



Informe epidemiológico sobre la situación de la fiebre hemorrágica de Crimea-Congo en España. Años 2016 a 2023

Resultados de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

Informe actualizado el 06 de marzo 2024 con los datos disponibles hasta la fecha.

Depuración, validación y análisis de los datos:

Beatriz Fernández Martínez. Área de Análisis en Vigilancia Epidemiológica. Centro Nacional de Epidemiología del ISCIII. CIBERESP.

Área de Vigilancia de Salud Pública. Equipo SiViEs. Centro Nacional de Epidemiología del ISCIII.

Vigilancia y notificación de los casos:

Unidades de Vigilancia de Salud Pública de las Comunidades Autónomas.

Cita sugerida: Informe epidemiológico sobre la situación de la fiebre hemorrágica de Crimea-Congo en España. Años 2016 a 2023. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. CIBERESP. Madrid, 6 de marzo de 2024

Introducción

La fiebre hemorrágica por virus de Crimea-Congo (FHCC) es una enfermedad vírica zoonótica transmitida principalmente por garrapatas del género *Hyalomma*. También existe riesgo de contagio por fluidos de individuos infectados o por aerosoles.

Tras un período de incubación de 1-3 días (hasta 9), la infección puede ser subclínica en una proporción elevada (hasta el 90%). Algunos casos desarrollan enfermedad severa, con una elevada letalidad que va del 5-40%. Esta es más frecuente en mayores de 60 años y se asocia a otros factores de riesgo. No hay vacunas para uso en humanos ni tratamiento específico, por lo que este es sintomático. La prevención se basa en medidas de protección personal frente a las picaduras, la extracción precoz y adecuada de garrapata en caso de sufrir picadura y la identificación precoz y manejo de los casos para establecer las medidas de aislamiento y protección individual para evitar contagios de persona a persona.

Es una enfermedad de declaración obligatoria (EDO) urgente desde 2015 a través de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE). Dado que es emergente en España, la detección de un caso se consideraría un brote. Se debe comunicar como una alerta al Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias (CCAES) y enviar al Centro Nacional de Epidemiología (CNE) la información individualizada de los casos a través de las vías habituales de notificación de las EDO. Esta información debe estar disponible y actualizada semanalmente.

En la tabla 1 se presenta un resumen de la clasificación y definición de casos y las acciones a llevar a cabo.

En España la primera detección del virus fue en 2010 en garrapatas en Cáceres. Los primeros casos humanos se diagnosticaron en 2016 y desde entonces se han notificado casos esporádicos. Además, se ha descrito en la literatura científica la identificación de otro caso de forma retrospectiva, correspondiente a 2013, que constituiría el primer caso humano identificado hasta la fecha.

Método

Los casos declarados siguen las definiciones de caso y los criterios para su clasificación están recogidos en el protocolo de la RENAVE. Las variables analizadas fueron: fecha de inicio de síntomas, comunidad autónoma (CA) de notificación, provincia de exposición, sexo, edad, mecanismo de transmisión, exposición de riesgo, clínica hemorrágica o trombopenia, hospitalización y defunción. El informe contiene la descripción epidemiológica de la enfermedad para los años 2016 a 2023. El informe se ha realizado con los datos disponibles a fecha 06/03/2024.

Tabla 1. Vigilancia de la fiebre hemorrágica de Crimea-Congo. RENAVE

Clasificación	Criterios	Definición	Acciones
Caso probable o en investigación	Criterio clínico	<p>Paciente que presenta:</p> <ul style="list-style-type: none"> Fiebre repentina O Presentación brusca de al menos 2 síntomas compatibles: cefalea, dolor muscular generalizado, conjuntivitis, dolor abdominal, náuseas, vómitos o diarrea Al menos uno de los siguientes: <ol style="list-style-type: none"> Manifestaciones hemorrágicas Trombocitopenia (<100.000 plaquetas) Prolongación del tiempo de protrombina 	<ul style="list-style-type: none"> Sospecha de caso. Medidas de control de infección (aislamiento, precauciones estándar, contacto y gotas) Comunicar al Servicio de Vigilancia de la Comunidad Autónoma, quien coordinará y comunicará la alerta al CCAES y al CNE y gestionará el envío de muestras al laboratorio nacional de referencia (Centro Nacional de Microbiología). Diagnóstico diferencial. Manejo clínico (medidas de soporte) según gravedad.
	Criterio epidemiológico	<p>Al menos uno de los siguientes antecedentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> Picadura por garrapata (o sospecha), 9 días previos Contacto con fluidos corporales/muestras biológicas de un caso confirmado, 2 semanas previas Contacto con material contaminado, 2 semanas previas Exposición profesional, caza, excretas, sangre, tejidos o fluidos de animales, 2 semanas previas 	
Caso confirmado	Criterio de laboratorio	<p>Al menos uno de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> Aislamiento y caracterización del virus FHCC en muestra clínica Detección de secuencias de ácido nucleico viral en muestra clínica Detección de anticuerpos específicos, IgM o seroconversión IgG Detección de antígenos virales 	<ul style="list-style-type: none"> Comunicación a todos los agentes implicados Medidas de control de infección (valorar traslado a Unidad de Aislamiento de Alto Nivel, uso de EPI) Medidas en transporte del paciente Estudio y manejo de contactos

