

# INFORME EPIDEMIOLOGICO SEMANAL COMUNIDAD DE MADRID. Semana 19

## Red de Vigilancia Epidemiológica

Martes, 12 de mayo 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. VIGILANCIA DEL ASMA, RINITIS Y POLEN	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](mailto:epidemiologia.vigilancia@salud.madrid.org)

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

Datos acumulados hasta la semana 19 de 2026 (semana que finaliza el 10 de mayo 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 1-19)	2025 (sem 1-19)	IE*
<b>Enfermedades de transmisión respiratoria</b>			
Gripe	17.545	58.622	0,30
Legionelosis	34	59	0,58
Lepra***	1	1	--
Tuberculosis	204	226	0,90
<b>Enfermedades de transmisión alimentaria</b>			
Botulismo***	1	0	--
Campilobacteriosis**	1.407	2.106	--
Criptosporidiosis	27	50	0,54
<i>E. coli</i> productor toxina Shiga o Vero	17	40	0,43
Fiebre tifoidea y paratifoidea***	1	3	--
Giardiasis	78	178	0,44
Hepatitis A	75	192	0,39
Listeriosis	16	12	1,33
Salmonelosis (exc. fiebre tif. y paratif.)	177	391	0,45
Shigelosis	55	84	0,65
Yersiniosis	45	60	0,75
<b>Enfermedades de transmisión sexual y parenteral**</b>			
Hepatitis B	8	89	--
Hepatitis C	31	166	--
Infección gonocócica	1.759	3.138	--
Inf. <i>Chlamydia trachomatis</i> (exc. LGV)	1.270	2.632	--
Linfogranuloma venéreo	156	300	--
Mpox <sup>1</sup>	119	92	--
Sífilis	459	730	--
<b>Zoonosis***</b>			
Fiebre Q	1	9	--
<b>Enfermedades prevenibles por vacunación</b>			
Enf. invasiva por <i>H.influenzae</i>	37	43	0,86
Enf. meningocócica invasiva	23	28	0,82
Enf. neumocócica invasiva	229	308	0,74
Herpes zóster	12.646	12.338	1,02
Parotiditis	58	115	0,50
P.F.A. (< 15 años)***	3	0	--
Sarampión***	51	3	--
Tosferina	17	22	0,77
Varicela	591	486	1,22
<b>Enfermedades notificadas por Sistemas Especiales**</b>			
EETH (Encef. Espongif. Tr. Humanas)	5	6	--
<b>Enfermedades de transmisión vectorial***</b>			
Dengue	18	14	--
Enf. por virus Chikungunya	13	4	--
Fiebre exantemática mediterránea	1	11	--
Leishmaniasis	17	27	--
Paludismo	16	33	--

\*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.

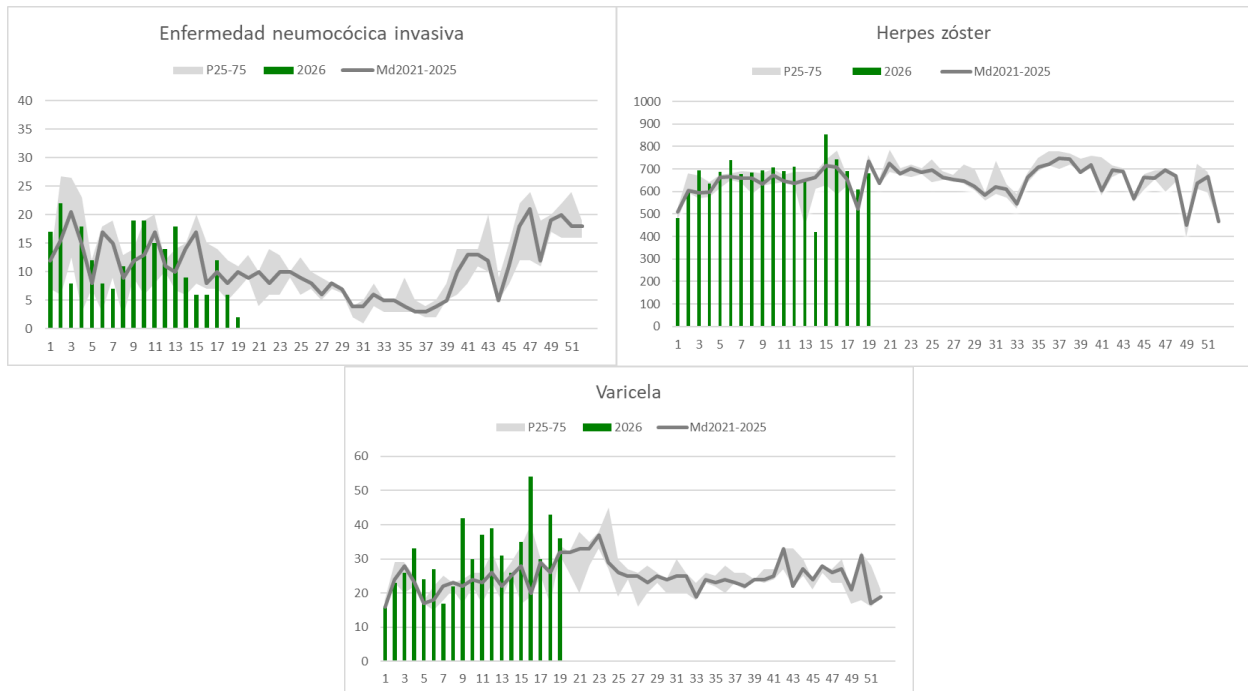
\*\*\* No se calcula el IE en las enfermedades de baja incidencia.

