

INFORME EPIDEMIOLÓGICO SEMANAL COMUNIDAD DE MADRID. Semana 4

Red de Vigilancia Epidemiológica

Martes, 27 de enero de 2026 *(datos provisionales)*

1. ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA	Pág. 2
2. VIGILANCIA CENTINELA DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (IRA)	Pág. 5
3. BROTES EPIDÉMICOS	Pág. 12
4. ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA INVASIVA	Pág. 13
5. INFECCIÓN POR EL NUEVO CORONAVIRUS COVID-19	Pág. 14
6. VIGILANCIA Y CONTROL DE LOS EFECTOS DEL FRÍO EN LA SALUD	Pág. 17
7. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE ENFERMEDADES PRODUCIDAS POR ARBOVIRUS	Pág. 18
8. OTRA INFORMACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE INTERÉS	Pág. 19

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 4 de 2026 (semana que finaliza el 25 de enero 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 1-4)	2025 (sem 1-4)	IE*
Enfermedades de transmisión respiratoria			
Gripe	11.192	29.640	0,38
Legionelosis	4	13	0,31
Tuberculosis	29	38	0,76
Enfermedades de transmisión alimentaria			
<i>E. coli</i> productor toxina Shiga o Vero	1	8	0,13
Giardiasis	3	37	0,08
Hepatitis A	7	41	0,17
Salmonelosis (exc. fiebre tif. y paratif.)	16	83	0,19
Enfermedades de transmisión sexual y parenteral**			
Hepatitis B	1	21	--
Hepatitis C	2	23	--
Mpox ¹	28	33	--
Enfermedades prevenibles por vacunación			
Enf. invasiva por <i>H.influenzae</i>	5	5	1,00
Enf. meningocócica invasiva	5	11	0,45
Enf. neumocócica invasiva	31	88	0,35
Herpes zóster	2.406	2.440	0,99
Parotiditis	9	15	0,60
Sarampión***	7	0	--
Varicela	98	105	0,93
Enfermedades de transmisión vectorial***			
Dengue	4	4	--
Enf. por virus Chikungunya	1	1	
Paludismo	5	4	--

*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 4 de 2026 se han detectado 3 casos de mpox clado Ib en la Comunidad de Madrid. De los 28 casos notificados, 3 estaban vacunados con dos dosis actuales 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 4 de 2026 (semana que finaliza el 25 de enero 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.).

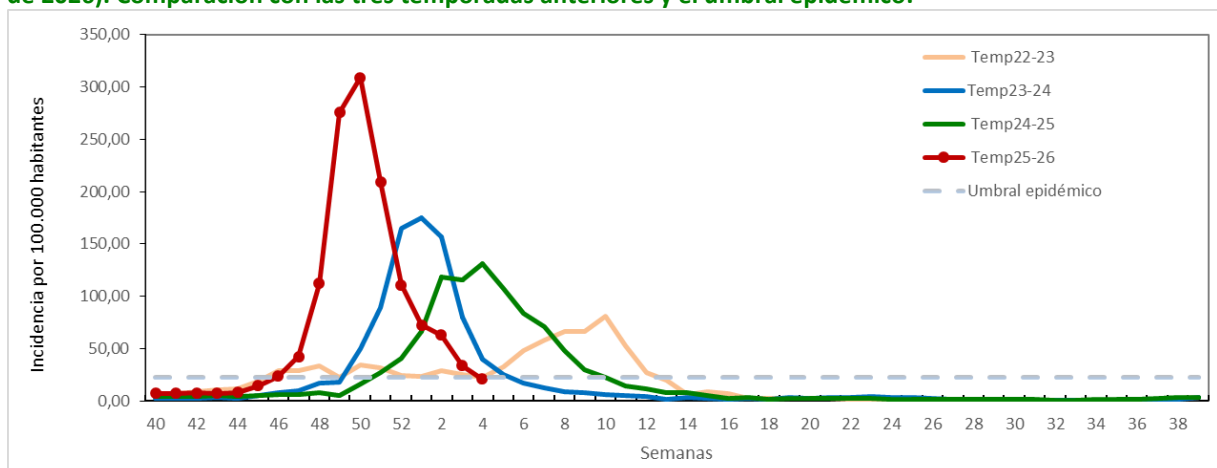


1.3.- VIGILANCIA DE LA GRIPE. COMUNIDAD DE MADRID. SISTEMA EDO. TEMPORADA 2025/2026.

El número de casos de gripe notificados durante la semana 4 de 2026 a través del Sistema de Vigilancia EDO es de **1.441 casos** (933 menos con respecto a la semana anterior) y el número de casos acumulados de la temporada 2025/2026 asciende a 93.420 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 4 de 2026 la tasa se sitúa en **20,56 casos por 100.000 habitantes**, inferior, por tanto, al umbral epidémico.

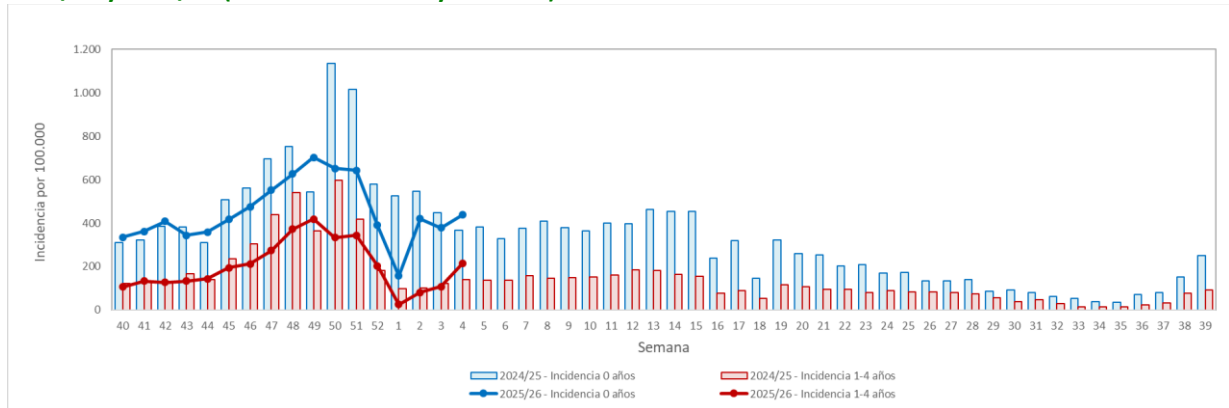
Incidencia acumulada por 100.000 habitantes hasta la semana 4 de 2026 (semana que finaliza el 25 de enero de 2026). Comparación con las tres temporadas anteriores y el umbral epidémico.



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 4 de 2026 (del 19 al 25 de enero de 2026) a través del Sistema de Vigilancia de casos sospechosos es de **678 casos** (256 más que la semana anterior) y el número de casos acumulados de la temporada 2025/2026 asciende a 11.158 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. VIGILANCIA CENTINELA DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (IRA). COMUNIDAD DE MADRID. TEMPORADA 2025/2026. Datos hasta la semana 4 de 2026 (semana que finaliza el 25 de enero 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.

2.1. INCIDENCIA POR SEMANA Y POR GRUPO DE EDAD

Incidencia de IRA

En **Atención Primaria**, la incidencia en la semana 4 ha sido **444,81** casos por 100.000 habitantes, un **5,9% menor** que la semana previa. Las cifras más altas se observan en los **menores de 4 años** (2.440,08). En **Atención Hospitalaria**, la incidencia ha sido **17,65** casos por 100.000 habitantes, cifra un **37,8% menor** que la semana anterior. El grupo de **80 o más años** muestra la mayor incidencia (146,21).

