



HANTA VIRUS EN CHILE:

**Del pródromo febril al soporte
cardiopulmonar avanzado.
Revisión de evidencia actual.**

Dr. Jairo Fco. Benavides Acuña

Médico Residente Urgencia Infantil Hospital Gustavo Fricke

Médico Residente Urgencia Infantil ICVM

Docente Adjunto catedra Pediatría UNAB Viña del Mar.

NO CUENTO CON NINGÚN CONFLICTO DE INTERÉS

Mi único interés es llegar al infinito y más allá...

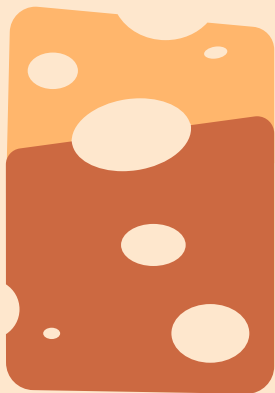




01

Caso Clínico

Cualquier parecido con la realidad es
mera coincidencia.



CASO CLÍNICO

- **Escolar masculino de 12 años, previamente sano, vacunas al día.**
- **Tres días de fiebre hasta 39,2 °C, cefalea, mialgias, vómitos y dolor abdominal.**
- **Últimas 24 h: rechazo alimentario, mala tolerancia oral, decaimiento y aparición de tos seca.**

¿Qué DIAGNÓSTICOS son los más probables?

02

SOSPECHA DIAGNÓSTICA



IMPORTANCIA DE LA SOSPECHA DIAGNÓSTICA



La fase inicial puede simular virosis, gastroenteritis o abdomen agudo.

La transición a hipoxemia, disfunción miocárdica y shock puede ser rápida.

La ausencia inicial de disnea importante no descarta progresión.

La sospecha clínica depende de integrar síntomas y epidemiología

03

Continuación Caso Clínico



CASO CLÍNICO HIPOTÉTICO

- Hace **3 semanas**: camping familiar en zona rural de la ciudad de Talca.
- Alojaron en una cabaña que llevaba un par de meses inhabitada; evidenciaron presencia de **fecas de roedor** en la cocina de la cabaña.
- Otros familiares también estuvieron expuestos, se encuentran **asintomáticos**.

¿Qué tipo de patología sugiere estos antecedentes epidemiológicos?

04

**Etiopatogenia,
Exposición y
Transmisión
en Chile**



ETIOPATOGENIA, EXPOSICIÓN Y TRANSMISIÓN EN CHILE



**Orthohantavirus, familia
Hantaviridae**

**40 especies conocidas, 22 se
asociadas a contagio en
humanos.**

**Chile: Virus de los Andes (ANDV):
reservorio principal
Oligoryzomys longicaudatus
(Ratón cola larga).**

**Exposición: viviendas rurales,
galpones, bodegas, camping y
remoción de polvo.**

**Único de los Virus Hanta que se
documenta transmisión de
persona a persona.**

**Causante del SCPH: aumento de
permeabilidad vascular, edema
pulmonar, compromiso
miocárdico y shock.**

RATÓN COLILARGO (Oligoryzomys longicaudatus)

SU CUERPO MIDE 7 CM.
Y SU COLA 14 CM.
APROXIMADAMENTE

HABITA EN ÁREAS
SILVESTRES Y RURALES,
CERCA DE CURSOS DE
AGUA, MATORRALES Y
ARBUSTOS

SE ENCUENTRA EN
BODEGAS, GRANEROS
Y CONSTRUCCIONES
DESOCUPADAS

BUSCA SU ALIMENTO
DURANTE LA TARDE Y
NOCHE



CASOS CONFIRMADOS DE TRANSMISIÓN DE PERSONA A PERSONA

BBC

Confirman tres nuevos casos de hantavirus en los pasajeros que viajaban en el crucero afectado, aunque la OMS descarta "un brote mayor" por ahora

El ciudadano estadounidense es uno de 17 connacionales que arribaron en Nebraska y están siendo evaluados clínicamente, mientras que la...

