



**Ministerio
de Salud Pública**

Boletín epidemiológico

Semana epidemiológica 38 año 2025

14/09/2025 al 20/09/2025





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.....	21
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.....	47
Informe sobre las variantes COVID-19 bajo vigilancia y su circulación en el país y en la región.....	48
Infecciones asociadas a la atención a la salud.....	54
Brotes 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

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

Evento	N° casos		IA		Diferencia de tasas
	Mediana	2025	Mediana	2025	
Araneismo	0	17	0.00	0.47	0.47
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	17	36	0.48	1.00	0.52
Difteria	0	0	0.00	0.00	0.00
Enfermedad meningocócica*	21	29	0.59	0.81	0.22
Enfermedad transmitida por alimentos	266	412	7.56	11.48	3.92
Fiebre amarilla	0	0	0.00	0.00	0.00
Hantavirus	13	7	0.36	0.20	-0.16
Meningitis aguda bacteriana**	47	49	1.32	1.37	0.05
Meningitis/meningoencefalitis viral	34	25	0.97	0.70	-0.27
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	1922	3292	53.89	91.73	37.84
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	6	11	0.17	0.31	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 38. 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	9	10	0.26	0.28	0.02
Hepatitis B	295	141	8.30	3.93	-4.37
Hepatitis C	238	149	6.67	4.15	-2.52
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	45	48	1.27	1.34	0.07
Malaria	9	3	0.26	0.08	-0.18
Parotiditis infecciosa	150	219	4.28	6.10	1.82
Sífilis	4702	3907	132.27	108.86	-23.41
Varicela	309	505	8.64	14.07	5.43

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.



Brotos

Tabla 3. Número de brotes registrados y de personas afectadas según evento. Uruguay, 2025 (hasta la semana epidemiológica 38).

Evento	Número de brotes	Número de personas afectadas
COVID-19	2	11
Dengue/Zika/Chikungunya	2	6
Enfermedad transmitida por alimentos	21	257
Escabiosis	7	68
Escarlatina	29	111
GEA	27	427
Influenza A	1	6
IRA	21	402
Mano pie boca	56	537
Molusco contagioso	1	5
Mononucleosis	2	5
Oxiuriasis	1	2
Parotiditis infecciosa	3	6
Psitacosis	2	4
<i>S. pyogenes</i>	1	10
Tos convulsa	1	2
Varicela	58	227

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 38 se han notificado 412 casos de ETA, de los cuales 257 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 38 Uruguay, 2025.

Departamento	Número de brotes	Número de personas afectadas
Canelones	2	8
Flores	1	4
Maldonado	5	47
Montevideo	12	183
Rivera	1	15
Total	21	257

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 38 presentan un promedio de edad de 31,6 años. El 54,8 % 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 38. 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	5	1	0.36	0.07	-0.29	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	13	7	0.36	0.20	-0.17	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 38, 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 38. Uruguay, 2024-2025.

Departamento	Casos 2024	Casos 2025	IA 2024	IA 2025	Diferencia IA
Artigas	0	0	0.00	0.00	0.00
Canelones	4	1	0.63	0.16	-0.48
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	21	7	1.52	0.51	-1.01
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	27	10	0.75	0.28	-0.48

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

En 2025, hasta la SE 38, los casos de hepatitis A registrados corresponden a adultos de entre 19 y 70 años de edad: siete hombres y tres mujeres. Seis 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 38. 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	16	2.21	2.50	0.29
Cerro Largo	1	0	1.12	0.00	-1.12
Colonia	1	2	0.75	1.50	0.75
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	8	3.44	13.79	10.35
Maldonado	12	13	5.87	6.29	0.42
Montevideo	91	77	6.57	5.56	-1.01
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	8	1.34	10.72	9.38
Salto	3	6	2.22	4.42	2.21
San José	2	3	1.64	2.45	0.80
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	132	141	3.69	3.93	0.24

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 38, 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 48.2 % de



los casos corresponde a mujeres y el 51,8 % 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 38. Uruguay, 2024-2025.

Departamento	Casos 2024	Casos 2025	IA 2024	IA 2025	Diferencia IA
Artigas	1	2	1.37	2.75	1.38
Canelones	19	15	3.00	2.34	-0.66
Cerro Largo	2	1	2.23	1.12	-1.12
Colonia	2	1	1.50	0.75	-0.75
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	14	12	6.85	5.80	-1.04
Montevideo	121	96	8.74	6.93	-1.81
Paysandú	1	5	0.83	4.14	3.31
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	1	0.74	0.74	0.00
San José	2	2	1.64	1.63	-0.01
Soriano	1	0	1.20	0.00	-1.20
Tacuarembó	1	5	1.08	5.40	4.32
Treinta y Tres	2	3	3.96	5.95	1.98
Total	177	149	4.95	4.15	-0.80

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 38, los casos de hepatitis C registrados corresponden a adultos de entre 16 y 91 años de edad, con un promedio de 45,5 años. El 61,7% son de sexo masculino.

Leptospirosis

Tabla 9. Número de casos confirmados, número de fallecidos e incidencia acumulada de leptospirosis hasta la semana epidemiológica 38 por departamento. Uruguay, 2024-2025.

