

INFORME EPIDEMIOLÓGICO SEMANAL COMUNIDAD DE MADRID. Semana 36

Red de Vigilancia Epidemiológica

Martes, 8 de septiembre de 2026 *(datos provisionales)*

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

Subdirección General de Vigilancia en Salud Pública
Dirección General de Salud Pública

Tfno.: +34 91370 08 88

Correo-e: epidemiologia.vigilancia@salud.madrid.org

1. ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA. COMUNIDAD DE MADRID.

Datos acumulados hasta la semana 36 de 2026 (semana que finaliza el 6 de septiembre 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 1-36)	2025 (sem 1-36)	IE*
Enfermedades de transmisión respiratoria			
Gripe	19.023	60.783	0,31
Legionelosis	68	100	0,68
Lepra***	1	2	--
Tuberculosis	435	436	1,00
Enfermedades de transmisión alimentaria			
Botulismo***	3	2	--
Campilobacteriosis**	3.453	4.249	--
Criptosporidiosis	93	123	0,76
<i>E. coli</i> productor toxina Shiga o Vero	54	86	0,63
Fiebre tifoidea y paratifoidea***	7	4	--
Giardiasis	290	372	0,78
Hepatitis A	105	328	0,32
Listeriosis	28	21	1,33
Salmonelosis (exc. fiebre tif. y paratif.)	910	1.022	0,89
Shigelosis	201	222	0,91
Yersiniosis	115	98	1,17
Enfermedades de transmisión sexual y parenteral**			
Hepatitis B ¹	10	21	--
Hepatitis C	59	280	--
Infección gonocócica	4.133	6.012	--
Inf. <i>Chlamydia trachomatis</i> (exc. LGV)	3.218	4.866	--
Linfogranuloma venéreo	360	573	--
Mpox ²	378	174	--
Sífilis	1.006	1.329	--
Zoonosis***			
Fiebre Q	16	14	--
Hidatidosis	1	7	--
Toxoplasmosis congénita	1	0	--
Enfermedades prevenibles por vacunación			
Enf. invasiva por <i>H.influenzae</i>	65	60	1,08
Enf. meningocócica invasiva	41	36	1,14
Enf. neumocócica invasiva	364	444	0,82
Herpes zóster	24.767	24.370	1,02
Parotiditis	115	184	0,63
P.F.A. (< 15 años)***	4	6	--
Sarampión***	53	6	--
Tétanos***	1	0	--
Tosferina	44	43	1,02
Varicela	1.066	938	1,14
Enfermedades notificadas por Sistemas Especiales**			
EETH (Encef. Espongif. Tr. Humanas)	10	8	--
Enfermedades de transmisión vectorial***			
Dengue	51	47	--
Encefalitis transmitida por garrapatas	1	0	--
Enf. por virus Chikungunya	29	14	--
Fiebre exantemática mediterránea	7	19	--
Leishmaniasis	43	56	--
Paludismo	61	87	--

*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.

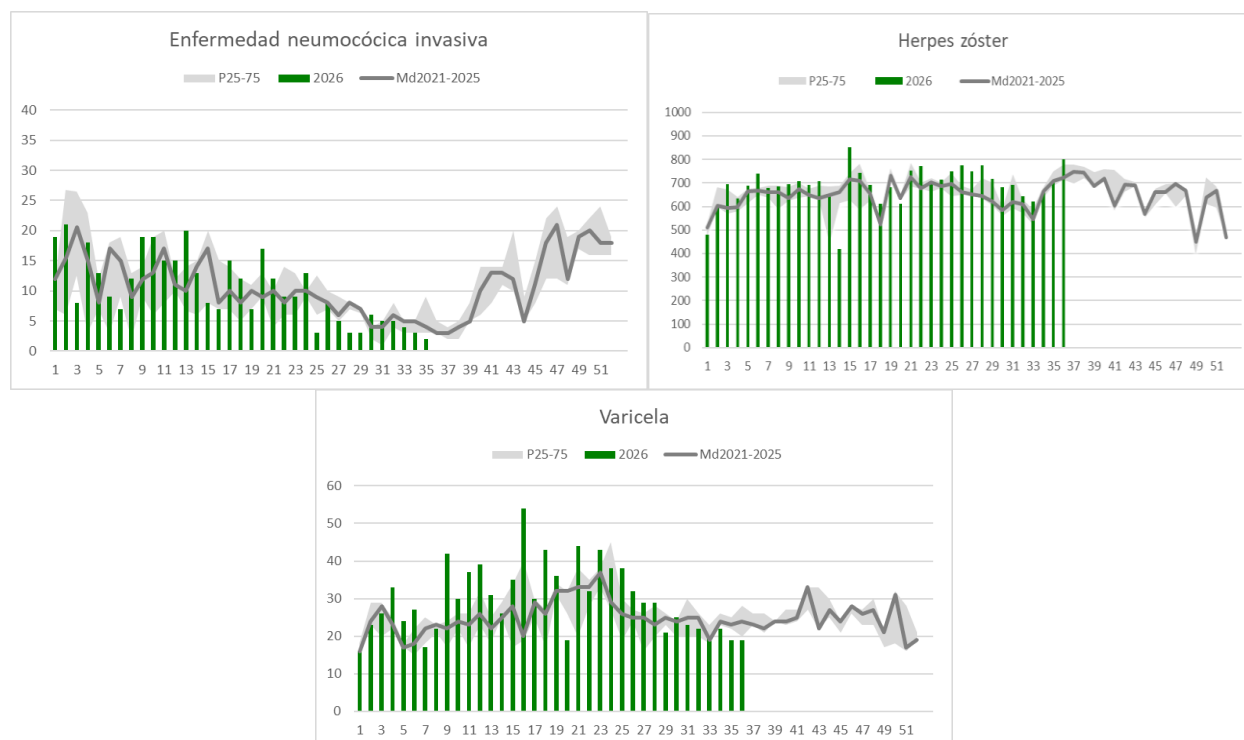
¹Desde enero de 2026 solo se contabilizan hepatitis B agudas.

