



**Ministerio
de Salud Pública**

Boletín epidemiológico

Semana epidemiológica 53 año 2025

28/12/2025 al 03/01/2026





CONTENIDO

| | |
|---|-----------|
| Enfermedades y Eventos de Notificación Obligatoria..... | 3 |
| Vías de notificación..... | 4 |
| Resumen de eventos..... | 5 |
| Brotos..... | 7 |
| Arbovirosis..... | 8 |
| Enfermedades transmitidas por alimentos..... | 10 |
| Hantavirosis..... | 11 |
| Hepatitis A..... | 13 |
| Hepatitis B..... | 15 |
| Hepatitis C..... | 18 |
| Leptospirosis..... | 20 |
| Meningitis, meningoencefalitis y enfermedad meningocócica..... | 22 |
| Parotiditis..... | 25 |
| Personas mordidas o con riesgo de exposición a virus rábico..... | 28 |
| Sarampión..... | 29 |
| Recomendaciones para el equipo de salud..... | 33 |
| Recomendaciones para viajeros..... | 38 |
| Sífilis..... | 39 |
| Tos convulsa..... | 41 |
| Varicela..... | 44 |
| Conceptos generales de la enfermedad..... | 47 |
| Recomendaciones generales..... | 49 |
| Infecciones respiratorias..... | 51 |
| Vigilancia de IRAG..... | 52 |
| Monitoreo de consultas en emergencias móviles..... | 56 |
| Informe sobre las variantes COVID-19 bajo vigilancia y su circulación en el país y en la región..... | 57 |
| Infecciones asociadas a la atención a la salud..... | 63 |
| Brotos de IAAS..... | 64 |



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

| Evento | Nº casos | | IA | | Diferencia de tasas |
|---|----------|------|---------|--------|---------------------|
| | Mediana | 2025 | Mediana | 2025 | |
| Araneismo | 0 | 27 | 0.00 | 0.75 | 0.75 |
| Cólera | 0 | 0 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| Chikungunya ¹ | 1 | 13 | 0.03 | 0.36 | 0.33 |
| Dengue autóctono | 0 | 7 | 0.00 | 0.20 | 0.20 |
| Dengue importado | 26 | 39 | 0.74 | 1.09 | 0.35 |
| Difteria | 0 | 0 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| Enfermedad meningocócica ² | 29 | 42 | 0.81 | 1.17 | 0.36 |
| Enfermedad transmitida por alimentos ³ | 386 | 525 | 10.97 | 14.63 | 3.66 |
| Fiebre amarilla | 0 | 0 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| Hantavirus | 16 | 11 | 0.45 | 0.31 | -0.14 |
| Meningitis aguda bacteriana ⁴ | 61 | 68 | 1.73 | 1.89 | 0.16 |
| Meningitis/meningoencefalitis viral | 41 | 38 | 1.17 | 1.06 | -0.11 |
| M-pox | 0 | 0 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| Ofidismo | 6 | 34 | 0.17 | 0.95 | 0.78 |
| Oropuche | 0 | 3 | 0.00 | 0.08 | 0.08 |
| Personas mordidas o con riesgo de exposición a virus rábico | 2781 | 4951 | 77.97 | 137.95 | 59.98 |
| 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 ⁵ | 0 | 13 | 0.00 | 0.36 | 0.36 |
| 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 | 7 | 17 | 0.20 | 0.47 | 0.27 |
| Viruela | 0 | 0 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |

¹ Chikungunya fueron 12 casos importados de Cuba y Brasil, 1 caso sin antecedente de viaje. ² Enfermedad meningocócica Incluye enfermedad meningocócica y meningitis/encefalitis por *N. meningitidis*. ³ Para las enfermedades transmitidas por alimentos se considera la incidencia de casos notificados. ⁴ Meningitis aguda bacteriana no incluye meningitis a meningococo ni enfermedad por *N.meningitidis*. ⁵ Sarampión fueron 5 casos importados y 8 sin antecedente de viaje. IA: incidencia acumulada por 100.000 habitantes. 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 53. Uruguay, mediana de últimos 5 años (sin incluir pandémicos) vs 2025.

| Evento | Nº casos | | IA | | Diferencia de tasas |
|---------------------------------|----------|------|---------|--------|---------------------|
| | Mediana | 2025 | Mediana | 2025 | |
| Brucelosis | 4 | 1 | 0.11 | 0.03 | -0.08 |
| Carbunco | 0 | 0 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| Chagas agudo | 0 | 0 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| Chagas congénito | 1 | 0 | 0.03 | 0.00 | -0.03 |
| Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob | 0 | 0 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| Fiebre Q | 1 | 1 | 0.03 | 0.03 | 0.00 |
| Fiebre tifoidea | 0 | 0 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| Hepatitis A | 11 | 11 | 0.31 | 0.31 | 0.00 |
| Hepatitis B* | 384 | 144 | 10.80 | 4.01 | -6.79 |
| Hepatitis C* | 307 | 193 | 8.61 | 5.38 | -3.23 |
| Hepatitis E | 2 | 10 | 0.06 | 0.28 | 0.22 |
| Hidatidosis | 2 | 0 | 0.06 | 0.00 | -0.06 |
| Leishmaniasis tegumentaria | 0 | 0 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| Leishmaniasis visceral | 1 | 0 | 0.03 | 0.00 | -0.03 |
| Leptospirosis | 69 | 68 | 1.97 | 1.89 | -0.08 |
| Malaria | 13 | 5 | 0.37 | 0.14 | -0.23 |
| Parotiditis infecciosa | 357 | 313 | 10.18 | 8.72 | -1.46 |
| Sífilis* | 6571 | 5709 | 184.84 | 159.07 | -25.77 |
| Varicela* | 450 | 881 | 12.58 | 24.55 | 11.97 |

IA: incidencia acumulada de casos confirmados por 100.000 habitantes * En el caso de hepatitis B, hepatitis C, sífilis y varicela 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.



Brotos

Tabla 3. Número de brotes registrados y de personas afectadas según evento. Uruguay, 2025 (hasta la semana epidemiológica 53).

| Evento | Número de brotes | Número de personas afectadas |
|---|------------------|------------------------------|
| COVID-19 | 5 | 33 |
| Dengue/Zika/Chikungunya | 2 | 6 |
| Enfermedad transmitida por alimentos | 30 | 337 |
| Escabiosis | 15 | 140 |
| Escarlatina | 50 | 214 |
| Esporotricosis a <i>Sporothrix brasiliensis</i> | 1 | 2 |
| GEA | 41 | 686 |
| Influenza A | 1 | 6 |
| IRA | 23 | 460 |
| Mano pie boca | 81 | 747 |
| Molusco contagioso | 1 | 5 |
| Mononucleosis | 2 | 5 |
| Oxiuriasis | 1 | 2 |
| Parotiditis infecciosa | 3 | 6 |
| Psitacosis | 3 | 6 |
| <i>S. pyogenes</i> | 1 | 10 |
| Sarampión | 1 | 12 |
| Tos convulsa | 1 | 2 |
| Varicela | 99 | 377 |

GEA: gastroenteritis aguda. IRA: infección respiratoria aguda. Fuente: sistema informático SG-DEVISA. Los datos se encuentran sujetos a modificaciones producto de la mejora de calidad del registro.



Arbovirosis

Tabla 4. Número de casos confirmados e incidencia acumulada de dengue por departamento hasta la semana epidemiológica 53. Uruguay, 2024-2025.

| Departamento | 2024 | | | | | | 2025 | | | | | | Diferencia de tasas |
|----------------|--------------|--------|--------------|-------|----------------|--------|--------------|------|--------------|------|----------------|------|---------------------|
| | Casos sin AV | IA | Casos con AV | IA | Total de casos | IA | Casos sin AV | IA | Casos con AV | IA | Total de casos | IA | |
| Artigas | 27 | 36.97 | 5 | 6.85 | 32 | 43.81 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | -43.81 |
| Canelones | 12 | 1.90 | 57 | 9.01 | 69 | 10.90 | 0 | 0.00 | 4 | 0.62 | 4 | 0.62 | -10.28 |
| Cerro Largo | 0 | 0.00 | 1 | 1.12 | 1 | 1.12 | 0 | 0.00 | 1 | 1.12 | 1 | 1.12 | 0.00 |
| Colonia | 3 | 2.26 | 24 | 18.06 | 27 | 20.31 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | -20.31 |
| Durazno | 5 | 8.48 | 2 | 3.39 | 7 | 11.88 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | -11.88 |
| Flores | 0 | 0.00 | 2 | 7.56 | 2 | 7.56 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | -7.56 |
| Florida | 1 | 1.44 | 5 | 7.21 | 6 | 8.65 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | -8.65 |
| Lavalleja | 0 | 0.00 | 6 | 10.32 | 6 | 10.32 | 0 | 0.00 | 1 | 1.72 | 1 | 1.72 | -8.60 |
| Maldonado | 5 | 2.44 | 61 | 29.83 | 66 | 32.27 | 0 | 0.00 | 10 | 4.84 | 10 | 4.84 | -27.44 |
| Montevideo | 79 | 5.71 | 178 | 12.86 | 257 | 18.57 | 2 | 0.14 | 21 | 1.52 | 23 | 1.66 | -16.90 |
| Paysandú | 222 | 183.90 | 21 | 17.40 | 243 | 201.30 | 4 | 3.31 | 0 | 0.00 | 4 | 3.31 | -197.99 |
| Río Negro | 4 | 6.77 | 7 | 11.85 | 11 | 18.62 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | -18.62 |
| Rivera | 26 | 23.67 | 9 | 8.19 | 35 | 31.87 | 1 | 0.91 | 0 | 0.00 | 1 | 0.91 | -30.96 |
| Rocha | 0 | 0.00 | 15 | 20.12 | 15 | 20.12 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | -20.12 |
| Salto | 309 | 228.41 | 19 | 14.04 | 328 | 242.46 | 0 | 0.00 | 1 | 0.74 | 1 | 0.74 | -241.72 |
| San José | 16 | 13.13 | 7 | 5.75 | 23 | 18.88 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | -18.88 |
| Soriano | 2 | 2.40 | 6 | 7.21 | 8 | 9.61 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | -9.61 |
| Tacuarembó | 1 | 1.08 | 1 | 1.08 | 2 | 2.16 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | -2.16 |
| Treinta y Tres | 0 | 0.00 | 1 | 1.98 | 1 | 1.98 | 0 | 0.00 | 1 | 1.98 | 1 | 1.98 | 0.00 |
| Total | 712 | 19.90 | 427 | 11.93 | 1139 | 31.83 | 7 | 0.20 | 39 | 1.09 | 46 | 1.28 | -30.55 |

AV: antecedente de viaje. IA: incidencia acumulada x 100.000 habitantes. Fuente: sistema informático SG-DEVISA.

