



# **PROTOCOL D'ACTUACIÓ DAVANT CASOS SOSPITOSOS DE FEBRE HEMORRÀGICA DE CRIMEA-CONGO**

---

**Actualització 20.10.2016**



## 1. Introducció

La febre hemorràgica de Crimea-Congo (FHCC) és una malaltia zoonòtica causada pel virus de la FHCC. Les paparres constitueixen el seu vector principal. S'ha trobat evidència de paparres infectades a l'Àfrica, Orient Mitjà, Àsia, Europa de l'Est i Sud-oest. A Europa s'han reportat casos en humans a Albània, Armènia, Bulgària, Grècia, Kazakhstan, Kosovo, Rússia, Sèrbia, Tadjikistan, Turquia, Turkmenistan, Ucraïna i Uzbekistan.

No presenta símptomes en els animals infectats, però representa una amenaça per als humans, especialment per als productors i altres treballadors agrícoles, veterinaris, treballadors de laboratoris i personal hospitalari, entre els quals es donen la major part dels casos.

## 2. Informació epidemiològica i clínica

### Agent

La FHCC va ser descrita per primera vegada a la península de Crimea el 1944, en tropes soviètiques que van ser picades per paparres *Hyalomma marginatum*. Es va demostrar l'etiologia vírica l'any següent encara que el virus no es va poder aïllar fins el 1967. En 1969 es va demostrar que l'agent de la FHCC era idèntic a un virus aïllat en 1956 de la sang de persones en l'anomenat Congo Belga. Des de llavors es fan servir els dos noms combinats per designar la malaltia.

El virus de la FHCC pertany al gènere *Nairovirus* de la família *Bunyaviridae*. El seu principal vector és una paparra del gènere *Hyalomma*. Per tant, la disseminació de paparres infectades cap a zones noves, prèviament no afectades, facilita la propagació del virus.

### Període d'incubació

La duració del període d'incubació depèn de la manera de contagi del virus. Després de la picada de paparra, la fase d'incubació és generalment d'1 a 3 dies, amb un màxim de 9 dies. Després del contacte amb sang o teixits infectats, el període d'incubació és normalment de 5 o 6 dies, amb un màxim documentat de 13 dies.

### Mecanisme de transmissió

En general, el virus de la FHCC circula entre diversos animals, els quals no presenten símptomes de la malaltia, i entre les paparres. Moltes espècies de mamífers poden transmetre el virus a les paparres quan estan en període virèmic. Les aus aparentment són refractàries a la infecció però poden actuar com a vectors mecànics en transportar paparres infectades. Les aus migratòries poden propagar el virus entre àrees geogràfiques distants.

El virus de la FHCC es transmet a les persones per la picada de paparres o per contacte amb la sang o teixits d'animals infectats durant o immediatament després de la matança. Encara que hi ha

diversos gèneres de paparra que es poden veure afectats pel virus de la FHCC, *Hyalomma* constitueix el vector principal.

Pot haver transmissió entre éssers humans en casos de contacte estret amb sang, secrecions, òrgans o altres líquids corporals de persones infectades i també és possible la transmissió post-mortem quan encara hi ha virus viables en els cadàvers.

El personal de laboratori i hospitalari presenta un risc elevat per inoculació accidental o contaminació de ferides de la pell o mucoses amb sang o fluids corporals de pacients simptomàtics.

S'ha proposat també que una possible via de transmissió seria per aerosols contenint partícules infeccioses, que poden ser deguts a procediments de laboratori, autòpsies, neteja de les habitacions, ventilació de llençols o robes contaminades, etc. o als generats a partir d'orina o femta de rosegadors o d'altres animals infectats.

### **Període transmissibilitat**

Les paparres, quan s'infecten, poden transmetre el virus FHCC al llarg de tota la seva vida. El període de virèmia en animals és curt, generalment al voltant d'una setmana. El risc de transmissió de persona a persona es produeix durant el període de virèmia, que coincideix amb el simptomàtic. Aquest risc augmenta a mesura que progressa la malaltia a causa de la major càrrega viral del pacient i l'aparició de símptomes que afavoreixen el contacte amb secrecions i fluids. No hi ha evidències de transmissió de la malaltia durant el període d'incubació, en absència de febre o altres símptomes. Tampoc s'ha documentat transmissió secundària a contactes ocasionals (en transports públics o als altres contactes ocasionals no propers), a partir de pacients febrils sense altres símptomes.

