

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL
VIRUS RESPIRATORIO SINCITAL (VRS)
EN LA COMUNIDAD DE MADRID
EN POBLACIÓN ADULTA

Temporadas 2023/2024 y 2024/2025

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL VIRUS RESPIRATORIO SINCITAL (VRS) EN LA COMUNIDAD DE MADRID EN POBLACIÓN ADULTA

ÍNDICE

RESUMEN	3
ABSTRACT	3
1. INTRODUCCIÓN	4
2. METODOLOGÍA	5
3. RESULTADOS	5
3.1. Análisis global de los casos confirmados de VRS de la temporada 2023/2024 y 2024/2025	5
3.2. Análisis de los casos confirmados de VRS de la temporada 2023/2024 y 2024/2025	6
3.2.1. Notificación	6
3.2.2. Datos descriptivos generales	6
3.2.3. Sintomatología	8
3.2.4. Diagnóstico	10
3.2.5. Niveles de asistencia	10
3.2.6. Factores de riesgo	11
3.2.7. Evolución de la enfermedad	13
4. DISCUSIÓN	14
5. CONCLUSIONES	15
6. BIBLIOGRAFÍA	16

RESUMEN

Introducción: El virus respiratorio sincitial (VRS) es una causa frecuente de infecciones respiratorias agudas, especialmente en lactantes, adultos mayores y personas con comorbilidades. Se presenta de forma estacional (otoño-invierno) y puede provocar cuadros graves en adultos con enfermedades previas. El informe se centra en la población adulta (≥ 60 años) de la Comunidad de Madrid (CM).

Objetivos: El informe tiene como principal objetivo analizar la incidencia, características clínicas, evolución y factores de riesgo asociados al VRS en adultos mayores en las temporadas 2023/2024 y 2024/2025.

Metodología: El análisis se centró en el periodo de mayor circulación del VRS, considerando cada temporada desde la semana 40 de un año hasta la semana 13 del año siguiente (que incluye desde octubre hasta marzo). Los casos confirmados de VRS durante las dos temporadas fueron notificados por los hospitales siguiendo el protocolo de vigilancia de VRS de la CM. Para la recopilación de datos se utilizaron los registros SISPAL-EDO y el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD). La población de estudio fue aquella con edad de 60 o más años. Las variables analizadas fueron la edad, el sexo, los síntomas de la enfermedad, el tipo de asistencia recibida, los factores de riesgo y la evolución clínica. Se utilizaron las poblaciones de la CM de 2023 y 2024 por sexo y edad para el cálculo de las densidades de incidencia.

Resultados: Durante las temporadas 2023/2024 y 2024/2025 se identificaron 5.339 casos confirmados de infección por VRS en adultos de 60 años o más en la CM. En la temporada 2023/2024 se notificaron 2.949 casos (175,4 por 100.000 personas- semestre), y en 2024/2025, 2.390 casos (137,8 por 100.000), lo que representa un descenso del 19%. El grupo de edad con mayor incidencia fue el de 90 o más años (794,3 y 541,0 por 100.000 personas- semestre en cada temporada, respectivamente). Las mujeres representaron el 59,4% de los casos. La sintomatología predominante fue tos (79,5%) y dificultad respiratoria (74,1%), con una tendencia creciente de esta última con la edad. La fiebre fue menos frecuente en los grupos de mayor edad. Los hombres presentaron una mayor proporción de síntomas graves como neumonía y sepsis. El 70,3% de los casos requirió hospitalización, y el 2,9% de estos ingresó en unidades de cuidados intensivos (UCI). La tasa de hospitalización aumentó progresivamente con la edad, alcanzando el 79,1% en población de 90 años o más. La mortalidad atribuible directamente al VRS fue del 4,1% ($n=218$), con un incremento significativo en mayores de 85 años (hasta 7,3% en ≥ 90 años). El 77,5% de los pacientes presentaba al menos un factor de riesgo, siendo los más frecuentes la cardiopatía (53,8%), la enfermedad respiratoria crónica (43,6%) y la inmunosupresión grave (9,6%). Estos factores fueron más prevalentes en hombres y en los fallecidos por VRS.

ABSTRACT

Respiratory syncytial virus is a major cause of acute respiratory infections in older adults, particularly those with underlying comorbidities. This report examines the incidence, clinical presentation, outcomes, and associated risk factors of laboratory-confirmed RSV infections among adults aged ≥ 60 years in the Community of Madrid during the 2023/2024 and 2024/2025 seasons. The analysis covers the RSV circulation period (weeks 40–13) and integrates data from the SISPAL-EDO surveillance system and the Minimum Basic Data Set. A total of 5,339 cases were identified, with incidence decreasing from 175.4 to 137.8 per 100,000 person-semester between seasons, and the highest rates observed in individuals aged ≥ 90 years. Cough (79.5%) and dyspnea (74.1%) were the predominant symptoms, with respiratory difficulty increasing with age. Hospitalization was required in 70.3% of cases, and 2.9% required intensive care.

RSV-attributable mortality was 4.1%, rising to 7.3% in those aged ≥ 90 years. Most patients (77.5%) had at least one risk factor, most commonly heart disease, chronic respiratory disease, and severe immunosuppression, which were more frequent among men and among fatal cases. These findings highlight the substantial clinical burden of RSV in older adults and underscore the need for strengthened surveillance and preventive strategies.

1. INTRODUCCIÓN

El Virus Respiratorio Sincitial (VRS) es un patógeno respiratorio conocido por su impacto mayoritariamente en la salud infantil, especialmente en lactantes y niños pequeños. No obstante, la importancia en la población adulta puede estar subestimada. Este virus, pertenece a la familia *Paramyxoviridae*, y es una causa frecuente de infecciones respiratorias agudas (IRA) tanto de vías respiratorias superiores como inferiores. En niños pequeños, se asocia típicamente con bronquiolitis y neumonía. En adultos sanos, el VRS suele manifestarse como un resfriado común con síntomas típicos como rinorrea, tos o malestar general. Sin embargo, en adultos mayores o con comorbilidades –como enfermedades cardíacas o pulmonares crónicas–, el virus puede desencadenar exacerbaciones de enfermedades subyacentes, complicaciones respiratorias graves e incluso fallecimiento. La creciente longevidad de la población y la mayor supervivencia de personas con enfermedades crónicas ha ampliado el tamaño de los grupos vulnerables, aumentando la carga asistencial atribuible al VRS.

El VRS presenta una clara estacionalidad, con picos de incidencia durante los meses fríos, coincidiendo con la circulación de otros virus respiratorios. Esta superposición dificulta el diagnóstico clínico, ya que los síntomas iniciales del VRS son inespecíficos y fácilmente atribuibles a otras infecciones virales. La confirmación etiológica mediante técnicas de diagnóstico molecular es fundamental para establecer el diagnóstico diferencial.

Epidemiológicamente, el VRS es responsable de una proporción considerable de hospitalizaciones por causas respiratorias en adultos mayores. Se ha evidenciado que, aunque las hospitalizaciones por VRS fueron menos frecuentes que las de otras enfermedades respiratorias, como la gripe, los pacientes con VRS tenían más probabilidades de requerir oxigenoterapia, ventilación no invasiva o ingreso en UCI. En consecuencia, se considera que el VRS representa una amenaza creciente para la salud pública en la población adulta, con implicaciones clínicas, económicas y sociales relevantes.