²Mpox: hasta la semana 36 de 2026 se han registrado en la Comunidad de Madrid 253 casos de mpox clado I. De ellos, 36 casos son clado I sin subtipar y 217 casos son clado Ib. De estos 217 casos clado Ib, 3 casos presentan coinfección con clado II. Respecto a la vacunación, de los 378 casos notificados, 24 estaban vacunados previamente con 1 dosis actual y 65 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 36 de 2026 (semana que finaliza el 6 de septiembre de 2026).

Se presenta la distribución de casos por semana de notificación de algunas enfermedades seleccionadas según criterios de magnitud (nº de casos en la semana e índice epidémico) o características de la enfermedad (patrón estacional, posibilidad de presentación en forma de brotes epidémicos, etc.).



2. ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA INVASIVA. COMUNIDAD DE MADRID. AÑO 2026. Datos hasta la semana 36 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	21	0,3	3	14,3	25	0,35	3	12
Serogrupo C	0	0	0	0	0	0	0	0
Serogrupo W	1	0,01	0	0	7	0,1	1	14,3
Serogrupo Y	8	0,11	1	12,5	1	0,01	1	100
Serogrupo desconocido	9	0,13	0	0	2	0,03	0	0
No tipable	1	0,01	1	100	1	0,01	0	0
Total confirmados	40	0,56	5	12,5	36	0,51	5	13,9
Sospecha clínica	1	0,01	1	100	0	0	0	0
TOTAL	41	0,58	6	14,6	36	0,51	5	13,9

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

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

	Serogrupo B				Serogrupo W				Serogrupo Y			
	2026		2025		2026		2025		2026		2025	
	Casos	Incidencia	Casos	Incidencia	Casos	Incidencia	Casos	Incidencia	Casos	Incidencia	Casos	Incidencia
0 a 1 año	2	1,96	1	0,98	0	0	1	0,98	1	0,98	0	0
2 a 4 años	1	0,63	2	1,27	0	0	0	0	0	0	0	0
5 a 14 años	2	0,29	3	0,44	0	0	0	0	1	0,15	0	0
15 a 44 años	9	0,33	9	0,33	0	0	3	0,11	1	0,04	0	0
45 a 64 años	4	0,19	5	0,23	0	0	1	0,05	2	0,09	0	0
65 a 74 años	0	0	3	0,45	0	0	1	0,15	1	0,15	0	0
>74 años	3	0,44	2	0,3	1	0,15	1	0,15	2	0,3	1	0,15

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

3. VIGILANCIA CENTINELA DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (IRA). COMUNIDAD DE MADRID. TEMPORADA 2025/2026. Datos hasta la semana 36 de 2026 (semana que finaliza el 6 de septiembre de 2026).

La pandemia de COVID-19 impulsó la necesidad de implantar un sistema para la vigilancia sindrómica de las infecciones respiratorias agudas (IRA) con la finalidad de detectar y monitorizar la incidencia y características epidemiológicas y microbiológicas de la infección respiratoria producida por los patógenos circulantes en la comunidad (gripe, COVID-19 y VRS). A finales de 2020 la Comunidad de Madrid adaptó el Sistema de Vigilancia Centinela de la gripe y comenzó la vigilancia sindrómica de las IRA (SiVIRA-MAD). La vigilancia poblacional en tiempo real debe permitir la detección inmediata de cualquier virus respiratorio emergente en circulación para poner en marcha la respuesta más apropiada lo antes posible.

La vigilancia se lleva a cabo tanto en atención primaria (episodios de IRA), como en atención hospitalaria (ingresos urgentes por IRA). En atención primaria se recoge el número de episodios de sospecha o confirmados de IRA atendidos en consulta médica o telefónica registrados con los códigos CIAP R74 (infección respiratoria aguda del tracto superior), R76 (amigdalitis aguda), R77 (faringitis/traqueítis aguda), R78 (bronquitis, bronquiolitis aguda, Infección pulmonar aguda), R80 (gripe), R81.02 (neumonía viral), A77.01 (infección debida a coronavirus), A77 (sospecha de COVID-19). En atención hospitalaria la fuente de información son los ingresos urgentes diarios. Además, se recogen datos clínicos, de evolución, vacunales y antecedentes de riesgo y se lleva a cabo la toma de una muestra respiratoria de los episodios detectados un día a la semana para la identificación de SARS-CoV-2, Gripe, VRS y otros virus respiratorios.

En la temporada 2025-2026, la población vigilada en atención primaria asciende al 10% y está constituida por la población de referencia de 30 centros de salud. En atención hospitalaria la población vigilada es la población de referencia de los hospitales La Paz, Gregorio Marañón, 12 de Octubre y Ramón y Cajal, que cubren el 28,1% de la población.

En este informe se presenta la incidencia acumulada semanal de casos sospechosos de SARS-CoV-2, gripe y VRS correspondientes a la temporada 2025-2026, que abarca desde la semana 40/2025 (semana que comienza el 29 de septiembre) hasta la semana 39/2026.

