



Informe epidemiológico sobre la situación de la enfermedad por virus chikungunya en España. Año 2024

Resultados de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

Informe actualizado el 30 de mayo 2025 con los datos disponibles hasta la fecha.

Depuración, validación y análisis de los datos:

Beatriz Fernández Martínez y Juan Miguel Guerras Moreira. 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 enfermedad por virus chikungunya en España. Año 2024. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. CIBERESP. Madrid, 30 mayo 2025

Introducción

El virus del chikungunya (VCHIK) es un *Alphavirus*, capaz de producir enfermedad en humanos. Se transmite principalmente por la picadura de mosquitos hembra del género *Aedes*.

Tras un período de incubación de 1-12 días, la infección cursa con síntomas en una proporción elevada de casos (75%). Durante la fase de viremia, de 4-7 días (hasta 12), el paciente puede transmitir el VCHIK a mosquitos si fuera picado. El cuadro característico consiste en fiebre, mialgias, artralgias/artritis y erupción cutánea. La evolución generalmente es benigna y autolimitada, aunque las artralgias pueden persistir años (60%).

En países sin transmisión endémica, como España, la mayoría de casos son importados de países donde circula el virus. Debido a que *Aedes albopictus* es vector competente para transmitir el VCHIK y está presente en España en numerosos territorios y en expansión, existe riesgo de transmisión vectorial autóctona. Esta vía se debe descartar si el caso no tiene antecedente de viaje reciente.

La prevención se basa en medidas de control del vector, protección personal frente a las picaduras, e identificación precoz y aislamiento de los casos virémicos. No existe tratamiento específico ni vacuna.

La enfermedad por VCHIK es de declaración obligatoria en España, a través de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)¹ al Centro Nacional de Epidemiología, desde 2015², aunque los protocolos de vigilancia se aprobaron en 2013. Los casos autóctonos se deben notificar de forma urgente, también al Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias (Ministerio Sanidad). El objetivo del informe es conocer la situación epidemiológica de la enfermedad por VCHIK en España en 2024 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. Las variables analizadas fueron: fecha de inicio de síntomas, comunidad autónoma (CA), sexo, edad, país de infección, motivo de estancia, fecha de llegada, hospitalización, complicaciones y defunción. El informe contiene la descripción epidemiológica de la enfermedad para el año 2024. Para la serie temporal se incluyeron los casos notificados desde 2016. Se calcularon las tasas de notificación (TN=número de casos/100.000 habitantes) anuales por CC AA y del total nacional. Las variables mes y año se asignaron según la fecha clave (fecha de inicio de síntomas o la más cercana de la que se dispuso). Se creó la variable “casos virémicos” a partir de las fechas de llegada y de inicio de síntomas. Se presenta la distribución por edad y sexo de los casos y según el lugar de adquisición de la infección y el motivo de la estancia. El informe se ha realizado con los datos disponibles a fecha 30/05/2025.

Resultados de la vigilancia

En 2024, 10 CC AA notificaron un total de 54 casos, de los que 25 (46,3%) fueron confirmados. No se notificó ningún caso autóctono.

