MINISTERIO
DE CIENCIA
E INNOVACIÓN

Red
Nacional de
Vigilancia
Epidemiológica

Informe epidemiológico sobre la situación de la fiebre exantemática mediterránea en España. Años 2019, 2020 y 2021

Resultados de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

Informe actualizado el 24 de enero de 2023 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 exantemática mediterránea en España. Años 2019, 2020 y 2021. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. CIBERESP

Introducción

La fiebre exantemática mediterránea (FEM) o fiebre botonosa es un rickettsiosis humana, causada por *Rickettsia conorii* subespecie *conorii*, característica de países mediterráneos. Es una zoonosis, cuyo vector y reservorio son garrapatas de la familia Ixodidae, principalmente *Rhipicephalus sanguineus*. El hospedador habitual es el perro, aunque pueden ser otros mamíferos. Es endémica en zonas de África, Asia, Oriente Medio y regiones mediterráneas del sur de Europa.

Es común que no se recuerde picadura, debido a que esta puede ser por larvas y ninfas que pasan desapercibidas. El período de incubación suele ser de 5-7 días, llegando hasta 20 días. No se conoce transmisión de persona a persona. La enfermedad cursa característicamente con fiebre, exantema que afecta a palmas y plantas y una lesión necrótica ulcerada en la zona de picadura, llamada mancha negra o *tache noire*, a partir de la cual se inicia una vasculitis con afectación ganglionar. Generalmente es leve, aunque en pacientes con factores de riesgo puede evolucionar de forma más grave.

La prevención incluye medidas para reducir la población de garrapatas, principalmente mediante su control en perros (insecticidas, collares, desparasitación, lugar de pernocta), evitar las picaduras y eliminación o extracción adecuada y precoz en caso de picadura.

Es una enfermedad de declaración obligatoria a través de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)[1] al Centro Nacional de Epidemiología. Hasta 2014 la vigilaban sólo las comunidades autónomas que consideraban que era de interés por ser endémica en su territorio. La última actualización del protocolo de vigilancia fue en 2013. La forma de notificación es semanal e individualizada[2].

Método

Los casos declarados siguen las definiciones de caso y los criterios para su clasificación recogidos en el Protocolo de la RENAVE de esta enfermedad. Las variables analizadas fueron: fecha de inicio de síntomas, fecha clave, fecha de diagnóstico, comunidad autónoma (CA) de residencia, CA de exposición, sexo, edad, importado, clasificación, hospitalización, defunción. El informe contiene la descripción epidemiológica de los casos autóctonos de la enfermedad para los años 2019, 2020 y 2021 y se compara con los resultados del trienio previo, de 2016 a 2018. Para la serie temporal se han incluido los casos notificados desde 2016. Se calcularon las tasas de incidencia (TI=número de casos/100.000 habitantes) anuales, de período, por CC AA y del total nacional, excluyendo la población de Baleares por no disponer de notificación individualizada. Para la presentación de los datos en las figuras y las tablas se agregó la población en los siguientes grupos de edad: menores de 1 año, 1 a 4, 5 a 9, 10 a 14, 15 a 24, de 25 a 34, 35 a 44, 45 a 54, 55 a 64 y 65 y más años. Se describen en otro apartado específico los casos importados. Se incluye un apartado de calidad de la información con la distribución porcentual de cumplimentación de las principales variables. El informe se ha realizado con los datos disponibles a fecha 24/01/2023.

Resultados de la vigilancia

Entre 2019 y 2021, 14 CC AA notificaron un total de 591 casos de FEM, de los que 489 (82,7%) fueron confirmados. Hubo 13 casos importados: 12 en 2019 y 1 caso en 2021.