### **Manifestacions clíniques i de laboratori**

Els símptomes comencen de forma sobtada, en forma de febre, miàlgia, mareig, dolor i rigidesa de coll, lumbàlgia, cefalea, irritació dels ulls i fotofòbia. Hi pot haver nàusees, vòmits, diarrea, dolor abdominal i mal de coll al principi, seguits de canvis sobtats d'humor i confusió. Al cap de dos a quatre dies, l'agitació pot donar pas a somnolència, depressió i debilitat.

Altres signes clínics possibles són taquicàrdia (augment del ritme cardíac), adenopaties (inflamació dels ganglis limfàtics), i erupció petequial (erupció per hemorràgia cutània) en mucoses internes, per exemple a la boca i la gola, i en la pell. Les petèquies poden donar pas a erupcions més grans anomenades equimosis, així com a altres fenòmens hemorràgics.

Normalment hi ha signes d'hepatitis, i els pacients molt greus poden patir un ràpid deteriorament renal, o insuficiència hepàtica o pulmonar sobtada després del cinquè dia de malaltia.

La malaltia cursa amb alteracions de l'hematologia, havent-hi freqüentment trombocitopènia i leucopènia, augment de les transaminases, LDH i CK, alteracions en la coagulació, disminució del fibrinogen i augment dels productes de degradació de la fibrina.

La taxa de mortalitat associada a la FHCC oscil·la entre un 10 i un 40%.

### Tractament

El tractament de suport pot millorar-ne el pronòstic, sempre que s'administri precoçment. Hi ha un tractament específic amb un fàrmac antiviral, la ribavirina, que podria ser eficaç si s'instaura dins dels sis primers dies de la malaltia, encara que no hi ha assaigs clínics que demostrin la seva eficàcia, només s'ha demostrat en estudis observacionals.

Estan contraindicades les injeccions intramusculars, l'aspirina, els antiinflamatoris no esteroïdes i les teràpies anticoagulants. És important minimitzar l'ús de procediments invasius que poden provocar el sagnat excessiu del pacient.

## 3. Objectiu d'aquest procediment

Garantir la detecció i el diagnòstic precoç d'un possible cas de FHCC a fi d'adoptar de manera immediata les mesures de control adequades per evitar l'aparició de casos secundaris i de protegir la salut de les persones exposades.

## 4. Investigació i maneig de possibles casos de FHCC

Davant un pacient amb sospita de FHCC, s'ha de notificar de forma urgent al Servei de Vigilància Epidemiològica (SVE) corresponent o al Servei d'Urgències de Vigilància Epidemiològica (SUVEC) fora de l'horari laboral i s'han de prendre mesures de prevenció adequades.

### Definició de cas

Es considerarà cas en investigació qualsevol que compleixi criteris de cas probable, és a dir quan compleixi alhora el criteri epidemiològic i clínic descrit a continuació. A l'hora de considerar un cas en investigació el criteri epidemiològic ha de ser determinant.

### Criteri Epidemiològic

Almenys un dels següents antecedents de possibles exposicions prèvies a l'inici de símptomes:

- Picada o sospita de picada de paparra en els 9 dies previs a l'inici de la febre
- Contacte amb material contaminat durant les dues setmanes prèvies a l'inici de símptomes.
- Contacte amb un cas (probable o confirmat) o amb els seus fluids corporals / mostres biològiques en las dues setmanes prèvies a l' inici de símptomes.
- Exposició, en l'àmbit professional o en activitats de caça, a excretes, sang, teixits o fluids corporals d'animals infectats en les dues setmanes prèvies a l'inici de símptomes.

### Criteri clínic

- Febre sobtada o altres símptomes compatibles amb FHCC
- Almenys un dels següents:
  - manifestacions hemorràgiques profuses (rash purpúric o hemorràgic, petèquies, epistaxis, hemoptisis, hematèmesis, melenes o qualsevol altra evidència de sagnat, extern o intern), un cop descartada qualsevol causa predisposant a diàtesis hemorràgica.
  - Trombocitopènia ( $<150.000$  plaquetes/ $\text{mm}^3$ )
  - Prolongació del temps de protrombina

Davant d'un cas amb símptomes compatibles amb FHCC en què hi hagi l'antecedent de picada per paparra és fonamental el **diagnòstic diferencial** amb altres malalties transmeses per paparres presents al nostre entorn (veure annex 1).

