

INFORME EPIDEMIOLOGICO SEMANAL COMUNIDAD DE MADRID. Semana 11

Red de Vigilancia Epidemiológica

Martes, 17 de marzo 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. 13
6. VIGILANCIA Y CONTROL DE LOS EFECTOS DEL FRÍO EN LA SALUD	Pág. 14
7. VIGILANCIA DE LAS ENTEROBACTERIAS PRODUCTORAS DE CARBAPENEMASAS (EPC)	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 11 de 2026 (semana que finaliza el 15 de marzo 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 1-11)	2025 (sem 1-11)	IE*
Enfermedades de transmisión respiratoria			
Gripe	16.604	55.617	0,30
Legionelosis	24	36	0,67
Lepra***	1	1	--
Tuberculosis	109	133	0,82
Enfermedades de transmisión alimentaria			
Campilobacteriosis**	199	1.091	--
Criptosporidiosis	1	15	0,07
<i>E. coli</i> productor toxina Shiga o Vero	8	21	0,38
Fiebre tifoidea y paratifoidea***	1	1	--
Giardiasis	17	121	0,14
Hepatitis A	45	118	0,38
Listeriosis	10	3	3,33
Salmonelosis (exc. fiebre tif. y paratif.)	121	192	0,63
Shigelosis	37	44	0,84
Yersiniosis	2	39	0,05
Enfermedades de transmisión sexual y parenteral**			
Hepatitis B	3	50	--
Hepatitis C	12	94	--
Infección gonocócica	595	1.894	--
Inf. <i>Chlamydia trachomatis</i> (exc. LGV)	325	1.517	--
Linfogranuloma venéreo	38	173	--
Mpox ¹	69	62	--
Sífilis	117	423	--
Enfermedades prevenibles por vacunación			
Enf. invasiva por <i>H.influenzae</i>	20	25	0,80
Enf. meningocócica invasiva	15	21	0,71
Enf. neumocócica invasiva	120	199	0,60
Herpes zóster	7.285	7.305	1,00
Parotiditis	39	68	0,57
Sarampión***	33	1	--
Tosferina	5	11	0,45
Varicela	297	262	1,13
Enfermedades notificadas por Sistemas Especiales**			
EETH (Encef. Espongif. Tr. Humanas)	1	3	--
Enfermedades de transmisión vectorial***			
Dengue	9	12	--
Enf. por virus Chikungunya	3	2	--
Leishmaniasis	7	18	--
Paludismo	9	13	--

*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.

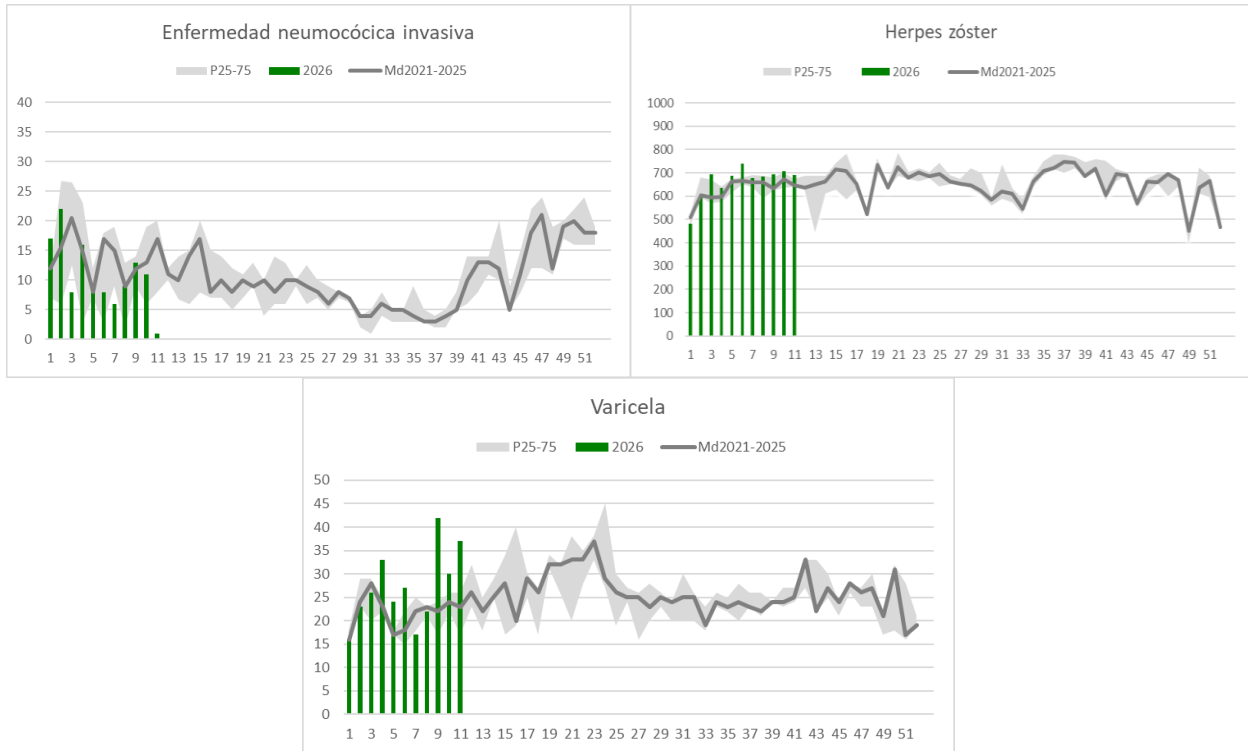
*** No se calcula el IE en las enfermedades de baja incidencia.

¹Mpox: hasta la semana 11 de 2026 se han detectado en la Comunidad de Madrid 19 casos de mpox clado 1, de ellos 15 son clado 1b y 4 son clado 1 sin subtipar. De los 69 casos notificados, 3 estaban vacunados previamente con 1 dosis actual y 11 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 11 de 2026 (semana que finaliza el 15 de marzo 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.).