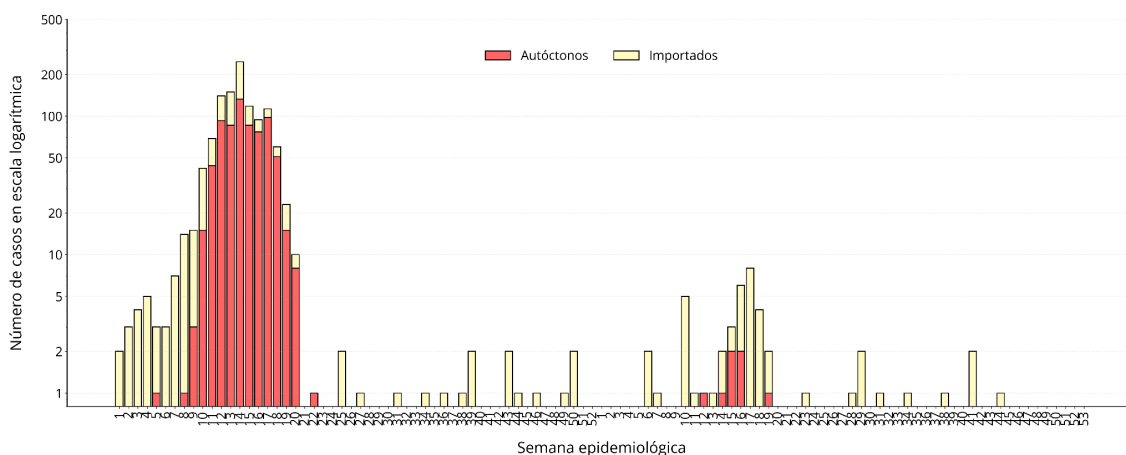
Los datos se encuentran sujetos a modificaciones producto de la mejora de calidad del registro.

En el año 2024 se registró un aumento de casos de dengue, inicialmente importado y más tarde autóctono, entre las semanas epidemiológicas 1 y 20. La situación actual representa una franca disminución en las tasas, coincidiendo con



la situación regional de la enfermedad. En la región de las Américas, hasta la semana epidemiológica 50 de 2025, se registró una disminución de casos del 67% con respecto al mismo período de 2024 y de 9% con respecto al promedio de los últimos 5 años.¹

Gráfico 1. Curva epidémica de dengue. Desde semana epidemiológica 1 de 2024 hasta semana epidemiológica 53, 2025. Uruguay.



Fuente: sistema informático SG-DEVISA.

¹ Organización Panamericana de la Salud. Situación epidemiológica del dengue en las Américas - Semana epidemiológica 50, 2025. Disponible en: [Situación epidemiológica del dengue en las Américas - Semana epidemiológica 50.](#)



Enfermedades transmitidas por alimentos

Hasta la SE 53 se han notificado 525 casos de ETA, de los cuales 337 corresponden a brotes que se detallan en la tabla 5.

Tabla 5. Número de brotes y personas afectadas por enfermedad transmitida por alimentos por departamento de la SE 1 a la 53 Uruguay, 2025.

| Departamento | Número de brotes | Número de personas afectadas |
|--------------|------------------|------------------------------|
| Canelones | 5 | 50 |
| Durazno | 1 | 6 |
| Flores | 1 | 4 |
| Maldonado | 5 | 47 |
| Montevideo | 17 | 219 |
| Rivera | 1 | 11 |
| Total | 30 | 337 |

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 53 presentan un promedio de edad de 32,6 años. El 53,5 % de los casos corresponden al sexo masculino.



Hantavirus

Tabla 6. Número de casos confirmados, número de fallecidos e incidencia acumulada de hantavirus por departamento hasta la semana epidemiológica 53. 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 | 1 | 2 | 0.16 | 0.31 | 0.15 | 0 | 0 |
| Cerro Largo | 0 | 0 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0 | 0 |
| Colonia | 4 | 0 | 3.01 | 0.00 | -3.01 | 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 | 1 | 2 | 1.72 | 3.45 | 1.73 | 0 | 0 |
| Maldonado | 3 | 0 | 1.47 | 0.00 | -1.47 | 0 | 0 |
| Montevideo | 5 | 2 | 0.36 | 0.14 | -0.22 | 0 | 0 |
| Paysandú | 2 | 0 | 1.66 | 0.00 | -1.66 | 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 | 1 | 1 | 1.34 | 1.34 | 0.00 | 0 | 0 |
| Salto | 0 | 0 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0 | 0 |
| San José | 1 | 0 | 0.82 | 0.00 | -0.82 | 0 | 0 |
| Soriano | 2 | 3 | 2.40 | 3.61 | 1.21 | 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 | 21 | 11 | 0.59 | 0.31 | -0.28 | 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 53, los casos de hantavirosis registrados corresponden a adultos de entre 26 y 75 años de edad: nueve hombres y dos mujeres. Seis de los casos requirieron internación en CTI y uno de ellos falleció.



Hepatitis A

Tabla 7. Número de casos notificados e incidencia acumulada de hepatitis A por departamento a la semana epidemiológica 53. Uruguay, 2024-2025.

| Departamento | Casos 2024 | Casos 2025 | IA 2024 | IA 2025 | Diferencia IA |
|----------------|------------|------------|---------|---------|---------------|
| Artigas | 0 | 0 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| Canelones | 6 | 1 | 0.95 | 0.16 | -0.79 |
| 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 | 30 | 8 | 2.17 | 0.58 | -1.59 |
| 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 | 2 | 1 | 1.64 | 0.82 | -0.83 |
| 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 | 39 | 11 | 1.09 | 0.31 | -0.78 |

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 53, los casos de hepatitis A registrados corresponden a adultos de entre 19 y 70 años de edad: ocho hombres y tres mujeres. Seis casos requirieron internación en cuidados moderados, todos con buena evolución.



Hepatitis B

Tabla 8. Número de casos confirmados y en investigación e incidencia acumulada por departamento de hepatitis B a la semana epidemiológica 53. Uruguay, 2024-2025.

| Departamento | Casos 2024 | Casos 2025 | IA 2024 | IA 2025 | Diferencia IA |
|----------------|------------|------------|---------|---------|---------------|
| Artigas | 2 | 1 | 2.74 | 1.37 | -1.36 |
| Canelones | 17 | 10 | 2.69 | 1.56 | -1.12 |
| Cerro Largo | 1 | 1 | 1.12 | 1.12 | 0.00 |
| Colonia | 2 | 2 | 1.50 | 1.50 | 0.00 |
| Durazno | 1 | 1 | 1.70 | 1.70 | 0.00 |
| Flores | 2 | 1 | 7.56 | 3.78 | -3.78 |
| Florida | 1 | 1 | 1.44 | 1.44 | 0.00 |
| Lavalleja | 2 | 7 | 3.44 | 12.07 | 8.63 |
| Maldonado | 18 | 18 | 8.80 | 8.70 | -0.10 |
| Montevideo | 111 | 82 | 8.02 | 5.92 | -2.09 |
| Paysandú | 0 | 1 | 0.00 | 0.83 | 0.83 |
| Río Negro | 0 | 0 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| Rivera | 1 | 3 | 0.91 | 2.73 | 1.82 |
| Rocha | 4 | 5 | 5.37 | 6.70 | 1.33 |
| Salto | 3 | 5 | 2.22 | 3.69 | 1.47 |
| San José | 3 | 3 | 2.46 | 2.45 | -0.02 |
| Soriano | 0 | 0 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| Tacuarembó | 1 | 0 | 1.08 | 0.00 | -1.08 |
| Treinta y Tres | 1 | 3 | 1.98 | 5.95 | 3.97 |
| Total | 170 | 144 | 4.75 | 4.01 | -0.74 |

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 9. Resultado de antígeno de superficie de hepatitis B (HBsAg) e incidencia acumulada de casos reactivos por rango etario a la semana epidemiológica 53. Uruguay, 2024-2025.

| Grupo etario | HBsAg reactivo en 2024 | HBsAg reactivo en 2025 | HBsAg no reactivo en 2024 | HBsAg no reactivo en 2025 | HBsAg sin datos en 2024 | HBsAg sin datos en 2025 | IA 2024 | IA 2025 | Diferencia IA |
|------------------|------------------------|------------------------|---------------------------|---------------------------|-------------------------|-------------------------|---------|---------|---------------|
| De 0 a 6 años | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| 7 a 25 años | 22 | 15 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2.40 | 1.65 | -0.75 |
| 26 a 36 años | 31 | 29 | 0 | 1 | 0 | 2 | 5.41 | 5.03 | -0.37 |
| 37 a 64 años | 86 | 63 | 2 | 2 | 2 | 6 | 7.04 | 5.12 | -1.91 |
| De 65 años y más | 27 | 26 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2.58 | 4.62 | -2.58 |
| Total | 166 | 133 | 2 | 3 | 2 | 8 | 4.64 | 3.71 | -0.93 |

IA: Incidencia acumulada x 100.000 habitantes. HBsAg: Antígeno de superficie de hepatitis B. Fuente: SG-DEVISA. Los datos se encuentran sujetos a modificaciones producto de la mejora de calidad del registro.

En 2025, hasta la SE 53, los casos de hepatitis B registrados corresponden a adultos de entre 18 y 87 años de edad, con un promedio de 45,3 años. El 51,4% de los casos corresponde a mujeres y el 48,6% a hombres. Once casos requirieron internación, nueve con buena evolución, mientras que los otros dos casos fallecieron.

Entre 2024 y 2025 se realizaron cambios en la forma de vigilancia de hepatitis B, buscando la mejora de la calidad del dato. En particular, para confirmar los casos se considera clave el tomar en cuenta la búsqueda del antígeno de superficie reactivo (HBsAg) en los pacientes, para así poder distinguir entre una persona realmente expuesta al virus de una persona cuya única exposición a los antígenos se debe a haber recibido inmunización anti-hepatitis B. Los rangos etarios utilizados en la tabla 9 toman en cuenta la referencia de los cohortes vacunales. Con respecto a HBsAg, los casos que carecen de esta información representan un 1,2% en 2024 y un 5,6% en 2025, respectivamente. La información en años anteriores respecto a este estudio tiene un alto porcentaje de incompletitud, por lo cual no se puede realizar comparación histórica con datos más antiguos. Como se observa, en 2025 hubo una disminución en la incidencia de casos notificados



reactivos con respecto a 2024 para todos los grupos etarios, constatándose la mayor disminución de incidencia en los mayores de 65 años.



