



**Ministerio
de Salud Pública**

Boletín epidemiológico

Semana epidemiológica 25 año 2025

15/06/2025 al 21/06/2025





CONTENIDO

Enfermedades y Eventos de Notificación Obligatoria	2
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
Parotiditis.....	22
Personas mordidas o con riesgo de exposición a virus rábico	25
Sarampión	26
Contexto regional.....	26
Sífilis.....	27
Tos convulsa.....	28
Varicela.....	29
Vigilancia de IRAG	32
Monitoreo de consultas en emergencias móviles.....	35
Infecciones asociadas a la atención a la salud	37
Brotes de IAAS.....	38



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

Evento	Nº casos		IA		Diferencia de tasas
	Mediana	2025	Mediana	2025	
Araneísmo	0	15	0.00	0.42	0.42
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	31	0.43	0.86	0.43
Difteria	0	0	0.00	0.00	0.00
Enfermedad meningocócica*	9	15	0.22	0.42	0.20
Enfermedad transmitida por alimentos	181	344	5.13	9.59	4.46
Fiebre amarilla	0	0	0.00	0.00	0.00
Hantaviriosis	8	3	0.22	0.08	-0.14
Meningitis aguda bacteriana**	23	22	0.66	0.61	-0.05
Meningitis/meningoencefalitis viral	24	17	0.68	0.47	-0.21
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	1293	2151	36.25	59.93	23.68
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	6	0.09	0.17	0.08
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 25. Uruguay, mediana de últimos 5 años (sin incluir pandémicos) vs 2025.

Evento	N° casos		IA		Diferencia de tasas
	Mediana	2025	Mediana	2025	
Brucelosis	1	1	0.03	0.03	0.00
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	7	8	0.20	0.22	0.02
Hepatitis B	202	96	5.68	2.67	-3.01
Hepatitis C	144	79	4.04	2.20	-1.84
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	37	35	1.04	0.98	-0.06
Malaria	5	2	0.14	0.06	-0.08
Parotiditis infecciosa	116	155	3.25	4.32	1.07
Sífilis	3075	2407	86.50	67.07	-19.43
Varicela	179	307	5.00	8.55	3.55

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 25).

Evento	Número de brotes	Número de personas afectadas
COVID-19	2	11
Dengue/Zika/Chikungunya	2	6
Enfermedad transmitida por alimentos*	17	206
Escabiosis	4	13
Escarlatina	14	51
GEA	21	383
IRA	14	274
Mano pie boca	40	401
Parotiditis infecciosa	3	6
Psitacosis	2	4
<i>S. pyogenes</i>	1	10
Varicela	31	112

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.

*Por revisión de calidad de datos, se ajustó el número de brotes y casos de ETA informados previamente.



Arbovirosis

Tabla 4. Número de casos confirmados e incidencia acumulada de dengue por departamento hasta la semana epidemiológica 25. 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	2	0.31	2	0.31	-10.27
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	170	12.28	249	17.99	2	0.14	18	1.30	20	1.44	-16.54
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	15	20.12	15	20.12	0	0.00	0	0.00	0	0.00	-20.12
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	413	11.54	1125	31.44	6	0.17	31	0.86	37	1.03	-30.41

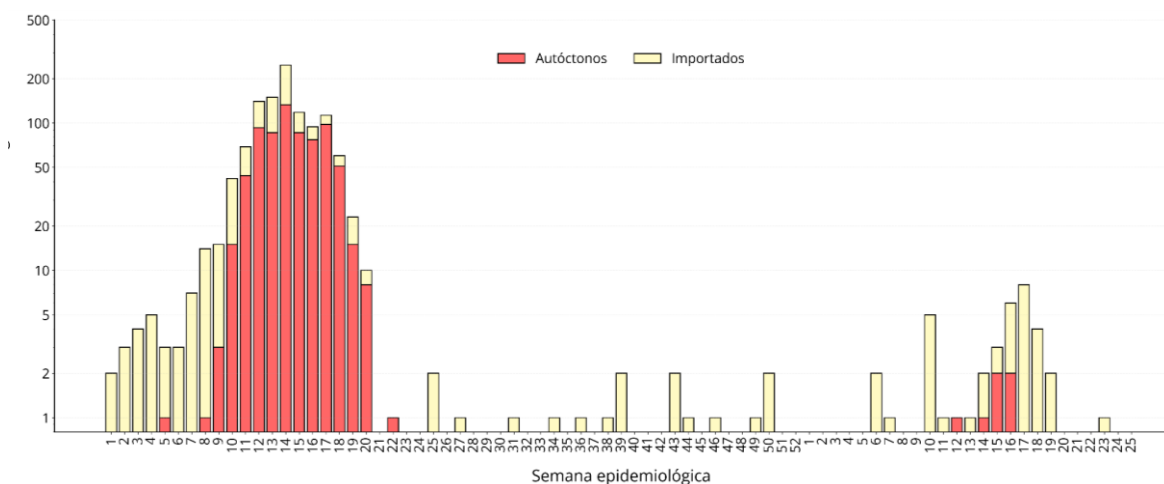
AV: antecedente de viaje. IA: incidencia acumulada x 100.000 habitantes. Fuente: sistema informático SG-DEVISA. Los datos se encuentran sujetos a modificaciones producto de la mejora de calidad del registro.

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 25, 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 densidad relativa del vector, con la finalidad de focalizar las acciones de control en

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](#).

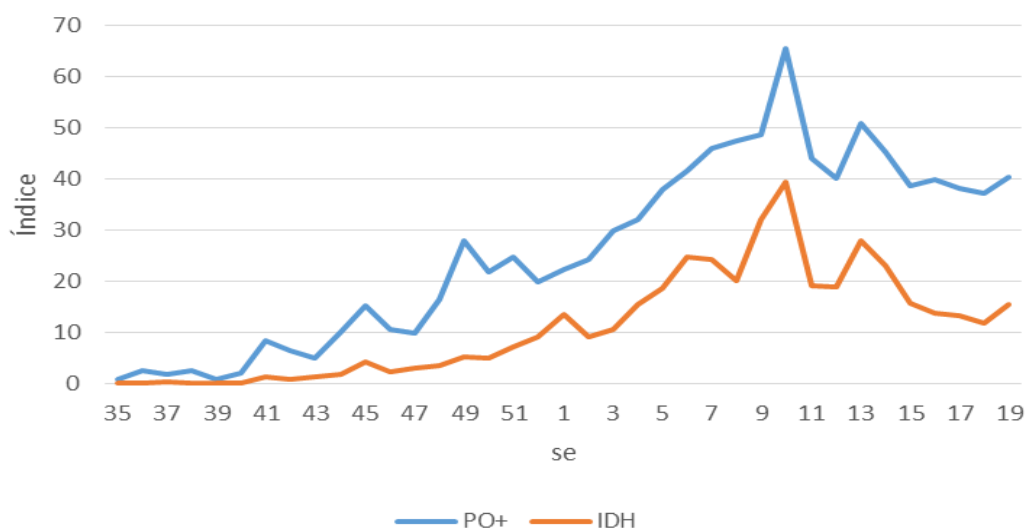


los puntos que presentan mayor riesgo en una localidad. El presente informe detalla la evolución de los índices de infestación en las localidades de referencia utilizando información recabada y analizada por la Unidad de Zoonosis y Vectores y las Direcciones Departamentales de Salud actualizada desde 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.

