	0	0.00	0.00	0.00	0	0
Colonia	0	0	0.00	0.00	0.00	0	0
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	0	0	0.00	0.00	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	0	0	0.00	0.00	0.00	0	0
Salto	0	0	0.00	0.00	0.00	0	0
San José	0	0	0.00	0.00	0.00	0	0
Soriano	1	0	1.21	0.00	-1.21	1	0
Tacuarembó	0	0	0.00	0.00	0.00	0	0
Treinta y Tres	0	0	0.00	0.00	0.00	0	0
Total	3	1	0.09	0.03	-0.06	1	0

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.

Hasta la SE 07 de 2026, el acumulado anual registra un único caso confirmado de hantavirosis, correspondiente a un hombre de 41 años, que requirió internación.



Hepatitis A

Tabla 7. Número de casos notificados e incidencia acumulada de hepatitis A por departamento a la semana epidemiológica 07. Uruguay, 2025-2026.

Departamento	Casos 2025	Casos 2026	IA 2025	IA 2026	Diferencia IA
Artigas	0	0	0.00	0.00	0.00
Canelones	0	0	0.00	0.00	0.00
Cerro Largo	0	0	0.00	0.00	0.00
Colonia	0	0	0.00	0.00	0.00
Durazno	0	0	0.00	0.00	0.00
Flores	0	0	0.00	0.00	0.00
Florida	0	0	0.00	0.00	0.00
Lavalleja	0	0	0.00	0.00	0.00
Maldonado	0	0	0.00	0.00	0.00
Montevideo	5	0	0.39	0.00	-0.39
Paysandú	0	0	0.00	0.00	0.00
Río Negro	0	0	0.00	0.00	0.00
Rivera	0	0	0.00	0.00	0.00
Rocha	0	0	0.00	0.00	0.00
Salto	0	0	0.00	0.00	0.00
San José	0	0	0.00	0.00	0.00
Soriano	1	0	1.21	0.00	-1.21
Tacuarembó	0	0	0.00	0.00	0.00
Treinta y Tres	0	0	0.00	0.00	0.00
Total	6	0	0.17	0.00	-0.17

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

En 2026, hasta la SE 07, no se reportaron casos confirmados de hepatitis A.



Hepatitis B

Tabla 8. Número de casos confirmados y en investigación e incidencia acumulada por departamento de hepatitis B a la semana epidemiológica 07. Uruguay, 2025-2026.

Departamento	Casos 2025	Casos 2026	IA 2025	IA 2026	Diferencia IA
Artigas	1	0	1.29	0.00	-1.29
Canelones	2	2	0.32	0.32	0.00
Cerro Largo	0	0	0.00	0.00	0.00
Colonia	0	0	0.00	0.00	0.00
Durazno	0	0	0.00	0.00	0.00
Flores	0	0	0.00	0.00	0.00
Florida	1	0	1.43	0.00	-1.43
Lavalleja	0	0	0.00	0.00	0.00
Maldonado	1	7	0.46	3.23	2.77
Montevideo	22	8	1.73	0.63	-1.11
Paysandú	0	0	0.00	0.00	0.00
Río Negro	0	0	0.00	0.00	0.00
Rivera	1	0	0.92	0.00	-0.92
Rocha	2	2	2.47	2.47	0.00
Salto	1	2	0.73	1.47	0.73
San José	1	0	0.83	0.00	-0.83
Soriano	0	1	0.00	1.20	1.20
Tacuarembó	0	0	0.00	0.00	0.00
Treinta y Tres	0	0	0.00	0.00	0.00
Total	32	22	0.92	0.63	-0.29

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 9. Resultado de antígeno de superficie de hepatitis B (HBsAg) e incidencia acumulada de casos reactivos por rango etario a la semana epidemiológica 07. 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	4	2	0	0	0	0	0.39	0.22	-0.16
26 a 36 años	7	1	0	2	0	0	1.25	0.18	-1.07
37 a 64 años	14	6	0	7	1	1	1.14	0.48	-0.65
De 65 años y más	6	3	0	0	0	0	1.07	0.53	-2.58
Total	31	12	0	9	1	1	0.86	0.34	-0.51

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 07, los casos registrados de hepatitis B corresponden a un 50% de mujeres y un 50% hombres, con una media de 46,5 años, y un rango etario de entre 19 y 78 años de edad. Ninguno de ellos requirió internación.

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 rangos etarios utilizados en la tabla 9 toman en cuenta la referencia de los cohortes vacunales. Con respecto a HBsAg, los casos que carecen de esta información representan un 1,2% en 2024 y un 4,8% en 2025, respectivamente, mientras que a la fecha hay un 4,5% casos sin información en lo que va de 2026 (correspondiente a un caso en espera de información). La información en años anteriores respecto a este estudio tiene un alto porcentaje de incompletitud, por lo cual no se puede realizar



comparación histórica con datos más antiguos. Los datos correspondientes al resultado de este estudio se muestran en la tabla 9.

Hepatitis C

Tabla 10. Número de casos confirmados y en investigación e incidencia acumulada por departamento de hepatitis C a la semana epidemiológica 07. Uruguay, 2025-2026.

Departamento	Casos 2025	Casos 2026	IA 2025	IA 2026	Diferencia IA
Artigas	0	0	0.00	0.00	0.00
Canelones	4	0	0.64	0.00	-0.64
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	21	13	1.65	1.02	-0.64
Paysandú	0	2	0.00	1.64	1.64
Río Negro	0	0	0.00	0.00	0.00
Rivera	0	0	0.00	0.00	0.00
Rocha	1	0	1.23	0.00	-1.23
Salto	0	0	0.00	0.00	0.00
San José	0	2	0.00	1.66	1.66
Soriano	0	0	0.00	0.00	0.00
Tacuarembó	0	0	0.00	0.00	0.00
Treinta y Tres	0	1	0.00	2.13	2.13
Total	26	18	0.75	0.52	-0.23



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 07, los casos registrados de hepatitis C, corresponden a un 61,1% de hombres y un 38,9% de mujeres, con una media de edad de 46,2 años y un rango etario de entre 18 y 66 años.



Leptospirosis

Tabla 11. Número de casos confirmados, número de fallecidos e incidencia acumulada de leptospirosis hasta la semana epidemiológica 07 por departamento. Uruguay, 2025-2026.

