

INFORME EPIDEMIOLÓGICO SEMANAL COMUNIDAD DE MADRID. Semana 15

Red de Vigilancia Epidemiológica

Martes, 14 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

***Con este informe finaliza la temporada de vigilancia de los efectos del frío en la mortalidad**

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 15 de 2026 (semana que finaliza el 12 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 1-15)	2025 (sem 1-15)	IE*
Enfermedades de transmisión respiratoria			
Gripe	17.205	57.948	0,30
Legionelosis	29	50	0,58
Lepra***	1	1	--
Tuberculosis	161	181	0,89
Enfermedades de transmisión alimentaria			
Campilobacteriosis**	777	1.572	--
Criptosporidiosis	1	41	0,02
<i>E. coli</i> productor toxina Shiga o Vero	9	27	0,33
Fiebre tifoidea y paratifoidea***	1	1	--
Giardiasis	27	159	0,17
Hepatitis A	60	156	0,38
Listeriosis	11	8	1,38
Salmonelosis (exc. fiebre tif. y paratif.)	149	287	0,52
Shigelosis	51	63	0,81
Yersiniosis	18	48	0,38
Enfermedades de transmisión sexual y parenteral**			
Hepatitis B	7	66	--
Hepatitis C	25	138	--
Infección gonocócica	1.314	2.534	--
Inf. <i>Chlamydia trachomatis</i> (exc. LGV)	903	2.085	--
Linfogranuloma venéreo	103	230	--
Mpox ¹	85	77	--
Sífilis	319	562	--
Zoonosis***			
Fiebre Q	1	6	--
Enfermedades prevenibles por vacunación			
Enf. invasiva por <i>H.influenzae</i>	28	32	0,88
Enf. meningocócica invasiva	18	24	0,75
Enf. neumocócica invasiva	169	258	0,66
Herpes zóster	9.920	10.121	0,98
Parotiditis	47	95	0,49
P.F.A. (< 15 años)	2	0	--
Sarampión***	40	1	--
Tosferina	8	18	0,44
Varicela	428	388	1,10
Enfermedades notificadas por Sistemas Especiales**			
EETH (Encef. Espongif. Tr. Humanas)	1	5	--
Enfermedades de transmisión vectorial***			
Dengue	15	12	--
Enf. por virus Chikungunya	9	2	--
Leishmaniasis	15	24	--
Paludismo	13	22	--

*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.

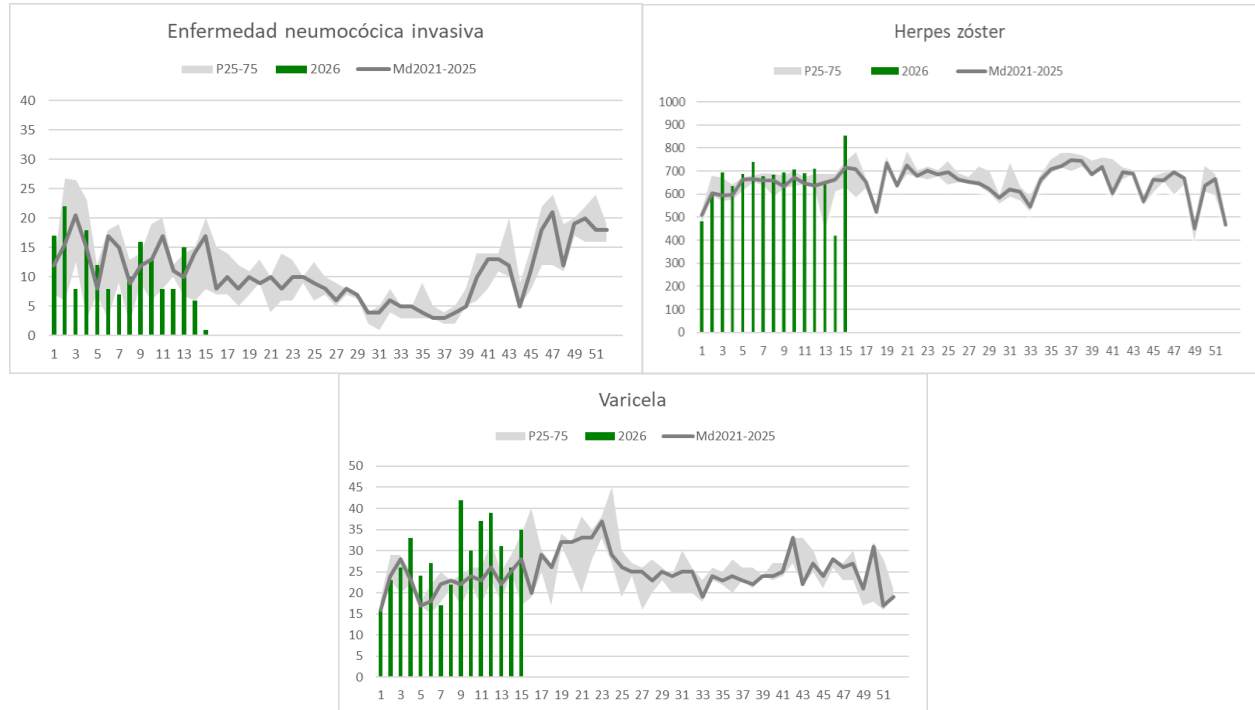
*** No se calcula el IE en las enfermedades de baja incidencia.

