



MINISTERIO  
DE CIENCIA  
E INNOVACIÓN



# **Informe epidemiológico sobre la situación de la fiebre exantemática mediterránea en España. Año 2022**

***Resultados de la Red Nacional de Vigilancia  
Epidemiológica***

Informe actualizado el 25 de octubre 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. Año 2022. 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)<sup>1</sup> 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<sup>2</sup>.

## 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 el año 2022. 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 25/10/2023.

## Resultados de la vigilancia

En 2022, 14 CC AA notificaron un total de 205 casos de FEM, de los que 175 (85,4%) fueron confirmados y 30 probables. Hubo 200 casos autóctonos y 5 casos importados, que se describen en un apartado específico.

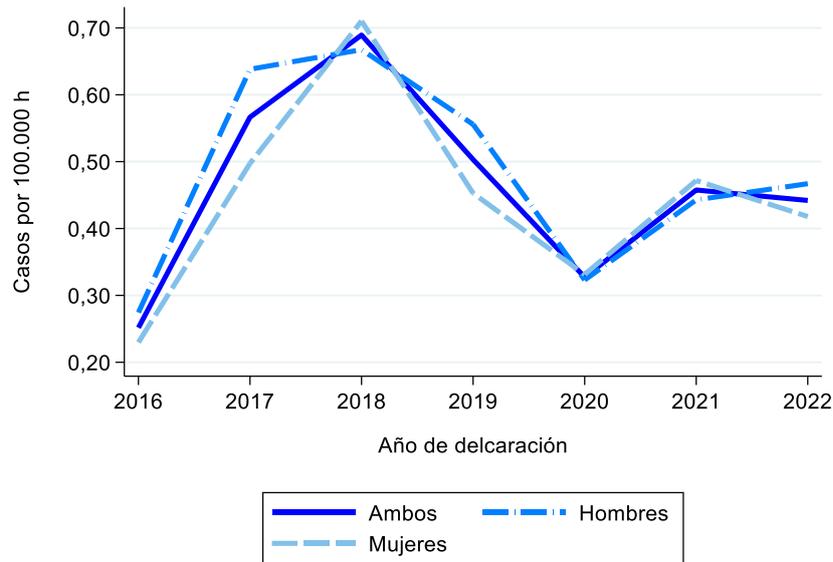
<sup>1</sup> Real Decreto 2210/1995

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

### 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.

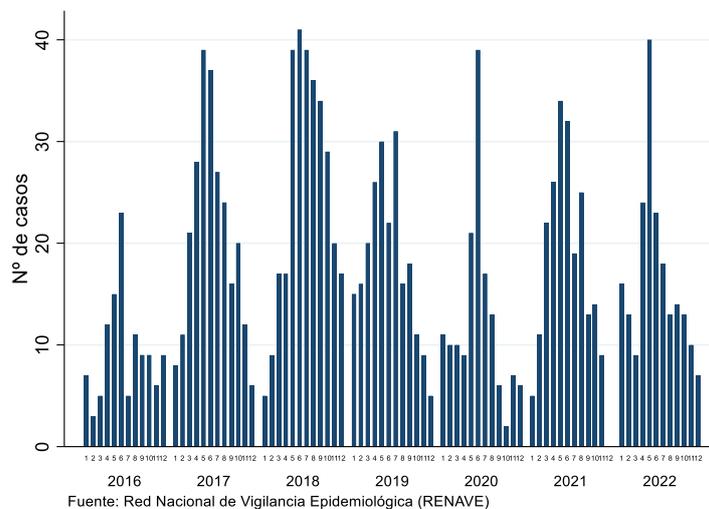
**Figura 1. Tasas de incidencia de FEM según sexo y año de inicio de síntomas. España. 2016-2022**



Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)

Los casos se han distribuido durante todo el año, según mes de inicio de síntomas, con máximo en mayo y descenso posterior, con mínimos en meses de otoño-invierno. Este patrón estacional, con máximo en primavera-verano y mínimo en otoño-invierno se observa en toda la serie de 2016 a 2022 (figura 2).

