MINISTERIO
DE CIENCIA, INNOVACIÓN
Y UNIVERSIDADES

Red
Nacional de
Vigilancia
Epidemiológica

Informe epidemiológico sobre la situación de la fiebre exantemática mediterránea en España. Año 2025

Resultados de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

Informe actualizado el 22 de octubre de 2026 con los datos disponibles hasta la fecha.

Depuración, validación y análisis de los datos:

Beatriz Fernández Martínez y Lorena Simón Méndez. 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: Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. CIBERESP. Informe epidemiológico sobre la situación de la fiebre exantemática mediterránea en España. Año 2025. Madrid, octubre de 2026.

CC BY-NC-SA 4.0

Introducción

La fiebre exantemática mediterránea (FEM) o fiebre botonosa es una 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 la tríada de 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. Su clínica es difícilmente distinguible de otras fiebres exantemáticas, las denominadas "FEM like".

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] −actualmente la Red Estatal de Vigilancia en Salud Pública[2]−, 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 forma de notificación es semanal e individualizada[3]. El objetivo del informe es conocer la situación epidemiológica de FEM en España en 2025 y su evolución temporal desde 2016.

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 2025. Para la serie temporal se han incluido los casos notificados desde 2016. Se han considerado como casos no importados los que tenían valor desconocido en dicha variable. Se calcularon las tasas de notificación (TN=número de casos/100.000 habitantes) anuales, de período, por CCAA y del total nacional. A partir de 2024 Baleares se ha incorporado a la notificación individualizada de FEM, por lo que se incluye esta comunidad en los análisis desde ese año. Además, se han añadido retrospectivamente los casos totales agregados por año de Baleares entre 2016 y 2023, aunque sin información 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 presenta también la distribución de los casos y de las TN por grupo de edad y sexo de los casos y la distribución geográfica por CCAA. 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 22/10/2026.

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

[2] Real Decreto 568/2024, de 18 de junio, por el que se crea la Red Estatal de Vigilancia en Salud Pública.