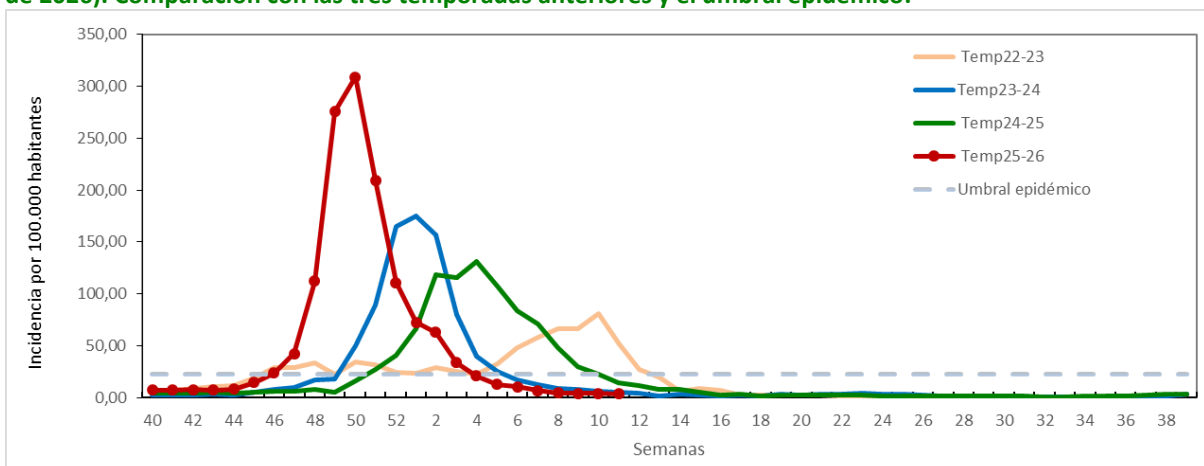


1.3.- VIGILANCIA DE LA GRIPE. COMUNIDAD DE MADRID. SISTEMA EDO. TEMPORADA 2025/2026.

El número de casos de gripe notificados durante la semana 11 de 2026 a través del Sistema de Vigilancia EDO es de **257 casos** (27 menos con respecto a la semana anterior) y el número de casos acumulados de la temporada 2025/2026 asciende a 96.715 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 22,38. 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 11 de 2026 la tasa se sitúa en **3,67 casos por 100.000 habitantes**, muy inferior, por tanto, al umbral epidémico.

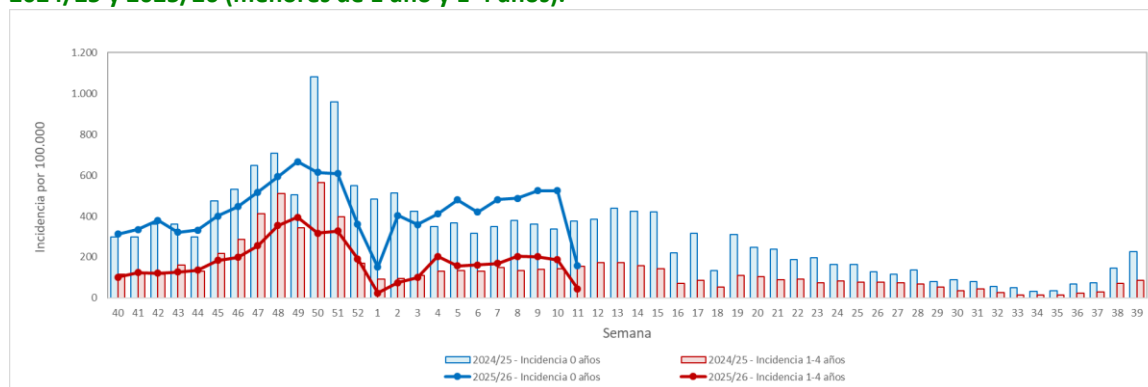
Incidencia acumulada por 100.000 habitantes hasta la semana 11 de 2026 (semana que finaliza el 15 de marzo de 2026). Comparación con las tres temporadas anteriores y el umbral epidémico.



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 11 de 2026 (del 9 al 15 de marzo de 2026) a través del Sistema de Vigilancia de casos sospechosos es de **173 casos** (489 menos que la semana anterior) y el número de casos acumulados de la temporada 2025/2026 asciende a 14.481 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 11 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	5	0,07	0	0	15	0,21	2	13,3
Serogrupo C	0	0	0	0	0	0	0	0
Serogrupo W	1	0,01	0	0	5	0,07	1	20
Serogrupo Y	4	0,06	1	25	0	0	0	0
Serogrupo desconocido	5	0,07	0	0	0	0	0	0
No tipable	0	0	0	0	1	0,01	0	0
Total confirmados	15	0,21	1	6,7	21	0,3	3	14,3
Sospecha clínica	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	15	0,21	1	6,7	21	0,3	3	14,3

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

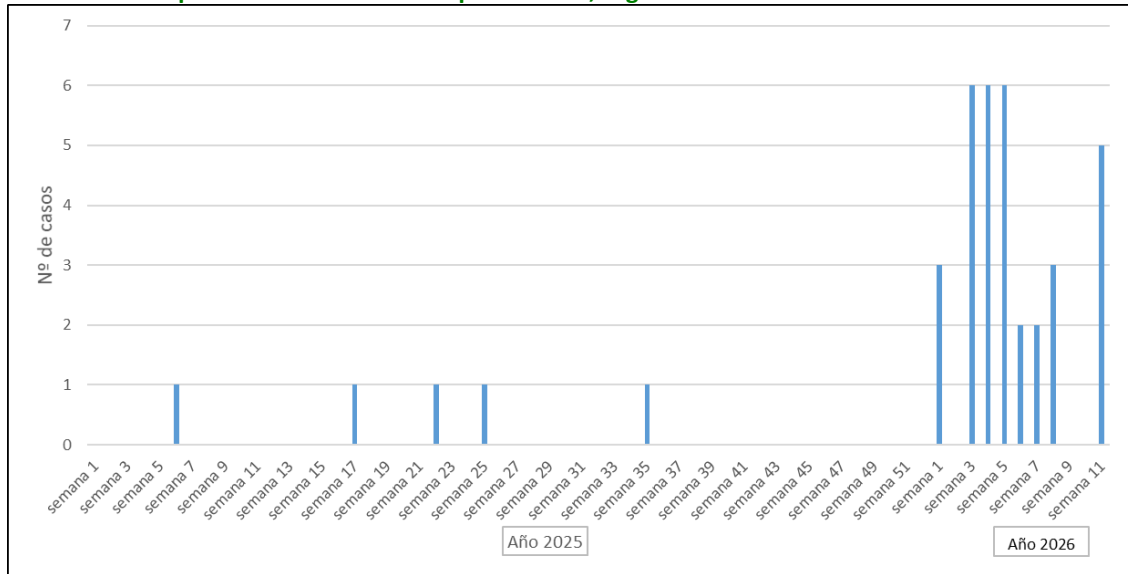
2.2.- Distribución de casos e incidencia* por año epidemiológico, grupo de edad y serogrupos B, W e Y.

