BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO

de la Comunidad de Madrid

Comunidad de Madrid



Edita:
CONSEJERÍA DE SANIDAD
Dirección General de Salud Pública
http://www.comunidad.madrid/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: Septiembre 2026
ISSN: 1695 – 7059
Publicado en España – Published in Spain

BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO

de la Comunidad de Madrid

Nº 9.

Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Número 9. Volumen 31. Septiembre 2026

ÍNDICE



Situación epidemiológica del virus respiratorio sincitial (VRS) en la Comunidad de Madrid. Temporadas 2024/2025 y 2025/2026. 3



Cáncer de cuerpo de útero en la Comunidad de Madrid. Incidencia 2018-2020 y supervivencia a 1, 3 y 5 años. 24



Efectos sobre la salud de las temperaturas extremas: Vigilancia de los efectos del calor 2026. Plan de Actuación ante Episodios de Altas Temperaturas 2026. 48



Morbilidad por Enfermedades de Declaración Obligatoria. Año 2025. 65

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL VIRUS RESPIRATORIO SINCITIAL (VRS) EN LA COMUNIDAD DE MADRID. TEMPORADAS 2024/2025 y 2025/2026

ÍNDICE

ÍNDICE 3
RESUMEN 4
ABSTRACT 4
1. INTRODUCCIÓN 5
2. METODOLOGÍA 6
3. RESULTADOS 8
3.1. Análisis global de los casos confirmados de VRS de la temporada 2024/2025 y 2025/2026 8
3.1.1. Notificación 8
3.1.2. Distribución espacial 9
3.2. Análisis de los casos confirmados de VRS de la temporada 2024/2025 y 2025/2026 10
3.2.1. Datos descriptivos generales 10
3.2.2. Sintomatología 11
3.2.3. Diagnóstico 14
3.2.4. Niveles de asistencia 14
3.2.5. Factores de riesgo 15
3.2.6. Evolución de la enfermedad 17
3.2.7. Inmunización frente al VRS 18
4. DISCUSIÓN 20
5. CONCLUSIONES 22
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 23

RESUMEN

Introducción: El virus respiratorio sincitial (VRS) provoca una importante carga de enfermedad, especialmente en los extremos de la vida y en personas con factores de riesgo. El objetivo es describir la epidemiología, características clínicas, gravedad y estrategias de inmunización de los casos confirmados de VRS en la Comunidad de Madrid durante las temporadas 2024/2025 y 2025/2026.

Métodos: Estudio observacional descriptivo de los casos confirmados microbiológicamente mediante PCR y/o detección de antígeno, registrados entre las semanas epidemiológicas 40 y 20 de ambas temporadas. Se analizaron variables demográficas, clínicas, factores de riesgo, utilización de recursos asistenciales, evolución e inmunización frente al VRS.

Resultados: Se identificaron 9.590 episodios, 5.317 en 2024/2025 y 4.273 en 2025/2026, con incidencias de 75,86 y 60,07 casos por 100.000 habitantes, respectivamente. Las mayores incidencias se observaron en menores de un año y aumentaron nuevamente en edades avanzadas. La tos fue el síntoma más frecuente y la fiebre disminuyó con la edad. El 67,2% requirió hospitalización y, entre los hospitalizados, el 8,0% ingresó en UCI. El 49,8% presentó al menos un factor de riesgo. Se registraron 173 fallecimientos atribuibles al VRS (1,8%), concentrados en edades avanzadas.

Conclusiones: El VRS mantiene una elevada carga asistencial, especialmente en lactantes y adultos mayores. La vigilancia continuada resulta esencial para caracterizar su evolución y evaluar el impacto de las nuevas estrategias de inmunización.

ABSTRACT

Background: Respiratory syncytial virus (RSV) causes a substantial disease burden, particularly at the extremes of age and among individuals with underlying risk factors. This study aimed to describe the epidemiology, clinical characteristics, severity, and immunization strategies of laboratory-confirmed RSV cases in the Community of Madrid during the 2024/2025 and 2025/2026 seasons.

Methods: We conducted an observational descriptive study of laboratory-confirmed RSV cases detected by PCR and/or antigen testing between epidemiological weeks 40 and 20 of both seasons. Demographic and clinical characteristics, underlying risk factors, healthcare utilization, outcomes, and RSV immunization were analyzed.

Results: A total of 9,590 RSV episodes were identified, 5,317 in 2024/2025 and 4,273 in 2025/2026, corresponding to cumulative incidences of 75.86 and 60.07 cases per 100,000 population, respectively. Incidence was highest among infants aged <1 year and increased again in older age groups. Cough was the most frequent symptom, whereas fever became less frequent with increasing age. Overall, 67.2% of cases required hospitalization, and 8.0% of hospitalized patients were admitted to an intensive care unit. At least one underlying risk factor was present in 49.8% of cases. Overall, 173 RSV-attributable deaths were recorded (1.8%), predominantly among older adults.

Conclusions: RSV remains associated with a substantial healthcare burden, particularly among infants and older adults. Continued epidemiological surveillance is essential to characterize disease trends and assess the impact of newly introduced immunization strategies.

1. INTRODUCCIÓN

La infección por virus respiratorio sincitial (VRS) constituye una causa importante de infección respiratoria en personas de todas las edades. La infección puede manifestarse mediante cuadros respiratorios leves, pero también puede cursar con afectación de las vías respiratorias inferiores y evolucionar a cuadros que requieran hospitalización y, en los casos de mayor gravedad, ingreso en unidades de cuidados intensivos o incluso conducir al fallecimiento del paciente. La carga de enfermedad no se distribuye de manera homogénea, siendo especialmente relevante en lactantes, personas de edad avanzada y pacientes con determinadas enfermedades crónicas o situaciones de vulnerabilidad.

El VRS se transmite principalmente a través de secreciones respiratorias y por contacto directo con superficies o manos contaminadas. Las reinfecciones son frecuentes a lo largo de la vida, ya que la inmunidad generada tras una infección natural no proporciona una protección completa ni duradera frente a episodios posteriores.

La presentación clínica es variable y depende de factores como la edad, el estado inmunitario o la presencia de enfermedades subyacentes. Habitualmente, se producen síntomas respiratorios de carácter leve: rinorrea, tos, fiebre o malestar general. Sin embargo, la infección puede progresar y dar lugar a síntomas como bronquiolitis, neumonía u otros cuadros respiratorios de mayor gravedad. Además, el virus puede desencadenar exacerbaciones o descompensaciones de enfermedades respiratorias o cardiovasculares preexistentes.

La edad constituye uno de los principales determinantes de la gravedad. En lactantes pequeños, existe mayor riesgo de desarrollar enfermedad respiratoria grave y requerir hospitalización. Factores como la prematuridad, la presencia de enfermedades congénitas o situaciones de inmunosupresión pueden incrementar adicionalmente este riesgo. Por el contrario, en niños de mayor edad o adultos jóvenes, la enfermedad suele presentar una evolución más leve, siendo en muchos casos prácticamente asintomática, aunque también se pueden producir cuadros graves en presencia de factores de riesgo. En edades más avanzadas, también se observa un incremento de la incidencia de enfermedad grave y hospitalización. Cambios estructurales y funcionales asociados al envejecimiento, inmunosenescencia o la elevada frecuencia de enfermedades crónicas en estas edades son factores que pueden incrementar el riesgo.

Epidemiológicamente, el VRS presenta un comportamiento estacional. En países de clima templado, como España, la mayor parte de casos se concentra durante los meses de otoño e invierno, aunque el momento de inicio, la duración y la intensidad de cada temporada pueden variar con los años. Esta circulación coincide con la de otros virus respiratorios, lo que dificulta el diagnóstico clínico, ya que los síntomas iniciales del VRS son inespecíficos y fácilmente atribuibles a otras infecciones víricas. La confirmación etiológica mediante técnicas de diagnóstico molecular es fundamental para establecer el diagnóstico diferencial.

La carga real de enfermedad por VRS puede estar infraestimada. No todos los episodios respiratorios son objeto de confirmación microbiológica y, adicionalmente, la probabilidad de la realización de pruebas diagnósticas varía con la edad, la gravedad del cuadro, el ámbito asistencial o los protocolos existentes. Esta situación se evidencia especialmente con los casos leves atendidos en Atención Primaria donde no hay disponibilidad de pruebas de diagnóstico rápido confirmatorias. Estudios realizados en España han mostrado que la carga atribuible al VRS puede ser considerablemente superior a la identificada exclusivamente mediante diagnósticos específicos registrados en la práctica asistencial.

En los últimos años, la prevención del VRS ha experimentado importantes avances con la incorporación de nuevas estrategias de inmunización a diferentes grupos de población. Por un lado, desde la temporada 2023/2024, la disponibilidad de anticuerpos monoclonales (nirsevimab) destinados a la población infantil durante su primera temporada de exposición al virus. Por otro lado, desde la temporada 2025/2026, la presencia de vacunas destinadas a determinados grupos de adultos. La incorporación de estas estrategias preventivas ha modificado de forma sustancial el escenario de prevención del VRS.

En este contexto, es especialmente relevante mantener una vigilancia epidemiológica continuada que permita evaluar la circulación del VRS, describir los casos e identificar cambios en la incidencia o en la

gravedad y así generar información útil para la planificación sanitaria y la evaluación de las estrategias de prevención.

El presente informe tiene como objetivo analizar la incidencia y características clínicas de la infección confirmada por VRS en la población de la Comunidad de Madrid, utilizando datos obtenidos del registro de casos Confirmados de VRS, que abarca tanto casos que han requerido asistencia sanitaria en urgencias como aquellos que han requerido hospitalización. Este análisis permitirá estimar la carga real de enfermedad atribuible al VRS, la evolución de los casos e identificar los factores de riesgo asociados.

2. METODOLOGÍA

Diseño del estudio

Se realizó un estudio observacional descriptivo de los casos confirmados de infección por VRS registrados en la Comunidad de Madrid (CM) durante las temporadas 2024/2025 y 2025/2026. El análisis incluyó el conjunto de la población, con independencia de la edad, y se realizaron análisis estratificados por edad para caracterizar las diferencias en la incidencia, presentación clínica, utilización de recursos sanitarios y gravedad de la enfermedad.

Fuentes de información

Las principales fuentes de información utilizadas fueron:

- EDO 2.0: Se incluyeron los casos confirmados de infección por VRS registrados durante la temporada 2024/2025 y 2025/2026. Los casos son incorporados al sistema por captación automática de las pruebas positivas procedentes de algunos laboratorios de microbiología y/o mediante la declaración individualizada desde el hospital, de acuerdo al protocolo de vigilancia de VRS de la CM. Para cada caso se dispone de la información recogida en el correspondiente formulario de notificación. La vigilancia epidemiológica incluye la revisión activa de las historias clínicas de los pacientes, lo que permite completar, contrastar y validar la información notificada, mejorando la calidad y exhaustividad de los datos recogidos.
- Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD): Se utilizaron los registros de hospitalización y atención en servicios de urgencias para complementar la información disponible en EDO 2.0 e identificar episodios asistenciales relacionados con la infección por VRS. La vinculación con los casos registrados en EDO 2.0 se realizó mediante el código de identificación personal autonómico. Se seleccionaron aquellos episodios en los que figuraban, como diagnóstico principal o secundario, los siguientes códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10.ª revisión (CIE-10): J12.1, neumonía por virus respiratorio sincitial; J21.0, bronquiolitis aguda por virus respiratorio sincitial; J21.9, bronquiolitis aguda no especificada; J20.5, bronquitis aguda por virus respiratorio sincitial; y B97.4, virus respiratorio sincitial como causa de enfermedades clasificadas bajo otro concepto.

Definición de caso

Se consideró caso confirmado de VRS aquel que presentaba confirmación microbiológica de infección por VRS mediante una técnica diagnóstica específica: reacción en cadena de la polimerasa (PCR) y/o detección de antígeno.

Para el análisis se consideró cada episodio de infección por VRS de acuerdo con los criterios establecidos en el sistema de vigilancia. Las pruebas positivas correspondientes a un mismo paciente se agruparon en un único episodio cuando entre ellas habían transcurrido menos de 10 días. Cuando el intervalo entre dos pruebas positivas era igual o superior a 10 días, se consideraron episodios independientes.

Periodo de estudio

El periodo de estudio comprendió las temporadas de vigilancia de VRS 2024/2025 y 2025/2026. Se definió como temporada epidemiológica el periodo comprendido entre la semana epidemiológica 40 de un año y la semana 20 del año siguiente. La asignación de los casos a cada semana y temporada se realizó según la fecha de inicio de síntomas y, cuando esta no estaba disponible, según la fecha de toma de muestra.

Población de estudio

La población de estudio estuvo constituida por las personas residentes en la CM con un episodio confirmado de infección por VRS registrado durante alguna de las dos temporadas analizadas.

Para estudiar las diferencias asociadas a la edad, se realizaron análisis estratificados por grupos etarios. Se consideraron específicamente los grupos de edad de mayor interés epidemiológico, incluyendo lactantes y población infantil, adultos y personas de edades avanzadas. En determinados análisis se emplearon categorías de edad más detalladas con el objetivo de caracterizar los grupos con mayor incidencia o mayor riesgo de evolución desfavorable.

Como denominadores poblacionales para el cálculo de la incidencia acumulada se utilizaron las cifras oficiales de población correspondientes a la Comunidad de Madrid para cada año de estudio procedentes del Instituto Nacional de Estadística.

Variables de estudio

Se analizaron las variables disponibles en el sistema de vigilancia, agrupadas en los siguientes bloques:

- Variables demográficas: edad, grupo de edad y sexo.
- Variables temporales: fecha o semana epidemiológica de diagnóstico/notificación y temporada epidemiológica.
- Manifestaciones clínicas: presencia de tos, fiebre, dificultad respiratoria, neumonía, sepsis y dificultad para la alimentación, entre otras variables disponibles en la notificación.
- Pruebas diagnósticas: tipo de técnica utilizada para la confirmación de la infección: PCR y pruebas de detección de antígeno.
- Factores de riesgo y antecedentes: presencia de patología respiratoria crónica, patología cardiovascular, inmunodepresión grave y otros factores de riesgo recogidos en el formulario de vigilancia.
- Inmunización frente al VRS: se analizó la información disponible sobre las estrategias de inmunización frente al VRS en los grupos de población en los que estas se encuentran indicadas. En la población infantil se estudió la administración de nirsevimab, anticuerpo monoclonal utilizado para la prevención de la enfermedad por VRS durante la primera temporada de exposición al virus. En la población adulta se analizó la vacunación frente al VRS con Arexvy, considerando la información disponible sobre su administración en los grupos incluidos en la estrategia de vacunación.
- Variables asistenciales y de gravedad: atención en servicios de urgencias, hospitalización, ingreso en unidad de cuidados intensivos (UCI) y otros indicadores de gravedad disponibles. Los eventos se consideraron asociados al episodio de VRS cuando existía una correspondencia con su sintomatología/diagnóstico clínico.
- Evolución: situación al alta y fallecimiento (por otras causas o atribuible al VRS), cuando esta información se encontraba disponible.

Análisis estadístico

Se realizó un análisis descriptivo de los casos correspondientes a cada temporada. Las variables cualitativas se expresaron mediante frecuencias absolutas y porcentajes, y las variables cuantitativas se resumieron mediante medidas de tendencia central y dispersión en función de su distribución.

Se calcularon las incidencias acumuladas de infección confirmada por VRS utilizando como numerador el número de casos registrados durante cada temporada y como denominador la población correspondiente. Las incidencias se estimaron globalmente y estratificadas por sexo, edad y temporada epidemiológica. Para caracterizar con mayor precisión la relación entre la edad y la incidencia de infección o enfermedad grave, se calcularon incidencias específicas para los diferentes grupos etarios.

Se calcularon frecuencias y proporciones de hospitalización, ingreso en UCI y fallecimiento entre los casos confirmados, estimando cuando resultó pertinente los intervalos de confianza del 95% ($IC_{95\%}$).

Calidad de los datos y tratamiento de valores desconocidos

Antes del análisis se realizó una revisión de la consistencia de los registros para identificar posibles duplicidades, valores incompatibles o ausencia de información de las principales variables. En el caso de variables consideradas relevantes, se revisaron las encuestas epidemiológicas disponibles con el fin de completar, en la medida de lo posible, la información faltante.

3. RESULTADOS

3.1. Análisis global de los casos confirmados de VRS de las temporadas 2024/2025 y 2025/2026

En total se han identificado 9.590 casos de VRS en las dos temporadas epidémicas, de los cuales 5.317 (55,4%), corresponden a casos de la temporada 2024/2025 y 4.273 (44,6%) a casos de la temporada 2025/2026. Estos casos corresponden a un total de 9.422 personas, ya que 158 personas presentaron dos episodios distintos de la enfermedad y 5 presentaron tres episodios distintos de la enfermedad.

3.1.1. Notificación

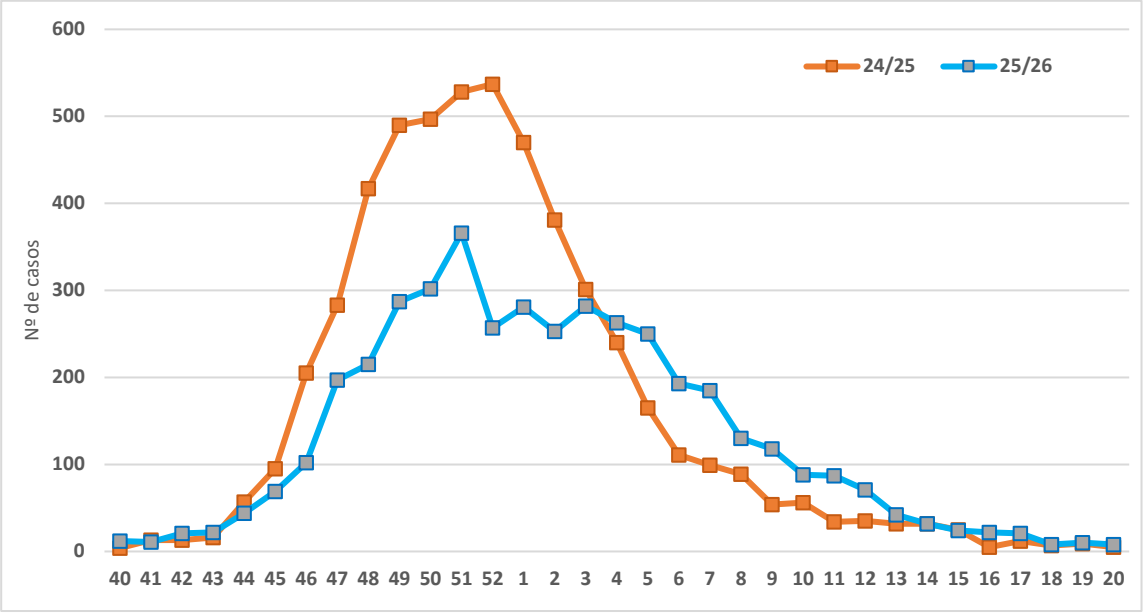
Los casos notificados proceden de diferentes Servicios de Atención Especializada, tanto de hospitales públicos como privados de la Comunidad de Madrid. En la Tabla 1 se detalla el número de casos por tipo de centro asistencial.

Tabla 1. Número de casos notificados por tipo de centro hospitalario. Temporadas 2024/2025 y 2025/2026. Comunidad de Madrid.

Tipo de centro	Número de casos	% del total
Alta complejidad	4.959	51,7%
Media complejidad	3.357	35,0%
Monográficos	546	5,7%
Baja complejidad	505	5,3%
Privados	185	1,9%
Media-Larga estancia	25	0,3%
Otros hospitales	13	0,1%
Total	**9.590**	**100,0%**

En cuanto a la distribución de casos de VRS por semana epidemiológica, se observa que el mayor número de casos notificados se concentró en ambas temporadas entre las semanas 50 y 1 (ver gráfico 1).

Gráfico 1. Número de casos de VRS por semana epidemiológica. Temporadas 2024/2025 y 2025/2026. Comunidad de Madrid.



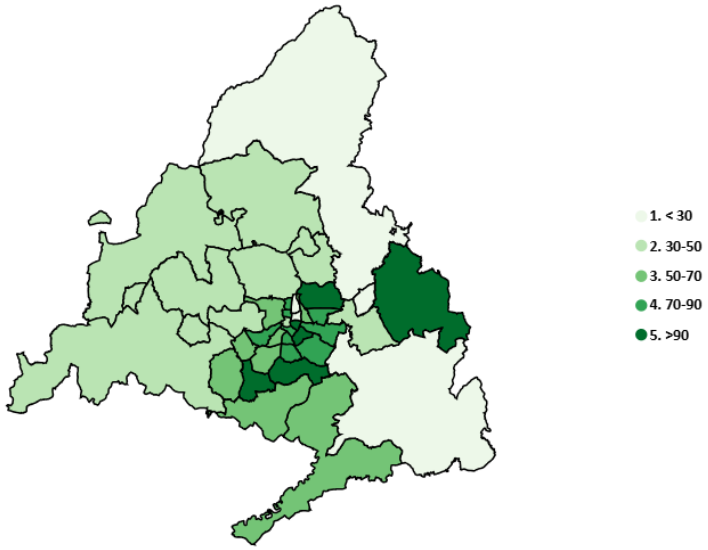
3.1.2. Distribución espacial

En la tabla 2 y el mapa adjunto, se presenta la incidencia acumulada de VRS desglosada por distrito de salud pública de residencia. En la representación del mapa, las incidencias acumuladas han sido clasificadas en cinco grupos, definidos a partir de cuatro puntos de corte, lo que permite visualizar las variaciones en la distribución geográfica de la enfermedad. En 439 casos no se disponía de información sobre el distrito de residencia, lo que puede generar una leve subestimación en la incidencia acumulada calculada para algunos distritos.

Tabla 2. Incidencia acumulada de VRS (por cada 100.000 habitantes) en función del distrito de salud pública de residencia. Temporadas 2024/2025 y 2025/2026. Comunidad de Madrid.

Distrito	Casos	Incidencia por 100.000 habitantes
Alcalá de Henares	546	104,65
Alcobendas-San Sebastián de los Reyes	185	42,34
Alcorcón	225	64,00
Aranjuez-Valdemoro	282	65,31
Arganda-Rivas	118	26,99
Boadilla-Pozuelo	104	32,94
Collado Villalba	168	32,78
Colmenar Viejo-Tres Cantos	153	48,44
Coslada	150	44,68
Fuenlabrada	549	127,03
Getafe	461	119,06
Las Rozas-Majadahonda	231	43,63
Leganés	248	63,61
Madrid-Arganzuela	277	88,63
Madrid-Carabanchel	335	62,53
Madrid-Centro	91	32,80
Madrid-Chamartín	86	29,19
Madrid-Chamberí	234	84,88
Madrid-Ciudad Lineal	265	59,47
Madrid-Fuencarral-El Pardo	243	47,87
Madrid-Hortaleza-Barajas	504	99,56
Madrid-Latina	419	82,17
Madrid-Moncloa-Aravaca	130	53,29
Madrid-Moratalaz-Vicálvaro	283	75,93
Madrid-Puente de Vallecas	458	90,37
Madrid-Retiro	205	92,79
Madrid-Salamanca	85	27,28
Madrid-San Blas-Canillejas	311	88,66
Madrid-Tetuán	245	71,76
Madrid-Usera	212	71,07
Madrid-Villa de Vallecas	183	74,27
Madrid-Villaverde	283	84,12
Móstoles	343	68,18
Navalcarnero	125	49,29
Parla-Pinto	281	59,31
Sierra Norte	74	23,48
Torrejón de Ardoz	59	20,68

Mapa. Distribución espacial de la incidencia acumulada de VRS (por cada 100.000 habitantes). Temporadas 2024/2025 y 2025/2026. Comunidad de Madrid.



3.2. Análisis de los casos confirmados de VRS de la temporada 2024/2025 y 2025/2026

3.2.1. Datos descriptivos generales

Durante la temporada 2024/2025 de VRS, se notificaron un total de 5.317 casos confirmados, lo que representa una incidencia acumulada de 75,86 casos por cada 100.000 personas. En la temporada 2025/2026, se notificaron un total de 4.273 casos confirmados, lo que representa una incidencia acumulada de 60,07 casos por cada 100.000 personas.

En la Tabla 3 se muestran los casos en esta población divididos en diferentes grupos de edad, por temporada.

Tabla 3. Número de casos e incidencia acumulada (por cada 100.000 personas) por grupo de edad. Temporadas 2024/2025 y 2025/2026. Comunidad de Madrid.

	Temporada 2024/2025		Temporada 2025/2026	
Grupo de edad	Número de casos	Incidencia acumulada	Número de casos	Incidencia acumulada
< 1 año	908	1.797,49	676	1.324,71
1-4 años	1.353	634,69	1.207	576,74
5-14 años	138	19,95	66	9,65
15-44 años	145	5,46	139	5,15
45-54 años	132	11,35	139	11,85
55-64 años	292	31,34	282	29,53
65-74 años	511	78,62	391	58,73
75-84 años	870	196,49	647	138,93
85 años o más	969	456,53	726	343,72
Total	**5.317**	**75,86**	**4.273**	**60,07**

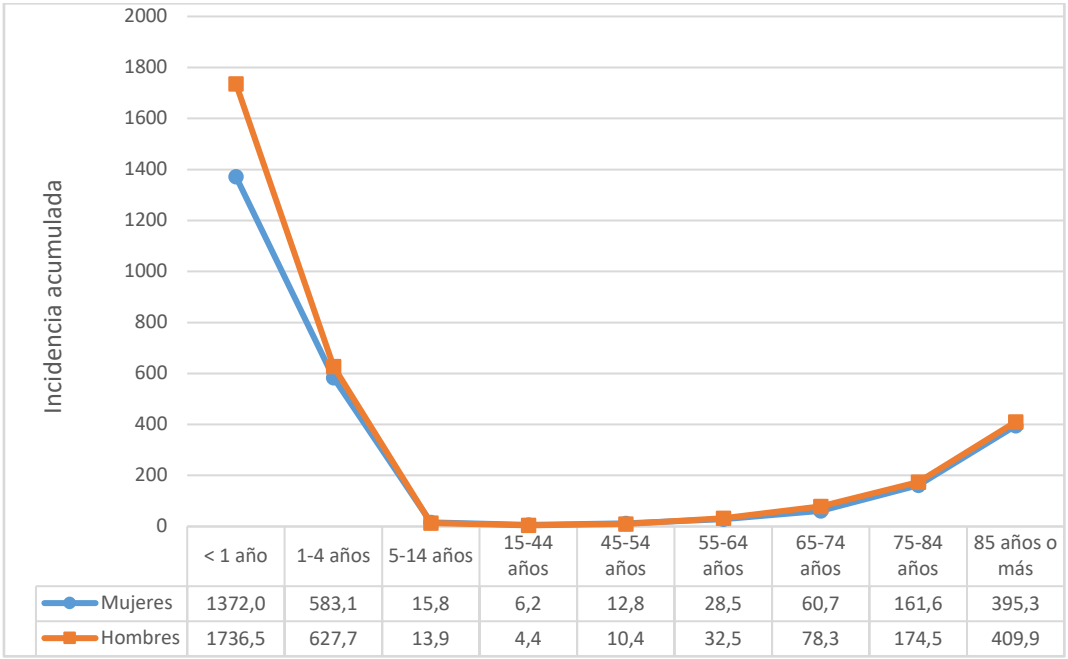
En la tabla 4 se muestra la distribución específica por meses de edad en el grupo de niños < 1 año.

Tabla 4. Distribución del número de casos por meses de edad (en < 1 año). Temporadas 2024/2025 y 2025/2026. Comunidad de Madrid.

	Temporada 2024/2025		Temporada 2025/2026	
Meses de edad	Número de casos	% del total de casos	Número de casos	% del total de casos
0	52	5,7%	55	8,1%
1	90	9,9%	61	9,0%
2	98	10,8%	53	7,8%
3	66	7,3%	53	7,8%
4	72	7,9%	54	8,0%
5	73	8,0%	48	7,1%
6	70	7,7%	40	5,9%
7	53	5,8%	62	9,2%
8	65	7,2%	57	8,4%
9	84	9,3%	51	7,5%
10	82	9,0%	66	9,8%
11	103	11,3%	76	11,2%
12	**908**	**100,0**	**676**	**100,0%**

Al desagregar los casos confirmados de VRS por sexo durante las dos temporadas, se observa un predominio en las mujeres, quienes representan el 52,3% de los casos (5.013 casos en mujeres y 4.577 en hombres) con una razón mujer/hombre de 1,10. No obstante, como hay más población femenina que masculina, esta diferencia se diluye cuando se calculan las incidencias acumuladas, siendo en mujeres de 68,12 casos por cada 100.000 personas y de 67,67 casos por cada 100.000 personas en hombres, y la ratio comparando las dos incidencias es de 1,01. En el Gráfico 2, se muestra la incidencia acumulada del VRS desglosada por sexo y en función de los diferentes grupos de edad.

Gráfico 2. Incidencia acumulada (por cada 100.000 personas) por grupo de edad y sexo. Temporadas 2024/2025 y 2025/2026. Comunidad de Madrid.



	< 1 año	1-4 años	5-14 años	15-44 años	45-54 años	55-64 años	65-74 años	75-84 años	85 años o más
Mujeres	1372,0	583,1	15,8	6,2	12,8	28,5	60,7	161,6	395,3
Hombres	1736,5	627,7	13,9	4,4	10,4	32,5	78,3	174,5	409,9

3.2.2. Sintomatología

En el análisis de la sintomatología, se clasificó a los sujetos en grupos etarios quinquenales para realizar una evaluación más precisa y comparativa de la presentación clínica en diferentes edades. Esta clasificación permite una evaluación comparativa de la sintomatología entre los diferentes grupos de edad y facilita la identificación de patrones específicos de manifestación clínica asociados a cada rango etario. La sintomatología estudiada fue la presencia de: tos, fiebre, dificultad respiratoria, pausas de apnea, neumonía, sepsis y dificultad para la alimentación. En las siguientes tablas y gráficos se muestra la sintomatología en los grupos de edad descritos durante las dos temporadas.

Tabla 5. Sintomatología en función del grupo de edad. Temporadas 2024/2025 y 2025/2026. Comunidad de Madrid.

Síntomas	0-4 años		5-64 años		>64 años	
	n	%	n	%	n	%
Tos	3.548	85,6	918	71,7	3.237	78,7
Fiebre	3.338	80,6	661	51,6	1.566	38,1
Dificultad respiratoria	3.167	76,4	640	50,0	3.018	73,4
Pausas de apnea	82	2,0	10	0,8	23	0,6
Neumonía	572	13,8	195	15,2	665	16,2
Sepsis	22	0,5	25	2,0	98	2,4
Dificultad para la alimentación	1.247	30,1	59	4,6	195	4,7
Total	4.144	100,0	1.280	100,0	4.113	100,0

La sintomatología predominante en los tres grupos de edad fue la tos. La fiebre fue más frecuente en el grupo de 0-4 años (80,6%) y disminuyó progresivamente con la edad, hasta el 38,1% en los mayores de 64 años. Por el contrario, la dificultad respiratoria presentó una menor frecuencia en el grupo de 5-64 años (50,0%) y fue más elevada en los grupos de 0-4 años (76,4%) y mayores de 64 años (73,4%). La neumonía aumentó ligeramente con la edad, mientras que la sepsis fue claramente más frecuente en los mayores de 64 años.

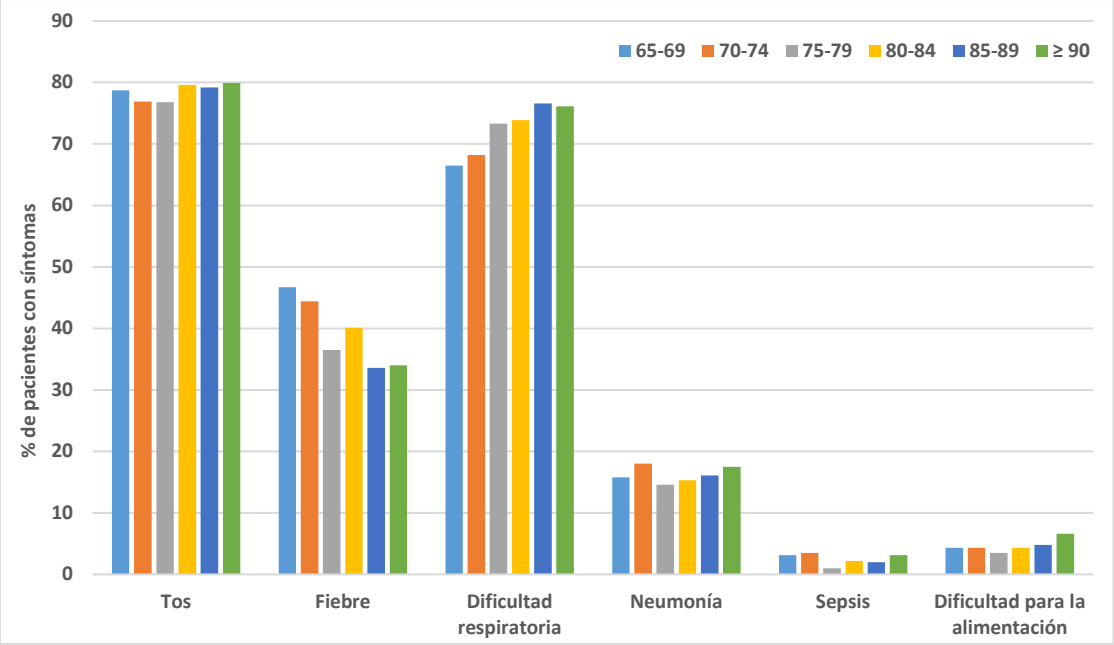
Para evaluar específicamente la sintomatología en la población del grupo de 65 años o más, se evaluó la misma en función de grupos quinquenales de edad.

Tabla 6. Sintomatología en los diferentes grupos de edad (65 años o más). Temporadas 2024/2025 y 2025/2026. Comunidad de Madrid.

Síntomas	Tos		Fiebre		Dificultad respiratoria		Neumonía		Sepsis		Dificultad para la alimentación	
Grupo de edad (años)	n	%	n		n	%	n	%	n	%	n	%
65-69	329	78,7	195	46,7	278	66,5	66	15,8	13	3,1	18	4,3
70-74	372	76,9	215	44,4	330	68,2	87	18,0	17	3,5	21	4,3
75-79	533	76,8	253	36,5	509	73,3	101	14,6	7	1,0	24	3,5
80-84	655	79,6	330	40,1	608	73,9	126	15,3	18	2,2	35	4,3
85-89	643	79,2	273	33,6	622	76,6	131	16,1	16	2,0	39	4,8
≥ 90	705	79,9	300	34,0	671	76,1	154	17,5	27	3,1	58	6,6
Total	3.237	78,7	1.566	38,1	3.018	73,4	665	16,2	98	2,4	195	4,7

En el Gráfico 3 se muestran los mismos datos con un gráfico de barras, mostrando de forma más clara las tendencias de los datos.

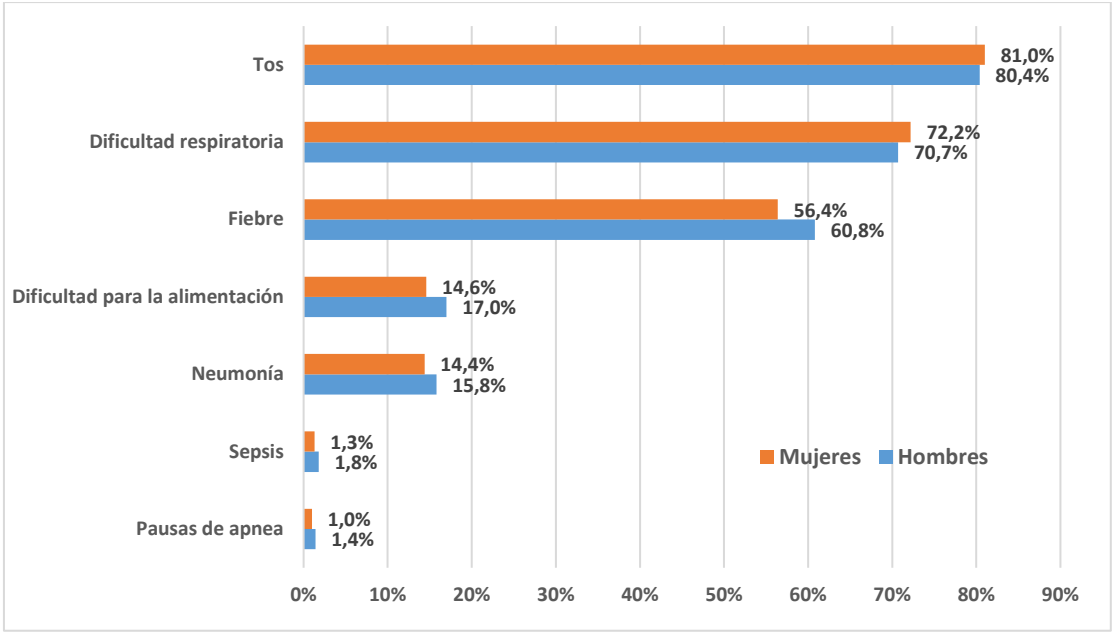
Gráfico 3. Sintomatología en los diferentes grupos de edad (65 años o más). Temporadas 2024/2025 y 2025/2026. Comunidad de Madrid.



La sintomatología predominante en todos los grupos etarios fue la presencia de tos seguido de dificultad respiratoria. Al aumentar el grupo de edad, disminuye el porcentaje de pacientes que presentan fiebre y aumenta el porcentaje de pacientes con dificultad respiratoria. En cuanto al resto de variables no se observan variaciones importantes entre los diferentes grupos de edad.

En la comparación de la sintomatología por sexo, en términos generales, la distribución de síntomas fue similar en hombres y mujeres, aunque se observaron algunas diferencias. La tos y la dificultad respiratoria fueron ligeramente más frecuentes en las mujeres. Por el contrario, los hombres presentaron con mayor frecuencia fiebre y dificultad para la alimentación, así como porcentajes ligeramente superiores de neumonía, sepsis y pausas de apnea. En conjunto, las diferencias observadas entre ambos sexos fueron de pequeña magnitud. En el Gráfico 4 se muestran los porcentajes de casos que presentaron cada uno de los síntomas en función del sexo.

Gráfico 4. Sintomatología por sexo. Temporadas 2024/2025 y 2025/2026. Comunidad de Madrid.



3.2.3. Diagnóstico

El diagnóstico de confirmación se realizó mediante detección del ácido nucleico en 7.507 casos (78,3%) y mediante la detección de antígeno en 2.400 casos (25,0%), teniendo en cuenta que en algunos casos se realizaron ambas pruebas diagnósticas). En la comparación de ambas temporadas, en la 2024/2025 un 77,0% de los casos se confirmaron mediante PCR y un 25,1% mediante detección de antígeno y en la temporada 2025/2026 esos valores fueron del 79,9% y 21,4% respectivamente.

3.2.4. Niveles de asistencia

La confirmación diagnóstica fue realizada exclusivamente en centros hospitalarios. Los casos se clasificaron en tres categorías según el nivel de atención requerido. La primera categoría incluye a los pacientes que no requirieron asistencia en urgencias ni hospitalización, siendo la detección del VRS incidental en el contexto de otra patología en dicho ámbito. La segunda categoría agrupa a aquellos pacientes que requirieron únicamente asistencia en urgencias, sin necesidad de ingreso hospitalario. Finalmente, la tercera categoría corresponde a los pacientes que, además de acudir a urgencias, requirieron hospitalización con motivo del VRS. Esta clasificación permite un análisis estratificado de la gravedad clínica y la utilización de recursos hospitalarios en la población afectada. En la Tabla 7 se reflejan los datos descritos.

Tabla 7. Tipo de asistencia sanitaria hospitalaria. Temporadas 2024/2025 y 2025/2026. Comunidad de Madrid.

Tipo de asistencia	n	%
No urgencias ni hospitalización	451	4,7
Únicamente Urgencias	2.690	28,1
Hospitalización	6.449	67,2
Total	9.590	100,0
Hospitalización		
Requirió ingreso en UCI	**N**	**%**
Sí	517	8,0
No	5.932	92,0
Total	6.449	100,0

En relación con la hospitalización por grupos etarios, la mayor proporción de pacientes hospitalizados correspondió al grupo de menores de 1 año (Tabla 8).

Tabla 8. Hospitalización por grupo etario. Temporadas 2024/2025 y 2025/2026. Comunidad de Madrid.

Hospitalización				
Rango edad	n	% sobre el total de ingresos	Total de casos	% sobre el total de casos
<1	1.224	19,0%	1.584	**77,3%**
1-4	1.851	28,7%	2.560	**72,3%**
5-14	103	1,6%	204	**50,5%**
15-64	459	7,1%	1.129	**40,7%**
>64	2.812	43,6%	4.113	**68,4%**
Total	6.449	100,0%	9.590	**67,2%**

Específicamente en el grupo de mayores de 64 años, se observa un porcentaje creciente de casos hospitalizados conforme los pacientes son más mayores (Tabla 9), llegando a porcentajes en la población de 90 o más años semejantes a los del grupo de menores de 1 año.

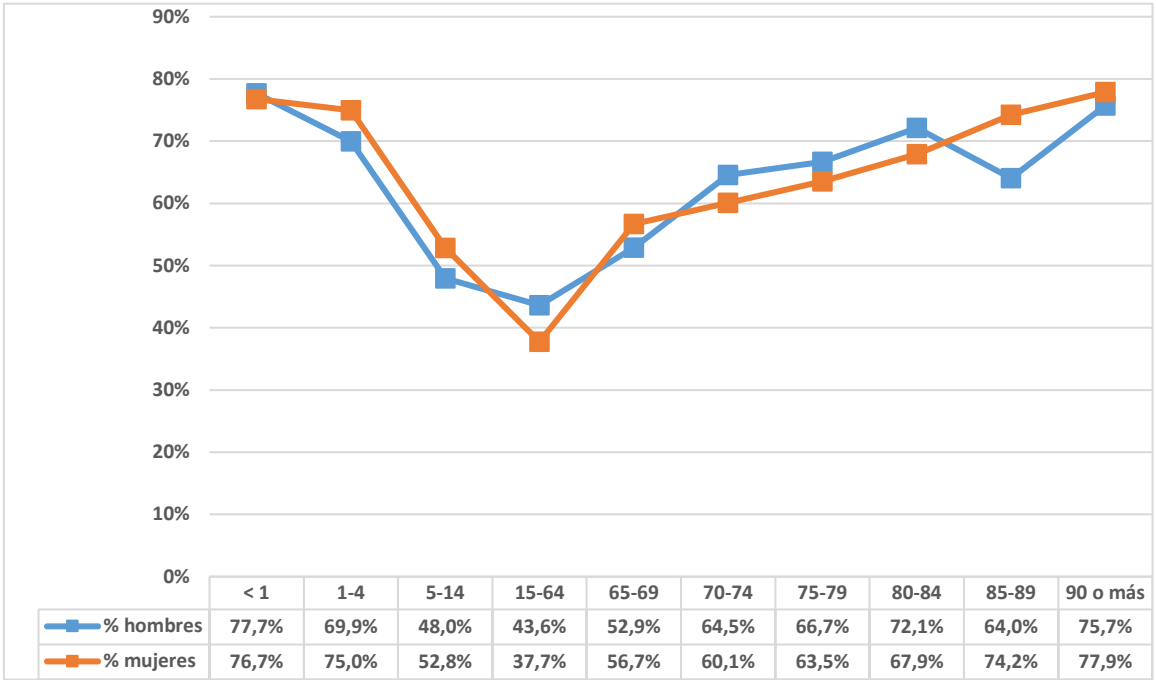
Tabla 9. Hospitalización por grupo etario (mayores de 64 años). Temporadas 2024/2025 y 2025/2026. Comunidad de Madrid.

Hospitalización			
Rango edad	n	Total de casos	% hospitalización
65-69 años	230	418	**55,0%**
70-74 años	302	484	**62,4%**
75-79 años	451	694	**65,0%**
80-84 años	573	823	**69,6%**
85-89 años	573	812	**70,6%**
≥ 90 años	683	882	**77,4%**
Total	2.812	4.113	**68,4%**

La duración mediana de la estancia hospitalaria fue de 5 días (RIC = 5 días; P_{25} = 3 días, P_{75} = 8 días). Para los pacientes que requirieron ingreso en UCI, la mediana de estancia hospitalaria fue de 9 días (RIC = 9 días; P_{25} = 6 días, P_{75} = 13 días).

En el Gráfico 5 se observa el porcentaje de hospitalización según sexo y grupo de edad.

Gráfico 5. Porcentaje de hospitalizaciones por rango de edad y sexo. Temporadas 2024/2025 y 2025/2026. Comunidad de Madrid.



	< 1	1-4	5-14	15-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90 o más
% hombres	77,7%	69,9%	48,0%	43,6%	52,9%	64,5%	66,7%	72,1%	64,0%	75,7%
% mujeres	76,7%	75,0%	52,8%	37,7%	56,7%	60,1%	63,5%	67,9%	74,2%	77,9%

En ambos casos se observa un patrón similar en relación con la edad: el porcentaje de hospitalización es elevado en menores de 1 año y disminuye progresivamente hasta alcanzar los valores más bajos en el grupo de 15-64 años. A partir de los 65 años, el porcentaje de hospitalización aumenta de forma general con la edad, alcanzando valores superiores al 75% en las personas de 90 o más años.

En cuanto al sexo, las diferencias son variables según el grupo de edad. Las mujeres presentan mayores porcentajes de hospitalización en los grupos de 1-4, 5-14, 65-69, 85-89 y ≥90 años, mientras que los hombres presentan porcentajes superiores en los grupos de <1, 15-64, 70-74, 75-79 y 80-84 años. La mayor diferencia se observa entre los 85 y 89 años, con un 74,2% de hospitalización en mujeres frente al 64,0% en hombres. En conjunto, no se aprecia un patrón consistente de mayor hospitalización asociado a uno de los dos sexos.

3.2.5. Factores de riesgo

En el análisis de los factores de riesgo se analizó la presencia de patología cardiaca, patología respiratoria e inmunodepresión grave. En el caso de los menores de 5 años se evaluó también si el niño fue prematuro

(< 36 semanas) o si había registro de tabaquismo pasivo parental. Adicionalmente, se calculó el porcentaje de pacientes que presentaban al menos un factor de riesgo de los estudiados. En la tabla 10 se observan las prevalencias de los factores de riesgo para cada grupo de edad.

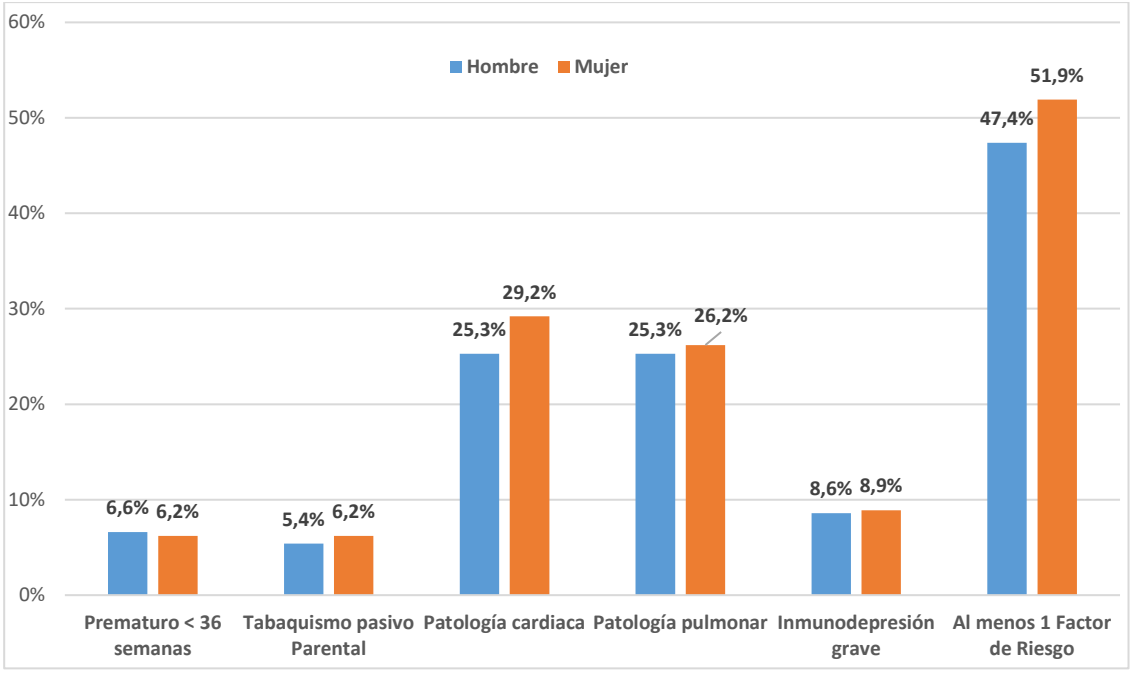
Tabla 10. Factores de riesgo por grupo etario. Temporadas 2024/2025 y 2025/2026. Comunidad de Madrid.

	Prematuro < 36 semanas		Tabaquismo pasivo parental		Patología cardiaca		Patología pulmonar		Inmunodepresión grave		Al menos 1 Factor de Riesgo	
Grupo de edad (años)	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<1	71	4,5	83	5,2	21	1,3	19	1,2	3	0,2	175	11,0
1-4	195	7,6	156	6,1	35	1,4	187	7,3	19	0,7	502	19,6
5-14					28	13,7	50	24,5	24	11,8	104	51,0
15-44					23	8,1	60	21,1	69	24,3	129	45,4
45-54					45	16,6	88	32,5	68	25,1	163	60,1
55-64					156	27,2	254	44,3	161	28,0	418	72,8
65-69					134	32,1	205	49,0	94	22,5	303	72,5
70-74					193	39,9	238	49,2	98	20,2	376	77,7
75-79					366	52,7	361	52,0	120	17,3	569	82,0
80-84					476	57,8	375	45,6	101	12,3	665	80,8
85-89					510	62,8	326	40,1	51	6,3	641	78,9
≥ 90					634	71,9	306	34,7	34	3,9	727	82,4
Total	**266**	**6,4**	**239**	**5,8**	**2.621**	**27,3**	**2.469**	**25,7**	**842**	**8,8**	**4.772**	**49,8**

En conjunto, la presencia de al menos un factor de riesgo aumentó claramente con la edad. Mientras que este porcentaje fue del 11,0% en menores de 1 año, superó el 50% a partir de los 45 años y alcanzó valores próximos o superiores al 80% en los grupos de mayor edad. Entre los factores analizados, la patología cardiaca y la patología pulmonar fueron los más frecuentes en los grupos de edad avanzada, mientras que la inmunodepresión grave presentó porcentajes más elevados en los grupos de edad intermedia, especialmente entre los 35 y 64 años.

En el gráfico 6 se muestra la prevalencia de los factores de riesgo en función del sexo. La distribución de los factores de riesgo fue, en general, similar entre hombres y mujeres, aunque se observaron porcentajes ligeramente superiores en las mujeres para la mayoría de los factores analizados. La presencia de al menos un factor de riesgo fue del 51,9% en mujeres y del 47,4% en hombres, siendo la mayor diferencia la observada en la patología cardiaca (29,2% frente a 25,3%, respectivamente).

Gráfico 6. Prevalencia de factores de riesgo por sexo. Temporadas 2024/2025 y 2025/2026. Comunidad de Madrid.



*El valor de los % de factores de riesgo en prematuridad y tabaquismo pasivo parental se calcula únicamente para la población < de 5 años.

3.2.6. Evolución de la enfermedad

La evolución clínica de la infección por VRS fue favorable en la mayoría de los pacientes, con resolución del cuadro agudo y evolución hacia la curación. No obstante, en determinados casos, especialmente en personas de edad avanzada o con factores de riesgo, la infección puede presentar una evolución desfavorable y ocasionar el fallecimiento.

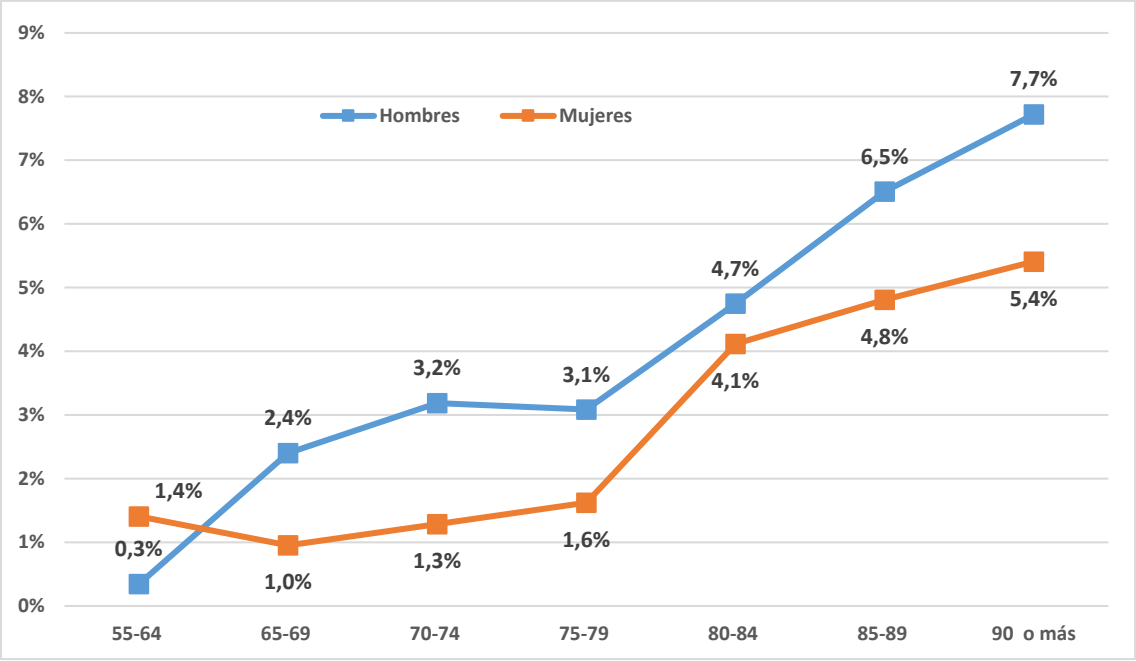
Del total de pacientes, 307 fallecieron (3,2% de los casos). En el análisis de los fallecimientos, 173 se atribuyeron al VRS (1,8% del total de casos) y 134 se debieron a otras causas. Por tanto, la letalidad atribuible al VRS entre los casos confirmados fue del 1,8% durante el conjunto de las dos temporadas analizadas. En la Tabla 11 se muestra el porcentaje de fallecidos por grupo de edad, en aquellos grupos donde se produjeron fallecimientos.

Tabla 11. Letalidad por grupo etario. Temporadas 2024/2025 y 2025/2026. Comunidad de Madrid.

Rango edad	Fallecimiento (n)	Casos totales (n)	Letalidad (%)
55-64	5	574	0,9
65-69	7	418	1,7
70-74	11	484	2,3
75-79	16	694	2,3
80-84	36	823	4,4
85-89	44	812	5,4
>= 90	54	882	6,1

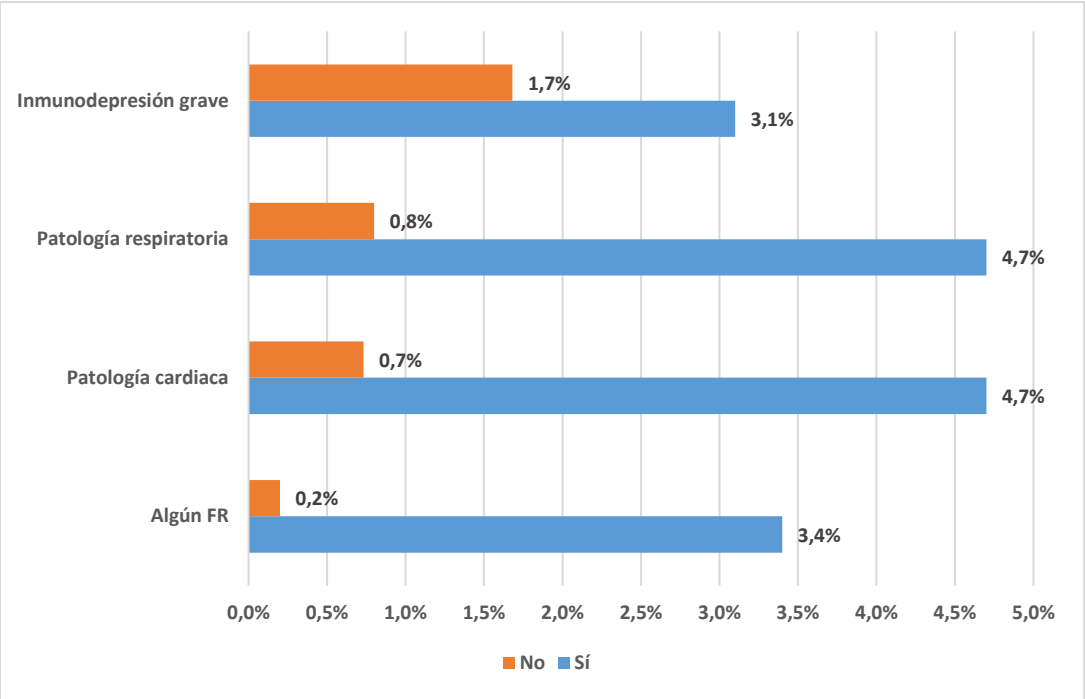
En total, se produjeron 80 fallecimientos atribuibles al VRS en hombres (1,7% del total de casos en hombres) y 93 mujeres (1,9% del total de casos en mujeres). En el Gráfico 7 se muestran los datos desglosados por sexo y grupo de edad, observándose que la letalidad atribuible al VRS aumenta progresivamente con la edad y es superior en los hombres en todas las edades, excepto en el grupo de edad de 55 a 64 años.

Gráfico 7. Fallecimientos por grupo de edad y sexo. Temporadas 2024/2025 y 2025/2026. Comunidad de Madrid.



La letalidad atribuible al VRS fue superior en los pacientes con factores de riesgo. En el Gráfico 8 se muestra el porcentaje de pacientes fallecidos en función de la presencia de factores de riesgo. Considerando conjuntamente los factores analizados, la letalidad atribuible al VRS fue del 3,4% entre los pacientes con al menos un factor de riesgo y del 0,2% entre aquellos sin factores de riesgo.

Gráfico 8. Mortalidad en pacientes con infección por VRS en función de la presencia de factores de riesgo. Temporadas 2024/2025 y 2025/2026. Comunidad de Madrid.



Por último, cabe señalar que las posibles complicaciones y secuelas posteriores a la infección no se recogen de forma sistemática en el sistema de vigilancia epidemiológica. La información de los casos se registra fundamentalmente durante la fase aguda de la enfermedad, por lo que determinadas complicaciones o secuelas que puedan manifestarse o identificarse posteriormente no quedan necesariamente reflejadas en el registro. En consecuencia, los resultados de este apartado describen principalmente la evolución clínica durante el episodio agudo y no permiten caracterizar las posibles consecuencias de la infección a medio y largo plazo.

3.2.7. Inmunización frente al VRS

A) Inmunización en lactantes

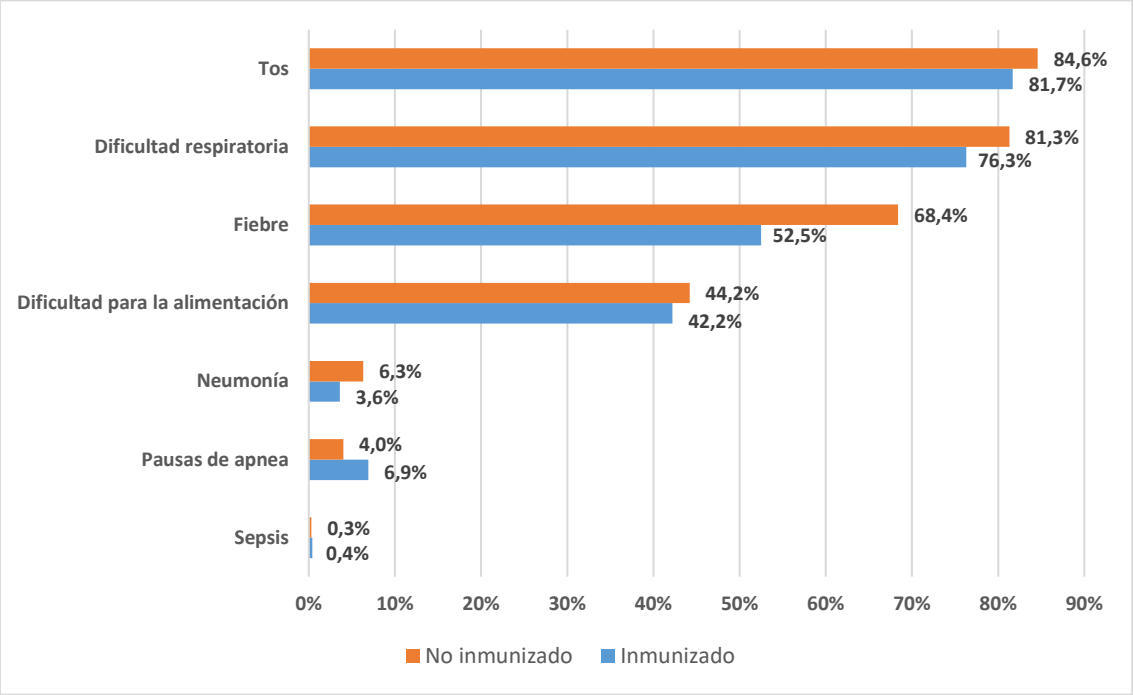
En la CM la estrategia de inmunización frente al VRS en lactantes se basa en la administración de nirsevimab, un anticuerpo monoclonal de acción prolongada destinado a reducir el riesgo de enfermedad por VRS durante la primera temporada de exposición al virus. En cada temporada, la indicación incluye a los niños nacidos entre el 1 de abril del año de inicio de la temporada y el 30 de marzo del año siguiente. De este modo, para la temporada 2024/2025 se consideraron con indicación los nacidos entre el 1 de abril de 2024 y el 30 de marzo de 2025, y para la temporada 2025/2026, los nacidos entre el 1 de abril de 2025 y el 30 de marzo de 2026. La inmunización se administra antes o durante el periodo de circulación estacional del VRS, con el objetivo de proteger a los lactantes en los meses de mayor riesgo de infección y de evolución a formas graves.

Entre las dos temporadas, 1.048 lactantes presentaban indicación de inmunización, de los cuales 476 estaban inmunizados (45,4%). Por temporada, en la 2024/2025, 595 lactantes tenían indicación de inmunización y 249 estaban inmunizados (41,8%) y en la temporada 2025/2026, 453 lactantes tenían indicación de inmunización y 227 lo estaban (50,1%).

Sintomatología

Los niños inmunizados mostraron una menor frecuencia de tos, fiebre, dificultad respiratoria, dificultades en la alimentación y de neumonía en comparación con los no inmunizados tal y como se refleja en el gráfico 9.

Gráfico 9. Comparación de la sintomatología en función de la inmunización. Temporadas 2024/2025 y 2025/2026. Comunidad de Madrid.



Hospitalizaciones e Ingresos en UCI

Entre los niños con indicación de inmunización frente al VRS, el 78,2% de los inmunizados requirió hospitalización, frente al 82,7% de los no inmunizados. Asimismo, el 17,0% de los niños inmunizados ingresó en UCI, en comparación con el 17,7% de los no inmunizados.

Duración de la estancia hospitalaria

En los casos con información completa sobre la estancia hospitalaria, se observó que tanto los niños inmunizados como los no inmunizados tuvieron una estancia mediana de 5 días (RIC = 5 días; P_{25} = 3 días, P_{75} = 7 días).

B) Vacunación en adultos

La vacunación frente al VRS en adultos se basa en la administración de la vacuna Arexvy en una única dosis y tiene como objetivo prevenir la infección y, especialmente, reducir la enfermedad grave, la hospitalización y la mortalidad en los grupos de mayor riesgo. La vacunación se inició el 15 de septiembre de 2025 en personas de 60 o más años institucionalizadas en residencias y en personas trasplantadas de progenitores hematopoyéticos, de órgano sólido en los dos años previos o de pulmón con independencia del tiempo transcurrido. A partir del 1 de enero de 2026, la estrategia se amplió a la población de 80 o más años, así como a otras condiciones de muy alto riesgo más allá de las seleccionadas previamente.

En el análisis por temporadas, la temporada 2024/2025 corresponde a un periodo en el que todavía no estaba disponible la vacunación frente al VRS, mientras que la temporada 2025/2026 constituye la primera temporada completa con vacunación disponible.

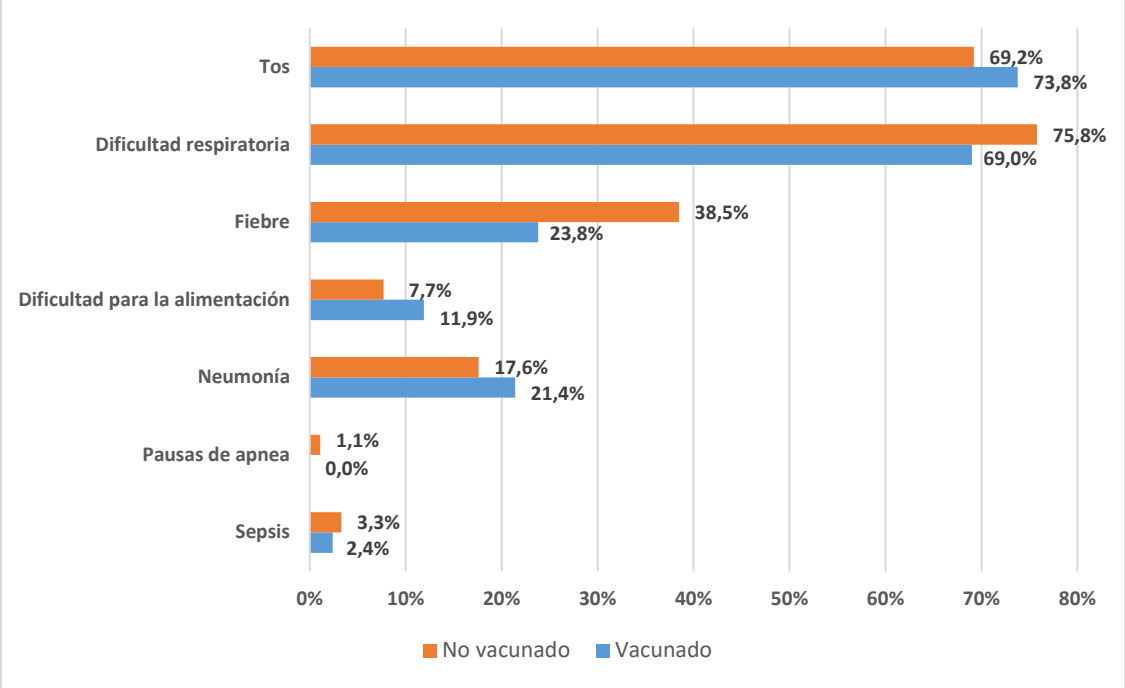
En el conjunto de ambas temporadas, 424 personas residían en un centro para mayores en el momento del diagnóstico. De ellas, 291 casos (68,6%) correspondieron a la temporada 2024/2025, lo que representa el 5,5% del total de casos registrados en dicha temporada. En la temporada 2025/2026 se identificaron 133 casos (31,4%), equivalentes al 3,1% del total de casos de esa temporada. Durante la segunda temporada, un total de 64 personas presentaban antecedente de vacunación, de los cuales 42 (65,6%) tenían como domicilio una residencia de mayores (31,6% del total de casos en personas domiciliadas en residencias), los otros 22 (34,4%) presentaban alguna otra condición de riesgo.

Para evaluar las variables relacionadas con la sintomatología se comparó específicamente durante esta segunda temporada, los pacientes de residencia con antecedente de vacunación frente a los que no tenían dicho antecedente. Hay que tener en cuenta que estos resultados deben interpretarse con cautela debido al bajo número de casos con domicilio en residencia. Además, la distribución de la edad es distinta entre vacunados y no vacunados. En los vacunados, la edad media es de 88,0 años (DE = 8,4 años) mientras que en los no vacunados es de 79,7 años (DE = 14,3 años). Pese a las diferencias descritas, prácticamente no se encontraron diferencias entre el porcentaje de fallecidos en ambos grupos (11,9% en los vacunados y 11,0% en los no vacunados).

Sintomatología

Entre los casos analizados, las personas vacunadas presentaron una menor frecuencia de fiebre y dificultad respiratoria, mientras que la tos y la neumonía fueron algo más frecuentes que entre las no vacunadas (Gráfico 10).

Gráfico 10. Comparación de la sintomatología en función de la vacunación en pacientes de residencia de mayores. Temporadas 2024/2025 y 2025/2026. Comunidad de Madrid.



En cuanto a la hospitalización no hubo prácticamente diferencias entre ambos grupos. El 92,9% de los residentes vacunados requirieron hospitalización frente al 91,2% de los no vacunados.

4. DISCUSIÓN

El análisis de las temporadas 2024/2025 y 2025/2026 confirma que la infección por VRS sigue representando una carga relevante de enfermedad en la CM, presentando una distribución muy dependiente de la edad. En total, se identificaron 9.590 episodios confirmados, 5.317 durante la temporada 2024/2025 y 4.273 en la 2025/2026, lo que supone una reducción de casos entre ambas temporadas. La incidencia acumulada, también disminuye de 75,86 a 60,07 casos por cada 100.000 habitantes. En la interpretación del descenso debe tenerse en cuenta que la incidencia estimada corresponde a infección confirmada microbiológicamente y está condicionada por la circulación viral o la realización de pruebas diagnósticas.

En cuanto a la distribución temporal, se observa un patrón estacional característico del VRS en climas templados. En ambas temporadas, la mayor concentración de casos se produjo entre la semana epidemiológica 50 de un año y la semana 1 del año siguiente. Esta situación concuerda con los datos europeos. En el invierno de la temporada 2024/2025 desde el ECDC se notificaron incrementos importantes de la actividad del VRS (y de gripe) con una repercusión importante y predecible en la atención hospitalaria, sobre todo en lactantes y adultos mayores.

Se observa una clara relación de la incidencia con la edad. Las incidencias más elevadas en ambas temporadas se vieron en menores de un año (1797,49 y 1324,71 casos por cada 100.000 habitantes respectivamente). El segundo grupo de mayor incidencia fue el de 1 a 4 años. En niños mayores y adultos jóvenes la incidencia acumulada disminuye abruptamente para volver a aumentar progresivamente en edades más avanzadas, alcanzando 456,43 y 343,72 casos por cada 100.000 habitantes entre las personas de 85 o más años de edad. Esta distribución es acorde a lo mencionado previamente y con la literatura existente donde se evidencia un mayor riesgo en los extremos de la vida, además de en personas con enfermedades de base.

Las manifestaciones clínicas mostraron igualmente diferencias según la edad. El síntoma predominante fue la tos. La fiebre mostró una clara disminución con la edad, pasando desde un 80,6% en menores de cinco años hasta el 38,1% en mayores de 64 años. La dificultad respiratoria fue frecuente tanto en población infantil como en edades avanzadas y la neumonía y la sepsis presentaron mayor frecuencia en población de mayor edad. Específicamente en los mayores de 64 años destaca un incremento de la dificultad respiratoria conforme aumenta la edad, así como una menor frecuencia de fiebre. La ausencia de fiebre en la mayor parte de casos de edad avanzada pone de manifiesto la necesidad de mantener una elevada sospecha clínica en esta población.

En ambas temporadas se observa una carga asistencial asociada a los casos confirmados de VRS elevada. Globalmente, el 67,2% de los casos requirió hospitalización y, entre los hospitalizados, el 8,0% ingreso en UCI. Al igual que con las manifestaciones clínicas, en el porcentaje de hospitalización se identifica un patrón asociado a la edad: en menores de un año, el porcentaje fue del 77,3%, disminuyó hasta el 40,7% entre 15 y 64 años y aumentó posteriormente con la edad, hasta el 77,4% en las personas de 90 o más años de edad. Esta distribución refuerza el concepto de que la carga de VRS no es exclusiva de los lactantes o pediátrica y los resultados son acordes a la literatura existente que muestra una carga relevante de hospitalizaciones asociadas al VRS tanto en lactantes como en adultos mayores.

En conjunto, el 49,8% de los casos presentaba al menos uno de los factores de riesgo estudiados. Este porcentaje aumentó notablemente con la edad, llegando al 80% o más en los grupos de mayor edad. Las patologías más frecuentes fueron la cardiovascular y la pulmonar. Los resultados son consistentes con estudios previos que identifican las enfermedades cardiovasculares y otras condiciones de vulnerabilidad como determinantes de enfermedad grave por VRS en adultos. Además, la mortalidad atribuible al VRS fue del 3,4% entre los pacientes con algún factor de riesgo frente al 0,2% entre quienes no presentaban ninguno de los factores analizados.

En total fallecieron 307 pacientes, 173 siendo atribuibles directamente al VRS (1,8% de los casos confirmados). La mortalidad aumentó progresivamente con la edad y se observó en población mayor. Conjuntamente con la proporción creciente de hospitalizaciones o la mayor frecuencia de comorbilidades, la población de mayor edad constituye un grupo prioritario para las intervenciones preventivas. En relación con esto, las vacunas frente al VRS presentan elevada efectividad en condiciones de práctica real, estimando una efectividad combinada del 75% frente a hospitalizaciones relacionadas con VRS y cercana al 80% frente a enfermedad grave.

En población infantil, el nirsevimab ha modificado el escenario preventivo. Entre los lactantes con indicación de inmunización que desarrollaron VRS durante las dos temporadas, el 45,4% había recibido nirsevimab. Entre estos casos, el 78,2% requirió hospitalización frente al 82,7% en los no inmunizados, siendo los porcentajes de ingreso en UCI similares (en torno al 17%). Aunque este resultado no debe interpretarse como estimación de la efectividad, la evidencia obtenida previamente en la CM mediante una cohorte poblacional sí mostró una elevada efectividad del nirsevimab para prevenir hospitalizaciones por VRS, del 93,6% a los 30 días y del 87,6% a los 150 días. Estudios de vigilancia realizados en España han seguido mostrando la protección frente a la hospitalización, aunque las estimaciones de efectividad pueden tener variaciones en función del diseño y la población estudiada.

La temporada 2025/2026 incorpora el escenario de la vacunación frente al VRS en determinados grupos de adultos. En la CM, la vacunación comenzó en septiembre de 2025 en grupos seleccionados y posteriormente se amplió a población de 80 o más años de edad y otras condiciones de muy alto riesgo. Durante la temporada, se identificaron 64 casos con antecedente de vacunación. El reducido número de

casos y las diferencias de edad entre vacunados y no vacunados complican la interpretación de la gravedad y la mortalidad de los casos.

Por último, la interpretación de los resultados debe realizarse teniendo en cuenta las características derivadas del sistema de vigilancia. La vigilancia es de infección confirmada mediante PCR o detección de antígeno y la confirmación se produce en el ámbito hospitalario. Así, los casos leves atendidos exclusivamente en Atención Primaria pueden estar infrarrepresentados, mientas que existe mayor captación de episodios que requieren Atención Hospitalaria. A pesar de la limitación, el mantenimiento de una vigilancia individualizada proporciona información relevante para la caracterización de los grupos de mayor riesgo y la evolución epidemiológica del VRS en un escenario en el cual las diferentes estrategias de inmunización modifican progresivamente la prevención y epidemiología de la enfermedad.

