

VIGILANCIA CENTINELA DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN LA COMUNIDAD DE MADRID

Temporada 2025/2026



**Comunidad
de Madrid**

VIGILANCIA CENTINELA DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN LA COMUNIDAD DE MADRID. TEMPORADA 2025/2026

ÍNDICE

RESUMEN	3
ABSTRACT	4
1. INTRODUCCIÓN.....	5
2. MÉTODOS.....	6
2.1. Definición de caso de IRA	6
2.2. Población vigilada	6
2.3. Selección de los casos	6
2.4. Recogida de datos	6
2.5. Integración de los datos.....	7
2.6. Análisis de datos	7
3. RESULTADOS	7
3.1. INCIDENCIA	7
3.1.1. Incidencia de IRA.....	7
3.1.2. Incidencia de gripe.....	9
3.1.3. Incidencia de infección por SARS-CoV-2.....	12
3.1.4. Incidencia de bronquiolitis aguda	13
3.2. CARACTERÍSTICAS DE LOS CASOS	15
3.2.1. Toma de muestras y detección viral.....	16
3.2.2. Gravedad de los casos y antecedentes de gravedad	21
3.2.3. Antecedentes de inmunización frente a gripe	22
3.3. EFECTIVIDAD DE LA VACUNA FRENTE A LA GRIPE	22
3.4. EVALUACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA	22
4. RESULTADOS MÁS DESTACABLES	24
5. CONCLUSIONES.....	25
6. BIBLIOGRAFÍA	26

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, los 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 2025 y la semana 20 de 2026. Se estima la efectividad de la vacuna frente a la gripe por grupo de edad y tipo y subtipo de virus y se calculan indicadores de evaluación del funcionamiento de la Red.

IRA. Se identificaron 15.794,28 casos de IRA por 100.000 habitantes en Atención Primaria y 541,72 casos por 100.000 habitantes en Atención Hospitalaria. Estas cifras fueron un 10,3% y 13,4% menores que en el mismo período de la temporada anterior. La incidencia fue menor en todos los grupos de edad.

Gripe. La incidencia de gripe alcanzó 1.341,87 casos por 100.000 habitantes en Atención Primaria y 58,32 en Atención Hospitalaria. Estas cifras fueron un 45,2% y un 20,1% mayores que en el mismo período de la temporada anterior. El período de incidencia alta comenzó 4 semanas antes y fue de menor duración que en la temporada previa. La incidencia semanal máxima ascendió a 306,27 en Atención Primaria y 9,59 en Atención Hospitalaria, cifras 2,5 y 1,5 veces más altas que en la temporada anterior. La incidencia fue mayor en todos los grupos de edad. El grupo de 0 a 4 años de edad mostró la incidencia más alta en Atención Primaria y el de 80 o más años en Atención Hospitalaria. El virus se detectó en el 19,4% de las muestras de Atención Primaria y el 14,7% de las de Atención Hospitalaria. La detección viral se mantuvo elevada a partir de la semana 46 en niños de 5 a 14 años en Atención Primaria y de la semana 49 en mayores de 65 años en Atención Hospitalaria. Predominó el subtipo A(H3N2) en todos los grupos de edad. El 26,8% de los casos por gripe A(H1) y el 21,7% de los casos por gripe A(H3) presentaron neumonía. La letalidad de los casos por gripe A(H1) y A(H3) fue respectivamente de 3,7% y 9,5%. Los casos por gripe A(H3) mostraron una mayor proporción de antecedentes de patología inmunosupresora. El 85,7% de los casos confirmados de gripe de 80 o más años estaban vacunados en Atención Primaria y el 50,4% en Atención Hospitalaria. La efectividad de la vacuna para prevenir los casos en Atención Primaria fue 38,59% (IC95%: -3,88 a 63,70). La estimación puntual frente a los subtipos A(H1N1)pdm09 y A(H3N2) fue de 43,93 y 49,22 respectivamente.

Infección por SARS-CoV-2. La incidencia de infección por SARS-CoV-2 fue de 119,12 y 7,72 casos por 100.000 habitantes en Atención Primaria y Hospitalaria respectivamente, cifras un 14,0% y un 41,6% menores 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. El virus se identificó en el 5,2% de las muestras de Atención Primaria y en el 1,6% de las de Atención Hospitalaria. El 34,6% de los casos presentó neumonía y el 7,7% requirió ingreso en UCI y ventilación mecánica.

Bronquiolitis aguda. La incidencia de bronquiolitis aguda en menores de un año fue menor que en la temporada anterior. En Atención Primaria alcanzó 16.041,98 casos por 100.000 habitantes y en Atención Hospitalaria 2.437,97. La detección viral superó el 30% en los niños de un año en Atención Primaria y en todos los grupos de edad en Atención Hospitalaria. El 3,0% de los casos ingresó en UCI y el 3,8% requirió ventilación mecánica.

Indicadores de evaluación. En Atención Primaria se recogieron el 23,9% de las muestras previstas. En Atención Hospitalaria se conoce el subtipo en el 54,6% de los casos confirmados por gripe A.

Conclusiones. La aparición y rápida propagación del subclado K subraya el impacto que la naturaleza dinámica del virus de la gripe puede tener en la salud pública y la importancia de mantener la vigilancia epidemiológica y microbiológica. Por otra parte, las vacunas pueden prevenir la aparición de casos graves y sus consecuencias en términos de mortalidad y de sobrecarga del sistema sanitario incluso en temporadas caracterizadas por desajustes antigénicos, por lo que la vacunación debe seguir siendo una pieza clave de las estrategias de prevención frente a la gripe. Es esencial promover las medidas de salud

pública y adaptarlas a la situación epidemiológica del momento. La comunicación de las estas medidas es especialmente importante en temporadas donde surgen variantes.

ABSTRACT

Incidence of Acute Respiratory Infections (ARI) during the period from week 40 of 2025 to week 20 of 2026 is estimated through the data collected by the Sentinel Center Network of the Community of Madrid. The start and duration of epidemic activity, the relative contribution of each of the viruses studied, severity, risk factors for severe disease, and immunization history of the cases identified is also reported. The effectiveness of the flu vaccine is estimated by age group and by virus type and subtype, and performance evaluation indicators of the Network are calculated.

ARI. 15,794.28 ARI cases per 100,000 inhabitants were identified in Primary Care and 541.72 cases per 100,000 inhabitants in Hospital Care. These figures were 10.3% and 13.4% lower than those reported in the same period of the previous season. The incidence was lower across all age groups.

Flu. Flu incidence reached 1,341.87 cases per 100,000 people in Primary Care and 58.32 in Hospital Care. These figures were 45.2% and 20.1% higher than in the previous season. The high incidence period started 4 weeks earlier and was shorter than in the previous season. The maximum weekly incidence reached 306.27 in Primary Care and 9.59 in Hospital Care, 2.5 and 1.5 times higher than in the previous season. Incidence was higher across all age groups. The 0 to 4-year-old group showed the highest incidence in Primary Care, and the 80 and older group in Hospital Care. The virus was detected in 19.4% of Primary Care samples and 14.7% of Hospital Care samples. Viral detection remained high from week 46 in children aged 5 to 14 in Primary Care and from week 49 in people over 65 in Hospital Care. The A(H3N2) subtype predominated in all age groups. Pneumonia was present in 26.8% of A(H1) flu cases and 21.7% of A(H3) flu cases. The fatality rate for A(H1) and A(H3) flu cases was 3.7% and 9.5%, respectively. A(H3) flu cases showed a higher proportion of patients with a history of immunosuppressive conditions. Among confirmed flu cases in people aged 80 or older, 85.7% of cases collected in Primary Care and 50.4% in Hospital Care. The vaccine's effectiveness in preventing cases in Primary Care was 38.59% (95% CI: -3.88 to 63.70). The point estimates against subtypes A(H1N1)pdm09 and A(H3N2) were 43.93 and 49.22, respectively.

SARS-CoV-2 infection. The incidence of SARS-CoV-2 infection was 119.12 and 7.72 cases per 100,000 people in Primary Care and Hospital Care, respectively, figures 14.0% and 41.6% lower than in the previous season. The highest incidence was seen in the 80 years and older age group in both healthcare settings. The virus was identified in 5.2% of Primary Care samples and in 1.6% of Hospital Care samples. 34.6% of cases had pneumonia, and 7.7% needed ICU admission and mechanical ventilation.

Acute bronchiolitis. The incidence of acute bronchiolitis in children under one year old was lower than in the previous season. It reached 16,041.98 cases per 100,000 inhabitants in Primary Care and 2,437.97 in hospital Care. Viral detection exceeded 30% in one-year-old children in Primary Care and in all age groups in Hospital Care. 3.0% of cases were admitted to the ICU and 3.8% required mechanical ventilation.

Evaluation indicators. 23.9% of the planned samples were collected in Primary Care. The subtype was known in 54.6% of confirmed influenza A cases in Hospital Care.

Conclusions. The emergence and rapid spread of the K subclade highlight the impact that the dynamic nature of the flu virus can have on public health and the importance of maintaining epidemiological and microbiological surveillance. On the other hand, vaccines can prevent the occurrence of severe cases and their consequences in terms of mortality and healthcare system overload, even in seasons marked by antigenic mismatches, so vaccination should continue to be a key part of flu prevention strategies. It is essential to promote public health measures and adapt them to the current epidemiological situation. Communicating these measures is especially important in seasons when variants arise.

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 existentes. La OMS publicó en marzo de 2022 la guía para la vigilancia centinela de los virus respiratorios con potencial pandémico 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 centinela. 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). La detección temprana del inicio de las epidemias y la monitorización de los niveles de actividad son objetivos clave de la vigilancia epidemiológica, cuya finalidad es aportar la información necesaria para garantizar la disponibilidad de los recursos sanitarios a tiempo y la adopción temprana 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 circulantes. 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-MAD.

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 2025/2026, que comenzó en la semana 40 de 2025, e incluye los datos recogidos hasta la semana 20 de 2026. Asimismo, se describen las medidas adoptadas y 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

- **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).
- **Caso de IRA 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

La Red Centinela vigila la población de referencia de 30 centros de salud y 4 hospitales (La Paz, Gregorio Marañón, Ramón y Cajal y Doce de Octubre). La Red Centinela de Atención Primaria cubre al 10% de la población de la Comunidad de Madrid y la de Atención Hospitalaria al 28,1%.

2.3. SELECCIÓN DE LOS CASOS

- **Para el cálculo de la incidencia,** el equipo coordinador (EC) de la Red Centinela selecciona los casos procedentes de la Historia Clínica de Atención Primaria y de los Servicios de Admisión de los hospitales de la Red que cumplen la definición de caso de IRA en sus respectivos ámbitos.
- **Para la descripción de las características de los casos,** el EC asigna el día (lunes o martes) y el número de casos por grupo de edad que debe seleccionar cada centro de Atención Primaria de la Red y son los médicos de los centros quienes seleccionan los casos entre los que han atendido y registrado con uno de los códigos CIAP-2 de la definición de caso. Asimismo, selecciona todos los casos ingresados cada martes en alguno de los hospitales de la Red cuyo motivo de ingreso es compatible con la definición de caso y los facilita a los Servicios de Medicina Preventiva, donde verifican los criterios.

2.4. RECOGIDA DE DATOS

- **Datos demográficos:** edad, sexo y lugar de residencia.
- **Datos clínicos.** Incluyen manifestaciones clínicas, complicaciones, evolución y antecedentes de riesgo de los casos y son recogidos por los profesionales de Atención Primaria y por los Servicios de Medicina Preventiva de los centros de la Red Centinela.
- **Datos microbiológicos.** Requiere la toma de muestras nasofaríngeas de todos los casos seleccionados para la identificación de los virus de la gripe, SARS-CoV-2 y VRS mediante RT-PCR. Se debe realizar el genotipado de todos los virus de la gripe para determinar el subtipo y la secuenciación de todos los virus SARS-CoV-2. La toma de muestras es llevada a cabo por los profesionales que atienden al paciente en los centros de Atención Primaria y Hospitalaria de la Red. Los Servicios de Medicina Preventiva se encargan de garantizar que las muestras sean recogidas en los Servicios donde estén ubicados los casos ingresados. El Laboratorio Regional de Salud Pública realiza el estudio microbiológico de las muestras

recogidas en Atención Primaria y los Servicios de Microbiología de los centros hospitalarios de la Red el de las muestras recogidas en sus respectivos centros. El Centro Nacional de Microbiología identifica las cepas del virus de la gripe enviadas por los centros centinela.

- **Datos vacunales.** Se incluyen los datos del Registro de Vacunaciones de la Comunidad de Madrid.

2.5. INTEGRACIÓN DE LOS DATOS

El EC de la Red Centinela recopila las poblaciones de referencia y los datos registrados en la Historia Clínica Informatizada de Atención Primaria y en los registros específicos de la Red Centinela y lleva a cabo la integración, preparación y transformación de los datos para el análisis.

2.6. ANÁLISIS DE DATOS

Se calculan indicadores para conocer la magnitud y características de los casos y para evaluar la efectividad de las medidas adoptadas y el funcionamiento de la Red. Se comparan los valores actuales con los de temporadas previas.

- **Magnitud**

- Incidencia semanal de casos sospechosos de IRA, gripe, infección por SARS-CoV-2 e infección por VRS. La población de referencia se extrae del registro de usuarios del sistema sanitario CIBELES.
- Identificación de las semanas de alta incidencia, definidas como aquellas que muestran una desviación con respecto al valor semanal medio por encima de la desviación media del período.

- **Características de los casos**

- Descripción de las características de los virus circulantes.
- Descripción de la gravedad de los casos ingresados (complicaciones, ingreso en UCI, evolución) y de los antecedentes de riesgo de enfermedad grave.
- Descripción del estado vacunal de los casos. Frecuencia de casos vacunados frente a gripe por grupo de edad en los dos ámbitos asistenciales.

- **Efectividad de las medidas adoptadas.** Estimación de la efectividad de la vacuna (EV) frente a cualquier tipo de gripe y frente a subtipos específicos en Atención Primaria ajustada por sexo, grupo de edad, mes de inicio de los síntomas, antecedentes personales de riesgo y presencia de coinfecciones. Se ha utilizado el método de casos y controles test negativo, que compara el antecedente de vacunación en la temporada actual al menos 14 días antes del inicio de los síntomas de los casos con prueba de detección del virus de la gripe positiva y negativa. Los análisis se han llevado a cabo con el programa Stata v.18.

