

VIGILANCIA CENTINELA DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS EN LA COMUNIDAD DE MADRID

Temporada 2024/2025



**Comunidad
de Madrid**

VIGILANCIA CENTINELA DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN LA COMUNIDAD DE MADRID. TEMPORADA 2024/2025

ÍNDICE

RESUMEN	3
1. INTRODUCCIÓN.....	4
2. MÉTODOS.....	4
2.1. Definición de caso de IRA	4
2.2. Población vigilada	5
2.3. Fuentes de información y recogida de datos	5
2.4. Análisis	6
3. RESULTADOS	6
3.1. Incidencia de IRA	6
3.2. Incidencia de gripe.....	8
3.3. Incidencia de infección por SARS-CoV-2	10
3.4. Incidencia de bronquiolitis aguda	12
3.5. Número de muestras recogidas	14
3.6. Virus detectados	15
3.7. Detección viral por semana	15
3.8. Detección viral por grupo de edad	18
3.9. Tipos y subtipos del virus de la gripe	18
3.10. Cepas del virus de la gripe	19
3.11. Gravedad de los casos y antecedentes de riesgo de enfermedad grave	20
3.12. Antecedentes de inmunización	23
3.13. Efectividad de la vacuna frente a gripe	25
4. RESULTADOS MÁS DESTACABLES	25
5. EVALUACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA.....	26
6. BIBLIOGRAFÍA	28

RESUMEN

En este informe se describe la incidencia de las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), el comienzo y duración de la actividad epidémica, la contribución relativa de cada uno de los virus estudiados, la gravedad, antecedentes de riesgo de enfermedad grave y los antecedentes de inmunización de los casos identificados por la Red de Centros Centinela de la Comunidad de Madrid en el período comprendido entre la semana 40 de 2024 y la semana 20 de 2025 (del 30 de septiembre de 2024 al 18 de mayo de 2025). Asimismo, se estima la efectividad de la vacuna frente a la gripe por grupo de edad y tipo y subtipo de virus.

La incidencia de IRA en Atención Primaria en el período estudiado ha sido de 17.600,74 casos por 100.000 habitantes, cifra un 15,1% menor que en el mismo período de la temporada anterior. El grupo de edad de 0 a 4 años mostró la mayor incidencia en ese ámbito. La incidencia de ingresos urgentes por IRA ascendió a 625,44 casos por 100.000 habitantes, cifra un 16,8% mayor que en la temporada anterior. La incidencia más alta se observó en el grupo de 80 o más años de edad en los dos ámbitos asistenciales. En relación con la gripe, la incidencia en Atención Primaria fue de 924,37 casos por 100.000 habitantes, cifra un 2,1% mayor que en el mismo período de la temporada anterior. El valor semanal más alto fue de 122,5 casos por 100.000 habitantes y se alcanzó en la semana 4. Los grupos de 0 a 4 y 5 a 14 años de edad mostraron la mayor incidencia. La incidencia de ingresos urgentes por gripe ascendió a 48,52 casos por 100.000 habitantes, cifra un 11,9% mayor que en la temporada anterior. La incidencia más alta se observó en el grupo de 80 o más años de edad. La incidencia de infección por SARS-CoV-2 descendió un 80,6% y un 51,4% en Atención Primaria y Hospitalaria respectivamente con respecto a la temporada anterior y mostró las cifras más altas el grupo de 80 o más años de edad. La incidencia de bronquiolitis aguda en menores de un año fue de 18.747,29 casos por 100.000 habitantes en Atención Primaria y de 2.831,06 casos por 100.000 habitantes en el ámbito hospitalario. Estas cifras son un 15,0% menor y un 26,4% mayor que en la temporada anterior respectivamente. Se identificaron 349 virus de la gripe, 60 virus SARS-CoV-2 y 132 VRS en Atención Primaria y 216 virus de la gripe, 56 virus SARS-CoV-2 y 187 VRS en Atención Hospitalaria. El tipo de virus de la gripe que circuló con mayor frecuencia fue el A, con predominio de A(H1N1). El virus B se identificó en el 45,8% de las muestras de Atención Primaria y en el 17,1% de las del ámbito hospitalario. Se detectaron 8 cepas gripales. La cepa más frecuente de virus A fue A/Lisboa/188/2023(nH1N1) y la del virus B fue B/Catalonia/2279261NS/2023. La proporción de casos de gripe que ingresaron en UCI fue menor que la de casos de infección por SARS-CoV-2 pero la letalidad fue mayor. La letalidad de los casos ingresados por infección por VRS fue similar a la de la gripe.

La proporción de casos con antecedente de inmunización frente a los 3 virus fue más baja en el ámbito hospitalario que en Atención Primaria. La efectividad de la vacuna frente a la gripe alcanzó el 54,37% para prevenir los casos que acuden a Atención Primaria y el 34,19% para prevenir los casos que ingresan por gripe. Estas cifras son del 72,80% y 22,58% para prevenir los ingresos en menores de 6 años y en el grupo de 60 o más años respectivamente. La alta efectividad frente al tipo B es compatible con la concordancia del virus circulante con el clado V1A.3a.2 del virus vacunal. Por otra parte, la menor efectividad frente al virus tipo A puede deberse al escape inmunitario ocasionado por cambios virológicos del clado 5a.2a del virus A(H1N1)pdm09 que ha predominado en Europa durante esta temporada.

En relación con la calidad del funcionamiento del sistema, el 40,0% de los centros centinela de Atención Primaria recogió el 65% o más de las muestras asignadas. En Atención Hospitalaria se recogieron muestras para el estudio de los 3 virus en el 91,2% de los casos, pero el tipo y subtipo de los casos confirmados de gripe en este ámbito asistencial se identificó en menos del 50% de los casos. Estos indicadores muestran un importante margen de mejora y la necesidad de identificar y solucionar las dificultades encontradas para alcanzar y mantener el funcionamiento óptimo de la Red Centinela.

1. INTRODUCCIÓN

El Centro Europeo para el Control de enfermedades (ECDC) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) destacaron en 2020 la necesidad de integrar la vigilancia del virus SARS-CoV-2 en los sistemas centinela existentes¹. La OMS publicó en marzo de 2022 la guía para la vigilancia centinela de los virus respiratorios con potencial pandémico² y en abril del mismo año la Comisión Europea hizo un llamamiento a los países europeos para que establecieran lo antes posible una vigilancia integrada durante todo el año basada en sistemas centinela³. En España, el Sistema de Vigilancia de Infección Respiratoria Aguda (SiVIRA) se puso en marcha en la temporada 2020-2021.

Los sistemas centinela constituyen el principal método de vigilancia de las infecciones respiratorias agudas (IRA). Deben proporcionar datos suficientes para monitorizar la intensidad y difusión de los virus respiratorios con el fin de facilitar la adopción de las medidas de control necesarias para reducir su impacto. Asimismo, deben ser capaces de aportar información sobre la gravedad de los casos y sobre las características y cambios de los virus circulantes⁴. La vigilancia se basa en la captación de síndromes clínicos compatibles con infección respiratoria aguda a través del sistema sanitario y en la selección sistemática de una muestra de pacientes para la recogida de datos clínicos, epidemiológicos, microbiológicos y vacunales. El sistema de vigilancia debe abarcar los niveles de atención primaria y hospitalaria y mantenerse activo todos los meses, con el fin de poder detectar durante todo el año tanto el incremento de incidencia de los casos más leves como de los casos más graves que requieren ingreso hospitalario.

En la Comunidad de Madrid, la Subdirección General de Vigilancia en Salud Pública puso en marcha la vigilancia de las IRA a finales de 2020 a través del Sistema Centinela de Vigilancia de las Infecciones Respiratorias Agudas (SiVIRA-MAD). Tras la publicación de la Orden SND/726/2023 el 5 de julio de 2023, que declaró la finalización de la situación de crisis sanitaria ocasionada por la COVID-19, la *Estrategia para la integración de COVID-19 en la vigilancia y control de las infecciones respiratorias agudas en la Comunidad de Madrid* suprimió la declaración individualizada de todos los casos de COVID-19 identificados de forma exhaustiva y estableció la vigilancia de COVID-19, gripe y VRS a través del sistema centinela SiVIRA-MAD⁵.

En este informe se describe la incidencia de las IRA, el comienzo y duración de la actividad epidémica, la contribución relativa de cada uno de los virus estudiados, la gravedad de los casos, los antecedentes de inmunización, los antecedentes de riesgo de enfermedad grave y la efectividad de la vacuna frente a la gripe en la temporada 2024/2025 (desde la semana 40 de 2024 hasta la semana 20 de 2025). Asimismo, se evalúa el funcionamiento del sistema a través de indicadores de toma de muestras y de disponibilidad de resultados de laboratorio.

2. MÉTODOS

2.1. DEFINICIÓN DE CASO DE IRA

- **En Atención Primaria.** Todo episodio agudo registrado en la Historia Clínica Electrónica (HCE) con alguno de los códigos CIAP-2 indicativos de infección Respiratoria Aguda: R74 (infección respiratoria aguda del tracto superior), R76 (amigdalitis aguda), R77 (faringitis/traqueítis aguda), R78 (bronquitis, bronquiolitis aguda, Infección pulmonar aguda), R80 (gripe), R81.02 (neumonía viral), A77.01 (infección debida a coronavirus), A77 (sospecha de COVID-19).
- **En Atención Hospitalaria.** Todo episodio agudo con impresión diagnóstica compatible con IRA que requiere ingreso hospitalario. Se excluyen los procesos claramente no infecciosos que explican la sintomatología (tromboembolismo pulmonar, enfermedades cardíacas agudas, etc.), neumonía

aspirativa, acidosis respiratorias, insuficiencias respiratorias, EPOC y asma no agudizada y pacientes con IRA de origen nosocomial (inicio de síntomas 48h después del ingreso).

Un episodio es agudo si han transcurrido menos de 10 días desde el comienzo de los síntomas. Se considera que una persona presenta episodios distintos siempre que hayan transcurrido al menos 10 días entre las respectivas fechas de inicio.

En relación con los casos de infección por VRS, se ha considerado el diagnóstico de bronquiolitis aguda en menores de 4 años como criterio de sospecha, teniendo en cuenta que este virus es el agente causal más frecuente.

2.2. POBLACIÓN VIGILADA

- **En Atención Primaria.** La población vigilada es la población de referencia de 30 centros de salud, que cubren el 10% de la población total de la Comunidad de Madrid.
- **En Atención Hospitalaria.** La población vigilada es la población de referencia de los hospitales La Paz, Gregorio Marañón, Ramón y Cajal y Doce de Octubre, que cubren el 28,1% de la población. El Hospital Doce de Octubre se incorporó a la Red Centinela en la temporada actual.

2.3. FUENTES DE INFORMACIÓN Y RECOGIDA DE DATOS

• En Atención Primaria

- La Subdirección General de Vigilancia en Salud Pública selecciona los registros procedentes de la Historia Clínica de Atención Primaria que presentan alguno de los códigos CIAP-2 indicativos de IRA.
- Los profesionales de los centros recogen los datos clínicos y epidemiológicos y las muestras de un número predeterminado de casos con síntomas compatibles con IRA atendidos cada lunes o martes.
- Los datos sobre antecedentes de inmunización son consultados en el Registro de Vacunaciones.
- El Laboratorio Regional de Salud Pública realiza el estudio microbiológico de las muestras recogidas.

• En Atención Hospitalaria.

- La Subdirección General de Vigilancia en Salud Pública selecciona los registros procedentes de los Servicios de Admisión de los hospitales centinela con ingreso motivado por alguna impresión diagnóstica de IRA.
- Los Servicios de Medicina Preventiva Hospitalarios recogen los datos clínicos, epidemiológicos y vacunales de los casos ingresados cada martes por IRA.
- Los Servicios de Microbiología de cada hospital realizan el estudio microbiológico de las muestras recogidas.

La metodología de la Red Centinela establece el genotipado de todos los virus de la gripe para determinar el subtipo y la secuenciación de todos los virus SARS-CoV-2 en ambos ámbitos asistenciales.

2.4. ANÁLISIS

La Subdirección General de Vigilancia en Salud Pública lleva a cabo la integración, depuración y análisis de los datos.

- Estimación de la incidencia semanal de casos sospechosos de IRA, gripe, infección por SARS-CoV-2 e infección por VRS y comparación con los percentiles 75 del período analizado.
- Descripción de los virus identificados, estado vacunal, gravedad de los casos (complicaciones, ingreso en UCI, evolución) y antecedentes de riesgo de enfermedad grave.
- Evaluación del funcionamiento mediante indicadores de toma de muestras y de disponibilidad de resultados.
- Estimación de la efectividad de la vacuna (EV) frente a la gripe mediante el método de casos y controles test negativo⁶. Se comparó el antecedente de vacunación en la temporada actual al menos 14 días antes del inicio de los síntomas de los casos detectados en Atención Primaria y Hospitalaria con prueba de detección del virus de la gripe positiva y negativa. Se calculó la EV general y por sexo, grupo de edad y mes de inicio de los síntomas. Además, se calculó la EV ajustada por sexo, edad y mes de inicio de los síntomas y la EV para cada grupo de edad ajustada por sexo y mes de inicio de los síntomas. Los análisis se llevaron a cabo con el programa Stata v.18.

La población de referencia considerada para el cálculo de la incidencia ha sido la población cubierta por los centros centinela según los datos del registro de usuarios CIBELES.

3. RESULTADOS

3.1. INCIDENCIA DE IRA

La incidencia de IRA en Atención Primaria en el período estudiado ha sido de 17.600,74 casos por 100.000 habitantes, cifra un 15,1% menor que en el mismo período de la temporada anterior. La incidencia superó el percentil 75 (592,67) en la semana 50 y se mantuvo por encima hasta la semana 7. El valor semanal más alto fue de 784,12 casos por 100.000 habitantes y se alcanzó en la semana 2. En la temporada anterior la incidencia semanal superó el percentil 75 en la semana 48 y alcanzó la cifra más alta en la semana 52 (1.075,62) (gráfico 3.1.1).

Gráfico 3.1.1. Incidencia semanal de infección respiratoria aguda. Atención Primaria. Vigilancia centinela de la Comunidad de Madrid. Temporadas 2021/2022 a 2024/2025 (hasta la semana 20 de 2025).



El grupo de edad de 0 a 4 años mostró la mayor incidencia, que alcanzó 82.732,16 casos por 100.000, cifra un 2,3% mayor que en la temporada anterior. La incidencia en este grupo de edad superó el percentil 75

entre las semanas 45 y 51 y alcanzó el máximo en la semana 50 (4.086,29). La incidencia fue menor en los demás grupos de edad con respecto a la temporada anterior (gráficos 3.1.2 y 3.1.3).

Gráfico 3.1.2. Incidencia de infección respiratoria aguda por grupo de edad. Atención Primaria. Vigilancia Centinela de la Comunidad de Madrid. Temporadas 2021/2022 a 2024/2025 (semanas 40 a 20).