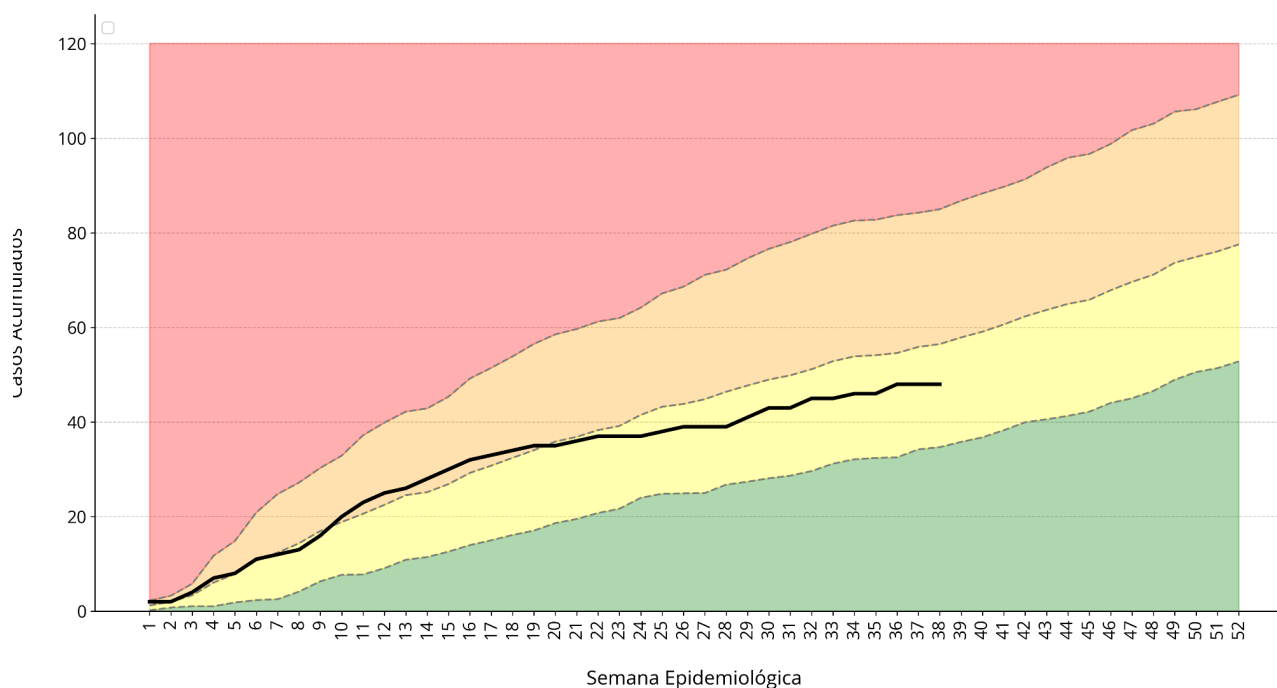
Departamento	Casos 2024	Casos 2025	IA 2024	IA 2025	Diferencia IA	Fallecidos 2024	Fallecidos 2025
Artigas	1	0	1.37	0.00	-1.37	0	0
Canelones	5	3	0.79	0.47	-0.32	0	0
Cerro Largo	5	1	5.58	1.12	-4.46	1	0
Colonia	8	7	6.02	5.25	-0.77	0	0
Durazno	1	2	1.70	3.39	1.70	0	0
Flores	2	0	7.56	0.00	-7.56	0	0
Florida	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	5	1.01	0.36	-0.65	2	0
Paysandú	2	2	1.66	1.65	0.00	0	0
Río Negro	3	4	5.08	6.75	1.67	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	4	2.40	4.81	2.41	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	48	1.84	1.34	-0.51	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 38, los casos de leptospirosis registrados presentan un promedio de edad de 41,6 años, con un rango de entre 14 y 83 años. El 95,8 % de los casos corresponde a hombres. Requirieron internación 28 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 38. Uruguay, 2024-2025.

Evento		N° casos		IA		N° fallecidos		Diferencia IA
		2024	2025	2024	2025	2024	2025	
Meningitis y enfermedad meningocócica		37	29	1.03	0.81	10	5	-0.23
Meningitis bacteriana	Meningitis por <i>H. influenzae</i>	5	3	0.14	0.08	0	0	-0.06
	Meningitis por <i>S. pneumoniae</i>	33	22	0.92	0.61	9	6	-0.31
	Meningitis por <i>Listeria monocytogenes</i>	1	5	0.03	0.14	0	2	0.11
	Microorganismo sin identificar	8	12	0.22	0.33	3	1	0.11
	Otro microorganismo identificado (no incluye <i>N. meningitidis</i>)	6	7	0.17	0.20	3	1	0.03
Meningitis y meningoencefalitis virales	Enterovirus	34	3	0.95	0.08	0	0	-0.87
	Herpes simplex 1 y 2	10	3	0.28	0.08	3	2	-0.20
	<i>Herpes zoster</i>	1	15	0.03	0.42	0	2	0.39
	EEO	4	0	0.11	0.00	2	0	-0.11
	Otras virales	8	4	0.22	0.11	0	1	-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 38 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 0,92 a 0,61 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	3	1
De 1 a 4 años	1	1	0	2
De 5 a 14 años	1	2	0	3
De 15 a 64 años	1	7	2	3
De 65 años y más	0	0	1	1
Total	3	10	6	10

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	12	0.87	1
Paysandú	1	0.83	0
Rivera	2	1.82	0
Salto	1	0.74	0
Soriano	1	1.20	1
Total	29	0.81	5

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	9	0.38	0	0.00
De 65 años y más	10	1.78	5	50.00
Total	22	0.61	6	27.27



Parotiditis

Tabla 14. Número de casos e incidencia acumulada de parotiditis infecciosa por rango etario hasta la semana epidemiológica 38. 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	61	53	34.12	29.78	-4.34
De 5 a 9 años	108	62	47.52	27.38	-20.14
De 10 a 14 años	81	25	34.97	10.85	-24.12
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	9	5	3.33	1.87	-1.47
De 30 a 34 años	17	12	6.63	4.62	-2.01
De 35 a 39 años	6	5	2.45	2.02	-0.43
De 40 a 44 años	14	10	5.95	4.25	-1.69
De 45 a 49 años	9	8	3.77	3.34	-0.43
De 50 a 54 años	7	3	3.25	1.37	-1.88
De 55 a 59 años	10	4	5.10	2.03	-3.07
De 60 a 64 años	5	3	2.60	1.56	-1.05
De 65 a 69 años	6	7	3.55	4.08	0.53
De 70 a 74 años	6	3	4.49	2.18	-2.30
De 75 y más	5	4	2.00	1.58	-0.42
TOTAL	372	219	10.40	6.10	-4.30