### Diagnòstic de laboratori

La infecció pel virus de la FHCC es pot diagnosticar mitjançant diferents proves de laboratori:

- Aïllament i caracterització del virus en una mostra clínica.
- Detecció de seqüències d'àcid nucleic viral en mostra clínica.
- Detecció d'anticossos específics, IgM o seroconversió IgG.
- Detecció d'antígens virals.

En els pacients amb evolució desfavorable i, en general, durant els primers dies de la malaltia, habitualment no es produeix una resposta d'anticossos mesurable, de manera que en aquests casos el diagnòstic es realitza mitjançant la detecció del virus o del seu ARN en mostres de sang o teixits.

Les anàlisis de les mostres dels pacients comporten un risc biològic extrem i només s'han de dur a terme en condicions de màxima contenció biològica. No obstant, si les mostres són inactivades prèviament (per exemple mitjançant virucides, raigs gamma, formaldehid, calor, etcètera), es pot manipular en un entorn de bioseguretat bàsic. L'enviament de les mostres es realitzarà utilitzant les mesures de seguretat per a mercaderies de tipus A.

### Classificació dels casos

**Cas probable:** Pacient que compleix el criteri clínic i l'epidemiològic.

**Cas confirmat:** Cas confirmat per laboratori.

**Cas descartat:** Cas en investigació en el qual els resultats de laboratori realitzats segons la seqüència temporal adequada han donat negatiu per a virus de la FHCC.

## 5. Procediment de notificació de casos

Els professionals sanitaris que atenguin **casos sospitosos** han de notificar la sospita a les autoritats sanitàries. Es contactarà **de forma urgent** amb el Servei de Vigilància Epidemiològica corresponent dins l'horari laboral o amb el Servei d'Urgències de Vigilància Epidemiològica de Catalunya (SUVEC) si la sospita es notifica fora de l'horari laboral o en festiu. La sospita es comunicarà de forma urgent a la Subdirecció de Vigilància i Resposta a Emergències de Salut Pública (veure annex 2).

Des de la xarxa de vigilància epidemiològica es coordinarà el trasllat del pacient, contactant amb el Servei d'Emergències Mèdiques / 061 (902 33 50 33). El malalt serà traslladat a l'Hospital Clínic, hospital de referència a Catalunya per a febres hemorràgiques. Des de la xarxa de vigilància epidemiològica es contactarà amb l'hospital per avisar de l'entrada del malalt. A l'hospital es farà implementació immediata de les mesures de control d'infecció, incloent l'aïllament estricte del pacient i les mesures de protecció de les persones en contacte.

El cas serà notificat de manera urgent per la Subdirecció de Vigilància i Resposta a Emergències en Salut Pública al *Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias (CCAES) del Ministerio*

de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y al Centro Nacional de Epidemiología del Instituto de Salud Carlos III.

Les mostres s'analitzaran al Laboratori de Referència nacional del *Centro Nacional de Microbiología de Majadahonda*.

El material que hagi pogut estar en contacte amb fluids corporals després de l'inici de la simptomatologia es desinfectarà amb aigua i lleixiu i si és fungible es col·locarà en una bossa gruixuda que es portarà a l'hospital per a ser tractada com a residu perillós.

## 6. Mesures de prevenció i control

**1. Davant el vector:** educar a la població respecte a les mesures de protecció personal per evitar les picades de paparres:

- Utilitzar repel·lents preferentment sobre la roba.
- Evitar seure a terra a les zones amb vegetació.
- Utilització de roba de colors clars atès que faciliten la visualització de les paparres i és més fàcil evitar introduir-les en la vivenda.
- Autoexamen del cos després de la possible exposició a paparres per a la seva ràpida eliminació, ja que la transmissió d'infeccions en les primeres hores és més baixa.