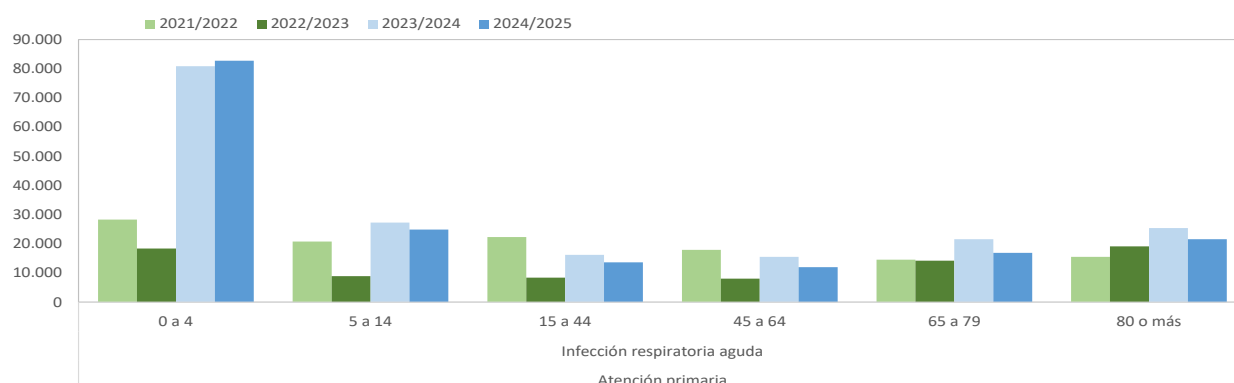
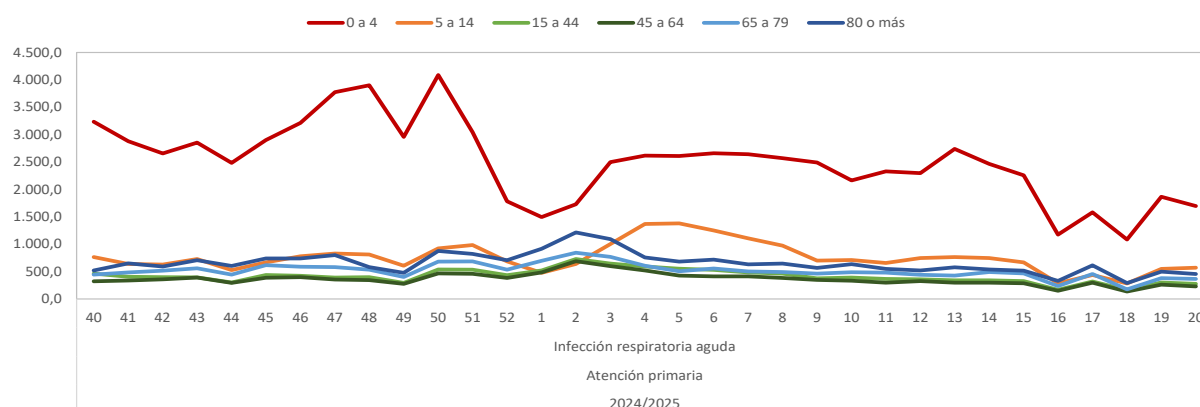


Gráfico 3.1.3. Incidencia de infección respiratoria aguda por grupo de edad y semana. Atención Primaria. Vigilancia Centinela de la Comunidad de Madrid. Temporada 2024/2025 (hasta la semana 20 de 2025).



La incidencia de ingresos urgentes por IRA ascendió a 625,44 casos por 100.000 habitantes, cifra un 16,8% mayor que en la temporada anterior. La incidencia semanal superó el percentil 75 (20,86) en la semana 50 y se mantuvo por encima hasta la semana 3. El valor más alto fue de 30,73 casos por 100.000 habitantes y se alcanzó en la semana 2. En la temporada anterior, la incidencia superó el percentil 75 en la semana 48 y alcanzó la cifra más alta en la semana 1 (32,86) (gráfico 3.1.4).

Gráfico 3.1.4. Incidencia semanal de infección respiratoria aguda. Atención Hospitalaria. Vigilancia centinela de la Comunidad de Madrid. Temporadas 2021/2002 a 2024/2025 (hasta la semana 20 de 2025).



La incidencia más alta se observó en el grupo de 80 o más años de edad (4.673,0), seguida de los grupos de 0 a 4 (1.837,48) y 65 a 79 años (1.185,36). La incidencia del grupo de 80 o más años fue un 16,5% mayor que en la temporada anterior, superó el percentil 75 entre las semanas 51 y 5 de la temporada y alcanzó el máximo en la semana 2 (251,5) y la del grupo de 0 a 4 años fue un 38,5% mayor, superó el percentil 75 entre las semanas 46 y la 1 y alcanzó el máximo en la semana 49 (146,94) (gráficos 3.1.5 y 3.1.6).

Gráfico 3.1.5. Incidencia de infección respiratoria aguda por grupo de edad. Atención Hospitalaria. Vigilancia Centinela de la Comunidad de Madrid. Temporadas 2021/2022 a 2024/2025 (semanas 40 a 20).

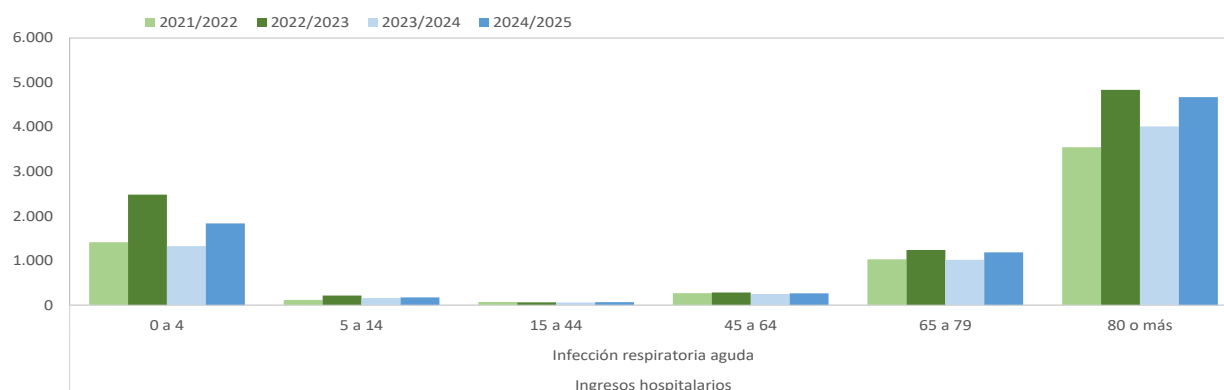
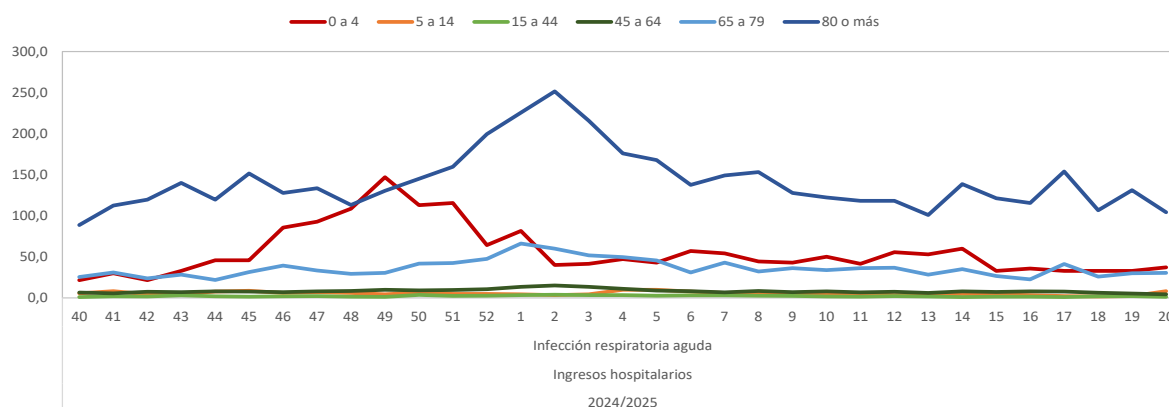


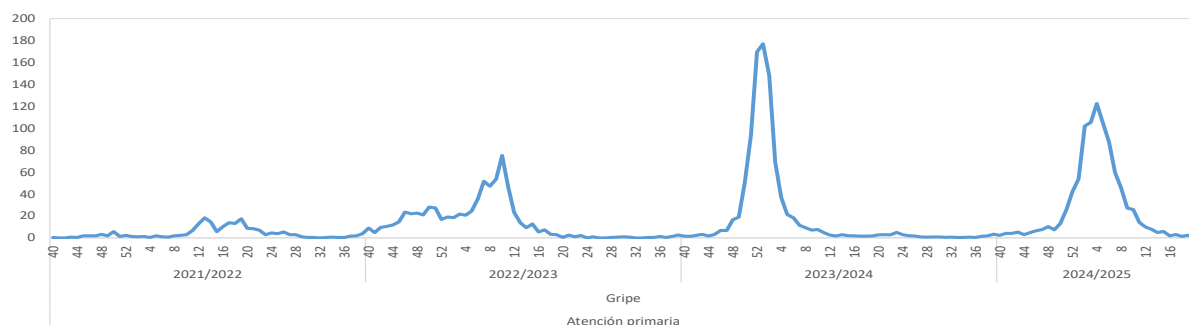
Gráfico 3.1.6. Incidencia de infección respiratoria aguda por grupo de edad y semana. Atención Hospitalaria. Vigilancia Centinela de la Comunidad de Madrid. Temporada 2024/2025 (hasta la semana 20 de 2025).



3.2. INCIDENCIA DE GRIPE

La incidencia de gripe en Atención Primaria en el período estudiado ha sido de 924,37 casos por 100.000 habitantes, cifra un 2,1% mayor que en el mismo período de la temporada anterior. La incidencia superó el percentil 75 (42,40) en la semana 1 y se mantuvo por encima hasta la semana 8. El valor semanal más alto fue de 122,5 casos por 100.000 habitantes y se alcanzó en la semana 4. En la temporada anterior la incidencia semanal superó el percentil 75 en la semana 50 y alcanzó la cifra más alta en la semana 1 (177,00) (gráfico 3.2.1).

Gráfico 3.2.1. Incidencia semanal de gripe. Atención Primaria. Vigilancia centinela de la Comunidad de Madrid. Temporadas 2021/2002 a 2024/2025 (hasta la semana 20 de 2025).



Los grupos de 0 a 4 y 5 a 14 años de edad mostraron la mayor incidencia, que alcanzó 2.277,00 y 2.123,80 casos por 100.000 habitantes respectivamente, cifras 1,7 y 2,2 veces mayor que en la temporada anterior. La incidencia en el grupo de 0 a 4 años superó el percentil 75 entre las semanas 2 y 8 y alcanzó el máximo en la semana 3 (402,1). El grupo de 5 a 14 años mantuvo una incidencia superior al percentil 75 entre las semanas 52 y 8 de la temporada y alcanzó la cifra más alta en la semana 4 (374,8) (gráficos 3.2.2 y 3.2.3).

Gráfico 3.2.2. Incidencia de gripe por grupo de edad. Atención Primaria. Vigilancia Centinela de la Comunidad de Madrid. Temporadas 2021/2022 a 2024/2025 (semanas 40 a 20).

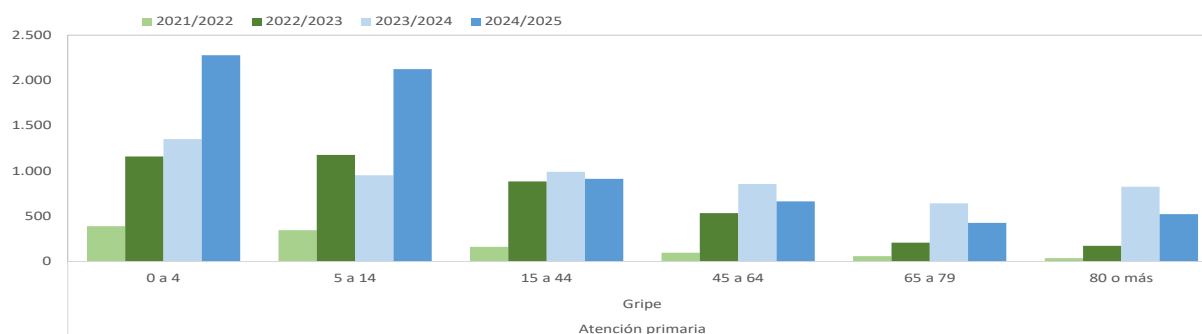
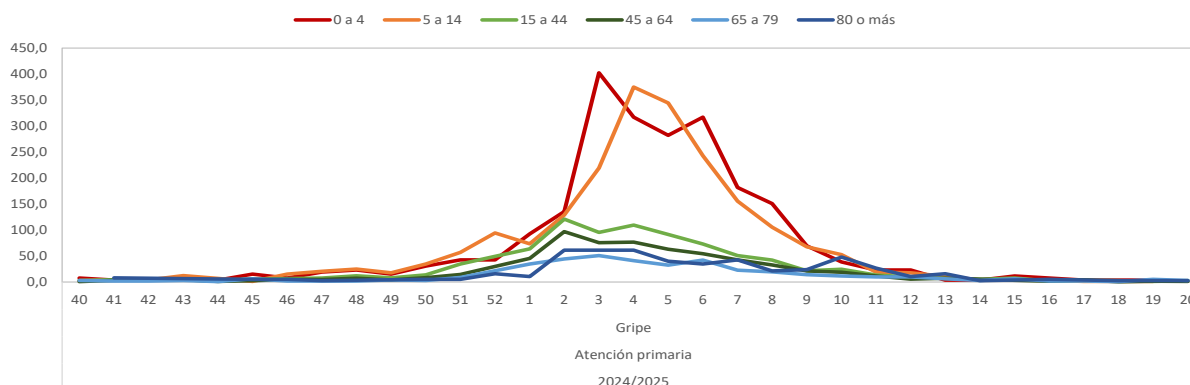
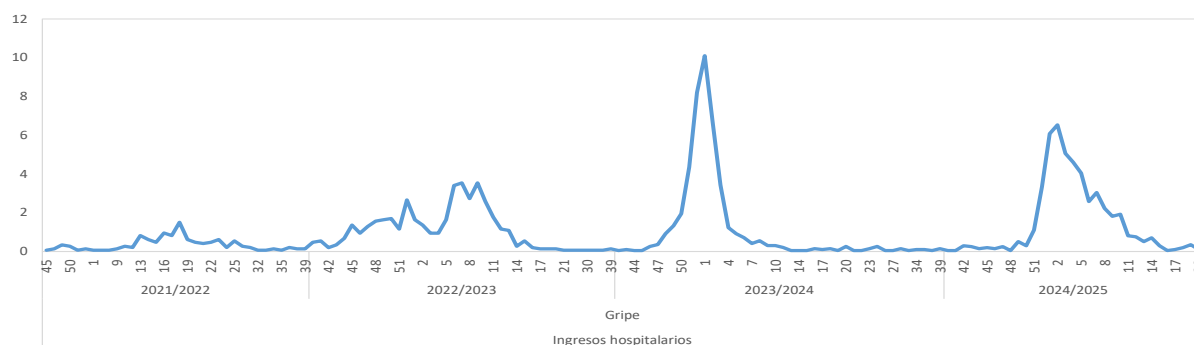


Gráfico 3.2.3. Incidencia de gripe por grupo de edad y semana. Atención Primaria. Vigilancia Centinela de la Comunidad de Madrid. Temporada 2024/2025 (hasta la semana 20 de 2025).



La incidencia de ingresos urgentes por gripe ascendió a 48,52 casos por 100.000 habitantes, cifra un 11,9% mayor que en la temporada anterior. La incidencia semanal superó el percentil 75 (2,23) entre las semanas 52 y 7 de la temporada. El valor más alto se alcanzó en la semana 2 (6,5). En la temporada anterior, la incidencia superó el percentil 75 entre las semanas 49 y 4 de la temporada y alcanzó la cifra más alta en la semana 1 (10,10) (gráfico 3.2.4).

Gráfico 3.2.4. Incidencia semanal de gripe. Atención Hospitalaria. Vigilancia centinela de la Comunidad de Madrid. Temporadas 2021/2002 a 2024/2025 (hasta la semana 20 de 2025).



La incidencia más alta se observó en el grupo de 80 o más años de edad (370,3) y fue un 13,0% mayor que en la temporada anterior. Se mantuvo por encima del percentil 75 entre las semanas 1 y 7 (gráficos 3.2.5 y 3.2.6).

Gráfico 3.2.5. Incidencia de gripe por grupo de edad. Atención Hospitalaria. Vigilancia Centinela de la Comunidad de Madrid. Temporadas 2021/2022 a 2024/2025 (semanas 40 a 20).

