

# **Informe epidemiológico sobre la situación de la enfermedad por virus Zika en España. Año 2025**

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

Informe actualizado el 6 de julio 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 Zika en España. Año 2025. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. CIBERESP. Madrid, 19 junio 2026. Actualización 6 julio 2026.

## Introducción

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

Tras un período de incubación de 3-12 días, la infección cursa de forma asintomática en una proporción elevada de casos (75%). Durante la fase de viremia, de 3-5 días (hasta 14), el paciente puede transmitir el virus a mosquitos si fuera picado. El cuadro característico consiste en fiebre, exantema, artralgias/artritis y afectación conjuntival. La evolución generalmente es benigna y autolimitada, aunque se ha relacionado con complicaciones neurológicas y con el síndrome de Zika congénito.

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 VZK y está presente en España en numerosos territorios y en expansión, existe riesgo de transmisión vectorial autóctona. Tanto esta vía como la transmisión sexual, se deben 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, aislamiento de los casos virémicos y métodos para prevenir el contagio sexual. No existe tratamiento específico ni vacuna.

La enfermedad por VZK se vigila en España desde 2016, en que se aprobó el protocolo por la Ponencia de Vigilancia. Los casos se notifican al Centro Nacional de Epidemiología, a través de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE), –actualmente la Red Estatal de Vigilancia en Salud Pública<sup>1</sup>–. 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 enfermedad por VZK 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 (C.A.), 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 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 19/06/2026 y se ha actualizado el 6/07/2026.

## Resultados de la vigilancia

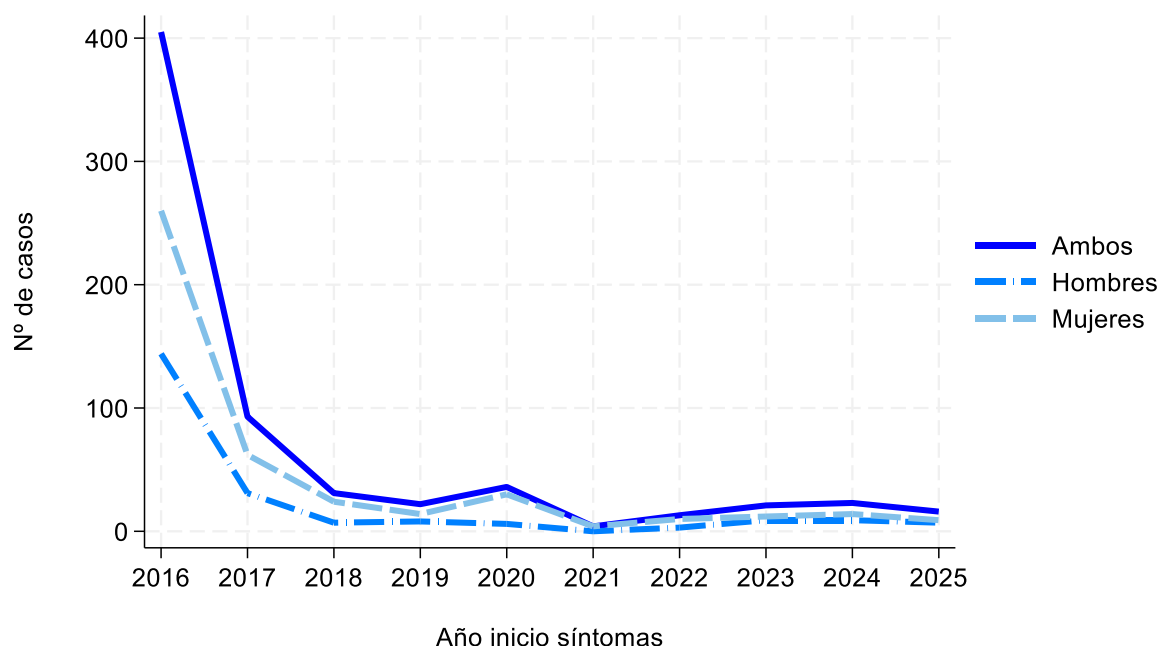
En 2025, 5 CC.AA. notificaron 16 casos, de los que 7 (43,7%) fueron confirmados. No hubo ningún caso autóctono.

