

BROTOS EPIDÉMICOS
EN LA COMUNIDAD DE MADRID
AÑO 2025

Brotos epidémicos

en la Comunidad de Madrid, año 2025

ÍNDICE

RESUMEN	3
ABSTRACT	4
1. ANTECEDENTES.....	5
2. METODOLOGÍA.....	5
3. BROTES DETECTADOS EN 2025.....	6
4. BROTES DE ORIGEN ALIMENTARIO	6
4.1. Incidencia y ámbito del brote	6
4.2. Notificación	8
4.3. Distribución temporal y geográfica.....	8
4.4. Agente etiológico	9
4.5. Alimento implicado	10
4.6. Factores contribuyentes	11
4.7. Medidas de control	12
5. BROTES DE GASTROENTERITIS AGUDA DE ORIGEN NO ALIMENTARIO.....	12
5.1. Incidencia y ámbito del brote	12
5.2. Notificación	13
5.3. Distribución temporal	13
5.4. Agente etiológico	14
6. OTROS BROTES EPIDÉMICOS.....	14
6.1. Tipos y ámbito del brote	14
6.2. Notificación	16
7. PRINCIPALES HALLAZGOS.....	16

RESUMEN

En el año 2025 se registraron dentro del ámbito de la Comunidad de Madrid un total de 442 brotes (6,21 por 100.000 habitantes), 7.196 casos asociados (105,15 por 100.000 habitantes), 574 ingresos hospitalarios (8,0% de los casos) y 26 fallecimientos. Respecto al año 2024, han aumentado el número total de brotes (+4,5%) y de hospitalizaciones (+149,6%), aunque el número total de casos ha disminuido (-28,4%).

Han ocurrido **101 brotes de origen alimentario** (BOA) (1,40 por 100.000 habitantes), con 1.219 casos asociados (17,14 por 100.000 habitantes) y 49 ingresos (4,0% de los casos); no se han notificado fallecimientos. Se mantiene similar el número de BOA respecto al año anterior, con un 20,0% de casos menos y un incremento del 14,0% en los ingresos, a expensas esto último solo de los brotes familiares. Los BOA en establecimientos de restauración han sido los más frecuentes (70 BOA; 69,3%), seguidos de los brotes en domicilios o lugares particulares (14 brotes; 13,9%) y los de colectivos escolares (6 brotes; 5,9%). El mayor número total de casos ha ocurrido en centros escolares (382), y casi todas las hospitalizaciones han sido en establecimientos de restauración (25) y en domicilios (21). No se aprecia una estacionalidad clara. Más de la mitad de los BOA (55,4%) y casi una cuarta parte de los casos (23,5%) ocurrieron en el municipio de Madrid, especialmente en los distritos de Chamberí (8 brotes), Centro y Salamanca (6 brotes cada uno). En 39 brotes (38,6%) se confirmó el agente causal. El agente más frecuente entre los confirmados ha sido *Salmonella* (20), con el mayor número de casos (123) y de ingresos (45). Le siguen en frecuencia *Campylobacter* (5 BOA), *S. aureus* (4) y *B. cereus* y aminas biógenas (3 BOA cada uno). Se ha confirmado -por laboratorio o epidemiológicamente- el alimento directamente implicado en 14 BOA colectivos: en 4 preparados con pollo, 3 platos de arroz, 2 elaboraciones con carne de vacuno, y otros 5 brotes de diversos alimentos. En los BOA colectivos/mixtos han destacado como factores contribuyentes la insuficiente refrigeración, la manipulación incorrecta y la deficiente limpieza de superficies y utensilios; en los brotes familiares se han detectado elaboraciones con excesiva antelación al consumo, junto a conservación no refrigerada, y alimentos poco cocinados. En el 98,9% de los brotes colectivos/mixtos se realizó inspección del local implicado, junto a la investigación de los manipuladores (38,9%), la inmovilización o destrucción de alimentos no seguros (30,0%) y el cese cautelar de la actividad (22,2%).

En 2025 se han registrado **121 brotes de gastroenteritis aguda** sin relación con alimentos (GEA), 31 (20,4%) menos que en 2024. La incidencia ha sido de 1,70 por 100.000 habitantes. Los casos asociados han sido 4.080, un 40,7% menos que en el año anterior, y han ocurrido 49 ingresos, 3 más que en 2024. Se han notificado 2 fallecimientos, ambos en residencias de personas mayores. Los brotes en centros de mayores han ocupado el primer lugar en frecuencia (103 GEA; 85,1%), en magnitud (3.852 casos; 94,4%) y en ingresos (40; 81,6%), aunque han sido los que más han descendido respecto a 2024. En el 86,8% de los brotes de GEA fueron responsables de los propios colectivos afectados los que notificaron el brote, con una mediana de 3 días desde los primeros síntomas. Los brotes ocurridos en otoño-invierno han supuesto el 77,7% del total. Norovirus ha sido el agente causal más frecuente (55 de 121), mayoritariamente en residencias de mayores (48). También se han confirmado brotes de GEA por rotavirus (2 brotes), astrovirus, *Giardia*, *Salmonella* y *Cryptosporidium* (1 brote cada uno).

Por último, se han notificado **220 brotes de otras enfermedades**. Los brotes de gripe (79), los de escabiosis (47), los de tuberculosis pulmonar (35) y los de hepatitis A (30) han sido los más numerosos y con más casos, junto con los de enfermedad de mano, pie y boca y los de conjuntivitis. En los brotes de gripe se han registrado 362 ingresos y 21 fallecimientos, en los de tuberculosis pulmonar 65 ingresos y 2 fallecimientos y en los de hepatitis A 42 hospitalizaciones. Otros brotes han sido de varicela (6 brotes, 42 casos), de escarlatina (3 brotes, 18 casos), de impétigo (3 brotes, 17 casos), de infección por virus respiratorio sincitial (2 brotes, 10 casos), de mpox (2 brotes, 6 casos) y un brote de legionelosis (2 casos) y de tularemia (2 casos). Han destacado los brotes de gripe y los de escabiosis en centros de mayores, los de tuberculosis y los de hepatitis A en domicilios, los de enfermedad de mano, pie y boca en centros escolares, y los de varicela en diversos colectivos cerrados.

ABSTRACT

In 2025, a total of 442 outbreaks (6.21 per 100,000 inhabitants) were reported within the Community of Madrid, involving 7,196 associated cases (105.15 per 100,000 inhabitants), 574 hospital admissions (8.0% of cases), and 26 deaths. Compared with 2024, the total number of outbreaks (+4.5%) and hospitalizations (+149.6%) increased, while the total number of cases decreased (-28.4%).

A total of **101 foodborne outbreaks** (FBO) (1.40 per 100,000 inhabitants) occurred, with 1,219 associated cases (17.14 per 100,000 inhabitants) and 49 hospital admissions (4.0% of cases); no deaths were reported. The number of FBO remained similar to the previous year, although there were 20.0% fewer cases and a 14.0% increase in hospital admissions, the latter attributable exclusively to family outbreaks. FBO in food service establishments were the most common (70 outbreaks; 69.3%), followed by outbreaks in private homes or other private settings (14 outbreaks; 13.9%) and in schools (6 outbreaks; 5.9%). The highest total number of cases occurred in educational settings (382), while almost all hospitalizations were associated with food service establishments (25) and private homes (21). No clear seasonal pattern was observed. More than half of the FBO (55.4%) and almost one quarter of the cases (23.5%) occurred in the municipality of Madrid, particularly in the districts of Chamberí (8 outbreaks), Centro, and Salamanca (6 outbreaks each). The etiologic agent was confirmed in 39 outbreaks (38.6%). Among confirmed outbreaks, *Salmonella* was the most frequently identified pathogen (20 outbreaks), accounting for the largest number of cases (123) and hospital admissions (45). Other frequently identified agents included *Campylobacter* (5 FBO), *Staphylococcus aureus* (4), *Bacillus cereus* and biogenic amines (3 FBO each). The food directly implicated was confirmed, either through laboratory testing or epidemiological evidence, in 14 collective outbreaks: 4 involved poultry-based preparations, 3 rice dishes, 2 beef-based preparations, and 5 involved various other foods. In collective/mixed FBO, the main contributing factors were inadequate refrigeration, improper food handling, and poor cleaning of surfaces and utensils. In family outbreaks, food preparation too far in advance of consumption, combined with inadequate refrigerated storage, and insufficiently cooked foods were identified. In 98.9% of collective/mixed outbreaks, an inspection of the establishment was carried out, along with investigations of food handlers (38.9%), detention or destruction of unsafe food products (30.0%), and precautionary suspension of food production (22.2%).

