

MORBILIDAD POR ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA

Año 2024. Comunidad de Madrid



Comunidad
de Madrid

MORBILIDAD POR ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA

AÑO 2024. COMUNIDAD DE MADRID.

Índice

1. RESUMEN	4
2. INTRODUCCIÓN	5
3. MÉTODOS	5
3.1. Fuentes de información	5
3.2. Variables	6
3.3. Indicadores	6
3.3.1. Indicadores del funcionamiento del sistema de vigilancia	6
3.3.2. Indicadores de morbilidad	6
4. RESULTADOS	8
4.1. FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA	8
4.1.1. Centros notificadores	8
4.1.2. EDO notificadas según modalidad de notificación y nivel asistencial	8
4.1.3. Grado de cumplimiento de las principales variables	9
4.2. COMPARACIÓN DE LA INCIDENCIA EN 2024 CON AÑOS ANTERIORES	9
4.2.1. Datos globales	9
4.2.2. Datos por grupos de enfermedades	9
5. DESCRIPCIÓN DE LAS ENFERMEDADES	15
5.1. ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN RESPIRATORIA	15
5.1.1. Gripe	15
5.1.2. Legionelosis	16
5.1.3. Lepra	18
5.1.4. Tuberculosis	19
5.1.5. Virus respiratorio sincitial	20
5.2. ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN ALIMENTARIA	21
5.2.1. Botulismo	21
5.2.2. Campilobacteriosis	21
5.2.3. Criptosporidiosis	24
5.2.4. Infecciones por <i>Escherichia coli</i> productora de toxina Shiga o Vero	26
5.2.5. Fiebre tifoidea y paratifoidea	27
5.2.6. Giardiasis	27
5.2.7. Hepatitis A	29
5.2.8. Listeriosis	30
5.2.9. Salmonelosis (excepto <i>Salmonella typhi</i> y <i>paratyphi</i>)	31
5.2.10. Shigelosis	33
5.2.11. Yersiniosis	35
5.3. ENFERMEDADES PREVENIBLES POR VACUNACIÓN	36
5.3.1. Enfermedad meningocócica	36
5.3.2. Enfermedad invasiva por <i>Haemophilus influenzae</i>	38
5.3.3. Enfermedad neumocócica invasiva	40
5.3.4. Herpes zóster	42
5.3.5. Parotiditis	43
5.3.6. Parálisis flácida aguda en menores de 15 años	44
5.3.7. Tosferina	45
5.3.8. Rubéola	47
5.3.9. Sarampión	47
5.3.10. Varicela	48



5.4. ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y PARENTERAL.....	49
5.4.1. Hepatitis B	49
5.4.2. Hepatitis C.....	50
5.4.3. Infección gonocócica	52
5.4.4. Infección por <i>Chlamydia trachomatis</i>	54
5.4.5. Linfogranuloma venéreo	57
5.4.6. Mpox.....	59
5.4.7. Sífilis.....	61
5.4.8. Sífilis congénita	63
5.5. ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN VECTORIAL.....	63
5.5.1. Dengue.....	63
5.5.1. Enfermedad por virus Chikungunya	66
5.5.2. Enfermedad por virus Zika	66
5.5.3. Encefalitis transmitida por garrapatas.....	66
5.5.4. Fiebre exantemática mediterránea	66
5.5.5. Leishmaniasis	66
5.5.6. Paludismo	68
5.6. ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN ZOONÓTICA	69
5.6.1. Fiebre Q	69
5.6.2. Hidatidosis	70
5.6.3. Leptospirosis	70
5.6.4. Toxoplasmosis congénita.....	70
5.6.5. Tularemia	70
5.7. OTRAS MENINGITIS.....	70
5.7.1. Meningitis víricas	70
5.8. ENFERMEDADES NOTIFICADAS POR SISTEMAS ESPECIALES	72
5.8.1. Encefalopatías espongiformes transmisibles humanas.....	72
5.9. ENFERMEDADES DE LAS QUE NO SE NOTIFICÓ NINGÚN CASO.....	73
6. ASPECTOS A DESTACAR.....	73

1. RESUMEN

Introducción: El Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) constituye uno de los sistemas básicos de la Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid. Su finalidad última es contribuir a la prevención y control de las enfermedades transmisibles incluidas en la lista de declaración obligatoria. La difusión de los resultados de la vigilancia también forma parte de las funciones y objetivos de este sistema.

Objetivos: Describir las características de presentación de las enfermedades de declaración obligatoria durante el año 2024 y compararlas con los años anteriores.

