



Actualización epidemiológica, enero 2026

COQUELUCHE, INFLUENZA Y HANTAVIRUS

1. COQUELUCHE

- La tos convulsa, tos ferina o coqueluche es una enfermedad respiratoria aguda prevenible por vacunación, causada principalmente por *Bordetella pertussis*. A pesar de la disponibilidad de vacunas seguras y efectivas, continúa representando un problema relevante de salud pública, especialmente por su impacto en lactantes y menores de 2 años, en quienes se presenta la mayor morbilidad.
- Si bien puede afectar a personas de todas las edades, la presentación clínica varía según el grupo etario. En adolescentes, personas adultas y adultas jóvenes suele manifestarse de manera leve o atípica, lo que dificulta el diagnóstico oportuno y favorece la transmisión hacia lactantes no completamente vacunados.

La introducción progresiva de la vacunación con componente pertussis en el Calendario Nacional de Vacunación ha permitido reducir significativamente la carga de enfermedad. Sin embargo, el descenso sostenido de las coberturas observado en los últimos años, a nivel mundial y regional, ha generado una acumulación de personas susceptibles que favorece la reemergencia de brotes.

En Argentina se registró un **incremento de casos de coqueluche en 2025**, en diversas jurisdicciones, en consonancia con lo observado en otros países de la región y del mundo. En este contexto, resulta clave actualizar la situación epidemiológica, **reforzar los criterios de vigilancia y diagnóstico, y enfatizar las medidas de prevención y control, con un rol central de los equipos de salud** y, particularmente, de aquellos que desarrollan atención de niños, niñas y adolescentes.

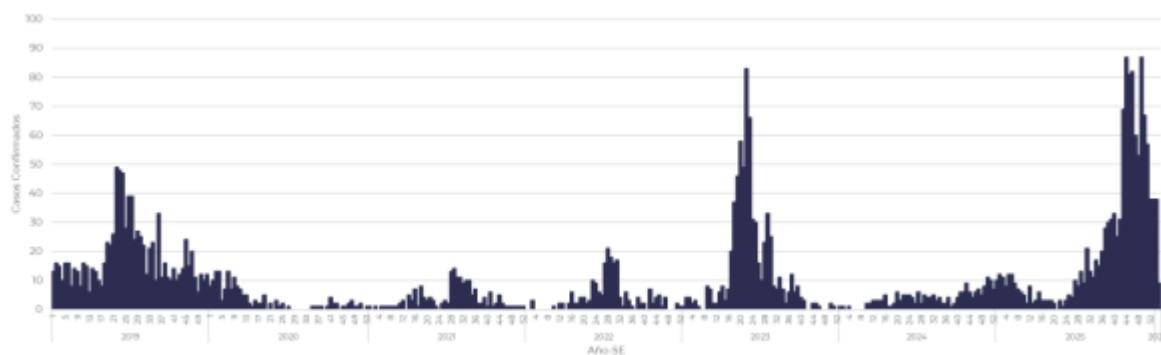


Situación epidemiológica

En el mundo, en 2024 los casos notificados de coqueluche aumentaron 5,8 veces en comparación con el año 2023. La mayor proporción de casos se registró en las regiones del Pacífico Occidental y Europa. En la región de las Américas, se registró un aumento importante de casos en 2023 y aún mayor en 2024. Este aumento principalmente en 10 países: Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, EE.UU., México, Panamá, Paraguay y Perú.

En Argentina, en el año 2025 se confirmaron 1.177 casos de coqueluche, lo que corresponde a una tasa de incidencia de 2,48 casos por cada 100.000 habitantes. Estas cifras posicionan a 2025 como el año con mayor número de casos desde 2019. (Gráfico 1)

Gráfico 1: Curva epidémica de casos confirmados de coqueluche. Argentina. SE1/2019 a SE02/2026.



Fuente: extraído del Boletín Epidemiológico Nacional Nº 792, Ministerio de Salud de la Nación.

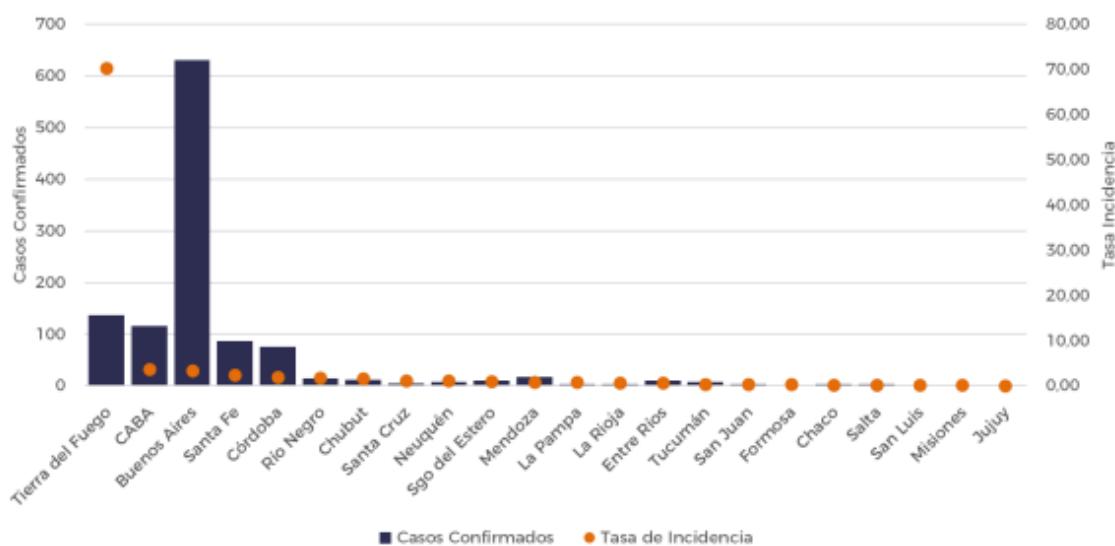
Desde la semana epidemiológica (SE) 10 de 2024, se observó una actividad sostenida de la enfermedad. A partir de la SE 27 de 2025, el número de casos comenzó a aumentar de manera significativa, principalmente a expensas de un brote en Ushuaia, provincia de Tierra del Fuego, y del incremento de la circulación en la región centro del país. El mayor número de casos se registró durante la segunda mitad del año, con picos en las SE 44 y 49.