- **Evaluación del funcionamiento de la Red:** toma de muestras y disponibilidad de resultados.

3. RESULTADOS

3.1. INCIDENCIA

3.1.1. INCIDENCIA DE IRA

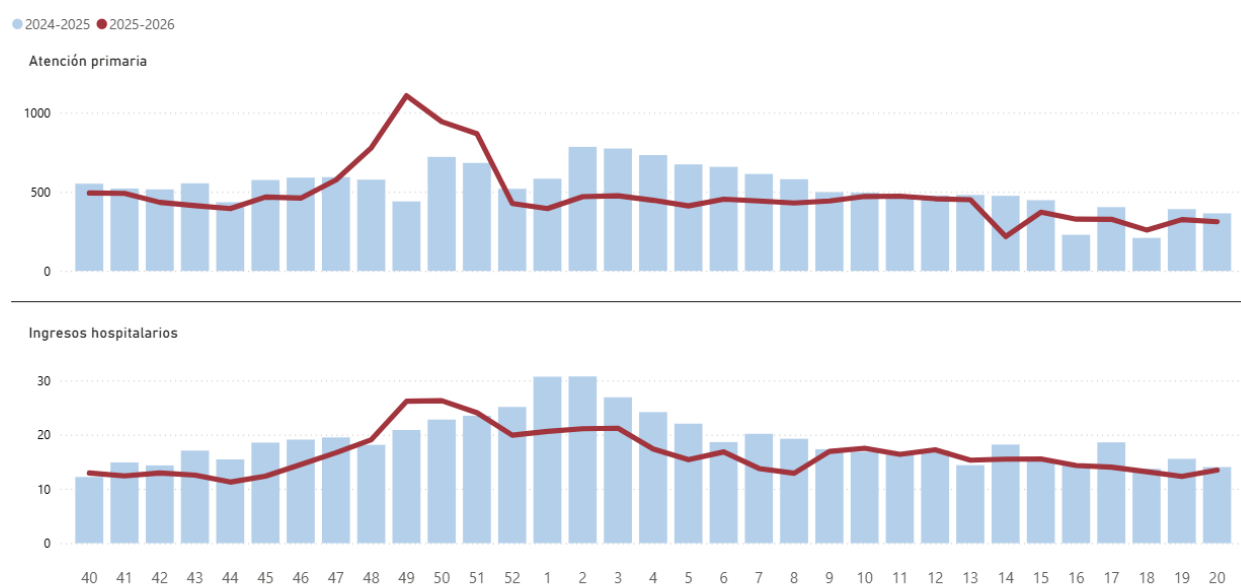
Se han identificado 15.794,28 casos de IRA por 100.000 habitantes en Atención Primaria y 541,72 casos por 100.000 habitantes en Atención Hospitalaria. Estas cifras son un 10,3% y 13,4% menores que en el mismo período de la temporada anterior.

La incidencia semanal media en Atención Primaria fue de 478,61 casos por 100.000 habitantes y la desviación semanal media de 115,32. La desviación de la incidencia superó la desviación media entre las semanas 48 y 51. En la semana 49, la desviación semanal fue 5,45 veces mayor que la desviación media y

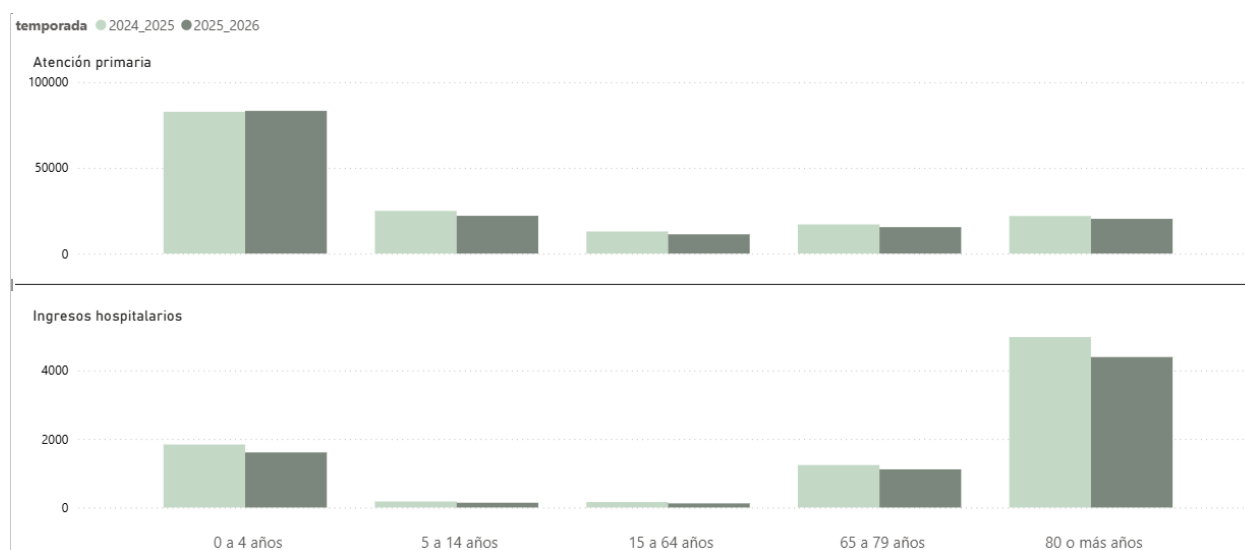
la incidencia alcanzó 1.107,21 casos por 100.000 habitantes. En Atención Hospitalaria, la incidencia semanal media fue de 16,41 casos por 100.000 habitantes y la desviación media de 3,09. La desviación semanal superó la desviación media entre las semanas 49 y 3 y alcanzó el valor semanal máximo en la semana 50, en la que la incidencia ascendió a 26,26 casos por 100.000 habitantes y la desviación semanal fue 3,19 veces mayor que la desviación media (gráfico 3.1.1.1).

En la temporada anterior, la incidencia semanal media fue mayor, tanto en Atención Primaria (533,36) como en Atención Hospitalaria (18,95). La desviación superó la desviación media entre las semanas 2 y 6 en Atención Primaria y 50 y 4 en Atención Hospitalaria. La incidencia semanal alcanzó el valor máximo en la semana 2 en los dos ámbitos asistenciales.

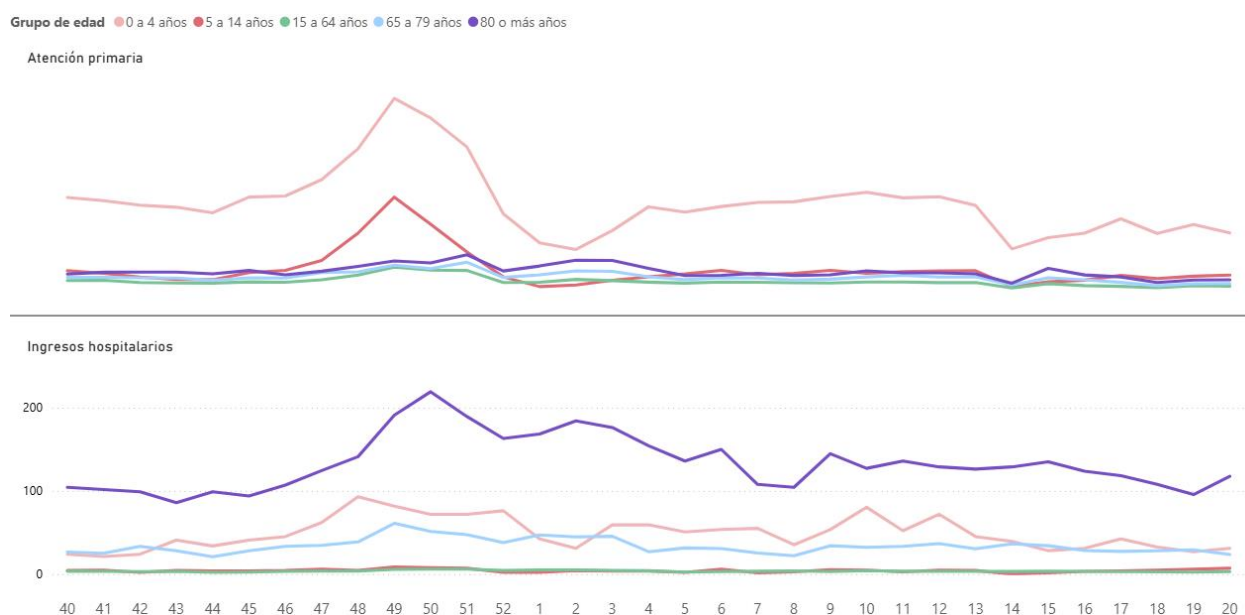
Gráfico 3.1.1.1. Incidencia semanal de infección respiratoria aguda. Vigilancia centinela de la Comunidad de Madrid. Temporada 2025/2026 y temporada anterior (datos hasta la semana 20).



El grupo de edad de 0 a 4 años mostró la incidencia más alta en Atención Primaria, que alcanzó 82.273,16 casos por 100.000, cifra un 0,7% mayor que en la temporada anterior. La incidencia en los demás grupos de edad fue menor que en la temporada anterior. En el ámbito hospitalario, la población de 80 o más años mostró la incidencia más alta (4.389,56), seguida de la de los grupos de 0 a 4 (1.607,33) y 65 a 79 años (1.113,58). La incidencia fue menor que en la temporada anterior en todos los grupos de edad (gráfico 3.1.1.2).

Gráfico 3.1.1.2. Incidencia de infección respiratoria aguda por grupo de edad. Vigilancia Centinela de la Comunidad de Madrid. Temporada 2025/2026 y temporada anterior (datos hasta la semana 20).

La desviación semanal de la incidencia de casos en Atención Primaria superó la desviación media entre las semanas 47 y 51 en los grupos de edad de 0 a 4 y 65 a 79 años y entre las semanas 48 y 51 en los demás grupos de edad. En Atención Hospitalaria, la incidencia en el grupo de 0 a 4 años fue alta entre las semanas 48 y 49 y en los demás grupos entre las semanas 49 y 51 (gráfico 3.1.1.3).

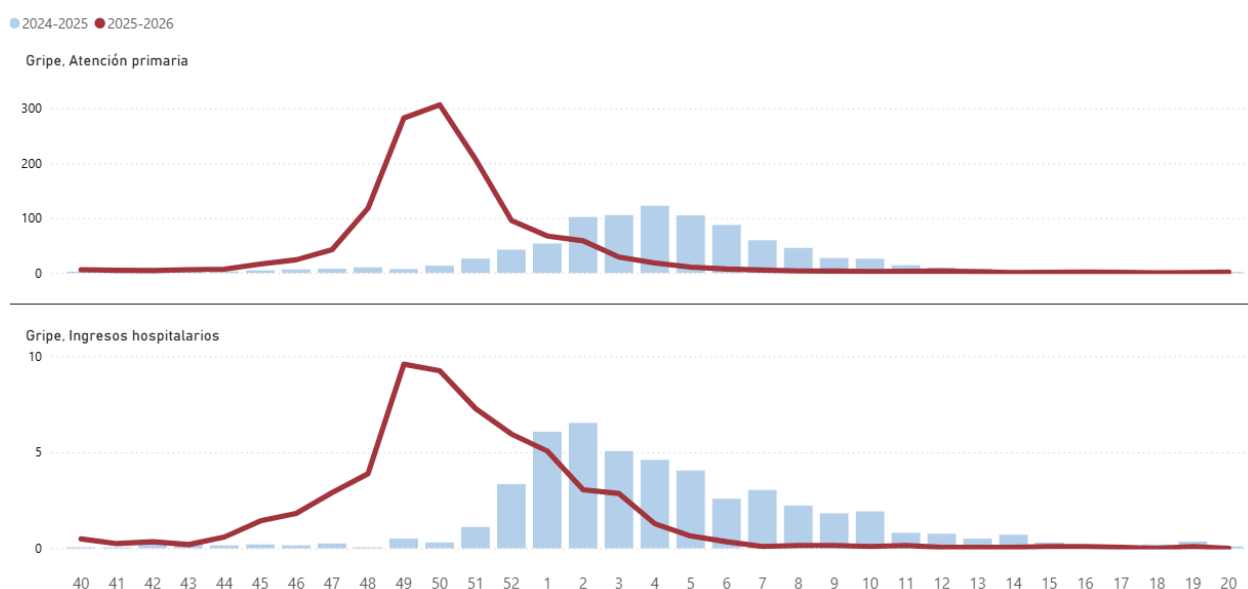
Gráfico 3.1.1.3. Incidencia de infección respiratoria aguda por semana y grupo de edad. Vigilancia Centinela de la Comunidad de Madrid. Temporada 2025/2026 (datos hasta la semana 20).**3.1.2. INCIDENCIA DE GRIPE**

Se han identificado 1.341,87 casos de gripe por 100.000 habitantes en Atención Primaria y 58,32 casos por 100.000 habitantes en Atención Hospitalaria. Estas cifras son un 45,2% y un 20,1% mayores que en el mismo período de la temporada anterior.