Método: Se describen varios indicadores del funcionamiento del propio sistema de vigilancia EDO y se calculan datos de la morbilidad notificada (número de casos y tasas de incidencia acumulada en el año 2024), realizando comparaciones con los 5 años anteriores (2019-2023). De manera individual, se comparan los datos de la Comunidad de Madrid y de España, para la mayoría de enfermedades, y se analizan variables sociodemográficas, clínicas y epidemiológicas. La incidencia anual se presenta a nivel regional y por distritos de salud pública, utilizando como denominador la Estadística Continua de Población, para 2024, y las poblaciones del Padrón Continuo, para el resto de años. En 2024 se incorporan al informe de vigilancia epidemiológica EDO los casos confirmados de infección por virus respiratorio sincitial declarados desde los hospitales.

Resultados: Durante el año 2024 participaron en el sistema de vigilancia EDO un total de 602 unidades notificadoras (486 centros de atención primaria -80,7%-; 67 centros y consultas externas hospitalarias -11,1%- y 49 notificadores de otro tipo -8,1%-). Se han registrado un total de 124.740 casos (2.954 menos -2,3% que en 2023), el 70,4% de ellos con enfermedades de declaración numérica (gripe, varicela y herpes zóster) y el 29,6% restante con EDO individualizadas con datos epidemiológicos básicos. A pesar de una cifra total de casos EDO inferior a 2023, la mayoría de enfermedades han presentado en 2024 más casos que en el año anterior, destacando los incrementos en la campilobacteriosis, la hepatitis A, la infección por *C. trachomatis*, la infección gonocócica, el herpes zóster, el mpox, el sarampión, la tosferina, el dengue y la fiebre exantemática mediterránea. En la comparación (%) de las tasas de incidencia con la mediana de tasas del quinquenio 2019-2023, la tosferina, el sarampión, la infección por *E. coli* verotoxigénico, la hepatitis A, la criptosporidiosis, la fiebre exantemática mediterránea, el dengue, el linfogranuloma venéreo y la infección gonocócica han tenido los mayores ascensos. En cuanto a las enfermedades con menor número de casos en el año 2024 respecto a 2023, las que más destacan han sido la gripe, la criptosporidiosis, la salmonelosis y la enfermedad por virus Chikungunya, estas tres últimas enfermedades, sin embargo, con tasas en 2024 por encima de la mediana registrada en el quinquenio anterior. En 2024 no se han registrado casos de brucelosis, carbunco, cólera, difteria, fiebre amarilla, fiebre hemorrágica vírica, fiebre del Nilo Occidental, fiebre recurrente transmitida por garrapatas, infección congénita por virus Zika, parálisis flácida aguda (<15 años), peste, poliomielitis, rabia, rubéola, rubéola congénita, síndrome respiratorio agudo grave, tétanos, tétanos neonatal y triquinosis.



2. INTRODUCCIÓN

El Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) constituye uno de los sistemas básicos de la Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid, integrada en la Red de Vigilancia Epidemiológica de España (RENAVE); ésta, a su vez, aporta información al Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades (ECDC). Su finalidad última es contribuir a la prevención y control de una serie de enfermedades transmisibles que se incluyen en la lista de declaración obligatoria. A efectos de notificación, desde 2013 se considera que las semanas epidemiológicas comienzan a las 0 horas del lunes y finalizan a las 24 horas del domingo. En el año 2024, la semana 1 comenzó el lunes 1 de enero de 2024 y la semana 52 finalizó el domingo 29 de diciembre de 2024.

El Decreto 184/1996, de 19 de diciembre, creó la Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid, y la Orden 9/1997, de 15 de enero, desarrolló el anterior estableciendo la lista de enfermedades de declaración obligatoria, sus modalidades de notificación, así como la difusión periódica de información en el Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Con posterioridad se desarrolló reglamentación complementaria a ésta, destacando la nueva normativa estatal de 2015 (Orden SSI/445/2015, de 9 de marzo), que amplió la lista de enfermedades a declarar para incorporar enfermedades que deben de ser vigiladas en el marco de la Unión Europea, con su adaptación y publicación posterior en la normativa de la Comunidad de Madrid.

También supuso un cambio importante, por su impacto sobre la vigilancia de estas enfermedades, la incorporación desde 2009 de información procedente de atención primaria mediante la captación automatizada de episodios de morbilidad desde la historia clínica de los casos EDO numéricos (todo episodio creado de gripe, varicela o herpes zóster) y también del resto de EDO que hayan sido registrados como tal por los facultativos (requiere, por tanto, voluntariedad para ello por parte de los mismos). Una vez captados, estos registros son revisados por los epidemiólogos de la Subdirección General de Vigilancia en Salud Pública, que validan su incorporación al sistema si cumplen los criterios de definición de caso de acuerdo a los protocolos de la Red de Vigilancia. Se mantiene la obligación para todos los médicos de notificar las EDO de declaración urgente por teléfono o correo electrónico, ya que una notificación oportuna en el tiempo es fundamental para la toma adecuada de medidas de control en estos casos.

