

Epidemiología de las infecciones respiratorias agudas en España en la temporada 2024-2025

Epidemiology of acute respiratory infections in Spain during the 2024-2025 season

Jorge Franco Herrero^{1*}

Marcos Lozano-Álvarez^{2,3,4*}  0009-0008-7769-1301

Ana María Puerto²

Francisco Pozo^{3,5}  0000-0003-1828-733X

Sonia Vázquez-Morón^{3,5}  0000-0002-0977-741X

María Iglesias Caballero^{3,5}  0000-0002-3248-4471

Carolina Wu Kohatsu⁶

Grupo SiVIRA

Red de vigilancia genómica RELECOV

Inmaculada Casas^{3,5}  0000-0003-1840-1198

Susana Monge^{2,7}  0000-0003-1412-3012

¹Hospital Universitario La Paz, Madrid

²Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III, Madrid

³CIBERESP, Madrid

⁴Escuela Internacional de Doctorado de la UNED, Madrid

⁵Centro Nacional de Microbiología, Instituto de Salud Carlos III, Madrid

⁶Hospital de La Concepción - Fundación Jiménez Díaz, Madrid

⁷CIBERINFEC, Madrid

*Co-primeros autores

Correspondencia

Marcos Lozano Álvarez
marcos.lozano@isciii.es

Integrantes del grupo SiVIRA: Ayelén Rojas-Benedicto, Gloria Pérez-Gimeno, Olivier Núñez, Ana Roldán Garrido, Esteban Pérez Morilla, Irene Pedrosa Corral, Virtudes Gallardo García, Nicola Lorusso, Inés Guiu Cañete, Juan Pablo Alonso, Ana Milagro-Beaumont, Ana Fernández Ibáñez, Fernando Alonso Martínez, Pilar Alonso Vigil, Jaume Giménez Duran, María del Carmen López Bilbao, Marta Torres Juan, Ramón García Janer, Álvaro Luis Torres Lana, Eva Rivas Wagner, Nieves López González-Coviella, Luis Javier Vitoria Raymundo, Marta Pacheco Gorostiaga, Tomás Vega Alonso, Ana Ordax Díez, José Eugenio Lozano Alonso, Isabel Martínez Pino, Beatriz Bermejo Muñoz, M^o del Carmen Pacheco Martínez, Carmen Román Ortiz, María Ángeles Rafael de la Cruz López, Sagrario Mellado García Suelto, Luca Basile, Jacobo Mendioroz, Ana Isabel Martínez, Ana Boned, Ana Sofía Lameiras Azevedo, Empar Giner Ferrando, Miriam López, Cecilia Gordillo Romero, María del Mar Álvarez Díaz, Carmen Pazos Pacheco, María del Mar Álvarez Díaz, Santiago Vicente Iglesias, Jesús Prego Dominguez, Olaia Pérez Martínez, María Teresa Otero Barrós, Marta Pineiro Sotelo, Luis García Comas, Mercedes Rumayor, Blanca Andreu Ivorra, M^o Ángel Valcárcel de Laiglesia, Alonso Sánchez Migallón, M Dolores Chirlaque, Jesús Castilla Catalán, Liher Imaz, Pello Latasa, Patricia Sancho, Ana Carmen Ibáñez Pérez, Carmen Quiñones Rubio, Eva Martínez Ochoa, Ignacio Campo Palacio, Isabel Espejo Pérez, María Ángeles Casanova Mesa, María Dolores Barrientos Reyes, Ninoska López Berríos, Daniel Castrillejo, Atanasio Gómez Anés. Integrantes de la Red de vigilancia genómica RELECOV: Sara Sanbonmatsu Gámez, Federico García, Adolfo de Salazar, Jose A. Lepe, Santiago Melón García, Marta Elena Álvarez Argüelles, Antonio Oliver Palomo, Carla López Causapé, Ana Bordes Benítez, Eduardo Lagarejos Gonzalez, Julia Alcoba-Florez, Diego García-Martínez de Artola, Carlos Flores, Jesús Rodríguez, Jorge

Calvo Montes, Soledad Illescas, Eva Heredero, Patricia Trevisi Lannoó, Lorena Robles Fonseca, Encarna Simarro Marta Hernandez Perez, Andrés Antón, Cristina Andrés, M^o Ángeles Marcos, Elisa Martró, Jordi Càmara, Alicia Sellés, Albert Bernet, Francisco Vidal, Fernando Lázaro, Darío García de Viedma, Laura Pérez García, Pilar Catalán, Juan Carlos Galán, M. Dolores Folgueira, Ester Viedma, Nieves Gonzalo Jiménez, Fernando González-Candelas, Juan Carlos Rodríguez, Concepción Gimeno, M^o Dolores Tirado Balaguer, David Navarro, José Luis López-Hontangas, Juan Jose Camarena, Miguel Fajardo Olivares, María Carmen González Velasco, Cristina Eugenia Gaona Álvarez; Guadalupe Rodríguez Rodríguez, Antonio Aguilera Guirao, Ana Fernández González, Sonia Pérez-Castro, Miriam Blasco; María de Toro, Sergio Román Soto, Laura Moreno Parrado, Marina Simón Páez, Ana Navascués, Jose M. Marimon, Milagrosa Montes, Mikel Urrutikoetxea, Mikel Gallego.

Contribuciones de autoría

SM, FP, IC, SV y MI concibieron el diseño del estudio. ML, FP, IC, SV y MI realizaron el análisis de datos. JF escribió el primer borrador del trabajo con la colaboración de ML, AP y CWK y bajo la supervisión de SM. Todos los autores revisaron críticamente y aprobaron la versión final del manuscrito.

Agradecimientos

A todas las personas que contribuyen habitualmente en la vigilancia a través de SiVIRA incluyendo a los integrantes de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. La lista de todas las personas colaboradoras en los grupos de SiVIRA y RELECOV se pueden consultar, respectivamente, en los enlaces https://cne.isciii.es/documents/d/cne/colaboradores-sivira_2025-26 y <https://cne.isciii.es/releco>

Financiación

Este trabajo no ha recibido financiación externa.

Conflicto de intereses

Los autores no declaran ningún conflicto de interés en la redacción de este artículo.

Cita sugerida

Franco-Herrero J, Lozano-Álvarez M, Puerto AM, Pozo F, Vázquez-Morón S, Iglesias-Caballero M, Wu-Kohatsu C, Grupo SiVIRA, Red de vigilancia genómica RELECOV, Casas I, Monge S. Epidemiología de las infecciones respiratorias agudas en España en la temporada 2024-2025. *Boletín Epidemiológico Semanal*. 2026;34(2):99-124. doi: 10.4321/s2173-92772026000200006

Resumen

Introducción: El Sistema de Vigilancia de Infección Respiratoria Aguda (SiVIRA) monitoriza de forma integrada las infecciones respiratorias agudas, especialmente las causadas por gripe, COVID-19 y virus respiratorio sincitial (VRS). En este trabajo se presentan resultados durante la temporada 2024-25.

Método: Se recogieron casos que acudieron a consulta por infección respiratoria aguda en Atención Primaria (IRA) o fueron ingresados por IRA grave (IRAG), calculándose tasas de incidencia semanales ponderadas por edad, sexo y comunidad autónoma (CA). Se seleccionó una muestra representativa para el estudio microbiológico, calculándose el porcentaje de positividad a gripe, SARS-CoV-2 y VRS.

Resultados: Las tasas de IRA e IRAG presentaron su pico entre las semanas 02/2025 y 04/2025, con 803 casos/100.000 habitantes y 24,2 hospitalizaciones/100.000h., respectivamente. La epidemia gripal se desarrolló entre las semanas 50/2024 y 09/2025, con pico en la 04/2025. Predominó el tipo A (57% de casos de IRA y 90% de hospitalizados). La COVID-19 cambió su patrón temporal, con ausencia de la onda epidémica en otoño-invierno y onda conservada en primavera-verano, con pico en la semana 38/2025. Predominó inicialmente la variante BA.2.86, seguida de XFG a partir de la semana 16/2025. El VRS comenzó a incrementarse en la semana 46/2024, con pico de casos de IRA en la 51/2024 y de hospitalizaciones en la 01/2025.

Discusión: En la temporada 2024-25, la circulación de gripe, COVID-19 y VRS fue más escalonada, con ausencia de onda invernal de COVID-19. Esto resultó en tasas semanales de infección respiratoria aguda y hospitalización inferiores a temporadas previas.

Palabras clave: infección respiratoria aguda; infección respiratoria aguda grave; gripe; COVID-19; VRS; vigilancia

Abstract

Introduction: The Acute Respiratory Infection Surveillance System (SiVIRA) provides integrated monitoring of acute respiratory infections, particularly those caused by influenza, SARS-CoV-2 and respiratory syncytial virus (RSV). This work presents the results for the 2024-25 season.

Method: All cases that attended primary care for acute respiratory infection (ARI) or were admitted for severe ARI (SARI) were collected, and weekly incidence rates were calculated, weighted by age, sex and autonomous community. A representative sample was selected for microbiological study, and the percentage of positivity to influenza, SARS-CoV-2 and RSV was calculated.

Results: ARI and SARI rates peaked between weeks 02/2025 and 04/2025, with 803 cases/100,000 inhabitants and 24.2 hospitalizations/100,000 inhabitants, respectively. The influenza epidemic developed between weeks 50/2024 and 09/2025, peaking in week 04/2025. Type A predominated (57% of ARI cases and 90% of hospitalizations). COVID-19 changed its temporal pattern, with no epidemic wave in autumn-winter but a preserved spring-summer wave, peaking in week 38/2025. The BA.2.86 variant initially predominated, followed by XFG, which began to circulate from week 16/2025. RSV circulation started in week 46/2024 with ARI cases peaking in week 51/2024 and hospitalizations in week 01/2025.

Discussion: In the 2024-25 season, the circulation of influenza, SARS-CoV-2 and RSV was more staggered, with no winter wave of COVID-19. This resulted in lower weekly rates of acute respiratory infection and hospitalization than in previous seasons.

Keywords: acute respiratory infection; severe acute respiratory infection; influenza; COVID-19; RSV; surveillance

INTRODUCCIÓN

El Sistema de Vigilancia de Infección Respiratoria Aguda (SiVIRA) en España se inició en la temporada 2020-21. Desde entonces, el sistema se ha implementado progresivamente, incrementando su cobertura. El objetivo de SiVIRA es monitorizar la evolución de las infecciones respiratorias agudas, su presentación temporal y geográfica, así como su intensidad⁽¹⁻³⁾. El sistema permite describir las características epidemiológicas y microbiológicas de los virus respiratorios que las causan, especialmente gripe, SARS-CoV-2 y virus respiratorio sincitial (VRS), estimar la carga de enfermedad⁽⁴⁻⁶⁾ y la gravedad de los casos⁽⁷⁾, así como contribuir a la evaluación de la efectividad de las medidas de prevención y control, fundamentalmente vacunas y otros agentes inmunizantes, a nivel nacional⁽⁸⁻¹⁰⁾ e internacional⁽¹¹⁻¹³⁾.

A lo largo de la temporada, se elaboran informes semanales con los resultados e indicadores procedentes del sistema, que son distribuidos entre los participantes de la vigilancia SiVIRA, los responsables de Salud Pública nacionales y autonómicos, y otras autoridades sanitarias. Asimismo, la información de SiVIRA se envía semanalmente al ECDC y OMS, a través de la plataforma EpiPulse, con el objeto de contribuir a la vigilancia internacional de virus respiratorios⁽¹⁴⁾. Estos informes se publican cada jueves en la página web del Instituto de Salud Carlos III (ISCIID)⁽¹⁵⁾, de la misma forma que el informe anual elaborado al final de cada temporada⁽¹⁶⁻¹⁷⁾.

En este trabajo, se presenta un resumen de los principales resultados de la vigilancia SiVIRA desde octubre de 2024 (semana 40/2024) hasta septiembre de 2025 (semana 39/2025). Se muestra la evolución a nivel nacional de la actividad de las infecciones respiratorias agudas, así como específicamente de gripe, COVID-19 y VRS.