In 2025, **121 outbreaks of acute gastroenteritis** unrelated to food were recorded, 31 (20.4%) fewer than in 2024. The incidence was 1.70 per 100,000 inhabitants. A total of 4,080 associated cases were reported, 40.7% lower than the previous year, and 49 hospital admissions occurred, three more than in 2024. Two deaths were reported, both in nursing homes for older adults. Outbreaks in these long-term centers ranked first in frequency (103; 85.1%), magnitude (3,852 cases; 94.4%), and hospital admissions (40; 81.6%), although they also showed the greatest decline compared with 2024. The outbreak was reported by the affected institutions themselves in 86.8%, with a median notification delay of three days from symptom onset. Outbreaks occurring in the autumn-winter season accounted for 77.7% of the total. Norovirus was the most frequently identified causative agent (55 of 121 outbreaks), predominantly in nursing homes (48 outbreaks). Outbreaks caused by rotavirus (2), astrovirus, *Giardia*, *Salmonella*, and *Cryptosporidium* (1 outbreak each) were also confirmed.

Finally, **220 outbreaks of other diseases** were reported. Influenza (79 outbreaks), scabies (47), pulmonary tuberculosis (35), and hepatitis A (30) were the most numerous and accounted for the largest numbers of cases, together with outbreaks of hand, foot and mouth disease and conjunctivitis. Influenza outbreaks resulted in 362 hospital admissions and 21 deaths; tuberculosis outbreaks led to 65 hospital admissions and 2 deaths; and hepatitis A outbreaks resulted in 42 hospitalizations. Other outbreaks included chickenpox (6 outbreaks, 42 cases), scarlet fever (3 outbreaks, 18 cases), impetigo (3 outbreaks, 17 cases), respiratory syncytial virus infection (2 outbreaks, 10 cases), mpox (2 outbreaks, 6 cases), as well as one outbreak each of legionellosis (2 cases) and tularemia (2 cases). Noteworthy were influenza and scabies outbreaks in long-term care facilities for older adults, tuberculosis and hepatitis A outbreaks in households, hand, foot and mouth disease outbreaks in schools, and chickenpox outbreaks in various closed-community settings.

1. ANTECEDENTES

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

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

2. METODOLOGÍA

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

En este informe se describen los brotes epidémicos –según la primera de las definiciones de brote del párrafo anterior- cuyo origen ha tenido lugar en el ámbito de la Comunidad de Madrid durante el año 2025. Debido a que el modo de transmisión determina una diferenciación importante desde el punto de vista diagnóstico y preventivo, los datos de este informe se analizan de forma separada en **tres grandes grupos**: 1) los brotes de gastroenteritis aguda con un vehículo alimentario conocido o sospechoso (incluida agua) como mecanismo de transmisión, 2) los brotes de gastroenteritis aguda con otros mecanismos de transmisión (vía fecal-oral o desconocido) y 3) el resto de brotes. Dentro de los brotes de origen alimentario también se incluyen, si es el caso, procesos que se manifiestan en forma de brote, aunque no cursen de forma característica con síntomas gastrointestinales, pero que tienen un alimento o agua como vehículo de transmisión de la enfermedad (brucelosis, triquinosis, botulismo, etc.). El grupo del resto de brotes incluye una variedad de patologías que se presentan en forma de brotes epidémicos.

Las **variables analizadas** han sido las relacionadas con el tipo de brote y el colectivo implicado, el número de afectados y de ingresos hospitalarios, el agente etiológico y la fecha de aparición del brote. Dependiendo del lugar de elaboración y consumo de la fuente de infección, los brotes alimentarios se clasifican en *familiares* (elaboración y consumo en el propio domicilio u otro lugar de ámbito familiar o privado), *colectivos* (elaboración en cocina central y/o comedor colectivo y consumo en comedor colectivo del tipo que sea) y *mixtos* (elaboración en establecimientos y consumo en domicilios u otro lugar de ámbito privado). Se han calculado las incidencias de brotes y de casos por 100.000 habitantes utilizando como denominador la población a 1 de enero del Censo Anual de 2025 (Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid). El retraso en la notificación de los brotes se definió como los días transcurridos entre la aparición de los primeros síntomas y la notificación al sistema de vigilancia, presentado como media/desviación estándar y mediana/rango intercuartil. Los datos más relevantes se comparan con los brotes registrados en el año anterior.

3. BROTES DETECTADOS EN 2025

En el año 2025 se registraron un total de 442 brotes dentro del ámbito de la Comunidad de Madrid, con 7.196 casos asociados y 574 ingresos hospitalarios (Tabla 3.1); se notificaron un total de 26 fallecimientos. Estos datos suponen una incidencia global anual de 6,21 brotes por 100.000 habitantes, una tasa de casos asociados de 101,15 por 100.000 habitantes y una proporción de ingresos de 8,0% respecto al total de casos. Respecto al año anterior, tanto el número total de brotes como el número de hospitalizaciones han experimentado ascensos (4,5% y 149,6%, respectivamente), mientras que el número total de casos ha disminuido en un 28,4%.

Según el grupo de brotes, los cuadros de gastroenteritis aguda (GEA) no relacionados con el consumo de alimentos han supuesto el mayor número (121 brotes; 27,4%), junto con las mayores cifras de casos asociados (4.080; 56,7%). Sin embargo, estas cifras han sido menores a las registradas en 2024: 20,4% brotes menos y 40,7% casos menos; el número absoluto y la proporción de ingresos hospitalarios, en cambio, han aumentado en estos brotes respecto al año anterior. Los brotes relacionados con el consumo de alimentos han aumentado un 2,0% en número y un 14,0% en hospitalizaciones, con un descenso del 20,0% en el número de casos. Por último, el grupo de otros brotes, que incluye una variedad heterogénea de procesos, ha acumulado 220 brotes, 1.897 casos y 476 ingresos en 2025.

Según el ámbito genérico del brote, los relacionados con establecimientos de restauración, instituciones o grupos colectivos de cualquier tipo han sumado en total 362 brotes (81,9%), cifra similar a la del año anterior, mientras que los brotes de ámbito exclusivamente familiar o del entorno privado han aumentado un 48,1% respecto al año 2024 (54 brotes en 2024 frente a 80 en 2025). El número de casos y el número de ingresos también han aumentado en los brotes familiares (17,4% y 75,4% respectivamente). Los casos asociados a brotes colectivos han pasado de 9.885 en 2024 a 6.994 en 2025 (-29,2%), y las hospitalizaciones de 161 a 453 (181,4% más en 2025).

Tabla 3.1. Brotes epidémicos. Comunidad de Madrid. Año 2025.

Tipo de brote	Ámbito genérico	Brotos		Casos		Hospitalizados	
		N	%	N	%	N	%
BOA	Limitados al entorno privado	11	10,9	40	3,3	21	42,9
	Colectivos o mixtos	90	89,1	1.179	96,7	28	57,1
	Total	101	100,0	1.219	100,0	49	100,0
GEA de origen no alimentario	Limitados al entorno privado	4	3,3	10	0,2	1	2,0
	Colectivos	117	96,7	4.070	99,8	48	98,0
	Total	121	100,0	4.080	100,0	49	100,0
Otros brotes epidémicos	Limitados al entorno privado	65	29,5	152	8,0	99	20,8
	Colectivos	155	70,5	1.745	92,0	377	79,2
	Total	220	100,0	1.897	100,0	476	100,0
TOTAL		442		7.196		574	

BOA: brote de origen alimentario. GEA: gastroenteritis aguda.

