



MINISTERIO  
DE CIENCIA, INNOVACIÓN  
Y UNIVERSIDADES



# **Informe epidemiológico sobre la situación de paludismo en España. Año 2023**

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

Informe actualizado el 31 de mayo de 2024 con los datos disponibles hasta la fecha.

*Depuración, validación y análisis de los datos:*

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 paludismo en España. Año 2023. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. CIBERESP. Madrid, 31 de mayo de 2024**

## Introducción

El paludismo o malaria es la enfermedad parasitaria más importante en humanos, causada por protozoos del género *Plasmodium*, característica de climas tropicales. Su vía de transmisión más frecuente es por la picadura de mosquitos hembra infectadas, del género *Anopheles*.

Las principales especies responsables de infección en humanos son: *P. falciparum*, *P. vivax*, *P. ovale* y *P. malariae*. Otras especies (*P. knowlesi*, *P. cynomolgi* y *P. simium*), producen infecciones en primates y pueden afectar a humanos. *P. falciparum*, responsable de la mayoría de los casos, formas graves y mortalidad, predomina en África subsahariana y sudeste asiático. Le sigue en frecuencia *P. vivax*, mucho más extendido geográficamente.

El período de incubación es de 7 a 30 días, aunque puede llegar a ser de años. En regiones endémicas, son comunes las parasitaciones asintomáticas por la semi-inmunidad adquirida; las formas graves se dan principalmente en África subsahariana en menores de 5 años, embarazadas y personas no inmunes. En personas que han emigrado a áreas no endémicas, la inmunidad se pierde con el tiempo. La evolución de la enfermedad depende del parásito, el estado inmunitario y del tratamiento. *P. vivax* y *ovale* pueden persistir en su forma hepática (hipnozoitos) y ocasionar recurrencias años después de la infección si no se recibe tratamiento específico. *P. malariae* puede permanecer latente y producir enfermedad años después.

En países sin transmisión endémica, como España, la mayoría de casos son importados de lugares donde circula el parásito. Si el caso no tiene antecedente de viaje reciente, se debe descartar transmisión autóctona. En España está presente *Anopheles atroparvus*, que es vector competente de *P. vivax* y parece ser refractario a especies tropicales de *P. falciparum*. Según el modo de transmisión, en países no endémicos como España, se puede clasificar a los casos de paludismo no importados en:

- Paludismo introducido: contagio por picadura de mosquito local, infectado a partir de un caso importado.
- Paludismo de aeropuerto/puerto/maleta: contagio por picadura de mosquito infectado procedente de zona endémica.
- Paludismo inducido: contagio de origen generalmente iatrogénico (sustancias de origen humano: sangre y hemoderivados; trasplante de órganos; parenteral en procedimientos hospitalarios) o por material contaminado de uso clínico o laboratorio.
- Paludismo congénito: transmisión transplacentaria o en el canal del parto.

La prevención se basa en medidas de control del vector, protección frente a picaduras, quimioprofilaxis en viajeros, detección y tratamiento de los casos y prevención de la transmisión relacionada con la asistencia sanitaria (parenteral y por trasplante). No existe vacuna eficaz para la prevención en viajeros.

El paludismo se considera eliminado en España desde 1964. Es de declaración obligatoria a la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)<sup>1</sup>, en el Centro Nacional de Epidemiología. La última actualización del protocolo de vigilancia y la encuesta de casos fue en 2013. Los casos autóctonos se deben notificar de forma urgente, también al Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias (Ministerio de Sanidad). El objetivo del informe es conocer la situación epidemiológica de paludismo en España en 2023 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 del caso, fecha de diagnóstico, clasificación, comunidad autónoma (CA) de notificación, sexo, edad, importado, país de infección, motivo de estancia, agente, síntomas, quimioprofilaxis, hospitalización y defunción. El informe

<sup>1</sup> Real Decreto 2210/1995

contiene la descripción epidemiológica de la enfermedad para el año 2023. Para la serie temporal se han incluido 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. Para la presentación de los datos en las figuras y las tablas se agregó la población en los siguientes grupos de edad: menores de 15 años, de 15 a 24, de 25 a 44, de 45 a 54, 55 a 64, y 65 o 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 31/05/2024.

