



**Ministerio
de Salud Pública**

Boletín epidemiológico

Semana epidemiológica 34 año 2025

17/08/2025 al 23/08/2025





CONTENIDO

Enfermedades y Eventos de Notificación Obligatoria.....	3
Vías de notificación.....	4
Resumen de eventos.....	5
Brotes.....	7
Enfermedades transmitidas por alimentos.....	8
Hantavirus.....	9
Hepatitis A.....	10
Hepatitis B.....	11
Hepatitis C.....	12
Leptospirosis.....	13
Meningitis, meningoencefalitis y enfermedad meningocócica.....	15
Parotiditis.....	18
Personas mordidas o con riesgo de exposición a virus rábico.....	21
Sarampión.....	22
Contexto global y regional.....	22
Vigilancia de sarampión.....	23
Recomendaciones para el equipo de salud.....	26
Medidas de prevención.....	28
Vacunación contra el sarampión.....	29
Recomendaciones para viajeros.....	30
Sífilis.....	31
Tos convulsa.....	32
Varicela.....	35
Conceptos generales de la enfermedad.....	38
Recomendaciones generales.....	40
Infecciones respiratorias.....	42
Vigilancia de IRAG.....	43
Monitoreo de consultas en emergencias móviles.....	46
Informe sobre las variantes COVID-19 bajo vigilancia y su circulación en el país y en la región.....	47
Infecciones asociadas a la atención a la salud.....	53
Brotes de IAAS.....	54



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

Evento	N° casos		IA		Diferencia de tasas
	Mediana	2025	Mediana	2025	
Araneismo	0	16	0.00	0.45	0.45
Cólera	0	0	0.00	0.00	0.00
Chikungunya	1	2	0.03	0.06	0.03
Dengue autóctono	0	6	0.00	0.17	0.17
Dengue importado	16	35	0.45	0.98	0.53
Difteria	0	0	0.00	0.00	0.00
Enfermedad meningocócica*	18	25	0.51	0.70	0.19
Enfermedad transmitida por alimentos	251	406	7.13	11.31	4.18
Fiebre amarilla	0	0	0.00	0.00	0.00
Hantavirus	11	7	0.31	0.20	-0.11
Meningitis aguda bacteriana**	42	43	1.18	1.20	0.02
Meningitis/meningoencefalitis viral	29	22	0.83	0.61	-0.22
M-pox	0	0	0.00	0.00	0.00
Ofidismo	1	23	0.03	0.64	0.61
Oropuche***	0	3	0.00	0.08	0.08
Personas mordidas o con riesgo de exposición a virus rábico	1701	2922	47.69	81.42	33.73
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	10	0.14	0.28	0.14
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 34. 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	0	0	0.03	0.00	-0.03
Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob	0	0	0.00	0.00	0.00
Fiebre Q	1	0	0.03	0.00	-0.03
Fiebre tifoidea	0	0	0.00	0.00	0.00
Hepatitis A	8	9	0.23	0.25	0.02
Hepatitis B	273	117	7.68	3.26	-4.42
Hepatitis C	204	121	5.72	3.37	-2.35
Hepatitis E	2	2	0.06	0.06	0.00
Hidatidosis	1	0	0.03	0.00	-0.03
Leishmaniasis tegumentaria	0	0	0.00	0.00	0.00
Leishmaniasis visceral	0	0	0.00	0.00	0.00
Leptospirosis	43	43	1.21	1.20	-0.01
Malaria	9	3	0.26	0.08	-0.18
Parotiditis infecciosa	132	205	3.70	5.71	2.01
Sífilis	4206	3356	118.32	93.51	-24.81
Varicela	257	411	7.18	11.45	4.27

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 de 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 34).

Evento	Número de brotes	Número de personas afectadas
COVID-19	2	11
Dengue/Zika/Chikungunya	2	6
Enfermedad transmitida por alimentos	20	255
Escabiosis	6	43
Escarlatina	25	100
GEA	24	410
Influenza A	1	6
IRA	20	395
Mano pie boca	44	448
Mononucleosis	1	2
Oxiuriasis	1	2
Parotiditis infecciosa	3	6
Psitacosis	2	4
<i>S. pyogenes</i>	1	10
Varicela	51	167

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 34 se han notificado 406 casos de ETA, de los cuales 255 corresponden a brotes que 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 34. Uruguay, 2025.

Departamento	Número de brotes	Número de personas afectadas
Canelones	2	8
Flores	1	4
Maldonado	5	47
Montevideo	11	181
Rivera	1	15
Total	20	255

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 34 presentan un promedio de edad de 31,5 años. El 55,2% de los casos corresponden al sexo masculino.



Hantavirosis

Tabla 5. Número de casos confirmados, número de fallecidos e incidencia acumulada de hantavirosis por departamento hasta la semana epidemiológica 34. 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	1	0.00	0.16	0.16	0	0
Cerro Largo	0	0	0.00	0.00	0.00	0	0
Colonia	1	0	0.75	0.00	-0.75	1	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	4	1	0.29	0.07	-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	11	7	0.31	0.20	-0.11	1	1

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

En 2025, hasta la SE 34, los casos de hantavirosis registrados corresponden a adultos de entre 26 y 75 años de edad: seis 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 34. 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	19	6	1.37	0.43	-0.94
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	24	9	0.67	0.25	-0.42

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 34, 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 34. Uruguay, 2024-2025.

Departamento	Casos 2024	Casos 2025	IA 2024	IA 2025	Diferencia IA
Artigas	1	1	1.37	1.37	0.01
Canelones	15	12	2.37	1.87	-0.50
Cerro Largo	1	0	1.12	0.00	-1.12
Colonia	1	1	0.75	0.75	0.00
Durazno	1	1	1.70	1.70	0.00
Flores	1	1	3.78	3.78	0.00
Florida	1	0	1.44	0.00	-1.44
Lavalleja	2	7	3.44	12.07	8.63
Maldonado	10	9	4.89	4.35	-0.54
Montevideo	102	65	7.37	4.70	-2.67
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	2	8	2.68	10.72	8.04
Salto	3	5	2.22	3.69	1.47
San José	1	2	0.82	1.63	0.81
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	142	117	3.97	3.26	-0.71

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 34, los casos de hepatitis B registrados corresponden a adultos de entre 18 y 87 años de edad, con un promedio de 45,6 años. El 50,4 % de



los casos corresponde a mujeres y el 49,6 % a hombres. Siete casos requirieron internación, seis con buena evolución, mientras que el restante caso falleció.

Hepatitis C

Tabla 8. Número de casos confirmados y en investigación e incidencia acumulada por departamento de hepatitis C a la semana epidemiológica 34. Uruguay, 2024-2025.

