BROTE DE SÍNDROME CARDIOPULMONAR POR HANTAVIRUS

A BORDO DEL BUQUE MV HONDIUS

INFORMACIÓN CLAVE SOBRE LA EPIDEMIOLOGÍA DEL HANTAVIRUS

Actualización: 14 de mayo de 2026

Documento elaborado por el grupo de trabajo de Vigilancia de la Sociedad Española de Epidemiología (SEE), en colaboración con la Comisión Asesora de Comunicación y la Junta de la SEE.

1. Introducción y descripción del brote

El 2 de mayo de 2026, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recibió una alerta oficial sobre la aparición de un conglomerado de casos de enfermedad respiratoria grave a bordo del buque de pasajeros MV Hondius, embarcación que navega bajo pabellón neerlandés y es operada por Oceanwide Expeditions.

El MV Hondius zarpó del puerto de Ushuaia (Tierra del Fuego, Argentina) el 1 de abril de 2026, con destino a la Antártida y las Islas Malvinas, transportando un total de 147 personas de 23 nacionalidades distintas, entre ellas 14 ciudadanos españoles. El desarrollo clínico en los pacientes se inició durante el mes de abril, con casos de fiebre y alteraciones gastrointestinales que evolucionaron hacia insuficiencia respiratoria aguda y choque hemodinámico.

Las pruebas de laboratorio iniciales —paneles respiratorios extensos— arrojaron resultados negativos para patógenos habituales. El 2 de mayo de 2026, el Instituto Nacional de Enfermedades Transmisibles (NICD) de Sudáfrica confirmó mediante PCR la infección por hantavirus en uno de los pacientes evacuados. El balance actualizado arroja tres fallecidos, un paciente en estado crítico en UCI y varios casos adicionales con sintomatología diversa en aislamiento médico.



Las autoridades sanitarias de los Estados Partes implicados han activado investigaciones epidemiológicas coordinadas bajo el marco del Reglamento Sanitario Internacional (RSI). Dos pasajeros fallecidos realizaron itinerarios terrestres por Argentina y Chile antes de embarcar, lo cual apoya la hipótesis de una primera exposición ambiental en la región patagónico-andina, nicho ecológico del reservorio principal del virus Andes.

2. Virología, taxonomía y patogenia

Los hantavirus son virus zoonóticos de ARN monocatenario pertenecientes al orden Bunyavirales. A diferencia de otros géneros de la familia, no se transmite por artrópodos vectores (mosquitos o garrapatas), sino que son albergados de forma asintomática por roedores, insectívoros y murciélagos. En América, los roedores de la subfamilia *Sigmodontinae* actúan como reservorios primarios.

2.1. Dos entidades nosológicas diferenciadas

La epidemiología global distingue dos síndromes según la distribución geográfica del virus:

- Hantavirus del Viejo Mundo (Europa y Asia): Causan Fiebre Hemorrágica con Síndrome Renal (FHSR), con afectación predominantemente renal y letalidad que oscila entre <0,1% y el 15%. No existe evidencia de transmisión interhumana en ninguna cepa euroasiática.
- Hantavirus del Nuevo Mundo (Américas): Causan el Síndrome Cardiopulmonar por Hantavirus (SCPH), cuyo órgano diana es el pulmón. La letalidad es elevada, situándose de forma rutinaria entre el 35% y el 50%. Hay evidencia de transmisión limitada persona a persona.

2.2. Fisiopatología del SCPH

El SCPH se caracteriza por un síndrome de fuga capilar masiva producida por la infección directa del virus en las células endoteliales pulmonares. Este proceso se ve exacerbado por una severa desregulación inmunitaria conocida como «tormenta de citoquinas». La consecuencia es un edema pulmonar no cardiogénico progresivo que conduce a hipoxemia refractaria, choque cardiogénico y disfunción multiorgánica. Esta fisiopatología explica tanto la alta letalidad como la necesidad de soporte en UCI especializada.

