
BOLETÍN EPIDEMIOLOGICO

de la Comunidad de Madrid



**Comunidad
de Madrid**

Nº 9.

Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Número 9. Volumen 28. Septiembre 2023

INFORMES:

- **Incidencia de diabetes mellitus tipo 1 en la Comunidad de Madrid en la población menor de 15 años, 2014-2021.**
- **Morbilidad por enfermedades de declaración obligatoria. Año 2022. Comunidad de Madrid.**



Esta versión forma parte de la Biblioteca Virtual de la **Comunidad de Madrid** y las condiciones de su distribución y difusión se encuentran amparadas por el marco legal de la misma.



comunidad.madrid/publicamadrid

Edita:

CONSEJERÍA DE SANIDAD

Dirección General de Salud Pública

<http://www.comunidad.madrid/servicios/salud/boletin-epidemiologico>

Coordina:

Subdirección General de Vigilancia en Salud Pública

c/ de López de Hoyos, 35, 1ª Planta

28002 Madrid

E-mail: isp.boletin.epidemiologo@salud.madrid.org

Edición: Septiembre 2023

ISSN: 1695 – 7059

Publicado en España – Published in Spain

BOLETÍN EPIDEMIOLOGICO

de la Comunidad de Madrid

Nº 9.

Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Número 9. Volumen 28. Septiembre 2023

ÍNDICE

	<i>Incidencia de diabetes mellitus tipo 1 en la Comunidad de Madrid en la población menor de 15 años, 2014-2021</i>	4
	<i>Morbilidad por enfermedades de declaración obligatoria. Año 2022. Comunidad de Madrid</i>	12



INFORME:

Incidencia de diabetes mellitus tipo 1 en la Comunidad de Madrid en la población menor de 15 años, 2014-2021

RESUMEN

Antecedentes y objetivos. La incidencia de diabetes mellitus insulino dependiente o tipo 1 (DM1), presenta variaciones importantes a nivel mundial, tanto entre países como entre regiones. Este informe muestra su incidencia en la población menor de 15 años de edad, residente en la Comunidad de Madrid (CM) y su evolución por edad y sexo, relativa al periodo 2014-2021.

Métodos. Los datos se han obtenido del registro de incidencia de diabetes mellitus insulino dependiente. Se han incluidos los casos nuevos de DM1 entre los años 2014-2021, en menores de 15 años, residentes en la CM. Las fuentes de datos fueron los nuevos casos de DM1 notificados al registro, y como fuente de datos secundaria los casos nuevos diagnosticados y validados de los registros de Atención Primaria y del CMBD de Atención Especializada. Se calcularon tasas de incidencia globales y específicas por grupos de edad y sexo. Como población a riesgo se utilizaron los datos del Padrón Continuo de Habitantes. Para la comparación de las tasas de incidencia y la evolución por grupos de edad y sexo se calcularon las razones de incidencia (RI) a partir de modelos de regresión de Poisson.

Resultados. Se han identificado 1.646 casos nuevos de DM1 durante el periodo 2014-2021 (852 niños y 794 niñas). Entre los 0-14 años la incidencia media del periodo fue de 20,28 casos por 100.000 personas-año, siendo similar en niños y niñas. En los grupos de 0-4; 5-9 y 10-14 años las tasas de incidencia fueron de 12,36; 22,34 y 25,46 casos por 100.000 habitantes-año respectivamente. En los niños, el grupo de edad de mayor incidencia fue el de 10 a 14 años (28,93 casos por 100.000) y en las niñas el de 5 a 9 años (24,48 casos por 100.000). La evolución de la incidencia se mantuvo estable para todo el periodo por edad y sexo excepto en el grupo de 0-4 años donde la incidencia aumentó ligeramente (RI: 1,07 ($p < 0,05$), tomando como referencia el año 2014).

Conclusiones. En la Comunidad de Madrid la incidencia de DM1 en población infantil menor de 15 años se sitúa en torno a 20 casos por 100.000 habitantes-año para niños y niñas. La menor incidencia se presentó en el grupo de 0-4 años para ambos sexos. En los niños, la mayor incidencia se observa en el grupo de edad de 10-14 años y en las niñas en el de 5-9 años de edad. La exhaustividad del registro ha mejorado considerablemente con la incorporación de los sistemas clínicos de registro automatizados, que habrá que seguir incorporando en la medida que se avance en la digitalización de los sistemas de vigilancia epidemiológica.

1. INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus tipo 1 (DM1) es una enfermedad autoinmune crónica, que se inicia con destrucción de las células β pancreáticas, lo que conlleva la aparición de hiperglucemia y tratamiento con insulina exógena para toda la vida^{1,2}. La DM1 es más frecuente en población infanto-juvenil³ y se asocia con reducción de la calidad de vida, complicaciones graves a largo plazo, menor esperanza de vida y altos costes sociosanitarios^{4,5}.

En la Comunidad de Madrid (CM), el tratamiento inicial con insulina se realiza normalmente en el hospital, donde pacientes y familiares reciben, durante una semana, educación diabetológica y sobre cómo

gestionar la nueva situación de vivir con la diabetes. El seguimiento se realiza en los centros de atención primaria⁶.

La incidencia de DM tipo 1 presenta variaciones importantes entre países y regiones a nivel mundial⁷. Se estima que en 2021 había en el mundo 8,4 millones de personas con DM1, de las cuales 1,5 millones tenían menos de 20 años⁵. Basándose en los datos del Atlas de Diabetes de la International Diabetes Federation (IDF), en 2021 Europa era la región con mayor incidencia con una tasa de 31 casos por 100.000 habitantes-año. Los países con mayores tasas de incidencia son los del norte de Europa, como Finlandia (52,2) y Suecia (44,1)⁸.

La OMS, basándose en datos de 1990, realizó una clasificación geográfica de la DM1 según su incidencia: incidencia muy baja: <1 caso/100.000 habitantes-año; incidencia baja: 1 y <5 casos; incidencia intermedia: 5 y <10 casos; incidencia alta: 10 y <20; e incidencia muy alta: ≥ 20 ⁹.

Con el objetivo de unificar criterios, en 1996 el grupo de trabajo de Epidemiología de la Sociedad Española de Diabetes, publicó las recomendaciones metodológicas para realizar estudios de incidencia de diabetes mellitus tipo 1 en España¹⁰. Existen numerosos registros de DM1 en menores de 15 años, con metodología heterogénea, en los que se observan incidencias muy diferentes entre las Comunidades Autónomas, desde los 11,5 casos por 100.000 habitantes-año en Asturias hasta los 27,6 de Castilla-La Mancha. La tasa media estimada en España en 2013 era del 17,69 casos por 100.000 habitantes-año, lo que sitúa a España en la categoría de país de alta incidencia de DM1 según la clasificación de la OMS¹¹.

En la Comunidad de Madrid, coordinado por la Dirección General de Salud Pública, se dispone desde 1997, del registro de incidencia de diabetes mellitus insulino dependiente, que tiene el objetivo de vigilar su evolución y sus características epidemiológicas. Este informe presenta datos de la incidencia de diabetes mellitus tipo 1 en menores de 15 años que residen en la Comunidad de Madrid, relativa al periodo 2014-2021.

2. METODOLOGÍA

Fuente de datos: Se incluyeron todos los casos nuevos diagnosticados de DM1 entre los años 2014 y 2021, en niños/as menores de 15 años residentes en la Comunidad de Madrid. Los datos proceden de diferentes fuentes de información. Las fuentes de información fueron las unidades de endocrinología pediátrica de todos los hospitales públicos y privados de la CM que notifican nominalmente los casos; y como fuente secundaria los casos nuevos captados de la historia clínica informatizada de Atención Primaria (APMADRID) y del registro de Atención Especializada del CMBD (Conjunto Mínimo Básico de Datos), cuyos últimos registros disponibles son de 2021. La descarga de los casos se realiza en el CMBD a partir de los códigos diagnósticos de la CIE, y en atención primaria a partir de los códigos de la CIAP-2 (T89 para insulino dependiente y además se incluye también el código T90 para DM tipo 2 para aumentar la sensibilidad de la captación). La validación de los casos se realizó comprobando su diagnóstico en la historia clínica, y la presencia de cetoacidosis o debut diabético a través del visor HORUS.

El registro aplica los criterios establecidos en el estudio Diabetes Epidemiology Research Internacional en cuanto a definición de caso y grupos de edad⁹. Se considera caso de DM tipo 1, para ser incluido en el registro, a las personas menores de 15 años cuyo diagnóstico haya sido establecido, con insulina diaria y que resida en la CM en el momento de la primera administración de insulina. Fueron excluidos los casos de otros tipos específicos de diabetes mellitus (MODY, por enfermedades endocrinas, infecciosas o diabetes tipo 2), así como los casos nuevos de los no residentes en la CM.

Variables: caso nuevo de DM1, año de diagnóstico, edad al diagnóstico, grupos de edad (0-4, 5-9 y 10-14 años); y tasa de incidencia, definida como la tasa de nuevos casos de DM1, respecto a la población de la Comunidad de Madrid menor de 15 años, según datos del Padrón Continuo de Instituto Nacional de Estadística.

Análisis estadístico: La distribución de los casos nuevos diagnosticados de DM1 se presenta por grupo quinquenales de edad (0 a 4, 5 a 9 y 10 a 14) y sexo para cada año y para todo el periodo 2014-2021. Se estimaron las tasas anuales de incidencia y la incidencia media por grupos de edad y sexo, expresadas en casos por 100.000 habitantes-año. Los intervalos de confianza fueron estimados al 95% asumiendo una distribución subyacente de Poisson. Para comparar la incidencia y estimar la tendencia de las tasas de

incidencia medias anuales, y entre los diferentes grupos de edad y sexo, se han estimado las razones de incidencia (RI) a partir de métodos de regresión de Poisson. Para la comparación con otros estudios se calcularon las tasas ajustadas por edad según la población estándar europea.

Con objeto de evaluar la estacionalidad de la incidencia se agregaron los casos por mes de diagnóstico.

Los análisis se realizaron con el programa STATA 16.1 (StataCorp, College Station, Texas, USA).

3. RESULTADOS

La tabla 1 presenta las características demográficas de los nuevos casos de DM1, para cada año y para todo el periodo del estudio, así como la población a riesgo.

Un total de 1.646 casos nuevos de DM1 fueron identificado entre los años 2014-2021, con una media anual de 206 casos, que varía de 177 casos en 2018 a 236 casos en 2021. La población media anual a riesgo fue de 1.017.538 habitantes-año. El 48,2%, eran niñas y la media de edad al diagnóstico fue de 8,23 años ($\pm 3,9$); 8,60 años en niños y 7,83 en niñas), siendo similar a lo largo de los años. La mayor proporción de casos se presentó en el grupo de edad de 10-14 años con el 42,5% del total.

Tabla 1. Características demográficas de los nuevos casos de diabetes mellitus tipo 1. Comunidad de Madrid, 2014-2021.

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2014-2021
Casos totales	183	212	209	217	177	192	220	236	1.646
Casos por sexo									
Niños (N)	106	97	116	102	85	102	118	126	852
(%)	57,9	45,8	55,5	47,0	48,0	53,1	53,6	53,4	51,8
Niñas (N)	77	115	93	115	92	90	102	110	794
(%)	42,1	54,3	44,5	53,0	52,0	46,9	46,4	46,6	48,2
Casos por grupos de edad									
0-4 años (N)	37	30	41	48	33	25	46	53	313
(%)	20,2	14,2	19,6	22,1	18,6	13,0	20,9	22,5	19,0
5-9 años (N)	66	92	90	75	68	68	88	87	634
(%)	36,1	43,4	43,1	34,6	38,4	35,4	40,0	36,9	38,5
10-14 años (N)	80	90	78	94	76	99	86	96	699
(%)	43,7	42,5	37,3	43,3	42,9	51,6	39,1	40,7	42,5
Edad en años ¹									
Total	8,73	8,97	8,35	8,71	8,51	9,61	8,60	8,51	8,23
Niños	8,54	9,13	8,21	8,54	8,33	9,41	8,36	8,39	8,60
Niñas	7,83	7,85	7,45	7,88	7,66	8,72	7,80	7,53	7,83

¹ Edad media en años al diagnóstico

3.1 Incidencia media de DM1 en el periodo 2014-2021

En la tabla 2 se muestra la incidencia de DM1 para todo el periodo de estudio. La incidencia media anual de DM1 fue de 20,28 casos por 100.000 habitantes-año (IC95%: 19,3–21,3); 20,46 en niños (IC95%: 19,1–21,8); y 20,09 en niñas (IC95%: 18,7–21,5). Por grupos de edad, de 0-4 años, 5-9 y 10-14, las tasas de incidencia fueron 12,36 (IC95%: 11,0–13,7), 22,34 (IC95%: 20,6–24,1) y 25,46 (IC95%: 23,6–27,3) por 100.000 personas-año, respectivamente.

Tabla 2. Tasas de incidencia media anual de diabetes mellitus tipo 1 por sexo y grupos de edad. Comunidad de Madrid, 2014-2021.

Grupo de edad	Niños		Niñas		Ambos sexos	
	Tasa*	IC95%**	N	IC95%	N	IC95%
0-4 años	11,47	(9,6–13,3)	13,31	(11,3–15,3)	12,36	(11,0–13,7)
5-9 años	20,31	(18,0–22,6)	24,48	(21,9–27,1)	22,34	(20,6–24,1)
10-14 años	28,93	(26,1–31,7)	21,81	(19,3–24,3)	25,46	(23,6–27,3)
Total	20,46	(19,1–21,8)	20,09	(18,7–21,5)	20,28	(19,3–21,3)

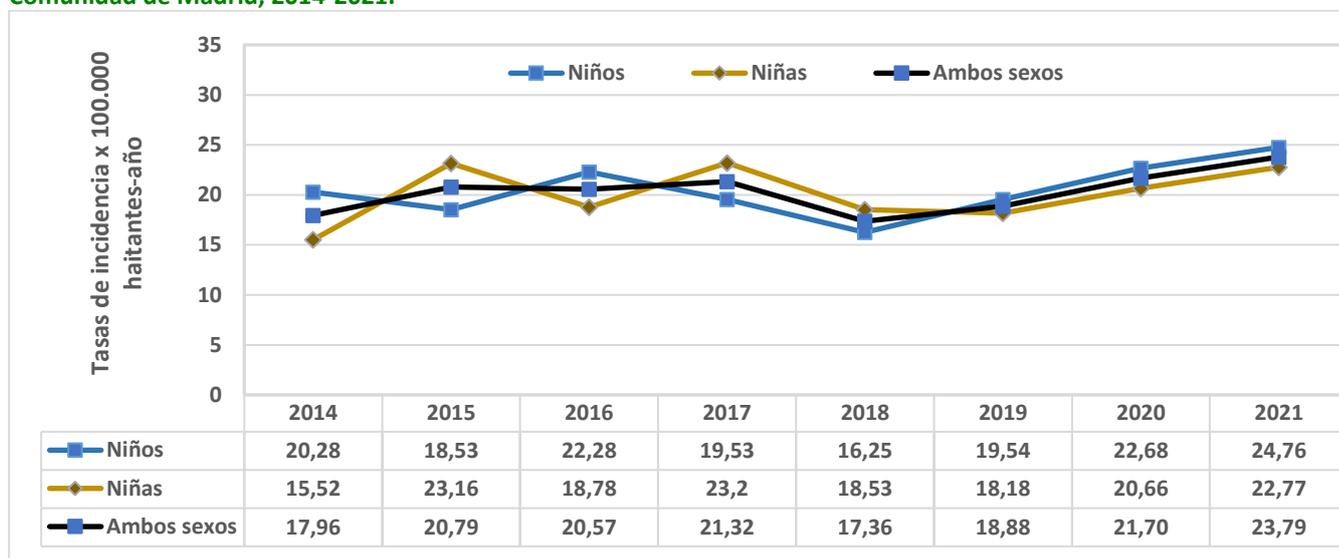
*Tasas de incidencia por 100.000 habitantes-año. Intervalo de confianza del 95%

En la incidencia por edad se observan diferencias entre niños y niñas. En los niños, la incidencia en los grupos de edad de 0-4 años, 5-9 y 10 a 14 años, fue de 11,47; 20,31 y 28,93 casos por 100.000, respectivamente; observamos que el grupo de edad de 10 a 14 años tiene la máxima incidencia con una RI de 2,52 ($p<0,001$) respecto al grupo de 0-4 años y de 1,77 ($p<0,001$) respecto al grupo de 5-9 años; en las niñas la incidencia por grupos de edad fue de 13,31; 24,48 y 21,81 casos por 100.000 habitantes, respectivamente, con una incidencia máxima en el grupo de edad de 5-9 años y una RI de 1,83 ($p<0,001$) mayor respecto al grupo de edad de 0-4 años.

3.2 Evolución de la incidencia anual por edad y sexo

La tabla 3 presenta para cada año las tasas de incidencia por edad y sexo. En general las tasas de incidencia entre 2014 a 2021 se han mantenido estables a lo largo de los años, tanto en niños como en niñas. Se observa que 2018 fue el año de menor incidencia y 2021 el de mayor incidencia en ambos sexos (Gráfico 1). La tasa de incidencia en 0-14 años en 2021 fue de 23,79 casos por 100.000 habitantes mientras que en 2014 fue de 17,96 casos por 100.000. Utilizando la regresión de Poisson, la evolución de la tasa de incidencia anual de 2014 a 2021, ajustada por edad y sexo, fue ligeramente ascendente (RR:1,02 (IC95%:0,99-1,04), sin significación estadística. Similar evolución se presentó en niños y niñas.

Gráfico 1. Evolución de la incidencia de diabetes mellitus tipo 1 en menores de 15 años por sexo. Comunidad de Madrid, 2014-2021.

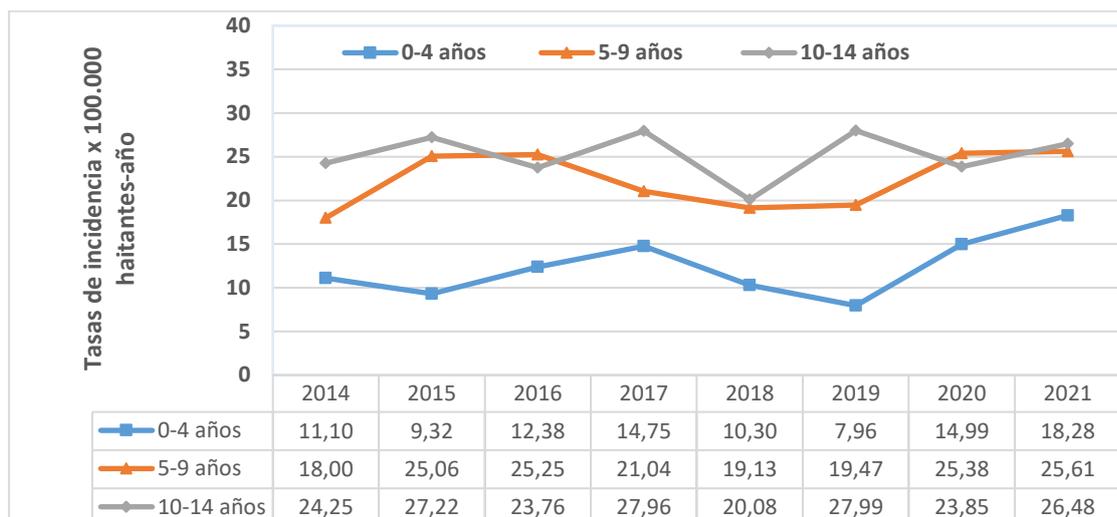
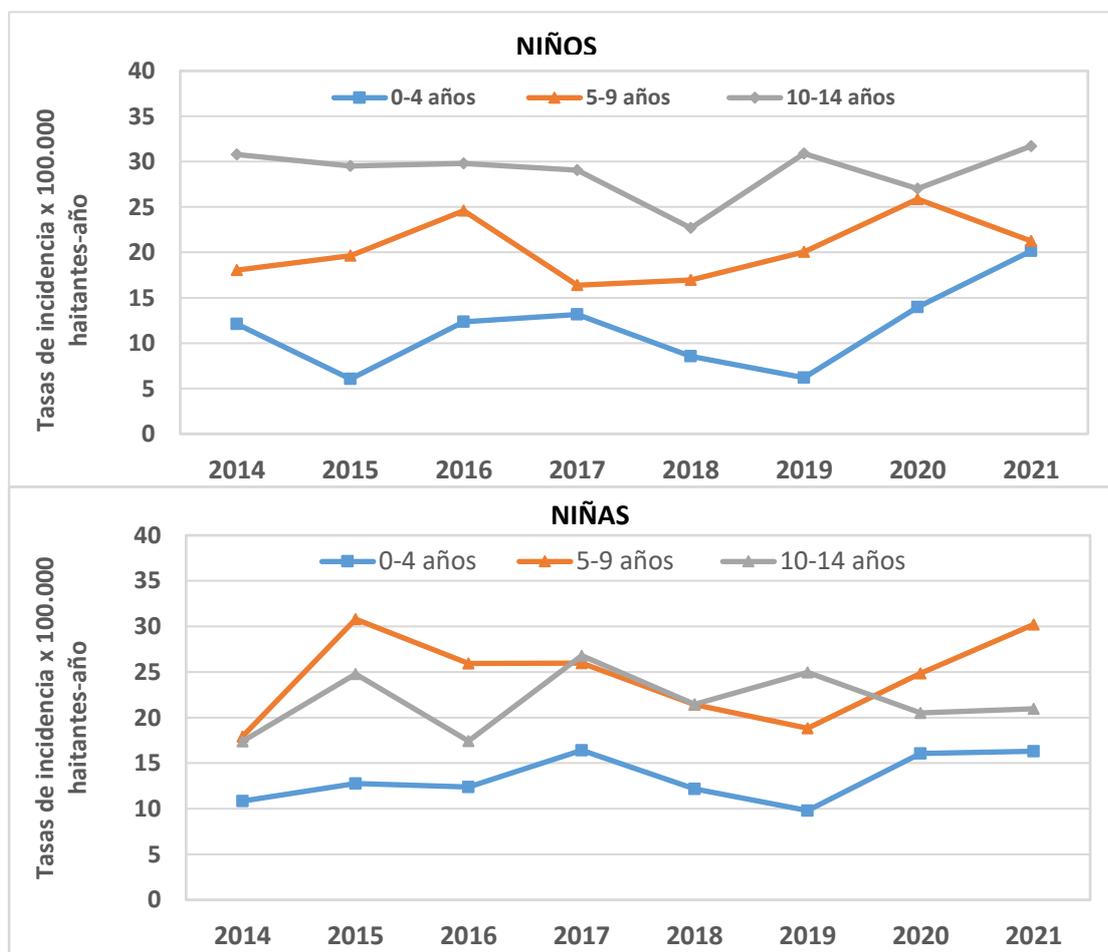


Por grupos de edad, en el grupo de edad de 0-4, se observa un aumento de la tasa de incidencia de 11,10 en 2014 a 18,28 casos por 100.000 en 2021; dicha tendencia ascendente es más marcada en niños que en niñas con una RI de 1,07 ($p<0,05$). En los grupos de 5-9 años y 10-14 años, la evolución fue estable tanto en niños como en niñas. En el grupo de 5-9 años se observa una incidencia en niños de 18,06 en 2014 y de 21,25 casos en 2021; y en niñas de 17,94 y 30,21 casos respectivamente. En el grupo de 10-14, la incidencia en niños fue de 30,77 casos en 2014 y 31,71 en 2021; y en niñas de 17,40 y 20,97 casos por 100.000 habitantes, respectivamente. (Gráfico 2 y Gráfico 3).

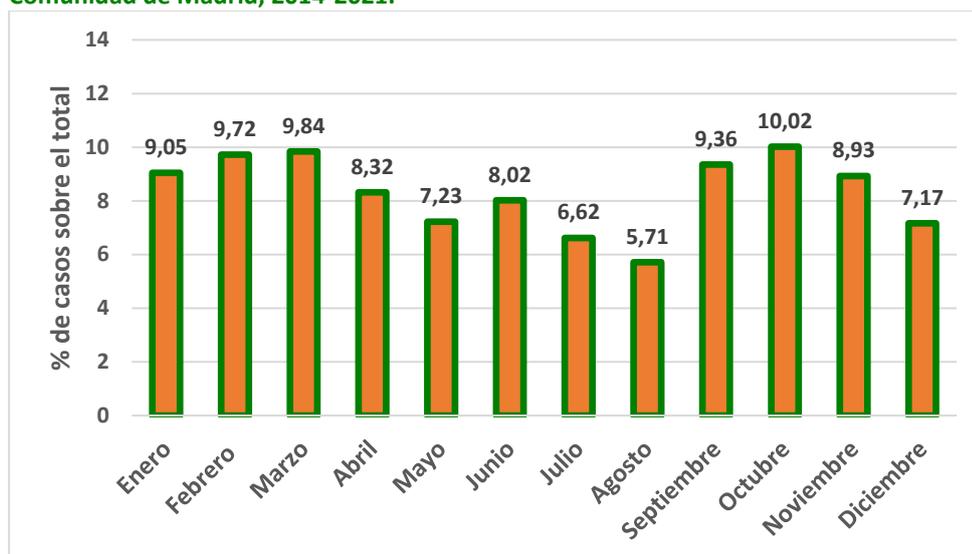
Tabla 3. Tasas de incidencia anual de diabetes mellitus tipo 1 por sexo y grupos de edad. Comunidad de Madrid, 2014-2021.

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Tasas brutas (0-14 años)								
Total	17,96	20,79	20,57	21,32	17,36	18,88	21,70	23,79
(IC 95%)	(15,4-20,6)	(18,0-23,6)	(18,5-24,2)	(18,5-24,2)	(14,8-19,9)	(16,2-21,5)	(18,8-24,6)	(20,8-26,8)
Niños	20,28	18,53	22,28	19,53	16,25	19,54	22,68	24,76
(IC 95%)	(16,4-24,1)	(14,8-22,2)	(18,2-26,3)	(15,7-23,3)	(12,8-19,7)	(15,7-23,3)	(18,6-26,8)	(20,4-29,1)
Niñas	15,52	23,16	18,78	23,2	18,53	18,18	20,66	22,77
(IC 95%)	(12,1-19,0)	(18,9-27,4)	(15,0-22,6)	(19,0-27,4)	(14,7-22,3)	(14,4-21,9)	(16,6-24,7)	(18,5-27,0)
Tasa ajustadas (0-14 años)								
Total	18,03	20,90	20,78	21,42	16,79	18,87	21,63	23,66
(IC 95%)	(15,4-20,6)	(18,0-23,7)	(17,9-23,6)	(18,5-24,2)	(14,8-19,9)	(16,2-21,5)	(18,7-24,5)	(20,6-26,7)
Niños	20,36	16,66	22,53	19,63	15,67	19,53	22,60	24,65
(IC 95%)	(16,5-24,2)	(14,9-22,3)	(18,4-26,6)	(15,8-23,4)	(12,8-19,7)	(15,7-23,3)	(18,5-26,6)	(20,3-28,9)
Niñas	15,57	23,26	18,94	23,30	17,98	18,18	20,61	22,62
(IC 95%)	(18,9-27,4)	(15,0-22,6)	(19,0-27,4)	(14,7-22,3)	(14,4-21,9)	(16,6-24,7)	(18,5-27,0)	(18,9-27,4)
Tasa específicas (0-4 años)								
Total	11,10	9,32	12,38	14,75	10,31	7,96	14,99	18,28
(IC 95%)	(9,2-14,7)	(6,0-12,6)	(8,6-16,2)	(10,6-18,9)	(6,8-13,8)	(4,8-11,1)	(10,7-19,3)	(13,4-23,2)
Niños	12,08	6,04	12,36	13,17	8,53	6,21	13,97	20,16
(IC 95%)	(6,8-17,4)	(2,3-9,8)	(7,1-17,6)	(7,7-18,7)	(4,1-13,0)	(2,4-10,1)	(8,1-19,8)	(12,9-27,4)
Niñas	10,85	12,77	12,40	16,41	12,19	9,80	16,07	16,30
(IC 95%)	(5,7-16,0)	(7,2-18,4)	(7,0-17,8)	(10,1-22,7)	(6,7-17,7)	(4,8-14,8)	(9,6-22,5)	(9,6-23,0)
Tasa específicas (5-9 años)								
Total	18,00	25,06	25,25	21,04	19,13	19,47	25,38	25,61
(IC 95%)	(13,7-22,3)	(19,9-30,2)	(20,0-30,5)	(16,3-25,8)	(14,6-23,7)	(14,8-24,1)	(20,1-30,7)	(20,2-31,0)
Niños	18,06	19,62	24,60	16,38	16,97	20,06	25,87	21,25
(IC 95%)	(12,0-24,1)	(13,3-25,9)	(17,4-31,8)	(10,5-22,2)	(11,0-22,9)	(13,5-26,6)	(18,4-33,3)	(14,4-28,1)
Niñas	17,94	30,80	25,94	25,98	21,41	18,85	24,87	30,21
(IC 95%)	(11,7-24,2)	(22,7-38,9)	(18,4-33,5)	(18,4-33,6)	(14,5-28,3)	(12,3-25,4)	(17,3-32,4)	(21,8-38,6)
Tasa específicas (10-14 años)								
Total	24,25	27,22	23,76	27,96	20,08	27,99	23,85	26,48
(IC 95%)	(18,9-29,6)	(21,6-32,8)	(18,5-29,0)	(22,3-33,6)	(17,1-27,0)	(22,5-33,5)	(18,8-28,9)	(21,2-31,8)
Niños	30,77	29,53	29,80	29,07	22,68	30,88	27,02	31,71
(IC 95%)	(22,4-39,1)	(21,3-37,7)	(21,5-38,1)	(21,0-37,1)	(15,6-29,7)	(22,8-39,0)	(19,5-34,5)	(23,6-39,8)
Niñas	17,40	24,79	17,44	26,80	21,45	24,95	20,51	20,97
(IC 95%)	(11,0-23,8)	(17,1-32,5)	(11,0-23,9)	(18,9-34,7)	(14,4-28,4)	(17,5-32)	(13,8-27,2)	(14,2-27,7)

¹ Tasas de incidencia por 100.000 habitantes-año. (IC 95%): Intervalo de confianza al 95%

Gráfico 2. Evolución de la incidencia de diabetes mellitus tipo 1 en menores de 15 años por grupos quinquenales de edad. Comunidad de Madrid, 2014-2021.**Gráfico 3. Evolución de la incidencia de diabetes mellitus tipo 1 en menores de 15 años por grupos de edad y sexo. Comunidad de Madrid, 2014-2021.**

El análisis de los datos agregados para todo el periodo 2014-2021, muestra una menor frecuencia de casos de DM1 en los meses de julio y agosto. (Gráfico 4).

Gráfico 4. Proporción de casos de diabetes mellitus tipo 1 en menores de 15 años según mes de diagnóstico. Comunidad de Madrid, 2014-2021.

3.3 Conclusiones y recomendaciones

En conclusión, la incidencia anual de DM1 en población infantil, menor de 15 años, en la Comunidad de Madrid se sitúa en torno a 20 casos por 100.000 habitantes-año para niños y niñas. La menor incidencia se presenta en el grupo de 0-4 años (12,36 casos por 100.000) para ambos sexos. En los niños, la mayor incidencia se observa en el grupo de edad de 10-14 años (28,93 casos) y en las niñas en el grupo de 5-9 años de edad (24,48 casos). La evolución de la incidencia ha sido estable a lo largo del periodo estudiado, excepto en los niños varones de 0 a 4 años, donde ha aumentado la incidencia. Con la incorporación de los sistemas clínicos de registro automatizados la exhaustividad del registro ha mejorado considerablemente. Es necesario seguir mejorando su validez en la medida que se avance en la digitalización de los sistemas de vigilancia epidemiológica.

Agradecimientos: agradecemos a todos los profesionales sanitarios (medicina y enfermería) que participan en la notificación de los casos. Así como a Luis Miguel Blanco, Natalia de Frutos Cuesta e Inmaculada Rodríguez López por su colaboración en el mantenimiento de la base de datos.

PARTICIPANTES EN EL REGISTRO

- Honorato Ortiz Marrón. Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles. Subdirección de Vigilancia en Salud Pública. Dirección General de Salud Pública.
- Virginia del Pino Valero. Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles. Subdirección de Vigilancia en Salud Pública. Dirección General de Salud Pública.
- María Esteban Vasallo. Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros. Subdirección de Vigilancia en Salud Pública. Dirección General de Salud Pública.

Cita Recomendada:

Dirección General de Salud Pública. Incidencia de diabetes mellitus tipo 1 en la Comunidad de Madrid en la población menor de 15 años, 2014-2021. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Número 9. Volumen 28. Septiembre 2023.

4. BIBLIOGRAFÍA

1. Stanescu DE, Lord K, Lipman TH. The epidemiology of type 1 diabetes in children. *Endocrinol Metab Clin North Am.* 2012;41(4):679-94.
2. Mayer-Davis EJ, Kahkoska AR, Jefferies C, Dabelea D, Balde N, Gong CX, et al. ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2018: Definition, epidemiology, and classification of diabetes in children and adolescents. *Pediatr Diabetes.* 2018;19 Suppl 27:7-19.
3. Rodríguez Escobedo R, Delgado Álvarez E, Menéndez Torre EL. Incidence of type 1 diabetes mellitus in Asturias (Spain) between 2011 and 2020. *Endocrinol Diabetes Nutr (Engl Ed).* marzo de 2023;70(3):189-95.
4. Laing SP, Swerdlow AJ, Slater SD, Burden AC, Morris A, Waugh NR, et al. Mortality from heart disease in a cohort of 23,000 patients with insulin-treated diabetes. *Diabetologia.* 2003;46(6):760-5.
5. Gregory GA, Robinson TIG, Linklater SE, Wang F, Colagiuri S, de Beaufort C, et al. Global incidence, prevalence, and mortality of type 1 diabetes in 2021 with projection to 2040: a modelling study. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2022;10(10):741-60.
6. Rubio Cabezas O, Argente J. [Diabetes mellitus: clinical presentation and differential diagnosis of hyperglycemia in childhood and adolescence]. *An Pediatr (Barc).* 2012;77(5):344.e1-344.e16.
7. Patterson CC, Dahlquist GG, Gyürüs E, Green A, Soltész G, EURODIAB Study Group. Incidence trends for childhood type 1 diabetes in Europe during 1989-2003 and predicted new cases 2005-20: a multicentre prospective registration study. *Lancet.* 2009;373(9680):2027-33.
8. Magliano DJ, Boyko EJ, IDF Diabetes Atlas 10th edition scientific committee. IDF DIABETES ATLAS [Internet]. 10th ed. Brussels: International Diabetes Federation; 2021 [citado 23 de junio de 2023]. (IDF Diabetes Atlas). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK581934/>
9. DIAMOND Project Group. Incidence and trends of childhood Type 1 diabetes worldwide 1990-1999. *Diabet Med.* 2006;23(8):857-66.
10. Goday A, Castell C, Lloveras G. [Type I diabetes mellitus registries. A current necessity]. *Med Clin (Barc).* 1993;101(11):431-6.
11. Conde Barreiro S, Rodríguez Rigual M, Bueno Lozano G, López Siguero JP, González Pelegrín B, Rodrigo Val MP, et al. [Epidemiology of type 1 diabetes mellitus in children in Spain]. *An Pediatr (Barc).* 2014;81(3):189.e1-189.e12.

**INFORME:**

MORBILIDAD POR ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA. AÑO 2022. COMUNIDAD DE MADRID

ÍNDICE

1. RESUMEN	14
2. INTRODUCCIÓN	15
3. METODOLOGÍA	16
3.1. FUENTES DE INFORMACIÓN	16
3.1.1. Variables	16
3.1.2. Indicadores	16
4. RESULTADOS	18
4.1. FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA	18
4.1.1. Centros notificadores	18
4.1.2. EDO notificadas según modalidad de notificación y nivel asistencial	18
4.1.3. Grado de cumplimiento de variables.....	19
4.2. COMPARACIÓN DE LA INCIDENCIA EN 2022 CON AÑOS ANTERIORES	19
4.2.1. Datos globales	19
4.2.2. Datos por grupos de enfermedades	20
5. DESCRIPCIÓN DE LAS ENFERMEDADES	25
5.1. ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN RESPIRATORIA	25
5.1.1. Gripe	25
5.1.2. Legionelosis	26
5.1.3. Lepra	30
5.1.4. Tuberculosis.....	30
5.2. ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN ALIMENTARIA	34
5.2.1. Botulismo.....	34
5.2.2. Campilobacteriosis	34
5.2.3. Criptosporidiosis	35
5.2.4. Infecciones por <i>Escherichia coli</i> productora de toxina Shiga o Vero	35
5.2.5. Fiebre tifoidea y paratifoidea	36
5.2.6. Giardiasis	37
5.2.7. Hepatitis A	37
5.2.8. Listeriosis	40
5.2.9. Salmonelosis (excepto <i>Salmonella typhi</i> y <i>paratyphi</i>)	41
5.2.10. Shigelosis	42
5.2.11. Yersiniosis	44
5.3. ENFERMEDADES PREVENIBLES POR VACUNACIÓN	44
5.3.1. Enfermedad meningocócica	44
5.3.2. Enfermedad invasiva por <i>Haemophilus influenzae</i>	48
5.3.3. Enfermedad neumocócica invasora	50
5.3.4. Herpes zóster	54
5.3.5. Parotiditis.....	55
5.3.6. Parálisis flácida aguda en menores de 15 años	58
5.3.7. Tosferina	59

5.3.8.	Rubéola.....	62
5.3.9.	Sarampión.....	62
5.3.10.	Varicela.....	63
5.4.	ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y PARENTERAL.....	63
5.4.1.	Hepatitis B.....	63
5.4.2.	Hepatitis C.....	64
5.4.3.	Infección gonocócica.....	67
5.4.4.	Infección por Chlamydia trachomatis.....	70
5.4.5.	Linfogranuloma venéreo.....	73
5.4.6.	Sífilis.....	74
5.4.7.	Sífilis congénita.....	77
5.5.	ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN VECTORIAL.....	78
5.5.1.	Dengue.....	78
5.5.2.	Enfermedad por virus Chikungunya.....	81
5.5.3.	Enfermedad por virus Zika.....	81
5.5.4.	Fiebre exantemática mediterránea.....	82
5.5.5.	Leishmaniasis.....	82
5.5.6.	Paludismo.....	85
5.6.	ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN ZONÓTICA.....	87
5.6.1.	Brucelosis.....	87
5.6.2.	Fiebre Q.....	88
5.6.3.	Hidatidosis.....	88
5.6.4.	Leptospirosis.....	88
5.6.5.	Tularemia.....	89
5.7.	OTRAS MENINGITIS.....	89
5.7.1.	Otras meningitis bacterianas.....	89
5.7.2.	Meningitis víricas.....	90
5.8.	ENFERMEDADES NOTIFICADAS POR SISTEMAS ESPECIALES.....	93
5.8.1.	Encefalopatías espongiiformes transmisibles humanas.....	93
5.9.	ENFERMEDADES DE LAS QUE NO SE NOTIFICÓ NINGÚN CASO.....	95
6.	COMENTARIOS.....	95

1. RESUMEN

Introducción: El Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) constituye uno de los sistemas básicos de la Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid. Su finalidad es contribuir a la prevención y control de las enfermedades incluidas en la lista de declaración obligatoria.

Objetivos: Describir las características de presentación de las enfermedades incluidas en las EDO.

Material y métodos: Se calculan indicadores del funcionamiento del propio sistema de vigilancia y de morbilidad notificada (número de casos y tasas de incidencia acumulada en el año 2022 y comparación con 2021 y los ocho años anteriores, en el ámbito de la Comunidad de Madrid y de España). La incidencia se presenta a nivel regional y por distritos, utilizando como denominador el padrón continuo de habitantes de la Comunidad de Madrid de los años correspondientes.

Resultados: Durante el año 2022 participaron en el sistema un total de 507 unidades notificadoras, siendo la mayoría centros de atención primaria (78,5%). El número total de casos registrados fue de 81.195, de los cuales el 78,9% correspondía a EDO numéricas (gripe, varicela y herpes zóster) y el 21,1% restante (17.153 casos) a EDO con datos epidemiológicos básicos. En 2022 se ha observado una menor tasa de incidencia en relación con la mediana de incidencia del quinquenio anterior para: gripe, lepra, tuberculosis, botulismo, criptosporidiosis, fiebre tifoidea y paratifoidea, giardiasis, hepatitis A, salmonelosis, hepatitis C, enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae*, enfermedad meningocócica, enfermedad neumocócica invasora, parotiditis, sarampión, tosferina, herpes zóster, varicela, meningitis víricas, otras meningitis bacterianas, Chikungunya, Zika, fiebre recurrente transmitida por garrapatas, leishmaniasis, paludismo e hidatidosis. Se observa una mayor tasa de incidencia en relación con la mediana del quinquenio anterior para legionelosis, campilobacteriosis, infección por *E. coli* toxigénico, listeriosis, shigelosis, yersiniosis, hepatitis B, sífilis, sífilis congénita, infección gonocócica, infección por *Chlamydia trachomatis*, linfogranuloma venéreo, dengue, fiebre exantemática mediterránea y fiebre Q.

Comentarios: En el año 2022, tras la relajación de medidas preventivas frente a la pandemia de COVID-19 que llevaban dos años implementadas, se han registrado aumentos de incidencia en la mayoría de enfermedades transmisibles sujetas a vigilancia: en todas las enfermedades respiratorias, las alimentarias, las de transmisión sexual y parenteral, las vectoriales importadas y la mayoría de inmunoprevenibles. Volvieron a destacar las infecciones de transmisión sexual (infección gonocócica, sífilis y *Chlamydia trachomatis*), con máximos de toda la serie histórica. También en máximos se situaron campilobacteriosis, shigelosis e infección por *E. coli* toxigénico.

2. INTRODUCCIÓN

El Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) constituye uno de los sistemas básicos de la Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid, integrada en la Red de Vigilancia Epidemiológica de España y ésta a su vez en la Unión Europea y en la OMS. Su finalidad es contribuir a la prevención y control de las enfermedades incluidas en la lista de declaración obligatoria. A efectos de notificación, desde 2013 la semana epidemiológica comienza a las 0 horas del lunes y finaliza a las 24 horas del domingo. En el 2022 la semana 1 comenzó el lunes 3 de enero de 2022 y la semana 52 finalizó el domingo 1 de enero de 2023.

La Orden 9/1997, de 15 de enero, de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, que desarrolla el Decreto 184/1996, de 19 de diciembre, por el que se crea la Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid, estableció la lista de enfermedades, sus modalidades de notificación, así como la difusión periódica de información en el Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Con posterioridad se desarrolló reglamentación complementaria a ésta. En 2015 se produce un cambio en la normativa reguladora de las EDO con la publicación de la Orden SSI/445/2015, de 9 de marzo, por la que se modifican los anexos I, II y III del Real Decreto 2210/1995, de 28 de diciembre, por el que se crea la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, relativos a la lista de enfermedades de declaración obligatoria, modalidades de declaración y enfermedades endémicas de ámbito local. La nueva normativa estatal amplía la lista de enfermedades a declarar, para incorporar enfermedades que deben de ser vigiladas en el marco de la Unión Europea.

También es oportuno recordar que desde 2009 se cuenta con captación automática de los casos EDO numéricos desde la historia clínica de Atención Primaria (todo episodio creado de gripe, varicela o herpes zóster). Desde A. Primaria también se captan el resto de EDO que han sido registrados como tal por los facultativos de este nivel asistencial (requiere voluntariedad para ello por parte de los mismos); una vez captados estos registros son revisados por los epidemiólogos, que validan su incorporación al sistema si cumplen los criterios de definición de caso de la Red de Vigilancia. Se mantiene la obligación para todos los médicos de notificar las EDO de declaración urgente (por teléfono o correo electrónico), ya que una notificación oportuna en el tiempo es fundamental para la toma adecuada de medidas de control.

En este informe, se describen las características del sistema de vigilancia (calidad de los datos, participantes en la notificación y tipo de notificación) y de las EDO registradas durante el año 2022 correspondientes a pacientes con residencia en la Comunidad de Madrid o que el período de incubación indicara que se hayan contagiado en esta Comunidad. Para cada enfermedad se presenta la distribución espacial y temporal de los casos y se analizan las variables clínicas y epidemiológicas básicas y algunas variables específicas de cada protocolo. Para la descripción espacial de los casos se ha utilizado la zonificación de la Comunidad de Madrid en distritos, basados en los antiguos distritos sanitarios (Gráfico 1). Los datos de la Comunidad de Madrid se comparan con los datos de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica de 2022 que están disponibles cuando se realiza el informe, proporcionados por el Centro Nacional de Epidemiología. Para describir la evolución temporal se utilizan los datos históricos del sistema de EDO tanto de la Comunidad de Madrid como del nivel nacional. Las enfermedades se presentan en los siguientes grupos: enfermedades de transmisión respiratoria, enfermedades de transmisión alimentaria, enfermedades prevenibles por vacunación, enfermedades de transmisión sexual y parenteral (excepto el VIH/sida), enfermedades de transmisión vectorial, enfermedades de transmisión zoonótica, otras meningitis y enfermedades notificadas por sistemas especiales.

