

**Vigilancia de Infección Respiratoria Aguda en
Atención Primaria y Hospitales
Gripe, COVID-19 y VRS
Informe Anual Temporada 2024-2025**

Semanas 40/2024 - 39/2025

**Centro Nacional de Epidemiología
Centro Nacional de Microbiología
Instituto de Salud Carlos III**

13 de febrero de 2026

Informe elaborado por: Ana María Puerto Sanz¹, Carolina Beatriz Wu Kohatsu^{1,2}, Susana Monge^{1,3}, Marcos Lozano^{1,4}, Jorge Franco Herrero^{1,5}, Gloria Pérez-Gimeno^{1,4}, Olivier Nuñez^{1,4}, Ayelén Rojas-Benedicto^{1,4}, Inmaculada León^{1,4}, Francisco Pozo⁶, Inmaculada Casas⁶, Sonia Vázquez Moron⁶, María de la Montaña Iglesias Caballero⁶.

¹Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III; ²Hospital Fundación Jiménez Díaz, Madrid; ³CIBERINFEC; ⁴CIBERESP; ⁵Hospital La Paz, Madrid; ⁶Centro Nacional de Microbiología, Instituto de Salud Carlos III.

Este informe es el resultado del trabajo de todos los integrantes del Sistema de Vigilancia de infecciones respiratorias agudas en España (SiVIRA): profesionales sanitarios de los centros de atención primaria y hospitales, epidemiólogos de las redes autonómicas, así como de la Red Nacional de Laboratorios de Secuenciación Genómica CoV y otros virus (RELECOV).

Cualquier pregunta relacionada con este informe debe dirigirse a: gripe-ovr@isciii.es

Este informe se puede consultar en la página de Vigilancia de [Gripe, COVID-19 y otros virus respiratorios](#) del [Instituto de Salud Carlos III](#)

Referencia para este informe: Instituto de Salud Carlos III. Vigilancia de Infección Respiratoria Aguda en Atención Primaria y Hospitales. Gripe, COVID-19 y VRS. Informe Anual Temporada 2024-2025. Disponible en: <https://cne.isciii.es/es/servicios/enfermedades-transmisibles/enfermedades-a-z/gripe-covid-19-y-otros-virus-respiratorios>



INDICE

Puntos clave	4
<i>Diseño de SiVIRA.....</i>	<i>4</i>
<i>Resultados de la vigilancia SiVIRA en Atención Primaria</i>	<i>4</i>
<i>Resultados de la vigilancia SiVIRA en hospitales</i>	<i>4</i>
<i>Resultados de la vigilancia virológica.....</i>	<i>5</i>
Introducción	6
Metodología	7
Vigilancia de IRA en Atención Primaria	11
<i>Vigilancia sindrómica de IRA, síndromes gripales, COVID-19 y bronquiolitis.....</i>	<i>11</i>
<i>Detecciones de gripe, SARS-CoV-2 y VRS en Atención Primaria</i>	<i>18</i>
<i>Estimaciones proxy de gripe basadas en tasas de IRA y positividad a gripe.....</i>	<i>20</i>
<i>Estimaciones proxy de COVID-19 basadas en tasas de IRA y positividad a SARS-CoV-2.....</i>	<i>21</i>
<i>Estimaciones proxy de VRS basadas en tasas de IRA y positividad a VRS.....</i>	<i>23</i>
Vigilancia de IRAG en hospitales.....	25
<i>Vigilancia sindrómica de IRAG.....</i>	<i>25</i>
<i>Detecciones de gripe, SARS-CoV-2 y VRS en pacientes hospitalizados.....</i>	<i>27</i>
<i>Estimaciones proxy de hospitalización por gripe.....</i>	<i>29</i>
<i>Estimaciones proxy de hospitalización por COVID-19</i>	<i>32</i>
<i>Estimaciones proxy de hospitalización por VRS.....</i>	<i>35</i>
Vigilancia virológica de la gripe.....	38
<i>Tipos y subtipos de gripe y caracterización virológica en SiVIRA</i>	<i>38</i>
<i>Vigilancia virológica no centinela de gripe.....</i>	<i>39</i>
Vigilancia virológica de SARS-CoV-2	42
<i>Vigilancia virológica no centinela de SARS-CoV-2</i>	<i>43</i>
<i>Vigilancia virológica de SARS-CoV-2 en casos de SiVIRA</i>	<i>44</i>
Vigilancia virológica de VRS	45
<i>Vigilancia virológica no centinela de VRS.....</i>	<i>46</i>
<i>Vigilancia virológica de VRS en casos de SiVIRA.....</i>	<i>47</i>
Excesos de mortalidad por todas las causas	49
Enlaces de interés	50
Referencias.....	51

Puntos clave

En este informe se presentan los resultados del Sistema de Vigilancia de Infección Respiratoria Aguda (SiVIRA) en la temporada 2024-25, desde la semana 40 de 2024 hasta la 39 de 2025.

Diseño de SiVIRA

SiVIRA parte de una vigilancia sindrómica, que recoge los casos atendidos por infecciones respiratorias agudas (IRA) en Atención Primaria (AP) y los casos con IRA grave (IRAG) que requieren hospitalización. Un segundo componente, de vigilancia sistemática, recoge los resultados de la realización de pruebas diagnósticas frente a gripe, SARS-CoV-2 y virus respiratorio sincitial (VRS) en una muestra representativa de los casos sindrómicos de IRA e IRAG, respectivamente. En la temporada 2024-25, las 19 comunidades y ciudades autónomas (CCAA) participaron en la vigilancia sindrómica de IRA en AP y 15 participaron en el componente de selección sistemática, alcanzando unas coberturas, respectivamente, del 78,4% y 15,5% de la población española. En la vigilancia de IRAG en hospitales, 18 CCAA participaron en la vigilancia (sindrómica y sistemática), alcanzando cobertura del 30,3% de la población española.

Resultados de la vigilancia SiVIRA en Atención Primaria

La **tasa de incidencia de infecciones respiratorias agudas en AP** comenzó a incrementarse a partir de la semana 37/2024 y presentó su valor máximo entre las semanas 02/2025 y 04/2025, de 803 casos/100.000h., notablemente inferior al observado en la temporada previa y con una intensidad baja según los umbrales basados en las 10 temporadas previas. Las tasas de IRA fueron más altas en mujeres y en población infantil menor de cinco años. Es de destacar que en la temporada previa (2023-24) coincidieron en el tiempo las epidemias de gripe, COVID-19 y VRS, algo que no se observa en esta temporada. Dentro del **componente sistemático** de la vigilancia, se analizaron un total de 33.394 muestras procedentes de casos de IRA para gripe, 33.277 para SARS-CoV-2 y 33.304 para VRS; la **positividad** acumulada en la temporada fue del 15,8%, 7,2% y 4,0%, respectivamente.

La **epidemia gripal** se desarrolló entre las semanas 52/2024 y 09/2025, con un pico en la semana 04/2025 de 142 casos de síndrome gripal/100.000h. (clasificándose como de intensidad baja según los umbrales basados en las 10 temporadas previas), una estimación *proxy* de IRA causada por gripe de 403 casos/100.000h. y una positividad del 50,2%. La incidencia fue superior en mujeres y en población infantil y adolescente.

La **circulación de COVID-19**, fue muy baja en otoño e invierno, con una intensidad mayor en primavera y verano. La máxima incidencia se dio en la semana 38/2025 de 25 casos de COVID-19/100.000h., una estimación *proxy* de 123 casos de IRA causada por SARS-CoV-2 /100.000h. y una positividad del 35,2%. La incidencia fue mayor en mujeres y población infantil menor de 1 año, seguidos de 1-4 años y 80 y más años.

La **circulación de VRS**, mostró una onda epidémica en el periodo de presentación habitual de este virus, comenzando a aumentar en la semana 45/2024-46/2024 y alcanzando el pico en la semana 51/2024 con una estimación *proxy* de 88 casos de IRA causada por VRS/100.000h. y una positividad en torno al 13,5%, afectando fundamentalmente a población infantil menor de 5 años. Esta circulación de VRS tuvo un fiel reflejo en la curva de síndromes de bronquitis y bronquiolitis en menores de 5 años con su máximo en la semana 50/2024 con 535 casos/100.000h.

Resultados de la vigilancia SiVIRA en hospitales

La **tasa de hospitalización por infección respiratoria aguda grave (IRAG)** presentó su valor máximo de incidencia en la semana 02/2025 de 24,2 casos de IRAG/100.000h., de forma concordante con los periodos de mayor incidencia de IRA observados en AP. Las tasas de IRAG fueron mayores en hombres y en el grupo de 80 y más

años, seguidos de los menores de un año. En toda la temporada se analizaron 21.435 muestras para gripe, 21.704 para SARS-CoV-2 y 20.899 para VRS. La positividad en casos de IRAG asistidos en hospitales ha sido del 11,9%, 6,7% y 9,8%, para gripe, SARS-CoV-2 y VRS respectivamente.

La **tasa de hospitalización proxy de gripe** presentó un pico máximo de actividad en la semana 02/2025, de 7,6 casos de gripe hospitalizados/100.000h. Las mayores tasas de hospitalización por gripe se presentaron en el grupo de 80 y más años.

La **tasa de hospitalización proxy de COVID-19** presentó un pico en la semana 33/2024 de 2,2 casos/100.000h. La mayor incidencia se produjo en los pacientes de 80 y más años y en los menores de un año.

La **tasa de hospitalización proxy de VRS** presentó un pico de hospitalizaciones en la semana 01/2025 de 5,3 casos/100.000h. y una mayor afectación en población infantil menor de 1 año.

En cuanto a la **gravedad**, la admisión en UCI fue más frecuente entre los casos hospitalizados por VRS, el requerimiento de ventilación mecánica invasiva fue mayor para los hospitalizados por gripe y la letalidad más elevada se presentó en los casos de COVID-19 hospitalizados. Las diferencias posiblemente reflejan la distribución por edad de los hospitalizados para cada uno de los tres patógenos, predominando las poblaciones pediátricas para VRS en comparación con las personas de edad avanzada para COVID-19.

Resultados de la vigilancia virológica

La **vigilancia virológica** permite la caracterización de los virus que han circulado en la temporada, mediante el tipado, subtipado y/o secuenciación de los virus detectados tanto por el sistema SiVIRA como por la vigilancia no centinela.

En cuanto a la **gripe**, circuló predominantemente gripe tipo A (56,7% en AP, 89,5% en hospitalizados) siendo, entre los subtipados, A(H1N1) el 52,5% en AP y 59,6% en hospitalizados, y A(H3N2) el 47,5% en AP y el 40,4% en hospitalizados. No se subtiparon un 12,2% de las gripes A en AP y un 36,2% en hospitales. Se detectó un 43,2% de virus tipo B en AP y un 10,5% en hospitalizaciones.

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. Entre los virus A(H3N2), el clado 2a.3a.1 (J.2), re-presentado por A/Croatia/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) circulan-tes. En lo que respecta a virus tipo B, el clado V1A.3a.2 (C.5.1), represen-tado por B/Catalonia/2279261NS/2023, fue el predominante con el 86% de los virus secuenciados.

Con respecto al **SARS-CoV-2**, la variante de SARS-CoV-2 identificada en mayor proporción en 15.360 secuencias desde el inicio de temporada ha sido la BA.2.86 (44%) que ha circulado en todo el periodo vigilado, seguida de la variante XFG (34%) que comenzó a circular a partir de la semana 16 iniciando la onda de circulación estival del año 2025 y predominó el resto de la temporada.

En cuanto a **VRS**, el análisis del total de 2.759 secuencias depositadas en la base de datos GISAID evidencia una cocirculación sostenida de los tipos VRS A y VRS B en España, con un predominio moderado del primero en el total, pero del segundo en los casos de la vigilancia SiVIRA, probablemente relacionado con mayor proporción de infecciones leves donde predomina ligeramente VRS B. 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.

Introducción

La implementación del Sistema de Vigilancia de Infección Respiratoria Aguda (SiVIRA) en España se inició en la temporada 2020-2021, siguiendo las recomendaciones del Centro Europeo para el Control de Enfermedades (ECDC) y de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para la adaptación de los sistemas de vigilancia tras la emergencia del COVID-19 (1,2). 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.

El objetivo de SiVIRA es monitorizar la presentación temporal, geográfica y la intensidad de las infecciones respiratorias agudas, especialmente de las epidemias de gripe, SARS-CoV-2 y virus respiratorio sincitial (VRS), en consonancia con las guías europeas del ECDC y la OMS (3–5). El sistema permite describir las características epidemiológicas y microbiológicas de estos agentes respiratorios, estimar su carga de enfermedad, así como contribuir a la evaluación de la efectividad de las medidas de prevención y control, especialmente de las vacunas. La vigilancia parte de la captación, a través del sistema sanitario, de pacientes atendidos con síndrome clínico de IRA de cualquier etiología y de la selección sistemática de una muestra de estos pacientes con IRA para el diagnóstico microbiológico triple de gripe, SARS-CoV-2 y VRS, más otros microorganismos de forma opcional.

Desde la semana 40/2024 hasta la 39/2025, se han elaborado informes semanales con los resultados SiVIRA, que se han distribuido a los participantes de la vigilancia SiVIRA, los responsables de Salud Pública nacionales y autonómicos y autoridades sanitarias. Así mismo, y siguiendo los compromisos internacionales, la información de SiVIRA se ha enviado semanalmente al ECDC y OMS, a través de la plataforma EpiPulse. Cada jueves se ha publicado el informe SiVIRA en la página Web del ISCIII, disponible en:

<https://cne.isciii.es/es/servicios/enfermedades-transmisibles/enfermedades-a-z/gripe-covid-19-y-otros-virus-respiratorios>.

En este Informe Anual se presentan los resultados de la vigilancia SiVIRA durante la temporada 2024-25, desde octubre de 2024 (semana 40/2024) hasta septiembre de 2025 (semana 39/2025). Se analizan la evolución de la actividad de las IRA en AP e IRAG hospitalizadas, totales y causadas por gripe, COVID-19 y VRS, a nivel nacional y por Comunidades y Ciudades Autónomas (CCAA), así como las características epidemiológicas, clínicas y virológicas más relevantes de estas enfermedades respiratorias.

Los datos numéricos de las figuras mostradas en este informe están disponibles en este enlace:

https://cne.isciii.es/documents/d/cne/tablas_informe_SiVIRA_2024-25

Metodología

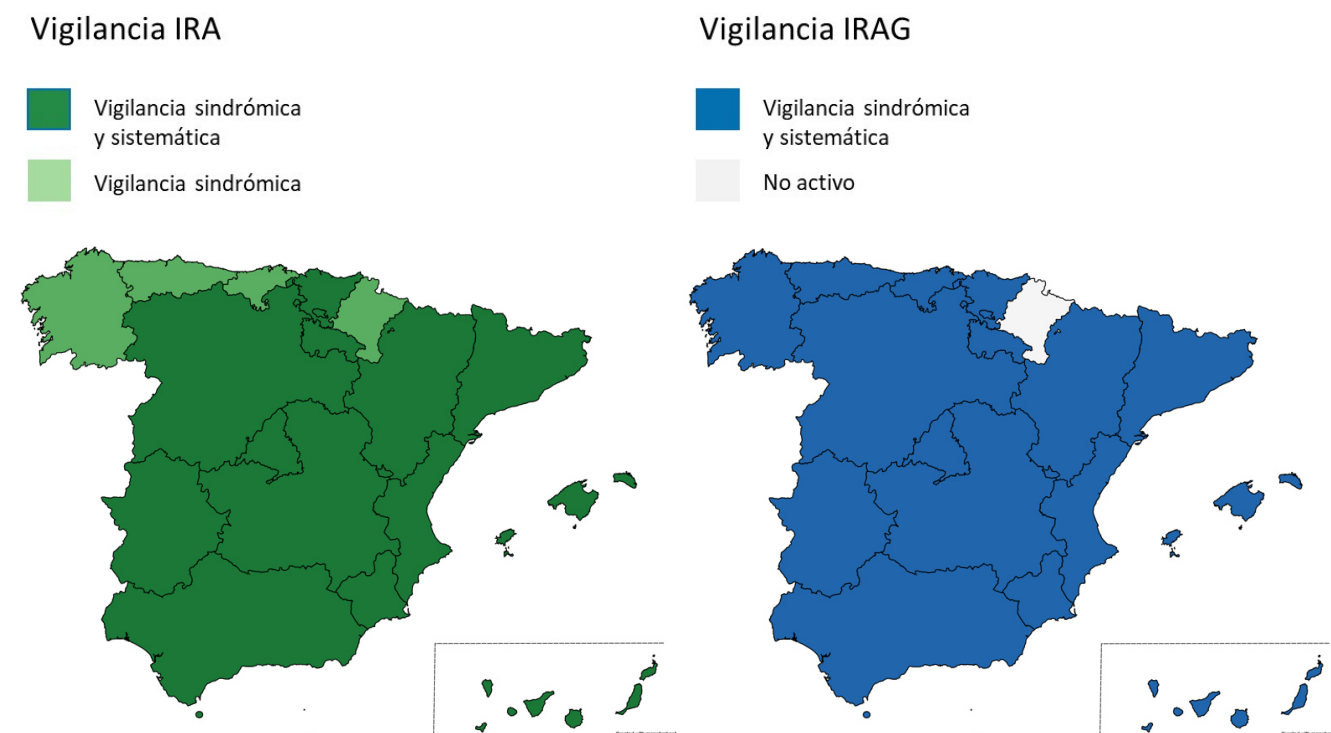
La vigilancia de **infección respiratoria aguda (IRA)** en AP tiene dos componentes: **sindrómico** y de **selección sistemática**.

- El **componente sindrómico** consiste en la captación de casos de IRA, con información de sexo y grupo de edad, que acuden a consultas de AP, bien de carácter centinela con profesionales sanitarios que vigilan una población representativa de la comunidad o ciudad autónoma (CA), o bien de forma exhaustiva a partir de todas las consultas de AP de la CA. La población vigilada en cada caso se utiliza como denominador en el cálculo de las tasas de incidencia de IRA.
- El segundo componente consiste en la **selección sistemática** de los primeros dos a cinco pacientes de IRA que acuden semanalmente a la consulta de AP. En los pacientes con IRA seleccionados se realiza el diagnóstico triple microbiológico para virus de la gripe, SARS-CoV-2 y VRS (y de otros patógenos respiratorios de manera opcional), y se recoge información epidemiológica, clínica y de vacunación. La selección sistemática de los pacientes IRA es un punto crucial en la vigilancia. Esta selección se realiza por profesionales sanitarios entrenados o, en algunas CCAA, mediante un aviso o algoritmo aleatorio que indica al profesional sanitario que el paciente con IRA debe ser seleccionado.

Las tasas semanales estimadas de infección **respiratoria aguda causada por gripe, SARS-CoV-2 y VRS (proxy)** surgen de multiplicar la tasa de IRA procedente de la vigilancia sindrómica en AP por el porcentaje de positividad a gripe, SARS-Cov-2 y VRS entre las muestras de pacientes con IRA analizadas en el componente sistemático.

La situación de implementación de la vigilancia de IRA se refleja en la Figura 1 y la Tabla 1.

Figura 1. Vigilancia de IRA en Atención Primaria e IRAG hospitalizados: Componentes sindrómico y de selección sistemática. SiVIRA, temporada 2024-25.



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. La cobertura de población vigilada fue del 78,4% con respecto a la población española (Figura 1 y Tabla 1). En el componente de selección sistemática participaron 15 CCAA. Todas participaron de forma centinela, excepto la Comunitat Valenciana, que contribuyó de forma exhaustiva con los profesionales sanitarios de todas sus zonas básicas de salud. Cantabria, Cataluña y Comunidad de Madrid funcionaron con centros o equipos centinela y el resto con profesionales sanitarios centinela. La cobertura global vigilada fue del 15,5% de la población española, similar a la temporada previa (6).

Tabla 1. Vigilancia de IRA en Atención Primaria: Población vigilada y cobertura en los componentes sindrómico y de selección sistemática por CCAA. SiVIRA, temporada 2024-25.

CCAA	COMPONENTE SINDRÓMICO				SELECCIÓN SISTEMÁTICA		
	Codificación AP	Tipo de vigilancia	Población Vigilada	cobertura (%)	Tipo de vigilancia	Población Vigilada	cobertura (%)
Andalucía	CIE9	Exhaustivo	8.584.147	100,0	Centinela	201.998	2,3
Aragón	CIAP2	Exhaustivo	1.351.590	100,0	Centinela	36.034	2,6
Asturias	CIAP2	Exhaustivo	1.003.400	100,0	No notifica		
Islas Baleares	CIE9	Exhaustivo	1.232.500	100,0	Centinela	54.136	4,3
Islas Canarias	CIE10	Exhaustivo	2.141.268	94,8	Centinela	67.184	3,0
Cantabria	CIAP2	Exhaustivo	585.989	100,0	No notifica		
Castilla-La Mancha	CIE9	Exhaustivo	2.084.086	98,0	Centinela	59.533	2,8
Castilla y León	CIE9	Centinela	54.860	2,3	Centinela	54.860	2,3
Cataluña	CIE10	Exhaustivo	8.081.925	100,0	Centinela	735.930	9,1
Comunitat Valenciana	CIE10	Exhaustivo	5.216.195	100,0	Exhaustivo	5.414.296	100,0
Extremadura	CIE10	Centinela	53.699	5,1	Centinela	53.838	5,1
Galicia	CIAP2	Exhaustivo	2.510.607	92,5	No notifica		
Comunidad de Madrid	CIAP2	Centinela	714.562	10,0	Centinela	709.932	10,0
Región de Murcia	CIAP2	Exhaustivo	1.570.190	100,0	Centinela	80.523	5,1
Navarra	CIAP2	Exhaustivo	680.296	100,0	No notifica		
País Vasco	CIE10	Exhaustivo	2.196.745	100,0	Centinela	63.187	2,8
La Rioja	CIAP2	Exhaustivo	321.944	100,0	Centinela	31.271	9,6
Ceuta	CIE9	Exhaustivo	74.081	88,6	Centinela	20.393	24,4
Melilla	CIE9	Exhaustivo	73.661	84,6	Centinela	35.593	40,9
Nacional	-	-	38.531.745	78,4	-	7.619.680	15,5

La vigilancia de **infecciones respiratorias agudas graves (IRAG) a nivel hospitalario**, tiene también un componente sindrómico y otro de selección sistemática.

- En el **componente sindrómico** se identifican todos los ingresos semanales por IRAG, por sexo y grupo de edad, en los hospitales participantes, cuya población de referencia se emplea como denominador para el cálculo de las tasas de hospitalización por IRAG.
- El componente de **selección sistemática** consiste en la selección de todos los IRAG que son hospitalizados uno o dos días a la semana (generalmente martes y/o miércoles) para el diagnóstico triple microbiológico de gripe, SARS-CoV-2 y VRS (así como otros patógenos, de forma opcional), y la recogida de información epidemiológica, clínica, virológica y de vacunación.

Las tasas semanales estimadas de **infección respiratoria aguda causada por gripe, SARS-CoV-2 y VRS (proxy)** surgen de multiplicar la tasa de IRA procedente de la vigilancia sindrómica en AP por el porcentaje de positividad a gripe, SARS-CoV-2 y VRS entre las muestras de pacientes con IRA analizadas en el componente sistemático.

La situación de implementación de la vigilancia de IRAG se refleja en la Figura 1 y la Tabla 2.

Tanto en el componente sindrómico como en el sistemático participaron todas las CCAA excepto Navarra; 15 lo hicieron de forma centinela y 3 tuvieron vigilancia exhaustiva (con los hospitales dando cobertura al 100% de la CA). La cobertura de población vigilada en el total de 49 hospitales participantes fue de un 30,3% con respecto a la población española (Figura 1 y Tabla 2), mayor que el 25% de la temporada anterior (6). En el componente sistemático, 10 realizaron la selección sistemática de IRAG dos días a la semana (9 los martes y miércoles y 1 los lunes y martes), 8 un día a la semana (5 los martes, 3 los miércoles).

Tabla 2. Vigilancia de IRAG en hospitales: Características de los componentes sindrómico y de selección sistemática, hospitales participantes y coberturas de población vigilada. SiVIRA, temporada 2024-25.

