



**Ministerio
de Salud Pública**

Boletín epidemiológico

Semana epidemiológica 17 año 2026

26/04/2026 al 02/05/2026





CONTENIDO

Enfermedades y Eventos de Notificación Obligatoria	4
Vías de notificación	5
Resumen de eventos	6
Brotos	8
Arbovirosis	9
Vigilancia vectorial	11
Hantavirosis	15
Hepatitis A	17
Hepatitis B	18
Hepatitis C	20
Leptospirosis	22
Meningitis, meningoencefalitis y enfermedad meningocócica	24
Parotiditis	27
Personas mordidas o con riesgo de exposición a virus rábico	30
Sarampión	31
Recomendaciones para el equipo de salud	34
Recomendaciones para viajeros	39
Sífilis	40
Tos convulsa	41
Varicela	44
Conceptos generales de la enfermedad	47
Recomendaciones generales	49
Infecciones respiratorias	51
Vigilancia de IRAG	52
Monitoreo de consultas en emergencias móviles	55
Informe sobre las variantes COVID-19 bajo vigilancia genómica y su circulación en el país y en la región	59
Estado global actual de COVID-19 (2026)	59
Incidencia y severidad	60
Problemas de vigilancia global:	60



Long COVID y carga residual	60
Implicancias clínicas y epidemiológicas de las variantes circulantes	60
Variantes: Paisaje evolutivo Global	61
Resultados de Vigilancia en DLSP en el periodo Enero a Marzo 2026	64
Infecciones asociadas a la atención a la salud	68
Brotos de IAAS	69



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

Evento	Nº casos		IA		Diferencia de tasas
	Mediana	2026	Mediana	2026	
Araneismo	3	8	0.09	0.23	0.14
Cólera	0	0	0.00	0.00	0.00
Chikungunya	1	1	0.03	0.03	0.00
Dengue autóctono	6	0	0.17	0.00	-0.17
Dengue importado	28	2	0.80	0.06	-0.74
Difteria	0	0	0.00	0.00	0.00
Enfermedad meningocócica ¹	6	10	0.17	0.29	0.12
Enfermedad transmitida por alimentos ²	211	72	6.04	2.07	-3.97
Fiebre amarilla	0	0	0.00	0.00	0.00
Hantavirus	4	3	0.11	0.09	-0.03
Meningitis aguda bacteriana ³	14	12	0.40	0.34	-0.06
Meningitis/meningoencefalitis viral	14	11	0.40	0.32	-0.08
M-pox	0	0	0.00	0.00	0.00
Ofidismo	11	35	0.32	1.01	0.69
Oropuche	0	0	0.00	0.00	0.00
Personas mordidas o con riesgo de exposición a virus rábico	1154	1899	33.05	54.56	21.51
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	3	4	0.09	0.11	0.03
Viruela	0	0	0.00	0.00	0.00
Zika	0	0	0.00	0.00	0.00

¹ Enfermedad meningocócica Incluye enfermedad meningocócica y meningitis/encefalitis por *N. meningitidis*. ² Para las enfermedades transmitidas por alimentos se considera la incidencia de casos notificados. ³ Meningitis aguda bacteriana no incluye meningitis a meningococo ni enfermedad por *N.meningitidis*. ⁴ Un caso está asociado a importación y el otro es contacto del primer caso. IA: incidencia acumulada por 100.000 habitantes. Los años



incluidos en la mediana son 2019, 2022, 2023, 2024 y 2025. Fuente: sistema informático SG-DEVISA. Los datos se encuentran sujetos a modificaciones producto de la mejora de calidad del registro.

Tabla 2. Número de casos e incidencia acumulada de enfermedades de notificación obligatoria del grupo B hasta la semana epidemiológica 17. Uruguay, mediana de últimos 5 años (sin incluir pandémicos) vs. 2026.

Evento	Nº casos		IA		Diferencia de tasas
	Mediana	2026	Mediana	2026	
Brucelosis	1	0	0.03	0.00	-0.03
Carbunco	0	0	0.00	0.00	0.00
Chagas agudo	0	0	0.00	0.00	0.00
Chagas congénito	0	0	0.00	0.00	0.00
Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob	0	0	0.00	0.00	0.00
Fiebre Q	1	0	0.03	0.00	-0.03
Fiebre tifoidea	0	0	0.00	0.00	0.00
Hepatitis A	2	2	0.06	0.06	0.00
Hepatitis B*	99	103	2.81	2.96	0.15
Hepatitis C*	80	68	2.28	1.95	-0.33
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	35	10	1.00	0.29	-0.72
Malaria	3	1	0.09	0.03	-0.06
Parotiditis infecciosa	75	110	2.13	3.16	1.03
Sífilis*	1948	2604	55.63	74.81	19.18
Varicela*	103	247	2.95	7.10	4.15

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 17).

Evento	Número de brotes	Número de personas afectadas
COVID-19	1	8
Hepatitis A	1	2
Herpes zoster	1	2
Infección respiratoria aguda (IRA)	1	47
Sarampión**	1	2
Staphylococcus aureus meticilino resistente (SAMR)	1	2
Enfermedad transmitida por alimentos*	5	42
Escabiosis	7	27
Escarlatina	9	24
Gastroenterocolitis aguda	17	316
Varicela	18	56
Síndrome mano pie boca	27	270
Total	89	798

*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 17. Uruguay, 2025-2026.

Departamento	2025						2026						Diferencia de tasas
	Casos sin AV	IA	Casos con AV	IA	Total de casos	IA	Casos sin AV	IA	Casos con AV	IA	Total de casos	IA	
Artigas	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0.00
Canelones	0	0.00	1	0.16	1	0.16	0	0.00	0	0.00	0	0.00	-0.16
Cerro Largo	0	0.00	1	1.10	1	1.10	0	0.00	0	0.00	0	0.00	-1.10
Colonia	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0.00
Durazno	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0.00
Flores	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0.00
Florida	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0.00
Lavalleja	0	0.00	1	1.71	1	1.71	0	0.00	0	0.00	0	0.00	-1.71
Maldonado	0	0.00	6	2.77	6	2.77	0	0.00	0	0.00	0	0.00	-2.77
Montevideo	2	0.16	17	1.33	19	1.48	0	0.00	1	0.08	1	0.08	-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	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	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	6	0.17	28	0.80	34	0.97	0	0.00	2	0.06	2	0.06	-0.92

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.

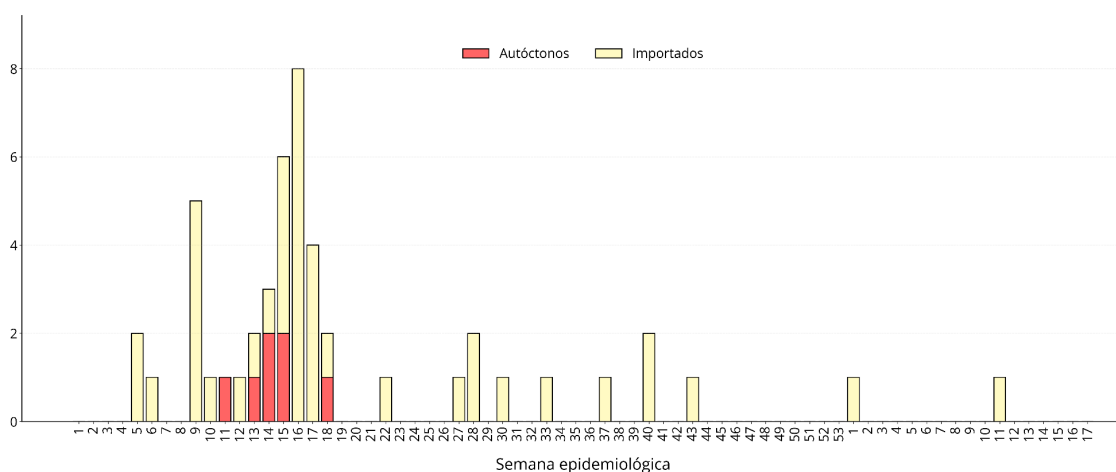
En el año 2024 se registró un aumento de casos de dengue, inicialmente importado y más tarde autóctono, entre las semanas epidemiológicas 1 y 20. La



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 17 de 2026 se registraron dos casos de dengue, uno en Montevideo, importado de Cuba, y uno en Salto, importado de Brasil. Además se registró un caso de chikungunya en el departamento de Florida, importado de Cuba.

Gráfico 1. Curva epidémica de dengue. Desde semana epidemiológica 1 de 2025 hasta semana epidemiológica 17 de 2026. Uruguay.



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.](#)



Fuente: sistema informático SG-DEVISA.

Vigilancia vectorial

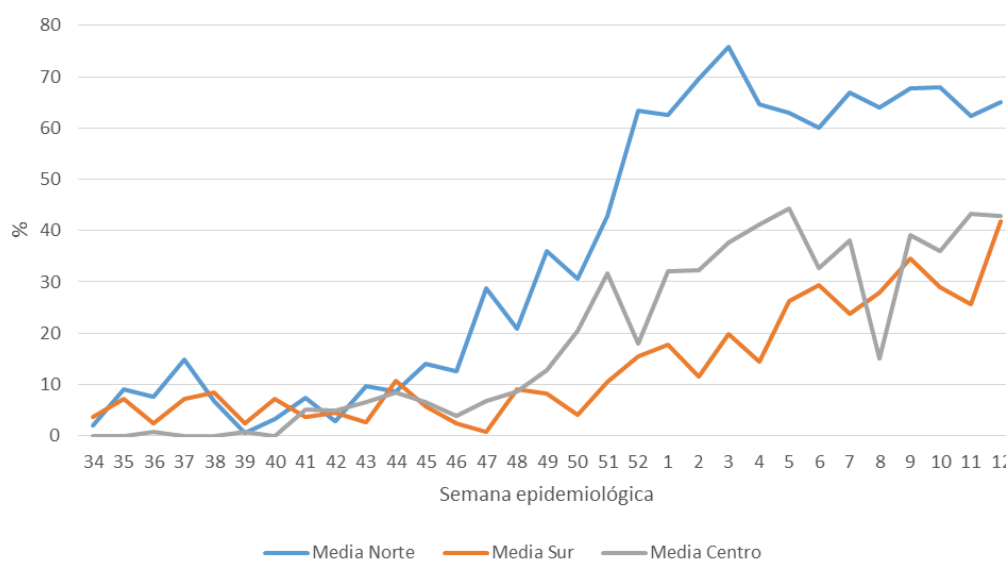
En Uruguay, la vigilancia del vector *Aedes aegypti* se realiza desde 2019 a través de un sistema compuesto actualmente de 1338 ovitrampas instaladas y controladas semanalmente en 17 departamentos y 27 localidades. La ovoposición medida a través de estas ovitrampas es transformada en índices entomológicos que permiten visualizar la curva estacional de *Aedes aegypti*, tanto a nivel nacional como regional. Asimismo, esta metodología permite un análisis espacial de los sitios de mayor densidad relativa del vector, con la finalidad de focalizar las acciones de control en los puntos que presentan mayor riesgo en una localidad. El presente informe detalla la evolución de los índices de infestación en las localidades de referencia utilizando información recabada y analizada por la Unidad de Zoonosis y Vectores y las Direcciones Departamentales de Salud actualizada desde la semana 34 del 2025 a la semana 12 del 2026, comenzando el período de actividad vectorial.

