

INFORME EPIDEMIOLÓGICO SEMANAL COMUNIDAD DE MADRID. Semana 21

Red de Vigilancia Epidemiológica

Martes, 26 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
7. VIGILANCIA Y CONTROL DE LOS EFECTOS DE LAS OLAS DE CALOR EN LA COMUNIDAD DE MADRID	Pág. 13
8. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE ENFERMEDADES PRODUCIDAS POR ARBOVIRUS	Pág. 15

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 21 de 2026 (semana que finaliza el 24 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 1-21)	2025 (sem 1-21)	IE*
Enfermedades de transmisión respiratoria			
Gripe	17.748	59.018	0,30
Legionelosis	44	62	0,71
Lepra***	1	1	--
Tuberculosis	242	251	0,96
Enfermedades de transmisión alimentaria			
Botulismo***	1	0	--
Campilobacteriosis**	1.592	2.425	--
Criptosporidiosis	45	55	0,82
<i>E. coli</i> productor toxina Shiga o Vero	18	43	0,42
Fiebre tifoidea y paratifoidea***	1	4	--
Giardiasis	117	195	0,60
Hepatitis A	80	214	0,37
Listeriosis	16	12	1,33
Salmonelosis (exc. fiebre tif. y paratif.)	332	466	0,71
Shigelosis	74	92	0,80
Yersiniosis	46	60	0,77
Enfermedades de transmisión sexual y parenteral**			
Hepatitis B	9	97	--
Hepatitis C	32	176	--
Infección gonocócica	1.930	3.527	--
Inf. <i>Chlamydia trachomatis</i> (exc. LGV)	1.412	2.930	--
Linfogranuloma venéreo	175	342	--
Mpox ¹	129	101	--
Sífilis	512	798	--
Zoonosis***			
Fiebre Q	1	10	--
Enfermedades prevenibles por vacunación			
Enf. invasiva por <i>H.influenzae</i>	40	47	0,85
Enf. meningocócica invasiva	25	29	0,86
Enf. neumocócica invasiva	247	331	0,75
Herpes zóster	14.010	13.785	1,02
Parotiditis	71	125	0,57
P.F.A. (< 15 años)***	3	0	--
Sarampión***	52	4	--
Tosferina	25	26	0,96
Varicela	654	559	1,17
Enfermedades notificadas por Sistemas Especiales**			
EETH (Encef. Espongif. Tr. Humanas)	5	7	--
Enfermedades de transmisión vectorial***			
Dengue	19	15	--
Enf. por virus Chikungunya	19	5	--
Fiebre exantemática mediterránea	1	14	--
Leishmaniasis	18	30	--
Paludismo	21	37	--

*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.

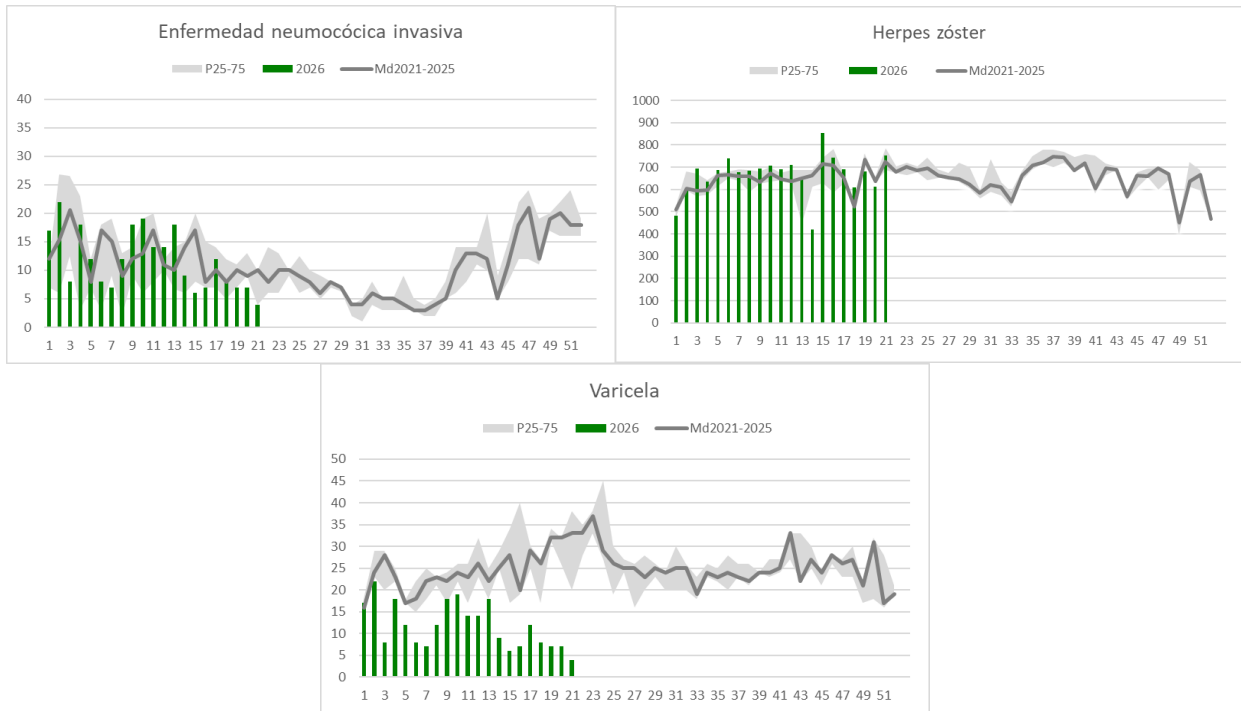
*** No se calcula el IE en las enfermedades de baja incidencia.

