

Informe epidemiológico sobre la situación de la enfermedad por virus chikungunya en España. Año 2025

Resultados de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

Informe actualizado el 30 de mayo 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: Informe epidemiológico sobre la situación de la enfermedad por virus chikungunya en España.
Año 2025. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. CIBERESP. Madrid, 30 mayo 2026

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), al Centro Nacional de Epidemiología, desde 2015¹, –actualmente la Red Estatal de Vigilancia en Salud Pública²–. 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 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. 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 2025. 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 CCAA 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 30/05/2026.

Resultados de la vigilancia

En 2025, 17 CCAA notificaron un total de 417 casos, de los que 279 (66,9%) fueron confirmados. No se notificó ningún caso autóctono.

Distribución temporal y espacial

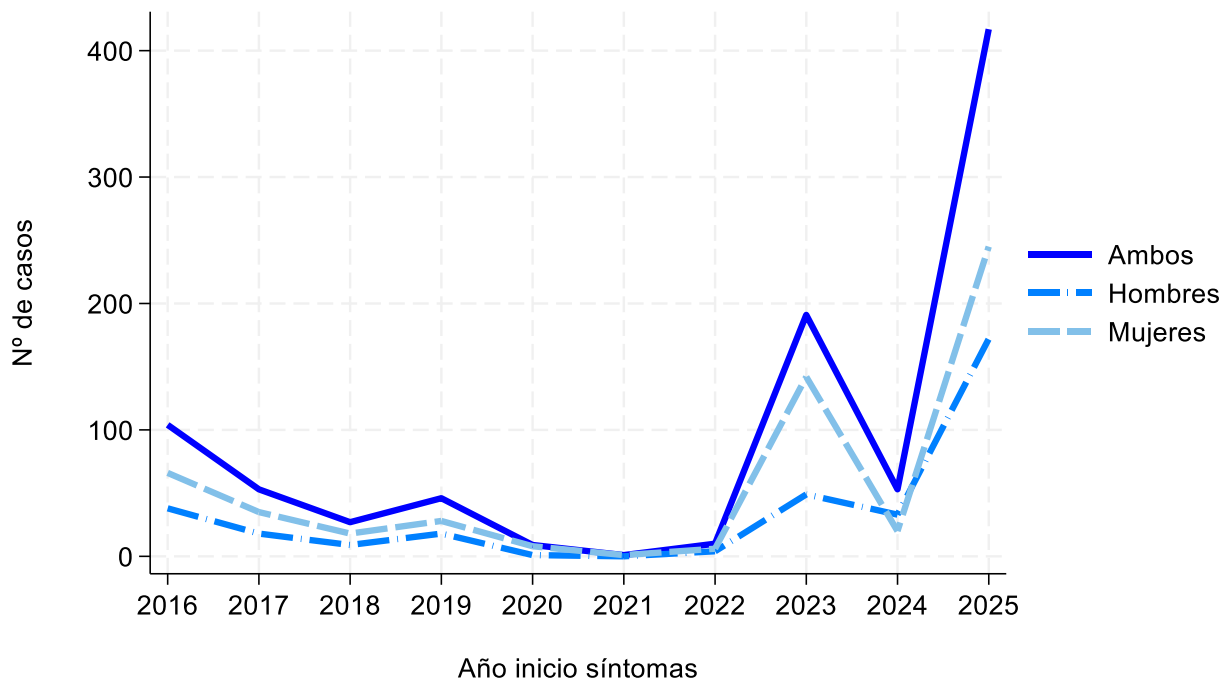
La evolución del número de casos notificados desde 2016 fue descendente hasta 2022, con mínimo en 2021 (n=1), un notable aumento en 2023 (n=191), descenso en 2024 (n=53) a cifras similares a 2019 y marcado aumento en 2025 alcanzando el valor máximo del período (figura 1). La mayoría de los casos de 2025 se

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.