	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	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5 a 14 años	1	0,14	2	0,29	0	0	0	0	0	0	0	0
15 a 44 años	3	0,11	7	0,26	0	0	2	0,08	0	0	0	0
45 a 64 años	0	0	3	0,14	0	0	0	0	1	0,05	0	0
65 a 74 años	0	0	1	0,15	0	0	1	0,15	1	0,15	0	0
>74 años	0	0	2	0,31	1	0,15	1	0,15	1	0,15	0	0

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

3. SARAMPIÓN. COMUNIDAD DE MADRID. AÑO 2026. Datos hasta la semana 11 de 2026.

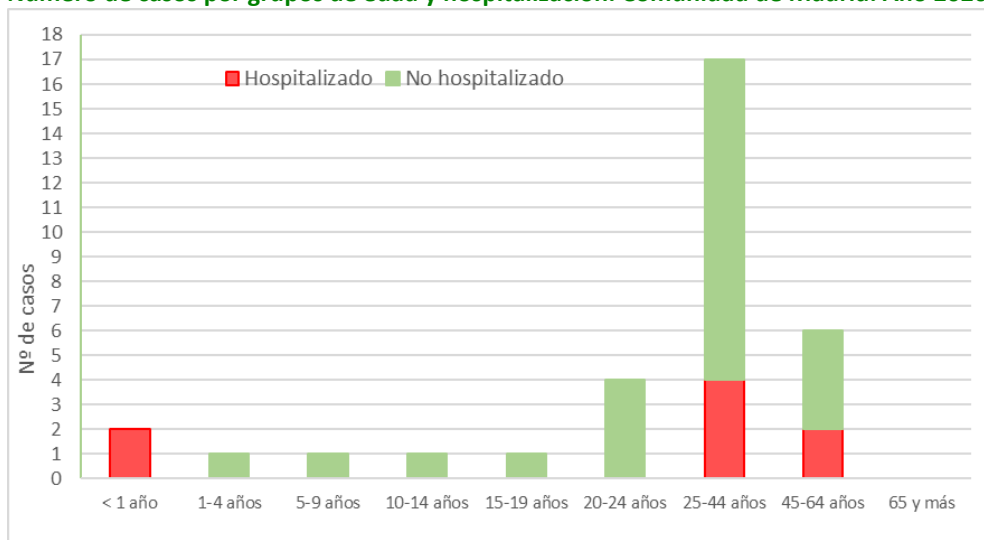
En las primeras 11 semanas del año 2026 se han registrado 33 casos de sarampión en la Comunidad de Madrid (CM).

Casos de sarampión en la 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 18 mujeres y 15 varones, con predominio de adultos: el 69,7% (n=23) tienen entre 25 y 55 años (4 de ellos mayores de 49 años); los casos pediátricos son dos menores de un año y tres casos que tienen entre 4 y 12 años. El 24,2% del total de casos (n=8) ha necesitado ingreso hospitalario, cinco debido a su afectación respiratoria.

El 51,5% de los casos son personas originarias de otros países, la mayoría con residencia en la CM desde hace años; la mayoría (88,4%) son de origen latinoamericano.

Número de casos por grupos de edad y hospitalización. Comunidad de Madrid. Año 2026.

Respecto al estado vacunal, 20 de los 33 casos no estaban vacunados, los dos niños menores de un año entre ellos (60,6%). Un caso de 12 años tenía administrada una única dosis de triple vírica y 6 casos adultos, sin vacunación documentada, se asume que lo estaban por su perfil serológico/clínico. Hubo otros 6 casos, entre ellos un niño de 9 años, con dos dosis de vacuna documentadas (cuatro de ellos, el niño y 3 adultos, presentaron un sarampión modificado caracterizado por presentar una clínica más leve sin síntomas respiratorios asociados).

Se han confirmado por laboratorio 31 de los 33 casos; 30 tienen pruebas virológicas específicas positivas (RT-PCR en orina y/o frotis faríngeo para el virus del sarampión).

Un total de 19 casos (57,6%) tienen algún vínculo epidemiológico entre sí. Siete de ellos se agrupan en 3 brotes familiares diferentes: uno con 3 casos (padre, madre e hijo) y otros 2 brotes con 2 casos cada uno (hermanos adultos convivientes). Dos casos más están relacionados por vecindad (relación de amistad entre familias). Otros dos casos están relacionados con un brote que se está desarrollando en otra comunidad y tres casos están relacionados con la asistencia sanitaria a uno de ellos. El último brote registrado ha generado 4 casos secundarios en la semana 11, 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 11 de 2026 (semana que finaliza el 15 de marzo 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 IRA y 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 Y POR GRUPO DE EDAD

Incidencia de IRA

En **Atención Primaria**, la incidencia en la semana 11 ha sido **472,35** casos por 100.000 habitantes, cifra similar a la de la semana pasada. Las cifras más altas se observan en los **menores de 4 años** (2.661,19). En **Atención Hospitalaria**, la incidencia ha sido **13,42** casos por 100.000 habitantes, cifra un **24,4% menor** que la semana anterior. El grupo de **80 o más años** muestra la mayor incidencia (103,76).

Incidencia de gripe

La incidencia de gripe en la semana 11 en **Atención Primaria** ha sido de **2,89** casos por 100.000 habitantes (2,62 en la semana anterior). La incidencia más alta se observa en las personas de **80 o más años** (7,70). En **Atención Hospitalaria**, la incidencia se mantiene en **0,10** 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 11 ha sido de **1,24** en **Atención Primaria** y de **0,05** 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 11 ha sido **642,54** casos por 100.000 habitantes, cifra **un 11,8% menor** que en la semana anterior. En el ámbito hospitalario, la incidencia en menores de un año ha sido **79,58** casos por 100.000 habitantes (65,11 en la semana anterior).

