

# INFORME EPIDEMIOLOGICO SEMANAL COMUNIDAD DE MADRID. Semana 14

## Red de Vigilancia Epidemiológica

**Martes, 7 de abril 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 Y CONTROL DE LOS EFECTOS DEL FRÍO EN LA SALUD	Pág. 12
7. INFECCIÓN POR EL NUEVO CORONAVIRUS COVID-19	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](mailto:epidemiologia.vigilancia@salud.madrid.org)

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

Datos acumulados hasta la semana 14 de 2026 (semana que finaliza el 5 de abril 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 1-14)	2025 (sem 1-14)	IE*
<b>Enfermedades de transmisión respiratoria</b>			
Gripe	17.092	57.570	0,30
Legionelosis	29	43	0,67
Lepra***	1	1	--
Tuberculosis	138	170	0,81
<b>Enfermedades de transmisión alimentaria</b>			
Campilobacteriosis**	568	1.457	--
Criptosporidiosis	1	34	0,03
<i>E. coli</i> productor toxina Shiga o Vero	9	26	0,35
Fiebre tifoidea y paratifoidea***	1	1	--
Giardiasis	16	151	0,11
Hepatitis A	55	150	0,37
Listeriosis	11	7	1,57
Salmonelosis (exc. fiebre tif. y paratif.)	137	272	0,50
Shigelosis	51	55	0,93
Yersiniosis	2	47	0,04
<b>Enfermedades de transmisión sexual y parenteral**</b>			
Hepatitis B	7	63	--
Hepatitis C	24	129	--
Infección gonocócica	1.183	2.394	--
Inf. <i>Chlamydia trachomatis</i> (exc. LGV)	806	1.967	--
Linfogranuloma venéreo	88	217	--
Mpox <sup>1</sup>	80	75	--
Sífilis	254	529	--
<b>Enfermedades prevenibles por vacunación</b>			
Enf. invasiva por <i>H.influenzae</i>	28	33	0,85
Enf. meningocócica invasiva	17	24	0,71
Enf. neumocócica invasiva	157	239	0,66
Herpes zóster	9.067	9.377	0,97
Parotiditis	44	87	0,51
Sarampión***	39	1	--
Tosferina	8	17	0,47
Varicela	393	353	1,11
<b>Enfermedades notificadas por Sistemas Especiales**</b>			
EETH (Encef. Espongif. Tr. Humanas)	1	4	--
<b>Enfermedades de transmisión vectorial***</b>			
Dengue	14	12	--
Enf. por virus Chikungunya	9	2	--
Leishmaniasis	12	22	--
Paludismo	13	18	--

\*Se calcula el Índice epidémico (IE) para cada enfermedad dividiendo los casos notificados hasta la semana correspondiente en el año actual entre los casos notificados en el mismo periodo del año anterior. Si el valor del índice se encuentra entre 0,76 y 1,24 la incidencia se considera normal, si es menor o igual a 0,75 incidencia baja, si es mayor o igual a 1,25 incidencia alta.

\*\*No se calcula el IE en aquellas enfermedades en las que el circuito de notificación presenta demora en la inclusión de caso.

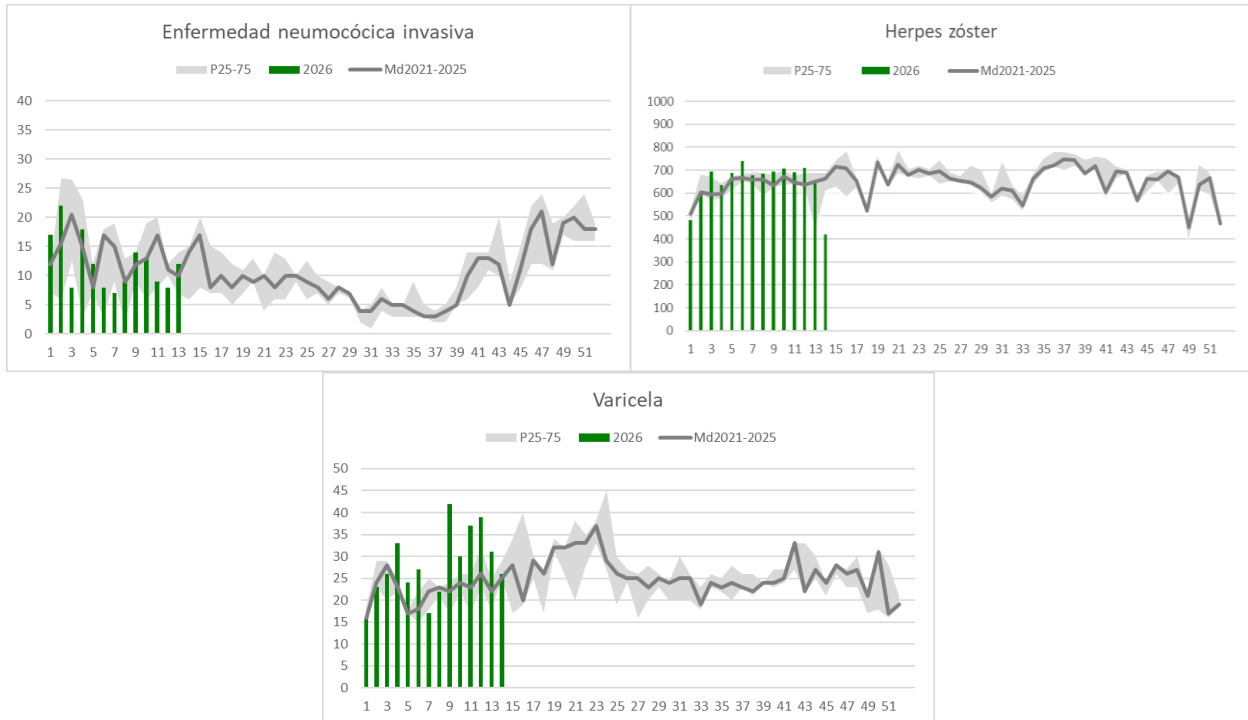
\*\*\* No se calcula el IE en las enfermedades de baja incidencia.