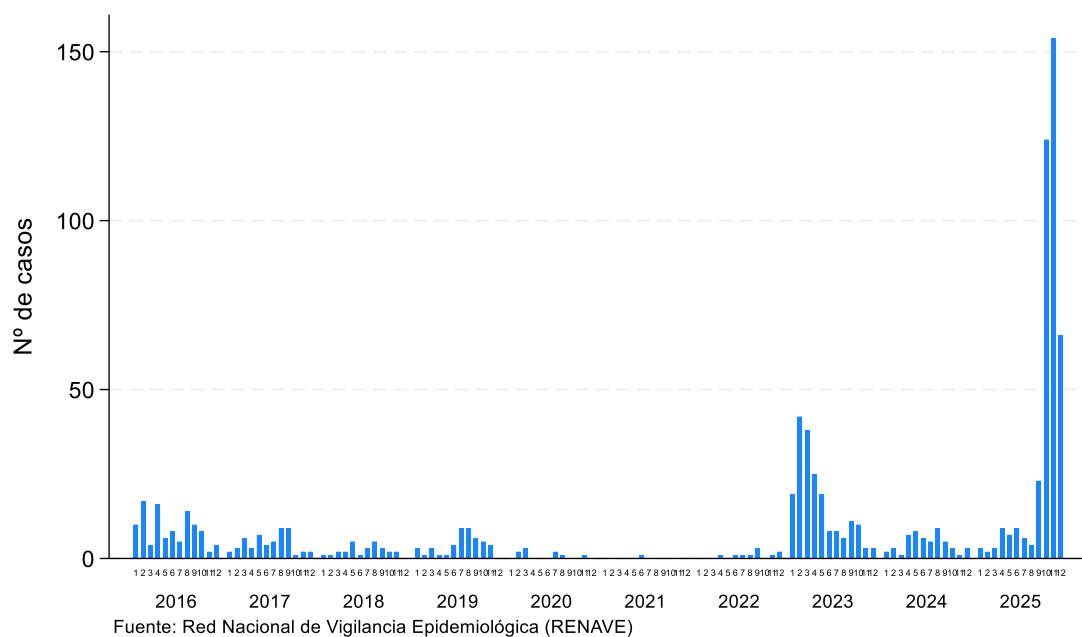
concentraron entre los meses de septiembre a diciembre (n=367; 89,5%), con máximo en noviembre (n=157) (figura 2).

Figura 1. Distribución de casos de enfermedad por VCHIK según año de inicio de síntomas. España. 2016-2025



Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)

Figura 2. Distribución de casos de enfermedad por VCHIK notificados por mes. España. 2016-2025



Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)

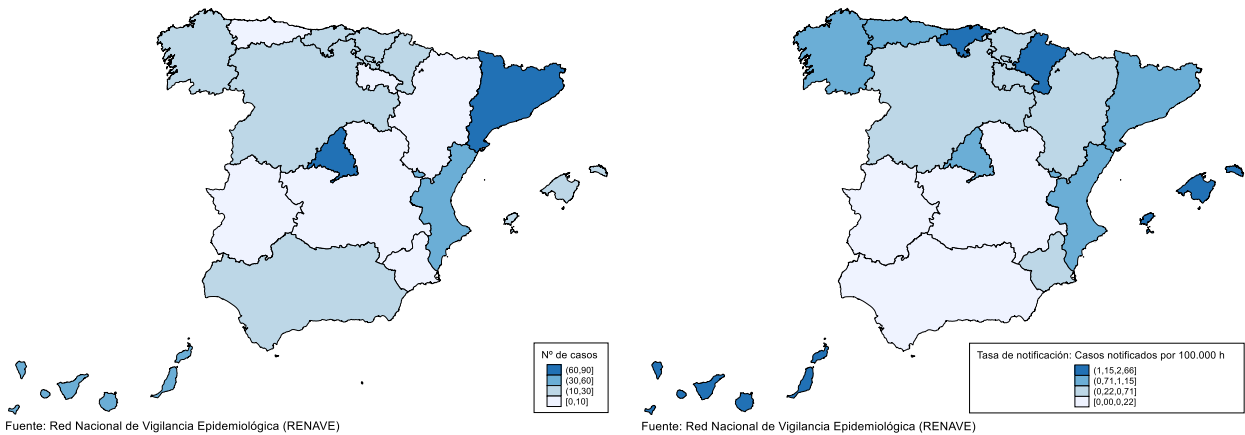
Ceuta y Melilla no notificaron ningún caso en 2025. Cataluña, Madrid y Canarias notificaron el mayor número de casos (tabla 1 y figura 3). En cuanto a la TN, diversas CC AA presentaron valores superiores a la TN nacional (0,85), destacando Canarias (2,66), Cantabria (2,02), Navarra (1,75) y Baleares (1,20).