11 may 2026



DW.com

Casos de hantavirus en el crucero MV Hondius suben a 6

La OMS confirmó mediante PCR el sexto contagio. El barco MV Hondius llegará el domingo a las islas Canarias, para luego seguir rumbo a...

9 may 2026

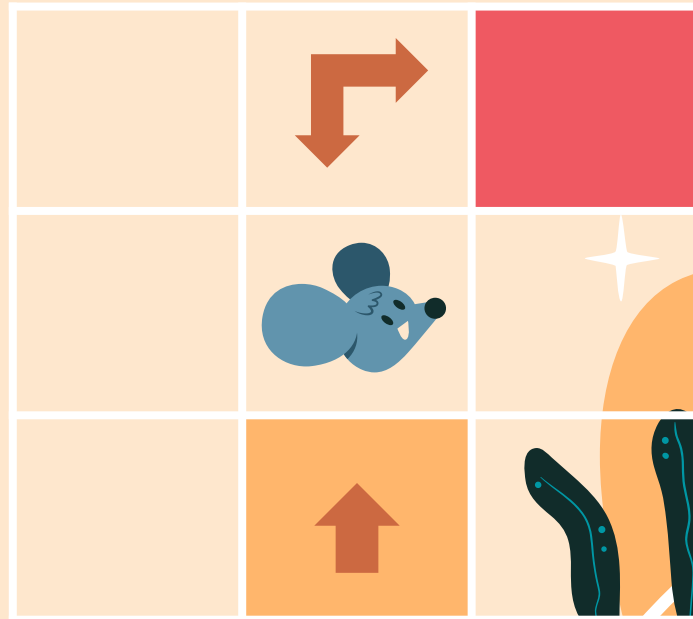


BioBioChile

Identifican al "paciente cero" del brote de hantavirus en crucero y descartan tesis del vertedero

Investigadores se encuentran reconstruyendo el recorrido de una pareja holandesa que habría contraído la variante andina del hantavirus en...

9 may 2026



EXPOSICIÓN AMBIENTAL Y FAMILIAR.

Elemento	Relevancia para sospecha
Bodegas, galpones y cabañas	Exposición a aerosoles contaminados por excretas
Camping y actividades rurales	Contacto con ambientes de reservorio
Convivientes con síntomas	ANDV: transmisión persona a persona documentada
Sin roedores observados	No excluye exposición

ECOLOGÍA Y RIESGO.



• Cambios de uso de suelo y fragmentación pueden alterar la abundancia del reservorio.

• Precipitaciones, vegetación y alimento modifican poblaciones de roedores.

• Asociaciones con incendios y variables territoriales: Migración de roedores.

• En urgencias, la epidemiología modifica la sospecha, no confirma el diagnóstico.

05

Continuación Caso Clínico



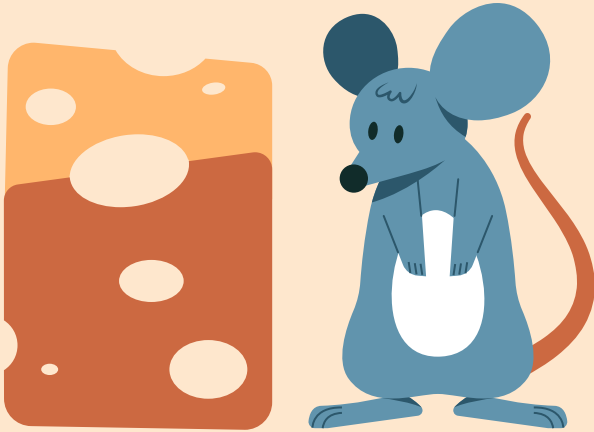
CASO CLÍNICO

- **T 39,2 °C · FC 132/min · FR 32/min · PA 95/60 mmHg.**
- **SatO₂ 93% en aire ambiente · relleno capilar 3 s.**
- **Lúcido, decaído; crépitos finos basales bilaterales.**
- **Dolor abdominal difuso, sin irritación peritoneal.**

**¿Qué hacemos con el paciente:
Observación, hospitalización o traslado?**

06

Evolución Fisiopatológica



EVOLUCIÓN FISIOPATOLÓGICA: DE PRODROMO A SHOCK.

