

INFORME EPIDEMIOLÓGICO SEMANAL COMUNIDAD DE MADRID. Semana 31

Red de Vigilancia Epidemiológica

Martes, 4 de agosto de 2026 *(datos provisionales)*

1. ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA	Pág. 2
2. ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA INVASIVA	Pág. 4
3. VIGILANCIA CENTINELA DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (IRA)	Pág. 5
4. BROTES EPIDÉMICOS	Pág. 9
5. VIGILANCIA Y CONTROL DE LOS EFECTOS DE LAS OLAS DE CALOR EN LA COMUNIDAD DE MADRID	Pág. 10

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 31 de 2026 (semana que finaliza el 2 de agosto 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 1-31)	2025 (sem 1-31)	IE*
Enfermedades de transmisión respiratoria			
Gripe	18.191	60.275	0,30
Legionelosis	60	91	0,66
Lepra***	1	2	--
Tuberculosis	385	388	0,99
Enfermedades de transmisión alimentaria			
Botulismo***	3	1	--
Campilobacteriosis**	2.951	3.716	--
Criptosporidiosis	74	94	0,79
<i>E. coli</i> productor toxina Shiga o Vero	36	73	0,49
Fiebre tifoidea y paratifoidea***	7	4	--
Giardiasis	248	289	0,86
Hepatitis A	95	282	0,34
Listeriosis	22	18	1,22
Salmonelosis (exc. fiebre tif. y paratif.)	724	837	0,86
Shigelosis	140	171	0,82
Yersiniosis	83	90	0,92
Enfermedades de transmisión sexual y parenteral**			
Hepatitis B	10	154	--
Hepatitis C	56	258	--
Infección gonocócica	3.598	5.240	--
Inf. <i>Chlamydia trachomatis</i> (exc. LGV)	2.780	4.334	--
Linfogranuloma venéreo	309	505	--
Mpox ¹	264	124	--
Sífilis	854	1162	--
Zoonosis***			
Fiebre Q	13	12	--
Hidatidosis	5	6	--
Toxoplasmosis congénita	1	0	--
Enfermedades prevenibles por vacunación			
Enf. invasiva por <i>H.influenzae</i>	62	57	1,09
Enf. meningocócica invasiva	37	33	1,12
Enf. neumocócica invasiva	343	410	0,84
Herpes zóster	21.339	20.967	1,02
Parotiditis	106	166	0,64
P.F.A. (< 15 años)***	3	5	--
Sarampión***	53	5	--
Tosferina	41	41	1,00
Varicela	964	819	1,18
Enfermedades notificadas por Sistemas Especiales**			
EETH (Encef. Espongif. Tr. Humanas)	8	7	--
Enfermedades de transmisión vectorial***			
Dengue	35	34	--
Encefalitis transmitida por garrapatas	1	0	--
Enf. por virus Chikungunya	26	11	--
Fiebre exantemática mediterránea	7	16	--
Leishmaniasis	36	50	--
Paludismo	51	74	--

*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.