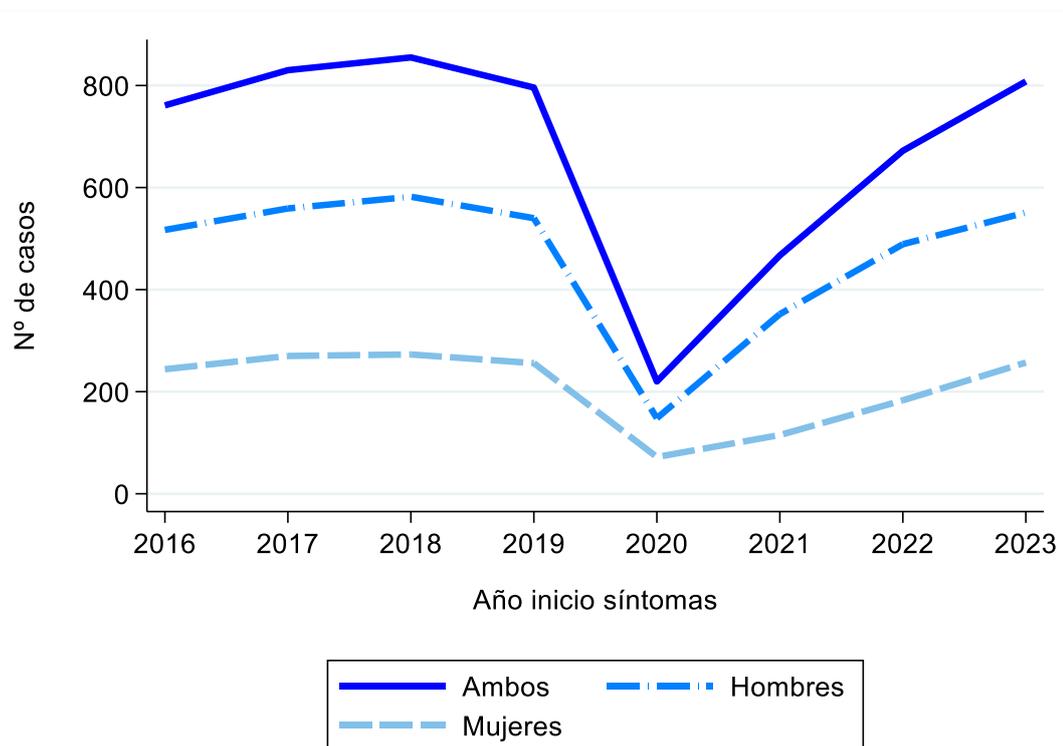
## Resultados de la vigilancia

En 2023, 17 CCAA notificaron un total de 811 casos, todos importados, de los que 806 (99,4%) fueron confirmados.

### Distribución temporal y espacial

La evolución del número de casos notificados de 2016 a 2023 ha sido ligeramente ascendente hasta 2018 (máximo, n=853), con disminución marcada en 2020 en que se alcanzó el mínimo (n=220) y recuperación progresiva desde 2021 a 2023 (figura 1).