CCAA	Hospital	Población vigilada	Tipo de vigilancia	Cobertura población (%)
Andalucía	H.U. Virgen de las Nieves	333.385	Centinela	38,7
	H.U. Jerez de la Frontera	248.913		
	H.U. Juan Ramón Jiménez	288.820		
	H.U. de Jaén	247.554		
	H.U. Regional de Málaga	362.706		
	H.U. Virgen de la Macarena	485.574		
	H.U. Virgen de la Victoria	587.003		
	H.U. Virgen del Rocío	568.046		
	H.U. Torrecadenas	233.169		
Aragón	H.U. Miguel Servet	382.570	Centinela	28,0
Asturias	H.U. Central de Oviedo	329.459	Centinela	32,5
Islas Baleares	H.U. Son Espases	364.375	Centinela	29,2
Islas Canarias	Complejo H.U. Doctor Negrín	358.122	Centinela	15,9
Cantabria	H.U. Marqués de Valdecilla	585.402	Exhaustiva	98,6
Castilla-La Mancha	Complejo Hospitalario de Albacete	275.820	Centinela	13,0
Castilla y León	Hospital Burgos	353.946	Centinela	38,9
	Hospital Clínico Valladolid	260.123		
	Hospital de Salamanca	320.817		
Cataluña	Hospital Clínic de Barcelona	162.109	Centinela	33,2
	Hospital San Joan de Dei	291.159		
	H.U. Bellvitge	204.100		
	H.U. Germans Trias i Pujol	238.816		
	Hospital de Viladecans	176.297		
	H.U. Vall d'Hebron	584.947		
	H.U. de Girona Dr. Josep Trueta	214.470		
	H.U. Arnau de Vilanova de Lleida	440.410		
	H.U. Joan XXIII de Tarragona	240.224		
	H. de Tortosa Verge de la Cinta	148.635		
Comunitat Valenciana	H.G.U. de Elche	179.627	Centinela	32,2
	H.U. de La Plana	195.511		
	H.U. de La Ribera	271.458		
	Hospital Virgen de los Lirios	141.744		

	Hospital de la Marina Baixa	202.010		
	H.G.U. de Elda	194.519		
	Hospital Comarcal de Vinaròs	96.547		
	Hospital de Sagunto	168.262		
	H. Arnau de Vilanova-Llíria	298.175		
Extremadura	Complejo Hospitalario de Badajoz	256.698	Centinela	41,4
	Complejo Hospitalario de Cáceres	179.484		
Galicia	Complejo Hospitalario Santiago	381.579	Centinela	14,1
Comunidad de Madrid	H.G.U. Gregorio Marañón	329.293	Centinela	27,8
	H.U. La Paz	586.741		
	H.U. Ramon y Cajal	599.539		
	H.U. 12 de Octubre	459.431		
Región de Murcia	H.C.U. Virgen de la Arrixaca	273.622	Centinela	17,2
Navarra			No notifica	
País Vasco	H.U. Donostia	364.377	Centinela	16,2
La Rioja	Hospital San Pedro	247.481	Centinela	75,7
Ceuta	Hospital de Ceuta	83.289	Exhaustiva	99,7
Melilla	Hospital de Melilla	85.870	Exhaustiva	98,6
Nacional	-	14.882.228	-	30,3

El análisis epidemiológico de la información obtenida permite el cálculo de los indicadores del sistema, proporcionando información sobre la evolución de la actividad de gripe, COVID-19 y de la infección por VRS, a nivel autonómico y nacional. Una información detallada sobre los sistemas y fuentes de información, así como de la metodología empleada en el cálculo de los indicadores se puede consultar en los protocolos de vigilancia de IRA e IRAG en SiVIRA (7,8) y en el documento “Metodología para la vigilancia de las infecciones respiratorias agudas en España. SiVIRA, 2024-25” (9), todos ellos disponibles en la web:

<https://cne.isciii.es/es/servicios/enfermedades-transmisibles/enfermedades-a-z/gripe-covid-19-y-otros-virus-respiratorios>.

Los principales indicadores del sistema presentados en este informe son los siguientes:

1. Tasa de incidencia semanal ponderada por 100.000 habitantes (componente sindrómico)
2. Proporción de positividad a gripe, SARS-CoV-2 y VRS (componente sistemático)
3. Tasa de incidencia semanal estimada (*proxy*) específicas de patógeno (componentes sindrómico y sistemático)
4. Caracterización epidemiológica, clínica y virológica de los casos (componente sistemático)

Se presentan por último los resultados de exceso de mortalidad total para la temporada 2024-25 del sistema de monitorización de la mortalidad diaria (MoMo), cuya metodología e información actualizada puede consultarse en https://momo.isciii.es/panel_momo/.

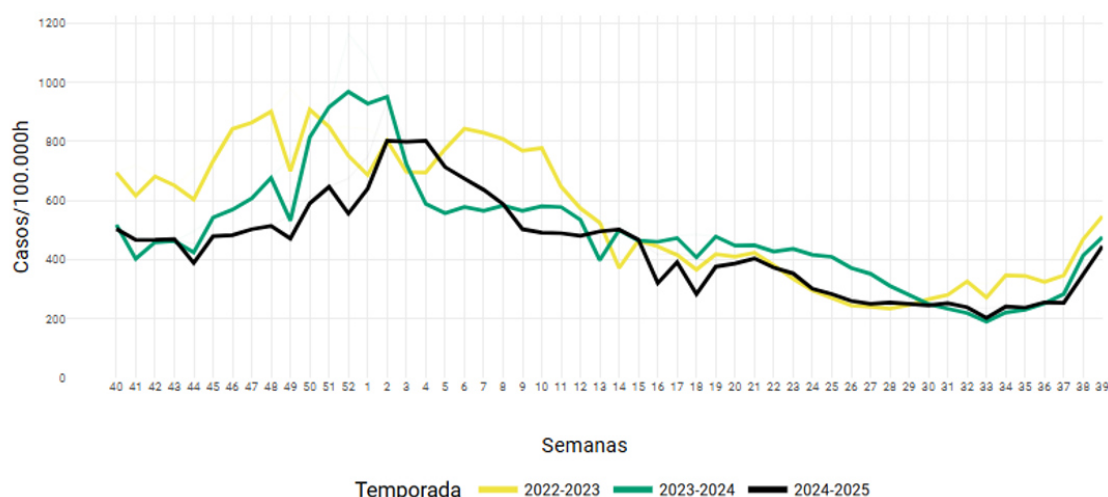
Vigilancia de IRA en Atención Primaria

Vigilancia sindrómica de IRA, síndromes gripales, COVID-19 y bronquiolitis

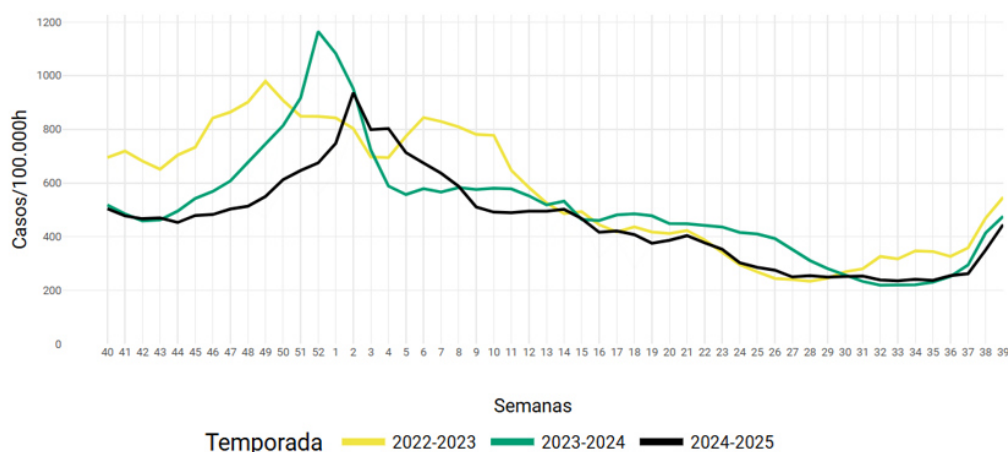
La tasa de **incidencia semanal de IRA en AP** comenzó a incrementarse a partir de la semana 37/2024 (Figura 2A), correspondiente a la temporada previa, lo que refleja la circulación de múltiples patógenos respiratorios que suele incrementarse coincidiendo con el inicio del curso escolar. La disminución de la incidencia en las semanas 44/2024 y 49/2024 se observa de forma habitual y se atribuye a la presencia de días festivos, en los que las consultas de AP permanecen cerradas, como vemos en la gráfica 2B esas semanas se suavizan al ponderarlas por días festivos. La incidencia de IRA alcanzó su máximo entre las semanas 02/2025 y 04/2025 con una incidencia semanal de 803 casos/100.000h., con una intensidad baja según los umbrales definidos basados en las 10 temporadas previas (Figura 2C). Este pico es notablemente inferior al observado en la temporada previa (2023-24), que fue de 968 casos/100.000h. Es de destacar que en la temporada previa coincidieron en el tiempo las epidemias de gripe, COVID-19 y VRS (6), algo que no se observa en esta temporada, como se verá posteriormente.

Figura 2. Tasas de incidencia de IRA en Atención Primaria, temporadas 2022-23 a 2024-25 (A), ponderada por festivos (B) y umbral epidémico y niveles de intensidad (C). SiVIRA.

A

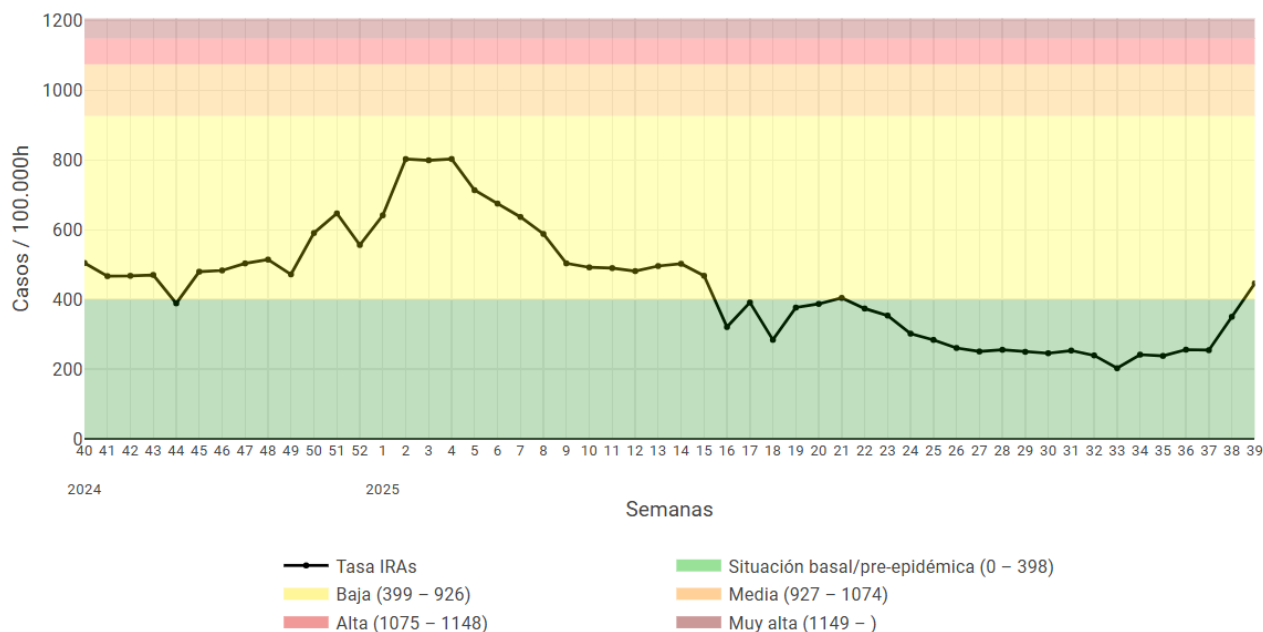


B



*Tasas ponderadas por el número de días festivos en la semana, en los que las consultas regulares de AP permanecieron cerradas

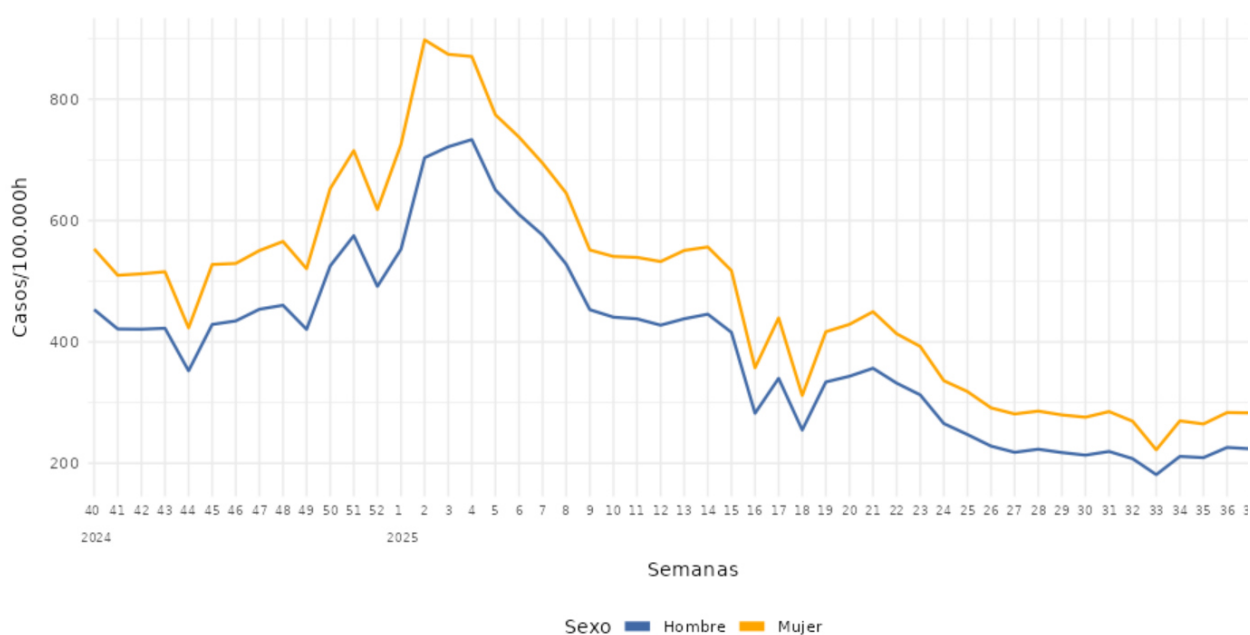
C

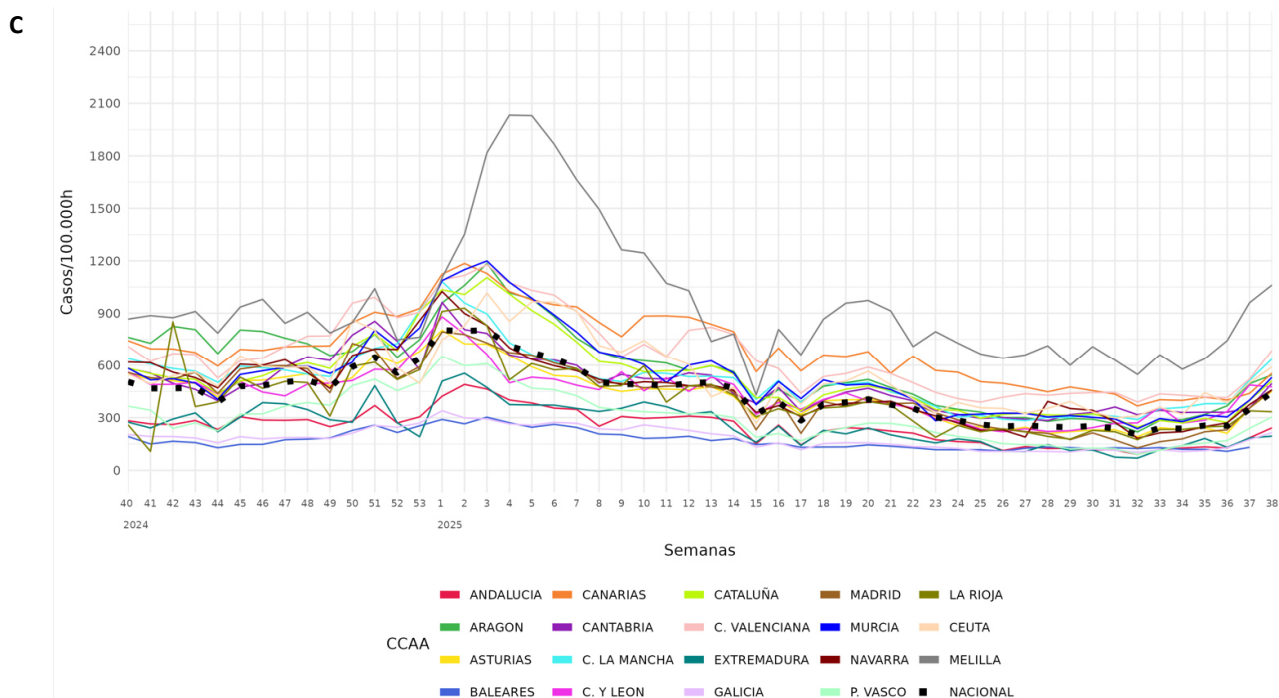
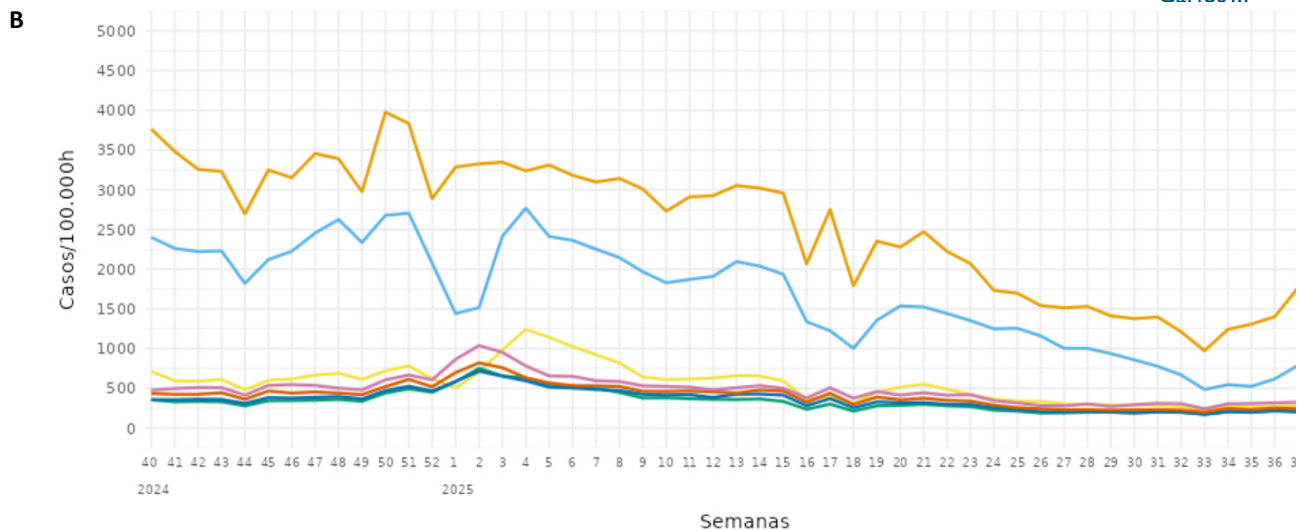


La incidencia de IRA fue mayor en mujeres que en hombres (Figura 3A) y en población infantil menor de 1 año, seguido del grupo de 1-4 años (Figura 3B). Se observa heterogeneidad en las tasas de incidencia de IRA por CCAA, si bien presentan un patrón de evolución temporal muy comparable (Figura 3C). La heterogeneidad puede deberse a los diferentes sistemas de codificación diagnóstica utilizados, así como a diferencias en el diseño e implementación del sistema de vigilancia en las CCAA (Tabla 1).

Figura 3. Incidencia semanal de IRA en Atención Primaria por sexo (A), grupo de edad (B), y por Comunidad Autónoma (C). SiVIRA, temporada 2024-25.

A

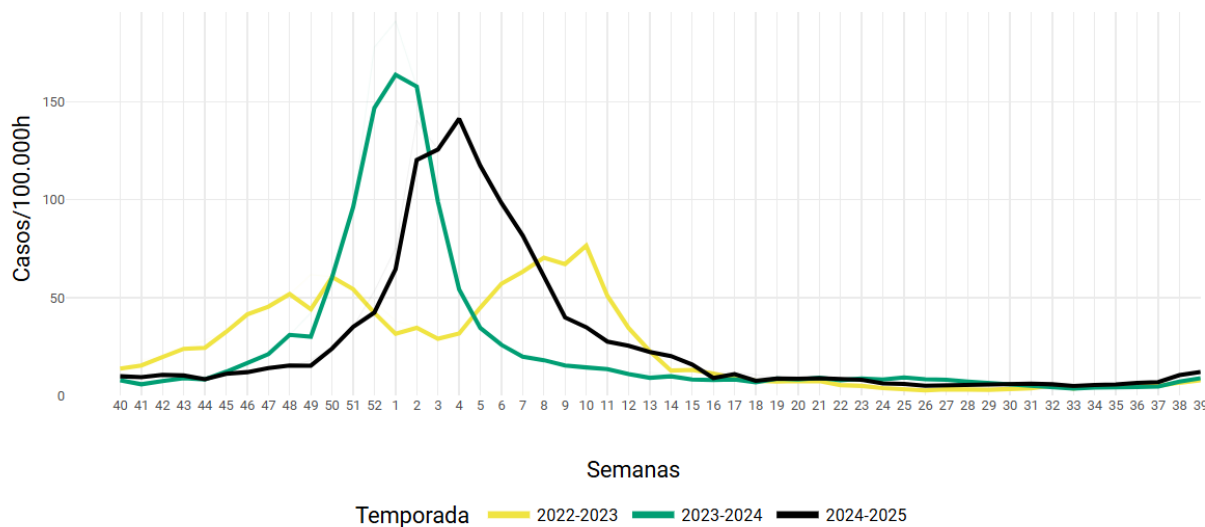




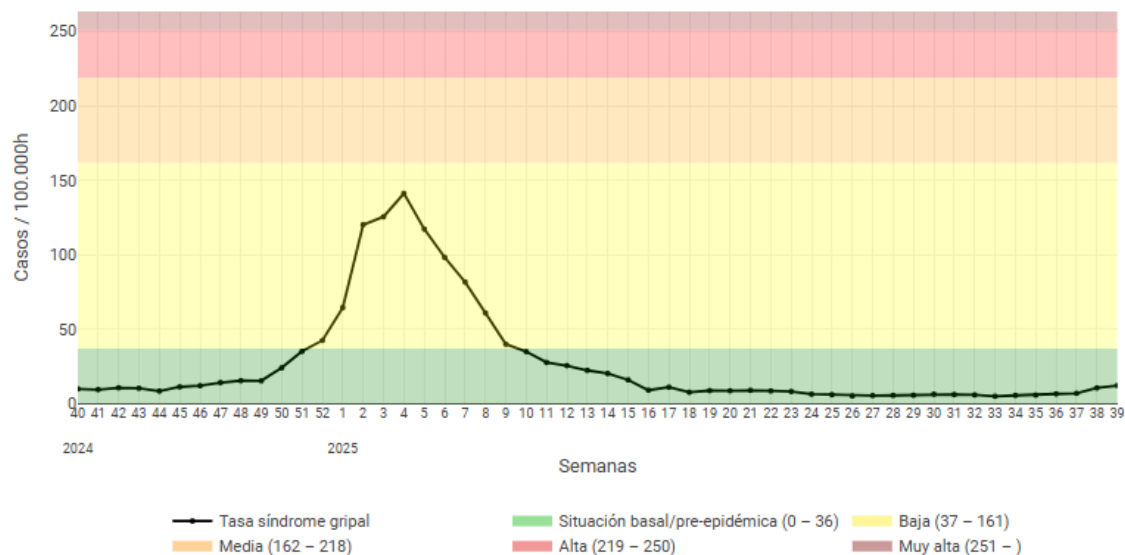
La **tasa de síndrome gripal en AP** (sospecha de gripe o gripe confirmada) comenzaron a incrementarse en la semana 50/2024 (Figura 4A), superando el umbral epidémico en la semana 52/2024 y presentando una onda epidémica que duró hasta la semana 09/2025 (Figura 4B). El pico epidémico se observó en la semana 04/2025 con 142 casos/100.000h., inferior y tres semanas retrasado respecto al pico de la temporada previa (2023-24), que fue de 164 casos/100.000h. en la semana 01/2025 (6). La epidemia gripal esta temporada tuvo mayor duración que en la temporada anterior, lo que hace que, si bien la incidencia en el pico ha sido inferior, el número total de casos ha sido mayor. La incidencia fue ligeramente superior en mujeres (Figura 4C) y mayor en población infantil de 1-4 años, seguidos por menores de 1 año y población entre 5-19 años (Figura 4D).

Figura 4. Tasa de incidencia de síndrome gripal en Atención Primaria, por temporadas 2022-23 a 2024-25 (A) con umbral epidémico y niveles de intensidad (B) por sexo (C) y grupos de edad (D). SiVIRA, temporada 2024-25.