Tabla 1. Número de casos y tasa de notificación de enfermedad por VCHIK por CC AA y año. España, 2025 y su comparativa con los años 2024 y 2023

CC AA	2023		2024		2025	
	Nº casos	TN	Nº casos	TN	Nº casos	TN
Andalucía	32	0,37	9	0,10	19	0,22
Aragón	1	0,07	0	0,00	8	0,59
Asturias	5	0,50	0	0,00	9	0,89
Baleares	2	0,17	0	0,00	15	1,20
Canarias	3	0,14	1	0,04	60	2,66
Cantabria	2	0,34	0	0,00	12	2,02
Castilla y León	3	0,14	0	0,00	15	0,71
Castilla-La Mancha	1	0,04	0	0,00	4	0,17
Cataluña	48	0,61	20	0,25	84	1,03
C. Valenciana	24	0,46	7	0,13	46	0,85
Extremadura	0	0,00	1	0,09	1	0,09
Galicia	3	0,11	1	0,04	27	0,99
Madrid	53	0,76	8	0,11	82	1,15
Murcia	2	0,13	0	0,00	6	0,38
Navarra	1	0,15	1	0,15	12	1,75
País Vasco	12	0,54	3	0,13	16	0,71
La Rioja	0	0,00	2	0,62	1	0,31
Ceuta	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Melilla	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Total España	192	0,40	53	0,11	417	0,85

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

Figura 3. Número de casos (a) y tasas de notificación (b) de enfermedad por VCHIK por CCAA. España, 2025