**Figura 2. Distribución de casos de FEM por mes. España. 2016-2022**



Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)

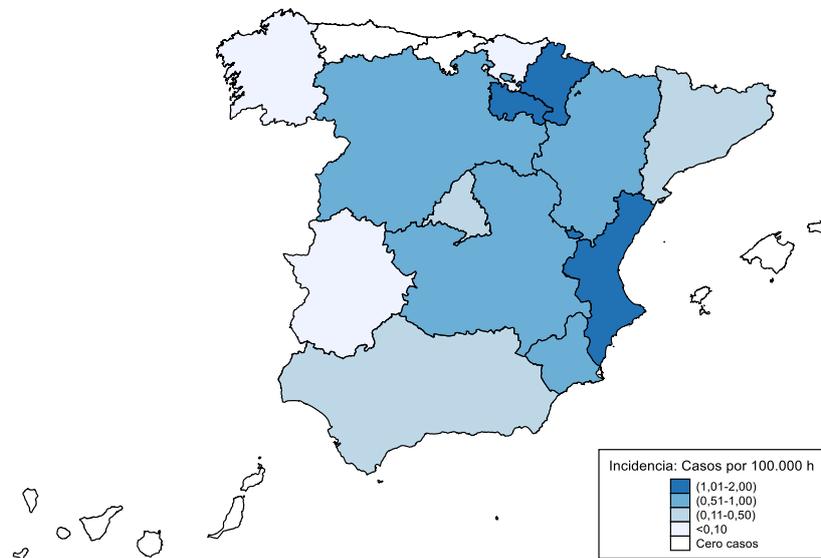
La TI de 2022 fue de 0,43 casos/100.000 habitantes. Las más elevadas correspondieron a La Rioja (TI=1,89 y 6 casos), Navarra (TI=1,66 y 11 casos), y C. Valenciana (TI=1,14 y 58 casos) (tabla 1; figura 3).

**Tabla 1. Número de casos y tasa de incidencia de FEM por CC AA. España, 2022**

CC AA	Nº casos	TI
Andalucía	33	0,39
Aragón	7	0,53
Asturias	0	0,00
Baleares*		
Canarias	0	0,00
Cantabria	0	0,00
Castilla y León	17	0,72
Castilla-La Mancha	11	0,53
Cataluña	12	0,16
C. Valenciana	58	1,14
Extremadura	1	0,10
Galicia	2	0,07
Madrid	27	0,40
Murcia	14	0,91
Navarra	11	1,66
País Vasco	1	0,05
La Rioja	6	1,89
Ceuta	0	0,00
Melilla	0	0,00
<b>Total España</b>	<b>200</b>	<b>0,43</b>

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

**Figura 3. Tasa de incidencia de FEM por CC AA. España, 2022**



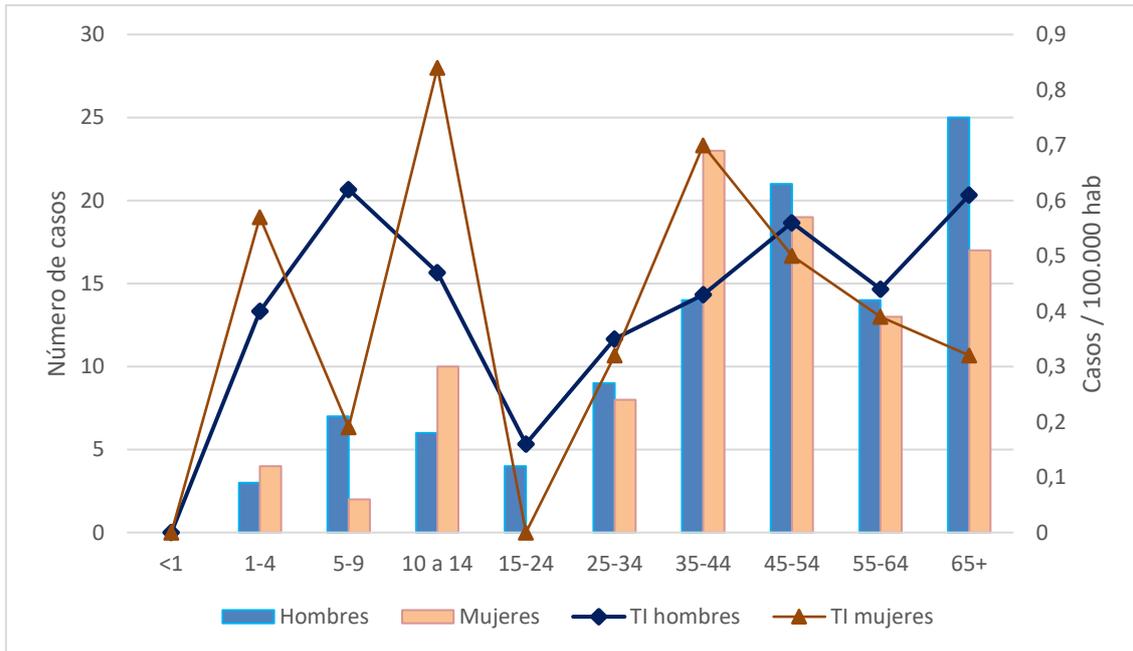
Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)