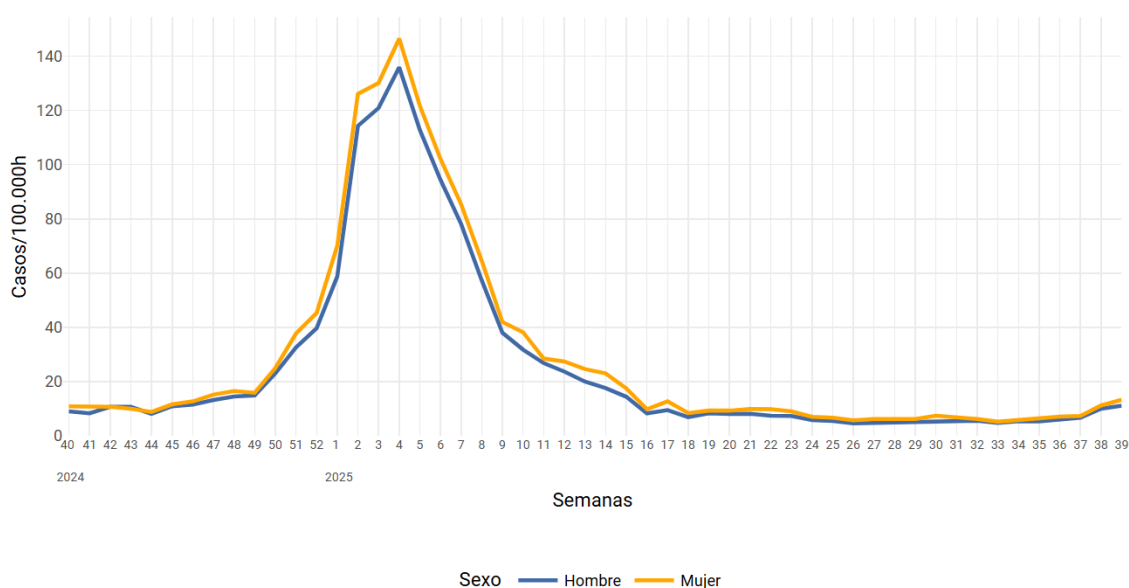
A



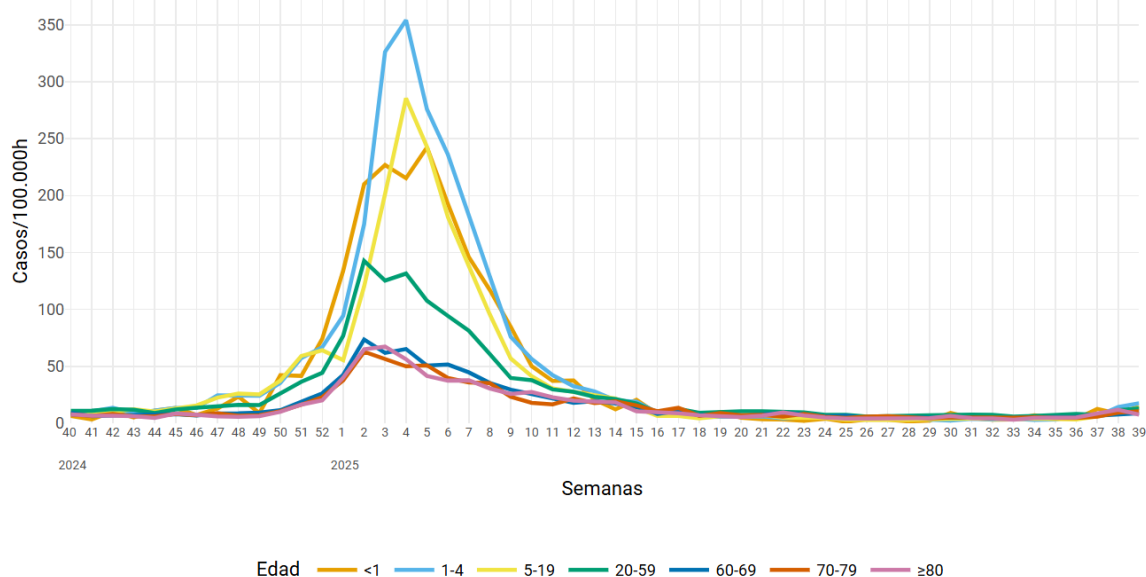
B



C



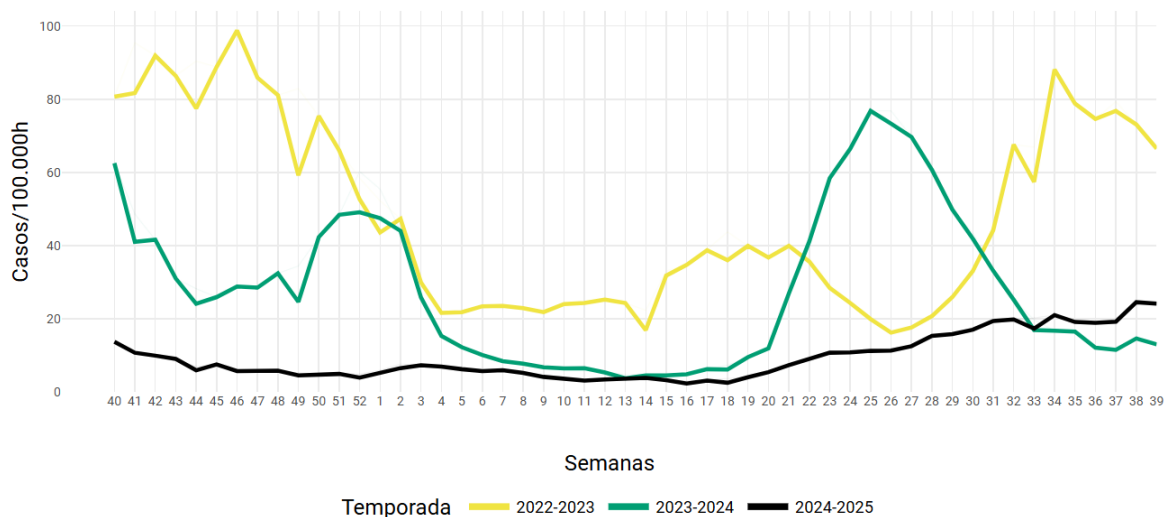
D

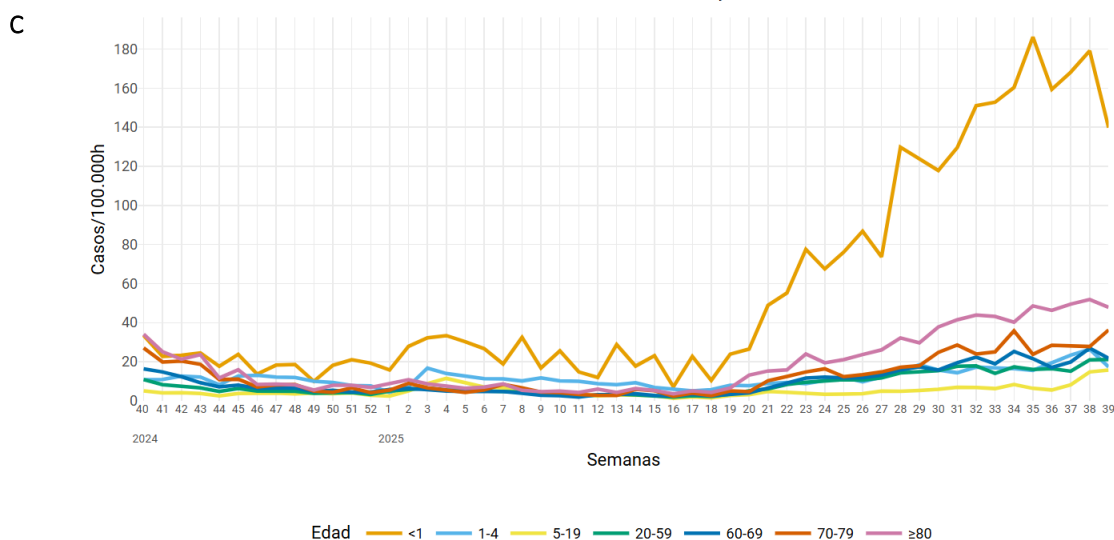
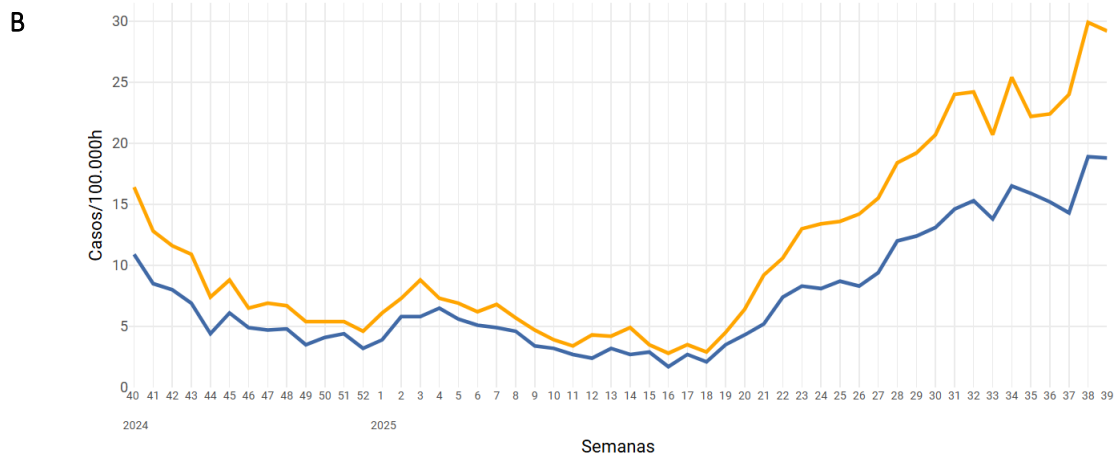


La **tasa sindrómica de COVID-19** (sospecha de COVID-19 o COVID-19 confirmado) no presentó onda epidémica en otoño e invierno, pero sí hubo más casos en primavera y verano, con un máximo en la semana 38/2025 de 25 casos/100.000h. (Figura 5A), con incidencia superior en mujeres (Figura 5B) y en menores de 1 año (Figura 5C).

Figura 5. Tasas de incidencia de COVID-19 en Atención Primaria por temporada (A), sexo (B) y grupos de edad (C). SiVIRA, temporada 2024-25.

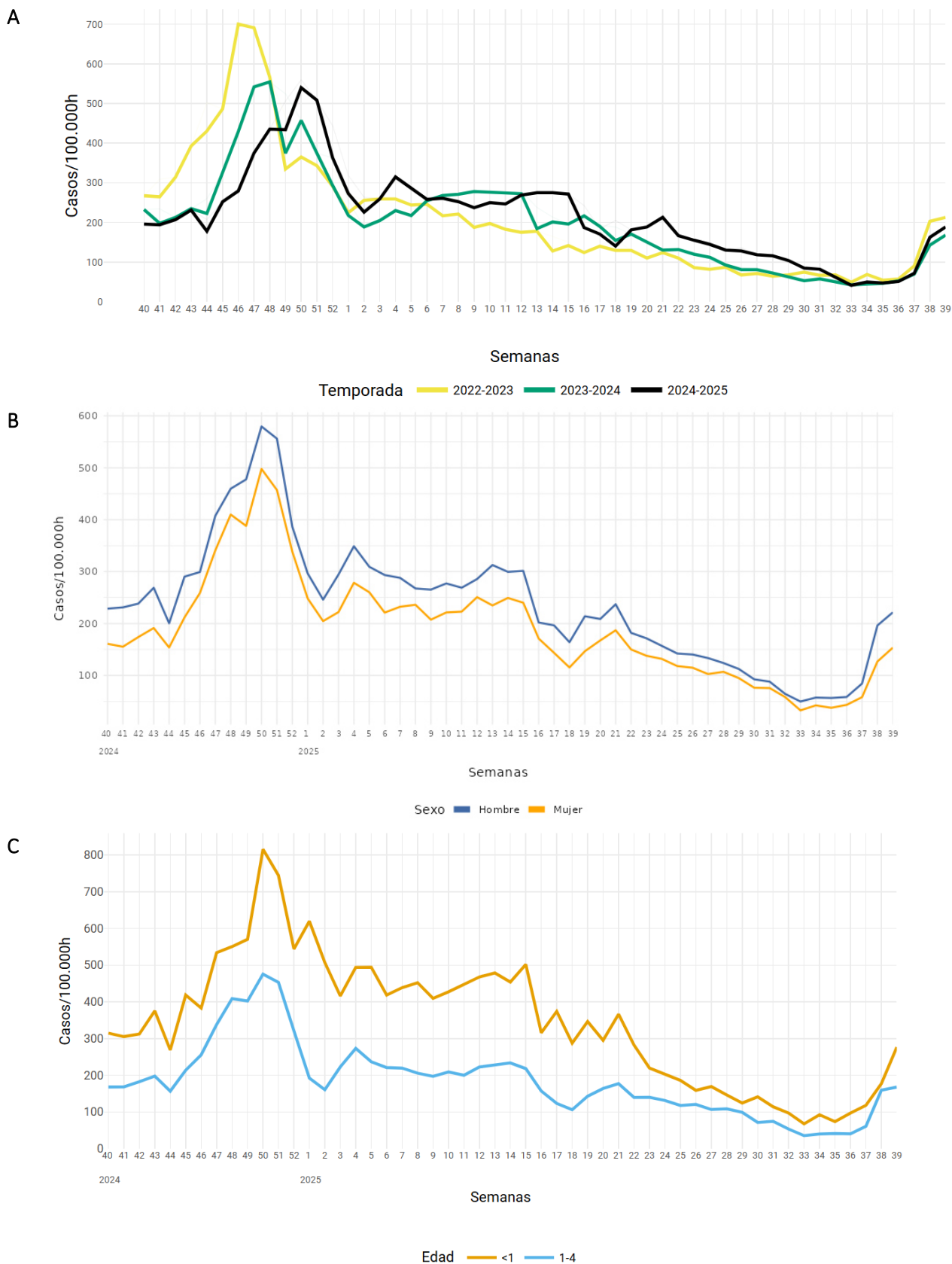
A





La tasa de **bronquitis/bronquiolitis en población infantil menor de 5 años** presentó una onda epidémica previa a la de gripe, comenzando a incrementarse en las semanas 45/2024-46/2024 y alcanzando el pico en la semana 50/2024 con 535 casos/100.000h. (Figura 6A), muy similar a la temporada previa (2023-24). La incidencia fue mayor en hombres (Figura 6B) y población infantil menor de 1 año (Figura 6C).

Figura 6. Tasas de bronquiolitis/bronquitis agudas en población menor de 5 años en Atención Primaria, por temporada de 2022-23 a 2024-25 (A), o sexo (B) y grupos de edad (C) en la temporada 2024-25.



Detecciones de gripe, SARS-CoV-2 y VRS en Atención Primaria

Dentro del componente sistemático de la vigilancia SiVIRA en AP, en la temporada 2024-25 se analizaron 33.394 muestras para virus de la gripe, 33.277 para SARS-CoV-2 y 33.304 para VRS, mostrando que la prueba fue realizada de forma sistemática y consistente para los tres virus. Globalmente para toda la temporada, la positividad fue del 15,8%, 7,2% y 4,0%, para gripe, SARS-CoV-2 y VRS, respectivamente. La Tabla 3 muestra estos mismos datos por CCAA.

La evolución temporal de la positividad a cada uno de los tres patógenos (Figura 7) refleja sus periodos de mayor circulación, si bien la magnitud de la positividad depende de qué otros patógenos estén causando cuadros de IRA en cada momento. En el caso de la **gripe**, se observó un pico de positividad del 50,2% en la semana 04/2025, mientras que para **VRS** se detectó la máxima positividad entre las semanas 50/2024 y 52/2024, con un 13,5% de muestras positivas. Para el **SARS-CoV-2** se observó incremento desde la semana 17/2025 que se mantuvo hasta el final de la temporada, con un máximo en la semana 38/2025 de 35,2% de positividad.

El elevado pico de positividad a gripe en esta temporada (50,2%, comparado con 45,6% la temporada anterior, 2023-24) podría no ser un reflejo de una mayor intensidad gripal, sino de un descenso en la circulación de SARS-CoV-2 en esta temporada, y la no coincidencia del pico gripal con el VRS. Para las estimaciones de incidencia específicas de patógenos y su comparabilidad en diferentes temporadas, se pone en relación esta positividad con la tasa de IRA en cada momento, a través de las tasas semanales estimadas específicas de cada patógeno (*proxy*).

Figura 7. Evolución del porcentaje de positividad semanal a gripe, SARS-CoV-2 y VRS en Atención Primaria. SiVIRA, temporada 2024-25.

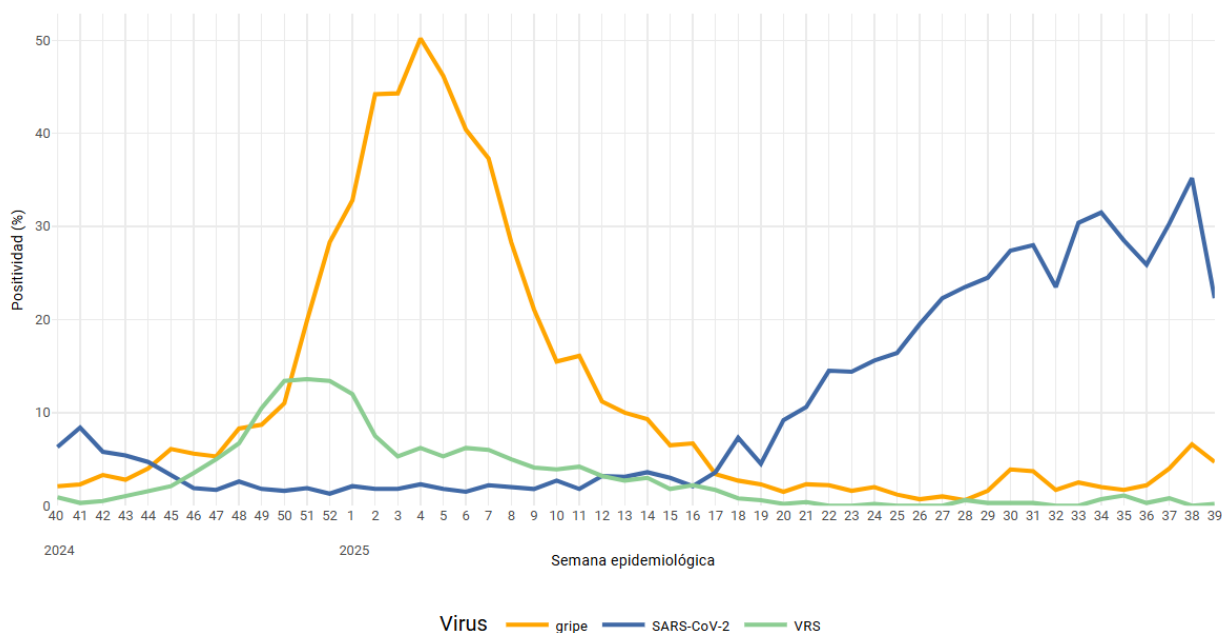


Tabla 3. Muestras analizadas en Atención Primaria, detecciones virales y positividad a gripe, SARS-CoV-2 y VRS, por CCAA. SiVIRA, temporada 2024-25 (semana 39/2025).

CCAA	Muestras gripe (N)	Positivos gripe (n)	Positividad gripe (n/N, %)	Muestras SARS-CoV-2 (N)	Positivos SARS-CoV-2 (n)	Positividad SARS-CoV-2 (n/N, %)	Muestras VRS (N)	Positivos VRS (n)	Positividad VRS (n/N, %)
Andalucía	2970	642	21,6	2972	174	5,9	2971	115	3,9
Aragón	250	92	36,8	246	22	8,9	247	15	6,1
Asturias	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Islas Baleares	651	157	24,1	654	12	1,8	654	33	5,0
Islas Canarias	404	37	9,2	404	22	5,4	404	18	4,5
Cantabria	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Castilla-La Mancha	1554	241	15,5	1556	89	5,7	1556	62	4,0
Castilla y León	1685	338	20,1	1685	170	10,1	1686	79	4,7
Cataluña	9670	1656	17,1	9481	642	6,8	9653	385	4,0
Comunitat Valenciana	6824	391	5,7	6832	505	7,4	6759	219	3,2
Extremadura	2042	253	12,4	2043	142	7,0	2041	79	3,9
Galicia	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Madrid	1869	364	19,5	1869	183	9,8	1869	140	7,5
Murcia	1799	261	14,5	1801	97	5,4	1801	63	3,5
Navarra	-	-	-	-	-	-	-	-	-
País Vasco	1939	481	24,8	1939	99	5,1	1939	70	3,6
La Rioja	816	178	21,8	877	147	16,8	803	58	7,2
Ceuta	288	76	26,4	289	16	5,5	288	1	0,3
Melilla	633	106	16,7	629	83	13,2	633	5	0,8
Nacional	33394	5273	15,8	33277	2403	7,2	33304	1342	4,0

Estimaciones proxy de gripe basadas en tasas de IRA y positividad a gripe

Se observa una onda plenamente coincidente con la de síndromes gripales, con un pico de actividad en la semana 04/2025 de 403,1 casos de IRA causados por gripe/100.000h. (Figura 8), cuatro semanas retrasada respecto al pico de la temporada 2023-24. Al igual que se observaba en los síndromes gripales, la incidencia fue ligeramente superior en mujeres (Figura 9A) y en menores de 5 años (Figura 9B).

Los síntomas más frecuentes de los casos de gripe atendidos en AP fueron fiebre (82,8%) y malestar general (80,3%) (Figura 10).

Figura 8. Tasa estimada de infección respiratoria aguda causada por gripe (proxy) en Atención Primaria, por temporadas. SiVIRA, temporadas 2022-23 a 2024-25.

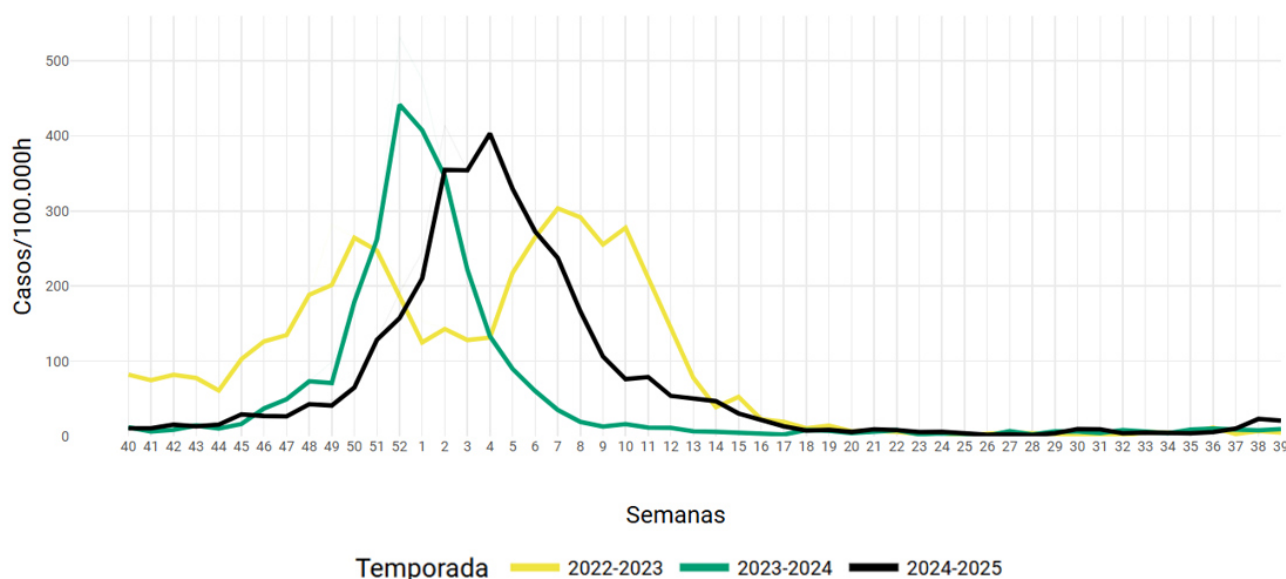
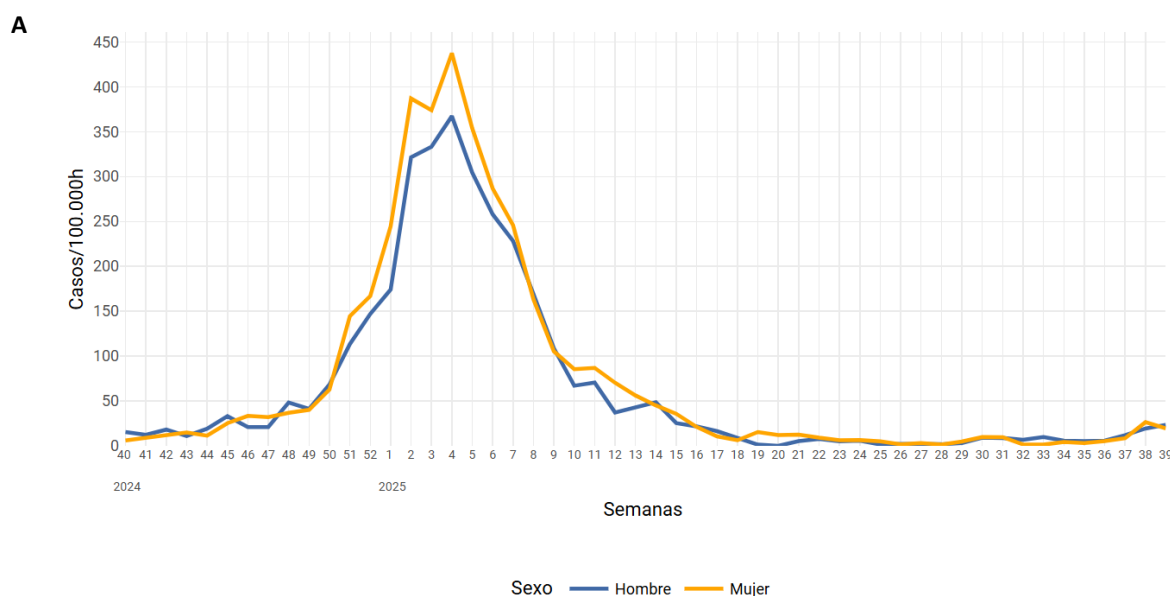


Figura 9. Tasa estimada semanal de infección respiratoria aguda causada por gripe (proxy) por sexo (A) y grupo de edad (B) en Atención Primaria. SiVIRA, temporada 2024-25.



