



**Ministerio
de Salud Pública**

Boletín epidemiológico

Semana epidemiológica 23 año 2025

01/06/2025 al 07/06/2025





CONTENIDO

Enfermedades y Eventos de Notificación Obligatoria	3
Vías de notificación	4
Resumen de eventos.....	5
Brotes	7
Arbovirosis.....	8
Vigilancia vectorial.....	9
Enfermedades transmitidas por alimentos.....	13
Hantavirosis.....	14
Hepatitis A	15
Hepatitis B	16
Hepatitis C	17
Leptospirosis.....	18
Meningitis, meningoencefalitis y enfermedad meningocócica	20
Meningitis y enfermedad meningocócica.....	21
Meningitis y meningoencefalitis virales.....	22
Meningoencefalitis por virus Herpes zoster	22
Parotiditis.....	23
Personas mordidas o con riesgo de exposición a virus rábico	26
Sarampión	27
Contexto regional.....	27
Sífilis.....	28
Tos convulsa.....	29
Varicela.....	30
Infecciones respiratorias.....	33
Vigilancia de IRAG	33
Monitoreo de consultas en emergencias móviles.....	36
Infecciones asociadas a la atención a la salud	38
Brotes de IAAS.....	39



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 23. Uruguay, mediana de últimos 5 años (sin incluir pandémicos) vs 2025.

Evento	Nº casos		IA		Diferencia de tasas
	Mediana	2025	Mediana	2025	
Araneísmo	0	13	0.00	0.36	0.36
Cólera	0	0	0.00	0.00	0.00
Chikungunya	1	0	0.03	0.00	-0.03
Dengue autóctono	0	6	0.00	0.17	0.17
Dengue importado	16	30	0.43	0.84	0.41
Difteria	0	0	0.00	0.00	0.00
Enfermedad meningocócica*	7	11	0.20	0.31	0.11
Enfermedad transmitida por alimentos ¹	171	338	4.88	9.42	4.54
Fiebre amarilla	0	0	0.00	0.00	0.00
Hantavirus	7	3	0.20	0.08	-0.12
Meningitis aguda bacteriana**	20	17	0.57	0.47	-0.10
Meningitis/meningoencefalitis viral	23	17	0.65	0.47	-0.18
M-pox	0	0	0.00	0.00	0.00
Ofidismo	1	21	0.03	0.59	0.56
Oropuche***	0	3	0.00	0.08	0.08
Personas mordidas o con riesgo de exposición a virus rábico	1194	1986	33.48	55.34	21.86
Parálisis flácida aguda	0	0	0.00	0.00	0.00
Poliomielitis	0	0	0.00	0.00	0.00
Rubéola	0	0	0.00	0.00	0.00
Sarampión***	0	1	0.00	0.03	0.03
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	5	0.09	0.14	0.05
Viruela	0	0	0.00	0.00	0.00

* Incluye enfermedad meningocócica y meningitis/encefalitis por *N. meningitidis*. ** No incluye meningitis a meningococo ni enfermedad por *N.meningitidis*. *** Casos importados. IA: incidencia acumulada por 100.000 habitantes.

¹ Para las Enfermedades transmitidas por alimento se considera la incidencia de casos notificados.

Los años incluidos en la mediana son 2018, 2019, 2022, 2023 y 2024 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 23. Uruguay, mediana de últimos 5 años (sin incluir pandémicos) vs 2025.

Evento	N° casos		IA		Diferencia de tasas
	Mediana	2025	Mediana	2025	
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	1	0	0.03	0.00	-0.03
Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob	0	0	0.00	0.00	0.00
Fiebre Q	1	1	0.03	0.03	0.00
Fiebre tifoidea	0	0	0.00	0.00	0.00
Hepatitis A	5	9	0.14	0.25	0.11
Hepatitis B (*)	183	130	5.15	3.62	-1.53
Hepatitis C (*)	127	76	3.56	2.12	-1.44
Hepatitis E	2	0	0.06	0.00	-0.06
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	35	0.98	0.98	0.00
Malaria	5	2	0.14	0.06	-0.08
Parotiditis infecciosa	108	144	3.03	4.01	0.98
Sífilis (**)	2802	2264	78.82	63.08	-15.74
Varicela (*)	156	272	4.36	7.58	3.22

IA: incidencia acumulada de casos confirmados por 100.000 habitantes (*) En el caso de Hepatitis B, Hepatitis C, Varicela y sífilis se considera la incidencia de casos notificados, se calculó la incidencia de notificaciones, Los años incluidos en la mediana son 2018, 2019, 2022, 2023 y 2024. Fuente: sistema informático SG-DEVISA. Los datos se encuentran sujetos a modificaciones producto la mejora de calidad del registro.



Brotes

Tabla 3. Número de brotes registrados y de personas afectadas según evento. Uruguay, 2025 (hasta semana 23).

Evento	Número de brotes	Número de personas afectadas
COVID-19	2	11
Dengue/Zika/Chikungunya	2	6
Enfermedad transmitida por alimentos	18	216
Escabiosis	4	13
Escarlatina	13	42
GEA	19	356
IRA	14	236
Mano pie boca	36	348
Parotiditis infecciosa	2	4
Psitacosis	2	4
<i>S. pyogenes</i>	1	10
Varicela	28	90

GEA: gastroenteritis aguda. IRA: infección respiratoria aguda. 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 23. Uruguay, 2024-2025.

Departamento	2024						2025						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	27	36.97	5	6.85	32	43.81	0	0.00	0	0.00	0	0.00	-43.81
Canelones	12	1.90	55	8.69	67	10.59	0	0.00	1	0.16	1	0.16	-10.43
Cerro Largo	0	0.00	1	1.12	1	1.12	0	0.00	1	1.12	1	1.12	0.00
Colonia	3	2.26	24	18.06	27	20.31	0	0.00	0	0.00	0	0.00	-20.31
Durazno	5	8.48	2	3.39	7	11.88	0	0.00	0	0.00	0	0.00	-11.88
Flores	0	0.00	2	7.56	2	7.56	0	0.00	0	0.00	0	0.00	-7.56
Florida	1	1.44	5	7.21	6	8.65	0	0.00	0	0.00	0	0.00	-8.65
Lavalleja	0	0.00	6	10.32	6	10.32	0	0.00	1	1.72	1	1.72	-8.60
Maldonado	5	2.44	58	28.36	63	30.80	0	0.00	6	2.90	6	2.90	-27.90
Montevideo	79	5.71	169	12.21	248	17.91	2	0.14	18	1.30	20	1.44	-16.47
Paysandú	222	183.90	21	17.40	243	201.30	4	3.31	0	0.00	4	3.31	-197.99
Río Negro	4	6.77	7	11.85	11	18.62	0	0.00	0	0.00	0	0.00	-18.62
Rivera	26	23.67	9	8.19	35	31.87	0	0.00	1	0.91	1	0.91	-30.96
Rocha	0	0.00	14	18.78	14	18.78	0	0.00	0	0.00	0	0.00	-18.78
Salto	309	228.41	19	14.04	328	242.46	0	0.00	1	0.74	1	0.74	-241.72
San José	16	13.13	7	5.75	23	18.88	0	0.00	0	0.00	0	0.00	-18.88
Soriano	2	2.40	5	6.01	7	8.41	0	0.00	0	0.00	0	0.00	-8.41
Tacuarembó	1	1.08	1	1.08	2	2.16	0	0.00	0	0.00	0	0.00	-2.16
Treinta y Tres	0	0.00	1	1.98	1	1.98	0	0.00	1	1.98	1	1.98	0.00
Total	712	19.90	411	11.49	1123	31.39	6	0.17	30	0.84	36	1.00	-30.38

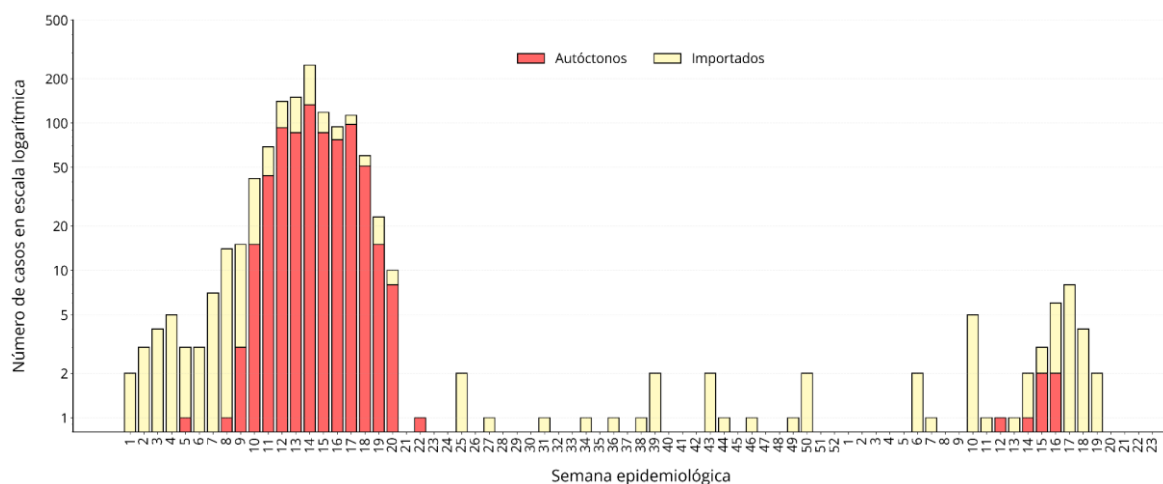
AV: antecedente de viaje. IA: incidencia acumulada x 100.000 habitantes. Fuente: sistema informático SG-DEVISA. Los datos se encuentran sujetos a modificaciones producto de la mejora de calidad del registro.