<sup>1</sup>Mpox: hasta la semana 19 de 2026 se han detectado en la Comunidad de Madrid 48 casos de mpox clado 1. De ellos, 39 son clado 1b y 9 son clado 1 sin subtipar. De los 119 casos notificados, 6 estaban vacunados previamente con 1 dosis actual y 19 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 19 de 2026 (semana que finaliza el 10 de mayo 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.).

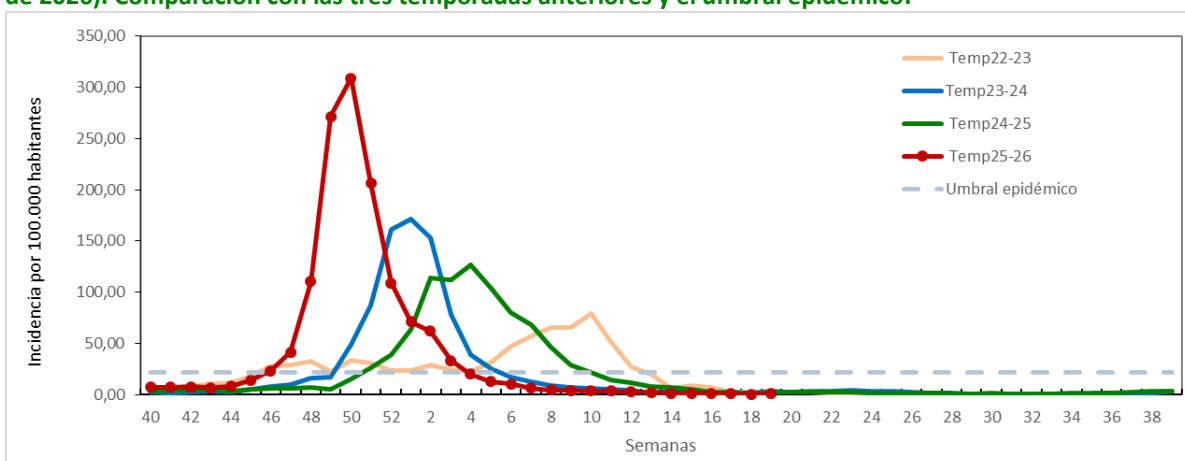


### 1.3.- VIGILANCIA DE LA GRIPE. COMUNIDAD DE MADRID. SISTEMA EDO. TEMPORADA 2025/2026.

El número de casos de gripe notificados durante la semana 19 de 2026 a través del Sistema de Vigilancia EDO es de **89 casos** (33 más con respecto a la semana anterior) y el número de casos acumulados de la temporada 2025/2026 asciende a 97.656 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 19 de 2026 la tasa se sitúa en **1,25 casos por 100.000 habitantes**, muy inferior, por tanto, al umbral epidémico.