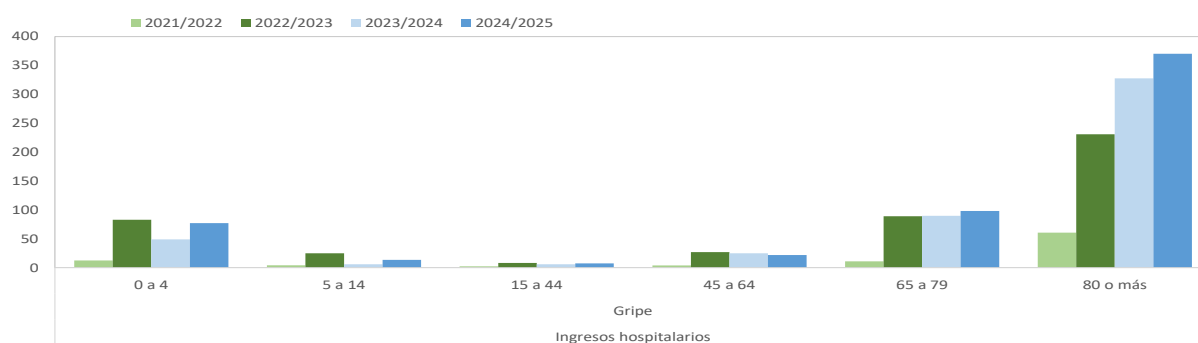
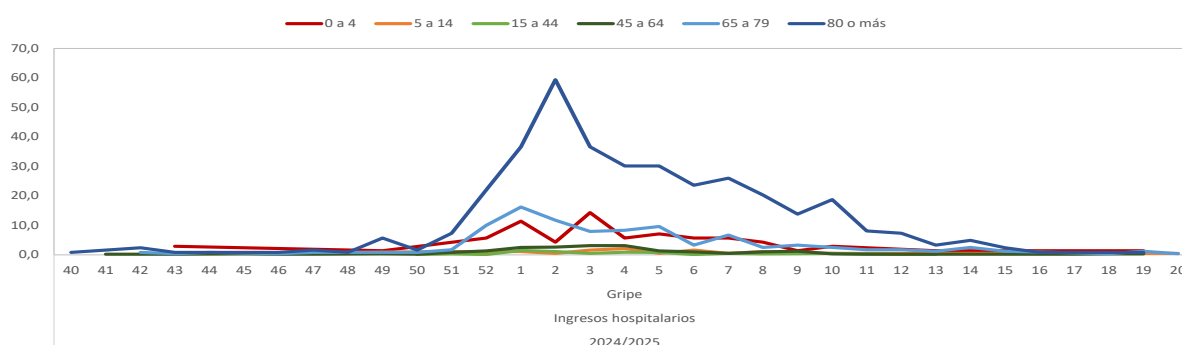


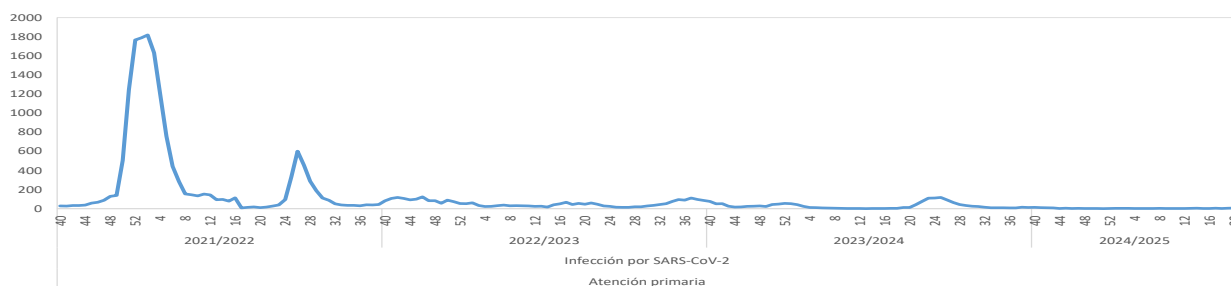
Gráfico 3.2.6. Incidencia de gripe por grupo de edad y semana. Atención Hospitalaria. Vigilancia Centinela de la Comunidad de Madrid. Temporada 2024/2025 (hasta la semana 20 de 2025).



3.3. INCIDENCIA DE INFECCIÓN POR SARS-COV-2

La incidencia de infección por SARS-CoV-2 en Atención Primaria en el período estudiado ha sido de 138,59 casos por 100.000 habitantes, cifra un 80,6% menor que en la temporada anterior. La incidencia superó el percentil 75 entre las semanas 40 y 45 y en algunas semanas a partir de la semana 14 (gráfico 3.3.1).

Gráfico 3.3.1. Incidencia semanal de infección por SARS-CoV-2. Atención Primaria. Vigilancia centinela de la Comunidad de Madrid. Temporadas 2021/2002 a 2024/2025 (hasta la semana 20 de 2025).



La incidencia disminuyó en todos los grupos de edad con respecto a la temporada anterior. La incidencia más alta se observó en el grupo de edad de 80 o más años, que alcanzó 449,1 casos por 100.000 habitantes, cifra un 76,2% menor que en la temporada anterior (gráficos 3.3.2 y 3.3.3).

Gráfico 3.3.2. Incidencia de infección por SARS-CoV-2 por grupo de edad. Atención Primaria. Vigilancia Centinela de la Comunidad de Madrid. Temporadas 2021/2022 a 2024/2025 (semanas 40 a 20).

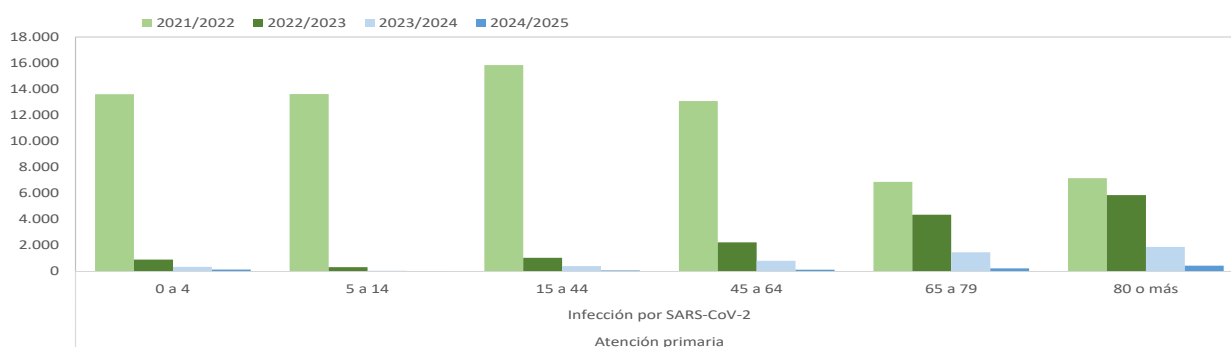
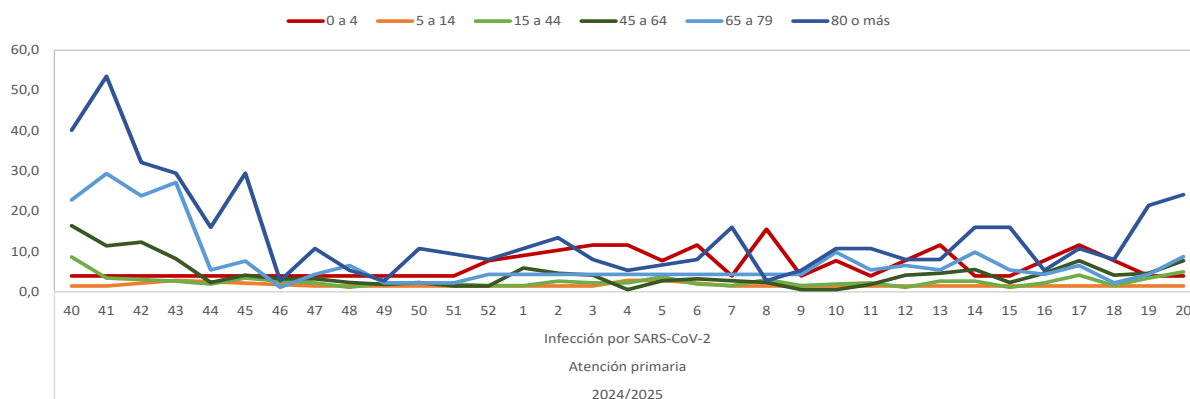


Gráfico 3.3.3. Incidencia de infección por SARS-CoV-2 por grupo de edad y semana. Atención Primaria. Vigilancia Centinela de la Comunidad de Madrid. Temporada 2024/2025 (hasta la semana 20 de 2025).



La incidencia de ingresos urgentes por infección por SARS-CoV-2 fue de 13,2 casos por 100.000 habitantes, cifra un 51,4% menor que en la temporada previa. La incidencia superó el percentil 75 entre las semanas 40 y 42 y de la 51 a la 2. El grupo de 80 o más años mostró la incidencia más alta, que fue de 131,8 casos por 100.000 habitantes, cifra un 50,9% menor que en la temporada anterior (gráficos 3.3.5 y 3.3.6).

Gráfico 3.3.4. Incidencia semanal de infección por SARS-CoV-2. Atención Hospitalaria. Vigilancia centinela de la Comunidad de Madrid. Temporadas 2021/2002 a 2024/2025 (hasta la semana 20 de 2025).

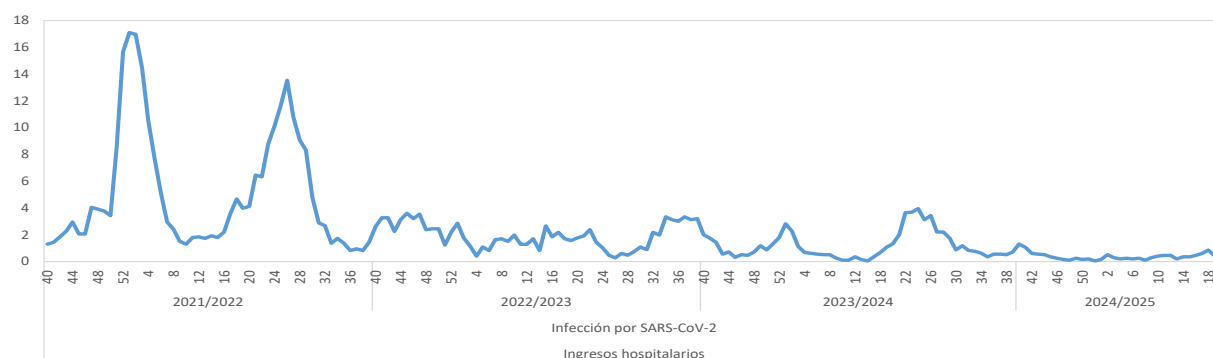


Gráfico 3.3.5. Incidencia de infección por SARS-CoV-2 por grupo de edad. Atención Hospitalaria. Vigilancia Centinela de la Comunidad de Madrid. Temporadas 2021/2022 a 2024/2025 (semanas 40 a 20).

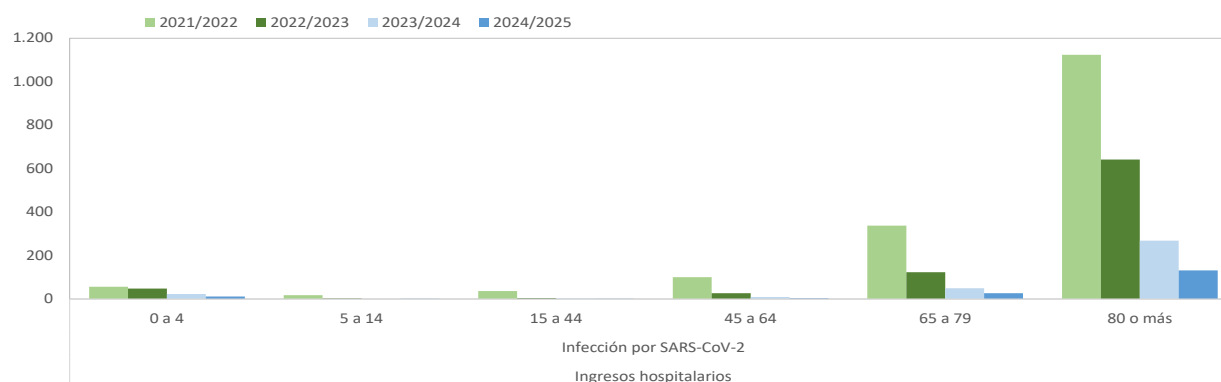
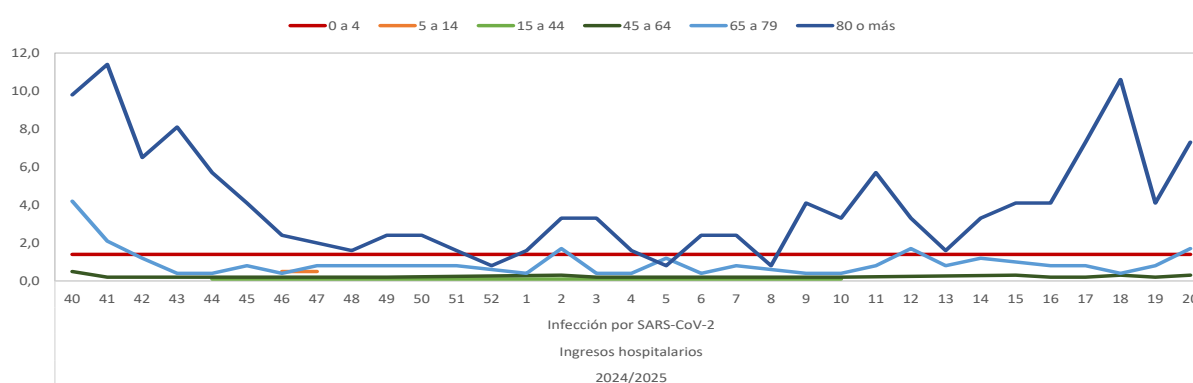


Gráfico 3.3.6. Incidencia de infección por SARS-CoV-2 por grupo de edad y semana. Atención Hospitalaria. Vigilancia Centinela de la Comunidad de Madrid. Temporada 2024/2025 (hasta la semana 20 de 2025).



3.4. INCIDENCIA DE BRONQUIOLITIS AGUDA

La incidencia de bronquiolitis aguda en menores de un año en Atención Primaria fue de 18.747,29 casos por 100.000 habitantes, cifra un 15,0% menor que en la temporada anterior. La incidencia semanal superó el percentil 75 entre las semanas 46 y 2 y alcanzó el valor máximo en la semana 50 (1901,0) (gráfico 3.4.1).

La incidencia en niños de un año de edad fue de 5.472,2 casos por 100.000 habitantes, cifra similar a la de la temporada anterior (gráficos 3.4.2 y 3.4.3).

Gráfico 3.4.1. Incidencia semanal de bronquiolitis aguda (menores de 1 año). Atención Primaria. Vigilancia centinela de la Comunidad de Madrid. Temporadas 2021/2002 a 2024/2025 (hasta la semana 20 de 2025).

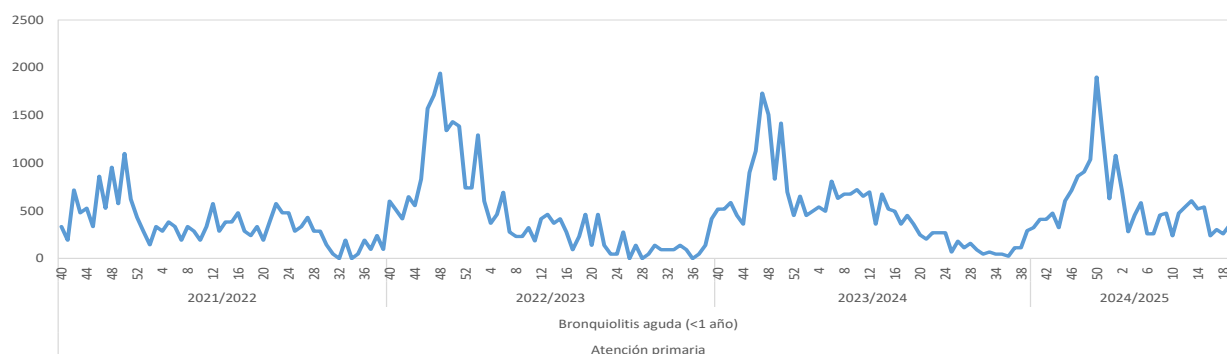


Gráfico 3.4.2. Incidencia de bronquiolitis aguda (0 a 4 años) por año de edad. Atención Primaria. Vigilancia Centinela de la Comunidad de Madrid. Temporadas 2021/2022 a 2024/2025 (semanas 40 a 20).