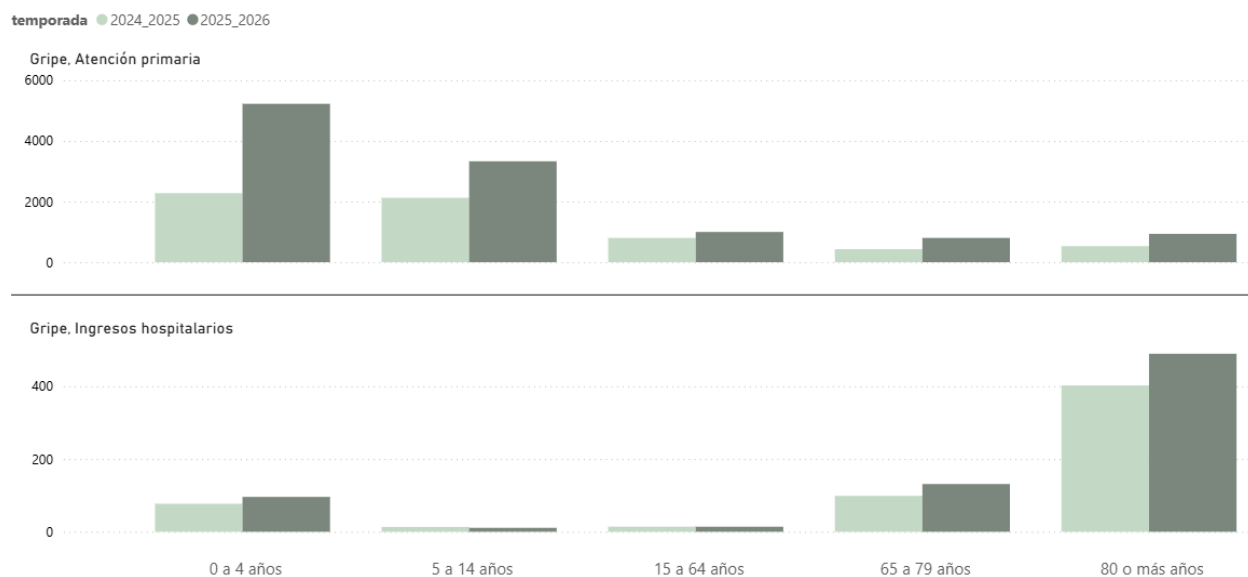
La incidencia semanal media en Atención Primaria fue de 40,66 casos por 100.000 habitantes y la desviación semanal media de 51,66. La desviación superó la desviación media entre las semanas 48 y 52. La incidencia semanal máxima ascendió a 306,27 casos por 100.000 habitantes y se alcanzó en la semana 50, con una desviación semanal 5,14 veces más alta que la desviación media. En Atención Hospitalaria, la incidencia semanal media fue de 1,77 casos por 100.000 habitantes y la desviación semanal media de 2,06. La desviación de la incidencia superó la desviación media entre la semana 48 y la semana 1. La incidencia más alta fue 9,59 casos por 100.000 habitantes y se alcanzó en la semana 49. La desviación fue 3,80 veces mayor que la desviación media (gráfico 3.1.2.1).

En la temporada anterior, la incidencia semanal media fue menor, tanto en Atención Primaria (28,01) como en Atención Hospitalaria (1,47). En Atención Primaria, la desviación de la incidencia superó la desviación media entre las semanas 2 y 7 y alcanzó el valor máximo en la semana 4. En Atención Hospitalaria, la desviación de la incidencia superó la desviación semanal media entre las semanas 52 y 7 y alcanzó el valor máximo en la semana 2. La incidencia semanal máxima fue 2,5 y 1,5 veces más alta en la temporada actual que en la anterior en ambos ámbitos asistenciales respectivamente.

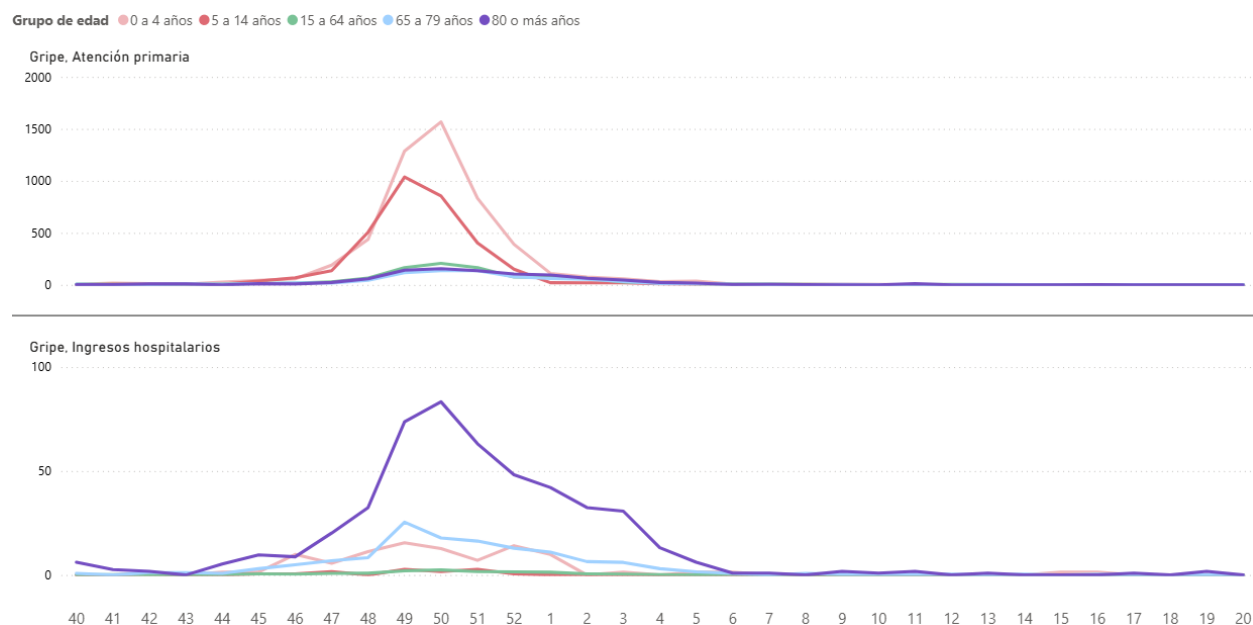
Gráfico 3.1.2.1. Incidencia semanal de gripe. Vigilancia centinela de la Comunidad de Madrid. Temporada 2025/2026 y temporada anterior (datos hasta la semana 20).



El grupo de edad de 0 a 4 años mostró la incidencia más alta en Atención Primaria, que alcanzó 5.223,67 casos por 100.000 habitantes, seguido del de 5 a 14 años (3.327,64). La incidencia fue mayor que la de la temporada anterior en todos los grupos de edad. El mayor incremento se observó en niños de 0 a 4 años y en adultos de 65 a 79 y de 80 o más años, que mostraron cifras 2,3, 1,9 y 1,8 veces mayores (gráfico 3.1.2.2). En el ámbito hospitalario, la población de 80 o más años mostró la incidencia más alta (489,19), seguida de la de 65 a 79 años (131,19). La incidencia aumentó en mayores de 64 años con respecto al año anterior, aunque el incremento fue menor que en Atención Primaria. El grupo de 65 a 79 años mostró el mayor incremento.

Gráfico 3.1.2.2. Incidencia de gripe por grupo de edad. Vigilancia centinela de la Comunidad de Madrid. Temporada 2025/2026 y temporada anterior (datos hasta la semana 20).

En Atención Primaria, la desviación semanal superó la desviación media en la semana 47 en los grupos de 0 a 4 y 5 a 14 años de edad y en la semana 48 en los demás grupos, mientras que en Atención Hospitalaria el período de alta incidencia comenzó en la semana 48 en el grupo de 0 a 4 años de edad y en la semana 49 en los demás grupos (gráfico 3.1.2.3).

Gráfico 3.1.2.3. Incidencia de gripe por grupo de edad y semana. Vigilancia centinela de la Comunidad de Madrid. Temporada 2025/2026 (datos hasta la semana 20).

La razón entre la incidencia de gripe en Atención Hospitalaria y en Atención Primaria fue de 6,6%, cifra más baja que la de las 2 temporadas anteriores. Estas cifras fueron menores que en la temporada 2024/2025 en todos los grupos de edad y mayores que en la temporada 2023/2024 en los grupos de 65 o más años (tabla 3.1.1).

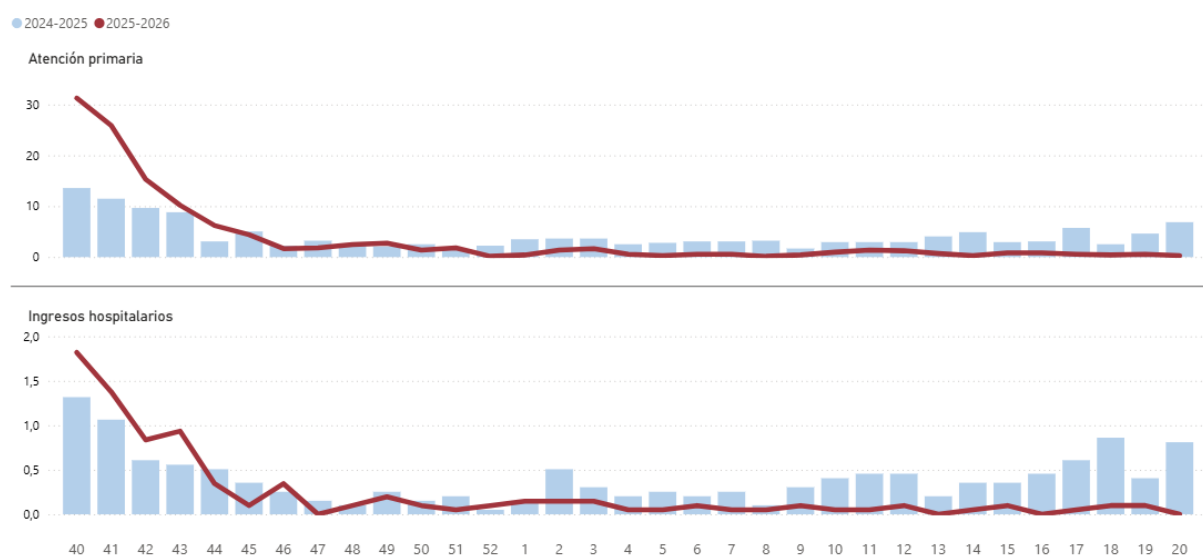
Tabla 3.1.1. Proporción de ingresos hospitalarios por gripe por grupo de edad. Vigilancia centinela de la Comunidad de Madrid. Temporada 2025/2026 (datos hasta la semana 20) y 2 temporadas anteriores.

temporada	Grupo de edad	Incidencia AP	Incidencia AH	Incidencia AH/AP (%)
2023/2024	0 a 4 años	1350,9	48,9	3,6
	5 a 14 años	951,93	5,83	0,6
	15 a 64 años	929,29	14,34	1,5
	65 a 79 años	650,86	90,19	13,9
	80 o más años	821,38	353,86	43,1
Total 2023/2024		4704,36	513,12	10,9
2024/2025	0 a 4 años	2277,09	77,06	3,4
	5 a 14 años	2123,75	13,42	0,6
	15 a 64 años	800,09	13,94	1,7
	65 a 79 años	429,18	98,62	23,0
	80 o más años	530,03	402,09	75,9
Total 2024/2025		6160,14	605,13	9,8
2025/2026	0 a 4 años	5223,71	95,88	1,8
	5 a 14 años	3327,66	10,84	0,3
	15 a 64 años	997,16	13,84	1,4
	65 a 79 años	800,47	131,2	16,4
	80 o más años	934,05	489,2	52,4
Total 2025/2026		11283,05	740,96	6,6

3.1.3. INCIDENCIA DE INFECCIÓN POR SARS-CoV-2

La incidencia de infección por SARS-CoV-2 fue de 119,12 casos por 100.000 habitantes en Atención Primaria y de 7,72 casos por 100.000 habitantes en Atención Hospitalaria. Estas cifras fueron un 14,0% y un 41,6% menores que en la temporada anterior respectivamente.

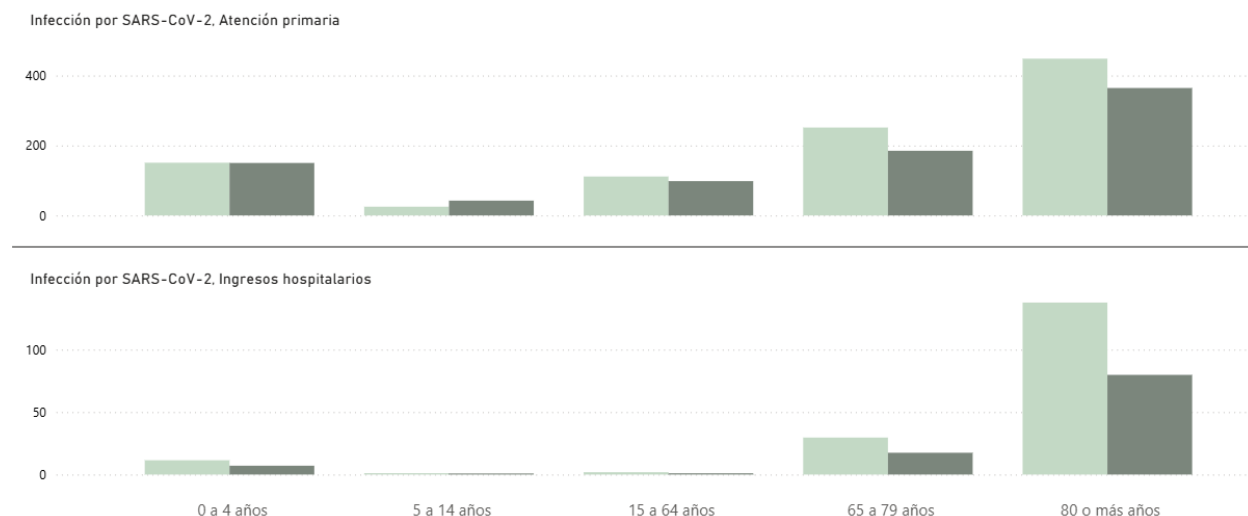
La incidencia semanal media fue de 3,61 y 0,23 casos por 100.000 habitantes en Atención Primaria y Hospitalaria respectivamente. La desviación semanal de la incidencia solo superó la desviación media entre las semanas 40 y 43 en ambos ámbitos asistenciales (gráfico 3.1.3.1).

Gráfico 3.1.3.1. Incidencia semanal de infección por SARS-CoV-2. Vigilancia centinela de la Comunidad de Madrid. Temporada 2025/2026 y temporada anterior (datos hasta la semana 20).

La incidencia más alta se observó en el grupo de 80 o más años de edad, tanto en Atención Primaria (364,36) como en Atención Hospitalaria (79,78), y fueron un 18,7% y un 42,1% inferiores a las de la temporada anterior respectivamente (gráfico 3.1.3.2).

Gráfico 3.1.3.2. Incidencia de infección por SARS-CoV-2 por grupo de edad. Vigilancia centinela de la Comunidad de Madrid. Temporada 2025/2026 y temporada anterior (datos hasta la semana 20).