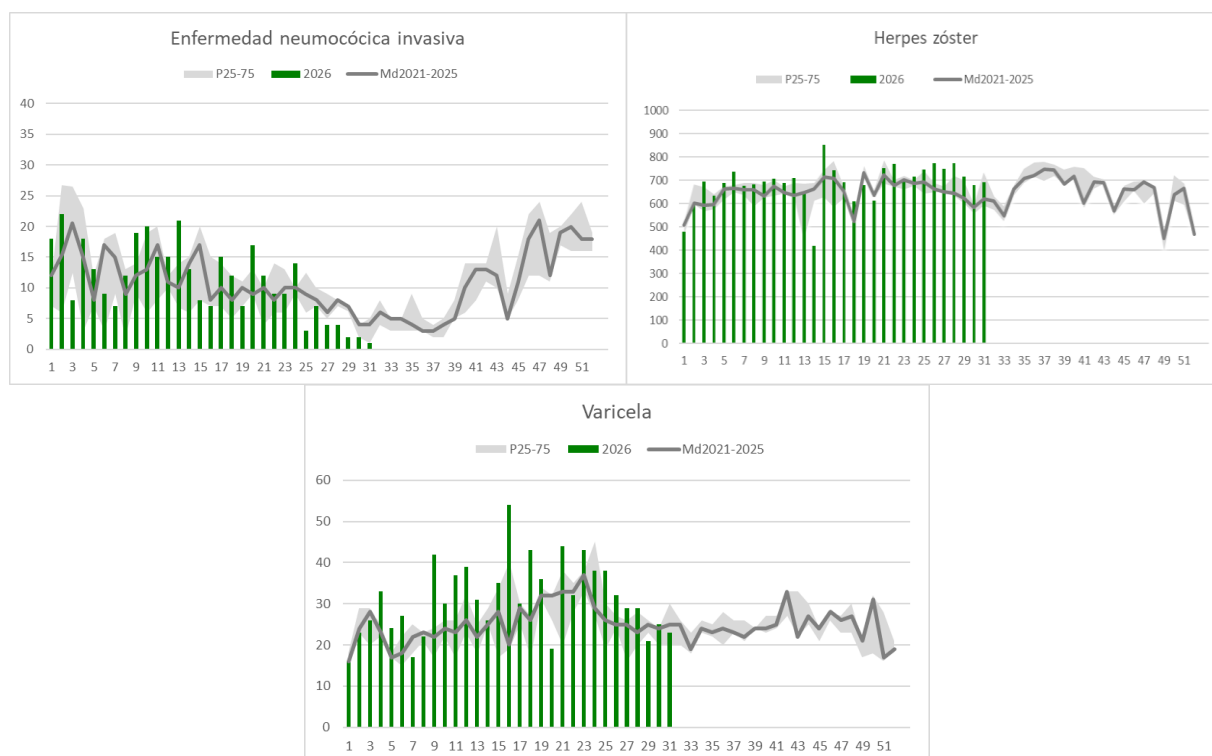
*** No se calcula el IE en las enfermedades de baja incidencia.

¹Mpox: hasta la semana 31 de 2026 se han registrado en la Comunidad de Madrid 156 casos de mpox clado I. De ellos, 21 casos son clado I sin subtipar y 135 casos son clado Ib. De estos 135 casos clado Ib, 3 casos presentan coinfección con clado II. Respecto a la vacunación, de los 264 casos notificados, 16 estaban vacunados previamente con 1 dosis actual y 49 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 31 de 2026 (semana que finaliza el 2 de agosto 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 31 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	18	0,25	2	11,1	22	0,31	3	13,6
Serogrupo C	0	0	0	0	0	0	0	0
Serogrupo W	1	0,01	0	0	7	0,1	1	14,3
Serogrupo Y	7	0,1	1	14,3	1	0,01	1	100
Serogrupo desconocido	10	0,14	0	0	2	0,03	0	0
No tipable	1	0,01	1	100	1	0,01	0	0
Total confirmados	37	0,52	4	10,8	33	0,46	5	15,2
Sospecha clínica	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	37	0,52	4	10,8	33	0,46	5	15,2

*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	2	1,27	0	0	0	0	0	0	0	0
5 a 14 años	2	0,29	3	0,44	0	0	0	0	1	0,15	0	0
15 a 44 años	9	0,33	8	0,3	0	0	3	0,11	0	0	0	0
45 a 64 años	3	0,14	3	0,14	0	0	1	0,05	2	0,09	0	0
65 a 74 años	0	0	3	0,45	0	0	1	0,15	1	0,15	0	0
>74 años	2	0,3	2	0,3	1	0,15	1	0,15	2	0,3	1	0,15

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

3. VIGILANCIA CENTINELA DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (IRA). COMUNIDAD DE MADRID. TEMPORADA 2025/2026. Datos hasta la semana 31 de 2026 (semana que finaliza el 2 de agosto 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 **162,50** casos por 100.000 habitantes en **Atención Primaria** (155,48 en la semana anterior). La incidencia más alta se ha observado en menores de 5 años (734,39 casos por 100.000). La incidencia en **Atención Hospitalaria** ha sido de **7,23** (7,52 la semana previa). El grupo de edad de mayor incidencia fue el de 80 o más años (72,76).

Incidencia de gripe

La incidencia de gripe en la semana 31 en **Atención Primaria** ha sido de **1,10** casos por 100.000 habitantes (0,96 la semana anterior). En **Atención Hospitalaria** solo se detectan casos en el grupo de 65 a 79 años, con una incidencia de 0,42 casos por 100.000 habitantes.

Incidencia de infección por SARS-CoV-2

La incidencia acumulada de casos sospechosos de infección por SARS-CoV-2 durante la semana 31 ha sido de **2,75** en **Atención Primaria** (1,24 la semana previa). En **Atención Hospitalaria** se detectaron **0,30** casos por 100.000 habitantes (0,05 la semana previa).