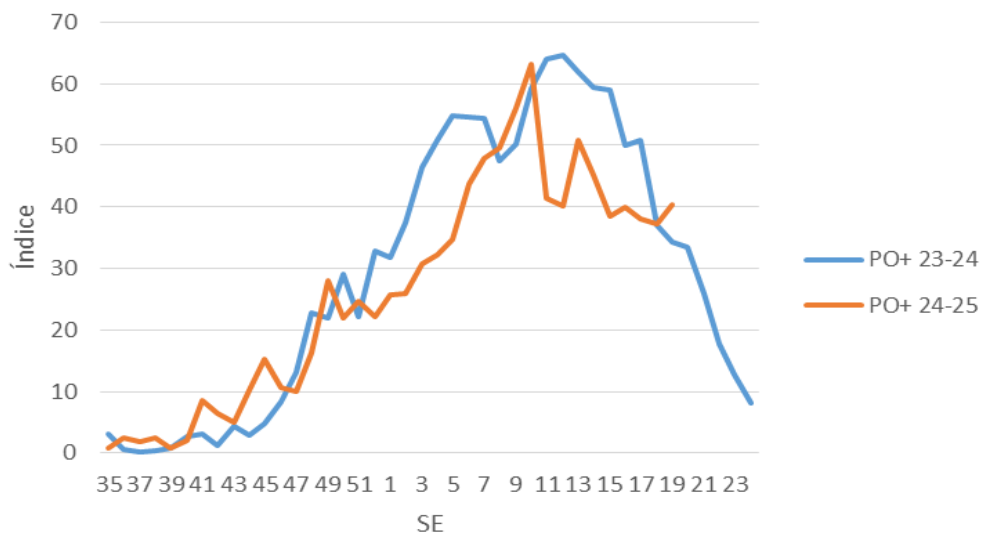


Gráfico 2. Evolución de los índices entomológicos a nivel nacional (media aritmética de todos los sitios). De la SE 35 del 2024 a la 19 de 2025, Uruguay.



Fuente: Unidad de Zoonosis y Vectores.

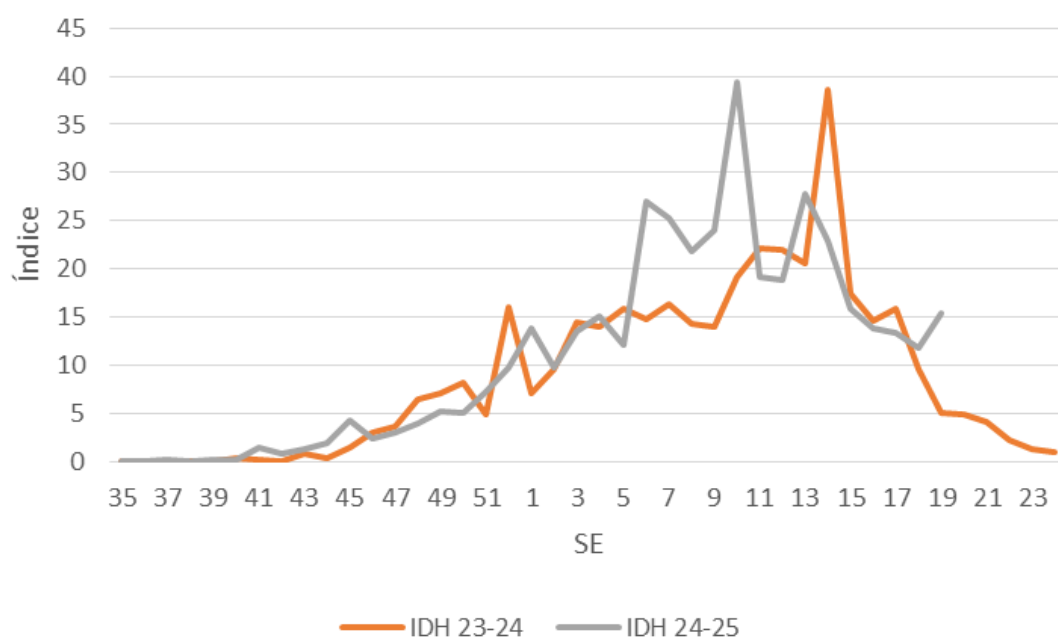
Gráfico 3. Evolución del índice PO+ medio. Uruguay, temporadas 2023-2024 y 2024-2025.





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 25 se han notificado 344 casos de ETA, de los cuales 206 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 25 de 2025 Uruguay, 2025.

Departamento	Número de brotes	Número de personas afectadas
Canelones	1	2
Flores	1	4
Maldonado	5	47
Montevideo	10	153
Total	17	206

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 25 presentan un promedio de edad de 30 años. El 45% 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 25. 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	3	0	0.22	0.00	-0.22	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	8	3	0.22	0.08	-0.14	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 25, 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 25. 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	5	6	0.36	0.43	0.07
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	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	7	8	0.20	0.22	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.

En 2025, hasta la SE 25, los casos de hepatitis A registrados corresponden a adultos de entre 19 y 70 años de edad: seis 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 25. Uruguay, 2024-2025.

Departamento	Casos 2024	Casos 2025	IA 2024	IA 2025	Diferencia IA
Artigas	1	1	1.37	1.37	0.01
Canelones	10	11	1.58	1.72	0.14
Cerro Largo	1	1	1.12	1.12	0.00
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	4	3.44	6.90	3.46
Maldonado	8	11	3.91	5.32	1.41
Montevideo	75	53	5.42	3.83	-1.59
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	4	1.34	5.36	4.02
Salto	3	2	2.22	1.47	-0.74
San José	0	1	0.00	0.82	0.82
Soriano	0	0	0.00	0.00	0.00
Tacuarembó	0	0	0.00	0.00	0.00
Treinta y Tres	0	2	0.00	3.96	3.96
Total	104	96	2.91	2.67	-0.23

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

En 2025, hasta la SE 25, los casos de hepatitis B registrados corresponden a adultos de entre 18 y 87 años de edad, con un promedio de 45,2 años. El 53,1 % de los casos corresponde a mujeres y el 46,9 % a hombres. 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 25. Uruguay, 2024-2025.

