



Región de Murcia
Consejería de Salud

Servicio de Epidemiología

Ronda Levante 11
30008 Murcia

☎ 968 36 20 39 📠 968 36 66 56

Informes Epidemiológicos 5 / 2026
<http://www.murciasalud.es/epidemiologia>

Vigilancia de Infección Respiratoria Aguda en Atención Primaria (IRA-AP) e Infección Respiratoria Aguda Grave en hospitales (IRAG)

Vigilancia de gripe, COVID-19, VRS y otros virus respiratorios

Temporada 2024 – 2025

Región de Murcia

Abril 2026

Edita:

Servicio de Epidemiología

Dirección General de Salud Pública y Adicciones

Consejería de Salud

Resumen

Se presentan los resultados de la vigilancia de la infección respiratoria aguda en la Región de Murcia (RM) de la temporada 2024/2025.

Vigilancia de casos con Infección Respiratoria Aguda en Atención Primaria (IRA-AP):

- Componente sindrómico:

En la temporada 2024/2025 se ha registrado un total de 449.824 episodios de IRA-AP, lo que supone una incidencia acumulada (IA) total de 28.372 casos por 100.000 habitantes (hab). En la semana 51/2024 se inició el ascenso de la IA de IRA-AP, alcanzando el pico máximo en la semana 4/2025, con 1.197 casos por 100.000 hab, más tardío que en la temporada anterior (1.490, semana 52/2023). Hacia la semana 9/2024 la IA semanal había descendido a valores similares a los previos al pico. Se alcanzó la IA semanal mínima en verano, en la semana 33/2025 con 235 casos por 100.000 hab.

Según diagnóstico en Atención Primaria (código CIAP), la gripe (R80) presentó su pico máximo en la semana 4/2025 (234 casos por 100.000 hab) y la bronquiolitis aguda (R78) en los menores de 5 años en la semana 51/2024 (709). Sin embargo, la infección por coronavirus (A77.01) se ha mantenido en valores mínimos durante todo el periodo, IA máxima de 29 durante una pequeña ola estival.

- Componente de selección sistemática:

Los/as médicos/as de la red centinela sanitaria de la Región de Murcia (RCS-RM) seleccionaron y encuestaron a 2.100 pacientes de los que acudieron a sus consultas con sintomatología de IRA. Las/os profesionales de enfermería de la RCS-RM tomaron muestra de 1.801 de los pacientes incluidos. El 58,3% de los pacientes seleccionados eran mujeres, siendo la edad mediana 40 años en mujeres y 34 en hombres.

Se analizaron las muestras en el Servicio de Microbiología del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (HCUVA). El mayor número de muestras positivas se registró entre las semanas 2 y 9/2025, coincidiendo con el periodo de mayor IA de IRA-AP y de alta circulación de los virus gripe A y B y el virus respiratorio sincitial (VRS). Sin embargo, la circulación de SARS-CoV-2 a nivel comunitario ha sido muy baja observando una pequeña onda estival a partir de la semana 20.

Los síntomas más frecuentes han sido tos, rinoresaca, odinofagia, fiebre y malestar general, todos presentes en más del 65% de los casos; y las enfermedades crónicas más frecuentes eran la hipertensión (18,3%), la enfermedad metabólica (8,5%) y la enfermedad respiratoria crónica (6,6%).

Vigilancia de la Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG-hospitalizados):

- Componente sindrómico:

Hasta la semana 26/2025 de la temporada 2024/2025 se ha registrado un total de 964 pacientes hospitalizados por IRAG en el HCUVA, IA global de 343 casos por 100.000 hab, un 13,5% menos que en la temporada previa en la misma fecha. De estos casos, un 1,7% requirió ingreso en UCI y la letalidad de IRAG fue 0,7%. El pico máximo de IA de IRAG (19) se ha observado en la semana 2/2025, casi un 50% inferior que el pico máximo de la temporada anterior (36).

La IA semanal ha sido más alta en hombres que en mujeres (IA global en hombres 385 frente a 302 casos por 100.000 hab en mujeres) y, según grupos de edad, en los menores de 1 año (251, semana 51/2024) y las personas de 80 y más años (158, semana 2/2025).

- Componente de selección sistemática:

Se han incluido en el componente de selección sistemática de la vigilancia de IRAG 294 casos. El 58,2% eran hombres y la edad mediana 52 años (rango intercuartílico, RIC: 1-79).

Hasta la semana 26/2025, 9 casos (3,2%) resultaron positivos a SARS-CoV-2, la mayoría a partir de la semana 21/2025, cuando comenzó la onda estival de COVID-19.

Se han detectado 31 casos de gripe (positividad 11,1%). De estos, 8 eran gripe A(H3), 6 A(H1N1)pdm09, 9 eran gripe A no subtipada y 8 casos eran gripe tipo B.

Se han detectado 48 casos positivos a VRS (positividad 19,5%), 42 casos eran VRS tipo A y 2 casos VRS tipo B.

En el 71,8% de los casos de IRAG se amplió el estudio microbiológico estudiando otros agentes infecciosos, siendo los más frecuentes *Rhinovirus* (positividad del 35,4%) y *Metapneumovirus* (13,4%). En 99 casos (33,7%) se desconoce el agente infeccioso.

Cita recomendada:

Andreu-Ivorra B, Valcárcel MA, Duro-Gómez L, Sánchez-Migallón A, Chirlaque MD. Vigilancia de Infección Respiratoria Aguda en Atención Primaria (IRA-AP) e Infección Respiratoria Aguda Grave en hospitales (IRAG). Vigilancia de gripe, COVID-19, VRS y otros virus respiratorios. Temporada 2024-2025. Región de Murcia: Consejería de Salud, 2026. Informes Epidemiológicos 5/2026



Índice

Introducción	2
Vigilancia de Infección Respiratoria Aguda en Atención Primaria (IRA-AP)	2
Metodología de la Vigilancia de IRA-AP.....	2
Resultados de la Vigilancia de IRA-AP.....	4
Vigilancia de Infección Respiratoria Aguda Grave en los Hospitales (IRAG).....	16
Metodología de la Vigilancia de IRAG	16
Resultados de la Vigilancia de IRAG	17
Discusión.....	27
Bibliografía.....	29



Introducción

Desde la temporada 2020/2021 y siguiendo las recomendaciones y guías internacionales del Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades (ECDC) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) ^[1], se implementaron en España nuevos sistemas de vigilancia centinela en el ámbito de la Atención Primaria (AP) y hospitalaria, basándose en la experiencia previa del Sistema de Vigilancia de Gripe en España (SVGE). ^[2] El objetivo de este nuevo sistema de vigilancia de la infección respiratoria aguda (SiVIRA) es vigilar gripe, COVID-19 y virus respiratorio sincitial (VRS) ^[3-5] e identificar patrones inesperados que puedan servir como señal de alerta. Se pretende que este sistema permanezca estable en el tiempo para vigilar la infección respiratoria aguda leve (IRA-AP) y grave (IRAG).

Tanto el sistema de vigilancia de IRA-AP como el de IRAG constan de dos componentes, uno sindrómico, basado en la captación de casos a través de síntomas y diagnósticos de presunción junto con información epidemiológica básica (sexo, edad) y otro de selección sistemática de pacientes a los que se les realiza una toma de muestra respiratoria para determinación de gripe, SARS-CoV-2 y VRS principalmente y se completa una encuesta epidemiológica.

La Región de Murcia (RM) participa en los dos componentes que conforman la vigilancia de la IRA-AP y la IRAG. En cuanto a la IRA-AP, en la vigilancia sindrómica de forma exhaustiva y en el componente de selección sistemática a través de la red centinela sanitaria de la Región de Murcia (RCS-RM); y en cuanto a la IRAG, en la vigilancia sindrómica y en el componente de selección sistemática de forma centinela, en colaboración con el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (HCUVA). Ambos sistemas se complementan para obtener la información necesaria para la vigilancia de IRA en Atención Primaria e IRAG a nivel hospitalario.

La vigilancia de la IRA-AP e IRAG en la RM se lleva a cabo durante todo el año. En este informe se presentan los resultados desde el comienzo de la temporada 2024/2025 en la semana 40/2024 (30 de septiembre a 6 de octubre de 2024) hasta la semana 39/2025 (22 a 28 de septiembre de 2025). Sin embargo, la vigilancia de IRAG en la RM se vio interrumpida en la semana 26/2025 (23 a 29 de junio de 2025) por limitación de recursos.

Vigilancia de Infección Respiratoria Aguda en Atención Primaria (IRA-AP)

Metodología de la Vigilancia de IRA-AP

Componente sindrómico de la Vigilancia de IRA-AP

La vigilancia de la IRA en Atención Primaria (IRA-AP) a través del componente sindrómico se basa en el recuento del número de episodios semanales de IRA atendidos en AP de la Región registrados en OMI-AP. El método empleado es el que establece el «Protocolo para la vigilancia de infección respiratoria aguda (IRAs) en Atención Primaria. España. Temporada 2024-25» del 4 de diciembre de 2024 ([protocolo-vigilancia-de-iras-en-espana-temporada-2024-25-1](#)) ^[6]. Según este protocolo, no se consideran nuevos episodios de IRA los registrados en los 10 días posteriores a un episodio de IRA anterior. Esta vigilancia, realizada en colaboración con Atención Primaria y la Subdirección General de Tecnologías de la Información del Servicio Murciano de Salud, está implementada en la RM desde la temporada 2021/2022. Incluye los episodios recogidos mediante los códigos CIAP (Clasificación Internacional de Atención Primaria) señalados en la tabla 1.



Tabla 1. Códigos CIAP incluidos en la vigilancia de las Infecciones Respiratorias Agudas en Atención Primaria (IRA-AP). Temporada 2024-2025

CIAP	Descriptivo
A77	Otras enfermedades virales no especificadas
A77.01	Infección debida a coronavirus no especificada
R72	Faringitis/amigdalitis estreptocócica
R74	Infección respiratoria aguda del tracto superior
R76	Amigdalitis aguda
R77	Laringitis/Traqueítis aguda
R78	Bronquitis/Bronquiolitis aguda, IRA tracto inferior, infección pulmonar aguda
R80	Gripe
R81	Neumonía
R81.01	Neumonía bacteriana
R81.02	Neumonía viral

Población vigilada

Toda la población atendida en Atención Primaria en el Servicio Murciano de Salud.

Componente de selección sistemática: Red centinela sanitaria de la RM

La vigilancia de la IRA-AP a través del componente de selección sistemática se basa en la información proporcionada por los 66 equipos de Atención Primaria que constituyen la RCS-RM (49 de Medicina Familiar y Comunitaria y 17 de Pediatría). Cada equipo centinela (médico/a-enfermero/a) vigila un día específico a la semana (día centinela) durante el cual selecciona, siempre que sea posible, a 3 pacientes aleatorios con síntomas de infección respiratoria aguda, a los que se les completa una breve encuesta epidemiológica y se les toma una única muestra para analizar SARS-CoV-2, gripe y VRS mediante PCR. Las muestras se analizan en el Servicio de Microbiología del HCUVA.

Esta vigilancia está activa en la Región de Murcia desde la temporada 2022/2023.

Población vigilada

Cobertura del 5% de la población con equipo de Atención Primaria asignado en el Servicio Murciano de Salud. Los cupos de población seleccionados son representativos de la población de la Región en cuanto a área de salud, sexo, grupo de edad y grado de dispersión (núcleo rural-urbano).

Análisis epidemiológico

La información obtenida del componente sindrómico de la vigilancia de IRA-AP ha permitido el cálculo de la incidencia acumulada (IA) de IRA por sexo y grupos de edad. También se ha calculado la IA semanal de gripe, COVID-19 y bronquiolitis en función de la codificación de los episodios (códigos CIAP R80, A77.01 y R78, respectivamente). Como denominador para el cálculo de la IA se han empleado los datos de la Estadística Continua de Población (ECP) a 1 de enero de 2025, publicados por el Centro Regional de Estadística de Murcia (CREM).

Por otro lado, la información obtenida a través del componente de selección sistemática de la vigilancia de IRA-AP permite conocer la evolución de la actividad de gripe, SARS-CoV-2 y VRS mediante el análisis de la positividad semanal a estos tres virus. Así como las características epidemiológicas y clínicas de los casos. Para ello, se ha analizado la información recogida en la encuesta sobre síntomas, factores de riesgo y/o comorbilidades y antecedentes de vacunación e inmunización.



Resultados de la Vigilancia de IRA-AP

Componente sindrómico

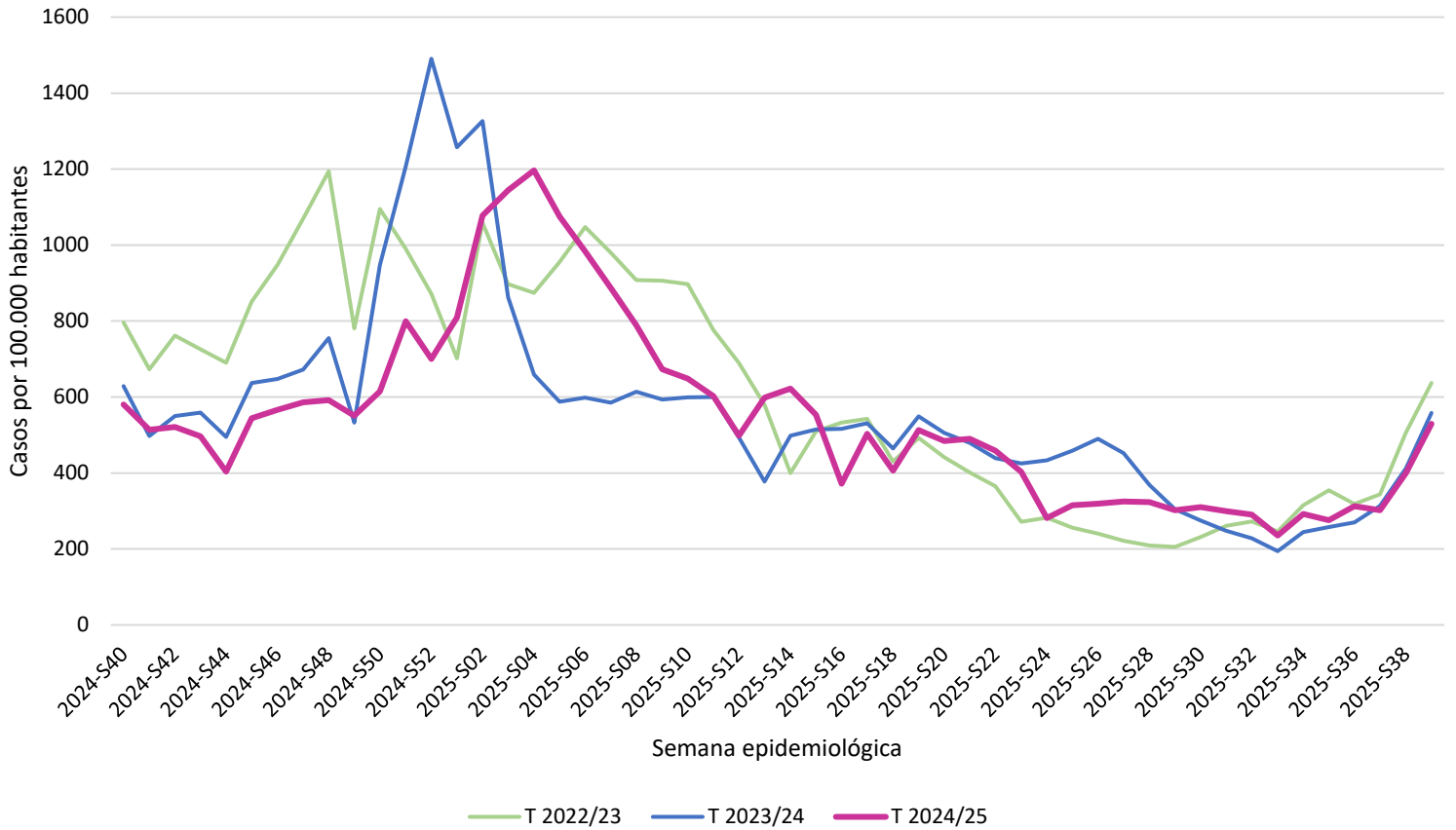
En la temporada 2024/2025 se han registrado 449.824 episodios de IRA en Atención Primaria, lo que supone una IA total de 28.372 casos por 100.000 habitantes (hab), un 2,9% inferior a la temporada previa (29.207). La IA semanal de IRA-AP comenzó a aumentar en la semana 51/2024, alcanzando el pico máximo en la semana 4/2025, con 1.197 casos por 100.000 hab. En la semana 10/2025, ya había descendido a valores similares a los registrados en las semanas previas al comienzo de la onda invernal (648 casos por 100.000 hab). En la temporada anterior el pico máximo se había alcanzado antes, en la semana 52/2023, y fue más alto, con 1.490 casos por 100.000 hab^[7]. A nivel nacional se ha observado en la temporada 2024/2025 una epidemia de IRA de intensidad baja, siendo la IA semanal máxima inferior a la registrada a nivel regional, en torno a 800 casos por 100.000 hab en las semanas 02 y 04/2025.^[8]

La disminución de la IA de IRA-AP que se observa en la figura 1 en semanas como la 52/2024 y la 01/2025 es un artificio debido a la existencia de días festivos (Navidad y Año Nuevo), lo que reduce el número de días hábiles, infraestimando la IA de IRA-AP.

