

TEMPADA DE CARRACHAS: A FEBRE HEMORRÁXICA DE CRIMEA-CONGO EN GALICIA

A [febre hemorráxica Crimea-Congo \(FHCC\)](#) é unha enfermidade vírica transmitida principalmente pola picadura dunha carracha do xénero *Hyalomma* infectada por un virus pertencente ó xénero *Nairovirus* (familia *Bunyaviridae*). A transmisión tamén se pode producir polo contacto cos tecidos ou sangue do gando infectado, ou polo contacto con fluídos, secrecións ou fómites de pacientes sintomáticos, aínda que dunha maneira moito menos eficiente.

Coa chegada da primavera comeza a época de actividade das carrachas, que comeza a mediados de abril e adoita rematar a finais de outono. No [último informe publicado pola Rede Galega de Vixilancia de Vectores \(ReGaViVec\)](#), constatouse un aumento da presenza no noso medio das carrachas do xénero *Hyalomma marginatum*, dende que foran detectadas por primeira vez en Galicia na primeira metade da década pasada (Figura 1).

Cómpre polo tanto lembrar algunhas das medidas de prevención e vixilancia da FHCC no ámbito comunitario e Atención Primaria. En primeiro lugar, as [medidas para a prevención da picadura por carrachas](#), que consisten por

unha parte na utilización das [medidas físicas](#) e [químicas](#) axeitadas e pola outra na revisión da pel e da roupa ó chegar á casa dunha actividade ó aire libre, coma andainas, caza ou pesca.

Por outra parte, se un paciente consulta por unha picadura, debe retirarse a carracha do xeito axeitado e, se é posible, remitir o exemplar para a súa identificación [seguindo as instrucións publicadas na web da DXSP](#). Tamén se deberá advertir ó paciente de que consulte de novo se ten febre nos días posteriores á picadura tendo en conta que, de transmitirse unha enfermidade, as máis prevalentes en Galicia son a [enfermidade de Lyme](#) e a [febre botonosa](#).

Ora ben, se un paciente presenta febre ou outros síntomas compatibles con FHCC e ten antecedentes de picadura dunha carracha nos 9 días previos ó inicio dos síntomas, deberá realizarse seguimento durante 5 días para vixiar a aparición de manifestacións hemorráxicas. De aparecer, o doente deberá poñerse unha máscara cirúrxica e illarse do resto de convivintes. Tamén deberá avisarse urxentemente a 061, que trasladará ó paciente a un hospital, de ser preciso, e notificará ó SAEG para a valoración epidemiolóxica do caso.

CRIBADO DE CCR: É NECESARIO QUE SEXA CON COLONOSCOPIA? O ESTUDO COLONPREV

O cancro colorrectal (CCR) é unha das principais causas de mortalidade por cancro en todo o mundo. O cribado en poboación de risco medio (persoas de 50 a 69 anos sen antecedentes persoais nin familiares relevantes) demostrou reducir a mortalidade asociada. As dúas estratexias máis utilizadas son ou ben a colonoscopia, ou ben o test inmunoquímico de sangue oculto en feces (SOHi) que se utiliza no [cribado poboacional en Galicia](#), pero ata o de agora non se compararan dentro dun ensaio clínico aleatorizado cunha perspectiva poboacional e coa mortalidade por CCR como obxectivo principal.

O estudo COLONPREV, [publicado recentemente en The Lancet](#) e financiado parcialmente pola Dirección Xeral de Saude Pública en Galicia, no que participou o noso Servizo de Detección Precoz de Enfermidades, é un ensaio clínico aleatorizado e pragmático iniciado no ano 2009 e desenvolvido en 15 hospitais de 8 CCAA, coa participación de máis de 57.000 participantes, dos cales en Galicia, aleatorizáronse 6.490 persoas. O seu obxectivo principal foi comparar a efectividade do cribado baseado nunha colonoscopia única fronte a un programa bienal con test de SOHi, en termos de mortalidade por CCR a 10 anos.

Os principais resultados (Táboa 1) na análise por intención

de cribado foron:

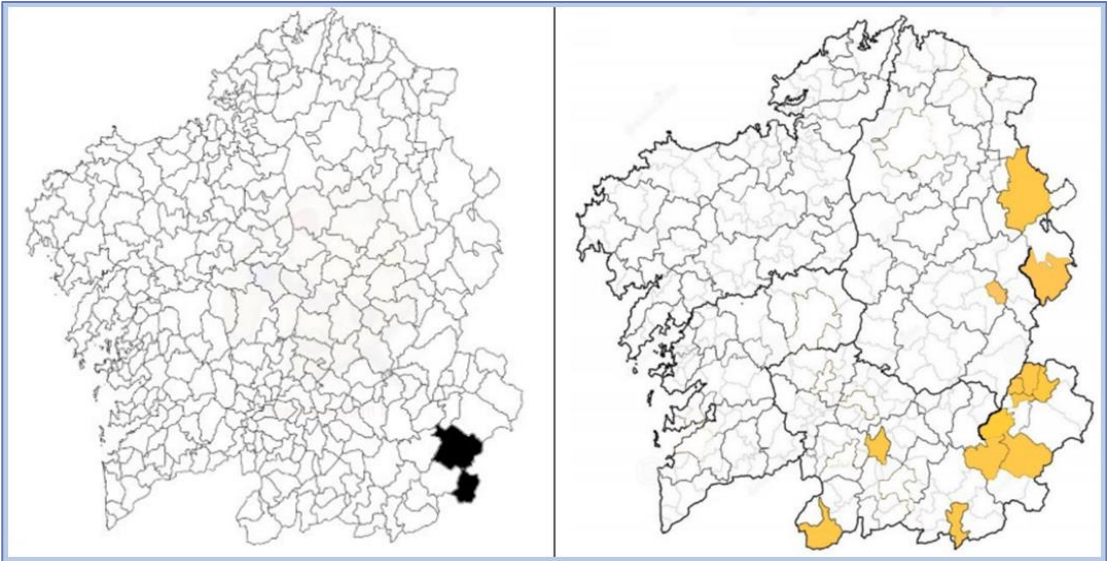
1. A participación foi significativamente maior no grupo SOHi (39,9%) que no de colonoscopia (31,8%);
2. A mortalidade por CCR a 10 anos foi moi baixa e similar en ambos grupos: 0,22% en colonoscopia fronte a 0,24% en SOHi;
3. A estratexia baseada en SOHi non foi inferior á baseada en colonoscopia para este obxectivo primario (p non inferioridade = 0,0005) (Figura 2);
4. Aínda que a colonoscopia detectou máis lesións premalignas, non se traduciu nunha menor mortalidade a 10 anos.
5. As complicacións graves foron infrecuentes e similares en ambos os grupos (0,3%).