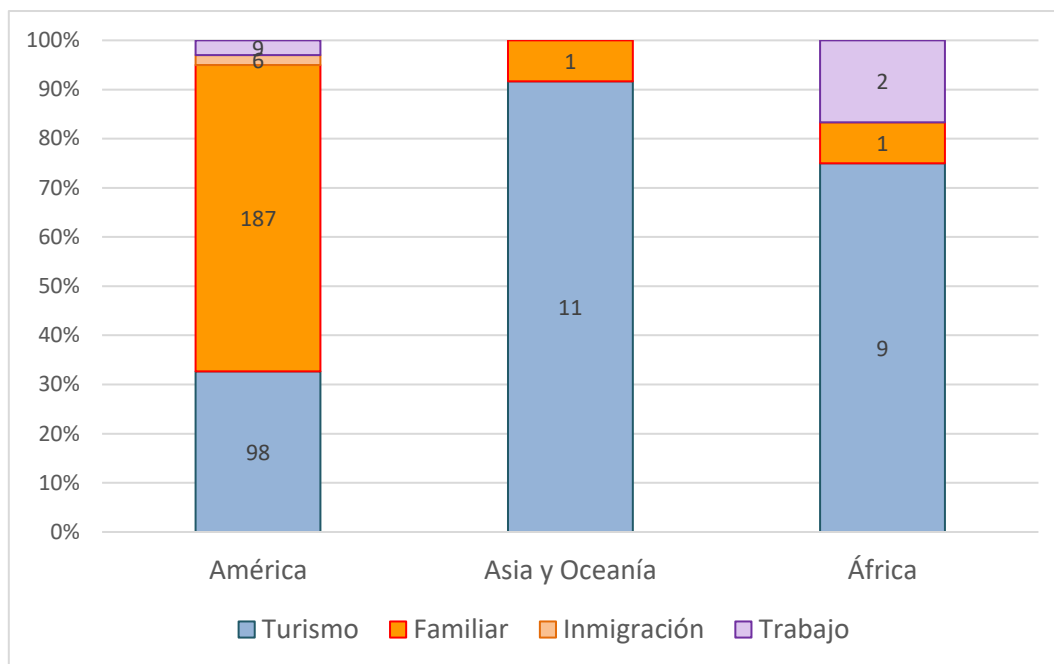


Lugar de contagio y motivo de estancia

De los casos importados con lugar de contagio conocido en 2025 (n=405; 97,1%), la distribución por continente fue: América en 361 (89,1%), África en 28 (6,9%) y Asia/Oceanía en 14 casos (3,5%). Hubo 2 casos importados de Francia. Dentro de América Latina, la región con mayor número de casos fue la del Caribe, con 340 casos (84,0% del total), siendo el país de contagio más frecuente Cuba en 339 casos. De la región africana, el país más frecuente de los casos fue La Reunión en 12 casos (3,0%).

Entre los casos con motivo de estancia conocido (n=338; 81,0%), el más frecuente fue la visita familiar (189; 55,9%) seguido del turismo (118; 34,9%). Las visitas a familiares fueron más frecuentes en los casos de América (62,3% vs 8,3% en África y en Asia/Oceanía) mientras que el turismo prevaleció en los que se infectaron en Asia/Oceanía (91,7% vs. 75,0% en África y 32,7% en América) (figura 4).

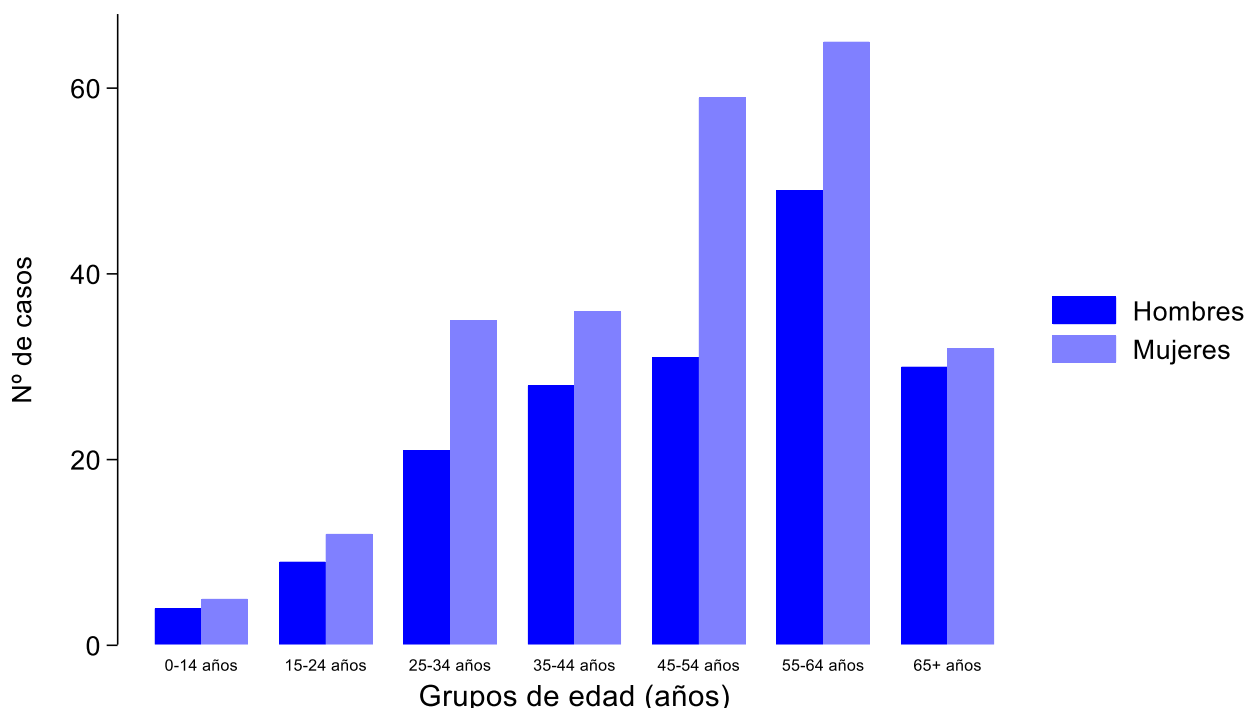
Figura 4. Distribución porcentual de casos de VCHIK por continente de contagio y motivo de estancia. España, 2025.



