



SECRETARIA DE ESTADO DE
SANIDAD

DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD
PÚBLICA Y EQUIDAD EN SALUD

Centro de Coordinación de
Alertas y Emergencias
Sanitarias

EVALUACIÓN RÁPIDA DE RIESGO

Enfermedad por virus Nipah en Bengala Occidental (India) y Bangladesh

11 de febrero de 2026

Resumen de la situación y conclusiones

El 12 de enero de 2026, el ministro de sanidad de la India comunicó dos casos sospechosos de enfermedad por virus Nipah (VNi) en el estado de Bengala Occidental en profesionales sanitarios. Los casos fueron confirmados el 14 de enero de 2026. Son los primeros casos detectados y notificados en Bengala Occidental desde 2007. Así mismo, el 3 de febrero de 2026 la República Popular de Bangladesh notificó a la OMS un caso confirmado de infección por Virus Nipah en el distrito de Naogaon, división de Rajshahi, al noroeste del país. Desde su descubrimiento, se han identificado alrededor de 750 casos humanos de enfermedad por VNI de acuerdo con las notificaciones realizadas a la OMS, con una letalidad estimada de entre el 40% y el 75 %.

La infección por el VNI causa una enfermedad grave, que se transmite a los humanos por contacto con animales infectados (principalmente murciélagos frugívoros de la familia *Pteropodidae*, reservorio del virus, y otros animales, como los cerdos), a través de alimentos (como por consumo de savia de palmera datilera contaminada) o fómites contaminados con saliva, excreciones o secreciones de animales infectados y, por contacto cercano y prolongado con una persona infectada. El periodo de incubación es de 4 a 32 días, y el cuadro clínico puede ser leve (fiebre, dolor de cabeza, dolor muscular y náuseas) y progresar a más grave, registrándose casos de encefalitis aguda y neumonía atípica con insuficiencia respiratoria aguda grave. En la actualidad, no hay vacuna ni tratamiento específico para esta enfermedad.

El VNI fue identificado por primera vez en 1998 en un brote en porcicultores de Malasia y Singapur. Desde entonces, se han notificado brotes en Bangladesh e India, y un brote aislado en Filipinas en 2014. En la India, los primeros brotes ocurrieron en el estado de Bengala Occidental en 2001 y 2007, en los distritos de Siliguri y Nadia, colindantes con Bangladesh, donde se registran brotes casi anuales, y comparten condiciones ecológicas similares, incluyendo poblaciones de murciélagos frugívoros. Así mismo, en la India, en el estado de Kerala se han detectado brotes con regularidad desde 2018.

Teniendo en cuenta la prohibición de la importación de cerdos vivos y de productos porcinos desde los países afectados, así como la ausencia de especies reservorios en nuestro país, la probabilidad de detectar un caso autóctono en España es remota. Podría registrarse algún caso importado procedente de las zonas endémicas, aunque con una probabilidad muy baja. El impacto que tendría un caso importado sería muy bajo dada la alta capacidad del sistema de vigilancia y asistencial. Por ello, el riesgo actual para la población de España se estima muy bajo.

Justificación de la evaluación de riesgo

El brote reciente en el estado de Bengala Occidental, en India, en el que han enfermado varios trabajadores sanitarios por contacto con el virus Nipah, así como el nuevo caso detectado en Bangladesh, ponen de manifiesto la gravedad de esta enfermedad. Si bien los brotes ocurridos hasta el momento se han circunscrito a las zonas consideradas endémicas, aunque poco probable, no se puede descartar la llegada de alguna persona afectada. Por ello, el objetivo de esta evaluación de riesgo es actualizar la situación de esta enfermedad y revisar los elementos necesarios para estar mejor preparados frente a ella en España.

EXPERTOS CONSULTADOS

Ministerio de Sanidad

Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias:

M^a Cruz Calvo Reyes, Pedro Valdivia Prieto, María Fontana Campos¹, Elena Rodas García-Riaño, Laura Santos Larrégola, Lucía García San Miguel y M^aJosé Sierra Moros².

Subdirección General de Sanidad Exterior:

Gloria González Díaz, Rocío Palmera Suárez y Patricia López Pereira.

Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades

Centro Nacional de Microbiología:

Anabel Negredo², M^a Paz Sánchez-Seco², Ana Vázquez³ y Juan Emilio Echevarría Mayo.

Centro Nacional de Epidemiología. ISCIII:

Rosa M^a Estévez Reboredo³.

Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación

Dirección General de Sanidad de la Producción Agroalimentaria y Bienestar Animal:

Germán Cáceres Garrido y Luis José Romero González.

Ministerio para la Transición Ecológica y el Reto Demográfico

Dirección General de Biodiversidad, Bosques y Desertificación:

Jaime Castañer de Diego y Rubén Gregorio Moreno-Opo Díaz-Meco.

¹Médica Residente de Medicina Preventiva y Salud Pública; ²CIBER de Enfermedades infecciosas (CIBERINFEC);

³CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP)

Citación sugerida: Enfermedad por virus Nipah en Bengala Occidental (India) y Bangladesh. Evaluación rápida de riesgo. Ministerio de Sanidad, Dirección General de Salud Pública y Equidad en Salud. Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias, 11 febrero 2026.

Información del evento

El 12 de enero de 2026, el ministro de sanidad de la India comunicó dos casos sospechosos de enfermedad por virus Nipah en el estado de Bengala Occidental. Los casos fueron confirmados dos días después, y notificados a la OMS el 26 de enero de 2026 (1).