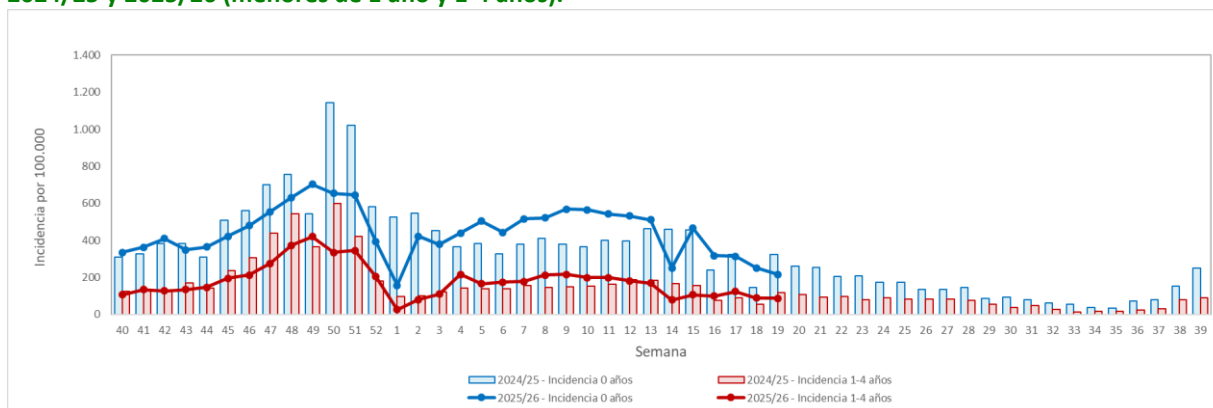
#### Incidencia acumulada por 100.000 habitantes hasta la semana 19 de 2026 (semana que finaliza el 10 de mayo de 2026). Comparación con las tres temporadas anteriores y el umbral epidémico.



## 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 19 de 2026 (del 4 al 10 de mayo de 2026) a través del Sistema de Vigilancia de casos sospechosos es de **295 casos** (23 menos que la semana anterior) y el número de casos acumulados de la temporada 2025/2026 asciende a 19.382 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 19 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	10	0,14	1	10	18	0,26	2	11,1
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	6	0,09	1	16,7	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>23</b>	<b>0,33</b>	<b>2</b>	<b>8,7</b>	<b>28</b>	<b>0,4</b>	<b>3</b>	<b>10,7</b>
Sospecha clínica	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>23</b>	<b>0,33</b>	<b>2</b>	<b>8,7</b>	<b>28</b>	<b>0,4</b>	<b>3</b>	<b>10,7</b>

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

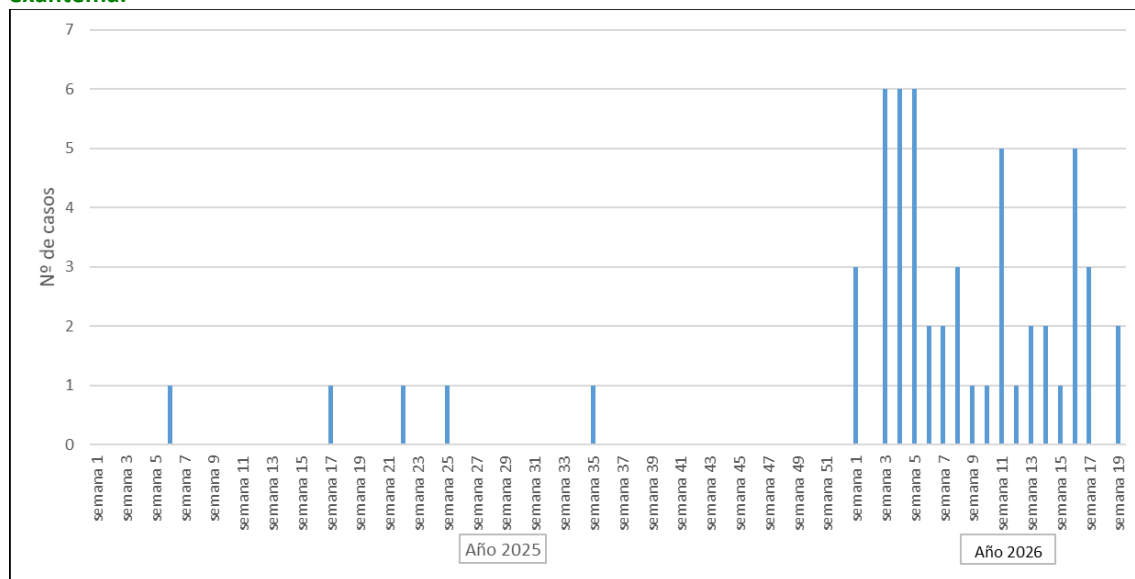
### 2.2.- Distribución de casos e incidencia\* por año epidemiológico, grupo de edad y serogrupos B, W e Y.