Con respecto a la distribución geográfica de los casos, 22 de las 24 jurisdicciones del país registraron casos confirmados. La mayor cantidad de casos se concentró en la provincia de Buenos Aires y en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, mientras que la mayor incidencia acumulada se observó en Tierra del Fuego, en el marco del brote localizado. Otras provincias



como Santa Fe y Córdoba también registraron incrementos relevantes respecto de años previos, lo que evidencia una situación heterogénea a nivel nacional. (Gráfico 2)

Gráfico 2: Distribución de los casos confirmados e incidencia acumulada de casos de coqueluche cada 100.000 habitantes por año por provincia. Argentina. Año 2025.



Fuente: extraído del Boletín Epidemiológico Nacional Nº 791, Ministerio de Salud de la Nación.

En cuanto a la distribución por edad, la mayor tasa de incidencia se observó en el grupo etario de 0 a 5 años, con un marcado predominio en los menores de 1 año. Dentro de este grupo, los lactantes menores de 6 meses fueron los más afectados. Asimismo, se observó un aumento de la incidencia en personas adultas, principalmente vinculado al brote registrado en la provincia de Tierra del Fuego.

La tasa de letalidad por coqueluche en Argentina fue de 0,9% en 2025. Se registran 11 fallecimientos en casos confirmados con detección de *Bordetella pertussis*: 8 en menores de 6 meses, 1 en el grupo de 6 a 11 meses y 2 en el grupo de 12 a 23 meses. Para el año 2025 la tasa de letalidad fue de 0,9%. Ninguno de los 5 casos en edad de vacunación, la había recibido. Mientras que, entre los menores de 2 meses, se consignó antecedente de vacunación materna en un solo caso.



Vigilancia epidemiológica

Coqueluche es una enfermedad de **notificación obligatoria** y, como tal, se rige por la Ley N° 15.465. Por este motivo, todo caso sospechoso debe ser notificado de forma nominal e inmediata al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud.

La vigilancia epidemiológica de coqueluche tiene como objetivo detectar oportunamente los casos sospechosos para implementar medidas de control que reduzcan la transmisión y la morbimortalidad, especialmente en los grupos de mayor riesgo. Asimismo, permite monitorear la evolución de la enfermedad y el impacto de las acciones de vacunación, fundamentales para una adecuada toma de decisiones sanitarias.

Definición de caso sospechoso:

Caso sospechoso con clínica completa:

- Menores de 6 meses: toda infección respiratoria aguda, con al menos uno de los siguientes síntomas: apnea, cianosis, estridor inspiratorio, vómitos después de toser o tos paroxística.
- Mayores de 6 meses hasta 11 años: tos de 14 o más días de duración acompañado de uno o más de los siguientes síntomas: tos paroxística, estridor inspiratorio o vómitos después de la tos.
- Mayores de 11 años: tos persistente de 14 o más días de duración, sin otra sintomatología acompañante y sin otra causa aparente.

Caso sospechoso con clínica incompleta: Independientemente de la edad y del antecedente vacunal, toda vez que el trabajador de la salud sospeche coqueluche, aunque no cumpla criterios clínicos definidos según grupo de edad.

Clasificación de los casos:

Caso confirmado por laboratorio: Caso sospechoso (con clínica completa o incompleta) con cultivo positivo para el agente causal y/o resultados positivos del ensayo de PCR específicos para el agente causal y/o resultados positivos para detección de IgG anti toxina pertussis (estandarizado con el testigo de referencia internacional de la OMS).



Caso de coqueluche por criterio clínico epidemiológico: Caso sospechoso con clínica completa o incompleta y nexo epidemiológico con caso de coqueluche confirmado por laboratorio entre 3 y 21 días antes del inicio de los síntomas. Deberán recibir el mismo tratamiento que los casos confirmados.

Caso descartado: Solo podrá ser aplicado a casos sin nexo epidemiológico.

- Descartado por laboratorio: Todo caso sospechoso en un mayor de 12 años con serología negativa en una sola muestra.
- Descartado por criterio clínico + laboratorio sugestivo de una infección por otro patógeno: Todo caso sospechoso con clínica incompleta, estudiado para coqueluche por PCR en una muestra adecuadamente tomada lo más cercano al inicio de los síntomas y antes de los 14 días de evolución con resultado negativo para *Bordetella spp.* y con un diagnóstico alternativo que explica el cuadro clínico.

