
BOLETÍN EPIDEMIOOLÓGICO

de la Comunidad de Madrid



**Comunidad
de Madrid**

Nº 12.

Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Número 12. Volumen 30. Diciembre 2025

INFORMES:

- **Incidencia de diabetes mellitus tipo 1 en población menor de 15 años en la Comunidad de Madrid. Años 2014-2024.**
- **Morbilidad por infecciones de transmisión sexual, mpox, hepatitis B y C. Comunidad de Madrid, año 2024.**
- **Brotes epidémicos en la Comunidad de Madrid, año 2024.**



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.epidemio@salud.madrid.org

Edición: Diciembre 2025

ISSN: 1695 – 7059

Publicado en España – Published in Spain




BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO

de la Comunidad de Madrid

Nº 12.

Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Número 12. Volumen 30. Diciembre 2025

ÍNDICE

	<i>Incidencia de diabetes mellitus tipo 1 en población menor de 15 años en la Comunidad de Madrid. Años 2014-2024.</i>	4
	<i>Morbilidad por infecciones de transmisión sexual, mpox, hepatitis B y C. Comunidad de Madrid, año 2024.</i>	15
	<i>Brotes epidémicos en la Comunidad de Madrid, año 2024.</i>	66



INFORME:

INCIDENCIA DE DIABETES MELLITUS TIPO 1 EN POBLACIÓN MENOR DE 15 AÑOS EN LA COMUNIDAD DE MADRID. AÑOS 2014-2024

ÍNDICE

RESUMEN5

1. INTRODUCCIÓN6

2. METODOLOGÍA7

3. RESULTADOS7

3.1. Incidencia de DM1 en el periodo 2014-20248

3.2. Evolución de la incidencia anual por sexo y edad9

4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES12

5. BIBLIOGRAFÍA.....14

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. Recientemente, la detección precoz de este proceso autoinmune se ha convertido en una prioridad en la práctica clínica actual. 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 2014-2024.

Métodos. Los datos se han obtenido del Registro de Incidencia de diabetes mellitus insulino dependiente. Se han analizado los casos nuevos de DM1 entre los años 2014-2024, en niños menores de 15 años, residentes en la CM. Las fuentes de datos fueron los casos nuevos de DM1 notificados y por búsqueda activa en fuente de datos asistenciales los casos nuevos diagnosticados y validados de los registros del CMBD de Atención Especializada y de Atención Primaria. 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 y la Estadística Continua de la Población del INE. Para la comparación de las tasas de incidencia anuales 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 2.212 casos nuevos de DM1 durante el periodo 2014-2024 (1.180 niños y 1.033 niñas). Entre los 0-14 años la incidencia anual del periodo fue de 20,12 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 12,39, 21,75 y 25,19 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), con una RI de 2,37 ($p<0,001$) respecto al grupo de edad de 0-4 años y en las niñas el de 5 a 9 años (23,13 casos por 100.000), con RI de 1,84 ($p<0,001$), respecto al grupo de 0-4 años. La evolución de la incidencia anual ajustada por sexo y edad muestra un incremento en el año 2021 (RI: 1,30, $p=0,033$), tomando como referencia el año 2014. En el grupo de edad de 10 a 14 años se observa un predominio de la incidencia en niños a lo largo de todo el periodo, estadísticamente significativo.

Conclusiones. En la Comunidad de Madrid la incidencia de DM1 en población infantil menor de 15 años se sitúa en torno a 20,1 casos por 100.000 habitantes-año. 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. En un contexto de cambios en el diagnóstico precoz de la DM1 y el manejo de la misma es necesario seguir mejorando la vigilancia epidemiológica de la enfermedad.

1. INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus tipo 1 (DM1) es una enfermedad crónica de etiología autoinmune, que se caracteriza por la destrucción progresiva de las células β pancreáticas, lo que conduce a la aparición de hiperglucemia y a la necesidad de tratamiento con insulina exógena durante toda la vida. Es más frecuente en edades infantiles y en la adolescencia, aunque puede aparecer a cualquier edad, siendo una de las enfermedades crónicas más comunes en la infancia. La DM1 se asocia a un riesgo significativo de complicaciones agudas, como la cetoacidosis diabética, y de complicaciones crónicas microvasculares y macrovasculares a largo plazo, menor esperanza de vida e importante carga clínica y sociosanitaria¹⁻³.

La incidencia de DM1 presenta variaciones importantes entre países y regiones a nivel mundial. Se estima que en 2025 hay en el mundo 9,5 millones de personas con DM1 (incremento del 13% respecto de los 8,4 millones estimados en 2021); de las cuales 1,8 millones tienen menos de 20 años. En 2025, de los 513.000 casos nuevos de DM1, un 43,3% (222.000) son diagnosticados en población menor de 20 años^{3,4}. Europa es la región con mayor incidencia de DM1, según datos de 2025, con una tasa de 20,6 casos por 100.000 habitantes-año en menores de 15 años y siendo los países del norte de Europa los que presentan mayores tasas de incidencia como Finlandia (64,2), Estonia (41,9) y Suecia (39,2)⁴. La mayoría de los datos de incidencia de la DM1 a nivel mundial provienen de países con renta alta, que facilitan tasas altas de incidencia, en comparación con los países de renta media o baja^{5,6}.

En España, la incidencia media de DM1 en menores de 15 años se estima que ronda los 20,5 casos por 100.000 habitantes-año, con casi 1.400 casos nuevos anuales. Existen numerosos estudios y registros de DM1 en menores de 15 años, con metodología heterogénea, en los que se observan diferencias entre las Comunidades Autónomas, desde los 7,9 casos por 100.000 habitantes-año en Baleares o los 13,4 del País Vasco hasta los 24,8 casos de Murcia o los 30,5 casos por 100.000 de Gran Canaria⁷. Según la clasificación de la OMS de 1990, España se situaría en la categoría de país de incidencia muy alta, que es la que presenta una incidencia ≥ 20 casos/100.000 habitantes-año⁸.

Cada vez se conoce mejor la etiopatogenia de la diabetes mellitus tipo 1, que se desarrolla a través de tres estadios diferentes: estadio 1, estadio presintomático detectable a través de la presencia de dos o más autoanticuerpos; estadio 2, en el que además comienzan a aparecer alteraciones en los niveles de glucemia, y finalmente progresión de la enfermedad al estadio 3, caracterizado por la hiperglucemia y los síntomas clásicos^{1,6,9}. La detección precoz de este proceso autoinmune se ha convertido en una prioridad en la práctica clínica actual, que posibilita estrategias de identificación temprana de la enfermedad, establecer un abordaje personalizado y considerar intervenciones terapéuticas de forma precoz que puedan retrasar la progresión hacia la fase sintomática y que suponen un nuevo paradigma en el tratamiento de la DM1^{9,10}.

La detección precoz de la enfermedad permite implantar intervenciones dirigidas a un mejor manejo de la enfermedad desde los estadios pre-clínicos, con cambios clínicos como un mejor control de los niveles de glucemia, reducción de las comorbilidades asociadas, acortando la duración media de las hospitalizaciones por cetoacidosis diabética y disminuyendo la incidencia de ingresos en UCI, que pueden traducirse en una modificación de los patrones clínicos de debut y manejo de la enfermedad¹⁰.

Por todo lo anterior, destacar la importancia de la vigilancia epidemiológica de la DM1 en este contexto cambiante. En la Comunidad de Madrid se dispone desde 1997 de un registro de incidencia de diabetes mellitus insulín dependiente. Coordinado por la Dirección General de Salud Pública, tiene el objetivo de vigilar su evolución y las características epidemiológicas de la población infantil afectada. 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 2014-2024.

2. METODOLOGÍA

Se analizaron todos los casos nuevos diagnosticados de DM1 entre los años 2014 y 2024, en niños/as menores de 15 años residentes en la Comunidad de Madrid.

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 e información sobre cómo manejar la enfermedad, continuando el seguimiento en los centros de atención primaria¹¹.

Los datos proceden del Registro de Incidencia de Diabetes Mellitus Insulinodependiente de la Comunidad de Madrid. Desde el inicio del Registro, las unidades de endocrinología pediátrica de los hospitales públicos y privados de la Comunidad de Madrid notifican nominalmente los casos. A partir del año 2014, para mejorar la exhaustividad del Registro, se incorporan también como fuentes de captación de casos el Conjunto Mínimo Básico de Datos del Registro de Atención Especializada (RAE-CMBD), que se complementa con la historia clínica informatizada de Atención Primaria (AP-MADRID). La búsqueda de los casos se realiza en el RAE-CMBD a partir de los códigos diagnósticos de la CIE10-ES relacionados con diabetes mellitus o uso insulina y en atención primaria a partir de los códigos de la CIAP-2 (T89 diabetes insulinodependiente y además se incluye también el código T90 para diabetes no insulinodependiente, para aumentar la sensibilidad de la captación). La validación de los casos se realizó comprobando su diagnóstico y la presencia de debut diabético o cetoacidosis en la historia clínica a través del visor HORUS.

El Registro aplica los criterios establecidos en el estudio *Multinational Project for Childhood Diabetes* de la OMS (DIAMOND Project) en cuanto a definición de caso y grupos de edad⁸. Se considera caso de DM tipo 1, para ser incluido en el Registro, a la persona menor de 15 años cuyo diagnóstico haya sido establecido por un profesional médico, con tratamiento diario de insulina y que resida en la Comunidad de Madrid en el momento de la primera administración de insulina. No se incluyen los casos de otros tipos específicos de diabetes mellitus como diabetes tipo MODY, diabetes tipo 2, por otras enfermedades endocrinas o infecciosas.

Las variables analizadas incluyen año de diagnóstico, sexo y edad al diagnóstico calculada desde la fecha de administración de la primera dosis de insulina. Se calcula la tasa de incidencia, definida como la tasa de casos nuevos de DM1, respecto a la población de la Comunidad de Madrid menor de 15 años, según datos del Padrón Continuo (2014-2021) y la Estadística Continua de Población (2022-2024) del Instituto Nacional de Estadística.

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 2014-2024. Se estimaron las tasas de incidencia anuales y por grupos de edad y sexo, expresadas en casos por 100.000 habitantes-año, con intervalos de confianza al 95%. Para comparar la incidencia y estimar la tendencia de las tasas de incidencia anuales y entre los diferentes grupos de edad y sexo, se han calculado las razones de incidencia (RI) a partir de métodos de regresión de Poisson, estimación robusta. 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 18 (StataCorp, College Station, Texas, USA).

3. RESULTADOS

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

Un total de 2.212 casos nuevos de DM1 fueron identificado entre los años 2014-2024, con una media anual de 201 casos, con rango de 160 casos en 2024 a 236 casos en 2021. La población media anual a riesgo fue de 999.644 habitantes-año. El 53,3% eran niños y el 46,7% niñas; la media de edad al diagnóstico fue de 8,34 años (DE: 3,84); 8,64 años en niños y 7,99 en niñas, siendo esta diferencia en la edad al diagnóstico estadísticamente significativa ($p < 0,001$). La mayor proporción de casos se presentó en el grupo de edad de 10-14 años, representando el 43,8% del total.

Tabla 1. Distribución por sexo, edad y año de diagnóstico de los casos nuevos de diabetes mellitus tipo 1. Comunidad de Madrid, 2014-2024.

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2014-2024
Casos totales	183	212	209	217	177	192	220	236	221	185	160	2.212
Distribución por sexo												
Niños (N)	106	97	116	102	85	102	118	126	119	114	94	1.179
(%)	57,9	45,8	55,5	47,0	48,0	53,1	53,6	53,4	53,8	61,6	58,8	53,3
Niñas (N)	77	115	93	115	92	90	102	110	102	71	66	1.033
(%)	42,1	54,2	44,5	53,0	52,0	46,9	46,4	46,6	46,2	38,4	41,3	46,7
Distribución por grupos de edad¹												
0-4 años (N)	37	30	42	48	31	25	45	53	52	25	25	413
(%)	20,2	14,2	20,1	22,1	17,5	13,0	20,5	22,5	23,5	13,5	15,6	18,7
5-9 años (N)	66	92	90	75	70	68	89	88	68	65	60	831
(%)	36,1	43,4	43,1	34,6	39,5	35,4	40,5	37,3	30,8	35,1	37,5	37,6
10-14 años (N)	80	90	77	94	76	99	86	95	101	95	75	968
(%)	43,7	42,5	36,8	43,3	42,9	51,6	39,1	40,3	45,7	51,4	46,9	43,8
Edad media en años¹												
Niños	8,5	9,1	8,2	8,5	8,3	9,4	8,4	8,4	8,2	9,2	9,0	8,6
Niñas	7,8	7,8	7,5	7,9	7,9	8,7	7,8	7,5	8,0	8,7	8,8	8,0
Total	8,2	8,4	7,9	8,2	8,1	9,1	8,1	8,0	8,1	9,0	8,9	8,3

¹Edad en años al diagnóstico.

3.1. Incidencia de DM1 en el periodo 2014-2024

En la tabla 2 se muestra la incidencia de DM1 para todo el periodo de estudio. La incidencia anual de DM1 fue de 20,12 casos por 100.000 habitantes-año (IC95%: 19,3–21,0); 20,90 en niños (IC95%: 19,7–22,1); y 19,29 en niñas (IC95%: 18,1–20,5). Por grupos de edad, las tasas de incidencia fueron de 0-4 años: 12,39 (IC95%: 11,2–13,6); de 5-9 años: 21,75 (IC95%: 20,3–23,2) y 10-14 años: 25,19 (IC95%: 23,6–26,8) por 100.000 personas-año.

Tabla 2. Tasas de incidencia de diabetes mellitus tipo 1 por sexo y grupos de edad. Comunidad de Madrid, 2014-2024.

Grupo de edad	Niños		Niñas		Ambos sexos	
	Tasa*	IC95%**	Tasa*	IC95%	Tasa*	IC95%
0-4 años	12,16	(10,5-13,8)	12,64	(10,9-14,4)	12,39	(11,2-13,6)
5-9 años	20,45	(18,4-22,4)	23,13	(20,9-25,3)	21,75	(20,3-23,2)
10-14 años	28,93	(26,6-31,3)	21,26	(19,2-23,3)	25,19	(23,6-26,8)
Total	20,90	(19,7-22,1)	19,29	(18,1-20,5)	20,12	(19,3-21,0)

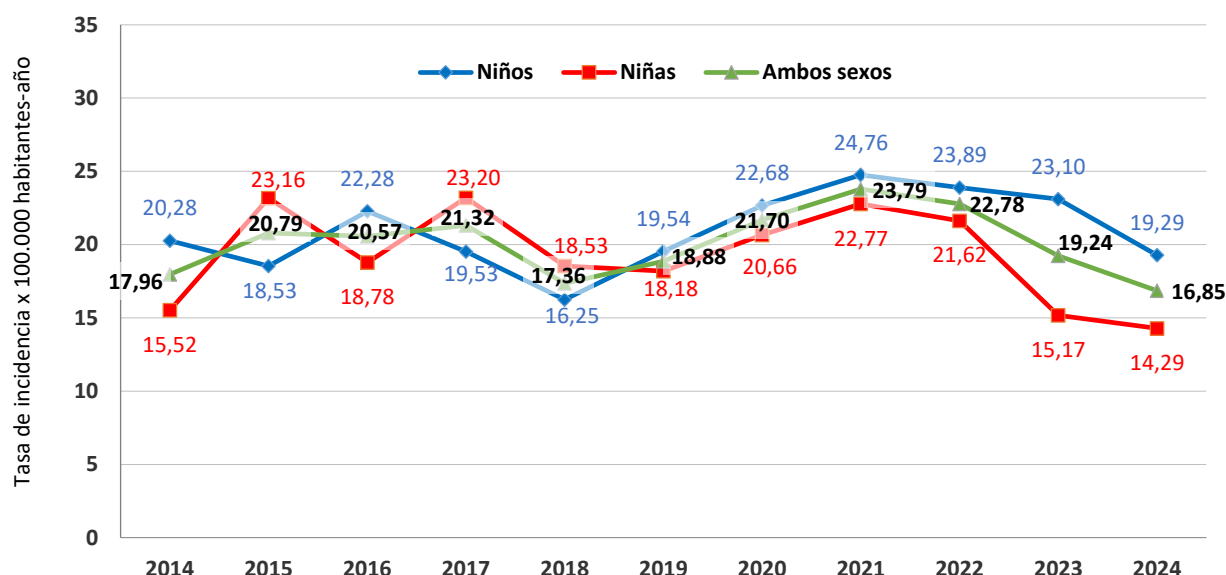
* Tasas de incidencia por 100.000 habitantes-año. ** Intervalo de confianza del 95%

Se observan diferencias entre niños y niñas en la tasa de incidencia de DM1 según la edad. En los niños, la incidencia en los grupos de edad de 0-4 años, 5-9 años y 10-14 años, fue de 12,16, 20,45 y 28,93 casos por 100.000, respectivamente. El grupo de edad de 10 a 14 años tiene la máxima incidencia con una RI de 2,37 (IC95%: 1,94-2,89, $p<0,001$) respecto al grupo de 0-4 años y de 1,41 (IC95%: 1,29-1,55, $p<0,001$) respecto al grupo de 5-9 años. En las niñas, la incidencia por grupos de edad fue de 12,64, 23,13 y 21,26 casos por 100.000 habitantes, respectivamente, con una incidencia máxima en el grupo de edad de 5-9 años y una RI de 1,84 (IC95%: 1,66-2,02, $p<0,001$) mayor respecto al grupo de edad de 0-4 años.

3.2. Evolución de la incidencia anual por sexo y edad

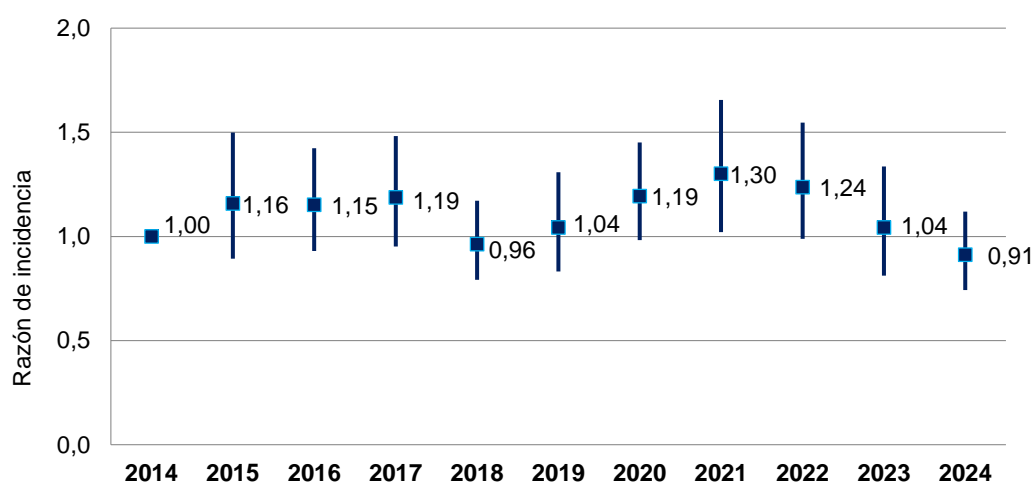
El gráfico 1 presenta las tasas de incidencia por sexo del periodo 2014-2024, con una tasa de incidencia en 2014 de 17,96 casos por 100.000 habitantes, mientras que en 2024 fue de 16,85 casos por 100.000. La evolución de la incidencia a lo largo del periodo 2014-2024 presentan ligeras variaciones a lo largo de los años 2014-2019, seguida de un incremento de la incidencia hasta el 2021 y una tendencia descendente en los tres últimos años en ambos sexos, aunque más acusado en las niñas. El año 2021 fue el año de la serie con una mayor incidencia, a expensas sobre todo de los niños, mientras el 2024 fue el año de menor incidencia.

Gráfico 1. Evolución de la incidencia anual de diabetes mellitus tipo 1 en menores de 15 años por sexo. Comunidad de Madrid, 2014-2024.



El gráfico 2 muestra la evolución de la razón de la incidencia de diabetes de cada año respecto al primero de la serie, ajustada por sexo y grupo de edad. Se observa un incremento de la incidencia de DM1 en los años 2020, 2021 y 2022 respecto al año de referencia de 2014, que resulta estadísticamente significativo en el caso de 2021, con una RI de 1,30 (IC95%: 1,02-1,66), $p=0,033$.

Gráfico 2. Razón de incidencia anual ajustada por sexo y grupo de edad. Comunidad de Madrid, 2014-2024.



La tabla 3 presenta para cada año la incidencia por grupo de edad y los gráficos 3, 4 y 5 muestran la evolución anual por grupos de edad, desagregado por sexo.

La evolución de la incidencia, según se muestra en los gráficos 3 y 4, en los grupos de edad de 0-4 años y de 5-9 años, es similar tanto en niños como en niñas, con un incremento ligeramente mayor en niños de 0-4 años en los años 2021 y 2022, mientras que las niñas presentan variaciones más acusadas en el grupo de 5-9 años en los años 2015 y 2021; sin significación estadística en ambos casos. En cambio, en el grupo de edad de 10-14 años (gráfico 5), la evolución de la incidencia de 2014 a 2024 es estable en niños y niñas, presentando los niños valores superiores a las niñas en todo el periodo, de forma estadísticamente significativa.

Tabla 3. Tasas de incidencia anual de diabetes mellitus tipo 1 por grupos de edad. Comunidad de Madrid, 2014-2024.

Año	0-4 años		5-9 años		10-14 años	
	Incidencia	IC 95%	Incidencia	IC 95%	Incidencia	IC 95%
2014	11,48	(7,8-15,2)	18,00	(13,7-22,3)	24,25	(18,9-29,6)
2015	9,32	(6,0-12,6)	25,06	(19,9-30,2)	27,22	(21,6-32,8)
2016	12,68	(8,8-16,5)	25,25	(20,0-30,5)	23,45	(18,2-28,7)
2017	14,75	(10,6-18,9)	21,04	(16,3-25,8)	27,96	(22,3-33,6)
2018	9,69	(6,3-13,1)	19,69	(15,1-24,3)	22,08	(17,1-27,0)
2019	7,96	(4,8-11,1)	19,47	(14,8-24,1)	27,99	(22,5-33,5)
2020	14,67	(10,4-19,0)	25,67	(20,3-31,0)	23,85	(18,8-28,9)
2021	18,28	(13,4-23,2)	25,91	(20,5-31,3)	26,21	(20,9-31,5)
2022	19,06	(13,9-24,2)	20,50	(15,6-25,4)	27,63	(22,2-33,0)
2023	9,38	(5,7-13,1)	19,78	(15,0-24,6)	25,93	(20,7-31,1)
2024	9,52	(5,8-13,3)	18,62	(13,9-23,3)	20,58	(15,9-25,2)

Gráfico 3. Evolución de la incidencia anual de diabetes mellitus tipo 1 entre 0 y 4 años de edad según sexo. Comunidad de Madrid, 2014-2024.

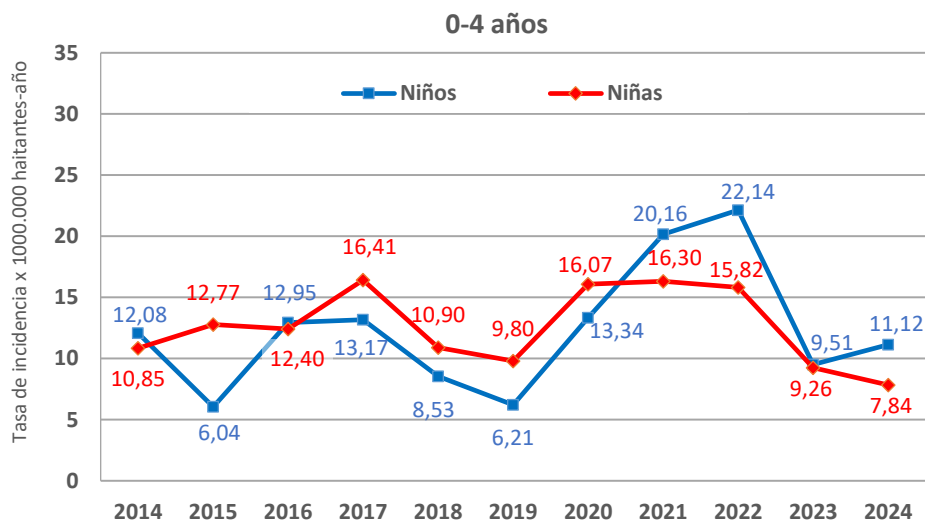
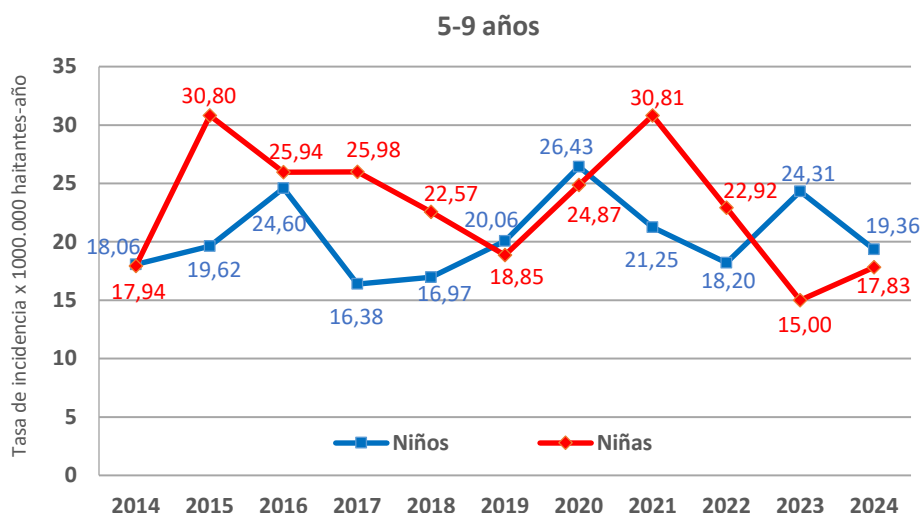
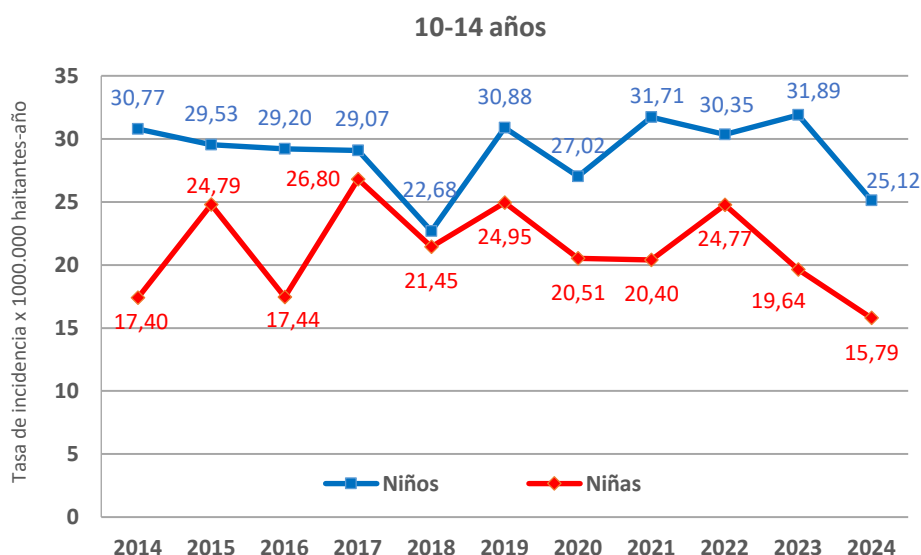
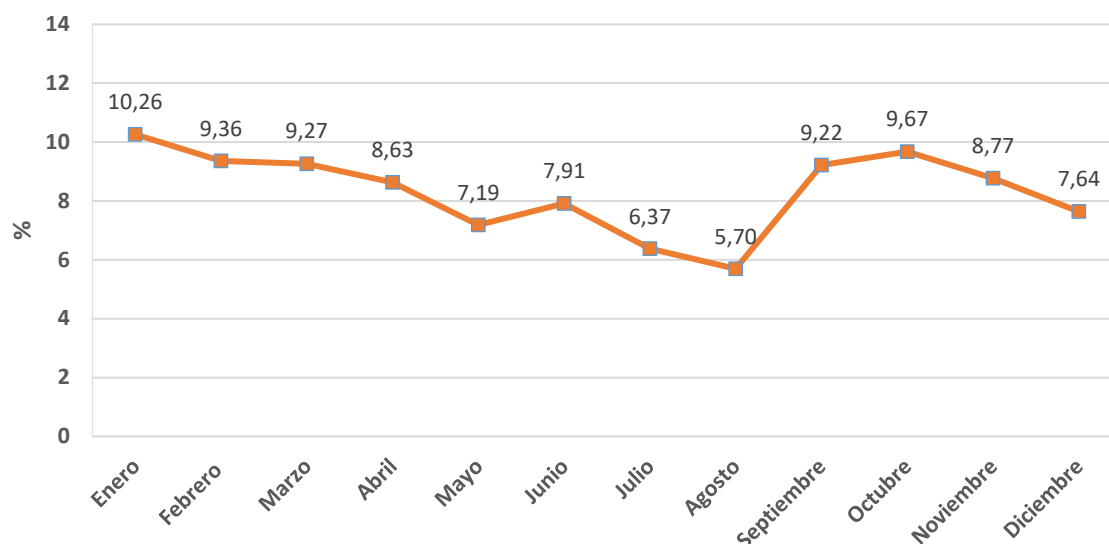
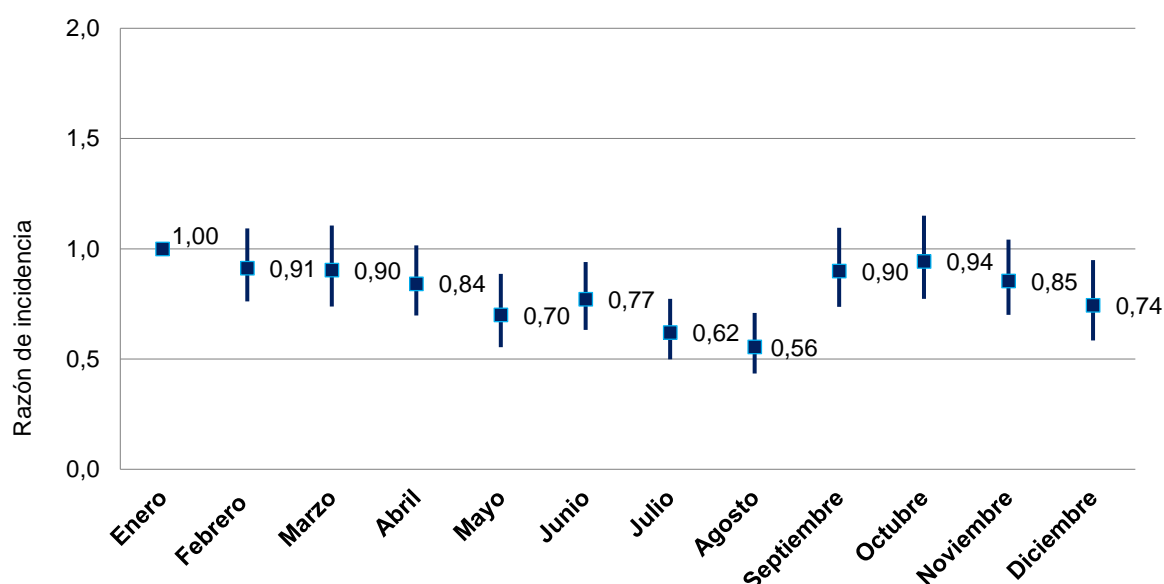


Gráfico 4. Evolución de la incidencia anual de diabetes mellitus tipo 1 entre 5 y 9 años según sexo. Comunidad de Madrid, 2014-2024.**Gráfico 5. Evolución de la incidencia anual de diabetes mellitus tipo 1 entre 10 y 14 años según sexo. Comunidad de Madrid, 2014-2024.**

El análisis de la estacionalidad de la incidencia para todo el periodo 2014-2024, muestra un descenso de la frecuencia de casos de DM1 a partir del mes de mayo, con mínimos en los meses de julio y agosto (gráfico 6). La estacionalidad de la incidencia de DM1, ajustada por sexo, muestra razones de incidencia inferiores, estadísticamente significativas, en los meses de mayo a agosto, así como en diciembre respecto al mes de enero, que es el que presenta una mayor frecuencia de casos en el periodo de estudio (gráfico 7).

Gráfico 6. Proporción de casos de diabetes mellitus tipo 1 según mes de diagnóstico. Comunidad de Madrid, 2014-2024.**Gráfico 7. Razón de tasas de incidencia de diabetes mellitus tipo 1 según mes de diagnóstico. Comunidad de Madrid, 2014-2024.**

4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Este informe presenta datos actualizados de la incidencia de la diabetes mellitus tipo 1 en la población menor de 15 años, en la Comunidad de Madrid.

- Entre los años 2014-2024 se identificaron un total de 2.212 casos nuevos de DM1, con una media anual de 201 casos. La mayor proporción de casos se presentó en el grupo de edad de 10-14 años, representando el 43,8% del total. Se deberá confirmar la tendencia descendente de los últimos años mediante la vigilancia continuada.
- En el periodo de estudio de 2014-2024, la incidencia anual de DM1 en población infantil fue de 20,12 casos por 100.000 habitantes-año (IC95%: 19,3–21,0), con una incidencia mayor en el grupo de edad de 10-14 años (25,19) seguida por el grupo de 5-9 años (21,75). Estas cifras muestran lo observado en otros estudios que describen dos picos de incidencia en la adolescencia (10-14 años) y en la infancia (5-9 años)^{1,5,6,12}.

- Se observan diferencias en las tasas de diabetes según sexo y edad. En los niños, el grupo de edad de mayor incidencia fue el de 10 a 14 años (28,93 casos por 100.000), con una RI de 2,37 ($p<0,001$) respecto al grupo de edad de 0-4 años y de 1,41 ($p<0,001$) respecto al grupo de 5-9 años. En las niñas el grupo de mayor incidencia fue el de 5 a 9 años (23,13 casos por 100.000), con una RI de 1,84 ($p<0,001$), respecto al grupo de 0-4 años.
- La evolución de la incidencia a lo largo de 2014-2024 ajustada muestra un incremento significativo de la incidencia de DM1 en el año 2021, con una RI 1,30 ($p=0,033$) respecto al año de referencia de 2014. Se han publicado estudios que muestran un aumento de la incidencia de la DM1 relacionado con la pandemia de COVID-19, aunque se requieren más investigaciones para entender el impacto del COVID-19 en la enfermedad. No obstante, es posible que el aumento de la incidencia se deba a la enfermedad simultánea del COVID, que actuaría como detonante en estadios preclínicos de la DM1, dada la progresión lenta de la misma^{1,6,12}.
- La evolución de la incidencia de 2014-2024 en el grupo de edad de 10-14 años muestra predominio estadísticamente significativo en niños a lo largo de todo el periodo. Aunque en general no hay diferencia significativa en la incidencia de DM1 por sexo, si se han publicado estudios que muestran una incidencia ligeramente superior en los hombres respecto a las mujeres en países europeos^{1,12}.
- La estacionalidad de la incidencia de DM1 ajustada muestra razones de incidencia inferiores, estadísticamente significativas, en los meses de mayo a agosto y diciembre respecto al mes de referencia de enero. Este patrón de estacionalidad pudiera estar asociado a un patrón de traslado vacacional en los meses de verano y navidades, aunque hay estudios que han comunicado picos anuales de incidencia en los meses más fríos de otoño e invierno¹.

Consideraciones finales:

Los datos de incidencia de diabetes mellitus tipo 1 en menores de 15 años de la Comunidad de Madrid reflejan la importancia de contar con un Registro poblacional que permita la vigilancia epidemiológica de una enfermedad, con importante repercusión sanitaria y socioeconómica y que presenta una alta incidencia en nuestro país. En un contexto de cambios en el diagnóstico precoz de la DM1 y el manejo de la misma es necesario seguir mejorando la vigilancia epidemiológica. El análisis de tendencias y patrones de incidencia es fundamental para disponer de información lo más precisa posible de la enfermedad y de sus mecanismos etiopatogénicos, así como establecer estrategias de prevención y planificación de los servicios asistenciales.

Agradecimientos: a todos los profesionales sanitarios de medicina y enfermería que participan en la notificación de los casos. Así como a Patricia Moreno Nodrid, Inmaculada Rodríguez López y Esteban Gorgojo Rubio por su colaboración en el mantenimiento de la base de datos.

Informe elaborado por: Beatriz Valentin López, María Esteban Vasallo y Ana Gandarillas Grande. Unidad Técnica de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles. Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros. Área de Vigilancia de Factores de Riesgo y Enfermedades No Transmisibles. Comunidad de Madrid.

Cita Recomendada: Dirección General de Salud Pública. Incidencia de diabetes mellitus tipo 1 en la población menor de 15 años en la Comunidad de Madrid, años 2014-2024. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Número 12. Volumen 30. Diciembre 2025.

5. BIBLIOGRAFÍA

1. Besser REJ, Bell KJ, Couper JJ, et al. ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2022: Stages of type 1 diabetes in children and adolescents. *Pediatric Diabetes*. 2022;23(8):1175-1187. doi:10.1111/pedi.13410
2. American Diabetes Association Professional Practice Committee. 2. Diagnosis and Classification of Diabetes: Standards of Care in Diabetes—2025. *Diabetes Care*. 2024;48(Supplement_1):S27-S49. doi:10.2337/dc25-S002
3. Gregory GA, Robinson TIG, Linklater SE, 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):741-760. doi:10.1016/S2213-8587(22)00218-2
4. Ogle GD, Wang F, Haynes A, et al. Global type 1 diabetes prevalence, incidence, and mortality estimates 2025: Results from the International diabetes Federation Atlas, 11th Edition, and the T1D Index Version 3.0. *Diabetes Res Clin Pract*. 2025;225:112277. doi:10.1016/j.diabres.2025.112277
5. Magliano DJ, Boyko EJ, IDF Diabetes Atlas 11th edition scientific committee. *IDF Diabetes Atlas*. 11th ed. International Diabetes Federation; 2025. Accessed December 16, 2025. <https://diabetesatlas.org/resources/idf-diabetes-atlas-2025/>
6. Bell KJ, Lain SJ. The Changing Epidemiology of Type 1 Diabetes: A Global Perspective. *Diabetes Obes Metab*. 2025;27 Suppl 6(Suppl 6):3-14. doi:10.1111/dom.16501
7. Conde Barreiro S, González Pelegrín B, Quevedo Beneyto B, et al. Estimación de la incidencia y prevalencia de la diabetes mellitus tipo1 en menores de 15 años en España. *Endocrinol Diabetes Nutr*. 2025;72(7). doi:10.1016/j.endinu.2025.501591
8. DIAMOND Project Group. Incidence and trends of childhood Type 1 diabetes worldwide 1990-1999. *Diabet Med*. 2006;23(8):857-866. doi:10.1111/j.1464-5491.2006.01925.x
9. Martínez-Brocca MA, Bellido V, Cardona-Hernandez R, et al. Resumen ejecutivo. Cribado, estadificación y seguimiento de la diabetes tipo 1 en estadios preclínicos: consenso de las sociedades científicas SED, SEEN y SEEP. *An Pediatr (Barc)*. 2025;103(5). doi:10.1016/j.anpedi.2025.503944
10. CrecerSinDiabetes. Un nuevo paradigma en el manejo de la diabetes tipo 1: propuestas para el diagnóstico precoz. [crecersindiabetes.com](https://www.crecersindiabetes.com). October 8, 2025. Accessed December 16, 2025. <https://www.crecersindiabetes.com/2025/10/08/un-nuevo-paradigma-en-el-manejo-de-la-diabetes-tipo-1/>
11. Rubio Cabezas O, Argente J. Diabetes mellitus: formas de presentación clínica y diagnóstico diferencial de la hiperglucemia en la infancia y adolescencia. *An Pediatr (Barc)*. 2012;77(5):344.e1-344.e16. doi:10.1016/j.anpedi.2012.06.013
12. Hormazábal-Aguayo I, Ezzatvar Y, Huerta-Urbe N, Ramírez-Vélez R, Izquierdo M, García-Hermoso A. Incidence of type 1 diabetes mellitus in children and adolescents under 20 years of age across 55 countries from 2000 to 2022: A systematic review with meta-analysis. *Diabetes Metab Res Rev*. 2024;40(3):e3749. doi:10.1002/dmrr.3749



INFORME:

MORBILIDAD POR INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL, MPOX, HEPATITIS B Y C. COMUNIDAD DE MADRID, AÑO 2024

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	16
2. METODOLOGÍA	16
3. RESULTADOS.....	17
3.1. Infección gonocócica	17
3.2. Infección por <i>Chlamydia trachomatis</i>	25
3.3. Linfogranuloma venéreo	31
3.4. Sífilis	37
3.5. Sífilis congénita	44
3.6. Mpox	45
3.7. Hepatitis B	51
3.8. Hepatitis C	54
4. DISCUSIÓN.....	61
5. CONCLUSIONES	63
6. BIBLIOGRAFÍA	64

1. INTRODUCCIÓN

Como parte del Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) e integrada en la Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid, la vigilancia de infecciones de transmisión sexual (ITS) se lleva a cabo específicamente desde la Subdirección de Vigilancia en Salud Pública.