Las ovitrampas son recipientes diseñados para atraer a la hembra de *Aedes aegypti* a realizar la oviposición sobre un papel ubicado en las paredes de este. Este papel es retirado semanalmente y mediante la observación con lupa estereoscópica, se cuentan los huevos de *Aedes* en cada sitio. Las ovitrampas son distribuidas en forma de red con una distancia de 400 metros entre ellas y ubicadas en sitios favorables. Luego del conteo de huevos en todas las ovitrampas, se pueden elaborar los siguientes índices de infestación en cada localidad: índice



medio de huevos (IDH), total de huevos recuperados en relación con el total de ovitrampas recuperadas, y proporción de ovitrampas positivas (PO+), siendo la proporción de ovitrampas positivas del total de ovitrampas recuperadas. Estos índices brindan una aproximación a la variación de la densidad de *Aedes aegypti* a lo largo del tiempo. El indicador PO+ indica la magnitud de distribución de *Aedes* en una localidad mientras que el indicador IDH brinda una aproximación a la densidad relativa del vector.

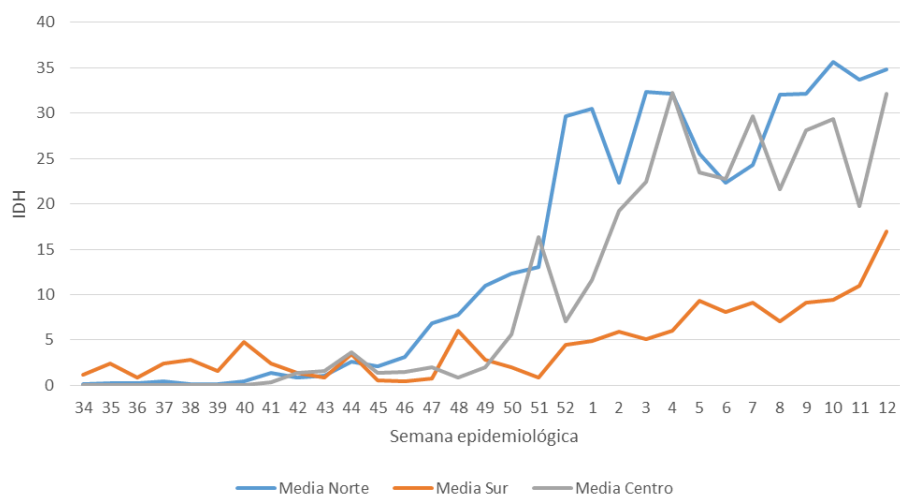
Gráfico 2. Evolución del porcentaje de ovitrampas (PO+) positivas por región desde la SE 34 del 2025 a la SE 12 de 2026, Uruguay. Fuente: Unidad de Zoonosis y Vectores.



Fuente: Unidad de Zoonosis y Vectores.



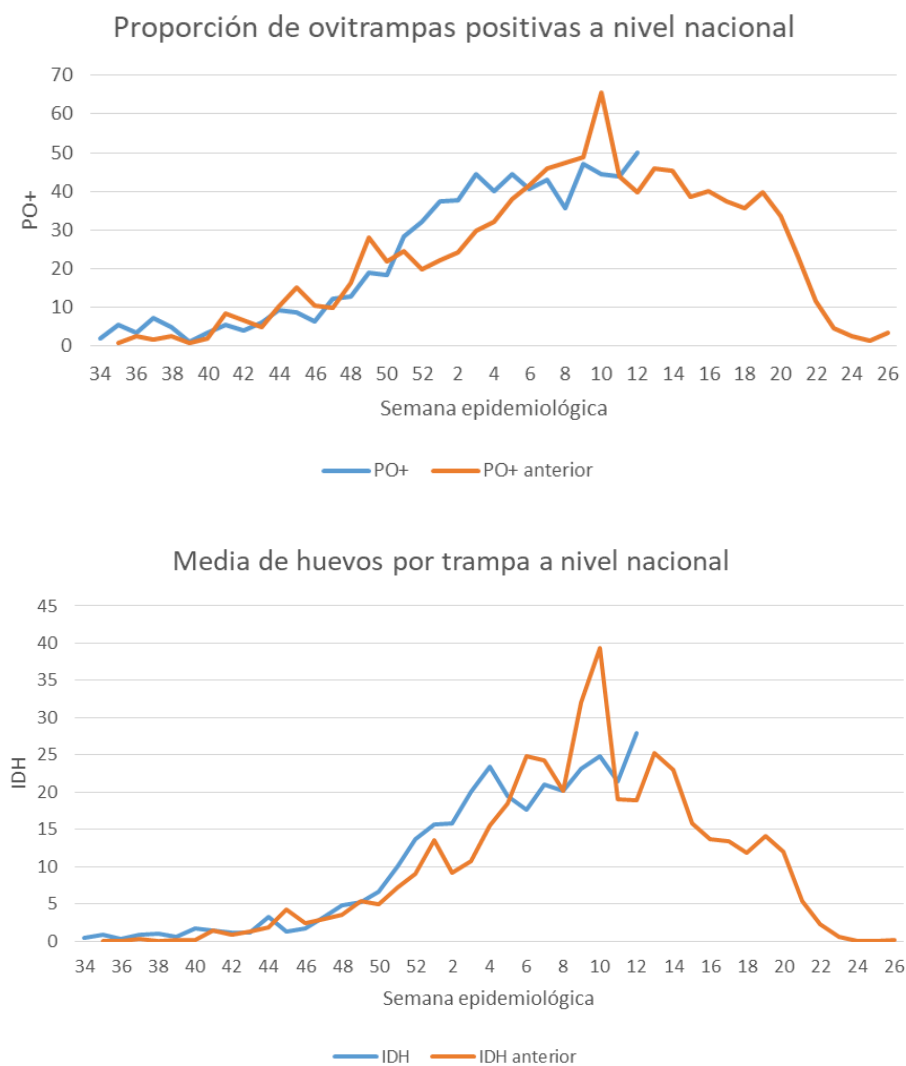
Gráfico 3. Evolución del porcentaje de la media de huevos (IDH) por región desde la SE 34 del 2025 a la SE 12 de 2026, Uruguay. Fuente: Unidad de Zoonosis y Vectores.



Fuente: Unidad de Zoonosis y Vectores.



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



Fuente: Unidad de Zoonosis y Vectores.



Hantavirus

Tabla 5. Número de casos confirmados, número de fallecidos e incidencia acumulada de hantavirus por departamento hasta la semana epidemiológica 17. Uruguay, 2025-2026.

Departamento	Casos 2025	Casos 2026	IA 2025	IA 2026	Diferencia IA	Fallecidos 2025	Fallecidos 2026
Artigas	0	0	0.00	0.00	0.00	0	0
Canelones	0	1	0.00	0.16	0.16	0	0
Cerro Largo	0	0	0.00	0.00	0.00	0	0
Colonia	0	1	0.00	0.74	0.74	0	1
Durazno	0	0	0.00	0.00	0.00	0	0
Flores	0	0	0.00	0.00	0.00	0	0
Florida	0	0	0.00	0.00	0.00	0	0
Lavalleja	1	0	1.72	0.00	-1.72	0	0
Maldonado	0	0	0.00	0.00	0.00	0	0
Montevideo	1	1	0.08	0.08	0.00	0	0
Paysandú	0	0	0.00	0.00	0.00	0	0
Río Negro	1	0	1.76	0.00	-1.76	0	0
Rivera	0	0	0.00	0.00	0.00	0	0
Rocha	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	4	3	0.11	0.09	-0.03	1	1

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



En el transcurso de 2026, hasta la SE 17, se confirmaron tres casos de hantaviriosis. Los casos corresponden a dos hombres y una mujer, con edades comprendidas en el grupo etario de 30 a 45 años. Entre los casos confirmados, se registró el fallecimiento de un residente del departamento de Colonia.



Hepatitis A

Tabla 6. Número de casos notificados e incidencia acumulada de hepatitis A por departamento a la semana epidemiológica 17. Uruguay, 2025-2026.

Departamento	Casos 2025	Casos 2026	IA 2025	IA 2026	Diferencia IA
Artigas	0	0	0.00	0.00	0.00
Canelones	0	0	0.00	0.00	0.00
Cerro Largo	0	0	0.00	0.00	0.00
Colonia	0	0	0.00	0.00	0.00
Durazno	0	0	0.00	0.00	0.00
Flores	0	0	0.00	0.00	0.00
Florida	0	0	0.00	0.00	0.00
Lavalleja	0	0	0.00	0.00	0.00
Maldonado	0	0	0.00	0.00	0.00
Montevideo	6	1	0.47	0.08	-0.39
Paysandú	0	0	0.00	0.00	0.00
Río Negro	0	1	0.00	1.75	1.75
Rivera	0	0	0.00	0.00	0.00
Rocha	0	0	0.00	0.00	0.00
Salto	0	0	0.00	0.00	0.00
San José	1	0	0.83	0.00	-0.83
Soriano	1	0	1.21	0.00	-1.21
Tacuarembó	0	0	0.00	0.00	0.00
Treinta y Tres	0	0	0.00	0.00	0.00
Total	8	2	0.23	0.06	-0.17

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

En 2026, hasta la SE 17, se reportaron dos casos de hepatitis A correspondientes a una mujer y a un hombre de 21 y 92 años, respectivamente.



Hepatitis B

Tabla 7. Número de casos confirmados y en investigación e incidencia acumulada por departamento de hepatitis B a la semana epidemiológica 17. Uruguay, 2025-2026.