Incidencia de infecciones respiratorias agudas

La incidencia de infecciones respiratorias agudas ha sido de **248,57** casos por 100.000 habitantes en **Atención Primaria** (180,68 en la semana anterior). La incidencia más alta se ha observado en menores de 5 años (872,59 casos por 100.000). La incidencia en **Atención Hospitalaria** ha sido de **8,7** (8,01 la semana previa). El grupo de edad de mayor incidencia fue el de 80 o más años (71,89).

Incidencia de gripe

La incidencia de gripe en la semana 36 en **Atención Primaria** ha sido de **6,2** casos por 100.000 habitantes (3,44 la semana anterior). En **Atención Hospitalaria** se detectaron 0,39 casos sospechosos por 100.000 habitantes de gripe (0,1 casos la semana previa).

Incidencia de infección por SARS-CoV-2

La incidencia acumulada de casos sospechosos de infección por SARS-CoV-2 durante la semana 36 ha sido de **18,45** en **Atención Primaria** (10,33 la semana previa). En **Atención Hospitalaria** se detectaron **0,84** casos esta semana (1,03 la semana previa).

Incidencia de bronquiolitis aguda en menores de 1 año

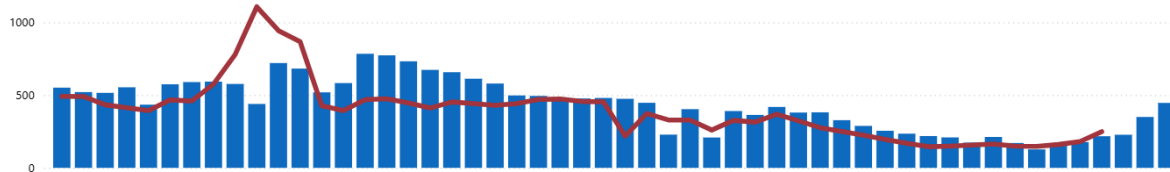
En **Atención Primaria**, en menores de 1 año durante la semana 36 se detectaron **21,42** casos por 100.000 habitantes, (42,84 la semana anterior). En **Atención Hospitalaria** no se detectaron casos sospechosos por 100.000 habitantes de bronquiolitis aguda (7,23 casos la semana previa).