Departamento	Casos 2024	Casos 2025	IA 2024	IA 2025	Diferencia IA
Artigas	1	1	1.37	1.37	0.01
Canelones	14	5	2.21	0.78	-1.43
Cerro Largo	1	0	1.12	0.00	-1.12
Colonia	2	0	1.50	0.00	-1.50
Durazno	0	0	0.00	0.00	0.00
Flores	0	0	0.00	0.00	0.00
Florida	1	0	1.44	0.00	-1.44
Lavalleja	4	1	6.88	1.72	-5.16
Maldonado	13	5	6.36	2.42	-3.94
Montevideo	84	56	6.07	4.05	-2.02
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	4	1.98	7.93	5.95
Total	135	79	3.77	2.20	-1.57

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 25, los casos de hepatitis C registrados corresponden a adultos de entre 18 y 84 años de edad, con un promedio de 47,2 años. El 59,5% son de sexo masculino.



Leptospirosis

Tabla 10. Número de casos confirmados, número de fallecidos e incidencia acumulada hasta la semana epidemiológica 25 por departamento. Uruguay, 2024-2025.

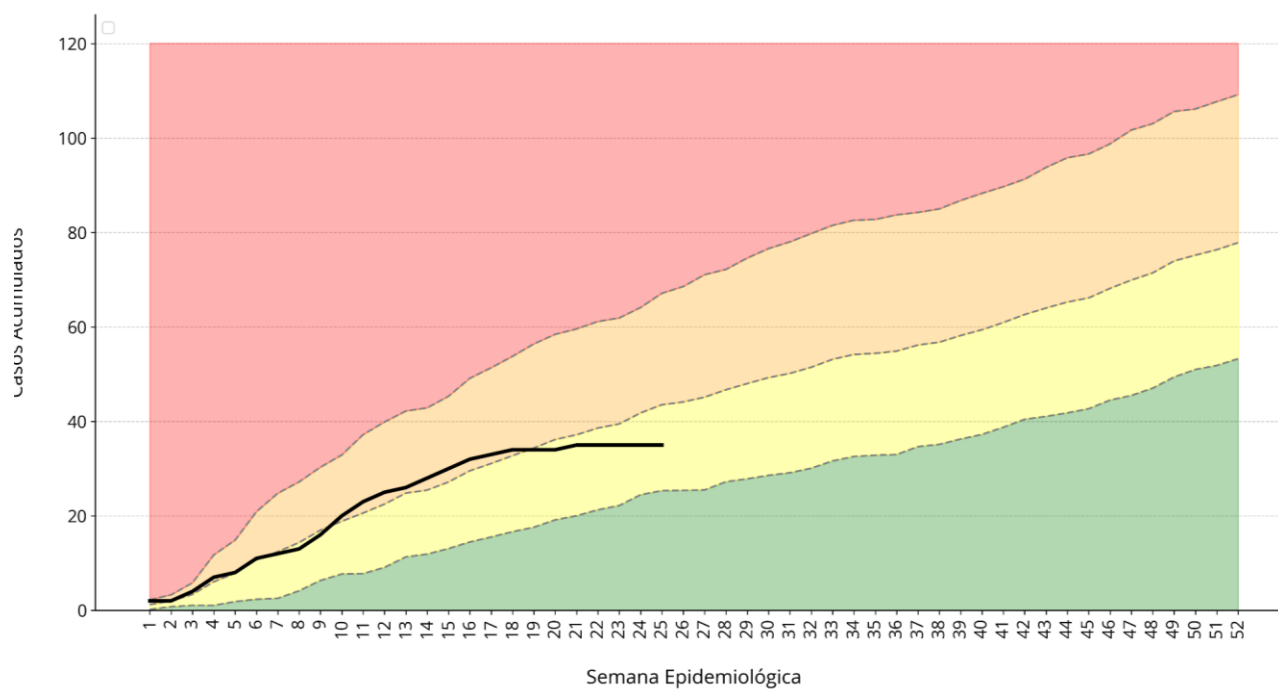
Departamento	Casos 2024	Casos 2025	IA 2024	IA 2025	Diferencia IA	Fallecidos 2024	Fallecidos 2025
Artigas	1	0	1.37	0.00	-1.37	0	0
Canelones	4	3	0.63	0.47	-0.16	0	0
Cerro Largo	4	0	4.46	0.00	-4.46	1	0
Colonia	7	7	5.27	5.25	-0.02	0	0
Durazno	1	1	1.70	1.70	0.00	0	0
Flores	2	0	7.56	0.00	-7.56	0	0
Florida	5	0	7.21	0.00	-7.21	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	14	1	1.01	0.07	-0.94	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	4	6	3.28	4.89	1.61	0	0
Soriano	2	2	2.40	2.41	0.00	0	0
Tacuarembó	2	0	2.16	0.00	-2.16	0	0
Treinta y Tres	1	3	1.98	5.95	3.97	0	0
Total	55	35	1.54	0.98	-0.56	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 25, los casos de leptospirosis registrados presentan un promedio de edad de 40,3 años, con un rango de entre 14 y 63 años. El 94,3 % 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 25. Uruguay, 2024-2025.

Evento		Nº casos		IA		Nº fallecidos		Diferencia IA
		2024	2025	2024	2025	2024	2025	
Meningitis y enfermedad meningocócica		27	15	0.75	0.42	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>	17	7	0.48	0.20	6	2	-0.28
	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	0	0.08
	Otro microorganismo identificado (no incluye <i>N. meningitidis</i>)	5	4	0.14	0.11	2	1	-0.03
Meningitis y meningoencefalitis virales	Enterovirus	12	3	0.34	0.08	0	0	-0.25
	Herpes simplex 1 y 2	5	2	0.14	0.06	1	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	5	2	0.14	0.06	0	0	-0.08

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	3	1.69	1	33.33
De 5 a 14 años	2	0.44	0	0.00
De 15 a 64 años	8	0.34	0	0.00
De 65 años y más	1	0.18	1	100
Total	15	0.42	2	13.33

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	2*
De 5 a 14 años	1	0	0	1
De 15 a 64 años	1	4	1	2
De 65 años y más	0	0	1	0
Total	3	4	2	6

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

*Una muestra se encuentra en proceso de tipificación.



