

**Centro de Coordinación de
Alertas y Emergencias
Sanitarias**

EVALUACIÓN RÁPIDA DE RIESGO

Meningoencefalitis por virus del Nilo occidental en España. Resumen de la temporada 2025.

20 de febrero de 2026

Resumen de la situación y conclusiones

Durante el año 2025, se notificaron 45 casos humanos autóctonos de fiebre del Nilo occidental (FNO) (37 confirmados y 8 probables, relacionados con exposición en Extremadura (39), Andalucía (5) y Comunidad Valenciana (1). El 50 % presentaron enfermedad neuroinvasiva y de estos, 5 fallecieron (tasa de letalidad de casos sintomáticos 13%). Cinco de los casos confirmados se detectaron mediante cribados de sangre en donantes asintomáticos.

Por tercer año consecutivo, en 2025 se identificaron casos en Extremadura, manteniendo un número de casos similar a la temporada anterior. Andalucía experimentó, sin embargo, un marcado descenso de casos respecto a las temporadas previas, detectándose circulación en Almería donde previamente no se conocía.

En animales se notificaron 12 focos en équidos en las provincias de Almería (3), Sevilla (2), Badajoz (2), Barcelona (1), Cáceres (1), Málaga (1), Córdoba (1) y por primera vez en Islas Baleares (en la isla de Menorca (1) y 4 aves infectadas en las provincias de Lleida (1), Cádiz (1), Huelva (1), Córdoba (1).

El riesgo en conjunto, para la próxima temporada, teniendo en cuenta la probabilidad de transmisión y el impacto de la enfermedad, es moderado en las zonas donde en 2025 o en temporadas previas se ha detectado la circulación del virus en animales o mosquitos (escenario 1b del Plan Nacional de Prevención y Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores), en aquellas en las que se han detectado casos humanos (escenarios 2a y 2b) y en las zonas en situación de endemia (escenario 2c). En el resto del territorio donde el virus no se ha detectado en las últimas temporadas o en zonas en las que aún no se ha detectado, el riesgo se considera bajo o muy bajo, aunque no se descarta la extensión de la circulación del virus a nuevas áreas. Este riesgo se mantiene durante la temporada de mayor actividad del vector, que habitualmente abarca desde mayo a noviembre, siendo mayor al final del verano y principio de otoño, con la posibilidad de extenderse a los meses de invierno.

Justificación de la evaluación de riesgo

En España se realiza vigilancia de la infección por el virus del Nilo Occidental en animales desde 2001, y en humanos desde 2007. La aparición de casos humanos es esperable en zonas donde la circulación del virus ya es conocida, principalmente durante la temporada de actividad del vector (diversas especies de mosquitos del género *Culex*), desde finales de primavera hasta finales de otoño. En los últimos años se han detectado casos en nuevas áreas, se ha observado un aumento en el número de casos, un alargamiento de la temporada, y se han detectado casos por cribados en donantes de sangre, justificando en su conjunto la realización de este resumen de la temporada 2025 y una evaluación de riesgo.

EXPERTOS CONSULTADOS

Ministerio de Sanidad

Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias:

Elena Rodas García-Riaño, Laura Santos Larrégola, M^a Cruz Calvo Reyes, Arturo del Cerro Vergara, Pedro Valdivia Prieto, Lucía García San Miguel, M^a José Sierra Moros¹.

Subdirección General de Sanidad Ambiental. Margarita Palau, Laura Gómez González, Ana de Luis, Marian Mendoza, Esperanza Guevara, Santiago González Muñoz.

División de Sangre, Componentes Sanguíneos, Células y Tejidos Reproductores. Aránzazu de Celis Miguélez; Brais Morales Carrera. **Organización Nacional de Trasplantes.** Beatriz Mahillo Durán.

Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades

Centro Nacional de Microbiología, Laboratorio de Arbovirus. ISCIII: M^a Paz Sánchez-Seco¹, Anabel Negrodo¹ y Ana Vázquez².

Centro Nacional de Epidemiología. ISCIII: Beatriz Fernández Martínez².

Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación

Dirección General de Sanidad de la Producción Agroalimentaria y Bienestar Animal. Elena García Villaceros, María Belén Gómez Martín, Germán Cáceres Garrido y Luis José Romero González.

Comunidades Autónomas

Junta de Andalucía: Subdirección Protección de la Salud. Ulises Ameyugo Catalán, Francisco José Marchena Fernández, Carolina Sánchez Peña; **Subdirección Ord. Farmacéutica, Estrategias, Prevención y Promoción Salud.** Teresa Campos García, David Macías Magro, Elena Rodríguez Guitart y Encarnación Madrid Verdugo. **Estrategia de Vigilancia y Respuesta en Salud Pública de Andalucía (AVISTA):** Nicola Lorusso. **Servicio de Vigilancia y Salud Laboral:** Ana Roldán Garrido y Verónica Álamo Vera

Junta de Extremadura: Dirección General de Salud Pública del Servicio Extremeño de Salud.

Subdirección de Epidemiología. Juan Antonio Linares Dópido, Noa Batalla Rebollo, Santiago Vicente Iglesias.

Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanitat: Dirección General de Salud Pública. Subdirección General de Epidemiología, Vigilancia de la Salud y Sanidad Ambiental: Ana Boned Ombuena, **Servicio de Vigilancia y Control Epidemiológico:** Paula Silvestre Molines y Katja Villatoro Bongiorno; Cristina Vicedo García y Enrique Mansilla Ferrer. **Servicio de Sanidad Ambiental:** Blanca Gómez Correcher, Carolina Gil Cayuela, Elena Navarro Calderón, Julia Bellver Soto.

Govern de les Illes Balears, Conselleria de Salut: Dirección General de Salud Pública. Servicio de Salud Ambiental: Mercedes Gumá Torá y Mercedes Alemany Alemany. **Servicio de Vigilancia en Salud Pública:** Ramón García Janer y M^a Magdalena Ribot Cabrer

¹ CIBER de Enfermedades infecciosas CIBERINFEC; ² CIBER de Epidemiología y Salud Pública CIBERESP.

Información epidemiológica de la temporada 2025 en España

Durante 2025, se notificaron 45 casos humanos de FNO. De ellos, hubo 37 (82%) confirmados y 8 probables.

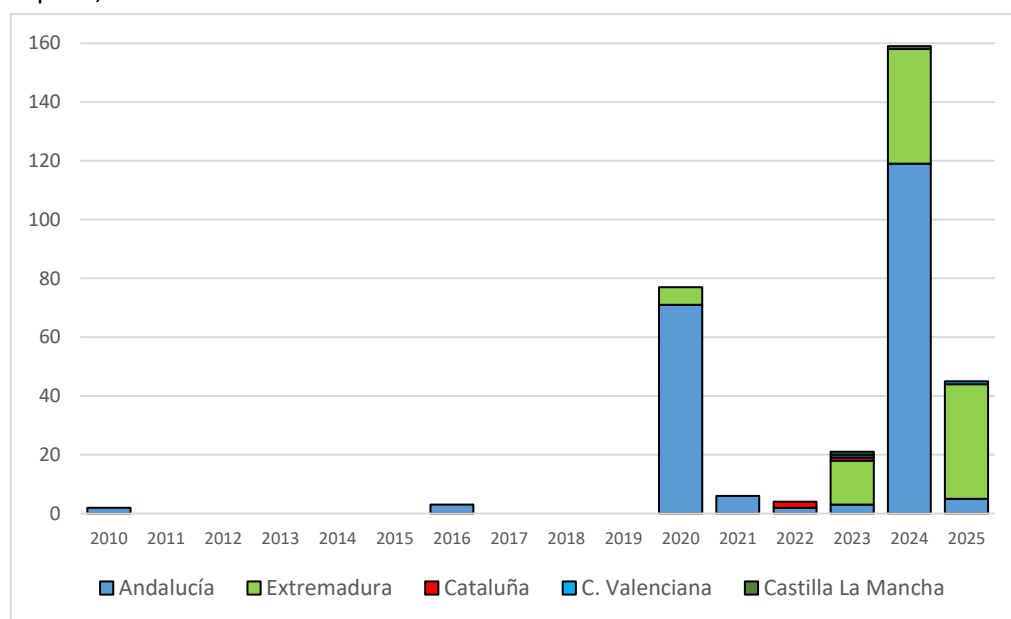
De los casos confirmados, 32 tuvieron el lugar de exposición más probable en la provincia de Badajoz, 7 en la de Cáceres, 2 en Sevilla, 1 en Almería, 1 en Málaga y 1 en Alicante. Además, hubo 1 caso probable en Jaén y 7 en Badajoz. El primer caso de la temporada inició síntomas el 10 de julio, en la semana epidemiológica (SE) 28, hubo casos todas las semanas entre las SSEE 32 y 44, y el último caso en la SE 49, el 5 de diciembre. De los casos, 28 (62%) eran hombres y 17 mujeres. La edad mediana ha sido 65 años, rango entre 7 y 91 años.