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 Madrid¹, 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. Dentro de estas, infección gonocócica, sífilis y sífilis congénita se establecen como enfermedades de notificación semanal con datos epidemiológicos básicos.

Posteriormente, la Orden Ministerial SSI/445/2015 de 9 de marzo², amplía la lista de enfermedades a declarar, incorporando la infección por *Chlamydia trachomatis* y el linfogranuloma venéreo (LGV) a las ya existentes.

Los resultados de la vigilancia se publican en un informe de carácter anual, contribuyendo a mejorar el conocimiento sobre las características y el comportamiento epidemiológicos de estas enfermedades.

Se incluyen en este informe sendos apartados dedicados a hepatitis B y C. Aunque sus mecanismos de transmisión no residen exclusivamente en la vía sexual, esta tiene un protagonismo cada vez mayor en su incidencia.

Además, desde 2022, debido a la activación de la alerta por el brote internacional de mpox, dicha patología forma parte de la lista de enfermedades sometidas a monitorización por este programa. Desde el comienzo del brote, el perfil de contagio en nuestro entorno continúa estando vinculado muy estrechamente con el contacto íntimo y sexual, por lo que el análisis de la información resultado de su vigilancia se incorpora a este informe.

2. METODOLOGÍA

Se ha llevado a cabo el análisis de los datos correspondientes al año epidemiológico 2024, que comienza con la semana 1, el lunes 1 de enero de 2024, y finaliza con la semana 52, el domingo 29 de diciembre de 2024.

Se describen las características de las ITS registradas durante el año 2024 correspondientes a pacientes con residencia en la Comunidad de Madrid o en los que el período de incubación indicara que se hubieran 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. Los datos de la Comunidad de Madrid se comparan con los datos de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica que están disponibles cuando se realiza el informe. Para describir la evolución temporal se utilizan los datos históricos del sistema de EDO tanto de la Comunidad de Madrid como del nivel nacional de los últimos 10 años, o desde el momento en el que se incorpora cada enfermedad a vigilancia. En el caso de la Hepatitis B, debido a un cambio en el sistema de registro, se presentan los casos desde el año 2017.

La información analizada procede de las notificaciones realizadas por los centros de atención primaria y hospitalarios del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), centros monográficos de ITS y por otras instituciones sanitarias públicas o privadas. Un número importante de estas declaraciones aportan exclusivamente los datos de identificación del caso y los resultados microbiológicos. Es por ello que, en la mayoría de las notificaciones, es preciso complementar la información mediante una búsqueda activa de

información a través de la consulta de la historia clínica de cada caso. Igualmente, se lleva a cabo una exhaustiva revisión del CMBD que permite completar y mejorar la calidad de los datos del registro.

El registro se completa con la información facilitada por la Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios sobre las personas que reciben tratamiento para el virus de la hepatitis C (VHC) así como de aquellas adheridas al programa de profilaxis pre-exposición (PrEP) para la prevención de la infección por VIH en la Comunidad de Madrid³.

Se realiza una descripción genérica de la procedencia de las notificaciones para cada enfermedad. Debido a limitaciones en el aplicativo, sólo se consideran las primeras declaraciones recibidas cuando para un mismo caso se remiten dos o más.

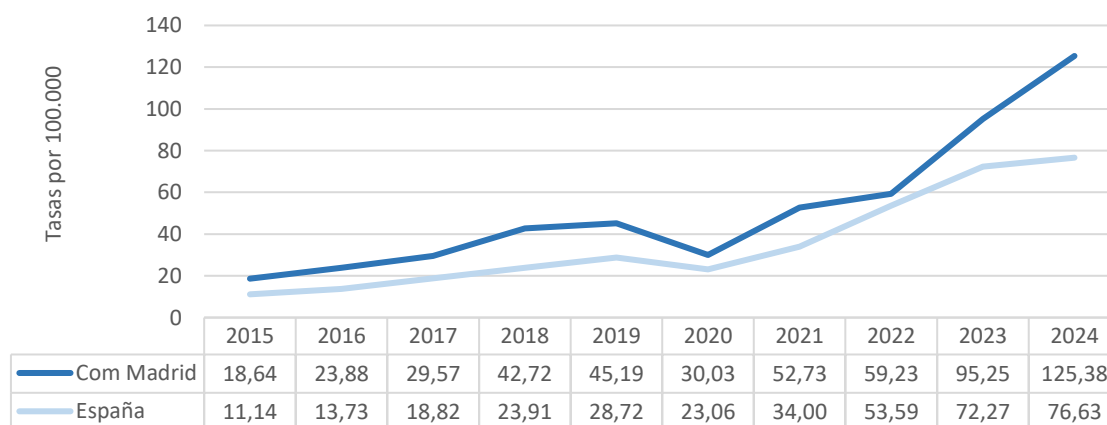
Como fuente de datos demográficos para la obtención de cifras de incidencia global y por sexo se ha dispuesto del censo de población de 2024 extraído de la Estadística Continua de la Población del Instituto Nacional de Estadística.

3. RESULTADOS

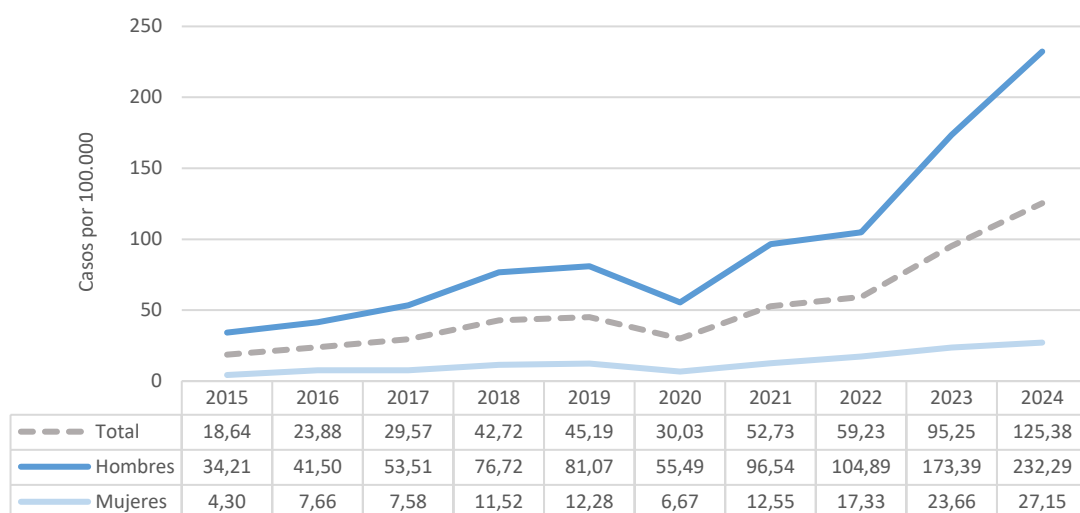
3.1. Infección gonocócica

Durante el año 2024 se registraron en la Comunidad de Madrid un total de 8.788 episodios de infección gonocócica, alcanzando los 125,38 casos por 100.000 habitantes, casi 49 puntos por encima de los datos nacionales. Se evidencia, por tanto, un incremento del 31,6% respecto a la incidencia de 2023 y del 111,7% respecto a la de 2022 (Gráfico 1).

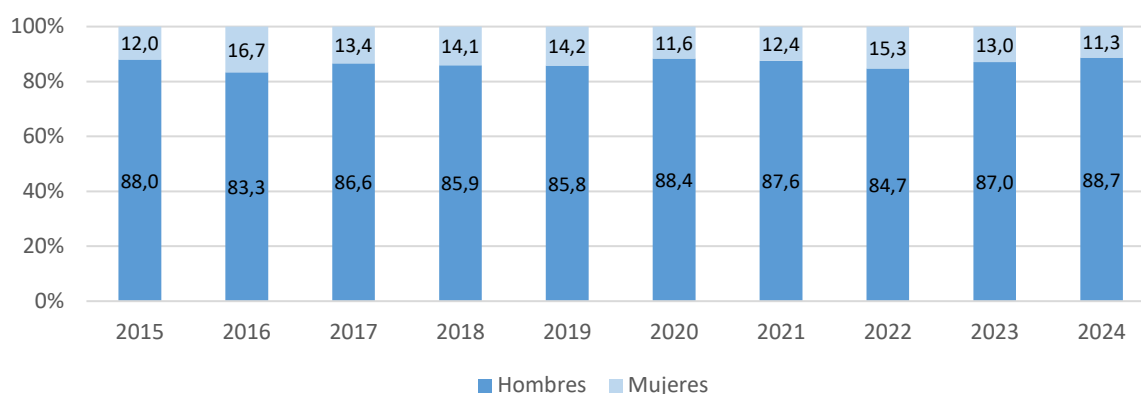
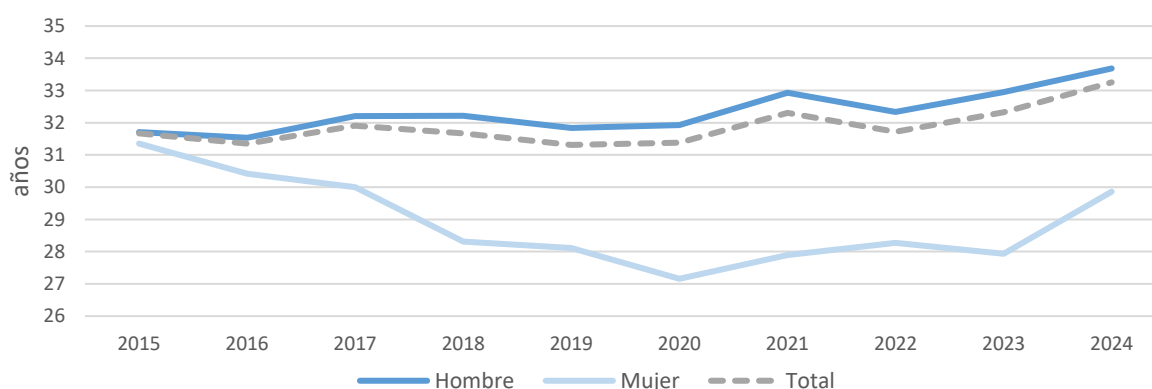
Gráfico 1. Tasas de infección gonocócica. Comunidad de Madrid-España. Años 2015-2024.



Se reafirma la tendencia creciente de la incidencia a lo largo de la serie, a excepción de la observada en 2020 debido a la pandemia por SARS-CoV-2. Como se aprecia en el Gráfico 2, el incremento se produce fundamentalmente a expensas de las cifras observadas en hombres, en los que la incidencia alcanza los 232,29 casos por 100.000 habitantes, un 34% más respecto a 2023, equivalente a un aumento de 59 puntos en valor absoluto. En mujeres la incidencia crece un 14,8%, unos 3,5 puntos sobre la cifra del año anterior.

Gráfico 2. Tasas de incidencia por sexo y año de infección gonocócica. Comunidad de Madrid. Años 2015-2024.

Tradicionalmente, el porcentaje de hombres siempre ha sido mayoritario, alcanzando en 2024 la cifra más alta con un 88,7% (Gráfico 3). La edad media de presentación se incrementó 7 décimas en hombres y hasta dos puntos en mujeres, situándose en 33,7 y 29,9 años respectivamente (Gráfico 4). La mediana fue de 32 años, situándose el rango de edad entre los 0 y los 79 años.

Gráfico 3. Distribución porcentual por sexo de infección gonocócica. Comunidad de Madrid. 2015-2024.**Gráfico 4. Edad media de infección gonocócica por sexo. Comunidad de Madrid. 2015-2024.**

Por grupos de edad, el 89,2% de los casos se concentra entre los 20 y 49 años (Gráfico 5). En hombres, el grupo de edad de 30-39 años se mantiene como mayoritario, aunque aumentan los porcentajes entre los 40 y los 59 años. Por el contrario, disminuye el peso entre los menores de 30 años (Gráfico 6). En mujeres, el grupo de edad más representado sigue siendo el de 20-29 años y aumentan los porcentajes en mujeres

entre los 40 y los 59 años. En el grupo de 15-19 años, si bien se produce un leve descenso porcentual, hasta el 13,4% de las infecciones gonocócicas en mujeres, en cifra absolutas continúa incrementándose el número de casos, registrándose 133 en 2024 (15 más que en 2023) (Gráfico 7). En menores de 1 año se han identificado 3 casos, todos ellos relacionados con transmisión intraparto.

Gráfico 5. Número de casos de infección gonocócica por grupo de edad y sexo. Comunidad de Madrid. Año 2024.

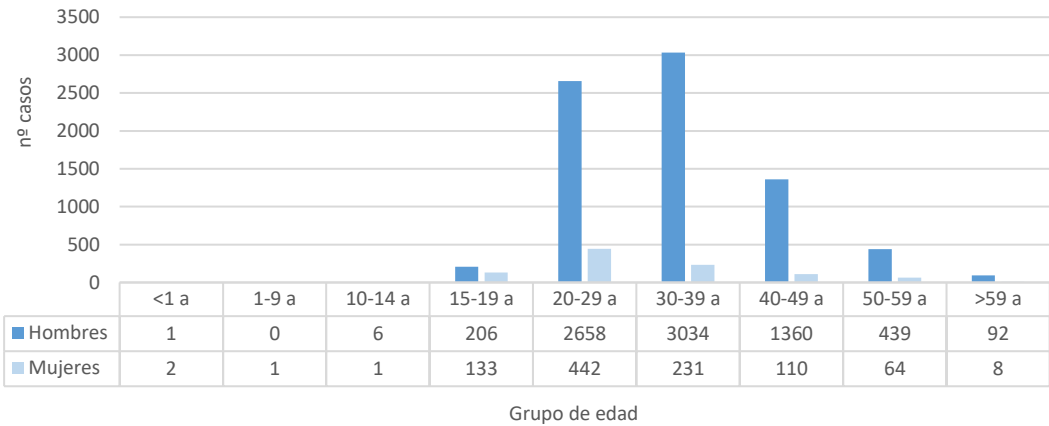


Gráfico 6. Infección gonocócica en hombres. Porcentaje por grupos de edad. Comunidad de Madrid. Años 2015-2024.

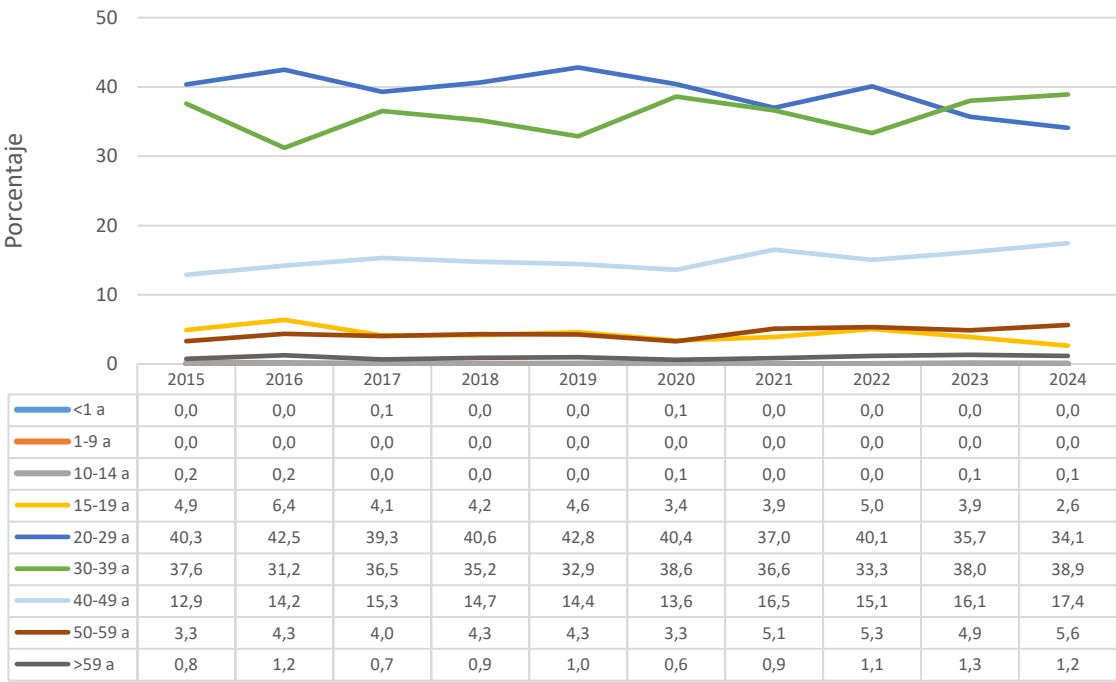
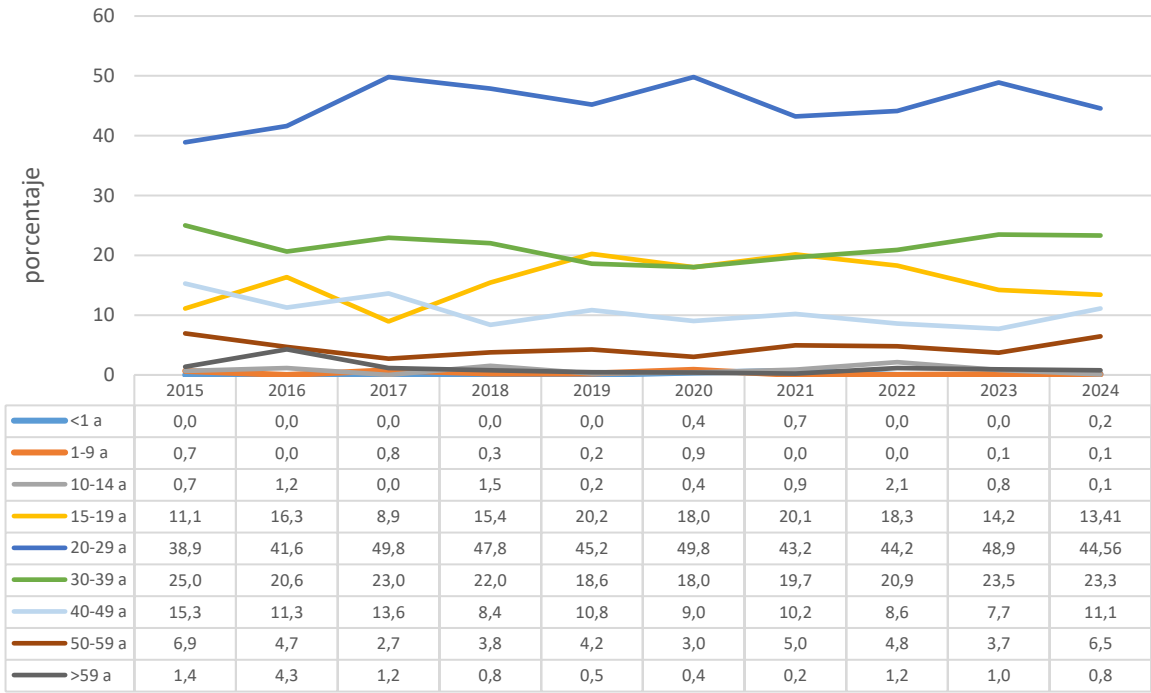


Gráfico 7. Infección gonocócica en mujeres. Porcentaje por grupos de edad. Comunidad de Madrid. Años 2015-2024.



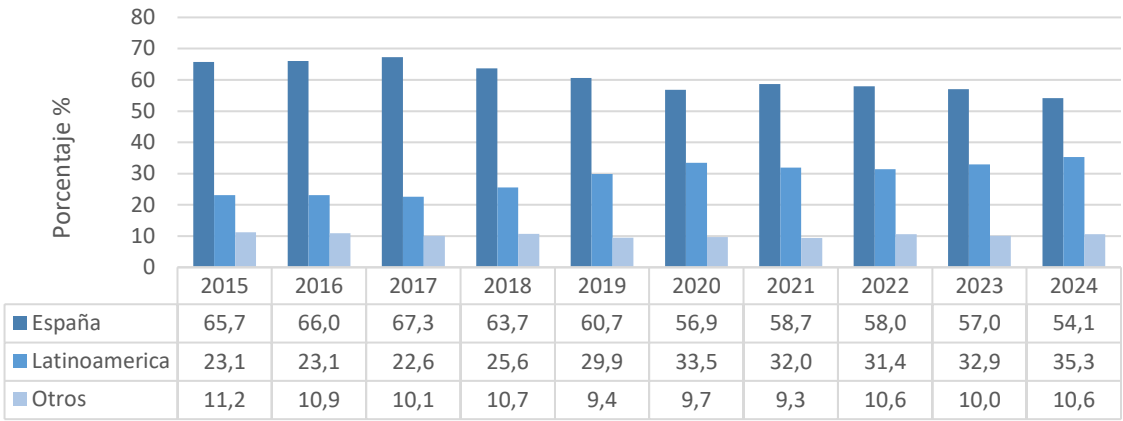
En cuanto a la orientación sexual, la información está recogida en el 66,9% del total de casos. En hombres el resultado se desconoce en el 31,8%, siendo el 64,1% hombres que tienen sexo con hombres (HSH) (corresponden al 85% entre en los que la información se ha registrado) (Gráfico 1). La variable “uso de preservativo” está cumplimentada en el 42,1% de los casos notificados, de los cuales, el 96,2% no había hecho uso del preservativo.

Tabla 1. Orientación sexual de los casos de infección gonocócica, por sexo. Comunidad de Madrid. Año 2024.

Orientación sexual	Hombre %	Mujer %
Homosexual/bisexual	64,1	4,4
Heterosexual	4,1	51,8
Desconocido	31,8	43,8

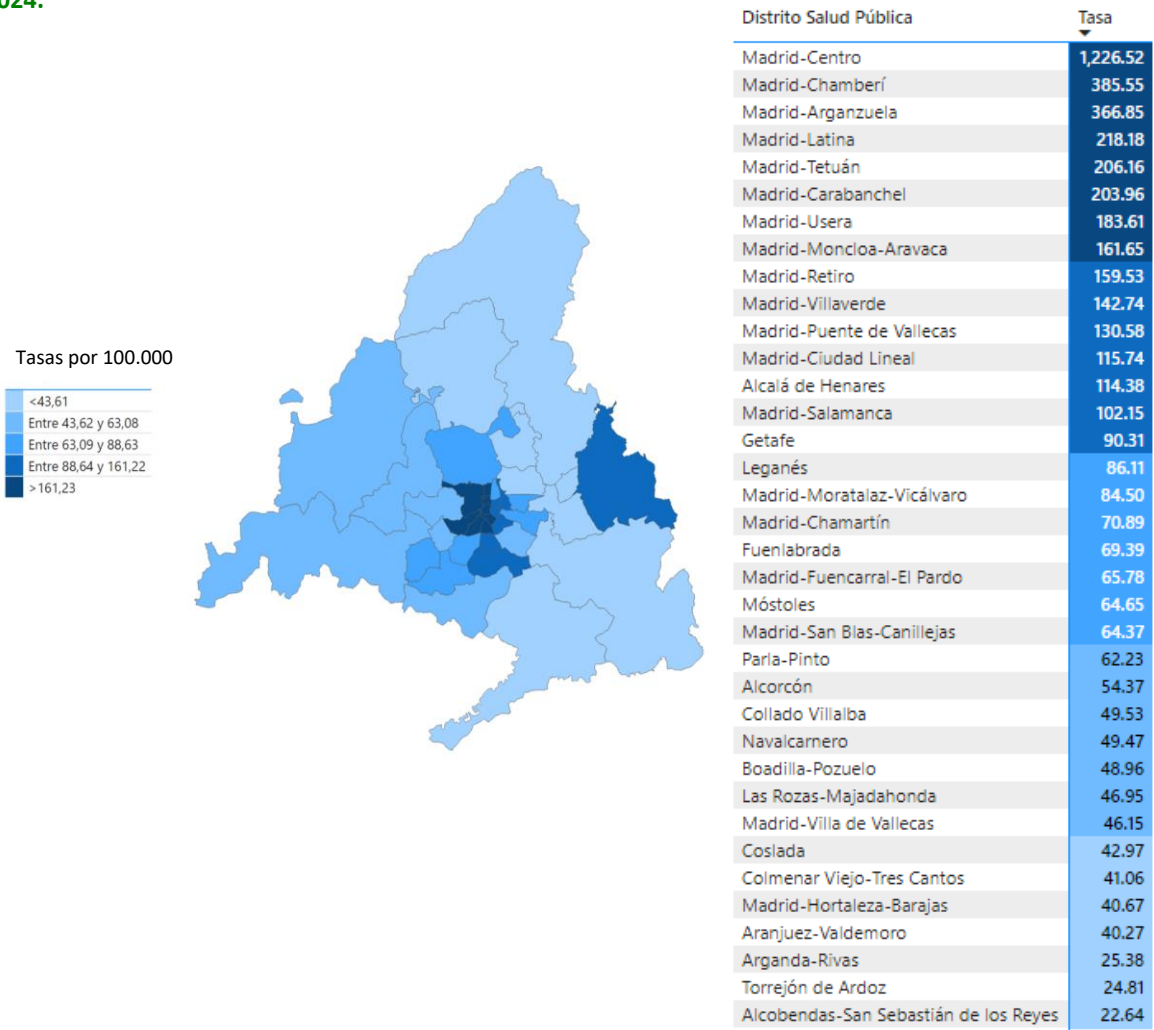
El país de origen consta en el 98,6% de los registros. De estos el 54,1% corresponde a personas nacidas en España, casi 3 puntos por debajo de 2023. El resto aglutina hasta 108 países diferentes de los 5 continentes y, como viene objetivándose en años anteriores, con predominio de países latinoamericanos. En 2024 estos alcanzan el 35,3% de las notificaciones, siendo Venezuela con el 10,4%, Colombia con el 7,3% y Perú con el 3,4% los que aportan más casos (Gráfico 8).

Gráfico 8. Infección gonocócica según lugar de origen del caso. Comunidad de Madrid. 2015-2024.



La distribución geográfica de los casos en función de su domicilio, concentró mayores tasas de incidencia en los distritos más céntricos del municipio de Madrid, especialmente en Centro, con 1226,52 casos por 100.000 habitantes, seguido por Chamberí, Arganzuela y Latina. Fuera del ámbito municipal de la capital destacan Alcalá de Henares, Getafe y Leganés, aunque muy por debajo de las cifras de los anteriores (Gráfico 9).

Gráfico 9. Tasas de incidencia de infección gonocócica por distrito de residencia. Comunidad de Madrid. Año 2024.



En cuanto a la presentación clínica, el 50,3% de los casos carece de información al respecto. El protocolo no recoge el concepto “asintomático” por los que muchos de estos casos pueden corresponder a

episodios sin clínica asociada que se diagnostican en el contexto de cribados sistemáticos a personas con prácticas sexuales de riesgo. Entre el 49,7% que cuenta con información clínica, el cuadro más frecuente en hombres fue uretritis, que consta en el 71,6% de los registros, seguido de proctitis, en el 21%. En mujeres, se diagnosticó cervicitis en el 51,2%, enfermedad inflamatoria pélvica en el 24,3% y uretritis en el 14% (Tabla 2). Además, se registró un caso de *oftalmía neonatorum*.

Tabla 2. Presentación clínica por sexo. Infección gonocócica. Comunidad de Madrid. Año 2024.

Hombre	%	Mujer	%
Uretritis	71,6	Cervicitis	51,2
Proctitis	21,1	Enfermedad inflamatoria pélvica	24,3
Faringitis	5,4	Uretritis	14,0
Epididimitis	1,2	Faringitis	6,6
Artritis	0,2	Proctitis	1,5

No se identificó ninguna defunción entre los casos de enfermedad gonocócica, pero sí un total de 100 episodios de hospitalización, correspondiendo 78 a mujeres. Entre estas, el diagnóstico más frecuente fue la enfermedad inflamatoria pélvica, sumando 70 casos con un rango de edad entre los 15 y los 52 años. Entre los 22 hombres que precisaron ingreso hospitalario, los diagnósticos más frecuentes fueron proctitis, uretritis y artritis (Tabla 3).

Tabla 3. Principales diagnósticos en hospitalización* debida a infección gonocócica, por sexo. Comunidad de Madrid. Año 2024.

Hombres	Mujeres
Proctitis	Enfermedad inflamatoria pélvica
Uretritis	Cervicitis
Artritis	Salpingitis
Faringitis	Uretritis
Epididimitis	Artritis

*Puede haber más de un diagnóstico por hospitalización

En un 22,2% de los casos se identificaron una o más coinfecciones por otras ITS. La más frecuente fue por *Chlamydia trachomatis*, encontrándose en el 17,6% de los registros y siendo 4 puntos porcentuales más frecuente en mujeres que en hombres. La sífilis se presentó en el 5% de los casos, mayormente en hombres. Estos resultados y el de otras ITS menos frecuentes se reflejan en la Tabla 4.

Tabla 4. Casos de infección gonocócica con coinfecciones por otras ITS, por sexo. Comunidad de Madrid. 2024.

	Hombres (n)	%	Mujeres (n)	%	Total	%
<i>Chlamydia Trachomatis</i>	1334	17,1	211	21,3	1545	17,6
Sífilis	429	5,5	14	1,4	443	5,0
Herpes genital	74	0,9	20	2,0	94	1,1
Condiloma acuminado	43	0,6	3	0,3	46	0,5
Molluscum contagiosum	1	0,0	0	0,0	1	0,0
Pediculosis	3	0,0	0	0,0	3	0,0
Escabiosis	5	0,1	0	0,0	5	0,1
Sífilis y <i>Chlamydia</i>	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Cualquier coinfección	1722	22,1	233	23,5	1955	22,2

Por número de coinfecciones diagnosticadas en cada episodio de infección gonocócica, en el 20,3% se encontró 1 ITS, en el 1,9% se hallaron 2 ITS y en el 0,1% hasta 3 ITS. Solamente en un caso se identificaron hasta 4 infecciones distintas, además del gonococo (Tabla 5).

Tabla 5. Casos de infección gonocócica según número de coinfecciones, por sexo. Comunidad de Madrid. Año 2024.

Nº de coinfecciones	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%
1	1563	20,0	220	22,2	1783	20,3
2	152	1,9	11	1,1	163	1,9
3	6	0,1	2	0,2	8	0,1
4	1	0,01	0	0,0	1	0,01

Se han recogido también datos sobre infección por VIH, VHB y VHC en el momento del diagnóstico de la enfermedad gonocócica. El 14,2% de los registros eran positivos para VIH, el 0,3% para VHC y el 0,1 para VHB (Tabla 6).

Tabla 6. Porcentaje de infección gonocócica con diagnóstico VIH, VHC, VHB, por sexo. Comunidad de Madrid. Año 2024.

Diagnóstico	Hombre %	Mujer %	Total %
VIH	15,7	2,4	14,2
VHC	0,7	0,1	0,3
VHB	0,3	0,1	0,1

El 8,5% de los episodios registrados corresponde a reinfecciones padecidas en el mismo año, el 9,4% en hombres y el 1% en mujeres. La mayoría, el 7,9%, se identifica como primera reinfección, el 0,5% como segunda y solo dos episodios como tercera reinfección (Tabla 7).

Tabla 7. Reinfecciones de infección gonocócica según sexo. Comunidad de Madrid. Año 2024.

	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%
Reinfecciones total	733	9,4	10	1,0	743	8,5
1ª reinfección	684	8,8	10	1,0	694	7,9
2ª reinfección	47	0,6	0	0	47	0,5
3ª reinfección	2	0,03	0	0	2	0,02

El 29,3% de los casos de gonococia corresponde a usuarios de PrEP para la prevención de la infección por VIH, siendo en hombres el 32,6% y en mujeres el 3,4% (Tabla 8). Entre estos, los episodios con coinfecciones, son 1,2 puntos porcentuales superiores en el grupo no usuario de PrEP (Tabla 9). En el caso de las reinfecciones, estas se detectan con mayor frecuencia entre los usuarios de PrEP, ascendiendo entre estos hasta el 17,1% frente al 4,9% entre los que no lo son. Tanto las primeras como las segunda y terceras reinfecciones se presentan con más frecuencia entre los que utilizan la PrEP como prevención de la infección por VIH (Tabla 10).

Tabla 8. Uso de PrEP por sexo entre los casos de infección gonocócica. Comunidad de Madrid. Año 2024.

	No PrEP	%	Sí PrEP	%	Total
Total	6213	70,7	2575	29,3	8788
Hombre	5255	67,4	2541	32,6	2575
Mujer	958	96,6	34	3,4	992

Tabla 9. Coinfecciones por ITS en función del uso de PrEP entre los casos de infección gonocócica. Comunidad de Madrid. Año 2024.

	No PrEP	%	Sí PrEP	%	Total	%
Coinfecciones	1403	22,6	552	21,4	1955	22,2
Coinfección 1 ITS	1277	20,6	506	19,7	1783	20,3
Coinfección 2 ITS	119	1,9	44	1,7	163	1,9
Coinfección 3 ITS	7	0,1	1	0,04	8	0,1
Coinfección 4 ITS	0	0	1	0,04	1	0,01

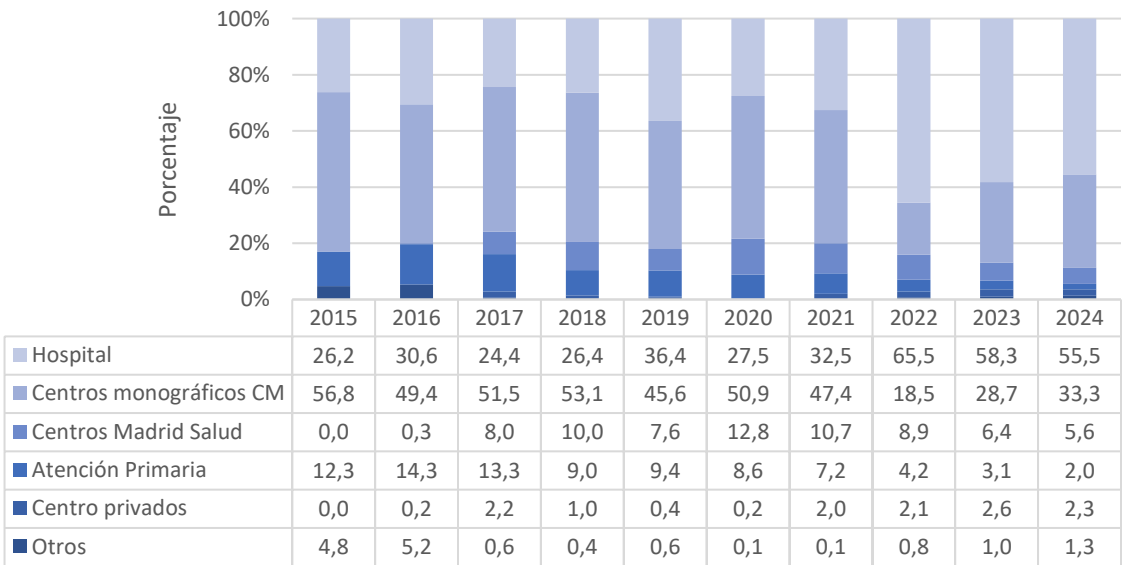
Tabla 10. Reinfecciones en función del uso de PrEP entre los casos de infección gonocócica. Comunidad de Madrid. Año 2024.

	No PrEP	%	Sí PrEP	%	Total	%
Reinfecciones total	302	4,9	441	17,1	743	8,5
1ª reinfección	290	4,7	404	15,7	694	7,9
2ª reinfección	12	0,2	35	1,4	47	0,5
3ª reinfección	0	0	2	0,1	2	0,02

El 100% de los casos se clasificaron como confirmados por diagnóstico microbiológico. Las técnicas diagnósticas más utilizadas fueron la detección de ácido nucleico en el 95% y el aislamiento de gonococo en el 26,3%. En el 21,4% ambas pruebas fueron positivas.

En cuanto a la declaración de la infección gonocócica, el 55,5% corresponde a notificaciones realizadas desde los centros hospitalario públicos de la Comunidad de Madrid, el 33,3% desde los centros monográficos de ITS, el 5,6% desde centros municipales de salud del ayuntamiento de Madrid y el 2% desde atención primaria (Gráfico 10).

Gráfico 10. Notificación de infección gonocócica, según origen, en porcentaje. Comunidad de Madrid. Años 2015-2024.



3.2. Infección por *Chlamydia trachomatis*

En 2024 se registraron en la Comunidad de Madrid 7.002 casos de infección por *Chlamydia trachomatis* (excluido linfogranuloma venéreo), lo que supone un aumento del 19,8% en el número casos respecto al año anterior. Ello se traduce en un aumento de la incidencia de 14,71 puntos (17,3%), alcanzando los 99,90 casos por 100.000 habitantes, frente a los 86,26 del total nacional. El incremento de la tasa de incidencia desde el año 2016 hasta 2024 es de un 425,8% (Gráfico 11). En hombres, la tasa de incidencia fue de 137,66 casos por 100.000, más del doble de la observada en mujeres, con 65,20 (Gráfico 12).

Gráfico 11. Tasas de infección por *Chlamydia trachomatis*. Comunidad de Madrid-España. Años 2016-2024.

