



# Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

www.elsevier.es/eimc



Revisión

## Manejo terapéutico de la fiebre hemorrágica de Crimea-Congo

Fernando de la Calle-Prieto\*, Alejandro Martín-Quirós, Elena Trigo, Marta Mora-Rillo, Marta Arsuaga, Marta Díaz-Menéndez y José Ramón Arribas

Unidad de Aislamiento de Alto Nivel, Hospital La Paz-Carlos III, Idipaz, Madrid, España

### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

#### Historia del artículo:

Recibido el 12 de febrero de 2017  
Modificado el 25 de abril de 2017  
Aceptado el 26 de abril de 2017  
On-line el xxx

#### Palabras clave:

Virus  
Fiebre hemorrágica de Crimea-Congo  
Terapéutica  
Antiviral

#### Keywords:

Viruses  
Crimean-Congo haemorrhagic fever  
Therapeutics  
Antiviral agents

### R E S U M E N

La fiebre hemorrágica de Crimea-Congo afecta a más de 30 países de África, Asia, Europa oriental y Oriente Medio, con una creciente incidencia durante los últimos años, especialmente en Europa. Sin un tratamiento específico eficaz, las medidas terapéuticas de soporte son fundamentales, así como disponer de un centro con los medios adecuados para garantizar la seguridad de los trabajadores. La monitorización analítica es esencial para el manejo de la trombocitopenia, la coagulopatía grave o el fallo hepático. La atención a los pacientes con fiebre hemorrágica de Crimea-Congo debe llevarse a cabo en Unidades de Aislamiento de Alto Nivel, capaces de aplicar procedimientos de biocontención que eviten la transmisión nosocomial a través de fluidos infectados o accidentes con material contaminado. En caso de exposiciones de alto riesgo podría plantearse la administración precoz de ribavirina.

© 2017 Publicado por Elsevier España, S.L.U.

### Therapeutic management of Crimean-Congo haemorrhagic fever

#### A B S T R A C T

Crimean-Congo haemorrhagic fever has been reported in more than 30 countries in Africa, Asia, the Middle East and Eastern Europe, with an increasing incidence in recent years, especially in Europe. Because no specific treatments have demonstrated efficacy, supportive treatment is essential, as well as the provision of a centre with the appropriate means to guarantee the safety of its healthcare professionals. Laboratory monitoring of thrombocytopenia, severe coagulopathy or liver failure is of critical importance. Patients with Crimean-Congo haemorrhagic fever should be admitted to High Level Isolation Units where appropriate biocontainment procedures can prevent nosocomial transmission through infected fluids or accidents with contaminated material. In case of high-risk exposures, early administration of ribavirin should be considered.

© 2017 Published by Elsevier España, S.L.U.

### Introducción

El virus de la fiebre hemorrágica de Crimea-Congo (FHCC) presenta una amplia distribución a nivel mundial<sup>1,2</sup>. En 2010 se identificaron en Extremadura garrapatas del género *Hyalomma* infectadas con virus de la FHCC, cuyo linaje coincidía con cepas del virus procedentes de Mauritania y Senegal<sup>3</sup>. Sin embargo hasta el diagnóstico de los dos primeros casos de FHCC en agosto de 2016

en España<sup>4</sup>, no se habían descrito casos humanos de adquisición autóctona en Europa Occidental<sup>5</sup>.

El virus de la FHCC pertenece a la familia *Bunyaviridae*, género *Nairovirus*. Sus principales vectores son las garrapatas del género *Hyalomma*<sup>1</sup>. Diferentes animales, tanto domésticos como salvajes, actúan como reservorios del virus (gatos, ovejas, cabras, caballos, burros, cerdos, liebres, erizos, etc.)<sup>6</sup>. El ganado es uno de los hospedadores más relevantes. El ser humano puede infectarse tanto por la picadura de garrapata como por manipulación directa de carne o fluidos infectados<sup>6</sup>. La transmisión nosocomial está descrita en personal sanitario que sufre pinchazos accidentales o exposición no protegida a sangre, fluidos corporales o aerosoles de pacientes diagnosticados de FHCC<sup>6,7</sup>. También se han

\* Autor para correspondencia.  
Correo electrónico: [fcalle.prieto@salud.madrid.org](mailto:fcalle.prieto@salud.madrid.org) (F. de la Calle-Prieto).

descrito contagios en trabajadores sanitarios que participaban en la asistencia de enfermos sin haberse identificado la vía exacta de transmisión (en algunos artículos estos contagios sin fuente clara suponen hasta el 10-15% de los casos nosocomiales)<sup>7-9</sup>.