Los casos iniciaron síntomas el 27 y 30 de diciembre de 2025, respectivamente, y presentaron cuadros clínicos de gravedad que requirieron ingreso en UCI. Ambas personas eran profesionales sanitarios del mismo hospital, en la ciudad de Barasat, a 24 km al norte de Calcuta, y tuvieron contacto laboral entre ellos en los días anteriores al inicio de síntomas. Uno de los casos tenía antecedentes de viaje al distrito de Nadia, colindante con Bangladesh, entre el 14 y el 17 de diciembre de 2025.

Hasta la fecha de la notificación a la OMS, se identificaron y analizaron 196 contactos, todos asintomáticos, con resultado negativo en las pruebas realizadas, y en aislamiento domiciliario u hospitalario según el nivel de riesgo detectado.

Tras la confirmación de estos dos casos, el Gobierno de la India, con el Gobierno de Bengala Occidental, iniciaron la implementación de medidas de salud pública, conforme a los protocolos establecidos, reforzando la vigilancia, las pruebas de laboratorio y las investigaciones de campo, con la acción coordinada de los organismos de salud centrales y estatales.

Así mismo, el 3 de febrero de 2026 la República Popular de Bangladesh notificó a la OMS un caso confirmado de infección por Virus Nipah en el distrito de Naogaon, división de Rajshahi, al noroeste del país. El caso es una persona de mediana edad, que residía en ese mismo distrito, iniciando síntomas el 21 de enero, que fueron empeorando hasta aparición de clínica neurológica de gravedad e ingreso en el Hospital Médico Universitario de Rajshahi, donde se tomaron muestras de sangre y exudado nasofaríngeo, el 28 de enero, falleciendo ese mismo día. El 29 de enero se confirmó la infección por virus Nipah a través de PCR, así como la presencia de anticuerpos IgM. El caso tenía antecedentes de consumo repetido de savia cruda de palmera datilera en las dos semanas previas al inicio de síntomas.

Tras la confirmación del caso, se llevaron a cabo investigaciones epidemiológicas y se identificaron 35 contactos, tomándose muestras a los contactos de alto riesgo, resultando negativas las pruebas realizadas. Se recomendó aislamiento domiciliario durante 28 días de todos los contactos, además de seguimiento durante 2 meses desde la fecha de exposición.

Contando los 2 casos notificados por India el 26 de enero, este sería el tercer caso de enfermedad por virus Nipah notificado a nivel global, y el primero en Bangladesh, en 2026.

Información de la enfermedad

La enfermedad por el virus Nipah (VNi) se considera una zoonosis emergente y grave. La enfermedad parece tener un patrón estacional, de diciembre a mayo, y una distribución limitada a varios países del sur y sudeste asiático, principalmente Bangladesh y la India, sin que se hayan detectado casos fuera de esas zonas.

El patógeno

El virus Nipah es un virus ARN de la familia *Paramyxoviridae*, clasificado en la subfamilia *Orthoparamyxovirinae*, que a su vez comprende varios géneros, entre los que se encuentra *Henipavirus*, género que alberga dos virus patógenos (Virus Hendra y VNi), descubiertos en 1994 y 1998, respectivamente (2–4).

Hasta ahora, se han identificado dos linajes genéticos distintos del VNI:

- VNI-Malasia (VNI-M): Identificado durante el brote de Malasia en 1999, asociado con una transmisión limitada de persona a persona (5).
- VNI-Bangladesh (VNI-B): Detectado por primera vez en 2001, responsable de brotes recurrentes en Bangladesh e India, con una mayor frecuencia de transmisión entre humanos y afectación respiratoria. VNI-BD tiene dos sublinajes, VNI-BD 1 y VNI-BD 2, que causan brotes en todo el país; sin embargo, estos sublinajes no difieren en epidemiología ni en características clínicas (5,6).

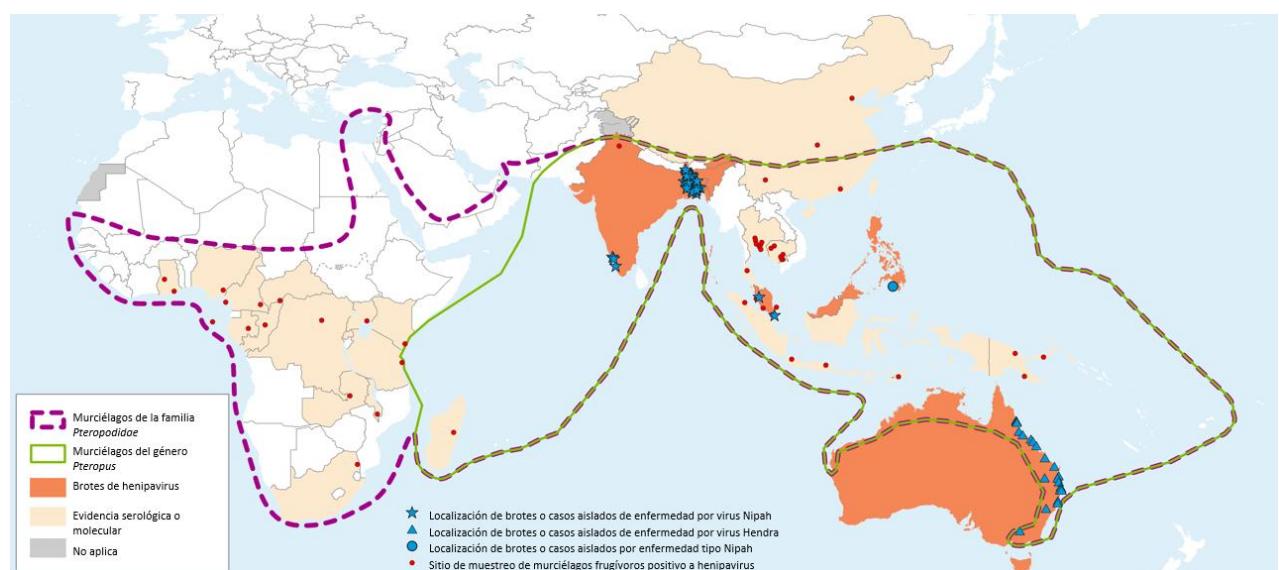
Se trata de un patógeno relativamente estable en el ambiente, que puede permanecer viable a 70 °C durante 1 hora y, se inactiva por completo a 100 °C durante más de 15 min, o con desinfectantes comunes como el hipoclorito de sodio (7–9).