2.3. Diferencias clave entre variantes geográficas

Característica	Viejo Mundo (Europa/Asia)	Nuevo Mundo (Américas)
Síndrome principal	FHSR / Nefropatía Epidémica	SCPH
Órgano diana	Riñones (insuficiencia renal)	Pulmones y corazón
Letalidad	<0,1% a 15%	35% – 50%
Transmisión interhumana	No documentada	Solo virus Andes (ANDV)

3. Dinámica de transmisión y el virus andes

3.1. Vía de transmisión clásica

El mecanismo principal de infección es la inhalación de aerosoles procedentes de excretas frescas, secas o aerosolizadas (heces, orina y saliva) de roedores portadores. La exposición ocurre típicamente durante actividades que perturban el hábitat del roedor: limpieza de espacios cerrados, actividades agrícolas o forestales, y ecoturismo en zonas endémicas.

3.2. El paradigma excepcional del virus Andes (ANDV)

El virus Andes (ANDV) es la única especie de la familia *Hantaviridae* para la que se ha demostrado fehacientemente la capacidad de transmisión interhumana. Esta particularidad ha sido confirmada en

múltiples investigaciones epidemiológicas retrospectivas y validada mediante secuenciación de genoma completo en brotes ocurridos en Argentina y Chile.

La transmisión de persona a persona del ANDV no ocurre por aerosolización casual a larga distancia, sino que requiere contacto íntimo, directo y prolongado con las secreciones del paciente. El ARN viral se detecta en saliva, líquido crevicular gingival y semen, con excreción viral mantenida durante meses tras la resolución clínica. El riesgo de transmisión nosocomial está documentado.

3.3. El brote de Epuyén (2018) como precedente paradigmático

El brote de la localidad de Epuyén (Patagonia argentina, finales de 2018) es el ejemplo más reciente y documentado de transmisión interhumana del ANDV. El análisis del Instituto ANLIS-Malbrán confirmó una identidad genética viral del 99,9% entre los afectados, identificó perfiles de «superpropagadores» y documentó 34 casos confirmados con 11 fallecidos (mortalidad global: 32,4%). Para contener la epidemia fue necesario implementar una estrategia de aislamiento y cuarentena estricta para decenas de contactos.

3.4. Hipótesis de transmisión en el MV Hondius

La aparición secuencial de casos entre pasajeros, seguida del inicio de sintomatología en tripulantes que, presumiblemente, no participaron en las mismas excursiones pre-embarque, plantea la hipótesis plausible de transmisión interhumana a bordo. El confinamiento inherente de un crucero —con pasillos estrechos, sistemas de ventilación compartidos, comedores y áreas comunes— propicia las interacciones cercanas y prolongadas. No obstante, no se descarta una exposición ambiental simultánea durante excursiones terrestres previas al zarpe en Ushuaia, cuya manifestación clínica se retrasó por la variabilidad del periodo de incubación.

4. Manifestaciones clínicas, diagnóstico y tratamiento

4.1. Fases clínicas del SCPH

Fase prodrómica (3-6 días): Cuadro pseudogripal con fiebre elevada, astenia profunda, escalofríos y mialgias intensas. Ausencia notable de síntomas del tracto respiratorio superior. Hasta el 50% de los pacientes presenta alteraciones gastrointestinales (náuseas, vómitos, diarrea) que frecuentemente generan diagnósticos erróneos de gastroenteritis aguda. Analíticamente: trombocitopenia, leucocitosis y linfocitos atípicos.

Fase cardiopulmonar (inicio abrupto): Deterioro precipitado del estado general. El virus daña el endotelio microvascular, causando edema pulmonar no cardiogénico severo, hipoxemia refractaria, hipovolemia y choque cardiogénico. Es la fase de máxima morbimortalidad.

Fase diurética: En supervivientes, reabsorción progresiva del edema pulmonar con poliuria espontánea que marca el punto de inflexión fisiopatológico.

Fase de convalecencia (semanas a meses): Astenia residual prolongada y reducción de la capacidad de esfuerzo. Raramente se producen secuelas orgánicas permanentes.

4.2. Diagnóstico

El diagnóstico precoz se basa en la alta sospecha clínica sustentada en el antecedente epidemiológico de exposiciones de riesgo durante viajes a áreas endémicas. La RT-PCR en sangre total o suero es la técnica de elección durante los primeros días del pródromo, cuando la serología puede ser negativa. La confirmación serológica se realiza mediante ELISA o inmunofluorescencia para IgM específica o seroconversión de IgG.