De los casos sintomáticos (n=38), 19 (50%) presentaron clínica neurológica y 19 otra clínica, incluyendo fiebre con exantema (n=10), fiebre aislada (n=7), fiebre con otra clínica (no neurológica, 1 caso) o clínica no neurológica sin fiebre (1 caso). Han precisado ingreso hospitalario 23 (61%), de los que no consta alta en 1. Ha habido 5 fallecidos (13%), 4 confirmados y 1 probable, todos con clínica neurológica y con exposición en Extremadura: 4 hombres y una mujer, con edades de 77 a 91 años.

Por otra parte, hubo 7 casos asintomáticos, 5 de ellos confirmados, detectados en los cribados realizados entre los donantes de sangre, todos ellos con exposición en Extremadura.

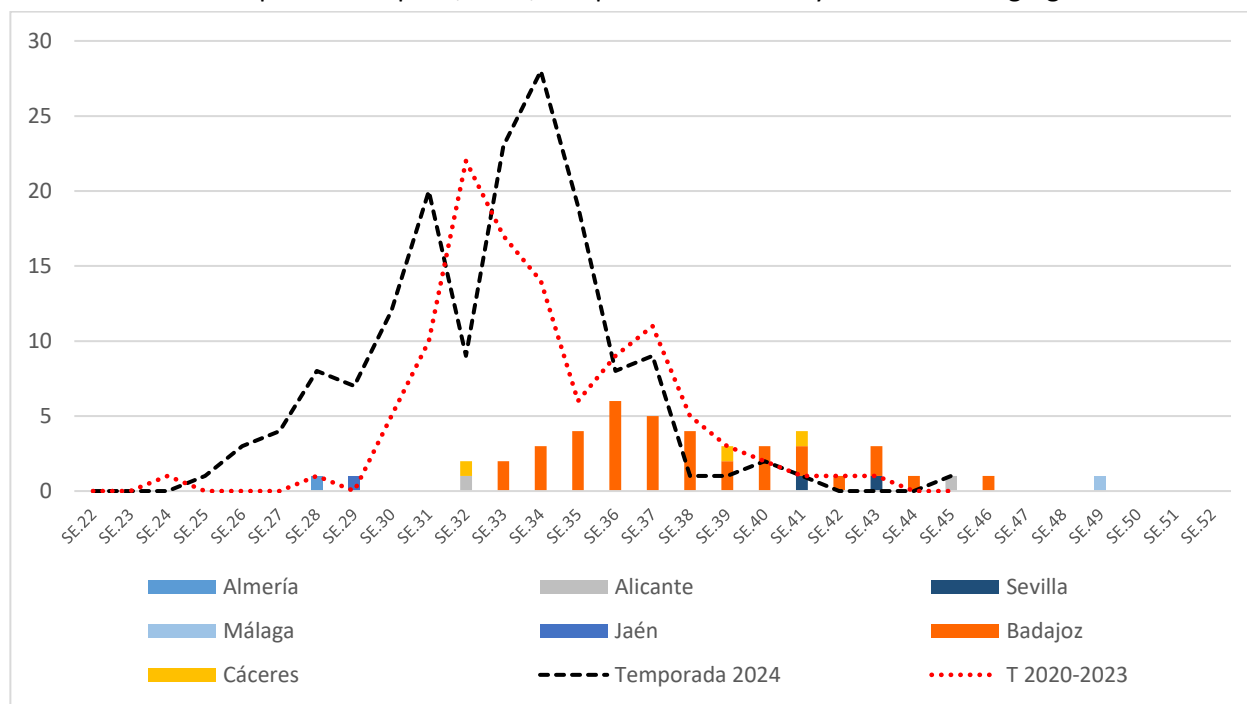
Respecto a temporadas anteriores, la temporada 2025 fue de menor magnitud que la previa, 2024 (n=158), aunque superior a los datos constatados en los años 2021-2023 (rango 4 a 21 casos por año) (Figura 1). El inicio de la temporada se retrasó: el primer caso aislado de julio se detectó en Almería, aunque la mayoría ocurrieron en septiembre (n=21) y agosto (n=11), principalmente en Extremadura y el último caso, también aislado, fue en diciembre en Málaga (Figura 2). En relación con la distribución territorial, por tercer año consecutivo se detectaron casos en Extremadura y se mantuvo la expansión hacia el este, avalada por la detección de un caso en Comunidad Valenciana y detección de casos en nuevas provincias de Andalucía oriental en 2025, aunque observó una reducción muy llamativa de la frecuencia de casos en Andalucía occidental (Figura 3).

Figura 1. Casos autóctonos de infección por virus del Nilo occidental, según año y CCAA de exposición. España, 2010 a 2025.



Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, con datos hasta el 9.02.2026

Figura 2. Casos humanos autóctonos de fiebre del Nilo Occidental, según semana epidemiológica (SE) de la fecha de inicio de síntomas o de la extracción de sangre, en el caso de donantes, y Comunidad autónoma de exposición. España, 2025; comparativa con 2024 y con los casos agregados de 2020-2023.

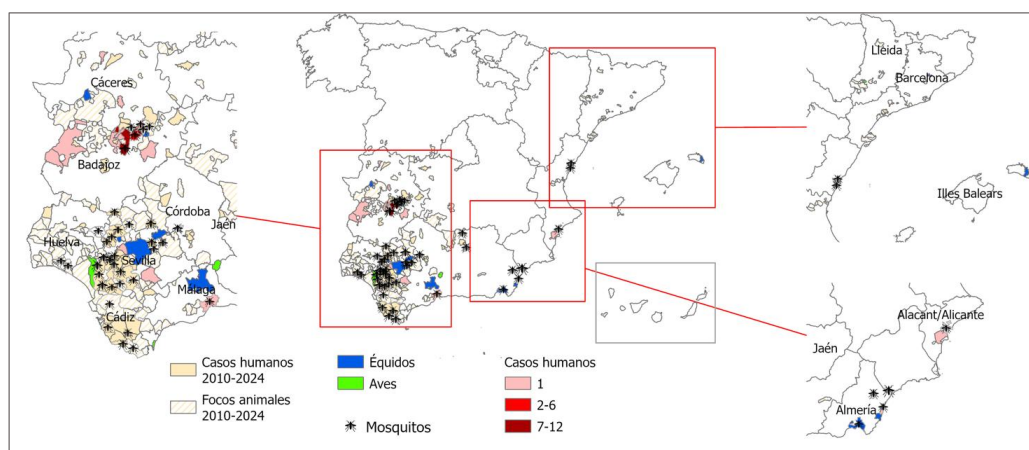


Fuente: Red nacional de Vigilancia epidemiológica, con datos hasta el 9.02.2026.