Reservorio

El principal reservorio natural del VNI son los murciélagos frugívoros o del género *Pteropus*, también conocidos como “zorros voladores” o de la fruta. Los murciélagos de este género habitan un amplio territorio que abarca el sur y el sudeste de Asia, Australia, el este de África y numerosas islas oceánicas en los océanos Índico y Pacífico. La distribución conocida de este género de murciélagos, así como de los brotes de VNI y de virus Hendra, con datos hasta enero de 2024, están representados en la Figura 1.

De estas regiones, se ha detectado RNA y/o anticuerpos frente a VNI en diversas especies de murciélagos de la fruta y en otras especies de murciélagos de Malasia, Camboya, Tailandia, Bangladesh, India, Indonesia, Timor-Leste, China, Vietnam, Madagascar y Ghana (10–25).

Figura 1: Distribución geográfica de los murciélagos frugívoros de la familia *Pteropodidae* y del género *Pteropus* y brotes de *Henipavirus* (virus Nipah y Hendra).



Fuente: Organización Mundial de la Salud, WHO Health Emergencies Programme. 25 de enero de 2024 (26)

En Malasia se consideran como reservorios principales *P. hypomelanus*, el zorro volador isleño, y *P. vampyrus*, el zorro volador de Malasia, habiéndose detectado anticuerpos frente a VNI y genoma viral en estas especies de murciélagos. En Bangladesh se ha detectado el virus en *P. medius* (anteriormente denominado *P. giganteus*), y en la India, principalmente en *P. medius*, y recientemente en *Rousettus leschenaultii*. En Tailandia y Camboya, *P. lylei* parece ser el hospedador principal, aunque también se ha

descrito en *P. hypomelanus*, en *P. vampyrus* y en un insectívoro en Tailandia, *Hipposideros larvatus* o murciélagos de hoja redonda de Horsfield. Además, se ha detectado en *P. vampyrus* en Indonesia, en saliva de *Rousettus amplexicaudatus* en Timor oriental, y se han hallado anticuerpos en *Eidolon helvum* en Ghana, y en otras especies de murciélagos frugívoros e insectívoros, como *Cynopterus brachyotis*, *Eonycteris spelaea* y *Scotophilus kuhlii* en Malasia, e *Hipposideros larvatus* en Vietnam (10–25). Se debe considerar que la presencia de anticuerpos frente al VNI en murciélagos en países donde no se han detectado secuencias genómicas o no se ha aislado el virus, podría tratarse de reacción cruzada con otros henipavirus desconocidos antigenéticamente relacionados.

Transmisión

El VNI se transmite a los humanos a través de animales infectados (principalmente murciélagos frugívoros de la familia *Pteropodidae*, reservorio del virus, y ocasionalmente cerdos), de alimentos o fómites contaminados con saliva, excreciones o secreciones de animales infectados y con menor frecuencia por contacto cercano y prolongado con una persona infectada. También se han notificado casos de infección por VNI en personas que trepan a los árboles donde suelen habitar los murciélagos (Figura 2).

Figura 2: Ciclos de transmisión zoonótica en Malasia y Bangladesh.



Fuente: Wit E et al. Animal models of disease shed light on Nipah virus pathogenesis and transmission (7)

El virus se excreta en la orina (donde resiste hasta 18 horas), saliva, heces y otros fluidos del murciélagos, pudiendo contaminar alimentos y fómites. Se ha encontrado virus infectivo en muestras ambientales de frutas parcialmente mordisqueadas y en la savia de palmera datilera contaminada por *P. giganteus* (11,19). En varios de los brotes se conoce que la transmisión ocurrió por el consumo de savia fresca de palmera datilera contaminada (27). El VNI puede sobrevivir hasta 3 días en algunos jugos de frutas o mangos, y al menos 7 días en la savia de dátiles a 22 °C (9).

En todos los países que han notificado brotes, estos ocurrieron durante el invierno y la primavera (diciembre a mayo), asociándose con la temporada de cría de los murciélagos, el aumento de la excreción del virus por parte de los murciélagos y la temporada de cosecha de la savia de la palma (10,15).

La transmisión desde el murciélagos a otros mamíferos es por el contacto con las secreciones y excreciones de los murciélagos, generalmente por consumo de fruta contaminada (7). La transmisión intraespecie en el caso de los brotes en cerdos sería por secreciones respiratorias, así como fómites, en el contexto de

explotaciones intensivas (28).

En los casos de transmisión interhumana, los informes de brotes previos, principalmente en Bangladesh, sugieren que la transmisión se produce por contacto cercano y prolongado con una persona infectada, generalmente durante los cuidados en el entorno familiar, y en ocasiones en el entorno sanitario (8,9,29). Los brotes en Bangladesh describen enfermedad respiratoria grave con mayor frecuencia que encefalitis, y se estima que más de un tercio de los casos se relacionan con transmisión entre personas (29,30). En una revisión de los 122 casos de VNI identificados en Bangladesh entre 2001 y 2007, 62 (51%) desarrollaron la enfermedad después del contacto estrecho con otro caso (31). En estos casos, las secreciones respiratorias podrían tener un papel importante para la transmisión del virus (29). El ARN del virus de VNI se ha identificado en la saliva de las personas enfermas.