Incidencia de gripe

La incidencia de gripe en la semana 4 en **Atención Primaria** ha sido de **17,90** casos por 100.000 habitantes, cifra un **37,8% menor** que la de la semana anterior. La incidencia más alta se observa en los niños de **0 a 4 años** (31,59). En **Atención Hospitalaria**, la incidencia es de **1,28** casos por 100.000 habitantes (2,85 en la semana anterior). El grupo de **80 o más años** muestra la incidencia más alta (11,79).

Incidencia de infección por SARS-CoV-2

La incidencia acumulada de casos sospechosos de infección por SARS-CoV-2 durante la semana 4 ha sido de **0,55** 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 4 ha sido **471,19** casos por 100.000 habitantes, cifra un **37,5% mayor** que en la semana anterior. En el ámbito hospitalario, la incidencia en menores de un año ha sido **130,22** casos por 100.000 habitantes, misma cifra que en la semana anterior.

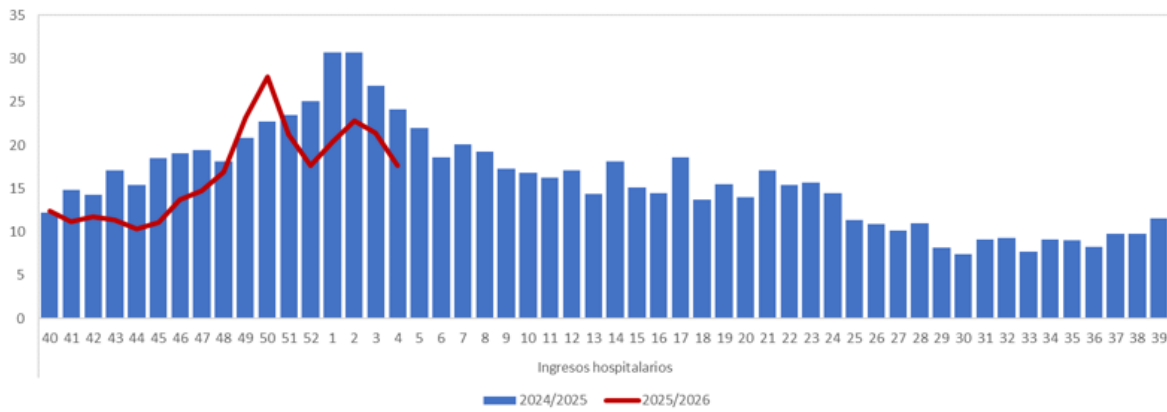
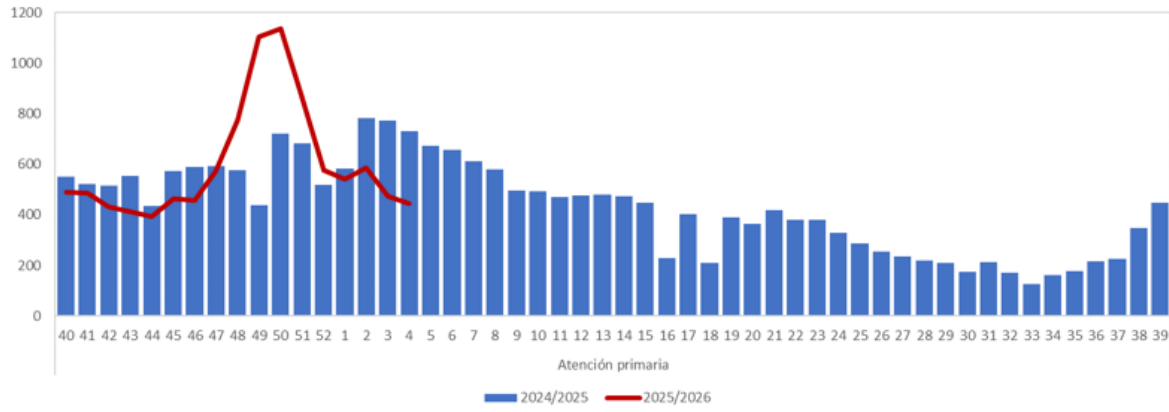
2.2. RESULTADOS DE LABORATORIO

En **Atención Hospitalaria** se ha identificado el virus de la **gripe** en el **7,5%** de las muestras recogidas (4 de 53) Se han identificado un virus A(H1) y un A sin subtipar. El **VRS** se ha identificado en el 26,4% de las muestras y el virus **SARS-CoV-2** en 1 muestra. En **Atención Primaria** la información microbiológica no está disponible esta semana.

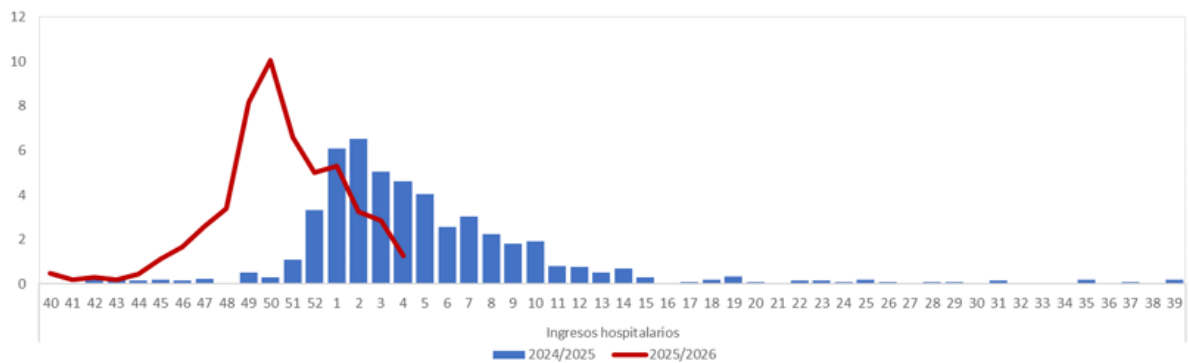
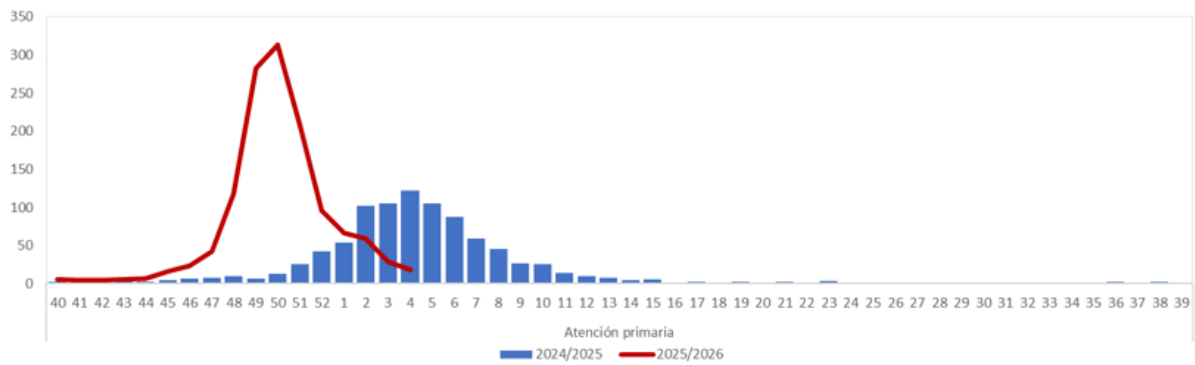
2.3. ESTADO VACUNAL FRENTE A GRIPE

De los casos confirmados de gripe desde la semana 40, el 100% y el 60,8% de los casos de 80 o más años y el 67,9% y 55,2% de los casos de 65 a 79 años identificados en Atención Primaria y Atención Hospitalaria respectivamente, estaban vacunados.