En relación a los brotes epidémicos, se han incluido los casos de enfermedad ocurridos en situaciones de brote de las enfermedades contenidas en la lista de EDO. El análisis de todos los brotes epidémicos de 2022 se publicará en un próximo número del Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid.

3. METODOLOGÍA

3.1. FUENTES DE INFORMACIÓN

La información analizada procede de las notificaciones realizadas por los centros de atención primaria, centros de especialidades y hospitales del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) y por otras instituciones (sanitarias públicas o privadas, residencias de ancianos, colegios, particulares, centros de atención a menores, instituciones penitenciarias, instituciones militares, etc.). Además, se realiza una búsqueda activa de información a través de la consulta de la historia clínica electrónica y se realiza una exhaustiva revisión del CMBD para aumentar la calidad de los datos de cada caso registrado.

3.1.1. Variables

Se analizan las variables relacionadas con la notificación (centro notificador, nivel asistencial al que pertenece: atención primaria, especializada y otro) y con la enfermedad (variables epidemiológicas básicas -edad, sexo, país de origen, tipo de diagnóstico, clasificación (según certeza diagnóstica, forma de presentación y origen del riesgo), fecha de inicio de los síntomas y variables específicas de cada enfermedad).

3.1.2. Indicadores

Se han estimado indicadores de funcionamiento del sistema de vigilancia y de morbilidad notificada.

Indicadores del funcionamiento del sistema de vigilancia

- Número de centros notificadores.
- Número de notificaciones recibidas. Es habitual que de un mismo caso se reciban varias notificaciones. Los datos que contienen todas ellas se integran para completar la información necesaria.
- Número de casos notificados.
- Tasa de registro de hospitales del SERMAS: $\frac{\text{nº de casos EDO con datos básicos}}{\text{población asignada a cada hospital}} \times 100.000$
- Grado de cumplimentación de las variables (sólo para EDO con datos básicos).

Indicadores de Morbilidad

- Nº casos notificados y comparación con el año anterior.
- Tasas de incidencia acumulada por 100.000 habitantes (TI): para su cálculo se ha utilizado la población recogida en la actualización del Padrón Municipal de la Comunidad de Madrid de 2022, para el total de la Comunidad de Madrid y por distritos.
- Comparación histórica de tasas a través del porcentaje de variación de la tasa de incidencia acumulada de la Comunidad de Madrid del 2022 con respecto a la mediana del quinquenio anterior (2017-2021):

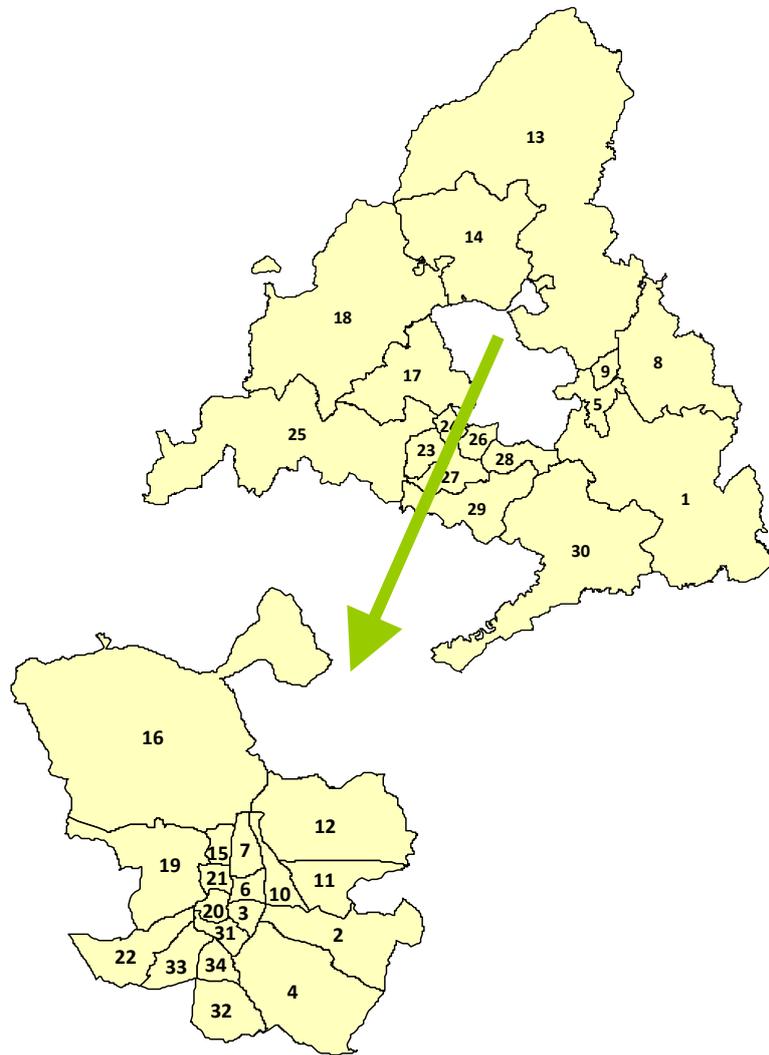
$$\frac{TI (CM 2022) - TI \text{ mediana } (CM 2017-2021)}{TI \text{ mediana } (CM 2017-2021)} \times 100$$

- Comparación de tasas con el nivel nacional a través de la razón de tasas de incidencia acumulada, tomando como referencia la tasa de incidencia de España.

$$\text{Razón de TI: } \frac{TI(CM)}{TI(España)}$$

Gráfico 1. Mapa de los antiguos distritos sanitarios de la Comunidad de Madrid*.

Distrito
1 - Arganda
2 - Moratalaz
3 - Retiro
4 - Vallecas
5 - Coslada
6 - Salamanca
7 - Chamartín
8 - Alcalá de Henares
9 - Torrejón de Ardoz
10 - Ciudad Lineal
11 - San Blas
12 - Hortaleza
13 - Alcobendas
14 - Colmenar Viejo
15 - Tetuán
16 - Fuencarral
17 - Majadahonda
18 - Collado Villalba
19 - Moncloa
20 - Centro
21 - Chamberí
22 - Latina
23 - Móstoles
24 - Alcorcón
25 - Navalcarnero
26 - Leganés
27 - Fuenlabrada
28 - Getafe
29 - Parla
30 - Aranjuez
31 - Arganzuela
32 - Villaverde
33 - Carabanchel
34 - Usera



*BOCM: Decreto 187/1998, de 5 de noviembre

4. RESULTADOS

4.1. FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA

4.1.1. Centros notificadores

Durante el año 2022 participaron en el sistema EDO 507 unidades notificadoras, siendo la mayoría centros de atención primaria (398 centros). El 11,4% eran centros de atención especializada hospitalaria (58 centros) y el resto de otros notificadores (10,1%) eran centros diversos (instituciones, residencias de personas mayores, centros de atención a menores, penitenciarías, colegios, etc.), en los que se incluyen además centros monográficos que notifican infecciones de transmisión sexual (Centro Sanitario Sandoval y Centros Municipales de Salud).

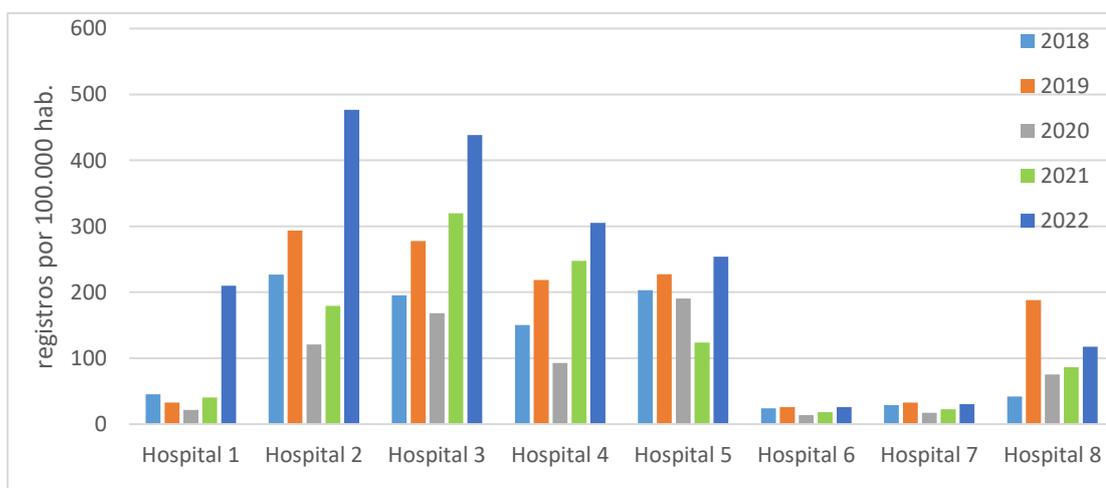
4.1.2. EDO notificadas según modalidad de notificación y nivel asistencial

Se registraron un total de 81.195 casos de EDO, de los cuales el 78,9% correspondía a EDO numéricas (gripe, varicela y herpes zóster) y el 21,1% restante (17.153 casos) a EDO con datos epidemiológicos básicos.

El 99,2% de los casos de enfermedad de declaración numérica fue notificado por el nivel de atención primaria, con un sistema automatizado de captación de episodios individualizados de las tres enfermedades en las que se aplica. En cuanto a las EDO con datos epidemiológicos básicos, el 74,2% fue notificado inicialmente por atención especializada, el 6,4% por atención primaria y el resto (19,4%) por otros notificadores. Hay que señalar que para este análisis sólo se considera el primer notificador de cada caso.

Respecto a los registros de nivel especializado hospitalario (EDO individualizadas con datos epidemiológicos básicos) se encontraron grandes diferencias entre los grandes hospitales (grupo funcional 3) del SERMAS (Gráfico 2). Así, en el año 2022, aunque la mayoría de hospitales superaron sus tasas de registros previos, hubo dos de los ocho hospitales del SERMAS de este grupo que presentaron una tasa menor de 40 registros por cada 100.000 usuarios asignados, frente a otros cinco con tasas superiores a 200 registros. Estas diferencias reflejan fundamentalmente la heterogeneidad en notificaciones de nuevas EDO que tienen más peso por su alta incidencia (campilobacteriosis, salmonelosis, infecciones por chlamydia, gonococo...), existiendo hospitales en los que sus datos (confirmaciones microbiológicas de estas enfermedades con su posterior revisión de historia clínica) no se han incorporado al sistema.

Gráfico 2. Tasa de registro de EDO con datos básicos de los ocho hospitales del SERMAS de grupo funcional 3 (nº de EDO registradas por hospital/población asignada a cada hospital por 100.000 hab.). Años 2018-2022.



4.1.3. Grado de cumplimiento de variables

El grado de cumplimentación de las variables recogidas en la notificación de los casos de EDO con datos epidemiológicos básicos ha sido óptimo en las variables edad, sexo, lugar de residencia, país de origen y clasificación epidemiológica de los casos (confirmados, probables o sospechosos), con una cumplimentación de 100%.

En cuanto a otras variables de interés epidemiológico, como la cumplimentación de la fecha de inicio de síntomas, ha sido del 60%.

4.2. COMPARACIÓN DE LA INCIDENCIA EN 2022 CON AÑOS ANTERIORES

4.2.1. Datos globales

Se presenta el número de casos y tasas de incidencia acumulada anual en el periodo 2013 a 2022 en la Comunidad de Madrid (tablas 4.2.a y b). En la tabla 4.2.c se presentan los indicadores de morbilidad de las enfermedades con algún caso notificado en la Comunidad de Madrid en los últimos años. Los datos pueden contener pequeñas modificaciones respecto a informes previos debido al continuo proceso de revisión.

Con respecto al número de casos hay que reseñar el aumento registrado en 2022 de las siguientes enfermedades sometidas a vigilancia: gripe, legionelosis, lepra, tuberculosis, campilobacteriosis, criptosporidiosis, infección por *E. coli* toxigénico, fiebre tifoidea y paratifoidea, giardiasis, hepatitis A, listeriosis, salmonelosis, shigelosis, yersiniosis, hepatitis B, hepatitis C, infección gonocócica, infección por *Chlamydia trachomatis*, linfogranuloma venéreo, sífilis, sífilis congénita, enfermedad meningocócica, enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae*, enfermedad neumocócica invasora, parotiditis, herpes zóster, varicela, meningitis víricas, fiebre Q, tularemia, dengue, Chikungunya, Zika, paludismo y fiebre exantemática mediterránea. Se registró menor número de casos que en 2021 en: botulismo, parálisis flácida aguda (menores de 15 años), sarampión, tétanos, tosferina, otras meningitis bacterianas, leishmaniasis, brucelosis, hidatidosis y encefalopatía espongiiforme. Ha mantenido el mismo número de casos el registro de leptospirosis (dos casos).

En el gráfico 4.2 se compara la incidencia acumulada de Enfermedades de Declaración Obligatoria notificadas en la Comunidad de Madrid en el año 2022 con la mediana de la incidencia de la Comunidad de Madrid en el quinquenio anterior. En esta comparación se observa una incidencia en 2022 por debajo de la mediana de los 5 años anteriores (porcentajes negativos en la gráfica) en casi todas las enfermedades salvo en legionelosis, campilobacteriosis, infección por *E. coli* toxigénico, listeriosis, shigelosis, yersiniosis, hepatitis B, sífilis, sífilis congénita, infección gonocócica, infección por *Chlamydia trachomatis*, linfogranuloma venéreo, dengue, fiebre exantemática mediterránea y fiebre Q. Se ha observado una menor tasa de incidencia en relación con la mediana de incidencia del quinquenio anterior para: gripe, lepra, tuberculosis, botulismo, criptosporidiosis, fiebre tifoidea y paratifoidea, giardiasis, hepatitis A, salmonelosis, hepatitis C, enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae*, enfermedad meningocócica, enfermedad neumocócica invasora, parotiditis, sarampión, tosferina, herpes zóster, varicela, meningitis víricas, otras meningitis bacterianas, Chikungunya, Zika, fiebre recurrente transmitida por garrapatas, leishmaniasis, paludismo e hidatidosis.

No se han registrado casos en 2022 de: síndrome respiratorio agudo grave, cólera, triquinosis, poliomielitis, sarampión, rubéola, rubéola congénita, tétanos, tétanos neonatal, encefalitis transmitida por garrapatas, fiebre amarilla, fiebre del Nilo Occidental, fiebre hemorrágica vírica, fiebre recurrente transmitida por garrapatas, infección congénita por virus Zika, peste, rabia, toxoplasmosis congénita y carbunco.

4.2.2. Datos por grupos de enfermedades

A continuación, se comparan los indicadores por grupos de enfermedades:

Enfermedades de transmisión respiratoria

Hasta el segundo año de la pandemia por COVID-19, las restricciones de movilidad y de contacto social, así como las medidas de prevención utilizadas en la pandemia, en especial el uso de mascarillas, modificaron la epidemiología de algunas enfermedades, especialmente las de transmisión respiratoria. Tras el levantamiento de estas medidas, la incidencia de gripe, legionelosis y tuberculosis ha aumentado de forma notable sus incidencias durante 2022. La incidencia de gripe es 14 veces superior a 2021, pero sin alcanzar las cifras de años anteriores. La legionelosis ha aumentado de forma considerable (un 32%) durante 2022, llegando a los 163 casos (sin asociación en brote comunitario). También la incidencia de tuberculosis aumentó un 8% respecto a 2021.

Enfermedades de transmisión alimentaria e hídrica

Todas las enfermedades han aumentado su incidencia respecto al año anterior excepto el botulismo, cólera y triquinosis (en estas dos últimas no se han producido casos), y han superado las medianas de las incidencias del quinquenio anterior: campilobacteriosis, infección por *E. coli* productor de toxina Shiga o Vero, listeriosis, shigelosis y yersiniosis.

Enfermedades prevenibles por vacunación

Dentro de este grupo, aumentaron la incidencia de las enfermedades bacterianas invasivas: enfermedad meningocócica, enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae* y enfermedad neumocócica invasora, pero sin llegar a los valores prepandémicos y con tasas inferiores a la mediana del quinquenio previo. La tosferina y la parotiditis permanecieron en tasas muy bajas, como en el año 2021, con escasos casos confirmados. Varicela y herpes zóster aumentaron ligeramente su incidencia, manteniéndose al igual que todas las enfermedades de este grupo en valores por debajo de la mediana de los últimos 5 años. No se confirmaron casos de sarampión, algo que no ocurría desde 2009.

Enfermedades de transmisión sexual y parenteral

En el año 2022 todas las infecciones de transmisión sexual han experimentado un incremento sensible respecto a las cifras notificadas el año anterior. Chlamydia y gonococo han visto aumentadas sus tasas de incidencia un 30,5% y 14,9% respectivamente. En el caso del linfogranuloma el incremento llega a prácticamente el 66%. También la sífilis sube de 20,23 a 24,72 casos por 100.000 habitantes y la sífilis congénita ha pasado de solo un caso en 2021 a 5 en 2022. En estos últimos, la mayoría de los casos propiciada por un inadecuado control y seguimiento del embarazo asociado a circunstancias de migración y situación social de riesgo de la madre. En la incidencia de casos notificados de hepatitis B aguda también se refleja el incremento pasando de 0,21 a 0,58 casos por 100.000 habitantes.

Enfermedades transmitidas por vectores

En 2022 se produjo un aumento muy notable de casos de dengue, todos importados, en relación con el año anterior y la mediana del quinquenio previo. También la fiebre exantemática mediterránea presentó cifras superiores a las registradas en esos mismos períodos.

Tanto la enfermedad por virus Chikungunya y la enfermedad por virus Zika como la leishmaniasis y el paludismo se mantuvieron en incidencias inferiores a las de las medianas del quinquenio anterior.

Enfermedades de transmisión zoonótica

La incidencia registrada de fiebre Q creció con respecto al año anterior y fue superior a la mediana del quinquenio anterior. Respecto al resto de enfermedades no hay variaciones especialmente reseñables en relación con los últimos años.

Otras

La incidencia de EETH en 2022 se mantuvo en línea con la de la mediana del quinquenio anterior.

Gráfico 4.2. Comparación de la tasa de incidencia acumulada en el año 2022 con la mediana de las tasas de incidencia en el quinquenio 2017-2021. Porcentaje de variación. Comunidad de Madrid. Año 2022.

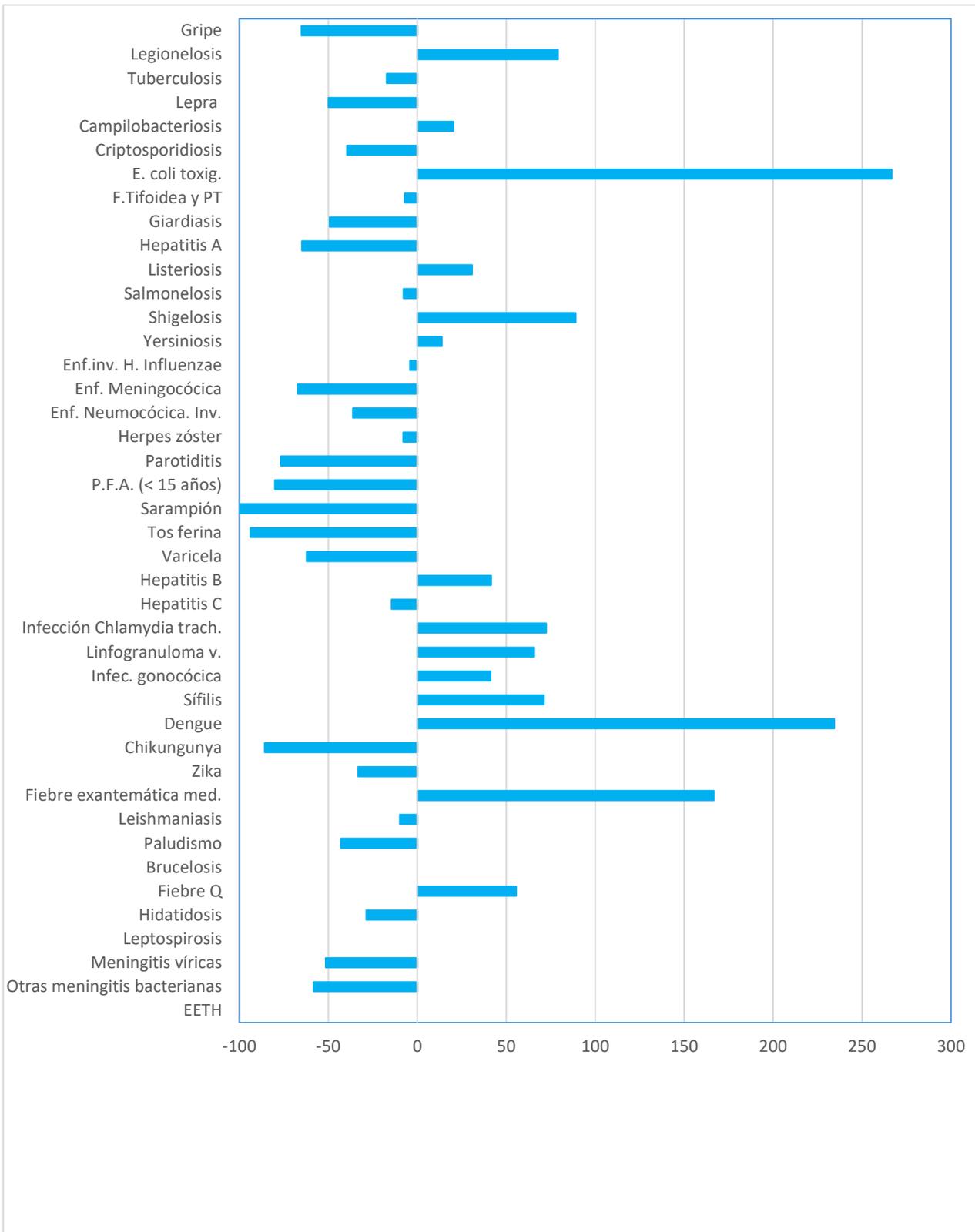


Tabla 4.2.a. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Número de casos Comunidad de Madrid. Años 2013 a 2022. &

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
ENFERMEDADES DE TRANSM. RESP.										
Gripe	58.640	44.700	114.203	83.938	91577	80293	100514	88016	2077	30503
Legionelosis	77	82	81	53	87	142	89	69	111	163
Lepra	1	2	1	4	2	1	3	0	0	1
TUBERCULOSIS										
Tuberculosis	705	637	676	683	604	592	616	470	465	502
ENFERMEDADES DE TRAN. ALIMEN										
Botulismo	0	3	1	0	1	0	1	0	4	1
Campilobacteriosis*				1821	2174	2612	2832	2102	2534	3049
Criptosporidiosis*				47	85	69	54	19	14	33
E. coli productor toxina*				6	9	8	8	4	6	30
Fiebre tifoidea y paratifoidea	4	3	6	7	11	9	10	2	3	9
Giardiasis*				449	435	404	437	174	125	210
Hepatitis A	78	79	68	228	1028	369	129	34	21	46
Listeriosis*				47	59	92	89	43	57	80
Salmonelosis (exc. f.tifoi y parat.)*				2006	1801	1274	1051	609	771	983
Shigelosis*	19	20	48	45	59	61	99	37	51	116
Triquinosis	28	0	0	1	1	0	0	0	0	0
Yersiniosis*				67	79	75	123	66	78	89
ENF. TRANS. SEXUAL Y PARENTERAL										
Hepatitis B*	76	104	39	44	47	27	29	14	14	39
Hepatitis C*				578	617	661	598	349	449	519
Infección Chlamydia trac (exc.LGV)*				1229	1614	2305	3370	2353	3127	4080
Linfogranuloma venéreo*				120	169	179	254	248	209	347
Infección. gonocócica	875	1130	1.200	1.517	1878	2760	2969	1997	3480	3998
Sífilis	837	798	452	567	619	785	1145	978	1366	1669
Sífilis congénita	0	0	0	0	3	4	1	1	1	5
ENFERMEDADES INMUNOPREVE.										
Difteria	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0
Enf. meningocócica	43	25	47	24	27	43	56	33	3	11
Enf. inv. por H. Influenzae	17	21	29	35	48	48	61	18	11	47
Enf. neumocócica invasora	400	494	558	594	668	664	698	240	211	435
Hepes Zoster*				32540	33857	34177	35042	29805	30816	32291
Parotiditis	1952	551	515	848	938	1476	1875	501	132	227
P.F.A.(<15 años)***	8	9	8	12	7	7	2	5	5	1
Rubéola	1	1	2	2	0	0	0	0	0	0
Sarampión	3	2	5	9	1	13	47	1	2	0
Tétanos	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Tosferina	248	376	788	591	268	347	228	72	16	14
Varicela	5673	6196	8361	10630	4898	3552	3260	1272	994	1248
ENFERMEDADES TRANS. VECTORIA										
Dengue*				94	36	54	86	29	13	124
Enfermedad virus Chikungunya*				44	27	14	15	5	0	2
Enfermedad por virus de Zika*				105	22	8	4	0	1	3
Fiebre del Nilo Occidental				0	0	1	0	0	0	0
Fiebre Exantemática Mediterránea*				24	20	7	10	15	7	27
Fiebre Hemorrágica vírica*				1	0	0	0	0	0	0
F. recurren trans. por garrapatas*				1	2	4	1	0	0	0
Leishmaniasis	144	137	84	75	79	64	48	28	55	49
Paludismo	178	192	141	147	158	168	165	42	74	94
ANTROPOZOONOSIS										
Brucelosis	1	4	4	2	3	1	2	0	5	2
Fiebre Q*				15	34	22	24	12	26	38
Hidatidosis*				26	22	12	5	14	22	10
Leptospirosis*				4	0	0	2	2	2	2
Toxoplasmosis congénita*				1	0	3	0	0	0	0
Tularemia*				0	1	0	0	0	0	1
Rabia	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Otras Meningitis										
Meningitis Víricas	284	148	286	238	164	153	136	76	59	67
Otras meningitis bacterianas	58	64	51	43	39	53	30	43	29	17
ENF. NOTIFICADAS SIS.ESPECIALES										
EETH **	17	9	13	21	15	11	8	14	15	14
Infección congénita por v. Zika*				0	1	0	0	0	0	0

& Los datos pueden contener pequeñas modificaciones respecto a informes previos debido al continuo proceso de revisión.

*Enfermedades en las que se ha cambiado la definición de caso respecto a años previos o se han incluido en el año 2015 en la Red de Vigilancia EDO. **EETH: Encefalopatías espongiiformes transmisibles humanas. *** P.F.A. (<15 años) Parálisis flácida aguda (menores de 15 años).

Tabla 4.2.b. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Tasas por 100.000 habitantes. Comunidad de Madrid. Años 2013 a 2022. &

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
ENFERMEDADES DE TRANSM. RESP.										
Gripe	902,77	692,55	1774,17	1297,94	1407,32	1220,61	1508,45	1298,19	30,76	451,87
Legionelosis	1,19	1,27	1,26	0,82	1,34	2,16	1,34	1,02	1,64	2,4
Lepra	0,02	0,03	0,02	0,06	0,03	0,02	0,05	0	0	0,01
TUBERCULOSIS										
Tuberculosis	10,85	9,87	10,5	10,56	9,28	9	9,24	6,93	6,89	7,44
ENFERMEDADES DE TRAN. ALIMEN										
Botulismo	0	0,05	0,02	0	0,02	0	0,02	0	0,06	0,01
Campilobacteriosis*				28,16	33,41	39,71	42,50	31	37,53	45,17
Criptosporidiosis*				0,73	1,29	1,05	0,81	0,28	0,21	0,49
E. coli productor toxina*				0,09	0,14	0,12	0,12	0,06	0,09	0,44
Fiebre tifoidea y paratifoidea	0,06	0,05	0,09	0,11	0,17	0,14	0,15	0,03	0,04	0,13
Giardiasis*				6,94	6,68	6,14	6,56	2,57	1,85	3,11
Hepatitis A	1,2	1,22	1,06	3,53	15,8	5,61	1,94	0,5	0,31	0,68
Listeriosis*				0,73	0,91	1,4	1,34	0,63	0,84	1,19
Salmonelosis (exc. f.tifoi y parat.)*				31,02	27,68	19,37	15,77	8,98	11,42	14,56
Shigelosis*	0,29	0,31	0,75	0,7	0,91	0,93	1,49	0,55	0,76	1,72
Triquinosis	0,43	0	0	0,02	0,02	0	0	0	0	0
Yersiniosis*				1,04	1,21	1,14	1,85	0,97	1,16	1,32
ENF. TRANS. SEXUAL Y PARENTERAL										
Hepatitis B*	1,17	1,61	0,68	0,59	0,72	0,41	0,44	0,22	0,21	0,58
Hepatitis C*				8,94	9,48	10,05	8,97	5,15	6,65	7,67
Infección Chlamydia trac (exc.LGV)*				19	24,8	35,04	50,57	34,71	46,32	60,44
Linfogranuloma venéreo*				1,86	2,6	2,72	3,81	3,66	3,1	5,14
Infección gonocócica	13,47	17,51	18,64	23,46	28,86	41,96	44,56	29,54	51,55	59,23
Sífilis	12,89	12,36	7,02	8,77	9,59	11,99	17,26	14,44	20,23	24,72
Sífilis congénita	0	0	0	0	0,05	0,06	0,02	0,01	0,01	0,07
ENFERMEDADES INMUNOPREVE.										
Difteria	0	0	0	0	0	0	0,03	0,01	0	0
Enf. meningocócica	0,66	0,39	0,73	0,37	0,41	0,65	0,84	0,49	0,04	0,16
Enf. inv. por H. Influenzae	0,26	0,33	0,45	0,54	0,74	0,73	0,92	0,27	0,16	0,7
Enf. neumocócica invasora	6,16	7,65	8,67	9,19	10,27	10,09	10,48	3,54	3,13	6,44
Herpes Zoster*				503,17	520,3	519,56	525,87	439,61	456,45	478,36
Parotiditis	30,05	8,54	8	13,11	14,41	22,44	28,14	7,39	1,96	3,36
P.F.A.(<15 años)***	0,79	0,89	0,79	1,18	0,69	0,69	0,2	0,49	0,5	0,1
Rubéola	0,02	0,02	0,03	0,03	0	0	0	0	0	0
Sarampión	0,05	0,03	0,08	0,14	0,02	0,2	0,71	0,01	0,03	0
Tétanos	0	0	0	0	0	0	0	0	0,01	0
Tosferina	3,82	5,83	12,24	9,14	4,12	5,28	3,42	1,06	0,24	0,21
Varicela	87,34	96	129,89	164,37	75,27	54	48,92	18,76	14,72	18,49
ENFERMEDADES TRANS. VECTORIA										
Dengue*				1,45	0,55	0,82	1,29	0,43	0,19	1,84
Enfermedad virus Chikungunya*				0,68	0,41	0,21	0,23	0,07	0	0,03
Enfermedad por virus de Zika*				1,62	0,34	0,12	0,06	0	0,01	0,04
Fiebre del Nilo Occidental				0	0	0,02	0	0	0	0
Fiebre Exantemática Mediterránea*				0,37	0,31	0,11	0,15	0,22	0,12	0,4
Fiebre Hemorrágica vírica*				0,02	0	0	0	0	0	0
F. recurren trans. por garrapatas*				0,02	0,03	0,06	0,02	0	0	0
Leishmaniasis	2,22	2,12	1,3	1,16	1,21	0,96	0,72	0,41	0,81	0,73
Paludismo	2,74	2,97	2,19	2,27	2,43	2,55	2,48	0,62	1,1	1,39
ANTROPOZOONOSIS										
Brucelosis	0,02	0,06	0,06	0,03	0,05	0,02	0,03	0	0,07	0,03
Fiebre Q*				0,23	0,52	0,33	0,36	0,18	0,39	0,56
Hidatidosis*				0,4	0,34	0,18	0,08	0,21	0,33	0,15
Leptospirosis*				0,06	0	0	0,03	0,03	0,03	0,03
Toxoplasmosis congénita*				0,02	0	0,05	0	0	0	0
Tularemia*				0	0,02	0	0	0	0	0,01
Rabia	0	0,02	0	0	0	0	0	0	0	0
Otras Meningitis										
Meningitis Víricas	4,37	2,29	4,44	3,68	2,52	2,33	2,04	1,12	0,87	0,99
Otras meningitis bacterianas	0,89	0,99	0,79	0,66	0,6	0,81	0,45	0,63	0,43	0,25
ENF. NOTIFICADAS SIS.ESPECIALES										
EETH**	0,26	0,14	0,2	0,32	0,23	0,17	0,12	0,21	0,22	0,21
Infección congénita por v. Zika*				0	0,02	0	0	0	0	0

& Los datos pueden contener pequeñas modificaciones respecto a informes previos debido al continuo proceso de revisión.

*Enfermedades en las que se ha cambiado la definición de caso respecto a años previos o se han incluido en el año 2015 en la Red de Vigilancia EDO. **EETH: Encefalopatías espongiformes transmisibles humanas. *** P.F.A. (<15 años) Parálisis flácida aguda (menores de 15 años).

Tabla 4.2.c. Enfermedades de Declaración Obligatoria: indicadores de morbilidad. Comunidad de Madrid. Año 2022. &

	Casos 2022	Tasas 2022	Diferencia de casos COMUNIDAD DE MADRID 2022 -2021	% variación TI 2022 COMUNIDAD DE MADRID respecto mediana 2017-2021
ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN RESPIRATORIA				
Gripe	30503	451,87	28426	-65,2
Legionelosis	163	2,4	53	79,1
Lepra	1	0	1	-50
TUBERCULOSIS				
Tuberculosis	502	6,9	37	-17,3
ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN ALIMENTARIA				
Campilobacteriosis	3049	45,17	514	20,4
Criptosporidiosis	33	0,49	19	-39,5
E. coli productor toxina	30	0,44	24	266,7
Fiebre tifoidea y paratifoidea	9	0,13	6	-7,1
Giardiasis	210	3,11	85	-49,3
Hepatitis A	46	0,68	25	-64,9
Listeriosis	80	1,19	22	30,8
Salmonelosis (exc. f.tifoi y parat.)	983	14,56	211	-7,7
Shigelosis	116	1,72	65	89
Yersiniosis	89	1,32	17	13,8
ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y PARENTERAL				
Hepatitis B	39	0,58	25	41,5
Hepatitis C	518	7,67	69	-14,5
Infección Chlamydia trac (exc. LGV)	4080	60,44	953	72,5
Linfogranuloma venéreo	347	24,72	138	65,8
Infección gonocócica	3998	59,23	516	41,2
Sífilis	1669	24,72	303	71,2
Sífilis congénita	5	0,07	4	250
ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES				
Enf. meningocócica	11	0,16	8	-67,3
Enf. inv. por H. Influenzae	47	0,7	36	-4,1
Enf. neumocócica invasora	435	6,44	224	-36,2
Herpes zóster	32291	478,36	1475	-7,9
Parotiditis	227	3,36	95	-76,7
P.F.A.(<15 años)***	1	0,1	-4	-80
Rubéola	0	0	0	-
Sarampión	0	0	-2	-100
Tosferina	14	0,21	-2	-93
Varicela	1248	18,49	254	-62,2
ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN VECTORIAL				
Dengue	124	1,84	111	234,5
Enfermedad virus Chikungunya	2	0,03	2	-85,7
Enfermedad por virus de Zika	3	0,04	2	-33,3
Fiebre Exantemática Mediterránea	27	0,4	19	166,7
F. recurren trans. por garrapatas	0	0	0	-100
Leishmaniasis	49	0,73	-6	-9,9
Paludismo	94	1,39	20	-42,8
ANTROPOZOONOSIS				
Brucelosis	2	0,03	-3	0
Fiebre Q	38	0,56	12	55,6
Hidatidosis	12	0,18	-11	-28,6
Leptospirosis	2	0,03	0	0
OTRAS MENINGITIS				
Meningitis Víricas	67	0,99	8	-51,5
Otras meningitis bacterianas	17	0,25	-12	-58,3
ENF. NOTIFICADAS SIS.ESPECIALES				
EETH **	14	0,21	-1	0

& Los datos pueden contener pequeñas modificaciones respecto a informes previos debido al continuo proceso de revisión.

***EETH: Encefalopatías espongiiformes transmisibles humanas. *** P.F.A. (<15 años) Parálisis flácida aguda (menores de 15 años).

5. DESCRIPCIÓN DE LAS ENFERMEDADES

5.1. ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN RESPIRATORIA

5.1.1. Gripe

En el año 2022 se registraron en la Comunidad de Madrid un total de 30.503 casos de gripe, valor en ascenso con respecto a la temporada previa (2077 casos), pero sin alcanzar los registros previos a la pandemia de COVID-19. La tasa de incidencia fue de 451,87 casos por 100.000 habitantes, siendo ligeramente superior a la tasa de 413,12 registrada para el conjunto de España. El fin de las restricciones de la pandemia de COVID-19, aumentando la movilidad y el contacto social, han podido favorecer el aumento de casos con respecto al año anterior.

En el año 2022 se registraron 8 brotes en residencias de personas mayores, con un total de 87 casos y de los cuales 58 requirieron ingreso hospitalario; además se produjo brote en un hospital de larga estancia con 3 casos y 5 expuestos. Se identificó como agente causal el subtipo A.

En el gráfico 5.1.1.a. se presenta la evolución de la gripe de los últimos 14 años y en la gráfica 5.1.1.b. la incidencia por semanas de las últimas 6 temporadas.

Gráfico 5.1.1.a. Tasas de gripe por año de notificación. EDO. Comunidad de Madrid y España. Años 2009-2022.

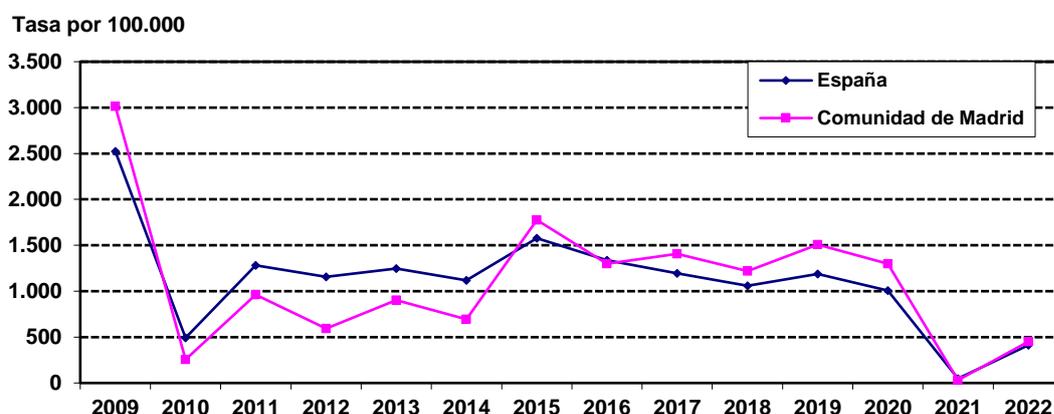
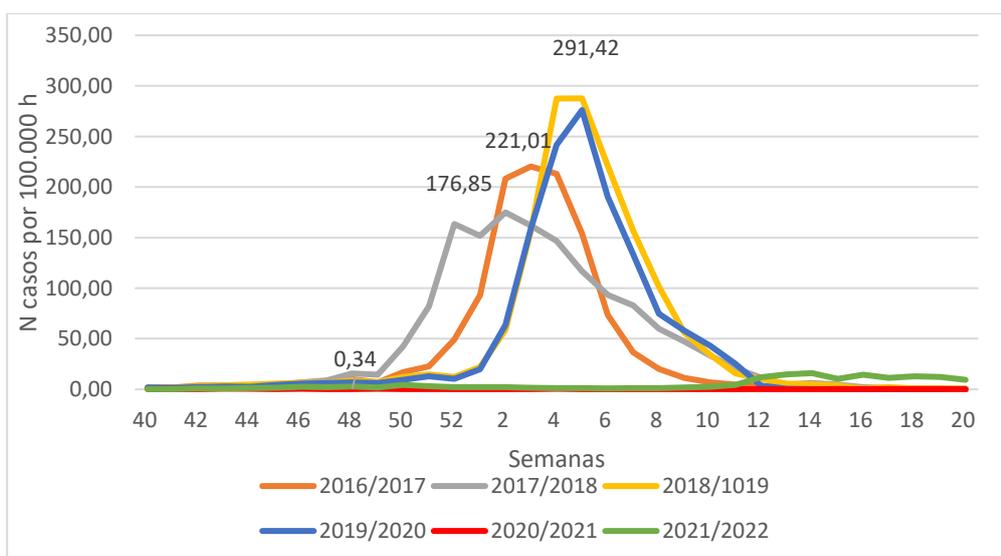


Gráfico 5.1.1.b. Incidencia semanal de gripe. Temporada 2021-2022 y cinco temporadas anteriores. EDO. Comunidad de Madrid.



5.1.2. Legionelosis

En el año 2022 se registraron un total de 163 casos de legionelosis en la Comunidad de Madrid. En 2021 fueron 111, lo que presenta un aumento del 32%. La tasa de incidencia ha sido de 2,41 casos por 100.000 habitantes. Esta incidencia sigue siendo inferior a la de España (Gráfico 5.1.2.a)

La neumonía fue la forma de presentación en todos los casos. Los distritos más afectados fueron el de San Blas (5,63 por 100.000), seguido por Aranjuez (4,95 por 100.000 habitantes), Salamanca (4,81 por 100.000) y Alcalá de Henares (4,00 por 100.000). No se ha encontrado agregación de casos en estos distritos.

Por semana de aparición de síntomas, se ve un aumento de casos hacia los últimos meses del año, aunque todos fueron casos esporádicos (Gráfico 5.1.2.b).

De los 163 casos, 117 (71,8%) fueron hombres. La edad media de los casos fue de 66 años, con un rango comprendido entre los 26 y los 100 años. El 52,8% de los casos fueron mayores de 65 años (Gráfico 5.1.2.c).

El 99,3% se clasificaron como casos confirmados mediante la determinación de antígeno de *L. pneumophila* SG1 en orina y/o aislamiento en muestras respiratorias. En uno de los ocho aislamientos se identificó *Legionella longbeach*. Solo un caso se clasificó como probable, diagnosticado por seroconversión.

Los principales factores predisponentes observados para la adquisición de la enfermedad fueron: ser fumador (39,3%), tener diabetes mellitus (30,7%), padecer enfermedad pulmonar crónica (17,8%), presentar algún tipo de inmunosupresión (16,9%), cáncer (8%) o nefropatía (6,7%). Estos factores de riesgo no son excluyentes.

Respecto a la evolución, el 92,6% se han curado, uno presentó secuelas y 10 (6,1%) han fallecido; estos últimos presentaban importante patología de base. En 27 casos (16,5%) fue necesario el ingreso en una Unidad de Cuidados Intensivos.

En cuanto al ámbito de presentación, 139 (85,2%) fueron comunitarios, seis (3,7%) nosocomiales y el 11,1% (18 casos) se clasificaron como asociados a viaje, considerando como tales aquellos casos que han pasado una o más noches en alojamientos fuera de su residencia habitual en los 10 días previos al inicio de los síntomas; en cinco de ellos el viaje fue fuera de España.

Se han notificado dos brotes, uno nosocomial y otro asociado a viajes, cada uno con dos casos.

Respecto a centros con personas vulnerables, se han notificado dos casos en un centro penitenciario y nueve en residencias de personas mayores. En ninguno de los dos ámbitos se ha encontrado agregación de casos.

Gráfico 5.1.2.a. Tasas de legionelosis por año de notificación. EDO. Comunidad de Madrid y España. Años 2013-2022.

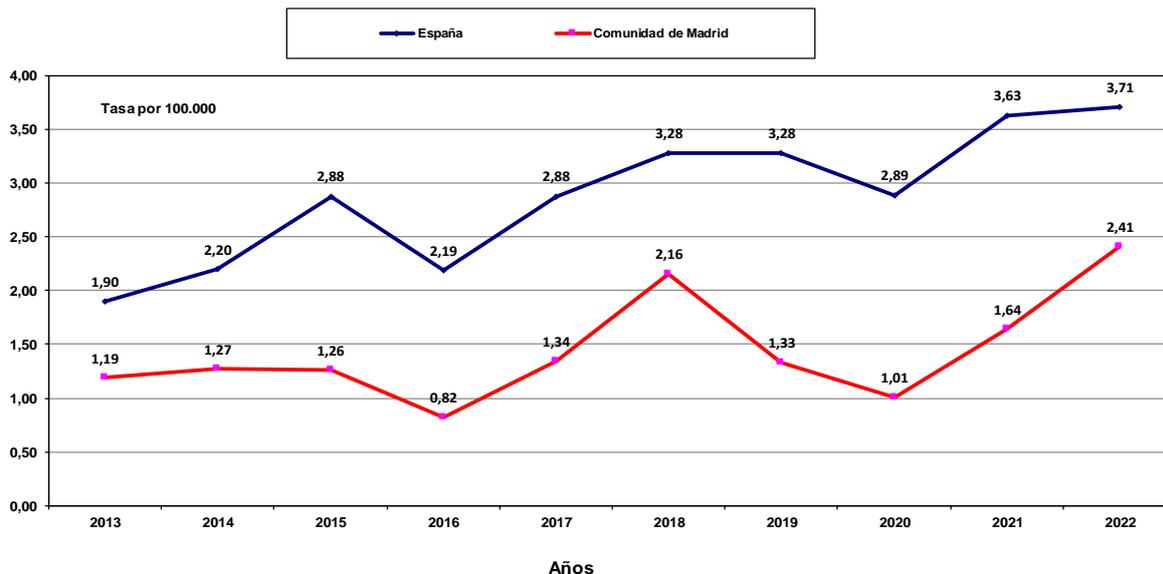


Gráfico 5.1.2.b. Casos de legionelosis por semana epidemiológica de aparición de los síntomas. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2022.