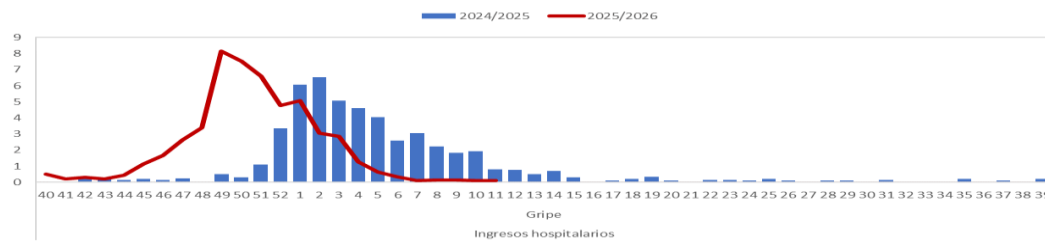
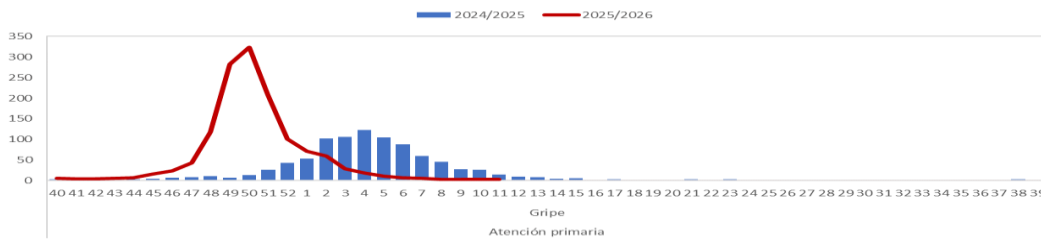
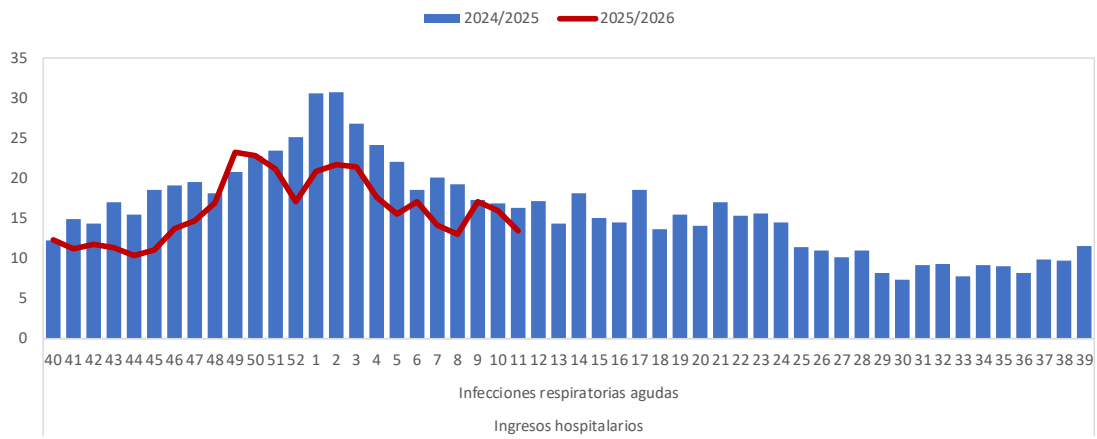
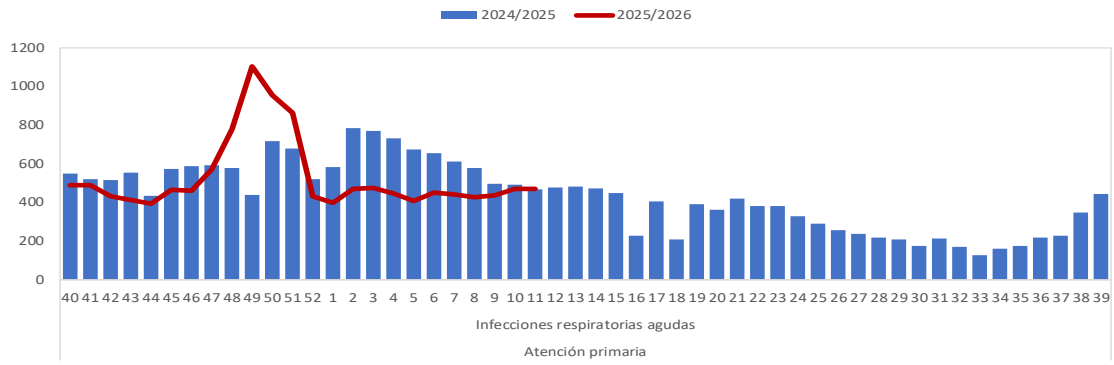
4.2. RESULTADOS DE LABORATORIO

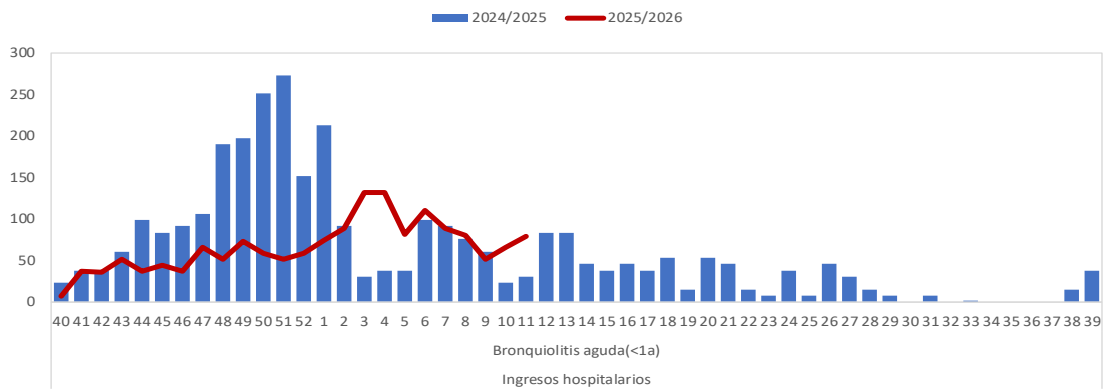
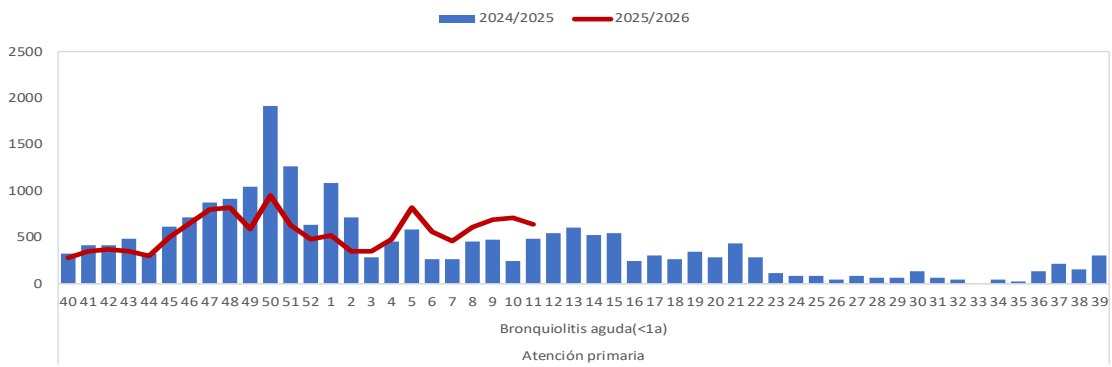
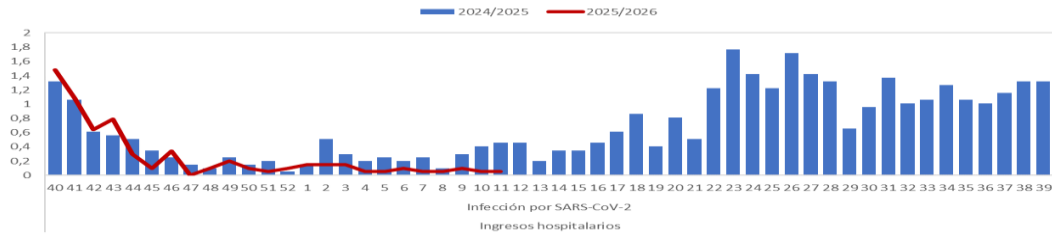
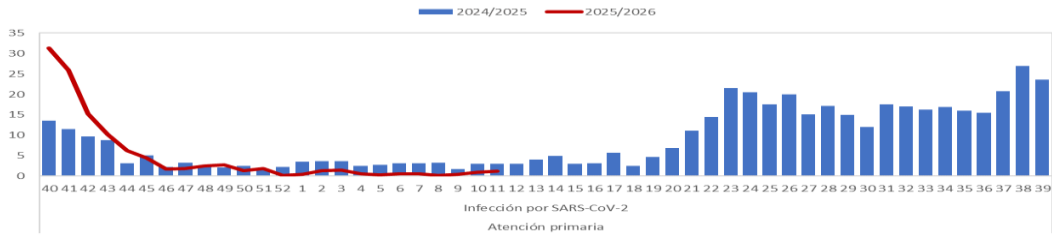
En **Atención Primaria** se ha detectado el virus de la gripe A(H3) en 1 de las 37 muestras recogidas (2,7%), SARS-CoV-2 en 1 (2,7%) y VRS en 2 (5,4%). En **Atención Hospitalaria** se han detectado el VRS en un 3,8% de las muestras (2 de 53).