Exposición → pródromo
febril (mialgias, cefalea,
síntomas
gastrointestinales).

Ingreso por vía
respiratoria → infección
endotelio microvascular

• Disfunción endotelial →
aumento de
permeabilidad vascular
(alteración uniones
intercelulares y VEFG)

Extravasación
plasmática →
hemoconcentración y
edema pulmonar

• Hipovolemia
intravascular efectiva ±
disfunción miocárdica →
shock.

Insuficiencia respiratoria
y cardiovascular →
soporte avanzado.

FUENTES: Figueiredo et al. Virus Res 2014; Ulloa-Morrison et al. J Crit Care 2024



LO QUE NO DEBEMOS PASAR POR ALTO.



• Taquipnea e hipoxemia pueden anunciar inicio de fase cardiopulmonar

Taquicardia, perfusión alterada y oliguria obligan a reevaluación seriada.

• El compromiso puede progresar en horas

• Paciente con necesidad de monitorización continua y controles de PA seriados.

07

Continuación Caso Clínico



CASO CLÍNICO

- Leucocitos 7.800/mm³ (neutrófilos 78%).
- Plaquetas 82.000/mm³; hematocrito 49%.
- PCR 14,6 mg/dL; sodio 132 mEq/L.
- Creatinina 1,1 mg/dL; lactato 2,4 mmol/L.

¿Cuál de estos hallazgos aporta más a su sospecha?

08

Laboratorio Interpretación y Utilidad



LABORATORIO INTERPRETACIÓN Y UTILIDAD CLÍNICA.

Parámetro	Mecanismo / hallazgo	Utilidad en urgencia
Plaquetas	Trombocitopenia	Sospecha y seguimiento de tendencia
Hematocrito elevado	Hemoconcentración	Alerta de gravedad; interpretar según edad y volemia
Lactato elevado / LDH elevada	Hipoperfusión y Lesión tisular	Evaluación dinámica del shock
Función renal alterada / diuresis disminuida.	Disfunción orgánica	Vigilancia de perfusión y daño renal
Ecocardiografía	Disfunción miocárdica / Ilene Ventricular / gasto cardiaco	Perfil hemodinámico ante shock

CASO CLÍNICO HIPOTÉTICO

- Gas venoso: pH 7,36 · pCO₂ 42 mmHg · HCO₃⁻ 23 mEq/L.
- Radiografía: infiltrados intersticiales bilaterales de predominio basal.
- SatO₂ continúa en 93% en aire ambiente.
- Se solicitan serología y RT-PCR para hantavirus según red local.

¿Esperaría confirmación antes de derivar?

EXAMENES DE CONFIRMACIÓN

Examen a solicitar.	Interpretación y Utilidad Clínica
¿Qué pruebas? IgM/IgG y/o RT-PCR	• Serología puede ser negativa 72 horas. • IgM positiva aislada no confirma (N° número importante de falsos positivos) • Diagnóstico: IgM e IgG ambas positivas • PCR positiva confirma caso.
¿Si el resultado se tarda?	Estabilizar y coordinar traslado sin esperar. Traslado a centro con disponibilidad de UCI/ECMO.
¿Qué descartar?	Sepsis, neumonía, influenza, leptospirosis, miocarditis, COVID 19, Dengue / otros arbovirus, abdomen agudo, SDRA.
¿Cómo interpretar negativo precoz?	Reevaluar según fase, calidad y sospecha

07

Continuación Caso Clínico



CASO CLÍNICO

- **FR 38/min · SatO₂ 89% en aire ambiente.**
- **FC 145/min · PA 88/52 mmHg · relleno capilar 4 s.**
- **Aumento de crépitos bilaterales y trabajo respiratorio.**

¿Qué hacer en este caso, qué tratamiento y/o cuál es su estrategia de soporte a realizar?

08

Intervención en Crisis Evidencia.



