



**Ministerio  
de Salud Pública**

# **Boletín epidemiológico**

**Semana epidemiológica 29 año 2025**

**13/07/2025 al 19/07/2025**





## CONTENIDO

<b>Enfermedades y Eventos de Notificación Obligatoria .....</b>	<b>3</b>
Vías de notificación.....	4
Resumen de eventos.....	5
Brotos .....	7
Enfermedades transmitidas por alimentos .....	8
Hantaviriosis.....	9
Hepatitis A .....	10
Hepatitis B .....	11
Hepatitis C .....	12
Leptospirosis .....	13
Meningitis, meningoencefalitis y enfermedad meningocócica .....	15
Meningitis y enfermedad meningocócica.....	16
Meningitis por neumococo .....	21
Parotiditis.....	23
Personas mordidas o con riesgo de exposición a virus rábico .....	26
Sarampión .....	27
Contexto global y regional .....	27
Vigilancia de sarampión .....	29
Recomendaciones para el equipo de salud .....	32
Medidas de prevención .....	34
Vacunación contra el sarampión .....	35
Recomendaciones para viajeros.....	36
Sífilis .....	37
Tos convulsa .....	38
Varicela .....	41
Conceptos generales de la enfermedad.....	44
Recomendaciones generales .....	46
<b>Infecciones respiratorias .....</b>	<b>48</b>
Vigilancia de IRAG .....	49
Monitoreo de consultas en emergencias móviles .....	52
<b>Infecciones asociadas a la atención a la salud .....</b>	<b>54</b>
Brotos de IAAS .....	55



## **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](mailto: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](mailto: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 29. 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	0.45	0.86	0.41
Difteria	0	0	0.00	0.00	0.00
Enfermedad meningocócica*	12	15	0.34	0.42	0.08
Enfermedad transmitida por alimentos	191	352	5.45	9.81	4.36
Fiebre amarilla	0	0	0.00	0.00	0.00
Hantaviriosis	9	5	0.25	0.14	-0.11
Meningitis aguda bacteriana**	30	31	0.86	0.86	0.00
Meningitis/meningoencefalitis viral	28	21	0.80	0.59	-0.21
M-pox	0	0	0.00	0.00	0.00
Ofidismo	1	22	0.03	0.61	0.58
Oropuche***	0	3	0.00	0.08	0.08
Personas mordidas o con riesgo de exposición a virus rábico	1468	2495	41.16	69.52	28.36
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	5	8	0.14	0.22	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.

<sup>1</sup> 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 29. Uruguay, mediana de últimos 5 años (sin incluir pandémicos) vs 2025.

Evento	Nº 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	8	9	0.23	0.25	0.02
Hepatitis B	233	91	6.55	2.54	-4.01
Hepatitis C	160	98	4.49	2.73	-1.76
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	40	38	1.13	1.06	-0.07
Malaria	9	2	0.26	0.06	-0.20
Parotiditis infecciosa	125	173	3.50	4.82	1.32
Sífilis	3591	2723	101.02	75.87	-25.15
Varicela	195	338	5.45	9.42	3.97

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 la semana epidemiológica 29).

Evento	Número de brotes	Número de personas afectadas
COVID-19	2	11
Dengue/Zika/Chikungunya	2	6
Enfermedad transmitida por alimentos	19	220
Escabiosis	4	13
Escarlatina	16	61
GEA	22	397
Influenza A	1	6
IRA	16	281
Mano pie boca	40	413
Oxiuriasis	1	2
Parotiditis infecciosa	3	6
Psitacosis	2	4
<i>S. pyogenes</i>	1	10
Varicela	35	123

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.



## Enfermedades transmitidas por alimentos

Hasta la SE 29 se han notificado 352 casos de ETA, de los cuales 220 corresponden a brotes y se detallan en la tabla 4.

**Tabla 4.** Número de brotes y personas afectadas por enfermedad transmitida por alimentos por departamento de la SE 1 a la 29. Uruguay, 2025.

Departamento	Número de brotes	Número de personas afectadas
Canelones	1	2
Flores	1	4
Maldonado	5	47
Montevideo	11	157
Rivera	1	10
Total	19	220

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 29 presentan un promedio de edad de 32,1 años. El 52,1% de los casos corresponden al sexo masculino.



## Hantavirus

**Tabla 5.** Número de casos confirmados, número de fallecidos e incidencia acumulada de hantavirus por departamento hasta la semana epidemiológica 29. 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	1	0	0.83	0.00	-0.83	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	1	0.00	1.34	1.34	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	2	0.00	2.41	2.41	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	9	5	0.25	0.14	-0.11	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 29, los casos de hantavirus registrados corresponden a adultos de entre 40 y 75 años de edad: cuatro hombres y una mujer. Tres de los casos requirieron internación en CTI y uno de ellos falleció.



## Hepatitis A

**Tabla 6.** Número de casos notificados e incidencia acumulada de hepatitis A por departamento a la semana epidemiológica 29. Uruguay, 2024-2025.

Departamento	Casos 2024	Casos 2025	IA 2024	IA 2025	Diferencia IA
Artigas	0	0	0.00	0.00	0.00
Canelones	3	1	0.47	0.16	-0.32
Cerro Largo	0	0	0.00	0.00	0.00
Colonia	0	0	0.00	0.00	0.00
Durazno	0	0	0.00	0.00	0.00
Flores	0	0	0.00	0.00	0.00
Florida	0	0	0.00	0.00	0.00
Lavalleja	0	0	0.00	0.00	0.00
Maldonado	0	0	0.00	0.00	0.00
Montevideo	8	6	0.58	0.43	-0.14
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	1	1	1.20	1.20	0.00
Tacuarembó	0	0	0.00	0.00	0.00
Treinta y Tres	0	0	0.00	0.00	0.00
Total	13	9	0.36	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 29, los casos de hepatitis A registrados corresponden a adultos de entre 19 y 70 años de edad: siete hombres y dos mujeres. Cinco casos requirieron internación en cuidados moderados, todos con buena evolución.



## Hepatitis B

**Tabla 7.** Número de casos confirmados y en investigación e incidencia acumulada por departamento de hepatitis B a la semana epidemiológica 29. 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	9	1.90	1.41	-0.49
Cerro Largo	1	1	1.12	1.12	0.00
Colonia	1	1	0.75	0.75	0.00
Durazno	1	0	1.70	0.00	-1.70
Flores	0	1	0.00	3.78	3.78
Florida	1	1	1.44	1.44	0.00
Lavalleja	2	5	3.44	8.62	5.18
Maldonado	9	11	4.40	5.32	0.92
Montevideo	88	48	6.36	3.47	-2.89
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	3	2.22	2.21	-0.01
San José	0	1	0.00	0.82	0.82
Soriano	0	0	0.00	0.00	0.00
Tacuarembó	1	0	1.08	0.00	-1.08
Treinta y Tres	0	3	0.00	5.95	5.95
Total	121	91	3.38	2.54	-0.85

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 29, los casos de hepatitis B registrados corresponden a adultos de entre 18 y 87 años de edad, con un promedio de 46 años. El 49,5 % de los casos corresponde a mujeres y el 50,5 % a hombres. Seis casos requirieron internación, todos con buena evolución.



## Hepatitis C

**Tabla 8.** Número de casos confirmados y en investigación e incidencia acumulada por departamento de hepatitis C a la semana epidemiológica 29. 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	11	2.21	1.72	-0.49
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	2	1	3.44	1.72	-1.72
Maldonado	10	5	4.89	2.42	-2.47
Montevideo	90	66	6.50	4.77	-1.73
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	3	6.71	4.02	-2.69
Salto	1	1	0.74	0.74	0.00
San José	2	1	1.64	0.82	-0.83
Soriano	1	0	1.20	0.00	-1.20
Tacuarembó	0	2	0.00	2.16	2.16
Treinta y Tres	1	6	1.98	11.89	9.91
Total	133	98	3.72	2.73	-0.99

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 29, los casos de hepatitis C registrados corresponden a adultos de entre 18 y 84 años de edad, con un promedio de 45,3 años. El 63,3% son de sexo masculino.



## Leptospirosis

**Tabla 9.** Número de casos confirmados, número de fallecidos e incidencia acumulada de leptospirosis hasta la semana epidemiológica 29 por departamento. Uruguay, 2024-2025.