[1] Real Decreto 2210/1995
[2] Orden SSI/445/2015, de 9 de marzo, por la que se modifican los anexos I, II y III del Real Decreto 2210/1995

Tabla 1. Casos de FEM según clasificación y año. España. 2019 a 2021

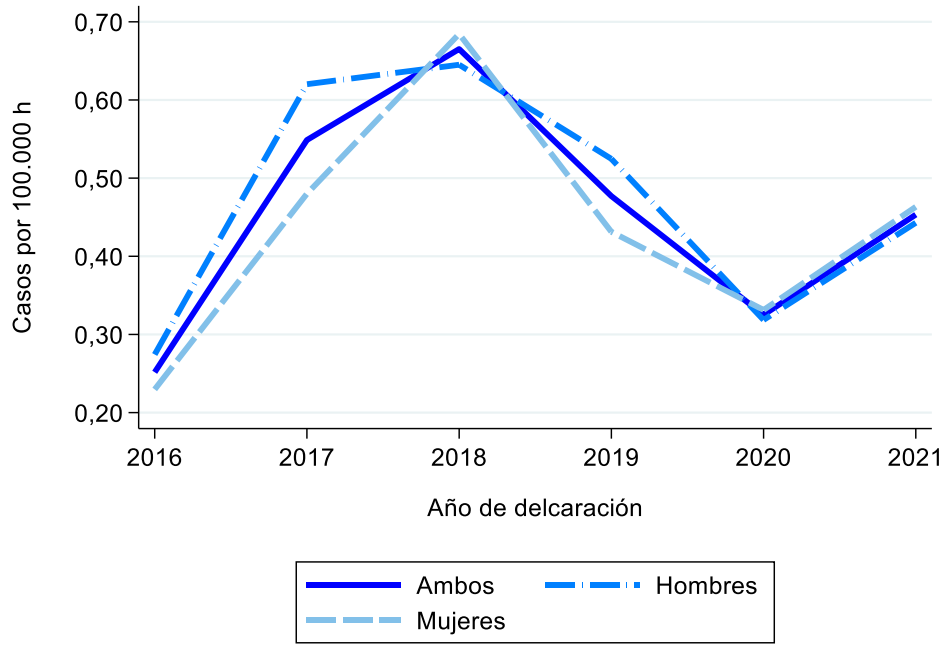
	Confirmados		Probables		Total
Año	n	%	n	%	
2019	200	86,6	31	13,4	231
2020	123	82,0	27	18,0	150
2021	166	79,0	44	21,0	210
Total	489	82,7	102	17,3	591

Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO).

Distribución temporal y espacial

La evolución del número de casos autóctonos en España ha sido ascendente hasta su máximo en 2018 (tasa de incidencia 0,67 casos/100.000 habitantes), con descenso posterior en 2019 y 2020 y ligero repunte en 2021 (figura 1). Asturias, Baleares, Canarias y Ceuta no han notificado ningún caso desde 2016.

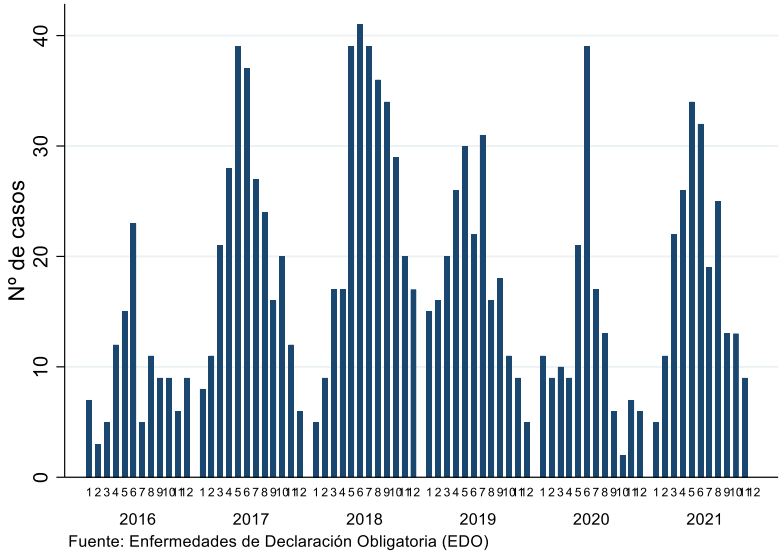
Figura 1. Tasas de incidencia de FEM según sexo y año de inicio de síntomas. España. 2016-2021



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

La distribución de casos por mes de inicio de síntomas presenta una evolución ascendente desde enero hasta primavera-verano, con máximos entre mayo y julio y descenso posterior, con mínimos en meses de otoño-invierno. Este patrón estacional se observa en toda la serie de 2016 a 2021 (figura 2).