Departamento	Casos 2024	Casos 2025	IA 2024	IA 2025	Diferencia IA
Artigas	1	1	1.37	1.37	0.01
Canelones	16	11	2.53	1.72	-0.81
Cerro Largo	2	1	2.23	1.12	-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	12	10	5.87	4.84	-1.03
Montevideo	103	85	7.44	6.14	-1.30
Paysandú	1	1	0.83	0.83	0.00
Río Negro	0	0	0.00	0.00	0.00
Rivera	2	2	1.82	1.82	0.00
Rocha	5	3	6.71	4.02	-2.69
Salto	1	0	0.74	0.00	-0.74
San José	2	1	1.64	0.82	-0.83
Soriano	1	0	1.20	0.00	-1.20
Tacuarembó	1	3	1.08	3.24	2.16
Treinta y Tres	2	2	3.96	3.96	0.00
Total	154	121	4.30	3.37	-0.93

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 34, los casos de hepatitis C registrados corresponden a adultos de entre 18 y 76 años de edad, con un promedio de 44,9 años. El 61,2% son de sexo masculino.

Leptospirosis

Tabla 9. Número de casos confirmados, número de fallecidos e incidencia acumulada de leptospirosis hasta la semana epidemiológica 34 por departamento. Uruguay, 2024-2025.

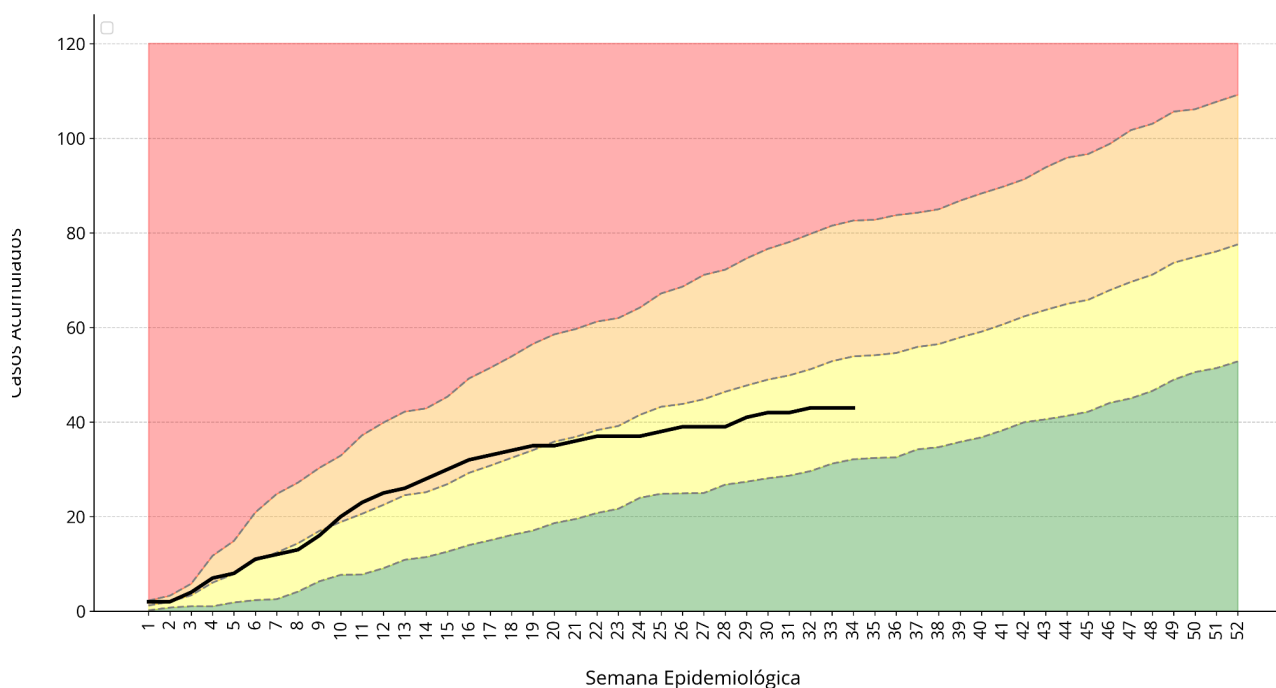
Departamento	Casos 2024	Casos 2025	IA 2024	IA 2025	Diferencia IA	Fallecidos 2024	Fallecidos 2025
Artigas	1	0	1.37	0.00	-1.37	0	0
Canelones	5	3	0.79	0.47	-0.32	0	0
Cerro Largo	5	1	5.58	1.12	-4.46	1	0
Colonia	8	7	6.02	5.25	-0.77	0	0
Durazno	1	1	1.70	1.70	0.00	0	0
Flores	2	0	7.56	0.00	-7.56	0	0
Florida	8	1	11.54	1.44	-10.10	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	3	1.01	0.22	-0.79	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	3	3	4.02	4.02	0.00	0	0
Salto	2	2	1.48	1.47	0.00	0	0
San José	4	7	3.28	5.71	2.42	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	66	43	1.84	1.20	-0.65	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 34, los casos de leptospirosis registrados presentan un promedio de edad de 41,3 años, con un rango de entre 14 y 63 años. El 95,3 % de los casos corresponde a hombres. Requirieron internación 24 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 34. Uruguay, 2024-2025.

Evento		N° casos		IA		N° fallecidos		Diferencia IA
		2024	2025	2024	2025	2024	2025	
Meningitis y enfermedad meningocócica		34	25	0.95	0.70	8	4	-0.25
Meningitis bacteriana	Meningitis por <i>H. influenzae</i>	4	3	0.11	0.08	0	0	-0.03
	Meningitis por <i>S. pneumoniae</i>	26	17	0.73	0.47	6	5	-0.25
	Meningitis por <i>Listeria monocytogenes</i>	1	5	0.03	0.14	0	2	0.11
	Microorganismo sin identificar	6	11	0.17	0.31	1	1	0.14
	Otro microorganismo identificado (no incluye <i>N. meningitidis</i>)	6	7	0.17	0.20	3	1	0.03
Meningitis y meningoencefalitis virales	Enterovirus	22	3	0.61	0.08	0	0	-0.53
	Herpes simplex 1 y 2	8	2	0.22	0.06	2	1	-0.17
	<i>Herpes zoster</i>	1	13	0.03	0.36	0	0	0.33
	EEO	4	0	0.11	0.00	2	0	-0.11
	Otras virales	8	4	0.22	0.11	0	0	-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.

Tal como se observa en la tabla 10, la incidencia acumulada de meningitis y enfermedad meningocócica hasta la SE 34 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 0,73 a 0,47 cada 100.000 habitantes.



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

Tabla 11. Número de casos de meningitis y enfermedad meningocócica por grupo etario y serogrupo. Uruguay, 2025.

Grupo etario	Serogrupo			
	B	C	W135	Sin identificar
Menor de un año	0	0	2	1
De 1 a 4 años	1	1	0	2
De 5 a 14 años	1	2	0	2
De 15 a 64 años	1	7	2	2
De 65 años y más	0	0	1	0
Total	3	10	5	7

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 departamento. Uruguay, 2025.