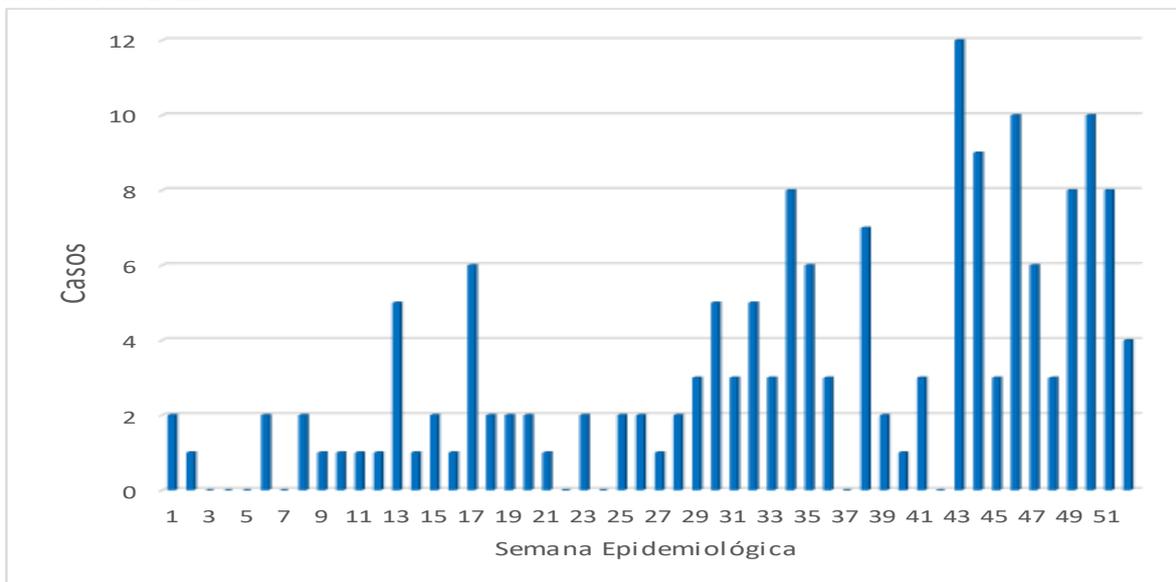


Gráfico 5.1.2.c. Casos de legionelosis por sexo y edad. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2022.

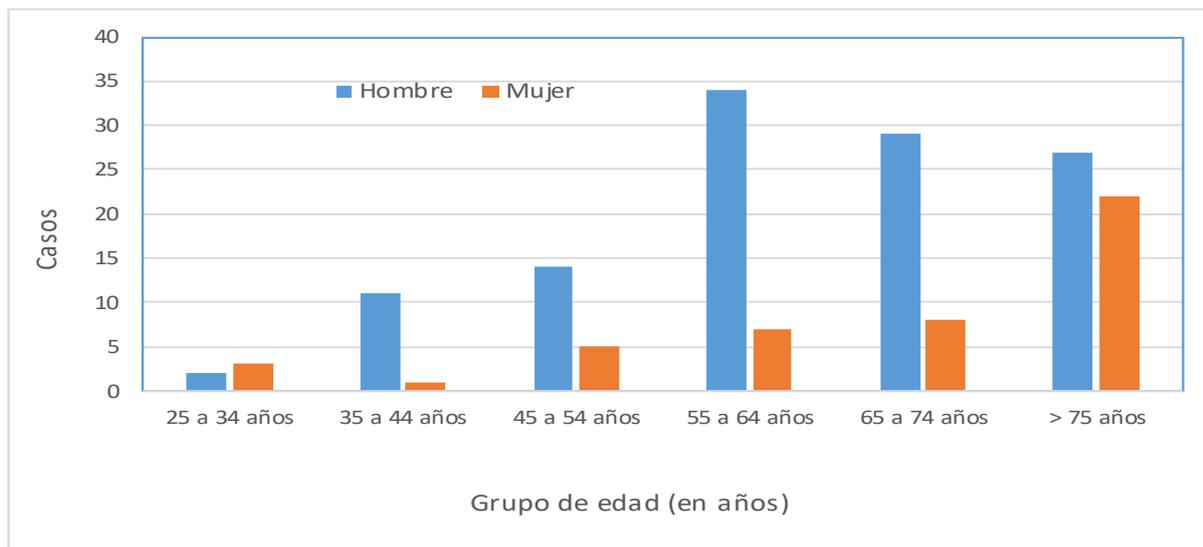
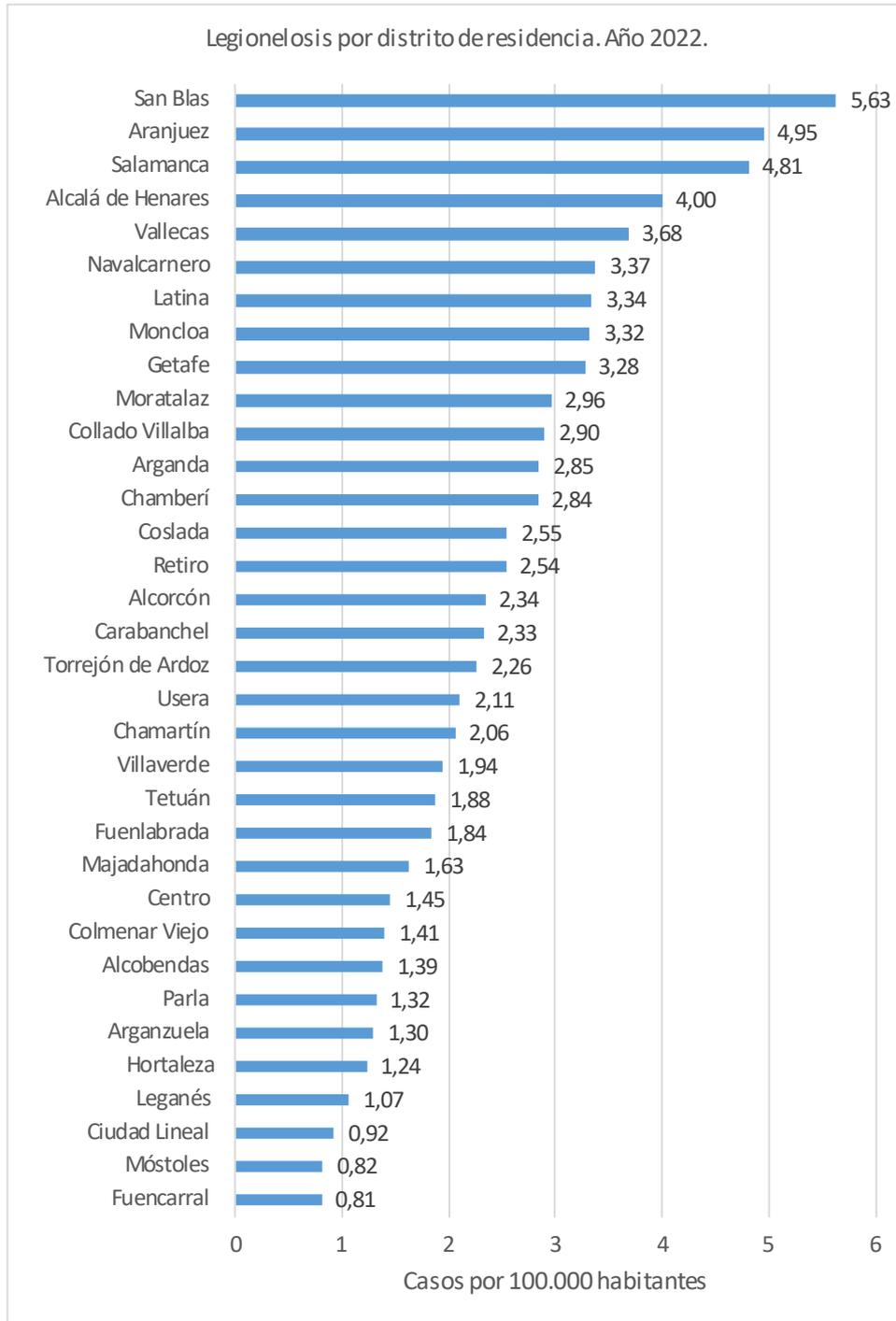
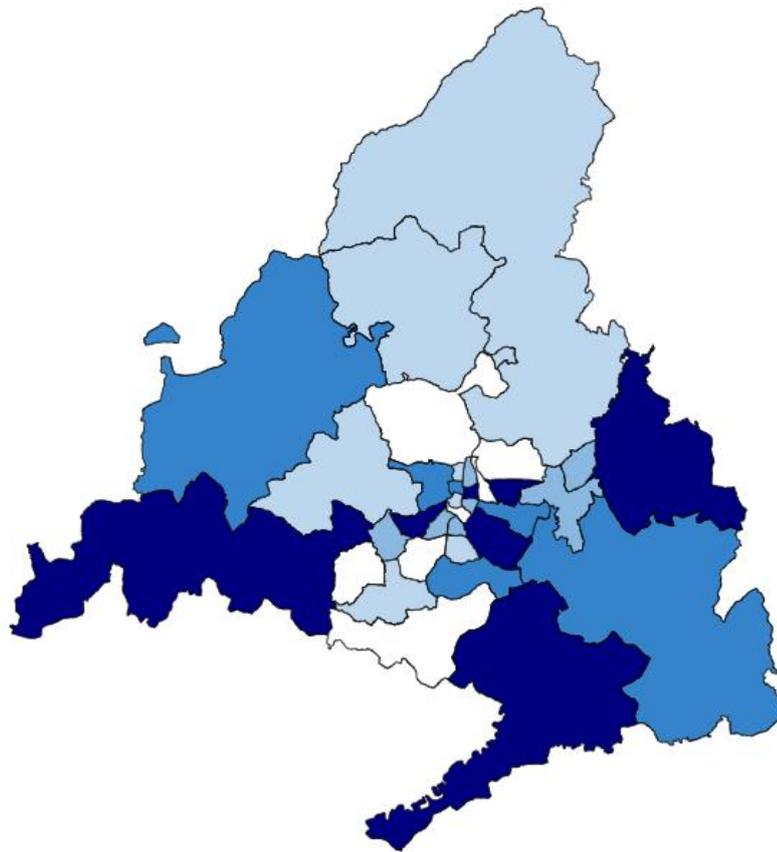
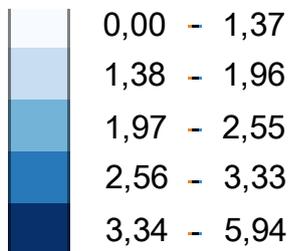


Gráfico 5.1.2.d. Tasas de incidencia de legionelosis por distrito de residencia. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2022.

Mapa 5.1.2. Tasas de incidencia de legionelosis por distrito de residencia. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2022.



Casos por 100.000 habitantes

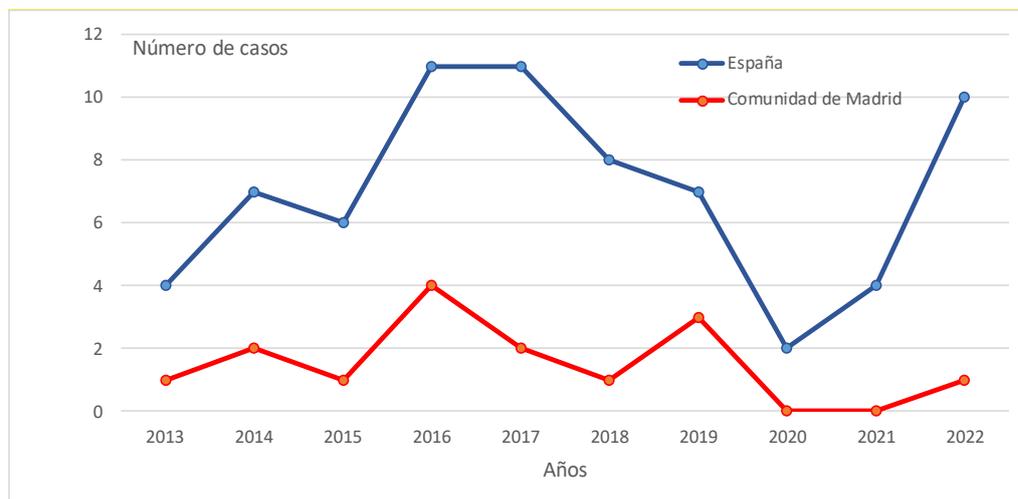


5.1.3. Lepra

En el año 2022 se notificó un caso de lepra en la Comunidad de Madrid; en 2020 y 2021 no se registró ninguno. La incidencia en 2022 ha sido de 0,01 por 100.000 habitantes. En España se notificaron 10 casos.

El caso es un varón, diagnosticado de lepra lepromatosa multibacilar, profesional sanitario procedente de América Central donde había tratado a pacientes con esta enfermedad.

Gráfico 5.1.3.a. Nº de casos de lepra por año de notificación. EDO. Comunidad de Madrid y España. Años 2013-2022.



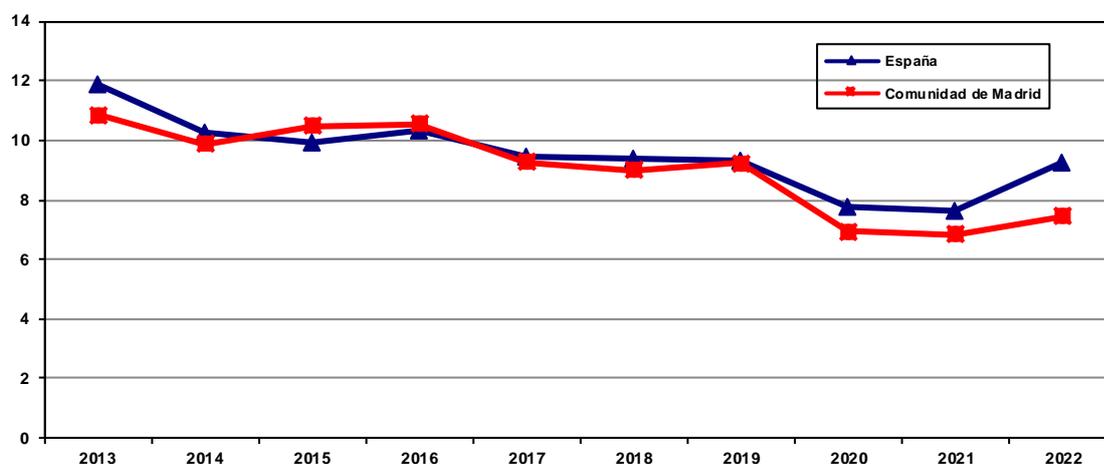
5.1.4. Tuberculosis

Durante el año 2022 se notificaron un total de 502 casos de tuberculosis en personas residentes en la CM, lo que supone una tasa de incidencia 7,44 casos por 100.000 habitantes. Durante el año 2021 se registraron 465 casos (6,89/100.000). En 2019, año anterior a la pandemia, fueron 616 casos (9,24 por 100.000). (Gráfico 5.1.4.a).

Estas tasas de incidencia tan variables en los últimos años, coincidentes con la pandemia por COVID 19, se podrían explicar por el levantamiento de las restricciones, periodos de desescalada y posteriormente la normalización paulatina tanto de la actividad social, laboral y de la actividad asistencial.

Gráfico 5.1.4.a. Incidencia de tuberculosis por año de notificación. EDO. Comunidad de Madrid y España. Años 2013-2022.

Tasa por 100.000

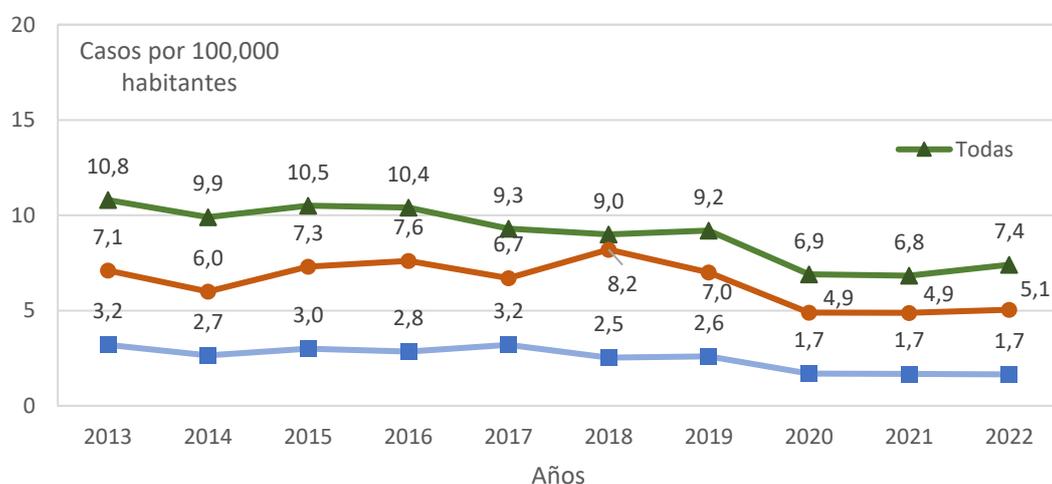


En cuanto al sexo, hay un predominio masculino, con 307 casos en varones, que representan el 61% del total de casos y una tasa de incidencia de 9,50 casos por 100.000, frente a 195 (39%) casos en mujeres con una incidencia de 5,53 casos por 100.000. Por grupos de edad, la incidencia más elevada se observa en el grupo de 25 a 34 años (11,55 casos por 100.000 habitantes), seguido por el de mayores de 75 (10,3) y en tercer lugar el de 65 a 74 años (9,0). En menores de cinco años se han notificado solamente 8 (1,5%) casos en toda la CM.

De los casos registrados en la Comunidad de Madrid, el 55,4% fueron personas nacidas en otros países, lo que representa una tasa de incidencia de 29,26 casos por 100.000 habitantes. La incidencia de tuberculosis en población autóctona fue de 3,86 casos por 100.000 habitantes.

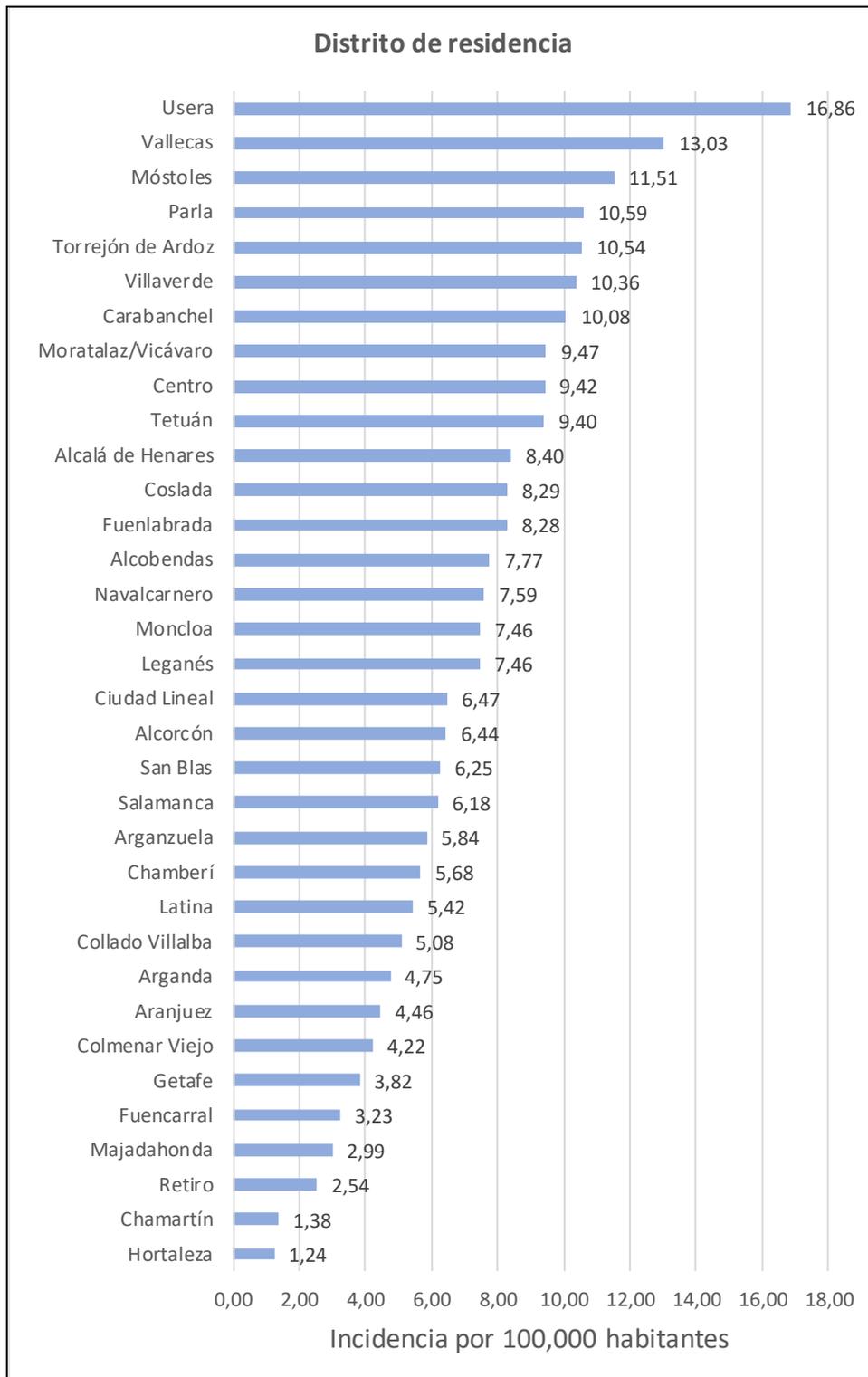
La localización anatómica más frecuente sigue siendo la pulmonar, con 341 casos (67,9%), siendo la tasa de incidencia de tuberculosis pulmonar de 5,05 casos por 100.000 habitantes y la tasa de incidencia de tuberculosis pulmonar con baciloscopia de esputo positiva de 1,7 casos por 100.000 habitantes. La evolución en los últimos diez años se presenta en el siguiente gráfico.

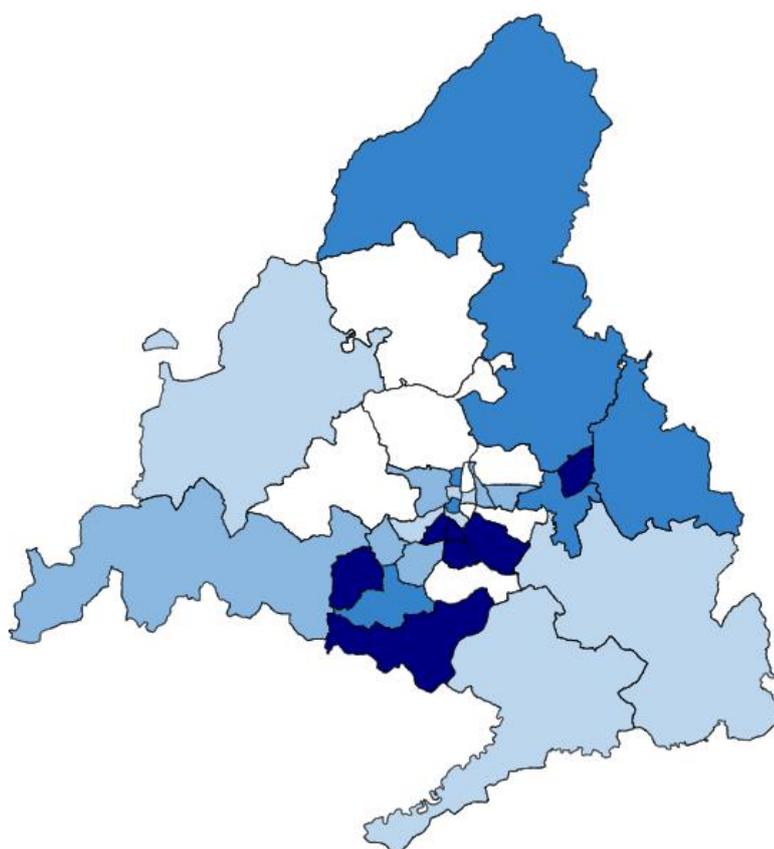
Gráfico 5.1.4.b. Tasas de tuberculosis por año de notificación, presentación y baciloscopia de esputo. EDO. Comunidad de Madrid y España. Años 2013-2022.



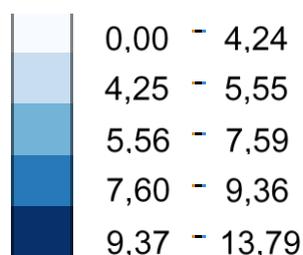
Durante el año 2022, en los estudios de contactos realizados por tuberculosis pulmonares se identificaron 12 nuevos casos (2,7% de todos los contactos investigados); 11 fueron entre los convivientes y uno fue frecuente, aunque no conviviente. Se detectaron también 127 (28,9%) infecciones tuberculosas latentes entre los contactos convivientes, o frecuentes, o compañeros de colectivos escolar o laboral.

Los distritos con las incidencias más elevadas han sido Usera con 16,86 casos por 100.000 habitantes, seguido por Vallecas (13,03) y Móstoles con 11,51; mientras que la menor incidencia fue registrada en el distrito de Hortaleza con 1,24 casos por 100.000 habitantes.

Gráfico 5.1.4.b. Tasas de incidencia de tuberculosis por distrito de residencia. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2022.

Mapa 5.1.4. Tasas de incidencia de tuberculosis por distrito de residencia. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2022.

Casos por 100.000 habitantes



La administración del tratamiento en pacientes vulnerables con factores de mala adherencia se realiza con equipos de Cruz Roja que mediante convenio firmado con la Dirección General de Salud Pública (DGSP) cuenta con profesionales de enfermería que realizan tratamientos directamente observados o supervisados. Durante 2022 se han seguido con esta forma de tratamiento 119 pacientes (23,7%).

En el informe de “Registro regional de casos de tuberculosis de la Comunidad de Madrid, año 2021” del Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid (Número 4. Volumen 28, abril 2023) se presenta un análisis más detallado de esta enfermedad, incluyendo la comparación con años anteriores. El informe correspondiente al año 2022 se publicará en un próximo Boletín Epidemiológico.

5.2. ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN ALIMENTARIA

5.2.1. Botulismo

En el año 2022 se registró un caso sospechoso de botulismo alimentario en la Comunidad de Madrid (incidencia: 0,01 casos por 100.000 habitantes). El paciente fue un varón de 26 años con un cuadro agudo de diplopía y midriasis, con retención urinaria y estreñimiento. La sospecha clínica de botulismo fue muy tardía (14 días) y el bioensayo, cultivo y PCR para detección de toxina para la única muestra clínica válida recogida (heces) fueron negativos. Como alimentos sospechosos se consideraron una sobrasada y unas judías envasadas –en ambos casos de origen industrial- que el paciente había consumido entre 24 y 48 horas antes del inicio de los síntomas, que, previamente a los neurológicos, habían sido de vómitos. Otros familiares también consumieron dichos alimentos pero no experimentaron ningún trastorno. Se realizó análisis de toxina botulínica en una muestra de la sobrasada sobrante, con resultado negativo. El paciente recibió tratamiento con antitoxina botulínica. A los 11 días de ingreso fue dado de alta por mejoría.

5.2.2. Campilobacteriosis

En el año 2022 se registraron 3.049 casos de campilobacteriosis en la Comunidad de Madrid, con una incidencia de 45,17 casos por 100.000 habitantes.

El 58,8% de los casos fueron varones, la edad media fue de 30,9 años con un rango entre 0 y 100 años. El 32,2% de los casos eran menores de 10 años (17,8% del grupo de 1 a 4 años) y el 18,3% eran mayores de 64 años.

El 16,3% de los casos tuvo que ser hospitalizado; de ellos el 46,3% eran mayores de 64 años y el 11,9% eran menores de 10 años. Se registraron 3 fallecimientos (0,1% de todos los casos) debidos a la evolución desfavorable de la infección en personas con patología grave previa.

Todos los casos fueron confirmados microbiológicamente. Las muestras para análisis procedían de heces (3026 casos; 99,2%), sangre (14 casos; 0,5%), biopsia intestinal (4 casos; 0,1%), líquido cefalorraquídeo (3 casos; 0,1%) y líquido articular y líquido biliar (cada uno 1 caso; 0,03%). La especie de *Campilobacter* está registrada en 2683 casos (88%). De éstos la especie predominante es *C. jejuni* con el 88,4% (2372 casos), seguido de *C. coli* (11%). Otras especies presentan baja frecuencia: *C. fetus* (0,3%), *C. lari* (0,1%) y *C. upsaliensis* (0,07%). De *C. gracilis* y *C. hyointestinalis* sólo se detectó un caso de cada especie.

Gráfico 5.2.2.a. Campilobacteriosis. Número de casos por grupos de edad y sexo. Comunidad de Madrid. Año 2022.

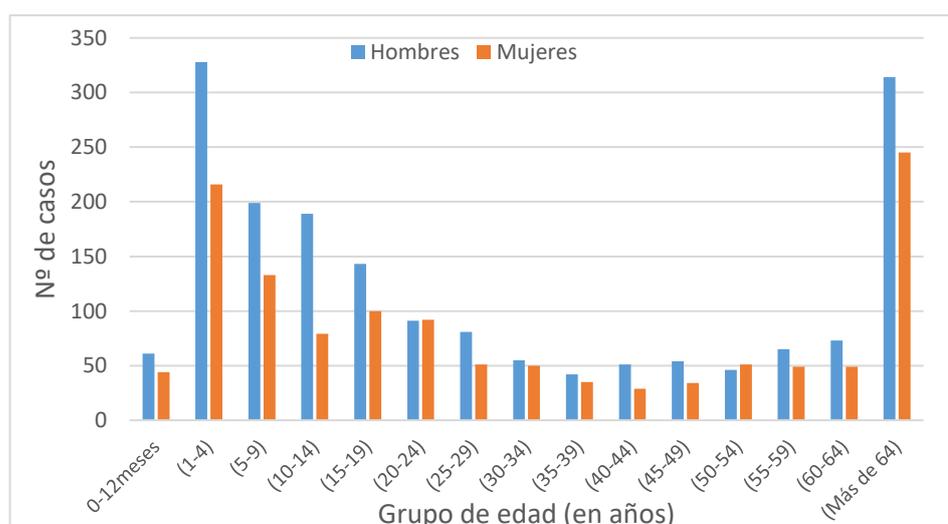


Tabla 5.2.2.b. Campilobacteriosis. Número de casos totales y porcentaje de hospitalizados por grupos de edad. Comunidad de Madrid 2022.

Grupos de edad	Nº de Casos	Porcentaje de hospitalizados (%)
0-12 meses	105	6,7
1-4 años	544	5,5
5-9 años	332	6,6
10-14 años	268	12,3
15-19 años	243	15,2
20-24 años	183	12,6
25-44 años	394	9,1
45-64 años	421	18,8
>64 años	559	41,1
Total	3049	16,3

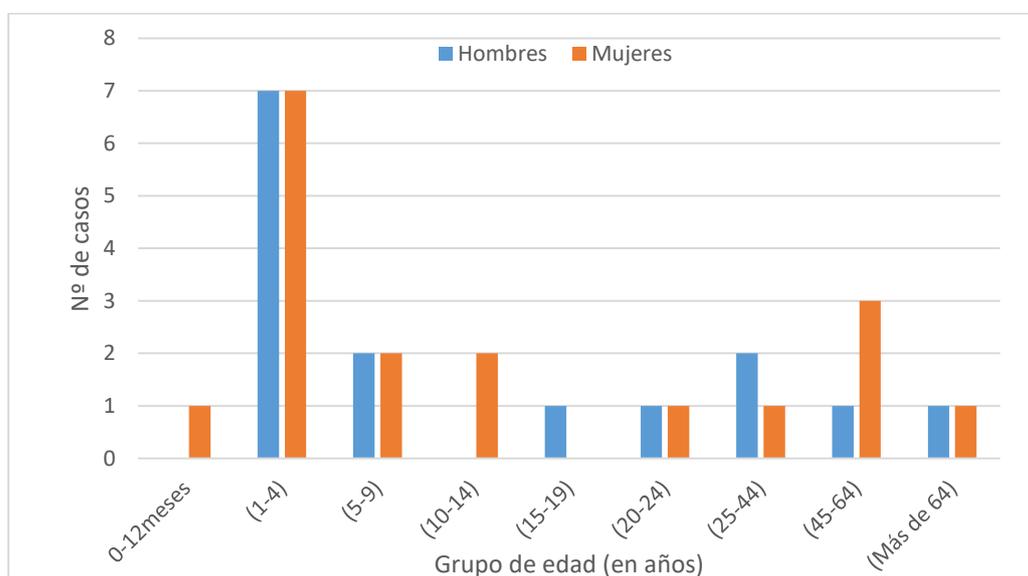
5.2.3. Criptosporidiosis

En el año 2022 se registraron 33 casos de criptosporidiosis en la Comunidad de Madrid, con una incidencia de 0,49 casos por 100.000 habitantes.

El 54,5% fueron mujeres, la edad media fue de 18,2 años con un rango comprendido entre 9 meses y 70 años. El 45,5% de los casos fueron del grupo de 0 a 4 años (Gráfico 5.2.2.a).

Todos los casos se confirmaron por microbiología. El 12,1% fueron registros de casos hospitalizados. No se notificaron fallecimientos.

No se notificó ningún brote.

Gráfico 5.2.3.a. Criptosporidiosis. Número de casos por grupos de edad y sexo. Comunidad de Madrid. Año 2022.

5.2.4. Infecciones por *Escherichia coli* productora de toxina Shiga o Vero

En el año 2022 se notificaron 30 casos de infección por *Escherichia coli* productora de toxina en la Comunidad de Madrid, con una incidencia de 0,44 casos por 100.000 habitantes.

El 56,7% fueron hombres. El rango de edad fue de 1 a 88 años y la edad media de los casos fue de 35 años.

Todos los casos se confirmaron por microbiología. El 76,7% tuvo que ser hospitalizado. Se registró un fallecimiento en una mujer de 73 años debido a una complicación del proceso (peritonitis con shock tóxico).

El 76,7% de los casos se diagnosticaron por detección de ácido nucleico y el 26,7% por aislamiento. En el 33,3% de los casos se registró el serogrupo O157 y en el 43,3% de los casos la presencia simultánea de verotoxinas STX1 y STX2.

El 46,7% de los casos presentaron diarrea sanguinolenta y el 16,7% presentaron síndrome hemolítico urémico.

Según la forma de presentación, se identificaron dos casos asociados que correspondían a dos niños de 16 y 18 meses que compartían escuela infantil, se registró como alimento sospechoso el consumo de hamburguesa como alimento sospechoso (resultados negativos en los análisis del alimento). El resto de los casos fueron esporádicos.

5.2.5. Fiebre tifoidea y paratifoidea

En el 2022 se registraron 9 casos de fiebre tifoidea y paratifoidea en la Comunidad de Madrid, con una incidencia de 0,13 casos por 100.000 habitantes.

El 66,7% fueron mujeres. El rango de edad fue de 2 a 45 años y la edad media de los casos fue de 24,6 años. El 88,9% de los casos fueron confirmados por microbiología. Uno de los casos fue clasificado como probable por clínica compatible y criterio epidemiológico.

El 88,9% de los casos tuvieron que ser hospitalizados. No hubo ningún fallecimiento.

Se identificó un brote que afectó a 5 de los casos, relacionados con una comida en un restaurante de la Comunidad de Madrid, en donde se giró inspección posterior a la identificación del brote. Los afectados refirieron consumo de steak tartar y tacos.

Dos de los casos fueron importados, con antecedente de viaje en el período de incubación (Bangladesh y Guinea Ecuatorial).

Gráfico 5.2.5.a. Tasas de fiebre tifoidea y paratifoidea por año de notificación. EDO. Comunidad de Madrid y España. Años 2009-2022.



5.2.6. Giardiasis

En el 2022 se registraron 210 casos de giardiasis en la Comunidad de Madrid, con una incidencia de 3,11 por 100.000 habitantes.

El 51,9% fueron varones, la edad media fue de 26,9 años (rango: 1 mes - 77 años). El 31,9% de los casos eran menores de 10 años y 37,6% del grupo de 25 a 44 (Gráfico 5.2.6.a).

Todos los casos fueron confirmados: el 64,3% mediante la visualización de quistes en heces, el 31,9% mediante la detección de ácido nucleico y el 11,9% mediante pruebas antigénicas positivas.

El 6,2% (13 casos) se registró en pacientes hospitalizados. No se registró ningún fallecimiento.

Según la forma de presentación, se detectó un brote familiar con 2 casos afectados.

Gráfico 5.2.6.a. Giardiasis. Número de casos por grupos de edad y sexo. Comunidad de Madrid. Año 2022.



5.2.7. Hepatitis A

Durante el año 2022 se registraron 46 casos en la Comunidad de Madrid, 25 casos más que en el año 2021. La tasa de incidencia fue de 0,68 casos por 100.000 habitantes. El distrito más afectado fue Latina (2,11 casos por 100.000 habitantes), seguido de Móstoles (1,64 casos por 100.000 habitantes) y Alcalá de Henares (1,59 casos por 100.000 habitantes).

El 60,9% de los casos notificados en 2022 se dieron en hombres. La edad media fue de 33,0 años, con un rango que osciló entre 8 meses y 75 años. El 54,3% de los casos tenía entre 20 y 44 años. En relación al país de origen, el 56,5% eran personas nacidas en España y entre aquellas nacidas en otro país, los más frecuentes fueron Colombia (n=6) y Venezuela (n=3).

Todos los casos fueron confirmados por serología (100%). Ningún caso tenía antecedente de vacunación. Se registró ingreso hospitalario en el 45,7% de los casos (n=21), sin defunciones asociadas a la hepatitis A.

En el 36,9% (n=17) de los casos se recogió antecedente de viaje durante el periodo de incubación, siendo los países más habituales Colombia, Marruecos y México.

El 56,5% de los casos fueron notificados por atención especializada, el 34,8% por atención primaria y el 8,7% por otros notificadores.

Según la forma de presentación la mayoría de casos fueron esporádicos (87,0%) y 6 casos aparecieron asociados (3 brotes intrafamiliares, con transmisión persona a persona).

Gráfico 5.2.7.a. Tasas de hepatitis A por año de notificación. EDO. Comunidad de Madrid y España. Años 2009-2022.

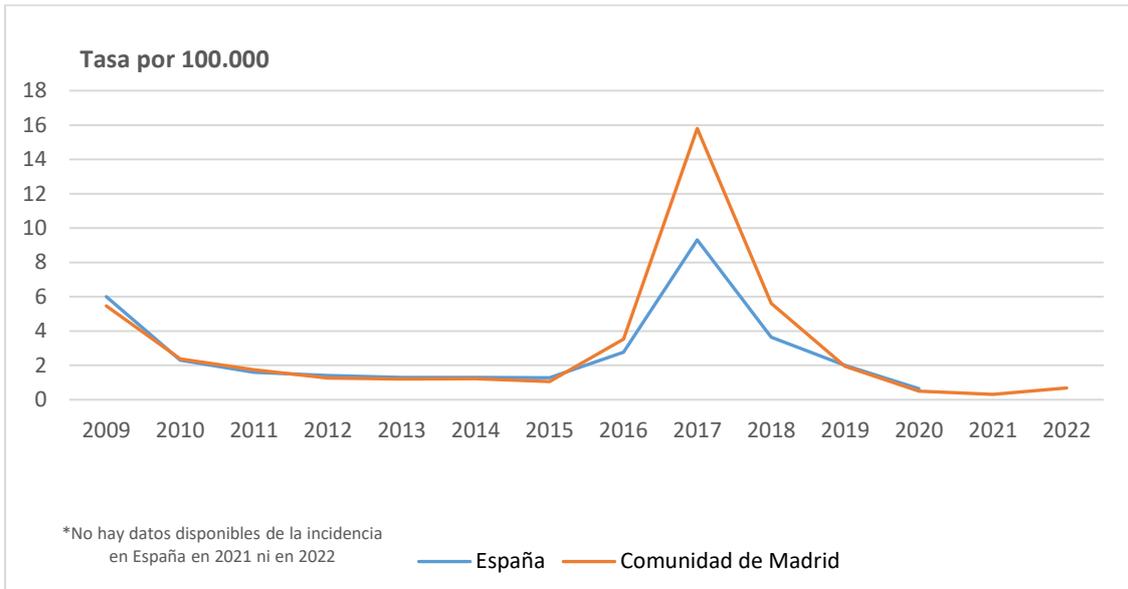


Gráfico 5.2.7.b. Hepatitis A. Número de casos por grupos de edad y sexo. Comunidad de Madrid 2022.

