

INFORME EPIDEMIOLÓGICO SEMANAL COMUNIDAD DE MADRID. Semana 16

Red de Vigilancia Epidemiológica

Martes, 21 de abril de 2026 *(datos provisionales)*

1. ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA	Pág. 2
2. ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA INVASIVA	Pág. 4
3. SARAMPIÓN	Pág. 5
4. VIGILANCIA CENTINELA DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (IRA)	Pág. 7
5. BROTES EPIDÉMICOS	Pág. 11
6. AVANCE DE RESULTADOS SIVFRENT 2025	Pág. 12
7. VIGILANCIA DE LAS ENTEROBACTERIAS PRODUCTORAS DE CARBAPENEMASAS (EPC)	Pág. 12

Subdirección General de Vigilancia en Salud Pública
Dirección General de Salud Pública

Tfno.: +34 91370 08 88

Correo-e: epidemiologia.vigilancia@salud.madrid.org

1. ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA. COMUNIDAD DE MADRID.

Datos acumulados hasta la semana 16 de 2026 (semana que finaliza el 19 de abril de 2026) y comparación con el mismo periodo del año anterior.

1.1.- Enfermedades de Declaración Obligatoria. Casos acumulados e Índice Epidémico. Años 2026 y 2025 (sólo se incluyen en la tabla las enfermedades que han presentado casos notificados en el año en curso).

Enfermedad	2026 (sem 1-16)	2025 (sem 1-16)	IE*
Enfermedades de transmisión respiratoria			
Gripe	17.321	58.109	0,30
Legionelosis	29	52	0,56
Lepra***	1	1	--
Tuberculosis	176	190	0,93
Enfermedades de transmisión alimentaria			
Campilobacteriosis**	1.017	1.709	--
Criptosporidiosis	1	45	0,02
<i>E. coli</i> productor toxina Shiga o Vero	9	27	0,33
Fiebre tifoidea y paratifoidea***	1	2	--
Giardiasis	28	163	0,17
Hepatitis A	67	166	0,40
Listeriosis	11	9	1,22
Salmonelosis (exc. fiebre tif. y paratif.)	149	304	0,49
Shigelosis	52	67	0,78
Yersiniosis	37	49	0,76
Enfermedades de transmisión sexual y parenteral**			
Hepatitis B	7	75	--
Hepatitis C	27	144	--
Infección gonocócica	1.456	2.652	--
Inf. <i>Chlamydia trachomatis</i> (exc. LGV)	1.013	2.192	--
Linfogranuloma venéreo	125	244	--
Mpox ¹	91	80	--
Sífilis	358	587	--
Zoonosis***			
Fiebre Q	1	8	--
Enfermedades prevenibles por vacunación			
Enf. invasiva por <i>H. influenzae</i>	32	33	0,97
Enf. meningocócica invasiva	19	24	0,79
Enf. neumocócica invasiva	178	266	0,67
Herpes zóster	10.664	10.536	1,01
Parotiditis	49	97	0,51
P.F.A. (< 15 años)***	2	0	--
Sarampión***	44	1	--
Tosferina	8	19	0,42
Varicela	482	407	1,18
Enfermedades notificadas por Sistemas Especiales**			
EETH (Encef. Espongif. Tr. Humanas)	1	5	--
Enfermedades de transmisión vectorial***			
Dengue	15	13	--
Enf. por virus Chikungunya	9	3	--
Fiebre exantemática mediterránea	1	8	--
Leishmaniasis	16	24	--
Paludismo	13	25	--

*Se calcula el Índice epidémico (IE) para cada enfermedad dividiendo los casos notificados hasta la semana correspondiente en el año actual entre los casos notificados en el mismo periodo del año anterior. Si el valor del índice se encuentra entre 0,76 y 1,24 la incidencia se considera normal, si es menor o igual a 0,75 incidencia baja, si es mayor o igual a 1,25 incidencia alta.

**No se calcula el IE en aquellas enfermedades en las que el circuito de notificación presenta demora en la inclusión de caso.

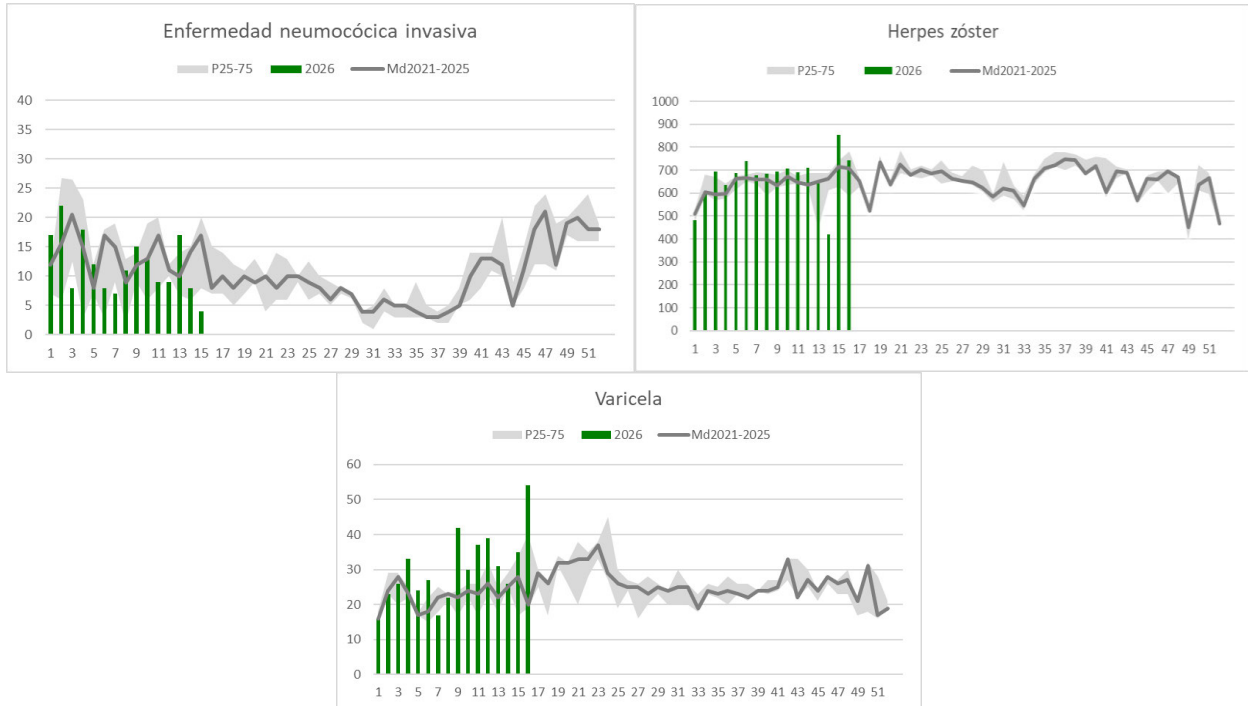
*** No se calcula el IE en las enfermedades de baja incidencia.

