

Informe epidemiológico sobre la situación de la fiebre recurrente transmitida por garrapatas en España. Años 2014 - 2021

Resultados de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

Informe actualizado el 19 de enero 2023 con los datos disponibles hasta la fecha.

Depuración, validación y análisis de los datos:

Amaia Navarro Erro. 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 recurrente transmitida por garrapatas en España. Años 2014-2021. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. CIBERESP

Introducción

La fiebre recurrente transmitida por garrapatas (FRTG) es la forma endémica de una infección por bacterias de diferentes especies del género *Borrelia*. Existe otra forma epidémica que se transmite por piojos (fiebre recurrente transmitida por piojos), con diferente epidemiología. La FRTG es una zoonosis cuyo vector y reservorio principal son las garrapatas blandas del género *Ornithodoros*, ampliamente distribuidas mundialmente. Es endémica en América, África, Asia y en países mediterráneos de Europa. En la península Ibérica es debida a *Borrelia hispanica* y transmitida principalmente por *Ornithodoros erraticus*.

La picadura de *Ornithodoros* pasa a menudo inadvertida puesto que puede producir analgesia local durante la alimentación. Viven cerca de sus hospedadores (pequeños mamíferos, especialmente roedores silvestres), que también actúan como reservorio. No se ha demostrado transmisión directa entre humanos, ni que se comporten como reservorio, aunque se han dado casos aislados de contagios vía transfusional y transplacentaria. Tras la picadura de una garrapata infectada, los humanos pueden desarrollar la enfermedad, entre 3 y 18 días después. Se manifiesta con aparición súbita de escalofríos y fiebre alta, característica de esta enfermedad, junto con la recurrencia de síntomas cada 4-14 días aproximadamente. Los episodios agudos duran 3-5 días, con resolución aparente. Sin tratamiento, habrá recurrencias que irán menguando a medida que se desarrolla inmunidad, con evolución espontánea hacia la curación. A causa del acantonamiento de la bacteria, se pueden desarrollar complicaciones (oftalmitis, iridociclitis, afectación del sistema nervioso central, asma, eritema multiforme), y generar un estado de portador asintomático durante años.

Las medidas preventivas se centran principalmente en evitar la exposición al vector, en zonas rurales e infestadas por roedores, especialmente durante los meses de verano y la extracción adecuada y precoz en el caso de picadura. El tratamiento de elección son las tetraciclinas (tetraciclina, doxiciclina); los macrólidos y las cefalosporinas han demostrado ser eficaces como alternativa.

Es una enfermedad de declaración obligatoria en todo el territorio, a través de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)¹ al Centro Nacional de Epidemiología, desde 2015². Hasta 2014 la vigilaban sólo las comunidades autónomas que consideraban que era de interés en su territorio. La forma de notificación es semanal e individualizada. Su incidencia está infraestimada por la baja sospecha y dificultad en el diagnóstico.

Método

Los casos declarados siguen las definiciones de caso y los criterios para su clasificación recogidos en el protocolo de la RENAVE. Las variables analizadas fueron: fecha de inicio de síntomas, fecha clave, fecha de diagnóstico, comunidad autónoma (CA) de notificación, clasificación, CA de exposición, sexo, edad, importado, clínica, diagnóstico, agente, hospitalización y defunción. El trabajo contiene la descripción epidemiológica de los casos autóctonos de la enfermedad desde 2014 hasta 2021. Para la presentación de las tablas y figuras 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 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 19/01/2023.

Resultados de la vigilancia

Desde 2014 a 2021, 9 CC AA han notificado un total de 99 casos de FRTG, de los que 80 (80%) fueron confirmados. Hubo 4 casos importados y 95 autóctonos, que se describen a continuación.