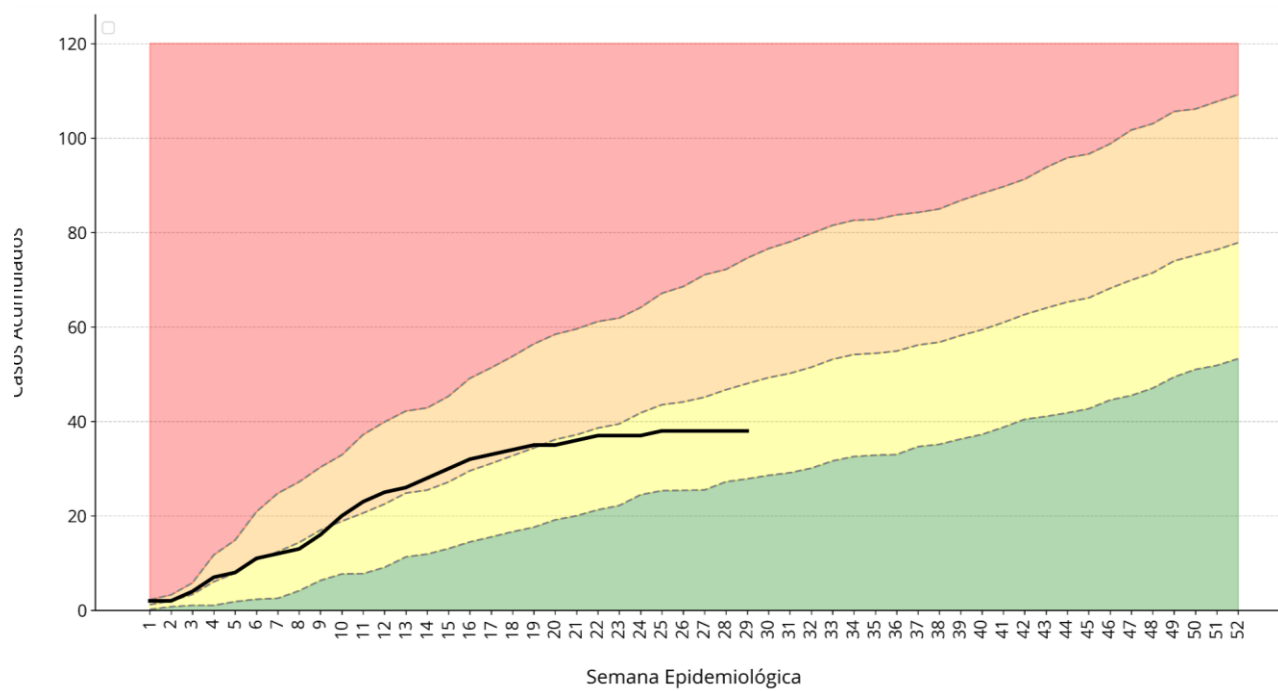
Departamento	Casos 2024	Casos 2025	IA 2024	IA 2025	Diferencia IA	Fallecidos 2024	Fallecidos 2025
Artigas	1	0	1.37	0.00	-1.37	0	0
Canelones	4	3	0.63	0.47	-0.16	0	0
Cerro Largo	4	0	4.46	0.00	-4.46	1	0
Colonia	7	7	5.27	5.25	-0.02	0	0
Durazno	1	1	1.70	1.70	0.00	0	0
Flores	2	0	7.56	0.00	-7.56	0	0
Florida	6	0	8.65	0.00	-8.65	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	2	2	1.66	1.65	0.00	0	0
Río Negro	3	3	5.08	5.06	-0.01	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	1	2	0.74	1.47	0.74	0	0
San José	4	6	3.28	4.89	1.61	0	0
Soriano	2	3	2.40	3.61	1.21	0	0
Tacuarembó	2	1	2.16	1.08	-1.08	0	0
Treinta y Tres	1	4	1.98	7.93	5.95	0	0
Total	59	38	1.65	1.06	-0.59	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 29, los casos de leptospirosis registrados presentan un promedio de edad de 41 años, con un rango de entre 14 y 63 años. El 94,7 % de los casos corresponde a hombres. Requirieron internación 19 casos y no se registraron fallecidos.



**Gráfico 1.** Corredor endémico leptospirosis. Uruguay, 2025.



Fuente: SG-DEVISA.

**Meningitis, meningoencefalitis y enfermedad meningocócica****Tabla 10.** Número de casos, incidencia acumulada y número de fallecidos por meningitis, meningoencefalitis y enfermedad meningocócica hasta la semana epidemiológica 29. Uruguay, 2024-2025.

Evento		Nº casos		IA		Nº fallecidos		Diferencia IA
		2024	2025	2024	2025	2024	2025	
Meningitis y enfermedad meningocócica		28	15	0.78	0.42	7	3	-0.36
Meningitis bacteriana	Meningitis por <i>H.influenzae</i>	3	2	0.08	0.06	0	0	-0.03
	Meningitis por <i>S. pneumoniae</i>	21	11	0.59	0.31	6	3	-0.28
	Meningitis por <i>Listeria monocytogenes</i>	1	2	0.03	0.06	0	1	0.03
	Microorganismo sin identificar	5	10	0.14	0.28	0	1	0.14
	Otro microorganismo identificado (no incluye <i>N. meningitidis</i> )	6	6	0.17	0.17	3	1	0.00
Meningitis y meningoencefalitis virales	Enterovirus	16	3	0.45	0.08	0	0	-0.36
	Herpes simplex 1 y 2	7	2	0.20	0.06	0	1	-0.14
	<i>Herpes zoster</i>	1	12	0.03	0.33	0	1	0.31
	EEO	4	0	0.11	0.00	1	0	-0.11
	Otras virales	5	4	0.14	0.11	0	0	-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.

Tal como se observa en la tabla 10, la incidencia acumulada de meningitis y enfermedad meningocócica hasta la SE 29 de 2025 es menor a la registrada en igual período de 2024.

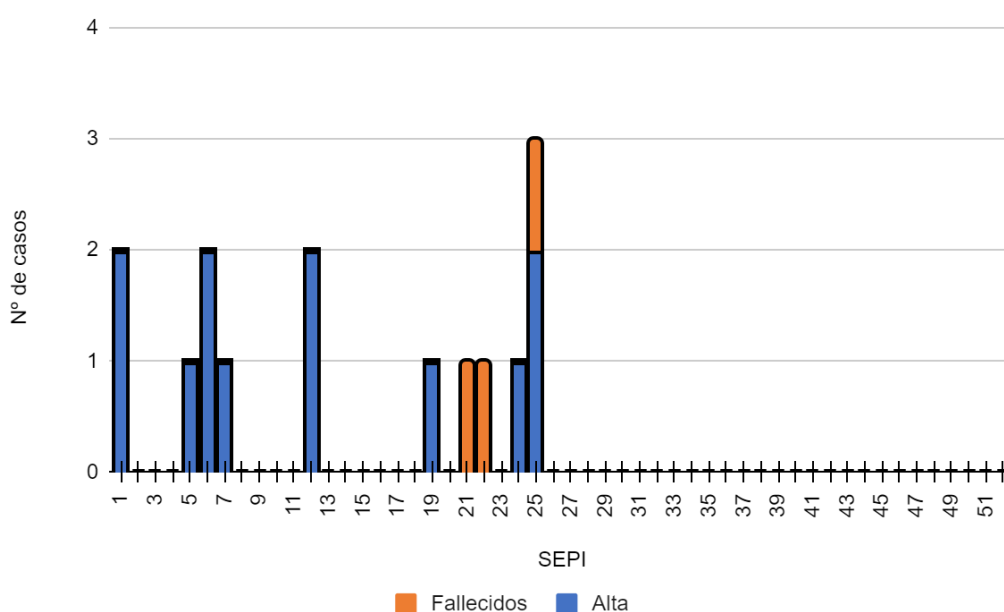
Un comportamiento similar se observa en los casos de meningitis por *Streptococcus pneumoniae*, cuya incidencia disminuyó de 0,59 a 0,31 por 100.000 habitantes.



Respecto a las meningitis y meningoencefalitis virales, se observa un aumento en la incidencia de casos debidos a Herpes zoster.

### Meningitis y enfermedad meningocócica

**Gráfico 2.** Curva epidémica de meningitis y enfermedad meningocócica hasta la semana epidemiológica 29. Uruguay, 2025.