Características de los casos

En 2025 hubo 245 casos en mujeres (58,8%) y 172 en hombres, que correspondió a una razón mujer/hombre de 1,4. La edad mediana fue de 51 años, p25-75: 37 a 60 años, rango de 1 a 87 años. El grupo más frecuente fue el de mujeres de 55 a 64 años (figura 5).

Figura 5. Distribución de casos de enfermedad por VCHIK por grupos de edad y sexo. España. 2025



Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, RENAVE

Entre los casos con información disponible sobre el país de nacimiento, el 57,1% habían nacido en América del Sur o Caribe, el 41,7% en España u otros países de Europa y el resto en Asia o África, aunque la proporción de valores faltantes fue elevada (figura 6).

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 352 de los 417 casos (84,4%) de 2025. Hubo 292 (83,0%) casos virémicos y de ellos 88 (30,1%) estuvieron en CCAA en las que estaba establecido *Ae. albopictus*³ durante su período de máxima actividad (mayo a octubre).

Gravedad

La proporción de hospitalizaciones notificadas fue del 9,0%. Esta fue ligeramente mayor en los hombres (12,1% vs 6,9% en mujeres) y en los grupos de edad de menos de 15 años (14,3%) y 25-34 años (12,5%). La estancia mediana fue de 4 días (p25-75: 2 a 5 días). Se notificó enfermedad complicada en 3 casos y no hubo ninguna defunción por VCHIK.