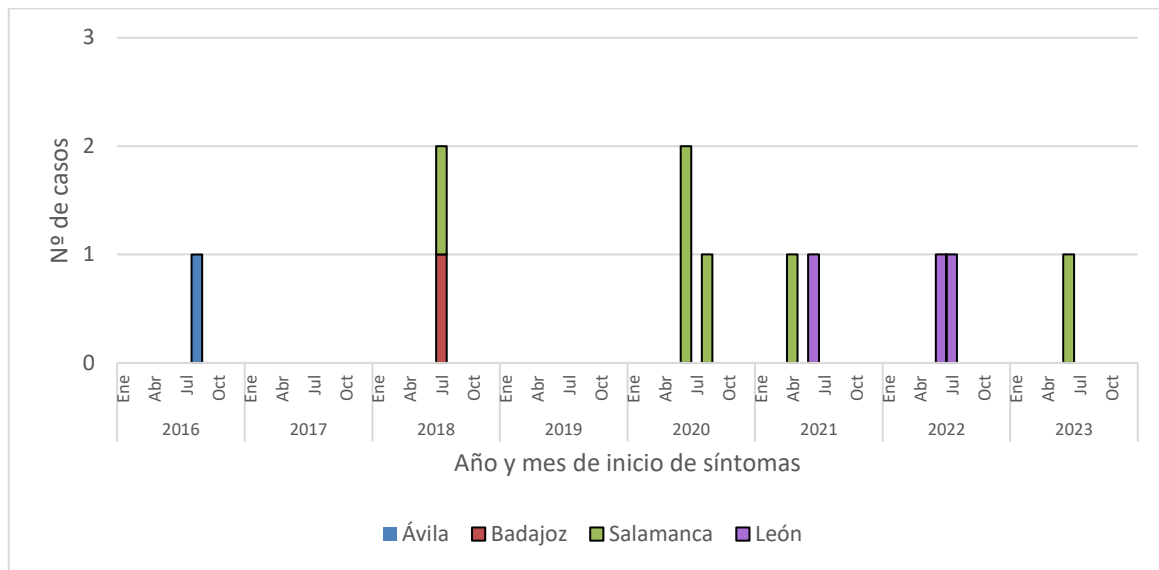
Resultados de la vigilancia

Distribución temporal y espacial

Desde 2016 hasta 2023, se han notificado al CNE a través de la RENAVE, 12 casos de FHCC, todos confirmados y no importados. Los primeros casos de 2016 ocurrieron en un paciente expuesto en Ávila e ingresado en un hospital de Madrid, donde ocurrió otro caso secundario por contagio en el medio sanitario a partir del primero. En 2018 hubo otros 2 casos (1 en Badajoz y otro en Salamanca), en 2020 se notificaron 3 casos de Salamanca, en 2021 hubo 2 casos (Salamanca y León), en 2022 otros 2 casos (León) y en 2023, 1 caso (Salamanca).

Los casos transmitidos por garrapata han ocurrido, según el mes de inicio síntomas, entre el abril y agosto, con máximo en junio (n=5) (figura 1).

Figura 1. Casos de fiebre hemorrágica de Crimea-Congo transmitidos por garrapata. España, 2016-2023



Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Elaboración propia

Características de los casos

En la tabla 2 se muestra el resumen de los casos notificados. Del total de los casos, 9 (75,0%) eran hombres y 3 mujeres. La edad mediana fue de 56 años, rango 29 a 74 años. De los casos por contagio en medio rural, todos excepto uno tenían antecedente de picadura o visualización de garrapata sobre la piel. En estos, el factor de riesgo fue el contacto con animales o exposición en el campo (paseo, cuidado de huerto, laboral).