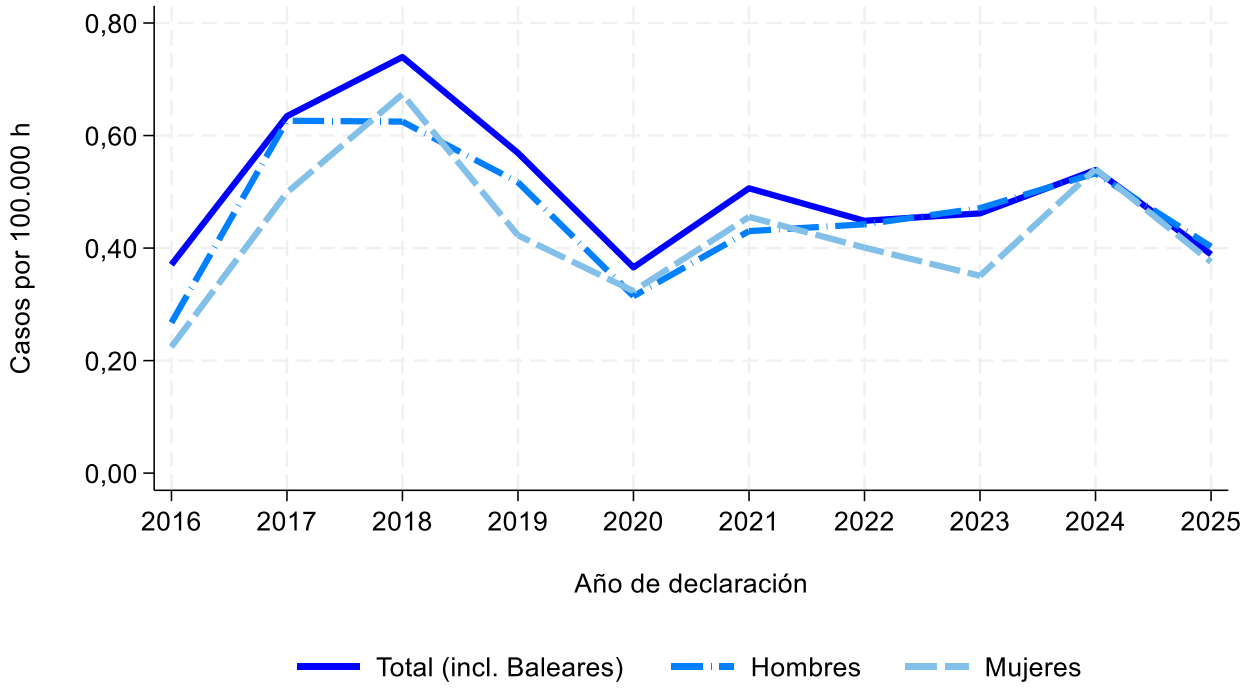
Resultados de la vigilancia

En 2025, 15 CCAA notificaron un total de 201 casos de FEM, de los que 174 (86,6%) fueron confirmados y 27 probables (13,4%). Hubo 191 (95,0%) casos autóctonos y 10 casos importados, que se describen en un apartado específico.

Distribución temporal y espacial (casos autóctonos)

La evolución de la TN de casos autóctonos en España ha sido ascendente desde 2016 hasta alcanzar su máximo en 2018 (TN=0,74 casos/100.000 habitantes), seguido de una notable reducción hasta 2020 (TN=0,37), una recuperación moderada, con estabilidad entre 2021 y 2024, y un nuevo descenso en 2025 (TN=0,39) (Figura 1).

Figura 1. Tasa de notificación de casos de FEM según año de inicio de síntomas, por sexo y total. España. 2016-2025*



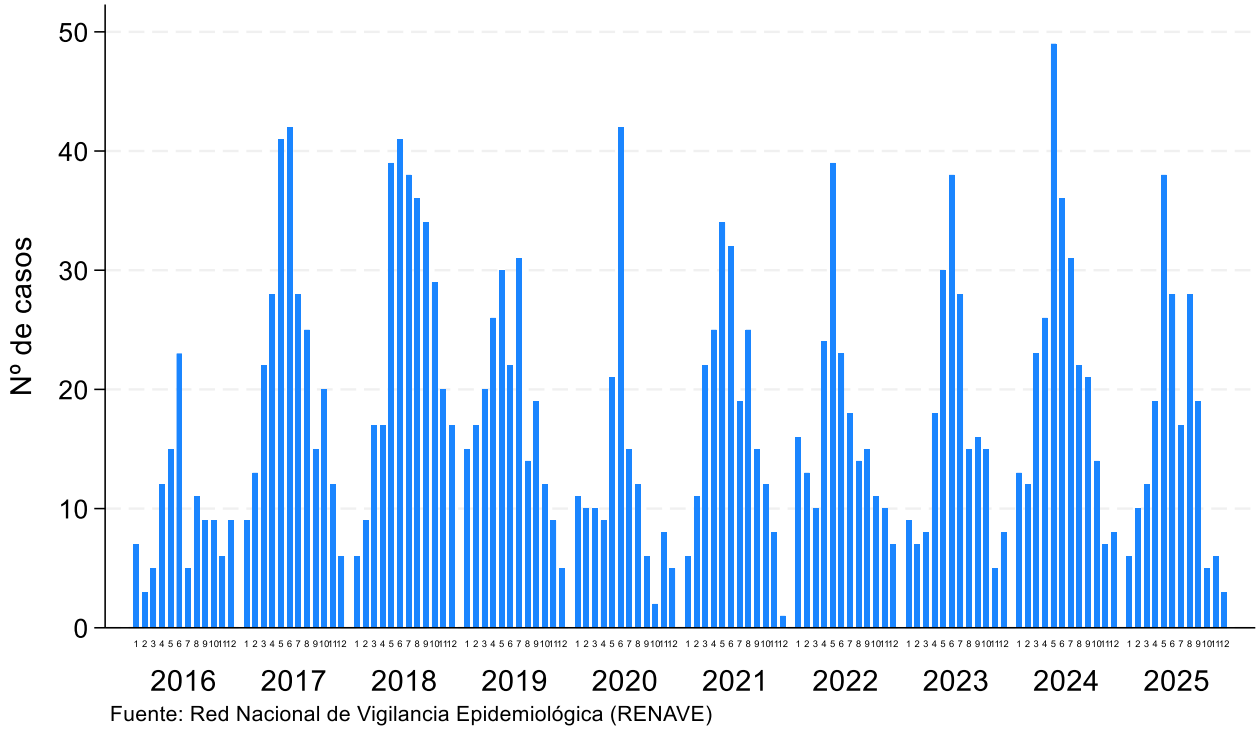
Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)

*La línea "Total" incluye todas las Comunidades Autónomas (incluida Baleares) para todos los años. Las líneas "Hombres" y "Mujeres" no incluyen Baleares en los años 2016-2023 por no disponer de notificación individualizada hasta 2024.