Tras la autorización, en octubre de 2022, de la comercialización del anticuerpo monoclonal nirsevimab para la prevención de la enfermedad de las vías respiratorias inferiores causada por el VRS en neonatos y lactantes durante su primera temporada de exposición, se puso en marcha una estrategia de vigilancia epidemiológica reforzada. Esta vigilancia se diseñó para realizar una vigilancia de cada caso de infección por VRS en todas las edades con el objetivo de evaluar de forma precisa la carga de enfermedad.

En 2023, se autorizó la primera vacuna frente al VRS para personas adultas mayores. Esta vacuna, dirigida principalmente a mayores de 60 años, tiene como objetivo reducir la incidencia de enfermedad grave, hospitalizaciones y fallecimientos asociados al virus.

El presente informe tiene como objetivo analizar la incidencia y características clínicas del VRS en la población adulta de la Comunidad de Madrid, utilizando datos obtenidos del Registro de Casos Confirmados de VRS y del Registro de Atención Especializada del Conjunto Mínimo Básico de Datos (RAE-CMBD), que abarca tanto las hospitalizaciones como las urgencias. Este análisis permitirá estimar la carga real de enfermedad atribuible al VRS en adultos, la evolución de los casos e identificar los factores de riesgo asociados.

2. METODOLOGÍA

Fuentes de información

Las fuentes de información del Registro son:

- SISPAL-EDO: Se han registrado los casos confirmados de VRS durante la temporada 23/24 y 24/25 (por captación automática de las pruebas positivas de los laboratorios de microbiología y/o por declaración individualizada desde el hospital) según el protocolo de vigilancia de VRS de la CM aportando la información incluida en el correspondiente formulario de notificación.
- CMBD: Se han seleccionado los casos de ingresos hospitalarios o de episodios de urgencias en los que figuran en el diagnóstico principal o secundario los códigos CIE-10: J12.1 –Neumonía por virus respiratorio sincitial-, J21.0 –Bronquiolitis aguda por virus respiratorio sincitial-, J21.9 –Bronquiolitis aguda, no especificada-, J20.5 –Bronquitis aguda por virus sincitial respiratorio- y B97.4 –Virus sincitial respiratorio como causa de enfermedades clasificadas bajo otro concepto- Los datos del CMBD se han empleado para complementar la notificación de casos registrados en SISPAL-EDO.

Periodo de estudio:

El periodo analizado corresponde a las dos últimas temporadas de vigilancia del VRS: 2023/2024 y 2024/2025. La vigilancia se ha realizado mediante notificación individualizada de casos. Se define como temporada de VRS el periodo comprendido entre la semana 40 de un año y la semana 13 del siguiente, lo que incluye los meses de octubre a marzo (ambos inclusive).

Población de estudio:

La población de estudio correspondió a aquella con una edad de 60 o más años.

Variables:

La notificación individualizada permite analizar variables de edad, sexo, semana de notificación, las relativas a las manifestaciones clínicas (tos, fiebre, dificultad respiratoria, neumonía, sepsis y dificultad para la alimentación), el tipo de asistencia sanitaria (asistencia en urgencias, hospitalización e ingreso en unidad de cuidados intensivos), las pruebas diagnósticas (test de antígenos, o PCR), los factores de riesgo (patología cardíaca, respiratoria e inmunodepresión grave) y la evolución de la enfermedad.

Análisis:

Se han estimado incidencia y densidades de incidencia en función de edad y sexo. Se ha utilizado como población de referencia la población del registro del Instituto Nacional de Estadística para cada año.

3. RESULTADOS

3.1. Análisis global de los casos confirmados de VRS de la temporada 2023/2024 y 2024/2025

En total se han identificado 11.031 casos de VRS en las dos temporadas epidémicas, de los cuales 5.339 (48,4%), corresponden a población mayor o igual a 60 años. En la temporada 2023/2024 constituían el 49,4% de los casos y en la temporada 2024/2025, el 47,3%.

El 49,9% del total de hospitalizaciones por VRS corresponden a población mayor o igual 60 años. El 51,8% de las hospitalizaciones de la temporada 2023/2024 y el 47,6% de las de la temporada 2024/2025.

3.2. Análisis de los casos confirmados de VRS de la temporada 2023/2024 y 2024/2025

Durante la temporada 2023/2024, se han identificado un total de 2.949 casos confirmados de VRS en la CM en una población de 60 años o más. En la temporada 2024/2025, se han identificado un total de 2.390 casos confirmados, lo que constituye un descenso del 19,0% de los casos en este grupo de edad.

3.2.1. Notificación

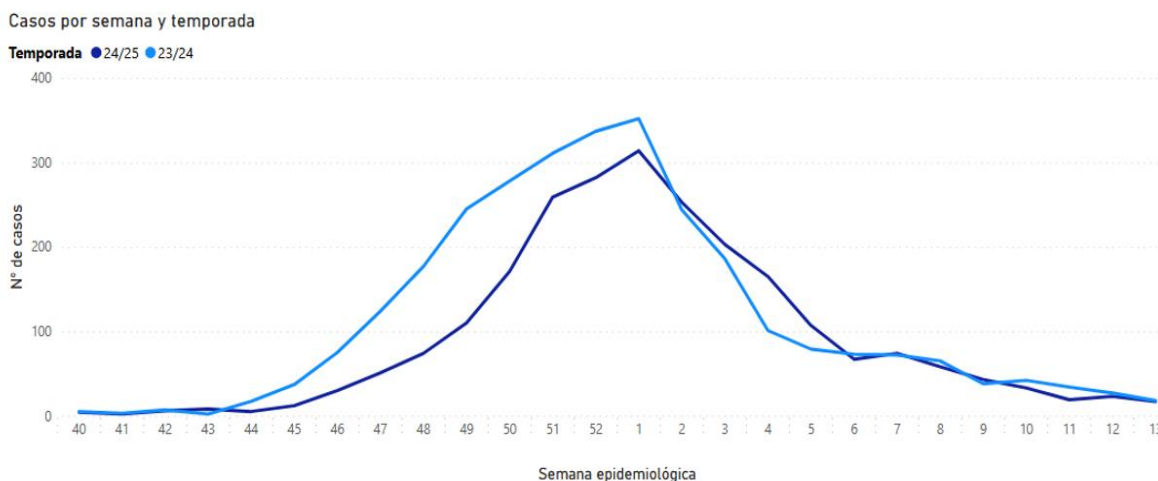
Los casos notificados proceden de diferentes Servicios de Atención Especializada, tanto de hospitales públicos como privados de la Comunidad de Madrid. En la Tabla 1 se detalla el número de casos por tipo de centro asistencial.

Tabla 1. Número de casos notificados por tipo de centro asistencial. Temporada 2023/2024 y 2024/2025. CM.

Tipo de centro	Número de casos	% del total
Alta complejidad	2.852	53,4%
Complejidad intermedia	2.086	39,1%
Baja complejidad	317	5,9%
Media estancia	16	0,3%
Privados	32	0,6%
De apoyo	36	0,7%
Total	5.339	100,0%

En cuanto a la distribución de casos de VRS por semana epidemiológica, se observa que el mayor número de casos notificados se concentró en ambas temporadas en las semanas 51-52-1 (ver gráfico 1).

Gráfico 1. Número de casos de VRS por semana epidemiológica. Temporada 2023/2024 y 2024/2025. CM.