Se alcanzó la IA semanal mínima de la temporada en verano, en la semana 33/2025 (235 casos por 100.000 hab), manteniéndose una incidencia baja y estable durante todo el periodo estival. A partir de la semana 38/2025 se observa un incremento de la IA de IRA-AP, adelantando el comienzo de la nueva temporada de vigilancia de IRA-AP, con 530 casos por 100.000 hab en la semana 39/2025.



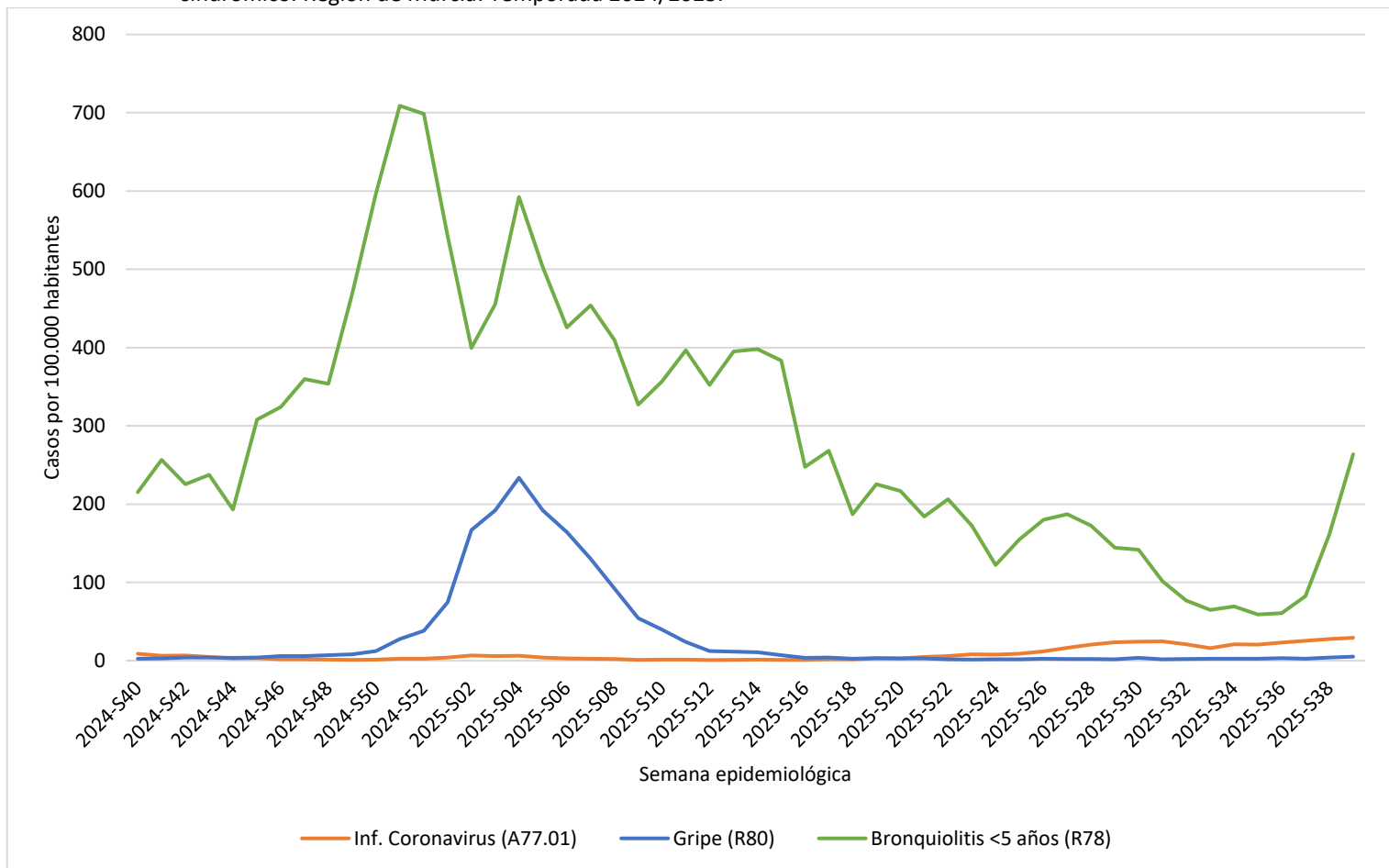
Figura 1. Incidencia acumulada semanal de IRA en Atención Primaria. Temporadas 2022/2023, 2023/2024 y 2024/2025. Sistema de vigilancia de IRA en Atención Primaria, componente sindrómico. Región de Murcia.



Fuente: Sistema de vigilancia de las IRA-AP. Temporada 2024/25. Servicio de Epidemiología. DGSPyA. Región de Murcia.



Figura 2. Incidencia acumulada semanal de infección por gripe, coronavirus y bronquiolitis aguda* según códigos CIAP en Atención Primaria. Sistema de vigilancia de IRA en Atención Primaria, componente sindrómico. Región de Murcia. Temporada 2024/2025.



*Para el cálculo de la IA de bronquiolitis aguda se han analizado únicamente los casos en menores de 5 años, en el caso de la IA de infección por gripe y coronavirus se han incluido todas las edades.

Fuente: Sistema de vigilancia de las IRA-AP. Temporada 2024/25. Servicio de Epidemiología. DGSPyA. Región de Murcia.

Según diagnóstico en Atención Primaria mediante la codificación CIAP de los episodios (figura 2), se aprecia una onda epidémica de gripe (código CIAP R80) entre las semanas 1/2025 y 9/2025, registrando el pico máximo en la semana 4/2025 (234 casos por 100.000 hab). A partir de la semana 10/2025, la IA de gripe se ha mantenido en valores mínimos hasta el final de la temporada.

La IA semanal de infección por coronavirus (código CIAP A77.01) durante la temporada se ha mantenido en valores mínimos. A partir de la semana 26/2025 se ha registrado una pequeña ola estival con IA máxima de 29 casos por 100.000 hab en la última semana de la temporada.

En cuanto al diagnóstico de bronquiolitis, se ha realizado una aproximación calculando la IA del código CIAP R78 en la población pediátrica menor de 5 años. El nivel basal de IA en este caso es mayor que para las infecciones por gripe y SARS-CoV-2. La IA de bronquiolitis comenzó su ascenso antes que la de gripe, en torno a la semana 45/2024, y alcanzó el máximo en la semana 51/2024 (709). A partir de la semana 16/2025 se registraron IA similares a las del principio de la temporada, alrededor de 250 casos por 100.000 hab, y durante los meses de verano se

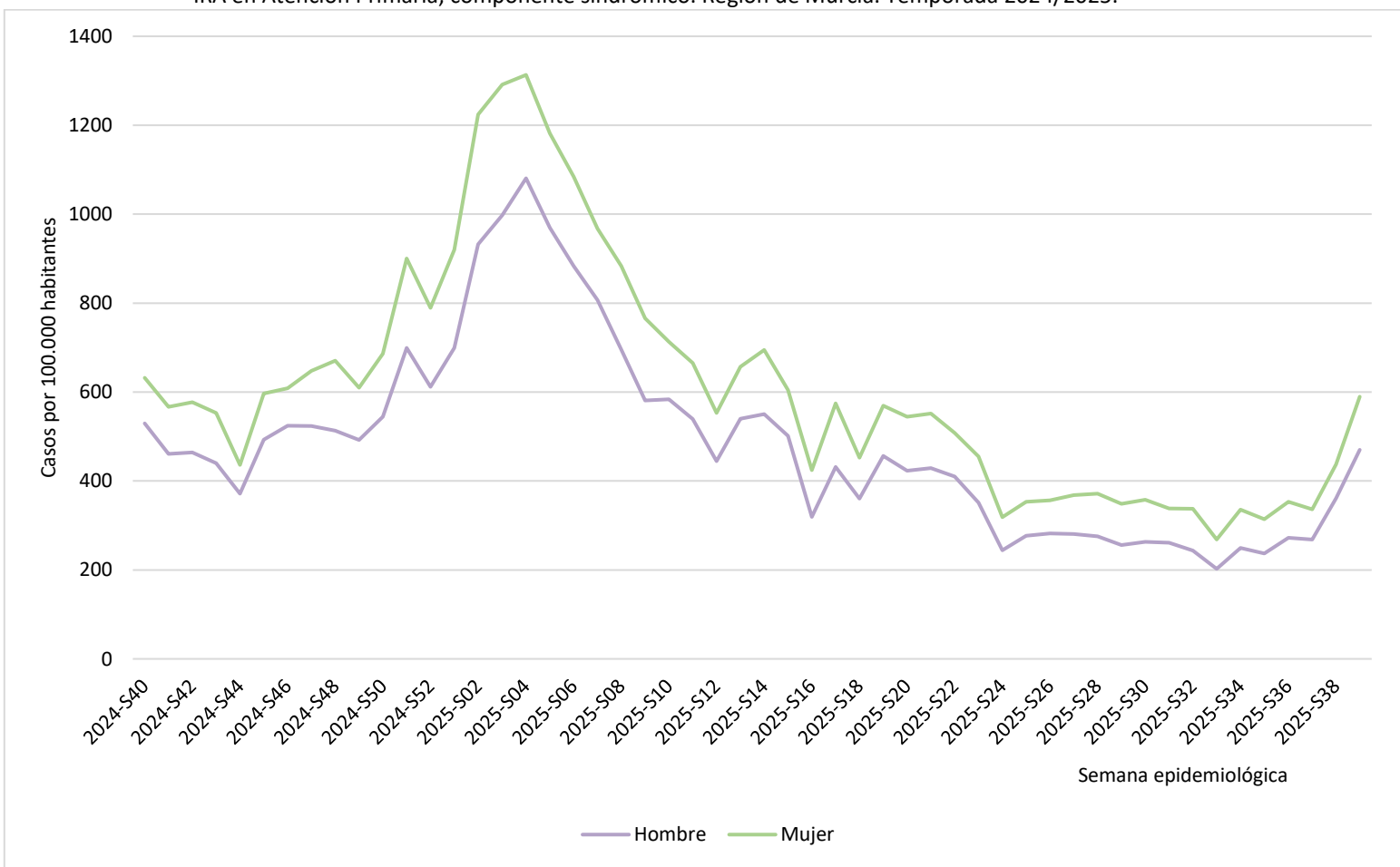


registraron los valores mínimos de IA de bronquiolitis (59, semana 35/2025). En las dos últimas semanas de la temporada se ha observado un nuevo ascenso de la IA de esta infección, marcando el inicio de la siguiente temporada.

La evolución de las IA de gripe, COVID-19 y bronquiolitis a nivel nacional han sido similares a las observadas en la RM, aunque con valores máximos inferiores para gripe (141) y VRS (535). La IA semanal máxima de COVID-19 ha sido de 25 casos por 100.000 hab al final de la temporada (semana 38) [8].

La IA semanal de IRA-AP ha sido mayor en mujeres que en hombres durante toda la temporada, acentuándose más esta diferencia en las semanas de mayor IA (figura 3).

Figura 3. Incidencia acumulada semanal de IRA en Atención Primaria según sexo. Sistema de vigilancia de IRA en Atención Primaria, componente sindrómico. Región de Murcia. Temporada 2024/2025.



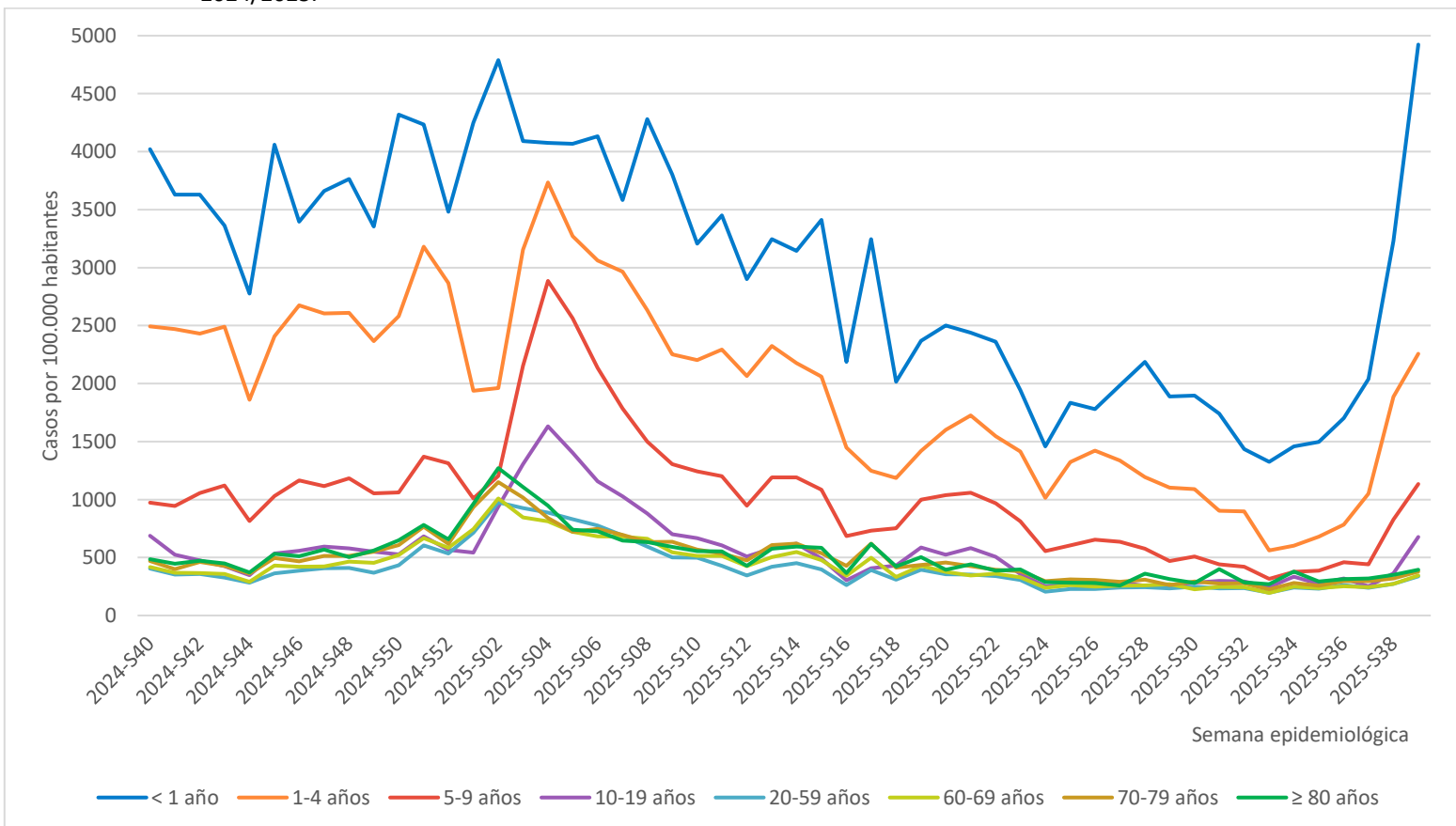
Fuente: Sistema centinela de vigilancia de las IRA. Temporada 2024/25. Servicio de Epidemiología. DGSPyA. Región de Murcia.

