La Rioja
larioja.org

Salud y Políticas Sociales
Viceconsejería de Salud y Políticas Sociosanitarias
Dirección General de Salud Pública, Consumo y Cuidados

Vara de Rey nº 8
26071 Logroño (La Rioja)
941 291200

dg.salud@larioja.org

# NOTA TÉCNICA PARA PROFESIONALES SANITARIOS

## Hantavirus y brote de enfermedad por virus Andes en un crucero. 26 de mayo de 2026

## Epidemiología, transmisión, diagnóstico y manejo clínico

### 1. Introducción

En el contexto del brote de enfermedad por virus Andes detectado entre pasajeros del crucero MV Hondius, el Ministerio de Sanidad ha activado un protocolo específico de seguimiento y manejo clínico para las personas potencialmente expuestas con residencia en España. El riesgo para la población general en España se considera muy bajo y no existe evidencia de transmisión comunitaria.

El objetivo de esta nota es proporcionar a los profesionales sanitarios una síntesis actualizada sobre la epidemiología de los hantavirus, las particularidades del virus Andes, la evaluación clínica de pacientes con sospecha diagnóstica, las medidas de prevención y control y los criterios de coordinación

### 2. Riesgo para la población general

- En este momento, no existe transmisión comunitaria del virus Andes en España.
- No se ha detectado circulación autóctona del virus.
- La transmisión persona a persona descrita hasta la fecha se ha limitado a contactos estrechos y cadenas de transmisión generalmente cortas.
- El riesgo para la población general se considera bajo y se limita esencialmente a contactos estrechos de casos confirmados.

### 3. Mensajes clave para profesionales

- La magnitud del brote de enfermedad por virus Andes a fecha de 22-05-2026 asciende a 12 casos, de los cuales 10 han sido confirmados por laboratorio (uno de ellos se encuentra en España) y 2 son probables. Han fallecido 3 personas.
  Las fechas de inicio de síntomas del total de casos se sitúan entre el 6 de abril y el 10 de mayo. Para el seguimiento actualizado de la situación puede consultarse la información oficial del Ministerio de Sanidad: https://www.sanidad.gob.es/areas/alertasEmergenciasSanitarias/alertasActuales/hantavirus/home.htm
- Todos los casos identificados en el brote están relacionados con el crucero.
- El virus Andes es el único hantavirus con transmisión interpersonal demostrada.

- La transmisión requiere contacto estrecho y prolongado.
- El periodo máximo de incubación es de 42 días.
- El periodo de transmisibilidad se considera desde 2 días antes de la fecha de inicio de síntomas o de la fecha de toma de muestra en los casos confirmados asintomáticos. Según la evidencia disponible actualmente, la transmisibilidad se mantiene al menos durante la fase clínica de la enfermedad.
- La persistencia en el tiempo de pruebas positivas en las que se detecta el genoma viral no indican necesariamente infectividad.
- La evolución clínica puede ser rápida, con progresión a insuficiencia respiratoria aguda y shock.
- El tratamiento de la enfermedad es de soporte. No existe tratamiento específico ni vacuna autorizada.
- La sospecha clínica precoz y el soporte intensivo son fundamentales.
- Todo contacto y caso sospechoso relacionado con este evento debe notificarse inmediatamente a Salud Pública.

## 4. Notificación y coordinación a Salud Pública

**Todo contacto y caso sospechoso relacionado con este evento sanitario deberá notificarse de forma inmediata a Salud Pública a través**:

Correo electrónico: epidemiologia.alertas@larioja.org
Vía telefónica: 941291254 / 679771471
061/112 El sanitario regulador contactará con Salud Pública a la mayor brevedad.

Con el objetivo de asegurar de forma temprana la capacidad de:

- Evaluar el riesgo epidemiológico y asistencial.
- Coordinar el estudio diagnóstico y el envío de muestras.
- Aplicar las medidas de prevención y control que correspondan.
- Identificar y realizar el seguimiento de los contactos.

## 5. Aspectos virológicos y clasificación

Los hantavirus son virus ARN monocatenarios de sentido negativo, envueltos, pertenecientes al género Orthohantavirus (familia Hantaviridae, orden Bunyavirales). Su genoma está constituido por tres segmentos (S, M y L).

Se trata de virus zoonósicos mantenidos en reservorios naturales, fundamentalmente roedores silvestres, que eliminan el virus de forma persistente por la orina, las heces y la saliva, habitualmente sin desarrollar enfermedad clínica.

Dado que los roedores son portadores de los hantavirus, las infecciones en humanos suelen producirse en lugares donde conviven personas y roedores. Esto ocurre con mayor frecuencia en entornos rurales y agrícolas.

## 6. Distribución mundial de los hantavirus

Europa y Asia: fiebre hemorrágica con síndrome renal (FHSR)
En Europa y Asia predominan los hantavirus causantes de fiebre hemorrágica con síndrome renal (FHSR), un cuadro caracterizado por fiebre, trombocitopenia y afectación renal aguda.