¹Mpox: hasta la semana 16 de 2026 se han detectado en la Comunidad de Madrid 36 casos de mpox clado 1. De ellos, 27 son clado 1b y 9 son clado 1 sin subtipar. De los 91 casos notificados, 5 estaban vacunados previamente con 1 dosis actual y 13 estaban vacunados con dos dosis actuales de vacuna frente a la viruela.

¡Aviso! Como consecuencia de la implementación de la nueva aplicación informática de EDO, los registros del año pueden experimentar variaciones intersemanales debido a ajustes y consolidación de la información.

1.2.- Patrón temporal de EDO seleccionadas. Datos hasta la semana 16 de 2026 (semana que finaliza el 19 de abril de 2026).

Se presenta la distribución de casos por semana de notificación de algunas enfermedades seleccionadas según criterios de magnitud (nº de casos en la semana e índice epidémico) o características de la enfermedad (patrón estacional, posibilidad de presentación en forma de brotes epidémicos, etc.).

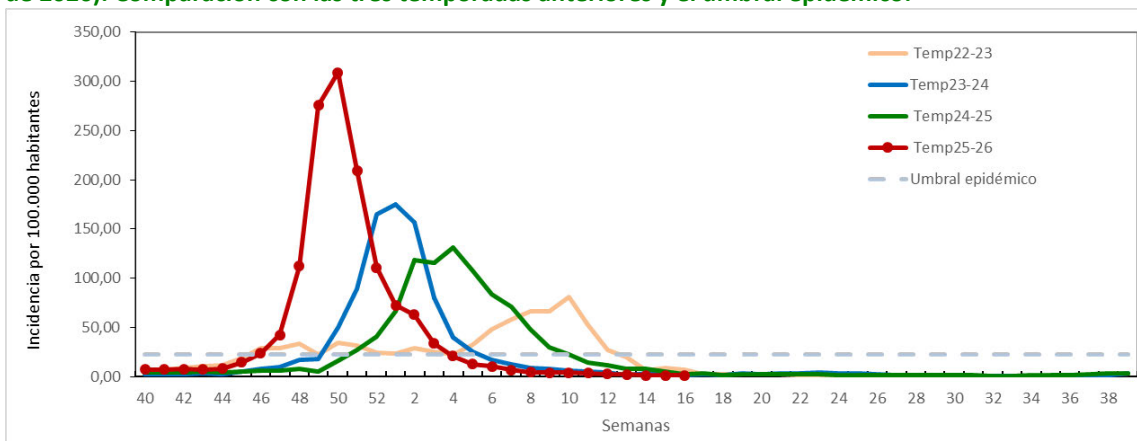


1.3.- VIGILANCIA DE LA GRIPE. COMUNIDAD DE MADRID. SISTEMA EDO. TEMPORADA 2025/2026.

El número de casos de gripe notificados durante la semana 16 de 2026 a través del Sistema de Vigilancia EDO es de **116 casos** (3 más con respecto a la semana anterior) y el número de casos acumulados de la temporada 2025/2026 asciende a 97.432 casos.

En la gráfica siguiente se muestran las curvas de incidencia acumulada por 100.000 habitantes de las tres últimas temporadas, junto con el umbral epidémico, cuyo valor numérico es 22,38. Éste ha sido construido a partir de las 5 temporadas anteriores (exceptuando las temporadas 2020-2021 y 2021-2022 en las que apenas hubo casos). En la semana 16 de 2026 la tasa se sitúa en **1,65 casos por 100.000 habitantes**, muy inferior, por tanto, al umbral epidémico.

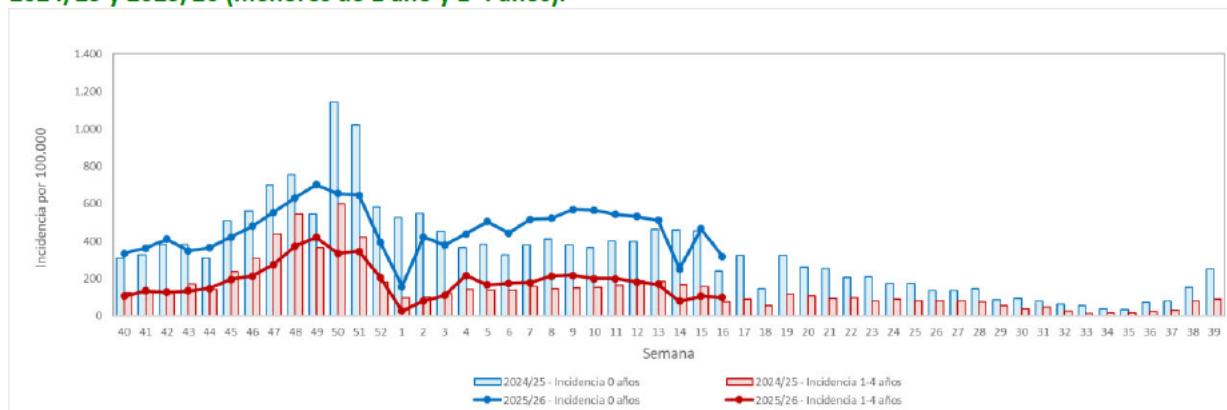
Incidencia acumulada por 100.000 habitantes hasta la semana 16 de 2026 (semana que finaliza el 19 de abril de 2026). Comparación con las tres temporadas anteriores y el umbral epidémico.



1.4.- VIGILANCIA DE CASOS SOSPECHOSOS DE VIRUS RESPIRATORIO SINCITAL (VRS). COMUNIDAD DE MADRID. TEMPORADA 2025/2026.

El número de episodios de código CIAP R-78 (bronquitis/bronquiolitis) en niños de 0-4 años registrados en Atención Primaria en la semana 16 de 2026 (del 13 al 19 de abril de 2026) a través del Sistema de Vigilancia de casos sospechosos es de **372 casos** (91 menos que la semana anterior) y el número de casos acumulados de la temporada 2025/2026 asciende a 18.345 casos.