<sup>1</sup>Mpox: hasta la semana 14 de 2026 se han detectado en la Comunidad de Madrid 27 casos de mpox clado 1. De ellos, 20 son clado 1b y 7 son clado 1 sin subtipar. De los 80 casos notificados, 4 estaban vacunados previamente con 1 dosis actual y 13 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 14 de 2026 (semana que finaliza el 5 de abril 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.).

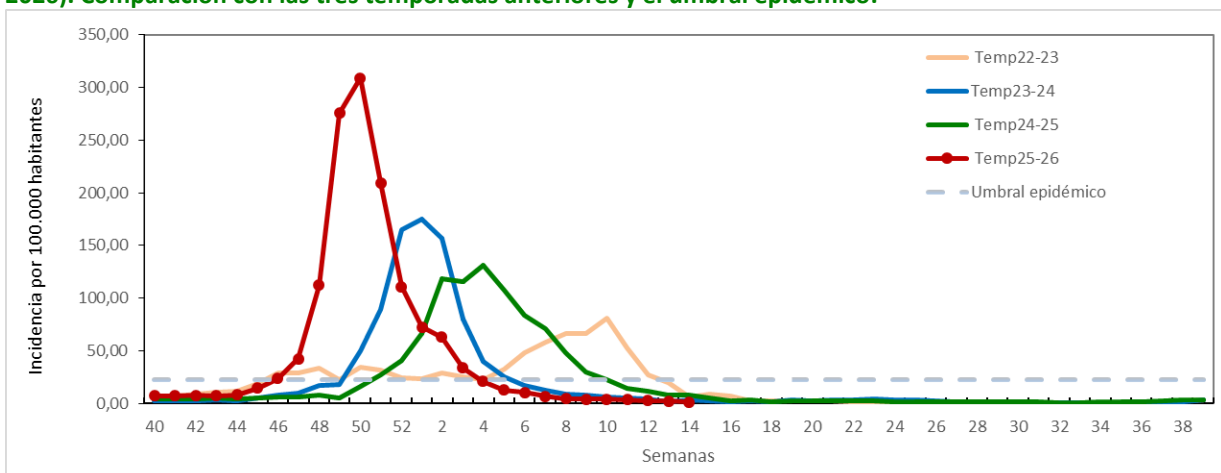


### 1.3.- VIGILANCIA DE LA GRIPE. COMUNIDAD DE MADRID. SISTEMA EDO. TEMPORADA 2025/2026.

El número de casos de gripe notificados durante la semana 14 de 2026 a través del Sistema de Vigilancia EDO es de **106 casos** (68 menos con respecto a la semana anterior) y el número de casos acumulados de la temporada 2025/2026 asciende a 97.203 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 14 de 2026 la tasa se sitúa en **1,51 casos por 100.000 habitantes**, muy inferior, por tanto, al umbral epidémico.

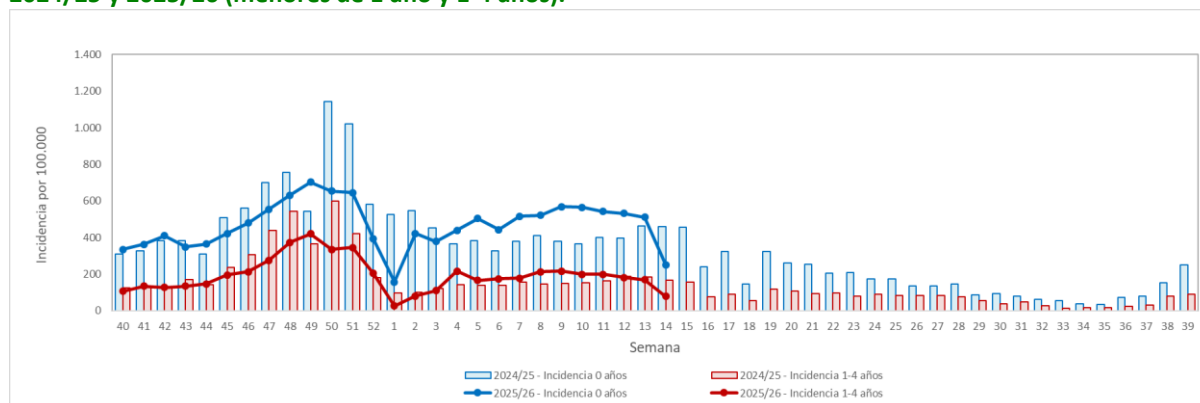
#### Incidencia acumulada por 100.000 habitantes hasta la semana 14 de 2026 (semana que finaliza el 5 de abril de 2026). Comparación con las tres temporadas anteriores y el umbral epidémico.