3.2.2. Datos descriptivos generales

Durante la temporada 2023/2024 de VRS, se notificaron un total de 2.949 casos confirmados, lo que representa una densidad de incidencia de 175,4 casos por cada 100.000 personas-semester (temporada). En la temporada 2024/2025, se notificaron un total de 2.390 casos confirmados, lo que representa una densidad de incidencia de 137,8 casos por cada 100.000 personas-semester.

En la Tabla 2 se muestran los casos en esta población divididos en grupos quinquenales, por temporada.

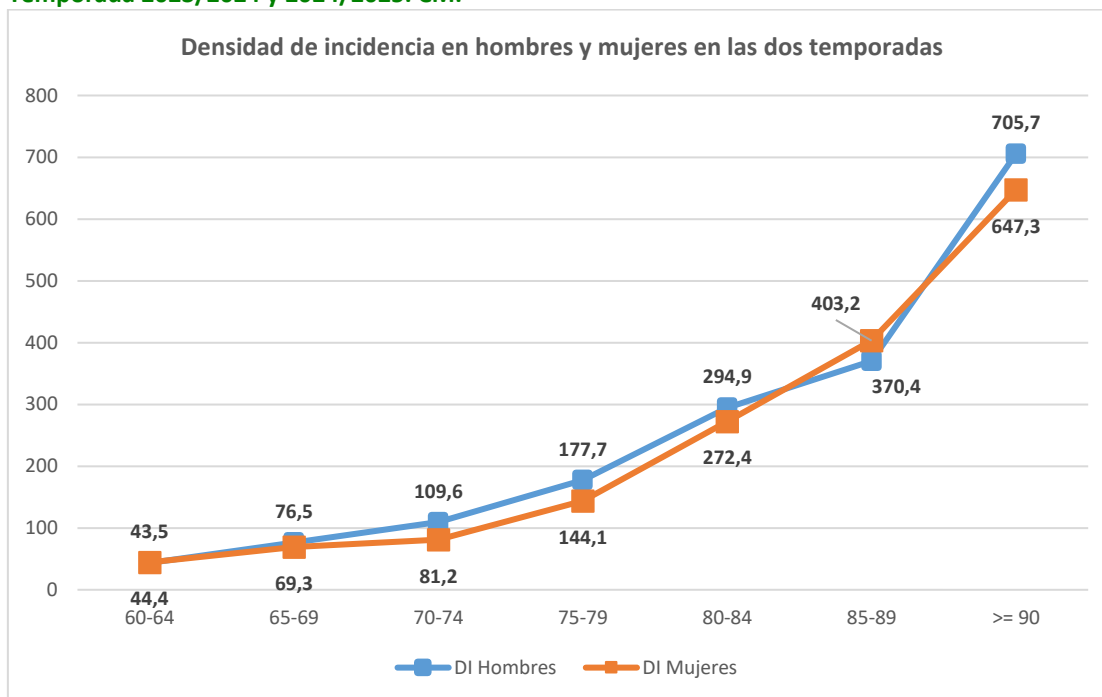
Tabla 2. Número de casos y densidad de incidencia (por cada 100.000 personas-semester) por grupo de edad. Temporada 2023/2024 y 2024/2025. CM.

Grupo de edad	Temporada 2023/2024		Temporada 2024/2025	
	Número de casos	Tasa de incidencia	Número de casos	Tasa de incidencia
60-64 años	203	48,9	168	39,2
65-69 años	282	83,1	220	62,4
70-74 años	299	100,2	259	87,1
75-79 años	420	166,0	397	151,1
80-84 años	539	323,2	437	242,8
85-89 años	548	434,4	432	348,2
≥ 90 años	658	794,3	477	541,0
Total	2.949	175,4	2.390	137,8

Al desagregar los casos confirmados de VRS por sexo, en estos grupos de edad, se observa un predominio en las mujeres, quienes representan el 59,4% de los casos, con una densidad de incidencia de 162,5 casos por cada 100.000 personas-semester. En los hombres, que constituyen el 40,6% de los casos, la densidad de incidencia fue de 148,0 casos por cada 100.000 personas-semester. La razón mujer/hombre en el total de casos se sitúa en 1,46, lo que indica una ligera predominancia de la enfermedad en el sexo femenino durante la temporada. No obstante, como en estos grupos de edad, hay más población femenina que masculina, la ratio comparando las dos densidades de incidencia por sexo, es de 1,10. En la Tabla 3 y Gráfico 2, se muestra la densidad de incidencia del VRS desglosada por sexo y en función de los diferentes grupos de edad.

Tabla 3. Número de casos y densidad de incidencia (por cada 100.000 personas-semester) por grupo de edad y sexo. Temporada 2023/2024 y 2024/2025. CM.

Grupo de edad	Hombres		Mujeres	
	Número de casos	Densidad de incidencia	Número de casos	Densidad de incidencia
60-64 años	171	43,5	200	44,4
65-69 años	238	76,5	264	69,3
70-74 años	287	109,6	271	81,2
75-79 años	390	177,7	427	144,1
80-84 años	413	294,9	563	272,4
85-89 años	327	370,4	653	403,2
≥ 90 años	339	705,7	796	647,3
Total	2165	148,0	3174	162,5

Gráfico 2. Densidad de incidencia (por cada 100.000 personas-semestre) por grupo de edad y sexo. Temporada 2023/2024 y 2024/2025. CM.

Se observa que, pese a que el número de casos es superior en mujeres en todos los grupos de edad, en la mayoría de grupos de edad, la densidad de incidencia es superior en hombres que en mujeres.

3.2.3. Sintomatología

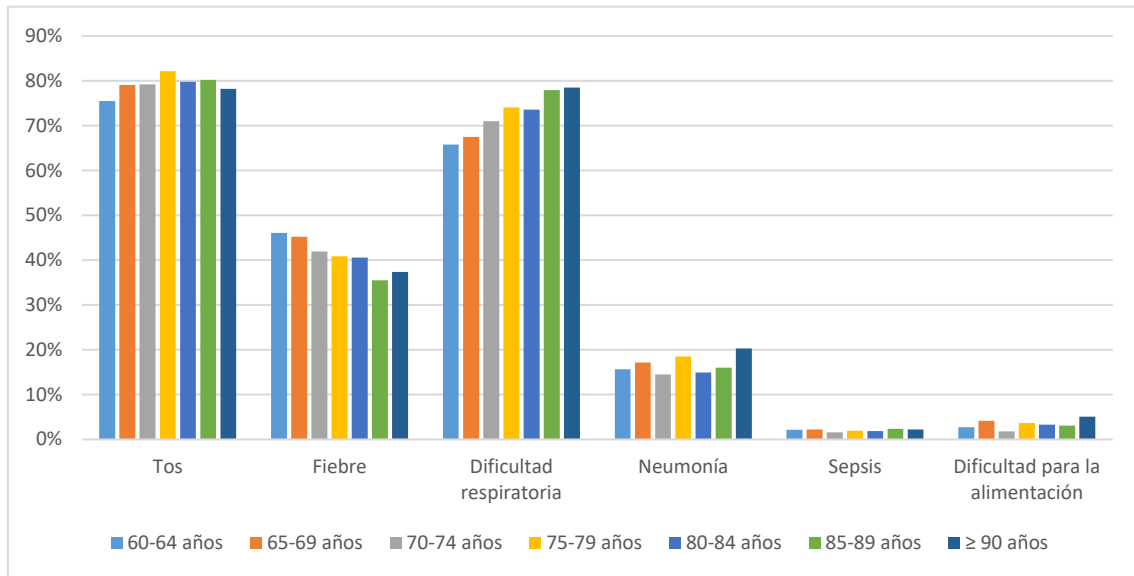
En el análisis de la sintomatología, se clasificó a los sujetos en grupos etarios quinquenales para realizar una evaluación más precisa y comparativa de la presentación clínica en diferentes edades. Esta clasificación permite una evaluación comparativa de la sintomatología entre los diferentes grupos de edad y facilita la identificación de patrones específicos de manifestación clínica asociados a cada rango etario. La sintomatología estudiada fue la presencia de: tos, fiebre, dificultad respiratoria, neumonía, sepsis y dificultad para la alimentación. En las siguientes tablas y gráficos se muestra la sintomatología en los grupos de edad descritos durante las dos temporadas.

