

BROTOS EPIDÉMICOS
EN LA COMUNIDAD DE MADRID
AÑO 2024



**Comunidad
de Madrid**

Brotos epidémicos

en la Comunidad de Madrid, año 2024

ÍNDICE

1. RESUMEN	3
2. ANTECEDENTES	4
3. METODOLOGÍA	4
4. BROTES DETECTADOS EN 2024	5
5. BROTES DE ORIGEN ALIMENTARIO	5
5.1. Incidencia y ámbito del brote	5
5.2. Notificación	6
5.3. Distribución temporal y geográfica	7
5.4. Agente etiológico	9
5.5. Alimento implicado	9
5.6. Factores contribuyentes	10
5.7. Medidas de control	11
6. BROTES DE GASTROENTERITIS AGUDA DE ORIGEN NO ALIMENTARIO	12
6.1. Incidencia y ámbito del brote	12
6.2. Notificación	13
6.3. Distribución temporal	13
6.4. Agente etiológico	14
7. OTROS BROTES EPIDÉMICOS	15
7.1. Tipos y ámbito del brote	15
7.2. Notificación	16
8. PRINCIPALES HALLAZGOS	17

1. RESUMEN

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

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

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

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

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

2. ANTECEDENTES

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

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

3. METODOLOGÍA

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

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

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

4. BROTES DETECTADOS EN 2024

En 2024 se registraron un total de 423 brotes dentro del ámbito de la Comunidad de Madrid, con al menos 10.057 casos asociados y 230 ingresos hospitalarios (*tabla 4.1*); se notificaron 15 fallecimientos. La incidencia global anual fue de 6,03 brotes por 100.000 hab., y la tasa de casos asociados 143,48 por 100.000 hab. La proporción de ingresos supuso un 2,3% de los casos.

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

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

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

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

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

5. BROTES DE ORIGEN ALIMENTARIO

5.1. Incidencia y ámbito del brote

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PPMM: Personas mayores.

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

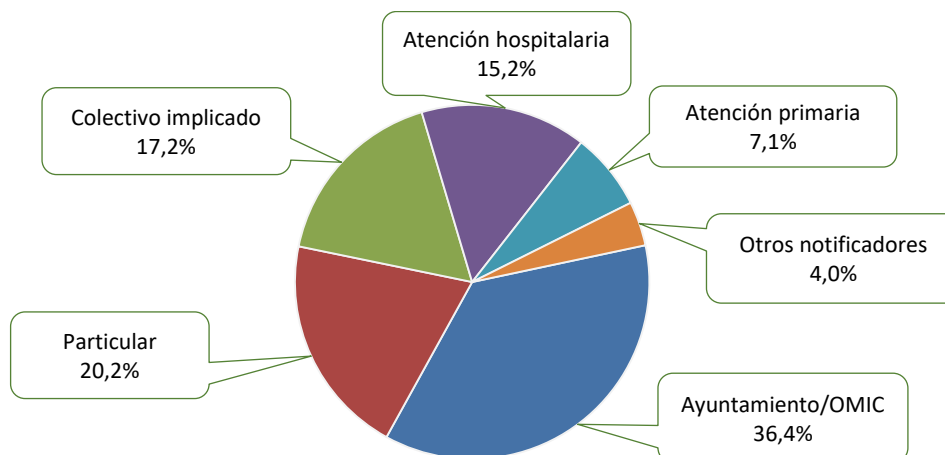
5.2. Notificación

El mayor número de notificaciones de los BOA en 2024 ha procedido de denuncias recibidas en los ayuntamientos (36,4%), seguidas de las notificaciones realizadas directamente por afectados en los brotes (20,2%). Los profesionales del sistema sanitario han notificado el 22,2% de los brotes (15 brotes

desde los centros hospitalarios y 7 brotes desde los centros de atención primaria), y los responsables de los propios colectivos afectados comunicaron 17 de los 99 brotes (17,2%) (*figura 5.2.1*).

