

INFORME EPIDEMIOLÓGICO SEMANAL COMUNIDAD DE MADRID. Semana 23

Red de Vigilancia Epidemiológica

Martes, 9 de junio 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

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 23 de 2026 (semana que finaliza el 7 de junio 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 1-23)	2025 (sem 1-23)	IE*
Enfermedades de transmisión respiratoria			
Gripe	17.863	59.393	0,27
Legionelosis	44	64	0,69
Lepra***	1	2	--
Tuberculosis	261	277	0,94
Enfermedades de transmisión alimentaria			
Botulismo***	1	0	--
Campilobacteriosis**	1.817	2.691	--
Criptosporidiosis	47	59	0,80
<i>E. coli</i> productor toxina Shiga o Vero	20	46	0,43
Fiebre tifoidea y paratifoidea***	1	4	--
Giardiasis	144	210	0,69
Hepatitis A	85	236	0,36
Listeriosis	17	13	1,31
Salmonelosis (exc. fiebre tif. y paratif.)	403	541	0,74
Shigelosis	89	103	0,86
Yersiniosis	65	67	0,97
Enfermedades de transmisión sexual y parenteral**			
Hepatitis B	9	109	--
Hepatitis C	32	200	--
Infección gonocócica	1.973	3.877	--
Inf. <i>Chlamydia trachomatis</i> (exc. LGV)	1.467	3.227	--
Linfogranuloma venéreo	177	377	--
Mpox ¹	138	106	--
Sífilis	518	880	--
Zoonosis***			
Fiebre Q	1	11	--
Enfermedades prevenibles por vacunación			
Enf. invasiva por <i>H.influenzae</i>	42	48	0,88
Enf. meningocócica invasiva	30	29	1,03
Enf. neumocócica invasiva	282	348	0,81
Herpes zóster	15.488	15.266	1,01
Parotiditis	82	133	0,62
P.F.A. (< 15 años)***	3	0	--
Sarampión***	52	4	--
Tosferina	29	29	1,00
Varicela	729	627	1,16
Enfermedades notificadas por Sistemas Especiales**			
EETH (Encef. Espongif. Tr. Humanas)	7	7	--
Enfermedades de transmisión vectorial***			
Dengue	19	16	--
Enf. por virus Chikungunya	19	7	--
Fiebre exantemática mediterránea	1	14	--
Leishmaniasis	18	32	--
Paludismo	25	50	--

*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.

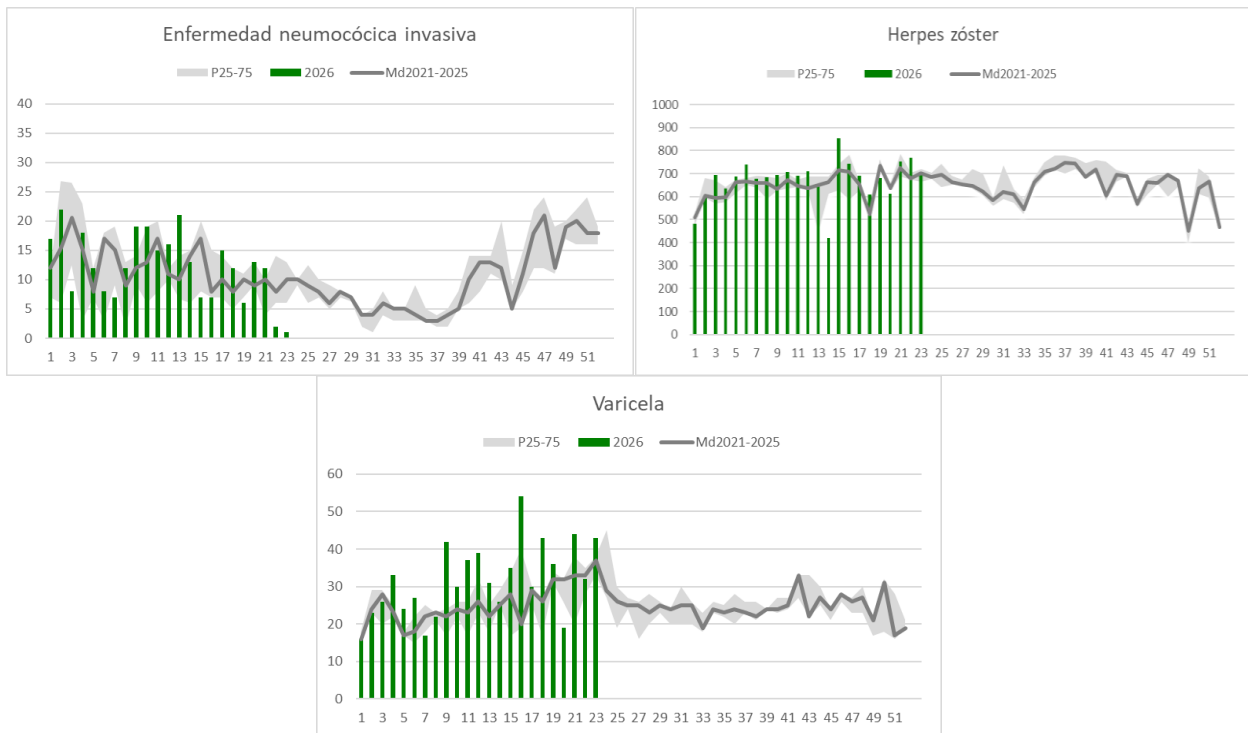
*** No se calcula el IE en las enfermedades de baja incidencia.