4.3. ESTADO VACUNAL FRENTE A GRIPE

De los casos confirmados de gripe desde la semana 40, el 100% y el 60,6% de los casos de 80 o más años y el 70,0% y 54,3% de los casos de 65 a 79 años identificados en **Atención Primaria** y **Atención Hospitalaria** respectivamente, estaban vacunados.

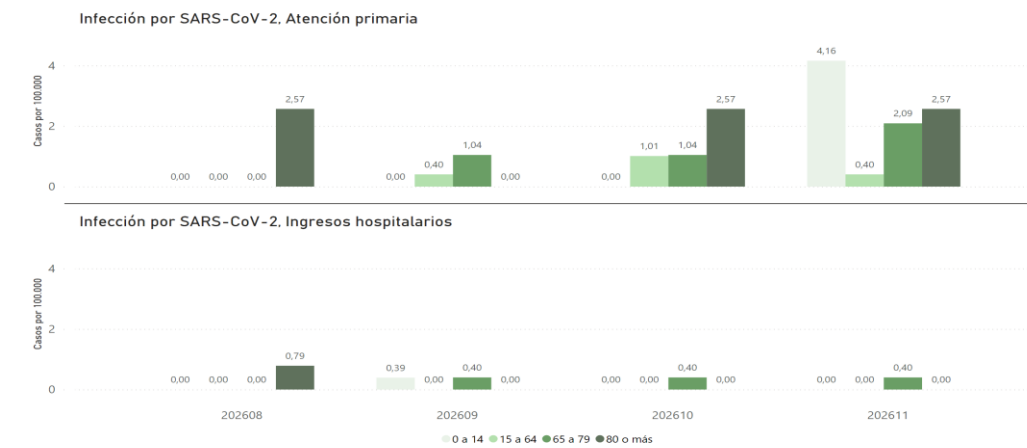
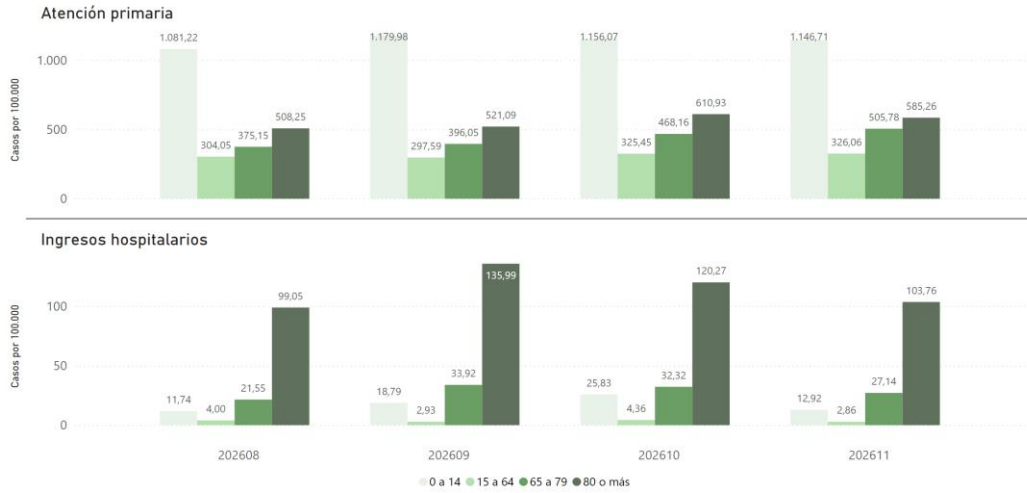
Incidencia por semana

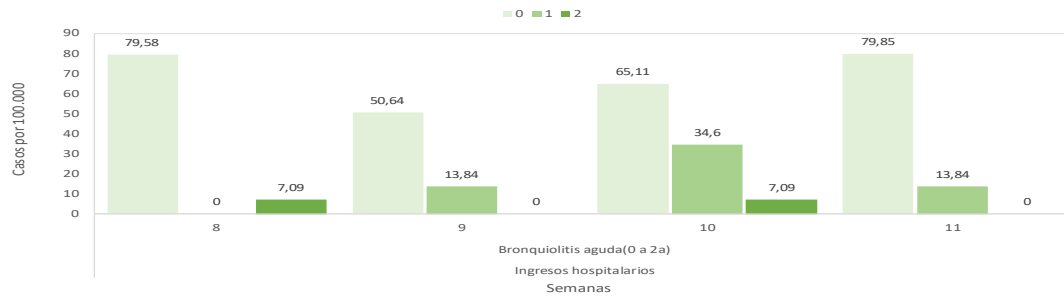
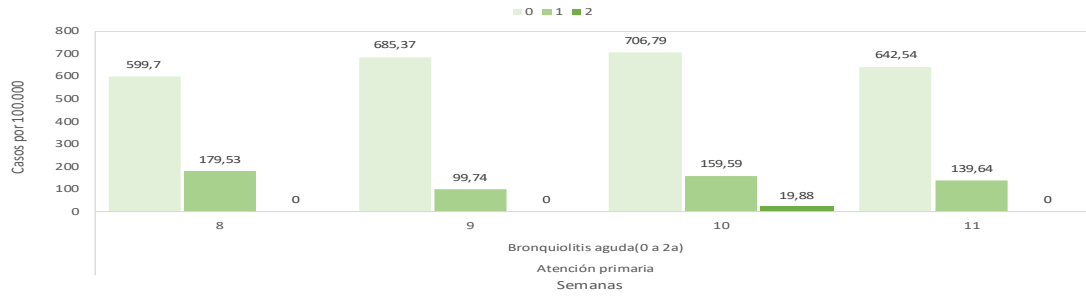