### Características de los casos

Entre los casos de 2022 hubo 103 hombres (51,5%; TI=0,45) y 97 mujeres (TI=0,40). La edad mediana de los casos fue de 48 años, p25-75 32 a 61 años, rango 1 a 87 años. Las tasas más elevadas se dieron en las mujeres de 10-14 años y de 35-44; en hombres los grupos de más riesgo fueron los de 5 a 9 y de 65 y más años (figura 4).

En relación al lugar de nacimiento, fue España en el 92,3%.

Figura 4. Tasa de incidencia de FEM por grupos de edad y sexo. España. 2022



Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE).

### *Clinica y evolución*

De los casos de 2022 hospitalizaron 38 (26,2%). Hubo mayor frecuencia de hospitalizaciones a partir de los 65 años (44,4% hospitalización) y en los hombres (31,6% vs 20,3% en mujeres). Se notificó una defunción entre los casos.

Se dispuso de información de fechas para calcular el tiempo hasta el diagnóstico o demora en 132 casos (62,0%). La mediana fue de 12 días, p25-75: 0 a 28 días.

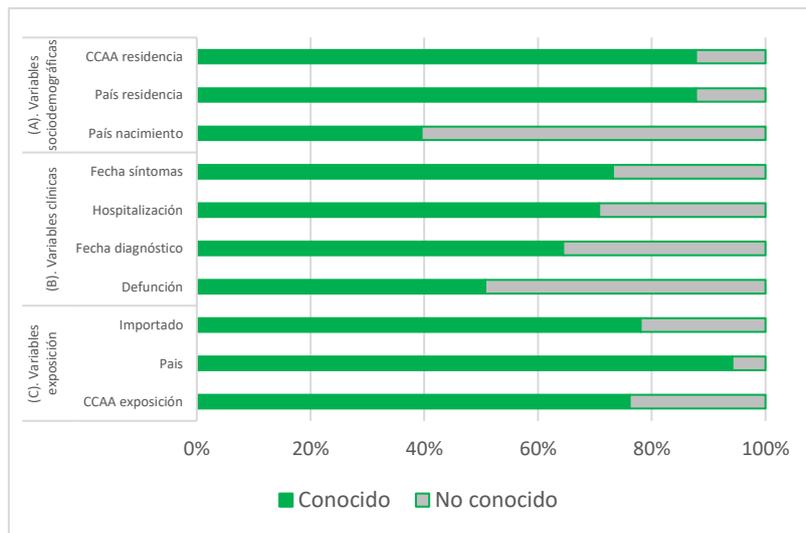
### *Casos importados*

Se han registrado 5 casos importados en 2022, notificados por 5 CCAA: Cataluña, Andalucía, Canarias, C. Valenciana y Murcia. De los casos, 3 eran hombres y 2 mujeres con rango de edad de 2 a 58 años. Los lugares de contagio fueron Grecia, Marruecos, Sudáfrica, Nicaragua y desconocido en 1 caso.

### *Calidad*

El porcentaje de valores perdidos fue superior al 50% en la variable "país de nacimiento"; entre 20% y 50% de los casos: defunción, fecha de diagnóstico, hospitalización, CCAA de exposición, importado; entre 10% y 20% de los casos: país (figura 5).

Figura 5. Frecuencia (%) de cumplimentación de variables de casos de FEM. España, 2022



Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE).

## 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 (La Rioja y Navarra) como en el interior (Castilla y León, 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.

La distribución por sexo y por grupos de edad se mantiene con respecto a temporadas previas, al igual que la estacionalidad de los casos. La enfermedad es en general leve y sólo se ha notificado una 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.