De acuerdo con los datos de vigilancia entomológica proporcionados por los servicios de epidemiología de las Comunidades Autónomas, en la temporada 2025 se detectaron mosquitos con presencia de virus de fiebre del Nilo occidental en Extremadura (Cáceres y Badajoz), Andalucía (Sevilla, Cádiz, Almería, Huelva, Jaén, Málaga y Córdoba) (1) y en la Comunidad Valenciana (Castellón). (Figura 3)

De acuerdo con los datos proporcionados por el Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación (MAPA) a través de la Red de Alerta Sanitaria Veterinaria (RASVE), en la temporada 2025 se detectaron 12 focos en équidos en las provincias de Almería (3), Sevilla (2), Badajoz (2), Barcelona (1), Cáceres (1), Málaga (1), Córdoba (1) e Islas Baleares, en la isla de Menorca (1), y 4 aves infectadas en las provincias de Lleida (1), Cádiz (1), Huelva (1), y Córdoba (1) (Figura 4)(2).

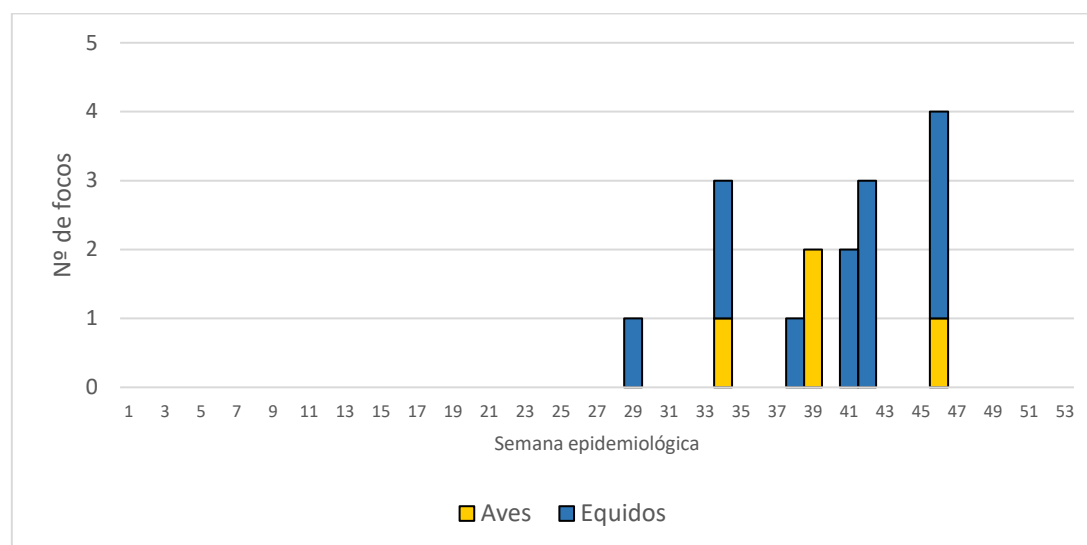
Figura 3. Relación de casos humanos, focos de équidos, aves, y detección del virus en vectores distribuidos por municipios en España, 2010-2025.



Fuente: elaboración propia con datos de RENAVE (casos humanos confirmados de 2010 a 2025);

RASVE, Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación (focos equinos y de aves) y vigilancia entomológica de las CCAA (detección de virus en vector).

Figura 4. Focos en équidos y aves detectados mediante vigilancia activa y pasiva según semana epidemiológica, por fecha de confirmación del foco en España, 2025.



Fuente: elaboración propia con datos del Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación.

NOTA: Se excluyeron focos aviares confirmados en 2025 de aves encontradas en 2024.

Vigilancia de la fiebre del Nilo occidental en animales y humanos en España

En 2001 se puso en marcha la red de investigación en enfermedades víricas transmitidas por artrópodos y roedores (RED EVITAR) y desde 2007 se realiza el Programa de Vigilancia del VNO del Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación, que contempla la vigilancia en aves, équidos y mosquitos. Según este Programa, la vigilancia en animales se basa en el estudio de aquellos que presenten sintomatología compatible con la enfermedad (vigilancia pasiva) y en el análisis mediante toma de muestras en animales centinela (vigilancia activa). Cada año, el Programa se activa en marzo – abril, hasta finales de otoño, coincidiendo con el periodo de mayor actividad del vector. Del mismo modo, según este Programa, la vigilancia de mosquitos se sustenta en la identificación de mosquitos capturados mediante trampas, para ver la distribución, densidad y época de actividad de las especies competentes, así como en el análisis por PCR de la presencia del VNO (3).

La vigilancia en humanos se realiza a través de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica del ISCIII. La definición de caso y las actuaciones a realizar ante la detección de casos humanos están contempladas dentro de los protocolos de vigilancia de las enfermedades de declaración obligatoria (4). El alcance de la vigilancia es nacional durante todo el año. En las zonas donde ya se hayan detectado casos humanos en años previos, se pone en marcha la búsqueda activa de casos al inicio de cada temporada de actividad del vector, que según el protocolo se inicia en abril y termina a finales de noviembre (4).

Medidas de salud pública adoptadas por las Comunidades autónomas más afectadas

Extremadura

Desde el punto de vista de la vigilancia epidemiológica, a lo largo de 2025 se impartieron varias sesiones formativas sobre FNO en toda la Comunidad Autónoma, dirigidas fundamentalmente a los profesionales asistenciales. El objetivo principal de estas sesiones era reforzar el conocimiento de la enfermedad, promover su inclusión en los diagnósticos diferenciales de casos de meningitis, encefalitis y parálisis flácida aguda (manteniendo un alto nivel de sospecha) y recordar las pruebas de laboratorio que deben solicitarse para el adecuado estudio y diagnóstico de los casos.

Antes del inicio de la época de mayor actividad del vector, se realizaron reuniones de coordinación entre la Dirección General de Salud Pública, la Dirección General de Asistencia Sanitaria del Servicio Extremeño de Salud (SES), los gerentes, directores asistenciales y directores de salud de las 8 áreas de salud en que se divide la Comunidad Autónoma de Extremadura. En estas reuniones se revisaron los protocolos de actuación, con especial énfasis en los aspectos relacionados anteriormente (diagnóstico de sospecha, pruebas de laboratorio y procedimientos de actuación). De esta forma, se mantuvo una vigilancia activa con una sensibilización muy alta ante los casos de meningitis, encefalitis y parálisis flácida aguda durante toda la temporada. Además, se redujo de manera muy significativa el tiempo transcurrido desde el ingreso hospitalario y la confirmación diagnóstica mediante pruebas de laboratorio, como demostró en el estudio y seguimiento que realizó desde la Subdirección de Epidemiología; en algunos casos, el diagnóstico se obtuvo el mismo día del ingreso hospitalario. Esto, favoreció la detección precoz de los casos y la puesta en marcha de las actuaciones previstas.

Por otra parte, desde el mes de junio de 2025, el Banco de Sangre de Extremadura realizó el cribado de todas las donaciones efectuadas en la Comunidad Autónoma, manteniéndolo hasta transcurridos 2 periodos de incubación desde la notificación del último caso. De esta forma se garantizó la seguridad de la sangre y de los componentes sanguíneos obtenidos; de hecho, se diagnosticaron 7 casos asintomáticos mediante este cribado.