Incidencia por grupo de edad

Infección respiratoria aguda





Detección viral

● Pruebas (+) ■ Pruebas (-)

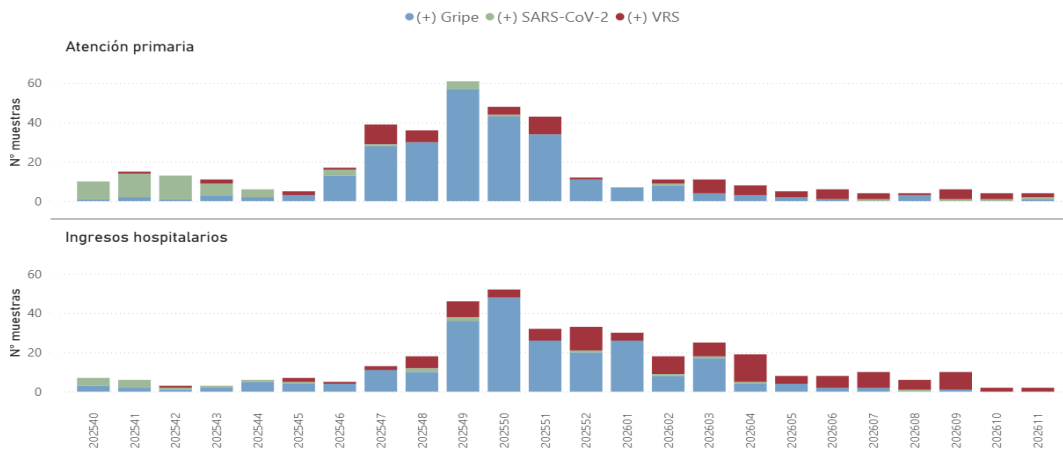


● Pruebas (+) ■ Pruebas (-)

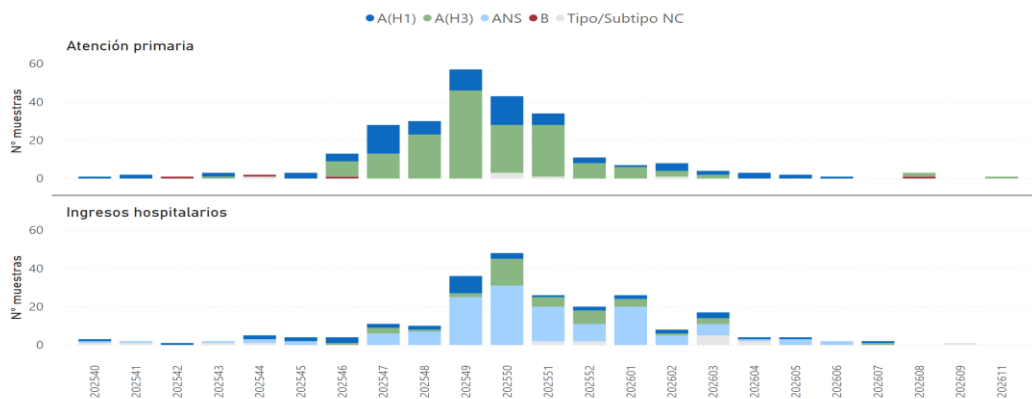




Virus detectados



Subtipos del virus de gripe



Estado vacunal de los casos confirmados por gripe por grupo de edad



5. BROTES EPIDÉMICOS. COMUNIDAD DE MADRID. AÑO 2026. Datos de la semana 11 de 2026 (del 9 al 15 de marzo) y acumulado anual hasta la semana 11 de 2025 y 2026.

5.1.- Brotes notificados en la semana 11 de 2026.

Enfermedad	Ámbito	Nº Brotes	Observaciones/Actuaciones
Escabiosis	Centros de personas mayores	2	Residentes; refuerzo de medidas higiénicas y tratamiento de casos y contactos estrechos
	Otro centro sociosanitario	1	
GEA no alimentaria	Centros de personas mayores	2	Cuadros leves, sin ingresos, sospecha de origen vírico; refuerzo de medidas higiénicas y toma de muestras para confirmación
Mpox	Domicilios particulares	1	Amigos con contacto íntimo; investigación de contactos
Tuberculosis pulmonar	Domicilio particular	1	Padre e hija convivientes; investigación de contactos
TOTAL	--	7	--

GEA: gastroenteritis aguda.

5.2.- Brotes notificados hasta la semana 11 de 2025 y 2026.

	Año 2026		Año 2025*	
	Brotes	Casos	Brotes	Casos
Gastroenteritis aguda de origen alimentario	20	280	16	289
Gastroenteritis aguda no alimentaria	35	742	63	1.953
Conjuntivitis	1	15	0	0
Enfermedad de mano, pie y boca	5	47	0	0
Escabiosis	13	71	5	31
Escarlatina	1	4	1	4
Gripe	17	206	26	221
Hepatitis A	4	8	5	12
Infección por virus respiratorio sincitial	2	10	2	10
Mpox	1	5	0	0
Sarampión	5	12	0	0
Tuberculosis pulmonar	6	14	8	20
Varicela	1	3	2	7
Total	112	1.425	128	2.547

*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 11 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	9	24	2	35
GEA de origen alimentario	9	7	2	2	20
Gripe	1	5	11	0	17
Escabiosis	4	7	2	0	13

GEA: gastroenteritis aguda.

6. VIGILANCIA Y CONTROL DE LOS EFECTOS DEL FRÍO EN LA SALUD, COMUNIDAD DE MADRID, INVIERNO 2025-2026. Semana 11, datos a 10 de marzo de 2026.