³Mpox: hasta la semana 21 de 2026 se han detectado en la Comunidad de Madrid 56 casos de mpox clado 1. De ellos, 10 casos son clado 1 sin subtipar y 46 casos son clado 1b. De estos 46 casos clado 1b, 3 casos presentan coinfección con clado II. Respecto a la vacunación, de los 129 casos notificados, 7 estaban vacunados previamente con 1 dosis actual y 22 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 21 de 2026 (semana que finaliza el 24 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.).



2. ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA INVASIVA. COMUNIDAD DE MADRID. AÑO 2026. Datos hasta la semana 21 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	11	0,15	1	9,1	19	0,27	2	10,5
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	0,08	1	16,7	0	0	0	0
Serogrupo desconocido	7	0,1	0	0	1	0,01	0	0
No tipable	0	0	0	0	1	0,01	0	0
Total confirmados	25	0,35	2	8	29	0,41	3	10,3
Sospecha clínica	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	25	0,35	2	8	29	0,41	3	10,3

*Tasas por 100.000 habitantes. Estadística continua de población, año 2025.

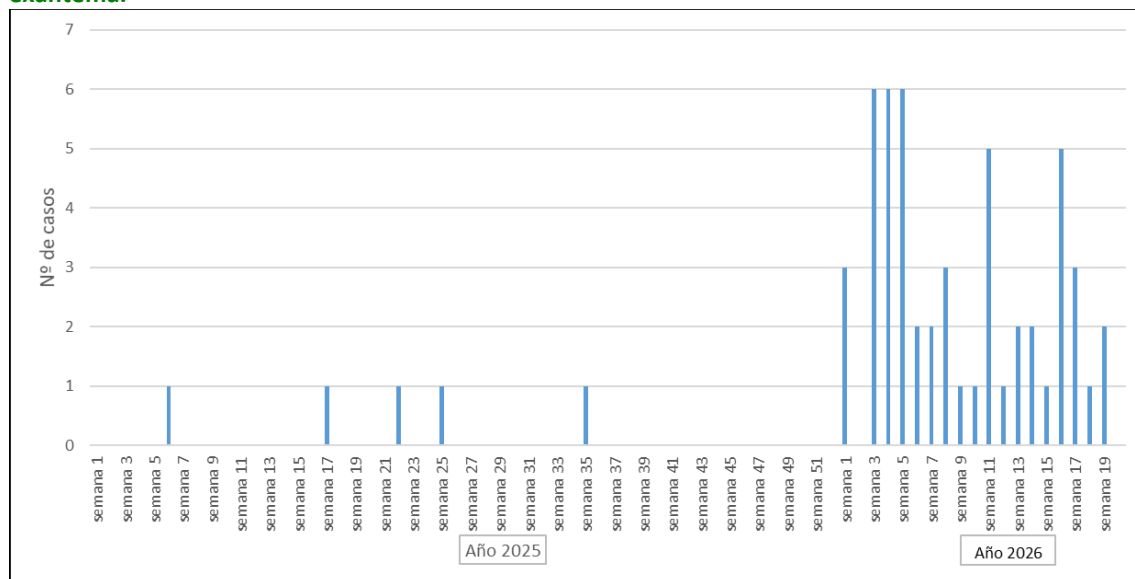
2.2.- Distribución de casos e incidencia* por año epidemiológico, grupo de edad y serogrupos B, W e Y.

	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	1	0,98	0	0	1	0,98	1	0,98	0	0
2 a 4 años	1	0,63	1	0,63	0	0	0	0	0	0	0	0
5 a 14 años	2	0,29	2	0,29	0	0	0	0	1	0,15	0	0
15 a 44 años	6	0,22	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	0,09	0	0
65 a 74 años	0	0	2	0,3	0	0	1	0,15	1	0,15	0	0
>74 años	1	0,15	2	0,3	1	0,15	1	0,15	1	0,15	0	0

*Tasas por 100.000 habitantes. Estadística continua de población, año 2025.