El espectro de gravedad de la FHCC es muy variable. Estudios de seroprevalencia en zonas endémicas sugieren que hasta un 80% de los casos son asintomáticos<sup>6,10</sup>. Clásicamente la evolución clínica de la FHCC se ha dividido en cuatro periodos: incubación, fase prehemorrágica, fase hemorrágica y convalecencia<sup>6,11</sup>. La mortalidad descrita oscila entre el 3 y el 30%, dependiendo del brote estudiado, ocasionada fundamentalmente por hepatitis fulminante, trombocitopenia y sangrado masivo<sup>6,10,12</sup>. En Turquía desde que se describieron los primeros casos en 2002, se han comunicado más de 9.700 casos con una mortalidad, estable a lo largo de los años, de aproximadamente el 5%<sup>13</sup>.

El virus de la FHCC se clasifica como patógeno tipo 4<sup>14</sup> con capacidad de transmisión interpersonal. Se recomienda que el manejo de pacientes con sospecha o confirmación diagnóstica de FHCC se realice empleando precauciones estrictas de contacto, aislando al paciente en una habitación individual y preferiblemente con una vía de entrada distinta a la de salida. El aislamiento del virus se realizará en laboratorios de alta contención de nivel 4 de bioseguridad y el manejo de los pacientes con FHCC en Unidades de Aislamiento de Alto Nivel<sup>14,15</sup>.

Es fundamental el tratamiento de soporte, ya que no existe un tratamiento etiológico específico eficaz. En los casos más graves se recomienda el uso de ribavirina a dosis altas, si bien su empleo es controvertido al no existir estudios concluyentes que hayan demostrado su eficacia. Otros tratamientos, como el suero hiperinmune obtenido de pacientes convalecientes, no han demostrado su utilidad. Tampoco se dispone de vacunas de eficacia y seguridad probadas en humanos<sup>2</sup>.

### Medidas de protección en el ámbito hospitalario frente a la fiebre hemorrágica de Crimea-Congo

El virus de la FHCC es un patógeno tipo 4 transmisible y capaz de producir brotes nosocomiales con una alta tasa de mortalidad<sup>7</sup>. El contacto con material y fluidos contaminados, con el sangrado proveniente del tracto digestivo, las punciones accidentales o las intervenciones quirúrgicas en pacientes cuyo diagnóstico no era conocido, se han descrito como las principales vías de contagio en el medio sanitario. El contacto estrecho interpersonal con el paciente o la manipulación del aparato respiratorio son vías de transmisión aún en debate<sup>16</sup>, aunque sí se han descrito brotes nosocomiales durante la intubación orotraqueal de casos de FHCC<sup>8</sup>. La escasa repercusión en el entorno doméstico pone de relieve que son los procedimientos invasivos y el contacto no protegido en la fase hemorrágica lo que más casos secundarios produce.

Idealmente los pacientes con FHCC deben ser atendidos en Unidades de Aislamiento de Alto Nivel, capaces de proporcionar cuidados críticos, dado el rápido empeoramiento con el que puede evolucionar la FHCC. La habitación debe contar con sistemas de presión negativa, ante la eventualidad de tener que realizar procedimientos que generen aerosoles<sup>14,15</sup>.

El personal sanitario asistencial debe estar bien informado sobre la enfermedad, sus posibles mecanismos de contagio, tener la formación adecuada y entrenamiento periódico en la puesta y retirada de los equipos de protección individual (EPI)<sup>6,17</sup>. Los servicios de Urgencia en regiones endémicas deben estar instruidos para mantener desde el inicio las precauciones de contacto estrictas así como asegurar el aislamiento de cualquier caso sospechoso<sup>16</sup>. En algunos estudios retrospectivos se ha observado que cerca del 50% de los contagios nosocomiales se produjeron a partir de pacientes aún no diagnosticados de FHCC<sup>7</sup>.