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 19 de 2025, se registró una disminución de casos del 71% con



respecto al mismo período de 2024 y de 13% con respecto al promedio de los últimos 5 años.¹.

Gráfico 1. Curva epidémica de dengue. Desde semana epidemiológica 1 de 2024 hasta semana epidemiológica 23, 2025. Uruguay.



Fuente: sistema informático SG-DEVISA.

Vigilancia vectorial

En Uruguay, la vigilancia del vector *Aedes aegypti* se realiza desde 2019 a través de un sistema compuesto actualmente de 1338 ovitrampas instaladas y controladas semanalmente en 17 departamentos y 24 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

¹ Organización Panamericana de la Salud. Situación epidemiológica del dengue en las Américas - Semana epidemiológica 19, 2025. Disponible en: [Situación epidemiológica del dengue en las Américas - Semana epidemiológica 19](#).

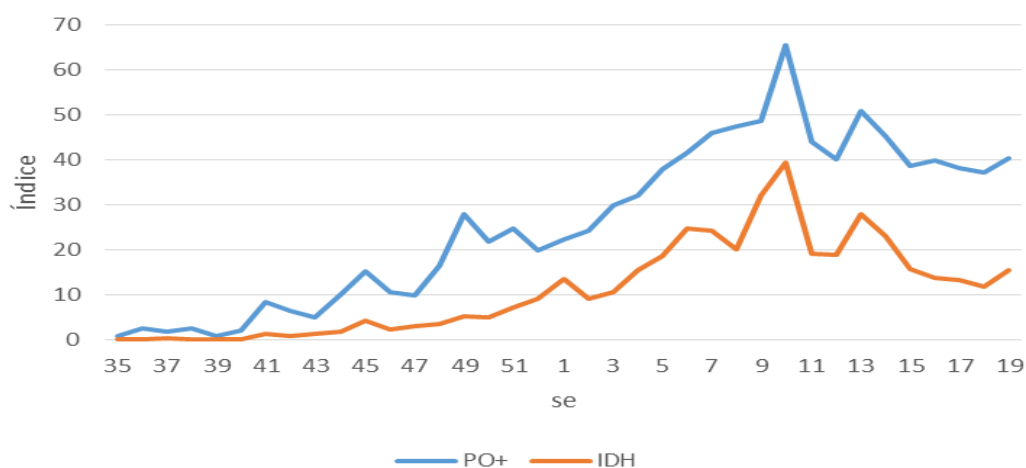


densidad relativa del vector, con la finalidad de focalizar las acciones de control en los puntos que presentan mayor riesgo en una localidad. El presente informe detalla la evolución de los índices de infestación en las localidades de referencia utilizando información recabada y analizada por la Unidad de Zoonosis y Vectores y las Direcciones Departamentales de Salud actualizada desde la semana 35 del 2024 a la semana 13 del 2025, 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.

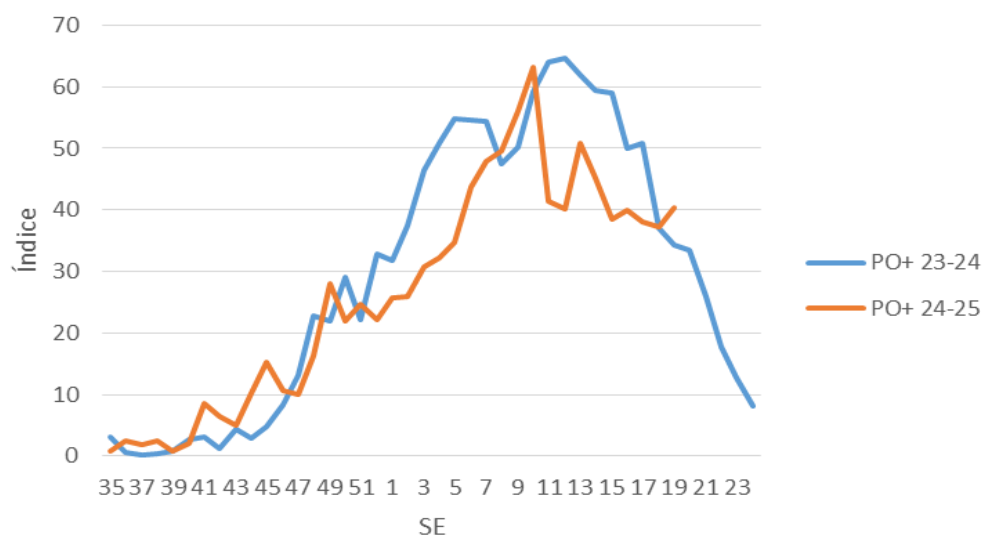


Gráfico 2. Evolución de los índices entomológicos a nivel nacional (media aritmética de todos los sitios). De la SE 35 del 2024 a la 19 de 2025, Uruguay.



Fuente: Unidad de Zoonosis y Vectores.

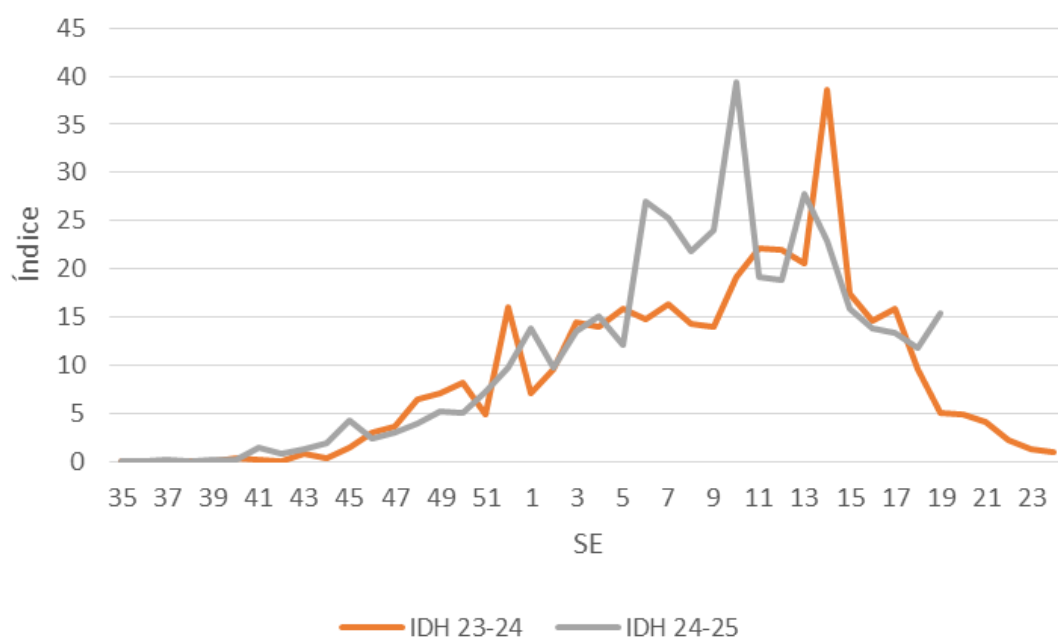
Gráfico 3. Evolución del índice PO+ medio. Uruguay, temporadas 2023-2024 y 2024-2025.



Fuente: Unidad de Zoonosis y Vectores.



Gráfico 4. Evolución del índice IDH medio. Uruguay, temporadas 2023-2024 y 2024-2025.



Fuente: Unidad de Zoonosis y Vectores.



Enfermedades transmitidas por alimentos

Hasta la SE 23 se han notificado 338 casos de ETA, de los cuales 216 corresponden a brotes y se detallan en la tabla 5.

Tabla 5. Número de brotes y personas afectadas por enfermedad transmitida por alimentos por departamento de la SE 1 a la 23 de 2025 Uruguay, 2025.

Departamento	Número de brotes	Número de personas afectadas
Canelones	1	2
Flores	1	4
Maldonado	5	47
Montevideo	10	153
Rivera	1	10
Total	18	216

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

Los casos de ETA reportados hasta la SE 23 presentan un promedio de edad de 33 años. El 55% de los casos corresponden al sexo masculino.



Hantavirus

Tabla 6. Número de casos confirmados, número de fallecidos e incidencia acumulada de hantavirus por departamento hasta la semana epidemiológica 23. Uruguay, 2024-2025.