Hepatitis C

Tabla 10. Número de casos confirmados y en investigación e incidencia acumulada por departamento de hepatitis C a la semana epidemiológica 53. Uruguay, 2024-2025.

| Departamento | Casos 2024 | Casos 2025 | IA 2024 | IA 2025 | Diferencia IA |
|----------------|------------|------------|---------|---------|---------------|
| Artigas | 1 | 1 | 1.37 | 1.37 | 0.01 |
| Canelones | 25 | 20 | 3.95 | 3.12 | -0.83 |
| Cerro Largo | 4 | 1 | 4.46 | 1.12 | -3.35 |
| Colonia | 2 | 1 | 1.50 | 0.75 | -0.75 |
| Durazno | 0 | 1 | 0.00 | 1.70 | 1.70 |
| Flores | 0 | 0 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| Florida | 1 | 0 | 1.44 | 0.00 | -1.44 |
| Lavalleja | 3 | 2 | 5.16 | 3.45 | -1.71 |
| Maldonado | 21 | 16 | 10.27 | 7.74 | -2.53 |
| Montevideo | 152 | 123 | 10.98 | 8.89 | -2.09 |
| Paysandú | 1 | 5 | 0.83 | 4.14 | 3.31 |
| Río Negro | 1 | 0 | 1.69 | 0.00 | -1.69 |
| Rivera | 2 | 2 | 1.82 | 1.82 | 0.00 |
| Rocha | 7 | 5 | 9.39 | 6.70 | -2.69 |
| Salto | 1 | 1 | 0.74 | 0.74 | 0.00 |
| San José | 2 | 5 | 1.64 | 4.08 | 2.43 |
| Soriano | 2 | 1 | 2.40 | 1.20 | -1.20 |
| Tacuarembó | 1 | 5 | 1.08 | 5.40 | 4.32 |
| Treinta y Tres | 3 | 4 | 5.95 | 7.93 | 1.98 |
| Total | 229 | 193 | 6.40 | 5.38 | -1.02 |

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 53, los casos de hepatitis C registrados corresponden a adultos de entre 16 y 85 años de edad, con un promedio de 45,4 años. El 59,6% son de sexo masculino.



Leptospirosis

Tabla 11. Número de casos confirmados, número de fallecidos e incidencia acumulada de leptospirosis hasta la semana epidemiológica 53 por departamento. Uruguay, 2024-2025.

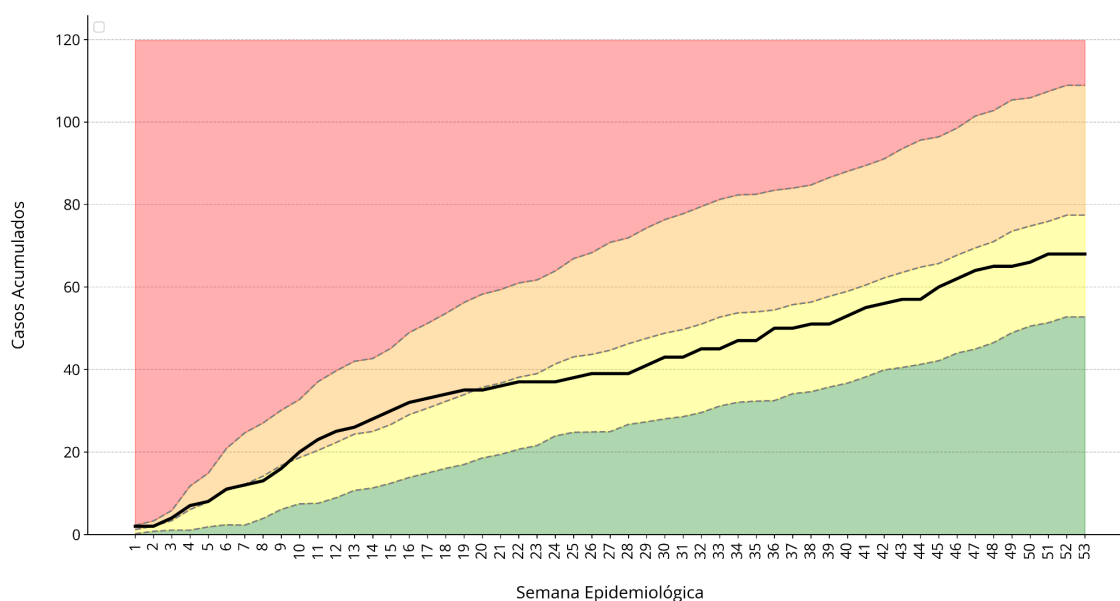
| Departamento | Casos 2024 | Casos 2025 | IA 2024 | IA 2025 | Diferencia IA | Fallecidos 2024 | Fallecidos 2025 |
|----------------|------------|------------|---------|---------|---------------|-----------------|-----------------|
| Artigas | 2 | 2 | 2.74 | 2.75 | 0.01 | 0 | 0 |
| Canelones | 6 | 3 | 0.95 | 0.47 | -0.48 | 0 | 0 |
| Cerro Largo | 5 | 2 | 5.58 | 2.23 | -3.35 | 1 | 0 |
| Colonia | 10 | 10 | 7.52 | 7.50 | -0.02 | 0 | 0 |
| Durazno | 3 | 3 | 5.09 | 5.09 | 0.00 | 0 | 0 |
| Flores | 2 | 0 | 7.56 | 0.00 | -7.56 | 0 | 0 |
| Florida | 10 | 4 | 14.42 | 5.77 | -8.65 | 0 | 0 |
| Lavalleja | 1 | 0 | 1.72 | 0.00 | -1.72 | 0 | 0 |
| Maldonado | 2 | 0 | 0.98 | 0.00 | -0.98 | 0 | 0 |
| Montevideo | 20 | 7 | 1.44 | 0.51 | -0.94 | 2 | 1 |
| Paysandú | 3 | 3 | 2.49 | 2.48 | 0.00 | 0 | 0 |
| Río Negro | 4 | 4 | 6.77 | 6.75 | -0.02 | 0 | 0 |
| Rivera | 2 | 2 | 1.82 | 1.82 | 0.00 | 0 | 0 |
| Rocha | 4 | 4 | 5.37 | 5.36 | -0.01 | 0 | 0 |
| Salto | 5 | 3 | 3.70 | 2.21 | -1.48 | 0 | 0 |
| San José | 8 | 10 | 6.57 | 8.15 | 1.58 | 0 | 1* |
| Soriano | 3 | 5 | 3.60 | 6.01 | 2.41 | 0 | 0 |
| Tacuarembó | 2 | 2 | 2.16 | 2.16 | 0.00 | 0 | 0 |
| Treinta y Tres | 1 | 4 | 1.98 | 7.93 | 5.95 | 0 | 0 |
| Total | 93 | 68 | 2.60 | 1.89 | -0.70 | 3 | 2 |

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. *Leptospirosis no fue la causa determinante del fallecimiento



En 2025, hasta la SE 53, los casos de leptospirosis registrados presentan un promedio de edad de 42,3 años, con un rango de entre 14 y 83 años. El 95,6 % de los casos corresponde a hombres. Requirieron internación 43 casos, dos de ellos fallecieron (en un caso la leptospirosis no fue la causa determinante de la defunción).

Gráfico 2. Corredor endémico leptospirosis. Uruguay, 2025.



Fuente: SG-DEVISA.



Meningitis, meningoencefalitis y enfermedad meningocócica

Tabla 12. Número de casos, incidencia acumulada y número de fallecidos por meningitis, meningoencefalitis y enfermedad meningocócica hasta la semana epidemiológica 53. Uruguay, 2024-2025.

| Evento | | N° casos | | IA | | N° fallecidos | | Diferencia IA |
|---|---|----------|------|------|------|---------------|------|------------------|
| | | 2024 | 2025 | 2024 | 2025 | 2024 | 2025 | |
| Meningitis y enfermedad meningocócica | | 48 | 42 | 1.34 | 1.17 | 11 | 5 | -0.17 |
| Meningitis bacteriana | Meningitis por <i>H. influenzae</i> | 7 | 8 | 0.20 | 0.22 | 0 | 0 | 0.03 |
| | Meningitis por <i>S. pneumoniae</i> | 35 | 24 | 0.98 | 0.67 | 10 | 7 | -0.31 |
| | Meningitis por <i>Listeria monocytogenes</i> | 2 | 5 | 0.06 | 0.14 | 1 | 3 | 0.08 |
| | Microorganismo sin identificar | 13 | 18 | 0.36 | 0.50 | 1 | 3 | 0.14 |
| | Otro microorganismo identificado (no incluye <i>N. meningitidis</i>) | 10 | 13 | 0.28 | 0.36 | 5 | 2 | 0.08 |
| Meningitis y meningoencefalitis virales | Enterovirus | 61 | 4 | 1.70 | 0.11 | 0 | 0 | -1.59 |
| | Herpes simplex 1 y 2 | 15 | 9 | 0.42 | 0.25 | 2 | 2 | -0.17 |
| | <i>Herpes zoster</i> | 1 | 17 | 0.03 | 0.47 | 0 | 3 | 0.45 |
| | EEO | 4 | 0 | 0.11 | 0.00 | 2 | 0 | -0.11 |
| | Otras virales | 12 | 8 | 0.34 | 0.22 | 1 | 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 12, la incidencia acumulada de meningitis y enfermedad meningocócica hasta la SE 53 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 0,98 a 0,67 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 13. 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 | 4 | 1 |
| De 1 a 4 años | 1 | 1 | 0 | 4 |
| De 5 a 14 años | 2 | 2 | 0 | 3 |
| De 15 a 64 años | 2 | 11 | 3 | 6 |
| De 65 años y más | 0 | 0 | 1 | 1 |
| Total | 5 | 14 | 8 | 15 |

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

Tabla 14. Número de casos de meningitis y enfermedad meningocócica por departamento. Uruguay, 2025.

| Departamento | Casos 2025 | IA 2025 | Fallecidos 2025 |
|--------------|------------|---------|-----------------|
| Canelones | 8 | 1.25 | 2 |
| Cerro Largo | 1 | 1.12 | 0 |
| Colonia | 2 | 1.50 | 0 |
| Maldonado | 5 | 2.42 | 1 |
| Montevideo | 17 | 1.23 | 1 |
| Paysandú | 4 | 3.31 | 0 |
| Rivera | 3 | 2.73 | 0 |
| Salto | 1 | 0.74 | 0 |
| Soriano | 1 | 1.20 | 1 |
| Total | 42 | 1.17 | 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 15. 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 | 2 | 0.44 | 0 | 0.00 |
| De 15 a 64 años | 10 | 0.43 | 1 | 10.00 |
| De 65 años y más | 10 | 1.78 | 5 | 50.00 |
| Total | 24 | 0.67 | 7 | 29.17 |

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.