## 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 14 de 2026 (del 30 de marzo al 5 de abril de 2026) a través del Sistema de Vigilancia de casos sospechosos es de **293 casos** (327 menos que la semana anterior) y el número de casos acumulados de la temporada 2025/2026 asciende a 17.510 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 14 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	8	0,11	1	12,5	15	0,21	2	13,3
Serogrupo C	0	0	0	0	1	0,01	0	0
Serogrupo W	1	0,01	0	0	6	0,09	1	16,7
Serogrupo Y	5	0,07	1	20	0	0	0	0
Serogrupo desconocido	3	0,04	0	0	1	0,01	0	0
No tipable	0	0	0	0	1	0,01	0	0
<b>Total confirmados</b>	<b>17</b>	<b>0,24</b>	<b>2</b>	<b>11,8</b>	<b>24</b>	<b>0,34</b>	<b>3</b>	<b>12,5</b>
Sospecha clínica	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>17</b>	<b>0,24</b>	<b>2</b>	<b>11,8</b>	<b>24</b>	<b>0,34</b>	<b>3</b>	<b>12,5</b>

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

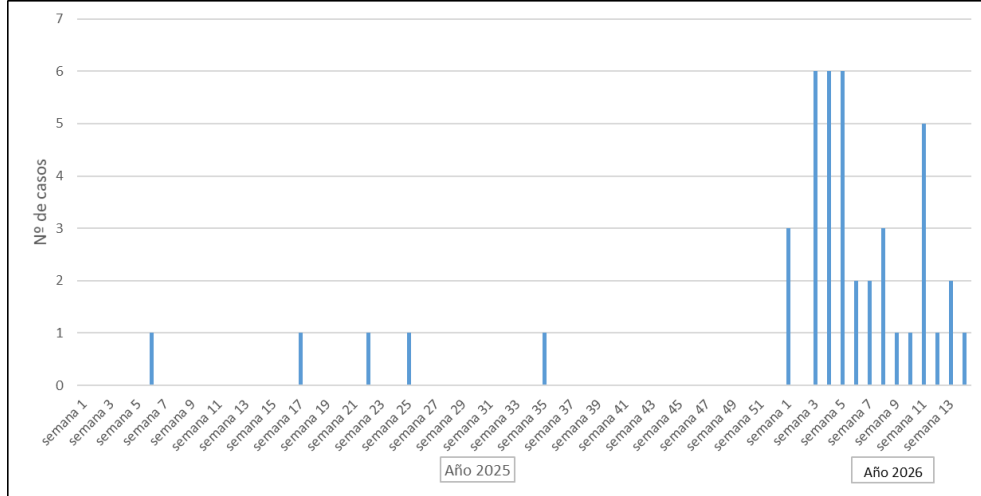
### 2.2.- Distribución de casos e incidencia\* por año epidemiológico, grupo de edad y serogrupos B, W e Y.

	Serogrupo B		Serogrupo W		Serogrupo Y					
	2026		2025		2026		2025			
	Casos	Incidencia	Casos	Incidencia	Casos	Incidencia	Casos	Incidencia		
0 a 1 año	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
5 a 14 años	1	0,14	2	0,29	0	0	0	0	0	0
15 a 44 años	5	0,19	7	0,26	0	0	3	0,11	0	0
45 a 64 años	1	0,05	3	0,14	0	0	0	0	2	0,1
65 a 74 años	0	0	1	0,15	0	0	1	0,15	1	0,15
>74 años	0	0	2	0,31	1	0,15	1	0,15	1	0,15

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

**3. SARAMPIÓN. COMUNIDAD DE MADRID. AÑO 2026. Datos hasta la semana 14 de 2026.**

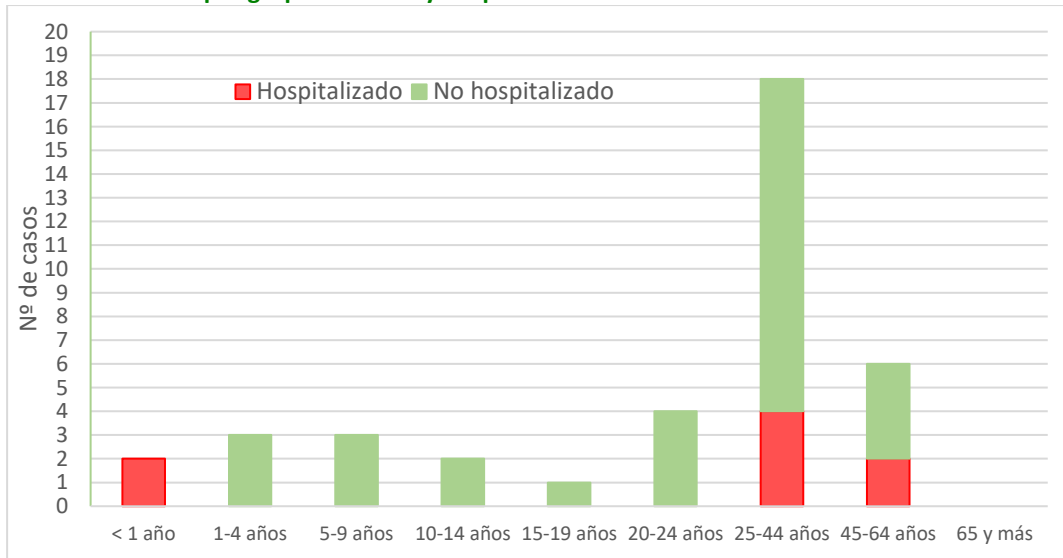
En las primeras 14 semanas del año 2026 se han registrado 39 casos de sarampión en la Comunidad de Madrid (CM).

**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 20 mujeres y 19 varones, con predominio de adultos: el 61,5% (n=24) tienen entre 25 y 55 años (4 de ellos mayores de 49 años); los casos pediátricos son dos menores de un año y ocho casos que tienen entre 1 y 12 años. El 20,5% del total de casos (n=8) ha necesitado ingreso hospitalario, cinco debido a su afectación respiratoria.