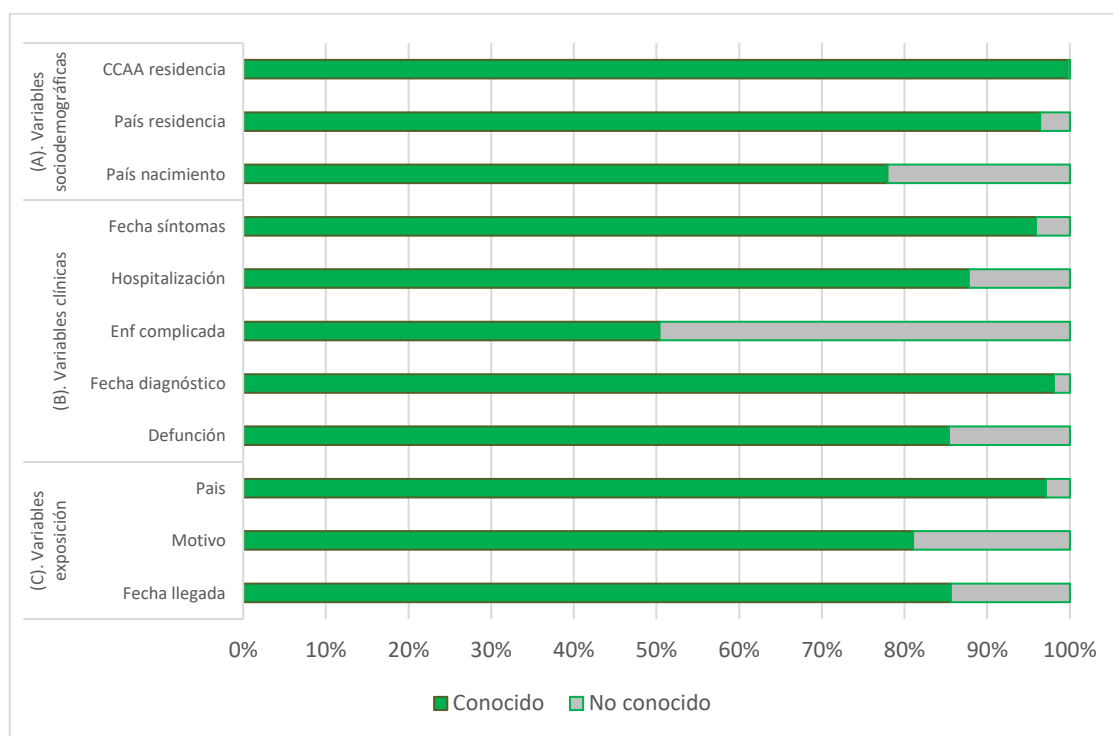
Casos autóctonos o importados de UE/EEE

En 2025 no se notificó ningún caso autóctono y hubo 2 casos importados de Francia.

Calidad

La variable enfermedad complicada tuvo un 50% de valores faltantes y país de nacimiento 20-30%. Presentaron entre 10-20% de valores perdidos: motivo de estancia, fecha de llegada, defunción y hospitalización (figura 6).

Figura 6. Porcentaje de cumplimentación de variables de casos de enfermedad por VCHIK. España, 2025



Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE).

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, La Rioja, Navarra, País Vasco. Resultados de vigilancia entomológica. Disponible en [Ministerio de Sanidad - Áreas - Resultados de vigilancia entomológica](#)

Discusión

La evolución del número de notificaciones de enfermedad por VCHIK ha sido descendente hasta 2022, con mínimos en 2020-2021, similar a la de la Unión Europea y Área Económica Europea⁴. En 2023 hubo en España una temporada atípica en que aumentó el número de casos importados en los primeros meses del año, en 2024 se volvió a cifras similares a 2019 y en 2025 se ha observado un marcado aumento, alcanzando el máximo del período.

A diferencia de la temporada previa, en que hubo una mayor proporción de casos de Asia, importados de Maldivas, en 2025 la mayoría de los casos han sido importados de Cuba y se han registrado en los últimos 4 meses del año, con máximo en noviembre, lo que se corresponde con la situación epidémica en dicho país. Se debe incidir en las medidas preventivas en los viajeros que visiten o procedan de destinos con circulación activa del virus, por lo que países como Bolivia, Cuba y Brasil, con circulación activa en 2026, pueden ser fuente de casos importados en este año⁵. El motivo del viaje más frecuente ha sido la visita a familiares o amigos en los casos de América y el turismo en los de Asia-Pacífico y África.

Los casos han sido más frecuentes en mujeres con edad superior a las registradas en temporadas previas. No obstante, los casos han sido leves en su mayoría y no se ha notificado ninguna defunción.

La presencia de casos virémicos en lugares y períodos de actividad del vector, hacen posible la transmisión autóctona. 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. En 2025, a pesar del aumento marcado en el número de casos importados, la mayoría se han detectado en los últimos meses del año, en que la actividad vectorial es menor. 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.

⁴ [Surveillance Atlas of Infectious Diseases. ECDC](#) [consultado 20/05/2026]

⁵ ARBO Portal. Enfermedades arbovirales. [Internet]. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; [Citado 20 de mayo 2026]. Recuperado a partir de [ARBO Portal - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud](#)