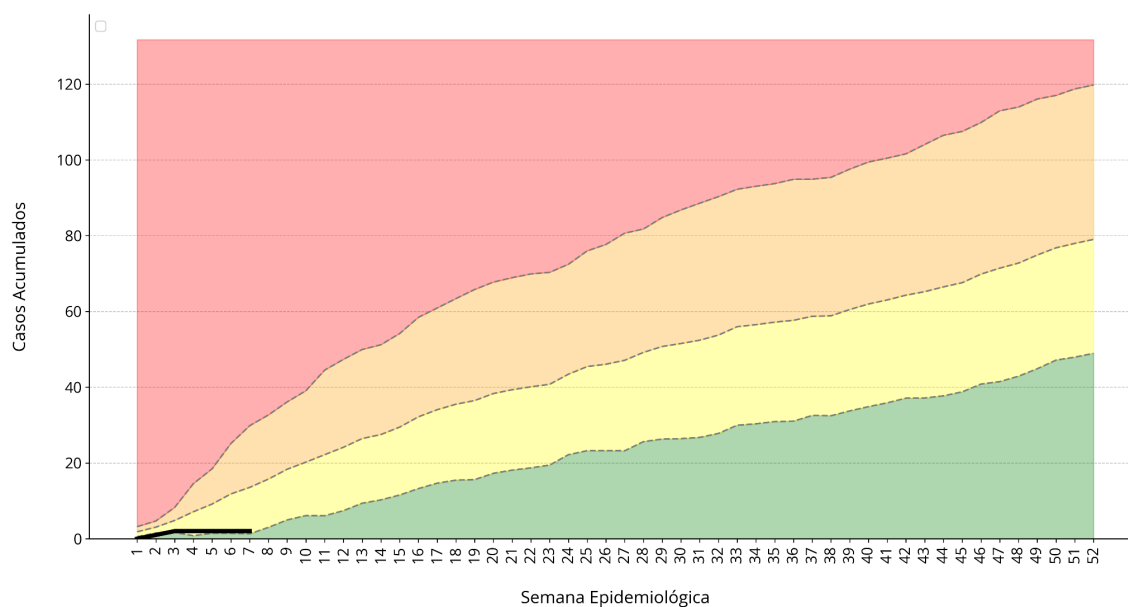
Departamento	Casos 2025	Casos 2026	IA 2025	IA 2026	Diferencia IA	Fallecidos 2025	Fallecidos 2026
Artigas	0	0	0.00	0.00	0.00	0	0
Canelones	1	0	0.16	0.00	-0.16	0	0
Cerro Largo	0	0	0.00	0.00	0.00	0	0
Colonia	2	0	1.47	0.00	-1.47	0	0
Durazno	0	0	0.00	0.00	0.00	0	0
Flores	0	0	0.00	0.00	0.00	0	0
Florida	0	0	0.00	0.00	0.00	0	0
Lavalleja	0	0	0.00	0.00	0.00	0	0
Maldonado	0	1	0.00	0.46	0.46	0	0
Montevideo	2	0	0.16	0.00	-0.16	0	0
Paysandú	1	0	0.82	0.00	-0.82	0	0
Río Negro	0	0	0.00	0.00	0.00	0	0
Rivera	2	0	1.83	0.00	-1.83	0	0
Rocha	1	0	1.23	0.00	-1.23	0	0
Salto	2	1	1.47	0.73	-0.74	0	0
San José	3	0	2.49	0.00	-2.49	0	0
Soriano	1	0	1.21	0.00	-1.21	0	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	15	2	0.43	0.06	-0.37	0	0

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 07 se registraron dos casos confirmados de leptospirosis. Ambos corresponden a individuos de sexo masculino, de 21 y 58 años, respectivamente.

Gráfico 4. Corredor endémico leptospirosis. Uruguay, 2026.



Fuente: SG-DEVISA.



Meningitis, meningoencefalitis y enfermedad meningocócica

Tabla 12. Número de casos, incidencia acumulada y número de fallecidos por meningitis, meningoencefalitis y enfermedad meningocócica hasta la semana epidemiológica 07. Uruguay, 2025-2026.

Evento		N° casos		IA		N° fallecidos		Diferencia IA
		2025	2026	2025	2026	2025	2026	
Meningitis y enfermedad meningocócica		5	6	0.14	0.17	0	1	0.02
Meningitis bacteriana	Meningitis por H. influenzae	0	0	0.00	0.00	0	0	0.00
	Meningitis por S. pneumoniae	1	2	0.03	0.06	0	0	0.03
	Meningitis por Listeria monocytogenes	2	1	0.06	0.03	1	0	-0.03
	Microorganismo sin identificar	1	1	0.03	0.03	0	0	0.00
	Otro microorganismo identificado (no incluye N. meningitidis)	0	1	0.00	0.03	0	0	0.03
Meningitis y meningoencefalitis virales	Enterovirus	1	0	0.03	0.00	0	0	-0.03
	Herpes simplex 1 y 2	1	1	0.03	0.03	0	0	0.00
	Herpes zoster	4	1	0.11	0.03	2	0	-0.09
	EEO	0	0	0.00	0.00	0	0	0.00
	Otras virales	2	0	0.06	0.00	0	0	-0.06

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



Tabla 13. 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	1	3.35	0	0.00
De 1 a 4 años	1	0.80	0	0.00
De 5 a 14 años	1	0.23	0	0.00
De 15 a 64 años	3	0.13	1	33.33
De 65 años y más	0	0.00	0	-
Total	6	0.17	1	16.67

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 departamento. Uruguay, 2026.

Departamento	Casos 2026	IA 2026	Fallecidos 2026
Canelones	1	1.29	1
Maldonado	1	0.46	0
Montevideo	4	0.31	0
Total	6	0.17	1

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



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

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

Tabla 16. Número de casos, incidencia acumulada, número de fallecidos y letalidad de meningitis por *S. pneumoniae* por grupo etario. Uruguay, 2026.

Grupo etario	Nº casos	IA	Nº fallecidos
Menor de un año	0	0.00	0
De 1 a 4 años	0	0.00	0
De 5 a 14 años	0	0.00	0
De 15 a 64 años	2	0.09	0
De 65 años y más	0	0.00	0
Total	2	0.06	0

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



Parotiditis

Tabla 17. Número de casos e incidencia acumulada de parotiditis infecciosa por rango etario hasta la semana epidemiológica 07. Uruguay, 2025-2026.

Rango etario	Casos 2025	Casos 2026	IA 2025	IA 2026	Diferencia IA
Menor de 1 año	1	0	3.36	0.00	-3.36
De 1 a 4 años	9	8	6.89	6.40	-0.49
De 5 a 9 años	17	8	8.09	4.05	-4.05
De 10 a 14 años	4	2	1.68	0.84	-0.84
De 15 a 19 años	3	1	1.27	0.42	-0.85
De 20 a 24 años	4	1	1.66	0.42	-1.24
De 25 a 29 años	2	2	0.79	0.80	0.01
De 30 a 34 años	3	0	1.18	0.00	-1.18
De 35 a 39 años	3	1	1.21	0.40	-0.81
De 40 a 44 años	2	5	0.85	2.10	1.25
De 45 a 49 años	3	3	1.24	1.25	0.01
De 50 a 54 años	0	2	0.00	0.90	0.90
De 55 a 59 años	0	1	0.00	0.51	0.51
De 60 a 64 años	0	0	0.00	0.00	0.00
De 65 a 69 años	2	0	1.17	0.00	-1.17
De 70 a 74 años	2	1	1.46	0.71	-0.75
De 75 y más	2	1	0.79	0.39	-0.40
TOTAL	57	36	1.64	1.03	-0.60

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 18. Número de casos e incidencia acumulada de parotiditis infecciosa por departamento hasta la semana epidemiológica 07. Uruguay, 2025-2026.