	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	1	0,14	0	0
15 a 44 años	6	0,23	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	2	0,31	0	0	1	0,15	1	0,15	0	0
>74 años	1	0,15	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 19 de 2026.**

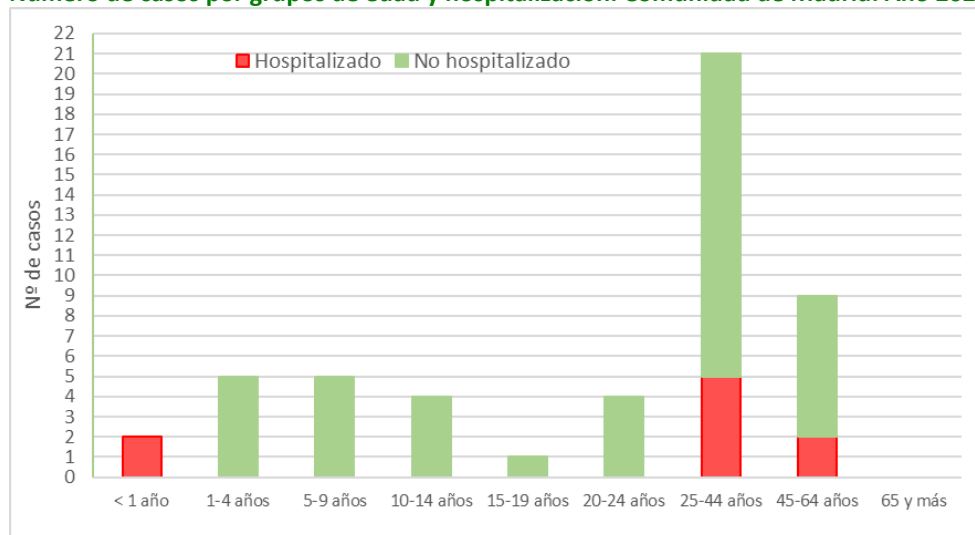
En las primeras 19 semanas del año 2026 se han registrado 51 casos de sarampión en la Comunidad de Madrid.

**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 26 varones, con predominio de adultos: el 58,8% (n=30) tienen entre 25 y 55 años (5 de ellos mayores de 49 años); los casos pediátricos son 2 menores de un año y 14 casos que tienen entre 1 y 14 años. El 17,6% del total de casos (n=9) ha necesitado ingreso hospitalario, cinco debido a su afectación respiratoria.

El 45,1% de los casos son personas originarias de otros países, la mayoría con residencia en la CM desde hace años; el 82,6% 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, 30 de los 51 casos no estaban vacunados, los 2 niños menores de un año entre ellos (58,8%). Cinco casos tenían administrada una única dosis de triple vírica y 8 casos adultos, sin vacunación documentada, se asume que lo estaban por su perfil serológico/clínico. Hubo otros 8 casos, entre ellos 2 niños de 8 y 9 años, con 2 dosis de vacuna documentadas (6 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 49 de los 51 casos; 47 tienen pruebas virológicas específicas positivas (RT-PCR en orina y/o frotis faríngeo para el virus del sarampión).

Un total de 31 casos (60,8%) 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 4 brotes familiares no relacionados entre sí: uno con 3 casos (padre, madre e hijo) y otros 3 brotes con 2 casos cada uno (hermanos 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 19 de 2026 (semana que finaliza el 10 de mayo 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 ha sido de **324,45** casos por 100.000 habitantes en **Atención Primaria** (259,18 en la semana anterior). La incidencia más alta se ha observado en menores de 5 años (1.930,75 casos por 100.000). La incidencia en **Atención Hospitalaria** ha sido de **12,29** (13,18 la semana previa). El grupo de edad de mayor incidencia fue el de 80 o más años (95,56).

##### **Incidencia de gripe**

La incidencia de gripe en la semana 19 en Atención Primaria ha sido de **0,83** casos por 100.000 habitantes (0,41 la semana anterior). En **Atención Hospitalaria** solo se detecta casos sospechosos de gripe en los de 80 y más años con una incidencia de **1,75** casos por 1000.000 habitantes.

##### **Incidencia de infección por SARS-CoV-2**

La incidencia acumulada de casos sospechosos de infección por SARS-CoV-2 durante la semana 19 ha sido de **0,55** en **Atención Primaria** y de **0,10** casos por 100.000 habitantes en **Atención Hospitalaria**.

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

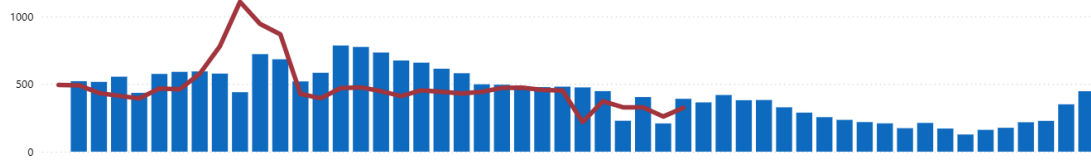
En **Atención Primaria**, la incidencia en menores de 1 año durante la semana 19 ha sido de **214,18** casos por 100.000 habitantes, (385,52 la semana anterior). En **Atención Hospitalaria** la incidencia fue de **21,70** por 100.000 habitantes (43,41 la semana previa).