¹Mpox: hasta la semana 15 de 2026 se han detectado en la Comunidad de Madrid 29 casos de mpox clado 1. De ellos, 20 son clado 1b y 9 son clado 1 sin subtipar. De los 85 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 15 de 2026 (semana que finaliza el 12 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.).

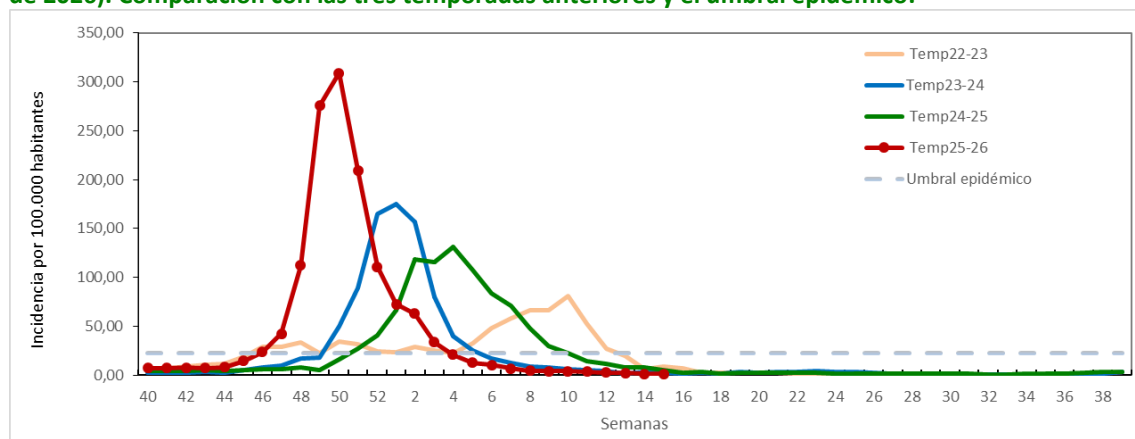


1.3.- VIGILANCIA DE LA GRIPE. COMUNIDAD DE MADRID. SISTEMA EDO. TEMPORADA 2025/2026.

El número de casos de gripe notificados durante la semana 15 de 2026 a través del Sistema de Vigilancia EDO es de **113 casos** (7 más con respecto a la semana anterior) y el número de casos acumulados de la temporada 2025/2026 asciende a 97.316 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 15 de 2026 la tasa se sitúa en **1,61 casos por 100.000 habitantes**, muy inferior, por tanto, al umbral epidémico.