El 43,6% 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, 25 de los 39 casos no estaban vacunados, los dos niños menores de un año entre ellos (64,1%). 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 7 casos, entre ellos un niño de 9 años, con dos dosis de vacuna documentadas (cinco de ellos, el niño y 4 adultos, presentaron un sarampión modificado caracterizado por presentar una clínica más leve sin síntomas respiratorios asociados).

Se han confirmado por laboratorio 37 de los 39 casos; 35 tienen pruebas virológicas específicas positivas (RT-PCR en orina y/o frotis faríngeo para el virus del sarampión).

Un total de 26 casos (66,7%) tienen algún vínculo epidemiológico entre sí. Trece de ellos se agrupan en 4 brotes familiares diferentes: uno con 6 casos (padre, 2 hijos y 3 sobrinos, todos no vacunados, genera, además, un caso secundario en un sanitario vacunado), otro brote 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 desarrolló en otra comunidad y 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 14 de 2026 (semana que finaliza el 5 de abril 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 es de **216,90** casos por 100.000 habitantes en **Atención Primaria**, un 51,7% menos que la semana anterior. La incidencia más alta se observa en menores de 5 años (1.235,84 casos por 100.000). El mayor descenso se observa en el grupo de 5 a 14 años de edad. La incidencia en **Atención Hospitalaria (15,49)** se mantiene en una cifra similar a la de la semana pasada. El grupo de edad de mayor incidencia es el de 80 o más años (128,87).

###### Incidencia de gripe

La incidencia de gripe en la semana 14 en **Atención Primaria** ha sido de **0,83** casos por 100.000 habitantes (**3,4** en la semana anterior). La incidencia más alta se observa en las personas de **65 a 79 años (2,18)**. En **Atención Hospitalaria** solo se han registrado casos en el grupo de 65 a 79 años, con una incidencia total de **0,05** casos por 100.000 habitantes y de **0,42** en dicho grupo.

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

La incidencia acumulada de casos sospechosos de infección por SARS-CoV-2 durante la semana 14 ha sido de **0,28** en **Atención Primaria** y de **0,05** en **Atención Hospitalaria**.

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

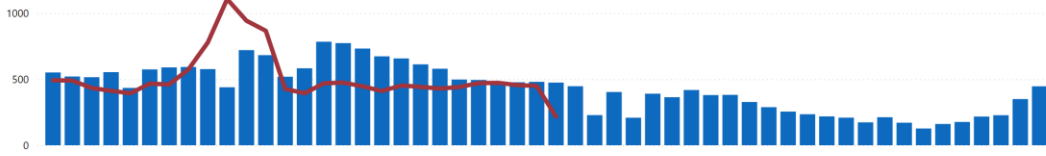
En **Atención Primaria**, la incidencia en menores de 1 año durante la semana 14 ha sido **171,34** casos por 100.000 habitantes, un 63,6% menor que la semana anterior. En **Atención Hospitalaria** se mantiene la misma cifra de incidencia (**50,64**).