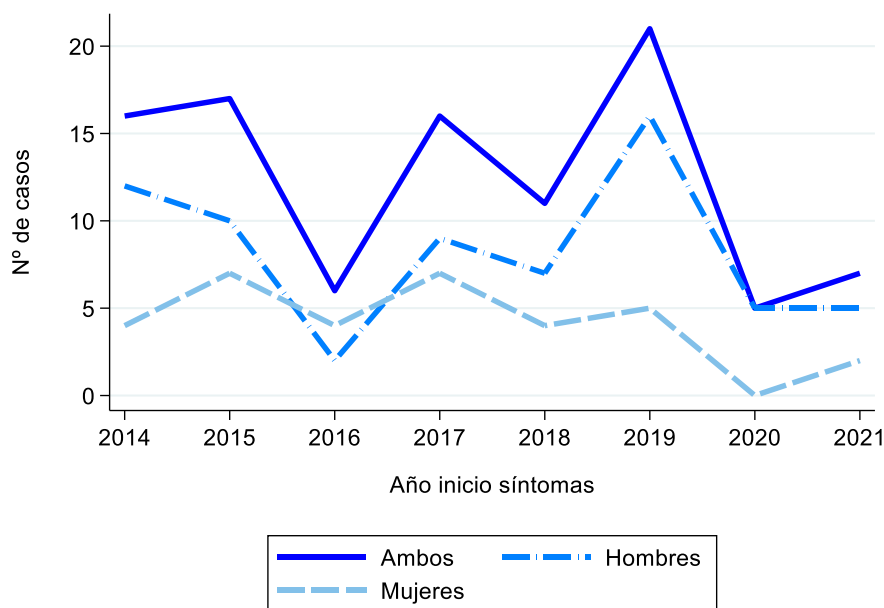
¹ Real Decreto 2210/1995

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

Distribución temporal y espacial

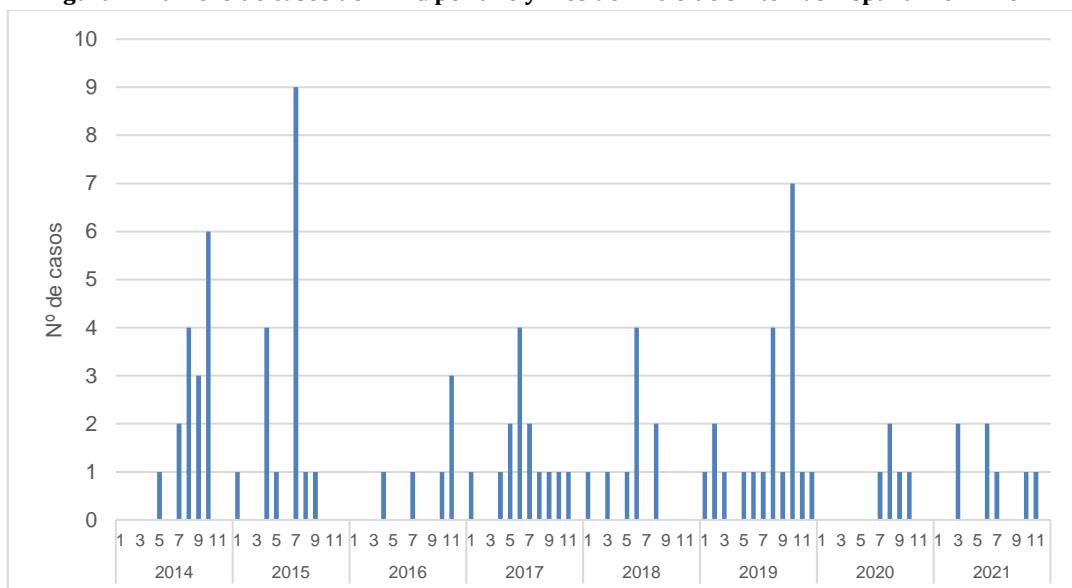
La evolución del número de casos de FRTG por año ha sido variable, con una media de 12 casos por año, máximo en 2019 (21 casos) y mínimo en 2020 (5 casos), con mayor frecuencia en hombres excepto en 2016 (figura 1). Según el mes de inicio de síntomas, los casos ocurrieron principalmente, de forma agregada, entre junio y octubre (n; 59%), (figura 2), con mayor frecuencia en el mes de octubre (18%) seguido de julio (17%).

Figura 1. Distribución de número de casos de FRTG según año de inicio de síntomas y sexo. España. 2014-2021



Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)

Figura 2. Número de casos de FRTG por año y mes de inicio de síntomas. España. 2014-2021



Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)