### Distribución temporal y espacial

La evolución del número de casos notificados de 2016 a 2025 fue descendente, hasta 2018. En 2016 se registró el máximo (n=406). Desde 2018 hasta 2025, ha habido en promedio 21 casos anuales, con mínimo en 2021 (n=4) (figura 1). La mayoría de los casos de 2025 se distribuyeron en julio y agosto (n=5 y 4, respectivamente) (figura 2).

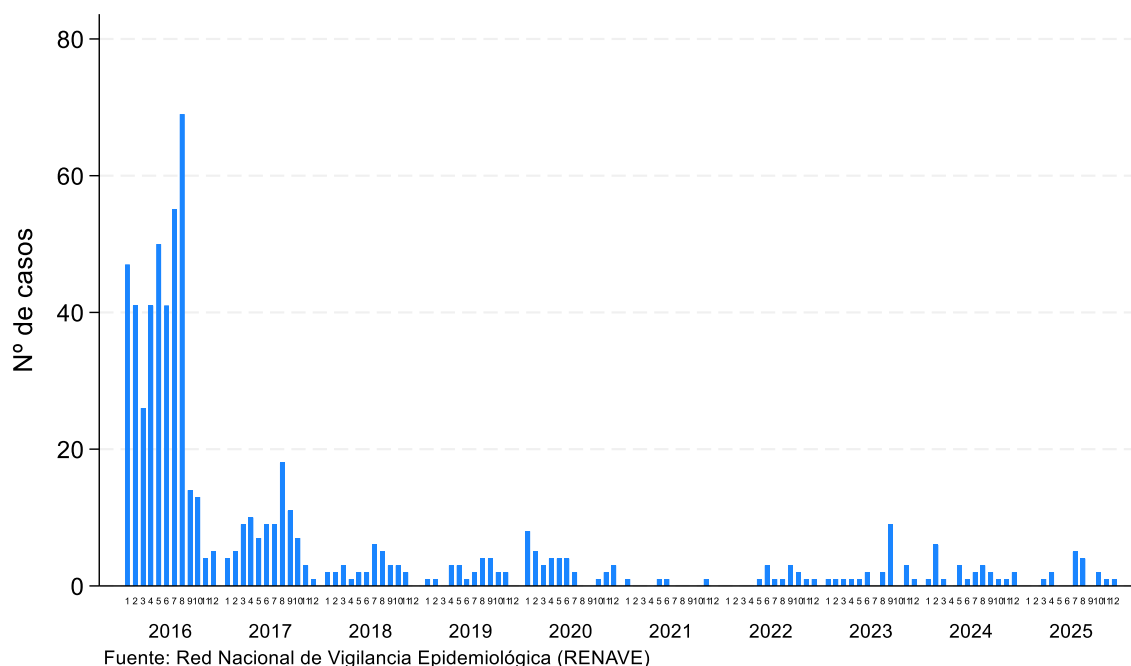
<sup>1</sup> Real Decreto 568/2024, de 18 de junio, por el que se crea la Red Estatal de Vigilancia en Salud Pública.

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



Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)

**Figura 2. Distribución de casos de enfermedad por VZK notificados por mes. España, 2016 a 2025**



Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)

Los casos de 2025 proceden de las notificaciones de Canarias (2), Castilla y León (2), Cataluña (6), C. Valenciana (4) y País Vasco (2). El resto de CC.AA. no han notificado ningún caso.

#### **Lugar de contagio y motivo de estancia**

El lugar de contagio de los casos fue América (8; 50,0%), Asia/Oceanía (5; 31,3%) y África (3; 18,7%). El país más frecuente fue Cuba (n=5). En los casos con motivo de estancia conocido (n=8), estos fueron el turismo y la visita familiar (n=4 en ambos).

### Características de los casos

En 2025 hubo 9 casos (56,3%) en mujeres y 7 en hombres. La edad mediana fue de 34,5 años, p25-75: 28 a 43 años, rango 14 a 59 años.

### 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 13 de los 16 casos (81,3%) y todos ellos fueron virémicos. De ellos 7 estuvieron en CC.AA. en las que estaba establecido *Ae. albopictus*<sup>2</sup> durante el período de máxima actividad del vector (mayo a octubre).