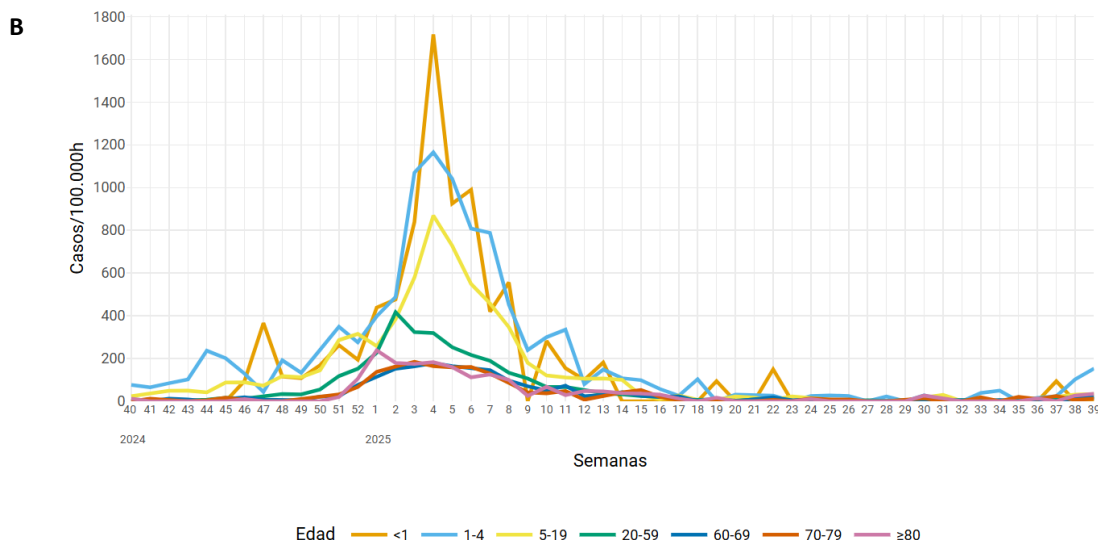
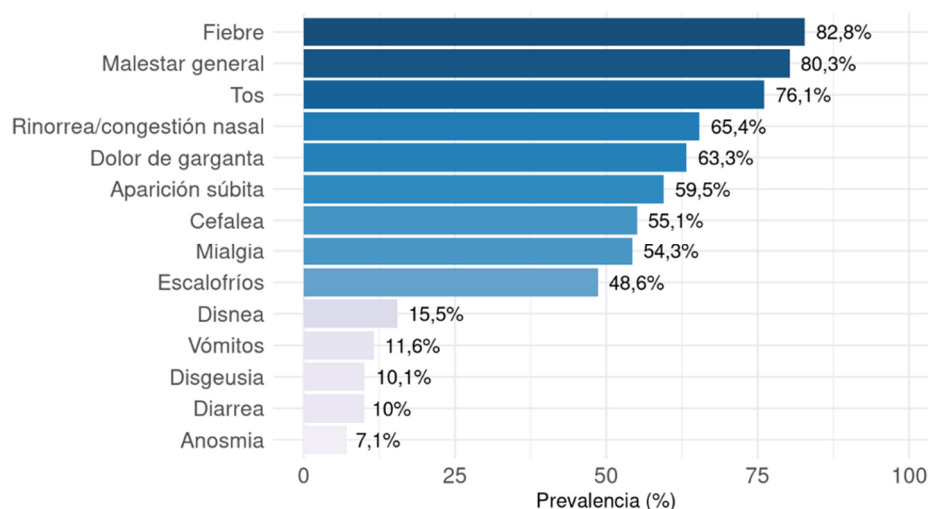


Figura 10. Frecuencia de síntomas en casos de infección respiratoria aguda causada por gripe en Atención Primaria. SiVIRA, temporada 2024-25.



Estimaciones proxy de COVID-19 basadas en tasas de IRA y positividad a SARS-CoV-2

Se observa una circulación de COVID-19 con un comportamiento similar al mostrado por el indicador sindrómico, con una incidencia que se incrementa a partir de la semana 20/2025 y alcanza el máximo en la semana 38/2025 en 123 casos de IRA causados por SARS-CoV-2/100.000h. (Figura 11). La incidencia fue mayor en mujeres y en menores de un año, seguidos de 1-4 años (Figura 12 A y B).

Los síntomas más frecuentes entre los casos de COVID-19 atendidos en AP fueron tos (71,7%) y malestar general (69,4%) (Figura 13).

Figura 11. Tasa estimada de infección respiratoria aguda causada por SARS-CoV-2 (*proxy*) en Atención Primaria, por temporada. SiVIRA, temporadas 2022-23 a 2024-25.

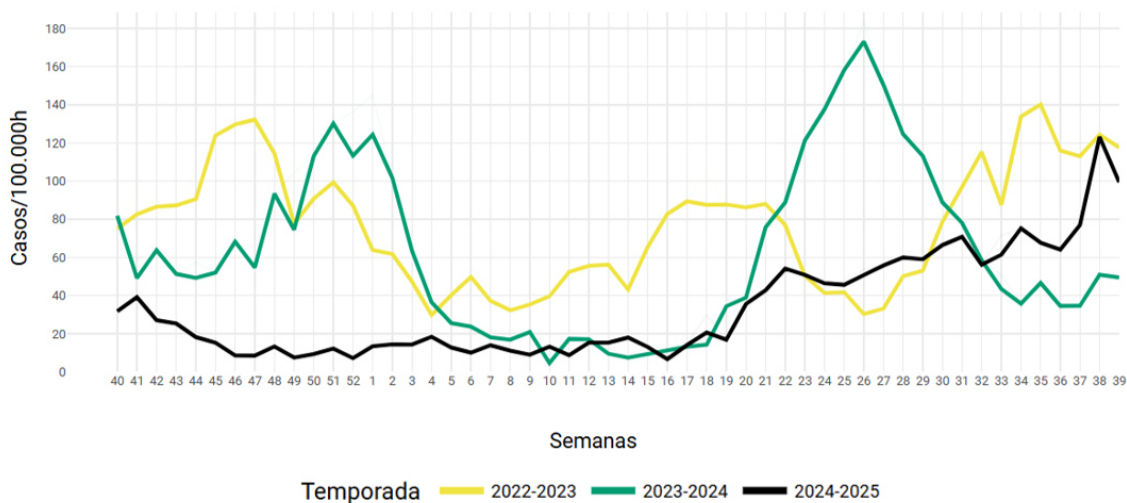


Figura 12. Tasa estimada semanal de infección respiratoria aguda causada por SARS-CoV-2 (*proxy*) en Atención Primaria por sexo (A) y grupo de edad (B). SiVIRA, temporada 2024-25.

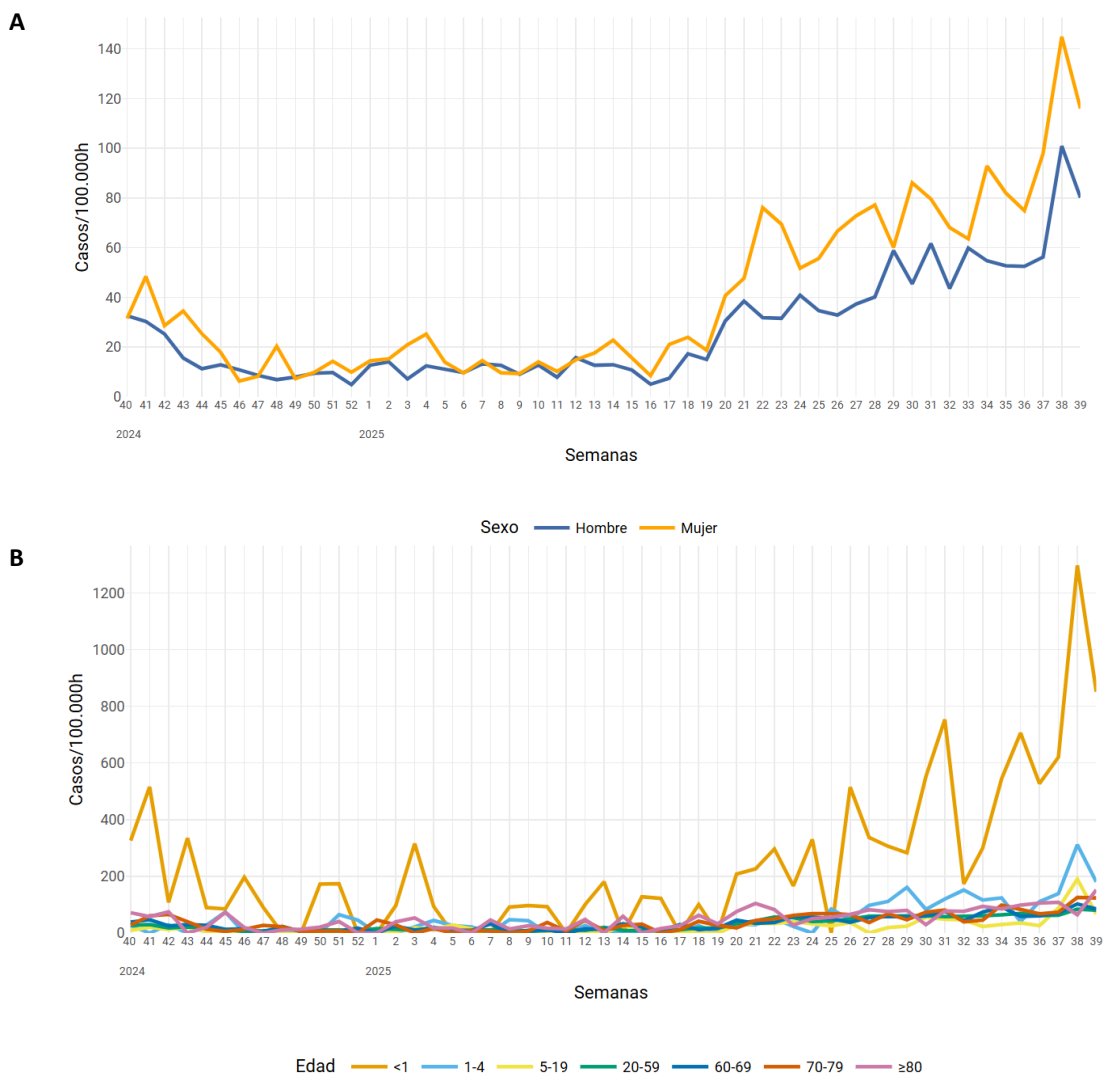
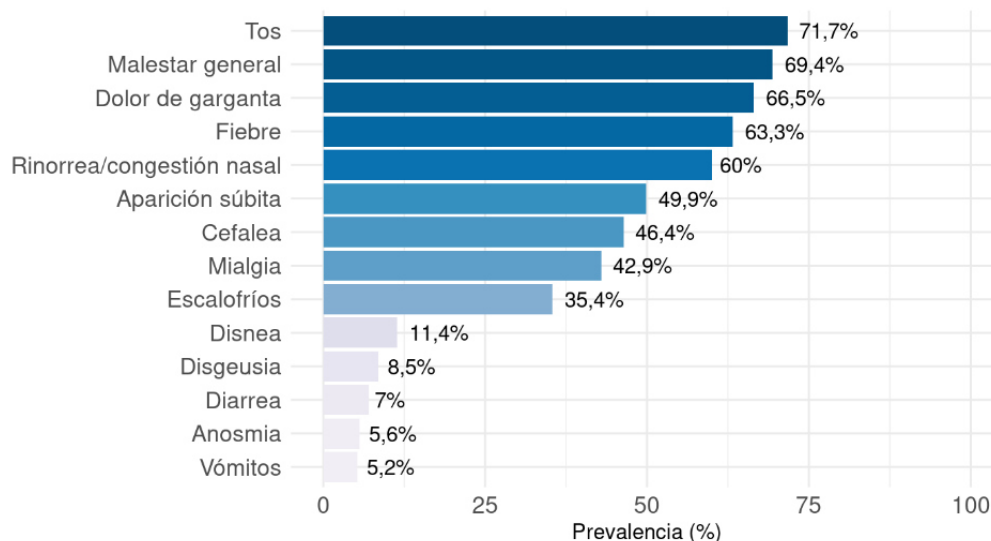


Figura 13. Frecuencia de síntomas en casos de infección respiratoria aguda causada por SARS-CoV-2 en Atención Primaria. SiVIRA, temporada 2024-25.



Estimaciones proxy de VRS basadas en tasas de IRA y positividad a VRS

En la temporada 2024-25 se observó una onda epidémica de VRS con una circulación que comienza a incrementarse sobre todo a partir de la semana 46/2024 y alcanza el pico en la semana 51/2024 con 88 casos de IRA causados por VRS/100.000h. (Figura 14). La incidencia fue mayor en mujeres y en menores de 5 años (Figura 15 A y B). Esta circulación de VRS explica en gran medida la presentación de las bronquiolitis en población infantil, vigiladas a nivel sindrómico y que siguieron un patrón coincidente con el VRS.

Los síntomas más frecuentes entre los casos de infección por VRS atendidos en AP fueron tos (82,1%) y rinorrea/congestión nasal (73,4%) (Figura 16).

Figura 14. Tasa estimada de infección respiratoria aguda causada por VRS (proxy) en Atención Primaria, por temporada. SiVIRA, temporadas 2022-23 a 2024-25.

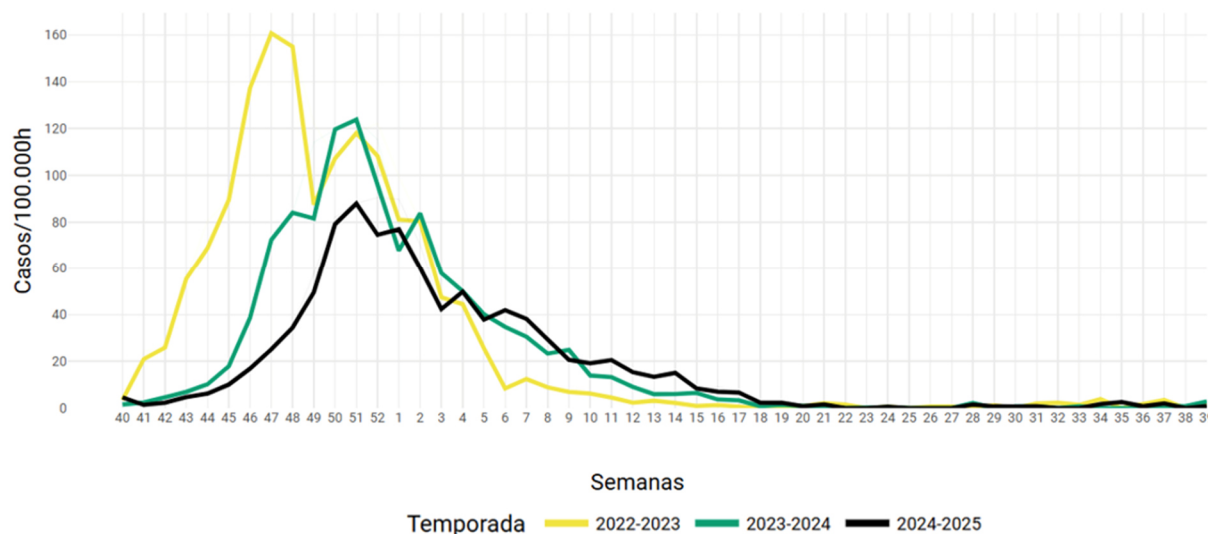


Figura 15. Tasa estimada semanal de infección respiratoria aguda causada por VRS (proxy) en Atención Primaria por sexo (A) y grupo de edad (B). SiVIRA, temporada 2024-25.

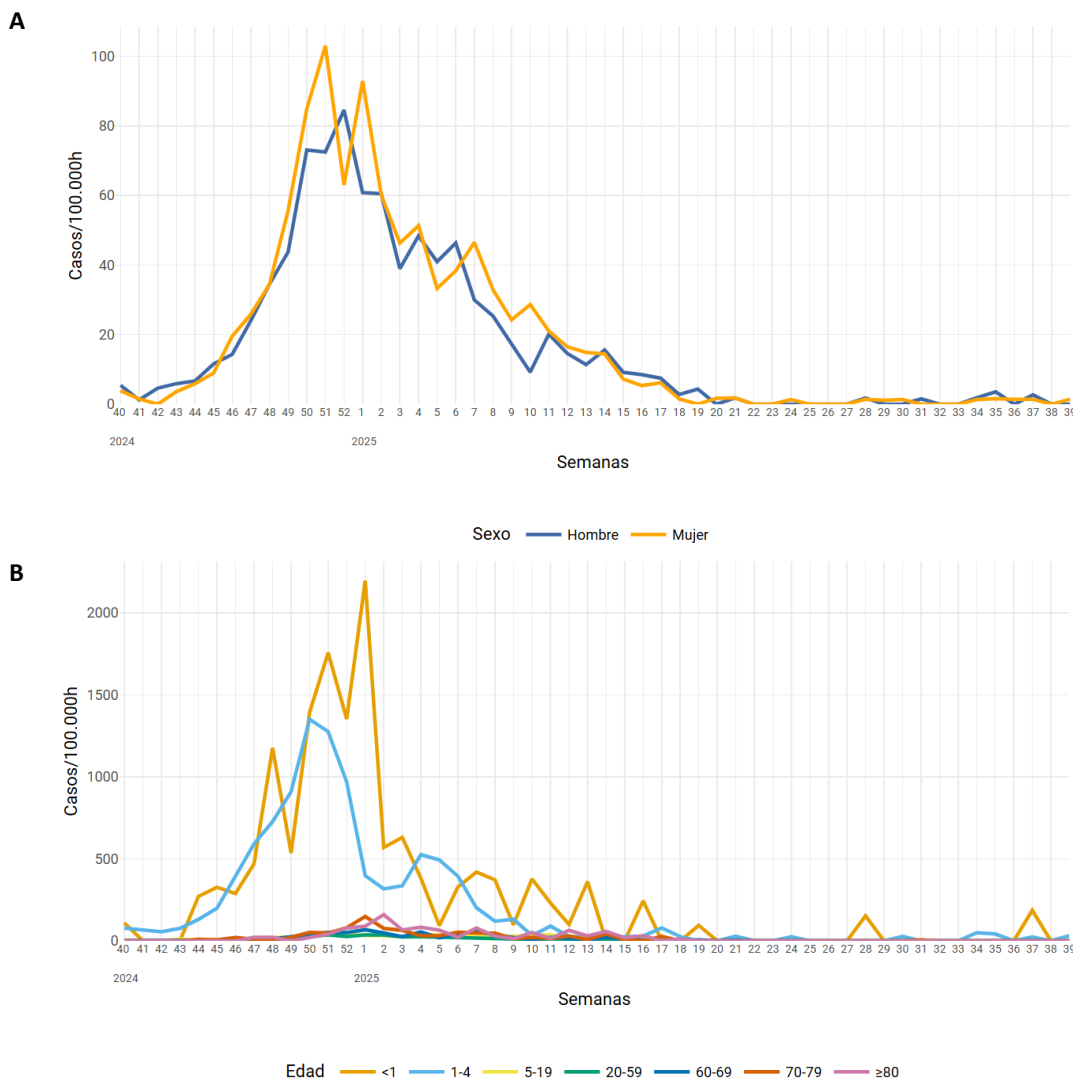
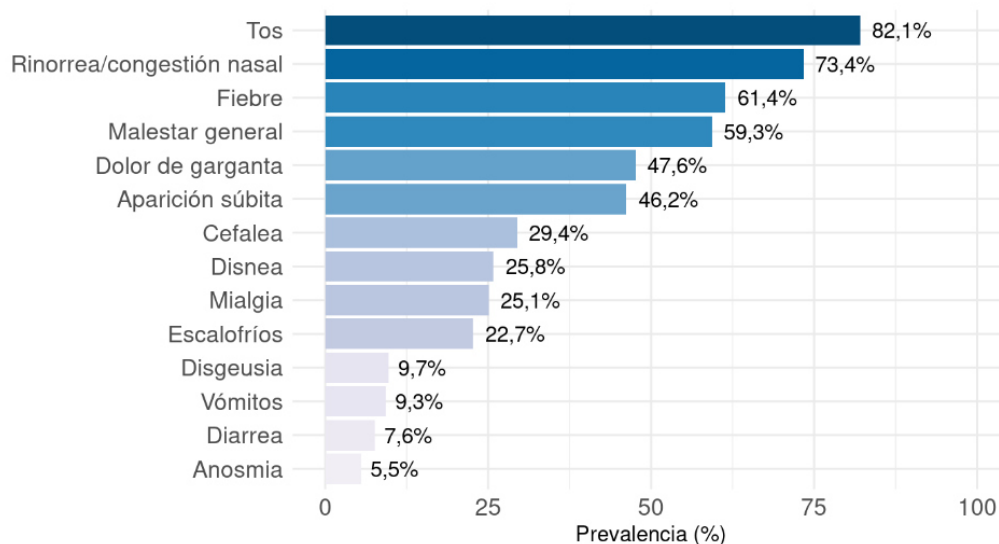


Figura 16. Frecuencia de síntomas en casos de infección respiratoria aguda causada por VRS en Atención Primaria. SiVIRA, temporada 2024-25.



Vigilancia de IRAG en hospitales

Vigilancia sindrómica de IRAG

La incidencia semanal de **hospitalización por IRAG** en la temporada 2024-25 muestra una onda epidémica que comienza a incrementarse en la semana 46/2024 y alcanza el máximo en la semana 02/2025, con 24,2 casos de IRAG/100.000h. Este pico coincide con el pico de IRA en AP (entre las semanas 02/2025 y 04/2025) y es muy inferior al de la temporada previa, 2023-24 (Figura 17). Es relevante que en la temporada previa coincidió en el tiempo la circulación de gripe, SARS-CoV-2 y VRS, lo que resultó en elevado impacto en las tasas de IRA en AP y también de IRAG hospitalizados. Las tasas de IRAG fueron mayores en hombres y en los grupos de 80 y más años y menores de un año (Figura 18 A y B). Se observa heterogeneidad en las tasas de incidencia de IRAG por CCAA, si bien presentan un patrón de evolución temporal comparable (Figura 18 C).

Figura 17. Tasas de hospitalización de IRAG en las temporadas 2022-23 a 2024-25. SiVIRA.

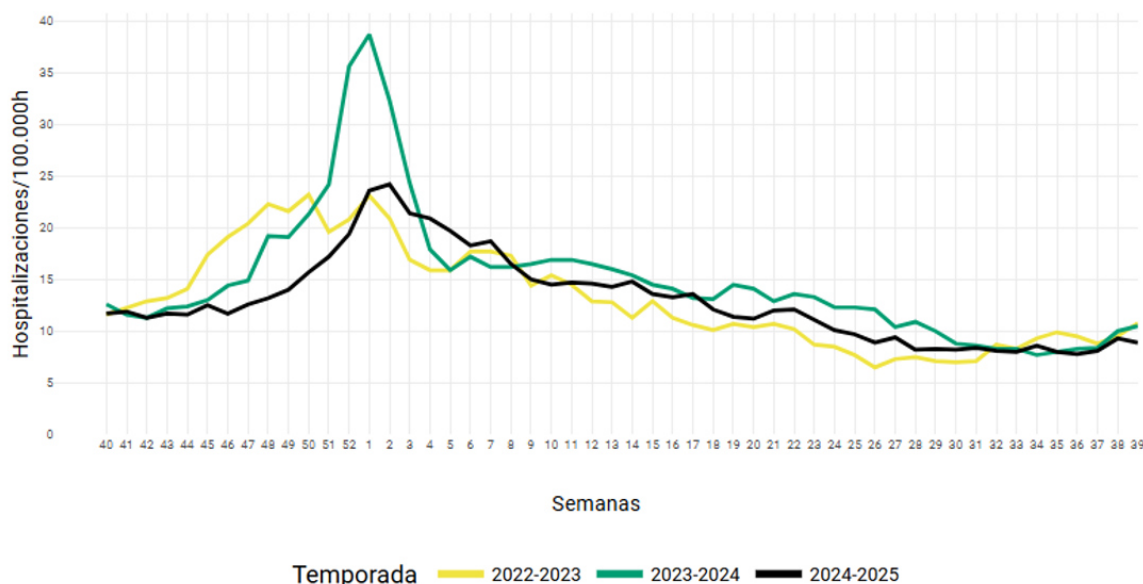
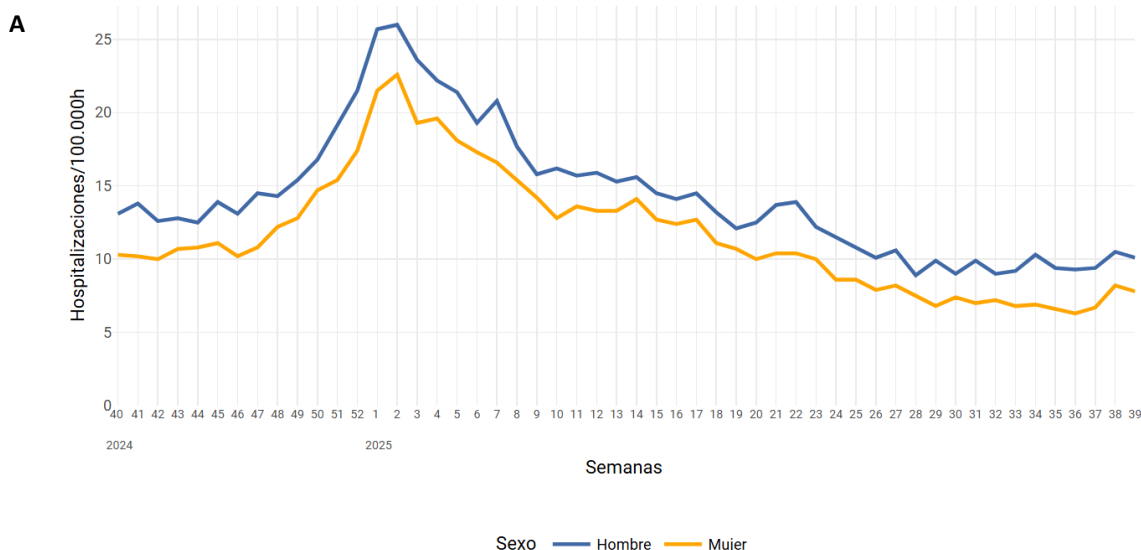
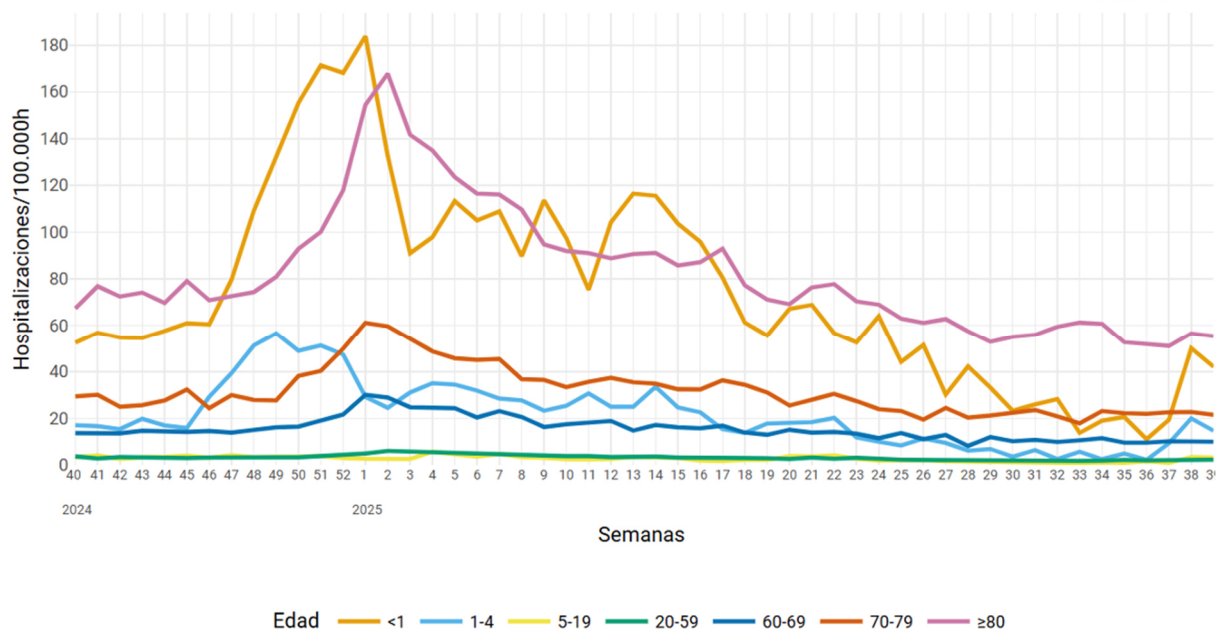