Departamento	Casos 2024	Casos 2025	IA 2024	IA 2025	Diferencia IA	Fallecidos 2024	Fallecidos 2025
Artigas	0	0	0.00	0.00	0.00	0	0
Canelones	0	0	0.00	0.00	0.00	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	0	1	0.00	1.72	1.72	0	0
Maldonado	3	0	1.47	0.00	-1.47	0	0
Montevideo	1	0	0.07	0.00	-0.07	0	0
Paysandú	0	0	0.00	0.00	0.00	0	0
Río Negro	1	1	1.69	1.69	0.00	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	1	0	0.82	0.00	-0.82	0	0
Soriano	0	1	0.00	1.20	1.20	0	1
Tacuarembó	0	0	0.00	0.00	0.00	0	0
Treinta y Tres	0	0	0.00	0.00	0.00	0	0
Total	6	3	0.17	0.08	-0.08	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 2025, hasta la SE 23, los casos de hantavirus registrados corresponden a adultos de entre 40 y 50 años de edad: dos hombres y una mujer. Dos de los casos requirieron internación en CTI y uno de ellos falleció.



Hepatitis A

Tabla 7. Número de casos notificados e incidencia acumulada de hepatitis A por departamento a la semana epidemiológica 23. Uruguay, 2024-2025.

Departamento	Casos 2024	Casos 2025	IA 2024	IA 2025	Diferencia IA
Artigas	0	0	0.00	0.00	0.00
Canelones	1	0	0.16	0.00	-0.16
Cerro Largo	0	0	0.00	0.00	0.00
Colonia	0	0	0.00	0.00	0.00
Durazno	0	0	0.00	0.00	0.00
Flores	0	0	0.00	0.00	0.00
Florida	0	0	0.00	0.00	0.00
Lavalleja	0	0	0.00	0.00	0.00
Maldonado	0	0	0.00	0.00	0.00
Montevideo	2	7	0.14	0.51	0.36
Paysandú	1	0	0.83	0.00	-0.83
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	1	1	0.82	0.82	-0.01
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	5	9	0.14	0.25	0.11

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 2025, hasta la SE 23, los casos de hepatitis A registrados corresponden a adultos de entre 19 y 70 años de edad: siete hombres y dos mujeres. Cuatro casos requirieron internación en cuidados moderados, todos con buena evolución.



Hepatitis B

Tabla 8. Número de casos confirmados y en investigación e incidencia acumulada por departamento de hepatitis B a la semana epidemiológica 23. Uruguay, 2024-2025.

Departamento	Casos 2024	Casos 2025	IA 2024	IA 2025	Diferencia IA
Artigas	1	1	1.37	1.37	0.01
Canelones	8	18	1.26	2.81	1.55
Cerro Largo	2	1	2.23	1.12	-1.12
Colonia	1	1	0.75	0.75	0.00
Durazno	1	1	1.70	1.70	0.00
Flores	0	1	0.00	3.78	3.78
Florida	1	1	1.44	1.44	0.00
Lavalleja	2	3	3.44	5.17	1.73
Maldonado	13	13	6.36	6.29	-0.07
Montevideo	78	78	5.63	5.63	0.00
Paysandú	0	0	0.00	0.00	0.00
Río Negro	0	0	0.00	0.00	0.00
Rivera	0	2	0.00	1.82	1.82
Rocha	1	3	1.34	4.02	2.68
Salto	3	1	2.22	0.74	-1.48
San José	0	2	0.00	1.63	1.63
Soriano	0	1	0.00	1.20	1.20
Tacuarembó	0	1	0.00	1.08	1.08
Treinta y Tres	1	2	1.98	3.96	1.98
Total	112	130	3.13	3.62	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 2025, hasta la SE 23, los casos de hepatitis B registrados corresponden a adultos de entre 18 y 87 años de edad, con un promedio de 46,6 años. El 52,0 % de los casos corresponde a hombres y el 48,0 % a mujeres. Cuatro casos requirieron internación, todos con buena evolución.



Hepatitis C

Tabla 9. Número de casos confirmados y en investigación e incidencia acumulada por departamento de hepatitis C a la semana epidemiológica 23. Uruguay, 2024-2025.

Departamento	Casos 2024	Casos 2025	IA 2024	IA 2025	Diferencia IA
Artigas	1	1	1.37	1.37	0.01
Canelones	12	5	1.90	0.78	-1.11
Cerro Largo	1	0	1.12	0.00	-1.12
Colonia	1	0	0.75	0.00	-0.75
Durazno	0	0	0.00	0.00	0.00
Flores	0	1	0.00	3.78	3.78
Florida	1	0	1.44	0.00	-1.44
Lavalleja	4	1	6.88	1.72	-5.16
Maldonado	11	5	5.38	2.42	-2.96
Montevideo	79	54	5.71	3.90	-1.81
Paysandú	0	1	0.00	0.83	0.83
Río Negro	0	0	0.00	0.00	0.00
Rivera	2	0	1.82	0.00	-1.82
Rocha	5	2	6.71	2.68	-4.03
Salto	3	1	2.22	0.74	-1.48
San José	3	1	2.46	0.82	-1.65
Soriano	1	0	1.20	0.00	-1.20
Tacuarembó	0	2	0.00	2.16	2.16
Treinta y Tres	1	2	1.98	3.96	1.98
Total	125	76	3.49	2.12	-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.

En 2025, hasta la SE 23, los casos de hepatitis C registrados corresponden a adultos de entre 18 y 84 años de edad, con un promedio de 47,7 años. El 55,3% son de sexo masculino.



Leptospirosis

Tabla 10. Número de casos confirmados, número de fallecidos e incidencia acumulada hasta la semana epidemiológica 23 por departamento. Uruguay, 2024-2025.

Departamento	Casos 2024	Casos 2025	IA 2024	IA 2025	Diferencia IA	Fallecidos 2024	Fallecidos 2025
Artigas	0	0	0.00	0.00	0.00	0	0
Canelones	4	3	0.63	0.47	-0.16	0	0
Cerro Largo	2	0	2.23	0.00	-2.23	1	0
Colonia	6	7	4.51	5.25	0.74	0	0
Durazno	1	1	1.70	1.70	0.00	0	0
Flores	2	0	7.56	0.00	-7.56	0	0
Florida	3	0	4.33	0.00	-4.33	0	0
Lavalleja	0	0	0.00	0.00	0.00	0	0
Maldonado	1	0	0.49	0.00	-0.49	0	0
Montevideo	13	1	0.94	0.07	-0.87	2	0
Paysandú	1	2	0.83	1.65	0.83	0	0
Río Negro	2	3	3.39	5.06	1.68	0	0
Rivera	2	2	1.82	1.82	0.00	0	0
Rocha	2	3	2.68	4.02	1.34	0	0
Salto	0	2	0.00	1.47	1.47	0	0
San José	3	6	2.46	4.89	2.43	0	0
Soriano	1	2	1.20	2.41	1.20	0	0
Tacuarembó	2	0	2.16	0.00	-2.16	0	0
Treinta y Tres	0	3	0.00	5.95	5.95	0	0
Total	45	35	1.26	0.98	-0.28	3	0

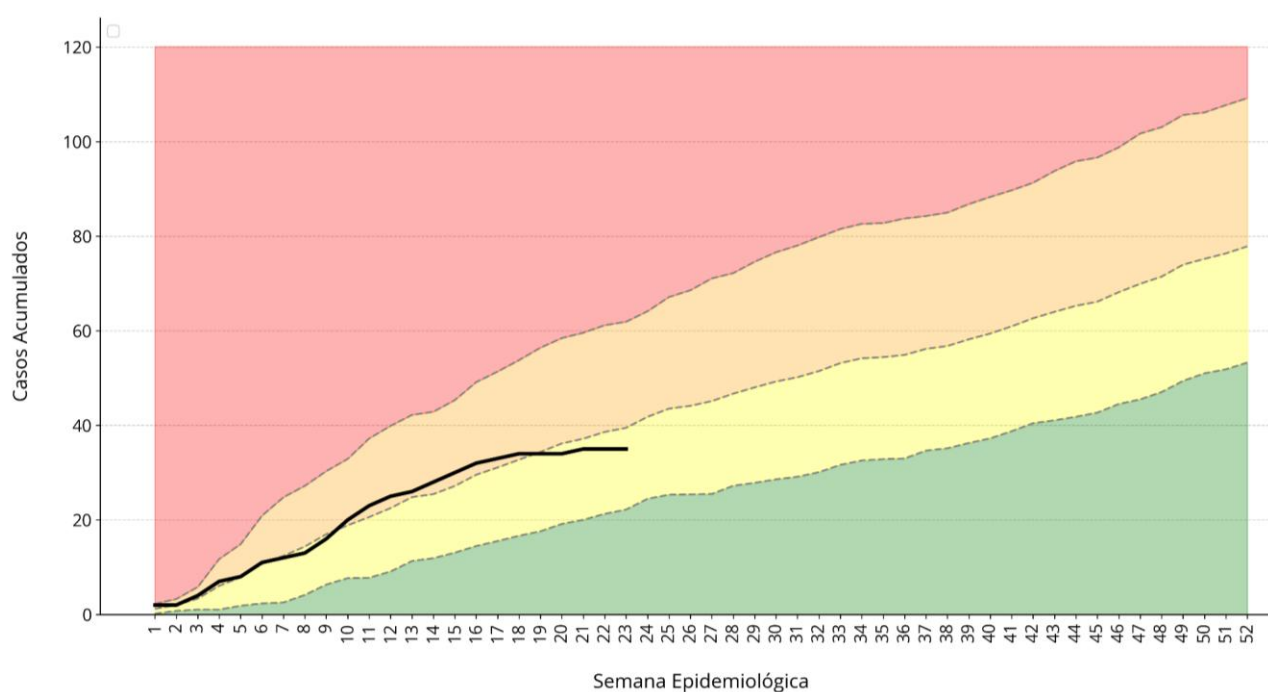
IA: incidencia acumulada x 100.000 habitantes. Fuente: SG-DEVISA. Los datos se encuentran sujetos a modificaciones producto de la mejora de calidad del registro.