Parotiditis

Tabla 16. Número de casos e incidencia acumulada de parotiditis infecciosa por rango etario hasta la semana epidemiológica 53. Uruguay, 2024-2025.

| Rango etario | Casos 2024 | Casos 2025 | IA 2024 | IA 2025 | Diferencia IA |
|-----------------|------------|------------|---------|---------|---------------|
| Menor de 1 año | 1 | 4 | 2.26 | 9.09 | 6.83 |
| De 1 a 4 años | 71 | 77 | 39.71 | 43.26 | 3.55 |
| De 5 a 9 años | 121 | 89 | 53.24 | 39.30 | -13.93 |
| De 10 a 14 años | 88 | 31 | 37.99 | 13.45 | -24.54 |
| De 15 a 19 años | 19 | 7 | 7.94 | 2.96 | -4.99 |
| De 20 a 24 años | 11 | 9 | 4.30 | 3.56 | -0.74 |
| De 25 a 29 años | 12 | 8 | 4.44 | 2.99 | -1.46 |
| De 30 a 34 años | 17 | 15 | 6.63 | 5.77 | -0.86 |
| De 35 a 39 años | 9 | 8 | 3.68 | 3.24 | -0.44 |
| De 40 a 44 años | 15 | 10 | 6.37 | 4.25 | -2.12 |
| De 45 a 49 años | 11 | 10 | 4.61 | 4.18 | -0.43 |
| De 50 a 54 años | 7 | 9 | 3.25 | 4.11 | 0.86 |
| De 55 a 59 años | 11 | 6 | 5.61 | 3.04 | -2.57 |
| De 60 a 64 años | 8 | 7 | 4.17 | 3.64 | -0.53 |
| De 65 a 69 años | 6 | 8 | 3.55 | 4.66 | 1.11 |
| De 70 a 74 años | 6 | 6 | 4.49 | 4.36 | -0.12 |
| De 75 y más | 8 | 9 | 3.20 | 3.55 | 0.35 |
| TOTAL | 421 | 313 | 11.77 | 8.72 | -3.05 |

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 17. Número de casos e incidencia acumulada de parotiditis infecciosa por departamento hasta la semana epidemiológica 53. Uruguay, 2024-2025.

| Departamento | Casos 2024 | Casos 2025 | IA 2024 | IA 2025 | Diferencia IA |
|----------------|------------|------------|---------|---------|---------------|
| Artigas | 3 | 3 | 4.11 | 4.12 | 0.02 |
| Canelones | 29 | 25 | 4.58 | 3.91 | -0.68 |
| Cerro Largo | 6 | 5 | 6.69 | 5.58 | -1.12 |
| Colonia | 66 | 25 | 49.66 | 18.76 | -30.90 |
| Durazno | 0 | 1 | 0.00 | 1.70 | 1.70 |
| Flores | 2 | 3 | 7.56 | 11.34 | 3.78 |
| Florida | 23 | 3 | 33.18 | 4.33 | -28.85 |
| Lavalleja | 3 | 1 | 5.16 | 1.72 | -3.44 |
| Maldonado | 8 | 10 | 3.91 | 4.84 | 0.92 |
| Montevideo | 131 | 105 | 9.46 | 7.58 | -1.88 |
| Paysandú | 25 | 37 | 20.71 | 30.61 | 9.90 |
| Río Negro | 3 | 4 | 5.08 | 6.75 | 1.67 |
| Rivera | 0 | 3 | 0.00 | 2.73 | 2.73 |
| Rocha | 0 | 3 | 0.00 | 4.02 | 4.02 |
| Salto | 82 | 56 | 60.61 | 41.29 | -19.32 |
| San José | 11 | 5 | 9.03 | 4.08 | -4.95 |
| Soriano | 25 | 17 | 30.03 | 20.45 | -9.58 |
| Tacuarembó | 4 | 6 | 4.32 | 6.48 | 2.16 |
| Treinta y Tres | 0 | 1 | 0.00 | 1.98 | 1.98 |
| Total | 421 | 313 | 11.77 | 8.72 | -3.05 |

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 53 al comparar con 2024 y también respecto a la mediana de los últimos 5 años (sin incluir pandémicos). La mayor disminución se encuentra en el

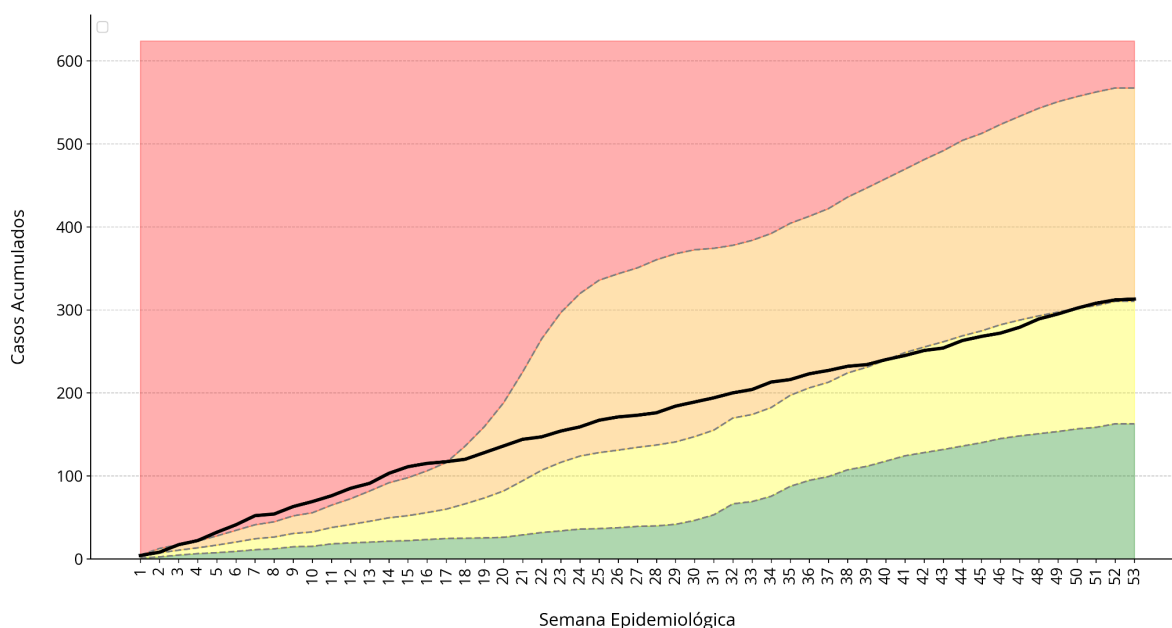


rango etario de entre 5 y 14 años, mientras que para menores de 1 año la tasa está aumentada.

A nivel departamental, Colonia, Florida y Salto presentan la mayor disminución en la incidencia acumulada a la SE 53, mientras que Flores, Maldonado, Paysandú, Río Negro, Rivera, Rocha, Durazno, 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 acumulada pasó de la zona de alerta a la zona de seguridad.

Gráfico 3. Corredor endémico parotiditis infecciosa. Uruguay, 2025.



Fuente: SG-DEVISA.



Personas mordidas o con riesgo de exposición a virus rábico

Tabla 18. Número de casos por departamento y animal involucrado hasta la semana epidemiológica 53, Uruguay, 2025.

| Departamento | Perro | Murciélago | Gato | Otro | Total |
|----------------|-------|------------|------|------|-------|
| Artigas | 64 | 2 | 0 | 0 | 66 |
| Canelones | 507 | 4 | 38 | 5 | 554 |
| Cerro Largo | 55 | 1 | 14 | 1 | 71 |
| Colonia | 304 | 1 | 25 | 0 | 330 |
| Durazno | 81 | 0 | 5 | 2 | 88 |
| Flores | 73 | 1 | 4 | 0 | 78 |
| Florida | 20 | 0 | 3 | 0 | 23 |
| Lavalleja | 94 | 0 | 8 | 1 | 103 |
| Maldonado | 205 | 7 | 26 | 2 | 240 |
| Montevideo | 1208 | 33 | 117 | 12 | 1370 |
| Paysandú | 300 | 2 | 29 | 0 | 331 |
| Río Negro | 68 | 0 | 3 | 0 | 71 |
| Rivera | 396 | 1 | 28 | 1 | 426 |
| Rocha | 33 | 2 | 0 | 0 | 35 |
| Salto | 469 | 1 | 42 | 1 | 513 |
| San José | 164 | 3 | 13 | 0 | 180 |
| Soriano | 123 | 0 | 9 | 0 | 132 |
| Tacuarembó | 311 | 0 | 14 | 2 | 327 |
| Treinta y Tres | 13 | 0 | 0 | 0 | 13 |
| Total | 4488 | 58 | 378 | 27 | 4951 |

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

En 1573 casos se realizó recomendación de vacuna antirrábica y en 80 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 la semana epidemiológica 5 del año 2025 se registró un caso confirmado en una persona adulta de nacionalidad extranjera, con antecedente de viaje a Argentina y sin antecedentes de vacunación contra la enfermedad. Desde la SE 47 de 2025 se encuentra en curso una investigación epidemiológica por un brote de sarampión en una zona próxima a la localidad de San Javier, departamento de Río Negro. Se trata de un brote intrafamiliar con 6 casos confirmados, epidemiológicamente relacionados con un viaje a Bolivia realizado por la familia, con regreso a Uruguay el 16 de noviembre. Los casos corresponden a dos mujeres y cuatro hombres, con un rango de edad de 11 a 46 años, ninguno de ellos vacunado contra sarampión. Posteriormente, se identificó un caso de sarampión de transmisión local en una persona adulta con nexo epidemiológico directo con los viajeros. También se registraron 5 casos confirmados en adultos residentes en la ciudad de Fray Bentos, todos vinculados al mismo brote.

Tras la detección del primer caso sospechoso, el MSP activó de inmediato las acciones previstas en el protocolo, en coordinación con los prestadores de salud de la zona, las direcciones departamentales de Río Negro y Paysandú, y los centros educativos de la zona.

Los equipos continúan trabajando en territorio con presencia permanente, realizando búsqueda activa de personas con síntomas compatibles, verificando el



estado vacunal de niños y adultos, fortaleciendo la capacitación de los equipos de salud y facilitando el acceso a la vacunación.

Contexto global y regional

El pasado 10 de noviembre de 2025 la Organización Panamericana de la Salud (OPS) realizó un llamado a la acción regional tras la pérdida del estatus de eliminación del sarampión en las Américas.²

Al 7 de noviembre de 2025, se han notificado 12.596 casos confirmados de sarampión en diez países (aproximadamente el 95% de los casos de la región se concentran en Canadá, México y Estados Unidos), lo que supone un aumento de 30 veces en comparación con 2024. Además, se han registrado 28 defunciones: 23 en México, tres en Estados Unidos y dos en Canadá.

La transmisión ha afectado principalmente a comunidades con baja cobertura de vacunación; el 89% de los casos corresponde a personas no vacunadas o con estado vacunal desconocido. Los niños menores de 1 año son el grupo más afectado, seguidos por los de 1 a 4 años.

² [La OPS hace un llamado a la acción regional tras la pérdida del estatus de eliminación del sarampión en las Américas](#)



Vigilancia de sarampión

Se recuerda al equipo de salud

El sarampión es una enfermedad de notificación obligatoria del grupo A (primeras 24 horas de sospechada la enfermedad) según Decreto N° 41/012.