5. CONCLUSIONES

El VRS continúa suponiendo una importante carga de enfermedad y utilización de recursos sanitarios en la Comunidad de Madrid, especialmente en los extremos de la vida. Los resultados de las temporadas 2024/2025 y 2025/2026 permiten destacar las siguientes conclusiones:

1) Marcada distribución por edad: los lactantes presentan las mayores incidencias acumuladas, seguidos de los niños de 1 a 4 años, observándose un nuevo incremento progresivo en las edades más avanzadas.
2) Elevada carga hospitalaria: el 67,2% de los casos confirmados requirió hospitalización, con las mayores proporciones en menores de un año y personas de edad avanzada.
3) Mayor gravedad con la edad: la hospitalización y la mortalidad aumentan progresivamente en los adultos mayores, concentrándose los fallecimientos principalmente en los grupos de mayor edad.
4) Importancia de los factores de riesgo: las patologías cardiacas y respiratorias y la inmunodepresión son frecuentes, especialmente en adultos, y la mortalidad atribuible al VRS es mayor entre los pacientes con factores de riesgo.
5) Impacto de la inmunización infantil: entre los lactantes con VRS e indicación de nirsevimab, los inmunizados presentaron menor frecuencia de varios síntomas y una proporción ligeramente menor de hospitalización que los no inmunizados.
6) Nuevo escenario preventivo en adultos: la incorporación de la vacunación frente al VRS durante la temporada 2025/2026 amplía las posibilidades de prevención en la población de mayor riesgo y hace necesario mantener su evaluación epidemiológica en próximas temporadas.

Agradecimientos: A los profesionales de los equipos de vigilancia y control de la infección de los hospitales de la Comunidad de Madrid encargados de las tareas de prevención, control y vigilancia epidemiológica por la notificación de los casos de VRS durante la temporada 2024/2025 y 2025/2026. A Marta Huerta Cofiño, a Carmen Sastre Jiménez y al Programa de Vigilancia de Enfermedades de Transmisión Respiratoria por su colaboración en la realización de la encuesta epidemiológica y registro de los casos confirmados de VRS.

Informe elaborado por: Marcos Alonso García. Programa de Vigilancia de las Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria. Área de Vigilancia y control de Enfermedades Transmisibles. Subdirección General de Vigilancia en Salud Pública. Comunidad de Madrid.

Cita recomendada: Dirección General de Salud Pública. Situación Epidemiológica del Virus Respiratorio Sincitial (VRS) en la Comunidad de Madrid. Temporadas 2024/2025 y 2025/2026. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Número 9. Volumen 31. Septiembre 2026.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. European Centre for Disease Prevention and Control. Acute respiratory infections in the EU/EEA: epidemiological update and current public health recommendations – winter 2024/2025 [Internet]. Stockholm: *ECDC*; 2024 Dec 18 [citado 28 sep 2026]. Disponible en: https://www.ecdc.europa.eu/en/news-events/acute-respiratory-infections-eueea-epidemiological-update-and-current-public-health-0.
2. Anastassopoulou C, Medić S, Ferous S, Boufidou F, Tsakris A. Development, current status, and remaining challenges for respiratory syncytial virus vaccines. *Vaccines*. 2025;13(2):97. doi: 10.3390/vaccines13020097.
3. Alonso García M, Iñigo Martínez J, Huerta Cofiño ME, Jiménez Bueno S, Arce Arnáez A. Impacto del virus respiratorio sincitial en adultos mayores de 60 años en la Comunidad de Madrid: temporadas 2023/2024 y 2024/2025. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2026;61:101749. doi: 10.1016/j.regg.2026.101749.
4. Barbas Del Buey JF, Íñigo Martínez J, Gutiérrez Rodríguez MA, Alonso García M, Sánchez-Gómez A, Lasheras Carbajo MD, et al. The effectiveness of nirsevimab in reducing the burden of disease due to respiratory syncytial virus (RSV) infection over time in the Madrid region (Spain): a prospective population-based cohort study. *Front Public Health*. 2024 Aug 16;12:1441786. doi: 10.3389/fpubh.2024.1441786.
5. Documento técnico de Inmunización frente al Virus Respiratorio Sincitial (VRS) en lactantes en la Comunidad de Madrid en la temporada 2026-2027. [Internet]. Dirección General de Salud Pública. *Comunidad de Madrid*; Septiembre 2026 [citado 28 sep 2026]. Disponible en: https://www.comunidad.madrid/docs/assets/2025/08/28/documento_tecnico_inmunizacion_vrs.pdf?VersionId=T3egKLKBTSCHzGT5mjDGHvKUzm64yrAK.
6. Haeberer M, Bruyndonckx R, Polkowska-Kramek A, Torres A, Liang C, Nuttens C, et al. Estimated respiratory syncytial virus-related hospitalizations and deaths among children and adults in Spain, 2016-2019. *Infect Dis Ther*. 2024;13(3):463-480. doi:10.1007/s40121-024-00920-7.
7. Lee N, Lui GCY, Wong KT, Li TCM, Tse ECM, Chan JYC et al. High morbidity and mortality in adults hospitalized for respiratory syncytial virus infections. *Clin Infect Dis*. 2013;57(8):1069-1077. doi: 10.1093/cid/cit471.
8. Moline HL, Tannis A, Toepfer AP, Williams JV, Boom JA, Englund JA et al. Early Estimate of Nirsevimab Effectiveness for Prevention of Respiratory Syncytial Virus-Associated Hospitalization Among Infants Entering Their First Respiratory Syncytial Virus Season - New Vaccine Surveillance Network, October 2023-February 2024. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2024;73(9):209-214. doi: 10.15585/mmwr.mm7309a4.
9. Surie D, Yuengling KA, DeCuir J, Zhu W, Gaglani M, Ginde A, et al. Severity of Respiratory Syncytial Virus vs COVID-19 and Influenza Among Hospitalized US Adults. *JAMA Netw Open*. 2024; 7(4):e244954. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2024.4954.
10. Trusinska D, Lee B, Ferdous S, Lansbury L, Burden C, Anand A, et al. Real-world evidence on RSV vaccine uptake, effectiveness, and safety in older adults: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Reg Health Eur*. 2026;64:101623. doi: 10.1016/j.lanepe.2026.101623.
11. Vera-Punzano N, Trobajo-Sanmartín C, Navascués A, Echeverria A, Casado I, Ezpeleta C, et al. Hospitalisation due to respiratory syncytial virus in a population-based cohort of older adults in Spain, 2016/17 to 2019/20. *Euro Surveill*. 2025;30(10):2400364. doi: 10.2807/1560-7917.ES.2025.30.10.2400364.
12. WHO Strategy for Global Respiratory Syncytial Virus Surveillance Project Based on The Influenza Platform. [Internet]. *World Health Organization* (WHO); 2023. [citado 28 sep 2026]. Disponible en: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/influenza/who-rsv-surveillance-strategy-phase-26mar2021.pdf.



CÁNCER DE CUERPO DE ÚTERO EN LA COMUNIDAD DE MADRID. INCIDENCIA 2018-2020 Y SUPERVIVENCIA A 1, 3 Y 5 AÑOS

ÍNDICE

RESUMEN **25**

LISTADO DE ACRÓNIMOS **27**

1. INTRODUCCIÓN **28**

2. MATERIAL Y MÉTODOS **29**

3. RESULTADOS **31**

3.1. Indicadores de calidad 31

3.2. Características de las pacientes con cáncer de cuerpo de útero en la Comunidad de Madrid 32

3.3. Incidencia del cáncer de cuerpo de útero en la Comunidad de Madrid 33

3.4. Supervivencia de las pacientes con cáncer de cuerpo de útero en la Comunidad de Madrid 35

3.4.1. Supervivencia global de las pacientes con cáncer de cuerpo de útero en la Comunidad de Madrid 35

3.4.2. Supervivencia de las pacientes con cáncer de cuerpo de útero por características sociodemográficas y tumorales en la Comunidad de Madrid 36

4. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES **37**

5. BIBLIOGRAFÍA **39**

6. ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS **42**

7. ANEXOS **42**

RESUMEN

Introducción: Los cánceres ginecológicos son un conjunto de tumores que afectan a la vulva, vagina, el cuello del útero, cuerpo del útero, ovarios, trompas de Falopio y el peritoneo. Dentro de este grupo de tumores, el cáncer de cuerpo de útero es el más frecuente. Por otro lado, este grupo de tumores engloba entidades de diferentes características desde el punto de vista etiopatolótico, epidemiológico y clínico. Conocer dichas diferencias es de vital importancia para mejorar su prevención, diagnóstico precoz y abordaje terapéutico. En Europa, en 2024, la incidencia de de cáncer de cuerpo uterino, fue de 26 casos por cada 100.000 mujeres. Este informe presenta un análisis de la incidencia del cáncer de cuerpo de útero en mujeres mayores de 20 años de la Comunidad de Madrid, teniendo en cuenta variables sociodemográficas y características tumorales. Asimismo, se presentan estimadores de supervivencia a 1, 3 y 5 años tras el diagnóstico.

Métodos: Los datos se han obtenido del Registro Poblacional de Cáncer de la Comunidad de Madrid (RECAM). Se han incluido todos los casos incidentes (primarios) de cáncer de cuerpo de útero diagnosticados entre los años 2018 y 2020 en mujeres mayores de 20 años residentes en la Comunidad de Madrid. Se realizó un estudio descriptivo de las características de los tumores diagnosticados, mediante frecuencias relativas y absolutas por tipo de tumor, resumen de extensión al diagnóstico y nivel socioeconómico. Se calcularon tasas brutas (TB), tasas específicas (TEE) por grupos quinquenales de edad y tasas ajustadas por población europea (TA-E), por resumen de extensión y por nivel socioeconómico. Finalmente, se calculó la supervivencia observada y neta a 1, 3 y 5 años, globalmente y de forma separada para cada variables de interés.

Resultados: Entre los años 2018 y 2020 se diagnosticaron un total de 1.887 tumores de cáncer de cuerpo de útero en la Comunidad de Madrid. El 53,2% de los tumores se diagnosticaron en mujeres mayores de 64 años. El 40,2% de las pacientes pertenecían al grupo de nivel socioeconómico bajo. El subtipo morfológico más frecuente fue el carcinoma endometrial de tipo I (74,1%), y el 35,7% de los tumores eran bien diferenciados histológicamente. La mayor parte de las pacientes fueron diagnosticadas en estadios iniciales (64,0%).

La tasa bruta de incidencia de cáncer de útero fue de 22,1 casos por 100.000 mujeres. La tasa de incidencia específica por edad (TEE) mostró un incremento según aumentaba la edad. La tasa de incidencia fue mayor entre las mujeres con nivel socioeconómico bajo (Q1).

Globalmente, la supervivencia neta (SN) al quinto año del diagnóstico fue del 77,6%. Se identificaron diferencias estadísticamente significativas en la supervivencia por grupos de edad (menor en el grupo de mayor edad). Con respecto a las características tumorales, se evidenció una menor supervivencia en las mujeres con tumores con alto grado de diferenciación histológica, en pacientes con sarcomas y en pacientes con estadio metastásico en el momento del diagóstico.

Conclusiones: En la Comunidad de Madrid, las tasas de incidencia de cáncer de cuerpo de útero son similares a las descritas por otros registros de cáncer de nuestro entorno. Por grupos de edad, el cáncer de endometrio afecta principalmente a mujeres mayores de 65 años. La mayoría de los tumores diagnosticados son carcinomas endometriales, con grado de diferenciación bajo (G-I) y extensión localizada al diagnótico. La supervivencia estimada para las pacientes que residen en la Comunidad de Madrid se asemeja a la descrita a nivel europeo. Estos datos reflejan la relevancia de mantener la vigilancia epidemiológica del cáncer como herramienta de utilidad a la hora de planificar y evaluar las políticas de salud pública en la Comunidad de Madrid.

ABSTRACT

Introduction: Gynaecological cancers are group of tumours that affect the vulva, vagina, uterus, ovaries, fallopian tubes and peritoneum. Within this group of tumours, the corpus uteri cancer is the most frequent. On the one hand, this group of tumours encompasses conditions with different characteristics from an aetiopathological, epidemiological and clinical perspective. Understanding these differences is of vital importance for improving prevention, early diagnosis and treatment. In Europe, in 2024, the incidence rate of endometrial cancer was 26 cases per 100,000 inhabitants. This report presents an análisis of the incidence of endometrial cancer in women aged 20 and over years in the Community of Madrid, taking into account sociodemographic varaibles and tumour characteristics. It also presents survival estimates at 1,3 and 5-years following diagnosis.

Methods: Data were obtained from the Population-Based Cancer Registry of the Community of Madrid (RECAM). All incidents malignant corpus uteri neoplasms diagnosed between 2018-2020 among women aged over 20 residing in the Community of Madrid were included. Descriptive analysis were perfomed for tumour characteristics, using relative and absolute frecuencies by tumour, stage at diagnosis and socioeconomic status. Crude, age-specific and age-standardised incidence rates were calculated each five-year group and adjusted by the European standard population by stage at diagnosis and socioeconomic status. Finally, observed and net survival at 1,3 and 5-year were estimated globally and stratified by studied variables.

Results: Between 2018 and 2020, 1.887 tumours of corpus uteri were diagnosed in the Community of Madrid. Up to 53,2% of neoplasms were diagnosed in women over 64 years of age. 40,2% of the patients belong to the most deprived socioeconomic status. The most common morphological subtype was endometrial carcinoma, type I (74,1%), and 35,7% of the tumour were well differentiated. The majority ot patients were diagnosed at an earlt stage (64,0%). Crude incidence rate of corpus uteri was 22,1 cases per 100,000 women. Aged-specific incidence showed increasing rates across age. Incidence rate was higher among most deprived women (Q1).

Overall, 5-year net survival was 77,6%. Statistically significant differences were identified across groups of age (with survival being lower in the oldest age group). Regarding tumour characteristics, lower survival in women with poorly-differentiated tumours, sarcomas and metastasic tumours at diagnosis were found.

Conclusions: In the Community of Madrid, the incidence rates of corpus uteri neoplasms were similar to those reported by other cancer registries in the region. By groups of age, corpus uteri neoplasms mainly affects women over 65 years. The majority ot tumours were diagnosed are endometrial cancinomas, low grade of histological differentiation, and local stage at diagnosis. The estimated survival for patients living in the Community of Madrid are similar to those reported at European level. These data highlight the importance of maintaining epidemiological surveillance of cancer as a useful tool for planning and evaluation public health policies in the Community of Madrid.

LISTADO DE ACRÓNIMOS

- CIE-O-3.1: Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología, tercera edición, primera revisión.
- CM: Comunidad de Madrid.
- DCI: Casos identificados inicialmente únicamente por el certificado de defunción (por sus siglas en inglés, *Death Certificate Initiated*).
- DCO: Casos identificados únicamente por el certificado de defunción (por sus siglas en inglés, *Death Certificate Only*).
- DT: desviación típica.
- ENCR: Red Europea de Registros de Cáncer (por sus siglas en inglés, *European Network of Cancer Registries*).
- FIGO: Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia.
- IACR: Asociación Internacional de Registros de Cáncer (por sus siglas en inglés, *International Association of Cancer Registries*).
- IARC: Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer (por sus siglas en inglés, *International Agency for Research on Cancer*).
- IC95%: Intervalo de confianza al 95%.
- N/A: No aplica.
- NE: No especificado/a.
- NSE: nivel socioeconómico
- OMS: Organización Mundial de la Salud.
- RAE-CMBD: Conjunto Mínimo Básico de Datos.
- RECAM: Registro Poblacional de Cáncer de la Comunidad de Madrid.
- REDECAN: Red Española de Registros de Cáncer.
- SAI: Sin otra indicación (por sus siglas en latín, *Sine Alter Indicatio*).
- SN: Supervivencia neta.
- SO: Supervivencia observada.
- TA-E: Tasa de incidencia ajustada por población estándar europea (2013).
- TB: Tasa de incidencia bruta (o cruda).
- TEE: Tasa de incidencia específica por grupo de edad.

1. INTRODUCCIÓN

El cáncer es un conjunto de enfermedades con un gran impacto individual y social en todas las regiones del mundo, independientemente de su nivel de renta. Según las estimaciones realizadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), sólo en 2024 se diagnosticaron más de 20 millones de casos nuevos en el mundo, y se produjeron 9,7 millones de defunciones por cáncer (1). El cáncer supone la primera o segunda causa de muerte prematura en la mayor parte de los países del mundo (2). Los cánceres ginecológicos son un grupo de tumores que afectan al aparato genital femenino, incluyendo vulva, vagina, cuello de útero, cuerpo de útero, ovario y trompas de falopio.

En Europa, la incidencia de cánceres ginecológicos fue de 58 casos por 100.000 mujeres en 2024, siendo el cáncer de cuerpo de útero el más frecuente, con una incidencia de 26 casos por 100.000 mujeres (3).

En España, las estimaciones más recientes elaboradas por la Red Española de Registros de Cáncer (REDECAN) indican que a lo largo del año 2026 se diagnosticarán más de 7.759 cánceres primarios de cuerpo uterino, lo que corresponde con una tasa de incidencia ajustada por población europea de 26,3 casos por 100.000 mujeres (4). En cuanto a la mortalidad, 5.078 mujeres fallecieron por algún cáncer ginecológico en España en 2024 de las cuales el 33,8% fallecieron por cáncer de cuerpo de útero, lo que supone un 3,8% del total de fallecimientos por cáncer en mujeres (5).

El cáncer de cuerpo de útero, o cáncer de endometrio, se origina frecuentemente en el revestimiento epidelial de la cavidad y se extiende hacia el miometrio (6). Existen dos subgrupos de cáncer de endometrio (tipo 1 y tipo 2), los cuales difieren en sus características tumorales. Los tumores pertenecientes al tipo 1 son considerados tumores estrógeno-dependientes y asociados a un mejor pronóstico; mientras los tumores tipo 2 no se consideran estrógeno-dependientes y se relacionan a un peor pronóstico (7). Existen también otros subtipos de tumores que se originan en los tejidos estromales y musculares del miometrio, denominados sarcomas uterinos, los cuales representan el 3-7% de los tumores de útero (8).

Como en muchos cánceres, la etiología de los tumores ginecológicos es multifactorial. En el cáncer de cuerpo de útero los factores de riesgo son la edad avanzada, factores metabólicos como la obesidad moderada (Índice de Masa Corporal >40kg/m^2), la resistencia a la insulina o hiperinsulinemia, entre otros (9). Por otro lado, los factores reproductivos como la exposición prolongada a tratamientos estrogénicos, la aparición de menarquia temprana (<12 años de edad) o menopausia tardía (>55 años de edad), la infertilidad y/o la nuliparidad, son otros de los factores de riesgo destacados para el cáncer de endometrio. Asimismo, la prescripción prolongada de tratamientos antineoplásicos como el tamoxifeno para el cáncer de mama, aumentan el riesgo de cáncer de endometrio (10–13). Desde el punto de vista genético, destaca el síndrome de Lynch que aumenta el riesgo de padecer cáncer de endometrio entre otros tipo de cáncer, así como en menor medida, el síndrome de Cowden y la mutación en BRCA1 y BRCA2 (12).

La finalidad de este informe es proporcionar datos de incidencia y de supervivencia de los nuevos casos de cáncer de cuerpo de útero en las mujeres residentes en la Comunidad de Madrid (CM), y describir las características de estos tumores desde el punto de vista patológico y clínico. Para ello, se han analizado los datos del Registro Poblacional de Cáncer de la Dirección General de Salud Pública de la Comunidad de Madrid, que recoge información sobre todos los nuevos casos de cáncer que se diagnostican en la población que reside en la región. En este trabajo se presenta la incidencia de los cánceres de cuerpo de útero en mujeres mayores de 20 años residentes en la CM en un periodo de tres años (2018, 2019 y 2020), y la supervivencia a 1, 3 y 5 años.

2. MATERIAL Y MÉTODOS

Los datos analizados en este informe proceden del Registro Poblacional de Cáncer de la Comunidad de Madrid (RECAM). El RECAM recoge información sobre todos los casos incidentes (primarios) de cáncer diagnosticados a la población que reside en la CM. Se considera tumor primario aquel que se origina en un lugar y/o tejido inicial, sin tratarse de una extensión, recurrencia ni metástasis (14). Para este trabajo se seleccionaron todas las pacientes mayores de 20 años de edad con un diagnóstico de cáncer de cuerpo de útero realizado entre el 1 de enero de 2018 y el 31 de diciembre de 2020. Se realizó un seguimiento del estado vital de las pacientes estudiadas hasta el 31 de diciembre de 2024.

Por su carácter poblacional, el RECAM cuenta con varias fuentes de información para la identificación de los casos, incluyendo el Conjunto Mínimo Básico de Datos (RAE-CMBD) de hospitales públicos y privados, la base de datos de Atención Primaria y las bases de datos de mortalidad de la CM. La información contenida en dichas fuentes es procesada y combinada para la obtención de una serie de casos posibles, que posteriormente son revisados manualmente a través de la consulta en la historia clínica informatizada. La metodología de trabajo del RECAM es la recomendada por la Red Europea de Registros de Cáncer (en inglés – *European Network of Cancer Registries* – ENCR –) (15,16) y la Agencia Internacional de Investigación en Cáncer (IARC – *International Agency for Research on Cancer*) para los registros poblacionales de cáncer. Una de las características que mejor define a los Registros de Cáncer de Base Poblacional es su capacidad para referir los casos incidentes a una población de referencia (la población a riesgo). En el RECAM la población de referencia es el conjunto de personas que residen en la CM, considerando como residente a todos aquellos que llevan al menos 6 meses residiendo en la región. Por este criterio, se han excluido del registro aquellas pacientes que no lleven residiendo en la CM al menos 6 meses, utilizándose como indicador el estar de alta en la base de datos de tarjeta sanitaria al menos 6 meses antes del diagnóstico.

Para cada nuevo caso, se recoge información acerca de las variables básicas definidas a nivel internacional como imprescindibles para los registros de cáncer de base poblacional, incluyendo la fecha de incidencia, la topografía (localización y sub-localización primaria), la morfología (histología del tumor primario), el grado de diferenciación histológica, el comportamiento y la base de diagnóstico. La información relativa a los diagnósticos de cáncer se codifica siguiendo la Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología, en su versión 3.1 (CIE-O-3.1) (17). En este trabajo se incluyen únicamente los casos con código topográfico “C54._”invasivos (comportamiento /3). Las morfologías histológicas se clasificaron en 6 grupos descritos en el Anexo 1: carcinoma endometrial, tipo I; carcinoma endometrial, tipo II; sarcomas uterinos; adenosarcomas; otros carcinomas específicos y carcinomas inespecíficos.

Adicionalmente, como parte de las variables denominadas de alta resolución, se recogió información relativa al estadio al diagnóstico, siguiendo las indicaciones de la Clasificación FIGO (2018) – Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia – para cada tumor ginecológico (6,8) y el resumen de extensión, correspondiendo el estadio I localizados; los estadios II-IIIC, a tumores regionales; y los estadios IVA- IVB, a tumores metastásicos.

Tras la validación de los casos de cáncer de cuerpo de útero, se evaluó la coherencia interna y la validez de los datos usando la herramienta IARCTools, diseñada para detectar combinaciones de códigos topográficos-morfológicos poco probables o inverosímiles, entre otras verificaciones (18). Posteriormente se calcularon varios indicadores de calidad propuestos por la IARC (19): el porcentaje de tumores diagnosticados con confirmación microscópica; el porcentaje de casos con base de diagnóstico desconocida; el porcentaje de casos identificados inicialmente únicamente por el certificado de defunción (en inglés *Death Certificate Initiated* – DCI –); el porcentaje de casos identificados únicamente por el certificado de defunción (en inglés *Death Certificate Only* – DCO –); así como la proporción de casos denominados “No específicos” (8000 – Neoplasia).

Por último, se actualizó el estado vital de las pacientes a día 31 de diciembre de 2024 mediante el Índice Nacional de Defunciones (INDEF) (20), el cual contiene información de todas las personas fallecidas e inscritas en alguno de los Registros Civiles del Estado Español, sin detalle de la causa de fallecimiento. Todas las personas sin constancia del fallecimiento (en el INDEF, tarjeta sanitaria, o historia clínica) se consideraron vivas al final del periodo de seguimiento (31/12/2024).

Asimismo, para estudiar la relación entre el nivel socioeconómico y los indicadores epidemiológicos estudiados, se usó el indicador de renta neta media por persona por sección censal del Atlas de Distribución de Renta de los Hogares, año 2023 (ADRH) calculado por el Instituto Nacional de Estadística (INE). El ADRH es una operación basada íntegramente en la explotación de registros administrativos que proporciona información sobre el nivel y la distribución de renta desglosada según variables demográficas básicas de la población a nivel territorial muy detallado, en concreto de todos los municipios, distritos y secciones censales (21). A cada una de las pacientes se le asignó el nivel de renta de la sección censal en la que residían, habiendo georreferenciado previamente la dirección postal registrada en la tarjeta sanitaria en los 6 meses previos al diagnóstico. Para este trabajo se calcularon los terciles del nivel de renta media por persona correspondiente a las secciones censales de la CM (Q1: nivel socioeconómico bajo, Q2: nivel socioeconómico intermedio, Q3: nivel socioeconómico alto).

Se realizó el estudio descriptivo de las variables recogidas por el RECAM mediante el cálculo de frecuencias relativas y absolutas, por tipo de tumor, resumen de extensión y nivel socioeconómico. Se calcularon las tasas brutas (TB) por 100.000 mujeres y las tasas específicas (TEE) para los grupos de edad de 20-34, 35-49, 50-64, 65-79, 80 años o más. El numerador corresponde al número de casos nuevos de cáncer de cuerpo de útero en mujeres en el grupo de edad correspondiente y el denominador se obtuvo del Padrón Continuo del Instituto Nacional de Estadística (22) a 1 de julio de 2018, 2019 y 2020 desagregado para esos mismos rangos de edad. Finalmente, se calcularon las tasas ajustadas (TA-E) por edad según la población estándar europea (2013) que permiten la comparación con otros registros. Así mismo, se calcularon las TB, TEE y TA-E por resumen de extensión al diagnóstico y nivel socioeconómico (Q1-Q3).

Se realizó el análisis de supervivencia a 1, 3 y 5 años empleando el método completo para definir los años de diagnóstico. Se calculó la curva de supervivencia observada (SO) mediante el método Kaplan – Meier y el test log-rank para identificar las diferencias estadísticamente significativas entre grupos para el cáncer de cuerpo de útero. Con el fin de ajustar la supervivencia a la probabilidad de sobrevivir al cáncer en ausencia de otras causas de muerte, se estimó la supervivencia neta (SN) y la supervivencia neta estandarizada (SN-E) utilizando el estimador Pohar-Perme (29), usando las tablas de vida estratificadas por sexo, edad y periodo de la CM.

Todos los análisis se realizaron con el paquete estadístico Stata (STATA/BE versión 18.0).

3. RESULTADOS

Entre el 1 de enero de 2018 y el 31 de diciembre de 2020 se registraron 1.887 casos de cáncer de cuerpo de útero en mujeres de 20 o más años de edad residentes en la CM.

3.1. Indicadores de calidad

En la Tabla 1 se presentan los indicadores de calidad calculados y los valores de referencia esperados propuestos por la ENCR y la IARC.

Tabla 1. Indicadores de calidad de los datos de cáncer de cuerpo de útero en el Registro Poblacional de Cáncer de la Comunidad de Madrid, 2018-2020.

Indicador	Rango esperado	Resultado observado total
Validación microscópica	>85%	96,9%
Base de diagnóstico desconocida	N/A	2,0%
Proporción de casos DCI*	N/A	2,4%
Proporción de casos DCO**	<5%	1,3%
Proporción de casos no especificados (NE)***	<10%	3,7%

*DCI – Casos identificados inicialmente únicamente por el certificado de defunción (por sus siglas en inglés, Death Certificate Initiated)
**DCO – Casos identificados únicamente por el certificado de defunción (por sus siglas en inglés, Death Certificate Only)
*** NE – Se consideraron casos "No Específicos" los tumores registrados con un código morfológico 8000/3
N/A – No aplica

Todos los indicadores se encuentran dentro de los rangos de referencia y son similares a los indicadores proporcionados por otros registros de cáncer de base poblacional españoles (24).

Globalmente, el 96,9% (N=1.828) de los tumores presentaron confirmación microscópica. De estos, el 97,6% (N=1.784) fue diagnosticado con una histología del tumor primario, el 0,7% (N=13) por histología de una metástasis y el 0,1% (N=1) por citología. En el 2,0% (N=38) de todos los casos se desconoce la base de diagnóstico. El 3,7% de todos los casos (N=69) fueron registrados con un código de morfología inespecífico (8000/3 o 8010/3).

3.2. Características de las pacientes con cáncer de cuerpo de útero en la Comunidad de Madrid

La Tabla 2 muestra las características de las 1.887 pacientes con cáncer de útero incluidas en el estudio.

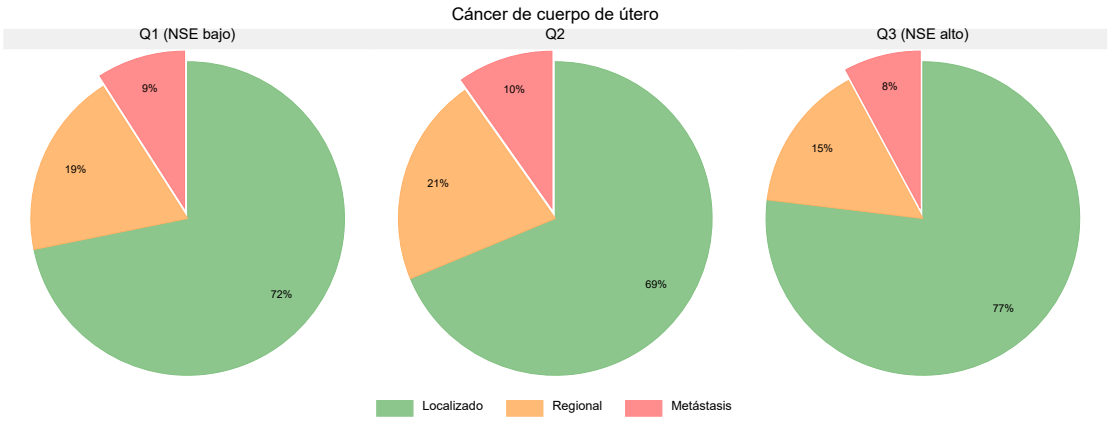
La media de edad al diagnóstico fue de 65,8 años (DT: 12,6). Aunque sólo el 9,5% de los tumores se diagnosticaron en pacientes menores de 50 años, hasta el 37,3% de los tumores (N=704) se diagnosticaron entre los 50-64 años, mientras que el 38,6% (N=728) se diagnosticó en mujeres de 65-79 años. El 40,2% de las pacientes con cáncer de útero pertenecía al grupo con nivel socioeconómico bajo (Q1), frente al 25,2% de pacientes del nivel socioeconómico alto (Q3). El 88,4% de las pacientes habían nacido en España. Las morfologías más habituales fueron carcinomas endometriales de tipo I (N=1399, 74,1%), seguidas de las de tipo II (16,2%). El 35,7% (N=674) de los tumores presentaron un grado de diferenciación 1 (GI, bien diferenciado). En relación con el estadio al diagnóstico del tumor en el momento del diagnóstico, cabe destacar que el 64,0% de los cánceres de cuerpo de útero estaban en estadios iniciales en el momento del diagnóstico. Por otro lado, un 8,1% de los tumores se diagnosticaron en estadio metastásico.

Tabla 2. Características de las pacientes con cáncer de cuerpo de útero (C54). Comunidad de Madrid, 2018-2020 (N=1.887).

	N (%)
N	1.887 (100,0%)
Edad al diagnóstico (años cumplidos) Media (DT)	65,8 (12,6)
Grupos de edad	
20-49 años	180 (9,5%)
50-64 años	704 (37,3%)
65-79 años	728 (38,6%)
80+ años	275 (14,6%)
Nivel socioeconómico (NSE; terciles)	
Q1 (NSE bajo)	759 (40,2%)
Q2	652 (34,6%)
Q3 (NSE alto)	475 (25,2%)
País de nacimiento	
Nacido en España	1.668 (88,4%)
Nacido en el extranjero	217 (11,5%)
Desconocido	2 (0,1%)
Morfología (CIE-O 3.1)	
Carcinoma endometrial, tipo I	1.399 (74,1%)
Carcinoma endometrial, tipo II	305 (16,2%)
Sarcomas uterinos	80 (4,2%)
Adenosarcoma	6 (0,3%)
Otros carcinomas específicos	28 (1,5%)
Inespecíficos	69 (3,7%)
Grado de diferenciación (CIE-O-3.1)	
Grado I, Bien diferenciado	674 (35,7%)
Grado II, Moderadamente diferenciado	502 (26,6%)
Grado III, Pobremente diferenciado	435 (23,1%)
Grado IV, Indiferenciado, Anaplásico	21 (1,1%)
Tipo de células no determinado, no indicado o NA	255 (13,5%)
Resumen de extensión (FIGO)	
Localizado (FIGO IA-IB)	1.208 (64,0%)
Regional (FIGO IIA-IIIC)	320 (17,0%)
Metástasis (FIGO IVA-IVB)	152 (8,1%)
Desconocido	207 (11,0%)

El Anexo 2 muestra las características del total de pacientes con cáncer de cuerpo de útero por nivel socioeconómico, y el Gráfico 1 presenta la distribución del resumen de extensión por el nivel socioeconómico de las pacientes, sin encontrarse diferencias estadísticamente significativas.

Gráfico 1. Distribución del resumen de extensión del cáncer de cuerpo de útero por nivel socioeconómico. Comunidad de Madrid, 2018-2020.



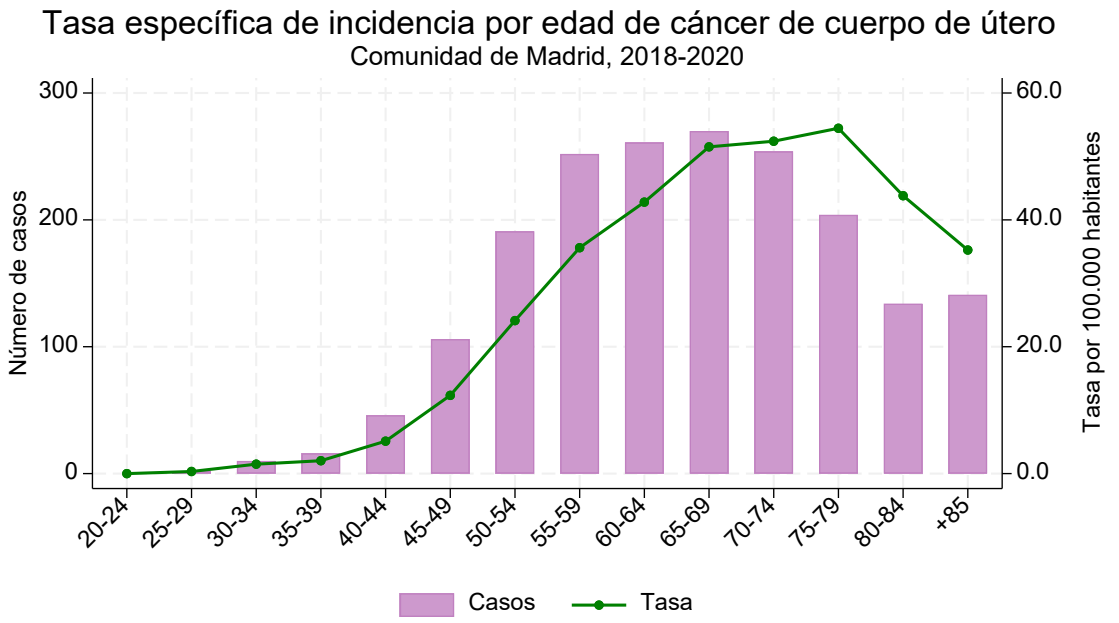
3.3. Incidencia del cáncer de cuerpo de útero en la Comunidad de Madrid

La tasa bruta (TB) de incidencia de cáncer de cuerpo de útero corresponde a 22,1 casos por cada 100.000 mujeres, y la tasa de incidencia ajustada por edad fue de 22,5 casos por 100.000 mujeres (IC95%: 21,8-23,2).

El Gráfico 2 y el Anexo 3 muestra el número de casos y las tasas específicas por edad (TEE) para el cáncer de útero en la Comunidad de Madrid. La frecuencia relativa de cáncer de cuerpo de útero aumenta de forma pronunciada hasta los 50-59 años de edad y alcanzando su mayor número de diagnósticos entre las mujeres de 65-69 años. Posteriormente, el número de casos de cáncer de cuerpo de útero desciende de forma notoria hasta los 80-84 años de edad.

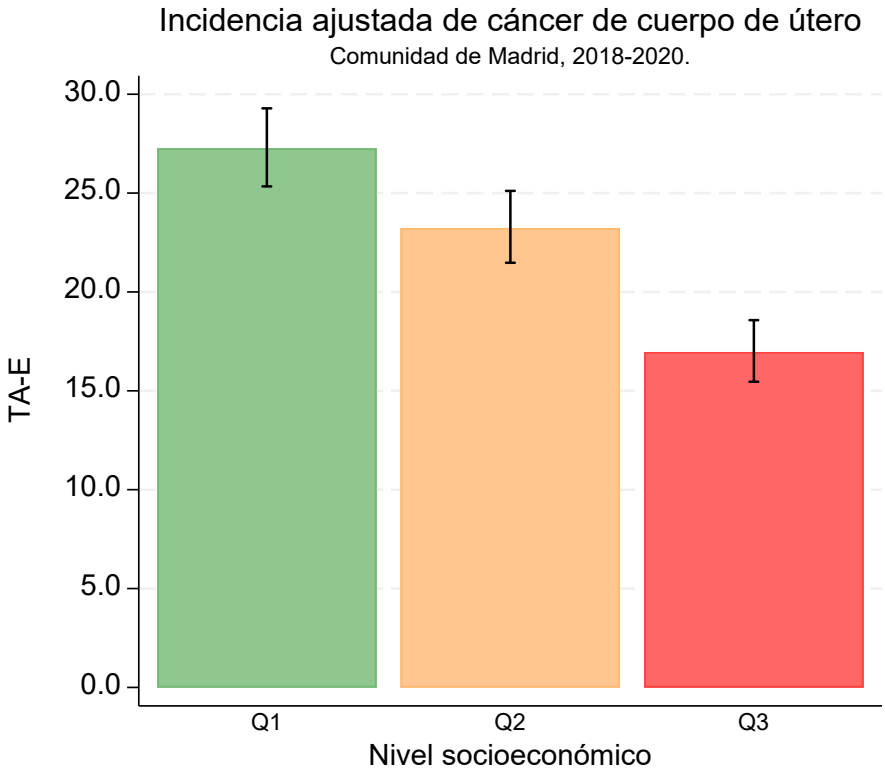
Si bien es cierto que en términos de incidencia se evidencia un importante aumento con la edad de las TEE desde los 0,3 casos por 100.000 mujeres en el grupo de 25-29 años, a los 51,5 en el grupo de 65-69 años; posteriormente, las TEE aumentan ligeramente hasta alcanzar una tasa de 54,4 casos por 100.000 mujeres en el grupo de entre 75 y 79 años de edad, para descender a partir de los 80 años.

Gráfico 2. Frecuencia de casos y tasas de incidencia específicas por edad (por 100.000 mujeres) para el cáncer de cuerpo de útero. Comunidad de Madrid, 2018-2020.



El Gráfico 3 y el Anexo 4 muestra las tasas de incidencia por nivel socioeconómico. Se observan diferencias en la tasa de incidencia ajustada de cáncer de cuerpo de útero por nivel socioeconómico, mostrando una mayor incidencia en mujeres de baja renta (Q1).

Gráfico 3. Tasa de incidencia ajustada (por 100.000 habitantes) de cáncer de cuerpo de útero por nivel socioeconómico. Comunidad de Madrid, 2018-2020.



TA-E: Tasa de incidencia ajustada por población Europea (2013).
Q1: nivel socioeconómico bajo | Q3: nivel socioeconómico alto

3.4. Supervivencia de las pacientes con cáncer de cuerpo de útero en la Comunidad de Madrid

De los 1.887 casos diagnosticados entre los años 2018-2020 de cáncer de cuerpo de útero, a 31 de diciembre de 2024 habían fallecido 515 mujeres, 495 de ellas en los primeros 5 años tras el diagnóstico.

Para el análisis de supervivencia se excluyeron todos los casos identificados únicamente por el certificado de defunción (denominados DCO – *Death Certificate Only*) y los diagnosticados por autopsia (N=25). El análisis se restringe al rango de edad 20-99 por imperativo del método, por lo que finalmente el análisis de supervivencia se realizó sobre 1.861 casos.

Los resultados detallados de supervivencia observada y neta del cáncer de útero desagregada por grupos de edad, nivel socioeconómico, país de nacimiento, grado de diferenciación, grupos morfológicos y estadio al diagnóstico se encuentran en el Anexo 5.

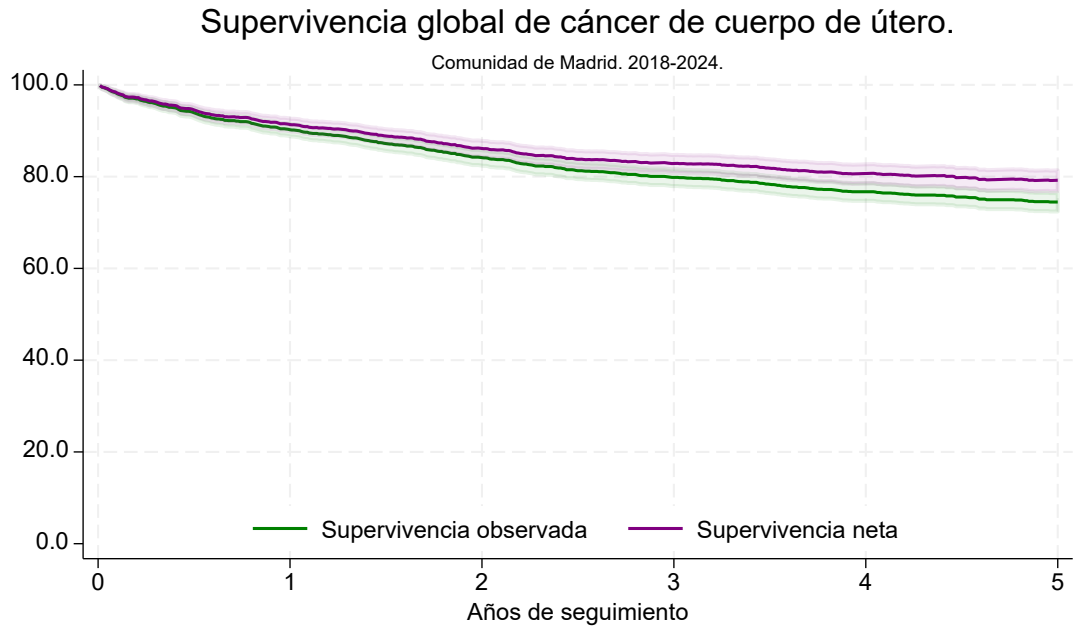
3.4.1. Supervivencia global de las pacientes con cáncer de cuerpo de útero en la Comunidad de Madrid

En conjunto, la supervivencia observada (SO) global tras el diagnóstico de cáncer fue de 89,2% (IC95%: 87,7-90,5) en el primer año tras el diagnóstico y de 73,3% (IC95%: 71,2-75,3) al quinto año (Tabla 3 y Gráfico 4). La supervivencia neta (SN), ajustada por otras causas de mortalidad, fue ligeramente superior a la observada (77,6%; IC%: 75,3-79,8) a los 5 años.

Tabla 3. Supervivencia observada (SO) y neta (SN) de las pacientes con cáncer de cuerpo de útero. Comunidad de Madrid, 2018-2024 (n=1.861).

	1er año		2º año		3er año		4º año		5º año	
	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
SO	89,2	(87,7-90,5)	82,9	(81,2-84,5)	78,7	(76,8-80,5)	75,6	(73,6-77,4)	73,3	(71,2-75,3)
SN	90,2	(88,7-91,6)	84,8	(82,9-86,5)	81,5	(79,5-83,4)	79,2	(77,1-81,2)	77,6	(75,3-79,8)

Gráfico 4. Supervivencia observada y neta de las pacientes con cáncer de cuerpo de útero. Comunidad de Madrid, 2018-2024.

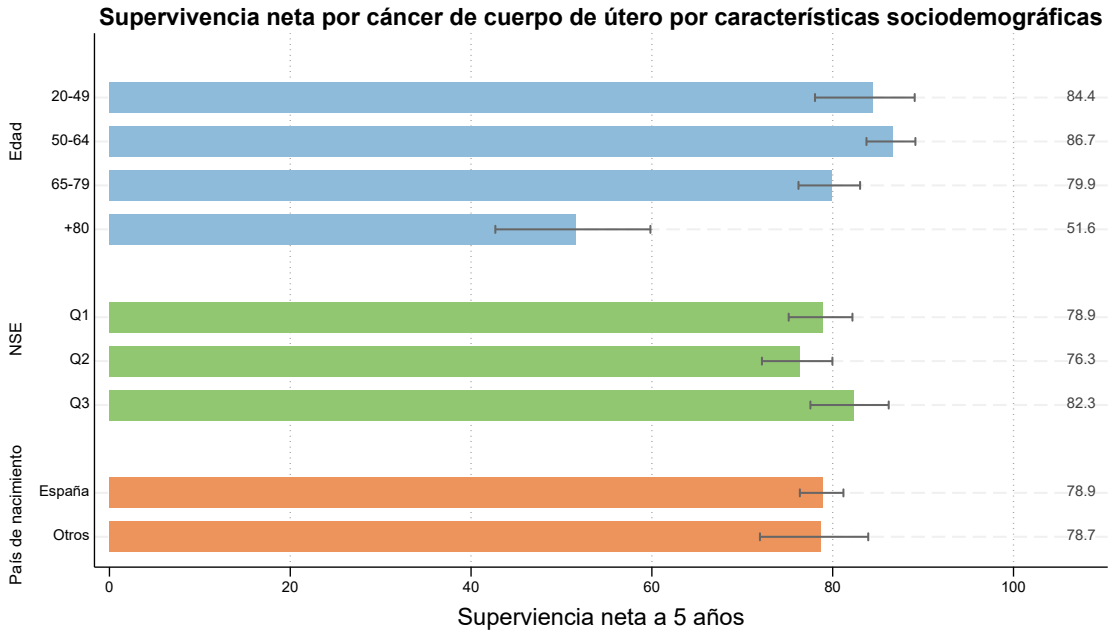


3.4.2. Supervivencia de las pacientes con cáncer de cuerpo de útero por características sociodemográficas y tumorales en la Comunidad de Madrid

El Gráfico 5 presenta la supervivencia neta estratificada por características sociodemográficas, incluyendo grupos de edad, nivel socioeconómico y país de nacimiento.

Se aprecia una disminución de la supervivencia en el grupo de mayor edad. La supervivencia de las pacientes con menos de 65 años fue superior al 80% a los 5 años: 84,4% en el grupo de 20-49 años (IC95%: 78,0-89,1) y 86,7% en el de 50-64 años (IC95%: 83,7-89,2). No se aprecian diferencias en la supervivencia neta en función del nivel socioeconómico ni por el país de origen.

Gráfico 5. Supervivencia neta de las pacientes con cáncer de cuerpo de útero por características sociodemográficas. Comunidad de Madrid, 2018-2024.



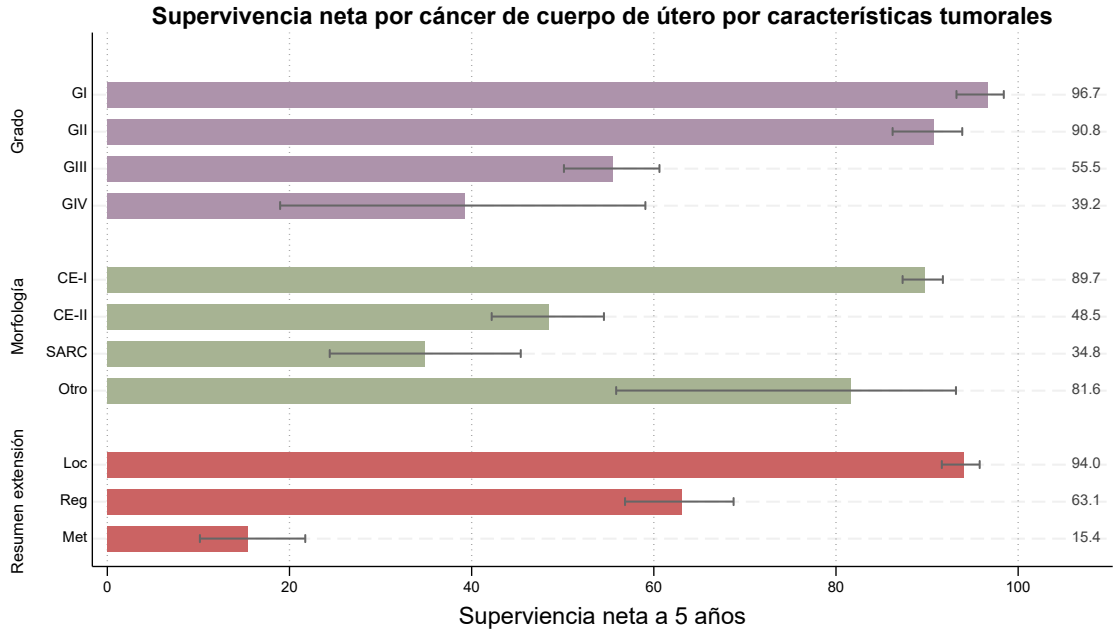
*NSE: nivel socioeconómico; Q1: nivel socioeconómico bajo| Q3: nivel socioeconómico alto

El Gráfico 6 representa la supervivencia neta por características tumorales, incluyendo el grado de diferenciación histológica, el subtipo morfológico y el estadio al diagnóstico. Por grado de diferenciación histológica, la SN fue menor en las pacientes con tumores pobremente diferenciados e indiferenciados, con una supervivencia estimada a los 5 años del 55,5% y del 39,2%, respectivamente, frente estimaciones de supervivencia superiores al 90% en pacientes con tumores bien y moderadamente diferenciados.

Con respecto a las estimaciones de supervivencia por el subtipo morfológico del tumor, las pacientes con tumores del grupo de carcinoma endometrial-tipo I mostraron los mejores estimadores de supervivencia a los 5 años (89,7%), mientras que las pacientes con carcinomas endometriales-tipo II y sarcomas presentaron estimadores de supervivencia inferiores al 50% a los 5 años (48,5% y 34,8%, respectivamente). Las pacientes con tumores clasificados como adenosarcomas presentaron una supervivencia del 100% a los 5 años (*datos no mostrados*).

Finalmente, al estudiar la supervivencia neta en función del estadio en el momento del diagnóstico, se encontraron importantes diferencias, siendo del 94,0% en las pacientes con tumores diagnosticados en estadios iniciales, del 63,1% (IC95%: 56,8-68,8) en las pacientes con tumores en estadios II-III en el momento del diagnóstico y del 15,4% (IC95%: 10,2-21,7) en pacientes con estadio metastásico (Estadio IV) al diagnóstico (Gráfico 6).

Gráfico 6. Supervivencia neta de las pacientes con cáncer de cuerpo de útero por características tumorales. Comunidad de Madrid, 2018-2024.



* GI: Grado I, bien diferenciado; GII: Grado II, moderadamente diferenciado; GIII: Grado III, pobremente diferenciado; GIV: Grado IV, indiferenciado.
* CE-I: Carcinoma endometrial, tipo I; CE-II: Carcinoma endometrial, tipo II; SARC: Sarcomas uterinos; Otro: Otros carcinomas específicos.
* Loc: Localizado (FIGO IA-IB); Reg: Regional (FIGO IIA-IIIC); Met: Metástasis (FIGO IVA-IVB)

Para profundizar en el análisis de supervivencia, se estimó la supervivencia neta a los 5 años del diagnóstico de las pacientes con cáncer de cuerpo de útero, por nivel socioeconómico y estadio al diagnóstico. El Anexo 6 muestra que no existen diferencias en la supervivencia de las pacientes diagnosticadas de un cáncer de útero por nivel socioeconómico al estudiar las pacientes por estadio al diagnóstico. En los tumores con extensión regional en el momento del diagnóstico sí existe un descenso de 11 puntos en la SN entre el nivel de privación Q1 y el nivel de privación Q3, aunque esta diferencia no alcanzó significación estadística [SN-Q1: 60,0% (IC9%: 50,0-68,7) vs. SN-Q3: 71,4% (IC95%: 55,2-82,6)].

4. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El actual informe presenta una descripción detallada de la epidemiología del cáncer de cuerpo de útero en la Comunidad de Madrid, aportando estimaciones de incidencia poblacional de cáncer de cuerpo de útero para el periodo del 2018 al 2020, así como estimaciones de supervivencia a 1, 3 y 5 años del diagnóstico de estos tumores, teniendo en cuenta variables propias del tumor y características sociodemográficas de las pacientes estudiadas.

En total, se incluyeron en este trabajo 1.887 pacientes con cáncer de cuerpo de útero, siendo las tasas estandarizadas de 22,5 casos por cada 100.000 mujeres mayores de 20 años. Estas tasas son similares a las reportadas por el Sistema Europeo de Información en Cáncer (ECIS) desde los distintos registros españoles en ese periodo de estudio, cuyos valores oscilan entre los 18 y los 30 casos por 100.000 mujeres (25) y a las descritas por otros registros internacionales (26,27). Al igual que en otros registros, la incidencia aumentó con la edad de la pacientes, alcanzando su mayor tasa de incidencia en el grupo de entre 75-79 años (26,27). Con respecto al nivel socieconómico, el cáncer de cuerpo de útero fue más frecuente en mujeres de menor NSE, algo ya descrito en la literatura (28,29). En relación con las características histopatológicas de los tumores estudiados, el grupo morfológico más frecuente fueron los carcinomas endometriales-tipo I, de los cuales el 94% de los tumores eran adenocarcinomas endometroides. El 35,7% de

los tumores presentaron un grado de diferenciación bajo (G-I) y la mayor parte se diagnosticaron en estadios iniciales (el 64,0% estaban localizados en el momento del diagnóstico). Las características tumorales son similares a las encontradas en otros estudios y lo reconocido por la literatura (12,30,31).

El riesgo de padecer un cáncer de endometrio tiene un origen multifactorial, combinando, entre otros, factores metabólicos, sexuales o genéticos. Entre ellos destacan la obesidad, la resistencia a la insulina, la exposición prolongada a tratamientos hormonales y la predisposición genética asociada al síndrome de Lynch. Asimismo, la IARC reconoce la terapia estrogénica prolongada, la terapia combinada con estrógeno y progesterona y el tamoxifeno como agentes carcinogénicos con evidencia suficiente para el cáncer de endometrio. Cabe destacar, que en España menos del 5% de la población utiliza terapia combinada y menos del 1% tratamientos estrogénicos para la menopausia, mientras que el uso de tratamientos para la diabetes aumenta con la edad, con una prevalencia casi del 20% entre las mujeres mayores de 65 años (32).

La distribución por edad y por nivel socioeconómico de la incidencia de cáncer de cuerpo de útero en las mujeres que residen en la Comunidad de Madrid es similar a la descrita en otras poblaciones, y podría explicarse por la desigual distribución de estos factores de riesgo. En concreto, se observa una mayor prevalencia de los factores de riesgo de este tumor en mujeres post-menopáusicas y con menor nivel socioeconómico (33,34). En la Comunidad de Madrid, el Informe del Estado de Salud de la Población muestra una mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad en mujeres post-menopáusicas (42,6%) y en mujeres de nivel socioeconómico bajo (51,9%), cifras que podrían contribuir a explicar en parte las diferencias en la incidencia por grupos de edad y nivel socieconómico encontradas en este trabajo (35).

En relación con el análisis de supervivencia, nuestros resultados muestran una supervivencia observada y neta a los 5 años del 73,3% (IC95%: 71,2-75,3) y 77,6% (IC95%: 75,3-79,8), respectivamente. El estudio EUROCARE-6 realizado a nivel europeo sobre cáncer ginecológico mostró estimaciones similares con una supervivencia relativa a 5 los años de 76,2% (74,4% en España) (36). En consonancia con lo descrito por otros registros (6,37), se han observado diferencias en la supervivencia neta asociadas al grado de diferenciación histológico, al subtipo morfológico y al resumen de extensión, siendo esta última variable la que se asocia con mayores diferencias en el pronóstico de las pacientes. En el caso de las mujeres con tumores en estadio metastásico al diagnóstico, la SN a los 5 años es sólo del 15,4% (vs. 94% en resumen de extensión localizado).

Por características sociodemográficas, en este trabajo no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en la supervivencia por país de nacimiento ni por nivel socioeconómico en las pacientes con cáncer de cuerpo de útero. Tampoco se encontraron diferencias en la supervivencia por nivel socioeconómico en las distintas categorías del resumen de extensión.

La metodología de RECAM presenta grandes fortalezas por su carácter poblacional, permitiendo ofrecer tasas de incidencia y supervivencia reales, válidas y fiables. Los indicadores de calidad del RECAM son similares a los proporcionados por otros registros poblacionales de cáncer de nuestro entorno, lo que sugiere una alta validez interna. La incorporación de múltiples fuentes de información – incluyendo datos hospitalarios, de atención primaria y de mortalidad – así como la revisión manual de la historia clínica aporta exhaustividad y garantiza la calidad de los datos. De esta forma, además de la recogida detallada de información, se ha minimizado la posibilidad de inclusión de casos diagnosticados en personas con residencia habitual en otras comunidades autónomas que son diagnosticadas y/o tratadas en la Comunidad de Madrid. Sin embargo, también se han identificado algunas limitaciones, como la falta de acceso a la historia clínica en pacientes que son diagnosticadas y/o tratadas en servicios hospitalarios del ámbito privado. Esto limita la recogida de información necesaria para la validación de algunos casos, así como la recogida de variables más detalladas de algunos tumores. Asimismo, el Atlas de Distribución de Renta de los Hogares es una medida ecológica del nivel socioeconómico de las pacientes que asigna a cada persona el nivel socioeconómico medio de la sección censal en la

que reside. Este indicador, aunque es ampliamente utilizado en estudios epidemiológicos, podría infraestimar el efecto real del nivel socioeconómico a nivel individual de las pacientes.

Como conclusión, este informe presenta un análisis detallado de la incidencia y supervivencia de las mujeres que residen en la Comunidad de Madrid con un diagnóstico de cáncer de cuerpo de útero entre los años 2018 y 2020. Se han analizado las características de una amplia serie de pacientes, brindando información de gran valor tanto para los profesionales como para las pacientes, que permite conocer mejor la epidemiología de este grupo de tumores ginecológicos en la población estudiada. El avance en la vigilancia epidemiológica y en el registro de cáncer como parte de las competencias de la Dirección General de Salud Pública permite disponer de datos consolidados con los que compararnos con otras regiones y países de nuestro entorno, que además serán de utilidad a la hora de tomar decisiones para los planes de control de cáncer de la Comunidad de Madrid.

Agradecimientos: A Clotilde Sevilla Hernández, Sonia Ávila Arroyo, Beatriz Tabarés Rodríguez, Melanie Ventura Jiménez, María Legarreta Uriarte, David Parra Blázquez por su ayuda en el desarrollo del Registro de Cáncer de la Comunidad de Madrid.

Informe elaborado por: Candela Pino Rosón y Nuria Aragonés. Unidad Técnica de Vigilancia y Registro de Cáncer. Área de Vigilancia de Factores de Riesgo y Enfermedades No Transmisibles. Subdirección General de Vigilancia en Salud Pública. Comunidad de Madrid.

Cita recomendada: Dirección General de Salud Pública. Cáncer de cuerpo de útero en la Comunidad de Madrid. Incidencia 2018-2020 y supervivencia a 1, 3 y 5 años. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Número 9. Volumen 31. Septiembre 2026.

5. BIBLIOGRAFÍA

1. Cancer Today [Internet]. [citado 10 de agosto de 2026]. Disponible en: https://gco.iarc.who.int/today/
2. Bray F, Laversanne M, Weiderpass E, Soerjomataram I. The ever-increasing importance of cancer as a leading cause of premature death worldwide. Cancer. 15 de agosto de 2021;127(16):3029-30. doi:10.1002/cncr.33587 PubMed PMID: 34086348.
3. Data Explorer | ECIS - European Cancer Information System [Internet]. [citado 10 de agosto de 2026]. Disponible en: https://ecis.jrc.ec.europa.eu/data-explorer#/estimates/estimated-incidence-mortality-by-country?indicator=IN&country=EU27X&sex=2&cancerEntity=31&ageFrom=0&ageTo=85%2B&yearFrom=2024&yearTo=2024&orderedByIndicator=IN&statistic=ASR_EU_NEW
4. Red Española de Registros de Cáncer (REDECAN). Estimaciones de la incidencia del cáncer en España, 2026. Red Española de Registros de Cáncer (REDECAN).; 2026.
5. INE [Internet]. [citado 15 de septiembre de 2026]. Defunciones por causas (lista reducida), sexo y edad. Disponible en: https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?tpx=76940
6. Amant F, Mirza MR, Koskas M, Creutzberg CL. Cancer of the corpus uteri. International Journal of Gynecology & Obstetrics. 2018;143(S2):37-50. doi:10.1002/ijgo.12612
7. Bokhman JV. Two pathogenetic types of endometrial carcinoma. Gynecologic Oncology. febrero de 1983;15(1):10-7. doi:10.1016/0090-8258(83)90111-7
8. Mbatani N, Olawaiye AB, Prat J. Uterine sarcomas. International Journal of Gynecology & Obstetrics. 2018;143(S2):51-8. doi:10.1002/ijgo.12613
9. Hooks O, Jhumkhawala V, Sibson K, Shrontz A, Krishnan SS, Ahmad S. Diabetes, Obesity, and Endometrial Cancer: A Review. Current Oncology. 29 de noviembre de 2025;32(12):672. doi:10.3390/curroncol32120672
10. Hoffman BL, Schorge JO, Halvorson LM, Hamid CA, Corton MM, Schaffer JI. Cáncer endometrial. En: Williams Ginecología, 4e [Internet]. New York, NY: McGraw-Hill Education; 2020 [citado 11 de agosto de 2026]. Disponible en: accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?aid=1178954212

11. Hoffman BL, Schorge JO, Halvorson LM, Hamid CA, Corton MM, Schaffer JI. Sarcoma uterino. En: Williams Ginecología, 4e [Internet]. New York, NY: McGraw-Hill Education; 2020 [citado 11 de agosto de 2026]. Disponible en: accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?aid=1178954299
12. Crosbie EJ, Kitson SJ, McAlpine JN, Mukhopadhyay A, Powell ME, Singh N. Endometrial cancer. The Lancet. abril de 2022;399(10333):1412-28. doi:10.1016/S0140-6736(22)00323-3
13. IARC Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Biological agents. IARC Monogr Eval Carcinog Risks Hum. 2012;100(Pt B):1-441. PubMed PMID: 23189750; PubMed Central PMCID: PMC4781184.
14. Working Group Report. International rules for multiple primary cancers (ICD-0 third edition). Eur J Cancer Prev. agosto de 2005;14(4):307-8. doi:10.1097/00008469-200508000-00002 PubMed PMID: 16030420.
15. Eden M, Crocetti E, Van Eycken E, Dolores Chirlaque M, Katalinic A, Miranda A, et al. Recommendaciones ENCR: Codificación de la fecha de incidencia [Internet]. 2022. Disponible en: https://encr.eu/sites/default/files/Recommendations/ENCR%20Recommendation%20DOI_Mar2022_ES.pdf
16. Visser O, Caetano dos Santos FL, Cuccaro F, Forjaz G, Michalek I, Mousavi M, et al. ENCR Recommendation Basis of Diagnosis. 2022.
17. Fritz A, Percy C, Jack A, Shanmugaratnam K, Sobin L, Parkin DM, et al. Clasificación Internacional de enfermedades para oncología. Rev Inst Med trop S Paulo. agosto de 2003;45(4):224-224. doi:10.1590/S0036-46652003000400018
18. Ferlay J, Burkhard C, Whelan S, Parkin DM. Check and conversion programs for cancer registries (IARC/IACR Tools for Cancer Registries). International Agency for Research on Cancer; 2005. Report IARC Technical Report No.42.
19. CI5: Cancer Incidence in Five Continents [Internet]. [citado 1 de agosto de 2024]. Disponible en: https://ci5.iarc.who.int/ci5-xii/chapters
20. Ministerio de Sanidad - Sanidad en datos - Estadísticas y Estudio- Estadísticas Sanitarias - Índice Nacional de defunciones [Internet]. [citado 15 de noviembre de 2024]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/IND_TipoDifusion.htm
21. INE [Internet]. [citado 10 de agosto de 2026]. INEbase / Nivel y condiciones de vida (IPC) /Condiciones de vida /Atlas de distribución de renta de los hogares / Últimos datos. Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736177088&menu=ultiDatos&idp=1254735976608
22. Instituto de Estadística. Comunidad de Madrid [Internet]. 2026 [citado 26 de junio de 2026]. Comunidad de Madrid. Indicadores demográficos básicos. Disponible en: https://www.madrid.org/iestadis/fijas/estructu/demograficas
23. Coviello E, Seppä K, Dickman PW, Pokhrel A. Estimating Net Survival using a Life-Table Approach. The Stata Journal: Promoting communications on statistics and Stata. abril de 2015;15(1):173-85. doi:10.1177/1536867X1501500111
24. Bray F, Colombet M, Aitken J, Bardot A, Eser S, Galceran J, et al. Cancer Incidence in Five Continents Vol.XII (IARC CancerBase No.19) [Internet]. Lyon: International Agency for Research on Cancer.; 2023. (IARC Scientific Publications; n.º 169). Disponible en: https://ci5.iarc.who.int/
25. ECIS - European Cancer Information System | ECIS - European Cancer Information System [Internet]. [citado 5 de agosto de 2025]. Disponible en: https://ecis.jrc.ec.europa.eu/
26. Belgian Cancer Registry (BCR). Cancer Fact Sheet Corpus Uteri cancer, 2024 | Belgian Cancer Registry [Internet]. 2026 [citado 11 de agosto de 2026]. Disponible en: https://kankerregister.org/en/publicaties/cancer-fact-sheet-cervical-cancer-2023
27. Uterine cancer incidence statistics | Cancer Research UK [Internet]. [citado 11 de agosto de 2026]. Disponible en: https://www.cancerresearchuk.org/health-professional/cancer-statistics/statistics-by-cancer-type/uterine-cancer/incidence

28. Rose J, Baandrup L, Hertzum-Larsen R, Aarestrup J, Baker JL, Kjær SK. Trends in the incidence of endometrial intraepithelial neoplasia and endometrial cancer by type, age, and socioeconomic status in Denmark 2005–2022. Maturitas. junio de 2026;209:108959. doi:10.1016/j.maturitas.2026.108959
29. Helpman L, Pond GR, Elit L, Anderson LN, Seow H. Endometrial cancer presentation is associated with social determinants of health in a public healthcare system: A population-based cohort study. Gynecologic Oncology. julio de 2020;158(1):130-6. doi:10.1016/j.ygyno.2020.04.693
30. Evans T, Sany O, Pearmain P, Ganesan R, Blann A, Sundar S. Differential trends in the rising incidence of endometrial cancer by type: data from a UK population-based registry from 1994 to 2006. Br J Cancer. 26 de abril de 2011;104(9):1505-10. doi:10.1038/bjc.2011.68 PubMed PMID: 21522151; PubMed Central PMCID: PMC3101940.
31. Rodríguez-Palacios DÁ, Colorado-Yohar SM, Velten M, Vaamonde-Martín RJ, Ballesta M, Chirlaque MD. Incidence and Trend of Type I and II Endometrial Cancer in Women from Two Population-Based European Cancer Registries (1998–2012). Int J Environ Res Public Health. 23 de marzo de 2022;19(7):3789. doi:10.3390/ijerph19073789 PubMed PMID: 35409473; PubMed Central PMCID: PMC8997612.
32. Ministerio de Sanidad - Sanidad en datos - Encuesta de Salud de España – ESdE 2023 [Internet]. [citado 15 de septiembre de 2026]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaSaludEspana/ESdE2023/ESdE2023Detalles.htm
33. Massouh N, Jaffa AA, Jaffa MA. Diabetes and the social, biologic, and behavioral determinants of endometrial cancer in the United States. BMC Cancer. 29 de abril de 2024;24(1):540. doi:10.1186/s12885-024-12192-y
34. Dossus L, Allen N, Kaaks R, Bakken K, Lund E, Tjonneland A, et al. Reproductive risk factors and endometrial cancer: the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition. International Journal of Cancer. 2010;127(2):442-51. doi:10.1002/ijc.25050
35. IESP - Desigualdades sociales en salud | Comunidad de Madrid [Internet]. 2023 [citado 11 de agosto de 2026]. Disponible en: https://www.comunidad.madrid/salud/iesp-desigualdades-sociales-salud
36. Sant M, Chirlaque Lopez MD, Agresti R, Sánchez Pérez MJ, Holleczek B, Bielska-Lasota M, et al. Survival of women with cancers of breast and genital organs in Europe 1999–2007: Results of the EUROCARE-5 study. European Journal of Cancer. octubre de 2015;51(15):2191-205. doi:10.1016/j.ejca.2015.07.022
37. Impact of socio-economic deprivation on endometrial cancer survival in the North West of England: a prospective database analysis [Internet]. [citado 12 de agosto de 2026]. Disponible en: https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/1471-0528.16618

6. ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

Tablas

Tabla 1. Indicadores de calidad de los datos de cáncer de cuerpo de útero en el Registro Poblacional de Cáncer de la Comunidad de Madrid, 2018-2020.

Tabla 2. Características de las pacientes con cáncer de cuerpo de útero (C54). Comunidad de Madrid, 2018-2020 (N=1.887).

Tabla 3. Supervivencia observada (SO) y neta (SN) de las pacientes con cáncer de cuerpo de útero. Comunidad de Madrid, 2018-2024 (n=1.861).

Gráficos

Gráfico 1. Distribución del resumen de extensión del cáncer de cuerpo de útero por nivel socioeconómico. Comunidad de Madrid, 2018-2020.

Gráfico 2. Frecuencia de casos y tasas de incidencia específicas por edad (por 100.000 mujeres) para el cáncer de cuerpo de útero. Comunidad de Madrid, 2018-2020.

Gráfico 3. Tasa de incidencia ajustada (por 100.000 habitantes) de cáncer de cuerpo de útero por nivel socioeconómico. Comunidad de Madrid, 2018-2020.

Gráfico 4. Supervivencia observada y neta de las pacientes con cáncer de cuerpo de útero. Comunidad de Madrid, 2018-2024.

Gráfico 5. Supervivencia neta de las pacientes con cáncer de cuerpo de útero por características sociodemográficas. Comunidad de Madrid, 2018-2024.

Gráfico 6. Supervivencia neta de las pacientes con cáncer de cuerpo de útero por características tumorales. Comunidad de Madrid, 2018-2024.

7. ANEXOS

Anexo 1. Grupos morfológicos (CIE-O 3.1).

Anexo 2. Características de las pacientes con cáncer de cuerpo de útero (C54-55). Comunidad de Madrid, 2018-2020 (N=1.887).

Anexo 3. Tasas de incidencia específica por grupos de edad de cáncer de cuerpo de útero (por 100.000 mujeres). Comunidad de Madrid, 2018-2020.

Anexo 4. Tasas de incidencia brutas y ajustadas de cáncer de cuerpo de útero (por 100.000 mujeres) por nivel socioeconómico. Comunidad de Madrid, 2018-2020.

Anexo 5. Supervivencia observada (SO) y neta (SN) tras 5 años del diagnóstico de las pacientes con cáncer de cuerpo de útero. Comunidad de Madrid, 2018-2024.

Anexo 6. Supervivencia neta de las pacientes con cáncer de cuerpo de útero por resumen de extensión según el nivel socioeconómico. Comunidad de Madrid, 2018-2024.

Anexo 1. Grupos morfológicos (CIE-O 3.1).

Carcinoma endometrial, tipo I	Carcinoma endometrial, tipo II	Sarcomas uterinos	Adenosarcoma	Otros carcinomas específicos	Carcinomas inespecíficos
8140/3 – Adenocarcinoma, SAI 8230/3 – Carcinoma sólido, SAI 8380/3 – Adenocarcinoma endometroide, SAI 8382/3 – Adenocarcinoma endometroide, variante secretora 8383/3 – Adenocarcinoma endometroide, variante de células ciliadas 8480/3 – Adenocarcinoma mucinoso 8481/3 – Adenocarcinoma productor de mucina	8020/3 – Carcinoma indiferenciado, SAI 8021/3 – Carcinoma de tipo anaplásico, SAI 8050/3 – Carcinoma papilar, SAI 8260/3 – Adenocarcinoma papilar, SAI 8310/3 – Adenocarcinoma de células claras, SAI 8441/3 – Cistoadenocarcinoma seroso, SAI 8460/3 – Cistoadenocaricnoma seroso papilar 8461/3 – Carcinoma papilar de superficie serosa 8950/3 – Tumor mülleriano mixto 8951/3 – Tumor mesodérmico mixto 8980/3 – Carcinosarcoma, SAI 8981/3 – Carcinosarcoma embrionario	8890/3 – Leiomiosarcoma , SAI 8891/3 – Leiomiosarcoma epitelioide 8896/3 – Leiomiosarcoma mixoide 8930/3 – Sarcoma del estroma endometrial, SAI 8931/3 – Sarcoma del estroma endometrial de bajo grado 8800/3 – Sarcoma, SAI 8804/3 – Sarcoma epitelioide 8805/3 – Sarcoma indiferenciado 8714/3 – Tumor epitelioide perivascular 8910/3 – Rabdomiosarcoma embrionario 9581/3 – Sarcoma alveolar de partes blandas	8933/3 - Adenosarcoma	8013/3 – Carcinoma neuroendocrino de células grandes 8033/3 – Carcinosarcoma seudosarcomatoso 8041/3 – Carcinoma de células pequeñas, SAI 8070/3 – Carcinoma epidermoide, SAI 8263/3 – Adenocarcinoma en adenoma tubulovelloso 8323/3 – Adenocarcinoma de células mixtas 8490/3 – Carcinoma de células de anillo de sello	8000/3 – Neoplasia maligna 8010/3 – Carcinoma, SAI

Anexo 2. Características de las pacientes con cáncer de cuerpo de útero (C54-55). Comunidad de Madrid, 2018-2020 (N=1.887).