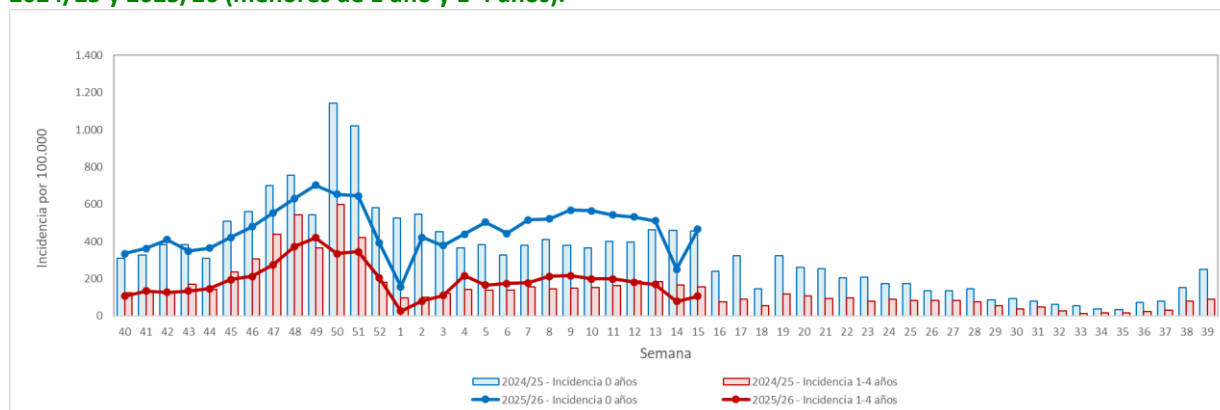
Incidencia acumulada por 100.000 habitantes hasta la semana 15 de 2026 (semana que finaliza el 12 de abril de 2026). Comparación con las tres temporadas anteriores y el umbral epidémico.



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 15 de 2026 (del 6 al 12 de abril de 2026) a través del Sistema de Vigilancia de casos sospechosos es de **463 casos** (170 más que la semana anterior) y el número de casos acumulados de la temporada 2025/2026 asciende a 17.973 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 15 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	4	0,06	0	0	1	0,01	0	0
No tipable	0	0	0	0	1	0,01	0	0
Total confirmados	18	0,26	2	11,1	24	0,34	3	12,5
Sospecha clínica	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	18	0,26	2	11,1	24	0,34	3	12,5

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

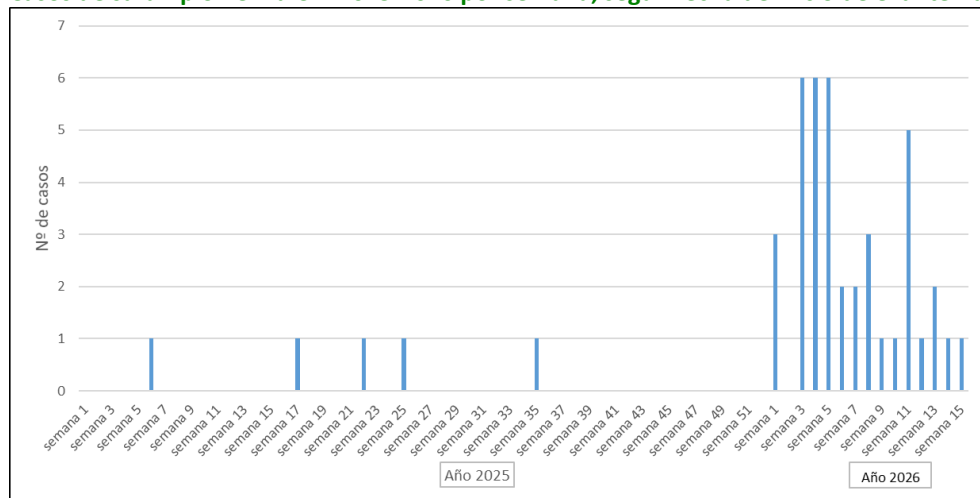
2.2.- Distribución de casos e incidencia* por año epidemiológico, grupo de edad y serogrupos B, W e Y.

	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	5	0,19	7	0,26	0	0	3	0,11	0	0	0	0
45 a 64 años	1	0,05	3	0,14	0	0	0	0	2	0,1	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 (CM). AÑO 2026. Datos hasta la semana 15 de 2026.