Definiciones de caso

- **Caso sospechoso:** toda persona que presenta fiebre y exantema máculo-papular, acompañado o no por una o más de las siguientes manifestaciones: tos, rinitis, conjuntivitis.
- **Caso confirmado:** caso sospechoso confirmado por laboratorio o por nexo epidemiológico de un caso confirmado.
- **Contacto:** todas aquellas personas que hayan estado con el caso durante el período de transmisibilidad (4 días antes del inicio de la erupción y 4 días después).

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

Mecanismo de transmisión: el sarampión se transmite por contacto directo con gotitas infecciosas expulsadas por las vías respiratorias y se propaga por el aire cuando una persona infectada respira, tose o estornuda.

El virus del sarampión puede permanecer infeccioso en el aire hasta dos horas después de que una persona infectada abandona un área



Periodo de transmisibilidad: se calcula según la fecha de inicio del exantema por lo que es muy importante la secuencia de síntomas. El mismo va desde 4 días antes del inicio del exantema hasta 4 días después.

Diagnóstico de laboratorio

Frente a todo caso sospechoso deberán enviarse muestras para confirmación al Departamento de Laboratorios de Salud Pública situado en Alfredo Navarra 3051, acceso norte, atrás del Instituto de Higiene.

Para el diagnóstico se requiere el envío de tres muestras:

- Sangre entera sin anticoagulante: tubo seco de 5 a 8 ml.
- Orina en tubo estéril con tapa rosca (entre 10 a 15 ml).
- 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 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 el 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 ³

- 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 aéreas⁴.
- 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.

³ CDC. Control de infecciones en el personal sanitario: epidemiología y control de infecciones seleccionadas. Disponible en: [Epidemiología y control de infecciones](#)

⁴ MSP. Cartillas de aislamiento. Disponible en: [Cartillas de aislamiento](#)



- 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.

Monitoreo de contactos

- 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 último contacto.

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 del aislamiento de los casos

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 todo el período de la enfermedad debido a la diseminación prolongada del virus.



Medidas de control 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 a un caso de sarampión hasta el día 21 después de su última exposición.
- En personas que no puedan acreditar haber recibido 2 dosis de vacuna con componente anti-sarampión 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 entre 6 a 11 meses de edad, tienen indicación de dosis 0 de vacuna SRP.
- 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 pacientes con historia de reacción anafiláctica grave a dosis previas o a alguno de los componentes. Las personas con alergia al huevo tienen bajo riesgo de reacciones anafilácticas a las vacunas con



componente sarampión. La vacuna también está contraindicada en inmunodeprimidos y embarazadas.

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 19 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 19. Número de casos notificados e incidencia acumulada de sífilis por departamento hasta la semana epidemiológica 53. Uruguay, 2024-2025.

| Departamento | Casos 2024 | Casos 2025 | IA 2024 | IA 2025 | Diferencia IA |
|----------------|------------|------------|---------|---------|---------------|
| Artigas | 152 | 117 | 208.12 | 160.79 | -47.33 |
| Canelones | 495 | 514 | 78.21 | 80.30 | 2.09 |
| Cerro Largo | 71 | 54 | 79.18 | 60.22 | -18.96 |
| Colonia | 175 | 259 | 131.67 | 194.31 | 62.64 |
| Durazno | 177 | 109 | 300.32 | 184.96 | -115.35 |
| Flores | 46 | 34 | 173.88 | 128.53 | -45.35 |
| Florida | 83 | 98 | 119.73 | 141.37 | 21.64 |
| Lavalleja | 132 | 198 | 227.03 | 341.31 | 114.28 |
| Maldonado | 1227 | 793 | 599.94 | 383.43 | -216.51 |
| Montevideo | 2819 | 2142 | 203.64 | 154.73 | -48.90 |
| Paysandú | 379 | 320 | 313.96 | 264.71 | -49.25 |
| Río Negro | 54 | 68 | 91.41 | 114.77 | 23.36 |
| Rivera | 124 | 113 | 112.90 | 102.73 | -10.17 |
| Rocha | 121 | 127 | 162.31 | 170.19 | 7.88 |
| Salto | 400 | 278 | 295.68 | 204.99 | -90.69 |
| San José | 125 | 127 | 102.61 | 103.51 | 0.90 |
| Soriano | 167 | 138 | 200.58 | 165.99 | -34.60 |
| Tacuarembó | 119 | 169 | 128.40 | 182.46 | 54.06 |
| Treinta y Tres | 52 | 51 | 103.07 | 101.10 | -1.97 |
| Total | 6918 | 5709 | 193.35 | 159.07 | -34.28 |



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 20. Número de casos e incidencia acumulada de tos convulsa por rango etario hasta la semana epidemiológica 53. Uruguay, 2024-2025.

| Rango etario | Casos 2024 | Casos 2025 | IA 2024 | IA 2025 | Diferencia IA |
|-----------------|------------|------------|---------|---------|---------------|
| Menor de 1 año | 7 | 10 | 15.82 | 22.72 | 6.90 |
| De 1 a 4 años | 0 | 4 | 0.00 | 2.25 | 2.25 |
| 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 | 7 | 17 | 0.20 | 0.47 | 0.28 |

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 casos e incidencia acumulada de tos convulsa por departamento hasta la semana epidemiológica 53. 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 | 1 | 0 | 0.75 | 0.00 | -0.75 |
| 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 | 1 | 0.00 | 1.72 | 1.72 |
| Maldonado | 0 | 1 | 0.00 | 0.48 | 0.48 |
| Montevideo | 6 | 11 | 0.43 | 0.79 | 0.36 |
| 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 | 7 | 17 | 0.20 | 0.47 | 0.28 |

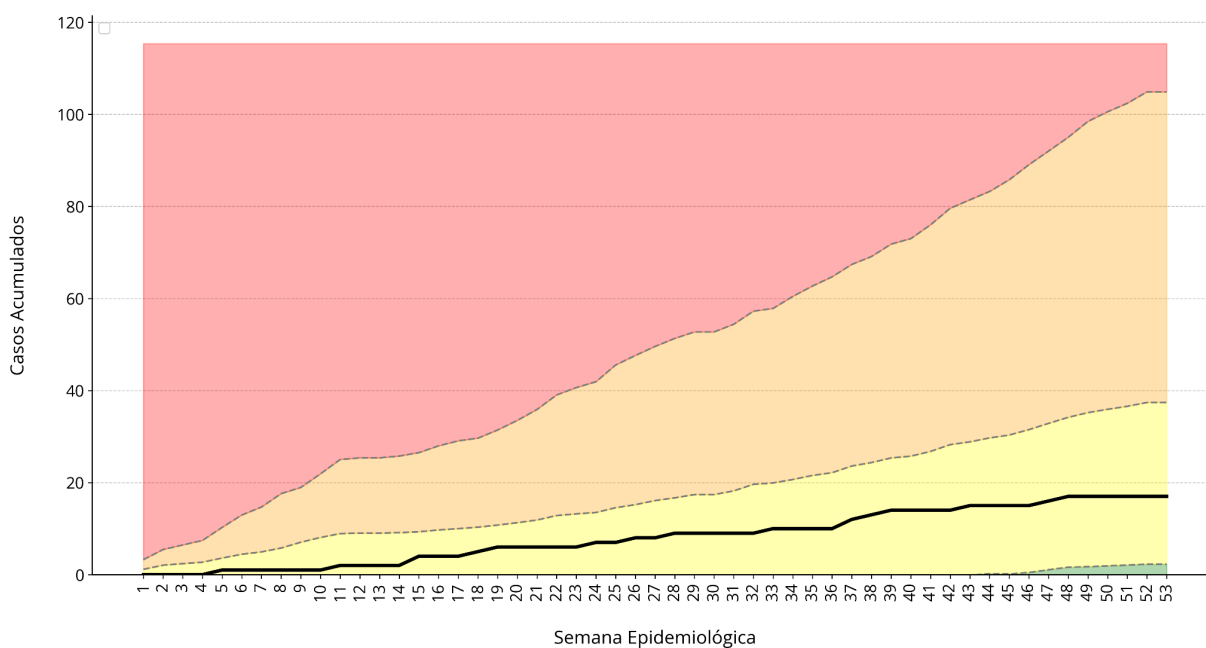
IA: incidencia acumulada x 100.000 habitantes. Fuente: SG-DEVISA. Los datos se encuentran sujetos a modificaciones producto de la mejora de calidad del registro

En el año 2024, hasta la semana epidemiológica 53 solo se habían registrado siete casos de tos convulsa, correspondientes a seis lactantes de Montevideo y un lactante de Colonia. En 2025 se registraron diecisiete casos: once en el departamento de Montevideo, nueve correspondientes a lactantes de entre 1 y 11 meses y dos casos en adultos: una mujer de 35 años y un hombre de 43 años.



Otros cuatro casos, correspondientes a preescolares de entre 1 y 3 años, se registraron en Artigas, Canelones, Lavalleja 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. Nueve de los catorce casos en menores de 5 años requirieron internación, tres de ellos en CTI, todos tuvieron buena evolución.

Gráfico 4. 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, a nivel nacional, un incremento neto en la incidencia acumulada a la SE 53 entre 2024 y 2025. Este aumento se observa principalmente en los grupos de 15 a 29 años y en los menores de 5 años. A nivel departamental, el mayor aumento de incidencia se observa en Tacuarembó y Paysandú, mientras que Salto y Soriano presentan una reducción de la misma.

Hasta la semana 53 se registraron 99 brotes con un total de 377 casos. De estos brotes, 52 fueron intrafamiliares, 28 en establecimientos educativos y los restantes en otras instituciones. El corredor endémico acumulado de varicela muestra que la incidencia se encuentra en zona de brote.