Tabla 4. Sintomatología en los diferentes grupos de edad. Temporada 2023/2024 y 2024/2025. CM.

Síntomas	Tos		Fiebre		Dificultad respiratoria		Neumonía		Sepsis		Dificultad para la alimentación	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Grupo de edad												
60-64 años	280	75,5	171	46,1	244	65,8	58	15,6	8	2,2	10	2,7
65-69 años	397	79,1	227	45,2	339	67,5	86	17,1	11	2,2	21	4,2
70-74 años	442	79,2	234	41,9	396	71,0	81	14,5	9	1,6	10	1,8
75-79 años	671	82,1	334	40,9	605	74,1	151	18,5	16	2,0	30	3,7
80-84 años	779	79,8	396	40,6	718	73,6	146	15,0	18	1,8	32	3,3
85-89 años	786	80,2	348	35,5	764	78,0	157	16,0	23	2,3	30	3,1
≥ 90 años	888	78,2	424	37,4	891	78,5	230	20,3	25	2,2	58	5,1
Total	4243	79,5	2134	40,0	3957	74,1	909	17,0	110	2,1	191	3,6

En el Gráfico 3 se muestran los mismos datos con un gráfico de barras, mostrando de forma más clara las tendencias de los datos.

Gráfico 3. Sintomatología en los diferentes grupos de edad. Temporada 2023/2024 y 2024/2025. CM.

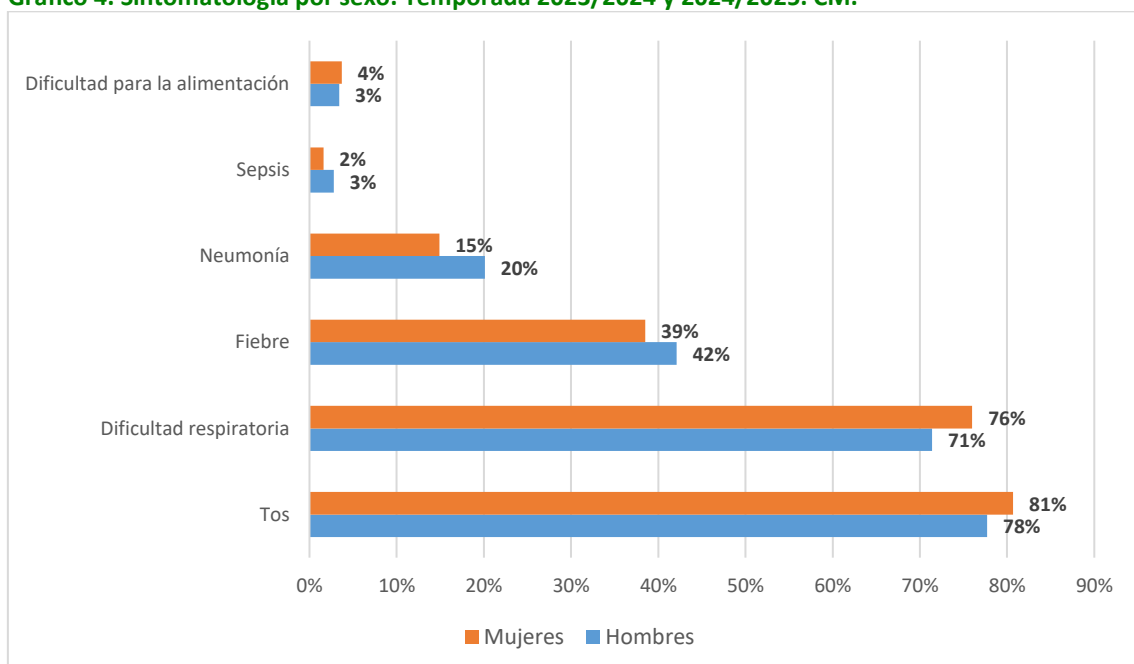


La sintomatología predominante en todos los grupos etarios, excepto en el grupo de mayores de 90 años, fue la presencia de tos seguido de dificultad respiratoria (la más predominante en el grupo de mayores de 90 años). Al aumentar el grupo de edad, disminuye el porcentaje de pacientes que presentan fiebre y aumenta el porcentaje de pacientes con dificultad respiratoria. En cuanto al resto de variables no se observan tendencias importantes entre los diferentes grupos de edad.

Comparación sintomatología por sexo

En términos generales, las mujeres presentan una mayor frecuencia de clínica relacionada con dificultad respiratoria y tos. Por otro lado, los hombres muestran una mayor prevalencia de neumonía, sepsis y fiebre. Respecto a la dificultad para la alimentación, los datos son similares para hombres y mujeres. En el Gráfico 4 se muestran los porcentajes de casos que presentaron cada uno de los síntomas en función del sexo.

Gráfico 4. Sintomatología por sexo. Temporada 2023/2024 y 2024/2025. CM.



3.2.4. Diagnóstico

El diagnóstico de confirmación se realizó mediante detección del ácido nucleico en el 88,5% de los casos y mediante la detección de antígeno en el 12,0% (en algunos casos se realizaron ambas pruebas diagnósticas). Comparando ambas temporadas, en la 2023/2024 un 91,2% de los casos se confirmaron mediante PCR y un 9,0% mediante detección de antígeno y en la temporada 2024/2025 esos valores fueron del 85,2% y 15,7% respectivamente.

3.2.5. Niveles de asistencia

La confirmación diagnóstica fue realizada exclusivamente en centros asistenciales, específicamente en hospitales. Los casos se clasificaron en tres categorías según el nivel de atención requerido. La primera categoría incluye a los pacientes que no requirieron asistencia en urgencias ni hospitalización, siendo la detección del VRS incidental en el contexto de otra patología. La segunda categoría agrupa a aquellos pacientes que requirieron únicamente asistencia en urgencias, sin necesidad de ingreso hospitalario. Finalmente, la tercera categoría corresponde a los pacientes que, además de acudir a urgencias, requirieron hospitalización. Esta clasificación permite un análisis estratificado de la gravedad clínica y la utilización de recursos hospitalarios en la población afectada. En la Tabla 5 se reflejan los datos descritos.

Tabla 5. Tipo de asistencia sanitaria. Temporada 2023/2024 y 2024/2025. CM.