Hasta el momento se desconoce el periodo de transmisibilidad entre personas (32).

Cuadro clínico en animales

A diferencia de otros *Paramyxovirus*, el VNI tiene un tropismo de especie amplio, por lo que afecta a numerosos animales como cerdos, perros, gatos, cabras, caballos, conejillos de Indias, roedores, hurones y primates no humanos (mono ardilla y mono verde africano) (33,34).

En los cerdos, los síntomas clínicos que predominan son los respiratorios (respiración rápida, tos áspera y no productiva y hemoptisis en casos graves) y neurológicos (temblores, espasmos y marcha descoordinada), por ello también se denomina Síndrome respiratorio y neurológico porcino (35).

Cuadro clínico en humanos

Se considera que tiene un periodo de incubación de 4 a 32 días (32), aunque frecuentemente los síntomas aparecen en las primeras 2 semanas (36).

La presentación clínica es variable desde formas asintomáticas o subclínicas, con una frecuencia entre el 1% y el 45% (9,37), hasta cuadros de encefalitis y/o de insuficiencia respiratoria aguda grave, con una tasa de letalidad que oscila entre el 40% (Malasia) y el 75% (Bangladesh e India) (36), variando según el origen del brote, la capacidad local de vigilancia epidemiológica y el manejo clínico.

Los síntomas iniciales suelen ser fiebre, cefaleas, mialgia, vómitos y dolor de garganta, seguidos de mareos, somnolencia, alteración de la conciencia y signos de afectación neurológica grave, asociada a encefalitis, pudiendo iniciarse ésta de forma aguda o tardía, incluso años después de la exposición al virus (9,38). Los casos más graves presentan convulsiones que progresan al coma en un plazo de 24 a 48 horas. Algunos casos, además presentan clínica respiratoria, incluyendo tos, disnea, neumonía atípica e insuficiencia respiratoria aguda grave (39).

Puede haber recaídas entre aquellos que se han recuperado de un episodio agudo de la enfermedad (36,38). Se han observado efectos secundarios a largo plazo en supervivientes de la infección por VNI, incluidas convulsiones persistentes y cambios de personalidad (9,40).

Aunque existen antivirales en desarrollo, en la actualidad no hay vacuna ni tratamiento específico para esta enfermedad (41,42).

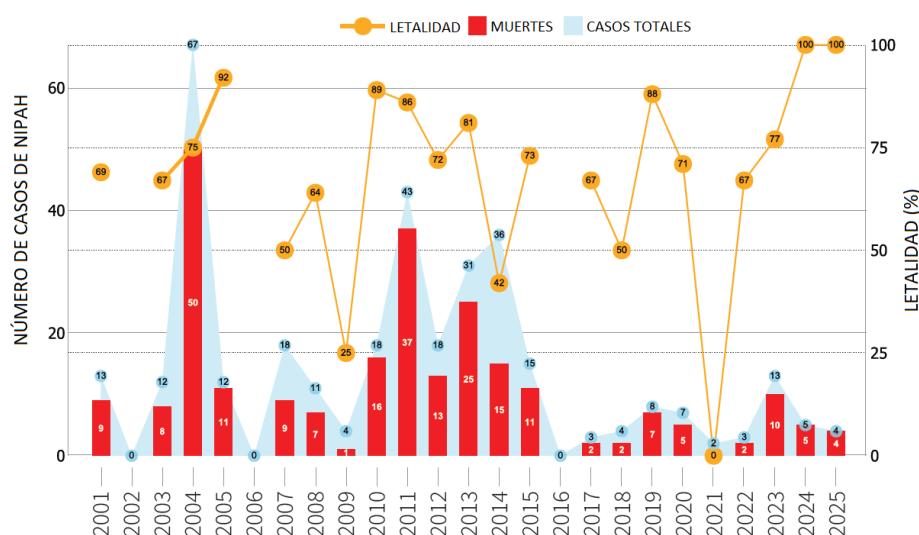
Situación epidemiológica mundial

Desde su descubrimiento se han identificado alrededor de 750 casos humanos de enfermedad por VNI de acuerdo a las notificaciones realizadas a la OMS, con una letalidad estimada de entre el 40 y el 75 %.

El VNI fue identificado por primera vez en un gran brote en porcicultores de Malasia y Singapur, entre septiembre de 1998 y mayo de 1999 (2,28). Los primeros casos humanos fueron precedidos por casos en cerdos, con una patología consistente en enfermedad respiratoria y encefalitis. El brote se atribuyó inicialmente a encefalitis japonesa y, por ello, se tomaron medidas contra ésta, incluyendo vacunación de los cerdos y control de los mosquitos (2,28). La falta de diagnóstico inicial provocó que aumentara el alcance y la magnitud del brote, por movimientos de cerdos infectados a otras zonas, como Singapur, llevando este país a bloquear las importaciones de porcino ante la aparición de casos en su territorio (3,28). Al final del brote, se registraron en Malasia 265 casos de encefalitis aguda debida a VNI, con 105 fallecimientos (tasa de letalidad 40%) (28). En Singapur se registraron 11 casos entre trabajadores de mataderos de porcino, con un fallecido (tasa de letalidad del 9%) (43). En este brote, la transmisión a los humanos se produjo principalmente por contacto directo con las excreciones o secreciones de cerdos infectados. Tras las medidas de control animal que fueron adoptadas, no se han producido nuevos brotes de VNI en estos países.