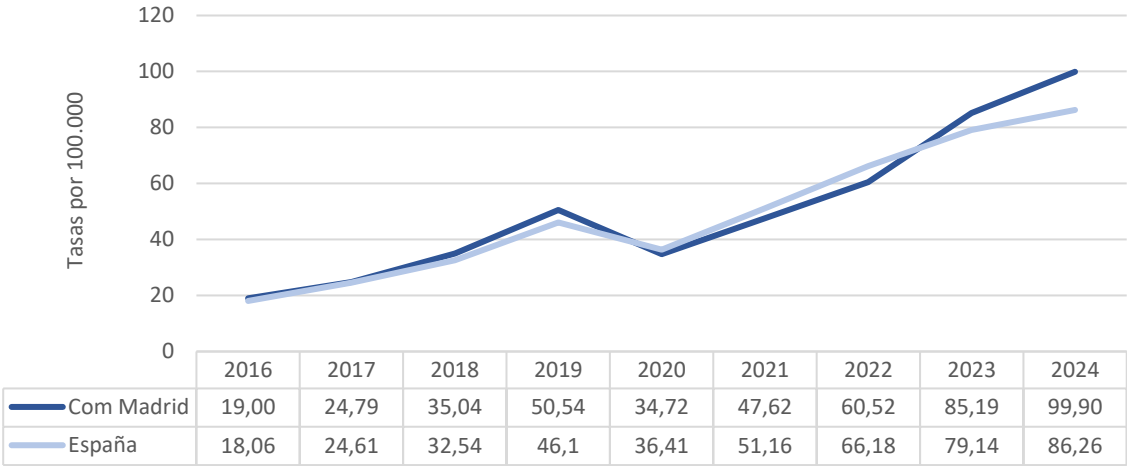
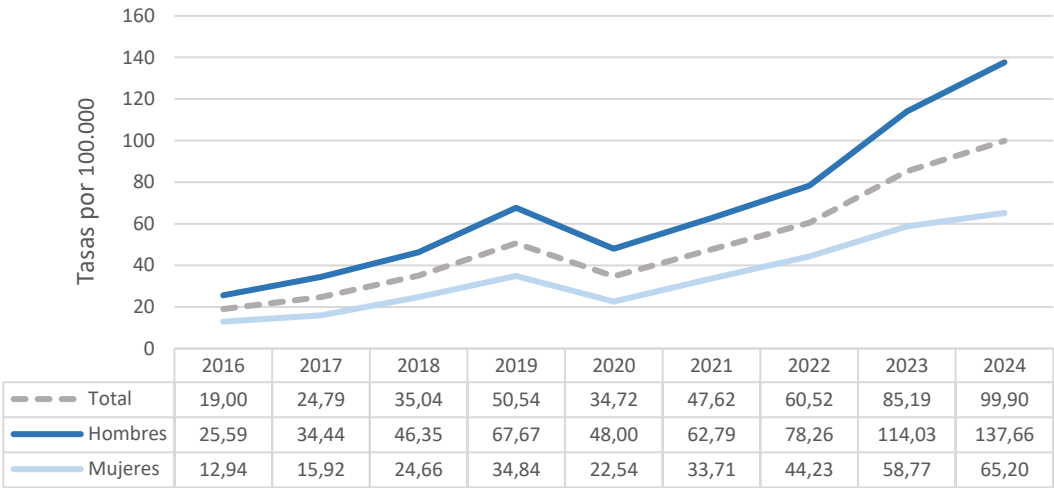
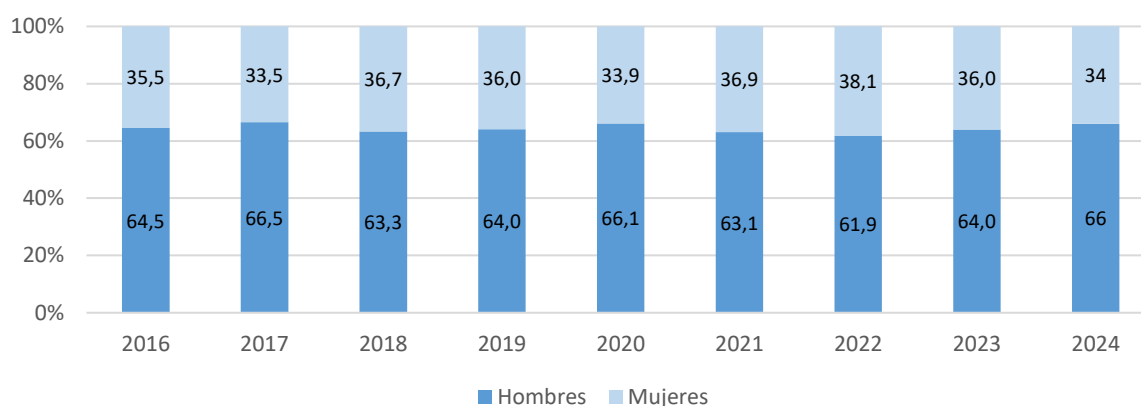
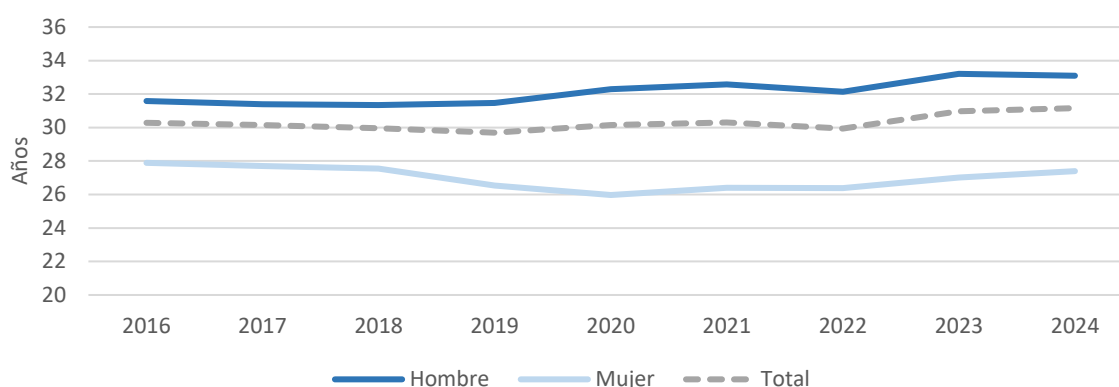


Gráfico 12. Tasa de incidencia anual de infección por *Chlamydia trachomatis*, por sexo. Comunidad de Madrid. Años 2016-2024.



Según la distribución porcentual por sexo, el 66% de los casos se presentó en hombres, cifra ligeramente mayor que la observada en años previos (Gráfico 13). La mediana de edad se sitúa en los 29 años y la media en los 31 años, siendo en hombres de 33,1 (rango de 0-90 años) y 27,4 en mujeres (rango de 0-81 años), habiendo aumentado la diferencia de 3,7 a 5,7 años desde 2016 hasta 2024 (Gráfico 14).

Gráfico 13. Distribución por sexo de infección *Chlamydia trachomatis*. Comunidad de Madrid. 2016-2024.**Gráfico 14. Evolución de la media de edad por sexo en la infección por *Chlamydia trachomatis*. Comunidad de Madrid. Años 2016-2024.**

Por grupos de edad, el mayor porcentaje de casos se concentró entre los 20 y los 39 años, que recoge el 72,7% de los casos en hombres y el 71,4% en mujeres. Si ampliamos el rango de 20-49 años, los porcentajes se incrementan a 88,7% y 79,4%, respectivamente (Gráfico 15). En hombres, aunque desde el inicio de la serie el grupo de edad predominante ha sido el de 20-29 años, el aumento progresivo de casos de 30-39 años, ha dado lugar a que sus porcentajes se igualen en 2024 (Gráfico 16). El incremento de la media de edad observado en mujeres, se produce a expensas fundamentalmente del mayor porcentaje de casos en mayores de 40 años. Como en años anteriores, llama la atención el número de casos de *Chlamydia trachomatis* en mujeres adolescentes, en las que el grupo de 15 a 19 años concentró el 16,2% de los diagnósticos. Hay además un 0,4% (9 casos) que afecta a niñas de 10 a 14 años, porcentaje que ha disminuido comparado con años anteriores (Gráfico 17). Se han registrado 17 casos de infección por *Chlamydia trachomatis* en menores de un año, cuyo mecanismo de contagio en su totalidad ha sido la transmisión intraparto.

Gráfico 15. N.º de casos de infección por *Chlamydia trachomatis* por sexo y grupos de edad. Comunidad de Madrid. Año 2024.

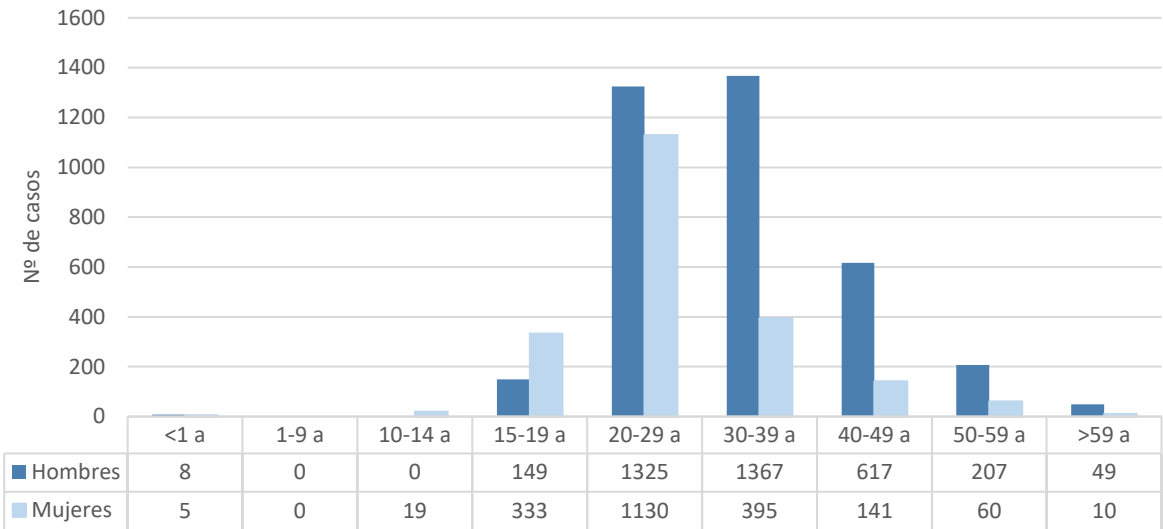


Gráfico 16. Porcentaje de casos de infección por *Chlamydia trachomatis* en hombres por grupo de edad. Comunidad de Madrid. Años 2016-2024.

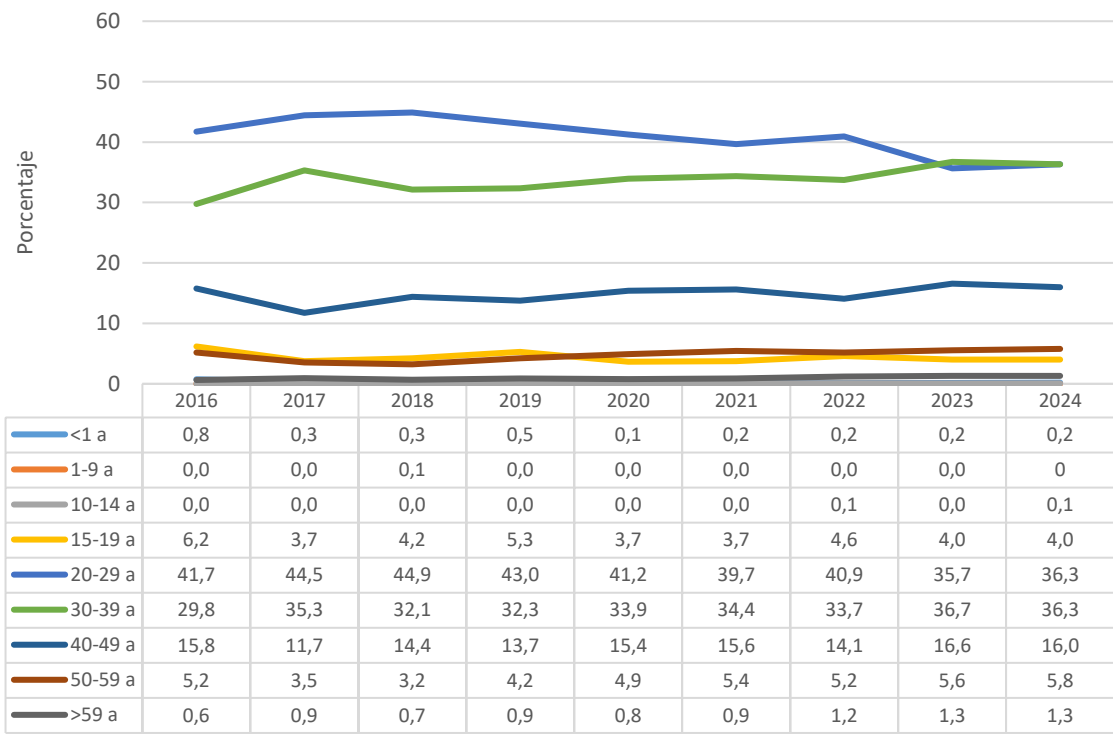
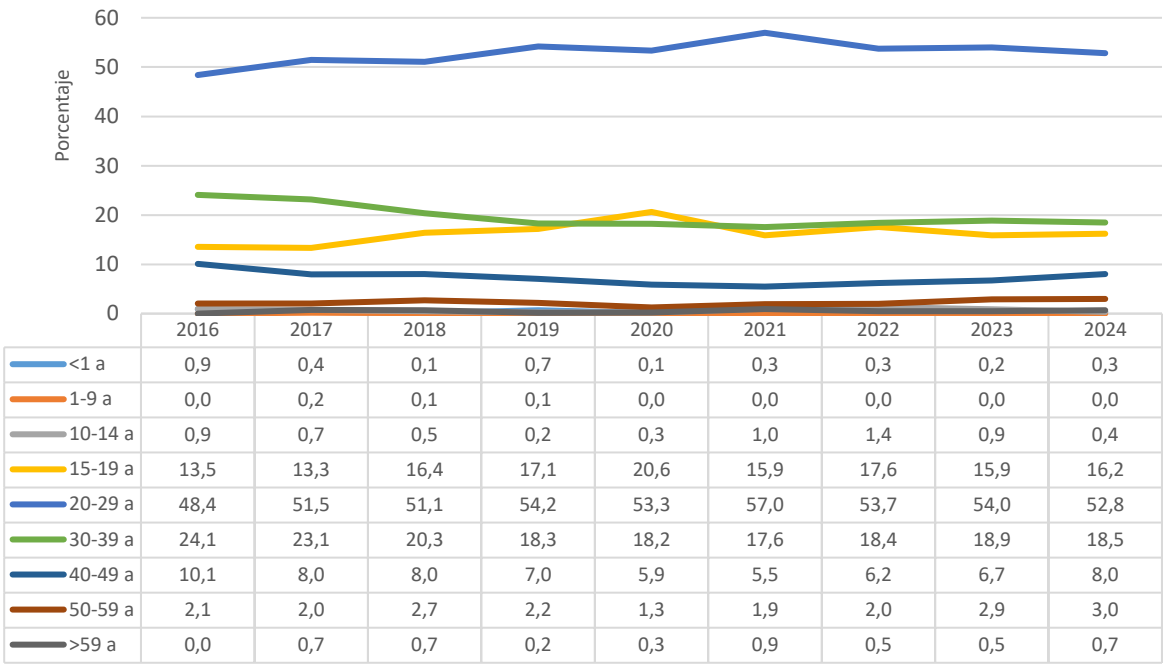
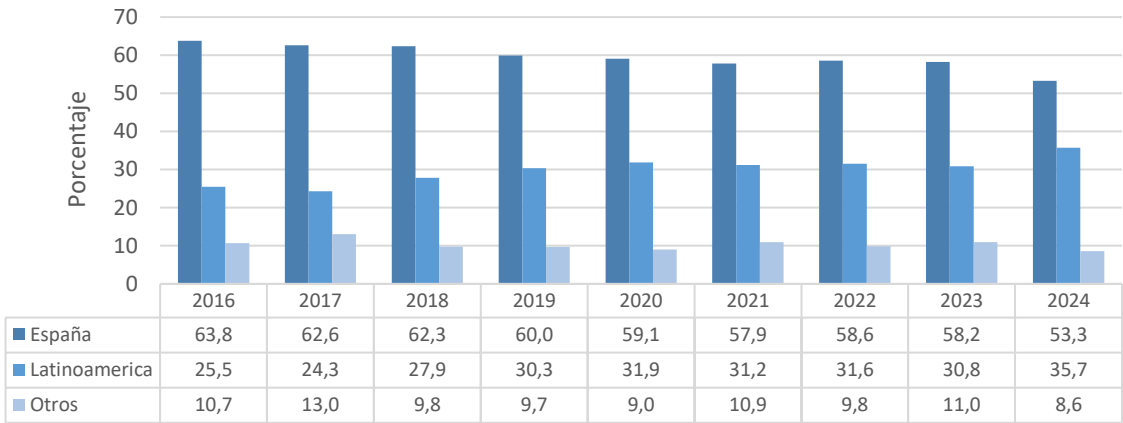


Gráfico 17. Porcentaje de casos de infección por *Chlamydia trachomatis* en mujeres por grupo de edad. Comunidad de Madrid. Años 2016-2024.



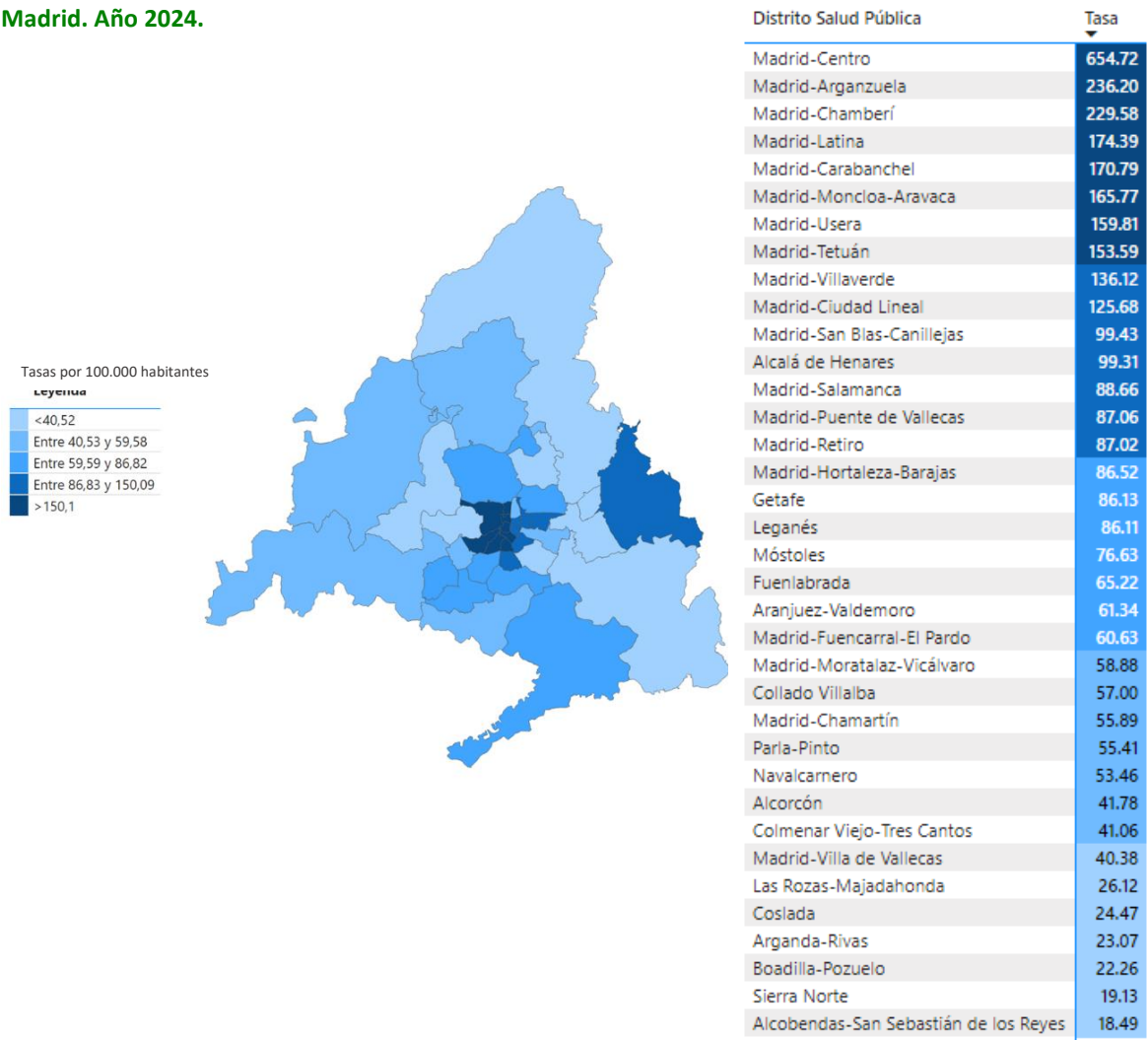
En el 97,7% de los casos se registró el país de origen, cuantificando un total de 97 nacionalidades. A lo largo de la serie, el porcentaje de casos de origen español ha ido disminuyendo hasta el 53,3% en 2024. Por el contrario, continúa la tendencia ascendente de casos provenientes de Latinoamérica, alcanzando el 35,7%. Entre estos últimos, los países de los que más casos se registraron fueron Venezuela con 583 casos, Colombia con 471 y Perú con 305 (Gráfico 18).

Gráfico 18. Distribución según lugar de origen. *Chlamydia trachomatis*, Comunidad de Madrid. Años 2016-2024.



Los distritos donde se concentra mayor cantidad de casos corresponden al municipio de Madrid, situación similar a lo que encontramos en otras ITS. Destaca el distrito Madrid-Centro con 654,72 casos por 100.000 habitantes, 102,67 puntos más que el año anterior, Madrid-Arganzuela, Madrid-Chamberí y Madrid-Latina le siguen con cifras sensiblemente menores (Gráfico 19).

Gráfico 19. Tasas de incidencia de infección por *Chlamydia trachomatis* por distrito de residencia. Comunidad de Madrid. Año 2024.



Se requirió ingreso hospitalario en el 1,2% de los casos (n=82), de los cuales el 86,6%, fueron mujeres.

Todos los casos se confirmaron microbiológicamente mediante PCR. La muestra más frecuente en hombres fue el exudado rectal con el 41,3%, siendo en mujeres el exudado cervical con el 75% (Tabla 11). Los 17 casos menores de 1 año se diagnosticaron a través de exudado conjuntival positivo en 14 de ellos y exudado faríngeo positivo en los otros 3, 1 de ellos con neumonía congénita por *Chlamydia trachomatis*.

Tabla 11. Origen de la muestras diagnósticas por sexo. *Chlamydia trachomatis*. Comunidad de Madrid. Año 2024.

Hombres	%	Mujeres	%
Exudado rectal	41,3	Exudado cervical	75,0
Exudado uretral	26,3	Exudado vaginal	10,3
Orina	23,6	Orina	6,0
Exudado faríngeo	3,4	Exudado rectal	2,1
Exudado nasofaríngeo	2,7	Exudado faríngeo	1,3
Úlcera genital	0,5	Exudado uretral	0,7

El 3,3% de los episodios registrados corresponden a reinfecciones, 4,4% en hombres y 1,2% en mujeres. Se han notificado 7 episodios como segunda reinfección de los cuales 6 corresponden a hombres (Tabla 12).

Tabla 12. Reinfecciones de infección por Chlamydia trachomatis según sexo. Comunidad de Madrid. Año 2024.

	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%
Reinfecciones total	201	4,4	29	1,2	230	3,3
1ª reinfección	138	3,0	85	3,6	223	7,9
2ª reinfección	6	0,1	1	0,04	7	0,1

De todos los casos de infección por *Chlamydia trachomatis* notificados, el 23% eran usuarios de PrEP frente a la infección por VIH. En hombres ascendía al 34,3%, siendo tan solo el 1% en las mujeres (Tabla 13). El porcentaje de reinfecciones fue sensiblemente mayor entre los usuarios de PrEP (8%) frente a los no son usuarios (1,9%). Todas las segundas reinfecciones se dieron en usuarios de PrEP (Tabla 14).

Tabla 13. Uso de PrEP por sexo entre los casos de infección por Chlamydia Trachomatis. Comunidad de Madrid. Año 2024.

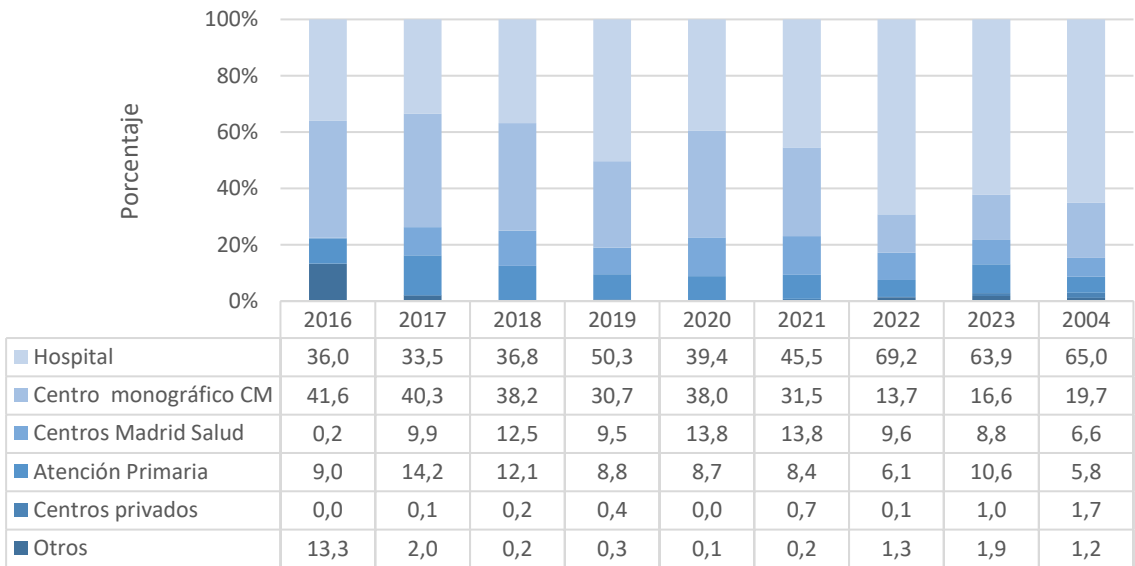
	No PrEP	%	Sí PrEP	%	Total
Total	5395	77,0	1607	23,0	7002
Hombres	3037	65,7	1583	34,3	4620
Mujeres	2358	99,0	24	1,0	2382

Tabla 14. Número de reinfecciones por Chlamydia trachomatis según uso de PrEP. Comunidad de Madrid. Año 2024.

	No PrEP	%	Sí PrEP	%	Total	%
Reinfecciones	102	1,9	128	8,0	230	3,3
1ª reinfección	102	1,9	121	7,5	223	3,2
2ª reinfección	0	0	7	0,4	7	0,1

Respecto a la fuente de notificación, la participación de la atención hospitalaria ha aumentado progresivamente a lo largo de los años, hasta situarse en los últimos tres años en el rango del 60-70% del total de declaraciones, siendo del 65% en 2024. El 19,7% de las notificaciones corresponde a los centros monográficos de enfermedades de transmisión sexual de la Comunidad de Madrid, que ha aumentado 3,1 puntos porcentuales respecto al año anterior. Los centros municipales de Madrid Salud suman el 6,6% y atención primaria el 5,8% (Gráfico 20).

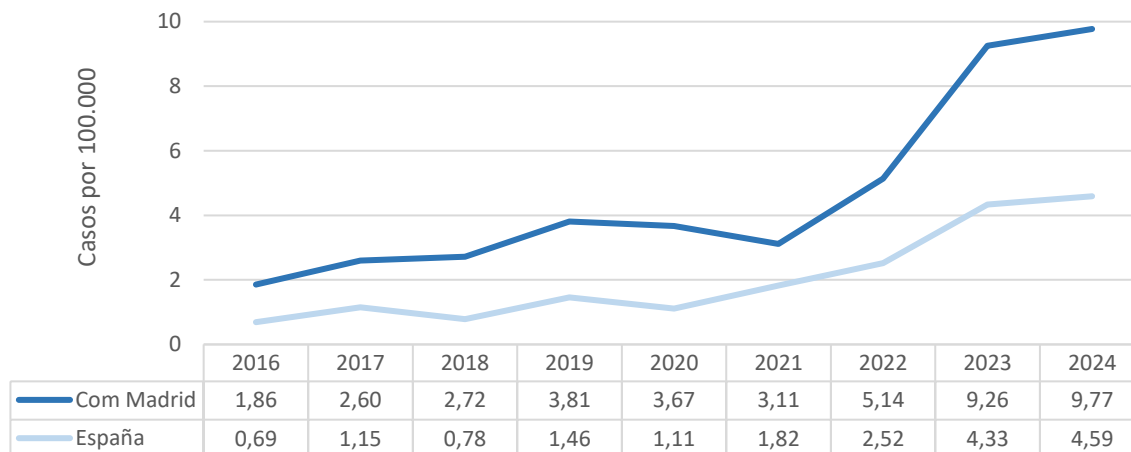
Gráfico 20. Notificación de la infección por Chlamydia trachomatis, en porcentaje. Comunidad de Madrid. Años 2016-2024.



3.3. Linfogranuloma venéreo

En el año 2024 se registraron en la Comunidad de Madrid 685 casos de linfogranuloma venéreo (LGV), siendo la tasa de incidencia acumulada de 9,77 casos por 100 000 habitantes, el doble de la observada a nivel nacional. Supone un aumento del 5,6% respecto a la tasa del año previo, lejos del 78,5% de incremento que se observó en 2023 respecto 2022 (Gráfico 21).

Gráfico 21. Tasas de incidencia LGV. Comunidad de Madrid y España. Años 2016 a 2024.



En cuanto a la distribución por sexo, continúa el predominio de los casos en varones que se observa desde el principio de la serie, el 98% en 2024. Se han contabilizado 14 mujeres, siendo esta la cifra más alta en números absolutos desde 2017 (Gráfico 22).

La media de edad se mantiene en cifras similares a años previos, con 36,3 años, siendo la mediana de 35 y un rango que oscila entre los 16 y los 72 años (Gráfico 23). Por grupos de edad, el mayor porcentaje se concentra entre los 30-39 años seguido de los 20-29 años. No se han identificado menores de edad. Entre las 14 mujeres notificadas, no se identifican menores de 20 años ni mayores de 60, siendo la media de edad de 33,2 años (Gráfico 24) (Gráfico 25).

Gráfico 22. Distribución de casos de LGV por sexo. Comunidad de Madrid. Años 2016 a 2024.

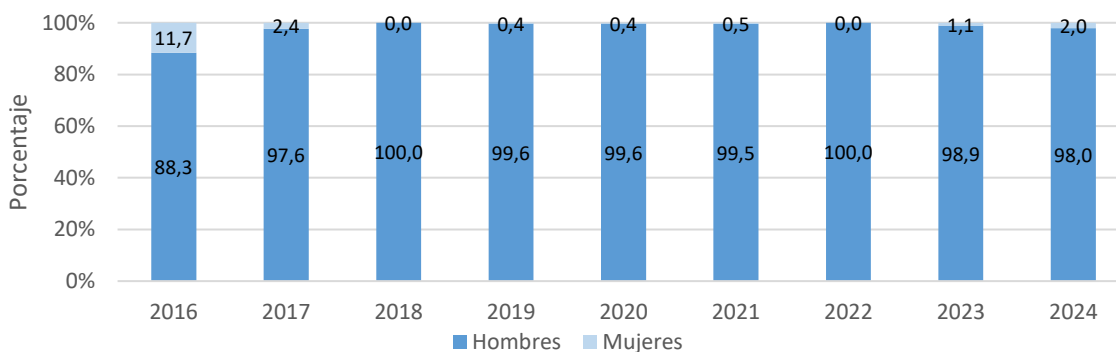


Gráfico 23. Edad media de los casos de LGV por sexo. Comunidad de Madrid. Años 2016 a 2024.

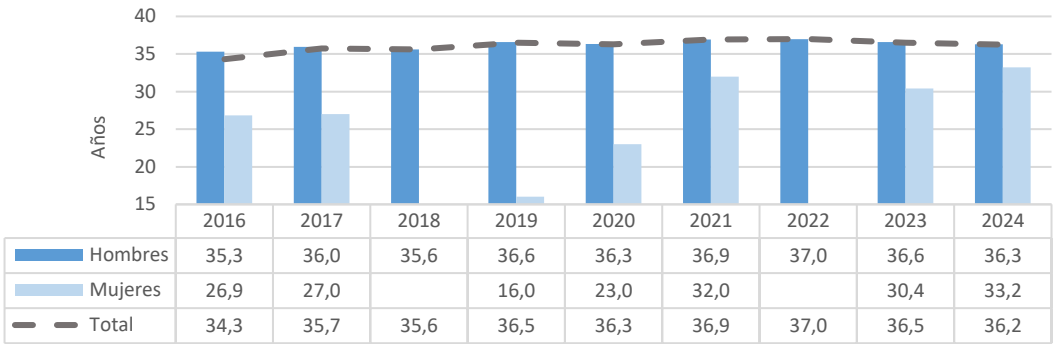


Gráfico 24. Distribución de casos de LGV por sexo y grupos de edad. Comunidad de Madrid. Año 2024.

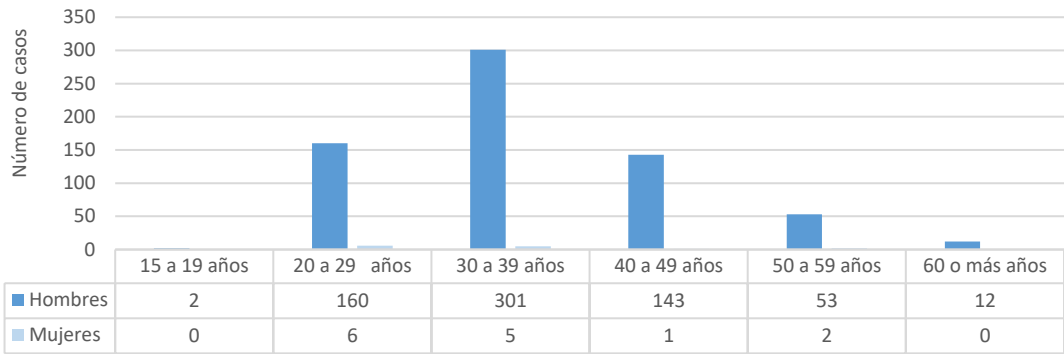
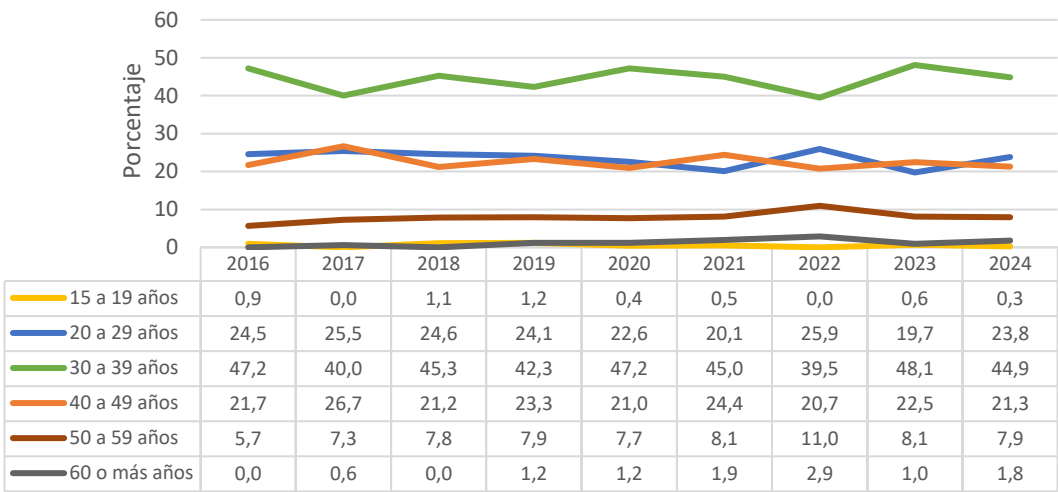


Gráfico 25. Distribución por porcentaje de casos de LGV por grupos de edad en hombres. Comunidad de Madrid. Años 2016 a 2024.



Se ha recogido información sobre la orientación sexual en el 91,2% de los casos. Del total de hombres, el 91,5% son corresponden a HSH, siendo el 8% desconocido (Tabla 15).

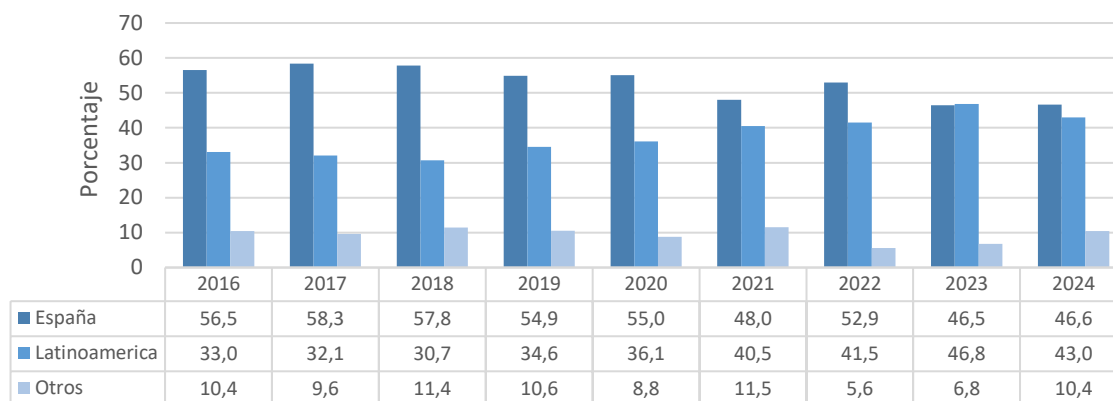
Tabla 15. Orientación sexual en casos de LGV, por sexo. Comunidad de Madrid. Año 2024.