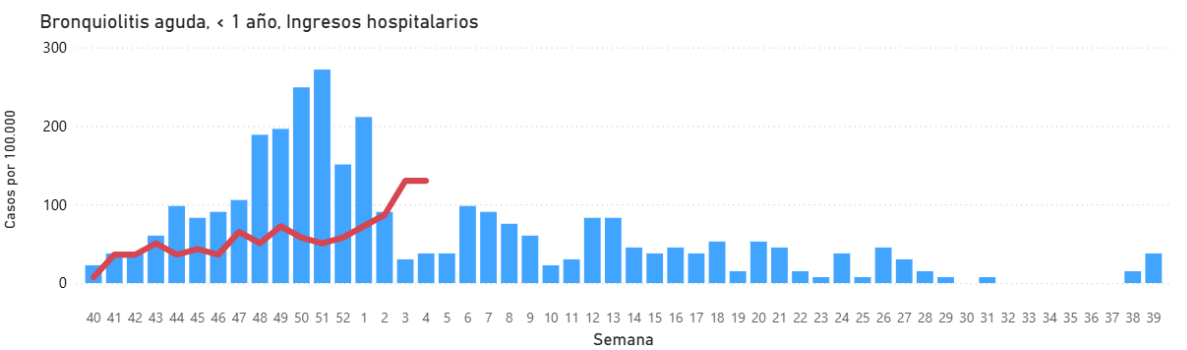
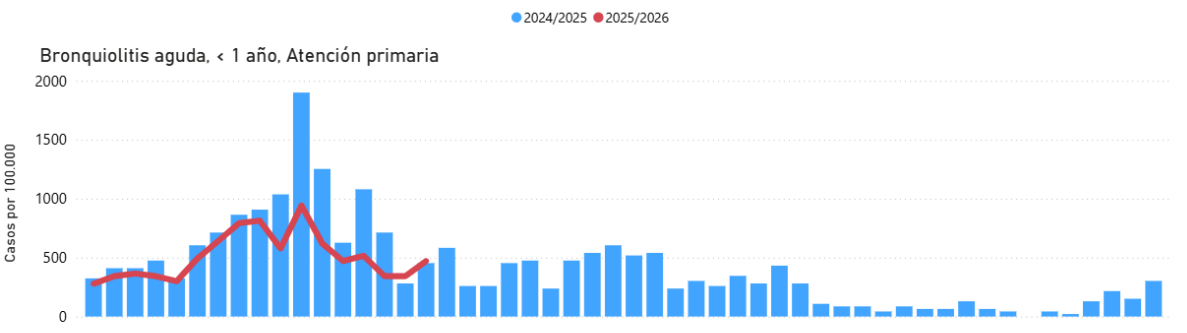
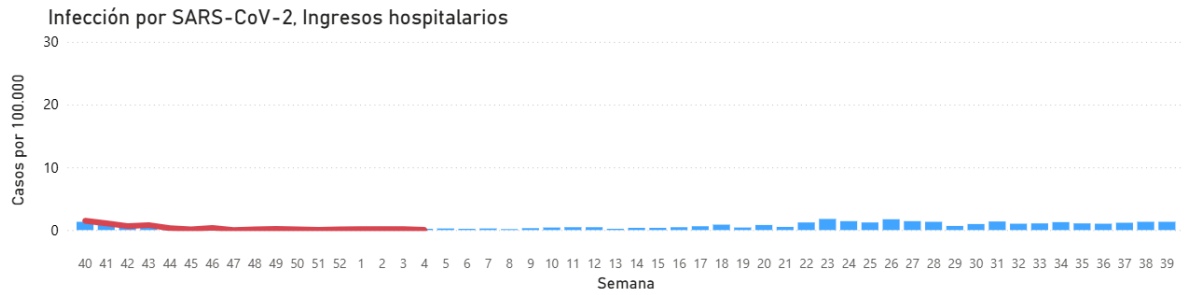
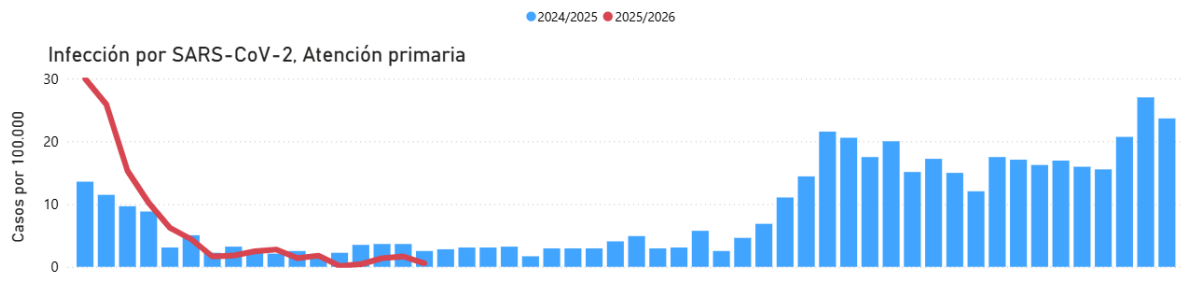
Incidencia por semana
Infección respiratoria aguda



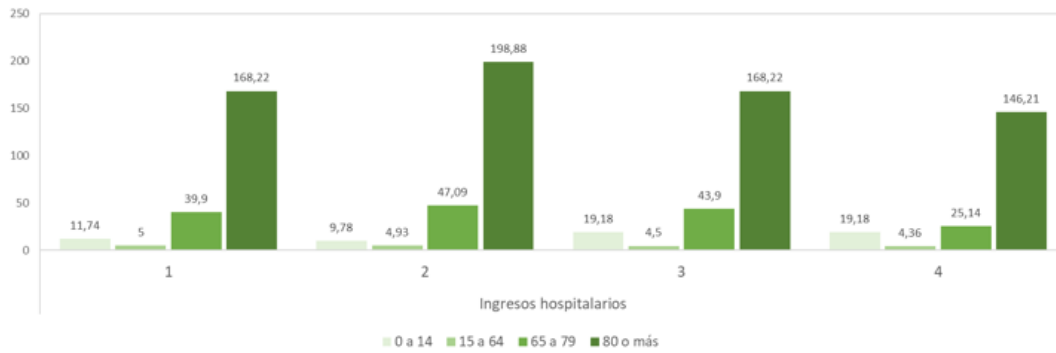
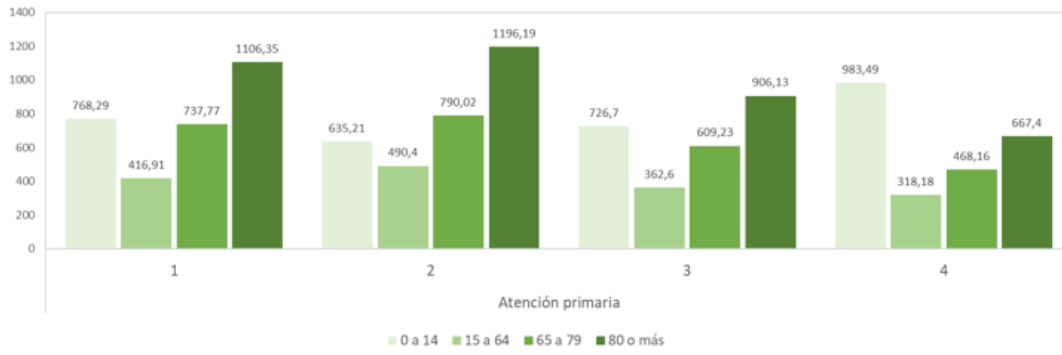
Gripe