Tratamiento

El tratamiento está recomendado ante todo caso sospechoso de coqueluche para disminuir la aparición de casos secundarios. Esta recomendación incluye pacientes oligosintomáticos y de todos los grupos etarios.

El antibiótico de elección es la Azitromicina durante 5 días. Son alternativas claritromicina, eritromicina y trimetoprima sulfametoazol. (tabla 1)



Tabla 1. Esquemas de tratamiento *Bordetella pertussis*

Edad	Azitromicina	Eritromicina	Clarithromicina
Menor de 1 mes	10 mg/k/día dosis única durante 5 días	40-50 mg/k/día en 4 dosis por 14 días	No recomendado
1-5 meses	10 mg/k/día durante 5 días	40-50 mg/k/día en 4 dosis por 14 días	15 mg/k/día (máximo 1 gr/día) en 2 dosis durante 7 días
Mayores de 6 meses	10 mg/k el primer día (máximo 500 mg) Luego 5 mg/k/día (máximo 250) hasta completar 5 días	40-50 mg/k/día en 4 dosis por 14 días	15 mg/k/día (máximo 1 gr/día) en 2 dosis durante 7 días
Adolescentes y adultos	500 mg día el primer dia Luego 250 mg día hasta completar 5 días	2 grs dividido en 4 dosis por 14 días	15 mg/k/día (máximo 1 gr/día) en 2 dosis durante 7 días

*La azitromicina es el tratamiento de elección en los menores de 1 mes por el riesgo de hipertrofia del píloro

Manejo de contactos:

Es fundamental identificar a los contactos estrechos de todo caso SOSPECHOSO de coqueluche, para implementar medidas de control. Se considera contacto estrecho:

- Toda persona con contacto directo cara a cara por un período no definido con el caso sintomático.



- Toda persona que haya compartido un espacio reducido (la misma habitación) por más de una hora con el caso sintomático.
- Haber tenido contacto directo (sin protección) con secreciones respiratorias orales o nasales de un caso sintomático.

Ante la identificación de los contactos estrechos de casos de coqueluche es importante:

1. Verificación y actualización del estado vacunal: Se debe controlar el esquema de vacunación en todos los contactos estrechos, asegurando que cuenten con las dosis correspondientes según el Calendario Nacional de Vacunación.
2. Quimioprofilaxis: La quimioprofilaxis con macrólidos está indicada para todos los contactos estrechos, ante la sospecha de coqueluche, independientemente del antecedente de vacunación. Los esquemas utilizados para la profilaxis son los mismos que para el tratamiento de la enfermedad.
3. Evicción escolar: Los contactos estrechos menores de 7 años de edad con inmunización incompleta, deberán excluirse del ámbito escolar hasta haber completado 5 días de tratamiento antibiótico adecuado.

Vacunación

La vacunación es la herramienta más eficaz para prevenir las formas graves y las muertes por coqueluche. Se enfatiza la importancia de alcanzar y mantener coberturas $\geq 95\%$ en todos los grupos objetivo.

Es importante recordar las bajas coberturas vacunales registradas en todo el país: en el año 2024 las coberturas para quíntuple/ séxtuple del primer refuerzo 15-18 meses fue del 68 %. Además de la vacunación de los niños, la inmunización de embarazadas ha demostrado disminuir los casos y la gravedad de la enfermedad durante los primeros meses de vida. Por este motivo es prioritario reforzar y optimizar las coberturas de vacunación en las mujeres gestantes.

En el Calendario Nacional de Vacunación, la vacuna está indicada en los siguientes casos:

- 2, 4 y 6 meses: vacuna quíntuple o pentavalente (esquema primario).
- 15-18 meses: vacuna quíntuple o pentavalente (primer refuerzo).
- 5 años (cohorte 2020): vacuna triple bacteriana celular (segundo refuerzo).



- 11 años (cohorte 2014) : triple bacteriana acelular (tercer refuerzo).
- Embarazadas: una dosis de triple bacteriana acelular en cada embarazo a partir de la semana 20 de gestación, independientemente del antecedente de vacunación.
- Personal de salud en contacto con niños menores de un año: una dosis de triple bacteriana acelular cada 5 años.
- Convivientes con recién nacidos prematuros de menos de 1500 gramos: una dosis de triple bacteriana acelular.

Es primordial evitar oportunidades perdidas de vacunación, especialmente en el contexto actual de coberturas subóptimas y completar esquemas atrasados.

Más información:

- *Ministerio de Salud de la República Argentina, Dirección de Epidemiología. (2026). Boletín. Epidemiológico Nacional N°792, SE 2. Disponible en <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2026/01/ben-792-se-2-26126.pdf>*
- *Ministerio de Salud de la Nación. Coqueluche - Guía de vigilancia, prevención y control – Diciembre 2025. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/20251215-guiacoqueluche_23122025.pdf*

2. INFLUENZA

Desde octubre de 2025, se observa en los países del hemisferio norte un aumento de la actividad de influenza, coincidente con el inicio de los meses de invierno. Algunos países han informado un inicio temprano de la temporada, con predominio de virus de influenza A(H3N2). El 4 de diciembre del 2025, la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) alertó sobre la actividad temprana y más intensa de virus respiratorios durante la temporada 2025-26, en comparación a lo registrado en años anteriores. Además, reportó el aumento sostenido del **virus de Influenza A(H3N2) subclado K (J.2.4.1)** en Europa y en varios países del este de Asia.

