



MINISTERIO
DE CIENCIA, INNOVACIÓN
Y UNIVERSIDADES



Informe epidemiológico sobre la situación de paludismo en España. Año 2024

Resultados de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

Informe actualizado el 30 de mayo de 2025 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 2024. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. CIBERESP. Madrid, 30 de mayo de 2025

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 son más frecuentes en menores de 5 años, mayores, embarazadas, personas con inmunosupresión y las no inmunes. En personas que han migrado a áreas no endémicas, la inmunidad se pierde gradualmente. 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 producir 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 “no natural” por contacto con sangre, tejidos humanos o material contaminado con ellos (inoculación por agujas u otros dispositivos, transfusión de sangre o hemoderivados, trasplante de órgano sólido o médula ósea).
- 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)¹, 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 2024 y su evolución temporal desde 2016.

¹ Real Decreto 2210/1995

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 contiene la descripción epidemiológica de la enfermedad para el año 2024. 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 30/05/2025.

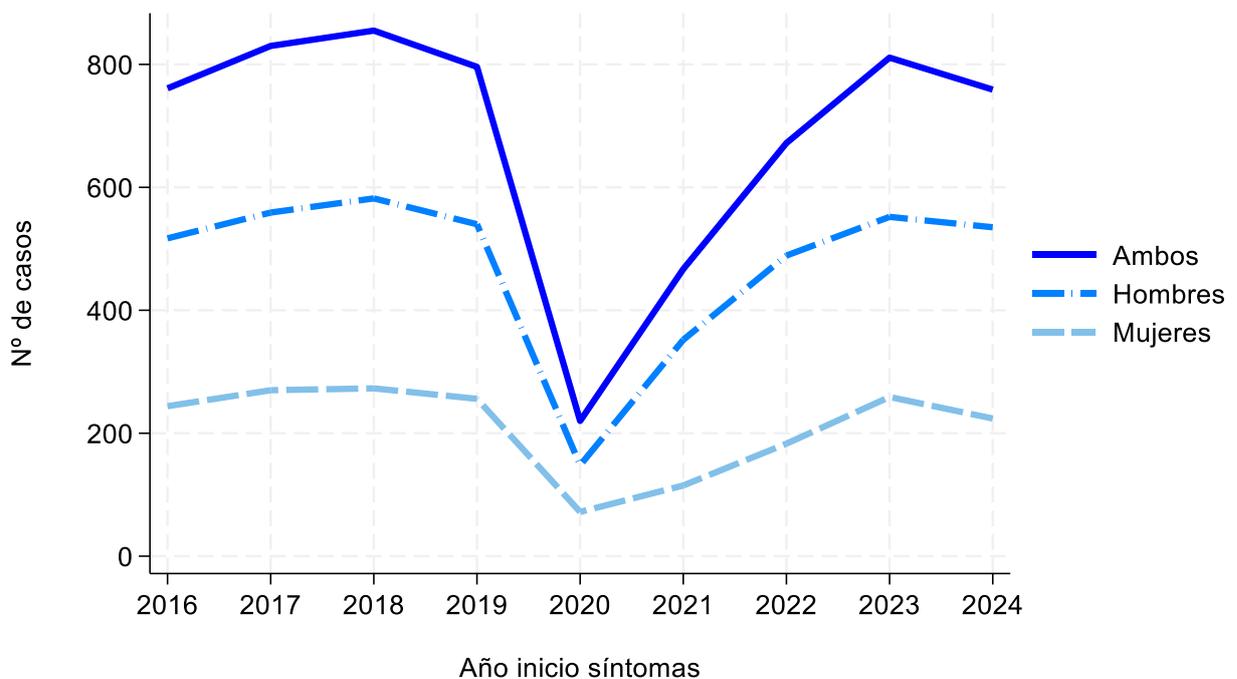
Resultados de la vigilancia

En 2024, 17 CCAA notificaron un total de 761 casos, todos excepto 1 fueron importados y de ellos 755 (99,3%) 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), recuperación progresiva y estabilización desde 2021 a 2024, en que el número de casos ha disminuido ligeramente respecto a 2023 (figura 1).