Departamento	Casos 2025	IA 2025	Fallecidos 2025
Canelones	7	1.09	2
Cerro Largo	1	1.12	0
Colonia	1	0.75	0
Maldonado	3	1.45	1
Montevideo	10	0.72	0
Rivera	1	0.91	0
Salto	1	0.74	0
Soriano	1	1.20	1
Total	25	0.70	4

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



Tabla 13. Número de casos, incidencia acumulada, número de fallecidos y letalidad de meningitis 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	1	0.22	0	0.00
De 15 a 64 años	7	0.30	0	0.00
De 65 años y más	7	1.24	4	57.14
Total	17	0.47	5	29.41



Parotiditis

Tabla 14. Número de casos e incidencia acumulada de parotiditis infecciosa por rango etario hasta la semana epidemiológica 34. 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	58	49	32.44	27.53	-4.91
De 5 a 9 años	101	62	44.44	27.38	-17.06
De 10 a 14 años	81	22	34.97	9.54	-25.43
De 15 a 19 años	19	5	7.94	2.11	-5.83
De 20 a 24 años	9	8	3.52	3.17	-0.35
De 25 a 29 años	8	5	2.96	1.87	-1.09
De 30 a 34 años	15	10	5.85	3.85	-2.00
De 35 a 39 años	5	5	2.05	2.02	-0.02
De 40 a 44 años	13	10	5.52	4.25	-1.27
De 45 a 49 años	9	7	3.77	2.92	-0.85
De 50 a 54 años	6	3	2.79	1.37	-1.42
De 55 a 59 años	10	2	5.10	1.01	-4.09
De 60 a 64 años	5	3	2.60	1.56	-1.05
De 65 a 69 años	6	6	3.55	3.49	-0.05
De 70 a 74 años	5	2	3.74	1.45	-2.28
De 75 y más	5	4	2.00	1.58	-0.42
TOTAL	355	205	9.92	5.71	-4.21

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



Tabla 15. Número de casos e incidencia acumulada de parotiditis infecciosa por departamento hasta la semana epidemiológica 34. 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	6	5	6.69	5.58	-1.12
Colonia	56	14	42.13	10.50	-31.63
Durazno	0	1	0.00	1.70	1.70
Flores	2	2	7.56	7.56	0.00
Florida	23	1	33.18	1.44	-31.73
Lavalleja	3	1	5.16	1.72	-3.44
Maldonado	6	6	2.93	2.90	-0.03
Montevideo	101	77	7.30	5.56	-1.73
Paysandú	18	26	14.91	21.51	6.60
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	73	34	53.96	25.07	-28.89
San José	9	3	7.39	2.45	-4.94
Soriano	22	11	26.42	13.23	-13.19
Tacuarembó	4	4	4.32	4.32	0.00
Treinta y Tres	0	1	0.00	1.98	1.98
Total	355	205	9.92	5.71	-4.21

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

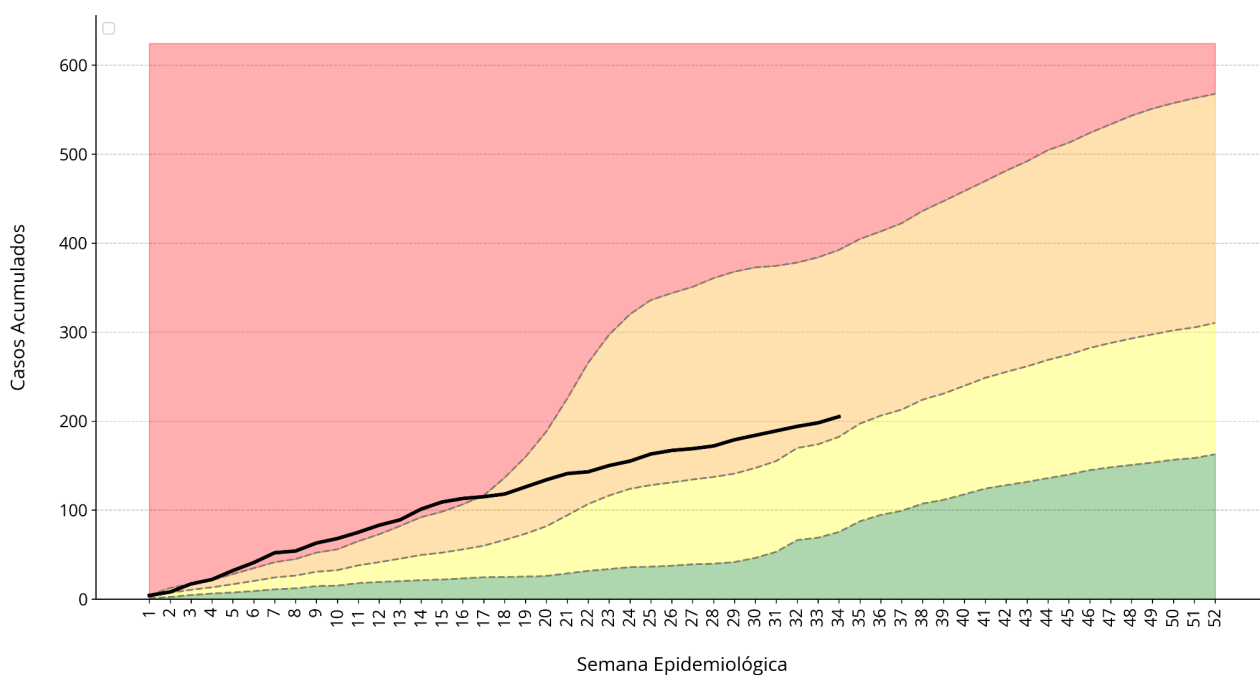
El análisis de los casos de parotiditis muestra una disminución en la incidencia acumulada a la SE 34 al comparar entre 2024 y 2025, aunque dicha tasa se encuentra aumentada con respecto a la mediana de los últimos 5 años (sin incluir pandémicos). La mayor disminución se encuentra en el rango etario 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 34, mientras que 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 2. 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 34. Uruguay, 2025.

Departamento	Perro	Murciélago	Gato	Otro	Total
Artigas	26	2	0	0	28
Canelones	310	4	21	3	338
Cerro Largo	37	0	9	1	47
Colonia	182	0	13	0	195
Durazno	44	0	5	2	51
Flores	41	0	3	0	44
Florida	9	0	0	0	9
Lavalleja	60	0	5	0	65
Maldonado	129	4	16	2	151
Montevideo	708	17	59	6	790
Paysandú	194	2	17	0	213
Río Negro	32	0	0	0	32
Rivera	210	1	17	0	228
Rocha	20	1	0	0	21
Salto	276	0	27	0	303
San José	111	2	8	0	121
Soriano	72	0	4	0	76
Tacuarembó	191	0	9	2	202
Treinta y Tres	8	0	0	0	8
Total	2660	33	213	16	2922

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

En 927 casos se realizó recomendación de vacuna antirrábica y en 44 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 pasado 15 de agosto de 2025 (OPS) – La Organización Panamericana de la Salud (OPS) instó a los países de las Américas a reforzar las actividades de vacunación, mejorar la vigilancia de enfermedades y agilizar las intervenciones de respuesta rápida, ante el aumento de casos de sarampión en la región. Hasta el 8 de agosto de 2025, se han confirmado 10.139 casos de sarampión y 18 muertes relacionadas en diez países, lo que representa un incremento de 34 veces en comparación con el mismo período de 2024.