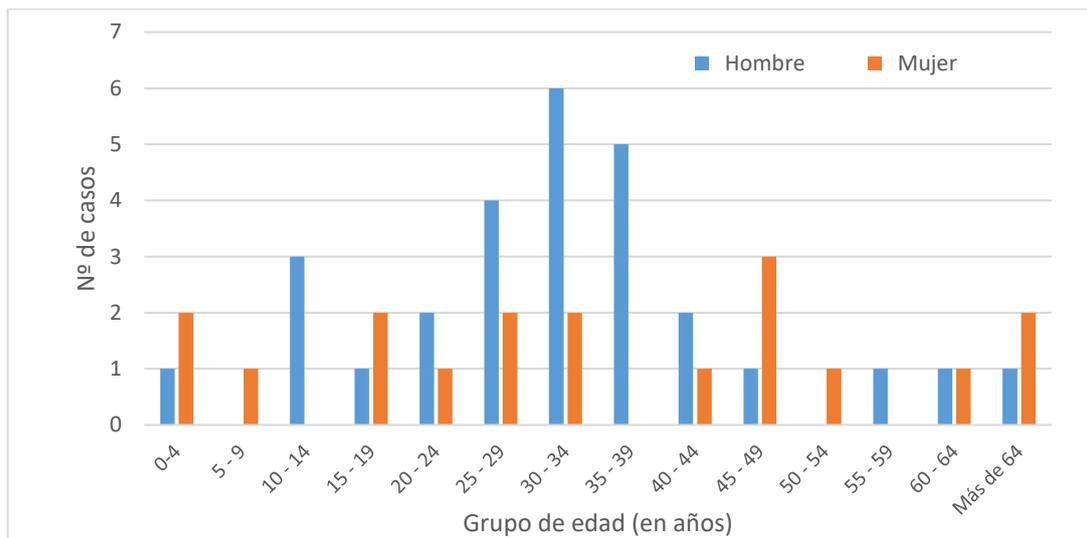
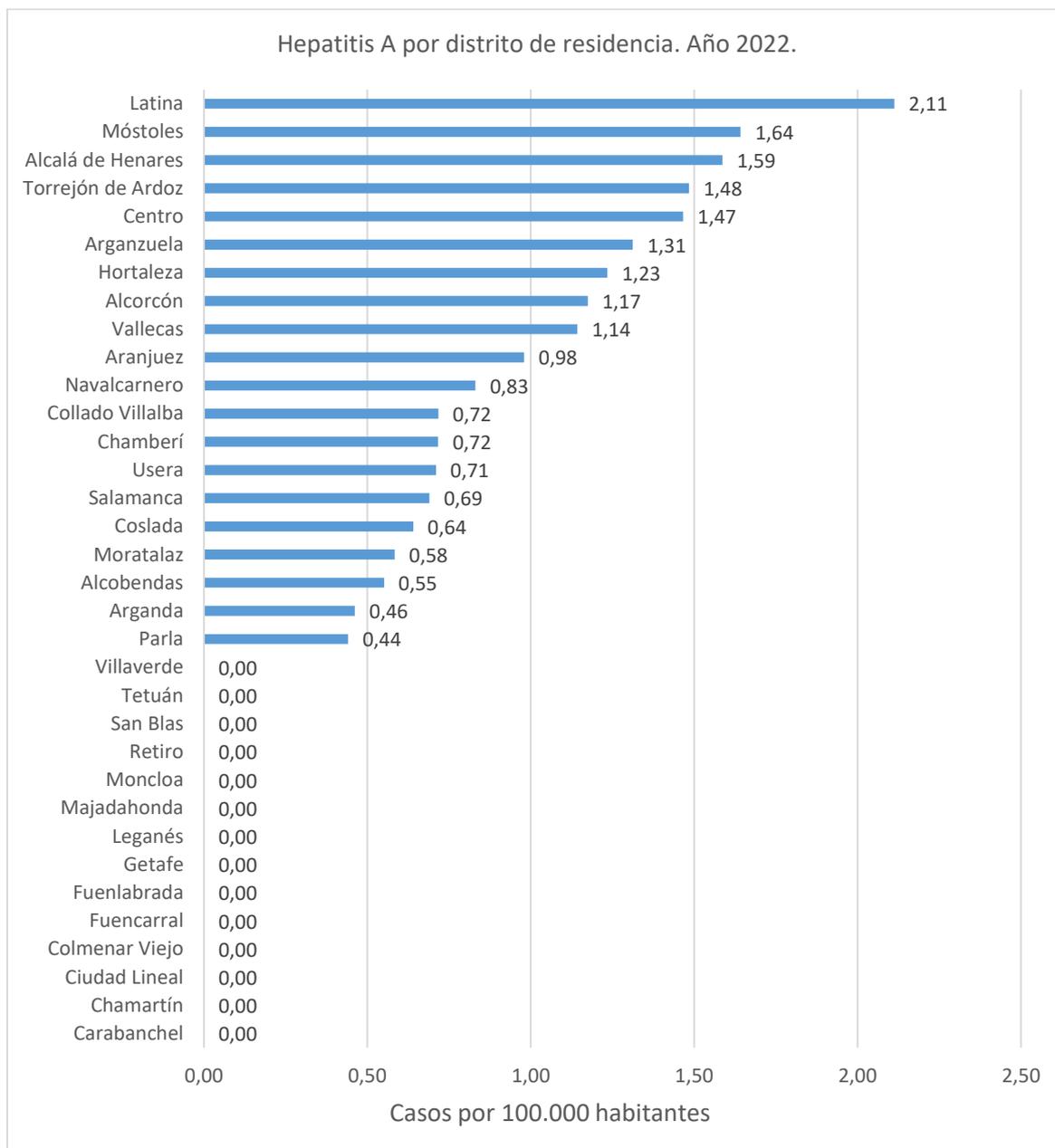
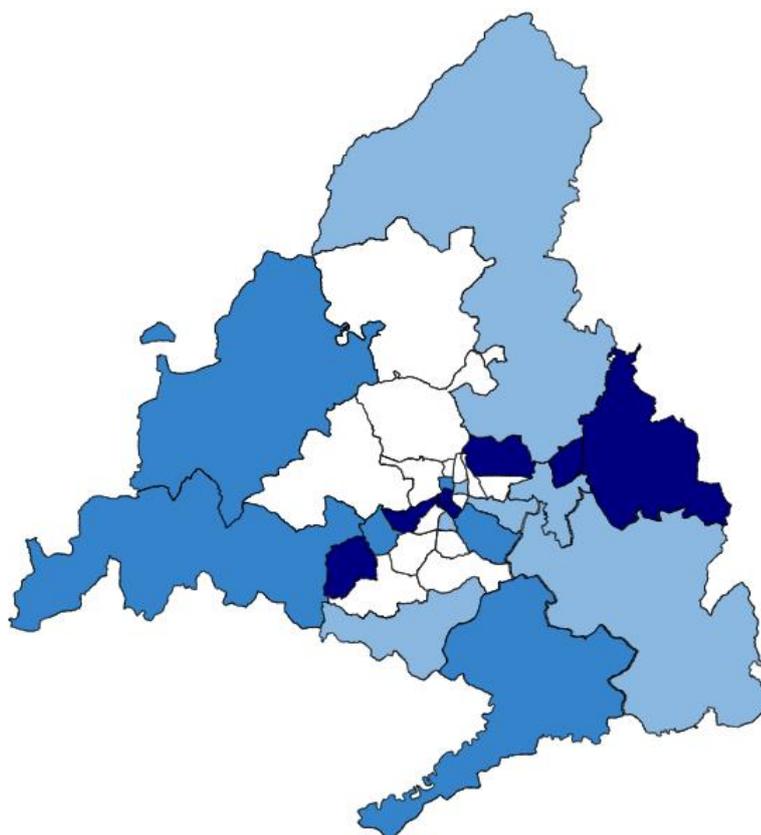
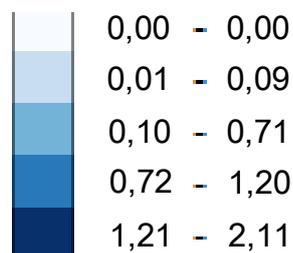


Gráfico 5.2.7.c. Tasas de incidencia de hepatitis A por distrito de residencia. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2022.

Mapa 5.2.7 Tasas de incidencia de hepatitis A por distrito de residencia. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2022.

Casos por 100.000 habitantes

**5.2.8. Listeriosis**

En el 2022 se registraron 80 casos de listeriosis en la Comunidad de Madrid, 23 casos más que en 2021, con una incidencia de 1,19 casos por 100.000 habitantes.

El 53,8% fueron varones y la edad media fue de 63,0 años con un rango comprendido entre los 0 y los 96 años. El 60,0% de los casos eran mayores de 64 años y un 33,8% entre 25 y 64 años (Gráfico 5.2.8.a). Hubo 5 casos de listeriosis neonatal (6,3%) y 10 casos de listeriosis del embarazo (12,5%). El 20,0% presentó meningitis (16 casos), el 46,3% septicemia (37 casos), el 26,3% fiebre sin meningitis ni sepsis (21 casos) y el 10,0% infecciones en otras localizaciones (8 casos).

En el caso de los 5 neonatos, la infección fue por transmisión vertical. Los 5 tuvieron buena evolución.

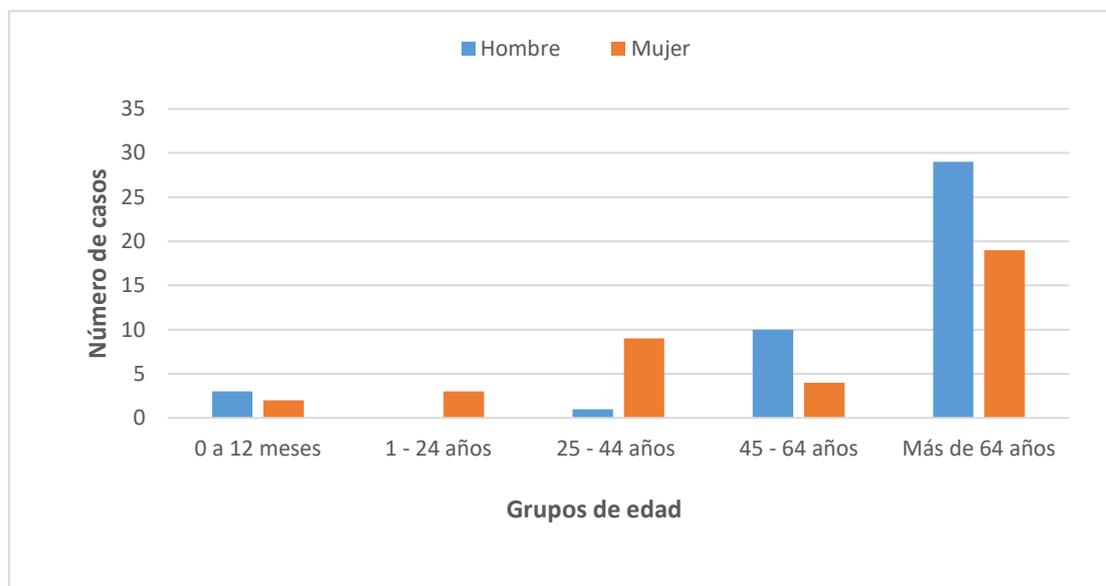
Todos los casos excepto uno fueron confirmados por microbiología (98,8%). Un caso quedó clasificado como probable por ser un neonato con clínica y criterio epidemiológico (madre caso confirmado).

Del total de los 80 casos se hospitalizó el 92,5%. Se registraron 15 fallecimientos (18,8%).

Ningún caso tuvo antecedente de viaje a diferentes países y únicamente 3 casos refieren viajes a diferentes Comunidades Autónomas en el período de incubación.

Cinco casos se relacionaron con alimentos: dos de los casos se relacionaron con alertas de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (uno con el consumo de cabeza de cerdo y el otro con salchichas con queso) y otros tres casos con diferentes tipos de quesos. Solo se pudo confirmar la asociación, en uno de los casos, con el consumo de las salchichas con queso, cuyas muestras –tanto del paciente como del alimento– fueron positivas a *Listeria monocytogenes* e idénticas entre sí.

Gráfico 5.2.8.a. Listeriosis. Número de casos por grupos de edad y sexo. Comunidad de Madrid. Año 2022.



5.2.9. Salmonelosis (excepto *Salmonella typhi* y *paratyphi*)

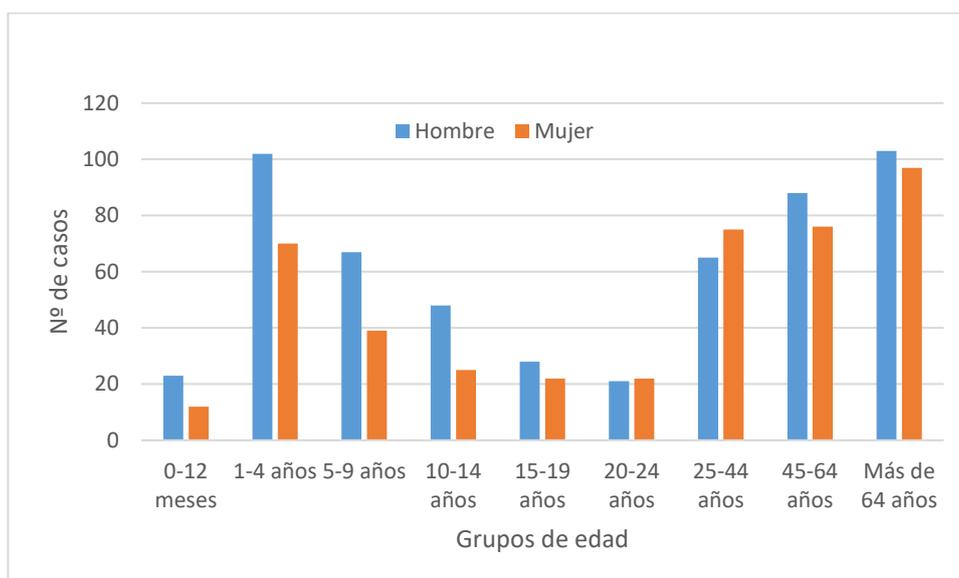
En el 2022 se registraron 983 casos en la Comunidad de Madrid, con una incidencia de 14,56 casos por 100.000 habitantes.

El 55,4% fueron hombres, la edad media fue de 33,5 años, con rango entre 0 y 97 años. El 31,8% de los casos eran menores de 10 años y el 37%, mayor de 44 años (Gráfico 5.2.9.a).

El 97,7% de los casos (960) se confirmó microbiológicamente y el resto se clasificó como probable por vínculo epidemiológico con un caso confirmado. De los casos confirmados se registró la especie *Salmonella enterica* en 671 (69,9%). De éstas consta la subespecie *enterica* en 490 casos (73%). Hubo 4 casos de la subespecie *arizonae* y un caso tanto de la subespecie *diarizonae* como de la *houtenae*.

En la Tabla 5.2.9.a se especifica la hospitalización por grupos de edad. Sólo se registró una defunción (letalidad del 0,1%) en un varón de 63 años afectado por un cuadro séptico con el antecedente de patologías graves previas.

Según la forma de presentación, en el año 2022 se registraron 14 brotes de salmonelosis no *typhi* con 49 enfermos; el 71,4% de los brotes tuvo relación con algún establecimiento de restauración y el resto aparecieron en un entorno familiar o de amigos. El alimento implicado más frecuentemente en estos brotes fue la tortilla de patatas (42,8%).

Gráfico 5.2.9.a. Salmonelosis. Número de casos por grupos de edad y sexo. Comunidad de Madrid. Año 2022.**Tabla 5.2.9.a. Salmonelosis. Número de casos totales y porcentaje de hospitalizados por grupos de edad. Comunidad de Madrid. Año 2022.**

Grupos de edad	Nº Casos	% hospitalización
0-12 meses	35	37,1
1-4 años	172	18,0
5-9 años	106	21,7
10-14 años	73	19,2
15-19 años	50	22,0
20-24 años	43	18,6
25-44 años	140	17,1
45-64 años	164	36,6
Más de 64 años	200	59,5
Total	983	30,8

5.2.10. Shigelosis

En el 2022 se registraron 116 casos de shigelosis en la Comunidad de Madrid, con una incidencia de 1,72 casos por 100.000 habitantes (Gráfico 5.2.10.a.).

El 78,4% de los casos eran hombres. La edad media fue de 34 años, con un rango entre 0 y 71 años. El 50% (58 casos) fueron del grupo de edad entre 25 y 44 años, de los que el 84,5% eran varones (Gráfico 5.2.10.b).

Ciento once casos (95,7%) fueron clasificados como confirmados por aislamiento *Shigella* en heces y el resto se clasificaron como probables. La especie detectada fue *S. flexneri* (46 casos; 41,4% del total), *S. sonnei* (34 casos; 30,6%) y *S. boydii* (1 caso; 0,9%). En el resto (30 casos; 27% del total) sólo consta *Shigella* spp.

En la Tabla 5.2.10.a se presenta el porcentaje de hospitalización por grupos de edad, con una tasa global de hospitalizados del 35,3%. No se registró ningún fallecimiento.

En el 18,1% (21 casos) constaba el antecedente de viaje fuera de España durante el período de incubación, de los que 10 procedían de países americanos, 7 africanos, 2 asiáticos y 2 europeos.

También en el 18,1% (21 casos, todos varones) se ha registrado un contacto sexual como riesgo de transmisión, 8 de ellos con infección VIH conocida previamente.

No se han registrado brotes de shigelosis en la Comunidad de Madrid durante 2022.

Gráfico 5.2.10.a. Tasas de shigelosis por año de notificación. EDO. Comunidad de Madrid y España. Años 2010-2022.

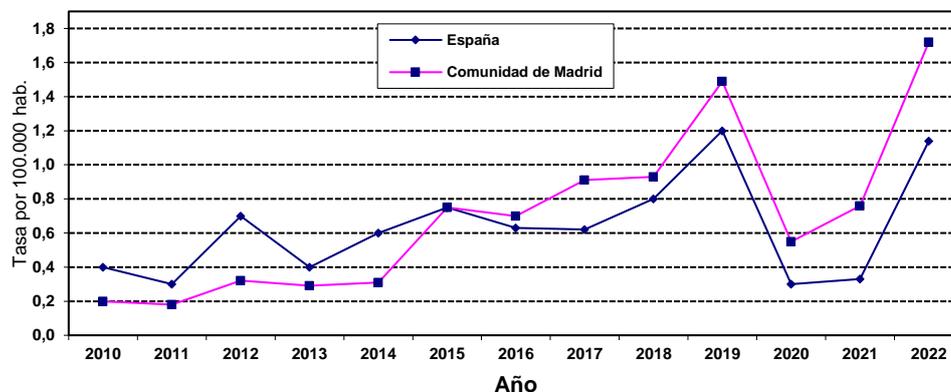


Gráfico 5.2.10.b. Shigelosis. Número de casos por grupos de edad y sexo. Comunidad de Madrid. Año 2022.

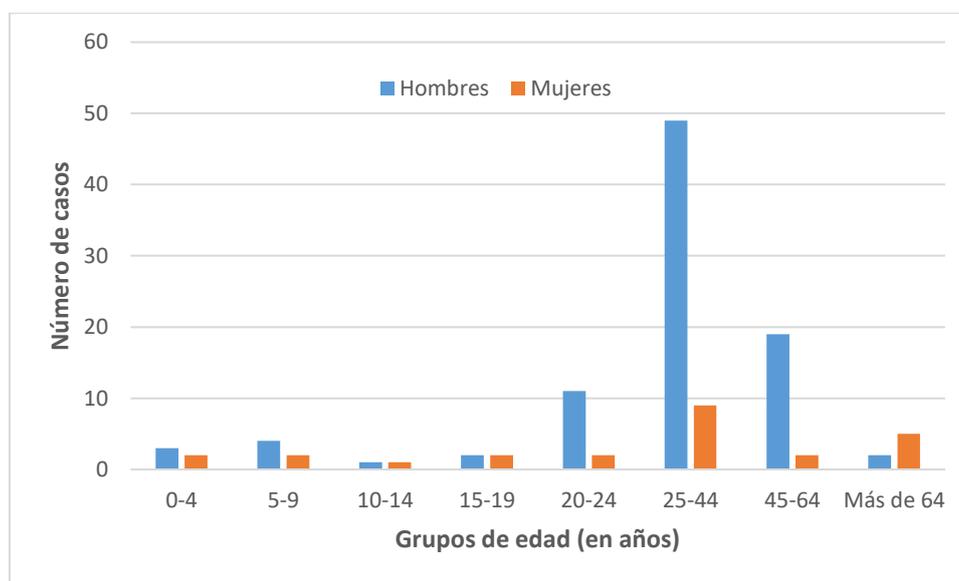


Tabla 5.2.10.a. Shigelosis. Número de casos por grupos de edad y porcentaje de hospitalización. Comunidad de Madrid. Año 2022.

Grupo de edad	Nº de casos	% hospitalización
0-4 años	5	20,0
5-19 años	12	16,7
20-24 años	13	38,5
25-44 años	58	29,3
45-64 años	21	47,6
Más de 64 años	7	85,7
Total	116	35,3

5.2.11. Yersiniosis

En el año 2022 se registraron 89 casos de yersiniosis en la Comunidad de Madrid, con una incidencia de 1,32 casos por 100.000 habitantes.

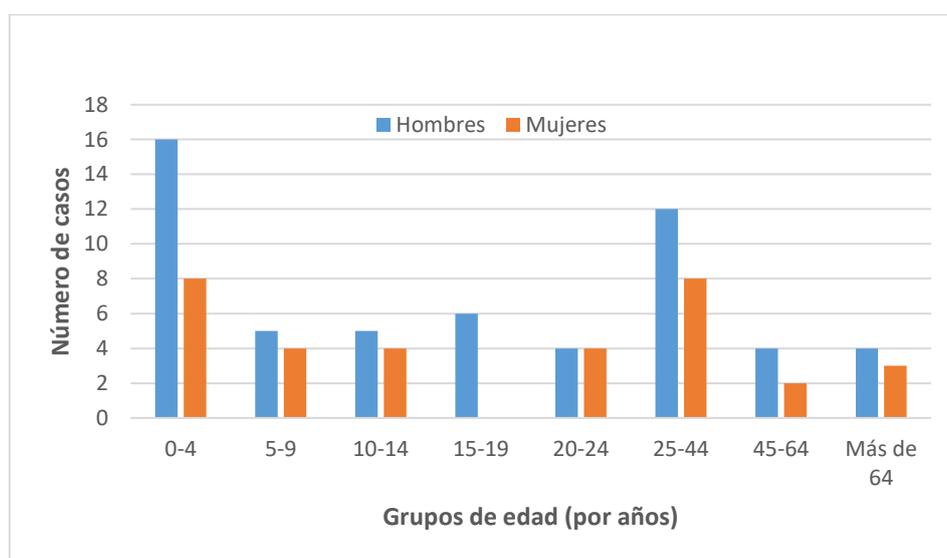
El 62,9% de los casos eran varones. La edad media fue de 23,2 años, con rango entre 0 y 96 años. El 47,2% de casos se registró en menores de 15 años (gráfico 5.2.11.a).

Todos se clasificaron como confirmados por aislamiento en heces. En 88 casos (98,9%) se registró la especie de *Yersinia*, siendo todas *Y. enterocolítica*. En 16 casos se obtuvo el serogrupo de *Y. enterocolítica*, de los que 14 casos fueron del serogrupo 3 (87,5%), y uno en cada uno de los serogrupos 1 y 9.

Requirieron hospitalización el 16,9% de los casos. No se registró ningún fallecimiento.

Durante el año 2022 solo se detectó un pequeño brote familiar de yersiniosis en la Comunidad de Madrid que afectó a dos personas.

Gráfico 5.2.11.a. Yersiniosis. Número de casos por grupos de edad y sexo. Comunidad de Madrid. Año 2022.



5.3. ENFERMEDADES PREVENIBLES POR VACUNACIÓN

5.3.1. Enfermedad meningocócica

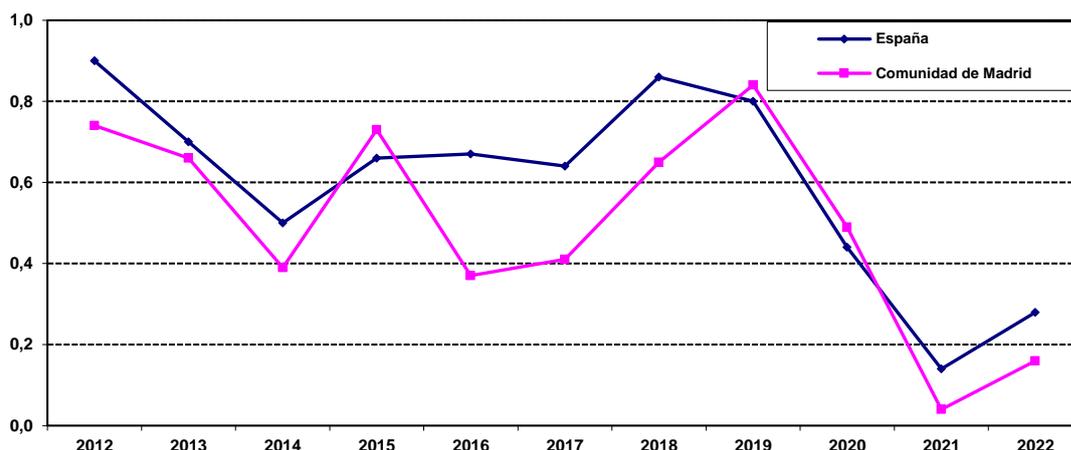
En el año 2022 se registraron 11 casos de enfermedad meningocócica en la Comunidad de Madrid, 8 casos más que en 2021. La tasa de incidencia acumulada fue de 0,16 casos por 100.000 habitantes (Gráfico 5.3.1.a). Los distritos con mayor incidencia fueron Moncloa (0,83 casos por 100.000 habitantes), seguido de Móstoles y Chamberí (0,82 y 0,72 casos por 100.000 habitantes respectivamente), (Gráfico 5.3.2.c).

Todos los casos fueron confirmados microbiológicamente por PCR y/o cultivo. Se pudo determinar el serogrupo (SG) en 7 casos (63,6%). De éstos, en 5 casos se registró SG B (71,4%), en un caso SG C (14,3%) y en un caso SG W (14,3%). En 4 casos se registró N. meningitidis sin serogrupar.

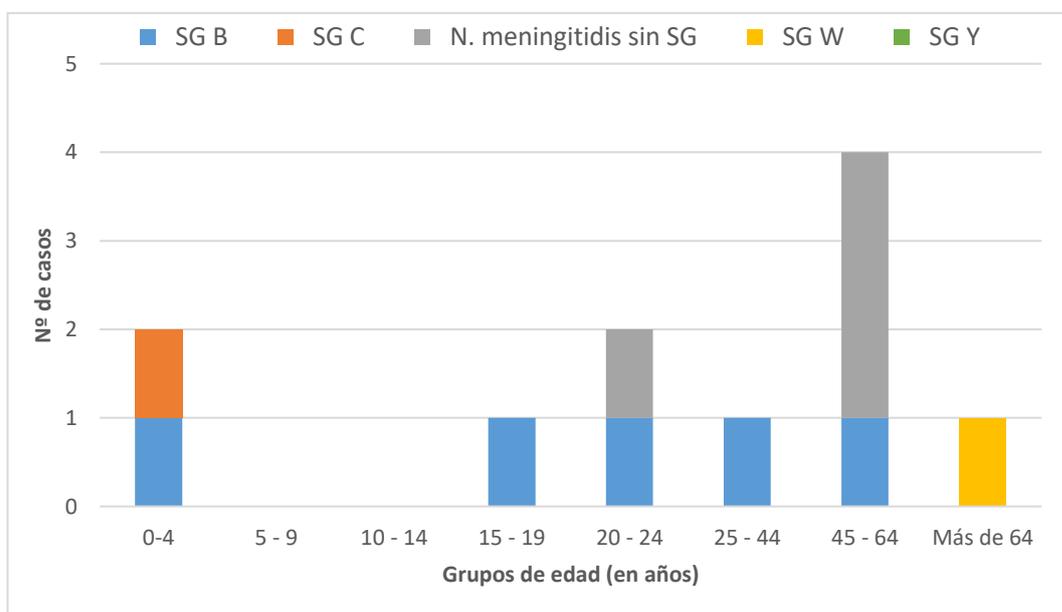
No se registró ningún fallo vacunal. Los 5 casos de SG B fueron: un recién nacido, un caso de 15 años y 3 adultos (los 5 sin vacunación frente a B); el de SG C era un caso de 2 meses, todavía sin vacunar. Y el de SG W de 72 años no vacunado.

Gráfico 5.3.1.a. Tasas de enfermedad meningocócica por año de notificación. EDO. Comunidad de Madrid y España. Años 2012-2022.

Tasa por 100.000 hab.



La enfermedad meningocócica fue más frecuente en mujeres, con un 54,5% de casos. El rango de edad osciló entre los 0 y los 72 años, con una media de 35,6 años. La distribución por grupos de edad fue: un 18,2% en menores de 5 años (2 casos, uno recién nacido y otro de 2 meses), un 27,3% entre 15 y 24 años (3 casos), un 45,5% entre 25 y 64 años (5 casos, cuatro de ellos entre 50 y 60 años), y un 9,1% en mayores de 64 años (un caso de 72 años). Gráfico 5.3.2.b.

Gráfico 5.3.2.b. Enfermedad meningocócica. Número de casos por grupos de edad y serogrupo (SG) de meningococo. Comunidad de Madrid. Año 2022.

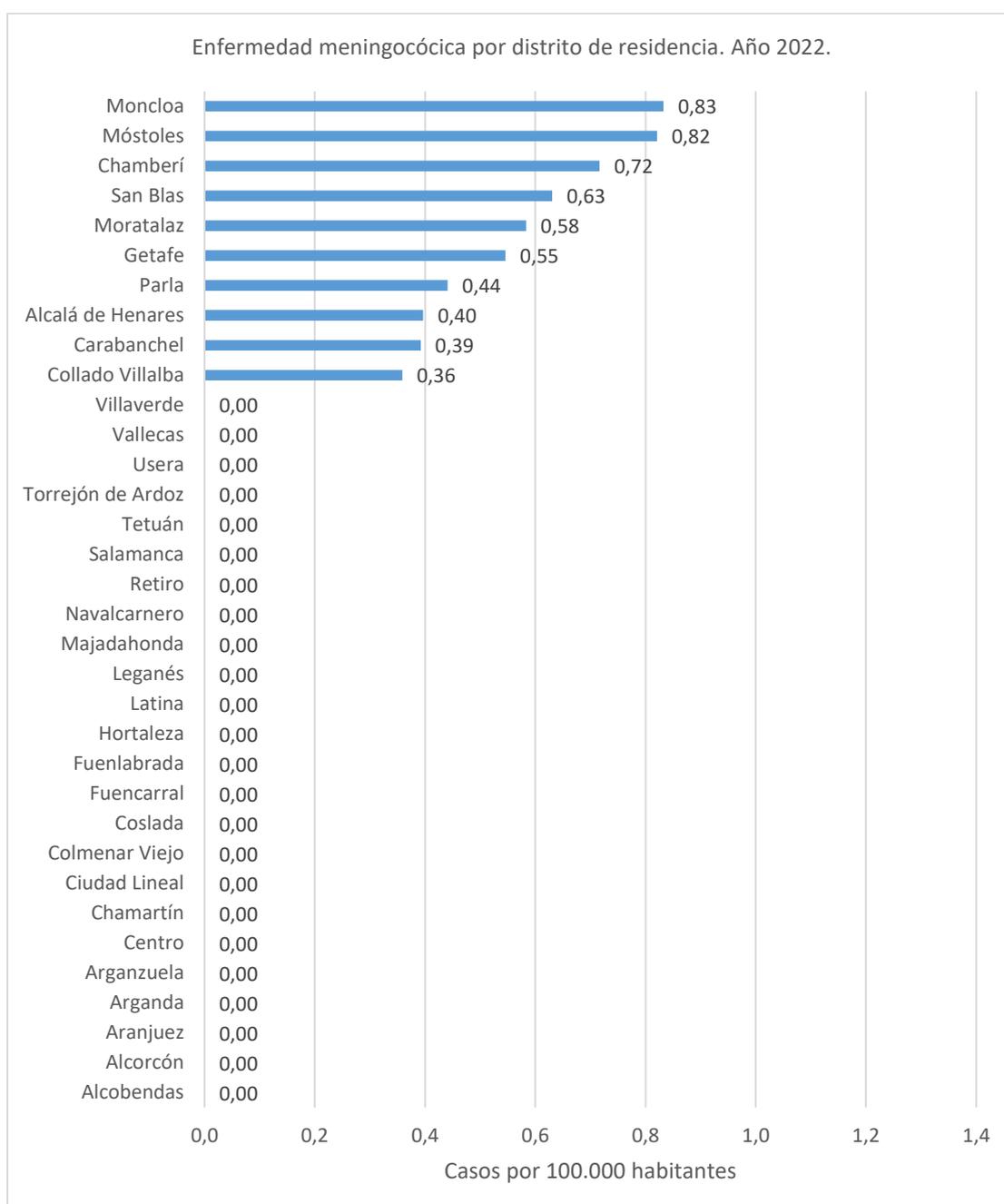
Las formas clínicas de presentación fueron: meningitis (45,5%), sepsis (27,3%), meningitis + sepsis (18,2%) y neumonía (9,1%). El caso de neumonía fue el de serogrupo W.

La evolución de los casos fue favorable en el 90,9% (10 casos), aunque 2 de ellos con secuelas (uno con hipoacusia bilateral y uno con amputación distal de dedos de una mano). Hubo un fallecimiento (letalidad global del 9,1%), un varón de 59 años sin serogrupar. Tabla 5.3.2.a.

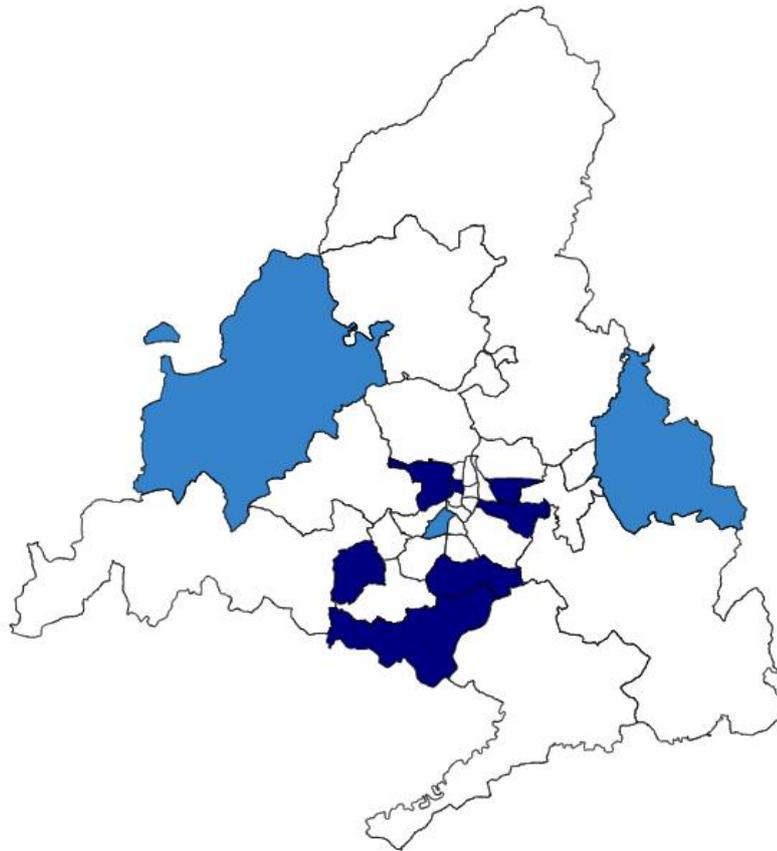
Tabla 5.3.2.a. Enfermedad meningocócica. Número de casos confirmados por serogrupo y letalidad. Comunidad de Madrid. Año 2022.

Serogrupo (SG)	Nº de casos	Fallecidos (% letalidad)
SG B	5	0
SG C	1	0
SG W	1	0
SG Y	0	0
Sin serogrupar	4	1 (25%)
Total	11	1 (9,1%)

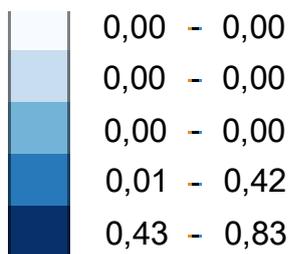
Todos los casos se consideraron esporádicos primarios, sin casos secundarios ni coprimarios.

Gráfico 5.3.2.c. Tasas de incidencia de enfermedad meningocócica por distrito de residencia. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2022.

Mapa 5.3.2. Tasas de incidencia de enfermedad meningocócica por distrito de residencia. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2022.



Casos por 100.000 habitantes



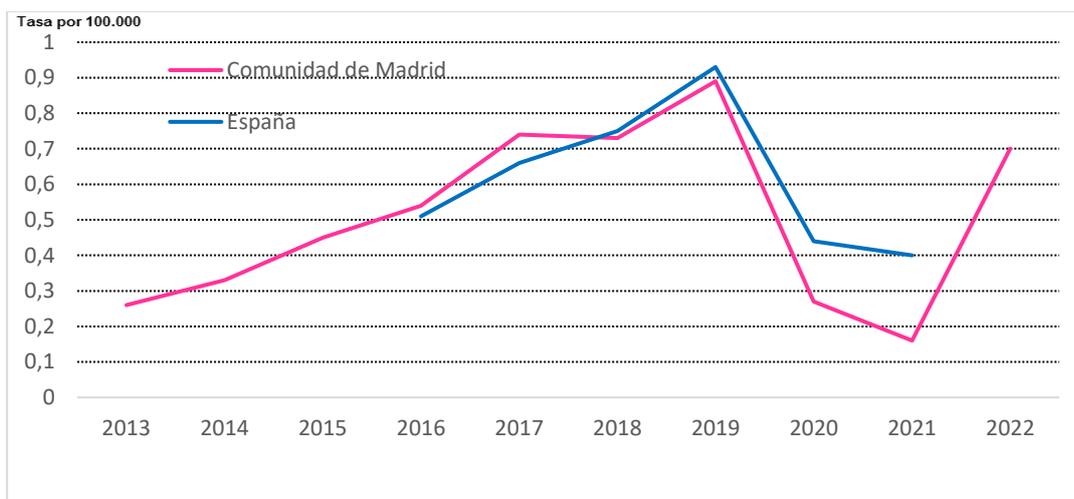
5.3.2. Enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae*

Durante el año 2022 se notificaron a la Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid 47 casos de enfermedad producida por *Haemophilus Influenzae*, lo que supone una incidencia de 0,70 casos por 100.000 habitantes (Gráfico 5.3.2.a).

Los distritos con mayor incidencia fueron los de Fuenlabrada, Móstoles y Ciudad Lineal (tasas de incidencia de 2,32; 2,05 y 1,87 casos por cien mil habitantes, respectivamente)

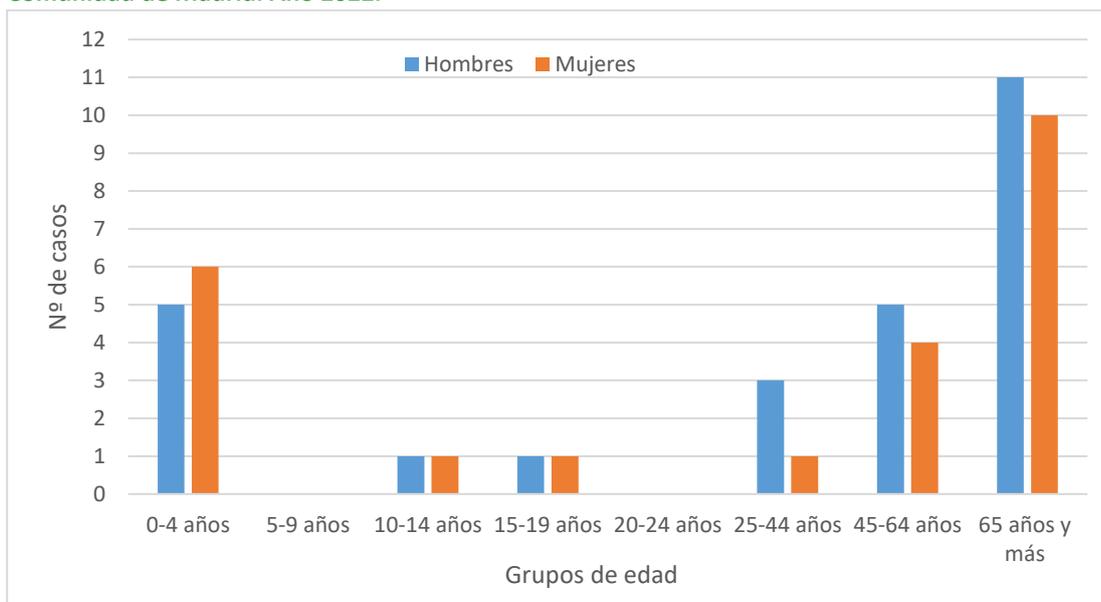
La distribución por sexo fue la siguiente: 53,2% hombres y 46,8% mujeres. La media de edad fue de 49,1 años, con un rango entre 0 y 89 años. Los menores de 5 años supusieron el 23,4% de los enfermos, el 63,8% fueron mayores de 45 años (44,7% mayores de 64 años). Gráfico 5.3.2.b.

Gráfico 5.3.2.a. Tasas de enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae*. EDO. Comunidad de Madrid y España*. Años 2013-2022.



*En el conjunto del estado se recogen datos desde 2016. No hay datos nacionales disponibles en 2022

Gráfico 5.3.2.b. Enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae*. Número de casos por grupos de edad y sexo. Comunidad de Madrid. Año 2022.



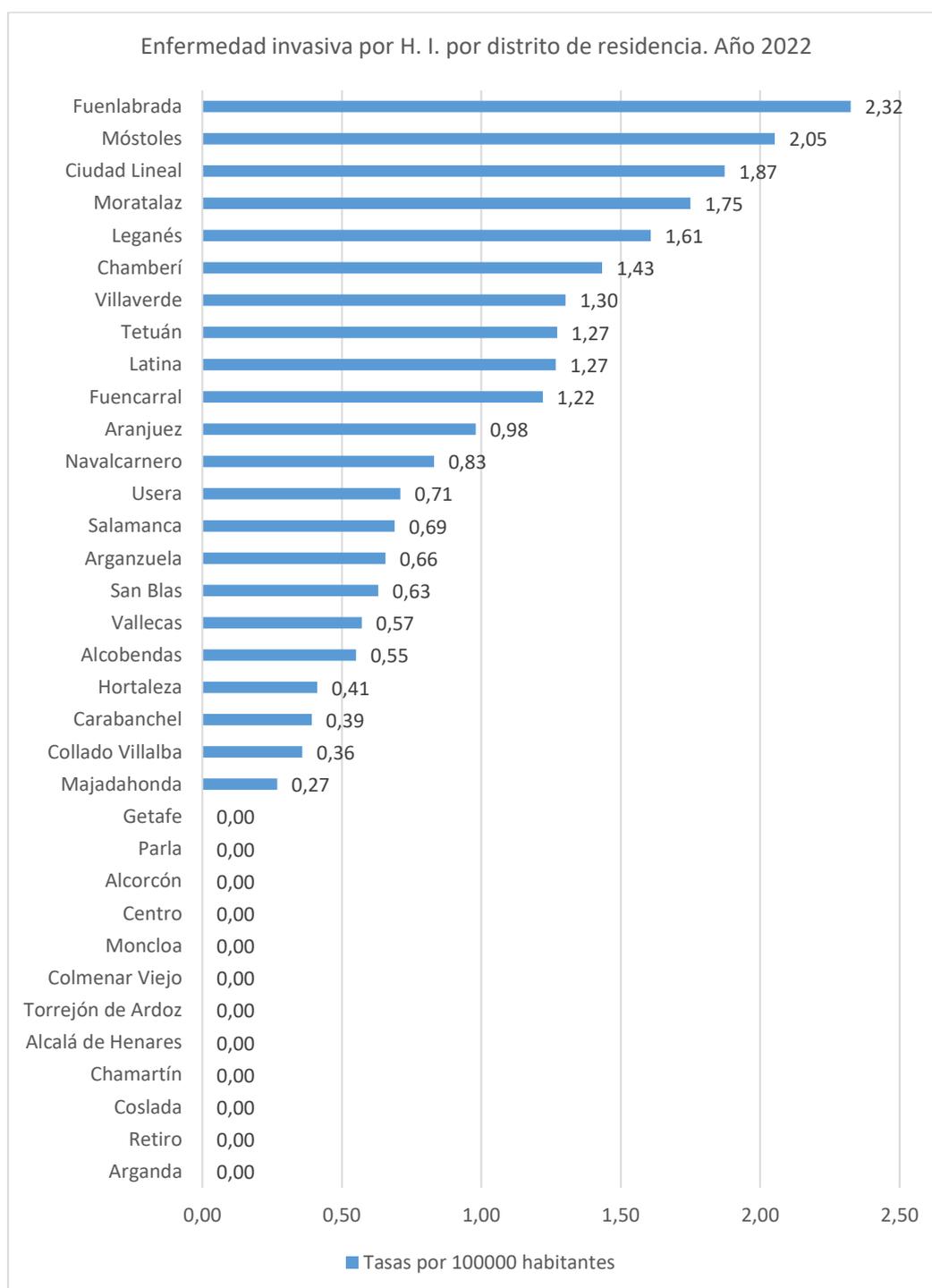
Se identificó *Haemophilus influenzae* tipo b en el 10,6% de los enfermos, *Haemophilus influenzae* sp. en el 76,6% y otros *Haemophilus* en 12,8%.

La forma de presentación clínica fue: neumonía en el 40,4% de los casos (n=19), sepsis en el 21,3% (n=10), meningitis en el 14,9% de los casos (n=7) y otras formas (peritonitis, artritis, bacteriemia...) en el resto de casos (n=11).

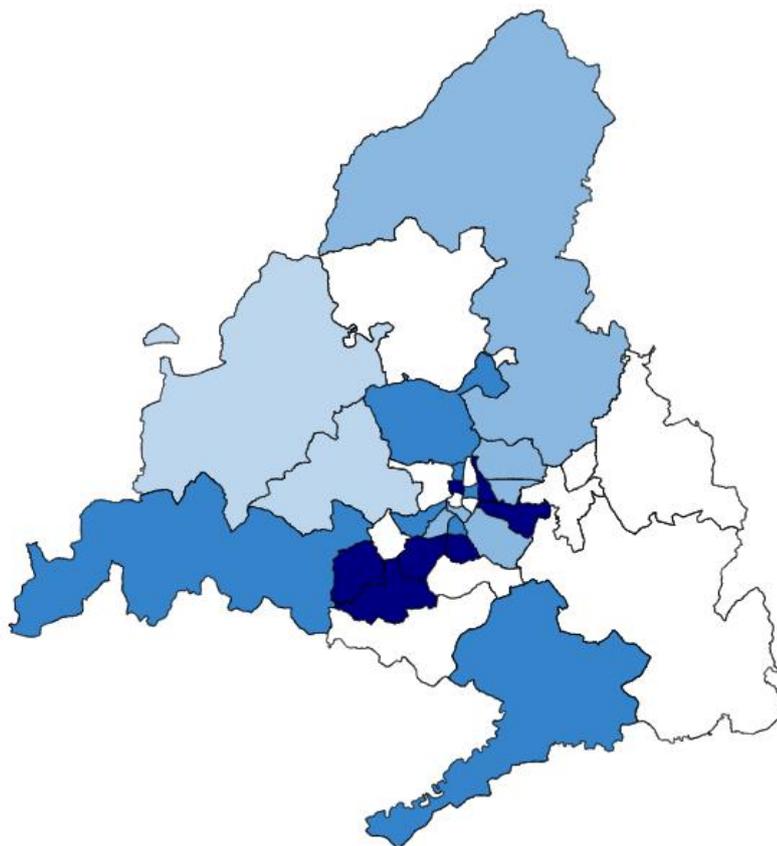
Se ha recogido información sobre el estado vacunal en 36 enfermos de los que 15 de ellos estaban vacunados frente al *Haemophilus influenzae* b (32,6%) con al menos una dosis, y el 40% de ellos tenían tres dosis de vacuna. En los pacientes que se identificó *Haemophilus influenzae* b, ninguno era menor de 5 años y solamente un enfermo (de 12 años) tenía registro de vacunación frente a este patógeno.

Se han producido tres fallecimientos por esta patología (letalidad global 6,4%), una en el grupo de edad 45-64 años y dos en el grupo de personas mayores de 65 años.