En la última semana, el centro para la prevención y control de las enfermedades europeo (ECDC) reportó que el número de internaciones por infecciones respiratorias continúa siendo



alto, afectando a todos los grupos de edad, pero principalmente a los adultos de 65 años o más.

Mientras que en la Región de las Américas, la positividad para Influenza se mantiene por encima del 10% en el Hemisferio Norte. En la mayoría de las subregiones se reporta la circulación de influenza A(H3N2), mientras que en la subregión Andina se observa un predominio del subtipo A(H1N1)pdm09.

En relación con la circulación del subclavo J.2.4.1 (subclavo K) de influenza A(H3N2) en la Región de las Américas, el 18 de diciembre de 2025 Brasil notificó su identificación mediante caracterización genética realizada por el Instituto Oswaldo Cruz (IOC/Fiocruz), correspondiente a un caso importado, sin evidencia de transmisión local hasta el momento. Durante diciembre de 2025, Costa Rica informó la detección de influenza A(H3N2) subclavo K en el marco de su vigilancia virológica nacional, mientras que Perú notificó dos casos pediátricos. En el mismo período, Chile y Paraguay informaron la identificación de Influenza A H3N2.

En Argentina, durante el año 2025 se registraron casos de influenza de manera continua a lo largo de todas las semanas epidemiológicas. A partir de la semana epidemiológica (SE) 11 del 2025 se observó un incremento sostenido de las detecciones, con predominio de influenza A sin subtipificar y del subtipo A(H1N1). El máximo número de notificaciones semanales se alcanzó entre las SE22 y SE26, seguido de una tendencia descendente. En las semanas posteriores se verificó un leve aumento de las detecciones, con predominio de influenza B a partir de la SE36. No obstante, hacia el final de 2025 también se registraron detecciones de influenza A e influenza A(H3N2). En las dos semanas epidemiológicas más recientes (SE 52 y SE53) se notificaron 74 detecciones de influenza.

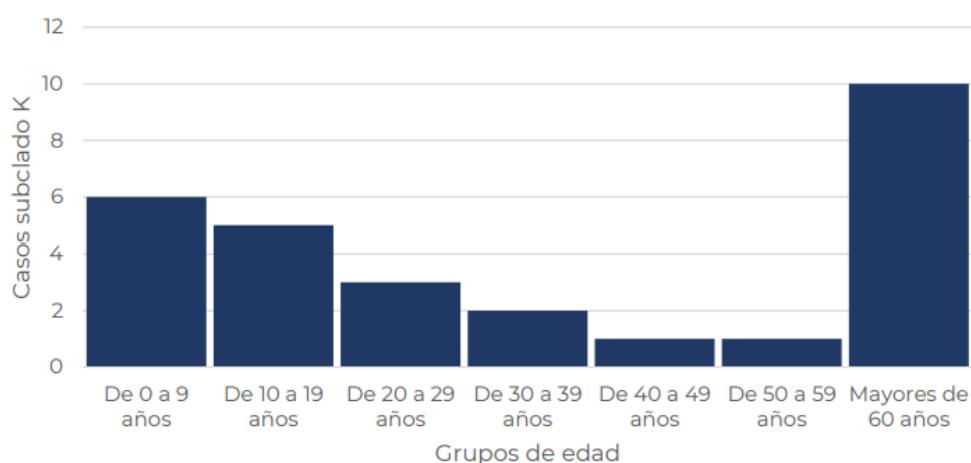
El Ministerio de Salud de la Nación, en el Boletín epidemiológico Nacional, reporta que en las últimas semanas del año 2025 y el 16 de enero de 2026, de los 72 casos analizados, **44 correspondieron al subclavo J.2.4.1 (K)**, 25 al subclavo J.2.3, 2 al subclavo J.2 y uno al subclavo J.2.2..

Los casos del subclavo K se distribuyen en las jurisdicciones de la **provincia de Buenos Aires, CABA, Chubut, Córdoba, Corrientes, Entre Ríos, La Pampa, La Rioja, Mendoza, Neuquén, Río Negro, Santa Cruz, Santa Fe y Tierra del Fuego**. Trece de estos casos se diagnosticaron en personas internadas y 15 en pacientes ambulatorios. La mayor proporción se concentró en personas **mayores de 60 años** y niños **menores de 10 años**. (Figura 1)



En cuanto a los antecedentes de viaje, 7 de los 44 casos pertenecientes al subclado K consignan antecedentes de viaje reciente a Europa, Estados Unidos y el Caribe, 1 a Córdoba y 2 a Tierra del Fuego.

Gráfico 1. Casos de Influenza A(H3N2) subclado J.2.4.1 (K) por grupo de edad. Argentina. 18-12-2025 a 16-01-2026 (N = 28)



Fuente: elaboración del Departamento de Epidemiología y el Servicio Virosis Respiratorias del INEI-ANLIS en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0 y del LNR

Medidas generales de prevención

Las infecciones respiratorias pueden transmitirse no solo durante el período sintomático, sino también en etapas pre sintomáticas o a través de personas asintomáticas durante el período de incubación.