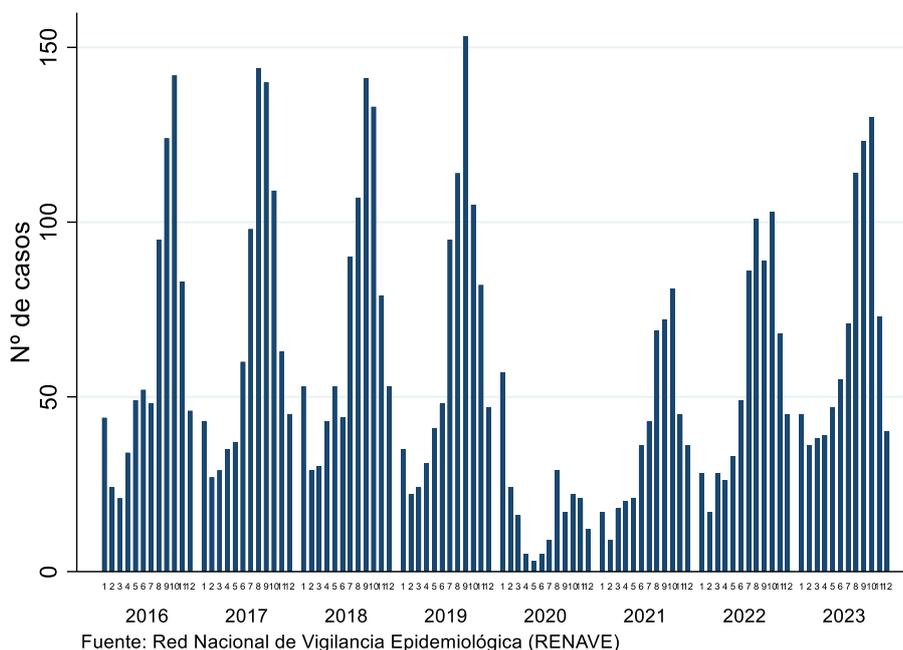
**Figura 1. Distribución de casos de paludismo según año de inicio de síntomas. España. 2016-2023**



Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)

En 2023 los casos importados han ocurrido durante todo el año, con una mayor frecuencia entre junio y octubre (493; 60,8%) y máximo en octubre con 130 casos (figura 2).

Figura 2. Distribución de casos de paludismo notificado por mes. España. 2016-2023



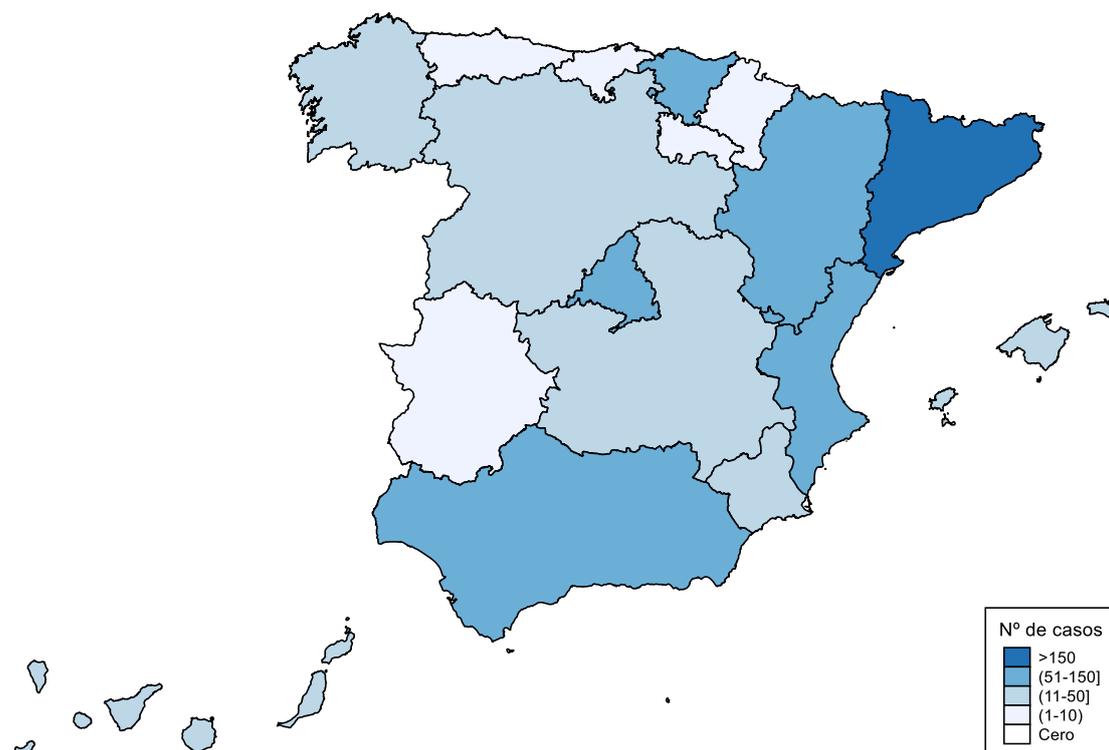
Todas las CCAA, excepto Ceuta y Melilla, han notificado casos en 2023. Cataluña, Madrid y Andalucía han notificado el mayor número y las TN más elevadas han correspondido a Aragón, Cataluña y La Rioja (tabla 1 y figura 3).