En 2025, hasta la SE 23, los casos de leptospirosis registrados presentan un promedio de edad de 40,3 años, con un rango de entre 14 y 63 años. El 94,31 % de



los casos corresponde a hombres. Requirieron internación 17 casos y no se registraron fallecidos.

Gráfico 5. Corredor endémico leptospirosis. Uruguay, 2025.



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 23. Uruguay, 2024-2025.

Evento		N° casos		IA		N° fallecidos		Diferencia IA
		2024	2025	2024	2025	2024	2025	
Meningitis y enfermedad meningocócica		23	11	0.64	0.31	7	2	-0.34
Meningitis bacteriana	Meningitis por <i>H.influenzae</i>	2	2	0.06	0.06	0	0	0.00
	Meningitis por <i>S. pneumoniae</i>	15	4	0.42	0.11	6	2	-0.31
	Meningitis por <i>Listeria monocytogenes</i>	1	2	0.03	0.06	0	1	0.03
	Microorganismo sin identificar	4	7	0.11	0.20	0	1	0.08
	Otro microorganismo identificado (no incluye <i>N. meningitidis</i>)	5	2	0.14	0.06	2	1	-0.08
Meningitis y meningoencefalitis virales	Enterovirus	11	3	0.31	0.08	0	0	-0.22
	Herpes simplex 1 y 2	5	2	0.14	0.06	0	1	-0.08
	<i>Herpes zoster</i>	1	10	0.03	0.28	0	1	0.25
	EEO	4	0	0.11	0.00	1	0	-0.11
	Otras virales	4	2	0.11	0.06	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.



Meningitis y enfermedad meningocócica

Tabla 12. Número de casos, incidencia acumulada, número de fallecidos y letalidad de meningitis y enfermedad meningocócica por grupo etario. Uruguay, 2025.

Grupo etario	Nº casos	IA	Nº fallecidos	Letalidad
Menor de un año	1	2.27	0	0.00
De 1 a 4 años	1	0.56	1	100.00
De 5 a 14 años	2	0.44	0	0.00
De 15 a 64 años	6	0.26	0	0.00
De 65 años y más	1	0.18	1	0.00
Total	11	0.31	2	18.18

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 de meningitis y enfermedad meningocócica por grupo etario y serogrupo. Uruguay, 2025.

Grupo etario	Serogrupo			
	B	C	W	Sin identificar
Menor de un año	0	0	0	1
De 1 a 4 años	1	0	0	0
De 5 a 14 años	1	1	0	0
De 15 a 64 años	1	3	1	1
De 65 años y más	0	0	1	0
Total	3	4	2	2

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



Parotiditis

Tabla 14. Número de casos e incidencia acumulada de parotiditis infecciosa por rango etario hasta la semana epidemiológica 23. Uruguay, 2024-2025.

Rango etario	Casos 2024	Casos 2025	IA 2024	IA 2025	Diferencia IA
Menor de 1 año	0	2	0.00	4.54	4.54
De 1 a 4 años	35	37	19.58	20.79	1.21
De 5 a 9 años	75	42	33.00	18.55	-14.45
De 10 a 14 años	56	18	24.18	7.81	-16.37
De 15 a 19 años	14	3	5.85	1.27	-4.59
De 20 a 24 años	6	5	2.34	1.98	-0.37
De 25 a 29 años	5	4	1.85	1.49	-0.36
De 30 a 34 años	9	8	3.51	3.08	-0.43
De 35 a 39 años	4	2	1.64	0.81	-0.83
De 40 a 44 años	6	5	2.55	2.13	-0.42
De 45 a 49 años	3	6	1.26	2.51	1.25
De 50 a 54 años	4	1	1.86	0.46	-1.40
De 55 a 59 años	7	1	3.57	0.51	-3.06
De 60 a 64 años	3	2	1.56	1.04	-0.52
De 65 a 69 años	5	4	2.96	2.33	-0.63
De 70 a 74 años	4	2	2.99	1.45	-1.54
De 75 y más	3	2	1.20	0.79	-0.41
TOTAL	239	144	6.68	4.01	-2.67

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 15. Número de casos e incidencia acumulada de parotiditis infecciosa por departamento hasta la semana epidemiológica 23. Uruguay, 2024-2025.

Departamento	Casos 2024	Casos 2025	IA 2024	IA 2025	Diferencia IA
Artigas	3	1	4.11	1.37	-2.73
Canelones	18	8	2.84	1.25	-1.59
Cerro Largo	0	4	0.00	4.46	4.46
Colonia	35	5	26.33	3.75	-22.58
Durazno	0	0	0.00	0.00	0.00
Flores	1	2	3.78	7.56	3.78
Florida	23	1	33.18	1.44	-31.73
Lavalleja	1	1	1.72	1.72	0.00
Maldonado	4	3	1.96	1.45	-0.51
Montevideo	72	58	5.20	4.19	-1.01
Paysandú	14	14	11.60	11.58	-0.02
Río Negro	1	1	1.69	1.69	0.00
Rivera	0	1	0.00	0.91	0.91
Rocha	0	3	0.00	4.02	4.02
Salto	43	25	31.79	18.43	-13.35
San José	7	3	5.75	2.45	-3.30
Soriano	15	9	18.02	10.83	-7.19
Tacuarembó	2	4	2.16	4.32	2.16
Treinta y Tres	0	1	0.00	1.98	1.98
Total	239	144	6.68	4.01	-2.67

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.

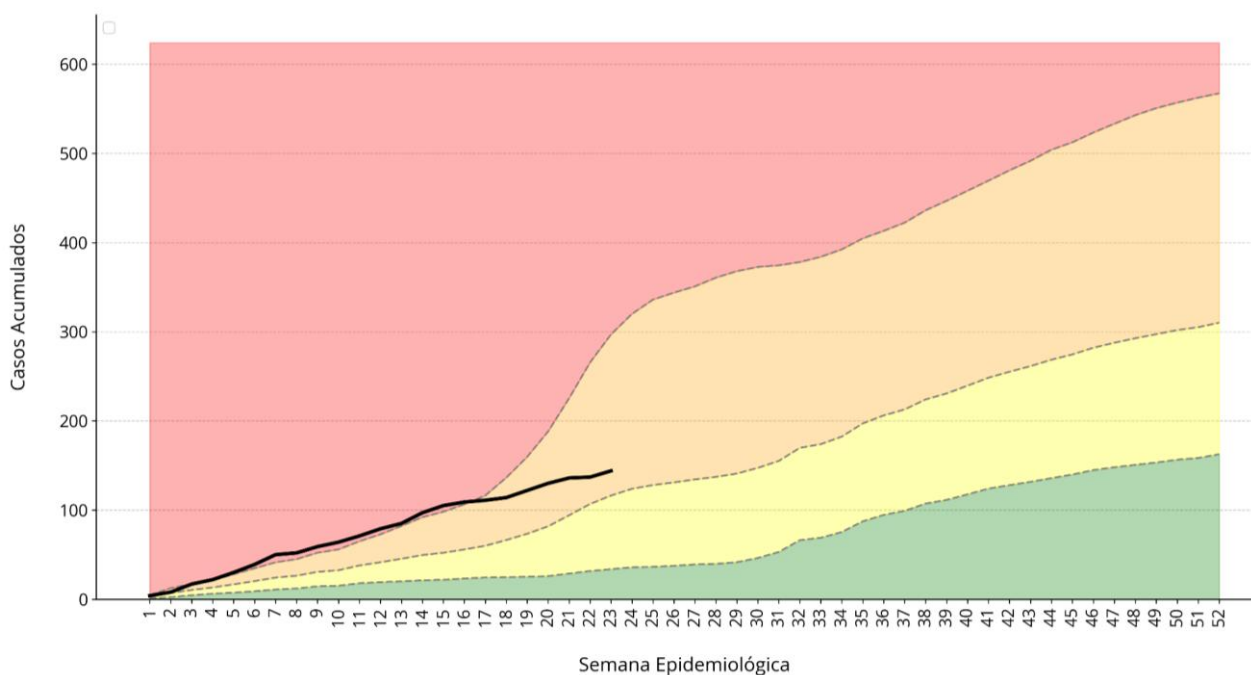
El análisis de los casos de parotiditis muestra una disminución en la incidencia acumulada a la SE 23 al comparar entre 2024 y 2025, aunque dicha tasa se encuentra aumentada con respecto a la mediana de los últimos 5 años (sin incluir pandémicos). La mayor disminución se encuentra en el rango etario de entre 5 y 14 años, mientras que para menores de 5 años la tasa está aumentada.



A nivel departamental, Colonia, Florida y Salto presentan la mayor disminución en la incidencia acumulada a la SE 22, mientras que Cerro Largo, Flores, Rocha, Tacuarembó y Treinta y Tres presentan un aumento de incidencia con respecto al año anterior.