En la figura 4 se presenta la IA de IRA-AP en función de la edad. Se observan IA más altas entre los grupos de menor edad. Así, la población menor de 1 año ha presentado IA mayores, alcanzando el máximo de la ola invernal en la semana 2/2025 (4.790 casos por 100.000 hab). Sin embargo, en la semana 39/2025, marcando el comienzo de la nueva temporada, este grupo de edad registró una IA superior a la observada en invierno (4.923). Los siguientes grupos de edad con IA más altas han sido el de 1 a 4 años (IA máxima de 3.734) y el de 5 a 9 años (IA máxima de 2.885), junto con los casos de 10 a 19 años (1.631), todos ellos en la semana 04/2025, con



retraso respecto al pico de IA registrado en el resto de grupos de edad, que han presentado IA semanales más bajas y similares entre ellos.

Figura 4. Incidencia acumulada semanal de IRA en Atención Primaria según grupos de edad. Sistema de vigilancia de IRA en Atención Primaria, componente sindrómico. Región de Murcia. Temporada 2024/2025.

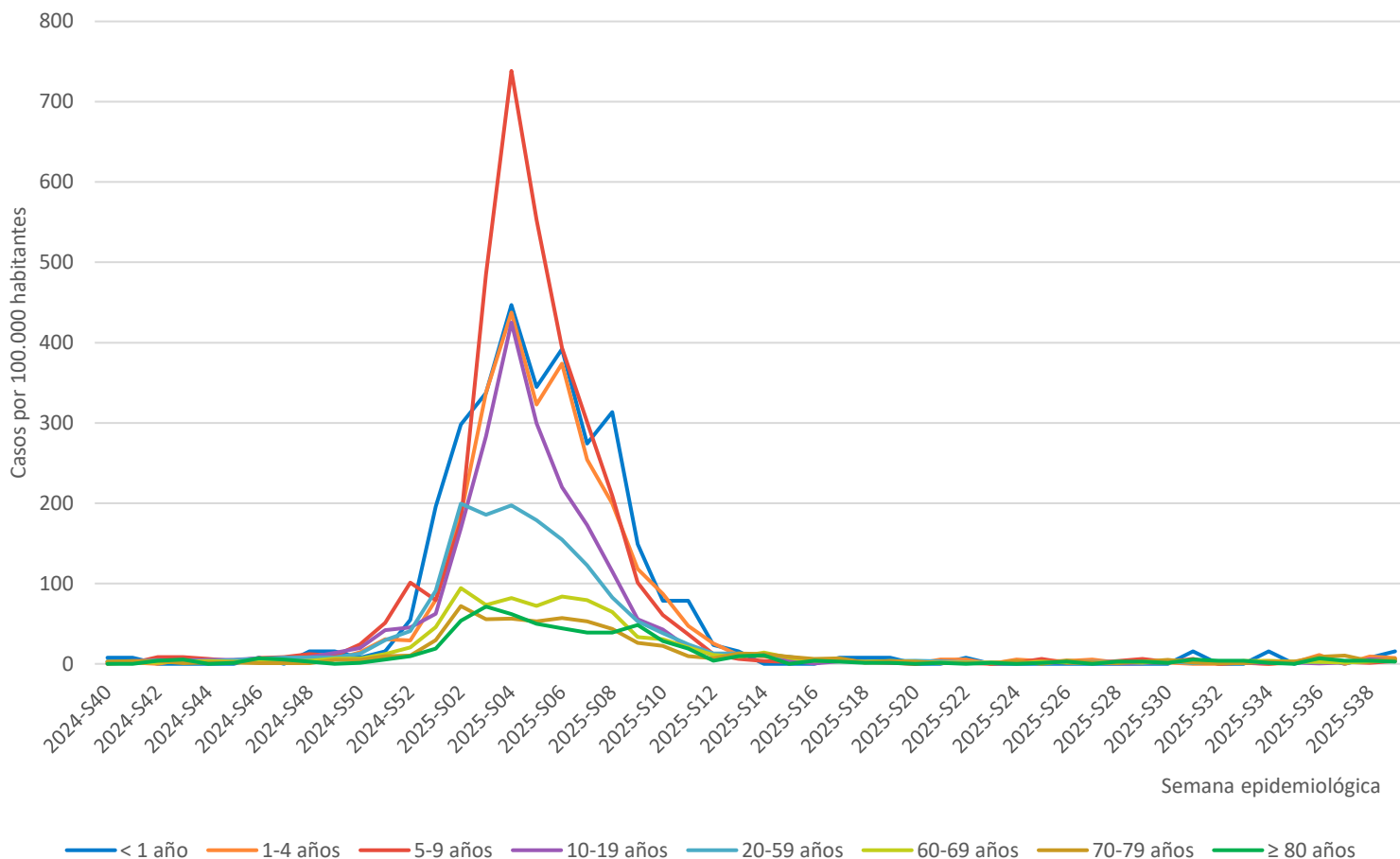


Fuente: Sistema centinela de vigilancia de las IRA-AP. Temporada 2024/25. Servicio de Epidemiología. DGSPYA. Región de Murcia.

Aunque la IA global de IRA-AP era más alta entre menores de 1 año, la IA de síndrome gripal (código CIAP R80) en la temporada 2024/2025 ha sido más alta en casos de 5 a 9 años, con pico de 738 casos por 100.000 hab. En segundo lugar, se sitúan los grupos de edad de menores de 1 año, de 1 a 4 años y de 10 a 19 años, con IA similares en torno a 430 casos por 100.000 hab (figura 5).



Figura 5. Incidencia acumulada semanal de gripe (CIAP R80) en Atención Primaria según grupos de edad. Sistema de vigilancia de IRA en Atención Primaria, componente sindrómico. Región de Murcia. Temporada 2024/2025.



Fuente: Sistema centinela de vigilancia de las IRA-AP. Temporada 2024/25. Servicio de Epidemiología. DGSPyA. Región de Murcia.

Componente de selección sistemática: Red centinela sanitaria

La temporada 2024/2025 es la tercera en la que la RM participa en el componente de selección sistemática de vigilancia de la IRA-AP a través de la RCS-RM. Se han seleccionado y cumplimentado las correspondientes encuestas epidemiológicas (protocolos centinela de OMI-AP) de 2.100 pacientes centinela, y se le ha tomado muestra nasofaríngea a 1.801 de ellos, analizadas en el Servicio de Microbiología del HCUVA. La mediana de pacientes seleccionados semanalmente es 41 (rango intercuartílico, RIC: 20-60) y la de muestras 36 (RIC: 17-51), alejado del máximo posible de pacientes centinela semanales, considerando la participación del 100% de los y las profesionales que conforman la RCS-RM, que sería 195.

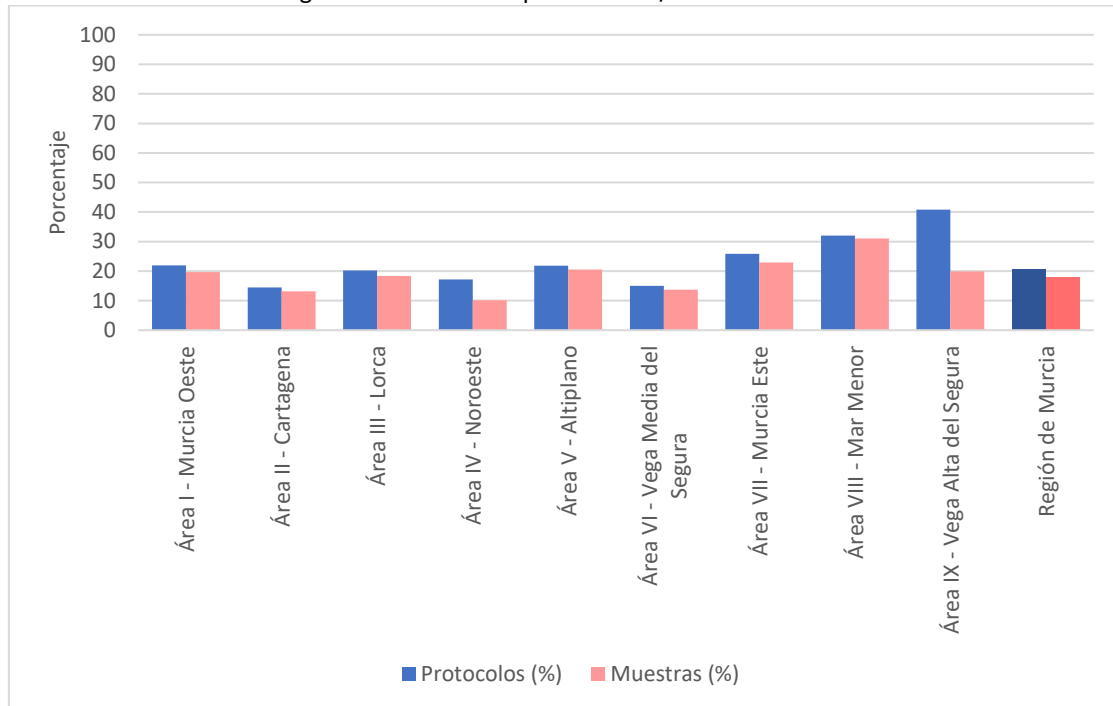
En cuanto a la distribución por sexo, el 58,3% de las encuestas correspondían a mujeres, siendo la edad media en las mujeres 40 años (desviación estándar, DE: 25) y en hombres 34 años (DE: 26).

En la figura 6 se presenta la participación de cada una de las áreas de salud y del total de la RM, en cuanto a porcentaje de pacientes seleccionados y muestras recogidas respecto al máximo posible. Las áreas con mayor cumplimentación de protocolos y recogida de muestras han sido el Área VIII (Mar Menor) y VII (Murcia Este). El Área IX (Vega Alta del Segura) tiene el



porcentaje más alto de la Región de selección de pacientes y cumplimentación de protocolos, sin embargo se ha recogido muestra a menos de la mitad de los casos. El total de la Región en cuanto a selección de casos y recogida de muestra respiratoria supone menos del 25% del máximo calculado.

Figura 6. Porcentaje de protocolos y muestras realizadas por área de salud y del total de la Región en la temporada 2024/25 sobre el máximo posible*. Sistema de vigilancia de IRA en Atención Primaria, red centinela sanitaria de la Región de Murcia. Temporada 2024/2025.

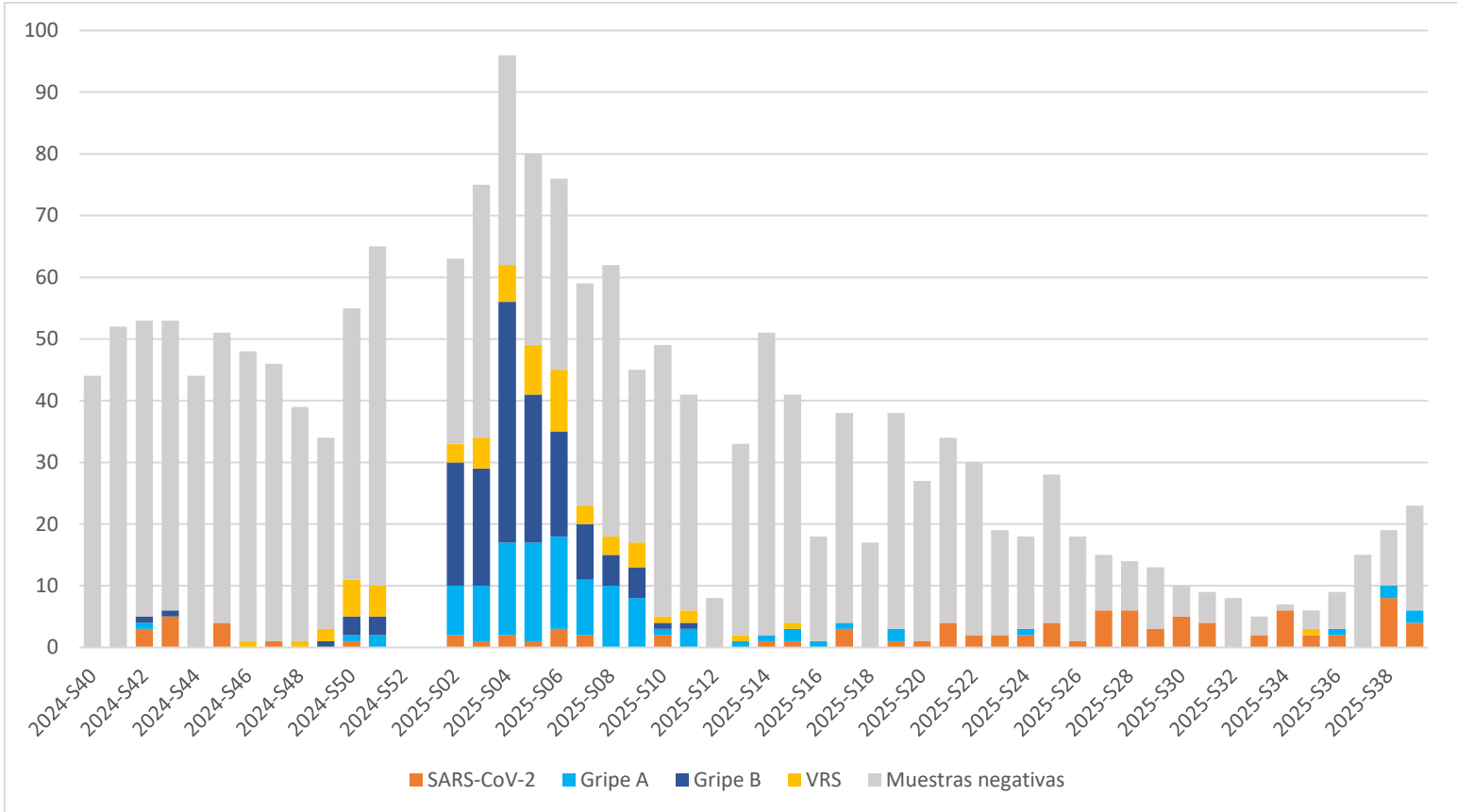


* El máximo número de protocolos y muestras posibles semanalmente sería de 195 en el caso de que la participación de los/as profesionales de la red centinela fuera del 100%, con 3 protocolos y 3 muestras por equipo centinela (médico/a-enfermero/a). Fuente: Sistema centinela de vigilancia de IRA-AP. Temporada 2024/25. Servicio de Epidemiología. DGSPyA. Región de Murcia.