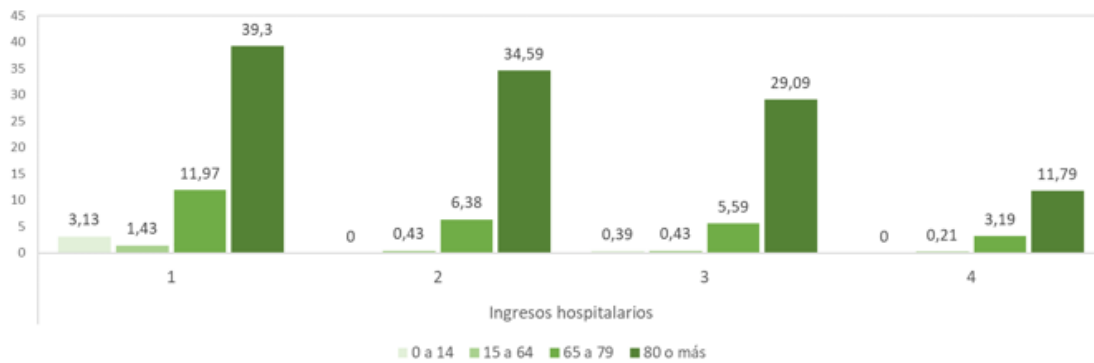
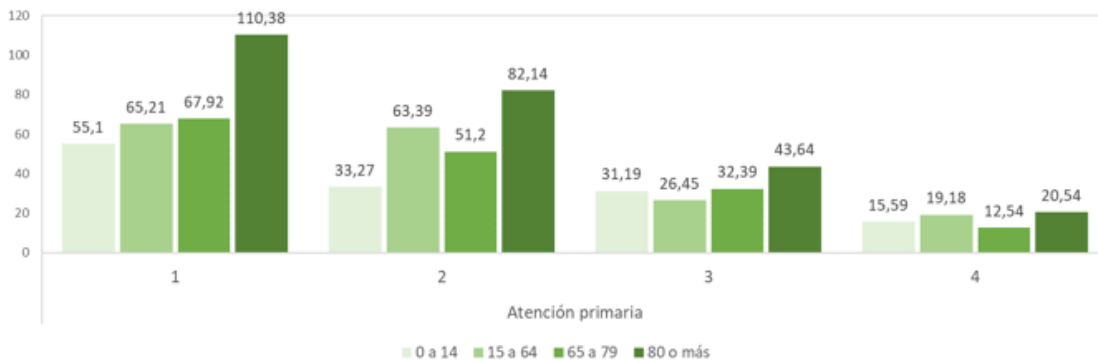
Incidencia de infección por SARS-CoV-2 por semana.



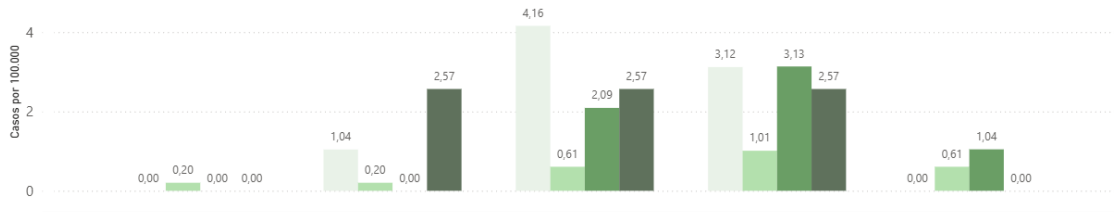
Incidencia por grupo de edad
Infección respiratoria aguda



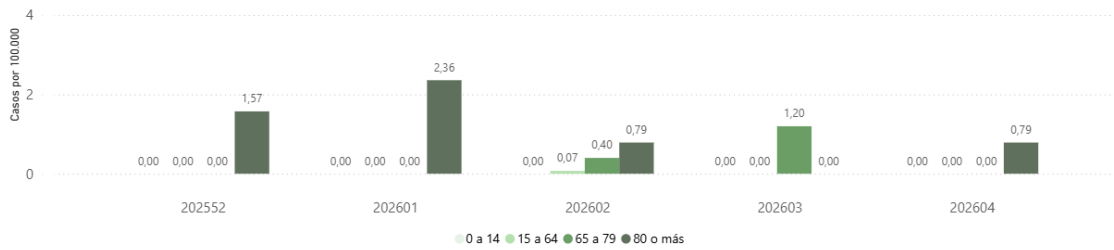
Gripe



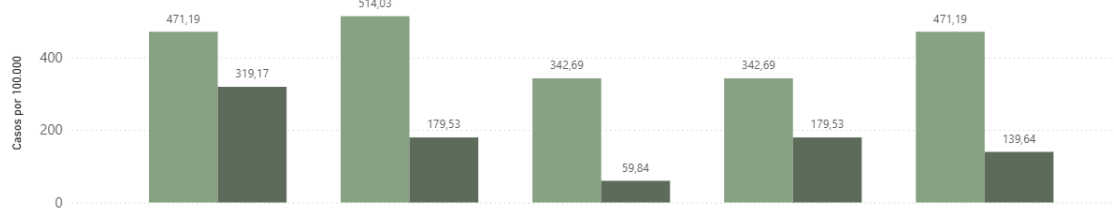
Infección por SARS-CoV-2. Atención primaria



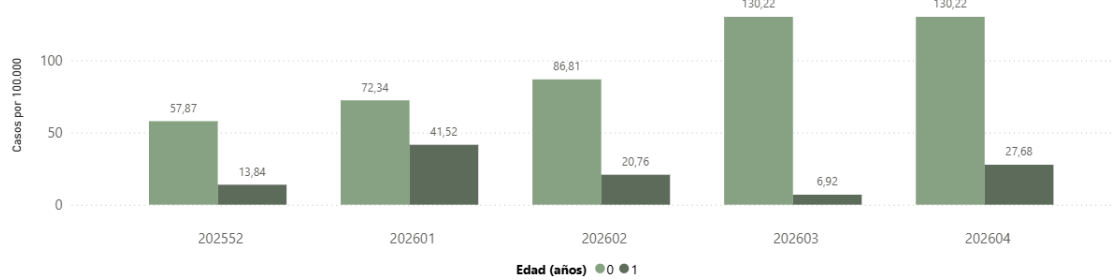
Infección por SARS-CoV-2. Ingresos hospitalarios



