



INFORMACIÓN PARA PROFESIONALES SANITARIOS SOBRE CARACTERÍSTICAS DE LA FIEBRE HEMORRÁGICA DE CRIMEA CONGO (FHCC) Y ACTUACIONES ANTE CASOS SOSPECHOSOS.

- **¿Qué es la Fiebre hemorrágica de Crimea Congo?**

La fiebre hemorrágica de Crimea Congo (FHCC) es una enfermedad transmitida por garrapatas y producida por un virus perteneciente al género *Nairovirus*, de la familia *Bunyviridae*, que se incluyen dentro del grupo de Fiebres hemorrágicas virales.

Actualmente se considera una enfermedad emergente y reemergente en países de Europa oriental, aunque su distribución geográfica es mundial (África, Oriente Medio, Asia, ver Fig. 1). Las razones de esta reemergencia tienen que ver con la influencia de factores antropogénicos como son el cambio en el uso del suelo, las prácticas agrícolas o las actividades de caza y el movimiento del ganado, lo cual afecta a la dinámica de transmisión entre el huésped y el virus.

Tras el hallazgo del virus de la FHCC en garrapatas capturadas de ciervos procedentes de Cáceres (Extremadura), en 2011, el Ministerio de Sanidad elaboró un informe de situación y evaluación del riesgo de FHCC en España (<http://www.mssi.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/analisisituacion/doc/crimeaCongo.pdf>).

- **¿Cuáles es el periodo de incubación y cuándo puede ser transmisible?**

- **Periodo de incubación:** habitualmente es de 3 a 7 días, aunque el rango descrito abarca entre 1 y 13 días.
- **Periodo de transmisibilidad:** Directamente relacionado con la viremia. Mayor en la fase hemorrágica.

- **¿Cómo se transmite?**

La transmisión del virus a las personas **se produce por la picadura de una garrapata infectada** (del género *Hyalomma*). También es posible que el hombre se infecte de forma directa durante el sacrificio y desolladura de animales contaminados virémicos o, por consumo de leche cruda o carne de animales infectados poco cocinadas.

Aunque es menos frecuente, es posible la transmisión persona-persona a través de **contacto estrecho con pacientes sintomáticos** o sus fluidos corporales, o con cadáveres, especialmente en medio sanitario. Si no se toman las medidas de protección adecuadas existe alto riesgo de contagio durante la atención a los enfermos con formas hemorrágicas, por contacto directo con sangre o por aerosolización de fluidos contaminados de pacientes infectados en estadios avanzados de la enfermedad.

- **¿Qué curso clínico tiene y qué complicaciones graves pueden aparecer por su infección?**

El ser humano, al contrario que el ganado y otros mamíferos salvajes, es un huésped en el que puede desarrollarse una enfermedad que evoluciona en 4 fases:

- Un **período de incubación**, con una duración variable en función de la carga viral y la vía de exposición.
- Un **período prehemorrágico**, en el que los síntomas habituales son fiebre de instauración brusca de 39-40°C, cefalea, mialgias y mareos y tiene una duración de unos 4-5 días. En este período también se puede presentar diarrea, náuseas o vómitos, así como hiperemia de cara, cuello o tórax, congestión ocular o conjuntivitis.
- Un **período hemorrágico**, en el que aparecen las manifestaciones hemorrágicas que van desde petequias a grandes hematomas en piel y mucosas. En esta fase, la hepatoesplenomegalia es frecuente.
- Y un **período de convalecencia** que comienza pasados 10-20 días del inicio de la enfermedad. Durante este periodo se ha descrito la presencia de pulso débil, polineuritis, disnea, xerostomía, disminución de la agudeza visual, pérdida de audición y de memoria.

Existen formas clínicas asintomáticas o paucisintomáticas (formas leves, que cursan con síndrome febril, acompañado de síntomas/signos inespecíficos).

La tasa de mortalidad asociada a la FHCC es de aproximadamente un 30% (oscilando entre 10-40%), y la muerte sobreviene durante la segunda semana. Entre los pacientes que se recuperan, la mejoría comienza generalmente al noveno o décimo día tras la aparición de la enfermedad.

- **Diagnóstico y tratamiento**

El diagnóstico de confirmación de la FHCC se lleva a cabo en el Laboratorio de Referencia del Centro Nacional de Microbiología (CBN-ISCIII).

El **tratamiento** de soporte es la pieza básica en el manejo de estos pacientes. La ribavirina es el único tratamiento disponible, aunque su eficacia sólo se ha demostrado en estudios observacionales.

En la actualidad no existen vacunas autorizadas en los Estados Miembros de la Unión Europea frente al virus de FHCC.

- **¿Existen garrapatas capaces de transmitir la FHCC en nuestro medio?**

Los estudios epidemiológicos basados en los casos de infección por virus de la FHCC en humanos y los estudios serológicos confirman que las garrapatas **género *Hyalomma*** son los vectores más eficientes de esta enfermedad.

Las formas inmaduras de la garrapata *H. marginatum* se han encontrado en varias especies de pájaros, y las formas adultas en vacas, burros, zorros, jabalíes, liebres, etc. (Fig. 2). En la región del Sudoeste del territorio nacional, *Hyalomma spp.* se encuentra ampliamente distribuida en el ganado.

En España, el virus de la FHCC ha sido detectado en garrapatas *H. lusitanicum*, cuyo hábitat, por los estudios disponibles hasta el momento, se restringe a zonas con

abundancia de conejos de la cuenca mediterránea, especialmente oeste de España, sur de Portugal, norte de Marruecos, Menorca y Sicilia. En 2011 se detectó en garrapatas capturadas de ciervos procedentes de Cáceres, en las lindes del río Tajo en la frontera portuguesa.