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

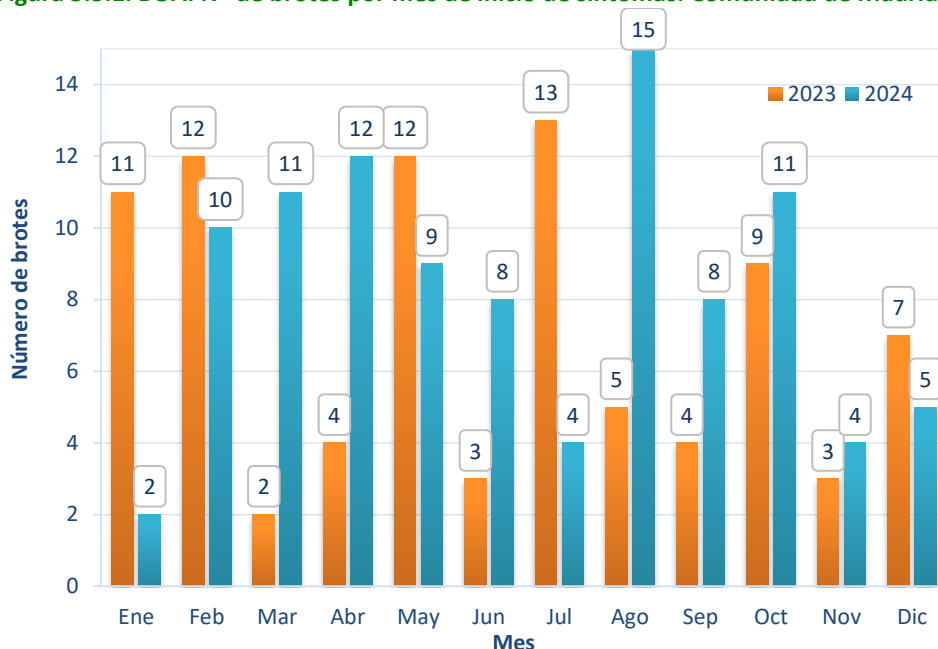
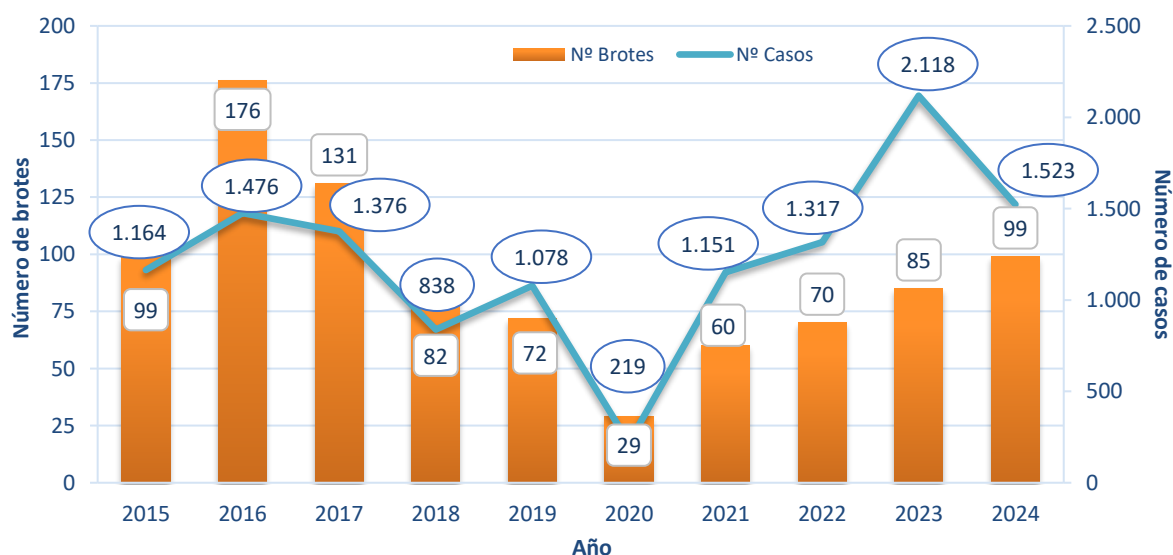
Figura 5.2.1. BOA según notificador. Comunidad de Madrid. Año 2024.



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

5.3. Distribución temporal y geográfica

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

Figura 5.3.1. BOA. Nº de brotes por mes de inicio de síntomas. Comunidad de Madrid. Años 2023 y 2024.**Figura 5.3.2. BOA. Número de brotes y casos. Comunidad de Madrid. Periodo 2015-2024.**

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

Dentro del municipio de Madrid y según el ámbito del brote, han destacado por número de BOA los distritos de Madrid-Centro (10 brotes, todos en establecimientos de restauración), Madrid-Vallecas (9 brotes, 5 de ellos en establecimientos de restauración), Madrid-Salamanca (8 brotes, 6 en establecimientos de restauración), Madrid-Fuencarral (6 brotes, 4 en establecimientos de restauración), Madrid-Tetuán (6 brotes, 4 de ellos en establecimientos de restauración y 2 en

comedores de empresa) y Madrid-Chamberí (4 brotes en establecimientos de restauración). Los brotes de otros ámbitos se han repartido por el territorio de la Comunidad de Madrid sin agregaciones destacadas en ninguna zona.

5.4. Agente etiológico

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

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

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

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

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

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

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

5.5. Alimento implicado

En 24 de los 99 BOA (24,2%) se pudo identificar y confirmar (epidemiológicamente o mediante análisis

microbiológico) el alimento que actuó como vehículo de transmisión del agente causal. No se recogieron muestras de alimentos en los brotes con elaboración y consumo en domicilios particulares.