Tabla 22. Número de casos e incidencia acumulada de varicela por rango etario hasta la semana epidemiológica 53. Uruguay, 2024-2025.

| Rango etario | Casos 2024 | Casos 2025 | IA 2024 | IA 2025 | Diferencia IA |
|-----------------|------------|------------|---------|---------|---------------|
| Menor de 1 año | 12 | 23 | 27.12 | 52.25 | 25.13 |
| De 1 a 4 años | 52 | 103 | 29.08 | 57.87 | 28.78 |
| De 5 a 9 años | 36 | 69 | 15.84 | 30.47 | 14.63 |
| De 10 a 14 años | 55 | 98 | 23.74 | 42.51 | 18.77 |
| De 15 a 19 años | 150 | 204 | 62.72 | 86.16 | 23.44 |
| De 20 a 24 años | 35 | 117 | 13.68 | 46.31 | 32.63 |
| De 25 a 29 años | 37 | 108 | 13.70 | 40.32 | 26.63 |
| De 30 a 34 años | 22 | 63 | 8.58 | 24.23 | 15.65 |
| De 35 a 39 años | 21 | 24 | 8.59 | 9.72 | 1.13 |
| De 40 a 44 años | 7 | 22 | 2.97 | 9.36 | 6.38 |
| De 45 a 49 años | 5 | 21 | 2.10 | 8.77 | 6.67 |
| De 50 a 54 años | 3 | 14 | 1.39 | 6.40 | 5.00 |
| De 55 a 59 años | 6 | 2 | 3.06 | 1.01 | -2.05 |
| De 60 a 64 años | 2 | 2 | 1.04 | 1.04 | 0.00 |
| De 65 a 69 años | 3 | 1 | 1.77 | 0.58 | -1.19 |
| De 70 a 74 años | 2 | 3 | 1.50 | 2.18 | 0.69 |
| De 75 y más | 2 | 7 | 0.80 | 2.76 | 1.96 |
| Total | 450 | 881 | 12.58 | 24.55 | 11.97 |

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



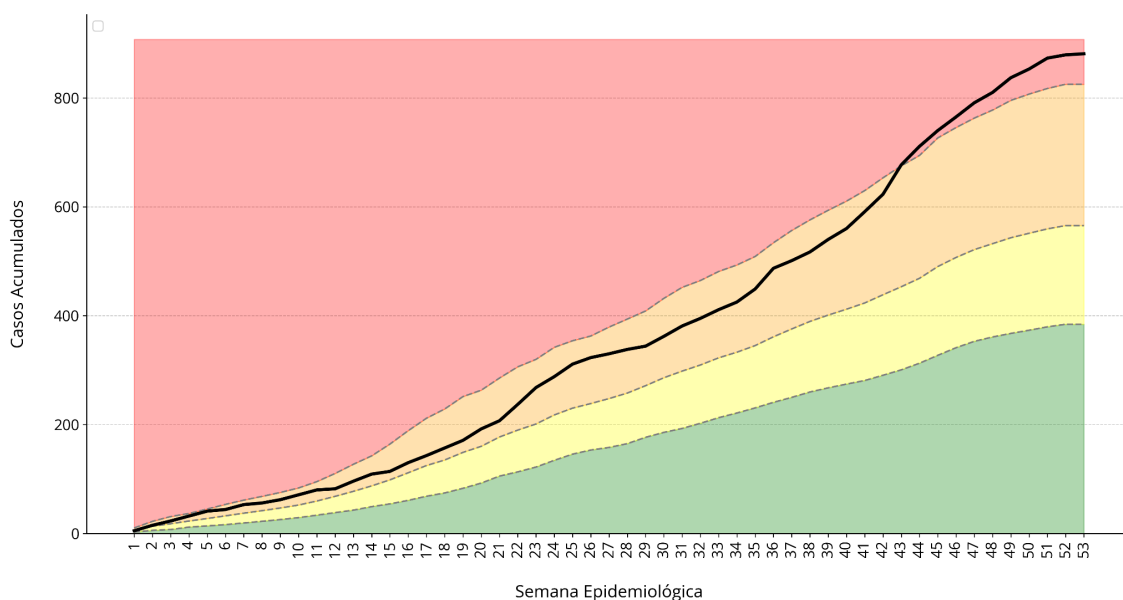
Tabla 23. Número de notificaciones e incidencia acumulada de notificaciones de varicela por departamento hasta la semana epidemiológica 53. Uruguay, 2024-2025.

| Departamento | Casos 2024 | Casos 2025 | IA 2024 | IA 2025 | Diferencia IA |
|----------------|------------|------------|---------|---------|---------------|
| Artigas | 3 | 6 | 4.11 | 8.25 | 4.14 |
| Canelones | 48 | 104 | 7.58 | 16.25 | 8.66 |
| Cerro Largo | 3 | 6 | 3.35 | 6.69 | 3.35 |
| Colonia | 27 | 60 | 20.31 | 45.02 | 24.70 |
| Durazno | 2 | 2 | 3.39 | 3.39 | 0.00 |
| Flores | 1 | 3 | 3.78 | 11.34 | 7.56 |
| Florida | 7 | 8 | 10.10 | 11.54 | 1.44 |
| Lavalleja | 4 | 12 | 6.88 | 20.69 | 13.81 |
| Maldonado | 15 | 32 | 7.33 | 15.47 | 8.14 |
| Montevideo | 161 | 384 | 11.63 | 27.74 | 16.11 |
| Paysandú | 17 | 67 | 14.08 | 55.42 | 41.34 |
| Río Negro | 1 | 12 | 1.69 | 20.25 | 18.56 |
| Rivera | 10 | 31 | 9.10 | 28.18 | 19.08 |
| Rocha | 4 | 6 | 5.37 | 8.04 | 2.67 |
| Salto | 77 | 50 | 56.92 | 36.87 | -20.05 |
| San José | 11 | 25 | 9.03 | 20.38 | 11.35 |
| Soriano | 54 | 25 | 64.86 | 30.07 | -34.79 |
| Tacuarembó | 4 | 46 | 4.32 | 49.66 | 45.35 |
| Treinta y Tres | 1 | 2 | 1.98 | 3.96 | 1.98 |
| Total | 450 | 881 | 12.58 | 24.55 | 11.97 |

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



Gráfico 5. 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: [Manual Nacional de 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: [Protocolo para la profilaxis post exposición frente al virus varicela Zóster](#)
- Vacunación de bloqueo ante casos identificados en instituciones de salud.
- Vacunación de bloqueo en brotes (según evaluación de riesgo de Epidemiología del MSP).

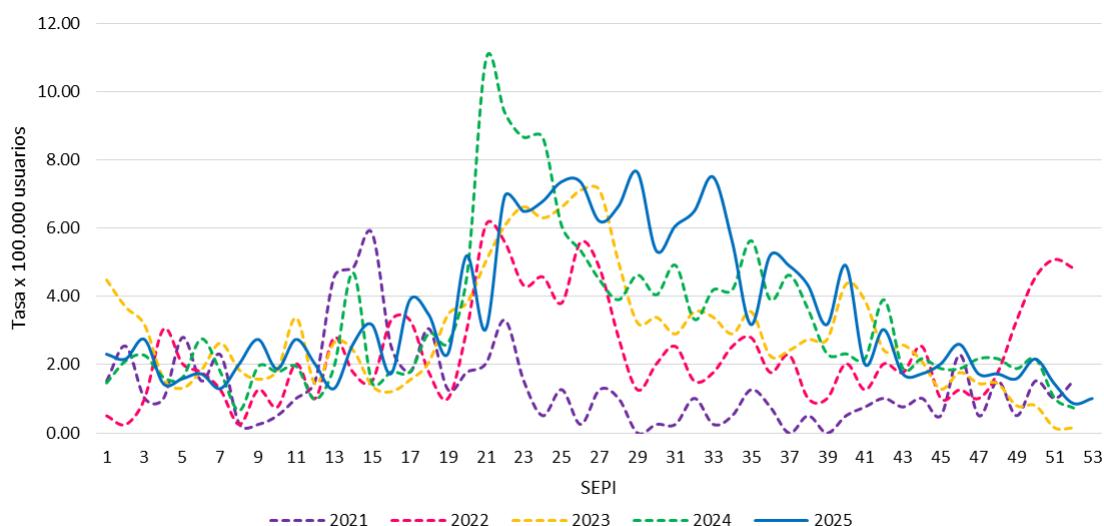


Infecciones respiratorias

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

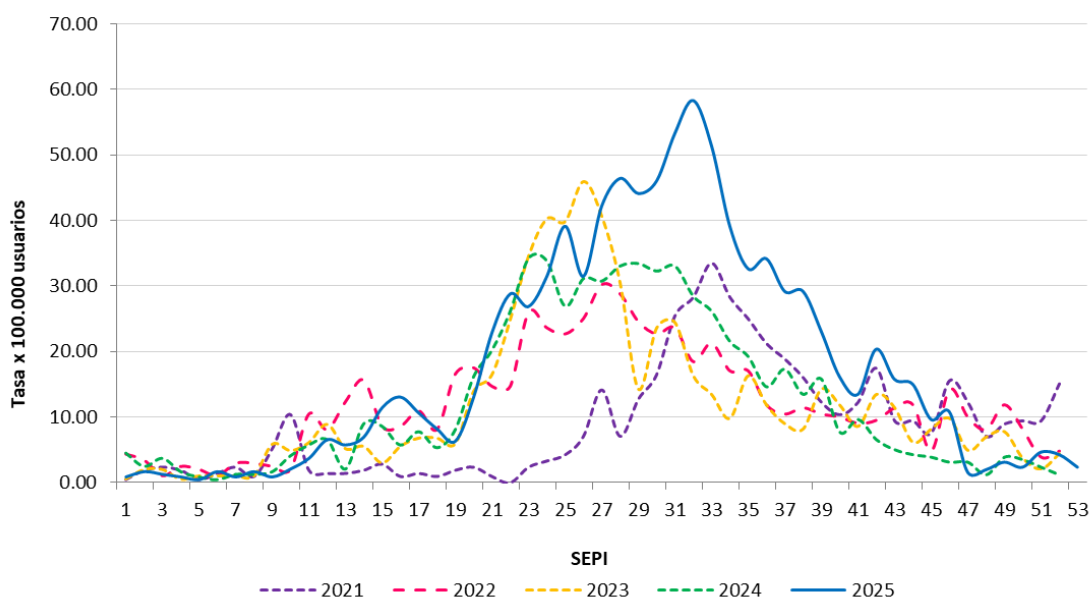
Gráfico 6. Incidencia acumulada en personas de 15 años y más internada por infecciones respiratorias agudas graves en centros centinela por semana epidemiológica. Uruguay, 2021 - 2025.



Fuente: Sistema de Infecciones Hospitalarias.



Gráfico 7. 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.