4. BROTES DE ORIGEN ALIMENTARIO

4.1. Incidencia y ámbito del brote

En 2025 se han registrado 101 brotes de origen alimentario (BOA) en la Comunidad de Madrid. Esto supone una incidencia de 1,40 brotes por 100.000 habitantes. Los casos asociados han sido 1.219 (17,14 por 100.000 habitantes) y las hospitalizaciones 49 (4,0% de todos los casos) (Tabla 4.1.1). No se han notificados fallecimientos relacionados con estos brotes. Los brotes ocurridos en establecimientos de restauración, residencias sociosanitarias, centros educativos y cualquier otro tipo de comedor colectivo han sido los más frecuentes y han generado el mayor número de enfermos y de ingresos.

Respecto al año anterior, destacan un descenso del 20,0% en el número total de casos y un aumento del 14,0% en los ingresos. El descenso de casos ha ocurrido en todos los grupos de BOA (familiares, colectivos y mixtos), mientras que las hospitalizaciones han aumentado solo en los brotes familiares. La media de casos por brote ha sido de 12,1 (Desviación estándar, DE: 26,0) y la mediana de 4 (rango intercuartil, RI: 5,0). En los brotes familiares, la media ha sido de 3,6 casos (DS: 1,1) y la mediana de 3 casos (RI: 1,0), y en los brotes colectivos/mixtos la media fue de 13,1 casos (DS: 27,4) y la mediana de 4 (RI: 6,0). En el año 2024 todas estas cifras fueron superiores. Los brotes de mayor magnitud también han descendido respecto al año anterior: en 2024 hubo 22 brotes con al menos 20 casos (1.138 enfermos en total) frente a 12 en 2025 (821 enfermos). Todos estos brotes de mayor magnitud ocurridos en 2025 afectaron a comedores colectivos, destacando los centros educativos (5 brotes).

Tabla 4.1.1. BOA según ámbito. Comunidad de Madrid. Años 2024 y 2025.

	Año 2025						Año 2024					
	Brotos		Casos		Hospitalizados		Brotos		Casos		Hospitalizados	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Familiar	11	10,9	40	3,3	21	42,9	9	9,1	53	3,5	13	30,2
Colectivo	74	73,3	1.138	93,4	26	53,1	79	79,8	1.410	92,6	26	60,5
Mixto	16	15,8	41	3,4	2	4,1	11	11,1	60	3,9	4	9,3
TOTAL	101	100	1.219	100	49	100	99	100	1.523	100	43	100

Según el ámbito concreto del colectivo, los ocurridos en establecimientos de restauración han sido los notificados con mayor frecuencia (70 BOA; 69,3%), seguidos de los brotes con origen en domicilios o lugares particulares (14 brotes; 13,9%) y los de colectivos escolares (6 brotes; 5,9%) (Tabla 4.1.2). El mayor número total de casos asociados ha ocurrido en estos últimos colectivos (31,3% del total de casos de 2025), y la mayor parte de las hospitalizaciones se han repartido entre los establecimientos de restauración (25 ingresos; 51,0%) y los domicilios particulares (21 ingresos; 42,9%).

Los BOA en establecimientos de restauración han aumentado en número respecto al año previo un 18,6%, aunque con un descenso del 24,5% en el número total de casos asociados. En los domicilios particulares se ha observado un aumento en el número de brotes notificados y en los ingresos (16,7% y 50%, respectivamente), con un tercio menos de casos asociados. También destaca el descenso en el número de BOA en centros de personas mayores y en comedores de empresa. La mediana de casos por brote ha sido de 57 en los BOA de centros educativos (32 en 2024) y de 3 en los brotes de establecimientos de restauración (también 3 en 2024) y en los domicilios particulares (3,5 en 2024).

Tabla 4.1.2. BOA según colectivo implicado. Comunidad de Madrid. Años 2024 y 2025.

	Año 2025						Año 2024					
	Brotos		Casos		Hospitalizados		Brotos		Casos		Hospitalizados	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Bares, restaurantes, etc.	70	69,3	335	27,5	25	51,0	59	59,6	444	29,2	18	41,9
Domicilios particulares	14	13,9	46	3,8	21	42,9	12	12,1	69	4,5	14	32,6
Centros educativos	6	5,9	382	31,3	3	6,1	7	7,1	293	19,2	1	2,3
Campamentos escolares	2	2,0	42	3,4	0	0,0	1	1,0	77	5,1	0	0,0
Centros de PPM	2	2,0	52	4,3	0	0,0	9	9,1	237	15,6	10	23,3
Centros penitenciarios	2	2,0	218	17,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Comercios de alimentación	2	2,0	4	0,3	0	0,0	1	1,0	2	0,1	0	0,0
Comedores de empresa	1	1,0	106	8,7	0	0,0	4	4,0	193	12,7	0	0,0
Otros centros sociosanitarios	1	1,0	14	1,1	0	0,0	2	2,0	176	11,6	0	0,0
Otros lugares*	1	1,0	20	1,6	0	0,0	4	4,0	32	2,1	0	0,0
TOTAL	101	100	1.219	100	49	100	99	100	1.523	100	43	100

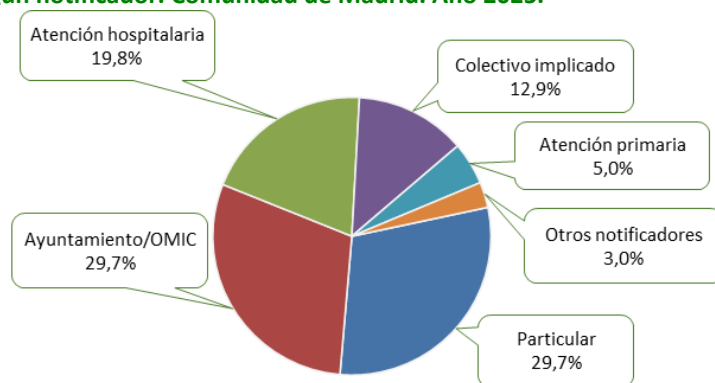
PPMM: personas mayores.

*2025: 1 residencia de estudiantes. 2024: 2 centros hospitalarios, 1 centro universitario y 1 residencia de estudiantes.

4.2. Notificación

En 30 de los 101 brotes alimentarios de 2025 se recibió la notificación directamente desde alguna de las personas afectadas, y en otros 30 brotes fueron también particulares afectados los que comunicaron el problema mediante la interposición de denuncias en los ayuntamientos. El sistema sanitario ha sido otra fuente importante de notificación, 25 brotes en total: 20 por profesionales de centros hospitalarios y 5 desde atención primaria. En 13 brotes -centros educativos, residencias sociosanitarias, colectivos laborales y otros centros cerrados- se tuvo conocimiento por la comunicación desde el propio colectivo. Por último, el resto fueron notificados por instituciones supracomunitarias (Gráfico 4.2.1). En los BOA familiares la notificación desde el sistema sanitario fue mayoritaria (91,1%), sobre todo atención hospitalaria (72,7%), mientras que en los BOA relacionados con establecimientos o comedores colectivos han sido particulares afectados los principales notificadores, directamente (33,3%) o mediante denuncias en los organismos municipales (32,2%).

Gráfico 4.2.1. BOA según notificador. Comunidad de Madrid. Año 2025.



La demora en la notificación del brote tras la aparición del primer caso presentó una media de 5,1 días (DS: 6,5) y una mediana de 3,0 (RI: 5 días), cifras similares a las de 2024. Los brotes familiares han presentado una demora superior ($7,9 \pm 6,9$) a los brotes colectivos ($4,9 \pm 6,6$) y mixtos ($4,4 \pm 5,5$). Entre los colectivos con mayor número de brotes, la mediana de días hasta la notificación ha sido de 1 (RI: 2,3) en los brotes ocurridos en centros escolares, de 3 días (RI: 5,5) en los establecimientos de restauración y de 4 días (RI: 4,8) en los brotes con consumo de alimentos en domicilios.