Figura 2. Distribución de casos de FEM por mes. España. 2016-2021



Entre 2019 y 2021 el total de casos autóctonos notificados ha sido de 578. No han notificado ningún caso de FEM en el período Asturias, Baleares, Canarias, Cantabria y la ciudad autónoma de Ceuta. La TI del período fue de 0,42 casos/100.000 habitantes. Las tasas más elevadas del período correspondieron a Navarra (TI=2,34 y 46 casos), Castilla La Mancha (TI=1,00 y 61 casos) y La Rioja (TI=0,95 y 9 casos) (tabla 2 y figuras 3 y 4).

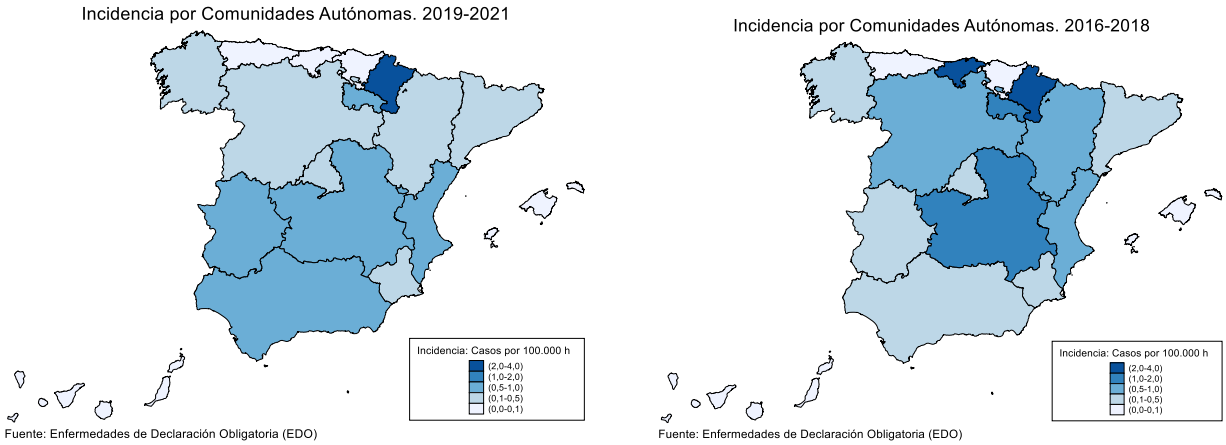
En el trienio previo (2016 a 2018) las TI más elevadas correspondieron a Cantabria, Navarra y Castilla La Mancha. La TI del período fue de 0,49 (tabla 2; figuras 3 y 4).

Tabla 2. Número de casos y tasa de incidencia de FEM por CC AA y año. España, 2019-2021 y período 2016-2018

	2019		2020		2021		TOTAL 2019-2021		TOTAL 2016-2018	
CC AA	Nº casos	TI	Nº casos	TI	Nº casos	TI	Nº casos	TI	Nº casos	TI
Andalucía	44	0,52	39	0,46	45	0,53	128	0,50	98	0,39
Aragón	6	0,45	2	0,15	11	0,84	19	0,48	22	0,56
Asturias	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Baleares*										
Canarias	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Cantabria	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	68	3,90
Castilla y León	9	0,37	12	0,50	14	0,59	35	0,49	54	0,74
Castilla-La Mancha	43	2,11	8	0,39	10	0,49	61	1,00	101	1,65
Cataluña	31	0,41	17	0,22	9	0,12	57	0,25	53	0,24
C. Valenciana	40	0,80	30	0,60	75	1,48	145	0,96	128	0,86
Extremadura	13	1,22	5	0,47	2	0,19	20	0,63	14	0,43
Galicia	3	0,11	6	0,22	4	0,15	13	0,16	13	0,16
Madrid	10	0,15	16	0,24	5	0,07	31	0,15	46	0,24
Murcia	2	0,13	2	0,13	6	0,40	10	0,22	8	0,18
Navarra	16	2,45	11	1,67	19	2,89	46	2,34	47	2,44
País Vasco	1	0,05	0	0,00	2	0,09	3	0,05	1	0,02
La Rioja	0	0,00	2	0,63	7	2,22	9	0,95	13	1,39
Ceuta	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Melilla	1	1,18	0	0,00	0	0,00	1	0,40	0	0,00
Total España	**219**	**0,48**	**150**	**0,33**	**209**	**0,45**	**578**	**0,42**	**666**	**0,49**

Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE). TI: tasa de incidencia. *Baleares: realiza vigilancia agregada, por lo que no se dispone de datos de notificación individualizada.