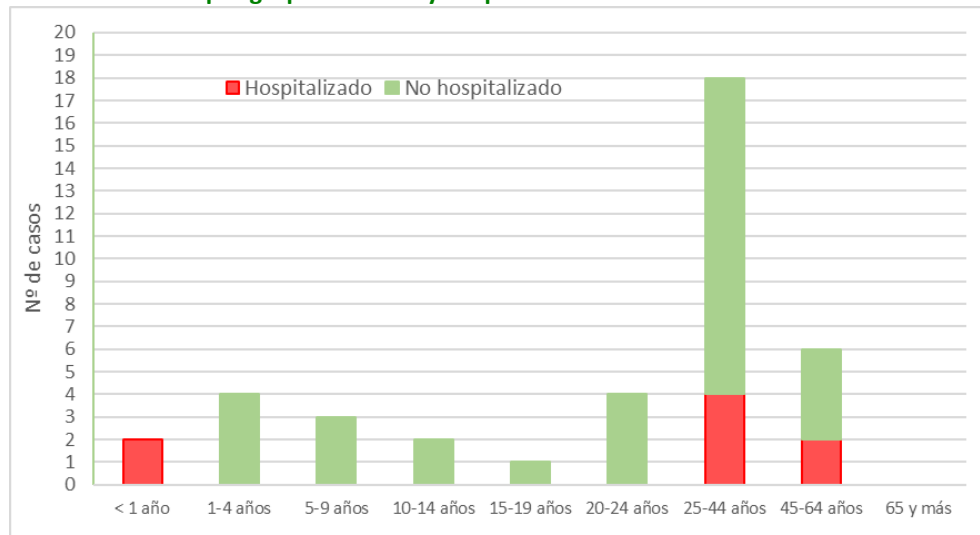
En las primeras 15 semanas del año 2026 se han registrado 40 casos de sarampión en la Comunidad de Madrid.

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 21 mujeres y 19 varones, con predominio de adultos: el 60% (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 nueve casos que tienen entre 1 y 12 años. El 20% del total de casos (n=8) ha necesitado ingreso hospitalario, cinco debido a su afectación respiratoria.

El 42,5% 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, 26 de los 40 casos no estaban vacunados, los dos niños menores de un año entre ellos (65%). 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 38 de los 40 casos; 36 tienen pruebas virológicas específicas positivas (RT-PCR en orina y/o frotis faríngeo para el virus del sarampión).

Un total de 27 casos (67,5%) 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, dos casos

secundarios en el entorno hospitalario de urgencias), 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 otros tres casos están relacionados con la asistencia sanitaria a uno de ellos. Un último brote registrado está compuesto por 4 casos secundarios a partir de un caso importado de un país africano.

En la situación epidemiológica actual es importante mantener una alta sospecha de esta enfermedad ante un cuadro exantemático febril acompañado de síntomas respiratorios. Según el Protocolo del Plan de Eliminación del Sarampión, **todos los casos sospechosos deben ser notificados de manera urgente** a la Red de Vigilancia Epidemiológica de la CM. En ese momento se deben recoger las 3 muestras necesarias: sangre para serología, exudado faríngeo y orina para detección viral mediante RT-PCR ya que la serología por sí sola no siempre es diagnóstica.

4. VIGILANCIA CENTINELA DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (IRA). COMUNIDAD DE MADRID. TEMPORADA 2025/2026. Datos hasta la semana 15 de 2026 (semana que finaliza el 12 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 **371,14** casos por 100.000 habitantes en **Atención Primaria** (**217,31** en la semana anterior). La incidencia más alta se observa en menores de **5 años** (**1559,60** casos por 100.000). El mayor ascenso se observa en el grupo de **45 a 64 años** de edad. La incidencia en **Atención Hospitalaria** (**15,54**) 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** (**135,01**).

Incidencia de gripe

La incidencia de gripe en la semana 15 en **Atención Primaria** ha sido de **0,96** casos por 100.000 habitantes (**16,7%** mayor que en la semana anterior). La incidencia más alta se observa en las personas de **5 a 14 años** (**2,82**). En **Atención Hospitalaria** con una incidencia total de **0,1** casos por 100.000 habitantes y la incidencia más alta se ha observado en el grupo de 0 a 4 años (**1,41**).

Incidencia de infección por SARS-CoV-2

La incidencia acumulada de casos sospechosos de infección por SARS-CoV-2 durante la semana 15 ha sido de **0,83** en **Atención Primaria** y de **0,10** en **Atención Hospitalaria**.

Incidencia de bronquiolitis aguda en menores de 1 año

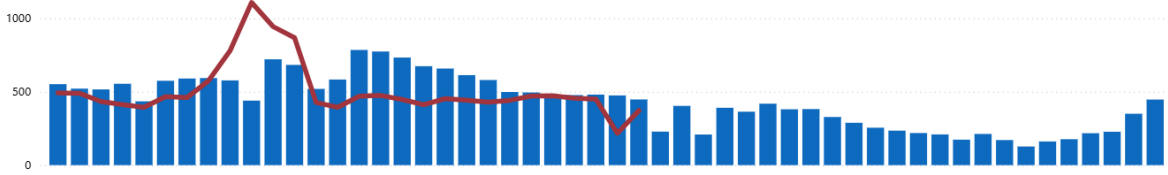
En **Atención Primaria**, la incidencia en menores de 1 año durante la semana 15 ha sido **556,86** casos por 100.000 habitantes, (**171,34** la semana anterior). En **Atención Hospitalaria** la incidencia ha sido **43,41**, un **14,3%** menor que la semana anterior.