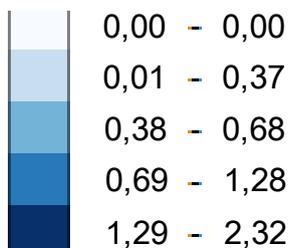
Gráfico 5.3.2.c. Tasas de incidencia de Enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae* por distrito de residencia. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2022.



Mapa 5.3.2 Tasas de incidencia de enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae* por distrito de residencia. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2022.



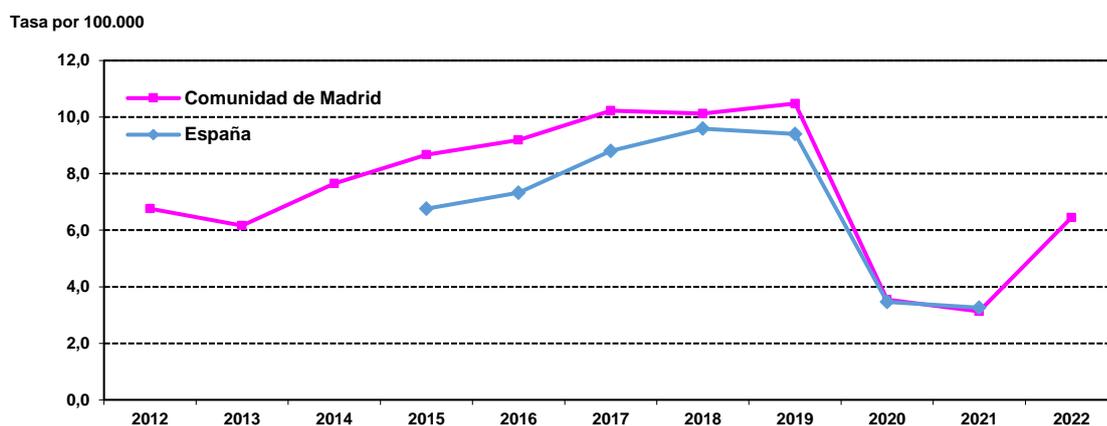
Casos por 100.000 habitantes



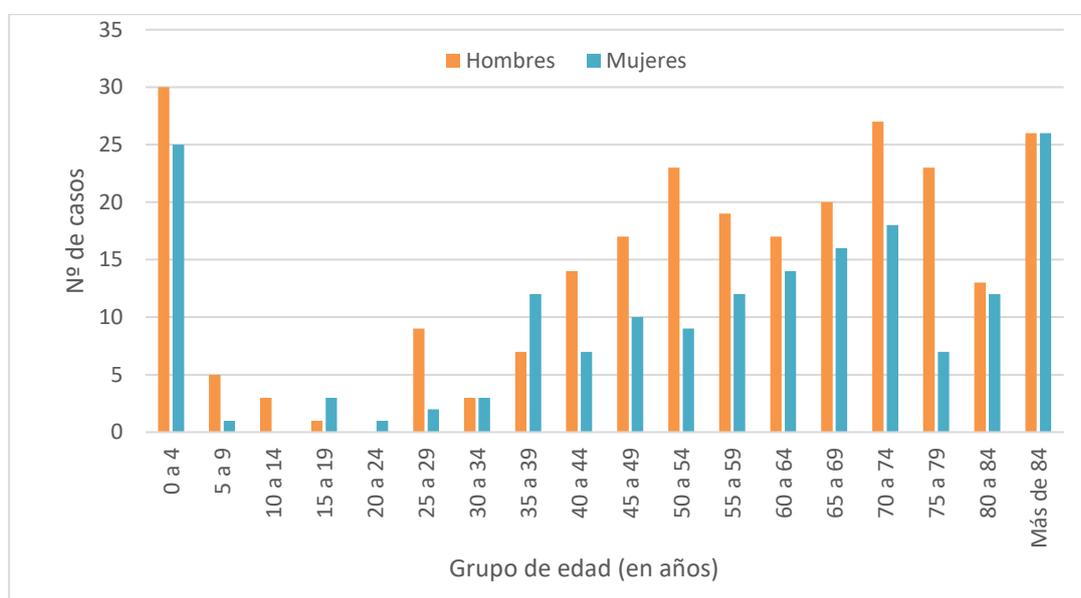
5.3.3. Enfermedad neumocócica invasora

En el año 2022 se registraron en la Comunidad de Madrid 435 casos de enfermedad neumocócica invasora, 224 casos más que en el año 2021. La tasa de incidencia pasó de 3,13 casos por 100.000 habitantes en 2021 a 6,44 casos por 100.000 en 2022 (Gráfico 5.3.3.a). El 59,1% de los casos fueron hombres. El rango de edad osciló entre los 0 y los 99 años, con una media de 54,4 años. Por grupos de edad el 12,3% (55 casos) eran menores de 5 años (22 eran menores de un año) y el 43,2% mayores de 64 años (12% mayores de 84 años). Gráfico 5.3.3.b.

El distrito con mayor tasa de incidencia fue el de Moncloa (14,15 casos por 100.000 habitantes), seguido de Moratalaz (11,67 casos por 100.000 habitantes) y San Blas (11,35 casos por 100.000 habitantes). Gráfico 5.3.3.d.

Gráfico 5.3.3.a. Tasas de enfermedad neumocócica invasora. EDO. Comunidad de Madrid y España*. 2012-2022.

*Solo se recogen datos a nivel nacional desde 2015. No hay datos nacionales disponibles en 2022.

Gráfico 5.3.3.b. Enfermedad neumocócica invasora. Número de casos por edad y sexo. Comunidad de Madrid. Año 2022.

Se registró la forma de presentación clínica en 434 casos (el 99,8%). De éstos figura neumonía (sin sepsis) en el 48,6% (211 casos), sepsis en el 21% (91 casos), bacteriemia sin neumonía ni sepsis en el 13,4% (58 casos), meningitis en el 9,9% (43 casos), meningitis más sepsis en el 2,8% (12 casos) y empiema en el 2,1% (9 casos). Otras formas clínicas menos frecuentes fueron artritis (4 casos), colecistitis (2 casos), endoftalmitis (2 casos), peritonitis (1 caso) y mastoiditis (un caso).

Se conoce la evolución del 98,9% de casos (n=430), con un porcentaje global de fallecimientos del 13% (56 casos). El 78,6% de los fallecimientos se produjeron a partir de los 60 años, siendo un 41,1% del total de ellos en mayores de 84 años, donde la letalidad sube al 44,2% (23 de 52 casos). No hubo fallecimientos en menores de 5 años.

No se registraron casos confirmados asociados entre sí en 2022.

El 53,6% de los casos (n=233) tenía registro de vacunación antineumocócica. De éstos, el 49,3% con vacuna conjugada (n=115), el 26,2% con vacuna polisacárida (n=61) y el 24,5% (n=57) con ambas vacunas.

No se registraron casos confirmados asociados entre sí en 2022.

Se registró el serotipo de neumococo en el 84,8% de todos los casos (n=369). De éstos los más frecuentes fueron el serotipo 8 (20,9%), el serotipo 3 (17,3%), el serotipo 22F (5,2%), el serotipo 19A (3,8%), los

serotipos 10A y 23A (3,5% cada uno), los serotipos 19F y 35B (3,3% cada uno), los serotipos 11A y 31 (2,7% cada uno), los serotipos 4, 9N y 15A (2,4% cada uno) y el serotipo 12B (2,2%). El resto de serotipos (hasta 39 distintos) representan menos del 2% cada uno. Gráfico 5.3.3.c.

En los casos menores de 5 años (55 casos) se analizó el serotipo de neumococo en 49 de ellos. Entre los 49 casos se dieron 17 serotipos diferentes; los más frecuentes fueron el serotipo 3 con dieciséis casos (32,7%), seguido del 19F con cinco casos (10,2%), el 10A con 4 casos (8,2%), el 22F y el 8 con tres casos (6,1% cada uno), el 15A, 15B, 19A y 24F con dos casos (4,1% cada uno) y los serotipos 9N, 12F, 14, 15C, 24A, 31 y 33F con un caso (2% cada uno); hubo 3 casos no tipables a nivel de serotipo (6,1%). Del total de 49 casos con serotipo de este grupo de edad, 24 casos (el 49%) fueron causados por serotipos incluidos en la vacuna conjugada 13-valente del calendario infantil: los de los serotipos 3, 19F, 19A y 14. El 79,2% de estos casos (n=19) tenían administradas al menos 2 dosis de vacuna conjugada, al ser mayores de 4 meses. Destacan este año por primera vez los casos de serotipo 3 como los más frecuentes en este tramo de edad, en parte debido a la novedad de laboratorio, como posibilidad diagnóstica, de identificación de serotipo mediante PCR (de los 16 casos de serotipo 3, la mitad de ellos fueron identificados por esta técnica en líquido pleural), a través de un estudio por el que se recabaron muestras de líquido pleural con cultivo negativo, a las que se aplicó la técnica PCR.

Gráfico 5.3.3.c. Enfermedad neumocócica invasora. Número de casos de los principales serotipos y su grupo de edad. Comunidad de Madrid. Año 2022.

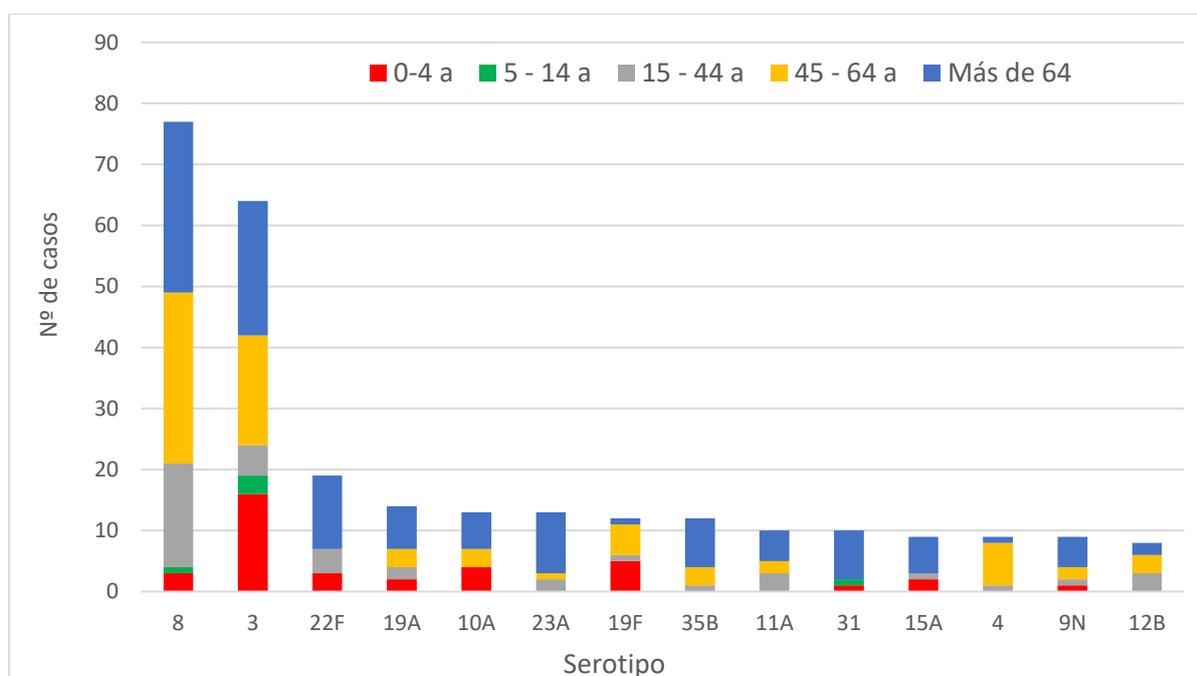
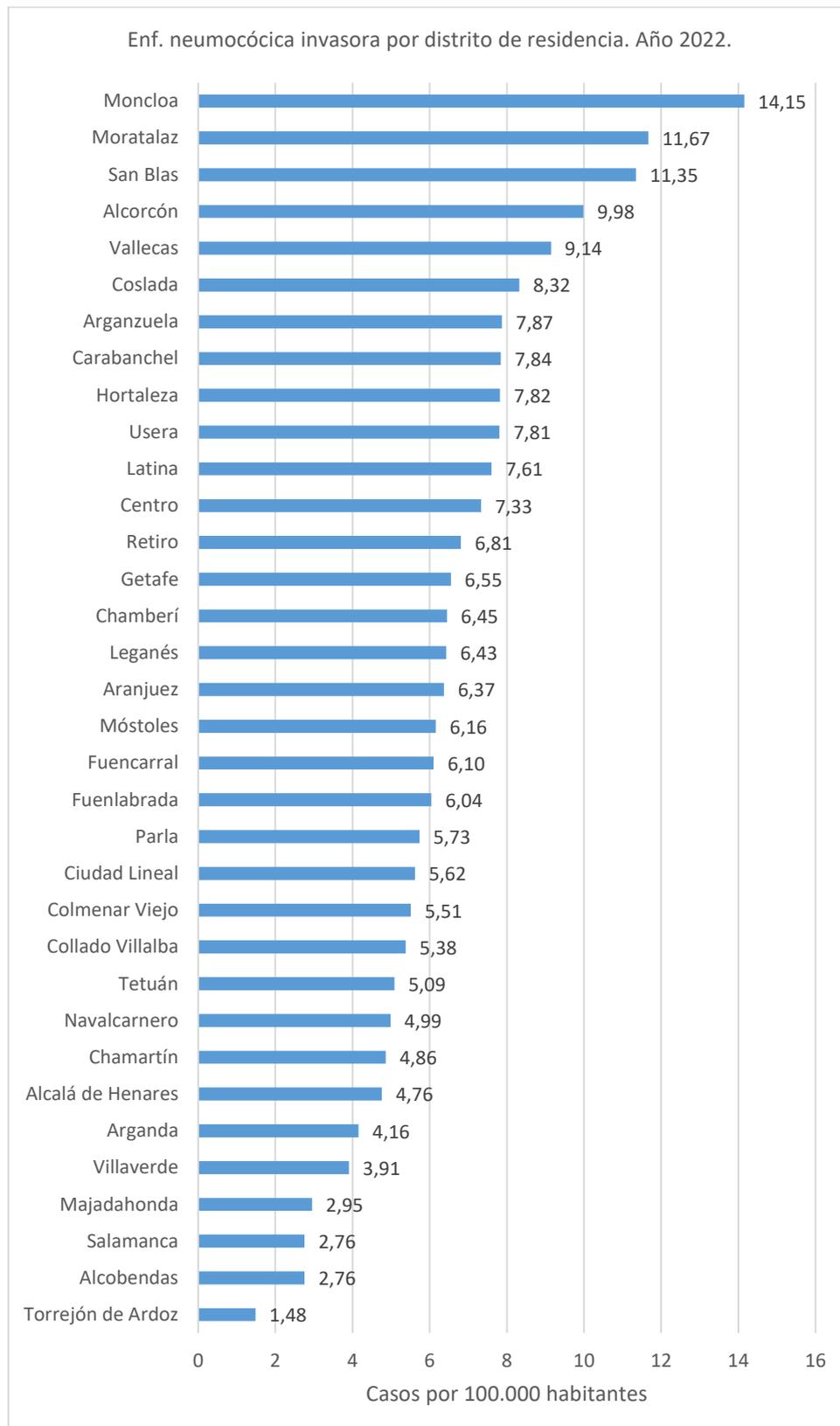
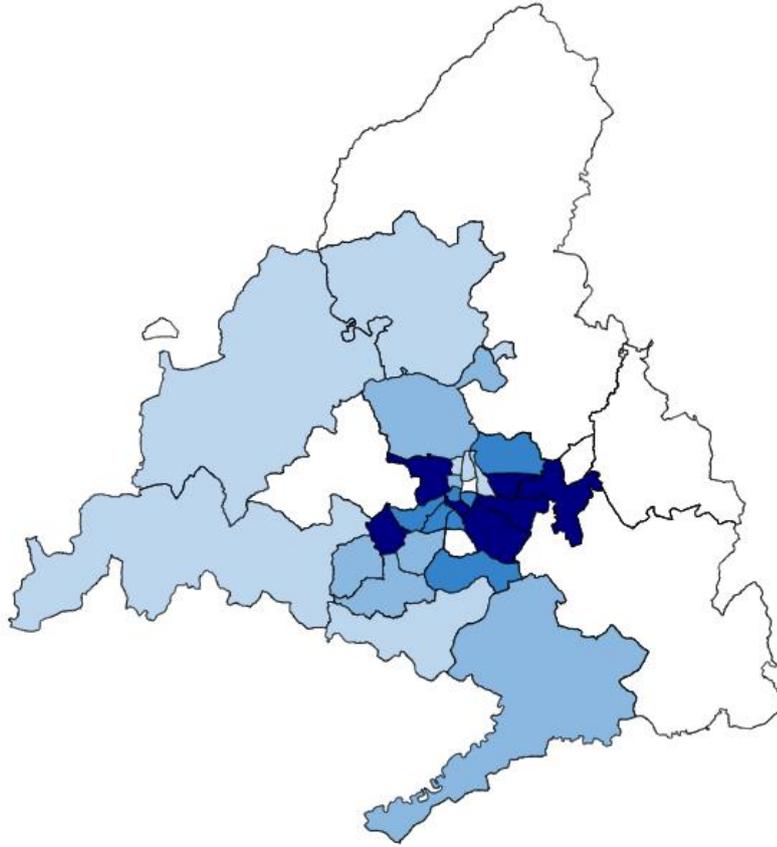


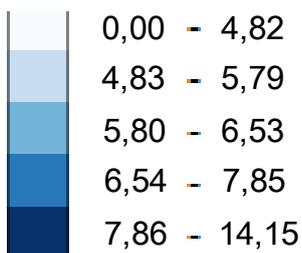
Gráfico 5.3.3.d. Tasas de incidencia de enfermedad neumocócica invasora por distrito de residencia. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2022.



Mapa 5.3.3. Tasas de incidencia de enfermedad neumocócica invasora por distrito de residencia. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2022.



Casos por 100.000 habitantes

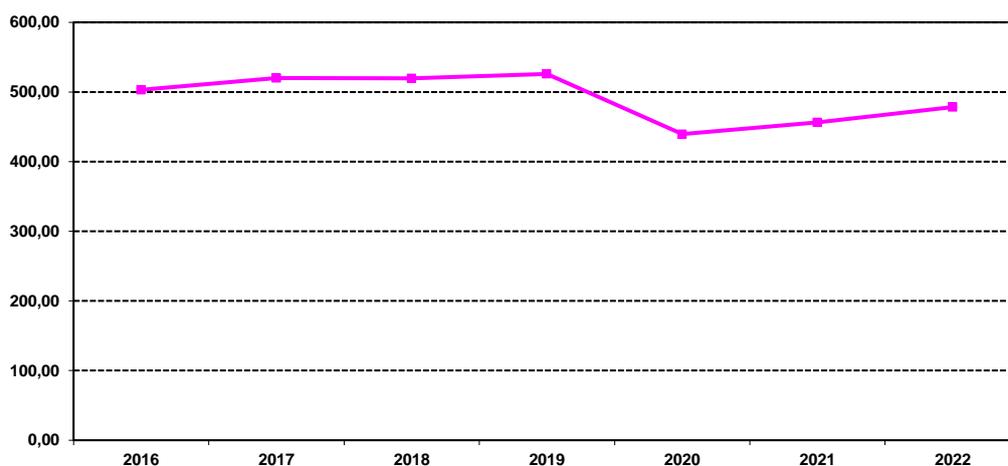


5.3.4. Herpes zóster

En el año 2022 se registraron 32.291 casos de herpes zóster en la Comunidad de Madrid, 1.475 casos más que en 2021. La incidencia acumulada pasó de 456,45 casos por 100.000 habitantes a 478,36 casos por 100.000 habitantes (Gráfico 5.3.4.a).

Gráfico 5.3.4.a. Incidencia de herpes zóster 2016-2022. EDO. Comunidad de Madrid.

Tasa por 100.000



A nivel nacional no se ofrecen datos de incidencia de todas las CCAA. El gráfico sólo muestra los datos de la Comunidad de Madrid.

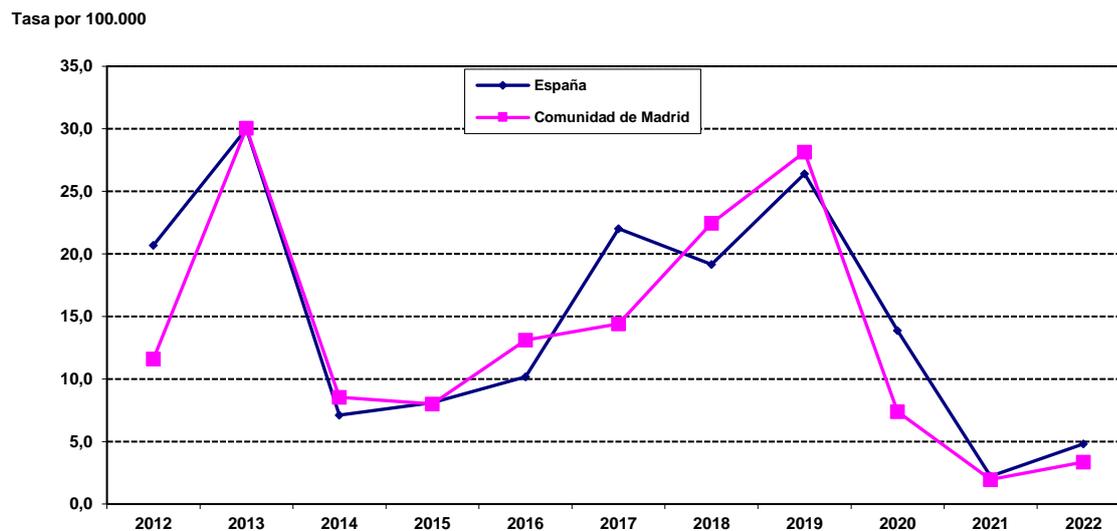
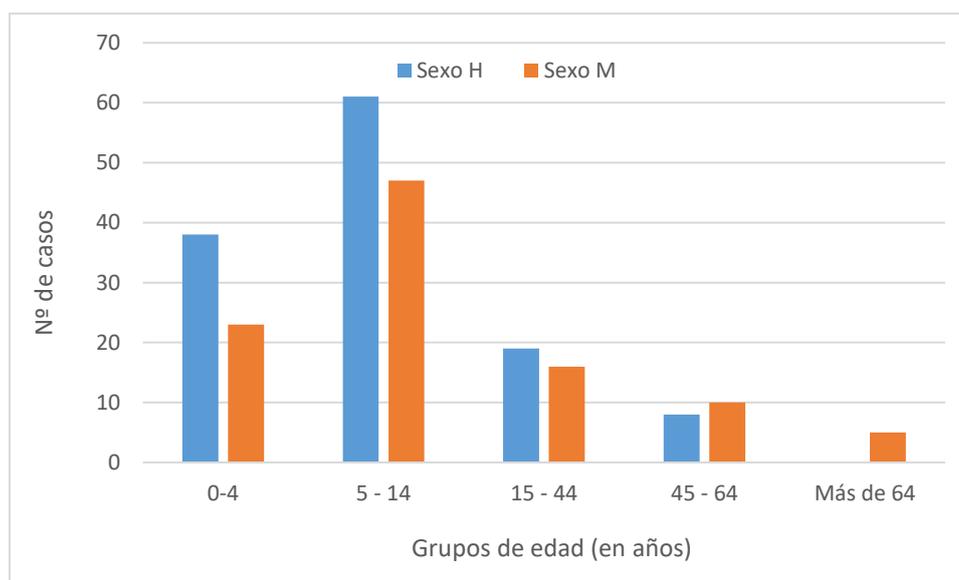
5.3.5. Parotiditis

En el año 2022 se registraron 227 casos de parotiditis en la Comunidad de Madrid, 95 casos más que en el año 2021. La tasa de incidencia fue de 3,36 casos por 100.000 habitantes, por los 1,96 casos por 100.000 del año anterior (Gráfico 5.3.5.a). Los distritos con mayor tasa de incidencia fueron los de Alcorcón (8,81 casos por 100.000 habitantes), Arganda (6,47 casos por 100.000 habitantes) y Torrejón de Ardoz (5,94 casos por 100.000 habitantes) (Gráfico 5.3.5.c).

El 55,5% de los casos se produjeron en varones. La media de edad fue de 15,2 años con un rango comprendido entre los 0 y los 90 años. El 74,4% de los casos eran menores de 15 años (Gráfico 5.3.5.b).

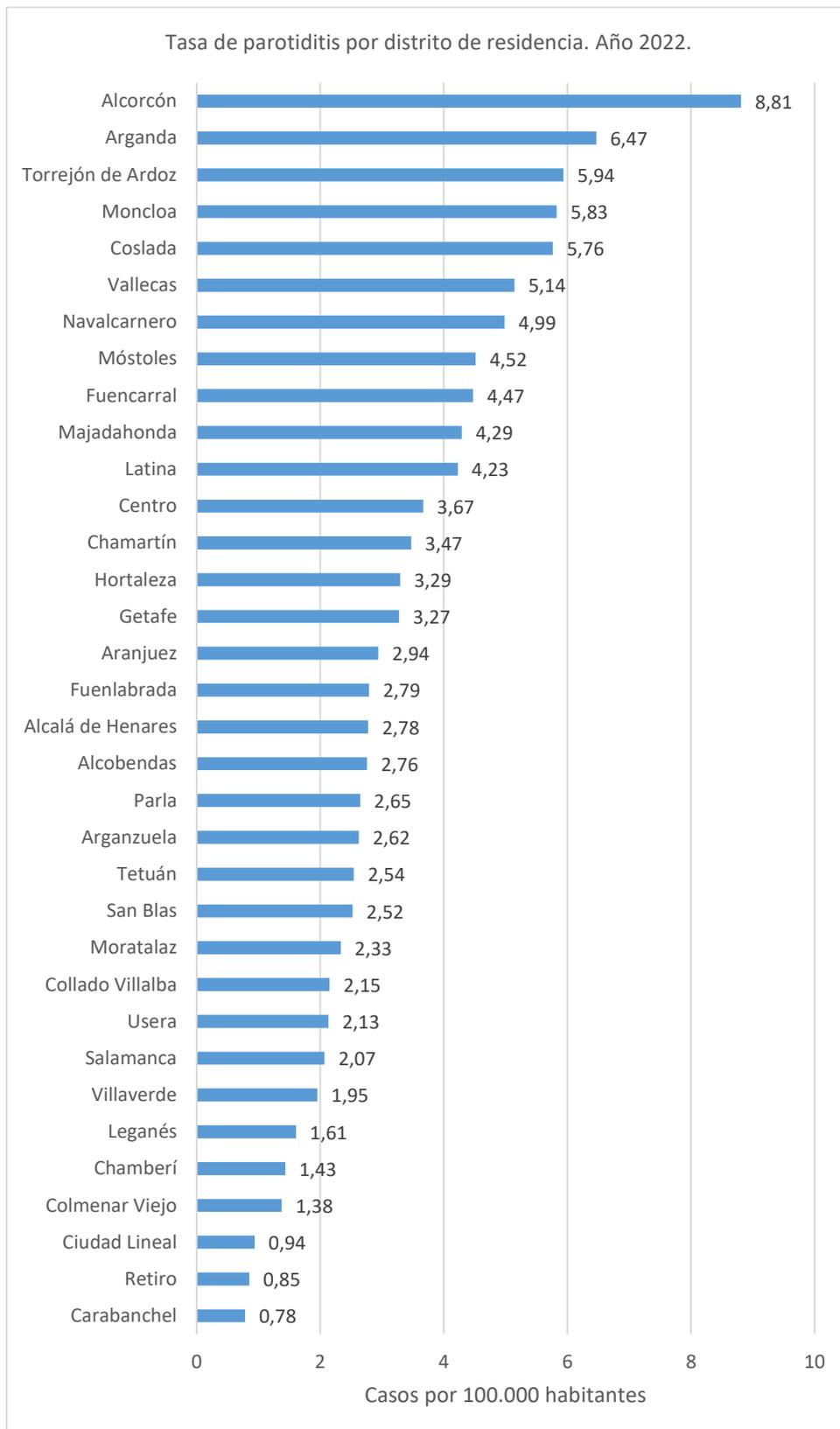
El 89,4% fueron casos sospechosos (n=203) y el 10,6% confirmados (n=24), 23 de ellos con confirmación serológica por un resultado de IgM positiva y solo uno confirmado por PCR positiva en saliva. Se registró inflamación parotídea en el 97,4% de los casos y fiebre en el 30%. No se registraron casos con orquitis, meningitis, encefalitis ni pancreatitis.

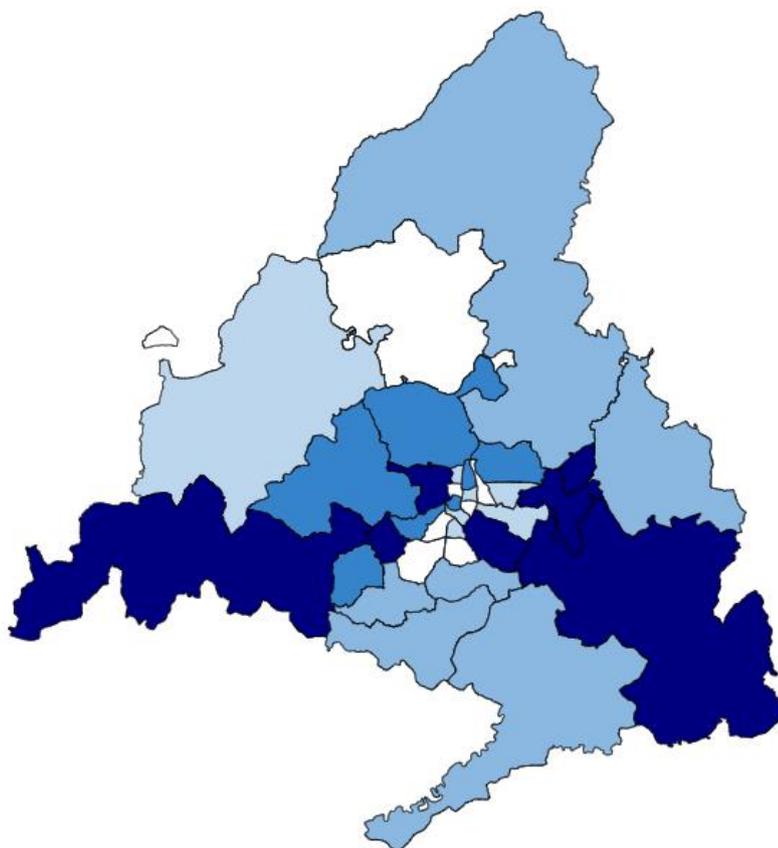
Se registró un caso con hospitalización, por sobreinfección bacteriana (0,4% del total de casos), sin fallecimientos.

Gráfico 5.3.5.a. Tasas de Parotiditis. EDO. Comunidad de Madrid y España. Años 2012-2022.**Gráfico 5.3.5.b. Parotiditis. Nº de casos por grupos de edad y sexo. Comunidad de Madrid. Año 2022.**

Se recogió el estado de vacunación en el 83,7% de los casos (n=190), estando vacunado el 92,1% de éstos con al menos una dosis (el 74,3% con dos o más dosis).

Según la forma de presentación no se registraron brotes de parotiditis en 2022.

Gráfico 5.3.5.c. Tasas de incidencia de parotiditis por distrito de residencia. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2022.

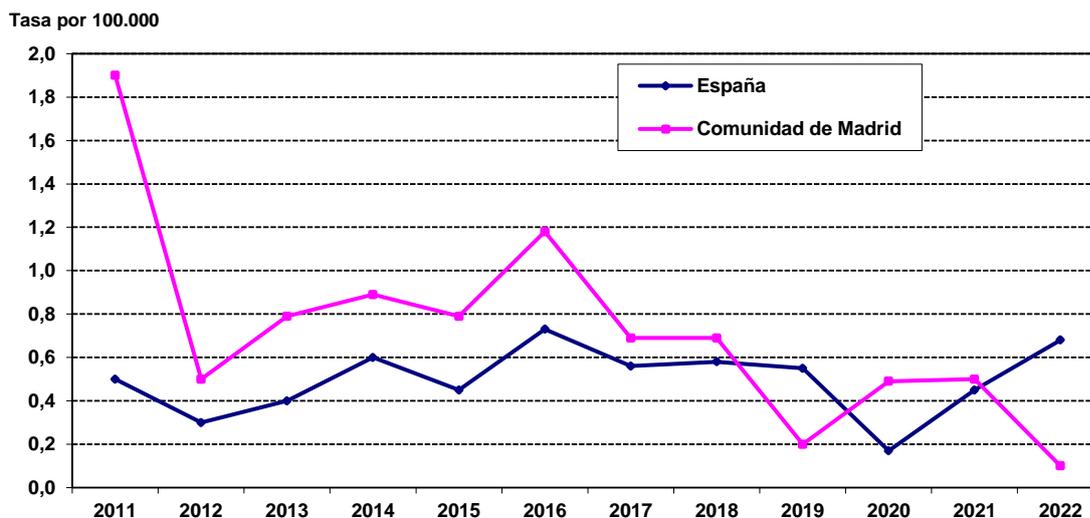
Mapa 5.3.5 Tasas de incidencia de parotiditis por distrito de residencia. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2022.

Casos por 100.000 habitantes

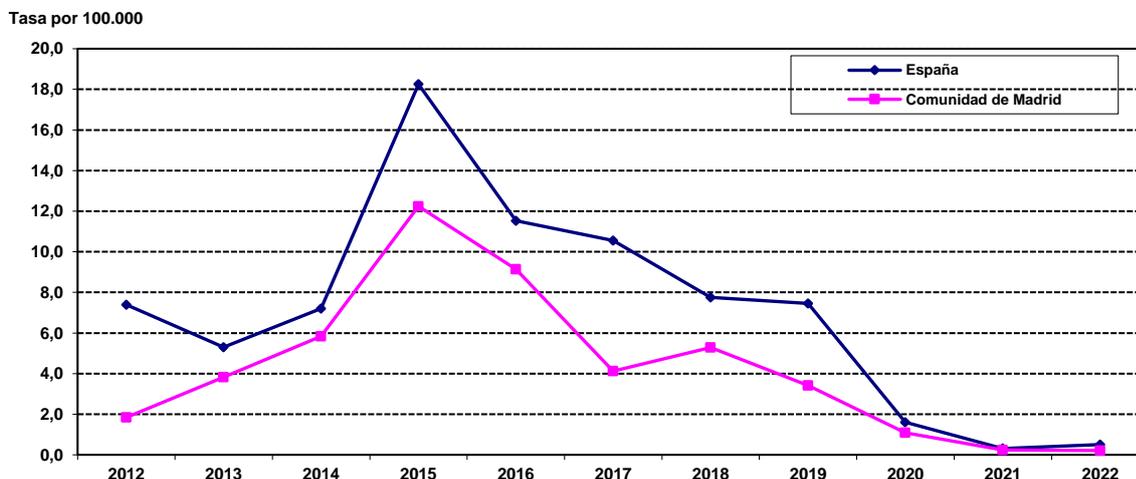
**5.3.6. Parálisis flácida aguda en menores de 15 años**

Durante 2022 se registró un solo caso de parálisis flácida aguda (PFA) en menores de 15 años en la Comunidad de Madrid, lo que representa una incidencia de 0,1 casos por 100.000 habitantes menores de 15 años (Gráfico 5.3.6.a).

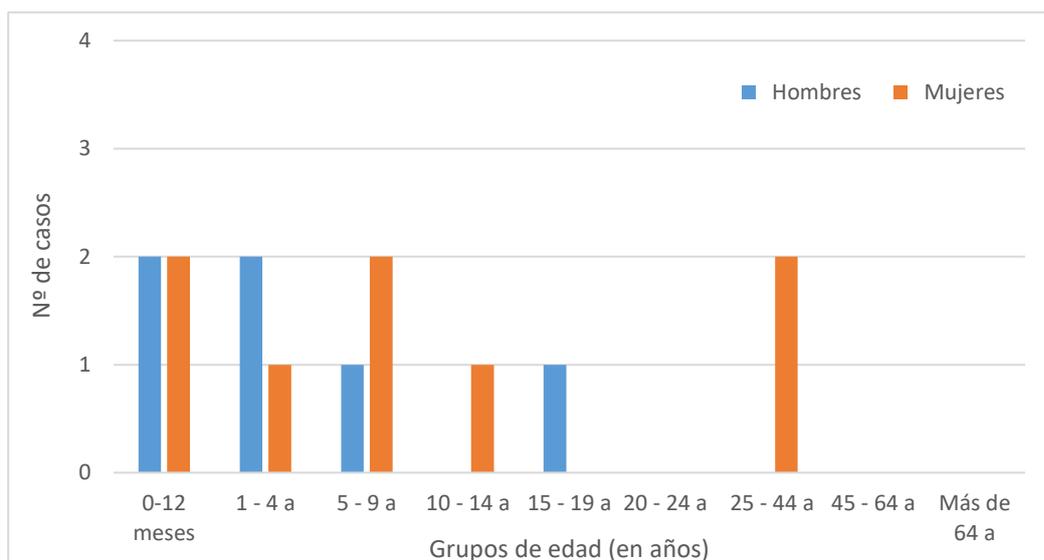
El caso era una niña de 6 años, correctamente vacunada, que fue registrado como “descartado” de polio y diagnosticado como Síndrome de Guillain-Barré. Se recogieron muestras de suero y líquido cefalorraquídeo que fueron negativas para enterovirus; no se obtuvieron muestras de heces como hubiera correspondido para completar el protocolo de estudio.

Gráfico 5.3.6.a. Tasa de incidencia de Parálisis flácida aguda (PFA). EDO. Comunidad de Madrid y España. Años 2012-2022.**5.3.7. Tosferina**

En el año 2022 se registraron 14 casos de tosferina en la Comunidad de Madrid, 2 casos menos que en el año 2021. Esto supone una tasa de incidencia de 0,21 casos por 100.000 habitantes (Gráfico 5.3.7.a). El distrito con mayor tasa de incidencia fue el de Moratalaz (1,17 casos por 100.000 habitantes) seguido de los distritos de Chamberí (0,72 casos por 100.000 habitantes), Villaverde (0,65 casos por 100.000 habitantes) y Tetuán (0,64 casos por 100.000 habitantes). Gráfico 5.3.7.d.

Gráfico 5.3.7.a. Tasas de tosferina. EDO. Comunidad de Madrid y España. Años 2012-2022.

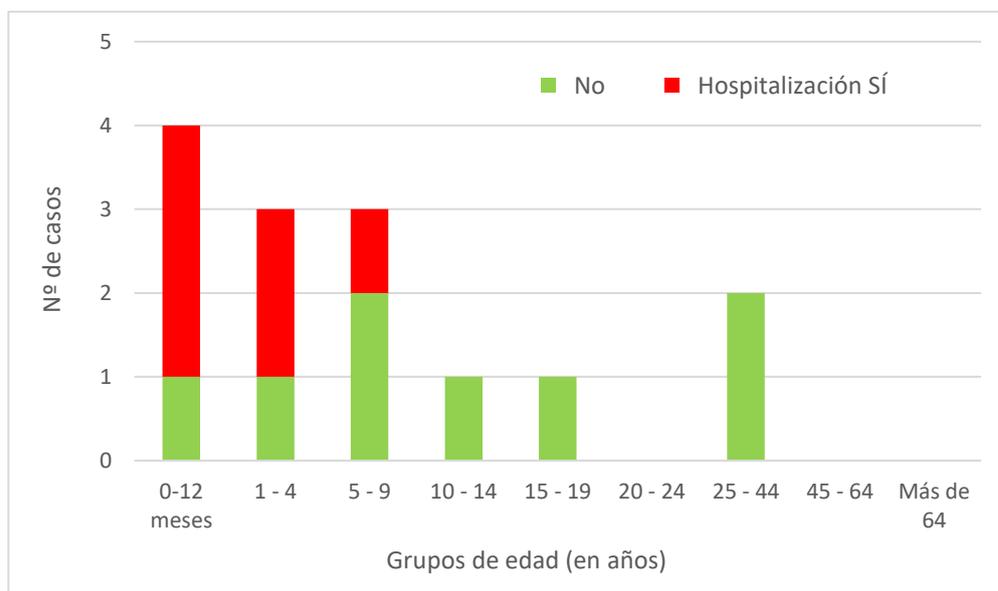
Las mujeres supusieron un 57,1% de los enfermos. La edad media fue de 8,5 años con un rango entre 0 y 41 años. El 71,4% de los casos eran menores de 10 años (Gráfico 5.3.7.b).

Gráfico 5.3.7.b. Nº de casos de tosferina por sexo y grupos de edad. Comunidad de Madrid. Año 2022.

La mitad de los casos (n=7) fueron confirmados, todos ellos menores de 16 años diagnosticados mediante PCR en exudado nasofaríngeo.

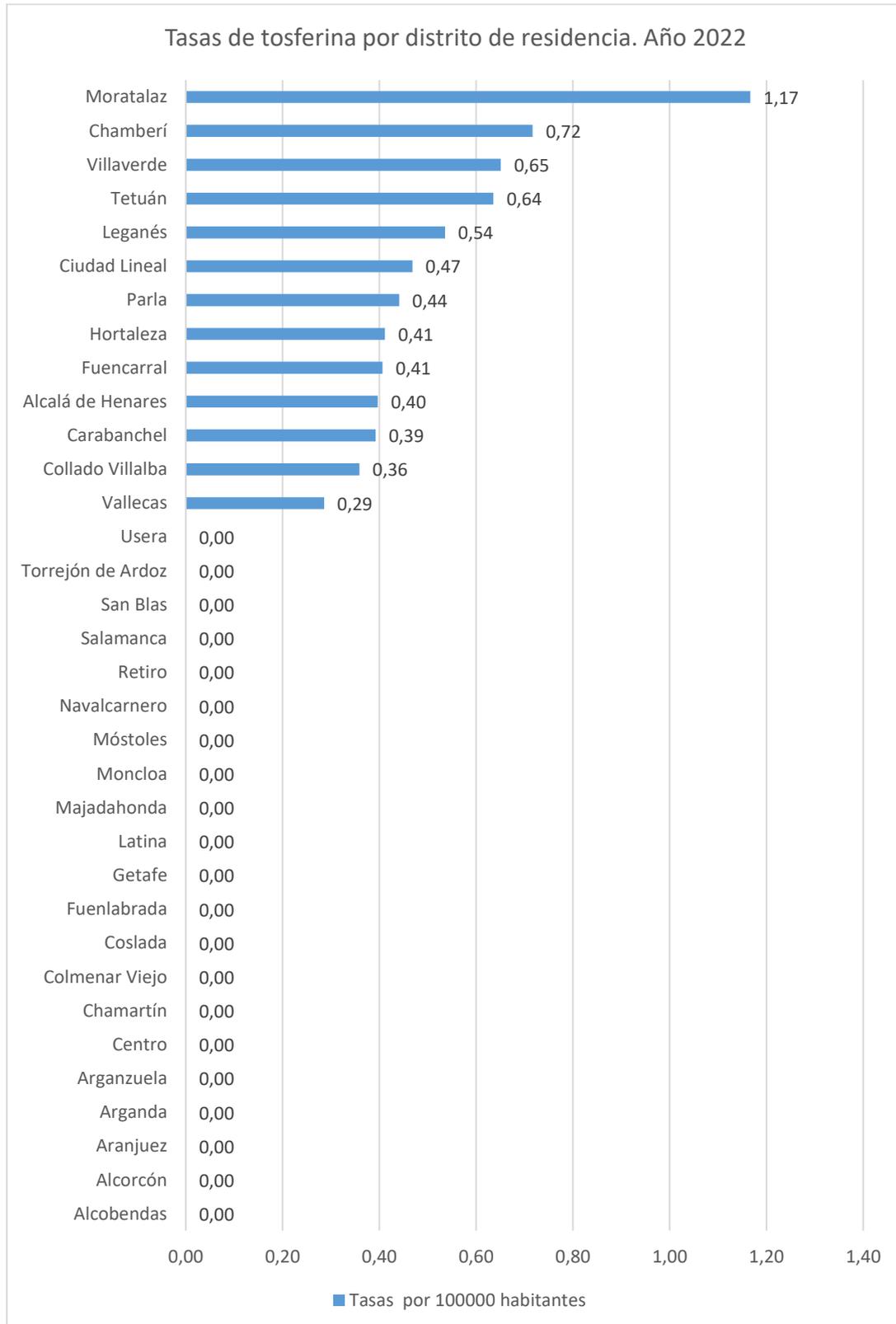
Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron: el 100% tos paroxística (n=14), el 14,3% estridor (n=2), el 14,3% vómitos asociados a la tos (n=2) y el 7,1% (un caso) pausas de apnea.