Infecciones respiratorias agudas

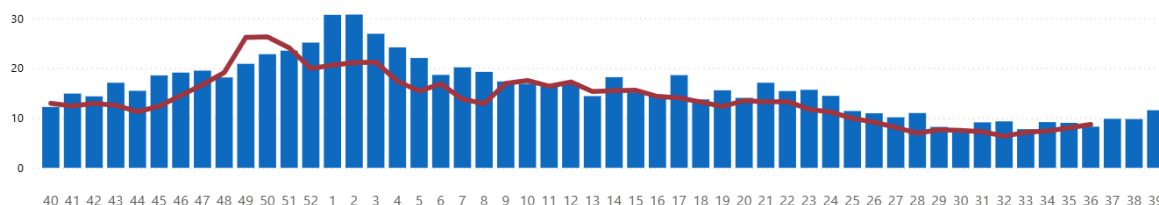
Incidencia semanal

● 2024-2025 ● 2025-2026

Atención primaria



Ingresos hospitalarios

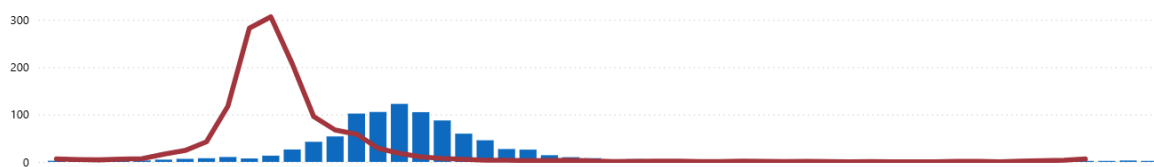


Gripe

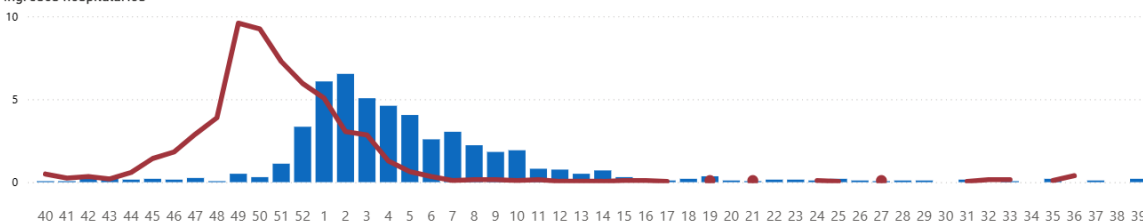
Incidencia semanal

● 2024-2025 ● 2025-2026

Atención primaria



Ingresos hospitalarios

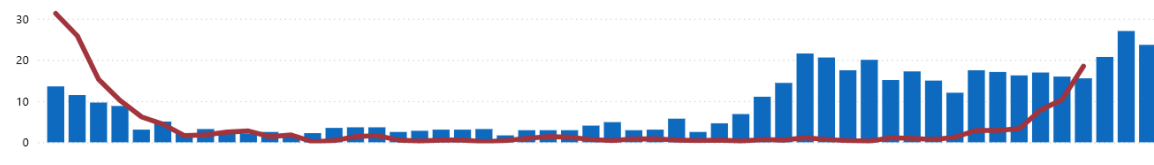


Infección por SARS-CoV-2

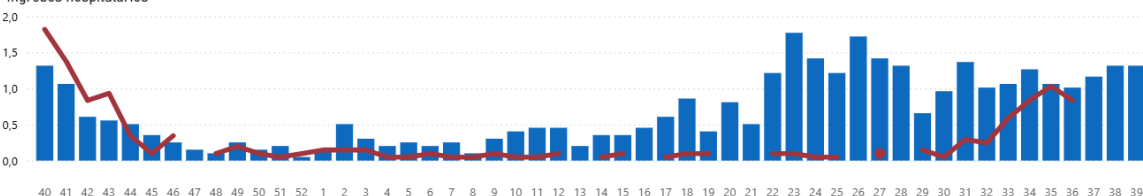
Incidencia semanal

● 2024-2025 ● 2025-2026

Atención primaria

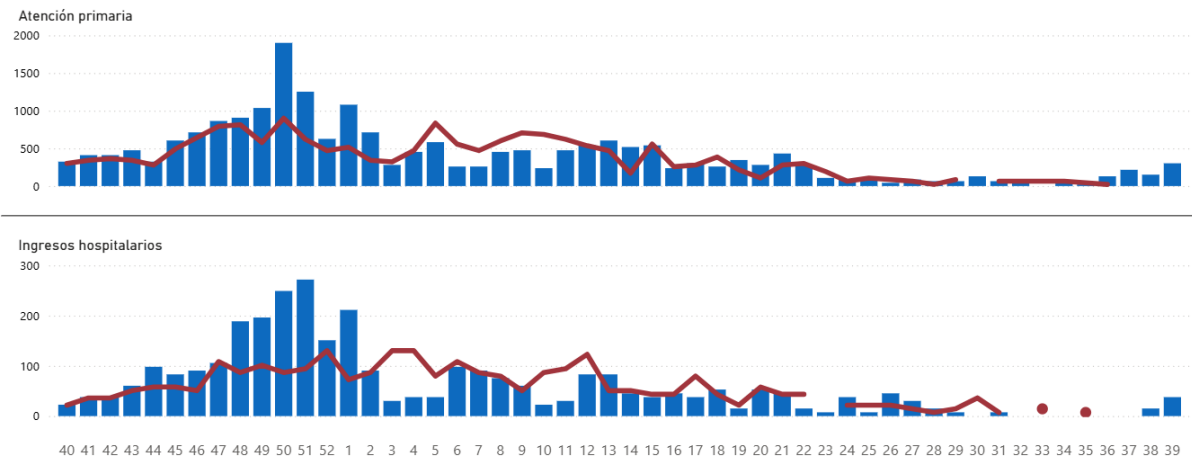


Ingresos hospitalarios



Bronquiolitis aguda
Incidencia semanal (menores de 1 año)

● 2024-2025 ● 2025-2026



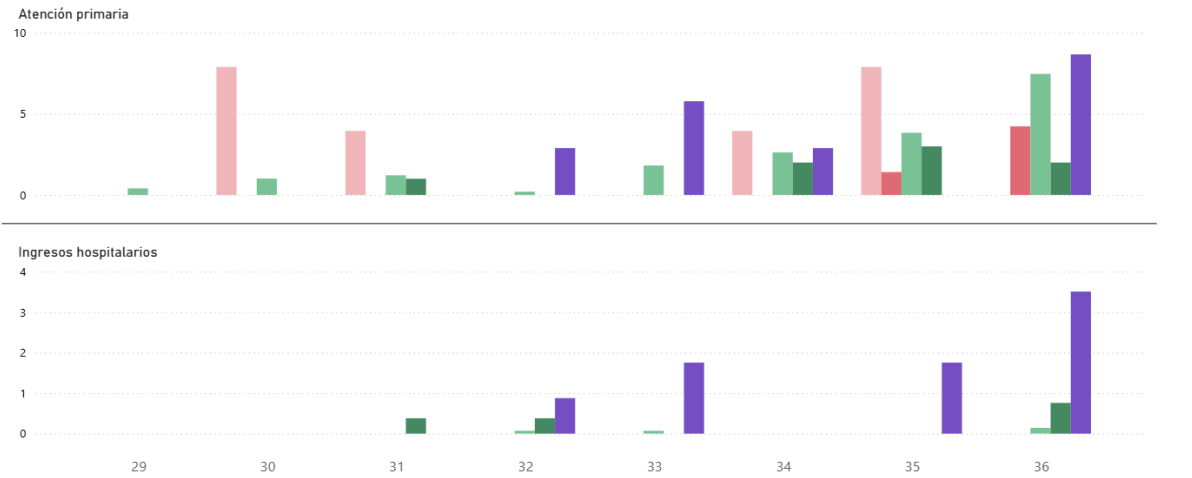
Infecciones respiratorias agudas
Incidencia por grupo de edad (8 últimas semanas)

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



Gripe
Incidencia por grupo de edad (8 últimas semanas)