Fuente: SG-DEVISA.

**Tabla 11.** 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	2	66.67
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	3	20.00

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



**Tabla 12.** Número de casos 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	1	0	1
De 5 a 14 años	1	0	0	1
De 15 a 64 años	1	5	1	1
De 65 años y más	0	0	1	0
Total	3	6	2	4

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

**Tabla 13.** Número de casos de meningitis y enfermedad meningocócica por departamento. Uruguay, 2025.

Departamento	Casos 2025	IA 2025	Fallecidos 2025
Canelones	5	0.78	0
Maldonado	3	1.45	0
Montevideo	7	0.51	0
Total	15	0.42	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.



Antecedentes de meningitis y enfermedad meningocócica  
(2013-2024)

**Tabla 14.** Número de casos, incidencia acumulada, número de fallecidos, letalidad y mortalidad de meningitis y enfermedad meningocócica por año hasta la semana epidemiológica 29. Uruguay, 2013 a 2025.

Año	Nº casos	IA x 100.000	Fallecidos	Letalidad %	Mortalidad x 100,000
2013	5	0.15	0	0.00	0.00
2014	5	0.14	1	20.00	0.03
2015	8	0.23	1	12.50	0.03
2016	9	0.26	1	11.11	0.03
2017	13	0.37	1	7.69	0.03
2018	12	0.34	2	16.67	0.06
2019	16	0.45	2	12.50	0.06
2020	2	0.06	0	0.00	0.00
2021	4	0.11	1	25.00	0.03
2022	6	0.17	1	16.67	0.03
2023	12	0.34	0	0.00	0.00
2024	28	0.78	7	25.00	0.20
2025	15	0.42	3	20.00	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.

La incidencia acumulada de meningitis y enfermedad meningocócica muestra un aumento en los años 2024 y 2025, en comparación con los valores observados en el período 2013-2022. La letalidad, en cambio, se ha mantenido dentro del rango histórico observado desde 2013.



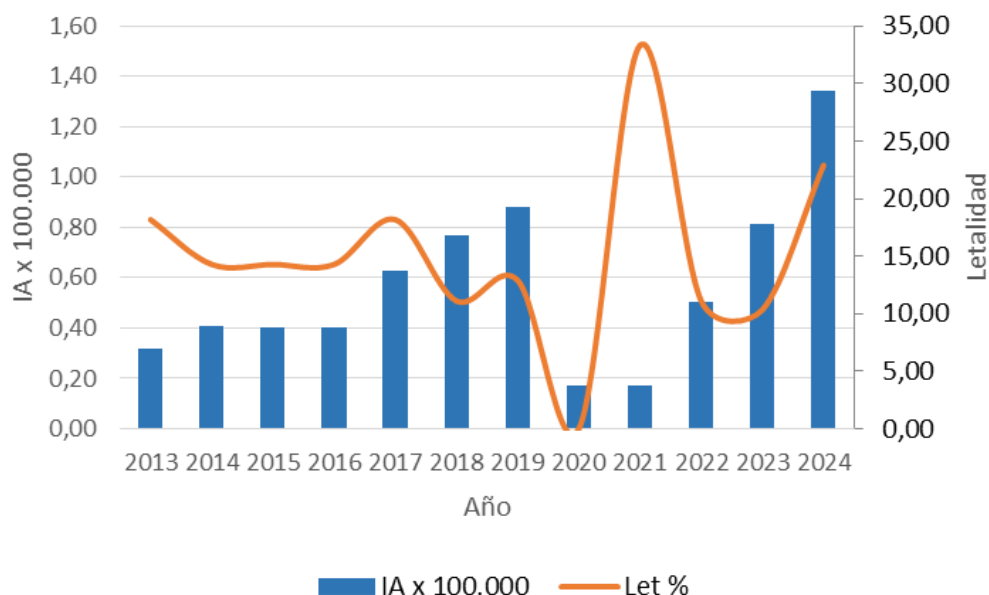
**Tabla 15.** Número de casos, incidencia acumulada, número de fallecidos, letalidad y mortalidad de meningitis y enfermedad meningocócica por año. Uruguay, 2013 a 2024 (año cerrado).

Año	Nº casos	IA x 100.000	Fallecidos	Letalidad %	Mortalidad x 100,000
2013	11	0.32	2	18.18	0.06
2014	14	0.41	2	14.29	0.06
2015	14	0.40	2	14.29	0.06
2016	14	0.40	2	14.29	0.06
2017	22	0.63	4	18.18	0.11
2018	27	0.77	3	11.11	0.09
2019	31	0.88	4	12.90	0.11
2020	6	0.17	0	0.00	0.00
2021	6	0.17	2	33.33	0.06
2022	18	0.51	2	11.11	0.06
2023	29	0.81	3	10.34	0.08
2024	48	1.34	11	22.92	0.31

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



**Gráfico 3.** Incidencia acumulada y letalidad de meningitis y enfermedad meningocócica por año. Uruguay, 2013 a 2024 (año cerrado).

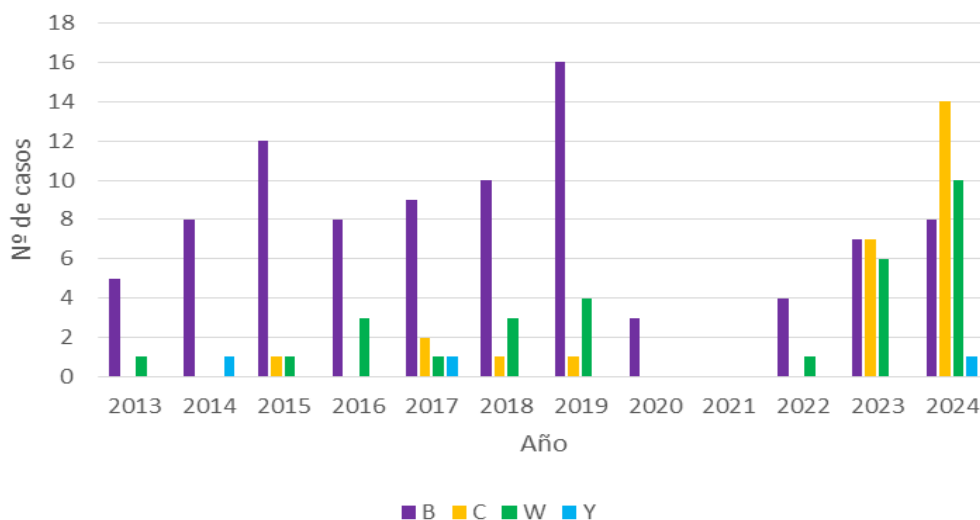


Fuente: SG-DEVISA.

En el gráfico 3, se observa que la incidencia acumulada de meningitis y enfermedad meningocócica ha aumentado de forma sostenida desde 2022, alcanzando en 2024 el valor más alto del período observado. En cuanto a la letalidad, si bien presenta variaciones interanuales, se mantiene dentro de los rangos históricos.



**Gráfico 4.** Número de casos de meningitis y enfermedad meningocócica por año según serogrupo identificado. Uruguay, 2013 a 2024 (año cerrado).



Fuente: SG-DEVISA.