Si malgrat totes les mesures anteriors es produeix la picada d'una paparra, s'haurà d'eliminar el més aviat possible seguint les següents recomanacions:

- Extracció adequada de tota paparra fixada, sempre mitjançant tracció amb una pinça de punta fina.
- Subjectar amb una pinça de boca estreta la paparra, agafant pel cap, tan a prop de la part bucal com sigui possible, ja que si es fixa i espreme el cos pot injectar els seus fluids a l'interior de la ferida.
- Exercir una tracció, de forma progressiva i contínua, mai bruscamment, en la mateixa direcció de la seva implantació, fins aconseguir la seva extracció.
- Si durant l'extracció una part de la paparra no es desprèn, s'actuarà com si d'un cos estrany es tractés amb la resta que pogués quedar, extirpant amb un bisturí o la punta d'una agulla.
- S'ha de prestar atenció o cobrir-se les mans quan s'eliminin les paparres.

**2. Prevenció i control de la infecció als centres sanitaris davant de casos confirmats o en investigació per sospita d'infecció pel virus de la febre Crimea-Congo**

Les precaucions adequades per al maneig dels pacients inclouen les precaucions estàndard, les precaucions de contacte i precaucions de transmissió per gotes.

S'ha de tenir en compte per a l'atenció d'aquests pacients el risc addicional per als treballadors especialment sensibles en funció de les seves característiques personals o estat biològic conegut, a causa de circumstàncies com ara patologies prèvies, medicació, trastorns immunitaris, embaràs o lactància.

**3. Mesures davant d'un cas confirmat o en investigació**

- a) **Comunicació** urgent a totes les persones / serveis que hagin d'estar implicades en el maneig del pacient o de les seves mostres.

b) **Trasllat** del pacient en una ambulància especialment preparada, amb la cabina del conductor físicament separada de l'àrea de transport del pacient. El personal que intervingui en el transport ha de ser informat i format prèviament i haurà d'utilitzar equip de protecció individual adequat. Mentre el pacient estigui en càpsula d'aïllament o vestit amb un EPI complet, l'ús del EPI per part del personal sanitari involucrat en el transport s'haurà de valorar en funció del risc d'exposició. Un cop finalitzat el transport es procedirà a la desinfecció del vehicle i de la gestió dels residus produïts.

c) **Implantació immediata de les mesures de control d'infecció**

✓ **Aïllament estricte del pacient**

- Utilització d' almenys mascareta quirúrgica des de la seva identificació i durant el transport i l'ingrés fins que estigui hospitalitzat en una unitat d'aïllament.
- Ingrés en habitació individual (amb bany propi) amb porta tancada i amb accés restringit a personal essencial per a l'atenció i cura del pacient i estar localitzada en una zona poc transitada.
- Registre amb hora d'entrada i sortida de les persones que entren a l'habitació, així com de les activitats realitzades en cada accés i dels incidents o accidents que concorrin en les mateixes.
- Els equips, instrumental, vaixela etc., utilitzats per al pacient, sempre que sigui possible s'han de llençar. Si no és possible, es netejaran i desinfectaran adequadament immediatament després del seu ús.
- Les superfícies, els objectes inanimats contaminats o equips contaminats han de ser adequadament desinfectats.
- Els residus dels casos es tractaran com a residus sanitaris del Grup III. S'ha d'utilitzar instrumental mèdic de bioseguretat d'ús exclusiu o si és reutilitzable aplicar les tècniques d'esterilització adequades.
- Evitar qualsevol procediment innecessari que pugui produir aerosols. La roba de vestir i de llit del malalt no ha de ser manipulada ni airejada per evitar l'emissió d'aerosols. La roba contaminada ha de ser col·locada en doble bossa amb tancament hermètic o en el contenidor de residus sanitaris del Grup III per ser incinerada.
- La femta i l'orina poden eliminar-se a la xarxa de clavegueram habitual. Es recomana la neteja dels vàters amb el desinfectant adequat.
- El personal de neteja de l'hospital i el personal encarregat de manipular roba i estris d'usar l'EPI adequat en manipular o netejar el material o superfícies potencialment contaminades.