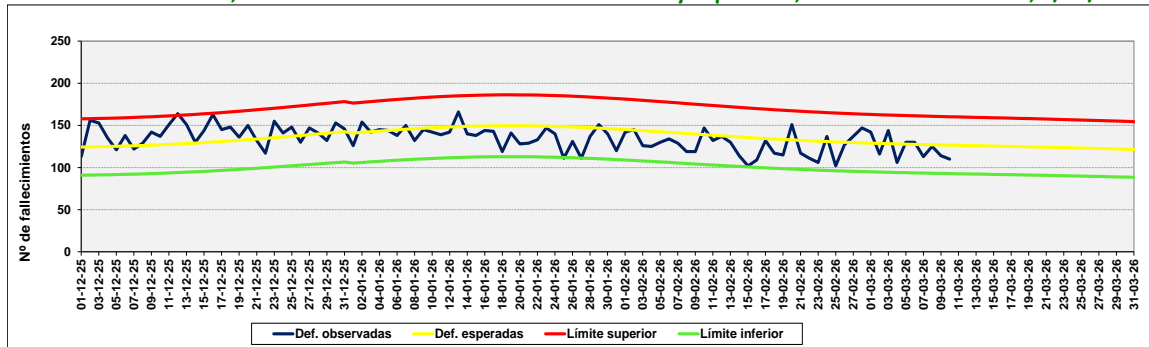


Se ofrece la actualización semanal de la vigilancia de los efectos del frío en la salud, en el marco del [Plan de Vigilancia y Control de los efectos del frío en la salud en la Comunidad de Madrid](#). La temporada de vigilancia incluye 121 días, desde el 1 de diciembre de 2025 al 31 de marzo de 2026, si bien se considera un periodo de flexibilidad entre el 15 de noviembre y el 15 de abril, en función de las variaciones adelantadas o retrasadas de las bajas temperaturas.

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 utilizados para la serie de referencia. 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, de 5 años previos a 2020.

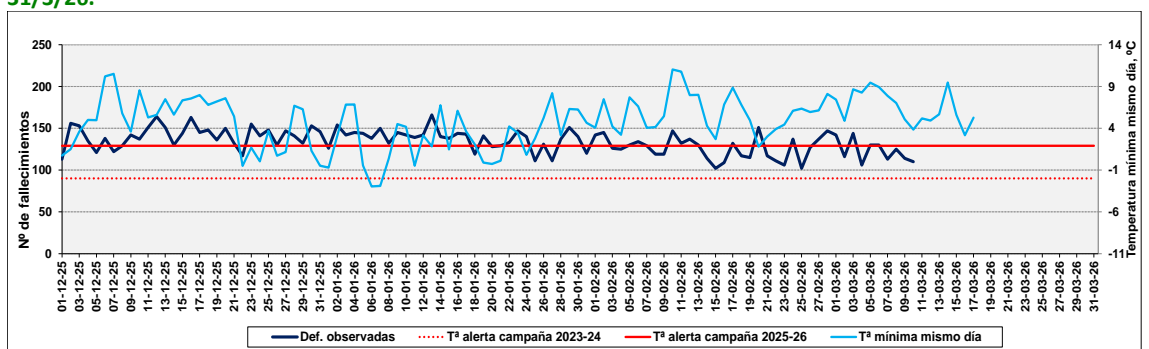
Los gráficos representan la mortalidad diaria observada y esperada y límites superior e inferior (+3DE). La temperatura umbral para esta temporada es de 1,9°C, estableciéndose 3 niveles de intervención (normalidad, precaución y riesgo alto) en función de un algoritmo basado en dicha temperatura. Un segundo gráfico representa la mortalidad diaria y la temperatura mínima del mismo día, según lo proporcionado por 4 observatorios de la Comunidad de Madrid (AEMET y Área de Vigilancia de Riesgos Ambientales). Se realiza igualmente la vigilancia de la demanda de asistencia sanitaria diaria de urgencias, con datos procedentes del CMBD de urgencias de 26 hospitales públicos de la Comunidad de Madrid, así como el número de urgencias ingresadas.

6.1.- Mortalidad diaria, número total de fallecimientos observados y esperados, Comunidad de Madrid, 1/12/25-31/3/26.



*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 a 2020.

6.2.- Mortalidad total diaria observada, y temperatura mínima observada del mismo día, Comunidad de Madrid, 1/12/25-31/3/26.



*Líneas de temperatura en 1,9°C (Temperatura de alerta para la campaña 2025-2026) y en -2°C (Temperatura de alerta hasta la campaña 2023-2024). Datos de temperatura proporcionados por el Área de Vigilancia de Riesgos Ambientales en Salud: valor medio de las temperaturas mínimas 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.

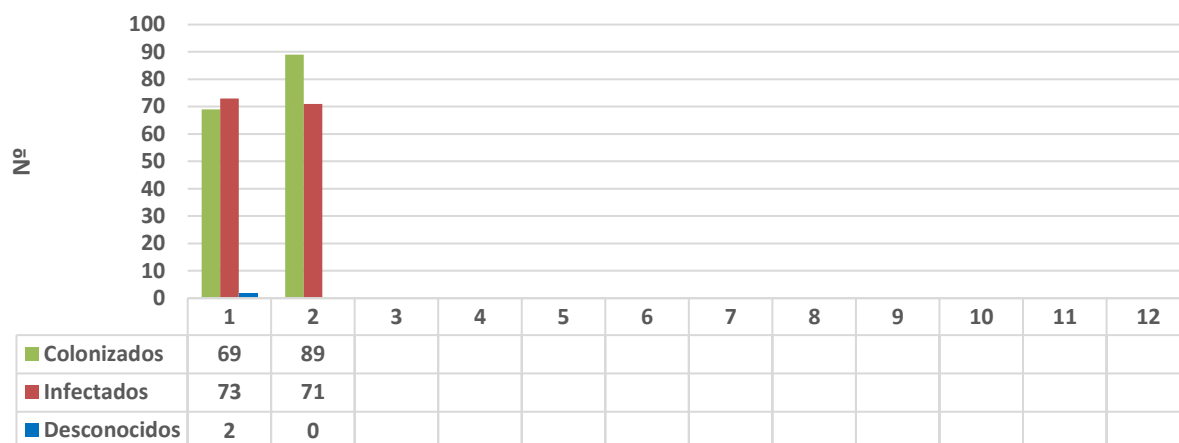
- La mortalidad observada entre el 1 de diciembre y el 8 de marzo (semanas 49/25 a 10/26), es de 13.183 fallecimientos, un 2,2% menor que los esperados (N=13.479), si bien, debido al retraso en la notificación del evento, los datos aún son provisionales. Desde el inicio de la temporada, se ha superado el límite máximo del número de fallecimientos un día: el 12 de diciembre (que se superó el límite en 2 fallecimientos).
- En la semana 11, el número de urgencias totales atendidas ha sido 73.071 (0,7% más que la semana 10), manteniendo una evolución ascendente desde la semana 4, en la que se observó el menor número de urgencias atendidas de esta temporada, hasta este momento. El porcentaje de urgencias ingresadas en la semana 11 es del 8,8% (un 2,5% menor que la semana 10).