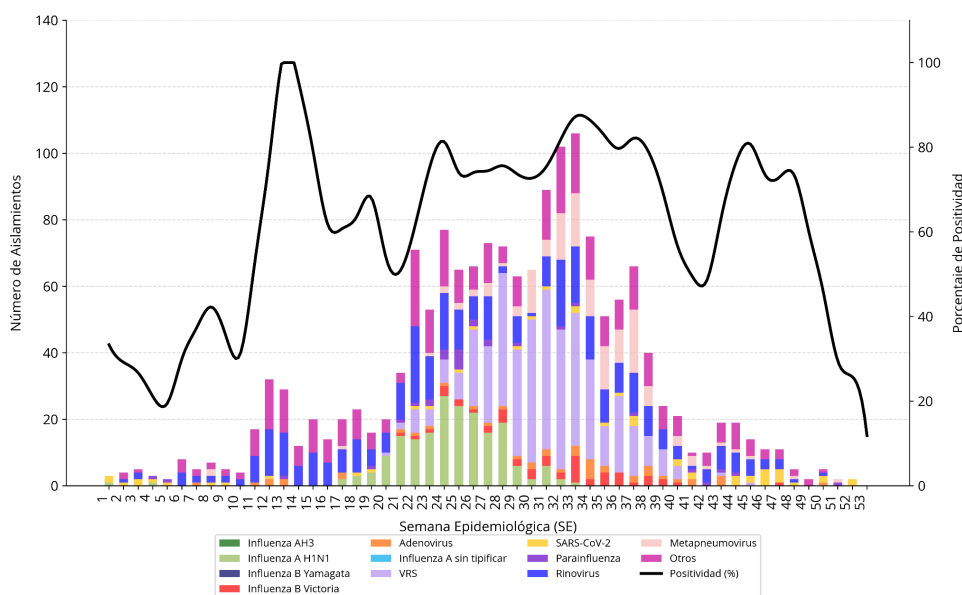
Hasta la SE 53 de 2025, la incidencia acumulada de IRAG en adultos presenta una distribución similar a la observada en años anteriores. Sin embargo, en menores de 15 años se observa que entre la SE 27 y la SE 45 se superó la incidencia registrada en años anteriores para igual período. Es importante tomar 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 8 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 VRS manteniéndose la detección de SARS-CoV-2 en niveles bajos. Los casos de IRAG en la región se dan fundamentalmente a expensas de Influenza A(H3N2), VRS y SARS-CoV-2⁵.

Gráfico 8. Virus identificados en infecciones respiratorias agudas graves en centros centinelas y porcentaje de positividad de las muestras analizadas, hasta la semana epidemiológica 53 Uruguay 2025.



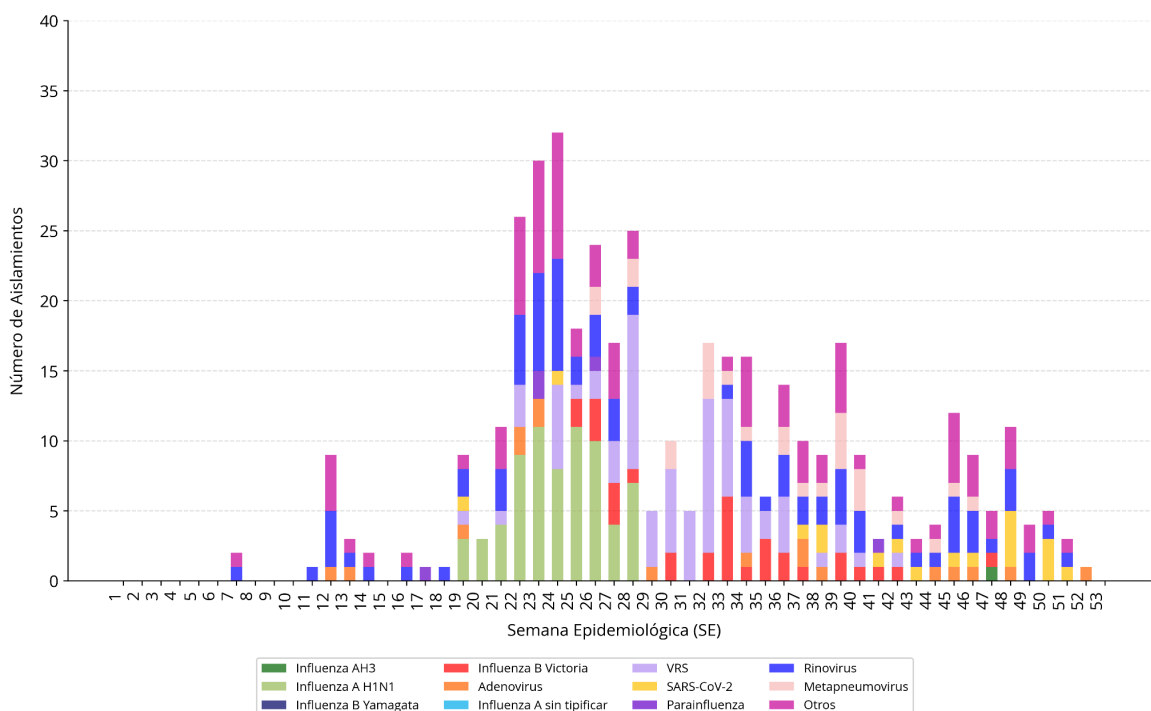
Otros incluye: Enterovirus, Coronavirus, Bocavirus. Fuente: Departamento de Laboratorios de Salud Pública.

⁵ Organización Panamericana de la Salud. Situación de Influenza, SARS CoV-2, VRS y otros virus respiratorios - Región de las Américas. Semana epidemiológica 52. Disponible en: [Actualización regional, Influenza y otros virus respiratorios. Semana Epidemiológica 52 \(2 de enero del 2026\)](#)



En el gráfico 9 se presenta la cantidad de aislamientos según el virus identificado en los casos de ETI. Se observa en las últimas semanas circulación de adenovirus, rinovirus, Influenza A H3N2, influenza B Victoria y SARS-CoV-2.

Gráfico 9. Virus identificados en enfermedad tipo influenza en centros centinelas, hasta la semana epidemiológica 53. Uruguay 2025.

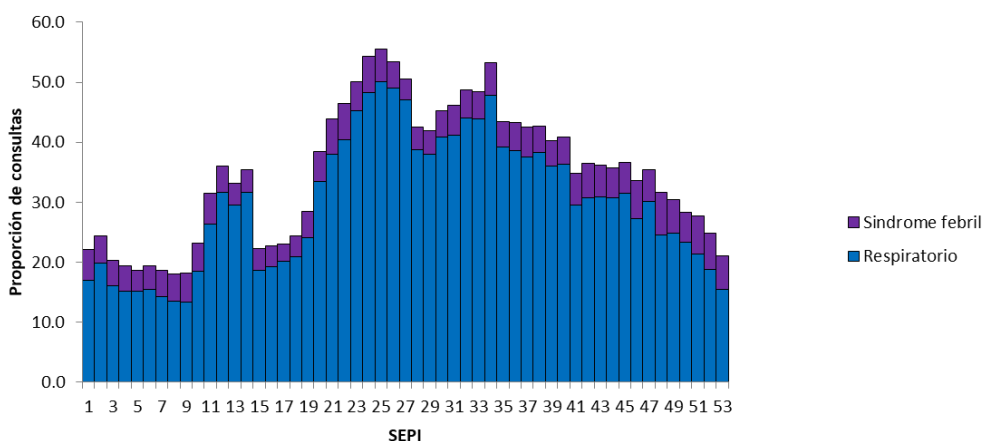


Otros incluye: Enterovirus, Coronavirus, Bocavirus. Fuente: Departamento de Laboratorios de Salud Pública.



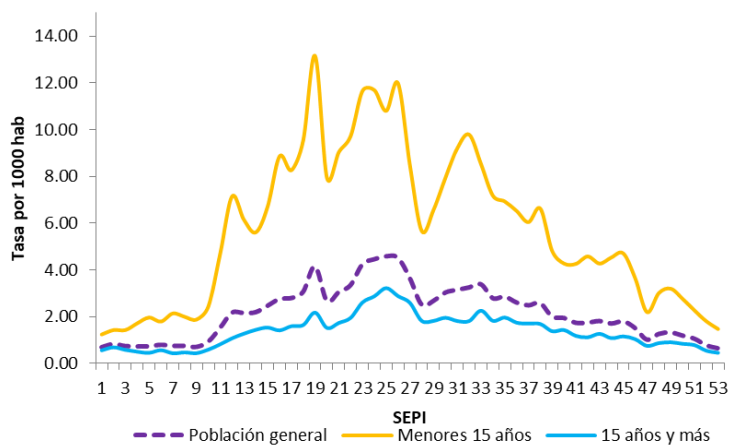
Monitoreo de consultas en emergencias móviles

Gráfico 10. Proporción de consultas en emergencias móviles por enfermedad respiratoria y síndrome febril hasta la semana epidemiológica 53. Uruguay, 2025.



Fuente: DEVISA.

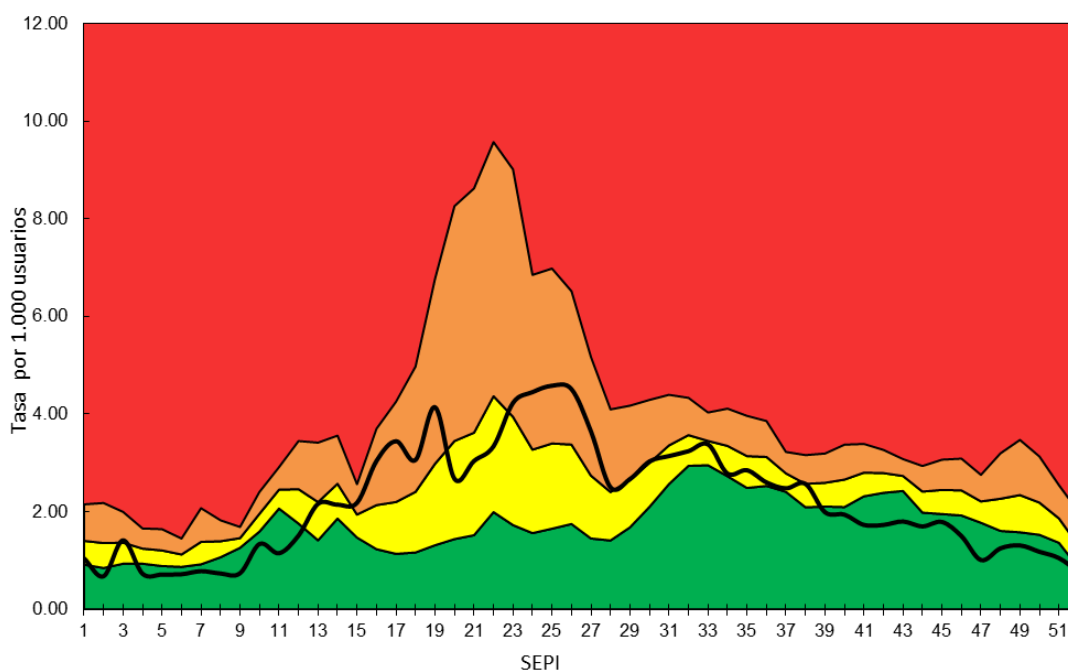
Gráfico 11. Tasa de consultas por infección respiratoria aguda en emergencias móviles hasta la semana epidemiológica 53. Uruguay, 2025.



Fuente: DEVISA.



Gráfico 12. Corredor endémico de consultas por infección respiratoria aguda en emergencias móviles hasta la semana epidemiológica 52⁶. 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

⁶ Al ser excepcionales los años con semana epidemiológica 53 (el fenómeno se da cada 5-6 años), no es posible calcular los estimadores del corredor para la incidencia semanal de la misma a partir de años anteriores, ya que la mayoría de los años históricos considerados cuentan solo con 52 semanas epidemiológicas.