Las especies más relevantes incluyen:

- Virus Puumala (PUUV)
- Virus Dobrava-Belgrade (DOBV)
- Virus Hantaan (HTNV)
- Virus Seoul (SEOV)

La gravedad clínica es variable. El virus Puumala produce habitualmente formas leves o moderadas (nefropatía epidémica), mientras que Hantaan y Dobrava pueden asociarse a cuadros más graves.

Américas: síndrome cardiopulmonar por hantavirus (SCPH)
En América del Norte, Central y del Sur, los hantavirus causan predominantemente síndrome cardiopulmonar por hantavirus (SCPH), caracterizado por fiebre y rápida progresión a insuficiencia respiratoria aguda y shock.
Las especies de mayor relevancia son:

- Virus Sin Nombre (SNV), predominante en Norteamérica.
- Virus Andes (ANDV), endémico en Argentina y Chile.
- Otros virus americanos como Laguna Negra, Juquitiba, Araraquara y Choclo.
- La letalidad del SCPH suele situarse entre el 20 % y el 40 %.

Situación en España
En España no hay transmisión comunitaria ni se han detectado casos autóctonos de infección humana por el virus Andes.

## 7. Diferencias entre hantavirus europeos y americanos

| CARACTERÍSTICA | EUROPA/ASIA | AMÉRICAS |
|---|---|---|
| Síndrome clínico predominante | FHSR | SCPH |
| Órgano diana principal | Riñón | Pulmón y sistema cardiovascular |
| Letalidad | <1 % a 15 % | 20 - 40 % |
| Transmisión persona a persona | No documentada | Solo virus Andes |
| Especies representativas | Puumala, Dobrava, Hantaan, Seoul | Sin Nombre, Andes |

## 8. Reservorio y mecanismos de transmisión

Cada hantavirus mantiene una asociación específica con una o varias especies de pequeños mamíferos, fundamentalmente roedores.

La infección humana se produce principalmente por:

- Inhalación de aerosoles contaminados con orina, heces o saliva de roedores infectados.
- Contacto directo de mucosas o piel lesionada con material contaminado.
- Mordeduras de roedores (infrecuentes).

**Las exposiciones de riesgo** incluyen:

- Limpieza de espacios cerrados con presencia de roedores.
- Actividades agrícolas o forestales.
- Acampadas o pernocta en zonas rurales.
- Manipulación ocupacional de roedores.

**No existe un riesgo aumentado para el turista común o de negocios que se dirige a grandes ciudades de los países endémicos.**

## 9. Transmisibilidad del virus Andes

La transmisión persona a persona no se ha demostrado para los hantavirus europeos y asiáticos ni para la mayoría de los hantavirus americanos.

El virus Andes es el único hantavirus para el que existe evidencia sólida de transmisión de persona a persona.
Hasta la fecha, no se ha descrito transmisión comunitaria sostenida del virus Andes. Los episodios documentados de transmisión persona a persona han sido limitados y se han producido en contextos de contacto estrecho y prolongado.

*Características de la transmisión interpersonal*

- Requiere contacto estrecho y prolongado.
- Se ha descrito principalmente entre convivientes y contactos de alta intensidad.
- Las cadenas de transmisión suelen ser cortas.
- El riesgo de transmisión es muy inferior al observado con virus respiratorios como gripe, SARS-CoV-2 o sarampión.

*Periodo de transmisibilidad*
Se considera **desde 2 días antes** de la fecha de inicio de síntomas o de la fecha de toma de muestra en los casos confirmados asintomáticos. Según la evidencia disponible actualmente, la transmisibilidad se mantiene al menos durante la fase clínica de la enfermedad.

*Periodo de incubación*
El periodo de incubación promedio es de 21 días, aunque suele oscilar entre 7 y 45 días tras la exposición.

## 10. Patogenia

La enfermedad por virus Andes se caracteriza por infección endotelial difusa y aumento de la permeabilidad capilar, lo que provoca:

- Fuga plasmática.
- Edema pulmonar no cardiogénico.
- Hemoconcentración.
- Hipotensión y shock.

El daño tisular es fundamentalmente inmunomediado.

## 11. Manifestaciones clínicas

Fase prodrómica (3–6 días)

- Fiebre.
- Cefalea.
- Mialgias intensas.
- Lumbalgia.
- Malestar general.
- Náuseas, vómitos o diarrea.

Fase cardiopulmonar

- Tos seca.
- Disnea progresiva.
- Hipoxemia.
- Infiltrados pulmonares bilaterales o edema pulmonar no cardiogénico.
- Hipotensión y shock.

Hallazgos analíticos frecuentes

- Trombocitopenia.
- Hemoconcentración.
- Leucocitosis.
- Elevación de LDH y transaminasas.
- Hipoproteinemia.

## 12. Sospecha clínica y diagnóstico diferencial

A efecto del brote, debe considerarse el diagnóstico en pacientes con cuadro compatible y alguno de los siguientes antecedentes epidemiológicos:

- Participación en el crucero MV *Hondius*.
- Contacto estrecho con un caso confirmado.