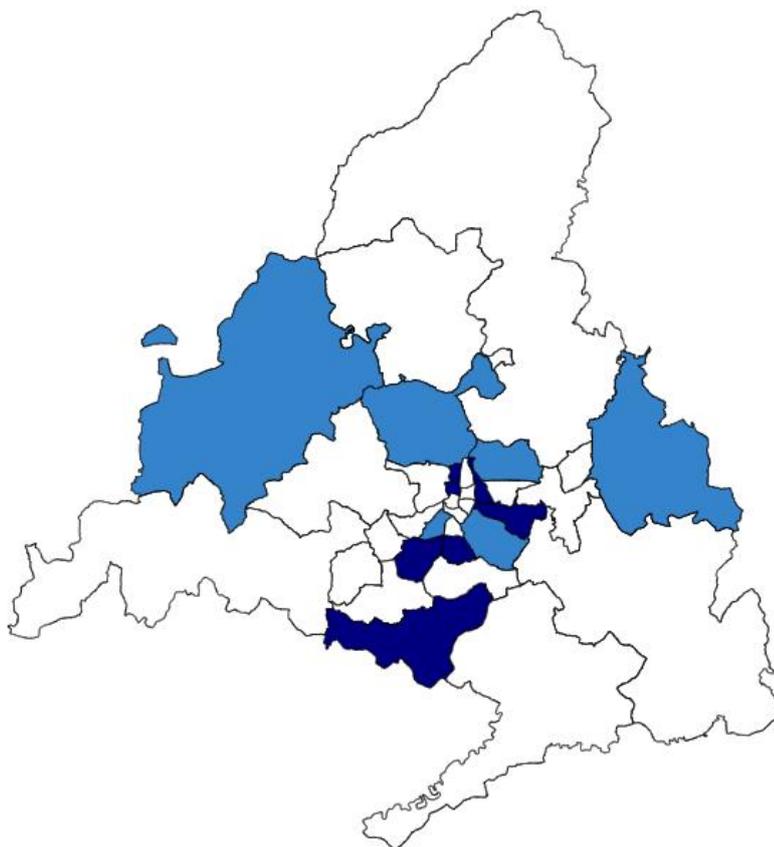
Se registró ingreso hospitalario en el 42,9% de los casos (n=6): 3 casos de menores de un año (de 20 días, de 1 mes y de 2 meses), 2 casos de 4 años y uno de 5 años. (Gráfico 5.3.7.c). No se registraron complicaciones ni defunciones por esta enfermedad.

Gráfico 5.3.7.c. Tosferina. Nº de casos por grupos de edad y hospitalización. Comunidad de Madrid. Año 2022.

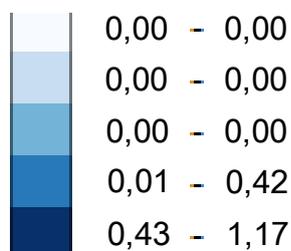
Se registró el estado vacunal en todos los casos (n=14); los menores de 26 años (n=13) estaban vacunados de acuerdo a su edad, no habiendo recibido ninguna dosis de vacuna todavía los tres casos con edad menor o igual a dos meses, que sí quedaron registrados como vacunadas sus madres durante su gestación.

Durante el año 2022 no se notificaron brotes de tosferina.

Gráfico 5.3.7.d. Tasas de tosferina por distrito de residencia. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2022.

Mapa 5.3.7. Tasas de incidencia de tosferina por distrito de residencia. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2022.

Casos por 100.000 habitantes

**5.3.8. Rubéola**

En el año 2022 no se registraron casos ni sospechas de rubéola en la Comunidad de Madrid.

5.3.9. Sarampión

En el año 2022 se declaró un caso sospechoso de sarampión en la Comunidad de Madrid. Tras el estudio correspondiente fue descartado.

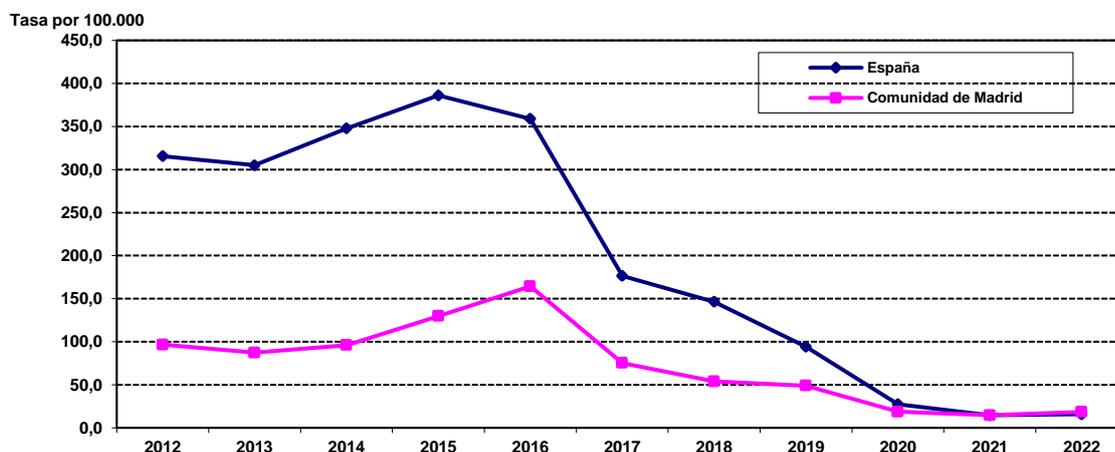
Se trataba de una mujer de 55 años con criterios clínicos compatibles, sin antecedentes de viajes ni contacto con enfermos de sarampión. Se recogieron muestras según lo indicado en el protocolo y fue descartado.

5.3.10. Varicela

Durante el año 2022 se registraron 1248 casos de varicela, 254 casos más que en 2021. La incidencia acumulada pasó de 14,72 casos por 100.000 habitantes en 2021 a 18,49 casos por 100.000 en 2022 (Gráfico 5.3.10.a).

Se registraron 6 brotes de varicela en colectivos (4 de ellos escolares) que afectaron un total de 30 personas.

Gráfico 5.3.10.a. Tasas de varicela. EDO. Comunidad de Madrid y España. Años 2012-2022.



5.4. ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y PARENTERAL

5.4.1. Hepatitis B

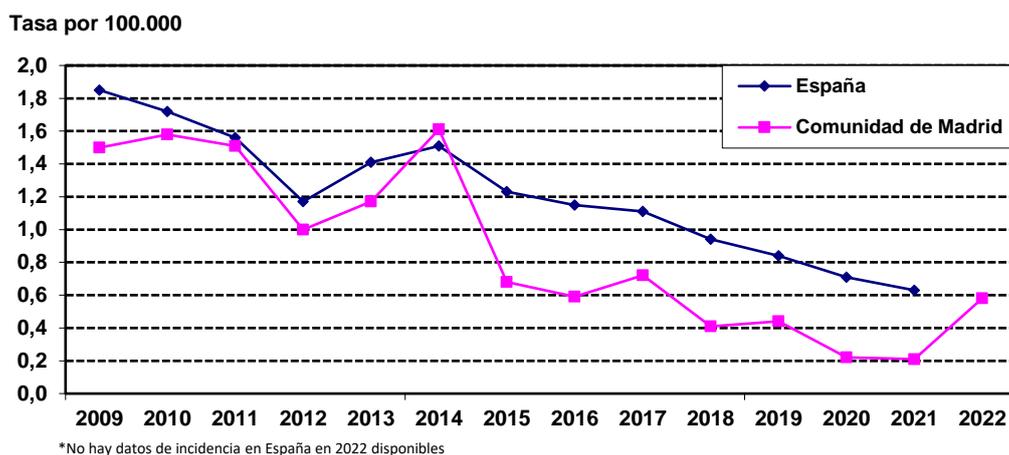
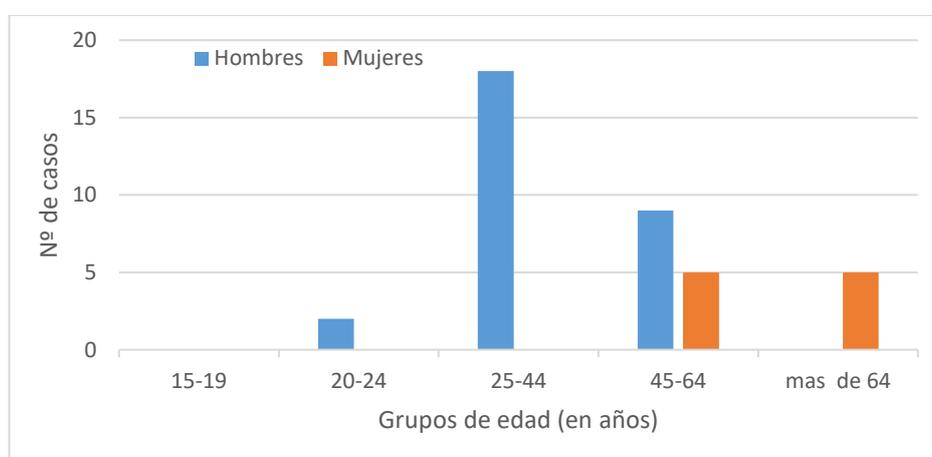
En el año 2022 se han registrado 39 casos de hepatitis B aguda en la Comunidad de Madrid, 25 casos más que en 2021. La incidencia fue de 0,58 casos por 100.000 habitantes. (Gráfico 5.4.1.a). Todos los casos fueron confirmados, el 94% con detección de anticuerpos IgM.

El 74% de los casos fueron hombres. La edad media fue de 47 años con un rango que osciló entre 20 y 85 años. El 87% de los casos era menor de 65 años (Gráfico 5.4.1.b). En relación al país de origen, el 51% fueron personas nacidas en España (n=20) y entre aquellas nacidas en otro país, los más frecuentes fueron personas procedentes de países latinoamericanos (n=10) 26%.

Solo existe antecedente de vacunación documentada en uno de los casos (2,6%), no estaban vacunados el 26% (n=10) y, en el 72% (n=28), no se conoce el estado vacunal. Se notifica confección por VIH en el 5% de los casos (n=2).

En el registro no constan factores de riesgo asociados al contagio.

Se registró hospitalización en 27 de los casos (70%), y no se produjo ningún fallecimiento por hepatitis B. Según la forma de presentación, durante el año 2022 no se notificó ningún brote de hepatitis B.

Gráfico 5.4.1.a. Tasas de hepatitis B. EDO. Comunidad de Madrid y España. Años 2009-2022.**Gráfico 5.4.1.b. Hepatitis B por sexo y grupos de edad. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2022.****5.4.2. Hepatitis C**

En el año 2022 se registraron 518 nuevos diagnósticos de hepatitis C en la Comunidad de Madrid, siendo la tasa de 7,67 casos por 100.000 habitantes.

El 69,9% de los nuevos diagnósticos de 2022 se registró en hombres. La edad media fue de 50,8 años, con un rango que osciló entre 5 y 93 años (Gráfico 5.4.2.a). El 81,5% de los casos tenían edades comprendidas entre los 25 y los 64 años, representando el 46,5%, los pacientes entre 45-64 años. El diagnóstico confirmado de VIH se presentó en el 24,9%. Los datos de riesgos registrados más frecuentes son: sexual (22,4%), uso de drogas inyectadas (10,6%) ambos (6,1%) y transfusiones (0,8%).

En relación al país de origen, el 62,9% eran personas nacidas en España (n=326), siendo entre el resto las nacionalidades más frecuentes: Venezuela y Colombia con el 13,5% (n=26) cada una, y Ucrania con el 13% (n=25) (Gráfico 5.4.2.b).

El distrito con mayor incidencia fue Centro (25,66 casos por 100.000 habitantes), seguido de Carabanchel (17,25 casos por 100.000 habitantes) y Villaverde (14,33 casos por 100.000 habitantes) (Gráfico 5.4.2.c).

De todos los nuevos diagnósticos, se clasificaron como infección aguda el 29,7% (n=154), de las cuales el 60,4% (n=93), tienen diagnóstico confirmado de VIH. Los datos de riesgo notificados más frecuentes son: sexual (42,9%), uso de drogas inyectadas (3,9%), ambos (12,9%) y transfusiones (3,9%).

El 6,4% de casos se registraron con hospitalización (n=33) y el 2,1% fallecidos (n=11).

Se registró el genotipo de virus C en el 62,9% de casos (n=326), predominando el genotipo 1a con el 33,5% de casos (n=109), seguido del genotipo 1b (32,3%) y del genotipo 4 (15,1%).

Se identificaron 21 casos con reinfección de los cuales 4 corresponden a segundas reinfecciones. Todas se presentaron en hombres, el 85,7% con diagnóstico de VIH y la edad promedio es de 45,6 años. El genotipo predominante fue el 1a seguido del 3 y 4. Entre los que contaban con datos de riesgos asociados se identificaron 7 con prácticas sexuales, 6 con uso de drogas inyectadas y 2 con ambos.

Según forma de presentación, durante el año 2022, no se notificó ningún brote de hepatitis C.

Gráfico 5.4.2.a. Hepatitis C por sexo y grupos de edad. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2022.

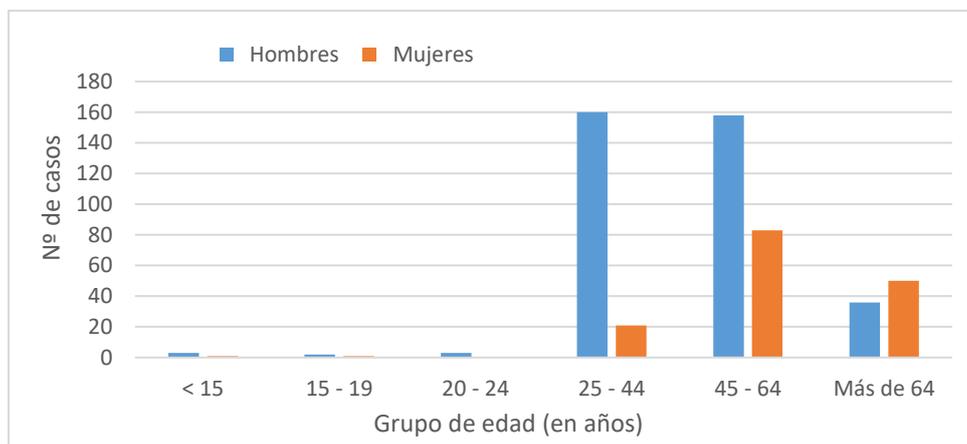


Gráfico 5.4.2.b. Casos de Hepatitis C por país de origen y grupos de edad. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2022.

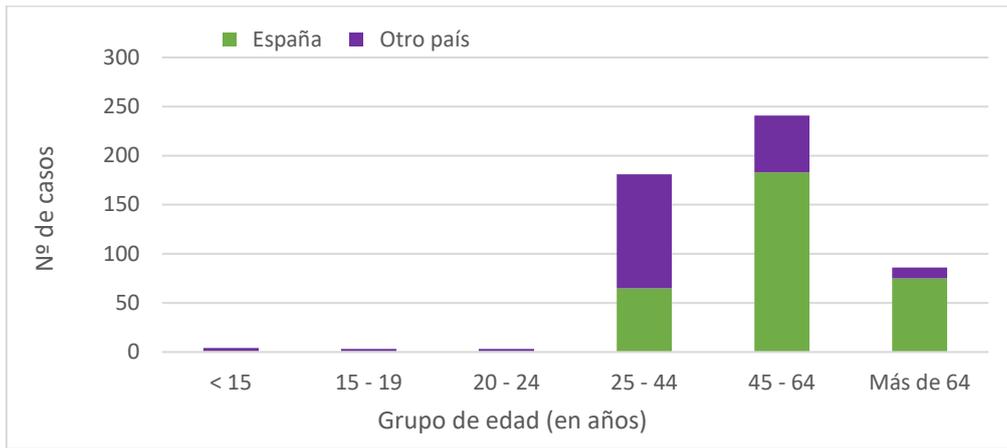
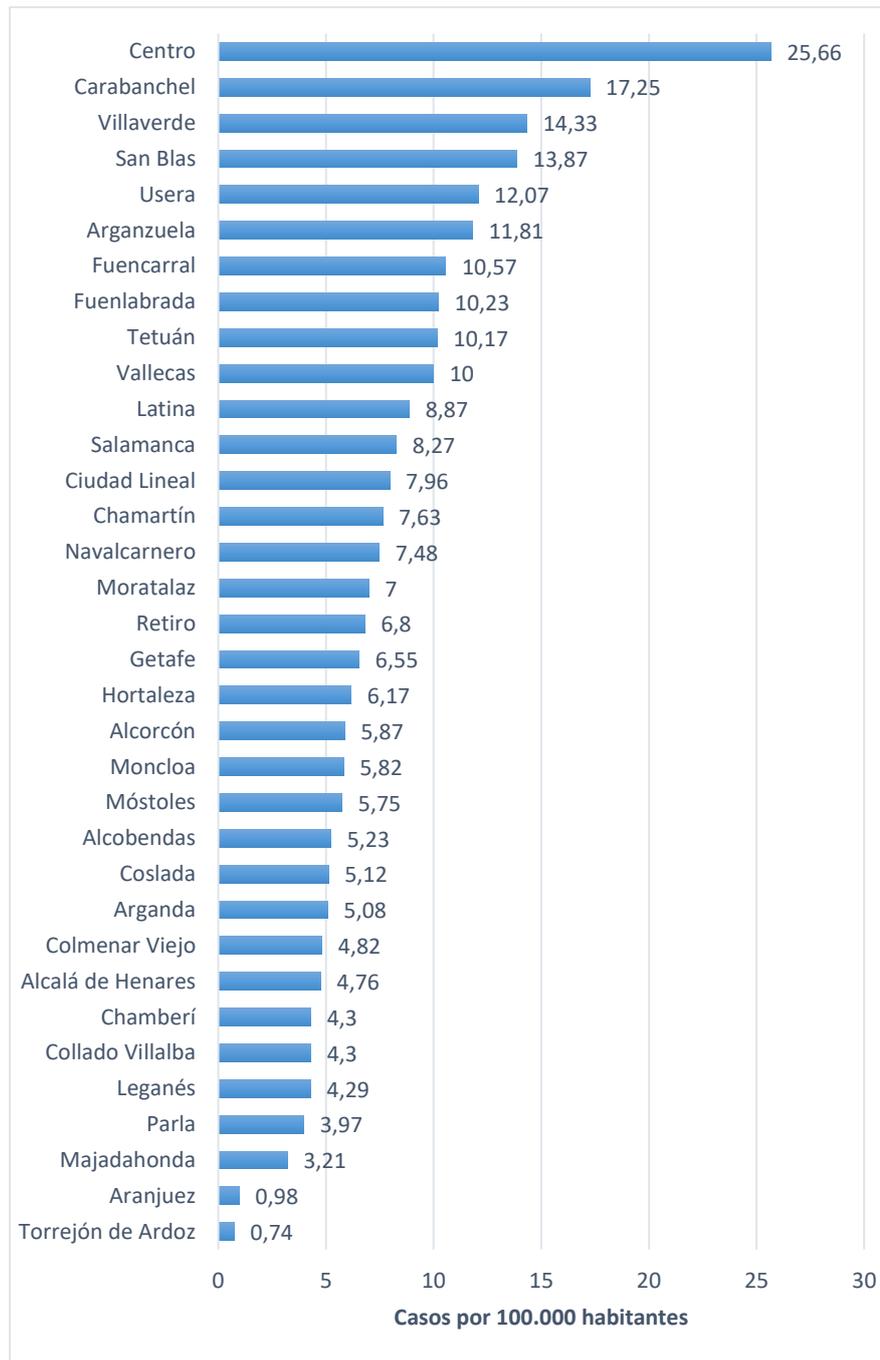
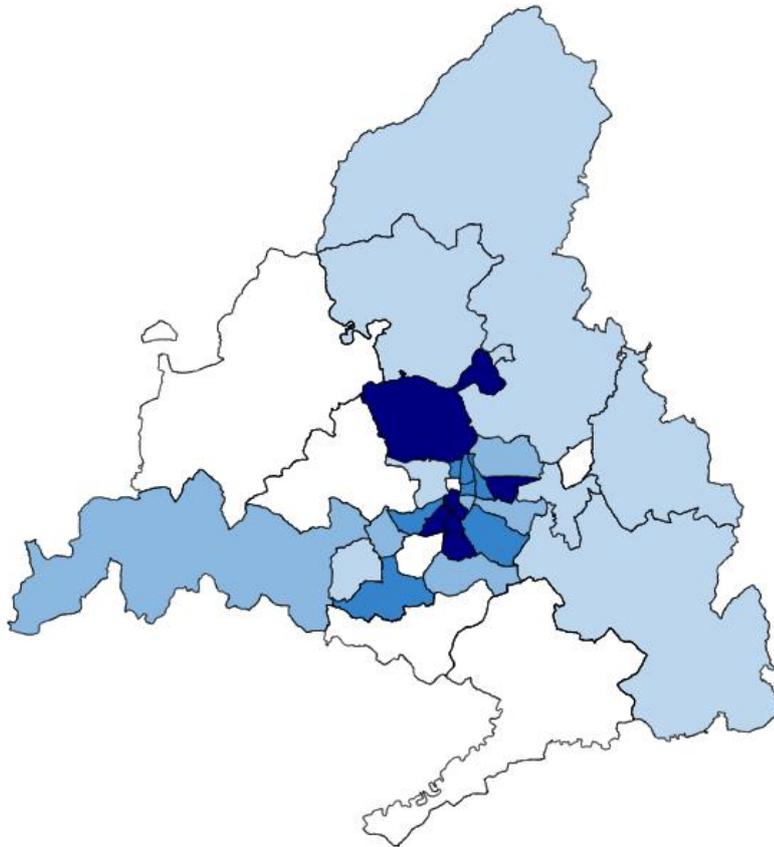
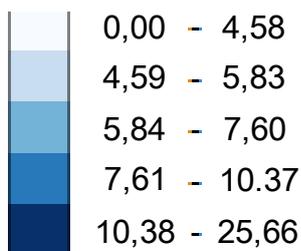


Gráfico 5.4.2.c. Tasas de incidencia de hepatitis C por distrito de residencia. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2022.



Mapa 5.4.2. Tasas de incidencia de hepatitis C por distrito de residencia. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2022.

Casos por 100.000 habitantes

**5.4.3. Infección gonocócica**

Durante el año 2022 se registraron en la Comunidad de Madrid 3998 casos de infección gonocócica, 516 casos más que en 2021. La tasa de incidencia acumulada fue de 59,23 casos por 100.000 habitantes (Gráfico 5.4.3.a). Los distritos que presentaron una mayor tasa de incidencia fueron: Centro 410,55 casos por 100.000 habitantes, Chamberí (145,48 casos por 100.000 habitantes) y Arganzuela (116,80 casos por 100.000 habitantes) Gráfico 5.4.3.c.

En la distribución por sexo se observó un claro predominio en varones (84,8%). La edad media fue de 31,7 años, con un rango entre los 12 y los 75 años. El 81,4% de los casos eran de edades comprendidas entre los 20 y los 44 años (Gráfico 5.4.3.b).

En el 97,2% de los casos se conoce el país de origen (3887 casos). Nacidos en España fueron el 56%, y el resto aglutinó hasta 86 países diferentes de los cinco continentes, con predominio de países latinoamericanos (el 8,1% de Venezuela, el 6,3% de Colombia y el 3,7% de Ecuador como más destacados).

El 99,97% de los casos se clasificaron como confirmados por diagnóstico microbiológico. Solamente un caso se consideró como probable al presentar solamente vínculo epidemiológico con un caso confirmado. Se registró PCR positiva en el 92,7% de los casos confirmados (n=3706) y aislamiento de gonococo en el 28,9% (n=1156).

Considerando los casos en los que consta la forma de presentación clínica, la más frecuente en hombres fue uretritis en el 79,2% de casos, seguido de proctitis en el 14,1% y faringitis en el 6,5%. Entre las mujeres el predominio diagnóstico fue cervicitis con el 51,8% de casos, seguido de un 21,8% enfermedad inflamatoria pélvica y de uretritis con el 13,8%.

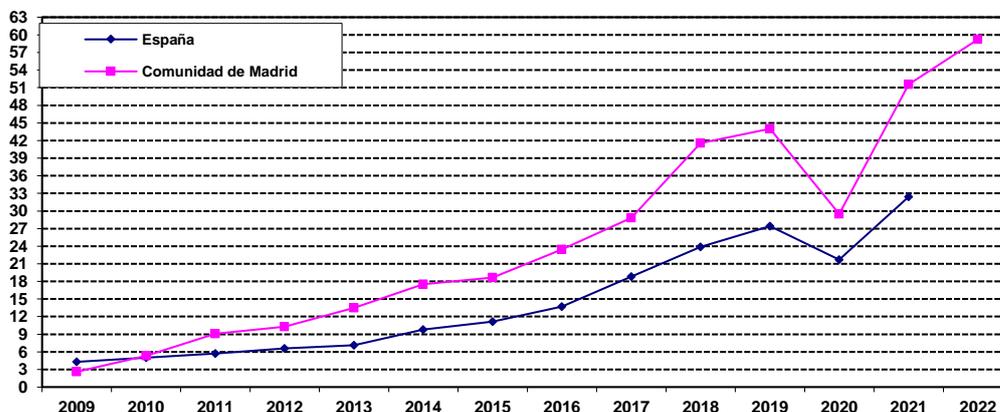
Se registró hospitalización en el 1,8% de los casos (n=70), 47 mujeres y 23 hombres con un rango de edad de 13 a 75 años. En el 83% (n=39) de las mujeres constaba como cuadro clínico enfermedad inflamatoria pélvica. En hombres, el diagnóstico más frecuente fue la proctitis en el 47,8% (n=11) y la artritis con el 30,4% (n=7).

En el 12,5% (n=498) de los casos consta positividad para VIH, en el 0,7% (n=26) para hepatitis C y en el 0,5% (n=18) de hepatitis B. Además en el 21,7% (n=866) se identifica coinfección por *Chlamydia trachomatis* y en el 5,1% (n=203) por sífilis.

En cuanto a la notificación de la EDO, el 65,8% procedió de atención hospitalaria, el 18,6% del centro monográfico de infecciones de transmisión sexual de la Comunidad de Madrid (debido a cambios en el proceso de notificación durante 2022, parte de las notificaciones del Hospital Clínico San Carlos pueden corresponder a peticiones y diagnósticos realizados por el centro monográfico), el 8,8% centros municipales de salud del ayuntamiento de Madrid y el 4,2% de atención primaria. En el 1,9% de los casos, la notificación procedió de centros de diagnóstico privados.

Gráfico 5.4.3.a. Tasas de infección gonocócica. EDO. Comunidad de Madrid y España. Años 2009-2022.

Tasa por 100.000



*No hay datos de incidencia en España en 2022 disponibles

Gráfico 5.4.3.b. Nº de casos de infección gonocócica por sexo y grupos de edad. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2022.

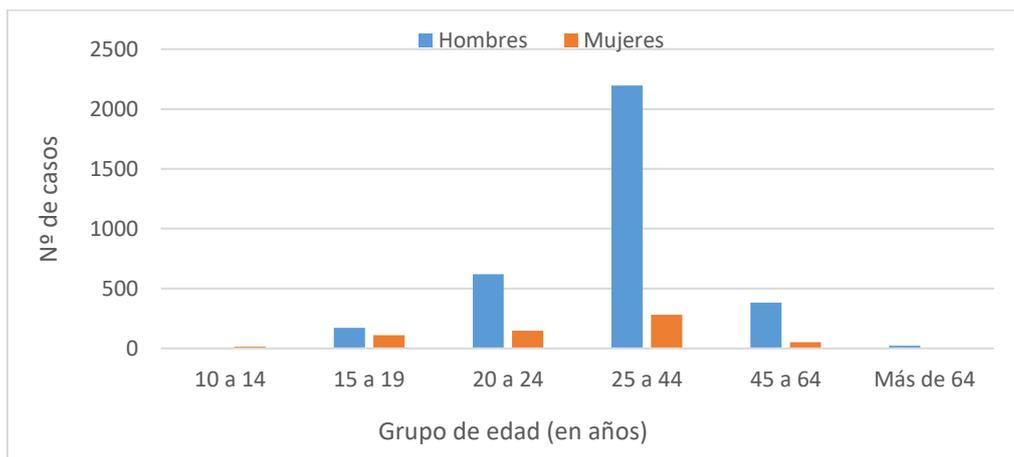
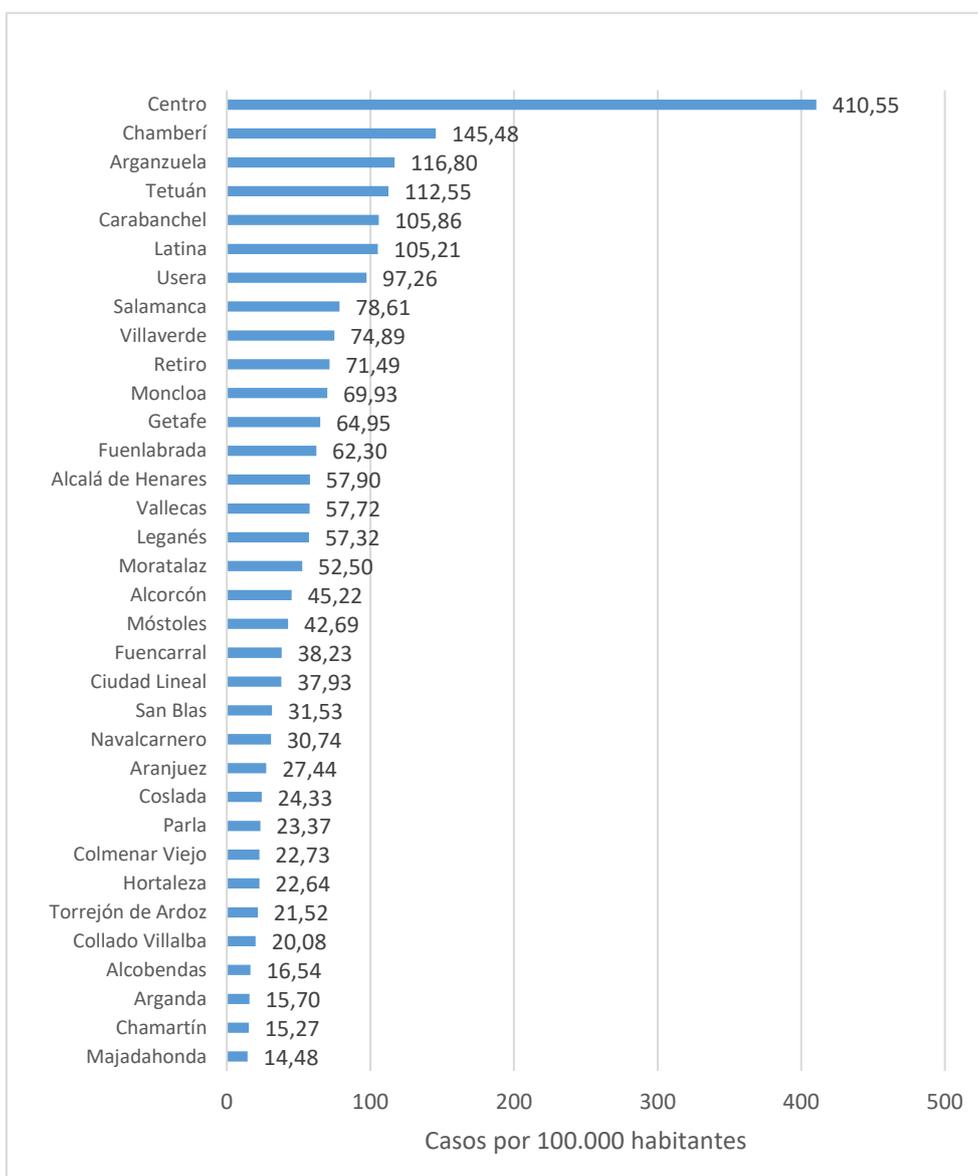
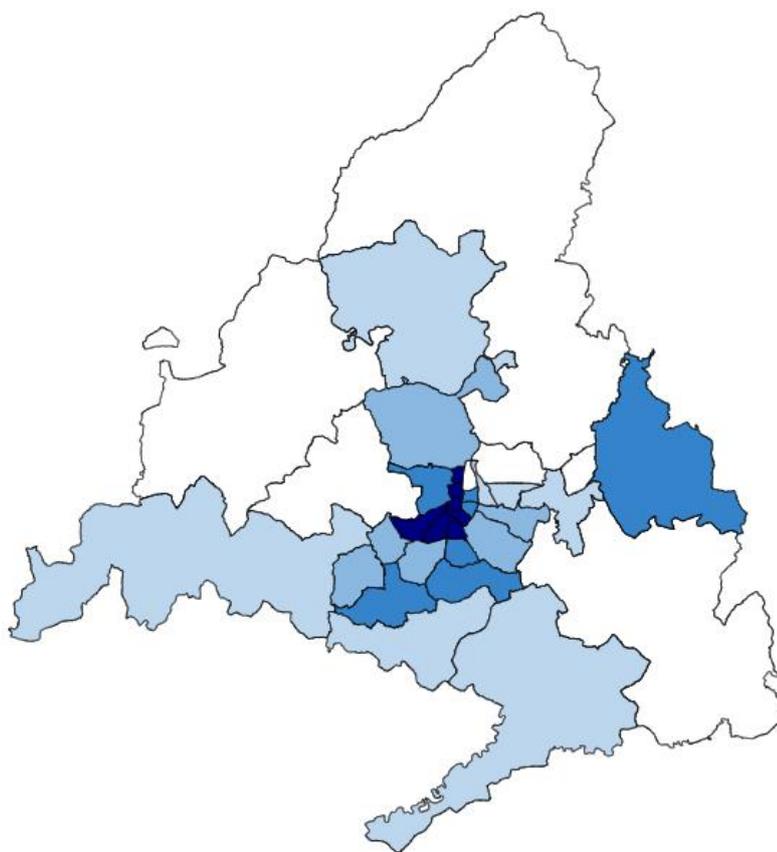
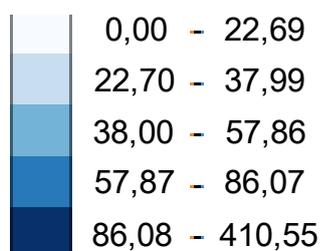


Gráfico 5.4.3.c. Tasas de incidencia de infección gonocócica por distrito de residencia. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2022.



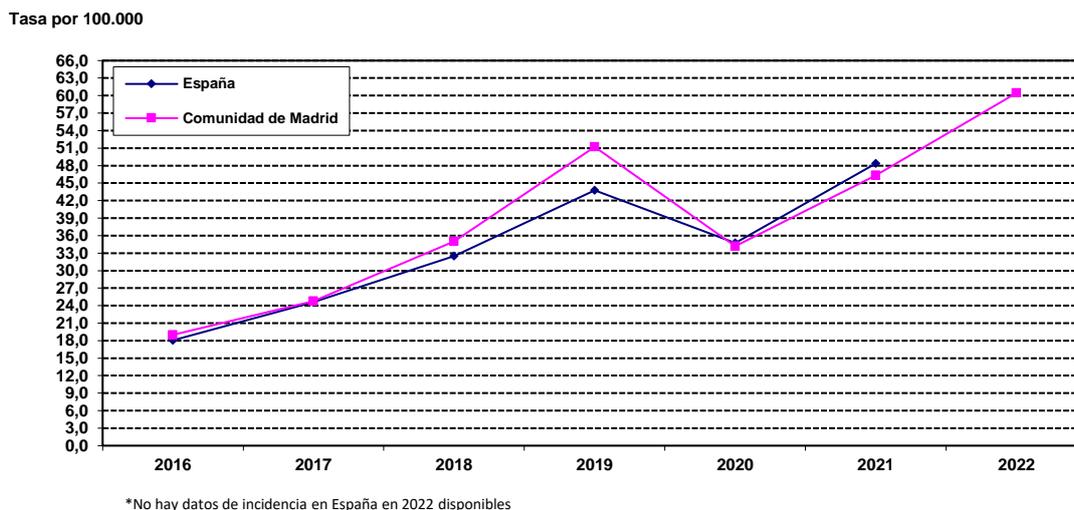
Mapa 5.4.3. Tasas de incidencia de infección gonocócica por distrito de residencia. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2022.

Casos por 100.000 habitantes

**5.4.4. Infección por *Chlamydia trachomatis***

En el año 2022 se registraron en la Comunidad de Madrid 4080 casos de infección por *Chlamydia trachomatis* (excluido linfogranuloma venéreo), 953 casos más que el año anterior, con una incidencia de 60,44 casos por 100.000 habitantes (Gráfico 5.4.4.a).

El 61,9% de los casos se observó en hombres. El rango de edad varió entre 0 y 86 años, con una edad media de 29,9 años. El 80,5% de casos se presentó en personas entre los 20 y los 44 años (Gráfico 5.4.4.b). Los 8 casos registrados en menores de 4 años corresponden a neonatos con exudados conjuntivales positivos, siendo la transmisión intraparto la vía de contagio. Se conoce el país de origen en el 97,8% de los afectados. El 58,6% (n=2339) fueron españoles; el resto se reparten entre 69 nacionalidades, con predominio de países latinoamericanos (Venezuela con 264, Colombia con 239, Ecuador con 171 y República Dominicana con 127 casos fueron los más frecuentes).

Gráfico 5.4.4.a. Tasas de infección por *Chlamydia trachomatis*. EDO. Comunidad de Madrid y España. Años 2016-2022.

Los distritos que presentaron una mayor incidencia fueron: Centro (315,25 casos por 100.000 habitantes), Chamberí (134,01 casos por 100.000 habitantes), Latina (123,37 casos por 100.000 habitantes) y Tetuán (122,73 casos por 100.000 habitantes). Gráfico 5.4.4.c.

En el 1,6% de los casos se registró ingreso hospitalario (n=65).

Todas las notificaciones se confirmaron microbiológicamente. En el 99,4% de los casos (n=4057) se registró una PCR positiva como técnica diagnóstica. De éstas, en hombres (n=2510) la muestra positiva fue de exudado uretral en el 41,9%, de exudado rectal en el 39,7%, de orina en el 12,4%, y de exudado faríngeo en el 1,8%; en mujeres (n=1547), la muestra positiva fue de exudado cervicovaginal en el 73%, de orina en el 10,3%, de exudado vaginal en el 8,4% y de exudado rectal en el 2,6%. Hubo 21 positivos de exudado conjuntival, 12 mujeres y 9 hombres, con edades entre los 0 y los 44 años.

Según el notificador, el 69,3% de casos se notificó por atención hospitalaria, el 13,6% por un centro monográfico de enfermedades de transmisión sexual de la Comunidad de Madrid (debido a cambios en el proceso de notificación durante 2022, parte de las notificaciones del Hospital Clínico San Carlos pueden corresponder a peticiones y diagnósticos realizados por el centro monográfico), el 9,6% por los centros municipales de salud, y el 4,8% por atención primaria.

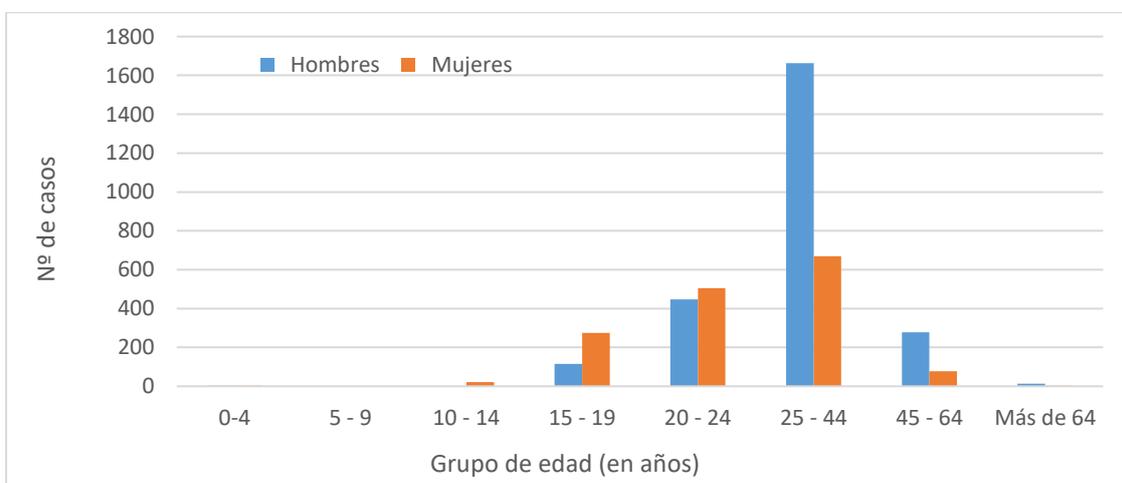
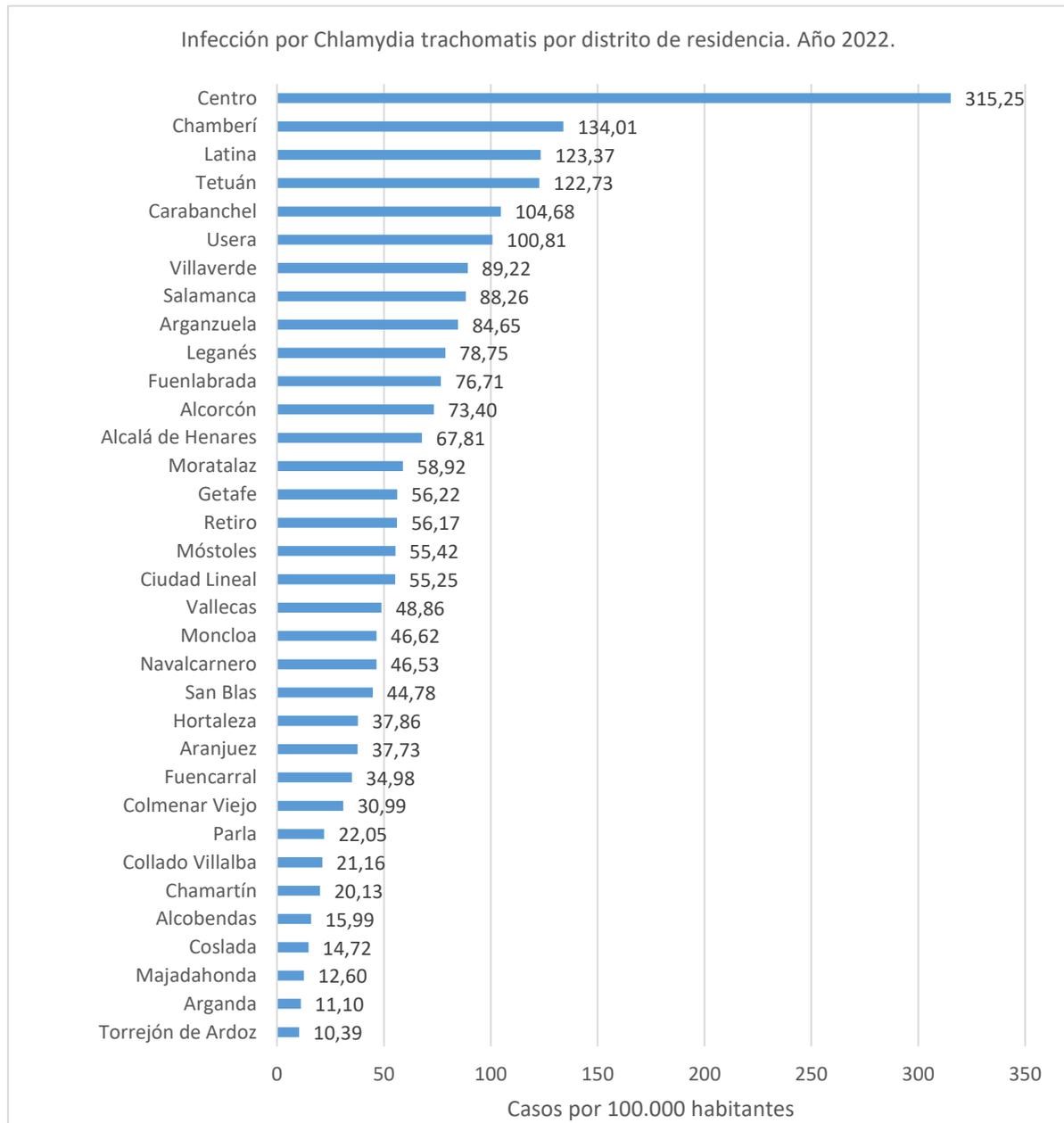
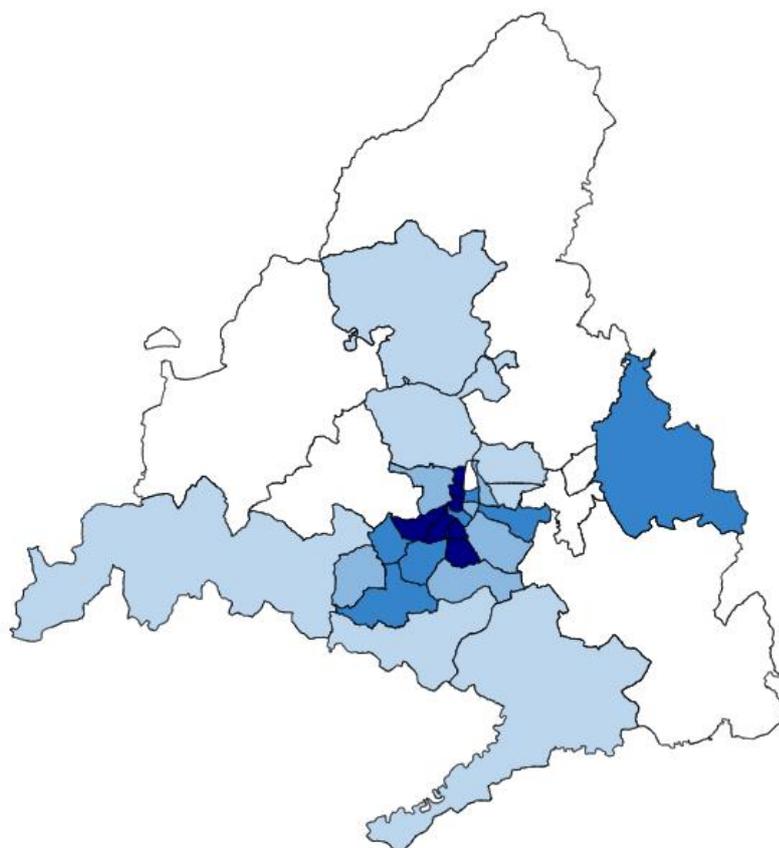
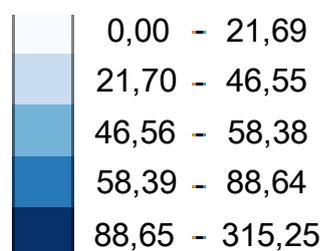
Gráfico 5.4.4.b. Nº de casos de infección por *Chlamydia trachomatis* por sexo y grupos de edad. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2022.