Departamento	Casos 2025	Casos 2026	IA 2025	IA 2026	Diferencia IA
Artigas	1	0	1.29	0.00	-1.29
Canelones	3	1	0.48	0.16	-0.32
Cerro Largo	1	1	1.11	1.10	0.00
Colonia	5	2	3.68	1.47	-2.21
Durazno	0	1	0.00	1.61	1.61
Flores	1	0	3.86	0.00	-3.86
Florida	0	1	0.00	1.43	1.43
Lavalleja	0	0	0.00	0.00	0.00
Maldonado	1	0	0.46	0.00	-0.46
Montevideo	18	11	1.42	0.86	-0.56
Paysandú	10	4	8.23	3.29	-4.95
Río Negro	1	0	1.76	0.00	-1.76
Rivera	0	0	0.00	0.00	0.00
Rocha	0	0	0.00	0.00	0.00
Salto	6	10	4.41	7.34	2.93
San José	3	0	2.49	0.00	-2.49
Soriano	4	5	4.84	6.02	1.18
Tacuarembó	3	0	3.14	0.00	-3.14
Treinta y Tres	0	0	0.00	0.00	0.00
Total	57	36	1.64	1.03	-0.60

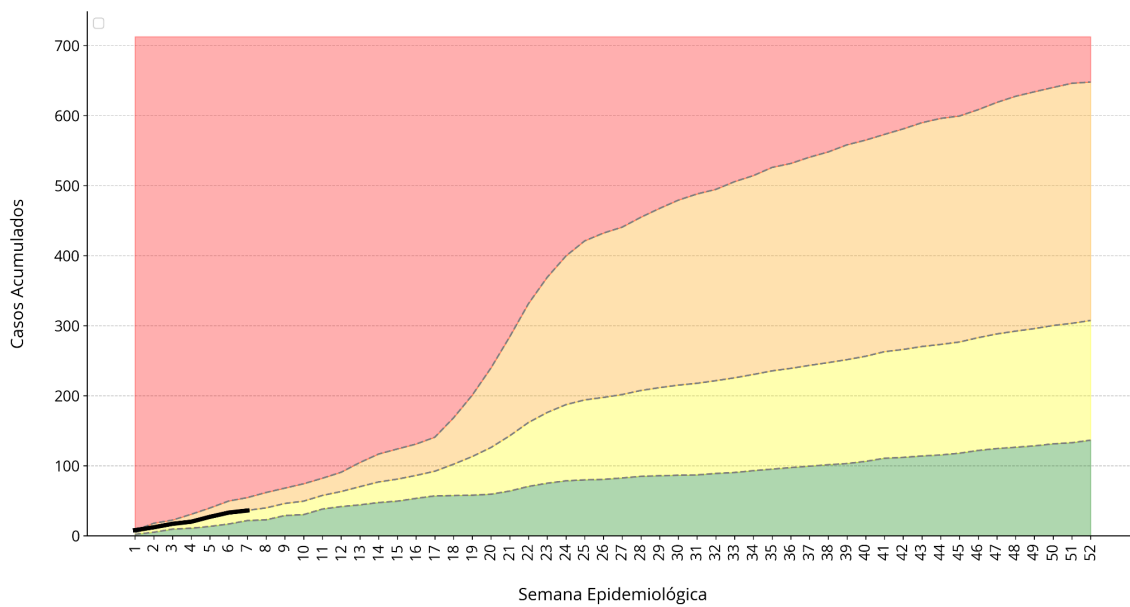
IA: incidencia acumulada x 100.000 habitantes. Fuente: SG-DEVISA. Los datos se encuentran sujetos a modificaciones producto de la mejora de calidad del registro.

El análisis de los casos de parotiditis muestra una disminución en la incidencia acumulada a la SE 07 al comparar con 2025, presentando cifras similares 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 seguridad.

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



Fuente: SG-DEVISA.



Personas mordidas o con riesgo de exposición a virus rábico

Tabla 19. Número de casos por departamento y animal involucrado hasta la semana epidemiológica 07, Uruguay, 2026.

Departamento	Perro	Murciélago	Gato	Otro	Total
Artigas	15	0	0	0	15
Canelones	88	5	6	0	99
Cerro Largo	10	1	2	0	13
Colonia	43	0	4	0	47
Durazno	12	0	0	0	12
Flores	14	0	1	1	16
Florida	3	0	0	0	3
Lavalleja	11	2	1	1	15
Maldonado	38	13	5	0	56
Montevideo	216	9	20	2	247
Paysandú	41	1	4	0	46
Río Negro	10	0	0	0	10
Rivera	55	0	6	0	61
Rocha	8	1	0	0	9
Salto	64	1	6	0	71
San José	19	0	1	0	20
Soriano	18	3	1	0	22
Tacuarembó	51	0	0	0	51
Treinta y Tres	1	0	0	0	1
Total	717	36	57	4	814

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

En 267 casos se realizó recomendación de vacuna antirrábica y en 33 de esos casos también la administración de inmunoglobulina 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.

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.⁵

Al 7 de noviembre de 2025, se han notificado 12.596 casos confirmados de sarampión en diez países (aproximadamente el 95% de los casos de la región se concentran en Canadá, México y Estados Unidos), lo que supone un aumento de 30 veces en comparación con 2024. Además, se han registrado 28 defunciones: 23 en México, tres en Estados Unidos y dos en Canadá.

La transmisión ha afectado principalmente a comunidades con baja cobertura de vacunación; el 89% de los casos corresponde a personas no vacunadas o con

⁵ [La OPS hace un llamado a la acción regional tras la pérdida del estatus de eliminación del sarampión en las Américas](#)



estado vacunal desconocido. Los niños menores de 1 año son el grupo más afectado, seguidos por los de 1 a 4 años.

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 ⁶

- 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 aéreas⁷.
- 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.

⁶ CDC. Control de infecciones en el personal sanitario: epidemiología y control de infecciones seleccionadas. Disponible en: [Epidemiología y control de infecciones](#)

⁷ 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 20 se presenta la distribución de casos notificados de sífilis. Se considera la notificación cuando se tiene resultado positivo de RPR o VDRL, en ausencia de resultado previo.

Tabla 20. Número de casos notificados e incidencia acumulada de sífilis por departamento hasta la semana epidemiológica 07. Uruguay, 2025-2026.

Departamento	Casos 2025	Casos 2026	IA 2025	IA 2026	Diferencia IA
Artigas	10	13	12.94	16.80	3.86
Canelones	89	61	14.33	9.87	-4.45
Cerro Largo	8	6	8.86	6.63	-2.23
Colonia	29	39	21.34	28.68	7.34
Durazno	15	5	24.22	8.06	-16.16
Flores	4	4	15.44	15.39	-0.05
Florida	14	10	20.01	14.28	-5.74
Lavalleja	30	27	51.62	46.23	-5.39
Maldonado	132	97	60.43	44.74	-15.69
Montevideo	341	321	26.82	25.08	-1.74
Paysandú	39	55	32.11	45.22	13.11
Río Negro	11	12	19.31	21.03	1.72
Rivera	26	7	23.84	6.41	-17.42
Rocha	21	28	25.90	34.56	8.67
Salto	33	35	24.24	25.69	1.45
San José	22	16	18.27	13.30	-4.97
Soriano	27	13	32.69	15.66	-17.02
Tacuarembó	37	12	38.69	12.52	-26.17
Treinta y Tres	10	3	21.46	6.40	-15.06
Total	898	764	25.79	21.95	-3.83