En personas con antecedente de **viaje reciente a zonas endémicas de Argentina (Neuquen, Chubut, Río Negro) y Chile (Región de los Lagos)**, y especialmente en aquellas que durante dicho viaje hayan tenido exposición significativa a roedores o sus excretas, la valoración clínica deberá realizarse de forma individualizada, teniendo en cuenta el contexto epidemiológico, la intensidad de la exposición y la compatibilidad del cuadro clínico, con el fin de evitar sospechas diagnósticas innecesarias en situaciones de bajo riesgo.

En las fases iniciales, **la presentación clínica es inespecífica** y puede confundirse con otras infecciones agudas, entre ellas gripe, COVID-19, legionelosis, leptospirosis, fiebre Q, dengue u otras infecciones virales o bacterianas sistémicas. La combinación de trombocitopenia, hemoconcentración, elevación de LDH y la aparición de insuficiencia respiratoria rápidamente progresiva en un paciente con antecedente epidemiológico compatible debe incrementar el nivel de sospecha diagnóstica.

## 13. Definiciones operativas para la vigilancia epidemiológica

En el contexto del brote de enfermedad por virus Andes detectado entre pasajeros del crucero y con implicación de diferentes países, se manejarán las siguientes definiciones operativas:

**Contacto**
Persona asintomática que haya:

- Permanecido a bordo del MV Hondius entre el 01-04-2026 y el 10-05-2026, o
- Mantenido contacto con un caso confirmado durante su periodo de transmisibilidad.

Todo contacto será objeto de una evaluación individualizada por parte de Salud Pública para determinar el nivel de exposición y establecer las medidas de seguimiento y control que correspondan.

**Caso probable**
Persona que cumple simultáneamente el criterio clínico y epidemiológico.

- Criterio clínico: presencia de al menos uno de los siguientes síntomas: fiebre, tos, disnea, mialgias, vómitos, diarrea o lumbalgia.
- Criterio epidemiológico:
    - estancia en el MV Hondius entre el 01-04-2026 y el 10-05-2026, o
    - contacto con un caso confirmado durante su periodo de transmisibilidad.

Asimismo, en personas con cuadro clínico compatible y antecedente de viaje reciente a zonas endémicas de Argentina o Chile, y con exposición significativa a roedores o a sus excretas, la consideración como caso probable se realizará de forma individualizada en función de la evaluación epidemiológica y de riesgo realizada por Salud Pública.

**Caso confirmado**
Persona con detección de ARN del virus Andes mediante PCR en sangre y/o suero, con confirmación por el Centro Nacional de Microbiología del Instituto de Salud Carlos III (CNM-ISCIII).

La viremia puede ser transitoria, por lo que la RT-PCR puede negativizarse tras los primeros días de enfermedad. En fases más avanzadas, cuando la RT-PCR pueda resultar negativa, la detección de IgM específica frente al virus Andes puede ser útil para apoyar el diagnóstico.

## 14. Evaluación clínica inicial

La infección por el virus Andes se caracteriza por su rápida progresión clínica que lleva con frecuencia al fracaso respiratorio y hemodinámico precoz. Por ello, ante la sospecha se recomienda considerar a estos pacientes como una emergencia médico/epidemiológica.

Es especialmente importante la monitorización precoz y estrecha de la saturación de oxígeno, la situación hemodinámica y la posible progresión clínica en las primeras horas, dado que el deterioro puede ser brusco y requerir soporte intensivo urgente.

Se recomienda realizar de forma inmediata las siguientes actuaciones:

- Ubicar al paciente en lugar de cuidados adecuado para poder realizar el diagnóstico y tratamiento precoz de las posibles complicaciones.
- **Notificación inmediata del caso a Salud Pública.**
- Recogida de antecedentes epidemiológicos relevantes.
- Exploración clínica dirigida, con especial atención a la situación respiratoria y hemodinámica.
- Determinación de la saturación de oxígeno mediante pulsioximetría.
- Radiografía de tórax o, si está indicado, tomografía computarizada (TC) torácica.
- Analítica inicial orientada al diagnóstico y a la valoración de la gravedad, que incluya hemograma, bioquímica con función renal y hepática, coagulación y gasometría arterial en caso de afectación respiratoria.

## 15. Diagnóstico microbiológico

*Muestras recomendadas*

- Sangre total con EDTA.
- Suero.
- Exudado nasofaríngeo si presenta clínica respiratoria, principalmente con fines de diagnóstico diferencial.

- Hemocultivos.

*Técnicas diagnósticas*

- RT-PCR específica.
- En fases más avanzadas de la enfermedad, y según disponibilidad, puede considerarse la determinación serológica (IgM e IgG).