3. SARAMPIÓN. COMUNIDAD DE MADRID. AÑO 2026. Datos hasta la semana 21 de 2026.

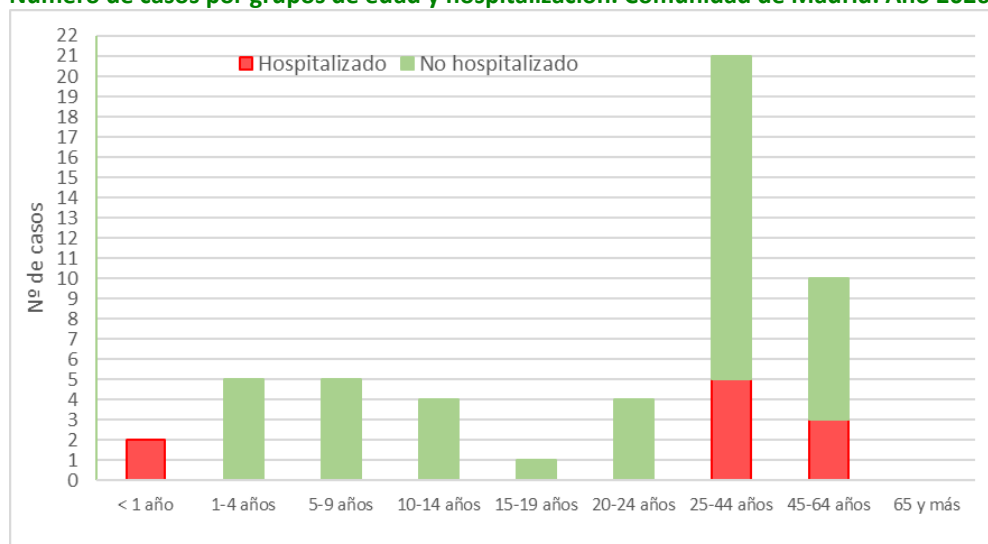
En las primeras 21 semanas del año 2026 se han registrado 52 casos de sarampión en la Comunidad de Madrid.

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 26 mujeres y 26 varones, con predominio de adultos: el 59,6% (n=31) tienen entre 25 y 64 años (6 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 19,2% del total de casos (n=10) ha necesitado ingreso hospitalario, 6 debido a su afectación respiratoria.

El 44,2% 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, 31 de los 52 casos no estaban vacunados, los 2 niños menores de un año entre ellos (59,6%). 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 50 de los 52 casos; 48 tienen pruebas virológicas específicas positivas (RT-PCR en orina y/o frotis faríngeo para el virus del sarampión).

Un total de 31 casos (59,6%) 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 21 de 2026 (semana que finaliza el 24 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 **365,08** casos por 100.000 habitantes en **Atención Primaria** (311,92 en la semana anterior). La incidencia más alta se ha observado en menores de 5 años (2017,61 casos por 100.000 habitantes). La incidencia en **Atención Hospitalaria** ha sido de **13,23** (13,47 la semana previa). El grupo de edad de mayor incidencia fue el de 80 o más años (107,83).

Incidencia de gripe

La incidencia de gripe en la semana 21 en **Atención Primaria** ha sido de **0,83** casos por 100.000 habitantes (1,79 la semana anterior). En **Atención Hospitalaria** solo se han detectado casos sospechosos de gripe en mayores de 80 años (1,75).

Incidencia de infección por SARS-CoV-2

La incidencia acumulada de casos sospechosos de infección por SARS-CoV-2 durante la semana 21 en **Atención Primaria** ha sido de **0,55** casos por 100.000 habitantes (0,28 la semana previa). En **Atención Hospitalaria** no se han detectado casos sospechosos por SARS-CoV-2.

Incidencia de bronquiolitis aguda en menores de 1 año

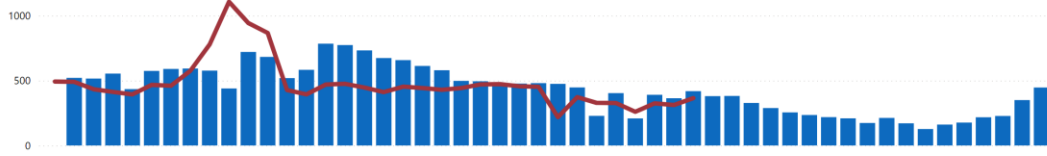
En **Atención Primaria**, la incidencia en menores de 1 año durante la semana 21 ha sido de **257,01** casos por 100.000 habitantes, (107,09 la semana anterior). En **Atención Hospitalaria** la incidencia fue de **43,41** por 100.000 habitantes (57,87 la semana previa).