Departamento	Casos 2025	Casos 2026	IA 2025	IA 2026	Diferencia IA
Artigas	1	1	1.29	1.29	0.00
Canelones	2	6	0.32	0.97	0.65
Cerro Largo	0	0	0.00	0.00	0.00
Colonia	1	0	0.74	0.00	-0.74
Durazno	0	0	0.00	0.00	0.00
Flores	0	1	0.00	3.85	3.85
Florida	1	1	1.43	1.43	0.00
Lavalleja	2	0	3.44	0.00	-3.44
Maldonado	5	19	2.29	8.76	6.47
Montevideo	37	60	2.91	4.69	1.78
Paysandú	0	0	0.00	0.00	0.00
Río Negro	0	0	0.00	0.00	0.00
Rivera	2	1	1.83	0.92	-0.92
Rocha	2	4	2.47	4.94	2.47
Salto	1	4	0.73	2.94	2.20
San José	1	4	0.83	3.32	2.49
Soriano	0	2	0.00	2.41	2.41
Tacuarembó	0	0	0.00	0.00	0.00
Treinta y Tres	0	0	0.00	0.00	0.00
Total	55	103	1.58	2.95	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.



Tabla 8. Resultado de antígeno de superficie de hepatitis B (HBsAg) e incidencia acumulada de casos reactivos por rango etario a la semana epidemiológica 17. 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	6	5	0	2	0	1	0.58	0.56	-0.02
26 a 36 años	10	7	0	3	0	1	1.79	1.26	-0.53
37 a 64 años	25	21	0	37	1	9	2.03	1.70	-0.34
De 65 años y más	13	9	0	5	0	3	2.32	1.58	-2.58
Total	54	42	0	47	1	14	1.49	1.21	-0.29

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 17, los casos registrados de hepatitis B corresponden a un 53,4% de mujeres y un 46,6% de hombres, con una media de 48,4 años, y un rango etario de entre 18 y 79 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 datos correspondientes al resultado de este estudio se muestran en la tabla 8, los rangos etarios utilizados toman en cuenta la referencia de los cohortes vacunales.



Hepatitis C

Tabla 9. Número de casos confirmados y en investigación e incidencia acumulada por departamento de hepatitis C a la semana epidemiológica 17. Uruguay, 2025-2026.

Departamento	Casos 2025	Casos 2026	IA 2025	IA 2026	Diferencia IA
Artigas	1	0	1.29	0.00	-1.29
Canelones	7	9	1.13	1.46	0.33
Cerro Largo	0	1	0.00	1.10	1.10
Colonia	0	2	0.00	1.47	1.47
Durazno	0	1	0.00	1.61	1.61
Flores	0	0	0.00	0.00	0.00
Florida	0	1	0.00	1.43	1.43
Lavalleja	1	1	1.72	1.71	-0.01
Maldonado	4	3	1.83	1.38	-0.45
Montevideo	34	47	2.67	3.67	1.00
Paysandú	0	0	0.00	0.00	0.00
Río Negro	0	0	0.00	0.00	0.00
Rivera	0	0	0.00	0.00	0.00
Rocha	1	0	1.23	0.00	-1.23
Salto	0	0	0.00	0.00	0.00
San José	0	1	0.00	0.83	0.83
Soriano	0	0	0.00	0.00	0.00
Tacuarembó	2	0	2.09	0.00	-2.09
Treinta y Tres	1	2	2.15	4.26	2.12
Total	51	68	1.46	1.95	0.49

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 17, los casos registrados de hepatitis C, corresponden a un 52,9% de hombres y un 47,1% de mujeres, con una media de edad de 45,4 años y un rango etario de entre 18 y 85 años.



Leptospirosis

Tabla 10. Número de casos confirmados, número de fallecidos e incidencia acumulada de leptospirosis hasta la semana epidemiológica 17 por departamento. Uruguay, 2025-2026.

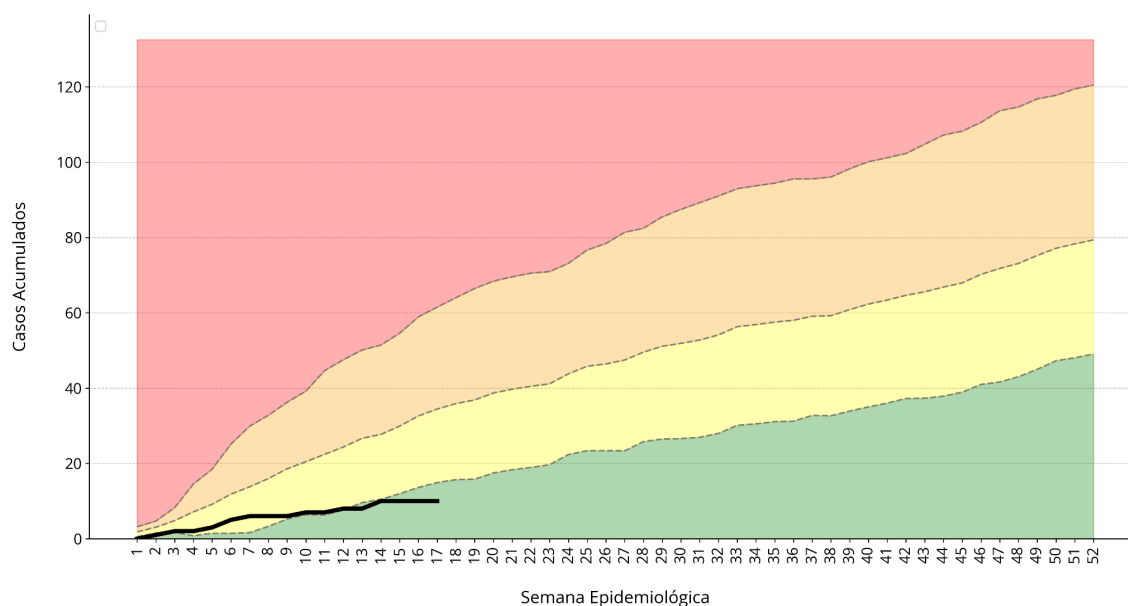
Departamento	Casos 2025	Casos 2026	IA 2025	IA 2026	Diferencia IA	Fallecidos 2025	Fallecidos 2026
Artigas	0	0	0.00	0.00	0.00	0	0
Canelones	3	1	0.48	0.16	-0.32	0	0
Cerro Largo	0	1	0.00	1.10	1.10	0	0
Colonia	6	0	4.41	0.00	-4.41	0	0
Durazno	1	0	1.61	0.00	-1.61	0	0
Flores	0	0	0.00	0.00	0.00	0	0
Florida	0	0	0.00	0.00	0.00	0	0
Lavalleja	0	0	0.00	0.00	0.00	0	0
Maldonado	0	1	0.00	0.46	0.46	0	0
Montevideo	3	3	0.24	0.23	0.00	0	1
Paysandú	2	1	1.65	0.82	-0.82	0	0
Río Negro	3	0	5.27	0.00	-5.27	0	0
Rivera	2	0	1.83	0.00	-1.83	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	5	0	4.15	0.00	-4.15	0	0
Soriano	2	0	2.42	0.00	-2.42	0	0
Tacuarembó	0	1	0.00	1.04	1.04	0	0
Treinta y Tres	3	0	6.44	0.00	-6.44	0	0
Total	35	10	1.00	0.29	-0.72	0	1

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



En 2026, hasta la SE 17 se registraron diez casos confirmados de leptospirosis. Todos corresponden a individuos de sexo masculino, de entre 21 y 68 años, con una edad media de 44,4 años. Siete de ellos requirieron internación y uno de ellos falleció.

Gráfico 5. Corredor endémico leptospirosis. Uruguay, 2026.



Fuente: SG-DEVISA.



Meningitis, meningoencefalitis y enfermedad meningocócica

Tabla 11. Número de casos, incidencia acumulada y número de fallecidos por meningitis, meningoencefalitis y enfermedad meningocócica hasta la semana epidemiológica 17. Uruguay, 2025-2026.

Evento		N° casos		IA		N° fallecidos		Diferencia IA
		2025	2026	2025	2026	2025	2026	
Meningitis y enfermedad meningocócica		7	10	0.20	0.28	0	2	0.08
Meningitis bacteriana	Meningitis por H. influenzae	2	0	0.06	0.00	0	0	-0.06
	Meningitis por S. pneumoniae	3	6	0.09	0.17	2	2	0.08
	Meningitis por Listeria monocytogenes	2	2	0.06	0.06	1	0	0.00
	Microorganismo sin identificar	5	2	0.14	0.06	0	0	-0.09
	Otro microorganismo identificado (no incluye N. meningitidis)	2	2	0.06	0.06	1	0	0.00
Meningitis y meningoencefalitis virales	Enterovirus	2	1	0.06	0.03	0	0	-0.03
	Herpes simplex 1 y 2	2	3	0.06	0.08	1	0	0.03
	Herpes zoster	8	7	0.23	0.20	3	2	-0.03
	EEO	0	0	0.00	0.00	0	0	0.00
	Otras virales	3	0	0.09	0.00	0	0	-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 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	1	3.35	0	0.00
De 1 a 4 años	1	0.80	0	0.00
De 5 a 14 años	4	0.92	1	25.00
De 15 a 64 años	4	0.17	1	25.00
De 65 años y más	0	0.00	0	0.00
Total	10	0.29	2	20.00

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

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

Departamento	Casos 2026	IA 2026	Fallecidos 2026
Canelones	2	0.33	1
Maldonado	1	0.46	0
Montevideo	6	0.47	1
Rivera	1	0.92	0
Total	10	0.29	2

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

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

Tabla 15. Número de casos, incidencia acumulada, número de fallecidos y letalidad de meningitis por *S. pneumoniae* por grupo etario. Uruguay, 2026.

Grupo etario	Nº casos	IA	Nº fallecidos	Letalidad
Menor de un año	0	0.00	0	0.00
De 1 a 4 años	0	0.00	0	0.00
De 5 a 14 años	1	0.23	0	0.00
De 15 a 64 años	1	0.04	0	0.00
De 65 años y más	4	0.70	2	50.00
Total	6	0.17	2	33.33

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 17. Uruguay, 2025-2026.