La confirmación diagnóstica corresponde, en la fase actual de la alerta, al **Centro Nacional de Microbiología.**

Se seguirán las recomendaciones de manejo en el laboratorio y transporte de muestras de contactos y casos probables, Anexo 1 y 2 del Protocolo de manejo de personas en seguimiento en España en relación con el buque afectado por un brote de hantavirus Andes (ver referencias).

## 16. Medidas de prevención y control

Las medidas de **prevención y control recogidas en esta nota se basan en la información disponible en la fase actual de la alerta y podrán modificarse en función de la evolución del evento**, de las actualizaciones del protocolo nacional y de la situación clínica y epidemiológica de la persona en evaluación, así como del nivel asistencial en el que se encuentre.

**Contactos**

En las personas asintomáticas que cumplan la definición de contacto, las medidas de seguimiento y control, que podrán incluir cuarentena o vigilancia activa, se establecerán de forma individualizada por Salud Pública en función del nivel de exposición y del riesgo evaluado.

Se aplicarán las medidas de seguimiento, prevención y protección del personal sanitario y de limpieza recogidas en el **Anexo 3** del *Protocolo de manejo de personas en seguimiento en España en relación con el buque afectado por un brote de hantavirus Andes* (ver referencias).

**Casos probables**

Los casos probables se gestionarán de forma coordinada con Salud Pública y con el CCAES.

Los pacientes que cumplan criterios de caso probable deberán manejarse con las siguientes medidas:

- Aislamiento en habitación individual.
- Preferentemente, habitación con presión negativa si presentan clínica respiratoria o requieren procedimientos generadores de aerosoles.
- Aplicación de precauciones estándar, de contacto y de gotas.

**Equipos de protección individual (EPI)**

Para la atención directa de casos probables o confirmados se recomienda, como mínimo:

- Bata impermeable de manga larga.
- Guantes desechables.
- Mascarilla FFP2.
- Protección ocular (gafas ajustadas o pantalla facial).

**Casos confirmados**
En este momento, los casos confirmados serán derivados a la UATAN del hospital de referencia que se establecerá a través de la coordinación de Salud Pública y el CCAES.

## 17. Tratamiento de soporte

No existe ningún tratamiento específico ni vacuna autorizada para uso general. El manejo terapéutico es fundamentalmente de soporte y puede incluir:

- Monitorización estrecha.
- Oxigenoterapia.
- Ventilación mecánica o no invasiva, según la situación clínica.
- Soporte hemodinámico con fluidoterapia y fármacos vasoactivos.
- Terapia de reemplazo renal, si está indicada.
- Oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO) en casos seleccionados

La sospecha clínica precoz, el reconocimiento temprano del deterioro respiratorio o hemodinámico y el acceso rápido a cuidados intensivos constituyen los principales determinantes pronósticos.

## 18. Circuito de entrada y triaje en atención primaria

### 18.1 Puntos de Acceso y Cribado Epidemiológico Inicial

Se establece un sistema de cribado proactivo en todos los puntos de entrada del sistema de Atención Primaria para la detección precoz de pacientes con sintomatología guía (fiebre de inicio agudo y disnea).

| Ámbito de Acceso | Metodología de Cribado |
|---|---|
| Nivel No Presencial (061, Telecita, Centro de Salud Digital) | Incorporación de pregunta de seguridad en el árbol de decisión telefónico/digital. |
| Nivel Presencial (Mostrador de Admisión AP, PAC) | Identificación de síntomas guía en el motivo de consulta inicial. |

### 18.2 Algoritmo de Decisión de Triaje:

Ante paciente con sintomatología compatible (fiebre, disnea... valorar añadir más síntomas guía), se formulará de manera obligatoria la siguiente cuestión de cribado:

"¿Ha realizado usted algún viaje fuera del territorio nacional en los últimos 2 meses?"

Nivel No Presencial:
Cribado telefónico en 112/061
Ante cualquier llamada por fiebre y/o dificultad respiratoria (valorar añadir más síntomas guía) o en la que en el transcurso de la llamada se detecte que un paciente tiene fiebre siempre de entrada, preguntar:

- Existencia de otros criterios clínicos (cefalea, vómitos, procesos hemorrágicos).
- Viajes al extranjero en las últimas 6 semanas y si es afirmativo, preguntar específicamente por las áreas definidas por salud pública. Anotar lugar, fecha de llegada a España, fecha de inicio de síntomas.
- Preguntar sin algún contacto con paciente que ha viajado en el crucero.
- Recabada la información si es afirmativa, clasificar como Sanitario Enfermedad Sospecha Hantavirus y transferir la llamada al médico regulador.

Médico regulador tras confirmar los datos, hará valoración clínica telefónica. Si es sospecha de caso, en función de la situación clínica, indicará aislamiento en su domicilio y organizará su traslado SIEMPRE EN AMBULANCIA Y SIN ACOMPAÑANTE y comunicará con salud pública y con urgencias de HUSP.