	Nivel Socioeconómico (NSE; terciles)		
	Q1 (NSE bajo)	Q2	Q3 (NSE alto)
N	759 (40,2%)	652 (34,6%)	475 (25,2%)
Edad al diagnóstico (años cumplidos)	65,61 (12,68)	65,86 (12,68)	65,90 (12,21)
Grupos de edad			
20-49 años	77 (10,1%)	62 (9,5%)	41 (8,6%)
50-64 años	274 (36,1%)	239 (36,7%)	191 (40,2%)
65-79 años	302 (39,8%)	250 (38,3%)	176 (37,1%)
80+ años	106 (14,0%)	101 (15,5%)	67 (14,1%)
País de nacimiento*			
Nacido en España	665 (87,7%)	584 (89,6%)	418 (88,2%)
Nacido en el extranjero	93 (12,3%)	68 (10,4%)	56 (11,8%)
Morfología (CIE-O 3.1)			
Carcinoma endometrial, tipo I	579 (76,3%)	462 (70,9%)	358 (75,4%)
Carcinoma endometrial, tipo II	123 (16,2%)	119 (18,3%)	63 (13,3%)
Sarcomas uterinos	25 (3,3%)	32 (4,9%)	23 (4,8%)
Adenosarcoma	4 (0,5%)	2 (0,3%)	0 (0,0%)
Otros carcinomas específicos	14 (1,8%)	10 (1,5%)	4 (0,8%)
Inespecíficos	14 (1,8%)	27 (4,1%)	27 (5,7%)
Grado de diferenciación (CIE-O-3.1)*			
Grado I, Bien diferenciado	276 (40,3%)	225 (40,5%)	173 (44,2%)
Grado II, Moderadamente diferenciado	219 (32,0%)	174 (31,3%)	109 (27,9%)
Grado III, Pobremente diferenciado	184 (26,9%)	149 (26,8%)	102 (26,1%)
Grado IV, Indiferenciado, Anaplásico	6 (0,9%)	8 (1,4%)	7 (1,8%)
Resumen de extensión (FIGO)*			
Localizado (FIGO IA-IB)	515 (71,8%)	400 (68,7%)	293 (76,9%)
Regional (FIGO IIA-IIIC)	137 (19,1%)	125 (21,5%)	58 (15,2%)
Metástasis (FIGO IVA-IVB)	65 (9,1%)	57 (9,8%)	30 (7,9%)

***Se excluyen los valores desconocidos: País de nacimiento (N=2); Grado de diferenciación (N=255); Resumen de extensión (N=191).**

Anexo 3. Tasas de incidencia específica por grupos de edad de cáncer de cuerpo de útero (por 100.000 mujeres). Comunidad de Madrid, 2018-2020.

	Tasa específica
Grupos de edad	
20-24	0,0
25-29	0,3
30-34	1,5
35-39	2,0
40-44	5,1
45-49	12,3
50-54	24,1
55-59	35,6
60-64	42,8
65-69	51,5
70-74	52,4
75-79	54,4
80-84	43,8
85+	35,2

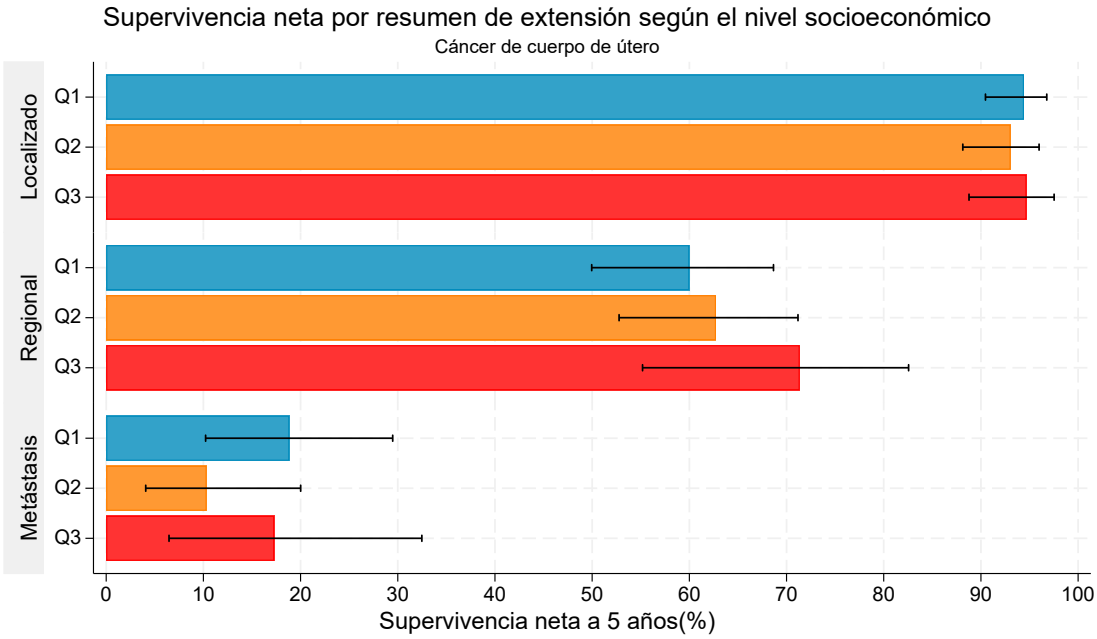
Anexo 4. Tasas de incidencia brutas y ajustadas de cáncer de cuerpo de útero (por 100.000 mujeres) por nivel socioeconómico. Comunidad de Madrid, 2018-2020.

	Tasa bruta	Tasa ajustada por edad		
		TA-E	IC95%	
Nivel socioeconómico				
Q1 (NSE bajo)	26,7	27,3	25,3	29,3
Q2	23,0	23,2	21,5	25,7
Q3 (NSE alto)	16,7	17,0	15,5	19,6
TOTAL	22,1	22,5	21,8	23,2

Anexo 5. Supervivencia observada (SO) y neta (SN) tras 5 años del diagnóstico de las pacientes con cáncer de cuerpo de útero. Comunidad de Madrid, 2018-2024.

Categorías	SO 5 años %	IC 95%	SN 5 años %	IC 95%
Grupos de edad (años)				
20-49	84,0	(77,7-88,7)	84,4	(78,0-89,1)
50-64	85,3	(82,4-87,7)	86,7	(83,7-89,2)
65-79	75,2	(71,8-78,2)	79,9	(76,2-83,0)
80+	37,3	(31,4-43,3)	51,6	(42,7-59,8)
Nivel socioeconómico				
Q1 (NSE bajo)	74,7	(71,4-77,7)	78,9	(75,1-82,2)
Q2	71,8	(68,1-75,1)	76,3	(72,2-80,0)
Q3 (NSE alto)	77,7	(73,6-81,3)	82,3	(77,5-86,2)
País de nacimiento				
España	74,2	(72,0-76,3)	78,9	(76,4-81,2)
Otros	76,4	(70,1-81,6)	78,7	(72,0-83,9)
Grado histológico				
Grado I	92,4	(90,1-94,2)	96,7	(93,2-98,4)
Grado II	84,4	(80,8-87,3)	90,8	(86,2-93,9)
Grado III	52,4	(47,5-57,0)	55,5	(50,1-60,6)
Grado IV	38,1	(18,3-57,8)	39,2	(19,0-59,1)
Morfología				
Carcinoma endometrial, tipo I	84,7	(82,7-86,5)	89,7	(87,3-91,7)
Carcinoma endometrial, tipo II	45,7	(40,0-51,3)	48,5	(42,2-54,5)
Sarcomas uterinos	33,6	(23,5-44,0)	34,8	(24,4-45,4)
Adenosarcoma	100	N/A	100	N/A
Otros carcinomas específicos	74,9	(54,5-87,2)	81,6	(55,9-93,2)
Resumen de extensión (FIGO)				
Localizado (FIGO IA-IB)	88,6	(86,7-90,3)	94,0	(91,6-95,8)
Regional (FIGO IIA-IIIC)	59,7	(54-64,9)	63,1	(56,8-68,8)
Metástasis (FIGO IVA-IVB)	15,0	(9,9-21,2)	15,4	(10,2-21,7)
Global	73,3	(71,2-75,3)	77,6	(75,3-79,8)

Anexo 6. Supervivencia neta de las pacientes con cáncer de cuerpo de útero por resumen de extensión según el nivel socioeconómico. Comunidad de Madrid, 2018-2024.



*Q1: nivel socioeconómico bajo| Q3: nivel socioeconómico alto



EFECTOS SOBRE LA SALUD DE LAS TEMPERATURAS EXTREMAS: VIGILANCIA DE LOS EFECTOS DEL CALOR 2026

Plan de Actuación ante Episodios de Altas Temperaturas 2026

ÍNDICE

1. RESUMEN....49
2. INTRODUCCIÓN....51
3. METODOLOGÍA....52
   3.1. Fuentes de información....52
   3.2. Periodo de estudio....53
   3.3. Análisis....54
4. RESULTADOS....55
5. ACTIVIDAD INFORMATIVA....60
6. CONCLUSIONES....60
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS....61
8. ANEXO....63

1. RESUMEN

***Introducción**:* En el contexto del cambio climático global se ha observado una mayor frecuencia e intensidad de episodios de temperaturas extremas, cuyo efecto sobre el medio ambiente, como el incremento de incendios forestales, y sobre la salud de la población se describe en numerosas publicaciones. Concretamente en nuestra Comunidad, el calor del verano de 2022 ocasionó el mayor efecto en la mortalidad desde 2004, año de inicio del sistema de vigilancia. Para reforzar la respuesta, en 2023 se elaboró el *Plan de Actuación ante Episodios de Altas Temperaturas*, ampliando la contribución de distintas instituciones que ya venían trabajando en la *Comisión Técnica de Coordinación del Plan* y en 2026 se da continuidad a este Plan. El objetivo es "establecer un sistema de vigilancia y atención temprana y recoger todas las actuaciones que conforman los Planes Específicos de Intervención de las distintas áreas de gobierno regional para actuar de una forma rápida, eficaz y coordinada ante las situaciones de riesgo provocadas por las temperaturas elevadas". Una de las actividades del plan es la vigilancia de la mortalidad y morbilidad diarias y su relación con las temperaturas.

Metodología: Los efectos del calor se vigilan desde el 15 de mayo al 15 de septiembre de 2026. La mortalidad diaria procede de los Registros Civiles informatizados (Sistema MoMo) y la morbilidad se vigila a partir de las urgencias totales atendidas en los hospitales públicos de la Comunidad de Madrid (CM). Como novedad, este año se ha ampliado la vigilancia a las urgencias hospitalarias por efectos del calor, y a las consultas relacionadas con las altas temperaturas en Atención Primaria (AP). Las temperaturas son las registradas por la Agencia Española de Meteorología. Mediante modelos de regresión de *Poisson* se calculan valores medios de mortalidad diaria esperada (±3DE), a partir de la serie histórica de 5 años anteriores (2021-2025). Se describen superaciones diarias puntuales de los valores máximos esperados y se analiza la asociación de la mortalidad con la temperatura máxima del día anterior (Tªmx.) y la temperatura mínima del mismo día (Tªmín.). En las urgencias se calcula el porcentaje de urgencias diarias atendidas que ingresan y su relación con la Tªmx. y se describen las consultas en AP en función de edad y sexo.

Resultados: La mortalidad observada en la CM por todas las causas y edades supone una media de 112 muertes diarias, un total de 13.828, un 1,8% mayor a los 13.583 fallecimientos esperados según la mortalidad en los 5 años previos. Se aprecian 2 días con superación del límite máximo esperado, y asociación positiva estadísticamente significativa entre mortalidad diaria total y la Tªmx., con incremento del 6% los días con Tªmx. mayor de 36,5ºC y menor o igual a 38,5ºC, y del 8% los días con Tªmx. mayor de 38,5ºC. Este efecto se aprecia de forma similar en el grupo de mayores de 74 años. La mortalidad atribuible al calor se estima en un 2,3%, lo que supone una tasa de mortalidad atribuible de 36,7 fallecimientos por millón de habitantes. El porcentaje de urgencias ingresadas es superior en días con Tªmx. superior a 36,5ºC, respecto a los días cuya Tªmx. no alcanza este nivel.

***Conclusiones**:* En el verano de 2026 se observa efecto significativo de las altas temperaturas con la mortalidad diaria tanto para el total como para el grupo de mayores de 74 años. Se aprecia un incremento significativo del porcentaje de urgencias atendidas ingresadas en los días con temperaturas elevadas. El impacto de las altas temperaturas en la mortalidad en 2026 está en la línea de lo observado en 2024 y 2025, si bien no supera al de años previos, como 2015 o 2022. Es aconsejable seguir evaluando y reforzando las medidas de vigilancia, concienciación social y coordinación entre las administraciones con acciones específicas de intervención.

ABSTRACT

Introduction: In the context of global climate change, there has been an increase in the frequency and intensity of episodes of extreme temperatures; their impact on the environment – such as an increase in forest fires – and on public health is described in numerous publications. Specifically in our region, the heatwave of summer 2022 had the greatest impact on mortality since 2004, the year the surveillance system was launched. To strengthen the response, the Action Plan for High-Temperature Episodes was drawn up in 2023, expanding the contribution of various institutions that had already been working within the Plan's Technical Coordination Committee, and this Plan has continued in 2026. The aim is "to establish a system for surveillance and early intervention and to bring together all the measures comprising the Specific Intervention Plans of the various regional government departments, in order to respond swiftly, effectively and in a coordinated manner to high-risk situations caused by high temperatures". One of the plan's activities is the monitoring of daily mortality and morbidity rates and their relationship with temperatures.

Methodology: The effects of heat are monitored from 15 May to 15 September 2026. Daily mortality data are sourced from computerised civil registers (the MoMo system), whilst morbidity is monitored based on the total number of Hospital Emergency Departments (HED) visits attended at public hospitals in the Community of Madrid (CM). As a new development this year, monitoring has been extended to include HED admissions due to effects of heat, and consultations related to high temperatures in primary care (PC). Temperatures are those recorded by the Spanish Meteorological Agency. Poisson regression models are used to calculate mean values for expected daily mortality (±3SE), based on the historical data series from the previous five years (2021–2025). Occasional daily exceedances of the expected maximum values are described, and the association between mortality and the previous day's maximum temperature (Tmax) and the minimum temperature on the same day (Tmin) is analysed. In the HED, the percentage of daily cases attended that are admitted is calculated, along with its relationship with Tmax, and primary care consultations are described by age and sex.

Results: The observed mortality in the CM for all causes and all ages amounts to an average of 112 deaths per day, totalling 13,828, which is 1.8 per cent higher than the 13,583 deaths expected based on mortality rates over the previous five years. There were two days on which the expected maximum limit was exceeded, and a statistically significant positive association was observed between total daily mortality and the maximum temperature (Tmax), with a 6 per cent increase on days when Tmax was greater than 36.5°C and less than or equal to 38.5°C, and an 8 per cent increase on days when Tmax was greater than 38.5°C. This effect is similarly observed in the group aged 74 and over. Heat-attributable mortality is estimated at 2.3 per cent, representing an attributable mortality rate of 36.7 deaths per million inhabitants. The proportion of HED admissions is higher on days with a maximum temperature (Tmax) above 36.5°C than on days where the maximum temperature does not reach this level.

Conclusions: In the summer of 2026, a significant effect of high temperatures on daily mortality was observed, both for the total population and for the group aged 74 and over. A significant increase was noted in the proportion of HED patients admitted on days with high temperatures. The impact of high temperatures on mortality in 2026 is in line with that observed in 2024 and 2025, although it does not exceed that of previous years, such as 2015 or 2022. It is advisable to continue assessing and strengthening measures relating to surveillance, public awareness and coordination between public authorities, alongside specific intervention measures.

2. INTRODUCCIÓN

Según las investigaciones sobre el clima, en el contexto del cambio climático global y de incremento de la temperatura media de la Tierra, se ha observado y se espera en el futuro, una mayor frecuencia e intensidad de episodios de temperaturas extremas[1]. Concretamente en España, 2025 fue el tercer año más cálido desde el comienzo de la serie en 1961, empatado con el año 2024, y solo por detrás de 2022 y de 2023. En la Comunidad de Madrid (CM) fue extremadamente cálido en algunas zonas y muy cálido en otras[2]. Al mismo tiempo, tanto el número de olas de calor, como su intensidad, duración y extensión se han incrementado en los últimos años. Así, entre 2015 y 2025 se producen olas de calor todos los años sin excepción, existiendo además una enorme diferencia en la severidad comparativa entre los veranos del periodo 2015-2025 y los del resto de la serie[3]. El verano de 2026 ha sido, según AEMET, el más cálido desde 1961, considerándose extremadamente cálido en la Comunidad de Madrid, pudiendo de esta forma haber facilitado la aparición y propagación de los incendios ocurridos este verano en la CM[4].

Desde el punto de vista meteorológico se entiende por ola de calor un período prolongado de temperaturas extremadamente altas respecto a valores medios en la región. No existe una definición internacional consensuada, pero siempre se refiere a circunstancias excepcionales cuyos niveles varían por regiones y países. Así, en el "*European State of the Climate 2025 report*" se define como "periodos en los que la temperatura máxima fue superior al percentil 98 del periodo de referencia 1961-1990, siendo mayor de 28ºC, durante un periodo de tres o más días"[5].

El efecto de las temperaturas extremas sobre la salud se ve afectado por numerosos factores más allá de los niveles de temperaturas dados por la definición meteorológica de ola de calor, lo que exige determinaciones de temperaturas umbrales a escala local orientadas a la emisión de alertas sanitarias a la población[6,7]. Se trata de un tema de interés creciente evidenciado en el progresivo aumento de publicaciones científicas en la última década. La preocupación a nivel global ha llevado a la elaboración de indicadores que monitorizan los efectos en la salud humana y del planeta y las intervenciones comprometidas por los gobiernos[8,9].

Paralelamente a la implementación de planes de respuesta, se ha observado en España y otros países, un proceso de adaptación a los efectos del calor, relacionado con factores locales, como el grado de urbanización, con una mayor adaptación en medio urbano que rural y en provincias de mayor nivel adquisitivo[10]. La mortalidad atribuible al calor en España presentó un descenso entre 2003 y 2013, respecto a las décadas anteriores, descenso que pudo ser consecuencia de los resultados positivos de las medidas de intervención adoptadas en los planes de respuesta en nuestro país[11–13].

Sin embargo, a medida que las olas de calor se han vuelto más frecuentes y de mayor duración en la última década - al tiempo que el envejecimiento de la población se acentúa-, el número de personas susceptibles a los efectos de las temperaturas extremas se incrementa y los altos costes energéticos pueden jugar en contra de las medidas de adaptación. Así, un estudio reciente, apunta a que, en el conjunto de las ciudades españolas, el número de fallecimientos relacionados con el calor presentó un incremento medio anual de 95,4 por millón entre 2015 y 2024, en comparación con el periodo 1991-2000[14]. Recordemos que durante esos años han acaecido episodios inusuales con efectos significativos sobre la salud, como ocurrió en la Comunidad de Madrid en el verano de 2015[15] o en el de 2022[16,17], los cuales representaron un desafío para los servicios de salud pública, servicios sociales y de protección civil[18].

Otra reciente publicación, que cubre 35 países europeos, cuantifica la mortalidad asociada a las olas de calor sufridas en 2023 en un total de 47.690 fallecimientos, y señala a los países mediterráneos como los que soportaron mayor impacto (entre ellos España, con un total de 8.352 muertes atribuibles y una tasa de mortalidad atribuible de 175 por millón de habitantes, frente a la tasa europea de 88 por millón de habitantes). El estudio concluye que, en el entorno europeo, la vulnerabilidad al calor ha disminuido progresivamente a lo largo del presente siglo[19]. Sin embargo, este descenso en la vulnerabilidad, consecuencia de los distintos mecanismos de adaptación al calor, es matizado por otro estudio reciente

que considera que dicha vulnerabilidad, en lo referente a la mortalidad relacionada con el calor, ha disminuido de forma poco pronunciada. En consecuencia, destaca la necesidad de llevar a cabo un mayor progreso respecto a las medidas de adaptación al calor y resalta la importancia de los Planes de Acción para proteger la salud del calor[20].

Los riesgos, las vulnerabilidades y los impactos del cambio climático se distribuyen de manera desigual entre los distintos grupos de población. Por ejemplo, los trabajadores que desempeñan sus labores al aire libre en los sectores de la construcción y la agricultura corren un riesgo especial de sufrir lesiones relacionadas con el calor debido a una mayor exposición a este. Las personas que residen en las regiones más pobres enfrentan mayores riesgos de incendios forestales y tienen menor acceso a espacios verdes en comparación con quienes viven en regiones menos desfavorecidas. Hay que tener presente también a los menores, que es previsible que vayan a tener una exposición sin precedentes a días de ola de calor en comparación con generaciones anteriores[8,21]. Por todo ello es importante garantizar que las estrategias de adaptación tengan en cuenta las diferencias en los riesgos para proteger a los grupos más vulnerables a los efectos del cambio climático.

Los efectos de las altas temperaturas en la salud, además de evaluarse a través de la mortalidad asociada a ellos, también se pueden monitorizar midiendo las atenciones sanitarias por cuadros relacionados con el calor. En un estudio realizado en Estados Unidos se cuantifica la contribución del cambio climático a las visitas diarias a los servicios de urgencias por enfermedades relacionadas con el calor, estimando que la tasa de visitas a urgencias por estas enfermedades habría sido entre un 20% y un 30% menor sin la influencia del cambio climático en las temperaturas máximas diarias[22].

La Comunidad de Madrid cuenta desde 2004 con el *Plan de Respuesta, Vigilancia y Control de los Efectos de las Olas de Calor* y con la *Comisión Técnica de Coordinación del Plan.* Los resultados de la vigilancia del verano de 2022, el de mayor impacto de los vigilados, arrojan una mortalidad atribuible al calor entre el 8,0 y el 9,9% de la mortalidad total, que supone unas 1.065,0 a 1.310,9 muertes[16,17]. Para reforzar la respuesta, en 2023 se elaboró el *Plan de Actuación ante Episodios de Altas Temperaturas*, ampliando la contribución de distintas instituciones que ya venían trabajando en la *Comisión Técnica de Coordinación del Plan* y en 2026 se da continuidad a este Plan. En 2026, se mantiene el *Plan de Actuación ante Episodios de Altas Temperaturas*, con objeto de "establecer un sistema eficaz de vigilancia y atención temprana y recoger todas las actuaciones que conforman los Planes Específicos de intervención de las distintas áreas de gobierno regional para actuar de una forma rápida, eficaz y coordinada ante las situaciones de riesgo provocadas por las temperaturas elevadas"[23].

El objetivo de este informe es describir el efecto de las altas temperaturas sobre la morbimortalidad en el verano de 2026, en el marco de las actuaciones del mencionado Plan.

3. METODOLOGÍA

3.1. Fuentes de información

Mortalidad

La obtención de datos de mortalidad reciente es difícil. No hay sistemas de información diseñados para este fin y existe una gran variabilidad en la disponibilidad de esta información. Por considerarse la fuente más fiable, accesible y actualizada, se utiliza desde el año 2003 la de Registros Civiles[24]. A partir de los datos del Registro General de Registros Civiles y Notarios del Ministerio de Justicia, se nos facilitan por el Instituto de Salud Carlos III, concretamente el Centro Nacional de Epidemiología, los datos diarios de mortalidad de aquellos municipios que la tienen informatizada (Sistema de Monitorización de la Mortalidad Diaria, MoMo)[25]. Esta fuente recoge los fallecimientos ocurridos en cada municipio, independientemente de que el fallecido tuviese residencia o no en la región madrileña, y supone tener vigilada con mínimo retraso al 80,1% de toda la población y al 87,7% de todos los fallecimientos de la Comunidad. Los municipios de la Comunidad de Madrid que aportan datos figuran en la tabla siguiente.

Tabla 1. Municipios cuyos registros civiles aportan datos de fallecidos.

1 ALCALÁ DE HENARES	12 MADRID
2 ALCOBENDAS	13 MAJADAHONDA
3 ALCORCÓN	14 MÓSTOLES
4 ARANJUEZ	15 NAVALCARNERO
5 ARGANDA DEL REY	16 PARLA
6 COLLADO VILLALBA	17 POZUELO DE ALARCÓN
7 COLMENAR VIEJO	18 SAN LORENZO DE EL ESCORIAL
8 COSLADA	19 TORREJÓN DE ARDOZ
9 FUENLABRADA	20 TORRELAGUNA
10 GETAFE	21 VALDEMORO
11 LEGANÉS	

A partir de estos datos, se analiza el comportamiento de la mortalidad diaria en toda la Comunidad de Madrid, tanto para la población total, como por grupos de edad (0-4, <65, 65-74 y >74 años).

Urgencias hospitalarias diarias totales

Los datos de urgencias atendidas proceden del Cuadro de Mando del SERMAS, aportando el número diario y el porcentaje de urgencias por todas las causas ingresadas diariamente en 26 hospitales públicos de la Comunidad de Madrid.

Urgencias hospitalarias diarias por calor

Este año 2026 se ha incorporado a la vigilancia la información de las urgencias hospitalarias diarias atendidas en 21 hospitales públicos relacionadas con las altas temperaturas, la cual es obtenida a través de la plataforma CLOUDERA y está integrada por los datos de episodios de urgencias en los que aparece el diagnóstico principal codificado como T67 (CIE-10-ES, Efectos del calor y la luz, que incluye como diagnóstico más significativo el código T67.0 “Golpe de calor o insolación”).

Episodios diarios por calor en Atención Primaria

Igualmente, este año se ha incorporado a la vigilancia la descarga diaria de datos desde el sistema de información de morbilidad de Atención Primaria, que aporta el número de consultas o episodios registrados en el descriptor clínico con un motivo relacionado con las altas temperaturas: golpe de calor u otros, tomando como base los cuadros codificados como A88 (CIAP-2, “Efectos adversos de factores físicos”).

Temperaturas

Las temperaturas utilizadas, Tªmx. (máxima del día anterior) y Tªmín. (la mínima del mismo día), proceden de la Agencia Estatal de Meteorología (AEMET) registradas en los observatorios de Barajas, Cuatro Vientos, Getafe y Retiro.

Ozono troposférico

Otra variable a considerar en relación con la mortalidad diaria es el nivel de ozono troposférico (O_3) tomado en valores máximos diarios de las concentraciones medias horarias ($\mu g/m^3$), registrados en los 24 captadores de la red de la CM (Consejería de Medio Ambiente, Vivienda y Agricultura).

3.2. Periodo de estudio

La vigilancia se activa el día 15 de mayo hasta el 15 de septiembre, un total de 124 días, desde la semana 20 a la 38, si bien se contemplan dos períodos de flexibilidad, en función de las temperaturas observadas, del 1 al 15 de mayo y del 16 al 30 de septiembre.

3.3. Análisis

Estimación de valores medios esperados de mortalidad diaria y límites de confianza

El número de eventos diarios esperados se calcula en función de los observados durante los 5 años previos (2021-2025) mediante modelos de regresión de *Poisson* ajustando por tendencia y estacionalidad. Se obtiene un valor medio de fallecimientos esperados cada día y valores extremos: límite superior y límite inferior (+-3DE).

Se describe la curva de mortalidad diaria y el número de días que se supera el límite superior.

Relación entre mortalidad y temperatura

Se calcula el coeficiente de correlación lineal de *Pearson* entre mortalidad diaria y temperatura Tªmx. y Tªmín. y su significación estadística para toda la temporada.

Mediante modelos de regresión de Poisson se analiza la asociación entre mortalidad diaria y temperaturas. La Tªmín. se analiza como variable continua, y la Tªmx. de dos formas: como variable continua y en tres categorías, según dos puntos de corte de temperatura establecidos en >36,5ºC y >38,5ºC[26]. Se obtiene el riesgo relativo (RR) de mortalidad por cada grado de incremento de la Tªmín. y de la Tªmx., y el RR de mortalidad en los días que superan las temperaturas, 36,5ºC y 38,5ºC frente a los días en que no se superan estas temperaturas, Tªmx. <=36,5ºC.

Para mantener la comparabilidad con las temporadas anteriores, estos cálculos se han realizado con los fallecimientos ocurridos entre el 1 de junio y el 15 de septiembre de 2026.

Mortalidad atribuible a temperaturas extremas

Se ha calculado la mortalidad potencialmente atribuible a las temperaturas extremas mediante el cálculo del riesgo atribuible o fracción atribuible (FA) mediante la fórmula siguiente[27]:

FA= [(RR-1)/RR]*100

Los RR (riesgos relativos) son los estimados para dos categorías de Tªmx. El número de fallecimientos por las altas temperaturas, se obtiene sumando el número de muertes de los días en que se registraron las altas temperaturas (>36,5-<=38,5ºC y >38,5ºC), aplicando la FA a la media diaria de fallecimientos multiplicado por el número de días en que se observaron esas temperaturas. Se estima la asociación entre mortalidad y Tªmx. ajustando por la concentración de ozono en máximos diarios de las concentraciones medias horarias (µg/m³). Se asume que toda la población de la CM se expuso a la Tªmx. (media de los 4 captadores) por igual.

Urgencias atendidas ingresadas y temperatura

Se ha calculado el porcentaje de **urgencias totales diarias** ingresadas y se analiza de forma agregada para los días con Tªmx. según las tres categorías establecidas por los puntos de corte de temperatura mencionados >36,5ºC y >38,5ºC. Se aplica el test de comparación de proporciones para valorar la significación estadística de la diferencia del indicador de urgencias ingresadas entre categorías de Tªmx. Se ha realizado un estudio descriptivo de las **urgencias diarias atendidas relacionadas con el calor**, en función de las variables edad y sexo, calculando sus frecuencias a lo largo del periodo y su evolución semanal.

Episodios diarios por calor en Atención Primaria

Se ha realizado un estudio descriptivo de los episodios diarios por calor en Atención Primaria, en función de las variables edad y sexo, calculando sus frecuencias a lo largo del periodo y su evolución semanal.

4. RESULTADOS

Fallecimientos observados y esperados

El valor medio diario del número de personas fallecidas total observado en la temporada de vigilancia fue de 112 con un rango de 84 a 152 (en la temporada de 2025, media diaria de 110, con un rango de 79 a 149 y en 2024 media de 115 y rango de 88 a 161).

El número de eventos totales registrados en los 124 días (actualizado con cierre a 30 de septiembre de 2026) fue de 13.828, un 1,8% mayor respecto al total de decesos esperados (N=13.583). En 2025, la mortalidad fue un 0,7% inferior a la esperada; y en 2024, hubo un 3,8% de mortalidad superior a la esperada.

La tabla siguiente recoge la mortalidad observada y esperada para toda la población por mes y para el agregado de toda la temporada. El mes con un mayor número de fallecimientos diarios fue mayo (media diaria de 118) y las mayores diferencias entre la mortalidad observada y la esperada ocurrieron en los meses de mayo y septiembre, con un 7,9% y un 6,7% de diferencia, respectivamente. El resto de los meses, esta diferencia estuvo en torno al 1%, siendo incluso en agosto la mortalidad observada inferior a la esperada.

Tabla 2. Mortalidad observada y esperada, según mes y para toda la temporada de vigilancia. Comunidad de Madrid, 2026.

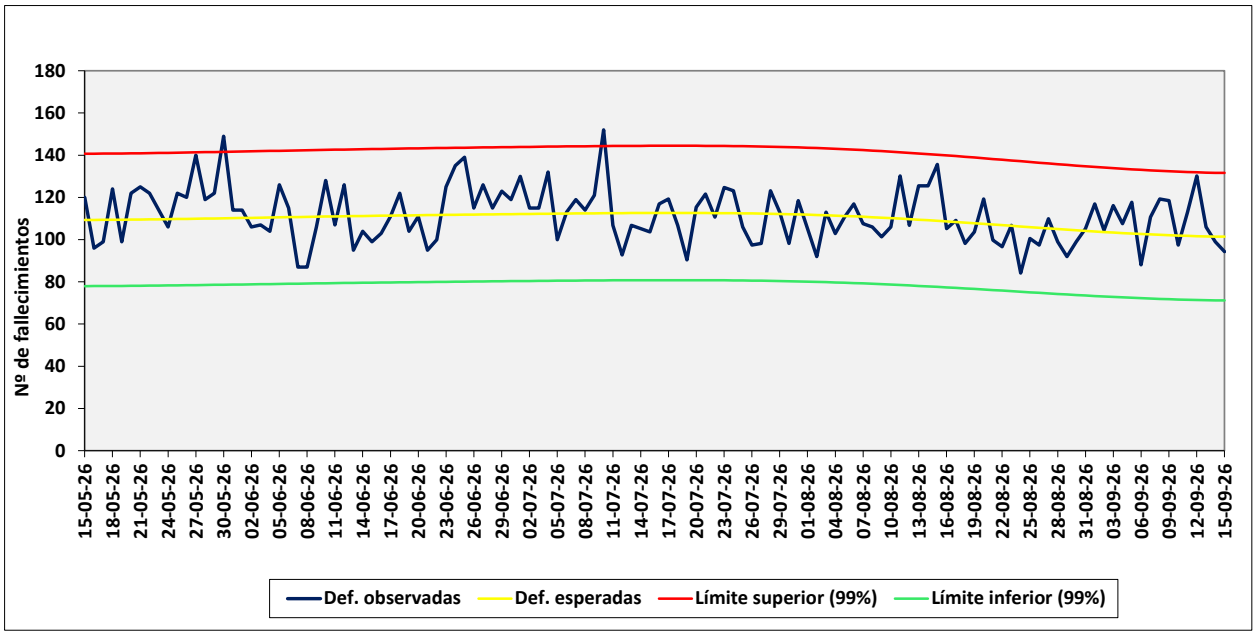
Comunidad de Madrid					
	Suma total				Media diaria
	Observada	Esperada*	Diferencia	%**	Observada
Mayo (17 días)	2.013	1.865	148	7,9	118
Junio (30 días)	3.354	3.337	17	0,5	112
Julio (31 días)	3.510	3.485	25	0,7	113
Agosto (31 días)	3.312	3.360	-48	-1,4	107
Septiembre (15 días)	1.639	1.536	103	6,7	109
Total (124 días)	13.828	13.583	245	1,8	112

**Esperada mediante modelos de regresión ajustando por tendencia y estacionalidad*
***% =(Observada-esperada) / esperada) *100*

Descripción de la curva epidémica de fallecidos diarios registrados en la Comunidad de Madrid

Como se muestra en el gráfico 1, en el periodo de vigilancia en el verano de 2026, desde la semana 20 a la semana 38, para la mortalidad total se observa en 2 días superación del límite máximo esperado (+3DE): 30 de mayo y 10 de julio, que corresponden a las semanas 22 y 28. Agregando la mortalidad de estos 2 días, supone 15 fallecimientos por encima del límite máximo esperado y 78 fallecimientos que superan el valor medio esperado.

Gráfico 1. Mortalidad diaria, número TOTAL de fallecimientos observados y esperados, Comunidad de Madrid, 2026.

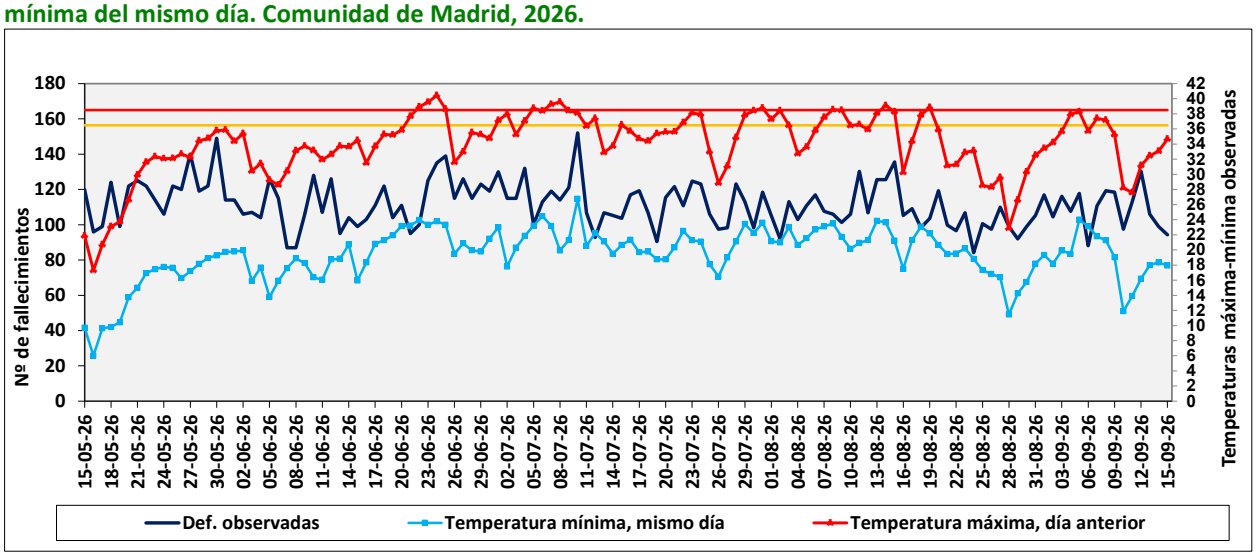


Esta misma comparación por estratos de edad, muestra en el grupo de >74 años un día con superación del límite máximo esperado (15 de agosto), que acumula 7 fallecimientos en exceso; en el grupo de 65 a 74 años un día (27 de mayo) con exceso de 5 fallecimientos; y en el grupo de menores de 65 años no se observó ningún día con superación del límite máximo esperado. (Gráficos en Anexo).

Descripción de la curva epidémica de mortalidad diaria observada y relación con temperatura máxima y mínima

En el gráfico 2 se representan de forma conjunta los datos diarios de mortalidad total en la CM, la Tªmx. y la Tªmín. Las dos líneas horizontales marcan las temperaturas utilizadas para evaluar el efecto de las altas temperaturas sobre la mortalidad: >36,5ºC y >38,5ªC.

Gráfico 2. Mortalidad TOTAL diaria observada, temperatura máxima observada del día anterior, y temperatura mínima del mismo día. Comunidad de Madrid, 2026.



**Líneas de Tª en 36,5ºC y 38,5ºC)*

La correlación lineal entre la mortalidad total diaria desde el 1 de junio al 15 de septiembre y Tªmx. del día anterior es de 0,3406 (p=0,0003), mientras que la correlación de la mortalidad total diaria con la

temperatura mínima es de 0,3202 (p=0,0008). Por lo tanto, la correlación es estadísticamente significativa tanto con la temperatura máxima del día anterior, como con las temperaturas mínimas.

En el caso de los mayores de 74 años, la correlación también es estadísticamente significativa con las temperaturas máximas (0,3961; p<0,0001) y con las mínimas (0,3721; p=0,0001) desde el 1 de junio al 15 de septiembre.

Considerando la temperatura máxima en tres categorías, y tomando como referencia la mortalidad de los días en que esta no supera los 36,5ºC, se aprecia incremento significativo en la mortalidad total tanto para el intervalo de >36,5ºC-≤38,5ºC, como para los días con temperatura >38,5ºC. Así, el valor medio de fallecimientos los días con Tªmx. inferior a 36,6ºC es de 107,9, significativamente inferior al resto de días, 114,4 o 116,9 según categorías de Tªmx. Se estima un riesgo de muerte un 6% superior (RR=1,06) en los días en que la temperatura máxima estuvo entre 36,5ºC y 38,5ºC, y un 8% superior (RR=1,08) en los días en que la Tªmx fue mayor de 38,5ºC, en ambos casos, respecto a los días con Tªmx menor o igual a 36,5ºC (Tabla 3).

Tabla 3. Riesgo relativo (RR*) de mortalidad total según categorías de temperatura máxima observada del día anterior e intervalo de confianza (IC) al 95%. Comunidad de Madrid, 2026.**

Temperaturas	Nº días	Defunciones media día	RR	Valor p	IC 95%
≤36,5ºC	70	107,9	1	-	- -
>36,5-≤38,5ºC	26	114,4	1,06	0,007	1,02- 1,11
>38,5ºC	11	116,9	1,08	0,008	1,02- 1,15

**Categoría de referencia días con Tªmx. del día anterior menor o igual a 36,5ºC **Desde el 1 de junio al 15 de septiembre*

Respecto a la asociación de la mortalidad total diaria con la Tªmín. del mismo día tomada como variable cuantitativa, se observa incremento significativo cercano al 1,0% por cada grado de Tªmín. con un RR de 1,0132 (95%IC 1,0065-1,0199 y p=0,000).

Por grupos de edad, para mayores de 74 años, el análisis de correlación y regresión muestra resultados similares a la mortalidad total descrita, tanto al analizar su relación con la Tªmx. como con la Tªmín. con incrementos significativos en el caso de las temperaturas máximas del día anterior (Tabla 4).

Tabla 4. Riesgo relativo (RR*) de mortalidad en mayores de 74 años según categorías de temperatura máxima observada del día anterior e intervalo de confianza (IC) al 95%. Comunidad de Madrid, 2026.**

Temperaturas	Nº días	Defunciones media día	RR	Valor p	IC 95%
≤36,5ºC	70	78,3	1	-	- -
>36,5-≤38,5ºC	26	84,4	1,08	0,003	1,03- 1,13
>38,5ºC	11	86,4	1,10	0,005	1,03- 1,18

**Categoría de referencia días con Tªmx. del día anterior menor o igual a 36,5ºC **Desde el 1 de junio al 15 de septiembre*

Mortalidad atribuible a las temperaturas extremas

Se estima que un total de 268,23 fallecimientos pueden atribuirse a las temperaturas extremas, lo que supone el 2,3% del total de fallecimientos observados en el periodo analizado, del 1 de junio al 15 de septiembre (N=11.815) (1,96% si ajustamos por ozono) y una tasa bruta de 36,7 por millón de habitantes (población en Tarjeta Sanitaria Individualizada -CIBELES- a agosto de 2026) (31,6 si ajustamos por ozono) (Tabla 5).

Se ha explorado el posible efecto de la concentración diaria de O_3 en la relación entre la mortalidad observada y la temperatura. Tomando como referencia la concentración de O_3 máximo diario de las medias horarias diarias en el aire (µg/m^3) en esta temporada, se observa asociación significativa con la mortalidad incluyendo en el modelo las Tªmx. diarias. En el modelo de asociación entre la mortalidad y la temperatura la inclusión de esta variable modifica ligeramente el indicador RR, y la mortalidad atribuible a las temperaturas extremas desciende ligeramente a 1,96%, como se ha señalado (Tabla 5).

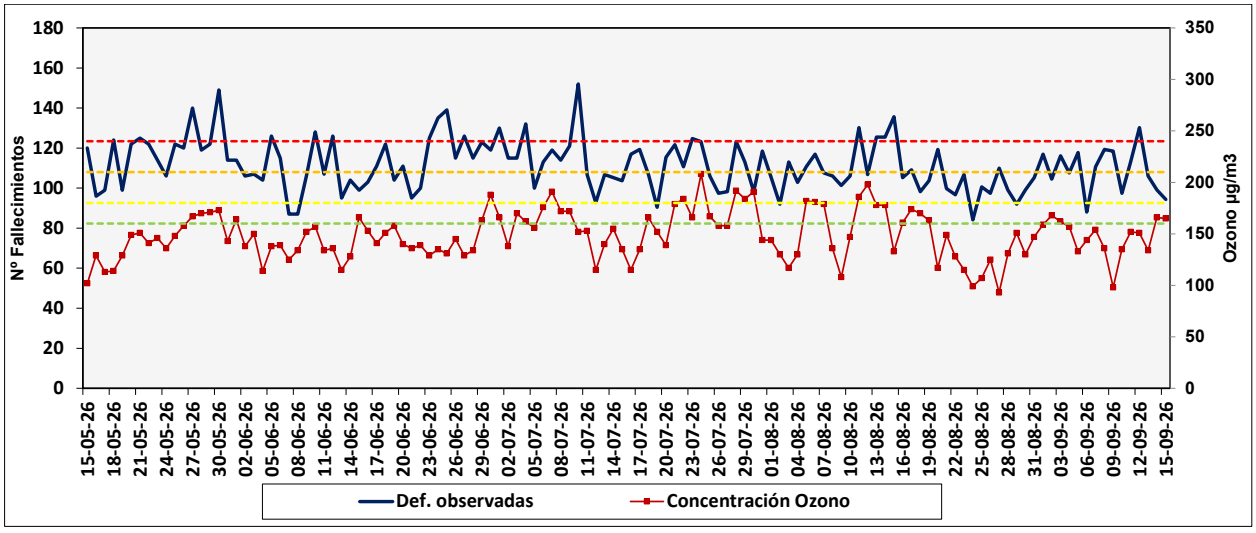
Tabla 5. Asociación mortalidad total y Tªmx. y mortalidad atribuible: RR crudos (RRc) y ajustados (RRa). Comunidad de Madrid, 2026*.

	Nº días	DefuncionesMed.dia	RRc	Valor p	IC 95%		FA	MA	RRa	Valor p	IC 95%		FA	MA
O_3	-	-	-	-	-	-	-	-	1,000856	0,035	1,00006-	1,001653	-	-
≤36,5ºC	70	107,9	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-		
>36,5-≤38,5ºC	26	114,4	1,06	0,023	1,02-	1,11	5,70	169,58	1,05	0,023	1,00-	1,10	4,73	139,73
>38,5ºC	11	116,9	1,08	0,033	1,02-	1,15	7,67	98,65	1,08	0,033	1,01-	1,14	7,15	91,46
Muertes atribuibles (Nº)								**268,23**						**231,19**
Muertes atribuibles (%)								**2,27**						**1,96**

RR: riesgo relativo, FA: fracción atribuible, MA: mortalidad atribuible
**Desde el 1 de junio al 15 de septiembre*

En el gráfico 3 se presenta la mortalidad diaria observada y la concentración máxima de ozono registrada el mismo día en alguno de los 24 captadores de que dispone la red de la Comunidad de Madrid. El valor máximo de la concentración de ozono en esta red se registró el día 24 de julio (208 µg/m^3), próximo al nivel de prealerta, establecido en 210 µg/m^3.

Gráfico 3. Mortalidad total diaria observada y concentración máxima de ozono registrada el mismo día. Comunidad de Madrid 2026.**



**Líneas horizontales: umbrales de ozono troposférico: umbral de activación (160 µg/m3); umbral de información (180 µg/m3); umbral de prealerta (210 µg/m3) y umbral de alerta (240 µg/m3).*
***Concentración diaria máxima de ozono troposférico en promedio horario medida en alguna de las estaciones de la CM (Catálogo de Datos Abiertos de la CM).*

Urgencias atendidas

Se atendieron durante la temporada de vigilancia un total 1.234.494 urgencias, de las que finalizaron en ingreso el 8,4% (IC 95% 8,31-8,41). El valor medio de urgencias diarias atendidas fue de 9.955,6 (rango de 7.619 a 12.855) y el valor medio de las urgencias ingresadas por día fue de 832,1 (rango entre 503 y 1.095); el porcentaje de urgencias ingresadas diariamente oscila entre 5,9% y 10,5%. Las urgencias atendidas en población de 80 y más años, suponen el 9,8% de todas las atendidas y el porcentaje medio diario de urgencias por todas las causas ingresadas en este grupo de edad es de 25,0%, con rango diario que oscila entre 18,2% y 30,5%.

La correlación lineal entre el número de urgencias diarias y la Tªmx. diaria del día anterior es moderadamente inversa: de -0,2126 (p=0,0178), y entre el número de urgencias ingresadas y Tªmx. diaria del día anterior es de -0,1264 (p=0,1617) es también inversa, sin alcanzar significación estadística. Algo similar ocurre con la Tªmín. del mismo día. En población de 80 y más años, la correlación es también inversa sin alcanzar significación estadística ni para las urgencias atendidas, ni para las urgencias ingresadas con la Tªmx. del día anterior.

No se observa correlación significativa entre el porcentaje de urgencias totales diarias ingresadas ni con la Tªmx. ni con la Tªmin.: correlación de 0,0075 (p=0,9340) y de 0,0114 (p=0,8997), respectivamente.

En la tabla 6 se muestra el porcentaje de urgencias ingresadas según las tres categorías de temperaturas máximas del día anterior. El porcentaje de urgencias ingresadas es superior de modo significativo, tanto los días con temperaturas por encima de 36,5ºC e inferior o igual a 38,5ºC, como los días con temperaturas por encima de 38,5ºC, respecto a los días con temperaturas inferiores; en ambos casos de manera significativa.

Tabla 6. Número de urgencias atendidas, ingresadas y porcentajes, por categorías de temperatura máxima del día anterior y total de la temporada. Comunidad de Madrid, 2026.

	U. atendidas	U. ingresadas	%	IC 95%	Valor p*
≤36,5ºC	880.078	73.022	8,30	8,24-8,36	Ref.
>36,5-≤38,5ºC	245.526	20.896	8,51	8,40-8,62	0,0007
>38,5ºC	108.890	9.258	8,50	8,34-8,67	0,0209
Total	1.234.494	103.176	8,36	8,31-8,41	---

**Test de comparación de proporciones*

En cuanto a las **urgencias hospitalarias relacionadas con el calor**, se han atendido 437 urgencias en las que consta en el diagnóstico principal causas relacionadas con las altas temperaturas, como golpe de calor, agotamiento o fatiga, siendo la semana 26 (del 22 al 28 de junio) en la que un mayor número de episodios se atendieron. El 57,2% de las urgencias por estas causas han correspondido a mujeres. El grupo de edad que ha sido atendido en urgencias mayoritariamente ha sido el de 20 a 59 años (59,4% de los episodios).

Consultas en Atención Primaria relacionadas con el calor

A lo largo de la temporada se han registrado 1.603 consultas en Atención Primaria con algún descriptor clínico relacionado con las altas temperaturas, como golpe de calor (N=1.150), u otros (por ejemplo, agotamiento o fatiga por calor (N=453), siendo la semana 26 (del 22 al 28 de junio) en la que un mayor número de episodios se atendieron. Las consultas han sido más frecuentes en hombres (57,0%). El grupo de edad que ha consultado con mayor frecuencia por problemas relacionados con las altas temperaturas ha sido el de 20 a 59 años (67,7%).

5. ACTIVIDAD INFORMATIVA

Se han generado y publicado en la web de la Comunidad de Madrid un total de 19 informes semanales como apartado del Informe Epidemiológico Semanal, uno por cada semana del periodo de vigilancia.

6. CONCLUSIONES

- En la temporada de vigilancia de los efectos en salud de las altas temperaturas, del 15 de mayo al 15 de septiembre de 2026, la mortalidad observada en la CM por todas las causas y edades ha sido un 1,8% superior a la esperada, tomando como referencia la mortalidad en los 5 años previos (2021-2025). La mortalidad observada ha sido mayor a la esperada varios meses, presentando las mayores diferencias entre el 15 y 31 de mayo y entre el 1 y 15 de septiembre (con una mortalidad observada del 7,9% y del 6,7%, respectivamente, mayor a la esperada en estos dos periodos).

- En la mortalidad por todas las edades se aprecian 2 días con superación del límite superior esperado, el primero muy precoz, el 30 de mayo y el segundo durante la ola de calor de julio. La correlación es positiva y significativa entre la mortalidad total diaria y la Tªmx. del día anterior, para todas las edades y en mayores de 74 años.

- De forma similar a la Tªmx. del día anterior, la Tªmín. del mismo día se correlaciona y se asocia positivamente y significativamente con la mortalidad diaria.

- La asociación positiva significativa entre la mortalidad total y los días con temperaturas elevadas muestra un incremento del 6% los días con Tªmx. mayor de 36,5ºC y menor o igual a 38,5ºC; y del 8% los días con Tªmx. >38,5ºC, comparado con la mortalidad de los días con Tªmx. igual o menor a 36,5ºC.

- La mortalidad atribuible al calor se estima en un 2,3%, lo que supone una tasa de mortalidad atribuible de 36,7 fallecimientos por millón de habitantes.

- En el análisis de las urgencias atendidas e ingresadas, se observa un porcentaje de urgencias ingresadas totales ligeramente superior y estadísticamente significativo en los días en los que la Tªmx. fue mayor a 36,5ºC, respecto a los días con Tªmx. menor o igual a 36,5ºC.

- El periodo en que han sido más frecuentes las atenciones por efectos del calor en urgencias hospitalarias y en las consultas de atención primaria ha sido la semana 26 (del 22 al 28 de junio), coincidiendo con la temperatura más elevada del verano, que se observó el 23 de junio.

- El impacto de las altas temperaturas en la mortalidad en 2026 está en la línea de lo observado en 2024 y 2025, sin alcanzar valores de años previos, como 2015 o 2022. Es aconsejable seguir evaluando y reforzando las medidas de vigilancia, concienciación y asistenciales.

Informe elaborado por: José García y Ana Gandarillas, Unidad Técnica de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles. Área de Vigilancia de Factores de Riesgo y Enfermedades No Transmisibles. Subdirección General de Vigilancia en Salud Pública. Comunidad de Madrid.

Agradecimientos: A Jesús Íñigo y Luis Miguel Díaz, por el tratamiento de los datos de urgencias hospitalarias. A María Esteban por el tratamiento de los datos de Atención Primaria.

Cita recomendada: Dirección General de Salud Pública. Efectos sobre la salud de las temperaturas extremas: Vigilancia de los efectos del calor 2026. Plan de Actuación ante Episodios de Altas Temperaturas 2026. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Número 9. Volumen 31. Septiembre 2026.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Calvin K, Dasgupta D, Krinner G, et al. IPCC, 2023: Climate Change 2023: Synthesis Report. Contribution of Working Groups I, II and III to the Sixth Assessment Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change [Core Writing Team, H. Lee and J. Romero (Eds.)]. IPCC, Geneva, Switzerland. First. Intergovernmental Panel on Climate Change (IPCC); 2023. doi:10.59327/IPCC/AR6-9789291691647

2. Agencia Estatal de Meteorología. Resumen anual climatológico 2025. Accessed September 16, 2026. https://www.aemet.es/documentos/es/serviciosclimaticos/vigilancia_clima/resumenes_climat/anuales/res_anual_clim_2025.pdf

3. aemetblog. Histórica ola de calor en el mes de junio de 2026. Aemetblog. June 25, 2026. Accessed September 16, 2026. https://aemetblog.es/2026/06/25/historica-ola-de-calor-en-el-mes-de-junio-de-2026/

4. Meteorología AE de. Un verano de cuatro meses bate récords de calor en, al menos, siglo y medio - Agencia Estatal de Meteorología - AEMET. Gobierno de España. Accessed October 5, 2026. https://www.aemet.es/es/noticias/2026/09/resumen_verano2026

5. Heatwaves – a brief introduction | Copernicus. Accessed September 16, 2026. https://climate.copernicus.eu/heatwaves-brief-introduction

6. Díaz J, Carmona R, Linares C. Temperaturas Umbrales de Disparo de La Mortalidad Atribuible al Calor En España En El Periodo 2000-2009. Instituto de Salud Carlos III; 2015.

7. López-Bueno JA, Alonso P, Navas-Martín MÁ, et al. Determination of heat wave definition temperatures in Spain at an isoclimatic level: time trend of heat wave duration and intensity across the decade 2009–2018. Environ Sci Eur. 2024;36(1):83. doi:10.1186/s12302-024-00917-6

8. Kriit HK, Chen-Xu J, Semenza JC, et al. The 2026 Europe report of the Lancet Countdown on health and climate change: narrowing window for decisive health action. Lancet Public Health. 2026;11(6):e386-e407. doi:10.1016/S2468-2667(26)00025-3

9. Ministerio de Sanidad. Plan Nacional de actuaciones preventivas de los efectos del exceso de temperatura sobre la salud. 2026. Accessed September 17, 2026. https://www.sanidad.gob.es/areas/sanidadAmbiental/riesgosAmbientales/calorExtremo/publicaciones/docs/planNacionalExcesoTemperaturas_2026.pdf

10. Navas-Martin MA, Lopez-Bueno JA, Diaz-Jimenez J, et al. Effects of local factors on adaptation to heat in Spain (1983-2018). Env Res 2022 Jun 209 112784. Published online 2022. doi:10.1016/j.envres.2022.112784

11. Díaz J, Carmona R, Mirón IJ, Luna MY, Linares C. Time trend in the impact of heat waves on daily mortality in Spain for a period of over thirty years (1983-2013). Env Int. 2018;(116):10-17.

12. Martinez-Solanas E, Basagaña X. Temporal changes in temperature-related mortality in Spain and effect of the implementation of a Heat Health Prevention Plan. Environ Res. 2018;169. doi:10.1016/j.envres.2018.11.006

13. Heat and health in the WHO European Region: updated evidence for effective prevention. Accessed September 17, 2025. https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289055406

14. Chen-Xu J, Kriit HK, Semenza JC, et al. The 2026 Europe Cities Report of the Lancet Countdown on health and climate change: cities at the forefront of climate change action. Lancet Public Health. Published online September 2026:S2468266726001003. doi:10.1016/S2468-2667(26)00100-3

15. Gandarillas A, López-Gay D, Rodero I, Ordobás M. Plan de Vigilancia y Control de los Efectos de las Olas de Calor en la Comunidad de Madrid: Vigilancia diaria de la mortalidad y morbilidad del 1 junio a 15 septiembre 2015. Boletín Epidemiológico Comunidad de Madrid. 2016;22(5):53-72.

16. Dirección General de Salud Pública, Plan de respuesta, vigilancia y control de los efectos de las olas de calor en la Comunidad de Madrid 2022. Published online September 2022. https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/epid/informe_morbi_mortalidad_calor_temporada_2022.pdf

17. Efectos sobre la salud de las temperaturas extremas: Vigilancia de los efectos del frío 2021-2022 y de los efectos del calor 2022. Boletín Epidemiológico Comunidad de Madrid. 2022;27(4):5-22.

18. Kovats RS, Kristie LE. Heatwaves and public health in Europe. Eur J Public Health. 2006;16(6):592-599. doi:10.1093/eurpub/ckl049

19. Gallo E, Quijal-Zamorano M, Méndez Turrubiates RF, et al. Heat-related mortality in Europe during 2023 and the role of adaptation in protecting health. Nat Med. 2024;30(11):3101-3105. doi:10.1038/s41591-024-03186-1

20. Chen ZY, Achebak H, Petetin H, et al. Trends in population exposure to compound extreme-risk temperature and air pollution across 35 European countries: a modelling study. Lancet Planet Health. 2025;9(5):e384-e396. doi:10.1016/S2542-5196(25)00048-8

21. Grant L, Vanderkelen I, Gudmundsson L, Fischer E, Seneviratne SI, Thiery W. Global emergence of unprecedented lifetime exposure to climate extremes. Nature. 2025;641(8062):374-379. doi:10.1038/s41586-025-08907-1

22. Climate Change Raises Rates of U.S. Emergency Room Visits For Heat Illness | Climate Central. Accessed September 16, 2026. https://www.climatecentral.org/climate-matters/heat-illness-emergency-room-visits

23. Comunidad de Madrid. Plan de Actuación ante Episodios de Altas Temperaturas 2026. https://www.comunidad.madrid/docs/2026-05/web-plan-contra-el-calor_cm_2026.vf_.pdf

24. Martínez Navarro F, Simón-Soria F, López-Abente G. Evaluation of the impact of the heat wave in the summer of 2003 on mortality. Gac Sanit. 2004;(18 Suppl 1):250-258.

25. MoMo: Sistema de Monitorización de la Mortalidad Diaria. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Accessed September 22, 2025. https://momo.isciii.es/panel_momo/

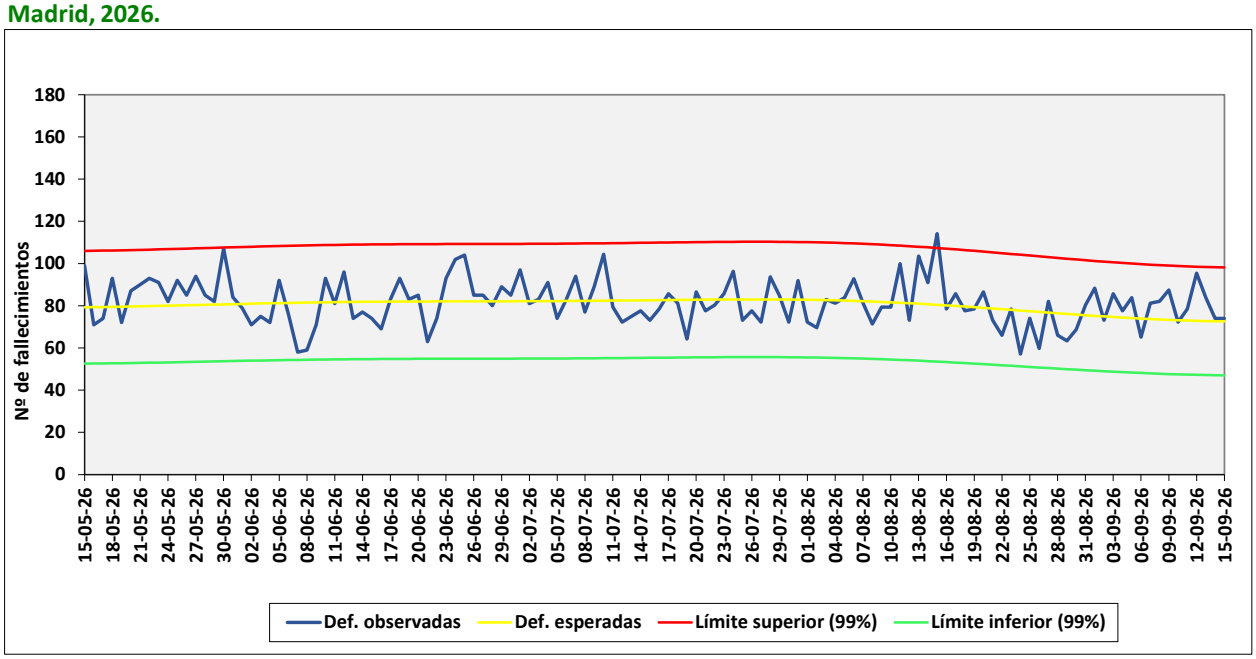
26. Instituto de Salud Pública. Determinación de niveles umbrales en los efectos de las olas de calor sobre la mortalidad. Informe del Plan de Respuesta ante los riesgos por la exposición a altas temperaturas. Documento interno de trabajo. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid. 2004.

27. Porta M. A Dictionary of Epidemiology. International Epidemiology Association. Oxford University Press. 2008.

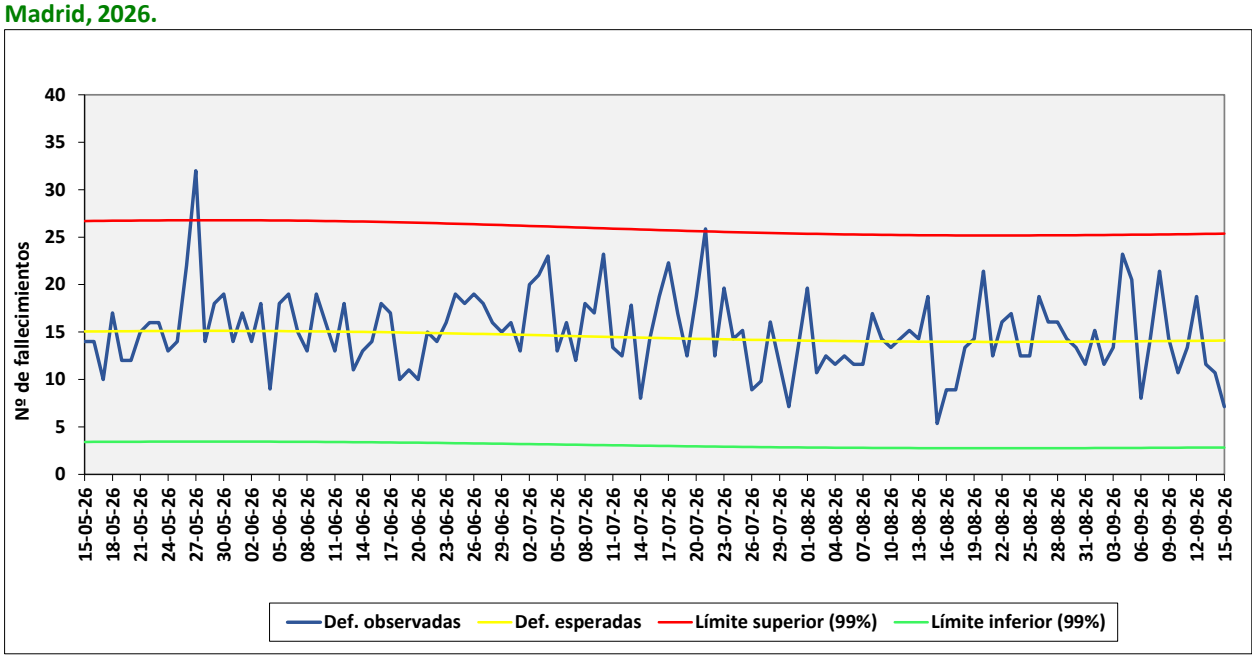
8. ANEXO

Vigilancia de los efectos del calor, 2026. Mortalidad, Comunidad de Madrid

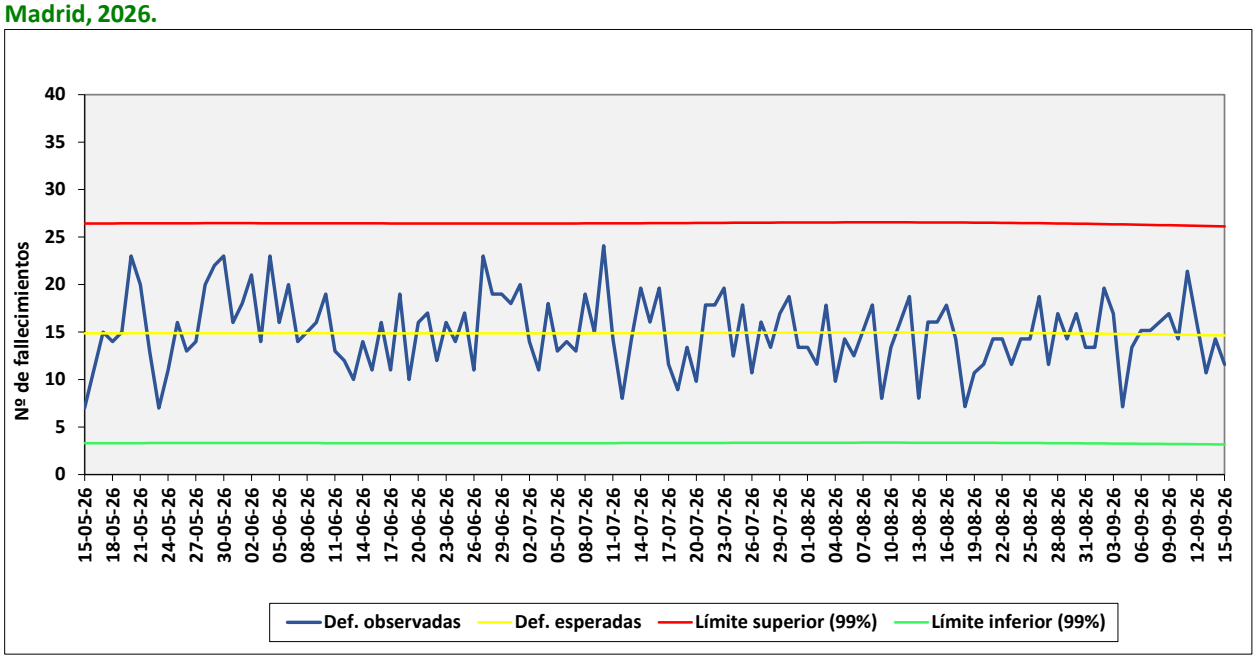
Mortalidad diaria, número de muertes en MAYORES DE 74 AÑOS observados y esperados, Comunidad de Madrid, 2026.



Mortalidad diaria, número de muertes ENTRE 65 y 74 AÑOS observados y esperados, Comunidad de Madrid, 2026.



Mortalidad diaria, número de muertes en MENORES DE 65 AÑOS observados y esperados, Comunidad de Madrid, 2026.



MORBILIDAD POR ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA. AÑO 2025. COMUNIDAD DE MADRID.

ÍNDICE

1. RESUMEN 67

ABSTRACT 68

2. INTRODUCCIÓN 69

3. OBJETIVO 69

4. MÉTODOS 69

4.1. Periodo y ámbito de estudio 69

4.2. Fuentes de información 69

4.3. Recogida de datos 69

4.4. Variables 70

4.5. Indicadores 70

4.5.1. Indicadores del funcionamiento del sistema de vigilancia 70

4.5.2. Indicadores de morbilidad 70

5. RESULTADOS 72

5.1. FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA 72

5.1.1. Enfermedades de declaración obligatoria notificadas según modalidad de notificación y nivel asistencial 72

5.1.2. Grado de cumplimiento de las principales variables 72

5.2. COMPARACIÓN DE LA INCIDENCIA EN 2025 CON AÑOS ANTERIORES 72

5.2.1. Datos globales 72

5.2.2. Resultados por grupos de enfermedades 76

6. DESCRIPCIÓN DE LAS ENFERMEDADES 77

6.1. ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN RESPIRATORIA 77

6.1.1. Gripe 77

6.1.2. Legionelosis 78

6.1.3. Lepra 81

6.1.4. Tuberculosis 81

6.1.5. Virus respiratorio sincitial 83

6.2. ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN ALIMENTARIA 84

6.2.1. Botulismo 84

6.2.2. Campilobacteriosis 84

6.2.3. Criptosporidiosis 86

6.2.4. Infecciones por *Escherichia coli* productora de toxina Shiga o Vero 88

6.2.5. Fiebre tifoidea y paratifoidea 89

6.2.6. Giardiasis 89

6.2.7. Hepatitis A 91

6.2.8. Listeriosis 93

6.2.9. Salmonelosis (excepto Salmonella typhi y paratyphi) 94

6.2.10. Shigelosis 96

6.2.11. Yersiniosis 98

6.3. ENFERMEDADES PREVENIBLES POR VACUNACIÓN 98

6.3.1. Enfermedad meningocócica 98

6.3.2. Enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae* 100

6.3.3. Enfermedad neumocócica invasiva 102
6.3.4. Herpes zóster 104
6.3.5. Parotiditis 105
6.3.6. Parálisis flácida aguda en menores de 15 años 107
6.3.7. Tosferina 107
6.3.8. Sarampión 109
6.3.9. Varicela 110
6.4. ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y PARENTERAL 110
6.4.1. Hepatitis B 110
6.4.2. Hepatitis C 112
6.4.3. Infección gonocócica 114
6.4.4. Infección por *Chlamydia trachomatis* 116
6.4.5. Linfogranuloma venéreo 118
6.4.6. Mpox 120
6.4.7. Sífilis 123
6.4.8. Sífilis congénita 125
6.5. ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN VECTORIAL 125
6.5.1. Dengue 125
6.5.2. Enfermedad por virus Chikungunya 127
6.5.3. Fiebre exantemática mediterránea 129
6.5.4. Leishmaniasis 129
6.5.5. Paludismo 131
6.6. ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN ZOONÓTICA 133
6.6.1. Brucelosis 133
6.6.2. Fiebre Q 134
6.6.3. Hidatidosis 134
6.6.4. Leptospirosis 134
6.6.5. Toxoplasmosis congénita 135
6.6.6. Tularemia 135
6.7. OTRAS MENINGITIS 135
6.7.1. Meningitis víricas 135
6.8. ENFERMEDADES NOTIFICADAS POR SISTEMAS ESPECIALES 137
6.8.1. Encefalopatías Espongiformes Transmisibles Humanas 137
6.9. ENFERMEDADES DE LAS QUE NO SE NOTIFICÓ NINGÚN CASO 138

7. ASPECTOS A DESTACAR 138

1. RESUMEN

Introducción: El Sistema de vigilancia de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) constituye uno de los pilares fundamentales de la Red de Vigilancia en Salud Pública de la Comunidad de Madrid. Su finalidad última es contribuir a la prevención y control de las enfermedades transmisibles. La difusión de los resultados de la vigilancia también forma parte de las funciones de este sistema.

Objetivos: Describir las características de presentación de las enfermedades de declaración obligatoria durante el año 2025 y comparar su incidencia y caracterización con los años anteriores.

Métodos: Se describieron indicadores de funcionamiento del sistema de vigilancia de EDO, así como indicadores de morbilidad por patologías para el año 2025, comparados con los diez años previos. Para cada patología, se analizaron variables sociodemográficas, clínicas y epidemiológicas y se calcularon las tasas de incidencia acumulada (IA) por 100.000 habitantes a nivel regional y por distritos de salud pública. Se utilizaron como denominadores poblacionales la Estadística Continua de Población desde 2024 y el Padrón Continuo para años anteriores.

Resultados: Durante el año 2025 se registraron un total de 214.421 casos de EDO. De ellos, 178.455 (83,2%) fueron de declaración numérica (gripe, varicela y herpes zóster) y 35.966 (16,8%) de declaración individualizada. La incidencia de gripe fue notablemente superior al año anterior, con 141.542 casos frente a 50.502 de 2024. La incidencia de legionelosis aumentó ligeramente (134 casos frente a 119 en 2024) y la de tuberculosis disminuyó muy ligeramente. Además, se registró un importante descenso de los casos de VRS confirmados (4.092 frente a 5.166 notificados en 2024). La mayoría de enfermedades de transmisión alimentaria aumentaron su incidencia respecto al año anterior, excepto la listeriosis (16 casos menos que en 2024, descenso del 29,4%), y la yersiniosis (18 casos menos, reducción del 12,7%). Destacaron especialmente el aumento de la hepatitis A (454 casos frente a 211 en 2024), la shigelosis (110 casos más que 2024, aumento del 48,2%), el *E.Coli* productor de Shiga toxina (33 casos más, aumento del 45,2%) y la giardiasis (126 casos más, incremento del 18,7%). En el grupo de enfermedades inmunoprevenibles, destacaron el marcado descenso de los casos de tosferina (1.287 casos menos que en 2024, disminución del 96,5%) y sarampión (19 casos menos, disminución del 87,5%), y el incipiente descenso de los casos de herpes zóster (273 casos menos que en 2024, disminución del 0,8%) así como la continuación de la tendencia descendente de los casos de varicela (80 casos menos que en 2024, disminución del 5,5%). Las cifras de enfermedad meningocócica se mantuvieron estables respecto al año anterior. Los casos de enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae*, así como los de parotiditis y enfermedad neumocócica invasiva aumentaron ligeramente (9, 31 y 34 casos más que en 2024, aumentos del 12,7%, 11,9% y 4,8% respectivamente). Además, se notificó un caso de parálisis flácida aguda en menores de 15 años. Con carácter general, las infecciones de transmisión sexual mantuvieron la tendencia ascendente, aunque con incrementos de menor magnitud que en años anteriores. La incidencia de sífilis descendió un 5,1%. Los casos de gonococia e infección por *Chlamydia trachomatis* registraron un aumento cercano al 2%, siendo este más marcado en linfogranuloma venéreo y mpox, con 14,4% y 68,3% respectivamente. Las enfermedades vectoriales sufrieron un descenso generalizado respecto a 2024, salvo en el caso de la enfermedad por virus Chikungunya, con 80 casos notificados frente a 10 del año anterior, así como la leishmaniasis, con 73 casos frente a 61 de 2024. El dengue presentó 157 casos menos que en 2024 (disminución del 66,5%). El paludismo presentó 32 casos menos que en 2024 (descenso del 20,2%) y la fiebre exantemática mediterránea 12 casos menos que en 2024 (descenso del 38,7%). Además, se notificaron 18 casos de fiebre Q, 10 casos de hidatidosis, 5 casos de tularemia, 4 casos de leptospirosis, un caso de brucelosis, un caso de toxoplasmosis congénita, 44 casos de meningitis causadas por enterovirus no polio y 12 casos de encefalopatías espongiformes transmisibles humanas. No se registraron casos de carbunco, cólera, difteria, fiebre amarilla, fiebre hemorrágica vírica, fiebre del Nilo Occidental, fiebre recurrente transmitida por garrapatas, infección congénita por virus Zika, peste, poliomielitis, rabia, rubéola, rubéola congénita, síndrome respiratorio agudo grave, tétanos, tétanos neonatal y triquinosis.