A lo largo de la temporada, la positividad observada para gripe entre los casos centinela de IRA-AP ha sido del 14,5%, la del SARS-CoV-2, 5,4% y la del VRS, 3,5%. El mayor número de muestras positivas se registró entre las semanas 2 y 9/2025, coincidiendo con el periodo de mayor IA de IRA-AP y de alta circulación del virus de la gripe principalmente (positividad máxima 56,3% en la semana 4/2025) y en menor medida del VRS (positividad máxima 13,2% en la semana 6/2025). La circulación de SARS-CoV-2 a nivel comunitario esta temporada ha sido muy baja, en consonancia con la incidencia sindrómica de la infección por COVID-19. Se ha observado una pequeña onda estival a partir de la semana 20, con entre 1 y 8 casos positivos a este virus semanales. La positividad máxima ha sido 85,7% en la semana 34/2025, aunque dado el bajo número de muestras totales durante los meses de verano, hay que interpretar este porcentaje con cautela (figura 7).



Figura 7. Número total de muestras y número de muestras positivas de SARS-CoV-2, gripe (A y B) y VRS. Sistema de vigilancia de IRA en Atención Primaria, red centinela sanitaria de la Región de Murcia. Temporada 2024/25.



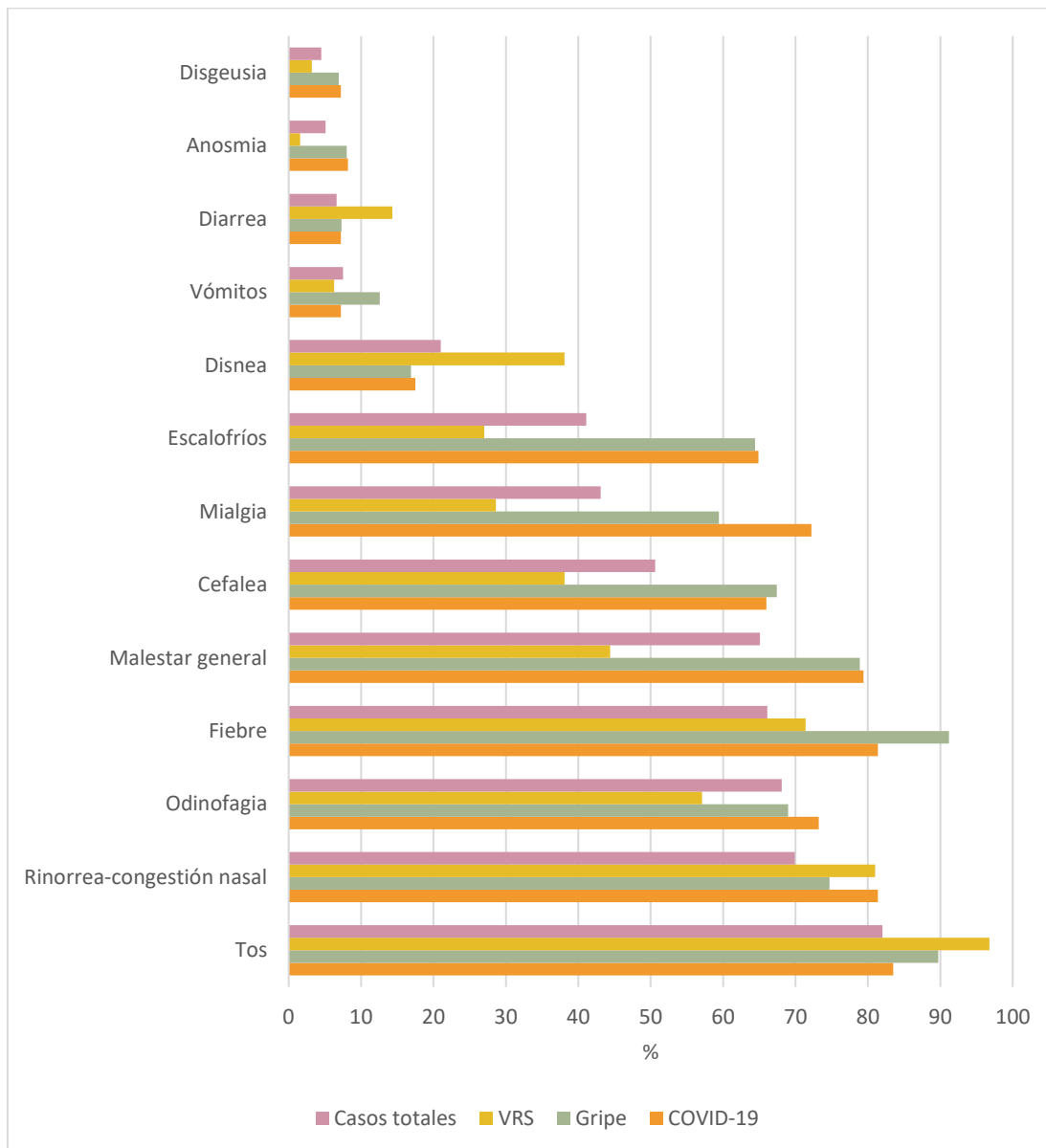
*El resultado negativo de las muestras se refiere a los tres virus que se vigilan en el componente sistemático de la vigilancia de IRA-AP en la RM (gripe, SARS-CoV-2 y VRS).

Fuente: Sistema centinela de vigilancia de IRA-AP. Temporada 2024/25. Servicio de Epidemiología. DGSPyA. Región de Murcia.

Los síntomas más frecuentes en el total de pacientes centinela eran la tos, la rinorrea o congestión nasal y el dolor de garganta, todos ellos presentes en más del 68% de los casos seleccionados de IRA. Sin embargo, al analizar los resultados según la confirmación microbiológica al diagnóstico, se observa que entre los casos de gripe, además de estos tres síntomas, también era muy frecuente la presencia de fiebre y malestar general; entre los casos de COVID-19, la fiebre, el malestar general y la mialgia; y entre los pacientes con resultado positivo a VRS, la fiebre. Los/as pacientes con bronquiolitis por VRS eran los que presentaban disnea con mayor frecuencia (38,1%) (figura 8).



Figura 8. Forma de presentación del cuadro (porcentaje de síntomas) respecto al total de pacientes centinela y en función del virus responsable de la infección (positividad). Sistema de vigilancia de IRA en Atención Primaria, red centinela sanitaria de la Región de Murcia. Temporada 2024/25.

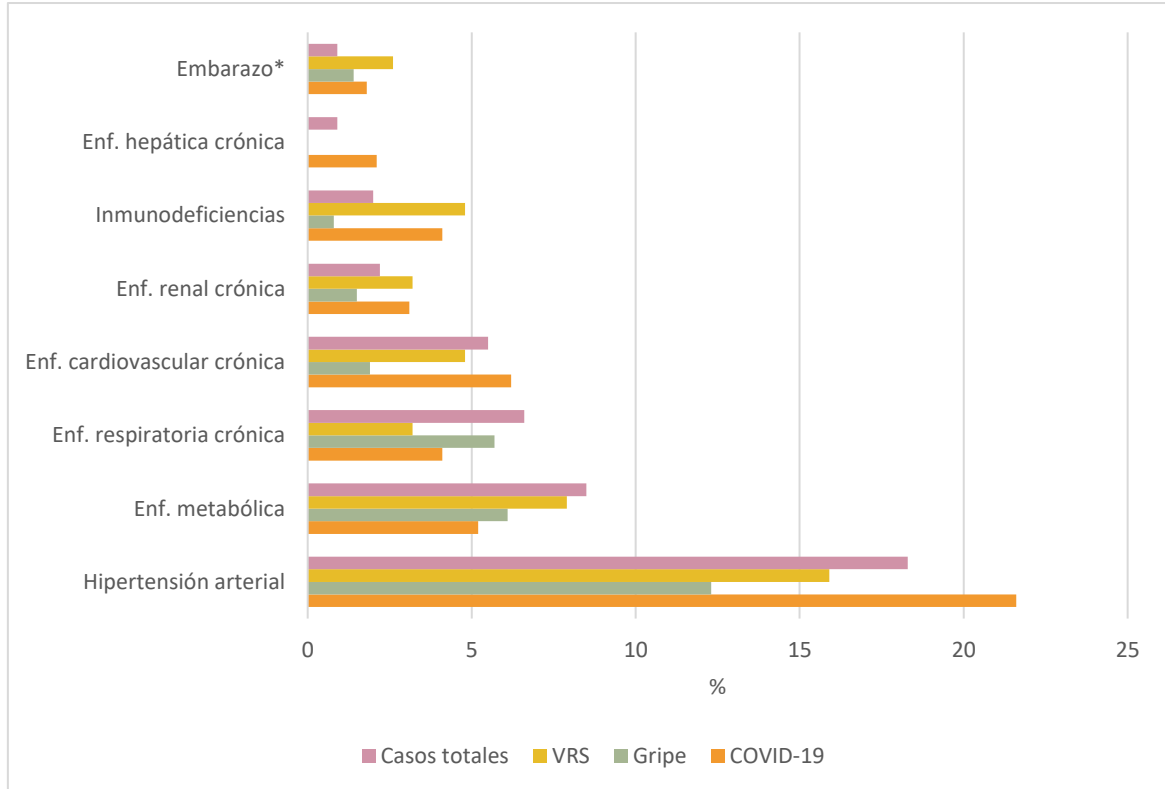


Fuente: Sistema centinela de vigilancia de IRA-AP. Temporada 2024/25. Servicio de Epidemiología. DGSPyA. Región de Murcia.

La hipertensión arterial era la enfermedad crónica más frecuente entre los casos centinela (18,3%), seguida de la enfermedad metabólica, que incluye la diabetes (8,5%) y la enfermedad respiratoria crónica (incluido el asma), presente en el 6,6% de los casos. La distribución de estas comorbilidades en función del agente etiológico de la infección es bastante similar a la distribución global entre todos los casos centinela, destaca una prevalencia más baja de hipertensión arterial (12,4%) entre los casos con infección por gripe y más elevada en casos de COVID-19 (figura 9).



Figura 9. Prevalencia de enfermedades crónicas de base en el total de pacientes centinela y según virus (positividad). Sistema de vigilancia de IRA en Atención Primaria, red centinela sanitaria de la Región de Murcia. Temporada 2024/25.



*Para el cálculo de la prevalencia de embarazo se ha usado como denominador el total de casos de mujeres en edad reproductiva (15-49 años).

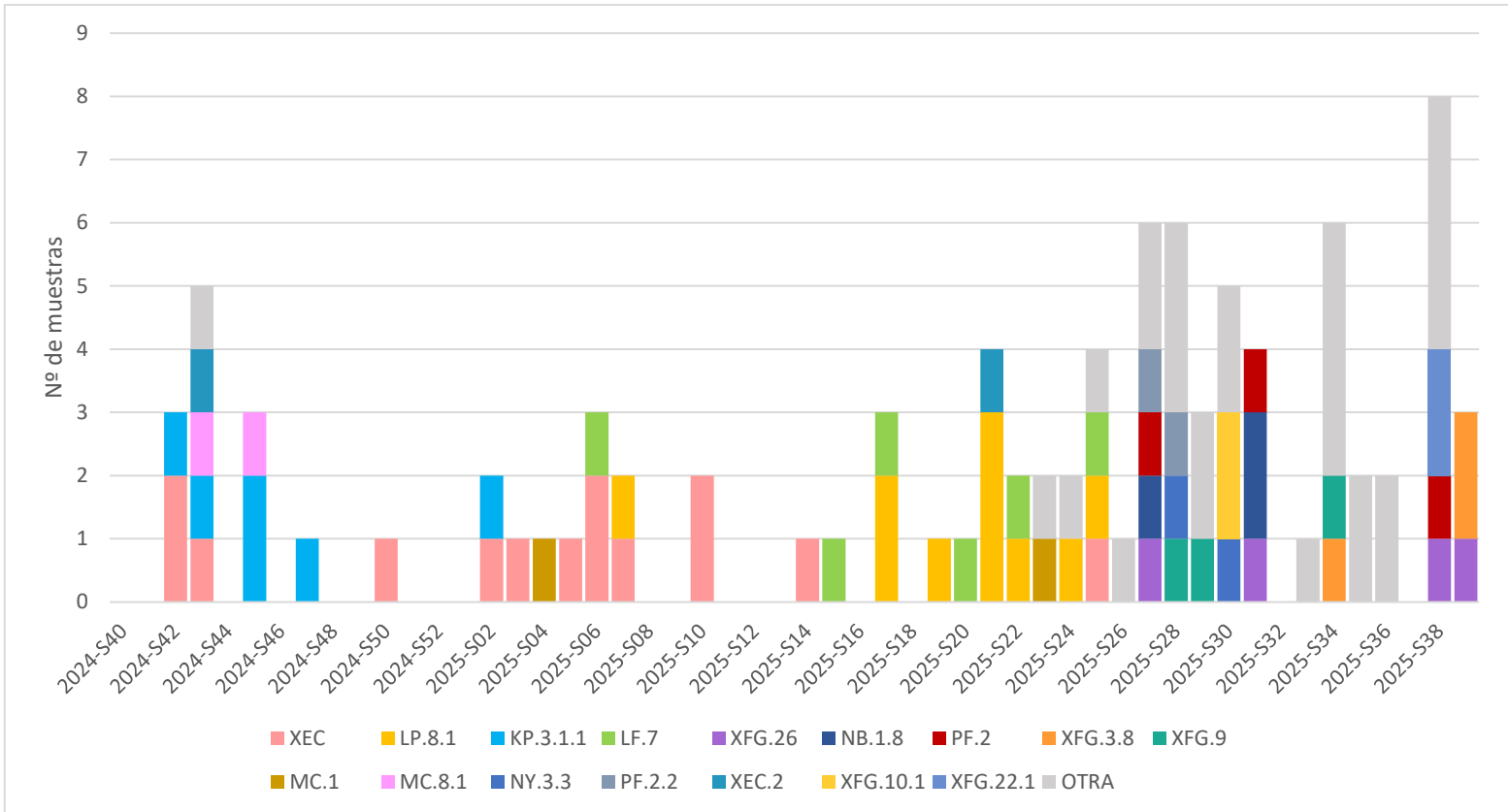
Fuente: Sistema centinela de vigilancia de IRA-AP. Temporada 2024/25. Servicio de Epidemiología. DGSPyA. Región de Murcia.

Resultados de secuenciación de SARS-CoV-2 y caracterización de gripe

Las principales variantes secuenciadas de SARS-CoV-2 en la temporada 2024/2025 han sido XEC (14,4% del total de muestras positivas a SARS-CoV-2), presente sobre todo a finales de 2024 y principios de 2025, y LP.8.1 (10,3%), que se ha detectado durante la primera mitad de 2025 (figura 10). A nivel nacional, ha predominado la variante BA.2.86 (52%) desde el comienzo de la temporada, seguida de la variante XFG (23%), identificada a partir de la semana 19/2025, señalando el inicio de la onda estival [8].



Figura 10. Variantes de SARS-CoV-2 secuenciadas semanalmente. Sistema de vigilancia de IRA en Atención Primaria, red centinela sanitaria de la Región de Murcia. Temporada 2024/25.