El modelo de cribado telefónico implementado por el Centro Coordinador 061/112 se establece como el estándar de referencia técnica para el sistema. Este procedimiento será replicable en la atención telefónica de los centros de Salud y PAC, donde se habilitarán filtros específicos que favorezcan la resolución por vía no presencial. Ante cualquier sospecha detectada en este primer nivel, el paciente será contactado de forma prioritaria y urgente por el personal sanitario del centro para proceder a su valoración y rápida movilización.

**18.3 Estratificación del Riesgo Geográfico**

- Respuesta Negativa: Se desestima sospecha de Hantavirus. El paciente continúa por el circuito asistencial convencional.
- Respuesta Positiva: El profesional debe proceder a la acotación geográfica de la estancia. Se considerará riesgo exclusivamente la permanencia en regiones endémicas o áreas de brote activo (delimitadas y actualizadas permanentemente por Salud Pública).
    - Estancia en zona NO endémica: Circuito asistencial normal.
    - Estancia en ZONA ENDÉMICA: Activación inmediata del Protocolo de Aislamiento.

**18.4 Protocolo de Aislamiento y Manejo de Baja Intensidad**

Una vez activada la sospecha, el paciente debe ser segregado del resto de usuarios de forma inmediata.

- Ubicación: Consulta de aislamiento dedicada, físicamente alejada de salas de espera y áreas comunes. Disponer de gel o solución hidroalcohólica y desinfectante de superficies, de uso clínico.
- Medidas de Barrera: Personal asistencial equipado con EPI reglamentario (Bata impermeable, FFP2, protección ocular y guantes). Gel o solución hidroalcohólica y desinfectante de superficies de uso clínico.
- Mascarilla FFP2 de forma inmediata para el paciente.
- Disponer en las salas de espera de gel o solución hidroalcohólica.
- Manejo Clínico (Mínimo Intervencionismo): El objetivo en Atención Primaria no es el diagnóstico etiológico, sino la monitorización de seguridad hasta el traslado. Se limitará a:
    - Valoración de estabilidad hemodinámica (Tensión Arterial, Frecuencia Cardíaca).

- Valoración de suficiencia respiratoria (Saturación O2).
- Soporte básico si fuera necesario.

No estará recomendada cualquier maniobra invasiva o generación de aerosoles en el centro de salud.

**18.5. Circuito de Derivación Obligatoria y Notificación**

Todo paciente clasificado como "Caso Probable" tras el cribado médico requiere derivación hospitalaria obligatoria para aplicación del protocolo de nivel secundario/terciario.

- Movilización de Recursos: Llamada al 112/061 para la activación del recurso más adecuado en función de la clínica del paciente y con preaviso de sospecha de enfermedad de alta transmisibilidad.
- Comunicación Institucional: Notificación telefónica inmediata a Salud Pública a través de los canales directivos de Atención Primaria habilitados
- Todo contacto y caso sospechoso relacionado con este evento sanitario deberá notificarse de forma inmediata a Salud Pública a través:
  - Correo electrónico: epidemiologia.alertas@larioja.org
  - Vía telefónica: 941291254 / 679771471
  - 061/112 Llamar directamente a 112/061 y hablar con el médico regulador para la valoración de la sospecha y proceder al traslado a UHSP, SIEMPRE EN AMBULANCIA y SIN ACOMPAÑANTE, realizando mientras tanto aislamiento en el centro donde se encuentre

Con el objetivo de asegurar de forma temprana la capacidad de:

- Evaluar el riesgo epidemiológico y asistencial.
- Coordinar el estudio diagnóstico y el envío de muestras.
- Aplicar las medidas de prevención y control que correspondan.
- Identificar y realizar el seguimiento de los contactos.

**18.6 Gestión de Contactos y Cadenas de Transmisión**

Es fundamental clarificar las definiciones operativas para evitar el consumo innecesario de recursos y la alarma social:

- Figura del "Contacto de un contacto": NO EXISTE a efectos de vigilancia epidemiológica (a fecha de 12/05/2026). No se realizará ningún tipo de seguimiento, restricción ni actuación sobre personas que hayan estado en contacto con contactos asintomáticos.
- Definición de Contacto: Solo se adquirirá la condición de contacto tras la confirmación de un caso mediante PCR positiva. El seguimiento de estos contactos será coordinado exclusivamente por Salud Pública.

## 19. Circuito de coordinación de llegada de ambulancias a Urgencias HUSP

El puesto de enfermería del CCU será el encargado de organizar de manera coordinada la llegada de ambulancias a UHUSP.

**Ningún paciente será trasladado hasta que haya un box disponible y se cuente con la autorización de la enfermera de triaje del UHUSP** salvo situación clínica de riesgo vital en cuyo caso se avisará de tal situación a urgencias para que tomen las medidas adecuadas a la mayor brevedad.

- **Pacientes en domicilio o residencias derivados directamente por CCU del 061:**

  **Ningún paciente será trasladado hasta que haya un box disponible y se cuente con la autorización de la enfermera de triaje del UHUSP salvo situación clínica de riesgo vital** en cuyo caso se avisará de tal situación a urgencias para que tomen las medidas adecuadas a la mayor brevedad.