MÉTODOS

SiVIRA está constituido por el sistema de vigilancia de infección respiratoria aguda (IRA) en Atención Primaria (AP) y el sistema de vigilancia de infección respiratoria aguda grave (IRAG) en hospitales. La vigilancia en cualquiera de estos ámbitos tiene dos componentes: sindrómico y de selección sistemática⁽¹⁻³⁾.

El componente sindrómico consiste, en el caso de IRA, en la captación de todos los casos que acuden a consultas de AP, ya sea de carácter centinela, con profesionales sanitarios que vigilan una población representativa de la comunidad o ciudad autónoma (CA), o de forma exhaustiva, a partir de todas las consultas de AP de la CA⁽¹⁾. Estos casos se identifican mediante los códigos diagnósticos asignados a los episodios atendidos (material suplementario, Tablas S1-S3). En el caso de IRAG⁽²⁾, se captan todos los ingresos semanales debidos a infección respiratoria aguda en los hospitales participantes, identificados mediante códigos y listados de impresiones diagnósticas (material suplementario, Tablas S4-S5) y/o revisión manual de las historias clínicas.

El componente sistemático consiste, en el caso de IRA, en la selección de los primeros dos a cinco pacientes con IRA que acuden semanalmente a las consultas de AP participantes en SiVIRA, generalmente a través de una red centinela. En el caso de IRAG, consiste en la selección de todos los casos ingresados en días predefinidos de la semana (generalmente martes y/o miércoles) en los hospitales centinela. En estos pacientes, se toma una muestra respiratoria para el diagnóstico microbiológico de gripe, SARS-CoV-2 y VRS, y se recoge información epidemiológica, clínica y de vacunación e inmunización. Las muestras positivas se envían a los laboratorios designados para su caracterización virológica, incluyendo el tipado y subtipado y/o la secuenciación.

Los indicadores del sistema se calculan desde el inicio de la temporada epidemiológica, en la semana 40, hasta la semana 39 del año siguiente. A partir del componente sindrómico, el principal indicador es la tasa semanal ponderada por 100.000 habitantes, que indica el número de casos nuevos en una población definida a lo largo de una semana. Las tasas crudas (no mostradas en los resultados) corresponden al número de casos sindrómicos de IRAS o IRAG, respectivamente, notificados por semana, entre la población de referencia de los centros participantes (población vigilada). Para los indicadores de vigilancia se obtienen las tasas ponderadas, que reflejan la distribución poblacional por CCAA, sexo y grupo de edad (en tramos quinquenales excepto los grupos <1 y 1-4 años) según la estadística continua de población (ECP) del Instituto Nacional de Estadística (INE). Para ello, se calcula para cada estrato definido por semana, CCAA, sexo y edad un factor de ponderación que corresponde al inverso de la probabilidad de selección muestral (población del INE dividida entre la población vigilada), que se aplica al número de casos observados en el estrato correspondiente⁽¹⁸⁾. Las tasas ponderadas se obtienen de igual manera para síndromes gripales, sospechas de COVID-19, bronquitis y/o bronquiolitis y neumonías en AP, mediante la extracción de los códigos detallados en la Tabla S6 del material suplementario.

Del componente sistemático se deriva la proporción de muestras positivas (positividad) para gripe, SARS-CoV-2 y VRS, calculada como el número de detecciones semanales positivas de cada virus, dividida entre el número de muestras semanales analizadas para ese virus con resultado válido. La positividad se estima también por grupos de edad, si bien, debido al número más reducido de pacientes con muestra analizada, se calcula en base a grupos de edad más amplios (<1, 1-4, 5-19, 20-59, 60-69, 70-79, y mayores de 80 años). Este indicador tiene limitaciones ya que, al ser relativo, depende de qué otros patógenos causantes de IRA estén circulando en el mismo momento. Por ello, como indicador de la incidencia específica de cada patógeno, se estima **un** proxy de tasa semanal por patógeno multiplicando la tasa semanal ponderada de IRA o IRAG procedente del componente sindrómico, respectivamente, por el porcentaje de muestras positivas al patógeno correspondiente, procedente de la vigilancia sistemática. Dado que los grupos de edad para el cálculo de la positividad son más amplios que los grupos quinquenales usados en las tasas, se asume una positividad constante para todos los grupos quinquenales.

La cobertura en ambos sistemas de vigilancia se calcula como la población vigilada dividida entre la población de cada CCAA, según las cifras de la ECP del INE.

RESULTADOS

En la temporada 2024-25, todas las CCAA participaron en la vigilancia sindrómica de IRA en AP, 3 de forma centinela y 16 de forma exhaustiva, alcanzando una cobertura del 78,4% de la población española. En la vigilancia sistemática participaron 15 CCAA (excepto Asturias, Cantabria, Galicia y Navarra), todas de forma centinela, salvo la Comunitat Valenciana, que contribuyó de forma exhaustiva

con los profesionales sanitarios de todas sus zonas básicas de salud (Figura 1.A). La cobertura alcanzada fue del 15,5% de la población española, aunque, excluyendo la Comunitat Valenciana, la cobertura en las CCAA con sistema centinela fue del 4,5%.

Con respecto a IRAG, todas las CCAA, excepto Navarra, participaron en la vigilancia, tanto sindrómica como sistemática (Figura 1.B). La cobertura del total de 49 hospitales participantes fue del 30,3% de la población española. Cabe destacar la integración de 2 nuevas CCAA a la vigilancia del componente sistemático respecto a la temporada pasada, con un aumento en el número de hospitales participantes (49 frente a 38 la temporada anterior) y en la cobertura de población vigilada (30,3% frente al 25% de la temporada anterior) (material suplementario, Tabla S7).

Figura 1.A Vigilancia de IRA en Atención Primaria: componentes sindrómico (izquierda) y de selección sistemática (derecha). SiVIRA, temporada 2024-25.

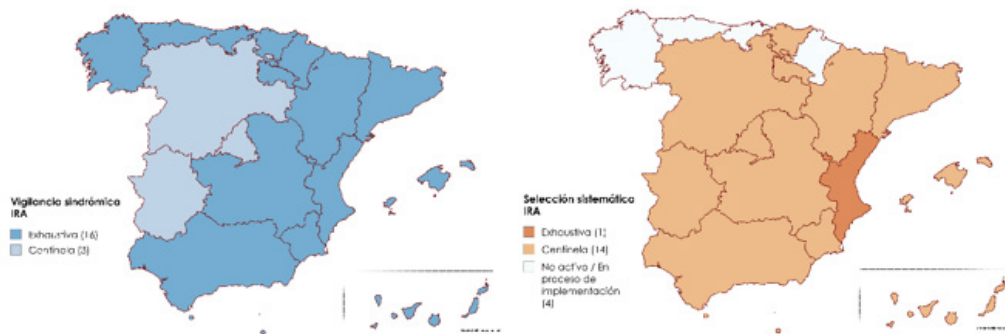
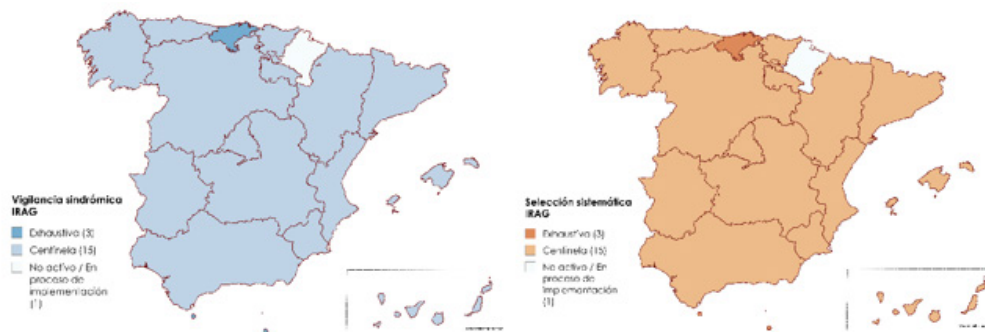


Figura 1.B Vigilancia de IRAG en hospitales: componentes sindrómico (izquierda) y de selección sistemática (derecha). SiVIRA, temporada 2024-25.



Resultados de la vigilancia sindrómica

La tasa de incidencia semanal de IRA en AP comenzó a incrementarse a partir de la semana 37/2024 (correspondiente a la temporada previa), alcanzando su **máximo** entre las semanas 02/2025 y 04/2025, con una incidencia semanal de 803 casos/100.000h. y una intensidad baja según los umbrales basados en las 10 temporadas previas (Figura 2.A). Posteriormente, las tasas disminuyeron paulatinamente hasta su mínimo en la semana 33/2025. Cabe destacar un patrón temporal retrasado y un pico máximo notablemente inferior en comparación con la temporada previa (Figura 2.B). La incidencia de IRA en AP fue mayor en mujeres que en hombres durante toda la temporada (Figura 2.C). Por grupo de edad, la incidencia fue mayor en los menores de 1 año, seguidos de la población infantil de 1-4 años (Figura 2.D).

Figura 2.A Tasa de incidencia semanal de infecciones respiratorias agudas en Atención Primaria y umbrales epidémicos. SiVIRA, temporada 2024-25.

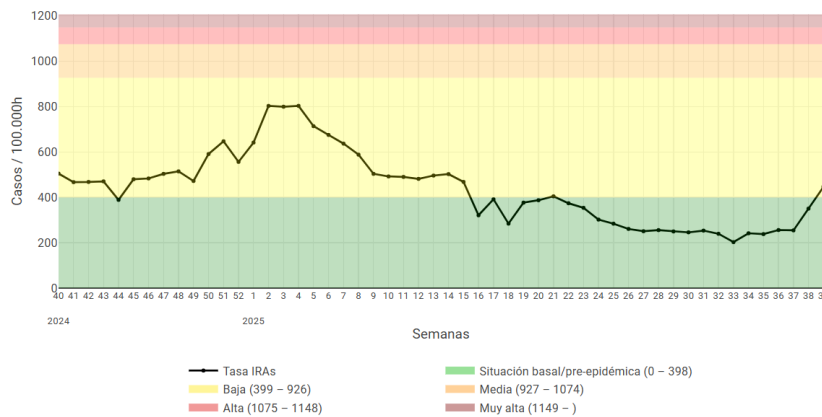


Figura 2.B Tasa de incidencia semanal de infecciones respiratorias agudas en Atención Primaria. SiVIRA, temporadas 2022-23 a 2024-25.

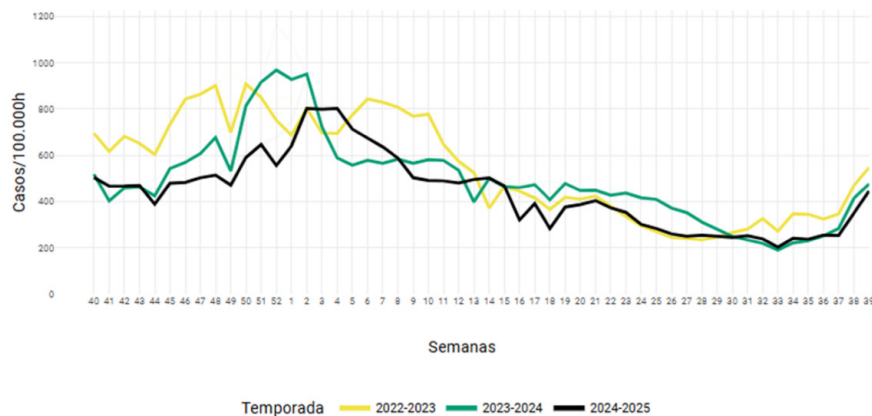


Figura 2.C Tasa de incidencia semanal de infecciones respiratorias agudas en Atención Primaria, por sexo. SiVIRA, temporada 2024-25.