¹Mpox: hasta la semana 23 de 2026 se han detectado en la Comunidad de Madrid 60 casos de mpox clado 1. De ellos, 10 casos son clado 1 sin subtipar y 50 casos son clado 1b. De estos 50 casos clado 1b, 3 casos presentan coinfección con clado II. Respecto a la vacunación, de los 138 casos notificados, 7 estaban vacunados previamente con 1 dosis actual y 25 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 23 de 2026 (semana que finaliza el 7 de junio 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 23 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	14	0,2	2	14,3	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	7	0,1	1	14,3	0	0	0	0
Serogrupo desconocido	8	0,11	1	12,5	1	0,01	0	0
No tipable	0	0	0	0	1	0,01	0	0
Total confirmados	30	0,42	4	13,3	29	0,41	3	10,3
Sospecha clínica	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	30	0,42	4	13,3	29	0,41	3	10,3

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

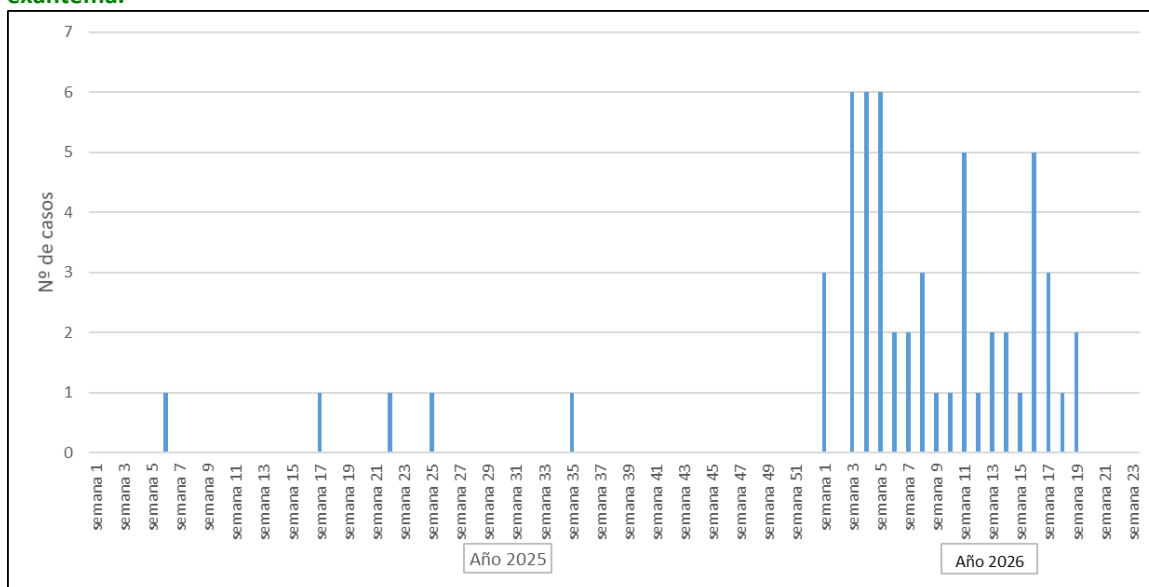
2.2.- Distribución de casos e incidencia* por año epidemiológico, grupo de edad y serogrupos B, W e Y.

	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	1	0,98	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	7	0,26	7	0,26	0	0	3	0,11	0	0	0	0
45 a 64 años	2	0,09	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	2	0,3	0	0

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

3. SARAMPIÓN. COMUNIDAD DE MADRID. AÑO 2026. Datos hasta la semana 23 de 2026.

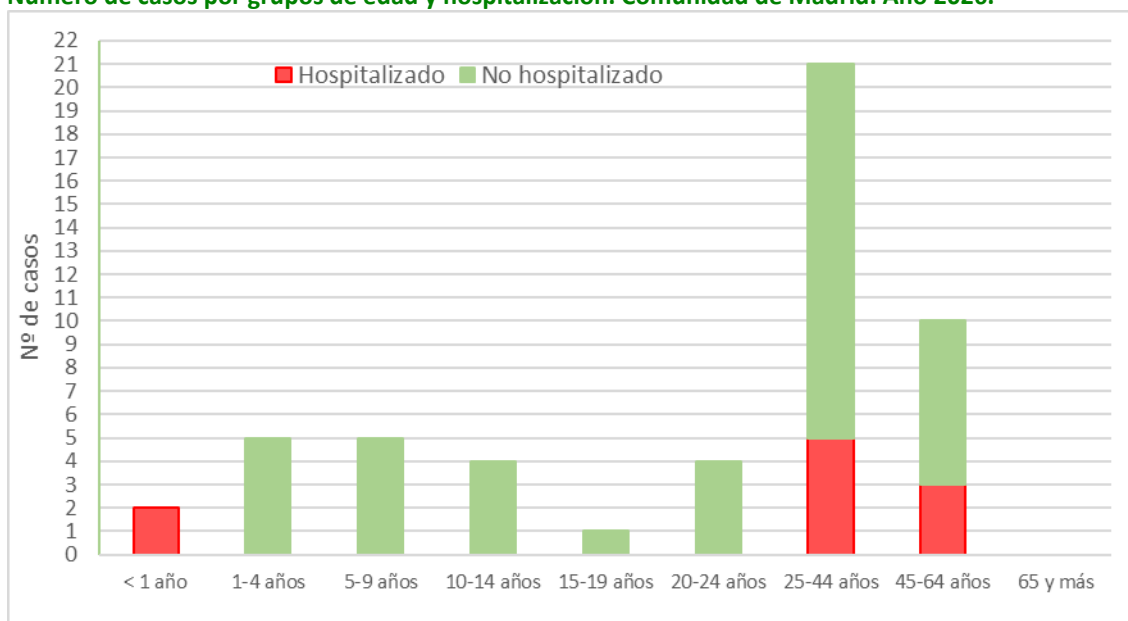
En las primeras 23 semanas del año 2026 se han registrado 52 casos de sarampión en la Comunidad de Madrid (CM). El último caso detectado es con inicio del exantema en la semana 19.