Orientación sexual	Hombre %	Mujer %
Homosexual/Bisexual	91,5	0,0
Heterosexual	0,4	57,1
Desconocido	8,0	42,9

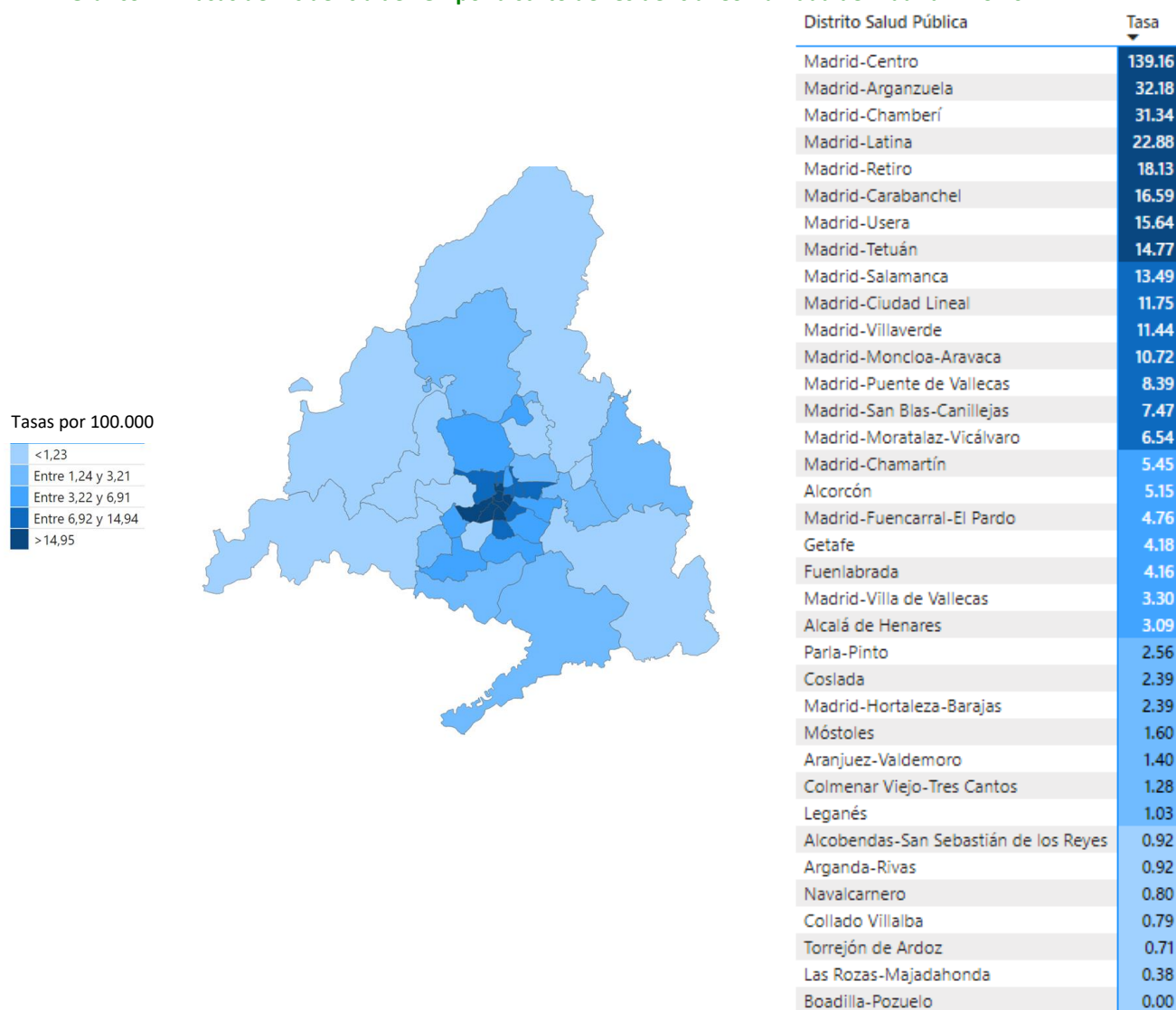
La variable “uso de preservativo” está cumplimentada en 36,5% de los casos notificados. Entre estos, el 96,4% no había hecho uso del método barrera.

En el 99,6% de los registros estaba cumplimentado el país de origen. Si bien el porcentaje de casos con origen en Latinoamérica se ha ido incrementando con los años, llegando en 2023 a superar a los de origen español, en 2024 estos últimos vuelven a ser los más frecuentes, con el 46,6% de los casos. El resto aglutinó procedencias de 40 países diferentes. De estos, la mayoría procedía de países latinoamericanos, el 43%, entre los cuales destacan Venezuela con un 15%, Colombia con el 8,9% y Perú con el 4,1% (Gráfico 26).

Gráfico 26. Distribución de casos de LGV por lugar de origen. Comunidad de Madrid. Años 2016-2024.



Según la georreferenciación por domicilio de los casos, los distritos con mayor incidencia de LGV corresponden a aquellos ubicados en el municipio de Madrid, tal y como ocurre en otras ITS. Destacan el distrito Madrid-Centro con una tasa de 139,16 casos por 100.000 habitantes, Madrid-Arganzuela con 32,18 y Madrid-Chamberí con 31,34 (Gráfico 27).

Gráfico 27. Tasas de incidencia de LGV por distrito de residencia. Comunidad de Madrid. Año 2024.

El 100% de los casos ha sido confirmado por detección de ácido nucleico. Respecto a la presentación clínica del LGV, se dispone de información en el 86,7% de los casos. El 24,2% no presentaba sintomatología en el momento del diagnóstico. En hombres, el cuadro clínico más habitual fue proctitis, en prácticamente la mitad de los casos, seguida de úlcera genital y uretritis. En las mujeres la presentación más frecuente fue cervicitis, seguida de úlcera genital y linfadenopatía inguinal (Tabla 16).

En 6 casos se registraron complicaciones como absceso o fisura anal. La hospitalización fue necesaria en el 1,3% de los casos, no produciéndose ningún fallecimiento por LGV.

Tabla 16. Presentación clínica de LGV. Comunidad de Madrid. Año 2024.

Presentación clínica	%
Asintomático	24,2%
Proctitis	48,6%
Úlcera genital	11,8%
Linfadenopatía inguinal	5,3%
Uretritis	5,4%

El 44,8% de los registros presentaba coinfección por otras ITS en el momento del diagnóstico de LGV, 45,2% en hombres y 28,6% en mujeres. En el 37,4% se identificó una sola enfermedad, en el 7,4% coincidían dos o más (Tabla 17).

Tabla 17. Porcentaje de casos de LGV según el número de coinfecciones, por sexo. Comunidad de Madrid. 2024.

	Hombre	%	Mujer	%	Total	%
Coinfección cualquier n	303	45,2	4	28,6	307	44,8
Coinfección 1 ITS	253	37,7	3	21,4	256	37,4
Coinfección 2 ITS	50	7,5	1	7,1	51	7,4

La coinfección más frecuente fue la gonocócica, que se observó en el 37,1% de los registros, seguida de la sífilis con un 10,9%. La coexistencia de ambas se identificó en el 5,7% de los casos y el condiloma en el 2,3% (Tabla 18).

Tabla 18. Causas de coinfección en LGV. Comunidad de Madrid. Año 2024.

Coinfección	N	%
Gonococo	254	37,1
Sífilis	75	10,9
Sífilis y gonococo	39	5,7
Condiloma	16	2,3
Herpes genital	11	1,6
Molluscum Contagiosum	1	0,1
Pediculosis	1	0,1
Escabiosis	1	0,1

Igualmente se identificaron casos con registros positivos de infección por VIH, VHC y VHB. De VIH se contabilizaron un total de 250, que representan el 36,5% de las notificaciones de LGV. Mucho menos frecuentes fueron los casos de VHC, con 9, y los de VHB, con 1. Hasta 4 casos presentaban coinfección por VIH y VHC (Tabla 19).

Tabla 19. Porcentaje de casos de LGV con infección por VIH, VHB, VHC. Comunidad de Madrid. Año 2024.

	Total %
VIH	36,5
VHC	1,3
VHB	0,1
VIH Y VHC	0,6

Del total de registros, 17 corresponden a reinfecciones por LGV, lo que representa el 2,5%. Todas se dieron en hombres (Tabla 20).

Tabla 20. Reinfecciones en LGV, por sexo. Comunidad de Madrid. Año 2024.

	Hombre	%	Mujer	%	Total	%
Caso primario	654	97,5	14	100	668	97,5
Reinfección	17	2,5	0	0	17	2,5

El 43,2% de los casos de LGV hizo uso de la PrEP para la prevención de la infección por VIH en 2024, el 100% fueron hombres (Tabla 21). Apenas se aprecian diferencias entre el porcentaje de casos con coinfecciones por otras ITS en función del uso de PrEP, siendo nueve décimas inferior entre los usuarios de la misma. No obstante, cuando se desglosa por número de coinfecciones, la presencia de una sola es más frecuente entre usuarios de PrEP (38,5% frente a 36,5%), mientras que la presencia de 2 coinfecciones es mayor en el resto (8,7% frente a 5,7%). Asimismo, entre los usuarios de PrEP es ligeramente superior la coinfección por gonococo, mientras que la coinfección por sífilis se sitúa 2,6 puntos por debajo. En cuanto a las reinfecciones las diferencias son mínimas, 2 décimas inferiores entre los usuarios de PrEP (Tabla 22).

Tabla 21. Uso de PrEP entre los casos de LGV, por sexo. Comunidad de Madrid. Año 2024.

	No PrEP	%	Sí PrEP	%	Total
Total	389	56,8	296	43,2	685
Hombre	375	55,9	296	44,1	671
Mujer	14	100	0	0	14

Tabla 22. Reinfecciones y coinfecciones por otras ITS entre los casos de LGV, según uso de PrEP. Comunidad de Madrid. Año 2024.

	No PrEP	%	Sí PrEP	%	Total
Coinfecciones total	176	45,2	131	44,3	256
Coinfección 1 ITS	142	36,5	114	38,5	307
Coinfección 2 ITS	34	8,7	17	5,7	743
Coinfección gonococo	140	36	114	38.5	254
Coinfección sífilis	47	12,1	28	9,5	75
Reinfecciones	10	2,6	7	2,4	2,5

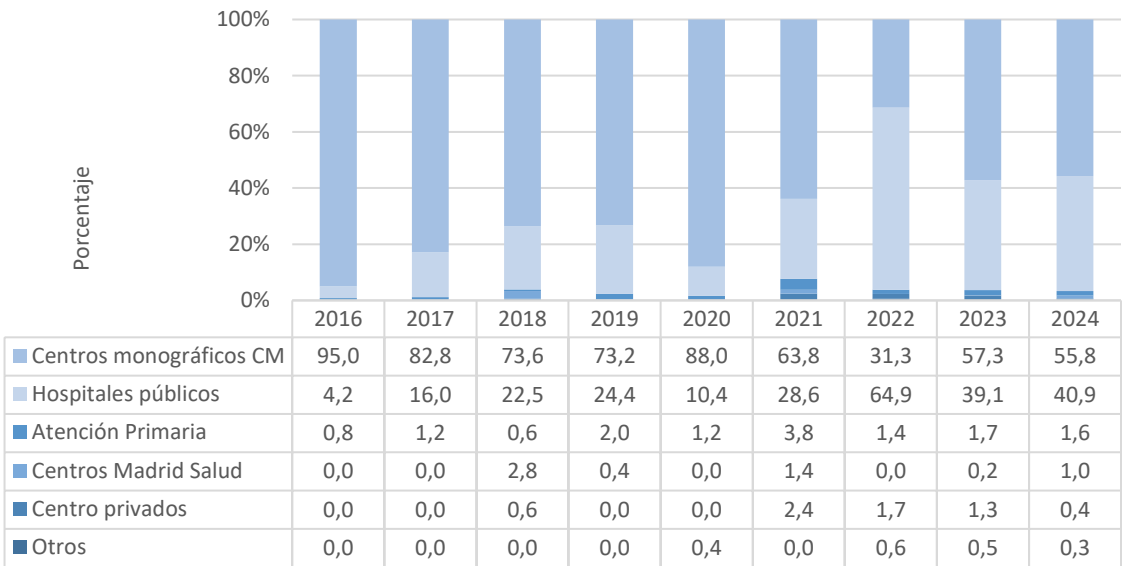
En el 57,5% de los registros, el servicio clínico inicial que atendió al caso fue un centro específico de ITS, en el 21,3% fue una consulta hospitalaria y en el 14% un servicio urgencias (Tabla 23).

Tabla 23. Tipo de servicio clínico inicial en LGV. Comunidad de Madrid. Año 2024.

Tipo de servicio	%
Centro de ITS	57,5
Consulta hospitalaria	21,3
Urgencias hospitalarias	13,1
Consulta de Atención Primaria	4,1
Otros	4,0

En cuanto a la declaración de los casos de LGV desde los centros sanitarios, los principales notificadores son los centros monográficos de ITS de la Comunidad de Madrid, con el 55,8% de los casos. La notificación desde los centros hospitalarios públicos de LGV alcanzó casi el 40,9% de los casos (Gráfico 28.).

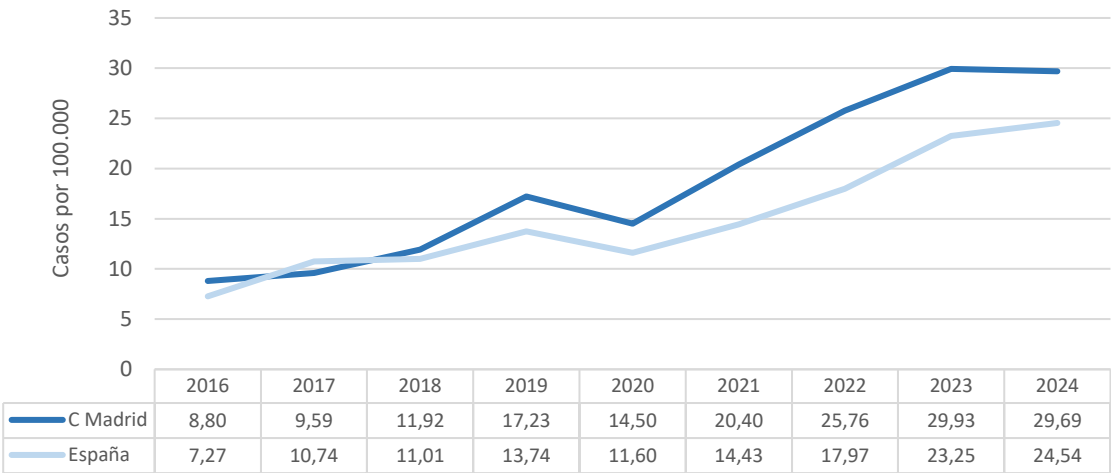
Gráfico 28. Porcentaje de casos de LGV por tipo de notificador. Comunidad de Madrid. Año 2016 a 2024.



3.4. Sífilis

En el año 2024 se registraron en la Comunidad de Madrid 2.081 casos de sífilis (de tipo primaria, secundaria y latente precoz), 28 casos más que en 2023. Esto supuso una tasa de incidencia acumulada de 29,69 casos por 100.000 habitantes, cifra similar a la alcanzada en 2023 y 5 puntos por encima de la registrada a nivel nacional (Gráfico 29).

Gráfico 29. Tasas de incidencia de sífilis. Comunidad de Madrid y España. Años 2016-2024.



Al igual que en años previos, la gran mayoría de los casos se presentó en hombres, un 93,8% (n= 1952) del total, que corresponde a una tasa de 58,16 casos por 100.000 habitantes. En mujeres la incidencia asciende a 3,53 casos por 100.000 habitantes, la más alta de la serie, reflejándose también en la distribución por sexo de los casos, con un aumento de 0,4 puntos respecto al 2023 (Gráfico 30, Gráfico 31).

Gráfico 30. Tasas de incidencia de sífilis por sexo. Comunidad de Madrid. Años 2016-2024.

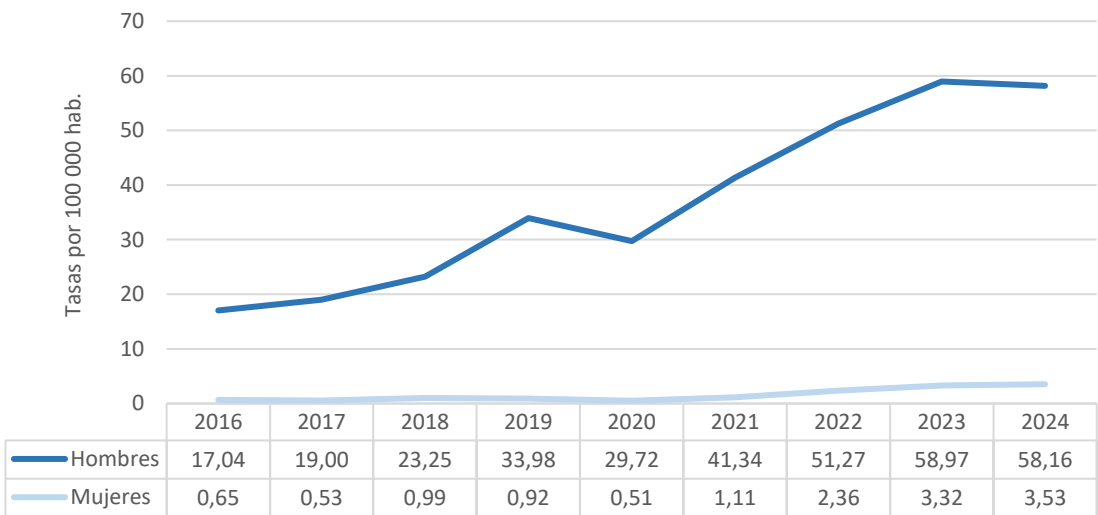
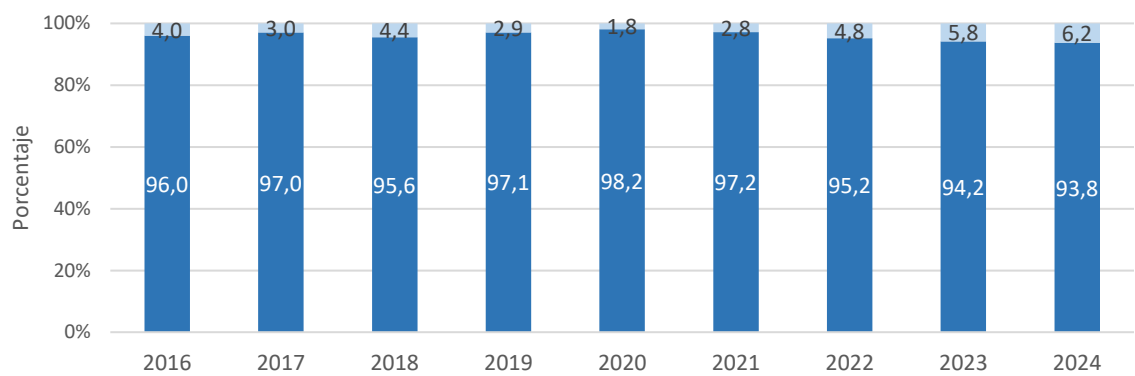
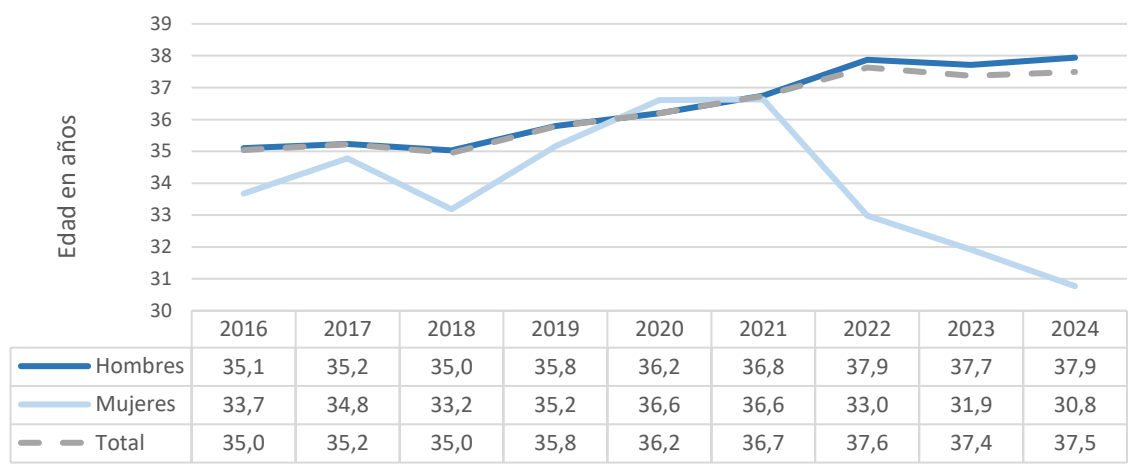


Gráfico 31. Porcentaje de casos de sífilis por sexo. Comunidad de Madrid. Años 2016-2024.



La media de edad global en 2024 se mantiene en cifras similares a la de las 2 temporadas anteriores con 37,5 años, muy similar a la que se observa en hombres, con 37,9 años de media y 36 de mediana. Por el contrario, en mujeres persiste el descenso, alcanzando en 2024 la cifra más baja de la serie con 30,8 años de media y 30 de mediana (Gráfico 32).

Gráfico 32. Edad media de los casos de sífilis por sexo. Comunidad de Madrid. Años 2016 a 2024.



En hombres, el grupo de edad que abarcó el mayor porcentaje de casos, tanto en 2024 como en el resto de la serie, fue el de 30 a 39 años, con un 37,3%. Las siguientes franjas en frecuencia fueron la de 20 a 29 años y la de 40 a 49 años, con cerca del 23% cada una. En mujeres, el grupo de edad con mayor número de casos también fue el de 30 y 39 años con el 37,2%, seguido del de 20 a 29 años con el 34,9% de los casos. Al igual que en resto de la serie, en 2024 no se registraron casos en menores de 15 años, pero sí entre los 15 y los 19 años, un total de 41 casos. Estos corresponden al 13,2% del total de casos en mujeres, siendo un rango etario cuyo porcentaje tiende a incrementarse en los últimos años (Gráfico 33, Gráfico 34 y Gráfico 35).

Gráfico 33. Número de casos de sífilis por sexo y grupo de edad. Comunidad de Madrid. Año 2024.

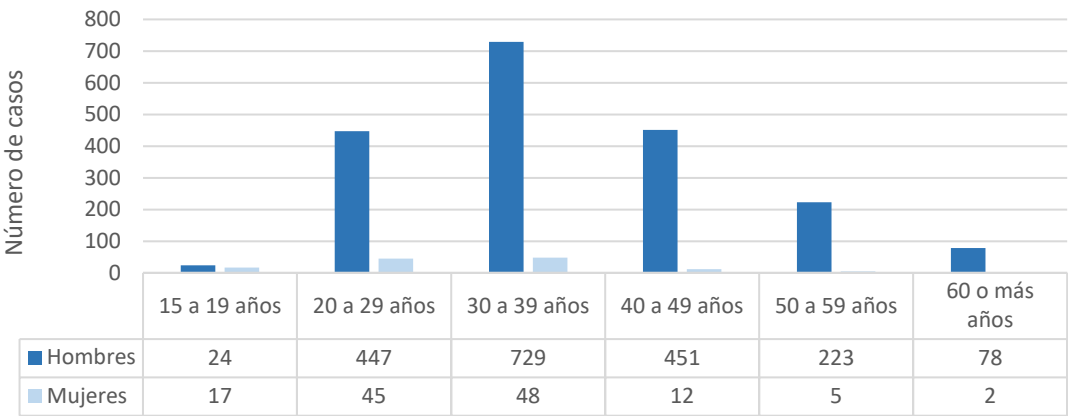


Gráfico 34. Distribución en porcentaje de casos de sífilis por grupo de edad en hombres. Comunidad de Madrid. Años 2016-2024.

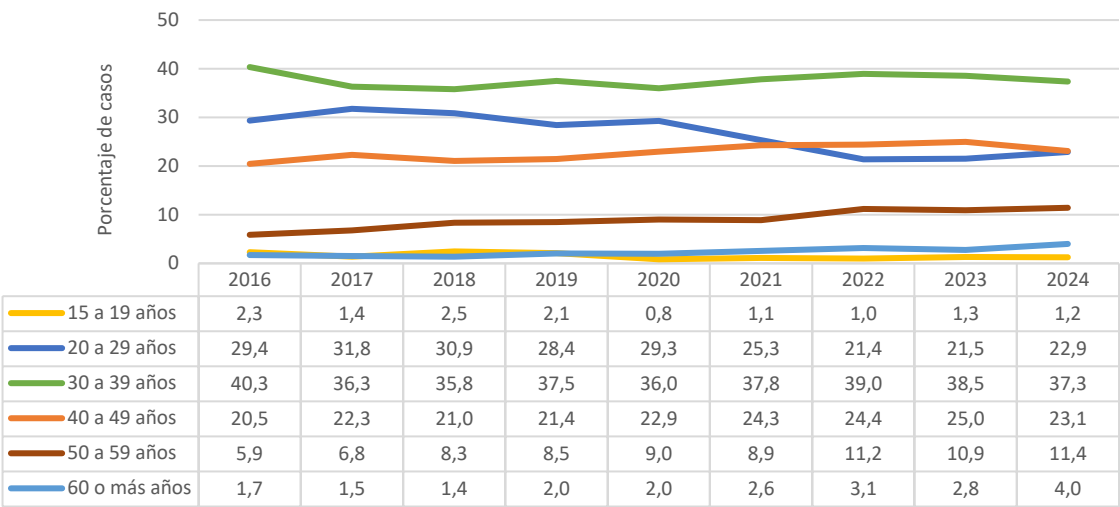
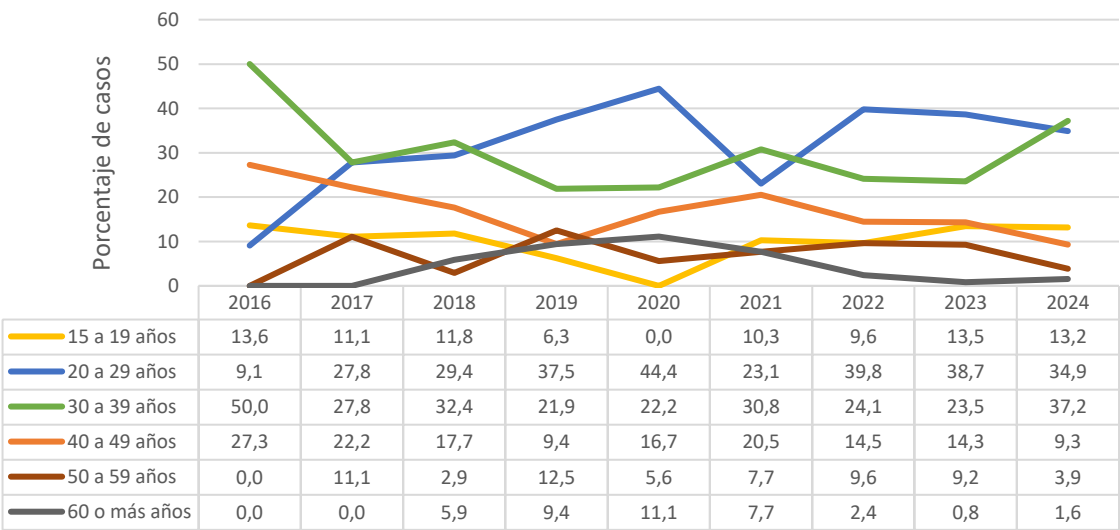


Gráfico 35. Distribución en porcentaje de casos de sífilis por grupo de edad en mujeres. Comunidad de Madrid. Años 2016-2024.



Entre los casos en hombres, el 71,6% tenían recogida la orientación sexual, siendo el 69,7% HSH (el 97,4% de los casos con información). Entre las mujeres estaba completada esta información en el 62,0% de los casos, correspondiendo todas ellas a relaciones heterosexuales (Tabla 24).

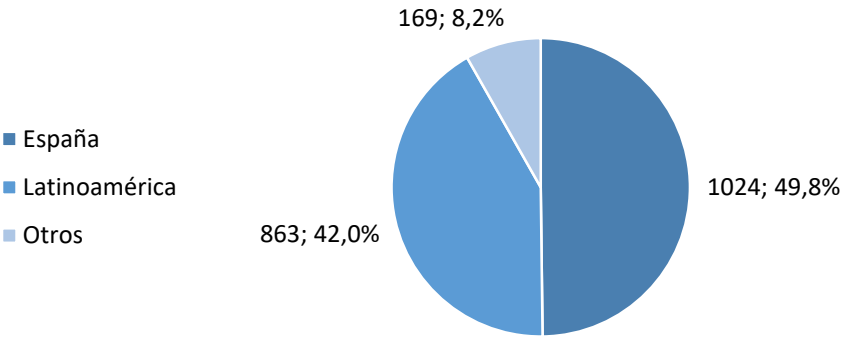
La variable “uso de preservativo” se cumplimentó en el 20,8% de los casos notificados, de los cuales, el 89,0% no había hecho uso del mismo.

Tabla 24. Orientación sexual por sexo de casos de sífilis. Comunidad de Madrid. Año 2024.

Orientación sexual	Hombre %	Mujer %
Homosexual/bisexual	69,7	0
HTX	1,9	62,0
Desconocido	28,4	38,0

La información sobre el país de origen consta en el 98,8% de los casos, de los cuales, el 49,8% (n=1.024) era nacido en España. El resto de los casos se reparte entre 62 países distintos, con predominio de países latinoamericanos, que suponen el 42% del total y el 83,6% entre los extranjeros. Destacan Venezuela (250 casos), Colombia (180 casos) y Perú (62 casos) (Gráfico 36).

Gráfico 36. Distribución de casos de sífilis según lugar de origen, en número de casos y porcentaje. Comunidad de Madrid. Año 2024.



Tanto en el total de registros como en hombres, el incremento progresivo del porcentaje de casos de origen latinoamericano ha alcanzado en 2024 la cifra más alta de la serie, siendo del 40,9% en estos últimos. En mujeres este porcentaje suele ser mayor, superando habitualmente el número de casos de origen español, llegando al 58.5% en 2024 (Gráfico 37) (Gráfico 38).

Gráfico 37. Distribución de casos de sífilis en hombres según lugar de origen. Comunidad de Madrid. Años 2016-2024.

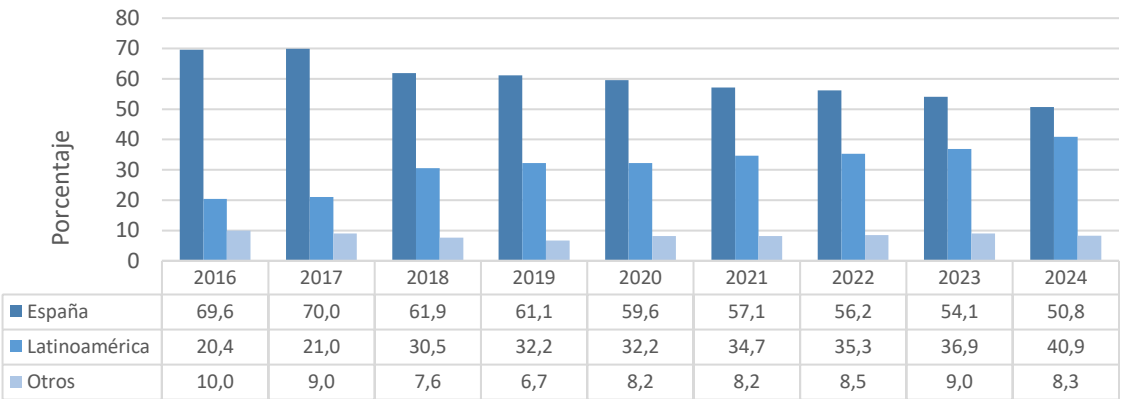
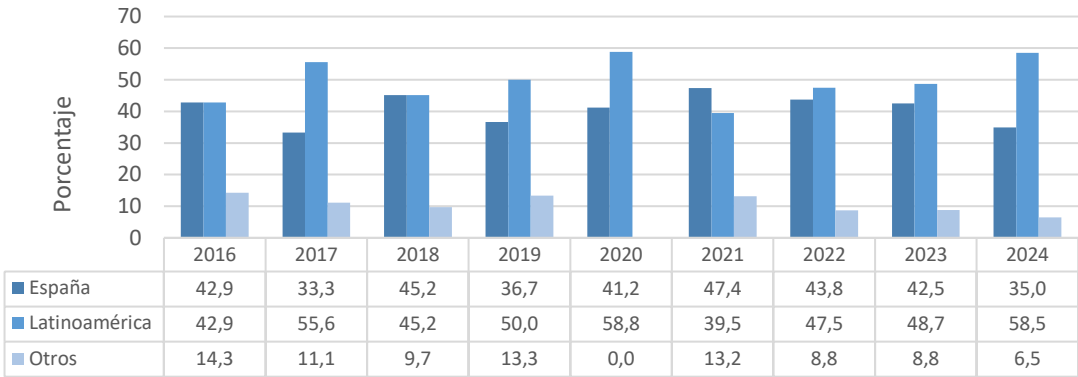
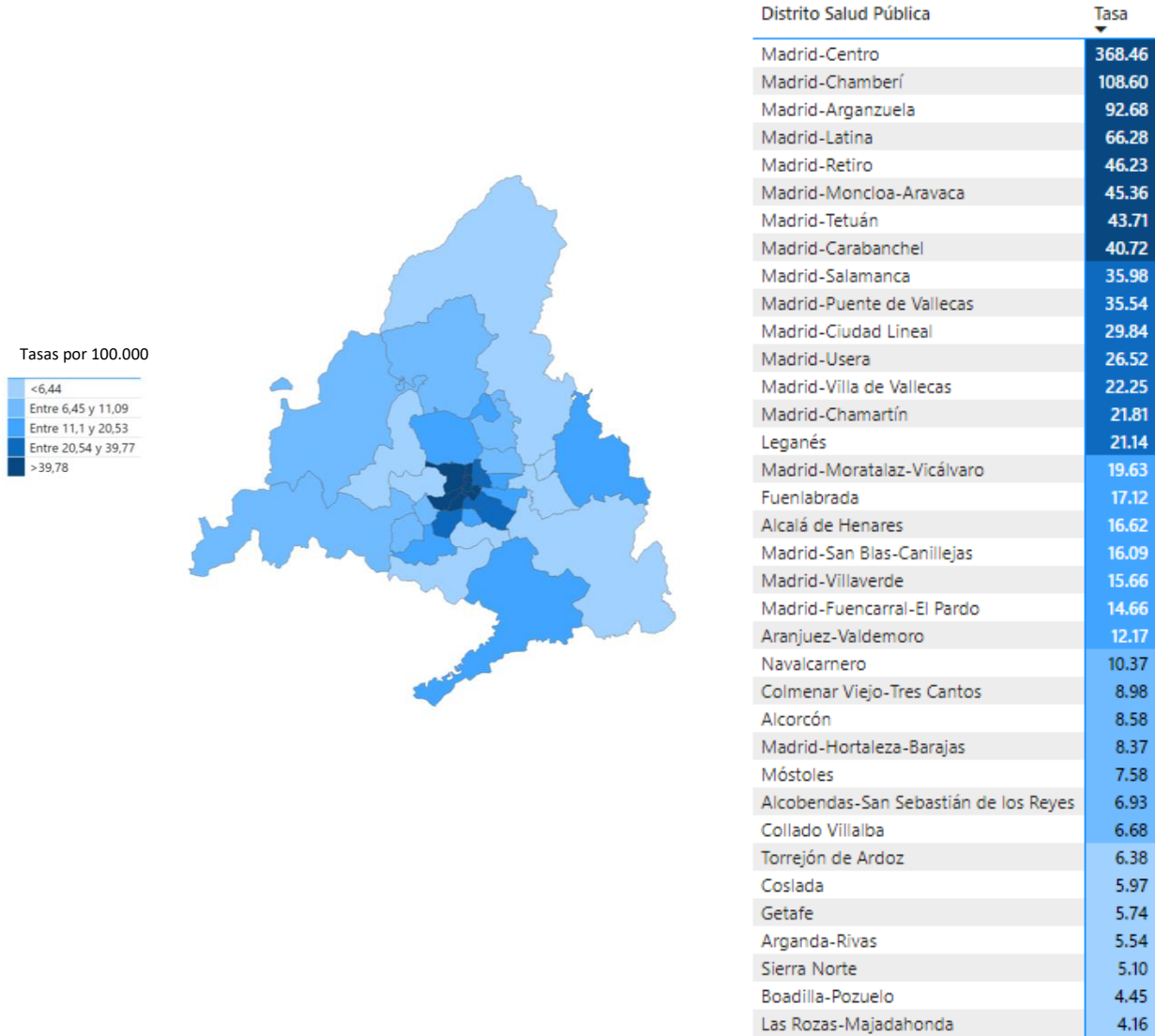


Gráfico 38. Distribución de casos de sífilis en mujeres según lugar de origen. Comunidad de Madrid. Años 2016-2024.



La distribución geográfica según distrito de residencia de los casos de sífilis fue similar a la de otras ITS. Las mayores tasas de incidencia se dieron el distrito Madrid-Centro con 368,46 casos por 100.000 habitantes, seguido de Madrid-Chamberí y Madrid-Arganzuela (Gráfico 39).

Gráfico 39. Tasas de incidencia de sífilis por distrito de residencia. Comunidad de Madrid. Año 2024.



En relación al estadio en el que se diagnostica la sífilis, año tras año se va incrementando el porcentaje de casos que son diagnosticados en la fase de sífilis latente precoz, tanto en hombres como en mujeres. En 2024 se eleva al 46,0% del total de casos, con una disminución de 0,7 puntos de los diagnósticos de sífilis secundaria y de 2,5 puntos en el caso de la sífilis primaria respecto al año anterior (Gráfico 40). Desde

2016, el porcentaje de casos de sífilis primaria ha caído 14,8 puntos y el de sífilis latente precoz se ha incrementado en 19,1 puntos (Gráfico 41).

Gráfico 40. Distribución de casos en número y porcentaje por categoría diagnóstica de sífilis. Comunidad de Madrid. Año 2024.

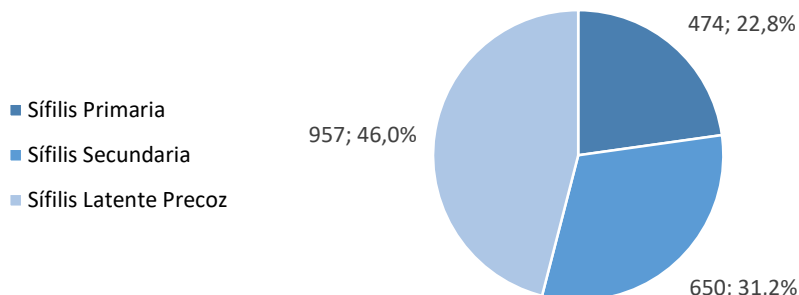
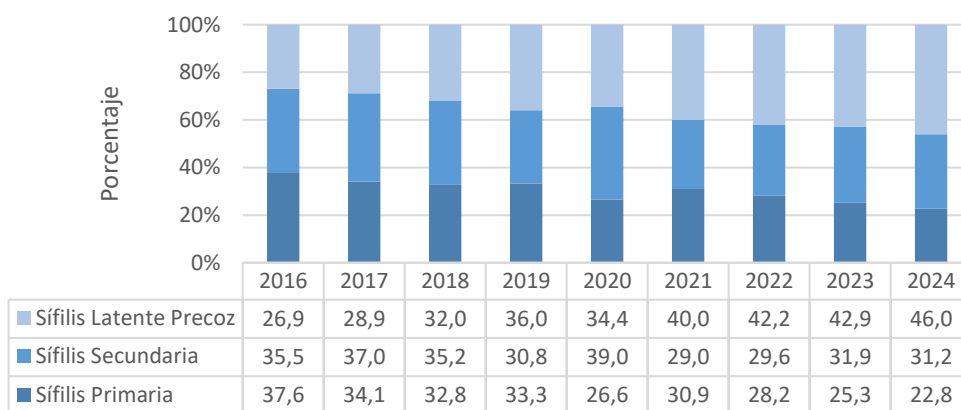
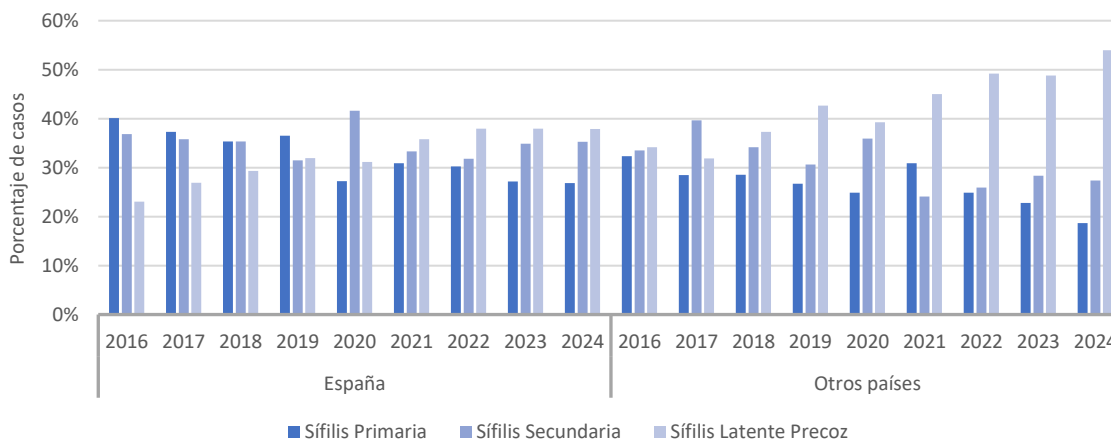


Gráfico 41. Porcentaje de casos de sífilis por categoría diagnóstica. Comunidad de Madrid. Años 2016-2024.