La información sobre casos de FNO en animales fue facilitada a la Subdirección de Seguridad Alimentaria y Salud Ambiental por el Servicio de Sanidad Animal de la Dirección General de Agricultura y Ganadería, en base al Plan de vigilancia implantado en la comunidad Autónoma, que incluía:

- Vigilancia en aves: tanto activa, en aves domésticas centinelas, como pasiva, en aves silvestres atendidas en centros de recuperación.
- Vigilancia en équidos: tanto activa, en équidos centinelas, como pasiva, en équidos con sintomatología compatible.
- Vigilancia entomológica mediante captura selectiva e identificación de mosquitos adultos en zonas estratégicas de mayor riesgo.

Tras la comunicación de casos confirmados en animales, la Subdirección de Seguridad Alimentaria y Salud Ambiental, trasladaba esta información a la Subdirección de Epidemiología, así como a la Dirección de Salud del Área correspondiente, a los efectos oportunos (extremar vigilancia, completar encuesta epidemiológica, recabar información relevante, etc.).

Cuando se registraba un caso de FNO en humanos, se ponían en marcha todas las actuaciones establecidas en los protocolos de la RENAVE, y en el Plan Extremeño de Preparación y Respuesta frente a Vectores (5). Así, se realizaba la encuesta epidemiológica para determinar la posible zona de exposición

y las actuaciones ambientales correspondientes y se enviaban muestras (suero, líquido cefalorraquídeo y orina) a los dos laboratorios de microbiología de referencia de Extremadura (Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz y Complejo Hospitalario Universitario de Cáceres), así como al Centro Nacional de Microbiología.

En lo referente a la gestión de vectores, cabe señalar que, en el ámbito de la prevención y control en espacios públicos urbanos y periurbanos, se mantuvo comunicación con las administraciones locales, especialmente en aquellas poblaciones donde se detectaron casos, con el fin de coordinar las actuaciones destinadas al control de la población de vectores.

En relación con la prevención y control individual, se llevaron a cabo campañas informativas dirigidas a la población general tanto sobre medidas para evitar el crecimiento del vector como para prevenir sus picaduras.

Por último, en diciembre de 2024, la Junta de Extremadura aprobó el Decreto 155/2024, de 17 de diciembre, por el que se acuerda, de forma singular, la concesión directa de subvenciones a municipios y entidades locales menores de la Comunidad Autónoma de Extremadura para la realización de actuaciones de prevención y control del VNO (6). Se está a la espera de la aprobación del nuevo Decreto para las actuaciones de 2026. Estas subvenciones tienen como finalidad la aplicación de tratamientos larvicidas y adulticidas de los espacios urbanos y periurbanos de las localidades que han presentado casos de FNO en humanos en varios años, con el objetivo de eliminar o reducir la densidad de población del vector y, con ello, el riesgo de afectación en seres humanos.

Respecto a la vigilancia entomológica, la Subdirección de Seguridad Alimentaria y Salud Ambiental y la Subdirección de Epidemiología de la Dirección General de Salud Pública han mantenido reuniones con expertos de la Universidad de Extremadura en el estudio de vectores y han planteado la creación de un grupo de trabajo multidisciplinar (Consejería de Salud y Servicios Sociales, Consejería de Agricultura Ganadería y Desarrollo Sostenible, Diputaciones Provinciales y Administraciones Locales y Universidad de Extremadura) que sienta las bases de una vigilancia entomológica estructurada en la Comunidad Autónoma de Extremadura.

Andalucía

Durante 2025, tras la revisión del Programa de control y vigilancia del virus del Nilo occidental (7) y de sus instrucciones técnicas, se desarrollaron un conjunto de actuaciones orientadas a mejorar la identificación del riesgo, la detección precoz de la circulación viral y la capacidad de respuesta en Andalucía. Las medidas aplicadas integraron los ámbitos ambiental, entomológico, animal y humano, junto con mejoras en los sistemas de información, comunicación del riesgo y coordinación institucional.

Como eje vertebrador de la planificación territorial, se implementó un modelo predictivo para la estimación y clasificación del riesgo, bajo el principio de que todo municipio andaluz presenta riesgo potencial. Mediante esta herramienta se pudieron asignar distintos niveles de riesgo a cada municipio (bajo, medio o alto) y establecer obligaciones diferenciadas al respecto:

- Los municipios de riesgo bajo debían disponer de un Plan de control de mosquitos dentro de su planificación municipal.
- Los municipios con riesgo medio o alto estarían obligados a elaborar e implantar el Plan municipal de vigilancia y control vectorial, con medidas reforzadas de vigilancia, control y comunicación.

Por otro lado, la vigilancia entomológica se amplió notablemente, tanto en cobertura territorial como en intensidad, con estaciones de trampeo en todas las provincias, un incremento de 37 a 220 trampas activas, muestreos semanales y, adicionalmente, vigilancia basal durante el invierno y el inicio de la primavera para detectar de manera temprana la reactivación vectorial y facilitar la planificación.

En el ámbito animal, se consolidó un sistema mixto de vigilancia basado en la vigilancia activa en équidos y vigilancia pasiva en aves domésticas y silvestres y en équidos con sintomatología compatible o mortalidad inusual. La información obtenida se integró en la evaluación dinámica del riesgo.

La vigilancia humana se reforzó mediante la actualización del Protocolo de Vigilancia y Alerta de Fiebre del Nilo Occidental 2025 (7), que adelantó el inicio de la temporada de vigilancia intensificada al mes de marzo, extendió la búsqueda activa de casos graves a toda la comunidad autónoma y amplió la vigilancia de casos leves en zonas de riesgo alto. Se mejoró también la capacidad diagnóstica con la creación de un segundo laboratorio de referencia en Andalucía, así como la incorporación sistemática del estudio del virus Toscana en todos los casos y el de virus Usutu una vez descartados VNO y Toscana. En total, se estudiaron 210 meningitis víricas y se evaluó a 453 usuarios para descartar infección por VNO.

En materia de seguridad transfusional, se reforzaron las medidas preventivas mediante el cribado de donaciones de sangre a partir de la primera evidencia de circulación viral en áreas de especial seguimiento. A lo largo de 2025 se realizaron un total de 6232 determinaciones de VNO en donantes, todas ellas con resultado negativo.

Para mejorar la gestión y la toma de decisiones, se desarrolló un cuadro de mandos integrado con información de vigilancia humana y ambiental, permitiendo el seguimiento de indicadores clave y la detección precoz de cambios en el riesgo. Además, se habilitaron circuitos específicos de comunicación dirigidos a garantizar la transmisión rápida y homogénea de alertas a todos los agentes implicados, mediante canales reforzados entre vigilancia humana, centros sanitarios, salud ambiental, ayuntamientos, diputaciones y oficinas de farmacia. También se fortaleció el asesoramiento en los municipios mediante la actuación de los Agentes de Salud Pública, formados especialmente para evaluar las medidas de prevención y control y orientar la implantación de los planes municipales en función del riesgo.

Otra medida reseñable fue el establecimiento de un protocolo para la declaración y gestión de áreas en alerta ante la detección de circulación del virus en humanos, mosquitos o animales, permaneciendo activas durante al menos un mes desde la detección, implicando la intensificación de todas las medidas de vigilancia, comunicación y asesoramiento.

Por último, hay que destacar la importancia que adquirieron la promoción de la salud y la acción social, ya que se implementaron diversos proyectos locales dirigidos a profesionales y ciudadanía. Estas iniciativas incluyeron charlas, talleres y actividades prácticas. También se reforzó la formación de profesionales sanitarios y no sanitarios a través de la Estrategia de Vigilancia y Respuesta en Salud Pública de Andalucía (AVISTA), en colaboración con la Escuela Andaluza de Salud Pública.

La comunicación del riesgo se reforzó mediante la publicación semanal de informes de situación y la elaboración y difusión de material informativo y recomendaciones preventivas.