Rango etario	Casos 2025	Casos 2026	IA 2025	IA 2026	Diferencia IA
Menor de 1 año	2	1	6.72	3.35	-3.36
De 1 a 4 años	23	22	17.61	17.59	-0.01
De 5 a 9 años	36	21	17.14	10.62	-6.51
De 10 a 14 años	16	7	6.70	2.93	-3.78
De 15 a 19 años	5	2	2.11	0.85	-1.27
De 20 a 24 años	5	2	2.07	0.83	-1.24
De 25 a 29 años	4	7	1.58	2.82	1.24
De 30 a 34 años	9	3	3.55	1.17	-2.38
De 35 a 39 años	3	7	1.21	2.81	1.60
De 40 a 44 años	4	12	1.69	5.03	3.34
De 45 a 49 años	5	6	2.07	2.51	0.44
De 50 a 54 años	1	4	0.46	1.79	1.33
De 55 a 59 años	1	4	0.51	2.02	1.51
De 60 a 64 años	1	3	0.52	1.58	1.05
De 65 a 69 años	4	0	2.34	0.00	-2.34
De 70 a 74 años	2	3	1.46	2.12	0.66
De 75 y más	2	6	0.79	2.34	1.55
TOTAL	123	110	3.53	3.16	-0.37

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.



Tabla 17. Número de casos e incidencia acumulada de parotiditis infecciosa por departamento hasta la semana epidemiológica 17. 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	8	1.29	1.30	0.01
Cerro Largo	4	1	4.43	1.10	-3.32
Colonia	5	8	3.68	5.88	2.20
Durazno	0	2	0.00	3.23	3.23
Flores	1	0	3.86	0.00	-3.86
Florida	1	1	1.43	1.43	0.00
Lavalleja	1	1	1.72	1.71	-0.01
Maldonado	4	2	1.83	0.92	-0.91
Montevideo	49	44	3.85	3.44	-0.42
Paysandú	14	8	11.53	6.58	-4.95
Río Negro	1	0	1.76	0.00	-1.76
Rivera	1	2	0.92	1.83	0.92
Rocha	2	1	2.47	1.23	-1.23
Salto	17	24	12.49	17.62	5.13
San José	3	0	2.49	0.00	-2.49
Soriano	7	8	8.47	9.64	1.17
Tacuarembó	4	0	4.18	0.00	-4.18
Treinta y Tres	0	0	0.00	0.00	0.00
Total	123	110	3.53	3.15	-0.38

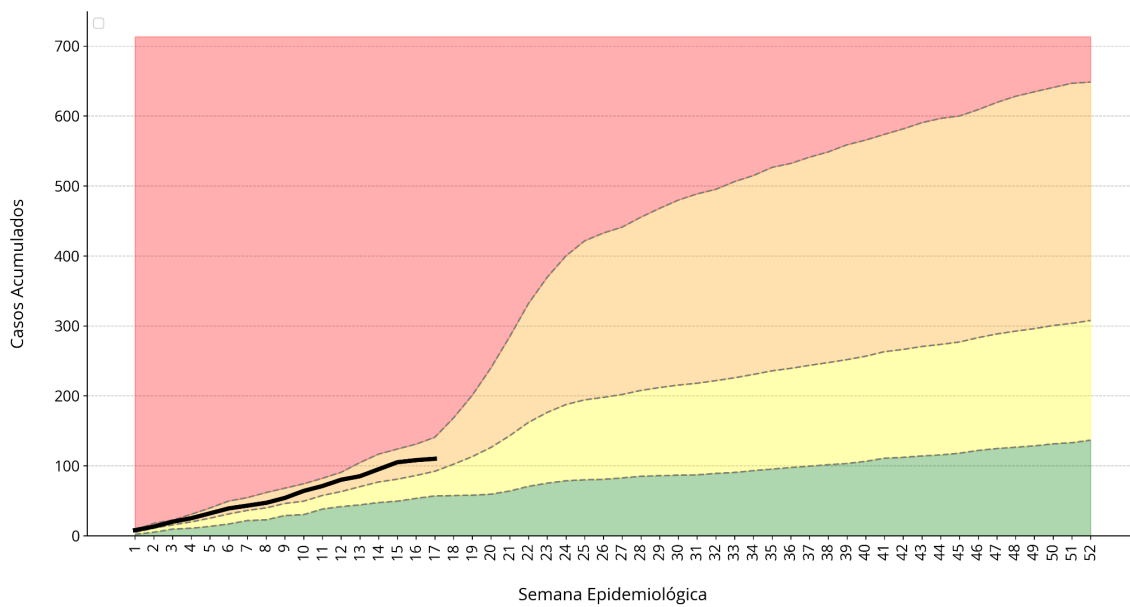
IA: incidencia acumulada x 100.000 habitantes. Fuente: SG-DEVISA. Los datos se encuentran sujetos a modificaciones producto de la mejora de calidad del registro.

El análisis de los casos de parotiditis muestra una disminución en la incidencia acumulada a la SE 17 al comparar con 2025, pero un aumento de 1,03 puntos con respecto a la mediana de los últimos 5 años (sin incluir pandémicos).



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

Gráfico 6. Corredor endémico parotiditis infecciosa. Uruguay, 2026.



Fuente: SG-DEVISA.



Personas mordidas o con riesgo de exposición a virus rábico

Tabla 18. Número de casos por departamento y animal involucrado hasta la semana epidemiológica 17, Uruguay, 2026.

Departamento	Perro	Murciélago	Gato	Otro	Total
Artigas	29	0	0	0	29
Canelones	194	7	19	3	223
Cerro Largo	27	1	3	0	31
Colonia	111	0	9	0	120
Durazno	33	0	2	0	35
Flores	27	0	8	1	36
Florida	18	1	1	0	20
Lavalleja	25	2	2	1	30
Maldonado	77	15	9	0	101
Montevideo	502	21	47	3	573
Paysandú	91	1	8	0	100
Río Negro	18	0	1	0	19
Rivera	141	0	13	0	154
Rocha	14	2	0	0	16
Salto	167	1	13	0	181
San José	67	0	2	0	69
Soriano	35	3	2	1	41
Tacuarembó	110	0	6	0	116
Treinta y Tres	5	0	0	0	5
Total	1691	54	145	9	1899

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

En 598 casos se realizó recomendación de vacuna antirrábica en cumplimiento de las indicaciones del protocolo de manejo de personas mordidas o con exposición a virus rábico.



Sarampión

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

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

Contexto global y regional

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

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

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



En 2026, hasta la SE 8, se confirmaron 7145 casos de sarampión en la región de las Américas, lo que representa un aumento respecto al mismo período de 2025. El grupo etario con mayor tasa de incidencia son los menores de un año, seguido del grupo de 1 a 4 años de edad.

Vigilancia de sarampión

Se recuerda al equipo de salud

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

Definiciones de caso

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

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



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

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

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

Diagnóstico de laboratorio

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

Para el diagnóstico se requiere el envío de tres muestras:

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

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

Para la confirmación del caso se requiere:



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

Recomendaciones para el equipo de salud

Se recomienda:

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



Para la atención se deben implementar las siguientes medidas ³

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

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

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



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

Monitoreo de contactos

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

Control del ambiente nosocomial

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

Duración del aislamiento de los casos

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

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



Medidas de control en los contactos de casos confirmados de sarampión

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



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

Vacunación contra el sarampión

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

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

El esquema de vacunación en Uruguay es el siguiente:

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

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

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



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

Recomendaciones para viajeros

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

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



Sífilis

En la tabla 19 se presenta la distribución de casos notificados de sífilis. Se considera la notificación cuando se tiene resultado positivo de RPR o VDRL, en ausencia de resultado previo.

Tabla 19. Número de casos notificados e incidencia acumulada de sífilis por departamento hasta la semana epidemiológica 17. Uruguay, 2025-2026.

Departamento	Casos 2025	Casos 2026	IA 2025	IA 2026	Diferencia IA
Artigas	28	79	36.22	102.10	65.87
Canelones	185	292	29.78	47.27	17.49
Cerro Largo	17	22	18.83	24.31	5.48
Colonia	82	113	60.33	83.09	22.76
Durazno	36	38	58.14	61.29	3.15
Flores	8	7	30.87	26.94	-3.94
Florida	32	40	45.75	57.11	11.36
Lavalleja	66	76	113.56	130.12	16.56
Maldonado	275	361	125.89	166.51	40.61
Montevideo	755	994	59.38	77.66	18.28
Paysandú	111	137	91.39	112.63	21.24
Río Negro	21	24	36.87	42.06	5.19
Rivera	43	23	39.42	21.07	-18.35
Rocha	40	74	49.32	91.34	42.02
Salto	56	136	41.14	99.83	58.69
San José	55	79	45.67	65.67	20.00
Soriano	59	52	71.43	62.66	-8.77
Tacuarembó	81	42	84.70	43.83	-40.87
Treinta y Tres	16	15	34.34	31.98	-2.35
Total	1966	2604	56.45	74.66	18.21



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

Tos convulsa

Tabla 20. Número de casos e incidencia acumulada de tos convulsa por rango etario hasta la semana epidemiológica 17. Uruguay, 2025-2026.

Rango etario	Casos 2025	Casos 2026	IA 2025	IA 2026	Diferencia IA
Menor de 1 año	2	4	6.72	13.41	6.70
De 1 a 4 años	1	0	0.77	0.00	-0.77
De 5 a 9 años	0	0	0.00	0.00	0.00
De 10 a 14 años	1	0	0.42	0.00	-0.42
De 15 a 19 años	0	0	0.00	0.00	0.00
De 20 a 24 años	0	0	0.00	0.00	0.00
De 25 a 29 años	0	0	0.00	0.00	0.00
De 30 a 34 años	0	0	0.00	0.00	0.00
De 35 a 39 años	1	0	0.40	0.00	-0.40
De 40 a 44 años	0	0	0.00	0.00	0.00
De 45 a 49 años	0	0	0.00	0.00	0.00
De 50 a 54 años	0	0	0.00	0.00	0.00
De 55 a 59 años	0	0	0.00	0.00	0.00
De 60 a 64 años	0	0	0.00	0.00	0.00
De 65 a 69 años	0	0	0.00	0.00	0.00
De 70 a 74 años	0	0	0.00	0.00	0.00
De 75 y más	0	0	0.00	0.00	0.00
Total	5	4	0.14	0.11	-0.03