Los brotes están relacionados principalmente con una baja cobertura de vacunación: el 71% de los casos ocurrieron en personas no vacunadas y un 18% en individuos con estado de vacunación desconocido.

Los países con mayor número de casos son Canadá (4,548 casos), México (3,911 casos) y Estados Unidos (1,356 casos). Otros países con casos confirmados incluyen Bolivia (229), Argentina (35), Belice (34), Brasil (17), Paraguay (4), Perú (4) y Costa Rica (1). Paraguay es el último país en reportar un brote este año. Las muertes se han registrado en México (14), Estados Unidos (3) y Canadá (1). En



México, la mayoría de las muertes ocurrieron en personas indígenas de entre 1 y 54 años. Canadá reportó un caso fatal de sarampión congénito en un recién nacido¹.

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).

¹ <https://www.paho.org/es/noticias/15-8-2025-diez-paises-americanas-reportan-brotes-sarampion-2025>



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 ²

- Precauciones estándares con énfasis en la higiene de manos y uso de Equipo de Protección Personal (EPP).
- Colocación del paciente en habitación individual de preferencia con presión negativa, manteniendo la puerta cerrada.
- Señalizar la habitación con identificación de precauciones aéreas³.

² CDC. Control de infecciones en el personal sanitario: epidemiología y control de infecciones seleccionadas. Disponible en: [Epidemiología y control de infecciones](#)

³ MSP. Cartillas de aislamiento. Disponible en: [Cartillas de aislamiento](#)



- Educar al paciente en la implementación de medidas de higiene respiratoria.
- El personal de salud debe colocarse tapaboca N95 (realizando la prueba de ajuste y sellado), sobretúnica y guantes antes de entrar a la habitación. Retirar el EPP al salir de la habitación realizando correcto descarte e higiene de manos posterior.
- Para traslados, el paciente deberá utilizar máscara quirúrgica. Se deberá limitar el movimiento del paciente sin que ello altere las necesidades diagnósticas o terapéuticas. Dentro de su habitación puede retirarse la mascarilla.
- Las medidas aplican no solamente al personal que realiza asistencia directa sino a todos quienes ingresen en la habitación del paciente: servicios de apoyo, extraccionistas, tisanería, higiene ambiental, entre otros.
- 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 34. Uruguay, 2024-2025.

Departamento	Casos 2024	Casos 2025	IA 2024	IA 2025	Diferencia IA
Artigas	125	48	171.15	65.96	-105.19
Canelones	345	344	54.51	53.74	-0.77
Cerro Largo	44	29	49.07	32.34	-16.73
Colonia	118	161	88.78	120.79	32.01
Durazno	121	61	205.30	103.51	-101.79
Flores	38	24	143.64	90.73	-52.91
Florida	51	56	73.57	80.78	7.21
Lavalleja	95	140	163.39	241.33	77.94
Maldonado	780	434	381.38	209.85	-171.53
Montevideo	1906	1284	137.68	92.75	-44.93
Paysandú	262	147	217.04	121.60	-95.44
Río Negro	36	39	60.94	65.82	4.89
Rivera	89	76	81.03	69.09	-11.94
Rocha	93	64	124.75	85.77	-38.99
Salto	278	103	205.50	75.95	-129.55
San José	83	84	68.14	68.47	0.33
Soriano	121	96	145.33	115.47	-29.87
Tacuarembó	92	133	99.27	143.59	44.33
Treinta y Tres	32	33	63.43	65.42	1.99
Total	4709	3356	131.61	93.51	-38.10

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 18. Número de casos e incidencia acumulada de tos convulsa por rango etario hasta la semana epidemiológica 34. Uruguay, 2024-2025.

Rango etario	Casos 2024	Casos 2025	IA 2024	IA 2025	Diferencia IA
Menor de 1 año	3	5	6.78	11.36	4.58
De 1 a 4 años	0	2	0.00	1.12	1.12
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	3	10	0.08	0.28	0.19



Tabla 19. Número de casos e incidencia acumulada de tos convulsa por departamento hasta la semana epidemiológica 34. Uruguay, 2024-2025.

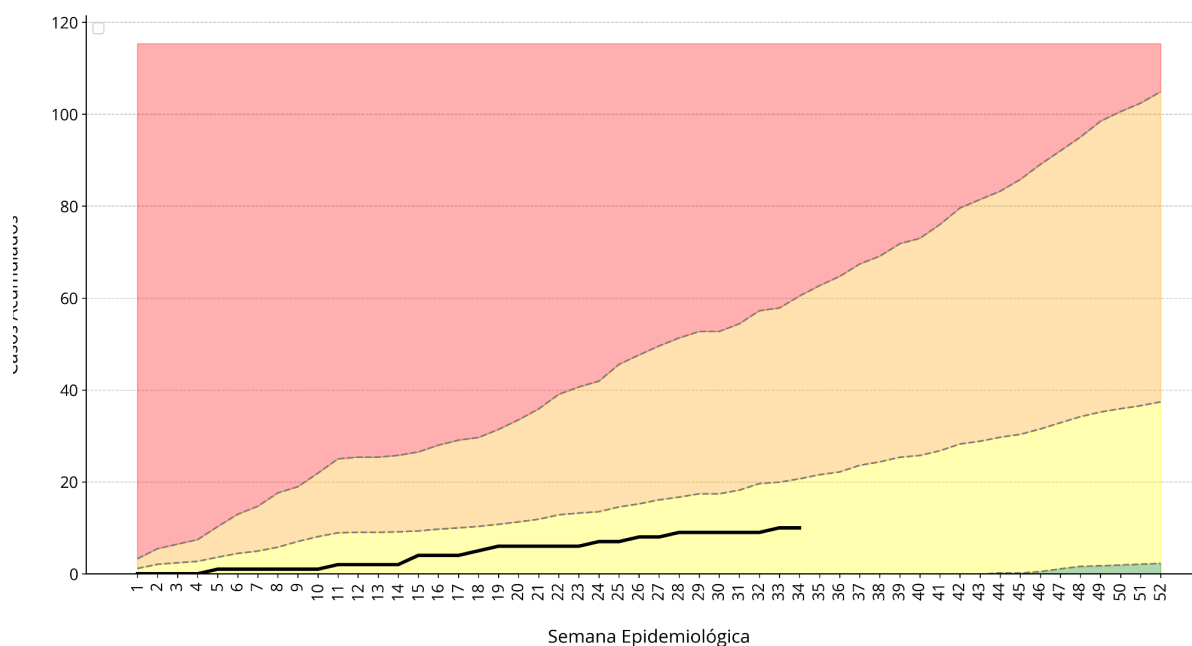
Departamento	Casos 2024	Casos 2025	IA 2024	IA 2025	Diferencia IA
Artigas	0	1	0.00	1.37	1.37
Canelones	0	1	0.00	0.16	0.16
Cerro Largo	0	0	0.00	0.00	0.00
Colonia	0	0	0.00	0.00	0.00
Durazno	0	0	0.00	0.00	0.00
Flores	0	0	0.00	0.00	0.00
Florida	0	0	0.00	0.00	0.00
Lavalleja	0	0	0.00	0.00	0.00
Maldonado	0	1	0.00	0.48	0.48
Montevideo	3	6	0.22	0.43	0.22
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	3	10	0.08	0.28	0.19

En el año 2024, hasta la semana epidemiológica 34 solo se habían registrado tres casos de tos convulsa, correspondientes a tres lactantes de Montevideo. En 2025 se registraron diez casos: seis en el departamento de Montevideo, cuatro correspondientes lactantes de 1, 2 3 y 7 meses, respectivamente (uno de sexo femenino y tres de sexo masculino) y dos casos en adultos: una mujer de 35 años y 33



un hombre de 43 años. Otro caso se registró en Artigas y corresponde a un preescolar de 3 años, otro caso en Canelones en otro 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. Cinco de los siete casos en menores de 5 años requirieron internación, tres de ellos en CTI, todos tuvieron buena evolución.