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

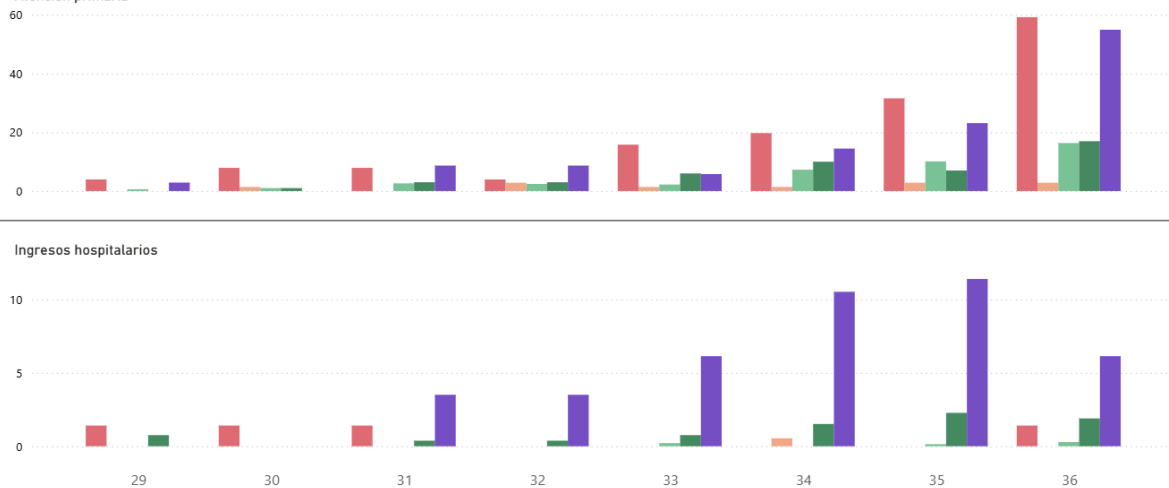


Infección por SARS-CoV-2

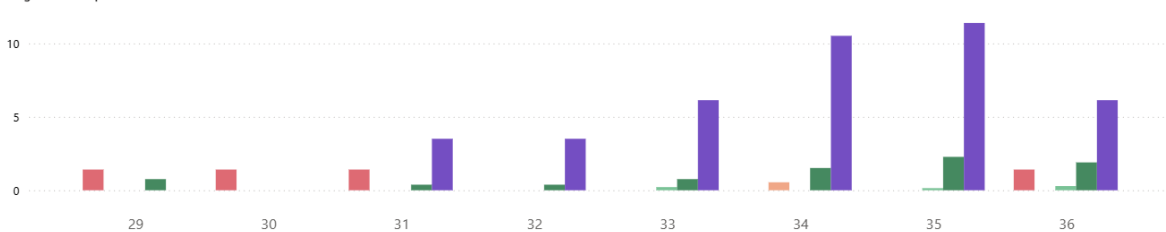
Incidencia por grupo de edad (8 últimas semanas)

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

Atención primaria



Ingresos hospitalarios

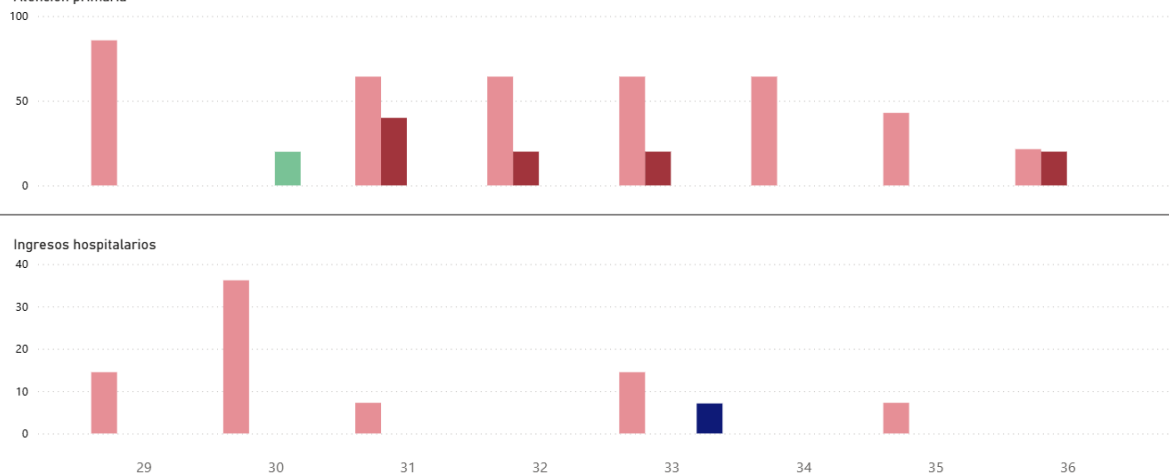


Bronquiolitis aguda

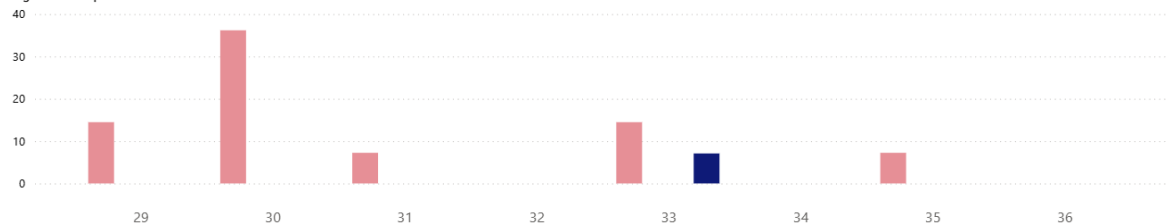
Incidencia por edad en niños menores de 5 años (8 últimas semanas)

Grupo de edad ● Menores de 1 año ● 1 año ● 2 años ● 4 años

Atención primaria



Ingresos hospitalarios



4. BROTES EPIDÉMICOS. COMUNIDAD DE MADRID. AÑO 2026. Datos de la semana 36 de 2026 (del 31 de agosto al 6 de septiembre) y acumulado anual hasta la semana 36 de 2025 y 2026.
4.1.- Brotes notificados en la semana 36 de 2026.