Incidencia de bronquiolitis aguda en menores de 1 año

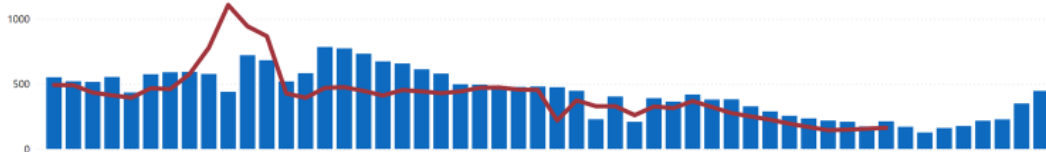
En **Atención Primaria**, la incidencia en menores de 1 año durante la semana 31 ha sido de **64,25**. La semana anterior no se detectaron casos. En **Atención Hospitalaria** la incidencia fue de **7,23** casos por 100.000 habitantes (36,17 la semana previa)

Infecciones respiratorias agudas

Incidencia semanal

● 2024-2025 ● 2025-2026

Atención primaria



Ingresos hospitalarios

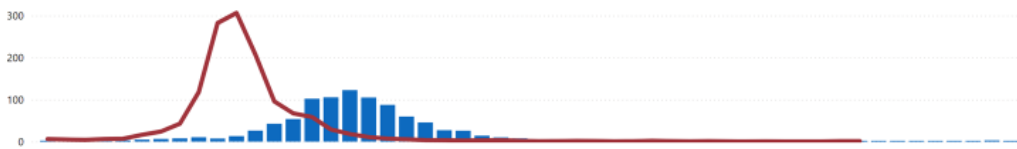


Gripe

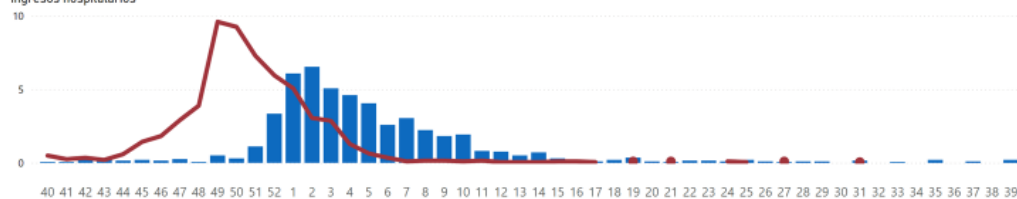
Incidencia semanal

● 2024-2025 ● 2025-2026

Atención primaria



Ingresos hospitalarios

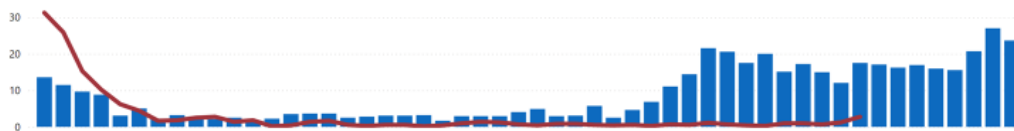


Infección por SARS-CoV-2

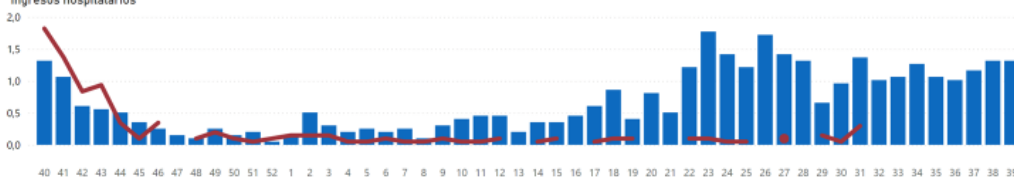
Incidencia semanal

● 2024-2025 ● 2025-2026

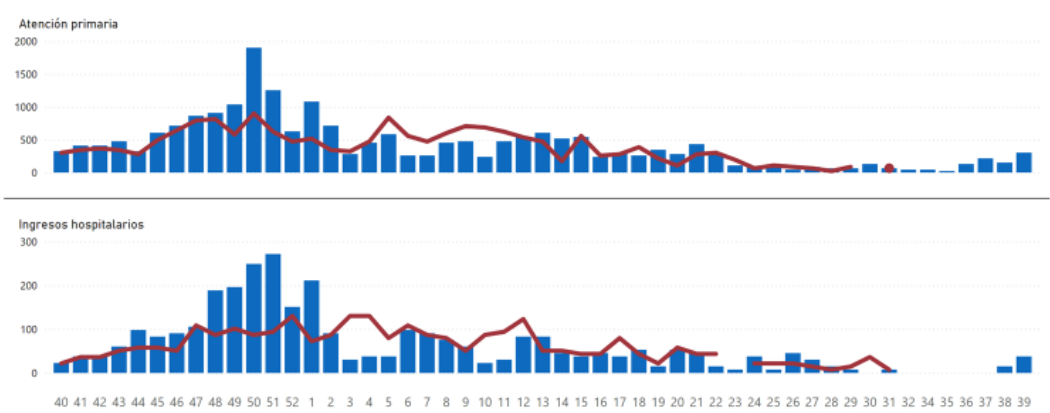
Atención primaria



Ingresos hospitalarios



Bronquiolitis aguda
Incidencia semanal (menores de 1 año)



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



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



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, 4 años



4. BROTES EPIDÉMICOS. COMUNIDAD DE MADRID. AÑO 2026. Datos de la semana 31 de 2026 (del 27 de julio al 2 de agosto) y acumulado anual hasta la semana 31 de 2025 y 2026.
4.1.- Brotes notificados en la semana 31 de 2026.

Enfermedad	Ámbito	Nº Brotes	Observaciones/Actuaciones