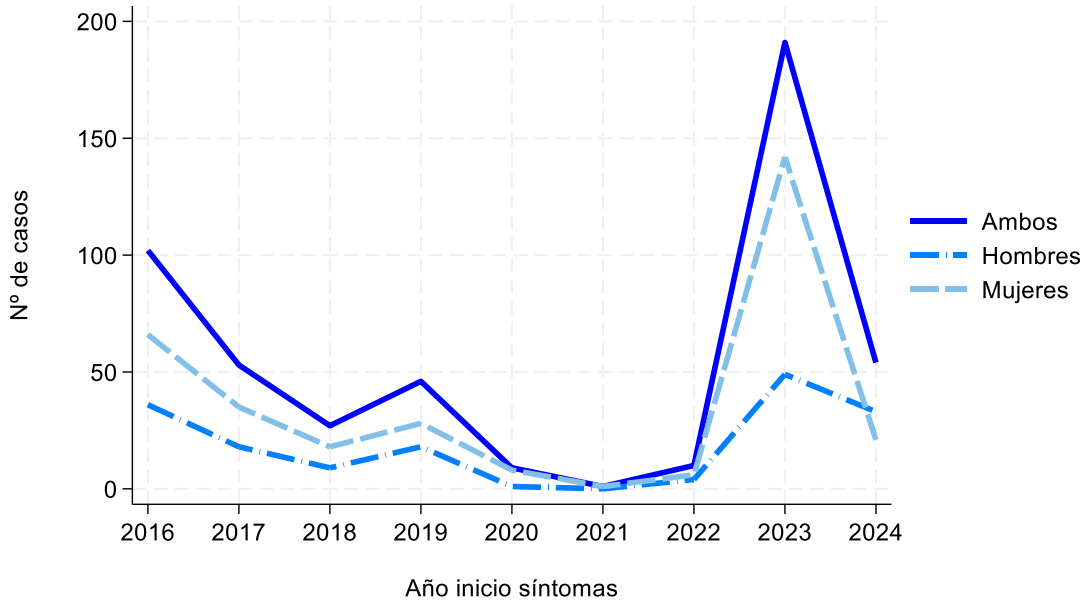
¹ Real Decreto 2210/1995

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

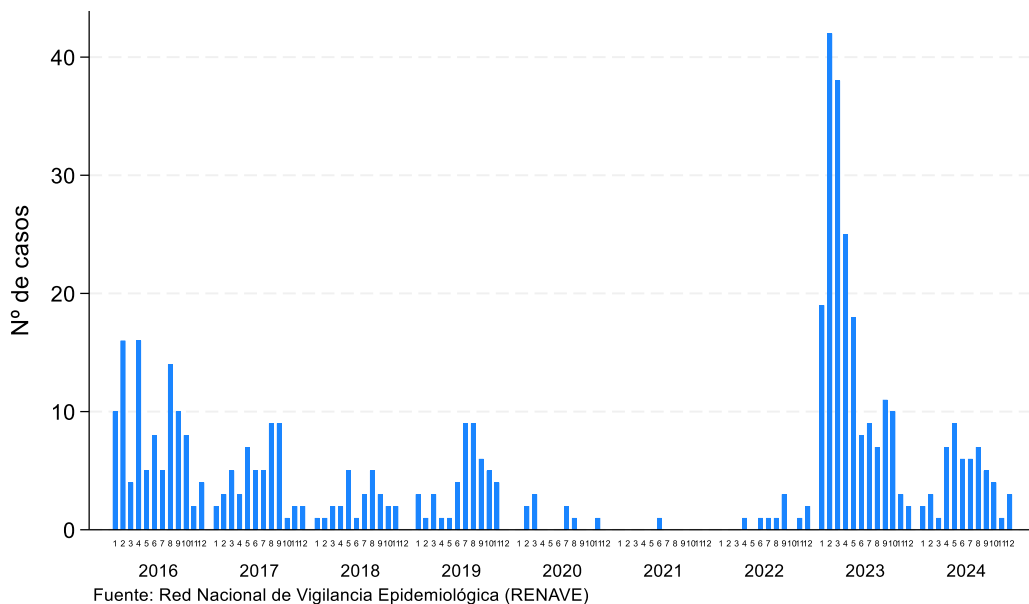
La evolución del número de casos notificados de 2016 a 2024 fue descendente hasta 2022, con mínimo en 2021 (n=1), con un notable aumento en 2023, máximo del período (n=191) y descenso posterior en 2024 (n=54) a cifras similares a 2019 (figura 1). La mayoría de los casos de 2024 se distribuyeron entre los meses de mayo y agosto (n=28; 51,9%), con máximo en mayo (n=9) (figura 2).