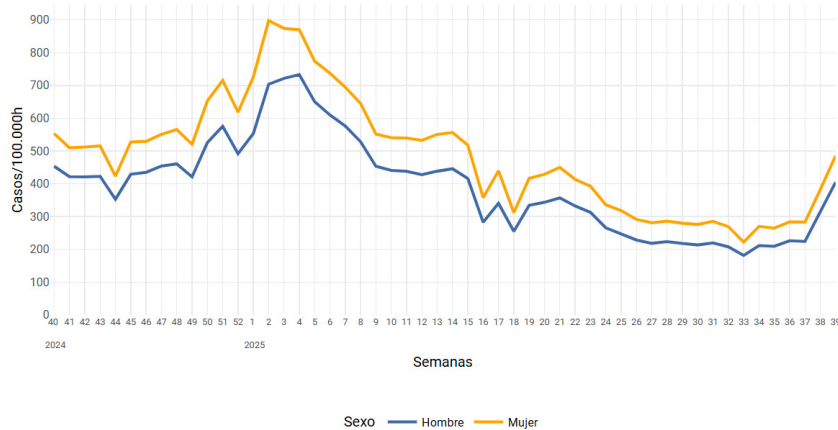
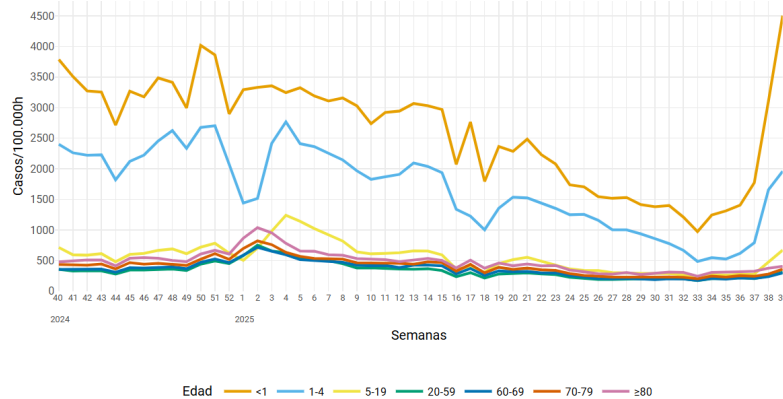


Figura 2.D Tasa de incidencia semanal de infecciones respiratorias agudas en Atención Primaria, por grupo de edad. SiVIRA, temporada 2024-25.



Con respecto a la **tasa semanal de hospitalización por IRAG**, en la temporada 2024-25, se observó una onda epidémica que comenzó a incrementarse en la semana 47/2024, alcanzando su pico máximo en la 02/2025, con 24,2 casos/100.000h. Este pico es coincidente con el pico de IRA en AP y muy inferior al de la temporada previa, que llegó hasta los 38,7 casos/100.000h (Figura 3.A). Las tasas de incidencia de IRAG fueron mayores en hombres (Figura 3.B) y en el grupo de edad de 80 y más años, seguido del grupo de menores de 1 año (Figura 3.C).

Figura 3.A Tasa semanal de hospitalizaciones por infección respiratoria. SiVIRA, temporadas 2022-23 a 2024-25.

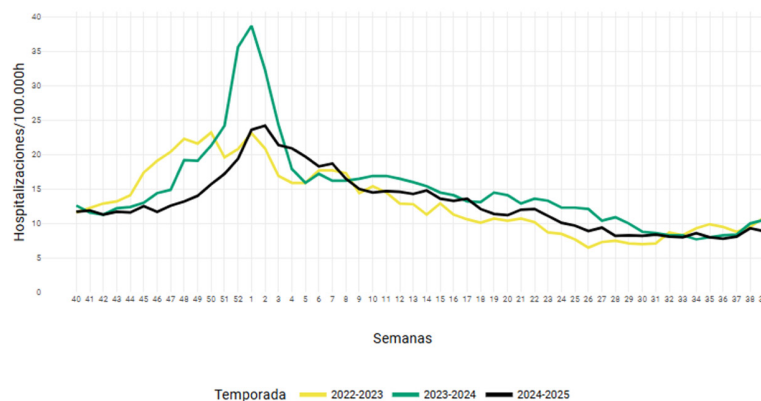


Figura 3.B Tasa semanal de hospitalizaciones por infección respiratoria, según sexo. SiVIRA, temporada 2024-25.

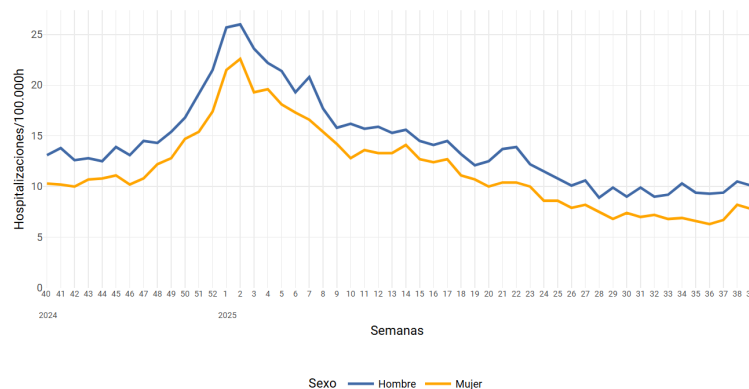
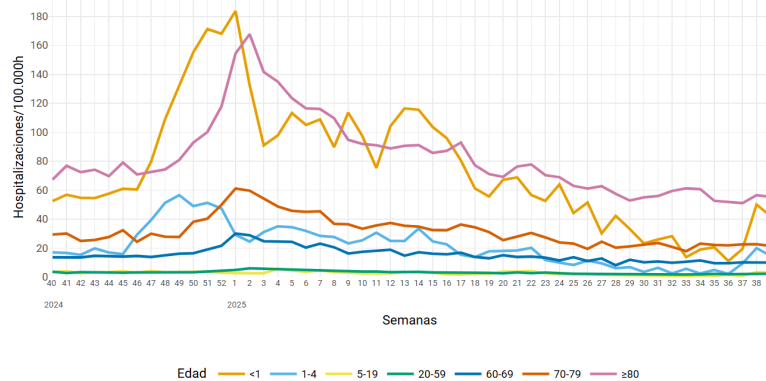


Figura 3.C Tasa semanal de hospitalizaciones por infección respiratoria, según grupo de edad. SiVIRA, temporada 2024-25.



Vigilancia específica de la gripe

Las tasas de síndrome gripal en AP comenzaron a incrementarse en la semana 50/2024, superando el umbral epidémico en la 52/2024 y presentando una onda epidémica que duró 10 semanas, hasta la 09/2025, unas 3 semanas más que la temporada previa (Figura 4.A). El pico se alcanzó en la semana 04/2025, con 142 casos/100.000h, inferior y algo retrasado respecto a la temporada previa (Figura 4.B). La incidencia fue ligeramente superior en mujeres (Figura 4.C) y mayor en población infantil de 1-4 años, seguida por el grupo de menores de 1 año y el de 5 a 19 años (Figura 4.D).

Figura 4.A Tasa de incidencia de síndrome gripal en Atención Primaria, umbral epidémico y umbrales de intensidad. SiVIRA, temporada 2024-25.

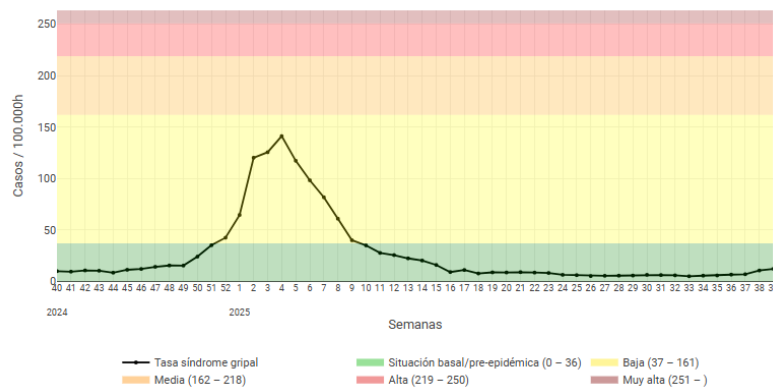


Figura 4.B Tasa de incidencia de síndrome gripal en Atención Primaria, por temporadas. SiVIRA, temporadas 2022-23 a 2024-25.

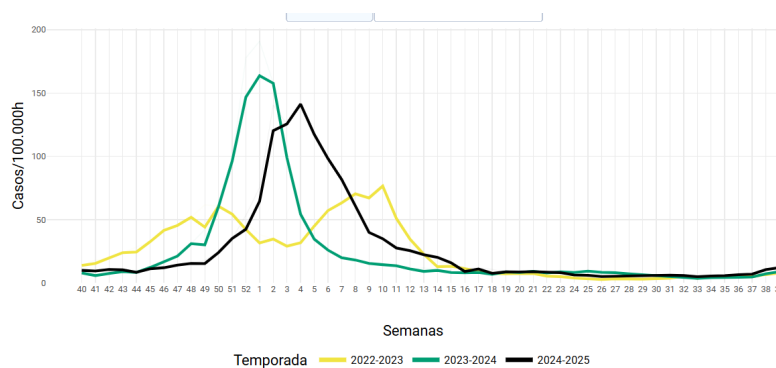


Figura 4.C Tasa de incidencia de síndrome gripal en Atención Primaria, por sexo. SiVIRA, temporada 2024-25.

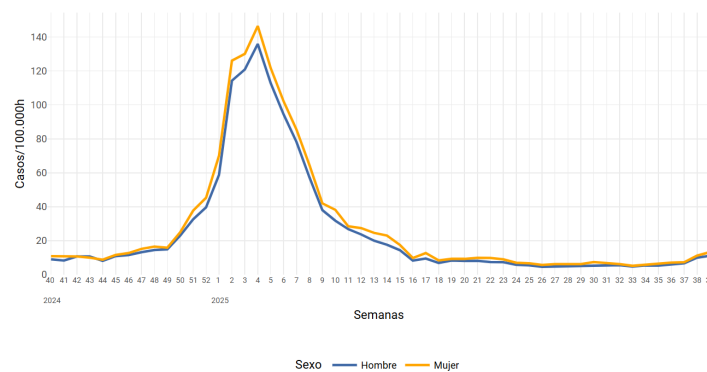
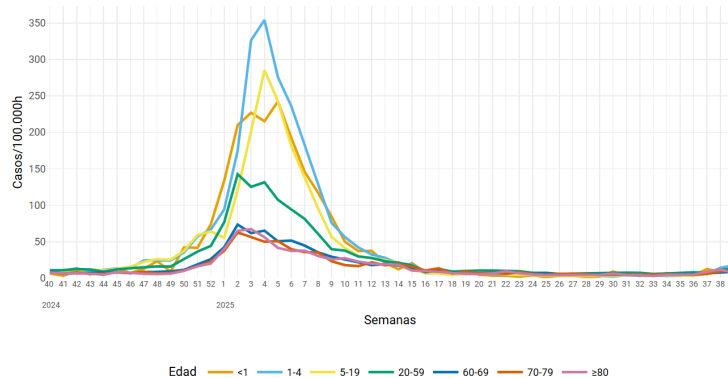


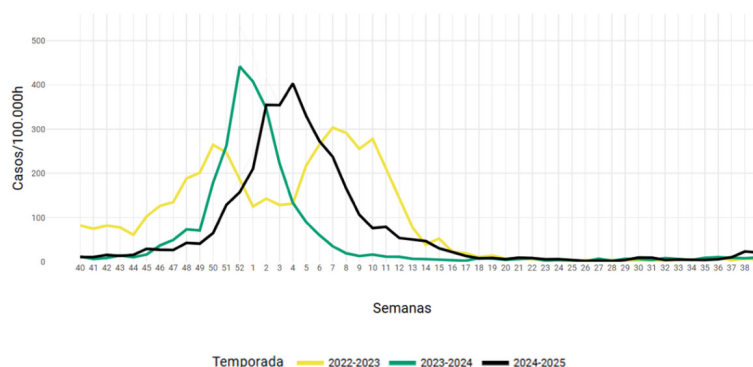
Figura 4.D Tasa de incidencia de síndrome gripal en Atención Primaria, por grupo de edad. SiVIRA, temporada 2024-25.