- **¿Existe riesgo en nuestro medio por esta enfermedad?**

La probabilidad de infección en humanos en España se estima muy baja, y el impacto en términos de morbi-mortalidad sería muy escaso.

Sin embargo, el 31 de agosto de 2016 del Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias de la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad comunicó la existencia de dos casos confirmados de Fiebre Hemorrágica Crimea-Congo. Uno de ellos (caso primario) tenía antecedente epidemiológico de contacto con una garrapata tras realizar un paseo por el campo en el municipio de San Juan de Molinillos, Ávila (Castilla y León), zona limítrofe con la Comunidad de Extremadura (donde ha sido identificado el virus de Crimea-Congo en garrapatas). Este hecho condiciona la necesidad de realizar una especial vigilancia ante la aparición de casos sospechosos con antecedentes epidemiológicos de riesgo.

- **Recomendaciones ante un caso sospechoso en centros asistenciales:**

Tener en cuenta que el riesgo epidemiológico de picadura de una garrapata del género *Hyalomma* que esté infectada por virus transmisor de la FHCC es muy bajo.

1) Establecer la sospecha diagnóstica de FHCC:

- ✓ Presenta antecedente epidemiológico: picadura de garrapata o contacto estrecho con caso confirmado o en investigación.
Y
- ✓ Clínica compatible* (referida en el apartado curso clínico de FHCC de este documento).

*Si el paciente presenta antecedente de picadura de garrapata y ausencia de síntomas floridos, el profesional sanitario deberá informarle que acuda al sistema sanitario si empeora.

Si cumple estas dos condiciones el profesional sanitario **debe comunicar de forma URGENTE la sospecha de FHCC** (EDO urgente) a la Red de Vigilancia Epidemiológica de Castilla y León: si es durante el horario laboral a la Sección de Epidemiología del Servicio Territorial de Sanidad y Bienestar Social de la provincia correspondiente y si es fuera del horario laboral al 112-Sistema de Alertas Epidemiológicas de Castilla y León.

El **epidemiólogo** es el profesional sanitario que **valorará la información**, determinará si se trata de una alerta sanitaria por sospecha de caso de FHCC y caracterizará la alerta, recogiendo la información básica, realizará el estudio y seguimiento de los contactos comunitarios y supervisará el estudio y seguimiento de los contactos laborales, si los hubiera.

2) Precauciones para la asistencia sanitaria si se establece un diagnóstico de sospecha de caso de FHCC:

- ✓ La transmisibilidad persona-persona del virus FHCC es muy limitada pero no imposible. Dada la potencial gravedad de la infección, en caso de que el epidemiólogo confirme la alerta sanitaria por sospecha de FHCC se aplicarán los procedimientos de actuación correspondientes a cada nivel asistencial en el **“Protocolo de actuación frente a casos sospechosos de enfermedad por el virus Ébola en Castilla y León”**.

Figura 1: Distribución del vector y áreas de seroprevalencia de la fiebre hemorrágica Crimea-Congo. Junio 2008. Fuente: OMS.

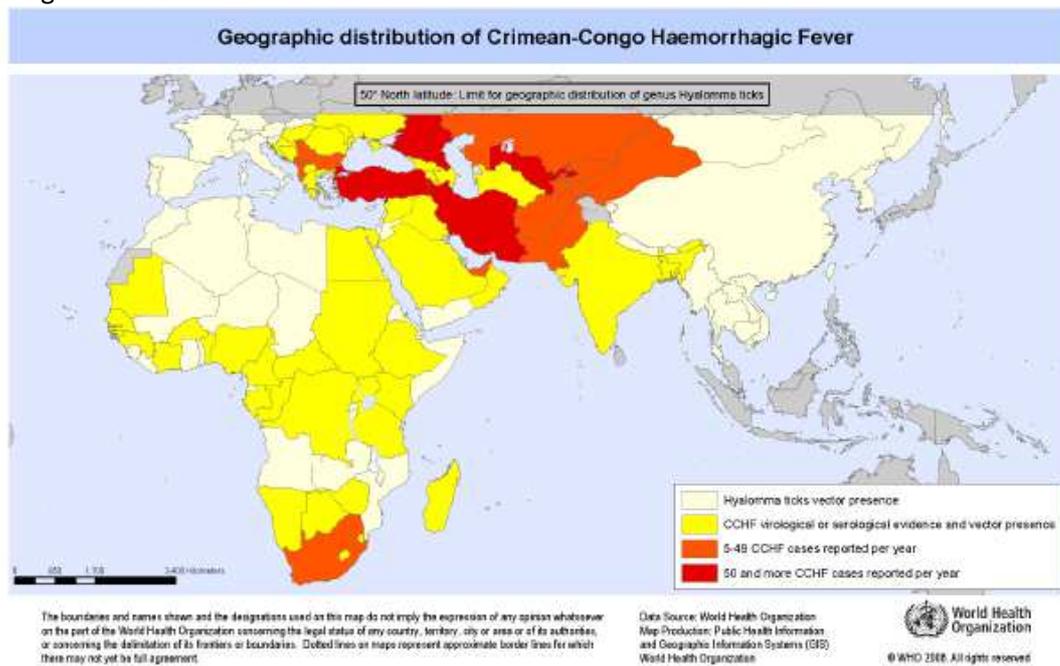


Figura 2. Distribución del *Hyalomma marginatum*. Enero 2016. Fuente: ECDC.