Los casos se han distribuido durante todo el año, según mes de inicio de síntomas, con un máximo en mayo de 2024 (n=49) y descenso posterior, con mínimos en meses de otoño-invierno. Este patrón, con máximos en primavera-verano y mínimos en otoño-invierno se observa en toda la serie de 2016 a 2025 (Figura 2).

Asturias y Ceuta no han notificado ningún caso desde 2016.

Figura 2. Distribución de casos de FEM por mes. España. 2016-2025*



*Entre 2016 y 2023 no se incluyen los casos de Baleares por no disponer de notificación individualizada hasta 2024

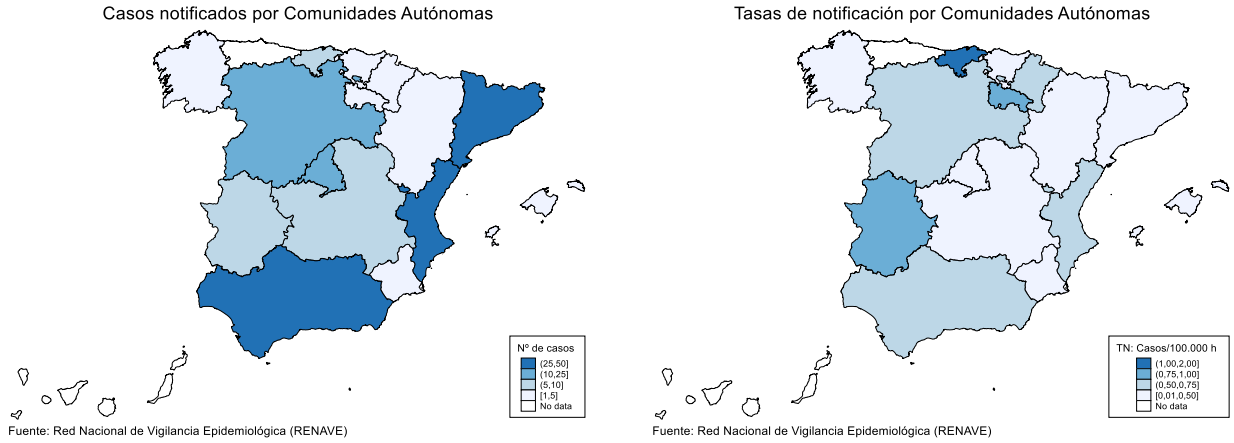
La TN de 2025 fue de 0,39 casos/100.000 habitantes, inferior a la de los dos años previos. Las TN más elevadas correspondieron a Cantabria (TN=1,18 y 7 casos), La Rioja (TN=0,92 y 3 casos) y Extremadura (TN=0,85 y 9 casos) (Tabla 1; Figura 3).

Tabla 1. Número de casos y tasa de notificación de FEM por CCAA. España, 2025 y comparativa con los años 2023 y 2024

CCAA	2023		2024		2025	
	Nº casos	TN	Nº casos	TN	Nº casos	TN
Andalucía	42	0,49	60	0,70	44	0,51
Aragón	4	0,30	1	0,07	2	0,15
Asturias	-	-	-	-	-	-
Baleares	25*	2,07	13	1,06	1	0,08
Canarias	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Cantabria	1	0,17	0	0,00	7	1,18
Castilla y León	9	0,38	18	0,75	18	0,75
Castilla-La Mancha	9	0,43	12	0,57	7	0,33
Cataluña	16	0,20	28	0,35	30	0,37
C. Valenciana	67	1,28	60	1,13	39	0,72
Extremadura	12	1,14	8	0,76	9	0,85
Galicia	2	0,07	6	0,22	4	0,15
Madrid	10	0,15	33	0,47	19	0,27
Murcia	6	0,39	4	0,26	2	0,13
Navarra	15	2,23	10	1,47	5	0,73
País Vasco	1	0,05	1	0,04	1	0,04
La Rioja	3	0,93	8	2,47	3	0,92
Ceuta	-	-	-	-	-	-
Melilla	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Total España	**222**	**0,46**	**262**	**0,54**	**191**	**0,39**

Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE). TN: tasa de notificación. *Datos agregados proporcionados por Baleares.