Parotiditis

Tabla 14. Número de casos e incidencia acumulada de parotiditis infecciosa por rango etario hasta la semana epidemiológica 25. 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	45	38	25.17	21.35	-3.82
De 5 a 9 años	88	48	38.72	21.20	-17.52
De 10 a 14 años	76	20	32.81	8.68	-24.13
De 15 a 19 años	17	3	7.11	1.27	-5.84
De 20 a 24 años	7	5	2.74	1.98	-0.76
De 25 a 29 años	7	4	2.59	1.49	-1.10
De 30 a 34 años	10	8	3.90	3.08	-0.82
De 35 a 39 años	5	2	2.05	0.81	-1.24
De 40 a 44 años	9	6	3.82	2.55	-1.27
De 45 a 49 años	6	6	2.52	2.51	-0.01
De 50 a 54 años	6	1	2.79	0.46	-2.33
De 55 a 59 años	9	2	4.59	1.01	-3.58
De 60 a 64 años	3	2	1.56	1.04	-0.52
De 65 a 69 años	6	4	3.55	2.33	-1.22
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	301	155	8.41	4.32	-4.09

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 15. Número de casos e incidencia acumulada de parotiditis infecciosa por departamento hasta la semana epidemiológica 25. Uruguay, 2024-2025.

Departamento	Casos 2024	Casos 2025	IA 2024	IA 2025	Diferencia IA
Artigas	3	1	4.11	1.37	-2.73
Canelones	27	10	4.27	1.56	-2.70
Cerro Largo	3	5	3.35	5.58	2.23
Colonia	46	6	34.61	4.50	-30.11
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	2	1	3.44	1.72	-1.72
Maldonado	4	3	1.96	1.45	-0.51
Montevideo	88	60	6.36	4.33	-2.02
Paysandú	14	15	11.60	12.41	0.81
Río Negro	2	1	3.39	1.69	-1.70
Rivera	0	1	0.00	0.91	0.91
Rocha	0	3	0.00	4.02	4.02
Salto	60	29	44.35	21.38	-22.97
San José	9	3	7.39	2.45	-4.94
Soriano	17	9	20.42	10.83	-9.59
Tacuarembó	2	4	2.16	4.32	2.16
Treinta y Tres	0	1	0.00	1.98	1.98
Total	301	155	8.41	4.32	-4.09

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.

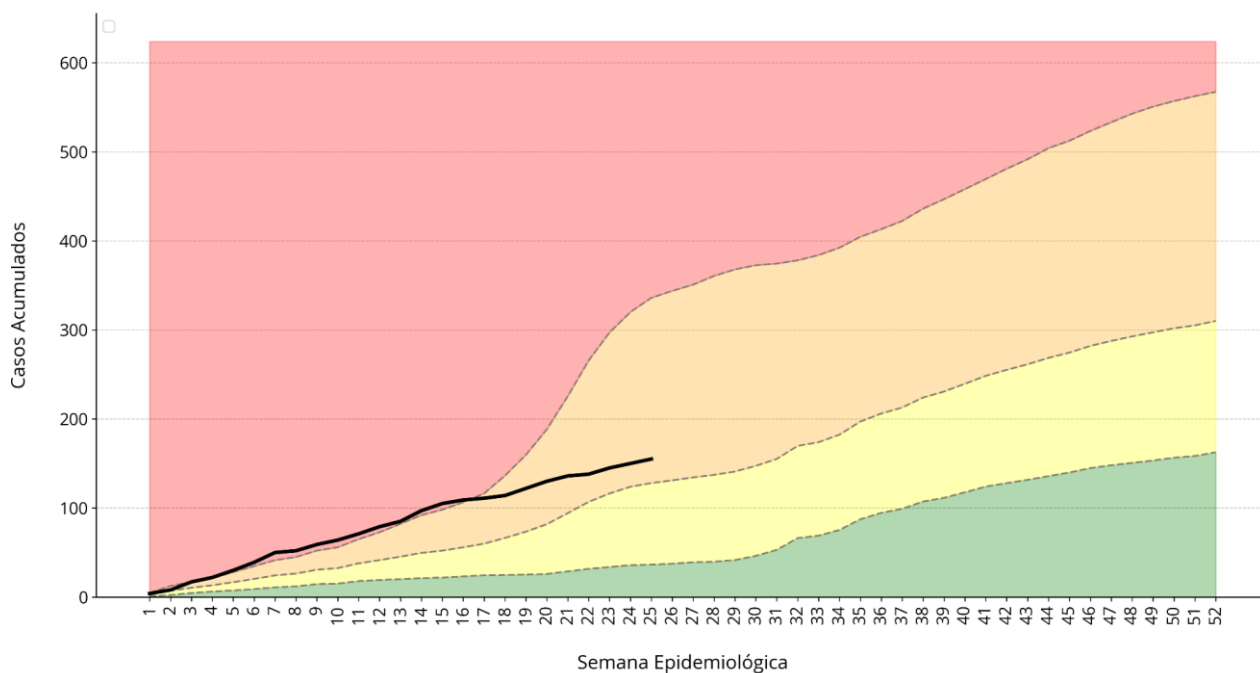
El análisis de los casos de parotiditis muestra una disminución en la incidencia acumulada a la SE 25 al comparar entre 2024 y 2025, aunque dicha tasa se encuentra aumentada con respecto a la mediana de los últimos 5 años (sin incluir pandémicos). La mayor disminución se encuentra en el rango etario 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 25, 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 25. Uruguay, 2025.

Departamento	Perro	Murciélago	Gato	Otro	Total
Artigas	15	2	0	0	17
Canelones	226	4	19	2	251
Cerro Largo	27	0	7	0	34
Colonia	127	0	10	0	137
Durazno	27	0	3	2	32
Flores	24	0	1	0	25
Florida	7	0	0	0	7
Lavalleja	45	0	3	0	48
Maldonado	91	4	10	2	107
Montevideo	552	17	40	3	612
Paysandú	142	2	13	0	157
Río Negro	27	0	0	0	27
Rivera	146	1	14	0	161
Rocha	17	1	0	0	18
Salto	211	0	20	0	231
San José	73	2	5	0	80
Soriano	52	0	3	0	55
Tacuarembó	141	0	3	0	144
Treinta y Tres	8	0	0	0	8
Total	1958	33	151	9	2151

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

En 694 casos se realizó recomendación de vacuna antirrábica y en 41 de esos casos también la administración de inmunoglobulina en cumplimiento de las indicaciones del [protocolo de manejo de personas mordidas o con exposición a virus rábico](#) .