### Meningitis por neumococo

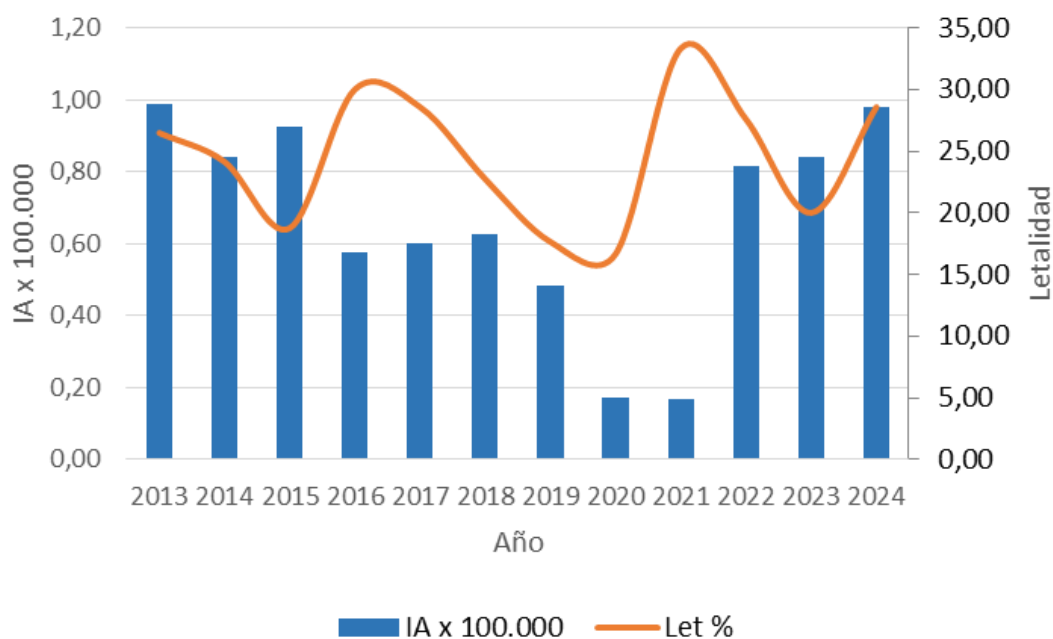
**Tabla 16.** Número de casos, incidencia acumulada, número de fallecidos y letalidad de meningitis por *S. pneumoniae* por grupo etario. Uruguay, 2025.

Grupo etario	Nº casos	IA	Nº fallecidos	Letalidad
Menor de un año	2	4.54	1	50.00
De 1 a 4 años	0	0.00	0	0.00
De 5 a 14 años	0	0.00	0	0.00
De 15 a 64 años	5	0.21	0	0.00
De 65 años y más	4	0.71	2	50.00
Total	11	0.31	3	27.27

Fuente: SG-DEVISA.



**Gráfico 5.** Incidencia acumulada y letalidad de meningitis por *S. pneumoniae* por año. Uruguay, 2013 a 2024 (año cerrado).



Fuente: SG-DEVISA.

En el gráfico 5 se observa un aumento en la incidencia de meningitis por *S. pneumoniae* desde el año 2021, alcanzando en 2024 el valor más alto del período. La letalidad presenta oscilaciones interanuales, manteniéndose dentro del rango de variabilidad histórica.



## Parotiditis

**Tabla 17.** Número de casos e incidencia acumulada de parotiditis infecciosa por rango etario hasta la semana epidemiológica 29. 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	39	25.17	21.91	-3.26
De 5 a 9 años	96	54	42.24	23.85	-18.39
De 10 a 14 años	79	21	34.11	9.11	-25.00
De 15 a 19 años	19	5	7.94	2.11	-5.83
De 20 a 24 años	9	6	3.52	2.37	-1.14
De 25 a 29 años	7	5	2.59	1.87	-0.72
De 30 a 34 años	12	9	4.68	3.46	-1.22
De 35 a 39 años	5	3	2.05	1.21	-0.83
De 40 a 44 años	13	7	5.52	2.98	-2.55
De 45 a 49 años	8	7	3.35	2.92	-0.43
De 50 a 54 años	6	1	2.79	0.46	-2.33
De 55 a 59 años	10	2	5.10	1.01	-4.09
De 60 a 64 años	4	3	2.08	1.56	-0.52
De 65 a 69 años	6	4	3.55	2.33	-1.22
De 70 a 74 años	5	2	3.74	1.45	-2.28
De 75 y más	4	3	1.60	1.18	-0.42
TOTAL	328	173	9.17	4.82	-4.35

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



**Tabla 18.** Número de casos e incidencia acumulada de parotiditis infecciosa por departamento hasta la semana epidemiológica 29. 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	12	4.27	1.87	-2.39
Cerro Largo	5	5	5.58	5.58	0.00
Colonia	52	7	39.12	5.25	-33.87
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	3	1	5.16	1.72	-3.44
Maldonado	6	5	2.93	2.42	-0.52
Montevideo	94	62	6.79	4.48	-2.31
Paysandú	16	20	13.25	16.54	3.29
Río Negro	2	1	3.39	1.69	-1.70
Rivera	0	2	0.00	1.82	1.82
Rocha	0	3	0.00	4.02	4.02
Salto	66	32	48.79	23.60	-25.19
San José	9	3	7.39	2.45	-4.94
Soriano	19	11	22.82	13.23	-9.59
Tacuarembó	2	4	2.16	4.32	2.16
Treinta y Tres	0	1	0.00	1.98	1.98
Total	328	173	9.17	4.82	-4.35

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.

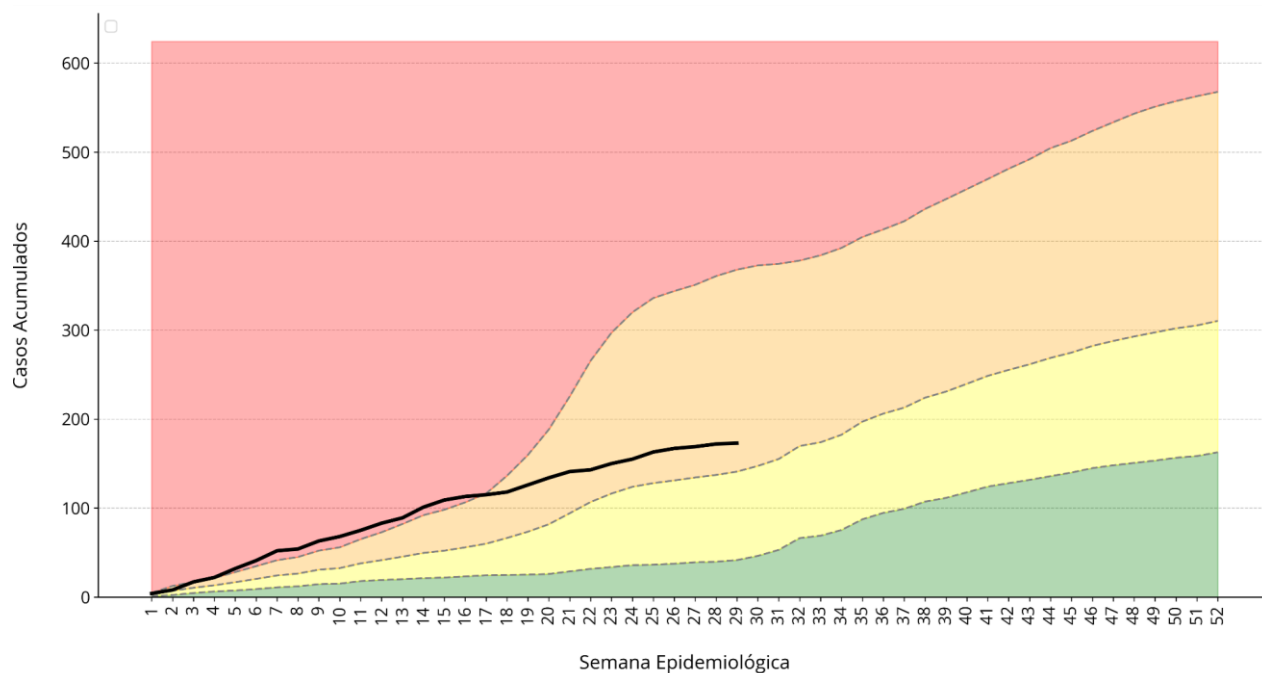
El análisis de los casos de parotiditis muestra una disminución en la incidencia acumulada a la SE 29 al comparar entre 2024 y 2025, aunque dicha tasa se encuentra aumentada con respecto a la mediana de los últimos 5 años (sin incluir pandémicos). La mayor disminución se encuentra en el rango etario de entre 5 y 14 años, mientras que para menores de 1 año la tasa está aumentada.



A nivel departamental, Colonia, Florida y Salto presentan la mayor disminución en la incidencia acumulada a la SE 29, mientras que Flores, Paysandú, Rivera, 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 19.** Número de casos por departamento y animal involucrado hasta la semana epidemiológica 29. Uruguay, 2025.

Departamento	Perro	Murciélago	Gato	Otro	Total
Artigas	20	2	0	0	22
Canelones	264	4	19	3	290
Cerro Largo	33	0	8	0	41
Colonia	157	0	10	0	167
Durazno	31	0	5	2	38
Flores	28	0	1	0	29
Florida	7	0	0	0	7
Lavalleja	49	0	3	0	52
Maldonado	106	4	12	2	124
Montevideo	620	17	50	4	691
Paysandú	164	2	16	0	182
Río Negro	30	0	0	0	30
Rivera	173	1	15	0	189
Rocha	18	1	0	0	19
Salto	247	0	23	0	270
San José	95	2	8	0	105
Soriano	57	0	4	0	61
Tacuarembó	167	0	3	0	170
Treinta y Tres	8	0	0	0	8
Total	2274	33	177	11	2495

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

En 786 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

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 global y 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 México<sup>1</sup>.