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 23 de 2026 (semana que finaliza el 7 de junio 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.

Incidencia de infecciones respiratorias agudas

La incidencia de infecciones respiratorias agudas ha sido de 274,32 casos por 100.000 habitantes en **Atención Primaria** (320,73 en la semana anterior). La incidencia más alta se ha observado en menores de 5 años (1622,77 casos por 100.000). La incidencia en **Atención Hospitalaria** ha sido de 11,75 (13,28 la semana previa). El grupo de edad de mayor incidencia fue el de 80 o más años (106,08).

Incidencia de gripe

La incidencia de gripe en la semana 23 en **Atención Primaria** ha sido de 0,96 casos por 100.000 habitantes (0,55 la semana anterior). En **Atención Hospitalaria** no se detectaron casos sospechosos de gripe.

Incidencia de infección por SARS-CoV-2

La incidencia acumulada de casos sospechosos de infección por SARS-CoV-2 durante la semana 23 ha sido de **1,1** en **Atención Primaria**. En **Atención Hospitalaria** se mantiene en **0,1** casos por 100.000 habitantes.

Incidencia de bronquiolitis aguda en menores de 1 año

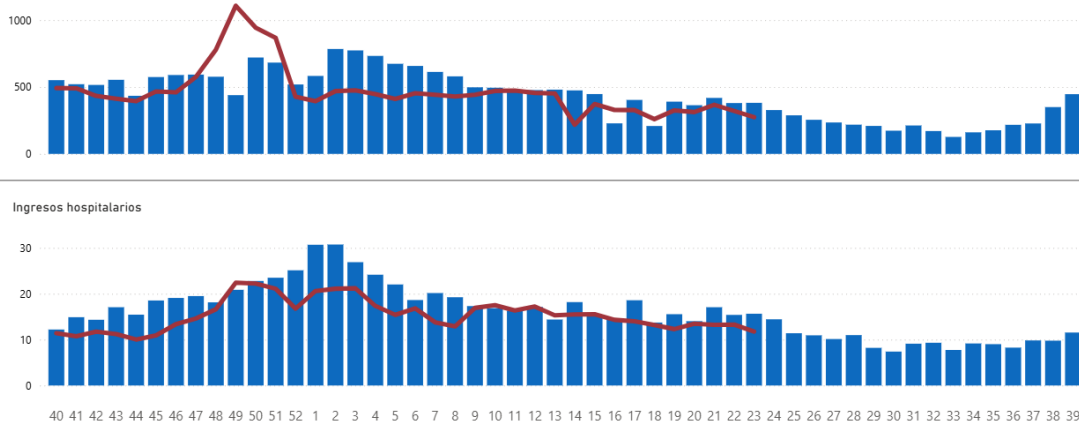
En **Atención Primaria**, la incidencia en menores de 1 año durante la semana 23 ha sido de **192,76** casos por 100.000 habitantes, (299,85 la semana anterior). En **Atención Hospitalaria** no se detectaron casos sospechosos de bronquiolitis aguda (43,41 la semana previa).