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 38. 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	14	4.27	2.19	-2.08
Cerro Largo	6	5	6.69	5.58	-1.12
Colonia	60	16	45.14	12.00	-33.14
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	107	81	7.73	5.85	-1.88
Paysandú	20	28	16.57	23.16	6.59
Río Negro	3	1	5.08	1.69	-3.39
Rivera	0	2	0.00	1.82	1.82
Rocha	0	3	0.00	4.02	4.02
Salto	76	37	56.18	27.28	-28.90
San José	9	3	7.39	2.45	-4.94
Soriano	23	12	27.63	14.43	-13.19
Tacuarembó	4	4	4.32	4.32	0.00
Treinta y Tres	0	1	0.00	1.98	1.98
Total	372	219	10.40	6.10	-4.30

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.

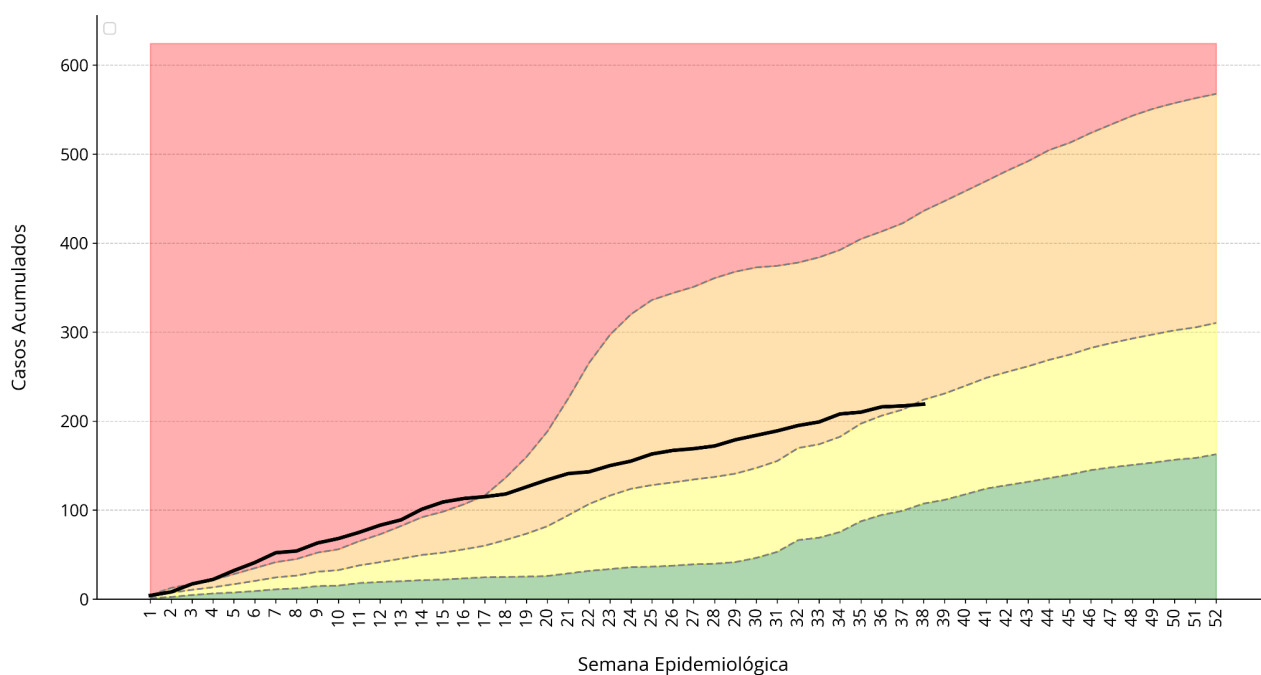
El análisis de los casos de parotiditis muestra una disminución en la incidencia acumulada a la SE 38 al comparar entre 2024 y 2025, aunque dicha tasa se encuentra aumentada con respecto a la mediana de los últimos 5 años (sin incluir pandémicos). La mayor disminución se encuentra en el rango etario 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 38, mientras que Paysandú, Rivera, Rocha, Durazno 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 38. Uruguay, 2025.

Departamento	Perro	Murciélago	Gato	Otro	Total
Artigas	36	2	0	0	38
Canelones	342	4	22	3	371
Cerro Largo	40	0	9	1	50
Colonia	200	0	15	0	215
Durazno	56	0	5	2	63
Flores	44	1	3	0	48
Florida	12	0	2	0	14
Lavalleja	64	0	6	0	70
Maldonado	157	4	21	2	184
Montevideo	802	18	72	8	900
Paysandú	214	2	19	0	235
Río Negro	34	0	0	0	34
Rivera	248	1	18	0	267
Rocha	21	1	0	0	22
Salto	307	0	29	0	336
San José	122	2	10	0	134
Soriano	79	0	5	0	84
Tacuarembó	208	0	9	2	219
Treinta y Tres	8	0	0	0	8
Total	2994	35	245	18	3292

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

En 1040 casos se realizó recomendación de vacuna antirrábica y en 48 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).

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

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



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 38. Uruguay, 2024-2025.