4.3. Distribución temporal y geográfica

La distribución de los BOA a lo largo del año 2025, según la fecha de aparición del primer caso, se muestra en el gráfico 4.3.1. No se aprecia una estacionalidad clara. En el gráfico 4.3.2 se representa la tendencia anual de los BOA durante los últimos 10 años, junto con los casos asociados.

Gráfico 4.3.1. BOA. Nº de brotes por mes de inicio de síntomas. Comunidad de Madrid. Años 2024 y 2025.

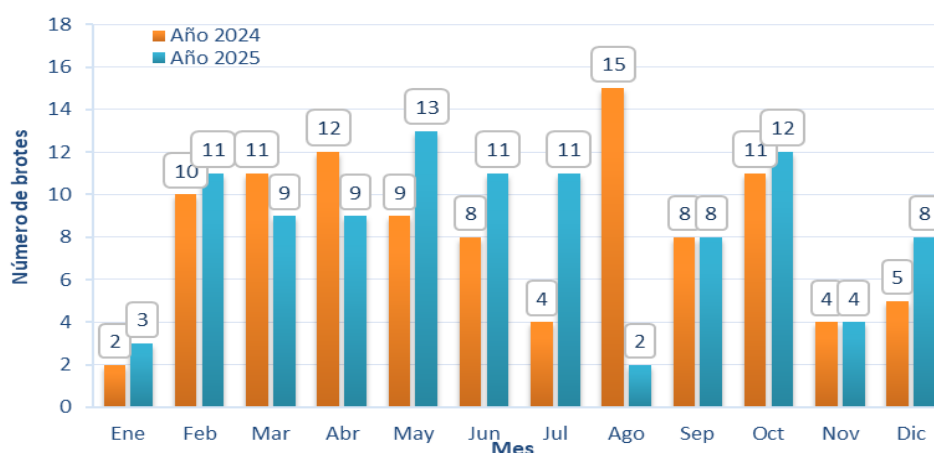
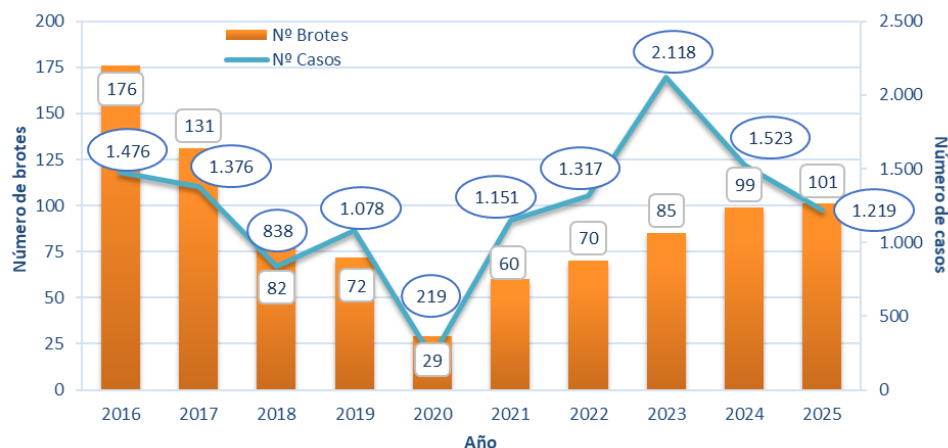


Gráfico 4.3.2. BOA. Número de brotes y casos. Comunidad de Madrid. Periodo 2016-2025.

Más de la mitad de los BOA ocurrieron en establecimientos o domicilios localizados en el municipio de Madrid (56 de 101 brotes; 55,4%), generando el 23,5% de los casos totales (287). Los distritos con mayor número de brotes han sido Chamberí (8 brotes, 7 de ellos en establecimientos de restauración), Centro (6 brotes en establecimientos de restauración), Salamanca (4 BOA en establecimientos de restauración, 1 BOA en una residencia universitaria y 1 BOA en un domicilio particular), Tetuán (5 establecimientos de restauración) y Hortaleza (3 brotes en establecimientos de restauración y 2 en domicilios).

Se han notificado 4 brotes ocurridos en establecimientos de restauración de Alcorcón, y 3 brotes en Tres Cantos (2 establecimientos de restauración y 1 comedor de empresa), en Fuenlabrada (2 establecimientos de restauración y 1 centro sanitario), en Guadarrama (2 campamentos infantojuveniles y 1 establecimiento de restauración) y en Alcalá de Henares (3 establecimientos de restauración). Los municipios de Rivas-Vaciamadrid, Majadahonda, Pozuelo de Alcorcón, San Fernando de Henares y Getafe han registrado 2 BOA cada uno, y los 19 brotes restantes se han distribuido en otros tantos municipios distintos.

4.4. Agente etiológico

Se han recogido y analizado muestras clínicas (heces o sangre) en 39 de los 101 brotes (38,6%): en todos los brotes de ámbito exclusivamente familiar y en el 31,1% de los brotes colectivos o mixtos. Además, en 69 de los 90 brotes colectivos/mixtos (76,7%) se han analizado muestras de alimentos, y en 38 de 90 (42,2%) se investigó a los manipuladores de alimentos.

En 39 brotes (38,6%) se confirmó el agente causal; en 11 de estos brotes la identificación del microorganismo fue exclusivamente en muestras de los alimentos. Entre los brotes en domicilios particulares que se notificaron, la confirmación del agente causal alcanzó el 81,8%, frente a 33,3% en los brotes colectivos/mixtos. En conjunto, el agente más frecuente ha sido *Salmonella* (Tabla 4.4.1), aunque en un porcentaje variable para los BOA familiares (88,9%) y para los BOA colectivos/mixtos (40,0%). Le siguen en frecuencia *Campylobacter* (3 brotes colectivos, 1 brote familiar y 1 brote mixto), *Staphylococcus aureus* (4 brotes colectivos) y *Bacillus cereus* (3 brotes colectivos). También se han producido otros 3 brotes por presencia confirmada de aminos biógenas en alimentos.

En cuanto a los enfermos e ingresos generados, también ha sido *Salmonella* el agente más destacado, con cifras de 36,8% y 93,8%, respectivamente, del total. Los brotes por norovirus y por aminos biógenas han destacado por la media de casos asociados: 32,5 y 12 casos por brote, respectivamente, en comparación con los brotes por *Salmonella* (4 casos de media), por *S. aureus* (3,5 casos) y por *Campylobacter* (3 casos).

Tabla 4.4.1. BOA. Agente causal confirmado. Comunidad de Madrid. Años 2024 y 2025.

	Año 2025						Año 2024					
	Brotos		Casos		Hospitalizados		Brotos		Casos		Hospitalizados	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<i>Salmonella no typhi</i>	20	51,3	123	36,8	45	93,8	14	35,9	155	20,2	30	76,9
<i>Campylobacter</i>	5	12,8	14	4,2	0	0,0	3	7,7	22	2,9	1	2,6
<i>S. aureus</i>	4	10,3	20	6,0	0	0,0	2	5,1	24	3,1	0	0,0
Aminas biógenas*	3	7,7	70	21,0	0	0,0	3	7,7	9	1,2	0	0,0
<i>B. cereus</i>	3	7,7	11	3,3	0	0,0	6	15,4	80	10,4	0	0,0
Norovirus	2	5,1	65	19,5	3	6,3	1	2,6	114	14,9	0	0,0
<i>Y. enterocolitica</i>	1	2,6	17	5,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<i>C. perfringens</i>	1	2,6	14	4,2	0	0,0	8	20,5	329	42,9	5	12,8
Enterococo	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,6	32	4,2	1	2,6
<i>Shigella flexneri</i>	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,6	2	0,3	2	5,1
TOTAL	39	100	334	100	48	100	39	100	767	100	39	100

*Año 2025: 1 brote por histamina en escómbrido (atún rojo) y 2 brotes por otras aminas biógenas en carne de pollo. Año 2024: 3 brotes por histamina en escómbridos.