Infecciones respiratorias agudas

Incidencia semanal

● 2024-2025 ● 2025-2026

Atención primaria

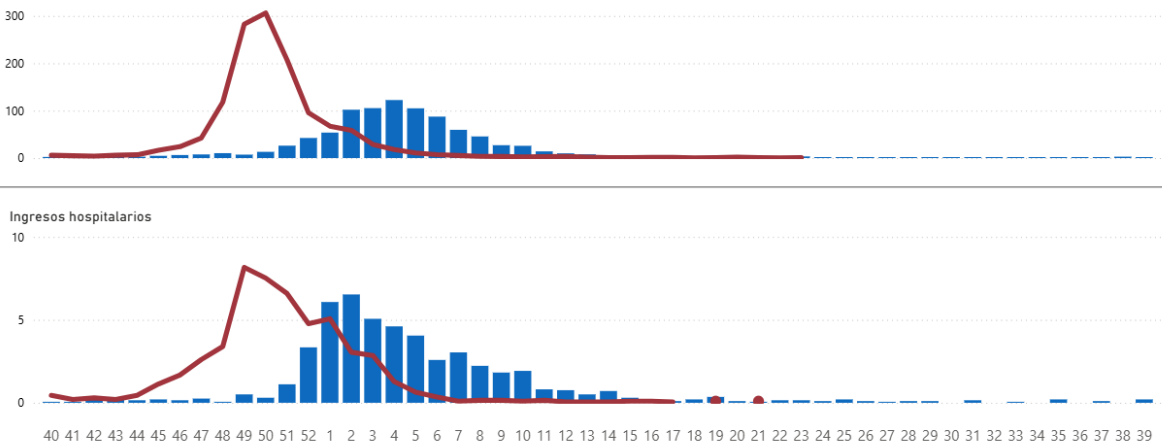


Gripe

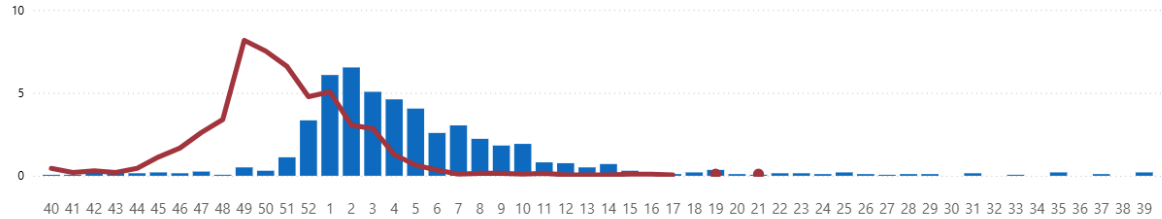
Incidencia semanal

● 2024-2025 ● 2025-2026

Atención primaria



Ingresos hospitalarios

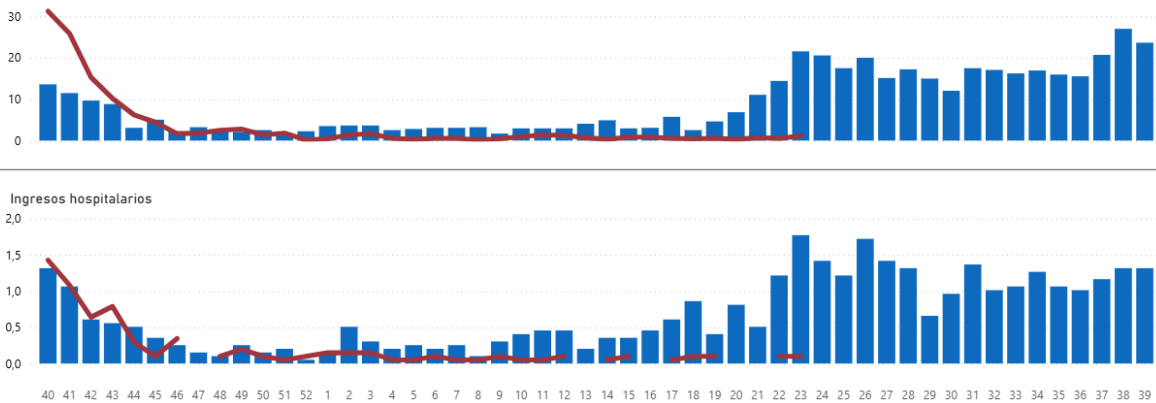


Infección por SARS-CoV-2

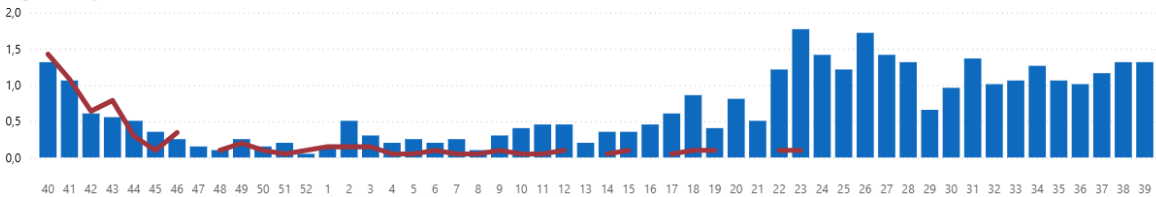
Incidencia semanal

● 2024-2025 ● 2025-2026

Atención primaria



Ingresos hospitalarios

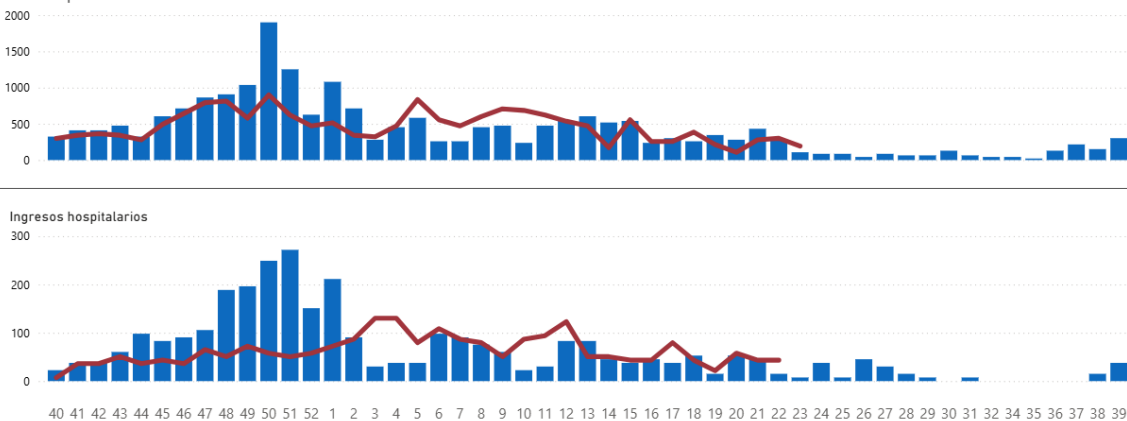


Bronquiolitis aguda

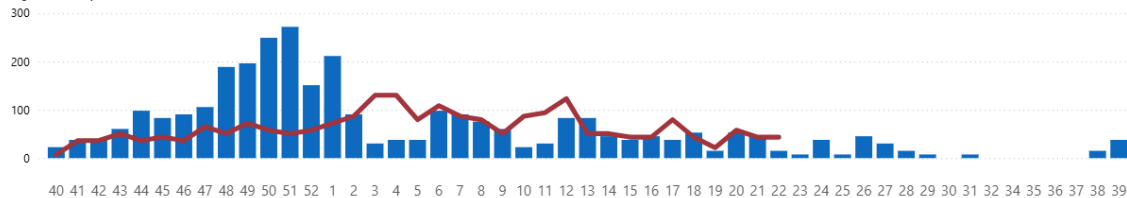
Incidencia semanal (menores de 1 año)