Infecciones respiratorias agudas

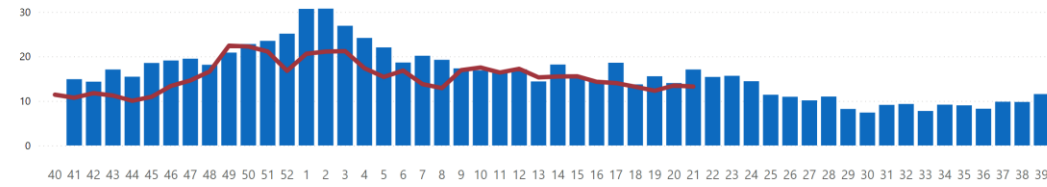
Incidencia semanal

● 2024-2025 ● 2025-2026

Atención primaria



Ingresos hospitalarios

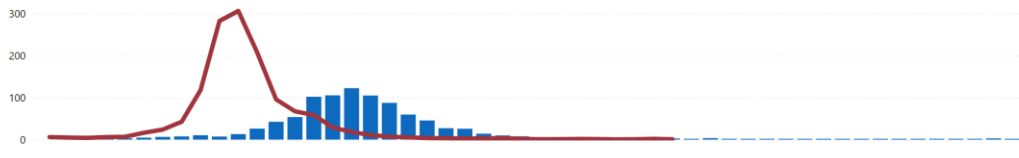


Gripe

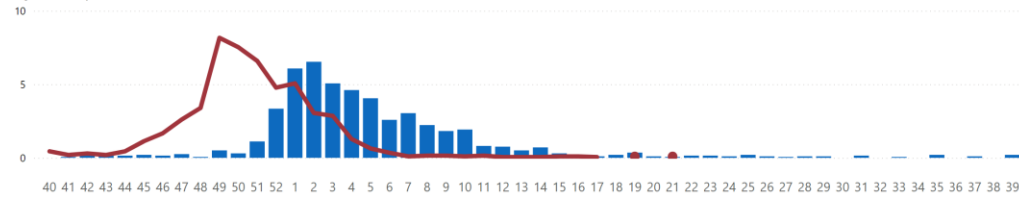
Incidencia semanal

● 2024-2025 ● 2025-2026

Atención primaria



Ingresos hospitalarios

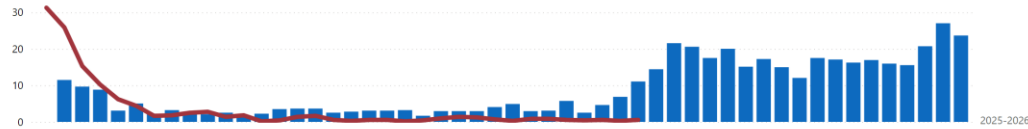


Infección por SARS-CoV-2

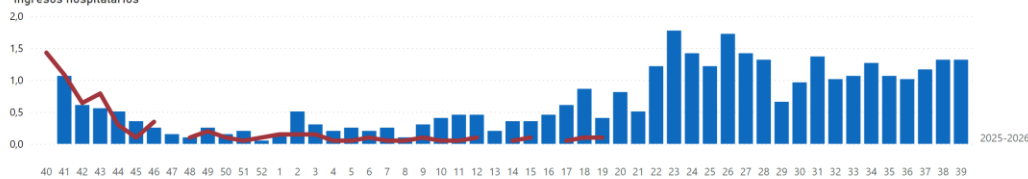
Incidencia semanal

● 2024-2025 ● 2025-2026

Atención primaria



Ingresos hospitalarios

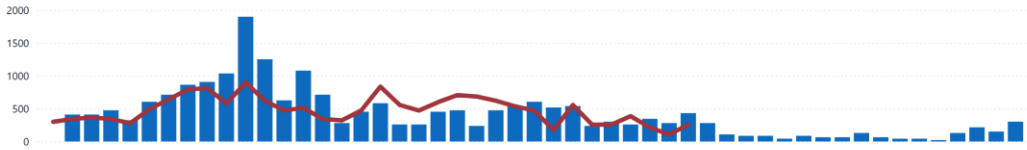


Bronquiolitis aguda

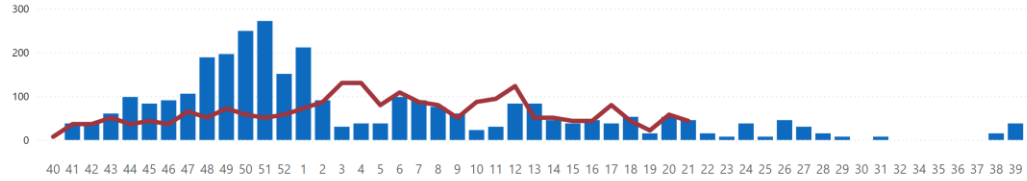
Incidencia semanal (menores de 1 año)

● 2024-2025 ● 2025-2026

Atención primaria



Ingresos hospitalarios

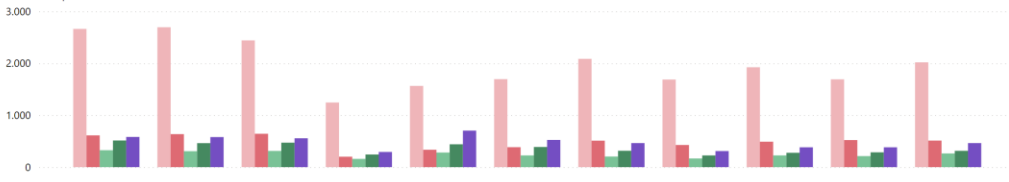


Infecciones respiratorias agudas

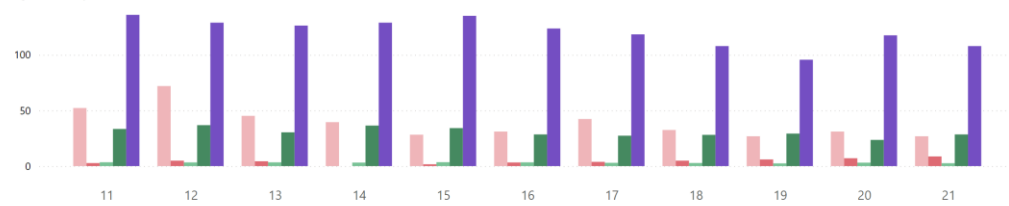
Incidencia por grupo de edad (8 últimas semanas)