### Infecciones respiratorias agudas

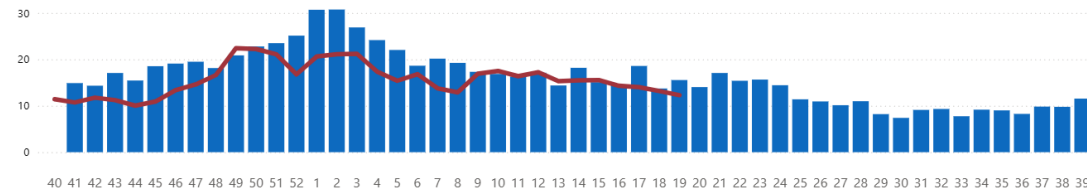
Incidencia semanal

● 2024-2025 ● 2025-2026

Atención primaria



Ingresos hospitalarios

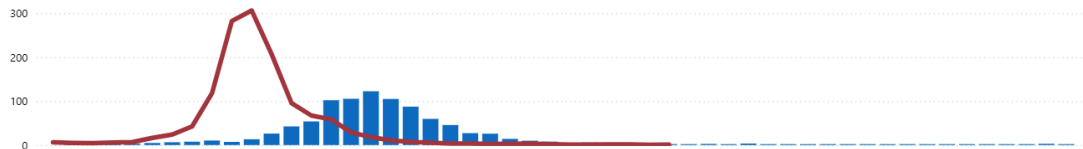


### Gripe

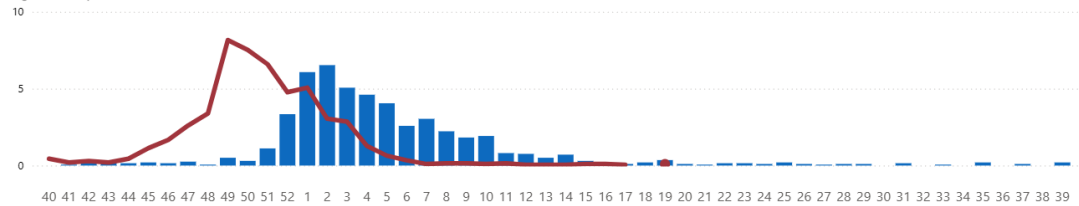
Incidencia semanal

● 2024-2025 ● 2025-2026

Atención primaria



Ingresos hospitalarios

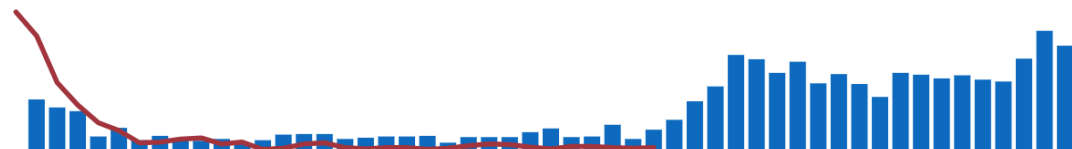


### Infección por SARS-CoV-2

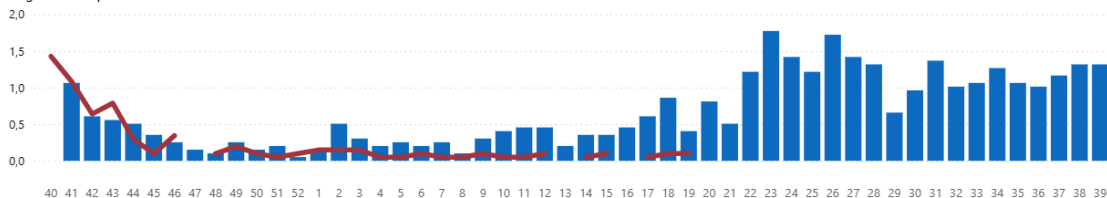
Incidencia semanal

● 2024-2025 ● 2025-2026

Atención primaria



Ingresos hospitalarios

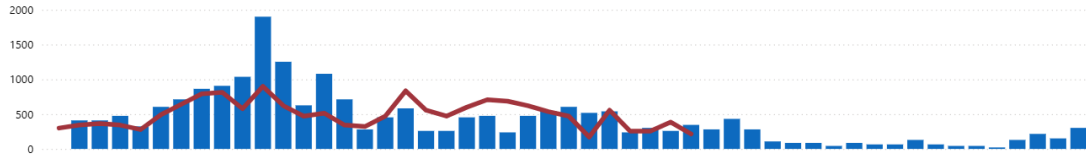