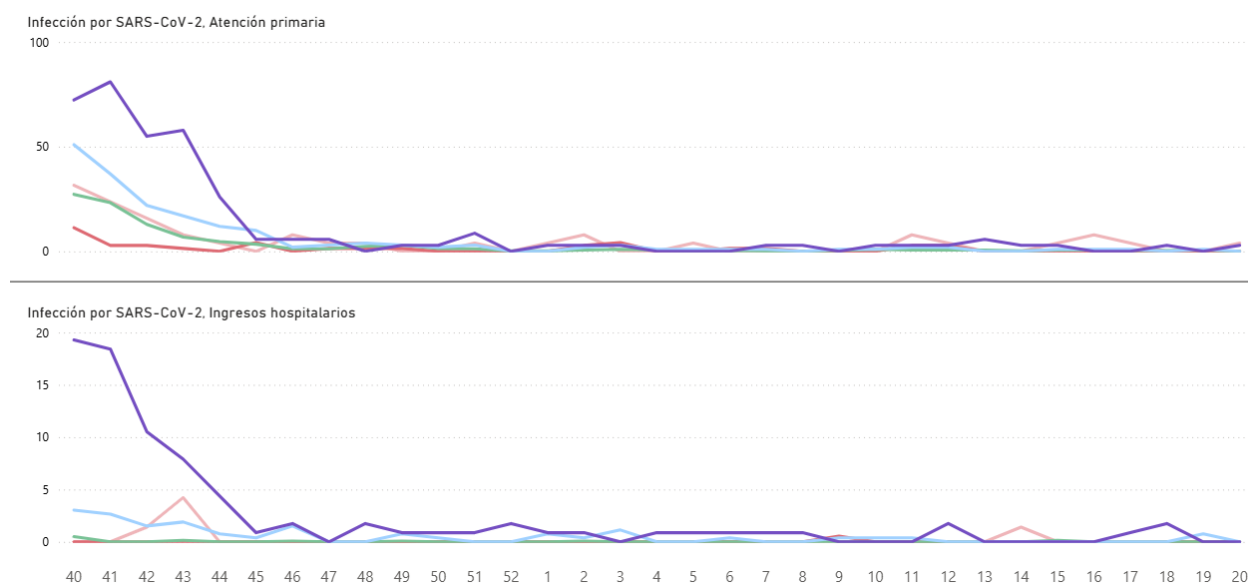
temporada ● 2024_2025 ● 2025_2026



La desviación de la incidencia semanal superó la desviación media entre las semanas 40 y 43 en el grupo de 65 a 79 años de edad y entre las semanas 40 y 44 en el de 80 o más años en Atención Primaria y entre las semanas 40 y 43 en ambos grupos de edad en Atención Hospitalaria (gráfico 3.1.3.3). La incidencia más alta se observó en el grupo de 80 o más años en la semana 41, tanto en Atención Primaria (80,97) como en Atención Hospitalaria (18,41).

Gráfico 3.1.3.3. Incidencia de infección por SARS-CoV2 por grupo de edad y semana. Vigilancia centinela de la Comunidad de Madrid. Temporada 2025/2026 (datos hasta la semana 20).

Grupo de edad ● 0 a 4 años ● 5 a 14 años ● 15 a 64 años ● 65 a 79 años ● 80 o más años

**3.1.4. INCIDENCIA DE BRONQUIOLITIS AGUDA**

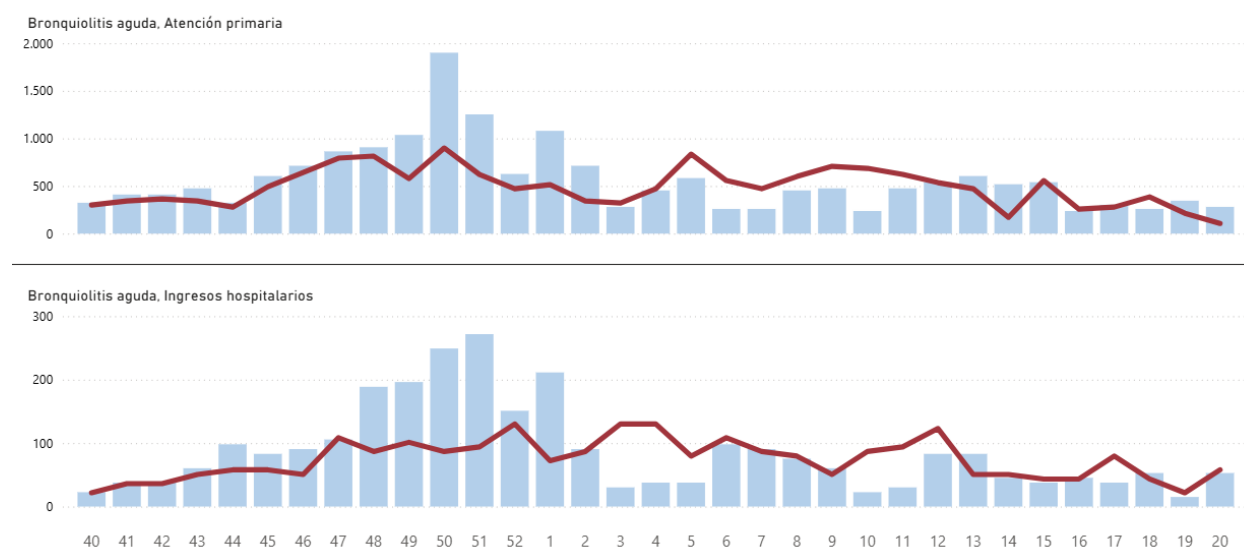
La incidencia de bronquiolitis aguda ha sido de 16.041,98 casos por 100.000 habitantes menores de un año en Atención Primaria y 2.437,97 casos por 100.000 habitantes menores de un año en Atención Hospitalaria. Estas cifras son un 14,4% y 15,5% menores que en la temporada anterior.

La incidencia semanal media en Atención Primaria fue de 486,12 casos por 100.000 habitantes y la desviación semanal media de 162,06. La incidencia superó la desviación semanal media entre las semanas 45 y 51. La incidencia semanal máxima alcanzó 899,55 casos por 100.000 habitantes en la semana 50. En Atención Hospitalaria, la incidencia semanal media fue de 73,88 casos por 100.000 habitantes y la desviación semanal media de 26,48. La incidencia superó la desviación semanal media entre las semanas 47 y 11. La cifra semanal más alta fue 130,22 casos por 100.000 y se alcanzó en las semanas 52, 3 y 4.

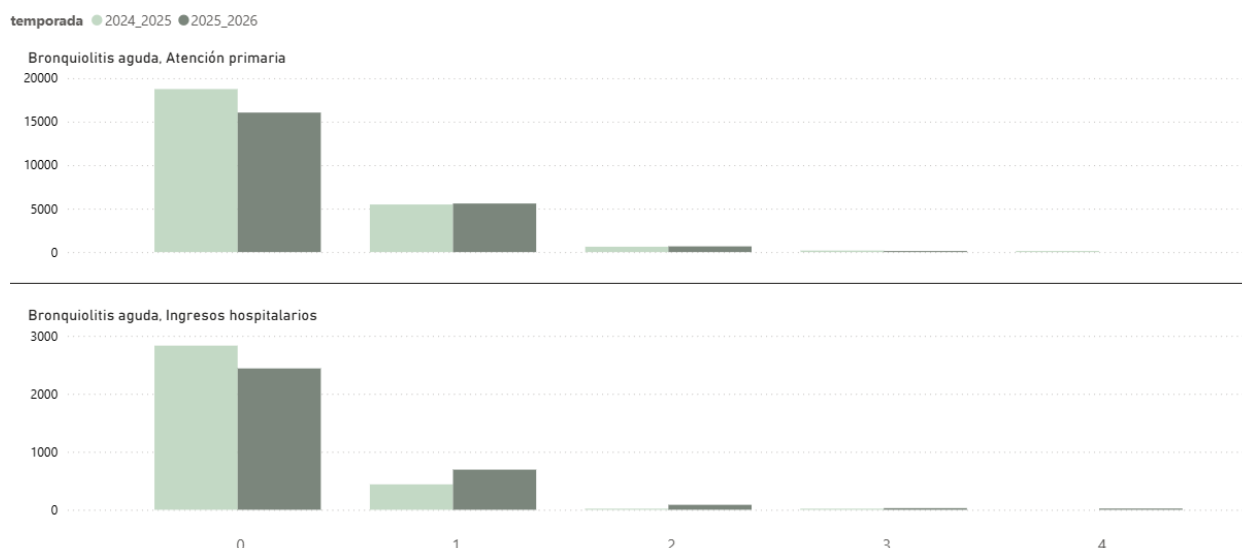
En la temporada anterior, la incidencia semanal media superó la desviación semanal media entre las semanas 45 y 2 en Atención Primaria y 46 y 2 en Atención Hospitalaria. El valor máximo se alcanzó en la semana 50 en la Atención Primaria y en la semana 51 en Atención Hospitalaria y fue 1.332,55 y 185,91 casos por 100.000 respectivamente (gráfico 3.1.4.1).

Gráfico 3.1.4.1. Incidencia semanal de bronquiolitis agudas en menores de 1 año de edad. Vigilancia centinela de la Comunidad de Madrid. Temporada 2025/2026 y temporada anterior (datos hasta la semana 20).

■ 2024-2025 ■ 2025-2026



La incidencia más alta de bronquiolitis aguda se observó en la población menor de 1 año, seguido de la de niños de 1 año de edad. Se aprecia un incremento de 57,9% de la incidencia de casos ingresados por bronquiolitis aguda en los niños de 1 año de edad (gráfico 3.1.4.2).

Gráfico 3.1.4.2. Incidencia de bronquiolitis aguda en menores de 5 años por año de edad. Vigilancia centinela de la Comunidad de Madrid. Temporada 2025/2026 y temporada anterior (datos hasta la semana 20).

En la tabla 3.1.5.1 se presentan las principales características de la distribución temporal de los casos notificados en la temporada actual y anterior. La incidencia más alta de IRA en la temporada actual se ha alcanzado 4 semanas antes que en la temporada anterior y el número de semanas de alta incidencia ha sido menor. La incidencia de gripe ha sido más alta y la de infección por SARS-CoV-2 ha disminuido, así como la de bronquiolitis aguda en menores de un año. El descenso de la incidencia de bronquiolitis en el ámbito hospitalario se ha producido en el primer trimestre de la temporada.

Tabla 3.1.5.1. Distribución temporal de los casos notificados. Vigilancia centinela de la Comunidad de Madrid. Temporada 2025/2026 y temporada anterior (datos hasta la semana 20).

	2025/2026		2024/2025	
IRA	A. Primaria	A. Hospitalaria	A. Primaria	A. Hospitalaria
Incidencia acumulada sem 40 a 20	15.794,28	541,72	17.600,71	625,44
Incidencia semanal media (desv media)	478,61 (115,32)	16,41 (3,09)	533,36 (103,23)	18,95 (3,53)
Semanas de alta incidencia (max)	48 a 51 (49)	49 a 3 (50)	50 a 6 (2)	50 a 4 (2)
Incidencia máxima	1.107,21	26,26	784,12	30,73
Gripe	A. Primaria	A. Hospitalaria	A. Primaria	A. Hospitalaria
Incidencia acumulada sem 40 a 20	1.341,87	58,32	924,34	48,56
Incidencia semanal media (desv media)	40,66 (51,66)	1,77 (2,06)	28,01 (28,58)	1,47 (1,52)
Semanas de alta incidencia (max)	47 a 52 (49)	48 a 1 (49)	2 a 7 (4)	52 a 7 (2)
Incidencia máxima	306,27	9,59	122,45	6,53
Infección por SARS-CoV-2	A. Primaria	A. Hospitalaria	A. Primaria	A. Hospitalaria
Incidencia acumulada sem 40 a 20	119,12	6,64	138,59	13,20
Incidencia semanal media (desv media)	3,61 (4,34)	0,20 (0,20)	4,20 (1,99)	0,40 (0,21)
Semanas de alta incidencia (max)	40 a 43 (40)	40 a 41 (40)	40 a 43 (40)	40 a 43 (40)
Incidencia máxima	31,26	1,43	13,57	1,32
Bronquiolitis aguda (menores 1 año)	A. Primaria	A. Hospitalaria	A. Primaria	A. Hospitalaria
Incidencia acumulada sem 40 a 20	16.020,55	2.119,64	18.747,29	2.831,06
Incidencia semanal media (desv media)	485,47 (162,69)	64,23 (23,98)	568,09 (246,57)	85,78 (49,25)
Semanas de alta incidencia (max)	47 a 50 (50)	3 a 6 (3)	47 a 1 (50)	48 a 1 (51)
Incidencia máxima	899,55	130,22	1.900,65	271,78