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

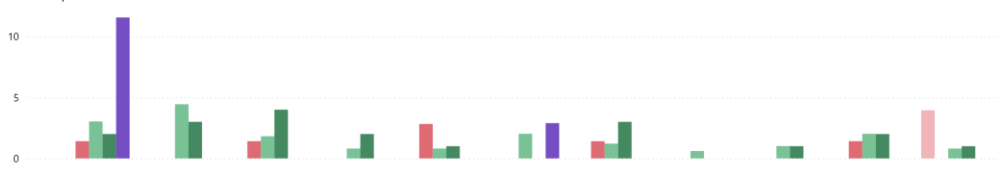


Gripe

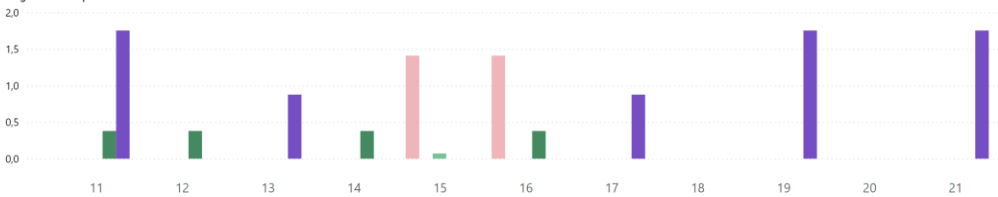
Incidencia por grupo de edad (8 últimas semanas)

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



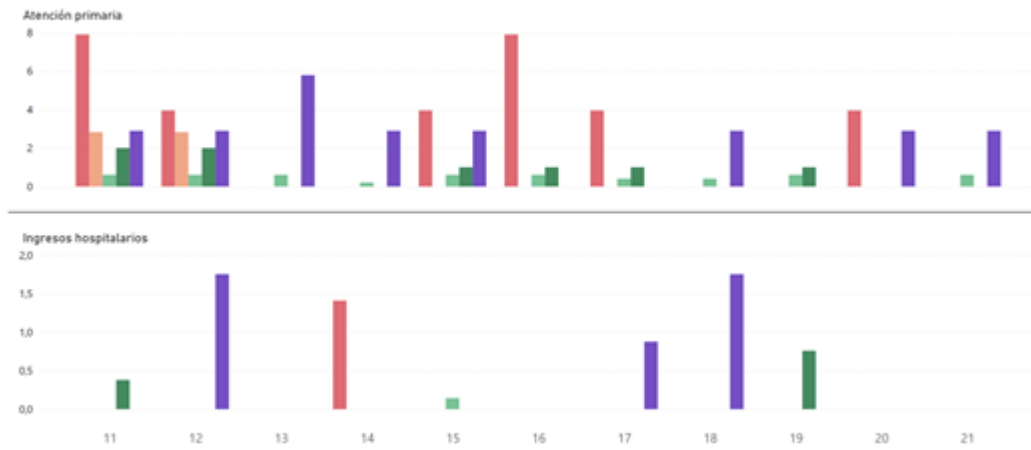
Ingresos hospitalarios



Infección por SARS-CoV-2

Incidencia por grupo de edad (8 últimas semanas)

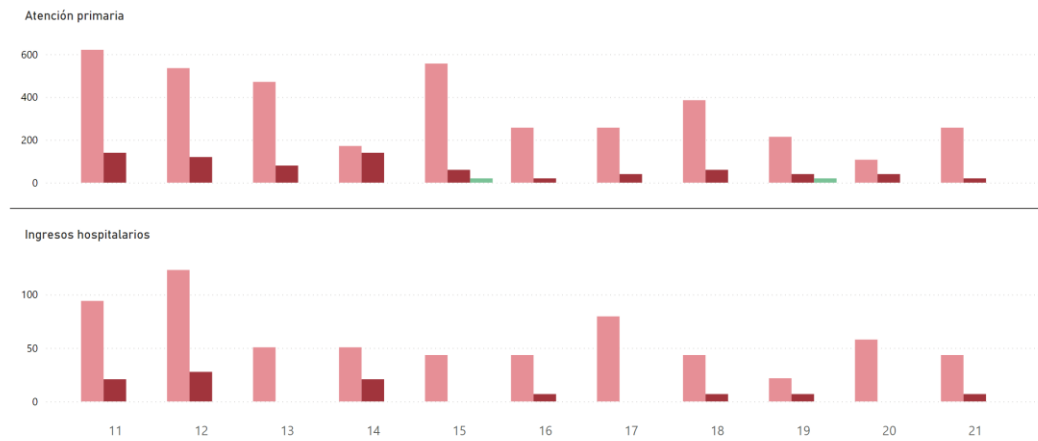
Grupo de edad ● 0 a 4 años ● 5 a 14 años ● 15 a 64 años ● 65 a 79 años ● 80 o más años



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



5. BROTES EPIDÉMICOS. COMUNIDAD DE MADRID. AÑO 2026. Datos de la semana 21 de 2026 (del 18 al 24 de mayo) y acumulado anual hasta la semana 21 de 2025 y 2026.
5.1.- Brotes notificados en la semana 21 de 2026.

Enfermedad	Ámbito	Nº Brotes	Observaciones/Actuaciones
Escabiosis	Residencias de personas mayores	2	Medidas higiénicas y tratamiento de casos y contactos estrechos
GEA de origen alimentario	Establecimientos de restauración	2	Inspección de los establecimientos
	Centro educativo	1	Brote en investigación; afecta solo a alumnos; inspección del comedor colectivo
GEA no alimentaria	Residencias de personas mayores	3	Sospecha de origen vírico con transmisión persona a persona; no ingresos; refuerzo de medidas higiénicas y toma de muestras clínicas
	Centro educativo	1	Sospecha de origen vírico con transmisión persona a persona; alumnos de E. Primaria y profesores; refuerzo de medidas higiénicas y toma de muestras clínicas
Hepatitis A	Domicilio particular	1	Padre e hijo menor de edad, no vacunados; estudio de contactos estrechos
TOTAL	--	10	--

GEA: gastroenteritis aguda.