Enfermedad	Ámbito	Nº Brotes	Observaciones/Actuaciones
Covid-19	Residencias de personas mayores	4	Apoyo al colectivo sobre medidas de control y seguimiento del brote de acuerdo al protocolo de vigilancia regional vigente
	Centro sanitario	1	
Escabiosis	Residencia de personas mayores	1	Residentes; refuerzo de medidas higiénicas y tratamiento de casos y compañeros de habitación
Gripe	Residencia de personas mayores	1	Residentes; se indica quimioprofilaxis de contactos estrechos
Hepatitis A	Domicilio particular	1	Pareja no conviviente; caso índice probablemente importado; recomendación de vacunación de contactos susceptibles
TOTAL	--	8	--

GEA: gastroenteritis aguda.

4.2.- Brotes notificados hasta la semana 36 de 2025 y 2026 (excepto covid-19).

	Año 2026		Año 2025*	
	Brotes	Casos	Brotes	Casos
Gastroenteritis aguda de origen alimentario	82	1.216	70	772
Gastroenteritis aguda no alimentaria	86	1.894	79	2.268
Conjuntivitis	4	36	1	16
Enfermedad de mano, pie y boca	8	86	1	8
Enfermedad invasiva por <i>S. pyogenes</i>	1	2	0	0
Escabiosis	44	319	29	272
Escarlatina	3	13	3	18
Gripe	20	258	28	243
Hepatitis A	10	21	20	42
Impétigo	1	2	1	5
Infección por virus respiratorio sincitial	2	10	2	10
Infección respiratoria aguda sin filiar	1	20	0	0
Legionelosis	1	2	1	2
Mpox	2	8	0	0
Sarampión	8	29	0	0
Tosferina	2	10	0	0
Tuberculosis pulmonar	20	45	24	59
Varicela	5	25	3	22
Total	300	3.996	262	3.737

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

Datos provisionales hasta el cierre anual de la información.

4.3.- Distribución de los brotes más frecuentes según número de casos. Semanas 1 a 36 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	1	19	57	9	86
GEA de origen alimentario	35	25	15	7	82
Escabiosis	10	21	13	0	44
Gripe	1	5	14	0	20
Tuberculosis pulmonar	19	1	0	0	20
Hepatitis A	10	0	0	0	10
Enf. mano, pie y boca	0	4	4	0	8
Sarampión	6	1	1	0	8

GEA: gastroenteritis aguda.

5. VIGILANCIA Y CONTROL DE LOS EFECTOS DE LAS OLAS DE CALOR EN LA COMUNIDAD DE MADRID, VERANO 2026. Semana 36, datos a 8 de septiembre de 2026.



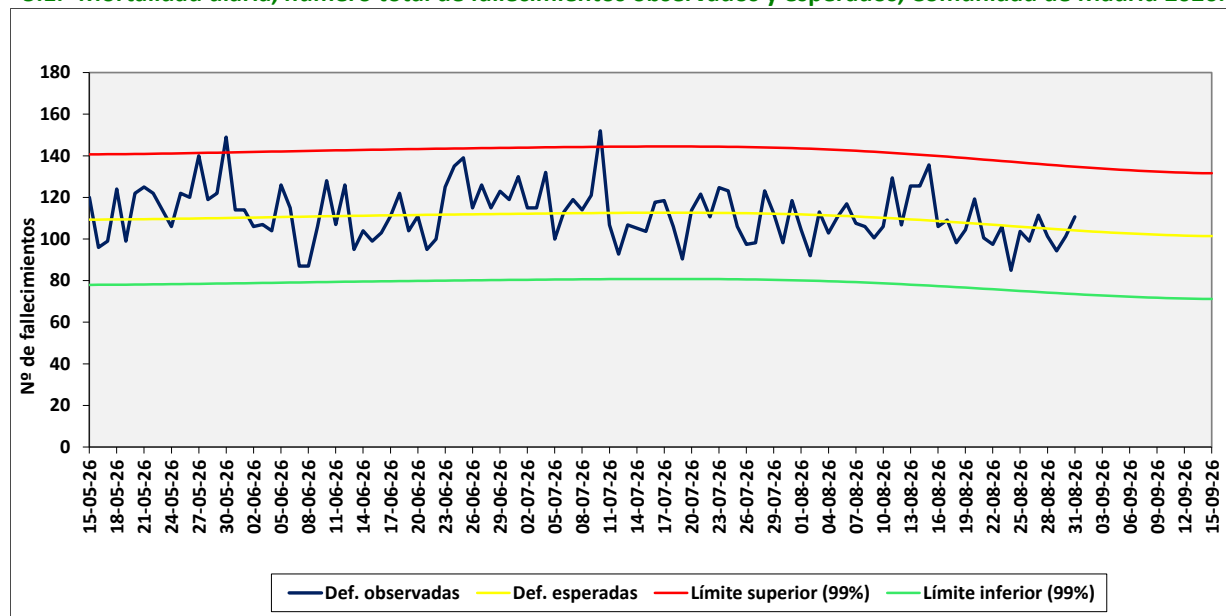
La vigilancia de los efectos en salud de las olas de calor tiene el objetivo de detectar cambios en la mortalidad y en la demanda asistencial urgente, integrando datos de dos subsistemas: el de información ambiental y el de vigilancia de la mortalidad y morbilidad en la Comunidad de Madrid (CM). Ello se contempla en el marco del [Plan de Actuación ante Episodios de Altas Temperaturas 2026](#) que en su Capítulo 1 recoge la Vigilancia y Control de los Efectos de las Olas de Calor en la salud. Responde a una de las actividades de la Comisión Técnica de Coordinación del Plan formada por distintas instituciones con el objetivo de armonizar las actuaciones y disminuir los efectos en salud asociados a las altas temperaturas.