4.3. Tratamiento

No existen antivirales específicos aprobados ni vacunas profilácticas con eficacia comprobada para el SCPH. La ribavirina, aunque eficaz en FHSR euroasiática, no ha demostrado beneficio en metaanálisis para el SCPH americano. Los corticosteroides a dosis altas tampoco han mostrado impacto significativo en la supervivencia.

El pilar fundamental del tratamiento es el soporte vital orgánico en UCI de tercer nivel: titulación cuidadosa de la fluidoterapia intravenosa (evitando sobrecarga de volumen), vasopresores e inotrópicos para mantener la perfusión tisular, y la oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO) como intervención de rescate en casos de fracaso cardiopulmonar profundo, que ha demostrado ser determinante para preservar la vida hasta la autolimitación de la fuga capilar.

4.4. Periodo de incubación

El periodo de incubación del SCPH oscila entre 1 y 6 semanas. La mediana documentada en exposiciones de corta duración es de 18 días. Esta amplia ventana temporal es compatible con una infección ambiental adquirida en Sudamérica a mediados de marzo, así como con una transmisión secundaria iniciada en los primeros días de la travesía oceánica, explicando el escalonamiento cronológico de los casos en el MV Hondius.

5. Evaluación de riesgos, respuesta y mensajes clave

5.1. Riesgo para Europa y España: muy bajo

El European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) concluyó el 4 de mayo de 2026 que el riesgo de infección para la población general de la UE/EEE es muy bajo. Esta valoración se fundamenta en tres pilares:

- Medidas de contención: aislamiento de los casos sintomáticos, vigilancia y cuarentena del pasaje y de la tripulación, uso de Equipos de Protección Individual por parte del personal sanitario en la atención a los pacientes. En caso de que el pasaje o la tripulación tenga que efectuar desplazamientos, estos deberán realizarse con medidas de seguridad adecuadas.
- Baja tasa de reproducción básica (R_0): la transmisión interhumana del ANDV se extingue fuera de núcleos de contacto hiperestrechos; no se observan brotes comunitarios sostenidos sin fuente ambiental persistente.
- Barrera ecológica infranqueable: ausencia absoluta en Europa del roedor reservorio Oligoryzomys longicaudatus. Sin hospedador competente, el virus no puede establecerse de forma endémica en suelo europeo.

La OMS desaconseja expresamente la imposición de restricciones a viajes o al comercio global, considerando tales medidas desproporcionadas e ineficaces.

5.2. Mensajes clave para comunicación pública

Mensaje 1 – Empatía: Reconocimiento pleno de la gravedad y la tragedia para los afectados directos, subrayando que el incidente está espacialmente localizado y contenido.

Mensaje 2 – Transparencia: Confirmación factual del agente causante (hantavirus) y del balance de casos, con mención explícita de las investigaciones en curso.

Mensaje 3 – Educación: El hantavirus no es un agente nuevo ni misterioso; está ampliamente documentado. Su contagio entre personas es excepcionalmente raro, requiere contacto físico íntimo y sostenido.

Mensaje 4 – Seguridad: Riesgo muy bajo para la ciudadanía española y europea, informado por el Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias (CCAES) y el ECDC.