Escabiosis	Residencia de personas mayores	1	Residentes del mismo módulo; refuerzo de medidas higiénicas y tratamiento de compañeros de habitación
GEA no alimentaria	Residencia de personas mayores	1	Sospecha de virus con transmisión persona a persona; cuadro leve, no ingresos; refuerzo de medidas higiénicas y toma de muestras
TOTAL	--	2	--

GEA: gastroenteritis aguda.

4.2.- Brotes notificados hasta la semana 31 de 2025 y 2026.

	Año 2026		Año 2025*	
	Brotes	Casos	Brotes	Casos
Gastroenteritis aguda de origen alimentario	74	1.189	66	759
Gastroenteritis aguda no alimentaria	82	1.835	77	2.213
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	37	242	23	206
Escarlatina	3	13	3	18
Gripe	19	246	27	239
Hepatitis A	9	19	19	40
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	19	43	22	54
Varicela	4	18	3	22
Total	273	3.787	243	3.569

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

Datos provisionales hasta el cierre anual de la información.

4.3.- Distribución de los brotes más frecuentes según número de casos. Semanas 1 a 31 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	18	55	9	82
GEA de origen alimentario	29	23	15	7	74
Escabiosis	11	17	9	0	37
Gripe	1	5	13	0	19
Tuberculosis pulmonar	18	1	0	0	19
Hepatitis A	9	0	0	0	9
Enf. mano, pie y boca	0	4	4	0	8
Sarampión	6	1	1	0	8

GEA: gastroenteritis aguda.

5. VIGILANCIA Y CONTROL DE LOS EFECTOS DE LAS OLAS DE CALOR EN LA COMUNIDAD DE MADRID, VERANO 2026. Semana 31, datos a 4 de agosto de 2026.