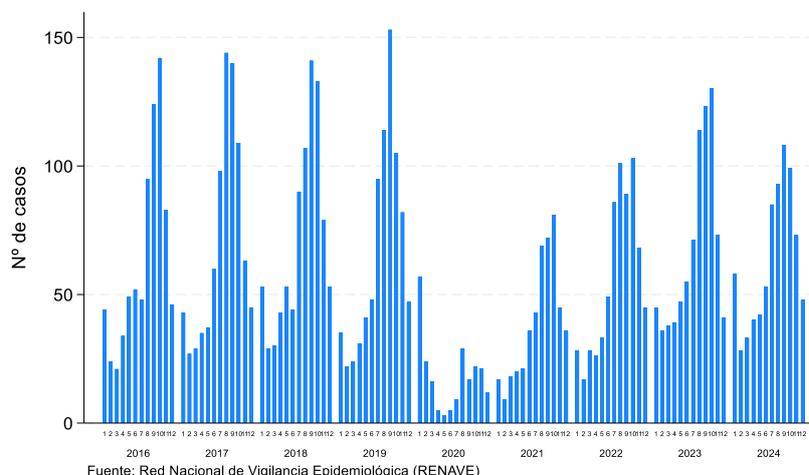
Figura 1. Distribución de casos de paludismo según año de inicio de síntomas. España. 2016-2024



Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)

En 2024 los casos importados han ocurrido durante todo el año, con una mayor frecuencia entre junio y octubre (438; 57,6%) y máximo en septiembre con 108 casos (figura 2).

Figura 2. Distribución de casos de paludismo notificado por mes. España. 2016-2024



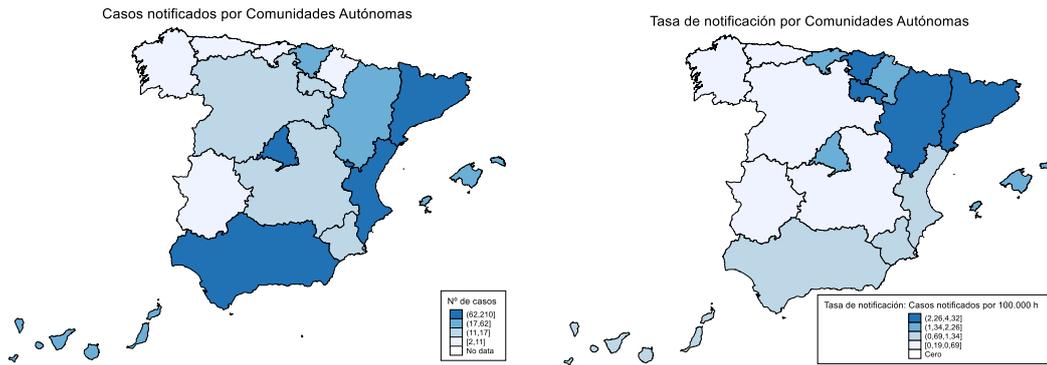
Todas las autonomías, excepto Ceuta y Melilla, han notificado casos en 2024. Cataluña, Madrid, Andalucía y C. Valenciana han notificado el mayor número y han presentado TN por encima de la media nacional (1,57), por orden de mayor a menor magnitud: La Rioja, Aragón, País Vasco, Cataluña, Madrid, Cantabria y Navarra (tabla 1 y figura 3).

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

CC AA	2022		2023		2024	
	Nº casos	TN	Nº casos	TN	Nº casos	TN
Andalucía	109	1,28	101	1,18	83	0,96
Aragón	27	2,03	51	3,80	45	3,33
Asturias	5	0,50	8	0,80	7	0,69
Baleares	18	1,52	24	1,98	19	1,54
Canarias	9	0,41	36	1,63	19	0,85
Cantabria	7	1,20	9	1,53	10	1,69
Castilla y León	20	0,97	11	0,53	14	0,67
Castilla-La Mancha	11	0,46	23	0,96	13	0,54
Cataluña	219	2,82	226	2,86	210	2,62
C. Valenciana	59	1,16	80	1,53	71	1,33
Extremadura	3	0,28	2	0,19	2	0,19
Galicia	12	0,45	19	0,70	6	0,22
Madrid	90	1,33	131	1,91	159	2,27
Murcia	15	0,98	11	0,71	17	1,08
Navarra	13	1,96	10	1,49	11	1,62
País Vasco	53	2,40	61	2,75	62	2,78
La Rioja	3	0,94	9	2,79	13	4,01
Ceuta	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Melilla	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Total España	673	1,42	812	1,69	761	1,57

