



MINISTERIO  
DE CIENCIA  
E INNOVACIÓN



# **Informe epidemiológico sobre la situación de la fiebre del Nilo occidental en España. Años 2021 y 2022**

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

Informe actualizado el 31 de diciembre 2022 con los datos disponibles hasta la fecha.

*Depuración, validación y análisis de los datos:*

Área de Análisis en Vigilancia Epidemiológica. Centro Nacional de Epidemiología del ISCIII.

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 del Nilo occidental en España. Años 2021 y 2022. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III.

## Introducción

La fiebre del Nilo occidental (FNO) es una enfermedad vírica zoonótica transmitida por picadura de mosquitos hembra infectados, principalmente del género *Culex*.

Tras un período de incubación de 2-14 días (hasta 21 en inmunodeprimidos), la infección es asintomática en una proporción muy elevada (80%). Menos del 1% de los infectados enferman gravemente con afectación neurológica (meningitis/encefalitis/parálisis flácida) y de ellos un 10% pueden fallecer. Existe mayor riesgo a mayor edad, en hombres y en personas con ciertas patologías inmunosupresoras. No hay vacunas para uso en humanos ni tratamiento específico, por lo que este es sintomático. La prevención se basa en medidas de control del vector, protección personal frente a las picaduras e identificación y manejo de los casos con afectación neurológica. Además, es importante conocer las zonas de riesgo e identificar los casos para establecer medidas de prevención del contagio a través de sustancias de origen humano (transfusiones y trasplantes) de donantes infectados.

Es una enfermedad de declaración obligatoria (EDO) urgente en España desde 2015 a través de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE). Dado que es emergente, la detección de un caso se consideraría un brote. Se debe comunicar como una alerta al Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias (CCAES) y enviar al Centro Nacional de Epidemiología (CNE) la información individualizada de los casos a través de las vías habituales de notificación de las EDO. Esta información debe estar disponible y actualizada semanalmente.

Los primeros 2 casos se notificaron en 2010 aunque se ha descrito en la literatura científica otro caso que se identificó de forma retrospectiva, correspondiente a 2004, que constituiría el primer caso humano identificado hasta la fecha.

## 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) de notificación, clasificación, provincia de exposición, sexo, edad, importado, comorbilidad, clínica, diagnóstico, hospitalización y defunción. El informe contiene la descripción epidemiológica de los casos autóctonos de la enfermedad para los años 2021 y 2022. Para la serie temporal se han incluido los casos notificados desde 2010. El informe se ha realizado con los datos disponibles a fecha 31/12/2022.

## Resultados de la vigilancia

### *Distribución temporal y espacial*

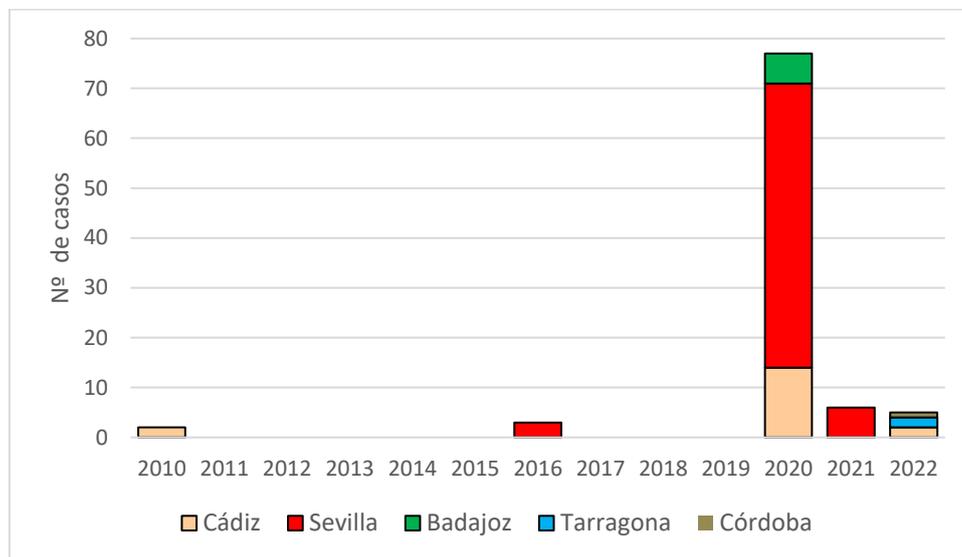
Los primeros casos se notificaron en 2010, relacionados con exposición en Cádiz. En 2016 se notificaron otros 3 casos con exposición principal en Sevilla. Entre 2017 y 2019 no se notificó ningún caso en humanos y en 2020 hubo un total de 77 casos<sup>1</sup>.con exposición en 3 provincias de las CCAA de Andalucía (Sevilla y Cádiz) y de Extremadura (Badajoz).