Variantes de Interés (VOI): XFG (Stratus o Frankenstein es una de las 7 VUM bajo monitoreo).

Tabla 24. 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 25. 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 |



Las variantes bajo monitoreo no parecen asociarse con un aumento dramático de la gravedad de los casos en ningún país.

Situación en Sudamérica

- La positividad de muestras ha aumentado en las últimas semanas en LATAM. El reporte de OPS de 5 de diciembre sobre SE 48, señala una tendencia al aumento en el cono Sur y Brasil con positividad del 8%, pero no en Centroamérica o zona Andina y circulación en descenso con positividad del 6% en Norteamérica.
- La prevalencia exacta de variantes sigue siendo incierta. En muchos países de Latinoamérica la vigilancia genómica es limitada o irregular, lo que implica que muchas variantes pueden estar circulando sin ser detectadas.

Actualización de circulación de variantes en Uruguay

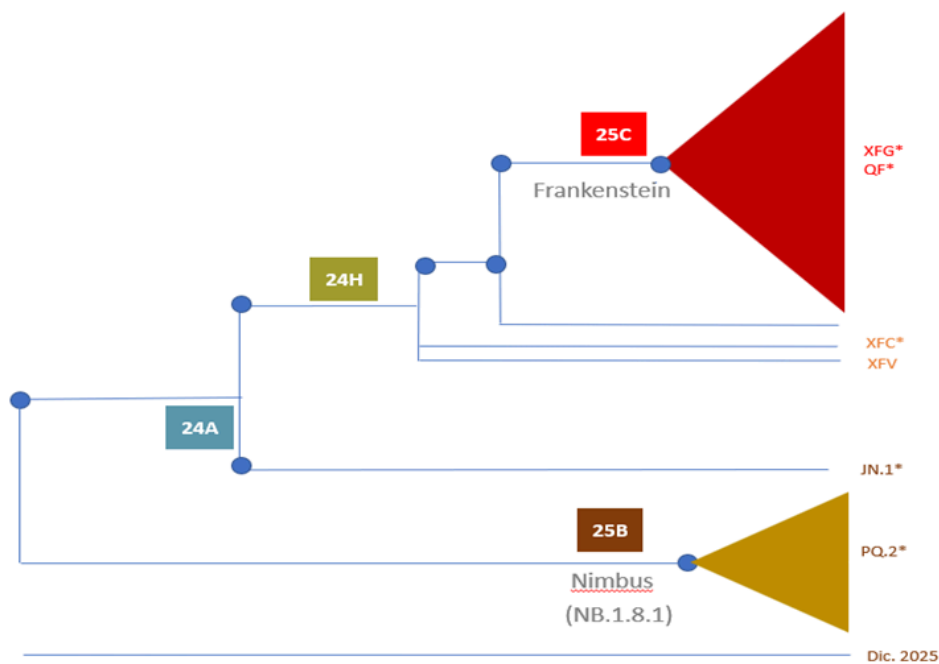
- La positividad de muestras en el país ha aumentado en las últimas semanas.
- La secuenciación genómica del periodo octubre-diciembre 2025, permitió recuperar 30 genomas de muestras de Uruguay, provenientes de los centros centinela⁷.
- Persiste la tendencia detectada en reportes anteriores. El mayor porcentaje de genomas corresponde a niños pequeños y personas mayores de 60 años.
- La variación encontrada, como es habitual es grande, con muestras pertenecientes a los Clados 24 y 25 (B y C) (Gráfico 13).

⁷ Centros centinelas: HPR, Británico, Policial, Semm Mautone, Amecom, Cams, Comero, H.Paysandú, H.Las Piedras, Comeca, Mucam (ETI)



Gráfico 13. Mapeo de genomas de SARS-COV2 obtenidos en este estudio.

Respecto a noviembre, recuperamos genomas de los clados 25B, 25C y recombinantes pero no genomas del clado 25A. Reaparecen genomas derivados del clado ancestral 24A.

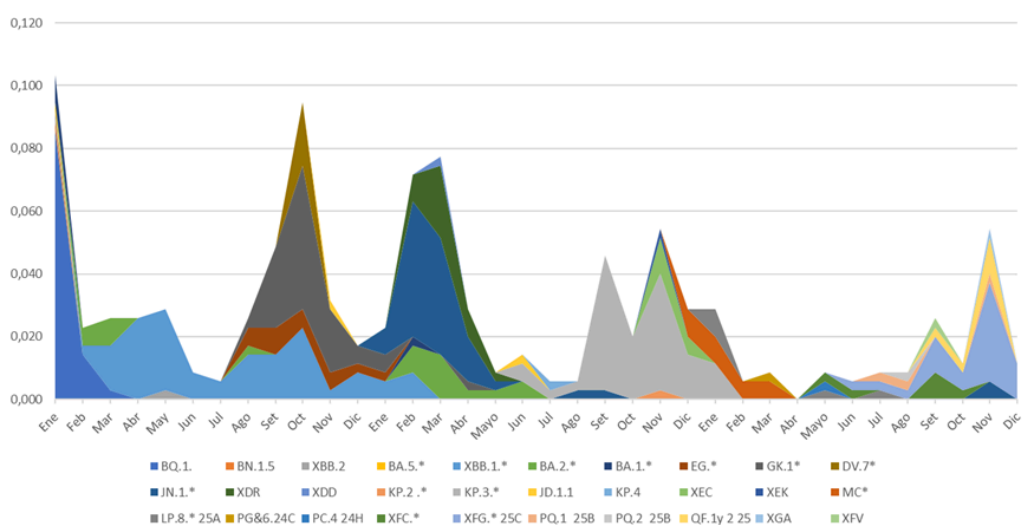


- Las variantes predominantes fueron del grupo XFG (Clado 25C), 76%, llamado Frankenstein (Grafico14). Un aumento de prevalencia del 7% respecto del reporte anterior. En comparación con el escenario global, sigue destacando la baja proporción de variantes del tipo Nimbus y la continuidad de los recombinantes XFC, XFV que se mantienen en el país desde mayo 2025 y en LATAM, y que no son considerados un grupo epidemiológico relevante en el resto del mundo.



- Una novedad es la reaparición minoritaria de muestras derivadas de linajes ancestrales JN1. Tal vez, se han mantenido como los recombinantes, a lo largo del año, pero el muestreo escaso de los últimos meses no lograba capturarlas.

Gráfico 14. Progresión de la frecuencia relativa de los principales linajes de Omicron desde enero de 2023 a diciembre 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.⁸

A continuación, se presenta la notificación de brotes y eventos de interés notificados al sistema de vigilancia a la fecha y el acumulado anual. Entendiendo por brote a la presencia de dos o más casos de pacientes infectados/colonizados que aparecen pasadas las 48 horas del ingreso en el hospital y que tienen un vínculo epidemiológico.

⁸Ministerio de Salud Pública. Informe anual - Infecciones asociadas a la atención en salud y de resistencia antimicrobiana. 2024-2025. Disponible en: [Informe anual sobre Infecciones Asociadas a la Atención en Salud \(IAAS\)](#)



Brotes de IAAS

Tabla 26. Brotes en curso de microorganismos según mecanismo de resistencia, casos de infección y colonización. Año 2026, al 7 de enero.

| Fecha de inicio | Microorganismo | Mecanismo de resistencia | Casos de infección* | Casos de colonización** | Fecha de último caso (inf o col) |
|-----------------|--------------------------------|--------------------------|---------------------|-------------------------|----------------------------------|
| 16/03/2025 | <i>Klebsiella pneumoniae</i> | NDM | 3 | 29 | 02/12/2025 |
| 08/10/2025 | <i>Klebsiella pneumoniae</i> | BLEE | 1 | 8 | 21/11/2025 |
| 11/11/2025 | <i>Enterobacter cloacae</i> | NDM | 3 | 8 | 31/12/2025 |
| 26/11/2025 | <i>Bacilos Gram negativos</i> | NDM | 0 | 2 | 27/11/2025 |
| 08/12/2024 | <i>Acinetobacter baumannii</i> | OXA 23 | 3 | 8 | 05/02/2026 |
| 01/12/2025 | <i>Virus varicela zoster</i> | - | 2 | 0 | 14/12/2025 |
| 16/12/2025 | <i>Enterococcus faecium</i> | ERV | 0 | 1 | 16/12/2025 |
| 19/12/2025 | <i>Klebsiella pneumoniae</i> | NDM | 1 | 6 | 25/12/2025 |
| 22/12/2025 | <i>Klebsiella pneumoniae</i> | NDM | 0 | 3 | 22/12/2025 |
| 22/12/2025 | <i>Pseudomonas putida</i> | NDM | 0 | 2 | 24/12/2024 |
| 23/12/2025 | <i>Enterococcus faecium</i> | ERV | 0 | 1 | 23/12/2024 |
| 22/12/2025 | <i>Enterobacter cloacae</i> | NDM | 1 | 1 | 02/01/2026 |

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. Abreviaturas: BLEE: Betalactamasa de Espectro Extendido, ERV: Enterococos Resistentes a Vancomicina, NDM: Nueva Delhi Metallo-β-Lactamasa, OXA 23: Oxacilinas 23.



Tabla 27. Frecuencia absoluta de brotes finalizados y número de casos de infección y colonización, según microorganismo. Año 2026, al 7 de enero.

| Microorganismo | | Número de brotes | Número de casos | |
|--|------|------------------|-----------------|--------------|
| | | | Infección | Colonización |
| Bacilos Gram negativos con mecanismo de resistencia fenotípico | NDM | - | - | - |
| | KPC | - | - | - |
| | VIM | - | - | - |
| | BLEE | - | - | - |
| Bacilos Gram negativos sin identificación de producción de betalactamasas* | | - | - | - |
| <i>Staphylococcus aureus</i> meticilino sensible | | - | - | - |
| <i>Enterococcus faecium</i> resistente a vancomicina | | - | - | - |
| <i>Clostridioides difficile</i> | | - | - | - |
| Otros microorganismos** | | - | - | - |

* Incluye: *Acinetobacter baumannii*, *Citrobacter freundii*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Salmonella.sp*, *Serratia marcescens*, ** Incluye, *Mycobacterium tuberculosis*, *Sarcoptes scabiei*, Virus de Varicela zoster, Virus de Paperas.

Abreviaturas: BLEE: Betalactamasa de Espectro Extendido, ERV: Enterococos Resistentes a Vancomicina, KPC: Carbapenemasa de *Klebsiella pneumoniae*, NDM: Nueva Delhi Metalo-β-lactamasa, OXA 23: Oxacilinas 23, VIM: Verona Integron Metalo-β-lactamasa. La presente tabla se encuentra sin datos aún, ya que en lo que va de 2026, no se cerraron brotes aún.



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



msp.gub.uy