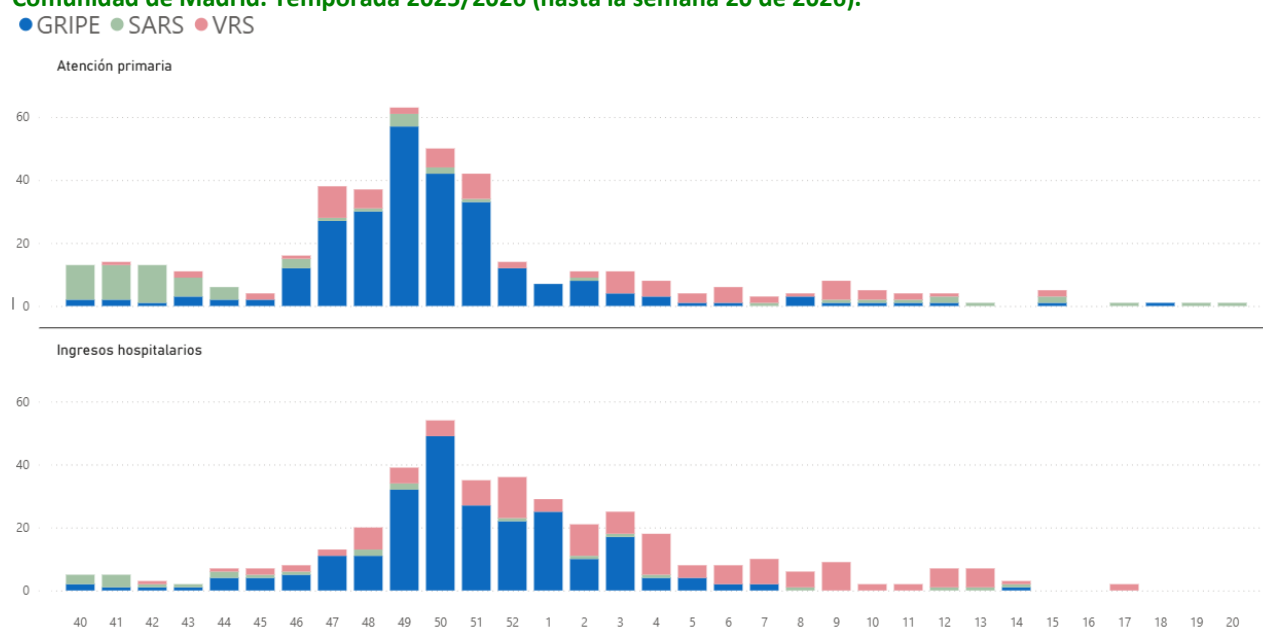
3.2. CARACTERÍSTICAS DE LOS CASOS

3.2.1. TOMA DE MUESTRAS Y DETECCIÓN VIRAL

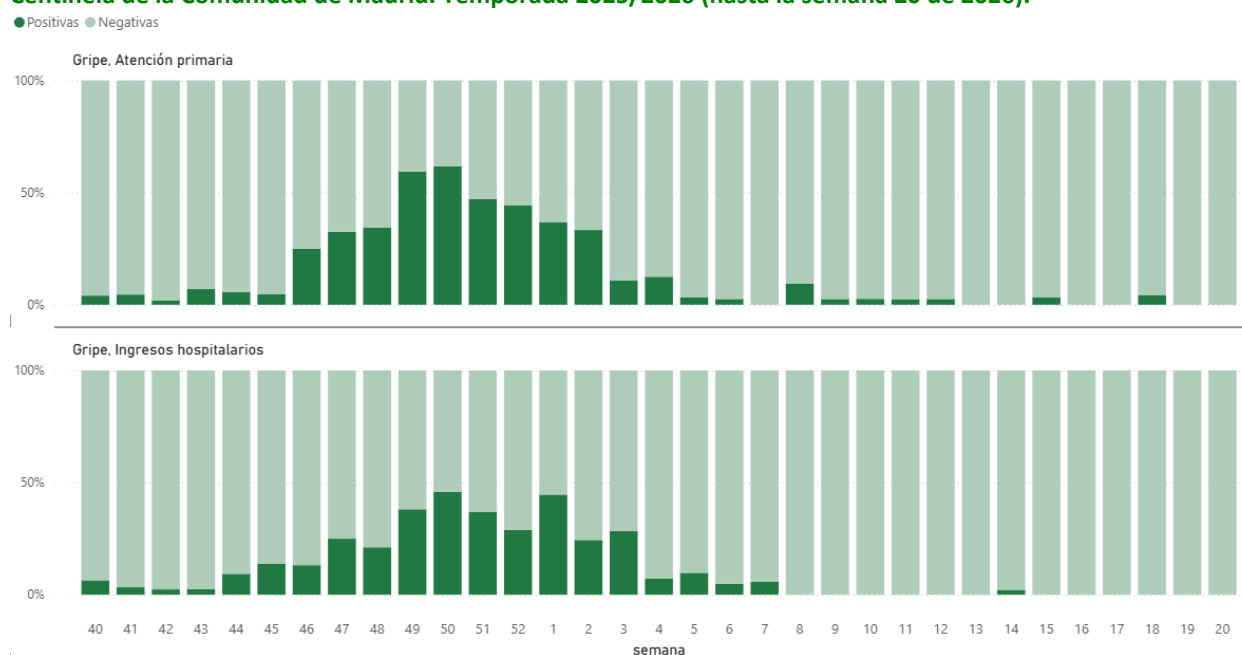
Se recogieron 1.327 muestras en Atención Primaria y 1.598 en Atención Hospitalaria. El número medio de muestras semanales recogidas en Atención Primaria fue de 44,6 entre las semanas 40 y 46, 80,8 entre las semanas 47 y 51 y 25,6 entre las semanas 52 y 20. En Atención Hospitalaria estas cifras fueron 36,0, 72,0 y 47,0 respectivamente.

Se identificaron 258 virus de la gripe, 69 virus SARS-CoV-2 y 79 VRS en Atención Primaria y 235 virus de la gripe, 25 virus SARS-CoV-2 y 131 VRS en Atención Hospitalaria (gráficos 3.2.1.1).

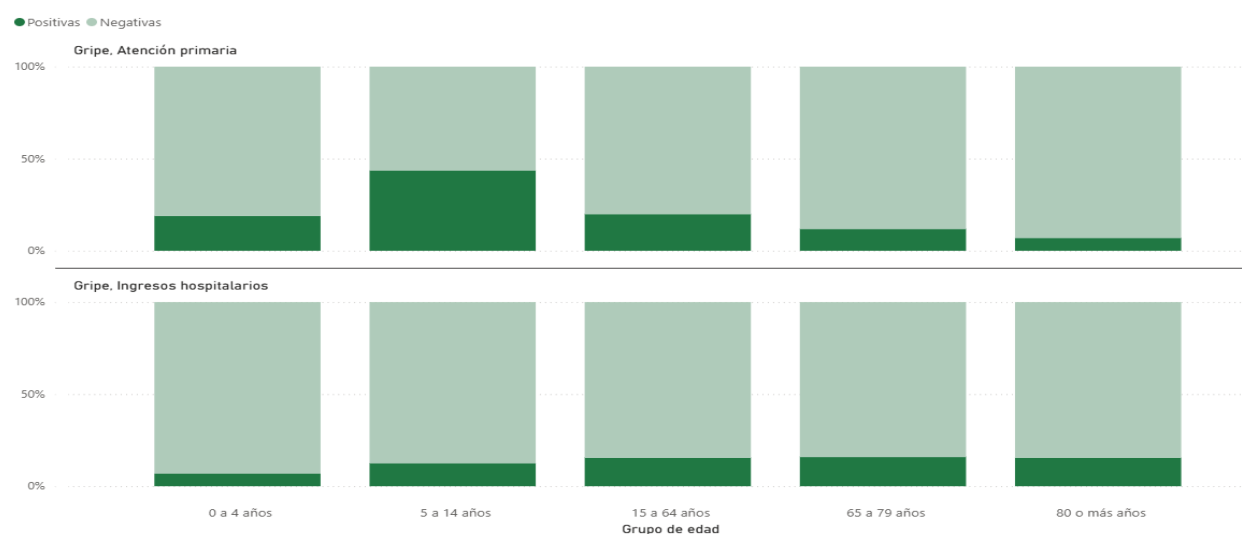
Gráfico 3.2.1.1. Nº de virus detectados por semana. Atención Primaria y Hospitalaria. Vigilancia Centinela de la Comunidad de Madrid. Temporada 2025/2026 (hasta la semana 20 de 2026).



El **virus de la gripe** se detectó en el 19,4% de las muestras de Atención Primaria y el 14,7% de las de Atención Hospitalaria. La proporción de muestras semanales positivas superó el 25% entre las semanas 46 y 2 en Atención Primaria y 47 y 3 en Atención Hospitalaria. Las cifras más altas se observaron en las semanas 49 y 50 en ambos ámbitos asistenciales y alcanzó el 61,8% en la semana 50 en Atención Primaria (gráfico 3.2.1.2).

Gráfico 3.2.1.2. Detección del virus de la gripe (%) por semana. Atención Primaria y Hospitalaria. Vigilancia Centinela de la Comunidad de Madrid. Temporada 2025/2026 (hasta la semana 20 de 2026).

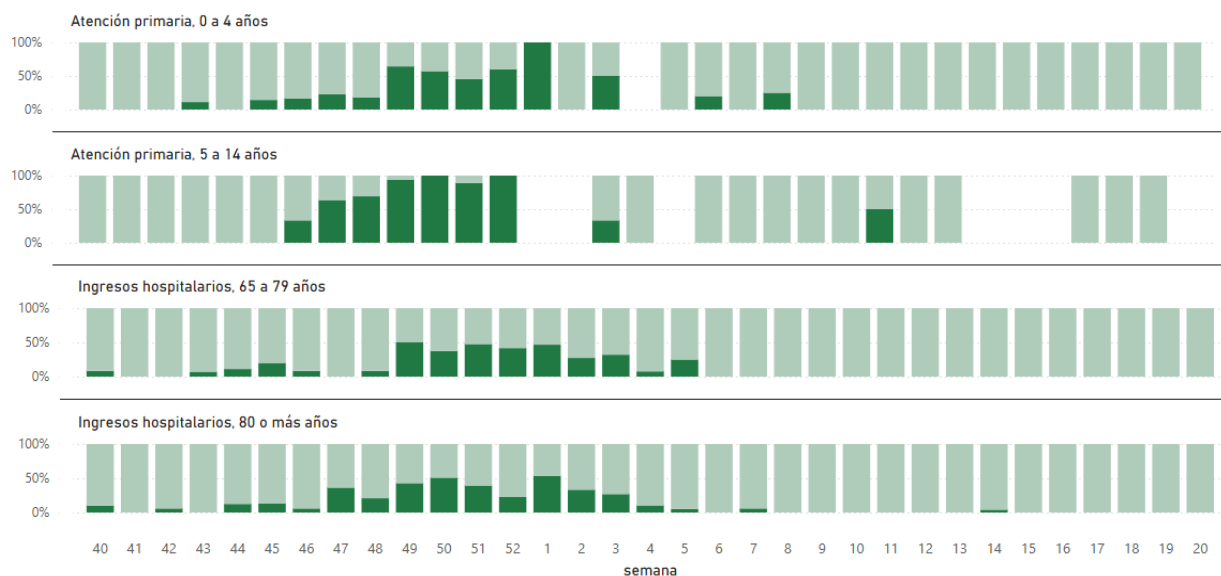
El grupo de 5 a 14 años de edad mostró la mayor proporción de muestras positivas en Atención Primaria (43,6%) y en los mayores de 15 años en Atención Hospitalaria (gráfico 3.2.1.3).

Gráfico 3.2.1.3. Detección del virus de la gripe (%) por grupo de edad. Atención Primaria y Hospitalaria. Vigilancia Centinela de la Comunidad de Madrid. Temporada 2025/2026 (hasta la semana 20 de 2026).

La detección viral fue elevada de manera mantenida a partir de la semana 46 en niños de 5 a 14 años en Atención Primaria y a partir de la semana 49 en mayores de 65 años en Atención Hospitalaria (gráfico 3.2.1.4).

Gráfico 3.2.1.4. Detección del virus de la gripe (%) por semana y grupo de edad. Atención Primaria y Hospitalaria. Vigilancia Centinela de la Comunidad de Madrid. Temporada 2025/2026 (hasta la semana 20 de 2026).

● Positivas ● Negativas



Se observó un predominio del virus de la gripe tipo A en Atención Primaria y en Atención Hospitalaria y, entre ellos, del subtipo A(H3) en todos los grupos de edad (gráficos 3.2.1.5 y 3.2.1.6). La primera muestra del virus A(H3) se detectó en la semana 40 en Atención Primaria y en la semana 45 en Atención Hospitalaria.

Gráfico 3.2.1.5. Detección del virus de la gripe (%) por semana. Atención Primaria y Hospitalaria. Vigilancia Centinela de la Comunidad de Madrid. Temporada 2025/2026 (hasta la semana 20 de 2026).

● A(H1) ● A(H3) ● ANS ● B ● NC

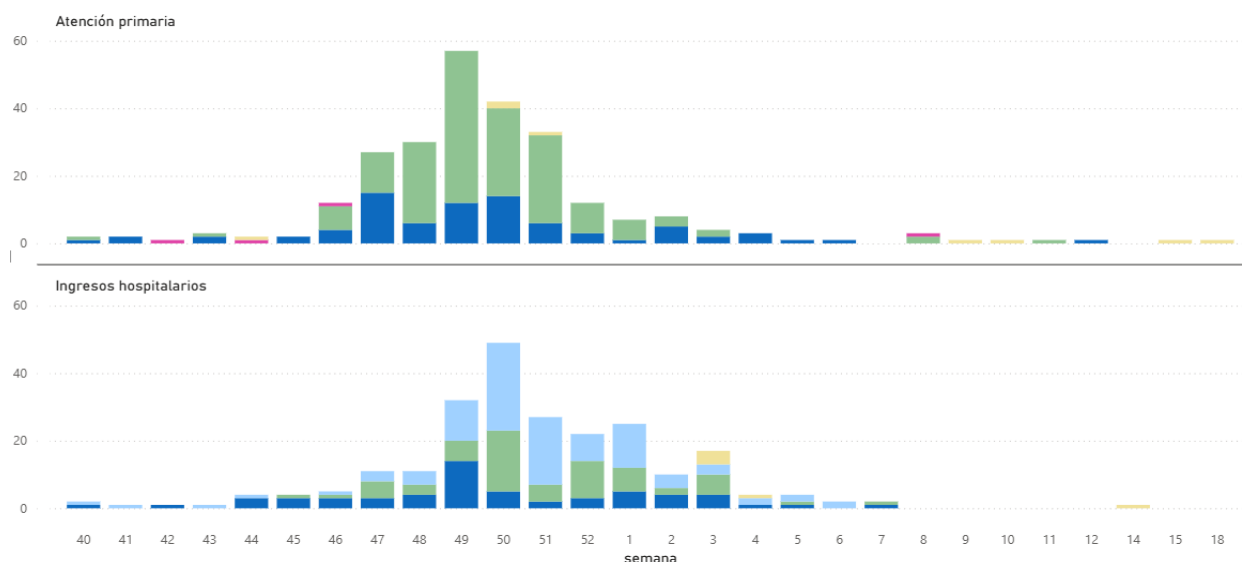
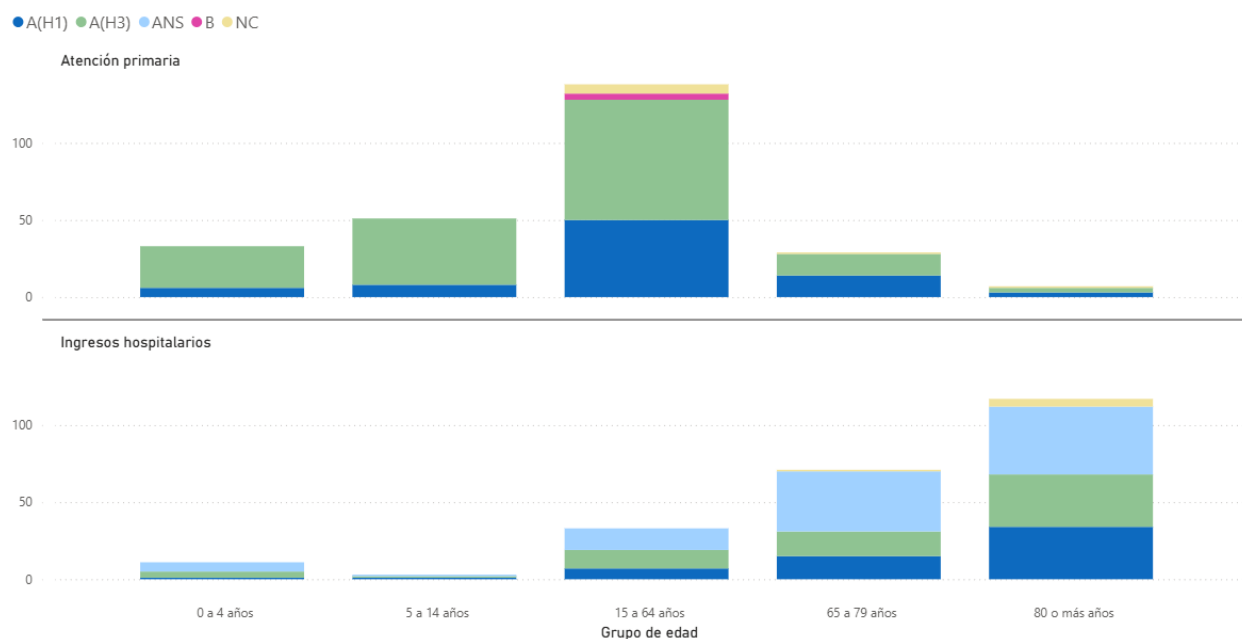