El corredor endémico acumulado de parotiditis muestra que la incidencia se encuentra actualmente en zona de alerta con una tendencia a estabilizarse.

Gráfico 6. Corredor endémico parotiditis infecciosa. Uruguay, 2025.



Fuente: SG-DEVISA.



Personas mordidas o con riesgo de exposición a virus rábico

Tabla 16. Número de casos por departamento y animal involucrado hasta la semana epidemiológica 23. Uruguay, 2025.

Departamento	Perro	Murciélago	Gato	Otro	Total
Artigas	14	2	0	0	16
Canelones	211	4	18	2	235
Cerro Largo	24	0	7	0	31
Colonia	123	0	7	0	130
Durazno	22	0	3	0	25
Flores	20	0	1	0	21
Florida	6	0	0	0	6
Lavalleja	43	0	3	0	46
Maldonado	88	4	9	1	102
Montevideo	510	17	36	3	566
Paysandú	131	2	9	0	142
Río Negro	24	0	0	0	24
Rivera	132	1	13	0	146
Rocha	17	1	0	0	18
Salto	196	0	17	0	213
San José	71	2	3	0	76
Soriano	48	0	3	0	51
Tacuarembó	127	0	3	0	130
Treinta y Tres	8	0	0	0	8
Total	1815	33	132	6	1986

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

En 617 casos se realizó recomendación de vacuna antirrábica y en 38 de los 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 el año 2024 no se registraron casos de sarampión en Uruguay. En el año 2025 se registró un caso confirmado en la semana epidemiológica 5, en una persona adulta de nacionalidad extranjera, con antecedente de viaje a Argentina y sin antecedentes de vacunación contra la enfermedad. No se detectaron casos secundarios entre los contactos.

Contexto regional

El 28 de febrero de 2025 la OPS emitió una alerta epidemiológica debido a la identificación de múltiples casos y brotes de sarampión en la región de las Américas, incluyendo una defunción. Los países en los que se registraron casos son Argentina, Canadá, Estados Unidos y México².

En el mes de marzo, en el documento Evaluación de riesgo para la salud pública relacionada con el sarampión: implicaciones para la Región de las Américas, la OPS calificó como alto el nivel riesgo para la región³.

Entre las semanas epidemiológicas 1 y 16 de 2025, en las Américas se registraron 2.325 casos de sarampión, incluyendo cuatro defunciones, en Argentina, Belice, Bolivia, Brasil, Canadá, México y Estados Unidos. Este total representa un aumento de 11 veces en comparación con los casos notificados en el mismo periodo de 2024⁴.

² Organización Panamericana de la Salud. *Alerta Epidemiológica Sarampión en la Región de las Américas*. 28 de febrero de 2025. Disponible en: [Alerta Epidemiológica Sarampión en la Región de las Américas](#)

³ Organización Panamericana de la Salud. Evaluación de riesgo para la salud pública relacionada con el sarampión: implicaciones para la Región de las Américas. 24 de marzo de 2025. Disponible en: [Evaluación de riesgo para la salud pública relacionada con el sarampión: implicaciones para la Región de las Américas](#).

⁴ Organización Panamericana de la Salud. Actualización Epidemiológica Sarampión en la Región de las Américas - 2 de mayo del 2025. Disponible en: [Actualización Epidemiológica Sarampión en la Región de las Américas - 2 de mayo del 2025](#).



Sífilis

En la tabla 17 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 17. Número de casos notificados e incidencia acumulada de sífilis por departamento hasta la semana epidemiológica 23. Uruguay, 2024-2025.

Departamento	Casos 2024	Casos 2025	IA 2024	IA 2025	Diferencia IA
Artigas	79	29	108.17	39.85	-68.31
Canelones	226	212	35.71	33.12	-2.59
Cerro Largo	25	18	27.88	20.07	-7.81
Colonia	87	89	65.46	66.77	1.31
Durazno	82	44	139.13	74.66	-64.47
Flores	20	12	75.60	45.37	-30.23
Florida	39	27	56.26	38.95	-17.31
Lavalleja	66	98	113.52	168.93	55.42
Maldonado	542	284	265.01	137.32	-127.69
Montevideo	1283	903	92.68	65.23	-27.45
Paysandú	175	123	144.97	101.75	-43.22
Río Negro	24	10	40.62	16.88	-23.75
Rivera	68	53	61.91	48.18	-13.73
Rocha	58	42	77.80	56.28	-21.52
Salto	212	70	156.71	51.62	-105.10
San José	61	62	50.08	50.53	0.46
Soriano	85	75	102.09	90.21	-11.88
Tacuarembó	63	93	67.98	100.41	32.43
Treinta y Tres	18	20	35.68	39.65	3.97
Total	3213	2264	89.80	63.08	-26.72

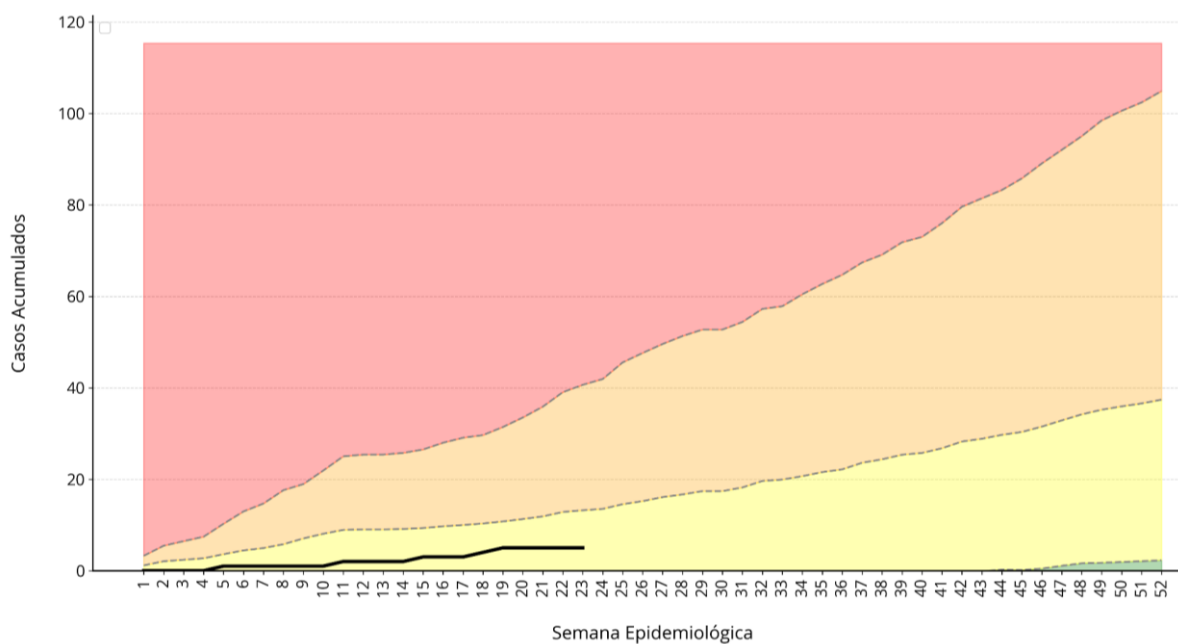
IA: incidencia acumulada x 100.000 habitantes. Fuente: SG-DEVISA. Los datos se encuentran sujetos a modificaciones producto de la mejora de calidad del registro.



Tos convulsa

En el año 2024, hasta la semana epidemiológica 23 no se habían registrado casos de tos convulsa. En 2025 se registraron cinco casos: dos en el departamento de Montevideo, ambos correspondientes lactantes de sexo femenino de 2 meses y 3 meses, respectivamente, otro caso se registró en Canelones y corresponde a un preescolar de 3 años; otro caso en Soriano en un adolescente de 14 años; mientras que el caso restante se registró en Maldonado y corresponde a un lactante de 1 mes. Los cuatro casos en menores de 5 años requirieron internación, dos de ellos en CTI, pero tuvieron buena evolución.

Gráfico 7. Corredor endémico tos convulsa. Uruguay, 2025.



Fuente: SG-DEVISA.