Posteriormente, se notificaron otros casos y brotes en India, Bangladesh y Filipinas. En India, hasta 2025 se han documentado un total de 105 casos (en 2001, 2007, 2018, 2019, 2021, 2023, 2024 y 2025), con 78 fallecimientos (tasa de letalidad del 74%) (44). En India, los primeros brotes, tuvieron lugar en el estado de Bengala Occidental: en 2001 en el distrito de Siliguri, y en 2007 en el distrito de Nadia; ambos distritos colindan con Bangladesh. Los siguientes brotes, ocurridos de forma regular a partir de 2018 y hasta 2025, han tenido lugar en el Estado de Kerala (44). En Bangladesh el primer caso de notificó en 2001 y, desde entonces, han sufrido brotes prácticamente anuales contabilizándose hasta 2025 un total de 347 casos y 249 fallecimientos (tasa de letalidad del 72%) (Figura 3)(30). Del total de casos, la mitad se han vinculado con el consumo de savia cruda de palma datilera.

Figura 3: Casos anuales de enfermedad por virus Nipah en Bangladesh (azul), fallecidos (rojo) y tasa de letalidad (línea amarilla); 2001-2025



Fuente: Instituto de Epidemiología, Control de Enfermedades e Investigación de Bangladesh (30)

Los brotes y casos esporádicos, en particular en Bangladesh e India, sugieren como vía de transmisión el contacto con secreciones de los murciélagos frugívoros, sin un huésped intermedio, mediante la ingesta de alimentos, como la savia fresca de palma datilera o frutas, contaminados con secreciones de murciélagos, o al trepar árboles contaminados con excrementos de murciélagos. También se han registrado casos asociados a contacto directo con fluidos o secreciones de otros animales infectados y de transmisión limitada de

humano a humano entre familiares, cuidadores y personal sanitario que ha asistido a pacientes infectados (10,29).

Por último, en Filipinas se ha registrado un único brote en el año 2014 con 17 casos y 9 fallecidos (tasa de letalidad del 53%) (45,46). Este brote estuvo asociado al contacto con caballos infectados durante su matanza y al consumo de los productos resultantes, aunque algunos de los casos solamente habían consumido carne de équido, sin participar en el sacrificio o la preparación de estos. También se reportaron casos entre los sanitarios que atendieron a los enfermos (46).

Hasta la fecha, no se ha detectado ningún caso importado de enfermedad por VNI fuera de estas regiones.

Evaluación del riesgo

Evaluación del riesgo global

El VNI, causa una enfermedad zoonósica emergente grave en determinados países de la Región del Sudeste Asiático. Además de los países con casos o brotes descritos, se consideran en riesgo los países en los que se ha detectado el virus en el reservorio u otras especies de murciélagos, como Camboya, Indonesia, Tailandia o Timor Oriental.

El VNI está entre los patógenos prioritarios de la OMS. La enfermedad está inscrita en la lista del Código Sanitario para los Animales Terrestres de la Organización Mundial de Sanidad Animal (OMSA) (47).

Si se tiene en cuenta la falta de reservorios naturales en la mayor parte de los países del mundo y que, hasta la fecha, tras 27 años desde su identificación, solamente se han detectado casos humanos en Bangladesh, India, Filipinas, Malasia y Singapur, el riesgo a nivel global se considera muy bajo.

Evaluación del riesgo para España

El VNI no se ha detectado en España y tampoco está presente ninguna especie animal considerada reservorio del mismo, ni de las especies de murciélagos donde se han encontrado anticuerpos frente a *Henipavirus*. Únicamente, una especie de megaquiróptero o murciélago de la fruta, *Rousettus aegyptiacus*, en el año 2000 en las Islas Canarias se detectó la presencia de una población asilvestrada. Tras la campaña de erradicación realizada en los años siguientes, quedó prácticamente erradicada en el 2005, y desde 2009 no se dispone de nuevas citas de ejemplares asilvestrados (48), estando presente únicamente en cautividad, en un espacio contenido. En esta especie, en otros lugares, se han encontrado secuencias de ARN asociadas a *Henipavirus* pero no se ha descrito la presencia de anticuerpos frente a VNI o de genoma viral (45). Tras su inclusión en el Catálogo de Especies Exóticas Invasoras en 2013 (49,50), quedó prohibida su posesión, transporte, tráfico y comercio de ejemplares vivos, restos o propágulos, incluyendo el comercio exterior como expone el art. 64.5 de la Ley 42/2007 (51). Por otro lado, y en relación a otras especies de animales domésticas o silvestres que pudieran actuar de puente entre las especies reservorio y los humanos, desde los países afectados no está autorizada la importación de animales vivos ni de productos de éstos, por lo que esta vía de introducción se considera de riesgo extremadamente bajo.

A partir de los datos de viajeros atendidos en los Centros de Vacunación Internacional de Sanidad Exterior, en los últimos dos años más de 15.500 personas tuvieron como destino de viaje la India, y 314 a Bangladesh, sin poderse especificar los estados o las ciudades de destino con los datos disponibles. Atendiendo a las conexiones aéreas, en el año 2025 y hasta la fecha de la presente ERR no ha habido vuelos directos regulares entre ciudades del estado de Bengala Occidental, ni, en concreto entre Calcuta y España, ni entre

Bangladesh y España. En cuanto al número de españoles residentes, según los datos de los correspondientes Registros de Matrícula Consular, en el estado de Bengala Occidental figuran 30 españoles inscritos, 14 de ellos como residentes en Calcuta o Kolkata, ninguno inscrito como no residente, y en Bangladesh, figuran 224 personas inscritas como residentes y 12 como no residentes.