Gráfico 3.2.1.6. Detección del virus de la gripe (%) por grupo de edad. Atención Primaria y Hospitalaria. Vigilancia Centinela de la Comunidad de Madrid. Temporada 2025/2026 (hasta la semana 20 de 2026).

Se detectaron las **cepas gripales** A/Missouri/11/2025(H1N1), A/Norway/8765/2025(H3N2) y A/Netherlands/10685/2023(H3N2) en 9, 2 y 1 muestras respectivamente.

El **virus SARS-CoV-2** se identificó en el 5,2% de las muestras de Atención Primaria y en el 1,6% de las de Atención Hospitalaria. La proporción de muestras positivas superó el 20% entre las semanas 40 y 42 en Atención Primaria (gráfico 3.2.1.7). La proporción más alta de muestras positivas se observó en el grupo de 80 o más años (11,0%) en Atención Primaria y en el de 5 a 14 en Atención Hospitalaria (4,2%) (gráfico 3.2.1.8).

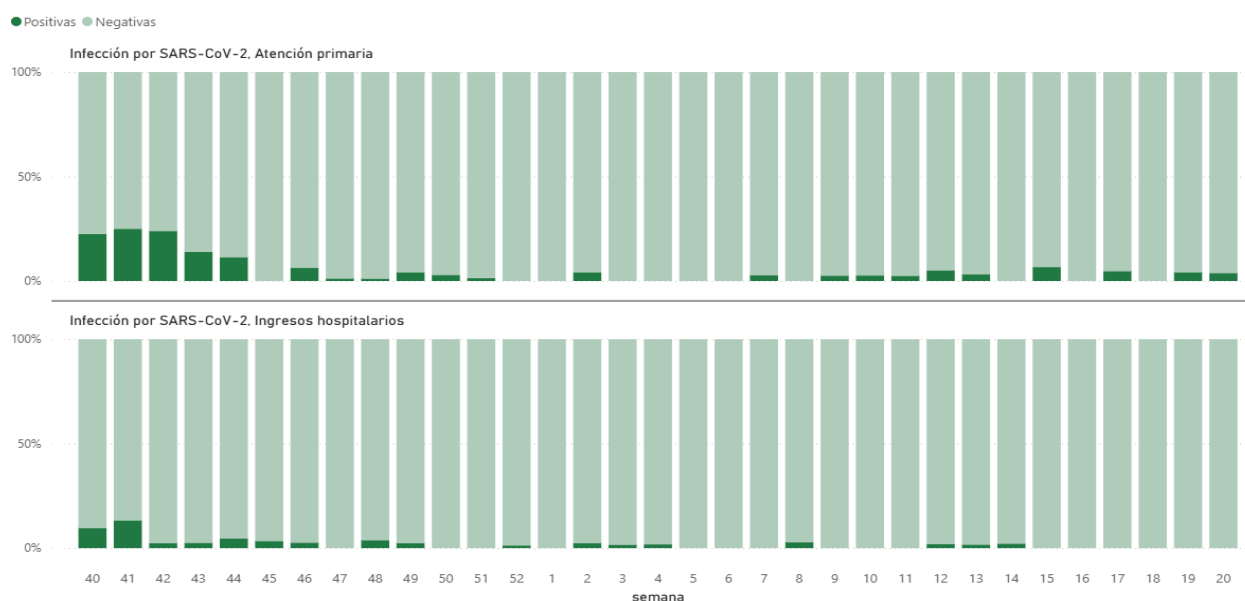
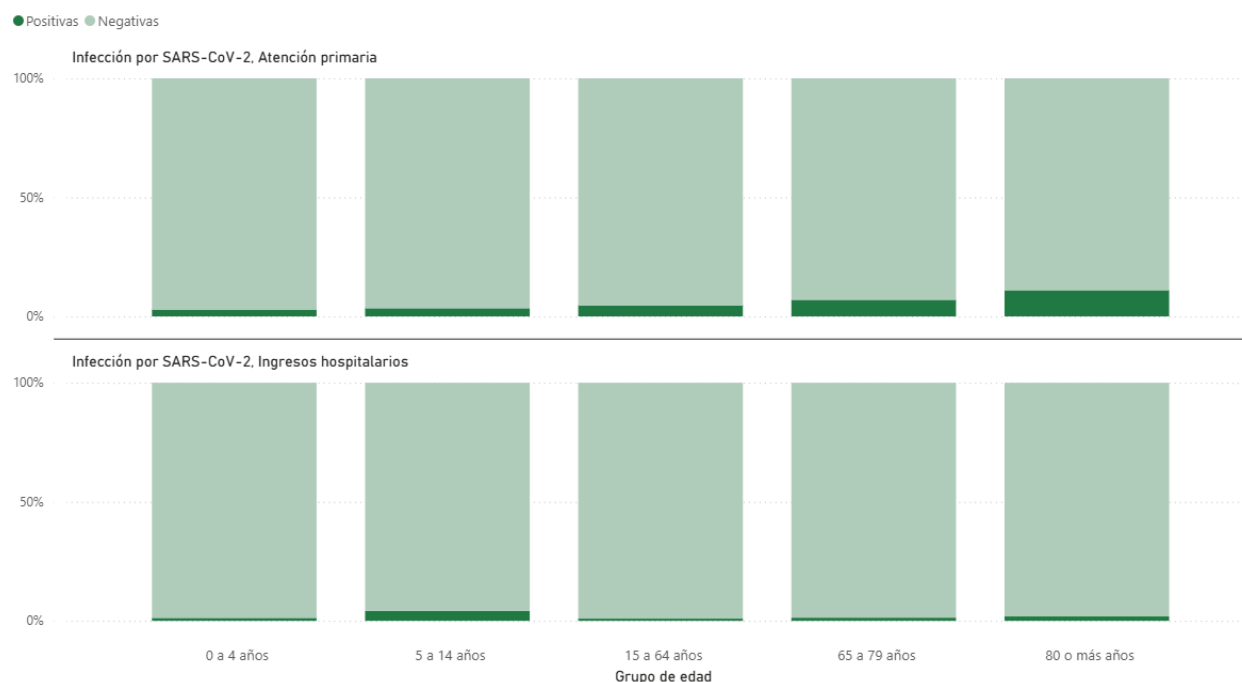
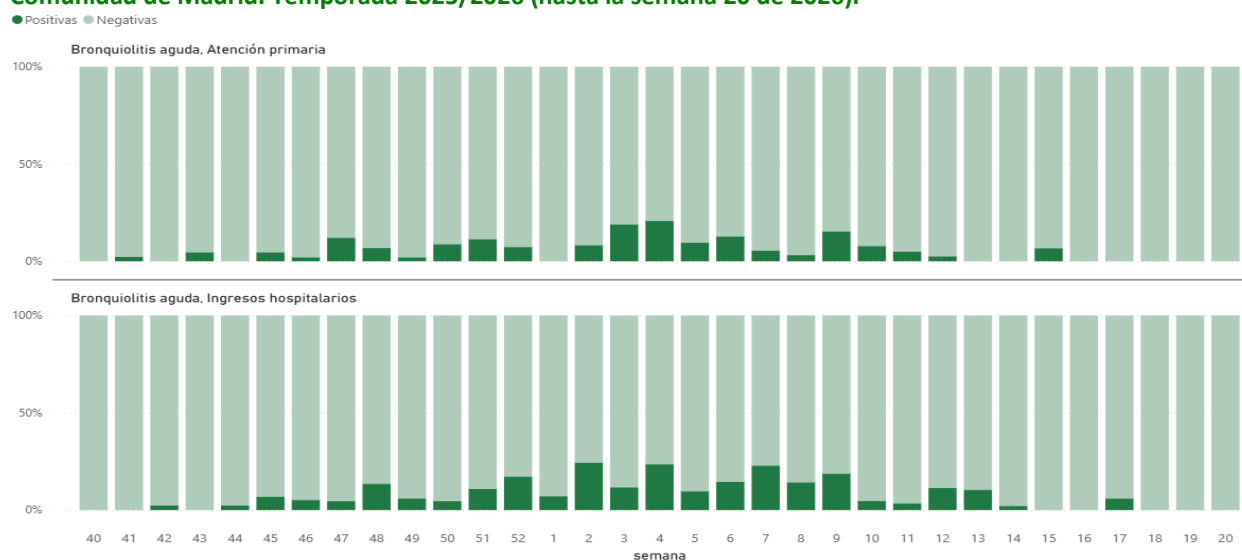
Gráfico 3.2.1.7. Detección del virus SARS-CoV-2 (%) por semana. Atención Primaria y Hospitalaria. Vigilancia Centinela de la Comunidad de Madrid. Temporada 2025/2026 (hasta la semana 20 de 2026).

Gráfico 3.2.1.8. Detección del virus SARS-CoV-2 (%) por grupo de edad. Atención Primaria y Hospitalaria. Vigilancia Centinela de la Comunidad de Madrid. Temporada 2025/2026 (hasta la semana 20 de 2026).



El **VRS** se identificó en el 6,0% de las muestras de Atención Primaria y en el 8,2% de las de Atención Hospitalaria. Se detectó en más del 15% de las muestras recogidas en Atención Primaria entre las semanas 3 y 4 y en la semana 9 y en las recogidas en Atención Hospitalaria en 5 semanas del período comprendido entre las semanas 52 y 9 (gráfico 3.2.1.9). El grupo de 0 a 4 años de edad mostró la proporción de muestras positivas más alta, tanto en Atención Primaria (16,1%) como en Atención Hospitalaria (33,5%). En este grupo de edad, el porcentaje de positividad superó el 30% en los niños de 1 año de edad en Atención Primaria y en los niños de todas las edades en Atención Hospitalaria.

Gráfico 3.2.1.9. Detección de VRS (%) por semana. Atención Primaria y Hospitalaria. Vigilancia Centinela de la Comunidad de Madrid. Temporada 2025/2026 (hasta la semana 20 de 2026).



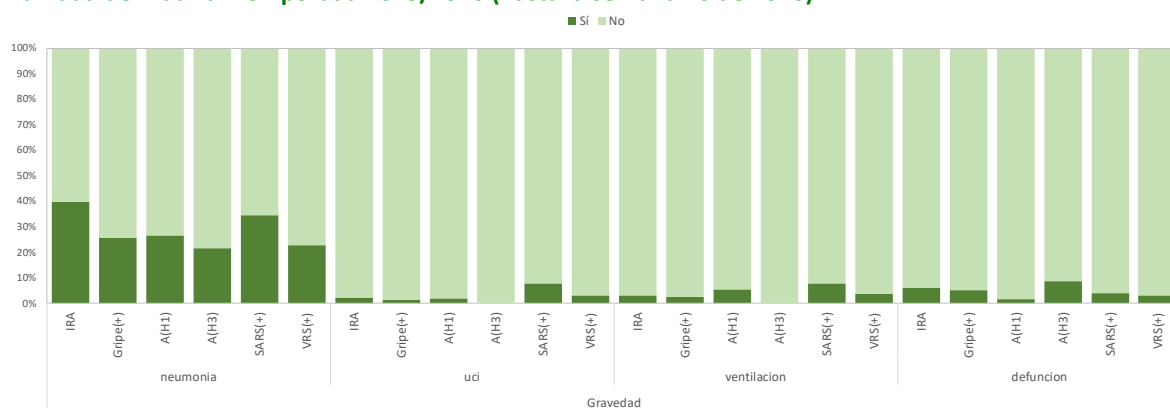
3.2.2. GRAVEDAD DE LOS CASOS Y ANTECEDENTES DE GRAVEDAD

El 39,8% de los casos ingresados por IRA presentó neumonía, el 2,2% requirió ingreso en UCI, el 3,1% ventilación mecánica y el 6,1% fallecieron. La letalidad alcanzó el 8,7% en los casos de 80 o más años.

La neumonía fue más frecuente entre los casos de infección por SARS-CoV-2 (34,6%) que entre los de gripe o de VRS. La proporción de casos de neumonía fue de 26,8% en los casos con gripe A(H1) y de 21,7% en los casos con gripe A(H3).