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



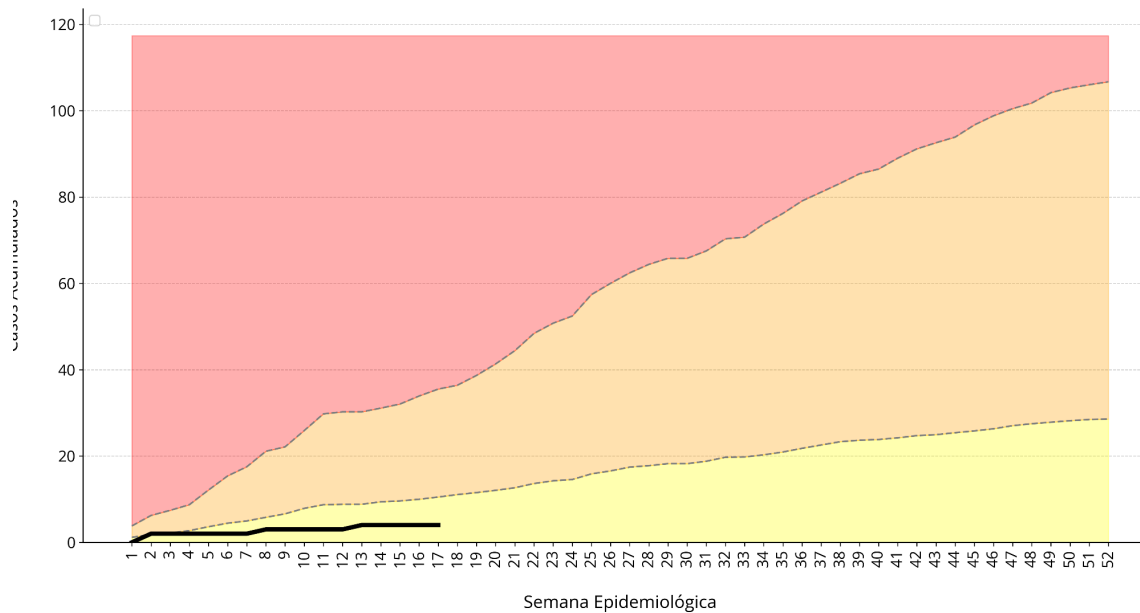
Tabla 21. Número de casos e incidencia acumulada de tos convulsa por departamento hasta la semana epidemiológica 17. Uruguay, 2025-2026.

Departamento	Casos 2025	Casos 2026	IA 2025	IA 2026	Diferencia IA
Artigas	0	0	0.00	0.00	0.00
Canelones	1	1	0.16	0.16	0.00
Cerro Largo	0	0	0.00	0.00	0.00
Colonia	0	0	0.00	0.00	0.00
Durazno	0	0	0.00	0.00	0.00
Flores	0	0	0.00	0.00	0.00
Florida	0	0	0.00	0.00	0.00
Lavalleja	0	0	0.00	0.00	0.00
Maldonado	1	0	0.46	0.00	-0.46
Montevideo	2	3	0.16	0.23	0.08
Paysandú	0	0	0.00	0.00	0.00
Río Negro	0	0	0.00	0.00	0.00
Rivera	0	0	0.00	0.00	0.00
Rocha	0	0	0.00	0.00	0.00
Salto	0	0	0.00	0.00	0.00
San José	0	0	0.00	0.00	0.00
Soriano	1	0	1.21	0.00	-1.21
Tacuarembó	0	0	0.00	0.00	0.00
Treinta y Tres	0	0	0.00	0.00	0.00
Total	5	4	0.14	0.11	-0.03

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



Gráfico 7. Corredor endémico tos convulsa. Uruguay, 2026.



Fuente: SG-DEVISA.



Varicela

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

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

A partir de 2025, se registró una incidencia acumulada de casos significativamente mayor que en años anteriores. En 2026, hasta la SE 17 se registraron 247 casos, 56 de los cuales corresponden a dieciocho brotes, ocho de ellos intrafamiliares, cuatro correspondientes a centros educativos y los restantes a otras instituciones. El corredor endémico acumulado de varicela se muestra en el gráfico 8.



Tabla 22. Número de casos e incidencia acumulada de varicela por rango etario hasta la semana epidemiológica 17. Uruguay, 2025-2026.

Rango etario	Casos 2025	Casos 2026	IA 2025	IA 2026	Diferencia IA
Menor de 1 año	7	6	23.50	20.12	-3.38
De 1 a 4 años	17	28	13.01	22.39	9.38
De 5 a 9 años	8	22	3.81	11.13	7.32
De 10 a 14 años	13	34	5.45	14.21	8.77
De 15 a 19 años	32	53	13.53	22.43	8.91
De 20 a 24 años	32	23	13.25	9.58	-3.67
De 25 a 29 años	21	24	8.30	9.66	1.36
De 30 a 34 años	14	17	5.53	6.65	1.12
De 35 a 39 años	3	13	1.21	5.22	4.01
De 40 a 44 años	1	11	0.42	4.61	4.19
De 45 a 49 años	1	11	0.41	4.59	4.18
De 50 a 54 años	5	3	2.30	1.34	-0.95
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	2	0.58	1.16	0.57
De 70 a 74 años	2	0	1.46	0.00	-1.46
De 75 y más	3	0	1.19	0.00	-1.19
Total	161	247	4.62	7.10	2.48

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.



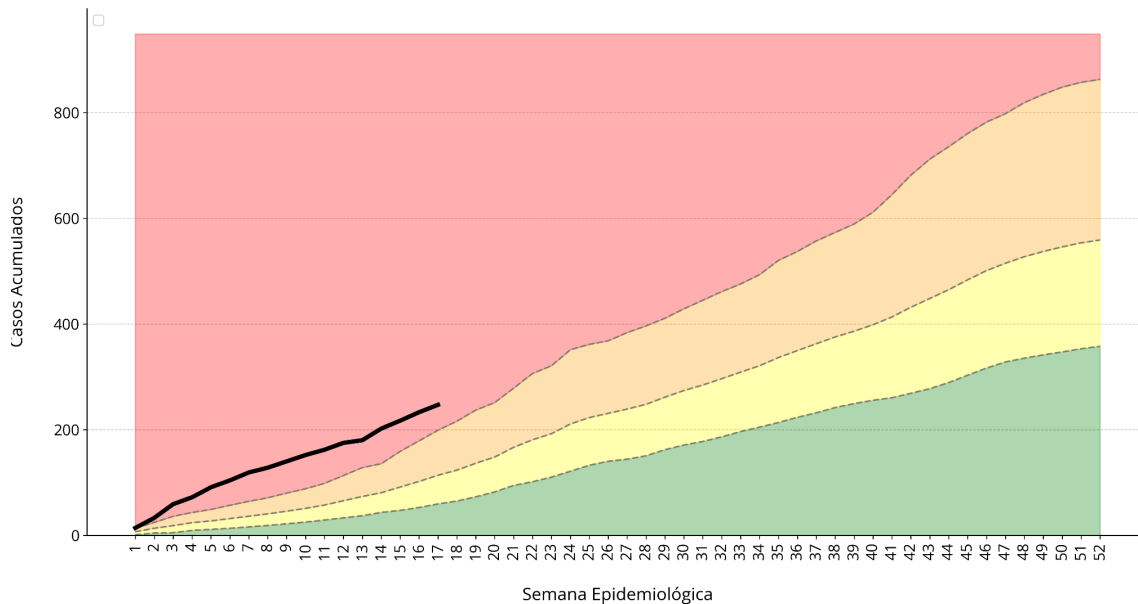
Tabla 23. Número de notificaciones e incidencia acumulada de notificaciones de varicela por departamento hasta la semana epidemiológica 17. Uruguay, 2025-2026.

Departamento	Casos 2025	Casos 2026	IA 2025	IA 2026	Diferencia IA
Artigas	1	7	1.29	9.05	7.75
Canelones	26	42	4.18	6.80	2.61
Cerro Largo	1	1	1.11	1.10	0.00
Colonia	4	10	2.94	7.35	4.41
Durazno	0	3	0.00	4.84	4.84
Flores	0	0	0.00	0.00	0.00
Florida	2	9	2.86	12.85	9.99
Lavalleja	7	0	12.04	0.00	-12.04
Maldonado	7	15	3.20	6.92	3.71
Montevideo	64	111	5.03	8.67	3.64
Paysandú	13	14	10.70	11.51	0.81
Río Negro	5	2	8.78	3.51	-5.27
Rivera	2	4	1.83	3.66	1.83
Rocha	1	3	1.23	3.70	2.47
Salto	17	15	12.49	11.01	-1.48
San José	3	1	2.49	0.83	-1.66
Soriano	6	5	7.26	6.02	-1.24
Tacuarembó	2	4	2.09	4.17	2.08
Treinta y Tres	0	1	0.00	2.13	2.13
Total	161	247	4.62	7.08	2.46

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



Gráfico 8. Corredor endémico varicela. Uruguay, 2026.



Fuente: SG-DEVISA.

Se recuerda al equipo de salud

Conceptos generales de la enfermedad

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



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

Descripción clínica y diagnóstico de laboratorio

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



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

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

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

Recomendaciones generales

Las recomendaciones de prevención de la varicela se basan en:

1. Medidas que no incluyen biológicos:

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



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



2. Medidas que incluyen biológicos:

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

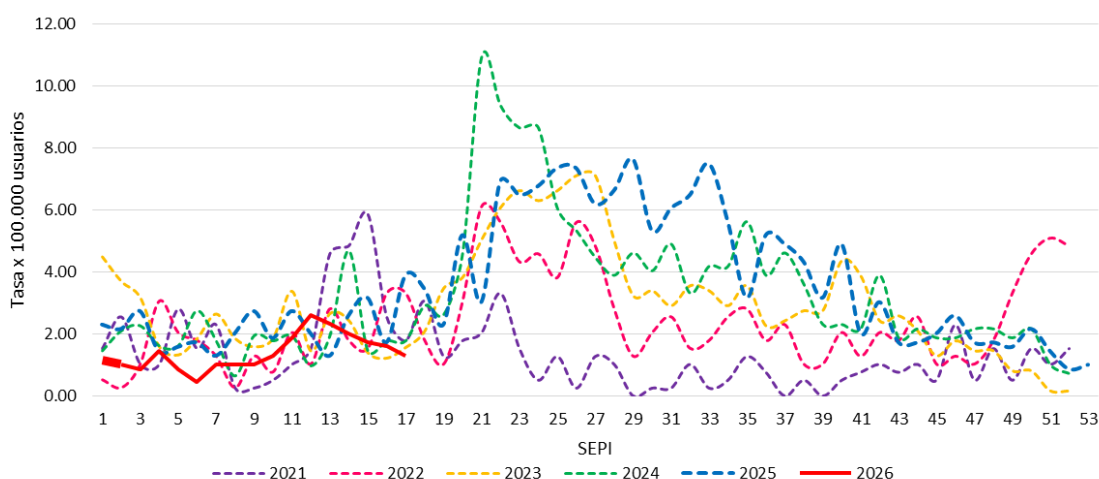


Infecciones respiratorias

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

Vigilancia de IRAG

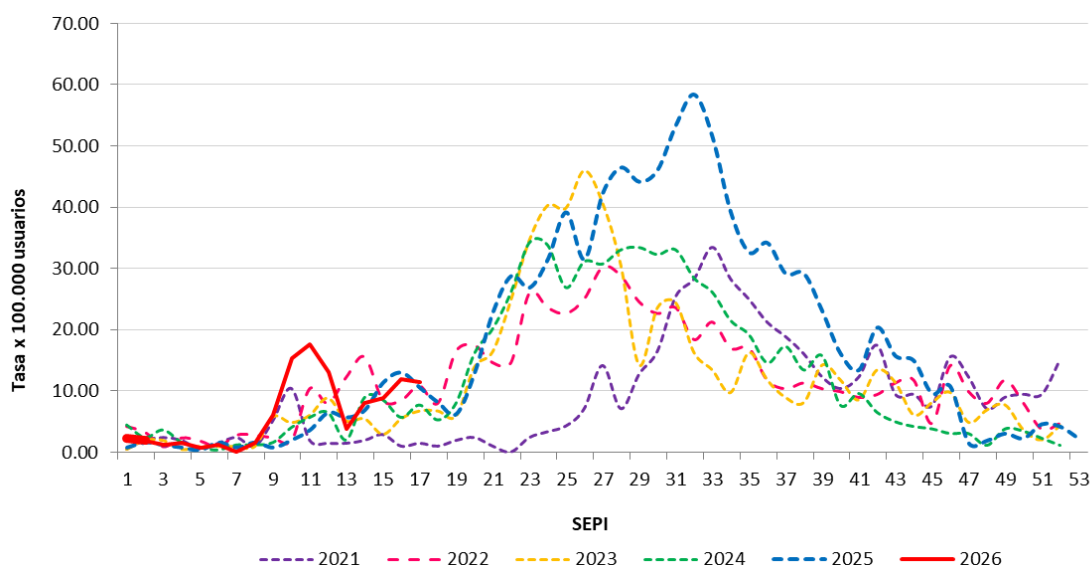
Gráfico 9. Incidencia acumulada en personas de 15 años y más internadas por infecciones respiratorias agudas graves en centros centinela por semana epidemiológica. Uruguay, 2021 - 2026.



Fuente: Sistema de Infecciones Hospitalarias.



Gráfico 10. Incidencia acumulada en personas menores de 15 años por infecciones respiratorias agudas graves en centros centinela por semana epidemiológica. Uruguay, 2021 - 2026.



Fuente: Sistema de Infecciones Hospitalarias.

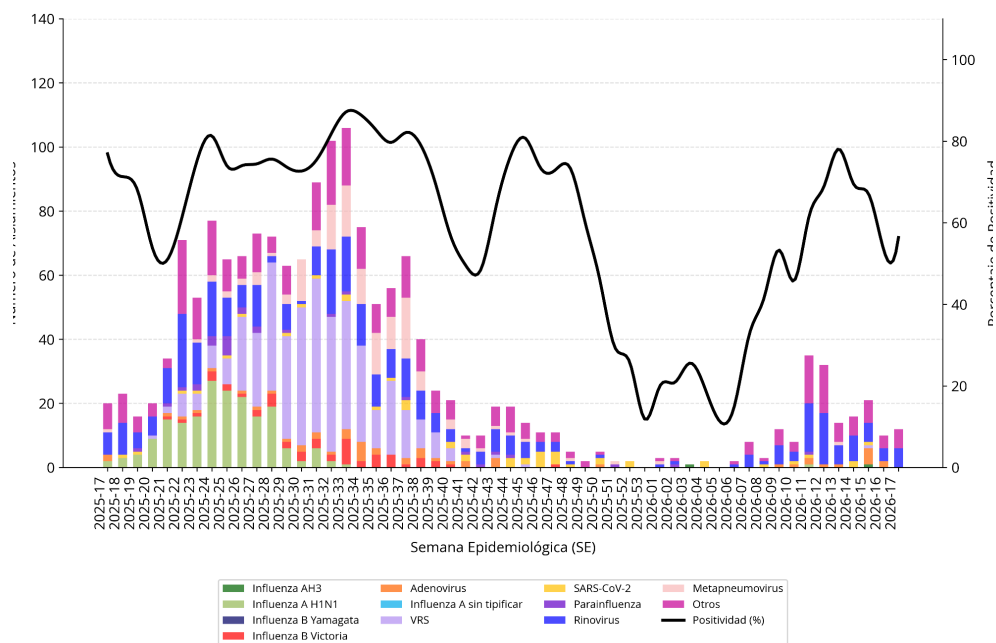
Hasta la SE 17 de 2026, la incidencia acumulada de IRAG en adultos y en menores de 15 años presentó una distribución similar a la observada en años anteriores. En cuanto a la tasa de incidencia de IRAG en 2026, la misma se ubicó en la SE 17 en 1,30 cada 100.000 usuarios para adultos y 11,51 cada 100.000 usuarios para pacientes pediátricos.

En el gráfico 11 se presenta la cantidad de aislamientos según el virus identificado en los casos de IRAG. La línea negra representa el porcentaje de positividad, definido como el total de muestras positivas para uno o más agentes sobre el total



de muestras analizadas. En las últimas semanas se observa circulación (entre otros) de rinovirus y adenovirus.

Gráfico 11. Virus identificados en infecciones respiratorias agudas graves en centros centinelas y porcentaje de positividad de las muestras analizadas, desde la SE 16 de 2025 hasta la SE 17 de 2026.

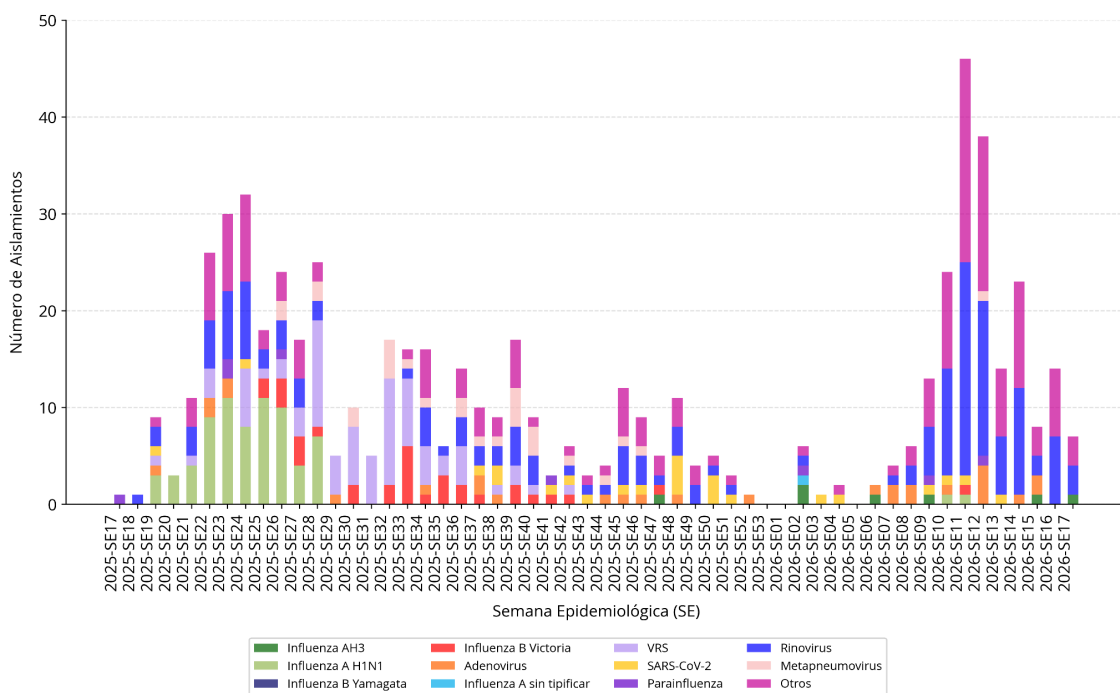


Otros incluye: Enterovirus, Coronavirus, Bocavirus. Fuente: Departamento de Laboratorios de Salud Pública.

En el gráfico 12 se presenta la cantidad de aislamientos según el virus identificado en los casos de ETI. Se observa en las últimas semanas circulación (entre otros) de rinovirus, e influenza A H3N2.



Gráfico 12. Virus identificados en enfermedad tipo influenza en centros centinelas, desde la SE 16 de 2025 hasta la SE 17 de 2026.



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

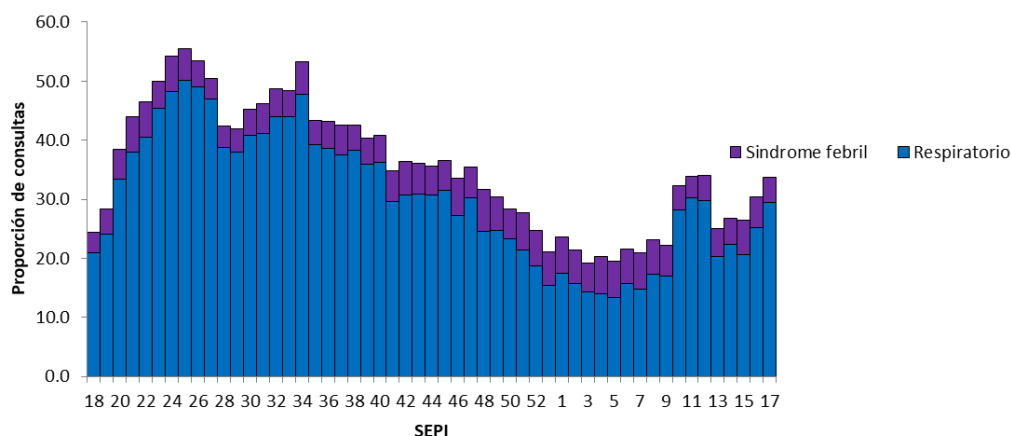


Monitoreo de consultas en emergencias móviles

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

En la SE 13 de 2026 se observó un aumento en la tasa de consultas por infección respiratoria en menores de 15 años respecto a las semanas inmediatas anteriores, pero se mantiene en rangos similares a los observados en 2025. El corredor endémico se sitúa en la zona de seguridad.