Tratamiento/intervenciones: Qué dice la Evidencia

Tratamiento	Evidencia
Ribavirina / Favipiravir	Sin beneficio demostrado en SCPH establecido
Corticoides	Sin beneficio concluyente
Inmunoglobulina IV	No recomendada de rutina
Plasma convaleciente	Señales preliminares; incertidumbre
Anticuerpos específicos neutralizantes	En investigación
Administración Fluidos	Reanimación hemodinámica con bolos en Shock debe ser evaluada caso a caso; evitar bolos indiscriminados
Drogas Vasoactivas	Uso fundamental en shock
ECMO	Rescate en falla refractaria

FUENTES: Mertz et al. Clin Infect Dis 2013; revisión ANDV 2026; Ulloa-Morrison et al. 2024.

Vial PA et al. Lancet Infect Dis. 2023;23:e371–e382. doi:10.1016/S1473–3099(23)00128–7 | CDC. Clinical Overview of Hantavirus. [cdc.gov/hantavirus/hcp/clinical-overview/](https://www.cdc.gov/hantavirus/hcp/clinical-overview/)

CASO CLÍNICO HIPOTÉTICO

- **Sospecha de SCPH con hipoxemia progresiva e hipoperfusión.**
- **Activación de traslado a UCIP y contacto precoz con centro ECMO.**
- **Soporte respiratorio y hemodinámico durante estabilización.**

¿Qué riesgos implica retrasar la derivación del paciente?



Temporal trends in critical care burden and outcomes of Andes virus-associated hantavirus cardiopulmonary syndrome: a national Chilean cohort

Gabriela Meza-Fuentes^{1,2}, Iris Delgado³, Pablo A. Vial⁴, Alex Godoy-Faúndez⁵, Diego Rivera⁵, Yanara Bernal⁶, Jerónimo Graf⁷ and René López^{7,8*} 

© 2026 Springer-Verlag GmbH Germany, part of Springer Nature

Cohorte chilena 2019–2024.