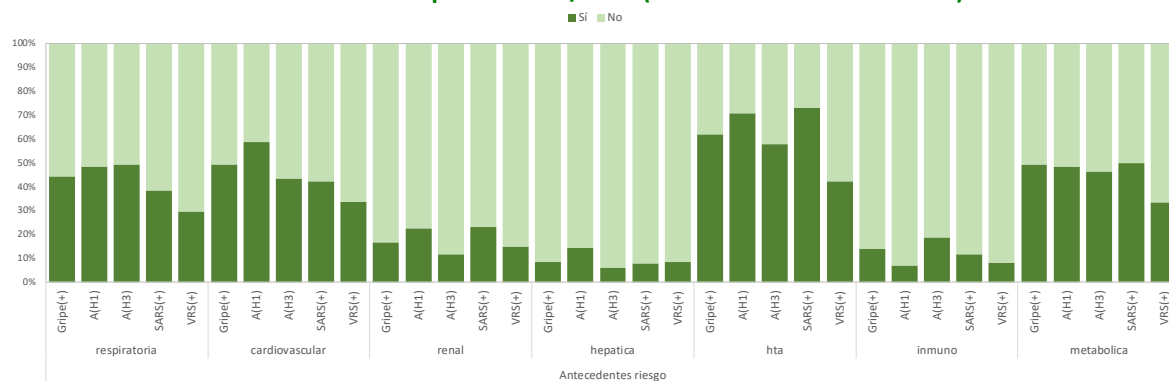
El 7,7% de los casos de infección por SARS-CoV-2 requirieron ingreso en UCI y el mismo porcentaje requirió ventilación mecánica. Entre los casos de VRS, el 3,0% ingresó en UCI y el 3,8% requirió ventilación mecánica. La proporción de casos de gripe que ingresaron en UCI o requirieron ventilación fue menor. El 1,8% y el 5,4% de los casos por gripe A(H1) requirieron ingreso en UCI y ventilación mecánica respectivamente. La letalidad de los casos por gripe A(H1) y A(H3) fue respectivamente de 3,7% y 9,5% (gráfico 3.2.2.1).

Gráfico 3.2.2.1. Gravedad de los casos de IRA confirmados. Atención Hospitalaria. Vigilancia Centinela de la Comunidad de Madrid. Temporada 2025/2026 (hasta la semana 20 de 2026).



El antecedente de riesgo más frecuente en los casos ingresados por IRA fue la hipertensión arterial (59,3%), seguido de la patología respiratoria, cardiovascular o metabólica (entre 46,0% y 49,0%), renal (17,1%) e inmunitaria (12,0%). Los casos confirmados por gripe A(H1) mostraron una mayor proporción de antecedentes cardiovasculares, hepáticos, renales y metabólicos que los confirmados por el virus A(H3), mientras que los antecedentes de patología inmunosupresora fueron más frecuentes entre los casos por el virus A(H3) (gráficos 3.2.2.2).

Gráfico 3.2.2.2. Antecedentes de riesgo de los casos de IRA confirmados. Atención Hospitalaria. Vigilancia Centinela de la Comunidad de Madrid. Temporada 2025/2026 (hasta la semana 20 de 2026).

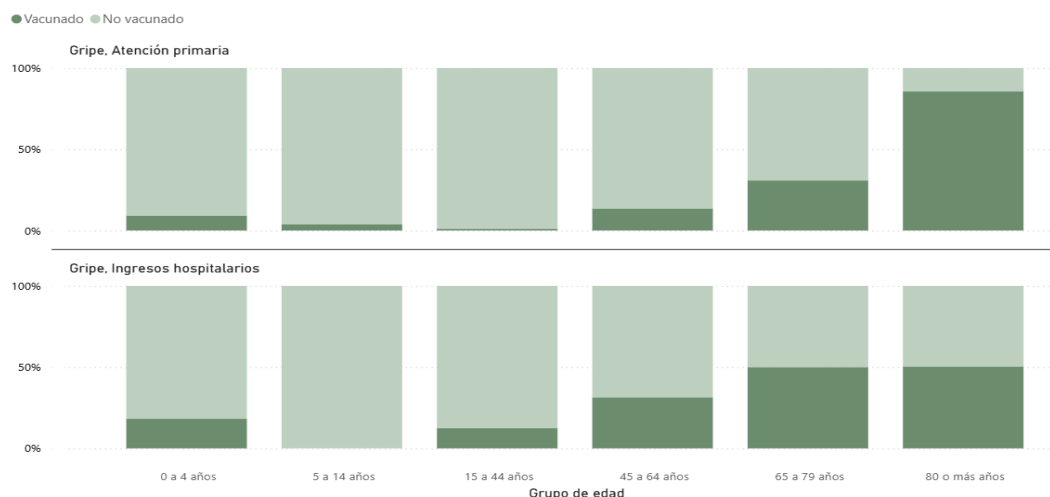


3.2.3. ANTECEDENTES DE INMUNIZACIÓN FRENTE A GRIPE

El 85,7% de los casos confirmados de gripe de 80 o más años en Atención Primaria estaban vacunados. Este porcentaje bajó a 50,4% entre los casos confirmados del mismo grupo de edad en Atención Hospitalaria (gráfico 3.2.3.1).

Gráfico 3.2.3.1. Estado vacunal de los casos confirmados de gripe por grupo de edad.

Vigilancia Centinela de la Comunidad de Madrid. Temporada 2025/2026 (hasta la semana 20 de 2026).



3.3. EFECTIVIDAD DE LA VACUNA FRENTE A LA GRIPE

La efectividad de la vacuna para prevenir los casos de gripe en Atención Primaria fue 38,59% (IC95%: -3,88 a 63,70), tras ajustar por sexo, edad, mes de inicio de los síntomas, antecedentes de riesgo y comorbilidades. La estimación puntual de la efectividad frente a los subtipos A(H1N1)pdm09 y A(H3N2) fue de 43,93 y 49,22 respectivamente (tabla 3.3.1).

Tabla 3.3.1. Efectividad de la vacuna frente a la gripe. Atención Primaria. Vigilancia Centinela de la Comunidad de Madrid. Temporada 2025/2026 (hasta la semana 20 de 2026).

Casos	Vacunados	No vacunados	EV ajustada (IC 95%)
Casos totales	27	224	38,59 (-3,88 a 63,70)
Casos por A(H1N1)pdm09	10	66	43,93 (-21,79 a 74,18)
Casos por A(H3N2)	14	147	49,22 (-2,10 a 74,82)
Casos por virus B	0	4	*
Controles	273	773	--

*No se puede calcular

3.4. EVALUACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA

Se recogieron el 16,3% de las muestras previstas en Atención Primaria. Esta cifra ascendió a 23,9% si se incluyen las muestras recogidas de casos que no estaban codificados con uno de los códigos CIAP-2 seleccionados como caso de IRA. Entre las semanas 47 y 51 estos porcentajes ascendieron al 30,6% y 43,2% (gráfico 3.4.1). De las muestras previstas por Dirección Asistencial, 1 recogió más del 30%, 3 entre el 20 y el 30%, 2 entre el 10 y el 20% y 1 menos del 10% de las muestras asignadas (gráfico 3.4.2). De las muestras previstas por grupos de edad se recogieron menos del 10% de los casos menores de 1 año y de 65 o más años y el 34,0% de los de 1 a 14 años. Sólo se alcanzó el número de muestras previstas de los casos de 15 a 64 años, aunque este porcentaje descendió a 72,9% si se consideran solo las muestras de casos registrado con un código IRA (gráfico 3.4.3).

Gráfico 3.4.1. Proporción de muestras recogidas en Atención Primaria por semana.
Vigilancia Centinela de la Comunidad de Madrid. Temporada 2025/2026 (hasta la semana 20 de 2026).

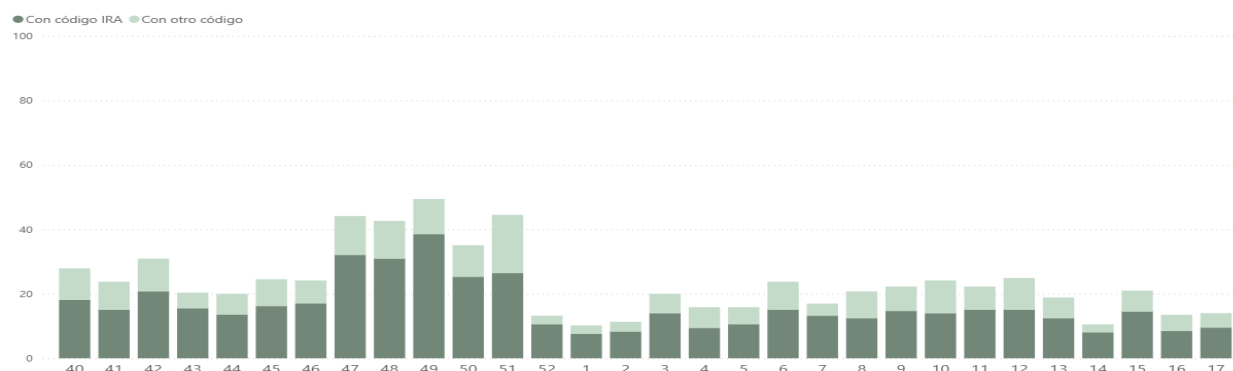


Gráfico 3.4.2. Proporción de muestras recogidas en Atención Primaria por Dirección Asistencial.
Vigilancia Centinela de la Comunidad de Madrid. Temporada 2025/2026 (hasta la semana 20 de 2026).

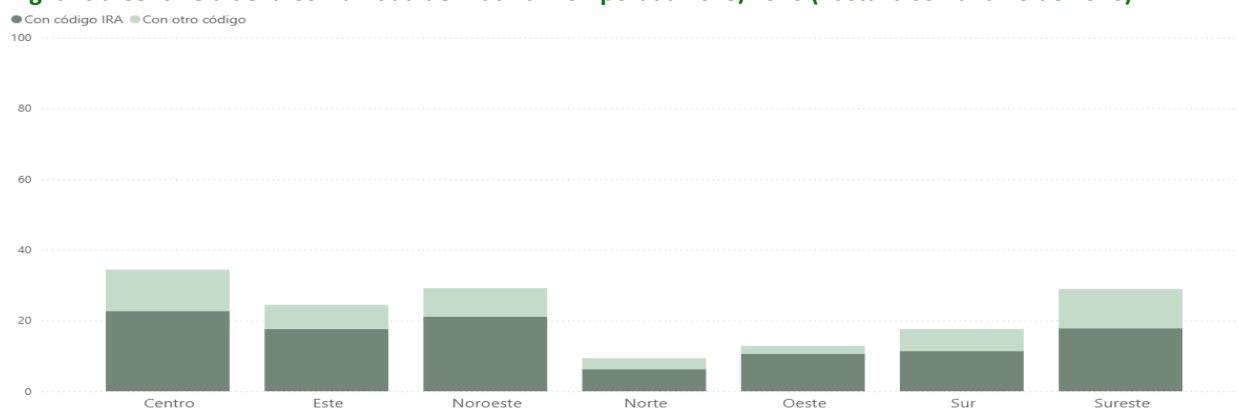
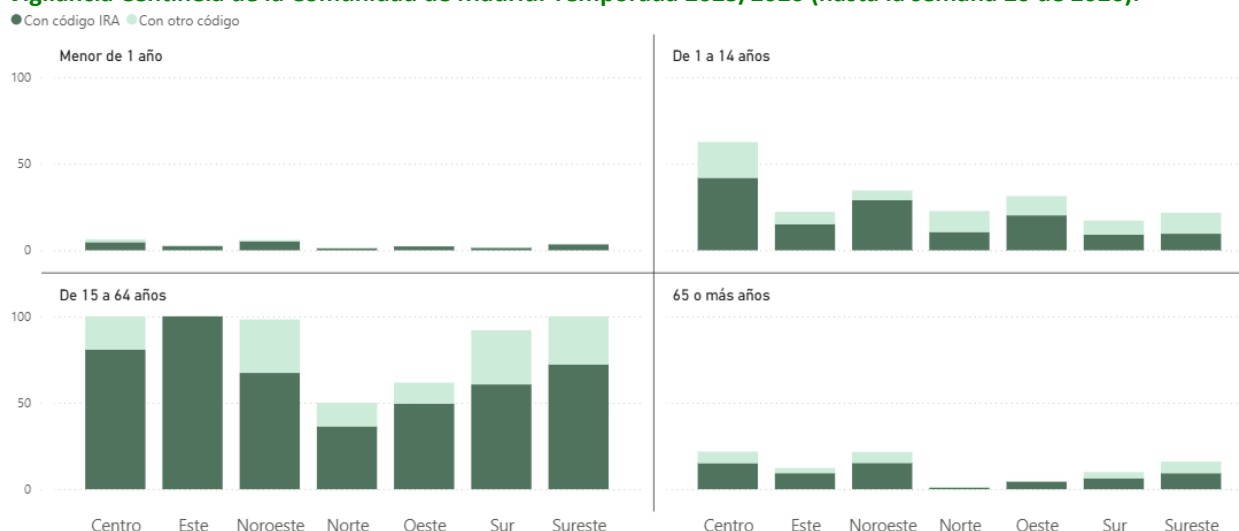
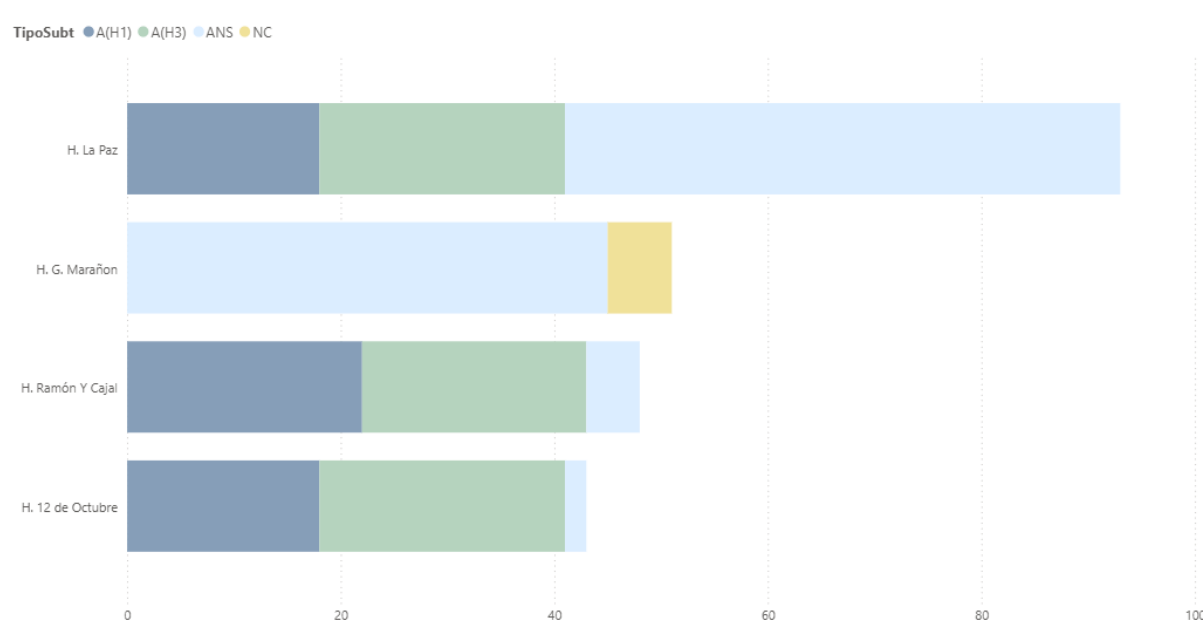


Gráfico 3.4.3. Proporción de muestras recogidas en Atención Primaria por Dirección Asistencial y grupo de edad.
Vigilancia Centinela de la Comunidad de Madrid. Temporada 2025/2026 (hasta la semana 20 de 2026).