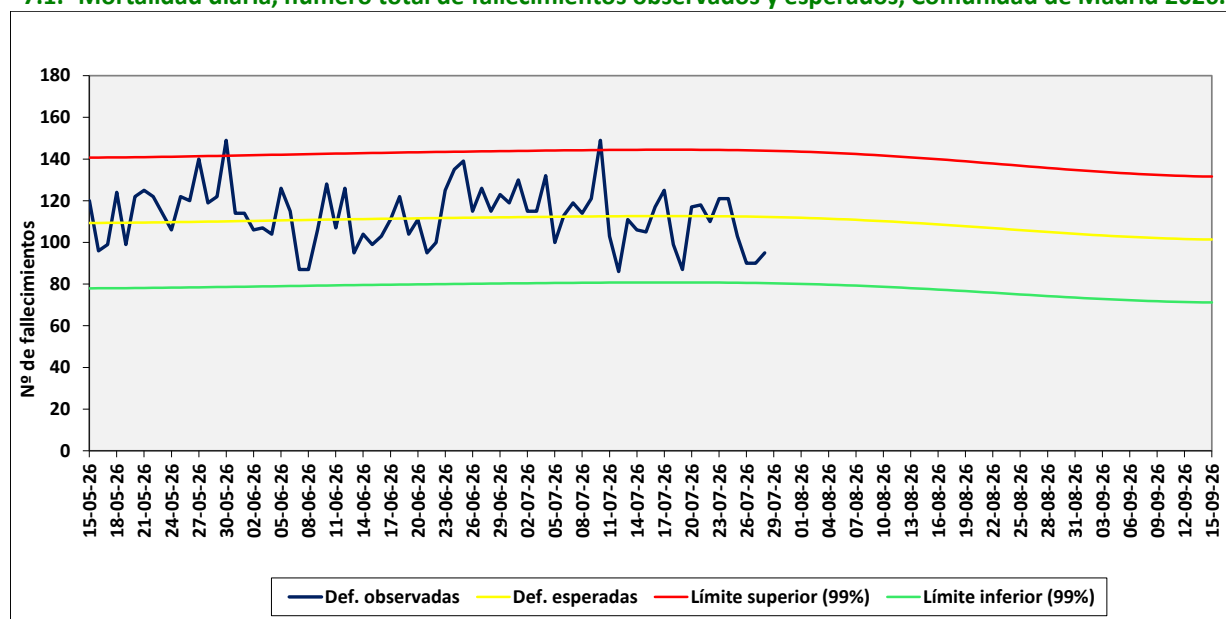
La vigilancia de los efectos en salud de las olas de calor tiene el objetivo de detectar cambios en la mortalidad y en la demanda asistencial urgente, integrando datos de dos subsistemas: el de información ambiental y el de vigilancia de la mortalidad y morbilidad en la Comunidad de Madrid (CM). Ello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

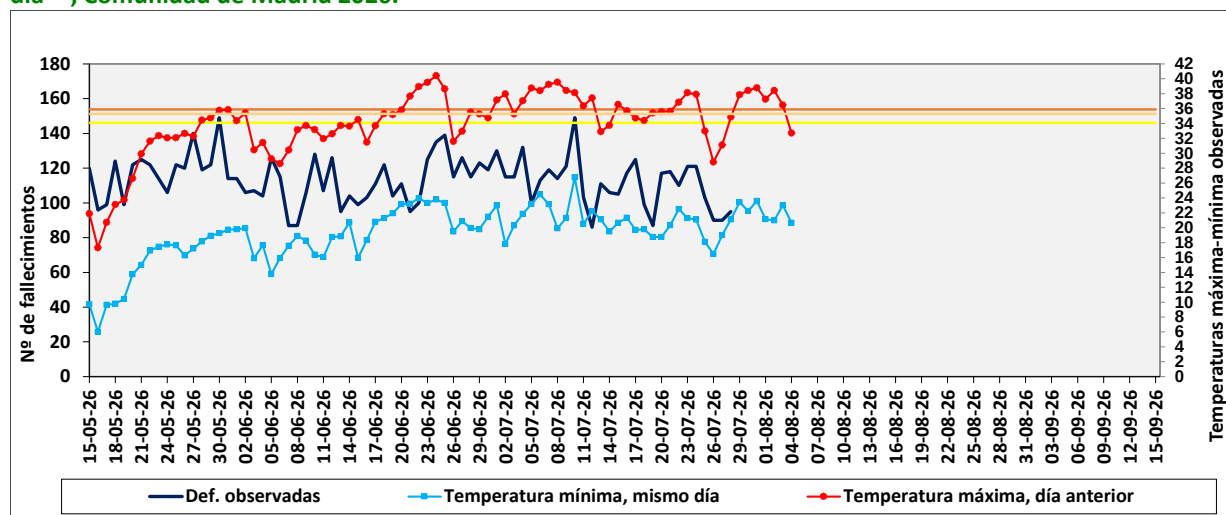
Los gráficos representan la **mortalidad** diaria observada y esperada y límites superior e inferior (+3DE). Un segundo gráfico representa la mortalidad diaria y las **temperaturas** máxima del día anterior (T^{mx}) y mínima del mismo día ($T^{\text{mín}}$), señalando los niveles de alerta para cada 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. También se ofrece información acerca de las urgencias hospitalarias atendidas relacionadas con las altas temperaturas. A partir de la descarga diaria de **Atención Primaria**, se aporta el número de consultas o episodios registrados con motivo en el descriptor clínico relacionado con las altas temperaturas, golpe de calor u otros.

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.