Infecciones respiratorias agudas

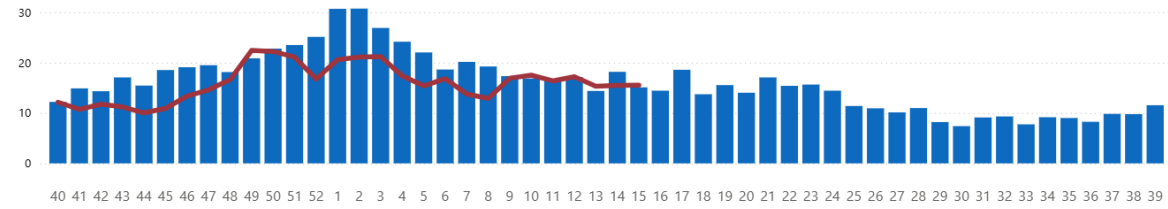
Incidencia semanal

● 2024-2025 ● 2025-2026

Atención primaria



Ingresos hospitalarios

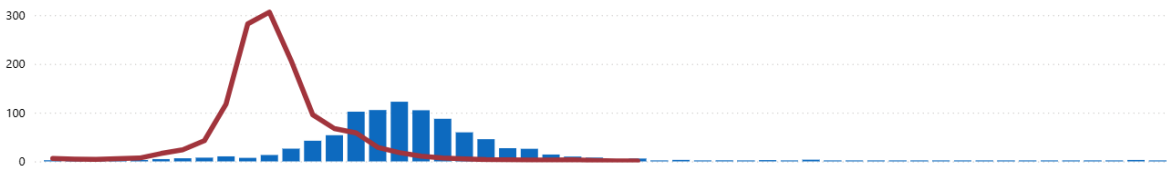


Gripe

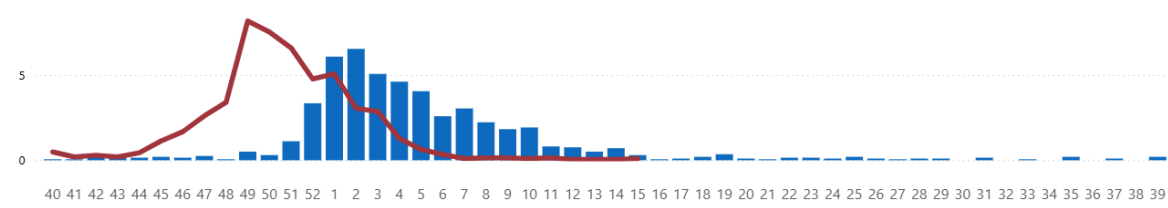
Incidencia semanal

● 2024-2025 ● 2025-2026

Atención primaria



Ingresos hospitalarios

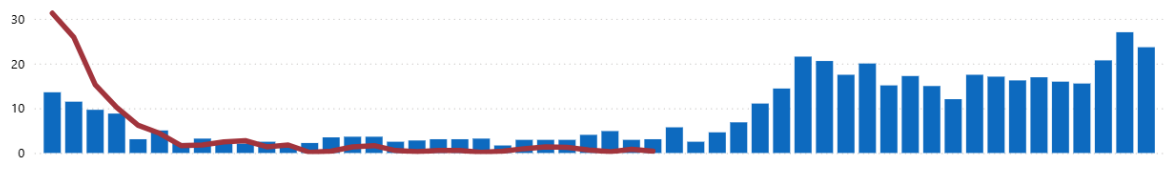


Infección por SARS-CoV-2

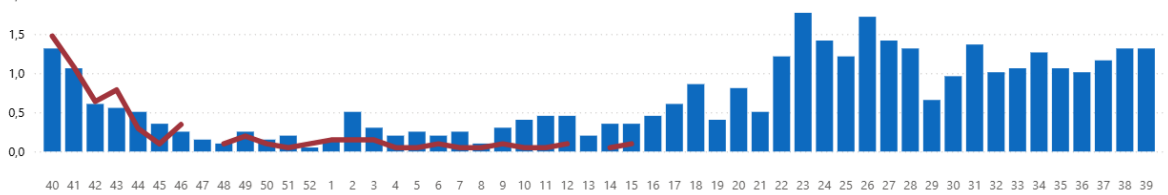
Incidencia semanal

● 2024-2025 ● 2025-2026

Atención primaria



Ingresos hospitalarios

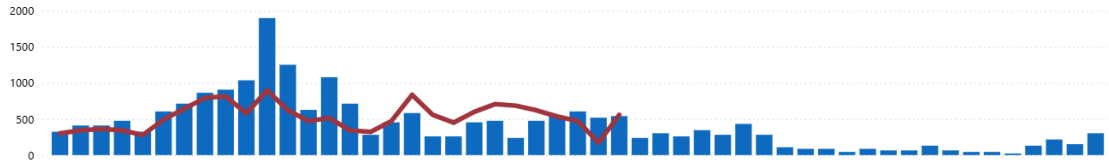