5.2.- Brotes notificados hasta la semana 21 de 2025 y 2026.

	Año 2026		Año 2025*	
	Brotes	Casos	Brotes	Casos
Gastroenteritis aguda de origen alimentario	44	607	36	570
Gastroenteritis aguda no alimentaria	61	1.269	74	2.156
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	24	131	11	101
Escarlatina	2	6	2	13
Gripe	19	246	27	238
Hepatitis A	7	15	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	2	8	0	0
Sarampión	8	29	0	0
Tosferina	1	6	0	0
Tuberculosis pulmonar	14	32	15	34
Varicela	4	18	2	7
Total	200	2.502	182	3.163

*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 21 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	16	40	5	61
GEA de origen alimentario	19	16	5	4	44
Escabiosis	7	14	3	0	24
Gripe	1	5	13	0	19
Tuberculosis pulmonar	13	1	0	0	14
Sarampión	6	1	1	0	8
Enf. mano, pie y boca	0	4	4	0	8
Hepatitis A	7	0	0	0	7

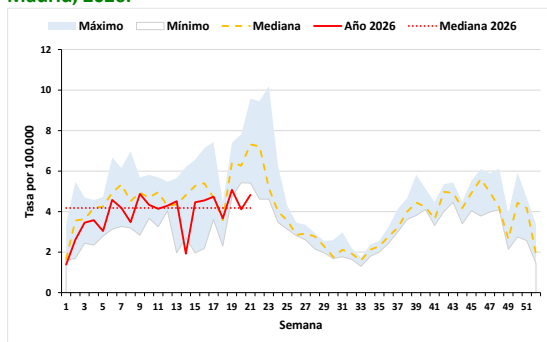
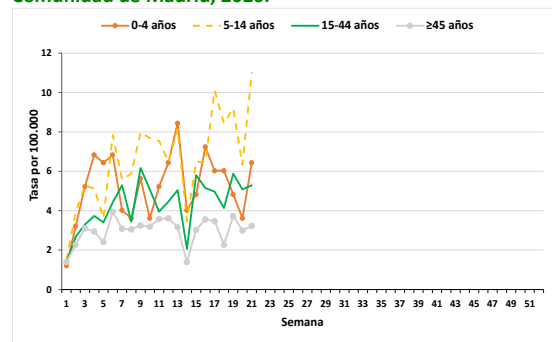
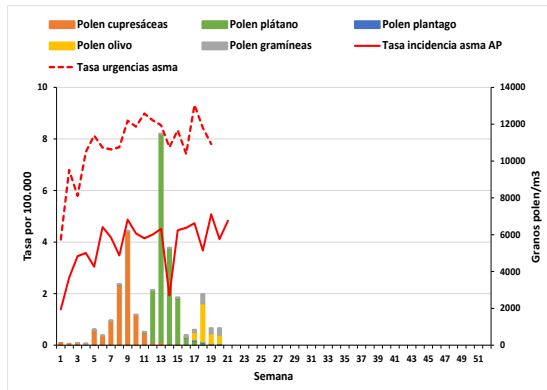
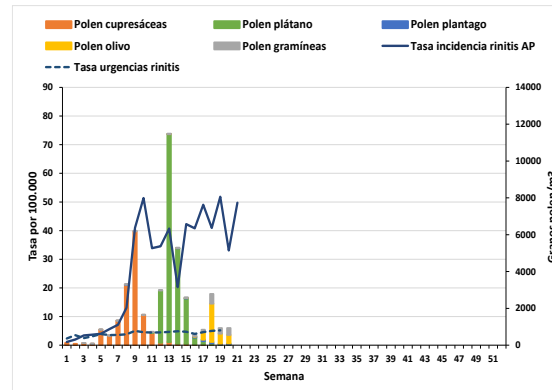
GEA: gastroenteritis aguda.

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

Semana 21, datos a 26 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. Para el estudio de las **urgencias hospitalarias** por asma (CIE10ª J45) y por rinitis alérgica y vasomotora (CIE10ª J30), se analizan las urgencias atendidas con una cobertura en torno al 70% de los hospitales públicos de la Comunidad de Madrid (CM). Los datos de concentración de **polen** (granos/m³) 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 urgencias hospitalarias y niveles de polen en la Comunidad de Madrid, 2026.****Gráfico 4. Incidencia semanal de rinitis alérgica en AP y urgencias hospitalarias y niveles de polen en la Comunidad de Madrid, 2026.**

Hasta la semana 21, que finaliza el 24 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 21 (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, se aprecia 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). Los valores máximos de las urgencias hospitalarias, cuyos datos se completan de forma progresiva, se observan en la semana 17 (para el asma) y en la 19 (para la rinitis).

En la semana 21, se observa un ascenso en la incidencia de asma (alcanzando su valor máximo de la temporada hasta el momento en el grupo de 5 a 14 años) y de rinitis alérgica.

7. VIGILANCIA Y CONTROL DE LOS EFECTOS DE LAS OLAS DE CALOR EN LA COMUNIDAD DE MADRID, VERANO 2026. Semana 21, datos a 26 de mayo de 2026.