Gráfico 5.4.4.c. Tasas de incidencia de infección por *Chlamydia trachomatis* por distrito de residencia. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2022.



Mapa 5.4.4. Tasas de incidencia de infección *Chlamydia trachomatis* por distrito de residencia. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2022.

Casos por 100.000 habitantes

**5.4.5. Linfogramuloma venéreo**

En el año 2022 se notificaron en la Comunidad de Madrid 347 casos de linfogramuloma venéreo, 138 casos más que en 2021, con una incidencia de 5,14 casos por 100.000 habitantes.

Todos los casos se dieron en hombres. El rango de edad varió entre 20 y 72 años, con una media de edad de 37,1 años; el 71,2% de los casos fueron del grupo de edad de 25 a 44 años (Gráfico 5.4.5.a).

Se registró el país de origen en el 98,3% de los afectados, siendo el 51,9% nacido en España; el resto se reparte entre otros 28 países, 18 de ellos de América Central y Sudamérica (142 casos que suponen el 40,9% del global), siendo el país más frecuente Venezuela con 48 casos (13,8%) seguido de Colombia con 29 (8,4%) y Perú con 13 (3,7%).

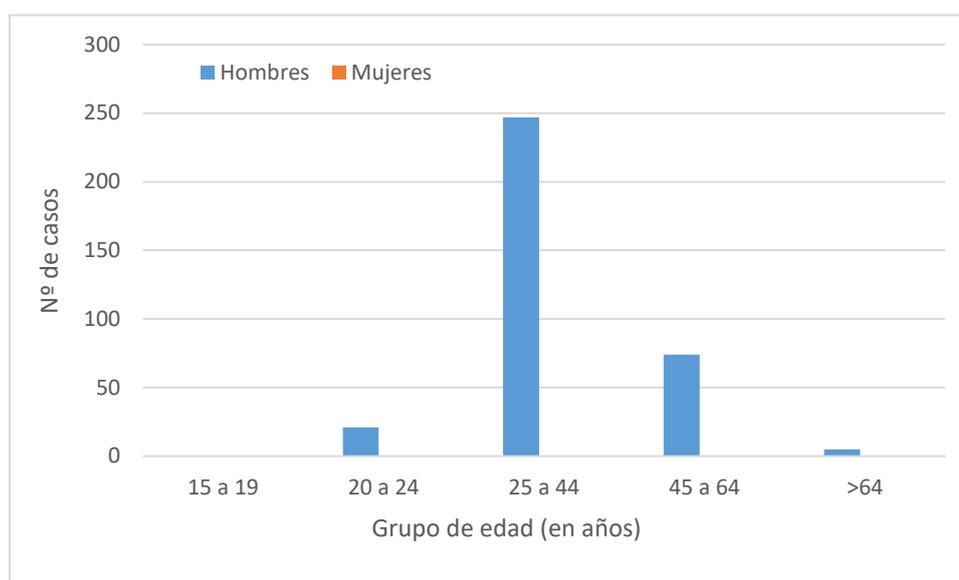
Todos los casos fueron confirmados microbiológicamente; en el 100% (n=347) se registró una PCR positiva como prueba diagnóstica. El exudado rectal fue la muestra más frecuente en la que se obtuvo un resultado positivo (84,1%), seguido de muestra de úlcera genital (8,9%) y de exudado uretral (3,7%).

Entre los casos notificados se han identificado 12 hospitalizaciones (3,4%). El 34% de los casos se registró con infección VIH concomitante, el 23,9% con gonococia y el 16,1% con sífilis.

En el 44,7% de casos se recogió información sobre la forma de transmisión (155 casos de 347), siendo la relación sexual de hombres con otros hombres (HSH) el mecanismo implicado con mayor frecuencia, 37,2% (129).

En relación a los centros notificadores, el 31,4% (109) de los registros correspondieron a notificaciones realizadas por el centro monográfico de ITS de la Comunidad de Madrid y el 29,1% (101) a las realizadas por el Hospital Clínico San Carlos (debido a cambios en el proceso de notificación durante 2022, parte de las notificaciones de este último pueden corresponder a peticiones y diagnósticos realizados por el centro monográfico). El 36% (125) correspondieron a notificaciones realizadas por otros 10 hospitales y un 1,4% (5) por atención primaria. En el 1,4% (5) de los casos, la notificación procedió de centros de diagnóstico privados.

Gráfico 5.4.5.a. Nº de casos de linfogranuloma venéreo por sexo y grupos de edad. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2022.



5.4.6. Sífilis

En el año 2022 se registraron en la Comunidad de Madrid 1669 casos de sífilis (primarias, secundarias y latentes precoces), 303 casos más que en 2021, con una tasa de incidencia acumulada de 24,72 casos por 100.000 habitantes. Los distritos que presentaron una mayor incidencia fueron el distrito Centro (372,43 casos por 100.000 habitantes), Arganzuela (81,36 casos por 100.000 habitantes) y Chamberí (48,73 casos por 100.000 habitantes) Gráfico 5.4.6.c.

El 95,51% de los casos se registró en hombres. La edad media fue de 37,6 años con un rango que osciló entre 15 y 90 años. El 65,2% de los casos se presentó en varones del grupo de 25 y 44 años (Gráfico 5.4.6.b).

Se dispone de información sobre el país de origen en el 97,0% de los casos y de ellos el 55,6% eran nacidos en España (n=900); los restantes 720 casos se reparten en otros 54 países con predominio de países latinoamericanos (n=589, 81,8% de los nacidos fuera de España). Los países con mayor número de casos fueron Venezuela (n= 177), Colombia (n= 133) y Perú (n= 44).

El 99,6% de los casos se clasificaron como confirmados por diagnóstico microbiológico y/o serológico y seis casos se clasificaron como probables por clínica y vínculo epidemiológico. Se registró sífilis primaria en el 28,5% de los casos, sífilis secundaria en el 29,1% y sífilis latente precoz en el 42,4%.

El 1,5% de casos (n=25) se registró con hospitalización. El 30,4% de los casos (n=507) se registró con infección VIH concomitante, el 6% con clamidia, el 6,4% con gonococia, el 2,5% con hepatitis C y el 0,8% con hepatitis B.

El 48% de los casos fueron notificados por atención hospitalaria, el 41,1% por el centro monográfico de enfermedades de transmisión sexual de la Comunidad de Madrid, el 6,1% por los centros municipales de salud y el 4% por atención primaria.

Gráfico 5.4.6.a. Tasas de sífilis. EDO. Comunidad de Madrid y España. Años 2010-2022.

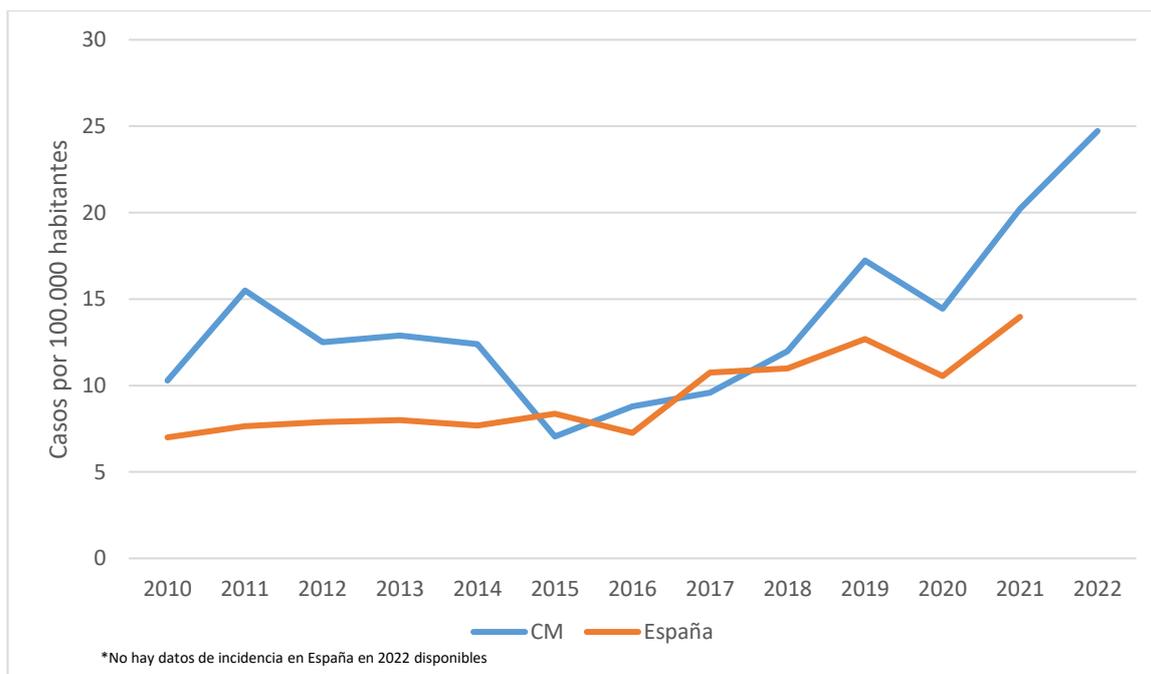


Gráfico 5.4.6.b. Nº de casos de sífilis por sexo y grupos de edad. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2022.

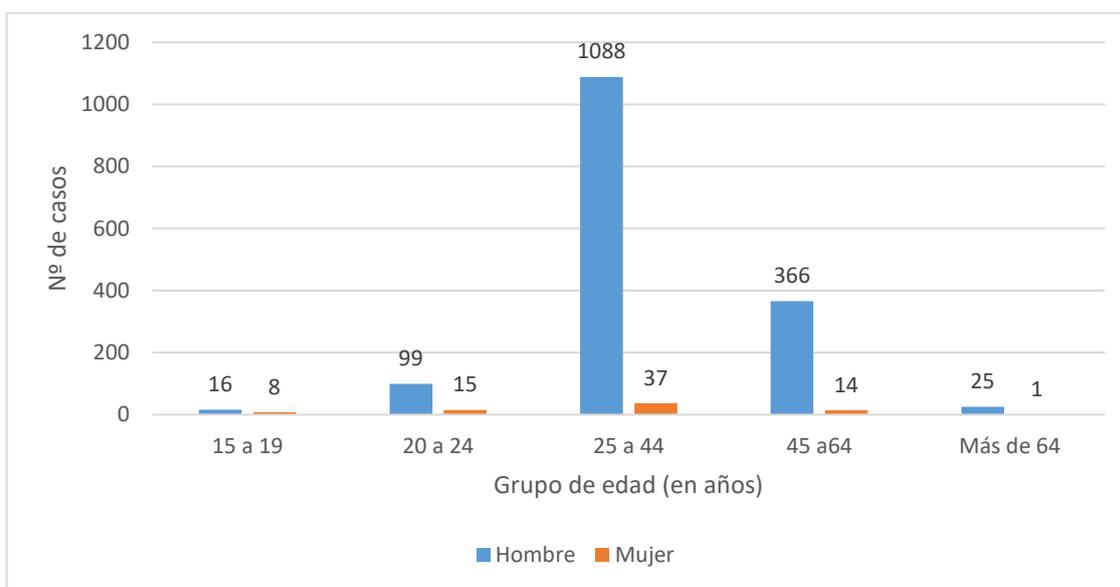
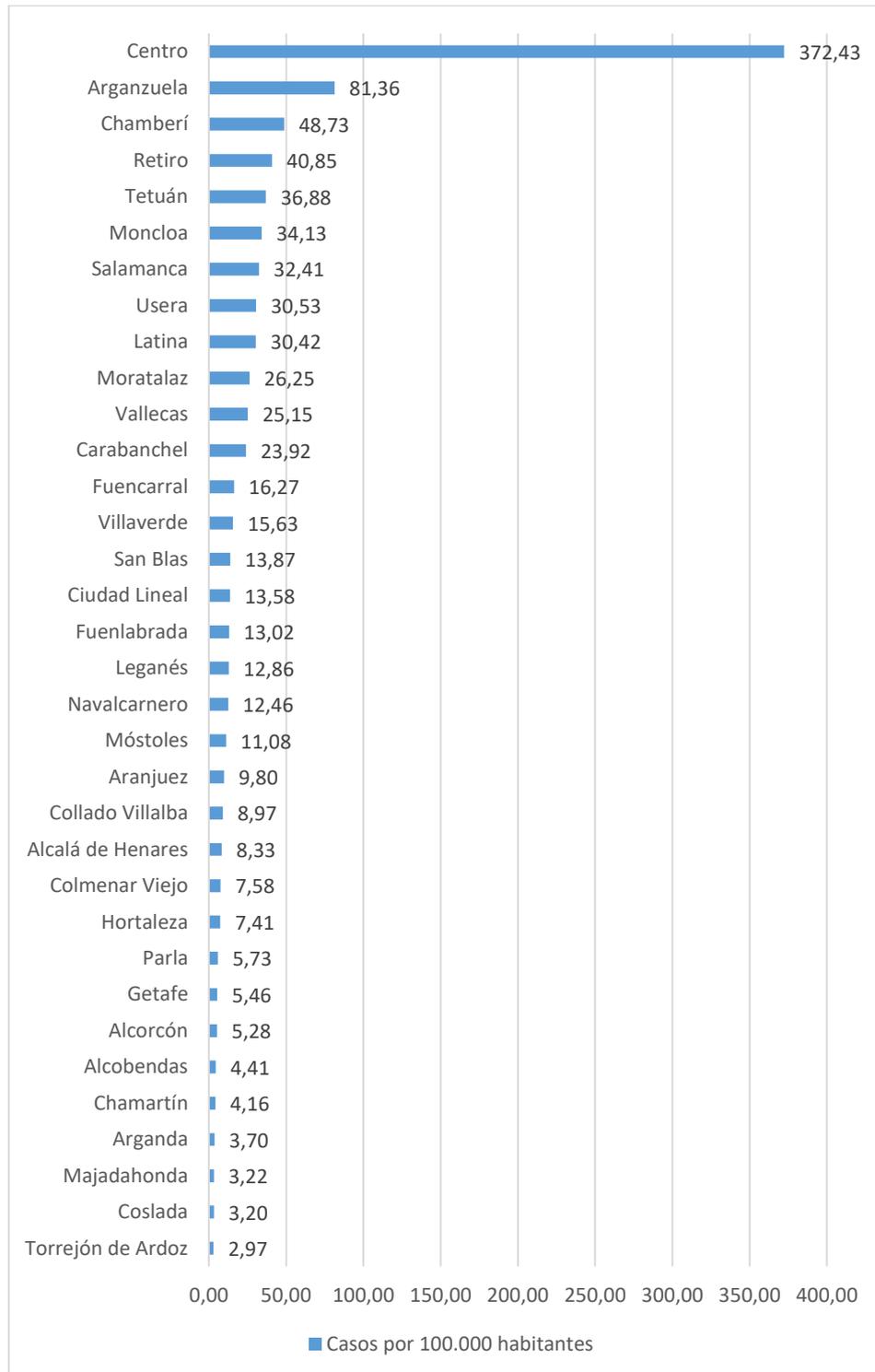
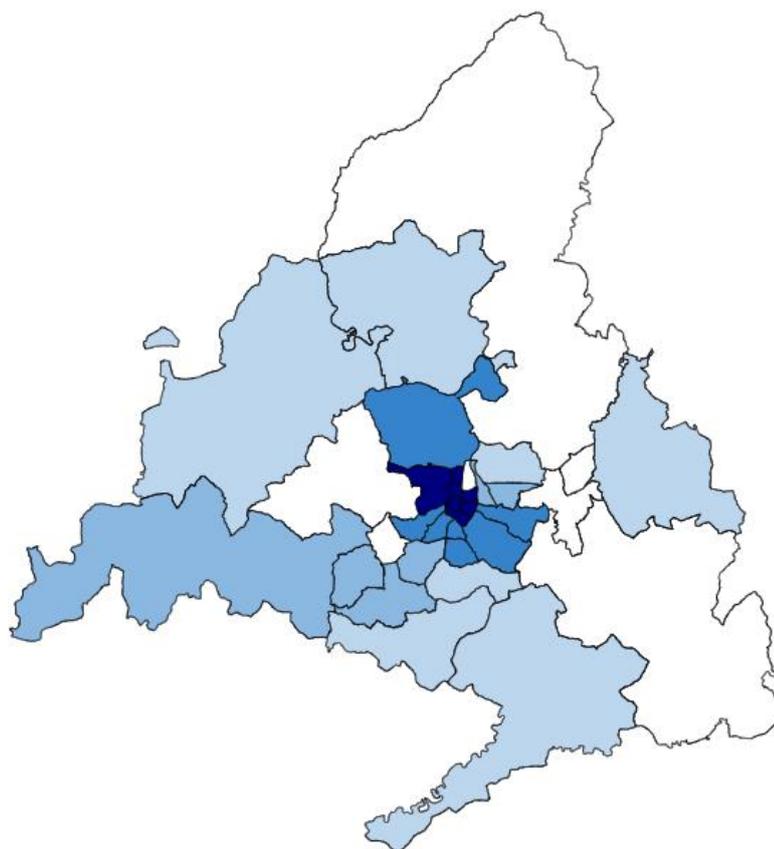
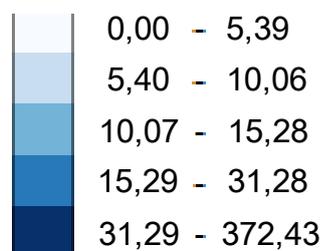


Gráfico 5.4.6.c. Tasas de incidencia de sífilis por distrito de residencia. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2022.



Mapa 5.4.6. Tasas de incidencia sifilis por distrito de residencia. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2022.

Casos por 100.000 habitantes

**5.4.7. Sífilis congénita**

En el año 2022 se registraron cinco casos de sífilis congénita en la Comunidad de Madrid, dos niñas y tres niños. De ellos, tres cumplían criterios de casos confirmados y dos fueron clasificados como probables. En total suponen una tasa de 0,07 casos por 100.000 habitantes. En los años previos 2019, 2020, 2021 se notificó un caso cada año.

Entre los tres casos confirmados por serología, dos fueron diagnosticados al nacimiento al presentar clínica grave (dificultad respiratoria, neurosífilis, hepatoesplenomegalia, ictericia, afectación ósea y hematológica). El tercer caso confirmado fue diagnosticado a los dos meses de vida por presentar una fractura patológica.

Los dos casos probables fueron diagnosticados al nacimiento al presentar clínica grave necesitando cesáreas urgentes.

En 4 de los 5 casos, asociados a circunstancias de migración y situación social de riesgo de la madre, no hubo un adecuado control y seguimiento del embarazo.

5.5. ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN VECTORIAL

5.5.1. Dengue

En el año 2022 se registraron 124 casos de dengue, 111 casos más que los registrados durante el año 2021, lo que supone una tasa de incidencia de 1,84 casos por 100.000 habitantes. La mayor parte de casos tiene fecha de inicio de síntomas en agosto (29,8%) y en julio (21,8%) (Gráfico 5.5.1.a). El distrito con mayor tasa de incidencia fue el de Tetuán (5,72 casos por 100.000 habitantes) seguido de los distritos Moncloa (4,99 casos por 100.000 habitantes) y Centro (4,40 casos por 100.000 habitantes) (Gráfico 5.5.1.d).

El 52,0% de los casos se produjeron en mujeres. La edad media fue de 40,0 años, con un rango comprendido entre los 9 meses y los 83 años (Gráfico 5.5.1.b). El 48,3% de los casos eran nacidos en España y el 42,7% en América Latina, el resto de casos nacieron en otros países de Europa, África o Asia (Gráfico 5.5.1.c).

Se clasificaron como confirmados el 67,7% de los casos y el 33,3% como probables.

Todos los casos fueron importados, con antecedente de viaje durante el periodo de incubación. El 85,5% habían viajado a Latinoamérica, el 11,3% a Asia y el 3,2% a África.

El 64,5% de los casos se notificaron desde Atención Especializada, el 20,2% desde Atención Primaria y el 15,3% por otros notificadores.

Gráfico 5.5.1.a. Nº de casos de dengue por mes de inicio de síntomas. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2022.

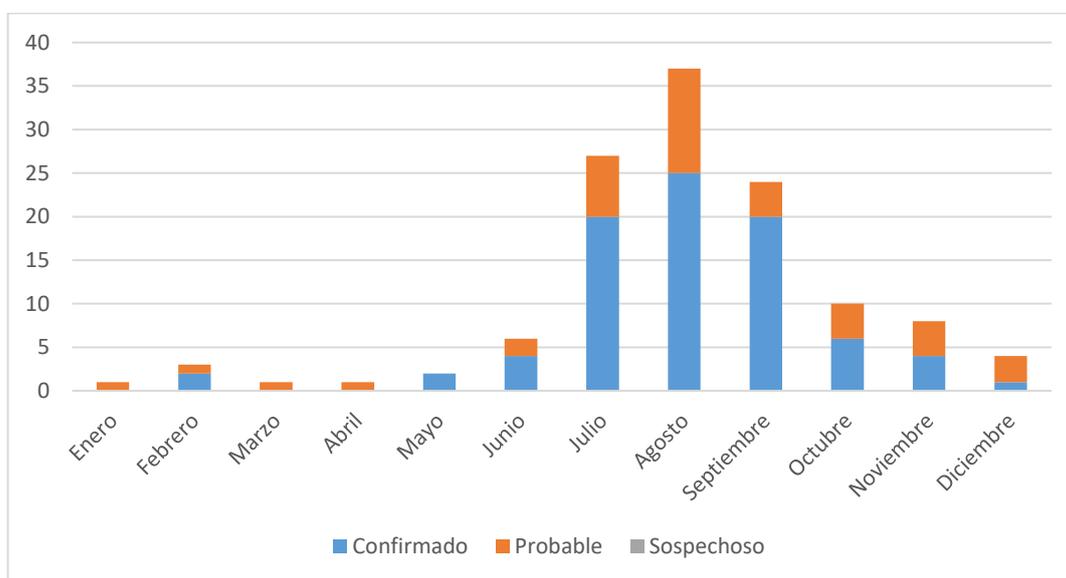


Gráfico 5.5.1.b. Nº de casos de dengue por sexo y grupos de edad. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2022.

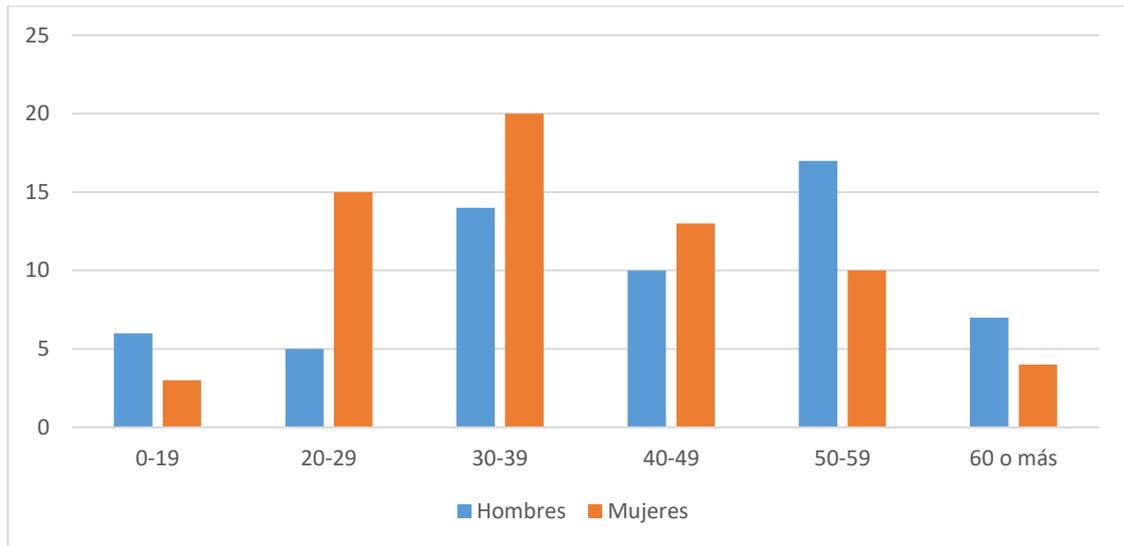


Gráfico 5.5.1.c. Nº de casos de dengue de españoles y nacidos fuera de España. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2022.

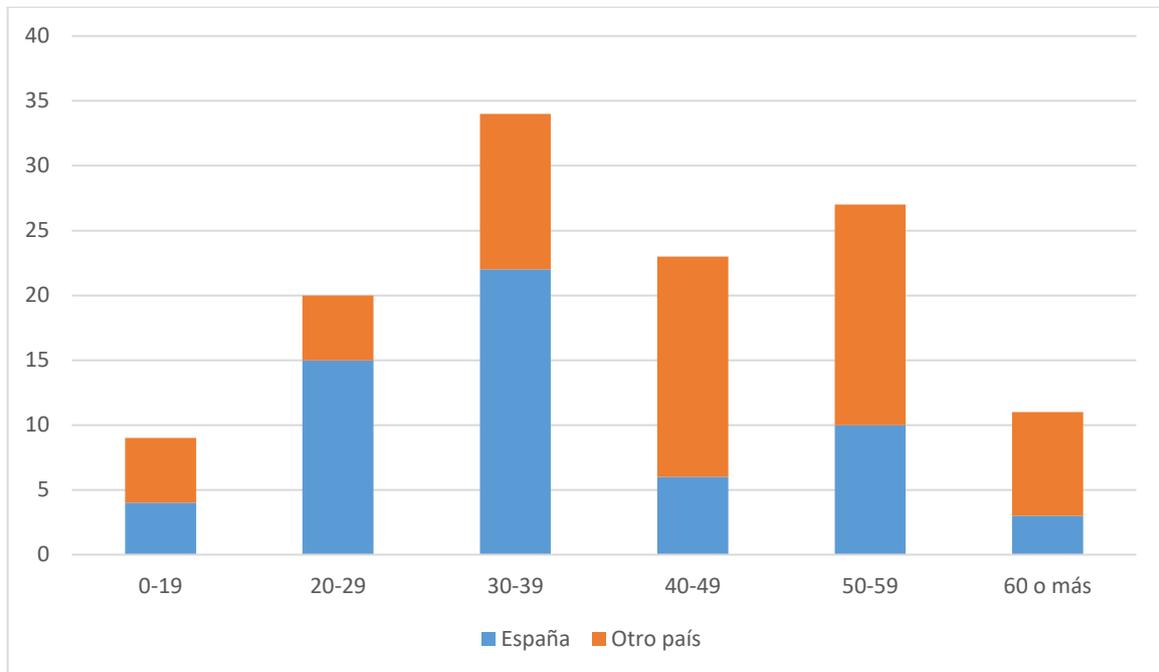
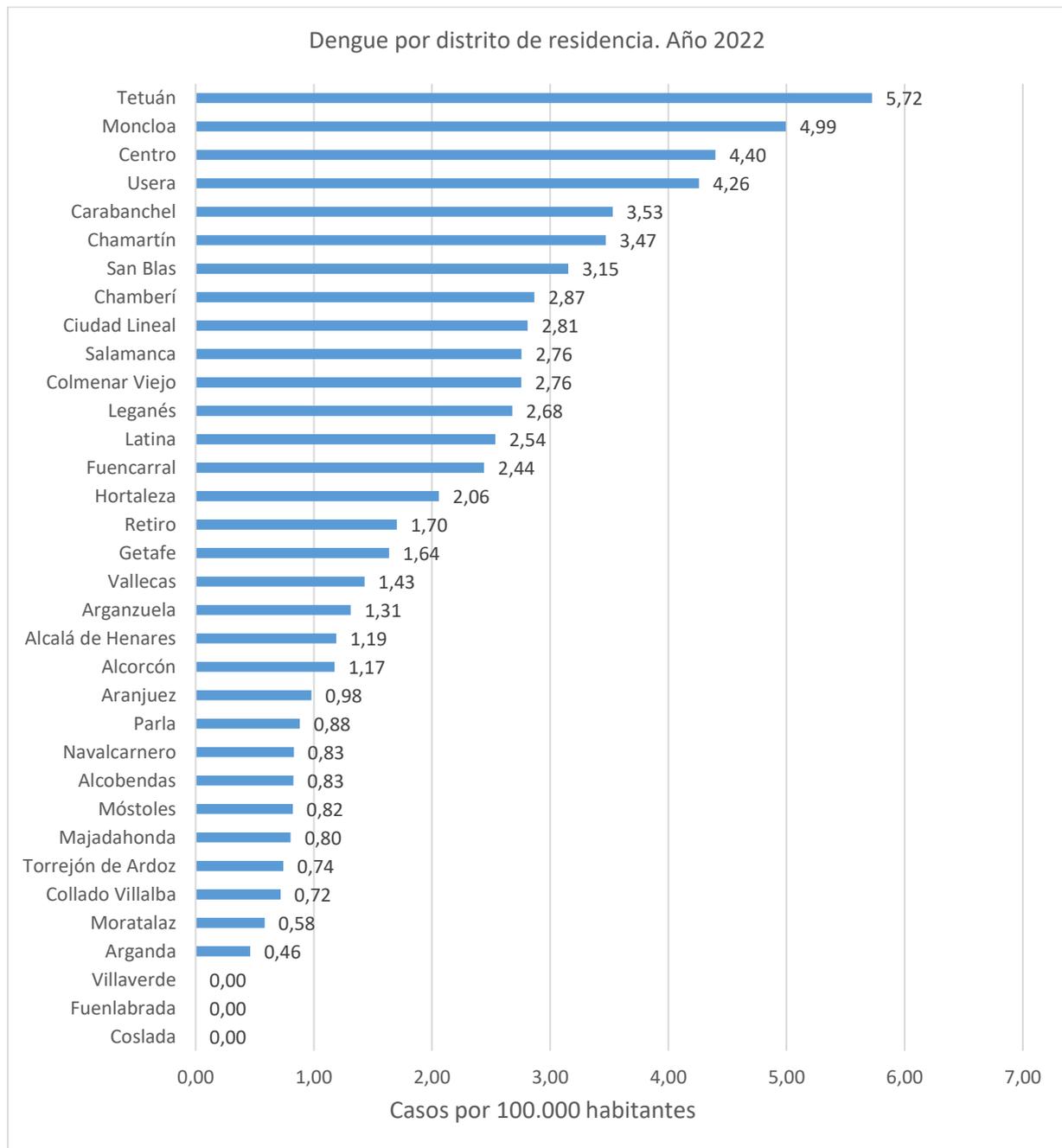
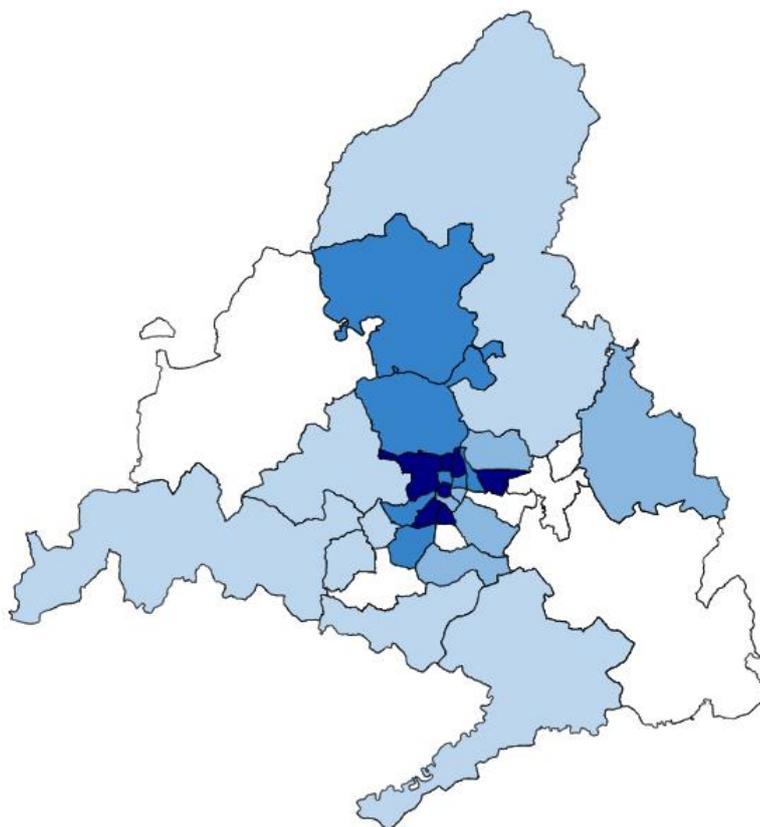


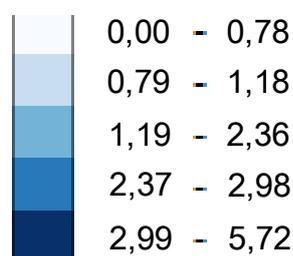
Gráfico 5.5.1.d. Tasas de incidencia de dengue por distrito de residencia. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2022.



Mapa 5.5.1. Mapa con tasas de incidencia de dengue por distrito de residencia. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2022.



Casos por 100.000 habitantes



5.5.2. Enfermedad por virus Chikungunya

En el año 2022 se registraron 2 casos de enfermedad por virus Chikungunya, lo que supone una tasa de incidencia de 0,03 por 100.000 habitantes. Fueron una mujer de 48 años y una niña de 3 años clasificadas como casos probables por clínica compatible y criterio de laboratorio. En ambos casos tenían antecedente de viaje durante el periodo de incubación (Brasil y Colombia).

5.5.3. Enfermedad por virus Zika

En el año 2022 se registraron 3 casos de enfermedad por virus Zika, lo que supone una tasa de incidencia de 0,04 por 100.000 habitantes. Fue un caso confirmado por PCR en una mujer de 66 años con antecedente de viaje a Cuba durante el periodo de incubación y 2 casos probables por clínica compatible y criterio de laboratorio en dos hombres de 51 y 60 años que también tenían antecedentes de viaje durante el periodo de incubación (Ecuador e Indonesia).

Uno de los 3 casos (33,3%) requirió hospitalización. Los 3 tuvieron una evolución favorable.

5.5.4. Fiebre exantemática mediterránea

En el año 2022 se registraron en la Comunidad de Madrid 27 casos de fiebre exantemática mediterránea, 20 casos más que en el año 2021, con una tasa de incidencia acumulada de 0,40 casos por 100.000 habitantes.

El 51,9% de los casos se presentaron en hombres. La edad media fue de 42,9 años, con un rango que oscilaba entre 10 y 87 años. El 92,6% de los casos eran españoles.

El 81,5% de los casos se clasificaron como confirmados y el 18,5% se clasificaron como probables por tener criterio clínico y epidemiológico. El 55,6% de los casos fueron notificados por Atención Especializada, el 7,4% por Atención Primaria y el 37,0% por otras fuentes.

El 22,2% de los casos requirieron hospitalización. No hubo ningún fallecimiento.

5.5.5. Leishmaniasis

Durante el año 2022 se registraron en la Comunidad de Madrid 49 casos de leishmaniasis, 6 casos menos que en 2021. La tasa de incidencia acumulada fue de 0,73 casos por 100.000 habitantes. Las tasas de incidencia por distritos se presentan en el Gráfico 5.5.5.a, los distritos que presentaron una mayor tasa de incidencia fueron Fuenlabrada (2,32 casos por 100.000 habitantes), Coslada (1,92 casos por 100.000 habitantes) y Leganés (1,61 casos por 100.000 habitantes). En el gráfico 5.5.5.b, se muestra la evolución de la leishmaniasis en la Comunidad de Madrid en el periodo 2008-2022 (no se incluyen datos del total de España ya que esta enfermedad no se ha vigilado a nivel nacional durante la totalidad de este período).

El 63,3% de los casos se produjo en varones. El rango de edad osciló entre 1 a 88 años, con una mediana de 58 años. El 12,2% estaban en edad pediátrica. El 73,5% de los casos eran españoles, el 10,2% de América Latina, el 2,0% eran originarios de África y el 14,3% de otras partes de Europa o Asia.

El 57,1% de los casos tuvieron leishmaniasis visceral y el 42,9% leishmaniasis cutánea. En el 55,1% fue preciso el ingreso hospitalario.

El 100% de los casos se clasificaron como confirmados. En el 75,5% de los casos se demostró la presencia del parásito en aspirados o material de biopsia, el 12,2% tuvo un cultivo positivo y el 34,7% una serología positiva.

El 38,8% de los casos presentaron algún factor de riesgo intrínseco. Los principales factores de riesgo encontrados fueron la presencia de enfermedad inmunosupresora (16,3%), estar en tratamiento inmunosupresor (30,6%), alcoholismo (2,0%), usuario de drogas por vía parenteral (2,0%) y otros factores (10,2%).

En la investigación del entorno de los casos se encontraron los siguientes factores de riesgo: presencia de perros en 8 casos (16,3%), hábitats de mosquitos en 5 casos (10,2%), relación con explotaciones ganaderas en 2 casos (4,1%) y relación con vertederos/escombreras en 1 caso (2,0%).

En el año 2022 no se notificaron casos relacionados con el brote comunitario de la zona suroeste de leishmaniasis. Desde el inicio del brote comunitario, en julio de 2009, hasta el final del mismo, se han notificado un total de 782 casos asociados al brote: 6 casos (0,8%) con inicio de síntomas en 2009, 96 casos (12,3%) en 2010, 196 casos (25,1%) en 2011, 158 casos (20,2%) en 2012, 91 casos (11,6%) en 2013, 91 casos (11,6%) en 2014, 47 casos (6,0%) en 2015, 27 casos (3,5%) en 2016, 28 casos (3,6%) en 2017, 20 casos (2,6%) en 2018, 12 casos (1,5%) en 2019, 2 casos (0,3%) en 2020 y 8 casos (1,0%) en 2021. No se han asignado nuevos casos a este brote durante 2022 en vista de que la incidencia es comparable a la que había antes del inicio del brote (año 2009).

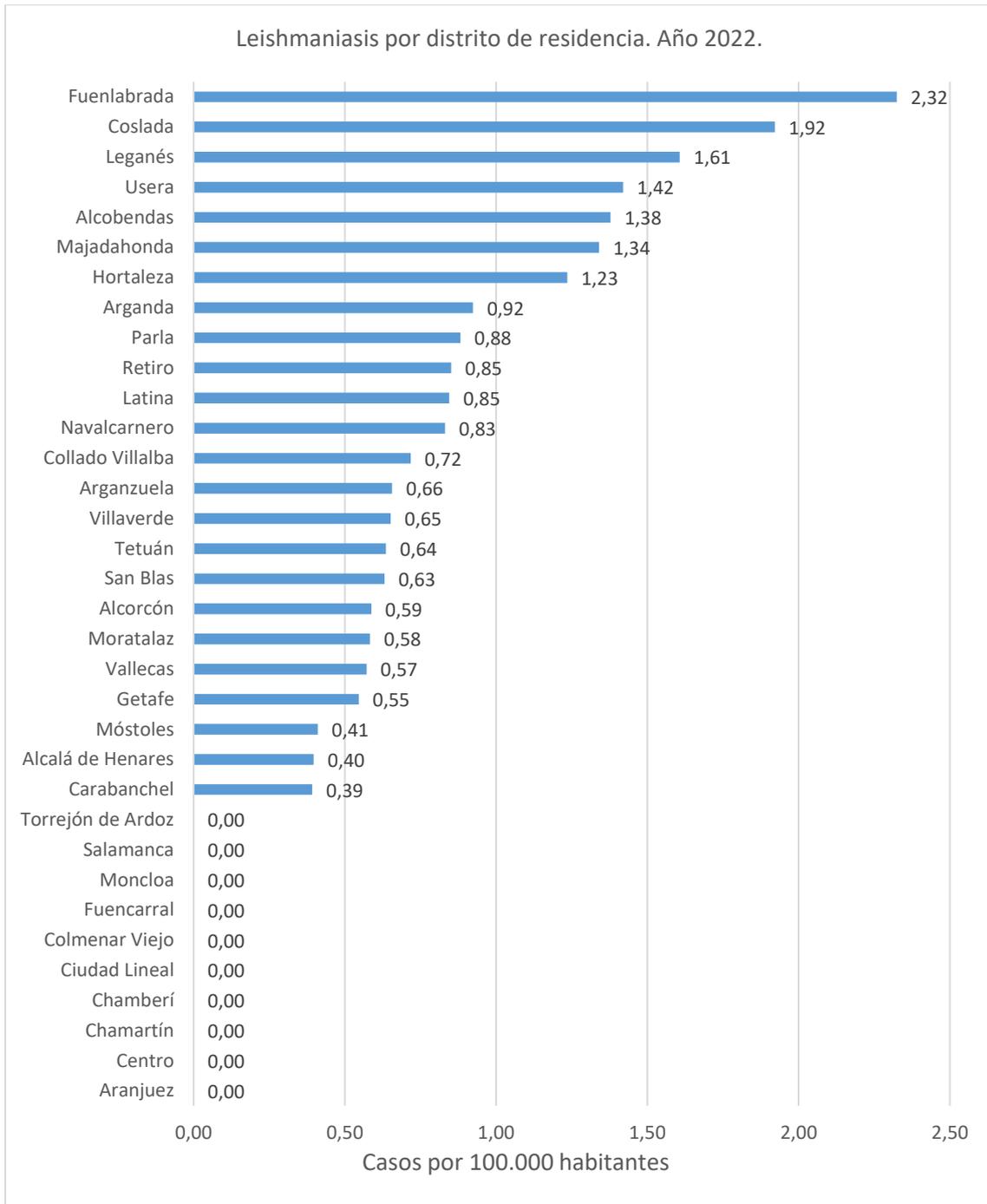
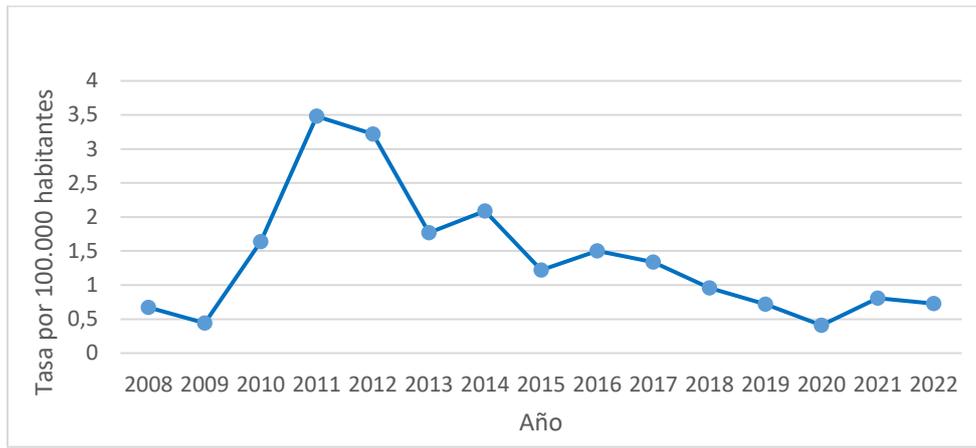
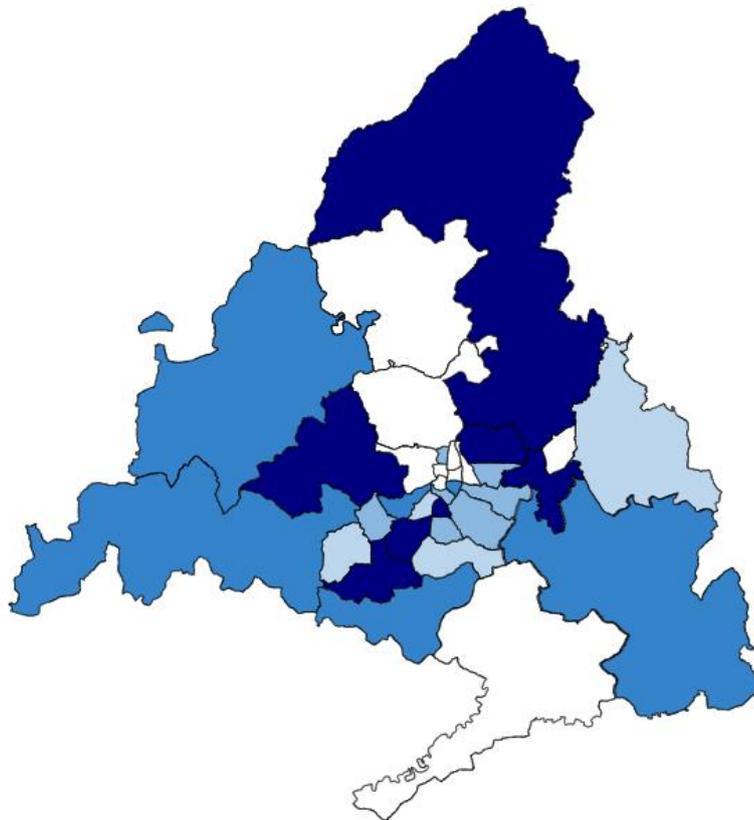
Gráfico 5.5.5.a Tasas de incidencia de leishmaniasis por distrito de residencia. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2022.