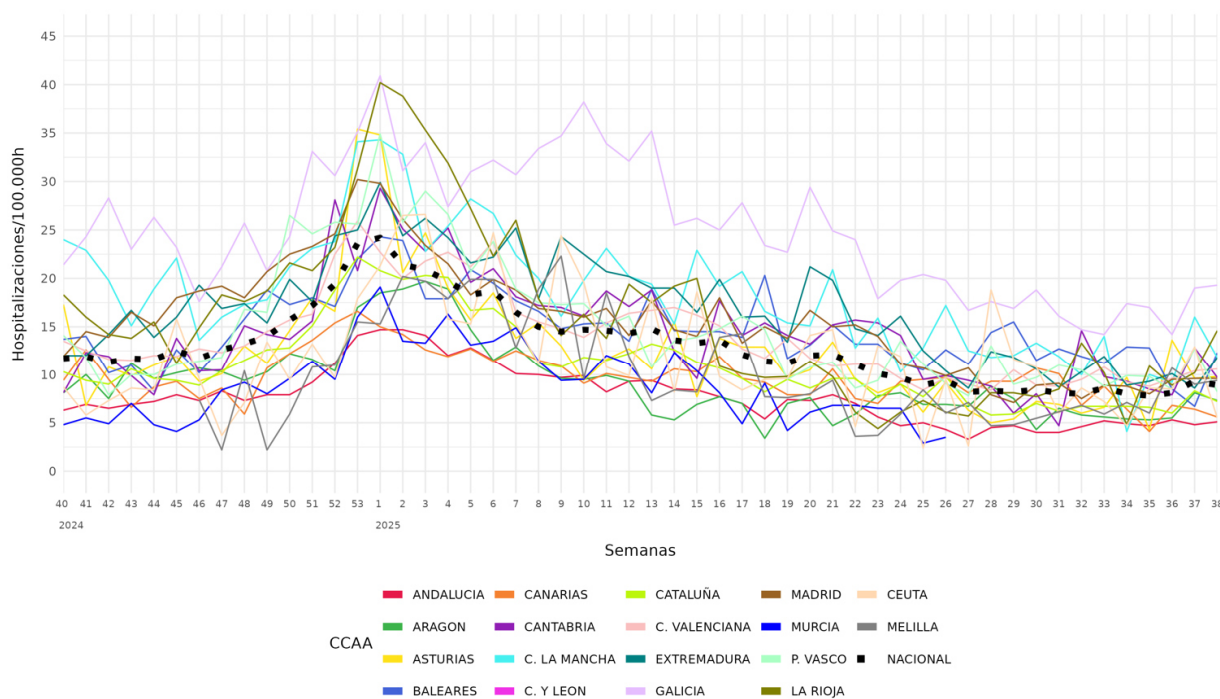
Figura 18. Incidencia semanal de hospitalización por IRAG por sexo (A), por grupo de edad (B), y por Comunidad Autónoma (C). SiVIRA, temporada 2024-25.



B



C



Detecciones de gripe, SARS-CoV-2 y VRS en pacientes hospitalizados

Dentro del **componente sistemático** de la vigilancia SiVIRA en pacientes hospitalizados, en la temporada 2024-25 se analizaron 21.435 muestras para confirmación de gripe, 21.704 para confirmación de SARS-CoV-2 y 20.899 para confirmación de VRS, mostrando que la prueba fue realizada de forma sistemática y consistente para los tres virus. Globalmente para toda la temporada, la positividad fue del 11,9%, 6,7% y 9,8%, para gripe, SARS-CoV-2 y VRS, respectivamente. La Tabla 5 muestra estos mismos datos por CCAA.

La evolución temporal de la positividad a cada uno de los tres patógenos (Figura 19) refleja sus periodos de mayor circulación, si bien la magnitud de la positividad depende de qué otros patógenos estén causando hospitalización por infección respiratoria aguda en cada momento. El pico de positividad fue de 34,5% para gripe (semana 05/2025), de un 28,1% para SARS-CoV-2 (semana 33/2025), y de 26,6% para VRS (semana 52/2024). Hay que tener en cuenta que la elevada positividad frente a SARS-CoV-2 en primavera-verano refleja tanto la circulación importante de SARS-CoV-2 como la muy baja circulación de todos los demás patógenos, de forma que entre las personas hospitalizadas con estas infecciones una elevada proporción correspondieron a SARS-CoV-2. Por ello, para tener una estimación de hospitalización específica por cada uno de los patógenos es imprescindible poner en relación estas cifras de positividad con la tasa de hospitalización por infecciones respiratorias agudas en cada momento.

Figura 19. Porcentaje de positividad semanal a gripe, SARS-CoV-2 y VRS en pacientes hospitalizados por IRAG. SiVIRA, temporada 2024-25.

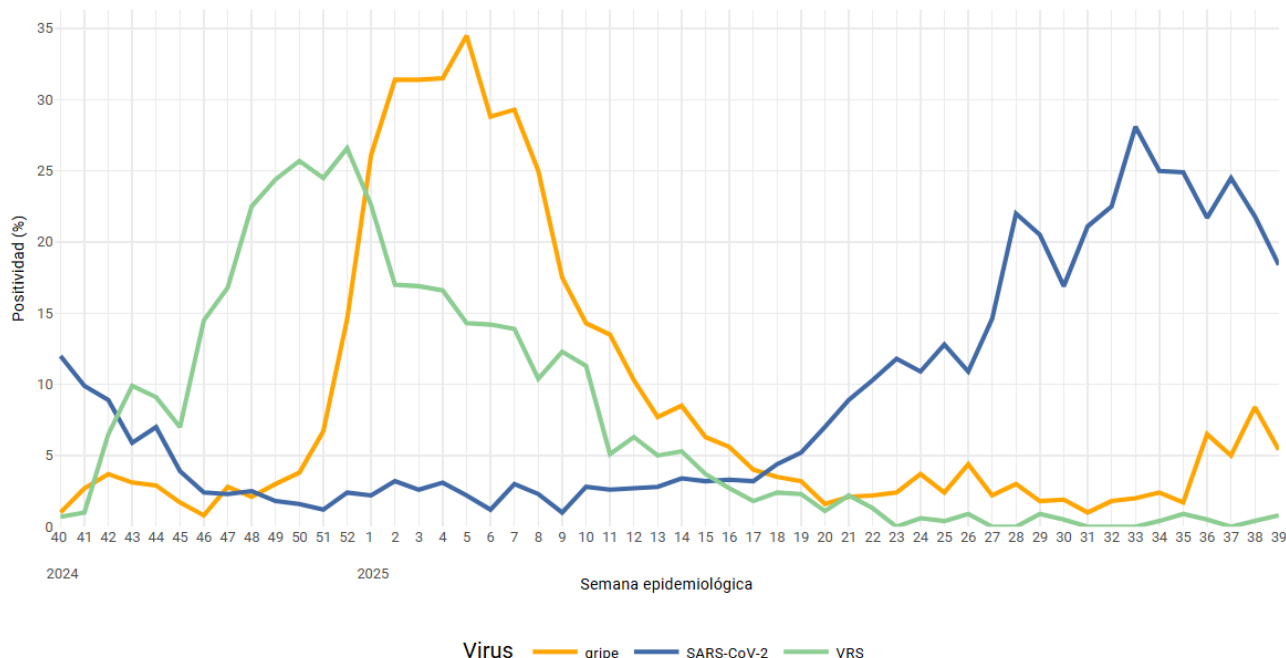


Tabla 5. Muestras de pacientes hospitalizados por IRAG analizadas, detecciones virales y positividad a gripe, SARS-CoV-2 y VRS, por CCAA. SiVIRA, temporada 2024-25.

CCAA	Muestras gripe (N)	Positivos gripe (n)	Positividad gripe (n/N, %)	Muestras SARS-CoV-2 (N)	Positivos SARS-CoV-2 (n)	Positividad SARS-CoV-2 (n/N, %)	Muestras VRS (N)	Positivos VRS (n)	Positividad VRS (n/N, %)
Andalucía	3344	449	13,2	3371	178	5,3	3136	313	10,0
Aragón	475	61	12,8	480	40	8,3	341	52	15,2
Asturias	490	53	10,8	490	36	7,3	490	40	8,2
Islas Baleares	56	28	50,0	270	11	4,1	252	10	4,0
Islas Canarias	529	38	7,2	539	53	9,8	529	26	4,9
Cantabria	514	61	11,9	515	35	6,8	505	29	5,7
Castilla-La Mancha	367	31	8,4	367	32	8,7	367	17	4,6
Castilla y León	2383	182	7,6	2381	158	6,6	2378	296	12,4
Cataluña	3815	540	14,2	3875	273	7,0	3772	273	7,2
Comunitat Valenciana	2915	309	10,6	2926	157	5,4	2551	179	7,0
Extremadura	1133	80	7,1	1135	58	5,1	1132	103	9,1
Galicia	550	68	12,4	548	23	4,2	544	33	6,1
Madrid	2515	226	9,0	2507	135	5,4	2476	189	7,6
Murcia	281	31	11,0	286	9	3,1	248	48	19,4
Navarra	-	-	-	-	-	-	-	-	-
País Vasco	305	48	15,7	306	13	4,2	306	24	7,8
La Rioja	1269	290	22,9	1265	213	16,8	1432	372	26,0
Ceuta	358	53	14,8	357	33	9,2	354	15	4,2
Melilla	86	11	12,8	86	4	4,7	86	20	23,3
Nacional	21435	2559	11,9	21704	1461	6,7	20899	2039	9,8

Estimaciones proxy de hospitalización por gripe

Se observó un aumento pronunciado de las hospitalizaciones por gripe desde la semana 51/2024 hasta alcanzar el pico 3 semanas después, en la semana 02/2025, con 7,6 hospitalizaciones/100.000h. (Figura 20). Posteriormente la tasa de hospitalización descende manteniéndose en niveles basales desde la semana 18/2025 hasta el final de la temporada. Esta evolución refleja los periodos de mayor circulación de gripe observados en los datos en AP. La tasa de hospitalización en gripe fue similar entre hombres y mujeres (Figura 21A), y superior en el grupo de 80 y más años, seguido de 70-79 años y menores de 1 año (Figura 21B).

Figura 20. Tasa estimada de hospitalización semanal por gripe (proxy) por temporada. SiVIRA, temporadas 2022-23 a 2024-25.

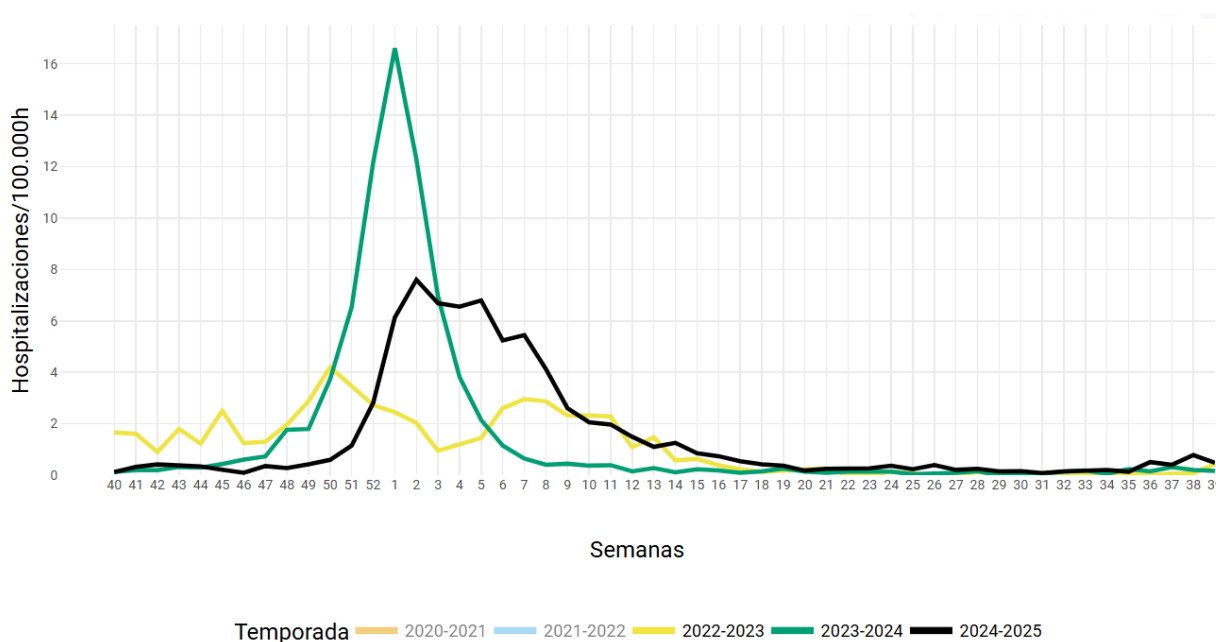
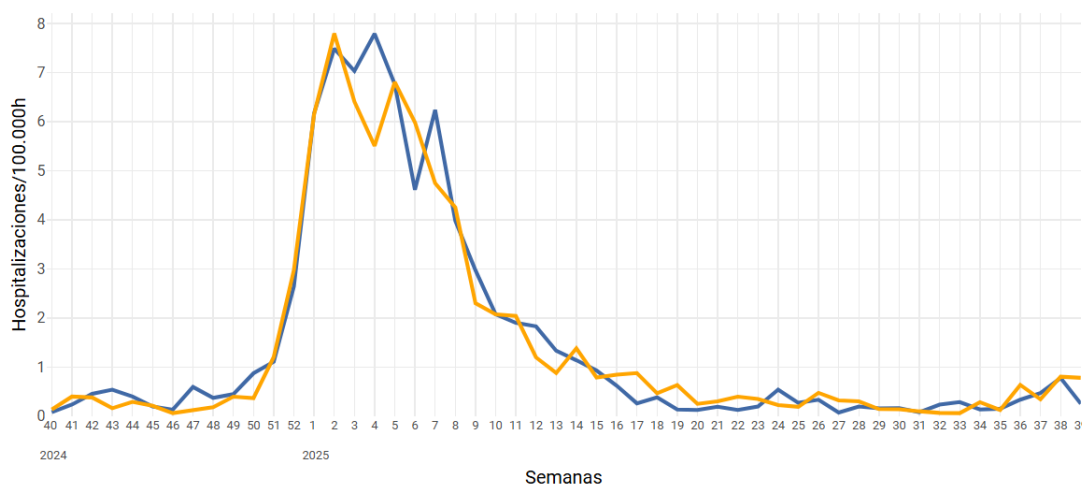
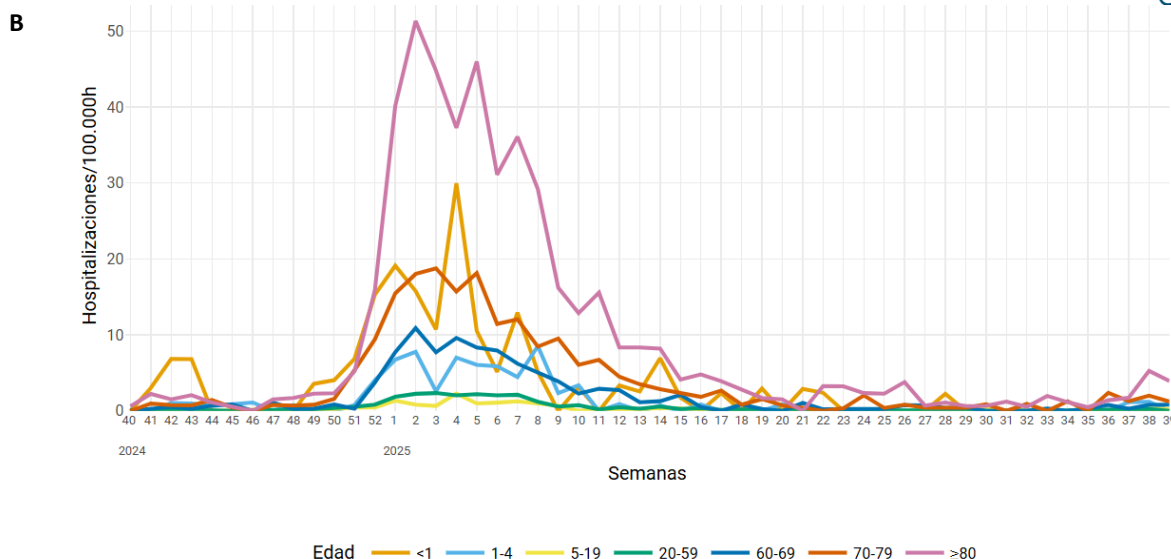


Figura 21. Tasa estimada de hospitalización semanal por gripe (proxy) por sexo (A) y grupo de edad (B). SiVIRA, temporada 2024-25.

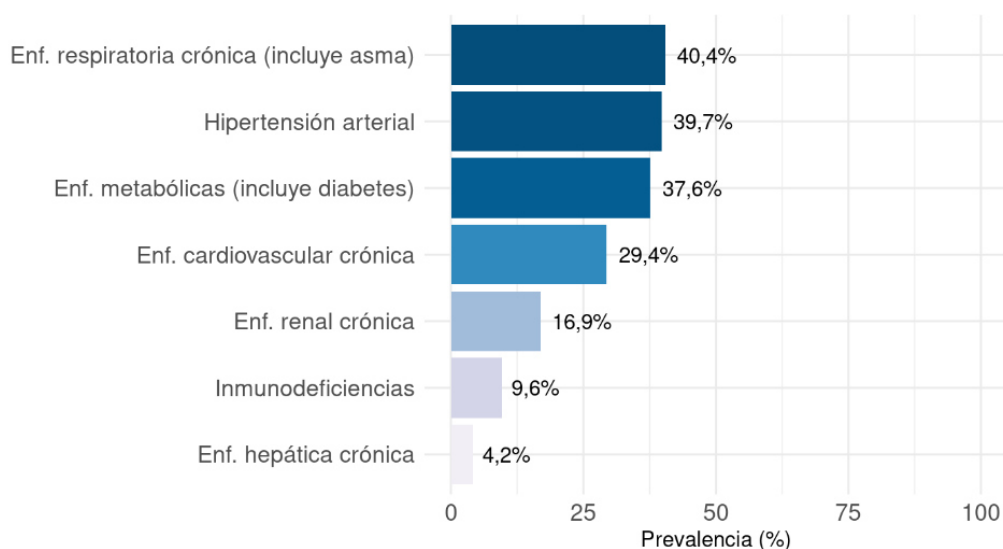
A





Los factores de riesgo más frecuentemente presentes en los casos hospitalizados por gripe fueron la enfermedad respiratoria crónica (40,4%), la hipertensión arterial (39,7%) y las enfermedades metabólicas (37,6%) (Figura 22).

Figura 22. Prevalencia de enfermedades crónicas/factores de riesgo en casos hospitalizados por gripe. SiVIRA, temporada 2024-25.



La edad mediana de los pacientes hospitalizados con gripe fue de 75 años. Un 77,3% de ellos presentaban una o más enfermedades crónicas, un 27,0% desarrolló neumonía, un 6,1% fue admitido en UCI y el 6,3% tuvo una evolución fatal (10,6% en los pacientes de 80 y más años) (Tabla 7).

Tabla 7. Neumonía, ventilación mecánica, admisión en UCI y letalidad en casos de hospitalizados por gripe. SiVIRA, temporada 2024-25.

	<1 año (N=73)		1-4 años (N=91)		5-19 años (N=69)		20-59 años (N=435)		60-69 años (N=382)		70-79 años (N=543)		80+ años (N=966)		Total (N=2559)	
Características	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Edad, mediana en años [rango intercuartílico]	0 [0 - 0]		2 [1 - 3]		8 [6 - 13]		49 [40 - 56]		65 [63 - 67]		75 [72 - 77]		87 [83 - 91]		75 [59 - 84]	
Sexo																
Hombre	41	56,2	51	56,0	37	53,6	246	56,6	215	56,3	307	56,5	368	38,1	1265	49,4
Mujer	32	43,8	40	44,0	32	46,4	189	43,4	167	43,7	236	43,5	598	61,9	1294	50,6
Enfermedad crónica (una o más)																
Hipertensión arterial	1	1,4	0	0,0	0	0,0	71	16,9	139	38,1	233	45,5	522	57,3	966	39,7
Enf. cardiovascular crónica	2	2,9	2	2,2	1	1,5	43	10,3	87	24,0	174	34,2	404	44,3	713	29,4
Enf. respiratoria crónica (incluye asma)	2	2,9	16	18,2	14	21,5	174	42,9	169	48,6	230	48,6	328	38,1	933	40,4
Enf. metabólicas (incluye diabetes)	0	0,0	3	3,3	2	3,0	88	22,6	152	43,8	277	47,0	402	45,7	874	37,6
Enf. hepática crónica	1	1,5	0	0,0	1	1,5	24	6,3	25	7,7	24	5,5	17	2,1	92	4,2
Enf. renal crónica	0	0,0	0	0,0	2	3,1	32	8,4	42	12,9	83	18,4	218	25,6	377	16,9
Inmunodeficiencias	3	5,2	2	2,5	1	1,7	51	13,4	44	13,3	51	11,4	57	6,9	209	9,6
Complicaciones																
Neumonía	8	11,1	24	27,0	17	26,2	130	32,9	97	27,2	128	25,4	235	26,4	639	27,0
Ventilación mecánica	3	4,5	0	0,0	2	3,4	26	7,2	14	4,6	6	1,4	8	1,0	59	2,8
Ingreso en UCI	9	12,7	8	9,3	7	10,9	54	13,7	32	9,1	21	4,3	11	1,3	142	6,1
Defunción	0	0,0	0	0,0	0	0,0	9	2,4	17	5,1	24	5,2	90	10,6	140	6,3

Estimaciones proxy de hospitalización por COVID-19

Se estimaron tasas de hospitalización por COVID-19 muy bajas durante el otoño y el invierno, concordantes con la baja circulación de SARS-CoV-2 detectada en datos de AP. A partir de la semana 18/2025 comienza un ascenso gradual con un periodo de mayores tasas de hospitalización que tienen su máximo en la semana 33/2025 con 2,2 casos/100.000h. (Figura 23). Se observó una mayor tasa de hospitalización por COVID-19 en hombres que en mujeres (Figura 24A) y en los grupos de 80 y más años, seguidos de los menores de un año, si bien las estimaciones se basan en un número reducido de casos y presentan bastante inestabilidad (Figura 24B).