Las principales medidas para la prevención de Influenza A y otras infecciones respiratorias son el **lavado frecuente de manos y la vacunación** contra influenza, SARS-CoV-2, neumococo, *Haemophilus influenzae* tipo b, *Bordetella pertussis* y virus sincicial respiratorio, incluidas en el Calendario nacional de Inmunizaciones del Ministerio de Salud.

También se recomienda cubrir la boca y la nariz con el pliegue del codo al toser o estornudar, evitar compartir objetos personales como vasos, cubiertos u otros utensilios, y realizar la limpieza y desinfección regular de superficies de contacto mediante agua y detergente, jabón o soluciones con alcohol al 70%. La adecuada ventilación de los ambientes, especialmente en espacios cerrados, constituye otra medida clave.



Las personas con síntomas respiratorios deben limitar el contacto con otras personas y restringir las interacciones sociales hasta la mejoría clínica y haber transcurrido al menos 24 horas sin fiebre, para evitar nuevos casos. **En el ámbito hospitalario, además de la higiene de manos, el uso de barbijo quirúrgico en la atención de pacientes que presenten síntomas respiratorios** previene la transmisión de infecciones.

Vacunación

La vacunación es la medida más eficaz para evitar complicaciones, cuadros graves, hospitalizaciones y muertes durante la temporada de virus respiratorios.

La vacunación antigripal está dirigida a los grupos de mayor riesgo de enfermedad grave: niños entre 6 meses y 2 años, embarazadas en cualquier trimestre de la gestación, personas con enfermedades de base de riesgo (enfermedades respiratorias, neurológicas, cardíacas crónicas, inmunodeficiencias, enfermedades oncohematológicas, trasplantes, diabetes, insuficiencia renal crónica, entre otras), mayores de 65 años y personal de salud.

La vacuna antigripal disponible actualmente, ha demostrado protección para Influenza A H3N2, subclado K (J.2.4.1).

Más información:

- Organización Panamericana de la Salud. Alerta Epidemiológica Circulación simultánea de influenza estacional y virus sincitial respiratorio - 9 de enero del 2026. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/alerta-epidemiologica-circulacion-simultanea-influenza-estacional-virus-sincitial>
- Ministerio de Salud de la República Argentina, Dirección de Epidemiología. (2025). Boletín Epidemiológico Nacional N°791, SE 1. Disponible en <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2026/01/ben-791-se-1-vf-19012026.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. OPS actualiza situación de influenza en las Américas ante el avance de la temporada invernal en el hemisferio norte. 8 de diciembre 2025. Disponible en <https://www.paho.org/es/noticias/8-12-2025-ops-actualiza-situacion-influenza-americas-ante-avance-temporada-invernal>



3. HANTAVIRUS

→ Hantavirosis es una zoonosis, transmitida a los seres humanos principalmente a través de la aerosolización de excretas (orina, heces o saliva) de roedores silvestres infectados. Clínicamente, la enfermedad suele iniciar como un síndrome febril inespecífico, pero puede progresar rápidamente al Síndrome Cardiopulmonar por Hantavirus (SCPH), caracterizado por compromiso respiratorio agudo e inestabilidad hemodinámica. Se trata de una enfermedad de alta letalidad.

En 2025 y hasta la semana epidemiológica (SE) 47, se confirmaron 229 casos en ocho países de la Región de las Américas, principalmente del Cono sur han notificado casos confirmados. En ese mismo periodo, la mortalidad registrada es de 25,7% (59 defunciones). Los países que han reportado casos durante el 2025 son: Argentina, Brasil, Estado Plurinacional de Bolivia, Chile, los Estados Unidos de América, Panamá, Paraguay y Uruguay.

En Argentina, la hantavirosis se ha descrito clásicamente en cuatro regiones geográficas: **Noroeste (Salta, Jujuy y Tucumán), Noreste (Misiones, Formosa y Chaco), Centro (Buenos Aires, Santa Fe y Entre Ríos) y Sur (Neuquén, Río Negro y Chubut)**. Sin embargo, los cambios ambientales, inundaciones y modificaciones en la distribución de los vectores alertan sobre la emergencia de casos en otras regiones del país. Figura 1.

La enfermedad presenta un patrón estacional, con mayor incidencia entre los meses de septiembre y abril. Durante la temporada 2018–2019 se registró un incremento significativo de casos en el contexto de un brote de transmisión interhumana ocurrido en Epuyén, Chubut. (Figura 2)