Bronquiolitis aguda

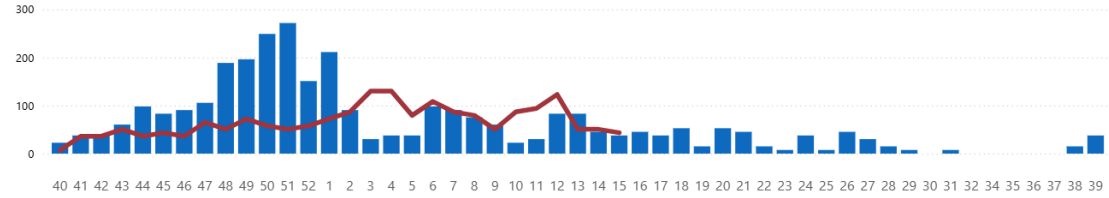
Incidencia semanal (menores de 1 año)

● 2024-2025 ● 2025-2026

Atención primaria



Ingresos hospitalarios

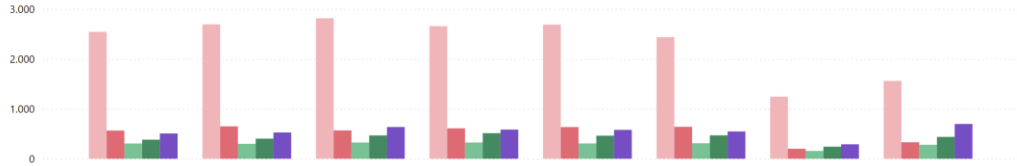


Infecciones respiratorias agudas

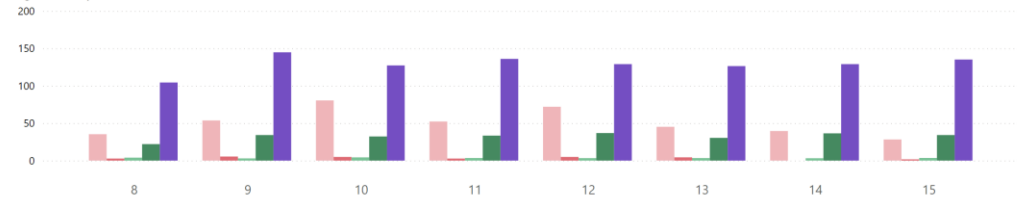
Incidencia por grupo de edad (8 últimas semanas)

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

Atención primaria



Ingresos hospitalarios

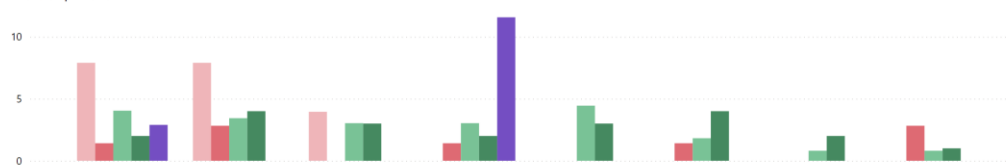


Gripe

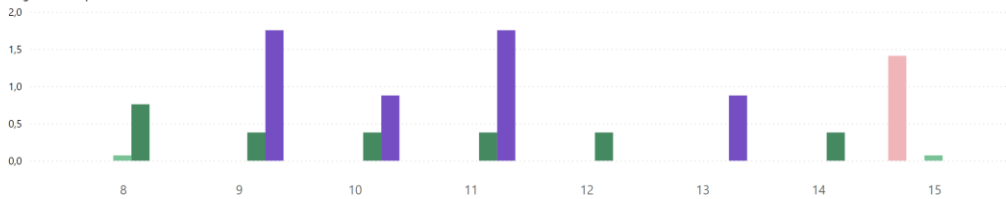
Incidencia por grupo de edad (8 últimas semanas)