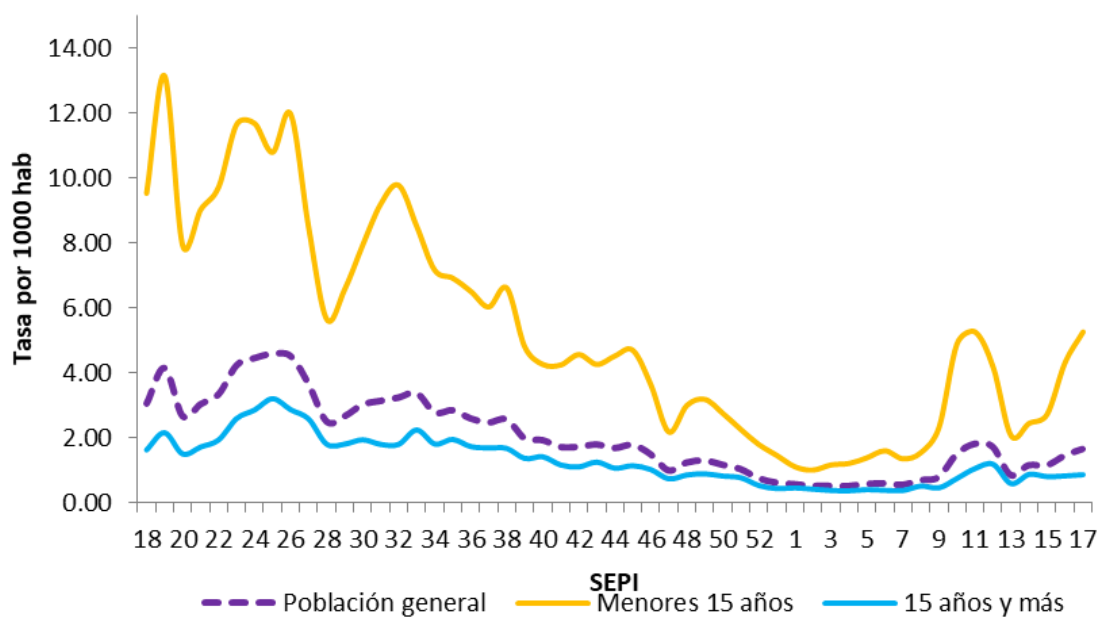
Gráfico 13. Proporción de consultas en emergencias móviles por enfermedad respiratoria y síndrome febril hasta la semana epidemiológica 17 de 2026. Uruguay.



Fuente: DEVISA.



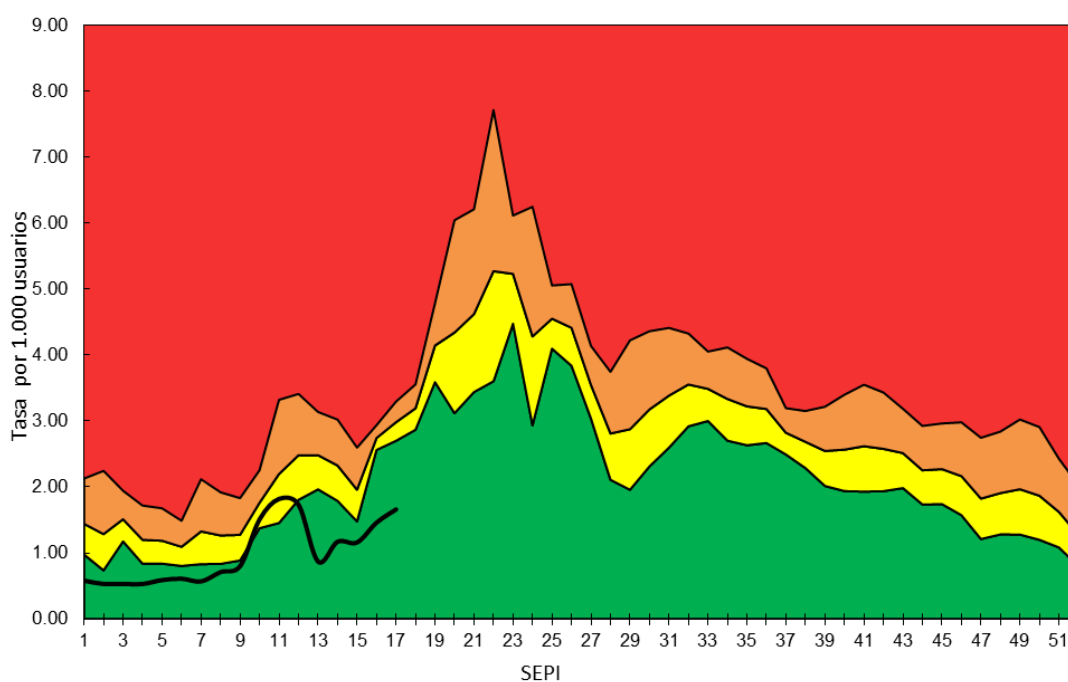
Gráfico 14. Tasa de consultas por infección respiratoria aguda en emergencias móviles hasta la semana epidemiológica 17 de 2026. Uruguay.



Fuente: DEvisa.



Gráfico 15. Corredor endémico de consultas por infección respiratoria aguda en emergencias móviles hasta la semana epidemiológica 17. Uruguay, 2026.



Fuente: DEVISA.



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

Estado global actual de COVID-19 (2026)

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

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

a) Deriva antigénica lenta pero continua

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

b) Coexistencia de múltiples linajes

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

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

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

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



Incidencia y severidad

La mayoría de países muestran:

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

Problemas de vigilancia global:

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

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

Nuevas fuentes de Información:

- Vigilancia en aguas residuales (cada vez más importante)

Long COVID y carga residual

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

Implicancias clínicas y epidemiológicas de las variantes circulantes

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



Variantes: Paisaje evolutivo Global

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

Tipos de variantes actuales

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

Variantes bajo monitoreo (VUM):

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

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

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

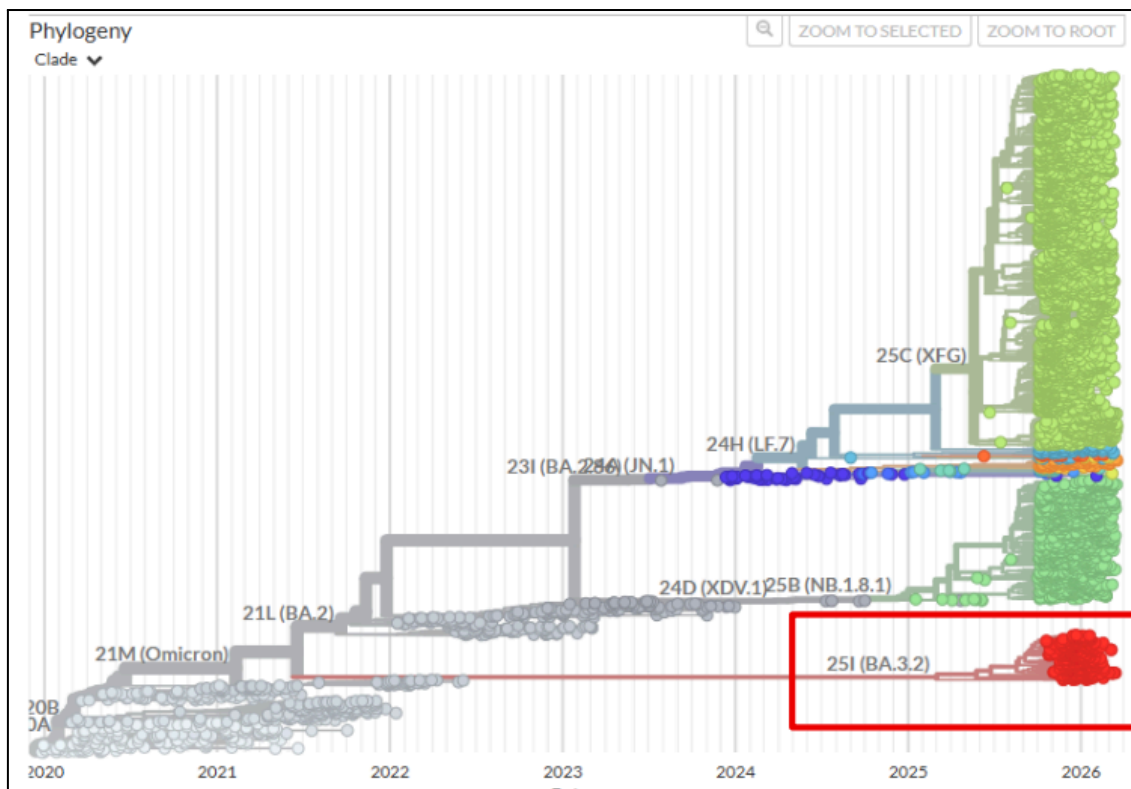


varios países, incluidos Australia , Alemania y Estados Unidos . El 5 de diciembre de 2025, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró a BA.3.2 como una variante bajo vigilancia (VUM). La variante fue apodada extraoficialmente Cicada o Cigarra por los investigadores por su largo tiempo de latencia,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

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



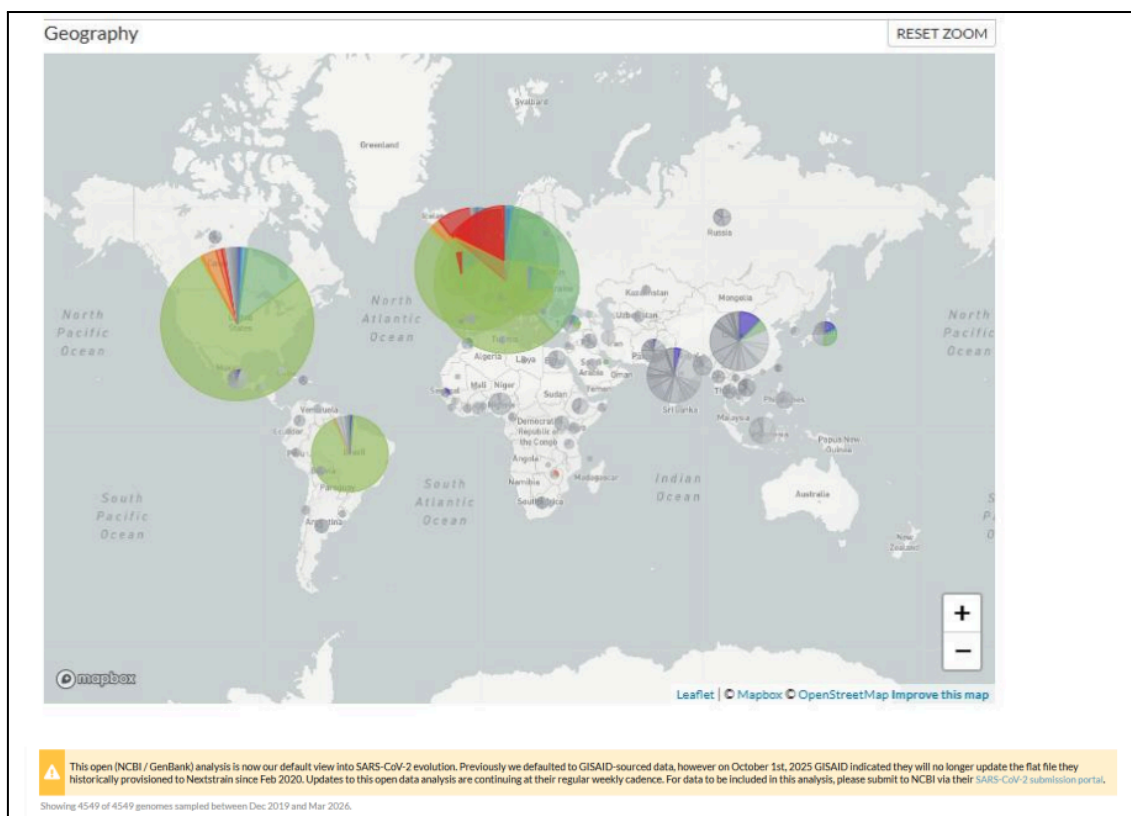
Figura 1. Filogenia actual de Vigilancia genómica global de SARS-Cov2 en base de datos Nextclade. El recuadro resalta el linaje en expansión BA.3.2