7. VIGILANCIA DE LAS ENTEROBACTERIAS PRODUCTORAS DE CARBAPENEMASAS (EPC). COMUNIDAD DE MADRID**Datos del 1 al 28 de febrero 2026**

Fuente: Sistema de información de Vigilancia de las Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria (VIRAS)

RESUMEN:

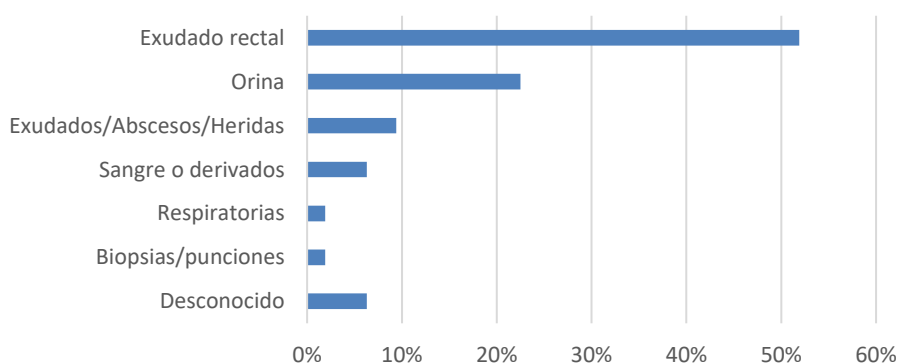
- En el mes de febrero de 2026 se han registrado 160 casos nuevos de EPC.
- Por sexo, 85 casos (53,1%) son hombres. La edad media es de 69,7 años (DE: 22,2).
- Los casos infectados en el periodo ascienden a 71 (44,4%) y los casos colonizados a 89 (55,6%).
- El microorganismo más frecuentemente aislado es *Klebsiella pneumoniae* con 106 aislamientos (66,3%).
- Por tipo de carbapenemasa, 76 muestras (47,5%) corresponden a OXA-48.

7.1. Evolución del Nº de Casos de EPC por mes. Año 2026.

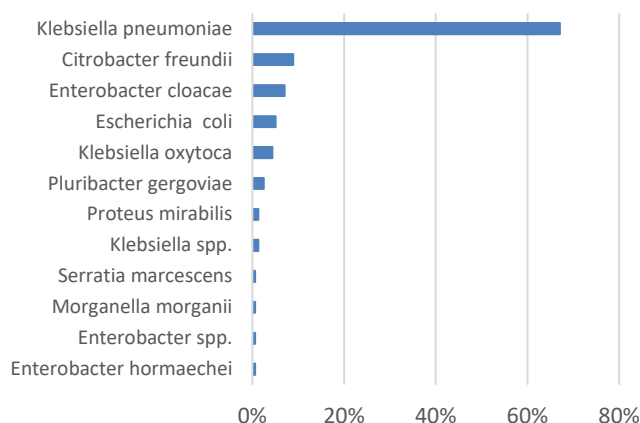
* Se actualizan los datos del mes previo en cada informe

7.2. Descripción de EPC. Comunidad de Madrid. Distribución por edad y sexo. Febrero 2026.

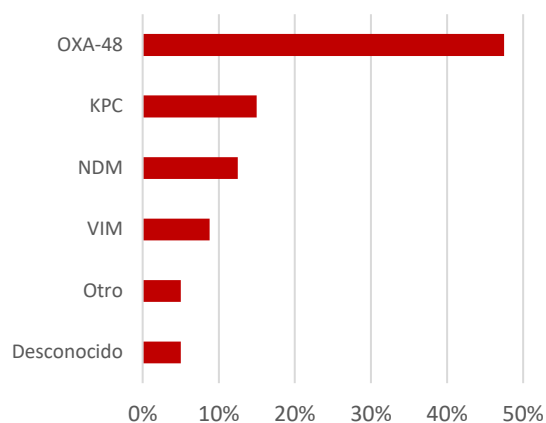
Edad	Hombres	Mujeres	Total	%
0-2	3	4	7	4,4%
3-19	2	0	2	1,2%
20-61	16	13	29	18,1%
62-75	29	12	41	25,6%
76-90	31	36	67	41,9%
>90	4	10	14	8,8%
Total	85	75	160	100
%	53,1%	46,9%	100	

7.3. Tipo de muestra. Febrero 2026.

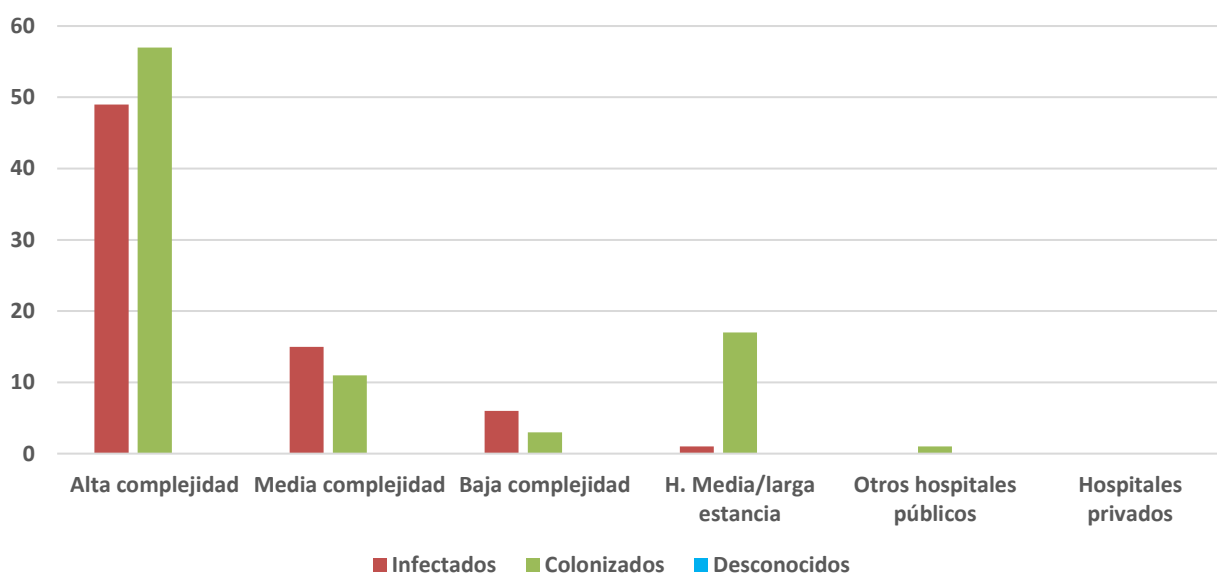
7.4. Tipo de EPC. Febrero 2026.



7.5. Tipo de carbapenemasa. Febrero 2026.



7.6. Casos de infección-colonización por EPC según tipo de hospital. Febrero 2026.



7.7. Bacteriemias por EPC según tipo de hospital. Febrero 2026.

Tipo de hospital	Nº bacteriemias	Tasa bacteriemia/infecciones*100
Alta complejidad	5	7,1
Media complejidad	2	2,8
Baja complejidad	3	4,2
Otros hospitales públicos	0	0
H. media/larga estancia	0	0
Hospitales privados	0	0
Total	10	14,1