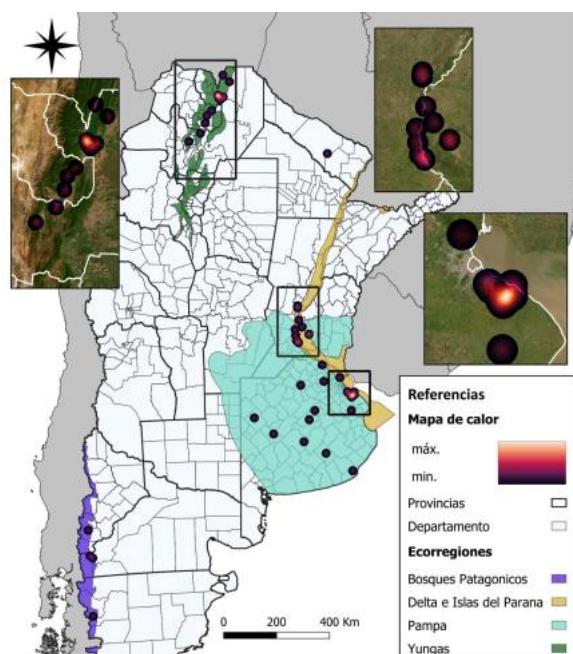
Históricamente, la mayor proporción de casos se concentró en las regiones Norte y Sur del país. No obstante, **en el año 2025 predominó la región Centro, que concentró el 62% de los casos, seguida por el Noroeste (29%) y la región Sur (8%). Las incidencias acumuladas más elevadas se registraron en las provincias de Salta y Entre Ríos.**

La infección se adquiere principalmente a través de la inhalación de partículas virales presentes en saliva y excretas de roedores, que pueden aerosolizarse en ambientes cerrados, como galpones o viviendas, así como durante actividades al aire libre, como senderismo o camping. De forma menos frecuente, pero particularmente descrita para la variante Andes, se



ha documentado la transmisión interhumana. El periodo de incubación es de 4 a 42 días, y hasta 20 días cuando se trata de transmisión interhumana. La enfermedad tiene un periodo inicial con síntomas inespecíficos y después de 5-7 días se instala el cuadro respiratorio.

Figura 1. Hantavirosis: Casos confirmados desde SE27/2025 a SE53/2025, ecoregiones y detalle de clusters seleccionados con mapas de calor. Argentina. (N=52)



Fuentes: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0. Ecorregiones - Ministerio de Economía - Secretaría de Obras Públicas, disponible en: https://geoportal.obraspublicas.gob.ar/layers/geonode_data:geonode_ecoregiones_argentina#more

Entre **SE27/2025 y SE02/2026** se notificaron **61 casos con una mediana de edad de 34 años**. Los antecedentes epidemiológicos más frecuentemente reportados fueron habitar vivienda rural, el contacto con roedores y la excursión a área rural o silvestre. En ese mismo periodo fallecieron 22 casos, con una letalidad del 36,1%, la más elevada respecto de las temporadas previas. La mediana de edad de los pacientes fallecidos fue de 37 años.

El pico de casos confirmados en diciembre de 2025 (20 casos totales, 7 fallecidos), es el más elevado de toda la serie, con excepción de lo sucedido en el brote de Epuyén donde, en los meses de diciembre 2018 y enero 2019 se consignaron 22 y 35 casos respectivamente.

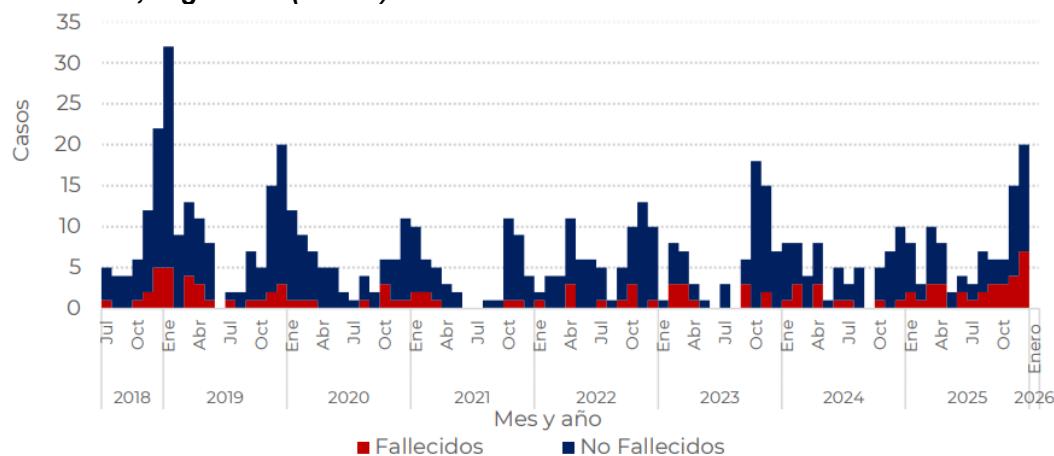


Sociedad Argentina de Pediatría

Por una niñez y
adolescencia sanas,
en un mundo mejor

El 50% de los casos confirmados se observan entre noviembre/25 y enero/26 (SE39 a SE02), en las 3 regiones que concentran la mayor carga de la enfermedad (NOA, Sur y Centro) con la particularidad de que en el NOA el incremento estacional se inicia de manera más temprana.(figura 3)