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

Figuras 3 a y 3 b. Número de casos (a) y tasa de notificación (b) de paludismo por CC AA. España, 2024



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 96,1%, principalmente las regiones de África occidental (460; 61,9%) y central (233; 31,4%). Los países más frecuentes han sido Guinea Ecuatorial (157; 21,1%), Nigeria (115; 15,5%), Senegal (98; 13,2 %) y Mali (68; 9,2%). Los motivos más frecuentes de estancia en país endémico han sido, por orden, la visita a familiares y amigos (307; 56,0%), el turismo (115; 21,0%), la inmigración (67; 12,2%) y el trabajo (35; 6,4%).

Especie infectante

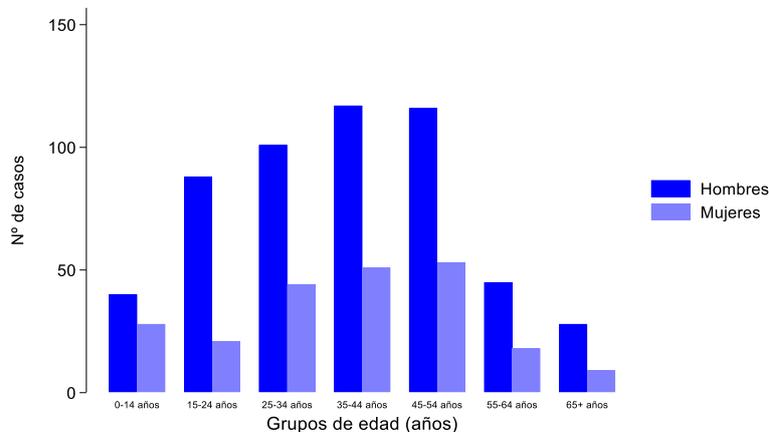
Disponíamos de identificación de especie en 676 (89,5%) de los casos confirmados. De ellos, fueron debidos a *P. falciparum* 625 casos (92,5%), *P. vivax* 19 (2,8%), *P. ovale* 19 (2,8%) y *P. malariae* 13 (1,9%).

Características de los casos

En 2024 hubo 534 (70,4%) casos de paludismo importado en hombres y 225 en mujeres, que correspondió a una razón hombre/mujer de 2,4. La edad mediana fue de 38,5 años, p25-75: 26 a 48 años, rango 6 meses a 88 años. Los grupos más frecuentes fueron el de los hombres de 35 a 44 y de 45 a 54 años (figura 4).

El lugar de nacimiento fue África en el 72,2% y España u otros países de Europa en el 25,4%.

Figura 4. Distribución de casos de paludismo por grupos de edad y sexo. España, 2024



Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)

Clínica y evolución

Gravedad

La proporción de hospitalizaciones notificadas ha sido del 80,9%. Esta ha sido más elevada en los menores de 15 años (92,3%) y los de 35 y más años ($\geq 82\%$), en las mujeres (81,2% vs 80,8% en hombres) y en las infecciones por *P. vivax* (92,9%) y *P. falciparum* (83,0%). La proporción de hospitalizaciones ha sido menor en los que viajaron por trabajo o por turismo (67,7% y 68,1 %, respectivamente) que en el resto de grupos.

Entre los casos confirmados importados (755), se han notificado 6 defunciones, lo que corresponde a una tasa de letalidad del 0,8%. Todos ellos fueron hombres, de 19 a 74 años, 5 casos por *P. falciparum* y en 1 caso la especie no se conocía.

Quimioprofilaxis

De los casos importados de 2024 que viajaron por visita familiar, turismo, trabajo u otro motivo (se excluyen inmigrantes recién llegados), disponíamos de información sobre toma de quimioprofilaxis en el 85,9% (413/481). De ellos, el 7,8% había iniciado alguna quimioprofilaxis, y el 4,4% la hizo completa.