Departamento	Casos 2024	Casos 2025	IA 2024	IA 2025	Diferencia IA
Artigas	136	56	186.21	76.96	-109.25
Canelones	371	376	58.62	58.74	0.12
Cerro Largo	51	36	56.88	40.15	-16.73
Colonia	130	184	97.81	138.05	40.23
Durazno	135	74	229.05	125.57	-103.48
Flores	41	26	154.98	98.29	-56.69
Florida	55	67	79.34	96.65	17.31
Lavalleja	107	146	184.03	251.67	67.64
Maldonado	837	508	409.25	245.63	-163.62
Montevideo	2124	1485	153.43	107.27	-46.16
Paysandú	292	223	241.89	184.47	-57.42
Río Negro	42	43	71.09	72.58	1.48
Rivera	95	82	86.50	74.55	-11.95
Rocha	98	70	131.46	93.81	-37.65
Salto	310	154	229.15	113.55	-115.60
San José	97	99	79.63	80.69	1.06
Soriano	131	103	157.34	123.89	-33.46
Tacuarembó	102	140	110.06	151.15	41.09
Treinta y Tres	34	35	67.39	69.38	1.99
Total	5188	3907	145.00	108.86	-36.14

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 38. Uruguay, 2024-2025.

Rango etario	Casos 2024	Casos 2025	IA 2024	IA 2025	Diferencia IA
Menor de 1 año	5	5	11.30	11.36	0.06
De 1 a 4 años	0	3	0.00	1.69	1.69
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	5	11	0.14	0.31	0.17



Tabla 19. Número de casos e incidencia acumulada de tos convulsa por departamento hasta la semana epidemiológica 38. Uruguay, 2024-2025.

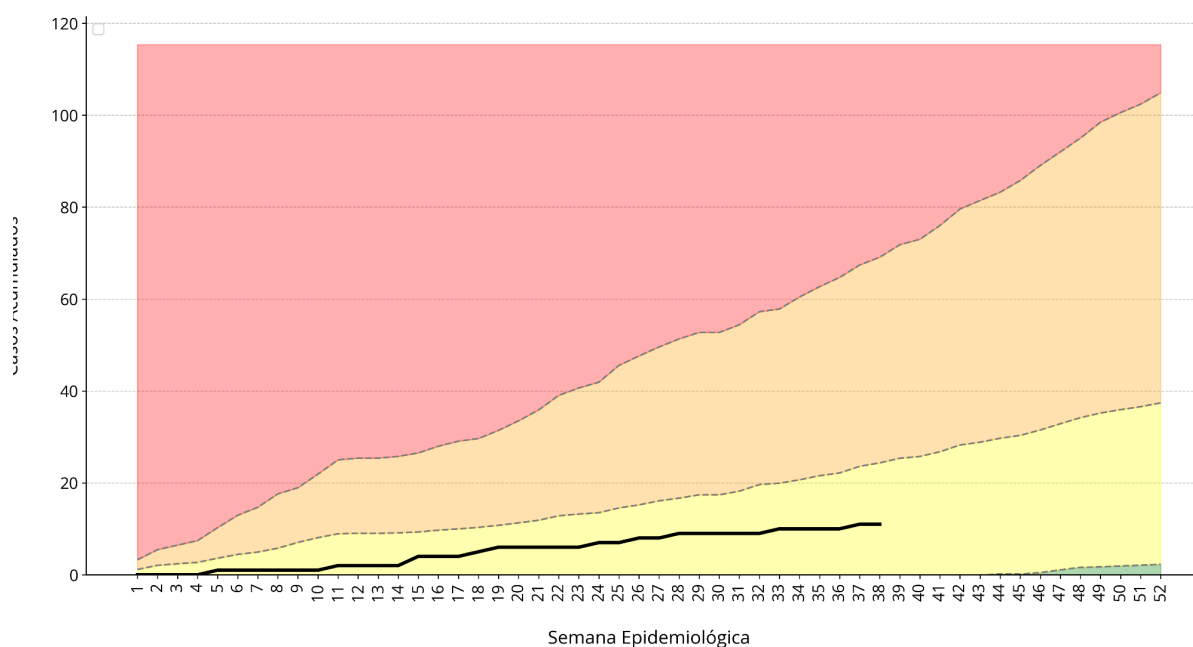
Departamento	Casos 2024	Casos 2025	IA 2024	IA 2025	Diferencia IA
Artigas	0	1	0.00	1.37	1.37
Canelones	0	1	0.00	0.16	0.16
Cerro Largo	0	0	0.00	0.00	0.00
Colonia	0	0	0.00	0.00	0.00
Durazno	0	0	0.00	0.00	0.00
Flores	0	0	0.00	0.00	0.00
Florida	0	0	0.00	0.00	0.00
Lavalleja	0	0	0.00	0.00	0.00
Maldonado	0	1	0.00	0.48	0.48
Montevideo	5	6	0.36	0.43	0.07
Paysandú	0	0	0.00	0.00	0.00
Río Negro	0	0	0.00	0.00	0.00
Rivera	0	0	0.00	0.00	0.00
Rocha	0	0	0.00	0.00	0.00
Salto	0	1	0.00	0.74	0.74
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	5	11	0.14	0.31	0.17

En el año 2024, hasta la semana epidemiológica 38 solo se habían registrado cinco casos de tos convulsa, correspondientes a cinco lactantes de Montevideo. En 2025 se registraron once 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 un hombre de 43 años. Otros tres casos, correspondientes preescolares de entre 33



2 y 3 años se registraron en Artigas, Canelones y Salto. Además se registró en Soriano un caso 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 ocho 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 (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, a nivel nacional, un incremento neto en la incidencia acumulada a la SE 38 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. A nivel departamental, el mayor aumento de incidencia se observa en Tacuarembó, Paysandú y Lavalleja, en ese orden, mientras que Salto, Flores y Florida presentan una reducción de la misma.