Al desglosar la categoría diagnóstica en función del lugar de origen de los casos, esta evolución se hace mucho menos evidente entre los casos de origen español, correspondiendo fundamentalmente a los casos procedentes de otros países, los mayores incrementos en la proporción de sífilis latente precoz, llegando al 54% en 2024 (Gráfico 42).

Gráfico 42. Porcentaje de casos de sífilis por categoría diagnóstica según lugar de origen. Comunidad de Madrid. Años 2016-2024.



En cuanto a las manifestaciones clínicas, el chancro que caracteriza a la sífilis primaria (n=474), se presentó en zona genital en el 78,5% de ellas, 14,3% en zona anorrectal y 3,4% en zona faríngea. Un total de 22 personas (1,1%) necesitaron ser hospitalizadas por motivos relacionados con la sífilis. No se registró ningún fallecimiento.

Del total de registros, 20 corresponden a reinfecciones por sífilis, lo que representa el 1%. Todas se dieron en hombres (Tabla 25).

Tabla 25. Reinfecciones en sífilis, por sexo. Comunidad de Madrid. Año 2024.

	Hombre	%	Mujer	%	Total	%
Caso primario	1932	99	129	100	2061	99
Reinfección	20	1	0	0	20	1

La presencia de coinfección por otra ITS se identificó en el 19,5% de los casos notificados, la mayoría, el 15%, con una sola infección concurrente, 2 en el 4,4% y 4 en el 0,1% (Tabla 26). La coinfección por gonococo es la que se presentó en mayor medida, 271 casos, seguida de la infección por *Chlamydia trachomatis* con 179 casos. La infección por herpes genital, *Molluscum contagiosum* o presencia de condiloma acuminado fue mucho menos frecuente (Tabla 27).

Tabla 26. Nº de coinfecciones en casos de sífilis. Comunidad de Madrid. Año 2024.

nº coinfecciones	n	%
1	313	15,0
2	91	4,4
4	1	0,1

Tabla 27. Casos de sífilis con diagnóstico de coinfección por otra ITS. Comunidad de Madrid. Año 2024.

ITS	Hombres		Mujeres		Total	
	n	%	n	%	n	%
Gonococia	266	13,6	5	3,9	271	13,0
Chlamydia	171	8,8	8	6,2	179	8,6
Herpes genital	32	1,6	2	1,6	34	1,6
Molluscum contagiosum	2	0,1	2	1,6	4	0,2
Condiloma acuminado	8	0,4	1	0,8	9	0,4

Igualmente se ha confirmado la coexistencia con el diagnóstico de sífilis de positividad para VIH, VHC y VHB. La infección por VIH se identificó en el 34,2% de los casos en hombres y en el 7% en mujeres. Mucho menos frecuentes fueron los casos de hepatitis B o C con el 2,5% y el 1,2% respectivamente (Tabla 28).

Tabla 28. Casos de sífilis con diagnóstico de VIH, VHC y VHB. Comunidad de Madrid. Año 2024.

	Hombres		Mujeres		Total	
	n	%	n	%	n	%
VIH	668	34,2	9	7,0	677	32,5
VHC	51	2,6	0	0,0	51	2,5
VHB	26	1,3	0	0,0	26	1,2

EL 28,5% (n=593) de los casos de sífilis se identificó como usuario de PrEP para la prevención de la infección por VIH en 2024, el 98,9% fueron hombres (Tabla 29). La frecuencia de coinfecciones por otras ITS es sensiblemente mayor entre los usuarios de PrEP, independientemente del número o del tipo de infección. En cuanto a los episodios de reinfección, entre los usuarios de PrEP suponen el 1,3% frente al 0,7% entre los no usuarios (Tabla 30).

Tabla 29. Uso de PrEP entre los casos de sífilis, por sexo. Comunidad de Madrid. Año 2024.

	No PrEP	%	Sí PrEP	%	Total
Total	1488	100	593	100	2081
Hombre	1366	91,8	586	98,8	1952
Mujer	122	8,9	7	1,2	129

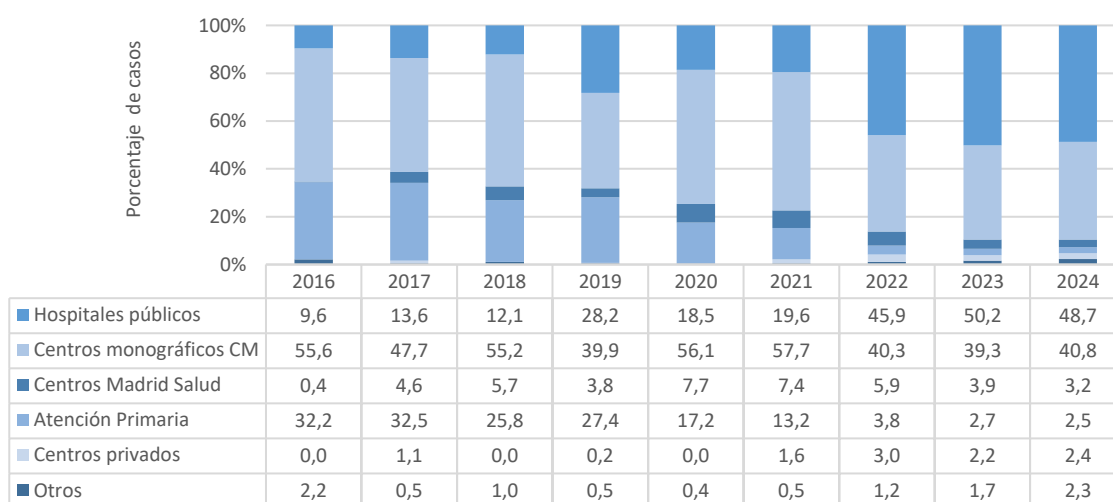
Tabla 30. Reinfecciones y coinfecciones por otras ITS entre los casos de sífilis, según uso de PrEP. Comunidad de Madrid. Año 2024.

	No PrEP	%	Sí PrEP	%	Total
Coinfecciones total	256	17,2	149	25,1	405
Coinfección 1 ITS	201	13,5	112	18,9	313
Coinfección 2 ITS	54	3,6	37	6,2	91
Coinfección gonococo	164	11,0	107	18,0	271
Coinfección <i>C. trachomatis</i>	108	7,3	71	12,0	179
Reinfecciones	11	0,7	9	1,3	20

En 2024 todos los casos se clasificaron como confirmados. El criterio de diagnóstico serológico con anticuerpos treponémicos y no treponémicos se observó en el 94% de los casos. El uso de PCR fue identificado en el 16,6% de los diagnósticos y otras técnicas como la visualización directa o la detección de anticuerpo IgM solo fueron empleados en el 2,1% de los casos.

El tipo de servicio clínico que proporcionó la asistencia sanitaria en un primer lugar fueron, en mayor medida, las consultas extrahospitalarias específicas de ITS, a las que acudió el 43,5% de los casos notificados. En un 38,7% fue un hospital público de la CM, bien a través del servicio de urgencias o bien a través de consultas. Los centros de atención primaria fueron el primer punto de contacto de los casos con sífilis con el sistema sanitario en el 12,0% de los casos.

En cuanto a la notificación, la recibida desde los hospitales públicos sigue siendo la mayoritaria con el 48,7%, seguida de la proporcionada por los centros monográficos de la Comunidad de Madrid, con el 40,8% de las declaraciones (Gráfico 43).

Gráfico 43. Porcentaje de casos de sífilis por tipo de notificador. Comunidad de Madrid. Años 2016-2024.

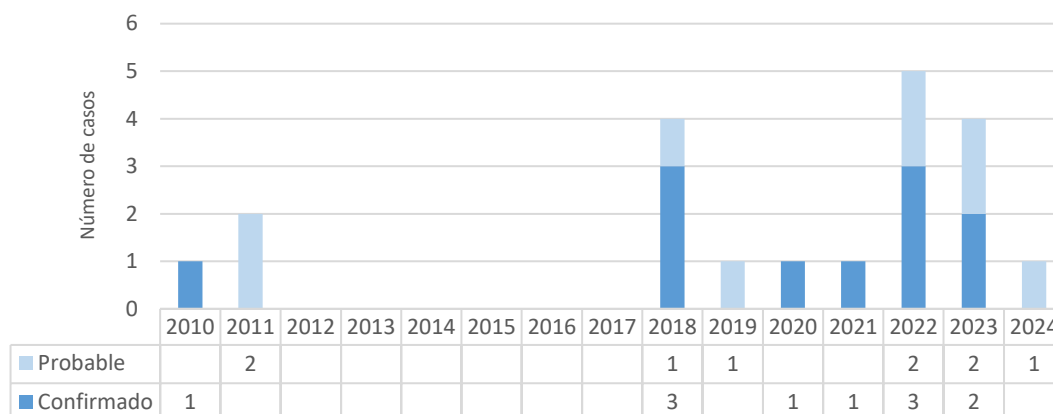
3.5. Sífilis congénita

La prevención de la sífilis congénita se basa en la detección precoz de la sífilis materna, mediante búsqueda activa sistemática en las mujeres embarazadas durante el primer trimestre del embarazo. Si estas mantienen conductas de riesgo para las ITS, el *screening* deberá repetirse en el tercer trimestre.

Ningún recién nacido, ni su madre, deben abandonar el hospital a menos que el estado serológico de la madre haya sido documentado. Ante la notificación de un caso de sífilis congénita en un recién nacido, se realiza un seguimiento del mismo hasta que el cuadro clínico y/o las pruebas diagnósticas permiten confirmar o descartar la enfermedad bajo los criterios epidemiológicos del protocolo epidemiológico vigente. Este seguimiento puede ser necesario realizarlo durante los dos primeros años de vida, razón por la cual los datos presentados pueden no estar consolidados.

En el año 2024 en la Comunidad de Madrid se registró un solo caso de sífilis congénita, categorizado como probable según los criterios clínicos y de laboratorio del protocolo vigente. Este único caso supone una tasa de 0,01 casos por 100.000 habitantes. En el Gráfico 44 se observan los que cumplen criterios de caso probable y confirmado de los últimos años.

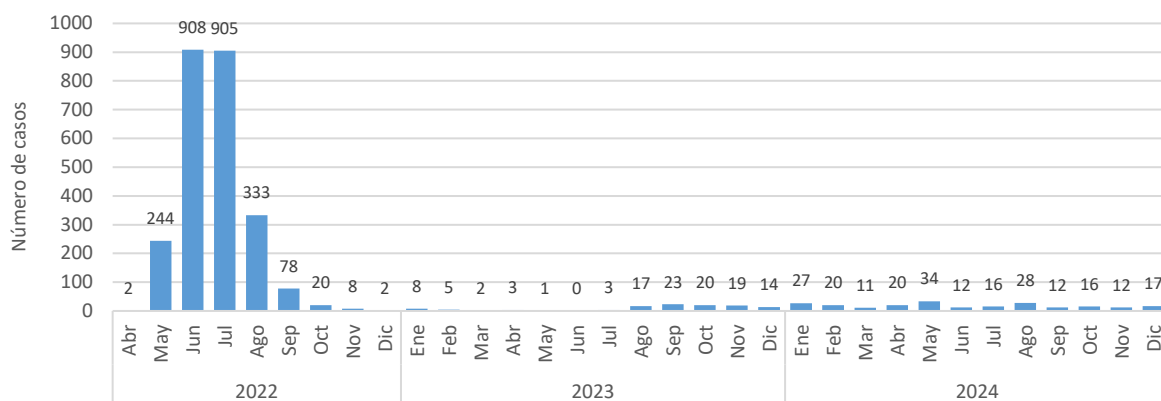
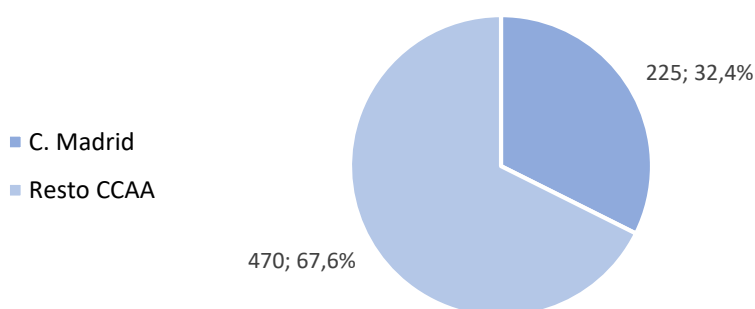
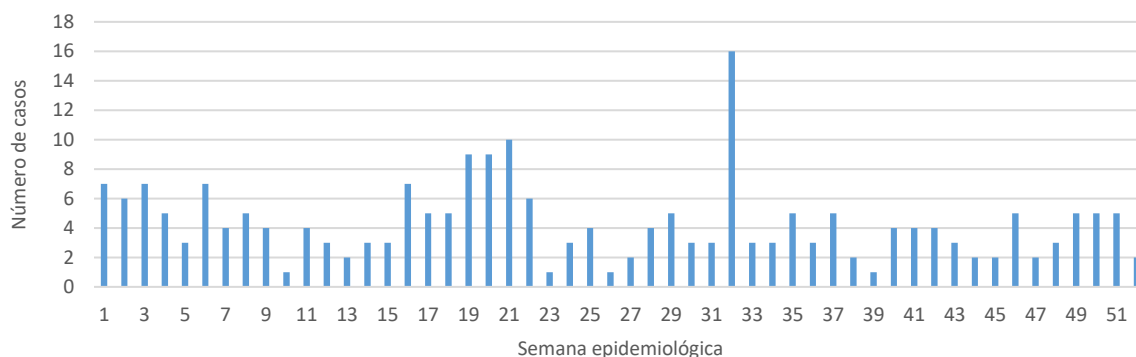
Gráfico 44. Casos de sífilis congénita. Comunidad de Madrid. Años 2010-2024.



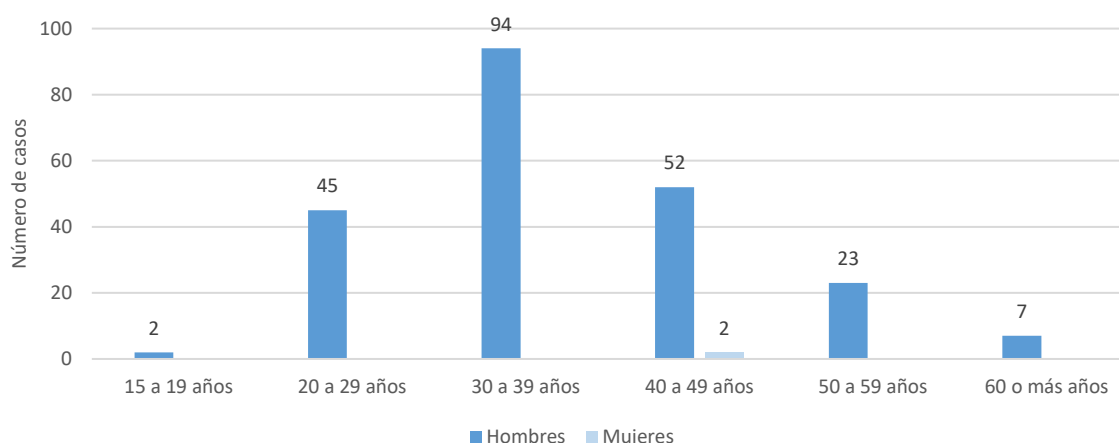
3.6. Mpox

El brote internacional de mpox se inició el 17 de mayo de 2022⁴ y, en la Comunidad de Madrid, alcanzó el máximo de casos entre junio y julio de ese mismo año. A lo largo de 2023 y 2024 ha continuado la notificación de casos, aunque de manera mucho más contenida. En este último año se han registrado 230 casos, siendo 225 confirmados, 3 probables y 2 sospechosos. Los datos presentados en el presente informe corresponden exclusivamente a casos confirmados. En 2024, estos han alcanzado una tasa de 3,21 casos por 100 000 habitantes, casi el doble de los 1,68 casos de 2023 (Gráfico 45), y representan el 32,4% del total de casos notificados en España (Gráfico 46).

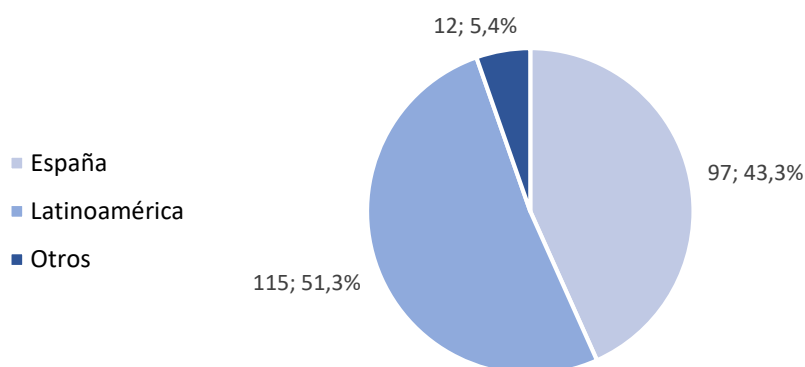
Hasta la semana 32, en la que se registró un máximo de 16 casos, la media de casos semanales fue de 5. Durante la semana 33, el 14 de agosto, la OMS llevó a cabo la declaración del mpox como Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII)⁵ debido al aumento de casos por mpox clado I en la República Democrática del Congo. A partir de esa fecha, la media de casos semanales en la Comunidad de Madrid desciende a 3,5 (Gráfico 47).

Gráfico 45. Casos de mpox por mes y año. Comunidad de Madrid. Años 2022-2024.**Gráfico 46. Casos y porcentaje de mpox en Comunidad de Madrid y resto de España. Comunidad de Madrid. Año 2024.****Gráfico 47. Casos de mpox por semana epidemiológica. Comunidad de Madrid. Año 2024.**

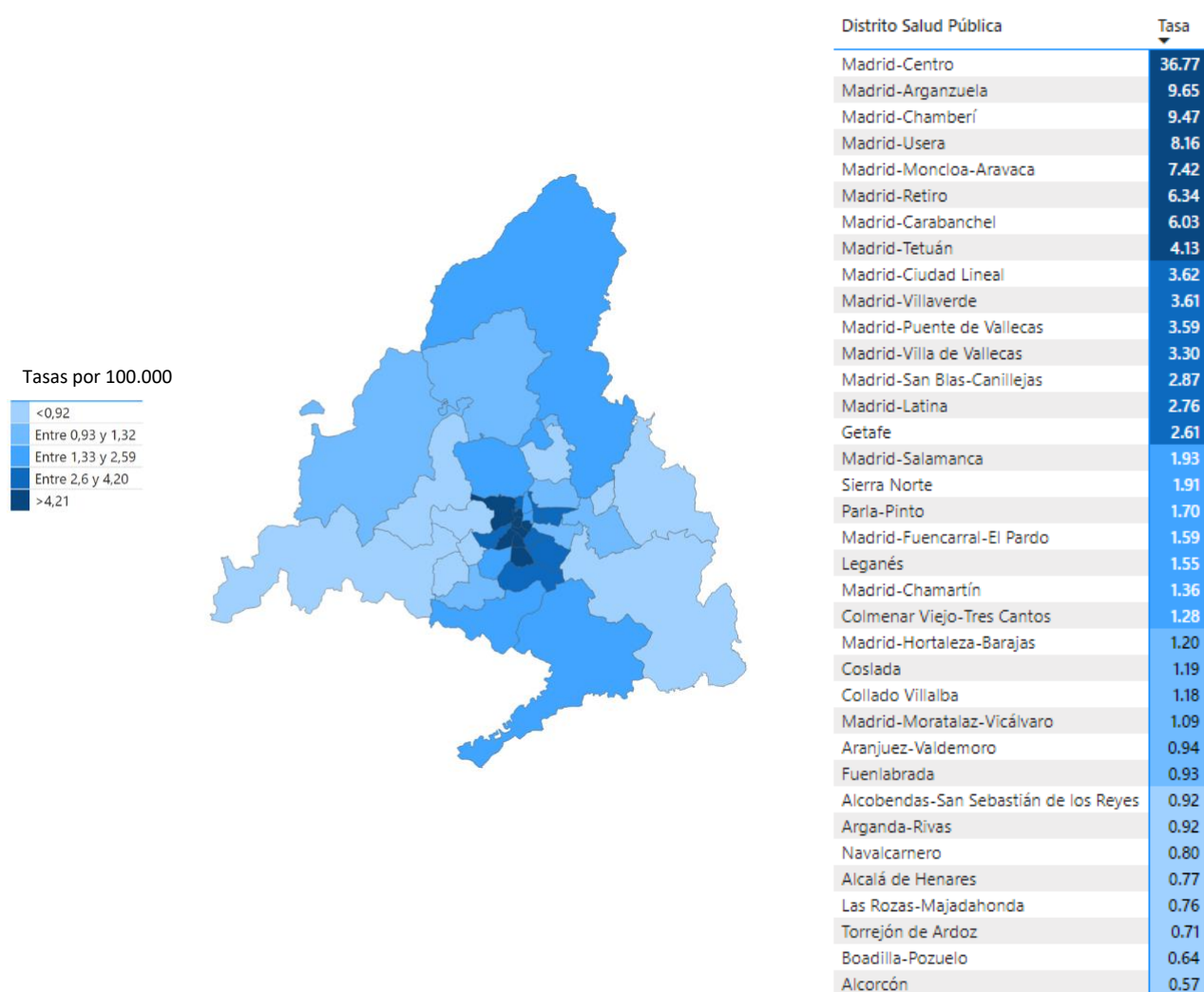
Al igual que en años previos, en 2024, casi el total de personas afectadas fueron hombres (99,1%) y solo 2 casos se dieron en mujeres, por lo que en el presente informe no se hace distinción en la presentación de los datos por sexo. La mediana de edad fue de 36 años (rango intercuartílico de 13) abarcando desde los 19 a los 63 años. Por grupos de edad, los hombres entre 30 y 39 años suponen el mayoritario con 94 casos (41,8%) no registrándose menores de 18 años (Gráfico 48).

Gráfico 48. Distribución de casos de mpox por grupo etario y sexo. Comunidad de Madrid. Año 2024.

El país de origen se conoce en casi la totalidad de los casos (99,6%) siendo el 43,3% (n=97) de origen español y el 51,3% de procedencia latinoamericana. Entre estos últimos, los países de origen con mayor número de casos fueron: Venezuela con 35 y Colombia con 33 casos (Gráfico 49).

Gráfico 49. Distribución de casos de mpox por lugar de origen. Comunidad de Madrid. Año 2024.

Los datos sobre el lugar de residencia de los casos se conocen en el 96,9% del total. Los distritos de la Comunidad de Madrid donde se concentra el mayor número de casos son aquellos ubicados en el centro del municipio de Madrid. Entre estos destaca el distrito Madrid-Centro 36,77 casos por 100.000 habitantes, seguido de Madrid-Arganzuela con 9,65 y Madrid-Chamberí con 9,47 casos (Gráfico 50).

Gráfico 50. Casos y tasas de incidencia de mpox por distrito de residencia. Comunidad de Madrid. Año 2024.

En cuanto a antecedentes personales, el 35,6% de los casos tenían un diagnóstico de VIH y el 23,1% refería estar tomando o tener prescrita la PrEP. El 7,6% (n=17) de los casos había recibido la pauta completa de dos dosis de vacuna de viruela y el 9,3% (n=21) solo una dosis. En dos de ellos, el tiempo entre la dosis de vacuna y el inicio de síntomas fue de menos de 28 días.

Al igual que en 2022 y 2023, este tercer año ha seguido afectando de forma mayoritaria a hombres que tienen sexo con hombres. La información sobre la historia sexual reciente fue recogida en el 95,1% de los casos y entre ellos, el 98,6% eran HSH.

En relación a las exposiciones de riesgo durante el periodo teórico de incubación, el 11,1% refería haber tenido un contacto estrecho con un caso confirmado de mpox. En el 93,3% de las encuestas se pudo identificar la relación sexual como posible mecanismo de transmisión, en la mayoría de los casos clasificada como de riesgo. Respecto a la posibilidad de asociarse a viajes, el 14,2% (n=32), reseñaron destinos fuera de la CM. Solo 7 casos tuvieron la consideración de importados al no tener exposiciones de riesgo en nuestro país (Tabla 31).

Tabla 31. Exposiciones de riesgo en los casos mpox. Comunidad de Madrid. Año 2024.

Exposición de riesgo	Casos mpox (N=225)	
	n	%
Contacto con un caso confirmado mpox	25	11,1
- Contacto sexual	21	9,3
- Contacto no sexual (convivientes o social)	4	1,8
Mecanismo probable de transmisión		
Transmisión sexual	210	93,3
- Relaciones sexuales de riesgo	203	90,2
• Sin protección	196	87,1
• Con personas desconocidas	114	50,7
• Bajo consumo de drogas y/o chemsex	43	19,1
• Asistencia a saunas, locales de sexo o zonas de cruising	38	16,9
Persona a persona	8	3,6
Desconocido o no consta	7	3,1
Viajes en el periodo de incubación con exposiciones de riesgo		
Viaje fuera de la Comunidad de Madrid	32	14,2
- Viaje nacional	19	8,4
- Viaje internacional	13	5,8

Respecto a la clínica presentada, el 72,0% de las personas describieron algún síntoma general previo o coincidente con el inicio del exantema siendo la fiebre el más frecuente entre ellos. La aparición de linfadenopatías se presentó en el 56,9%. El exantema que caracteriza al mpox se observó con más frecuencia en zona oral, en el 88,9% de los casos, y en zona anogenital en el 82,7%. En la Tabla 32 se describen con detalle las características clínicas.

Tabla 32. Presentación clínica de los casos mpox. Comunidad de Madrid. Año 2024.

Clínica	Casos mpox (N=225)	
	n	%
Presencia de síntomas generales	162	72,0
- Fiebre	121	53,8
- Odinofagia	57	25,3
- Cefalea	48	21,3
- Astenia	72	32,0
- Mialgias y/o artralgias	48	21,3
Proctitis y/o proctalga	65	28,9
Presencia de linfadenopatías	128	56,9
- Localizadas	115	51,1
- Generalizadas	13	5,8
Exantema		
- Exantema anogenital	186	82,7
- Exantema oral	200	88,9
- Exantema en otras localizaciones	143	63,6

La evolución clínica cursó sin complicaciones en la mayoría de los casos. No obstante, 27 (12,0%) si presentaron sobreinfecciones bacterianas, úlceras bucales, infecciones de córnea u otras complicaciones en el momento de la encuesta epidemiológica. El ingreso hospitalario por motivo del mpox solo fue

necesario en 6 casos, el 2,7%, teniendo una duración mediana de 7 días de hospitalización (RIC de 4 días). Una persona si requirió ingreso en UCI y no se registró ningún fallecimiento por mpox.

El tiempo transcurrido entre la fecha de inicio de síntomas y la toma de la muestra para el diagnóstico alcanzó 6 días de mediana (RIC: 5), siendo de 40 días el mayor retraso diagnóstico.

Los casos fueron confirmados por PCR, pudiendo tener cada paciente una o más muestras positivas de distintas localizaciones. En total se procesaron 249 muestras siendo 238 de ellas positivas. Entre estas, las pruebas confirmatorias más frecuentes fueron las procedentes de lesiones cutáneas o el líquido vesicular, tomadas en el 91,1% de los casos, seguidas del exudado rectal, solicitado en el 5,8% (Tabla 33).

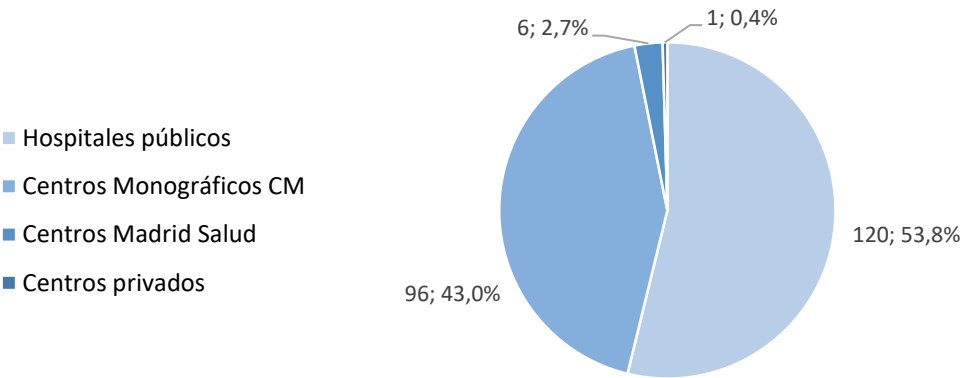
Tabla 33. Muestras diagnósticas en los casos mpox. Comunidad de Madrid. Año 2024.

Muestra	Solicitadas	Positivas (N=225)	
		n	%
Exudado de la lesión (cutáneo / vesicular)	213	205	91,1
Exudado rectal	13	13	5,8
Exudado faríngeo	9	7	3,1
Orina	2	2	0,9
Suero	1	1	0,4
Otros / no especificado	11	10	4,4

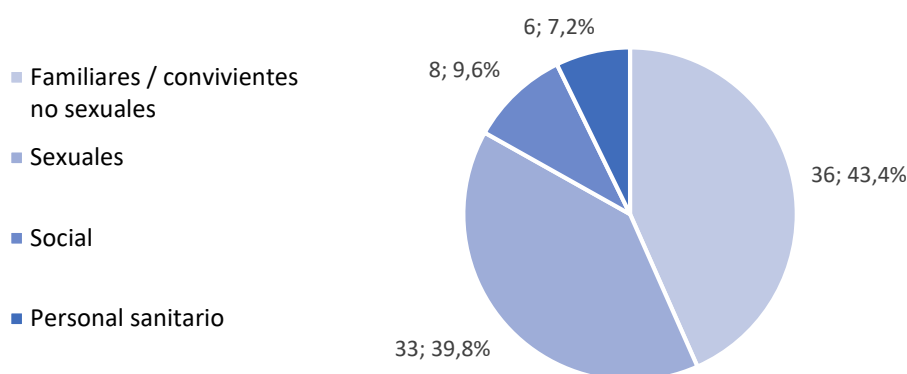
Desde el inicio del brote hasta 2023 se estudiaron seis casos como posibles reinfecciones, considerando finalmente como tal solo una de ellas, según los resultados microbiológicos obtenidos por secuenciación genómica.

Para el diagnóstico de mpox en la Comunidad de Madrid, existe un circuito establecido que permite que aquellos centros peticionarios que no cuenten con la posibilidad de procesar las muestras, las envíen a los centros de referencia. En función del centro peticionario, el 54% de las pruebas diagnósticas fueron recogidas en hospitales públicos y el 43% en centros monográficos de ITS de la Comunidad de Madrid (Gráfico 51).

Gráfico 51. Porcentaje de casos mpox por centro peticionario. Comunidad de Madrid. Año 2024.



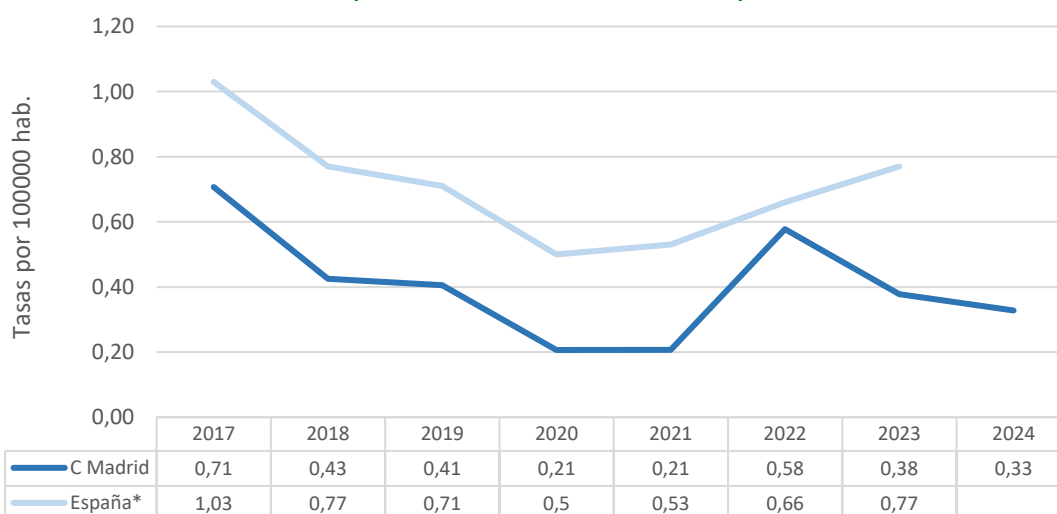
Las limitaciones que presenta el estudio de contactos ante un caso de mpox, hace que no siempre sea posible la identificación de los mismos. En 2024 se determinaron un total de 83 contactos estrechos, siendo la mayoría de ellos (43,4%) convivientes sin vínculo sexual (Gráfico 52). Aunque inicialmente aceptaron la vacunación 55 contactos, solamente acudieron a recibir la profilaxis 42 de ellos.

Gráfico 52. Contactos estrechos identificados de casos mpox confirmados. Comunidad de Madrid. Año 2024.

3.7. Hepatitis B

En el análisis de la hepatitis B se han tenido en cuenta exclusivamente los casos con presentación aguda, clasificándose como casos probables aquellos que tienen criterios clínicos y una relación epidemiológica y, como casos confirmados, aquellos que tienen criterios de laboratorio.

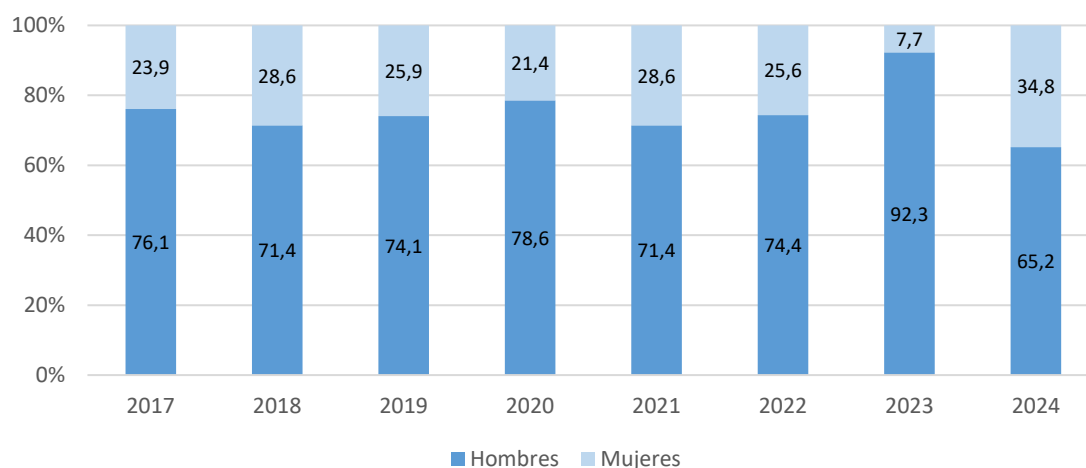
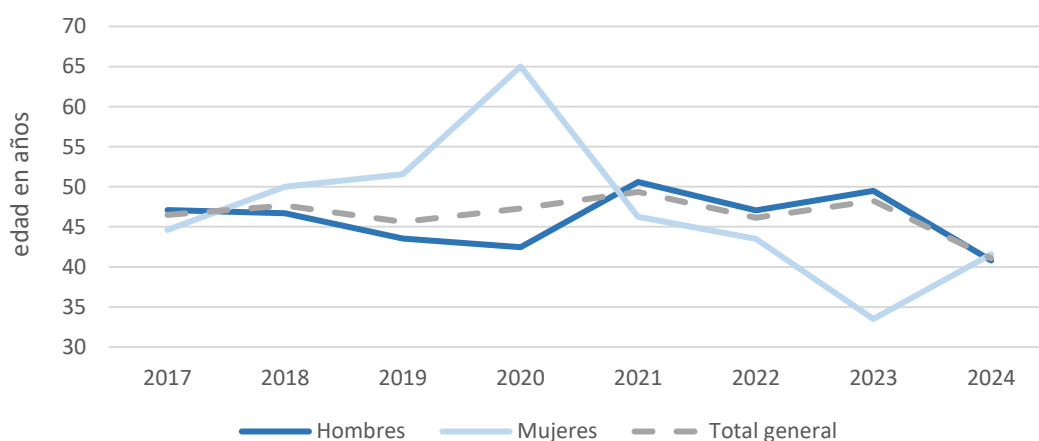
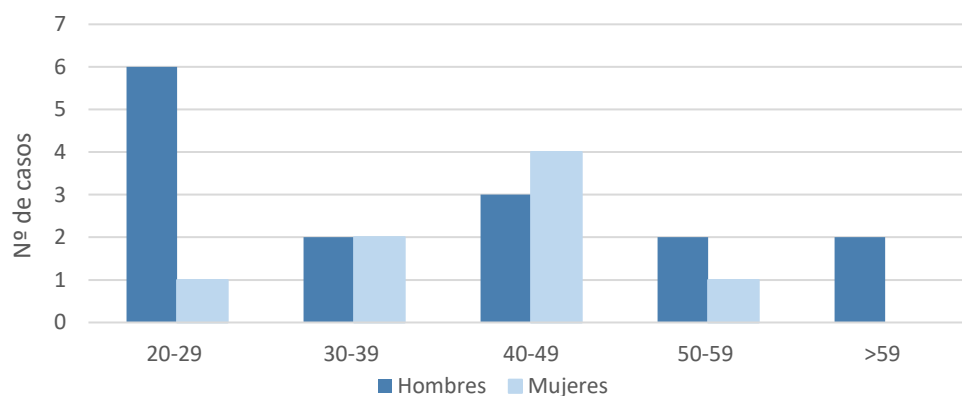
En 2024 se registraron en la Comunidad de Madrid 23 casos de hepatitis B aguda, alcanzando una tasa de incidencia de 0,33 casos por 100.000 habitantes. Se produce por lo tanto un descenso del 11,5% respecto a la tasa del año anterior que, con 26 casos, fue de 0,38 casos por 100.000 (Gráfico 53).