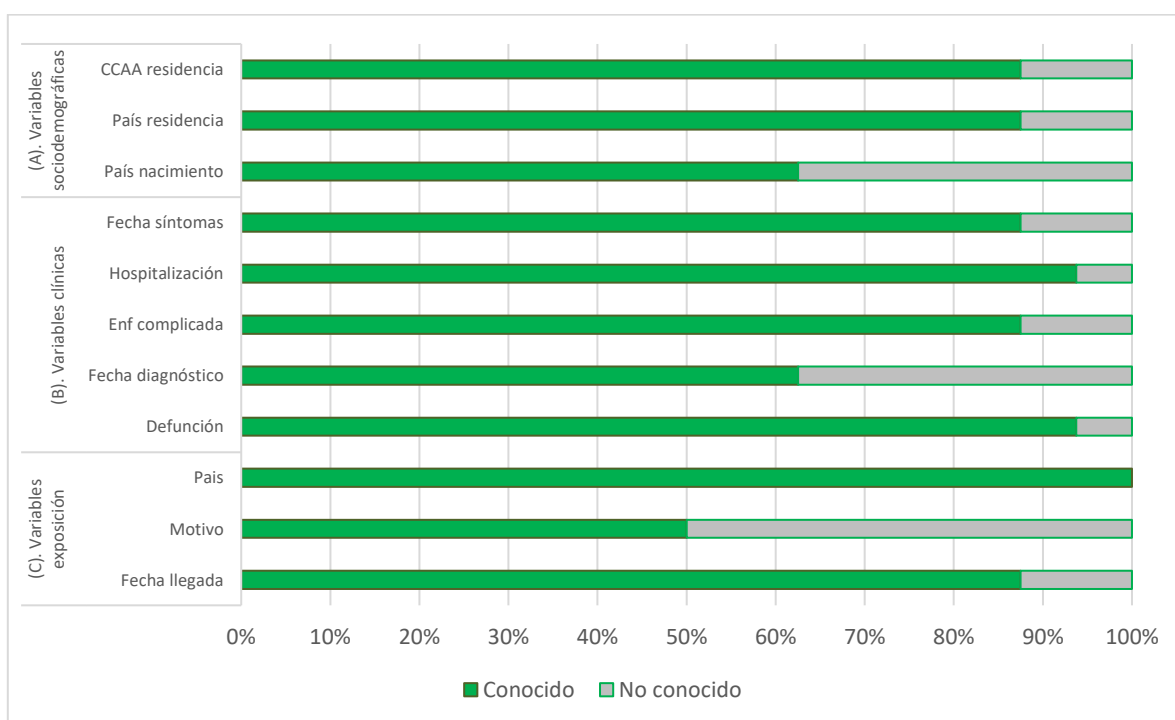
#### Gravedad

Se notificó hospitalización en 1 caso y ninguna defunción por VZIK.

### Calidad

Hubo un porcentaje de valores perdidos del 50% en el motivo de estancia; del 30-50% en el país de nacimiento y la fecha de diagnóstico. La proporción de valores faltantes estuvo entre 10% y 20% en C.A. de residencia, país de residencia, fecha de inicio de síntomas y enfermedad complicada (figura 3).

**Figura 3. Porcentaje de cumplimentación de variables de casos de enfermedad por VZIK. España, 2025**



### Discusión

La evolución del número de notificaciones de enfermedad por VZK ha sido descendente, con máximo en 2016 y mínimo en 2021, similar a la de la Unión Europea y Área Económica Europea<sup>3</sup>. Tras la emergencia en América en 2016, la circulación de VZK en el mundo se ha reducido drásticamente<sup>4</sup>, por lo que el número

<sup>2</sup> 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](#)

<sup>3</sup> [Surveillance Atlas of Infectious Diseases. ECDC](#) [consultado 12/06/2026]

<sup>4</sup> 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](#)

---

de casos notificados en los últimos 3 años se ha mantenido en niveles muy bajos (menos de 25 casos/año), incluso después de la normalización de los viajes después de la pandemia.

Los casos de 2025 procedían con mayor frecuencia de América o Asia/Oceanía.

La mayoría son casos leves 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, aunque esto ocurre en un número muy reducido de casos. Las medidas preventivas difieren según el riesgo de transmisión en función de la presencia o ausencia del vector, y van dirigidas a su control, a la prevención de picaduras y a la detección precoz de casos en período virémico, así como la prevención de transmisión por vía sexual.

Existe margen de mejora en la cumplimentación de algunas variables.