Si bien la probabilidad de recibir en España un caso importado de una zona con transmisión activa, es muy baja, no es descartable. Ante la aparición de un caso importado, la alta capacidad tanto de los sistemas de vigilancia, como de los laboratorios y del sistema asistencial, reducirían en gran medida el impacto de dicha enfermedad. España cuenta además con una Red de Unidades de Aislamiento y Tratamiento de Alto Nivel (UATAN) para el adecuado manejo de este tipo de enfermedades infecciosas que pueden generar situaciones de alto riesgo.

Por todo lo anteriormente descrito, el riesgo actual para la población de España se estima muy bajo.

Conclusiones

La enfermedad por el VNI puede producir cuadros de encefalitis aguda y de insuficiencia respiratoria aguda grave, con una alta tasa de letalidad en humanos y afecta también a numerosos animales.

Hasta el momento, se ha presentado en forma de brotes y casos aislados con una distribución limitada a varios países del sudeste asiático, principalmente Bangladesh y la India. La transmisión se produce, bien por contacto con animales domésticos infectados, como el cerdo, que actúan como hospedadores intermediarios, bien por contacto con secreciones de los reservorios naturales el virus, que son algunas especies de murciélagos frugívoros de la familia *Pteropodidae*, a través de la ingesta de alimentos contaminados, como la savia de palma cruda o frutas, o al trepar por árboles contaminados con excrementos de este animal, así como por contacto cercano y prolongado con una persona enferma.

El VNI no se ha detectado en España, no está presente ninguna especie animal considerada reservorio y no hay movimientos de otras especies de animales ni de sus productos desde los países afectados, por lo que la probabilidad de transmisión zoonótica autóctona de esta enfermedad se considera extremadamente baja. Por otro lado, la probabilidad de recibir en España un caso humano importado de una zona con transmisión activa es muy baja, aunque no es descartable. En ese caso, la alta capacidad tanto de los sistemas de vigilancia, como de los laboratorios y del sistema asistencial, reducirían en gran medida el impacto de dicha enfermedad.

El riesgo actual de enfermedad por virus Nipah para la población de España se estima muy bajo.

Recomendaciones

- Proporcionar consejo sanitario, a las personas que viajen a las zonas con transmisión activa:
 - Reforzar las medidas de higiene personal y evitar el contacto estrecho con personas sintomáticas o con cadáveres de personas fallecidas, así como con fluidos corporales de estas personas.
 - Evitar el contacto con animales, tanto vivos como muertos, especialmente murciélagos y cerdos.
 - Se recomienda no acercarse a zonas donde puedan encontrarse murciélagos, como pozos, edificios abandonados, cuevas o minas.
 - Evitar el consumo de savia cruda de palmera datilera y frutas que se encuentren en el suelo o con signos de mordedura por animales. Si se desea consumir la savia de palmera, debe hervirse.
 - Lavar bien y pelar las frutas y verduras antes de consumirlas.
 - Lavarse las manos regularmente con agua y jabón o frotarlas con gel hidroalcohólico.
 - Las personas que presenten signos y síntomas compatibles con la infección por VNI deben acudir de forma urgente a un centro sanitario. Además, en caso de encontrarse en la India, se recomienda informar a la Embajada de España en la India (Nueva Delhi) a través del teléfono de emergencia consular +91 98101 74160 o a través del correo electrónico emb.nuevadelhi.nac@maec.es.
- Consensuar un protocolo para la vigilancia a nivel nacional en el que se definan los casos que deben ser investigados y se establezcan las medidas de manejo y control de estos casos y sus contactos en caso de detectarse en nuestro país.
- Asegurar los mecanismos para el envío de muestras al Laboratorio de Arbovirus del Centro Nacional de Microbiología en caso de activarse una alerta por una sospecha clínico-epidemiológica de la enfermedad.
- Cuando existan brotes activos, informar de las zonas donde se estén produciendo a los servicios sanitarios, así como a las Unidades de Aislamiento y Tratamiento de Alto Nivel, por la posible llegada de personas infectadas.