✓ **Mesures de protecció de persones en contacte amb els casos**

- El nombre de persones i el temps de contacte amb el cas, serà el mínim possible. Tot el personal que entri en contacte amb el cas haurà de ser informat i format prèviament i utilitzar les mesures de protecció adequades a la seva activitat.
- Adherència estricta a les pràctiques estàndard de control d'infecció.
- Assegurar que totes les persones que van a estar en contacte amb el pacient, o amb els seus fluids o secrecions, utilitzin equip de protecció individual (**EPI**) de contacte i de transmissió per gotes: **mascareta quirúrgica, guants dobles, bata d'un sol ús impermeable de màniga llarga que cobreixi la roba fins els peus o equivalent, calçat impermeable o cobertura equivalent, gorra o capuç\*** i **màscara facial o ulleres per evitar esquitxades al nas, boca i ulls.**

- Quan es realitzin procediments que generin aerosols (per exemple, aspiració del tracte respiratori, intubació o broncoscòpia), quan el maneig o la situació clínica del pacient així ho requereixi (vòmit o hemorràgia activa, diarrea incontrolada ...) o el maneig dels seus fluids o secrecions així ho recomani, s'haurà de fer servir mascareta almenys amb respirador de nivell FFP2.
- Estricta higiene de mans abans i després del contacte amb el pacient i de la retirada de l'EPI.
- L'EPI s'ha de posar sobre roba de treball i no sobre roba de carrer. Qualsevol procediment que pugui comportar contacte amb sang o altres fluids, secrecions o excrecions del pacient, o producció d'aerosols, s'ha de fer sota estrictes condicions de protecció.
- La posada i retirada dels EPI de qualsevol treballador que hagi d'entrar en contacte amb el pacient o els seus fluids serà realitzada sempre sota supervisió i, si cal, amb ajuda.
- Es recomana tenir identificat el grup sanguini del personal que vagi a atendre un cas confirmat i si fos possible conèixer la situació immune enfront de VIH, Hepatitis B i C.
- Es reforçarà la formació, la informació, així com els procediments de resposta i seguiment.

*\*El capuç o caputxa protegeix i aïlla el coll totalment , mentre que el gorro ,no ho garanteix*

✓ **Control de la infecció durant la presa, transport i processament de mostres**

- Durant el procés d'obtenció de la mostra clínica del pacient s'han d'usar les precaucions descrites anteriorment per al control de la infecció.
- Les mostres extretes al pacient han de ser introduïdes en bosses de plàstic segellades, correctament etiquetades, en un contenidor a prova de fuites i enviades directament a la zona de manipulació de mostres de laboratori.
- Es recomana evitar el transport de mostres per àrees de l'hospital diferents a l'àrea d'aïllament del pacient. Mai enviar mostres a través de tubs pneumàtics.
- Les proves de laboratori han de limitar-se a les mínimes imprescindibles per a diagnòstic i seguiment del pacient.
- Els responsables de l'hospital han d'establir la localització més adequada per a la manipulació i el processament de les mostres de bioquímica, hematologia i microbiologia, així com dels equips a utilitzar, prioritzant en tot moment salvaguardar les mesures de seguretat.
- Sempre que sigui possible s'haurà de minimitzar el moviment de mostres. Es recomana l'ús de sistemes "proves a la capçalera del pacient" (POCT) per a la realització de les proves bioquímiques i hematològiques. Si es requereix realitzar hemocultius, s'utilitzaran flascons de plàstic, mai de vidre.
- S'ha d'informar el personal de laboratori de la naturalesa de les mostres abans de ser enviades. Les mostres han de romandre en custòdia del personal de laboratori designat fins a completar l'estudi.
- El transport de les mostres s'ha de realitzar utilitzant els embalatges explicitats en la normativa de transport de mercaderies perilloses (*veure **Procediment d'actuació davant casos sospitosos de febre hemorràgica pel virus d'Ebola (FHVE):*** [http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/home\\_canal\\_salut/professionals/temes\\_de\\_salut/ebola/documents/procediment\\_casos\\_ebola04\\_2014.pdf](http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/home_canal_salut/professionals/temes_de_salut/ebola/documents/procediment_casos_ebola04_2014.pdf) )
- El maneig d'aquestes mostres en els laboratoris de microbiologia, bioquímica o hematologia haurà de ser realitzat pel personal estrictament necessari i s'hauran d'utilitzar les precaucions de control de la infecció ja descrites.
- Les mostres clíniques s'han de processar en una cabina de seguretat biològica classe II utilitzant pràctiques amb nivell de bioseguretat tipus 3.



