



INFORMACIÓN SOBRE LAS FIEBRES HEMORRÁGICAS VÍRICAS

Las fiebres hemorrágicas víricas (FHV) constituyen infecciones por distintos virus que provocan una sintomatología caracterizada por fiebre elevada, afectación multisistémica y aumento de la permeabilidad vascular con manifestaciones hemorrágicas, que con frecuencia evoluciona rápidamente a la muerte. Estas infecciones son particularmente importantes dada su capacidad de propagación, su potencial para producir enfermedad grave y la dificultad para su reconocimiento y tratamiento. El cuadro clínico varía según el virus y no todos tienen el mismo potencial de causar el clásico síndrome de fiebre hemorrágica. Los principales virus productores de fiebre hemorrágica transmisibles de persona a persona son los arnavirus, filovirus y el virus de la fiebre hemorrágica de Crimea-Congo (bunyavirus).

En España se ha detectado genoma de dos virus que podrían ser causantes potenciales de FHV: el virus Lloviu, relacionado con Ébola y Marburg (detectado esporádicamente en murciélagos), y el virus de la fiebre hemorrágica de Crimea-Congo (detectado en garrapatas).

Ante la presencia de un caso probable (paciente que cumple los criterios clínicos y epidemiológicos) o confirmado (cumple los criterios clínicos y de laboratorio) se deben implantar de manera inmediata las medidas de control de la infección: aislamiento estricto del paciente, comunicación urgente a Salud Pública, traslado del paciente en una ambulancia especialmente preparada a una Unidad de Enfermedades Infecciosas de alta seguridad con instalaciones apropiadas, utilización de instrumental médico de uso exclusivo o si es reutilizable aplicar las técnicas de esterilización adecuadas y evitar cualquier procedimiento que pueda producir aerosoles. La ropa de vestir y de cama del enfermo no debe ser manipulada ni aireada para evitar la emisión de aerosoles.

Deben establecerse medidas de protección de las personas en contacto con casos probables o confirmados mediante la adherencia estricta a las prácticas universales

de control de infección y la utilización del equipo de protección individual (EPI) de barrera y respiratoria: mascarilla con respirador FFP2, guantes dobles, bata impermeable, cobertura total de piernas y zapatos, máscara facial o gafas.

Todas las FHV requieren tratamiento intensivo de soporte, con mantenimiento del equilibrio del balance de fluidos y electrolitos, volumen circulatorio y presión arterial. Están contraindicadas las inyecciones intramusculares, la aspirina, los antiinflamatorios no esteroideos y las terapias anticoagulantes. Es importante minimizar el uso de procedimientos invasivos que pueden provocar el sangrado excesivo del paciente. Nunca debe omitirse el tratamiento de otras posibles causas de la enfermedad, mientras se espera la confirmación/exclusión del diagnóstico de FHV, tales como malaria, sepsis bacteriana, etc. La ribavirina está indicada para el tratamiento las FHV por arenavirus y bunyavirus; no es activa frente a filovirus ni flavivirus, para los que no existe ningún medicamento eficaz. El tratamiento con ribavirina es más efectivo cuanto más precozmente se administra. Diversos estudios han mostrado reducciones importantes de la mortalidad cuando se administra antes de pasados 7 días del inicio de síntomas. Sólo se mantendrá el tratamiento con ribavirina si se confirma el diagnóstico de FHV por arenavirus o por el virus de la fiebre hemorrágica de Crimea-Congo.



Fiebre hemorrágica de Crimea Congo

El virus de la fiebre hemorrágica de Crimea Congo (FHCC) pertenece al género *Nairovirus*, de la familia *Bunyaviridae*. Indicar que es la enfermedad transmitida por garrapatas con mayor distribución geográfica a nivel mundial. Se ha notificado el aislamiento del virus y/o la enfermedad en más de 30 países de África, Asia, Europa y Oriente Medio. Las garrapatas actúan a la vez como vector y reservorio del virus y la distribución geográfica de la enfermedad coincide con la distribución global de las garrapatas del género *Hyalomma* (del grupo de las garrapatas *Ixodidae*). En Europa, se ha encontrado en Albania, Bulgaria, Chipre, Francia, Grecia, Italia, el territorio de Kosovo, Moldavia, Portugal, Rumania, Rusia, Serbia, España, Turquía y Ucrania.

La FHCC afecta fundamentalmente a trabajadores expuestos a poblaciones de garrapatas, siendo mayor grupo de riesgo el de los granjeros que viven en áreas endémicas, agricultores o trabajadores en contacto con animales y cazadores. El riesgo se minimiza utilizando medidas de protección contra la picadura de garrapatas. La población que vive en áreas endémicas debería utilizar medidas de protección que incluyen evitar áreas donde son abundantes las garrapatas, sobre todo durante las épocas en las que están activas, examen periódico de la ropa y de la piel y extracción de garrapatas, así como el uso de repelentes.

Además, es posible la transmisión de persona a persona por contacto directo a través de la exposición de la piel o membranas mucosas a sangre, líquidos corporales y tejidos de pacientes afectados.

Este virus causa graves brotes de fiebre hemorrágica viral, con una tasa de letalidad de entre el 10% y el 40%. Su presencia ya fue detectada en España, en Extremadura, en 2011, lo que motivó la elaboración de un informe de riesgo por parte del Ministerio de Sanidad

El ser humano es el único huésped en el que se desarrolla la enfermedad que evoluciona en 4 fases: un **periodo de incubación** (con una duración de entre 3 y 7 días); un **periodo prehemorrágico** (con una duración de 4-5 días), en el que los

síntomas habituales son fiebre alta de instauración brusca, cefalea, mialgias, mareos, diarrea, náuseas o vómitos, así como hiperemia de cara, cuello o tórax, congestión ocular o conjuntivitis; un **periodo hemorrágico**, en el que aparecerán las manifestaciones hemorrágicas que van desde petequias a grandes hematomas en piel y mucosas; y un **periodo de convalecencia** (pasados 10-20 días del inicio de la enfermedad) en el que se ha descrito polineuritis, disnea, xerostomía, disminución de la agudeza visual, pérdida de audición y de memoria.

Como hemos mencionado previamente, además del tratamiento de soporte, se han obtenido buenos resultados clínicos con la administración de ribavirina, sobre todo cuando esta se utiliza en estadios precoces.