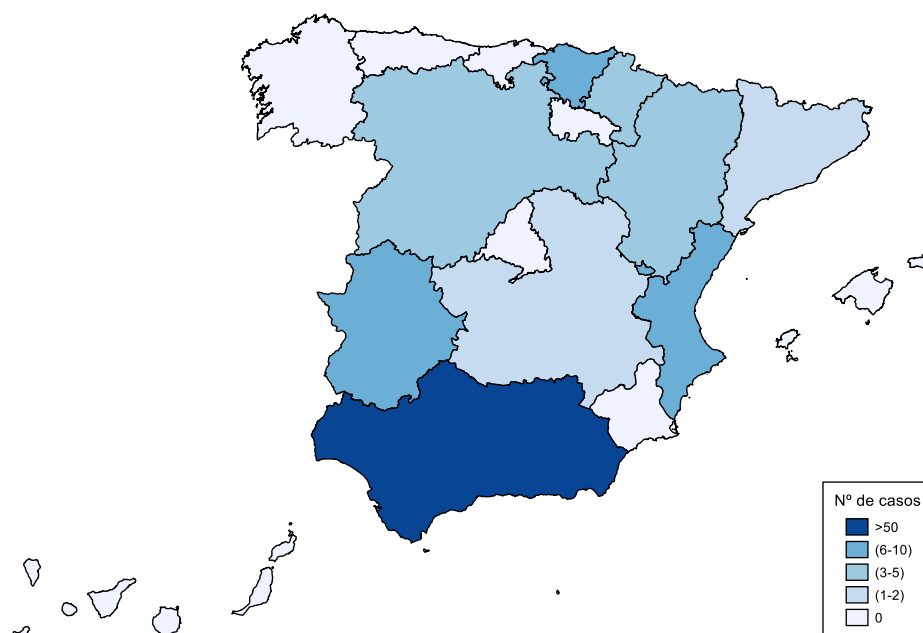
Durante 2014 y 2015 sólo hubo notificaciones de Andalucía y Aragón y a partir del 2016 se incorporan otras CCAA. El mayor número de casos del período correspondió a Andalucía (58; 61%). mientras que la tasa de incidencia más elevada correspondió a País Vasco. No se han notificado casos en Asturias, Baleares, Canarias, Cantabria, Ceuta, Galicia, La Rioja, C. de Madrid, Melilla, y Murcia, aunque sí de CCAA en norte, centro y este del territorio (tabla 1 y figura 3).

Tabla 1. Distribución de número de casos de FRTG según año de inicio de síntomas y CA. España. 2014-2021

CC AA	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	TOTAL	Tasa de período
Andalucía	12	17	4	7	2	12	3	1	58	0,08
Aragón	4	0	0	0	0	0	1	0	5	0,04
Asturias	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00
Baleares	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00
Canarias	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00
Cantabria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00
Castilla La-Mancha	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0,01
Castilla y León	0	0	0	2	0	0	1	0	3	0,02
Cataluña	0	0	0	1	1	0	0	0	2	0,00
Ceuta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00
Galicia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00
Extremadura	0	0	0	0	2	5	0	0	7	0,08
La Rioja	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00
C. Madrid	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00
Melilla	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00
Murcia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00
Navarra	0	0	2	1	0	0	0	0	3	0,06
C. Valenciana	0	0	0	3	2	0	0	1	6	0,03
País Vasco	0	0	0	0	2	4	0	3	9	0,36
Total España	16	17	6	14	9	21	5	7	95	0,68

Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE).

Figura 3. Distribución de casos de FRTG según Comunidad Autónoma. España. 2014-2021



Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)

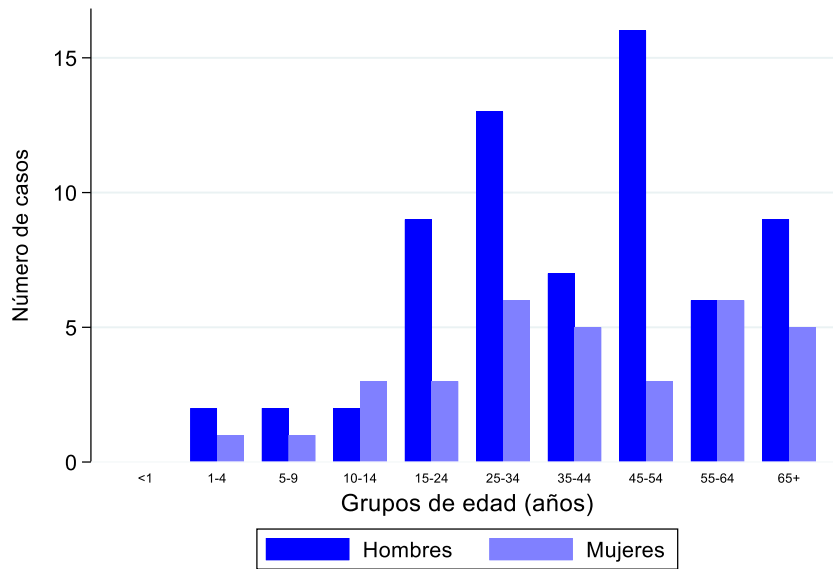
Características de los casos

De los 95 casos autóctonos, 63 (66,3%) eran hombres y 32 mujeres. La edad mediana fue 43 años, rango de 3 a 87 años. El grupo más frecuente fue el de hombres entre 45 y 54 años (figura 4).