### Infecciones respiratorias agudas

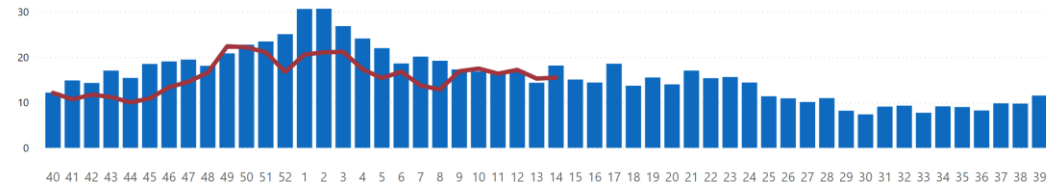
Incidencia semanal

● 2024-2025 ● 2025-2026

Atención primaria



Ingresos hospitalarios

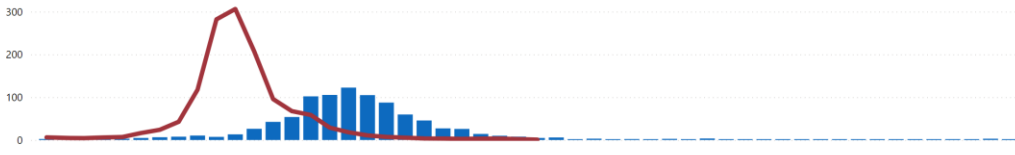


### Gripe

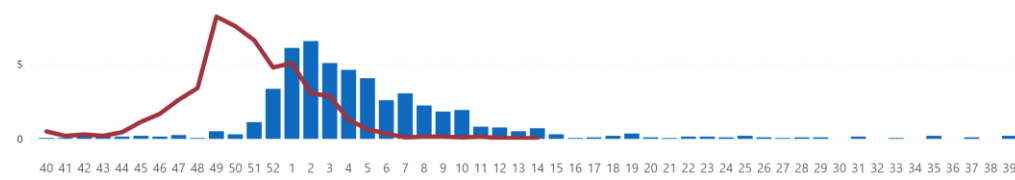
Incidencia semanal

● 2024-2025 ● 2025-2026

Atención primaria



Ingresos hospitalarios

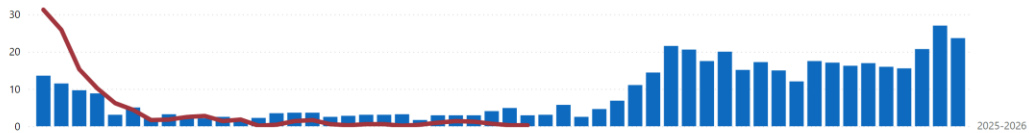


### Infección por SARS-CoV-2

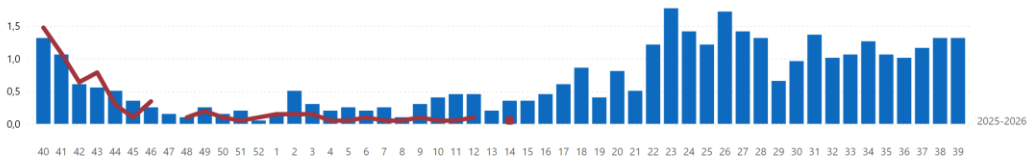
Incidencia semanal

● 2024-2025 ● 2025-2026

Atención primaria



Ingresos hospitalarios

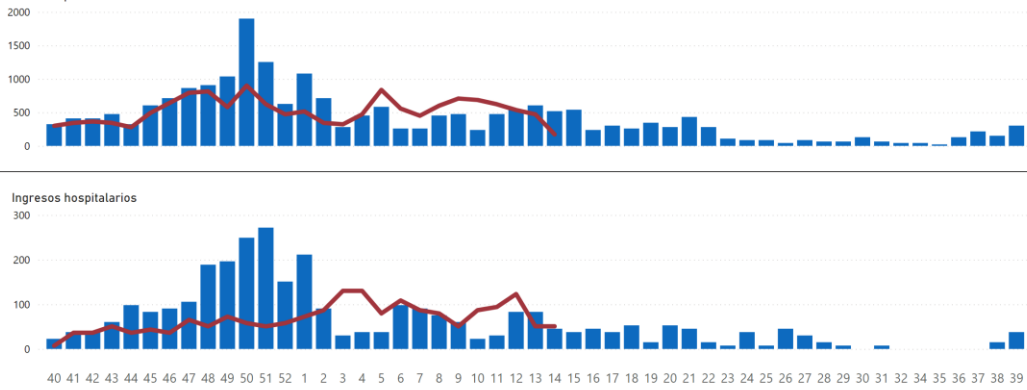


### Bronquiolitis aguda

Incidencia semanal (menores de 1 año)

● 2024-2025 ● 2025-2026

Atención primaria

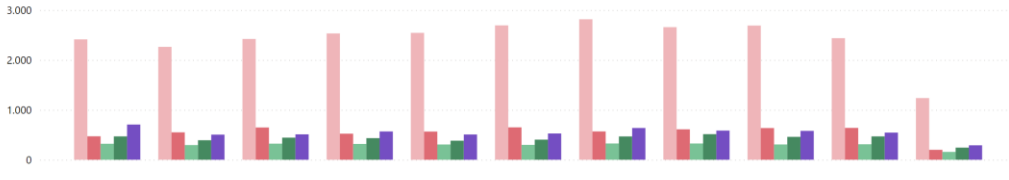


### Infecciones respiratorias agudas

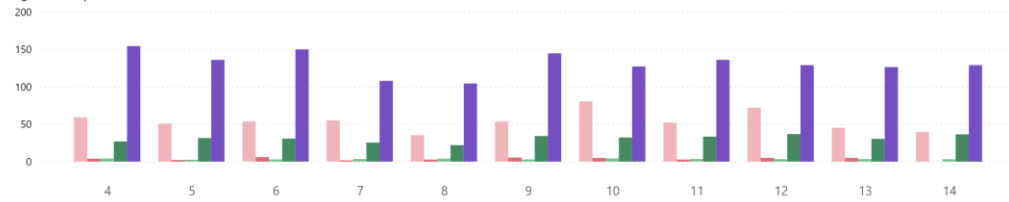
Incidencia por grupo de edad (semanas postepidémicas)

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

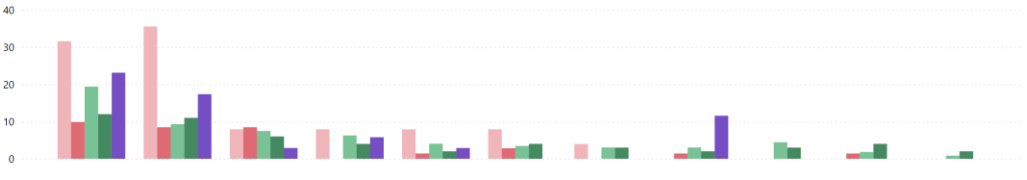


### Gripe

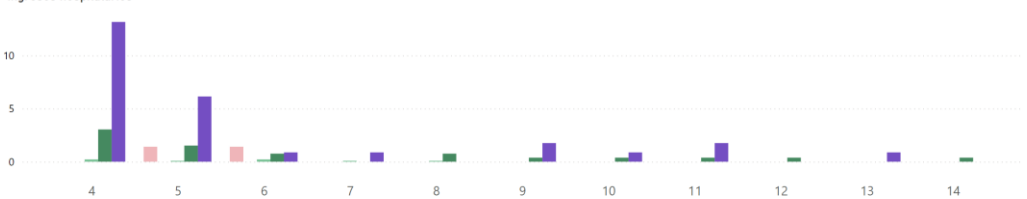
Incidencia por grupo de edad (semanas postepidémicas)

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 (semanas postepidémicas)