- Per assegurar un sistema segur de treball s'han de seguir els protocols de descontaminació, manteniment i eliminació de residus utilitzats habitualment per a un altre tipus de microorganismes (hepatitis B, C, VIH o altres virus transmesos per via sanguínia).
- La neteja de rutina i els procediments de desinfecció es poden utilitzar per als analitzadors automatitzats; aquests s'han de desinfectar després del seu ús segons les recomanacions del fabricant.

#### ✓ **Recomanacions a l'alta per als casos confirmats de FHCC**

Per tal de donar l'alta de la unitat d'aïllament es recomana que existeixi almenys un resultat negatiu per PCR en mostres de sang, tot i que les mesures d'aïllament podrien estar justificades fins a la negativització per PCR d'altres fluids corporals (o quan els seus cultius siguin negatius).

Es recomana que els homes que s'han recuperat de FHCC s'abstinguin de relacions sexuals sense protecció (ús correcte de preservatiu) fins que el seu semen hagi resultat negatiu per PCR per virus de la FHCC. En cas que no s'hagin realitzat les proves al semen, es recomana abstenir-se de relacions sexuals sense protecció durant almenys 6 mesos després de l'inici de símptomes.

Pel que fa a la lactància materna, davant la falta d'evidència i per precaució, es recomana evitar-la almenys durant un període de 15 dies després de la recuperació.

#### ✓ **Maneig post-mortem dels casos**

Si es sospita la malaltia en una persona que ha mort, no s'ha de realitzar autòpsia, donada l'elevada càrrega viral dels fluids corporals. Si per qualsevol motiu fos estrictament necessària, s'hauran d'extremar les mesures de precaució.

El contacte amb els cadàvers de persones mortes o en investigació s'ha de limitar a personal format i entrenat. No s'han de realitzar procediments de preparació del cos del difunt. El cadàver ha de ser tractat com de tipus 1.

## **7. Estudi i maneig de contactes**

Davant d'un cas que compleix criteris de cas en investigació s'iniciarà la identificació dels seus contactes tant sanitaris com familiars/convivents/laborals, que seria interrompuda si es descarta el cas. A efectes de seguiment i valoració epidemiològica, es consideraran els següents tipus de contactes:

### **Definició de contactes**

- **Contacte d'alt risc:**
  - Contacte directe amb la sang o fluids d'un pacient sense l'equip adient (o amb incidències en la seva utilització).
  - Ferida percutània (per exemple amb una agulla) o exposició de les mucoses a fluids corporals, teixits o mostres de laboratori d'un cas confirmat

- Atenció sanitària (infermeria, personal de laboratori, d'ambulància, metges i altre personal relacionat amb l'àmbit sanitari) a un pacient confirmat o manipulació de les seves mostres clíniques sense equip adient (o amb incidències en la seva utilització) o
  - Contacte amb el cadàver d'una persona morta per FHCC o amb la seva roba o els seus fòmits, sense l'equip adient (o amb incidències en la seva utilització).
- 
- **Contacte de baix risc:**
    - Personal que havent utilitzat l'equip adient i sense incidències en la seva utilització, ha tingut contacte directe amb el pacient, amb els seus fluids corporals o amb qualsevol altre material potencialment contaminat, en el transcurs de l'atenció sanitària.
    - Persona que ha compartit espais físics tancats als quals poden haver-hi fòmits amb restes biològiques d'un cas confirmat i que no compleix criteris d'alt risc (per exemple: seients a la sala d'espera, consulta o ambulància).

#### **Vigilància de contactes:**

- **Actuació en contactes d'alt risc d'un un cas confirmat:**
  - Vigilància activa supervisada durant les dues setmanes posteriors a la darrera exposició possible a la infecció
  - Registrar 2 cops al dia la temperatura i investigar la presència de qualsevol símptoma sospitós, contactant diàriament per detectar precoçment la presència de signes o símptomes de malaltia.
  - No es requereix restricció de moviments o treball.
  - Si es presenta un augment de T<sup>a</sup> per sobre de 38 ° C en aquest període de temps (2 setmanes) i / o qualsevol símptoma indicatiu, hauran de contactar de manera urgent amb la persona / institució responsable del seu seguiment.  
Aquests pacients seran considerats com a casos probables fins que es disposi dels resultats de laboratori.
  