A principal conclusión do estudo é que nos programas organizados de cribado poboacional de CCR, unha estratexia baseada en test de SOFi bienal é mellor aceptada pola cidadanía e acada resultados similares en termos de mortalidade por CCR que a colonoscopia, resultando menos invasiva e requirindo menos recursos. De cara á promoción do programa de cribado en Atención Primaria, estes resultados apoian o seu uso como primeira opción en programas de cribado organizados.

APÉNDICE

TEMPADA DE CARRACHAS: A FEBRE HEMORRÁXICA DE CRIMEA-CONGO EN GALICIA

Figura 1. Distribución xeográfica das carrachas do xénero *Hyalomma* en 2022 (esquerda) e 2023 (dereita).
Fonte: ReGaViVec.



CRIBADO DE CCR: É NECESARIO QUE SEXA CON COLONOSCOPIA? O ESTUDO COLONPREV

Táboa 1. Análise por intención de cribado do estudo COLONPREV

	Colonoscopia (%)	SOHi (%)	Diferenza absoluta	RR (IC 95%)
Participación	31,8	39,9	8,1	0,79 (0,77–0,82)
Incidencia de CCR a 10 anos	1,13	1,22	-0,09	0,92 (0,79–1,08)
Mortalidade por CCR a 10 anos	0,22	0,24	-0,02	0,92 (0,64–1,32)
Mortalidade por calquera causa	7,64	7,68	-0,04	0,99 (0,94–1,06)
Complicacións maiores	0,3	0,3	0,0	1,04 (0,76–1,41)

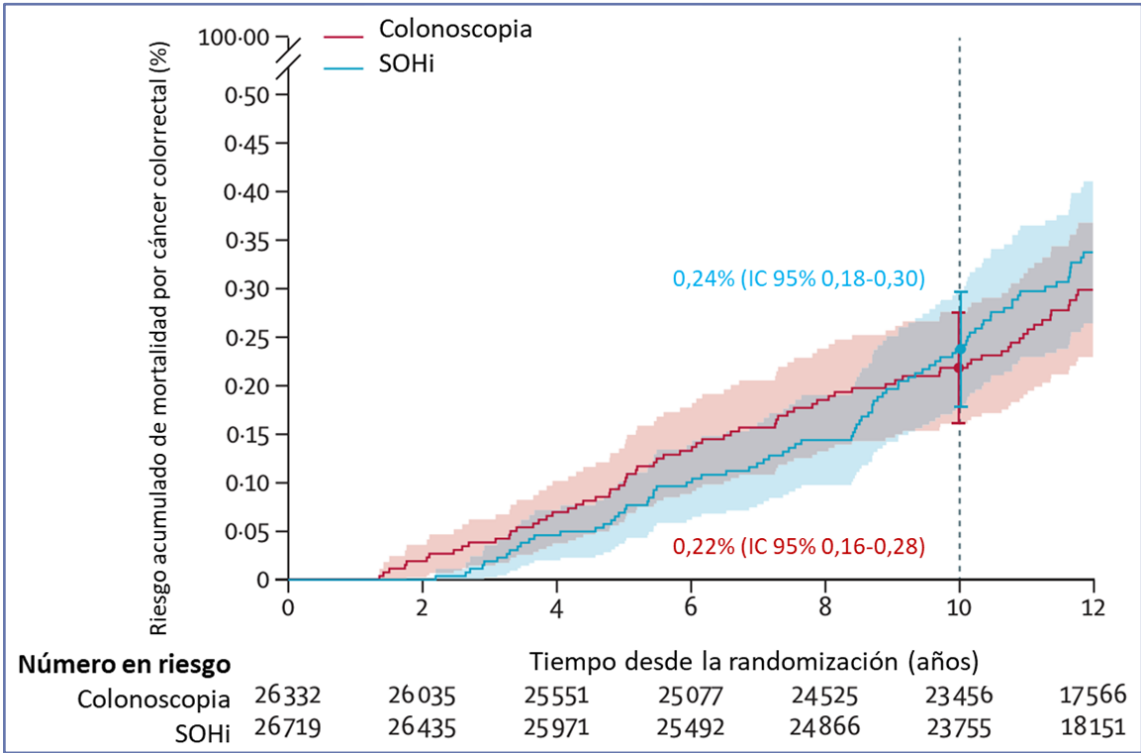


Figura 2. Análise por intención de cribado do efecto na mortalidade por CCR, adaptado de Castells et al. Lancet. 2025 Mar 27:S0140-6736(25)00145-X)