La temporada de vigilancia se activa el día 15 de mayo hasta el 15 de septiembre, un total de 124 días, desde la semana 20 a la 38. Sin embargo, en función de las variaciones imprevisibles y adelantadas o retrasadas de las elevadas temperaturas observadas, se considera un período de flexibilidad desde el 1 de mayo al 30 de septiembre.

Los datos de mortalidad proceden del Registro General de Registros Civiles y Notarios del Ministerio de Justicia, facilitados por el Centro Nacional de Epidemiología (Sistema de Monitorización de la Mortalidad diaria, MoMo). Se incluyen los fallecimientos de los 21 municipios de la CM que disponen de Registro Civil. Se calcula el exceso de fallecimientos observados diarios y se comparan con los esperados, según el comportamiento de la mortalidad diaria, en estos mismos municipios, los 5 años anteriores (2021-2025).

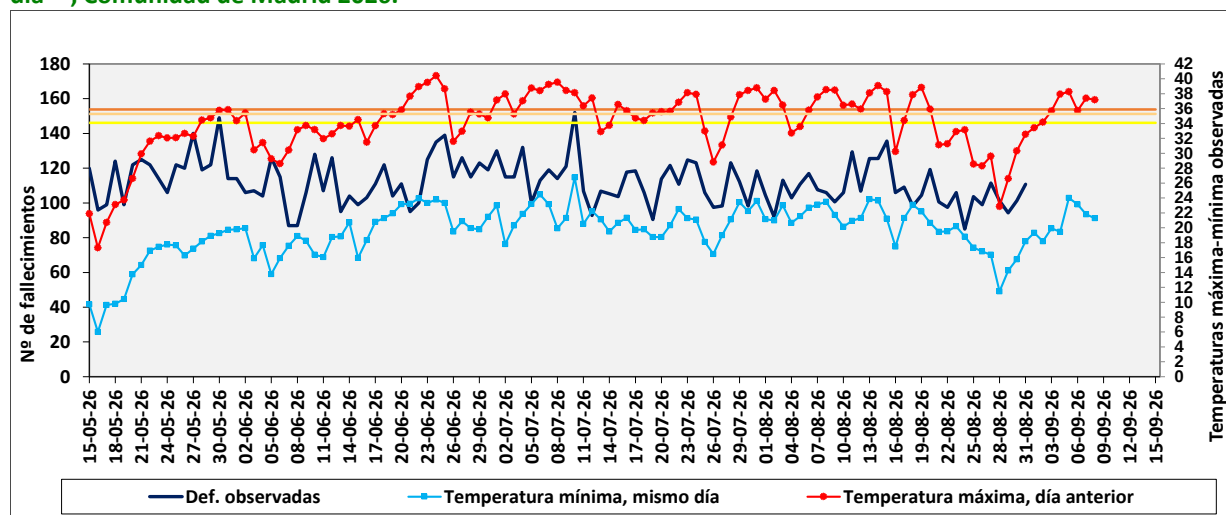
Los gráficos representan la **mortalidad** diaria observada y esperada y límites superior e inferior (+3DE). Un segundo gráfico representa la mortalidad diaria y las **temperaturas** máxima del día anterior (T^{mx}) y mínima del mismo día ($T^{\text{mín}}$), señalando los niveles de alerta para cada una de las zonas Meteosalud (ZMS) de la CM. Por la alta correlación de los niveles diarios de **ozono troposférico** con las elevadas temperaturas y por sus efectos perjudiciales sobre la salud, ofrecemos el tercer gráfico con la mortalidad diaria y la concentración diaria máxima de este contaminante medida en alguna de las estaciones de la CM (Catálogo de Datos Abiertos de la CM), señalando los umbrales de contaminación que se contemplan en el Protocolo de actuación ante superaciones de umbrales de ozono de la CM. Los datos de **urgencias** atendidas proceden del CMBD de urgencias de 26 hospitales públicos, aportando el número diario y el porcentaje de urgencias ingresadas cada semana. También se ofrece información acerca de las urgencias hospitalarias atendidas relacionadas con las altas temperaturas. A partir de la descarga diaria de **Atención Primaria**, se aporta el número de consultas o episodios registrados con motivo en el descriptor clínico relacionado con las altas temperaturas, golpe de calor u otros.

5.1.- Mortalidad diaria, número total de fallecimientos observados y esperados, Comunidad de Madrid 2026.



*Fuente: Datos procedentes del Registro General de Registros Civiles y Notarios, Ministerio de Justicia y Sistema MOMO, Centro Nacional de Epidemiología. Mortalidad esperada: elaboración propia a partir de datos de los cinco años anteriores (2021-2025), Unidad Técnica de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles.