Gráfico 53. Tasas de incidencia de hepatitis B. Comunidad de Madrid-España. Años 2017-2024.

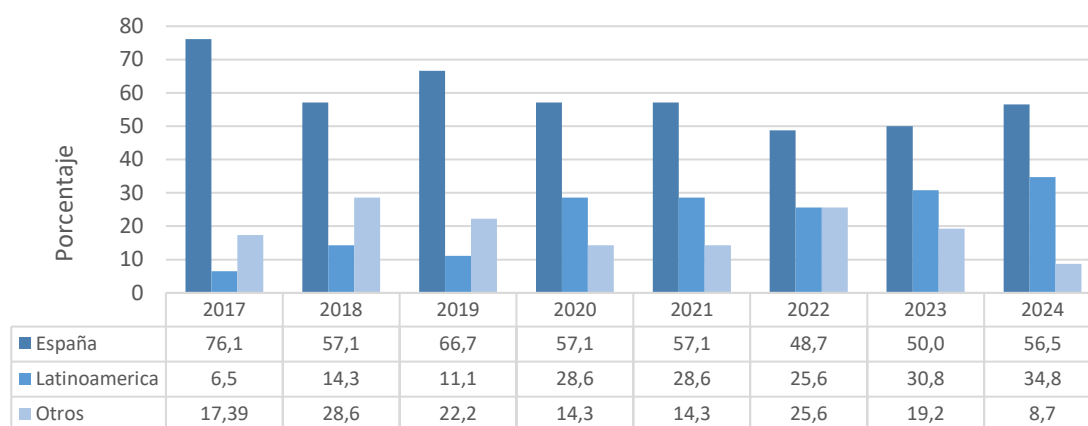
*No hay datos nacionales disponibles de 2024

En cuanto a la distribución por sexo, el porcentaje de hombres es sensiblemente superior en toda la serie, aunque en 2024 presenta su cifra más baja con el 65,2% de los casos (Gráfico 54).

La media de edad se situó en 41,1 años, la más baja desde el inicio de la serie, siendo de 40,8 años en hombres y 41,6 en mujeres (Gráfico 55). No se registraron casos en menores de edad, situándose el rango etario entre los 21 y los 71 años. En hombres, el grupo de edad que acumuló más casos fue el de 20 a 29 años, en mujeres el de 40 a 49 años. (Gráfico 56).

Gráfico 54. Distribución porcentual por sexo de hepatitis B aguda. Comunidad de Madrid. 2017-2024.**Gráfico 55. Edad media de los casos de hepatitis B aguda. Comunidad de Madrid. 2017-2024.****Gráfico 56. Número de casos de hepatitis B por sexo y grupos de edad. Comunidad de Madrid. Año 2024.**

El país de origen está cumplimentado en el 100% de los casos. Aunque en 2024 el país de procedencia fue España en el 56,5%, desde 2017 se aprecia un incremento progresivo de casos procedentes de países latinoamericanos, alcanzando en 2024 su porcentaje máximo con el 34,8% (Gráfico 57).

Gráfico 57. Porcentaje de casos de hepatitis B según lugar de origen. Comunidad de Madrid. Año 2017-2024.

Todos los registros corresponden a casos confirmados, siendo el 65,2% mediante detección de anticuerpos IgM.

Respecto a antecedentes personales, la orientación sexual figura en 6 casos, de los cuales 5 (21,7% del total) corresponden a HSH. En cuanto al diagnóstico de VIH, el 91,3% (n=21) de los casos presentaba información al respecto, identificándose infección en el 8,7% casos (n=2) y siendo negativo en el 82,6% (n=19).

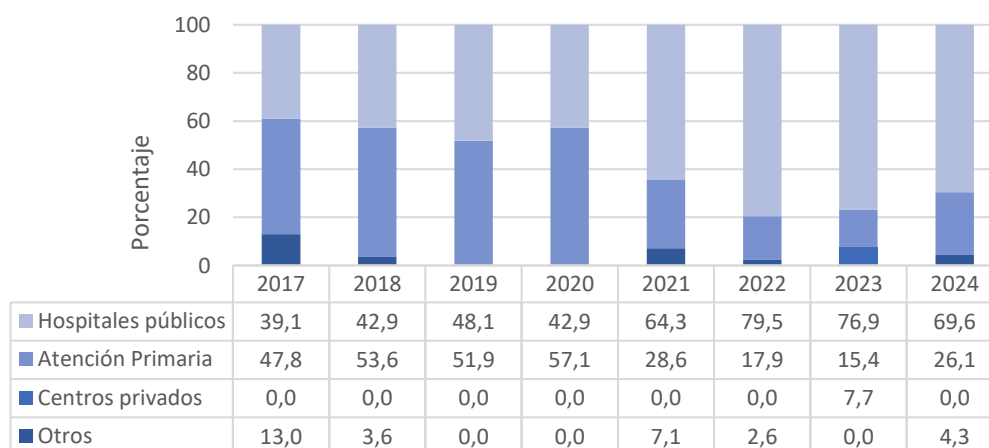
En el 43,5% (n=10) fue necesaria hospitalización. La evolución de la enfermedad derivó en curación en el 70% (n= 16) de los episodios, 1 caso en cronificación y otro en fallecimiento. En el 27,8% (n=5) no se registraron datos sobre su evolución.

Durante 2024 no se ha notificado ningún brote provocado por la enfermedad.

La inmunización de hepatitis B en la Comunidad de Madrid, se incorporó en el calendario vacunal en 1996, tanto en recién nacidos como en adolescentes. De los casos de 2024, la situación vacunal solo estaba registrada en 10. De estos, 1 tenía documentadas dos dosis de vacuna y 9 no habían recibido ninguna (de estos últimos, 2 casos nacidos después de 1996).

La información recogida sobre factores de riesgo es muy escasa, encontrándose 1 caso con antecedente de transfusión y 3 con antecedente de tatuaje o piercing.

En cuanto a la distribución por tipo centro notificador, desde 2021 es mayoritaria la procedencia de hospitales públicos, siendo en 2024 del 69,6%. El 26,1% de los casos corresponde a atención primaria (Gráfico 58).

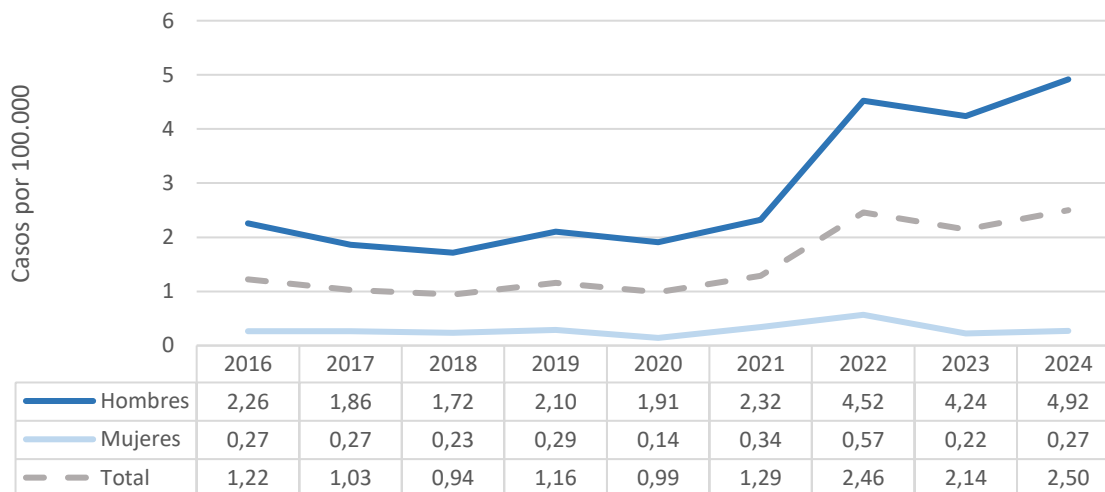
Gráfico 58. Distribución porcentual de casos de hepatitis B aguda según centro notificador. Comunidad de Madrid. 2017-2024.

3.8. Hepatitis C

Hepatitis C aguda

En el año 2024 se registraron 175 casos de hepatitis C aguda en la Comunidad de Madrid, alcanzando una tasa de 2,50 casos por 100.000 habitantes, siendo en hombres de 4,92 y de 0,27 en mujeres. Se mantiene la tendencia incremental observada desde 2021, determinada en gran parte por la mejora en el proceso de notificación que ha experimentado la enfermedad (Gráfico 59).

Gráfico 59. Tasas de hepatitis C aguda total y por sexo. Comunidad de Madrid. Años 2016-2024.



En cuanto a la distribución porcentual por sexo, como es habitual en la serie, la mayoría de los casos se registran en hombres, alcanzando en 2024 un 94,3% (Gráfico 60). La mediana de edad fue de 38 años y la media de 39,3 años, con un rango que osciló entre 13 y 65 años. Por grupos de edad, el de 30-39 años es el que presenta más casos con el 36,9%. El 85,4% de los casos tenían edades comprendidas entre 30 y 59 años. Se registró un caso menor de 18 años de probable transmisión sexual (Gráfico 61) y (Gráfico 62).

Gráfico 60. Distribución de casos de hepatitis C aguda por sexo. Comunidad de Madrid. Años 2016-2024.

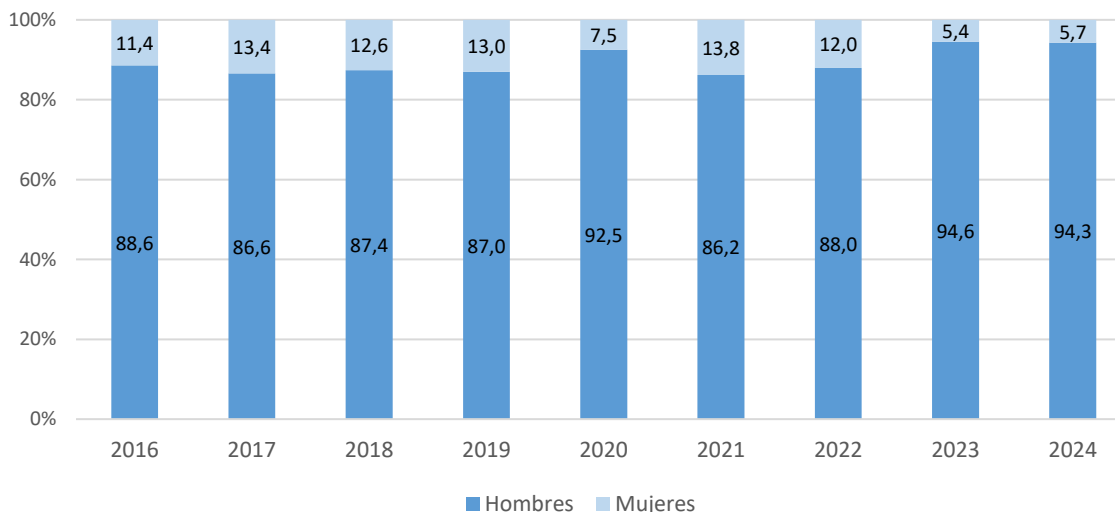


Gráfico 61. Casos de hepatitis C aguda por sexo y grupos de edad. Comunidad de Madrid. 2024.

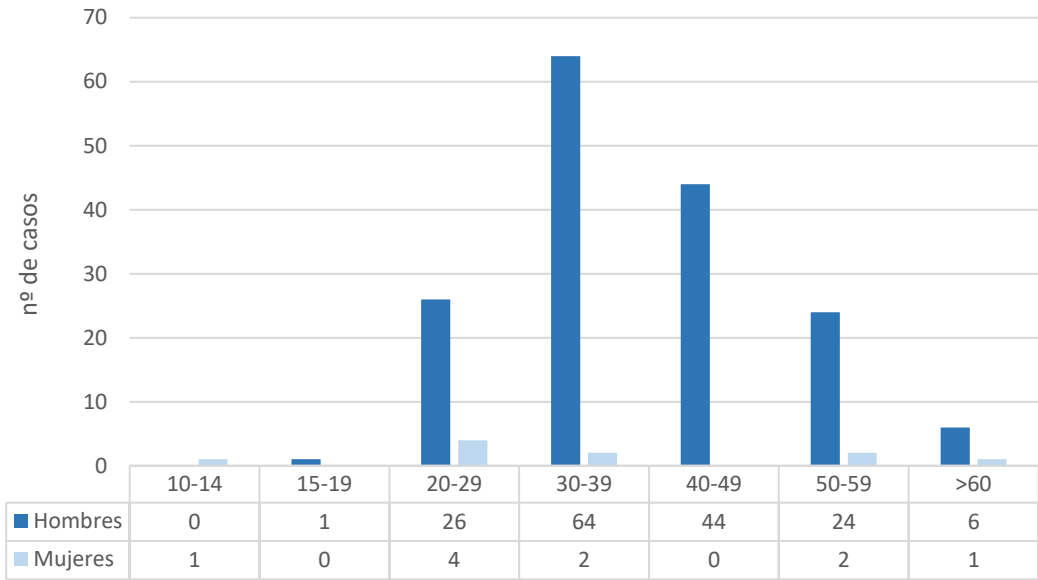
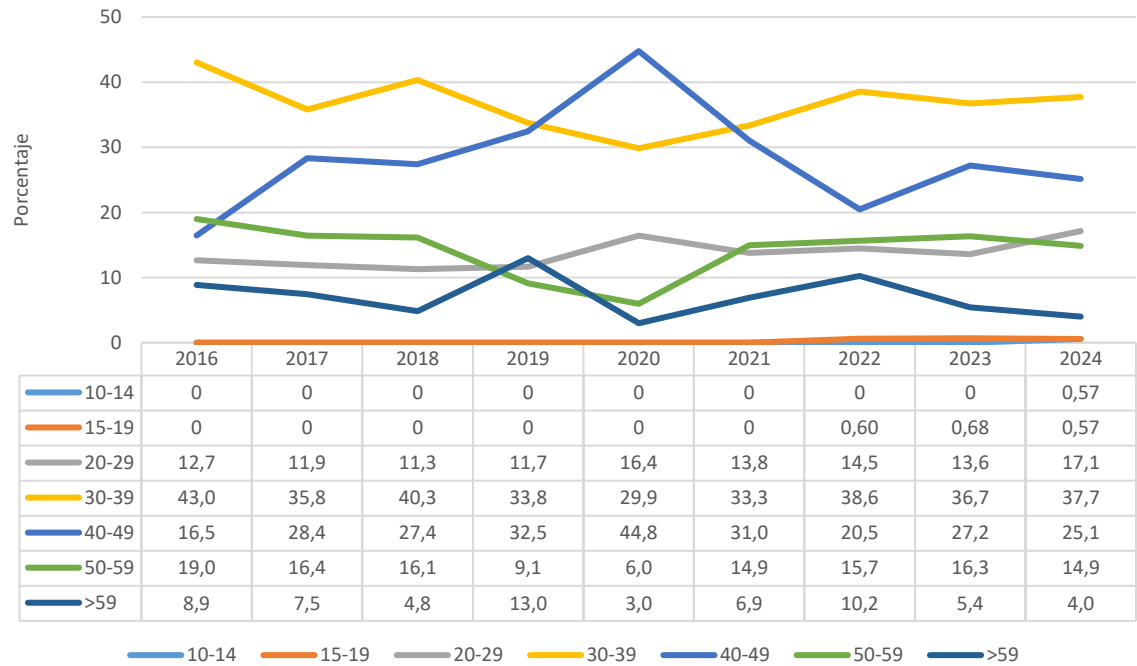


Gráfico 62. Porcentaje de casos de hepatitis C aguda por grupo de edad, ambos sexos. Comunidad de Madrid. 2016-2024.



En referencia al lugar de origen, el 42,3% eran personas nacidas en España y el 48% procedente de Latinoamérica, fundamentalmente Venezuela con 24 casos y Colombia con 20. Un porcentaje mucho más discreto corresponde a países del este de Europa, mayoritariamente Rumanía y Ucrania. (Gráfico 63). Estos porcentajes se han ido modificando a lo largo de la serie, predominando inicialmente los casos de origen español, que en 2016 suponían el 62%, y que han disminuido de manera progresiva expensas del incremento de casos de origen latinoamericano (Gráfico 64).

Gráfico 63. Porcentaje de casos de hepatitis C aguda según lugar de origen. Comunidad de Madrid. Año 2024.

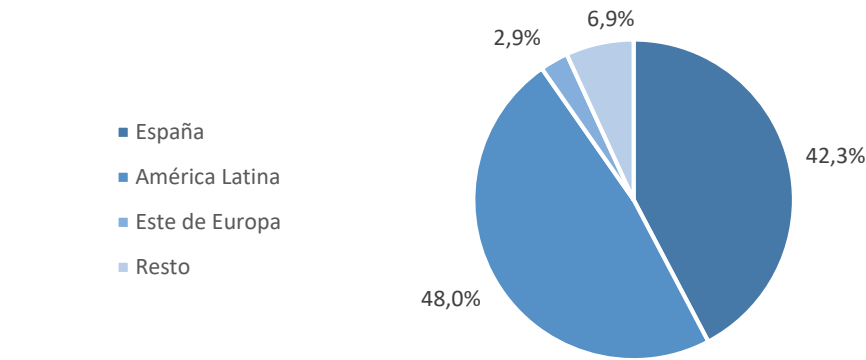
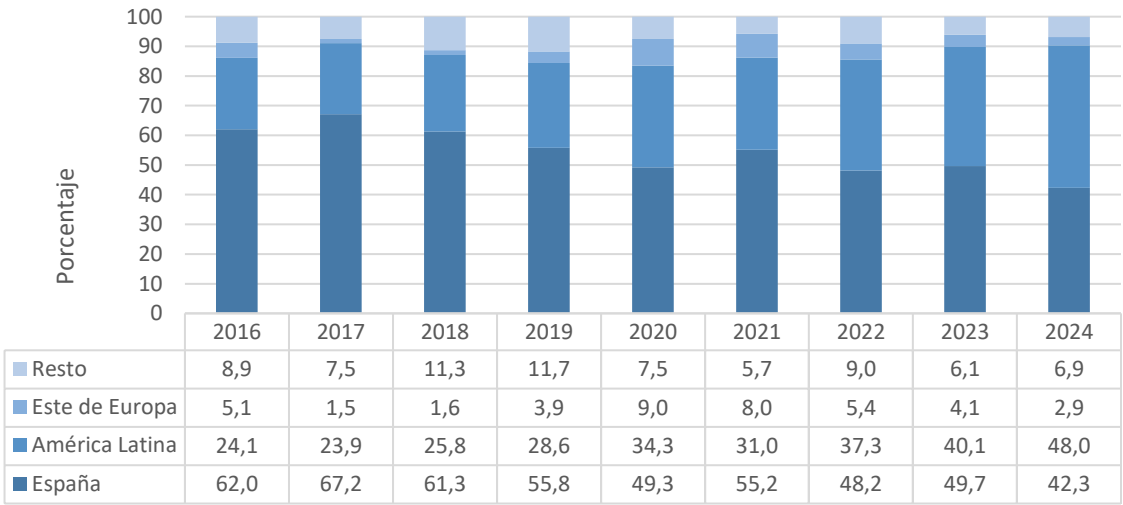
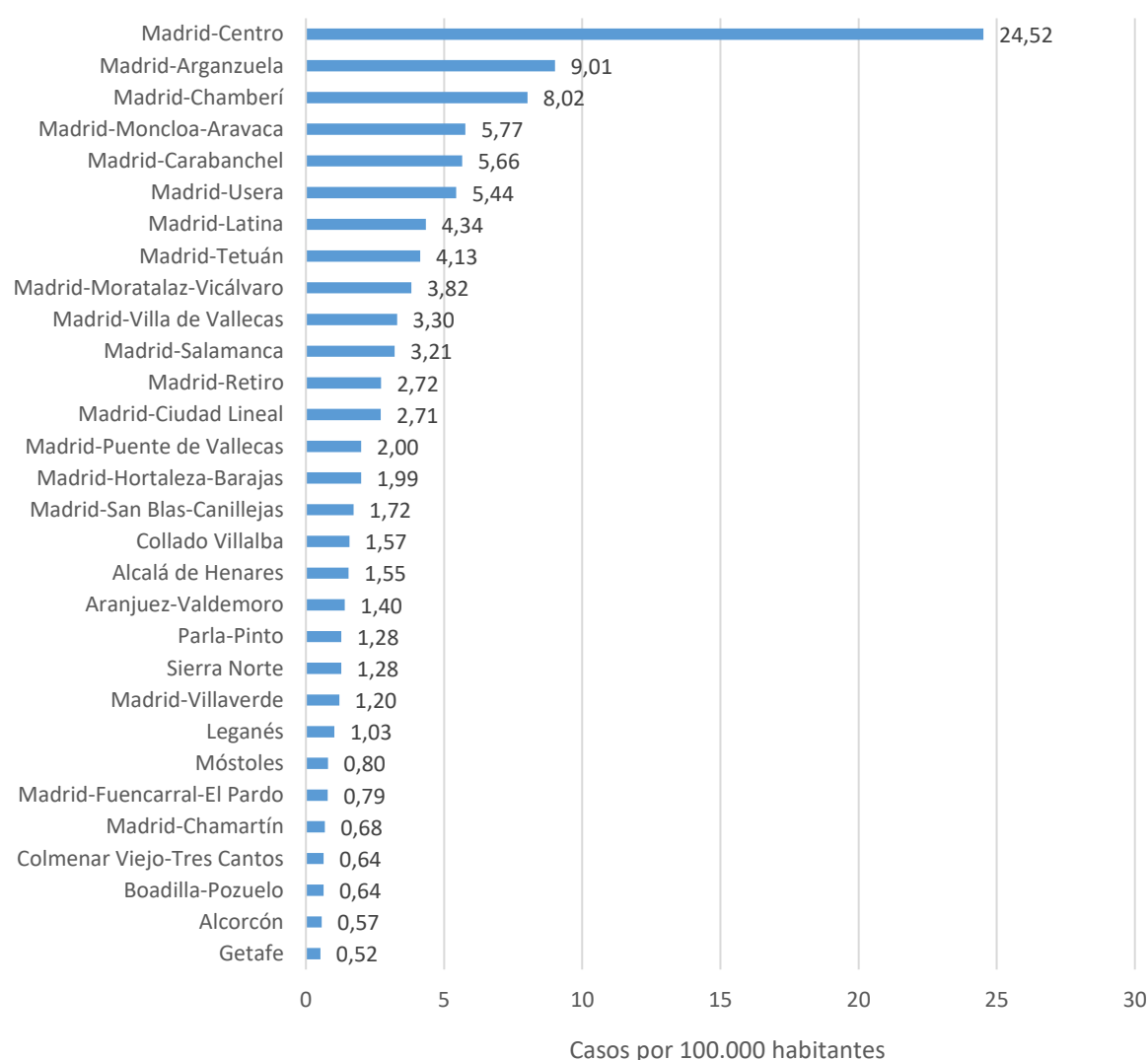


Gráfico 64. Porcentaje de casos de hepatitis C aguda según lugar de origen. Comunidad de Madrid. Años 2016-2024.



Según domicilio, el distrito Madrid-Centro es el que concentra las mayores tasas, con 24,52 casos por 100.000 habitantes, seguido de Madrid-Arganzuela y Madrid-Chamberí (Gráfico 65).

Gráfico 65. Tasas de hepatitis C aguda, por distrito de residencia. Comunidad de Madrid. Año 2024.

Consta hospitalización en el 4,6% de los casos (n=8) y no se registró ningún fallecimiento. El genotipo viral se identificó en el 45,1% de casos (n=79), perteneciendo el 27,4% (n=48) al genotipo 1a, el 9,6% al genotipo 4 y el 4% al 1b.

La orientación sexual consta en el 70,9% (n=124) de los registros. Entre los hombres, el 73,3% (n=121) corresponde a HSH, 1,2% (n=2) heterosexual y en el 25,5% (n=42) se desconoce. (Tabla 34).

Tabla 34. Orientación sexual de los casos de hepatitis C aguda. Comunidad de Madrid. Año 2024.

	n	Hombre	n	Mujer
Orientación sexual		%		%
Homosexual/Bisexual	121	73,3	0	0,0
Heterosexual	2	1,2	1	10
Desconocido	42	25,5	9	90

El 66,1% de los hombres y el 10% de las mujeres tenía diagnóstico de VIH y solamente en 2 casos, ambos en hombres, se identificó coinfección por VHB (Tabla 35). El 7,4% eran usuarios de PrEP (Tabla 36).

Tabla 35. Número y porcentaje de casos de hepatitis C aguda con diagnóstico VIH y VHB, por sexo. Comunidad de Madrid. Año 2024.

Diagnóstico	Hombre		Mujer	
	n	%	n	%
VIH	109	66,1	1	10
VHB	2	1,2	0	0,0

Tabla 36. Número y porcentaje de casos de hepatitis C aguda usuarios de Prep , por sexo. Comunidad de Madrid. Año 2024.

Diagnóstico	Hombre		Mujer	
	n	%	n	%
Usuarios de Prep	12	7,3	1	10

Entre los antecedentes de exposición a riesgos, se ha identificado uso de drogas por vía parenteral en el 18,9% (n=33). El resto, como transfusiones, hemodiálisis, otros cuidados sanitarios o tatuajes, se registran de manera minoritaria (Tabla 37).

Tabla 37. Antecedentes de exposición a riesgos en casos de hepatitis C aguda. Comunidad de Madrid. Año 2024.

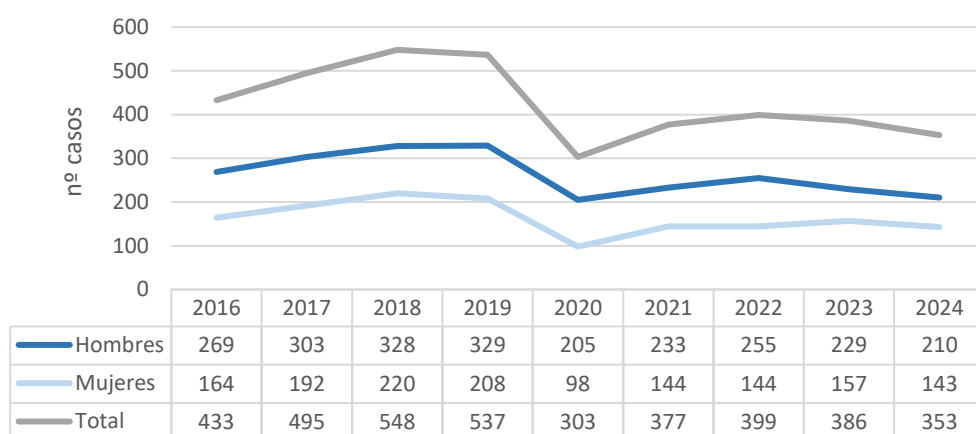
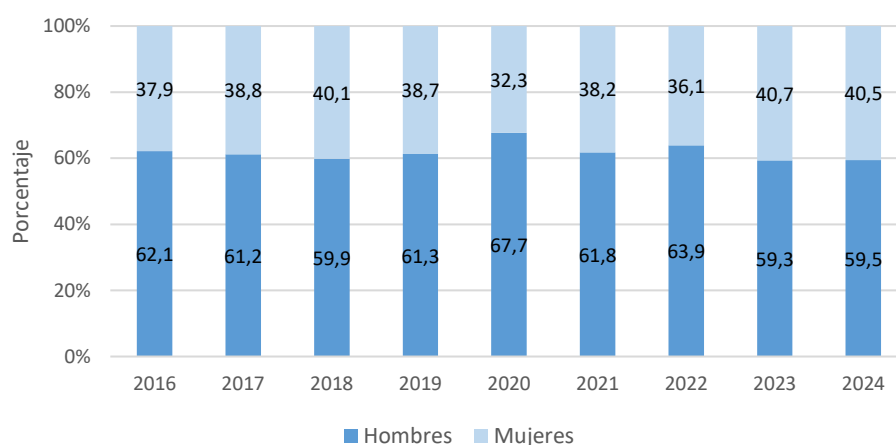
	n	%
Uso de drogas inyectadas	33	18,9
Transplantes	0	0
Transfusiones	2	1,1
Hemodiálisis	1	0,6
Otros cuidados sanitarios	2	1,1
Ocupacional (sanitario)	0	0
Tatuajes	1	0,6

Respecto a las reinfecciones, se identificaron 18, de las cuales 2 corresponden a terceros episodios. Todas se han dado en hombres, con media de edad de 42 años, 15 eran HSH y 1 usuario de PrEP. El 83,3% de las reinfecciones tiene diagnóstico de VIH. De los datos de riesgo conocidos, los más frecuentes son: sexual (n=13), uso de drogas inyectadas (n=3) y ambos (n=2).

Durante el año 2024, no se notificó ningún brote de hepatitis C.

Hepatitis C crónica

En el año 2024 se registraron 353 casos de hepatitis C crónica en la Comunidad de Madrid, la cifra más baja desde que comenzó la vigilancia de la enfermedad, a excepción del descenso generado por la pandemia en 2020. Se mantiene el predominio del sexo masculino en torno a una proporción 6:4 durante toda la serie (Gráfico 66) (Gráfico 67).

Gráfico 66. Número de casos de hepatitis C crónica por sexo. Comunidad de Madrid. Años 2016-2024.**Gráfico 67. Distribución porcentual de casos de hepatitis C crónica por sexo. Comunidad de Madrid. Años 2016-24.**

La mediana de edad fue de 58 años y la media de 56,5, con un rango que osciló entre 14-94 años. El 59,5% se diagnosticó en hombres, siendo la edad media en estos de 53,3 años y de 61,2 en mujeres (Gráfico 68). Por grupos de edad, los mayores de 59 años representan el 45,6% y entre los mayores de 39 años se concentra el 84,7%. Por debajo de los 60 años, el predominio es masculino, sin embargo, en edades superiores las mujeres representan el 59,5% de los casos. Se identificaron 2 menores de edad, de 14 y 16 años; el primero sin antecedentes de riesgo conocidos, el segundo presentaba antecedentes maternos de enfermedad por VHB (Gráfico 69).

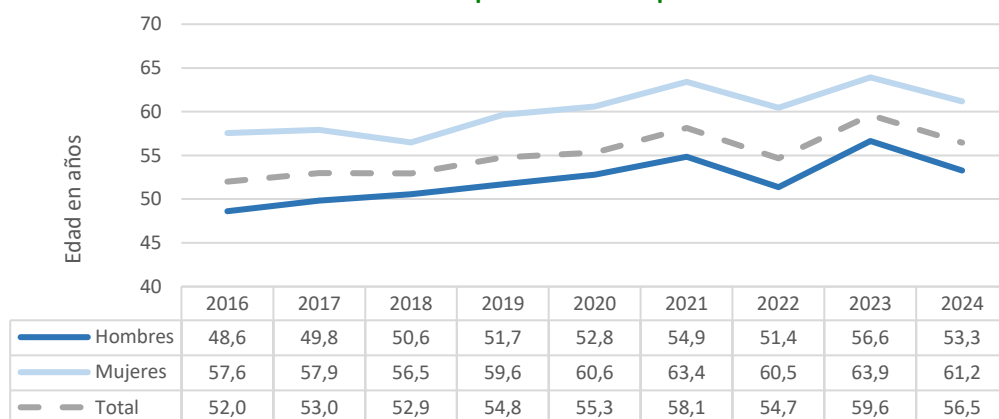
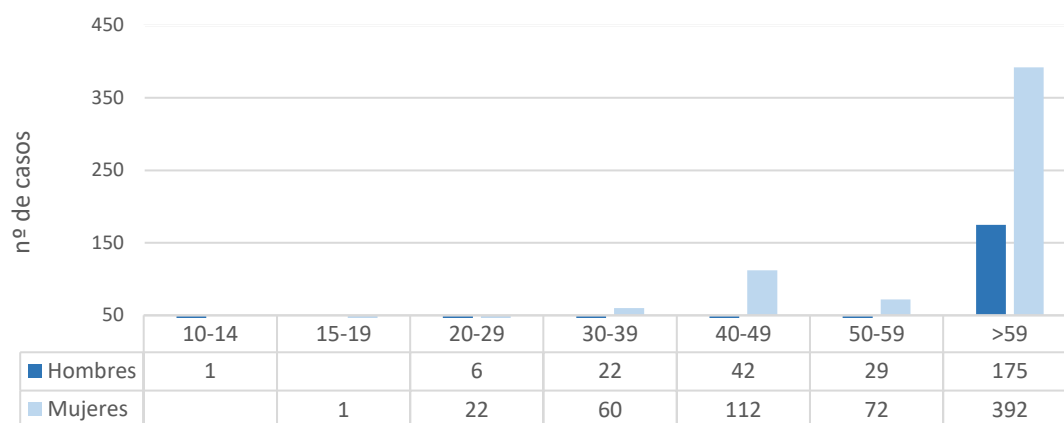
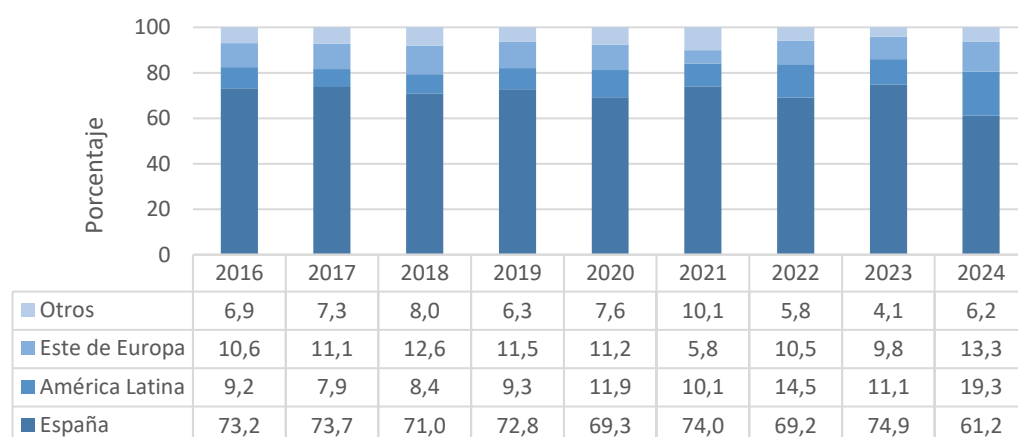
Gráfico 68. Media de edad de los casos de hepatitis C crónica por sexo. Comunidad de Madrid. 2016-2024.

Gráfico 69. Casos de hepatitis C crónica por sexo y grupos de edad. Comunidad de Madrid. 2024.

En cuanto al país de origen, el 61,2% eran personas nacidas en España (n=216), el 19,3% procedentes de Latinoamérica y el 13,3% de países del este de Europa. Desde 2016 se observa un aumento progresivo de los casos procedentes de países latinoamericanos, fundamentalmente Venezuela y Colombia, que alcanza su máximo en 2024. La presencia de casos con origen en países del este de Europa se mantuvo más o menos constante a lo largo de toda la serie, mayoritariamente Rumanía y Ucrania, y se eleva al 13,3% en 2024 (Gráfico 70).

Gráfico 70. Distribución por lugar de origen de los casos de hepatitis C crónica. Comunidad de Madrid. Año 2016-2024.

El 4,8% precisó de hospitalización (n=17) y se reportaron 6 fallecimientos. Se registró el genotipo de virus C en el 34,3% de casos (n=121). El más frecuente fue el genotipo 1b con el 17% de casos (n=60), seguido del genotipo 1a con el 6,2% y del genotipo 3 con el 3,4%.

Los antecedentes personales en los registros de hepatitis C crónica no suelen estar adecuadamente recogidos. Así, la orientación sexual consta solo en el 10,2% de los registros, correspondiendo el 7,7% a HSH. En el 7,9% de los casos totales se identifica diagnóstico de VIH.

En cuanto a antecedentes de exposición a riesgos, destacan el uso de drogas inyectadas (9,6%) y transfusiones (7,9%). Estos últimos, mayoritariamente mayores de 60 años, probablemente con exposiciones previas a la sistematización del cribado de VHC en sangre y hemoderivados utilizados en la asistencia sanitaria (Tabla 38).

Tabla 38. Antecedentes de exposición a riesgos en casos de hepatitis C crónica. Comunidad de Madrid. Año 2024.

	n	%
Uso de drogas inyectadas	34	9,6
Transplantes	0	0
Transfusiones	28	7,9
Hemodiálisis	0	0
Otros cuidados sanitarios	2	0,6
Ocupacional (sanitario)	0	0
Tatuajes	2	0,6

4. DISCUSIÓN

En 2024 continúa la tendencia creciente de la mayoría de las ITS sometidas a vigilancia, sin embargo, los incrementos no presentan la magnitud alcanzada en las dos temporadas anteriores. La infección gonocócica crece un 31,6% en lugar del 60% de 2023. Circunstancia similar se da en la *Chlamydia trachomatis*, con un crecimiento del 17,3% frente al 40% del año anterior, y en el linfogranuloma venéreo, que aumenta un 5,6% cuando en 2023 el incremento fue del 78,5%. En la sífilis se produce una estabilización, sin apenas cambios en su incidencia.

El perfil de los casos sigue correspondiendo a hombres jóvenes que tienen sexo con hombres, con una baja representación femenina, que en general tiene una media de edad menor. En relación con esto último, resulta preocupante que entre las mujeres jóvenes de 15 a 19 años las cifras se sigan manteniendo en porcentajes que alcanzan el 13,2% en sífilis, 13,4% en gonococo y hasta el 16,2% en *Chlamydia trachomatis*. Es además muy frecuente encontrar procedencia latinoamericana entre los casos, desde un 35% en infección gonocócica hasta un 43% en LGV. En sífilis corresponde al 41%, pero se eleva al 54% cuando se tienen en cuenta solamente los diagnósticos de sífilis latente precoz. Aunque la extensión en el uso de cribados de ITS puede hacer aflorar sífilis asintomáticas, la detección más tardía de la enfermedad puede estar condicionada también por una menor utilización de la asistencia sanitaria, y por lo tanto menor acceso pruebas diagnósticas, desde determinados sectores de población.

Aunque los casos graves de enfermedad entre la mayoría de ITS no son frecuentes, podemos encontrar situaciones que precisan de hospitalización. Fundamentalmente se dan en mujeres con complicaciones como la enfermedad inflamatoria pélvica. En el caso de la infección gonocócica, 78 de los 100 casos que precisaron hospitalización fueron mujeres, lo que representa el 10,1% de los casos femeninos. Por el contrario, entre los diagnósticos de LGV la necesidad de ingreso hospitalario afectó al 1,35% y todos fueron hombres.

