



Academia de las Ciencias Enfermeras de la Comunidad de Madrid

Hantavirus Andes 2026: evidencia e incertidumbre ante el brote

DECLARACIÓN DE POSICIÓN. *La evidencia disponible a mayo de 2026 no es todavía concluyente; por ello, esta nota distingue explícitamente entre lo demostrado, lo probable y lo desconocido, rechazando cualquier simplificación que pueda comprometer la seguridad clínica.*

NC-ACECAM-2026-01

Emitida: mayo 2026

I. Lo que sabemos con certeza

1.1 Agente etiológico y clasificación

El hantavirus es un virus de ARN monocatenario perteneciente a la familia *Hantaviridae* (orden *Bunyavirales*). Su mantenimiento en el ecosistema depende de reservorios específicos, principalmente roedores, con los que mantienen una estrecha especificidad de familia. En estos huéspedes, el virus establece una infección crónica y persistente, caracterizada por una replicación sistémica sin manifestaciones clínicas evidentes ni compromiso de la viabilidad del ejemplar¹.

A pesar de la elevada diversidad de especies identificadas globalmente, solo un subgrupo específico presenta potencial patogénico en humanos. En el continente americano, las cepas endémicas actúan como agentes etiológicos del Síndrome Cardiopulmonar por Hantavirus (SCPH), siendo el virus Andes (ANDV), el que ha demostrado capacidad de transmisión entre personas, por contactos estrechos y prolongados, fenómeno documentado predominantemente en el Cono Sur (Argentina y Chile). Por el contrario, los genotipos presentes en Europa y Asia se asocian a la Fiebre Hemorrágica con Síndrome Renal (FHRS), donde no se ha evidenciado, hasta la fecha, la transmisión horizontal entre hospedadores humanos^{1,2}

1.2 Transmisión: mecanismos confirmados

La principal vía de transmisión es el medio ambiental, a través del contacto con orina, heces o saliva de roedores infectados, aunque también pueden contagiarse mediante mordeduras, si bien esto ocurre con menor frecuencia. Determinadas actividades elevan considerablemente el riesgo de exposición como limpiar espacios cerrados o con escasa



Academia de las Ciencias Enfermeras de la Comunidad de Madrid

ventilación, trabajar en agricultura o silvicultura, o habitar en zonas con presencia de roedores⁴.

En cuanto a la transmisión entre personas, hasta el momento solo se ha confirmado en el caso del virus Andes, en América, y continúa siendo un fenómeno poco habitual, potencialmente a través de fluidos humanos y secreciones respiratorias³. Cuando ocurre, se asocia a un contacto cercano y prolongado, como eventos sociales concurridos⁴ especialmente entre convivientes o parejas, y parece ser más probable en las primeras etapas de la enfermedad, etapas con mayor carga viral y lesión hepática ayudan a propagar la infección⁴, período en el que el virus alcanza su mayor capacidad de contagio (el número de casos secundarios causados por una persona infectada durante el periodo infeccioso era de 2,12 antes de las medidas de control y 0,96 tras su implementación)⁵.

1.3 Presentación clínica reconocible

El SCPH se presenta clínicamente con un cuadro prodrómico caracterizado por fiebre, mialgia, astenia, cefalea y sintomatología gastrointestinal, con progresión fulminante hacia insuficiencia respiratoria aguda e inestabilidad hemodinámica, con un periodo de incubación que oscila entre 6 y 8 semanas, iniciando la fase sintomática con una media de 21 días, dato clínicamente determinante, ya que justifica la duración de la cuarentena de 42 días establecida para los pacientes del Hospital Central de la Defensa “Gómez Ulla” (HCDGU CVE), siguiendo el protocolo establecido por el Ministerio de Sanidad⁶. La tasa de letalidad asociada al SPH oscila entre el 10 % y el 32 %, dependiendo de la cepa viral y del contexto clínico-epidemiológico. El pronóstico del paciente está estrechamente condicionado por la precocidad del diagnóstico de sospecha, la disponibilidad de recursos diagnósticos confirmatorios y la derivación oportuna a centros hospitalarios con capacidad de atención en unidades de cuidados intensivos⁷.

1.4 Diagnóstico de referencia

La RT-PCR en tiempo real detecta el ARN viral en sangre o tejido. Es la técnica de referencia en fase aguda temprana, empleada en el protocolo establecido por el Ministerio de Sanidad⁶, en el HCDGU CVE, al ingreso y a la semana. Las muestras positivas son remitidas al Centro Nacional de Microbiología (CNM) para su confirmación⁶.