Gráfico 3. 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 (VZV), miembro de la familia de los herpesvirus, siendo el humano el único reservorio.

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

El análisis de los casos de varicela muestra un incremento en la incidencia acumulada a la SE 34 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 34 se registraron 51 brotes con un total de 167 casos. De estos brotes, 26 fueron intrafamiliares, 15 en establecimientos educativos y los diez restantes en otras instituciones. El corredor endémico acumulado de varicela muestra que la incidencia se encuentra en zona de alerta.



Tabla 20. Número de casos e incidencia acumulada de varicela por rango etario hasta la semana epidemiológica 34. Uruguay, 2024-2025.

Rango etario	Casos 2024	Casos 2025	IA 2024	IA 2025	Diferencia IA
Menor de 1 año	8	13	18.08	29.53	11.45
De 1 a 4 años	24	40	13.42	22.47	9.05
De 5 a 9 años	20	24	8.80	10.60	1.80
De 10 a 14 años	33	49	14.25	21.26	7.01
De 15 a 19 años	94	98	39.31	41.39	2.09
De 20 a 24 años	18	70	7.03	27.71	20.67
De 25 a 29 años	19	55	7.03	20.54	13.50
De 30 a 34 años	13	25	5.07	9.62	4.55
De 35 a 39 años	14	6	5.73	2.43	-3.30
De 40 a 44 años	4	6	1.70	2.55	0.85
De 45 a 49 años	1	5	0.42	2.09	1.67
De 50 a 54 años	2	9	0.93	4.11	3.18
De 55 a 59 años	3	1	1.53	0.51	-1.02
De 60 a 64 años	0	1	0.00	0.52	0.52
De 65 a 69 años	2	1	1.18	0.58	-0.60
De 70 a 74 años	1	3	0.75	2.18	1.43
De 75 y más	1	5	0.40	1.97	1.57
Total	257	411	7.18	11.45	4.27

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



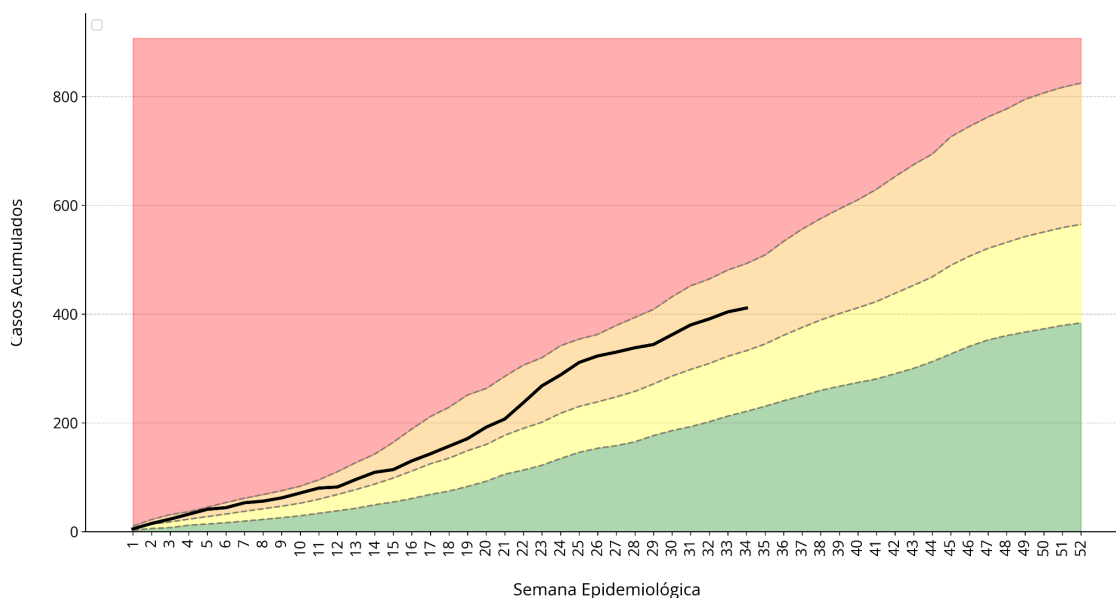
Tabla 21. Número de notificaciones e incidencia acumulada de notificaciones de varicela por departamento hasta la semana epidemiológica 34. Uruguay, 2024-2025.

Departamento	Casos 2024	Casos 2025	IA 2024	IA 2025	Diferencia IA
Artigas	0	2	0.00	2.75	2.75
Canelones	28	51	4.42	7.97	3.54
Cerro Largo	2	4	2.23	4.46	2.23
Colonia	18	16	13.54	12.00	-1.54
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	11	1.72	18.96	17.24
Maldonado	11	17	5.38	8.22	2.84
Montevideo	89	191	6.43	13.80	7.37
Paysandú	14	40	11.60	33.09	21.49
Río Negro	1	10	1.69	16.88	15.19
Rivera	5	9	4.55	8.18	3.63
Rocha	2	4	2.68	5.36	2.68
Salto	52	21	38.44	15.48	-22.95
San José	8	11	6.57	8.97	2.40
Soriano	16	13	19.22	15.64	-3.58
Tacuarembó	2	9	2.16	9.72	7.56
Treinta y Tres	0	0	0.00	0.00	0.00
Total	257	411	7.18	11.45	4.27

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 4. 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).