Resulta frecuente el diagnóstico de coinfecciones por otras ITS: el 22,2% en infección gonocócica, el 20,6% en sífilis y hasta el 44,8% en LGV. Además, se registran también porcentajes considerables de casos positivos para VIH, hasta el 36,5% en el LGV, y en menor medida para VHC y VHB. Estos datos refuerzan la necesidad de estrategias diagnósticas activas y ampliadas que permitan descartar la presencia de otras infecciones coincidentes en un mismo individuo. Ante una relación sexual de riesgo es preciso tener en cuenta los distintos periodos de incubación que presentan estas enfermedades y completar un adecuado despistaje y seguimiento en el tiempo.

Un porcentaje importante de los casos que han padecido alguna ITS fueron usuarios de PrEP durante 2024: desde el 23% en *Chlamydia trachomatis* hasta el 43,2% en el LGV. La aparición de reinfecciones en este grupo es, en general, más frecuente, aunque no es posible precisar si este incremento se debe solamente al incremento de cribados que implica estar acogido al programa de prevención o existe además un cambio en las conductas de riesgo. Si bien la PrEP ha demostrado ser eficaz contra la infección

por VIH, su impacto indirecto en la dinámica de transmisión de ITS bacterianas exige, además del cribado frecuente, reforzar los mensajes de prevención conductual.

Aunque no es una patología frecuente, la sífilis congénita tiene una trascendencia vital en la salud y el pronóstico del neonato. En el año 2007, la Organización Mundial de la Salud diseñó una estrategia de acción global con el fin de eliminar la enfermedad, basada en el cribado prenatal, con el fin de reducir la transmisión materno-infantil a través de una detección y tratamiento precoces. A pesar de que dicho cribado se encuentra plenamente instaurado en nuestro entorno sanitario, eventualmente se producen casos de enfermedad como el registrado en 2024 en la Comunidad de Madrid.

La declaración de ESPII debida al aumento de casos por mpox clado I, indujo una disminución de casos semanales a partir de la semana 32, posiblemente asociada al temor por una posible mayor contagiosidad y virulencia de esta variante. A pesar de todo, el mpox, ha experimentado un incremento que duplica la cifra de casos contabilizados en 2023, no detectándose modificaciones en el perfil de los casos registrados.

La notificación de infecciones agudas por virus de hepatitis B continúan descendiendo progresivamente. El descenso observado coincide con estudios internacionales que documentan reducciones en hepatitis B aguda gracias a vacunación universal y cribado sistemático en embarazadas. No obstante, la presencia creciente de transmisión sexual como mecanismo de transmisión indica que aún existe margen para reforzar estrategias vacunales en personas con prácticas de riesgo.

El repunte observado en la evolución de la hepatitis C aguda en las tres últimas temporadas obedece posiblemente en gran parte a las mejoras implementadas en el sistema de notificación y registro, que han permitido dotar de mayor sensibilidad y precisión al sistema de declaración. Se constata que el perfil de los casos de infecciones aguda por hepatitis C va adquiriendo características similares al de ITS como la infección por gonococo o por *Chlamydia trachomatis*. No es desdeñable el casi 19% que presenta como antecedente uso de drogas inyectadas, una práctica cada vez más frecuente entre las personas con antecedentes de *chemsex*.

La hepatitis C crónica muestra un descenso progresivo reflejando el impacto de los antivirales de acción directa y de la estrategia de eliminación en la que se engloba. Aunque en el patrón de los diagnósticos persisten antecedentes clásicos como los riesgos asociados a cuidados sanitarios y al uso de drogas inyectadas, son cada vez más frecuentes los perfiles asociados a relaciones sexuales de riesgo, entre los que se incluye el uso de drogas inyectadas en el contexto de *chemsex*⁶.

En el análisis de los factores que contribuyen al incremento sostenido de las ITS confluyen factores conductuales, sociales y de percepción de riesgo que requieren intervenciones específicas y multifacéticas. Sin duda, el uso inconsistente o nulo del preservativo es uno de los factores más relevantes. La Oficina Regional de la OMS para Europa ya alertó en 2024 sobre la disminución del uso del preservativo entre adolescentes sexualmente activos⁷. El uso inconsistente del preservativo es prevalente, especialmente entre jóvenes y en relaciones estables por falsas percepciones de seguridad⁸. Entre HSH, aunque el uso es mayor en encuentros esporádicos, se observa una disminución significativa de su uso en parejas sexuales estables seroconcordantes, incluso sin conocimiento del estado de salud respecto a otras ITS^{9,10}. Además, la utilización de aplicaciones de contactos para encuentros sexuales facilita la inmediatez, el anonimato y la multiplicidad de parejas, circunstancias que definen las relaciones sexuales de riesgo. Igualmente, la práctica *chemsex* se vincula con una drástica reducción del uso de preservativo y el aumento además de prácticas sexuales alto riesgo^{11,12}. En cuanto al uso de PrEP, si bien tiene un balance favorable dado su impacto en la reducción de la transmisión del VIH, también tiene su influencia en la conducta sexual y en la epidemiología de las ITS de los usuarios. Respecto a esto, la evidencia es heterogénea entre países y entre grupos; algunos estudios muestran aumento en diagnóstico de ITS sin confirmar cambio causal en comportamiento, sino efecto de mayor detección¹³. Otros documentan una reducción en el uso sistemático del preservativo como efecto de la compensación de riesgo que perciben estos usuarios, incluso en algunos casos un incremento en la frecuencia y el número de parejas sexuales. Estas circunstancias, junto con la monitorización intensiva que conlleva el

seguimiento, explicarían el aumento de los diagnósticos de otras ITS, como infecciones por chlamydia o gonococo, especialmente durante los primeros meses de uso^{14, 15, 16, 17}.

Otros procesos pueden contribuir a mantener la tendencia incremental de las ITS. La disminución de la percepción del riesgo de las ITS bacterianas, asumiendo que son "fácilmente curables con antibióticos", hace que se minimice su potencial gravedad y se ignoren sus posibles complicaciones o la amenaza de resistencias antimicrobianas. No hay que olvidar tampoco el problema de la estigmatización que arrastra el padecimiento de una ITS, generando miedo al juicio social o profesional y retrasando la búsqueda de atención sanitaria.

5. CONCLUSIONES

La mejora en los sistemas de notificación y registro en la vigilancia epidemiológica de estas enfermedades ha permitido obtener una imagen más precisa de su realidad. El año 2024 consolida el patrón observado desde hace más de una década: un aumento sostenido de la incidencia de las principales ITS en la Comunidad de Madrid que es reflejo de un fenómeno igualmente documentado a nivel nacional e internacional.

Se reafirma, por tanto, su condición como importante problema de salud pública. Es necesario resaltar la importancia de orientar los recursos preventivos hacia aquellos perfiles en los que se detecta una mayor incidencia de este grupo de enfermedades¹⁸. En nuestra comunidad corresponde mayoritariamente a hombres jóvenes que tienen sexo con otros hombres, muchos de los cuales proceden de países latinoamericanos. Distintos comportamientos y circunstancias contribuyen a la expansión de las ITS en determinados colectivos: práctica de relaciones sexuales de riesgo con distintas parejas, desconocidos y prescindiendo del uso del preservativo, aplicaciones de encuentros, chemsex, etc. Entre las mujeres predominan los contagios a través de relaciones heterosexuales y cada vez se presentan en edades más precoces. La forma de socialización y desarrollo personal de la adolescencia, marcada actualmente por las redes sociales, junto con la falta de percepción de riesgo propia de las etapas tempranas contribuyen a un adelanto en el inicio de relaciones sexuales y a que estas se mantengan de forma no segura.

La alta frecuencia de coinfecciones reafirma la necesidad de insistir en protocolos de cribado ante una sospecha o confirmación de una ITS, posibilitando un abordaje precoz de las patologías asociadas y un despistaje adecuado en los estudios de contacto.

Se evidencia la presencia de un porcentaje significativo de reinfecciones que, unido a la frecuencia de cuadros asintomáticos, remarca la necesidad de reforzar mensajes de prevención conductual y cribado frecuente especialmente entre los usuarios de PrEP.

Es precisa una estrategia multidisciplinar que contribuya a abordar de la mejor manera este problema de salud pública, integrando objetivos como: mantener la accesibilidad al sistema sanitario, facilitar el diagnóstico y el tratamiento precoz, valorar de manera integral la realidad asociada a cada individuo, insistir en la necesidad de aplicar medidas preventivas, intervenir en grupos de población clave con personas especialmente vulnerables, promocionar la salud sexual y la educación sexual integral, etc. Además, resulta necesario mantener un adecuado sistema de vigilancia de Enfermedades de Declaración Obligatoria que permita, no solo la identificación del problema, sino también el seguimiento y la evaluación de resultados de las medidas que se implementen.

Informe elaborado por: Angel Miguel Benito, Laura Montero Morales, Carmen Sanz Ortiz, Antonio Nunziata, Temenuzhka Petrova Shopova. Programa de Vigilancia de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles.

Registro y seguimiento: Programa de vigilancia de ITS.

Agradecimientos: A todos los profesionales implicados en el diagnóstico, tratamiento y prevención de ITS en la Comunidad de Madrid.

Cita recomendada: Dirección General de Salud Pública. Morbilidad por infecciones de transmisión sexual, mpox, hepatitis B y C. Comunidad de Madrid, año 2024. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Número 12. Volumen 29. Diciembre 2025.

6. BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Comunidad de Madrid. Decreto 184/1996, de 19 de diciembre, por el que se crea la Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid.
https://gestiona.comunidad.madrid/wleg_pub/secure/normativas/contenidoNormativa.jsf?opcion=VerHtml&nmnorma=1224&eli=true - no-back-button
- 2.- Ministerio de Sanidad SS e I. 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 regional.:
<https://www.boe.es/boe/dias/2015/03/17/pdfs/BOE-A-2015-2837.pdf>
- 3.- Desarrollo de un programa de Profilaxis Pre-Exposición (PrEP) en adultos y adolescentes para la Prevención de la Infección por VIH en la Comunidad de Madrid. 2022. Comunidad de Madrid.
https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/aud/sanidad/documento_definitivo_prep_cm_19_06_2023.pdf
- 4.- World Health Organization. Multi-country outbreak of monkeypox. External Situation Report 2, published 25 July 2022. Disponible en: 20220725_Monkeypox_external_sitrep_2_final.pdf
- 5.- WHO appeal: mpox public health emergency 2024. WHO Health Emergencies Programme (WHE). 27 August 2024
https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/emergencies/who_appeal-mpox_2024.pdf?sfvrsn=9c2488f6_3&download=true
- 6.- Ryan P, Berenguer J, Ramos-Ruperto L, Vera M, Martín-Carbonero L, Pérez-Latorre L, De Los Santos I, Pinto A, Vivancos MJ, Orviz E, Álvarez B, Sanz J, Ruiz-Seco P, Torres R, Brazal B, De Miguel M, López-Centeno B, Jarrín I, Resino S, Bellón JM, González-García J. Epidemiology and Risk Factors for HCV Infection Among MSM With or at Risk of HIV in Madrid (2022-2024). Open Forum Infect Dis. 2025 Nov 6;12(12):ofaf678. doi: 10.1093/ofid/ofaf678. PMID: 41311917; PMCID: PMC12651544.
- 7.- Badura P, Eriksson C, García-Moya I, Löfstedt P, Melkumova M, Sotiroska K et al. Un enfoque en los contextos sociales de los adolescentes en Europa, Asia Central y Canadá. Informe internacional sobre comportamientos de salud en niños en edad escolar de la encuesta 2021/2022. Volumen 7. Copenhague: Oficina Regional de la OMS para Europa; 2024.
<https://www.hbsc.org/publications/reports/a-focus-on-adolescent-sexual-health-in-europe-central-asia-and-canada/>
- 8.- Ballester-Arnal R et al. A Trend Analysis of Condom use in Spanish Young People over the Two Past Decades, 1999–2020. July 2022; AIDS and Behavior 26(1). DOI:10.1007/s10461-021-03573-6.
- 9.- The EMIS Network. EMIS-2017 – The European Men-Who-Have-Sex-With-Men Internet Survey. Key findings from 50 countries. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2019. EMIS-2017 The European Men Who Have Sex With Men Survey - Key Findings from 50 Countries
- 10.- Morell-Mengual V, Gil-Llario MD, Fernández-García O, Ballester-Arnal R. Factors Associated with Condom Use in Anal Intercourse Among Spanish Men Who Have Sex with Men: Proposal for an Explanatory Model. AIDS Behav. 2021 Nov;25(11):3836-3845. doi: 10.1007/s10461-021-03282-0. Epub 2021 Apr 29. PMID: 33914210.
- 11.- Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Iniciativa para una respuesta coordinada al chemsex en la Comunidad de Madrid 2023-2026. Comunidad de Madrid. Madrid; 2024. <https://gestion3.madrid.org/bvirtual/BVCM051302.pdf>
- 12.- Coronado-Muñoz M, García-Cabrera E, Quintero-Flórez A, Román E, Vilches-Arenas Á. Sexualized Drug Use and Chemsex among Men Who Have Sex with Men in Europe: A Systematic Review and Meta-Analysis. J Clin Med. 2024 Mar 21;13(6):1812. doi: 10.3390/jcm13061812. PMID: 38542036; PMCID: PMC10971601.
- 13.- Von Schreeb S, Pedersen SK, Christensen H, Jørgensen KM, Harritshøj LH, Hertz FB, Ahlström MG, Lebech AM, Lunding S, Nielsen LN, Gerstoft J, Kronborg G, Engsig FN. Questioning risk compensation: pre-exposure prophylaxis (PrEP) and sexually transmitted infections among men who have sex with men, capital region of Denmark, 2019 to 2022. Euro Surveill. 2024 Mar;29(13):2300451. doi: 10.2807/1560-7917.ES.2024.29.13.2300451. PMID: 38551099; PMCID: PMC10979528.

- 14.- Ayerdi Aguirrebengoa O, Vera García M, Arias Ramírez D, Gil García N, Puerta López T, Clavo Escribano P, Ballesteros Martín J, Lejarraga Cañas C, Fernandez Piñeiro N, Fuentes Ferrer ME, García Lotero M, Hurtado Gallegos E, Raposo Utrilla M, Estrada Pérez V, Del Romero Guerrero J, Rodríguez Martín C. Low use of condom and high STI incidence among men who have sex with men in PrEP programs. PLoS One. 2021 Feb 4;16(2):e0245925. doi: 10.1371/journal.pone.0245925. PMID: 33539363; PMCID: PMC7861516.
- 15.- Van den Elshout MAM, Wijstma ES, Boyd A, Jongen VW, Coyer L, Anderson PL, et al. (2024) Sexual behaviour and incidence of sexually transmitted infections among men who have sex with men (MSM) using daily and event-driven preexposure prophylaxis (PrEP): Four-year follow-up of the Amsterdam PrEP (AMPrEP) demonstration project cohort. PLoS Med 21(5): e1004328. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1004328>
- 16.- Vázquez-Gómez S., & Vázquez-Gómez L. (2024). Profilaxis pre-exposición de VIH en hombres que tienen sexo con otros hombres y su influencia en otras enfermedades de transmisión sexual: una revisión bibliográfica. Ciencia y Salud, 8(2), 75-86. <https://doi.org/10.22206/cysa.2024.v8i2.2893>
- 17.- Nuria Fernández Piñeiro, Oskar Ayerdi Aguirrebengoa, Eva Orviz García, et al. Programa de profilaxis pre-exposición de la Comunidad de Madrid: 2 años de experiencia. Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica, Volume 43, Issue 3, 2025, Pages 133-138, ISSN 0213-005X, <https://doi.org/10.1016/j.eimc.2024.03.014>.
- 18.- Estrategias mundiales del sector de la salud contra el VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual para el periodo 2022-2030 [Global health sector strategies on, respectively, HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections for the period 2022-2030]. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/efaf3bab-4386-4104-8e69-1a8b8ee052cc/content>

**INFORME:**

BROTOS EPIDÉMICOS EN LA COMUNIDAD DE MADRID, AÑO 2024

ÍNDICE

1. RESUMEN	67
2. ANTECEDENTES	68
3. METODOLOGÍA	68
4. BROTES DETECTADOS EN 2024	68
5. BROTES DE ORIGEN ALIMENTARIO	69
5.1. Incidencia y ámbito del brote	69
5.2. Notificación	70
5.3. Distribución temporal y geográfica	71
5.4. Agente etiológico	72
5.5. Alimento implicado	73
5.6. Factores contribuyentes	74
5.7. Medidas de control	75
6. BROTES DE GASTROENTERITIS AGUDA DE ORIGEN NO ALIMENTARIO	76
6.1. Incidencia y ámbito del brote	76
6.2. Notificación	76
6.3. Distribución temporal	77
6.4. Agente etiológico	78
7. OTROS BROTES EPIDÉMICOS	79
7.1. Tipos y ámbito del brote	79
7.2. Notificación	80
8. PRINCIPALES HALLAZGOS	80

1. RESUMEN

En 2024 se han registrado un total de 423 brotes (6,03 por 100.000 hab.) dentro del ámbito de la Comunidad de Madrid, con 10.057 casos asociados (143,48 por 100.000 hab.), 230 ingresos hospitalarios y 15 fallecimientos. Respecto a 2023, se han notificado 59 brotes más (+16,2%), 3.552 casos más (+54,6%), pero 71 hospitalizaciones menos (-23,6%).

Han ocurrido **99 brotes de origen alimentario** (BOA) (1,41 por 100.000 hab.), con 1.523 casos asociados (21,73 por 100.000 hab.), 43 ingresos (2,8% de los casos) y 2 fallecimientos. Continúa la tendencia ascendente observada desde la caída de 2020 (covid-19). Respecto a 2023, los brotes han aumentado globalmente un 16,5%, los casos han disminuido un 28,1% y los ingresos hospitalarios han descendido un 14,0%. Los colectivos que han notificado un mayor número de BOA (59), de casos (444) y de ingresos (18) han sido los establecimientos de restauración. Los brotes en domicilios les siguen en frecuencia (12) y en número de hospitalizaciones (14), aunque con el menor número de casos (69). Los brotes en residencias de mayores también han destacado en magnitud (237 casos) y en hospitalizaciones (10). La mediana de casos en los brotes de centros educativos ha sido de 32, en los centros de mayores de 26, en los domicilios de 3,5 y en los establecimientos de restauración de 3. No hay una clara distribución estacional. El 64,6% de los brotes han ocurrido en el municipio de Madrid, seguido de Rivas-Vaciamadrid (5,1%) y Leganés (3,0%). Se ha confirmado el agente causal en el 39,4% (39 de 99). *Salmonella* sigue siendo el agente más frecuente (14 brotes: 35,9% de los brotes confirmados y 14,1% del total) y con mayor proporción de ingresos (76,9%), seguido de *C. perfringens* (8 brotes). Los platos de carne han sido los alimentos más frecuentemente confirmados, 5 de ellos por *C. perfringens* o *B. cereus*. También han destacado los elaborados con huevo -todos consumidos en restaurantes-, las preparaciones con pescado crudo o cocinado y los platos de pasta. Las deficiencias en la conservación en frío han sido los factores contribuyentes más numerosos en los BOA colectivos/mixtos, junto a la limpieza deficitaria en utensilios o superficies y la contaminación cruzada entre alimentos debido a prácticas incorrectas de manipulación. En los brotes familiares se han detectado prácticas incorrectas en la conservación en frío o consumo de alimentos sin tratamiento térmico suficiente. La educación sanitaria, la inspección de las instalaciones, la investigación de manipuladores, la destrucción de alimentos no seguros y el cese cautelar de la actividad han sido las principales actuaciones en materia de control de los posibles riesgos alimentarios.

Se han notificado **152 brotes de gastroenteritis aguda** sin relación con alimentos (47,6% más que en 2023), 6.875 casos (123,4% casos más) y 46 ingresos (35% más). Se han notificado 3 fallecimientos en residencias de mayores. Los brotes en centros geriátricos han sido, con diferencia, los más notificados (133), los de mayor número de casos (6.455) y de hospitalizaciones (41), y los que han presentado mayor incremento respecto a 2023. La notificación se realizó desde los propios colectivos afectados en el 94,7%, con una mediana de 3 días desde la aparición de los síntomas. Casi la mitad de los brotes (49,3%) han ocurrido entre febrero y mayo. El agente causal más frecuente ha sido norovirus (93 brotes); otros virus confirmados han sido rotavirus (3 brotes) y sapovirus (1 brote).

Por último, se han notificado **172 brotes de otras enfermedades**. Han destacado los brotes de escabiosis (56 brotes y 652 casos asociados), los de tuberculosis pulmonar (26 brotes, 66 casos y 43 ingresos hospitalarios), los de gripe (17 brotes, 177 casos, 60 hospitalizaciones y 7 fallecimientos), los de eritema infeccioso (13 brotes y 116 casos) y los de hepatitis A (11 brotes, 25 casos y 10 ingresos). Los brotes de conjuntivitis, los de escabiosis, los de gripe y los de infección por VRS han afectado más frecuentemente a centros geriátricos, mientras que los brotes de enfermedad de mano, pie y boca, los de eritema infeccioso y los de escarlatina han predominado en centros educativos, y los brotes de hepatitis A, los de sarampión y los de tuberculosis pulmonar en domicilios particulares.

Hay que seguir mejorando y reforzando aspectos como la notificación oportuna de las sospechas de brote, para facilitar la pronta investigación de los hechos, agilizar la toma de muestras y permitir la adopción de las medidas de control necesarias para evitar su extensión.

2. ANTECEDENTES

La notificación de situaciones epidémicas y brotes se encuentra integrada en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid desde enero de 1997, mediante el **Decreto 184/1996, de 19 de diciembre de 1996**, de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. El desarrollo de este Decreto en la Orden 9/1997, de 15 de enero, estableció la obligatoriedad y urgencia de la notificación, con el fin de detectar precozmente los problemas de salud y facilitar la toma de medidas encaminadas a proteger la salud de la población. Esta normativa también establece el análisis y difusión de la información generada, formulando las recomendaciones oportunas.

Posteriormente, en 2015 se produjo un cambio en la normativa reguladora de las Enfermedades de Declaración Obligatoria, con la publicación de la **Orden SSI/445/2015, de 9 de marzo**, ampliándose la lista de enfermedades a declarar, en consonancia al marco establecido por la Unión Europea. Unido a este cambio normativo, se revisaron los protocolos de trabajo para adecuar los procedimientos de vigilancia, incluyendo la definición de brote para aquellas enfermedades donde es relevante con el fin de mejorar la notificación e investigación epidemiológica.

3. METODOLOGÍA

A efectos de vigilancia, se considera **brote epidémico** la aparición de dos o más casos de la misma enfermedad asociados en tiempo, lugar y persona, aunque también se califican como situaciones epidémicas incidencias de tipo catastrófico o la aparición de un problema de salud en un territorio hasta entonces libre del mismo. Ante estas situaciones de riesgo para la población de la Comunidad de Madrid, la participación de los profesionales sanitarios de toda la Red Asistencial, tanto Pública como Privada, es fundamental para proporcionar la información necesaria para la investigación, así como para la toma de medidas de control.

En este informe se describen los brotes epidémicos –según la primera de las definiciones de brote del párrafo anterior- cuyo origen ha tenido lugar en el ámbito de la Comunidad de Madrid durante el año 2024. Se analizan de forma separada los brotes de gastroenteritis aguda con un vehículo alimentario conocido o sospechoso (incluida agua) como mecanismo de transmisión, los brotes de gastroenteritis aguda con otros mecanismos de transmisión (vía fecal-oral o desconocido) y el resto de brotes, ya que el modo de transmisión determina una diferenciación importante desde el punto de vista diagnóstico y preventivo. Dentro de los brotes de origen alimentario también se incluyen, si es el caso, procesos que se manifiestan en forma de brote y que no cursan de forma característica con síntomas gastrointestinales, pero tienen un alimento o agua como vehículo de transmisión de la enfermedad (brucelosis, triquinosis, botulismo, etc.). El grupo del resto de brotes incluye una variedad de patologías que se presentan en forma de brotes epidémicos.

Las **variables analizadas** han sido las relacionadas con el tipo de brote y el colectivo implicado, el número de afectados y de ingresos hospitalarios, el agente etiológico y la fecha de aparición del brote. Dependiendo del lugar de elaboración y consumo de la fuente de infección, los brotes alimentarios se clasifican en *familiares* (elaboración y consumo en el propio domicilio u otro lugar de ámbito familiar o privado), *colectivos* (elaboración en cocina central y/o comedor colectivo y consumo en comedor colectivo del tipo que sea) y *mixtos* (elaboración en establecimientos y consumo en domicilios u otro lugar de ámbito privado). Se ha calculado la incidencia de brotes y de casos asociados por 100.000 habitantes utilizando como denominador la población a 1 de enero del Censo Anual de 2024, facilitada por el Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid. El retraso en la notificación de los brotes se definió como los días transcurridos entre la aparición de los primeros síntomas y la notificación al sistema de vigilancia, presentado como media y desviación estándar, y como mediana y rango intercuartil. Los datos más relevantes se comparan con los brotes registrados en el año anterior.

4. BROTES DETECTADOS EN 2024

En 2024 se registraron un total de 423 brotes dentro del ámbito de la Comunidad de Madrid, con al menos 10.057 casos asociados y 230 ingresos hospitalarios (*tabla 4.1*); se notificaron 15 fallecimientos. La incidencia global anual fue de 6,03 brotes por 100.000 hab., y la tasa de casos asociados 143,48 por

100.000 hab. La proporción de ingresos supuso un 2,3% de los casos.

Los cuadros de gastroenteritis aguda con transmisión persona a persona o por otra vía distinta del consumo de alimentos o agua, ha sido el grupo que ha generado el mayor número de brotes (35,9% del total), el mayor número de casos (68,5%) y más hospitalizaciones (46 ingresos), seguido de los brotes de origen alimentario. El resto de brotes han supuesto un total de 172 (40,7%), aunque incluyen una variedad de procesos con distinta frecuencia e independientes entre sí. Según el ámbito genérico del brote, los relacionados con establecimientos, instituciones o grupos colectivos de cualquier tipo han sumado en total 369 brotes (87,2%), 9.885 casos (98,3%) y 161 hospitalizaciones (70,0%).

Se han notificado 59 brotes más que en el año 2023, lo que supone un 16,2% de incremento; los brotes de gastroenteritis no alimentarios han aumentado en un 47,6% y los relacionados con alimentos un 16,5%. El número total de casos ha aumentado en un 54,6%, mientras que los ingresos hospitalarios han descendido un 23,6%. Por ámbito, tanto los brotes de ámbito familiar o privado como los brotes en colectivos han aumentado respecto al año anterior en número y en casos asociados; las hospitalizaciones han aumentado en un 32,7% (de 52 a 69) en los brotes familiares mientras que han descendido en un 35,3% (de 249 a 161) en el resto de brotes.

Tabla 4.1. Brotes epidémicos. Comunidad de Madrid. Año 2024.

Ámbito genérico		Brotes		Casos		Hospitalizados	
		N	%	N	%	N	%
BOA	Limitados al entorno familiar	9	9,1	53	3,5	13	30,2
	Colectivos o mixtos	90	90,9	1.470	96,5	30	69,8
	Total	99	100,0	1.523	100,0	43	100,0
GEA de origen no alimentario	Limitados al entorno familiar	3	2,0	8	0,1	0	0,0
	Colectivos	149	98,0	6.867	99,9	46	100,0
	Total	152	100,0	6.875	100,0	46	100,0
Otros brotes epidémicos	Limitados al entorno familiar	42	24,4	111	6,7	56	39,7
	Colectivos	130	75,6	1.548	93,3	85	60,3
	Total	172	100,0	1.659	100,0	141	100,0
TOTAL		423		10.057		230	

BOA: Brote de origen alimentario. GEA: Gastroenteritis aguda.

5. BROTES DE ORIGEN ALIMENTARIO

5.1. Incidencia y ámbito del brote

Los brotes de origen alimentario (BOA) notificados en 2024 han sido 99 (1,41 brotes por 100.000 h.), con 1.523 casos asociados (21,73 casos por 100.000 h.), 43 ingresos (2,8% de los casos) y 2 fallecimientos. Respecto al año 2023, los brotes han aumentado globalmente un 16,5% (14 BOA más), aunque los relacionados con colectivos no familiares (colectivos+mixtos) han aumentado un 26,8% (19 brotes más) mientras que los brotes originados en domicilios particulares han descendido en un 35,7% (5 brotes menos). Los casos asociados han disminuido en conjunto un 28,1%, en este caso en todos los tipos de brotes, y los ingresos hospitalarios han descendido en 7 (14,0%) (tabla 5.1.1).

La media de casos por brote ha sido 15,4 (D.S.: 24,2) y la mediana 5 (rango intercuartil, RI: 9,5). En los brotes familiares la media ha sido 5,9 (D.S.: 4,1) y la mediana 4 (R.I.: 6,0), y en los brotes colectivos/mixtos la media fue 16,3 casos (D.S.: 25,1) y la mediana 5 (R.I.: 16,0).

En 22 de los 99 brotes hubo al menos 20 casos por brote, sumando un total de 1.138 afectados (74,7% del total). Todos estos brotes estuvieron relacionados con alimentos elaborados o consumidos en comedores colectivos. Solo 8 de estos brotes generaron en conjunto 671 casos (44,1% del total): 3 por consumo de elaboraciones con carne, 2 por platos elaborados con verduras crudas (norovirus) o cocinadas (*C. perfringens*), 1 brote asociado al consumo de un alimento con huevo crudo (*Salmonella*) y los otros 2 brotes sin identificación del alimento implicado ni del microorganismo responsable.

Tabla 5.1.1. BOA según ámbito. Comunidad de Madrid. Años 2023 y 2024.

	Año 2024						Año 2023					
	Brotos		Casos		Hospitalizados		Brotos		Casos		Hospitalizados	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Familiar	9	9,1	53	3,5	13	30,2	14	16,5	72	3,4	16	32,0
Colectivo	79	79,8	1.410	92,6	26	60,5	64	75,3	1.849	87,3	14	28,0
Mixto	11	11,1	60	3,9	4	9,3	7	8,2	197	9,3	20	40,0
TOTAL	99	100	1.523	100	43	100	85	100	2.118	100	50	100

Los colectivos que han notificado un mayor número de BOA, de casos asociados y de ingresos hospitalarios han sido los establecimientos de restauración. Los brotes ocurridos en el ámbito de domicilios o lugares particulares les siguen en frecuencia y en número de hospitalizaciones, aunque son los que han registrado el menor número de casos en conjunto. Los brotes en residencias de personas mayores también han destacado en magnitud y en ingresos hospitalarios (*tabla 5.1.2*).

Respecto al año anterior, destacan el aumento de BOA en establecimientos de restauración en un 40,5% (17 brotes más), el aumento del número de casos asociados en los brotes ocurridos en residencias sociosanitarias no destinadas a personas mayores (109 casos más en conjunto, 126,7%) y el número de hospitalizaciones en los brotes de centros de personas mayores, que han pasado de 5 a 10. En cambio, en los centros educativos ha descendido el número de brotes (-50,0%; 7 brotes menos) y de casos asociados (-71,8%; 745 casos menos). La mediana de casos por brotes ha descendido en los centros educativos (de 44,5 a 32 casos), en los centros de mayores (de 34 a 26) y en los establecimientos de restauración (de 4 a 3), y se ha mantenido en 3,5 en los brotes de ámbito familiar.

Tabla 5.1.2. BOA según colectivo implicado. Comunidad de Madrid. Años 2023 y 2024.

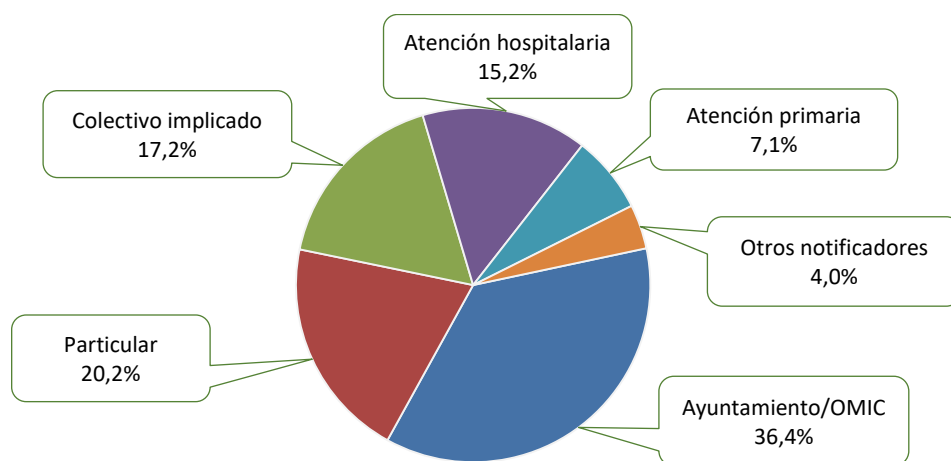
	Año 2024						Año 2023					
	Brotos		Casos		Hospitalizados		Brotos		Casos		Hospitalizados	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Bares, restaurantes, etc.	59	59,6	444	29,2	18	41,9	42	49,4	390	18,4	27	54,0
Domicilios particulares	12	12,1	69	4,5	14	32,6	17	20,0	84	4,0	17	34,0
Centros de PPMM	9	9,1	237	15,6	10	23,3	7	8,2	230	10,9	5	10,0
Centros educativos	7	7,1	293	19,2	1	2,3	14	16,5	1.038	49,0	1	2,0
Comedores de empresa	4	4,0	193	12,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Otros c. sociosanitarios	3	3,0	195	12,8	0	0,0	3	3,5	86	4,1	0	0,0
Centros penitenciarios	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	2,4	290	13,7	0	0,0
Otros lugares*	5	5,1	92	6,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
TOTAL	99	100	1.523	100	43	100	85	100	2.118	100	50	100

PPMM: Personas mayores.
*2 comedores colectivos en centros hospitalarios, 1 centro universitario, 1 campamento urbano y 1 establecimiento de venta de comidas.

5.2. Notificación

El mayor número de notificaciones de los BOA en 2024 ha procedido de denuncias recibidas en los ayuntamientos (36,4%), seguidas de las notificaciones realizadas directamente por afectados en los brotes (20,2%). Los profesionales del sistema sanitario han notificado el 22,2% de los brotes (15 brotes desde los centros hospitalarios y 7 brotes desde los centros de atención primaria), y los responsables de los propios colectivos afectados comunicaron 17 de los 99 brotes (17,2%) (*figura 5.2.1*).

Según el ámbito de los brotes, el 40,0% de los BOA colectivos/mixtos fueron notificados a través de denuncias presentadas en los ayuntamientos y otro 20,0% fueron notificaciones directas de particulares; en el 17,8% se recibió la notificación desde los colectivos implicados (centros de personas mayores y otros centros sociosanitarios, establecimientos de restauración, centros educativos y otros). En cuanto a los BOA exclusivamente familiares o privados, la principal fuente de notificación fue atención hospitalaria, con el 55,6% (5 de 9 brotes).

Figura 5.2.1. BOA según notificador. Comunidad de Madrid. Año 2024.

La media de días entre la fecha de aparición de los síntomas del primer caso y la fecha de notificación del brote ha sido de 5,0 (D.S.: 6,4) y la mediana de 3,0 (RI: 4 días). Para los BOA de ámbito familiar, la media ha sido de 5,6 días (D.S.: 5,8) y la mediana de 4 días (RI: 7,0); en los brotes colectivos/mixtos estas cifras han sido de 4,9 días (D.S.: 6,4) y 3 días (RI: 4,0), respectivamente. Según el lugar de consumo de los alimentos, la mediana de días transcurridos hasta la notificación del brote ha sido de 1 día (RI: 2) en los centros de personas mayores, de 2 días (RI: 3,5) en los establecimientos de restauración, de 3 días (RI: 3) en los centros educativos y de 4 días (RI: 9,5) en los brotes ocurridos tras el consumo de alimentos en domicilios o lugares de ámbito privado.

5.3. Distribución temporal y geográfica

En la *figura 5.3.1* se muestra la distribución de los brotes alimentarios a lo largo del año 2024, y en la *figura 5.3.2* se representa la evolución de este tipo de brotes y de los casos asociados en los últimos 10 años.

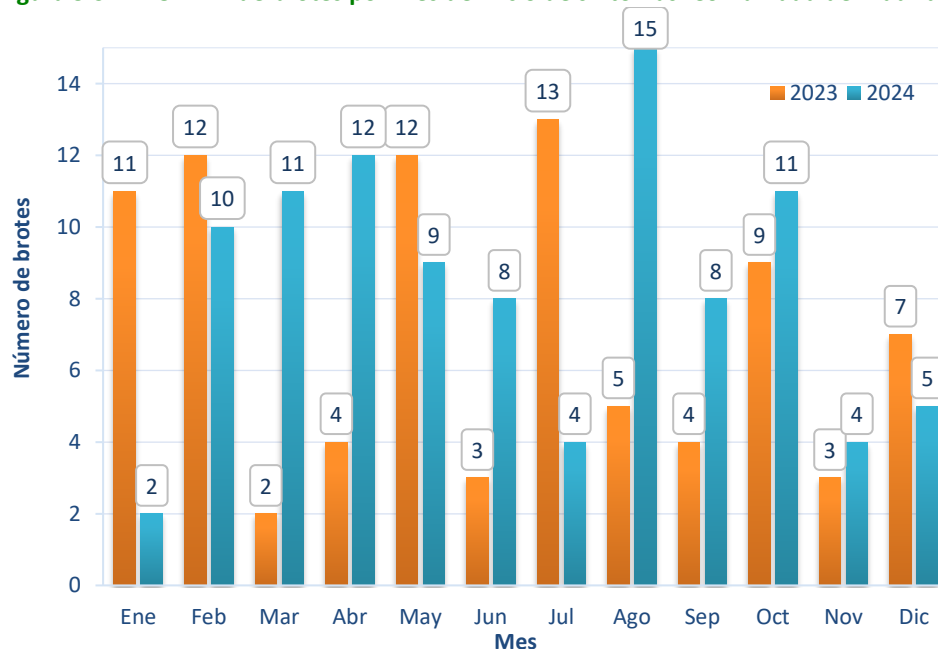
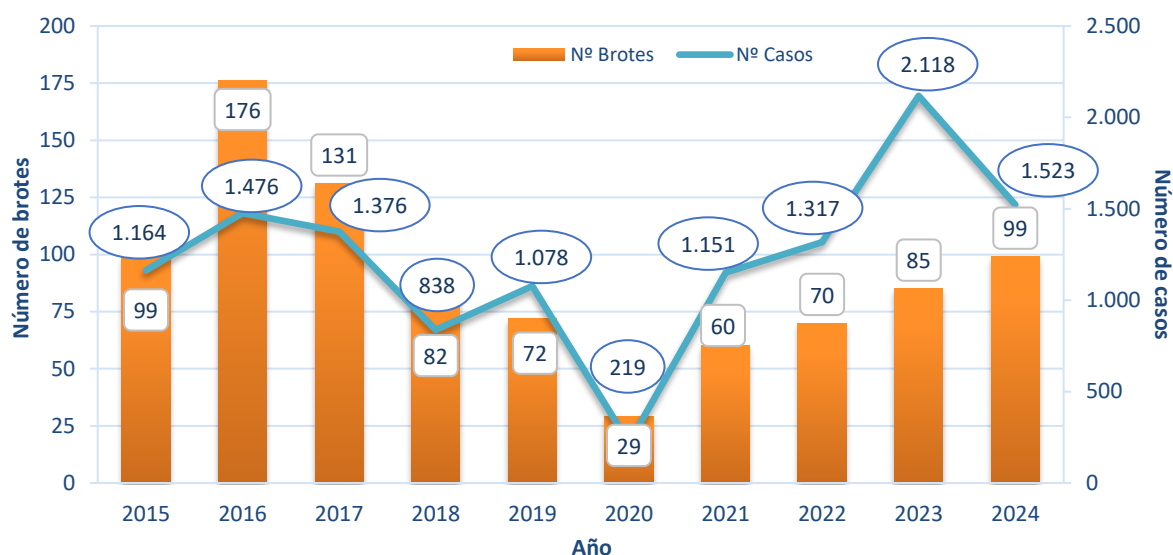
Figura 5.3.1. BOA. Nº de brotes por mes de inicio de síntomas. Comunidad de Madrid. Años 2023 y 2024.