En cuanto al componente sistemático, se analizaron 33.394 muestras para la detección de gripe, tomadas de pacientes con IRA en AP. La positividad total a lo largo de la temporada fue del 15,8%, con un pico del 50,2% en la semana 04/2025. Los síntomas más frecuentes de los casos de gripe atendidos en AP fueron fiebre (82,8%), malestar general (80,3%), tos (76,1%), rinorrea/congestión nasal (65,4%) y dolor de garganta (63,3%).

En AP, el proxy específico de gripe mostró una onda epidémica plenamente coincidente con la observada para los síndromes gripales, con un pico de actividad en la semana 04/2025 de 403,1 casos/100.000h. (Figura 5), igualmente inferior, algo retrasado y de una duración de unas tres semanas más respecto a la temporada previa.

Figura 5 Tasa estimada *proxy* de infección respiratoria aguda causada por gripe en Atención Primaria, por temporada. SiVIRA, temporadas 2022-23 a 2024-25.



La tasa de incidencia *proxy* de gripe en AP por sexo y edad (datos no mostrados) mostró una distribución similar a los síndromes gripales.

Respecto a la vigilancia en hospitales, se analizaron 21.435 muestras para la detección de gripe en **pacientes hospitalizados con IRAG**, presentando una **positividad** total en la temporada del 11,9% y un pico del 34,5% en la semana 05/2025. La **tasa de hospitalización proxy de gripe** presentó un incremento pronunciado desde la semana 51/2024, hasta alcanzar el pico en la 02/2025, con 7,6 hospitalizaciones/100.000h. Posteriormente, la tasa descendió manteniéndose en niveles basales desde la semana 18/2025 hasta el final de la temporada (Figura 6.A). La tasa de hospitalización por gripe fue similar entre hombres y mujeres (Figura 6.B), y particularmente elevada en el grupo de 80 y más años, situándose por encima de las 50 hospitalizaciones/100.000h., seguido de los grupos de 70-79 años y menores de 1 año (Figura 6.C).

Figura 6.A Tasa estimada *proxy* de hospitalización por gripe, por temporada. SiVIRA, temporadas 2022-23 a 2024-25.

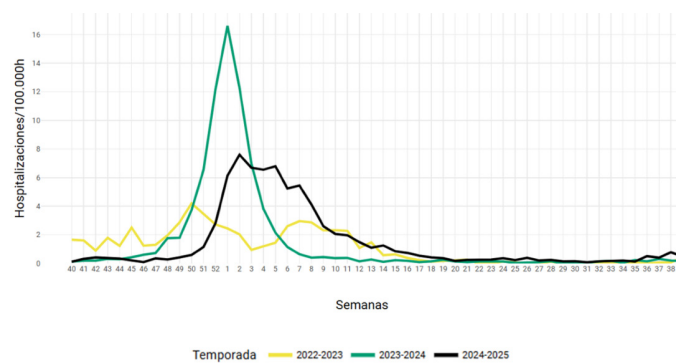


Figura 6.B Tasa estimada *proxy* de hospitalización por gripe, por sexo. SiVIRA, temporada 2024-25.

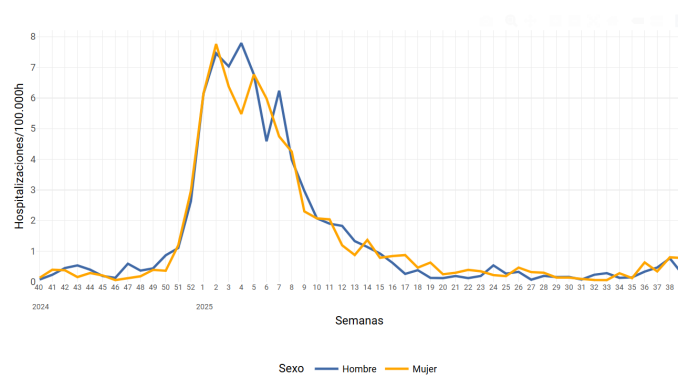
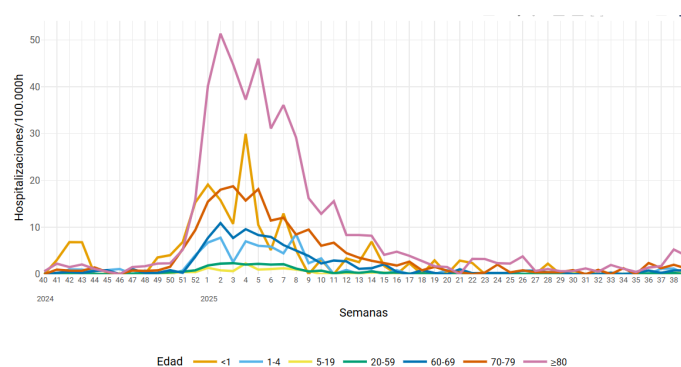


Figura 6.C Tasa estimada *proxy* de hospitalización por gripe, por grupo de edad. SiVIRA, temporada 2024-25.



Con respecto a las **complicaciones graves y letalidad** en los casos hospitalizados por gripe, la mediana de edad de los pacientes hospitalizados fue de 75 años. Un 27,0% desarrolló neumonía, un 6,1% fue admitido en una unidad de cuidados intensivos (UCI) y el 6,3% tuvo una evolución fatal (Tabla 1). Las defunciones en el hospital por grupo de edad fueron del 10,6% en el grupo de 80 y más años, seguidas del 5,2% en el grupo de 70-79 años y 5,1% en el de 60-69 años. No hubo defunciones entre los menores de 19 años.

Tabla 1. Complicaciones graves y letalidad en casos hospitalizados por gripe, COVID-19 y VRS. SiVIRA, temporada 2024-25.

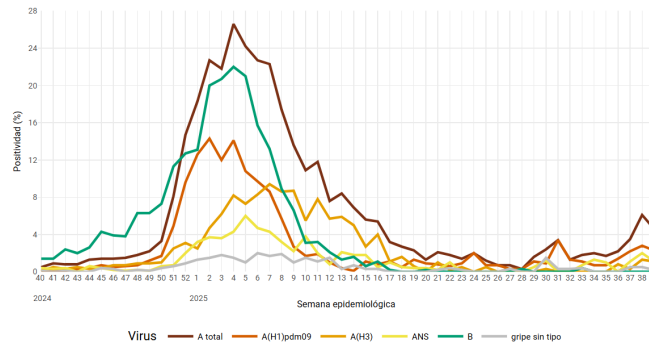
Complicaciones n (%)	Gripe	COVID-19	VRS
Neumonía	639 (27,0%)	331 (23,9%)	339 (19,3%)
Ventilación mecánica	59 (2,8%)	18 (1,4%)	35 (2,2%)
Ingreso en UCI	142 (6,1%)	51 (3,7%)	152 (8,7%)
Defunción	140 (6,3%)	120 (9,7%)	73 (4,3%)

Vigilancia virológica de la gripe

Entre los virus de gripe identificados en casos de IRA en AP, un 56,7% fueron tipo A y un 43,3% fueron tipo B. Dentro del tipo A, se observó un leve predominio del subtipo A(H1N1), suponiendo el 52,5% de los virus de gripe A subtipados, mientras que el subtipo A(H3N2) supuso el 47,5% (Figura 7.A).

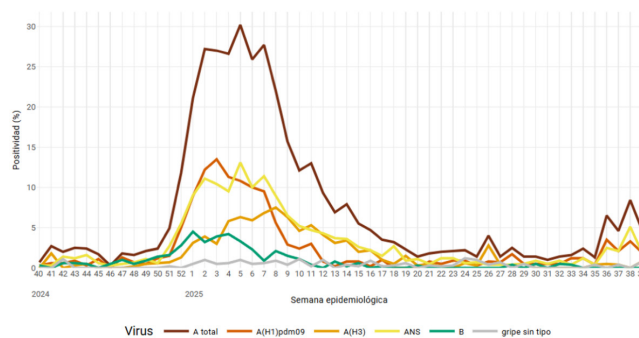
Entre los casos hospitalizados por IRAG, la gripe A fue claramente mayoritaria, correspondiendo al 89,5% de los casos. El subtipo predominante también fue A(H1N1), suponiendo el 59,6% de los virus A subtipados, frente a A(H3N2), que supuso el 40,4% (Figura 7.B). El porcentaje de virus no subtipados (ANS) fue del 12,2% en AP y del 40,8% en hospitales.

Figura 7.A Porcentaje de positividad por tipo/subtipo de gripe en Atención Primaria. SiVIRA, temporada 2024-25.



*ANS: gripe A no subtipada

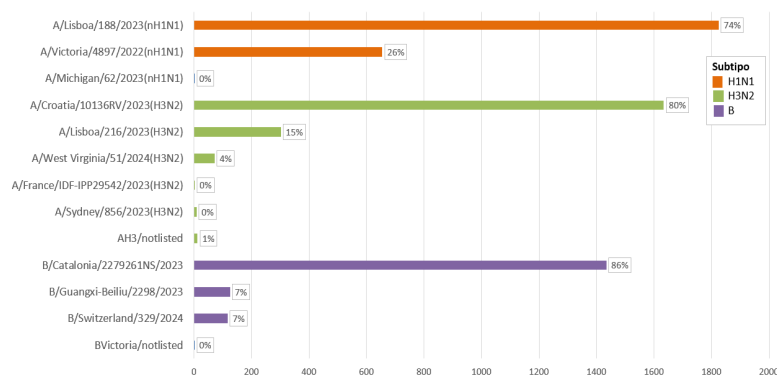
Figura 7.B Porcentaje de positividad por tipo/subtipo de gripe en pacientes hospitalizados. SiVIRA, temporada 2024-25.



*ANS: gripe A no subtipada

Debido al tamaño limitado de las muestras disponibles en SiVIRA, para el análisis filogenético se analizaron las secuencias de virus de la gripe disponibles en la base de datos GISAID, correspondiendo a 2.481 virus A(H1N1), 2.036 virus A(H3N2) y 1669 virus B de linaje Victoria. El clado 5a.2a (C.1.9), representado por el virus A/Lisboa/188/2023, fue el predominante (74%) entre los virus A(H1N1) circulantes (Figura 8). Entre los virus A(H3N2), el clado 2a.3a.1 (J.2), representado por A/Croacia/10136RV/2023, predominó sobre los clados 2a.3a.1 (J.2.1) y 2a.3a.1 (J.2.2), representados por A/West Virginia/51/2024 y A/Lisboa/216/2023, con el 80%, 4% y 15% de los virus A(H3N2) circulantes. En lo que respecta a virus tipo B, el clado V1A.3a.2 (C.5.1), representado por B/Catalonia/2279261NS/2023, fue el predominante con el 86% de los virus secuenciados.

Figura 8 Clados de gripe circulantes en España en la temporada 2024-25 (basado en 6.186 secuencias depositadas en GISAID).



Vigilancia específica de COVID-19

Las tasas sindrómicas de COVID-19 (sospecha de COVID-19 o COVID-19 confirmado) no presentaron onda epidémica en otoño e invierno esta temporada, a diferencia de las anteriores, si bien sí experimentaron una intensidad mayor en primavera y verano, alcanzando su máximo en la semana 38/2025, con 25 casos/100.000h. La incidencia fue superior en mujeres y en menores de 1 año, seguidos de los mayores de 80 años (datos no mostrados).

En cuanto al componente sistemático, se analizaron 33.277 muestras para la detección de SARS-CoV-2 tomadas de pacientes con IRA en AP. La positividad total a lo largo de la temporada fue del 7,2%, con un incremento gradual desde la semana 17/2025 y con un pico máximo del 35,2% en la 38/2025. Los síntomas más frecuentes entre los casos de COVID-19 atendidos en AP fueron tos (71,7%), malestar general (69,4%), dolor de garganta (66,5%), fiebre (63,3%) y rinorrea/congestión nasal (60%).

En AP, el proxy específico de COVID-19, mostró una circulación del virus muy similar a la observada en el indicador sindrómico, incrementándose a partir de la semana 20/2025 hasta el final de temporada, con un pico de incidencia de 123 casos/100.000h. en la semana 38/2025 (Figura 9.A). Debido al bajo número de casos, las tasas semanales de incidencia *proxy* de COVID-19 mostraron una inestabilidad considerable, pero fueron mayores en mujeres y en el grupo de los menores de 1 año, seguido de 1-4 años (datos no mostrados).