Según el tipo de colectivo donde ha ocurrido el brote, en los establecimientos de restauración se han confirmado 11 brotes por *Salmonella* (69 casos asociados y 21 hospitalizaciones), 4 brotes por *S. aureus* (20 casos) y por *Campylobacter* (12 casos), 2 brotes por *B. cereus* (9 casos), 1 brote por *Yersinia enterocolitica* (17 casos) y 1 por norovirus (7 casos y 3 ingresos). En los brotes ocurridos en domicilios particulares se han registrado 8 BOA por *Salmonella* (29 casos y 21 ingresos), 1 brote por *Campylobacter* y una intoxicación histamínica por consumo de pescado, con 2 casos cada uno. Los centros educativos han presentado 2 brotes por aminas biógenas asociados a carne de ave (68 casos) y 1 brote por *Salmonella* (25 casos y 3 hospitalizaciones). Por último, han ocurrido también un brote por norovirus en el comedor de un centro sanitario (58 casos asociados), un brote por *Clostridium perfringens* en una residencia para personas con discapacidad (14 casos) y un brote por *B. cereus* en un local de venta de comida para llevar (2 casos).

4.5. Alimento implicado

Se ha confirmado la implicación de un alimento concreto en 14 de 101 brotes (13,9%), todos ellos de ámbito colectivo o mixto. En dos de estos brotes, aunque se demostró epidemiológicamente el vínculo con la transmisión del brote, no se pudo identificar el agente causal en el alimento.

Entre los alimentos confirmados (Tabla 4.5.1) han destacado los preparados con carne de pollo: dos brotes en escuelas infantiles que afectaron a un total de 68 niños que consumieron pollo guisado contaminado con aminas biógenas, un brote en un restaurante que afectó a 30 personas de varios grupos independientes que consumieron pollo frito en fechas próximas, con confirmación de la misma cepa de *Salmonella* en todas ellas, y un brote por *Campylobacter* (3 casos) en un restaurante que sirvió pollo en salsa. Los alimentos elaborados con arroz han generado 3 BOA confirmados, todos en establecimientos de restauración. Dos de éstos tuvieron lugar en el mismo restaurante, con una separación de varios meses, por consumo de un mismo plato de arroz en los que se confirmó *S. aureus*. En las inspecciones realizadas se detectaron deficiencias en la manipulación, en la conservación en frío y en las condiciones higiénicas del local, decretándose el cierre cautelar temporal en ambos casos.

Se confirmó epidemiológicamente la implicación de un plato de huevos con patatas consumido en un restaurante por un grupo procedente de otra comunidad autónoma, identificándose *Salmonella* en muestras clínicas de los enfermos. Se ha confirmado *Salmonella* en otros 14 brotes en los que se habían consumido alimentos elaborados con huevo, 7 en domicilios particulares y otros 7 en colectivos, aunque sin haberse podido confirmar microbiológica o epidemiológicamente la implicación directa de estos alimentos como vehículo de transmisión del microorganismo.

Tabla 4.5.1. BOA. Alimentos confirmados. Comunidad de Madrid. Año 2025.

Alimento confirmado	Brotos	Tipo de colectivo	Casos	Agente causal
Pollo	4	Escuela Infantil (2)	68	Aminas biógenas
		Establecimiento de restauración (2)	30	<i>S. enteritidis</i>
			3	<i>Campylobacter</i> spp
Arroz	3	Establecimiento de restauración	15	<i>S. aureus</i> (2)
			7	<i>B. cereus</i>
Carne de ternera	2	Establecimiento de restauración	10	<i>C. perfringens</i> (sospecha)
			2	<i>S. aureus</i>
Huevo	1	Establecimiento de restauración	7	<i>Salmonella</i> spp
Varios alimentos	1	Establecimiento de restauración	3	<i>S. aureus</i>
Pescado cocinado	1	Domicilio particular (brote mixto)	2	Histamina
Empanada precocinada	1	Tienda de comidas	2	<i>B. cereus</i>
Repostería	1	Establecimiento de restauración	2	<i>B. cereus</i>
TOTAL	14	---	151	---

4.6. Factores contribuyentes

Los posibles factores contribuyentes detectados en la investigación de los BOA ocurridos en 2025 se muestran en la tabla 4.6.1. En 83 de 101 brotes (82,2%) se ha podido identificar al menos un factor relacionado con la aparición del brote.

Tabla 4.6.1. BOA. Factores contribuyentes según el ámbito. Comunidad de Madrid. Año 2025.

Factores contribuyentes	Colectivo/Mixto	Familiar	Total	
	N	N	N	%
Refrigeración/Enfriamiento inadecuado	52	8	60	31,1
Conservación a temperatura ambiente/refrigeración inadecuada	26	3	29	15,0
Enfriamiento inadecuado tras la preparación	18	1	19	9,8
Interrupción de la cadena de frío	6	0	6	3,1
Preparación de los alimentos con excesiva antelación	2	4	6	3,1
Manipulación incorrecta	56	1	57	29,5
Prácticas incorrectas de manipulación	28	1	29	15,0
Contaminación cruzada	26	0	26	13,5
Desproporción nº de comidas elaboradas/capacidad de trabajo	2	0	2	1,0
Cocinado/Calentamiento inadecuado	38	3	41	21,2
Cocinado insuficiente	19	2	21	10,9
Mantenimiento inadecuado de la comida caliente	19	1	20	10,4
Productos crudos/no seguros	7	1	8	4,1
Ingredientes contaminados	5	0	5	2,6
Consumo de alimentos crudos	1	1	2	1,0
Utilización de restos de alimentos	1	0	1	0,5
Factores ambientales/Otros	27	0	27	14,0
Limpieza y desinfección insuficiente de instalaciones y utensilios	21	0	21	10,9
Manipulador infectado	4	0	4	2,1
Diseño inadecuado de los locales	2	0	2	1,0
TOTAL DE FACTORES IDENTIFICADOS*	180	13	193	100,0

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

Para el conjunto de brotes, las deficiencias relacionadas con una insuficiente o nula refrigeración de materias primas o alimentos ya elaborados, las prácticas incorrectas en la manipulación y el tratamiento térmico insuficiente han sido factores importantes. En los brotes con alimentos elaborados en establecimientos o colectivos también se han detectado incumplimientos en cuanto a la correcta higiene de los locales.

4.7. Medidas de control

En la tabla 4.7.1 se recogen las principales medidas específicas adoptadas para el control de los BOA. Hay que tener en cuenta que las actuaciones que se llevan a cabo tras la notificación de un posible brote de origen alimentario implican a diversos niveles o entidades de la administración, y no siempre está disponible la información completa sobre estos aspectos.

Tabla 4.7.1. BOA. Medidas de control adoptadas según el ámbito. Comunidad de Madrid. Año 2025.

Medidas de control	Colectivo/Mixto		Familiar		Total	
	N	%*	N	%*	N	%*
Inspección del local	89	98,9	0	0,0	89	88,1
Investigación y control de manipuladores	35	38,9	0	0,0	35	34,7
Inmovilización o destrucción de alimentos	27	30,0	0	0,0	27	26,7
Cese de actividad o cierre del establecimiento	20	22,2	0	0,0	20	19,8
Desinfección de instalaciones	7	7,8	0	0,0	7	6,9
Educación sanitaria	3	3,3	4	36,4	7	6,9

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

5. BROTES DE GASTROENTERITIS AGUDA DE ORIGEN NO ALIMENTARIO

5.1. Incidencia y ámbito del brote

En el año 2025 se han recibido 121 notificaciones de brotes de gastroenteritis aguda (GEA) sin relación con el consumo de alimentos (Tabla 5.1.1), 31 brotes menos que en 2024 (-20,4%). La incidencia ha pasado de 2,17 (2024) a 1,70 (2025) brotes por 100.000 habitantes. Los casos asociados a estos brotes han disminuido en 2.795 (-40,7%), con un porcentaje de hospitalizaciones de 0,67 en 2024 y de 1,2 en el año 2025. Se han comunicado 2 fallecimientos, ambos en residencias de personas mayores, uno por broncoaspiración en una persona encamada con alta dependencia y otro por reagudización de procesos subyacentes.