215

Hospitalizados

87%

Adultos

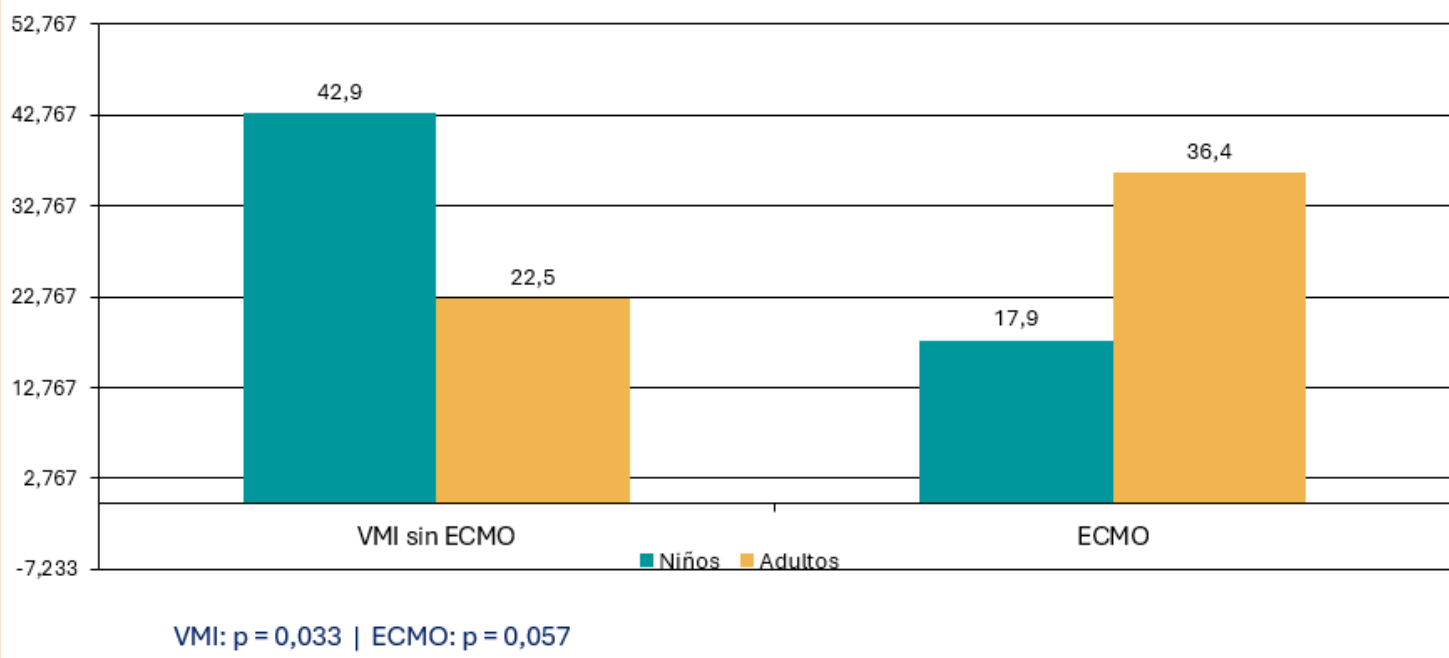
20,5%

Mortalidad global

32,9%

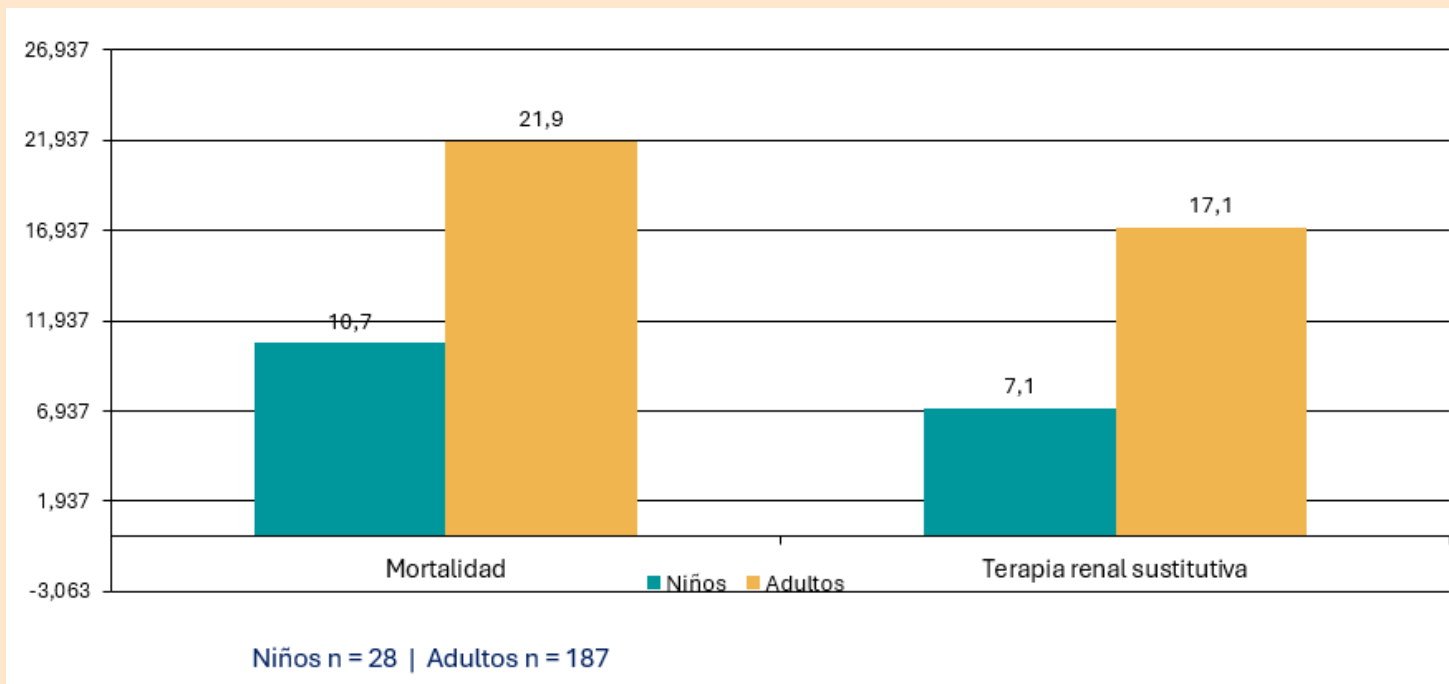
Mortalidad ECMO

COHORTE CHILENA 2019 – 2024



FUENTES: Meza-Fuentes et al. Intensive Care Med. 2026. doi:10.1007/s00134-026-08599-9