Referencias

1. Only Two Nipah Virus Disease Cases Reported in West Bengal Since Last December: NCDC [Internet]. [citado 29 de enero de 2026]. Disponible en: <https://www.pib.gov.in/www.pib.gov.in/Pressreleaseshare.aspx?PRID=2219219>
2. Field H, Young P, Yob JM, Mills J, Hall L, Mackenzie J. The natural history of Hendra and Nipah viruses. *Microbes and Infection.* 1 de abril de 2001;3(4):307-14.
3. Chua KB, Bellini WJ, Rota PA, Harcourt BH, Tamin A, Lam SK, et al. Nipah virus: a recently emergent deadly paramyxovirus. *Science.* 26 de mayo de 2000;288(5470):1432-5.
4. International Committee on Taxonomy of Viruses. International Committee on Taxonomy of Viruses 10th report. 2018; Disponible en: <https://talk.ictvonline.org/taxonomy/>
5. Mire CE, Satterfield BA, Geisbert JB, Agans KN, Borisevich V, Yan L, et al. Pathogenic Differences between Nipah Virus Bangladesh and Malaysia Strains in Primates: Implications for Antibody Therapy. *Sci Rep.* 3 de agosto de 2016;6:30916.
6. Rahman MZ, Islam MM, Hossain ME, Rahman MM, Islam A, Siddika A, et al. Genetic diversity of Nipah virus in Bangladesh. *International Journal of Infectious Diseases.* 1 de enero de 2021;102:144-51.
7. de Wit E, Munster VJ. Animal models of disease shed light on Nipah virus pathogenesis and transmission. *J Pathol.* enero de 2015;235(2):196-205.
8. Hassan MZ, Sazzad HMS, Luby SP, Sturm-Ramirez K, Bhuiyan MU, Rahman MZ, et al. Nipah Virus Contamination of Hospital Surfaces during Outbreaks, Bangladesh, 2013–2014. *Emerg Infect Dis.* enero de 2018;24(1):15-21.
9. Bruno L, Nappo MA, Ferrari L, Di Lecce R, Guarnieri C, Cantoni AM, et al. Nipah Virus Disease: Epidemiological, Clinical, Diagnostic and Legislative Aspects of This Unpredictable Emerging Zoonosis. *Animals.* enero de 2023;13(1):159.
10. Epstein JH, Anthony SJ, Islam A, Kilpatrick AM, Khan SA, Ross N, et al. Nipah virus ecology and infection dynamics in its bat reservoir, *Pteropus medius*, in Bangladesh. *International Journal of Infectious Diseases.* 1 de diciembre de 2016;53:20-1.
11. Iehlé C, Razafitrimo G, Razainirina J, Goodman SM, Faure C, Georges-Courbot MC, et al. Henipavirus and Tioman Virus Antibodies in Pteropodid Bats, Madagascar. *Emerg Infect Dis.* enero de 2007;13(1):159-61.
12. Reynes JM, Counor D, Ong S, Faure C, Seng V, Molia S, et al. Nipah virus in Lyle's flying foxes, Cambodia. *Emerg Infect Dis.* julio de 2005;11(7):1042-7.
13. Wacharapluesadee S, Lumrerdacha B, Boongird K, Wanghongs S, Chanhome L, Rollin P, et al. Bat Nipah virus, Thailand. *Emerg Infect Dis.* diciembre de 2005;11(12):1949-51.
14. Sendow I, Ratnawati A, Taylor T, Adjid RMA, Saepulloh M, Barr J, et al. Nipah virus in the fruit bat *Pteropus vampyrus* in Sumatera, Indonesia. *PLoS One.* 2013;8(7):e69544.
15. Yadav PD, Raut CG, Shete AM, Mishra AC, Towner JS, Nichol ST, et al. Detection of Nipah Virus RNA in Fruit Bat (*Pteropus giganteus*) from India. *Am J Trop Med Hyg.* 5 de septiembre de 2012;87(3):576-8.
16. Sohayati AR, Hassan SS, Hassan L, Epstein JH, Arshad SS, Mohamed R, et al. Endemicity of Nipah Virus in *Pteropus* Bats Over Wide Geographical Areas in Peninsular Malaysia. *International Journal of Infectious Diseases.* 1 de diciembre de 2008;12:e138.
17. Wacharapluesadee S, Boongird K, Wanghongs S, Ratanasetyuth N, Supavonwong P, Saengsen D, et al. A Longitudinal Study of the Prevalence of Nipah Virus in *Pteropus lylei* Bats in Thailand: Evidence for Seasonal Preference in Disease Transmission. *Vector-Borne and Zoonotic Diseases.* marzo de 2010;10(2):183-90.
18. Epstein JH, Rahman SA, Pulliam JRC, Hassan SS, Halpin K, Smith CS, et al. The Emergence of Nipah Virus in Malaysia: The Role of *Pteropus* Bats as Hosts and Agricultural Expansion as a Key Factor for Zoonotic Spillover. *International Journal of Infectious Diseases.* 1 de diciembre de 2008;12:e46.