Figura 1. Distribución de casos de enfermedad por VCHIK según año de inicio de síntomas. España. 2016-2024



Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)

Figura 2. Distribución de casos de enfermedad por VCHIK notificados por mes. España. 2016-2024



Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)

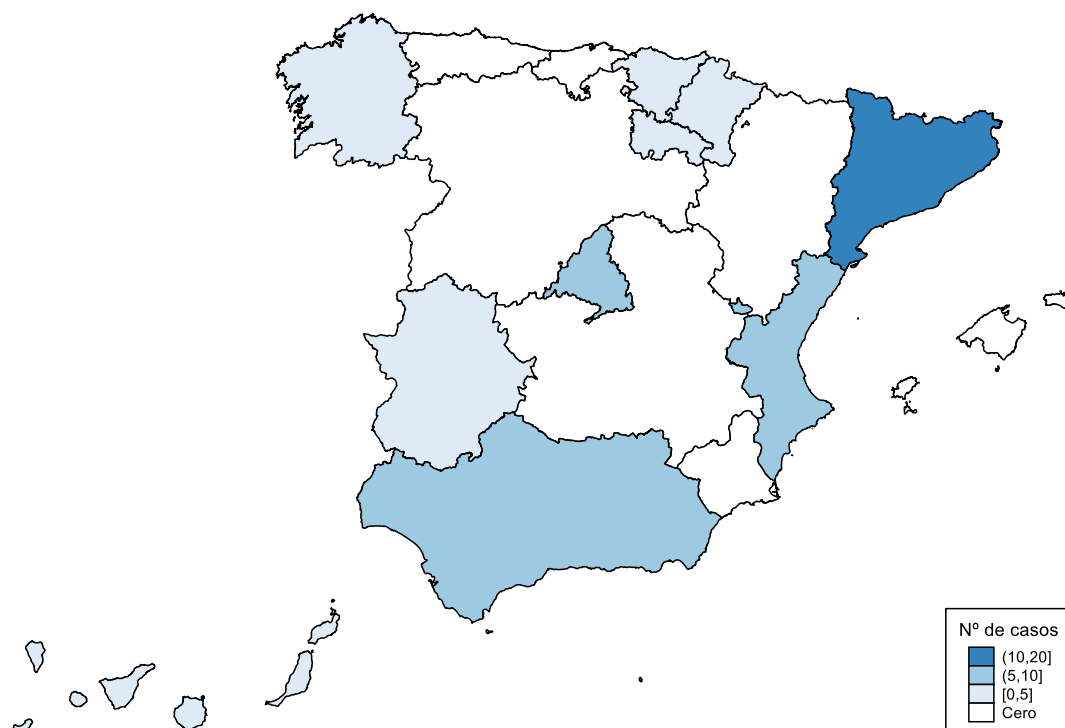
En 2024, Cataluña, Madrid y Andalucía notificaron el mayor número de casos (tabla 1 y figura 3).

Tabla 1. Número de casos y tasa de notificación de enfermedad por VCHIK por CC AA y año. España, 2024 y su comparativa con los años 2023 y 2022

CC AA	2022		2023		2024	
	Nº casos	TN	Nº casos	TN	Nº casos	TN
Andalucía	1	0,01	32	0,37	9	0,10
Aragón	0	0,00	1	0,07	0	0,00
Asturias	0	0,00	5	0,50	0	0,00
Baleares	2	0,17	2	0,17	0	0,00
Canarias	0	0,00	3	0,14	1	0,04
Cantabria	0	0,00	2	0,34	0	0,00
Castilla y León	0	0,00	3	0,14	0	0,00
Castilla-La Mancha	0	0,00	1	0,04	0	0,00
Cataluña	2	0,03	48	0,61	20	0,25
C. Valenciana	2	0,04	24	0,46	7	0,13
Extremadura	0	0,00	0	0,00	1	0,09
Galicia	0	0,00	3	0,11	1	0,04
Madrid	2	0,03	52	0,76	9	0,13
Murcia	0	0,00	2	0,13	0	0,00
Navarra	0	0,00	1	0,15	1	0,15
País Vasco	1	0,05	12	0,54	3	0,13
La Rioja	0	0,00	0	0,00	2	0,62
Ceuta	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Melilla	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Total España	10	0,02	191	0,40	54	0,11

Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE). TN: tasa de notificación / 100.000.