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

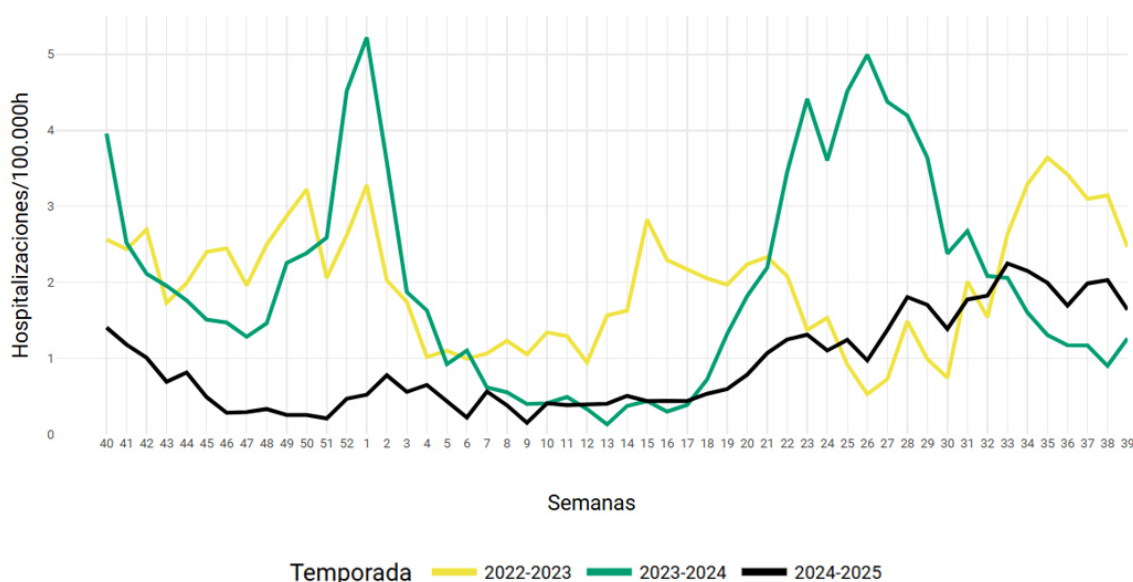
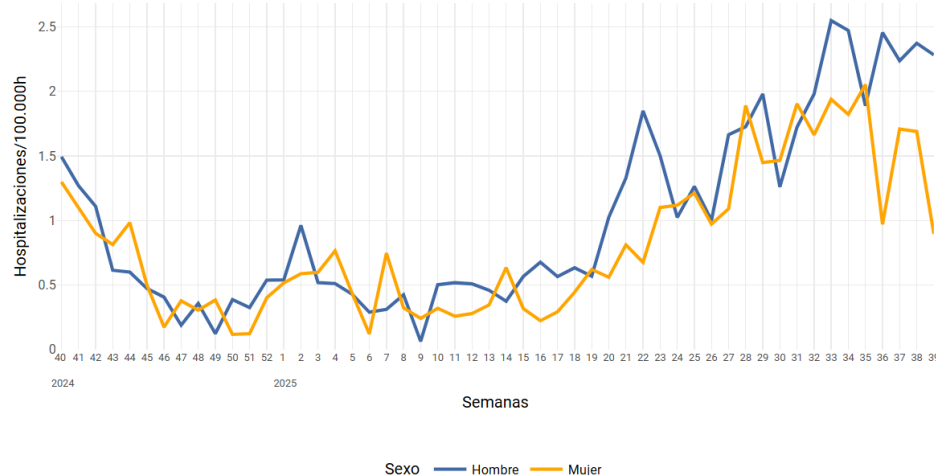
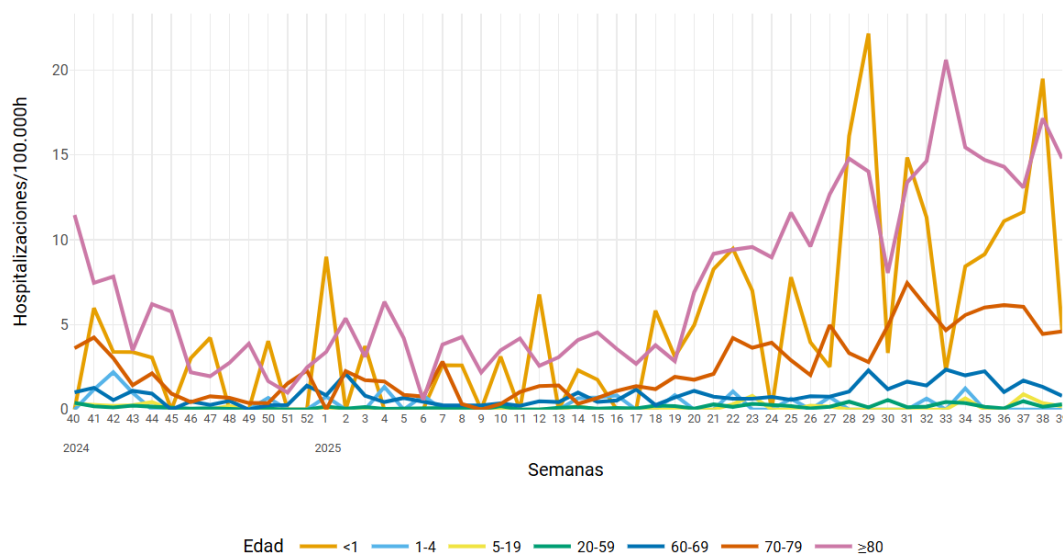


Figura 24. Tasa semanal de hospitalización por COVID-19 (proxy) por sexo (A) y grupo de edad (B). SiVIRA, temporada 2024-25.

A

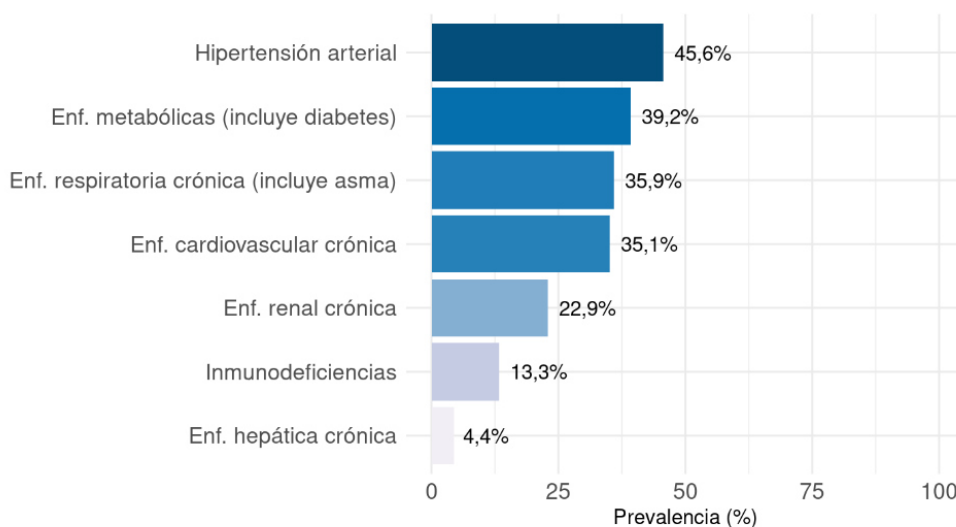


B



Los factores de riesgo más frecuentemente presentes en los casos hospitalizados por COVID-19 fueron la hipertensión arterial (45,6%), seguida de las enfermedades metabólicas (39,2%) y las enfermedades crónicas de tipo respiratorio y cardiovascular (>35%) (Figura 25).

Figura 25. Prevalencia de enfermedades crónicas/factores de riesgo en casos hospitalizados por COVID-19. SiVIRA, temporada 2024-25.



La edad mediana de los pacientes hospitalizados con COVID-19 fue de 79 años. Un 80,0% de ellos presentaban una o más enfermedades crónicas. Con respecto a indicadores asociados a gravedad, el 23,9% de los pacientes hospitalizados con COVID-19 desarrolló neumonía, un 3,7% fueron admitidos en UCI y un 9,7% fallecieron en el hospital (14,1% en los pacientes de 80 y más años) (Tabla 8).

Tabla 8. Neumonía, ventilación mecánica, admisión en UCI y letalidad en casos de hospitalizados por SARS-CoV-2. SiVIRA, temporada 2024-25.

	<1 año (N=90)		1-4 años (N=19)		5-19 años (N=19)		20-59 años (N=131)		60-69 años (N=159)		70-79 años (N=333)		80+ años (N=710)		Total (N=1461)	
Características	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Edad, mediana en años [rango intercuartílico]	0 [0 - 0]		2 [1 - 4]		12 [10 - 16]		49 [41 - 56]		65 [63 - 67]		75 [72 - 77]		88 [83 - 91]		79 [67 - 88]	
Sexo																
Hombre	55	61,1	8	42,1	12	63,2	69	52,7	87	54,7	203	61,0	364	51,3	798	54,6
Mujer	35	38,9	11	57,9	7	36,8	62	47,3	72	45,3	130	39,0	346	48,7	663	45,4
Enfermedad crónica (una o más)	5	6,8	80	65,6	131	84,5	276	85,7	595	87,9	7	43,8	12	70,6	1106	80,0
Hipertensión arterial	0	0,0	16	13,1	57	36,8	159	49,4	398	59,1	0	0,0	0	0,0	630	45,6
Enf. cardiovascular crónica	2	2,6	13	10,7	33	21,4	106	33,1	326	49,1	0	0,0	0	0,0	480	35,1
Enf. respiratoria crónica (incluye asma)	2	2,6	28	23,3	80	53,0	139	45,7	216	33,7	3	18,8	8	50,0	476	35,9
Enf. metabólicas (incluye diabetes)	1	1,3	30	25,2	55	37,9	143	46,4	292	44,8	1	6,2	0	0,0	522	39,2
Enf. hepática crónica	0	0,0	5	4,2	16	11,3	22	7,5	13	2,1	0	0,0	0	0,0	56	4,4
Enf. renal crónica	0	0,0	17	14,3	20	14,4	73	24,5	188	29,5	0	0,0	0	0,0	298	22,9
Inmunodeficiencias	0	0,0	31	26,1	31	21,8	52	17,4	50	8,1	3	18,8	4	25,0	171	13,3
Complicaciones																
Neumonía	5	6,1	3	17,6	1	5,6	35	28,5	36	23,7	78	24,5	173	25,6	331	23,9
Ventilación mecánica	3	3,8	0	0,0	0	0,0	6	5,0	1	0,7	6	2,1	2	0,3	18	1,4
Ingreso en UCI	11	12,8	0	0,0	3	16,7	11	8,7	3	2,0	19	6,0	4	0,6	51	3,7
Defunción	1	1,3	0	0,0	0	0,0	3	2,7	7	4,9	25	9,1	84	14,1	120	9,7

Estimaciones proxy de hospitalización por VRS

Las tasas estimadas de hospitalización por infección con VRS concuerdan con los datos de la enfermedad en AP, presentando un pico de hospitalizaciones en la semana 01/2025 de 5,3 casos/100.000h. (Figura 26), dos semanas después del pico de VRS observado en los datos de AP. La afectación fue muy similar entre hombres y mujeres (Figura 27A) y máxima en población infantil menor de 1 año, seguido por población de 1-4 años (Figura 27B).

Figura 26. Tasa estimada de hospitalización por hospitalización por VRS (proxy) por temporada. SiVIRA, temporadas 2022-23 a 2024-25.

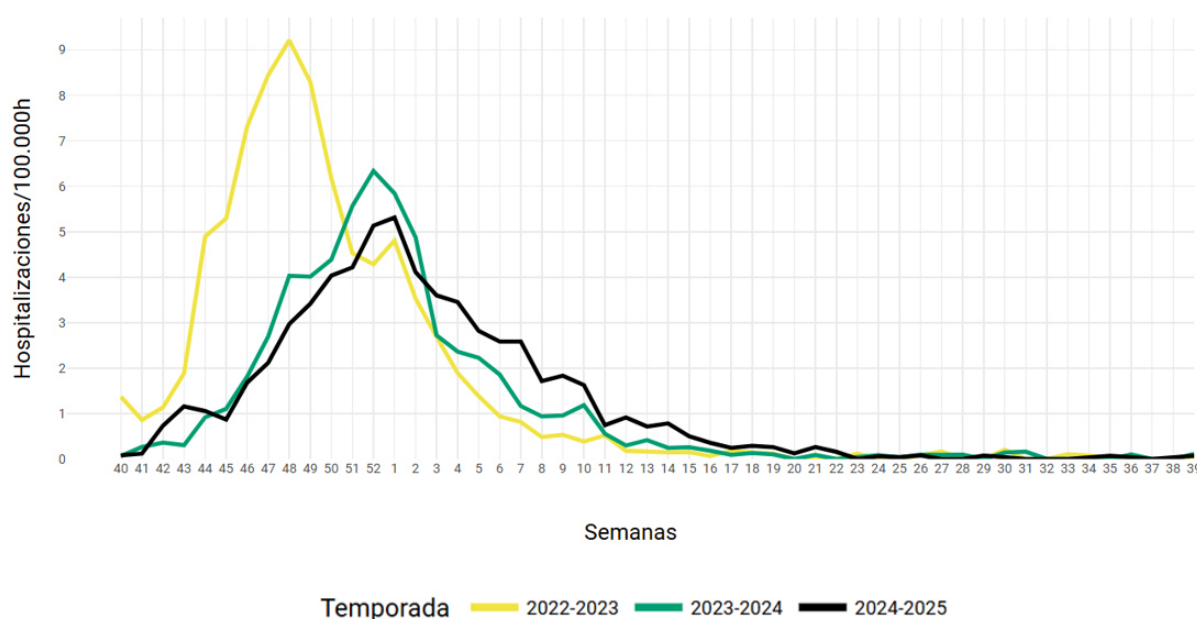
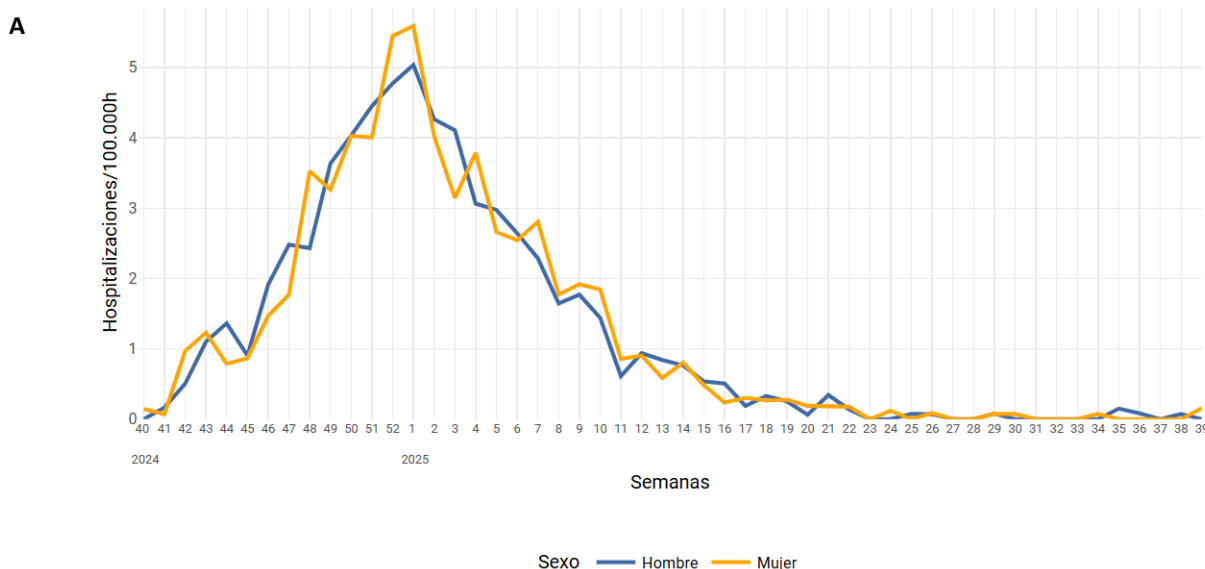
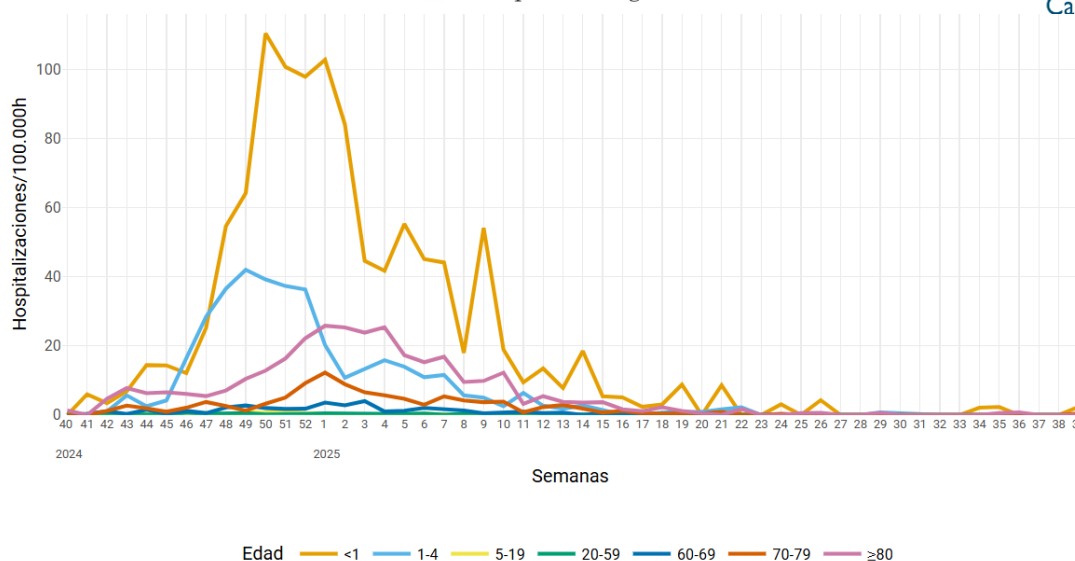


Figura 27. Tasa estimada de hospitalización por VRS (proxy) por sexo (A) y grupo de edad (B). SiVIRA, temporada 2024-25.

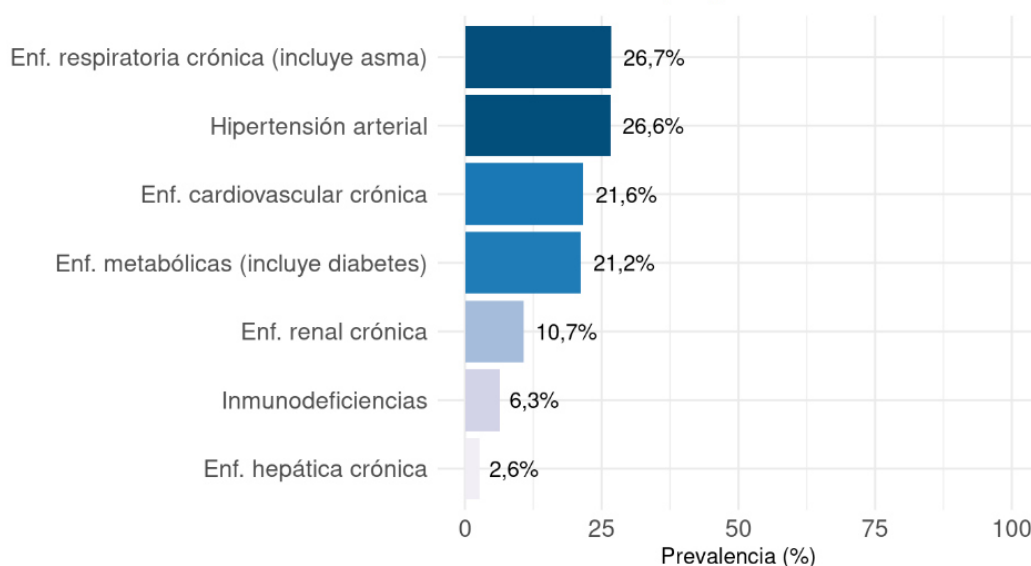


B



Los factores de riesgo más frecuentemente presentes en los casos hospitalizados por VRS fueron la enfermedad respiratoria crónica e hipertensión arterial (>26%), seguido de enfermedad cardiovascular crónica y enfermedades metabólicas (>21%) (Figura 28).

Figura 28. Prevalencia de enfermedades crónicas/factores de riesgo en casos hospitalizados por VRS. SiVIRA, temporada 2024-25.



La edad mediana de los pacientes hospitalizados por VRS fue de 59 años. Un 49 % de ellos presentaban una o más enfermedades crónicas. Con respecto a indicadores asociados a gravedad, el 19,3 % de los pacientes hospitalizados con VRS desarrolló neumonía, un 8,7 % fueron admitidos en UCI y un 4,3 % fallecieron en el hospital (10,3 % en los pacientes de 80 y más años) (Tabla 9).

Tabla 9. Neumonía, ventilación mecánica, admisión en UCI y letalidad en casos de hospitalizados por VRS. SiVIRA, temporada 2024-25.

	<1 año (N=393)		1-4 años (N=463)		5-19 años (N=44)		20-59 años (N=120)		60-69 años (N=144)		70-79 años (N=268)		80+ años (N=607)		Total (N=2039)	
Características	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Edad, mediana en años [rango intercuartílico]	0 [0 - 0]		1 [1 - 2]		6 [5 - 9]		52 [45 - 56]		66 [63 - 68]		76 [73 - 77]		88 [84 - 91]		59 [1 - 82]	
Sexo																
Hombre	236	60,1	210	45,4	21	47,7	59	49,2	79	54,9	145	54,1	235	38,7	985	48,3
Mujer	157	39,9	253	54,6	23	52,3	61	50,8	65	45,1	123	45,9	372	61,3	1054	51,7
Enfermedad crónica (una o más)																
Hipertensión arterial	0	0,0	2	0,4	0	0,0	10	8,5	50	36,2	130	49,8	325	56,7	517	26,6
Enf. cardiovascular crónica	5	1,4	12	2,7	4	9,5	9	7,8	34	24,6	89	34,2	268	46,8	421	21,6
Enf. respiratoria crónica (incluye asma)	8	2,2	74	16,6	19	45,2	38	33,6	66	50,4	118	46,3	185	33,6	508	26,7
Enf. metabólicas (incluye diabetes)	0	0,0	3	0,7	2	4,9	11	9,8	48	35,6	100	40,8	235	42,9	399	21,2
Enf. hepática crónica	0	0,0	0	0,0	1	2,4	9	8,0	7	5,6	14	5,9	17	3,2	48	2,6
Enf. renal crónica	1	0,3	1	0,2	0	0,0	8	7,1	21	16,7	47	19,6	121	22,4	199	10,7
Inmunodeficiencias	3	0,9	7	1,7	0	0,0	16	13,9	14	11,1	34	14,2	39	7,3	113	6,3
Complicaciones																
Neumonía	23	6,0	85	18,6	7	17,9	22	28,6	21	19,8	58	27,0	123	25,4	339	19,3
Ventilación mecánica	17	5,0	4	0,9	0	0,0	5	7,0	4	4,0	4	2,1	1	0,2	35	2,2
Ingreso en UCI	78	20,6	45	9,9	3	7,9	7	9,5	5	4,6	11	5,2	3	0,6	152	8,7
Defunción	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	4,1	6	5,6	15	7,4	49	10,3	73	4,3

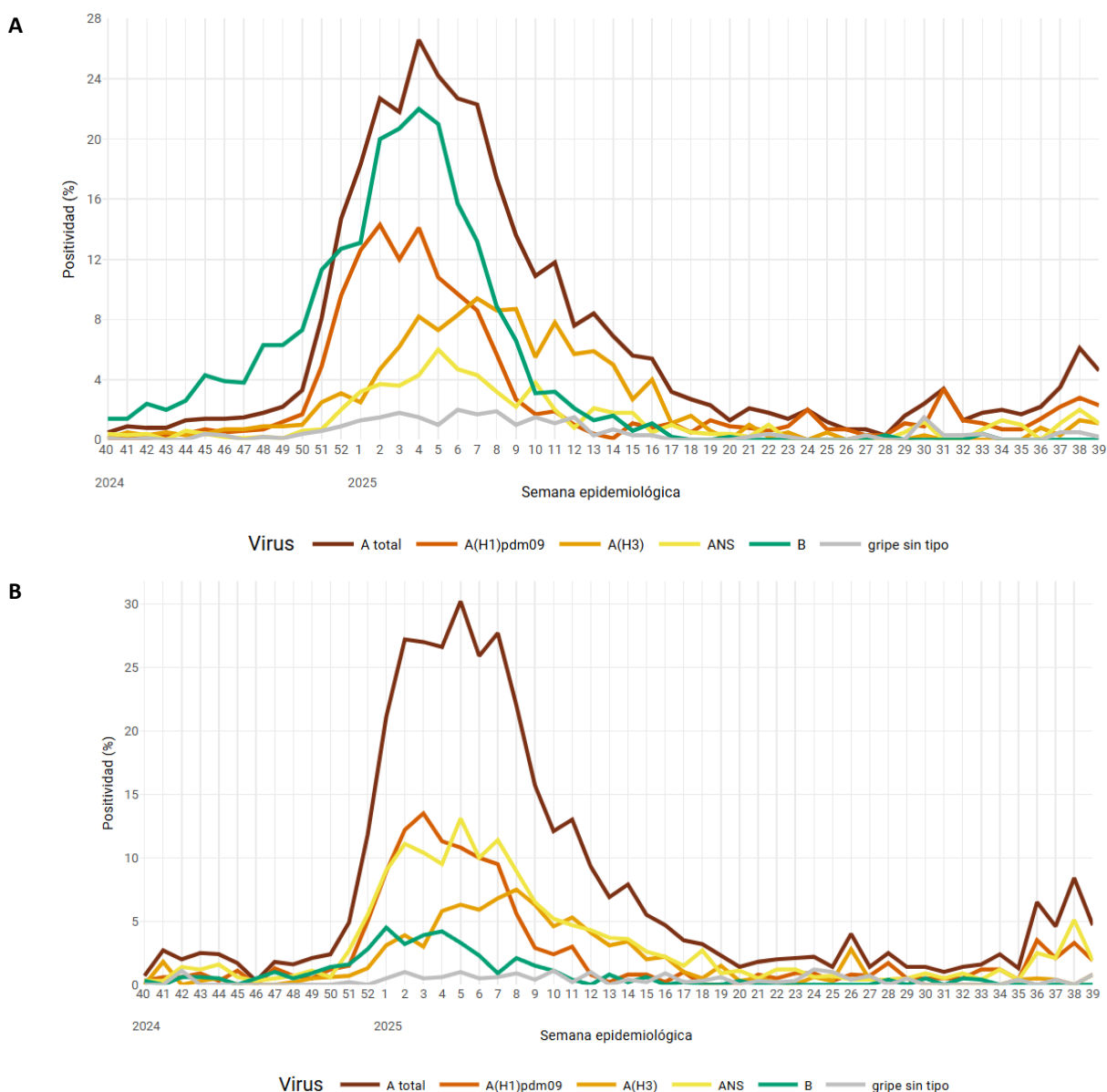
Vigilancia virológica de la gripe

Tipos y subtipos de gripe y caracterización virológica en SiVIRA

Un 56,7% de virus de la gripe identificados en casos de IRA en **Atención Primaria** fueron tipo A y un 43,3% fueron virus tipo B. Entre los virus de gripe A, hubo un predominio leve de A(H1N1), correspondiendo al 52,5% de las gripes A subtipadas, frente a A(H3N2) que supuso el 47,5 % de las subtipadas (Figura 31A).

Entre los casos **hospitalizados** por IRAG, se identificó un 89,5% de virus tipo A. Entre los virus de gripe A, predominó A(H1N1), correspondiendo al 59,6% de las gripes A subtipadas, frente a A(H3N2) que supuso el 40,4% de las subtipadas (Figura 31B). El porcentaje de virus no subtipados fue del 12,2% en AP y del 40,8% en hospitales.