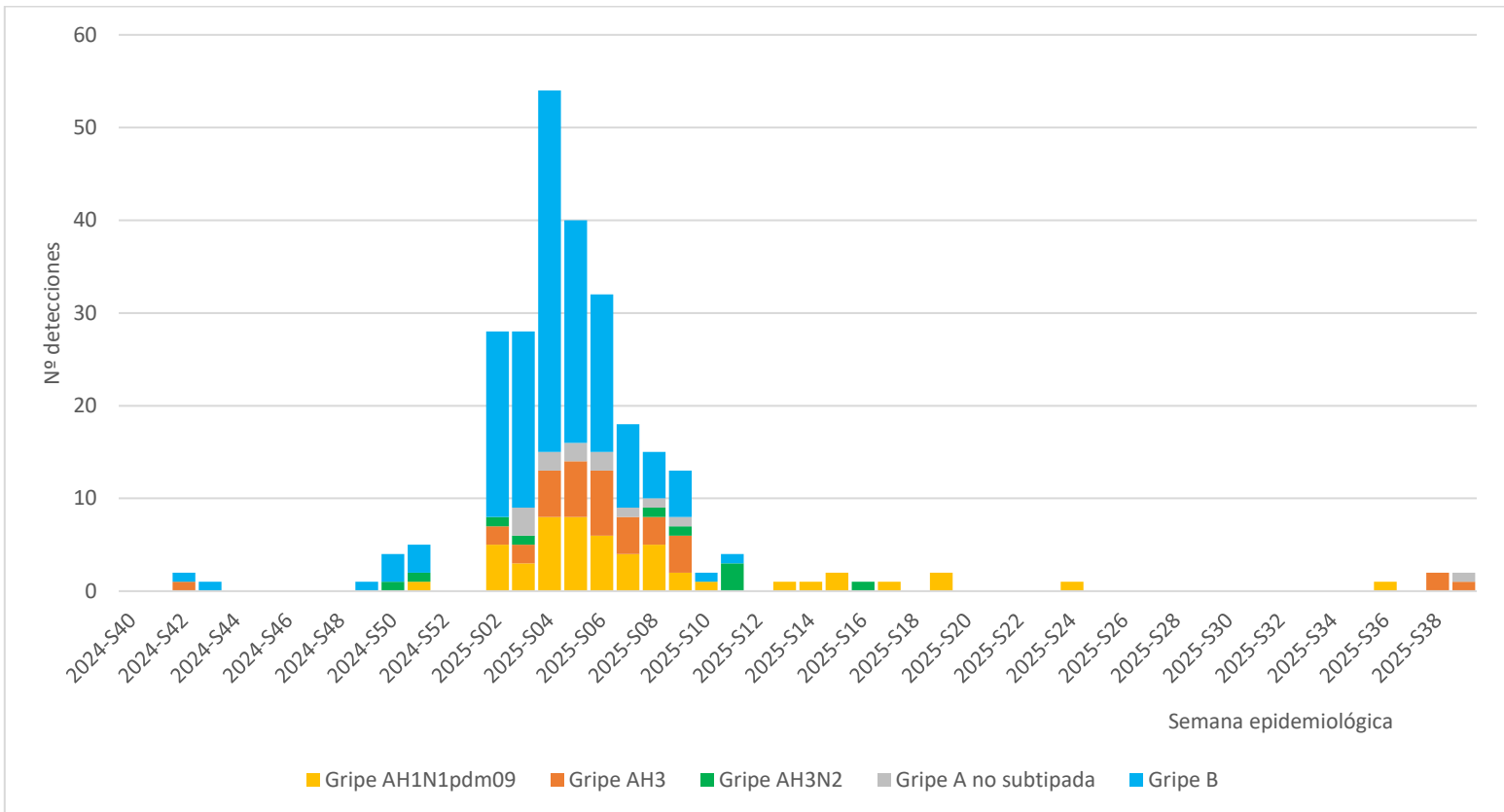


Fuente: Sistema centinela de vigilancia de IRA-AP. Temporada 2024/25. Servicio de Epidemiología. DGSPyA. Región de Murcia.

La mayoría de las muestras positivas de gripe correspondían a gripe B (149), que ha estado circulando hasta la semana 11/2025. Respecto a la gripe A, se identificaron 52 casos de gripe A H1N1pdm09, 37 de gripe AH3 y 10 de gripe AH3N2 (figura 11). En total se han caracterizado 38 cepas de gripe, que se presentan en la figura 12. Entre los casos de gripe caracterizados, la cepa de gripe B más frecuente ha sido B/Catalonia/2279261NS/2023 (34,2%) y la gripe A, A/Victoria/4897/2022(H1N1) (21,1%).

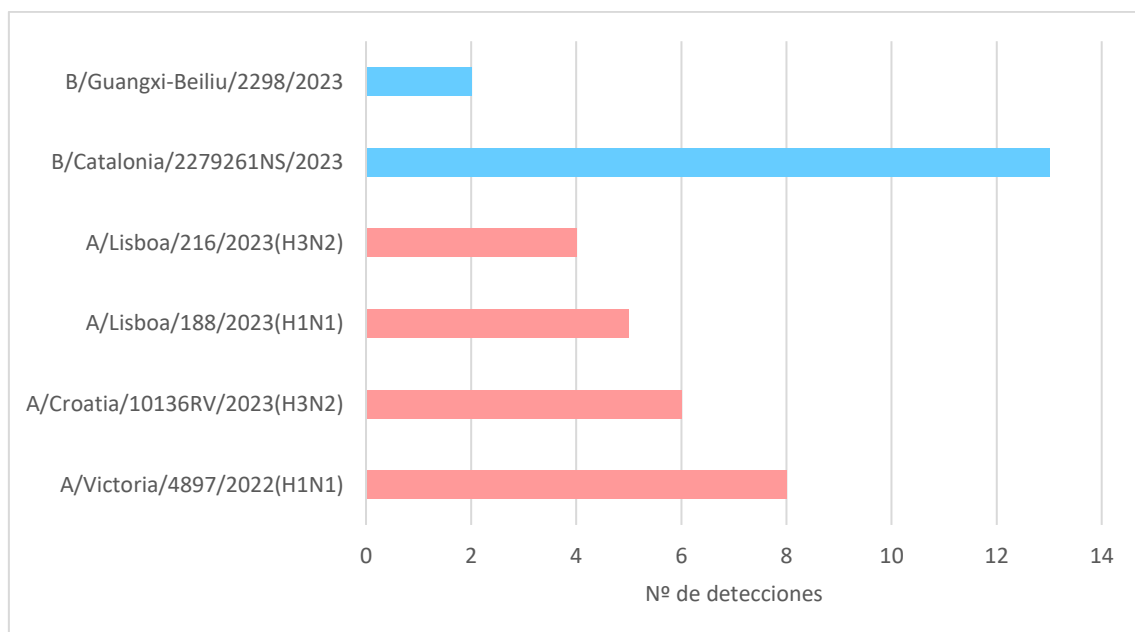


Figura 11. Subtipos de gripe identificados semanalmente. Sistema de vigilancia de IRA en Atención Primaria, red centinela sanitaria de la Región de Murcia. Temporada 2024/25.



Fuente: Sistema centinela de vigilancia de IRA-AP. Temporada 2024/25. Servicio de Epidemiología. DGSPyA. Región de Murcia.

Figura 12. Cepas de gripe caracterizadas. Sistema de vigilancia de IRA en Atención Primaria, red centinela sanitaria de la Región de Murcia. Temporada 2024/25.



Fuente: Sistema centinela de vigilancia de IRA-AP. Temporada 2024/25. Servicio de Epidemiología. DGSPyA. Región de Murcia.



Vigilancia de Infección Respiratoria Aguda Grave en los Hospitales (IRAG)

Metodología de la Vigilancia de IRAG

La vigilancia de IRAG comprende dos componentes:

- **Componente sindrómico:** incluye todos los casos ingresados con características de IRAG en el HCUVA cualquier día de la semana.
- **Componente de selección sistemática:** incluye todos los casos ingresados en martes y miércoles de cada semana en el HCUVA y todos los casos menores de 2 años ingresados cualquier día de la semana (refuerzo VRS), en los que se amplía la información cumplimentando una encuesta con variables epidemiológicas, clínicas y virológicas. Además, se recoge una muestra respiratoria para determinación, entre otros agentes etiológicos, de gripe, COVID-19 y VRS.

Población vigilada

Dado que el hospital centinela para la vigilancia de IRAG es el HCUVA, la población vigilada es la residente en el Área I de Salud.

Periodo de vigilancia

La vigilancia de las IRAG se lleva a cabo durante todo el año, comenzando en la semana 40 de un año y finalizando en la semana 39 del año siguiente. Sin embargo, en la temporada 2024/2025 solo se ha podido llevar a cabo la vigilancia hasta la semana 26/2025 (23 al 29/06/2025), que son los resultados que se presentan en este informe.

Componente sindrómico de la vigilancia de IRAG

En la RM se han incluido todos/as los/as pacientes con ingreso en cualquiera de las unidades o servicios del hospital centinela (HCUVA), incluido Urgencias y la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), que cumplían la definición de caso de IRAG, basada en la definición de IRAG de la OMS ^[10,11].

Se ha captado a los pacientes con IRAG a partir de las impresiones diagnósticas al ingreso compatibles con IRAG cuyo episodio de infección respiratoria aguda era agudo, con inicio de síntomas en los últimos 10 días, y grave, requería hospitalización (tenía cursada una orden de ingreso) ^[12] y ha permanecido ingresado un mínimo de 24 horas o fallecido en las primeras 24 horas.

La información de estos casos se ha obtenido con la colaboración de los Servicios de Admisión y Microbiología del HCUVA. A partir de los listados diarios de admisión de pacientes ingresados, se ha realizado una primera selección de los casos que presentaban un diagnóstico de presunción compatible con un cuadro de IRAG. Tras ese primer cribado, se verificaba en la historia clínica electrónica si cumplía con la definición de caso de IRAG y se obtenía la información sobre sexo y edad. La selección de casos y la revisión de historias clínicas se ha realizado desde el Servicio de Epidemiología de la DGSPyA.

Componente de selección sistemática de la Vigilancia de IRAG

Cada semana, desde el Servicio de Epidemiología, se han seleccionado de los listados de pacientes ingresados/as diariamente en el HCUVA aquellos que cumplían la definición de caso de IRAG. Y de los casos ingresados en martes y miércoles, se ha cumplimentado una encuesta con una serie de variables con información epidemiológica, clínica y virológica. Con la



colaboración del Servicio de Microbiología del HCUVA, se ha completado la información virológica de los casos seleccionados.

Además, en la temporada 2024/2025 se ha continuado el refuerzo de la vigilancia de IRAG en población pediátrica según el cual se incluían en el componente de selección sistemática todos los ingresos por IRAG en menores de 2 años en cualquier día de la semana con el objetivo de poder estimar mejor la carga de enfermedad del VRS y la efectividad de nirsevimab frente a la hospitalización por VRS.

Análisis epidemiológico

La información obtenida mediante el componente sindrómico de la vigilancia de IRAG ha permitido el cálculo de IA de hospitalización semanal por IRAG por sexo y grupos de edad. Para esta estimación se ha utilizado como denominador la población de referencia del Área I de Salud (Censo de Población Anual de 2024).

Por otro lado, a partir de la información procedente del componente de selección sistemática de la vigilancia de IRAG se han analizado los resultados microbiológicos y se han caracterizado los casos mediante el análisis de la información recogida en la encuesta sobre factores de riesgo y/o comorbilidades y antecedentes de vacunación e inmunización.

Resultados de la Vigilancia de IRAG

A continuación, se presentan los resultados de la vigilancia de la infección respiratoria aguda grave en el HCUVA, hospital de referencia para esta vigilancia en la Región de Murcia, durante la temporada 2024/2025 hasta la semana 26/2025.

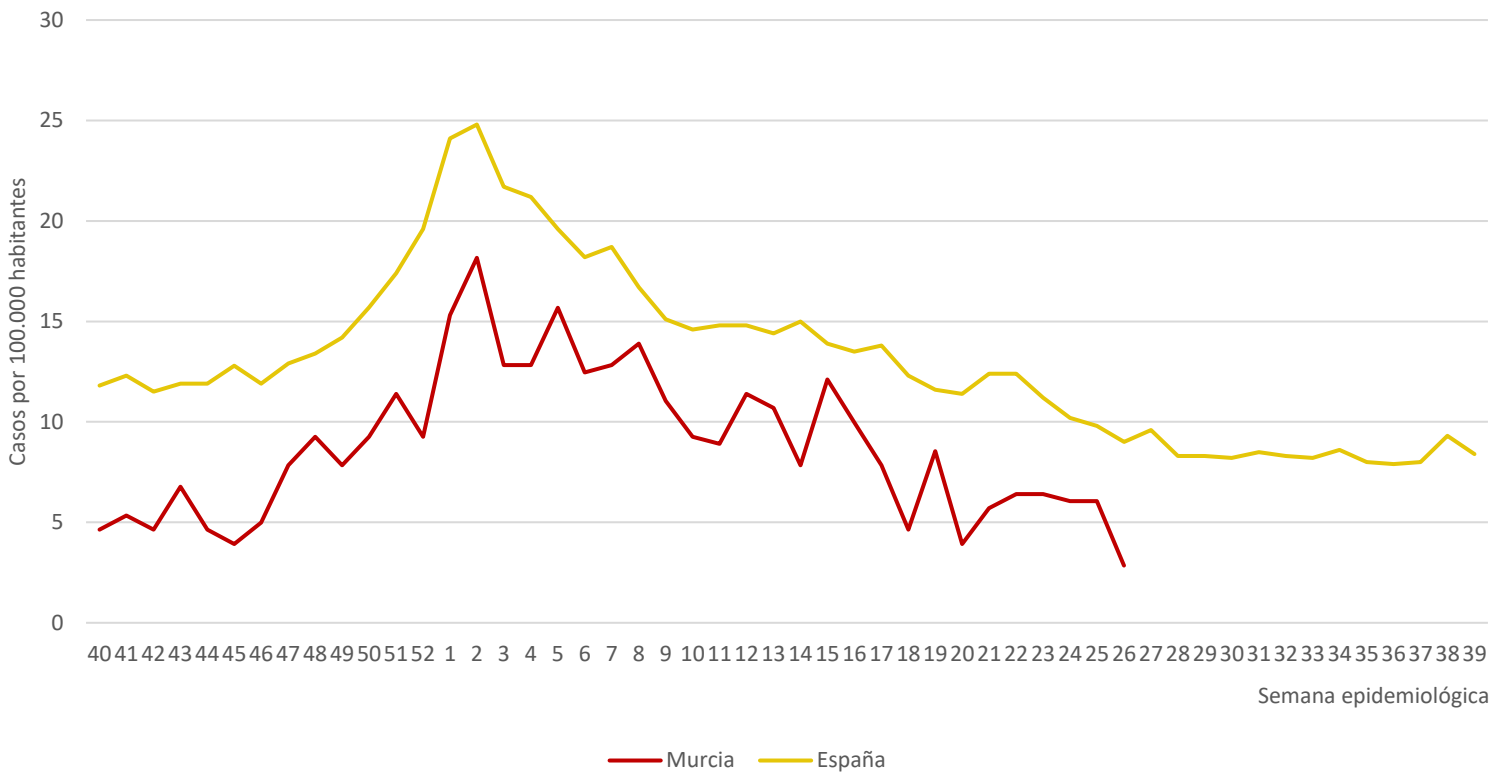
Componente sindrómico

Desde la semana 40/2024 hasta la 26/2025 se ha registrado un total de 964 pacientes hospitalizados en el HCUVA que cumplían la definición de caso de paciente ingresado por IRAG, un 13,5% menos que en la temporada anterior en la misma fecha. La IA total de la temporada hasta la semana 26/2025 ha sido de 343 casos por 100.000 hab, y hasta la semana 26/2024 de la temporada previa había sido 407.