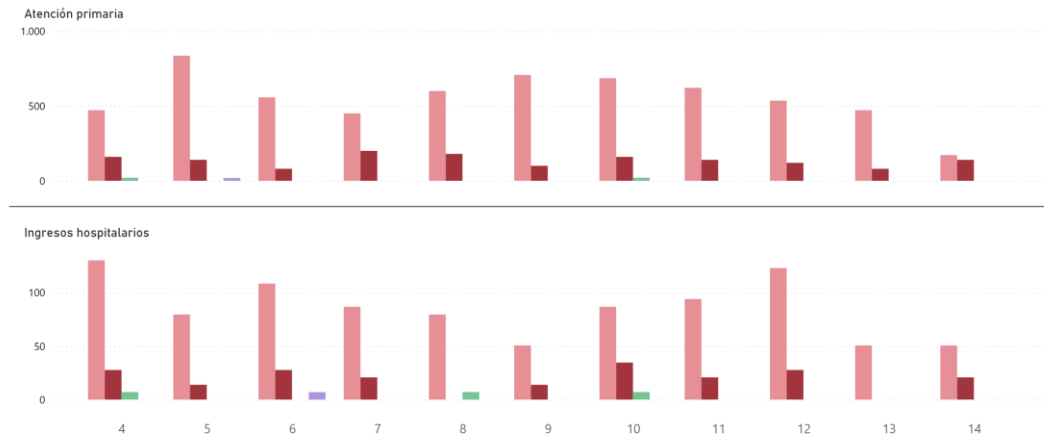
Grupo de edad ● 0 a 4 años ● 5 a 14 años ● 15 a 64 años ● 65 a 79 años ● 80 o más años



**Bronquiolitis aguda**

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

Grupo de edad ● Menores de 1 año ● 1 año ● 2 años ● 3 años



**5. BROTES EPIDÉMICOS. COMUNIDAD DE MADRID. AÑO 2026. Datos de la semana 14 de 2026 (del 24 de marzo al 5 de abril) y acumulado anual hasta la semana 14 de 2025 y 2026.**
**5.1.- Brotes notificados en la semana 14 de 2026.**

Enfermedad	Ámbito	Nº Brotes	Observaciones/Actuaciones
GEA de origen alimentario	Establecimiento de restauración	1	Consumo de alimentos elaborados con carne; no ingresos hospitalarios; inspección del establecimiento y toma de muestras
GEA no alimentaria	Centros de personas mayores	4	Residentes y usuarios de centros de día; cuadro clínico autolimitado en general, excepto un ingresado, con buena evolución; sospecha de origen vírico; refuerzo de medidas higiénicas y toma de muestras
Gripe	Residencia de personas mayores	1	Residentes; virus influenza A; recomendaciones higiénicas y tratamiento de casos y profilaxis de contactos estrechos, si procede
Hepatitis A	Domicilio particular	1	Pareja conviviente; investigación de contactos estrechos susceptibles
Tuberculosis pulmonar	Domicilio particular	1	Padre (caso índice) e hija; investigación de contactos estrechos
Varicela	Centro sociosanitario	1	Niños y adultos Jóvenes sin vacunación documentada; aislamiento de los casos e investigación de contactos estrechos de riesgo
<b>TOTAL</b>	--	<b>9</b>	--

GEA: gastroenteritis aguda.

**5.2.- Brotes notificados hasta la semana 14 de 2025 y 2026.**

	Año 2026		Año 2025*	
	Brotes	Casos	Brotes	Casos
Gastroenteritis aguda de origen alimentario	25	300	24	469
Gastroenteritis aguda no alimentaria	43	905	63	1.953
Conjuntivitis	1	15	0	0
Enfermedad de mano, pie y boca	7	74	0	0
Escabiosis	17	91	5	31
Escarlatina	1	4	1	4
Gripe	18	214	26	221
Hepatitis A	6	13	9	20
Infección por virus respiratorio sincitial	2	10	2	10
Mpox	1	5	0	0
Sarampión	7	24	0	0
Tuberculosis pulmonar	9	21	9	22
Varicela	4	18	2	7
<b>Total</b>	<b>141</b>	<b>1.694</b>	<b>141</b>	<b>2.737</b>

\*Sólo procesos que han presentado brotes en el año en curso.  
Datos provisionales hasta el cierre anual de la información.

**5.3.- Distribución de los brotes más frecuentes según número de casos. Semanas 1 a 14 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	11	28	4	43
GEA de origen alimentario	11	10	2	2	25
Gripe	1	6	11	0	18
Escabiosis	5	10	2	0	17
Tuberculosis pulmonar	8	1	0	0	9
Enf. mano, pie y boca	0	4	3	0	7
Sarampión	5	2	0	0	7

GEA: gastroenteritis aguda.

## 6. VIGILANCIA Y CONTROL DE LOS EFECTOS DEL FRÍO EN LA SALUD, COMUNIDAD DE MADRID, INVIERNO 2025-2026. Semana 14, datos a 7 de abril de 2026.

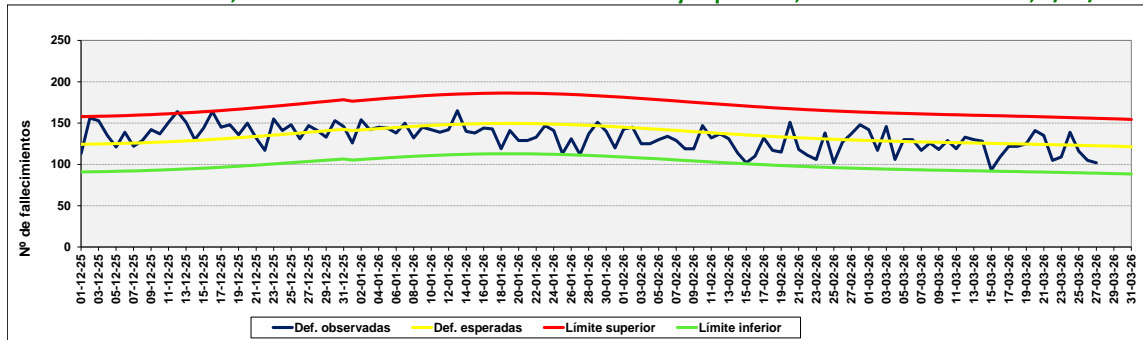


Se ofrece la actualización semanal de la vigilancia de los efectos del frío en la salud, en el marco del [Plan de Vigilancia y Control de los efectos del frío en la salud en la Comunidad de Madrid](#). La temporada de vigilancia incluye 121 días, desde el 1 de diciembre de 2025 al 31 de marzo de 2026, 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.