● 2024-2025 ● 2025-2026

Atención primaria



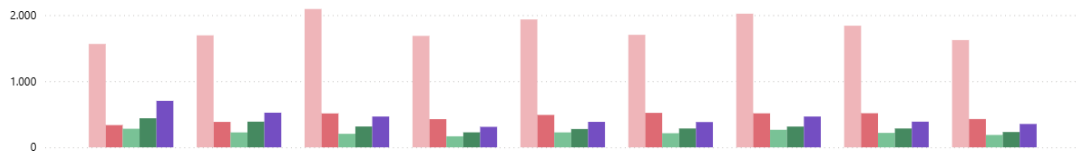
Ingresos hospitalarios



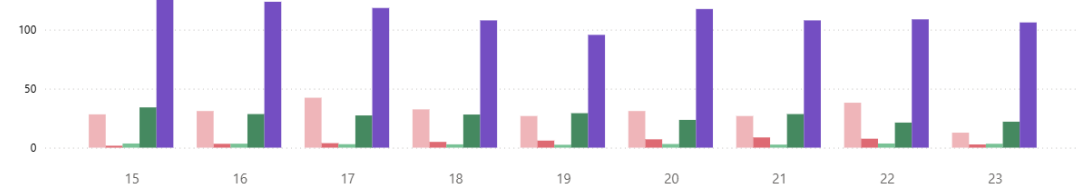
Infecciones respiratorias agudas Incidencia por grupo de edad (8 últimas semanas)

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

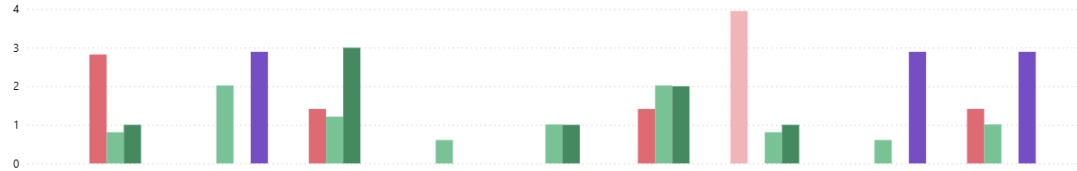


Gripe

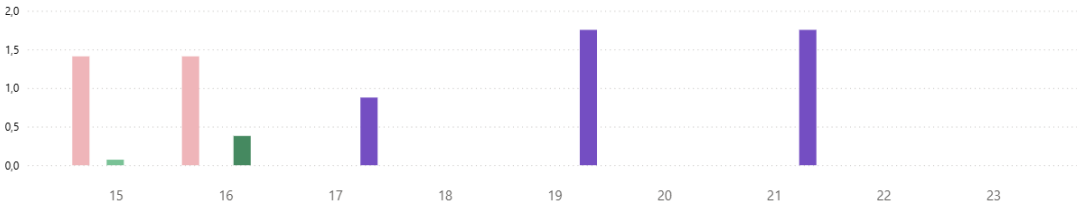
Incidencia por grupo de edad (8 últimas semanas)

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

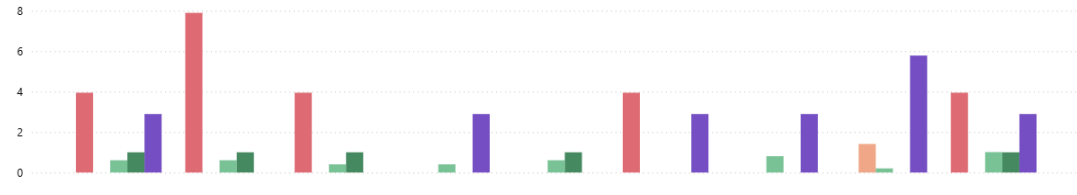


Infección por SARS-CoV-2

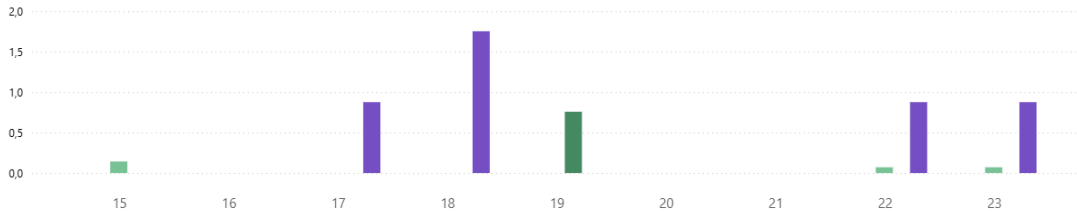
Incidencia por grupo de edad (8 últimas semanas)