Respecto a la vigilancia en hospitales, se analizaron 21.704 muestras para la detección de SARS-CoV-2 en pacientes hospitalizados con IRAG, presentando una positividad total en la temporada del 6,7% y un pico máximo del 28,1% en la semana 33/2025.

Las tasas de hospitalización *proxy* por COVID-19 fueron muy bajas durante el otoño y el invierno, en consonancia con la baja circulación del virus detectada en AP durante ese periodo. A partir de la semana 18/2025 comienza un ascenso gradual, alcanzando el pico máximo en la 33/2025, con 2,2 casos/100.000h. (Figura 9.B). Debido al bajo número de casos, las tasas semanales de hospitalización *proxy* por COVID-19 por sexo y edad presentaban una inestabilidad considerable, pero fueron superiores en hombres y en el grupo de 80 y más años, seguido del de menores de 1 año (datos no mostrados).

Figura 9.A Tasa estimada proxy de infección respiratoria aguda causada por SARS-CoV-2 en Atención Primaria, por temporada. SiVIRA, temporadas 2022-23 a 2024-25.

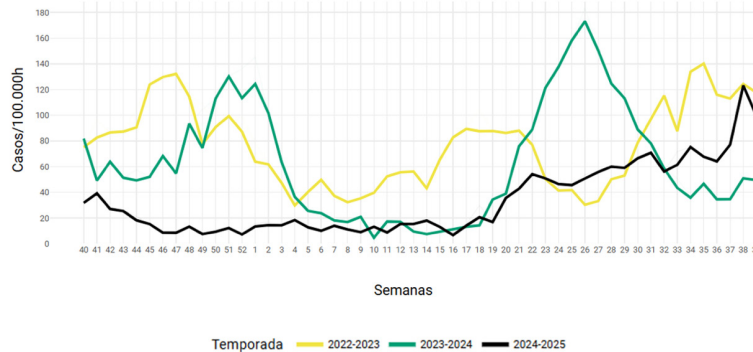
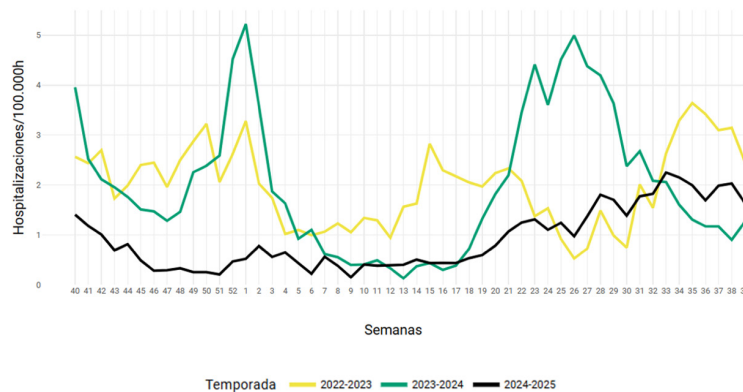


Figura 9.B Tasa estimada proxy de hospitalización por COVID-19, por temporada. SiVIRA, temporadas 2022-23 a 2024-25.



Con respecto a las complicaciones graves y letalidad, la edad mediana de los pacientes hospitalizados con COVID-19 fue de 79 años. Un 23,9% de los casos desarrolló neumonía, un 3,7% requirió ingreso en UCI y un 9,7% tuvo un desenlace fatal (Tabla 1). Las defunciones en el hospital fueron mayores en el grupo de edad de 80 y más años con un 14,1%, seguido de los grupos de edad de 70-79 años y 60-69 años, con un 9,1% y 4,9%, respectivamente.

Vigilancia virológica de SARS-CoV-2

La red de vigilancia genómica RELECOV, establecida para la vigilancia del SARS-CoV-2, depositó en la base de datos GISAID un total de 16.268 casos secuenciados. De ellos, se identificaron 895 asociados a vigilancia centinela: 584 casos (24%) de IRA en AP y 311 casos (21%) hospitalizados.

La variante dominante inicialmente fue BA.2.86 y sus derivados (304/584, 52% en AP; 143/311, 46% en hospitales), seguida de la variante XFG (132/584, 23% en AP; 84/311, 27% en hospitales), que comenzó a circular a partir de la semana 19/2025 en AP y de la 21/2025 en hospitales, siendo la mayoritaria durante la onda de primavera-verano (Figura 10.A).

Figura 10.A Número semanal de variantes circulantes de SARS-CoV-2 (izquierda) y porcentaje de cada una sobre el total (derecha) según la información obtenida en Atención Primaria. SiVIRA y RELECOV, temporada 2024-25.

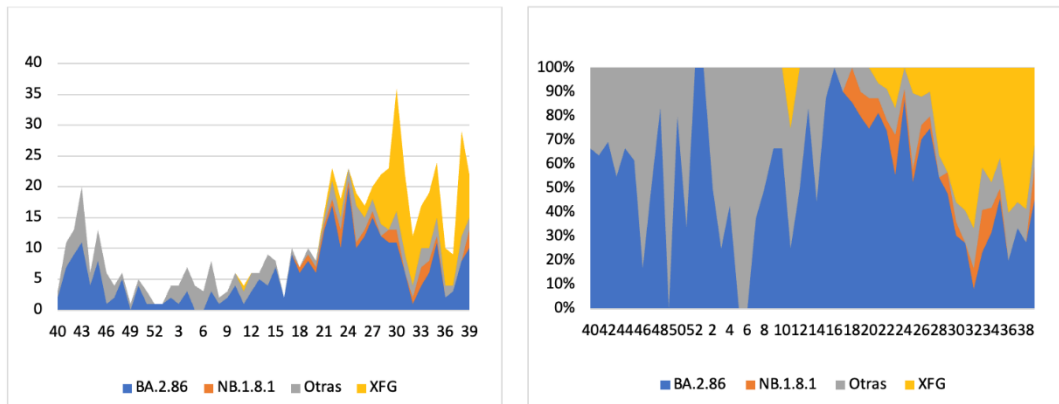
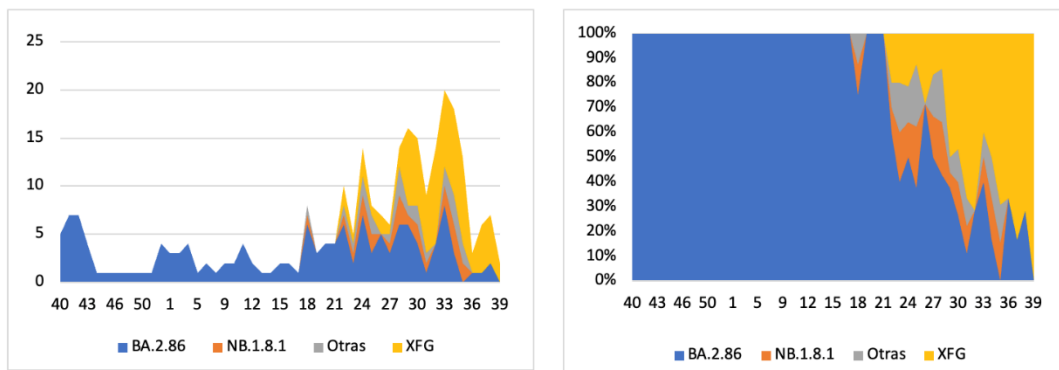


Figura 10.B Número semanal de variantes circulantes de SARS-CoV-2 (izquierda) y porcentaje de cada una sobre el total (derecha) según la información obtenida en hospitales. SiVIRA y RELECOV, temporada 2024-25.



Vigilancia específica de VRS

Las tasas de bronquitis/bronquiolitis en población infantil menor de 5 años presentaron una onda epidémica previa a la de gripe, comenzando a incrementarse en las semanas 45-46/2024 y alcanzando el pico máximo en la 50/2024, con 535 casos/100.000h., muy similar a la temporada anterior (Figura 11.A). La incidencia fue mayor en varones y en el grupo de menores de 1 año (datos no mostrados).

En cuanto al componente sistemático, se analizaron 33.304 muestras para la detección de VRS procedentes de pacientes con **IRA en AP**. La **positividad** total a lo largo de la temporada fue del 4,0%, con un pico máximo del 13,5% entre las semanas 50 y 52/2024. Los **síntomas** más frecuentes entre los casos de VRS en AP fueron tos (82,1%), rinorrea/congestión nasal (73,4%), fiebre (61,4%), malestar general (59,3%) y dolor de garganta (47,6%).

En AP, el proxy **específico de VRS** mostró una onda epidémica que comenzó a incrementarse a partir de la semana 46/2024, alcanzando el pico en la 51/2024 con 88 casos/100.000h., inferior al de temporadas previas (Figura 11.B). La incidencia fue mayor en mujeres (Figura 11.C) y en el grupo de menores de 1 año, seguido del grupo de 1-4 años (Figura 11.D).

Figura 11.A Tasa de bronquitis y bronquiolitis en población infantil menor de 5 años en Atención Primaria, por temporada. SiVIRA, temporadas 2022-23 a 2024-25.

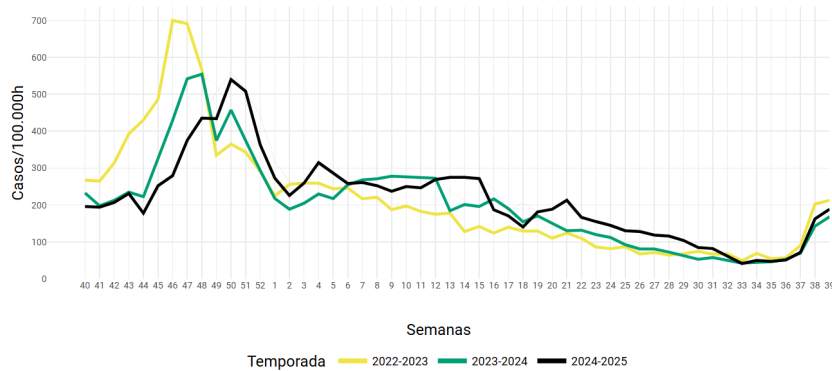


Figura 11.B Tasa estimada proxy de infección respiratoria aguda causada por VRS en Atención Primaria, por temporada. SiVIRA, temporadas 2022-23 a 2024-25.

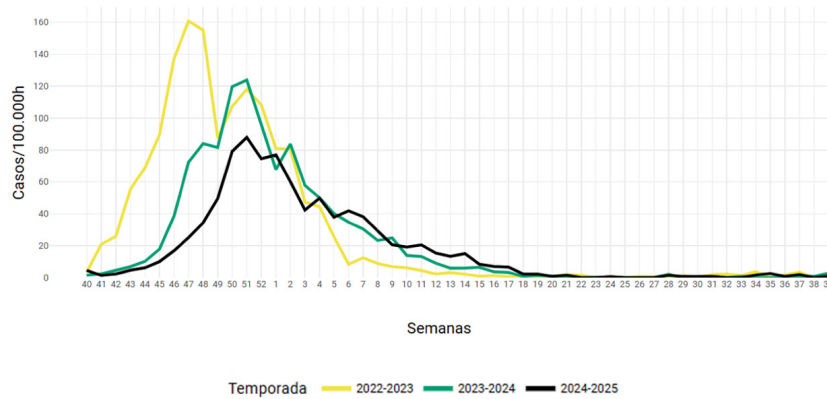


Figura 11.C Tasa estimada proxy de infección respiratoria aguda causada por VRS en Atención Primaria, por sexo. SiVIRA, temporada 2024-25.