Se ha registrado la IA máxima de IRAG de la temporada en la semana 2/2025, con 19 casos por 100.000 hab, casi un 50% inferior que la IA máxima de la temporada previa (36, semana 1/2024). Tras alcanzar el pico, la IA de IRAG ha presentado una tendencia descendente, paulatina al principio y más marcada desde la semana 15, alcanzando en la semana 26 una IA de 3 casos por 100.000 hab, valor mínimo registrado. Aunque la evolución de la onda de IRAG en la Región se asemeja a la observada a nivel nacional, donde también se ha registrado un descenso respecto a la temporada previa, la IA semanal en la RM ha estado de media unos 5 puntos por debajo de la IA en España. El pico máximo a nivel nacional se registró en la semana 2/2025, con 24 casos de IRAG por 100.000 hab (figura 13) ^[8].



Figura 13. Evolución de la incidencia acumulada semanal de IRAG por 100.000 habitantes. Región de Murcia y España. Temporada 2024/25.

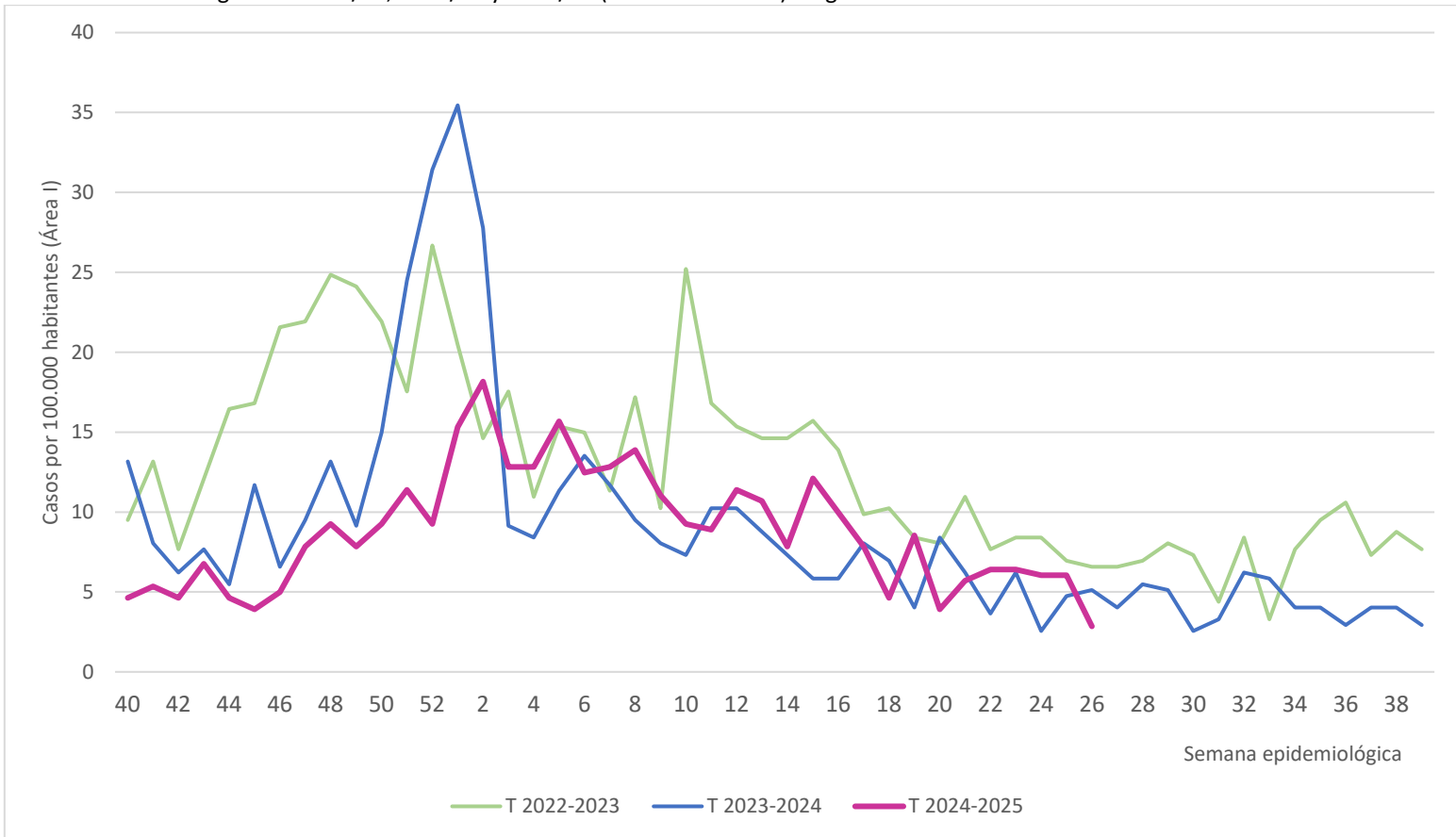


Fuente: Sistema de vigilancia de la IRAG del Área I de Salud, componente sindrómico. Temporada 2024/2025. Servicio de Epidemiología. DGSPyA. Región de Murcia.
CNE. ISCIII. Sistema de Vigilancia de la Infección Respiratoria Aguda (SIVIRA), España.



La IA de IRAG registrada durante la temporada 2024/2025 ha sido inferior a la de las temporadas anteriores, con una IA máxima considerablemente inferior. Además, se observa que el pico de IA de IRAG se ha producido con un retraso de una semana en cada una de las últimas 3 temporadas (figura 14).

Figura 14. Evolución de la incidencia acumulada de IRAG según temporada de vigilancia. Temporadas vigiladas: 2022/23, 2023/24 y 2024/25 (hasta semana 26). Región de Murcia.

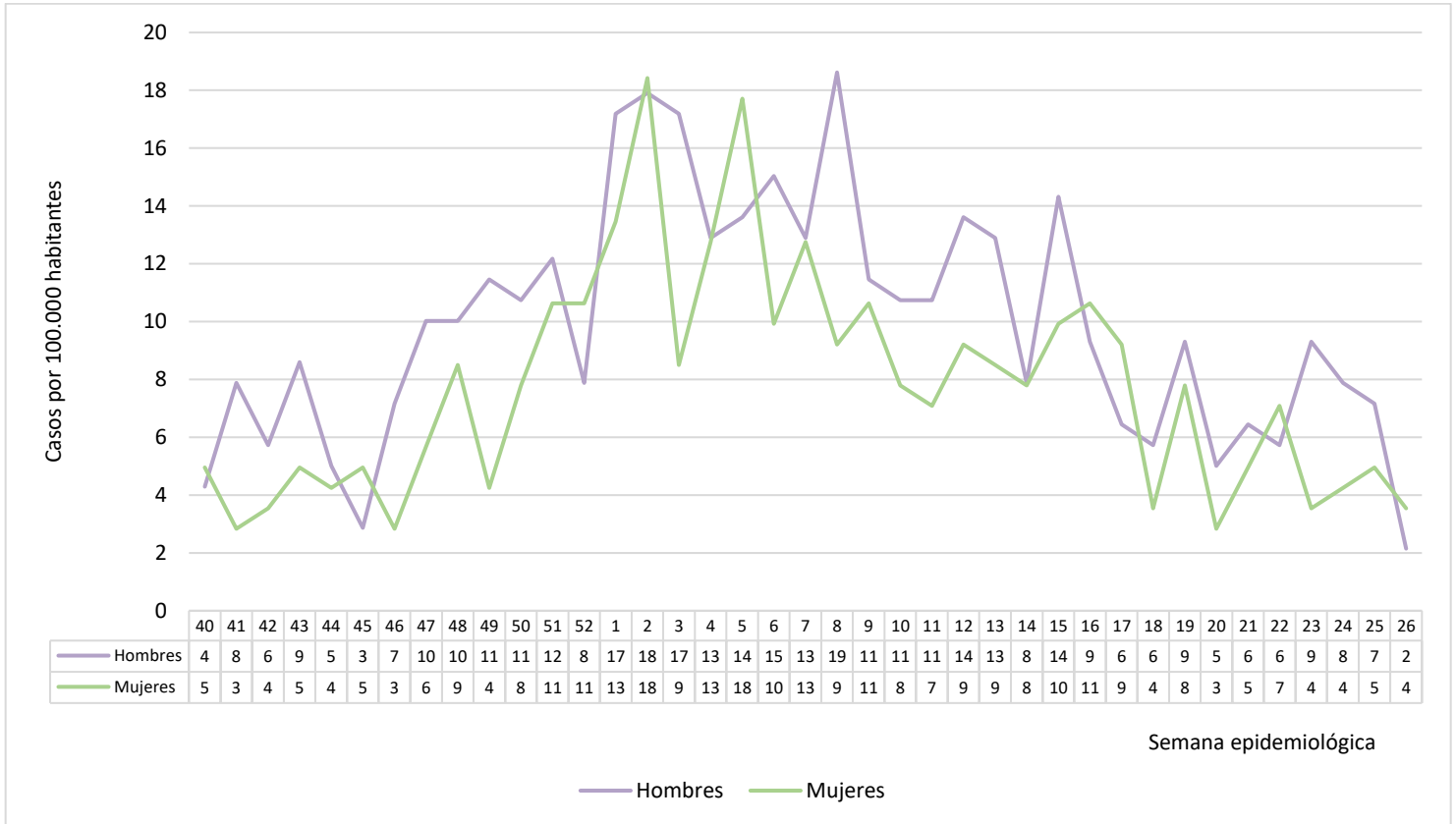


Fuente: Sistema de vigilancia de la IRAG del Área I de Salud, componente sindrómico. Temporada 2024/2025. Servicio de Epidemiología. DGSPyA. Región de Murcia.



La evolución de la IA semanal de IRAG en ambos sexos ha ido en paralelo, aunque ha sido mayor en hombres la mayor parte del tiempo, IA global en hombres de 385 casos por 100.000 hab, frente a 302 en mujeres (figura 15). A nivel nacional se ha observado el mismo patrón [8].

Figura 15. Evolución de la incidencia acumulada semanal de IRAG según sexo. Temporada 2024/25. Región de Murcia.



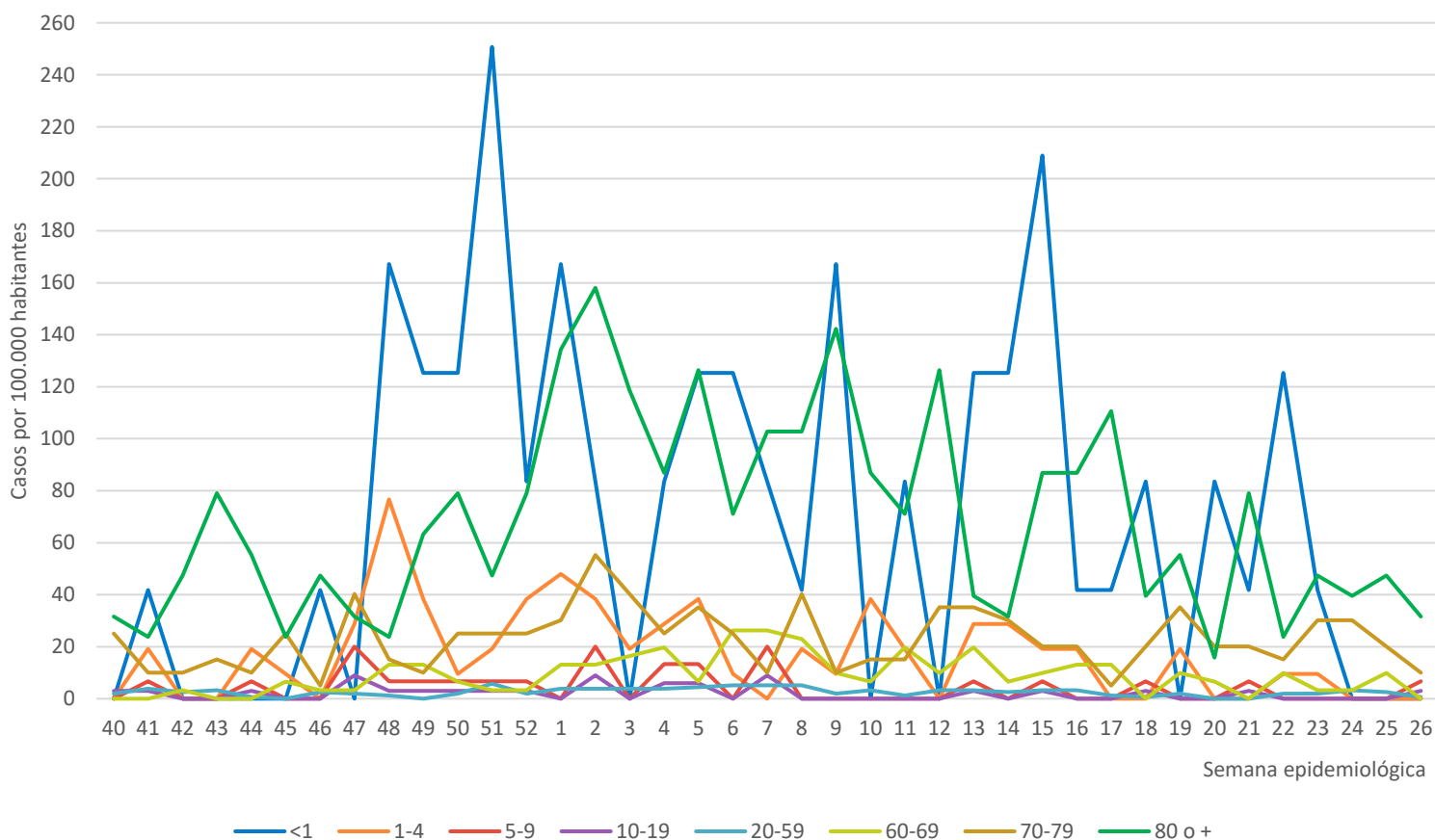
Fuente: Sistema de vigilancia de la IRAG del Área I de Salud, componente sindrómico. Temporada 2024/2025. Servicio de Epidemiología. DGSPyA. Región de Murcia.



En la figura 16 se observa la evolución semanal de la IA de IRAG según grupos de edad. En la temporada 2024/2025, esta IA ha sido mayor en los menores de 1 año, alcanzando su máximo en la semana 51/2024, con 251 casos por 100.000 hab, y entre las personas mayores de 79 años, pico máximo en la semana 2/2025, con 158 casos por 100.000 hab. En el resto de grupos de edad la IA semanal máxima ha sido inferior a 80 casos por 100.000 hab.

El descenso en la IA de IRAG en los menores de 1 año observado en la temporada previa se ha mantenido durante la temporada 2024/2025. La evolución de la IA semanal de IRAG en este grupo de edad ha sido bastante similar a la de la temporada pasada, con una IA máxima un 8,8% inferior al pico de 2023/2024 y un 50,9% inferior al de la temporada 2022/2023 (figura 17).