  Se hará saber al paciente y a la familia la necesidad del aislamiento, así como de la necesaria espera para el traslado de modo que cuando llegue a urgencias pase directamente al box o zona de aislamiento.

  Se les explicará que en caso de cambio en la situación clínica deben volver a llamar al 112, aun así, la enfermera coordinadora llamará a domicilio en caso de demora excesiva por sobrecarga de pacientes y mantendrá contacto con el paciente y su familia.

- **Solicitudes de ambulancia por parte de médicos de AP:**
  - Se preguntará de forma expresa el estado clínico y si el paciente puede esperar un tiempo hasta que se organice la llegada a urgencias.
  - En caso afirmativo, se deberá indicar al médico solicitante que informe a la familia y al paciente sobre la necesidad de la espera, y las medidas de aislamiento a mantener en domicilio o centro de salud donde se encuentre el paciente. Se recordará que, en caso de cambios clínicos, pueden volver a llamar al 112.
  - Desde el CCU se coordinará con triaje de urgencias y se trasladará cuando tenga asegurada su recepción en Urgencias.
  - **Ningún paciente será trasladado hasta que haya un box disponible y se cuente con la autorización de la enfermera de triaje del UHUSP salvo situación clínica de riesgo vital.**

## 20. Coordinación con la Rioja Cuida sobre las ambulancias dedicadas al traslado de pacientes.

La Empresa pública de transporte sanitario La Rioja Cuida para los pacientes autónomos, oligosintomáticos o asintomáticos, en coordinación con el 061 dispondrá de una ambulancia básica que tendrá la menor cantidad de elementos para el traslado del paciente (básicamente silla y camilla, así como toma de oxígeno) con el objeto de poder proceder a su desinfección tras su uso. En función de la situación clínica del paciente será este vehículo el de traslado habitual.

En caso de situación clínica comprometida, se utilizará una de las ambulancias de urgencias básica o avanzada según necesidades y siempre en coordinación con el Servicio de Emergencias 061.

## 21. Circuito de Asistencia Hospitalaria en el Hospital Universitario San Pedro (HUSP).

Todo paciente que cumpla criterios de caso probable será derivado al HUSP, con aviso previo al Servicio de Urgencias.

### 21.1 Vías de acceso al HUSP. Caso probable detectado.

- Si el paciente caso probable acude a través de Atención Primaria: ver apartado 18.
- Si el paciente caso probable acude por su propio pie al Servicio de Urgencias: ver circuito de triaje (apartado 18.2).
- Si el paciente caso probable acude desde el Hospital de Calahorra, ingresará directamente a cargo del Servicio de Infecciosas en la habitación correspondiente, sin pasar por el Servicio de Urgencias del HUSP.

### 21.2. Triaje en Urgencias — Detección del caso probable

- Se establece un pretriaje desde la ventanilla de admisión del Servicio de Urgencias
    - Se colocarán carteles informativos para los pacientes estableciendo que, si han viajado a las zonas endémicas en los últimos dos meses, deben de comunicarlo inmediatamente al personal de admisión de urgencias.
    - Se habilitarán mascarillas en la ventanilla de admisión de urgencias.
    - En ese momento el paciente debe de usar mascarilla de manera obligatoria y se trasladará para ser atendido a la zona de CAMAS 4.

### 21.3. Circuito de CASO PROBABLE en Urgencias del HUSP

Ubicación de la atención.

Todo caso probable será atendido exclusivamente en la zona de CAMAS 4 del Servicio de Urgencias del HUSP (barracón).

En la zona de CAMAS 4 se habilitarán las siguientes áreas diferenciadas:

- Zona de atención al caso probable.
- Zona limpia para colocación de EPI.
- Zona sucia para retirada de EPI contaminado.

Equipos de Protección Individual (EPI) — Personal sanitario

El uso de EPI es OBLIGATORIO para todo el personal que atienda al caso probable. El EPI incluye:

- Bata impermeable.
- Mascarilla FFP2.
- Guantes desechables.
- Protección ocular (obligatoria en cualquier procedimiento).
- Higiene de manos.

Acciones con respecto al CASO PROBABLE.

Una vez identificado como CASO PROBABLE, se le proporcionará una mascarilla FFP2.

Avisos a realizar por el facultativo de Urgencias ante la presencia de un caso probable, el facultativo de Urgencias realizará aviso a:

- Jefe de guardia / Directivo de guardia (si procede).
- Supervisora de enfermería.
- Responsable de Análisis Clínicos.
- Responsable de Microbiología.
- Responsable de Radiología.
- Medicina Interna / Infecciosas.
- Dirección Médica.

La Dirección Médica dará aviso inmediato a Salud Pública, Medicina Preventiva y Prevención de Riesgos laborales

Actuaciones asistenciales en el Servicio de Urgencias del HUSP.
El equipo de Urgencias llevará a cabo:

- Toma de constantes vitales.
- Anamnesis y exploración física completa.
- Radiografía de tórax.
- Analítica completa.
- Gasometría.
- PCR de Hantavirus en sangre, suero y frotis nasofaríngeo.
- Frotis para PCR de virus respiratorios habituales (gripe, COVID-19, VRS, etc.).