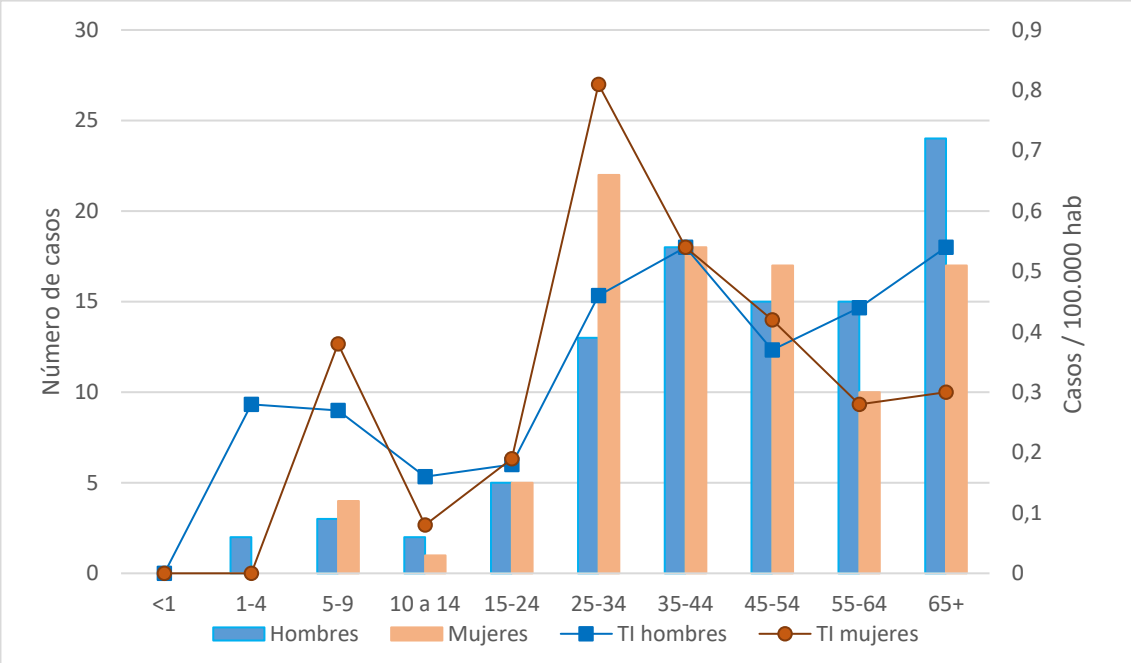
Figura 3. Casos notificados y tasa de notificación de FEM por CCAA. España, 2025



Características (casos autóctonos)

Entre los casos de 2025 hubo 94 mujeres (49,2%; TN=0,38) y 97 hombres (50,8%; TN=0,40). La edad mediana de los casos fue de 45 años, p25-75 de 32 a 61 años, rango 3 a 92 años. Las tasas de notificación más elevadas se dieron en las mujeres en el grupo de 25 a 34 años (TN=0,81) y en los hombres, los grupos de más riesgo fueron de más de 65 años y de 35 a 44 años (TN=0,54) en ambos (Figura 4). Con relación al lugar de nacimiento, fue España en 90 casos (78,3%).

Figura 4. Casos y tasas de notificación de FEM por grupos de edad y sexo. España. 2025



Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE). TN: tasa de notificación.

Clínica y evolución (casos autóctonos)

Del total de casos con información en cada variable de 2025, requirieron hospitalización 31 (22,1%). Hubo mayor frecuencia de hospitalizaciones en los grupos de 15-40 años (n=4; 44,4%) y 65 y más años (n=10; 30,3%) y en los hombres (28,8% vs 14,9% en mujeres). Se notificó una defunción entre los casos, un hombre de 74 años.

Se dispuso de información de fechas para calcular el tiempo hasta el diagnóstico o demora en 108 casos (56,5%). La mediana fue de 18 días, p25-75: 9,5 a 32,5 días.