### Bronquiolitis aguda

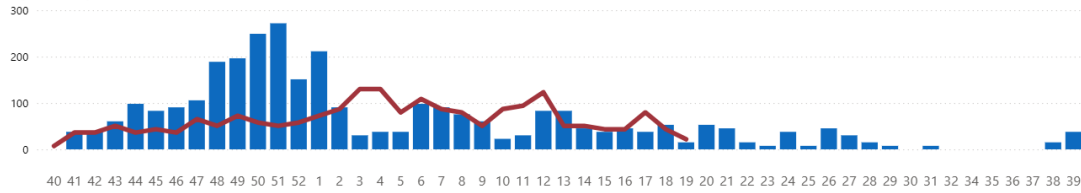
Incidencia semanal (menores de 1 año)

● 2024-2025 ● 2025-2026

Atención primaria



Ingresos hospitalarios

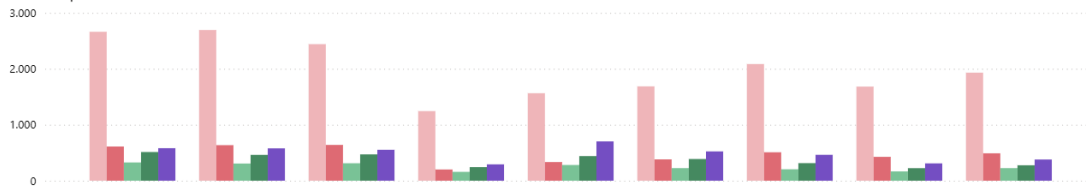


### Infecciones respiratorias agudas

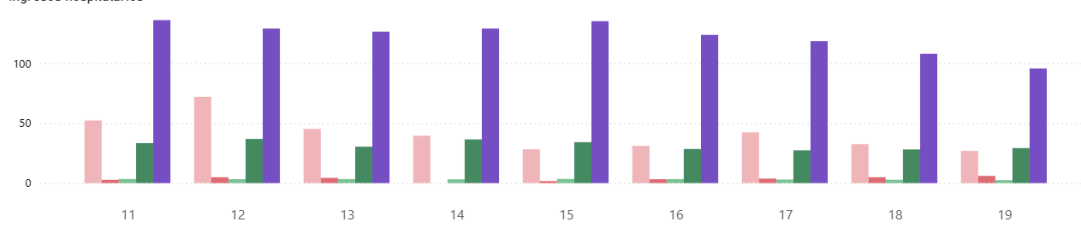
Incidencia por grupo de edad (8 últimas semanas)

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

Atención primaria



Ingresos hospitalarios

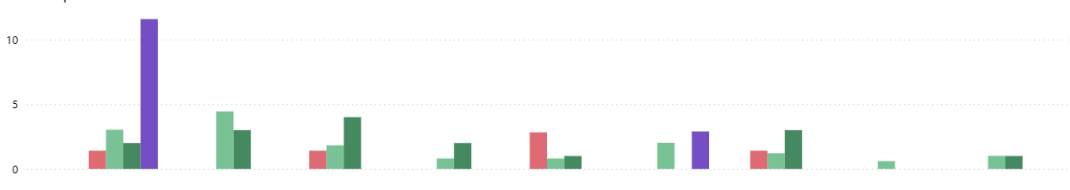


### Gripe

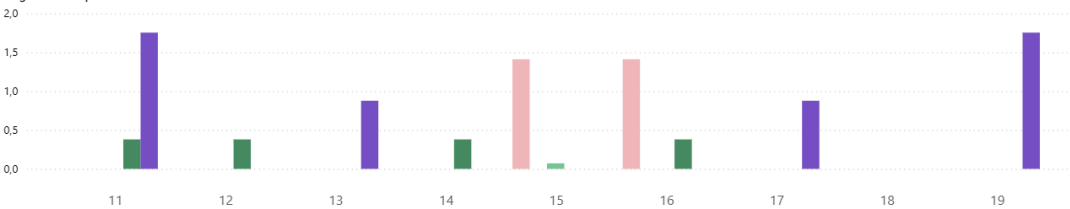
Incidencia por grupo de edad (8 últimas semanas)