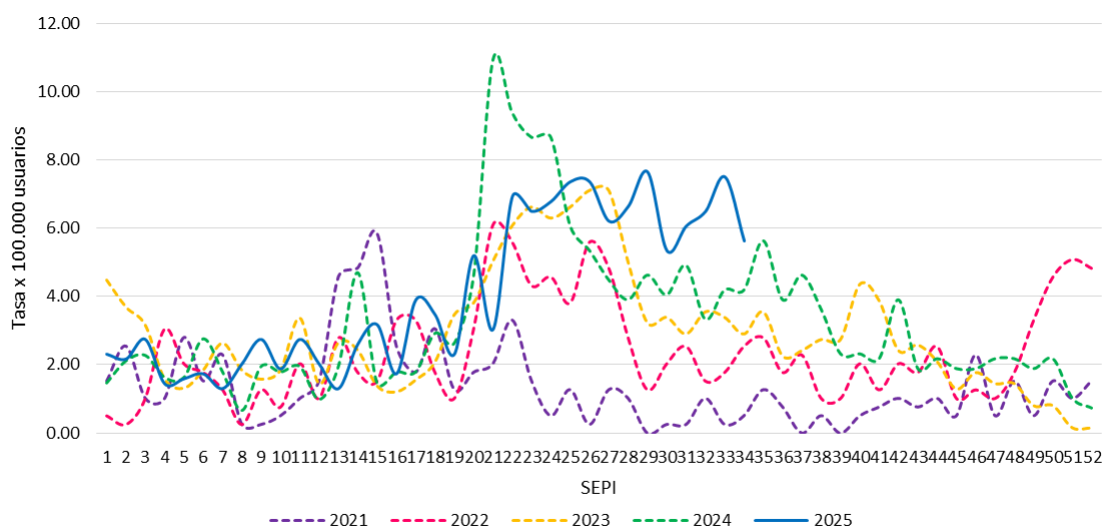


Infecciones respiratorias

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

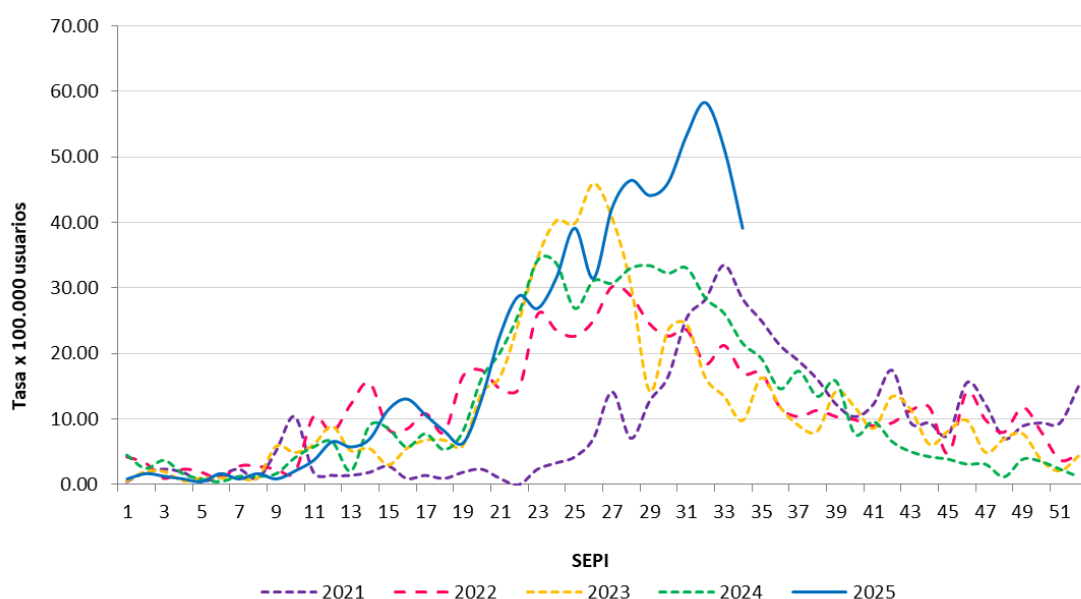
Gráfico 5. Incidencia acumulada en personas de 15 años y más internada por infecciones respiratorias agudas graves en centros centinela por semana epidemiológica. Uruguay, 2021 - 2025.



Fuente: Sistema de Infecciones Hospitalarias.



Gráfico 6. 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 34 de 2025, la incidencia acumulada de IRAG en adultos presenta una distribución similar a la observada en años anteriores. Sin embargo, en menores de 15 años se observa una tendencia al aumento. Es importante considerar que actualmente se utiliza una definición de caso de IRAG más sensible que la de años anteriores. Por esta razón, no es posible realizar una comparación directa con valores históricos.

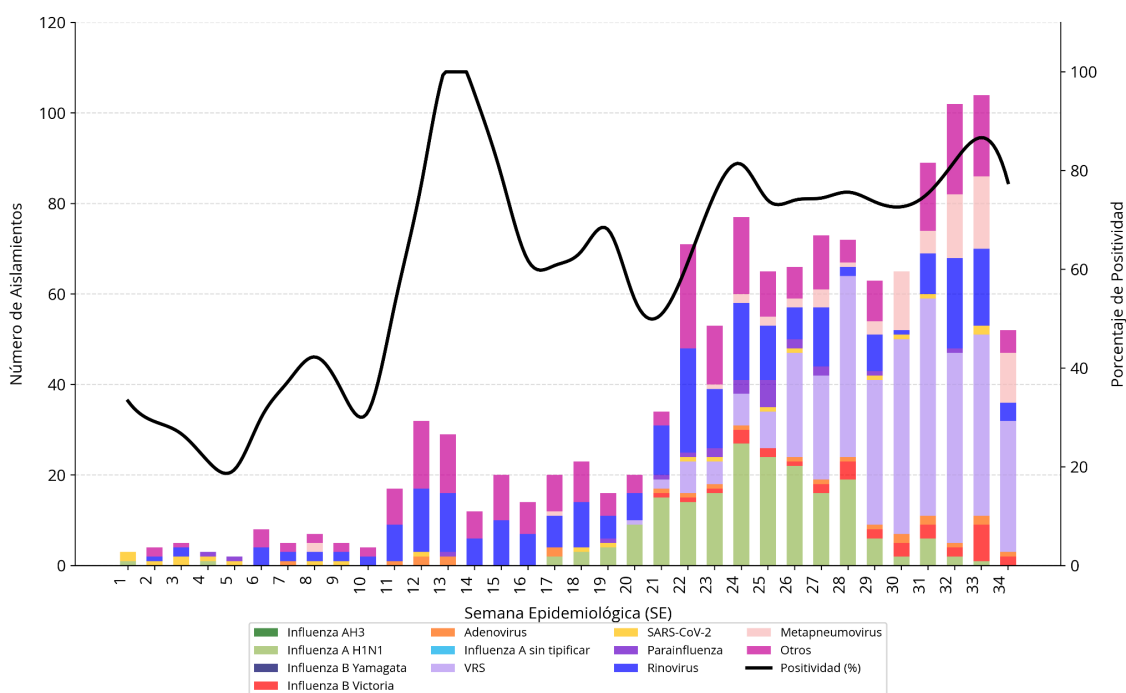
En el gráfico se presenta la cantidad de aislamientos según el virus identificado en los casos de IRAG. La línea negra representa el porcentaje de positividad, definido



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 y un aumento en la detección de VRS. Los casos de IRAG en la región se dan fundamentalmente a expensas de Influenza A(H1N1)pdm09 y VRS⁴.

Gráfico 7. Virus identificados en infecciones respiratorias agudas graves en centros centinelas y porcentaje de positividad de las muestras analizadas, hasta la semana epidemiológica 34. Uruguay 2025.