This open (NCBI / GenBank) analysis is now our default view into SARS-CoV-2 evolution. Previously we defaulted to GISAID-sourced data, however on October 1st, 2025 GISAID indicated they will no longer update the flat file they historically provisioned to Nextstrain since Feb 2020. Updates to this open data analysis are continuing at their regular weekly cadence. For data to be included in this analysis, please submit to NCBI via their [SARS-CoV-2 submission portal](#).
Showing 4549 of 4549 genomes sampled between Dec 2019 and Mar 2026.



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



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

Acompañando la baja positividad para SARS-CoV 2 en el periodo, 12 muestras fueron estudiadas en el laboratorio provenientes de vigilancia centinela IRAG-ETI en el período Enero-Marzo 2026. Se recuperaron 12 genomas de las variantes que se detallan en la Tabla 22. Y su ubicación filogenética en la Figura 3.



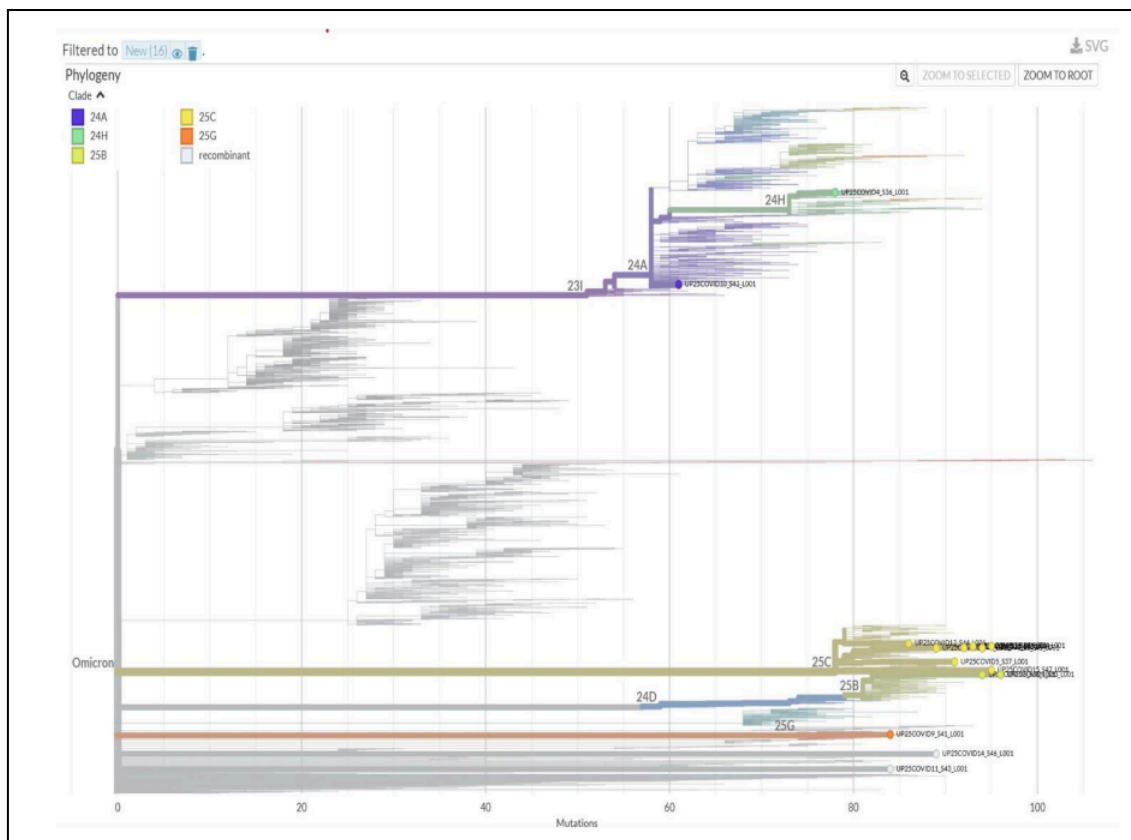
Tabla 24. Variantes obtenidas en el periodo de Vigilancia genómica centinela⁸ de Enero a Marzo 2026 en Uruguay. El asterisco (*) después del nombre de la variante, indica que se secuenciaron distintos genomas derivados de esa variante.

Variante	Número de genomas recuperados	Clado Nextclade	Severidad estimada
Recombinante XFT	1	-	Leve
Recombinante XFV	1	-	Leve
JN.1	1	24A	Leve
LF.7.1.3	1	24H	Leve
PQ.2.1.1	2	25B	Leve
XFG* (Stratus o Frankenstein)	5	25C	Leve
QF*	4	25C	Leve
XFC.3	1	25G	Leve

⁸ Centros centinelas: HPR, Británico, Policial, Sem, Mautone, Amecom, Cams, Comero, H.Paysandú, H.Las Piedras, Comeca, Mucam (ETI)



Figura 3. Filogenia de genomas de Vigilancia genómica global de SARS-Cov2 en el periodo Enero-Marzo de 2026 en Uruguay



Respecto al informe anterior, se observaron en circulación variantes más nuevas de linajes ya presentes en el país. El 68% fueron variantes de los Clados 25 B y C, tipo Nimbus (PQ*), Frankenstein (XFG*) y QF*. No se recuperaron genomas de la nueva variante VUM bajo monitoreo BA.2.3, Cigarrá

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

a) Deriva antigénica lenta pero continua



■

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

b) Coexistencia de múltiples linajes

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

Fuente: Unidad Genómica y Bioinformática del Departamento de Laboratorio de Salud Pública - MSP



Infecciones asociadas a la atención a la salud

Las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS), son aquellas infecciones que adquiere una persona y están asociadas a la atención brindada por personal sanitario, que ocurre en un escenario de atención de salud y que no estaban presentes ni en período de incubación al inicio del proceso asistencial, a menos que la infección esté relacionada a un proceso previo.

A nivel nacional desde el Departamento de Vigilancia en Salud se monitorea la vigilancia de casos de IAAS que es realizada por parte de las instituciones, de acuerdo con los componentes de seguimiento obligatorio vigentes, entre los cuales se incluye el reporte de brotes constituidos por casos de infección o colonización

La vigilancia se debe mantener en forma continua durante el año en todos los componentes de acuerdo con las características de cada prestador.

Los resultados de la vigilancia por componente se describen en el informe anual.⁹

A continuación, se presenta la notificación de brotes y eventos de interés notificados al sistema de vigilancia a la fecha y el acumulado anual. Entendiendo por brote a la presencia de dos o más casos de pacientes infectados/colonizados que aparecen pasadas las 48 horas del ingreso en el hospital y que tienen un vínculo epidemiológico.

⁹Ministerio de Salud Pública. Informe anual - Infecciones asociadas a la atención en salud y de resistencia antimicrobiana. 2024-2025. Disponible en: [Informe anual sobre Infecciones Asociadas a la Atención en Salud \(IAAS\)](#)



Brotes de IAAS

Tabla 25. Brotes en curso según departamento, microorganismos, mecanismo de resistencia, casos de infección y colonización. Año 2026, al 6 de mayo.

Departamento	Fecha de inicio	Microorganismo	Mecanismo de resistencia	Casos de infección*	Casos de colonización**	Fecha de último caso (inf o col)
Maldonado	08/04/2026	<i>Klebsiella oxytoca</i> <i>Klebsiella pneumoniae</i>	NDM	2	1	13/04/2026
Maldonado	17/03/2026	<i>Acinetobacter baumannii</i>	NDM	0	2	07/04/2026
Salto	09/03/2026	<i>Bacilos Gram negativos</i>	NDM	0	23	21/04/2026

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



Tabla 26. Frecuencia absoluta de brotes finalizados y número de casos de infección y colonización, según microorganismo. Año 2026, al 29 de abril.

Microorganismo		Número de brotes	Número de casos	
			Infección	Colonización
Bacilos Gram negativos con mecanismo de resistencia fenotípico	NDM	9	10	109
	KPC	-	-	-
	VIM	-	-	-
	BLEE	1	1	8
	OXA 23	2	12	8
Bacilos Gram negativos sin identificación de producción de betalactamasas*		1	3	1
<i>Staphylococcus aureus</i> meticilino sensible		-	-	-
<i>Enterococcus faecium</i> resistente a vancomicina		7	4	21
<i>Clostridioides difficile</i>		1	3	0
Otros microorganismos**		1	2	0

* Incluye: *Acinetobacter baumannii*, *Citrobacter freundii*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Salmonella.sp*, *Serratia marcescens*, ** Incluye, *Mycobacterium tuberculosis*, *Sarcoptes scabiei*, Virus de Varicela zoster, Virus de Paperas. Abreviaturas: BLEE: Betalactamasa de Espectro Extendido, ERV: Enterococos Resistentes a Vancomicina, KPC: Carbapenemasa de *Klebsiella pneumoniae*, NDM: Nueva Delhi Metallo- β -lactamasa, OXA 23: Oxacilinas 23, VIM: Verona Integron Metallo- β -lactamasa.



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



msp.gub.uy