Figuras 3 y 4. Tasa de incidencia de FEM por CC AA. España. Períodos 2019-2021 y 2016-2018



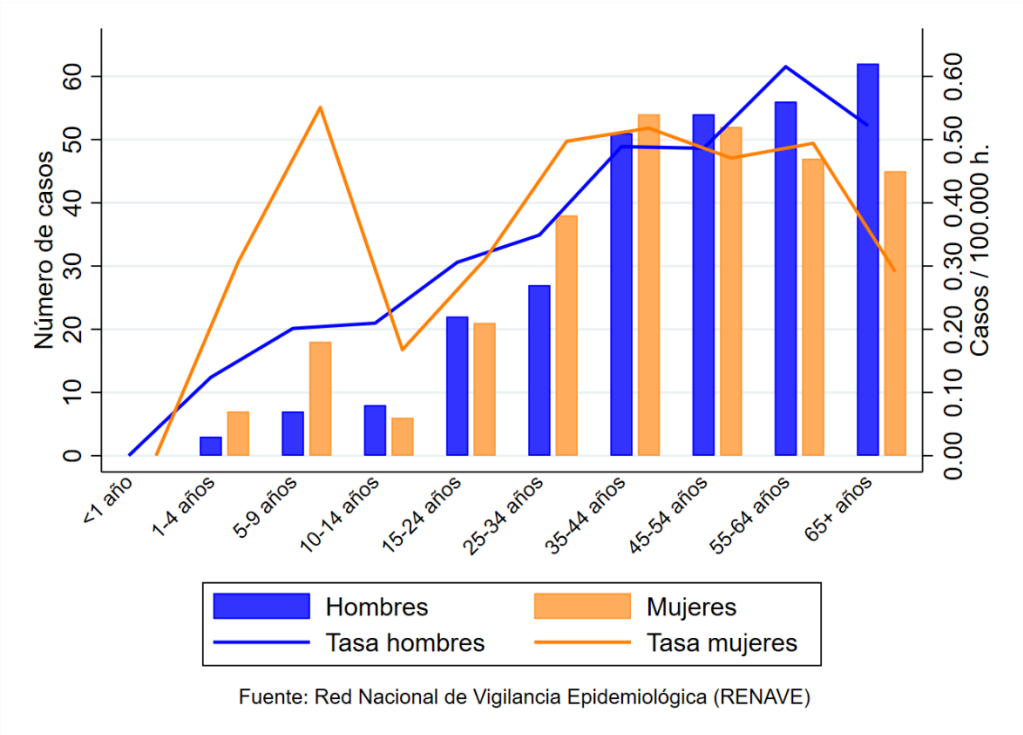
Características de los casos

Entre los casos de 2019 a 2021 hubo 290 hombres (50,2%; TI=0,43) y 288 mujeres (TI=0,41). La edad mediana de los casos fue de 47 años, p25-75 32 a 60 años, rango 1 a 89 años. Las tasas más elevadas se dieron en los hombres de 55-64 y en los de 75 y más años; en mujeres el grupo de más riesgo fueron las de 5-9 años (figura 7).

En el trienio previo la proporción de hombres fue del 51,5%, sin diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la distribución por sexo ni por grupo de edad respecto al período 2019-2021.

En relación al lugar de nacimiento, fue España en el 88,2%.

Figura 5. Tasa de incidencia de FEM por grupos de edad y sexo. España. 2019-2021



Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)

Clínica y evolución

Entre 2019 y 2021 hospitalizaron 136 casos (31,3%). Hubo mayor frecuencia de hospitalizaciones a partir de los 45 años, sobre todo en los de 65-74 años (47,8% hospitalización) y en los hombres (36,8% vs 25,7% en mujeres; p=0,01). No hubo defunciones declaradas ninguno de los años.