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



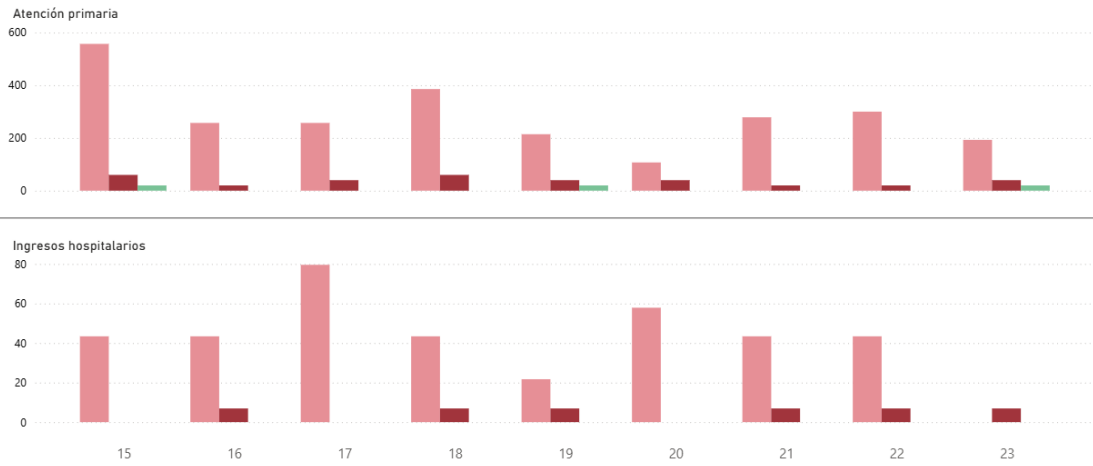
Ingresos hospitalarios



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



5. BROTES EPIDÉMICOS. COMUNIDAD DE MADRID. AÑO 2026. Datos de la semana 23 de 2026 (del 1 al 7 de junio) y acumulado anual hasta la semana 23 de 2025 y 2026.

5.1.- Brotes notificados en la semana 23 de 2026.

Enfermedad	Ámbito	Nº Brotes	Observaciones/Actuaciones
GEA de origen alimentario	Establecimiento de restauración	1	Inspección del establecimiento y toma de muestras; no ingresos hospitalarios
GEA no alimentaria	Centro educativo	1	Afecta a alumnos de E. Infantil y E. Primaria y algunos adultos; no ingresos; refuerzo de medidas higiénicas y recomendación de toma de muestras para confirmación del agente causal (sospecha de virus)
TOTAL	--	2	--

GEA: gastroenteritis aguda.

5.2.- Brotes notificados hasta la semana 23 de 2025 y 2026.

	Año 2026		Año 2025*	
	Brotes	Casos	Brotes	Casos
Gastroenteritis aguda de origen alimentario	49	662	45	616
Gastroenteritis aguda no alimentaria	65	1.475	75	2.179
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	27	144	12	114
Escarlatina	2	6	3	18
Gripe	19	246	27	239
Hepatitis A	7	15	13	28
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	2	10	0	0
Tuberculosis pulmonar	15	34	16	37
Varicela	4	18	2	7
Total	214	2.782	196	3.256

*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 23 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	14	44	7	65
GEA de origen alimentario	21	17	7	4	49
Escabiosis	8	16	3	0	27
Gripe	1	5	13	0	19
Tuberculosis pulmonar	14	1	0	0	15
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 23, datos a 9 de junio 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.

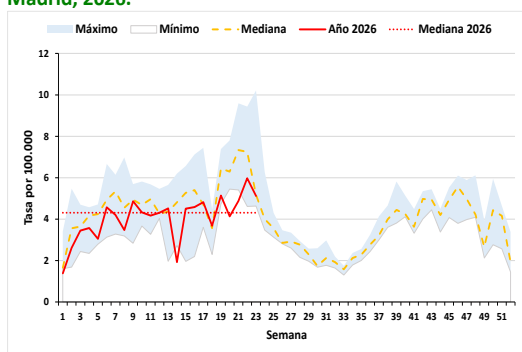


Gráfico 2. Incidencia semanal de asma por grupos de edad en AP. Comunidad de Madrid, 2026.

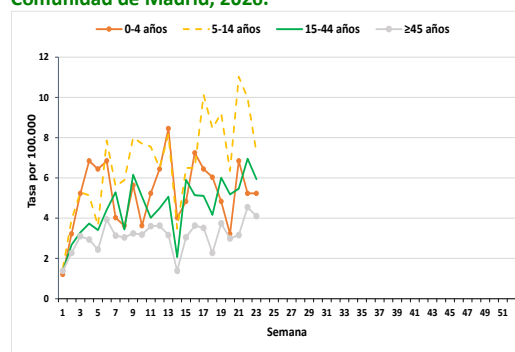


Gráfico 3. Incidencia semanal de asma en AP y urgencias hospitalarias y niveles de polen en la Comunidad de Madrid, 2026.