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

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

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

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

5.6. Factores contribuyentes

Se ha recogido al menos un posible factor contribuyente en el 76,8% de los brotes relacionados con

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

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

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

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

5.7. Medidas de control

En la *tabla 5.7.1* se muestran las principales medidas adoptadas para el control de los BOA, más allá de la investigación epidemiológica y la toma de muestras clínicas y alimentarias. En los brotes ocurridos en domicilios privados, la principal actuación va dirigida a reforzar la educación sanitaria de los ciudadanos sobre la correcta manipulación y conservación de los alimentos, aunque en las situaciones en las que se sospecha de alimentos elaborados fuera del domicilio (comedores colectivos,

industria, etc.) también se lleva a cabo la inspección del establecimiento implicado. En los brotes que se consideran de ámbito colectivo, la inspección de las instalaciones, junto con la investigación de los manipuladores y la adopción de las medidas preventivas o sancionadoras que correspondan (destrucción de materias primas o alimentos considerados no seguros y el cese cautelar de la actividad, entre otros) han sido las principales actuaciones en materia de control de los posibles riesgos alimentarios.

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

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

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

6. BROTES DE GASTROENTERITIS AGUDA DE ORIGEN NO ALIMENTARIO

6.1. Incidencia y ámbito del brote

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

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

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

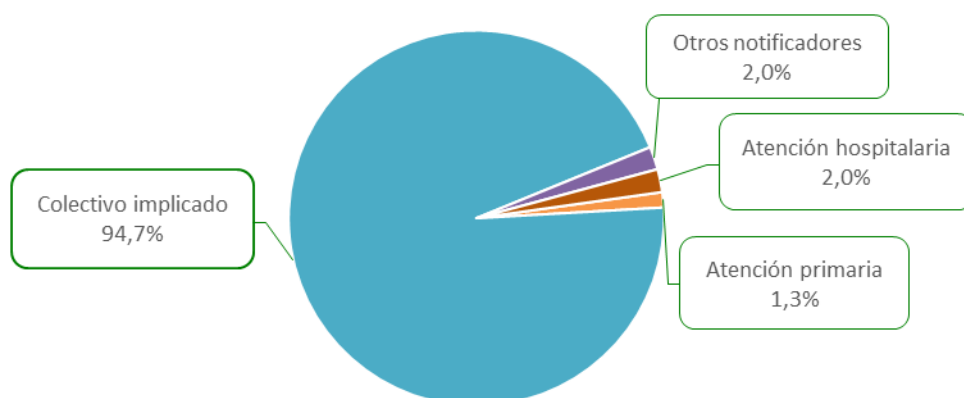
PPMM: personas mayores.
*2023: 2 centros de personas con discapacidad, 1 albergue para refugiados, 1 vivienda para personas sin hogar, 1 residencia para madres/hijos y 1 residencia universitaria. 2024: 9 centros de personas con discapacidad.
**2023: 1 granja-escuela. 2024: 1 local de ocio y 1 establecimiento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

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

6.2. Notificación

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

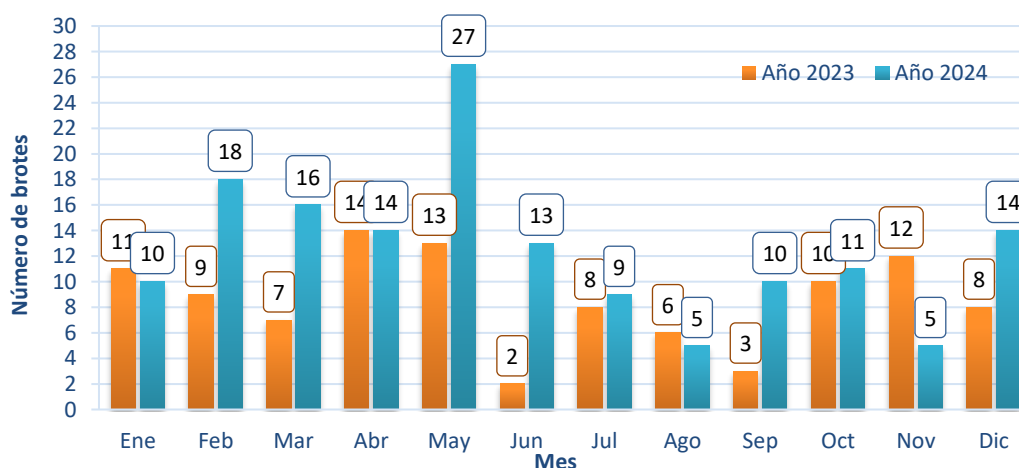
Figura 6.2.1. Brotos de GEA de origen no alimentario según notificador. Comunidad de Madrid. Año 2024.