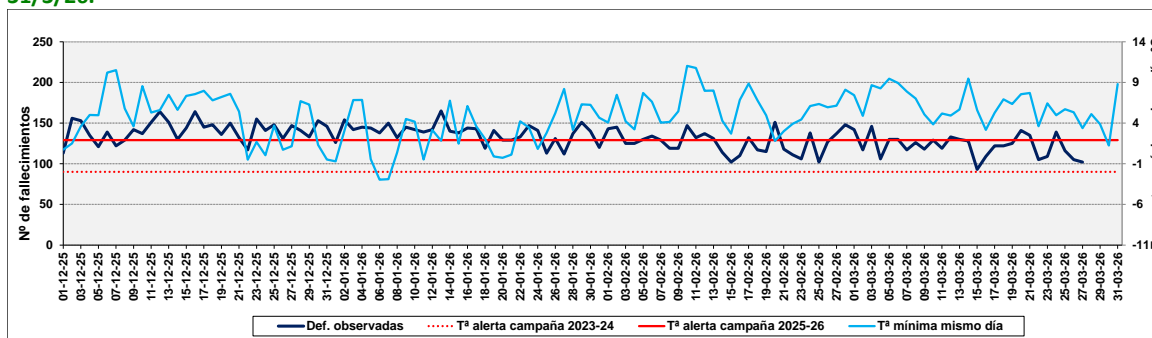
Los gráficos representan la mortalidad diaria observada y esperada y límites superior e inferior (+3DE). La temperatura umbral para esta temporada es de 1,9°C, estableciéndose 3 niveles de intervención (normalidad, precaución y riesgo alto) en función de un algoritmo basado en dicha temperatura. Un segundo 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 27 de marzo (semanas 49/25 a 13/26) es de 15.484 fallecimientos, un 2,3% menor que los esperados (N=15.850), 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) y se ha igualado dicho límite máximo un día: el 16 de diciembre.
- El valor máximo del número de urgencias totales atendidas durante la temporada se observó en la semana 50 (84.501 urgencias). El valor máximo del porcentaje de urgencias ingresadas durante la temporada se observó en la semana 3 (con un 10,0% de urgencias ingresadas).

**7. INFECCIÓN POR EL NUEVO CORONAVIRUS COVID-19. Datos acumulados hasta el 5 de abril de 2026****Introducción**

El 30 de enero de 2020 el Comité de Emergencias del Reglamento Sanitario Internacional declaró el brote de SARS-CoV-2 Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional. Posteriormente, el 11 de marzo de 2020 la OMS reconoció la situación generada como pandemia global, que se ha mantenido hasta el 5 de mayo de 2023 en que la OMS declaró el final de la emergencia.

Para la elaboración de este informe, se incluyen exclusivamente los casos confirmados según la definición de caso disponible en la [Estrategia para la integración de COVID-19 en la vigilancia y control de las infecciones respiratorias agudas en la Comunidad de Madrid del 6 de julio de 2023](#).

**INDICADORES DE EVOLUCIÓN**

Desde el 11 de mayo de 2020 al 5 de abril de 2026, se han notificado un total de 2.065.940 casos confirmados de COVID-19. De estos, el 57,9% fueron en mujeres.

**Descripción de los casos confirmados en personas con edad igual o mayor de 60 años**

**Tabla 1. Resumen de casos confirmados de Covid-19 en personas de 60 o más años para el total del periodo y los últimos 7 y 14 días, Comunidad de Madrid. Datos hasta la semana 14 de 2026.**

<b>Casos (IA*)</b>		
Total	Últimos 7 días	Últimos 14 días
497.134 (28.671,9)	15 (0,9)	40 (2,3)

<b>Cambio en el número de casos en relación a la semana previa</b>	
Número	Porcentaje
-10	-40,0%

<b>Primeros episodios</b>	<b>Reinfecciones</b>
Total	Total
442.550	54.584

\* IA: incidencia acumulada por 100.000 habitantes con la actualización de la población del padrón de 2024.

Desde el inicio de la pandemia, se han producido 54.584 reinfecciones en la población de 60 o más años, lo que ha supuesto el 11,0% del total de infecciones para este grupo de edad, el 93,1% han pasado la enfermedad en dos ocasiones, el 6,6% en tres ocasiones (3.580), en cuatro ocasiones 193 casos y 11 casos lo han pasado cinco veces. En los últimos 7 días la mayor incidencia corresponde al grupo de 90 y más años, con 2,3 casos por 100.000 habitantes. Para todo el periodo la incidencia acumulada no muestra diferencias estadísticas entre hombres y mujeres (Tabla 2).

**Tabla 2. Número de casos e incidencia\* de los casos confirmados de COVID-19 para personas con edad igual o mayor de 60 años para el total del periodo y los últimos 7 y 14 días. Comunidad de Madrid, datos hasta la semana 14\*\* de 2026.**

Grupos de edad	Total período		Últimos 14 días (del 23 de marzo al 5 de abril de 2026)		Últimos 7 días (del 30 de marzo al 5 de abril de 2026)	
	Nº casos	Incidencia acumulada*	Nº casos	Incidencia acumulada*	Nº casos	Incidencia acumulada*
60 a 69 años	197.233	25.239,0	12	1,5	6	0,8
70 a 79 años	150.270	26.825,4	9	1,6	2	0,4
80 a 89 años	107.993	35.517,0	11	3,6	5	1,6
Más de 90 años	41.638	47.224,1	8	9,1	2	2,3
<b>Total</b>	<b>497.134</b>	<b>28.671,9</b>	<b>40</b>	<b>2,3</b>	<b>15</b>	<b>0,9</b>

\* IA: incidencia acumulada por 100.000 habitantes.