Comunidad Valenciana

En 2025, la Conselleria de Sanidad, desde el Servicio de Sanidad Ambiental, comenzó la implantación de la Red de Vigilancia Entomológica de la Comunitat Valenciana (RVECV). Esta Red se basa en la monitorización activa y pasiva de vectores de relevancia en salud pública, con objeto de evaluar su

presencia, la densidad poblacional y posible detección de patógenos en éstos. De esta forma se refuerza la detección temprana de vectores y patógenos, mejorando la evaluación del riesgo y fortaleciendo la respuesta coordinada ante las enfermedades de transmisión vectorial (ETV).

La RVECV integra vigilancia de culícidos, flebotomos, simúlidos e ixódidos mediante una red diversificada de dispositivos de captura y muestreo. Se han establecido 41 puntos de muestreo para mosquitos, 112 ovitrampas, 6 trampas específicas para simúlidos y 21 para flebotomos, distribuidos en entornos urbanos, periurbanos, naturales y ribereños, y se han realizado 60 muestreos de garrapatas mediante el método de bandera. Adicionalmente, la vigilancia incluye la identificación de artrópodos y la detección de patógenos en una muestra del material capturado mediante claves morfológicas y técnicas moleculares (RT-PCR y secuenciación). La información generada se registra en base de datos georreferenciada desarrollada por el Instituto Cartográfico Valenciano (ICV).

Como resultado de la implantación de esta Red, se han detectado dos positivos de VNO y dos positivos de virus Usutu en *Culex* spp. recogidos en los municipios de Cabanes, Elche y Castellón de la Plana.

Por otro lado, también durante el 2025, se llevó a cabo un estudio de detección proactiva de virus de transmisión vectorial en casos de infección del sistema nervioso central, con clínica de meningoencefalitis linfocitaria, incluyendo los virus del Nilo occidental, el virus Usutu y el virus Toscana. Este análisis se llevó a cabo mediante la revisión sistemática de datos de la Red de Vigilancia Microbiológica de la Comunitat Valenciana (RedMIVA) y la colaboración con los distintos hospitales de la región.

En términos generales, ante la detección de un caso humano de ETV o resultado positivo de patógenos en artrópodos vectores, se activan los protocolos autonómicos de respuesta y, desde el servicio entomológico contratado por la Dirección General de Salud Pública de la Conselleria de Sanidad, se procede a realizar inspección entomológica en los alrededores de la zona donde haya sido detectado el positivo. Posteriormente, se elabora un informe que es remitido al ayuntamiento correspondiente con las indicaciones oportunas para la vigilancia y el control entomológico.

Asimismo, desde el Servicio de Vigilancia y Control Epidemiológico se realiza la comunicación al Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias (CCAES), los servicios asistenciales de atención primaria y hospitalaria, el servicio de transfusiones de la Comunitat Valenciana, y a la Conselleria de Agricultura, Agua, Ganadería y Pesca a los efectos oportunos.

Islas Baleares

Las medidas de salud pública implementadas por el Govern Balear han consistido en:

La emisión de una comunicación para alertar al sistema sanitario, concretamente a los servicios de urgencias hospitalarias, atención primaria, centros de salud y órganos directivos del Servicio de Salud, con el fin de reforzar la vigilancia epidemiológica en la población. La comunicación se acompañó de la guía de manejo clínico incluida en el Anexo III del Plan Nacional de Prevención, Vigilancia y Control de las Enfermedades Transmitidas por Vectores (8), con el objetivo de intensificar la detección y el seguimiento de posibles casos en personas.

De forma paralela se mantuvo la coordinación operativa con el Banco de Sangre y Tejidos, garantizando

la continuidad de los *screenings* de arbovirosis en todas las colectas efectuadas en las isla, como medida de control adicional para la protección de donantes y receptores.

Asimismo, se llevaron a cabo reuniones de coordinación entre las áreas de Salud Ambiental y Vigilancia Epidemiológica de Salud Pública, el Servicio de Salud, los servicios de Sanidad Animal y los ayuntamientos de Menorca. En estos encuentros se reiteró a los municipios la necesidad de implantar y mantener programas rutinarios de vigilancia y control entomológico, con el fin de fortalecer la capacidad de respuesta local frente a la presencia de vectores competentes.

En el ámbito del control entomológico, se implementó un programa específico de muestreo consistente en la instalación de tres trampas para la captura de mosquitos adultos durante un periodo de dos meses, distribuidas en distintos puntos de la isla de Menorca, incluyendo una ubicada en el entorno geográfico del caso detectado en un equino. Las capturas semanales fueron remitidas a la Estación Bilógica de Doñana para la identificación de las especies y la detección del VNO. Todos los análisis resultaron negativos.

Por último, se inició un estudio de seroprevalencia en équidos por parte de los servicios de Sanidad Animal con el objeto de evaluar la posible circulación del VNO en este hospedador y así disponer de información epidemiológica complementaria para la toma de decisiones.

Medidas para el control de las sustancias de origen humano

En relación con la donación de sangre y de componentes sanguíneos, se aplican las recomendaciones vigentes del Comité Científico para la Seguridad Transfusional (9). Dichas directrices establecen una exclusión temporal de 28 días para los donantes que hayan abandonado una zona con transmisión confirmada del virus del Nilo Occidental (VNO) en humanos, salvo que se realice una prueba individual mediante tecnología de amplificación genómica de ácidos nucleicos (NAT) y se obtenga un resultado negativo.

En relación con la donación de otros tejidos de origen humano, el Documento de Consenso del Grupo de Estudio de la Infección en el Trasplante (GESITRA) perteneciente a la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC) y a la Organización Nacional de Trasplantes (ONT) sobre los criterios de selección del donante de órganos sólidos en relación a las enfermedades infecciosas, aprobado en la Comisión de Trasplantes del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 3 de julio de 2019 establece, una serie de recomendaciones en relación con el VNO (10):

En primer lugar el cribado debe basarse en el antecedente epidemiológico del donante, dado que la mayoría de las infecciones por VNO cursan de forma asintomática. Se considera determinante la estancia, en los 28 días previos a la donación, en zonas donde existan casos de transmisión del virus a humanos. Asimismo, se recomienda valorar la realización de pruebas mediante PCR en donantes con riesgo epidemiológico y/o sintomatología compatible cuando, en los 28 días previos, se haya producido alguna de las situaciones siguientes:

- Estancia, viajes o transfusiones de productos sanguíneos durante períodos de actividad del vector en áreas con transmisión activa del VNO (principalmente de mayo a noviembre en el hemisferio norte).
- Antecedentes de síndrome febril, con o sin sintomatología neurológica, durante la estancia en áreas de transmisión activa de VNO.

- Cuadros de fiebre y encefalopatía en el momento de la donación, junto con antecedentes epidemiológicos de exposición potencial a VNO.
- Antecedentes documentados de diagnóstico de infección por VNO.

Cuando se detecta viremia o infección documentada en los 28 días previos se recomienda rechazar la donación de órganos. Del mismo modo, si no es posible realizar el cribado pero existen factores de riesgo epidemiológico o antecedentes clínicos relevantes en ese mismo periodo también se debe considerar el rechazo de la donación.

En relación con la donación de tejidos, también ha de estudiarse el antecedente de residencia o visita a zonas de riesgo en los 28 días previos. En estos casos, se realizará la detección de VNO por PCR en sangre, y cuando sea posible, en orina a todo donante de tejidos que cumpla estos requisitos. Asimismo, se recomienda la cuarentena de los tejidos ya extraídos y preservados de donantes que hubieran estado en zonas de riesgo, así como el rescate de muestras de seroteca para la realización de PCR para VNO.