Academia de las Ciencias Enfermeras de la Comunidad de Madrid

1.5 Tratamiento disponible

En la actualidad, no se dispone de terapias antivirales específicas ni de vacunas aprobadas frente a las infecciones por hantavirus, por lo que el manejo clínico se fundamenta en medidas de soporte avanzado⁷.

II. Lo que creemos saber y por qué debemos cuestionarlo

2.1 Período de incubación y ventana de transmisibilidad

Se acepta un período de incubación del virus Andes de entre 4 y 42 días, con datos históricos que sugieren una mediana aproximada de 2 a 4 semanas. La ventana de 4 a 42 días tras la exposición es la que manejan actualmente las autoridades sanitarias en el contexto del brote del MV Hondius³. Sin embargo, esta amplitud genera una incertidumbre operativa considerable: el ECDC ha establecido un período de monitorización y cuarentena de hasta seis semanas (42 días) para todos los contactos de alto riesgo vinculados al brote².

La transmisión persona a persona del virus Andes es rara y, hasta la fecha, solo se ha documentado una vez que los pacientes presentan síntomas; no existe evidencia robusta de transmisibilidad presintomática³.

2.2 Transmisión interhumana: la excepción que define este brote

El virus Andes es el único hantavirus para el que se ha documentado transmisión interhumana, si bien los mecanismos exactos y los umbrales de exposición que la determinan no están completamente establecidos. Se ha propuesto que el riesgo de transmisión aumenta con el contacto estrecho a menos de un metro y durante más de 30 minutos sin equipo de protección individual (EPI), aunque estos parámetros proceden de definiciones operativas de contacto de alto riesgo adoptadas por las autoridades sanitarias en el contexto del brote actual, y no de estudios de dosis-respuesta rigurosos³. La transmisión interhumana se ha descrito predominantemente en agrupaciones familiares o tras contacto cercano con un caso durante la fase prodrómica; estudios prospectivos realizados en Chile evidenciaron que las parejas sexuales y los convivientes estrechos de personas infectadas presentan un riesgo diez veces superior al de otros contactos del mismo hogar⁹⁻¹². No obstante, la vía exacta de transmisión, respiratoria, por gotículas o por contacto directo con secreciones, sigue sin estar inequívocamente determinada, lo que limita la capacidad de establecer medidas de control precisas y basadas en evidencia.



Academia de las Ciencias Enfermeras de la Comunidad de Madrid

Desde un enfoque nosocomial, se han descrito al menos dos casos de transmisión a personal sanitario en Chile, aparentemente sin la protección adecuada durante la atención al caso índice¹³, lo que subraya la necesidad de considerar el riesgo ocupacional como una prioridad real y no meramente teórica. Sin embargo, los datos disponibles son escasos y provienen de series de casos pequeñas, por lo que la magnitud real del riesgo nosocomial, especialmente durante procedimientos generadores de aerosoles, permanece insuficientemente cuantificada.

Por otro lado, un brote de mayor envergadura registrado en 2018 involucró 34 casos con transmisión interhumana documentada, contenido mediante la implementación de estrictas medidas de cuarentena¹⁴. En dicho brote se identificaron individuos con capacidad de superpropagación, lo que sugiere un potencial de transmisión elevado, bajo determinadas condiciones, aunque los factores virológicos, inmunológicos y ambientales que subyacen a este fenómeno no han sido caracterizados con suficiente profundidad como para extraer conclusiones generalizables.

III. Lo que ignoramos

Actualmente no existe evidencia sólida sobre:

- La dinámica exacta de transmisión del virus Andes en contextos cerrados no endémicos (cruceros, vuelos comerciales, entornos hospitalarios europeos), para los que el brote actual constituye el primer caso documentado a esta escala.
- El umbral de exposición, duración, distancia, carga vírica ambiental, necesario para que se produzca transmisión interhumana en condiciones distintas a la convivencia domiciliaria.
- La ruta exacta de adquisición del caso índice: la investigación epidemiológica argentina sigue en curso, con captura y análisis de roedores a lo largo del itinerario previo al embarque.
- El riesgo preciso de transmisión nosocomial para el personal de enfermería en UCI que realiza procedimientos generadores de aerosoles sobre pacientes con SCPH por virus Andes.
- El alcance real del riesgo para trabajadores sanitarios en los centros receptores.



Academia de las Ciencias Enfermeras de la Comunidad de Madrid

- Los efectos a largo plazo (secuelas pulmonares, calidad de vida) en supervivientes de formas graves, sobre los que apenas existen estudios prospectivos.