Tabla 5.1.1. Brotes de GEA de origen no alimentario por colectivo. Comunidad de Madrid. Años 2024 y 2025.

	Año 2025						Año 2024					
	Brotes		Casos		Hospitalizados		Brotes		Casos		Hospitalizados	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Centros de PPMM	103	85,1	3.852	94,4	40	81,6	133	87,5	6.455	93,9	41	89,1
Centros de PDI	7	5,8	119	2,9	1	2,0	9	5,9	223	3,2	4	8,7
Centros escolares	4	3,3	52	1,3	0	0,0	3	2,0	123	1,8	0	0,0
Domicilios	4	3,3	10	0,2	1	2,0	3	2,0	8	0,1	0	0,0
Otros c. sociosanitarios	3	2,5	47	1,2	7	14,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Centros sanitarios	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	1,3	35	0,5	0	0,0
Otros colectivos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	1,3	31	0,5	1	2,2
TOTAL	121	100,0	4.080	100,0	49	100,0	152	100,0	6.875	100,0	46	100,0

PPMM: personas mayores. PDI: personas con discapacidad intelectual.

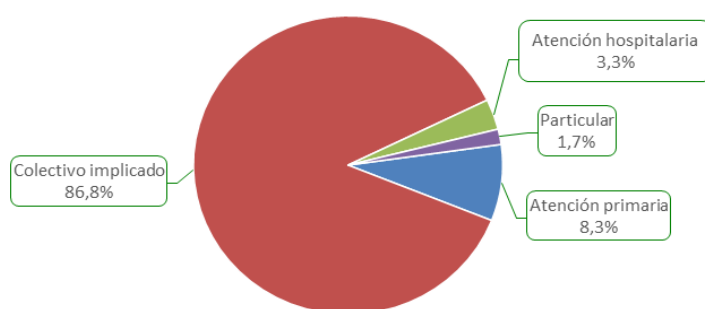
Según el colectivo afectado, los brotes de GEA en residencias y centros para personas mayores han ocupado el primer lugar en frecuencia (103 de 121 brotes; 85,1%), en magnitud (3.852 de 4.080 casos;

94,4%) y en número total de ingresos (81,6%), aunque han sido los que más han descendido respecto al año anterior: 30 brotes menos (-22,6%) y 2.603 casos menos (-40,3%).

5.2. Notificación

Los brotes de GEA fueron notificados en su mayoría (105 de 121 brotes) desde responsables o personal sanitario del propio colectivo donde tuvo lugar el brote. Un 11,6% (14 de 121) fue notificado desde el sistema sanitario (Gráfico 5.2.1). La media de tiempo entre la aparición de síntomas del primer caso y la notificación del brote fue de 4,7 días (DS: 8,1) y la mediana de 3 días (RI: 3). Para los brotes ocurridos en centros de personas mayores la mediana fue de 3 días (RI: 3), frente a 4,5 días (RI: 3,8) en los brotes de centros para personas con discapacidad y otros centros sociosanitarios, 4 días (DS: 6,3) en los brotes ocurridos en centros educativos, y 11 días (DS: 26,5) en los brotes limitados al ámbito familiar.

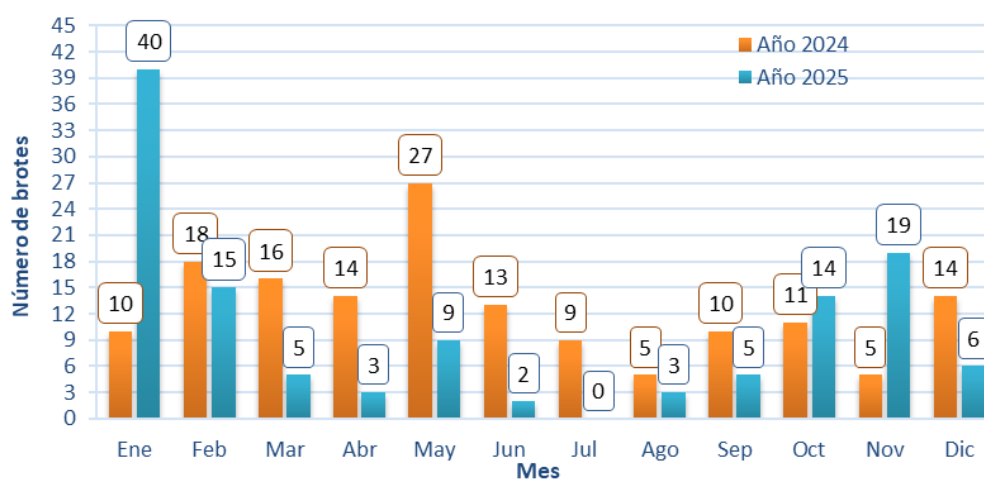
Gráfico 5.2.1. Brotos de GEA de origen no alimentario según notificador. Comunidad de Madrid. Año 2025.



5.3. Distribución temporal

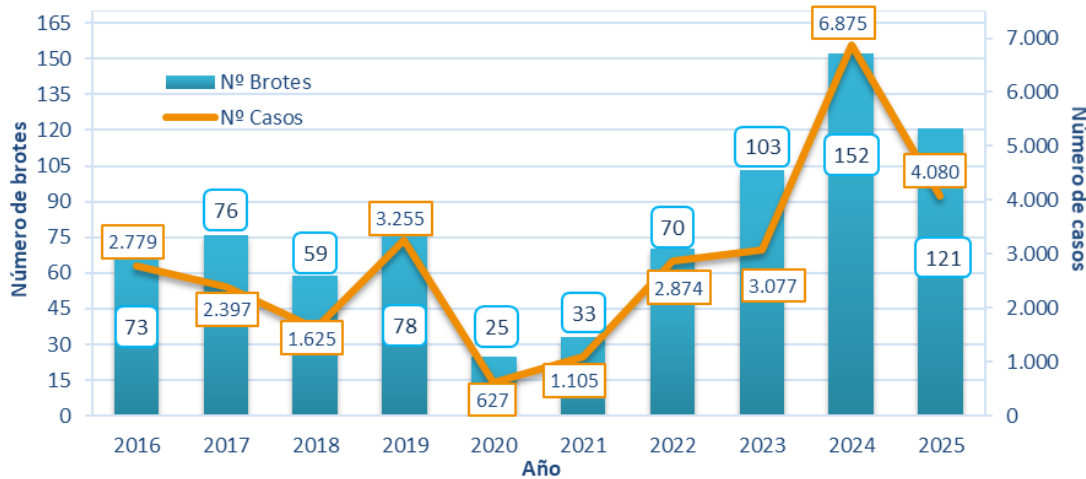
La distribución de los brotes de GEA no alimentarios a lo largo del año 2025 se muestra en el gráfico 5.3.1. Los brotes ocurridos en los meses de otoño e invierno (enero-febrero, octubre-diciembre) han supuesto el 77,7% del total (94 de 121 brotes), destacando el mes de enero, con 40 brotes.

Gráfico 5.3.1. Brotos de GEA de origen no alimentario. Estacionalidad por mes de inicio de síntomas. Comunidad de Madrid. Años 2024 y 2025.



La evolución anual del número de brotes de GEA y del número de casos asociados registrados en los últimos 10 años (2016-2025) se muestra en el gráfico 5.3.2.

Gráfico 5.3.2. Brotes de GEA de origen no alimentario. Número de brotes y casos. Comunidad de Madrid. Periodo 2016-2025.