ABSTRACT

Introduction: The Notifiable Diseases Surveillance System is one of the fundamental pillars of the Public Health Surveillance Network of the Community of Madrid. Its ultimate goal is to contribute to the prevention and control of communicable diseases of public health interest. Sharing the surveillance results is also part of the functions of this system.

Objectives: To describe and characterise notifiable diseases in 2025 and to compare their incidence with previous years.

Methods: The number of cases and cumulative incidence rates (CI) by 100.000 person-years (p-y) were calculated by disease and compared with the previous ten years. For each disease, sociodemographic, clinical, and epidemiological variables were analysed, and CI were presented by public health districts. For population denominators, the Continuous Population Statistics was used from 2024 and the Continuous Registry for previous years.

Results: During 2025, a total of 214,421 cases of EDO were declared. Among them, 178,455 (83.2%) had numeric declaration (flu, chickenpox, and shingles) and 35,966 (16.8%) were reported individually. The incidence of flu was significantly higher than the previous year, with 141,542 cases compared to 50,502 in 2024. The incidence of legionellosis increased slightly (134 cases compared to 119 in 2024), and tuberculosis decreased very slightly. Additionally, there was a notable drop in respiratory syncytial virus incidence (4,092 cases compared to 5,166 reported in 2024). Most foodborne diseases increased their incidence compared to the previous year, except for listeriosis (16 fewer cases than in 2024, a decrease of 29.4%) and yersiniosis (18 fewer cases, a reduction of 12.7%). Hepatitis A experimented a very marked increase (454 cases compared to 211 in 2024), as well as shigellosis (110 more cases than in 2024, an increase of 48.2%), and Shiga toxin-producing *E. coli* (33 more cases, a 45.2% increase) and giardiasis (126 more cases, an 18.7% increase). In the group of vaccine-preventable diseases, there was a notable drop in whooping cough cases (1,287 fewer cases than in 2024, reduction of 96.5%) and measles (19 fewer cases than in 2024, reduction of 87.5%) and a slight decrease in shingles cases (273 fewer cases than in 2024, reduction of 0.8%), as well as the continued downward trend in chickenpox cases (80 fewer cases than in 2024, reduction of 5.5%). Meningococcal invasive disease remained stable compared to the previous year. Cases of invasive *Haemophilus influenzae* disease, as well as mumps and invasive pneumococcal disease, increased slightly (9, 31, and 34 more cases than in 2024, increases of 12.7%, 11.9% and 4.8%, respectively). Additionally, one case of acute flaccid paralysis under 15 years-old was reported. In general, sexually transmitted diseases continued an upward trend, although with smaller increases compared to previous years. The incidence of syphilis fell by 5.1%. Cases of gonorrhoea and *Chlamydia trachomatis* infections increased by nearly 2%, with a more noticeable rise in lymphogranuloma venereum and mpox (rise of 14.4% and 68.3% respectively). Vector-borne diseases decreased compared to 2024, except for Chikungunya virus disease, with 80 reported cases compared to 10 the previous year, and leishmaniasis, with 73 cases compared to 61 in 2024. Dengue had 157 fewer cases than in 2024, (a decrease of 66.5%). Malaria had 32 fewer cases than in 2024 (a decrease of 20.2%) and Mediterranean fever had 12 fewer cases than in 2024 (a decrease of 38.7%). Additionally, 18 cases of Q fever, 10 cases of echinococcosis, 5 cases of tularaemia, 4 cases of leptospirosis, one case of brucellosis, one case of congenital toxoplasmosis, 44 cases of meningitis caused by non-polio enteroviruses, and 12 cases of human transmissible spongiform encephalopathies were reported. No cases of anthrax, cholera, diphtheria, yellow fever, viral haemorrhagic fever, West Nile fever, tick-borne relapsing fever, congenital Zika virus infection, plague, poliomyelitis, rabies, rubella, congenital rubella, severe acute respiratory syndrome, tetanus, neonatal tetanus, or trichinosis were recorded.

2. INTRODUCCIÓN

El Sistema de Vigilancia de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) constituye uno de los pilares fundamentales de la Red de Vigilancia en Salud Pública de la Comunidad de Madrid, integrada en la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE), que a su vez aporta información al Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades (ECDC). Su finalidad última es contribuir a la prevención y control de enfermedades transmisibles de especial relevancia para la salud pública. Entre sus funciones también se encuentran la recogida sistemática de la información epidemiológica, su análisis e interpretación y la difusión de los resultados.

El Decreto 184/1996, de 19 de diciembre, creó la Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid, y fue posteriormente desarrollado en la Orden 9/1997, de 15 de enero, donde se estableció la lista de enfermedades de declaración obligatoria, sus modalidades de notificación, así como la difusión periódica de información en el Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Con posterioridad se desarrolló reglamentación complementaria, destacando la nueva normativa estatal de 2015 (Orden SSI/445/2015, de 9 de marzo), que amplió la lista de enfermedades a declarar para adecuarse al marco de la Unión Europea. Además, desde 2009, la captación automatizada de episodios de morbilidad desde la historia clínica electrónica de Atención Primaria también supuso un cambio de gran calado e impacto en el sistema de vigilancia. Más recientemente, se han incorporado la vigilancia del mpox (2022) y el virus respiratorio sincitial (2024).

En el presente informe, las enfermedades se presentan en los siguientes grupos: enfermedades de transmisión respiratoria, enfermedades de transmisión alimentaria, enfermedades prevenibles por vacunación, enfermedades de transmisión sexual (ITS) y parenteral (excepto el VIH/sida), enfermedades de transmisión vectorial, enfermedades de transmisión zoonótica, otras meningitis y enfermedades notificadas por sistemas especiales. En relación a los brotes epidémicos, en este informe se incluyen datos someros y un análisis detallado se publica en el Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid de manera independiente.

3. OBJETIVO

El objetivo del informe es presentar un resumen de los resultados de la vigilancia de las enfermedades transmisibles de declaración obligatoria notificadas en el año 2025.

4. MÉTODOS

4.1. Periodo y ámbito de estudio

Se describieron las enfermedades de declaración obligatoria notificadas en la Comunidad de Madrid en el año 2025. A efectos de notificación, la semana 1 comenzó el lunes 30 de diciembre de 2024 y la semana 52 finalizó el domingo 28 de diciembre de 2025.

4.2. Fuentes de información

La fuente de información principal fue el sistema de vigilancia de enfermedades de declaración obligatoria, complementado con las siguientes fuentes de información para mejorar su completitud y exhaustividad:

- Sistema de Información de Atención Primaria.
- Conjunto Mínimo Básico de Datos de Atención Especializada.
- Historia Clínica Electrónica.
- Registros de muestras clínicas procedentes de laboratorios de microbiología y Centro Nacional de Microbiología.

Además, se utilizaron la Estadística Continua de Población en los años 2024-2025 y el Padrón Continuo (en años anteriores), para el cálculo de indicadores poblacionales.

4.3. Recogida de datos

La información proveniente de la notificación de los facultativos hospitalarios, de atención primaria u otros notificadores fue revisada por los epidemiólogos de la Subdirección General de Vigilancia en Salud Pública, que validaron su incorporación al sistema de acuerdo a los protocolos de vigilancia vigentes. En el caso de

las EDO numéricas (gripe, varicela o herpes zóster), la información fue captada de manera automática desde el Sistema de Información de Atención Primaria.

4.4. Variables

Se analizaron variables relacionadas con la notificación (centro notificador, nivel asistencial, modalidad de notificación) y con el caso (variables sociodemográficas -edad, sexo, país de origen-, epidemiológicas -tipo de diagnóstico, clasificación, forma de presentación, origen del riesgo, fecha de inicio de síntomas, asistencia sanitaria recibida- y variables específicas según cada enfermedad).

4.5. Indicadores

Se estimaron indicadores de funcionamiento del sistema de vigilancia y de morbilidad.

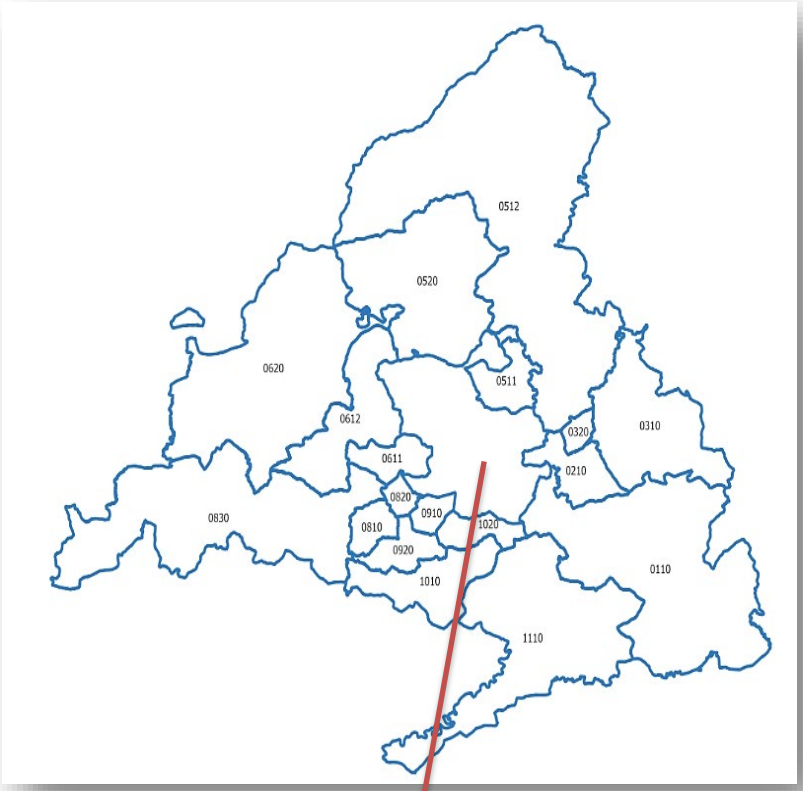
4.5.1. Indicadores del funcionamiento del sistema de vigilancia

- Número de casos notificados.
- Número de centros notificadores, por nivel asistencial.
- Número de notificaciones recibidas, por nivel asistencial.
- Tasa de notificación de hospitales del SERMAS: $\frac{nº\ de\ casos\ notificados}{población\ de\ referecia\ de\ cada\ hospital}$ X 100.000

4.5.2.Indicadores de morbilidad

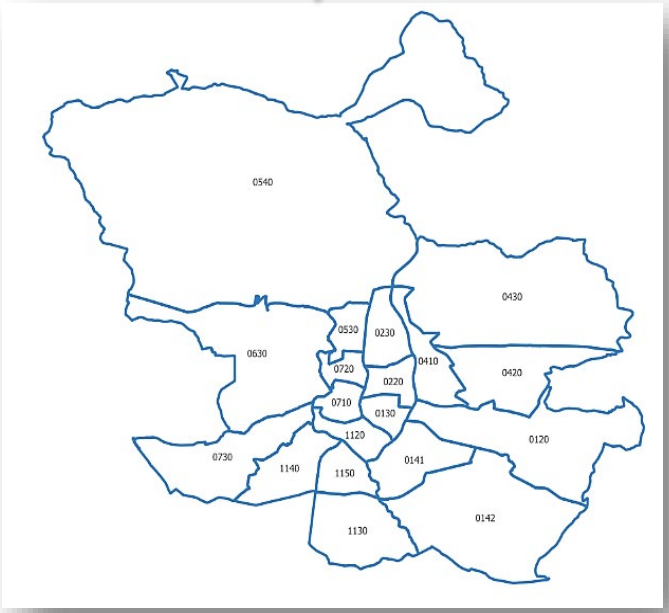
- Número de casos notificados.
- Tasas de incidencia acumulada (IA) por 100.000 habitantes, para la población total, así como por sexo, grupos de edad y distritos de salud pública (Mapa 4.5.2.a).
- Evolución del número de casos y la IA entre 2016 y 2025, por enfermedad.
- Diferencia de casos entre 2025 y 2024.
- Razón de tasas de incidencia acumulada entre 2025 y 2024.
- Índice epidémico (IE): calculado dividiendo los casos notificados en 2025 entre la mediana de casos notificados en el quinquenio anterior (2020-2024). Si el valor del índice se encontraba entre 0,76 y 1,24 la incidencia se consideró normal, si era menor o igual a 0,75 se consideró incidencia baja, de 1,25 a 2 moderadamente alta, entre 2 y 3 alta y mayor de 3 muy alta.
- Comparación de incidencia regional y nacional, utilizando como fuente los informes de la RENAVE.
- Descripción de los casos por grupo de edad.
- Otras variables clínicas de interés: clasificación epidemiológica, serotipos, genotipos, presentación clínica, país de nacimiento, hospitalización, fallecimiento, exposiciones de riesgo, factores de riesgo, estado vacunal, resistencias antibióticas, viajes, colectivos, brotes.

Mapa 4.5.2.a. Mapa de los Distritos de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.



Comunidad de Madrid

Código	Distrito
0110	Arganda-Rivas
0210	Coslada
0310	Alcalá de Henares
0320	Torrejón de Ardoz
0511	Alcobendas-San Sebastián de los Reyes
0512	Sierra Norte
0520	Colmenar Viejo-Tres Cantos
0611	Boadilla-Pozuelo
0612	Las Rozas-Majadahonda
0620	Collado Villalba
0810	Móstoles
0820	Alcorcón
0830	Navalcarnero
0910	Leganés
0920	Fuenlabrada
1010	Parla-Pinto
1020	Getafe
1110	Aranjuez-Valdemoro



Municipio de Madrid

Código	Distrito
0120	Madrid-Moratalaz-Vicálvaro
0130	Madrid-Retiro
0141	Madrid-Puente de Vallecas
0142	Madrid-Villa de Vallecas
0220	Madrid-Salamanca
0230	Madrid-Chamartín
0410	Madrid-Ciudad Lineal
0420	Madrid-San Blas-Canillejas
0430	Madrid-Hortaleza-Barajas
0530	Madrid-Tetuán
0540	Madrid-Fuencarral-El Pardo
0630	Madrid-Moncloa-Aravaca
0710	Madrid-Centro
0720	Madrid-Chamberí
0730	Madrid-Latina
1120	Madrid-Arganzuela
1130	Madrid-Villaverde
1140	Madrid-Carabanchel
1150	Madrid-Usera

5. RESULTADOS

5.1. FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA

5.1.1. Enfermedades de declaración obligatoria notificadas según modalidad de notificación y nivel asistencial

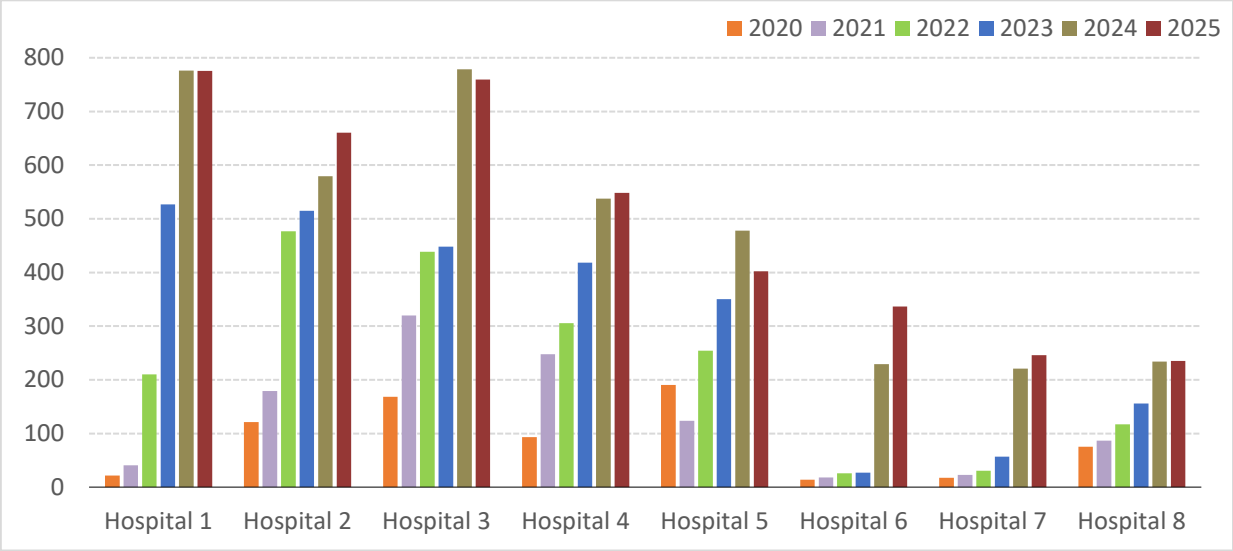
En 2025 se registraron 214.421 casos de EDO. De ellos, 178.455 (83,2%) fueron de declaración numérica (gripe, varicela y herpes zóster) y 35.966 (16,8%) de declaración individualizada.

En cuanto a las enfermedades de declaración numérica, éstas fueron declaradas en su práctica totalidad desde los centros de atención primaria, con la contribución de 504 unidades notificadoras.

En lo referente a las declaraciones individualizadas, contribuyeron 424 unidades notificadoras (76 de atención especializada, 309 de atención primaria, y 39 de otros ámbitos). Un 92,3% del total de notificaciones se realizaron desde centros de atención hospitalaria, un 6,0% desde atención primaria y el 1,7% restante por otros notificadores. Hay que tener en cuenta que una EDO puede asociar varias declaraciones.

Las tasas de notificación anuales de los ocho hospitales del grupo funcional 3 del SERMAS mostraron una estabilización en 2025, tras haber sufrido un incremento progresivo y significativo entre 2020 y 2024 (Gráfico 5.1.2.a).

Gráfico 5.1.2.a. Tasas de notificación de Enfermedades de Declaración Obligatoria con datos epidemiológicos básicos de los ocho hospitales del SERMAS del Grupo Funcional 3, por 100.000 habitantes. Años 2020-2025.



Fuente (denominadores): Población asignada a cada hospital 1 de enero. Memoria Anual de actividad del Servicio Madrileño de Salud. Años 2020-2025

5.1.2. Grado de cumplimiento de las principales variables

El grado de cumplimentación de los datos recogidos en la notificación de los casos de EDO con datos epidemiológicos básicos fue del 100% para las variables edad, sexo, clasificación epidemiológica y país de nacimiento de los casos, así como la fecha de inicio de síntomas o diagnóstico, por tratarse de variables de cumplimentación obligatoria.

5.2. COMPARACIÓN DE LA INCIDENCIA EN 2025 CON AÑOS ANTERIORES

5.2.1. Datos globales

En las tablas 5.2.1.a y 5.2.1.b se presentan el número de casos y las tasas de IA entre 2016 y 2025.

Tabla 5.2.1.a. Número de casos de Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Años 2016-2025.

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
ENF. DE TRANSMISIÓN RESPIRATORIA										
Gripe	83.938	91.577	80.293	100.514	88.016	2.077	30.523	67.196	50.502	141.542
Legionelosis	53	87	142	89	69	111	163	176	119	134
Lepra	4	2	1	3	0	0	1	2	1	3
Tuberculosis	683	604	592	616	470	465	502	580	634	638
Virus respiratorio sincitial*									5.166	4.092
ENF. DE TRANSMISIÓN ALIMENTARIA										
Botulismo	0	1	0	1	0	4	1	4	1	2
Campilobacteriosis	1.821	2.174	2.612	2.832	2.102	2.534	3.049	4.827	6.082	6.192
Criptosporidiosis	47	85	69	54	19	14	33	327	126	161
E. coli productor de toxina Shiga	6	9	8	8	4	6	30	73	73	106
Fiebre tifoidea y paratifoidea	7	11	9	10	2	3	9	5	7	9
Giardasis	449	435	404	437	174	125	210	316	442	525
Hepatitis A	228	1028	369	129	34	21	46	48	211	454
Listeriosis	47	59	92	89	43	57	80	49	51	35
Salmonelosis (exc. fiebre tif. y paratif.)	2.006	1.801	1.274	1.051	609	771	983	1.532	1.322	1.530
Shigelosis	45	59	61	99	37	51	116	197	228	338
Triquinosis	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Yersiniosis	67	79	75	123	66	78	89	152	142	124
ENF. TRANS. SEXUAL Y PARENTERAL										
Hepatitis B	44	46	28	27	14	14	39	27	23	33
Hepatitis C	677	611	610	623	368	471	578	538	601	371
Infección por *Chlamydia tra.* (exc. LGV)	1.229	1.613	2.305	3.368	2.354	3.215	4.085	5.844	7.002	7.246
Linfogranuloma venéreo	120	169	179	254	249	210	347	635	685	795
Infección gonocócica	1.544	1.924	2.810	3.011	2.036	3.560	3.998	6.534	8.788	9.093
Mpox*							2.522	116	230	393
Sífilis	550	610	766	1.115	982	1.374	1.739	2.053	2.081	2.004
Sífilis congénita	0	0	4	1	1	1	5	4	1	2
ENF. INMUNOPREVENIBLES										
Difteria	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0
Enf. meningocócica	24	27	43	56	33	3	11	36	53	53
Enf. invasiva por *H. Influenzae*	35	48	48	61	18	11	47	52	71	80
Enf. neumocócica invasiva	612	678	666	701	241	214	444	622	700	734
Herpes zóster	32.540	33.857	34.177	35.042	29.805	30.816	32.291	33.366	35.812	35.538
Parotiditis	848	938	1.476	1.875	501	132	227	317	263	294
P.F.A. (<15 años)	12	7	7	2	5	5	1	4	0	1
Rubéola	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sarampión	9	1	13	47	1	2	0	2	24	5
Tétanos	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Tosferina	591	268	347	228	72	16	14	194	1.335	47
Varicela	10.630	4.898	3.552	3.260	1.272	994	1.248	1.444	1.455	1.375
ENF. TRANSMISIÓN VECTORIAL										
Dengue	94	36	54	86	29	13	124	129	236	79
Encefalitis transmitida por garrapatas	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0
Enfermedad por virus Chikungunya	44	27	14	15	5	0	2	55	10	80
Enfermedad por virus Zika	105	22	8	4	0	1	3	0	2	0
Fiebre amarilla	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Fiebre del Nilo Occidental	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Fiebre exantemática mediterránea	24	20	7	10	15	8	27	12	31	19
Fiebre hemorrágica vírica**	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Leishmaniasis	75	79	64	48	28	65	56	43	61	73
Paludismo	147	158	168	165	42	74	96	129	158	126
Infección congénita por v. Zika	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
ZOONOSIS										
Brucelosis	2	3	1	2	0	5	3	0	0	1
Fiebre Q	15	34	22	26	13	26	38	10	24	18
Hidatidosis	26	22	14	5	18	25	11	13	12	10
Leptospirosis	4	0	0	2	2	2	2	0	1	4
Toxoplasmosis congénita	1	0	3	0	0	0	0	0	1	1
Tularemia	0	1	0	0	0	0	1	0	2	5
OTRAS MENINGITIS										
Meningitis por enterovirus no polio*			46	45	18	4	32	30	38	44
ENF. NOTIFICADAS SIST. ESPECIALES										
EETH	21	15	11	8	14	15	14	11	14	12

*La vigilancia comenzó en los años indicados. ** Se refiere a un caso de infección por virus de Crimea Congo. **EETH**: Encefalopatías espongiformes transmisibles humanas. **P.F.A. (<15 años):** Parálisis flácida aguda en menores de 15 años. No se incluyen enfermedades sin casos. Pueden existir modificaciones respecto a informes previos debido al continuo proceso de revisión.

Tabla 5.2.1.b. Tasas de incidencia acumulada por 100.000 habitantes de Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Años 2016-2025.

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
ENF. DE TRANSMISIÓN RESPIRATORIA										
Gripe	1.297,9	1.407,3	1.220,6	1.508,5	1.298,2	30,8	452,1	979,6	720,5	1.989,7
Legionelosis	0,82	1,34	2,16	1,34	1,02	1,64	2,42	2,57	1,7	1,88
Lepra	0,06	0,03	0,02	0,05	0	0	0,01	0,03	0,01	0,04
Tuberculosis	10,56	9,28	9	9,24	6,93	6,89	7,44	8,45	9,05	8,96
Virus respiratorio sincitial*									73,7	57,5
ENF. DE TRANSMISIÓN ALIMENTARIA										
Botulismo	0,00	0,02	0,00	0,02	0,00	0,06	0,01	0,06	0,01	0,03
Campilobacteriosis	28,2	33,4	39,7	42,5	31,0	37,5	45,2	70,4	86,8	86,5
Criptosporidiosis	0,73	1,29	1,05	0,81	0,28	0,21	0,49	4,77	1,80	2,26
E. coli productor de toxina Shiga	0,09	0,14	0,12	0,12	0,06	0,09	0,44	1,06	1,04	1,49
Fiebre tifoidea y paratifoidea	0,11	0,17	0,14	0,15	0,03	0,04	0,13	0,07	0,10	0,13
Giardasis	6,94	6,68	6,14	6,56	2,57	1,85	3,11	4,61	6,31	7,38
Hepatitis A	3,53	15,80	5,61	1,94	0,50	0,31	0,68	0,70	3,01	6,38
Listeriosis	0,73	0,91	1,40	1,34	0,63	0,84	1,19	0,71	0,73	0,49
Salmonelosis (exc. fiebre tif. y paratif.)	31,0	27,7	19,4	15,8	9,0	11,4	14,6	22,3	18,9	21,5
Shigelosis	0,70	0,91	0,93	1,49	0,55	0,76	1,72	2,87	3,25	4,75
Triquinosis	0,02	0,02	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Yersiniosis	1,04	1,21	1,14	1,85	0,97	1,16	1,32	2,22	2,03	1,74
ENF. TRANS. SEXUAL Y PARENTERAL										
Hepatitis B	0,59	0,71	0,43	0,41	0,21	0,21	0,58	0,39	0,33	0,46
Hepatitis C	10,47	9,39	9,27	9,35	5,43	6,98	8,56	7,84	8,57	5,22
Infección por *Chlamydia tra.* (exc. LGV)	19,00	24,79	35,04	50,54	34,72	47,62	60,52	85,19	99,90	101,9
Linfogranuloma venéreo	1,86	2,60	2,72	3,81	3,67	3,11	5,14	9,26	9,77	11,18
Infección gonocócica	23,88	29,57	42,72	45,19	30,03	52,73	59,23	95,25	125,4	127,8
Mpox*							37,36	1,69	3,28	5,52
Sífilis	8,80	9,59	11,9	17,2	14,5	20,4	25,8	29,9	29,7	28,2
Sífilis congénita	0,00	0,00	0,06	0,02	0,01	0,01	0,07	0,06	0,01	0,03
ENF. INMUNOPREVENIBLES										
Difteria	0,00	0,00	0,00	0,03	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enf. meningocócica	0,37	0,41	0,65	0,84	0,49	0,04	0,16	0,52	0,76	0,75
Enf. invasiva por *H. Influenzae*	0,54	0,74	0,73	0,89	0,27	0,16	0,70	0,77	1,03	1,12
Enf. neumocócica invasiva	9,46	10,42	10,12	10,52	3,55	3,17	6,58	9,05	9,99	10,32
Herpes zóster	503,2	520,3	519,6	525,9	439,6	456,5	478,4	485,5	510,9	499,6
Parotiditis	13,11	14,41	22,44	28,14	7,39	1,96	3,36	4,62	3,75	4,13
P.F.A. (<15 años)	1,18	0,69	0,69	0,20	0,49	0,50	0,10	0,41	0,00	0,10
Rubéola	0,03	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Sarampión	0,15	0,02	0,21	0,66	0,01	0,03	0,00	0,03	0,34	0,07
Tétanos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00
Tosferina	9,14	4,12	5,28	3,42	1,09	0,24	0,21	3,03	19,03	0,66
Varicela	164,4	75,3	54,0	48,9	18,8	14,7	18,5	21,0	20,8	19,3
ENF. TRANSMISIÓN VECTORIAL										
Dengue	1,45	0,55	0,82	1,29	0,43	0,19	1,84	1,88	3,37	1,11
Encefalitis transmitida por garrapatas	0,00	0,00	0,00	0,02	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00
Enfermedad por virus Chikungunya	0,68	0,41	0,21	0,23	0,07	0,00	0,03	0,80	0,14	1,12
Enfermedad por virus Zika	1,62	0,34	0,12	0,06	0,00	0,01	0,04	0,00	0,03	0,00
Fiebre del Nilo Occidental	0,00	0,00	0,02	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Fiebre exantemática mediterránea	0,37	0,31	0,11	0,15	0,22	0,12	0,40	0,17	0,44	0,27
Fiebre hemorrágica vírica**	0,02	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Leishmaniasis	1,16	1,21	0,96	0,72	0,41	0,96	0,83	0,63	0,87	1,03
Paludismo	2,27	2,43	2,55	2,48	0,62	1,10	1,42	1,88	2,25	1,77
Infección congénita por v. Zika	0,00	0,02	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0 ,00
ZOONOSIS										
Brucelosis	0,03	0,05	0,02	0,03	0,00	0,07	0,04	0,00	0,00	0,01
Fiebre Q	0,23	0,52	0,33	0,39	0,19	0,39	0,56	0,15	0,34	0,25
Hidatidosis	0,40	0,34	0,21	0,08	0,27	0,37	0,16	0,19	0,17	0,14
Leptospirosis	0,06	0,00	0,00	0,03	0.03	0.03	0,03	0,00	0,01	0,06
Toxoplasmosis congénita	0,02	0,00	0,05	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,01
Tularemia	0,00	0,02	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00	0,03	0,07
Otras Meningitis										
Meningitis por enterovirus no polio*			0,70	0,68	0,27	0,06	0,47	0,44	0,58	0,62
ENF. NOTIFICADAS SIS.ESPECIALES										
EETH	0,32	0,23	0,17	0,12	0,21	0,22	0,21	0,16	0,20	0,17

*La vigilancia comenzó en los años indicados. ** Se refiere a un caso de infección por virus de Crimea Congo. **EETH**: Encefalopatías espongiformes transmisibles humanas. **P.F.A. (<15 años):** Parálisis flácida aguda en menores de 15 años. No se incluyen enfermedades sin casos. Pueden existir modificaciones respecto a informes previos debido al continuo proceso de revisión.

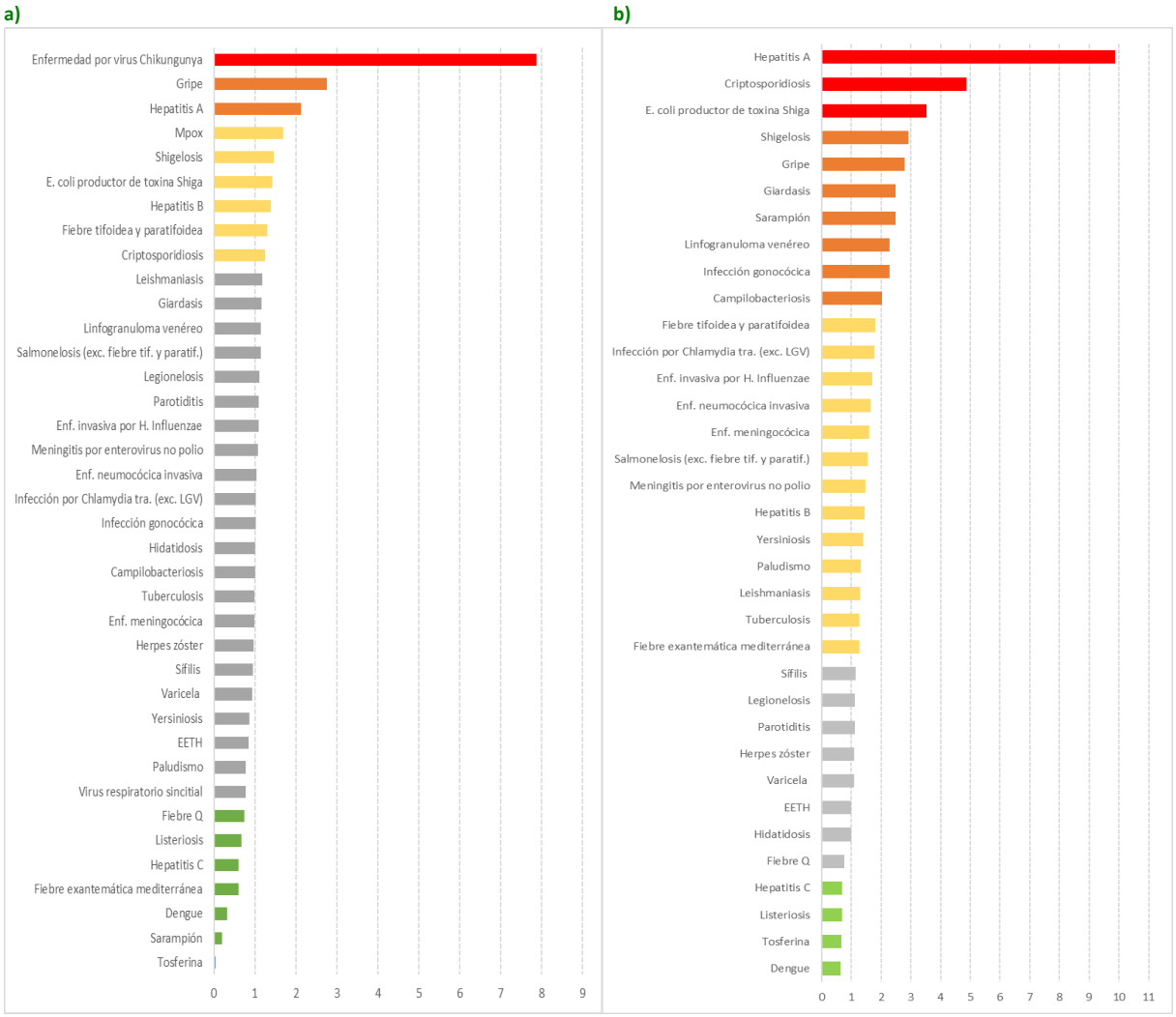
En la tabla 5.2.1.c y el gráfico 5.2.1.a se presentan los indicadores de morbilidad comparativos, ordenados en función de su magnitud.

Tabla 5.2.1.c. Indicadores de morbilidad comparativos de las Enfermedades de Declaración Obligatoria entre 2025 y 2024, así como el quinquenio anterior (2020-2024). Comunidad de Madrid.

	Casos 2025	Tasas 2025	DC 2025/2024	RT 2025/2024	IE
ENFERMEDADES DE TRANSM. RESP.					
Gripe	141.542	1989,65	91040	2,76	2,80
Legionelosis	134	1,88	15	1,11	1,13
Lepra*	3	0,04	2	4,00	(-)
Tuberculosis	638	8,96	4	0,99	1,27
Virus respiratorio sincitial**	4.092	57,50	-1074	0,78	(-)
ENF. DE TRANSMISIÓN ALIMENTARIA					
Botulismo*	2	0,03	1	3,00	(-)
Campilobacteriosis	6.192	86,50	110	1,00	2,03
Criptosporidiosis	161	2,26	35	1,26	4,88
E. coli productor de toxina Shiga	106	1,49	33	1,43	3,53
Fiebre tifoidea y paratifoidea	9	0,13	2	1,30	1,80
Giardasis	525	7,38	83	1,17	2,50
Hepatitis A	454	6,38	243	2,12	9,87
Listeriosis	35	0,49	-16	0,67	0,69
Salmonelosis (exc. fiebre tif. y paratif.)	1.530	21,51	208	1,14	1,56
Shigelosis	338	4,75	110	1,46	2,91
Yersiniosis	124	1,74	-18	0,86	1,39
ENF. TRANS. SEXUAL Y PARENTERAL					
Hepatitis B	33	0,46	10	1,39	1,43
Hepatitis C	371	5,22	-230	0,61	0,69
Infección por Chlamydia tra. (exc. LGV)	7.246	101,86	244	1,02	1,77
Linfogranuloma venéreo	795	11,18	110	1,14	2,29
Infección gonocócica	9.093	127,80	305	1,02	2,27
Mpox**	393	5,52	163	1,68	(-)
Sífilis	2.004	28,17	-77	0,95	1,15
Sífilis congénita*	2	0,03	1	3,00	(-)
ENF. INMUNOPREVENIBLES					
Enf. meningocócica	53	0,75	0	0,99	1,61
Enf. invasiva por H. Influenzae	80	1,12	9	1,09	1,70
Enf. neumocócica invasiva	734	10,32	34	1,03	1,65
Herpes zóster	35.538	499,56	-274	0,98	1,10
Parotiditis	294	4,13	31	1,10	1,12
P.F.A. (<15 años)*	1	0,10	1	(-)	(-)
Sarampión	5	0,07	-19	0,21	2,50
Tosferina	47	0,66	-1288	0,03	0,65
Varicela	1.375	19,33	-80	0,93	1,08
ENF. TRANSMISIÓN VECTORIAL					
Dengue	79	1,11	-157	0,33	0,64
Enfermedad por virus Chikungunya*	80	1,12	70	7,88	(-)
Fiebre exantemática mediterránea	19	0,27	-12	0,60	1,27
Leishmaniasis	73	1,03	12	1,18	1,30
Paludismo	126	1,77	-32	0,79	1,31
ZOONOSIS					
Brucelosis*	1	0,01	1	(-)	(-)
Fiebre Q	18	0,25	-6	0,74	0,75
Hidatidosis	10	0,14	0	1,00	1,00
Leptospirosis*	4	0,06	3	6,00	(-)
Toxoplasmosis congénita*	1	0,01	0	1,00	(-)
Tularemia*	5	0,07	3	2,33	(-)
Otras Meningitis					
Meningitis por enterovirus no polio**	44	0,62	6	1,07	(-)
ENF. NOTIFICADAS SIS.ESPECIALES					
EETH	12	0,17	2	0,85	0,86

EETH: Encefalopatías espongiformes transmisibles humanas. **P.F.A. (<15 años)**: Parálisis flácida aguda (menores de 15 años). **DC:** diferencia de casos absoluta**. RT:** razón de tasas**. IE**: índice epidémico, calculado como el cociente entre los casos en 2025 y la mediana de casos 2020-2024. * No se calcula el IE para enfermedades de baja incidencia. ** No se calcula el IE para las enfermedades sin un sistema de vigilancia consolidado desde 2020.

Gráfico 5.2.1.a. Razones de tasas de incidencia acumulada entre 2025 y 2024 (a), e Índices epidémicos (casos 2025/2020-2024) (b). Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid.



EETH: Encefalopatías espongiformes transmisibles humanas. **P.F.A. (<15 años)**: Parálisis flácida aguda (menores de 15 años). No se han calculado las razones de tasas para las enfermedades de muy baja incidencia. No se muestran los índices epidémicos y razones de tasas para las enfermedades de muy baja incidencia o sin un sistema de vigilancia consolidado desde 2020. Código de colores RT/IE: verde=baja incidencia (<=0.75), gris=incidencia esperable (entre 0,75 y 1,25), amarillo=incidencia moderadamente alta (entre 1,25 y 2), naranja=alta incidencia (entre 2 y 3) rojo= muy alta incidencia (mayor de 3).

5.2.2. Resultados por grupos de enfermedades

Enfermedades de transmisión respiratoria

En 2025 la incidencia de gripe fue notablemente superior a la del año anterior y a las registradas en los años previos a la pandemia de covid-19, con 141.542 casos notificados frente a 50.502 casos de 2024. El número de casos de legionelosis aumentó ligeramente respecto al año anterior (134 frente a 119), mientras que en la tuberculosis disminuyó muy ligeramente su incidencia. Además, en 2025 se registró un importante descenso de los casos confirmados de VRS (4.092 frente a los 5.166 notificados en 2024).

Enfermedades de transmisión alimentaria

La mayoría de las enfermedades de este grupo aumentaron su incidencia respecto al año anterior, excepto la listeriosis (16 casos menos que en 2024, descenso del 29,4%), y la yersiniosis (18 casos menos, reducción del 12,7%). Entre las enfermedades que aumentaron su incidencia en 2025, destacaron especialmente la hepatitis A (con un aumento de 211 casos en 2024 a 454 en 2025, más del doble que el año anterior), la shigelosis (110 casos más que 2024, aumento del 48,2%), del *E.Coli productor de Shiga toxina* (33 casos más, aumento del 45,2%) y la giardiasis (126 casos más e incremento del 18,7%).

Enfermedades prevenibles por vacunación

En el grupo de enfermedades inmunoprevenibles, destacaron el marcado descenso de los casos de tosferina (1.287 casos menos que en 2024, disminución del 96,5%) y sarampión (19 casos menos,

disminución del 87,5%), y el incipiente descenso de los casos de herpes zóster (273 casos menos que en 2024, disminución del 0,8%) así como la continuación de la tendencia descendente de los casos de varicela (80 casos menos que en 2024, disminución del 5,5%). Las cifras de enfermedad meningocócica se mantuvieron estables respecto al año anterior. Los casos de enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae*, así como los de parotiditis y enfermedad neumocócica invasiva aumentaron ligeramente (9, 31 y 34 casos más que en 2024, aumentos del 12,7%, 11,9% y 4,8% respectivamente). Además, se notificó un caso de parálisis flácida aguda en menores de 15 años.

Enfermedades de transmisión sexual y parenteral

Con carácter general, las infecciones de transmisión sexual (ITS) mantuvieron una tendencia ascendente en 2025, aunque con incrementos de menor magnitud que en años anteriores. La incidencia de sífilis, que en 2024 ya mostró una estabilización, descendió un 5,1% en 2025. Los casos de gonococia e infección por *Chlamydia trachomatis* registraron un aumento cercano al 2%, siendo este más marcado en linfogranuloma venéreo (LGV) y mpox, con 14,4% y 68,3% respectivamente. El perfil más frecuente se siguió encontrando en hombres que tienen sexo con hombres (HSH), entre 20 y 40 años de edad, de origen español, aunque también hubo una importante proporción de casos procedentes de países latinoamericanos.

Enfermedades transmitidas por vectores

Las enfermedades vectoriales sufrieron en 2025 un descenso generalizado respecto a 2024, salvo en el caso de la enfermedad por virus Chikungunya, que experimentó un aumento notable, con 80 casos notificados frente a 10 del año anterior, así como la leishmaniasis, con 73 casos frente a 61 de 2024. El dengue experimentó un descenso muy marcado de casos, con 157 casos menos que en 2024 y una disminución del 66,5%. El paludismo presentó 32 casos menos que en 2024 (descenso del 20,2%) y la fiebre exantemática mediterránea presentó 12 casos menos que en 2024, con un descenso del 38,7%.

Enfermedades de transmisión zoonótica

En 2025 se notificaron 18 casos de fiebre Q, 10 casos de hidatidosis, 5 casos de tularemia, 4 casos de leptospirosis, un caso de brucelosis y un caso de toxoplasmosis congénita. Sólo la tularemia presentó incidencias por encima de la mediana del periodo quinquenal previo.

Otras enfermedades

En 2025 se notificaron 44 casos de meningitis causadas por enterovirus no polio, 6 casos más que en 2024. Además, se registraron 12 casos de encefalopatías espongiformes transmisibles humanas (EETH) (2 menos que en 2024). De ellos, 10 fueron casos de enfermedad de Creutzfeldt-Jakob esporádica y 2 casos de enfermedad de Creutzfeldt-Jakob familiar.

6. DESCRIPCIÓN DE LAS ENFERMEDADES

6.1. ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN RESPIRATORIA

6.1.1. Gripe

En el año 2025 se registraron en la Comunidad de Madrid 141.542, casos de gripe, frente a los 50.509 casos registrados en 2024, lo que representó un incremento de 2,8 veces. La tasa de incidencia acumulada fue de 1.989,7 casos por cada 100.000 habitantes, frente a los 720,5 registrados en 2024, alcanzando cifras superiores a los años previos a la pandemia (Gráficos 6.1. 1.a y 6.1. 1.b).

Gráfico 6.1.1.a. Tasa de incidencia acumulada de gripe por 100.000 habitantes. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Años 2016-2025.

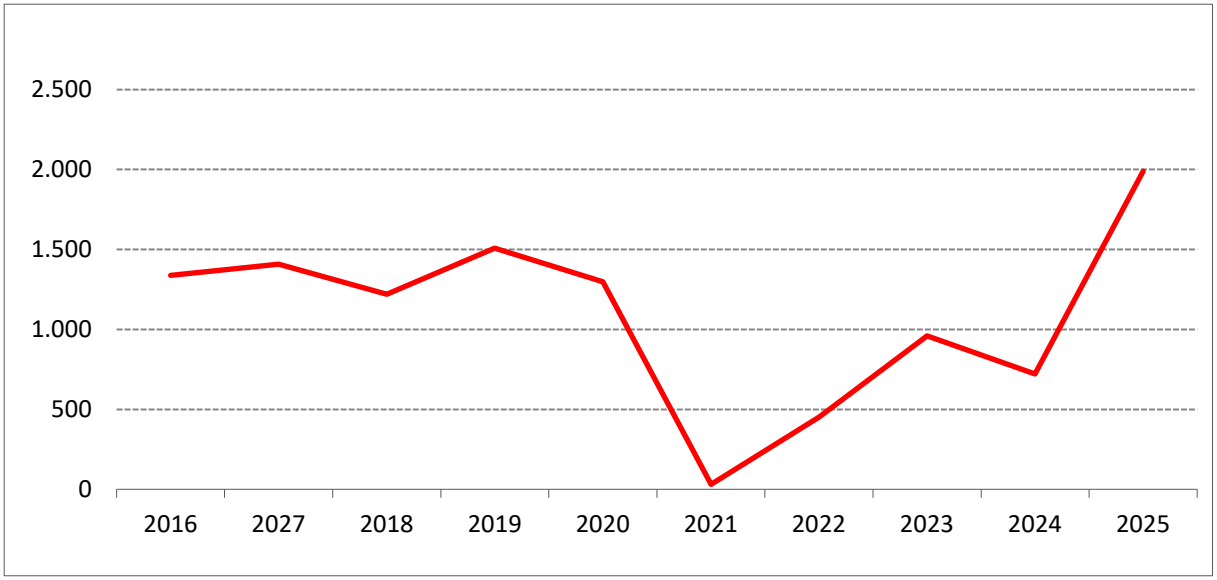
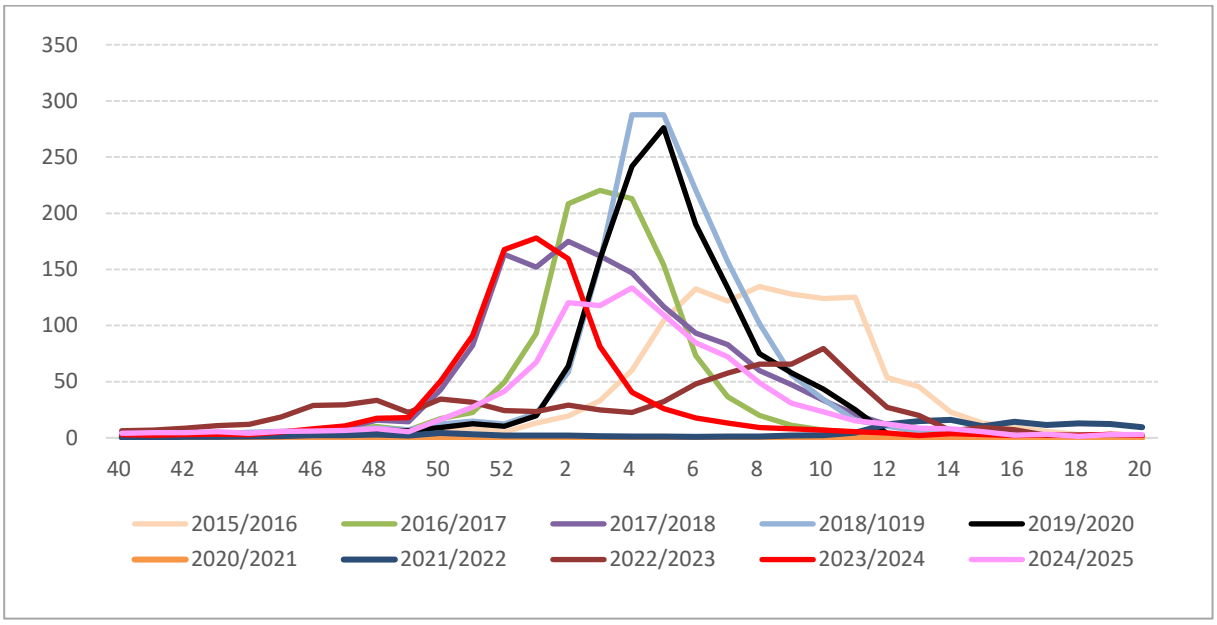


Gráfico 6.1.1.b. Tasas de incidencia semanal de gripe por 100.000 habitantes. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Temporadas 2015-2016 a 2024-2025.

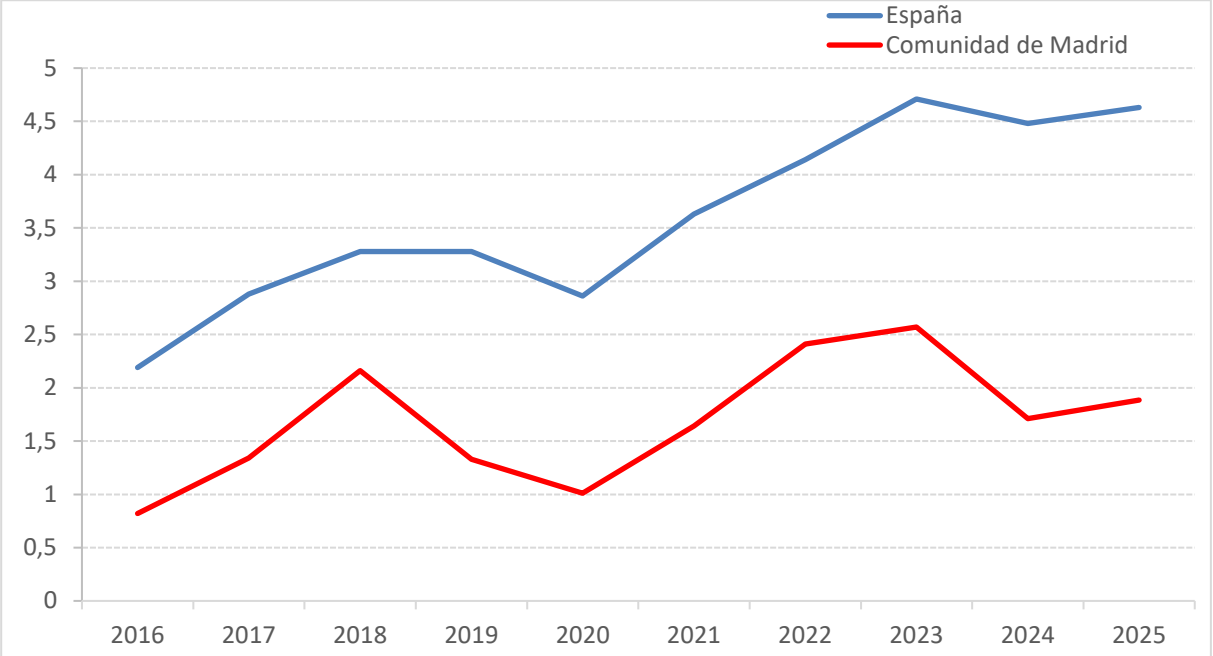


Además, se registraron 79 brotes en colectivos vulnerables, 70 (92,1%) en residencias de personas mayores, 6 en residencias de personas con discapacidad y 3 en centros sociosanitarios, con un total de 1.033 casos. De ellos, 362 (35,0%) requirieron ingreso hospitalario. En todos los brotes se identificó el subtipo A.

6.1.2. Legionelosis

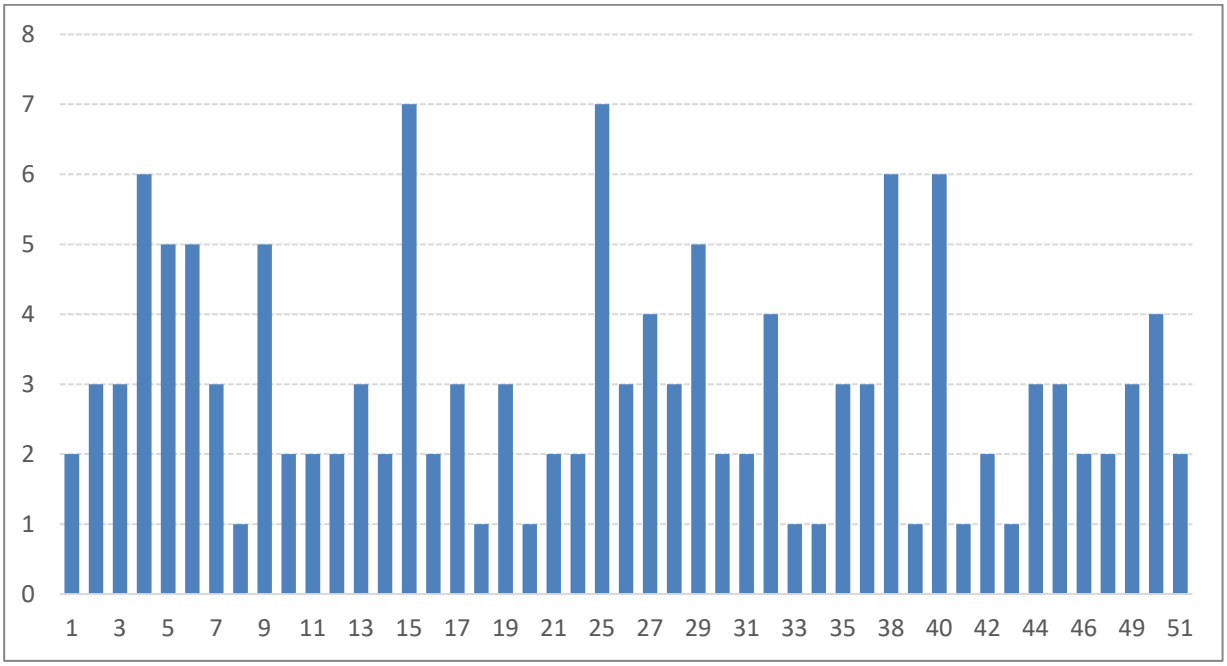
En 2025 se registraron 134 casos de legionelosis, frente a 119 casos en 2024. La tasa de incidencia acumulada fue de 1,88 casos por 100.000 habitantes, inferior a la registrada en España a lo largo de los últimos 10 años (Gráfico 6.1.2.a).

Gráfico 6.1.2.a. Tasas de incidencia acumulada de legionelosis por 100.000 habitantes. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid y España. Años 2016-2025.



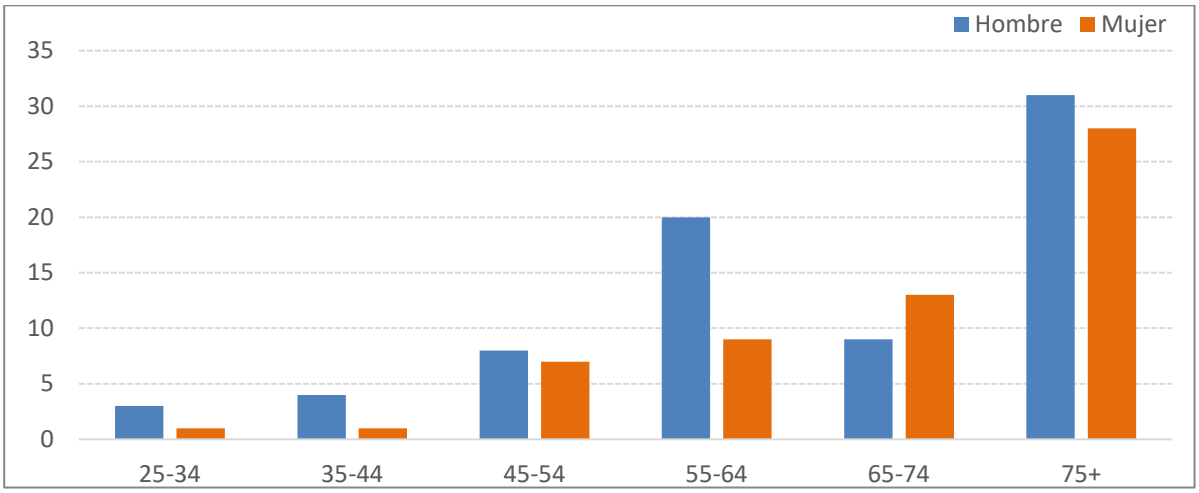
No se observó un patrón estacional en la aparición de los casos (Gráfico 6.1.2. b).

Gráfico 6.1.2.b. Número de casos de legionelosis por semana epidemiológica de aparición de los síntomas. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2025.



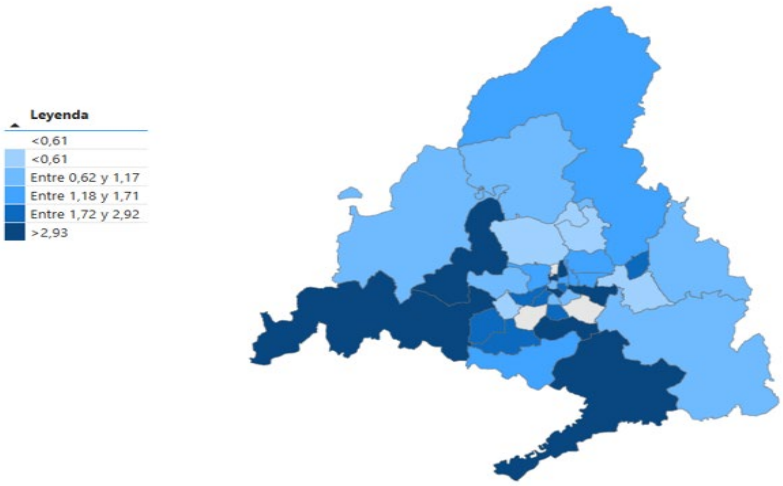
De los 134 casos, 75 (56%) fueron hombres. La edad media fue 69,4 años, con un rango comprendido entre los 31 y los 95 años. El 44,1% de los casos fueron mayores de 75 años (Gráfico 6.1.2.c).

Gráfico 6.1.2.c. Número de casos de legionelosis por sexo y grupo de edad, en años. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2025.



Los distritos más afectados fueron Aranjuez – Valdemoro (6,41 casos por 100.000 habitantes), seguido por Arganzuela (5,73 por cada 100.000 habitantes) y Chamartín (5,41 por cada 100.000 habitantes). No se identificaron casos en los distritos de Villa de Vallecas, Leganés y Tetuán (Mapa 6.1.2.a).

Mapa 6.1.2.a. Tasas de incidencia acumulada de legionelosis por 100.000 habitantes, por distrito de residencia. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2025.



Distrito Salud Pública	Tasa
1110 - Aranjuez-Valdemoro	6,41
1120 - Madrid-Arganzuela	5,73
0230 - Madrid-Chamartín	5,41
0830 - Navalcarnero	3,90
0720 - Madrid-Chamberí	3,61
1020 - Getafe	3,58
0120 - Madrid-Moratalaz-Vicálvaro	3,17
0612 - Las Rozas-Majadahonda	3,01
0920 - Fuenlabrada	2,78
0730 - Madrid-Latina	2,73
0130 - Madrid-Retiro	2,71
0810 - Móstoles	2,38
0320 - Torrejón de Ardoz	2,08
1140 - Madrid-Carabanchel	1,85
1130 - Madrid-Villaverde	1,76
0420 - Madrid-San Blas-Canillejas	1,70
1010 - Parla-Pinto	1,67
0630 - Madrid-Moncloa-Aravaca	1,63
0430 - Madrid-Hortaleza-Barajas	1,57
0410 - Madrid-Ciudad Lineal	1,34
0220 - Madrid-Salamanca	1,28
0512 - Sierra Norte	1,26
0141 - Madrid-Puente de Vallecas	1,17
0620 - Collado Villalba	1,16
0310 - Alcalá de Henares	1,14
0110 - Arganda-Rivas	0,91
0710 - Madrid-Centro	0,72
1150 - Madrid-Usera	0,66
0520 - Colmenar Viejo-Tres Cantos	0,63
0611 - Boadilla-Pozuelo	0,63
0210 - Coslada	0,59
0820 - Alcorcón	0,57
0511 - Alcobendas-San Sebastián de los Reyes	0,45
0540 - Madrid-Fuencarral-El Pardo	0,39
Total	2,02

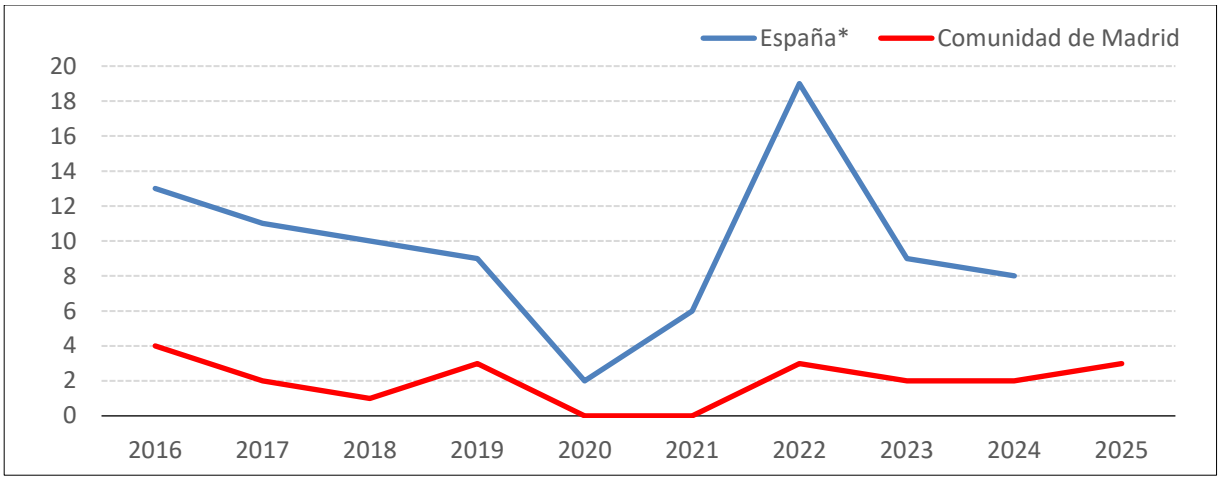
La neumonía fue la forma de presentación el 98,9% de los casos. Los síntomas más frecuentes fueron fiebre, tos y disnea, en el 56,0%, 39,6% y 33,6% de los casos, respectivamente. El 95,5% de los casos se clasificaron como confirmados mediante la detección en orina de antígeno de *Legionella pneumophila* SG1. Además, se confirmaron 2 casos por cultivo y un caso por inmunofluorescencia directa. Por otro lado, 3 casos fueron clasificados como probables por serología al presentar un único aumento de títulos de anticuerpos frente *Legionella pneumophila* SG 1 >1/256.

Los principales factores predisponentes observados para la adquisición de la enfermedad fueron tabaquismo (28,8%), diabetes mellitus (21,8%), enfermedad pulmonar crónica (21,9%), inmunosupresión (18,4%), neoplasia (14,1%) o nefropatía (9,9%) (factores no excluyentes). Respecto a la evolución, en 20 casos (14,9%) fue necesario el ingreso en una Unidad de Cuidados Intensivos. Hubo 16 fallecidos (11,9%), presentando todos ellos patología previa de base. Se asociaron 14 casos (10,4%) con viajes, 7 (5,2%) con ingresos hospitalarios y 113 (84,3%) con un origen comunitario. Se requirió una investigación ambiental en 13 centros sociosanitarios (visitas de inspección con toma de muestras ambientales).

6.1.3. Lepra

En el año 2025 se notificaron 3 casos de lepra. La incidencia acumulada fue de 0,04 casos por 100.000 habitantes. Todos los casos fueron importados y correspondieron a dos hombres procedentes de Venezuela y Colombia (ambos con diagnóstico de lepra multibacilar) y a una mujer procedente de República Dominicana, diagnosticada de lepra paucibacilar (Gráfico 6.1.3.a).

Gráfico 6.1.3.a. Número de casos de lepra. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid y España. Años 2016-2025.

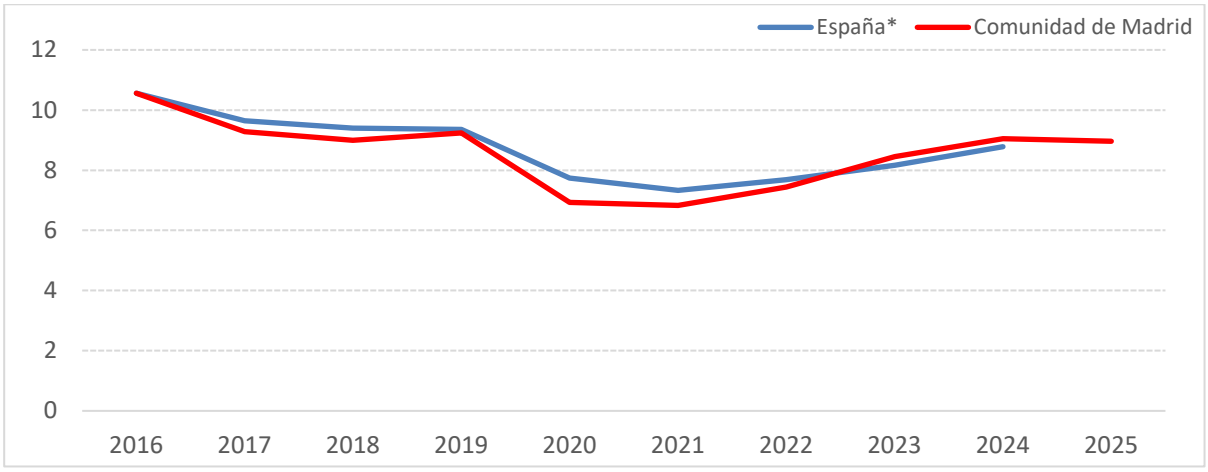


*No hay datos disponibles de España para 2025 en el momento de elaborar este informe.

6.1.4. Tuberculosis

Durante 2025 se notificaron 638 casos de tuberculosis en residentes de la Comunidad de Madrid (8,96 casos por 100.000 habitantes), frente a los 634 casos registrados en 2024 (9,05 casos por 100.000 habitantes). Aunque el número de casos aumentó ligeramente, la tasa de incidencia acumulada fue menor (Gráfico 6.1.4.a).

Gráfico 6.1.4.a. Tasas de incidencia acumulada de tuberculosis por 100.000 habitantes. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid y España. Años 2016-2025.



*No hay datos disponibles de España para 2025 en el momento de elaborar este informe.

Hubo un predominio masculino con 376 casos (58,9% de los casos y una tasa de incidencia de 11,0 casos por 100.000 habitantes), frente 262 casos en mujeres (41,1% del total), con una incidencia de 7,07 casos por 100.000. La razón hombre/mujer fue de 1,44, inferior a la observada en 2024 (1,58).

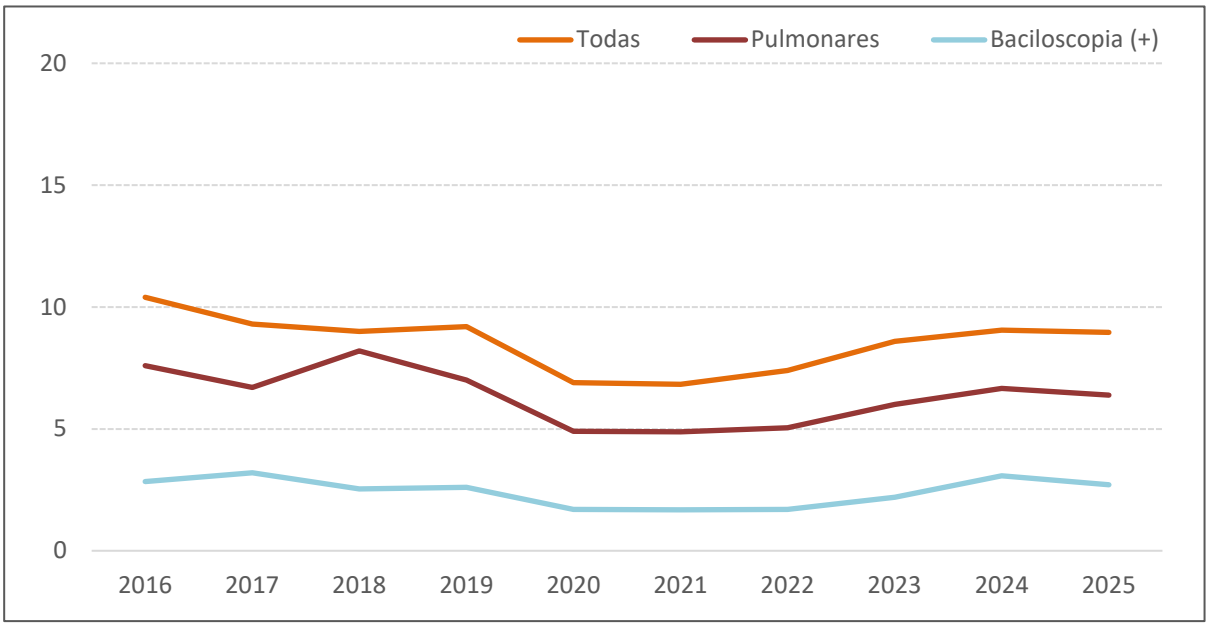
En los hombres, los grupos de edad con las tasas de incidencia más elevadas fueron los de 25 a 34 años (15,7 casos por 100.000 habitantes), seguidos por los de 45 a 54 años (13,5 casos por 100.000 habitantes), los de 15 a 24 años (12,8 casos por 100.000 habitantes) y los de 75 o más años (12,6 casos por 100.000 habitantes). En las mujeres, la mayor tasa se observó en el grupo de 25 a 34 años (8,97 casos por 100.000

habitantes), seguido por los grupos de 15 a 24 años (8,61 casos por 100.000 habitantes) y de 75 o más años (8,21 casos por 100.000 habitantes).

En relación con el país de origen, 385 casos (60,3%) habían nacido fuera de España. En comparación con 2024, se observó una ligera disminución en la proporción de casos nacidos en el extranjero (63,3%). La tasa de incidencia en población nacida fuera de España fue de 21,75 casos por 100.000 habitantes, mientras que en la población nacida en España fue de 4,73 casos por 100.000 habitantes.

La localización anatómica más frecuente fue la pulmonar, con 454 casos (71,2%) y una tasa de incidencia de 6,38 casos por 100.000 habitantes; la tasa de incidencia de tuberculosis pulmonar con baciloscopia positiva fue de 2,71 casos por 100.000 habitantes, similar a 2024 (Gráfico 6.1.4.b).

Gráfico 6.1.4.b. Tasas de incidencia acumulada de tuberculosis pulmonar por 100.000 habitantes y baciloscopia positiva. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Años 2016-2025.

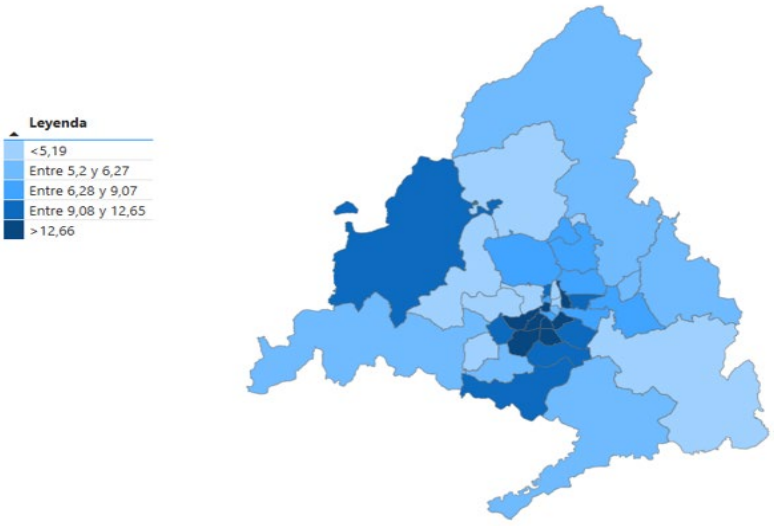


Se identificaron 33 nuevos casos a partir de los estudios de contactos (2,5% de los 1.325 contactos estudiados), 29 entre convivientes de los casos y 4 en contactos frecuentes no convivientes. Además, se identificaron 262 infecciones tuberculosas latentes (19,8%).

Los estudios de contactos en colectivos se llevaron a cabo en 11 centros educativos, 3 centros sociosanitarios, 4 dispositivos de acogida y dos colectivos relacionados con actividades lúdicas y deportivas. Asimismo, se coordinó el estudio de contactos en 12 colectivos laborales.

Las tasas más elevadas se registraron en Carabanchel (19,22 casos por 100.000 habitantes), seguido por Puente de Vallecas (16,77) y Villaverde (16,43); la menor incidencia correspondió al distrito de Moncloa-Aravaca, con 2,45 casos por 100.000 habitantes (Mapa 6.1.4.a).

Mapa 6.1. 4.a. Tasas de incidencia acumulada de tuberculosis por distrito de residencia. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2025.



Distrito Salud Pública	Tasa
1140 - Madrid-Carabanchel	19,22
0141 - Madrid-Puente de Vallecas	16,77
1130 - Madrid-Villaverde	16,43
0730 - Madrid-Latina	14,04
0710 - Madrid-Centro	13,69
0410 - Madrid-Ciudad Lineal	13,37
1150 - Madrid-Usera	13,22
0910 - Leganés	12,76
0530 - Madrid-Tetuán	12,20
0820 - Alcorcón	11,88
1010 - Parla-Pinto	11,71
0420 - Madrid-San Blas-Canillejas	10,75
1020 - Getafe	9,71
0620 - Collado Villalba	9,69
0142 - Madrid-Villa de Vallecas	9,60
1120 - Madrid-Arganzuela	8,27
0430 - Madrid-Hortaleza-Barajas	8,22
0511 - Alcobendas-San Sebastián de los Reyes	8,16
0120 - Madrid-Moratalaz-Vicálvaro	7,40
0720 - Madrid-Chamberí	7,22
0540 - Madrid-Fuencarral-El Pardo	7,05
0210 - Coslada	6,54
0310 - Alcalá de Henares	6,08
0512 - Sierra Norte	5,69
0920 - Fuenlabrada	5,56
0320 - Torrejón de Ardoz	5,55
1110 - Aranjuez-Valdemoro	5,50
0830 - Navalcarnero	5,46
0130 - Madrid-Retiro	5,42
0220 - Madrid-Salamanca	5,13
0230 - Madrid-Chamartín	4,73
0110 - Arganda-Rivas	4,54
0520 - Colmenar Viejo-Tres Cantos	3,75
0810 - Móstoles	3,56
0612 - Las Rozas-Majadahonda	3,39
0611 - Boadilla-Pozuelo	2,52
0630 - Madrid-Moncloa-Aravaca	2,45
Total	8,84

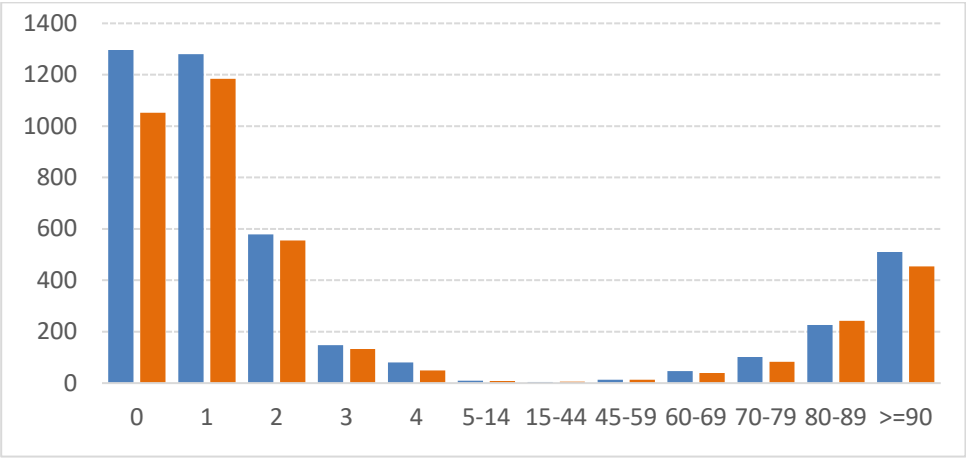
A través del Convenio con Cruz Roja, sus Unidades Móviles facilitaron el tratamiento directamente observado o supervisado a 133 casos nuevos (20,8% del total de casos registrados), en estrecha colaboración con la Subdirección General de Vigilancia en Salud Pública.