Se habilita un registro OBLIGATORIO de todo el personal que entre en la habitación del caso probable.

Criterio de ingreso y traslado
Todo CASO PROBABLE es criterio de ingreso a cargo del Servicio de Infecciosas en el HUSP.
Se habilitará el circuito de ascensores específico para el traslado interno heredado de la pandemia COVID-19.
El paciente ingresará en la Habitación 718 del Servicio de Infecciosas (habitación con presión negativa). Este recurso quedará bloqueado desde la puesta en marcha de este protocolo.
En caso de ser necesarias más habitaciones, se habilitaría la habitación restante el control 7A y las situadas en el control 5A.

**21.4. Circuito en planta de Infecciosas — Habitación 718**
Medidas de aislamiento y protección

- Se mantendrá aislamiento estricto en la habitación 718 durante todo el proceso.
- El uso de EPI es OBLIGATORIO para todo el personal que acceda a la habitación.
- Se habilitará una zona limpia para la colocación de EPI.
- La retirada de EPI se realizará en la antesala de la habitación 718.
- El Servicio de Prevención de Riesgos Laborales (PRL) colocará carteles con las instrucciones de puesta y retirada de EPI, así como se encargará del seguimiento clínico y comunicación.

El facultativo de Infecciosas responsable del paciente enviará diariamente un informe de situación a:

- Dirección Médica.
- Salud Pública.

**Interpretación de resultados de PCR y toma de decisiones.**
Se establece el siguiente algoritmo provisonal de interpretación de los resultados de PCR: a la espera del protocolo oficial del Ministerio de Sanidad y Consumo. de decisión en función

| Resultado PCR | Actuación |
|---|---|
| 1.ª PCR negativa | Se solicita una segunda PCR de confirmación. |
| 2.ª PCR negativa en 48 horas | Se retira el aislamiento. El caso deja de ser clasificado como probable. |
| Cualquier PCR positiva | El paciente pasa a ser CASO CONFIRMADO. Se activa el protocolo de traslado a red UATAN(*) |

**(*)**https://www.sanidad.gob.es/areas/alertasEmergenciasSanitarias/preparacionRespuesta/UATAN/docs/20260211_Red_hospitales_UATAN.pdf

**21.5. Protocolo de traslado del caso confirmado**
Si el resultado de alguna de las PCR es positivo, el paciente pasa a ser clasificado como CASO CONFIRMADO y deberá ser trasladado a un centro de la red UATAN (Unidad de Aislamiento y Tratamiento de Alto Nivel).

- La comunicación del caso confirmado a Salud Pública es inmediata.
- La gestión íntegra del procedimiento de traslado corresponde a Salud Pública.
- El traslado se realizará con las máximas precauciones: EPI avanzado (buzo) para el personal, y cápsula de traslado para el caso confirmado.

## 22.-Hospital de Calahorra. Protocolo inicial de Urgencias

Situación de sospecha de infección por hantavirus (incluido virus Andes) en Hospital comarcal (<200 camas) con derivación a hospital de referencia

---

Objetivo: Detectar precozmente posibles casos de hantavirus con riesgo de transmisión interpersonal (especialmente virus Andes), minimizando la exposición intrahospitalaria y garantizando la estabilización y derivación segura.

**Definición de caso probable**
Ver definición Ministerio y Salud Pública actualizada.

**Actuación en triaje**
Se definirá un circuito respiratorio desde la puerta de entrada donde el profesional de triaje recibe con mascarilla FFP2 o a través de pantalla.

**Ante sospecha**:
Paciente

- colocar mascarilla quirúrgica inmediatamente, valorar FFP2.
- higiene de manos.
- minimizar circulación.

Profesional de triaje

- FFP2.
- Guantes.
- protección ocular si contacto estrecho.

Circuito

- traslado inmediato a habitación individual cerrada.
- preferentemente en el box con presión negativa así habilitado en URG de HdC (recordar presionar interruptor de presión negativa para que se active).

**Medidas de aislamiento**
Tipo de aislamiento recomendado

- contacto + gotas.
- precauciones aéreas reforzadas durante aerosoles.

**EPI recomendado**
Atención habitual

- FFP2.
- bata impermeable manga larga.
- guantes desechables.
- protección ocular y/o pantalla facial si aerosoles.
- higiene de manos con solución hidroalcoholica.

No se recomienda mono integral salvo situaciones especiales que se especificarían por salud pública.

Considerar solo si:

- transporte crítico prolongado.
- aerosoles intensos.
- secreciones abundantes.

En caso de ser necesario RCP avanzada, coger carro de parada de Traumatología y pasarlo al box de aislamiento, evitando sacar al paciente si no es imprescindible. Para atender una RCP avanzada, cambiar EPI si es posible a FFP3.