Figura 3. Número de casos de enfermedad por VCHIK por CC AA. España, 2024



Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)

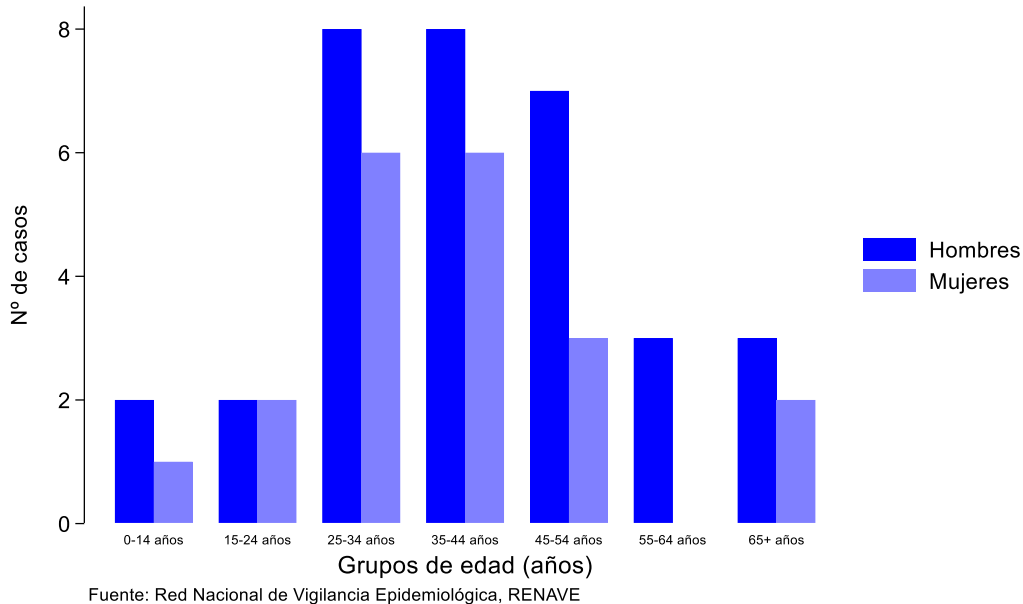
Lugar de contagio y motivo de estancia

De los casos con lugar de contagio conocido en 2024 (n=49; 90,7%), la región más frecuente fue Asia/Oceanía en 24 (45,0%), seguido de América latina en 19 casos (38,8%) y África en 6 (12,2%). El país de contagio más frecuente fue Maldivas en 20 casos. Los motivos de estancia más frecuentes fueron el turismo (14; 58,3%) y la visita familiar (7; 29,2%).

Características de los casos

En 2024 hubo 21 casos en mujeres (38,9%) y 33 en hombres, que correspondió a una razón hombre/mujer de 1,57. La edad mediana fue de 37 años, p25-75: 28 a 47 años, rango 3 a 83 años. El grupo más frecuente fue el de hombres de 25 a 34 y de 35 a 44 años (figura 4).

Figura 4. Distribución de casos de enfermedad por VCHIK por grupos de edad y sexo. España. 2024



El lugar de nacimiento fue España u otros países de Europa en el 41,4% y América en el 34,5%, aunque la proporción de valores faltantes fue elevada (figura 5).

Clínica y evolución

Casos virémicos

Se dispuso de fechas de llegada y de inicio de síntomas para establecer si los casos fueron virémicos en España en 34 de los 54 casos (63,0%) de 2024. Hubo 30 (88,2%) casos virémicos y de ellos 20 (66,7%) estuvieron en CCAA en las que estaba establecido *Ae. albopictus*³ durante su período de máxima actividad (mayo a octubre)⁴.

Gravedad

La proporción de hospitalizaciones notificadas fue del 20,8%. La estancia mediana fue de 4,5 días. No hubo ninguna defunción por VCHIK.