Se dispuso de información de fechas para calcular el tiempo hasta el diagnóstico o demora en 483 casos (63,6%). La mediana fue de 4 días, p25-75: 3 a 7 días.

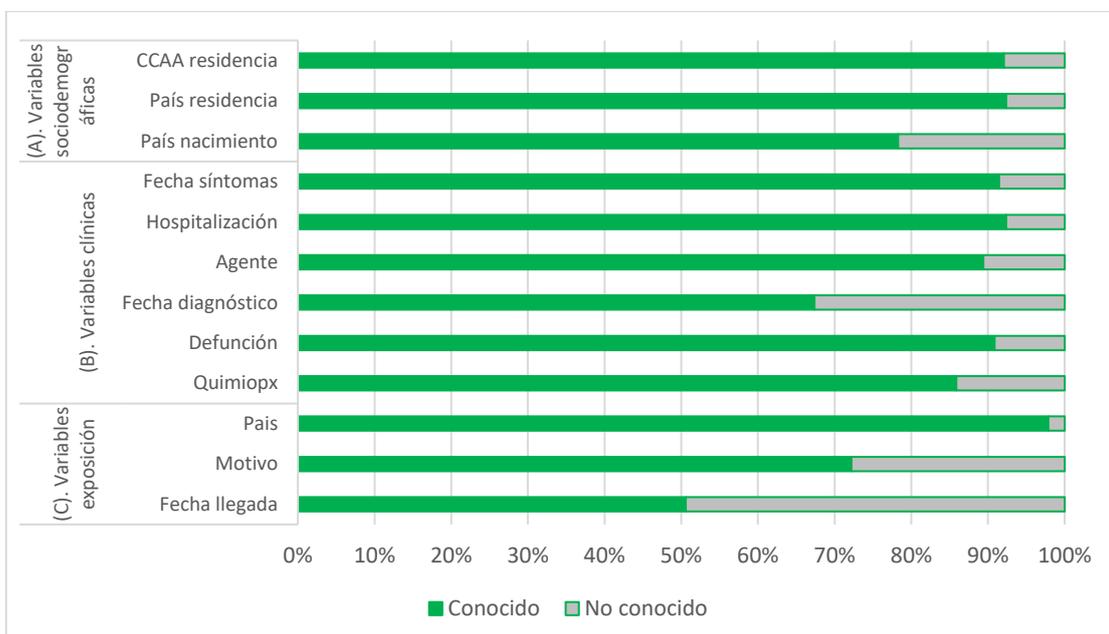
Casos autóctonos

Se ha notificado 1 caso autóctono confirmado en 2024 en una mujer de 60 años, sin antecedente de viaje, que coincidió con un caso importado asintomático durante un procedimiento diagnóstico que implicaba acceso venoso. Se realizó estudio molecular de laboratorio de muestras de ambos casos, que fueron por *P. falciparum*, y el resultado concluyó que presentaban elevada probabilidad de estar relacionados. El caso autóctono evolucionó favorablemente con tratamiento.

Calidad

Las variables con porcentaje de valores perdidos superior al 30% fueron: fecha de llegada y fecha de diagnóstico. Entre 20%-30% de los casos: motivo del viaje y país de nacimiento. Entre el 10-20%: agente y quimioprofilaxis (figura 5).

Figura 5. Frecuencia (%) de cumplimentación de variables de casos de paludismo. España, 2024



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 Europea². El descenso de notificaciones en 2020 ha ido retornando desde 2021 a cifras similares a las 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 CC AA del noreste de España.

Los casos proceden con mayor frecuencia de África occidental y Guinea Ecuatorial es el país más frecuente, en viajeros que fueron principalmente a visitar a familiares y contrajeron infección por *P. falciparum*.

La distribución de casos por sexo y grupo de edad se mantiene, con mayor frecuencia en hombres en edades medias de la vida. La mayoría de los casos precisaron atención hospitalaria, con una mayor proporción en los viajeros inmigrantes y por visitas familiares con respecto a los que fueron por turismo o por trabajo, 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 diagnóstico o asistencial hospitalario reciente.

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

² [ECDC. Surveillance Atlas of Infectious Diseases](#). [consultado 29/05/2025]