- **Actuació en contactes de baix risc:**
  - No es requereix seguiment actiu perquè el risc d'infecció és mínim.
  - Vigilància passiva durant els 15 dies posteriors a l'última exposició al cas, indicant que es prenguin la temperatura diàriament i que davant la presència de febre o qualsevol símptoma de malaltia, contactin amb la persona / institució que se'ls indiqui com a responsable del seu seguiment

## Annex 1. Malalties transmiseses per paparres a considerar en el diagnòstic diferencial de la FHCC

Malaltia	Patògen	Vector	Període de major activitat vectorial	Incidència (casos/100,000 consultes hospitalàries-any)	Període d'incubació (dies)	Clínica	Diagnòstic
<b>Febre botonosa o exantemàtica mediterrània i similars</b>	<i>Rickettsia conorii</i> <i>Rickettsia monacensis</i> <i>Rickettsia sibirica mongolitimonae</i>	<i>Rhipicephalus spp.</i> (paparra de gos)  <i>Ixodes ricinus</i>	Maig - octubre	0,3-0,4	5 a 20	<b>1ª fase:</b> febre, malestar general, cefalea, artromiàlgies i injecció conjuntival. <b>2ª fase</b> (després 3-5 dies): exantema maculopapulós disseminat (palmells i plantes). Taca negra: lesió ulcerosa, amb escara necròtica i halo eritematós (fins 75% casos).	Serològic, PCR, cultiu
<b>Malaltia de Lyme</b>	<i>Borrelia burgdorferi sensu lato</i>	<i>Ixodes ricinus</i>	Maig - octubre	0,3	3 a 32	<b>1ª fase:</b> eritema migratori. <b>2ª fase:</b> noves lesions anulars. Meningitis i meningoradiculitis perifèrica, neuritis dels parells cranials. Bloqueig AV. Artritis recurrent. <b>3ª fase:</b> encefalopatia, acrodermatitis crònica atròfica, artritis crònica de genoll.	Serològic, PCR, cultiu
<b>Debonel/Tibola</b>	<i>Rickettsia rioja</i> <i>Rickettsia slovacica</i>  <i>Rickettsia raoultii</i>	<i>Dermacentor marginatus</i>	Octubre - maig	Incidència en augment	7	Escara necròtica en el cap, en el lloc de la picada, adenopatia/s cranial i laterocervicals posteriors molt doloroses. Febre de baix grau (25% casos).	Serològic, PCR, cultiu
<b>Anaplasmosis humana</b>	<i>Anaplasma phagocytophilum</i>	<i>Ixodes ricinus</i>	Maig - octubre	Poc freqüent (coïnfecció)	5 a 21	Síndrome pseudo-gripal, febre, calfreds, malestar general, cefalea i miàlgia. Ocasionalment conjuntivitis i adenopaties. Exantema (rar).	Serològic, PCR, cultiu
<b>Babesiosis</b>	<i>Babesia divergens</i> <i>Babesia microtii</i>	<i>Ixodes ricinus</i>	Maig - octubre	Molt poc freqüent (manifestacions clíniques en immunodeprimit)	7 a 14 (fins a 60)	Malestar, anorèxia, fatiga, febre, calfreds, diaforesis, nàusees, vòmits, cefalea, miàlgies, aprimament, artràlgies, dispnea, hiperestèsia, inestabilitat emocional i fins i tot depressió. Icterícia i hepatosplenomegàlia (similar a la malària).	Serològic, PCR
<b>Tularèmia</b>	<i>Francisella tularensis</i>	<i>Dermacentor marginatus</i>	Octubre - maig	Rara per picada (contacte animals)	1 a 21	Febre, adenopaties, malestar general. Forma clínica típica: úlceroganglionar.	Serològic, PCR, cultiu
<b>Febre hemorràgica Crimea-Congo</b>	<i>Virus de la febre hemorràgica de Crimea-Congo</i>	<i>Hyalomma marginatum</i> (o persona - persona)	Maig - octubre	Molt excepcional	1 a 3 (paparra) 5-6 (persona-persona)	<b>1ª fase:</b> febre, miàlgia, rigidesa de la nuca, lumbàlgia, cefalea, fotofòbia, vòmits, diarrea, dolor abdominal, mal de coll. <b>2ª fase</b> (després 2-4 dies): agitació, somnolència, depressió, debilitat, hepatomegàlia. Altres: taquicàrdia, adenopaties, erupció peteual, equimosis i sagnat de mucoses que pot evolucionar a fallada hepàtica i d'altres òrgans i sistemes.	Serològic, PCR, cultiu