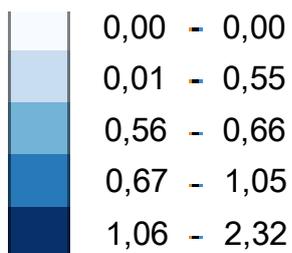
Gráfico 5.5.5.b. Tasas de leishmaniasis. EDO. Comunidad de Madrid. Años 2008-2022.



Mapa 5.5.5. Tasas de incidencia de leishmaniasis por distrito de residencia. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2022.



Casos por 100.000 habitantes



5.5.6. Paludismo

En el año 2022 se registraron en la Comunidad de Madrid 94 casos de paludismo, con una tasa de incidencia acumulada de 1,39 casos por 100.000 habitantes. Los distritos que presentaron una mayor incidencia fueron Torrejón de Ardoz (5,94 casos por 100.000 habitantes), Fuenlabrada (5,58 casos por 100.000 habitantes) y Villaverde (3,91 casos por 100.000 habitantes) (Gráfico 5.5.6.a).

El 57,4% de los casos notificados fueron hombres. El rango de edad osciló entre 4 y 77 años, con una media de 40,3 años. El 19,1% se presentó en edades de 5 a 24 años y el 71,3% en el grupo de edad de 25 a 64 años. Por país de origen, el 69,1% son de países africanos y el 21,3% de España.

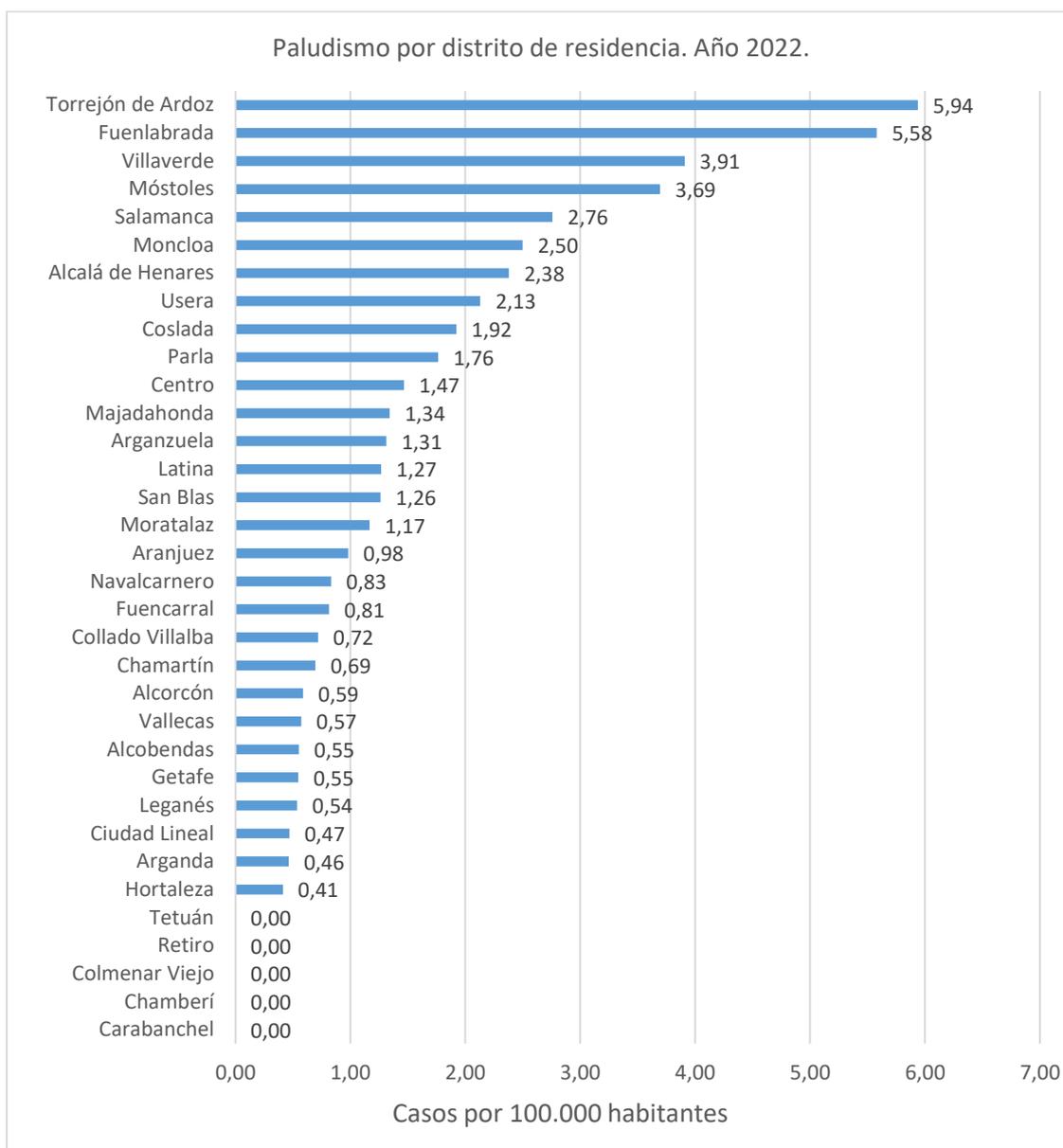
El 100% de los casos se clasificaron como confirmados. Se identificó la especie de *plasmodium* en 93 casos (98,9%). Las especies aisladas fueron: *P. falciparum* en el 87,1%, *P. ovale* en el 5,4%, *P. vivax* en el 1,1%, *P. malariae* en el 1,1%, *P. sp* en el 1,1% y 4 infecciones (4,3%) fueron infecciones mixtas (dos *P. falciparum* y *P. ovale*, una *P. falciparum* y *P. malariae* y *P. ovale* y *P. malariae* en otra).

Todos los casos se consideraron importados. En el 84,0% de los casos se disponía de información sobre el motivo de viaje a la zona endémica, entre los motivos referidos destacan: la inmigración y las visitas familiares principalmente, pero también el trabajo temporal o el turismo.

En cuanto a la zona de adquisición de la enfermedad, constaba en el 100% de los casos, de los que el 97,9% fue en África. Los países con más casos fueron Guinea Ecuatorial con 41 casos y Nigeria con 15.

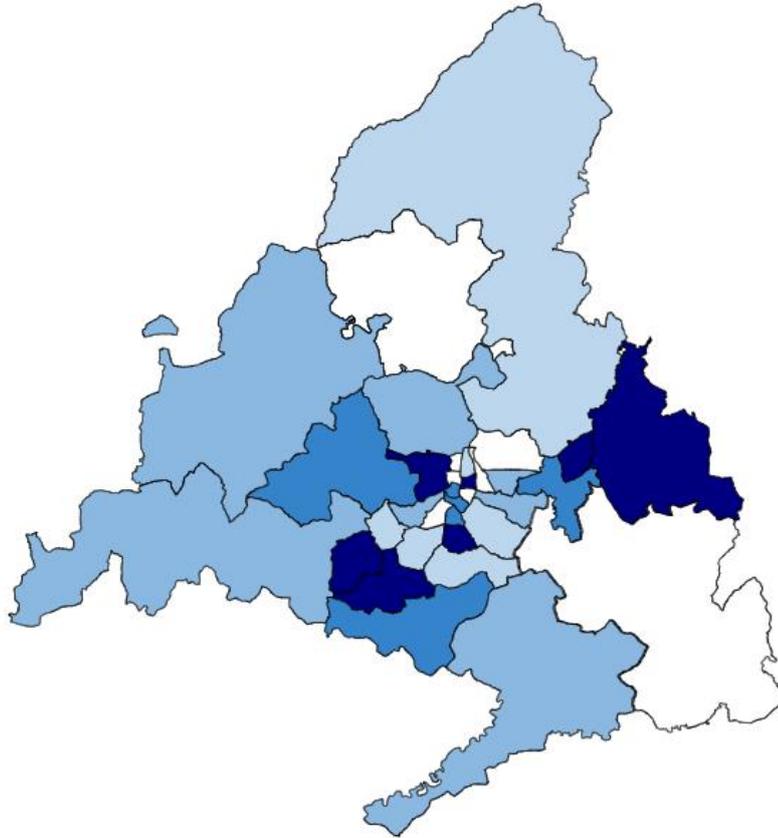
En el 12,8% de los casos constaba la realización de profilaxis antipalúdica, siendo esta cifra superior a la registrada en el año 2021. En la tabla 5.5.6.b se presenta la distribución del número de casos de paludismo según especie de *plasmodium* y área geográfica de adquisición de la enfermedad.

Se han registrado 7 casos que no residen en la Comunidad de Madrid pero que han llegado a España a través de Madrid, siendo atendidos en hospitales de nuestra región. Los casos estaban de paso en Madrid hacia otros territorios.

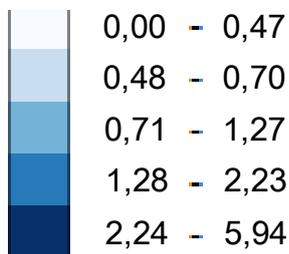
Gráfico 5.5.6.a. Tasas de incidencia de paludismo por distrito de residencia. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2022.**Tabla 5.5.6.b. Paludismo. Clasificación por especies de *Plasmodium* y área geográfica de adquisición de la enfermedad. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2022.**

Se dispone de información sobre la especie de *Plasmodium* aislada y el área geográfica de adquisición de la enfermedad en 93 casos (98,9%).

PLASMODIUM AISLADO	País / Continente de contagio					TOTAL
	Guinea Ecuatorial	Nigeria	Costa de Marfil	Otros países de África	América	
<i>P. falciparum</i>	35	13	7	25	1	81 (87,0%)
<i>P. malariae</i>	1	0	0	0	0	1 (1,1%)
<i>P. mixtas</i>	1	1	0	2	0	4 (4,3%)
<i>P. ovale</i>	2	1	1	1	0	5 (5,4%)
<i>P. spp</i>	1	0	0	0	0	1 (1,1%)
<i>P. vivax</i>	0	0	0	0	1	1 (1,1%)
TOTAL	40 (43,0%)	15 (16,1%)	8 (8,6%)	28 (30,1%)	2 (2,2%)	93 (100%)

Mapa 5.5.6. Tasas de incidencia de paludismo por distrito de residencia. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2022.

Casos por 100.000 habitantes

**5.6. ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN ZONÓTICA****5.6.1. Brucelosis**

En el año 2022 se notificaron en la Comunidad de Madrid 2 casos de brucelosis, 3 casos menos que en el 2021. La tasa de incidencia acumulada fue de 0,03 casos por 100.000 habitantes.

Se trata de 2 mujeres de 38 y 63 años que se clasificaron como casos confirmados. Se consideraron casos esporádicos. Solamente un caso requirió hospitalización (50,0%) y presentaron una evolución favorable.

Únicamente un caso refirió como antecedente contacto con animales (consumo de leche fresca de camello).

5.6.2. Fiebre Q

En el año 2022 se notificaron en la Comunidad de Madrid 38 casos de fiebre Q, 12 casos más que en 2021, con una tasa de incidencia acumulada de 0,56 casos por 100.000 habitantes.

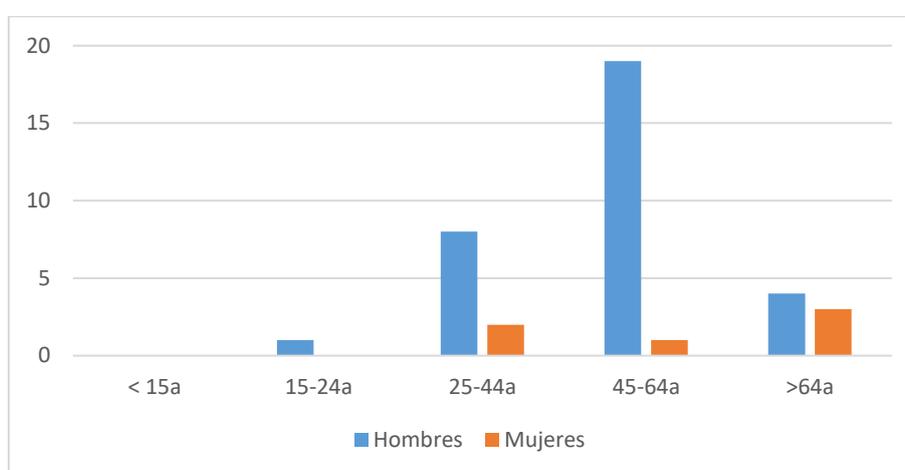
El 84,2% de los casos se presentaron en hombres. La edad media fue de 50,3 años, con un rango que oscilaba entre 21 y 75 años, siendo el 68,4% de los casos mayores de 45 años (Gráfico 5.6.2.a). El 86,8% de los casos eran españoles.

El 28,9% de los casos se clasificaron como confirmados y el 71,1% como probables. En los casos confirmados el diagnóstico se realizó por seroconversión en el 45,5% de los casos y detección de ácido nucleico en el 54,5%.

El 73,7% requirió hospitalización y todos los casos presentaron una evolución favorable. No se registraron defunciones. El 31,6% presentó hepatitis y el 23,7% neumonía como complicaciones más importantes.

En un caso se registró una posible exposición ocupacional (cazador) y 5 casos refirieron exposiciones ambientales (contacto con animales en el campo o en granjas).

Gráfico 5.6.2.a. Nº de casos de fiebre Q por sexo y grupos de edad. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2022.



5.6.3. Hidatidosis

En el año 2022 se notificaron en la Comunidad de Madrid 10 casos de hidatidosis, con una tasa de incidencia acumulada de 0,15 casos por 100.000 habitantes.

El 70% de los casos se presentaron en varones. La edad media fue de 50,6 años, con un rango entre 26 y 74 años. Siete casos (70%) eran originarios de España y los tres restantes, de Marruecos, Perú y Rumanía (10% cada uno).

Respecto a las formas clínicas, la presentación como quiste único se produjo en 8 casos (80%). Ocho casos tuvieron afectación por al menos un quiste hepático. Además, en total, también se detectaron dos quistes esplénicos y dos pulmonares. Todos los casos requirieron ingreso hospitalario para su tratamiento.

En 4 casos (40%) el agente causal registrado fue *Echinococcus granulosus* y en los restantes, *Echinococcus* spp.

5.6.4. Leptospirosis

En el año 2022 se registraron dos casos en la Comunidad de Madrid, con una tasa de incidencia acumulada de 0,03 casos por 100.000 habitantes. Se trata de dos hombres de 27 y 30 años. Ambos casos confirmados.

En ambos casos se documentó antecedente de viaje a zonas endémicas (Colombia y Costa Rica) y con exposición a aguas recreativas durante el periodo de incubación. Ningún caso requirió hospitalización y ambos tuvieron una evolución favorable.

5.6.5. Tularemia

En el año 2022 se registró un caso en la Comunidad de Madrid, con una tasa de incidencia acumulada de 0,01 casos por 100.000 habitantes. Se trata de una mujer de 58 años que fue clasificada como caso confirmado.

No se documentó exposición directa de riesgo. No requirió hospitalización y tuvo una evolución favorable.

5.7. OTRAS MENINGITIS

5.7.1. Otras meningitis bacterianas

Durante el año 2022 se registraron en la Comunidad de Madrid 17 casos de enfermedad bajo la rúbrica de "otras meningitis bacterianas", lo que supone una incidencia de 0,25 casos por 100.000 habitantes (Gráfico 5.7.1.a).

Se registraron como confirmados el 82,3% de los casos (n= 14), siendo el resto sospechosos/probables. Como agentes causales, los patógenos identificados con mayor frecuencia han sido: bacilos Gram negativos (4 casos), *Staphylococcus epidermidis* (4 casos), y *St agalactiae* (2 casos).

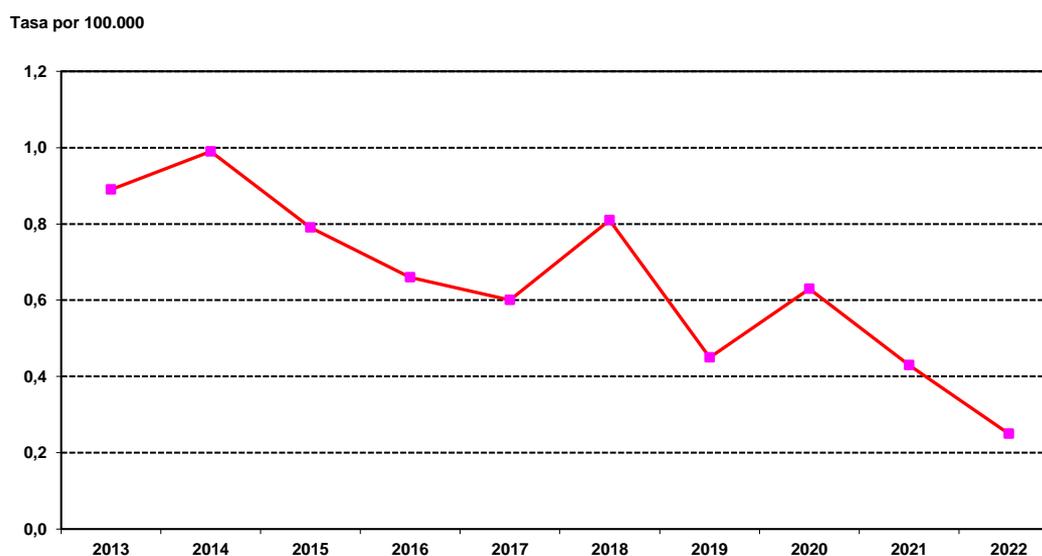
La frecuencia fue mayor en mujeres, 70,6%. La edad media de los casos fue de 46,8 años, con un rango entre 0 y 99 años. El 58,8% de casos eran mayores de 45 años, aunque se notificó 1 caso en un bebé menor de 1 año (1 mes) (Gráfico 5.7.1.b).

El 64,7% presentaban antecedentes patológicos.

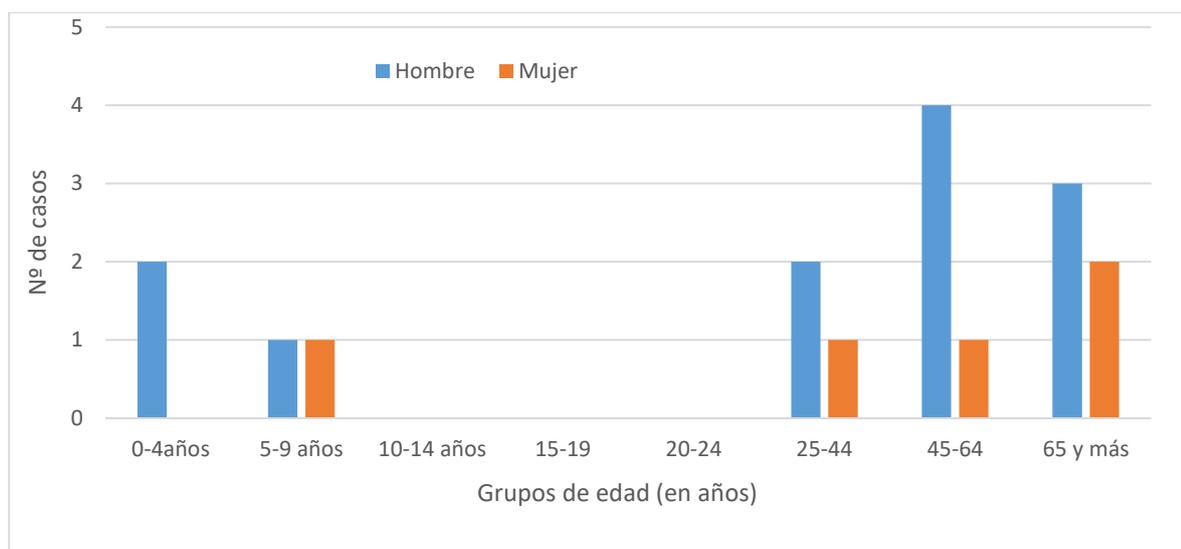
La aparición de casos ha sido de forma aislada, todos los casos notificados fueron esporádicos.

Todos los casos requirieron hospitalización. No se han registrado fallecimientos por esta patología.

Gráfico 5.7.1.a. Tasas de "Otras meningitis bacterianas". EDO. Comunidad de Madrid. Años 2013-2022.



Las "meningitis bacterianas, otras" no se vigilan a nivel estatal. El gráfico sólo muestra los datos de la CM.

Gráfico 5.7.1.b. Nº de casos de “otras meningitis bacterianas” por sexo y grupos de edad. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2022.

5.7.2. Meningitis víricas

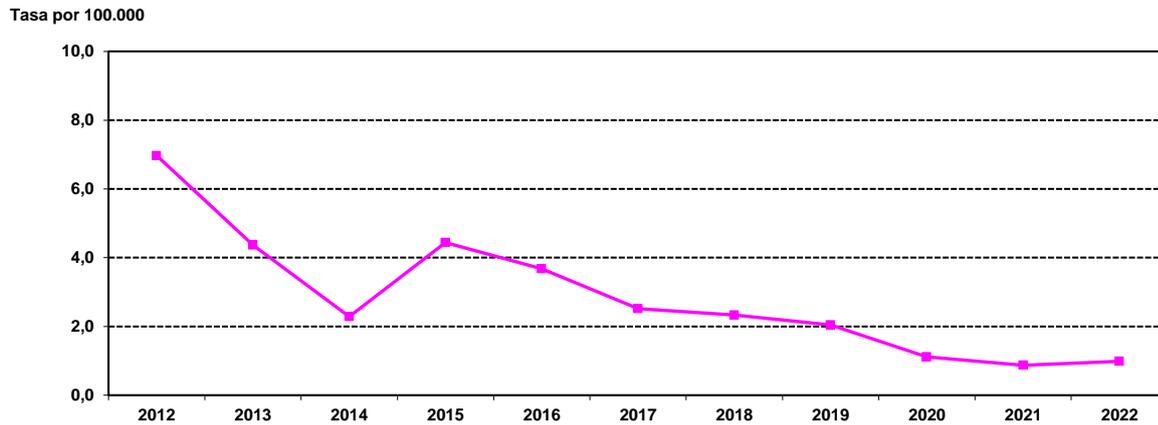
En el año 2022 se registraron en la Comunidad de Madrid 67 casos de meningitis vírica (8 casos más que el año anterior), lo que supone una incidencia de 0,99 casos por 100.000 habitantes (Gráfico 5.7.2.a). Los distritos con mayor incidencia fueron Alcorcón, Fuencarral y Hortaleza (con 2,94; 2,85 y 2,47 casos por 100.000 habitantes, respectivamente). Gráfico 5.7.2.d.

El 12% de los casos de meningitis vírica fueron sospechosos, confirmándose el 88% (n=59). De éstos, el 54,2% correspondieron a enterovirus no polio (n=32) y el 45,8% (n=27) a la familia de los herpesvirus: el virus varicela-zóster supuso el 28,8% de los casos confirmados (n=17), y el virus del herpes simple y el virus de Epstein Barr supusieron el 8,5% (n=5) cada uno.

La meningitis vírica mostró un predominio masculino (56,7%), con un rango de edad entre 0 y 98 años y una edad media de 29,6 años. El 46,3% de los casos correspondieron a menores de 10 años (Gráfico 5.7.2.b). Los casos producidos por enterovirus no polio fueron menores de 6 años en un 87,5% (65,6% menores de 3 meses) y el resto (12,5%) fueron 4 adultos entre 24 y 37 años. Los casos confirmados por virus de la familia herpesvirus se dieron en adultos en el 88,9% de los casos, con una media global de edad de 52,2 años (rango entre 3 y 98 años) (Gráfico 5.7.2.c.).

Se registró la evolución en el 83,6% de los casos, con un fallecimiento en los casos confirmados por enterovirus no polio (varón de un mes de edad con complicaciones derivadas de estatus epiléptico, con positividad a virus Coxackie B3 en LCR).

Según la forma de presentación, en el año 2022 todos los casos se registraron como esporádicos, sin casos asociados.

Gráfico 5.7.2.a. Tasa de meningitis víricas. EDO. Comunidad de Madrid. Años 2012-2022.

Las meningitis víricas no se vigilan a nivel estatal. El gráfico sólo muestra los datos de la Comunidad de Madrid.

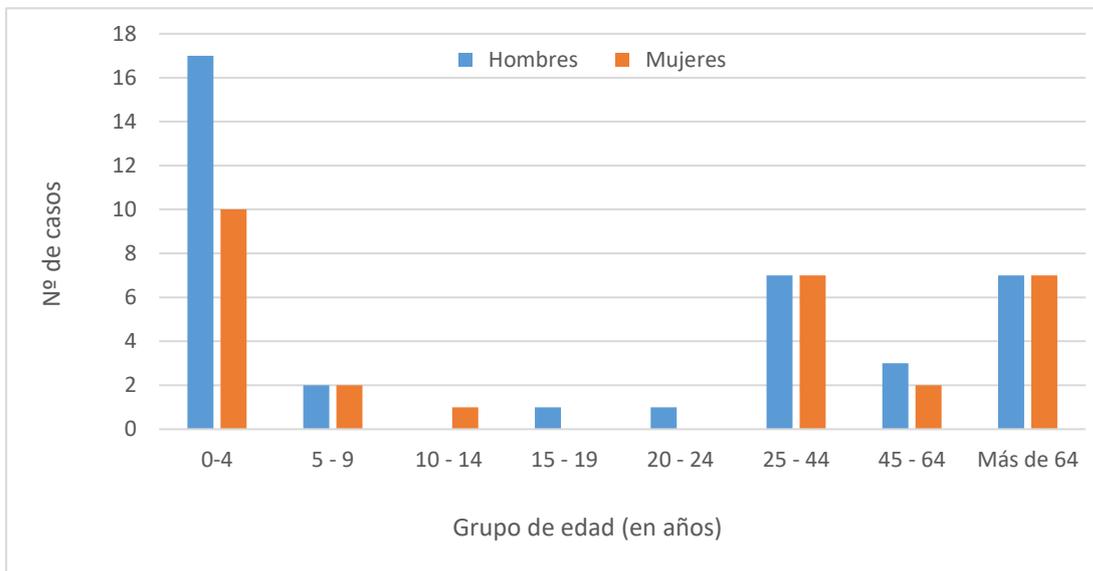
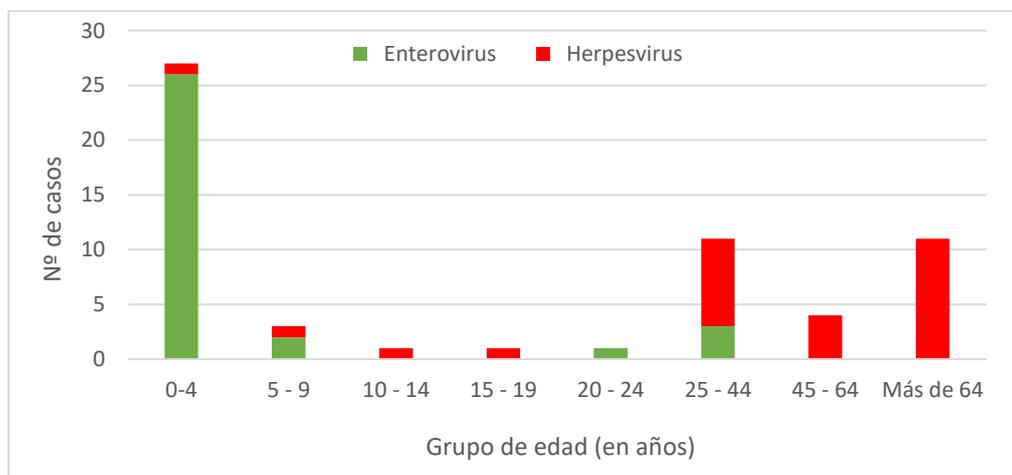
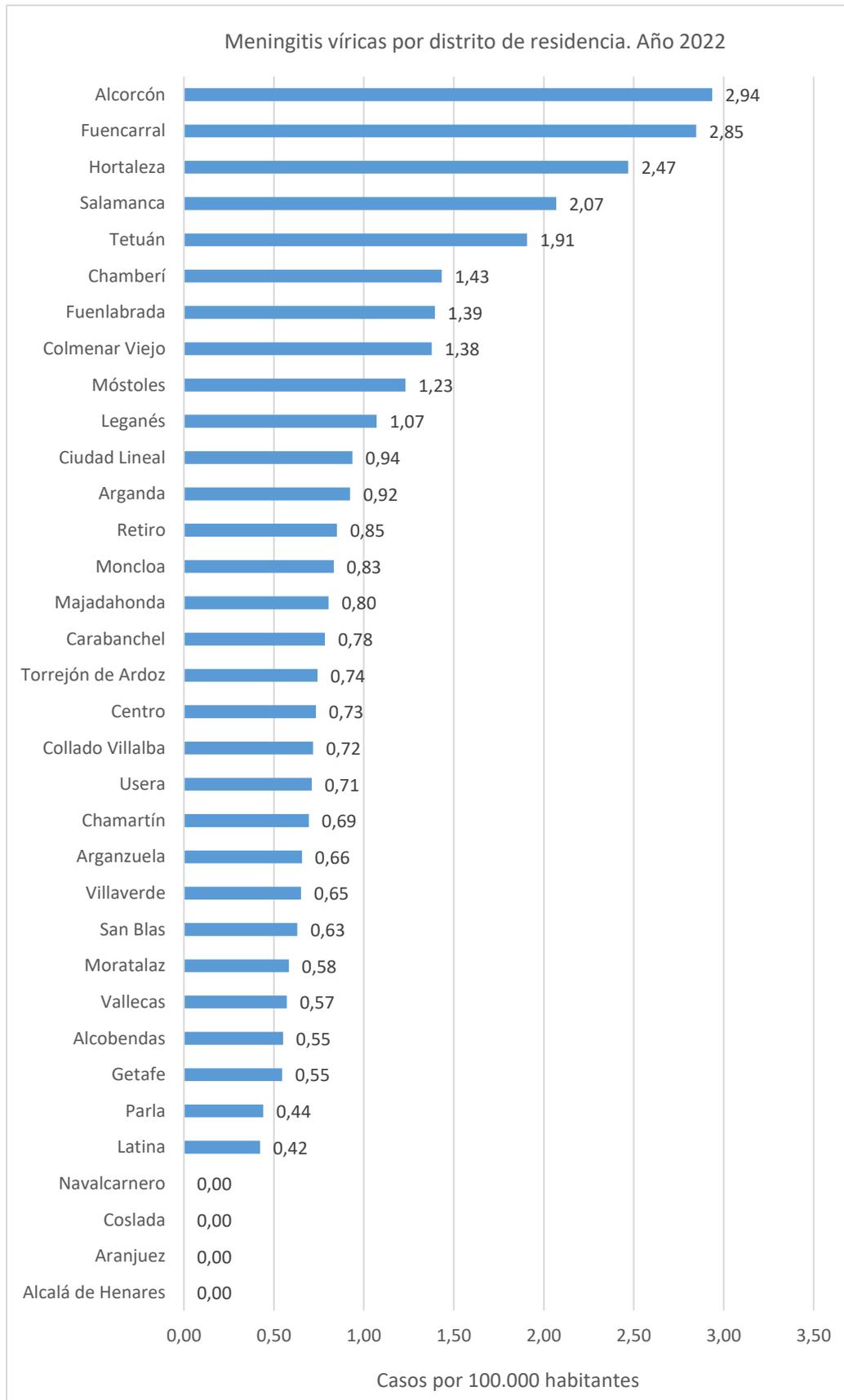
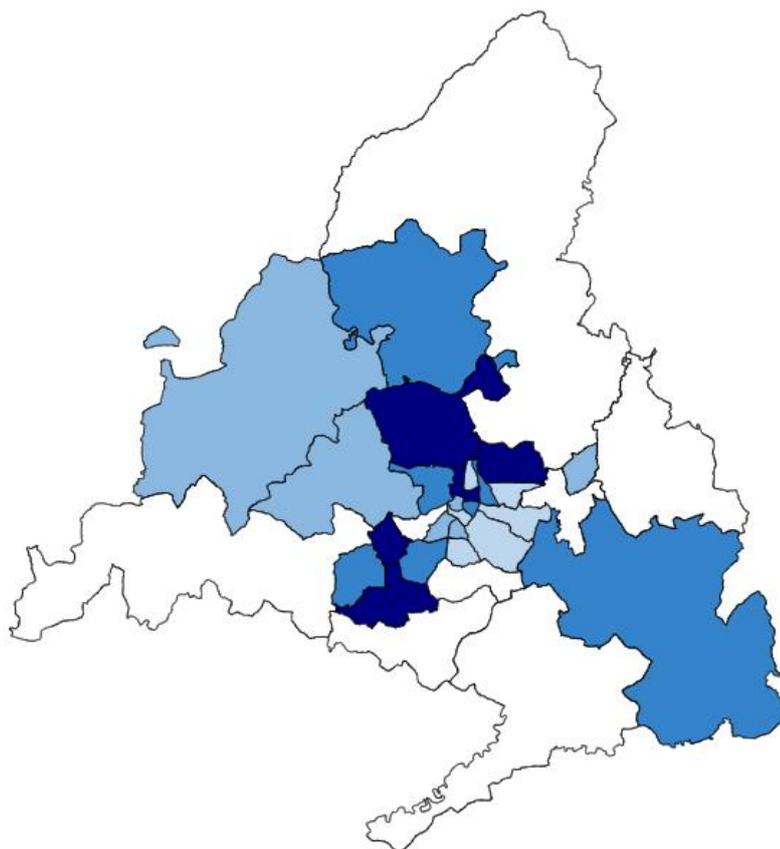
Gráfico 5.7.2.b. Nº de casos de meningitis víricas por grupos de edad y sexo. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2022.**Gráfico 5.7.2.c. Casos confirmados de meningitis por enterovirus no polio y por familia herpesvirus por grupos de edad. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2022.**

Gráfico 5.7.2.d. Tasas de incidencia de meningitis víricas por distrito de residencia. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2022.



Mapa 5.7.2 Tasas de incidencia meningitis víricas por distrito de residencia. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2022.

Casos por 100.000 habitantes

**5.8. ENFERMEDADES NOTIFICADAS POR SISTEMAS ESPECIALES****5.8.1. Encefalopatías espongiiformes transmisibles humanas**

En 2022 se registraron 14 casos de Encefalopatías espongiiformes transmisibles humanas (EETH), 3 de ellos con inicio de síntomas en 2021, en residentes en la Comunidad de Madrid, uno menos que en 2021, lo que representa una incidencia de 0,21 casos por 100.000 habitantes (Gráfico 5.8.1.a).

El 92,9% de los casos se clasificaron como Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (ECJ) esporádico y según los criterios diagnósticos todos se consideran probables (Gráfico 5.8.1.b).

Gráfico 5.8.1.a. Tasa de incidencia de EETH por fecha de notificación. EDO. Comunidad de Madrid. Años 2000-2022.

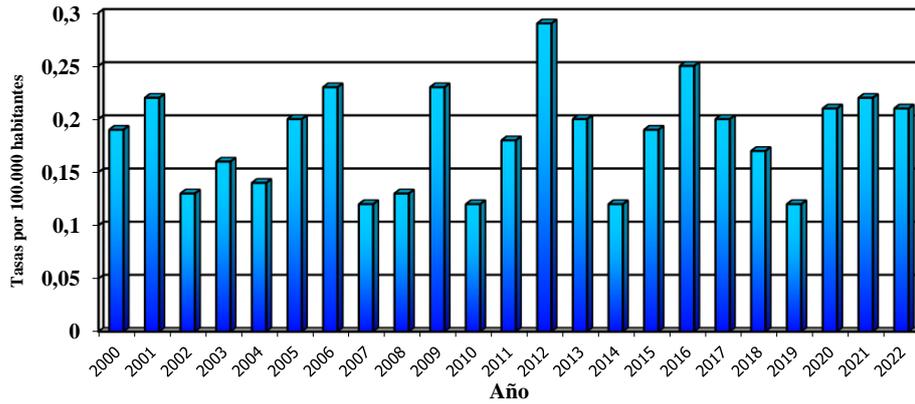


Gráfico 5.8.1.b. Distribución de los casos de EETH y subtipos de ECJ por año de notificación. EDO. Comunidad de Madrid, años 2002-2022.

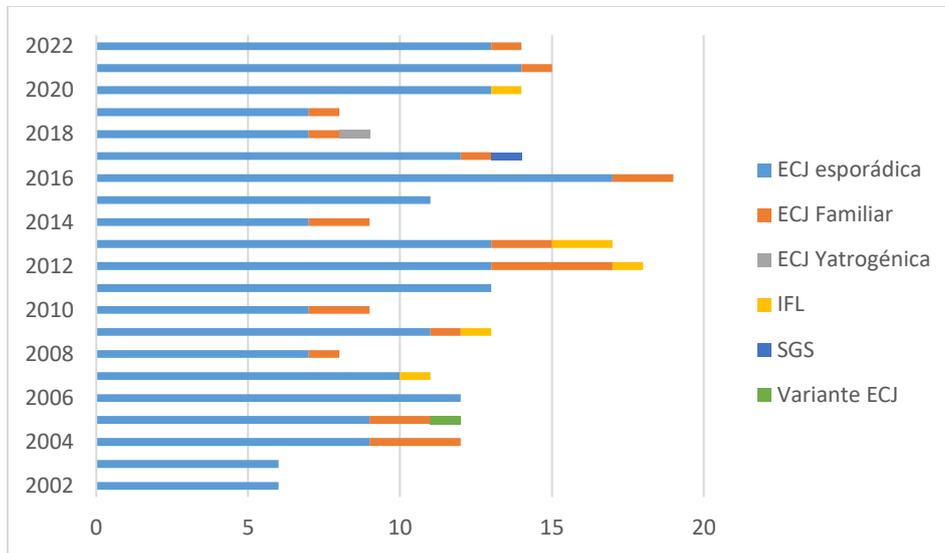
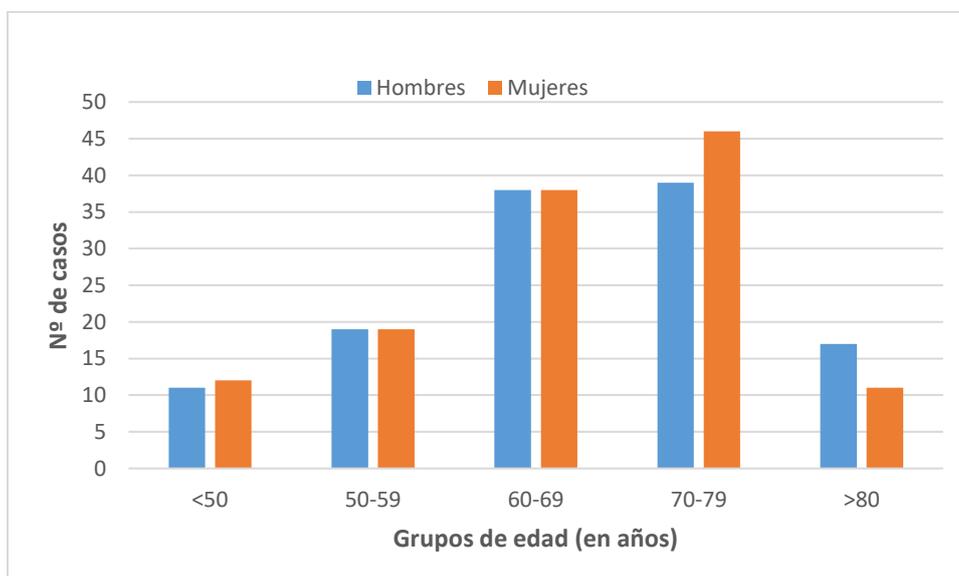


Gráfico 5.8.2.c. Número de casos de EETH por grupos de edad y sexo. EDO. Comunidad de Madrid, años 2002-2022.



5.9. ENFERMEDADES DE LAS QUE NO SE NOTIFICÓ NINGÚN CASO

No se han registrado casos en 2022 de carbunco, cólera, difteria, encefalitis transmitida por garrapatas, fiebre amarilla, fiebre del Nilo Occidental, fiebre hemorrágica vírica, fiebre recurrente transmitida por garrapatas, infección congénita por virus Zika, peste, poliomielitis, rabia, rubéola, rubéola congénita, sarampión, síndrome respiratorio agudo grave, tétanos, tétanos neonatal, toxoplasmosis congénita y triquinosis.

Enfermedades que en el 2021 presentaron al menos un caso y en el 2022 no presentaron casos: sarampión y tétanos.

6. COMENTARIOS

El año 2022 supuso el levantamiento de la mayoría de restricciones a la población relacionadas con la pandemia de COVID-19, que tenían que ver con el uso de mascarillas y la movilidad. Esta relajación de medidas ha venido acompañada en 2022 de un aumento de casos y tasas en la mayoría de enfermedades sujetas a vigilancia, con algunas de ellas llegando a valores de incidencia más elevados que en la época prepandémica.

Todas las enfermedades del grupo de transmisión respiratoria aumentaron su incidencia, si bien solo destacó la incidencia de legionelosis por encima de la mediana de los últimos cinco años, aunque sin detectar brotes comunitarios.

De las enfermedades agrupadas en “prevenibles por vacunación” todas, excepto sarampión y tosferina, presentaron aumentos de incidencia, pero con tasas menores a la mediana quinquenal previa. La parotiditis y la tosferina permanecieron en niveles muy bajos, con escasos casos confirmados.

La incidencia de enfermedades de transmisión sexual y de hepatitis B y C siguió con su ascenso sin excepciones, superando además la mediana del quinquenio anterior todas ellas menos la hepatitis C y marcando máximos históricos en infección gonocócica, infección por clamidia, linfogranuloma y sífilis.

Aumentó también la incidencia de las enfermedades de transmisión alimentaria, excepto botulismo (además de cólera y triquinosis que siguieron sin casos); el aumento relativo más importante fue para infecciones por *E. coli* toxigénico y shigelosis, destacando además una tasa de campilobacteriosis muy elevada, la mayor de toda la serie. También ascendió la incidencia de enfermedades de transmisión vectorial importadas, especialmente de dengue, y en el grupo de zoonosis la fiebre Q, superando su tasa, para ambas enfermedades, la mediana de los últimos 5 años.

En 2022, además, se detectó un brote poblacional de Mpox (inicialmente llamada viruela del mono), con 2.500 casos confirmados en la Comunidad de Madrid y del que se puede consultar un [informe específico](#). En 2023 la infección por Mpox se ha incorporado a la vigilancia como EDO en el grupo de enfermedades de transmisión sexual.

Por último, respecto al funcionamiento global del sistema de notificación, se sigue detectando una heterogeneidad no resuelta en relación a los registros hospitalarios del SERMAS, con varios hospitales que no aportan el volumen de casos acorde al tamaño de su población asignada. Este sesgo se traduce en una infraestimación de la tasa global de incidencia de algunas enfermedades, especialmente las incorporadas a partir de 2015, y no permite una correcta comparación de tasas obtenidas por zona geográfica.

Agradecimientos

Agradecemos una vez más la colaboración de todos los médicos/as, enfermeros/as y resto de profesionales sanitarios de la Comunidad de Madrid, en especial en este segundo año de pandemia de COVID-19, sin cuya participación sería imposible realizar cualquier actividad de vigilancia y control de estas enfermedades.

Es posible realizar la suscripción electrónica al Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid desde su misma página web:

<http://www.comunidad.madrid/servicios/salud/boletin-epidemiologico>

El Boletín Epidemiológico está disponible en el catálogo de publicaciones de la Comunidad de Madrid: Publicamadrid



**Comunidad
de Madrid**

Dirección General de Salud Pública
CONSEJERÍA DE SANIDAD