Hasta la semana 38 se registraron 58 brotes con un total de 227 casos. De estos brotes, 29 fueron intrafamiliares, 15 en establecimientos educativos y los 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 38. Uruguay, 2024-2025.

Rango etario	Casos 2024	Casos 2025	IA 2024	IA 2025	Diferencia IA
Menor de 1 año	9	18	20.34	40.89	20.55
De 1 a 4 años	28	42	15.66	23.60	7.94
De 5 a 9 años	22	35	9.68	15.46	5.78
De 10 a 14 años	40	54	17.27	23.43	6.16
De 15 a 19 años	110	135	46.00	57.02	11.02
De 20 a 24 años	25	75	9.77	29.69	19.92
De 25 a 29 años	24	61	8.89	22.78	13.89
De 30 a 34 años	17	35	6.63	13.46	6.83
De 35 a 39 años	17	7	6.95	2.83	-4.12
De 40 a 44 años	5	8	2.12	3.40	1.28
De 45 a 49 años	2	10	0.84	4.18	3.34
De 50 a 54 años	2	12	0.93	5.48	4.56
De 55 a 59 años	3	2	1.53	1.01	-0.52
De 60 a 64 años	1	1	0.52	0.52	0.00
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	6	0.40	2.37	1.97
Total	309	505	8.64	14.07	5.43

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.



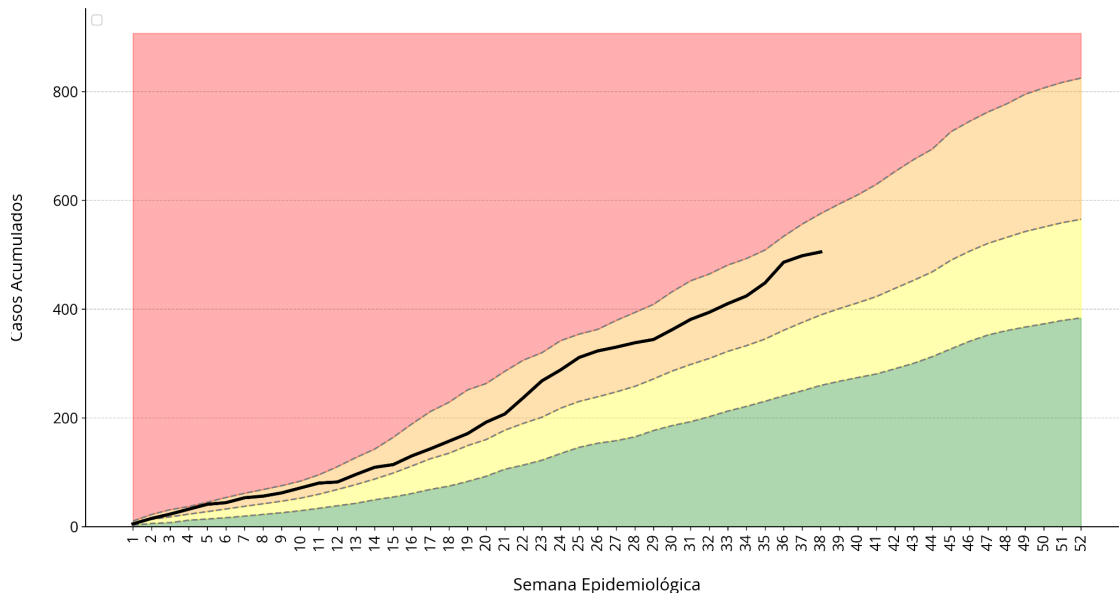
Tabla 21. Número de notificaciones e incidencia acumulada de notificaciones de varicela por departamento hasta la semana epidemiológica 38. Uruguay, 2024-2025.

Departamento	Casos 2024	Casos 2025	IA 2024	IA 2025	Diferencia IA
Artigas	1	2	1.37	2.75	1.38
Canelones	34	67	5.37	10.47	5.10
Cerro Largo	3	4	3.35	4.46	1.12
Colonia	20	26	15.05	19.51	4.46
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	12	19	5.87	9.19	3.32
Montevideo	108	209	7.80	15.10	7.30
Paysandú	17	41	14.08	33.92	19.83
Río Negro	1	10	1.69	16.88	15.19
Rivera	5	17	4.55	15.46	10.90
Rocha	2	4	2.68	5.36	2.68
Salto	63	28	46.57	20.65	-25.92
San José	10	12	8.21	9.78	1.57
Soriano	21	18	25.22	21.65	-3.57
Tacuarembó	2	35	2.16	37.79	35.63
Treinta y Tres	1	0	1.98	0.00	-1.98
Total	309	505	8.64	14.07	5.43

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).