En el informe «Registro regional de casos de tuberculosis de la Comunidad de Madrid, año 2025» del Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid se presenta un análisis más detallado de esta enfermedad, incluyendo la comparación con años anteriores.

6.1.5. Virus respiratorio sincitial

En el año 2025 se notificaron en la Comunidad de Madrid 4.092 casos confirmados de VRS. La incidencia global fue de 57,5 casos por 100.000 habitantes. La incidencia fue similar en función del sexo (56,5 casos por 100.000 habitantes en hombres y 58,5 por 100.000 habitantes en mujeres). En comparación con 2024, con 5.166 casos y una incidencia acumulada73,7 casos por 100.000 habitantes, se observó un descenso del 20,8% en el número de casos y del 22,0% en la incidencia. Esta disminución se produjo en ambos sexos. La distribución por edad mostró una mayor afectación en los grupos de edad extremos (Gráfico 6.1.5.a), manteniendo las mayores tasas en menores de 5 años.

Gráfico 6.1.5.a. Incidencia acumulada de virus respiratorio sincitial por 100.000 habitantes, por sexo y edad, en años. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2025.



En relación con la gravedad de los casos, el 69,5% de los pacientes requirió ingreso hospitalario, siendo más frecuente en los niños de 0, 1 y 2 años (79,9%, 76,7% y 73,4% respectivamente) y en adultos de 80 a

89 años (71,8%) y de 90 o más años (77,7%). Este porcentaje fue ligeramente superior al registrado en 2024 (67,8%). Se registraron 95 fallecimientos (87 en pacientes de 70 o más años). En la población menor de 70 años el porcentaje de fallecidos fue del 0,3%, en el grupo de 70 a 79 años del 3,1%, en el grupo de 80 a 89 años del 5,9% y en las personas de 90 o más años del 6,2%. Respecto a 2024, cuando se registraron 106 fallecimientos, se observó una reducción del 10,4% en el número total de defunciones.

6.2. ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN ALIMENTARIA

6.2.1. Botulismo

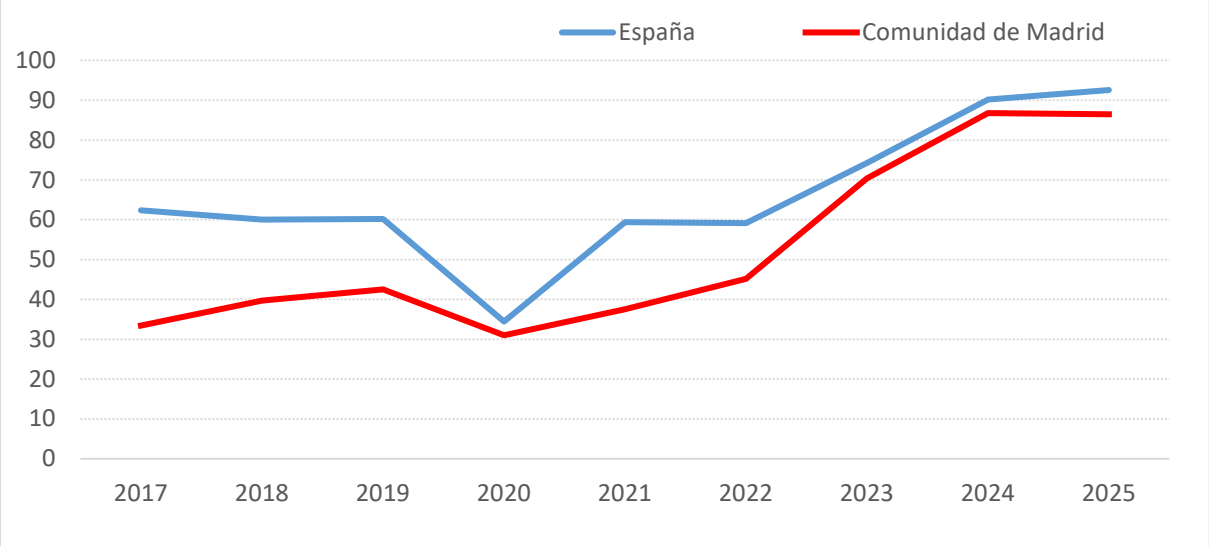
En el año 2025 se registraron 2 casos confirmados de botulismo, con una incidencia acumulada de 0,03 casos por 100.000 habitantes. El primer caso correspondió a un botulismo alimentario en un varón de 50 años que desarrolló astenia muy importante, náuseas, diplopía, ptosis, boca seca, arreflexia y disartria. Requirió ingreso hospitalario de 12 días de duración y antitoxina botulínica, con recuperación progresiva. El cultivo de heces fue positivo para *Clostridium botulinum*. También se detectó neurotoxina botulínica B. El paciente había consumido una conserva de piparras preparadas por él mismo, en las que también se detectó la toxina. Ninguna persona más consumió dicho alimento.

El segundo caso se produjo en un varón de 36 años que presentó un cuadro de náuseas, vómitos, plenitud, estreñimiento, diplopía y midriasis. Requirió ingreso de 20 días de duración, de los cuales 10 en cuidados intensivos. Se le administró antitoxina botulínica y tuvo una recuperación prácticamente completa (únicamente quedó una cierta dificultad para la acomodación visual). Se detectó toxina botulínica en suero. No se identificaron alimentos sospechosos de los que quedaran restos para poder ser analizados. El paciente vivía solo y no hubo otros afectados relacionados con él.

6.2.2. Campilobacteriosis

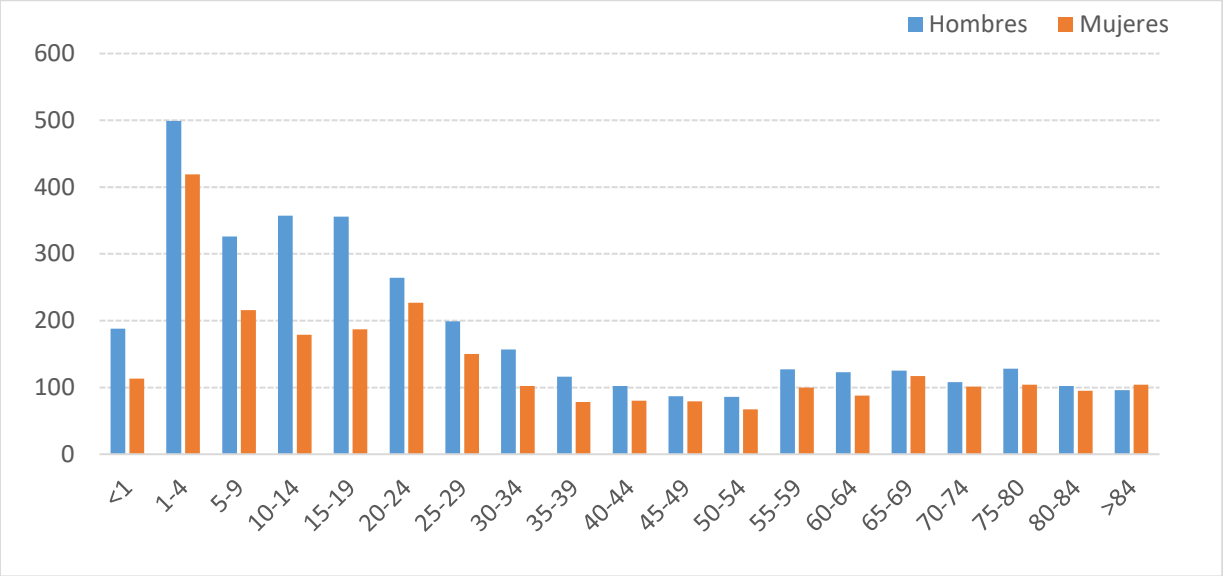
En el año 2025 se registraron 6.152 casos de campilobacteriosis, con una incidencia de 86,5 casos por 100.000 habitantes. Se observó una estabilización de la incidencia después de varios años de aumento progresivo (Gráfico 6.2.2.a).

Gráfico 6.2.2.a. Tasas de incidencia acumulada de campilobacteriosis por 100.000 habitantes. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid y España. Años 2016-2025.



El 57,6% de los casos eran varones, la edad media fue de 30,8 años (mediana, 22 años) con un rango entre 0 y 101 años. El 28,6% de los casos eran menores de 10 años (14,9% del grupo de 1-4 años), y el 17,6% eran mayores de 64 años (Gráfico 6.2.2.b).

Gráfico 6.2.2.b. Número de casos de campilobacteriosis por sexo y grupo de edad, en años. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2025.



El 11,6% de los casos fueron hospitalizados (estancia media: 5,1 días, mediana: 3 días); de ellos, el 41,5% eran mayores de 64 años y el 12,3% menores de 10 años. Se observó una disminución del porcentaje de hospitalización respecto a 2024 (Tabla 6.2.2.a). Se registraron 4 fallecimientos directamente relacionados con la infección (0,1% de todos los casos y 0,6% de los hospitalizados), tres de ellos correspondientes a varones de 74, 80 y 87 años con patologías graves previas y un niño de 11 años previamente sano en el que se desarrolló un fallo multiorgánico tras un shock séptico de origen abdominal.

Tabla 6.2.2.a. Número de casos de campilobacteriosis y porcentaje de hospitalizados por grupos de edad, en años. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2025.

Grupos de edad (años)	Nº de casos	Hospitalizados (%)	Variación del % respecto a 2024
<1	301	6,0	-0,3
1-4	918	3,8	-29,4
5-9	542	6,5	-31,3
10-14	536	9,7	-19,8
15-19	543	11,0	-15,0
20-24	491	8,8	-2,7
25-44	984	6,9	-22,4
45-64	757	14,1	-19,2
65-84	880	24,8	-1,7
>84	200	39,0	-7,4
Total	**6.152**	**11,6**	**-14,7**

Todos los casos fueron confirmados microbiológicamente. El tipo de muestra para el análisis microbiológico estaba registrado en 6.129 casos (99,6%). Las muestras para análisis correspondieron a heces (6.071 casos; 99,1%), sangre (23 casos; 0,4%), biopsia intestinal (20 casos; 0,3%), abscesos (5 casos; 0,08%); líquido articular y líquido peritoneal (cada uno 2 casos; 0,03%) y exudado rectal, herida quirúrgica, líquido cefalorraquídeo, líquido biliar, prótesis vascular y pus (cada uno 1 caso; 0,02%). La especie fue registrada en 5.150 casos (83,7%). De éstos, la predominante fue *C. jejuni* con el 82,8% (4.262 casos), seguida de *C. coli* (16,7%). Otras especies presentaron baja frecuencia: *C. fetus* (0,21%), *C. lari* (0,17%) y *C. ureolyticus* (0,12%). Se detectaron 2 casos de *C. upsaliensis* y de *C. rectus y* uno de *C. curvus*.

Se obtuvo información sobre el estudio de resistencias a medicamentos antibacterianos en 4.803 aislamientos (78,1% de los casos). Se observaron resistencias generalizadas para ciprofloxacino y tetraciclina y un incremento de la resistencia a amoxicilina/clavulánico respecto al año anterior (Tabla 6.2.2.b).

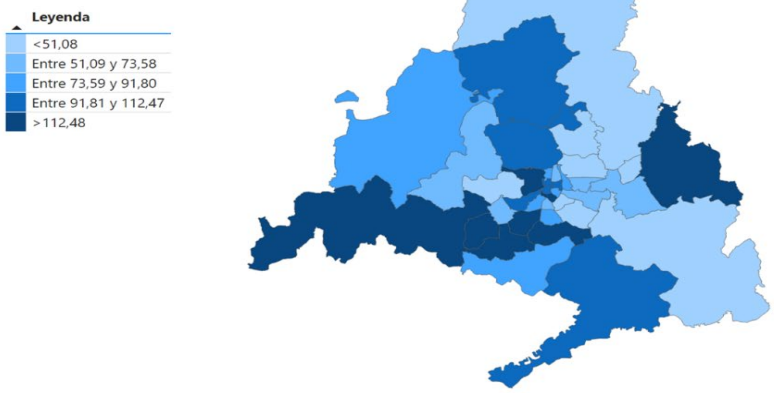
Se comunicaron 4 brotes relacionados con establecimientos de restauración, con 2, 3, 3 y 4 casos, respectivamente. El alimento sospechoso se categorizó como carne de ave en dos brotes y otras carnes y pescados crudos en los dos restantes.

Tabla 6.2.2.b. Proporción de resistencia a antibacterianos de los casos de campilobacteriosis (%). Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2025.

Antibacterianos	Pruebas realizadas	Proporción de resistencias (%)	Variación del % respecto a 2024
Amoxicilina/clavulánico	1757	6,3	+117,2
Ciprofloxacino	3702	86,3	-2,5
Eritromicina	4264	2,3	0
Gentamicina	811	1,5	0
Tetraciclina	2736	70,9	+1,4

Por distritos, las mayores incidencias se registraron en Alcalá de Henares, Getafe y Navalcarnero (Mapa 6.2.2.a).

Mapa 6.2.2.a. Tasas de incidencia acumulada de campilobacteriosis por 100.000 habitantes, por distrito de residencia. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2025.

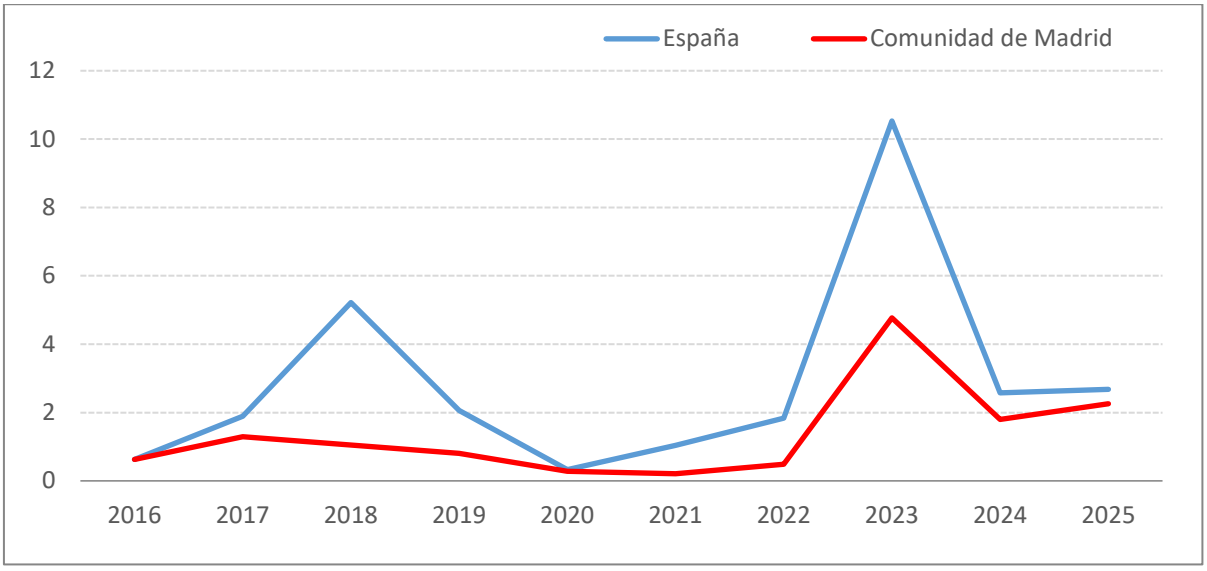


Distrito Salud Pública	Tasa
0310 - Alcalá de Henares	208,38
1020 - Getafe	166,13
0830 - Navalcarnero	146,57
0810 - Móstoles	136,25
0920 - Fuenlabrada	126,85
1120 - Madrid-Arganzuela	125,98
0910 - Leganés	115,34
0630 - Madrid-Moncloa-Aravaca	113,29
0730 - Madrid-Latina	109,18
1110 - Aranjuez-Valdemoro	106,76
0220 - Madrid-Salamanca	101,32
0720 - Madrid-Chamberí	99,66
0540 - Madrid-Fuencarral-El Pardo	97,93
0710 - Madrid-Centro	97,28
0520 - Colmenar Viejo-Tres Cantos	96,26
0410 - Madrid-Ciudad Lineal	85,12
1130 - Madrid-Villaverde	79,23
1140 - Madrid-Carabanchel	78,75
0620 - Collado Villalba	77,11
0130 - Madrid-Retiro	76,84
1010 - Parla-Pinto	75,69
0530 - Madrid-Tetuán	73,79
0120 - Madrid-Moratalaz-Vicálvaro	73,43
0420 - Madrid-San Blas-Canillejas	71,84
0230 - Madrid-Chamartín	70,99
0612 - Las Rozas-Majadahonda	69,72
1150 - Madrid-Usera	69,42
0210 - Coslada	65,41
0820 - Alcorcón	62,78
0430 - Madrid-Hortaleza-Barajas	48,16
0141 - Madrid-Puente de Vallecas	46,41
0320 - Torrejón de Ardoz	42,30
0142 - Madrid-Villa de Vallecas	33,58
0611 - Boadilla-Pozuelo	29,67
0110 - Arganda-Rivas	29,48
0511 - Alcobendas-San Sebastián de los Reyes	23,58
0512 - Sierra Norte	18,32

6.2.3. Criptosporidiosis

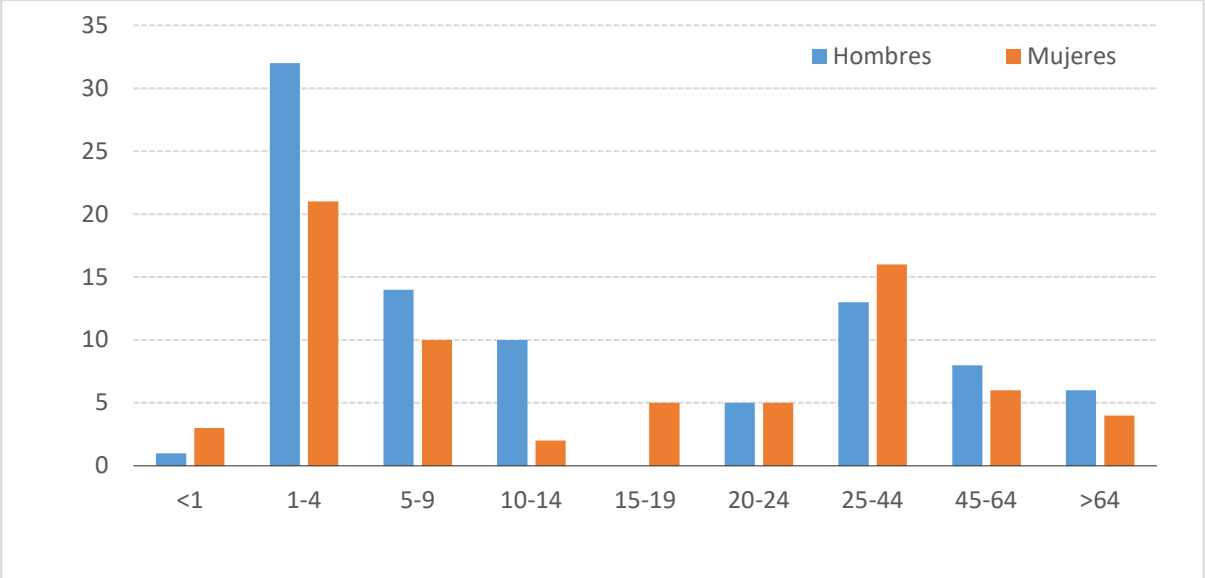
En el año 2025 se registraron 161 casos de criptosporidiosis, con una incidencia de 2,26 casos por 100.000 habitantes, lo que supone un ligero aumento de la incidencia en relación con el año anterior (Gráfico 6.2.3.a).

Gráfico 6.2.3.a. Tasas de incidencia acumulada de criptosporidiosis por 100.000 habitantes. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid y España. Años 2016-2025.



El 55,3% eran varones, la edad media fue de 19,7 años y la mediana 8,5 años, con un rango comprendido entre 6 meses y 82 años. El 35,4% de los casos fueron del grupo de 0 a 4 años (Gráfico 6.2.3.b).

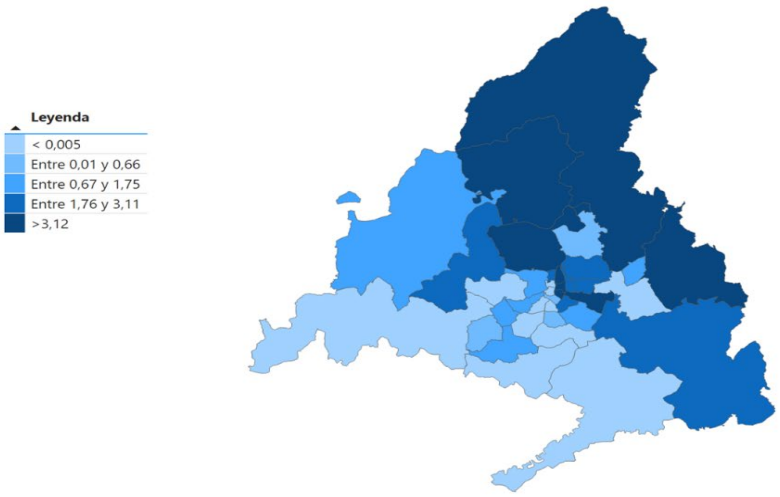
Gráfico 6.2.3.b. Número de casos de criptosporidiosis por sexo y grupo de edad, en años. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2025.



Todos los casos se confirmaron microbiológicamente. La prueba más frecuentemente utilizada fue la detección de ácido nucleico (57,8%), mientras que la visualización directa del parásito solo se realizó en un 8,7% de los casos. El 10,6% fueron registros de casos hospitalizados, con una estancia media de 6 días (mediana, 5 días). No se notificaron fallecimientos. Se registró un brote familiar de transmisión interpersonal con 2 casos.

Por distritos, las mayores incidencias se registraron en Colmenar Viejo-Tres Cantos, Fuencarral-El Pardo y Alcalá de Henares (Mapa 6.2.3.a).

Mapa 6.2.3.a. Tasas de incidencia acumulada de criptosporidiosis por 100.000 habitantes, por distrito de residencia. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2025.

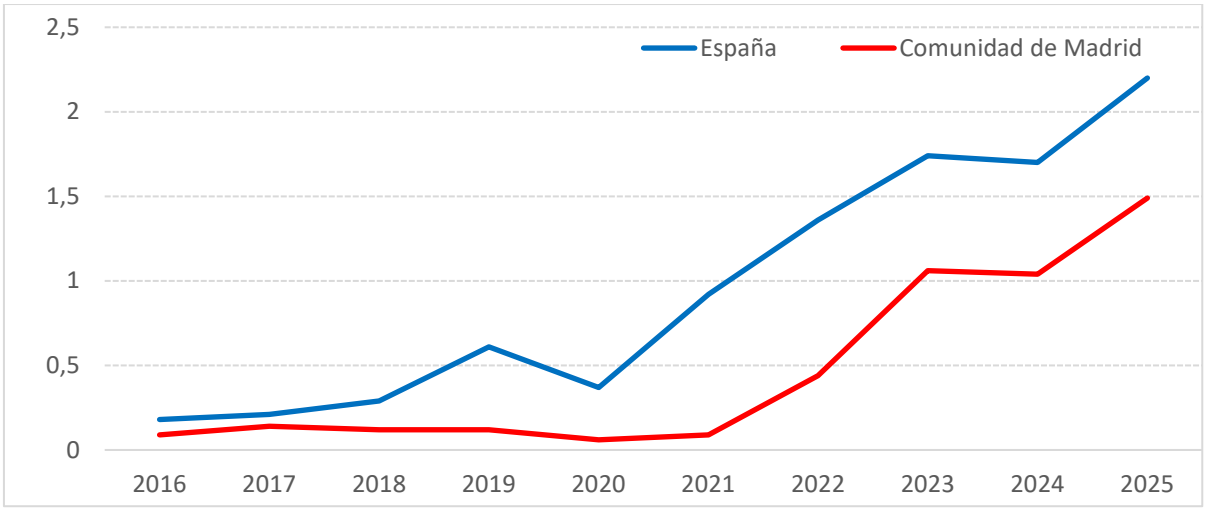


Distrito Salud Pública	Tasa
0520 - Colmenar Viejo-Tres Cantos	16,25
0540 - Madrid-Fuencarral-El Pardo	8,62
0310 - Alcalá de Henares	8,37
0120 - Madrid-Moratalaz-Vicálvaro	6,34
0220 - Madrid-Salamanca	5,77
0130 - Madrid-Retiro	4,52
0230 - Madrid-Chamartín	4,06
0512 - Sierra Norte	3,16
0530 - Madrid-Tetuán	2,91
0430 - Madrid-Hortaleza-Barajas	2,74
0141 - Madrid-Puente de Vallecas	2,34
0420 - Madrid-San Blas-Canillejas	2,26
0612 - Las Rozas-Majadahonda	1,88
0110 - Arganda-Rivas	1,81
0410 - Madrid-Ciudad Lineal	1,78
0820 - Alcorcón	1,70
0142 - Madrid-Villa de Vallecas	1,60
0920 - Fuenlabrada	1,39
0730 - Madrid-Latina	1,17
0630 - Madrid-Moncloa-Aravaca	0,82
0620 - Collado Villalba	0,77
0320 - Torrejón de Ardoz	0,69
1120 - Madrid-Arganzuela	0,64
1130 - Madrid-Villaverde	0,59
0511 - Alcobendas-San Sebastián de los Reyes	0,45
0810 - Móstoles	0,40
0210 - Coslada	0,00
0611 - Boadilla-Pozuelo	0,00
0710 - Madrid-Centro	0,00
0720 - Madrid-Chamberí	0,00
0830 - Navalcarnero	0,00
0910 - Leganés	0,00
1010 - Parla-Pinto	0,00
1020 - Getafe	0,00
1110 - Aranjuez-Valdemoro	0,00
1140 - Madrid-Carabanchel	0,00
1150 - Madrid-Usera	0,00

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

En el año 2025 se notificaron 106 casos autóctonos de infección por *Escherichia coli* productora de toxina Shiga en la Comunidad de Madrid, con una tasa de 1,49 casos por 100.000 habitantes, cifras que retoman el aumento de incidencia observado desde 2022, tras la estabilización de 2024 (Gráfico 6.2.4.a).

Gráfico 6.2.4.a. Tasas de incidencia acumulada de infección por Escherichia coli productora de toxina Shiga o Vero por 100.000 habitantes. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid y España. Años 2016-2025.



El 55,7% fueron mujeres. El rango de edad fue de 0 meses a 91 años, y la edad media de los casos fue de 40 años (mediana: 39,5 años). En el 7,5% de los casos se informó de diarrea sanguinolenta y en el 2,8% de síndrome hemolítico-urémico (SHU). El 17% de los casos requirió hospitalización (estancia media: 7,9 días; mediana: 6,5 días). Se produjo una defunción en una niña de 9 meses con SHU, en la que se detectó en la PCR de heces la presencia de *Salmonella* spp., *E. coli* productor de toxina Shiga y *E. coli* enterotoxigénico. La autopsia confirmó el diagnóstico.

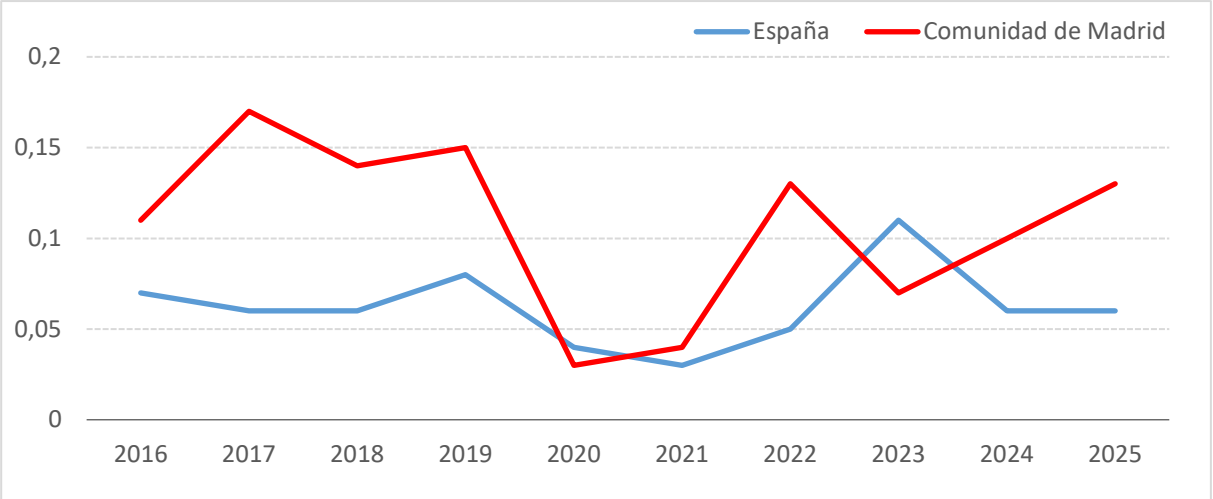
El 96,2% de los casos se diagnosticaron por detección de ácido nucleico y el 6,6% por cultivo (el cómputo es superior al 100% porque en algunos casos se informaron ambas pruebas). La verotoxina STX1 se detectó de manera aislada en el 0,9% de los casos y la STX2 en el 1,9%; se detectaron ambas en el 6,6% de los pacientes. El serogrupo O157 se encontró en el 4,7% de los casos.

No se comunicaron casos asociados entre sí. Se notificaron 11 casos cuyo período de incubación quedaba incluido en algún viaje fuera de España (6 a América, 4 a África y en un caso no consta). El 45,5% de estos casos requirió hospitalización. Las verotoxinas STX1 y STX2 se detectaron de manera aislada en el 9,1% de los casos y se detectaron ambas en el 27,3% de los pacientes.

6.2.5. Fiebre tifoidea y paratifoidea

En el 2025 se registraron 9 casos de fiebre tifoidea y paratifoidea, con una incidencia acumulada de 0,13 casos por 100.000 habitantes (Gráfico 6.2.5.a).

Gráfico 6.2.5.a. Tasas incidencia acumulada de fiebre tifoidea y paratifoidea por 100.000 habitantes. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid y España. Años 2016-2025.



El 77,8% fueron varones. El rango de edad fue de 14 a 82 años y la edad media de los casos fue de 41 años (mediana 40 años). Todos los casos fueron confirmados mediante cultivo microbiológico. Los serotipos identificados fueron *Salmonella typhi* (6 casos) y *paratyphi* A, *paratyphi* B y *paratyphi* C (cada uno, un caso).

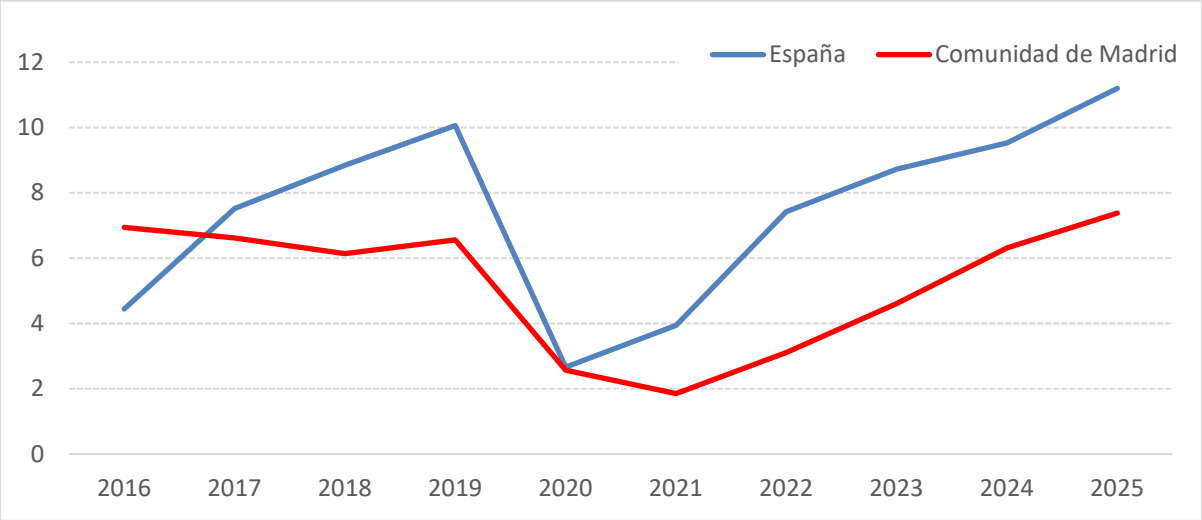
Ocho casos (88,9%) requirieron hospitalización (estancia media: 8,6 días; mediana: 8 días). No se produjo ningún fallecimiento. No se identificaron casos asociados entre sí.

En cuanto a la exposición de riesgo, en ocho de los casos constaba el antecedente de estancia en el extranjero durante el período de incubación: Bangladesh (2), Singapur, India, Kenia, Senegal, Venezuela y Ecuador (cada uno, un caso).

6.2.6. Giardiasis

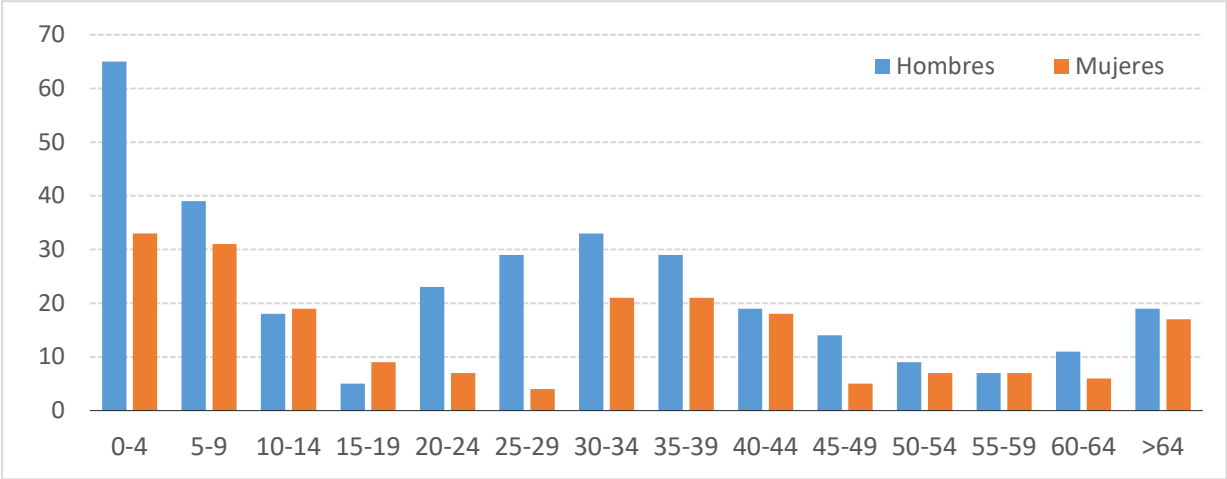
En 2025 se registraron 525 casos de giardiasis en la Comunidad de Madrid, con una incidencia de 7,38 casos por 100.000 habitantes, manteniendo la tendencia creciente observada desde 2022 (Gráfico 6.2.6.a).

Gráfico 6.2.6.a. Tasas de incidencia acumulada de giardiasis por 100.000 habitantes. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid y España. Años 2016-2025.



El 61% fueron varones. La edad media fue de 27 años (rango: 7 meses-95 años, mediana: 26 años). El 32% de los casos eran menores de 10 años y 33,1% pertenecían al grupo de 25 a 44 años (Gráfico 6.2.6.b).

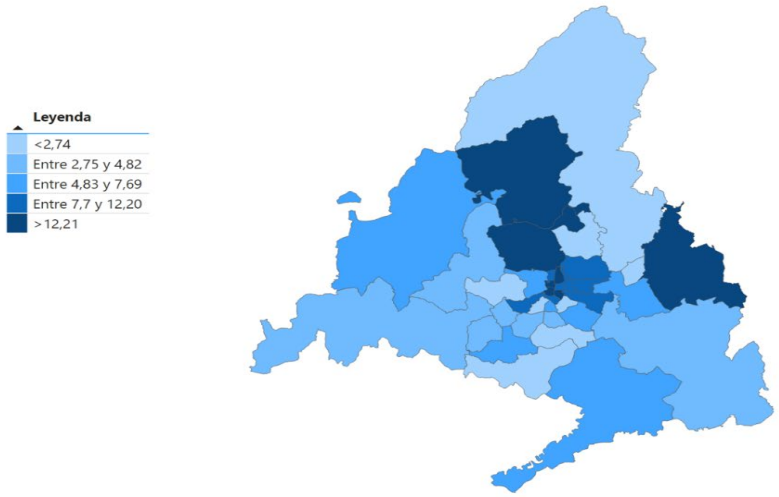
Gráfico 6.2.6.b. Número de casos de giardiasis por sexo y grupo de edad, en años. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2025.



El 5% de los casos requirió hospitalización (estancia media: 10,8 días; mediana: 5 días). No se produjo ningún fallecimiento. Los casos se confirmaron microbiológicamente mediante detección de ácido nucleico (37%), visualización de quistes en heces (31,6%) o pruebas antigénicas positivas (30,7%). No consta la prueba diagnóstica en 10 casos. No se comunicó ningún brote.

Las incidencias más elevadas se dieron en Madrid-Fuencarral-El Pardo, Madrid-Chamartín y Colmenar Viejo-Tres Cantos (Mapa 6.2.6.a).

Mapa 6.2.6.a. Tasas de incidencia acumulada de giardiasis por 100.000 habitantes, por distrito de residencia. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2025.

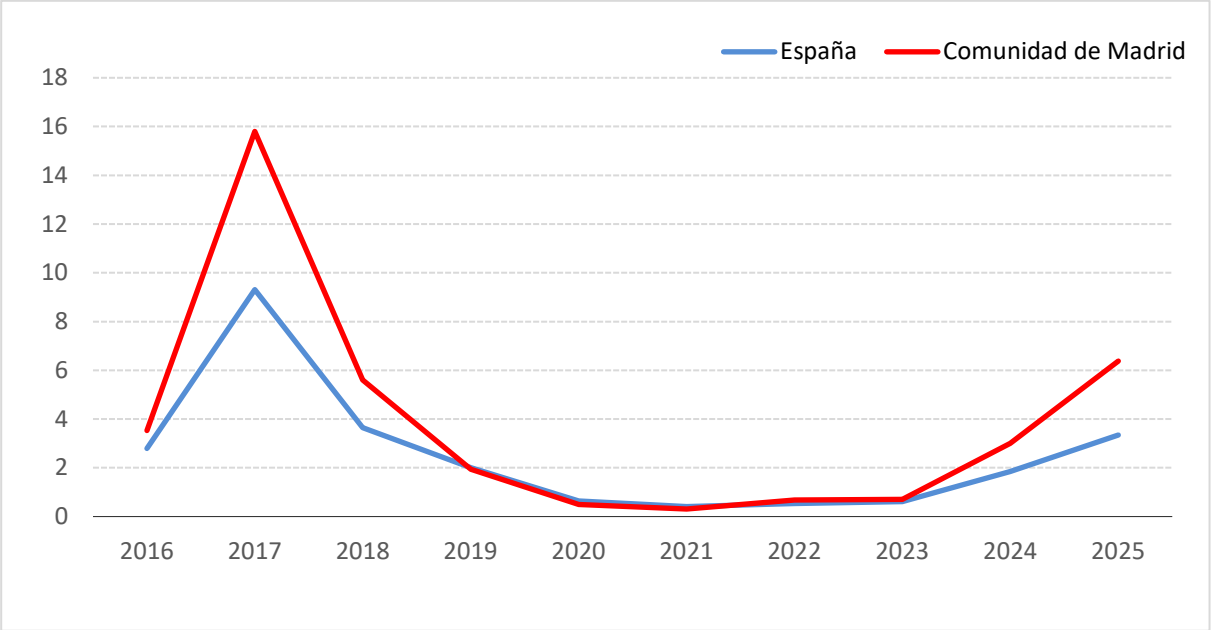


Distrito Salud Pública	Tasa
0540 - Madrid-Fuencarral-El Pardo	18,02
0230 - Madrid-Chamartín	16,90
0520 - Colmenar Viejo-Tres Cantos	16,88
0130 - Madrid-Retiro	16,27
0310 - Alcalá de Henares	15,97
0720 - Madrid-Chamberí	15,17
0710 - Madrid-Centro	12,97
0530 - Madrid-Tetuán	12,20
0220 - Madrid-Salamanca	12,18
0430 - Madrid-Hortaleza-Barajas	12,14
0410 - Madrid-Ciudad Lineal	11,59
0730 - Madrid-Latina	9,75
1120 - Madrid-Arganzuela	9,54
0120 - Madrid-Moratalaz-Vicálvaro	8,45
0420 - Madrid-San Blas-Canillejas	7,92
0630 - Madrid-Moncloa-Aravaca	7,34
0620 - Collado Villalba	6,20
1150 - Madrid-Usera	5,95
0142 - Madrid-Villa de Vallecas	5,60
0920 - Fuenlabrada	5,56
0210 - Coslada	5,35
1110 - Aranjuez-Valdemoro	5,04
0830 - Navalcarnero	4,68
0612 - Las Rozas-Majadahonda	3,77
0110 - Arganda-Rivas	3,18
0910 - Leganés	3,06
1130 - Madrid-Villaverde	2,93
0820 - Alcorcón	2,83
0810 - Móstoles	2,77
0141 - Madrid-Puente de Vallecas	2,73
0511 - Alcobendas-San Sebastián de los Reyes	2,72
1140 - Madrid-Carabanchel	2,22
0320 - Torrejón de Ardoz	2,08
1010 - Parla-Pinto	1,67
0512 - Sierra Norte	1,26
0611 - Boadilla-Pozuelo	0,63
1020 - Getafe	0,51

6.2.7. Hepatitis A

Durante el año 2025 se registraron 454 casos de hepatitis A en la Comunidad de Madrid. La tasa de incidencia fue de 6,38 casos por 100.000 habitantes. Respecto a 2024 se produjo un aumento superior al doble de casos y este incremento estuvo relacionado con un brote poblacional que afectó principalmente a hombres que tenían relaciones sexuales con hombres (Gráfico 6.2.7.a).

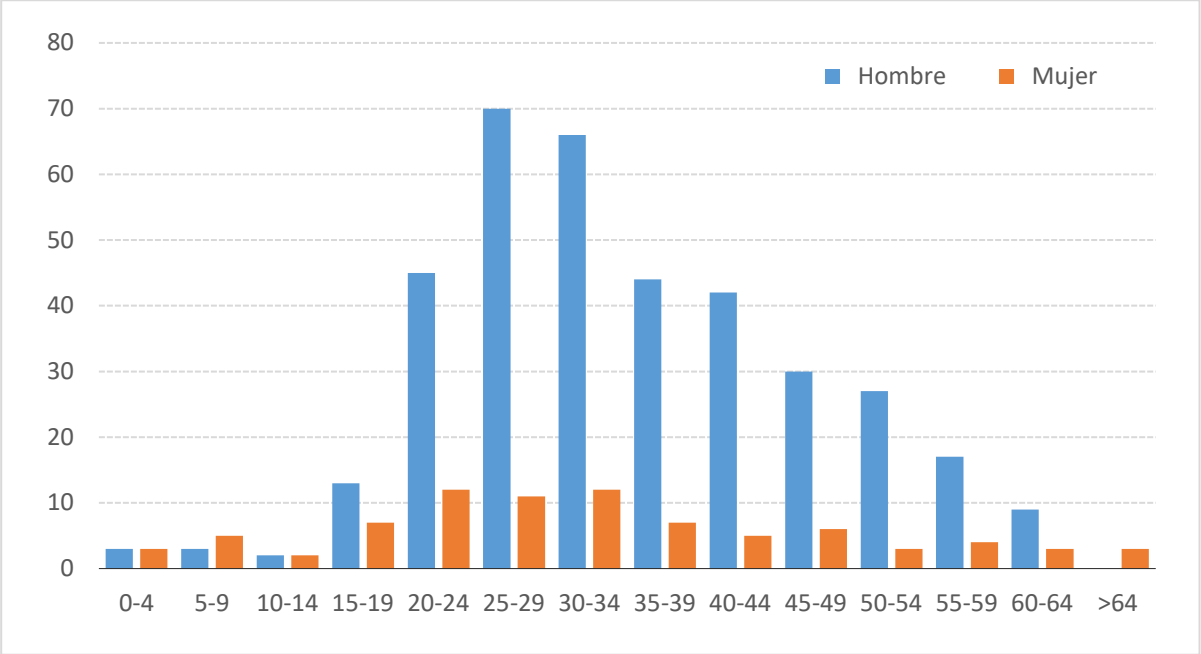
Gráfico 6.2.7.a. Tasas de incidencia acumulada de hepatitis A por 100.000 habitantes. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid y España. Años 2016-2025.



El 90,5% de los casos fueron notificados desde centros de atención hospitalaria y el 25,6% por atención primaria (cómputo superior al 100% porque algunos casos fueron declarados por más de un notificador).

De los casos notificados en 2025, el 81,7% correspondieron a varones. La edad media fue de 35 años (mediana: 33 años), con rango entre 1 y 80 años (Gráfico 6.2.7.b).

Gráfico 6.2.7.b. Número de casos de hepatitis A por sexo y grupo de edad, en años. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2025.



En relación al país de origen, el 61,9% fueron personas nacidas en España, y entre aquellas nacidas en otro país los más frecuentes procedían de Venezuela (9,5%), Colombia (6,4%), Cuba (3,5%), Perú (2%) e Italia (1,8%).

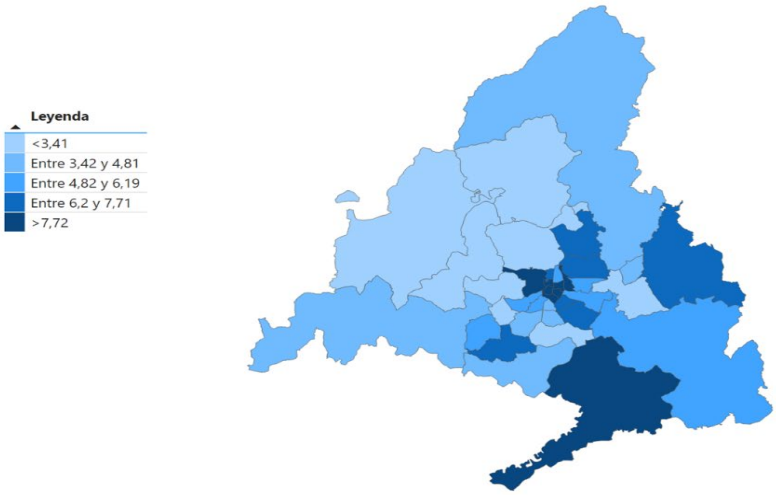
Excepto un caso, clasificado como probable por vínculo epidemiológico, todos se confirmaron por serología. Seis casos tenían antecedente de vacunación, aunque era muy reciente, indicada como profilaxis por contacto con un caso de hepatitis A. Se registró ingreso hospitalario en el 59,0% de los casos (n=268), con una estancia media de 3,8 días (mediana, 3 días). No se presentaron fallecimientos.

Como factor de riesgo predominante, en 217 casos (47,8%) se registró el contacto sexual. De estos, 207 (95,4%) eran varones. En el 17% de los casos (n=77) se recogió antecedente de estancia fuera de España durante el periodo de incubación, siendo Cuba el país más frecuente (n=17), seguido de Marruecos (n=14).

Según la forma de presentación, la mayoría de los casos fueron esporádicos (93%). Se registraron 30 agrupaciones de casos, 29 en al ámbito familiar/amigos y uno en un colectivo escolar, en todos ellos con transmisión persona a persona.

Con gran diferencia sobre el resto, el distrito de residencia con una incidencia mayor fue Madrid-Centro. A mucha distancia, los siguientes distritos fueron Madrid-Chamberí y Madrid-Arganzuela (Mapa 6.2.7.a).

Mapa 6.2.7.a. Tasas de incidencia acumulada de hepatitis A por distrito de residencia. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2025.



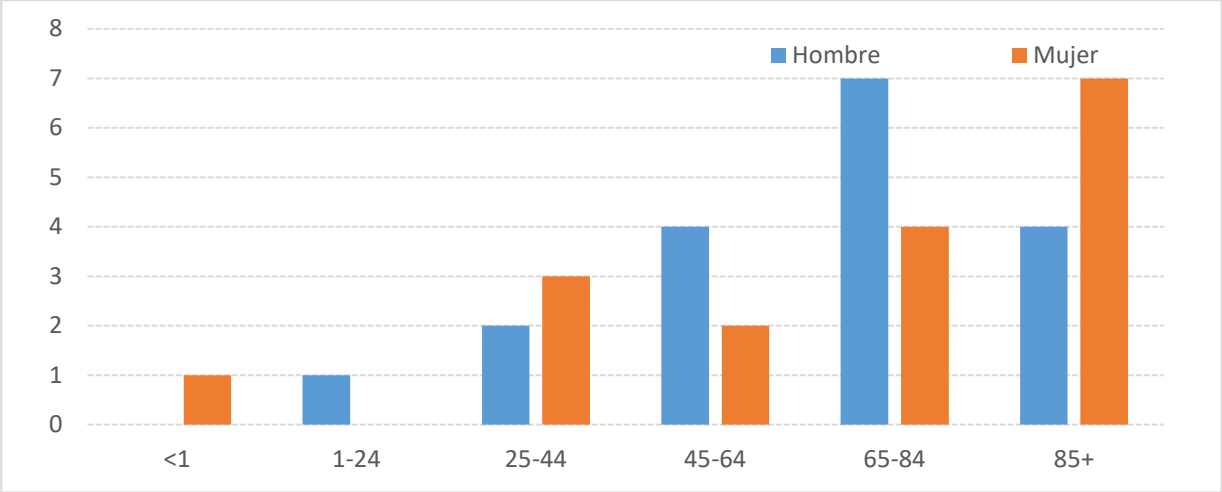
Distrito Salud Pública	Tasa
0710 - Madrid-Centro	42,52
0720 - Madrid-Chamberí	15,89
1120 - Madrid-Arganzuela	15,27
0220 - Madrid-Salamanca	8,98
0630 - Madrid-Moncloa-Aravaca	8,97
0130 - Madrid-Retiro	8,14
0410 - Madrid-Ciudad Lineal	8,02
1110 - Aranjuez-Valdemoro	7,79
0920 - Fuenlabrada	7,41
0142 - Madrid-Villa de Vallecas	7,20
0141 - Madrid-Puente de Vallecas	7,02
0310 - Alcalá de Henares	6,46
0530 - Madrid-Tetuán	6,39
0511 - Alcobendas-San Sebastián de los Reyes	6,35
0430 - Madrid-Hortaleza-Barajas	6,26
0230 - Madrid-Chamartín	6,08
0110 - Arganda-Rivas	5,90
1140 - Madrid-Carabanchel	5,55
0730 - Madrid-Latina	5,46
0120 - Madrid-Moratalaz-Vicálvaro	5,28
0810 - Móstoles	5,15
0420 - Madrid-San Blas-Canillejas	5,09
1150 - Madrid-Usera	4,63
0512 - Sierra Norte	4,42
0910 - Leganés	4,08
0830 - Navalcarnero	3,90
1010 - Parla-Pinto	3,76
1130 - Madrid-Villaverde	3,52
0320 - Torrejón de Ardoz	3,47
0612 - Las Rozas-Majadahonda	3,39
0540 - Madrid-Fuencarral-El Pardo	3,13
0210 - Coslada	2,97
0620 - Collado Villalba	2,71
1020 - Getafe	2,04
0611 - Boadilla-Pozuelo	1,26
0520 - Colmenar Viejo-Tres Cantos	1,25
0820 - Alcorcón	0,57

6.2.8. Listeriosis

En el año 2025 se registraron 35 casos de listeriosis en la Comunidad de Madrid, con una incidencia de 0,49 casos por 100.000 habitantes.

El 51,4% de los casos correspondieron a varones y la edad media fue de 68 años (mediana: 76 años), con un rango comprendido entre los 0 y los 97 años. El 62,9% de los casos eran mayores de 64 años y el 31,4% tenían entre 25 y 64 años (Gráfico 6.2.8.a).

Gráfico 6.2.8.a. Número de casos de listeriosis por sexo y grupo de edad, en años. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2025.



Hubo un caso de listeriosis neonatal (2,9%) y 3 casos de listeriosis del embarazo (8,6%). Del resto, en el 34,3% se manifestó como septicemia (12 casos), en el 25,7% presentaron meningitis y/o meningoencefalitis (9 casos), el 20,0% tuvieron fiebre sin meningitis ni sepsis (7 casos), en el 8,6% hubo infecciones en otras localizaciones (3 casos) y un caso (2,9%) tuvo sepsis con meningitis. El caso de listeriosis neonatal, originada por transmisión vertical, presentó buena evolución. Requirió hospitalización el 94,3% de los casos (estancia media: 20,2 días; rango: 4 – 63 días; mediana: 17,5 días). Se registraron 10 fallecimientos (28,6%); rango de edad de 60 a 97 años, edad media: 78 años. Todos los casos excepto uno, clasificado como probable, cumplieron los criterios microbiológicos de confirmación. Entre los factores predisponentes detectados, destacan 9 casos (25,7%) relacionados con alguna situación de

inmunodeficiencia, 6 casos (17,1%) tenían alguna patología oncológica y 5 casos (14,3%), otras patologías crónicas. Se informó de 3 casos (8,6%) probablemente asociados a la atención sanitaria. En ninguno de los casos se pudo vincular la enfermedad con el consumo de algún alimento concreto.

6.2.9. Salmonelosis (excepto Salmonella typhi y paratyphi)

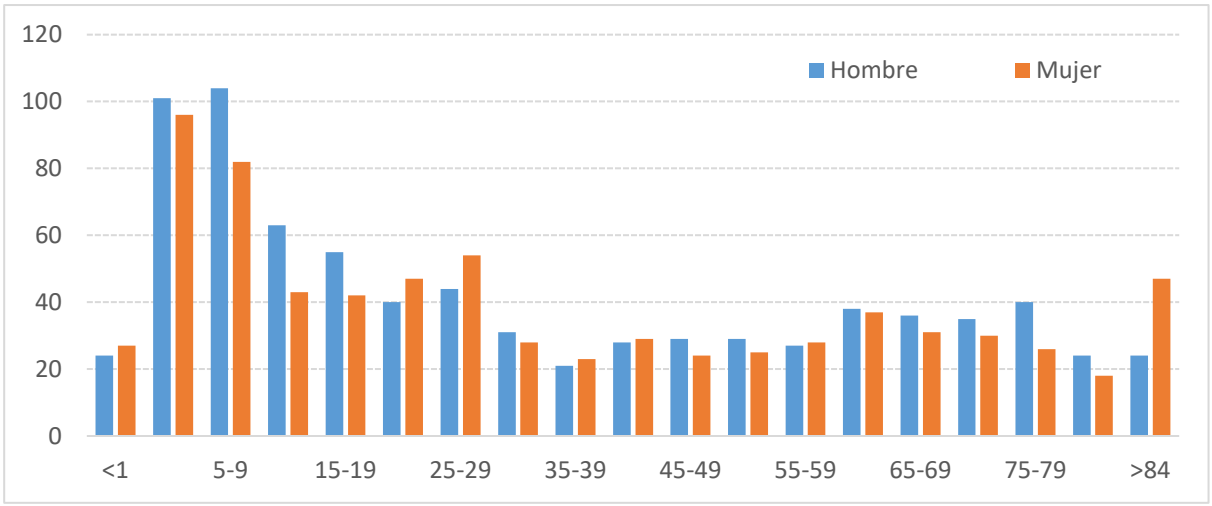
En el año 2025 se registraron 1.530 casos de salmonelosis en la Comunidad de Madrid, 208 casos más que en 2024, con una incidencia de 21,51 casos por 100.000 habitantes, manteniendo la tendencia estable iniciada en 2023 (Gráfico 6.2.9.a).

Gráfico 6.2.9.a. Tasas de incidencia acumulada de salmonelosis por 100.000 habitantes. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid y España. Años 2016-2025.



El 51,8% correspondían a varones, y la edad media fue 34 años (mediana, 27 años), con un rango entre 0 y 97 años. El 28,4% de los casos eran menores de 10 años y el 35,8% mayor de 44 años (Gráfico 6.2.9.b).

Gráfico 6.2.9.b. Número de casos de salmonelosis por sexo y grupo de edad, en años. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2025.



La estancia media fue de 4,4 días (mediana: 4 días). Se registraron cuatro defunciones (letalidad del 0,26%): en una niña de 9 meses con infección asociada por *Escherichia coli* y síndrome hemolítico-urémico, y un varón de 79 años y dos mujeres de 83 y 97 años, por sepsis de origen abdominal por *Salmonella (*Tabla 6.2.9.a).

Tabla 6.2.9.a. Número de casos de salmonelosis y porcentaje de hospitalizados por grupo de edad, en años. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2025.

Grupos de edad	Nº casos	% hospitalizados	Variación del % respecto a 2024
<1	51	19,6	-21,6
1-4	197	12,2	-2,5
5-9	186	20,4	4,8
10-14	106	19,8	-13,9
15-19	97	25,8	1,5
20-24	87	27,6	80,3
25-29	98	28,6	50,4
30-34	59	25,4	10,1
35-39	44	18,2	-40,2
40-44	57	28,1	2,8
45-49	53	37,7	-8,9
50-54	54	31,5	-4,0
55-59	55	21,8	-45,5
60-64	75	42,7	20,9
65-69	67	38,8	-6,5
70-74	65	38,5	-10,3
75-79	66	53,0	-15,4
80-84	42	61,9	-0,6
>84	71	63,4	14,0
Total	**1.530**	**29,2**	**-1,6**

El 97,8% de los casos (1.496) se confirmó microbiológicamente y el resto se clasificó como probable por vínculo epidemiológico con algún caso confirmado. De los casos confirmados, se registró la especie *Salmonella enterica* en 1052 (70,3%). De éstas, consta la subespecie *enterica* en 440 casos (41,8%). Hubo un caso de la subespecie *diarizonae*.

Se obtuvo información sobre el estudio de resistencias a medicamentos antibacterianos en 1.175 aislamientos de *Salmonella* (76,8% de todos los casos). Se detectaron altos porcentajes de resistencia a ampicilina, amoxicilina/clavulánico y tetraciclina (Tabla 6.2.9.b).

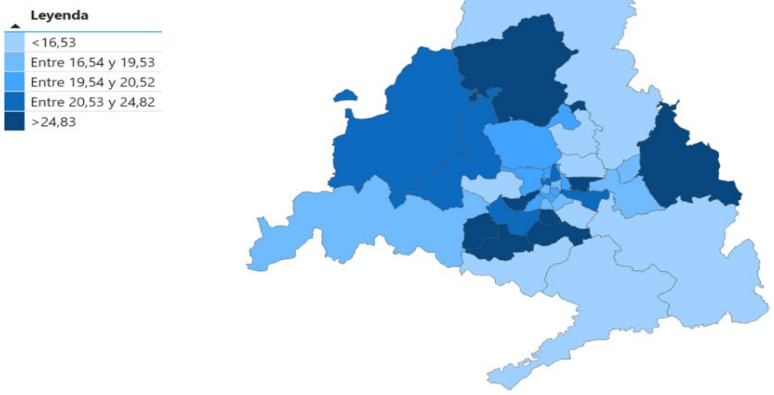
Tabla 6.2.9.b. Proporción de resistencia a antibacterianos de los casos de salmonelosis. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2025.

Antibacterianos	Pruebas realizadas	Resistencias (%)	Variación del % respecto a 2024
Amoxicilina/clavulánico	754	17,1	-3,9
Ampicilina	1.000	25,8	-19,1
Azitromicina	317	6,3	37,0
Aztreonam	120	1,7	21,4
Cefepima	344	0,6	-53,8
Cefotaxima	427	1,4	16,7
Ceftacidima	359	0,3	-91,4
Ciprofloxacino	1.125	24,2	17,5
Colistina	2	0	-100,0
Ertapenem	157	0	-100,0
Imipenem	75	1,3	-
Meropenem	310	0,3	-25,0
Tetraciclina	28	14,3	-57,1
Tigeciclina	4	0	-
Trimetoprim/sulfametoxazol	774	5	-25,4

Según la forma de presentación, en el año 2025 se registraron 21 brotes confirmados de salmonelosis no typhi, con 91 casos. El 52,4% de los brotes tuvo relación con algún establecimiento de restauración, el 42,8% se produjeron en el ámbito familiar y un 4,8% implicó a un centro educativo. Los alimentos más frecuentemente implicados en estos brotes fueron el huevo cocinado (52,4%), el huevo crudo y carnes de aves (9,5% cada uno).

Por distritos, las mayores incidencias se produjeron en Getafe, Alcalá de Henares y Móstoles (Mapa 6.2.9.a).

Mapa 6.2.9.a. Tasas de incidencia acumulada de salmonelosis por 100.000 habitantes, por distrito de residencia. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2025.

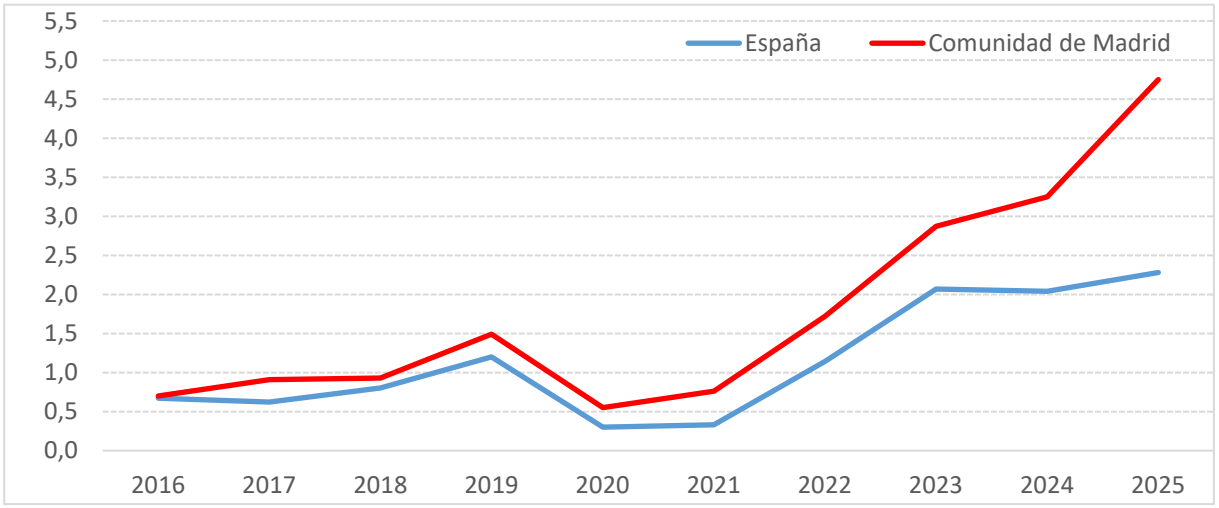


Distrito Salud Pública	Tasa
1020 - Getafe	34,25
0310 - Alcalá de Henares	31,94
0810 - Móstoles	29,31
0730 - Madrid-Latina	26,51
0920 - Fuenlabrada	26,39
0520 - Colmenar Viejo-Tres Cantos	26,25
1130 - Madrid-Villaverde	25,82
0420 - Madrid-San Blas-Canillejas	24,89
0720 - Madrid-Chamberí	24,55
0230 - Madrid-Chamartín	22,99
0910 - Leganés	22,46
0120 - Madrid-Moratalaz-Vicálvaro	22,19
0820 - Alcorcón	21,49
0612 - Las Rozas-Majadahonda	20,73
0620 - Collado Villalba	20,54
0410 - Madrid-Ciudad Lineal	20,50
0630 - Madrid-Moncloa-Aravaca	20,38
1120 - Madrid-Arganzuela	20,36
0540 - Madrid-Fuencarral-El Pardo	19,98
0130 - Madrid-Retiro	19,89
0530 - Madrid-Tetuán	19,75
1140 - Madrid-Carabanchel	19,59
0830 - Navalcarnero	19,49
0710 - Madrid-Centro	19,46
0320 - Torrejón de Ardoz	18,72
0141 - Madrid-Puente de Vallecas	17,55
0210 - Coslada	17,25
1150 - Madrid-Usera	17,19
0220 - Madrid-Salamanca	16,67
1110 - Aranjuez-Valdemoro	16,50
1010 - Parla-Pinto	15,47
0430 - Madrid-Hortaleza-Barajas	14,49
0611 - Boadilla-Pozuelo	12,62
0142 - Madrid-Villa de Vallecas	11,99
0110 - Arganda-Rivas	6,80
0512 - Sierra Norte	5,69
0511 - Alcobendas-San Sebastián de los Reyes	4,08

6.2.10. Shigelosis

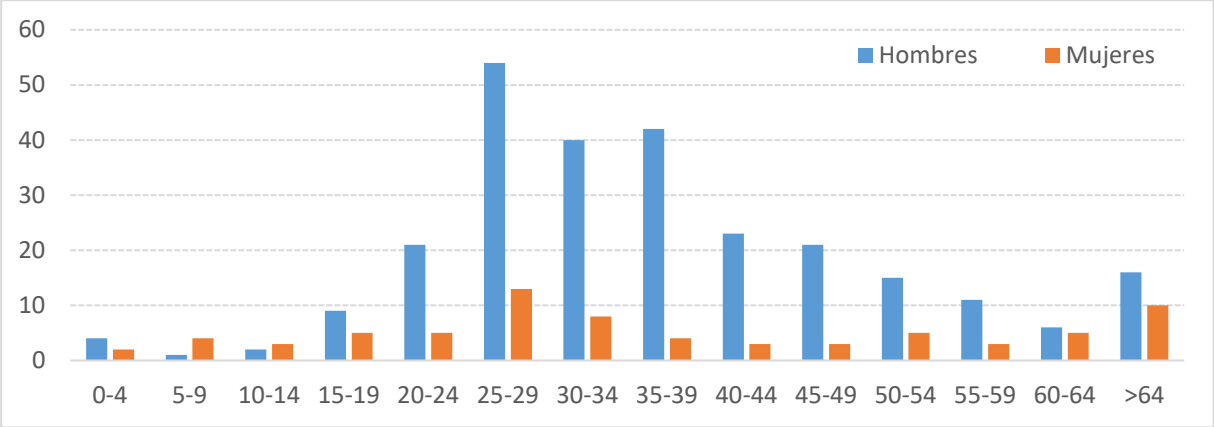
En 2025 se registraron 338 casos de shigelosis, con una incidencia de 4,75 casos por 100.000 habitantes Se mantuvo la tendencia rápidamente creciente iniciada en 2021 (Gráfico 6.2.10.a).

Gráfico 6.2.10.a. Tasas de incidencia acumulada de shigelosis por año de notificación. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid y España. Años 2016-2025.



El 78,4% de los casos eran hombres. La edad media fue de 37 años (mediana: 34 años), con un rango entre 17 meses y 91 años. El 55,3% (187 casos) fueron del grupo de edad entre 25 y 44 años, de los que el 85% eran varones (Gráfico 6.2.10.b).

Gráfico 6.2.10.b. Número de casos de shigelosis por sexo y grupo de edad, en años. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2025.



La tasa global de hospitalizados fue del 16,9%, con una estancia media de 4,2 días (mediana: 3 días) (Tabla 6.2.10.a). No se registró ningún fallecimiento.

Tabla 6.2.10.a. Número de casos de shigelosis por grupos de edad, en años y porcentaje de hospitalizados. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2025.

Grupo de edad	Nº de casos	% hospitalizados	Cambio del porcentaje respecto a 2024
0-4	6	33,3	-
5-19	24	12,5	-65,0
20-24	26	7,7	-66,1
25-44	187	17,1	0,1
45-64	69	13,0	-66,5
65+	26	34,6	-48,1
Total	**338**	**16,9**	**-26,0**

Doscientos cinco casos (60,7%) fueron clasificados como confirmados por aislamiento de *Shigella*, y 133 como probables: 131 (38,7%) por diagnóstico de *Shigella* spp. mediante PCR y 2 (0,6%) por vínculo epidemiológico con algún caso confirmado. Todos los aislamientos fueron en muestras de heces. Las especies detectadas en los cultivos fueron *S. flexneri* (85 casos; 41,5% del total de cultivos positivos), *S. sonnei* (43 casos; 21%) y *S. boydii* y *S. disenteriae* (1 caso en ambas; 0,5%). En el resto (75 casos; 36,6%) sólo consta *Shigella* spp. Se obtuvo información sobre el estudio de resistencias a medicamentos antibacterianos en 142 aislamientos de *Shigella* (69,3% de todos los cultivos positivos). Se detectaron muy altos porcentajes de resistencia para amoxicilina-clavulánico y ampicilina, y altos para trimetoprim-sulfametoxazol y ciprofloxacino, con tendencia al alza (Tabla 6.2.10.b).

Tabla 6.2.10.b. Proporción de resistencia a antibacterianos de los casos de shigelosis. Enfermedades de Declaración obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2025.

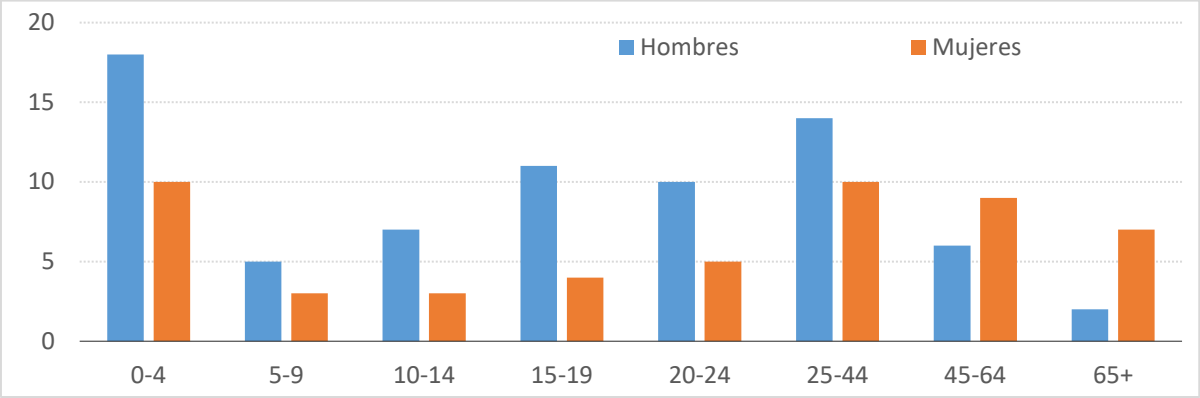
Antibacterianos	Pruebas realizadas	Resistencias (%)	Variación del % respecto a 2024
Amoxicilina/clavulánico	109	73,4	+16,7
Ampicilina	123	83,7	+7,2
Cefotaxima	51	23,5	+36,6
Ceftacidima	54	24,1	+44,3
Ciprofloxacino	136	37,5	-29,6
Eritromicina	2	0	-100
Tetraciclina	2	50	+50,2
Trimetoprim/sulfametoxazol	93	49,5	+6,2

En cuanto al modo de transmisión, en 113 casos (33,4% del total) constaba un contacto sexual, de los que el 97,3% (110 casos) correspondían a varones. En 70 casos (20,7% del total) existía el antecedente de viaje fuera de España durante el período de incubación, de los que 42 (60%) procedían de África, 18 (25,7%) del continente americano, 7 (10%) de Asia y 3 casos (4,3%) de Europa. Por países, el mayor número de casos procedía de Marruecos (11 casos; 15,7%), Egipto (6 casos; 8,6%), México y Senegal (cada uno 5 casos; 7,1%) y República Dominicana y Tanzania (cada uno 4 casos; 5,7%). No se comunicaron brotes causados por *Shigella.*

6.2.11. Yersiniosis

En el año 2025 se registraron 124 casos de yersiniosis, con una incidencia de 1,74 casos por 100.000 habitantes. La incidencia fue mayor en hombres (58,9%). La edad media de los casos fue de 25 años (mediana, 20 años), con un rango entre 7 meses y 89 años. El 37,1% de casos se registró en menores de 15 años (Gráfico 6.2.11.a).

Gráfico 6.2.11.a. Número de casos de yersiniosis por sexo y grupo de edad, en años. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2025.



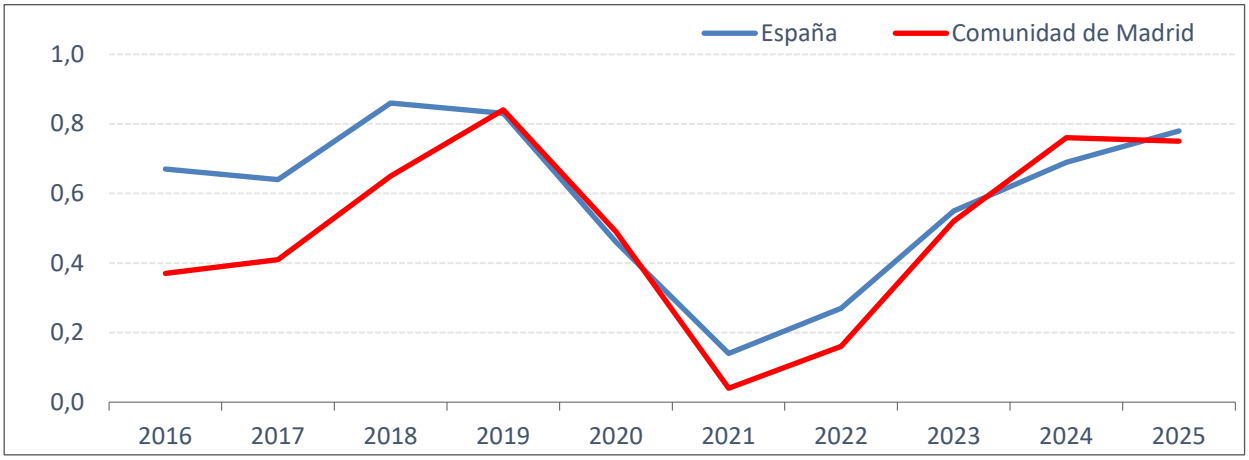
En todos los casos se registró la especie *Yersinia enterocolítica*. En 3 casos se obtuvo el serogrupo de *Y. enterocolítica,* (las tres fueron del serogrupo 3). Requirieron hospitalización el 9,7% de los casos. La estancia media fue de 4,4 días (mediana: 3,5 días). No se registraron defunciones. En el año 2025 se detectó un brote de yersiniosis en la Comunidad de Madrid, relacionado con una comida en un establecimiento de restauración, con 17 casos de 35 expuestos. No fue posible establecer asociación con ningún alimento concreto.