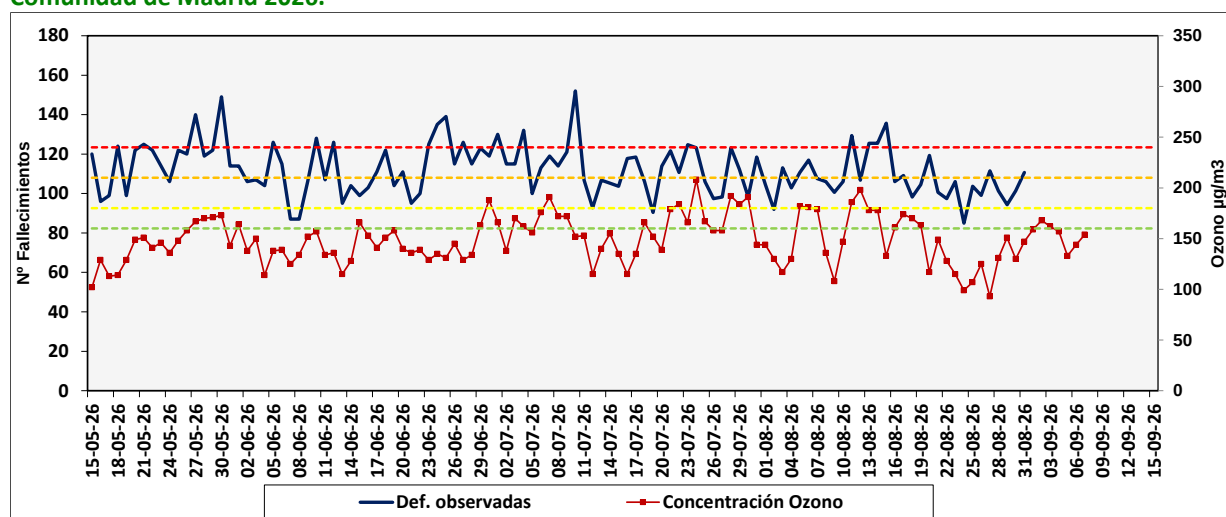
5.2.- Mortalidad total diaria observada y temperatura máxima observada del día anterior y mínima del mismo día**, Comunidad de Madrid 2026.



*Líneas horizontales: temperatura de alerta en cada ZMS: 34,1°C, 35,3°C y 35,9°C.

**Datos de temperatura: valores medios de las temperaturas máximas y mínimas diarias registradas en los observatorios de Barajas, Cuatro Vientos, Getafe y Retiro, facilitados por la Agencia Estatal de Meteorología, Ministerio para la Transición Ecológica y el Reto Demográfico, proporcionados por el Área de Vigilancia de Riesgos Ambientales.

5.3.- Mortalidad total diaria observada y concentración máxima de ozono registrada el mismo día**, Comunidad de Madrid 2026.



*Líneas horizontales: umbrales de ozono troposférico: umbral de activación (160 µg/m3); umbral de información (180 µg/m3); umbral de prealerta (210 µg/m3) y umbral de alerta (240 µg/m3).

**Concentración diaria máxima de ozono troposférico en promedio horario medida en alguna de las estaciones de la CM (Catálogo de Datos Abiertos de la CM).

- La **mortalidad** observada entre los días 15 de mayo y 31 de agosto (semanas 20 a 36), fue de 12.205 fallecimientos observados, un 1,3% (N=158) mayor que los esperados (N=12.047). Desde el inicio de la temporada se ha superado el límite máximo de la mortalidad esperada (+3DE) en dos días: el día 30 de mayo (que superó el límite en 7 fallecimientos) y el 10 de julio (que superó el límite en 8 fallecimientos). A partir del día 23 de junio, se observa un ascenso notable en la mortalidad, sin alcanzar el límite superior esperado, coincidente con la primera ola de calor del verano. Este ascenso se ha mantenido durante las semanas 26 y 27 (del 22 de junio al 5 de julio), con el repunte posterior ya mencionado, del día 10 de julio, probablemente relacionado con la segunda ola de calor del verano. Entre el 11 y el 15 de agosto (semana 33) se observa un nuevo ascenso en la mortalidad, probablemente en relación con los episodios de altas temperaturas ocurridos durante la primera quincena de agosto. Debido al retraso en la notificación, no están disponibles los datos con la mortalidad de la semana 36 completa. Los datos del último mes se han adaptado para este informe a partir de las estimaciones del sistema MoMo.
- La información más reciente de las **urgencias hospitalarias atendidas** corresponde a la semana 36. El número total de urgencias fue de 64.044 (un 0,5% menos que la semana anterior), de las que se procedió al ingreso

hospitalario en un 8,6% (un 0,9% mayor que la semana anterior). Estos datos son provisionales. Hasta este momento, las semanas 21 (del 18 al 24 de mayo) y 32 (del 3 al 9 de agosto) son las que han registrado un mayor porcentaje de ingresos. Desde el inicio de la temporada han sido 406 las **urgencias hospitalarias** atendidas en las que consta en el diagnóstico principal **causas relacionadas** con las altas temperaturas, como golpe de calor, agotamiento o fatiga, siendo la semana 26 (del 22 al 28 de junio) en la que un mayor número de episodios se atendió (N=53). El número de urgencias hospitalarias atendidas en la semana 36 por este motivo ha sido de 8.

- Desde el inicio de la temporada de vigilancia, de la semana 20 a la semana 36 (hasta el 6 de septiembre) se han registrado en **Atención Primaria** un total de 1.553 consultas con algún descriptor clínico relacionado con las altas temperaturas: golpe de calor (N=1.119) u otros (N=434). La semana con mayor número de consultas de este tipo ha sido, hasta el momento, la semana 26 (22 a 28 de junio, N=252). En la semana 36 se registraron 31 consultas relacionadas con las altas temperaturas en Atención Primaria (un 25% más que la semana anterior).