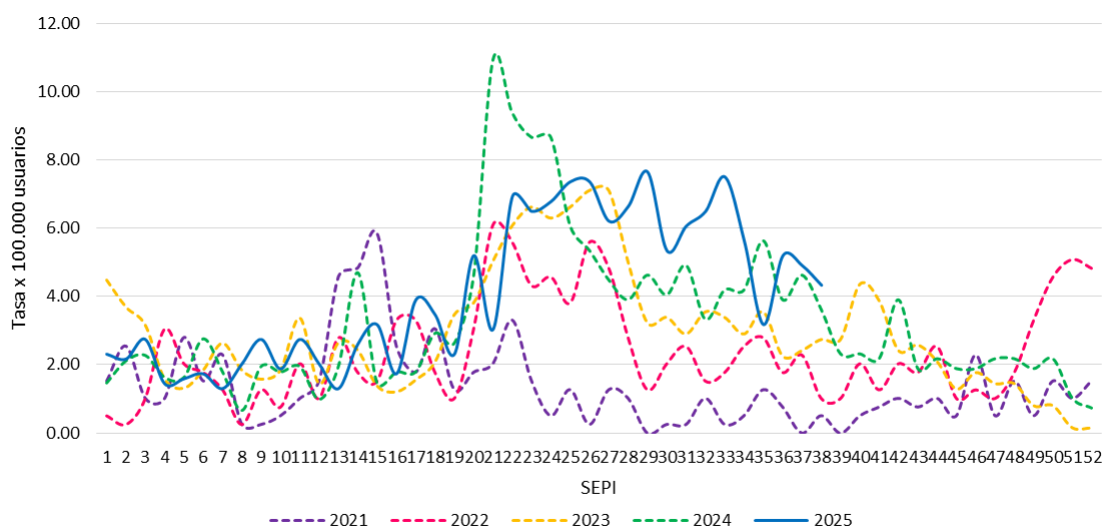


Infecciones respiratorias

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

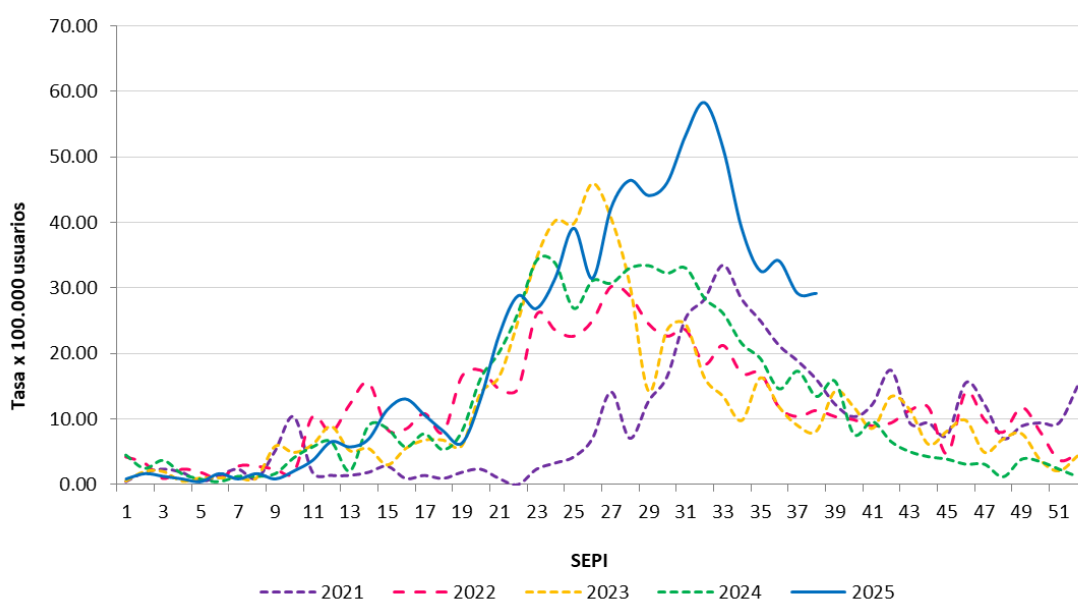
Gráfico 5. Incidencia acumulada en personas de 15 años y más internada por infecciones respiratorias agudas graves en centros centinela por semana epidemiológica. Uruguay, 2021 - 2025.



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 38 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 que hubo un aumento en los casos entre la SE 27 y la SE 38 que supera el aumento estacional observado en años anteriores para igual período. Sin embargo, es importante tomar en cuenta que este año se usa 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.

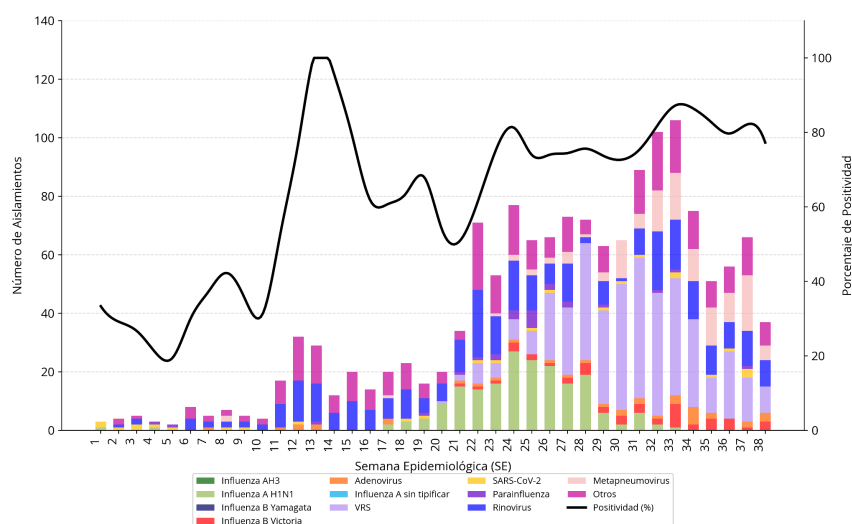
En el gráfico 7 se presenta la cantidad de aislamientos según el virus identificado en los casos de IRAG. La línea negra representa el porcentaje de positividad,



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 38. Uruguay 2025.