Varicela

Antecedentes

Tabla 18. Número de casos notificados e incidencia acumulada de varicela por año.
Uruguay, 2014- 2024

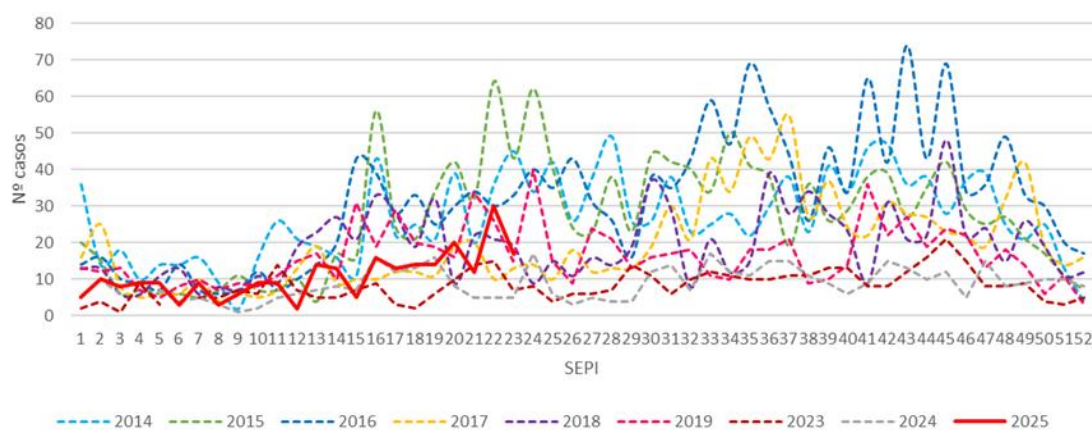
Año	N ° casos	IA X 100.000
2014	1395	40,4
2015	1387	40,0
2016	1649	47,4
2017	1013	29,0
2018	994	28,4
2019	853	24,2
2020	254	7,2*
2021	165	4,7*
2022	327	9,2
2023	426	11,9
2024	448	12,6

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



Luego de la incorporación de la segunda dosis de varicela a quienes cumplieran 5 años a partir del 1 de enero de 2014, se observó una disminución de la incidencia acumulada, pasando de 40,4 casos cada 100.000 habitantes en 2014 a 12,6 casos cada 100.000 habitantes en 2024, sin considerar los años pandémicos.

Gráfico 8. Distribución de casos notificados de Varicela según SE. Uruguay, 2014 – SE 23 2025



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



Gráfico 9 Distribución de los casos notificados de varicela por rango etario. Uruguay, 2014-2024.

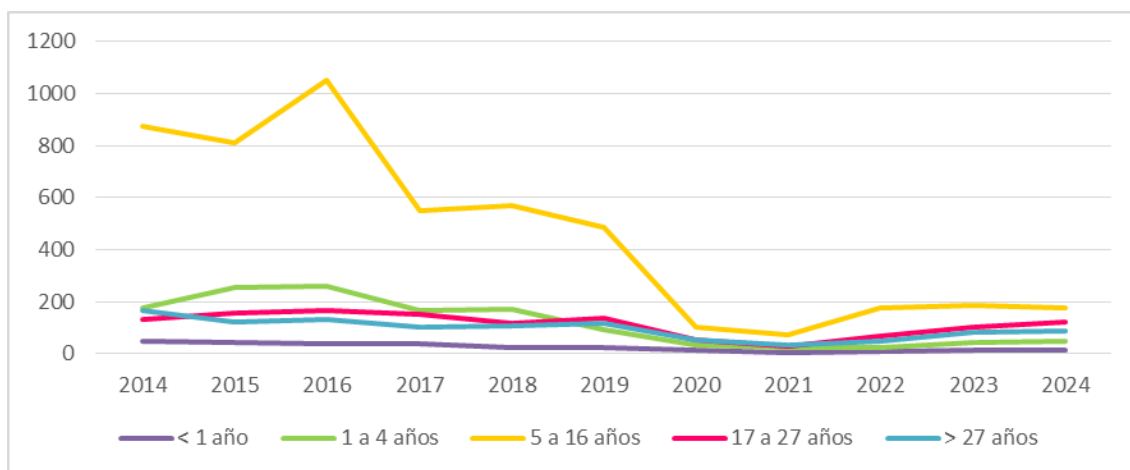




Tabla 19. Número de casos notificados e incidencia acumulada de varicela por rango etario hasta la semana epidemiológica 23. Uruguay, 2024-2025.

Rango etario	Casos 2024	Casos 2025	IA 2024	IA 2025	Diferencia IA
Menor de 1 año	5	7	11.30	15.90	4.60
De 1 a 4 años	16	23	8.95	12.92	3.97
De 5 a 9 años	13	11	5.72	4.86	-0.86
De 10 a 14 años	16	25	6.91	10.85	3.94
De 15 a 19 años	52	57	21.74	24.08	2.33
De 20 a 24 años	12	44	4.69	17.42	12.73
De 25 a 29 años	6	35	2.22	13.07	10.85
De 30 a 34 años	10	17	3.90	6.54	2.64
De 35 a 39 años	12	4	4.91	1.62	-3.29
De 40 a 44 años	4	3	1.70	1.28	-0.42
De 45 a 49 años	1	3	0.42	1.25	0.83
De 50 a 54 años	2	7	0.93	3.20	2.27
De 55 a 59 años	2	0	1.02	0.00	-1.02
De 60 a 64 años	0	1	0.00	0.52	0.52
De 65 a 69 años	2	2	1.18	1.16	-0.02
De 70 a 74 años	1	3	0.75	2.18	1.43
De 75 y más	1	3	0.40	1.18	0.78
Total	155	245	4.33	6.83	2.49

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.



Tabla 20. Número de casos notificados e incidencia acumulada de varicela por departamento hasta la semana epidemiológica 23. Uruguay, 2024-2025.

Departamento	Casos 2024	Casos 2025	IA 2024	IA 2025	Diferencia IA
Artigas	0	1	0.00	1.37	1.37
Canelones	14	31	2.21	4.84	2.63
Cerro Largo	2	1	2.23	1.12	-1.12
Colonia	14	7	10.53	5.25	-5.28
Durazno	0	0	0.00	0.00	0.00
Flores	1	0	3.78	0.00	-3.78
Florida	7	2	10.10	2.89	-7.21
Lavalleja	1	8	1.72	13.79	12.07
Maldonado	7	9	3.42	4.35	0.93
Montevideo	41	121	2.96	8.74	5.78
Paysandú	6	18	4.97	14.89	9.92
Río Negro	0	8	0.00	13.50	13.50
Rivera	2	4	1.82	3.64	1.82
Rocha	2	2	2.68	2.68	0.00
Salto	43	17	31.79	12.54	-19.25
San José	6	7	4.93	5.71	0.78
Soriano	7	8	8.41	9.62	1.21
Tacuarembó	2	1	2.16	1.08	-1.08
Treinta y Tres	0	0	0.00	0.00	0.00
Total	155	245	4.33	6.83	2.49

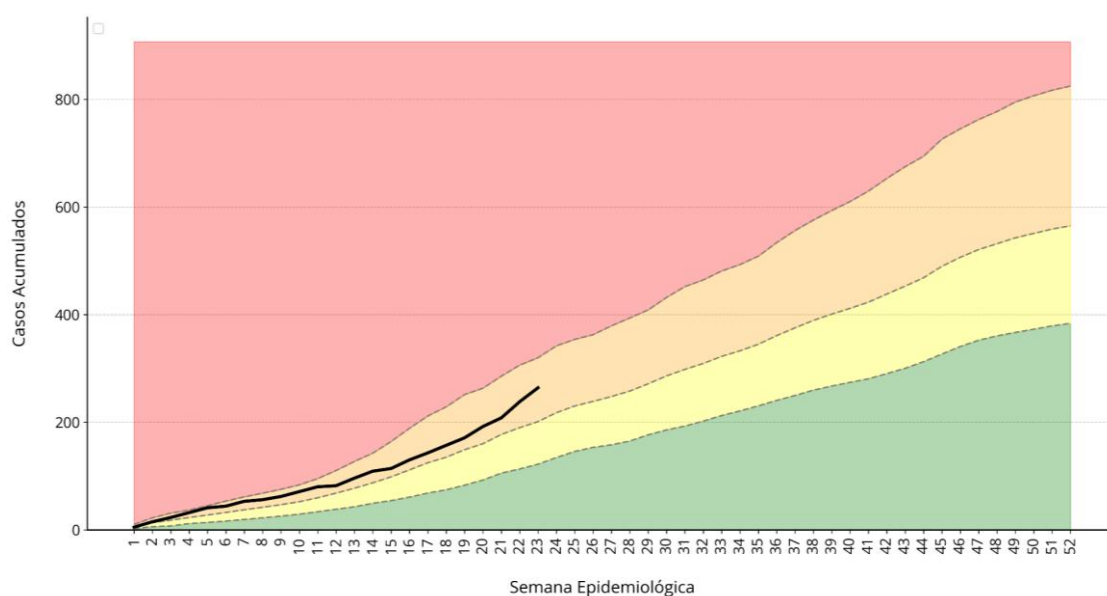
IA: incidencia acumulada x 100.000 habitantes. Fuente: SG-DEVISA. Los datos se encuentran sujetos a modificaciones producto de la mejora de calidad del registro.

El análisis de los casos de varicela muestra un incremento en la incidencia acumulada a la SE 23 entre 2024 y 2025. Este aumento se observa principalmente en los grupos de 20 a 29 años, de 10 a 14 y en los menores de 5 años.



Hasta la semana 23 se registraron 28 brotes con un total de 90 casos. De estos brotes, 17 fueron intrafamiliares, 5 en establecimientos educativos y los seis restantes en otras instituciones. El corredor endémico acumulado de varicela muestra que la incidencia se encuentra en zona de alerta.

Gráfico 11. Corredor endémico varicela. Uruguay, 2025.



Fuente: SG-DEVISA.