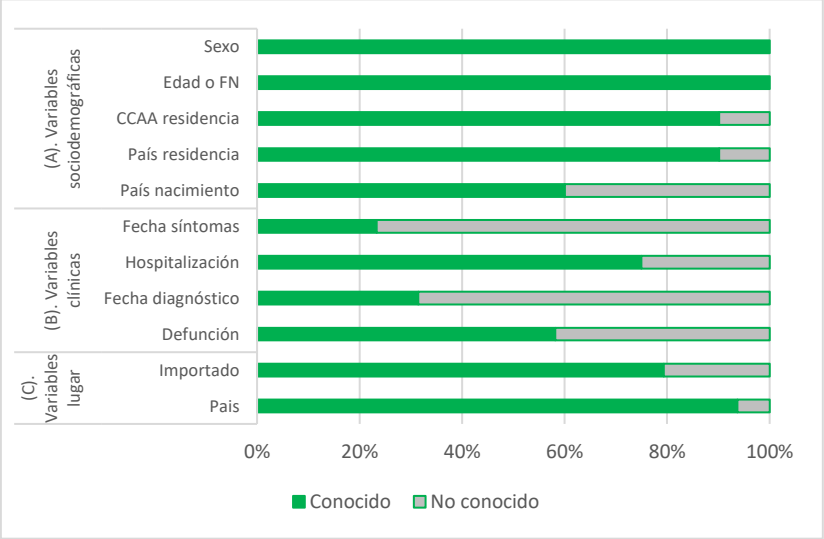
Casos importados

Se han registrado 13 casos importados en 2019 (12) y 2021 (1), notificados por 5 CCAA: Cataluña (4), Andalucía (3), la C. Valenciana (3), Murcia (1) y Castilla La Mancha (1). De los casos, 7 eran hombres y 6 mujeres. La edad mediana fue de 36 años, rango 11 a 66 años. La región de contagio fue América en 4 casos y África en otros 4.

Calidad

Las variables con porcentaje de valores perdidos superior al 50% fueron: fecha de inicio de síntomas y fecha de diagnóstico. Entre 20% y 50% de los casos: país de nacimiento, defunción, hospitalización. Entre 10% y 20% de los casos: importado.

Figura 6. Frecuencia (%) de cumplimentación de variables de casos de FEM. España, 2019-2021



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO).

Discusión

La evolución de la fiebre exantemática en España ha sido variable desde 2016, con aumento de frecuencia hasta 2018, disminución desde 2019 y ligera recuperación en 2021. Es probable que esta evolución responda, además de a cambios derivados de la pandemia, que han podido modificar la exposición a la enfermedad, a factores ambientales que influyen en la presencia y distribución de las garrapatas, vector y reservorio de la enfermedad. No se dispone de datos de la Unión Europea para comparar la evolución, por no ser de declaración obligatoria en ese nivel.

La enfermedad se distribuye por todo el territorio, con regiones de mayor riesgo tanto en el norte (Navarra) como en la meseta (Castilla La Mancha) y en levante (C. Valenciana). Estas diferencias se pueden deber a variaciones que afectan al vector o los reservorios, a la exposición en el medio rural y el desarrollo de actividades de riesgo en algunas regiones, como la caza, sin descartar que pueda haber un sesgo de

notificación que influya en esta distribución. El análisis desde un enfoque “Una Salud” ayudaría al mejor conocimiento y control de esta enfermedad.

No se aprecian cambios significativos en la distribución por grupos de edad ni sexo con respecto al trienio previo ni tampoco en la estacionalidad de los casos. La enfermedad es en general leve y no se ha notificado ninguna defunción, aunque la proporción de valores faltantes en las variables de hospitalización y defunción es elevada.

Las medidas preventivas van dirigidas a evitar y controlar la parasitación por garrapatas en perros u otros huéspedes, evitar la exposición a garrapatas y la eliminación precoz y adecuada en caso de picaduras, tanto en animales como en humanos.

Existe margen de mejora en la cumplimentación de algunas variables, en especial las fechas de inicio de síntomas y de diagnóstico y las variables de gravedad.