Para los donantes de progenitores hematopoyéticos que hayan visitado áreas afectadas, se intentará posponer la donación al menos 28 días desde su salida de la zona de riesgo. Si dicho aplazamiento no fuera posible, se procederá al cribado de VNO por PCR en sangre, y si es posible, también en orina.

Estas recomendaciones están alineadas con las establecidas en la Guía del Consejo de Europa sobre la Calidad y la Seguridad de los Órganos Humanos para Trasplante, en su 9ª Edición, del año 2025 (11).

Información sobre la enfermedad

Información sobre el patógeno, la transmisión y el cuadro clínico

El VNO es un virus ARN perteneciente al género *Orthoflavivirus*, que incluye otros virus como el de la fiebre amarilla, dengue, Usutu, encefalitis japonesa o encefalitis de San Luis. El VNO es un arbovirus zoonótico, lo que implica que se transmite al ser humano mediante artrópodos (mosquitos) desde un reservorio animal (aves). Los mosquitos *Culex pipiens* y *Cx. modestus*, vectores competentes de VNO, están ampliamente distribuidos en España y *Cx. perexiguus* en el sureste peninsular. Los mamíferos, principalmente el ser humano y el caballo, son hospedadores accidentales y fondo de saco epidemiológico, sin capacidad de transmitir el virus a mosquitos, debido a que en ellos la viremia es corta y de bajo nivel. Se han descrito diferentes linajes de VNO, siendo los linajes 1 y 2 los que afectan a humanos, caballos y aves. El linaje 1, está distribuido a nivel mundial mientras que el 2 se ha descrito principalmente en África y Europa (12–15).

La mayoría de las infecciones por el VNO en los seres humanos son asintomáticas; entre un 20% y un 40% desarrollan enfermedad clínica, y en unos pocos casos (<1%) la infección se manifiesta como enfermedad neuroinvasiva. El periodo de incubación es de 3-15 días, aunque puede extenderse hasta 21 días. El cuadro clínico más habitual es un síndrome pseudogripal con síntomas inespecíficos como fiebre, mialgia, fatiga, malestar general, náuseas y vómitos, de entre 2 y 5 días de duración. La máxima viremia aparece a los 4-8 días post infección y es de corta duración y bajo nivel. La recuperación suele ser completa aunque existe riesgo de secuelas entre los supervivientes en el 30-60%, durante meses o incluso de por vida (16). La infección confiere inmunidad durante cierto tiempo, no existiendo evidencias de la duración real de la misma.

La enfermedad neuroinvasiva engloba tres síndromes: meningitis (35-40% de los cuadros de enfermedad neuroinvasiva), encefalitis (55-60%) y parálisis flácida aguda (5-10%). Entre los factores de riesgo para el desarrollo de estos cuadros se encuentran la edad avanzada y la historia de trasplante de órgano sólido, la diabetes, la hipertensión y otras patologías que producen déficit de la inmunidad. Aproximadamente un 10% de las formas neurológicas pueden ser mortales. De manera muy poco frecuente se han descrito cuadros fulminantes de miocarditis, pancreatitis y hepatitis.

Actualmente, el tratamiento de la enfermedad es de soporte. Aunque se han estudiado diversas alternativas, ninguna ha demostrado beneficios específicos. No existe vacuna para humanos.

Información epidemiológica mundial y de Europa

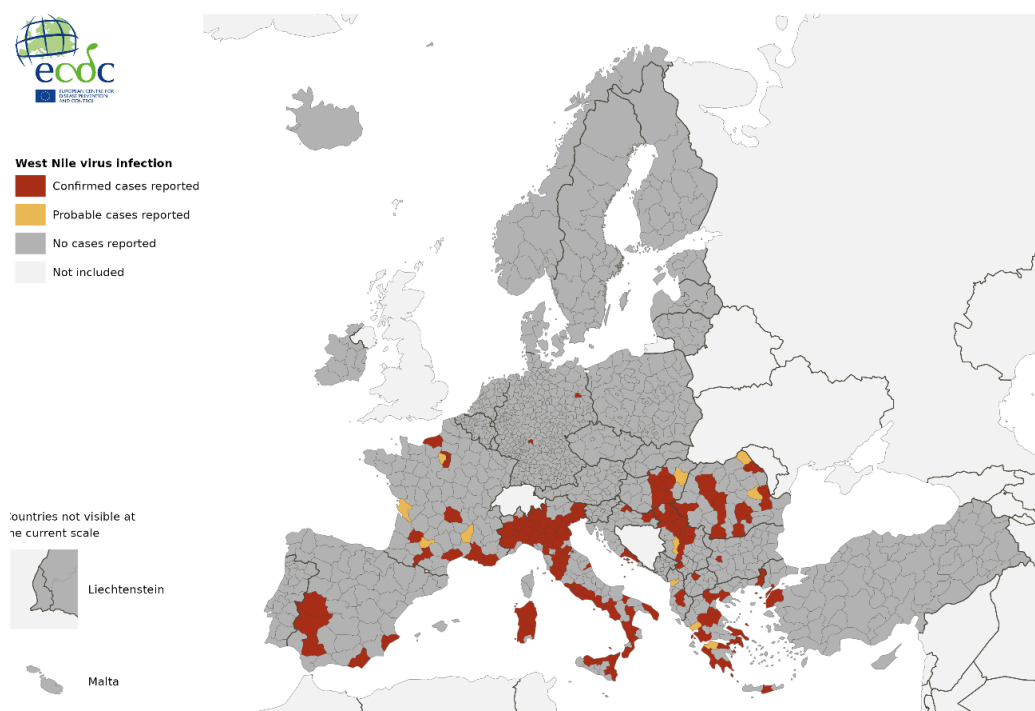
El VNO tiene una distribución mundial. En las regiones templadas y subtropicales, la mayoría de las infecciones se presentan en verano o principios de otoño. Actualmente, el virus del Nilo Occidental es una de las causas más importantes de encefalitis viral en el mundo (17), siendo un ejemplo de cómo un virus que antes era tropical puede emerger y volverse endémico en nuevas regiones geográficas en un corto período de tiempo (18).

Hasta la década de 1990, los brotes de virus del Nilo Occidental eran esporádicos en distintas partes de África, Asia, Europa y Oriente Medio. A finales del verano de 1999 se constató la presencia del virus en el hemisferio occidental, dando lugar a una epidemia de encefalitis grave asociada a parálisis flácida aguda en Nueva York. En la actualidad, la mayoría de las infecciones transmitidas por mosquitos en humanos en los Estados Unidos son por el virus del Nilo Occidental, llegando a ser diagnosticado en un total de 2039 casos (1.404 casos con afectación neurológica en 46 estados) a lo largo de 2025, según datos del Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) (19).

En Europa, desde 2010, se viene observando una expansión geográfica con una marcada estacionalidad (julio-noviembre). Los países europeos con mayor incidencia son Grecia, Italia, Rumanía y Hungría. En cuanto a los linajes circulantes, cabe destacar que el linaje 1 está distribuido ampliamente en todos los continentes y es el que circulaba en Europa, hasta que en 2004 se identificó el linaje tipo 2 del virus en Hungría. En la actualidad el linaje 2 es responsable de la mayoría de casos en humanos en Europa (12–15).