6.3. ENFERMEDADES PREVENIBLES POR VACUNACIÓN

6.3.1. Enfermedad meningocócica

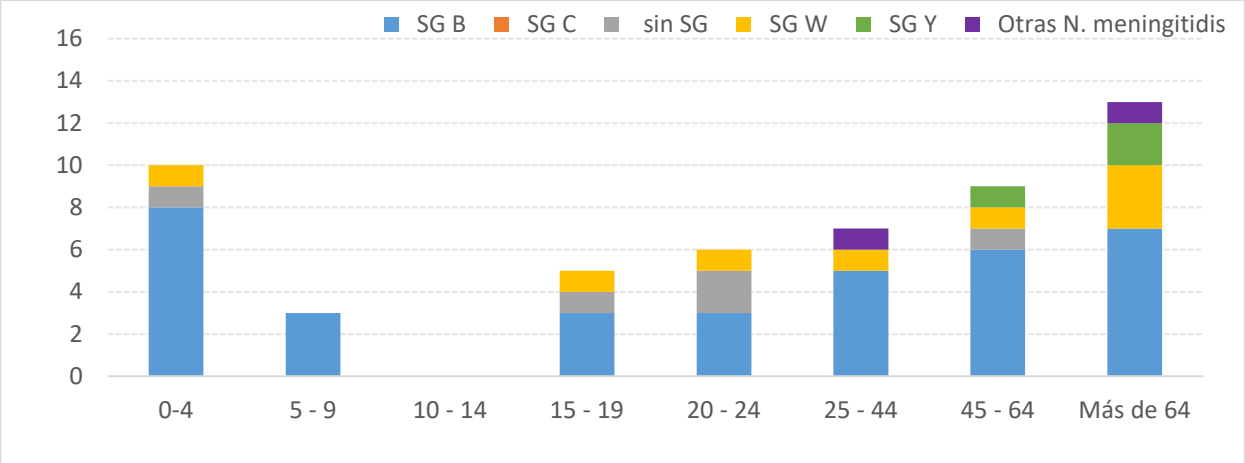
En el año 2025 se registraron 53 casos de enfermedad meningocócica invasiva (EMI), con una tasa de incidencia acumulada de 0,75 casos por 100.000 habitantes (Gráfico 6.3.1.a).

Gráfico 6.3.1.a. Tasas de incidencia acumulada de enfermedad meningocócica por 100.00 habitantes, por año de notificación. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid y España. Años 2016-2025.



El 58,5% de los casos se dio en mujeres. El rango de edad osciló entre los 0 y los 98 años, con una media de 38,3 años. La distribución por grupos de edad fue de 18,9% en menores de 5 años (10 casos, 5 menores de un año), 5,7% entre 5 y 9 años (3 casos), 20,7% entre 15 y 24 años (11 casos), 13,2% entre 25 y 44 años (7 casos), 17% entre 45 y 64 años (9 casos) y 24,5% en mayores de 64 años (13 casos) (Gráfico 6.3.1.b).

Gráfico 6.3.1.b. Número de casos de enfermedad meningocócica por serogrupo (SG) y grupo de edad, en años. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2025.



Las formas clínicas de presentación fueron meningitis (32,1%), sepsis (30,2%), meningitis + sepsis (13,2%), neumonía (3,8%), artritis (1,9%), pericarditis (1,9%) y bacteriemia sin foco ni sepsis (17%).

Se registraron 6 fallecimientos (letalidad del 11,3%), 3 asociados al SG B, 2 al SG W y uno al SG Y. Los del SG W e Y fueron dos mujeres y un varón, todos mayores de 90 años; los del SG B correspondieron a dos mujeres de 73 y 82 años, y a una niña de 2 años correctamente vacunada para ese SG con 4CMenB, pero con un subtipo (VR1:22; VR2:14) no cubierto por esta vacuna (Tabla 6.3.1.a).

Todos los casos fueron confirmados por PCR y/o cultivo. Se pudo determinar el serogrupo (SG) en 48 casos (90,6%). De éstos, en 35 casos se identificó SG B (72,9%), en 8 casos SG W (16,7%), en 3 casos SG Y (6,3%), en un caso SG 29E (4,2%) y un caso resultó no tipable (cepa no capsulada). En 5 casos se registró *N. meningitidis* sin serogrupar.

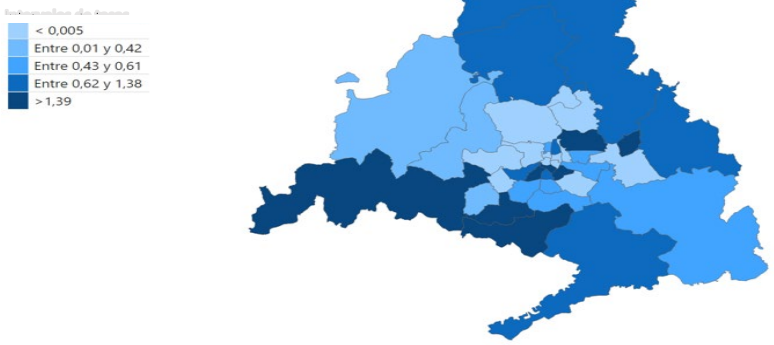
Tabla 6.3.1.a. Número de casos confirmados de enfermedad meningocócica por serogrupo y letalidad. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2025.

Serogrupo (SG)	Nº de casos	Serogrupo (%)	Nº Fallecidos/ letalidad (%)
B	35	72,9	3 (8,6)
C	0	-	-
W	8	16,7	2 (25)
Y	3	6,2	1 (33,3)
Sin serogrupar	5	-	0
Otros	2	4,2	0
Total	**53**		**6 (11,3)**

Se registraron 5 casos pediátricos por SG B que tenían administrada la vacuna específica para este SG (4CMenB): un caso de 3 meses de edad con una dosis, 3 casos entre 11 y 23 meses con dos dosis y un caso de 2 años con 3 dosis (fallecido). Estos 5 casos fueron debidos a cepas de SG B no cubiertas por la vacuna 4CMenB (4 fueron por subtipo VR:1; VR:14). Del resto de casos por SG B (n=30), con edades entre 2 y 82 años, más un bebé de 2 meses, solo estaba vacunado con 4CMenB un varón de 16 años. El único caso pediátrico por SG W tenía 10 meses de edad y dos dosis de 4CMenB (no vacunado frente al SG causante de su enfermedad). Del resto de casos de EMI por SG W e Y (n=10), dos casos por SG W tenían administrada vacuna tetravalente (MenACWY): un caso de 19 años con una dosis y otro de 73 años, inmunodeprimido, con 2 dosis. Todos los casos registrados en 2025 se consideraron esporádicos.

Los distritos con mayor incidencia fueron Navalcarnero (3,12 casos por 100.000 habitantes), Parla-Pinto y Madrid-Arganzuela (2,93 y 1,91 casos por 100.000 habitantes respectivamente) (Mapa 6.3.1.a).

Mapa 6.3.1.a. Tasas de incidencia acumulada de enfermedad meningocócica por 100.000 habitantes, por distrito de residencia. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2025.

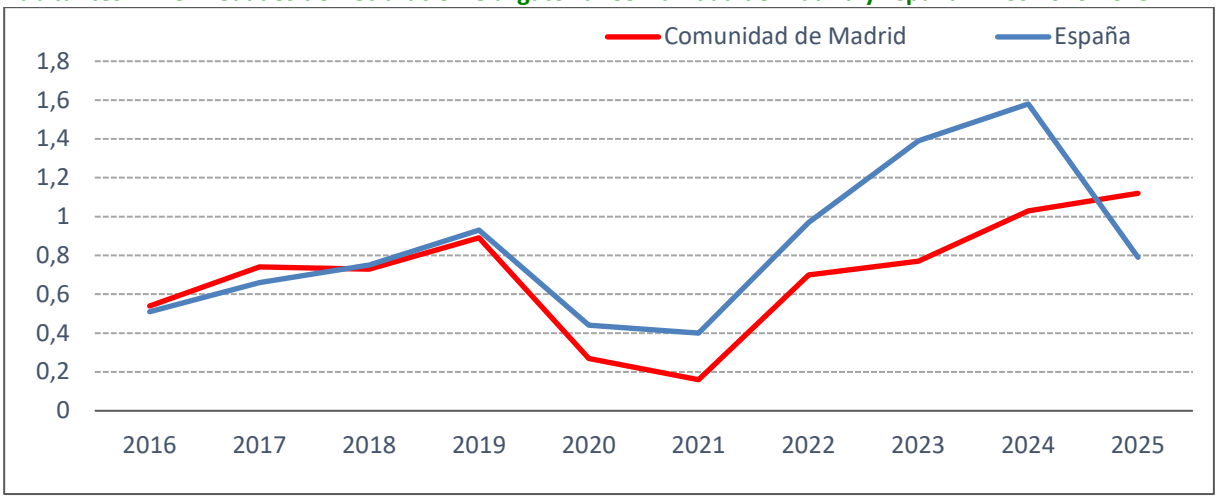


Distrito Salud Pública	Tasa
0830 - Navalcarnero	3,12
1010 - Parla-Pinto	2,93
1120 - Madrid-Arganzuela	1,91
0430 - Madrid-Hortaleza-Barajas	1,57
0141 - Madrid-Puente de Vallecas	1,56
1140 - Madrid-Carabanchel	1,48
0320 - Torrejón de Ardoz	1,39
0920 - Fuenlabrada	1,39
0230 - Madrid-Chamartín	1,35
0730 - Madrid-Latina	1,17
1110 - Aranjuez-Valdemoro	0,92
0310 - Alcalá de Henares	0,76
1150 - Madrid-Usera	0,66
0512 - Sierra Norte	0,63
0520 - Colmenar Viejo-Tres Cantos	0,63
1130 - Madrid-Villaverde	0,59
0530 - Madrid-Tetuán	0,58
0420 - Madrid-San Blas-Canillejas	0,57
0120 - Madrid-Moratalaz-Vicálvaro	0,53
0910 - Leganés	0,51
1020 - Getafe	0,51
0110 - Arganda-Rivas	0,45
0810 - Móstoles	0,40
0620 - Collado Villalba	0,39
0612 - Las Rozas-Majadahonda	0,38
0130 - Madrid-Retiro	0,00
0142 - Madrid-Villa de Vallecas	0,00
0210 - Coslada	0,00
0220 - Madrid-Salamanca	0,00
0410 - Madrid-Ciudad Lineal	0,00
0511 - Alcobendas-San Sebastián de los Reyes	0,00
0540 - Madrid-Fuencarral-El Pardo	0,00
0611 - Boadilla-Pozuelo	0,00
0630 - Madrid-Moncloa-Aravaca	0,00
0710 - Madrid-Centro	0,00
0720 - Madrid-Chamberí	0,00
0820 - Alcorcón	0,00
Total	0,75

6.3.2. Enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae*

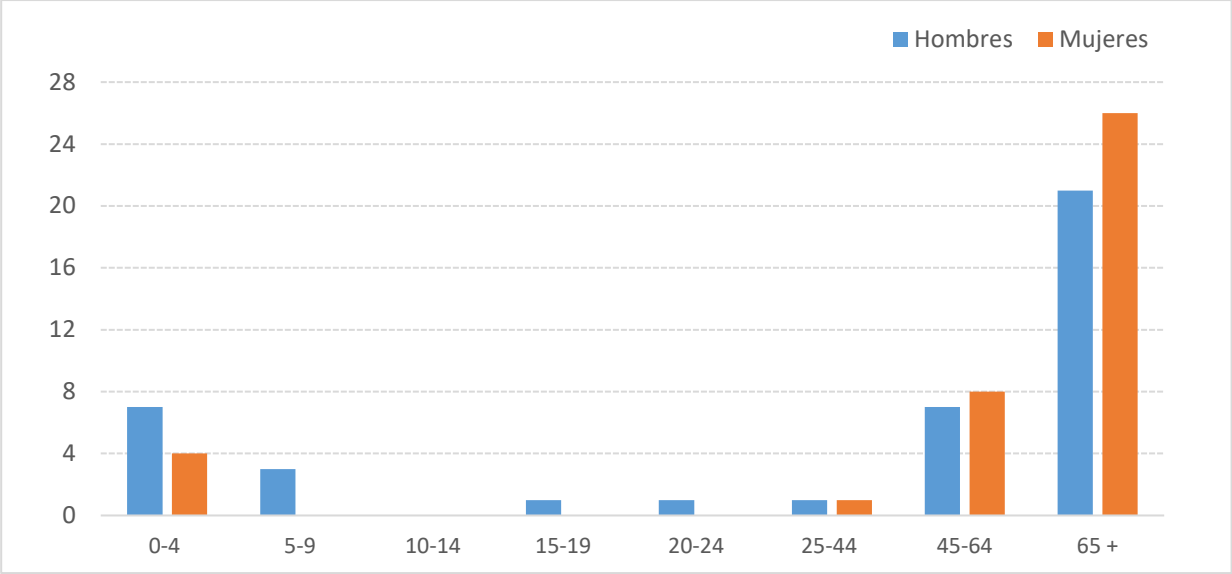
Durante el año 2025 se notificaron 80 casos de enfermedad producida por *Haemophilus influenzae*, lo que supone una incidencia acumulada de 1,12 casos por 100.000 habitantes (Gráfico 6.3.2.a).

Gráfico 6.3.2.a. Tasas de incidencia acumulada de enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae* por 100.000 habitantes. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid y España. Años 2016-2025.



La distribución por sexo fue la siguiente: 51,2% hombres y 48,8% mujeres. La media de edad fue de 59,9 años con un rango entre 0 y 101 años. Los menores de 5 años supusieron el 13,8% de los enfermos (n=11), el 77,6% fueron mayores de 45 años (58,8% mayores de 64 años) (Gráfico 6.3.2.b).

Gráfico 6.3.2.b. Número de casos de enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae* por sexo y grupo de edad, en años. Enfermedades de declaración obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2025.



Se identificó *Haemophilus influenzae* serotipo b en el 3,8% (n=3) del total de enfermos (de 1 mes, de 5 años y de 55 años de edad), *Haemophilus influenzae sp*. en el 68,8% (n=55) y otros *Haemophilus influenzae* (no b) en el 27,5% (n=22). De estos últimos 22 casos "no b" se pudo determinar en el laboratorio que 9 cepas eran no capsuladas (no tipables), 2 eran serotipo a y 2 serotipo f. De los 11 casos menores de 5 años, 4 eran menores de 2 meses, en uno se pudo identificar serotipo b, en otro serotipo "no b" y los otros 2 quedaron como *H. influenzae sp.* (diagnosticados por PCR); en los otros 7 casos menores de 5 años, con edades comprendidas entre los 4 y los 19 meses, se identificaron 2 cepas no capsuladas, 2 serotipos "no b" y 4 se registraron como *H. influenzae sp.*

La forma de presentación clínica fue neumonía sin sepsis en el 30% de los casos (n=24), sepsis en el 23,8% (n=19), meningitis en el 13,8% (n=11), bacteriemia en el 25% (n=20) y otras formas menos frecuentes (artritis, colangitis…) en el resto de casos (n=5).

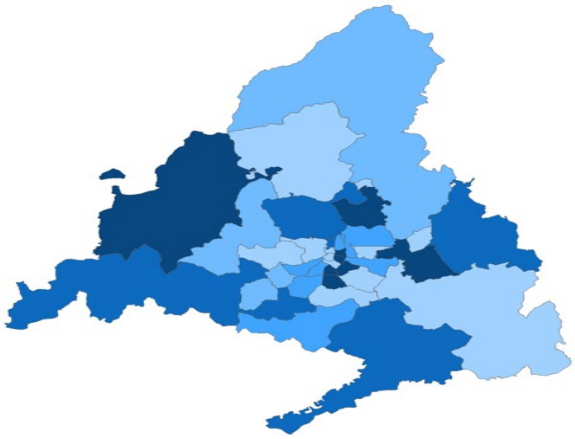
Tenían registro de vacunación frente a *Haemophilus influenzae* b, 13 casos (11 menores de edad y 2 adultos). Se detectó un fallo vacunal en un caso de 5 años, con neumonía bacteriémica por serotipo b y con fecha de su tercera y última dosis de vacuna 4 años antes.

Se produjeron 10 fallecimientos (letalidad global 12,5%), todos adultos (7 de ellos mayores de 85 años). En 4 se descartó serotipo b (3 fueron no capsulados) y los 6 restantes quedaron registrados como *H. influenzae sp*. al no realizarse pruebas de serotipado.

Los distritos con mayor incidencia fueron los de Madrid-Puente de Vallecas, Madrid-Usera y Coslada (tasas de incidencia de 2,73; 2,64 y 2,38 casos por 100.000 habitantes, respectivamente) (Mapa 6.3.2.a).

Mapa 6.3.2.a. Tasas de incidencia acumulada de Enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae* por 100.000 habitantes, por distrito de residencia. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2025.



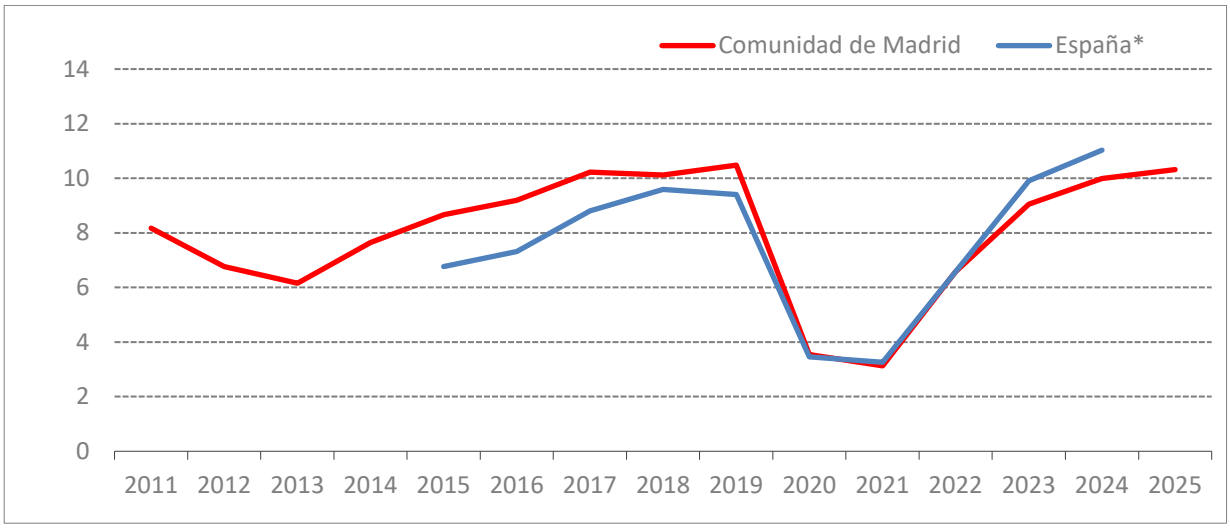


Distrito Salud Pública	Tasa
0141 - Madrid-Puente de Vallecas	2,73
1150 - Madrid-Usera	2,64
0210 - Coslada	2,38
1130 - Madrid-Villaverde	2,35
0620 - Collado Villalba	1,94
0220 - Madrid-Salamanca	1,92
0130 - Madrid-Retiro	1,81
0511 - Alcobendas-San Sebastián de los Reyes	1,81
0530 - Madrid-Tetuán	1,74
0540 - Madrid-Fuencarral-El Pardo	1,57
0830 - Navalcarnero	1,56
0310 - Alcalá de Henares	1,52
0920 - Fuenlabrada	1,39
1110 - Aranjuez-Valdemoro	1,37
0230 - Madrid-Chamartín	1,35
0410 - Madrid-Ciudad Lineal	1,34
0430 - Madrid-Hortaleza-Barajas	1,17
0730 - Madrid-Latina	1,17
0120 - Madrid-Moratalaz-Vicálvaro	1,06
0910 - Leganés	1,02
1010 - Parla-Pinto	0,84
1140 - Madrid-Carabanchel	0,74
0512 - Sierra Norte	0,63
0820 - Alcorcón	0,57
0810 - Móstoles	0,40
0612 - Las Rozas-Majadahonda	0,38
0110 - Arganda-Rivas	0,00
0142 - Madrid-Villa de Vallecas	0,00
0320 - Torrejón de Ardoz	0,00
0420 - Madrid-San Blas-Canillejas	0,00
0520 - Colmenar Viejo-Tres Cantos	0,00
0611 - Boadilla-Pozuelo	0,00
0630 - Madrid-Moncloa-Aravaca	0,00
0710 - Madrid-Centro	0,00
0720 - Madrid-Chamberí	0,00
1020 - Getafe	0,00
1120 - Madrid-Arganzuela	0,00
Total	1,05

6.3.3. Enfermedad neumocócica invasiva

En el año 2025 se registraron 734 casos de enfermedad neumocócica invasiva (ENI), 34 casos más que en el año 2024. La tasa de incidencia pasó de 10,0 casos por 100.000 habitantes en 2024 a 10,3 casos por 100.000 en 2025 (Gráfico 6.3.3.a).

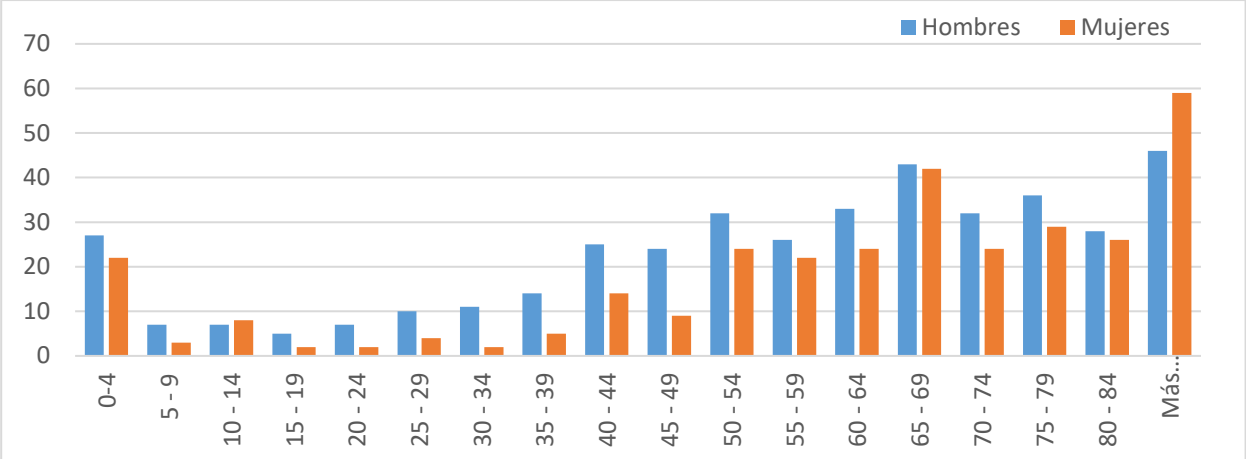
Gráfico 6.3.3.a. Tasas de incidencia acumulada de enfermedad neumocócica invasiva por 100.000 habitantes. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid y España. 2016-2025.



*No hay datos disponibles de España para 2025 en el momento de elaborar este informe.

El 56,3% de los casos fueron hombres. El rango de edad osciló entre los 0 y los 104 años, con una media de 58,8 años. Por grupos de edad el 6,7% (49 casos) eran menores de 5 años (13 casos menores de un año) y el 49,7% mayores de 64 años (14,3% mayores de 84 años) (Gráfico 6.3.3.b).

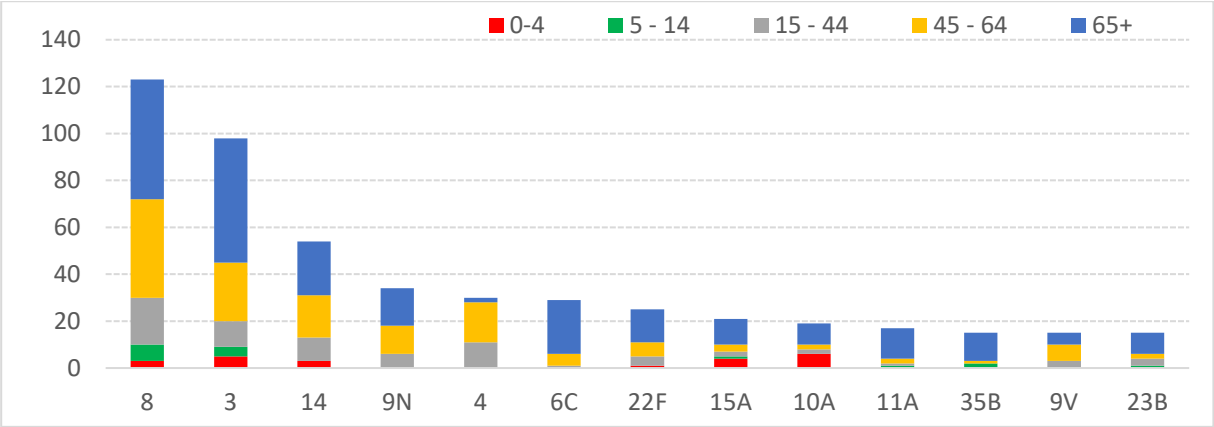
Gráfico 6.3.3.b. Número de casos de enfermedad neumocócica invasiva por sexo y grupo de edad, en años. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2025.



Se registró la forma de presentación clínica en el 98,6% de los casos (n=724). Figuraba neumonía (sin sepsis) en el 46,3% (335 casos), sepsis en el 27,9% (202 casos), bacteriemia sin neumonía ni sepsis en el 11,7% (85 casos), meningitis en el 7,3% (53 casos), meningitis más sepsis en el 1,8% (13 casos) y empiema en el 1,5% (11 casos). Otras formas clínicas menos frecuentes fueron artritis (5 casos), mastoiditis (3 casos) y absceso de sistema nervioso central (SNC) (2 casos). Se conoció la evolución del 96,2% de casos (n=706), con un porcentaje global de fallecimientos del 12,2% (80 casos, 6 de ellos considerados por otra causa). El 82,6% de los fallecimientos se produjeron a partir de los 65 años, siendo un 36% del total de ellos en mayores de 84 años, donde la letalidad ascendió al 30,1% (31 de 103 casos). No hubo fallecimientos en menores de 25 años. No se registraron casos confirmados asociados entre sí. El 51,5% de los casos (n=378) tenía registro de vacunación antineumocócica. De éstos, el 44,2% con vacuna conjugada (n=167), el 24,3% con vacuna polisacárida (n=92) y el 31,5% (n=119) con ambos tipos de vacunas.

Se analizó el serotipo de neumococo en el 90,1% de los casos (n=667). Los más frecuentes fueron el serotipo 8 (18,4%), el serotipo 3 (14,7%), el serotipo 14 (8,1%), el serotipo 9N (5,1%), 4 (4,5%), 6C (4,4%), 22F (3,8%), 15A (3,2%), 10A (2,9%), 11A (2,6%), 9V, 23B y 35B (2,3% cada uno). El resto de serotipos (hasta 45 distintos) representaron menos del 2% cada uno. Se consideraron no tipables a nivel de serotipo el 0,9% de los neumococos, siendo el serogrupo 33 el más frecuente dentro de éstos. Si se considerara que estas cepas de serogrupo 33 fueron 33F, este serotipo sería el 1,5% del total de neumococos (Gráfico 6.3.3.c).

Gráfico 6.3.3.c. Número de casos de enfermedad neumocócica invasiva con principales serotipos y grupo de edad, en años. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2025.

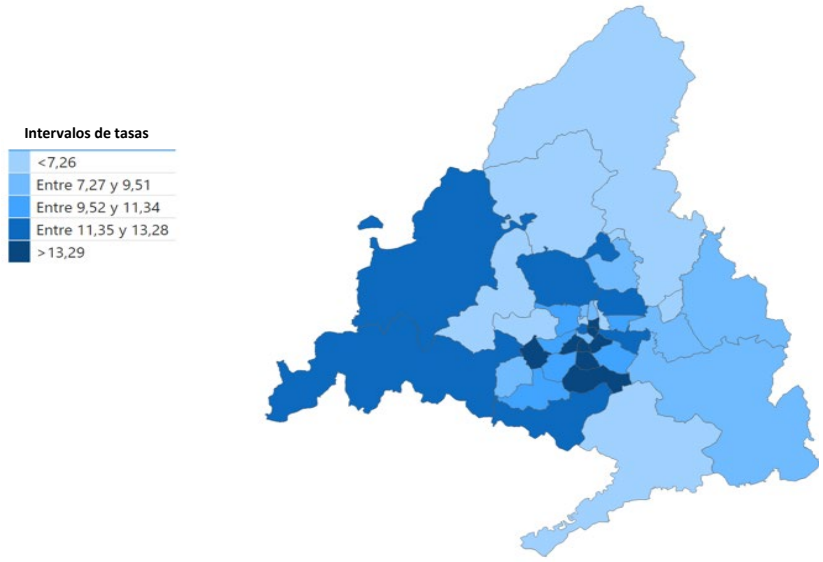


De los 49 casos en menores de 5 años se analizó el serotipo de neumococo en 40. Fueron identificados 15 serotipos diferentes; los más frecuentes fueron el serotipo 10A con seis casos (15%), seguido del 3 con cinco casos (12,5%), el 15A y el 24B con cuatro casos (10% cada uno), el 8, el 14 y el 21 con tres casos

(7,5% cada uno), el 24F, el 31 y el 34F con dos casos (5%), y los serotipos 7A, 10D, 19F y 33F con un caso (2,5% cada uno). Hubo un caso no tipable a nivel de serotipo correspondiente a serogrupo 24. Del total de 40 casos con serotipo de este grupo de edad, 9 (22,5%) fueron causados por serotipos incluidos en la vacuna conjugada 13-valente (VNC 13V) del calendario infantil, son los de los serotipos 3, 14 y 19F y un caso más, de serotipo 33F, incluido en la nueva vacuna conjugada 15-valente: VNC15. De los 10 casos, todos mayores de 9 meses, 9 tenían administradas vacunas conjugadas acordes al calendario (los 5 casos de serotipo 3 y uno de serotipo 14 con VNC 13V, otro caso de serotipo 14 con una combinación 2+1 de VNC 13 y VNC 15 y los de serotipo 19F y 33F con VNC 15). Hubo un caso de 1 año de serotipo 14 no vacunado. De los 5 casos de ENI por serotipo 3 en esta franja de edad, en 4 la determinación del serotipo (y el diagnóstico de ENI) se realizó en muestras de líquido pleural (el otro caso fue por hemocultivo) en el contexto clínico de neumonía con derrame pleural.

El distrito con mayor tasa de incidencia fue el de Madrid-Salamanca (16,03 casos por 100.000 habitantes), seguido de los distritos de Madrid-Usera (15,87 casos por 100.000 habitantes) y Alcorcón (15,84 casos por 100.000 habitantes) (Mapa 6.3.3.a).

Mapa 6.3.3.a. Tasas de incidencia acumulada de enfermedad neumocócica invasiva por 100.000 habitantes, por distrito de residencia. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2025.

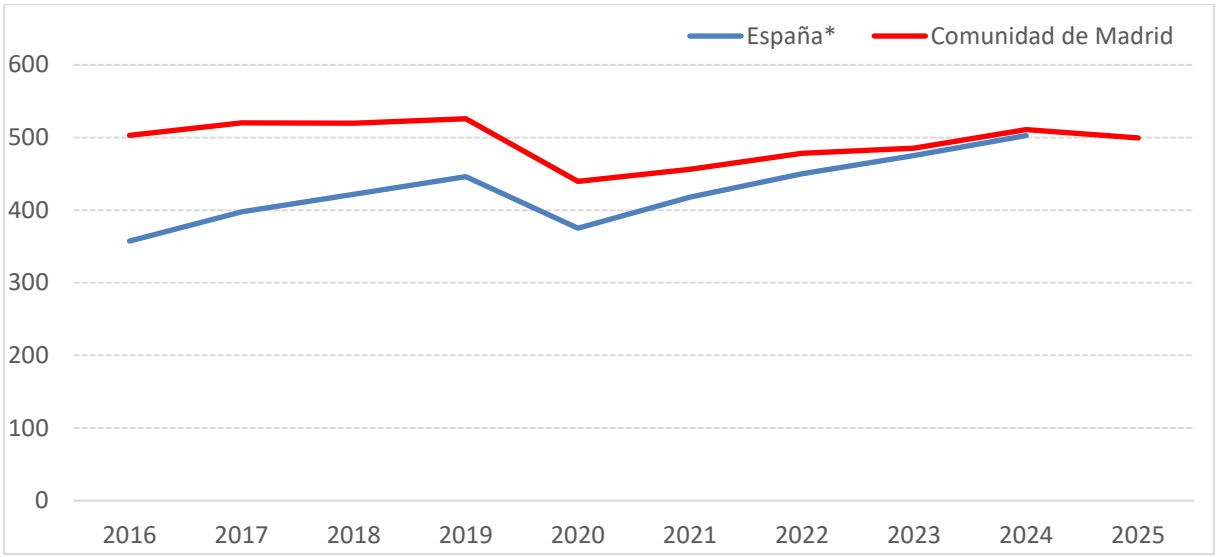


Distrito Salud Pública	Tasa
0220 - Madrid-Salamanca	16,03
1150 - Madrid-Usera	15,87
0820 - Alcorcón	15,84
1140 - Madrid-Carabanchel	15,53
0130 - Madrid-Retiro	15,37
0141 - Madrid-Puente de Vallecas	14,82
1130 - Madrid-Villaverde	13,50
1020 - Getafe	13,29
0830 - Navalcarnero	13,25
1010 - Parla-Pinto	12,55
0120 - Madrid-Moratalaz-Vicálvaro	12,15
0620 - Collado Villalba	12,01
0710 - Madrid-Centro	11,53
0540 - Madrid-Fuencarral-El Pardo	11,36
0430 - Madrid-Hortaleza-Barajas	11,35
0730 - Madrid-Latina	11,31
0420 - Madrid-San Blas-Canillejas	10,75
0910 - Leganés	10,72
0630 - Madrid-Moncloa-Aravaca	10,60
0920 - Fuenlabrada	10,18
0142 - Madrid-Villa de Vallecas	9,60
0210 - Coslada	9,51
0310 - Alcalá de Henares	9,51
0810 - Móstoles	9,11
0110 - Arganda-Rivas	7,71
0511 - Alcobendas-San Sebastián de los Reyes	7,71
1120 - Madrid-Arganzuela	7,64
0530 - Madrid-Tetuán	7,55
0230 - Madrid-Chamartín	7,44
0720 - Madrid-Chamberí	7,22
1110 - Aranjuez-Valdemoro	6,41
0612 - Las Rozas-Majadahonda	6,03
0512 - Sierra Norte	5,05
0410 - Madrid-Ciudad Lineal	4,90
0611 - Boadilla-Pozuelo	4,42
0520 - Colmenar Viejo-Tres Cantos	3,75
0320 - Torrejón de Ardoz	3,47
Total	10,19

6.3.4. Herpes zóster

En el año 2025 se registraron 35.538 casos de herpes zóster en la Comunidad de Madrid, 273 casos menos que en 2024. La incidencia acumulada pasó de 510,9 casos por 100.000 habitantes a 499,5 casos por 100.000 habitantes (Gráfico 6.3.4.a).

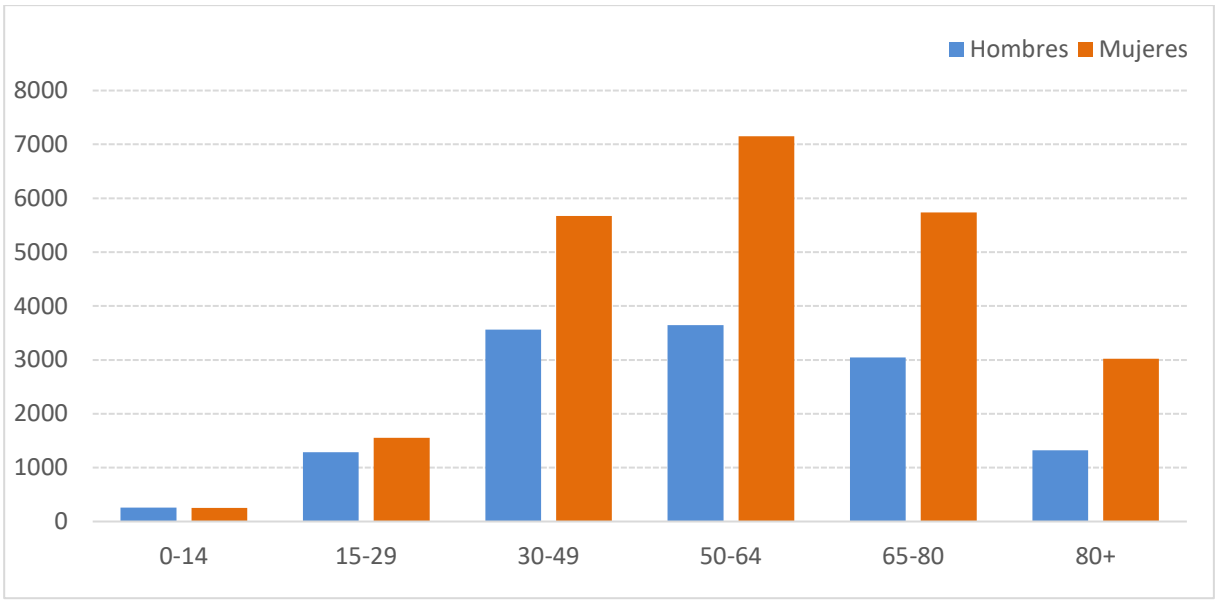
Gráfico 6.3.4.a. Tasas de incidencia acumulada de herpes zóster por 100.000 habitantes. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid y España. Años 2016-2025.



*No hay datos disponibles de España para 2025 en el momento de elaborar este informe.

El 64,9% de los casos se dio en mujeres. Los grupos de edad más afectados fueron el de 50-64 años (29,4% de los casos) seguido del de 30-49 (25,3%) y el de 65-80 (24,0%) (Gráfico 6.3.4.b).

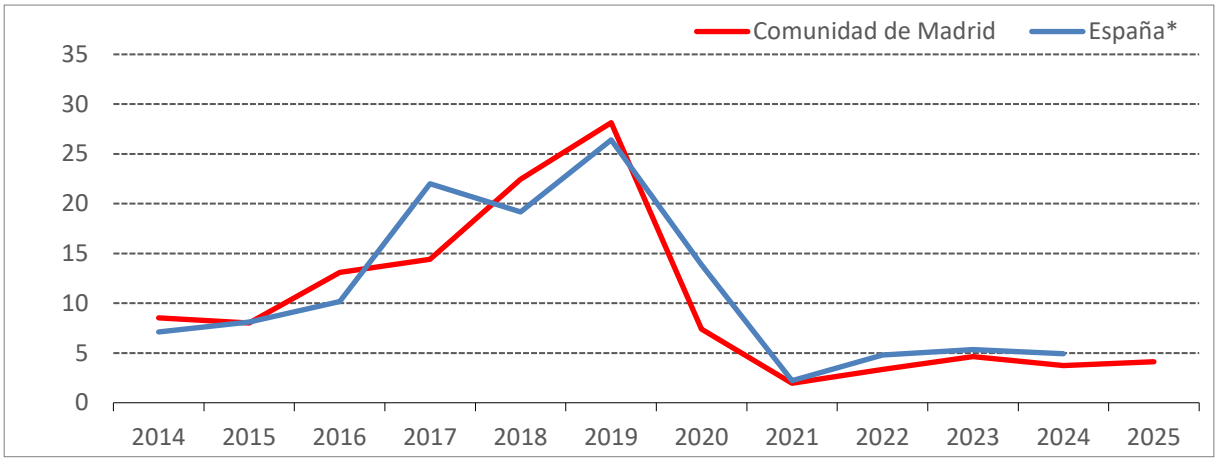
Gráfico 6.3.4.b. Número de casos de herpes zoster por sexo y grupo de edad, en años. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2025.



6.3.5. Parotiditis

En el año 2025 se registraron 294 casos de parotiditis en la Comunidad de Madrid, 31 casos más que en el año anterior. La tasa de incidencia acumulada fue de 4,13 casos por 100.000 habitantes frente a los 3,75 casos por 100.000 de 2024 (Gráfico 6.3.5.a).

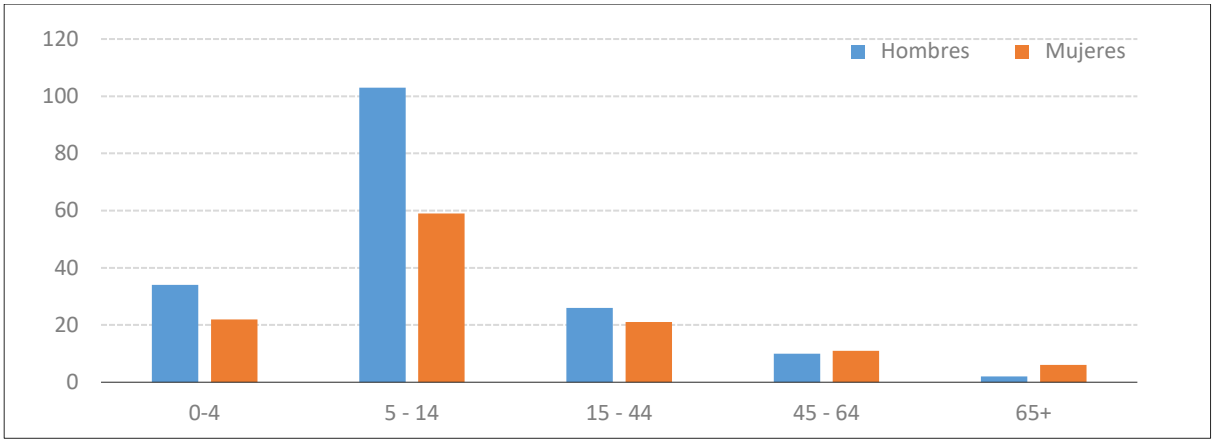
Gráfico 6.3.5.a. Tasas incidencia acumulada de parotiditis por 100.000 habitantes. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid y España. Años 2016-2025.



*No hay datos disponibles de España para 2025 en el momento de elaborar este informe.

El 59,5% de los casos se produjeron en varones. La media de edad fue de 15,5 años con un rango comprendido entre 0 y 94 años. El 74,1% de los casos eran menores de 15 años (Gráfico 6.3.5.b).

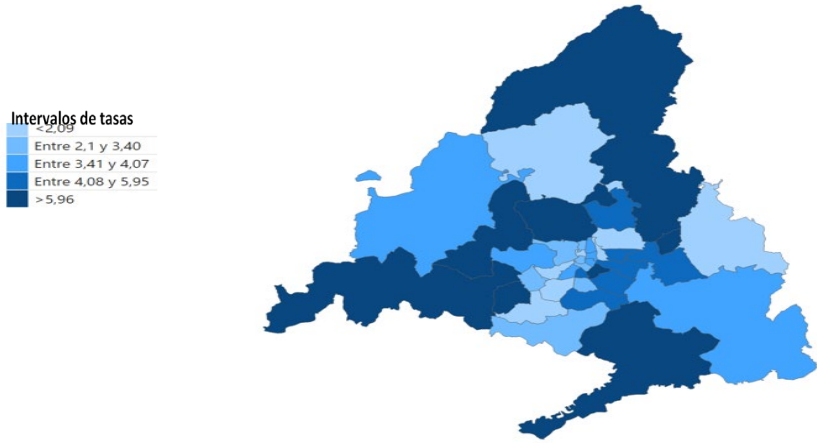
Gráfico 6.3.5.b. Número de casos de parotiditis por sexo y grupo de edad, en años. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2025.



Se conoció el estado de vacunación en el 86,7% de los casos (n=255), estando vacunado el 91,4% de éstos con al menos una dosis y el 83,7% con dos o más dosis. El 98,6% fueron casos sospechosos (n=290) y el 1,4% confirmados. Los 4 casos confirmados lo fueron por serología con un resultado de IgM positiva, sin realización de PCR en saliva. No hubo ningún caso confirmado por PCR (detección directa del virus de la parotiditis), tanto en las muestras remitidas al Laboratorio Regional de Salud Pública como al Centro Nacional de Microbiología. Se registró inflamación parotídea en el 99% de los casos, fiebre en el 29,2% y clínica respiratoria asociada (catarral o gripal) en el 25,5%; dos casos presentaron orquitis. No hubo casos con meningitis, encefalitis ni pancreatitis. No se registraron hospitalizaciones ni fallecimientos por esta patología y no se notificaron brotes.

Los distritos con mayor tasa de incidencia acumulada fueron los de Torrejón de Ardoz (10,4 casos por 100.000 habitantes), Madrid-Puente de Vallecas (10,1 casos por 100.000 habitantes) y Navalcarnero (7,02 casos por 100.000 habitantes) (Mapa 6.3.5.a).

Mapa 6.3.5.a. Tasas de incidencia acumulada de parotiditis por 100.000 habitantes, por distrito de residencia. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2025.

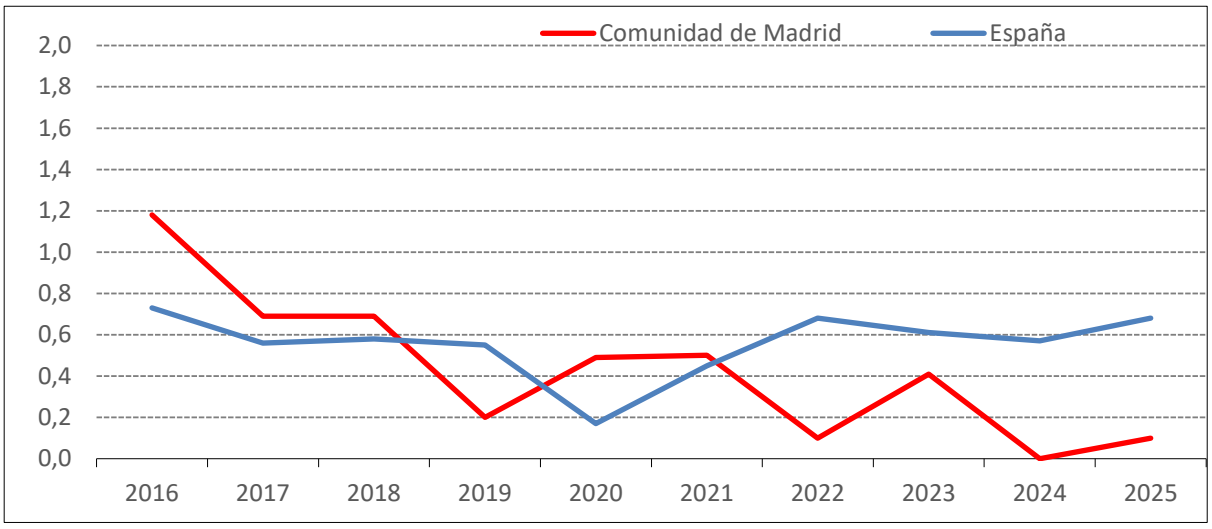


Distrito Salud Pública	Tasa
0320 - Torrejón de Ardoz	10,40
0141 - Madrid-Puente de Vallecas	10,14
0830 - Navalcarnero	7,02
0512 - Sierra Norte	6,95
1110 - Aranjuez-Valdemoro	6,87
0810 - Móstoles	6,34
0540 - Madrid-Fuencarral-El Pardo	6,27
0612 - Las Rozas-Majadahonda	6,03
0420 - Madrid-San Blas-Canillejas	5,66
0142 - Madrid-Villa de Vallecas	5,60
0210 - Coslada	5,35
1150 - Madrid-Usera	4,63
1020 - Getafe	4,60
0120 - Madrid-Moratalaz-Vicálvaro	4,23
0511 - Alcobendas-San Sebastián de los Reyes	4,08
0230 - Madrid-Chamartín	4,06
0620 - Collado Villalba	3,87
0220 - Madrid-Salamanca	3,85
0611 - Boadilla-Pozuelo	3,79
1140 - Madrid-Carabanchel	3,70
0110 - Arganda-Rivas	3,63
0130 - Madrid-Retiro	3,62
0630 - Madrid-Moncloa-Aravaca	3,26
1010 - Parla-Pinto	2,93
0710 - Madrid-Centro	2,88
1120 - Madrid-Arganzuela	2,55
1130 - Madrid-Villaverde	2,35
0530 - Madrid-Tetuán	2,32
0820 - Alcorcón	2,26
0910 - Leganés	2,04
0430 - Madrid-Hortaleza-Barajas	1,96
0730 - Madrid-Latina	1,95
0520 - Colmenar Viejo-Tres Cantos	1,88
0310 - Alcalá de Henares	1,52
0720 - Madrid-Chamberí	1,44
0920 - Fuenlabrada	1,39
0410 - Madrid-Ciudad Lineal	0,45
Total	4,09

6.3.6. Parálisis flácida aguda en menores de 15 años

Durante el año 2025 se notificó un caso de parálisis flácida aguda (P.F.A.) en menores de 15 años en la Comunidad de Madrid, con una incidencia de 0,1 casos por 100.000 habitantes para este grupo de edad (Gráfico 6.3.6.a).

Gráfico 6.3.6.a. Tasas de incidencia acumulada de Parálisis flácida aguda (PFA) por 100.000 habitantes. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid y España. Años 2016-2025.

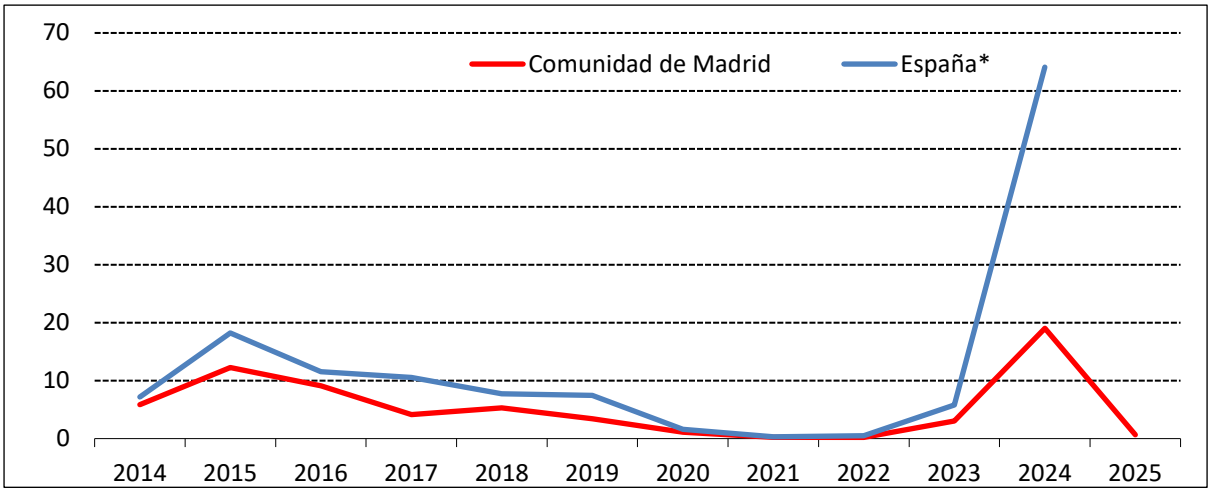


El caso era una niña de 5 años, correctamente vacunada, descartada como poliomielitis y diagnosticada de Síndrome de Guillain-Barré. Dos muestras de heces fueron negativas a enterovirus.

6.3.7. Tosferina

Tras el brote poblacional de tosferina que se desarrolló en 2024, donde se registraron un total de 1.334 casos y una incidencia de 19,0 casos por 100.000 habitantes, en el año 2025 apenas se contabilizaron 47 casos (incidencia de 0,66 casos por 100.000 habitantes) (Gráfico 6.3.7.a).

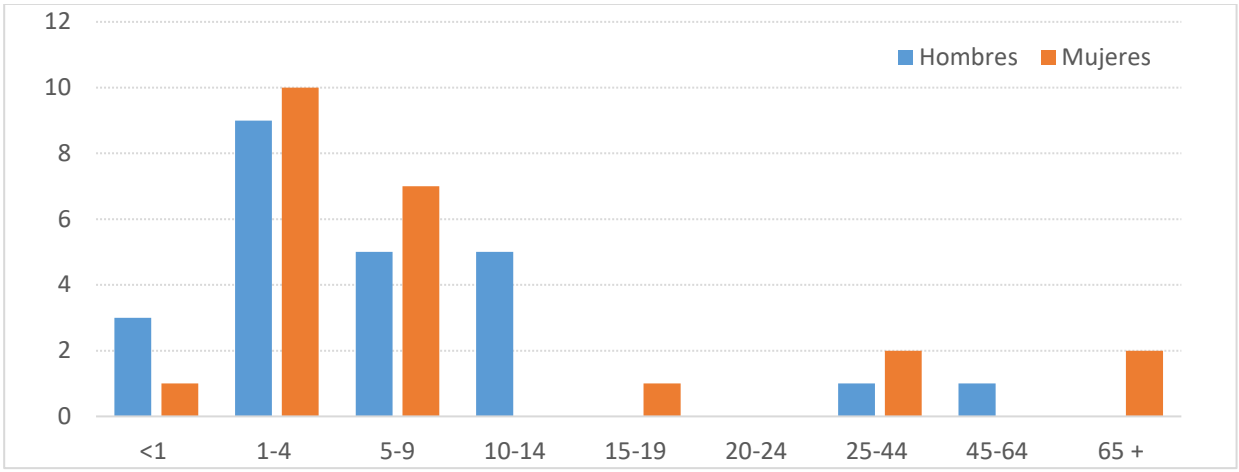
Gráfico 6.3.7.a. Tasas de incidencia acumulada tosferina por 100.000 habitantes. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid y España. Años 2016-2025.



* No hay datos disponibles de España para 2025 en el momento de elaborar este informe.

Los varones supusieron el 51,1% de los enfermos. La edad media fue de 10,7 años con un rango entre 0 y 85 años. El 85,1% de los casos se produjo en edad pediátrica (menores de 15 años) (Gráfico 6.3.7.b).

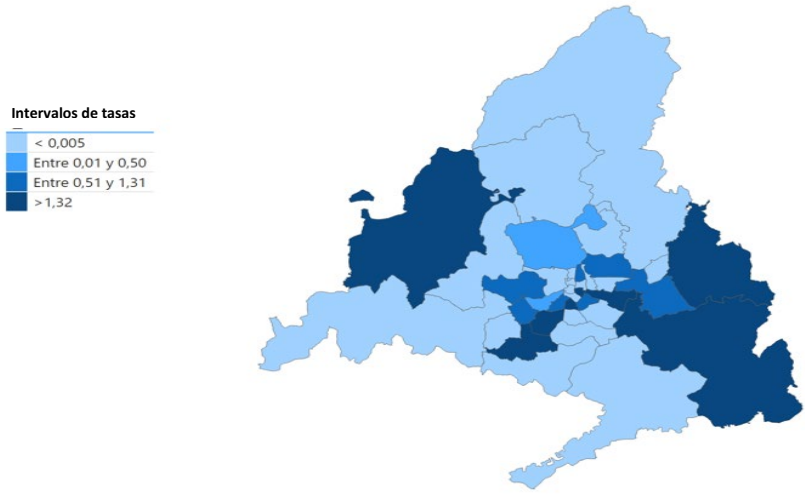
Gráfico 6.3.7.b. Número de casos de tosferina por sexo y grupo de edad, en años. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2025.



El 42,6% de los casos (n=20) fueron confirmados mediante PCR en exudado nasofaríngeo. Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron la tos paroxística en el 97,9% de enfermos (n=46), 38,3% presentaron vómitos asociados a la tos (n=18), 36,2% estridor (n=17) y el 4,3% (n=2) pausas de apnea. No se registraron hospitalizaciones ni defunciones. El 87,2% de los casos (n=41) se registraron como vacunados, el 85,4% de ellos con 3 o más dosis.

El distrito con mayor tasa de incidencia acumulada fue el de Madrid-Moratalaz-Vicálvaro (3,7 casos por 100.000 habitantes) seguido del distrito de Leganés (2,55 casos por 100.000 habitantes) y Madrid-Retiro (1,81 casos por 100.000 habitantes) (Mapa 6.3.7.a).

Mapa 6.3.7.a. Tasas de incidencia acumulada de tosferina por 100.000 habitantes, por distrito de residencia. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2025.

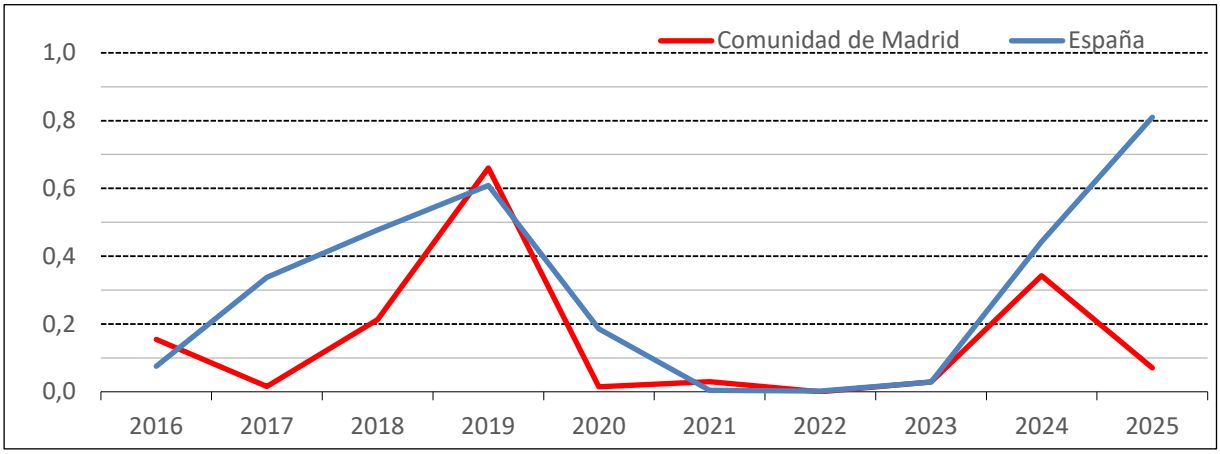


Distrito Salud Pública	Tasa
0120 - Madrid-Moratalaz-Vicálvaro	3,70
0910 - Leganés	2,55
0130 - Madrid-Retiro	1,81
0620 - Collado Villalba	1,55
0310 - Alcalá de Henares	1,52
0920 - Fuenlabrada	1,39
0110 - Arganda-Rivas	1,36
1150 - Madrid-Usera	1,32
0611 - Boadilla-Pozuelo	1,26
0210 - Coslada	1,19
0141 - Madrid-Puente de Vallecas	1,17
1140 - Madrid-Carabanchel	1,11
0430 - Madrid-Hortaleza-Barajas	0,78
0230 - Madrid-Chamartín	0,68
0820 - Alcorcón	0,57
0540 - Madrid-Fuencarral-El Pardo	0,39
0730 - Madrid-Latina	0,39
0142 - Madrid-Villa de Vallecas	0,00
0220 - Madrid-Salamanca	0,00
0320 - Torrejón de Ardoz	0,00
0410 - Madrid-Ciudad Lineal	0,00
0420 - Madrid-San Blas-Canillejas	0,00
0511 - Alcobendas-San Sebastián de los Reyes	0,00
0512 - Sierra Norte	0,00
0520 - Colmenar Viejo-Tres Cantos	0,00
0530 - Madrid-Tetuán	0,00
0612 - Las Rozas-Majadahonda	0,00
0630 - Madrid-Moncloa-Aravaca	0,00
0710 - Madrid-Centro	0,00
0720 - Madrid-Chamberí	0,00
0810 - Móstoles	0,00
0830 - Navalcarnero	0,00
1010 - Parla-Pinto	0,00
1020 - Getafe	0,00
1110 - Aranjuez-Valdemoro	0,00
1120 - Madrid-Arganzuela	0,00
1130 - Madrid-Villaverde	0,00
Total	0,65

6.3.8. Sarampión

En el año 2025 se registraron 5 casos confirmados de sarampión en la población residente en la Comunidad de Madrid, con una tasa de incidencia de 0,07 casos por 100.000 habitantes (Gráfico 6.3.8.a). Además, se notificó un caso de una mujer española residente en Marruecos, que viajó a Madrid para su confirmación diagnóstica tras adquirir la enfermedad en ese país.

Gráfico 6.3.8.a. Tasas incidencia acumulada de sarampión por 100.000 habitantes. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid y España. Años 2016-2025.



De los 6 casos diagnosticados en la Comunidad de Madrid, 3 (50%) fueron asociados a estancias en otros países: dos en Marruecos y uno en Rumanía. Respecto a los otros tres casos, dos se clasificaron como relacionados con la importación, por identificarse el mismo genotipo que en los casos con estancia en Marruecos. La mayoría de los casos fueron adultos, cuatro casos (66,7%) tenían entre 38 y 50 años, los dos casos restantes fueron pediátricos (uno de 7 meses y otro de 2 años). La mitad de los casos fueron varones.

Los 6 casos cumplieron criterios clínicos de sarampión, 5 presentaron fiebre y exantema con tos (3 con conjuntivitis añadida) y uno tuvo fiebre y exantema sin tos ni coriza, pero con conjuntivitis. Ingresaron 3

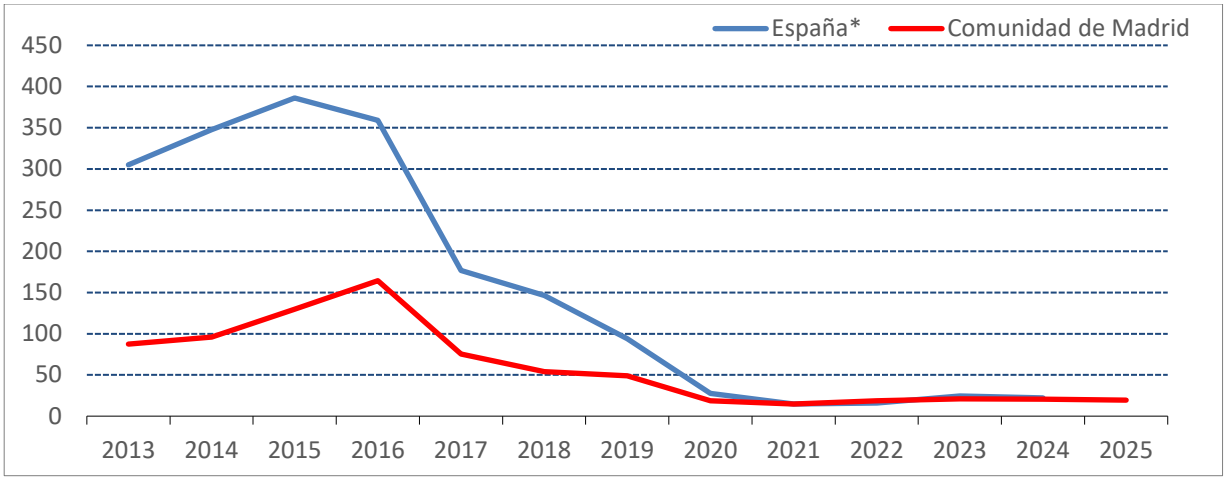
de los 4 adultos, ninguno de los 3 estaba vacunado y los 3 tuvieron evolución favorable. El cuarto adulto no hospitalizado y sin constancia de vacunación, no presentó respuesta serológica de IgM y sí de IgG, por lo que se interpretó como vacunado previamente. Los casos pediátricos no precisaron ingreso (el de 2 años tenía una dosis de TV administrada un año antes).

Respecto a las pruebas diagnósticas, los 6 casos se confirmaron con pruebas virológicas positivas (PCR positiva en exudado faríngeo y/u orina); en 5 de ellos se consiguió genotipado del virus, 4 fueron B3 MVs/Quetta.PAK/44.20 (incluidos los 2 con estancia en Marruecos), y el caso importado de Rumanía fue D8 MVs/Patan.IND/14.19. Estas dos variantes identificadas en 2025 son las mismas que se identificaron en los casos del año 2024. No se detectó ningún caso secundario.

6.3.9. Varicela

Durante el año 2025 se registraron 1.375 casos de varicela, 80 casos menos que en 2024. La incidencia acumulada pasó de 20,76 casos por 100.000 habitantes en 2024 a 19,33 casos por 100.000 un año después (Gráfico 6.3.9.a).

Gráfico 6.3.9.a. Tasas de incidencia acumulada de varicela por 100.000 habitantes. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid y España. Años 2016-2025.



*No hay datos disponibles de España para 2025 en el momento de elaborar este informe.

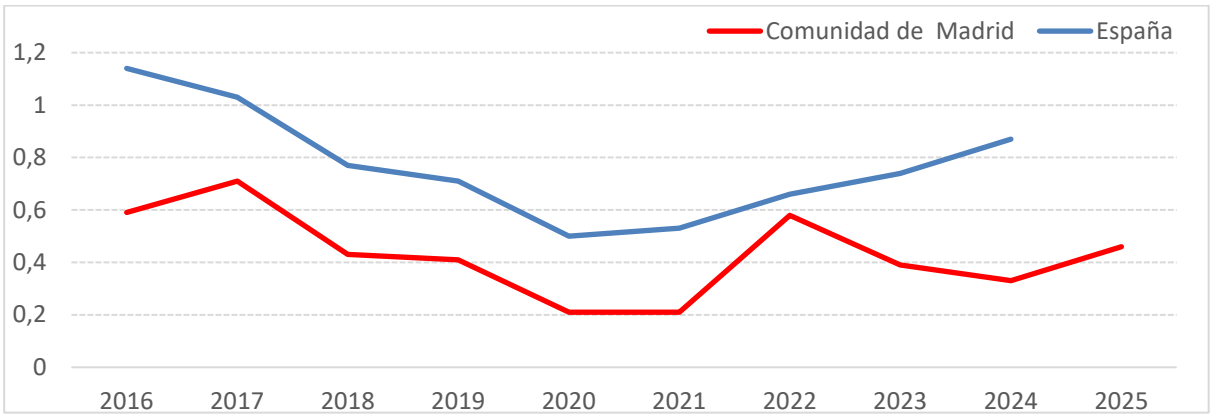
Se registraron 6 brotes de varicela en diferentes colectivos, con un total de 42 casos: una escuela infantil (con 7 casos en niños entre 6 y 15 meses) y 5 centros residenciales (4 centros de distintos colectivos vulnerables y una residencia de jóvenes deportistas). Los brotes en los centros residenciales oscilaron entre 3 y 15 casos por brote. El mayor de los brotes correspondió a un centro de acogida con 257 personas alojadas, en el que se diagnosticaron 15 casos con edades comprendidas entre 10 y 50 años, y en el que se intervino vacunando a los susceptibles.

6.4. ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y PARENTERAL

6.4.1. Hepatitis B

Durante el año 2025 se registraron en la Comunidad de Madrid 33 casos de hepatitis B aguda. La tasa de incidencia acumulada fue de 0,46 casos por 100.000 habitantes, lo que supuso un incremento del 39,4% respecto a la incidencia del año anterior (Gráfico 6.4.1.a).

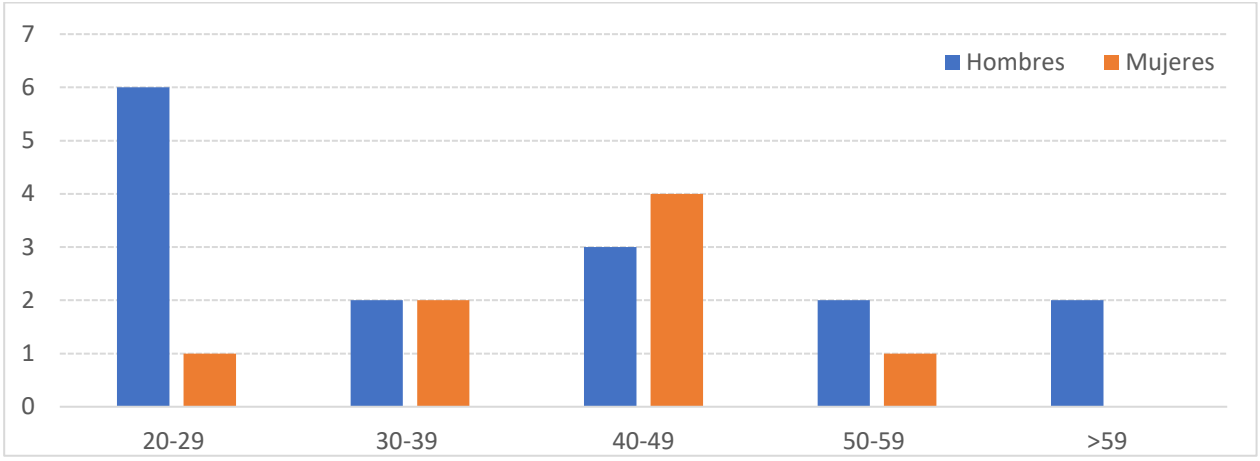
Gráfico 6.4.1.a. Tasas de incidencia acumulada de hepatitis B por 100.000 habitantes. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid y España. Años 2016-2025.



* No hay datos disponibles de España para 2025 en el momento de elaborar este informe.

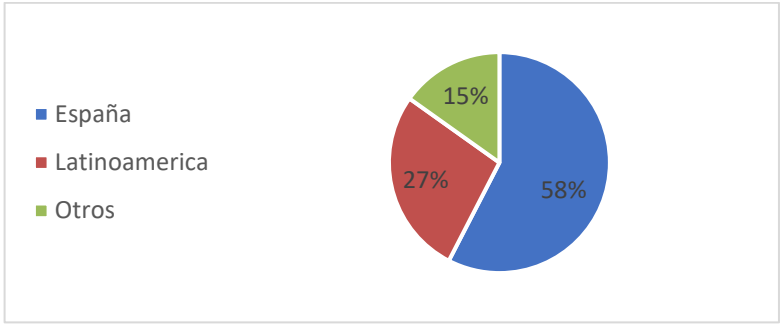
Este incremento se produjo a expensas fundamentalmente de las cifras en hombres, que alcanzaron el 72,7% de los casos. La mediana de edad fue de 35 años, 7 puntos por debajo del año anterior, 35 años en varones y 33 años en mujeres. No se registraron casos en menores de edad, situándose el rango etario entre los 19 y los 89 años (de 19 a 82 en hombres y de 23 a 89 en mujeres). El 75,8% de todos los diagnósticos se situó entre los 20 y 59 años. El grupo de edad más frecuente en hombres fue el de 20-29 años y en mujeres el de 40-49 años (Gráfico 6.4.1.b).

Gráfico 6.4.1.b. Número de casos de hepatitis B por sexo y grupo de edad, en años. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2025.



Se identificó el país de origen en el 100% de los casos. El 57,6% correspondió a personas nacidas en España (n=19) y el 27,3% (n=9) a personas procedentes de países latinoamericanos (Gráfico 6.4.1.c).

Gráfico 6.4.1.c. Porcentaje de casos de hepatitis B según lugar de origen. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2025.



Todos los casos fueron confirmados, el 69,7% mediante detección de anticuerpos IgM. La infección por VIH estaba presente en el 6,1% de los casos (n=2). En relación con la orientación sexual, el 20,8% de los casos se identificó como HSH.

Se encontró información sobre estado vacunal en 14 casos (42,4%). De ellos, 5 contaban con vacunación documentada, siendo completa en 3 casos (incluido un paciente inmunodeprimido) e incompleta en dos casos. Un total de 9 casos no habían recibido ninguna dosis. De los 4 casos de origen español, solo uno cumplía criterio de vacunación según la edad. Igualmente, entre los 5 casos procedentes de otros países, solo uno cumplía dicho criterio. En el 57,6% de los casos (n = 19) no fue posible determinar la situación vacunal, de los cuales 9 correspondían a personas nacidas en España.

Precisaron hospitalización por hepatitis aguda 18 de los casos (54,5%) y no se produjo ningún fallecimiento. Sobre los factores de riesgo para la infección por el virus de la hepatitis B, se dispuso de muy poca información. Se identificaron antecedentes de acupuntura, tatuajes, piercings o prácticas similares en dos casos, transfusión en un caso, hemodiálisis en un caso, drogas inyectadas en un caso y ejercicio de la prostitución en otro caso. No se identificó ningún brote.

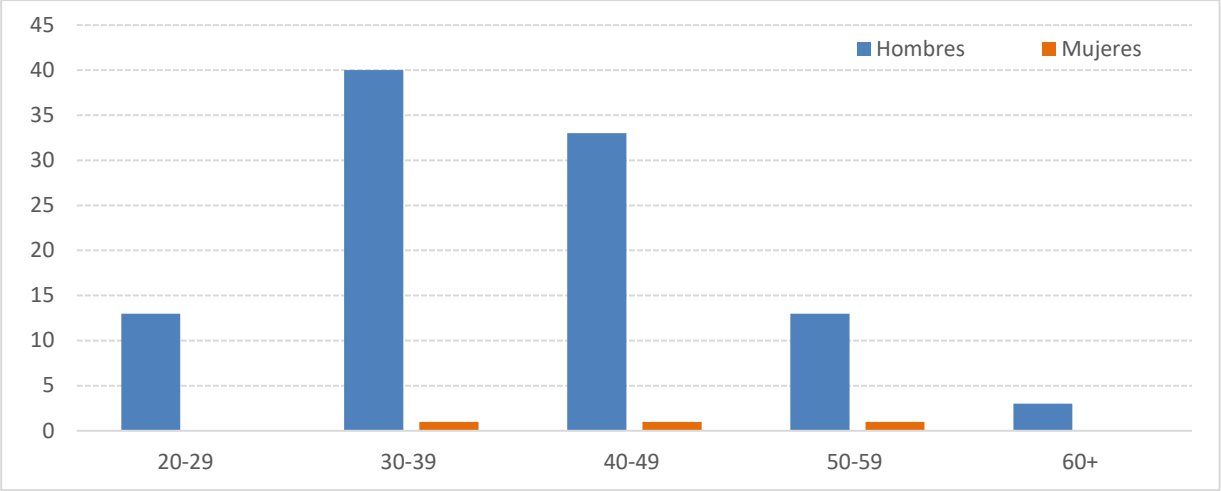
6.4.2. Hepatitis C

En el año 2025 se notificaron 371 nuevos diagnósticos de hepatitis C, alcanzando una tasa de incidencia acumulada de 5,22 casos por 100.000 habitantes. El 28,3% (n=105) correspondieron a cuadros agudos.