Sarampión: continúa alerta de sarampión para la región

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](#).



El 25 de junio el gobierno Bolivariano declaró la emergencia sanitaria Nacional ante la epidemia de sarampión.

Se recuerda al equipo de salud:

A nivel regional se registran brotes activos de sarampión en Argentina, Belice, Bolivia, Brasil, Canadá, México, Estados Unidos, y Bolivia, habiéndose reportado hasta el momento 7241 casos y 9 fallecidos.

El sarampión es una enfermedad de notificación obligatoria.

Definiciones de caso

- **Caso sospechoso:** toda persona que presenta fiebre y exantema máculo-papular, acompañado 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.
- 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 dos 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 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 ⁵

- Precauciones estándares con énfasis en la higiene de manos y uso de Equipo Protección Personal (EPP).
- Colocación del paciente en habitación individual de preferencia con presión negativa, manteniendo la puerta cerrada.
- Señalizar la habitación con identificación de precauciones aéreas.⁶
- Educar al paciente en la implementación de medidas de higiene respiratoria.

⁵ CDC. Control de infecciones en el personal sanitario: epidemiología y control de infecciones seleccionadas. Disponible en: <https://www.cdc.gov/infection-control/hcp/healthcare-personnel-epidemiologycontrol/measles.html>

⁶ MSP. Cartillas de aislamiento. <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/implementacion-medidas-aislamiento>



■

- 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 mascará 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.
- 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.
- 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 última exposición

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 de las precauciones

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 la enfermedad debido a la diseminación prolongada del virus en estos individuos la necesidad de que todas las personas tengan su esquema de vacunación vigente.

Medidas de prevención

Medidas de prevención 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 hasta el día 21 después de su última exposición.
- En personas que no puedan acreditar haber recibido 2 dosis de vacuna con componente antisarampión 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 menores de 12 meses, 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 personas con alergia al huevo, embarazadas e inmunodeprimidos.



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 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 hasta la semana epidemiológica actual de sífilis por departamento hasta la semana epidemiológica 25. Uruguay, 2024-2025.

Departamento	Casos 2024	Casos 2025	IA 2024	IA 2025	Diferencia IA
Artigas	89	30	121.86	41.23	-80.63
Canelones	249	222	39.34	34.68	-4.66
Cerro Largo	25	19	27.88	21.19	-6.69
Colonia	93	101	69.97	75.78	5.80
Durazno	90	44	152.70	74.66	-78.04
Flores	23	16	86.94	60.49	-26.45
Florida	40	32	57.70	46.16	-11.54
Lavalleja	72	108	123.83	186.17	62.33
Maldonado	587	307	287.01	148.44	-138.57
Montevideo	1390	947	100.41	68.41	-32.00
Paysandú	194	124	160.71	102.58	-58.13
Río Negro	25	10	42.32	16.88	-25.44
Rivera	76	60	69.20	54.55	-14.65
Rocha	63	45	84.51	60.30	-24.21
Salto	225	77	166.32	56.78	-109.54
San José	65	66	53.36	53.79	0.44
Soriano	94	80	112.90	96.22	-16.68
Tacuarembó	66	98	71.21	105.81	34.59
Treinta y Tres	23	21	45.59	41.63	-3.96
Total	3489	2407	97.52	67.07	-30.45

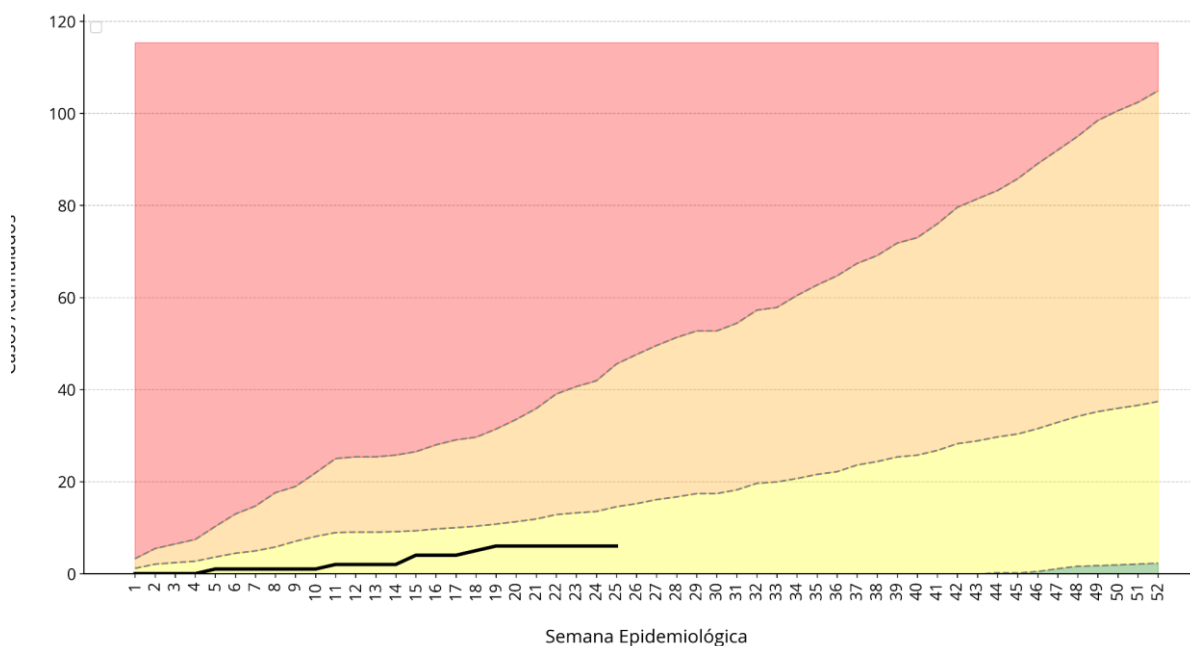
IA: incidencia acumulada x 100.000 habitantes. Fuente: SG-DEVISA. Los datos se encuentran sujetos a modificaciones producto de la mejora de calidad del registro.



Tos convulsa

En el año 2024, hasta la semana epidemiológica 25 no se habían registrado casos de tos convulsa. En 2025 se registraron seis casos: tres en el departamento de Montevideo, dos correspondientes lactantes de sexo femenino de 2 meses y 3 meses, respectivamente y un caso de una mujer de 35 años. 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

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-zóster (VVZ), miembro de la familia de los herpesvirus, siendo el humano su 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.