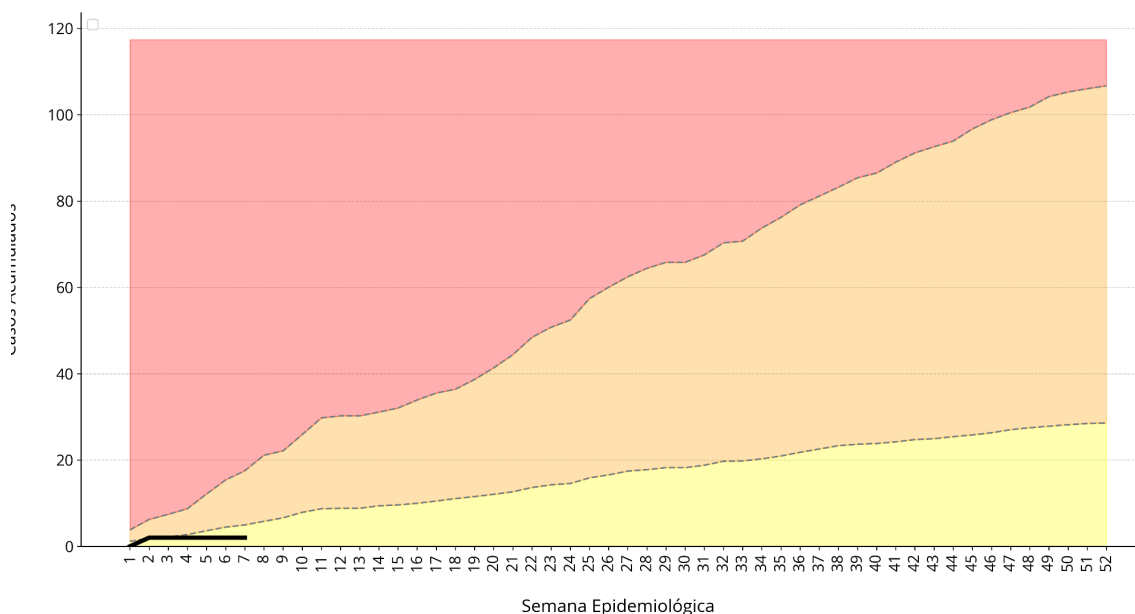


IA: incidencia acumulada x 100.000 habitantes. Fuente: SG-DEVISA. Los datos se encuentran sujetos a modificaciones producto de la mejora de calidad del registro.

Tos convulsa

En el año 2025, a la SE 07, se había registrado un único caso de tos convulsa en una lactante de sexo femenino de 2 meses en Montevideo, mientras que a la SE 07 de 2026 se registraron dos casos, un lactante de 5 meses de sexo masculino en Canelones, y una lactante de sexo femenino de 3 meses en Montevideo.

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



Fuente: SG-DEVISA.



Varicela

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

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

Durante 2025, se registró una incidencia acumulada de casos significativamente mayor que en años anteriores. En 2026, hasta la SE 07 se registraron 108 casos, 18 de los cuales corresponden a seis brotes, cuatro de ellos intrafamiliares. El corredor endémico acumulado de varicela se muestra en el gráfico 7.



Tabla 21. Número de casos e incidencia acumulada de varicela por rango etario hasta la semana epidemiológica 07. Uruguay, 2025-2026.

Rango etario	Casos 2025	Casos 2026	IA 2025	IA 2026	Diferencia IA
Menor de 1 año	1	2	3.36	6.71	3.35
De 1 a 4 años	5	13	3.83	10.39	6.57
De 5 a 9 años	3	12	1.43	6.07	4.64
De 10 a 14 años	5	13	2.10	5.43	3.34
De 15 a 19 años	9	22	3.80	9.31	5.51
De 20 a 24 años	17	6	7.04	2.50	-4.54
De 25 a 29 años	7	14	2.77	5.63	2.87
De 30 a 34 años	6	6	2.37	2.35	-0.02
De 35 a 39 años	0	4	0.00	1.61	1.61
De 40 a 44 años	0	8	0.00	3.36	3.36
De 45 a 49 años	0	6	0.00	2.51	2.51
De 50 a 54 años	3	1	1.38	0.45	-0.93
De 55 a 59 años	0	0	0.00	0.00	0.00
De 60 a 64 años	1	0	0.52	0.00	-0.52
De 65 a 69 años	1	1	0.58	0.58	-0.01
De 70 a 74 años	1	0	0.73	0.00	-0.73
De 75 y más	1	0	0.40	0.00	-0.40
Total	60	108	1.72	3.10	1.38

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.



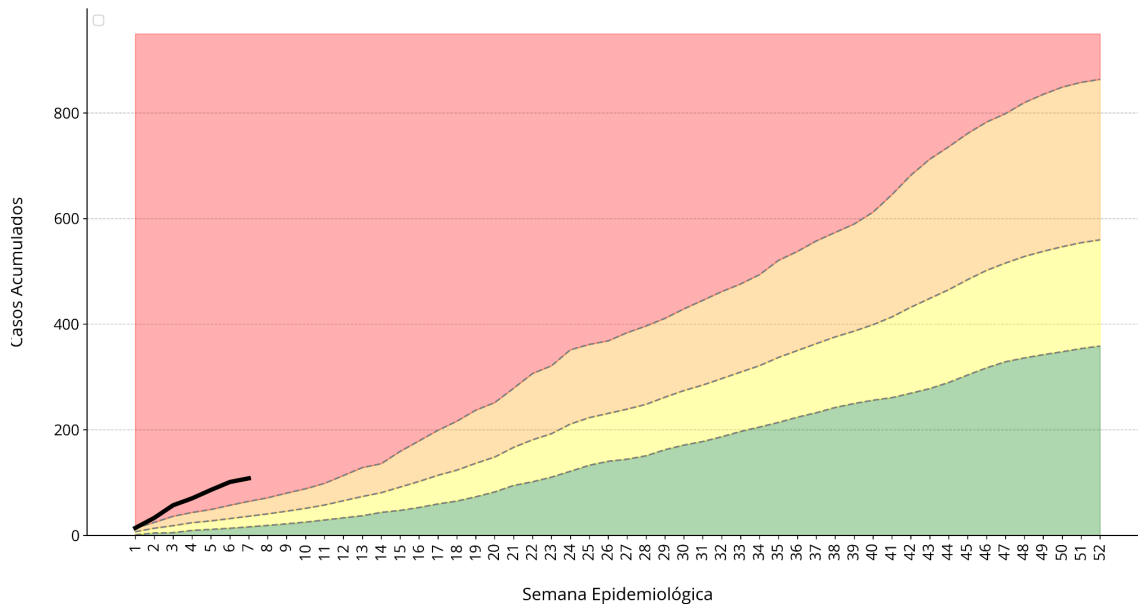
Tabla 22. Número de notificaciones e incidencia acumulada de notificaciones de varicela por departamento hasta la semana epidemiológica 07. Uruguay, 2025-2026.

Departamento	Casos 2025	Casos 2026	IA 2025	IA 2026	Diferencia IA
Artigas	1	0	1.29	0.00	-1.29
Canelones	8	17	1.29	2.75	1.46
Cerro Largo	1	0	1.11	0.00	-1.11
Colonia	3	1	2.21	0.74	-1.47
Durazno	0	1	0.00	1.61	1.61
Flores	0	0	0.00	0.00	0.00
Florida	1	2	1.43	2.86	1.43
Lavalleja	0	0	0.00	0.00	0.00
Maldonado	3	9	1.37	4.15	2.78
Montevideo	32	55	2.52	4.30	1.78
Paysandú	0	6	0.00	4.93	4.93
Río Negro	2	1	3.51	1.75	-1.76
Rivera	0	4	0.00	3.66	3.66
Rocha	1	2	1.23	2.47	1.24
Salto	3	5	2.20	3.67	1.47
San José	1	1	0.83	0.83	0.00
Soriano	4	2	4.84	2.41	-2.43
Tacuarembó	0	2	0.00	2.09	2.09
Treinta y Tres	0	0	0.00	0.00	0.00
Total	60	108	1.72	3.10	1.37

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



Gráfico 7. Corredor endémico varicela. Uruguay, 2026.



Fuente: SG-DEVISA.

Se recuerda al equipo de salud

Conceptos generales de la enfermedad

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



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

Descripción clínica y diagnóstico de laboratorio

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



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

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

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

Recomendaciones generales

Las recomendaciones de prevención de la varicela se basan en:

1. Medidas que no incluyen biológicos:

- Higiene personal
- Lavarse las manos frecuentemente con agua y jabón.