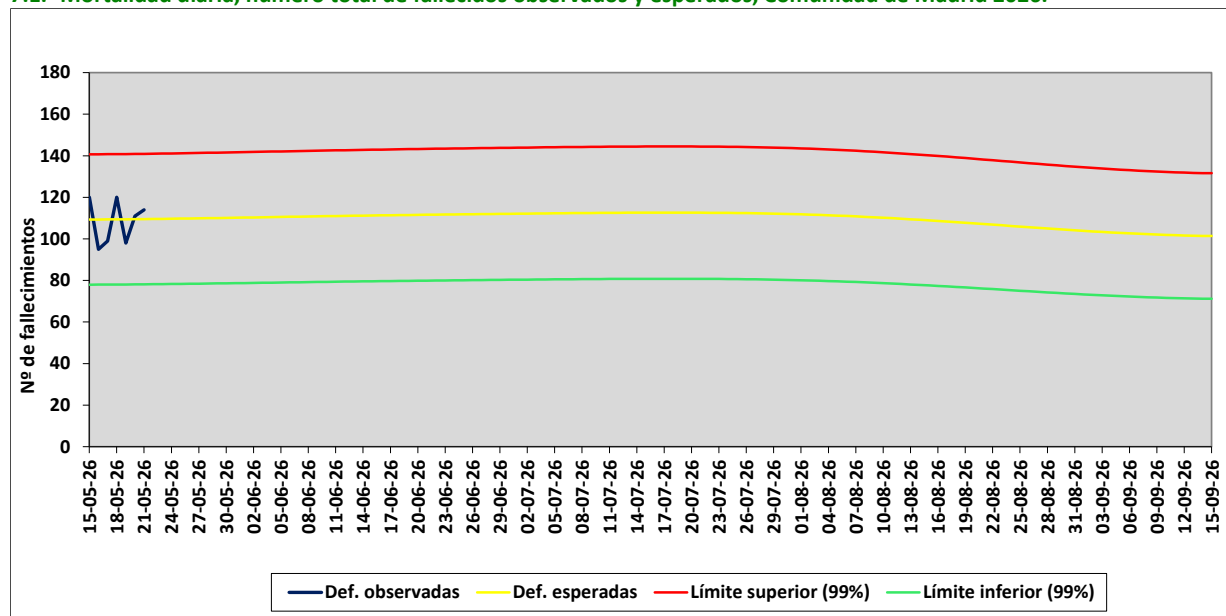
Este informe presenta la vigilancia de los efectos en salud de las olas de calor con el objetivo de detectar cambios en la mortalidad y en la demanda asistencial urgente, integrando datos de dos subsistemas: el de información ambiental y el de vigilancia de la mortalidad y morbilidad. Ello se contempla en el marco del **Plan de Actuación ante Episodios de Altas Temperaturas 2026** que en su Capítulo 1 recoge la Vigilancia y Control de los Efectos de las Olas de Calor en la salud. Responde a una de las actividades de la Comisión Técnica de Coordinación del Plan formada por distintas instituciones con el objetivo de armonizar las actuaciones y disminuir los efectos en salud asociados a las altas temperaturas.

La temporada de vigilancia se activa el día 15 de mayo hasta el 15 de septiembre, un total de 124 días, desde la semana 20 a la 38. Sin embargo, en función de las variaciones imprevisibles y adelantadas o retrasadas de las elevadas temperaturas observadas, se considera un período de flexibilidad desde el 1 de mayo al 30 de septiembre.

Los datos de mortalidad proceden del Registro General de Registros Civiles y Notarios del Ministerio de Justicia, facilitados por el Centro Nacional de Epidemiología (Sistema de Monitorización de la Mortalidad diaria, MoMo). Se incluyen los fallecimientos de los 21 municipios de la Comunidad de Madrid que disponen de Registro Civil y se calcula el exceso de fallecimientos observados diarios y se comparan con los esperados, según el comportamiento de la mortalidad diaria, en estos mismos municipios, los 5 años anteriores (2021-2025).