Tabla 18. Número de casos e incidencia acumulada de varicela por rango etario hasta la semana epidemiológica 25. Uruguay, 2024-2025.

Rango etario	Casos 2024	Casos 2025	IA 2024	IA 2025	Diferencia IA
Menor de 1 año	5	10	11.30	22.72	11.42
De 1 a 4 años	20	29	11.19	16.29	5.11
De 5 a 9 años	15	13	6.60	5.74	-0.86
De 10 a 14 años	18	31	7.77	13.45	5.68
De 15 a 19 años	65	74	27.18	31.26	4.08
De 20 a 24 años	14	52	5.47	20.58	15.11
De 25 a 29 años	7	45	2.59	16.80	14.21
De 30 a 34 años	10	22	3.90	8.46	4.56
De 35 a 39 años	12	5	4.91	2.02	-2.88
De 40 a 44 años	4	5	1.70	2.13	0.43
De 45 a 49 años	1	3	0.42	1.25	0.83
De 50 a 54 años	2	8	0.93	3.66	2.73
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	4	0.40	1.58	1.18
Total	179	307	4.84	7.69	2.86

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



Tabla 19 Número de notificaciones e incidencia acumulada de notificaciones de varicela por departamento hasta la semana epidemiológica 25. Uruguay, 2024-2025.

Departamento	Casos 2024	Casos 2025	IA 2024	IA 2025	Diferencia IA
Artigas	0	2	0.00	2.75	2.75
Canelones	18	37	2.84	5.78	2.94
Cerro Largo	2	1	2.23	1.12	-1.12
Colonia	14	13	10.53	9.75	-0.78
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	9	1.72	15.51	13.79
Maldonado	8	11	3.91	5.32	1.41
Montevideo	56	150	4.05	10.84	6.79
Paysandú	7	27	5.80	22.33	16.54
Río Negro	0	10	0.00	16.88	16.88
Rivera	2	4	1.82	3.64	1.82
Rocha	2	3	2.68	4.02	1.34
Salto	45	18	33.26	13.27	-19.99
San José	7	9	5.75	7.34	1.59
Soriano	7	9	8.41	10.83	2.42
Tacuarembó	2	2	2.16	2.16	0.00
Treinta y Tres	0	0	0.00	0.00	0.00
Total	179	307	5.00	8.55	3.55

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.

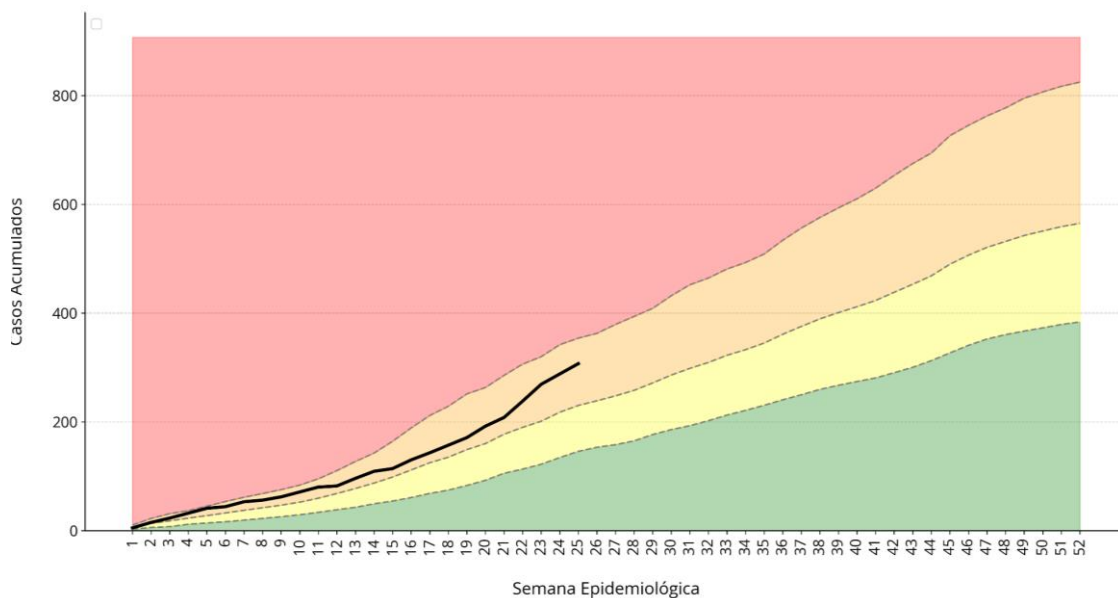
El análisis de los casos de varicela muestra un incremento en la incidencia acumulada a la SE 25 entre 2024 y 2025. Este aumento se observa principalmente en los grupos de 20 a 29 años, de 10 a 19 y en los menores de 5 años.



Hasta la semana 25 se registraron 31 brotes con un total de 112 casos. De estos brotes, 18 fueron intrafamiliares, 7 en establecimientos educativos y los seis restantes en otras instituciones. No se identificaron casos graves, ni fallecimientos por esta causa.

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

Gráfico 8. Corredor endémico varicela. Uruguay, 2025.



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: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/manual-nacional-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: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/protocolo-para-profilaxis-post-exposicion-frente-virus-varicela-zoster>
- Vacunación de bloqueo ante casos identificados en instituciones de salud.
- Vacunación de bloqueo en brotes (según evaluación de riesgo de Epidemiología del MSP).