## **Annex 2. Serveis de Vigilància Epidemiològica (UVE) i Servei d'Urgències de Vigilància Epidemiològica de Catalunya (SUVEC)**

### **Subdirecció de Vigilància i Resposta a Emergències de Salut Pública**

Edifici Salvany  
Roc Boronat 81-95  
08005 Barcelona  
Telèfon: 93 551 36 93/ 93 551 36 74  
Fax: 93 551 75 06

### **Servei d'Urgències de Vigilància Epidemiològica de Catalunya**

Telèfon: 627 480 828

### **Agència de Salut Pública de Barcelona**

Servei d'Epidemiologia  
Plaça Lesseps, núm. 1  
08023 Barcelona  
Telèfons: 93 238 45 45 (centraleta)  
Fax: 93 218 22 75

### **Servei de Vigilància Epidemiològica de la Regió Sanitària Barcelona – zona Barcelonès Nord i Maresme**

Serveis Territorials de Salut a Barcelona  
Regió Sanitària de Barcelona  
C. Roc Boronat, núm. 81-95, planta baixa  
08005 Barcelona  
Telèfon: 93 551 39 00 (centraleta)  
Fax: 93 551 75 18

### **Servei de Vigilància Epidemiològica de la Regió Sanitària Barcelona - zona sud**

Serveis Territorials de Salut a Barcelona – zona sud  
Hospital Universitari de Bellvitge  
Edifici antiga escola d'infermeria  
C. Feixa Llarga,s/n – 3a planta  
Telèfons: 93 260 75 00 (centraleta)  
Fax: 93 260 79 09

### **Servei de Vigilància Epidemiològica de la Regió Sanitària Barcelona – zona Vallés**

Serveis Territorials de Salut a Barcelona  
Regió Sanitària de Barcelona  
Ctra Vallvidrera, núm. 38  
08173 St Cugat del Vallés  
Telèfon: 93 624 64 32  
Fax: 93 624 73 90

### **Servei de Vigilància Epidemiològica de la Regió Sanitària Catalunya Central**

Serveis Territorials de Salut a Barcelona  
Regió Sanitària de Catalunya Central  
C. Muralla del Carme, núm. 7, 5a planta  
08241 Manresa  
Telèfons: 93 875 33 81 (centraleta)  
Fax: 93 872 67 43

### **Servei de Vigilància Epidemiològica de la Regió Sanitària Girona**

Serveis Territorials de Salut a Girona  
Regió Sanitària de Girona  
Plaça Pompeu Fabra, núm. 1  
17002 Girona  
Telèfons: 872 975 666 (centraleta)  
Fax: 872 975 743

### **Servei de Vigilància Epidemiològica de la Regió Sanitària Lleida i Alt Pirineu i Aran**

Serveis Territorials de Salut a Lleida  
Regió Sanitària de Lleida  
C. Alcalde Rovira Roure, núm. 2  
25006 Lleida  
Telèfons: 973 701 600 (centraleta)  
Fax: 973 246 562

### **Servei de Vigilància Epidemiològica de la Regió Sanitària Camp de Tarragona**

Serveis Territorials de Salut a Tarragona  
Regió Sanitària Camp de Tarragona  
Av. Maria Cristina, núm. 54  
43002 Tarragona  
Telèfons: 977 224 151 (centraleta)  
Fax: 977 249 641

### **Servei de Vigilància Epidemiològica de la Regió Sanitària Terres de l'Ebre**

Serveis Territorials de Salut a Terres de l'Ebre  
Regió Sanitària de Terres de l'Ebre  
La Salle, núm. 8  
43500 Tortosa  
Telèfons: 977 448 170 (centraleta)  
Fax: 977 449 625