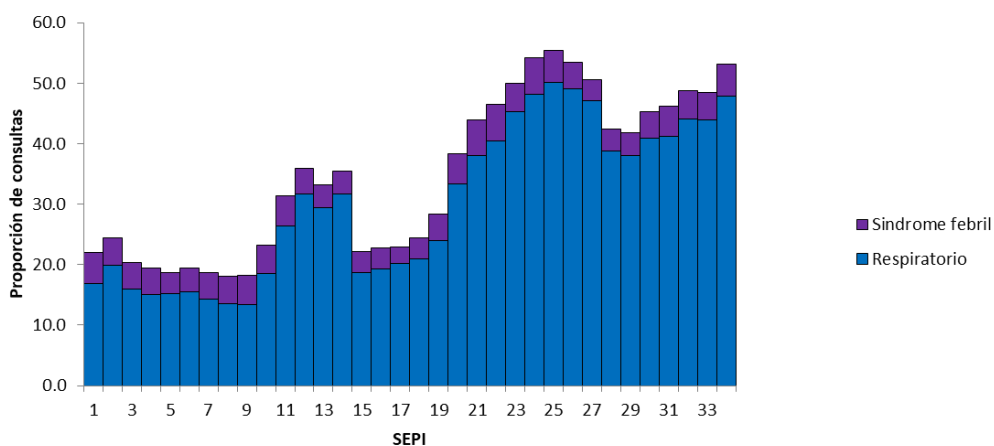
Otros incluye: Enterovirus, Coronavirus, Bocavirus. Fuente: Departamento de Laboratorios de Salud Pública.

⁴ 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](#)



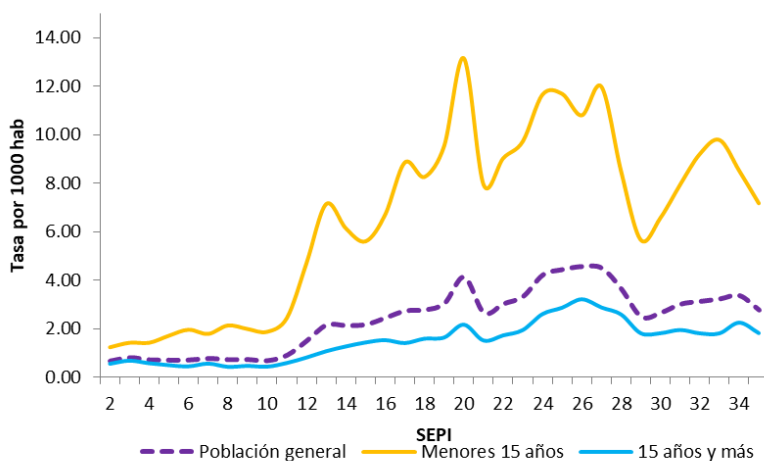
Monitoreo de consultas en emergencias móviles

Gráfico 8. Proporción de consultas en emergencias móviles por enfermedad respiratoria y síndrome febril hasta la semana epidemiológica 34. Uruguay, 2025.



Fuente: DEVISA.

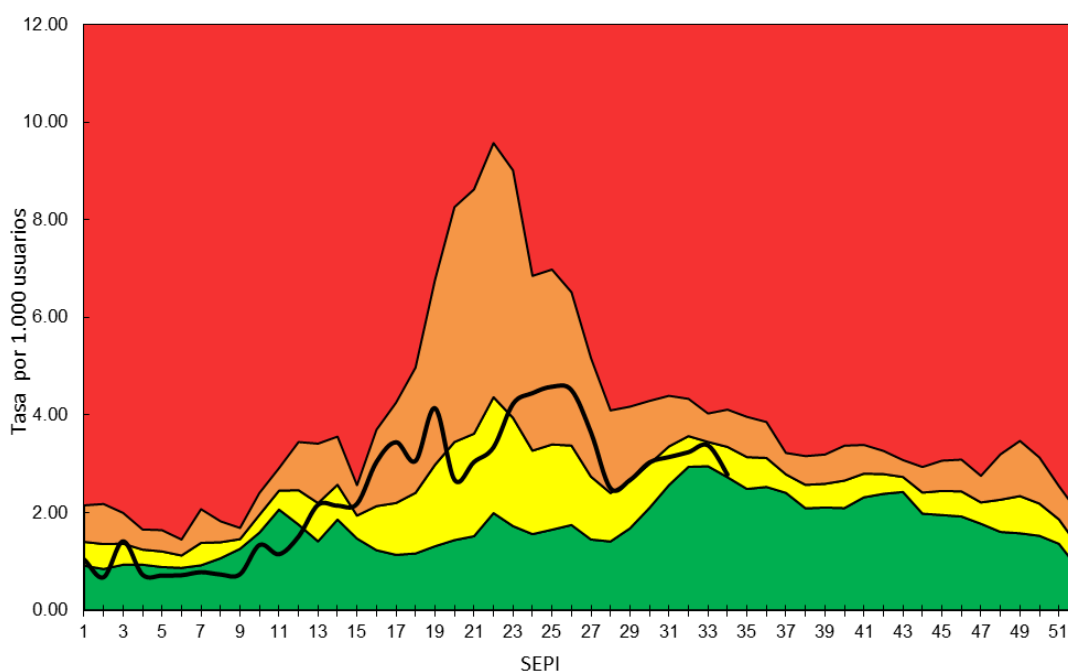
Gráfico 9. Tasa de consultas por infección respiratoria aguda en emergencias móviles hasta la semana epidemiológica 34. Uruguay, 2025.



Fuente: DEVISA.



Gráfico 10. Corredor endémico de consultas por infección respiratoria aguda en emergencias móviles hasta la semana epidemiológica 34. Uruguay, 2025.



Fuente: DEVISA.

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

Variantes bajo monitoreo (VUM) y en circulación global

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

Tabla 22. Principales variantes de SARS-CoV-2 bajo vigilancia.

47



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

Relación filogenética de los linajes predominantes

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

Diferencias genéticas clave entre las variantes bajo vigilancia



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

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

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

Tabla 23. Diferencias genéticas clave entre las variantes bajo vigilancia

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

Situación en Sudamérica



Datos de Brasil y Argentina (junio 2025)

- **Brasil** (Fiocruz) aparecen en Julio NB.1.8.1 (Nimbus) y XFG (Stratus o Frankenstein).
- **Argentina** (ANLIS-Malbrán) ha reportado casos de LP.8.1 y XEC, y recientemente XFG (Stratus o Frankenstein).

En las últimas semanas, la circulación del virus en Argentina se mantiene baja. Hasta la semana epidemiológica 30 (20 al 26 de julio de 2025), solo se registraron ocho casos positivos de COVID-19 entre 80 muestras analizadas por PCR.

Confiabilidad de los datos en la región

Los datos deben interpretarse con cautela. Están sesgados geográficamente y las prevalencias son muy variables. Esto es actualmente válido a nivel global, regional y local.