Hepatitis C aguda

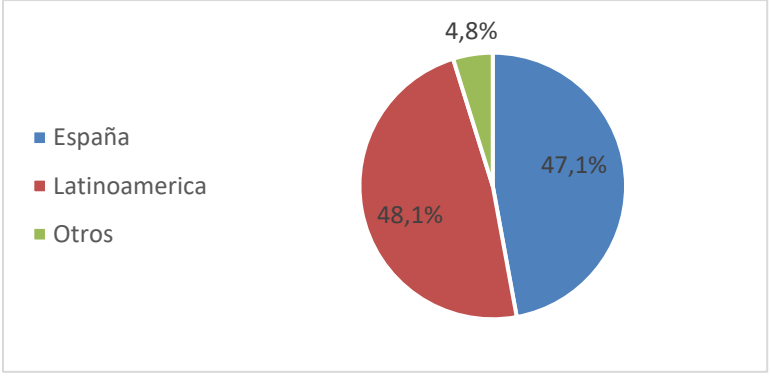
La tasa de incidencia acumulada fue de 1,48 casos por 100.000 habitantes, 2,99 en hombres y 0,08 en mujeres. El 97% se presentó en hombres, con una mediana de edad de 39 años, una media de 40 años y un rango etario de 23 a 66 años. Tan solo 3 casos fueron en mujeres, siendo la mediana de edad 41 años y un rango de 30 a 58 años. El 71,4% de los casos se situó entre los 30 y los 49 años (Gráfico 6.4.2.a).

Gráfico 6.4.2.a. Número de casos de hepatitis C aguda por sexo y grupo de edad, en años. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2025.



En cuanto al lugar de origen, el 48,1% eran procedentes de Latinoamérica, el 47,1% personas nacidas en España y el 4,8% en otros países (Gráfico 6.4.2.b).

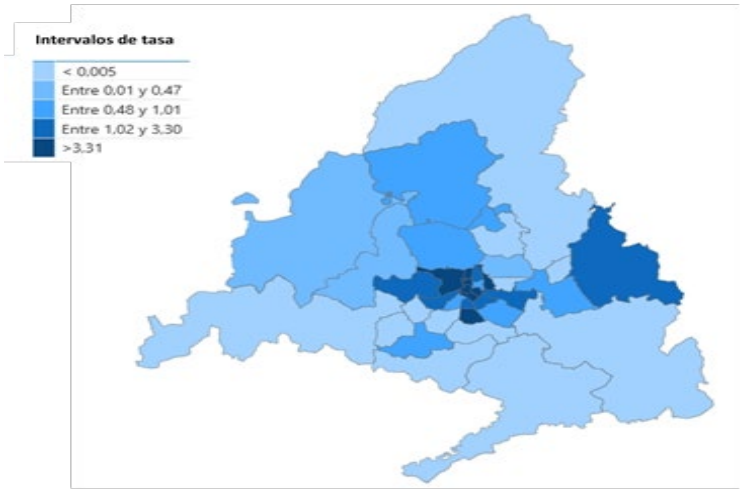
Gráfico 6.4.2.b. Porcentaje de casos de hepatitis C aguda según lugar de origen. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2025.



Un 6,7% de los casos precisó hospitalización motivada por la enfermedad o sus complicaciones, y no se produjo ningún fallecimiento. El genotipo de VHC fue identificado en el 41,9% de casos, predominando el genotipo 1a (24,8%), seguido del 1b (3,8%). Se conocía la orientación sexual en el 85,7% de los casos, de los cuales, el 95,6% eran HSH. Dentro de los datos de exposición, se registró el uso de drogas inyectadas en el 11,4%. El 61,0% de casos presentaba diagnóstico de VIH. Del total de diagnósticos de hepatitis C aguda, 10 fueron reinfecciones, todas se dieron en hombres. No se identificó ningún brote.

El distrito con mayor incidencia acumulada fue Madrid-Centro (15,8 casos por 100.000 habitantes), seguido de Madrid-Retiro (4,5 casos por 100.000 habitantes) y Madrid-Arganzuela (4,5 casos por 100.000 habitantes) (Mapa 6.4.2.a).

Mapa 6.4.2.a. Tasas de incidencia acumulada de hepatitis C aguda por 100.000 habitantes, por distrito de residencia. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2025.

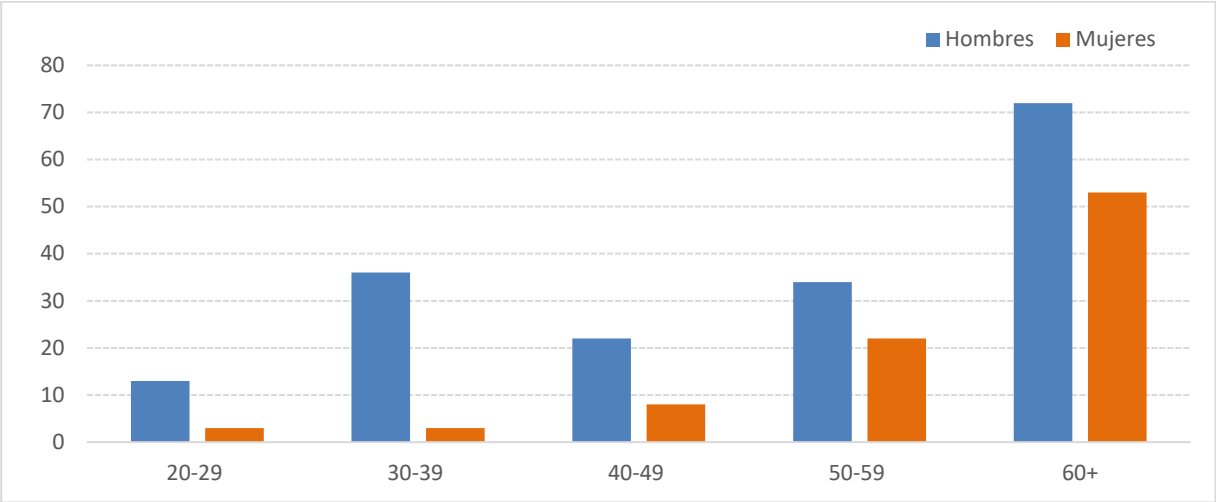


Distrito Salud Pública	Tasa
0710 - Madrid-Centro	15,85
0130 - Madrid-Retiro	4,52
1120 - Madrid-Arganzuela	4,45
1130 - Madrid-Villaverde	4,11
0630 - Madrid-Moncloa-Aravaca	4,08
0720 - Madrid-Chamberí	3,61
0410 - Madrid-Ciudad Lineal	3,57
0530 - Madrid-Tetuán	3,49
0611 - Boadilla-Pozuelo	2,52
0141 - Madrid-Puente de Vallecas	1,95
0730 - Madrid-Latina	1,56
0230 - Madrid-Chamartín	1,35
1150 - Madrid-Usera	1,32
0310 - Alcalá de Henares	1,14
0120 - Madrid-Moratalaz-Vicálvaro	1,06
0920 - Fuenlabrada	0,93
0142 - Madrid-Villa de Vallecas	0,80
0540 - Madrid-Fuencarral-El Pardo	0,78
1140 - Madrid-Carabanchel	0,74
0220 - Madrid-Salamanca	0,64
0520 - Colmenar Viejo-Tres Cantos	0,63
0210 - Coslada	0,59
0430 - Madrid-Hortaleza-Barajas	0,39
0620 - Collado Villalba	0,39
0612 - Las Rozas-Majadahonda	0,38
0110 - Arganda-Rivas	0,00
0320 - Torrejón de Ardoz	0,00
0420 - Madrid-San Blas-Canillejas	0,00
0511 - Alcobendas-San Sebastián de los Reyes	0,00
0512 - Sierra Norte	0,00
0810 - Móstoles	0,00
0820 - Alcorcón	0,00
0830 - Navalcarnero	0,00
0910 - Leganés	0,00
1010 - Parla-Pinto	0,00
1020 - Getafe	0,00
1110 - Aranjuez-Valdemoro	0,00

Hepatitis C no aguda

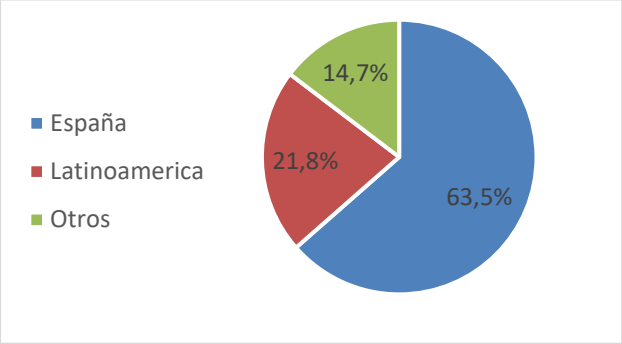
La tasa de incidencia fue de 3,74 casos por 100.000 habitantes (5,19 en hombres y 2,40 en mujeres). El 68,0% eran mayores de 49 años. En hombres, la mediana de edad fue de 55 años, la media de 56,7 y el rango etario de 22 a 94 años. En mujeres, la mediana de edad fue de 65 años y el rango igualmente se ubicó entre los 22 y los 94 años (Gráfico 6.4.2.c).

Gráfico 6.4.2.c. Número de casos de hepatitis C no aguda por sexo y grupos de edad, en años. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2025.



En cuanto al lugar de origen, el 63,5% eran personas nacidas en España, el 21,8% en países de Latinoamérica, y el 14,7% en otros países (Gráfico 6.4.2.d).

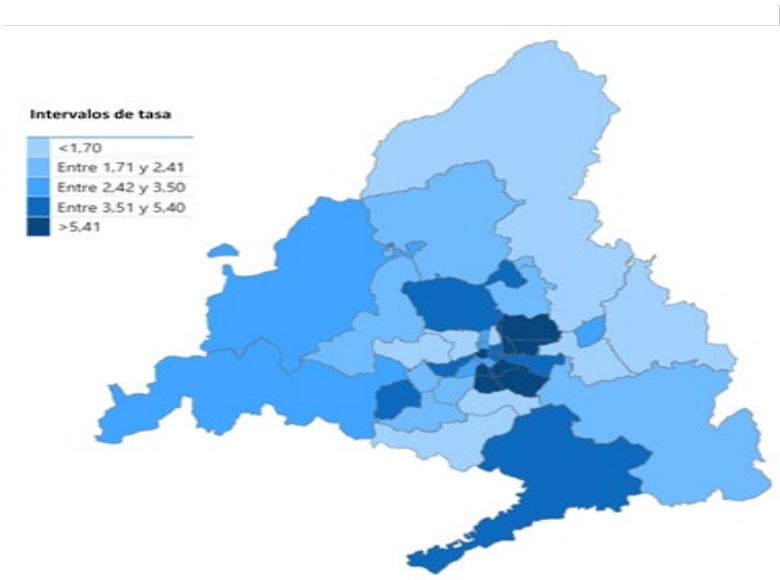
Gráfico 6.4.2.d. Porcentaje de casos de hepatitis C no aguda según lugar de origen. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2025.



Un 2,3% precisó hospitalización motivada por la enfermedad o sus complicaciones, y no se produjo ningún fallecimiento. El genotipo de VHC fue identificado en el 43,6% de casos, predominando el 1b (12,8%) y el 1a (12,4%). En relación con los antecedentes personales, se conoce la orientación sexual en el 30,08% de los casos, de los cuales, el 55,0% eran HSH. En la mayoría de los casos, el 81,2%, se desconocen los datos de exposición, aunque se ha identificado uso de drogas inyectadas en el 10,5%. El 16,2% de casos presentaba diagnóstico de VIH. Del total de los diagnósticos de hepatitis C no aguda, 9 fueron reinfecciones. Todas se identificaron en hombres. No se notificó ningún brote.

El distrito con mayor incidencia fue Madrid-Centro (16,57 casos por 100.000 habitantes), seguido de Madrid- Usera (7,27 casos por 100.000 habitantes) y Madrid-Hortaleza-Barajas (7,05 casos por 100.000 habitantes) (Mapa 6.4.2.b).

Mapa 6.4.2.b. Tasas de incidencia acumulada de hepatitis C no aguda por 100.000 habitantes, por distrito de residencia. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2025.

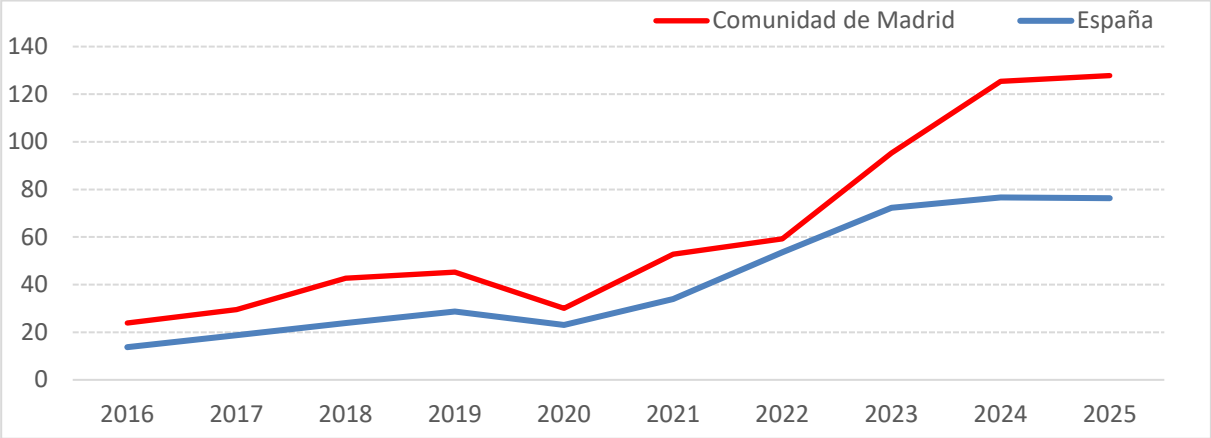


Distrito Salud Pública	Tasa
0710 - Madrid-Centro	16,57
1150 - Madrid-Usera	7,27
0430 - Madrid-Hortaleza-Barajas	7,05
0420 - Madrid-San Blas-Canillejas	6,79
0141 - Madrid-Puente de Vallecas	6,63
0410 - Madrid-Ciudad Lineal	6,24
1130 - Madrid-Villaverde	5,87
0142 - Madrid-Villa de Vallecas	5,60
1110 - Aranjuez-Valdemoro	4,58
0220 - Madrid-Salamanca	4,49
0120 - Madrid-Moratalaz-Vicálvaro	4,23
0810 - Móstoles	3,96
0130 - Madrid-Retiro	3,62
0540 - Madrid-Fuencarral-El Pardo	3,53
0730 - Madrid-Latina	3,51
0530 - Madrid-Tetuán	3,49
0620 - Collado Villalba	3,49
0320 - Torrejón de Ardoz	3,47
0830 - Navalcarnero	3,12
1140 - Madrid-Carabanchel	2,96
0720 - Madrid-Chamberí	2,89
1120 - Madrid-Arganzuela	2,55
0920 - Fuenlabrada	2,31
0110 - Arganda-Rivas	2,27
0820 - Alcorcón	2,26
0910 - Leganés	2,04
0520 - Colmenar Viejo-Tres Cantos	1,88
0612 - Las Rozas-Majadahonda	1,88
0511 - Alcobendas-San Sebastián de los Reyes	1,81
1010 - Parla-Pinto	1,67
0630 - Madrid-Moncloa-Aravaca	1,63
1020 - Getafe	1,53
0310 - Alcalá de Henares	1,52
0230 - Madrid-Chamartín	1,35
0512 - Sierra Norte	0,63
0210 - Coslada	0,59
0611 - Boadilla-Pozuelo	0,00

6.4.3. Infección gonocócica

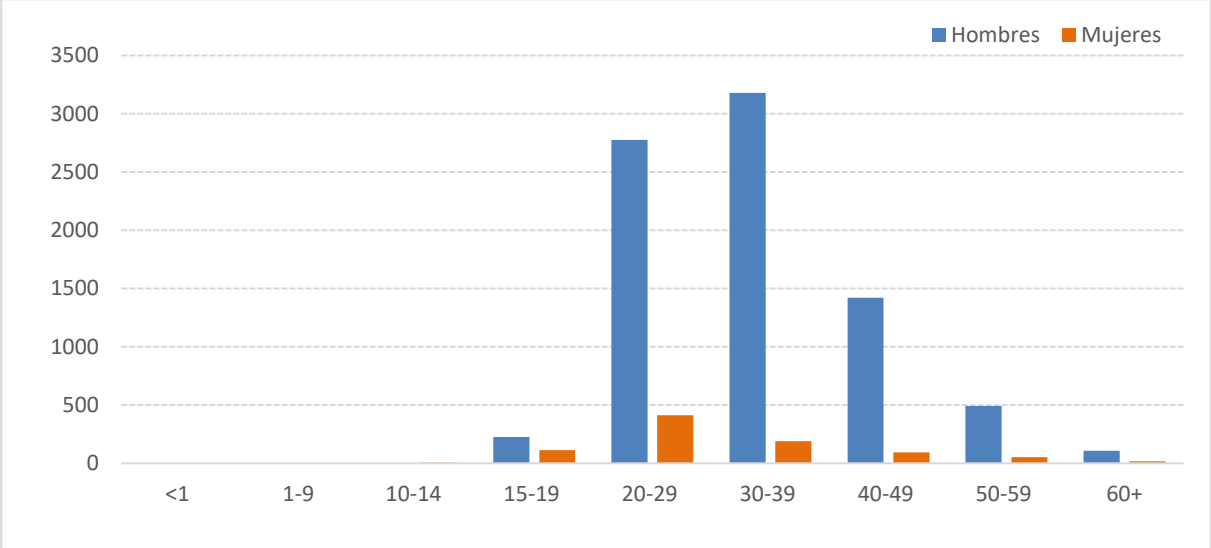
Durante el año 2025 se registraron 9.093 casos de infección gonocócica, con una tasa de incidencia de 127,8 casos por 100.000 habitantes, suponiendo un aumento del 2% respecto a 2024 (Gráfico 6.4.3.a).

Gráfico 6.4.3.a. Tasas de incidencia acumulada de infección gonocócica por 100.000 habitantes. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid y España. Años 2016-2025.



En hombres el aumento fue del 3,7%, alcanzando una tasa de 240,8 casos por 100.000 hab. En mujeres, sin embargo, se observa un descenso del 11,8%, con 23,96 casos por 100.000 habitantes. El 72,2% de los casos se concentró entre los 20 y los 39 años, alcanzando el 88,8% si el rango se amplía hasta los 49 años (Gráfico 6.4.3.b). En hombres, el grupo de edad más numeroso es el de 30 a 39 años, que concentró el 38,8% de los casos. En mujeres, sin embargo, fue el grupo de 20 a 29 años el predominante, con el 46,5% y, aunque con cifra algo menor que en años anteriores, entre los 15 y los 20 años el porcentaje alcanzó el 12,7%. En menores de un año se notificó un caso, asociado a transmisión intraparto.

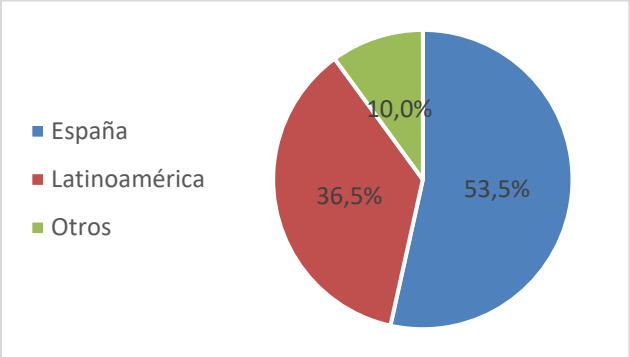
Gráfico 6.4.3.b. Número de casos de infección gonocócica por sexo y grupo de edad, en años. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2025.



La orientación sexual se identificó en el 64,9% de los casos. De estos, el 87,5% correspondió a hombres HSH y el 12,5% a relaciones heterosexuales, entre las cuales el 8,5% fueron mujeres y el 4% hombres. De los 3.611 casos en los que constaba información sobre el uso de preservativo, el 96,4% reconoció no haber hecho uso del mismo.

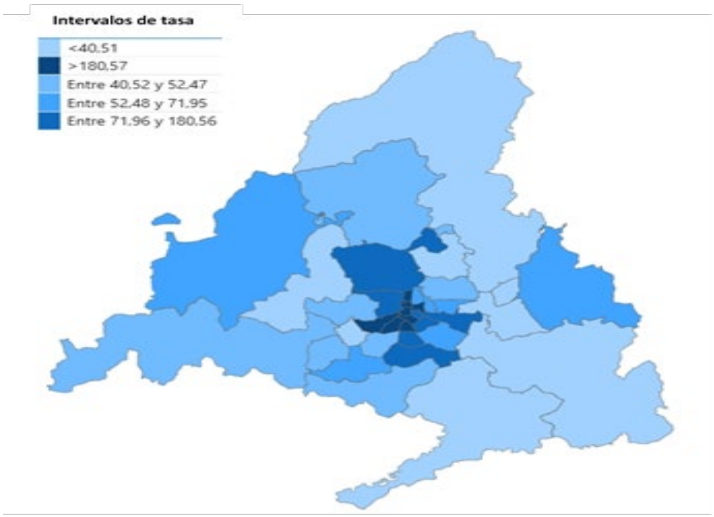
Se registró el lugar de origen en la gran mayoría de los casos, el 98,6%, contabilizándose un total de 109 países de procedencia. De estos, el 53,5% de los registros correspondió a España y el 36,5% a países de América Latina. Entre estos últimos, Venezuela, Colombia y Perú fueron los más destacados (Gráfico 6.4.3.c).

Gráfico 6.4.3.c. Distribución de infección gonocócica por lugar de origen del caso. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2025.



Los distritos que presentaron una mayor tasa de incidencia fueron Madrid-Centro, con 1.233,7 casos por 100.000 habitantes, seguido por Madrid-Chamberí, Madrid-Arganzuela y Carabanchel (Mapa 6.4.3.a).

Mapa 6.4.3.a. Tasas de incidencia acumulada de infección gonocócica por 100.0000 habitantes, por distrito de residencia. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2025.



Distrito Salud Pública	Tasa
0710 - Madrid-Centro	1.233,71
0720 - Madrid-Chamberí	382,75
1120 - Madrid-Arganzuela	379,22
1140 - Madrid-Carabanchel	236,98
0530 - Madrid-Tetuán	232,40
0730 - Madrid-Latina	219,13
1150 - Madrid-Usera	208,25
0220 - Madrid-Salamanca	181,48
0630 - Madrid-Moncloa-Aravaca	176,86
0130 - Madrid-Retiro	145,55
0141 - Madrid-Puente de Vallecas	134,95
1130 - Madrid-Villaverde	127,95
1020 - Getafe	96,61
0120 - Madrid-Moratalaz-Vicálvaro	95,62
0540 - Madrid-Fuencarral-El Pardo	72,08
0410 - Madrid-Ciudad Lineal	71,75
0420 - Madrid-San Blas-Canillejas	70,71
0310 - Alcalá de Henares	67,31
0920 - Fuenlabrada	67,13
0230 - Madrid-Chamartín	64,91
0142 - Madrid-Villa de Vallecas	62,37
0620 - Collado Villalba	54,25
0430 - Madrid-Hortaleza-Barajas	51,29
0810 - Móstoles	50,30
0611 - Boadilla-Pozuelo	47,34
1010 - Parla-Pinto	47,25
0830 - Navalcarnero	44,44
0910 - Leganés	42,87
0520 - Colmenar Viejo-Tres Cantos	41,25
1110 - Aranjuez-Valdemoro	40,32
0612 - Las Rozas-Majadahonda	39,19
0210 - Coslada	34,49
0320 - Torrejón de Ardoz	23,58
0110 - Arganda-Rivas	22,68
0511 - Alcobendas-San Sebastián de los Reyes	22,67
0512 - Sierra Norte	17,69
0820 - Alcorcón	16,40

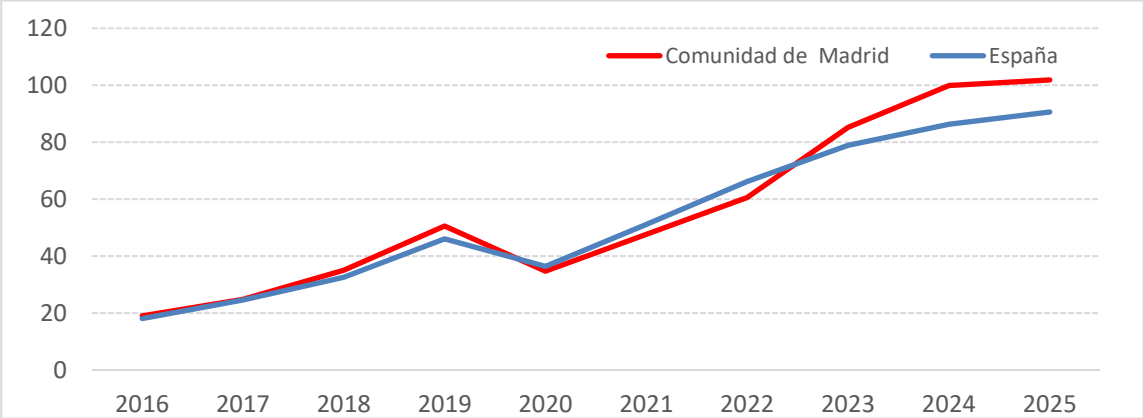
En el 42,7% de los registros se constató presentación clínica. En hombres, el cuadro clínico más frecuente fue uretritis (73,7%), seguida en frecuencia por proctitis (20%) y faringitis (5%). En mujeres la más frecuente fue cervicitis (57,0%), seguida de la enfermedad inflamatoria pélvica (21,1%). Un total de 78 casos precisaron hospitalización, correspondiendo 59 de ellos a mujeres. En estas, el diagnóstico más frecuente fue el de enfermedad inflamatoria pélvica, con 45 casos. En hombres, el diagnóstico más frecuente asociado a hospitalización fue la proctitis, con 7 casos.

Un 20,7% de los casos presentaba coinfección con otra ITS. En la mayoría, el 16,3%, se identificó *Chlamydia trachomatis*, y sífilis en el 4,4%. Además, un 9,9% tenía diagnóstico de VIH.

6.4.4. Infección por *Chlamydia trachomatis*

En 2025 se registraron 7.246 casos de infección por *Chlamydia trachomatis* (excluyendo el linfogranuloma venéreo), lo que representó un incremento de 244 casos respecto al año anterior y una moderación de la tendencia ascendente observada en años previos. Esta cifra supuso un aumento del 1,96% en la tasa de incidencia respecto a 2024, con 101,9 casos por 100.000 habitantes (Gráfico 6.4.4.a).

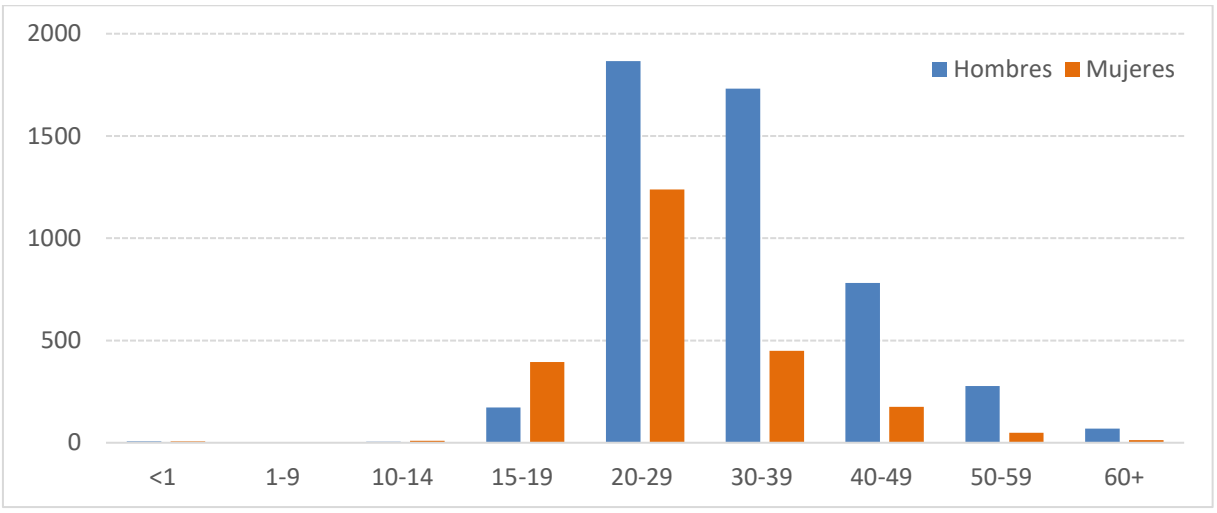
Gráfico 6.4.4.a. Tasas de incidencia acumulada de infección por *Chlamydia trachomatis* por 100.000 habitantes. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid y España. Años 2016-2025.



De los casos notificados, el 67,8% se presentó en hombres (n=4.912), 1,8 puntos porcentuales más que el año anterior, y el 32,2% en mujeres (n=2.334). La mediana de edad al diagnóstico fue de 29 años y la media de 30,9 años, manteniéndose la diferencia entre sexos observada en años previos: 32,9 años en hombres y 26,7 años en mujeres. El rango de edad osciló entre los 0 y los 75 años.

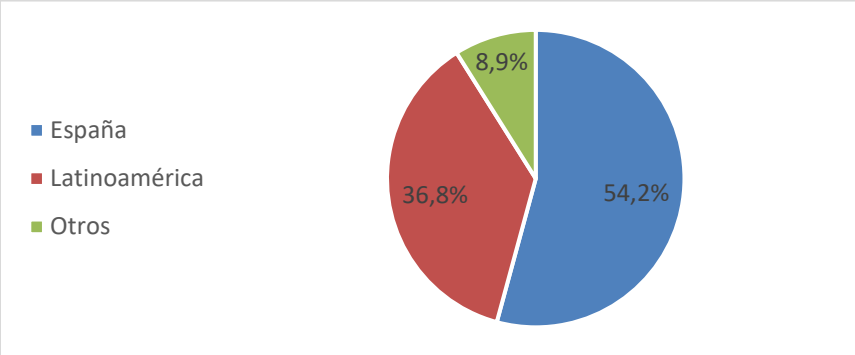
Por grupos de edad, el mayor porcentaje de casos se observó entre los 20 y los 39 años, correspondiendo al 73,2% de los casos en hombres y al 72,3% en mujeres. El grupo de 15 a 19 años concentró el 16,9% de los diagnósticos femeninos, un porcentaje ligeramente superior al del año anterior (16,2%). Se registraron 14 casos en menores de un año, con exudado conjuntival positivo en 11 de ellos, exudado faríngeo positivo en dos y ambos positivos en un caso. El mecanismo de contagio fue la transmisión intraparto (Gráfico 6.4.4.b).

Gráfico 6.4.4.b. Número de casos de infección por *Chlamydia trachomatis* por sexo y grupo de edad, en años. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2025.



En el 98,3% de los casos se conocía el país de origen. Del total de las 90 nacionalidades contabilizadas, las más frecuentes corresponden a España, el 54,2%, y a países latinoamericanos, el 36,9%. Entre estos últimos, los más frecuentes fueron Venezuela con 609 casos, Colombia con 520 y Perú con 337 (Gráfico 6.4.4.c).

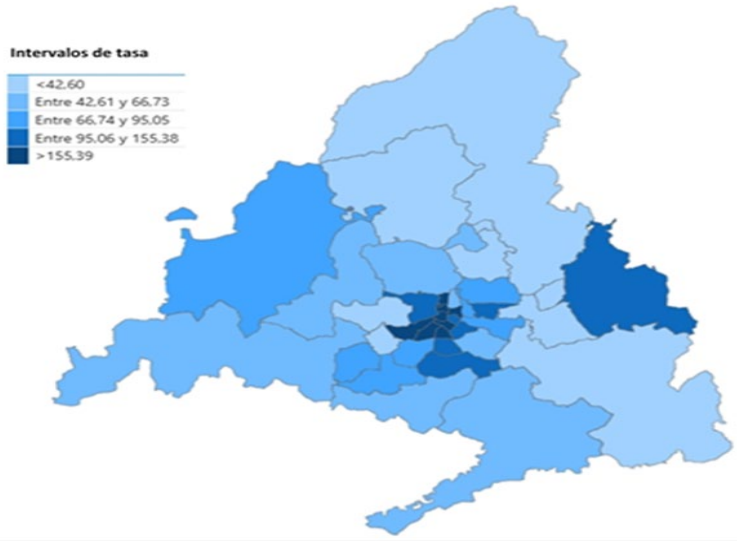
Gráfico 6.4.4.c. Distribución de los casos de infección por *Chlamydia trachomatis* por país de origen. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2025.



El 1,2% de los casos requirió ingreso hospitalario (n=85). Se confirmaron microbiológicamente todos los casos mediante PCR. La muestra más frecuente en hombres fue el exudado rectal (40%) y en mujeres el exudado endocervical (68,3%).

Los distritos que presentaron una mayor incidencia acumulada fueron Madrid-Centro (621,2 casos por 100.000 habitantes), Madrid-Chamberí (228,2 casos por 100.000 habitantes) y Madrid-Arganzuela (197,9 casos por 100.000 habitantes) (Mapa 6.4.4.a).

Mapa 6.4.4.a. Tasas de incidencia acumulada de infección por *Chlamydia trachomatis* por 100.000 habitantes, por distrito de residencia. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2025.

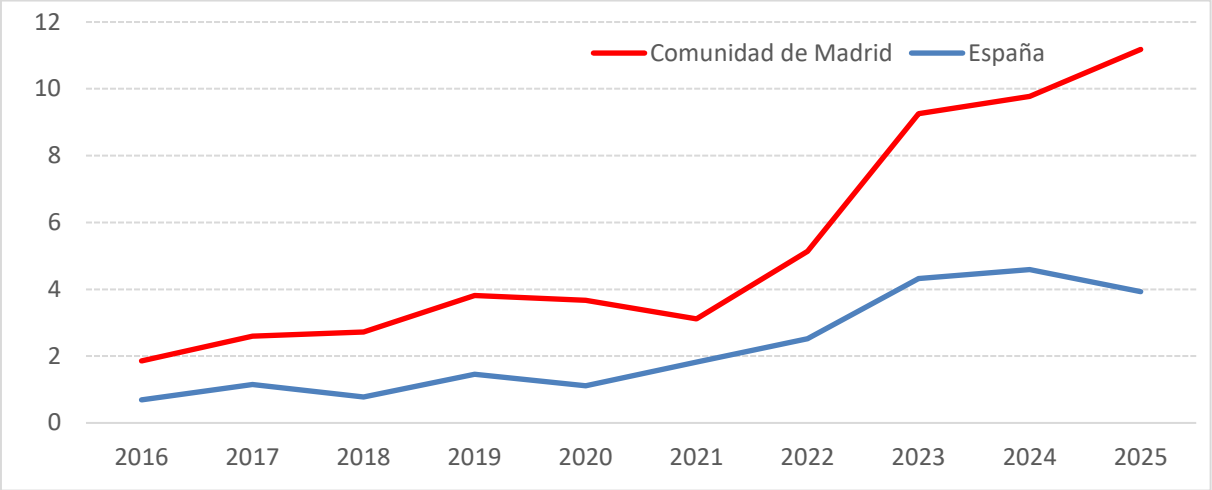


Distrito Salud Pública	Tasa
0710 - Madrid-Centro	621,18
0720 - Madrid-Chamberí	228,21
1120 - Madrid-Arganzuela	197,88
1140 - Madrid-Carabanchel	192,61
0730 - Madrid-Latina	180,53
0530 - Madrid-Tetuán	173,14
0220 - Madrid-Salamanca	161,60
1150 - Madrid-Usera	157,34
0630 - Madrid-Moncloa-Aravaca	147,52
1130 - Madrid-Villaverde	133,23
0420 - Madrid-San Blas-Canillejas	122,19
0130 - Madrid-Retiro	104,87
0310 - Alcalá de Henares	103,81
0141 - Madrid-Puente de Vallecas	103,74
1020 - Getafe	96,61
0410 - Madrid-Ciudad Lineal	92,70
0920 - Fuenlabrada	83,33
0910 - Leganés	78,59
0120 - Madrid-Moratalaz-Vicálvaro	75,02
0430 - Madrid-Hortaleza-Barajas	73,61
0620 - Collado Villalba	67,81
0810 - Móstoles	66,94
0540 - Madrid-Fuencarral-El Pardo	66,59
0230 - Madrid-Chamartín	64,91
1010 - Parla-Pinto	58,96
0142 - Madrid-Villa de Vallecas	58,37
1110 - Aranjuez-Valdemoro	57,73
0830 - Navalcarnero	53,02
0612 - Las Rozas-Majadahonda	50,50
0520 - Colmenar Viejo-Tres Cantos	40,63
0210 - Coslada	29,73
0611 - Boadilla-Pozuelo	27,14
0512 - Sierra Norte	24,64
0110 - Arganda-Rivas	23,13
0511 - Alcobendas-San Sebastián de los Reyes	19,95
0820 - Alcorcón	14,14
0320 - Torrejón de Ardoz	13,87

6.4.5. Linfogranuloma venéreo

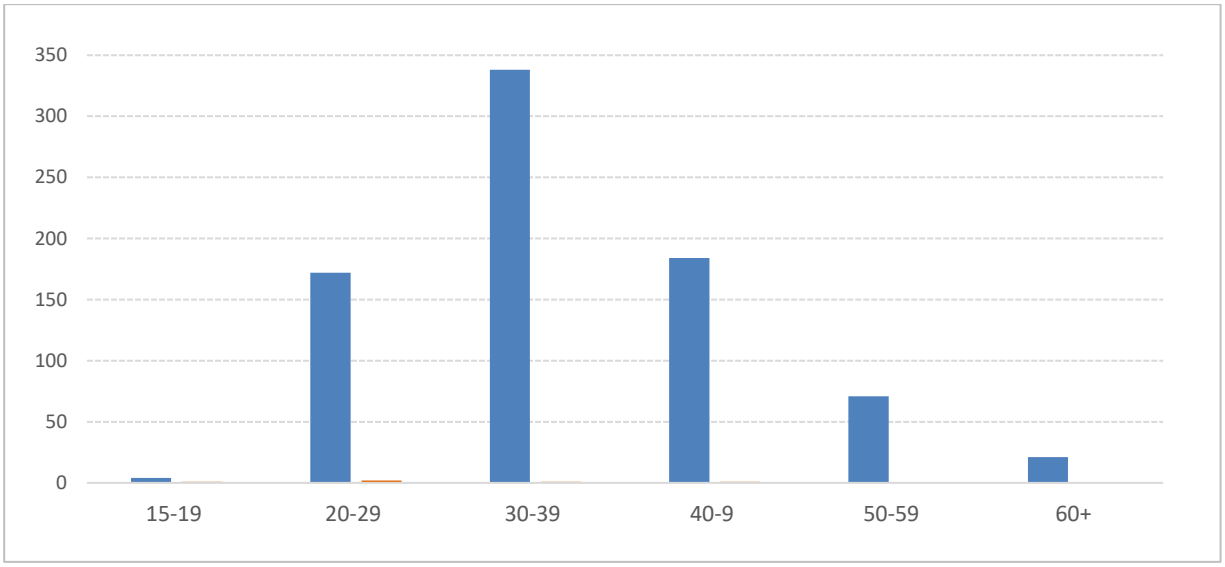
En 2025 se notificaron 795 casos de linfogranuloma venéreo (LGV). La tasa de incidencia acumulada fue de 11,2 casos por 100.000 habitantes, lo que supuso un incremento de 14,4% respecto al año anterior (Gráfico 6.4.5.a).

Gráfico 6.4.5.a. Tasas de incidencia acumulada de linfogranuloma venéreo por 100.000 habitantes. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid y España. Años 2016 a 2025.



Se dio casi exclusivamente en hombres, que representaron el 99,4% del total de casos (n=790). La edad media fue 37,1 años, la mediana 35 años y el rango de edad osciló entre los 15 y 81 años. Entre las mujeres (n=5) la edad media fue 29,6 años, la mediana de 28 y el rango de 16 a 44 años. El 87,8% de los casos se concentró entre los 20 y 49 años (Gráfico 6.4.5.b).

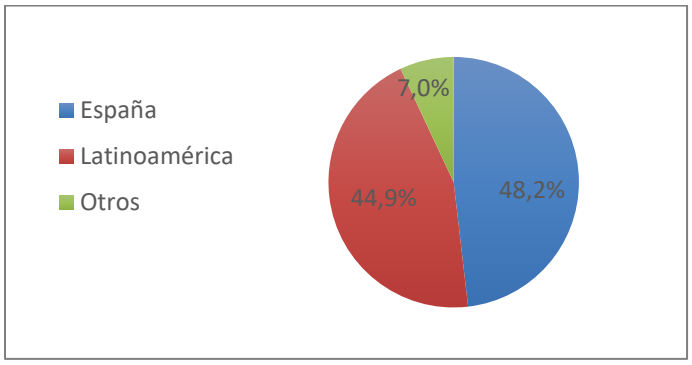
Gráfico 6.4.5.b. Distribución de casos de linfogranuloma venéreo por sexo y grupos de edad, en años. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2025.



Se recogió información sobre la orientación sexual en el 86% de los casos, de los cuales, el 96,2% correspondía a HSH. El resto se identificó con relaciones heterosexuales, que representaron el 0,7% en mujeres y el 3,1% en hombres. Asimismo, se recogieron datos sobre el uso del preservativo en el 39,5% de los registros. De estos, únicamente el 1,9% refirió haber utilizado un método de barrera o preservativo en su última relación sexual.

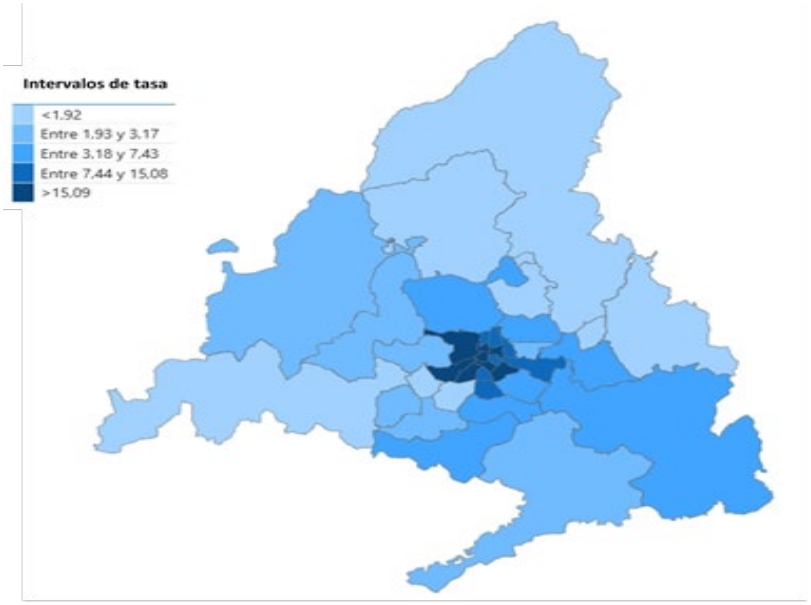
El 48,2% de los casos había nacido en España. El resto procedía de otros 40 países diferentes, entre los que estaban mayoritariamente representados los latinoamericanos (44,9%). De estos, Venezuela (35,9% casos), Colombia (19,8%) y Perú (10,7%) son los que suman más casos (Gráfico 6.4.5.c).

Gráfico 6.4.5.c. Distribución de casos de linfogranuloma venéreo por país de origen. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2025.



Según el distrito de residencia de los casos, Madrid-Centro presentó una tasa de incidencia acumulada de 155,7 casos por 100.000 habitantes, seguido de Madrid-Chamberí (38,3 casos por 100.000 habitantes) y Madrid-Arganzuela (35,0 casos por 100.000 habitantes) (Mapa 6.4.5.a).

Mapa 6.4.5.a. Tasas de incidencia acumulada de linfogranuloma venéreo por 100.000, por distrito de residencia. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2025.



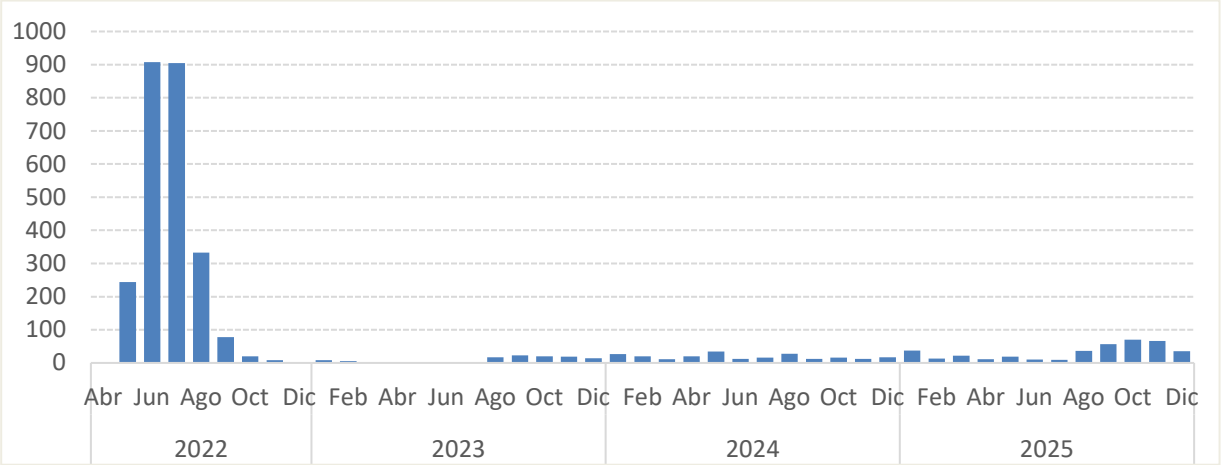
Distrito Salud Pública	Tasa
0710 - Madrid-Centro	155,66
0720 - Madrid-Chamberí	38,28
1120 - Madrid-Arganzuela	34,99
0220 - Madrid-Salamanca	28,86
0730 - Madrid-Latina	25,34
1140 - Madrid-Carabanchel	18,85
0630 - Madrid-Moncloa-Aravaca	16,30
0141 - Madrid-Puente de Vallecas	15,21
1150 - Madrid-Usera	14,54
0130 - Madrid-Retiro	12,66
0410 - Madrid-Ciudad Lineal	11,59
1130 - Madrid-Villaverde	10,56
0530 - Madrid-Tetuán	9,88
0120 - Madrid-Moratalaz-Vicálvaro	9,51
0230 - Madrid-Chamartín	8,11
0142 - Madrid-Villa de Vallecas	6,40
1020 - Getafe	5,62
0430 - Madrid-Hortaleza-Barajas	5,09
0540 - Madrid-Fuencarral-El Pardo	5,09
1010 - Parla-Pinto	4,18
0210 - Coslada	4,16
0110 - Arganda-Rivas	3,18
0611 - Boadilla-Pozuelo	3,16
0420 - Madrid-San Blas-Canillejas	2,83
0612 - Las Rozas-Majadahonda	2,64
0620 - Collado Villalba	2,32
0920 - Fuenlabrada	2,31
1110 - Aranjuez-Valdemoro	2,29
0810 - Móstoles	1,98
0310 - Alcalá de Henares	1,90
0830 - Navalcarnero	1,56
0910 - Leganés	1,53
0320 - Torrejón de Ardoz	1,39
0512 - Sierra Norte	1,26
0511 - Alcobendas-San Sebastián de los Reyes	0,91
0520 - Colmenar Viejo-Tres Cantos	0,63
0820 - Alcorcón	0,00

El 1,0% de los casos requirió ingreso hospitalario (n=8), de los cuales 7 fueron hombres. Se confirmaron microbiológicamente todos los casos mediante PCR. La muestra más frecuente en hombres fue el exudado rectal (77,3%) y en mujeres el exudado endocervical (60%). Se recogió información clínica en el 63,9% de los casos. La manifestación más frecuente fue la proctitis, presente en el 71,5% de los casos, seguida de la úlcera genital con el 15,9%. No se registró ningún fallecimiento. En el 41,8% de los casos se diagnosticó otra infección de transmisión sexual concomitante al LGV. El 28,8% de los pacientes tenía diagnóstico de infección por VIH.

6.4.6. Mpox

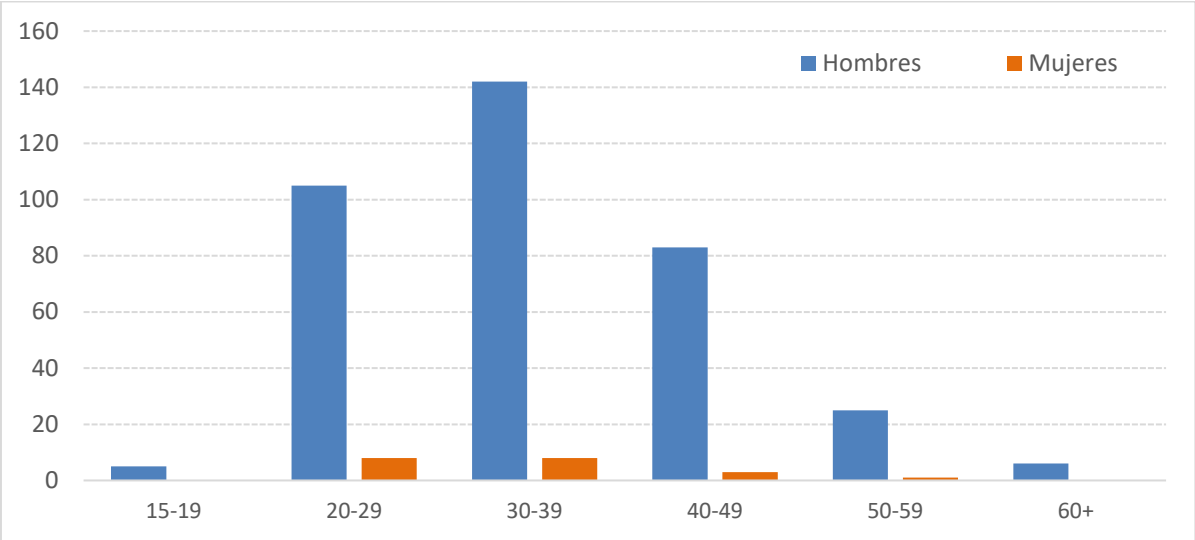
El 17 de mayo de 2022 se declaró un brote internacional de mpox, alcanzando en la Comunidad de Madrid el máximo de casos entre mayo y agosto de ese mismo año. Desde agosto de 2023 las notificaciones de casos se han estabilizado. En 2025 se notificaron 393 casos de mpox, siendo 386 confirmados, 5 probables y dos sospechosos. Estos datos suponen una tasa en la población general de 5,52 casos por 100.000 habitantes (Gráfico 6.4.6.a).

Gráfico 6.4.6.a. Casos de mpox por mes y año. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Años 2022-2025.



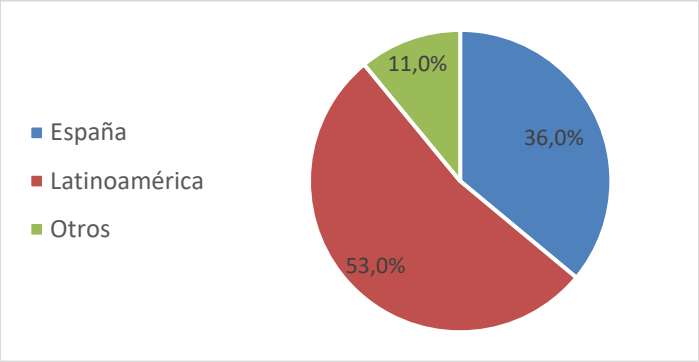
El 94,8% de los casos de 2025 se dieron en hombres. Aunque en 2024 el porcentaje de mujeres fue inferior al 1%, en 2025 alcanzó el 5,2% del total (n=20). La media de edad global fue de 35,7 años, la mediana de 34 años y el rango de edades abarcó de los 16 a los 68 años. En mujeres, la mediana de edad fue de 32 años. Por grupo etario, el mayoritario en hombres fue el de 30 a 39 años, con 142 casos (38,2%), y en mujeres el de 20 a 29 años y de 30 a 39, con 8 casos cada uno (Gráfico 6.4.6.b). Entre los 16 y los 19 años se diagnosticaron 5 casos, todos hombres sexualmente activos.

Gráfico 6.4.6.b. Distribución de casos de mpox confirmados por sexo y grupo de edad, en años. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2025.



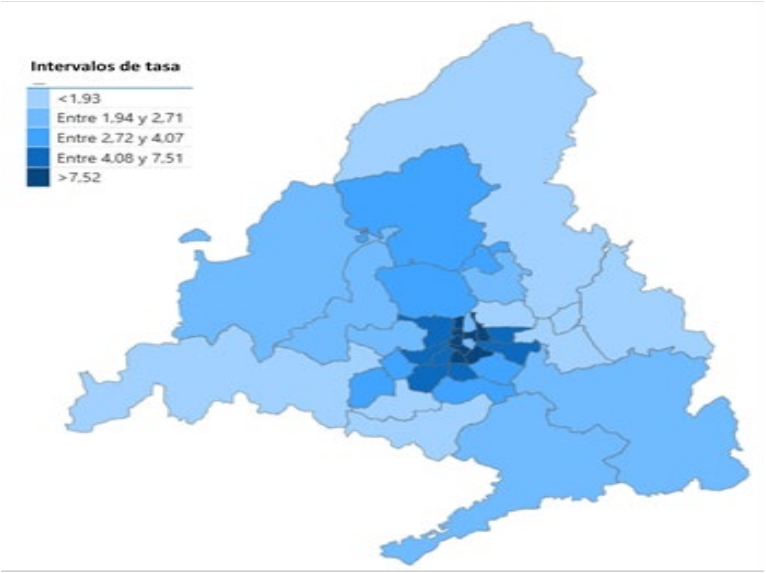
Los datos sobre el país de origen se recogieron en la amplia mayoría de los casos (el 97,5%), siendo el 36,0% de origen español y más de la mitad, el 53,0%, de origen latinoamericano, principalmente de Venezuela (65 casos), Colombia (55 casos) y Perú (20 casos) (Gráfico 6.4.6.c).

Gráfico 6.4.6.c. Distribución de casos de mpox por país de origen. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2025.



Se cumplimentó el lugar de residencia en el 82,4% de los casos. Por distritos, las mayores tasas de incidencia acumulada se concentraron en Madrid-Centro con 41,8 casos por 100.000 habitantes, Madrid-Chamberí con 13,7 y Madrid-Arganzuela con 13,4 casos por 100. 000 habitantes (Mapa 6.4.6.a).

Mapa 6.4.6.a. Tasas de incidencia acumulada de mpox por 100.000 habitantes, por distrito de residencia. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2025.



Distrito Salud Pública	Tasa
0710 - Madrid-Centro	41,80
0720 - Madrid-Chamberí	13,72
1120 - Madrid-Arganzuela	13,36
0220 - Madrid-Salamanca	12,83
1150 - Madrid-Usera	11,90
0141 - Madrid-Puente de Vallecas	9,75
0410 - Madrid-Ciudad Lineal	8,47
0530 - Madrid-Tetuán	7,55
0630 - Madrid-Moncloa-Aravaca	7,34
0730 - Madrid-Latina	7,02
1140 - Madrid-Carabanchel	6,65
0910 - Leganés	5,10
0420 - Madrid-San Blas-Canillejas	5,09
0120 - Madrid-Moratalaz-Vicálvaro	4,75
1130 - Madrid-Villaverde	4,11
0142 - Madrid-Villa de Vallecas	4,00
0810 - Móstoles	3,96
0540 - Madrid-Fuencarral-El Pardo	3,92
0520 - Colmenar Viejo-Tres Cantos	3,75
1020 - Getafe	3,58
0820 - Alcorcón	3,39
0130 - Madrid-Retiro	2,71
0620 - Collado Villalba	2,71
0230 - Madrid-Chamartín	2,70
0612 - Las Rozas-Majadahonda	2,64
0611 - Boadilla-Pozuelo	2,52
1110 - Aranjuez-Valdemoro	2,29
0110 - Arganda-Rivas	2,27
0511 - Alcobendas-San Sebastián de los Reyes	2,27
0920 - Fuenlabrada	1,85
0830 - Navalcarnero	1,56
0310 - Alcalá de Henares	1,52
0320 - Torrejón de Ardoz	1,39
1010 - Parla-Pinto	1,25
0430 - Madrid-Hortaleza-Barajas	1,17
0210 - Coslada	0,59
0512 - Sierra Norte	0,00

En relación con los antecedentes personales, 133 casos (34,5%) tenían diagnóstico de VIH y 103 (26,7%) referían estar tomando profilaxis preexposición para VIH (PrEP) o tener prescrita la profilaxis en los tres meses anteriores al diagnóstico de mpox. Respecto a la vacunación de la viruela, 46 casos (11,7%) habían recibido la pauta completa de dos dosis en la campaña iniciada en 2022 y otros 26 (6,6%) tenían la pauta incompleta, solo con una dosis. En tres de estos, el tiempo entre la vacunación y el inicio de síntomas fue de menos de 28 días por lo que la vacuna no llegó proporcionar inmunoprotección adecuada.

Entre los casos en hombres en los que se pudo recoger información sobre su historia sexual reciente, el 88,3% eran HSH (n=310) y un 11,7% (n=41) fueron hombres con relaciones heterosexuales, aumentando esta cifra respecto a los tres identificados en 2024. Entre las mujeres, se obtuvo esta información en 17 casos, todas ellas con relaciones heterosexuales.

La investigación de los casos facilitó la identificación de 286 contactos estrechos, fundamentalmente de familiares o convivientes sin vínculo sexual (39,9% de los contactos), vacunándose como contactos postexposición el 66,4% de los identificados.

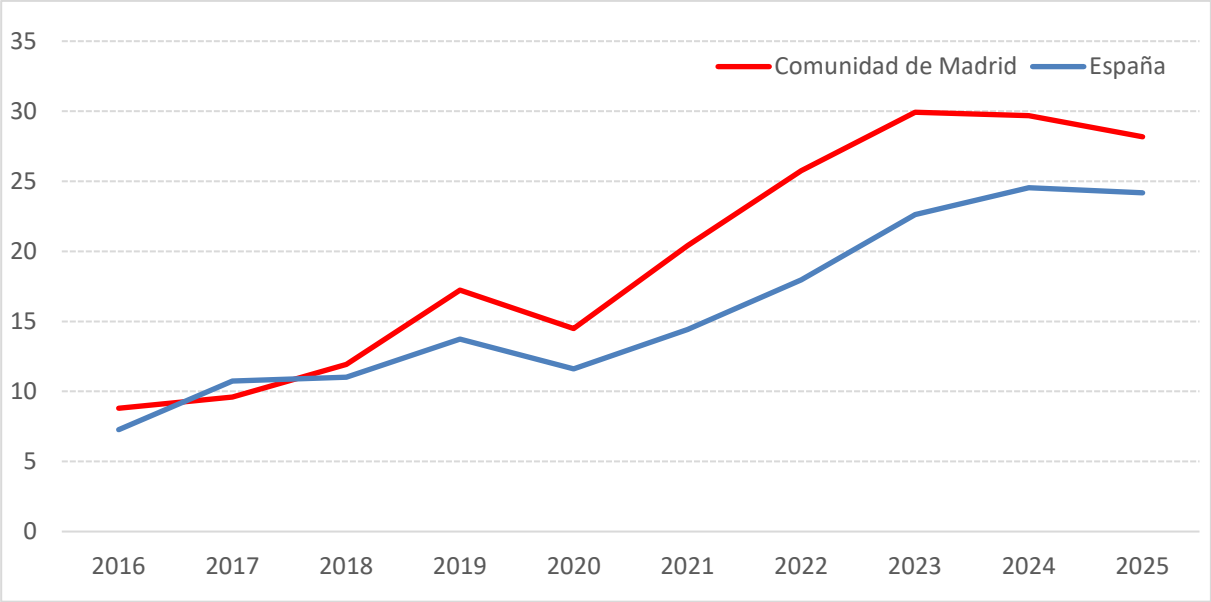
Aunque el brote internacional iniciado en 2022 fue causado por el virus mpox clado II, en agosto de 2024 se detecta un aumento de casos producidos por mpox clado I en la República Democrática del Congo. Esta

circunstancia fue declarada por la OMS como una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional. Debido al riesgo de diseminación internacional, se implementaron nuevas actividades de vigilancia ampliando la tipificación del clado de todas las muestras confirmatorias de mpox. En septiembre de 2025 se identificó el primer caso mpox clado Ib en la Comunidad de Madrid y hasta final de año se contabilizaron un total de 13 casos producidos por el clado I. Del resto de casos confirmados, 358 fueron causados por el clado II y en los 15 restantes no se pudo tipar la muestra.

6.4.7. Sífilis

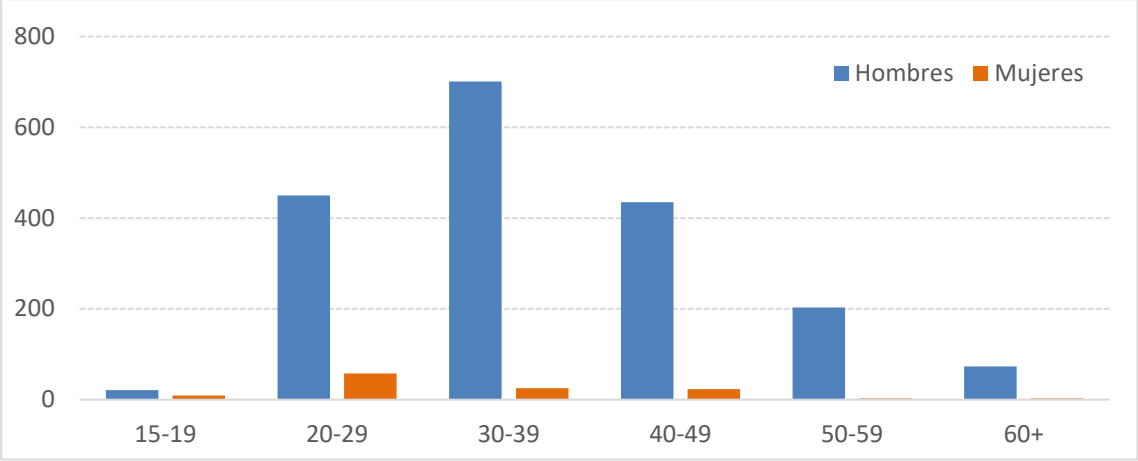
En el año 2025 se registraron en la Comunidad de Madrid 2.004 casos de sífilis (de tipo primaria, secundaria y latente precoz), 77 casos menos que en 2024. La tasa de incidencia acumulada fue de 28,2 casos por 100.000 habitantes, cifra ligeramente inferior a la alcanzada en los dos años previos (Gráfico 6.4.7.a).

Gráfico 6.4.7.a. Tasas de incidencia acumulada de sífilis por 100.000 habitantes. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid y España. Años 2016-2025.



El 94,0% de los casos fueron hombres. La media de edad global fue 37,2 años y la mediana de 35, con un rango de 15 a 83 años. Los hombres presentaron una mediana de edad de 36 años, con edades comprendidas entre los 15 y los 83 años. El grupo de edad más frecuente entre ellos fue de 30 a 39 años con 701 casos (37,2%). La mediana de edad en mujeres fue de 28 años, y el rango se situó entre los 15 y 77 años. En estas, el grupo de edad predominante fue de 20 a 29 años, con 58 casos (47,9%). No se registraron casos en menores de 15 años (Gráfico 6.4.7.b).

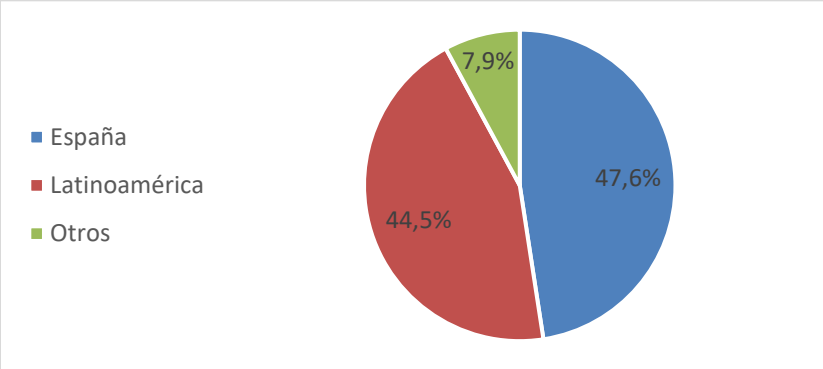
Gráfico 6.4.7.b. Distribución de casos de sífilis por sexo y grupo de edad, en años. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2025.



La información sobre la orientación sexual se recogió en el 68,2% de los casos en hombres y en el 67,8% en mujeres. Entre los primeros, la gran mayoría (97,1%) correspondió a HSH y, entre las mujeres, la práctica totalidad a relaciones heterosexuales (97,6%).

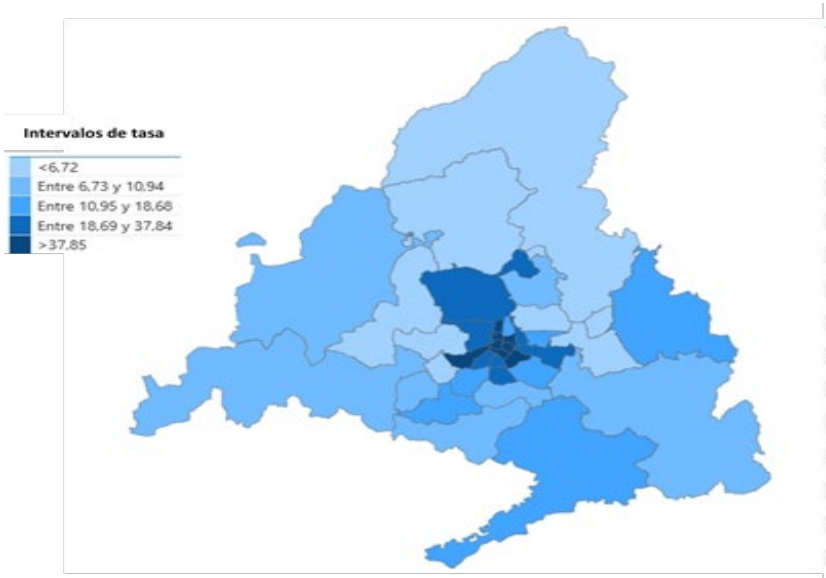
Se dispuso de información sobre el país de origen en el 97,5% de los casos, de los cuales, el 47,6% fueron personas nacidas en España. El resto procedían de 62 países diferentes, siendo el 44,5% de Latinoamérica (Gráfico 6.4.7.c). Entre estos, Venezuela, Colombia y Perú fueron los tres países con mayor número de casos en el 2025 (247, 188 y 97 casos respectivamente).

Gráfico 6.4.7.c. Distribución de casos de sífilis por país de origen. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2025.



Según el distrito de residencia de los casos, las mayores tasas de incidencia acumulada se dieron en Madrid-Centro (356,0 casos por 100.000 habitantes), Madrid-Chamberí (86,7 casos por 100.000 habitantes) y Madrid-Arganzuela (77,0 casos por 100.000 habitantes) (Mapa 6.4.7.a).

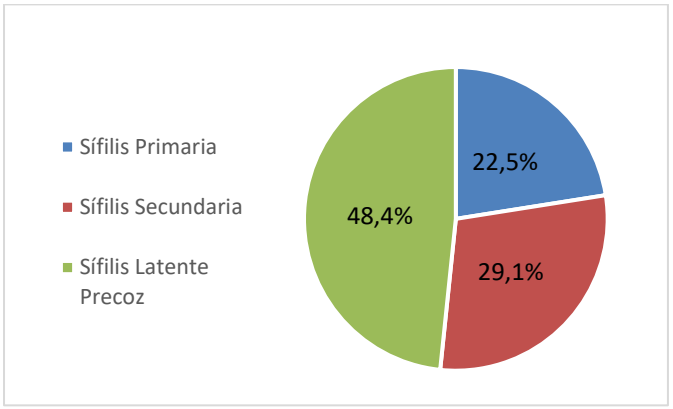
Mapa 6.4.7.a. Tasas de incidencia acumulada de sífilis por 100.000 habitantes, por distrito de residencia. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2025.



Distrito Salud Pública	Tasa
0710 - Madrid-Centro	355,99
0720 - Madrid-Chamberí	86,66
1120 - Madrid-Arganzuela	76,99
0530 - Madrid-Tetuán	59,84
0730 - Madrid-Latina	56,93
0220 - Madrid-Salamanca	55,79
0130 - Madrid-Retiro	38,87
0141 - Madrid-Puente de Vallecas	38,61
1140 - Madrid-Carabanchel	34,75
0630 - Madrid-Moncloa-Aravaca	31,79
1150 - Madrid-Usera	29,75
0120 - Madrid-Moratalaz-Vicálvaro	26,94
0410 - Madrid-Ciudad Lineal	20,05
0540 - Madrid-Fuencarral-El Pardo	19,19
1130 - Madrid-Villaverde	18,78
0920 - Fuenlabrada	18,52
0230 - Madrid-Chamartín	16,23
0910 - Leganés	15,31
0420 - Madrid-San Blas-Canillejas	15,27
0142 - Madrid-Villa de Vallecas	15,19
1110 - Aranjuez-Valdemoro	15,12
0310 - Alcalá de Henares	13,31
0830 - Navalcarnero	9,36
0810 - Móstoles	9,11
1020 - Getafe	8,69
0511 - Alcobendas-San Sebastián de los Reyes	8,61
0110 - Arganda-Rivas	8,16
1010 - Parla-Pinto	7,53
0620 - Collado Villalba	6,97
0430 - Madrid-Hortaleza-Barajas	6,66
0520 - Colmenar Viejo-Tres Cantos	6,25
0820 - Alcorcón	5,66
0320 - Torrejón de Ardoz	5,55
0210 - Coslada	5,35
0512 - Sierra Norte	5,05
0612 - Las Rozas-Majadahonda	4,90
0611 - Boadilla-Pozuelo	3,79

En cuanto al estadio de la enfermedad al diagnóstico, el más frecuente fue sífilis latente precoz (48,4%), seguida de sífilis secundaria (29,1%) (Gráfico 6.4.7.d).

Gráfico 6.4.7.d. Distribución de los casos de sífilis por categoría diagnóstica. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2025.

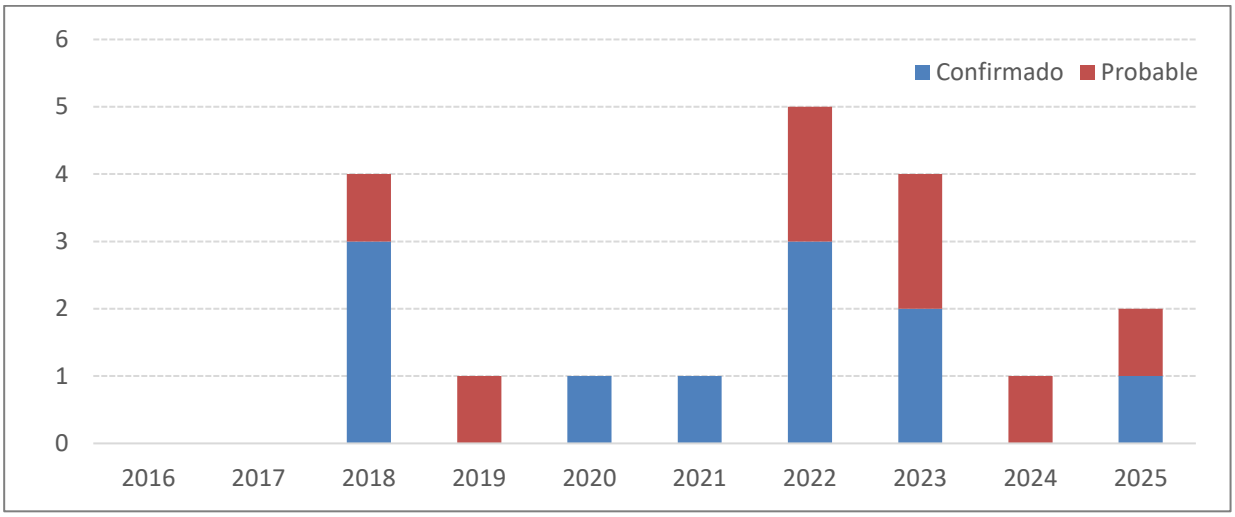


En 20 casos (1,0%) se produjo un episodio de hospitalización relacionado con la sífilis, no registrándose ningún fallecimiento.

6.4.8. Sífilis congénita

En el año 2025 se registraron dos casos de sífilis congénita, uno clasificado como confirmado y otro como probable. Ambos presentaron manifestaciones clínicas ya desde el momento del nacimiento. Esto supuso una tasa de 0,03 casos por 100.000 habitantes y 3,94 casos por 1.000 nacidos vivos (Gráfico 6.4.8.a).

Gráfico 6.4.8.a. Número de casos de sífilis congénita confirmados y probables, por año. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Años 2016-2025.

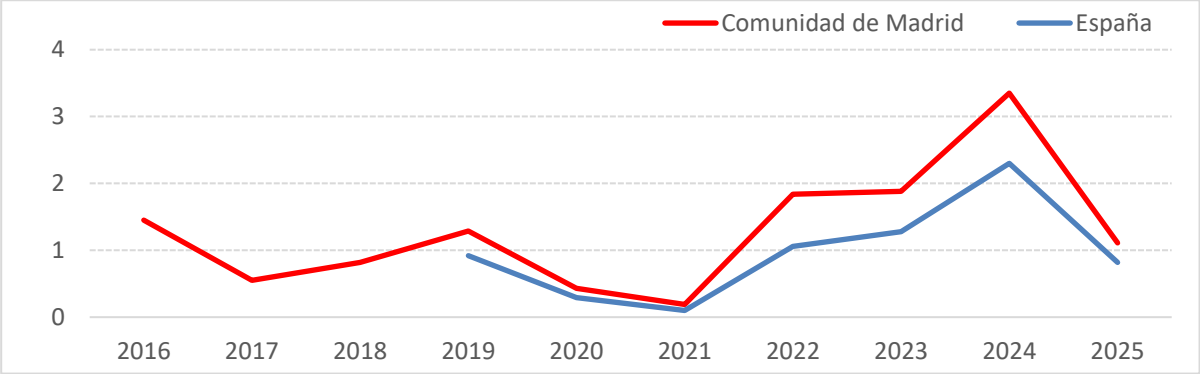


6.5. ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN VECTORIAL

6.5.1. Dengue

En el año 2025 se registraron 79 casos de dengue en la Comunidad de Madrid, con tasa de incidencia acumulada de 1,11 casos por 100.000 habitantes, lo que supone una disminución de incidencia respecto a los tres años previos (Gráfico 6.5.1.a).