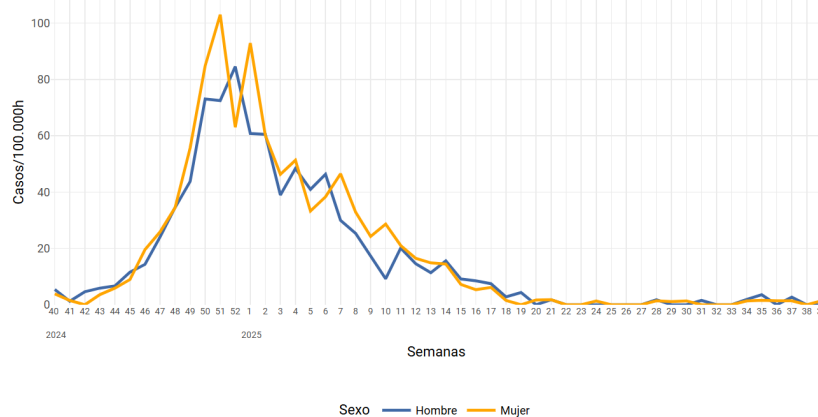
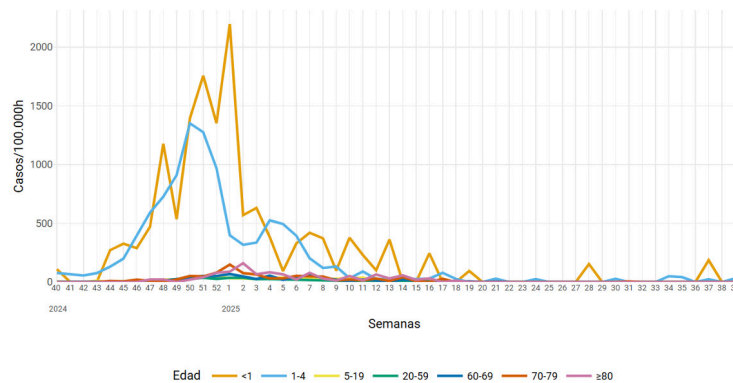


Figura 11.D Tasa estimada proxy de infección respiratoria aguda causada por VRS en Atención Primaria, por grupo de edad. SiVIRA, temporada 2024-25.



Por lo que se refiere a la vigilancia en hospitales, se analizaron 20.899 muestras para la detección de VRS en **pacientes hospitalizados con IRAG**, presentando una **positividad** total en la temporada del 9,8% y un pico máximo del 26,6% en la semana 52/2024.

Las **tasas de hospitalización proxy** de VRS concuerdan con los datos de AP, presentando un pico de hospitalizaciones en la semana 01/2025, con 5,3 casos/100.000h., dos semanas después del observado en AP. Esta temporada 2024-25, las tasas de hospitalización fueron inferiores a la temporada previa durante el pico, si bien se mostraron ligeramente superiores en las semanas posteriores (Figura 12.A). La incidencia fue muy similar entre hombres y mujeres (Figura 12.B), y máxima en población infantil menor de 1 año, seguida por la población de 1 a 4 años (Figura 12.C).

Figura 12.A Tasa estimada proxy de hospitalización por VRS, por temporada. SiVIRA, temporadas 2022-23 a 2024-25.

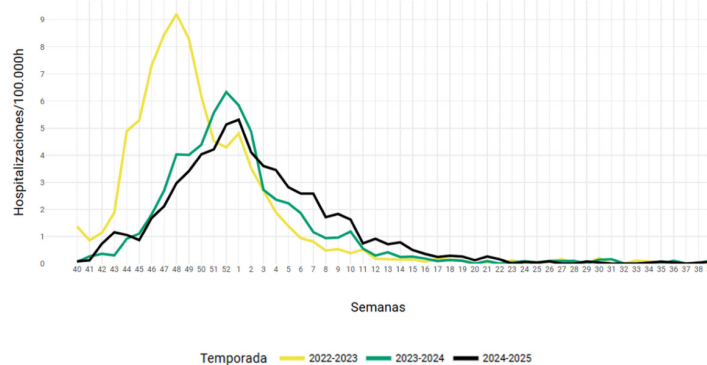


Figura 12.B Tasa estimada proxy de hospitalización por VRS, por sexo. SiVIRA, temporada 2024-25.

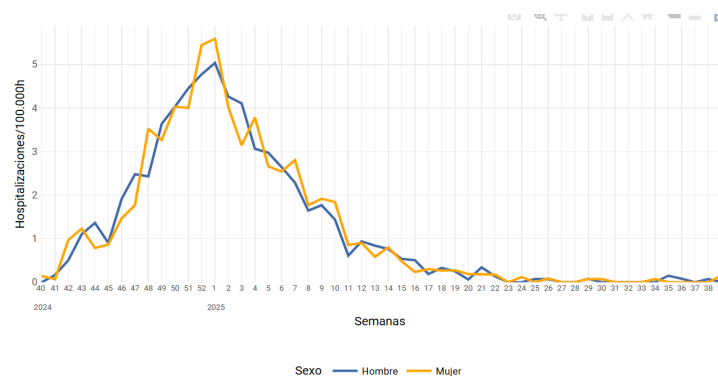
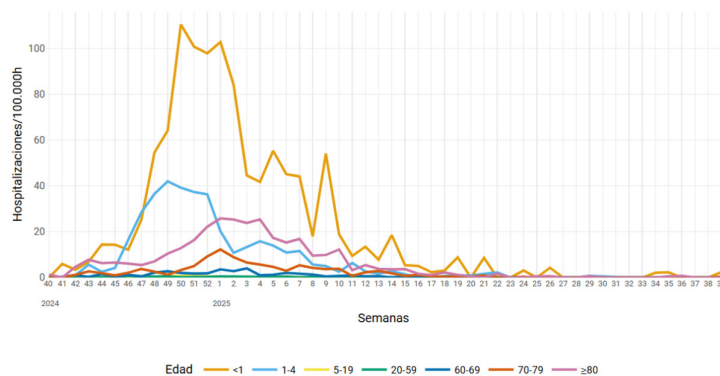


Figura 12.C Tasa estimada proxy de hospitalización por VRS, por grupo de edad. SiVIRA, temporada 2024-25.



Con respecto a las **complicaciones graves y letalidad**, la edad mediana de los pacientes hospitalizados por VRS fue de 59 años, un 19,3% desarrolló neumonía, un 8,7% fue admitido en UCI y un 4,3% tuvo una evolución fatal (10,3% en los pacientes de 80 y más años, 7,4% en el grupo de 70-79 años y 5,6% en el grupo de 60-69 años) (Tabla 1).

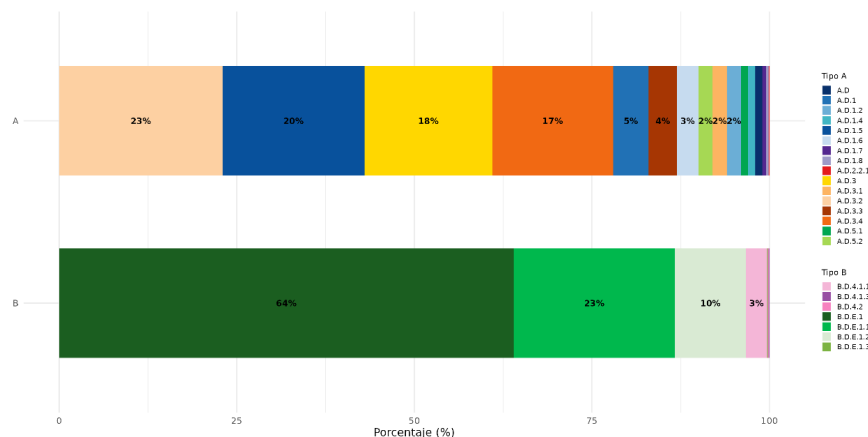
Vigilancia virológica de VRS

Del total de secuencias disponibles en GISAID, 2.513 (91%), se identificaron 648 secuencias (26%) como procedentes de vigilancia centinela, 254 correspondientes a IRA en AP y 394 correspondientes a IRAG en hospitales.

El 56% del total de secuencias en GISAID correspondieron a VRS A, mientras que el 44% se clasificaron como VRS B, lo que indica una co-circulación relevante de ambos tipos de VRS, con un predominio moderado de A. Entre los casos de SiVIRA, sin embargo, hubo un predominio moderado de VRS B, posiblemente relacionado con la mayor proporción de infecciones leves (que consultan en AP), donde predomina este tipo.

Se identificó una notable diversidad genética, con 23 linajes distintos y sin sustitución completa por una única variante, destacando la emergencia y consolidación del linaje A.D.3.2 como dominante en VRS A y la alta prevalencia del linaje B.D.E.1 en VRS B, junto con la aparición de nuevos sublinajes que incrementan la heterogeneidad viral (Figura 13).

Figura 13 Representación de los porcentajes de presencia de los diferentes linajes por tipo. Secuencias depositadas en GISAID, temporada 2024-25.



DISCUSIÓN

La temporada 2024-25 es la quinta desde la implantación de SiVIRA para la vigilancia integrada de la infección respiratoria aguda (IRA) en Atención Primaria y de la infección respiratoria aguda grave (IRAG) en hospitales. SiVIRA permite, de forma sostenible y estable en el tiempo, la vigilancia de los tres principales virus respiratorios (gripe, SARS-CoV-2 y VRS), aportando información epidemiológica y virológica de su presentación y sus cambios en las sucesivas temporadas⁽¹⁻³⁾. Sus resultados, disponibles semanalmente, son esenciales para guiar las acciones de prevención y control de estos virus.

En la temporada 2024-25, SiVIRA se encuentra en fase de consolidación, presentando fortalezas como su alta cobertura general, su capital humano cualificado y comprometido, su capacidad de recuperación tras las interrupciones y su alto grado de automatización especialmente en AP. Es en la vigilancia hospitalaria donde el sistema sigue siendo mayoritariamente dependiente de procesos manuales y donde existen ciertas deficiencias en la disponibilidad de recursos humanos. Pese a ello son varias las CCAA que están avanzando en la automatización de los procesos de vigilancia para solventar estas limitaciones. Otras de las limitaciones de SiVIRA es la heterogeneidad en la implantación del protocolo común de vigilancia entre las CCAA, lo que limita la comparación directa de los indicadores entre CCAA.

En la temporada 2024-25 se han observado incidencias semanales de infecciones respiratorias agudas inferiores a la temporada previa, alcanzando como máximo un nivel bajo de intensidad comparado con la serie histórica y contrastando con otros países del centro y este de Europa donde se alcanzaron niveles medios e incluso altos y muy altos⁽²⁴⁾. También ha sido muy llamativa la disminución en las tasas de hospitalización^(16,17). En la temporada previa 2023-24 se observó una coincidencia temporal de la circulación de gripe, COVID-19 y VRS, lo que resultó en un alto impacto hospitalario⁽¹⁶⁾. Sin embargo, en la temporada 2024-25, la circulación de los principales virus respiratorios fue más escalonada, circulando el VRS en primer lugar (con pico en la semana 51/2024), seguido de la gripe (pico en la 04/2025) y con ausencia de circulación invernal de SARS-CoV-2^(6,17). Este escalonamiento en la circulación fue similar en países de nuestro entorno como Francia, Países Bajos o Luxemburgo⁽²⁴⁾. La presión asistencial total por infecciones respiratorias estuvo, por tanto, más distribuida a lo largo del tiempo, evitando incrementos simultáneos asociados a la circulación concurrente de varios virus de alta incidencia.

La gripe presentó una onda epidémica invernal bien definida entre las semanas 50/2024-09/2025, correspondiendo con su periodo habitual de presentación. Al igual que en las infecciones respiratorias agudas, la gripe se mantuvo en un nivel bajo de intensidad comparada con la serie histórica, contrastando de la misma manera con los valores medios a muy altos de los países del norte y este de Europa⁽²⁴⁾. En comparación con la temporada anterior, el pico de circulación en Atención Primaria se retrasó y fue de menor magnitud, sin embargo, la epidemia presentó una mayor duración, lo que probablemente se traduce en un mayor número de casos. La incidencia en Atención Primaria volvió a concentrarse en la población infantil y en mayor medida en mujeres, mientras que las hospitalizaciones afectaron principalmente a los mayores, especialmente a varones de 80 años o más⁽⁶⁾. Destacó la co-circulación de gripe A y gripe B, aunque entre los casos hospitalizados predominó la gripe A, debido a que la circulación de gripe B suele asociarse a una menor gravedad. Esto podría haber contribuido a la menor tasa de hospitalización observada para gripe y para IRAG en general, comparado con la temporada previa y contrastando con otros países de nuestro entorno como Irlanda, Bélgica, Luxemburgo o Malta, donde las tasas de hospitalización en la temporada 2024-2025 fueron más altas que en la temporada 2023-2024. Solo Grecia parece haber tenido un comportamiento similar al de España en esta temporada⁽²⁴⁾.