Actualización de circulación de variantes en Uruguay

- La secuenciación genómica de este periodo permitió recuperar 12 genomas desde muestras provenientes de los centros centinela^{**}. La variación encontrada, como es habitual es grande, con muestras pertenecientes a los clados 24 (C, E y H) y 25 (A, B y C).
- Tres muestras del total de 12 resultaron ser variantes Omicron del Clado 25C XFG.2 y XFG.3 del popular linaje XFG llamado (Stratus o Frankenstein).
- Similar a lo que ocurre en Brasil y Argentina, se detectó la circulación de Nimbus, recombinantes del linaje XFC, Y linajes que ya venían circulando en la primera mitad del año de los clados 24, MC^{*}, PC^{*}, PG^{*} y del linaje 25A, LP8^{*}

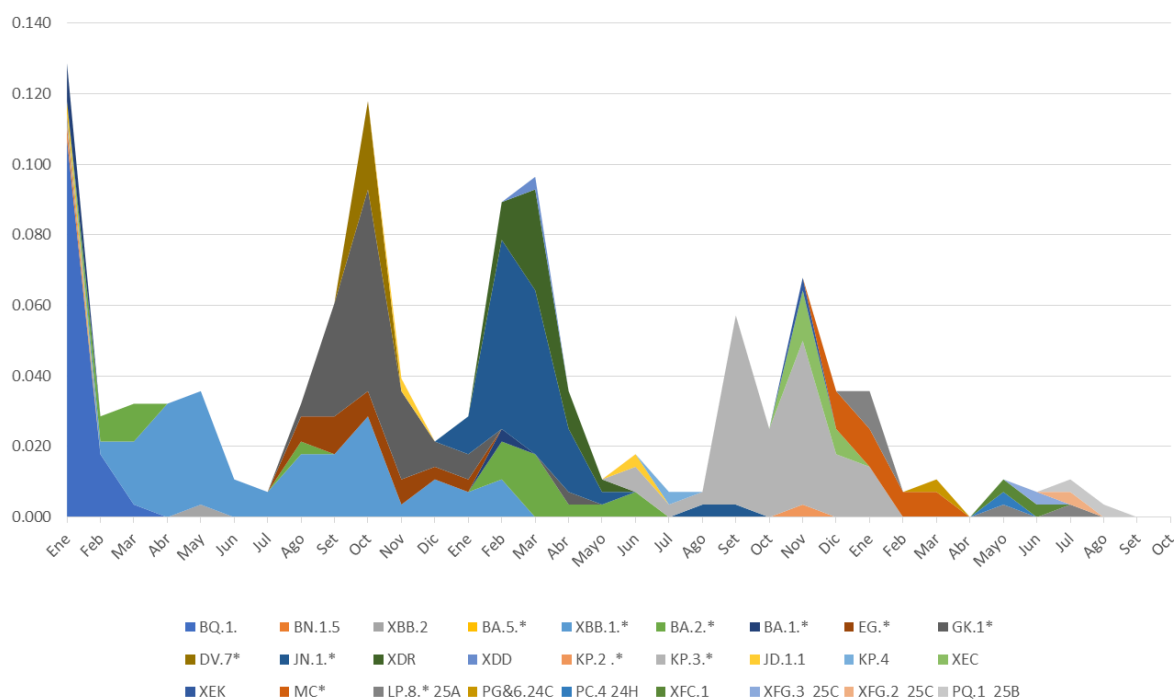
Tabla 24. Datos de VUM identificadas en los centros centinelas



	Muestra	Virus	Clade	Lineage	Nombre común	Toma de muestra
1	COVID1737	SARS-CoV-2	25B	PQ.1	Nimbus	5/8/2025
2	COVID1620	SARS-CoV-2	25C	XFG.2	Frankenstein	30/7/2025
3	COVID1451	SARS-CoV-2	25C	XFG.2	Frankenstein	18/7/2025
4	COVIDp19	SARS-CoV-2	25A	LP.8.1.4		5/7/2025
5	COVID1111	SARS-CoV-2	25C	XFG.3	Frankenstein	27/6/2025
6	COVID914	SARS-CoV-2	recombinante	XFC.1		14/6/2025
7	COVID639	SARS-CoV-2	25A	LP.8.1.1		30/5/2025
8	COVID401	SARS-CoV-2	recombinante	XFC.1		4/5/2025
9	COVID383	SARS-CoV-2	24H	PC.4		1/5/2025
10	COVIDp22	SARS-CoV-2	24C	PG.6		14/3/2025
11	COVIDp21	SARS-CoV-2	24E	MC.10.1		13/3/2025
12	COVIDp18	SARS-CoV-2	24E	MC.33.1		25/2/2025

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

Gráfico 11. Progresión de la frecuencia relativa de los principales linajes de Omicron desde enero de 2023 a mayo de 2025, en Uruguay.



Implicancias clínicas y epidemiológicas

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

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

Infecciones asociadas a la atención a la salud



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

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

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

Los resultados de la vigilancia por componente se describen en el informe anual.⁵

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.

Brotes de IAAS

⁵Ministerio 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](#)



Tabla 25. Brotes en curso de microorganismos según mecanismo de resistencia, casos de infección y colonización. Año 2025, al 27 de agosto.

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	3	25	12/08/2025
22/07/2025	<i>Sarcoptes scabiei</i>	-	12	-	09/08/2025
28/06/2025	<i>Virus varicela zoster</i>	-	4	-	02/08/2025
02/08/2025	<i>Escherichia coli</i> <i>Providencia stuartii</i>	NDM	1	2	07/08/2025

*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. ERV: Enterococo resistente a vancomicina. 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 27 de agosto.

Microorganismo	Mecanismo de resistencia	Casos de infección	Casos de colonización
<i>Enterobacter cloacae</i>	NDM	1	9
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	-	5	0
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	NDM	0	2
<i>Mycobacterium tuberculosis</i>	-	2	7
<i>Klebsiella oxytoca</i>	KPC	1	0
<i>Enterococcus faecium</i>	ERV	1	3
<i>Salmonella.sp</i>	-	14	0
<i>Citrobacter freundii</i>	-	1	4
<i>Staphylococcus aureus</i>	-	6	0
<i>Enterococcus sp</i>	ERV	1	0
<i>Klebsiella oxytoca y pneumoniae</i>	NDM	1	5
<i>Enterococcus faecium</i>	ERV	2	5
<i>Enterococcus sp</i>	NDM	0	2
<i>Enterococcus faecium</i>	-	2	0
<i>Serratia marcescens</i>	-	0	2
<i>Enterobacter cloacae</i>	NDM	0	2
<i>Acinetobacter baumannii</i>	-	9	0
<i>Enterococcus faecium</i>	ERV	2	0
<i>Virus varicela zoster</i>	-	9	0
<i>Bacilos Gram negativos</i>	-	11	0
<i>Enterococcus faecium</i>	ERV	1	2
<i>Clostridioides difficile</i>	-	2	0
<i>Virus papera</i>	-	2	0
<i>Serratia marcescens</i>	-	5	0
<i>Enterococcus faecium</i>	ERV	0	3
<i>Acinetobacter baumannii</i>	-	3	1
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	BLEE	3	0



<i>Klebsiella pneumoniae</i>	VIM	0	4
------------------------------	-----	---	---

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



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



msp.gub.uy