5.4. Agente etiológico

En 61 de 121 brotes (50,4%) se obtuvo la confirmación microbiológica del agente causal a partir de muestras clínicas de enfermos. Los virus han sido los agentes causales más frecuentes, especialmente norovirus (90,2% de los brotes confirmados, 45,5% del total de brotes de GEA) (Tabla 5.4.1). Los brotes por norovirus han ocurrido mayoritariamente en residencias de personas mayores (48 brotes), seguidos de los que han afectado a residencias para personas con discapacidad (4 brotes). Los brotes por rotavirus y por astrovirus también se han registrado en residencias de personas mayores.

En todos los brotes de GEA sin confirmación microbiológica, la sospecha clínica y epidemiológica también orientó hacia un origen vírico con transmisión directa persona a persona: 52 centros y residencias de personas mayores, 4 residencias de personas con discapacidad, 3 centros educativos y una reunión familiar.

Tabla 5.4.1. Brotes de GEA de origen no alimentario. Agente causal. Comunidad de Madrid. Años 2024 y 2025.

	Año 2025						Año 2024					
	Brotos		Casos		Hospitalizados		Brotos		Casos		Hospitalizados	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Norovirus	55	45,5	2.396	58,7	38	77,6	93	61,2	5.109	74,3	30	65,2
Rotavirus	2	1,7	21	0,5	1	2,0	3	2,0	168	2,4	1	2,2
Astrovirus	1	0,8	19	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Giardia	1	0,8	3	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Salmonella	1	0,8	3	0,1	1	2,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Cryptosporidium	1	0,8	2	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
S. sonnei	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	1,3	6	0,1	0	0,0
Sapovirus	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,7	28	0,4	0	0,0
Sin confirmar	60	49,6	1.636	40,1	9	18,4	53	34,9	1.564	22,7	15	32,6
TOTAL	121	100,0	4.080	100,0	49	100,0	152	100,0	6.875	100,0	46	100,0

6. OTROS BROTES EPIDÉMICOS

6.1. Tipos y ámbito del brote

En 2025 se han registrado un total de 220 brotes de distintas enfermedades, exceptuando los brotes de gastroenteritis descritos en los dos apartados anteriores. Los brotes de gripe (79), los de escabiosis (47), los de tuberculosis pulmonar (35) y los de hepatitis A (30) han sido los más numerosos (Tabla

6.1.1). Estos brotes también han sido los que han generado un mayor número total de casos asociados (1.033, 425, 83 y 62, respectivamente), junto con los brotes de enfermedad de mano, pie y boca (124 casos) y los brotes de conjuntivitis (73 casos). En el conjunto de brotes de gripe se han registrado 362 ingresos hospitalarios (35,0% de los casos), 65 ingresos en los brotes de tuberculosis pulmonar (78,3% de los casos) y 42 ingresos en los brotes de hepatitis A (67,7% de los casos). Por último, se ha informado de 21 fallecimientos en los brotes de gripe (en 14 residencias de personas mayores y 2 residencias de personas con discapacidad), 2 fallecidos en sendos brotes de tuberculosis pulmonar ocurridos en domicilios particulares (en personas con factores de riesgo previos) y un fallecido en un brote de legionelosis en una residencia de personas mayores.

Todos los brotes de gripe fueron por virus influenza tipo A. En todos los brotes de conjuntivitis se consideró el origen vírico como la causa más probable, aunque sin confirmación microbiológica.

Tabla 6.1.1. Brotos epidémicos (excluyendo GEA). Comunidad de Madrid. Años 2024 y 2025.

	2025				2024*			
	Brotos		Casos	Hospit.	Brotos		Casos	Hospit.
	Total	Confirmados			Total	Confirmados		
Conjuntivitis	5	0	73	1	10	0	309	0
Enfermedad de mano, pie y boca	6	0	124	0	10	0	173	0
Escabiosis	47	0	425	0	56	2	652	0
Escarlatina	3	3	18	0	10	10	58	0
Gripe	79	79	1.033	362	17	17	177	60
Hepatitis A	30	30	62	42	11	11	25	10
Impétigo	3	0	17	0	1	0	11	0
Infección por VRS	2	2	10	4	5	5	17	11
Legionelosis	1	1	2	2	2	2	4	4
Mpox	2	2	6	0	0	0	0	0
Tuberculosis pulmonar	35	34	83	65	26	26	66	43
Tularemia	1	1	2	0	0	0	0	0
Varicela	6	4	42	0	2	2	11	2

Hospit.: hospitalizados. VRS: virus respiratorio sincitial.

*Solo se muestran enfermedades con brotes en el año 2025.

En la tabla 6.1.2 se describen los colectivos afectados según el tipo de brote. Han destacado los brotes de gripe y los de escabiosis en centros de personas mayores, los de tuberculosis pulmonar y los de hepatitis A en domicilios particulares, los de enfermedad de mano, pie y boca en centros escolares, y los de varicela en varios colectivos cerrados (centros de acogida para personas con vulnerabilidad social, residencia de personas con discapacidad y residencia deportiva).

Además de brotes diversos ocurridos en el entorno familiar, se han notificado también 7 brotes de escabiosis en residencias de varios tipos (personas con discapacidad, menores, personas con vulnerabilidad social, personas con patología crónica mental o física y residencia universitaria) y 4 brotes de tuberculosis pulmonar en colectivos diversos: centros de inmigrantes (2), colectivo laboral e institución cerrada para personas con patología mental.

Los dos brotes de mpox ocurrieron por contacto estrecho en un ámbito social de ocio (clado Ib), con caso índice desconocido, y en una fiesta privada con relaciones sexuales de riesgo (clado II), respectivamente.

El brote de tularemia ocurrió a partir de un caso índice, con probable exposición extracomunitaria, que fue atendido en un centro sanitario y generó un caso secundario (contacto accidental laboral).

Tabla 6.1.2. Brotos epidémicos (excluyendo GEA). Colectivos implicados. Comunidad de Madrid. Año 2025.

Enfermedad	Ámbito del brote	Nº brotes	Nº casos	Nº hospitalizados
Conjuntivitis	Centros de PPMM	3	54	0
	Centros de personas con discapacidad	1	11	1
	Centros de personas sin hogar	1	8	0
Enf. mano, pie y boca	Centros educativos	6	124	0
Escabiosis	Centros de PPMM	38	377	0
	Residencias no geriátricas*	7	40	0
	Domicilios particulares	2	8	0
Escarlatina	Centros educativos	2	13	0
	Centros de personas inmigrantes	1	5	0
Gripe	Centros de PPMM	70	938	345
	Centros de personas con discapacidad	9	95	17
Hepatitis A	Domicilios particulares	29	60	41
	Centros educativos	1	2	1
Impétigo	Centros educativos	2	12	0
	Domicilios particulares	1	5	0
Infección por VRS	Centros de PPMM	1	6	0
	Centros de personas con discapacidad	1	4	4
Legionelosis	Centros de PPMM	1	2	2
Mpox	Domicilios particulares	2	6	0
Tuberculosis pulmonar	Domicilios particulares	31	73	58
	Otros colectivos*	4	10	7
Tularemia	Centros laborales	1	2	0
Varicela	Residencias no geriátricas*	5	35	0
	Centros educativos	1	7	0

PPMM: personas mayores. VRS: virus respiratorio sincitial.

*Ver detalle en el texto.

6.2. Notificación

La notificación de los brotes se ha recibido de forma variable dependiendo de la enfermedad y el ámbito afectado. Entre los brotes que han ocurrido en colectivos o instituciones, el 91,6% (142 de 155) fueron notificados por responsables del propio colectivo. También se recibieron notificaciones de los profesionales de atención hospitalaria (los 4 brotes de tuberculosis ocurridos en colectivos, 2 brotes de varicela, 1 de escabiosis, 1 de conjuntivitis y el único brote de tularemia) y de atención primaria (2 brotes de escabiosis y 1 de varicela).