IV. Agenda de investigación prioritaria

Se identifican las siguientes preguntas de investigación como prioritarias para la comunidad científica:

- ¿Cuál es la efectividad real de los protocolos de triaje en la detección precoz del SCPH por virus Andes en urgencias de países no endémicos, en el contexto del brote actual?
- ¿Qué nivel de exposición (duración, distancia, tipo de procedimiento) conlleva riesgo de transmisión nosocomial para el personal sanitario que atiende pacientes con SCPH?
- ¿Cuál es el impacto de los cuidados enfermeros específicos en UCI –modalidad de ventilación, posición prona, manejo de fluidos– sobre la mortalidad en el SCPH por virus Andes?
- ¿Existen diferencias clínicas en la presentación del SCPH por virus Andes en pacientes de países no endémicos respecto a las series históricas sudamericanas, que permitan desarrollar herramientas de cribado adaptadas?

Conflicto de intereses y proceso de elaboración

Todos los miembros de la Academia han declarado ausencia de conflicto de intereses con fabricantes de vacunas, antivirales o material diagnóstico relacionado con el contenido de este documento.

El proceso de elaboración incluyó: revisión de la literatura publicada desde hace 5 años en PubMed/MEDLINE, WOS y bases de datos de la OMS y el ECDC.

Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. Hantavirus [internet]. 2026 [consultado 12 mayo 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hantavirus>
2. European Centre for Disease Prevention and Control. Hantavirus [internet]. 2026 [consultado 12 mayo 2026]. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/en/infectious-disease-topics/hantavirus-infection/surveillance-and-updates/andes-hantavirus-outbreak>

C/ Cavanilles, 3. 28007 MADRID. España. ☎ 91 513 01 36. Correo: acecam@codem.es



Academia de las Ciencias Enfermeras de la Comunidad de Madrid

3. Strella T, Echazarreta SE, Couto EM, et al. Controversias en Hantavirus. *Medicina (B Aires)*. 2025; 85(2):363-375. PMID: 40198172.
4. Martínez VP, Di Paola N, Alonso DO, et al. "Superspreaders" and person-to-person transmission of Andes virus in Argentina. *N Engl J Med* 2020; 383: 2230-41. doi: 10.1056/NEJMoa2009040. PMID: 33264545.
5. Ministerio de Sanidad. Comité Técnico del Sistema de Alerta Precoz y Respuesta Rápida (SIAPR) y aprobado por la Comisión de Salud Pública. Protocolo de manejo de personas en seguimiento en España en relación con el buque afectado por un brote de hantavirus Andes. Actualización 8 de mayo de 2026 [internet]. 2026 [consultado 12 mayo 2026]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/alertasEmergenciasSanitarias/alertasActuales/home.htm>
6. Organización Panamericana de la Salud. Hantavirus en las Américas: guía para el diagnóstico, el tratamiento, la prevención y el control [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 1999. [consultado 12 mayo 2026]. Disponible en: <https://iris.paho.org/server/api/core/bitstreams/9b13beae-47ca-4873-837b-8f6c72c0dba3/content>
7. Ministerio de Sanidad. Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias sanitarias. Brote de enfermedad por hantavirus Andes en un crucero. Actualización 11 de mayo de 2026. [internet]. 2026 [consultado 12 mayo 2026]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/alertasEmergenciasSanitarias/alertasActuales/home.htm>
8. Martínez-Valdebenito C, Calvo M, Vial C, et al. Person-to-person household and nosocomial transmission of andes hantavirus, Southern Chile, 2011. *Emerg Infect Dis* 2014; 20: 1629-36.
9. Martínez VP, Bellomo C, San Juan J, Pinna D, Forlenza R, Elder M, Padula PJ. Person-to-person transmission of Andes virus. *Emerg Infect Dis* 2005; 11: 1848-53.
10. Ferrés M, Martínez-Valdebenito C, Henríquez C, et al. Viral shedding and viraemia of Andes virus during acute hantavirus infection: a prospective study. *Lancet Infect Dis* 2024; 24: 775-82.
11. Iglesias AA, Bellomo CM, Martínez VP. Síndrome pulmonar por hantavirus en Buenos Aires, 2009-2014. *Medicina (B Aires)* 2016; 76:1-9
12. Levis S, Rowe JE, Morzunov S, Enria DA, St Jeor S. New hantaviruses causing hantavirus pulmonary syndrome in central Argentina. *Lancet* 1997; 349: 998-9
13. Martínez vicepresidente, Bellomo CM, Cacace ML, Suárez P, Bogni L, Padula PJ. Síndrome pulmonar de hantavirus en Argentina, 1995-2008. *Análisis de Emergencia Infect* 2010; 16(12):1853-60 <https://doi.org/10.3201/eid1612.091170>