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



2. Medidas que incluyen biológicos:

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

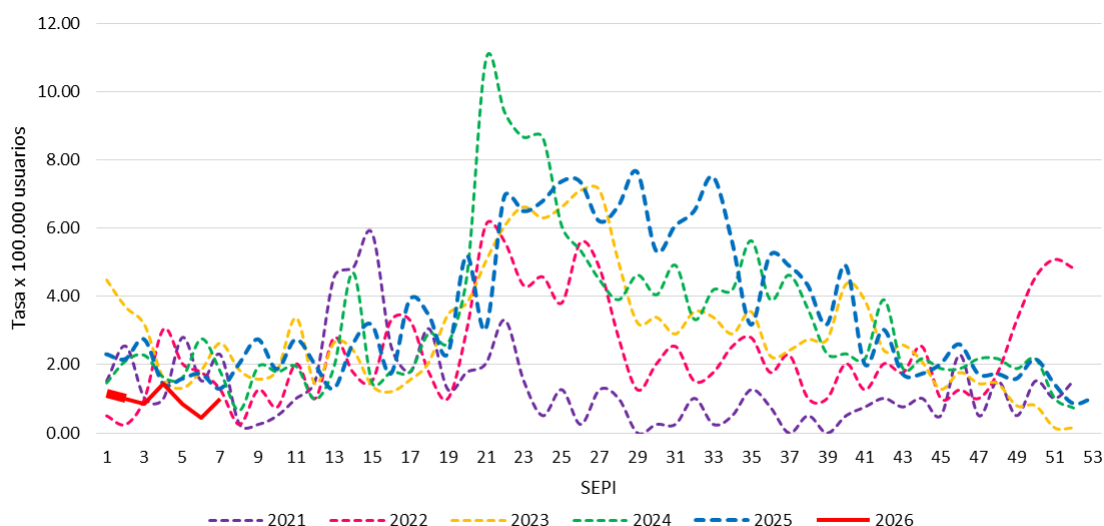


Infecciones respiratorias

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

Vigilancia de IRAG

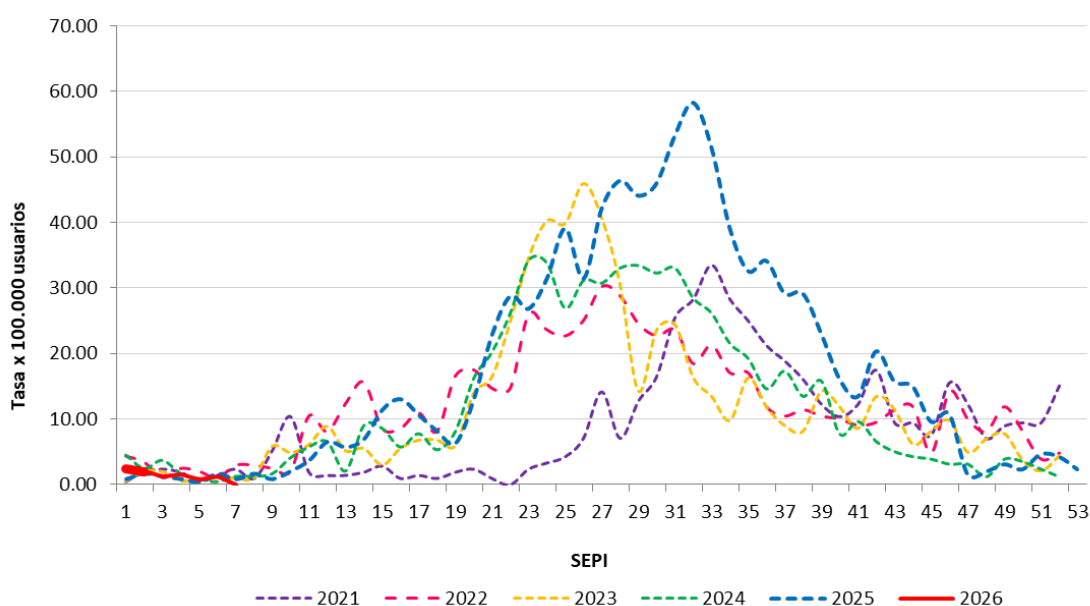
Gráfico 8. Incidencia acumulada en personas de 15 años y más internada por infecciones respiratorias agudas graves en centros centinela por semana epidemiológica. Uruguay, 2021 - 2026.



Fuente: Sistema de Infecciones Hospitalarias.



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



Fuente: Sistema de Infecciones Hospitalarias.

Hasta la SE 53 de 2025, la incidencia acumulada de IRAG en adultos presentó una distribución similar a la observada en años anteriores. Sin embargo, en menores de 15 años se observa que entre la SE 27 y la SE 45 se superó la incidencia registrada en años anteriores para igual período. Es importante tomar en cuenta que este año se usa una definición de caso de IRAG más sensible que la de años anteriores. Por esta razón, no es posible realizar una comparación directa con valores históricos. En cuanto a la tasa de incidencia de IRAG en 2026, la misma se



ubicó en la SE 7 en 1,01 cada 100.000 usuarios para adultos y 0,00 cada 100.000 usuarios para pacientes pediátricos.

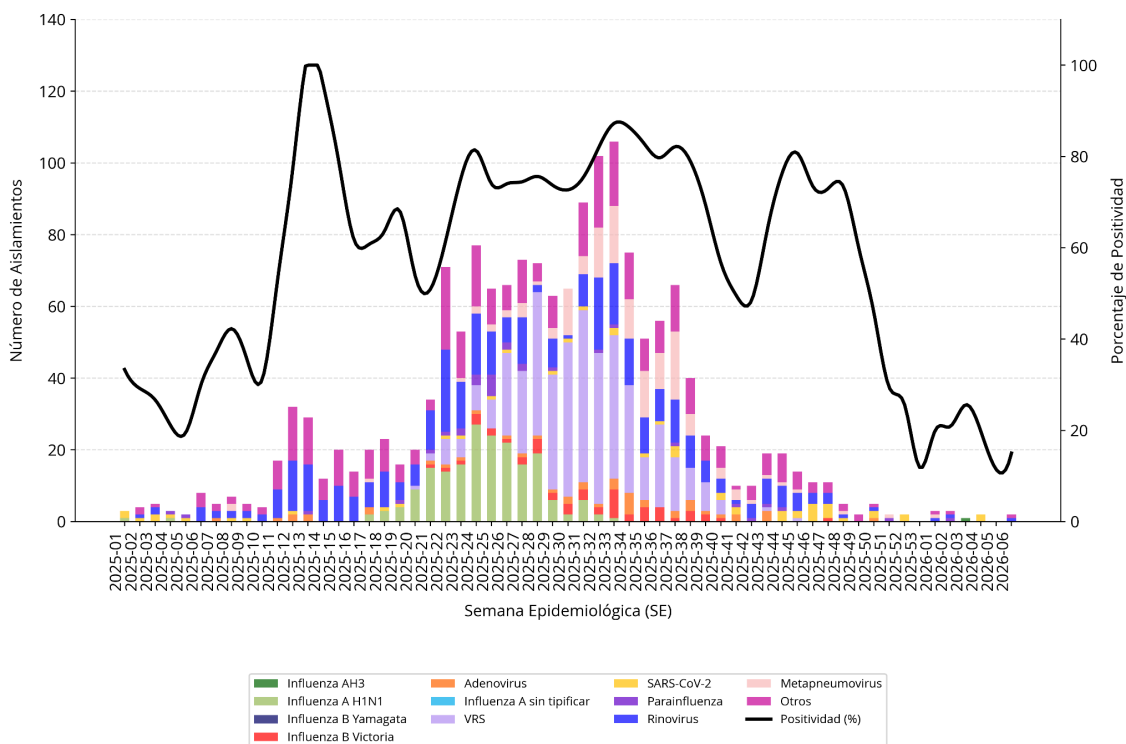
En el gráfico 10 se presenta la cantidad de aislamientos según el virus identificado en los casos de IRAG. La línea negra representa el porcentaje de positividad, definido como el total de muestras positivas para uno o más agentes sobre el total de muestras analizadas.