Incidencia de casos sospechosos de bronquitis/bronquiolitis (R-78) por 100.000 habitantes. Temporadas 2024/25 y 2025/26 (menores de 1 año y 1-4 años).



2. ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA INVASIVA. COMUNIDAD DE MADRID. AÑO 2026. Datos hasta la semana 16 de 2026 y comparación con el mismo período del año anterior.

2.1.- Incidencia y letalidad de casos confirmados y sospechosos de enfermedad meningocócica invasiva.

	AÑO 2026				AÑO 2025			
	Casos	Tasas*	Fallecidos	Letalidad (%)	Casos	Tasas*	Fallecidos	Letalidad (%)
Serogrupo A	0	0	0	0	0	0	0	0
Serogrupo B	8	0,11	1	12,5	15	0,21	2	13,3
Serogrupo C	0	0	0	0	1	0,01	0	0
Serogrupo W	1	0,01	0	0	6	0,09	1	16,7
Serogrupo Y	5	0,07	1	20	0	0	0	0
Serogrupo desconocido	5	0,07	0	0	1	0,01	0	0
No tipable	0	0	0	0	1	0,01	0	0
Total confirmados	19	0,27	2	10,5	24	0,34	3	12,5
Sospecha clínica	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	19	0,27	2	10,5	24	0,34	3	12,5

*Tasas por 100.000 habitantes. Estadística continua de población, año 2024.

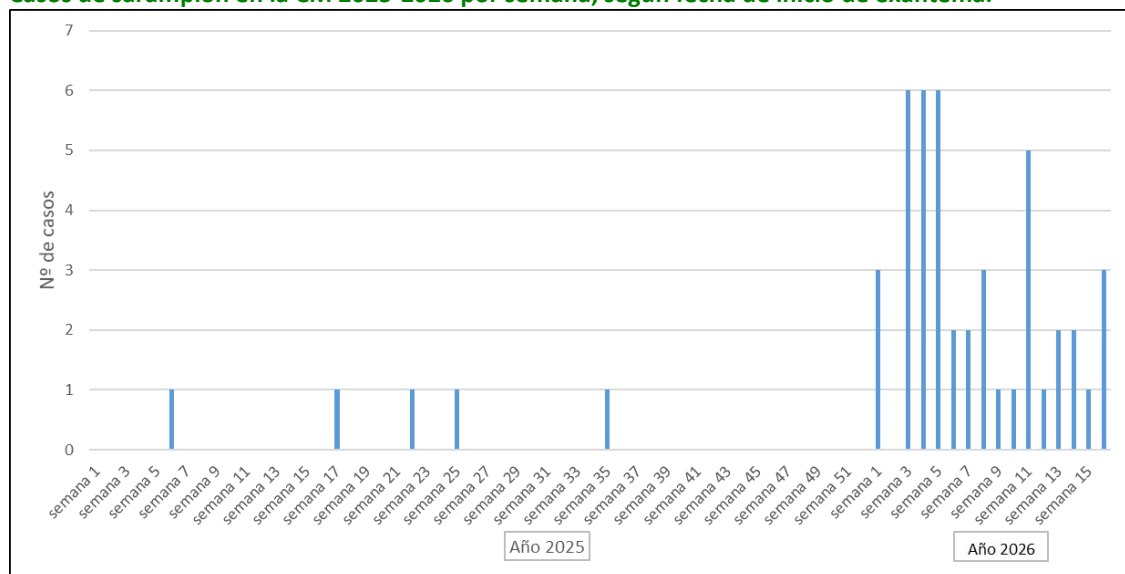
2.2.- Distribución de casos e incidencia* por año epidemiológico, grupo de edad y serogrupos B, W e Y.

	Serogrupo B				Serogrupo W				Serogrupo Y			
	2026		2025		2026		2025		2026		2025	
	Casos	Incidencia	Casos	Incidencia	Casos	Incidencia	Casos	Incidencia	Casos	Incidencia	Casos	Incidencia
0 a 1 año	0	0	0	0	0	0	1	0,98	1	0,98	0	0
2 a 4 años	1	0,62	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5 a 14 años	1	0,14	2	0,29	0	0	0	0	0	0	0	0
15 a 44 años	5	0,19	7	0,26	0	0	3	0,11	0	0	0	0
45 a 64 años	1	0,05	3	0,14	0	0	0	0	2	0,1	0	0
65 a 74 años	0	0	1	0,15	0	0	1	0,15	1	0,15	0	0
>74 años	0	0	2	0,31	1	0,15	1	0,15	1	0,15	0	0

*Tasas por 100.000 habitantes. Estadística continua de población, año 2024.

3. SARAMPIÓN. COMUNIDAD DE MADRID (CM). AÑO 2026. Datos hasta la semana 16 de 2026.

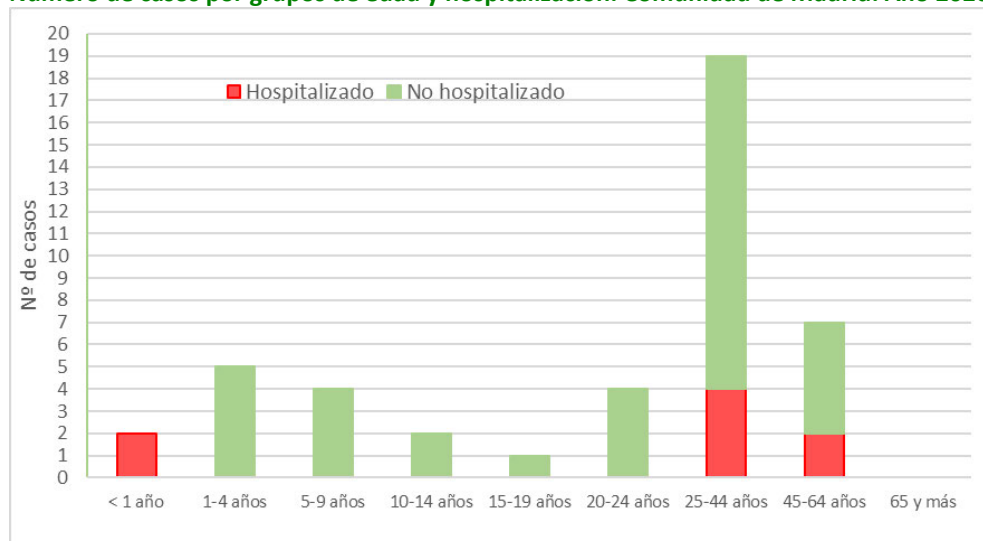
En las primeras 16 semanas del año 2026 se han registrado 44 casos de sarampión en la Comunidad de Madrid.

Casos de sarampión en la CM 2025-2026 por semana, según fecha de inicio de exantema.

El domicilio de los casos y su atención sanitaria se distribuye por diferentes zonas geográficas de la CM. Esta situación indica que hay cierta circulación comunitaria del virus en nuestra población ya que en la mayoría de casos no hay antecedente de viaje previo fuera de la CM.

Los casos son 24 mujeres y 20 varones, con predominio de adultos: el 59,1% (n=26) tienen entre 25 y 55 años (4 de ellos mayores de 49 años); los casos pediátricos son dos menores de un año y once casos que tienen entre 1 y 12 años. El 18,2% del total de casos (n=8) ha necesitado ingreso hospitalario, cinco debido a su afectación respiratoria.

El 45,5% de los casos son personas originarias de otros países, la mayoría con residencia en la CM desde hace años; el 85% de estos casos son de origen latinoamericano.

Número de casos por grupos de edad y hospitalización. Comunidad de Madrid. Año 2026.

Respecto al estado vacunal, 26 de los 44 casos no estaban vacunados, los dos niños menores de un año entre ellos (59,1%). Cuatro casos tenían administrada una única dosis de triple vírica y 6 casos adultos, sin vacunación documentada, se asume que lo estaban por su perfil serológico/clínico. Hubo otros 8 casos, entre ellos dos niños de 8 y 9 años, con dos dosis de vacuna documentadas (seis de ellos, los 2 niños y 4 adultos, presentaron un sarampión modificado caracterizado por presentar una clínica más leve sin síntomas respiratorios asociados).

Se han confirmado por laboratorio 42 de los 44 casos; 40 tienen pruebas virológicas específicas positivas (RT-PCR en orina y/o frotis faríngeo para el virus del sarampión).

Un total de 29 casos (65,9%) tienen algún vínculo epidemiológico entre sí. La mayor agrupación consta de 10 casos: 6 son familiares (padre, 2 hijos y 3 sobrinos, todos no vacunados) que generan 2 cadenas de transmisión añadidas en el entorno de urgencias con 4 casos más. Hay otros 3 brotes familiares no relacionados entre sí: uno con 3 casos (padre, madre e hijo) y otros 2 brotes con 2 casos cada uno (hermanos adultos convivientes). Dos casos más están relacionados por vecindad (relación de amistad entre familias). Otros dos casos están relacionados con un brote que se desarrolló en otra comunidad y otros tres casos están relacionados con la asistencia sanitaria a uno de ellos. Un último brote registrado está compuesto por 4 casos secundarios a partir de un caso importado de un país africano.

En la situación epidemiológica actual es importante mantener una alta sospecha de esta enfermedad ante un cuadro exantemático febril acompañado de síntomas respiratorios. Según el Protocolo del Plan de Eliminación del Sarampión, **todos los casos sospechosos deben ser notificados de manera urgente** a la Red de Vigilancia Epidemiológica de la CM. En ese momento se deben recoger las 3 muestras necesarias: sangre para serología, exudado faríngeo y orina para detección viral mediante RT-PCR ya que la serología por sí sola no siempre es diagnóstica.

4. VIGILANCIA CENTINELA DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (IRA). COMUNIDAD DE MADRID. TEMPORADA 2025/2026. Datos hasta la semana 16 de 2026 (semana que finaliza el 19 de abril de 2026).

La pandemia de COVID-19 impulsó la necesidad de implantar un sistema para la vigilancia sindrómica de las infecciones respiratorias agudas (IRA) con la finalidad de detectar y monitorizar la incidencia y características epidemiológicas y microbiológicas de la infección respiratoria producida por los patógenos circulantes en la comunidad (gripe, COVID-19 y VRS). A finales de 2020 la Comunidad de Madrid adaptó el Sistema de Vigilancia Centinela de la gripe y comenzó la vigilancia sindrómica de las IRA (SIVIRA-MAD). La vigilancia poblacional en tiempo real debe permitir la detección inmediata de cualquier virus respiratorio emergente en circulación para poner en marcha la respuesta más apropiada lo antes posible.

La vigilancia se lleva a cabo tanto en atención primaria (episodios de IRA), como en atención hospitalaria (ingresos urgentes por IRA). En atención primaria se recoge el número de episodios de sospecha o confirmados de IRA atendidos en consulta médica o telefónica registrados con los códigos CIAP R74 (infección respiratoria aguda del tracto superior), R76 (amigdalitis aguda), R77 (faringitis/traqueítis aguda), R78 (bronquitis, bronquiolitis aguda, Infección pulmonar aguda), R80 (gripe), R81.02 (neumonía viral), A77.01 (infección debida a coronavirus), A77 (sospecha de COVID-19). En atención hospitalaria la fuente de información son los ingresos urgentes diarios. Además, se recogen datos clínicos, de evolución, vacunales y antecedentes de riesgo y se lleva a cabo la toma de una muestra respiratoria de los episodios detectados un día a la semana para la identificación de SARS-CoV-2, Gripe, VRS y otros virus respiratorios.

En la temporada 2025-2026, la población vigilada en atención primaria asciende al 10% y está constituida por la población de referencia de 30 centros de salud. En atención hospitalaria la población vigilada es la población de referencia de los hospitales La Paz, Gregorio Marañón, 12 de Octubre y Ramón y Cajal, que cubren el 28,1% de la población.

En este informe se presenta la incidencia acumulada semanal de casos sospechosos de SARS-CoV-2, gripe y VRS correspondientes a la temporada 2025-2026, que abarca desde la semana 40/2025 (semana que comienza el 29 de septiembre) hasta la semana 39/2026.

4.1. INCIDENCIA POR SEMANA

Incidencia de infecciones respiratorias agudas

La incidencia de infecciones respiratorias agudas es de **326,38** casos por 100.000 habitantes en **Atención Primaria** (371,69 en la semana anterior). La incidencia más alta se observa en menores de 5 años (1682,00 casos por 100.000). La incidencia en **Atención Hospitalaria** es de **14,31** (15,54) la semana previa. El grupo de edad de mayor incidencia es el de 80 o más años (**123,61**).

Incidencia de gripe

La incidencia de gripe en la semana 16 en **Atención Primaria** ha sido de **1,51** casos por 100.000 habitantes (0,96 la semana anterior). En **Atención Hospitalaria** se mantiene igual que la semana anterior con una incidencia total de **0,1** casos por 100.000 habitantes.

Incidencia de infección por SARS-CoV-2

La incidencia acumulada de casos sospechosos de infección por SARS-CoV-2 durante la semana 16 ha sido de **0,83** en **Atención Primaria**.

Incidencia de bronquiolitis aguda en menores de 1 año

En **Atención Primaria**, la incidencia en menores de 1 año durante la semana 16 ha sido de **257,01** casos por 100.000 habitantes (556,86 la semana anterior). En **Atención Hospitalaria** la incidencia se mantiene en **43,41** casos por 100.000 habitantes.

Infecciones respiratorias agudas

Incidencia semanal

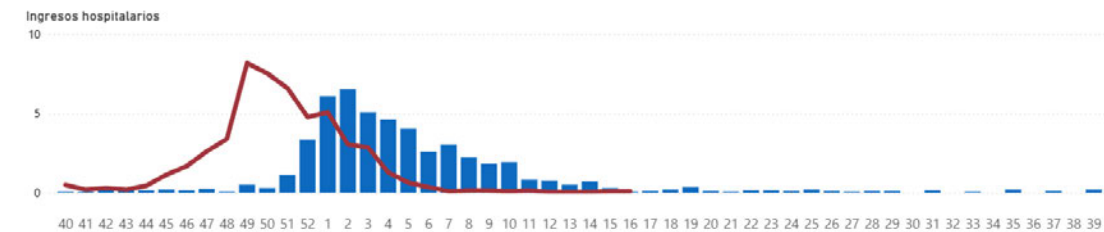
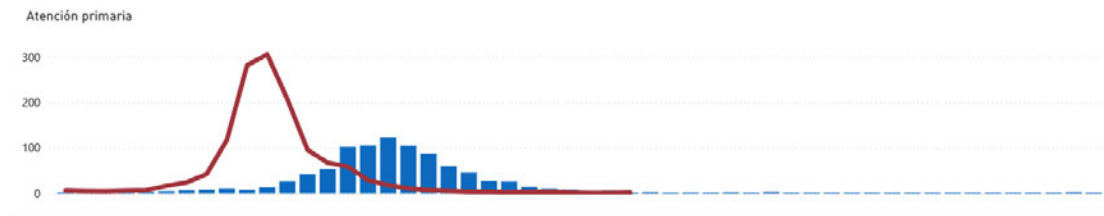
● 2024-2025 ● 2025-2026



Gripe

Incidencia semanal

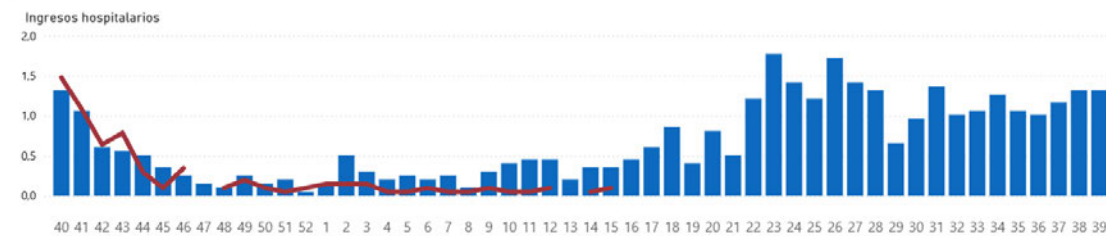
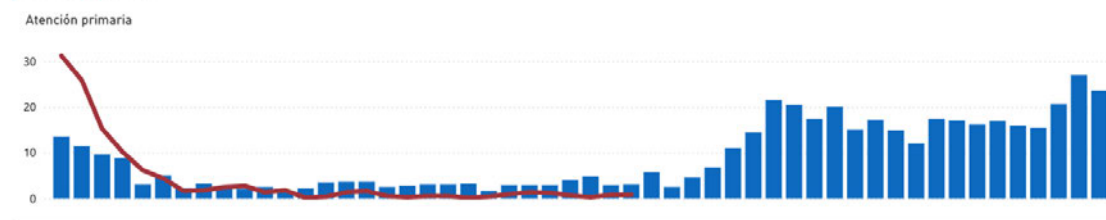
● 2024-2025 ● 2025-2026



Infección por SARS-CoV-2

Incidencia semanal

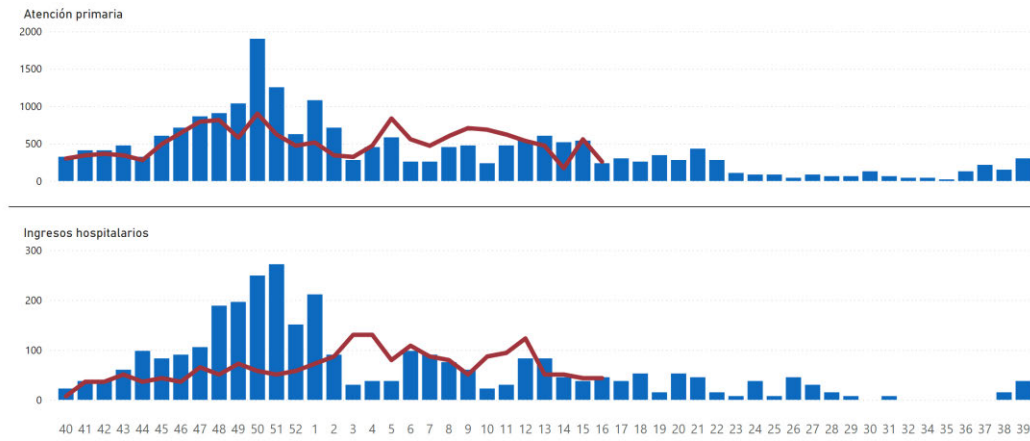
● 2024-2025 ● 2025-2026



Bronquiolitis aguda

Incidencia semanal (menores de 1 año)

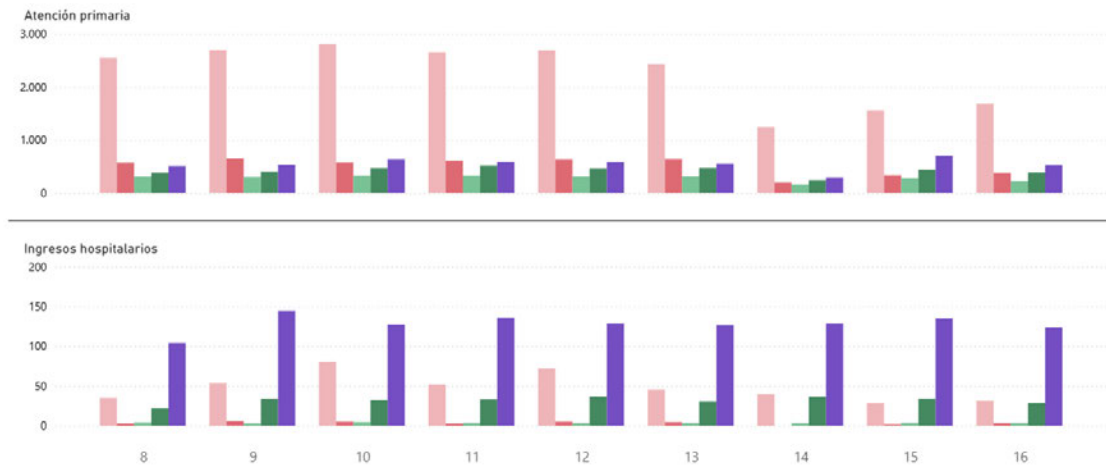
● 2024-2025 ● 2025-2026



Infecciones respiratorias agudas

Incidencia por grupo de edad (semanas postepidémicas)

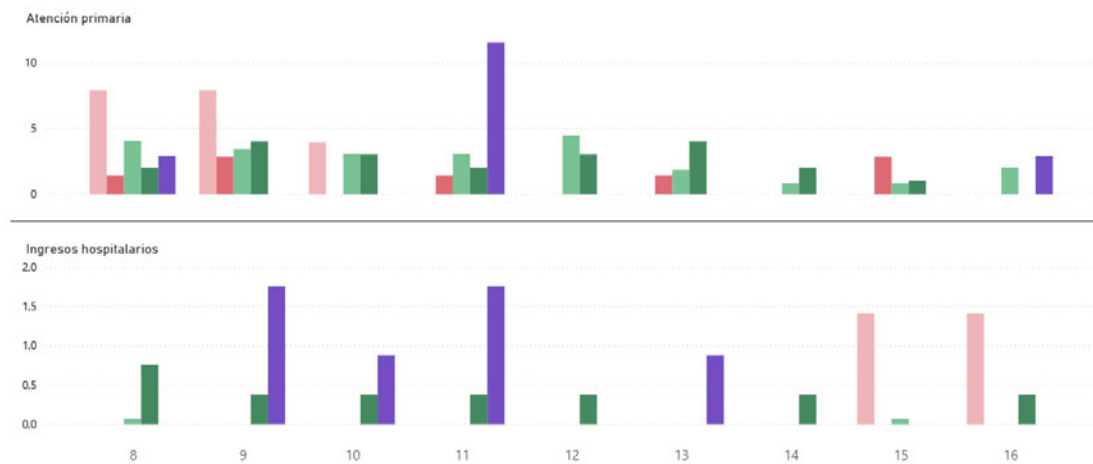
Grupo de edad ● 0 a 4 años ● 5 a 14 años ● 15 a 64 años ● 65 a 79 años ● 80 o más años



Gripe

Incidencia por grupo de edad (semanas postepidémicas)

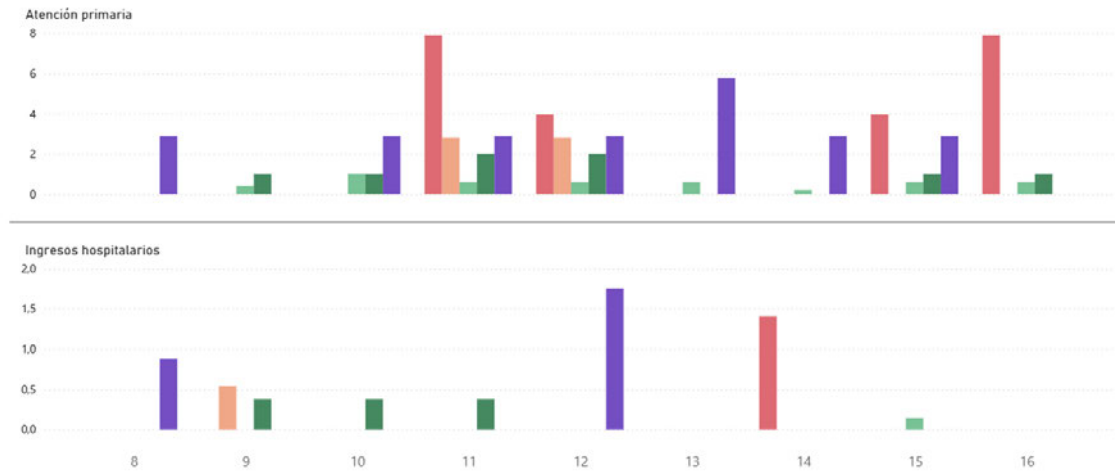
Grupo de edad ● 0 a 4 años ● 5 a 14 años ● 15 a 64 años ● 65 a 79 años ● 80 o más años



Infección por SARS-CoV-2

Incidencia por grupo de edad (semanas postepidémicas)

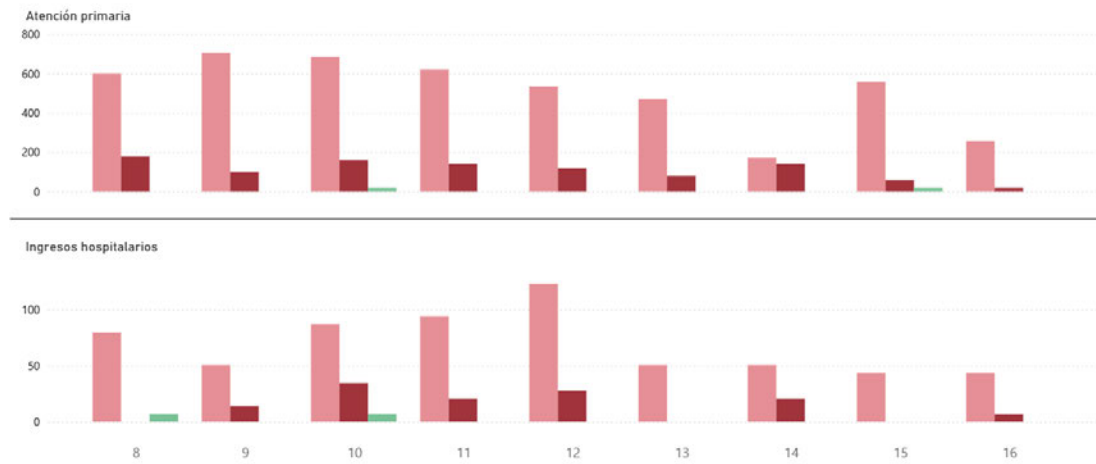
Grupo de edad ● 0 a 4 años ● 5 a 14 años ● 15 a 64 años ● 65 a 79 años ● 80 o más años



Bronquiolitis aguda

Incidencia por edad en niños menores de 5 años (semanas postepidémicas)

Grupo de edad ● Menores de 1 año ● 1 año ● 2 años



5. BROTES EPIDÉMICOS. COMUNIDAD DE MADRID. AÑO 2026. Datos de la semana 16 de 2026 (del 13 al 19 de abril) y acumulado anual hasta la semana 16 de 2025 y 2026.

5.1.- Brotes notificados en la semana 16 de 2026.

Enfermedad	Ámbito	Nº Brotes	Observaciones/Actuaciones
Enf. mano, pie y boca	Centro educativo	1	Alumnos y profesora del mismo aula; nota informativa sobre medidas de control en el colectivo
Escabiosis	Centro educativo	1	Alumnos del mismo aula; refuerzo de medidas higiénicas y tratamiento de casos y contactos estrechos
Escarlatina	Domicilio particular	1	Hermanos convivientes; información sobre medidas higiénicas de control
GEA de origen alimentario	Establecimiento de restauración	1	Consumo de alimentos variados; no ingresos hospitalarios; inspección del establecimiento y toma de muestras
	Residencia de estudiantes	1	Consumo de alimentos variados; inspección de la cocina del centro y toma de muestras
GEA no alimentaria	Centros de personas mayores	3	Residentes; cuadro clínico autolimitado, no ingresos hospitalarios, con buena evolución; sospecha de origen vírico; refuerzo de medidas higiénicas y toma de muestras
TOTAL	--	8	--

GEA: gastroenteritis aguda.

5.2.- Brotes notificados hasta la semana 16 de 2025 y 2026.

	Año 2026		Año 2025*	
	Brotes	Casos	Brotes	Casos
Gastroenteritis aguda de origen alimentario	30	330	27	488
Gastroenteritis aguda no alimentaria	50	1.034	63	1.953
Conjuntivitis	1	15	0	0
Enfermedad de mano, pie y boca	8	86	1	8
Enfermedad invasiva por <i>S. pyogenes</i>	1	2	0	0
Escabiosis	18	95	7	58
Escarlatina	2	6	1	4
Gripe	18	216	26	221
Hepatitis A	6	13	11	24
Infección por virus respiratorio sincitial	2	10	2	10
Infección respiratoria aguda	1	20	0	0
Mpox	1	5	0	0
Sarampión	7	27	0	0
Tuberculosis pulmonar	12	27	12	28
Varicela	4	18	2	7
Total	161	1.904	152	2.801

*Sólo procesos que han presentado brotes en el año en curso.

Datos provisionales hasta el cierre anual de la información.

5.3.- Distribución de los brotes más frecuentes según número de casos. Semanas 1 a 16 de 2026.

	Número de brotes según magnitud				
	De 2 a 3 casos	De 4 a 9 casos	De 10 a 49 casos	50 o más casos	Total de brotes
GEA no alimentaria	0	13	33	4	50
GEA de origen alimentario	12	13	3	2	30
Gripe	1	5	12	0	18
Escabiosis	5	11	2	0	18
Tuberculosis pulmonar	11	1	0	0	12
Enf. mano, pie y boca	0	4	4	0	8
Sarampión	5	1	1	0	7

GEA: gastroenteritis aguda.

6. AVANCE DE RESULTADOS SIVFRENT 2025

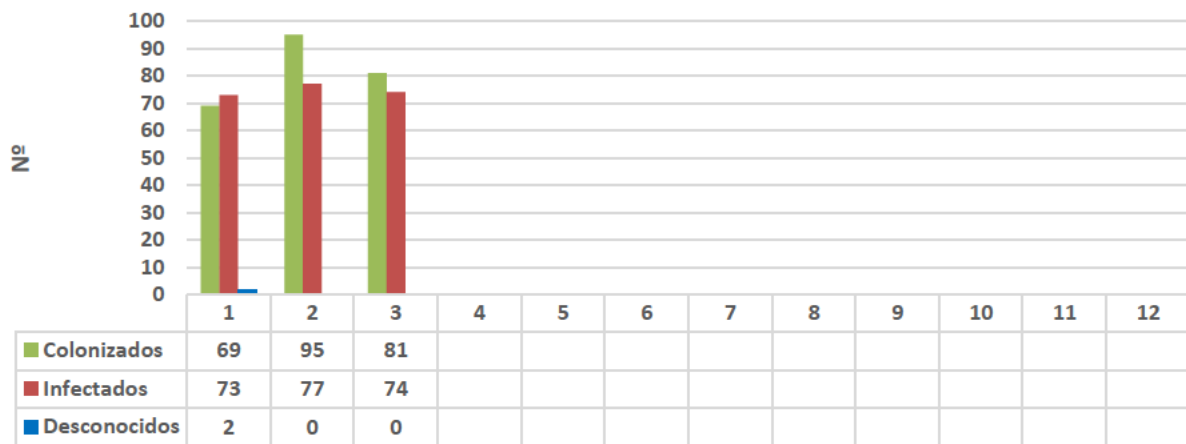
Se ha publicado en la web de [Factores de riesgo de enfermedad](#) el avance de los resultados correspondientes al año 2025 de los tres sistemas de vigilancia de factores de riesgos asociados a enfermedades no transmisibles: [SIVFRENT-A](#), [SIVFRENT-J](#) y [SIVFRENT-M](#).

7. VIGILANCIA DE LAS ENTEROBACTERIAS PRODUCTORAS DE CARBAPENEMASAS (EPC). COMUNIDAD DE MADRID Datos del 1 al 31 de marzo 2026. Fuente: Sistema de información de Vigilancia de las Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria (VIRAS)

RESUMEN:

- En el mes de marzo de 2026 se han registrado 155 casos nuevos de EPC.
- Por sexo, 88 casos (56,8%) son hombres. La edad media es de 69,0 años (DE: 22,6).
- Los casos infectados en el periodo ascienden a 74 (47,7%) y los casos colonizados a 81 (52,3%).
- El microorganismo más frecuentemente aislado es *Klebsiella pneumoniae* con 106 aislamientos (68,4%).
- Por tipo de carbapenemasa, 69 muestras (44,5%) corresponden a OXA-48.