COHORTE CHILENA 2019 – 2024



FUENTES: Meza-Fuentes et al. Intensive Care Med. 2026. doi:10.1007/s00134-026-08599-9

CONCLUSIONES DE ESTUDIO.

• VMI más frecuente en categoría de soporte máximo pediátrica ($p=0,033$).

• ECMO más frecuente en adultos; diferencia no significativa

• Mortalidad pediátrica 10,7% vs 21,9%: $p=0,215$.

• No concluir que la edad infantil protege: escaso tamaño muestral se puede prestar para confusión.

• Estudios en edad pediátrica son escasos, evidencia y manejo se extrapolan principalmente de estudios en población adulta.

CASO CLÍNICO: CONCLUSIONES

- **La confirmación de infección por virus Andes se plantea como resultado hipotético del caso.**
- **El punto de inflexión clínico fue la asociación entre exposición, trombocitopenia e hipoxemia.**
- **La decisión crítica fue activar soporte vital avanzado y derivación sin esperar confirmación.**

¿Qué habría cambiado si el paciente consulta 24 horas antes?

Con que debemos quedarnos para aplicar en urgencias.

01

SOSPECHA

Epidemiología + Pródromo
Febril + Exposición +
Contactos

02

EXÁMENES

Trombocitopenia y
Hemoconcentración

03

REEVALUACIÓN

Monitorización Continua +
Evaluaciones seriadas
(Rápida evolución)

04

ESTUDIO ETIOLÓGICO

IgM, IgG y RT-PCR
Resultado no debe retrasar
intervenciones o Traslado.

05

FLUIDOS

Evitar sobrecarga de
volumen.

06

TRASLADO

Coordinar traslado a centro
con UCIP y ECMO

ALGORITMO RESUMEN

Algoritmo pediátrico para manejo de sospecha de hantavirus en urgencias

1



Niño o adolescente con síndrome febril agudo

- Fiebre, cefalea, mialgias, náuseas, vómitos, dolor abdominal y/o diarrea.
- Con o sin síntomas respiratorios iniciales.
- Considerar en todo paciente con antecedente epidemiológico de riesgo.

2



Anamnesis epidemiológica dirigida

- Exposición a zonas rurales, camping, bodegas, viviendas cerradas.
- Contacto con roedores o sus excretas.
- Contacto estrecho con persona con cuadro compatible.
- Estadía en áreas con circulación de hantavirus (Chile).
- Consulta de otros casos en la familia o entorno.

3



Evaluación inicial en urgencias (ABCDE)

- **A:** vía aérea permeable, riesgo de deterioro.
- **B:** evaluar trabajo respiratorio y oxigenación.
- **C:** signos de perfusión (FC, PA, relleno capilar, pulsos, diuresis, estado mental).
- **D:** estado neurológico.
- **E:** exposición completa (buscar Petequias, exantema, otros diagnósticos).



Signos de alarma iniciales

- Taquipnea o dificultad respiratoria.
- Hipoxemia ($\text{SatO}_2 < 94\%$).
- Hipotensión o signos de hipoperfusión.
- Alteración del estado mental.
- Oliguria.

4



Estudios iniciales

- Hemograma (plaquetas, hematocrito, leucocitos, frotis).
- Función renal y electrolitos.
- Pruebas hepáticas.
- PCR y procalcitonina.
- Lactato.
- Gases (si compromiso respiratorio).
- Radiografía de tórax.
- Ecocardiografía (según disponibilidad).
- Serología IgM/IgG y/o PCR para hantavirus.