En las últimas semanas se observa una disminución en la detección de VRS manteniéndose la detección de SARS-CoV-2 en niveles bajos. Los casos de IRAG en la región se dan fundamentalmente a expensas de Influenza A(H3N2), VRS y SARS-CoV-2⁸.

⁸ Organización Panamericana de la Salud. Situación de Influenza, SARS CoV-2, VRS y otros virus respiratorios - Región de las Américas. Semana epidemiológica 52. Disponible en: [Actualización regional, Influenza y otros virus respiratorios. Semana Epidemiológica 52 \(2 de enero del 2026\)](#)



Gráfico 10. Virus identificados en infecciones respiratorias agudas graves en centros centinelas y porcentaje de positividad de las muestras analizadas, desde la SE 01 de 2025 hasta la SE 07 de 2026.

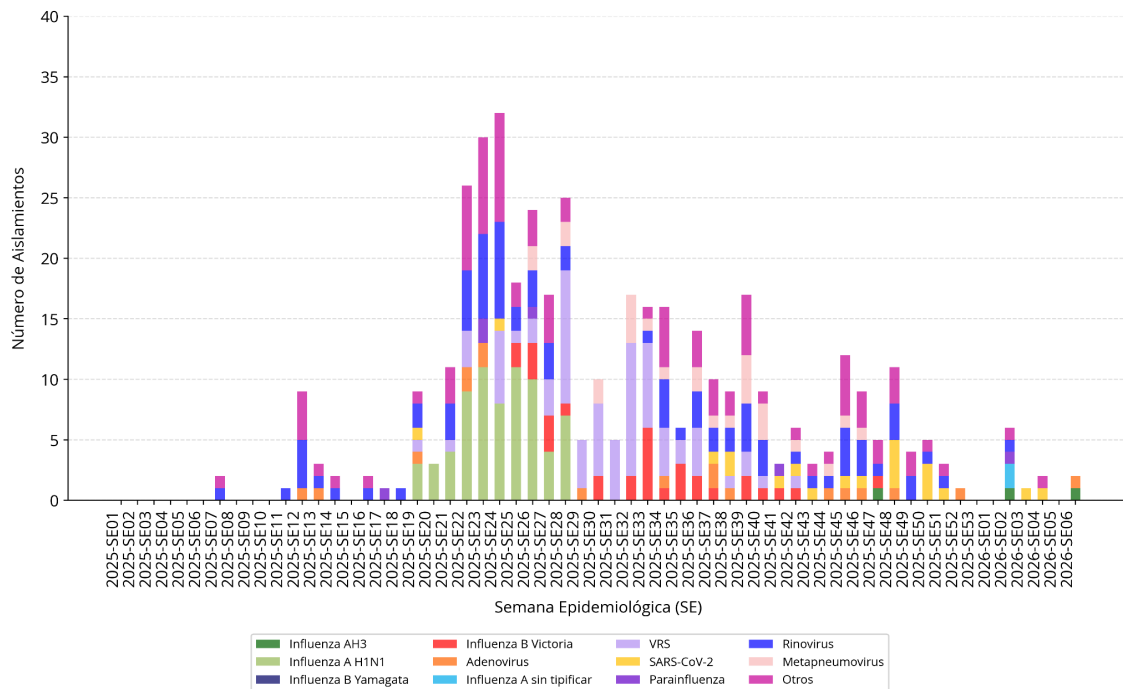


Otros incluye: Enterovirus, Coronavirus, Bocavirus. Fuente: Departamento de Laboratorios de Salud Pública.

En el gráfico 11 se presenta la cantidad de aislamientos según el virus identificado en los casos de ETI. Se observa en las últimas semanas circulación de adenovirus, rinovirus, Influenza A H3N2, influenza B Victoria y SARS-CoV-2.



Gráfico 11. Virus identificados en enfermedad tipo influenza en centros centinelas, desde la SE 01 de 2025 hasta la SE 07 de 2026.



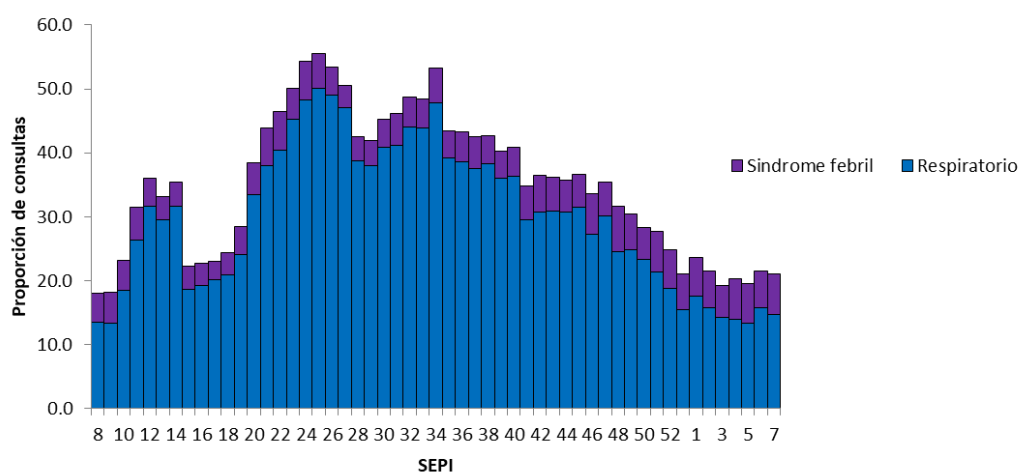
Otros incluye: Enterovirus, Coronavirus, Bocavirus. Fuente: Departamento de Laboratorios de Salud Pública.



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 12, 13 y 14. Las tasas se calculan tomando en cuenta la cantidad de usuarios de las instituciones que reportan.

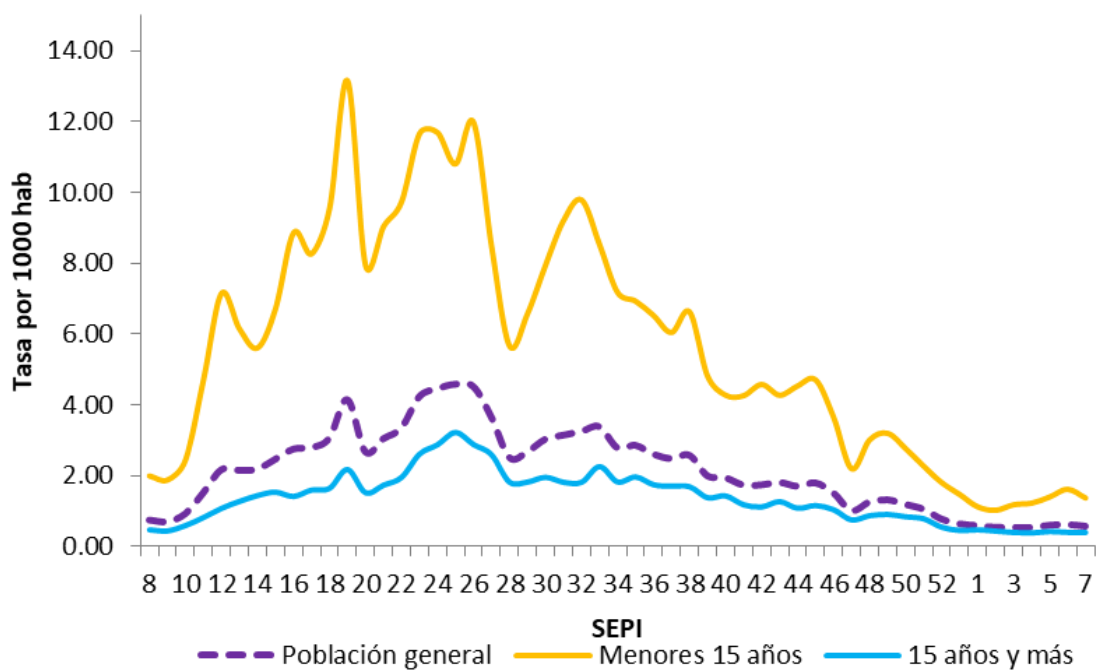
Gráfico 12. Proporción de consultas en emergencias móviles por enfermedad respiratoria y síndrome febril hasta la semana epidemiológica 07 de 2026. Uruguay.