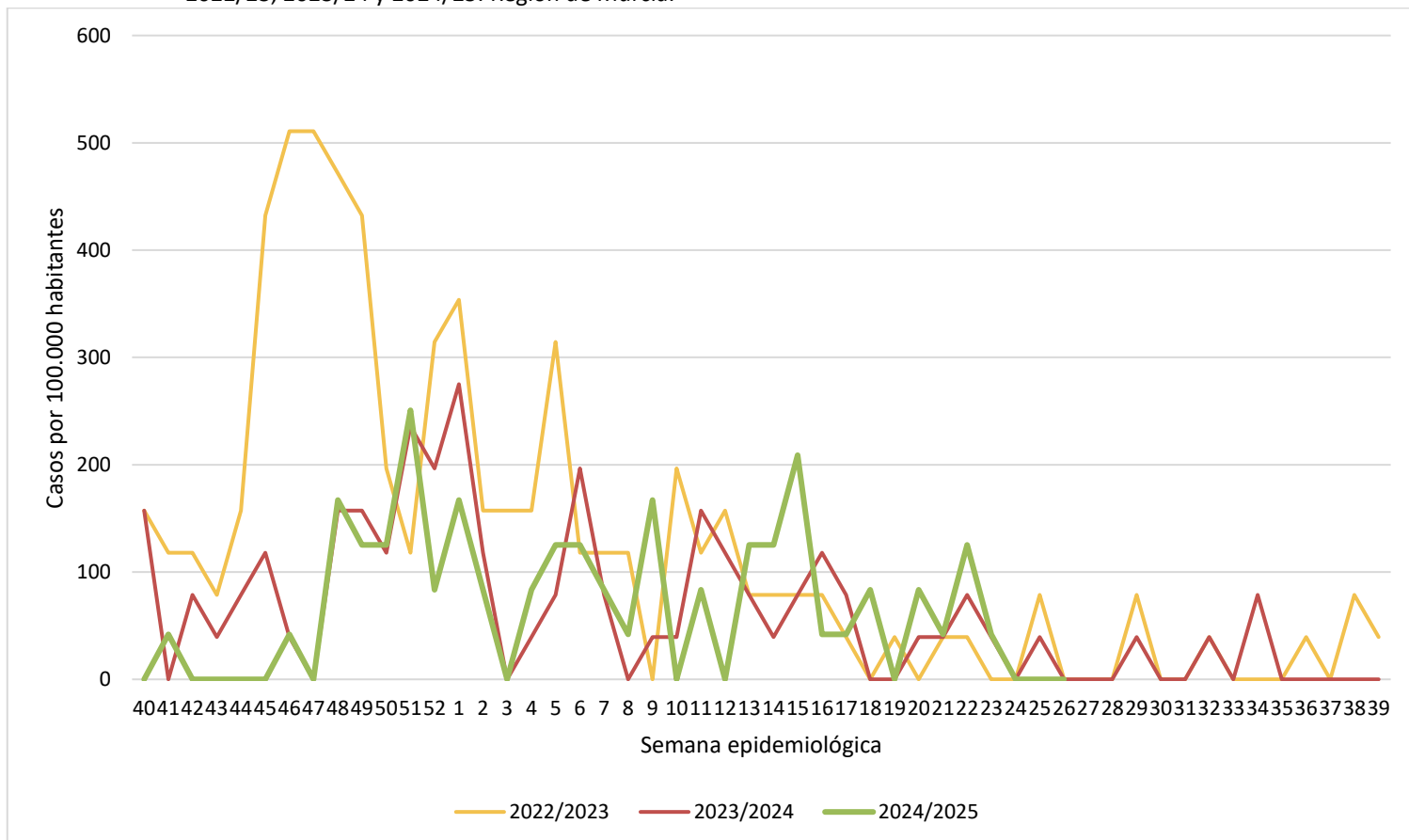
Figura 16. Evolución de la incidencia acumulada semanal de IRAG según grupo de edad. Temporada 2024/25. Región de Murcia.



Fuente: Sistema de vigilancia de la IRAG del Área I de Salud, componente sindrómico. Temporada 2024/2025. Servicio de Epidemiología. DGSPyA. Región de Murcia.



Figura 17. Evolución de la incidencia acumulada semanal de IRAG en los menores de 1 año. Temporadas 2022/23, 2023/24 y 2024/25. Región de Murcia.



Fuente: Sistema de vigilancia de la IRAG del Área I de Salud, componente sindrómico. Temporadas 2022/23, 2023/24 y 2024/25. Servicio de Epidemiología. DGSPyA. Región de Murcia.

Componente de selección sistemática

De todos los casos ingresados con cuadro clínico compatible con IRAG que cumplían la definición de caso, se seleccionaron aquellos ingresados los martes y miércoles de cada semana y los menores de 2 años ingresados cualquier día de la semana en los que se amplió la información clínica, epidemiológica y microbiológica, en colaboración con el Servicio de Microbiología del HCUVA.

Desde la semana 40/2024 hasta la semana 26/2025, se han seleccionado 294 casos de IRAG ingresados en el HCUVA en los que se cumplimentó la encuesta de caso y se recogió la información microbiológica disponible, un 11,4% menos que en la temporada 2023/24 en la misma fecha. De estos 294 ingresos, el 58,2% eran hombres, similar distribución que en la temporada previa de vigilancia de IRAG, y la edad mediana era 52 años, RIC: 1-79, con casos más jóvenes que en la temporada anterior (69 años, RIC: 9-82). El 53,4% de los casos presentaba al menos una enfermedad de base y/o factor de riesgo de complicación del cuadro respiratorio, siendo esta prevalencia del 74,2% en la temporada 2023/2024.

De los 294 casos de IRAG incluidos en el componente de selección sistemática, se había tomado muestra para SARS-CoV-2 al ingreso a 284 pacientes, resultando positivos 9 (3,2%).



Mientras que en la temporada previa, la positividad observada a SARS-CoV-2 hasta la semana 26 había sido mayor (13,2%) y se registró una onda de COVID-19 durante los meses de invierno y una pequeña onda en verano. Sin embargo, en la temporada actual se han detectado casos anecdóticos positivos a SARS-CoV-2 entre los ingresados por IRAG en invierno y en las primeras semanas de verano. Entre las semanas 21 y 26/2025, última de la que se disponen datos, se observó un aumento del número de casos de IRAG positivos a este virus, correspondiendo con una pequeña onda de COVID-19 estival, de menor magnitud que la de temporadas previas.

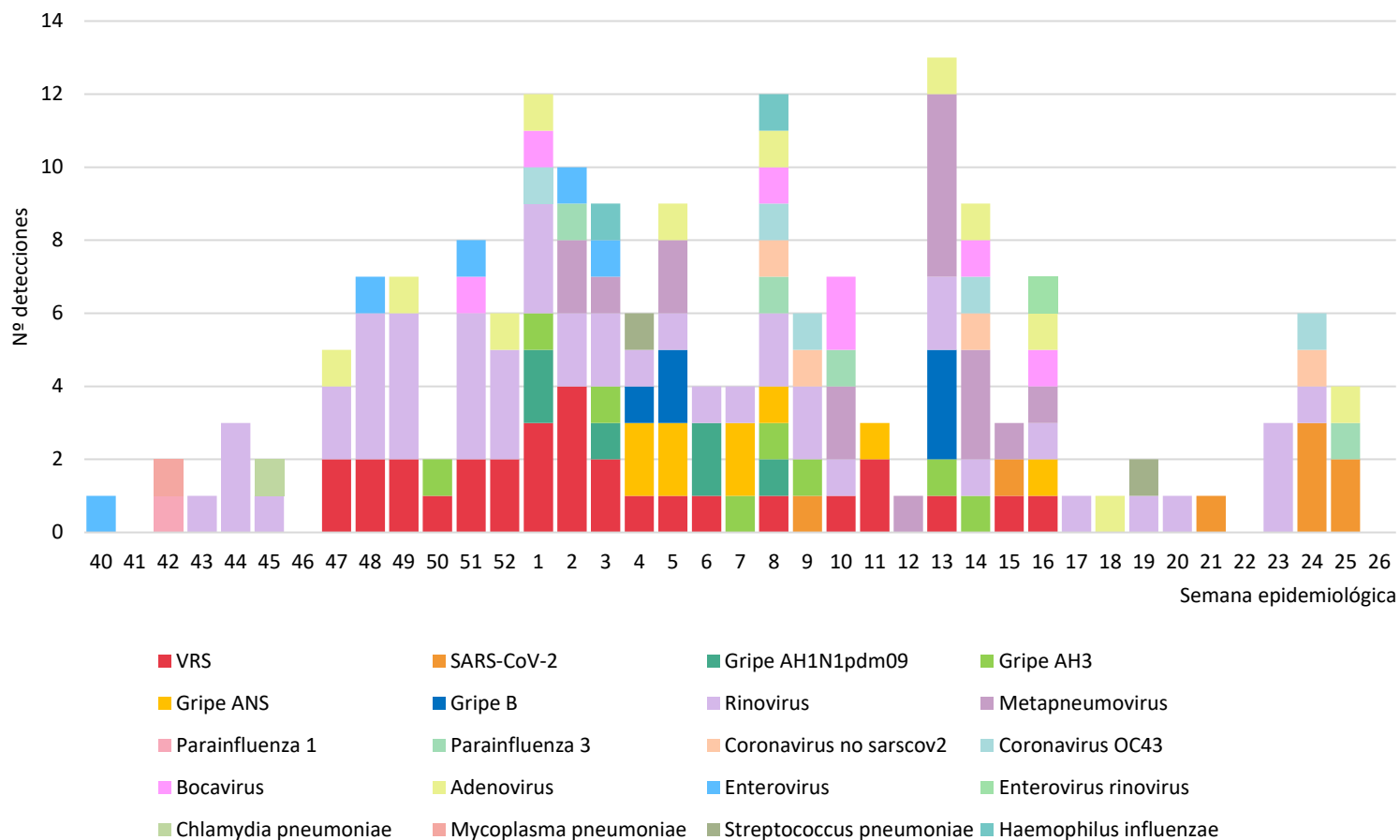
Se tomó muestra para diagnóstico de gripe a 280 casos de IRAG, detectando 31 casos positivos (11,1% de positividad; menor que la de la temporada anterior, 22,0%). El virus de la gripe ha circulado entre las semanas 50/2024 y 16/2025, encontrando al mismo tiempo casos de gripe A y gripe B, aunque con predominancia del primer tipo. En la temporada pasada la ola de gripe entre los casos de IRAG fue debida a casos de gripe A exclusivamente.

De los 246 casos en los que se determinó VRS, 48 pacientes presentaron un resultado positivo (19,5%; similar aunque ligeramente mayor que la positividad de la temporada previa, 16,3%), de los cuales 42 eran VRS tipo A y 2 VRS tipo B, en 4 casos se desconoce el tipo. El VRS ha estado presente desde la semana 46/2024 hasta la 18/2025.

En el 71,8% de los casos de IRAG se completó el estudio microbiológico ampliando para otros agentes infecciosos. Tanto entre los casos menores de 2 años como en los casos de 2 o más años el virus más frecuentemente identificado ha sido *Rhinovirus* (positividad del 39,1% en menores de 2 años y del 34,3% en casos de 2 o más años), presente a lo largo de toda la temporada. En segundo lugar se ha identificado VRS en ambas poblaciones, circulando entre las semanas 46/2024 y 18/2025 (positividad del 27,7% y 16,6% en menores de 2 años y casos de 2 o más años respectivamente). Entre menores de 2 años el tercer virus más frecuente ha sido *Metapneumovirus* (positividad del 15,6%, 12,6% en casos de 2 o más años); mientras que entre los casos de 2 o más años era más frecuente la gripe (13,6%, siendo del 3,1% en menores de 2 años), (figuras 18 y 19). En 99 casos de IRAG (33,7%) no se identificó el agente infeccioso.



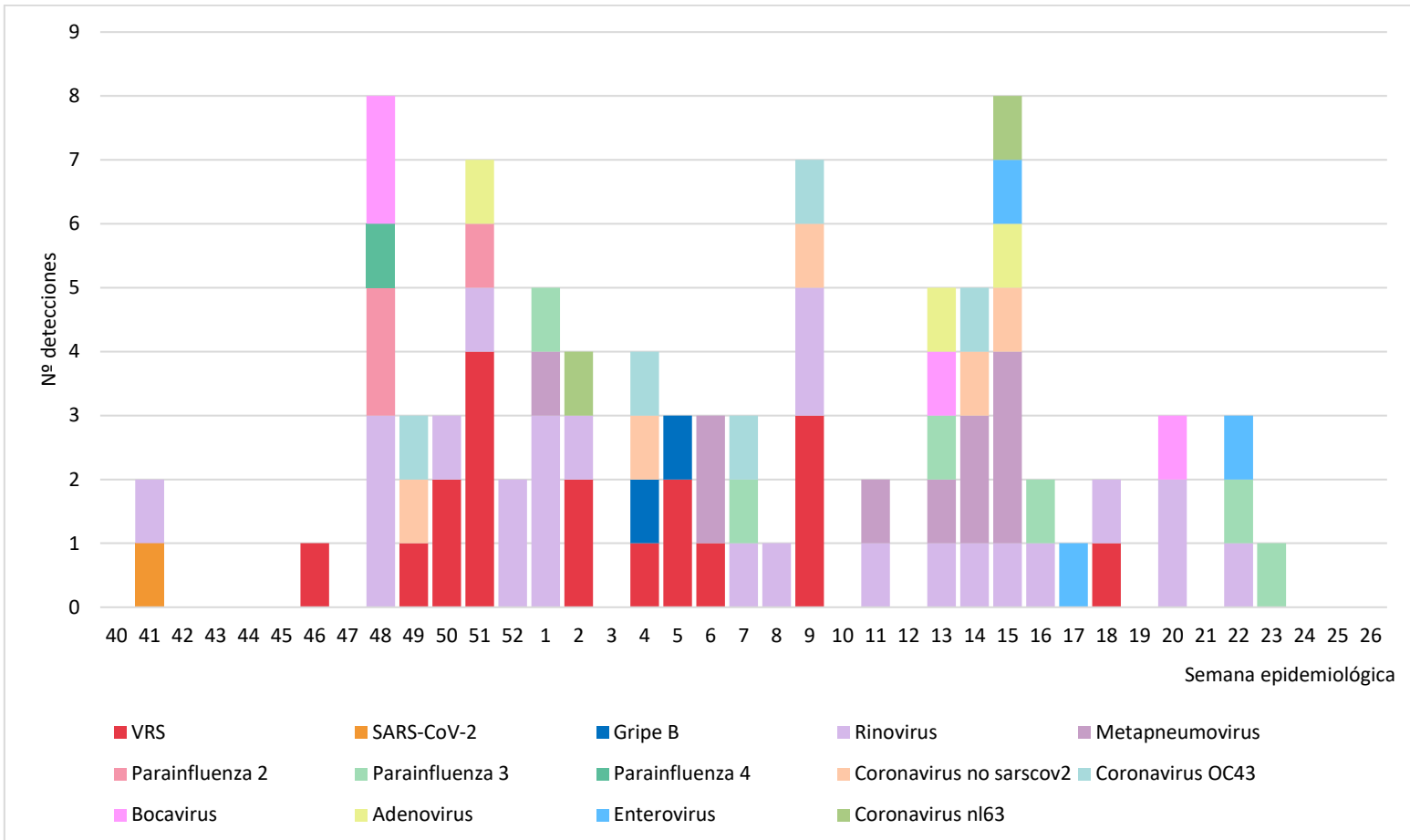
Figura 18. Número de detecciones semanales en los casos de IRAG de 2 o más años. Sistema de vigilancia de IRAG del área I de salud, componente sistemático. Temporada 2024/2025. Región de Murcia.



Fuente: Sistema de vigilancia de las IRAG. Temporada 2024/2025. Servicio de Epidemiología. DGSPyA. Región de Murcia.



Figura 19. Número de detecciones semanales en los casos de IRAG menores de 2 años. Sistema de vigilancia de IRAG en el Área I de Salud, componente sistemático. Temporada 2024/2025. Región de Murcia.