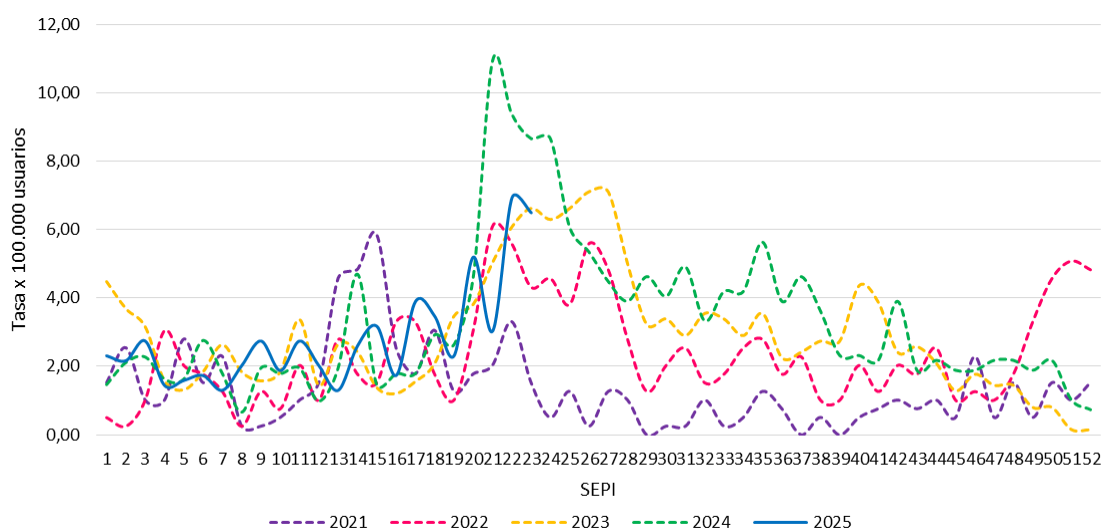


Infecciones respiratorias

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

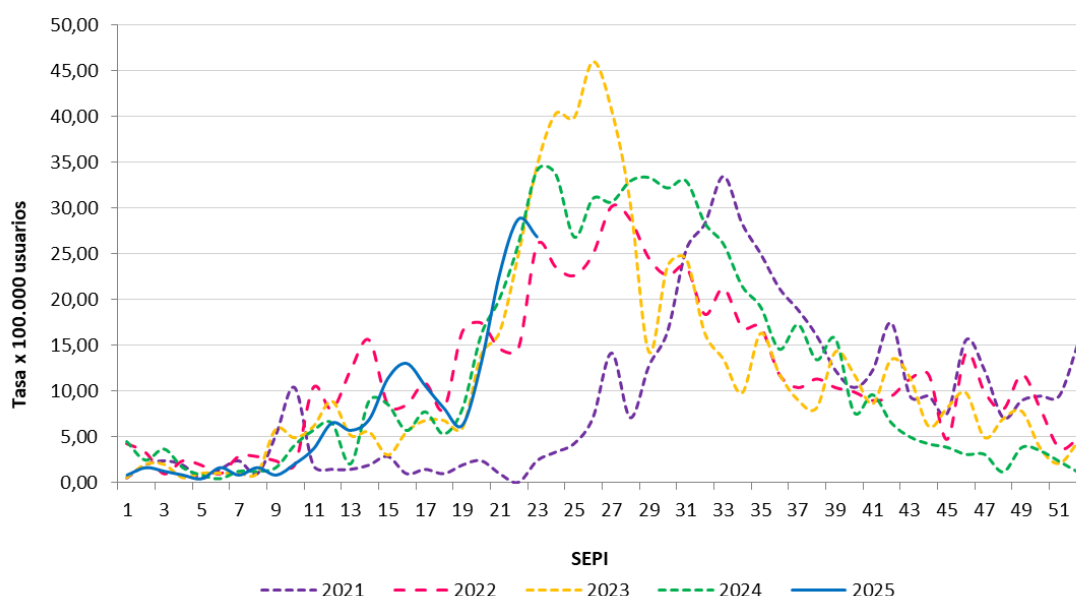
Gráfico 12. Incidencia acumulada en personas de 15 años y más por infecciones respiratorias agudas graves en centros centinela por semana epidemiológica. Uruguay, 2021 - 2025.



Fuente: Sistema de Infecciones Hospitalarias.



Gráfico 13. Incidencia acumulada en personas menores de 15 años por infecciones respiratorias agudas graves en centros centinela por semana epidemiológica. Uruguay, 2021 - 2025.



Fuente: Sistema de Infecciones Hospitalarias.

Hasta la SE 23 de 2025, la incidencia acumulada de IRAG presenta una distribución similar a la observada en años anteriores.

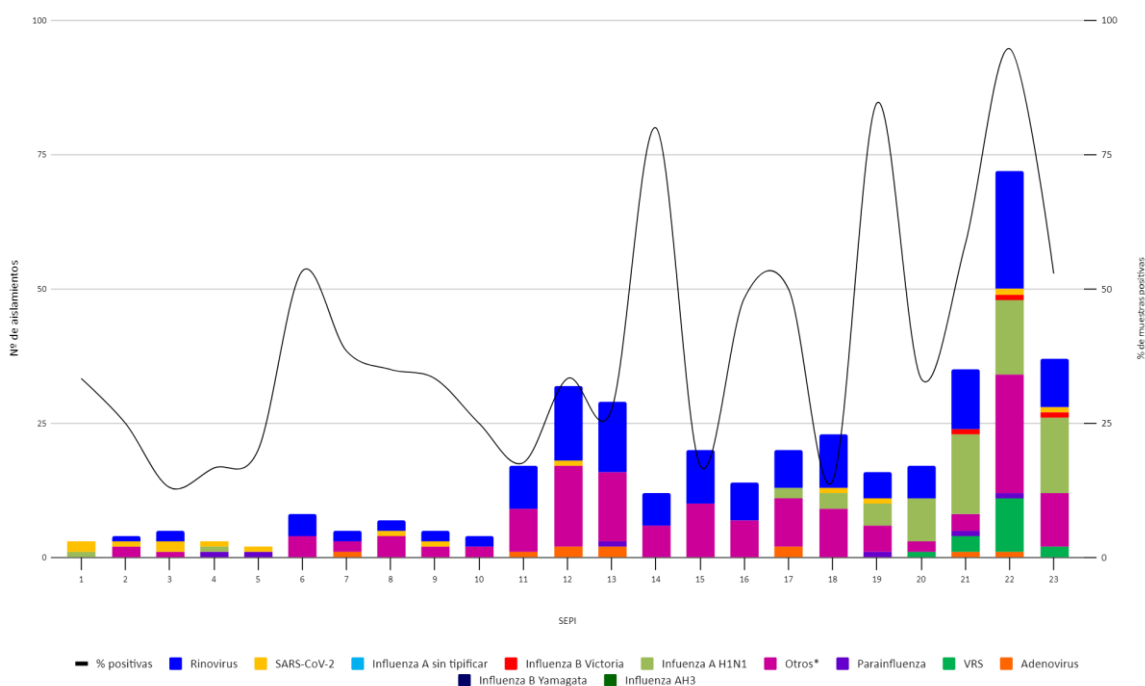
En el gráfico 11 se presenta la cantidad de aislamientos según el virus identificado en los casos de IRAG. La línea negra representa el porcentaje de positividad, definido como el total de muestras positivas para uno o más agentes sobre el total de muestras analizadas.

En las últimas semanas se observa un aumento paulatino de la detección de Influenza A(H1N1)pdm09, que en la región muestra una tendencia al aumento, sobre todo en casos de ETI. Tanto los casos de ETI como de IRAG están aumentando



en la región. Los casos de IRAG en la región se dan fundamentalmente a expensas de SARS-CoV-2 y VRS, aunque ambos se encuentran en disminución⁵.

Gráfico 14. Virus identificados en infecciones respiratorias agudas graves en centros centinelas y porcentaje de positividad de las muestras analizadas, hasta la semana epidemiológica 23. Uruguay 2025.



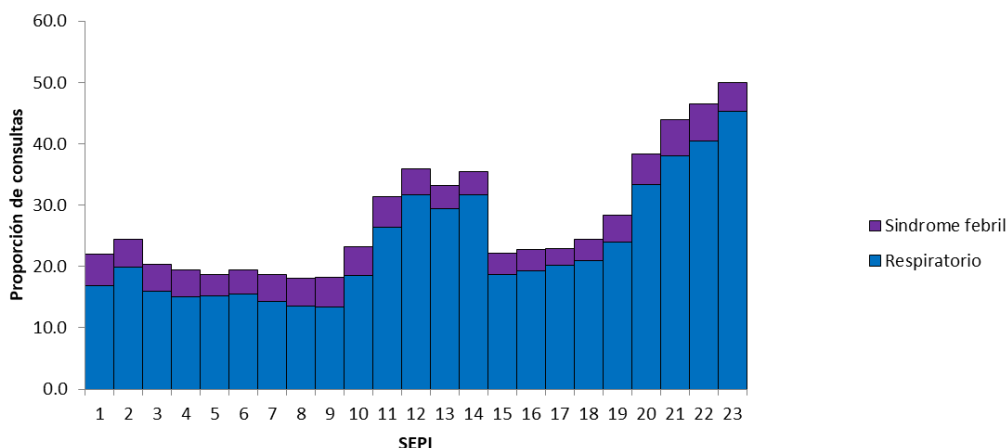
Otros incluye: Enterovirus, Coronavirus, Bocavirus, Metapneumovirus. Fuente: Departamento de Laboratorios de Salud Pública.