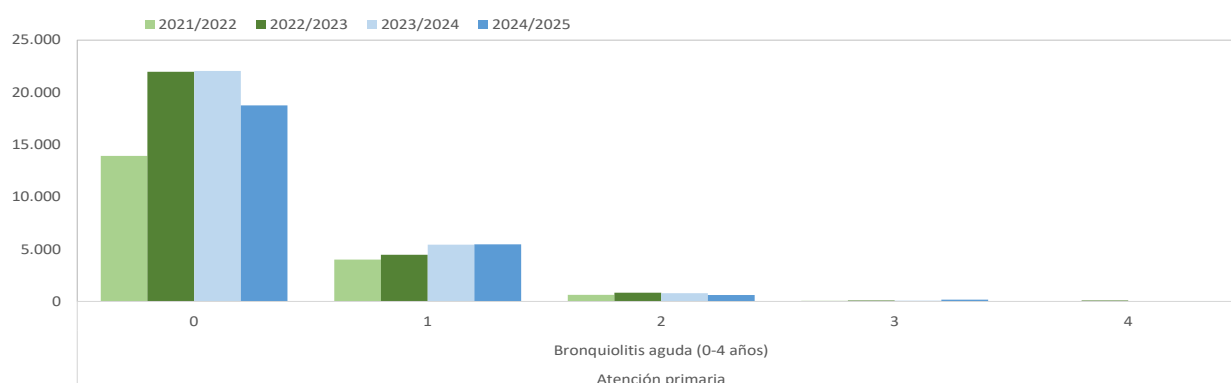
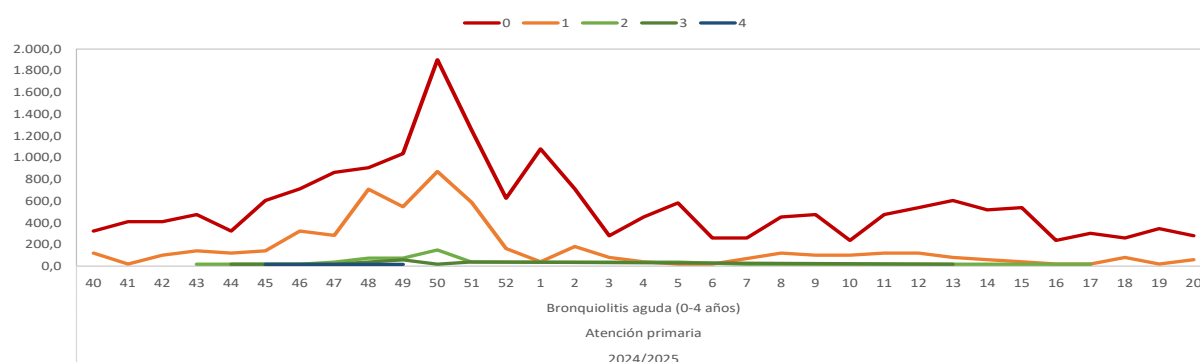


Gráfico 3.4.3. Incidencia de bronquiolitis aguda (0 a 4 años) por año de edad y semana. Atención Primaria. Vigilancia Centinela de la Comunidad de Madrid. Temporada 2024/2025 (hasta la semana 20 de 2025).



En el ámbito hospitalario, la incidencia en menores de 1 año fue de 2.831,06 casos por 100.000 habitantes y en niños de 1 año de 438,1 casos por 100.000. Estas cifras fueron un 26,4% y un 88,1% mayores que en la temporada previa respectivamente. En niños menores de un año, la incidencia se mantuvo por encima del percentil 75 entre las semanas 47 y 1 y alcanzó el valor máximo en la semana 51 (271,8). En niños de un año de edad la incidencia superó el percentil 75 entre las semanas 46 y 51 y alcanzó el valor máximo en la semana 50 (73,0) (gráficos 3.4.4 a 3.4.6).

Gráfico 3.4.4. Incidencia semanal de bronquiolitis aguda (menores de 1 año). Atención Hospitalaria. Vigilancia centinela de la Comunidad de Madrid. Temporadas 2021/2022 a 2024/2025 (hasta la semana 20 de 2025).

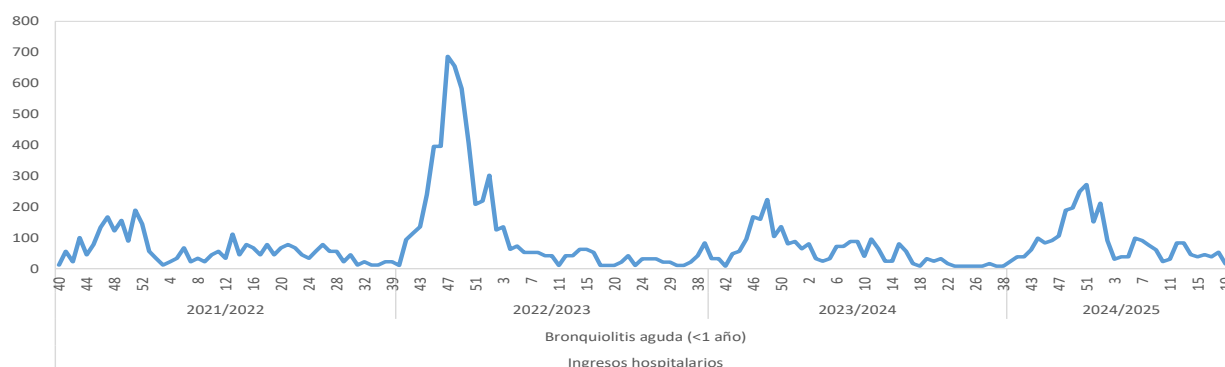


Gráfico 3.4.5. Incidencia de bronquiolitis aguda (0 a 4 años) por año de edad. Atención Hospitalaria. Vigilancia Centinela de la Comunidad de Madrid. Temporadas 2021/2022 a 2024/2025 (semanas 40 a 20).

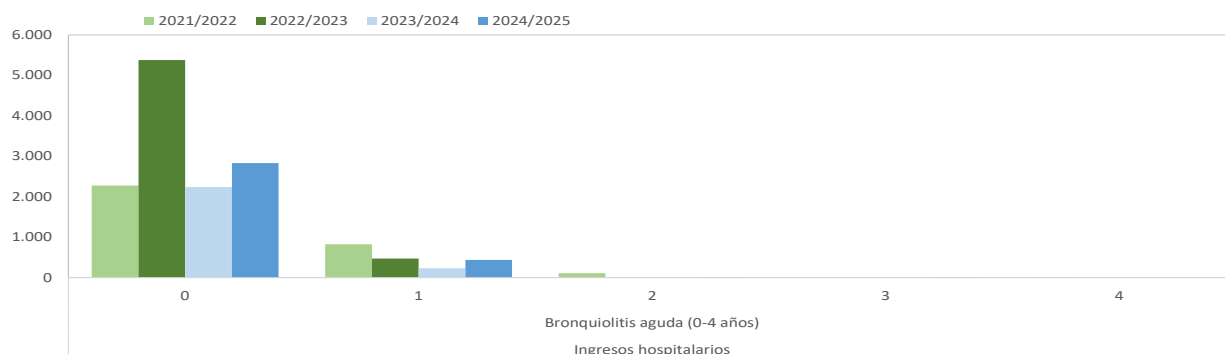
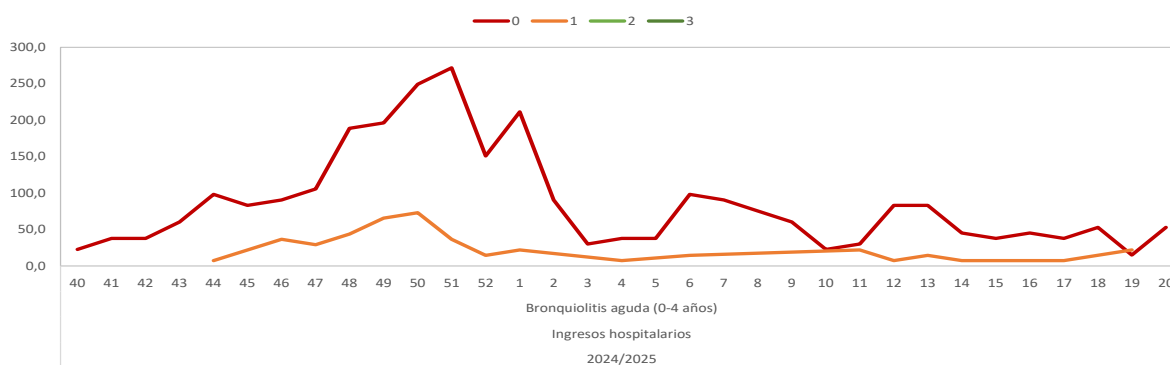


Gráfico 3.4.6. Incidencia de bronquiolitis aguda (0 a 4 años) por año de edad y semana. Atención Hospitalaria. Vigilancia Centinela de la Comunidad de Madrid. Temporada 2024/2025 (hasta la semana 20 de 2025).



3.5. NÚMERO DE MUESTRAS RECOGIDAS

Se recogieron 1.465 muestras en Atención Primaria y 1.939 en Atención Hospitalaria. El número medio de muestras semanales recogidas entre octubre y marzo fue de 51,1 en Atención Primaria y de 60,5 en Atención Hospitalaria.

3.6. VIRUS DETECTADOS

Se identificaron 349 virus de la gripe, 60 virus SARS-CoV-2 y 132 VRS en Atención Primaria y 216 virus de la gripe, 56 virus SARS-CoV-2 y 187 VRS en Atención Hospitalaria.

El 63,0% de los virus de la gripe se identificaron entre las semanas 2 y 7 en Atención Primaria y el 59,7% entre las semanas 1 y 5 en Atención Hospitalaria. Con respecto a VRS, el 64,4% se identificaron entre las semanas 48 y 51 en Atención Primaria y el 59,9% entre las semanas 50 y 5 en Atención Hospitalaria. La detección del virus SARS-CoV-2 no mostró ningún patrón temporal (gráficos 3.6.1 y 3.6.2).

Gráfico 3.6.1. Nº de virus detectados por semana. Atención Primaria. Vigilancia Centinela de la Comunidad de Madrid. Temporada 2024/2025 (hasta la semana 20 de 2025).

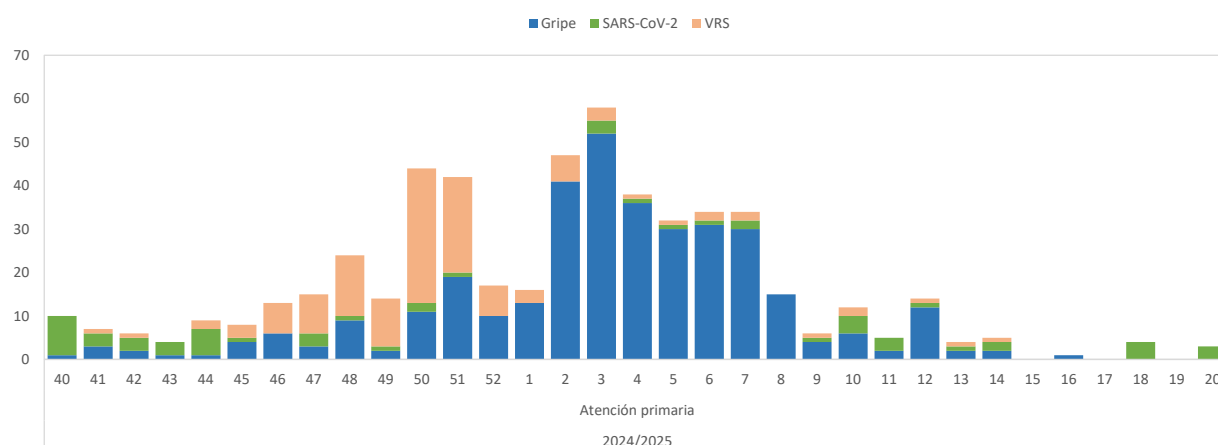
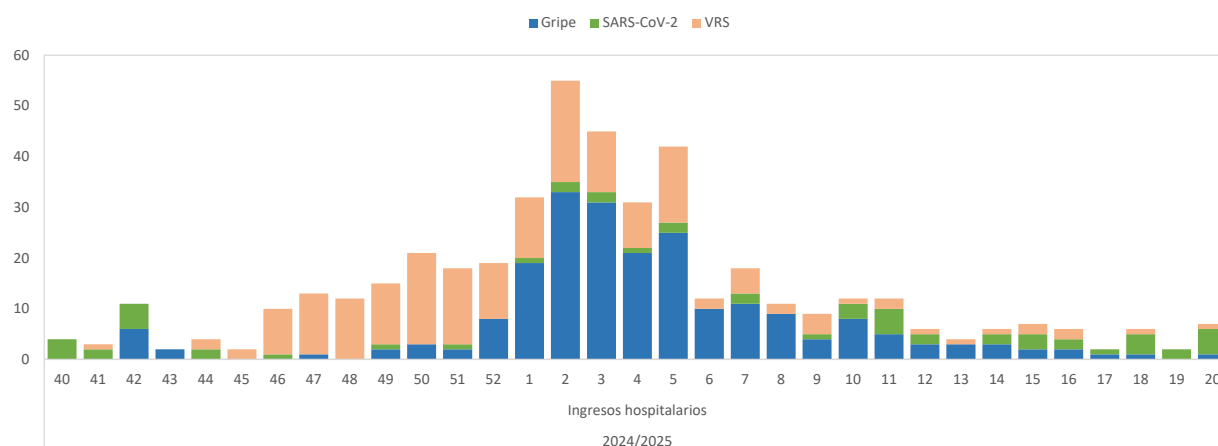


Gráfico 3.6.2. Nº de virus detectados por semana. Atención Hospitalaria. Vigilancia Centinela de la Comunidad de Madrid. Temporada 2024/2025 (hasta la semana 20 de 2025).



3.7. DETECCIÓN VIRAL POR SEMANA

En Atención Primaria, el virus de la gripe se identificó en más del 10% de las muestras en las semanas 48 y 50, en más del 25% entre las semanas 51 y 8 y en más del 60% en las semanas 4 y 5. A partir de la semana 13 el virus se identificó en menos del 10% de las muestras (gráfico 3.7.1). En Atención Hospitalaria la proporción de positividad superó el 10% en las semanas 52 y 1, se mantuvo por encima de 25% entre las semanas 2 y 6 y superó el 30% en las semanas 3 y 4. A partir de la semana 11 no superó el 10% (gráfico 3.7.2).

Gráfico 3.7.1. Detección del virus de la gripe (%) por semana. Atención Primaria. Vigilancia Centinela de la Comunidad de Madrid. Temporada 2024/2025 (hasta la semana 20 de 2025).

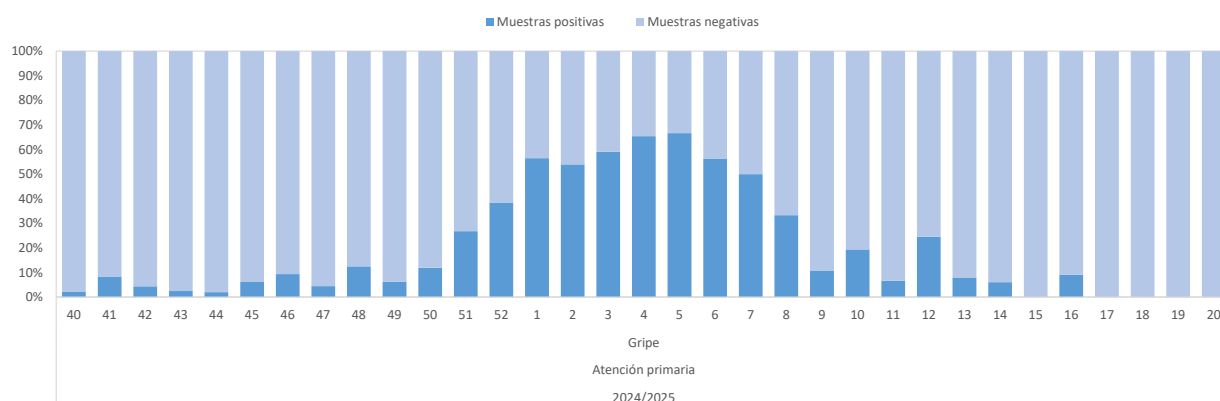
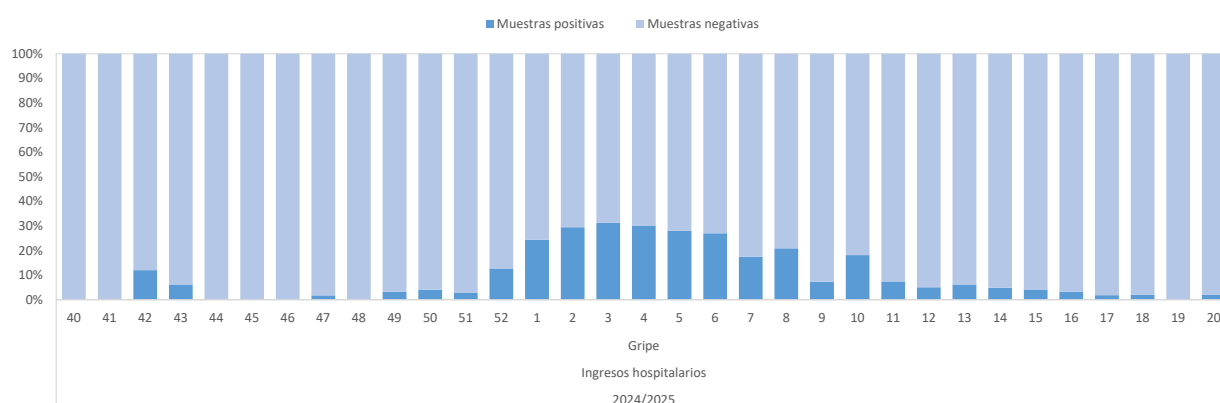


Gráfico 3.7.2. Detección del virus de la gripe (%) por semana. Atención Hospitalaria. Vigilancia Centinela de la Comunidad de Madrid. Temporada 2024/2025 (hasta la semana 20 de 2025).