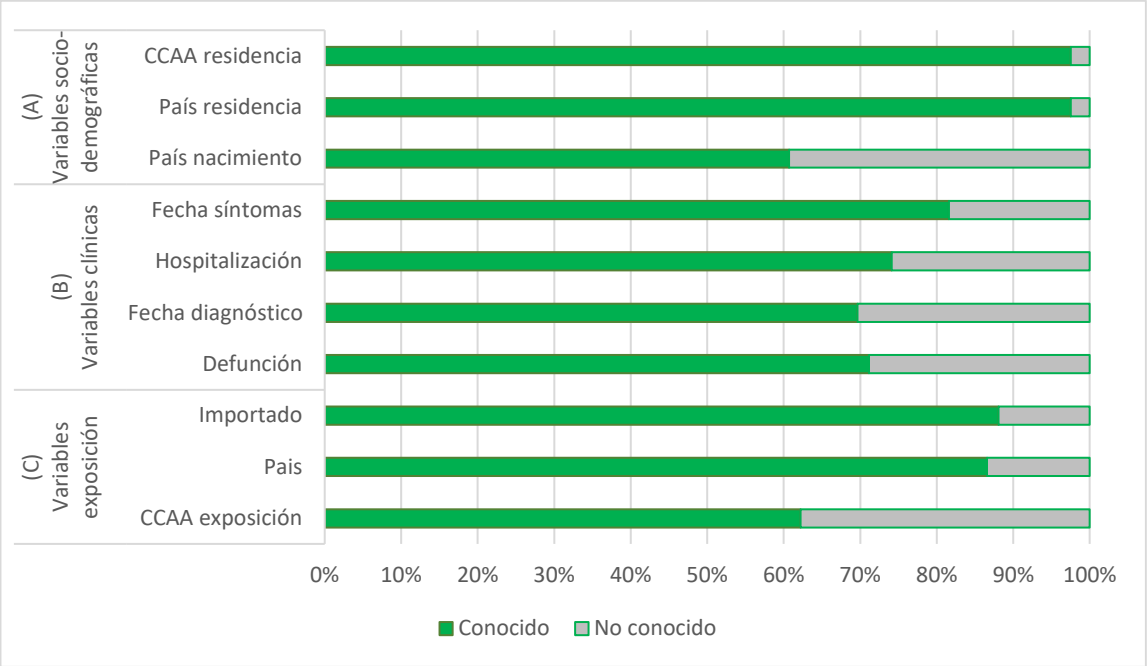
Casos importados

Se han registrado 10 casos importados en 2025, de los que 7 (70,0%) fueron confirmados y 3 probables, notificados por 3 CCAA: Andalucía, Cataluña y C. Valenciana. De los casos, 6 eran hombres y 4 mujeres con rango de edad de 7 a 59 años. Los lugares de contagio fueron Alemania, Argelia, Estonia, Guatemala, Marruecos, Mozambique, y desconocido en 4 casos.

Calidad

El mayor porcentaje de valores perdidos fue del 39,3% en la variable país de nacimiento. Además, este fue superior al 30% para la CA de exposición y fecha de diagnóstico. Del 10-30% en las variables de defunción, hospitalización, fecha de síntomas, país de exposición e importado (Figura 5).

Figura 5. Frecuencia (%) de cumplimentación de las variables en los casos de FEM. España, 2024



Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE).

Discusión

La evolución de la FEM en España ha sido variable desde 2016, con un aumento de frecuencia hasta 2018, seguido de un descenso en 2019-2020 y un ligero repunte desde 2021 con estabilización posterior.

A partir de 2024 se incorpora Baleares a la notificación individualizada de FEM. Además, se han añadido retrospectivamente los casos agregados de Baleares entre 2016 y 2023 para la serie temporal, lo que puede alterar parcialmente la tendencia observada. La evolución temporal podría deberse también a cambios derivados de la pandemia que han podido modificar la exposición a la enfermedad y a factores ambientales que influyen en la presencia y distribución de las garrapatas, vector y reservorio de la enfermedad o de su principal huésped, el perro. En la Unión Europea no es de declaración obligatoria, por lo que no se dispone de datos estandarizados para comparar la evolución con países del entorno.

La enfermedad se distribuye por todo el territorio peninsular y Baleares, con regiones de mayor riesgo tanto en el norte (Cantabria, La Rioja) como en el interior (Castilla y León, Extremadura) y en levante (C. Valenciana). Estas diferencias se pueden deber a variaciones que afectan al vector o el huésped principal, a la exposición en el medio rural y al 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 han notificado dos defunciones, aunque la proporción de valores faltantes en las variables de hospitalización y defunción es elevada.

Las medidas preventivas van dirigidas a evitar la exposición y controlar la parasitación por garrapatas en perros u otros huéspedes 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 en el país de nacimiento, CA de exposición, las fechas de inicio de síntomas y de diagnóstico y las variables de gravedad.