Bronquiolitis aguda. Atención primaria



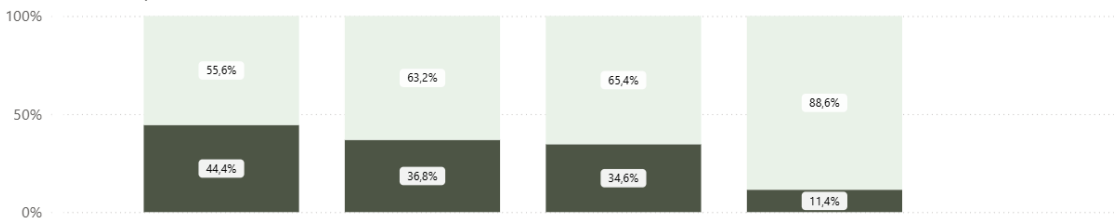
Bronquiolitis aguda. Ingresos hospitalarios



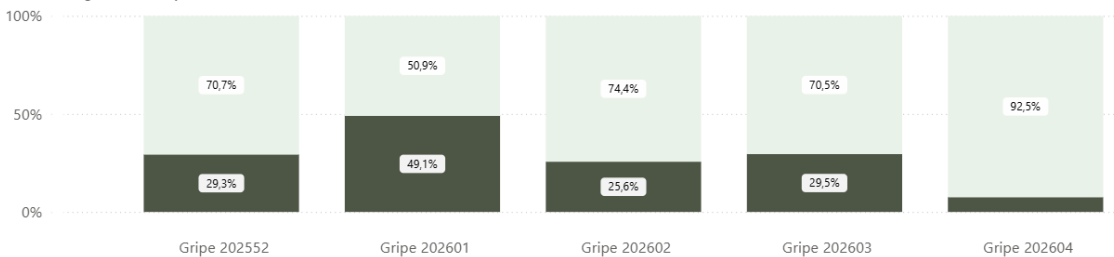
Detección viral

● Pruebas (+) ■ Pruebas (-)

Atención primaria

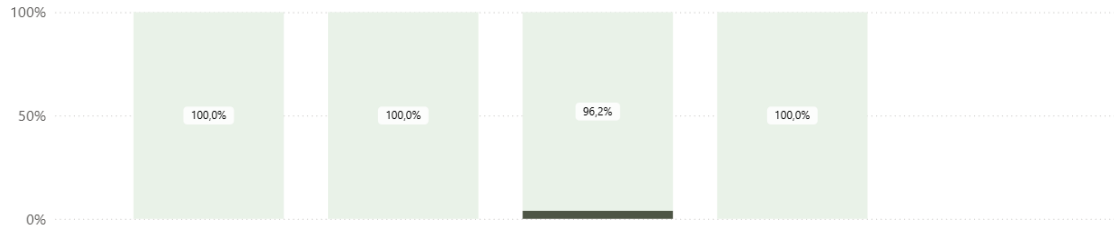


Ingresos hospitalarios

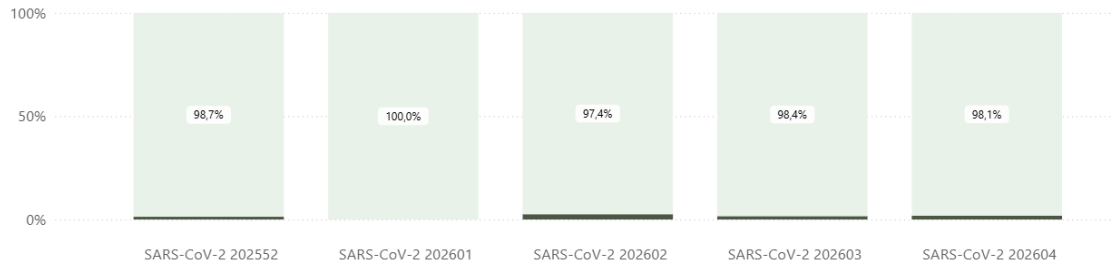


● Pruebas (+) ● Pruebas (-)

Atención primaria

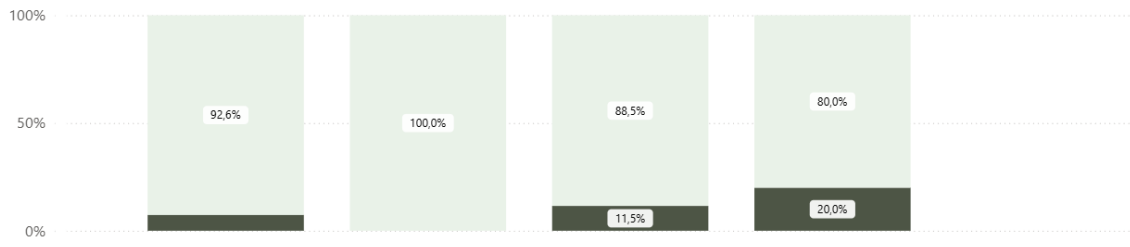


Ingresos hospitalarios

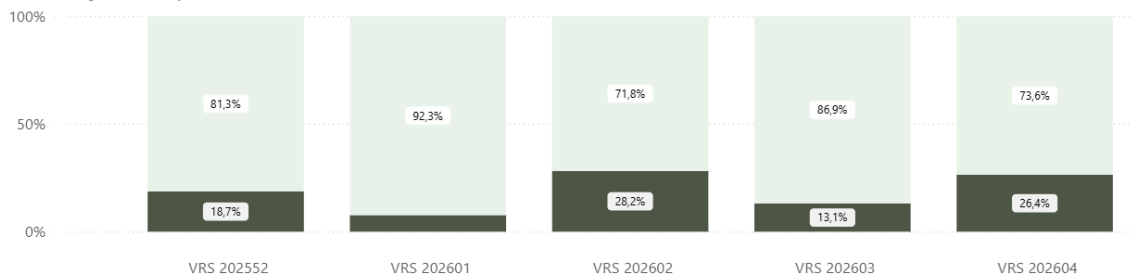


● Pruebas (+) ● Pruebas (-)