En Atención Hospitalaria se recogieron muestras para el estudio de los 3 virus en el 93,8% de los casos. El tipo de virus de la gripe se identificó en el 97,4% de los casos confirmados de gripe en Atención Hospitalaria. Se conoce el subtipo en el 54,6% de los casos confirmados por gripe A. Este porcentaje es superior al 85% en 2 centros (gráfico 3.4.4).

Gráfico 3.4.4. Número de detecciones del virus de la gripe con tipo y subtipo conocido en Atención Hospitalaria. Vigilancia Centinela de la Comunidad de Madrid. Temporada 2025/2026 (hasta la semana 20 de 2026).



4. RESULTADOS MÁS DESTACABLES

La incidencia acumulada de IRA en la temporada actual fue menor que en la anterior en ambos ámbitos de atención sanitaria. La incidencia más alta se alcanzó 4 semanas antes, fue de mayor magnitud y la duración del período de alta incidencia fue menor. Estas características reflejan los cambios en la distribución temporal de la incidencia de gripe.

La incidencia de gripe fue mayor que en la temporada anterior, especialmente en Atención Primaria, donde la incidencia semanal máxima alcanzada fue 2,50 veces más alta y el valor acumulado hasta la semana 20 fue un 45,2% mayor. La desviación de la incidencia superó la desviación semanal media 4 semanas antes que en la temporada previa y la duración del período de alta incidencia se redujo casi a la mitad (4 semanas). En Atención Primaria, el mayor incremento se observó en menores de 5 años y en adultos de 65 o más años mientras que, en el ámbito hospitalario, la incidencia aumentó a partir de los 65 años de edad, especialmente entre los 65 y 79 años, aunque el incremento fue menor. La detección del virus de la gripe fue elevada de manera mantenida en niños de 5 a 14 años en Atención Primaria a partir de la semana 46 y en mayores de 65 años en Atención Hospitalaria a partir de la semana 49. Se observó un predominio por el virus de la gripe A(H3N2) en todos los grupos de edad. Por otra parte, la incidencia de infección por SARS-CoV-2 ha disminuido, así como la de bronquiolitis aguda en menores de un año. El virus SARS-CoV-2 se identificó en menos del 5% de las muestras. La detección de VRS superó el 30% en los niños de 1 año de edad en Atención Primaria y en los niños de todas las edades en Atención Hospitalaria. El descenso de la incidencia de bronquiolitis en el ámbito hospitalario se ha producido en el primer trimestre de la temporada, coincidiendo con la alta circulación del virus de la gripe.

El aumento de la incidencia de la gripe con respecto a la temporada pasada y el cambio del subtipo dominante se ha producido a nivel mundial. Durante 2025, la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades (ECDC) y el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos (CDC) documentaron la emergencia y rápida expansión de un nuevo linaje dentro del subtipo A(H3N2), denominado subclado K (designado filogenéticamente como J.2.4.1). El subclado K comenzó a emerger y expandirse durante la fase tardía de la temporada invernal de 2025 y desplazó progresivamente a los

subclados previamente dominantes. Entre mayo y noviembre de 2025 representó cerca del 50% de las secuencias A(H3N2) caracterizadas en los países de la UE/UEE. El patrón de presentación de la gripe A(H3N2) durante las últimas temporadas caracterizado por la fluctuación de distintos sublinajes genéticos dominantes de un virus en constante evolución bajo la presión inmunitaria ha sido reemplazado por la convergencia genética de un único linaje dominante.

La menor proporción de casos vacunados frente a gripe entre los casos ingresados de 80 o más años en comparación con la observada en Atención Primaria puede ser consecuencia de la capacidad de la vacuna de limitar la progresión a enfermedad grave. La efectividad ajustada de la vacuna para prevenir los casos de gripe en Atención Primaria fue 38,6% y fue más alta para prevenir el subtipo A(H3N2) que el A(H1N1). Estudios realizados en Inglaterra, China y Canadá mostraron una efectividad de la vacuna frente a la gripe en torno al 40% y siempre en rangos similares a los descritos históricamente para temporadas con desajustes antigénicos de A(H3N2). El subclado K surgió a partir de la acumulación progresiva de mutaciones en la hemaglutinina, lo que ocasionó una disminución parcial del ajuste entre la vacuna y el virus circulante, sin pérdida completa de la protección inmunológica. Este desajuste antigénico parcial explica la prolongación de la temporada en el hemisferio sur y el adelanto del inicio en el hemisferio norte. La emergencia del subclado K ocurrió después de que la OMS emitiera sus recomendaciones sobre la composición de la vacuna. En respuesta a la expansión que se estaba produciendo de manera sostenida, la OMS actualizó en septiembre de 2025 la recomendación del componente A(H3N2) para la temporada del hemisferio sur 2026, incorporando una cepa más estrechamente alineada con los virus circulantes, representada por A/Sydney/2024-like (H3N2).

El subtipo A(H3N2) ha sido reconocido desde hace mucho tiempo como uno de los subtipos de gripe más significativos desde el punto de vista clínico, en gran parte debido a su capacidad de deriva antigénica y a su impacto en adultos mayores y personas clínicamente vulnerables. En la temporada actual, el incremento del número de casos ha generado un aumento de la demanda asistencial, pero no de la proporción de casos hospitalizados graves, del mismo modo que ocurrió en otras temporadas con predominio de este subtipo (2003/2004 y 2017/2018). La razón entre la incidencia de casos en Atención Hospitalaria y Atención Primaria fue similar o inferior a la de las 2 temporadas previas en todos los grupos de edad y la proporción de casos por gripe A(H3) que requirieron ingreso en UCI o ventilación mecánica fue más baja que la observada en los casos de gripe A(H1) o de otros virus respiratorios.

Se recogieron menos del 25% de las muestras asignadas en Atención Primaria, de las que más del 7% fueron enviadas sin diagnóstico de IRA. Sólo se alcanzó el número de muestras asignadas en el grupo de 15 a 64 años de edad. La proporción de muestras recogidas en casos menores de un año y de 65 o más años no alcanzó el 10% de las muestras previstas. En el ámbito hospitalario la proporción de casos de gripe A con subtipo desconocido es muy baja en 2 de los 4 centros integrados en la red de vigilancia centinela.

5. CONCLUSIONES

La adopción de medidas para el control de la transmisión de los virus respiratorios requiere un abordaje escalonado y adaptado a la evolución de la situación epidemiológica. La valoración conjunta de los niveles de intensidad y de detección viral en las muestras recogidas permite la adopción de las medidas de manera progresiva para reducir el impacto sobre la salud de la población y sobre el sistema de salud. Los umbrales de incidencia que definen los niveles de intensidad de circulación del virus de la gripe (basal, medio, alto y muy alto) se estiman cada año a partir de los datos de las temporadas previas.

Considerando el patrón de presentación de la gripe de esta temporada, tiene gran interés resaltar la importancia de las siguientes acciones de salud pública:

- **Mantener la vigilancia epidemiológica y microbiológica.** La aparición y rápida propagación del subclado K subraya la naturaleza dinámica del virus de la gripe y el impacto que puede tener en la salud pública. La detección de variantes emergentes antes de que manifiesten plenamente su impacto sobre

la salud de la población es un elemento esencial para que las medidas de salud públicas puedan mostrar su potencial beneficio sobre la salud de la población y sobre el sistema sanitario. Las infecciones causadas por los virus A(H3N2) se han asociado habitualmente con una mayor proporción de ingresos hospitalarios y mortalidad en comparación con otros subtipos del virus de la gripe, lo que refuerza la relevancia de la detección de variantes emergentes como el subclado K. Además, la identificación oportuna de estas variantes emergentes es esencial para la selección de las cepas vacunales.

- **Mantener una cobertura vacunal alta.** La vacunación debe seguir siendo una pieza clave de las estrategias de prevención frente a la gripe. Incluso en temporadas caracterizadas por desajustes antigénicos, las vacunas pueden prevenir la aparición de casos graves y sus consecuencias en términos de mortalidad y de sobrecarga del sistema sanitario.
- **Comunicación de las medidas de salud pública.** Es esencial promover las medidas de salud pública y adaptarlas a la situación epidemiológica del momento y al ámbito específico de riesgo. La comunicación de estas medidas es especialmente importante en temporadas donde surgen variantes con deriva antigénica.
- **Evaluación de las medidas adoptadas.** La estimación de la efectividad vacunal es de gran interés para conocer su capacidad para prevenir la aparición de casos graves y fomentar su uso como herramienta esencial para el control de la transmisión, especialmente en temporadas donde se detecten variantes con deriva antigénica. La evaluación del impacto de otras medidas adoptadas puede evidenciar la necesidad de estrategias de implantación o de comunicación para potenciar su efectividad.

Informe elaborado por: Luis García Comas. Subdirección General de Vigilancia en Salud Pública. Comunidad de Madrid.

Cita recomendada: Dirección General de Salud Pública. Vigilancia centinela de las infecciones respiratorias agudas en la Comunidad de Madrid. Temporada 2025/2026. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Número 6. Volumen 31. Junio 2026.

6. BIBLIOGRAFÍA

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Clinical recommendations for seasonal influenza 2025–2026. Atlanta: CDC; 2025.

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).

Dapat C, Peck H, Jelley L, et al. Extended influenza seasons in Australia and New Zealand in 2025 associated with emergence of influenza A(H3N2) subclade K. Euro Surveill. 2025;30(49):2500894.

Documento marco para el control de las infecciones respiratorias agudas, aprobado por la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 4 de diciembre de 2025.

Emborg HD, Valentiner-Branth P, Trebbien R, Bolt Botnen A, Grove Krause T, Sjøborg 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.

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.

Estrategia para la integración de COVID-19 en la vigilancia y control de las infecciones respiratorias agudas en la Comunidad de Madrid.

European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Communicable Disease Threats Report, week 50, 2025. Stockholm: ECDC; 2025.

European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Threat Assessment Brief: Assessing the risk of increasing circulation of influenza A(H3N2) subclade K. Stockholm: ECDC; noviembre 2025.

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>

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>

Fkushima W, Hirota Y. Basic principles of test-negative design in evaluating influenza vaccine effectiveness. *Vaccine*. agosto de 2017;35(36):4796-800.

Frutos AM, Cleary S, Reeves EL, et al. 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;74:83–90. DOI: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm7406a2>

Kirsebom FCM, Thompson C, Talts T, et al. Early influenza virus characterisation and vaccine effectiveness in England in autumn 2025. *Euro Surveill*. 2025;30(46):2500854.

Organización Panamericana de la Salud (OPS). Alerta epidemiológica: Influenza estacional y variación genética de influenza A(H3N2). Washington, DC: OPS; diciembre 2025.

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Alerta epidemiológica: Circulación simultánea de influenza estacional y virus sincitial respiratorio (VSR). Washington, DC: OPS/OMS; 9 ene 2026. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/alerta-epidemiologica-circulacion-simultanea-influenza-estacional-y-virus-sincitial>.

Rose AM, Lucaccioni H, et al; 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.

Scarvaglieri, I., De Francesco, M. A., Alberti, M., Cesanelli, F., Salvi, M., Tiecco, G., Castelli, F., & Quiros-Roldan, E. Influenza A(H3N2) Subclade K: Epidemiology, Molecular Evolution and Vaccine Effectiveness in Europe. *Pathogens* 2026, 15(5), 474. <https://doi.org/10.3390/pathogens15050474>

Separovic L, Sabaiduc S, Zhan Y, et al. Interim 2025/26 influenza vaccine effectiveness estimates with immunological considerations for A(H3N2) subclade K protection, Canada. *Euro Surveill*. 2026;31(5):2600068.

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.

Shen Y, Zhang D, Feng Z, et al. Moderate protection from vaccination against influenza A(H3N2) subclade K in Beijing, China, September to December 2025. *Euro Surveill*. 2026;31(2):2500993.

Unidad de Vigilancia Sanitaria y Coordinación Académica Instituto de Salud Pública. Reporte de vigilancia epidemiológica: Influenza A(H3N2) subclado K (2025-2026). Revisión narrativa de la literatura internacional para apoyo a la toma de decisiones en Chile. Elaborado por: María Loreto Espinoza Tillería, Gabriel Alonso González Medina

WHO Regional Office for Europe. Seasonal influenza activity and virological update, autumn–winter 2025. Copenhagen: WHO-Europe; 2025.

World Health Organization. Global influenza surveillance and response system (GISRS): update on influenza activity. Geneva: WHO; 2025.

World Health Organization. Influenza virus characterization report, 2024–2025. Geneva: WHO; 2025.

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>

Zambon M, et al. Antigenic drift, vaccine mismatch and clinical impact of influenza A(H3N2) variants in recent seasons. JAMA. 2025;334(24):2451–2460.