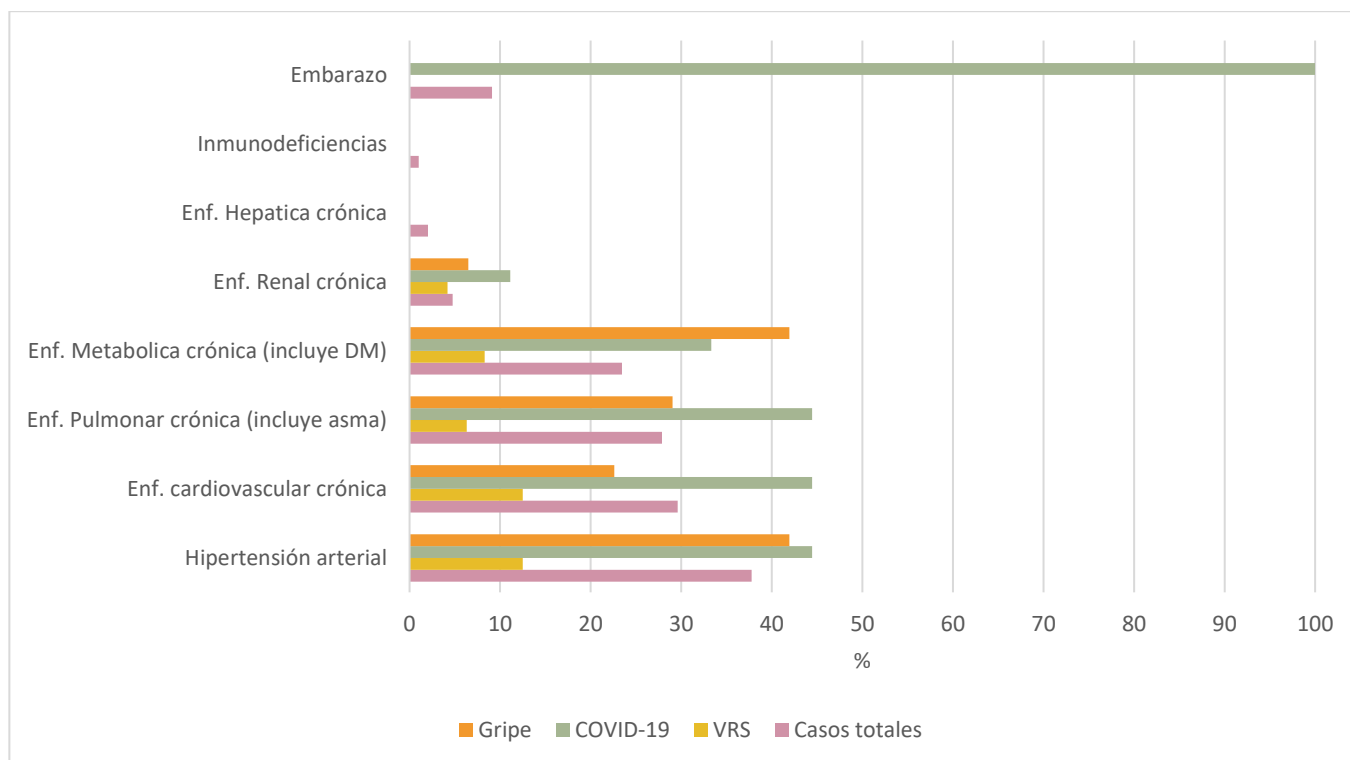


Fuente: Sistema de vigilancia de las IRAG. Temporada 2024/2025. Servicio de Epidemiología. DGSPyA. Región de Murcia.



El 27,9% de los casos de IRAG ingresó con neumonía, el 3,1% precisó ingreso en UCI y el 2,0% falleció en el hospital. Entre los factores de riesgo y enfermedades de base más frecuentes se sitúa, en primer lugar, la hipertensión (37,8%), seguida de la enfermedad cardiovascular crónica (29,6%) y la enfermedad pulmonar crónica (incluida el asma) (27,9%). En función de la positividad, se observan prevalencias más bajas de todos los factores de riesgo en los casos positivos a VRS, (figura 20). Esto probablemente se explique por el hecho de que los casos ingresado por VRS son más jóvenes, entre los que estas comorbilidades son menos frecuentes. La mediana de edad de los casos positivos a VRS era 1 año (RIC: 0-2), mientras que la de los casos de gripe era 75 años (RIC: 43-87) y la de los casos de COVID-19 era 79 años (RIC: 34-85).

Figura 20. Prevalencia de factores de riesgo y enfermedades de base global y según virus (positividad). Sistema de vigilancia de casos hospitalizados por IRAG del Área I de Salud. Temporada 2024/2025. Región de Murcia.



Nota: algunos pacientes tienen varios factores de riesgo y/o enfermedades de base de complicación de la infección respiratoria.

*Para el cálculo de la prevalencia de embarazo se ha usado como denominador el total de casos de mujeres en edad reproductiva (15-49 años).

Fuente: Sistema de vigilancia de IRAG, componente sistemático. Temporada 2024/2025. Servicio de Epidemiología. DGSPyA. Región de Murcia.

Resultados de secuenciación de SARS-CoV-2 y caracterización de gripe

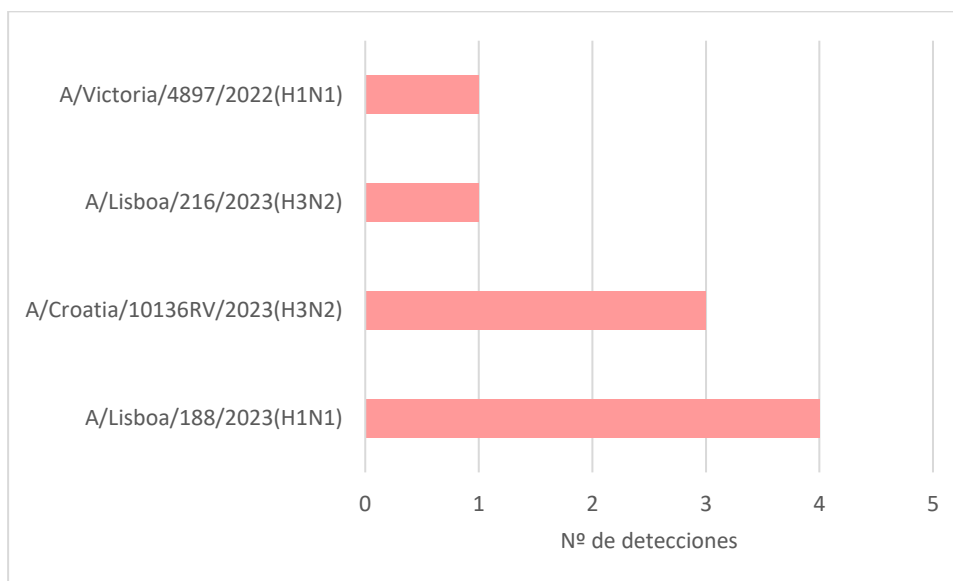
El servicio de microbiología del HCUVA es el responsable de la secuenciación del virus SARS-CoV-2 y la caracterización del virus de la gripe.

Se secuenció la variante de SARS-CoV-2 de los 5 casos de IRAG con resultado positivo mediante PCR, identificando KP.3.1.1 (semana 41/2024), XEC (semana 9/2025) y LP.8.1 (semanas 15, 21 y 24/2025).



De los 31 casos de gripe diagnosticados, 23 correspondían a gripe tipo A, de los que se subtiparon 14, siendo 8 A(H3) y 6 A(H1N1)pdm09, y 8 eran gripe B. En la figura 21 se muestran los resultados de los 9 casos de gripe caracterizados.

Figura 21. Cepas de gripe caracterizadas. Sistema de vigilancia de casos hospitalizados por IRAG del Área I de Salud. Temporada 2024/2025. Región de Murcia.



Fuente: Sistema de vigilancia de la IRAG, componente sistemático. Temporada 2024/2025. Servicio de Epidemiología. DGSPyA. Región de Murcia.

Discusión

La temporada 2024/2025 es la quinta desde que se implementó el SiVIRA en España, adaptando los sistemas de vigilancia existentes previos a la emergencia por SARS-CoV-2. La RM ha participado en la vigilancia de IRAG desde su comienzo en la temporada 2020/2021 y se incorporó a la vigilancia de IRA-AP con el componente sindrómico en la temporada siguiente, ya en la temporada 2022/2023 participaba de forma completa tanto en la vigilancia de IRA-AP como de IRAG. Sin embargo, en la temporada 2024/2025 solo se ha podido realizar la vigilancia de IRAG hasta la semana 26/2025, que son los resultados que se muestran en el presente informe junto con los resultados de vigilancia de la temporada completa de IRA-AP.

En la temporada 2024/2025 han coincidido los picos de las ondas epidémicas de IRA-AP e IRAG, registradas en las primeras semanas de 2025, ambas de menor intensidad y atrasadas respecto a la temporada previa. El pico máximo de IRA-AP ha sido de 1.208 casos por 100.000 hab en la semana 4/2025, y el de IRAG de 19 en la semana 2/2025. La onda de IRA-AP se ha registrado más tarde que la de IRAG, probablemente por el hecho de que en las últimas semanas de 2024 y en las primeras de 2025 coinciden varios días festivos en los que las consultas de atención primaria estaban cerradas. Por lo que la IA de IRA-AP medida en esas semanas no representa la magnitud real y es probable que la IA máxima de IRA-AP se alcanzase antes, precediendo al pico de IRAG. En la semana 38/2025 se registró un repunte de la IA de IRA-AP acompañado de un aumento de la IA de bronquiolitis aguda en menores de 5 años según código CIAP R78, señalando el comienzo de la nueva temporada 2025-2026.



El patrón de presentación de la IRA en AP y de IRAG a nivel nacional ha sido similar al observado en la RM, registrando una epidemia de intensidad baja, respecto a las anteriores, con incremento de la IA de estas infecciones en las primeras semanas de 2025 ^[8].

La onda epidémica, tanto de IRA-AP como de IRAG, es resultado de la coincidencia en el tiempo de las ondas de gripe e infección por VRS. Se confirma la estacionalidad de estos virus, mientras que se ha observado un comportamiento del SARS-CoV-2 diferente al de las temporadas previas en las que se había registrado una onda, de mayor o menor magnitud, durante los meses de invierno. Sin embargo, en la temporada 2024/2025 el impacto de la infección por COVID-19 ha sido mínimo, con una circulación menor que en temporadas previas durante el periodo estival, principalmente.

Durante la temporada 2024/2025 han circulado, coincidiendo en el tiempo, los tipos de gripe A y B, mientras que en la temporada pasada había predominado la gripe A mayoritariamente, detectando algún caso esporádico de gripe B ^[7]. Aunque a nivel de IRA-AP han sido más frecuentes los casos de infección por gripe B (57,1%), entre los casos ingresados por IRAG se han detectado más casos de gripe A (74,2%), reflejando mayor gravedad de la infección por gripe A respecto a la gripe B.

Se observan diferencias en el comportamiento de la IRA-AP respecto a la IRAG en función del sexo. Mientras que la IA de IRA-AP es más alta en mujeres, la IA de IRAG ha sido mayor en hombres durante la mayor parte de la temporada, comportamiento que también se observa a nivel nacional ^[8]. Esto puede reflejar tanto factores debidos al sexo como al género. Así podrían deberse a una mayor exposición en las mujeres, a la existencia de patrones diferentes en la frecuentación de la consulta de AP según género, siendo más frecuente que consulten mujeres, a diferencias en la gravedad de estas infecciones en función del sexo o a diferencias en el criterio de ingreso, entre otras posibilidades.

En cuanto a la distribución por edad, se han observado IA de IRA-AP más altas entre los casos más jóvenes, principalmente menores de 9 años; mientras que la IA de IRAG era mayor en las edades extremas, menores de 1 año y personas mayores de 79 años, que tienen mayor probabilidad de ingreso. Aunque las personas mayores de 79 años no se encuentran entre los grupos de mayor IA de IRA-AP ni de gripe, ha sido uno de los grupos con mayor riesgo de ingreso por una IRAG. Esta distribución según edad concuerda con lo que se ha observado a nivel nacional ^[8].

En los menores de 1 año se ha mantenido la reducción de la IA de IRAG registrada en la temporada pasada, cuando se introdujo la inmunización frente a VRS. La cobertura de inmunización con nirsevimab a nivel regional en los menores nacidos entre abril de 2024 y marzo de 2025 ha sido alta (93,5%) ^[13], similar a la registrada entre los casos centinela de IRA-AP menores de 6 meses (92,9%), entre los que no ha habido casos positivos a este virus. Sin embargo, entre los casos de IRAG los datos de inmunización han sido más bajos, se habían inmunizado el 66,7% de los casos positivos.



Bibliografía

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. Geneva: WHO; 2020. Disponible en: [https://www.who.int/publications/i/item/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/i/item/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. Instituto de Salud Carlos III. Guía de procedimientos para la vigilancia de gripe en España. SVGE. Octubre 2019. Disponible en: https://cne.isciii.es/documents/d/cne/guia_procedimientos_vigilancia_gripe_octubre2019-pdf
3. End-to-end integration of SARS-CoV-2 and influenza sentinel surveillance: Revised interim guidance, 31 January 2022. Geneva: World Health Organization. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/351409/WHO-2019-nCoV-Integrated-sentinel-surveillance-2022.1-eng.pdf?sequence=1>
4. Operational considerations for respiratory virus surveillance in Europe. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe and Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2022. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/operational-considerations-respiratory-virus-surveillance-europe>
5. Operational considerations for influenza surveillance in the WHO European Region during COVID-19: interim guidance. <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Joint-influenza-interim-guidance.pdf>
6. Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III. Protocolo para la vigilancia de Infección respiratoria aguda (IRAs) en Atención Primaria. España. Temporada 2024-25. 4 de diciembre de 2024. Disponible en: [protocolo-vigilancia-de-iras-en-espana-temporada-2024-25-1](#)
7. Andreu Ivorra B, Valcárcel de Laiglesia MA, Duro Gómez L, Sánchez-Migallón Naranjo A, Chirlaque López MD. Vigilancia de Infección Respiratoria Aguda en Atención Primaria (IRA-AP) e Infección Respiratoria Aguda Grave en hospitales (IRAG). Vigilancia de gripe, covid-19, VRS y otros virus respiratorios. Temporada 2023-2024. Región de Murcia: Consejería de Salud, 2025. Informes Epidemiológicos 09/2025. Disponible en: [f8bb35cc-9b95-db9f-106f-3742912d49eb](https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Joint-influenza-interim-guidance.pdf)
8. 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>
9. Servicio de Prevención y Protección de la Salud. Vacunación estacional frente a infecciones respiratorias (gripe y COVID-19). Temporada 2024-2025. Dirección General de Salud Pública y Adicciones. Disponible en: [Protocolo VE gripe y Covid-19 2024-2025.pdf](#)
10. Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III. Protocolo para la vigilancia de infección respiratoria aguda grave (IRAG) en hospitales. España. Temporada 2024-25. 4 de diciembre de 2024. Disponible en: [protocolo-vigilancia-de-irag-en-espana-temporada-2024-25-1](#)
11. Julia Fitzner et al. Revision of clinical case definitions: influenza-like illness and severe acute respiratory infection. Bull World Health Organ. 2018 Feb 1; 96(2): 122–128. Published online 2017 Nov 27. doi: 10.2471/BLT.17.194514
12. Manual de definiciones estadística de centros sanitarios de atención especializada C1 con internamiento. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/en/estadEstudios/estadisticas/docs/DEFINICIONES_C1.pdf.
13. Servicio de Prevención y Protección de la Salud. Inmunización frente al virus respiratorio sincitial (VRS) en población pediátrica nacida entre el 1 de abril de 2024 y el 31 de marzo de 2025 y mayores con determinadas condiciones de riesgo. Evaluación de la temporada 2024-2025. Dirección General de Salud Pública y Adicciones. Disponible en: [Tabla 1](#)