Hallazgos sugerentes de hantavirus

- Trombocitopenia.
- Hemoconcentración ($\uparrow$ hematocrito).
- Inmunoblastos en frotis.
- Aumento de PCR/procalcitonina.
- Infiltrados intersticiales o alveolares bilaterales.
- Disfunción miocárdica (ecocardiografía).
- Proteinuria o deterioro de función renal.

5



Sospecha fundada de infección por hantavirus

Cuadro clínico compatible + antecedente epidemiológico + alteraciones de laboratorio y/o imágenes.
Iniciar manejo de soporte y coordinar con centro de mayor complejidad.



Sin compromiso cardiopulmonar grave

Paciente estable o con compromiso leve-moderado sin hipoxemia ni shock.



- ✓ Hospitalización para observación (según clínica y laboratorio).
- ✓ Oxígeno si $\text{SatO}_2 < 94\%$.
- ✓ Monitorización seriada de signos vitales y laboratorio.
- ✓ Restricción de fluidos (evitar sobrecarga).
- ✓ Estudio etiológico y notificación a salud pública.
- ✓ Educación familiar y medidas de aislamiento según riesgo de transmisión.



Con compromiso cardiopulmonar grave

Hipoxemia, disnea, infiltrados pulmonares, hipotensión, shock o disfunción miocárdica.



- ✓ Manejo en UCIP o centro especializado.
- ✓ Oxígeno y soporte respiratorio (alto flujo o ventilación mecánica según necesidad).
- ✓ Reanimación hemodinámica individualizada (restringir cristaloideos).
- ✓ Uso temprano de vasopresores/inotrópicos según perfil hemodinámico.
- ✓ Evaluación precoz de ECMO en casos refractarios.
- ✓ Manejo multidisciplinario (infectología, UCI, ECMO).

6



Seguimiento y medidas adicionales

- Confirmación diagnóstica (serología/PCR).
- Notificación a autoridades sanitarias.
- Estudio de contactos según normativa.
- Seguimiento clínico posterior al alta (función pulmonar y cardíaca).
- Educación sobre prevención de nuevas exposiciones.



Consideraciones clave

- El deterioro puede ocurrir en horas.
- Evitar sobrecarga de fluidos.
- La hipotensión es un signo tardío en pediatría.
- Pensar en hantavirus en todo síndrome febril agudo con epidemiología compatible.
- Coordinación precoz con centro con capacidad de ECMO.

FUENTES BIBLIOGRÁFICAS

Referencia	Aporte
Prist PR et al. EcoHealth. 2017;14:614–629. DOI:10.1007/s10393-017-1255-8	Paisaje, clima, reservorios
Ferrés M et al. Rev Chil Infectol. 2010;27:52–59. DOI:10.4067/S0716-10182010000100009	Serie pediátrica chilena
Figueiredo LTM et al. Virus Res. 2014;187:43–54. DOI:10.1016/j.virusres.2014.01.015	Epidemiología sudamericana
Ulloa–Morrison R et al. J Crit Care. 2024;84:154867	Manejo en cuidados críticos

FUENTES BIBLIOGRÁFICAS

Referencia	Aporte
Vial PA et al. Rev Chil Infectol. 2026;43:199–206	Panorama nacional y avances
Meza–Fuentes G et al. Intensive Care Med. 2026. DOI:10.1007/s00134–026–08599–9	Cohorte nacional soporte crítico
Lilitwat W et al. Proc (Bayl Univ Med Cent). 2026. DOI:10.1080/08998280.2026.2698359	Revisión pediátrica sistemática
Ferres M et al. J Infect Dis. 2007;195:1563–1571	Transmisión entre contactos domiciliarios

¡MUCHAS GRACIAS!

¿DUDAS - PREGUNTAS?





HANTA VIRUS EN CHILE:

**Del pródromo febril al soporte
cardiopulmonar avanzado.
Revisión de evidencia actual.**

Dr. Jairo Fco. Benavides Acuña

Médico Residente Urgencia Infantil Hospital Gustavo Fricke

Médico Residente Urgencia Infantil ICVM

Docente Adjunto catedra Pediatría UNAB Viña del Mar.