7.1. Evolución del Nº de Casos de EPC por mes. Año 2026.

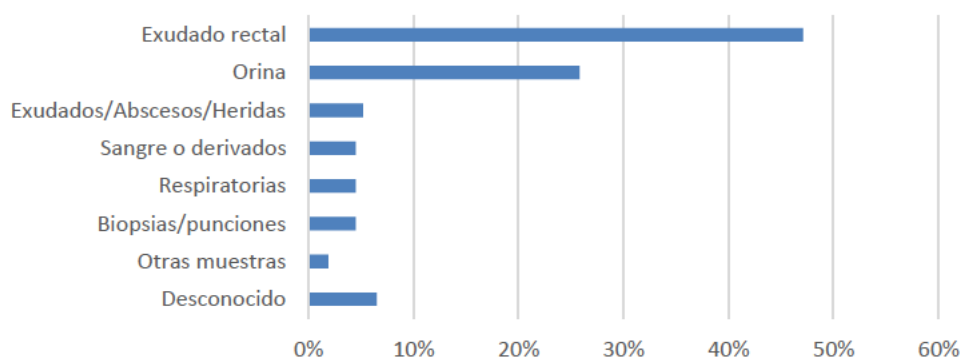


* Se actualizan los datos del mes previo en cada informe

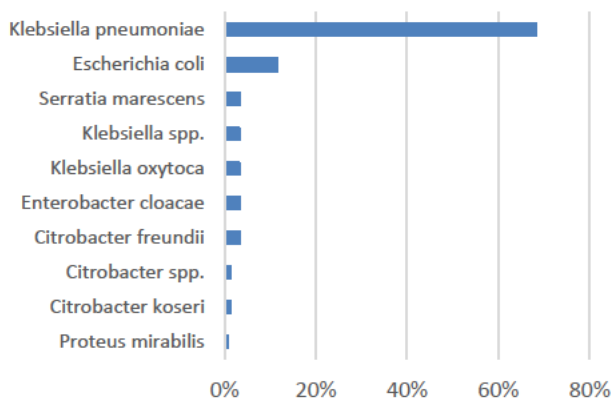
7.2. Descripción de EPC. Comunidad de Madrid. Distribución por edad y sexo. Marzo 2026.

Edad	Hombres	Mujeres	Total	%
0-2	4	3	7	4,5%
3-19	2	0	2	1,3%
20-61	21	7	28	18,1%
62-75	28	18	46	29,7%
76-90	29	29	58	37,4%
>90	4	10	14	9,0%
Total	88	67	155	100
%	56,8%	43,2%	100	

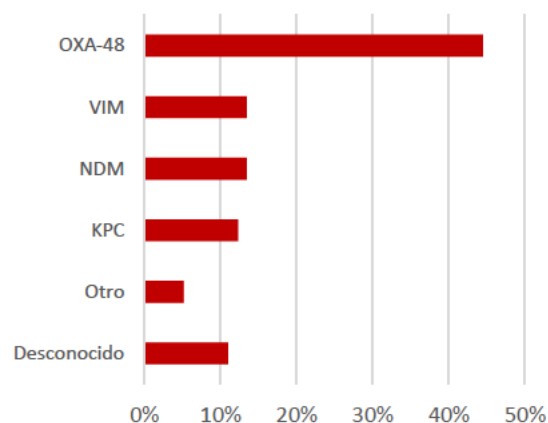
7.3. Tipo de muestra. Marzo 2026.



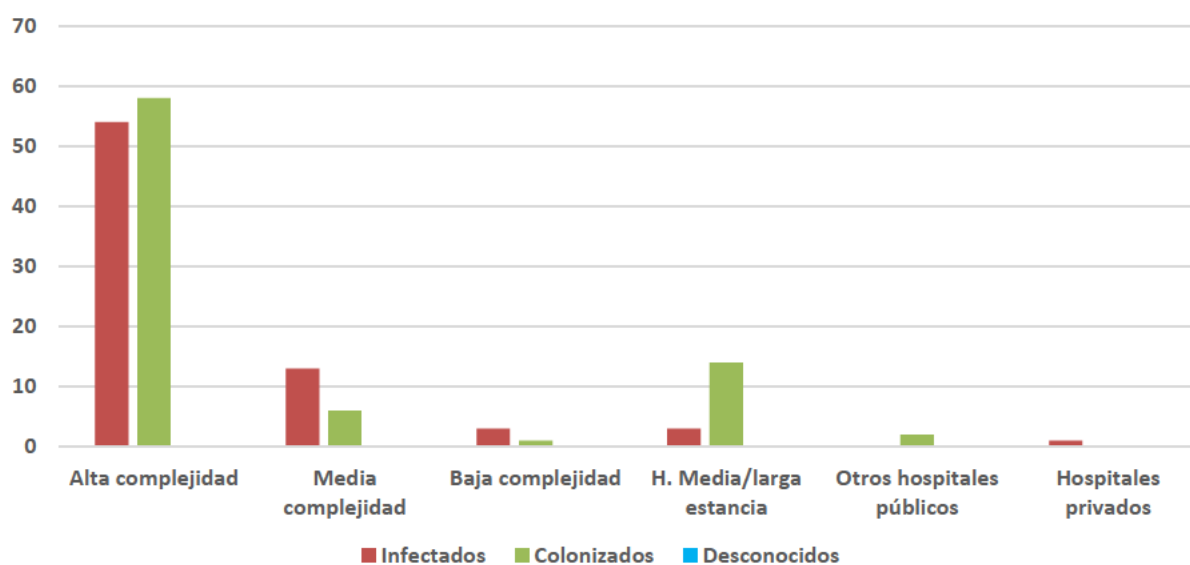
7.4. Tipo de EPC. Marzo 2026.



7.5. Tipo de carbapenemasa. Marzo 2026.



7.6. Casos de infección-colonización por EPC según tipo de hospital. Marzo 2026.



7.7. Bacteriemias por EPC según tipo de hospital. Marzo 2026.

Tipo de hospital	Nº bacteriemias	Tasa bacteriemia/infecciones*100
Alta complejidad	8	10,8
Media complejidad	0	0
Baja complejidad	0	0
Otros hospitales públicos	0	0
H. media/larga estancia	0	0
Hospitales privados	0	0
Total	8	10,8