Figura 31. Porcentaje de positividad por tipo/subtipo de gripe en Atención Primaria (A) o en pacientes hospitalizados (B). SiVIRA, temporada 2024-25.



De los 5273 casos positivos a gripe del componente sistemático de la vigilancia SiVIRA en atención primaria (IRAs) en la temporada 2024-25, se caracterizaron 1111 casos (21,1%). Este porcentaje fue sensiblemente inferior en los casos positivos de gripe que se detectaron en pacientes hospitalizados (IRAG), donde se caracterizaron 441 casos de los 2559 casos positivos detectados (17,2%). La Tabla 10 muestra estos mismos datos por CCAA.

Se indican también los casos de la vigilancia SiVIRA que no pudieron ser secuenciados (SECTOPOS), tanto en IRAs (5,1%) como en IRAG (3,8%). La principal causa para que los virus no puedan ser secuenciados es que la cantidad de virus presentes en la muestra clínica sea escasa (muestras que presentaron un valor de Ct elevado en la PCR de diagnóstico, habitualmente por encima de 30), pero también puede deberse a problemas técnicos en el proceso de secuenciación. Muchas de las CCAA no presentan virus que no hayan podido ser secuenciados. Esto podría sugerir que no todas las CCAA introducen este dato en la aplicación SiVIRA. Por último, se indican el total de casos secuenciados que pertenecen a la vigilancia no centinela y que, a nivel nacional, representan el 74,9% de las secuencias de virus de la gripe que han sido depositadas en la base de datos GISAID.

Vigilancia virológica no centinela de gripe

Como cada temporada, los grupos genéticos o clados de los virus de la gripe circulantes se definen según las directrices que distribuyen OMS y ECDC entre los Centros Nacionales de Gripe a comienzos de cada temporada en el hemisferio norte. El objetivo de la asignación de clados es agrupar virus que comparten mutaciones características en el gen de la hemaglutinina, una glicoproteína de superficie del virus de la gripe expuesta a la acción neutralizante de los anticuerpos. La hemaglutinina es el principal antígeno del virus de la gripe incluido en las vacunas.

Basándose en el análisis filogenético de las secuencias disponibles en la base de datos GISAID procedentes del Centro Nacional de Microbiología y los laboratorios pertenecientes a la red RELECOV se han caracterizado 2481 virus A(H1N1), 2036 virus de la gripe A(H3N2) y 1669 virus B de linaje Victoria. El clado 5a.2a (C.1.9), representado por el virus A/Lisboa/188/2023, es el predominante (74%) entre los virus A(H1N1) circulantes (Figura 29). Entre los virus A(H3N2), el clado 2a.3a.1 (J.2), representado por A/Croatia/10136RV/2023, predomina 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, es el predominante con el 86% de los virus secuenciados.

Figura 29. Distribución de clados circulantes en España. Temporada 2024-25.

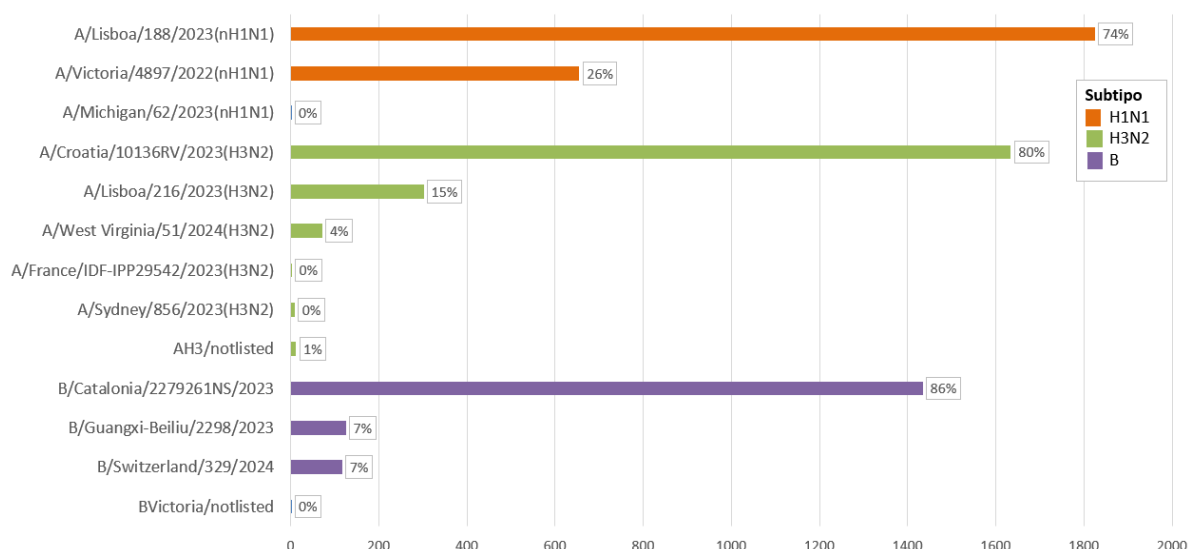


Tabla 10. Número de casos de gripe secuenciados en SiVIRA, AP (IRAs) o pacientes hospitalizados (IRAG), y en casos no centinela, por CCAA. SiVIRA, temporada 2024-25.

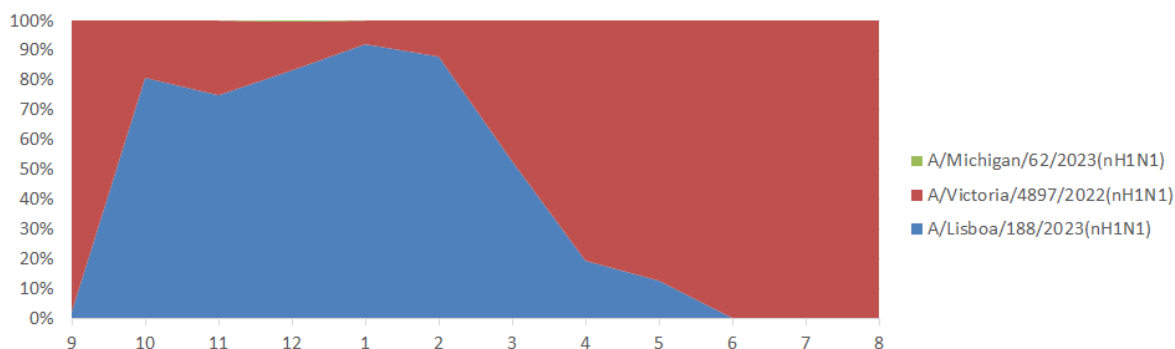
CCAA	Positivos IRAs (N)	Casos secuenciados IRAs (n)	Casos SECNOPOS IRAs (n)	Positivos IRAG (N)	Casos secuenciados IRAG (n)	Casos SECNOPOS IRAG (n)	Casos secuenciados no centinela (n)
Andalucía	642	99 (15,4%)	4 (0,6%)	449	132 (29,4%)	51 (11,4%)	344 (59,8%)
Aragón	92	30 (32,6%)	0 (0,0%)	61	11 (18,0%)	0 (0,0%)	91 (68,9%)
Asturias	-	-	-	53	5 (9,4%)	0 (0,0%)	78 (94,0%)
Islas Baleares	157	4 (2,5%)	2 (1,3%)	28	0 (0,0%)	0 (0,0%)	16 (80,0%)
Islas Canarias	37	19 (51,4%)	1 (2,7%)	38	14 (36,8%)	0 (0,0%)	77 (70,0%)
Cantabria	-	-	-	61	33 (54,1%)	0 (0,0%)	30 (47,6%)
Castilla – La Mancha	241	69 (28,6%)	0 (0,0%)	31	18 (58,1%)	2 (6,5%)	20 (18,7%)
Castilla y León	338	113 (33,4%)	0 (0,0%)	182	28 (15,4%)	0 (0,0%)	222 (61,2%)
Cataluña	1656	301 (18,2%)	0 (0,0%)	540	60 (11,1%)	0 (0,0%)	714 (66,4%)
Comunitat Valenciana	391	11 (2,8%)	2 (0,5%)	309	22 (7,1%)	2 (0,6%)	337 (91,1%)
Extremadura	253	113 (44,7%)	62 (24,5%)	80	29 (36,2%)	26 (32,5%)	321 (69,3%)
Galicia	-	-	-	68	13 (19,1%)	0 (0,0%)	1521 (99,2%)
Madrid	364	88 (24,2%)	197 (54,1%)	226	40 (17,7%)	16 (7,15)	69 (35,0%)
Murcia	261	41 (15,7%)	0 (0,0%)	31	9 (29,0%)	1 (3,2%)	46 (47,9%)
Navarra	-	-	-	-	-	-	268 (100,0%)
País Vasco	481	170 (35,3%)	0 (0,0%)	48	13 (27,1%)	0 (0,0%)	419 (69,6%)
La Rioja	178	8 (4,5%)	0 (0,0%)	290	9 (3,1%)	0 (0,0%)	19 (52,8%)
Ceuta	76	29 (38,2%)	0 (0,0%)	53	4 (7,6%)	0 (0,0%)	24 (42,1%)
Melilla	106	16 (15,1%)	0 (0,0%)	11	1 (9,1%)	0 (0,0%)	12 (41,4%)
Nacional	5273	1111 (21,1%)	268 (5,1%)	2559	441 (17,2%)	98 (3,8%)	4628 (74,9%)

Entre el total de virus secuenciados se identificaron 6 niños en los que se detectó una secuencia idéntica a alguno de los virus utilizados para la elaboración de las vacunas (A/Thailand/8/2022, cinco casos, y B/Austria/1359417/2021, un caso), sugiriendo un origen vacunal. Todos los casos procedían de la vigilancia no centinela.

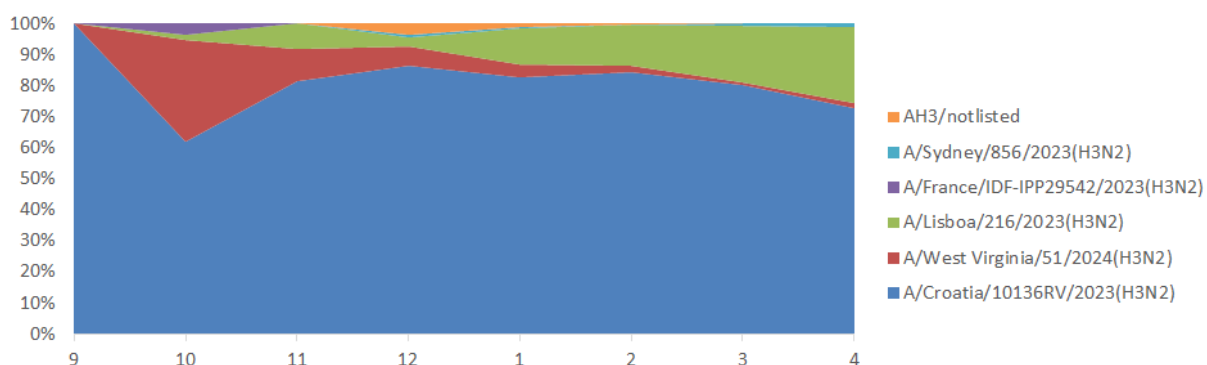
A partir del mes de abril, el clado 5a.2a.1 (D) de virus A(H1N1), representado por el virus vacunal A/Victoria/4897/2022, pasó a ser el predominante (81%), y terminó por convertirse en el único clado detectado a partir del mes de junio (Figura 30). En lo que respecta a los virus A(H3N2) y B, la distribución temporal de clados se mantuvo constante, en términos generales, desde el comienzo de la temporada 2024-2025.

Figura 30. Distribución temporal de clados circulantes en España. Temporada 2024-25.

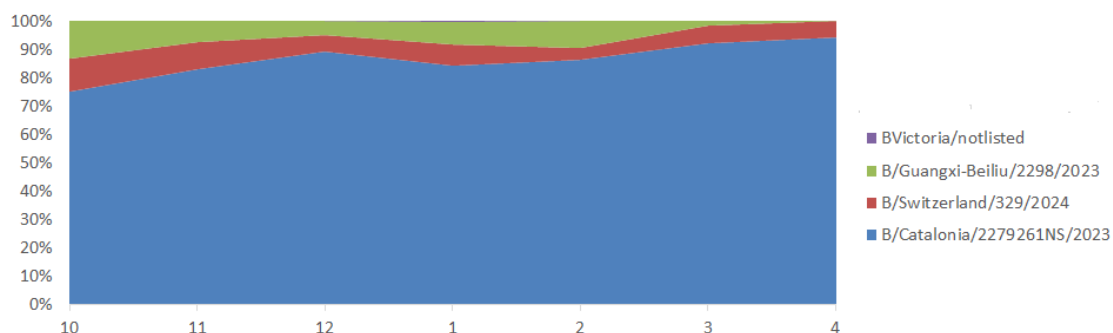
A(H1N1)



A(H3N2)



B



Según el informe de la OMS de Septiembre de 2025 para la composición recomendada de las vacunas contra el virus de la influenza para su uso en la temporada de influenza del hemisferio sur de 2026 ([10](#)), los análisis de los anticuerpos generados frente al virus vacunal A/Victoria/4897/2022 (H1N1), representante del clado 5a.2a.1 (D), reconocieron bien la mayoría de los virus de los clados 5a.2a (C.1.9.) y 5a.2a.1 (D). Sin embargo,

los resultados observados en sueros de seres humanos recomendaron el cambio del virus vacunal por otro virus de este mismo clado 5a.2a.1, pero ahora perteneciente al subclado D.3.1 (A/Missouri/11/2025).

En el mismo informe se recomendaba el cambio del virus vacunal A/Croatia/10136RV/2023 (H3N2), representante del clado 2a.3a.1 (J.2), que ya se había elegido en febrero de 2025 para la vacuna de la temporada 2025-2026 del hemisferio norte, por el virus A/Singapore/GP20238/2024, del clado 2a.3a.1 (J.2.4). Además, se recomendaba mantener el virus vacunal B dado que la mayoría de los virus circulantes fueron reconocidos adecuadamente por los antisueros generados contra B/Austria/1359417/2021.

En el análisis de susceptibilidad a antivirales frente a gripe realizado en 2302 virus AH1, 1763 virus AH3 y 1627 virus B se han identificado 7 virus A(H1N1) con la mutación H275Y, un virus A(H1N1) con la mutación I223K, dos virus A(H3N2) con la mutación K249E, y 2 virus B con la mutación H273Y en el gen de la neuraminidasa, todas asociadas con resistencia a oseltamivir y susceptibilidad a zanamivir. Se ha identificado también un virus A(H1N1) con la mutación D199Y, asociada con resistencia a los dos antivirales. En el resto de los virus no se han identificado mutaciones asociadas con resistencia a oseltamivir, zanamivir o baloxavir. En todos los virus A(H1N1) y A(H3N2) analizados se ha detectado la presencia de la mutación S31N en el gen de la proteína matriz, asociada con resistencia a los adamantanos.

Vigilancia virológica de SARS-CoV-2

La definición de las variantes de SARS-CoV-2 a incluir en la vigilancia genómica las define el ECDC y son actualizadas a lo largo de la temporada no siendo coincidente con la clasificación de variantes de la OMS ni con el sistema de clasificación taxonómico exhaustivo Pango. Durante la temporada 2024-25, las variantes de interés (VOI) y sobre todo las variantes bajo monitorización (VUM) se han actualizado 13 veces. Al final de la temporada 2024-25 las variantes no desescaladas eran: BA.2.86 (VOI), NB.1.8.1 (VUM) y XFG (VUM). Los motivos del ECDC para desescalar las variantes son: (1) la variante ya no circula, (2) la variante ha estado circulando durante mucho tiempo sin ningún impacto en la situación epidemiológica general, (3) la evidencia científica demuestra que la variante no está asociada con ninguna propiedad preocupante. Las principales actualizaciones se muestran en la tabla 11.

Tabla 11. Actualizaciones de las variantes de SARS-CoV-2. Temporada 2024-25.

Fecha actualización	21K	21L	22A	22B	22E	22D	22F	23A	23I	24C	24F	25A	25B	25C
27/09/2024	BA.1	BA.2	BA.4	BA.5	BQ.1	BA.2.75	XBB	XBB.1.5	BA.2.86	KP.3				
20/12/2024	BA.1	BA.2	BA.4	BA.5	BQ.1	BA.2.75	XBB	XBB.1.5	BA.2.86	KP.3	XEC			
28/02/2025	BA.1	BA.2	BA.4	BA.5	BQ.1	BA.2.75	XBB	XBB.1.5	BA.2.86	KP.3	XEC	LP.8.1 ¹		
27/06/2025	BA.1	BA.2	BA.4	BA.5	BQ.1	BA.2.75	XBB	XBB.1.5	BA.2.86		XEC	LP.8.1	NB.1.8.1 ²	XFG ³
26/09/2025	BA.1	BA.2	BA.4	BA.5	BQ.1	BA.2.75	XBB	XBB.1.5	BA.2.86		XEC		NB.1.8.1	XFG
04/11/2025	BA.1	BA.2	BA.4	BA.5	BQ.1	BA.2.75	XBB	XBB.1.5	BA.2.86				NB.1.8.1	XFG

<https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19/variants-concern#useful-links>

¹ <https://www.who.int/publications/m/item/risk-evaluation-for-sars-cov-2-variant-under-monitoring-lp81>

² https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/epp/tracking-sars-cov-2/23052025_nb.1.8.1_ire.pdf

³ https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/25062025_xfg_ire.pdf

La red de vigilancia genómica RELECOV establecida para la vigilancia del SARS-CoV-2 y que incluye a todas las CCAA y las 2 ciudades autonómicas, ha secuenciado un total de 16.268 SARS-CoV-2 que se han depositado en la **base de datos GISAID**. Del total secuencias, se han identificado 895 asociadas a casos centinela (Tabla 12).

Tabla 12. Número de secuencias de SARS-CoV-2 en casos de SiVIRA, ya sea IRA en AP o IRAG en hospitales, y en casos no captados en SiVIRA (no centinela), por CCAA. Temporada 2024-25.

CCAA	SiVIRA IRA	SiVIRA IRAG	No Centinela	Total secuencias
Andalucía	78	57	775	910
Aragón	2	1	224	227
Asturias	0	15	635	650
Islas Baleares	0	0	278	278
Islas Canarias	7	18	374	399
Cantabria	0	10	514	524
Cataluña	28	17	2255	2300
Ceuta	6	1	0	7
Castilla-La Mancha	36	10	625	671
Castilla y León	60	52	2248	2360
Comunitat Valenciana	58	1	1062	1121
Extremadura	121	34	304	459
Galicia	0	10	1609	1619
La Rioja	6	35	55	96
Madrid	0	35	1000	1035
Melilla	13	1	59	73
Murcia	93	5	1173	1271
Navarra	0	0	60	60
País Vasco	76	9	2123	2208
Total	584	311	15.372	16.268

Vigilancia virológica no centinela de SARS-CoV-2

Desde el inicio de la temporada en septiembre de 2024, los virus SARS-CoV-2 procedentes de 15.360 casos fueron secuenciados y la información de secuencia se ha recuperado desde la base de datos GISAID.

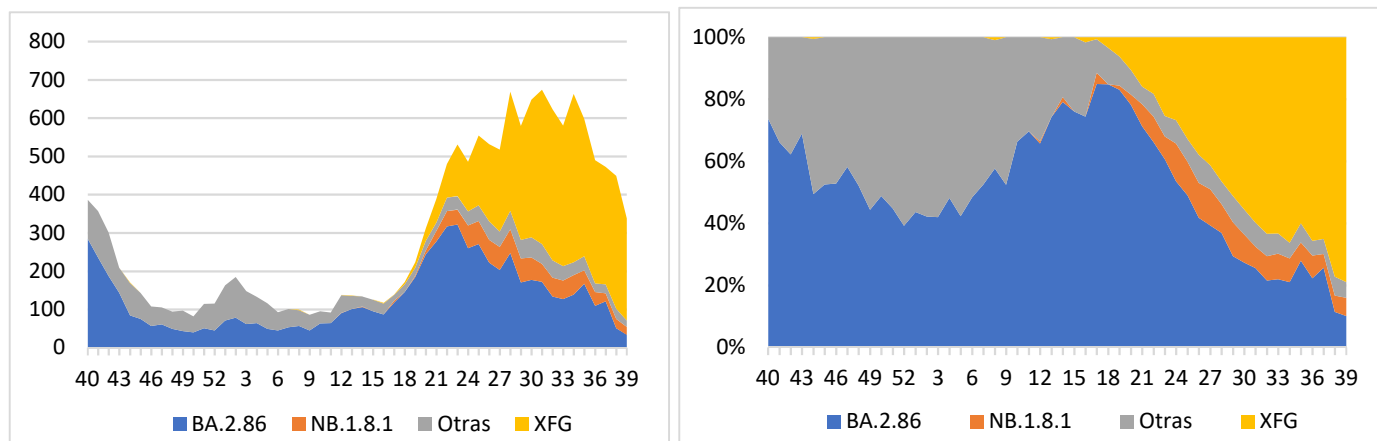
La variante de SARS-CoV-2 identificada en mayor proporción en las 15.360 secuencias desde el inicio de temporada ha sido la VOI BA.2.86 (6698/15360, 44%) que ha circulado en todo el periodo vigilado, seguida de la VUM XFG (5247/15360 34%) que comenzó a circular a partir de la semana 16 (14 de abril 2025) iniciando la onda de circulación estival del año 2025. Las variantes y linajes mayoritarios incluidos en BA.2.86 han sido la VOI JN.1 y sus derivados (3203/6698, 48%) identificados en toda la temporada, la VUM KP.3 y sus derivados (1188/6698, 18%) desde el principio de la temporada hasta la semana 34 de 2025 y, la VUM LP.8.1 y sus derivados (524/6698, 8%) a partir de la semana 2 de 2025. Bajo el epígrafe de “Otras” se incluyen 2.531 secuencias que definen 83 linajes diferentes siendo el mayoritario XEC y sus derivados (1758/2531, 69%) que circularon aproximadamente hasta la semana 25, seguido de XDV y sus derivados (406/2531, 16%) y XFC (132/2531, 5%) que circularon a partir de las semanas 18 y 19 de 2025 (Figura 32).

Al final de la temporada, en septiembre de 2025, la VUM XFG aumentó rápidamente su circulación en comparación con el resto de las VUMs cocirculantes tanto en España (Figura 32) como a nivel mundial. Sin embargo, la XFG solo presenta una evasión inmunitaria adicional y marginal. El aumento de casos en nuestro

país coincide en la vigilancia SiVIRA y la vigilancia no centinela, incluyendo casos hospitalizados (IRAG y no centinelas).

Hasta la finalización de la temporada 2024-25 no se habían publicado informes que sugieran que la gravedad de la enfermedad asociada sea mayor en comparación con otras variantes circulantes. La evidencia disponible en el momento de la redacción de este informe, febrero 2026, sobre la XFG no sugiere riesgos adicionales para la salud pública en relación con los otros linajes descendientes de ómicron actualmente circulantes.

Figura 32. Número semanal de variantes circulantes de SARS-CoV-2 procedentes de casos no centinela (izquierda), y porcentaje de cada una sobre el total (derecha), temporada 2024-25.

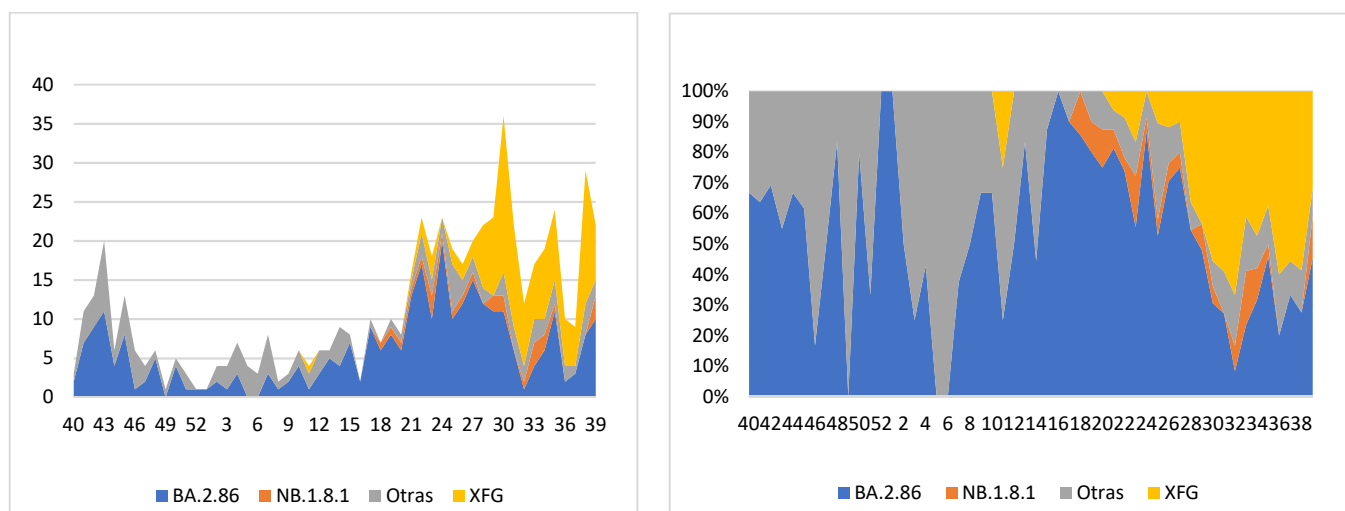


Vigilancia virológica de SARS-CoV-2 en casos de SiVIRA

IRA Atención primaria

En la Figura 33 se presenta semanalmente el número y proporción de variantes de SARS-CoV-2 identificadas entre las muestras de vigilancia de IRA en Atención Primaria, incluyendo sólo aquellas caracterizadas mediante secuenciación. Desde el inicio de la temporada, se ha podido recuperar la información de la secuencia de SARS-CoV-2 en GISAID en un total de 584 (24%). Además, en 146 casos localizados los laboratorios no pudieron secuenciar por el mal estado de la muestra o por la carga viral baja (SECNOPOS).