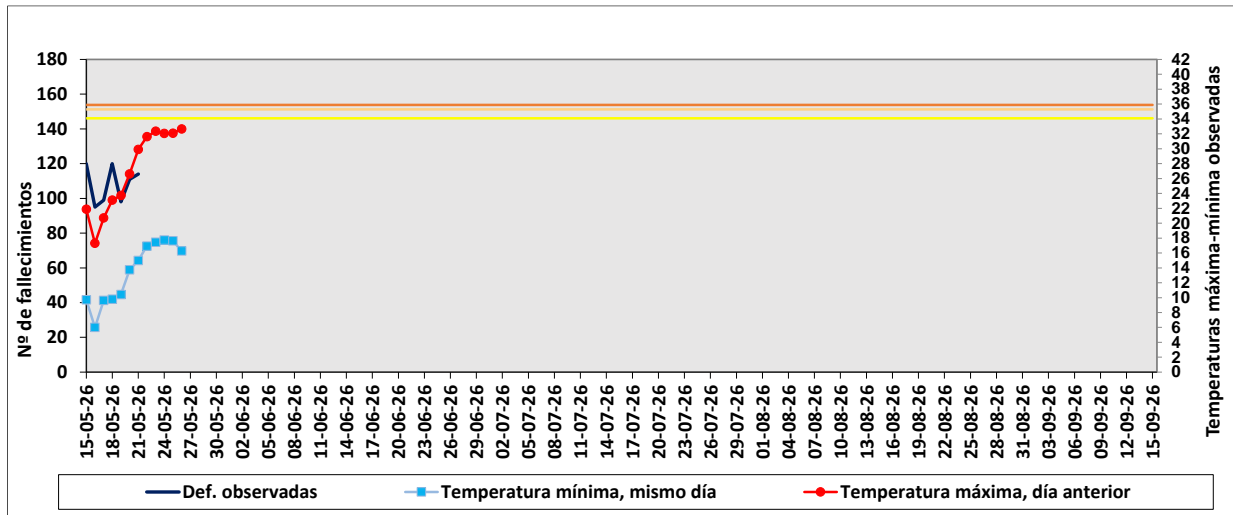
Los gráficos representan la **mortalidad** diaria observada y esperada y límites superior e inferior (+3DE). Un segundo gráfico representa la mortalidad diaria y las **temperaturas** máxima del día anterior (T^{mx}) y mínima del mismo día ($T^{\text{mín}}$), señalando los niveles de alerta para cada una de las zonas Meteosalud (ZMS) de la Comunidad de Madrid: 34,1°C para la ZMS Sierra de Madrid; 35,9°C para la ZMS Metropolitana y Henares; y 35,3°C para la ZMS Sur, Vegas y Oeste (datos de temperatura procedentes de AEMET y Área de Vigilancia de Riesgos Ambientales). Los datos de **urgencias** atendidas proceden del CMBD de urgencias de 26 hospitales públicos, aportando el número diario y el porcentaje de urgencias ingresadas cada semana.

7.1.- Mortalidad diaria, número total de fallecidos observados y esperados, Comunidad de Madrid 2026.



*Fuente: Datos procedentes del Registro General de Registros Civiles y Notarios, Ministerio de Justicia y Sistema MOMO, Centro Nacional de Epidemiología. Mortalidad esperada: elaboración propia a partir de datos de los cinco años anteriores (2021-2025), Unidad Técnica de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles.

7.2.- Mortalidad total diaria observada y temperatura máxima observada del día anterior y mínima del mismo día**, Comunidad de Madrid 2026.



*Líneas horizontales: temperatura de alerta en cada ZMS: 34,1°C, 35,3°C y 35,9°C.

**Datos de temperatura: valores medios de las temperaturas máximas y mínimas diarias registradas en los observatorios de Barajas, Cuatro Vientos, Getafe y Retiro, facilitados por la Agencia Estatal de Meteorología, Ministerio para la Transición Ecológica y el Reto Demográfico, proporcionados por el Área de Vigilancia de Riesgos Ambientales.

- La mortalidad observada entre los días 15 y 21 de mayo (semanas 20 y 21), fue de 757 fallecimientos observados, un 1,2% menor que los esperados (N=766). Debido al retraso en la notificación del evento, los datos son provisionales.
- El número total de urgencias atendidas en la semana 21 fue de 75.926 (11,5% más que la semana anterior), de las que se procedió al ingreso hospitalario en un 8,6% (2,3% mayor que la semana anterior).

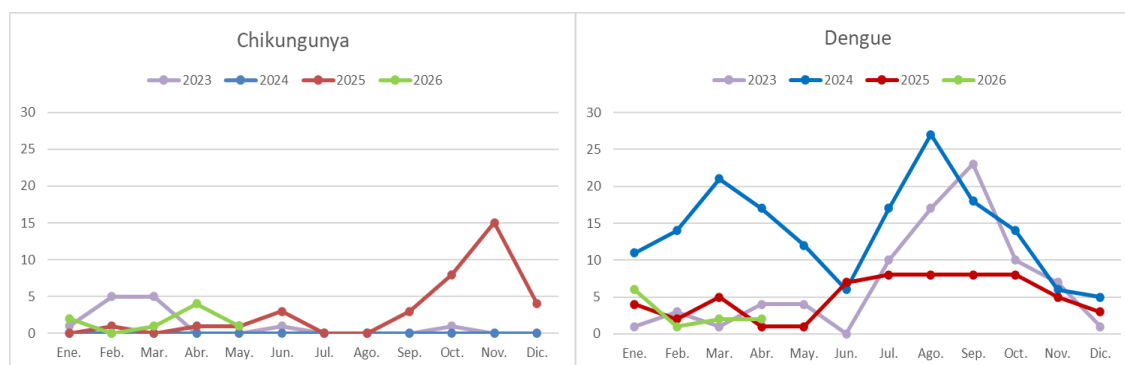
8. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE ENFERMEDADES PRODUCIDAS POR ARBOVIRUS. COMUNIDAD DE MADRID, AÑO 2026.

8.1.- Informe de situación. Actualizado a 26 de mayo 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		
CHIKUNGUNYA	8	11	57,9	44,0 años (D.E. 19,8)	Bolivia (73,7%), Brasil, Cuba, Rep. Dominicana, Seychelles, Sri Lanka.
DENGUE	11	8	57,9	39,6 años (D.E. 17,7)	Colombia, Ecuador (10,5%), Filipinas, Guinea Conackry, Indonesia, Malasia (10,5%), Maldivas (26,3%), México, Nicaragua, Perú, Rep. Dominicana, Sri Lanka, Vietnam.
ZIKA	0	0	--	--	--

8.2.- 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/servicios/salud/enfermedad-virus-chikungunya>

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

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