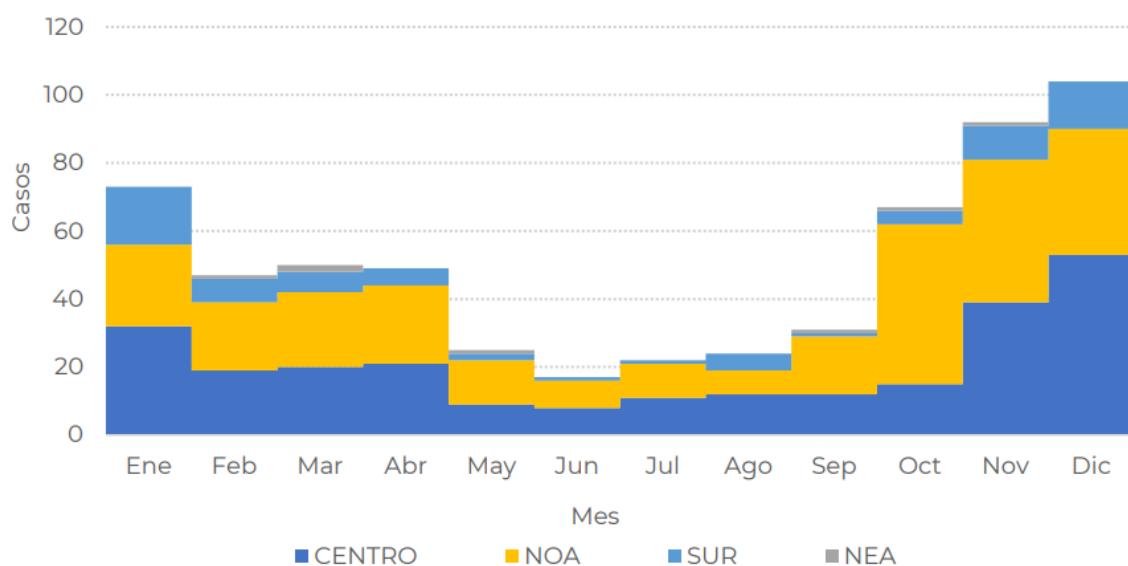
Figura 2. Hantavirosis: Casos confirmados por mes, año y condición de egreso. SE27/2018 a SE01/2026, Argentina. (N=601)



Fuente: Boletín Integrado Nacional (SE1-2026).

<https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2026/01/ben-791-se-1-vf-19012026.pdf>

Figura 3. Hantavirosis: Casos acumulados según mes y región. SE27/2018 a SE01/2026, Argentina. (N=601)



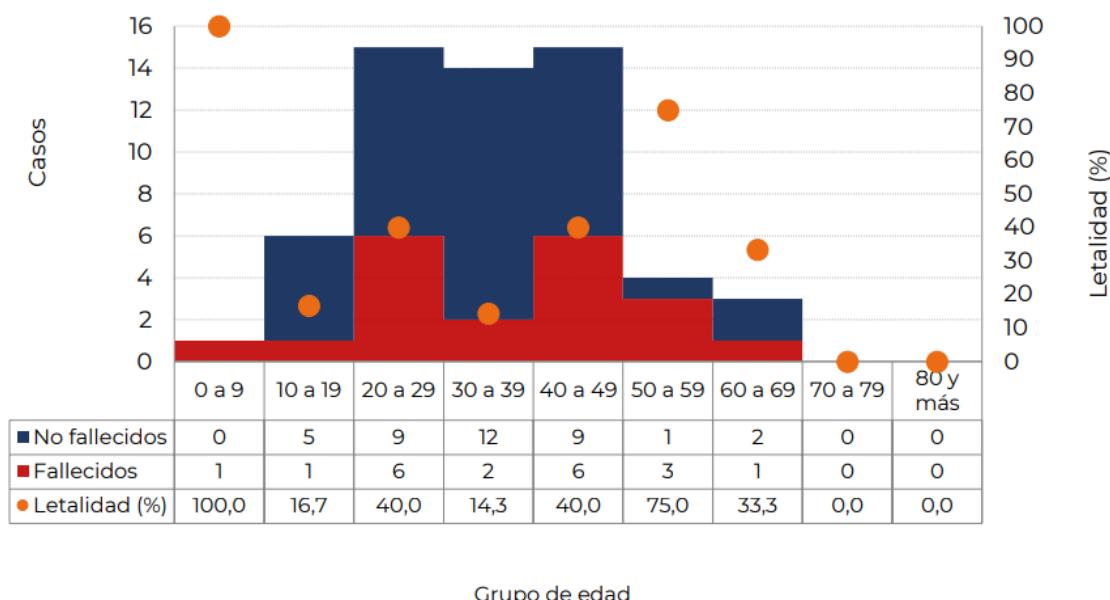
Fuente: Boletín Integrado Nacional (SE1-2026).

<https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2026/01/ben-791-se-1-vf-19012026.pdf>



A nivel país, la mediana de edad para los casos confirmados de la temporada en curso es de 34 años, concentrándose el **76% (44) de los casos entre los 20 y los 49 años**, contando estos grupos con las mayores tasas de incidencia cada 100.000 habitantes en el período.

Figura 4. Hantavirosis: Casos y letalidad por grupo etario. SE27/2025 a SE01/2026. Argentina. (N=58)



Letalidad: el grupo etario de 40 a 49 años (75%) presenta la mayor letalidad, (excepción del primer grupo etario). **En el grupo etario de menores de 20 años se identificaron 7 casos confirmados, dos de los cuales fallecieron, uno de ellos menor de 10 años** (Figura 4)

Vigilancia epidemiológica

Debe sospecharse infección por hantavirus en personas que residan o hayan estado en zonas con circulación viral y presenten fiebre sin etiología definida, que pueden estar acompañadas de mialgias, escalofríos, astenia, cefalea o dolor abdominal, habiendo tenido en las seis semanas previas exposición a roedores o sitios donde habita el reservorio; o bien contacto estrecho* con un caso confirmado de hantavirosis por el virus Andes.