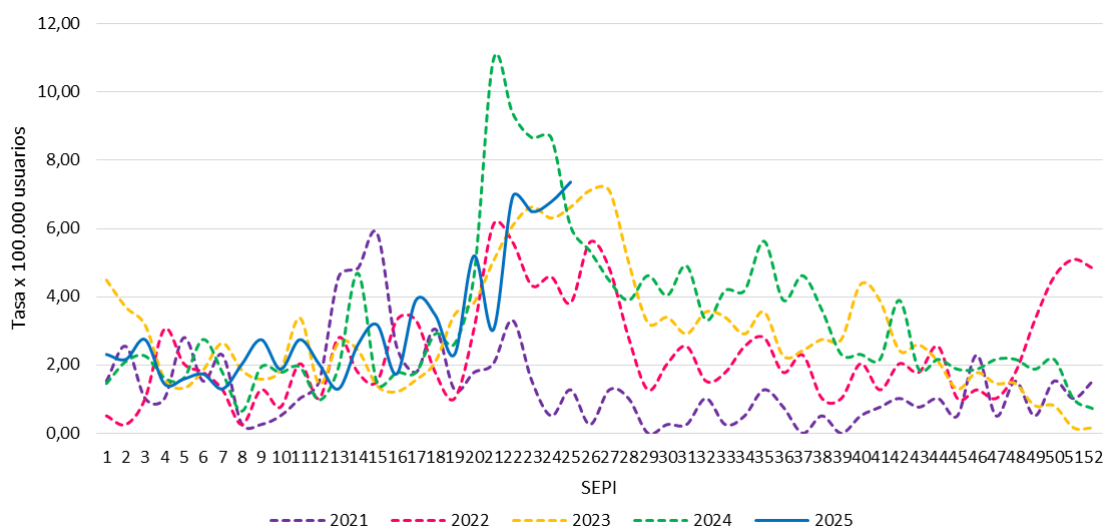


Infecciones respiratorias

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

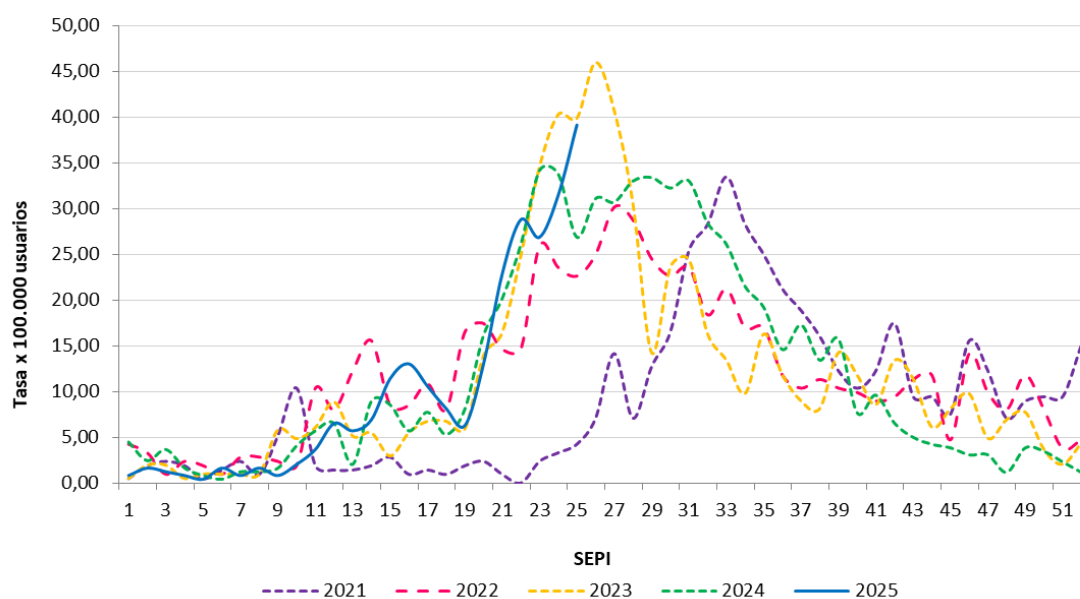
Gráfico 9. Incidencia acumulada en personas de 15 años y más internada por infecciones respiratorias agudas graves en centros centinela por semana epidemiológica. Uruguay, 2021 - 2025.



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 - 2025.



Fuente: Sistema de Infecciones Hospitalarias.

Hasta la SE 25 de 2025, la incidencia acumulada de IRAG presenta una distribución similar a la observada en años anteriores.

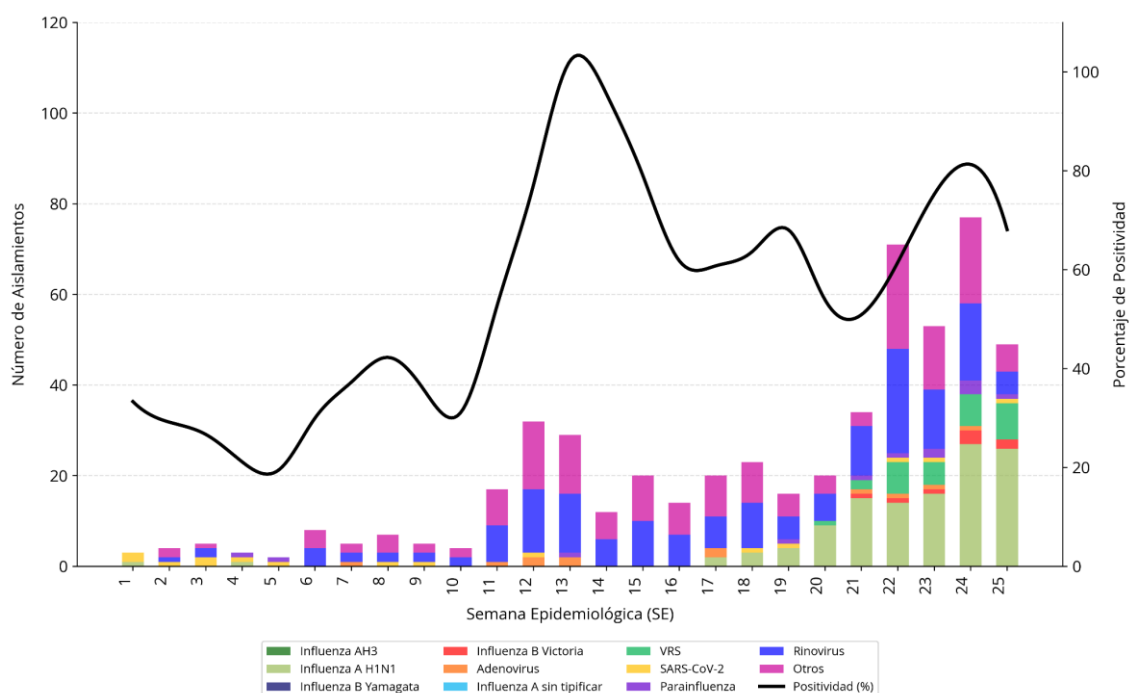
En el gráfico 11 se presenta la cantidad de aislamientos según el virus identificado en los casos de IRAG. La línea negra representa el porcentaje de positividad, definido como el total de muestras positivas para uno o más agentes sobre el total de muestras analizadas.

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 disminución⁷.

Gráfico 11. Virus identificados en infecciones respiratorias agudas graves en centros centinelas y porcentaje de positividad de las muestras analizadas, hasta la semana epidemiológica 25. Uruguay 2025.