En 2025, se notificaron en Europa un total de 1.112 casos humanos de infección por VNO. La fecha de inicio de síntomas osciló el 19 de mayo y el 27 de octubre. El número de casos notificados este año fue superior al promedio de la última década, que se situó en 758 casos. No obstante, las cifras se situaron por debajo de las observadas en 2018, 2022 y 2024 en los que se notificaron más de 1.300 casos en los países de la Unión Europea y Área Económica Europea (UE/AEE). Italia notificó 779 casos humanos, el mayor número alcanzado por este país en un solo año. Además, Francia notificó más casos que en cualquier año previo, con 14 regiones con casos por primera vez. En total se detectaron casos de enfermedad humana por VNO de transmisión local en 157 regiones de 14 países. Cabe destacar que a lo largo de 2025, 39 regiones notificaron casos humanos de VNO por primera vez, incluyendo diversas zonas de Italia, Francia, Alemania, Grecia, España, Croacia, Kosovo, Rumanía y Turquía (**Figura 5**) (20,21). El pico de transmisión se observó a finales de julio. La mayoría de los casos se registraron en hombres mayores de 65 años. La tasa de letalidad fue 9 %, con un 84 % de casos hospitalizados y un 56 % de los casos presentaron manifestaciones neurológicas (20).

Figura 5. Distribución de los casos humanos de infección por virus del Nilo Occidental adquiridos localmente en la UE/EEMM en 2025.



Fuente: ECDC con datos hasta el 10 de diciembre de 2025

Desde la perspectiva veterinaria, en 2025 en Europa, se registraron 186 focos equinos y 359 focos en aves. Los focos equinos fueron notificados por Italia (87), Francia (57), España (12), Croacia (11), Hungría (7), Alemania (5), Grecia (5), Austria (1) y Países Bajos (1), y los focos en aves fueron notificados en Italia (330), Alemania (15), España (4), Bélgica (3), Austria (2), Francia (2), Croacia (1), Chipre (1) y Hungría (1). La fecha más temprana de inicio de un brote en équidos y aves fue el 15 de enero de 2025 en Alemania y el 16 de febrero de 2025 en Italia respectivamente, mientras que la fecha más tardía fue el 7 de noviembre de 2025 en España para équidos y el 4 de noviembre de 2025 en Italia para aves.

Evaluación del riesgo para España

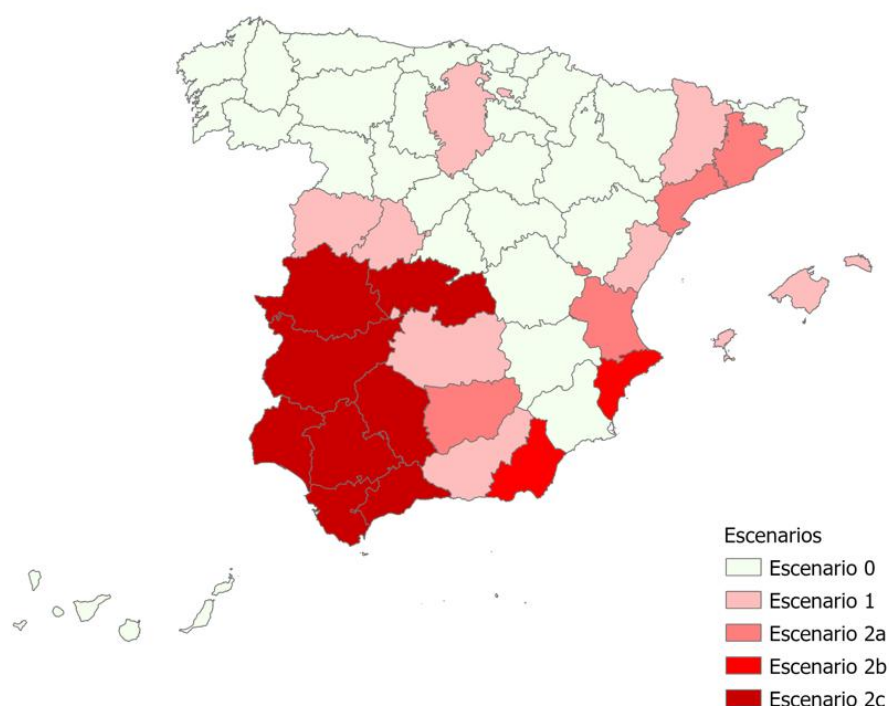
Durante la temporada 2025 se observó en España un número de casos de FNO inferior a los detectados en la temporada anterior, y una expansión hacia el este de las áreas geográficas afectadas, así como un retraso en el inicio de la temporada respecto a las previas. Destaca en esta temporada la aparición del primer caso humano en Almería que podría estar indicando el desplazamiento de la circulación del virus hacia el este, así como la detección de un caso humano en la Comunidad Valenciana y un foco equino en Islas Baleares. La permanencia en reservorios locales (aves) así como las temperaturas y condiciones climáticas suaves durante el invierno son factores favorecedores de una posible expansión del virus (22).

El riesgo, en conjunto, teniendo en cuenta la probabilidad de transmisión y el impacto de la enfermedad, se considera **moderado** en las zonas donde en las temporadas previas se ha detectado la

circulación del virus en animales, mosquitos o casos humanos (escenarios 1 y 2 del Plan Nacional de Prevención y Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores;

Figura 6). En el resto del territorio español, donde el virus no se ha detectado en las últimas temporadas o en zonas en las que aún no se ha detectado (escenario 0 del Plan), el riesgo se considera **bajo o muy bajo**, aunque no se descarta la extensión de la circulación del virus a nuevas áreas, tal y como se viene observando en las últimas temporadas. Este riesgo se mantiene durante la temporada de mayor actividad del vector, que habitualmente abarca desde mayo a noviembre, siendo mayor durante el final del verano y el principio del otoño, y con la posibilidad de extenderse a los meses de invierno (8).

Figura 6. Escenarios de riesgo por provincias según el Plan Nacional de Prevención, Vigilancia y Control de Enfermedades transmitidas por Vectores, en la temporada 2025.



Fuente: elaboración propia con datos de vigilancia del Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación y la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

Recomendaciones

- Desarrollar los objetivos y actividades del Plan de Prevención, Vigilancia y Control de las Enfermedades transmitidas por Vectores (abril 2023) para asegurar una acción integral y multisectorial basada en el concepto “Una Sola Salud”.
- Fomentar el desarrollo de planes autonómicos de Prevención, Vigilancia y Control de las Enfermedades transmitidas por Vectores.
- Fomentar la inclusión del control de los mosquitos dentro de los programas de gestión de plagas de los ayuntamientos.
- En los escenarios donde se han detectado animales infectados y/o se han producido casos humanos:
 - Reforzar la vigilancia epidemiológica y sistemas de alerta temprana en humanos, asegurando la vigilancia activa de casos de meningoencefalitis linfocitaria en personas con residencia o estancia en las zonas de mayor riesgo, tal como se establece en el protocolo de la RENAVE. Para ello, es importante informar al sistema sanitario para que los clínicos aumenten su capacidad de sospecha. Incluir en el diagnóstico diferencial a los virus Usutu y Toscana.
 - Reforzar las actividades de vigilancia pasiva y activa del virus del Nilo Occidental en caballos y aves. Identificar las áreas/hábitats con abundante presencia de vectores competentes.
 - Reforzar la vigilancia entomológica de mosquitos del género *Culex* en las zonas consideradas de riesgo que permitan conocer a tiempo las densidades de las especies transmisoras y el porcentaje de positividad al virus.
 - Realizar actividades de control vectorial de forma periódica al inicio de cada temporada, actuando sobre los estados larvarios. A nivel municipal se deben realizar actividades para evitar la reproducción de mosquitos en las infraestructuras urbanas como las fuentes y jardines públicos y los imbornales, que deben ser revisados y tratados con larvicidas, reforzando en su actividad a los Servicios de Control de Mosquitos existentes. Valorar la necesidad de tratamientos adulticidas en periodos de transmisión.
 - Realizar estudios virológicos para determinar si existen cambios en las características del virus del Nilo Occidental que condicionen una mayor virulencia o transmisibilidad.
 - Informar a la población de los territorios donde hay circulación del virus conocida, sobre las medidas de control vectorial peridoméstico y las medidas de protección individual.
 - Ante la detección de casos humanos confirmados, aplicar las medidas preventivas establecidas por el Comité Científico para la Seguridad Transfusional y Organización Nacional de Trasplantes para garantizar la seguridad de la sangre y los componentes sanguíneos y aplicar medidas de seguridad en órganos, células o tejidos.