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

Atención primaria



Ingresos hospitalarios



Infección por SARS-CoV-2

Incidencia por grupo de edad (8 últimas semanas)

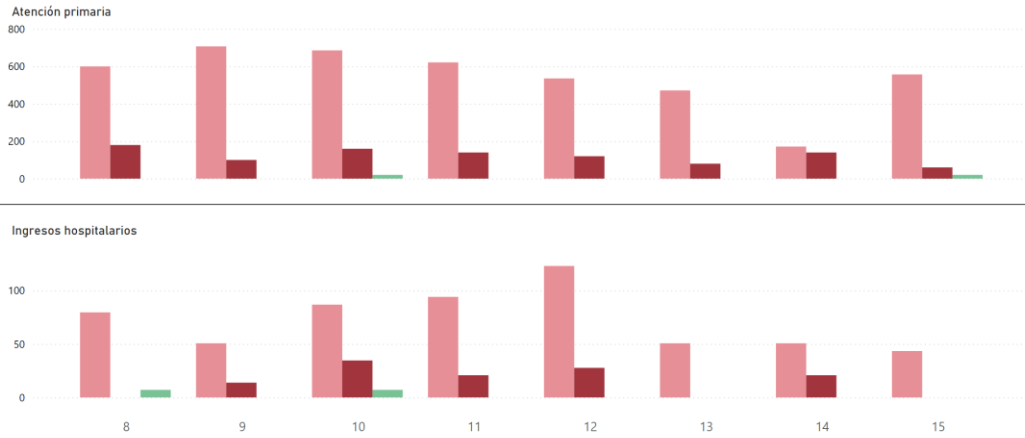
Grupo de edad ● 0 a 4 años ● 5 a 14 años ● 15 a 64 años ● 65 a 79 años ● 80 o más años



Bronquiolitis aguda

Incidencia por edad en niños menores de 5 años (8 últimas semanas)

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



5. BROTES EPIDÉMICOS. COMUNIDAD DE MADRID. AÑO 2026. Datos de la semana 15 de 2026 (del 6 al 12 de abril) y acumulado anual hasta la semana 15 de 2025 y 2026.
5.1.- Brotes notificados en la semana 15 de 2026.

Enfermedad	Ámbito	Nº Brotes	Observaciones/Actuaciones
GEA de origen alimentario	Establecimiento de restauración	2	Consumo de alimentos variados; no ingresos hospitalarios; inspección de los establecimientos y toma de muestras
	Domicilio particular	1	Consumo de carne picada; <i>salmonella enteritidis</i> ; un ingresado
GEA no alimentaria	Centros de personas mayores	3	Residentes y trabajadores; cuadro clínico autolimitado, no ingresos hospitalarios, con buena evolución; sospecha de origen vírico; refuerzo de medidas higiénicas y toma de muestras
Inf. respiratoria aguda	Residencia de personas mayores	1	Residentes; refuerzo de medidas higiénicas
Enf. invasiva por <i>S. pyogenes</i>	Domicilio particular	1	Familiares convivientes; tratamiento de los casos y profilaxis a los contactos
Tuberculosis pulmonar	Domicilio particular	3	Familiares convivientes; tratamiento y aislamiento de casos, investigación y profilaxis de contactos estrechos
TOTAL	--	11	--

GEA: gastroenteritis aguda.

5.2.- Brotes notificados hasta la semana 15 de 2025 y 2026.

	Año 2026		Año 2025*	
	Brotes	Casos	Brotes	Casos
Gastroenteritis aguda de origen alimentario	28	311	27	488
Gastroenteritis aguda no alimentaria	47	1.000	63	1.953
Conjuntivitis	1	15	0	0
Enfermedad de mano, pie y boca	7	74	1	8
Enfermedad invasiva por <i>S. pyogenes</i>	1	2	0	0
Escabiosis	17	91	7	58
Escarlatina	1	4	1	4
Gripe	18	216	26	221
Hepatitis A	6	13	9	20
Infección por virus respiratorio sincitial	2	10	2	10
Infección respiratoria aguda	1	20	0	0
Mpox	1	5	0	0
Sarampión	7	25	0	0
Tuberculosis pulmonar	12	27	11	26
Varicela	4	18	2	7
Total	153	1.831	149	2.795

*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 15 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	12	31	4	47
GEA de origen alimentario	12	12	2	2	28
Gripe	1	5	12	0	18
Escabiosis	5	10	2	0	17
Tuberculosis pulmonar	11	1	0	0	12
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 15, datos a 14 de abril de 2026.