Figura 5.3.2. BOA. Número de brotes y casos. Comunidad de Madrid. Periodo 2015-2024.

En cuanto a la distribución geográfica, 64 de los 99 brotes (64,6%) han ocurrido en el municipio de Madrid, seguido de Rivas-Vaciamadrid (5 brotes; 5,1%), Leganés (3 brotes; 3,0%) y Valdemoro, Pozuelo de Alarcón, Las Rozas de Madrid, Alcobendas y Getafe, con 2 brotes cada uno. Los 17 brotes restantes se han distribuido en otros tantos municipios distintos. Por número de casos, el conjunto de los brotes del municipio de Madrid ha generado casi la mitad del total (749 de 1.523 casos; 49,2%).

Dentro del municipio de Madrid y según el ámbito del brote, han destacado por número de BOA los distritos de Madrid-Centro (10 brotes, todos en establecimientos de restauración), Madrid-Vallecas (9 brotes, 5 de ellos en establecimientos de restauración), Madrid-Salamanca (8 brotes, 6 en establecimientos de restauración), Madrid-Fuencarral (6 brotes, 4 en establecimientos de restauración), Madrid-Tetuán (6 brotes, 4 de ellos en establecimientos de restauración y 2 en comedores de empresa) y Madrid-Chamberí (4 brotes en establecimientos de restauración). Los brotes de otros ámbitos se han repartido por el territorio de la Comunidad de Madrid sin agregaciones destacadas en ninguna zona.

5.4. Agente etiológico

En 31 (6 brotes familiares y 25 brotes de ámbito colectivo/mixto) de los 99 brotes (31,3%) se recogió al menos una muestra clínica de los enfermos (heces y/o sangre). Entre los brotes de ámbito colectivo/mixto se analizaron muestras de alimentos (materias primas, muestras testigo, muestras prospectivas u otras) en 62 brotes de 90 (68,9%); además, se pudo recoger y analizar una muestra del alimento consumido en un brote de ámbito exclusivamente familiar.

El microorganismo o agente causal del brote se identificó en 39 de los 99 BOA (39,4%) (*tabla 5.4.1*). En 19 de estos brotes la confirmación microbiológica se obtuvo exclusivamente en muestras de alimentos.

Tabla 5.4.1. BOA. Agente causal confirmado. Comunidad de Madrid. Años 2023 y 2024.

	Año 2024						Año 2023					
	Brotos		Casos		Hospitalizados		Brotos		Casos		Hospitalizados	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<i>Salmonella</i> no typhi	14	35,9	155	20,2	30	76,9	26	53,1	326	36,8	48	98,0
<i>C. perfringens</i>	8	20,5	329	42,9	5	12,8	12	24,5	439	49,6	0	0,0
<i>B. cereus</i>	6	15,4	80	10,4	0	0,0	1	2,0	8	0,9	0	0,0
<i>Campylobacter</i>	3	7,7	22	2,9	1	2,6	3	6,1	36	4,1	1	2,0
Aminas biógenas*	3	7,7	9	1,2	0	0,0	6	12,2	74	8,4	0	0,0
<i>S. aureus</i>	2	5,1	24	3,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Norovirus	1	2,6	114	14,9	0	0,0	1	2,0	2	0,2	0	0,0
Enterococo	1	2,6	32	4,2	1	2,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<i>Shigella flexneri</i>	1	2,6	2	0,3	2	5,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	39	100	767	100	39	100	49	100	885	100	49	100

*En 2024 se refiere a brotes por histamina/escómbridos y en 2023 incluye 1 brote por histamina/escómbridos y 5 brotes por otras aminas biógenas en carne de ave.

Salmonella sigue siendo el agente más frecuente (14 brotes: 35,9% de los brotes confirmados y 14,1% del total de BOA) y con mayor proporción de ingresos hospitalarios (76,9%), seguido de *C. perfringens* (8 brotes). Por número total de casos afectados, *C. perfringens*, *Salmonella* y norovirus (un solo brote) son los microorganismos que han destacado. La media de casos en los brotes por *Salmonella*, *C. perfringens*, *B. cereus*, *Campylobacter* e histamina ha sido de 11,1, 41,1, 13,3, 7,3 y 3,0, respectivamente.

Según el tipo de colectivo o ámbito del brote, se ha confirmado el agente causal en 6 de los 9 brotes familiares, 5 de ellos por *Salmonella* (4 relacionados con el consumo de alimentos elaborados con huevo y uno sin identificar el vehículo alimentario implicado) y 1 brote de dos casos en el que se confirmó *S. flexneri* en un queso de procedencia no segura elaborado en Perú. En los brotes relacionados con establecimientos de restauración, *Salmonella* y *B. cereus* han sido los agentes confirmados más frecuentemente (8 y 4 BOA, respectivamente), en las residencias de personas mayores 4 de los 6 brotes fueron por *C. perfringens*, y también fue este agente el más frecuente en los brotes ocurridos en otras residencias sociosanitarias (2 brotes de 3). Los dos brotes confirmados en centros educativos fueron por *Campylobacter* y enterococo, y los BOA en comedores de empresa se confirmaron por *C. perfringens*, norovirus y *B. cereus* (un brote cada uno).

5.5. Alimento implicado

En 24 de los 99 BOA (24,2%) se pudo identificar y confirmar (epidemiológicamente o mediante análisis microbiológico) el alimento que actuó como vehículo de transmisión del agente causal. No se recogieron muestras de alimentos en los brotes con elaboración y consumo en domicilios particulares.

En la *tabla 5.5.1* se detallan las principales características de los brotes con alimento confirmado. Distintas elaboraciones de guisos con carne han sido los más frecuentes, 5 de ellos contaminados con toxinas bacterianas (*C. perfringens* o *B. cereus*). Otros alimentos que han destacado han sido los elaborados con huevo -todos consumidos en restaurantes-, las preparaciones con pescado -crudo o cocinado- y los platos de pasta. Se confirmó enterococo en el agua de consumo de la red de abastecimiento común de un centro educativo en el que ocurrió un brote con 32 alumnos afectados. También hay que destacar 2 fallecimientos, uno en un brote familiar por *S. flexneri*, relacionado con el consumo de un queso de elaboración casera importado de Perú, y otro en un brote por *C. perfringens* en una residencia de mayores, en el que se sospechó como vehículo de transmisión más probable de un plato elaborado con carne.

Entre los brotes en los que no se pudo identificar el agente causal en los alimentos implicados (75), el análisis microbiológico de muestras de enfermos confirmó el agente en 17 brotes; *Salmonella* fue el más frecuente con 10 brotes, por consumo de alimentos elaborados con huevo en 7 de ellos.

Tabla 5.5.1. BOA. Alimentos confirmados. Comunidad de Madrid. Año 2024.

	Número de brotes	Tipo de colectivo implicado	Número de casos	Agente causal
Carne, excepto ave	6	Residencias de personas mayores (2)	11	<i>C. perfringens</i>
			5	<i>B. cereus</i>
		Establecimientos de restauración (2)	11	<i>B. cereus</i>
			4	<i>S. typhimurium</i>
		Residencia infantil	58	<i>C. perfringens</i>
		Comedor de empresa	13	<i>C. perfringens</i>
Pasta	3	Comedor de empresa	34	<i>B. cereus</i>
		Establecimiento de restauración	25	<i>B. cereus</i>
		Residencia estudiantil	19	<i>S. aureus</i>
Pescado cocinado	3	Centro hospitalario	5	<i>S. aureus</i>
		Establecimientos de restauración (2)	4	Histamina
Huevo	3	Establecimientos de restauración	70	<i>Salmonella</i>
Pescados crudos	2	Domicilio particular	11	Desconocido
		Establecimiento de restauración	5	Histamina
Verduras/legumbres	2	Centro de acogida	118	<i>C. perfringens</i>
		Comedor de empresa	114	Norovirus
Agua de abastecimiento	1	Centro educativo	32	Enterococo
Varios alimentos	1	Evento (boda)	30	Desconocido
Alimento elaborado con pollo	1	Establecimiento de restauración	4	<i>C. perfringens</i>
Croquetas de jamón	1	Establecimiento de restauración	3	<i>B. cereus</i>
Arroz	1	Establecimiento de restauración	2	<i>B. cereus</i>
TOTAL	24	---	578	---

5.6. Factores contribuyentes

Se ha recogido al menos un posible factor contribuyente en el 76,8% de los brotes relacionados con el consumo de alimentos. En la *tabla 5.6.1* se recogen estos factores (predisponentes, facilitadores, desencadenantes, etc.). Entre los brotes colectivos/mixtos, el conjunto de factores relacionados con la conservación en frío de las materias primas o alimentos ya elaborados han sido los más numerosos. De manera más específica, factores individuales como la limpieza deficitaria en utensilios y superficies, la contaminación cruzada entre alimentos como consecuencia de prácticas incorrectas de manipulación, y el enfriamiento o refrigeración inadecuados han sido factores destacados para la aparición y difusión de estos brotes relacionados con establecimientos o comedores colectivos. En los brotes de ámbito estrictamente familiar o particular, las prácticas incorrectas relacionadas con la conservación en frío de los alimentos o el consumo de alimentos sin un tratamiento térmico suficiente (a menudo acompañado de unos tiempos prolongados entre la elaboración y el consumo) se han asociado a varios de estos brotes.

Tabla 5.6.1. BOA. Factores contribuyentes según el ámbito. Comunidad de Madrid. Año 2024.

	Colectivo/Mixto	Familiar	Total	
	N	N	N	%
Refrigeración/Enfriamiento inadecuado	51	6	57	29,8
Conservación a temperatura ambiente o refrigeración inadecuada	18	4	22	11,5
Enfriamiento inadecuado tras la preparación	21	0	21	11,0
Preparación de los alimentos con excesiva antelación	7	2	9	4,7
Descongelación inadecuada	3	0	3	1,6
Interrupción de la cadena de frío	2	0	2	1,0
Manipulación inadecuada	44	0	44	23,0
Contaminación cruzada	24	0	24	12,6
Desproporción nº comidas elaboradas/capacidad de trabajo	10	0	10	5,2
Prácticas incorrectas de manipulación	10	0	10	5,2
Cocinado/Calentamiento inadecuado	29	2	31	16,2
Cocinado insuficiente	14	2	16	8,4
Mantenimiento inadecuado de la comida caliente	15	0	15	7,9
Productos crudos/no seguros	12	2	14	7,3
Alimentos sin trazabilidad/venta ambulante	4	1	5	2,6
Consumo de alimentos crudos	3	0	3	1,6
Utilización de restos de alimentos	3	0	3	1,6
Ingredientes contaminados	2	1	3	1,6
Factores ambientales/Otros	45	0	45	23,6
Limpieza y desinfección insuficiente de instalaciones y utensilios	28	0	28	14,7
Diseño inadecuado de los locales	11	0	11	5,8
Manipulador infectado	4	0	4	2,1
Deficiencias sanitarias en el agua de bebida	1	0	1	0,5
Presencia de plagas	1	0	1	0,5
TOTAL DE FACTORES IDENTIFICADOS*	181	10	191	100,0

*Un brote puede tener más de un factor contribuyente identificado.

5.7. Medidas de control

En la *tabla 5.7.1* se muestran las principales medidas adoptadas para el control de los BOA, más allá de la investigación epidemiológica y la toma de muestras clínicas y alimentarias. En los brotes ocurridos en domicilios privados, la principal actuación va dirigida a reforzar la educación sanitaria de los ciudadanos sobre la correcta manipulación y conservación de los alimentos, aunque en las situaciones en las que se sospecha de alimentos elaborados fuera del domicilio (comedores colectivos, industria, etc.) también se lleva a cabo la inspección del establecimiento implicado. En los brotes que se consideran de ámbito colectivo, la inspección de las instalaciones, junto con la investigación de los manipuladores y la adopción de las medidas preventivas o sancionadoras que correspondan (destrucción de materias primas o alimentos considerados no seguros y el cese cautelar de la actividad, entre otros) han sido las principales actuaciones en materia de control de los posibles riesgos alimentarios.

Tabla 5.7.1. BOA. Medidas de control adoptadas según el ámbito. Comunidad de Madrid. Año 2024.

	Colectivo/Mixto		Familiar		Total	
	N	%*	N	%*	N	%*
Cese de actividad o cierre del establecimiento	11	12,2	0	0,0	11	11,1
Cloración del agua	1	1,1	0	0,0	1	1,0
Desinfección de instalaciones	2	2,2	0	0,0	2	2,0
Educación sanitaria	6	6,7	3	33,3	9	9,1
Inmovilización o destrucción de alimentos	30	33,3	1	11,1	31	31,3
Inspección del local	89	98,9	2	22,2	91	91,9
Investigación y control de manipuladores	38	42,2	0	0,0	38	38,4

*Porcentajes respecto al total de brotes notificados de cada ámbito.

6. BROTES DE GASTROENTERITIS AGUDA DE ORIGEN NO ALIMENTARIO

6.1. Incidencia y ámbito del brote

En 2024 se han notificado 152 brotes de gastroenteritis aguda (GEA) sin relación con el consumo de alimentos, lo que supone una incidencia de 2,17 brotes por 100.000 hab. (1,50 brotes por 100.000 hab. en 2023). El número de casos asociados ha sido de 6.875 (98,08 casos por 100.000 hab.), y han generado un total de 46 ingresos hospitalarios (0,1% de los casos). Respecto al año anterior, estas cifras suponen 47,6% más brotes, 123,4% más casos y 35,3% más hospitalizaciones (tabla 6.1.1). Se han notificado 3 fallecimientos en otros tantos brotes, todos en residencias de personas mayores.

Tabla 6.1.1. Brotes de GEA de origen no alimentario por colectivo. Comunidad de Madrid. Años 2023 y 2024.

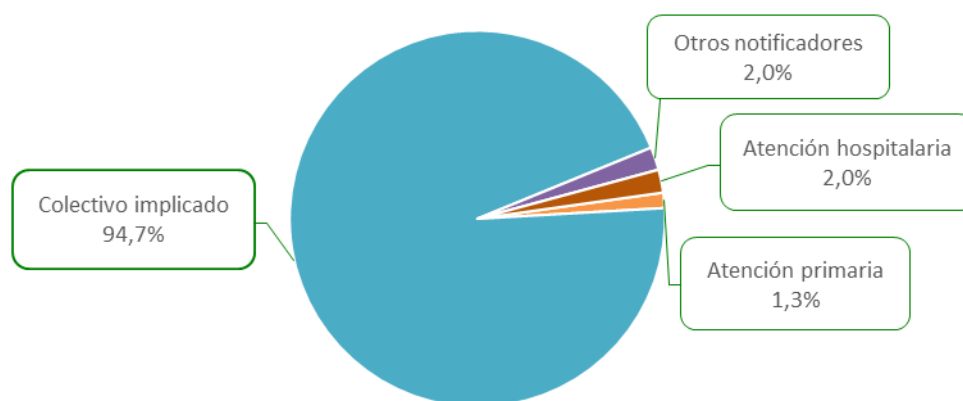
	Año 2024						Año 2023					
	Brotes		Casos		Hospitalizados		Brotes		Casos		Hospitalizados	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Centros de PPMM	133	87,5	6.455	93,9	41	89,1	83	80,6	2.866	93,1	32	94,1
Centros no geriátricos*	9	5,9	223	3,2	4	8,7	6	5,8	82	2,7	1	2,9
Centros escolares	3	2,0	123	1,8	0	0,0	7	6,8	111	3,6	0	0,0
Domicilios	3	2,0	8	0,1	0	0,0	6	5,8	13	0,4	1	2,9
Centros sanitarios	2	1,3	35	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Otros colectivos**	2	1,3	31	0,5	1	2,2	1	1,0	5	0,2	0	0,0
TOTAL	152	100	6.875	100	46	100	103	100	3.077	100	34	100

PPMM: personas mayores.
*2023: 2 centros de personas con discapacidad, 1 albergue para refugiados, 1 vivienda para personas sin hogar, 1 residencia para madres/hijos y 1 residencia universitaria. 2024: 9 centros de personas con discapacidad.
**2023: 1 granja-escuela. 2024: 1 local de ocio y 1 establecimiento hotelero.

Por tipo de colectivo afectado, los brotes en residencias y centros para personas mayores han sido, con diferencia, los más notificados, los que han presentado un mayor número de casos asociados y de hospitalizaciones y los que han experimentado un mayor incremento respecto al año 2023. Los brotes en residencias distintas de los centros geriátricos también han aumentado respecto al año previo, mientras que los brotes en centros educativos y en domicilios particulares han disminuido en 2024.

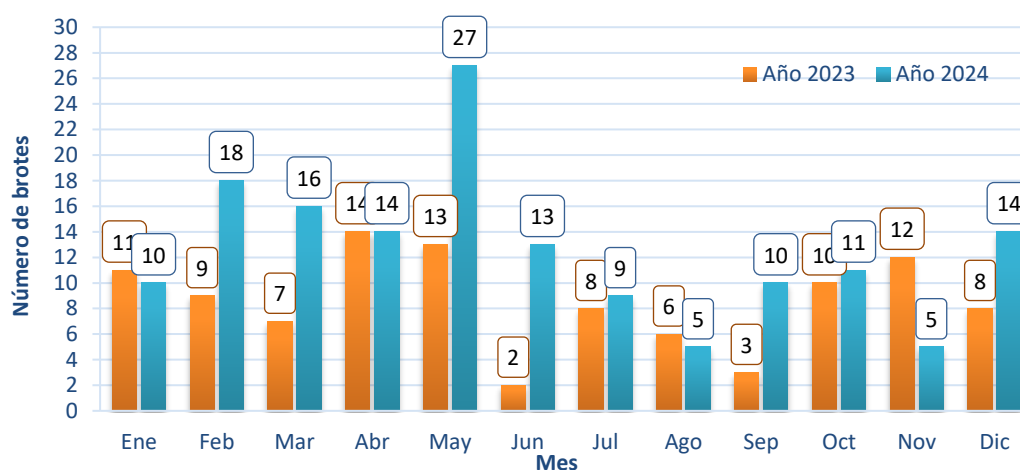
6.2. Notificación

En 2024 la notificación de los brotes de GEA llegó desde los propios colectivos afectados en el 94,7% de los casos (144 de 152) (figura 6.2.1). En cuanto al tiempo transcurrido hasta la notificación, para el conjunto de brotes de GEA la media de días fue de 4,3 (D.S.: 3,3) y la mediana de 3 días (R.I.: 3).

Figura 6.2.1. Brotes de GEA de origen no alimentario según notificador. Comunidad de Madrid. Año 2024.

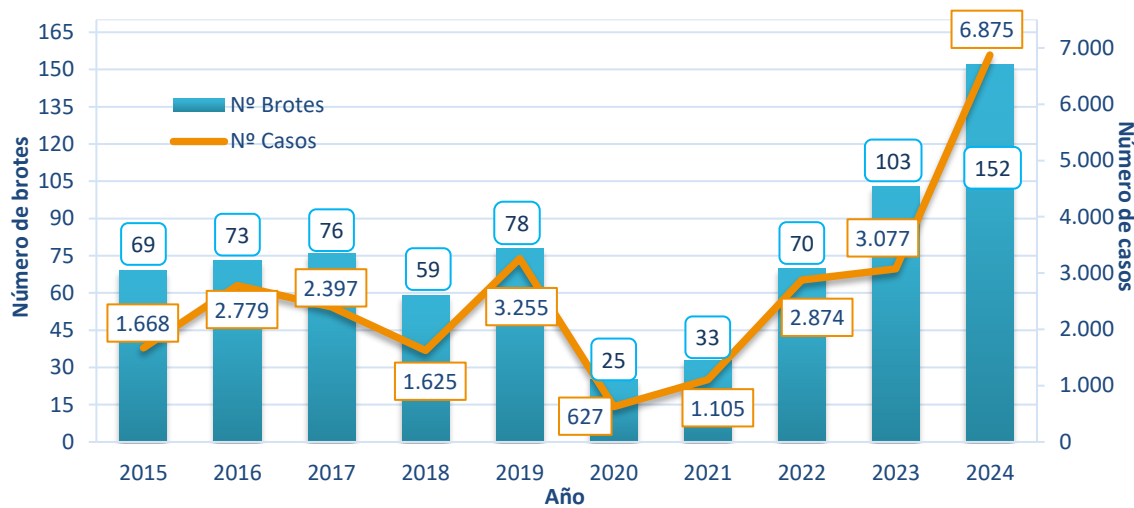
6.3. Distribución temporal

En la *figura 6.3.1* se desglosa la distribución de los brotes de GEA según el mes de inicio de los síntomas del primer caso. Casi la mitad de los brotes (49,3%) han ocurrido entre febrero y mayo, destacando el número de brotes que se presentaron en el mes de mayo.

Figura 6.3.1. Brotes de GEA de origen no alimentario. Estacionalidad por mes de inicio de síntomas. Comunidad de Madrid. Años 2023 y 2024.

La *figura 6.3.2* muestra la evolución de los brotes de GEA no alimentarias de los últimos 10 años. El número de brotes y de casos asociados del año 2024 han sido los más elevados de todo el periodo.

Figura 6.3.2. Brotes de GEA de origen no alimentario. Número de brotes y casos. Comunidad de Madrid. Periodo 2015-2024.



6.4. Agente etiológico

En 2024 se ha confirmado el agente causal por laboratorio en 99 de los 152 brotes de GEA no alimentarias (65,1%). El agente causal más frecuente ha sido norovirus (93,9% de los brotes confirmados); otros virus causantes de estos brotes han sido rotavirus (3 brotes) y sapovirus (1 brote). Los dos brotes por *Shigella sonnei* fueron notificados con retraso y no se pudo llevar a cabo una investigación epidemiológica completa, pero los datos disponibles apuntaron a una transmisión directa persona a persona dentro del ámbito familiar (tabla 6.4.1).

Los brotes por norovirus ocurrieron en residencias de personas mayores (86 brotes), en residencias para personas con discapacidad (3 brotes), en centros sanitarios (2 brotes), en un centro de ocio infantil y en un domicilio particular; el resto de brotes víricos afectaron a residencias geriátricas.

Aunque sin confirmación microbiológica, el cuadro clínico, la evolución de los enfermos y los datos epidemiológicos del resto de brotes de GEA hicieron sospechar un origen vírico en todos los casos.

Tabla 6.4.1. Brotes de GEA de origen no alimentario. Agente causal. Comunidad de Madrid. Años 2023 y 2024.

	Año 2024						Año 2023					
	Brotes		Casos		Hospitalizados		Brotes		Casos		Hospitalizados	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Norovirus	93	61,2	5109	74,3	30	65,2	37	35,9	1534	49,9	12	35,3
Rotavirus	3	2,0	168	2,4	1	2,2	1	1,0	12	0,4	0	0,0
S. sonnei	2	1,3	6	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sapovirus	1	0,7	28	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Campylobacter	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	2,9	7	0,2	0	0,0
Salmonella	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	1,9	4	0,1	1	2,9
C. difficile	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,0	12	0,4	10	29,4
Giardia	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,0	2	0,1	0	0,0
Sin confirmar	53	34,9	1564	22,7	15	32,6	58	56,3	1506	48,9	11	32,4
TOTAL	152	100	6875	100	46	100	103	100	3077	100	34	100

7. OTROS BROTES EPIDÉMICOS

7.1. Tipos y ámbito del brote

Además de los brotes de gastroenteritis aguda (asociados al consumo de alimentos o de agua o por cualquier otro mecanismo de transmisión), durante el año 2024 se han registrado otros 172 brotes de distintas enfermedades (*tabla 7.1.1*). Han destacado por número de brotes los de escabiosis (56 brotes y 652 casos asociados), los de tuberculosis pulmonar (26 brotes, 66 casos y 43 ingresos hospitalarios), los de gripe (17 brotes, 177 casos, 60 hospitalizaciones y 7 fallecimientos), los de eritema infeccioso (13 brotes y 116 casos) y los de hepatitis A (11 brotes, 25 casos y 10 ingresos). Los brotes de conjuntivitis y los de enfermedad de mano, pie y boca también han destacado por el número de casos asociados (309 y 173, respectivamente), y los brotes de infección por virus respiratorio sincitial (VRS) y los brotes de sarampión por el número de ingresos hospitalarios (11 hospitalizaciones cada uno).

Se han reportado un total de 10 fallecimientos entre estos brotes: 7 fallecidos en 5 brotes de gripe ocurridos en residencias de personas mayores, 2 fallecidos en otros tantos brotes de infección por VRS, también en centros geriátricos, y un fallecido en un brote de legionelosis que afectó a dos personas residentes en otras comunidades autónomas que estuvieron alojadas en un hotel de la Comunidad de Madrid.

En todos los brotes se ha confirmado por laboratorio el agente causal, excepto en los de conjuntivitis, los de enfermedad de mano, pie y boca, los de eritema infeccioso y en el brote de impétigo, todos ellos con diagnóstico clínico; la mayoría de los brotes de escabiosis (96,4%) también han tenido un diagnóstico clínico. En 11 de los 17 brotes de gripe (64,7%) se informó de virus influenza A, y en un brote más se identificó virus influenza B.

Tabla 7.1.1. Brotes epidémicos (excluyendo GEA). Comunidad de Madrid. Años 2023 y 2024.

	2024				2023*			
	Brotes		Casos	Hospit.	Brotes		Casos	Hospit.
	Total	Confirmados			Total	Confirmados		
Conjuntivitis	10	0	309	0	3	0	51	0
Enfermedad de mano, pie y boca	10	0	173	0	2	0	16	0
Eritema infeccioso	13	0	116	0	4	0	25	0
Escabiosis	56	2	652	0	59	1	453	0
Escarlatina/Amigdalitis	10	10	58	0	33	27	165	1
Gripe	17	17	177	60	39	39	454	167
Hepatitis A	11	11	25	10	3	3	10	3
Impétigo	1	0	11	0	2	0	12	0
Infección por VRS	5	5	17	11	2	2	11	6
Legionelosis	2	2	4	4	2	2	6	6
Sarampión	5	5	21	11	0	0	0	0
Tosferina	4	4	19	0	4	4	21	1
Tuberculosis pulmonar	26	26	66	43	15	15	40	33
Varicela	2	2	11	2	7	2	39	0

Hospit.: hospitalizados. VRS: Virus respiratorio sincitial.

*Solo se muestran enfermedades con brotes en el año 2024.

En la *tabla 7.1.2* se detallan los brotes según el colectivo afectado. En los brotes de conjuntivitis, los de escabiosis, los de gripe y los de infección por VRS los colectivos más afectados han sido los centros geriátricos, mientras que los brotes de enfermedad de mano, pie y boca, los de eritema infeccioso y los de escarlatina han predominado en los centros educativos. Los brotes de hepatitis A, los de sarampión y los de tuberculosis pulmonar se han dado más frecuentemente en domicilios particulares.

Tabla 7.1.2. Brotes epidémicos (excluyendo GEA). Colectivos implicados. Comunidad de Madrid. Año 2024.

	Ámbito del brote	Nº brotes	Nº casos	Nº hospitalizados
Conjuntivitis	Residencia de PPMM	9	279	0
	Personas con discapacidad	1	30	0
Enf. mano, pie y boca	Centro educativo	10	173	0
Eritema infeccioso	Centro educativo	13	116	0
Escabiosis	Residencia de PPMM	41	562	0
	Otro centro sociosanitario*	10	71	0
	Centro educativo	3	13	0
	Domicilio particular	2	6	0
Escarlatina	Centro educativo	10	58	0
Gripe	Residencia de PPMM	14	145	56
	Personas con discapacidad	3	32	4
Hepatitis A	Domicilio particular	11	25	10
Impétigo	Centro educativo	1	11	0
Infección por VRS	Residencia de PPMM	3	10	8
	Centro de enfermedad mental	1	4	2
	Centro educativo	1	3	1
Legionelosis	Establecimiento hotelero	1	2	2
	Residencia de PPMM	1	2	2
Sarampión	Domicilio particular	4	13	9
	Centro educativo	1	8	2
Tosferina	Centro educativo	2	10	0
	Domicilio particular	2	9	0
Tuberculosis pulmonar	Domicilio particular	23	58	37
	Residencia de PPMM	2	5	5
	Centro educativo	1	3	1
Varicela	Centro educativo	1	8	0
	Centro de inmigrantes/refugiados	1	3	2

PPMM: personas mayores. VRS: virus respiratorio sincitial.

*Incluye 4 centros de menores, 3 centros de inmigrantes/refugiados, 2 centros de personas con discapacidad y 1 centro de mujeres.

7.2. Notificación

Para el conjunto de brotes, la notificación se ha recibido desde los propios colectivos afectados en el 71,5% (123 de 172 brotes) y desde los centros hospitalarios en el 24,4% (42 de 172). Considerando las enfermedades con mayor número de brotes, la notificación se lleva a cabo fundamentalmente desde la institución o el centro afectado en los brotes de escabiosis (96,4%), los de gripe (100%), los de eritema infeccioso (100%), los de conjuntivitis (100%) y los de enfermedad de mano, pie y boca. En los brotes ocurridos fundamentalmente en el ámbito familiar, como los brotes de tuberculosis, los de hepatitis A y los de sarampión, la notificación ha llegado mayoritariamente desde atención hospitalaria (100%, 81,8% y 100%, respectivamente).

8. PRINCIPALES HALLAZGOS

* En el año 2024 se han registrado en la Comunidad de Madrid un total de 423 brotes epidémicos (364 brotes en 2023), lo que supone una incidencia de 6,03 brotes por 100.000 hab. (5,30 en 2023). El número total de casos afectados ha aumentado paralelamente (143,48 por 100.000 hab. en 2024 frente a 94,66 casos por 100.000 hab. en 2023), mientras que los ingresos hospitalarios han descendido de 301 en 2023

a 230 en 2024.

* Los brotes que han aumentado respecto al año anterior han sido los de gastroenteritis -tanto los relacionados con alimentos como los transmitidos por otras vías-, los de conjuntivitis, los de enfermedad de mano, pie y boca, los de eritema infeccioso, los de hepatitis A, los de infección por virus respiratorio sincitial y los de tuberculosis pulmonar.

* Los brotes de gastroenteritis aguda (GEA) por transmisión fecal-oral han sido los más frecuentes en número (152) y en casos totales (6.875). Estas cifras son las más altas de, al menos, los últimos 10 años, asociado este hecho a una mejora en los plazos de notificación (la media de tiempo entre el comienzo del brote y la notificación ha descendido progresivamente en los últimos años hasta ser de 4,3 días en 2024) y a un mejor diagnóstico microbiológico (el porcentaje de brotes con confirmación microbiológica del agente causal ha sido del 65,1% en 2024, el más alto del periodo de 10 años). Casi la mitad de los brotes (49,3%) han ocurrido entre los meses de febrero y mayo.

* La gran mayoría de estos brotes de GEA han afectado a instituciones que atienden a personas con riesgo de mayor vulnerabilidad por edad o por enfermedades de base, como residentes de centros geriátricos o de personas con discapacidad, niños y niñas escolarizados de corta edad o pacientes ingresados. A pesar de que se han registrado 46 hospitalizaciones en estos brotes, solo superado por los 60 ingresados en los brotes de gripe, hay que señalar que la proporción de ingresos respecto al número de casos ha sido solo del 0,1%. Los brotes en residencias de personas mayores han sido, con mucho, los más frecuentes (133; 87,5% de todos los brotes de GEA), los que han presentado un mayor número de casos asociados (6.455; 93,9% de los brotes de GEA) y de hospitalizaciones (41 de 46 ingresos), y los que han experimentado un mayor incremento respecto al año previo (+60,2%).

* El agente causal más frecuente entre los brotes de GEA no alimentarias de 2024, con gran diferencia, sigue siendo norovirus (93,9% de los brotes confirmados y 61,2% del total de brotes notificados), aunque también se han identificado otros virus (3 rotavirus y 1 sapovirus). Se han notificado 2 brotes de GEA no alimentaria por *Shigella sonnei*, ambos en el ámbito familiar.

* Los brotes asociados al consumo de alimentos o agua (BOA) han sido los siguientes en frecuencia (99 brotes; 1,41 brotes por 100.000 hab.). Este número de brotes en 2024 continúa la tendencia ascendente desde la caída observada en 2020, año en el que irrumpió el covid-19, con gran impacto sobre los sistemas de vigilancia. En cuanto al número de casos, se han afectado 1.523 personas (21,73 casos por 100.000 hab.) y han generado 43 ingresos (2,8% de los casos). Respecto al año anterior, se ha observado un aumento global del 16,5% en el número de BOA, aunque con diferencias según el ámbito: los brotes originados en colectivos no familiares (BOA colectivos y mixtos) han aumentado un 26,8% (71 brotes en 2023 y 90 brotes en 2024), mientras que los brotes originados en domicilios particulares han descendido en un 35,7% (14 en 2023 y 9 en 2024). Los casos asociados han disminuido en todos los tipos de brotes (de 2.118 en 2023 a 1.523 en 2024, un 28,1% menos en conjunto), y los ingresos hospitalarios han descendido en 7 (14,0%).

* Desglosando por el tipo de colectivo implicado, los establecimientos de restauración (bares, restaurantes y similares) han sido los que han notificado un mayor número de BOA (59), de casos asociados (444) y de ingresos hospitalarios (18). Los brotes en el ámbito de domicilios o lugares particulares les siguen en frecuencia (12 brotes) y en número de hospitalizaciones (14), aunque con el menor número de casos (69). Los brotes en centros escolares han destacado en número de casos (293, con una mediana de 32 casos por brote) y las residencias de personas mayores también han destacado en magnitud (26 casos por brote) y en ingresos hospitalarios (10).

* Los brotes relacionados con el consumo de alimentos elaborados en comedores colectivos se han notificado fundamentalmente a través de denuncias o reclamaciones presentadas en los ayuntamientos o directamente en la Dirección General de Salud Pública por parte de afectados (60% de los brotes colectivos/mixtos). Los brotes familiares, en cambio, se han recibido desde atención hospitalaria en más de la mitad de los casos, lo que estaría relacionado con la mayor proporción de ingresos hospitalarios en estos brotes que, probablemente, se debería a un sesgo hacia una mejor notificación de los brotes que

solicitan una atención médica especializada más que a una forma de presentación o evolución peor de estos brotes en comparación con el resto. En cuanto al tiempo hasta la notificación de los brotes, los indicadores han mostrado un retroceso con relación al año 2023: la media ha pasado de 4,3 días a 5 y la mediana de 2 a 3 días.

* El agente causal se ha confirmado por laboratorio en el 39,4% de los BOA de 2024, cifra inferior a la alcanzada en los últimos años, y se ha podido vincular (mediante pruebas de laboratorio o en el análisis estadístico) el alimento concreto que actuó como vehículo de transmisión con la aparición del brote en el 24,2% de los casos. Los brotes de salmonelosis ocupan el primer lugar entre los confirmados, 14 de 39, seguidos de los brotes por *C. perfringens* (8) y los de *B. cereus* (6). *Salmonella* ha sido el agente más frecuente en los brotes ocurridos en establecimientos de restauración (8 de 16 confirmados) y en domicilios particulares (5 de 6), mientras que *C. perfringens* ha sido el más confirmado en las residencias sociosanitarias (6 de 9). Los alimentos confirmados más frecuentemente han sido los guisos de carne (6 brotes), vinculados mayoritariamente a brotes producidos por toxinas bacterianas, las elaboraciones con pescado crudo o cocinado, que provocaron una intoxicación histamínica en 3 de los 5 brotes confirmados, los platos de pasta (3 brotes), también con toxinas bacterianas, y los platos con huevo (3 brotes), todos por *Salmonella*.

* En los BOA colectivos/mixtos, factores como la limpieza deficitaria en utensilios y superficies, la contaminación cruzada entre alimentos como consecuencia de prácticas incorrectas de manipulación, y el enfriamiento o refrigeración inadecuados de materias primas o alimentos ya elaborados, se han identificado como prácticas contribuyentes o desencadenantes de estos brotes en establecimientos o comedores colectivos. En el ámbito familiar o particular, los factores deficitarios térmicos, bien relacionados con la conservación en frío, bien por tratamiento térmico insuficiente, junto a tiempos prolongados entre la elaboración y el consumo, han contribuido a la aparición de varios de estos brotes. Como medidas inmediatas para identificar el origen y limitar la extensión del brote, se ha llevado a cabo, tras la notificación, la inspección de los establecimientos implicados y la toma de muestras alimentarias en la mayoría de los casos, implementándose acciones como el cese de la actividad, la destrucción de alimentos o la imposición de sanciones en función de las infracciones y riesgos detectados.

* Entre los brotes del resto de enfermedades, han destacado los brotes de escabiosis (56 brotes -51 de ellos en centros geriátricos o de otro tipo- y 652 casos asociados), los de tuberculosis pulmonar (26 brotes -23 de ellos en domicilios particulares-, 66 casos y 43 ingresos hospitalarios), los de gripe (17 brotes en centros sociosanitarios, 177 casos, 60 hospitalizaciones y 7 fallecimientos), los de eritema infeccioso (13 brotes en centros educativos y 116 casos) y los de hepatitis A (11 brotes en domicilios particulares, 25 casos y 10 ingresos). Los brotes de conjuntivitis y los de enfermedad de mano, pie y boca también han destacado por el número de casos asociados (309 y 173, respectivamente), y los brotes de infección por virus respiratorio sincitial (VRS) y los de sarampión por el número de ingresos hospitalarios (11 hospitalizaciones cada uno).

* Aunque los datos de vigilancia de los brotes epidémicos muestran avances positivos en varios indicadores, hay aspectos que siguen necesitando mejorar y reforzar, especialmente la notificación oportuna de las sospechas de brote, lo que agilizaría la pronta investigación de los hechos y el origen de los problemas, facilitaría la toma de muestras y permitiría la adopción de las medidas de control necesarias para evitar su extensión. También conviene destacar la importancia del trabajo coordinado entre sectores, instituciones y profesionales como elemento esencial para anticipar, controlar y reducir eficazmente los problemas de salud pública.

Informe elaborado por: Inmaculada Rodero Garduño. Servicio de Alertas y Brotes epidémicos. Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles.

Cita recomendada: Dirección General de Salud Pública. Brotes epidémicos en la Comunidad de Madrid. Año 2024. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Número 12. Volumen 30. Diciembre, 2025.

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



Dirección General de Salud Pública
CONSEJERÍA DE SANIDAD