Atención primaria



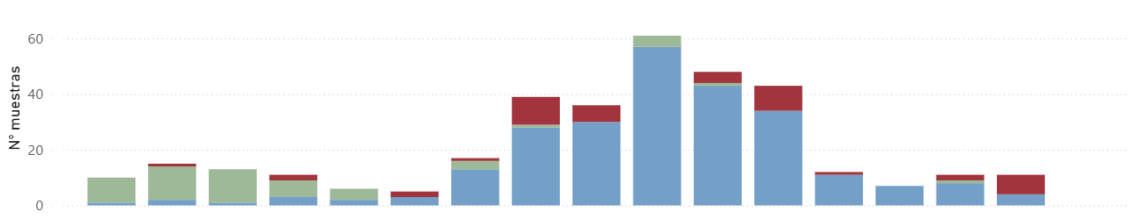
Ingresos hospitalarios



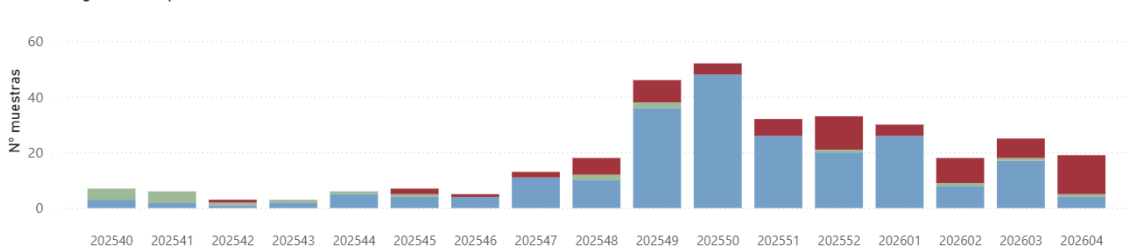
Virus detectados

● (+) Gripe ● (+) SARS-CoV-2 ● (+) VRS

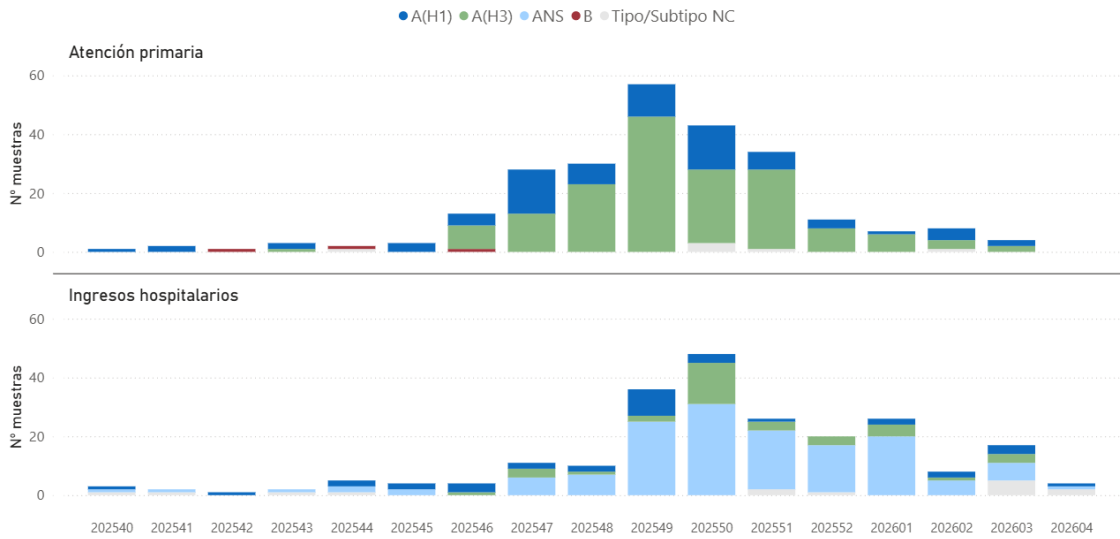
Atención primaria



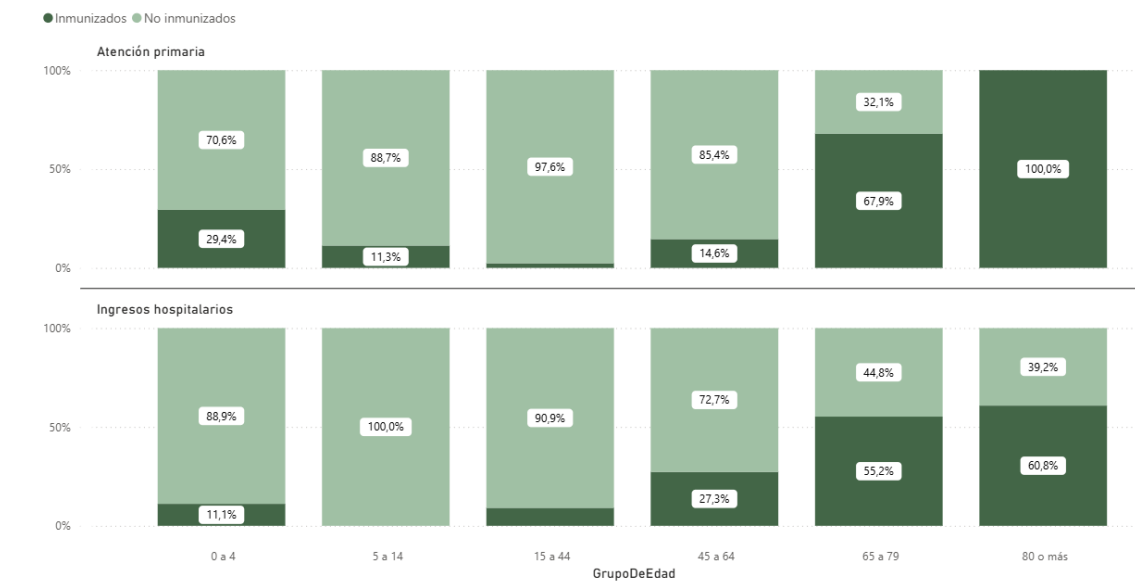
Ingresos hospitalarios



Subtipos del virus de gripe



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



3. BROTES EPIDÉMICOS. COMUNIDAD DE MADRID. AÑO 2026. Datos de la semana 4 de 2026 (del 19 al 25 de enero) y acumulado anual hasta la semana 4 de 2025 y 2026.

3.1.- Brotes notificados en la semana 4 de 2026.

Enfermedad	Ámbito	Nº Brotes	Observaciones/Actuaciones
GEA no alimentaria	Residencias de personas mayores	4	Sospecha de origen vírico con transmisión persona a persona entre residentes y trabajadores; refuerzo de medidas higiénicas y toma de muestras
Gripe	Residencias de personas mayores	2	V. influenza A; se recuerdan medidas preventivas (vacunación, uso de mascarilla en visitas, tratamiento de contactos estrechos)
Hepatitis A	Domicilio particular	1	Convivientes adultos; investigación de contactos estrechos
Tuberculosis pulmonar	Domicilio particular	1	Convivientes, casos adultos y menores; aislamiento de enfermos, estudio de contactos estrechos
TOTAL	--	8	--

GEA: gastroenteritis aguda.

3.2.- Brotes notificados hasta la semana 4 de 2025 y 2026.

	Año 2026		Año 2025*	
	Brotes	Casos	Brotes	Casos
Gastroenteritis aguda de origen alimentario	6	26	1	3
Gastroenteritis aguda no alimentaria	19	394	38	1.175
Conjuntivitis	1	15	0	0
Escabiosis	3	12	2	12
Gripe	13	171	10	81
Hepatitis A	3	6	3	8
Tuberculosis pulmonar	3	7	3	7
Total	42	618	51	1.271

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

Datos provisionales hasta el cierre anual de la información.

3.3.- Distribución de los brotes más frecuentes según número de casos. Semanas 1 a 4 de 2026.

	Nº de brotes según magnitud				Total de brotes
	De 2 a 3 casos	De 4 a 9 casos	De 10 a 49 casos	50 o más casos	
GEA no alimentaria	0	6	12	1	19
Gripe	0	5	8	0	13

GEA: gastroenteritis aguda.

4. ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA INVASIVA. COMUNIDAD DE MADRID. AÑO 2026. Datos hasta la semana 4 de 2026 y comparación con el mismo período del año anterior.
4.1.- 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	0	0	0	0	10	0,14	1	10
Serogrupo C	0	0	0	0	0	0	0	0
Serogrupo W	0	0	0	0	1	0,01	0	0
Serogrupo Y	3	0,04	1	33,3	0	0	0	0
Serogrupo desconocido	2	0,03	0	0	0	0	0	0
No tipable	0	0	0	0	0	0	0	0
Total confirmados	5	0,07	1	20	11	0,16	1	9,1
Sospecha clínica	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	5	0,07	1	20	11	0,16	1	9,1

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

4.2.- 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	0	0	1	0,98	0	0
2 a 4 años	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5 a 14 años	0	0	2	0,29	0	0	0	0	0	0	0	0
15 a 44 años	0	0	3	0,11	0	0	1	0,04	0	0	0	0
45 a 64 años	0	0	3	0,14	0	0	0	0	0	0	0	0
65 a 74 años	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,15	0	0
>74 años	0	0	2	0,31	0	0	0	0	1	0,15	0	0

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

5. INFECCIÓN POR EL NUEVO CORONAVIRUS COVID-19. Datos acumulados hasta el 25 de enero 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 25 de enero de 2026, se han notificado un total de 2.065.498 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 4 de 2026.