Aunque las barreras universales básicas de protección podrían ser suficientes para prevenir la mayoría de los contagios nosocomiales, hay que tener en cuenta que la asistencia hospitalaria se realiza en pacientes más graves y con mayor viremia. La evidencia existente de brotes nosocomiales y las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para otras fiebres hemorrágicas de alta letalidad, justifica utilizar un EPI que reúna como mínimo los siguientes elementos: bata impermeable, guantes, mascarilla y gafas (o pantalla facial)<sup>8,16</sup>. Para el manejo clínico de casos confirmados se recomienda emplear el mismo EPI que se emplea para el manejo de la enfermedad por virus ébola: mono corporal impermeable, doble cobertura de calzas y guantes, capuz, mascarilla y gafas estancas. Siempre adecuaremos el EPI al tipo de asistencia sanitaria que se vaya a realizar, ya que puede variar el riesgo de contagio<sup>2,18</sup>.

### Manejo terapéutico

#### Tratamiento sintomático

No deben administrarse fármacos mediante inyecciones por vía intramuscular, para evitar hematomas y sangrado local en las zonas de punción<sup>6</sup>.

Como antitérmico se recomienda administrar paracetamol y evitar en la medida de lo posible los antiinflamatorios no esteroideos por su potencial repercusión sobre la coagulación<sup>6</sup>.

Con el objetivo de prevenir el sangrado digestivo, que se puede producir tanto por complicación de la enfermedad como por estrés, se pueden utilizar inhibidores de la bomba de protones<sup>6,17,19</sup>. En una mujer puede estar indicada la inhibición del sangrado menstrual mediante la administración de progesterona<sup>17</sup>.

#### Antibióticos

Aunque en el caso confirmado de FHCC no deben usarse antimicrobianos, salvo sospecha de sobreinfección<sup>17</sup>, en un caso en investigación habrá que considerar su uso valorando las distintas entidades incluidas en el diagnóstico diferencial y la procedencia geográfica del paciente<sup>2</sup>. El diagnóstico diferencial de la FHCC es amplio. Si tenemos en cuenta la procedencia geográfica del paciente incluye la fiebre de Alkhurma y del valle del Rift en Oriente Medio; fiebre hemorrágica de Omsk en Rusia; enfermedad del bosque de Kyasanur en India; hantavirus en Europa y Asia; virus Lassa, ébola, Marburg, fiebre del valle del Rift y fiebre amarilla en África; y dengue principalmente en Asia y África central. En países tropicales y subtropicales, la malaria es la alternativa diagnóstica más importante a excluir. Si tenemos en cuenta el vector transmisor, habría que considerar además: *Rickettsia* spp., *Ehrlichia* spp., *Borrelia*, *Anaplasma* y *Babesia*. Además otras muchas enfermedades infecciosas pueden tener un cuadro clínico inicial similar: tularemia, fiebre Q (*Coxiella burnetii*), hepatitis virales, infección por virus influenza, meningitis meningocócica, leptospirosis, fiebre tifoidea, sepsis por estafilococos o bacilos gramnegativos, síndrome del shock tóxico, salmonelosis, shigelosis, psitacosis, tripanosomiasis, infección séptica por *Yersinia pestis*, rubeola, y sarampión<sup>2</sup>.

#### Glucocorticoides

La eficacia de los glucocorticoides para el tratamiento de la FHCC no está confirmada<sup>19</sup>. Existen escasos estudios dedicados a evaluar su utilidad, siendo series de casos pequeñas, tanto en adultos como en pacientes pediátricos. En ellos, la administración de metilprednisolona a dosis altas (20-30 mg/día) pareció favorecer la recuperación temprana de las series hematológicas, revertir las lesiones hemorrágicas y disminuir las necesidades de transfusión de hemoderivados. Los resultados de estos estudios no han sido

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/10218681>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/10218681>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)