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

Atención primaria



Ingresos hospitalarios

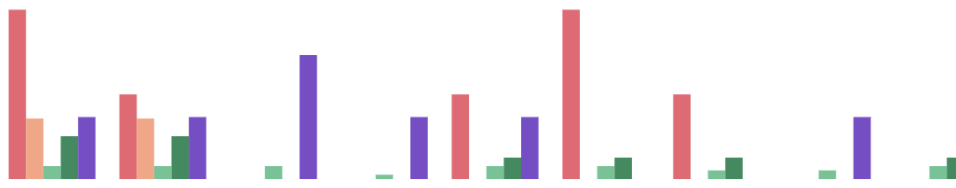


### Infección por SARS-CoV-2

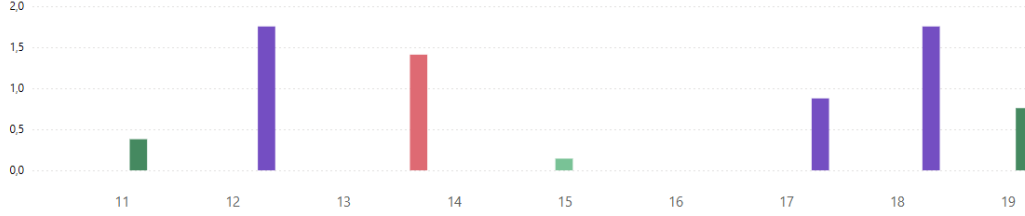
Incidencia por grupo de edad (8 últimas semanas)

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

Atención primaria



Ingresos hospitalarios

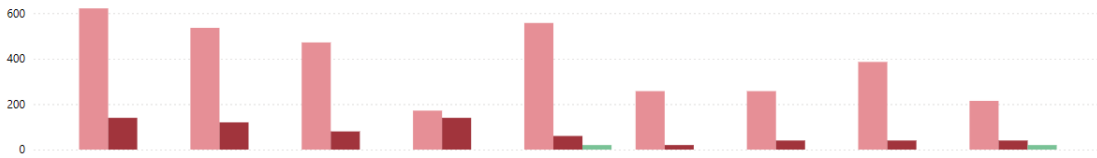


### Bronquiolitis aguda

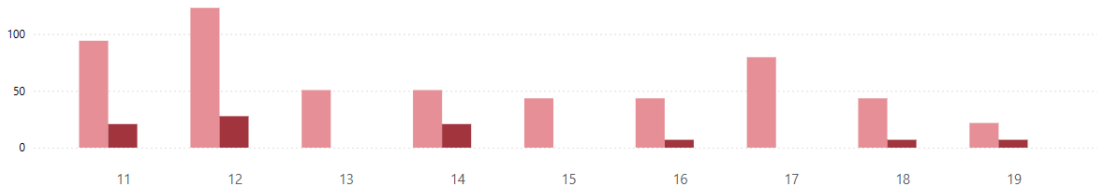
Incidencia por edad en niños menores de 5 años (8 últimas semanas)

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

Atención primaria



Ingresos hospitalarios



**5. BROTES EPIDÉMICOS. COMUNIDAD DE MADRID. AÑO 2026. Datos de la semana 19 de 2026 (del 4 al 10 de mayo) y acumulado anual hasta la semana 19 de 2025 y 2026.**
**5.1.- Brotes notificados en la semana 19 de 2026.**

Enfermedad	Ámbito	Nº Brotes	Observaciones/Actuaciones
Escabiosis	Residencias de personas mayores	2	Información sobre medidas higiénicas de control y tratamiento de casos y contactos estrechos
GEA de origen alimentario	Centros educativos	2	Brotes en investigación; inspección de las instalaciones y toma de muestras testigo; no ingresos
	Establecimientos de restauración	2	No ingresos; inspección de los establecimientos
GEA no alimentaria	Residencia de personas mayores	1	Sospecha de infección vírica con transmisión persona a persona; refuerzo de medidas higiénicas y toma de muestras clínicas
Sarampión	Domicilio particular	1	Hermanos menores de 15 años no vacunados; aislamiento e investigación de contactos
Tosferina	Domicilio particular	1	Menores de 10 años pertenecientes a 2 grupos familiares con contacto cercano; investigación y quimioprofilaxis en el entorno estrecho
<b>TOTAL</b>	--	<b>9</b>	--

GEA: gastroenteritis aguda.