Clínica y evolución

Sólo se dispuso de información sobre clínica en 9 casos, en que se declaró una presentación de la enfermedad recurrente. Un total 41 (43%) pacientes fueron hospitalizados. El ingreso fue más frecuente en hombres (46%) que en mujeres (37,5%) No se notificó ninguna defunción. En 8 de los pacientes se notificó que el agente identificado era *Borrelia hispanica*.

Figura 4. Distribución de casos de FRTG por intervalos de edad y sexo. España. 2014-2021.

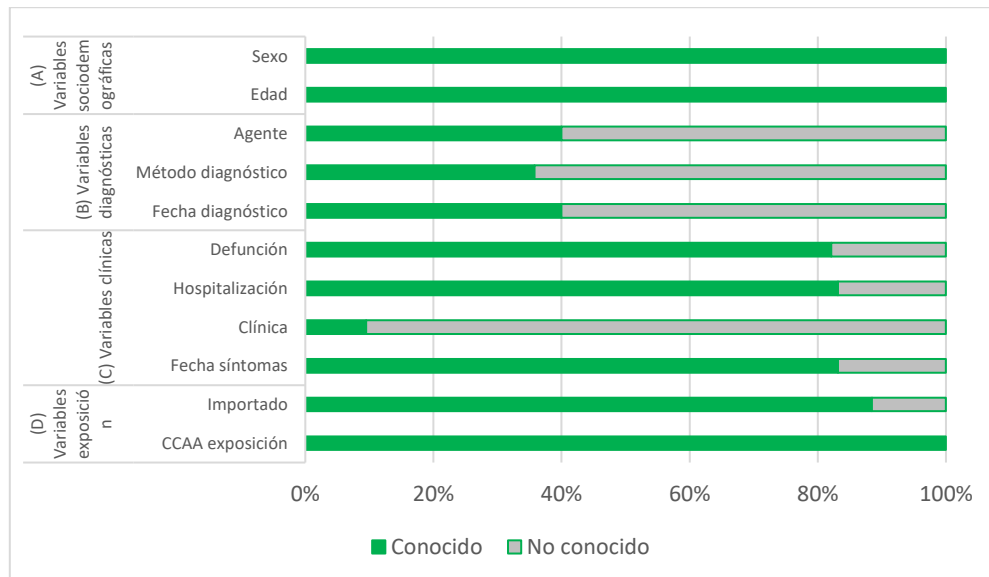


Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)

Calidad de los datos

Los valores faltantes superaron el 50% en las siguientes variables: agente, método diagnóstico, fecha de diagnóstico y clínica. La información clínica se proporcionó en 9 casos (10%), indicándose que se trataba de enfermedad recurrente.

Figura 5. Frecuencia (%) de cumplimentación de variables de casos de FRTG. España. 2014-2021.



Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE).

Discusión

La fiebre recurrente transmitida por garrapatas es una enfermedad zoonótica endémica en España de muy baja incidencia. No se aprecia ningún patrón temporal en las notificaciones anuales. La estacionalidad observada se corresponde con la del vector, cuya actividad en zonas templadas está relacionada con factores climáticos y aumenta en verano.

El mayor número de notificaciones en Andalucía puede estar relacionado con una mayor sensibilidad en su diagnóstico y vigilancia, por ser un territorio conocido donde la enfermedad es endémica, hecho que se apoya en una mayor presencia de estudios de investigación publicados sobre hospedadores y garrapatas de dicha región. Desde su incorporación al listado de las EDO en 2015 se han sumado a la notificación desde 2016 varias CCAA, distribuidas por toda la península, tanto al sur, el este, centro y norte (País Vasco presenta la mayor tasa de incidencia de período), lo que hace sospechar la posibilidad de que, en ciertos territorios, que no han notificado ningún caso durante el período, no se vigile o no se realice diagnóstico de los casos. Por ello y por tratarse de una enfermedad de muy baja incidencia, la comparación de la carga de enfermedad entre los distintos territorios se debe hacer con precaución. Una proporción importante de infecciones son asintomáticas, por lo que, para identificar nuevos casos, es preciso mantener un alto índice de sospecha, en especial en las zonas de mayor riesgo.

Existe un predominio de casos entre hombres sobre todo en las edades medias, que podría estar relacionado con una mayor exposición, tanto ocupacional como por actividades al aire libre.

Las medidas preventivas van dirigidas a evitar la exposición a la picadura de garrapatas, haciendo uso de repelentes y ropa larga, así como evitando zonas infestadas, sobre todo en verano. La FRTG es potencialmente grave, especialmente en determinados grupos (niños, embarazadas, ancianos e inmunodeprimidos), por lo que se debería prestar especial atención en ellos.

Existe margen de mejora en la cumplimentación de algunas variables, en especial las de clínica y de diagnóstico.