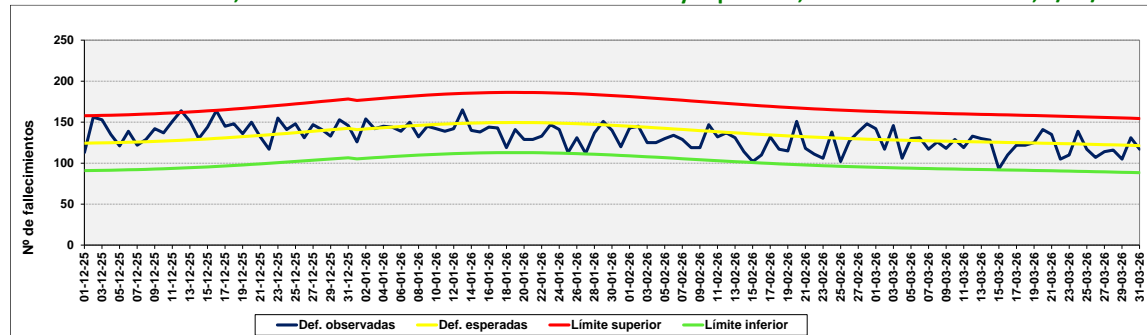


Se ofrece la actualización semanal de la vigilancia de los efectos del frío en la salud, en el marco del [Plan de Vigilancia y Control de los efectos del frío en la salud en la Comunidad de Madrid](#). La temporada de vigilancia incluye 121 días, desde el 1 de diciembre de 2025 al 31 de marzo de 2026,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

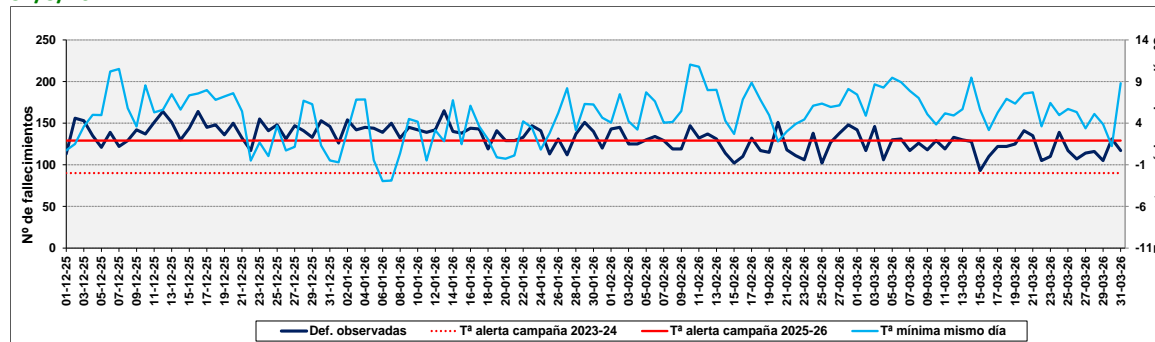
Los gráficos representan la mortalidad diaria observada y esperada y límites superior e inferior (+3DE). La temperatura umbral para esta temporada es de 1,9°C, estableciéndose 3 niveles de intervención (normalidad, precaución y riesgo alto) en función de un algoritmo basado en dicha temperatura. Un segundo 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.

- **Con este informe finaliza la temporada de vigilancia de los efectos del frío en la mortalidad.** Desde 1 de diciembre de 2025 al 31 de marzo de 2026, el número de fallecimientos observados ha sido un 2,2% inferior al de esperados (15.973 frente a 16.337). La mortalidad diaria observada ha sido inferior a la esperada la mayor parte del periodo, siendo únicamente superior a lo largo de diciembre. 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.
- En la semana 50 (del 8 al 14 de diciembre de 2025) se atendió el mayor número total de urgencias de la temporada (84.501). La semana 3 (del 12 al 18 de enero de 2026), fue en la que se ingresó un porcentaje más elevado de urgencias (10,0%).