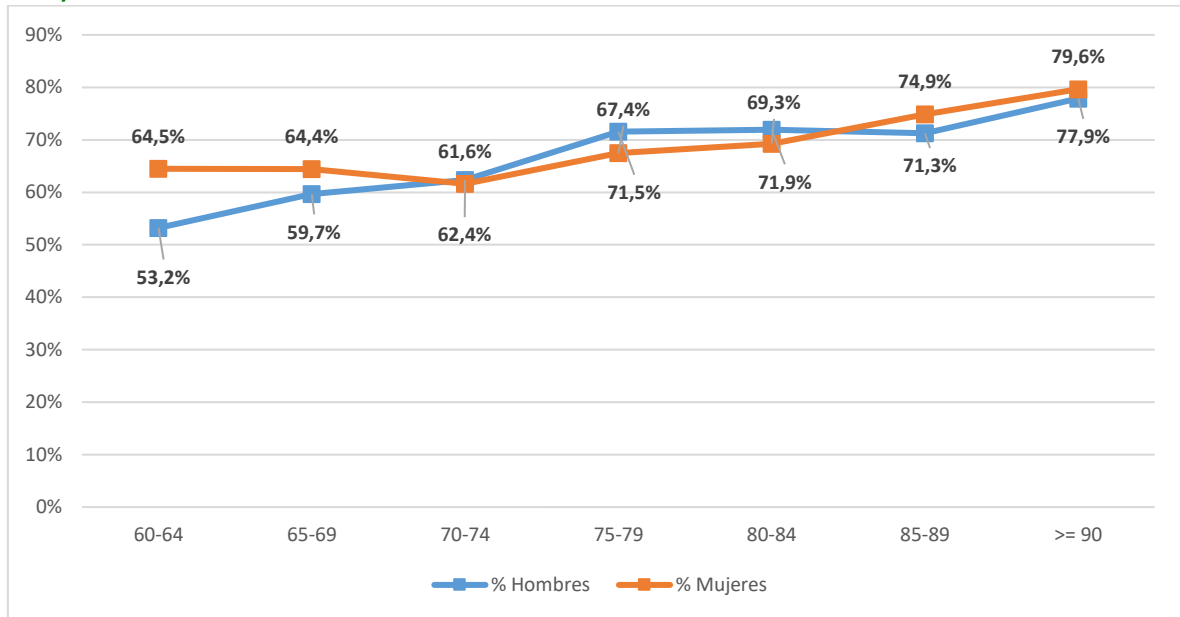
Tipo de asistencia	n	%
No urgencias ni hospitalización	272	5,1
Únicamente Urgencias	1.315	24,6
Hospitalización	3.752	70,3
Total	5.339	100,0
<i>Hospitalización</i>		
Requirió ingreso en UCI	n	%
Sí	108	2,9
No	3.644	97,1
Total	3.752	100,0

En relación con la hospitalización por grupos etarios, la mayor proporción de pacientes hospitalizados correspondió al grupo de mayores de 90 años (Tabla 6).

Tabla 6. Hospitalización por grupo etario. Temporada 2023/2024 y 2024/2025. CM.

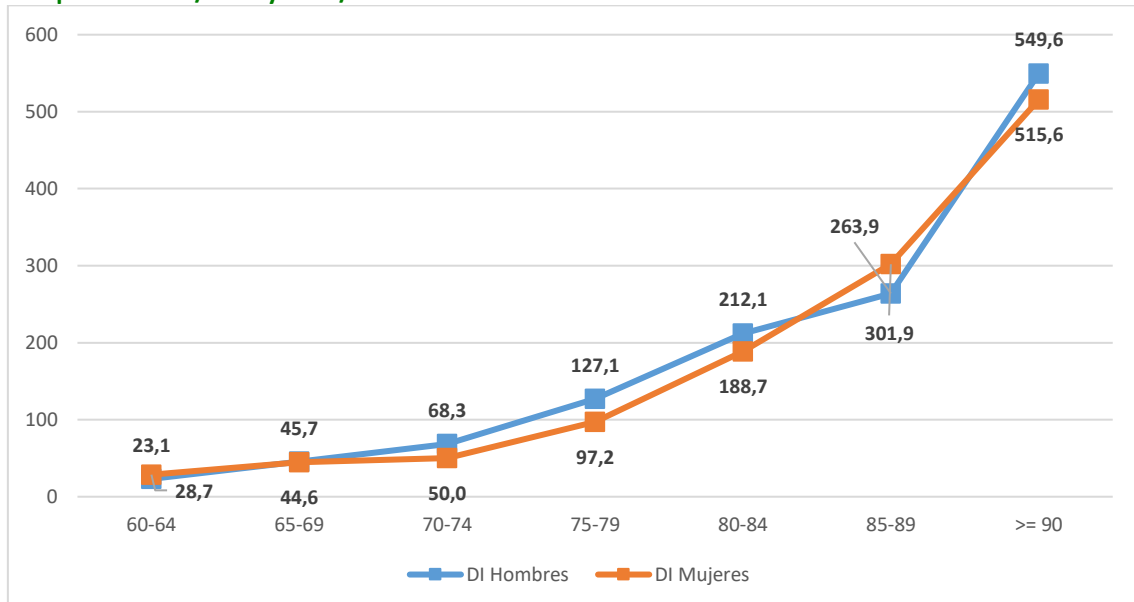
Hospitalización			
Rango edad	n	Total de casos	% hospitalización
60-64 años	220	371	59,3
65-69 años	312	502	62,2
70-74 años	346	558	62,0
75-79 años	567	817	69,4
80-84 años	687	976	70,4
85-89 años	722	980	73,7
≥ 90 años	898	1.135	79,1
Total	3752	5.339	70,3

En el Gráfico 5 se observa el porcentaje de hospitalización en función del sexo, en el cual se observan datos similares entre hombres y mujeres, especialmente a partir de los 70 años.

Gráfico 5. Porcentaje de hospitalizaciones por rango de edad y sexo. Temporada 2023/2024 y 2024/2025. CM.

Se observa una tendencia ascendente en el porcentaje de casos de VRS hospitalizados en función del rango de edad. Estableciendo tres grupos etarios, entre 60 y 74 años, el porcentaje de casos hospitalizados es del 61,4%, entre 75 y 89 años es del 71,3% y en población mayor o igual a 90 años es de 79,1%.

En el Gráfico 6 se muestra la densidad de incidencia de hospitalización en hombres y mujeres durante la temporada epidémica de VRS, donde se muestra que la densidad de incidencia aumenta progresivamente en función del grupo etario.

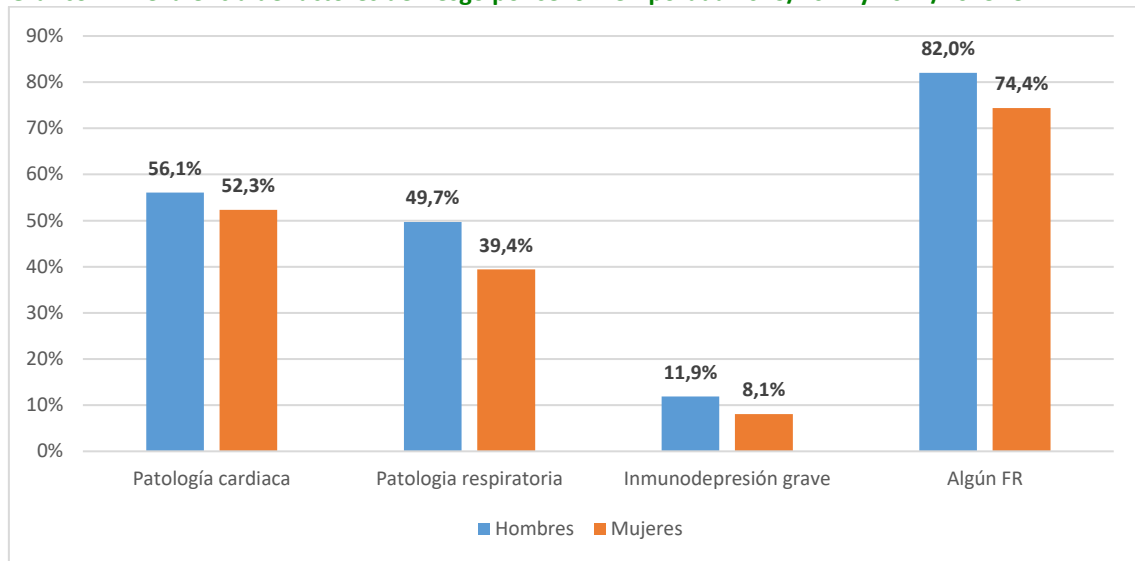
Gráfico 6. Densidad de incidencia (por cada 100.000 personas-semestre) por grupo de edad y sexo Temporada 2023/2024 y 2024/2025. CM.