El virus SARS-CoV-2 se identificó en más del 10% de las muestras recogidas en las semanas 40, 10, 18 y 20 en Atención Primaria y en la semana 18 y 20 en Atención Hospitalaria (gráficos 3.7.3 y 3.7.4).

Gráfico 3.7.3. Detección del virus SARS-CoV-2 (%) por semana. Atención Primaria. Vigilancia Centinela de la Comunidad de Madrid. Temporada 2024/2025 (hasta la semana 20 de 2025).

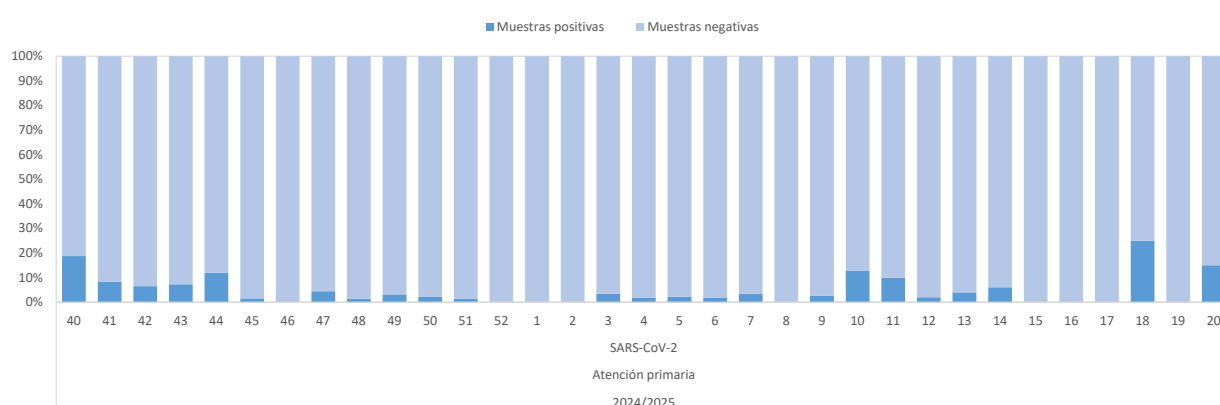
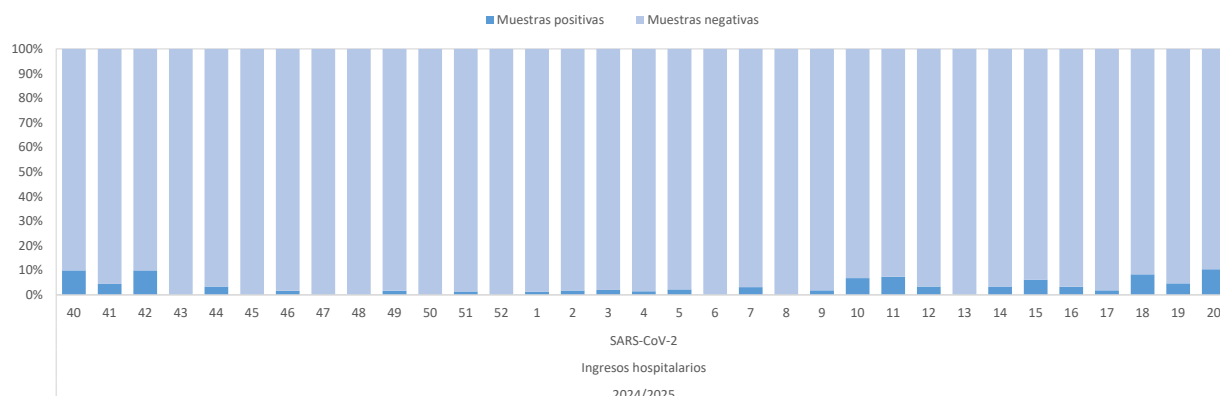


Gráfico 3.7.4. Detección del virus SARS-CoV-2 (%) por semana. Atención Hospitalaria. Vigilancia Centinela de la Comunidad de Madrid. Temporada 2024/2025 (hasta la semana 20 de 2025).



El VRS se identificó en más del 10% de las muestras recogidas en Atención Primaria entre las semanas 46 y 48 y en más del 25% entre las semanas 49 y 52 (gráfico 3.7.5). En Atención Hospitalaria se detectó en más del 10% de las muestras entre las semanas 46 y la 5 (gráfico 3.7.6).

Gráfico 3.7.5. Detección de VRS (%) por semana. Atención Primaria. Vigilancia Centinela de la Comunidad de Madrid. Temporada 2024/2025 (hasta la semana 20 de 2025).

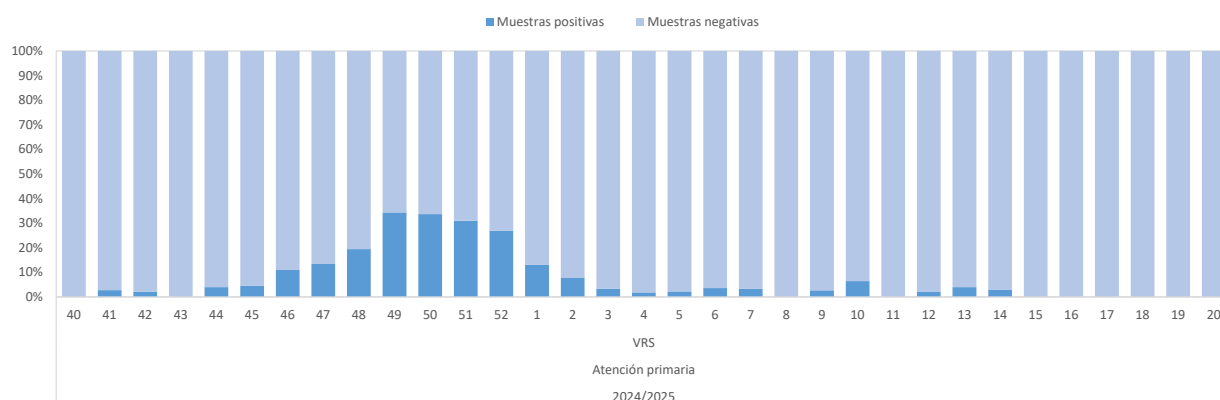
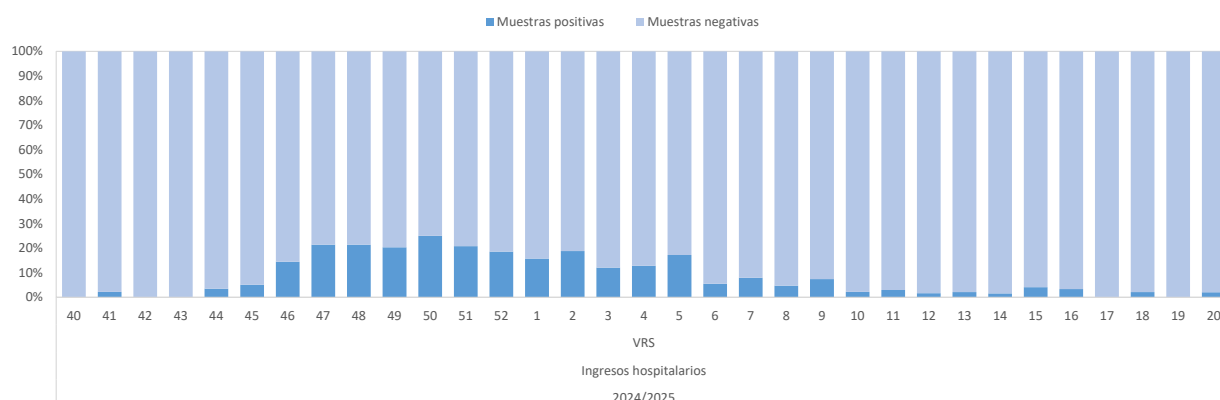


Gráfico 3.7.6. Detección de VRS (%) por semana. Atención Hospitalaria. Vigilancia Centinela de la Comunidad de Madrid. Temporada 2024/2025 (hasta la semana 20 de 2025).



3.8. DETECCIÓN VIRAL POR GRUPO DE EDAD

El virus de la gripe se detectó con mayor frecuencia entre los casos de IRA de 5 a 14 años en Atención Primaria (45,1%) y de 15 a 44 en Atención Hospitalaria (20,0%), el virus SARS-CoV-2 entre los casos de 80 o más años en ambos ámbitos (11,4% y 3,5% respectivamente) y el VRS entre los casos menores de 5 también en los dos ámbitos de asistencia (25,7% y 37,0% respectivamente) (gráficos 3.8.1 y 3.8.2).

Gráfico 3.8.1. Detección viral (%) por grupo de edad. Atención Primaria. Vigilancia Centinela de la Comunidad de Madrid. Temporada 2024/2025 (hasta la semana 20 de 2025).

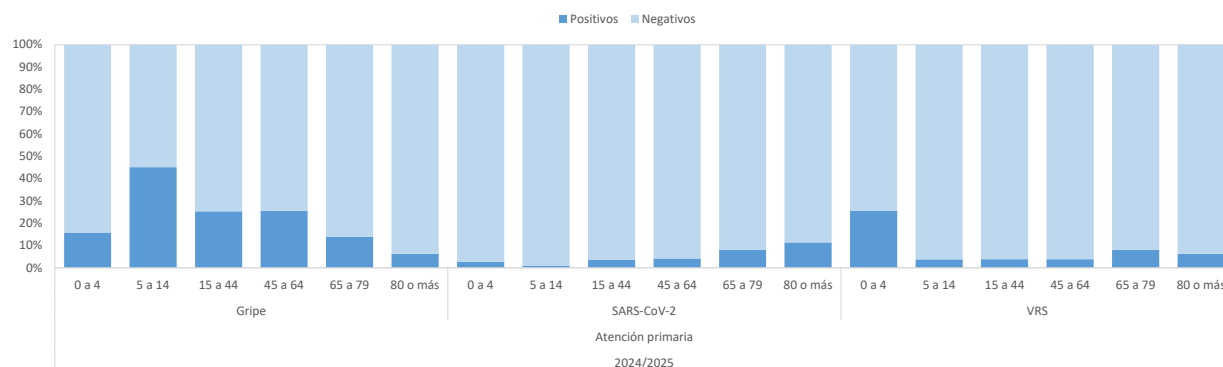
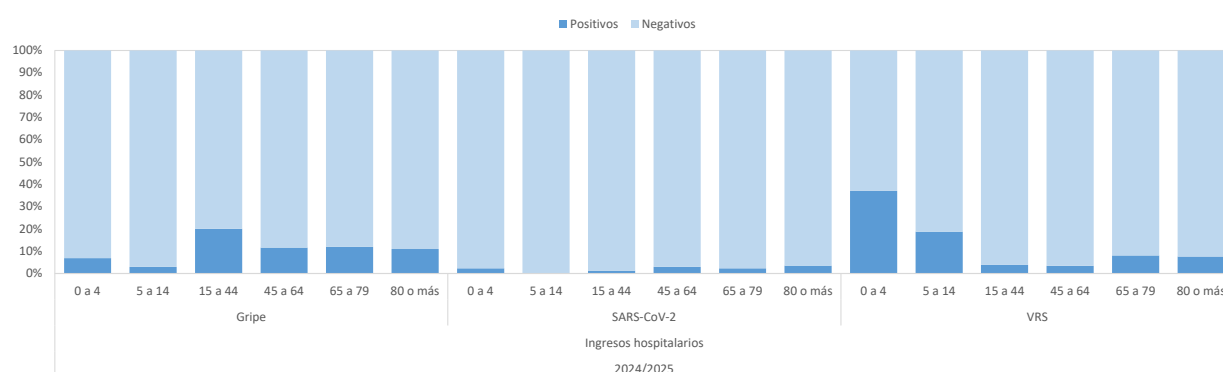


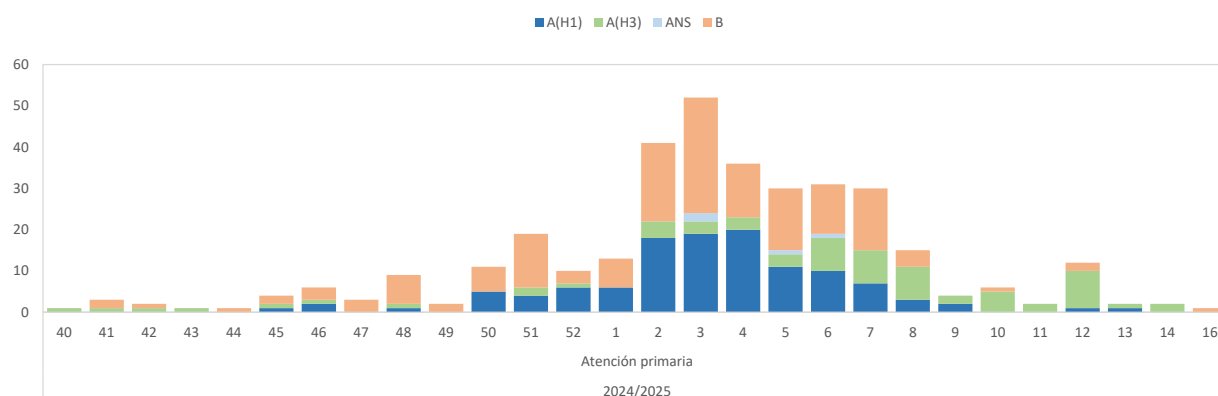
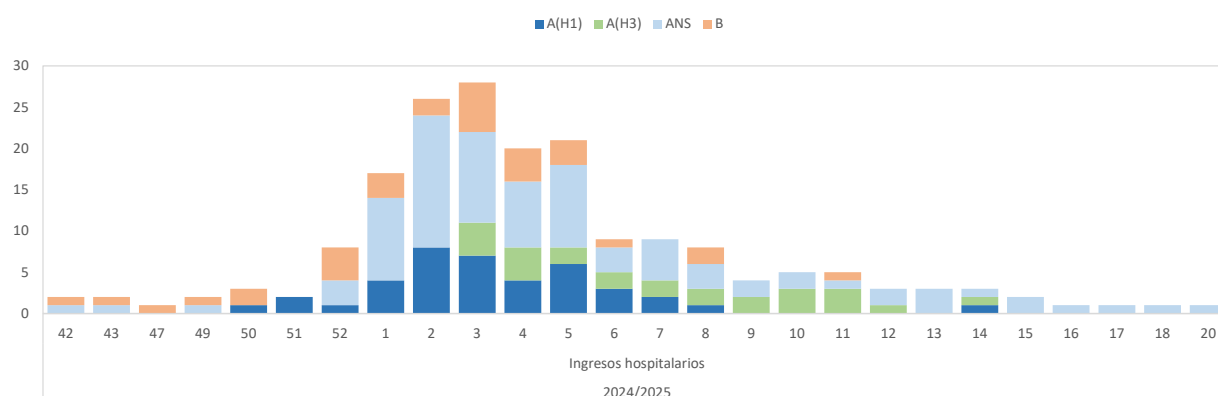
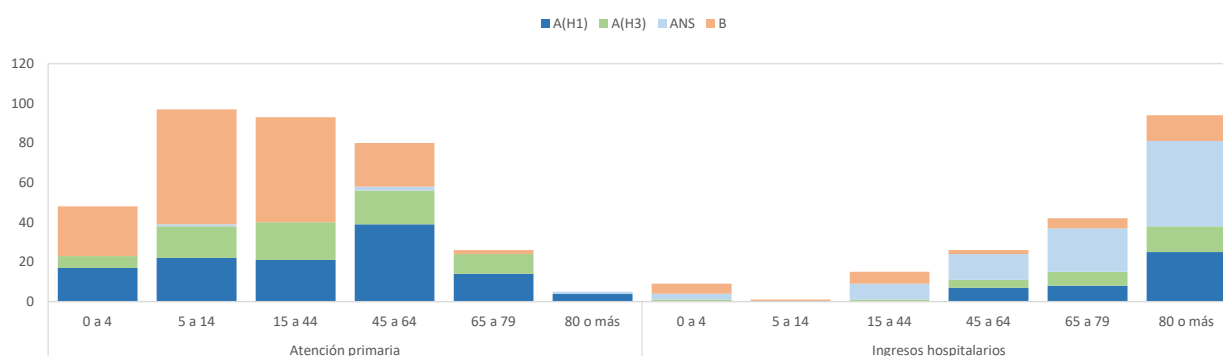
Gráfico 3.8.2. Detección viral (%) por grupo de edad. Atención Hospitalaria. Vigilancia Centinela de la Comunidad de Madrid. Temporada 2024/2025 (hasta la semana 20 de 2025).