En relación con la COVID-19, destacó el cambio en su patrón temporal. A diferencia de temporadas anteriores, no se registró una marcada onda epidémica en otoño-invierno, mientras que sí se mantuvo la onda epidémica en primavera-verano. Este desplazamiento apunta hacia una pérdida del patrón invernal y hacia una circulación más variable, con actividad fuera del periodo tradicional de mayor transmisión de los virus respiratorios, más que a una probable desaparición de la actividad. Aunque la intensidad global fue menor que en 2023-24, el impacto clínico siguió concentrándose en personas mayores y con comorbilidades, manteniendo la importancia del virus en términos de vigilancia y necesidad de prevención^(10,11,13). El seguimiento continuo permitirá determinar si este desplaza-

miento estacional se consolida en próximas temporadas o responde a la variabilidad de un virus aún en evolución, con las consiguientes implicaciones para la planificación de estrategias de prevención.

En cuanto al VRS, la onda epidémica volvió a concentrarse en los meses fríos, aunque con tasas inferiores a la temporada anterior. En este contexto, cabe señalar que esta es la segunda temporada desde la implementación de la inmunización pasiva sistemática de lactantes con *nirsevimab*⁽¹⁹⁾, un anticuerpo monoclonal que ha mostrado una elevada efectividad en la prevención de hospitalizaciones por VRS^(9,12,20-23). En cualquier caso, los menores de 1 año continuaron siendo esta temporada el grupo con mayor incidencia, confirmando su vulnerabilidad, aunque con un impacto hospitalario más bajo que en la temporada previa. Los siguientes grupos con mayor tasa de hospitalización fueron los de 1-4 años y 80 y más años, mientras que la letalidad aumentó progresivamente con la edad, dando cuenta de la relevancia del VRS también fuera del ámbito pediátrico⁽⁷⁾.

En conclusión, la temporada 2024-25 se ha caracterizado por una menor intensidad global y por una distribución escalonada de la circulación de la gripe, el SARS-CoV-2 y el VRS. Esto parece haber reducido la presión simultánea sobre el sistema sanitario, aunque la persistencia de una onda de COVID-19 en primavera-verano hace necesario seguir monitorizando este virus dentro de la vigilancia integrada de infección respiratoria aguda.

BIBLIOGRAFÍA

1. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE), Centro Nacional de Epidemiología, Centro Nacional de Microbiología, Instituto de Salud Carlos III. Protocolo para la vigilancia centinela de infección respiratoria aguda (IRAs) en Atención Primaria en España. Temporada 2024-2025 [Internet]. 2024. Disponible en: <https://cne.isciii.es/es/servicios/enfermedades-transmisibles/enfermedades-a-z/gripe-covid-19-y-otros-virus-respiratorios>
2. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE), Centro Nacional de Epidemiología, Centro Nacional de Microbiología, Instituto de Salud Carlos III. Protocolo para la vigilancia centinela de infección respiratoria aguda grave (IRAG) en hospitales en España. Temporada 2024-2025 [Internet]. 2024. Disponible en: <https://cne.isciii.es/es/servicios/enfermedades-transmisibles/enfermedades-a-z/gripe-covid-19-y-otros-virus-respiratorios>
3. Instituto de Salud Carlos III. Metodología para la vigilancia de las infecciones respiratorias agudas en España. SiVIRA, temporada 2024-2025 [Internet]. 2024. Disponible en: <https://cne.isciii.es/documents/d/cne/metodologia-sivira-sistemas-y-fuentes-de-informacion-temporada-2024-25-1>
4. Ministerio de Sanidad. Grupo de trabajo de inmunización frente a VRS de la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones. Recomendaciones de inmunización pasiva para prevención de enfermedad grave por VRS en la población infantil. Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud [Internet]. 2024. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/comoTrabajamos/docs/VRS_infantil.pdf
5. Ministerio de Sanidad. Inmunización pasiva con *nirsevimab* (Beyfortus®) frente a virus respiratorio sincitial para la temporada 2024-2025 [Internet]. 2024. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/comoTrabajamos/docs/PreguntasYrespuestas_Inmunizacion_frente_VRS_Ciudadanos.pdf
6. Aguilar Figueroa D, Pérez-Gimeno G, Núñez O, Monge S; SiVIRA Surveillance and Vaccine Effectiveness Working Group. Burden of severe disease associated with influenza, SARS-CoV-2 and RSV in Spain during the 2024-2025 winter season. *Influenza Other Respir Viruses*. 2025;19(11):e70190. doi:10.1111/irv.70190
7. Vega-Piris L, Carretero SG, Mayordomo JL, Zarzuelo MBR, Álvarez Río V, García VG, et al.; SARI Sentinel Surveillance Group. Severity of respiratory syncytial virus compared with SARS-CoV-2 and influenza among hospitalised adults ≥65 years. *J Infect*. 2024;89(5):106292. doi:10.1016/j.jinf.2024.106292
8. Pérez-Gimeno G, Mazagatos C, Lorusso N, Basile L, Martínez-Pino I, Corpas Burgos F, et al. Effectiveness of influenza vaccines in children aged 6 to 59 months: a test-negative case-control study at primary care and hospital level, Spain 2023/24. *Eurosurveillance* [Internet]. 2024;29(40). Disponible en: <https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2024.29.40.2400618>
9. Campos Mena S, Pérez-Gimeno G, Lorusso N, Álvarez Río V, Basile L, Batalla Rebollo N, et al.; SiVIRA group. Monitoring effectiveness of *nirsevimab* immunization against RSV hospitalization using surveillance data: a test-negative case-control study, Spain, October 2024-March 2025. *Epidemiol Infect*. 2025;154:e5. doi:10.1017/S0950268825100782

10. Rojas-Benedicto A, Pérez-Gimeno G, Mendioroz J, Pedrosa Corral I, López Torrijos M, Rumayor M, et al. Effectiveness of the autumnal COVID-19 vaccine dose during the winter and summer waves of the 2023/24 season in Spain. *Expert Rev Vaccines*. 2025;24(1):980-990. doi:10.1080/14760584.2025.2576243
11. Rojas-Castro M, Verdasca N, Monge S, De Mot L, Trobajo-Sanmartín C, Duffy R, et al. COVID-19 vaccine effectiveness against hospitalization in older adults, VEBIS hospital network, Europe, September 2024-May 2025. *Influenza Other Respir Viruses*. 2025;19(11):e70191. doi:10.1111/irv.70191
12. Savulescu C, Ganser I, Nicolay N, Lajot A, Campos S, Martínez-Baz I, et al.; VEBIS hospital network RSV IE group. Effectiveness of long-acting monoclonal antibodies against laboratory-confirmed RSV in children aged <24 months hospitalised for severe acute respiratory infection, European pilot study, 2024-2025. *Euro Surveill*. 2025;30(45):2500816. doi:10.2807/1560-7917.ES.2025.30.45.2500816
13. Laniece Delaunay C, Verdasca N, Monge S, Domegan L, Sève N, Buda S, et al.; European primary care VE group. COVID-19 vaccine effectiveness against medically attended symptomatic SARS-CoV-2 infection among target groups in Europe, October 2024-January 2025, VEBIS primary care network. *Influenza Other Respir Viruses*. 2025;19(5):e70120. doi:10.1111/irv.70120
14. World Health Organization. Global respiratory virus activity weekly update [Internet]. Geneva: WHO. Disponible en: <https://www.who.int/teams/global-influenza-programme/surveillance-and-monitoring/influenza-updates/current-influenza-update>
15. Instituto de Salud Carlos III. Informe semanal de vigilancia de IRAs e IRAG. Semana 39/2025. España [Internet]. 2025. Disponible en: https://docsivira.isciii.es/informe_semanal_SiVIRA_202539.html
16. Instituto de Salud Carlos III. Informe anual de vigilancia de IRAs e IRAG (semana 40/2023 a semana 39/2024). España [Internet]. 2024. Disponible en: https://cne.isciii.es/documents/d/cne/informe_anual_sivira_2023-24_20250211
17. Instituto de Salud Carlos III. Informe anual de vigilancia de IRAs e IRAG (semana 40/2024 a semana 39/2025). España [Internet]. 2025. Disponible en: https://cne.isciii.es/documents/d/cne/informe_anual_sivira_2024_2025_20260312_publicar
18. Instituto Nacional de Estadística (INE). Estadística continua de población [Internet]. Madrid: INE; 2024. Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736177095&menu=ulti-Datos&idp=1254735572981
19. European Medicines Agency. Beyfortus (nirsevimab) [Internet]. Disponible en: <https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/beyfortus>
20. Núñez O, Olmedo C, Moreno-Perez D, Lorusso N, Fernández Martínez S, Pastor Villalba PE, et al. Effectiveness of catch-up and at-birth nirsevimab immunisation against RSV hospital admission in the first year of life: a population-based case-control study, Spain, 2023/24 season. *Eurosurveillance* [Internet]. 2025;30(5). Disponible en: <https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2025.30.5.2400596>
21. Pastor-Barriuso R, Núñez O, Monge S; the Nirsevimab Effectiveness Study Collaborators. Infants needed to immunise with nirsevimab to prevent one RSV hospitalisation, Spain, 2023/24 season. *Eurosurveillance* [Internet]. 2025;30(6). Disponible en: <https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2025.30.6.2500040>
22. Mazagatos C, Mendioroz J, Rumayor MB, Gallardo García V, Álvarez Río V, Cebollada Gracia AD, et al. Estimated impact of nirsevimab on the incidence of respiratory syncytial virus infections requiring hospital admission in children <1 year, weeks 40, 2023 to 8, 2024, Spain. *Influenza Other Respir Viruses* [Internet]. 2024;18(5):e13294. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/irv.13294>
23. Campos Mena S, Pérez-Gimeno G, Lorusso N, Álvarez Río V, Basile L, Batalla Rebollo N, García-Comas L, Andreu Ivorra B, Pérez-Panadés J, Ramos Marín V, Castrillejo D, Fernández Ibáñez A, Rafael de la Cruz López MÁ, Núñez O, Monge S; SiVIRA group. Monitoring effectiveness of nirsevimab immunization against RSV hospitalization using surveillance data: a test-negative case-control study, Spain, October 2024-March 2025. *Epidemiol Infect*. 2025 Dec 9;154:e5.
24. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), WHO Regional Office for Europe. European Respiratory Virus Surveillance Summary (ERVISS) [Internet]. Stockholm: ECDC; 2026 [cited 2026 May 28]. Available from: <https://erviss.org/>

MATERIAL SUPLEMENTARIO

Tabla suplementaria 1. Códigos CIAP correspondientes a Infección Respiratoria Aguda en atención primaria. SiVIRA, temporada 2024-25.