Casos (IA*)		
Total	Últimos 7 días	Últimos 14 días
496.919 (28.659,5)	14 (0,8)	34 (2,0)

Cambio en el número de casos en relación a la semana previa	
Número	Porcentaje
-6	-30,0%

Primeros episodios	Reinfecciones
Total	Total
442.250	54.669

* 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 54.669 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 (3.589), en cuatro ocasiones 195 casos y 10 casos lo han pasado cinco veces. En los últimos 7 días la mayor incidencia corresponde al grupo de 90 y más, con 5,7 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 4 de 2026.**

Grupos de edad	Total período		Últimos 14 días (del 12 al 25 de enero de 2026)		Últimos 7 días (del 19 al 25 de enero de 2026)	
	Nº casos	Incidencia acumulada*	Nº casos	Incidencia acumulada*	Nº casos	Incidencia acumulada*
60 a 69 años	197.176	25.231,7	9	1,2	5	0,6
70 a 79 años	150.210	26.814,7	13	2,3	3	0,5
80 a 89 años	107.939	35.499,2	6	2,0	1	0,3
Más de 90 años	41.594	47.174,2	6	6,8	5	5,7
Total	496.919	28.659,5	34	2,0	14	0,8

* 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 30,0% (de 20 a 14 casos), en la semana previa hubo un descenso del 9,1% (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).

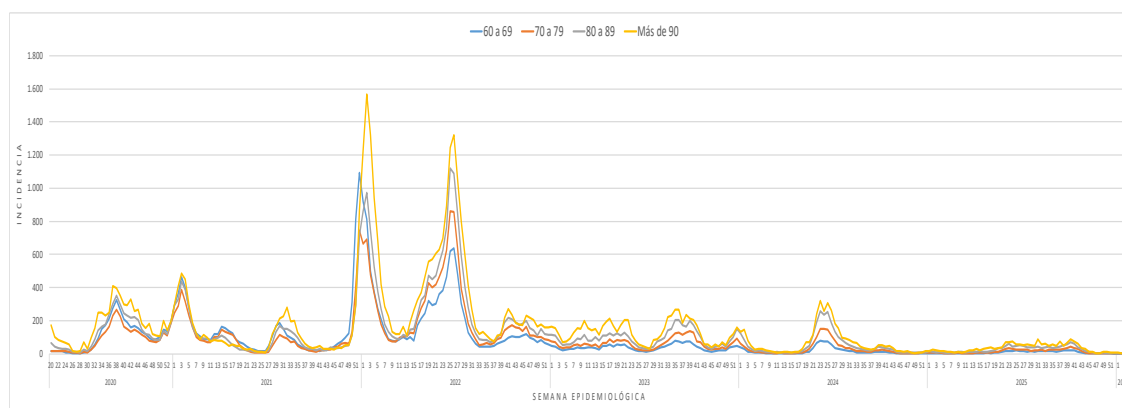
Tabla 3. Evolución en el número de casos e incidencia* de los casos confirmados de COVID-19 por grupos de edad las cuatro semanas previas. Comunidad de Madrid, datos hasta la semana 4 de 2026.**

Grupos de edad	SEMANA 1 (del 29 de diciembre al 4 de enero de 2026)		SEMANA 2 (del 5 al 11 de enero de 2026)		SEMANA 3 (del 12 al 18 de enero de 2026)		SEMANA 4 (del 19 al 25 de enero de 2026)		RAZÓN DE TASAS SEMANALES		
	N	IA	N	IA	N	IA	N	IA	SEMANAS 2/1	SEMANAS 3/2	SEMANAS 4/3
60 a 69 años	6	0,8	7	0,9	4	0,5	5	0,6	1,17	0,57	1,25
70 a 79 años	13	2,3	8	1,4	10	1,8	3	0,5	0,62	1,25	0,30
80 a 89 años	5	1,6	5	1,6	5	1,6	1	0,3	1,00	1,00	0,20
Más de 90 años	7	7,9	2	2,3	1	1,1	5	5,7	0,29	0,50	5,00
Total 60 años o más	31	1,8	22	1,3	20	1,2	14	0,8	0,71	0,91	0,70

* 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 4 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 28 de noviembre de 2025 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 23 nuevos sublinajes (Tabla 4).

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

Sublinajes	Nº de casos	Frecuencia (%)
NB.1.7**	1	4,35
PQ.10**	1	4,35
PQ.2.7**	1	4,35
QF.2.7††	1	4,35
XFG.1.1*	1	4,35
XFG.14.1*	1	4,35
XFG.22*	1	4,35
XFG.3.17*	2	8,70
XFG.3.19*	1	4,35
XFG.3.4.6*	1	4,35
XFG.3.4.8*	1	4,35
XFG.4.1.3*	1	4,35
XFG.8.2*	1	4,35
XFG.9.1*	1	4,35
XFG.9.3.2*	1	4,35
XFJ.3.1.1††	1	4,35
XGA††	6	26,09
Total	23	100.00

*Variantes bajo monitorización (VUM) NB.1.8.1**, XFG*. Otras††*

6. VIGILANCIA Y CONTROL DE LOS EFECTOS DEL FRÍO EN LA SALUD, COMUNIDAD DE MADRID, INVIERNO 2025-2026. Semana 4, datos a 27 de enero de 2026.

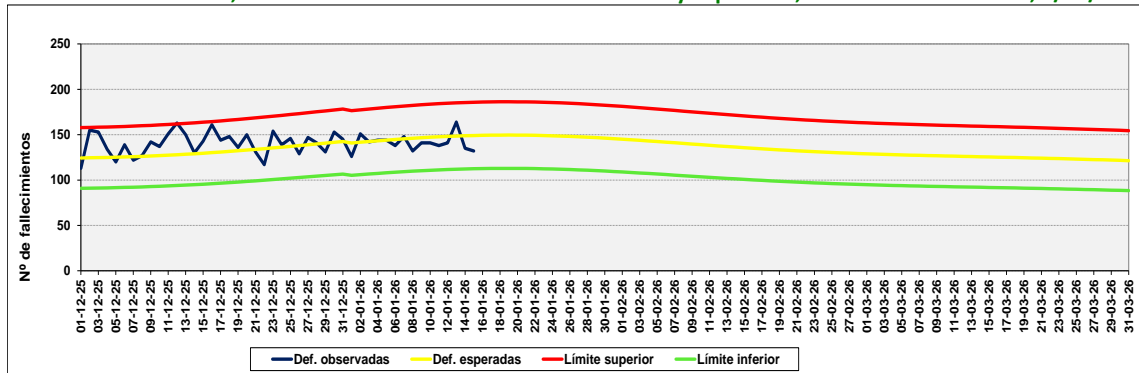


Se ofrece la actualización semanal de la vigilancia de los efectos del frío en la salud, en el marco del [Plan de Vigilancia y Control de los efectos del frío en la salud en la Comunidad de Madrid](#). La temporada de vigilancia incluye 121 días, desde el 1 de diciembre de 2025 al 31 de marzo de 2026,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