Fuente: DEVISA.



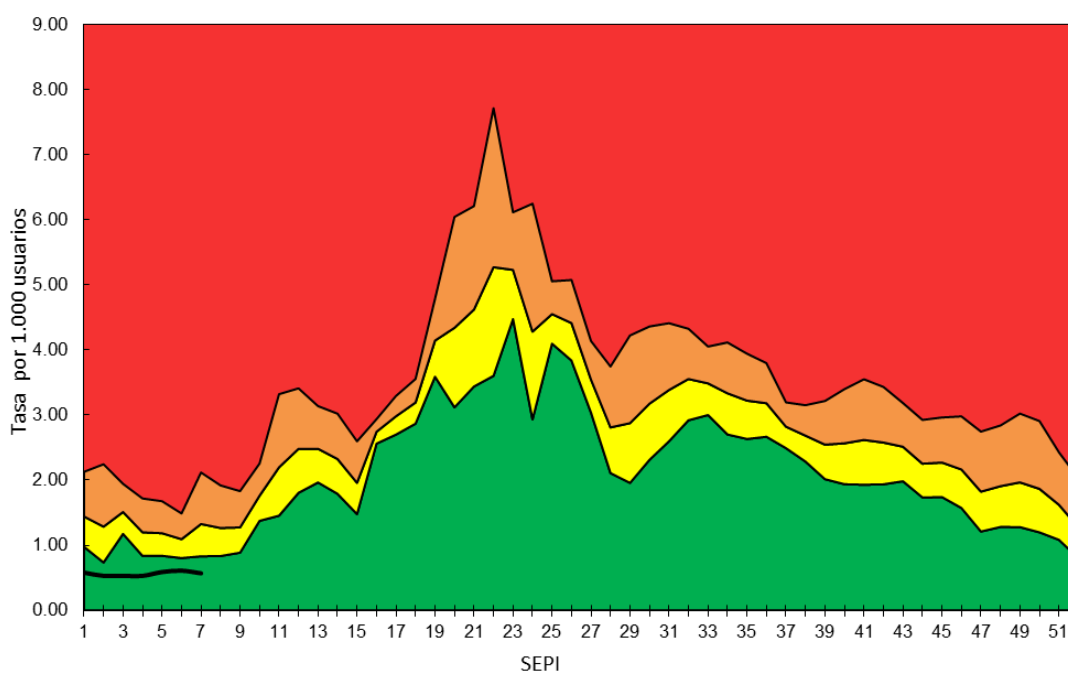
Gráfico 13. Tasa de consultas por infección respiratoria aguda en emergencias móviles hasta la semana epidemiológica 07 de 2026. Uruguay.



Fuente: DEVISA.



Gráfico 14. Corredor endémico de consultas por infección respiratoria aguda en emergencias móviles hasta la semana epidemiológica 07. Uruguay, 2026.



Fuente: DEVISA.



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

Variantes bajo monitoreo (VUM) y en circulación global

La **OMS** (Organización Mundial de la Salud) mantiene varias variantes de SARS-CoV-2 en seguimiento activo, las **Variantes Bajo Monitoreo (VUM)** y **Variantes de Interés (VOI)**: XFG (Stratus o Frankenstein es una de las 7 VUM bajo monitoreo).

Tabla 23. Principales variantes de SARS-CoV-2 bajo vigilancia.

Variante	Estatus OMS	Tendencia global	Países donde circula	Severidad estimada
NB.1.8.1 (Nimbus)	VUM (desde 23 mayo)	En aumento	EE. UU., RU, India, China, otros	Leve
XFG (Stratus o Frankenstein)	VUM (desde 25 junio)	Mayor aumento	India central	Leve
LP.8.1	VUM	En descenso	Aún presente en Sudamérica y Europa	Leve
XEC, KP.3.1.1	VUM	En retroceso	Diversos países	Leve
JN.1	VOI	Baja prevalencia	Global	Leve



Relación filogenética de los linajes predominantes

Las variantes predominantes de SARS-CoV-2 en junio–julio de 2025 en el mundo —**NB.1.8.1, XFG, LP.8.1 y XEC**— son primas filogenéticas que divergieron de **JN.1** en distintos momentos desde finales de 2023 hasta principios de 2025.

Diferencias genéticas clave entre las variantes bajo vigilancia

Las diferencias genéticas son pequeñas pero pueden ser funcionalmente relevantes, en cuanto a infectividad y evasión parcial de inmunidad. Estas variantes tienen solo entre 3 y 10 mutaciones diferentes en toda la Spike entre sí (sobre ~1.270 aminoácidos).

- Entre JN.1 y NB.1.8.1 (Nimbus), hay ~6 cambios en Spike.
- Entre LP.8.1 y XFG (Stratus o Frankenstein), hay ~3–5 cambios.
- Todas conservan mutaciones compartidas como F456L y Q613H.

Las variantes comparten mutaciones en común (heredadas de JN.1), y mutaciones distintivas. La variante XFG (Stratus o Frankenstein) surgió por recombinación natural entre dos sub-linajes de Omicron: LF.7 y LP.8.1.2



Tabla 24. Diferencias genéticas clave entre las variantes bajo vigilancia

Variante	Mutaciones clave distintivas (en Spike)	Efecto esperado
JN.1	L455S, F456L, Q613H, T95I	Base común de todas las variantes
XEC	R346T, V445A	Cambios en dominio RBD
LP.8.1	E180V, F456L, D614G, Q613H	Mayor infectividad
NB.1.8.1	F456L, Q613H, S494P, E554K	Potencial ventaja replicativa
XFG	E180V, S494P, L455S	Posible evasión de anticuerpos

Las variantes bajo monitoreo no parecen asociarse con un aumento dramático de la gravedad de los casos en ningún país.

Situación en Sudamérica

- La positividad de muestras ha aumentado en las últimas semanas en LATAM. El reporte de OPS de 5 de diciembre sobre SE 48, señala una tendencia al aumento en el cono Sur y Brasil con positividad del 8%, pero no en Centroamérica o zona Andina y circulación en descenso con positividad del 6% en Norteamérica.
- La prevalencia exacta de variantes sigue siendo incierta. En muchos países de Latinoamérica la vigilancia genómica es limitada o irregular, lo que implica que muchas variantes pueden estar circulando sin ser detectadas.