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 región<sup>2</sup>.

De acuerdo con los datos mensuales de vigilancia de sarampión y rubéola, publicados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2025, hasta el 6 junio del 2025 se notificaron 188.355 casos sospechosos de sarampión, en 168 Estados Miembros de las seis regiones de la OMS, de los cuales 88.853 (47,1%) fueron confirmados. El 35% de los casos se registra en la Región de la OMS del

---

<sup>1</sup> 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](#)

<sup>2</sup> 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](#).



Mediterráneo Oriental (EMR), seguido por la Región de la OMS de África (AFR) con el 21 % de los casos y Región de la OMS de Europa (EURO) con el 16% de los casos.

En la Región de las Américas, entre la semana epidemiológica (SE) 1 y la SE 24 del 2025, 7.132 casos de sarampión han sido confirmados, incluyendo 13 defunciones, en Argentina (n= 34), Belice (n= 34), el Estado Plurinacional de Bolivia (n= 60), Brasil (n= 5), Canadá (n= 3.170, incluyendo una defunción) 2, Costa Rica (n= 1 caso), los Estados Unidos de América (n= 1.227, incluyendo tres defunciones), México (n= 2.597 casos, incluyendo nueve defunciones) y Perú (n= 4 casos). Este total representa un aumento de **29 veces** en comparación con los 244 casos de sarampión notificados en el mismo período del 2024. La distribución de los casos confirmados de sarampión en la Región de las Américas por semana epidemiológica muestra un incremento de casos a partir de la SE 3 del 2025, con el número máximo de casos registrado en la SE 18 relacionado a los brotes en comunidades renuentes a la vacunación, asentadas en varios países de la región. De acuerdo con la información disponible en los casos confirmados, el grupo de edad con la mayor proporción de casos corresponde al de 10-19 años (24%), el grupo de 1-4 años (22%) y al grupo de 20- 29 años (19%). No obstante, la tasa de incidencia es mayor en menores de 1 año de edad (2,9 casos por 100,000 habitantes), seguido del grupo de 1 a 4 años (2,3 casos por 100,000 hab.) y 5 a 9 años (1,4 casos por 100,000 habitantes). Con relación al antecedente de vacunación, el 30% de los casos no estaban vacunados y en 65% dicha información era desconocida o ausente<sup>3</sup>.

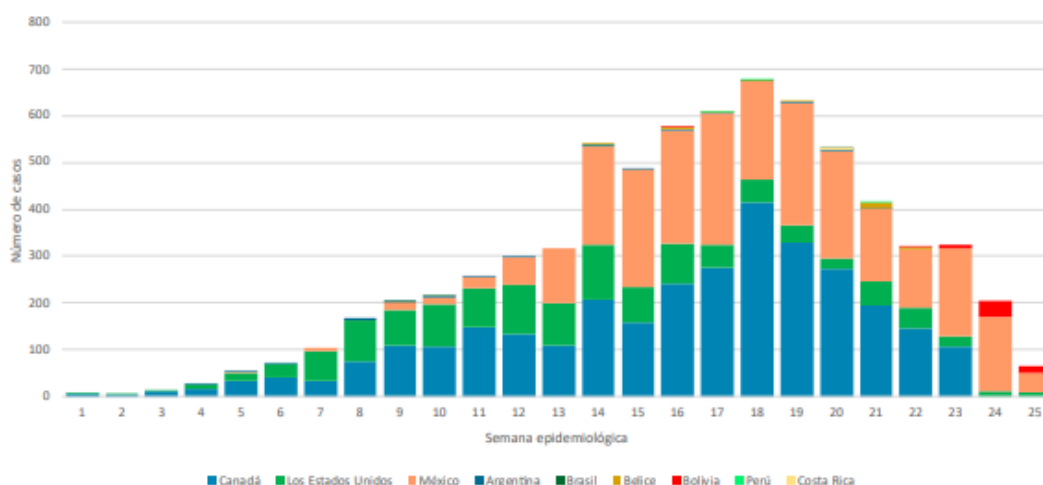
---

<sup>3</sup> Actualización Epidemiológica Sarampión en la Región de las Américas 1 de julio del 2025. Disponible en: [Actualización Epidemiológica Sarampión en la Región de las Américas 1 de julio del 2025](#)



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

**Gráfico 7.** Casos confirmados\* de sarampión por semana epidemiológica de inicio de exantema o de notificación y país en la Región de las Américas, 2025 (hasta la SE 25).



\* Incluye casos confirmados y probables para Canadá. Fuente: tomado de Actualización Epidemiológica Sarampión en la Región de las Américas 1 de julio del 2025. Disponible en: [Actualización Epidemiológica Sarampión en la Región de las Américas 1 de julio del 2025](#)

## Vigilancia de sarampión

### Se recuerda al equipo de salud

A nivel regional se registran brotes activos de sarampión en Argentina, Belice, Bolivia, Brasil, Canadá, México y Estados Unidos, habiéndose reportado hasta el momento 7.241 casos sospechosos 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 <sup>4</sup>**

- 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<sup>5</sup>.
- Educar al paciente en la implementación de medidas de higiene respiratoria.

---

<sup>4</sup> CDC. Control de infecciones en el personal sanitario: epidemiología y control de infecciones seleccionadas. Disponible en: [Epidemiología y control de infecciones](#)

<sup>5</sup> MSP. Cartillas de aislamiento. Disponible en: [Cartillas de 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 20 se presenta la distribución de casos notificados de sífilis. Se considera la notificación cuando se tiene resultado positivo de RPR o VDRL, en ausencia de resultado previo.

**Tabla 20.** Número de casos notificados e incidencia acumulada hasta la semana epidemiológica actual de sífilis por departamento hasta la semana epidemiológica 29. Uruguay, 2024-2025.

Departamento	Casos 2024	Casos 2025	IA 2024	IA 2025	Diferencia IA
Artigas	102	32	139.66	43.98	-95.68
Canelones	283	243	44.71	37.96	-6.75
Cerro Largo	33	20	36.80	22.30	-14.50
Colonia	108	132	81.26	99.03	17.77
Durazno	104	45	176.46	76.36	-100.10
Flores	26	17	98.28	64.27	-34.01
Florida	41	36	59.14	51.93	-7.21
Lavalleja	83	128	142.75	220.64	77.89
Maldonado	669	348	327.11	168.27	-158.84
Montevideo	1626	1074	117.46	77.58	-39.87
Paysandú	228	142	188.87	117.47	-71.41
Río Negro	31	12	52.47	20.25	-32.22
Rivera	82	66	74.66	60.00	-14.66
Rocha	75	53	100.61	71.03	-29.58
Salto	252	88	186.28	64.89	-121.39
San José	71	73	58.29	59.50	1.22
Soriano	101	83	121.31	99.83	-21.48
Tacuarembó	83	106	89.56	114.44	24.89
Treinta y Tres	29	25	57.48	49.56	-7.92
Total	4027	2723	112.55	75.87	-36.68

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



## Tos convulsa

**Tabla 21.** Número de casos e incidencia acumulada de tos convulsa por rango etario hasta la semana epidemiológica 29. Uruguay, 2024-2025.

Rango etario	Casos 2024	Casos 2025	IA 2024	IA 2025	Diferencia IA
Menor de 1 año	1	4	2.26	9.09	6.83
De 1 a 4 años	0	1	0.00	0.56	0.56
De 5 a 9 años	0	0	0.00	0.00	0.00
De 10 a 14 años	0	1	0.00	0.43	0.43
De 15 a 19 años	0	0	0.00	0.00	0.00
De 20 a 24 años	0	0	0.00	0.00	0.00
De 25 a 29 años	0	0	0.00	0.00	0.00
De 30 a 34 años	0	0	0.00	0.00	0.00
De 35 a 39 años	0	1	0.00	0.40	0.40
De 40 a 44 años	0	1	0.00	0.43	0.43
De 45 a 49 años	0	0	0.00	0.00	0.00
De 50 a 54 años	0	0	0.00	0.00	0.00
De 55 a 59 años	0	0	0.00	0.00	0.00
De 60 a 64 años	0	0	0.00	0.00	0.00
De 65 a 69 años	0	0	0.00	0.00	0.00
De 70 a 74 años	0	0	0.00	0.00	0.00
De 75 y más	0	0	0.00	0.00	0.00
Total	1	8	0.03	0.22	0.19



**Tabla 22.** Número de casos e incidencia acumulada de tos convulsa por departamento hasta la semana epidemiológica 29. Uruguay, 2024-2025.