19. Hasebe F, Thuy NTT, Inoue S, Yu F, Kaku Y, Watanabe S, et al. Serologic Evidence of Nipah Virus Infection in Bats, Vietnam - Volume 18, Number 3—March 2012 - Emerging Infectious Diseases journal - CDC. marzo de 2012 [citado 30 de enero de 2026]; Disponible en: https://wwwnc.cdc.gov/eid/article/18/3/11-1121_article
20. Li Y, Wang J, Hickey AC, Zhang Y, Li Y, Wu Y, et al. Antibodies to Nipah or Nipah-like Viruses in Bats, China - Volume 14, Number 12—December 2008 - Emerging Infectious Diseases journal - CDC. diciembre de 2008 [citado 30 de enero de 2026]; Disponible en: https://wwwnc.cdc.gov/eid/article/14/12/08-0359_article
21. Hayman DTS, Suu-Ire R, Breed AC, McEachern JA, Wang L, Wood JLN, et al. Evidence of henipavirus infection in West African fruit bats. PLoS One. 23 de julio de 2008;3(7):e2739.
22. Sendow I, Field HE, Curran J, Morrissy C, Meehan G, Buick T, et al. Henipavirus in *Pteropus vampyrus* Bats, Indonesia. Emerg Infect Dis. abril de 2006;12(4):711-2.
23. Drexler JF, Corman VM, Gloza-Rausch F, Seebens A, Annan A, Ipsen A, et al. Henipavirus RNA in African bats. PLoS One. 28 de julio de 2009;4(7):e6367.
24. Gokhale M. D, Sreelekshmy M, Sudeep AB, Shete A, Jain R, Yadav PD, et al. Detection of possible Nipah virus infection in *Rousettus leschenaultii* and *Pipistrellus Pipistrellus* bats in Maharashtra, India. Journal of Infection and Public Health. 1 de agosto de 2021;14(8):1010-2.
25. Breed AC, Meers J, Sendow I, Bossart KN, Barr JA, Smith I, et al. The Distribution of Henipaviruses in Southeast Asia and Australasia: Is Wallace's Line a Barrier to Nipah Virus? PLoS One. 24 de abril de 2013;8(4):e61316.
26. Geographic distribution of Henipavirus outbreaks and fruit bats of Pteropodidae Family [Internet]. [citado 2 de febrero de 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/multi-media/details/geographic-distribution-of-henipavirus-outbreaks-and-fruit-bats-of-pteropodidae-family>
27. Luby SP, Rahman M, Hossain MJ, Blum LS, Husain MM, Gurley E, et al. Foodborne transmission of Nipah virus, Bangladesh. Emerg Infect Dis. diciembre de 2006;12(12):1888-94.
28. Looi LM, Chua KB. Lessons from the Nipah virus outbreak in Malaysia. Malays J Pathol. diciembre de 2007;29(2):63-7.
29. Luby SP, Gurley ES, Hossain MJ. Transmission of human infection with Nipah Virus. Clin Infect Dis. 1 de diciembre de 2009;49(11):1743-8.
30. Institute of Epidemiology, Disease Control and Research (IEDCR). National Guideline for Prevention, Control and Management of Nipah Virus Infection. 2026.
31. Luby SP, Hossain MJ, Gurley ES, Ahmed BN, Banu S, Khan SU, et al. Recurrent Zoonotic Transmission of Nipah Virus into Humans, Bangladesh, 2001–2007. Emerg Infect Dis. agosto de 2009;15(8):1229-35.
32. Heymann D.L. Control of communicable diseases manual. 21st. Ed. Washington DC: American Public Health Association; 2022.
33. Kulkarni DD, Tosh C, Venkatesh G, Senthil Kumar D. Nipah virus infection: current scenario. Indian J Virol. diciembre de 2013;24(3):398-408.
34. Wong KT, Ong KC. Pathology of Acute Henipavirus Infection in Humans and Animals. Patholog Res Int. 2011;2011:567248.
35. Virus Nipah [Internet]. OMSA - Organización Mundial de Sanidad Animal. [citado 29 de enero de 2026]. Disponible en: <https://www.woah.org/es/enfermedad/virus-nipah/>
36. Ang BSP, Lim TCC, Wang L. Nipah Virus Infection. J Clin Microbiol. 25 de mayo de 2018;56(6):e01875-17.
37. Ray A, Mittal A. Nipah virus infection: gaps in evidence and its public health importance. Public Health. 1 de abril de 2020;181:202-3.
38. Tan CT, Chua KB. Nipah virus encephalitis. Curr Infect Dis Rep. 1 de julio de 2008;10(4):315-20.
39. Hossain MJ, Gurley ES, Montgomery JM, Bell M, Carroll DS, Hsu VP, et al. Clinical presentation of nipah virus infection in Bangladesh. Clin Infect Dis. 1 de abril de 2008;46(7):977-84.
40. Ng BY, Lim CCT, Yeoh A, Lee WL. Neuropsychiatric sequelae of Nipah virus encephalitis. J Neuropsychiatry Clin Neurosci. 2004;16(4):500-4.

41. Chan XHS, Haeusler IL, Choy BJK, Hassan MZ, Takata J, Hurst TP, et al. Therapeutics for Nipah virus disease: a systematic review to support prioritisation of drug candidates for clinical trials. *The Lancet Microbe*. 1 de mayo de 2025;6(5):101002.
42. Nipah virus fact sheet [Internet]. [citado 6 de febrero de 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/nipah-virus>
43. Paton NI, Leo YS, Zaki SR, Auchus AP, Lee KE, Ling AE, et al. Outbreak of Nipah-virus infection among abattoir workers in Singapore. *Lancet*. 9 de octubre de 1999;354(9186):1253-6.
44. Veggalam S, CA J, Balaji O, Thipani Madhu M, Hussain MH, H S, et al. Nipah Virus Outbreaks in India: A Comprehensive Update. *Cureus*. 17(9):e92420.
45. Rekedal MS, Noroña MG, Café JAP, Mittal N, Borthwick SA, Taray KJ, et al. Seroprevalence of Nipah virus and related paramyxoviruses in native frugivorous bats, Luzon, Philippines. *Emerg Microbes Infect*. 14(1):2555720.
46. Ching PKG, de los Reyes VC, Sucaldito MN, Tayag E, Columna-Vingno AB, Malbas FF, et al. Outbreak of henipavirus infection, Philippines, 2014. *Emerg Infect Dis*. febrero de 2015;21(2):328-31.
47. Códigos y Manuales [Internet]. OMSA - Organización Mundial de Sanidad Animal. [citado 2 de febrero de 2026]. Disponible en: <https://www.woah.org/es/que-hacemos/normas/codigos-y-manuales/>
48. Trujillo D. Campaña de control del murciélagos frugívoro egipcio *Rousettus aegyptiacus* (Geoffroy, 1810) en la isla de Tenerife (años 2008-2009). [Internet]. Disponible en: <https://www.biodiversidadcanarias.es/biota/documento/D00638?lang=es>
49. Ministerio de Agricultura, Alimentación y Medio Ambiente. *Rousettus aegyptiacus* [Internet]. 2013. (Catálogo Español de Especies Exóticas Invasoras). Report No.: ROUAE/EEI/MA015. Disponible en: https://www.miteco.gob.es/content/dam/miteco/es/biodiversidad/temas/conservacion-de-especies/Rousettus%20aegyptiacus_2013_tcm30-69970.pdf
50. Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 630/2013, de 2 de agosto, por el que se regula el Catálogo español de especies exóticas invasoras [Internet]. 2013. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2013-8565>
51. Ley 42/2007, de 13 de diciembre, del Patrimonio Natural y de la Biodiversidad. [Internet]. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/l/2007/12/13/42/con>