Tabla 1. Número de casos y tasa de notificación de dengue por CC AA y año. España, 2023 y su comparativa con el año 2022

CC AA	2022		2023	
	Nº casos	TN	Nº casos	TN
Andalucía	109	1,28	101	1,18
Aragón	27	2,03	51	3,80
Asturias	5	0,50	8	0,80
Baleares	18	1,52	24	1,98
Canarias	9	0,41	36	1,63
Cantabria	7	1,20	9	1,53
Castilla y León	20	0,97	11	0,53
Castilla-La Mancha	11	0,46	23	0,96
Cataluña	219	2,82	226	2,86
C. Valenciana	59	1,16	80	1,53
Extremadura	3	0,28	2	0,19
Galicia	12	0,45	19	0,70
Madrid	90	1,33	130	1,89
Murcia	15	0,98	11	0,71
Navarra	13	1,96	10	1,49
País Vasco	53	2,40	61	2,75
La Rioja	3	0,94	9	2,79
Ceuta	0	0,00	0	0,00
Melilla	0	0,00	0	0,00
<b>Total España</b>	<b>673</b>	<b>1,42</b>	<b>811</b>	<b>1,69</b>

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

Figuras 3. Número de casos de paludismo por CC AA. España, 2023



Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)

### Lugar de contagio y motivo de estancia

El continente más frecuente de infección de casos importados ha sido África en el 96,8%, principalmente las regiones de África occidental (416; 53,1%) y central (306; 39,1%). Los países más frecuentes han sido Guinea Ecuatorial (177; 22,6%), Nigeria (92; 11,7%), Senegal (91; 11,6 %) y Mali (87; 11,1%). Los motivos más frecuentes de estancia en país endémico han sido, por orden, la visita a familiares y amigos (351; 58,4%), el turismo (117; 19,5%), la inmigración (71; 11,8%) y el trabajo (43; 7,1%).

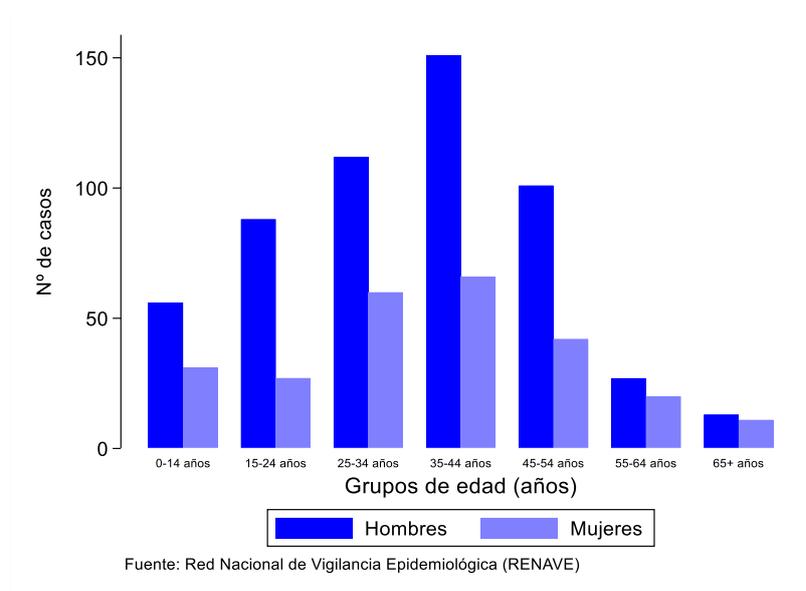
### Especie infectante

Disponíamos de identificación de especie en 722 (89,6%) de los casos confirmados de 2023. De ellos, fueron debidos a *P. falciparum* 645 casos (89,3%), *P. malariae* 29 (4,0%), *P. vivax* 25 (3,5%), *P. ovale* 22 (3,0%) y *P. knowlesi* 1 caso.