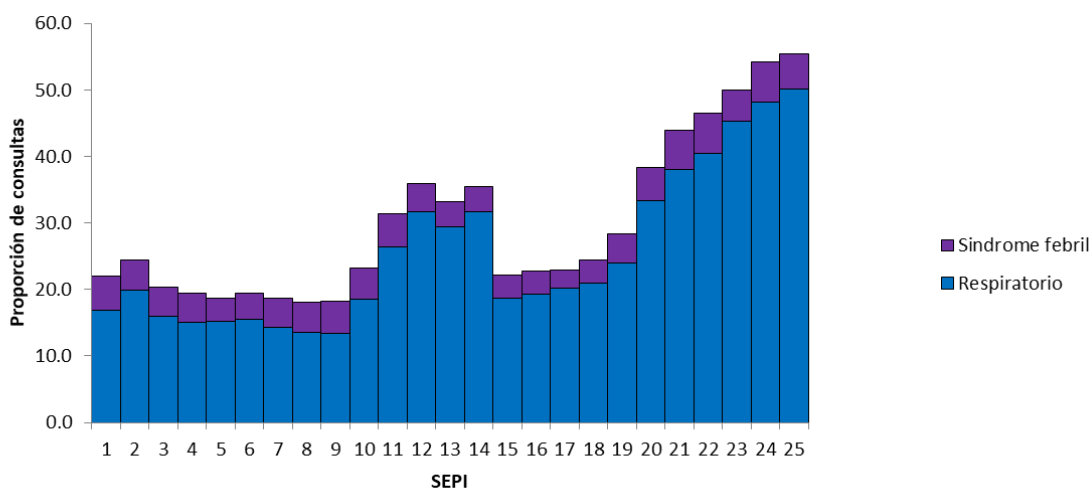
Otros incluye: Enterovirus, Coronavirus, Bocavirus, Metapneumovirus. Fuente: Departamento de Laboratorios de Salud Pública.

⁷ 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.](#)



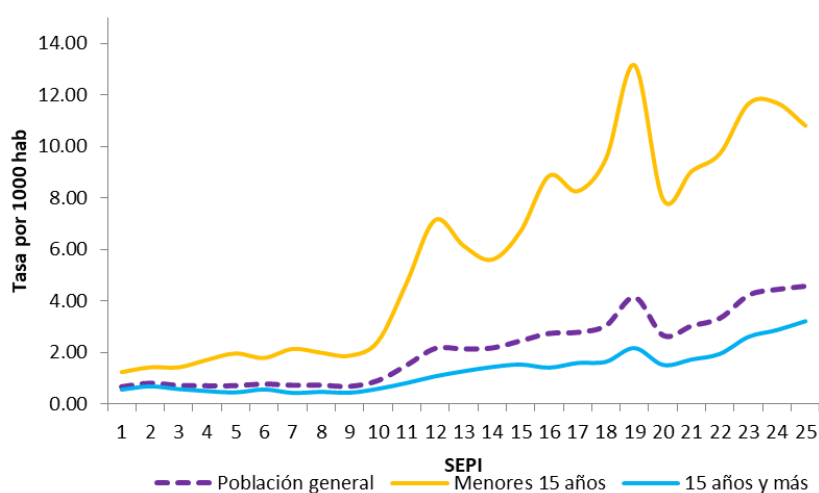
Monitoreo de consultas en emergencias móviles

Gráfico 12. Proporción de consultas en emergencias móviles por enfermedad respiratoria y síndrome febril hasta la semana epidemiológica 25. Uruguay, 2025.



Fuente: DEVISA.

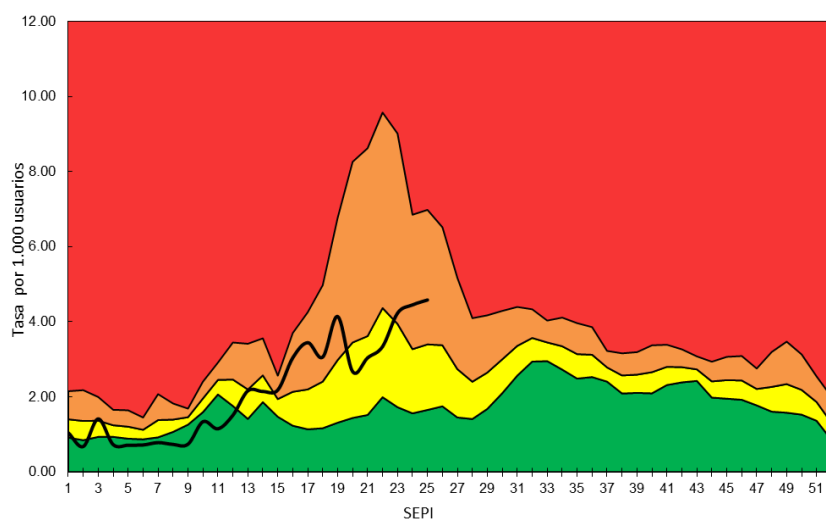
Gráfico 13. Tasa de consultas por infección respiratoria aguda en emergencias móviles hasta la semana epidemiológica 25. Uruguay, 2025.



Fuente: DEVISA.



Gráfico 14. Corredor endémico de consultas por infección respiratoria aguda en emergencias móviles hasta la semana epidemiológica 25. 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.⁸

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.

⁸Ministerio 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 20. Brotes en curso de microorganismos según mecanismo de resistencia, casos de infección y colonización. Año 2025, al 18 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
03/01/2025	SAU-BGN3	-	9	0	26/05/2025
27/05/2025	<i>Enterococcus faecium</i>	ERV	1	2	03/06/2025
09/06/2025	<i>Clostridioides difficile</i>	-	0	2	09/06/2025
16/06/2025	<i>Virus paperae</i>	-	2	0	17/06/2025
20/03/2025	<i>Serratia marcescens</i>	-	4	0	14/06/2025

*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 21. Distribución de brotes según fecha de finalización, microorganismo, mecanismo de resistencia, casos de infección y de colonización. Año 2025, al 18 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</i> y <i>pneumoniae</i>	NDM	1	5
28/03/2025	16/06/2025	<i>Enterococcus faecium</i>	ERV	2	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
29/04/2025	06/06/2025	<i>Enterobacter cloacae</i>	NDM	0	2
22/02/2025	10/06/2025	<i>Acinetobacter baumannii</i>	-	9	0
02/05/2025	19/06/2025	<i>Enterococcus faecium</i>	ERV	2	0
03/05/2025	11/06/2025	<i>Virus varicela zoster</i>	-	9	0

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