Se observó una coinfección por gripe y SARS-CoV-2 en Atención Hospitalaria, 5 por gripe y VRS en Atención Primaria y 1 en Atención Hospitalaria y una por SARS-CoV-2 y VRS en Atención Primaria.

3.9. TIPOS Y SUBTIPOS DEL VIRUS DE LA GRIPE

El 54,2% de los virus de la gripe identificados en Atención Primaria y el 82,9% de los identificados en Atención Hospitalaria fueron de tipo A. En Atención Primaria, el 33,5% fueron A(H1), el 19,5% A(H3) y el resto A no subtipado. En el ámbito hospitalario el 21,4% fueron A(H1), el 13,9% A(H3) y en el resto el subtipo no consta. El virus B se identificó en el 45,8% de las muestras de Atención Primaria y en el 17,1% de las del ámbito hospitalario. El virus A(H1) se detectó entre las semanas 45 y 14, el A(H3) entre la 40 y la 14 y el tipo B entre la 41 y la 16. El 48,4% de los virus A(H1) se identificaron entre las semanas 2 y 4, el 44,7% de los A(H3) entre las semanas 6 y 10 y el 46,9% de los virus B entre las semanas 2 y 5 (gráficos 3.9.1 y 3.9.2). El virus B predominó entre los casos menores de 45 años y el A(H1) a partir de los 45 en ambos ámbitos asistenciales (gráfico 3.9.3).

Gráfico 3.9.1. Subtipos del virus de la gripe identificados por semana. Atención Primaria. Vigilancia Centinela de la Comunidad de Madrid. Temporada 2024/2025 (hasta la semana 20 de 2025).**Gráfico 3.9.2. Subtipos del virus de la gripe identificados por semana. Atención Hospitalaria. Vigilancia Centinela de la Comunidad de Madrid. Temporada 2024/2025 (hasta la semana 20 de 2025).****Gráfico 3.9.3. Subtipos del virus de la gripe identificados por grupo de edad. Vigilancia Centinela de la Comunidad de Madrid. Temporada 2024/2025 (hasta la semana 20 de 2025).**

3.10. CEPAS DEL VIRUS DE LA GRIPE

Se detectaron 8 cepas gripales. La cepa más frecuente de virus A fue A/Lisboa/188/2023(nH1N1), tanto en Atención Primaria (45 muestras) como en Atención Hospitalaria (27 muestras). Además, en Atención Hospitalaria se identificaron 12 cepas A/Croatia/10136RV/2023(H3N2) y 10 cepas A/Thailand/8/2022(H3N2). La cepa más frecuente del virus de la gripe B fue B/Catalonia/2279261NS/2023, que se identificó en 30 muestras de Atención Primaria (tabla 3.10.1)

Tabla 3.10.1. Cepas de gripe identificadas. Vigilancia Centinela de la Comunidad de Madrid. Temporada 2024/2025 (hasta la semana 20 de 2025).

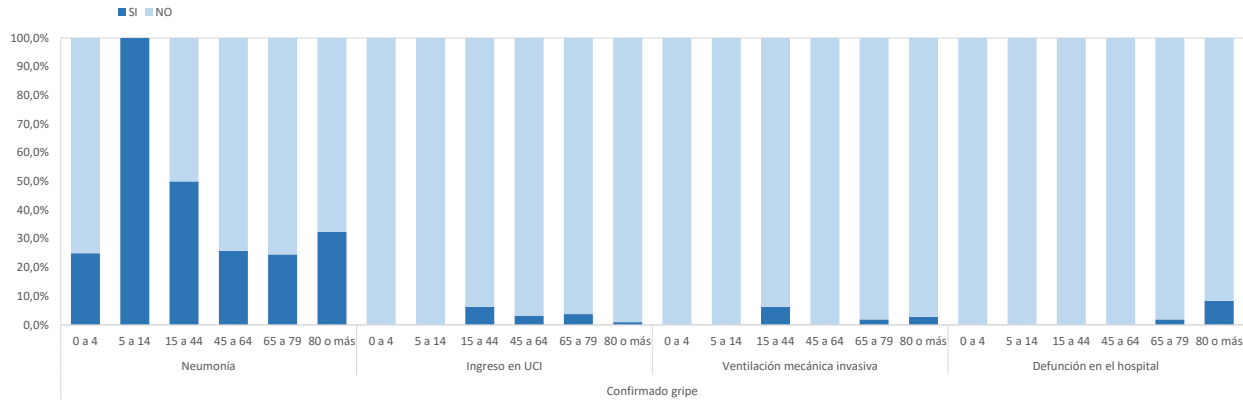
	Atención primaria	Ingresos hospitalarios	Total
A/Croatia/10136RV/2023(H3N2)	4	12	16
A/Lisboa/188/2023(nH1N1)	45	27	72
A/Lisboa/216/2023(H3N2)	0	2	2
A/Sydney/856/2023(H3N2)	0	1	1
A/West Virginia/51/2024(H3N2)	2	0	2
B/Catalonia/2279261NS/2023	30	0	30
B/Switzerland/329/2024	4	0	4
Secuenciación no posible	190	0	190
Total	275	42	317

3.11. GRAVEDAD DE LOS CASOS Y ANTECEDENTES DE RIESGO DE ENFERMEDAD GRAVE

El 40,5% de los casos ingresados por IRA presentó neumonía, el 3,0% requirió ingreso en UCI, el 2,4% ventilación mecánica y el 5,6% fallecieron.

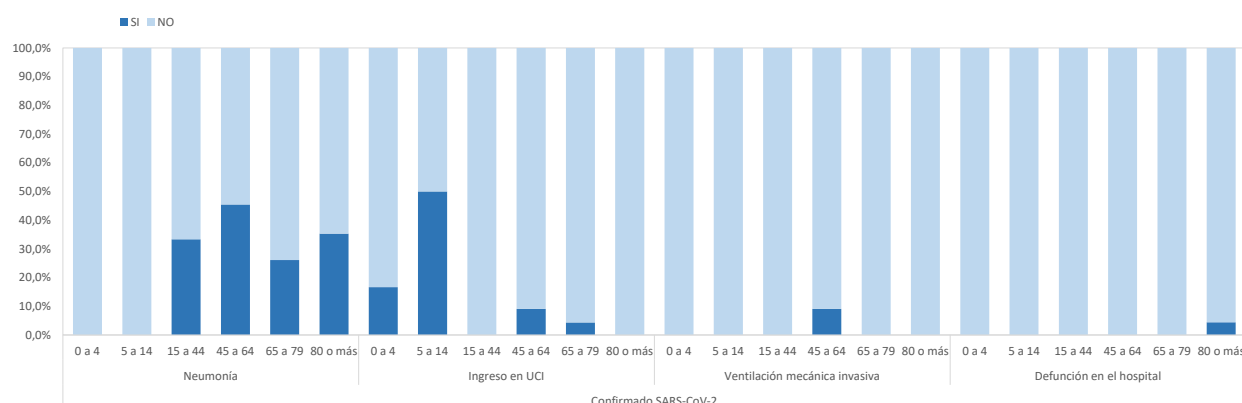
El 30,8% de los casos confirmados de gripe presentó neumonía, el 2,3% requirió ingreso en UCI, el 2,3% ventilación mecánica y el 4,5% falleció en el hospital. La letalidad más alta se observó también en los casos de 80 o más años, que fue de 8,3% (gráfico 3.11.1).

Gráfico 3.11.1. Gravedad de los casos confirmados de gripe. Atención Hospitalaria. Vigilancia Centinela de la Comunidad de Madrid. Temporada 2024/2025 (hasta la semana 20 de 2025).



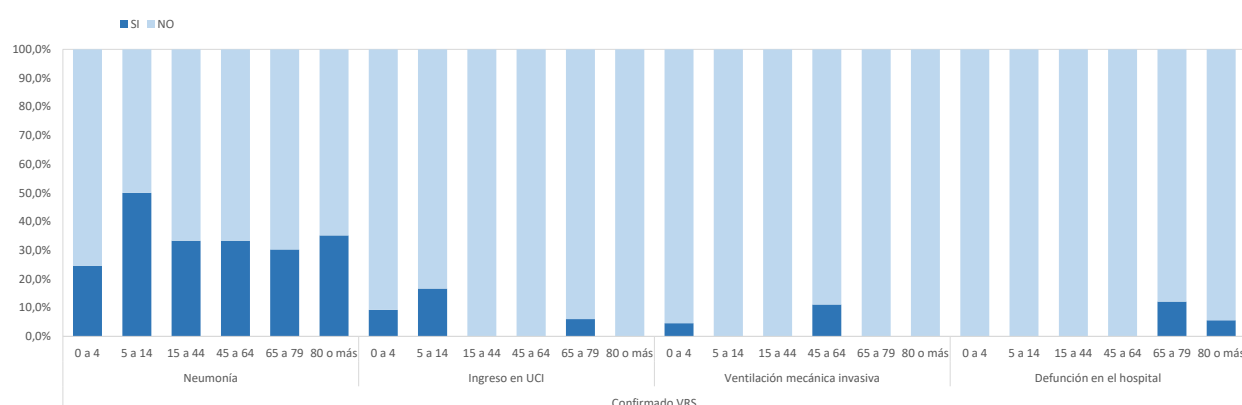
El 31,9% de los casos confirmados de infección por SARS-CoV-2 presentó neumonía, el 3,5% requirió ingreso en UCI, el 0,9% ventilación mecánica y el 2,7% falleció en el hospital. La letalidad de los casos de 80 o más años fue 4,4% (gráfico 3.11.2).

Gráfico 3.11.2. Gravedad de los casos de infección por SARS-CoV-2 confirmados. Atención Hospitalaria. Vigilancia Centinela de la Comunidad de Madrid. Temporada 2024/2025 (hasta la semana 20 de 2025).



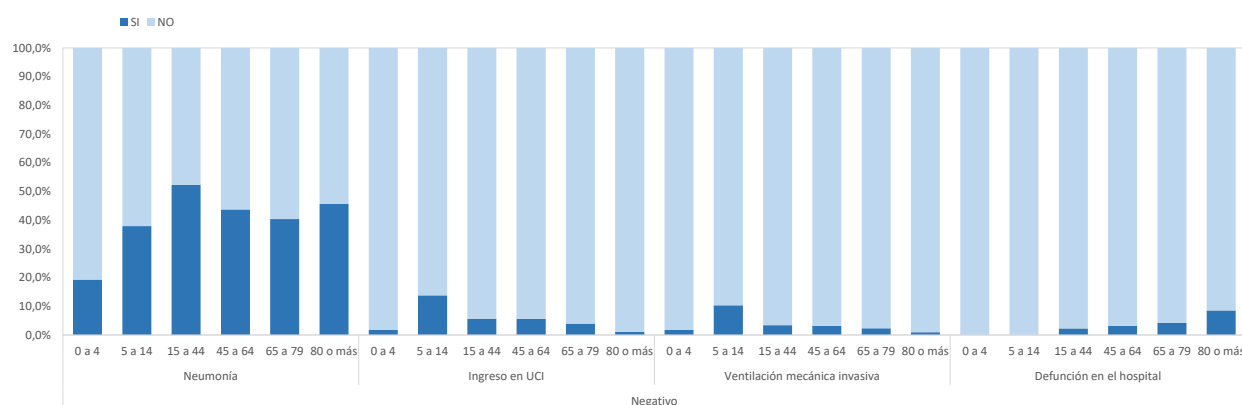
El 31,0% de los casos confirmados de infección por VRS presentó neumonía, el 4,8% requirió ingreso en UCI, el 2,1% ventilación mecánica y el 4,3% falleció en el hospital. Los grupos de edad que requirieron ingreso en UCI con mayor frecuencia fueron los de 0 a 4 (9,2%) y 5 a 14 (16,7%). La letalidad más alta se observó en los grupos de 65 a 79 años (12,1%) y 80 o más años (5,6%). No falleció ningún caso menor de 65 años (gráfico 3.11.3).

Gráfico 3.11.3. Gravedad de los casos confirmados de infección por VRS. Atención Hospitalaria. Vigilancia Centinela de la Comunidad de Madrid. Temporada 2024/2025 (hasta la semana 20 de 2025).



En relación con los casos de IRA con las tres pruebas de detección vírica negativas, el 42,8% de los casos presentó neumonía, el 2,9% requirió ingreso en UCI, el 1,9% ventilación mecánica y el 5,8% fallecieron en el hospital. La letalidad más alta se observó en los casos de 80 o más años, que alcanzó el 5,8% (gráfico 3.11.4).

Gráfico 3.11.4. Gravedad de los casos con la prueba de detección de los tres virus negativa. Atención Hospitalaria. Vigilancia Centinela de la Comunidad de Madrid. Temporada 2024/2025 (hasta la semana 20 de 2025).



La letalidad más alta se observó entre los casos de 80 o más años con antecedente de enfermedad renal crónica, tanto la de los casos confirmados de gripe (15,8%) y de infección por SARS-CoV-2 (6,3%), como la de los casos negativos (10,3%). La letalidad de los casos de infección por SARS-CoV-2 que presentaban inmunodeficiencias alcanzó en 16,7% (1 de 6 casos) (gráficos 3.11.5 a 3.11.8).

Gráfico 3.11.5. Antecedentes de riesgo de defunción de los casos confirmados de gripe. Atención Hospitalaria. Vigilancia Centinela de la Comunidad de Madrid. Temporada 2024/2025 (hasta la semana 20 de 2025).

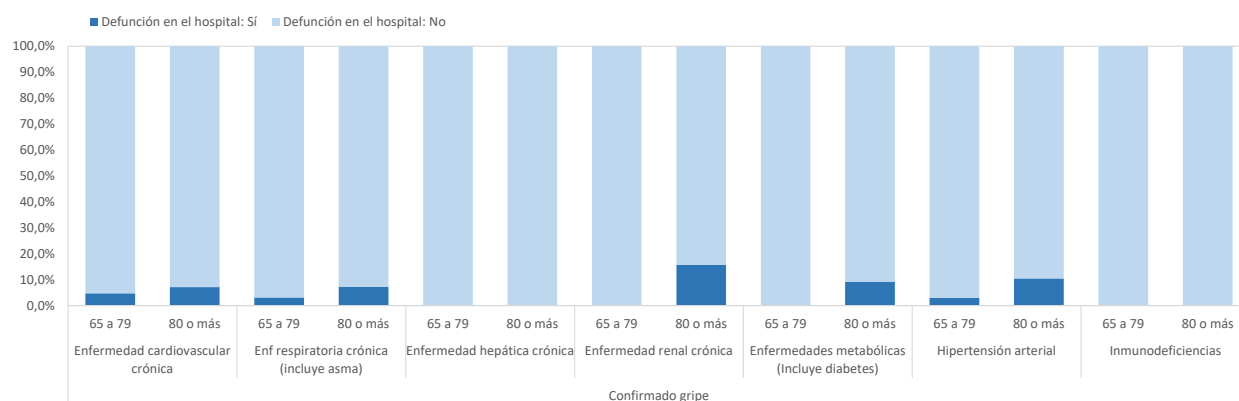


Gráfico 3.11.6. Antecedentes de riesgo de defunción de los casos confirmados de infección por SARS-CoV-2 en Atención Hospitalaria. Vigilancia Centinela de la Comunidad de Madrid. Temporada 2024/2025 (hasta la semana 20 de 2025).