3.2.6. Factores de riesgo

En el análisis de los factores de riesgo se analizó la presencia de patología cardíaca, patología respiratoria e inmunodepresión grave. Adicionalmente, se calculó el porcentaje de pacientes que presentaban al menos un factor de riesgo. La prevalencia global de estos factores de riesgo

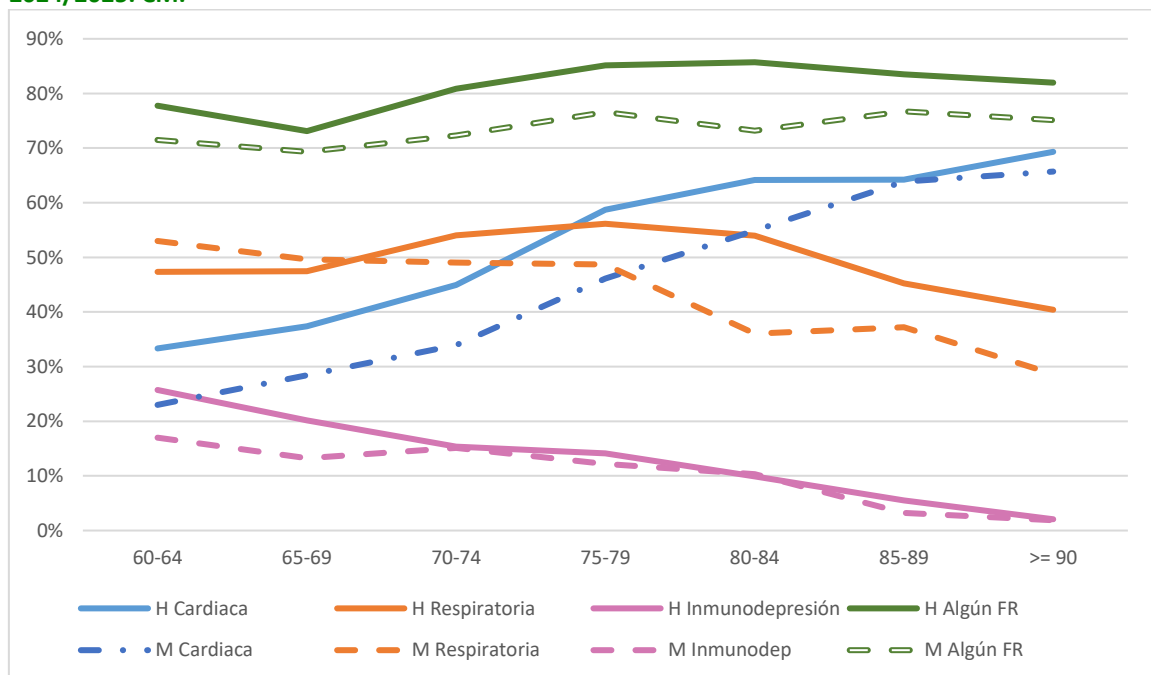
fue del 53,8%, 43,6%, 9,6% y 77,5%, respectivamente. En el Gráfico 7 se observa la prevalencia de estos factores de riesgo divididos en función del sexo.

Gráfico 7. Prevalencia de factores de riesgo por sexo. Temporada 2023/2024 y 2024/2025. CM.



Adicionalmente, en el Gráfico 8 se muestra la prevalencia de los factores de riesgo por grupo de edad y sexo.

Gráfico 8. Prevalencia de factores de riesgo por grupo de edad y sexo. Temporada 2023/2024 y 2024/2025. CM.



Como se observa en los gráficos, la prevalencia de todos los FR es superior en hombres prácticamente para todos los grupos de edad. Además, hasta los 75-79 años, la mayor prevalencia es la de enfermedad respiratoria para ambos sexos y, posteriormente, lo es la prevalencia de enfermedad cardiaca. La prevalencia de inmunodepresión desciende según avanza el grupo de edad.

3.2.7. Evolución de la enfermedad

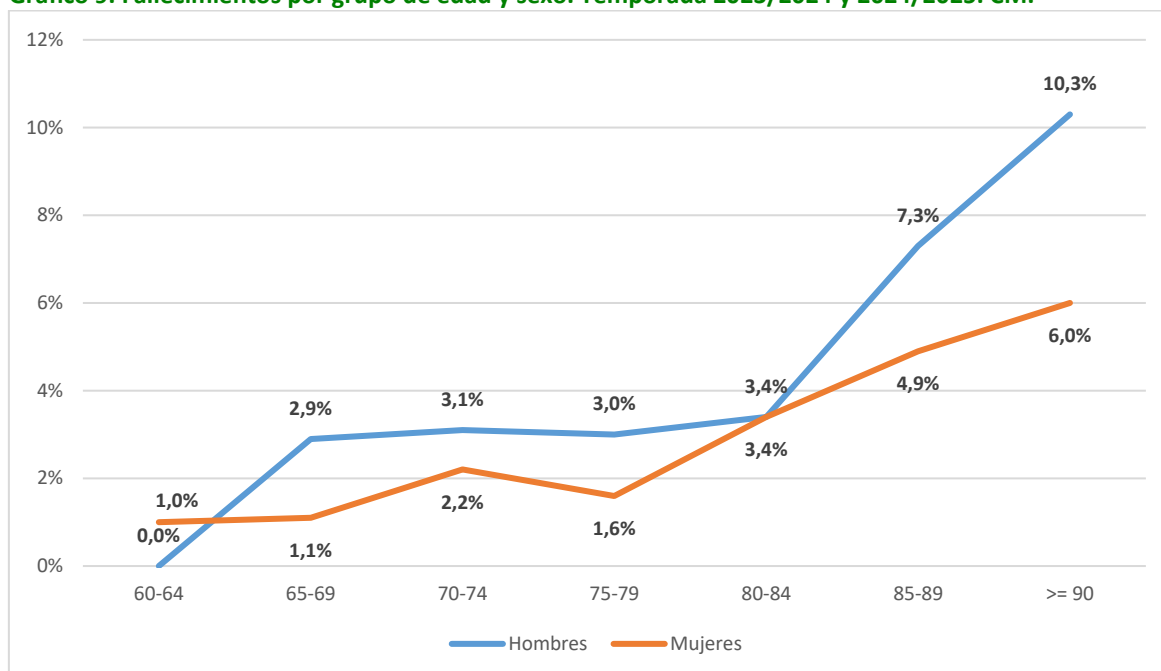
Del total de pacientes, 437 fallecieron (6,5% de los casos). En el análisis de los fallecimientos, 218 se atribuyeron al VRS (4,1% del total de casos) y 129 se debieron a otras causas. En la Tabla 7 se muestra el porcentaje de fallecidos por grupo de edad.