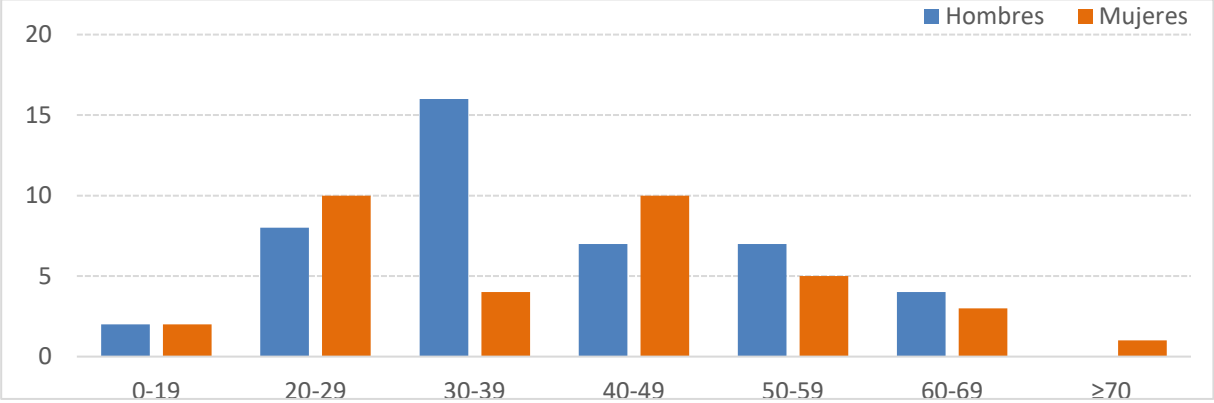
Gráfico 6.5.1.a. Tasas de incidencia acumulada de dengue por 100.000 habitantes. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid y España. Años 2016-2025.



*No se dispone información de años previos a 2019 a nivel nacional.

El 55,7% de los casos (44 de 79) eran hombres. La edad media fue de 38,9 años (desviación estándar: 14,5), con un rango comprendido entre 1 y 76 años. El grupo más frecuente fue el de hombres de 30 a 39 años, con 16 de los 79 casos (20,3%) (Gráfico 6.5.1.b).

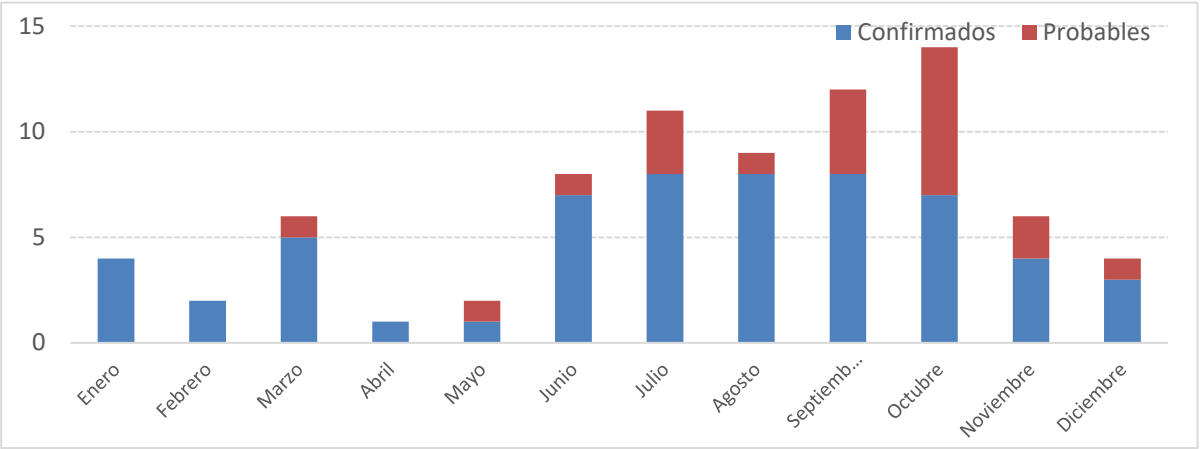
Gráfico 6.5.1.b. Número de casos de dengue por sexo y grupo de edad, en años. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2025.



El 60,8% (48 de 79) de los casos habían nacido España y el 31,6% (25) en América Latina, destacando los nacidos en Cuba (15 casos; 19%). El resto de casos nacieron en otros países de Asia (3) y África (2).

La mayor parte de los casos (54; 68,4%) inició síntomas entre junio y octubre (Gráfico 6.5.1.c).

Gráfico 6.5.1.c. Número de casos de dengue por mes de inicio de síntomas según la clasificación del caso. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2025.

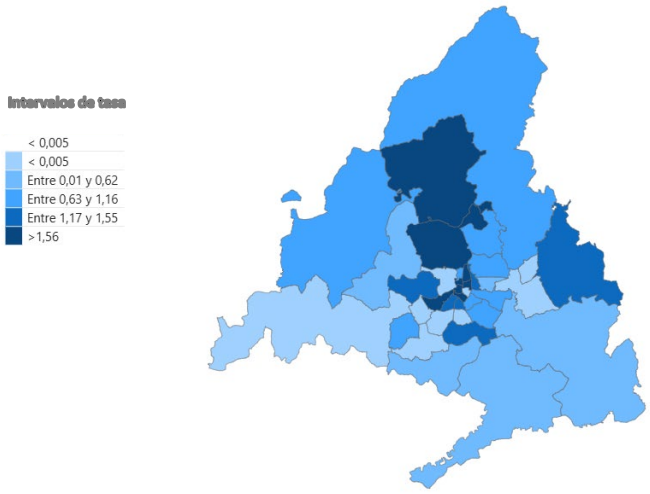


El 73,4% (58) de los casos fueron confirmados y el 26,6% (21) probables. Dos casos presentaron un dengue grave, 30 casos que requirieron hospitalización (38,0%) y no se produjo ningún fallecimiento.

Todos los casos fueron importados, con antecedente de viaje a países endémicos durante el periodo de incubación. Los casos procedían principalmente de América (35 casos; 44,3%) y Asia (33 casos; 41,8%), mientras que África representó el 15,2% de los casos (12). Entre los países de procedencia destacaron Cuba (16 casos), Maldivas (8), e Indonesia y Tailandia (7 casos cada uno). Entre los motivos del viaje destaca el turismo (45,6%) seguido de la visita a familiares (34,2%).

Los distritos con mayores tasas de residentes diagnosticados de dengue fueron Madrid-Chamberí, Madrid-Centro, Madrid-Salamanca, Madrid-Fuencarral-El Pardo y Colmenar Viejo-Tres Cantos, todos ellos con incidencias entre 3,61 y 3,13 casos por 100.000 habitantes (Mapa 6.5.1.a).

Mapa 6.5.1.a. Tasas de residentes diagnosticados de dengue por 100.000 habitantes, por distrito de residencia. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2025.

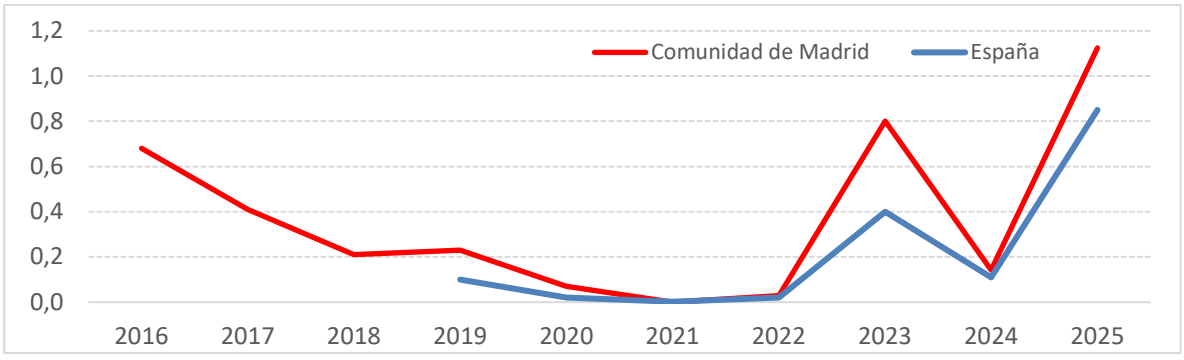


Distrito Salud Pública	Tasa
0720 - Madrid-Chamberí	3,61
0710 - Madrid-Centro	3,60
0220 - Madrid-Salamanca	3,21
0520 - Colmenar Viejo-Tres Cantos	3,13
0540 - Madrid-Fuencarral-El Pardo	3,13
0230 - Madrid-Chamartín	2,70
1120 - Madrid-Arganzuela	1,91
0730 - Madrid-Latina	1,56
1020 - Getafe	1,53
0310 - Alcalá de Henares	1,52
1140 - Madrid-Carabanchel	1,48
0410 - Madrid-Ciudad Lineal	1,34
1150 - Madrid-Usera	1,32
0611 - Boadilla-Pozuelo	1,26
0530 - Madrid-Tetuán	1,16
0620 - Collado Villalba	1,16
0120 - Madrid-Moratalaz-Vicálvaro	1,06
0511 - Alcobendas-San Sebastián de los Reyes	0,91
0142 - Madrid-Villa de Vallecas	0,80
0810 - Móstoles	0,79
0141 - Madrid-Puente de Vallecas	0,78
0430 - Madrid-Hortaleza-Barajas	0,78
0512 - Sierra Norte	0,63
0420 - Madrid-San Blas-Canillejas	0,57
1110 - Aranjuez-Valdemoro	0,46
0110 - Arganda-Rivas	0,45
1010 - Parla-Pinto	0,42
0612 - Las Rozas-Majadahonda	0,38
0130 - Madrid-Retiro	0,00
0210 - Coslada	0,00
0320 - Torrejón de Ardoz	0,00
0630 - Madrid-Moncloa-Aravaca	0,00
0820 - Alcorcón	0,00
0830 - Navalcarnero	0,00
0910 - Leganés	0,00
0920 - Fuenlabrada	0,00
1130 - Madrid-Villaverde	0,00
Total	1,11

6.5.2. Enfermedad por virus Chikungunya

En el año 2025 se registraron 80 casos de enfermedad por virus Chikungunya en la Comunidad de Madrid, con una tasa de incidencia de 1,12 casos por 100.000 habitantes (Gráfico 6.5.2.a).

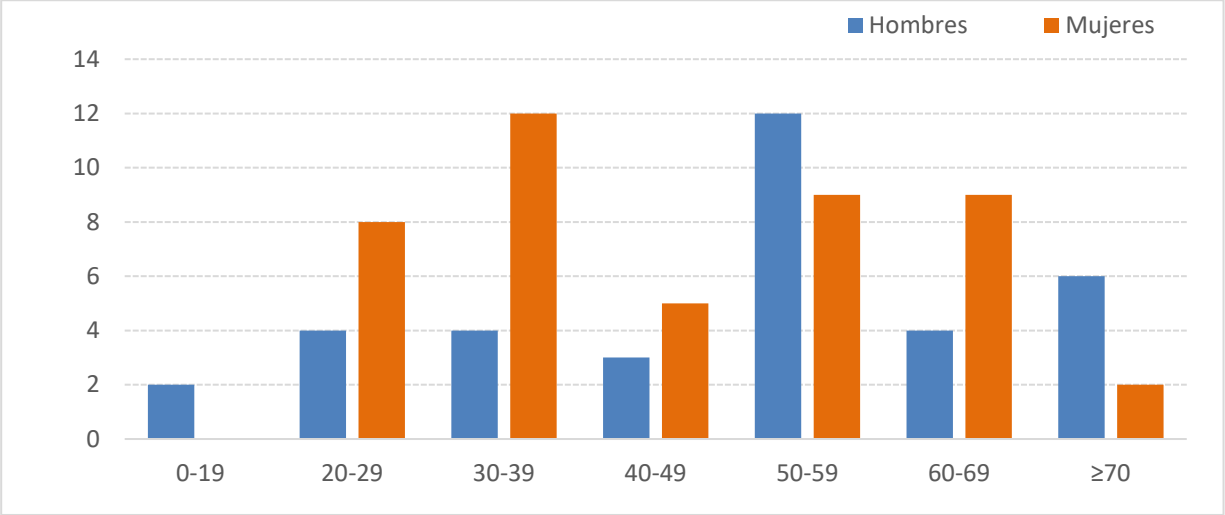
Gráfico 6.5.2.a. Tasas de incidencia acumulada de enfermedad por virus Chikungunya por 100.000 habitantes. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid y España. Años 2016-2025.



*No hay datos disponibles previos a 2019 a nivel nacional.

El 56,3% de los casos (45 de 80) eran mujeres. La edad media fue de 47,7 años (desviación estándar: 16,5), con un rango comprendido entre los 4 y 75 años. Los grupos de edad más frecuentes fueron el de mujeres de 30 a 39 años y hombres de 50 a 59, con 12 casos cada uno (Gráfico 6.5.2.b).

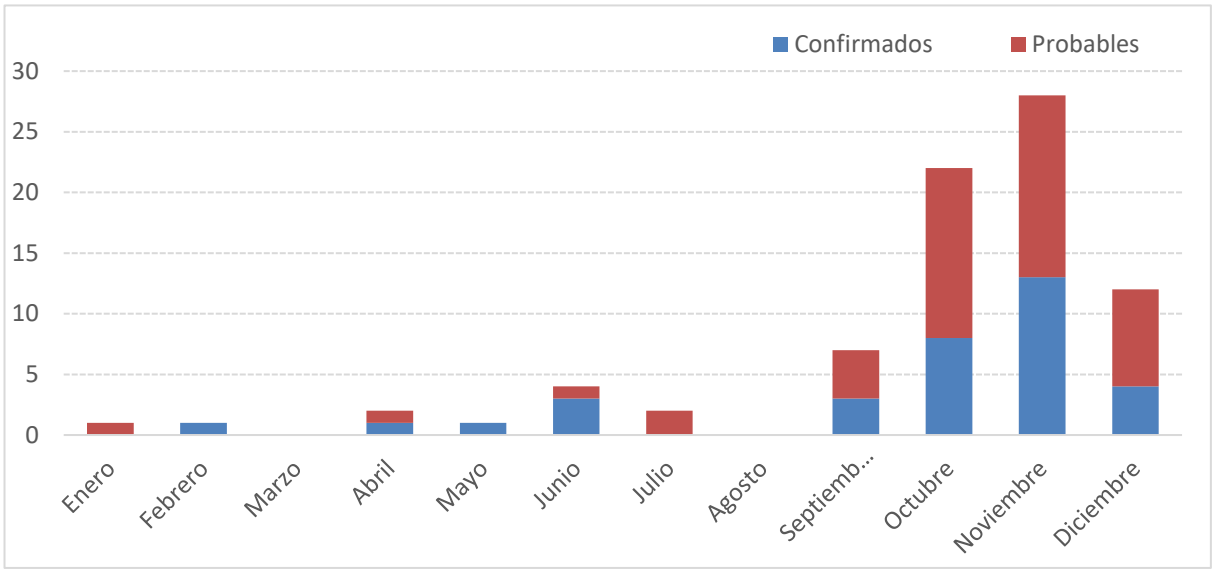
Gráfico 6.5.2.b Número de casos de enfermedad por virus Chikungunya por sexo y grupo de edad, en años. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2025.



El 63,8% (51 de 80) de los casos habían nacido en América Latina y el 31,3% (25) en España; el resto de casos nacieron en otros países de Europa (2), África (1) y Asia (1).

La mayor parte de los casos (59; 73,8%) inició síntomas entre octubre y diciembre (Gráfico 6.5.2.c).

Gráfico 6.5.2.c. Número de casos de enfermedad por virus Chikungunya por mes de inicio de síntomas según clasificación del caso. Enfermedades de Declaración Obligatoria Comunidad de Madrid. Año 2025.

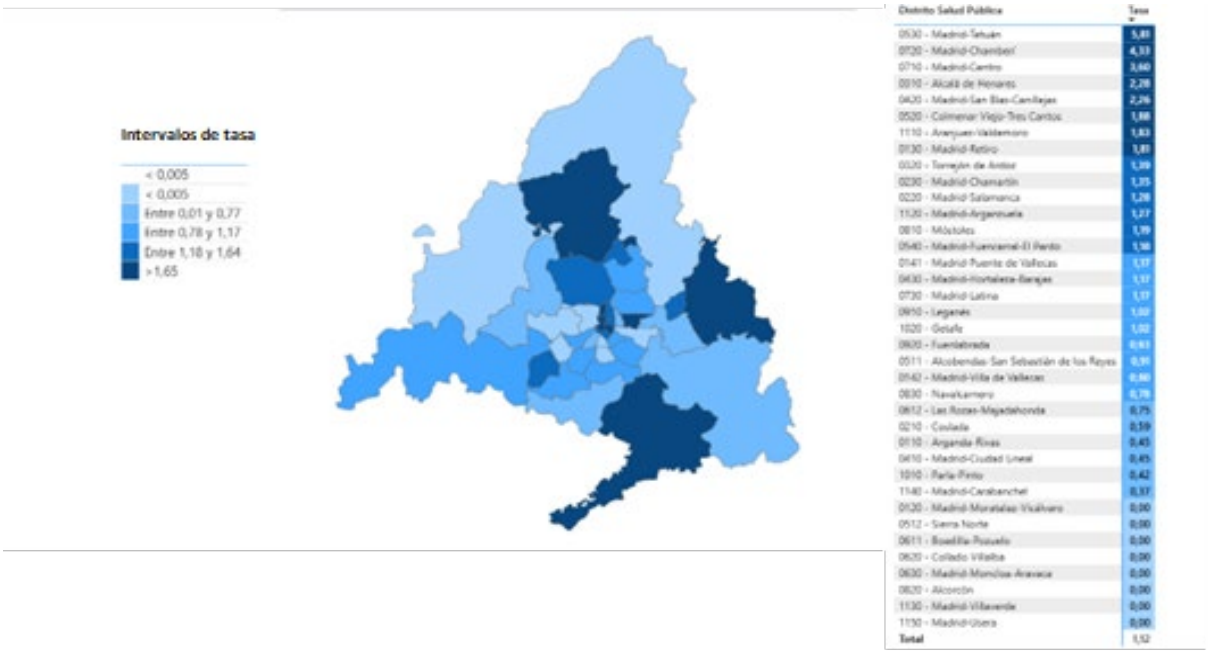


Solo dos casos requirieron hospitalización. No se produjo ningún fallecimiento. Se clasificaron como confirmados el 42,5% (34) de los casos y el 57,5% (46) como probables.

Todos los casos fueron importados, con antecedente de viaje a países endémicos durante el periodo de incubación. Los casos importados procedían principalmente de América (67 casos; 83,7%). Entre los países de procedencia destacó Cuba (58 casos), y entre los motivos del viaje destaca la visita a familiares (58,7%) seguido del turismo (17,5%).

Los distritos con mayores tasas de residentes diagnosticados de Chikungunya fueron Madrid-Tetuán (6,39 casos por 100.000 habitantes), Madrid-Chamberí (4,33 casos por 100.000 habitantes) y Madrid-Centro (3,60 casos por 100.000 habitantes) (Mapa 6.5.2.a).

Mapa 6.5.2.a. Tasas de residentes diagnosticados de enfermedad por virus Chikungunya por 100.000 habitantes, por distrito de residencia. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2025.



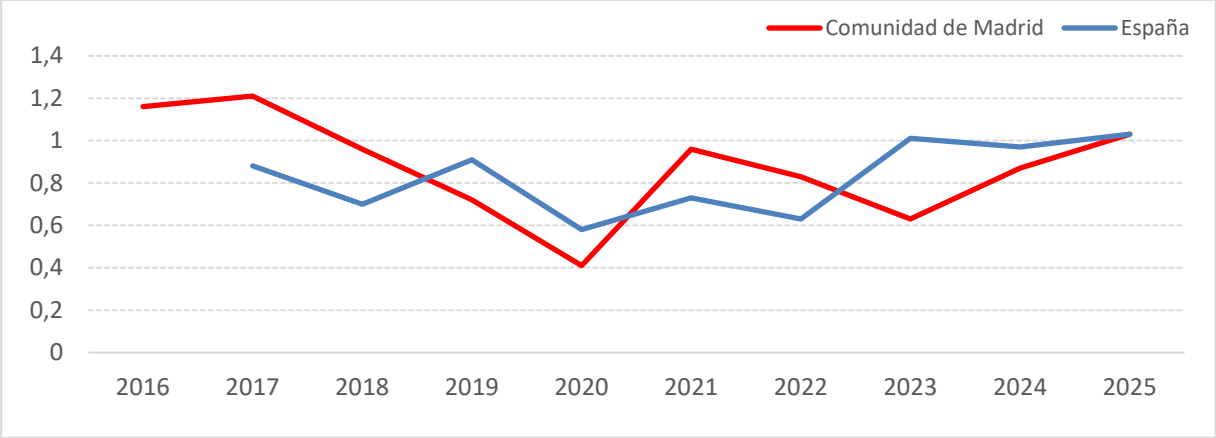
6.5.3. Fiebre exantemática mediterránea

En el año 2025 se registraron 19 casos de fiebre exantemática mediterránea, con una tasa de incidencia de 0,27 casos por 100.000 habitantes. El 47,4% de los casos eran mujeres. La edad media fue de 43 años (desviación estándar: 22,0), con un rango entre 4 y 82 años. El 78,9% de los casos eran personas nacidas en España. El 36,8% de los casos requirieron hospitalización. No hubo ningún fallecimiento.

6.5.4. Leishmaniasis

En el año 2025 se registraron 73 casos de leishmaniasis en la Comunidad de Madrid, de los cuales 5 fueron importados. La tasa de incidencia fue de 1,03 casos por 100.000 habitantes (Gráfico 6.5.4.a).

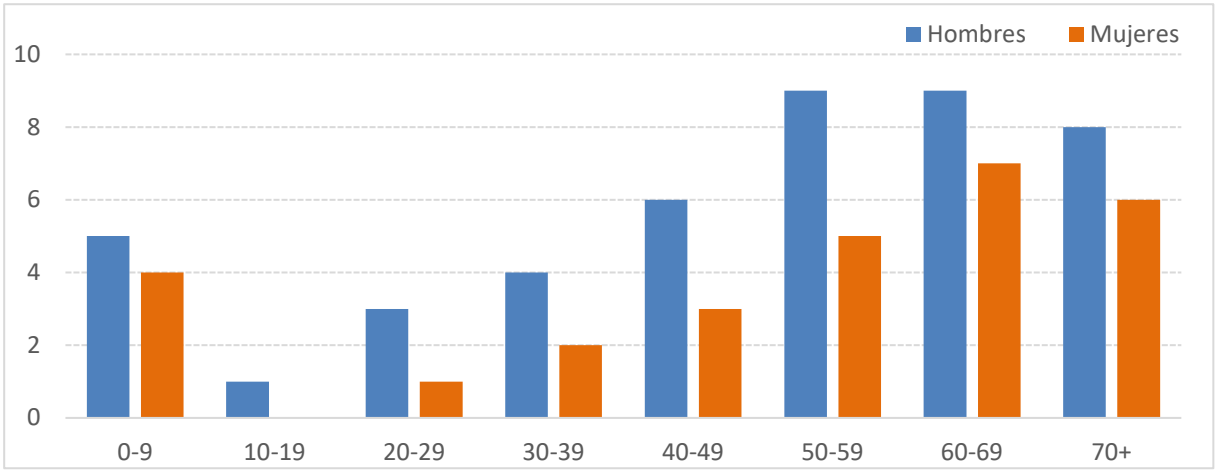
Gráfico 6.5.4.a. Tasas de incidencia acumulada de leishmaniasis por 100.000 habitantes. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid y España. Años 2016-2025.



*No hay datos disponibles previos a 2017 a nivel nacional.

El 61,6% (45 de 73) de los casos eran hombres. La edad media fue de 49 años (desviación estándar: 22,0). El rango de edades fue de 8 meses a 85 años; 7 casos eran menores de 5 años. Los grupos de 50 a 59 años, 60 a 69 años y los mayores de 70 años fueron los más numerosos, con 14 casos (19,1%), 16 casos (21,9%) y 14 casos (19,1%), respectivamente (Gráfico 6.5.4.b).

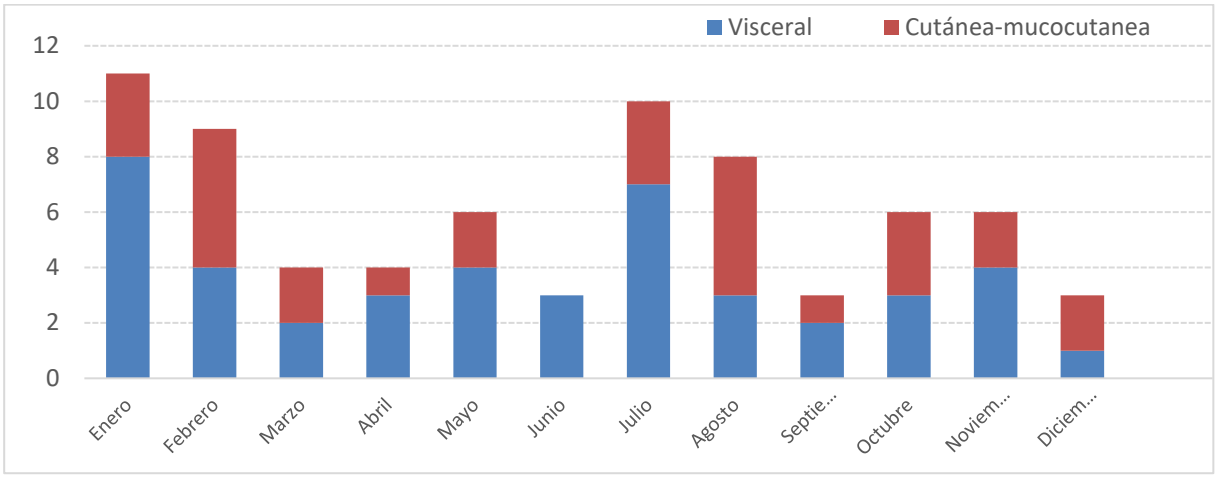
Gráfico 6.5.4.b. Número de casos de leishmaniasis por sexo y grupo de edad, en años. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2025.



El 78,1% (57 de 73) de los casos habían nacido en España, el 11,0% (8) en países de América Latina, el 5,5% (4) en países europeos, y el resto eran nacidos en Asia (2) y África (2).

En relación al mes de inicio de síntomas, se observaron dos picos los meses enero y febrero, con 20 casos (27,4%), y los meses de julio y agosto, con 18 casos (24,7%) (Gráfico 6.5.4.c). El 60,3% (44 de 73) de los casos presentaron la forma clínica de leishmaniasis visceral, el 35,6% (26) leishmaniasis cutánea y el 4,1% (3) leishmaniasis cutáneo-mucosa.

Gráfico 6.5.4.c. Número de casos de leishmaniasis por mes de inicio de síntomas según presentación clínica. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2025.

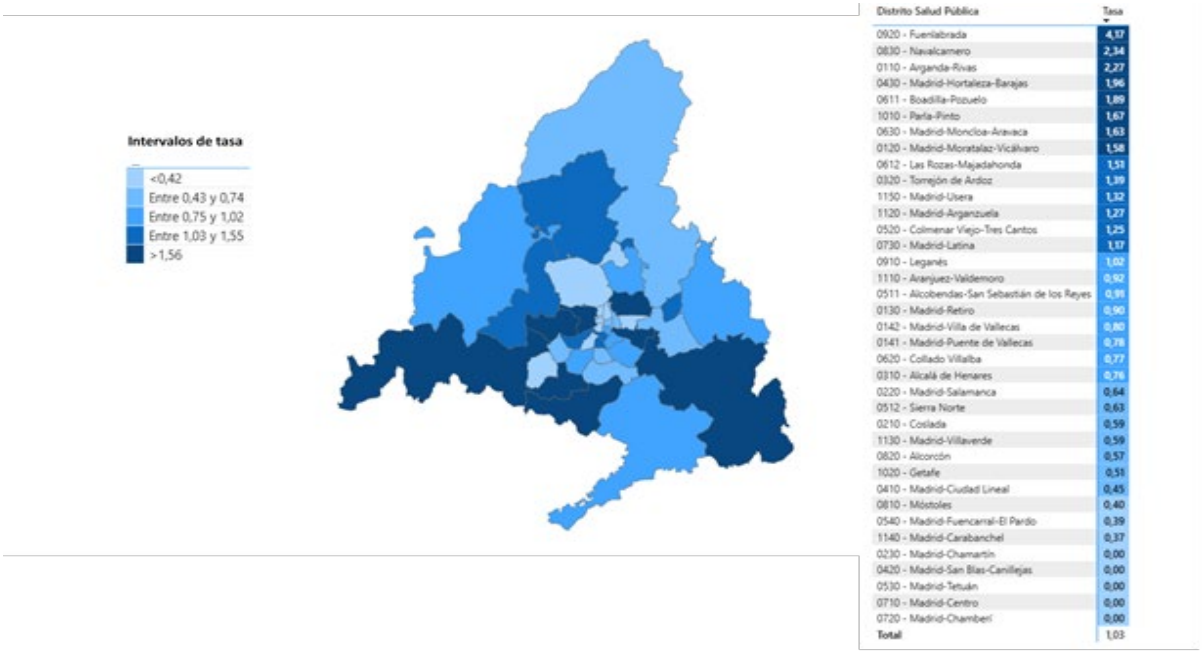


El 64,4% (47) de los casos requirió ingreso hospitalario y un caso falleció a causa de la enfermedad. Todos los casos se confirmaron microbiológicamente por la presencia del parásito en aspirados o material de biopsia, detección de ADN del parásito en una muestra clínica o serología positiva, en las leishmaniasis viscerales y mucocutáneas.

El 47,9% (35) de los casos presentaron algún factor de riesgo intrínseco. Entre estos, el principal fue estar recibiendo algún tratamiento inmunosupresor, presente en el 37,0% de los casos (27).

Los distritos con mayores tasas de incidencia acumulada fueron Fuenlabrada (4,17 casos por 100.000 habitantes), Navalcarnero (2,34 por 100.000 habitantes) y Arganda-Rivas (2,27 casos por 100.000 habitantes) (Mapa 6.5.4.a).

Mapa 6.5.4.a. Tasas de incidencia acumulada de leishmaniasis por 100.000 habitantes, por distrito de residencia. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2025.

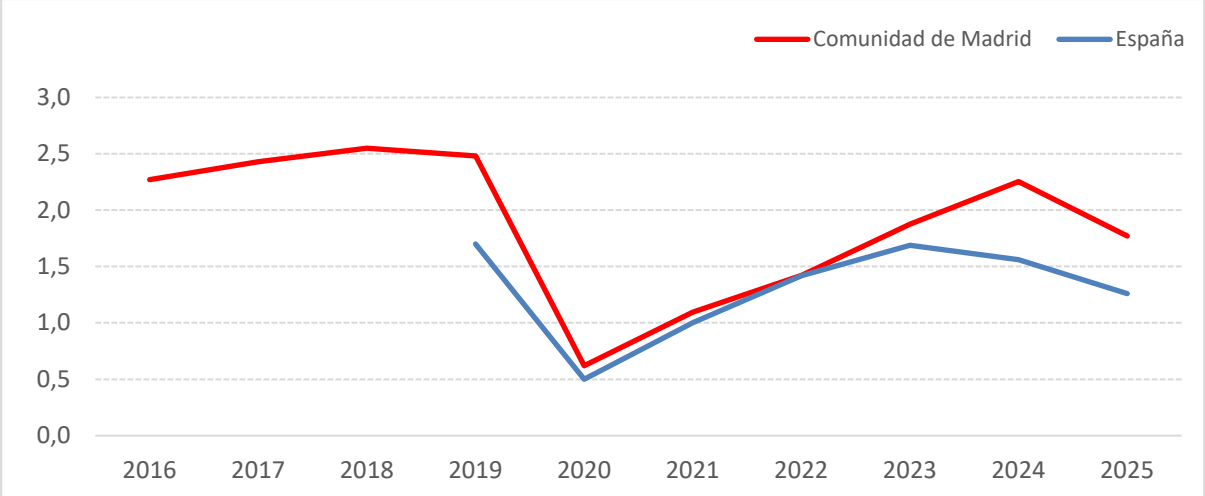


Distrito Salud Pública	Tasa
0920 - Fuenlabrada	4,17
0830 - Navalcarnero	2,34
0110 - Arganda-Rivas	2,27
0430 - Madrid-Hortaleza-Barajas	1,96
0611 - Boadilla-Pozuelo	1,89
1010 - Parla-Pinto	1,67
0630 - Madrid-Moncloa-Aravaca	1,63
0120 - Madrid-Moratalaz-Vicálvaro	1,58
0612 - Las Rozas-Majadahonda	1,51
0320 - Torrejón de Ardoz	1,39
1150 - Madrid-Usera	1,32
1120 - Madrid-Arganzuela	1,27
0520 - Colmenar Viejo-Tres Cantos	1,25
0730 - Madrid-Latina	1,17
0910 - Leganés	1,02
1110 - Aranjuez-Valdemoro	0,92
0511 - Alcobendas-San Sebastián de los Reyes	0,91
0130 - Madrid-Retiro	0,90
0142 - Madrid-Villa de Vallecas	0,80
0141 - Madrid-Puente de Vallecas	0,78
0620 - Collado Villalba	0,77
0310 - Alcalá de Henares	0,76
0220 - Madrid-Salamanca	0,64
0512 - Sierra Norte	0,63
0210 - Coslada	0,59
1130 - Madrid-Villaverde	0,59
0820 - Alcorcón	0,57
1020 - Getafe	0,51
0410 - Madrid-Ciudad Lineal	0,45
0810 - Móstoles	0,40
0540 - Madrid-Fuencarral-El Pardo	0,39
1140 - Madrid-Carabanchel	0,37
0230 - Madrid-Chamartín	0,00
0420 - Madrid-San Blas-Canillejas	0,00
0530 - Madrid-Tetuán	0,00
0710 - Madrid-Centro	0,00
0720 - Madrid-Chamberí	0,00
Total	1,03

6.5.5. Paludismo

En el año 2025 se registraron 126 casos nuevos de paludismo, con una tasa de incidencia acumulada de 1,77 casos por 100.000 habitantes (Gráfico 6.5.5.a).

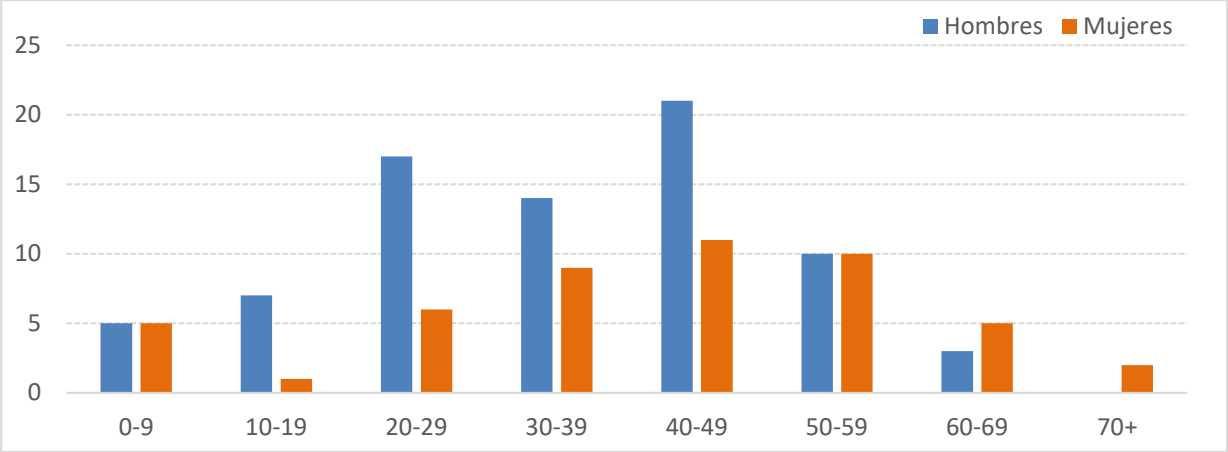
Gráfico 6.5.5.a. Tasas de incidencia acumulada de paludismo por 100.000 habitantes. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid y España. Años 2016-2025.



*No hay datos disponibles previos a 2019 a nivel nacional.

El 61,1% de los casos (77 de 126) eran hombres. La edad media fue de 37,5 años (desviación estándar: 17,0). El rango de edades fue de 0 a 75 años. Se confirmó un caso asintomático en un recién nacido de madre enferma originaria de un país endémico. El grupo de 40 a 49 años de edad fue el más numeroso, con 32 de 126 casos (25,4%), seguido del grupo de 20 a 29 años y 30 a 39 años, con 23 casos cada uno (18,3%) (Gráfico 6.5.5.b).

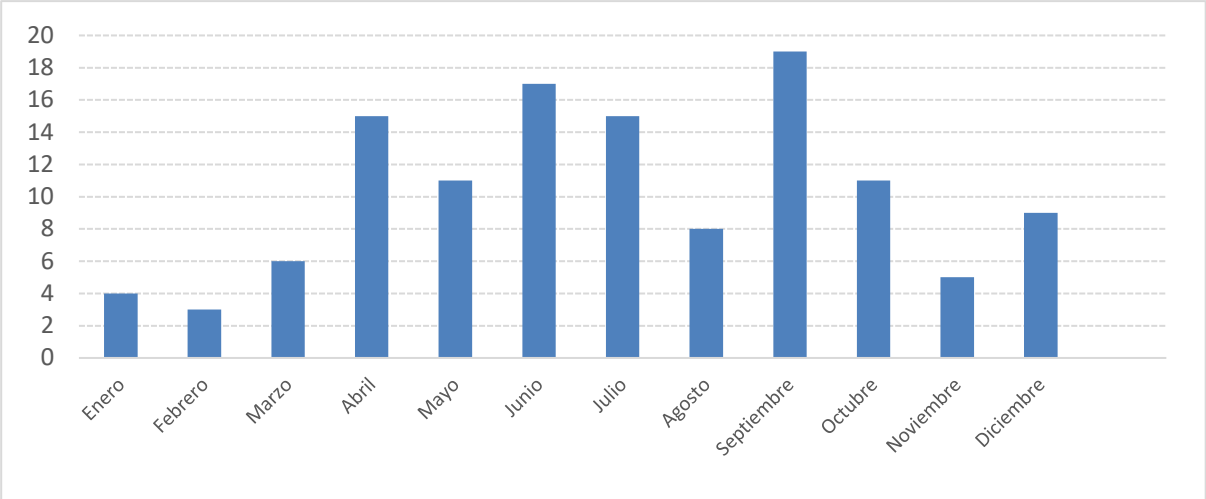
Gráfico 6.5.5.b. Número de casos de paludismo por sexo y grupo de edad, en años. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2025.



El 78,6% (99 de 126) habían nacido fuera de España. Los países africanos fueron los más frecuentes en número, 92 casos (73,0%), destacando los nacidos en Guinea Ecuatorial (23 casos; 18,3%), en Nigeria (23; 18,3%), en Guinea Conakry (14; 11,1%) y Camerún (10; 7,9%). Los casos nacidos en América del Sur fueron 5 (3 en Colombia, uno en Brasil y uno en Ecuador) y hubo dos casos en nativos de países europeos distintos de España (Italia y Portugal).

El 67,5% de los casos (85) comenzaron los síntomas en los meses de primavera-verano (de abril a septiembre) (Gráfico 6.5.5.c).

Gráfico 6.5.5.c. Número de casos de paludismo por mes de inicio de síntomas. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2025.



Necesitaron ingreso hospitalario el 71,4% (90) de los casos. Falleció un caso procedente de Mali que se encontraba en tránsito en la Comunidad de Madrid cuando comenzó los síntomas y presentó un rápido fallo multiorgánico sin que se pudiera recoger la información epidemiológica completa.

Todos los casos fueron confirmados por laboratorio (visualización directa, detección antigénica o PCR). Se identificó la especie en 124 de los 126 casos (98,4%). *P. falciparum* fue la más frecuente (102 casos; 81,0% del total), seguida de *P. ovale* (10; 7,9%), *P. malariae* (4; 3,2%) y *P. vivax* (3; 2,4%). Dos casos tuvieron infección mixta, *P. falciparum* + *P. vivax* y *P. falciparum* + *P. malariae*, respectivamente.

Todos los casos presentaron antecedente de viaje a países africanos (casos importados). Guinea Ecuatorial (40 casos; 31,7%), Nigeria (29 casos; 23,0%), Camerún (12 casos; 9,5%) y Costa de Marfil (10 casos; 7,9%) fueron los países de contagio más frecuentes (Tabla 6.5.5.a).

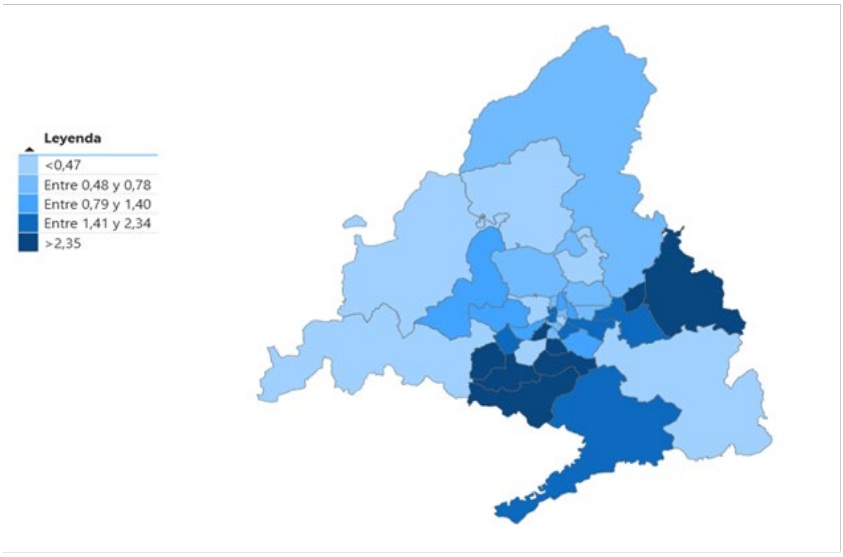
Tabla 6.5.5.a. Clasificación por especies de *Plasmodium* y país de adquisición de la enfermedad. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2025.

Especie	País de contagio								Total n (%)
	Guinea Ecuatorial	Nigeria	Camerún	Costa de Marfil	Guinea Conakry	Mali	Senegal	Resto de África	
P. falciparum	29	27	9	10	4	4	5	14	102 (81,0)
P. malariae	0	2	0	0	1	0	0	1	4 (3,2)
P. vivax	1	0	1	0	0	0	0	1	3 (2,4)
P.ovale	4	0	2	0	1	1	0	2	10 (7,9)
P. mixtas	2	0	0	0	0	0	0	0	2 (1,6)
P. spp	4	0	0	0	1	0	0	0	5 (4,0)
Total [n (%)]	40 (31,7)	29 (23,0)	12 (9,5)	10 (7,9)	7 (5,6)	5 (4,0)	5 (4,0)	18 (14,3)	126 (100)

En todos los casos, excepto tres, se dispuso de información sobre el motivo de la estancia en el país endémico donde se adquirió la enfermedad. Destacaron quienes se desplazaron para visitar a familiares (80 casos; 63,5%), por motivos de migración (laboral u otra) (16 casos; 12,7%) y los viajes a por trabajos temporales o por turismo (11 casos; 8,7% y 10 casos; 7,9%). Habían recibido profilaxis antipalúdica 12 casos de los 46 con los que se contaba con información (26,1%).

Los distritos con mayores tasas de residentes diagnosticados de paludismo fueron Torrejón de Ardoz (7,63 casos por 100.000 habitantes), Fuenlabrada (6,94 por 100.000 habitantes), Alcalá de Henares (4,18 por 100.000 habitantes) y Getafe (4,09 por 100.000 habitantes). Los distritos del municipio de Madrid con mayores tasas fueron Villaverde (2,93 por 100.000 habitantes), Carabanchel (2,59 por 100.000 habitantes) y Centro (2,16 por 100.000 habitantes) (Mapa 6.5.5.a).

Mapa 6.5.5.a. Tasas de residentes diagnosticados de paludismo por 100.000 habitantes, por distrito de residencia. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2025.



Distrito Salud Pública	Tasa
0320 - Torrejón de Ardoz	7,63
0920 - Fuenlabrada	6,94
0310 - Alcalá de Henares	4,18
1020 - Getafe	4,09
1010 - Parla-Pinto	3,76
1130 - Madrid-Villaverde	2,93
1140 - Madrid-Carabanchel	2,59
0810 - Móstoles	2,38
0710 - Madrid-Centro	2,16
0141 - Madrid-Puente de Vallecas	1,95
1110 - Aranjuez-Valdemoro	1,83
0210 - Coslada	1,78
0820 - Alcorcón	1,70
0120 - Madrid-Moratalaz-Vicálvaro	1,58
0720 - Madrid-Chamberí	1,44
0230 - Madrid-Chamartín	1,35
0410 - Madrid-Ciudad Lineal	1,34
0611 - Boadilla-Pozuelo	1,26
0730 - Madrid-Latina	1,17
0612 - Las Rozas-Majadahonda	1,13
0142 - Madrid-Villa de Vallecas	0,80
0430 - Madrid-Hortaleza-Barajas	0,78
0540 - Madrid-Fuencarral-El Pardo	0,78
1150 - Madrid-Usera	0,66
0220 - Madrid-Salamanca	0,64
1120 - Madrid-Arganzuela	0,64
0512 - Sierra Norte	0,63
0530 - Madrid-Tetuán	0,58
0420 - Madrid-San Blas-Canillejas	0,57
0110 - Arganda-Rivas	0,45
0511 - Alcobendas-San Sebastián de los Reyes	0,45
0130 - Madrid-Retiro	0,00
0520 - Colmenar Viejo-Tres Cantos	0,00
0620 - Collado Villalba	0,00
0630 - Madrid-Moncloa-Aravaca	0,00
0830 - Navalcarnero	0,00
0910 - Leganés	0,00
Total	1,70

6.6. ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN ZOONÓTICA

6.6.1. Brucelosis

En el año 2025 se notificó en la Comunidad de Madrid un caso de brucelosis (no se había comunicado ningún caso autóctono desde 2022). La tasa de incidencia acumulada fue de 0,01 casos por 100.000 habitantes.

Se trataba de una mujer de 41 años, con infección aguda confirmada en el cultivo de *Brucella melitensis*. Requirió ingreso hospitalario de 12 días, con alta por curación. El caso presentó antecedentes de consumo de queso fresco procedente de Colombia.

6.6.2. Fiebre Q

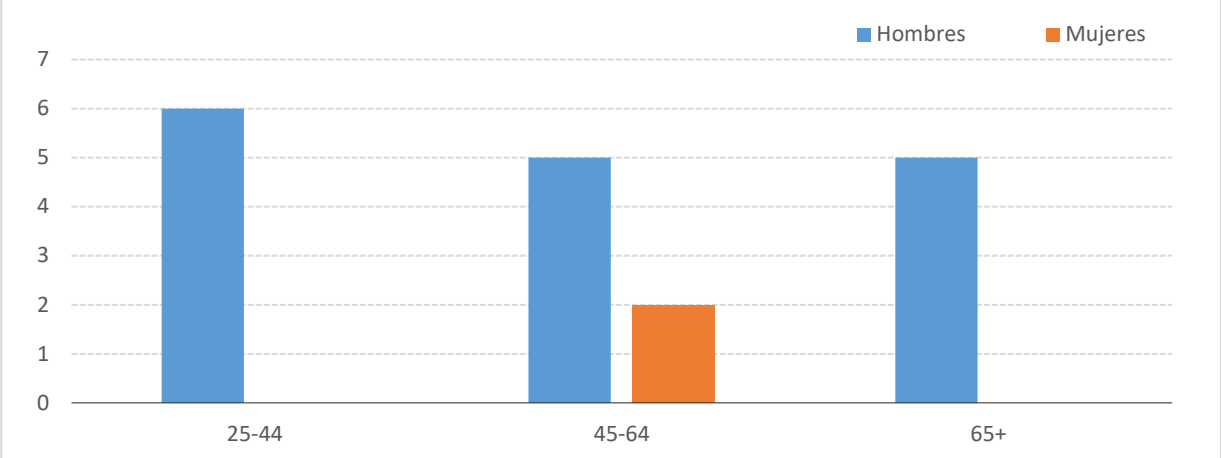
En el año 2025 se notificaron en la Comunidad de Madrid 18 casos de fiebre Q, con una tasa de incidencia acumulada de 0,25 casos por 100.000 habitantes.

El 88,9% de los casos se presentaron en hombres. La edad media fue de 50,1 años (mediana: 46,5 años), con un rango entre 28 y 76 años (Gráfico 6.6.2.a). El 72,2% de los casos eran españoles.

El 72,2% de los casos se clasificaron como confirmados y el resto como probables. En los casos confirmados el diagnóstico se realizó por seroconversión (61,5%) y/o PCR positiva (53,8%). El 83,3% requirió hospitalización. La estancia media fue de 9,4 días (mediana: 7 días). No se registraron defunciones.

Un caso informó de viaje al extranjero durante el período de incubación. No se detectó ninguna agregación espacial.

Gráfico 6.6.2.a. Número de casos de fiebre Q por sexo y grupos de edad, en años. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2025.



6.6.3. Hidatidosis

En el año 2025 se notificaron en la Comunidad de Madrid 10 casos de hidatidosis, con una tasa de incidencia acumulada de 0,14 casos por 100.000 habitantes.

El 60% de los casos se presentaron en varones. La edad media fue de 63 años (mediana: 65 años), con un rango entre 32 y 85 años. Ocho casos (80%) eran originarios de España, uno de Rumanía y otro de Bolivia.

Respecto a las formas clínicas, la presentación como quiste único se produjo en 9 casos (90%). Todos los casos se limitaron a la afectación del hígado (quiste hepático). El 40% de los casos requirieron ingreso hospitalario para su tratamiento (rango de estancia entre 5 y 77 días).

En 7 de los casos (70%) el agente causal registrado fue *Echinococcus granulosus* y en los restantes, *Echinococcus* spp.

6.6.4. Leptospirosis

En el año 2025 se registraron 4 casos confirmados de leptospirosis en la Comunidad de Madrid (tasa de incidencia acumulada de 0,06 casos por 100.000 habitantes).

Descripción de los casos:

-Caso 1: Varón de nacionalidad francesa de 35 años con antecedente de viaje a Colombia y cuadro de fracaso renal agudo que requirió una hospitalización de 7 días y tuvo evolución favorable.

- Caso 2: Varón de nacionalidad venezolana de 35 años con antecedente de baño en un embalse en la provincia de Guadalajara, con cuadro de fiebre prolongada y que requirió hospitalización de 4 días y tuvo evolución favorable.

- Caso 3: Varón español de 59 años con antecedente de manipulación de piezas de caza en la provincia de Guadalajara y que tuvo un cuadro de hepatitis con mialgias intensas. Requirió hospitalización de 14 días y tuvo evolución favorable.

- Caso 4: Mujer de nacionalidad peruana de 83 años con antecedente de contacto con roedores y que presentó un cuadro de fracaso multiorgánico. Tuvo un ingreso hospitalario de 24 días de duración, de los que 11 fueron en cuidados intensivos. Fue dada de alta con secuelas de insuficiencia motora.

6.6.5. Toxoplasmosis congénita

En el año 2025 se registró un caso confirmado de toxoplasmosis congénita, con una tasa de incidencia de 0,02 casos por 1.000 nacidos vivos. Correspondió a un recién nacido varón de madre de origen peruano, con seguimiento correcto del embarazo, en la que se detectó seroconversión a *Toxoplasma gondii* durante la gestación (sospecha de primoinfección), así como escasa ganancia ponderal.

En los análisis realizados se observaron anticuerpos IgG, que se mantuvieron durante 11 meses e IgM, durante al menos durante 4 meses. El diagnóstico mediante comparación de perfiles inmunológicos también fue confirmatorio. El bebé fue asintomático durante el seguimiento.

6.6.6. Tularemia

En el año 2025 se registraron 5 casos confirmados de tularemia en la Comunidad de Madrid, con una tasa de incidencia acumulada de 0,07 casos por 100.000 habitantes.

- Caso 1: Varón de 38 años. Presentación clínica tifoidea. Hospitalizado durante 4 días. No se pudo establecer ninguna exposición de riesgo.

- Caso 2: Varón de 11 años. Forma clínica orofaríngea/glandular. No requirió hospitalización. Dudosa exposición a topillos en un pueblo de la provincia de Burgos.

- Caso 3: Varón de 19 años. Forma clínica orofaríngea. No fue hospitalizado. No consta exposición de riesgo salvo su estancia de monitor de un campamento juvenil en un pueblo de la provincia de Soria durante el período de incubación.

- Caso 4: Varón de 83 años. Presentación úlcero-glandular. No hospitalizado. Cazador en Toledo.

- Caso 5: Mujer de 26 años. Forma úlcero-glandular. No fue hospitalizada. Se trató de una Infección nosocomial, el caso es médico y se contagió por contacto con la lesión ulcerada del caso 4 y presentó una lesión de características similares.

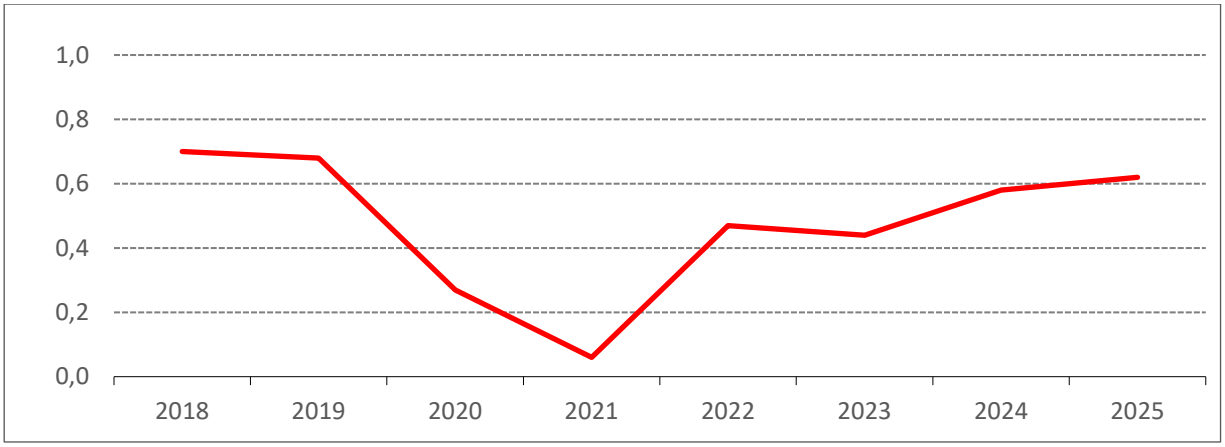
Los casos evolucionaron favorablemente. Se declaró un brote de transmisión nosocomial (casos 4 y 5).

6.7. OTRAS MENINGITIS

6.7.1. Meningitis víricas

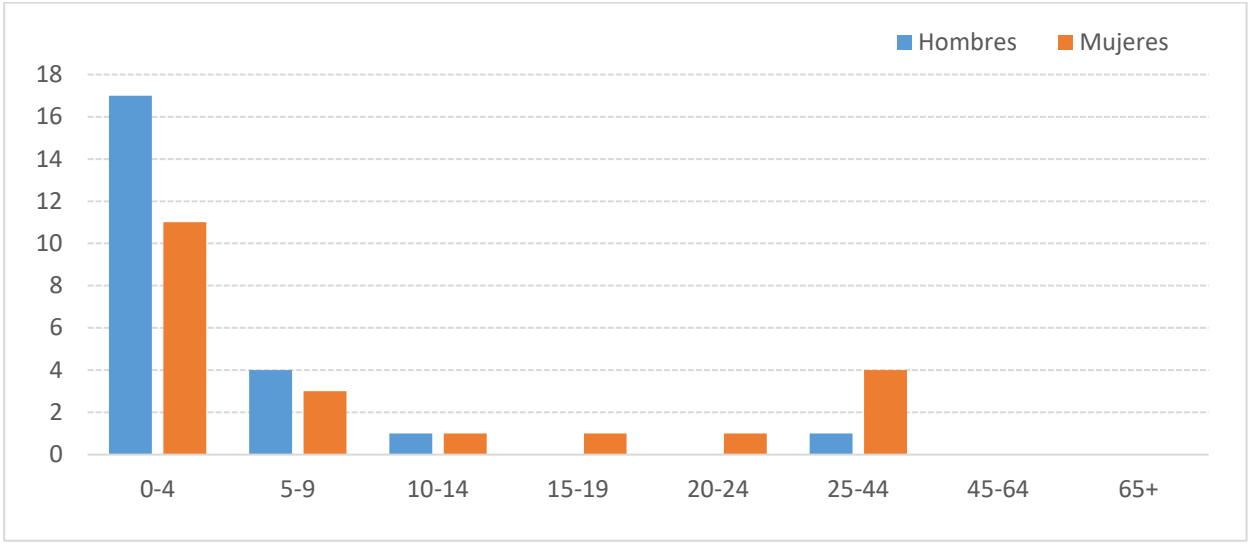
Se registraron 44 casos de meningitis vírica causadas por enterovirus no polio (3 casos más que el año anterior), con una tasa de incidencia acumulada de 0,62 casos por 100.000 habitantes (Gráfico 6.7.1.a). El 100% de los casos fueron confirmados mediante PCR en muestras de LCR.

Gráfico 6.7.1.a. Tasa de incidencia acumulada de meningitis víricas por enterovirus no polio. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Años 2018-2025.



La meningitis vírica por enterovirus no polio mostró un predominio masculino (52,3%), con un rango de edad entre 0 y 39 años y una edad media de 6,4 años. El 84,1% de los casos correspondieron a menores de 15 años (Gráfico 6.7.1.b). No se registraron fallecimientos por meningitis vírica por enterovirus no polio en el año 2025. Según la forma de presentación, todos los casos se registraron como esporádicos, sin casos asociados.

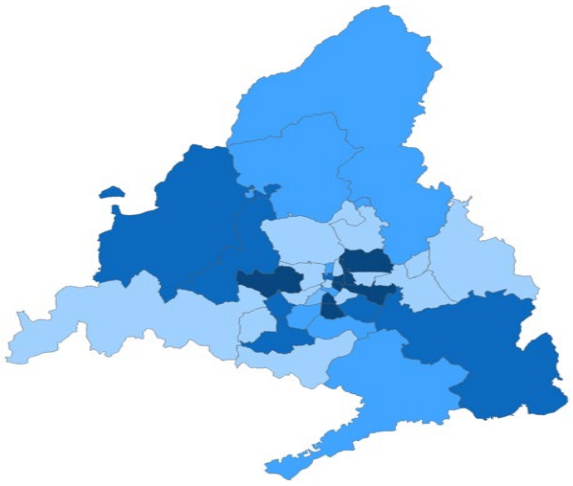
Gráfico 6.7.1.b. Número de casos de meningitis víricas por enterovirus no polio por sexo y grupo de edad, en años. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2025.



Los distritos con mayor tasa de incidencia fueron los de Madrid-Hortaleza-Barajas (1,96 casos por 100.000 habitantes), Madrid- Salamanca (1,92 casos por 100.000 habitantes) y Madrid-Retiro (1,81 casos por 100.000 habitantes) (Mapa 6.7.1.a).

Mapa 6.7.1.a. Tasas de incidencia acumulada de meningitis víricas por enterovirus no polio por distrito de residencia. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2025.





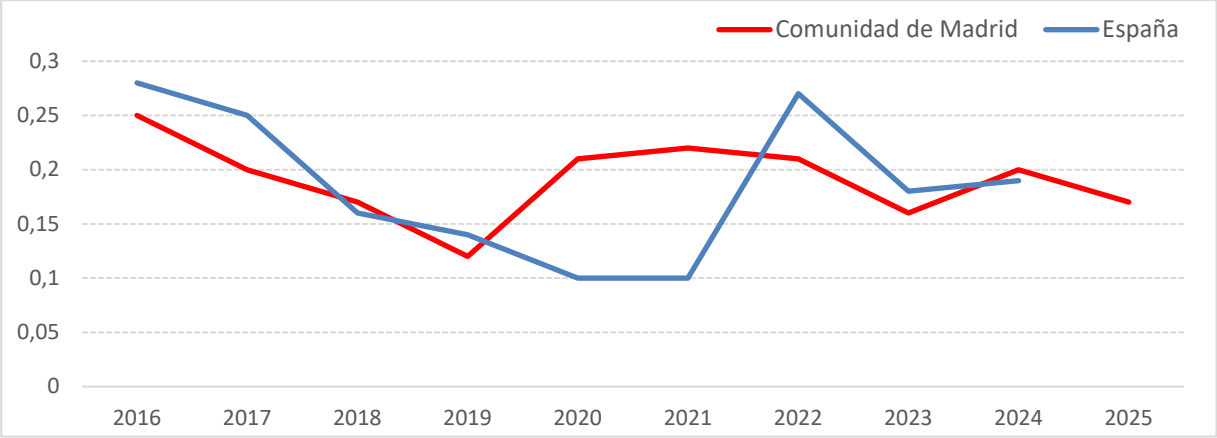
Distrito Salud Pública	Tasa
0430 - Madrid-Hortaleza-Barajas	1,96
0220 - Madrid-Salamanca	1,92
0130 - Madrid-Retiro	1,81
0410 - Madrid-Ciudad Lineal	1,78
1130 - Madrid-Villaverde	1,76
0120 - Madrid-Moratalaz-Vicálvaro	1,58
1150 - Madrid-Usera	1,32
0611 - Boadilla-Pozuelo	1,26
0820 - Alcorcón	1,13
0920 - Fuenlabrada	0,93
0110 - Arganda-Rivas	0,91
0142 - Madrid-Villa de Vallecas	0,80
0620 - Collado Villalba	0,77
0612 - Las Rozas-Majadahonda	0,75
0720 - Madrid-Chamberí	0,72
1120 - Madrid-Arganzuela	0,64
0512 - Sierra Norte	0,63
0520 - Colmenar Viejo-Tres Cantos	0,63
0530 - Madrid-Tetuán	0,58
0910 - Leganés	0,51
1020 - Getafe	0,51
1110 - Aranjuez-Valdemoro	0,46
1140 - Madrid-Carabanchel	0,37
0141 - Madrid-Puente de Vallecas	0,00
0210 - Coslada	0,00
0230 - Madrid-Chamartín	0,00
0310 - Alcalá de Henares	0,00
0320 - Torrejón de Ardoz	0,00
0420 - Madrid-San Blas-Canillejas	0,00
0511 - Alcobendas-San Sebastián de los Reyes	0,00
0540 - Madrid-Fuencarral-El Pardo	0,00
0630 - Madrid-Moncloa-Aravaca	0,00
0710 - Madrid-Centro	0,00
0730 - Madrid-Latina	0,00
0810 - Móstoles	0,00
0830 - Navalcarnero	0,00
1010 - Parla-Pinto	0,00
Total	0,62

6.8. ENFERMEDADES NOTIFICADAS POR SISTEMAS ESPECIALES

6.8.1. Encefalopatías Espongiformes Transmisibles Humanas

En el año 2025 se registraron 12 casos de Encefalopatías Espongiformes Transmisibles Humanas (EETH) entre residentes en la Comunidad de Madrid -incluyendo 3 casos con inicio de síntomas en 2024 (dos menos que en 2024), lo que representa una incidencia de 0,17 casos por 100.000 habitantes (Gráfico 6.8.1.a).

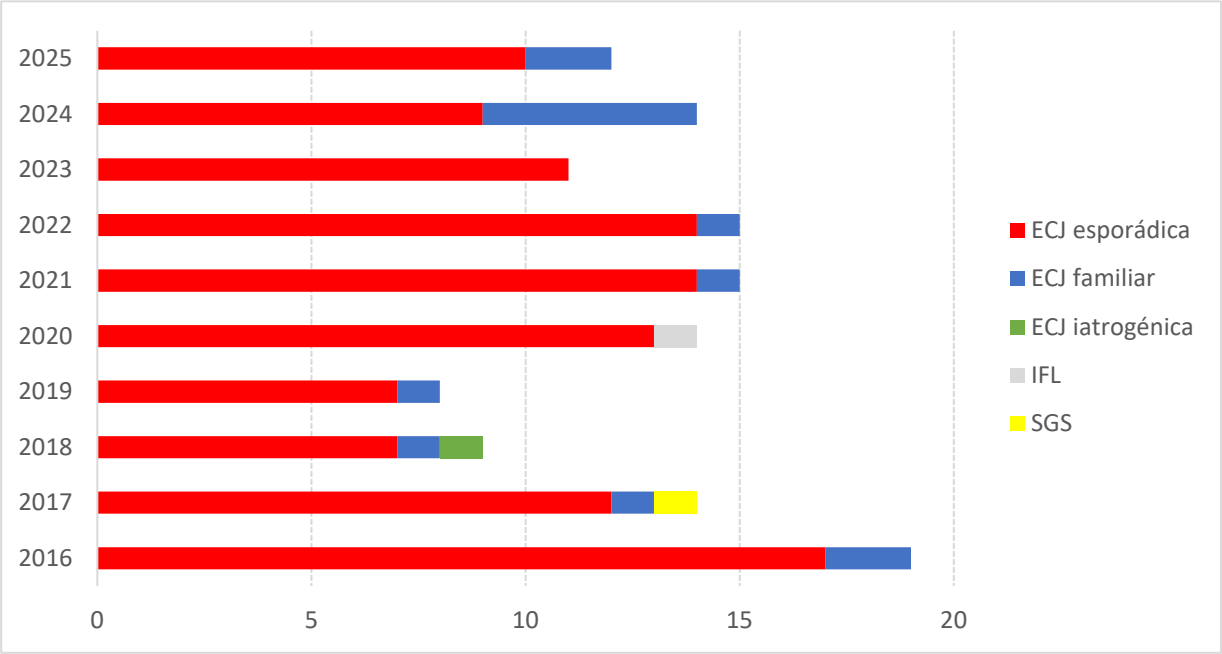
Gráfico 6.8.1.a. Tasas de incidencia acumulada de encefalopatías espongiformes transmisibles humanas. por 100.000 habitantes. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid y España*. Años 2016-2025.



*No hay datos disponibles de España para 2025 en el momento de elaborar este informe.

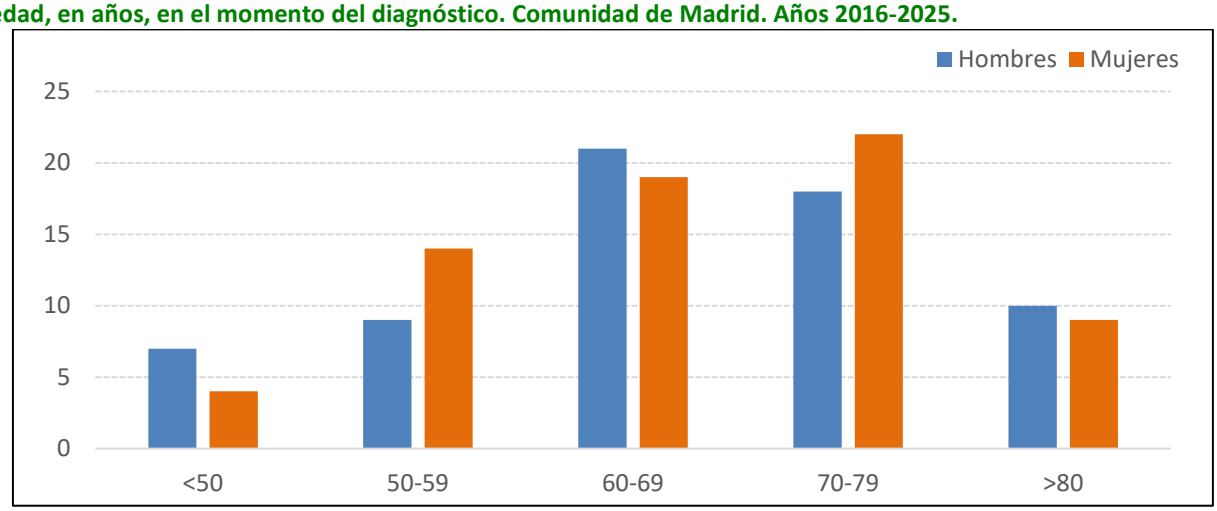
Diez casos (83,3%) se clasificaron como enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (ECJ) esporádica y dos (16,7%) como ECJ familiar, y según los criterios diagnósticos, todas se consideraron probables (Gráfico 6.8.1.b).

Gráfico 6.8.1.b. Distribución de los casos de encefalopatías espongiformes transmisibles humanas y subtipos diagnósticos por año de notificación. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Años 2016-2025.



La distribución de los casos por sexo y grupos de edad se muestra en el gráfico 6.8.1.c (mujeres, 51,1% de los casos; edad media, 67,1 años).

Gráfico 6.8.1.c. Número de casos de encefalopatías espongiformes transmisibles humanas por sexo y grupos de edad, en años, en el momento del diagnóstico. Comunidad de Madrid. Años 2016-2025.



6.9. ENFERMEDADES DE LAS QUE NO SE NOTIFICÓ NINGÚN CASO

No se han registrado casos en 2025 de las siguientes EDO: carbunco, cólera, difteria, fiebre amarilla, fiebre hemorrágica vírica, fiebre del Nilo Occidental, fiebre recurrente transmitida por garrapatas, infección congénita por virus Zika, peste, poliomielitis, rabia, rubéola, rubéola congénita, síndrome respiratorio agudo grave, tétanos, tétanos neonatal y triquinosis.

7. ASPECTOS A DESTACAR

Durante el año 2025 se notificaron más del doble de casos de enfermedades de declaración numérica que en 2024 y mil casos menos de enfermedades de declaración obligatoria individualizada (descenso del 2,7% respecto al año anterior). En el caso de las enfermedades de declaración numérica, las cifras de gripe se han visto muy impactadas por el retraso de la temporada 2024/2025 y el adelanto de la temporada 2025/2026, que han concentrado un número de casos especialmente alto durante el año 2025. Sin

embargo, se ha observado por primera vez tras el periodo pandémico un incipiente descenso de los casos de herpes zóster y una continuación de la tendencia descendente de los casos de varicela.

De manera global, para la interpretación de las comparaciones relativas hay que tener en cuenta que el periodo de referencia incluye todavía los años influenciados por la pandemia de covid-19, con su importante impacto sobre los sistemas de vigilancia epidemiológica y de actividad asistencial. Tras la caída generalizada en las notificaciones de los años 2020-2021, en los años subsiguientes la incidencia de la mayoría de enfermedades transmisibles aumentó progresivamente y se comienza a observar una estabilización. La incorporación de la vigilancia del mpox en 2022 y de VRS en 2024 también han presentado un cierto efecto sobre el volumen total de EDOs registradas. Además, se están realizando importantes esfuerzos para que hospitales con niveles de notificación más bajos mejoren sus tasas de declaración. Por otro lado, los cambios en la notificación de determinadas enfermedades pueden estar también en relación con la evolución de las técnicas diagnósticas (generalización de las técnicas de PCR) o la ampliación de los programas de cribado.

En el ámbito de las enfermedades de transmisión respiratoria, durante 2025 destacó el incremento de la incidencia de gripe, alcanzando niveles superiores a los observados en los años previos a la pandemia. La tuberculosis presentó una incidencia similar a la del año anterior, con un ligero aumento del número de casos notificados y una leve disminución de la tasa de incidencia, atribuible al incremento de la población residente, si bien persisten diferencias territoriales y una mayor carga de enfermedad en población nacida fuera de España. Los casos de VRS disminuyeron un 20,8% respecto al año anterior; no obstante, el 69,5% de los casos requirió hospitalización manteniéndose el mayor impacto en los grupos de edad más vulnerables.

Respecto a las enfermedades de transmisión alimentaria, algunas han aumentado su incidencia respecto al año anterior, especialmente la hepatitis A (que podría considerarse un brote poblacional, afectando especialmente a hombres jóvenes), y en menor medida, la shigelosis, la infección por *E. coli* productor de toxina Shiga, la criptosporidiosis, la giardiasis y la salmonelosis. Han superado la mediana del quinquenio previo todas las mencionadas además de campilobacteriosis, fiebre tifoidea y yersiniosis. En cambio, ha disminuido la incidencia de listeriosis respecto al año anterior y respecto a la mediana del quinquenio previo. No se han notificado casos de cólera ni triquinosis.

Para las enfermedades incluidas en el grupo de inmunoprevenibles, hay que señalar que las enfermedades invasivas por *Haemophilus influenzae* y por neumococo aumentaron ligeramente su incidencia respecto al año 2024. La incidencia de enfermedad invasiva por meningococo, en cambio, se mantuvo estable. Tras el brote poblacional de tosferina que se desarrolló en 2024, con la mayor incidencia anual de esta enfermedad en los últimos 20 años, el año 2025 tuvo una incidencia muy baja. Respecto al sarampión, se detectaron apenas 5 casos confirmados en 2025, sin relación entre sí, dos de ellos importados. La incidencia de parotiditis se mantuvo en tasas bajas desde la pandemia de covid, no detectándose ninguna PCR positiva para este virus en 2025.

En relación con las ITS, las infecciones por *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis*, que durante los últimos años habían mostrado incrementos muy significativos en sus tasas de incidencia, alcanzando en 2023 aumentos interanuales del 59,3% y del 40,0%, respectivamente, presentaron en 2025 una clara desaceleración de esta tendencia ascendente. En ambos casos, el incremento de la incidencia se situó en torno al 2%, lo que sugiere una estabilización progresiva de la transmisión. Por su parte, la sífilis mostró un descenso discreto pero sostenido durante los dos últimos años, circunstancia que podría indicar un cambio de tendencia y el posible inicio de una fase de contención de la enfermedad.

En relación a las enfermedades transmitidas por vectores, en 2025 destaca la enfermedad por virus Chikungunya, con un número de casos notificados muy por encima de lo observado en los años previos. Este hallazgo coincide con el resurgimiento global de la enfermedad en todo el mundo, y la detección de casos de transmisión local en Francia e Italia. Por otro lado, la disminución relativa de los casos de dengue también es coherente con la disminución de notificación en 2025 a nivel global.

En el grupo de zoonosis, se han notificado casos de brucelosis, fiebre Q, hidatidosis, leptospirosis, toxoplasmosis congénita y tularemia en 2025. Sin embargo, solo la fiebre Q y la hidatidosis presentan

tasas superiores a 0,10 casos por cien mil habitantes. Aun así, la incidencia de estas dos enfermedades ha estado por debajo del quinquenio anterior. Se han producido más casos de leptospirosis y tularemia que en cualquier año del quinquenio anterior. Como viene ocurriendo en los últimos años, no se han declarado casos de carbunco, peste y rabia.

Las encefalitis espongiformes transmisibles humanas (EETH) siguen manteniendo una incidencia estable durante los últimos años.

Agradecimientos

Agradecemos de forma especial la colaboración de todos los médicos/as, enfermeros/as y resto de profesionales sanitarios de la Comunidad de Madrid, cuya participación directa es esencial en la vigilancia y control de las enfermades transmisibles.

Informe elaborado por: profesionales del Área de Vigilancia y Control de las Enfermedades Transmisibles de la Subdirección General de Vigilancia en Salud Pública, que trabajan en los siguientes programas:

- Programa 1 de Vigilancia y Control de Enfermedades de Transmisión Respiratoria.
- Programa 2 de Vigilancia y Control de Infecciones de Transmisión Sexual.
- Programa 3 de Vigilancia y Control de Enfermedades de Transmisión Alimentaria y Zoonosis.
- Programa 4 de Vigilancia y Control de Enfermedades Inmunoprevenibles.
- Programa de Alertas en Salud Pública, Brotes Epidémicos y Enfermedades de Transmisión Vectorial.
- Programa de Coordinación EDO e Informes Epidemiológicos.

Cita recomendada: Dirección General de Salud Pública. Morbilidad por Enfermedades de Declaración Obligatoria. Año 2025. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Número 9. Volumen 31. Septiembre 2026.

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

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

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

Comunidad de Madrid

Dirección General de Salud Pública
CONSEJERÍA DE SANIDAD