Entre los brotes de ámbito familiar o privado, en cambio, el 89,2% (58 de 65) se conocieron a partir de notificaciones del sistema sanitario: 48 brotes desde atención hospitalaria y 10 brotes desde atención primaria.

7. PRINCIPALES HALLAZGOS

* La cifra de brotes epidémicos notificados en la Comunidad de Madrid en 2025 ha sido de 442 (6,21 brotes por 100.000 habitantes), con al menos 7.196 casos asociados (101,15 por 100.000 habitantes) y 574 hospitalizaciones (8,0% de los casos totales). En comparación con el año anterior, los brotes han aumentado un 4,5%, aunque con un descenso en el número de casos asociados de un 28,4%. Las hospitalizaciones han pasado de 230 en 2024 a 574 en 2025.

* Según el tipo de brote, los más frecuentes y con mayor número de casos han sido los de gastroenteritis aguda con transmisión no alimentaria (121 brotes, 4.080 casos asociados), los brotes relacionados con el consumo de alimentos (101 brotes, 1.219 casos), los brotes de gripe (79 brotes, 1.033 casos) y los brotes de escabiosis (47 brotes, 425 casos).

* Los brotes relacionados con el consumo de alimentos (BOA) se han localizado más frecuentemente en establecimientos de restauración (bares, restaurantes, hoteles, cafeterías, ferias gastronómicas, etc.) y en domicilios o lugares privados. Estos dos tipos de colectivos han aumentado en notificaciones respecto al año anterior (18,6% y 16,7%, respectivamente), pero hay que destacar el descenso en el número total de personas afectadas: un quinto y un tercio menos, respectivamente, que en 2024. En cuanto a los ingresos hospitalarios que generan estos brotes, como en otros años destacan en número absoluto y relativo los asociados a los brotes de ámbito familiar o particular, pero hay que recordar que es probable que exista una mayor tendencia a notificar a Salud Pública aquellos brotes, dentro de este ámbito, que puedan tener una mayor trascendencia desde el punto de vista clínico. El hecho de que el 72,7% de los brotes familiares hayan sido notificados desde atención hospitalaria apunta en este mismo sentido. Hay que destacar positivamente el descenso de los BOA que han afectado a residencias de personas mayores (-14,3%), por la potencial mayor vulnerabilidad de esta población. No se han registrado fallecimientos en estos brotes.

* El porcentaje de BOA con confirmación microbiológica del agente causal (38,6%) se ha mantenido en niveles similares al año previo. En 2025, *Salmonella no typhi* continúa siendo el microorganismo asociado a los brotes alimentarios con mayor frecuencia: 20,8% del total de BOA, 51,3% entre los brotes confirmados microbiológicamente. Establecimientos de restauración (11 brotes), domicilios particulares (8 brotes) y centros educativos (1 brote) han sido los lugares donde han ocurrido estos brotes. También han sido los brotes por *Salmonella* los que han acumulado un mayor número de enfermos (123) y de hospitalizaciones (45). Los BOA por aminas biógenas (histamina y otras aminas que producen sintomatología similar) y por norovirus han destacado por el número total de casos asociados (70 y 65, respectivamente).

* Se ha confirmado microbiológicamente el agente causal del brote en el alimento consumido en 12 ocasiones, todas ellas en BOA relacionados con colectividades; en otros 2 brotes, también en colectivos, la confirmación del alimento como vehículo de transmisión del agente causal fue mediante evidencia epidemiológica (confirmación estadística). Alimentos elaborados con pollo han sido los más frecuentes, confirmado en 4 brotes, y han generado un total de 101 enfermos; aminas biógenas (2 brotes), *S. enteritidis* y *Campylobacter* han sido los microorganismos implicados en estos brotes.

* Se ha descrito algún posible factor contribuyente para la aparición de los brotes (predisponente, facilitador, desencadenante, etc.) en el 82,2% de los BOA de 2025. En los brotes con elaboración de alimentos en establecimientos o comedores colectivos (BOA colectivos y mixtos) han destacado las deficiencias relacionadas con la conservación en refrigeración, las prácticas incorrectas durante la manipulación -junto a una contaminación cruzada entre alimentos-, el deficiente estado de limpieza en superficies y utensilios, el mantenimiento inadecuado de alimentos calientes ya elaborados, y el consumo de alimentos cocinados de manera incompleta o insuficiente. En los brotes de ámbito domiciliario también la inadecuada o nula refrigeración, junto a una preparación de los alimentos alejada del momento del consumo, y los alimentos con un tratamiento térmico insuficiente han sido factores influyentes.

* Los brotes de gastroenteritis aguda (GEA) sin relación con alimentos como vehículo de transmisión y difusión destacan cada año en número y en magnitud, y se asocian frecuentemente a una transmisión directa interpersonal de agentes virales. En el año 2025 se han registrado 121 brotes de este tipo, con 4.080 casos asociados, 49 hospitalizaciones y 2 fallecimientos. Ciento tres de estos brotes de GEA (85,1%) han afectado a centros de personas mayores. En casi la mitad de los brotes de

GEA (45,5%) se confirmó microbiológicamente norovirus en muestras de heces de los enfermos.

* El papel de Salud Pública en estos brotes de GEA incluye la investigación rápida y activa del brote, mediante la recogida y análisis de los datos epidemiológicos, clínicos y microbiológicos (muestras clínicas), con el fin de determinar su origen y alcance, y la colaboración con los responsables de los colectivos afectados para la aplicación de las medidas oportunas para el control del brote.

* Se han notificado 79 brotes de gripe por virus influenza A en 2025, todos ellos en centros residenciales que atienden a personas en situaciones de mayor vulnerabilidad: 70 brotes en residencias/centros de día de personas mayores y 9 brotes en centros residenciales para personas con discapacidad. Estos brotes han generado un número importante de casos (1.033) y de ingresos (362), así como 21 fallecimientos.

* En 2025 también han destacado los brotes de escabiosis en número (47) y en casos asociados (425). Estos brotes han afectado a 38 residencias de personas mayores, a 7 centros y residencias de diversa índole (personas con discapacidad, centros de rehabilitación física o mental, atención a personas en situación de vulnerabilidad socioeconómica, etc.) y a 2 grupos de personas con vínculo estrecho familiar o de amistad. Los brotes de escabiosis habitualmente presentan un diagnóstico exclusivamente clínico.

* A diferencia de los brotes anteriores, los brotes de tuberculosis pulmonar y los de hepatitis A han ocurrido sobre todo en domicilios privados, entre familiares convivientes o en relaciones privadas, por lo que han sido brotes con un número medio limitado de casos asociados. El número de ingresos hospitalarios, en cambio, sí es un dato destacado.

* Por último, en 2025 se han registrado también 6 brotes de enfermedad de mano, pie y boca en escuelas infantiles, 6 brotes de varicela en colectivos cerrados, 5 brotes de conjuntivitis -con probable origen vírico- en centros sociosanitarios, 3 brotes de escarlatina en dos centros educativos y en un centro de personas inmigrantes, 3 brotes de impétigo -con diagnóstico clínico- en el ámbito escolar y familiar, 2 brotes de infección por virus respiratorio sincitial en una residencia de personas mayores y en un centro residencial para personas con discapacidad física, 2 brotes de mpox en el ámbito de relaciones sociales estrechas privadas, y un brote de tularemia con un caso secundario ocurrido en el ámbito asistencial hospitalario.

* La vigilancia epidemiológica de los brotes epidémicos constituye un pilar fundamental para la prevención y control de los problemas de salud de las comunidades, por lo que es necesario mantener y reforzar la notificación precoz de todas las sospechas de brote y la coordinación entre sectores y organismos para la pronta adopción de las medidas de control que corresponden a cada nivel, con el fin último de minimizar el impacto de las situaciones detectadas y prevenir la aparición de riesgos potenciales.

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

Cita recomendada: Dirección General de Salud Pública. Brotes epidémicos en la Comunidad de Madrid. Año 2025. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Número 7. Volumen 31. Julio 2026.