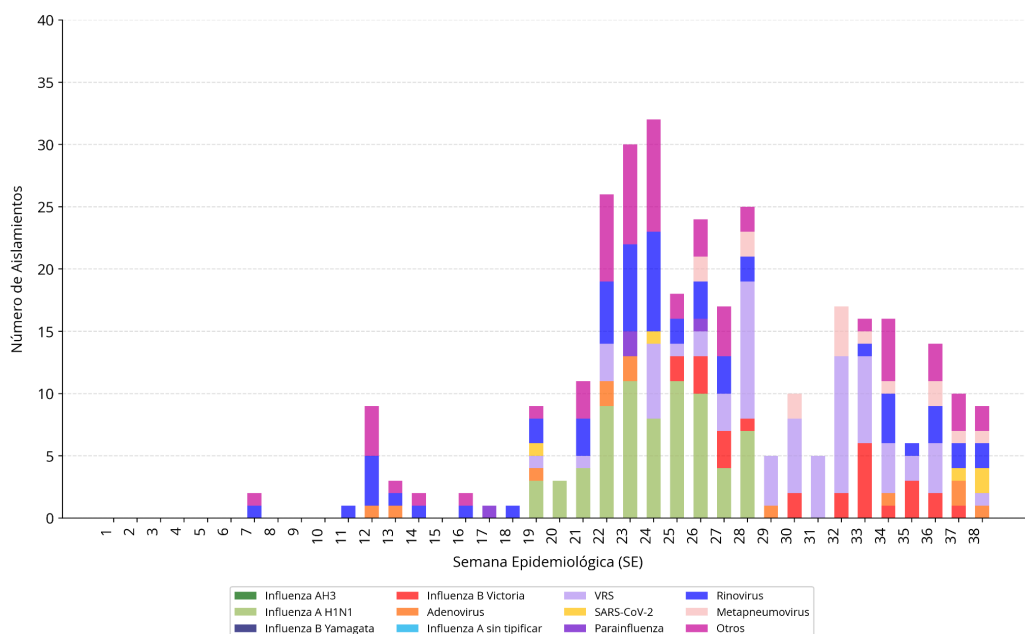
Otros incluye: Enterovirus, Coronavirus, Bocavirus. Fuente: Departamento de Laboratorios de Salud Pública.

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](#)



En el gráfico 8 se presenta la cantidad de aislamientos según el virus identificado en los casos de ETI. Se observa en las últimas semanas circulación de VRS e influenza B.

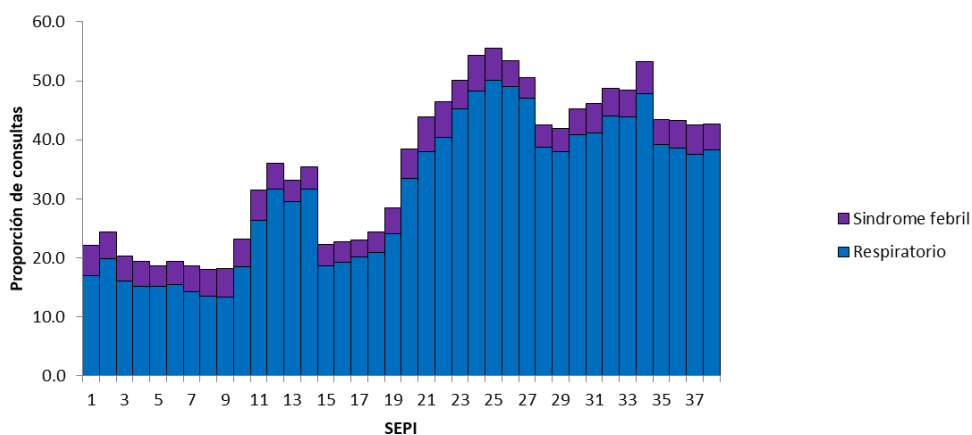
Gráfico 8. Virus identificados en enfermedad tipo influenza en centros centinelas, hasta la semana epidemiológica 38. Uruguay 2025.





Monitoreo de consultas en emergencias móviles

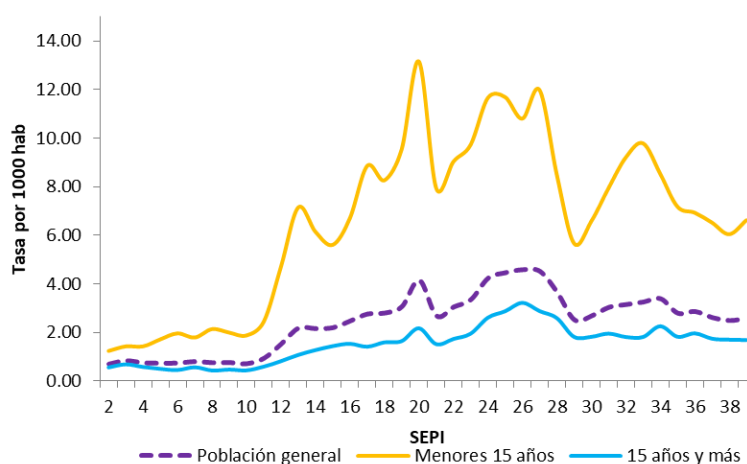
Gráfico 9. Proporción de consultas en emergencias móviles por enfermedad respiratoria y síndrome febril hasta la semana epidemiológica 38. Uruguay, 2025.



Fuente:

DEVISA.