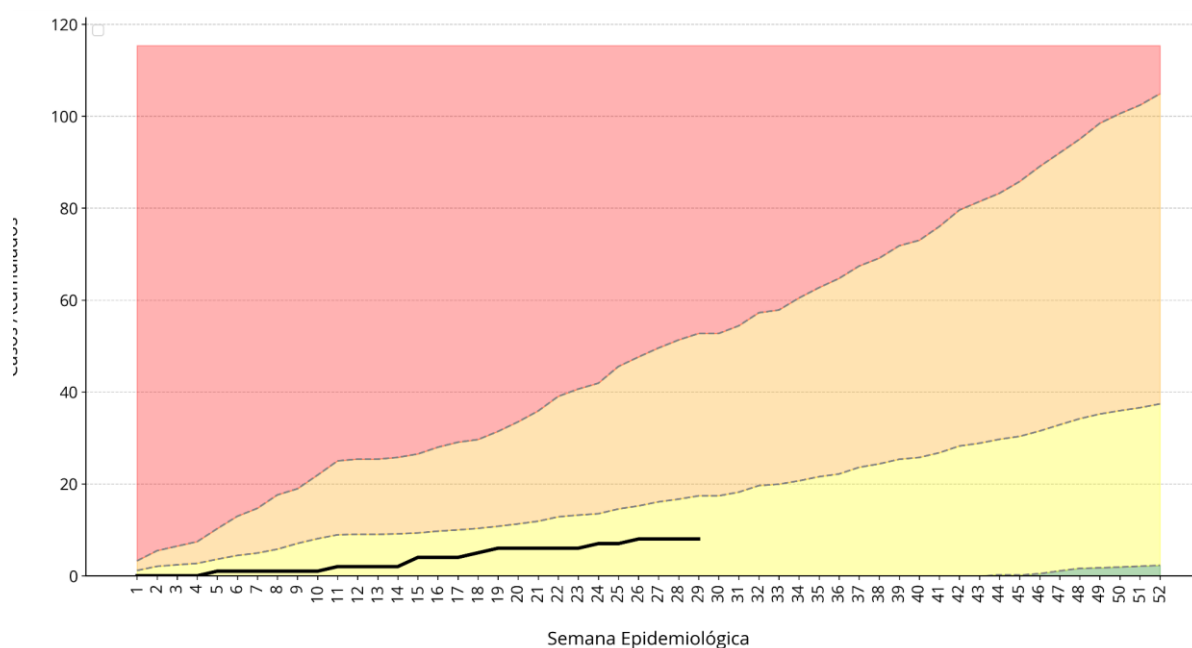
Departamento	Casos 2024	Casos 2025	IA 2024	IA 2025	Diferencia IA
Artigas	0	0	0.00	0.00	0.00
Canelones	0	1	0.00	0.16	0.16
Cerro Largo	0	0	0.00	0.00	0.00
Colonia	0	0	0.00	0.00	0.00
Durazno	0	0	0.00	0.00	0.00
Flores	0	0	0.00	0.00	0.00
Florida	0	0	0.00	0.00	0.00
Lavalleja	0	0	0.00	0.00	0.00
Maldonado	0	1	0.00	0.48	0.48
Montevideo	1	5	0.07	0.36	0.29
Paysandú	0	0	0.00	0.00	0.00
Río Negro	0	0	0.00	0.00	0.00
Rivera	0	0	0.00	0.00	0.00
Rocha	0	0	0.00	0.00	0.00
Salto	0	0	0.00	0.00	0.00
San José	0	0	0.00	0.00	0.00
Soriano	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	1	8	0.03	0.22	0.19

En el año 2024, hasta la semana epidemiológica 29 solo se había registrado un caso de tos convulsa, correspondiente a 1 lactante de 3 meses de Montevideo. En 2025 se registraron ocho casos: cinco en el departamento de Montevideo, tres correspondientes lactantes de 1, 2 meses y 3 meses, respectivamente (uno de sexo femenino y dos de sexo masculino) y dos casos en adultos: una mujer de 35 años y un hombre de 43. 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 cinco casos en menores de 5 años requirieron internación, tres de ellos en CTI, todos tuvieron buena evolución.

**Gráfico 8.** 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 zoster (VVZ), miembro de la familia de los herpesvirus, siendo el humano el único reservorio.

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

El análisis de los casos de varicela muestra un incremento en la incidencia acumulada a la SE 29 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 29 se registraron 35 brotes con un total de 123 casos. De estos brotes, 21 fueron intrafamiliares, 8 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.



**Tabla 23.** Número de casos e incidencia acumulada de varicela por rango etario hasta la semana epidemiológica 29. Uruguay, 2024-2025.

Rango etario	Casos 2024	Casos 2025	IA 2024	IA 2025	Diferencia IA
Menor de 1 año	5	12	11.30	27.26	15.96
De 1 a 4 años	21	34	11.75	19.10	7.36
De 5 a 9 años	15	17	6.60	7.51	0.91
De 10 a 14 años	19	38	8.20	16.48	8.28
De 15 a 19 años	67	76	28.02	32.10	4.08
De 20 a 24 años	17	57	6.64	22.56	15.92
De 25 a 29 años	12	50	4.44	18.67	14.23
De 30 a 34 años	12	23	4.68	8.85	4.17
De 35 a 39 años	13	5	5.32	2.02	-3.29
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	3	0	1.53	0.00	-1.53
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	195	338	5.45	9.42	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.



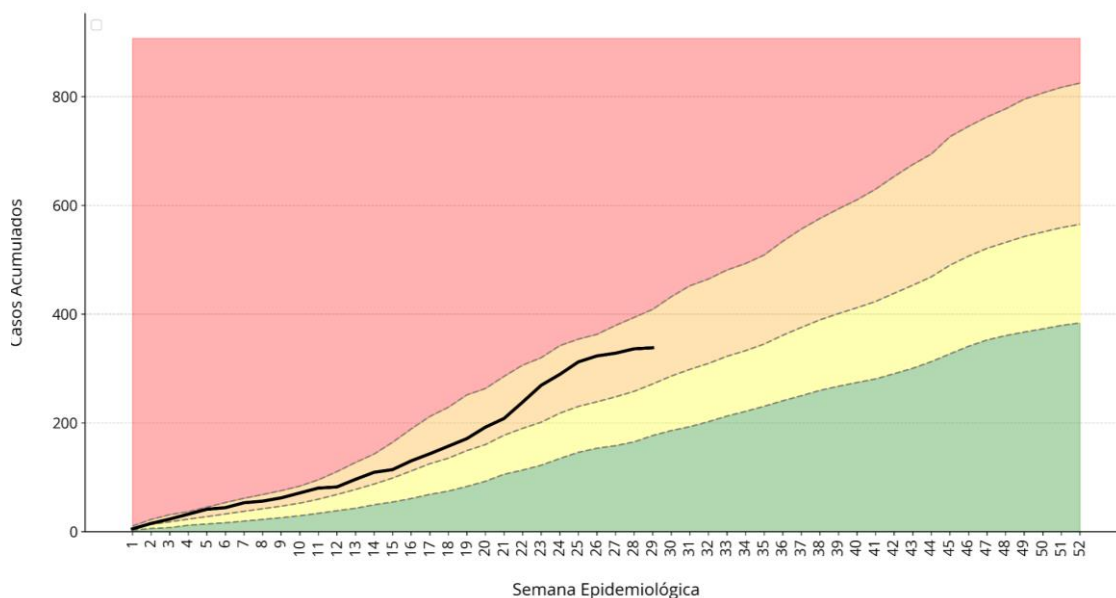
**Tabla 24.** Número de notificaciones e incidencia acumulada de notificaciones de varicela por departamento hasta la semana epidemiológica 29. Uruguay, 2024-2025.