La identificación temprana y la atención médica oportuna mejora el pronóstico clínico. Para la sospecha clínica de síndrome pulmonar por hantavirus, el clínico debe recurrir a la combinación de tres factores: datos epidemiológicos que lo orienten hacia la posible exposición del enfermo, las manifestaciones de fiebre y mialgia, y trombocitopenia.

Es fundamental relevar el antecedente epidemiológico de las personas, con la finalidad de identificar posibles fuentes de exposición, realizar una evaluación ambiental de los probables sitios de riesgo e implementar acciones de control de manera oportuna y, de esta manera, evitar la aparición de nuevos casos.

Las definiciones del Ministerio de Salud para los casos de Hantavirus son:

Caso probable: Caso sospechoso con detección de anticuerpos específicos IgM e IgG negativa por técnica de ELISA

Caso confirmado: Todo caso sospechoso con confirmación por laboratorio por detección de anticuerpos específicos IgM e IgG por técnica de ELISA, seroconversión de anticuerpos entre dos muestras con más de 48 horas de diferencia, o detección del genoma viral específico por RT-PCR en tiempo real en sangre, coágulo, suero u órganos

***Definición de contacto estrecho:** Se considera contacto estrecho con un caso confirmado de hantavirus a toda persona conviviente o que mantuvo una cercanía a menos de 1 metro de distancia durante al menos 30 minutos, en un ambiente cerrado, o con quien haya compartido utensilios de cocina: (vasos, tazas, mates, etc.) en el periodo de transmisibilidad (2 días antes y 5 días posteriores del inicio de la fiebre) de la persona infectada.

Se debe evaluar el posible desarrollo de la enfermedad en contactos y expuestos, realizando un seguimiento clínico estrecho, con el objetivo de captar tempranamente casos detectando oportunamente la aparición de síntomas sugerentes de hantavirus.

Se debe vigilar la aparición de síntomas compatibles con la fase prodrómica por un período que cubra el tiempo de incubación de la enfermedad (hasta 5 semanas)

Medidas de prevención

Las medidas generales para la prevención de infecciones son fundamentales también para prevenir el Hantavirus. Lavado de manos frecuentes, mantener limpia la vivienda y evitar la



presencia de roedores son efectivas. El virus se inactiva con la luz solar, los detergentes y desinfectantes (como la lavandina o el alcohol).

Deben recordarse las medidas específicas para la prevención del contacto con roedores silvestres y sus secreciones o deposiciones:

- Evitar la convivencia con roedores y el contacto con sus secreciones.
- Evitar que los roedores entren o hagan nidos en las viviendas.
- Tapar orificios en puertas, paredes y cañerías.
- Realizar la limpieza (pisos, paredes, puertas, mesas, cajones y alacenas) con una parte de hipoclorito de sodio y nueve de agua (dejar 30 minutos y luego enjuagar).
- Humedecer el piso antes de barrer para no levantar polvo.
- Ubicar huertas y leña (a 30 cm de altura) a más de 30 metros de las viviendas, cortar pastos y malezas hasta un radio de 30 metros alrededor del domicilio.
- Ventilar por lo menos 30 minutos antes de entrar a lugares como viviendas y galpones ubicados en ambientes rurales y/o silvestres en zonas endémicas que hayan estado cerrados por periodos prolongados.
- Al acampar hacerlo alejado de maleza y basurales. No dormir directamente sobre el suelo; consumir agua potable.
- Si se encuentra un roedor vivo: usar trampas para capturarlo (no intentar tocarlo o golpearlo). Consultar y asesorarse en el municipio con técnicos en control integral de plagas.
- Si se encuentra un roedor muerto: rociarlo con hipoclorito de sodio junto con todo lo que haya podido estar en contacto y esperar un mínimo de 30 minutos. Luego recogerlo usando guantes y enterrarlo a más de 30 cm de profundidad o quemarlo.
- El control de roedores no es practicable en el medio silvestre por el impacto ecológico, sin embargo, debe aplicarse en áreas urbanas. Consultar en el municipio por el control integral de plagas.

En el ámbito hospitalario, lavado de manos siempre e internación de los pacientes con aislamiento respiratorio. El personal que asista a un paciente con sospecha de hantavirus debe utilizar barbijo N95, y protección ocular en maniobras que puedan producir salpicaduras. Minimizar la producción de aerosoles.



Más información:

- Conversatorio 2025: Pensar en Hantavirus Andes:
https://www.youtube.com/watch?v=xpUR_WDoMPE&list=PLwad1oRGFEgBZpMLjUEzMow5rpQUrJnBP&index=41
- Ficha epidemiológica:
https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ficha_clinica_epidemiologica_para_diaagnostico_de_infeccion_por_hantavirus_2019.pdf
- Organización Panamericana de la Salud. Alerta epidemiológica Síndrome Pulmonar por Hantavirus en la Región de las Américas. 19 de diciembre del 2025. Disponible en: <https://www.paho.org/sites/default/files/2025-12/2025-12-19-alerta-epidemiologica-hantavirus-esfinal.pdf>

**Comité Nacional de Epidemiología
Sociedad Argentina de Pediatría**