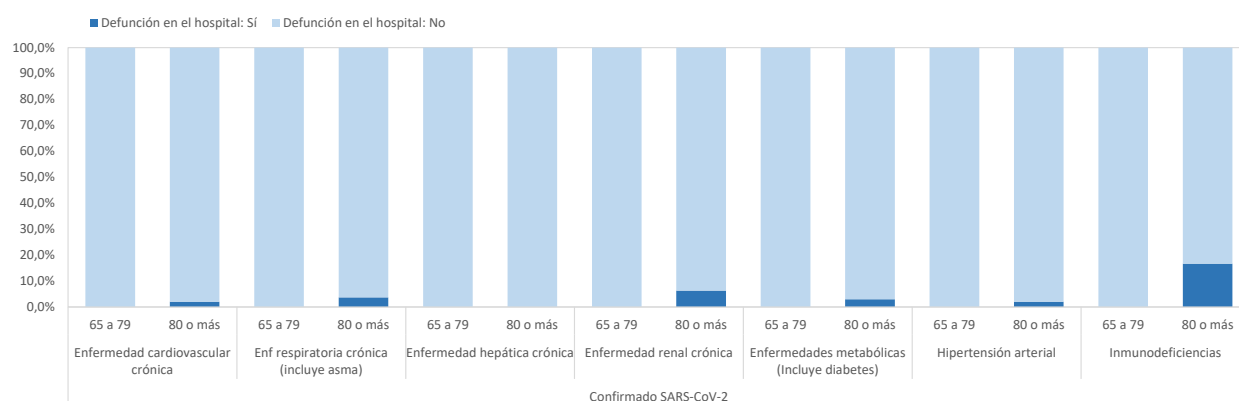


Gráfico 3.11.7. Antecedentes de riesgo de defunción de los casos confirmados de infección por VRS. Atención Hospitalaria. Vigilancia Centinela de la Comunidad de Madrid. Temporada 2024/2025 (hasta la semana 20 de 2025).

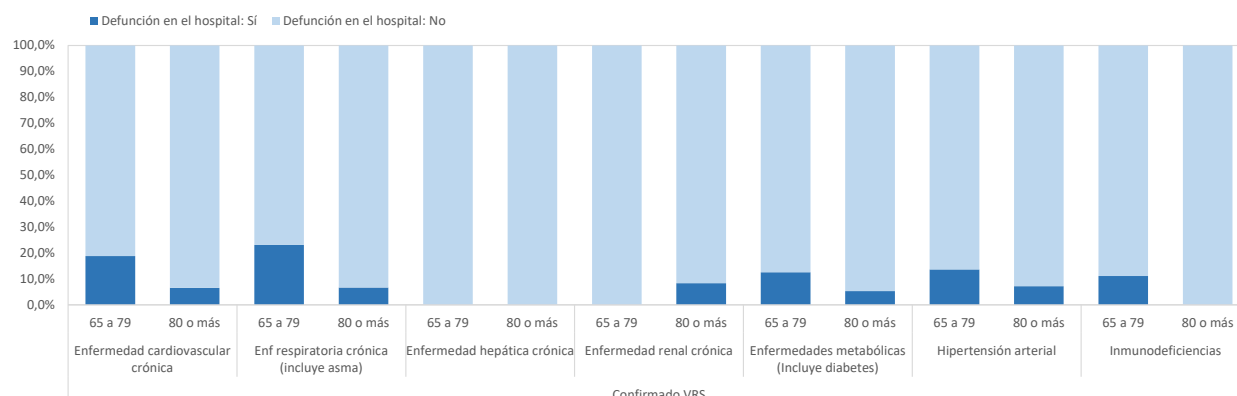
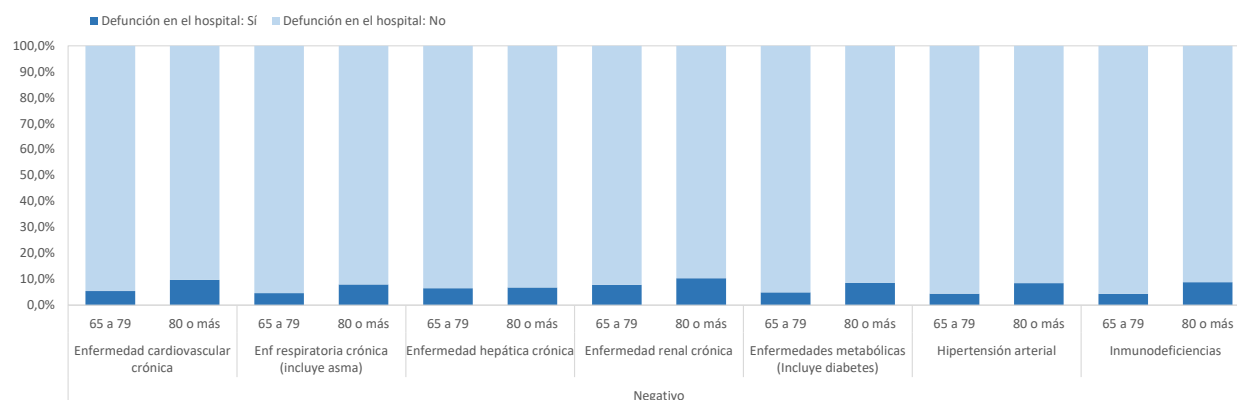
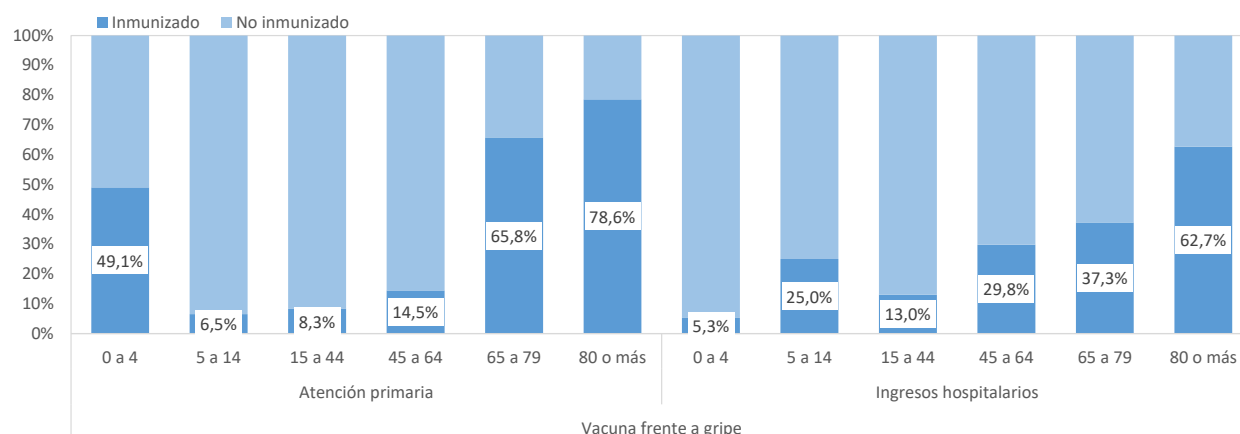
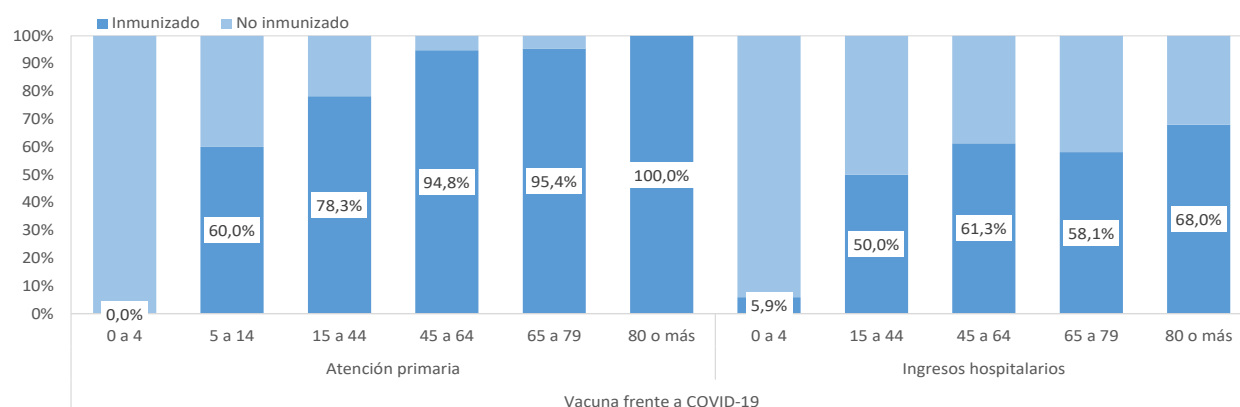


Gráfico 3.11.8 Antecedentes de riesgo de defunción de los casos negativos. Atención Hospitalaria. Vigilancia Centinela de la Comunidad de Madrid. Temporada 2024/2025 (hasta la semana 20 de 2025).

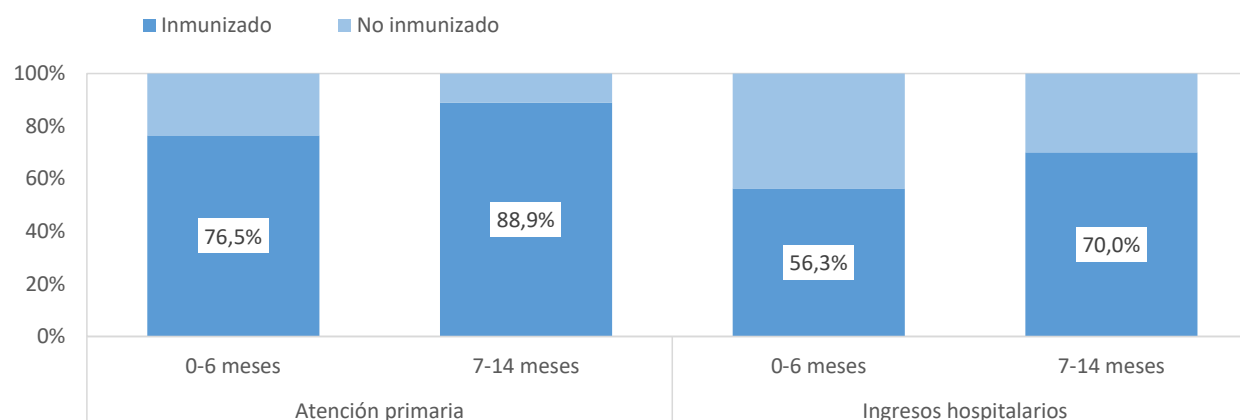


3.12. ANTECEDENTES DE INMUNIZACIÓN

Entre los casos confirmados de gripe en Atención Primaria, el 65,8% de los casos de 65 a 79 años y el 78,6% de los mayores de 79 estaban vacunados. Estas cifras son del 37,3% y 62,7% respectivamente entre los casos ingresados (gráfico 3.12.1). En relación con los casos de infección por SARS-CoV-2 confirmados mayores de 79 años, todos los casos detectados en Atención Primaria y el 62,7% de los casos ingresados estaban vacunados (gráfico 3.12.2).

Gráfico 3.12.1. Estado vacunal de los casos confirmados de gripe por grupo de edad.**Vigilancia Centinela de la Comunidad de Madrid. Temporada 2024/2025 (hasta la semana 20 de 2025).****Gráfico 3.12.2. Estado vacunal de los casos confirmados de infección por SARS-CoV-2 por grupo de edad. Vigilancia Centinela de la Comunidad de Madrid. Temporada 2024/2025 (hasta la semana 20 de 2025).**

Entre los niños con recomendación de inmunización frente a VRS de la presente temporada con el anticuerpo monoclonal nirsevimab, el 76,5% de los casos de 0 a 6 meses y el 88,9% de los de 7 a 14 meses detectados en Atención Primaria estaban inmunizados. Estos porcentajes descendieron en Atención Hospitalaria a 56,3% y 70,0% respectivamente (gráfico 3.12.3).

Gráfico 3.12.3. Antecedentes de inmunización de los casos confirmados de infección por VRS por grupo de edad. Vigilancia Centinela de la Comunidad de Madrid. Temporada 2024/2025 (hasta la semana 20 de 2025).

3.13. EFECTIVIDAD DE LA VACUNA FRENTE A GRIPE

Se incluyeron en el estudio 348 casos con prueba de detección del virus positiva y 1.070 con prueba de detección negativa. La efectividad ajustada por sexo, edad y mes de inicio de los síntomas fue 54,37% (34,76 a 68,09) para prevenir los casos de gripe que acuden a Atención Primaria y 34,19% (19,38 a 51,67) para prevenir los casos que ingresan por gripe. En menores de 6 años estas cifras son 31,30% y 72,80% y entre los casos de 60 o más años 25,38% y 22,58% para los dos ámbitos asistenciales respectivamente. La efectividad frente al tipo B está por encima del 60,0% en ambos ámbitos, mientras que frente al tipo A es baja (tabla 3.13.1).

Tabla 3.13.1. Efectividad de la vacuna frente a la gripe. Atención Primaria y Hospitalaria. Vigilancia Centinela de la Comunidad de Madrid. Temporada 2024/2025 (hasta la semana 20 de 2025).

Total (ajustada por sexo, edad y mes de inicio de síntomas)	EV (IC 95%)	
	Atención Primaria	Atención Hospitalaria
	54,37 (34,76 a 68,09)	34,19 (10,38 a 51,67)
Por grupo de edad (ajustada por sexo y mes de inicio de síntomas)	Atención Primaria	Atención Hospitalaria
0-5 años	31,30 (-41,74 a 66,70)	72,80 (-34,56 a 94,50)
6-18 años	61,11 (-44,18 a 89,51)	--
19-59 años	26,99 (-63,29 a 67,36)	49,13 (-41,07 a 82,04)
60 o más años	25,38 (-47,89 a 62,35)	22,58 (-8,51 a 44,76)
Por tipo y subtipo de virus	Atención Primaria	Atención Hospitalaria
A(H1N1)pdm09	-3,90 (-60,26 a 32,64)	-15,25 (-115,90 a 38,48)
A(H3N2)	37,84 (-17,79 a 67,20)	28,31 (-55,36 a 66,92)
B	88,60 (73,93 a 95,02)	60,90 (15,39 a 81,93)

4. RESULTADOS MÁS DESTACABLES

La incidencia de IRA en Atención Primaria fue menor que en la temporada anterior en todos los grupos de edad menos en el de 0 a 4 años. La incidencia de ingresos urgentes fue mayor, aunque la incidencia semanal máxima fue similar en magnitud y momento de aparición que en la temporada previa. La incidencia más alta se observó en el grupo de 80 o más años de edad. La incidencia de gripe en Atención Primaria fue un 2,1% mayor que en la temporada anterior. El valor semanal más alto fue menor y se alcanzó 6 semanas más tarde. La mayor incidencia se observó en menores de 15 años, que mostraron cifras más altas que en la temporada previa. La incidencia de ingresos urgentes por gripe también fue mayor. La incidencia más alta se observó en el grupo de 80 o más años. La incidencia de infección por SARS-CoV-2 fue menor que en la temporada anterior en ambos ámbitos asistenciales. La incidencia más alta se observó en el grupo de 80 o más años. La incidencia de bronquiolitis aguda en menores de un año fue mayor que en la temporada anterior en Atención Hospitalaria.

La detección del virus de la gripe predominó entre las semanas 3 y 5 y la de VRS entre las semanas 49 y 52. La detección del virus SARS-CoV-2 no mostró ningún patrón temporal. El tipo de virus de la gripe que circuló con mayor frecuencia fue el A, con predominio de A(H1). El virus B se identificó en el 45,8% de las muestras de Atención Primaria y en el 17,1% de las del ámbito hospitalario. Ambos tipos circularon en las mismas semanas. Se detectaron 8 cepas gripales. La cepa más frecuente de virus A fue A/Lisboa/188/2023(nH1N1) y la de virus B fue B/Catalonia/2279261NS/2023.