⁵ Organización Panamericana de la Salud. Situación de Influenza, SARS CoV-2, VRS y otros virus respiratorios - Región de las Américas. Semana epidemiológica 21. Disponible en: [Situación de Influenza, SARS CoV-2, VRS y otros virus respiratorios - Región de las Américas. Semana epidemiológica 21.](#)



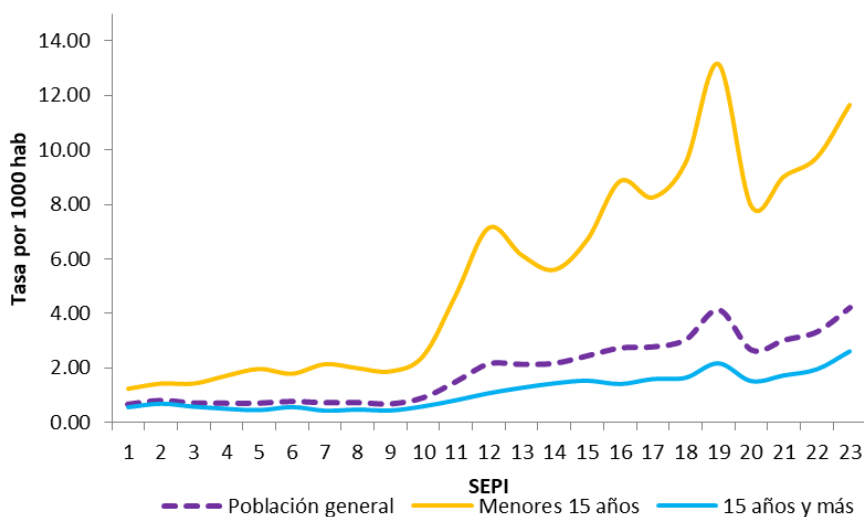
Monitoreo de consultas en emergencias móviles

Gráfico 15. Proporción de consultas en emergencias móviles por enfermedad respiratoria y síndrome febril hasta la semana epidemiológica 23. Uruguay, 2025.



Fuente: DEVISA.

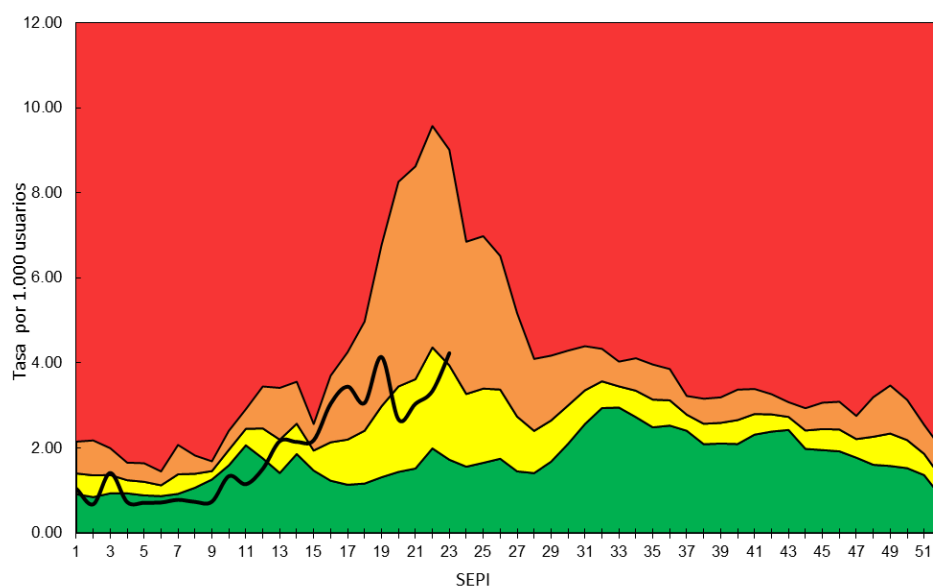
Gráfico 16. Tasa de consultas por infección respiratoria aguda en emergencias móviles hasta la semana epidemiológica 23. Uruguay, 2025.



Fuente: DEVISA.

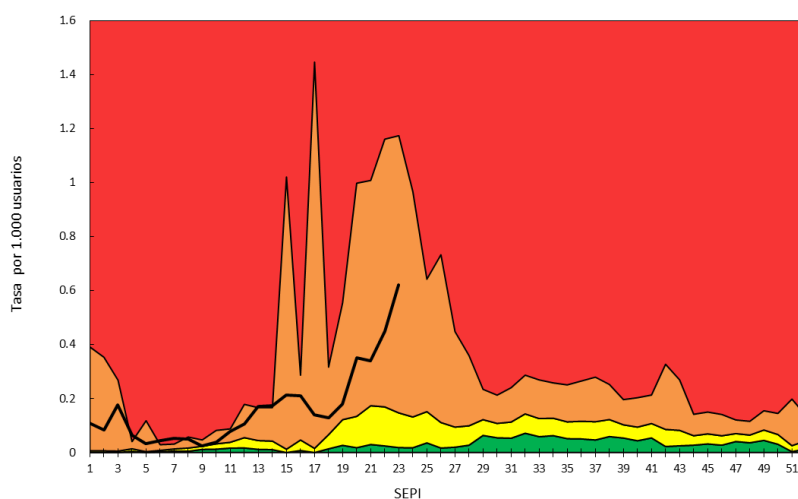


Gráfico 17. Corredor endémico de consultas por infección respiratoria aguda en emergencias móviles hasta la semana epidemiológica 23. Uruguay, 2025.



Fuente: DEVISA.

Gráfico 18. Corredor endémico de consultas por enfermedad tipo influenza en emergencias móviles hasta la semana epidemiológica 23. Uruguay, 2025.



Fuente: DEVISA.



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.⁶

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.

⁶Ministerio de Salud Pública. Informe anual - Infecciones asociadas a la atención en salud y de resistencia antimicrobiana. 2024. Disponible en: [Informe anual - Infecciones asociadas a la atención en salud y de resistencia antimicrobiana](#)



Brotes de IAAS

Tabla 21. Brotes en curso de microorganismos según mecanismo de resistencia, casos de infección y colonización. Año 2025, al 11 de junio.

Fecha de inicio	Microorganismo	Mecanismo de resistencia	Casos de infección*	Casos de colonización* *	Fecha de último caso (inf o col)
23/02/2025	<i>Enterococcus faecium</i>	ERV	1	10	06/05/2025
28/03/2025	<i>Enterococcus faecium</i>	ERV	2	5	14/05/2025
29/04/2025	<i>Enterobacter cloacae</i>	NDM	0	2	05/05/2025
22/02/2025	<i>Acinetobacter baumannii</i>	-	9	0	06/05/2025
02/05/2025	<i>Enterococcus faecium</i>	ERV	2	0	28/05/2025
03/05/2025	<i>Virus varicela zoster</i>	-	9	0	21/05/2025
03/01/2025	SAO-BGN***	-	9	0	26/05/2025

*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. *** ABA, AC-,KPN,KOX,ECO, PAE. ERV: Enterococo resistente a vancomicina. NDM: Nueva Delhi metalo-beta-lactamasa. Fuente: CIH-DEVISA.



Tabla 22. Distribución de brotes según fecha de finalización, microorganismo, mecanismo de resistencia, casos de infección y de colonización. Año 2025, al 11 de junio.

Fecha de finalizado	Fecha de inicio	Microorganismo	Mecanismo de resistencia	Casos de infección	Casos de colonización
13/03/2025	05/11/2024	<i>Enterobacter cloacae</i>	NDM	1	9
12/02/2025	26/11/2024	<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	-	5	0
05/03/2025	27/01/2024	<i>Klebsiella pneumoniae</i>	NDM	0	2
15/02/2025	07/01/2025	<i>Mycobacterium tuberculosis</i>	-	2	7
01/03/2025	01/02/2025	<i>Klebsiella oxytoca</i>	KPC	1	0
17/03/2025	05/02/2025	<i>Enterococcus faecium</i>	ERV	1	3
25/02/2025	31/01/2025	<i>Salmonella.sp</i>	-	14	0
18/03/2025	30/01/2025	<i>Citrobacter freundii</i>	-	1	4
12/05/2025	03/02/2025	<i>Staphylococcus aureus</i>	-	6	0
09/04/2025	09/03/2025	<i>Enterococcus sp</i>	ERV	1	0
21/04/2025	15/02/2025	<i>Klebsiella oxytoca y pneumoniae</i>	NDM	1	5
11/04/2025	02/04/2025	<i>Enterococcus sp</i>	NDM	0	2
07/05/2025	06/04/2025	<i>Enterococcus faecium</i>	-	2	0
14/05/2025	14/04/2025	<i>Serratia marcescens</i>	-	0	2

ERV: Enterococo resistente a vancomicina. KPC: Carbapenemasa de *Klebsiella pneumoniae*. NDM: Nueva Delhi metalo-beta-lactamasa. Fuente: CIH-DEVISA.



Ministerio
de Salud Pública

Dirección General
de la Salud

Área de epidemiología