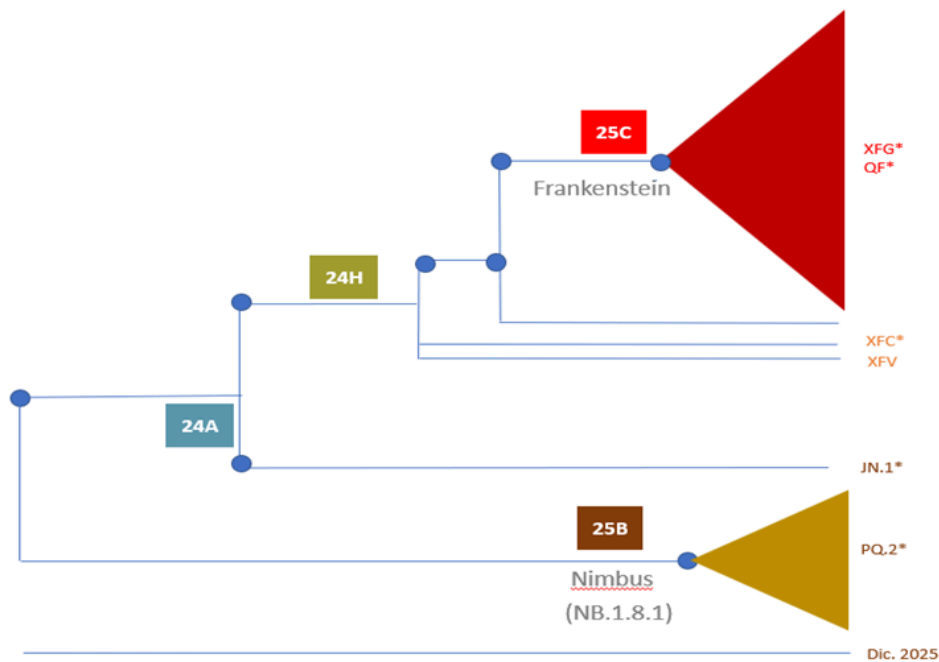
Actualización de circulación de variantes en Uruguay

- La positividad de muestras en el país ha aumentado en las últimas semanas.
- La secuenciación genómica del periodo octubre-diciembre 2025, permitió recuperar 30 genomas de muestras de Uruguay, provenientes de los centros centinela⁹.
- Persiste la tendencia detectada en reportes anteriores. El mayor porcentaje de genomas corresponde a niños pequeños y personas mayores de 60 años.
- La variación encontrada, como es habitual es grande, con muestras pertenecientes a los Clados 24 y 25 (B y C) (Gráfico 13).

⁹ Centros centinelas: HPR, Británico, Policial, Semm Mautone, Amecom, Cams, Comero, H.Paysandú, H.Las Piedras, Comeca, Mucam (ETI)



Gráfico 15. Mapeo de genomas de SARS-COV2 obtenidos en este estudio. Respecto a noviembre, recuperamos genomas de los clados 25B, 25C y recombinantes pero no genomas del clado 25A. Reaparecen genomas derivados del clado ancestral 24A.

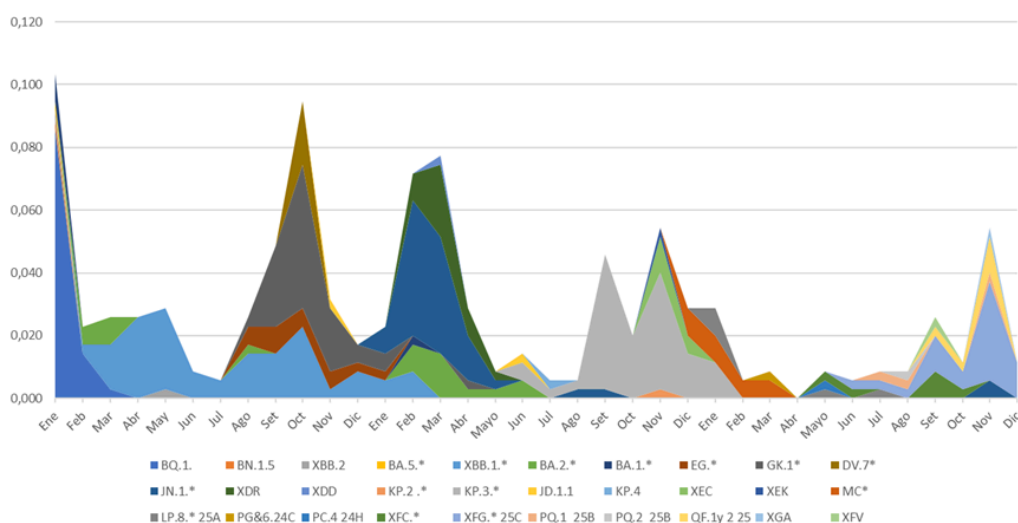


- Las variantes predominantes fueron del grupo XFG (Clado 25C), 76%, llamado Frankenstein (Gráfico 15). Un aumento de prevalencia del 7% respecto del reporte anterior. En comparación con el escenario global, sigue destacando la baja proporción de variantes del tipo Nimbus y la continuidad de los recombinantes XFC, XFCV que se mantienen en el país desde mayo 2025 y en LATAM, y que no son considerados un grupo epidemiológico relevante en el resto del mundo.



- Una novedad es la reaparición minoritaria de muestras derivadas de linajes ancestrales JN1. Tal vez, se han mantenido como los recombinantes, a lo largo del año, pero el muestreo escaso de los últimos meses no lograba capturarlas.

Gráfico 16. Progresión de la frecuencia relativa de los principales linajes de Omicron desde enero de 2023 a diciembre de 2025, en Uruguay.



Implicancias clínicas y epidemiológicas

- **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.

Fuente: Unidad Genómica 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.¹⁰

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.

¹⁰Ministerio 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 25 de febrero

Departamento	Fecha de inicio	Microorganismo	Mecanismo de resistencia	Casos de infección*	Casos de colonización**	Fecha de último caso (inf o col)
Maldonado	11/11/2025	<i>Enterobacter cloacae</i>	NDM	4	25	18/02/2026
Montevideo	02/01/2026	<i>Enterococcus faecium</i>	ERV	2	4	09/02/2026
Salto	06/02/2026	<i>Enterococcus faecium</i>	ERV	1	0	06/02/2026
Montevideo	29/01/2026	<i>Enterococcus faecium</i>	ERV	0	5	23/02/2026
Montevideo	31/12/2025	<i>Acinetobacter baumannii</i>	OXA 23	4	0	25/01/2026
Maldonado	02/01/2026	<i>Enterobacter cloacae</i>	NDM	1	2	20/02/2026
Montevideo	06/02/2026	<i>Enterococcus faecium</i>	ERV	1	2	20/02/2026
Maldonado	20/02/2026	<i>Acinetobacter baumannii</i>	-	3	1	10/02/2026
Maldonado	18/02/2026	<i>Bacilos Gram negativos</i>	NDM	0	7	20/02/2026

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 25 de febrero.

Microorganismo		Número de brotes	Número de casos	
			Infección	Colonización
Bacilos Gram negativos con mecanismo de resistencia fenotípico	NDM	6	5	71
	KPC	-	-	-
	VIM	-	-	-
	BLEE	1	1	8
	OXA 23	1	8	8
Bacilos Gram negativos sin identificación de producción de betalactamasas*		-	-	-
<i>Staphylococcus aureus</i> meticilino sensible		-	-	-
<i>Enterococcus faecium</i> resistente a vancomicina		2	0	2
<i>Clostridioides difficile</i>		-	-	-
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