

# INFORME EPIDEMIOLÓGICO SEMANAL COMUNIDAD DE MADRID. Semana 17

## Red de Vigilancia Epidemiológica

**Martes, 28 de abril de 2026** (*datos provisionales*)

<b>1. ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA</b>	<b>Pág. 2</b>
<b>2. ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA INVASIVA</b>	<b>Pág. 4</b>
<b>3. SARAMPIÓN</b>	<b>Pág. 5</b>
<b>4. VIGILANCIA CENTINELA DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (IRA)</b>	<b>Pág. 7</b>
<b>5. BROTES EPIDÉMICOS</b>	<b>Pág. 11</b>
<b>6. VIGILANCIA DEL ASMA, RINITIS Y POLEN*</b>	<b>Pág. 12</b>
<b>7. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE ENFERMEDADES PRODUCIDAS POR ARBOVIRUS</b>	<b>Pág. 13</b>

**\*Con este informe se inicia la vigilancia semanal de la incidencia de asma y rinitis alérgica en Atención Primaria y niveles de polen atmosférico en la Comunidad de Madrid en 2026.**

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

Tfno.: +34 91370 08 88

Correo-e: [epidemiologia.vigilancia@salud.madrid.org](mailto:epidemiologia.vigilancia@salud.madrid.org)

**1. ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA. COMUNIDAD DE MADRID.**

Datos acumulados hasta la semana 17 de 2026 (semana que finaliza el 26 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 1-17)	2025 (sem 1-17)	IE*
<b>Enfermedades de transmisión respiratoria</b>			
Gripe	17.400	58.328	0,30
Legionelosis	29	55	0,53
Lepra***	1	1	--
Tuberculosis	187	201	0,93
<b>Enfermedades de transmisión alimentaria</b>			
Campilobacteriosis**	1.179	1.811	--
Criptosporidiosis	2	47	0,04
<i>E. coli</i> productor toxina Shiga o Vero	9	30	0,30
Fiebre tifoidea y paratifoidea***	1	2	--
Giardiasis	28	171	0,16
Hepatitis A	68	173	0,39
Listeriosis	11	11	1,00
Salmonelosis (exc. fiebre tif. y paratif.)	149	334	0,45
Shigelosis	52	75	0,69
Yersiniosis	45	54	0,83
<b>Enfermedades de transmisión sexual y parenteral**</b>			
Hepatitis B	7	79	--
Hepatitis C	30	154	--
Infección gonocócica	1.525	2.835	--
Inf. <i>Chlamydia trachomatis</i> (exc. LGV)	1.077	2.370	--
Linfogranuloma venéreo	141	261	--
Mpox <sup>1</sup>	105	83	--
Sífilis	389	640	--
<b>Zoonosis***</b>			
Fiebre Q	1	8	--
<b>Enfermedades prevenibles por vacunación</b>			
Enf. invasiva por <i>H.influenzae</i>	34	38	0,89
Enf. meningocócica invasiva	20	27	0,74
Enf. neumocócica invasiva	186	287	0,65
Herpes zóster	11.355	11.190	1,01
Parotiditis	52	104	0,50
P.F.A. (< 15 años)***	2	0	--
Sarampión***	48	2	--
Tosferina	9	19	0,47
Varicela	512	446	1,15
<b>Enfermedades notificadas por Sistemas Especiales**</b>			
EETH (Encef. Espongif. Tr. Humanas)	2	5	--
<b>Enfermedades de transmisión vectorial***</b>			
Dengue	18	13	--
Enf. por virus Chikungunya	12	4	--
Fiebre exantemática mediterránea	1	9	--
Leishmaniasis	17	24	--
Paludismo	13	29	--

\*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.

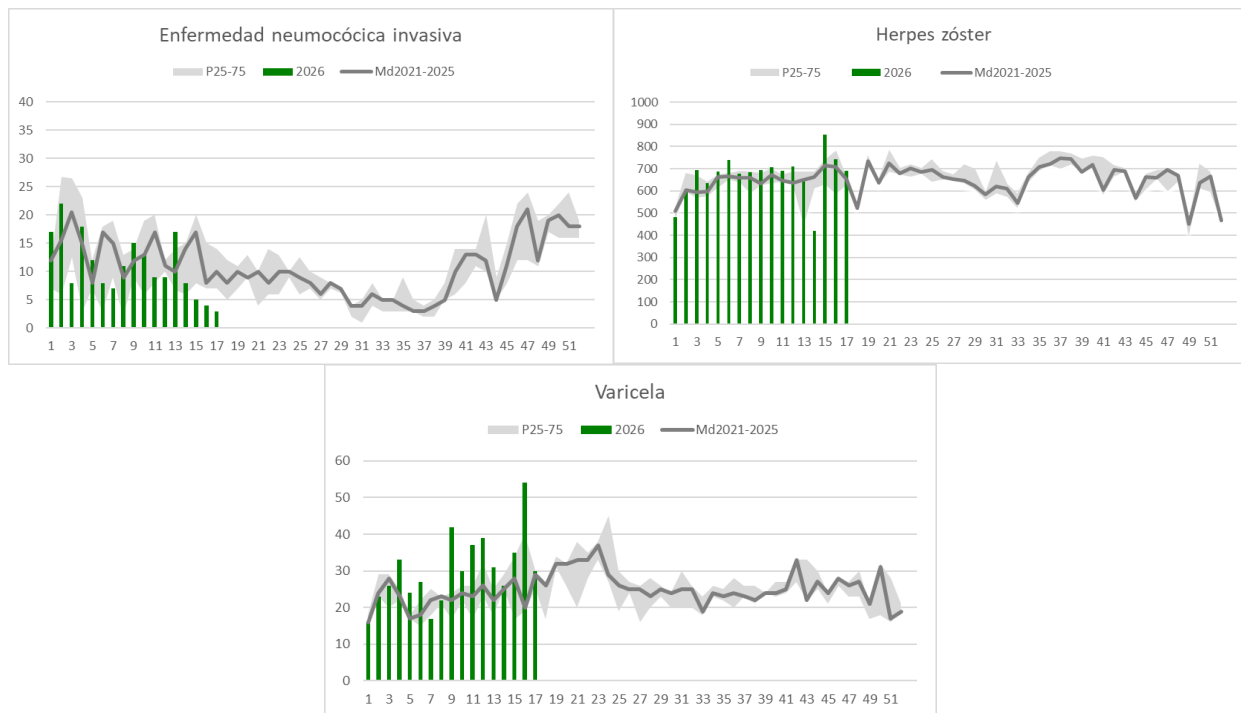
\*\*\* No se calcula el IE en las enfermedades de baja incidencia.

<sup>1</sup>Mpox: hasta la semana 17 de 2026 se han detectado en la Comunidad de Madrid 44 casos de mpox clado 1. De ellos, 35 son clado 1b y 9 son clado 1 sin subtipar. De los 105 casos notificados, 6 estaban vacunados previamente con 1 dosis actual y 16 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 17 de 2026 (semana que finaliza el 26 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.).

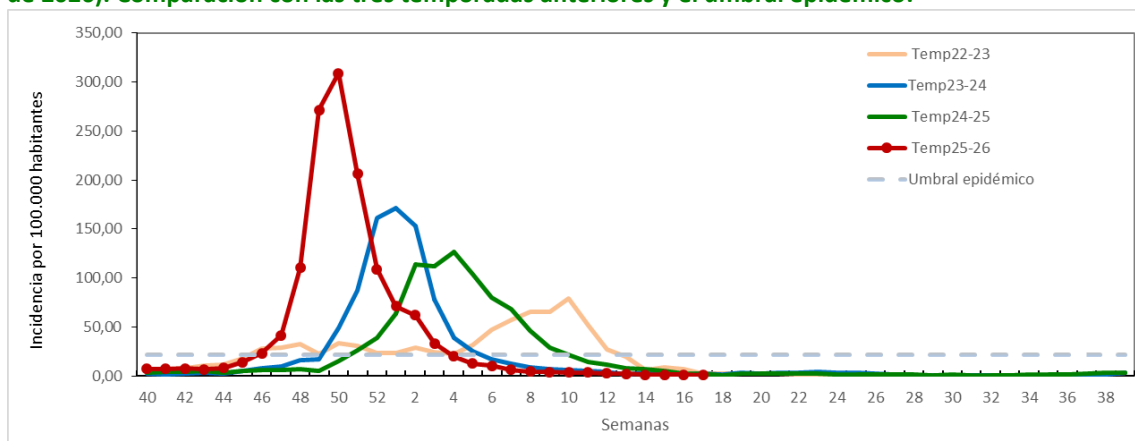


**1.3.- VIGILANCIA DE LA GRIPE. COMUNIDAD DE MADRID. SISTEMA EDO. TEMPORADA 2025/2026.**

El número de casos de gripe notificados durante la semana 17 de 2026 a través del Sistema de Vigilancia EDO es de **79 casos** (37 menos con respecto a la semana anterior) y el número de casos acumulados de la temporada 2025/2026 asciende a 97.511 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 21,94. 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 17 de 2026 la tasa se sitúa en **1,11 casos por 100.000 habitantes**, muy inferior, por tanto, al umbral epidémico.

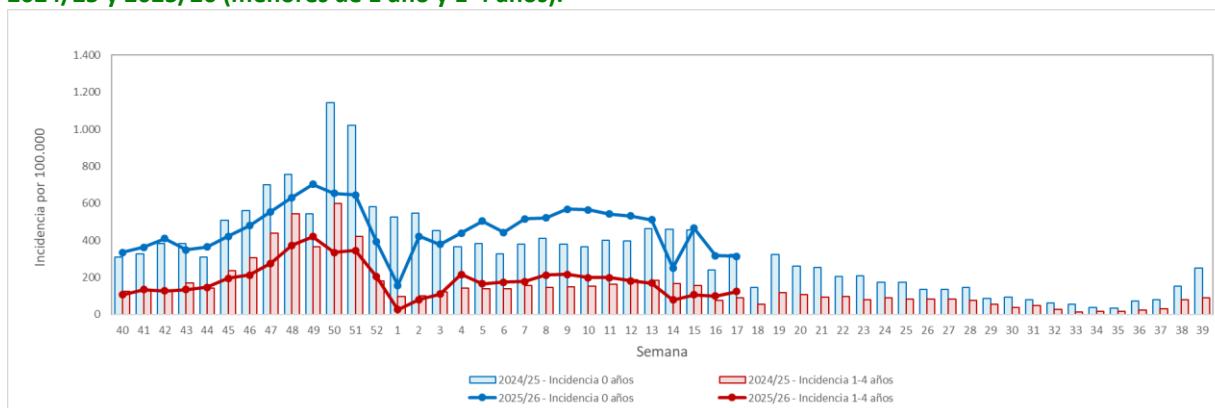
**Incidencia acumulada por 100.000 habitantes hasta la semana 17 de 2026 (semana que finaliza el 26 de abril de 2026). Comparación con las tres temporadas anteriores y el umbral epidémico.**



## 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 17 de 2026 (del 20 al 26 de abril de 2026) a través del Sistema de Vigilancia de casos sospechosos es de **424 casos** (52 más que la semana anterior) y el número de casos acumulados de la temporada 2025/2026 asciende a 18.769 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 17 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	17	0,24	2	11,8
Serogrupo C	0	0	0	0	1	0,01	0	0
Serogrupo W	1	0,01	0	0	7	0,1	1	14,3
Serogrupo Y	5	0,07	1	20	0	0	0	0
Serogrupo desconocido	6	0,09	0	0	1	0,01	0	0
No tipable	0	0	0	0	1	0,01	0	0
<b>Total confirmados</b>	<b>20</b>	<b>0,29</b>	<b>2</b>	<b>10</b>	<b>27</b>	<b>0,39</b>	<b>3</b>	<b>11,1</b>
Sospecha clínica	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>0,29</b>	<b>2</b>	<b>10</b>	<b>27</b>	<b>0,39</b>	<b>3</b>	<b>11,1</b>

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

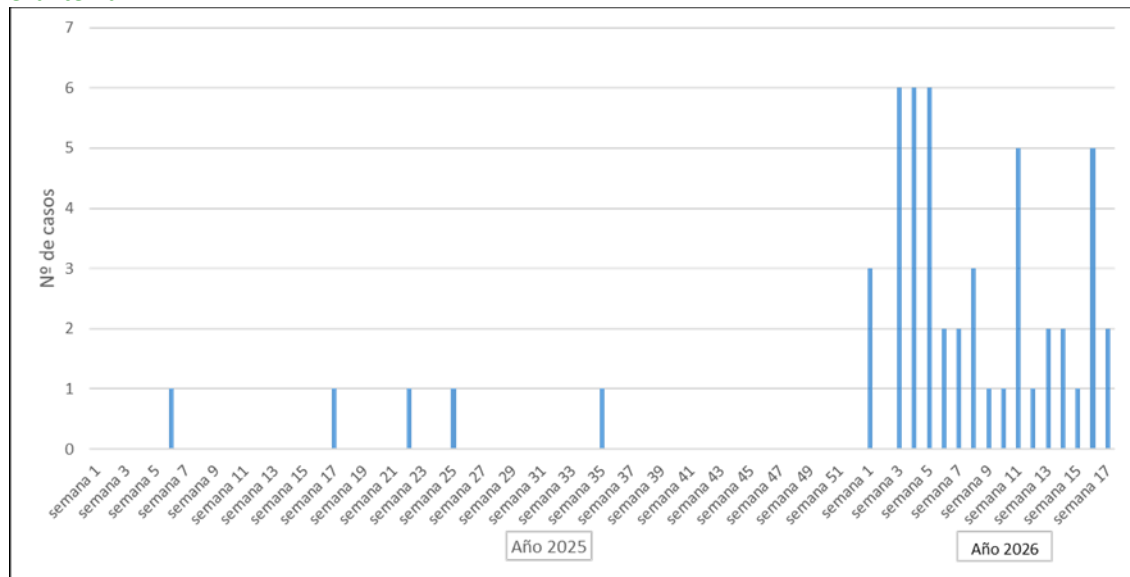
### 2.2.- Distribución de casos e incidencia\* por año epidemiológico, grupo de edad y serogrupos B, W e Y.

	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	1	0,62	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	4	0,19	0	0	1	0,05	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. AÑO 2026. Datos hasta la semana 17 de 2026.**

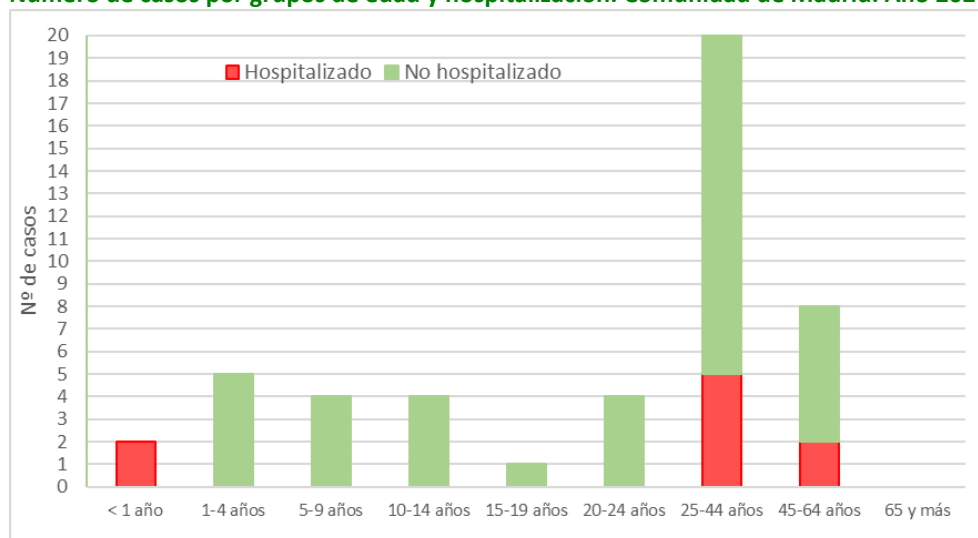
En las primeras 17 semanas del año 2026 se han registrado 48 casos de sarampión en la Comunidad de Madrid.

**Casos de sarampión en la Comunidad de Madrid (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 25 mujeres y 23 varones, con predominio de adultos: el 58,3% (n=28) tienen entre 25 y 55 años (5 de ellos mayores de 49 años); los casos pediátricos son dos menores de un año y trece casos que tienen entre 1 y 14 años. El 18,8% del total de casos (n=9) ha necesitado ingreso hospitalario, cinco debido a su afectación respiratoria.

El 45,8% de los casos son personas originarias de otros países, la mayoría con residencia en la CM desde hace años; el 81,8% 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, 29 de los 48 casos no estaban vacunados, los dos niños menores de un año entre ellos (60,4%). Cinco 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 46 de los 48 casos; 44 tienen pruebas virológicas específicas positivas (RT-PCR en orina y/o frotis faríngeo para el virus del sarampión).

Un total de 29 casos (60,4%) 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 17 de 2026 (semana que finaliza el 26 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

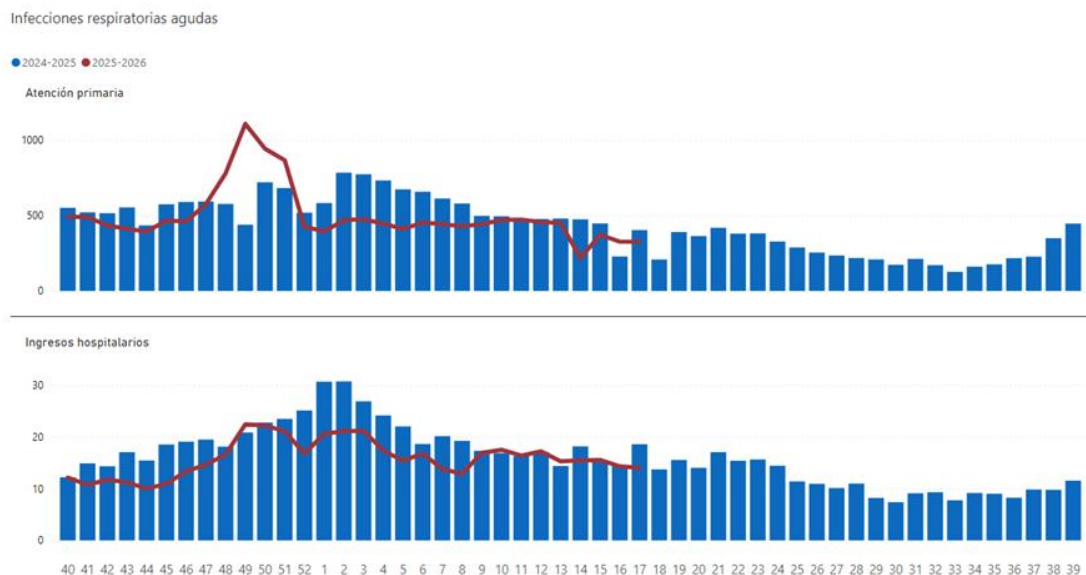
La incidencia de infecciones respiratorias agudas es de **326,38** casos por 100.000 habitantes en **Atención Primaria** (326,79 en la semana anterior). La incidencia más alta se observa en menores de 5 años (2.092,63 casos por 100.000). La incidencia en **Atención Hospitalaria** es de **14,01** (14,31) la semana previa. El grupo de edad de mayor incidencia es el de 80 o más años (118,35).

##### Incidencia de gripe e infección por SARS-CoV-2

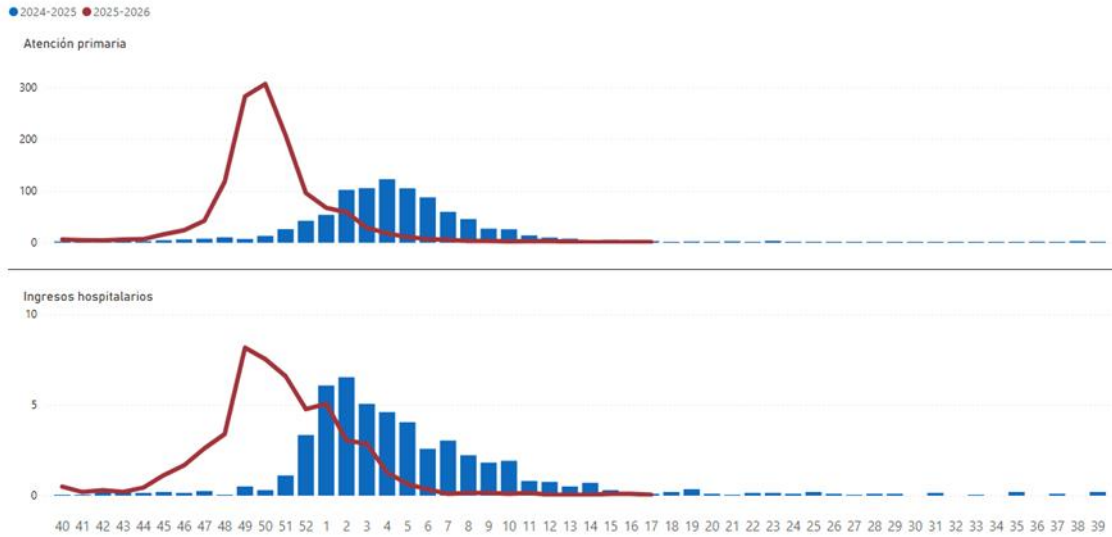
La incidencia de gripe e infección por SARS-CoV-2 en la semana 17 ha sido de **1,38** y **0,55** casos por 100.000 habitantes en **Atención Primaria** respectivamente. En **Atención Hospitalaria** la incidencia es de **0,05** casos por 100.000 habitantes para ambos procesos.

##### Incidencia de bronquiolitis aguda en menores de 1 año

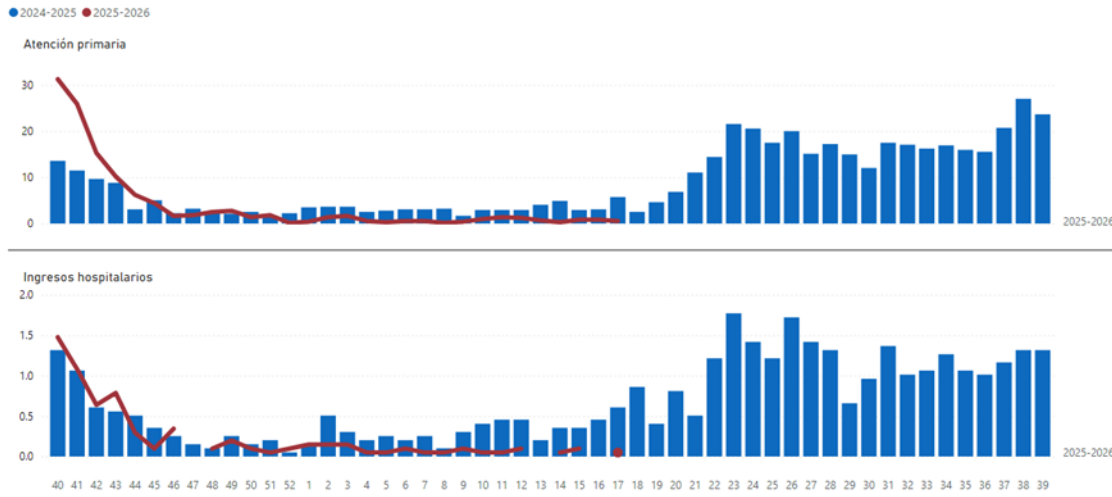
En **Atención Primaria**, la incidencia en menores de 1 año durante la semana 17 ha sido de **257,01** casos por 100.000 habitantes, misma cifra que la semana anterior. En **Atención Hospitalaria** la incidencia ha sido de **79,58** (43,41 en la semana anterior).



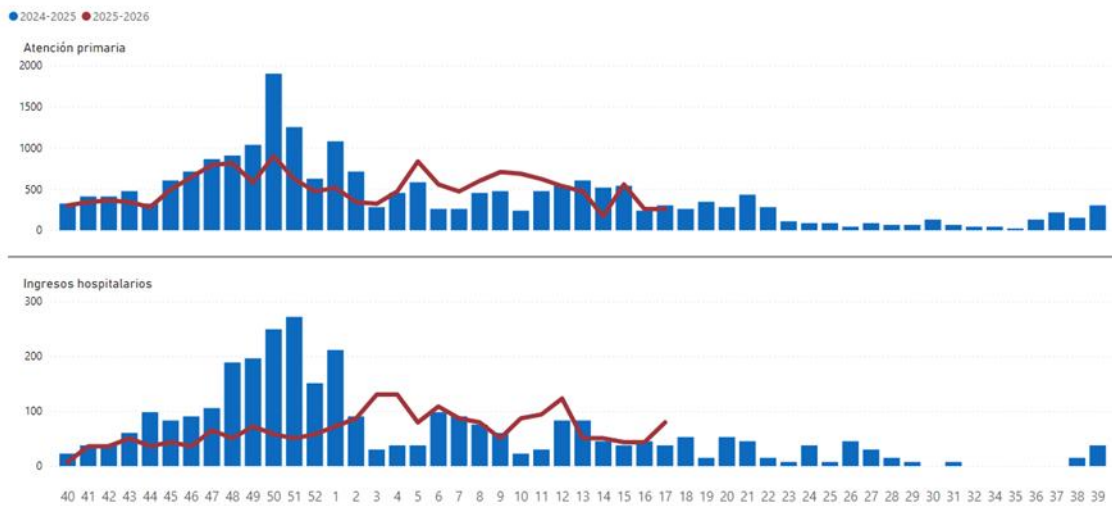
Gripe



Infección por SARS-CoV-2

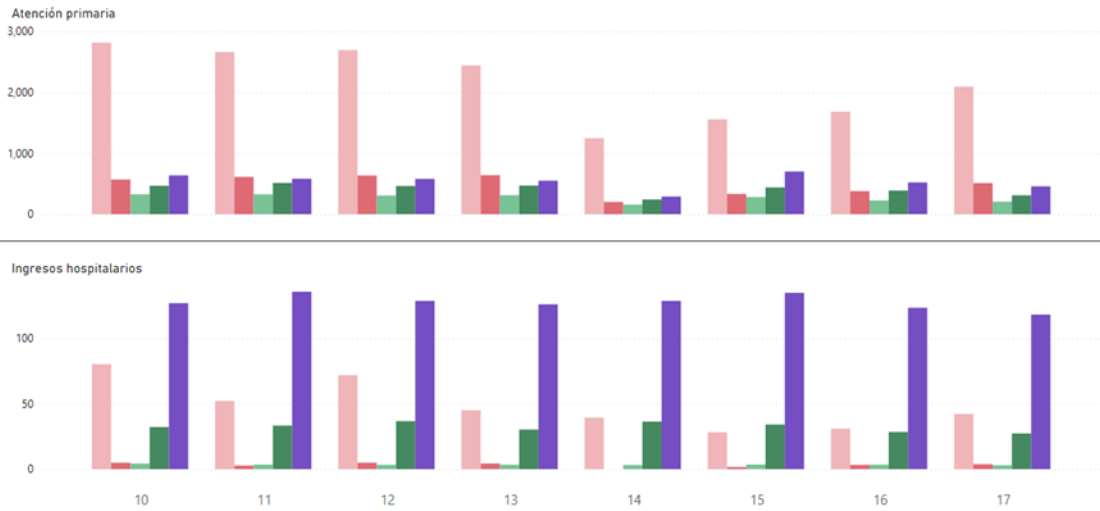


Bronquiolitis aguda



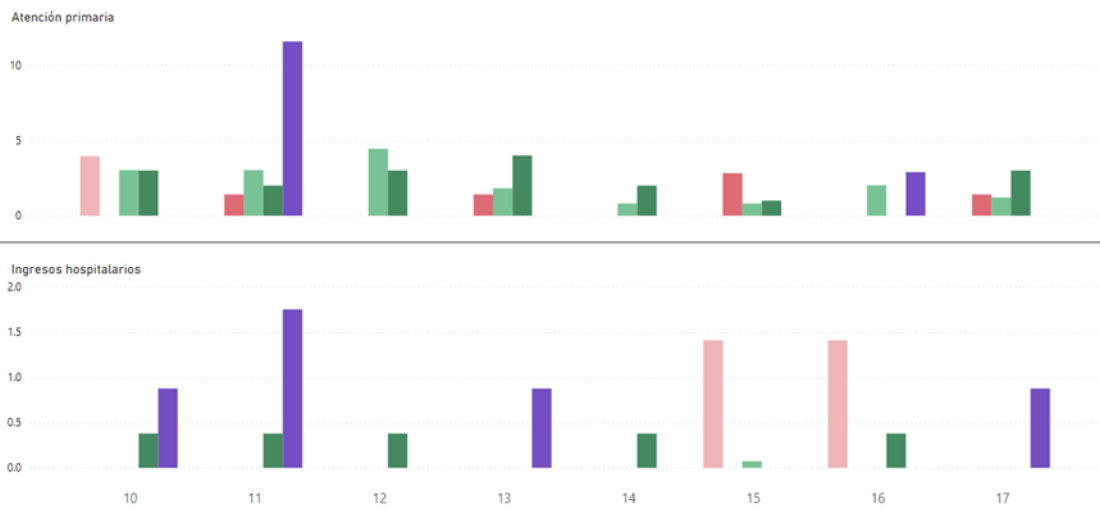
Infecciones respiratorias agudas

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



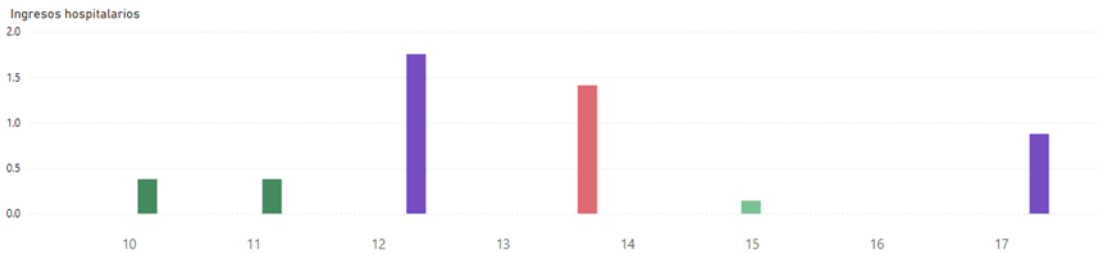
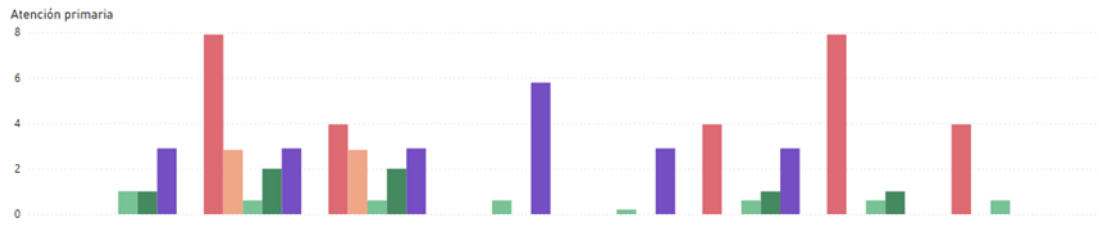
Gripe

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



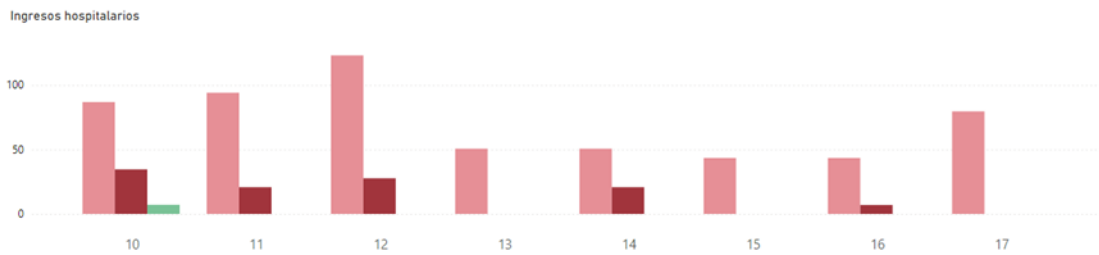
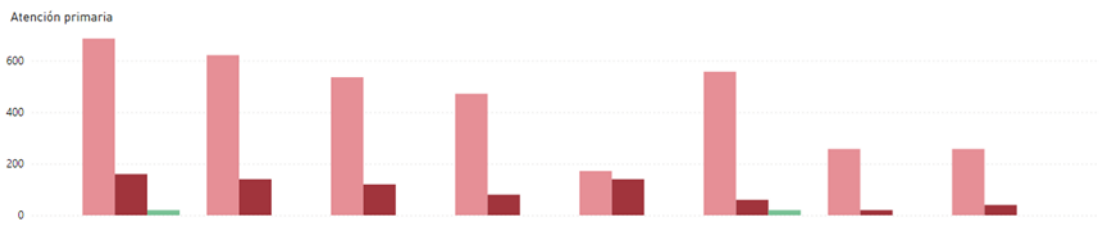
Infección por SARS-CoV-2

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

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



**5. BROTES EPIDÉMICOS. COMUNIDAD DE MADRID. AÑO 2026. Datos de la semana 17 de 2026 (del 20 al 26 de abril) y acumulado anual hasta la semana 17 de 2025 y 2026.**
**5.1.- Brotes notificados en la semana 17 de 2026.**

Enfermedad	Ámbito	Nº Brotes	Observaciones/Actuaciones
Escabiosis	Residencia de personas mayores	1	Medidas higiénicas de control y tratamiento de casos y contactos estrechos
GEA de origen alimentario	Centro educativo	1	Afecta solo a trabajadores, tras consumo de alimento elaborado con pollo; no ingresos hospitalarios; inspección del establecimiento y toma de muestras
	Establecimiento de restauración	1	<i>Campylobacter jejuni</i> tras consumo de pollo; inspección del establecimiento y toma de muestras
GEA no alimentaria	Residencias de personas mayores	2	Sospecha de origen vírico; no ingresos hospitalarios; refuerzo de medidas higiénicas y toma de muestras
Gripe	Residencia de personas mayores	1	Residentes de la misma planta; aislamiento, medidas higiénicas y recomendación de tratamiento de casos y contactos estrechos
Impétigo	Centro educativo	1	Alumnos de la misma aula
Tuberculosis pulmonar	Domicilio particular	1	Hermanos convivientes; tratamiento de casos y estudio de contactos estrechos
<b>TOTAL</b>	--	<b>8</b>	--

GEA: gastroenteritis aguda.

**5.2.- Brotes notificados hasta la semana 17 de 2025 y 2026.**

	Año 2026		Año 2025*	
	Brotes	Casos	Brotes	Casos
Gastroenteritis aguda de origen alimentario	32	350	29	495
Gastroenteritis aguda no alimentaria	52	1.065	65	1.960
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	19	112	7	58
Escarlatina	2	6	1	4
Gripe	19	223	26	221
Hepatitis A	6	13	11	24
Impétigo	1	2	0	0
Infección por virus respiratorio sincitial	2	10	2	10
Infección respiratoria aguda sin especificar	1	20	0	0
Mpox	1	5	0	0
Sarampión	7	27	0	0
Tuberculosis pulmonar	13	29	13	30
Varicela	4	18	2	7
<b>Total</b>	<b>169</b>	<b>1.983</b>	<b>157</b>	<b>2.817</b>

\*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 17 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	35	4	52
GEA de origen alimentario	13	13	4	2	32
Gripe	1	6	12	0	19
Escabiosis	5	11	3	0	19
Tuberculosis pulmonar	12	1	0	0	13
Enf. mano, pie y boca	0	4	4	0	8
Sarampión	5	1	1	0	7

GEA: gastroenteritis aguda.

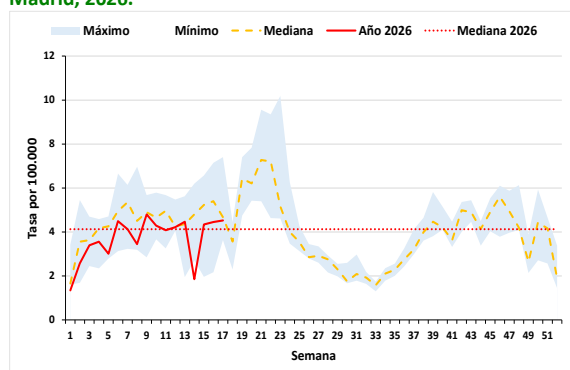
**6. VIGILANCIA DEL ASMA, RINITIS Y POLEN. COMUNIDAD DE MADRID. 2026****Semana 17, datos a 28 de abril de 2026.**

Con este informe se inicia la vigilancia semanal de la incidencia de asma y rinitis alérgica en Atención Primaria y niveles de polen atmosférico en la Comunidad de Madrid en 2026.

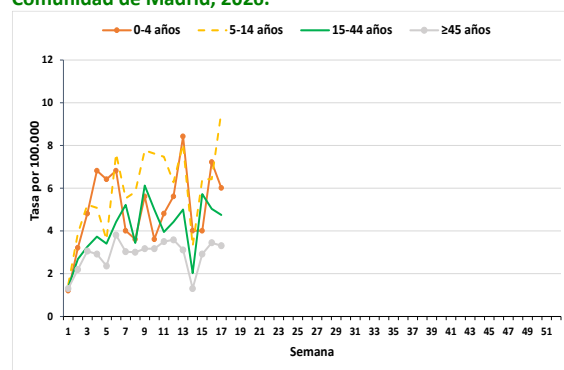
Se presenta la actualización semanal de la vigilancia del asma y de la rinitis alérgica y su relación con el polen atmosférico. El período de vigilancia se extiende desde el 15 de enero al 30 de junio.

Los casos incidentes de asma y rinitis alérgica que se analizan son los casos asistidos en todos los centros de salud de la red de Atención Primaria (AP), codificados según CIAP2, como asma (R96) o rinitis alérgica (R97). Se incluyen los pacientes con primeros episodios en el año en curso, que no hayan sido registrados en años anteriores, contabilizándose, por tanto, un único episodio por paciente. Se muestran los casos actuales respecto a valores máximos y mínimos de la serie de 2021 a 2025. Los datos de concentración de polen (granos/m<sup>3</sup>) proceden de la información de la Red palinológica de la Comunidad de Madrid (Red PALINOCAM), facilitados por el Área de Vigilancia de Riesgos ambientales en Salud. Se vigilan cinco tipos de polen: cupresáceas, plátano de paseo, plantago, gramíneas y olivo.

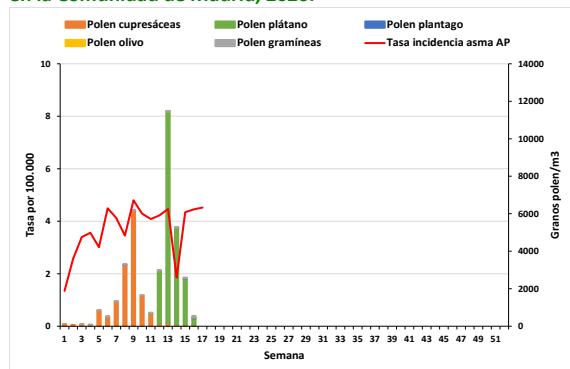
**Gráfico 1. Incidencia semanal de asma en AP. Comunidad de Madrid, 2026.**



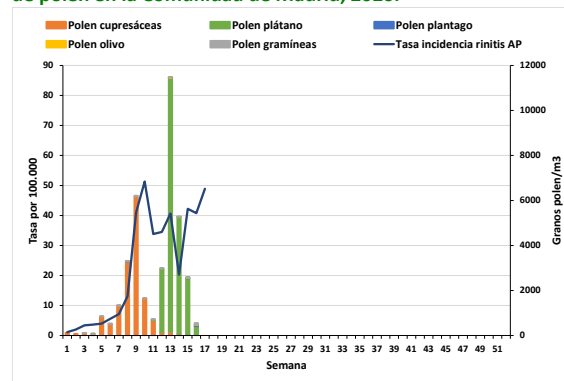
**Gráfico 2. Incidencia semanal de asma por grupos de edad en AP. Comunidad de Madrid, 2026.**



**Gráfico 3. Incidencia semanal de asma en AP y niveles de polen en la Comunidad de Madrid, 2026.**



**Gráfico 4. Incidencia semanal de rinitis alérgica en AP y niveles de polen en la Comunidad de Madrid, 2026.**



Hasta la semana 17, que finaliza el 26 de abril, la incidencia de asma se mantiene en niveles bajos respecto a años anteriores (Gráfico 1). En menores de 14 años se aprecia una elevación en la incidencia de asma en la semana 13 (coincidiendo con el nivel máximo de polen de plátano), y una incipiente elevación en la semana 17 (Gráficos 2 y 3). Se observa un pico en la incidencia de rinitis alérgica en relación a elevaciones del polen de cupresáceas en la semana 10 (Gráfico 4).

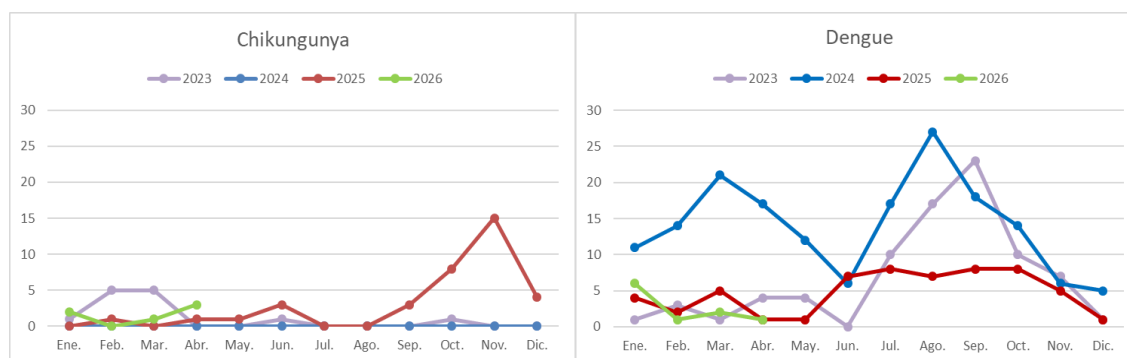
## 7. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE ENFERMEDADES PRODUCIDAS POR ARBOVIRUS. COMUNIDAD DE MADRID, AÑO 2026.

### 7.1.- Informe de situación. Actualizado a 28 de abril de 2026.

El dengue, la enfermedad por virus Chikungunya y la enfermedad por virus Zika son enfermedades víricas transmitidas por la picadura de mosquitos principalmente del género *Aedes* y tienen en común que los cuadros clínicos que producen en la mayoría de los casos no son graves. Todos los casos notificados son importados.

CASOS IMPORTADOS DE ARBOVIRUS INCIDENTES EN 2026					
	CASOS		SEXO	Edad media (D.E.)	Países de exposición
	CONFIRMADOS	PROBABLES	% Mujeres		
<b>CHIKUNGUNYA</b>	6	6	50,0	39,9 años (D.E. 21,3)	Bolivia (66,7%), Cuba, Rep. Dominicana, Seychelles, Sri Lanka.
<b>DENGUE</b>	10	8	55,6	37,7 años (D.E. 16,0)	Colombia, Ecuador, Filipinas, Guinea Conackry, Indonesia, <b>Malasia</b> (11,1%), <b>Maldivas</b> (27,8%), México, Nicaragua, Perú, Rep. Dominicana, Sri Lanka, Vietnam.
<b>ZIKA</b>	0	0	--	--	--

### 7.2.- Casos confirmados por mes de inicio de síntomas. Comunidad de Madrid. Sistema de Vigilancia de Enfermedades de Declaración Obligatoria.



En los últimos 5 años, sólo se ha notificado 1 caso confirmado de Enfermedad por virus **Zika**. Por fecha de inicio de síntomas, corresponde a septiembre de 2022.

Para más información y recomendaciones para prevenir la Enfermedad por virus Chikungunya, puede pinchar en el siguiente enlace: <http://www.comunidad.madrid/salud/enfermedad-virus-chikungunya>

Para más información y recomendaciones para prevenir el dengue, puede pinchar en el siguiente enlace: <https://www.comunidad.madrid/salud/dengue>

Para más información y recomendaciones para prevenir la Enfermedad por virus Zika, puede pinchar en el siguiente enlace: <http://www.comunidad.madrid/salud/enfermedad-virus-zika>