6.3. Distribución temporal

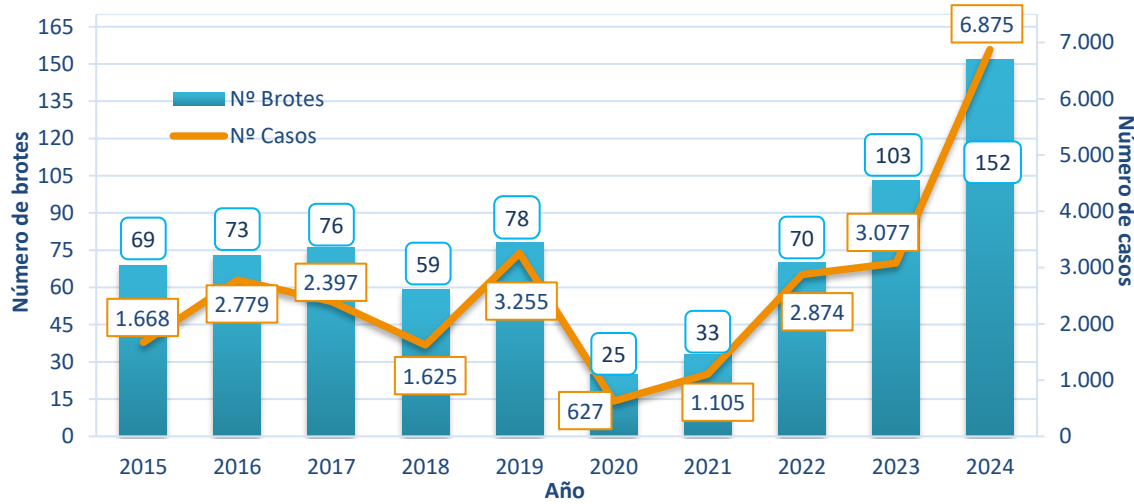
En la *figura 6.3.1* se desglosa la distribución de los brotes de GEA según el mes de inicio de los síntomas del primer caso. Casi la mitad de los brotes (49,3%) han ocurrido entre febrero y mayo, destacando el número de brotes que se presentaron en el mes de mayo.

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



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

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



6.4. Agente etiológico

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

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

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

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

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

7. OTROS BROTES EPIDÉMICOS

7.1. Tipos y ámbito del brote

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

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

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

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

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

Hospit.: hospitalizados. VRS: Virus respiratorio sincitial.

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

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

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

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

PPMM: personas mayores. VRS: virus respiratorio sincitial.

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

7.2. Notificación

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

8. PRINCIPALES HALLAZGOS

* En el año 2024 se han registrado en la Comunidad de Madrid un total de 423 brotes epidémicos (364 brotes en 2023), lo que supone una incidencia de 6,03 brotes por 100.000 hab. (5,30 en 2023). El número total de casos afectados ha aumentado paralelamente (143,48 por 100.000 hab. en 2024 frente a 94,66 casos por 100.000 hab. en 2023), mientras que los ingresos hospitalarios han descendido de 301 en 2023 a 230 en 2024.

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

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

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

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

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

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

con una mediana de 32 casos por brote) y las residencias de personas mayores también han destacado en magnitud (26 casos por brote) y en ingresos hospitalarios (10).

* Los brotes relacionados con el consumo de alimentos elaborados en comedores colectivos se han notificado fundamentalmente a través de denuncias o reclamaciones presentadas en los ayuntamientos o directamente en la Dirección General de Salud Pública por parte de afectados (60% de los brotes colectivos/mixtos). Los brotes familiares, en cambio, se han recibido desde atención hospitalaria en más de la mitad de los casos, lo que estaría relacionado con la mayor proporción de ingresos hospitalarios en estos brotes que, probablemente, se debería a un sesgo hacia una mejor notificación de los brotes que solicitan una atención médica especializada más que a una forma de presentación o evolución peor de estos brotes en comparación con el resto. En cuanto al tiempo hasta la notificación de los brotes, los indicadores han mostrado un retroceso con relación al año 2023: la media ha pasado de 4,3 días a 5 y la mediana de 2 a 3 días.

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

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

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

* Aunque los datos de vigilancia de los brotes epidémicos muestran avances positivos en varios indicadores, hay aspectos que siguen necesitando mejorar y reforzar, especialmente la notificación

oportuna de las sospechas de brote, lo que agilizaría la pronta investigación de los hechos y el origen de los problemas, facilitaría la toma de muestras y permitiría la adopción de las medidas de control necesarias para evitar su extensión. También conviene destacar la importancia del trabajo coordinado entre sectores, instituciones y profesionales como elemento esencial para anticipar, controlar y reducir eficazmente los problemas de salud pública.

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

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