Departamento	Casos 2024	Casos 2025	IA 2024	IA 2025	Diferencia IA
Artigas	0	2	0.00	2.75	2.75
Canelones	20	42	3.16	6.56	3.40
Cerro Largo	2	2	2.23	2.23	0.00
Colonia	16	13	12.04	9.75	-2.29
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	12	3.91	5.80	1.89
Montevideo	61	165	4.41	11.92	7.51
Paysandú	10	29	8.28	23.99	15.71
Río Negro	0	10	0.00	16.88	16.88
Rivera	3	5	2.73	4.55	1.81
Rocha	2	4	2.68	5.36	2.68
Salto	47	19	34.74	14.01	-20.73
San José	7	11	5.75	8.97	3.22
Soriano	8	10	9.61	12.03	2.42
Tacuarembó	2	3	2.16	3.24	1.08
Treinta y Tres	0	0	0.00	0.00	0.00
Total	195	338	5.45	9.42	3.97

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



**Gráfico 9.** 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).

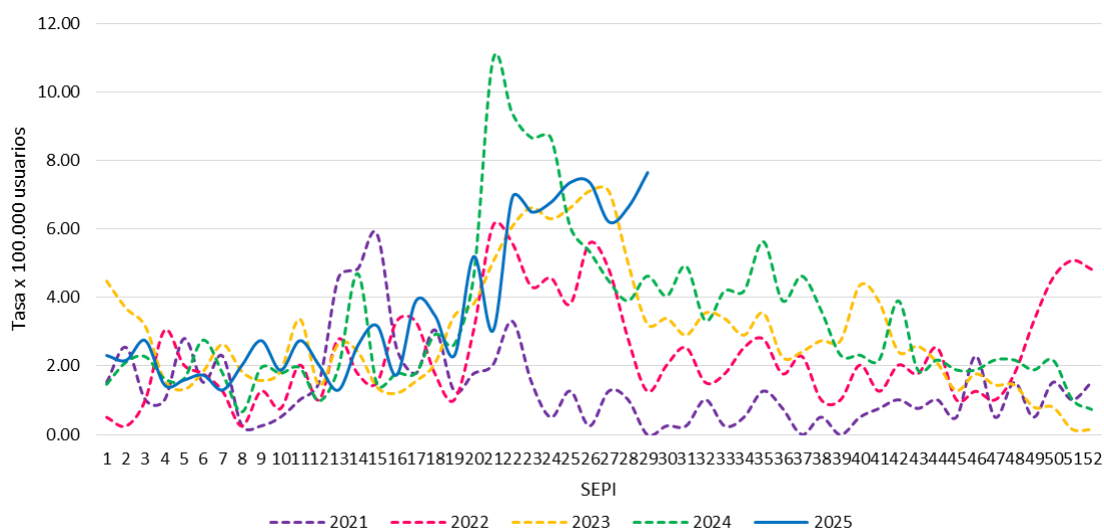


## Infecciones respiratorias

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

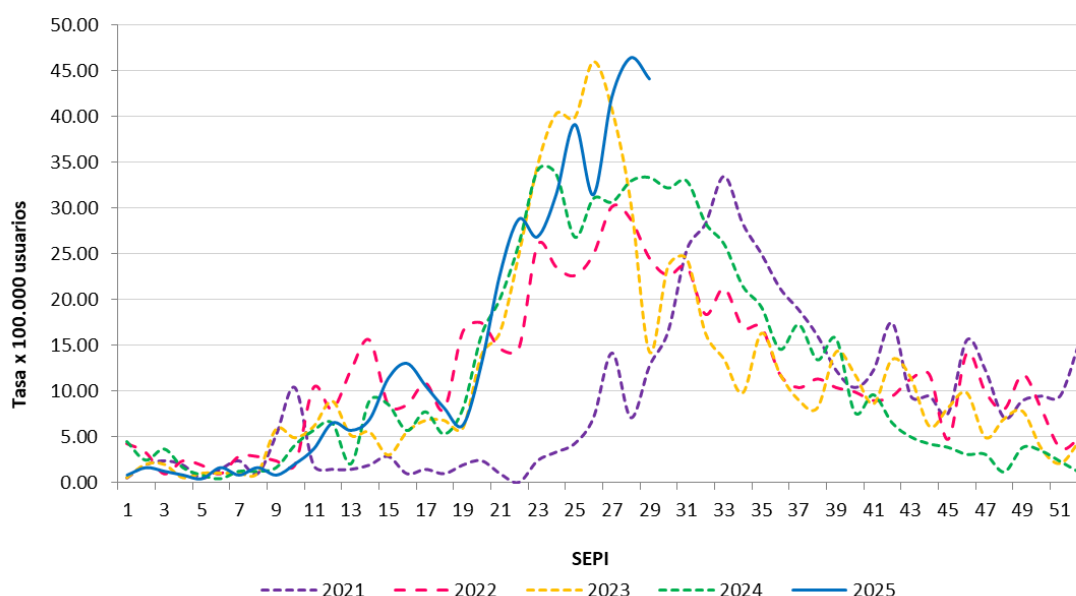
**Gráfico 10.** Incidencia acumulada en personas de 15 años y más internada por infecciones respiratorias agudas graves en centros centinela por semana epidemiológica. Uruguay, 2021 - 2025.



Fuente: Sistema de Infecciones Hospitalarias.



**Gráfico 11.** 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 29 de 2025, la incidencia acumulada de IRAG presenta una distribución similar a la observada en años anteriores.

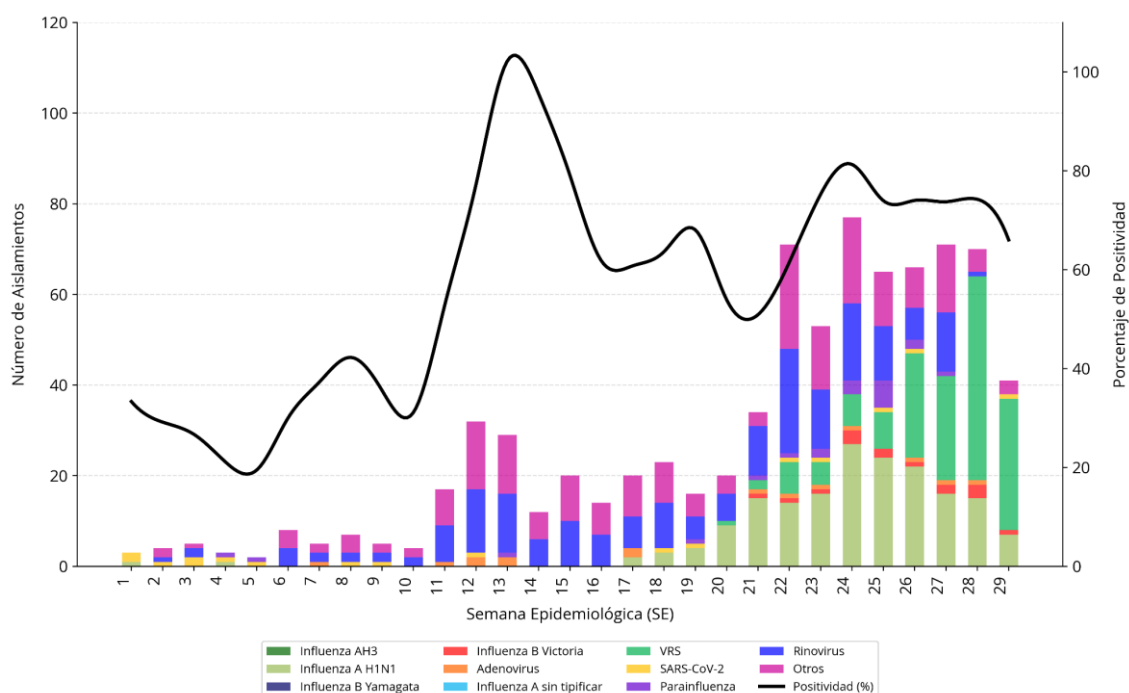
En el gráfico 12 se presenta la cantidad de aislamientos según el virus identificado en los casos de IRAG. La línea negra representa el porcentaje de positividad, definido como el total de muestras positivas para uno o más agentes sobre el total de muestras analizadas.