### Características de los casos

En 2023 hubo 552 (68,2%) casos de paludismo importado en hombres y 258 en mujeres, que correspondió a una razón hombre/mujer de 2,1. La edad mediana fue de 36 años, p25-75: 24 a 45 años, rango 0 a 78 años. El grupo más frecuente fue el de los hombres de 35 a 44 años (figura 4).

En relación al lugar de nacimiento, fue África en el 66,9% y España u otros países de Europa en el 29,4%.

**Figura 4. Distribución de casos de paludismo por grupos de edad y sexo. España, 2023**

### Clínica y evolución

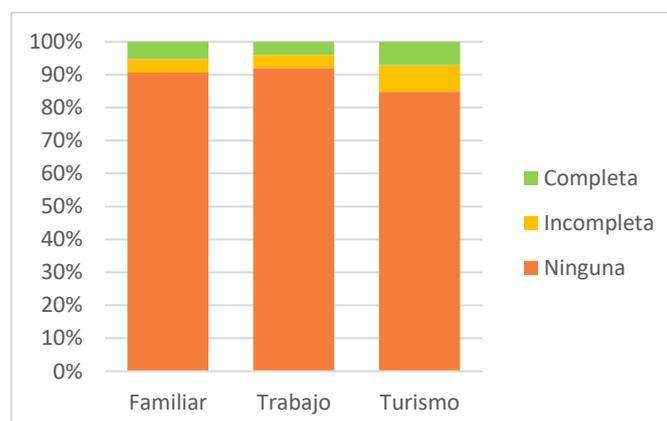
#### Gravedad

La proporción de hospitalizaciones notificadas ha sido del 75,8%. Esta ha sido más elevada en los menores de 15 años (84,5%), los de 35 a 44 años (77,8%), de 55 a 64 años (78,6%), en los hombres (76,1% vs 74,9% en mujeres) y en las infecciones por *P. falciparum* (79,1%). La proporción de hospitalizaciones ha sido menor en los que viajaron por turismo (75,2% hospitalizan) que en el resto de los grupos.

Entre los casos confirmados importados (806), se han notificado 6 defunciones, lo que corresponde a una tasa de letalidad del 0,7%. Fueron 3 hombres y 3 mujeres, de 36 a 68 años, todos ellos por *P. falciparum*.

#### Quimioprofilaxis

De los casos importados de 2023 que viajaron por visita familiar, turismo, trabajo u otro motivo (se excluyen inmigrantes recién llegados), disponíamos de información sobre toma de quimioprofilaxis en el 72,4% (370/511); en los turistas esta proporción ha sido de 84,6%. Del total, el 10,8% había iniciado alguna quimioprofilaxis, y el 5,7% la hizo completa. El porcentaje de toma de quimioprofilaxis (completa o incompleta) ha sido ligeramente superior en el grupo de viajeros por turismo (figura 5).