\*\* Datos provisionales, para establecer el corte por semana epidemiológica se utilizó la fecha de diagnóstico mediante la PDIA positiva.

En la última semana, para la población de 60 o más años, ha descendido la incidencia en un 40,0% (de 25 a 15 casos), en la semana previa hubo un aumento del 25,0% (Tabla 3). Para todo el período las mayores incidencias se observan en el grupo de edad de 90 o más años y las menores para los de 60 a 69 años (Gráfico 1).

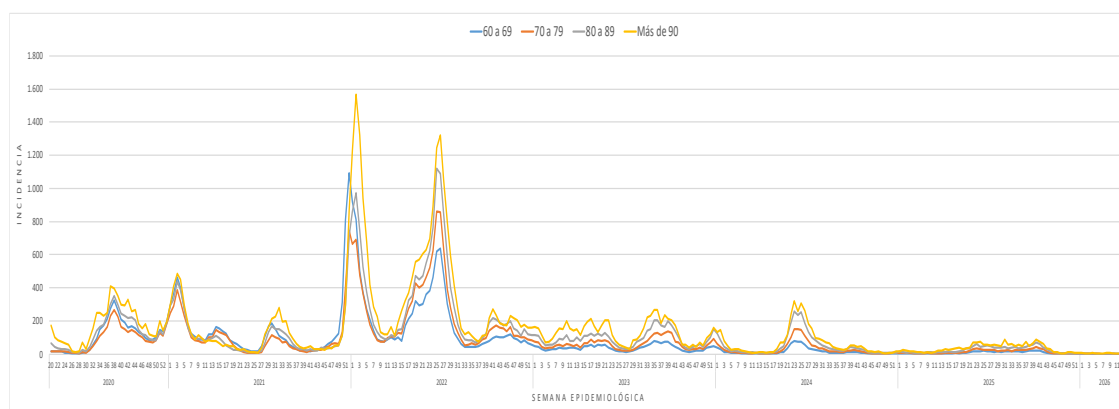
**Tabla 3. Evolución en el número de casos e incidencia\* de los casos confirmados de COVID-19 por grupos de edad las cuatro semanas previas. Comunidad de Madrid, datos hasta la semana 14\*\* de 2026.**

Grupos de edad	SEMANA 11 (del 9 al 15 de marzo de 2026)		SEMANA 12 (del 16 al 22 de marzo de 2026)		SEMANA 13 (del 23 al 29 de marzo de 2026)		SEMANA 14 (del 30 de marzo al 5 de abril de 2026)		RAZÓN DE TASAS SEMANALES		
	N	IA	N	IA	N	IA	N	IA	SEMANAS 12/11	SEMANAS 13/12	SEMANAS 14/13
60 a 69 años	6	0,8	8	1,0	6	0,8	6	0,8	1,33	0,75	1,00
70 a 79 años	4	0,7	5	0,9	7	1,2	2	0,4	1,25	1,40	0,29
80 a 89 años	5	1,6	6	2,0	6	2,0	5	1,6	1,20	1,00	0,83
Más de 90 años	4	4,5	1	1,1	6	6,8	2	2,3	0,25	6,00	0,33
<b>Total 60 años o más</b>	<b>19</b>	<b>1,1</b>	<b>20</b>	<b>1,2</b>	<b>25</b>	<b>1,4</b>	<b>15</b>	<b>0,9</b>	<b>1,05</b>	<b>1,25</b>	<b>0,60</b>

\* IA: incidencia acumulada por 100.000 habitantes

\*\* Datos provisionales, para establecer el corte por semana epidemiológica se utilizó la fecha de diagnóstico mediante PDIA positiva.

**Gráfico 1. Distribución temporal de la incidencia\* de los casos confirmados de COVID-19 para personas con edad igual o mayor de 60 años. Comunidad de Madrid, datos hasta la semana 14\*\* de 2026.**



\* IA: incidencia acumulada por 100.000 habitantes

\*\* Datos provisionales, para establecer el corte por semana epidemiológica se utilizó la fecha de diagnóstico mediante PDIA positiva. Los datos de los últimos 7 días se encuentran en consolidación por lo que deben ser interpretados con precaución.

## SITUACIÓN DE LOS CASOS DE TODAS LAS EDADES POR VARIANTES DE SARS-CoV-2

### Resultados de secuenciación

Según el resultado de la secuenciación, en la Comunidad de Madrid se identifican para las últimas 8 semanas, las variantes consideradas como de interés (VOI) de acuerdo con la última actualización del 27 de marzo de 2026 del ECDC.

En las últimas 8 semanas no se ha declarado ninguna variante considerada VOI por el ECDC.

Según los datos de secuenciación del sistema de vigilancia, en las últimas 8 semanas, se han identificado por primera vez 7 nuevos sublinajes (Tabla 4).

**Tabla 4. Sublinajes de reciente aparición (en las últimas 8 semanas). Comunidad de Madrid.**

Sublinajes	Nº de casos	Frecuencia (%)
RE.2.1-	4	57,14
RP.1*	1	14,29
XFG.5.1.7*	2	28,57
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>100,00</b>

Variantes bajo monitorización (VUM) NB.1.8.1\*\*, XFG\*, BA.3.2 -. Otras††