La proporción de casos de gripe que ingresaron en UCI fue menor que la de casos de infección por SARS-CoV-2 pero la letalidad fue mayor. La letalidad de los casos ingresados por infección por VRS fue similar a la de la gripe. La enfermedad renal crónica fue el antecedente de riesgo más frecuente en los fallecidos por gripe y por infección por SARS-CoV-2 mayores de 80 años.

La proporción de casos con antecedente de vacunación frente a gripe es más baja entre los casos confirmados que ingresan que entre los que acuden a Atención Primaria. Este hecho también se observa en los niños de 0 a 6 meses con recomendación de inmunización frente a VRS.

La efectividad de la vacuna frente a la gripe ajustada por sexo, edad y mes de inicio de los síntomas alcanzó el 54,37% para prevenir los casos que acuden a Atención Primaria y 34,19% para prevenir los casos que ingresan por gripe. La efectividad alcanzó el 72,80% y el 22,58% para prevenir los ingresos en menores de 6 años y en el grupo de 60 o más años respectivamente. Estas cifras son similares a las publicadas en otros estudios, en los que se aprecia una efectividad alta frente al tipo B y mucho menor frente al tipo A^{7,8,9,10,11}. La alta efectividad frente al tipo B es compatible con la concordancia del virus circulante con el clado V1A.3a.2 del virus vacunal. Por otra parte, la menor efectividad frente al virus tipo A puede deberse al escape inmunitario ocasionado por cambios virológicos del clado 5a.2a del virus A(H1N1)pdm09 que ha predominado en Europa durante esta temporada⁷.

5. EVALUACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA

Entre los meses de octubre y marzo se recogieron el 29,3% de las muestras previstas en Atención Primaria. Esta cifra asciende a 42,2% si se incluyen las muestras recogidas de casos que no estaban codificados con uno de los códigos CIAP-2 seleccionados como caso de IRA (gráfico 5.1). De las muestras previstas por grupos de edad se recogieron menos del 10% de los casos menores de 1 año, entre el 45 y el 65% de los casos de 1 a 14 años y de 65 o más años y un exceso del 16% de los casos de 15 a 64 años.

El 23,3% de los centros recogió menos del 15% de las muestras asignadas, el 30,0% entre el 16% y el 45%, el 23,3% entre el 46 y el 65% y el 16,7% más del 75%. La participación fue del 34,2% y del 29,9% en las 5 primeras y 5 últimas semanas del período comprendido entre octubre y marzo y del 46,3% entre las semanas 45 y 8 (gráfico 5.2).

Gráfico 5.1. Número de muestras recogidas por caso en Atención Primaria por Dirección Asistencial. Vigilancia Centinela de la Comunidad de Madrid. Temporada 2024/2025 (enero a marzo).

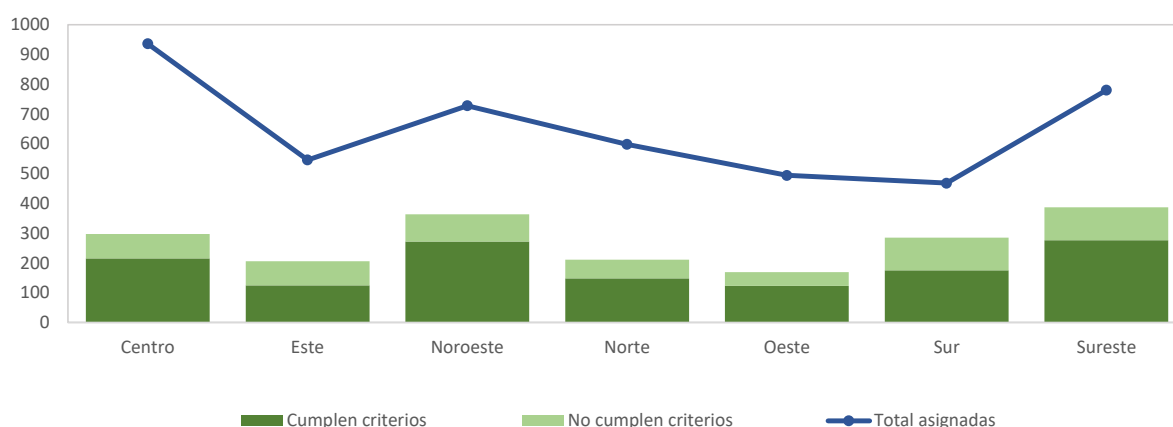
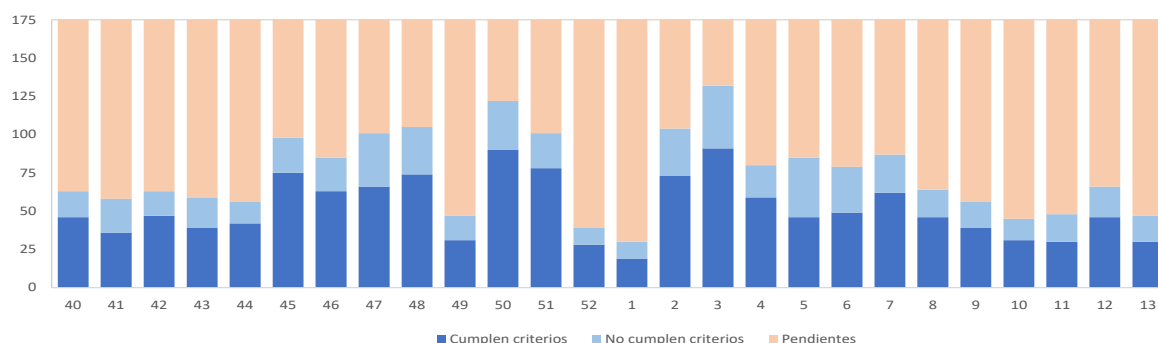
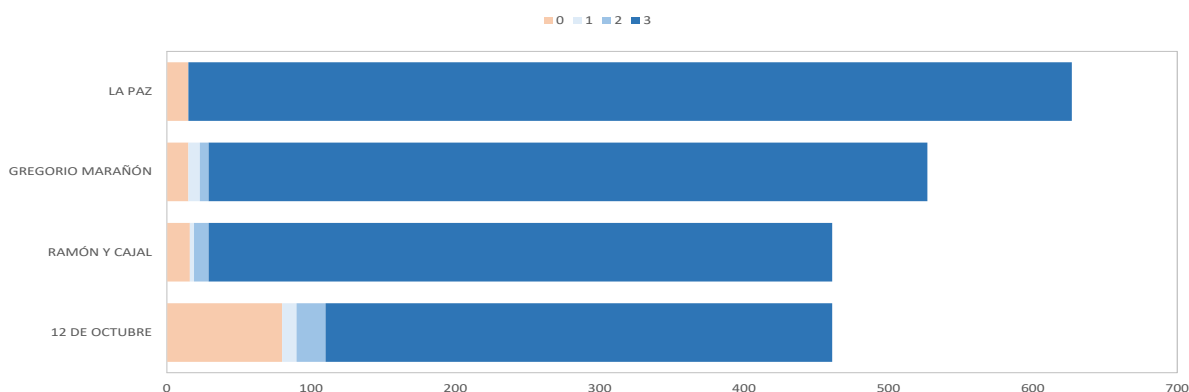


Gráfico 5.2. Número de muestras recogidas por caso en Atención Primaria por semana.
Vigilancia Centinela de la Comunidad de Madrid. Temporada 2024/2025 (enero a marzo).



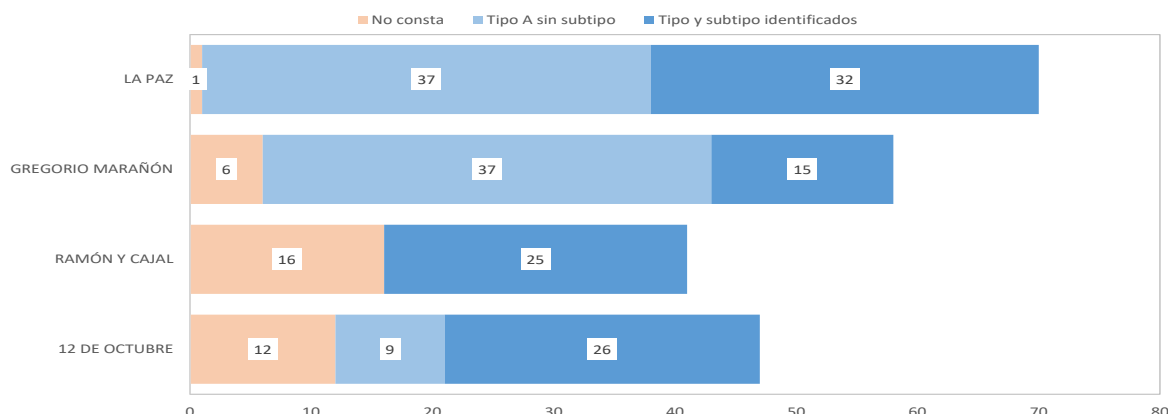
En Atención Hospitalaria se recogieron muestras para el estudio de los 3 virus en el 91,2% de los casos (gráfico 5.3).

Gráfico 5.3. Número de pruebas RT-PCR realizadas en Atención Hospitalaria por caso.
Vigilancia Centinela de la Comunidad de Madrid. Temporada 2024/2025 (enero a marzo).



El tipo y el subtipo se identificó en el 98,9% de los casos confirmados de gripe en Atención Primaria. Esta cifra fue de 44,8% en Atención Hospitalaria (gráfico 5.4).

Gráfico 5.4. Número de detecciones del virus de la gripe con tipo conocido en Atención Hospitalaria.
Vigilancia Centinela de la Comunidad de Madrid. Temporada 2024/2025 (hasta la semana 20 de 2025).



En resumen, entre los meses de octubre y marzo se recogieron el 42,2% de las muestras asignadas en Atención Primaria, si se incluyen las muestras recogidas de casos que no estaban codificados con uno de los códigos CIAP-2 seleccionados como caso de IRA. Se recogió un exceso de muestras de casos de 15 a

64 años, mientras que no se alcanzó lo previsto en el resto de los grupos de edad, especialmente en menores de un año. En Atención Hospitalaria se recogieron muestras para el estudio de los 3 virus en el 91,2% de los casos. El tipo y subtipo de los casos confirmados de gripe se identificó casi en el 100% de los casos de Atención Primaria, pero en menos del 50% de los casos ingresados. Estos indicadores muestran un importante margen de mejora y la necesidad de identificar y solucionar las dificultades encontradas para alcanzar y mantener el funcionamiento óptimo de la Red Centinela.

Agradecimientos. A los profesionales implicados en la vigilancia de las IRA de los 30 centros centinela de Atención Primaria, de los Servicios de Medicina Preventiva, Microbiología y Admisión de los 4 hospitales centinela y del Laboratorio Regional de Salud Pública.

Informe elaborado por: Luis García Comas, Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles. Comunidad de Madrid.

Apoyo metodológico: Macarena Garrido Estepa, Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles. Comunidad de Madrid.

Cita recomendada: Dirección General de Salud Pública. Vigilancia centinela de las infecciones respiratorias agudas en la Comunidad de Madrid. Temporada 2024/2025. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Número 8. Volumen 30. Agosto 2025.

6. BIBLIOGRAFÍA

- ¹ European Centre for Disease Prevention and Control and World Health Organization Regional Office for Europe. Operational considerations for influenza surveillance in the WHO European Region during COVID-19: interim guidance. 2020. Available at: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Joint-influenza-interim-guidance.pdf>
- ² World Health Organization. End-to-end integration of SARS-CoV-2 and influenza sentinel surveillance: revised interim guidance. 2022. Available at: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Integrated_sentinel_surveillance-2022.1
- ³ Communication From The Commission To The European Parliament, The Council, The European Economic And Social Committee And The Committee Of The Regions: COVID-19 - Sustaining EU Preparedness and Response: Looking ahead (2022).
- ⁴ European Centre for Disease Prevention and Control. COVID-19 surveillance guidance - Transition from COVID-19 emergency surveillance to routine surveillance of respiratory pathogens. October 2021. 2021. Available at: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/COVID-19-surveillance-guidance.pdf>
- ⁵ Estrategia para la integración de COVID-19 en la vigilancia y control de las infecciones respiratorias agudas en la Comunidad de Madrid. https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/epid/nueva_estrategia_covid_integrada_en_iras_cm.pdf
- ⁶ Fukushima W, Hirota Y. Basic principles of test-negative design in evaluating influenza vaccine effectiveness. Vaccine. agosto de 2017;35(36):4796-800.

- ⁷ Rose AM, Lucaccioni H, Marsh K, Kirsebom F, Whitaker H, Emborg HD, Bolt Botnen A, O'Doherty MG, Pozo F, Hameed SS, Andrews N, Hamilton M, Trebbien R, Lauenborg Møller K, Marques DF, Murphy S, McQueenie R, Lopez-Bernal J, Cottrell S, Bucholc M, Kissling E; European IVE group; Members of the European IVE group. Interim 2024/25 influenza vaccine effectiveness: eight European studies, September 2024 to January 2025. *Euro Surveill.* 2025 Feb;30(7):2500102. doi: 10.2807/1560-7917.ES.2025.30.7.2500102. Erratum in: *Euro Surveill.* 2025 Mar;30(11). doi: 10.2807/1560-7917.ES.2025.30.11.240320c. PMID: 39980423; PMCID: PMC11843620.
- ⁸ Frutos AM, Cleary S, Reeves EL, Ahmad HM, Price AM, Self WH, Zhu Y, Safdar B, Peltan ID, Gibbs KW, Exline MC, Luring AS, Ball SW, DeSilva M, Tartof SY, Dascomb K, Irving SA, Klein NP, Dixon BE, Ong TC, Vaughn IA, House SL, Faryar KA, Nowalk MP, Gaglani M, Wernli KJ, Murugan V, Williams OL, Selvarangan R, Weinberg GA, Staat MA, Halasa NB, Sahni LC, Michaels MG, Englund JA, Kirby MK, Surie D, Dawood FS, Clopper BR, Moline HL, Link-Gelles R, Payne AB, Harker E, Wielgosz K, Weber ZA, Yang DH, Lewis NM, DeCuir J, Olson SM, Chung JR, Flannery B, Grohskopf LA, Reed C, Garg S, Ellington S; CDC Influenza Vaccine Effectiveness Collaborators. Interim Estimates of 2024-2025 Seasonal Influenza Vaccine Effectiveness - Four Vaccine Effectiveness Networks, United States, October 2024-February 2025. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2025 Feb 27;74(6):83-90. doi: 10.15585/mmwr.mm7406a2. PMID: 40014791; PMCID: PMC11867582.
- ⁹ Emborg HD, Valentiner-Branth P, Trebbien R, Bolt Botnen A, Grove Krause T, Søbørg B. Enhanced influenza vaccines impact effectiveness in individuals aged 65 years and older, Denmark, 2024/25 influenza season up to 4 March 2025. *Euro Surveill.* 2025 Mar;30(12):2500174. doi: 10.2807/1560-7917.ES.2025.30.12.2500174. PMID: 40156348; PMCID: PMC11951413.
- ¹⁰ Erdwiens A, Hackmann C, Wedde M, Biere B, Reiche J, Preuß U, Tolksdorf K, Buda S, Dürrwald R. Interim Estimates of 2024-2025 Seasonal Influenza Vaccine Effectiveness in Germany-Data From Primary Care and Hospital Sentinel Surveillance. *Influenza Other Respir Viruses.* 2025 May;19(5):e70115. doi: 10.1111/irv.70115. PMID: 40328669; PMCID: PMC12055342.
- ¹¹ Separovic L, Zhan Y, Kaweski SE, Sabaiduc S, Carazo S, Olsha R, Mather RG, Dickinson JA, Hasso M, Meunier I, Jassem AN, Zelyas N, Gao R, Bastien N, Skowronski DM. Interim estimates of vaccine effectiveness against influenza A(H1N1)pdm09 and A(H3N2) during a delayed influenza season, Canada, 2024/25. *Euro Surveill.* 2025 Jan;30(4):2500059. doi: 10.2807/1560-7917.ES.2025.30.4.2500059. PMID: 39885824; PMCID: PMC11920781.