**Valoración clínica inicial**

Minimizar personal

- 1 médico.
- 1 enfermera.
- 1 TCAE y celador solo en caso de necesidad.

Evaluación inicial

- Constantes.
- $SatO_2$.
- gasometría si precisa.
- Anamnesis y Exploración física.

**Actuación y pruebas microbiológicas**

Contactar inmediatamente con:

- Jefe de la guardia y directivo de guardia.
- Dirección de HdC.
- Supervisora de guardia.
- Jefe de Sección de URG.
- Medicina Preventiva.

La Dirección del HdC dará aviso inmediato a Salud Publica y al Jefe de la guardia del HUSP así como a la Dirección medica de HUSP

- Salud Pública dará las instrucciones pertinentes según protocolo autonómico.

**Pruebas complementarias orientativas**

Analítica

- Hemograma.
- Bioquímica.
- Coagulación.
- PCR/procalcitonina.
- función hepática.
- LDH.
- Lactato.

RXD

- Rx Tórax PA y Lat (valorar eco pulmonar a pie de cama en sustitución).

Hallazgos sugestivos:

- Trombocitopenia.
- Hemoconcentración.
- elevación transaminasas.
- infiltrados pulmonares en Rx Tórax o Eco pulmonar.

Muestras microbiológicas

A CONSENSUAR CON HUSP Y SALUD PUBLICA si la extracción de estas muestras se realizara en HdC o en HUSP

- PCR hantavirus en sangre y frotis respiratorio.
- Muestra para PCR panel respiratorio habitual.

Transporte de cualquier muestra

- triple embalaje.
- etiquetado biológico.

**Procedimientos a evitar**

Evitar si no es imprescindible:

- nebulizaciones.
- ventilación no invasiva.

Si imprescindibles:

- habitación presión negativa, EPI reforzado.

**Criterios de derivación a HUSP (a consensuar)**

Una vez estabilizado el paciente se procederá a su traslado a HUSP, al servicio de Enf. Infecciosas, previo contacto con el equipo de guardia del centro

**Transporte interhospitalario**

Antes del traslado

- coordinación con hospital receptor.
- informar nivel de sospecha.
- minimizar tiempos de espera.

Paciente

- mascarilla FFP2.

Equipo transporte

- FFP2/FFP3.
- Ocular.
- bata impermeable.
- Guantes.

Mono integral:

- valorar solo en paciente crítico con abundantes secreciones/aerosoles.

**Limpieza y desinfección**

- desinfección terminal habitación.
- productos virucidas hospitalarios estándar.
- gestión de residuos biosanitarios grupo III.

**Seguimiento de contactos profesionales**

Todo el personal expuesto deberá tener un registro especifico

Registrar siempre:

- personal expuesto.
- incidencias de EPI.
- exposiciones sin protección.

Coordinar con:

- Medicina Preventiva.
- Salud Laboral.

**Comunicación y humanización**

- informar claramente al paciente.
- evitar alarmismo, mantener comunicación frecuente.
- identificar profesionales pese al EPI.
- facilitar contacto familiar telemático si es posible.

### *Bibliografía*


- Informe de situación. Brote de enfermedad por virus Andes en un crucero. Ministerio de Sanidad, 22-05-2026. Disponible en: https://www.riojasalud.es/files/content/salud-publica-consumo/epidemiologia/alertas/hantavirus/20260522_informe_situacion_HANTAVIRUS.pdf
- Protocolo de manejo de personas en seguimiento en España en relación con el buque afectado por un brote de hantavirus Andes. Ministerio de Sanidad, 22-05-2026. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/alertasEmergenciasSanitarias/alertasActuales/hantavirus/docs/20260522_ProtocolovirusAndes.pdf
- Evaluación rápida de riesgo: Brote de enfermedad por Hantavirus Andes en un crucero, 20-05-2026. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/alertasEmergenciasSanitarias/alertasActuales/hantavirus/docs/20260520_Hantavirus_ERR.pdf
- Key Facts Hantavirus. OMS. Disponible en: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hantavirus
- Factsheet on orthohantavirus infections. ECDC. Disponible en: https://www.ecdc.europa.eu/en/infectious-disease-topics/hantavirus-infection/factsheet-orthohantavirus-infections
- Kim WK et al. Genomic Epidemiology and Active Surveillance to Investigate Outbreaks of Hantaviruses. Front Cell Infect Microbiol. 2021. DOI: 10.3389/fcimb.2020.532388
- Estructura y funcionamiento de la Red de Hospitales para la atención a enfermedades infecciosas de alto riesgo en España (Red UATAN). https://www.sanidad.gob.es/areas/alertasEmergenciasSanitarias/preparacionRespuesta/UATAN/docs/20260211_Red_hospitales_UATAN.pdf


### *Enlaces de interés para el seguimiento del evento*

- Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias (CCAES)
- Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades (ECDC)
- Organización Mundial de la Salud (OMS)