En 2021 se notificaron al CNE a través de la RENAVE 6 casos de FNO, todos asociados a contagio en la provincia de Sevilla. En 2022 se notificaron 5 casos de FNO, uno de ellos importado de

<sup>1</sup> [Informe epidemiológico sobre la situación de la fiebre del Nilo occidental en España. 2020](#)

Marruecos. De los 4 casos autóctonos, dos se asociaron a contagio en Andalucía (1 en la provincia de Cádiz y 1 en Córdoba) y 2 casos en Cataluña (Tarragona) (figura 1). Todos los casos de 2021 y 2022 fueron confirmados.

**Figura 1. Distribución de casos de FNO según año de inicio de síntomas y provincia\*. España. 2010-2022**



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO). \*Provincia del caso: provincia de exposición o de contagio

Según el mes de inicio de síntomas, los casos de 2021 y 2022 ocurrieron en agosto (5 casos de 2021 y 2 casos de 2022), septiembre (1 de 2021 y otro de 2022) y octubre (1 caso de 2022).

### **Características de los casos**

De los 10 casos autóctonos de 2021 y 2022, 6 (60,0%) eran mujeres y 4 hombres. La edad mediana fue de 69 años, rango 40 a 90 años.

### **Clínica y evolución**

Todos los casos presentaron clínica neurológica y fueron hospitalizados. La mediana de duración de la estancia fue de 10,5 días, rango 1 a 23 días. Uno de los casos de 2021 falleció: mujer de 73 años, con comorbilidad grave previa, lo que supone una tasa de letalidad del 10%.

### **Diagnóstico**

El diagnóstico microbiológico se estableció por detección de IgM en LCR en todos los casos.

### **Discusión**

La fiebre del Nilo occidental es una enfermedad emergente en España, aunque establecida en su ciclo zoonótico. Probablemente el virus circule desde hace más tiempo del que se pensaba.

Desde la temporada 2020, en que tuvo lugar un aumento inusual en el número de casos de FNO, se han notificado por primera vez casos en las temporadas consecutivas de 2021 y 2022. Además, en 2022 se han notificado casos humanos por primera vez en 2 provincias: Tarragona y Córdoba. Es probable que se deba, en parte, a un aumento en la sensibilidad diagnóstica por un mayor grado de sospecha de la enfermedad a partir de lo ocurrido en 2020. Los casos han tenido lugar

durante la temporada de actividad del vector, principalmente en el mes de agosto y ninguno después del mes de octubre.

Ha habido un ligero predominio en mujeres en estos últimos 2 años, a diferencia de lo observado en 2020, en que la proporción de mujeres fue del 40%; es probable que esta diferencia se deba al reducido número de casos en estos últimos 2 años frente a los de 2020. La mayoría de casos se concentran en adultos mayores.

Una proporción importante de infecciones tanto en reservorios como en humanos son asintomáticos, por lo que es preciso mantener un alto índice de sospecha en los casos con clínica compatible y caracterizar microbiológicamente los casos de meningoencefalitis aséptica, en especial en las zonas de riesgo previamente identificadas, sin descartar la posibilidad de que el virus esté presente en otras zonas. Las medidas preventivas van dirigidas principalmente al control del vector, a la prevención de picaduras en la población general y a la detección y comunicación precoz de casos para establecer las medidas oportunas para prevenir contagios a través de sustancias de origen humano.