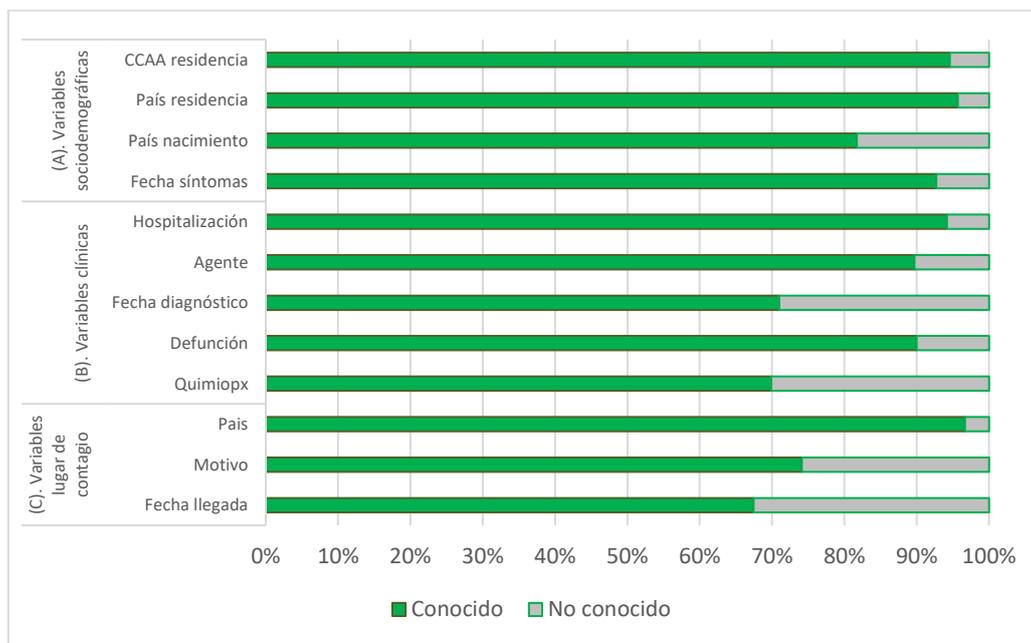
**Figura 5. Distribución porcentual de toma de quimioprofilaxis en casos de paludismo importados según motivo del viaje (familiar, trabajo y turismo). España, 2023.**

Se dispuso de información de fechas para calcular el tiempo hasta el diagnóstico o demora en 547 casos (67,5%). La mediana fue de 4 días, p25-75: 3 a 7 días.

## Calidad

Las variables con porcentaje de valores perdidos igual o superior al 30% fueron: fecha de llegada, quimioprofilaxis. Entre 20% y 30% de los casos: fecha de diagnóstico y motivo del viaje. Entre el 10 y el 20%: país de nacimiento (figura 6).

**Figura 6. Frecuencia (%) de cumplimentación de variables de casos de paludismo. España, 2023**



Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE).

## Discusión

La evolución del número de notificaciones de paludismo sigue un patrón semejante al de la Unión Europea y Área Económica Europea<sup>2</sup>. El descenso de notificaciones en 2020 ha ido retornando desde 2021 a cifras de años previos a la pandemia, tras la normalización en los viajes.

Las CC AA con mayor población (Cataluña, Madrid, Andalucía), han notificado el mayor número de casos mientras que las TN más elevadas han correspondido a Aragón, Cataluña y La Rioja.

África occidental es la región más frecuente de procedencia de los casos, con Guinea Ecuatorial como país más frecuente, en viajeros que fueron a visitar a familiares o por turismo e infección por *P. falciparum*,

La distribución de casos por sexo y grupo de edad se mantiene, con un mayor número de hombres en edades medias de la vida. La mayoría de los casos han precisado atención hospitalaria. La proporción de hospitalizaciones ha sido mayor en los viajeros inmigrantes y por visitas familiares con respecto a los que fueron por turismo, lo que se podría deber, entre otros factores, a que estos últimos tienen mejor acceso a la información y la asistencia. Se debe incidir en la prevención y detección de casos de infección en todos los grupos de viajeros. Las medidas preventivas de los casos importados y casos graves son la quimioprofilaxis y protección frente a picaduras en los viajeros a zonas endémicas y el diagnóstico precoz y tratamiento de los casos.

El contagio nosocomial a partir de un caso importado debe ser tenido en cuenta en pacientes con fiebre de origen desconocido sin antecedente de viaje con un proceso asistencial hospitalario reciente.

Existe margen de mejora en la notificación de variables con proporción elevada de valores faltantes.

<sup>2</sup> [ECDC. Surveillance Atlas of Infectious Diseases](#). [consultado 03/06/2024]