Referencias

1. Junta de Andalucía. Informe de Situación 2025 [Internet]. [citado 17 de diciembre de 2025]. Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/organismos/sanidadpresidenciayemergencias/areas/sanidad/entornos-saludables/salud-ambiental/paginas/informes-2025.html>
2. Ministerio de Agricultura Pesca y Alimentación, MAPA. Consulta de notificación de enfermedades de los animales de declaración obligatoria [Internet]. [citado 17 de diciembre de 2025]. Disponible en: <https://servicio.mapa.gob.es/rasve/Publico/Publico/BuscadorFocos.aspx?currentpage=2>
3. Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación. Fiebre del Nilo Occidental [Internet]. [citado 17 de febrero de 2026]. Disponible en: https://www.mapa.gob.es/es/ganaderia/temas/sanidad-animal-higiene-ganadera/sanidad-animal/enfermedades/fiebre-nilo-occidental/f_o_nilo
4. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, RENAVE. Protocolo de Vigilancia de la fiebre del Nilo occidental [Internet]. 2020. Report No. Disponible en: <https://cne.isciii.es/servicios/enfermedades-transmisibles/enfermedades-a-z/fiebre-nilo-occidental>
5. Plan Extremeño de Preparación y Respuesta Frente a Vectores.pdf [Internet]. [citado 19 de febrero de 2026]. Disponible en: https://saludextremadura.ses.es/filescms/web/uploaded_files/CustomContentResources/PLAN%20EXTREME%C3%91O%20DE%20PREPARACI%C3%93N%20Y%20RESPUESTA%20FRENTE%20A%20VECTORES.pdf
6. Decreto 155/2024 de 17 de diciembre, por el que se acuerda de forma singular la concesión directa de subvenciones a municipios y entidades locales menores de la Comunidad Autónoma de Extremadura para la realización de actuaciones de prevención y control del virus del Nilo Occidental.pdf [Internet]. [citado 19 de febrero de 2026]. Disponible en: <https://doe.juntaex.es/pdfs/doe/2024/2460o/24040267.pdf>
7. Programa Vigilancia FNO 2025 - Junta de Andalucía [Internet]. [citado 17 de febrero de 2026]. Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/organismos/sanidadpresidenciayemergencias/areas/sanidad/entornos-saludables/salud-ambiental/paginas/programa-vigilancia-2025.html>
8. Ministerio de Sanidad. Plan Nacional de Prevención, Vigilancia y Control de las Enfermedades Transmitidas por Vectores [Internet]. abril de 2023. Report No. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/alertasEmergenciasSanitarias/preparacionRespuesta/docs/PLAN_DE_VECTORES.pdf
9. Comité Científico para la Seguridad Transfusional. Virus del Nilo Occidental. Acuerdos. [Internet]. Report No. Disponible en: https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/medicinaTransfusional/acuerdos/docs/Virus_Nilo_Occidental.pdf
10. Grupo de Estudio de la Infección en el Trasplante, Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica; Organización Nacional de Trasplantes. Documento de Consenso del Grupo de Estudio de la Infección en el Trasplante (GESITRA) perteneciente a la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC) y la Organización Nacional de Trasplantes (ONT) sobre los Criterios de Selección del Donante de Órganos Sólidos en Relación a las Enfermedades Infecciosas [Internet]. Report No. Disponible en: <https://www.ont.es/wp-content/uploads/2023/06/CRITER2.pdf>
11. The European Directorate for the Quality of Medicines & HealthCare releases 9th edition of the Guide to the quality and safety of organs for transplantation [Internet]. [citado 12 de febrero de 2026]. Disponible en: <https://www.coe.int/es/web/portal/-/edqm-releases-9th-edition-of-the-guide-to-the-quality-and-safety-of-organs-for-transplantation-1>

12. Bakonyi T, Ferenczi E, Erdélyi K, Kutasi O, Csörgő T, Seidel B, et al. Explosive spread of a neuroinvasive lineage 2 West Nile virus in Central Europe, 2008/2009. *Vet Microbiol.* 26 de julio de 2013;165(1-2):61-70. doi:10.1016/j.vetmic.2013.03.005 PubMed PMID: 23570864.
13. Papa A, Bakonyi T, Xanthopoulou K, Vázquez A, Tenorio A, Nowotny N. Genetic characterization of West Nile virus lineage 2, Greece, 2010. *Emerg Infect Dis.* mayo de 2011;17(5):920-2. doi:10.3201/eid1705.101759 PubMed PMID: 21529413; PubMed Central PMCID: PMC3321789.
14. Chancey C, Grinev A, Volkova E, Rios M. The Global Ecology and Epidemiology of West Nile Virus. *Biomed Res Int.* 2015;2015. doi:10.1155/2015/376230 PubMed PMID: 25866777; PubMed Central PMCID: PMC4383390.
15. Koch RT, Erazo D, Folly AJ, Johnson N, Dellicour S, Grubaugh ND, et al. Genomic epidemiology of West Nile virus in Europe. *One Health.* 16 de diciembre de 2023;18:100664. doi:10.1016/j.onehlt.2023.100664 PubMed PMID: 38193029; PubMed Central PMCID: PMC10772404.
16. Murray KO, Garcia MN, Rahbar MH, Martinez D, Khuwaja SA, Arafat RR, et al. Survival Analysis, Long-Term Outcomes, and Percentage of Recovery up to 8 Years Post-Infection among the Houston West Nile Virus Cohort. *PLoS One.* 23 de julio de 2014;9(7):e102953. doi:10.1371/journal.pone.0102953 PubMed PMID: 25054656; PubMed Central PMCID: PMC4108377.
17. Bale JF. Virus and Immune-Mediated Encephalitis: Epidemiology, Diagnosis, Treatment, and Prevention. *Pediatric Neurology.* 1 de julio de 2015;53(1):3-12. doi:10.1016/j.pediatrneurol.2015.03.013
18. Weaver SC, Barrett ADT. Transmission cycles, host range, evolution and emergence of arboviral disease. *Nat Rev Microbiol.* 2004;2(10):789-801. doi:10.1038/nrmicro1006 PubMed PMID: 15378043; PubMed Central PMCID: PMC7097645.
19. Centers for Disease Control and Prevention, CDC. West Nile Virus current year data (2025) [Internet]. 2025 [citado 17 de diciembre de 2025]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/west-nile-virus/data-maps/current-year-data.html>
20. European Centre for Disease Prevention and Control, ECDC. Surveillance of West Nile virus infections in humans in Europe, monthly report. [Internet]. 2025 [citado 17 de diciembre de 2025]. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/en/infectious-disease-topics/west-nile-virus-infection/surveillance-and-disease-data/monthly-updates>
21. European Centre for Disease Prevention and Control, ECDC. Surveillance of West Nile virus infections in humans in Europe, weekly report. [Internet]. 2025 [citado 17 de diciembre de 2025]. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/en/west-nile-fever/surveillance-and-disease-data/disease-data-ecdc>
22. Agencia estatal de meteorología, AEMET. Avance climático nacional invierno 2024-2025 [Internet]. [citado 17 de diciembre de 2025]. Disponible en: https://www.aemet.es/documentos/es/noticias/2025/03/avance_climatico_nacional_invierno-2024-2025.pdf