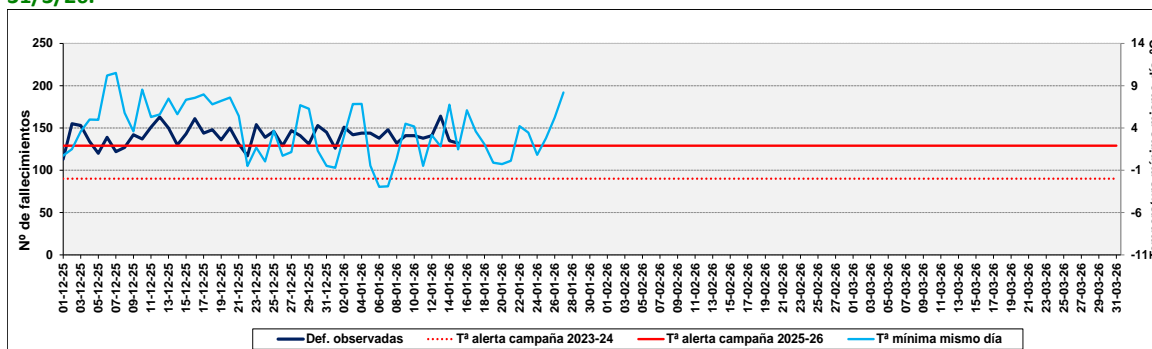
Los gráficos representan la mortalidad diaria observada y esperada y límites superior e inferior (+3DE). La temperatura umbral para esta temporada es de 1,9°C, estableciéndose 3 niveles de intervención (normalidad, precaución y riesgo alto) en función de un algoritmo basado en dicha temperatura. Un segundo 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 15 de enero (semanas 49/25 a 3/26), es de 6.468 fallecimientos, un 3,3% mayor que los esperados (N=6.260), 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 fallecidos un día: el 12 de diciembre (que se superó el límite en 1 fallecido).
- En la semana 4, el número de urgencias totales atendidas ha sido 65.439 (5,8% menos que la semana 3), lo que representa el menor número semanal de urgencias atendidas desde el inicio de la temporada. El porcentaje de urgencias ingresadas es del 9,8% (un 2,1% menor que la semana 3).

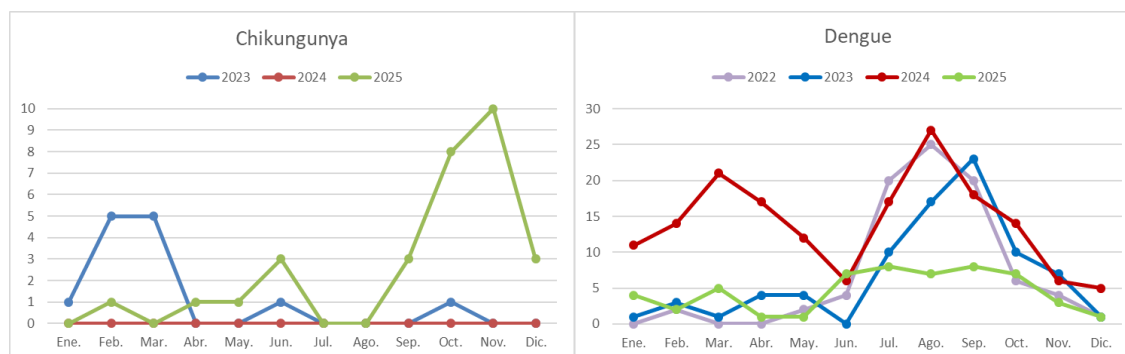
7. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE ENFERMEDADES PRODUCIDAS POR ARBOVIRUS. COMUNIDAD DE MADRID, AÑO 2025.

7.1.- Informe de situación. Actualizado a 27 de enero de 2026.

El dengue, la enfermedad por virus Chikungunya y la enfermedad por virus Zika son enfermedades víricas transmitidas por la picadura de mosquitos principalmente del género *Aedes* y tienen en común que los cuadros clínicos que producen en la mayoría de los casos no son graves. Todos los casos notificados son importados.

CASOS IMPORTADOS DE ARBOVIRUS INCIDENTES EN 2025					
	CASOS		SEXO	Edad media (D.E.)	Países de exposición
	CONFIRMADOS	PROBABLES	% Mujeres		
CHIKUNGUNYA	31	35	54,5	47,2 años (D.E. 16,2)	Angola, Bolivia, Brasil, Burkina Faso, Colombia, Cuba (69,7%), EE.UU, Filipinas, Indonesia, Islas Mauricio, Isla Reunión, Perú, República Dominicana, Sri Lanka, Tailandia.
DENGUE	54	19	43,8	38,6 años (D.E. 14,5)	Argentina, Bolivia, Brasil, Camboya, Camerún, Colombia, Costa de Marfil, Cuba (16,2%), Ecuador, El Salvador, Etiopía, Filipinas, Guinea Ecuatorial, Honduras, India, Indonesia, Malasia, Maldivas (12,2%), Martinica, Mauritania, Panamá, Perú, Rep. Centroafricana, Rep. Dominicana, Senegal, Sudáfrica, Sudán, Tailandia, Vietnam.
ZIKA	0	0	--	--	--

7.2.- Casos confirmados por mes de inicio de síntomas. Comunidad de Madrid. Sistema de Vigilancia de Enfermedades de Declaración Obligatoria.



En los últimos 5 años, sólo se ha notificado 1 caso confirmado de Enfermedad por virus **Zika**. Por fecha de inicio de síntomas, corresponde a septiembre de 2022.

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

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

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

6. OTRA INFORMACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE INTERÉS.

6.1. Situación epidemiológica del sarampión en la Comunidad de Madrid en el año 2026.

En las primeras 4 semanas del año 2026 se han confirmado 7 casos de sarampión en la Comunidad de Madrid (CM), lo que supone un mayor número de casos que en todo el año 2025.



En 6 de los 7 casos no hay antecedente de viaje previo fuera de la CM, ni ningún contacto anterior con otro caso conocido. 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 inadvertida del virus en nuestra población.

Los casos son 6 mujeres y un varón, con predominio de adultos: 3 casos tienen entre 19 y 23 años y 2 entre 45 y 55 años; los casos pediátricos son dos niñas: una de 10 meses y otra de 12 años.

Tres de los casos han necesitado ingreso hospitalario debido a su afectación respiratoria (uno con diagnóstico de neumonía).

Respecto a su estado vacunal, 5 de los casos no estaban vacunados, uno tenía administrada una única dosis de triple vírica (11 años antes) y otro caso 2 dosis (la última hace 19 años).

En dos casos el diagnóstico de sospecha, la notificación oportuna (urgente) y la confirmación de laboratorio se ha realizado en atención primaria. En los otros 5 casos la sospecha y el diagnóstico se ha realizado en diferentes hospitales públicos de Madrid, pero en 3 de ellos la notificación ha llegado tras la confirmación serológica (IgM positiva) por parte del propio hospital (no ante la sospecha) y para la confirmación virológica se han necesitado nuevas muestras.

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 y deben ser confirmados o descartados por el Laboratorio Regional de Salud Pública. Para ello, se deben recoger en el mismo momento de la sospecha las 3 muestras necesarias: exudado faríngeo y orina para detección viral mediante RT-PCR y una muestra de sangre para serología.