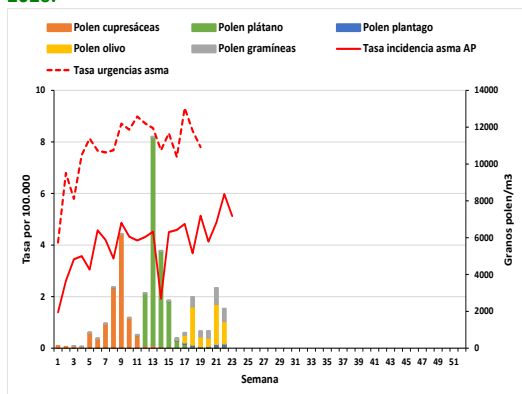
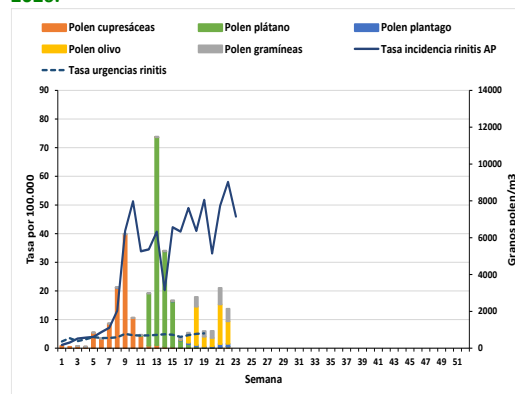


Gráfico 4. Incidencia semanal de rinitis alérgica en AP y urgencias hospitalarias y niveles de polen en la Comunidad de Madrid, 2026.



Hasta la semana 23, que finaliza el 7 de junio, **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 22 (Gráfico 1). En menores de 4 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. Tanto el grupo de 15 a 44 años, como los mayores de esa edad, presentan su valor más elevado en la semana 22 (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, alcanza igualmente el valor máximo en la semana 22. 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 23 se observa un descenso de las tasas de incidencia de asma y rinitis alérgica.

7. VIGILANCIA Y CONTROL DE LOS EFECTOS DE LAS OLAS DE CALOR EN LA COMUNIDAD DE MADRID, VERANO 2026. Semana 23, datos a 9 de junio de 2026.



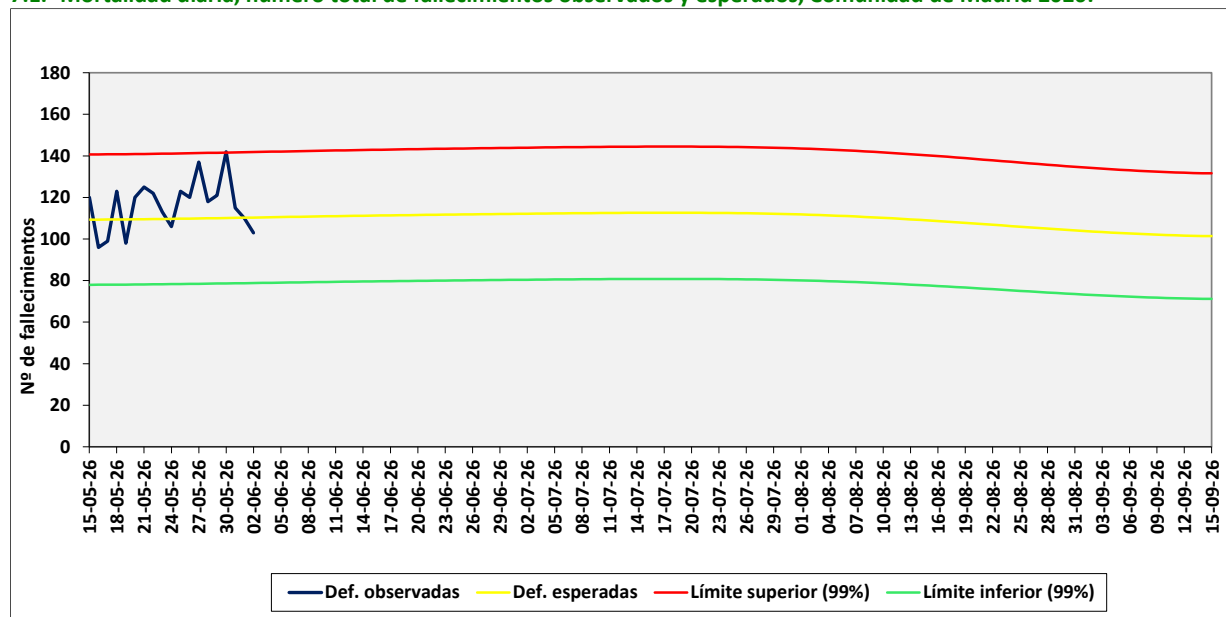
La vigilancia de los efectos en salud de las olas de calor tiene el objetivo de detectar cambios en la mortalidad y en la demanda asistencial urgente, integrando datos de dos subsistemas: el de información ambiental y el de vigilancia de la mortalidad y morbilidad en la Comunidad de Madrid (CM). Ello 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).