**5.2.- Brotes notificados hasta la semana 19 de 2025 y 2026.**

	Año 2026		Año 2025*	
	Brotes	Casos	Brotes	Casos
Gastroenteritis aguda de origen alimentario	39	527	32	503
Gastroenteritis aguda no alimentaria	53	1.118	68	2.027
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	22	124	7	58
Escarlatina	2	6	2	12
Gripe	19	246	26	221
Hepatitis A	6	13	12	26
Impétigo	1	2	0	0
Infección por virus respiratorio sincitial	2	10	2	10
Infección respiratoria aguda sin filiar	1	20	0	0
Mpox	1	5	0	0
Sarampión	8	29	0	0
Tosferina	1	6	0	0
Tuberculosis pulmonar	14	32	14	32
Varicela	4	18	2	7
<b>Total</b>	<b>183</b>	<b>2.259</b>	<b>166</b>	<b>2.904</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 19 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	36	4	53
GEA de origen alimentario	17	14	5	3	39
Escabiosis	6	13	3	0	22
Gripe	1	5	13	0	19
Tuberculosis pulmonar	13	1	0	0	14
Enf. mano, pie y boca	0	4	4	0	8
Sarampión	6	1	1	0	8

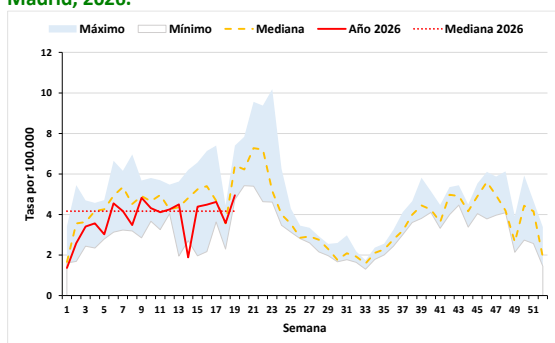
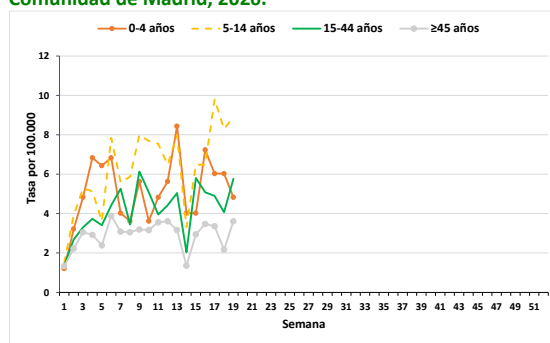
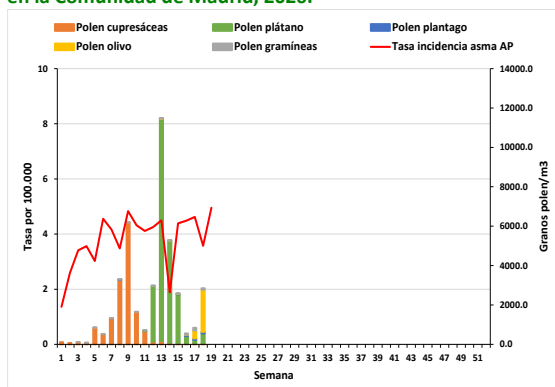
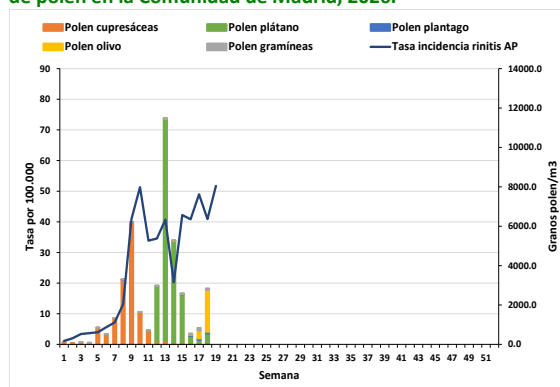
GEA: gastroenteritis aguda.

**6. VIGILANCIA DEL ASMA, RINITIS Y POLEN. COMUNIDAD DE MADRID. 2026**

Semana 19, datos a 12 de mayo de 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 19, que finaliza el 10 de mayo, la incidencia de asma se mantiene dentro de los límites esperados respecto a años anteriores, presentando su valor máximo, hasta este momento, en la semana 19 (Gráfico 1). En menores de 14 años se aprecia una elevación en la incidencia de asma en la semana 13 (coincidiendo con el nivel más elevado de polen de plátano); mientras que para el grupo de 5 a 14 años el valor máximo se observa en la semana 17 (Gráfico 2). En cuanto a la rinitis alérgica, tras el incremento en la tasa de incidencia en la semana 10, que coincidía con las elevaciones del polen de cupresáceas, apreciamos otro incremento que se inicia en la semana 17 y alcanza el valor máximo en la semana 19. Los incrementos de asma y rinitis alérgica que se inician en la semana 17 coinciden con elevaciones de niveles de polen de varios tipos, destacando los de olivo y gramíneas (Gráficos 3 y 4).