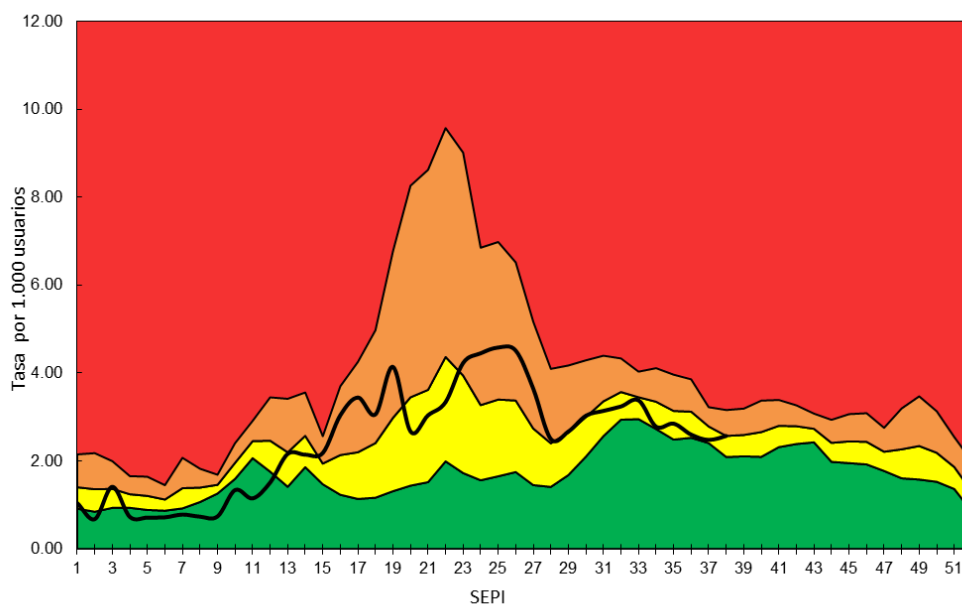
Gráfico 10. Tasa de consultas por infección respiratoria aguda en emergencias móviles hasta la semana epidemiológica 38. Uruguay, 2025.



Fuente: DEVISA.



Gráfico 11. Corredor endémico de consultas por infección respiratoria aguda en emergencias móviles hasta la semana epidemiológica 38. 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.

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*

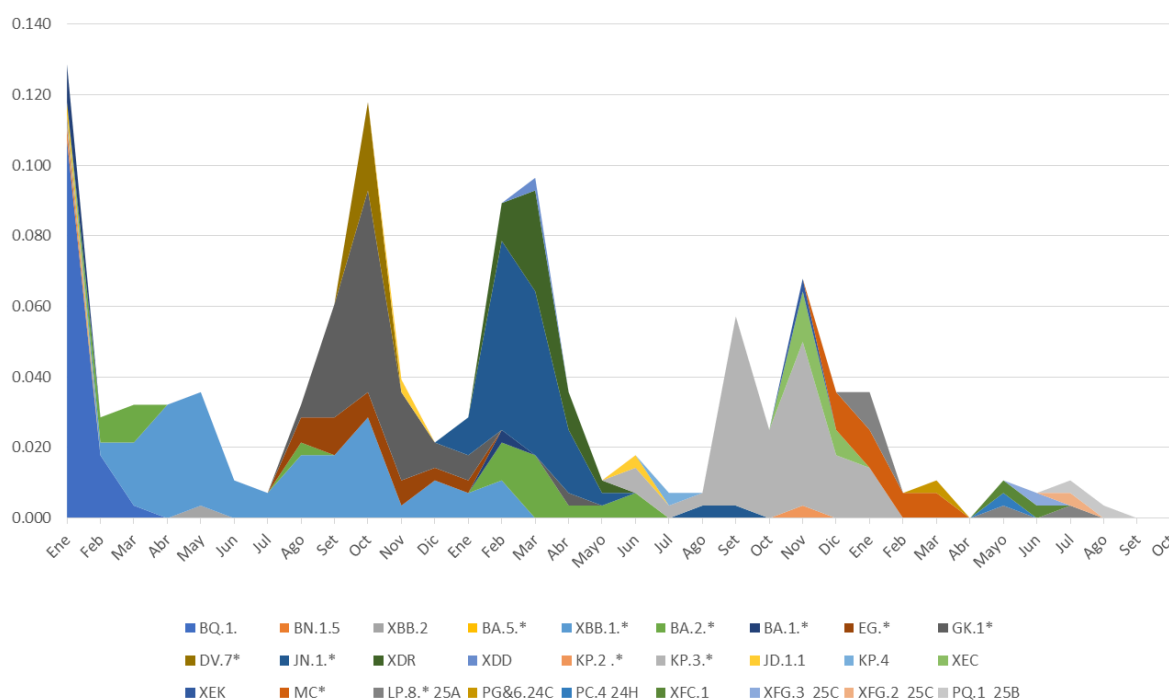
Tabla 24. Datos de VUM identificadas en los centros centinelas

	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 12. 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.

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](#)



Brotes de IAAS

Tabla 25. Brotes en curso de microorganismos según mecanismo de resistencia, casos de infección y colonización. Año 2025, al 24 de septiembre.

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
24/08/2025	<i>Clostridioides difficile</i>	-	2	0	27/08/2025
26/08/2025	<i>Enterococcus faecium</i>	ERV	0	4	01/09/2025
26/08/2025	<i>Enterococcus faecium</i>	ERV	1	1	07/09/2025
27/08/2025	<i>Enterococcus faecium</i>	ERV	0	2	29/08/2025
11/09/2025	<i>Clostridioides difficile</i>	-	2	-	13/09/2025
08/09/2025	<i>Klebsiella pneumoniae</i>	NDM	1	2	15/09/2025

*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. Frecuencia absoluta de brotes finalizados y número de casos de infección y colonización, según microorganismo. Año 2025, al 24 de setiembre.

Microorganismo		Número de brotes	Número de casos	
			Infección	Colonización
Bacilos Gram negativos con mecanismo de resistencia fenotípico	NDM	6	3	22
	KPC	1	1	0
	VIM	1	0	4
	BLEE	1	3	0
Bacilos Gram negativos sin mecanismo de resistencia fenotípico		8	48	7
Cocos Gram positivos sin mecanismo de resistencia fenotípico.		1	6	0
<i>Enterococcus faecium</i> resistente a vancomicina		8	9	15
<i>Clostridioides difficile</i>		1	2	0
Otros microorganismos		5	29	7



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



msp.gub.uy