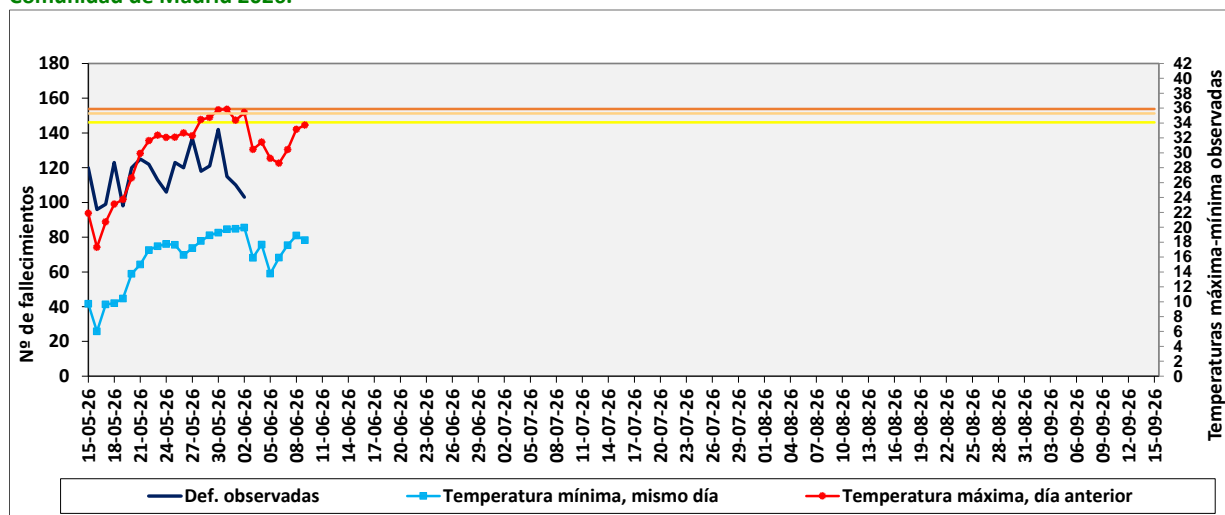
Los gráficos representan la **mortalidad** diaria observada y esperada y límites superior e inferior (+3DE). Un segundo gráfico representa la mortalidad diaria y las **temperaturas** máxima del día anterior (T^{mx}) y mínima del mismo día ($T^{\text{mín}}$), señalando los niveles de alerta para cada una de las zonas Meteosalud (ZMS) de la CM. Por la alta correlación de los niveles diarios de **ozono troposférico** con las elevadas temperaturas y por sus efectos perjudiciales sobre la salud, ofrecemos el tercer gráfico con la mortalidad diaria y la concentración diaria máxima de este contaminante medida en alguna de las estaciones de la CM (Catálogo de Datos Abiertos de la CM), señalando los umbrales de contaminación que se contemplan en el Protocolo de actuación ante superaciones de umbrales de ozono de la CM. 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 fallecimientos 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.

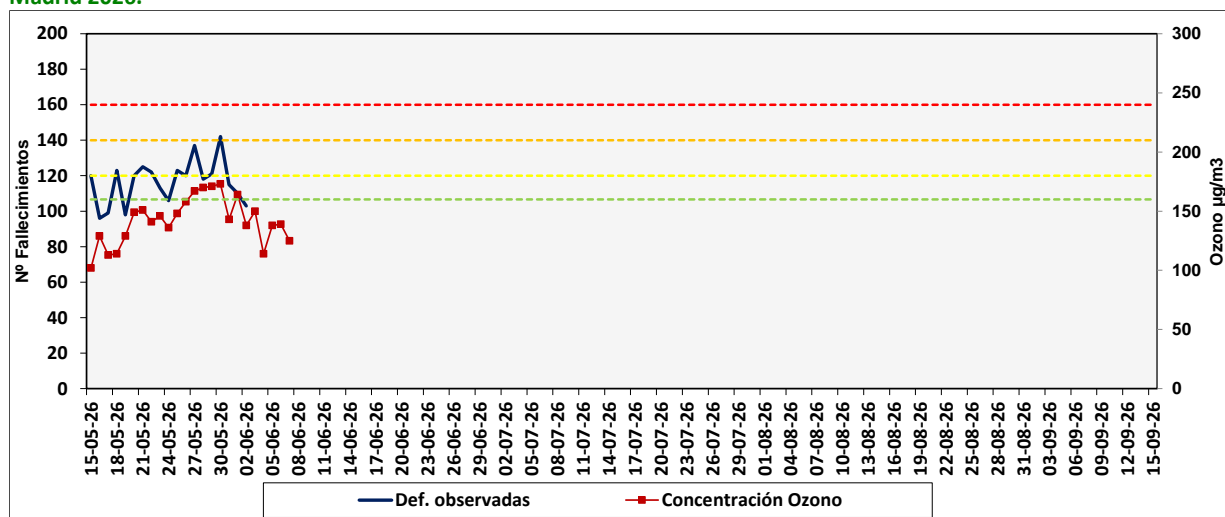
7.2.- Mortalidad total diaria observada y temperatura máxima observada del día anterior y mínima del mismo día**, Comunidad de Madrid 2026.



*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.

7.3.- Mortalidad total diaria observada y concentración máxima de ozono registrada el mismo día**. Comunidad de Madrid 2026.



*Líneas horizontales: umbrales de ozono troposférico: umbral de activación (160 µg/m3); umbral de información (180 µg/m3); umbral de prealerta (210 µg/m3) y umbral de alerta (240 µg/m3).

**Concentración diaria máxima de ozono troposférico en promedio horario medida en alguna de las estaciones de la CM (Catálogo de Datos Abiertos de la CM).

- La mortalidad observada entre los días 15 de mayo y 2 de junio (semanas 20 a 23), fue de 2.211 fallecimientos observados, un 6,0% mayor que los esperados (N=2.085). El día 30 de mayo la mortalidad observada igualó el límite superior de la mortalidad esperada para ese día (+3DE, N=142 fallecimientos). Debido al retraso en la notificación del evento, los datos son provisionales.
- El número total de urgencias atendidas en la semana 23 fue de 75.602 (muy similar a la semana anterior), de las que se procedió al ingreso hospitalario en un 8,2% (2,1% menor que la semana anterior).