Categorías	Código CIAP	Descripción	Diagnósticos descriptivos que incluye el código CIAP	
COVID-19	A77	Otras enfermedades virales no especificadas		
	A77.01	Infección debida a coronavirus no especificada		
	A77.04 (regional)	Sospecha de COVID-19		
Infección Respiratoria Aguda	R74	Infección respiratoria aguda del tracto superior	Resfriado común, Catarro, Coriza Rinitis infecciosa aguda Rinofaringitis aguda, Nasofaringitis Catarro alto Faringitis aguda Adenoiditis aguda Laringofaringitis aguda Infección Respiratoria Alta (Ira) Infección respiratoria aguda del tracto superior	
	R76	Amigdalitis aguda	Otra Amigdalitis aguda, Anginas Otra Faringoamigdalitis aguda	
	R72	Faringitis/amigdalitis estreptocócica	Faringitis/amigdalitis estreptocócica	
	R77	Laringitis/traqueítis aguda	Laringitis aguda Laringitis/Traqueítis aguda Traqueítis aguda Laringotraqueítis aguda Crup Laringeo	
	R78	Bronquitis, bronquiolitis aguda, IRA de tracto inferior, infección pulmonar aguda.	Bronquiolitis aguda Traqueobronquitis aguda Laringotraqueobronquitis aguda Bronquitis aguda Infección respiratoria baja tracto inferior, Aguda NE Infección pulmonar aguda NE Bronquitis NE	
	R78.00	Bronquitis		
	R78.01	Bronquiolitis		
	Gripe	R80	Gripe	Gripe / Síndrome Gripal, Influenza Gripe demostrada serologicamente, Influenza
	Neumonía	R81	Neumonía	Neumonía bacteriana/viral, bronconeumonía, neumonía gripal, enfermedad de los legionarios, neumonitis
R81.01		Neumonía bacteriana		
R81.02		Neumonía viral		

Tabla suplementaria 2. Códigos CIE-9-MC correspondientes a Infección Respiratoria Aguda en atención primaria. SiVIRA, temporada 2024-25

Código CIE-9-MC	Descripción	Códigos CIE-9-MC que se incluyen
460, 462-465	Infecciones agudas del tracto respiratorio superior	460 Nasofaringitis aguda (resfriado común) (no tiene descendientes) 462 Faringitis aguda (no tiene descendientes) 463 Amigdalitis aguda (no tiene descendientes) 464 Laringitis y traqueítis agudas Incluye todos sus descendientes: 464.0, 464.00, 464.01, 464.1, 464.10, 464.11, 464.2, 464.20, 464.21, 464.3, 464.30, 464.31, 464.4, 464.5, 464.50, 464.51 465 Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores de localización múltiple o localización no especificada Incluye todos sus descendientes: 465.0, 465.8, 465.9

Código CIE-9-MC	Descripción	Códigos CIE-9-MC que se incluyen
466	Bronquitis y bronquiolitis agudas	466 Bronquitis y bronquiolitis agudas 466.0 Bronquitis aguda 466.1 Bronquiolitis aguda Incluye todos sus descendientes: 466.11, 466.19
480-486	Neumonía	480 Neumonía vírica Incluye todos sus descendientes: 480.0, 480.1, 480.2, 480.3, 480.8, 480.9 481 Neumonía neumocócica (No tiene descendientes) 482 Otra neumonía bacteriana Incluye todos sus descendientes: 482.0, 482.1, 482.2, 482.3, 482.30, 482.31, 482.32, 482.39, 482.4, 482.40, 482.41, 482.42, 482.49, 482.8, 482.81, 482.82, 482.83, 482.84, 482.89, 482.9 483 Neumonía por otro organismo especificado Incluye todos sus descendientes: 483.0, 483.1, 483.8 484.8 Neumonía en otras enfermedades infecciosas clasificadas bajo otros conceptos (no tiene descendientes) 485 Bronconeumonía, organismo sin especificar (no tiene descendientes) 486 Neumonía organismo sin especificar (no tiene descendientes)
487	Gripe	487 Gripe Incluye todos sus descendientes: 487.0, 487.1, 487.8 488 Gripe debida a ciertos virus de la gripe identificados Incluye todos sus descendientes: 488.0, 488.01, 488.02, 488.09, 488.1, 488.11, 488.12, 488.19, 488.8, 488.81, 488.82, 488.89
079	Infección viral y por Clamidia en enfermedades clasificadas bajo otros conceptos y de sitio no especificado	079.0 Adenovirus 079.3 Rinovirus 079.6 Virus respiratorio sincitial (RSV) 079.82 Coronavirus asociado a SARS

Tabla suplementaria 3. Códigos CIE-10-ES correspondientes a Infección Respiratoria Aguda en atención primaria. SiVIRA, temporada 2024-25

Código CIE-10-ES	Descripción	Códigos CIE-10-ES que se incluyen
J00, J02 - J06	Infecciones agudas del tracto respiratorio superior	J00 Rinofaringitis aguda [resfriado común] (no tiene descendientes) J02 Faringitis aguda Incluye todos sus descendientes: J02.0, J02.8, J02.9 J03 Amigdalitis aguda Incluye todos sus descendientes: J03.0, J03.00, J03.01, J03.8, J03.80, J03.81, J03.9, J03.90, J03.91 J04 Laringitis y traqueítis agudas Incluye todos sus descendientes: J04.0, J04.1, J04.10, J04.11, J04.2, J04.3, J04.30, J04.31 J05 Laringitis aguda obstructiva [crup] y epiglotitis aguda obstructiva Incluye todos sus descendientes: J05.0, J05.1, J05.10, J05.11 J06 Infecciones agudas del tracto respiratorio superior de localizaciones múltiples o no especificadas Incluye todos sus descendientes: J06.0 y J06.9
J09-J11	Gripe	J09 Gripe debida a virus de la gripe identificados Incluye todos sus descendientes: J09.X, J09.X1, J09.X2, J09.X3, J09.X9 J10 Gripe debida a otros tipos de virus de la gripe identificados Incluye todos sus descendientes: J10.0, J10.00, J10.01, J10.08, J10.1, J10.2, J10.8, J10.81, J10.82, J10.83, J10.89 J11 Gripe por virus de la gripe no identificado Incluye todos sus descendientes: J11.0, J11.00, J11.08, J11.1, J11.2, J11.8, J11.81, J11.82, J11.83, J11.89

Código CIE-10-ES	Descripción	Códigos CIE-10-ES que se incluyen
J12 - J18	Neumonía	<p>J12 Neumonía vírica, no clasificada bajo otro concepto Incluye todos sus descendientes: J12.0, J12.1, J12.2, J12.3, J12.8, J12.81, J12.82, J12.89, J12.9</p> <p>J13 Neumonía por <i>Streptococcus pneumoniae</i> (no tiene descendientes)</p> <p>J14 Neumonía por <i>Haemophilus influenzae</i> (no tiene descendientes)</p> <p>J15 Neumonía bacteriana, no clasificable bajo otro concepto Incluye todos sus descendientes: J15.0, J15.1, J15.2, J15.20, J15.21, J15.211, J15.212, J15.29, J15.3, J15.4, J15.5, J15.6, J15.7, J15.8, J15.9</p> <p>J16 Neumonía por otros microorganismos infecciosos, no clasificados bajo otro concepto Incluye todos sus descendientes: J16.0, J16.8</p> <p>J17 Neumonía en enfermedades clasificadas bajo otro concepto (no tiene descendientes)</p> <p>J18 Neumonía, microorganismo no especificado Incluye todos sus descendientes: J18.0, J18.1, J18.2, J18.8 y J18.9</p>
J20 - J21	Bronquitis y bronquiolitis aguda	<p>J20 Bronquitis aguda Incluye todos sus descendientes: J20.0, J20.1, J20.2, J20.3, J20.4, J20.5, J20.6, J20.7, J20.8, J20.9</p> <p>J21 Bronquiolitis aguda Incluye todos sus descendientes: J21.0, J21.1, J21.8, J21.9</p>
J22	Infección aguda NE de las vías respiratorias inferiores	J22 Infección aguda no especificada de las vías respiratorias inferiores (no tiene descendientes)
U07.1	COVID-19	U07.1 COVID-19
B97	Agentes virales como causa de enfermedades clasificadas bajo otro concepto	<p>B97.0 Adenovirus como causa de enfermedades clasificadas bajo otro concepto</p> <p>B97.2 Coronavirus como causa de enfermedades clasificadas bajo otro concepto Incluye todos sus descendientes: B97.21 y B97.29</p> <p>B97.4 Virus sincitial respiratorio como causa de enfermedades clasificadas bajo otro concepto</p> <p>B97.81 Metaneumovirus humano como causa de enfermedades clasificadas bajo otro concepto</p>

Tabla suplementaria 4. Códigos CIE correspondientes a infección respiratoria aguda en hospitales. SiVIRA, temporada 2024-25

Categoría	Signo o síntoma	CIE-10-ES	CIE-9 -MC
Infecciones	Infecciones agudas del tracto respiratorio superior	J00-J06	460-466
	Gripe y neumonía	J09-J18	480-488
	Otras infecciones agudas del tracto respiratorio inferior	J20-J22	466, 519.8
Otras enfermedades respiratorias	Bronquitis	J40	490, 491.21
	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica reagudizada por una infección	J44.0, J44.1	496
	Asma con exacerbación (aguda)	J45.21, J45.31, J45.41, J45.51, J45.901, J98.01	493.02, 493.12, 493.22, 493.92
	Insuficiencia respiratoria, no clasificada bajo otro concepto, aguda o no especificada	J96.0, J96.2, J96.9	786.09
	Otros trastornos respiratorios especificados	J98.8	519.8
Vinculados a COVID-19	Neumonías confirmadas como debidas al nuevo coronavirus de 2019 (COVID-19)	J12.82 U07.1	079.82

Tabla suplementaria 5. Impresiones diagnósticas en el momento del ingreso definitivas de infección respiratoria aguda. SiVIRA, temporada 2024-25

Palabras clave para filtrar	Posibles impresiones diagnósticas compatibles con IRAG en los listados de admisión
Neumonía	Neumonía Neumonía derecha, izquierda, lobar, atípica Neumonía bilateral Neumonía adquirida en la comunidad Neumonía por organismo sin especificar Bronconeumonía Afectación pulmonar Infiltrados Opacidades Condensación
Asma	Asma agudización Asma agudizado Reagudización asmática Hiperreactividad bronquial Broncoespasmo
EPOC	EPOC reagudizado EPOC con exacerbación aguda
Infección respiratoria	Infección respiratoria Infección respiratoria aguda Bronquiolitis Gripe, síndrome gripal Infección SARS Infección COVID, COVID-19 Infección VRS
Insuficiencia respiratoria	Disnea Insuficiencia respiratoria aguda

Tabla suplementaria 6. Códigos incluidos en las definiciones sindrómicas de episodios en atención primaria. SiVIRA, temporada 2024-25

Síndromes	CIAP	CIE-9-MC	CIE-10-ES
Síndrome gripal	R80	487, 488	J09, J10, J11 y derivaciones
COVID-19 (o sospecha de)	A77	79.82	J12.82, U07.1 y derivaciones
Bronquitis y/o bronquiolitis	R78, R78.01	79.6, 466, 466.1, 466.11, 466.19	J20, J21 y derivaciones
Neumonía	R81	481-486	J12-J18 y derivaciones

Tabla suplementaria 7. Coberturas de vigilancia por CCAA. SiVIRA, temporada 2024-25

CCAA	Atención primaria		Hospitales	
	sindrómica	sistemática	sindrómica	sistemática
ANDALUCIA	98,9%	2,3%	38,7%	38,7%
ARAGON	99,0%	2,6%	28,0%	28,0%
ASTURIAS	98,8%	NA	32,5%	32,5%
BALEARES	98,6%	4,3%	29,2%	29,2%
CANARIAS	94,8%	3,0%	15,9%	15,9%
CANTABRIA	98,7%	NA	98,6%	98,6%
C. LA MANCHA	86,8%	2,5%	11,5%	11,5%
C. Y LEON	2,6%	2,6%	44,0%	44,0%
CATALUÑA	99,4%	9,1%	33,2%	33,2%
C. VALENCIANA	96,1%	100,0%	32,2%	32,2%
EXTREMADURA	5,1%	5,1%	41,4%	41,4%

	Atención primaria		Hospitales	
GALICIA	92,5%	NA	14,1%	14,1%
MADRID	10,0%	10,0%	27,8%	27,8%
MURCIA	98,9%	5,1%	17,2%	17,2%
NAVARRA	99,5%	NA	NA	NA
P. VASCO	98,0%	2,8%	16,2%	16,2%
LA RIOJA	98,5%	9,6%	75,7%	75,7%
CEUTA	88,6%	24,4%	99,7%	99,7%
MELILLA	84,6%	40,9%	98,6%	98,6%
NACIONAL	78,4%	4,5%*	30,3%	30,3%

*cobertura calculada excluyendo C. Valenciana

NA: no aplica