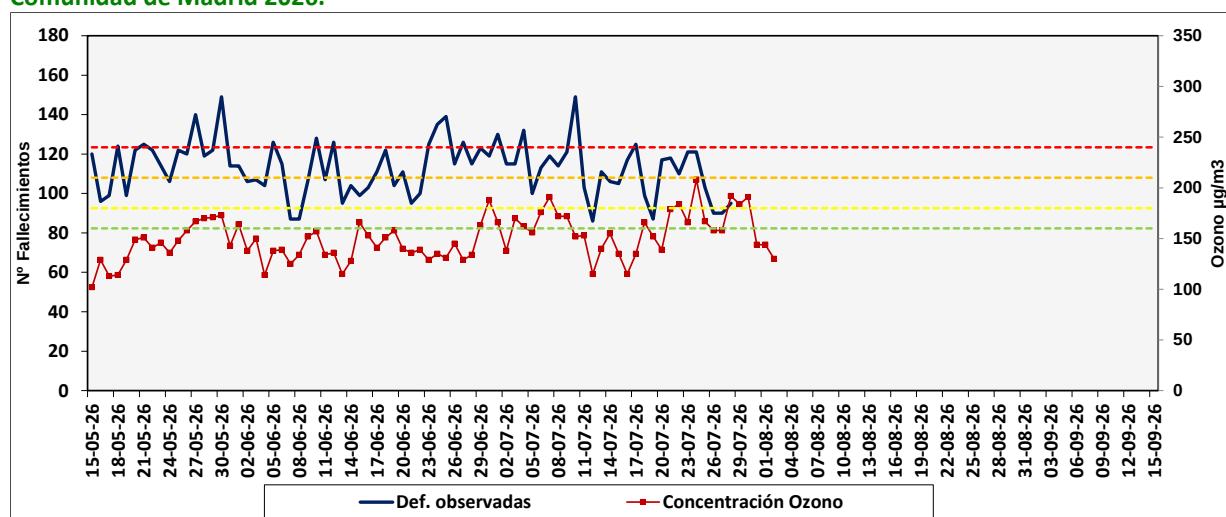
7.2.- Mortalidad total diaria observada y temperatura máxima observada del día anterior y mínima del mismo día**, Comunidad de Madrid 2026.



*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 28 de julio (semanas 20 a 31), fue de 8.479 fallecimientos observados, un 1,5% (N=128) mayor que los esperados (N=8.351). Desde el inicio de la temporada se ha superado el límite máximo de la mortalidad esperada (+3DE) en dos días: el día 30 de mayo (que superó el límite en 7 fallecimientos) y el 10 de julio (que superó el límite en 5 fallecimientos). A partir del día 23 de junio, se observa un ascenso notable en la mortalidad, sin alcanzar el límite superior esperado, coincidente con la primera ola de calor del verano. Este ascenso se ha mantenido durante las semanas 26 y 27 (del 22 de junio al 5 de julio), con el repunte posterior ya mencionado, del día 10 de julio, probablemente relacionado con la segunda ola de calor del verano. Debido al retraso en la notificación, no están disponibles los datos con la mortalidad de la semana 31 completa.
- El número **total de urgencias hospitalarias atendidas** en la semana 31 fue de 62.989 (un 0,8% menos que la semana anterior), de las que se procedió al ingreso hospitalario en un 8,3% (un 1,3% mayor que la semana anterior). Hasta este momento, es la semana 21 (18 a 24 de mayo) en la que se observa un mayor porcentaje de ingresos. Estos datos son provisionales. Desde el inicio de la temporada han sido 322 las **urgencias hospitalarias** atendidas en las que consta en el diagnóstico principal **causas relacionadas** con las altas temperaturas, como

golpe de calor, agotamiento o fatiga, siendo la semana 26 (del 22 al 28 de junio) en la que un mayor número de episodios se atendió (N=53). El número de urgencias hospitalarias atendidas en la semana 31 por este motivo ha sido de 21.

- Desde el inicio de la temporada de vigilancia, de la semana 20 a la semana 31 (hasta el 2 de agosto) se han registrado en **Atención Primaria** un total de 1.297 consultas con algún descriptor clínico relacionado con las altas temperaturas: golpe de calor (N=932) u otros (N=365). La semana con mayor número de consultas de este tipo ha sido, hasta el momento, la semana 26 (22 a 28 de junio, N=251). En la semana 31 se registraron 72 consultas relacionadas con las altas temperaturas en Atención Primaria.