Figura 33. 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, temporada 2024-25.



Según la clasificación del ECDC, la VOI de SARS-CoV-2 identificada en mayor proporción desde el inicio de temporada ha sido BA.2.86 y sus derivados (304/584, 52%), seguida de la VUM XFG (132/584, 23%) que comenzó a circular a partir de la semana 19 (5 de mayo 2025) iniciando la onda de circulación estival del año 2025. Las variantes y linajes incluidos en la VOI BA.2.86 que mayoritariamente han circulado han sido JN.1 y sus derivados (255/304, 84%) hasta la semana 31, KP.3 y sus derivados (32/304, 11%) al principio de la temporada septiembre 2024 hasta la semana 2 y LP.8.1 y sus derivados (28/304, 9%). Bajo el epígrafe de Otras (122/584, 21%) se incluyen diferentes variantes y linajes siendo mayoritaria XEC y sus derivados (81/122, 66%) que circuló hasta la semana 25 y XDV (33/122, 27%) a partir de la semana 26.

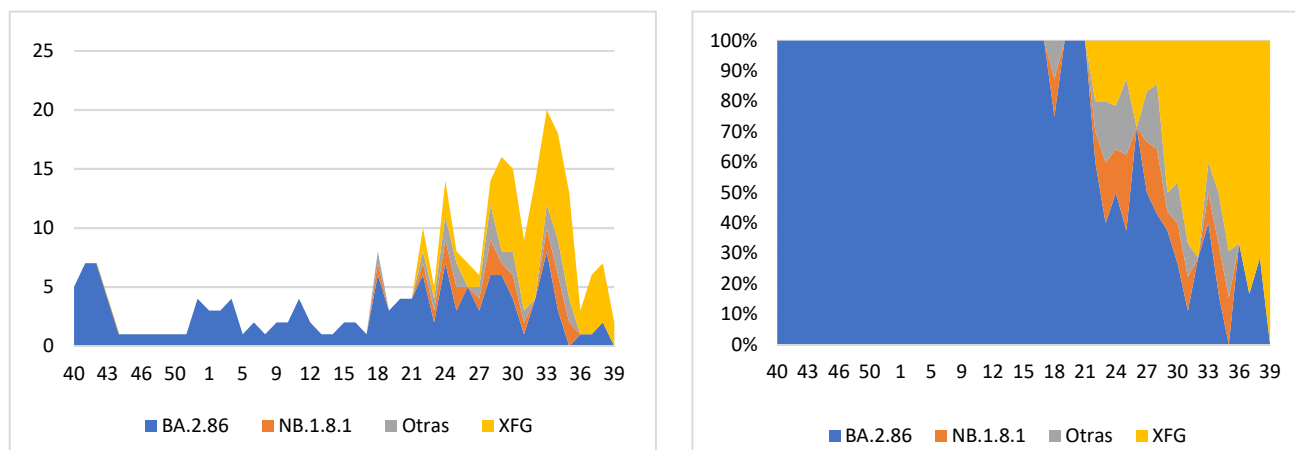
IRAG en hospitales

Desde el inicio de la temporada, 1.461 casos de IRAG fueron incluidos como casos SiVIRA y de ellos se ha vinculado la información de la secuencia de SARS-CoV-2 en GISAID en un total de 311 (21%). Además, en 97 casos localizados los laboratorios no pudieron secuenciar el virus (SECMOPOS).

La VOI de SARS-CoV-2 identificada en mayor proporción en los 311 casos de IRAG en hospitales desde el inicio de temporada ha sido BA.2.86 (143/311, 46%), seguida de la VUM XFG (84/311, 27%) que circuló a partir de la semana 21 (19 de mayo 2025), 2 semanas después de haber sido identificada en atención primaria. Las variantes y linajes mayoritarios incluidos en BA.2.86 han sido JN.1 y sus derivados (75/143, 52%) identificada su circulación durante toda la temporada, KP.3 y sus derivados (13/143, 9%) al principio de la temporada septiembre 2024 hasta la semana 2 de 2025 y LP.8.1 y sus derivados (9/143, 6%) a partir de la semana 6 de 2025 (Figura 34).

Las variantes y linajes de SARS-CoV-2 se detectan con un intervalo de aproximadamente 2 semanas antes en atención primaria que en pacientes hospitalizados.

Figura 34. Número semanal de variantes circulantes de SARS-CoV-2 (izquierda) y porcentaje de cada una sobre el total (derecha) según la información obtenida en IRAG. SiVIRA, temporada 2024-25.



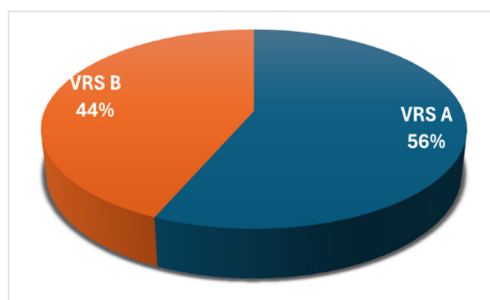
Vigilancia virológica de VRS

Para este análisis de la temporada 2024–2025 se han empleado un total de 2.759 secuencias de virus respiratorio sincitial (VRS) depositadas en la base de datos GISAID. Todas ellas han podido ser asignadas correctamente taxonómicamente, al cumplir los criterios mínimos de calidad y longitud necesarios para su clasificación filogenética.

Vigilancia virológica no centinela de VRS

La distribución por tipo viral determina que el 56% de las secuencias correspondieron a VRS A ($n = 1.558$), mientras que el 44% se clasificaron como VRS B ($n = 1.201$), lo que indica una cocirculación relevante de ambos tipos de VRS, con un predominio moderado de A (Figura 35).

Figura 35. Porcentaje de los dos tipos de VRS circulantes en España.

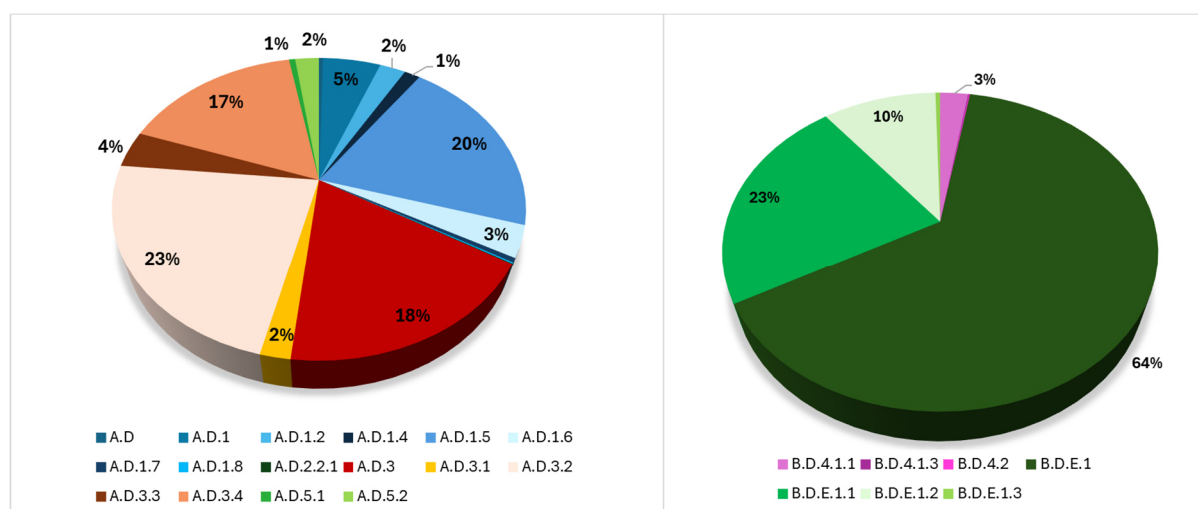


A partir del análisis genómico se identificaron 23 linajes distintos, de los cuales:

- 16 linajes pertenecieron a VRS A: A.D, A.D.1, A.D.1.2, A.D.1.4, A.D.1.5, A.D.1.6, A.D.1.7, A.D.1.8, A.D.2.2.1, A.D.3, A.D.3.1, A.D.3.2, A.D.3.3, A.D.3.4, A.D.5.1 y A.D.5.2.
- 7 linajes correspondieron a VRS B: B.D.4.1.1, B.D.4.1.3, B.D.4.2, B.D.E.1, B.D.E.1.1, B.D.E.1.2 y B.D.E.1.3.

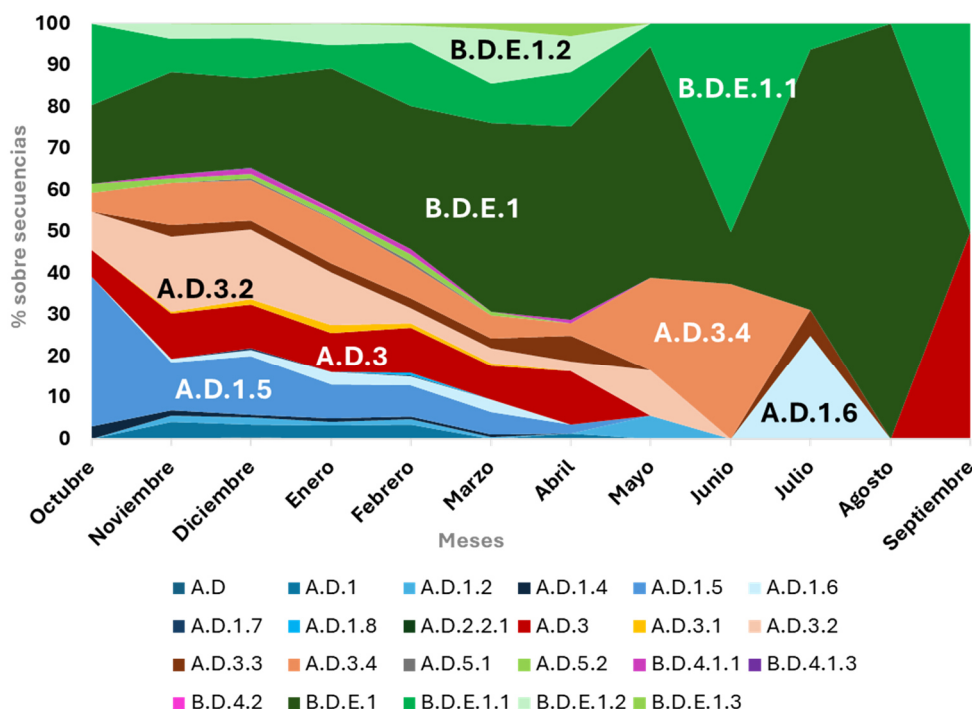
El linaje predominante dentro de VRS A fue A.D.3.2, que representó el 23% de las secuencias de este tipo. Cabe destacar que este linaje emergió durante la presente temporada y se estableció como dominante. A su vez, es destacable la desaparición del linaje A.D.4, cuya circulación fue descrita en temporadas previas. Asimismo, se detectó la aparición de nuevos linajes derivados principalmente del linaje A.D.3: A.D.3.2, A.D.3.3 y A.D.3.4, lo que sugiere un proceso de diversificación genética activa dentro de VRS A. En VRS B, el linaje más abundante fue B.D.E.1, que constituyó el 64% de las secuencias de este tipo. Además, se identificaron nuevos sublinajes emergentes como B.D.E.1.2 y B.D.E.1.3, incrementando la heterogeneidad genética observada en este grupo viral (Figura 36).

Figura 36. Representación de los porcentajes de presencia de los diferentes linajes por tipo



El análisis de la circulación a lo largo del año muestra una cocirculación sostenida de múltiples linajes durante los distintos meses, sin observarse una sustitución completa por un único linaje dominante, lo que sugiere que existe una transmisión simultánea de diversos linajes de virus durante la temporada epidémica (Figura 37).

Figura 37. Distribución de los diferentes linajes a lo largo del tiempo



Vigilancia virológica de VRS en casos de SiVIRA

Del total de secuencias disponibles en GISAID (2.759), 2.513 (91%) fueron incluidas en el sistema de vigilancia centinela SiVIRA. El que haya un menor número de secuencias incluidas en SiVIRA que las depositadas en GISAID se debe principalmente a la imposibilidad de localizar los casos, sus muestras y las secuencias de los virus mediante identificadores que permitieran su cruce.

Tras la integración de datos, se determinaron:

- 1.865 secuencias (74%) procedentes de vigilancia no centinela
- 648 secuencias (26%) procedentes de vigilancia centinela, distribuidas en:
 - 254 infecciones respiratorias agudas leves (IRA)
 - 394 infecciones respiratorias agudas graves (IRAG)

Se observó una ligera diferencia en la distribución de los tipos virales siendo VRS A más frecuente en la vigilancia no centinela, mientras que VRS B mostró mayor proporción relativa en los casos de la vigilancia de SiVIRA (Figura 38). La razón del mayor porcentaje del tipo B en los virus procedentes del sistema centinela es debido a su mayor presencia en las muestras procedentes de la vigilancia de IRA.

En el sistema centinela se detectaron:

- 16 linajes en IRA
- 18 linajes en IRAG

La vigilancia en IRAG presentó una mayor diversidad de linajes minoritarios en comparación con los virus detectados en infecciones leves, lo que podría estar relacionado con una mayor representatividad de dichos linajes minoritarios en los procesos graves y hospitalizados. Además, se observó en IRAG una mayor proporción del linaje A.D.3.4, mientras que en vigilancia no centinela predominó claramente A.D.3.2 (Figura 39).

La vigilancia en IRA identificó un mayor número relativo de virus VRS B, siendo B.D.E.1 el linaje más abundante.

Figura 38. Porcentaje de los diferentes tipos de VRS según el sistema de vigilancia.

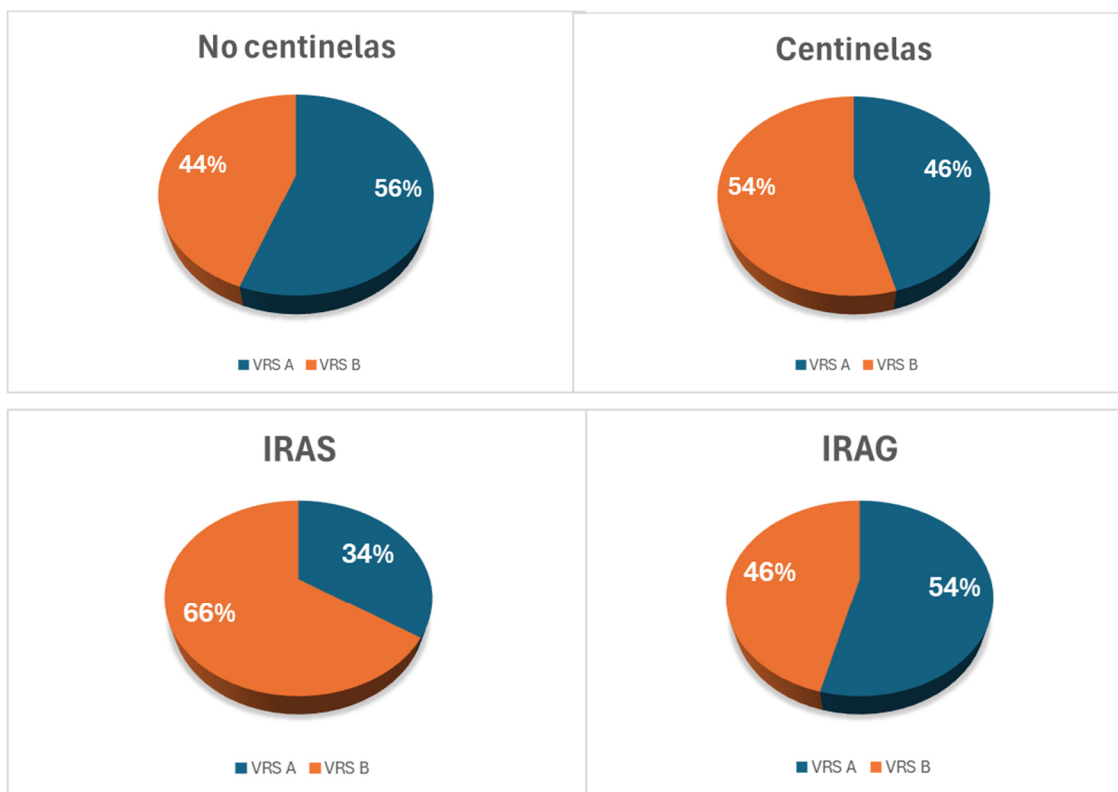
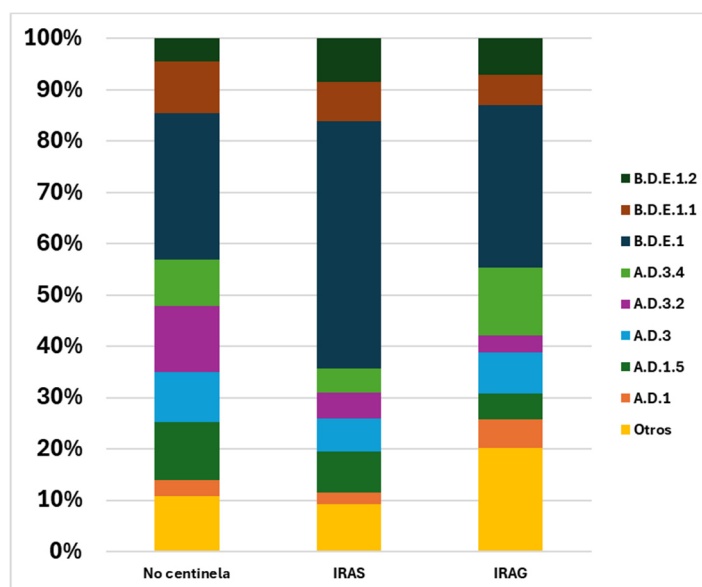


Figura 39. Porcentaje de los diferentes linajes de VRS según el sistema de vigilancia



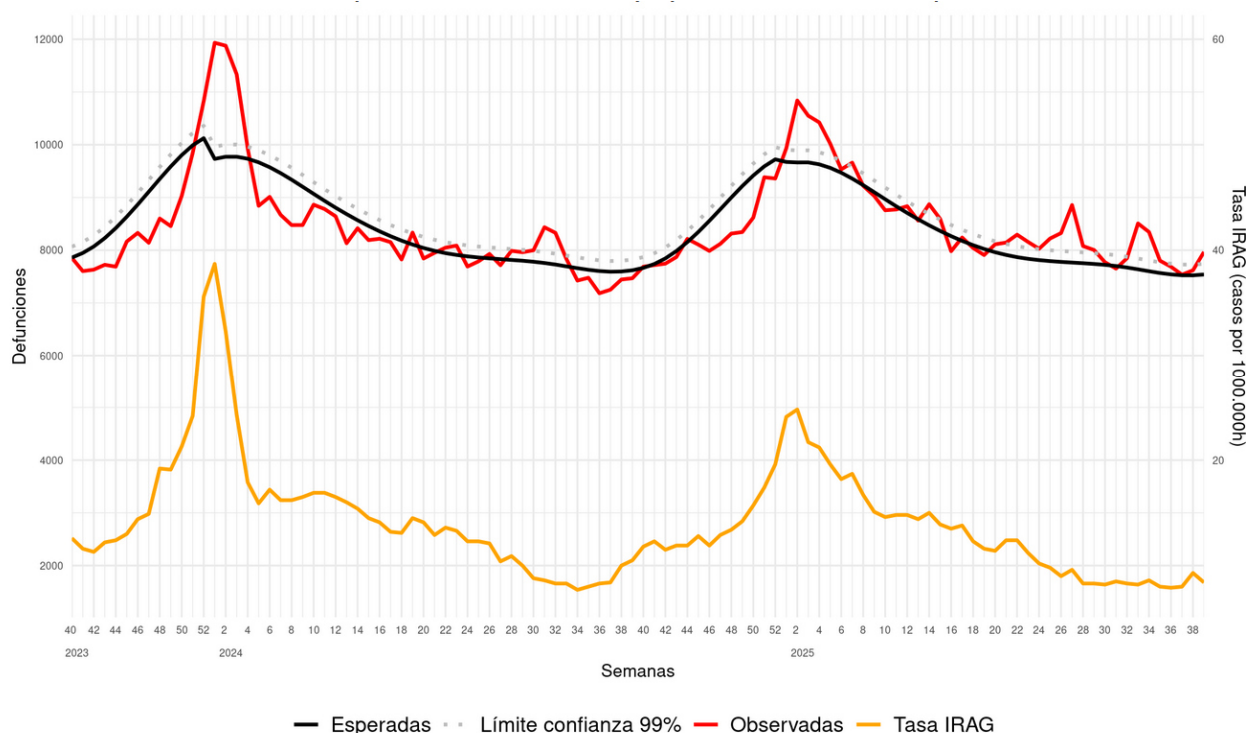
En conjunto, el análisis genómico de la temporada 2024–2025, basado en 2.759 secuencias de VRS depositadas en GISAID, evidencia una cocirculación sostenida de los tipos VRS A y VRS B en España, con un predominio moderado del primero. Se identificó una notable diversidad genética, con 23 linajes distintos, 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. La circulación simultánea de múltiples linajes a lo largo de la temporada sugiere una transmisión continua sin sustitución completa por una única variante. La integración de datos en el sistema SiVIRA permitió caracterizar diferencias

según el tipo de vigilancia, observándose una mayor proporción relativa de VRS B en el sistema centinela, especialmente en infecciones leves, y una mayor diversidad de linajes minoritarios en casos graves (IRAG), lo que refuerza la importancia de la vigilancia genómica para monitorizar la evolución y el impacto clínico del VRS.

Excesos de mortalidad por todas las causas

Los resultados obtenidos con MoMo estiman que en la temporada 2024-25 se produjo un exceso positivo de defunciones por todas las causas, plenamente coincidente con el pico de incidencia de infecciones respiratorias agudas graves en hospitales (Figura 40). Este pico fue inferior al observado la temporada previa.

Figura 40. Mortalidad por todas las causas observada y esperada. Temporada 2024-25. España.



Enlaces de interés

Los resultados de vigilancia de infección respiratoria aguda en la UE/EEA o en la Región Europea de la Organización Mundial de la Salud se actualizan semanalmente los viernes, y pueden consultarse en la página web de [ERVISS \(European Respiratory Virus Surveillance Summary\)](#).

Los resultados de vigilancia de gripe y SARS-CoV-2 por regiones de la Organización Mundial de la Salud (Global Respiratory Virus Activity Weekly Update) se actualizan semanalmente los miércoles y pueden consultarse en: [WHO - current influenza update](#).

La información sobre las vacunas e inmunizaciones recomendadas en España para la prevención de los virus respiratorios se pueden consultar en la [página web del Área de Vacunas y Programa de Vacunación del Ministerio de Sanidad](#).

Referencias

1. World Health Organization (WHO). Maintaining surveillance of influenza and monitoring SARS-CoV-2 – adapting Global Influenza surveillance and Response System (GISRS) and sentinel systems during the COVID-19 pandemic: Interim guidance [Internet]. Geneva: WHO; 2021. Disponible en: [https://www.who.int/publications-detail-redirect/maintaining-surveillance-of-influenza-and-monitoring-sars-cov-2-adapting-global-influenza-surveillance-and-response-system-\(gisrs\)-and-sentinel-systems-during-the-covid-19-pandemic](https://www.who.int/publications-detail-redirect/maintaining-surveillance-of-influenza-and-monitoring-sars-cov-2-adapting-global-influenza-surveillance-and-response-system-(gisrs)-and-sentinel-systems-during-the-covid-19-pandemic)
2. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). COVID-19 surveillance guidance [Internet]. ECDC: Stockholm; 2021. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/COVID-19-surveillance-guidance.pdf>
3. Operational considerations for respiratory virus surveillance in Europe [Internet]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe and Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2022. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Operational-considerations-respiratory-virus-surveillance-in-Europe-July-2022.pdf>
4. End-to-end integration of SARS-CoV-2 and influenza sentinel surveillance: Revised interim guidance, 31 January 2022. [Internet]. Geneva: World Health Organization; Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Integrated_sentinel_surveillance-2022.1
5. End-to-end integration of SARS-CoV-2 and influenza sentinel surveillance: compendium of country approaches [Internet]. Geneva: World Health Organization; Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/372050/9789240056701-eng.pdf?sequence=1>
6. Informe anual de vigilancia de IRAs e IRAG (semana 40/2023 a semana 39/2024). Disponible en: https://cne.isciii.es/documents/d/cne/informe_anual_sivira_2023-24_20250211
7. 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 2024-25 [Internet]. 2024. Disponible en: <https://cne.isciii.es/es/servicios/enfermedades-transmisibles/enfermedades-a-z/gripe-covid-19-y-otros-virus-respiratorios>
8. 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 2024-25 [Internet]. 2024. Disponible en: <https://cne.isciii.es/es/servicios/enfermedades-transmisibles/enfermedades-a-z/gripe-covid-19-y-otros-virus-respiratorios>
9. Metodología para la vigilancia de las infecciones respiratorias agudas en España. SiVIRA, 2024-25. Disponible en: <https://cne.isciii.es/documents/d/cne/metodologia-sivira-sistemas-y-fuentes-de-informacion-temporada-2024-25-1>
10. Recommended composition of influenza virus vaccines for use in the 2026 southern hemisphere influenza season https://cdn.who.int/media/docs/default-source/influenza/who-influenza-recommendations/vcm-sh-2025/a.-26-september-2025-recommended-composition-of-influenza-virus-vaccines-for-use-in-the-2026-southern-hemisphere-influenza-season---full-report.pdf?sfvrsn=eba6ad63_5&download=true