Tabla 7. Fallecimientos por grupo etario. Temporada 2023/2024 y 2024/2025. CM.

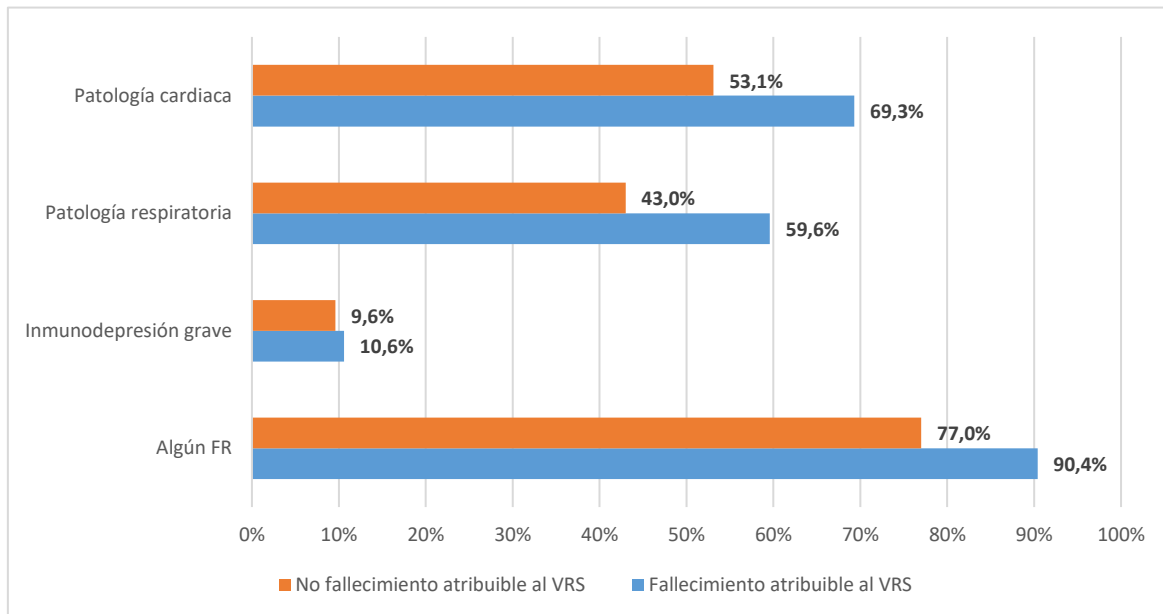
Rango edad	Fallecimiento (n)	Casos totales (n)	Fallecimiento (%)
60-64	2	371	0,5%
65-69	10	502	2,0%
70-74	15	558	2,7%
75-79	19	817	2,3%
80-84	33	976	3,4%
85-89	56	980	5,7%
>= 90	83	1135	7,3%
Total	218	5.339	4,1%

En el Gráfico 9 se muestran los datos desglosados por sexo y grupo de edad, donde se muestra que el porcentaje de pacientes fallecidos con causa atribuible al VRS aumenta al aumentar el rango de edad y es superior en los hombres en todas las edades, excepto en el grupo de edad de 60 a 64 años.

Gráfico 9. Fallecimientos por grupo de edad y sexo. Temporada 2023/2024 y 2024/2025. CM.



En el Gráfico 10 se muestra la comparación de la prevalencia de factores de riesgo entre los pacientes que presentaron un fallecimiento atribuible al VRS y los que no, siendo la prevalencia de FR superior en fallecidos por VRS.

Gráfico 10. Factores de riesgo en función de la evolución del paciente. Temporada 2023/2024 y 2024/2025. CM.

4. DISCUSIÓN

El análisis epidemiológico del VRS en población adulta de la CM refleja la importancia de la enfermedad en personas mayores de 60 años, tanto por los valores de incidencia, como los de hospitalización y mortalidad. Esta situación no es exclusiva de la región, sino que otros estudios ya establecen al VRS como una amenaza para la salud de adultos mayores y personas con comorbilidades y en algunos casos puede ser comparable en cuanto a la gripe en términos de carga asistencial y complicaciones respiratorias graves.

Tradicionalmente, el VRS se ha centrado en gran medida en la población pediátrica, donde habitualmente causa una importante comorbilidad. No obstante, los datos presentados subrayan la importancia del VRS en población adulta; el 48,4% de los casos confirmados durante las temporadas analizadas correspondieron a adultos de 60 años o más. Además, también este grupo representó el 49,9% del total de hospitalizaciones por VRS. El envejecimiento de la población y la mayor supervivencia de personas con enfermedades crónicas incrementan la vulnerabilidad al VRS. En cuanto al número de casos, las mujeres presentaron un mayor número absoluto de casos, pero las tasas de incidencia poblacional fueron generalmente más altas en hombres en la mayoría de los grupos etarios.

Más del 77% de los casos de este grupo de edad presentaron al menos un factor de riesgo relevante (cardiopatía, enfermedad pulmonar o inmunosupresión grave) y además se observaron diferencias relevantes según el sexo, siendo todos ellos más prevalentes en los hombres y en todos los grupos de edad.

Las manifestaciones clínicas de esta enfermedad coinciden con las de otros virus respiratorios, lo que dificulta en muchos casos el diagnóstico diferencial. La tos (79,5%) y la dificultad respiratoria (74,1%) fueron predominantes, además esta última presenta una prevalencia que aumenta con la edad. La fiebre está en menor proporción en los grupos de mayor edad, lo que puede inducir a una infravaloración del cuadro clínico si no existe una sospecha activa. Los hombres mostraron mayor prevalencia de síntomas graves como neumonía, sepsis, mientras que las mujeres tuvieron más síntomas respiratorios, como tos y disnea. La mayor frecuencia de síntomas graves puede estar relacionado con la mayor carga de factores de riesgo en hombres, especialmente en el caso de patologías cardiovasculares o respiratorias y en consonancia con estudios que refieren que el VRS puede producir descompensaciones de patologías subyacentes.

La proporción de pacientes que requirió hospitalización fue del 70,3%, con un 2,9% de los mismos requiriendo ingreso en UCI. Se observa una progresión lineal del riesgo de hospitalización con la edad, llegando a alcanzar el 79,1% en población de 90 años o más. Las densidades de incidencia poblacionales de hospitalización por VRS aumentan con la edad, como también refieren otros estudios europeos.

Este informe se realiza únicamente con casos confirmados de VRS, por lo que podría existir cierto sesgo de selección hacia los casos más graves que acceden a los hospitales (con necesidad de asistencia en urgencias u hospitalización) dado que las pruebas confirmatorias no están extendidas en Atención Primaria, por lo que hay una infraestimación del número real de casos leves o moderados en la comunidad.

La tasa de letalidad atribuible directamente al VRS en población adulta es relevante: 4,1% del total de los casos, con una importante progresión en función de la edad (desde el 0,5% en el grupo de 60 a 64 años hasta el 7,3% en población de 90 años o más). Además, si se correlaciona el fallecimiento y la presencia de factores de riesgo, se observa que los pacientes que fallecieron tenían mayor prevalencia de patologías cardíacas, respiratorias e inmunosupresión respecto a los pacientes que no fallecieron.

Actualmente, ya existen vacunas autorizadas para adultos mayores: Arexvy (GSK), Abrysvo (Pfizer) y mResvia (Moderna). Estas vacunas están dirigidas principalmente a proteger contra la enfermedad respiratoria grave atribuible al VRS en personas de 60 años o más. Los resultados de los ensayos son muy positivos, establecimiento una eficacia por encima del 70% en la prevención de enfermedad grave y reducción de hospitalizaciones. A nivel internacional, algunos países como Estados Unidos, ya han incluido la vacuna contra el VRS como parte de sus recomendaciones anuales para mayores de 60 años con factores de riesgo. En Canadá, Reino Unido, Alemania y España, entre otros, también se está evaluando su incorporación sistemática a los programas de inmunización de adultos.

En cuanto a la evolución temporal de los casos, la estacionalidad del VRS en las semanas 47-1 es consistente con lo observado en Europa. La existencia de este patrón ofrece una ventana de oportunidad para implementar campañas de inmunización.

5. CONCLUSIONES

El VRS representa un importante desafío para la salud pública, debido a su elevada transmisibilidad y capacidad para provocar cuadros respiratorios que pueden desembocar en hospitalización por infecciones respiratorias agudas, generando por tanto una elevada carga asistencial y un impacto importante en términos de morbilidad y mortalidad. Con los datos del informe, se pueden establecer algunas conclusiones:

- Aumento de la incidencia con la edad: Al aumentar la edad, aumenta el riesgo de desarrollar la enfermedad tanto en hombres como en mujeres.
- Alta carga asistencial en población mayor de 60 años: El 49,9 % de las hospitalizaciones por VRS corresponden a adultos \geq 60 años, con una tasa de hospitalización del 70,3 % y un 2,9 % requiriendo ingreso en UCI.
- La gravedad y la mortalidad aumentan con la edad y con los factores de riesgo: La letalidad atribuida directamente al VRS asciende al 4,1 % en mayores de 60 años, alcanzando el 7,3 % en mayores de 90.
- La presencia de patologías respiratorias, cardiovasculares o inmunosupresión multiplica el riesgo de evolución desfavorable. Estas comorbilidades están presentes en más del 77 % de los pacientes.

Agradecimientos: A los profesionales de los equipos de vigilancia y control de la infección de los hospitales de la Comunidad de Madrid encargados de las tareas de prevención, control y vigilancia epidemiológica por la notificación de los casos de VRS durante la temporada 2023/2024 y 2024/2025. A Zonmy Tuya Bengochea y a Marta Huerta Cofiño por su colaboración en la realización de la encuesta epidemiológica y registro de los casos confirmados de VRS.

Informe elaborado por: Marcos Alonso García. Programa de Vigilancia de las Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria. Área de Vigilancia y control de Enfermedades Transmisibles. Subdirección General de Vigilancia en Salud Pública. Comunidad de Madrid.

Cita recomendada: Dirección General de Salud Pública. Situación epidemiológica del virus respiratorio sincitial (VRS) en la Comunidad de Madrid en población adulta. Temporadas 2023/2024 y 2024/2025. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Número 1. Volumen 31. Enero 2026.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. European Centre for Disease Prevention and Control. Intensified circulation of respiratory syncytial virus (RSV) and associated hospital burden in the EU/EEA – 12 December 2022. ECDC: Stockholm; 2022.
2. WHO Strategy for Global Respiratory Syncytial Virus Surveillance Project Based on The Influenza Platform. [Internet]. World Health Organization (WHO); 2023. [citado 27 jun 2025]. Disponible en: <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/influenza/who-rsv-surveillance-strategy-phase-26mar2021.pdf>
3. Documento técnico de Inmunización frente al Virus Respiratorio Sincitial (VRS) en lactantes en la Comunidad de Madrid en la temporada 2024-2025. [Internet]. Dirección General de Salud Pública. Comunidad de Madrid; Septiembre 2023 [citado 27 jun 2025]. Disponible en: https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/prev/documento_tecnico_inmunizacion_vrs_campana_2024-2025.pdf
4. Barbas Del Buey JF, Íñigo Martínez J, Gutiérrez Rodríguez MA, Alonso García M, Sánchez-Gómez A, Lasheras Carbajo MD, et al. The effectiveness of nirsevimab in reducing the burden of disease due to respiratory syncytial virus (RSV) infection over time in the Madrid region (Spain): a prospective population-based cohort study. *Front Public Health*. 2024 Aug 16;12:1441786. doi: 10.3389/fpubh.2024.1441786.
5. Moline HL, Tannis A, Toepfer AP, Williams JV, Boom JA, Englund JA et al. Early Estimate of Nirsevimab Effectiveness for Prevention of Respiratory Syncytial Virus-Associated Hospitalization Among Infants Entering Their First Respiratory Syncytial Virus Season - New Vaccine Surveillance Network, October 2023-February 2024. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2024;73(9):209-214. doi: 10.15585/mmwr.mm7309a4.
6. Surie D, Yuengling KA, DeCuir J, Zhu W, Gaglani M, Ginde A, et al. Severity of Respiratory Syncytial Virus vs COVID-19 and Influenza Among Hospitalized US Adults. *JAMA Netw Open*. 2024; 7(4):e244954. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2024.4954.
7. Falsey AR, Hennessey PA, Formica MA, Cox C, Walsh EE. Respiratory syncytial virus infection in elderly and high-risk adults. *New England Journal of Medicine*. 2005;352(17):1749–1759. doi: 10.1056/NEJMoa043951.
8. Shi T, McAllister DA, O'Brien KL, Simoes EA, Madhi SA, Gessner BD. Global, regional, and national disease burden estimates of acute lower respiratory infections due to respiratory syncytial virus in young children in 2015. *The Lancet*. 2017;390(10098):946–958. doi: 10.1016/S0140-6736(17)30938-8.

9. Vera-Punzano N, Trobajo-Sanmartín C, Navascués A, Echeverría A, Casado I, Ezpeleta C, et al. Hospitalisation due to respiratory syncytial virus in a population-based cohort of older adults in Spain, 2016/17 to 2019/20. *Euro Surveill.* 2025;30(10):2400364. doi: 10.2807/1560-7917.ES.2025.30.10.2400364.
10. Walsh EE, Peterson DR, Falsey AR. Risk factors for severe respiratory syncytial virus infection in elderly persons. *J Infect Dis.* 2004;189(2):233-8. doi: 10.1086/380907.
11. Lee N, Lui GCY, Wong KT, Li TCM, Tse ECM, Chan JYC et al. High morbidity and mortality in adults hospitalized for respiratory syncytial virus infections. *Clin Infect Dis.* 2013;57(8):1069-1077. doi: 10.1093/cid/cit471.
12. Anastassopoulou C, Medić S, Feros S, Boufidou F, Tsakris A. Development, current status, and remaining challenges for respiratory syncytial virus vaccines. *Vaccines.* 2025;13(2):97. doi: 10.3390/vaccines13020097.
13. Alonso García M, Iñigo Martínez J, Huerta Cofiño ME, Jiménez Bueno S, Arce Arnáez A. Impacto del virus respiratorio sincitial en adultos mayores de 60 años en la Comunidad de Madrid: temporadas 2023/2024 y 2024/2025. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2026;61:101749. doi: 10.1016/j.regg.2026.101749.