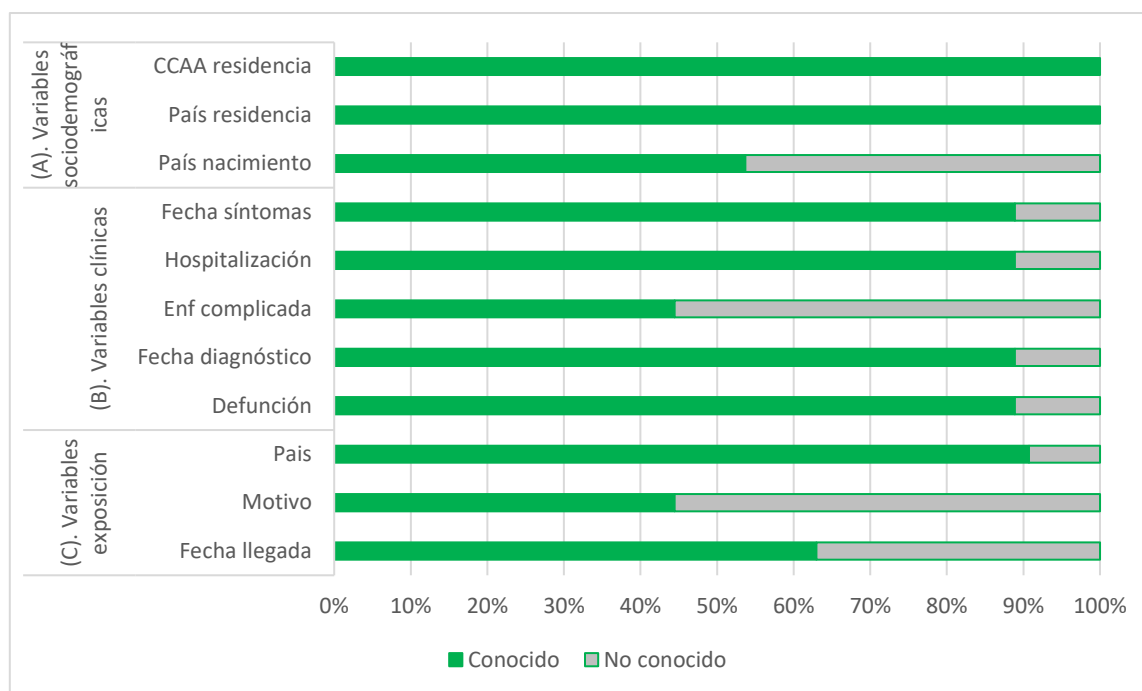
Calidad

La edad, sexo y CA de notificación estaba disponible en todos los casos. Las variables enfermedad complicada y motivo del viaje tuvieron porcentaje de valores faltantes superior al 50%. Los valores faltantes fueron de entre 30% y 50% de los casos en: fecha de llegada y país de nacimiento (figura 5).

³ Detección de *Ae. albopictus* en al menos un municipio durante 2 o más temporadas consecutivas: Andalucía, Aragón, Baleares, Cataluña, Ceuta, C. Valenciana, Extremadura, Madrid, Murcia, Navarra, País Vasco.

⁴ Mayo a octubre

Figura 5. Frecuencia (%) de cumplimentación de variables de casos de enfermedad por VCHIK. España, 2024



Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE).

Discusión

La evolución del número de notificaciones de enfermedad por VCHIK ha sido descendente, con mínimos en 2020-2021, similar a la de la Unión Europea y Área Económica Europea⁵.

En España, tras una temporada atípica en 2023, en que hubo un aumento marcado del número de casos, la mayoría importados de América Latina en los primeros meses del año, principalmente de Paraguay, en 2024 se ha vuelto a reducir el número de casos notificados hasta niveles similares a 2019.

La mayoría de casos de 2024 fueron importados de Asia y el país de contagio más frecuente fue Maldivas. Los casos fueron en su mayoría leves y no se notificó ninguna defunción.

La presencia de casos virémicos en lugares y períodos de actividad de vector, hacen posible la transmisión autóctona. Por otra parte, la magnitud del número de casos importados puede presentar importantes variaciones de un año a otro, en función de la intensidad de circulación de VCHIK en territorios con los que España tiene un gran volumen de movimientos humanos. Conocer la situación epidemiológica en dichas regiones puede contribuir a la prevención de los casos importados a través de la mejora en el consejo al viajero y la detección y manejo adecuado de los casos virémicos a la vuelta del viaje. Las medidas preventivas difieren según el riesgo de transmisión en función de la presencia o no del vector, y van dirigidas a su control, a la prevención de picaduras y a la detección precoz de casos en período virémico.

Existe margen de mejora en la cumplimentación de diversas variables.

⁵ ECDC. Surveillance Atlas of Infectious Diseases. [consultado 29/05/2025]