Bibliografía de apoyo

A. Organismos internacionales y agencias de salud pública

1. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). About Hantavirus. Atlanta: CDC; 2026. Disponible en: https://www.cdc.gov/hantavirus/about/index.html
2. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Disease information about hantavirus. Estocolmo: ECDC; 2026. Disponible en: https://www.ecdc.europa.eu/en/hantavirus-infection/facts
3. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Suspected hantavirus outbreak on cruise ship under investigation, risk for Europeans very low. Estocolmo: ECDC; 4 de mayo de 2026. Disponible en: https://www.ecdc.europa.eu/en/news-events/suspected-hantavirus-outbreak-cruise-ship-under-investigation-risk-europeans-very-low
4. Organización Mundial de la Salud (OMS). Disease Outbreak News: Hantavirus cluster linked to cruise ship travel, Multi-country. Ginebra: OMS; 4 de mayo de 2026. Disponible en: https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2026-DON599
5. Organización Mundial de la Salud (OMS). Handbook for management of public health events on board ships. Ginebra: OMS/IRIS; 2026. Disponible en: https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/291e5b03-0897-4e09-a775-bb4262acb85f/content
6. Organización Mundial de la Salud (OMS). Outbreak communication guidelines. WHO/CDS/2005/28. Ginebra: OMS; 2005. Disponible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/69369/WHO_CDS_2005_28_eng.pdf
7. Organización Mundial de la Salud (OMS). Risk communication and community engagement. Ginebra: OMS; 2026. Disponible en: https://www.who.int/emergencies/risk-communications
8. Organización Panamericana de la Salud / OPS-OMS. Epidemiological Alert: Hantavirus Pulmonary Syndrome in the Americas Region. Washington D.C.: OPS; 19 de diciembre de 2025. Disponible en: https://www.paho.org/en/documents/epidemiological-alert-hantavirus-pulmonary-syndrome-americas-region-19-december-2025
9. Organización Panamericana de la Salud / OPS-OMS. Hantavirus in the Americas: guidelines for prevention, diagnosis, treatment, and control. Washington D.C.: OPS/IRIS; 2026. Disponible en: https://iris.paho.org/items/491426f7-d052-470e-a3fd-14b4e62d6b64
10. UK Health Security Agency. Andes hantavirus: epidemiology, outbreaks and guidance. Londres: GOV.UK; 2026. Disponible en: https://www.gov.uk/guidance/andes-hantavirus-epidemiology-outbreaks-and-guidance
11. Ministerio de Sanidad. Informe de situación Brote de enfermedad por hantavirus Andes en un crucero. 12 mayo 2026. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/alertasEmergenciasSanitarias/alertasActuales/fiebreHemorragica/docs/20260512_informe_situacion_HANTAVIRUS.pdf
12. Ministerio de Sanidad. Preguntas y Respuestas: hantavirus Andes. 12 mayo 2026. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/alertasEmergenciasSanitarias/alertasActuales/fiebreHemorragica/docs/20260512_Ciudadanos_hantavirus.pdf
13. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Disponible en: https://www.ecdc.europa.eu/en/hantavirus-infection
14. World Health Organization (13 May 2026). Disease Outbreak News. Hantavirus cluster linked to cruise ship travel, Multi-country. Available at: https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2026-DON601

B. Artículos científicos

1. Alonso DO, et al. Virological characterization of a new isolated strain of Andes virus involved in the recent person-to-person transmission outbreak reported in Argentina. PLOS Neglected Tropical Diseases. 2025;19:e0013205. DOI: 10.1371/journal.pntd.0013205. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12201636/
2. Calisher CH, et al. Hantaviruses and cardiopulmonary syndrome in South America. Infect Dis Clin North Am. 2014;28(2):335-52. PMID: 24508343. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24508343/
3. Ferres M, et al. Person-to-Person Transmission of Andes Virus. Emerg Infect Dis. 2007;13(7). PMC3367635. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3367635/
4. Hantavirus Public Health Outreach Effectiveness in Three Populations: An Overview. PMC3970134. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3970134/
5. Incubation Period of Hantavirus Cardiopulmonary Syndrome. Emerg Infect Dis. 2012. PMC3291207. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3291207/
6. Martini M, et al. Person-to-Person Transmission of Andes Virus in Hantavirus Pulmonary Syndrome, Argentina, 2014. Emerg Infect Dis. 2020;26(4):713-717. PMID: 32186494. PMC7101103. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7101103/
7. Riquelme R, et al. Hantavirus Cardiopulmonary Syndrome Due to Imported Andes Hantavirus Infection in Switzerland: A Multidisciplinary Challenge, Two Cases and a Literature Review. Clin Infect Dis. 2018;67(11):1788-1795. PMC6233683. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6233683/
8. Vaheri A, et al. Evidence for Human-to-Human Transmission of Hantavirus: A Systematic Review. PMC9574657. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9574657/
9. Martínez-Valdebenito C, et al. Person-to-person household and nosocomial transmission of Andes Hantavirus, Southern Chile, 2011. Emerg Infect Dis 2014, 20: 1629-36. PMC4193174. Disponible en:https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25272189/
10. Martínez VP, et al. “Super-spreaders” and person-to-person transmission of Andes Virus in Argentina. N Engl J Med 2020; 383: 2230-41. PMID: 33264545. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33264545/