En las últimas semanas se observa una disminución en la detección de Influenza A(H1N1)pdm09, que en la región muestra una tendencia similar. Los casos de IRAG en la región se dan fundamentalmente a expensas de Influenza A(H1N1)pdm09 y



VRS y están mostrando una tendencia descendente. La actividad de VRS está en disminución y SARS-coV-2 se mantiene en niveles interestacionales <sup>6</sup>.

**Gráfico 12.** Virus identificados en infecciones respiratorias agudas graves en centros centinelas y porcentaje de positividad de las muestras analizadas, hasta la semana epidemiológica 29. Uruguay 2025.



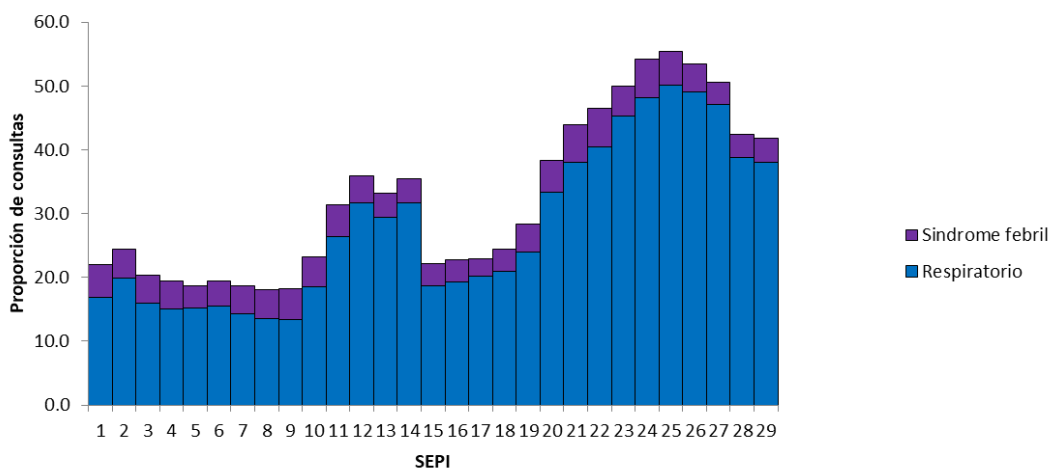
Otros incluye: Enterovirus, Coronavirus, Bocavirus, Metapneumovirus. Fuente: Departamento de Laboratorios de Salud Pública.

<sup>6</sup> Organización Panamericana de la Salud. Situación de Influenza, SARS CoV-2, VRS y otros virus respiratorios - Región de las Américas. Semana epidemiológica 27. Disponible en: [Situación de Influenza, SARS CoV-2, VRS y otros virus respiratorios - Región de las Américas. Semana epidemiológica 27](#)



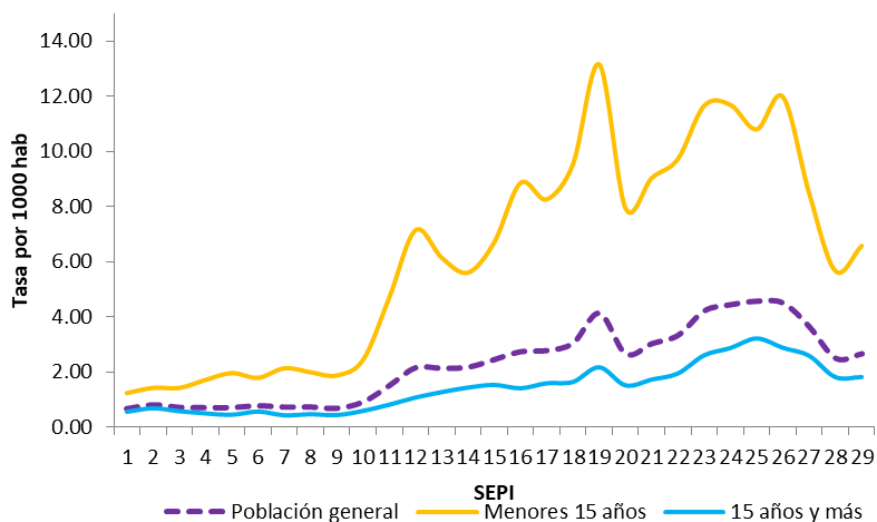
## Monitoreo de consultas en emergencias móviles

**Gráfico 13.** Proporción de consultas en emergencias móviles por enfermedad respiratoria y síndrome febril hasta la semana epidemiológica 29. Uruguay, 2025.



Fuente: DEVISA.

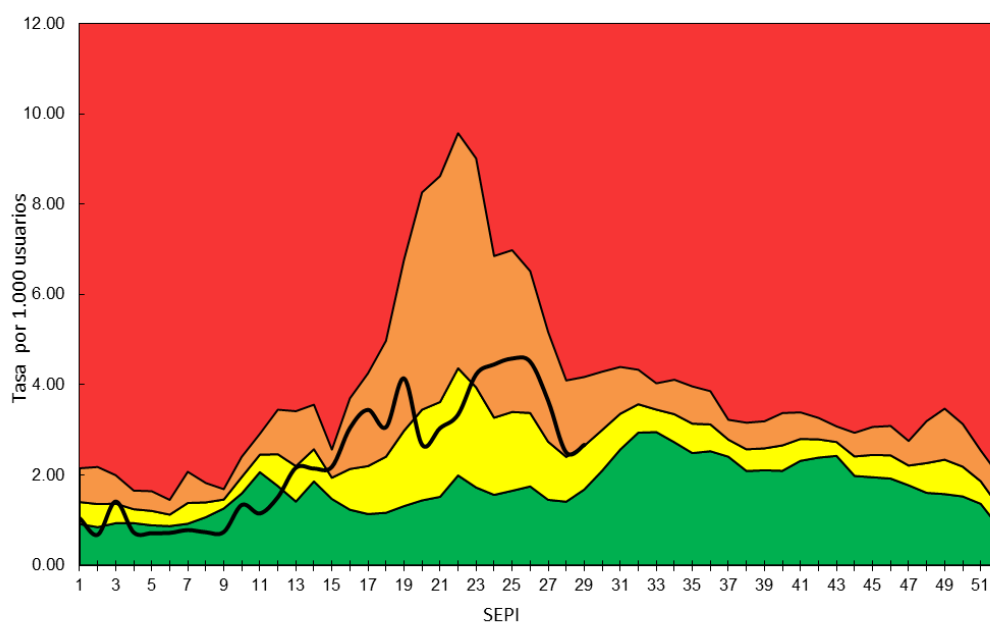
**Gráfico 14.** Tasa de consultas por infección respiratoria aguda en emergencias móviles hasta la semana epidemiológica 29. Uruguay, 2025.





Fuente: DEVISA.

**Gráfico 15.** Corredor endémico de consultas por infección respiratoria aguda en emergencias móviles hasta la semana epidemiológica 29. 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.<sup>7</sup>

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.

---

<sup>7</sup>Ministerio 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 25.** Brotes en curso de microorganismos según mecanismo de resistencia, casos de infección y colonización. Año 2025, al 23 de julio.

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	2	16	08/07/2025
03/01/2025	SAU-BGN3	-	10	0	02/06/2025
20/03/2025	<i>Serratia marcescens</i>	-	5	0	14/07/2025
24/06/2025	<i>Enterococcus faecium</i>	ERV	0	3	26/06/2025
19/05/2025	<i>Acinetobacter baumannii</i>	-	3	1	27/06/2025
29/06/2025	<i>Klebsiella pneumoniae</i>	BLEE	3	0	03/07/2025

\*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 26.** Distribución de brotes según fecha de finalización, microorganismo, mecanismo de resistencia, casos de infección y de colonización. Año 2025, al 23 de julio.

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	27/01/2025	<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
16/06/2025	28/03/2025	<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
06/06/2025	29/04/2025	<i>Enterobacter cloacae</i>	NDM	0	2
10/06/2025	22/02/2025	<i>Acinetobacter baumannii</i>	-	9	0
19/06/2025	02/05/2025	<i>Enterococcus faecium</i>	ERV	2	0
11/06/2025	03/05/2025	<i>Virus varicela zoster</i>	-	9	0
03/07/2025	27/05/2025	<i>Enterococcus faecium</i>	ERV	1	2
09/07/2025	09/06/2025	<i>Clostridioides difficile</i>	-	2	0
20/07/2025	16/06/202	<i>Virus paperas</i>	-	2	0

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