Clínica y evolución

Del total de los casos, 11 han presentado clínica hemorrágica y/o trombocitopenia y 1 (caso de 2018 diagnosticado de forma retrospectiva) sólo presentó cuadro febril. Todos han requerido hospitalización y 4 de los casos (33,3%) fallecieron: hombres de 51, 62, 69 y 74 años, todos ellos habían presentado manifestaciones hemorrágicas.

Diagnóstico

El diagnóstico microbiológico se estableció en todos por detección de ácido nucleico del virus (PCR) en sangre u orina.

Discusión

La fiebre hemorrágica de Crimea-Congo es una enfermedad emergente en España, aunque establecida en su ciclo zoonótico. Probablemente el virus circule desde hace más tiempo del que se pensaba.

Se han notificado casos de forma consecutiva en las últimas 4 temporadas (2020, 2021, 2022 y 2023). Todos los casos notificados han manifestado síntomas durante la temporada de actividad del vector: entre abril (primer caso en 2021) y agosto, con mayor frecuencia en junio. Después de agosto, no se ha identificado ningún caso hasta la fecha.

Entre los casos infectados a partir de garrapatas, la mayoría han sido hombres, adultos mayores. Todos los fallecidos han sido hombres de más de 50 años con clínica hemorrágica y/o trombocitopenia.

La letalidad es similar a la descrita en la literatura, teniendo en consideración que son las infecciones graves (fiebre hemorrágica) las que se vigilan.

Entre los factores riesgo de exposición identificados entre los casos, la exposición en el campo (por paseos o cuidado de un huerto) sin presencia de animales, ha sido similar en frecuencia al contacto con animales.

Tanto los huéspedes animales como la mayoría de casos humanos son asintomáticos, por lo que es preciso mantener un alto índice de sospecha en los casos con clínica compatible, en especial en las zonas de riesgo identificadas, sin descartar la posibilidad de que el virus esté presente en otras zonas. Las medidas preventivas van dirigidas a la prevención de picaduras de garrapata, la extracción precoz y adecuada de las mismas y la detección y comunicación precoz de los casos para establecer las medidas de protección individual frente a los contagios en personal sanitario y las actuaciones oportunas en el entorno del caso.

Tabla 2. Características de los casos de fiebre hemorrágica de Crimea-Congo. España, 2015 a 2023

ID Caso	Año*	Mes*	Comunidad que notifica	Provincia infección	Edad	Sexo	Mecanismo transmisión	Exposición de riesgo	Factor riesgo	Hemorragia/ trombopenia	Hospitalización	Defunción
1	2016	8	Madrid	Ávila	62	H	Garrapata	Rural	Paseo	Sí	Sí	Sí
2	2016	8	Madrid	Madrid	50	M	PAP*	Nosocomial	Sanitario	Sí	Sí	No
3	2018	7	Castilla y León	Badajoz	74	H	Garrapata	Rural	Caza	Sí	Sí	Sí
4	2018	7	Castilla y León	Salamanca	53	H	Garrapata	Rural	Animales granja	No	Sí	No
5	2020	6	Castilla y León	Salamanca	69	H	Garrapata	Rural	Paseo	Sí	Sí	No
6	2020	6	Castilla y León	Salamanca	53	H	Garrapata	Rural	Animales	Sí	Sí	No
7	2020	8	Castilla y León	Salamanca	69	H	Garrapata	Rural	Huerto	Sí	Sí	Sí
8	2021	4	Castilla y León	Salamanca	59	H	Garrapata	Rural	Ganadero	Sí	Sí	No
9	2021	6	Castilla y León	León	29	M	Garrapata	Rural	Paseo	Sí	Sí	No
10	2022	6	Castilla y León	León	51	H		Rural	Huerto y agente medioambiental	Sí	Sí	Sí
11	2022	7	Castilla y León	León	49	H	Garrapata	Rural	Caza		Sí	No
12	2023	6	Castilla y León	Salamanca	66	M	Garrapata	Rural		Sí	Sí	No

*Año y mes según fecha de inicio de síntomas. PAP: persona a persona.

Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica.