

Informe epidemiológico sobre la situación de la legionelosis en España. Año 2025.

Resultados de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

Informe actualizado el 13 de octubre de 2026 con los datos disponibles hasta la fecha.

Depuración, validación y análisis de los datos:

Área de Análisis en Vigilancia Epidemiológica. Centro Nacional de Epidemiología del ISCIII.

Área de Vigilancia de Salud Pública. Equipo SiViEs. Centro Nacional de Epidemiología del ISCIII.

Vigilancia y notificación de los casos:

Unidades de Vigilancia de Salud Pública de las Comunidades Autónomas.

Cita sugerida: Informe epidemiológico sobre la situación de la legionelosis en España. Año 2025. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III.

Introducción

La legionelosis es una enfermedad de origen ambiental que se transmite al ser humano a través de la inhalación de aerosoles de agua contaminada con la bacteria *Legionella*. La bacteria se encuentra en bajas concentraciones en las aguas superficiales de ríos y lagos y es capaz de sobrevivir en un amplio rango de condiciones físico-químicas gracias a su capacidad de infectar a una gran variedad de protozoos, principalmente amebas. Desde los reservorios naturales, la bacteria accede a los sistemas de abastecimiento de agua de las ciudades y se incorpora a las instalaciones de agua u otras instalaciones y dispositivos que requieren la utilización de agua para su funcionamiento. La existencia de biofilms y las temperaturas entre 20 °C y 50 °C juegan un importante papel en la persistencia de la bacteria y le aportan las condiciones favorables para su multiplicación. No se ha documentado la transmisión persona a persona.

El período de incubación es de 2 a 10 días, y el desarrollo de la enfermedad depende de la cantidad de inóculo de la bacteria que llega a los alvéolos pulmonares, de la susceptibilidad del huésped y de factores de patogenicidad y virulencia de la bacteria. La susceptibilidad individual y los factores de riesgo que favorecen la infección por *Legionella* son aquellos que, por una parte, favorecen alteraciones de la vía respiratoria (tabaquismo activo, enfermedades pulmonares crónicas, etc.) y, por otra, los cambios en el sistema inmunitario (como el envejecimiento o las enfermedades o tratamientos que causen inmunodepresión).

Es una enfermedad de distribución universal, aunque en los países de renta alta es donde presenta una mayor incidencia y constituye un importante problema de salud pública. Puede presentarse en forma de casos esporádicos u originar brotes de distinta magnitud dependiendo de la fuente de infección. Los brotes producidos por torres de refrigeración son los que mayor impacto tienen en la población debido a la gran dispersión que pueden tener los aerosoles que producen. Otros brotes, originados en los sistemas de agua sanitaria, se restringen a establecimientos o edificaciones como hospitales, hoteles, barcos, etc.

Los casos de legionelosis son de declaración obligatoria en España.

Métodos

Se analizaron los casos de legionelosis del año 2025 notificados a la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE).

Los casos declarados siguen las definiciones de caso y los criterios para su clasificación (caso probable y confirmado) acordados por la RENAVE.

Para la asignación de las variables mes y año se utilizó la fecha del caso (fecha de inicio de síntomas o la más cercana en caso de no conocerla - fecha de diagnóstico, fecha de hospitalización, etc.). El análisis de distribución geográfica se realizó considerando la Comunidad Autónoma de residencia del caso, y en su ausencia, la Comunidad Autónoma de declaración. Se excluyen de este informe todos los casos residentes en el extranjero.

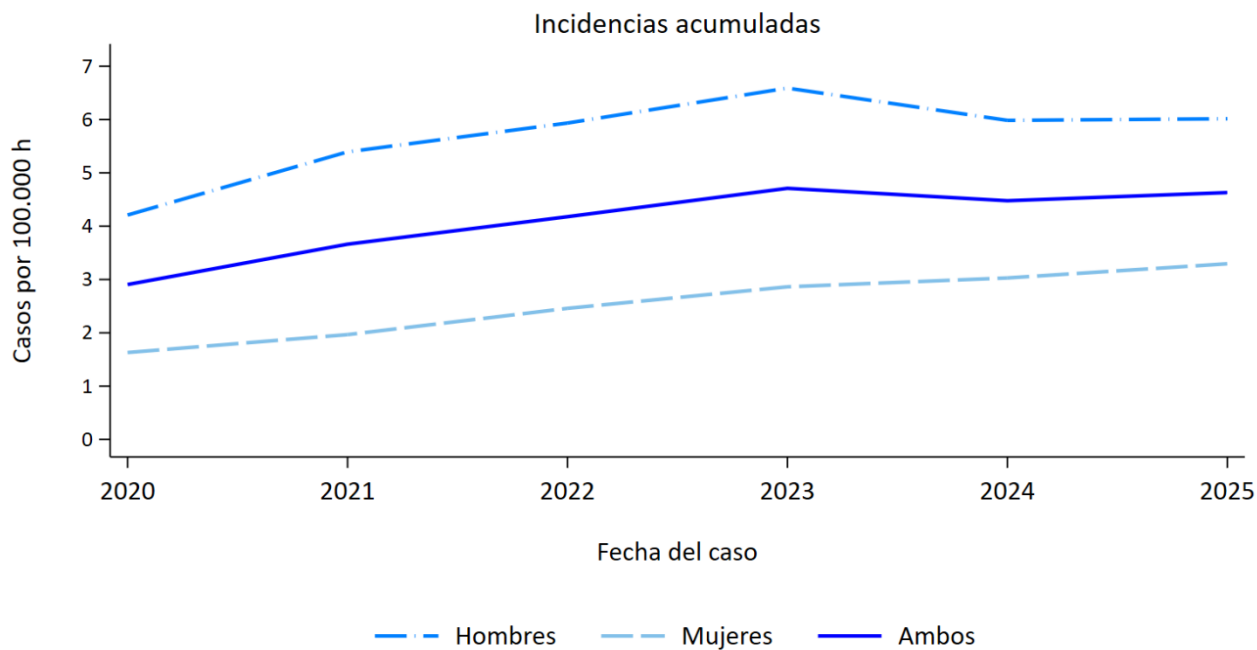
El cálculo de las incidencias acumuladas anuales se realizó utilizando como numerador el total de casos notificados durante ese año (excluyendo importados) y como denominador la población estimada con fecha a 1 de enero según la operación Estadística Continua de Población que publica anualmente el Instituto Nacional de Estadística (INE), excluyendo del denominador las poblaciones correspondientes a las Comunidades Autónomas (CCAA) que no notificaron dicho año. Se consideraron como casos importados aquellos en los que la infección ocurrió en un país distinto de España. Para el análisis de la estacionalidad se excluyeron los casos importados.

Situación epidemiológica

Distribución temporal

En el año 2025 se notificaron 2.275 casos de legionelosis en residentes en España (incidencia acumulada de 4,63 casos por 100.000 habitantes), excluyendo 30 casos importados (Figura 1).

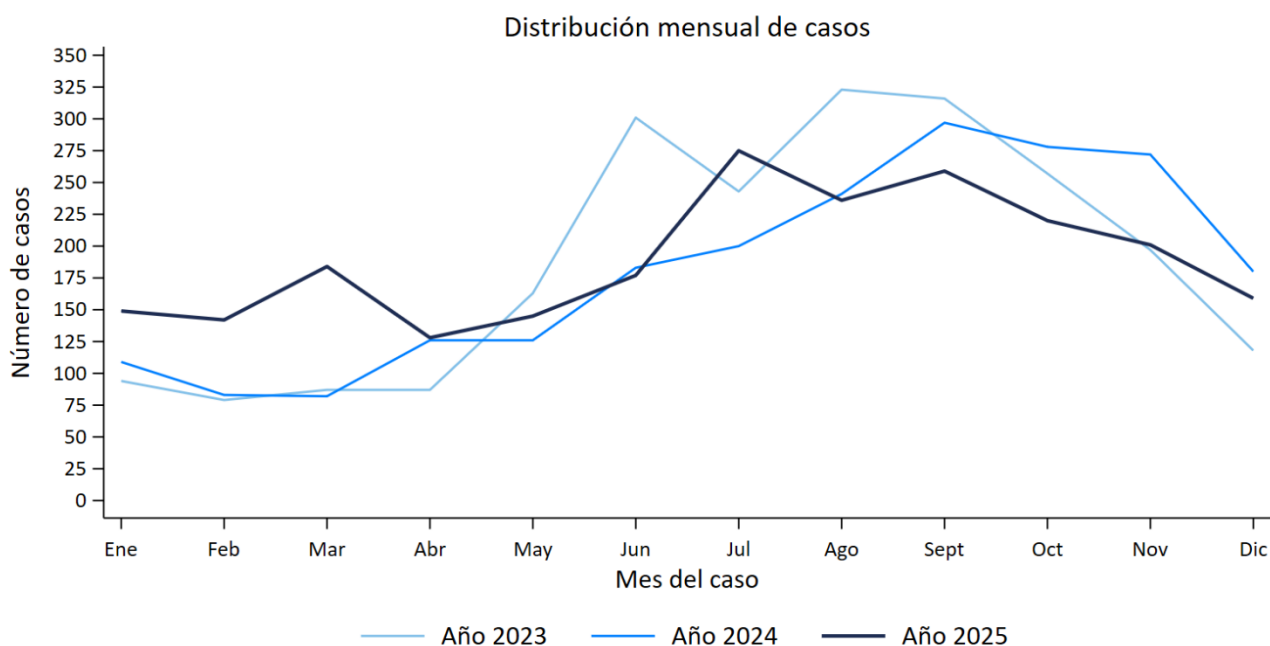
Figura 1. Vigilancia de legionelosis. España, 2020-2025



Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)

En cuanto a la distribución mensual de los casos, al igual que en los dos años previos, se observó un patrón estacional, con un aumento en el número de casos durante los meses de julio a septiembre (Figura 2).

Figura 2. Vigilancia de legionelosis. España, 2023 - 2025

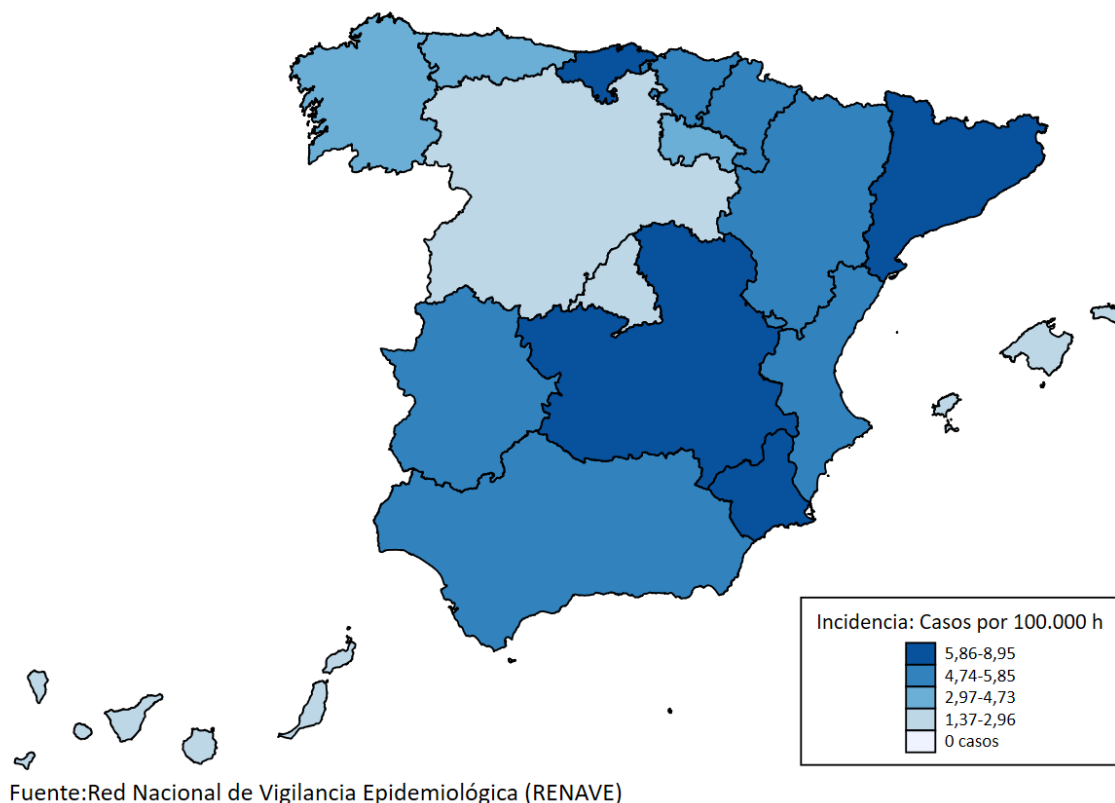


Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)

Distribución geográfica

La Comunidad Autónoma en la que se notificó la mayor incidencia acumulada fue Murcia con 8,95 casos por 100.000 habitantes, seguida de Cataluña (IA de 6,81), Cantabria (IA de 6,40) y Castilla La Mancha (IA de 6,16) mientras que las incidencias acumuladas más bajas se notificaron en Islas Canarias (IA de 1,37), Islas Baleares (IA de 1,52) y Comunidad de Madrid (IA de 2,05). Ceuta notificó 0 casos (Figura 3).

Figura 3. Vigilancia de legionelosis. España, 2025
Incidencia acumulada por Comunidades Autónomas

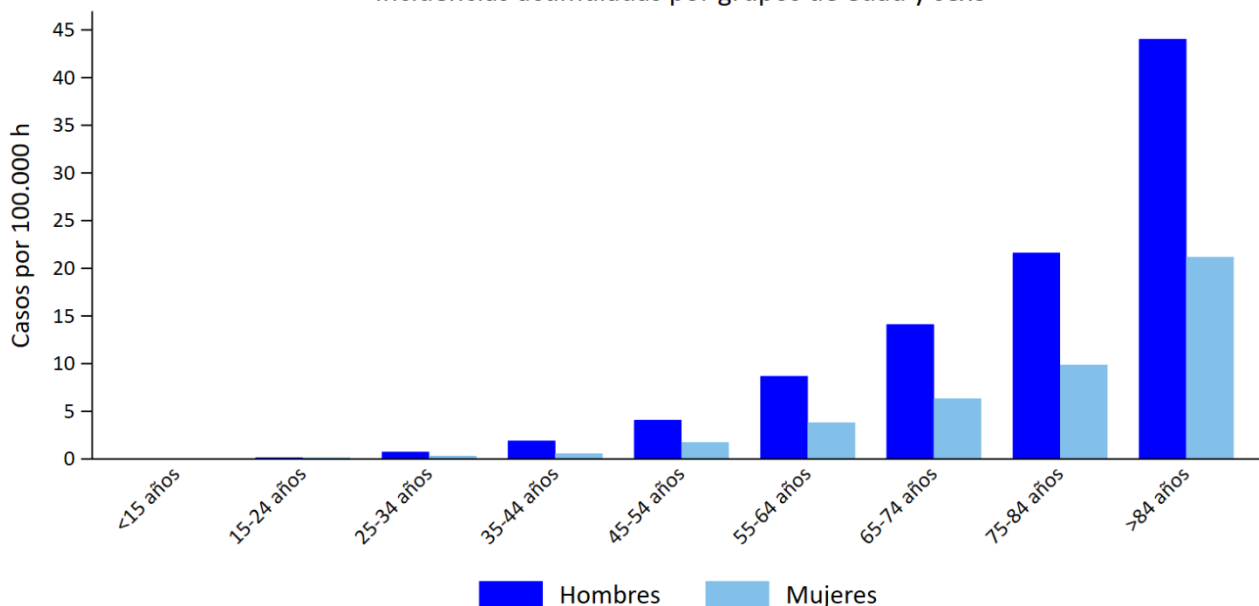


Características de los casos residentes en España y no importados

La incidencia acumulada en los hombres fue superior a la de las mujeres, siendo la razón hombre/mujer de 1,83. Las incidencias acumuladas aumentaron progresivamente con la edad. No se notificó ningún caso de legionelosis en menores de 15 años. El aumento de la IA se observó especialmente a partir de los 55 años, siendo máxima en el grupo de > 84 años. Las diferencias por sexo estuvieron presentes en todos los grupos de edad, con una razón hombre/mujer superior a 2 en los grupos de edad de más de 24 años, siendo máxima en el grupo de 35-44 años (3,32) (Figura 4).

Figura 4. Vigilancia de legionelosis. Año 2025

Incidencias acumuladas por grupos de edad y sexo

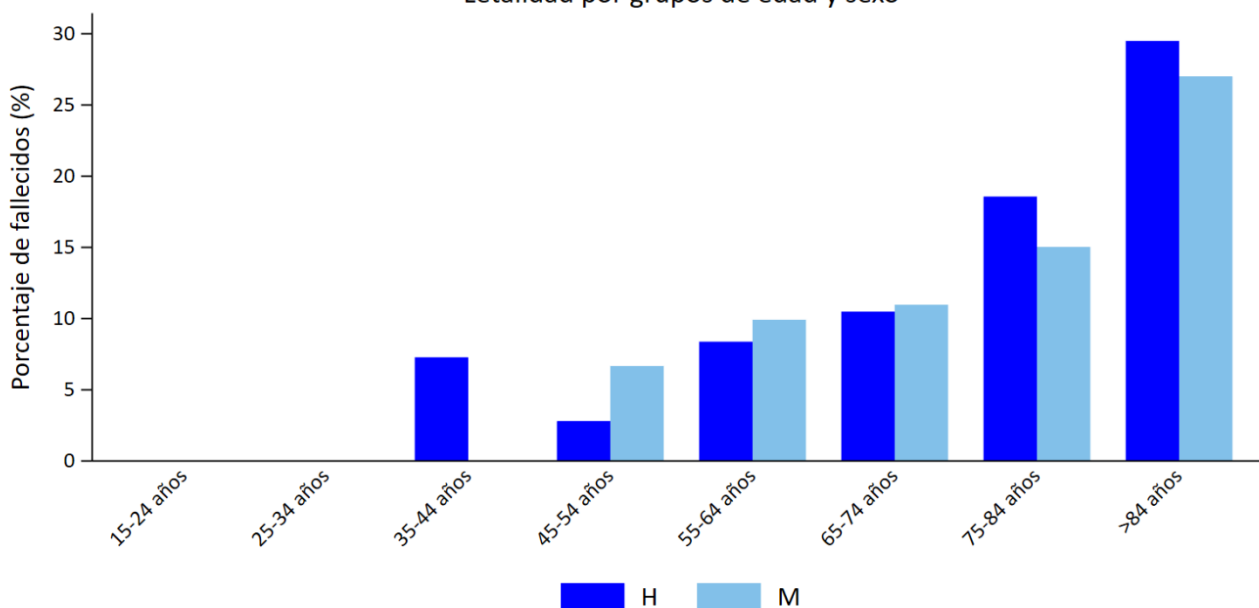


Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)

Se notificó el fallecimiento de 293 casos de un total de 2.035 casos con información (letalidad del 14,4%). A diferencia de la IA, no se observaron importantes diferencias en la letalidad según el sexo, aunque fue ligeramente superior en las mujeres que en los hombres (15,4% vs. 13,8%). La letalidad aumentó con la edad, siendo máxima en los hombres y las mujeres mayores de 84 años (29,5% y 27,0% respectivamente). No se notificaron defunciones en menores de 35 años (Figura 5).

Figura 5. Vigilancia de legionelosis. Año 2025

Letalidad por grupos de edad y sexo



Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)

Se notificó al menos un factor predisponente de la enfermedad en 1.123 casos (49,36%). El principal factor predisponente fue el hábito de fumador (214 casos, 19,06%), seguido de diabetes (182 casos, 16,21%),

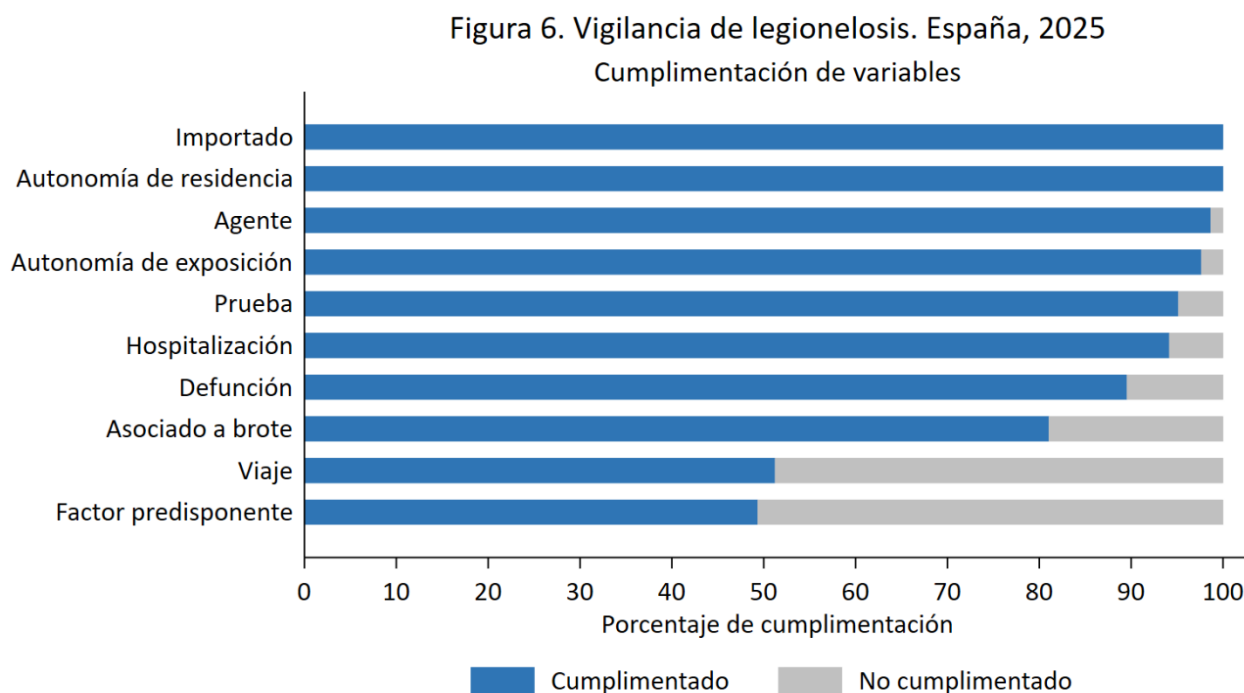
enfermedad respiratoria crónica (169 casos, 15,05%), inmunosupresión (80 casos, 7,12%) y cáncer (59 casos, 5,25%). Además, se notificaron otros 419 casos en los que constaban varios factores predisponentes.

Se notificaron 162 casos (7,12%) en los que constaba que habían realizado un viaje durante el periodo de incubación de la enfermedad. El principal tipo de alojamiento asociado a estos viajes fue el hotel (60 casos de 158 con información, 37,97%) seguido de los alojamientos privados (como segundas residencias) (50 casos, 31,65%), y las viviendas turísticas (22 casos, 13,92%). También se notificaron 11 casos con antecedente de viaje a un balneario, 9 a un camping y 6 con otras exposiciones no definidas. Se notificaron 9 clusters (dos o más casos que se alojaron en el mismo establecimiento turístico en un plazo de 2 años).

En este año, el principal método de diagnóstico de los casos fue la detección de antígeno en orina (antigenuria) (1.883 casos de 2.163 casos con información, 87,06%), mientras que los diagnósticos mediante el uso de PCR y cultivo fue minoritario (37 casos, 1,71%; y 27 casos, 1,25%, respectivamente). Además, se notificaron 7 casos que se diagnosticaron mediante técnicas serológicas, y en 209 constaba el uso de varias técnicas. Dado el amplio uso de las antigenurias, el agente causal identificado en la mayoría de los casos fue *L. pneumophila* (2.228 casos de 2.244 con información, 99,29%) aunque cabe destacar que también se notificaron dos casos de *L. longbeache* por PCR, además de 14 casos en los que no se especificó la especie de *Legionella*.

Calidad de los datos de la declaración de casos individualizados

La calidad de la cumplimentación de las variables se muestra en la figura 6. La información sobre la edad, el sexo, si el caso era importado, la autonomía de residencia, la autonomía de exposición, el tipo de prueba diagnóstica y la especie de *Legionella* identificada estaba disponible en más de 95% de los casos. La cumplimentación de la variable de hospitalización fue del 94%, de la defunción del 90% y de si el caso estaba asociado a un brote del 81%. La información sobre si el caso había viajado durante el periodo de incubación estaba disponible en el 51% de los casos, y del factor predisponente de la enfermedad en el 49% de los casos.



Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)

Casos residentes en el extranjero notificados a través de ELDSnet

En el año 2025, se notificaron a través de la red europea ELDSnet 110 casos de turistas residentes en el extranjero que viajaron a nuestro país. Los casos procedían de 16 países diferentes, destacando Reino Unido y Alemania con 25 casos (22,73%) y 20 casos (18,18%) respectivamente. El 69,09% de los casos fueron hombres y su mediana de edad fue de 62 años. Estos casos estuvieron en 139 alojamientos diferentes localizados en 14 CCAA, destacando Cataluña (31 alojamientos, 22,30%), Islas Baleares (22 alojamientos, 15,83%), e Islas Canarias y Comunidad Valenciana (20 alojamientos cada uno, 14,39%). La gran mayoría de los alojamientos mencionados fueron hoteles (103 alojamientos, 74,10%) aunque también se notificaron 28 viviendas de alquiler y 8 campings. Veintiuno (15,11%) de los alojamientos de los viajes formaban parte de un cluster, de los que 20 fueron hoteles.

Brotes

En el año 2025, se notificaron un total de 31 brotes de legionelosis (excluidos los clusters en alojamientos turísticos), con un total de 93 casos (mediana de 2 casos por brote, mínimo 2 y máximo de 7 casos) y 63 hospitalizados. Además, se notificaron 13 defunciones asociadas a estos brotes. Los brotes fueron notificados por 8 CCAA: Andalucía 17 brotes; C. Valenciana 5 brotes; Castilla La Mancha, Galicia y Navarra 2 brotes cada una; y Castilla y León, C. de Madrid y Murcia 1 brote cada una. Ninguno de los brotes fue importado. El principal ámbito de exposición fueron los centros residenciales de mayores (7 brotes, 20,00%), seguido de cuatro brotes en instalaciones sanitarias (13,33%). Además, se notificó un brote en unos almacenes de distribución de mercancías, un brote en una instalación deportiva, un brote en un restaurante, 15 agregaciones de casos en una zona geográfica determinada (un municipio, etc.) y dos brotes en establecimientos colectivos no especificados. La información sobre la fuente sospechosa de la infección estaba disponible en 26 brotes, destacando el agua sanitaria (17 brotes, 65,38%). En la mayoría de los brotes, la identificación de la fuente de exposición se realizó por evidencia epidemiológica (20 de 25 brotes con información, 80,00%), pero también se notificaron dos brotes en los que se confirmó la fuente al detectarse la bacteria tanto en muestras clínicas como ambientales, mientras en otros tres brotes en la investigación de la fuente no se obtuvieron resultados concluyentes.

Conclusión

En el año 2025, la incidencia acumulada de legionelosis fue similar al año previo, continuando la tendencia estable de los últimos años. Las características de los casos fueron similares a las de los años anteriores, con una mayor incidencia en hombres que en mujeres. La razón hombre/mujer fue máxima en el grupo de 35 a 44 años, lo que podría deberse a diferencias en exposiciones ocupacionales en esa franja de edad (profesiones como transportistas, jardinería, etc.). No obstante, las diferencias por sexo no se observaron en la letalidad, que fue muy similar en hombres y en mujeres. Las mayores incidencias acumuladas se notificaron en las personas mayores de 64 años, y la letalidad fue especialmente elevada en las mayores de 84 años, tanto en hombres como mujeres. La estacionalidad de la enfermedad, con más casos en los meses de finales de verano y principios de otoño, también estuvo presente en los años previos.