En este informe se describen las características del sistema de vigilancia (calidad de los datos, participantes en la notificación y tipo de notificación) y de las EDO registradas durante el año 2024 correspondientes a pacientes con residencia en la Comunidad de Madrid o que el período de incubación indicara que se hayan contagiado en esta Comunidad. Para cada enfermedad se presenta la distribución espacial y temporal de los casos y se analizan las variables clínicas y epidemiológicas básicas junto a algunas variables específicas de cada protocolo. Los datos de la Comunidad de Madrid se comparan con los datos de 2024 de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica que están disponibles cuando se realiza este informe. Para describir la evolución temporal se utilizan los datos históricos del sistema de EDO tanto de la Comunidad de Madrid como del nivel nacional. Las enfermedades se presentan en los siguientes grupos: enfermedades de transmisión respiratoria, enfermedades de transmisión alimentaria, enfermedades prevenibles por vacunación, enfermedades de transmisión sexual y parenteral (excepto el VIH/sida), enfermedades de transmisión vectorial, enfermedades de transmisión zoonótica, otras meningitis y enfermedades notificadas por sistemas especiales.

En relación a los brotes epidémicos, en este informe se incluyen datos someros para las enfermedades contenidas en la lista de EDO. El análisis detallado de todos los brotes epidémicos ocurridos en 2024 se publica en el Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid de manera independiente.

3. MÉTODOS

3.1. Fuentes de información

La información analizada procede de las notificaciones de EDO realizadas por los centros de atención primaria, los centros de especialidades, los hospitales del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), los hospitales privados y por otras fuentes, incluyendo instituciones sanitarias públicas o privadas, residencias de ancianos, colegios, particulares, centros de atención a menores, instituciones penitenciarias, etc.



Además, se realiza una búsqueda activa de información a través de la consulta de historias clínicas electrónicas, en el registro de muestras clínicas procesadas por el Centro Nacional de Microbiología, y se complementa con una exhaustiva revisión del Conjunto Mínimo Básico de Datos al alta hospitalaria (CMBD) para aumentar la calidad de la información de los casos registrados.

3.2. Variables

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

3.3. Indicadores

Se estiman indicadores tanto del funcionamiento del sistema de vigilancia como de la morbilidad notificada.

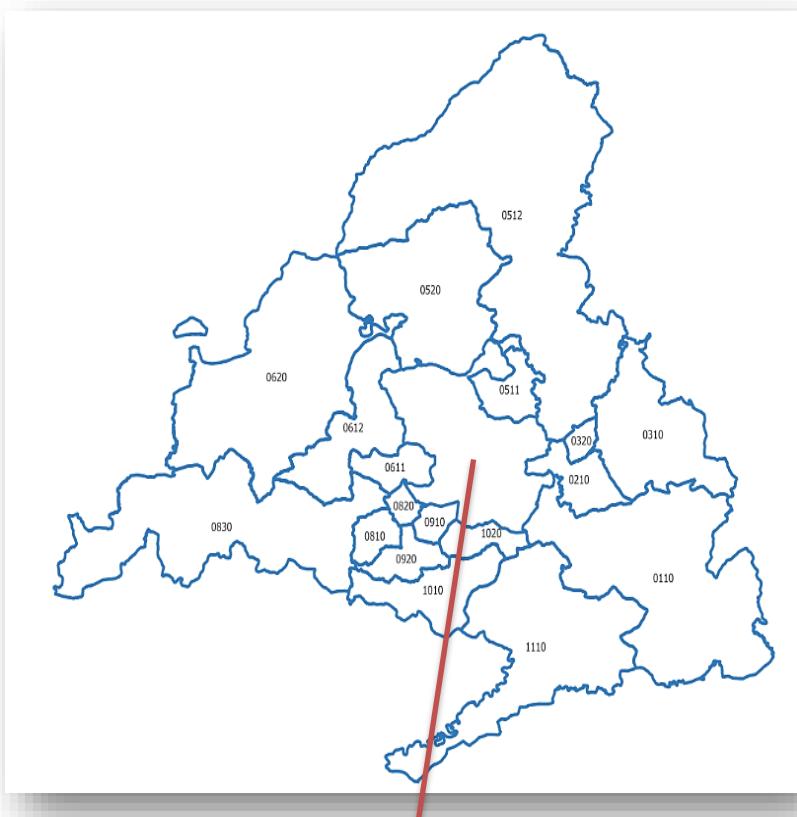
3.3.1. Indicadores del funcionamiento del sistema de vigilancia

- Número de centros notificadores.
- Número de notificaciones recibidas. Pueden recibirse varias notificaciones de distintas fuentes para un mismo caso, y los datos que aportan se integran para completar la información que se necesita registrar en cada EDO.
- Número de casos notificados.
- Tasa de registro de hospitales del SERMAS:
$$\frac{n^{\circ} \text{ de casos EDO con datos básicos}}{\text{población asignada a cada hospital}} \times 100.000$$
- Grado de cumplimentación de las variables (sólo para EDO con datos básicos).

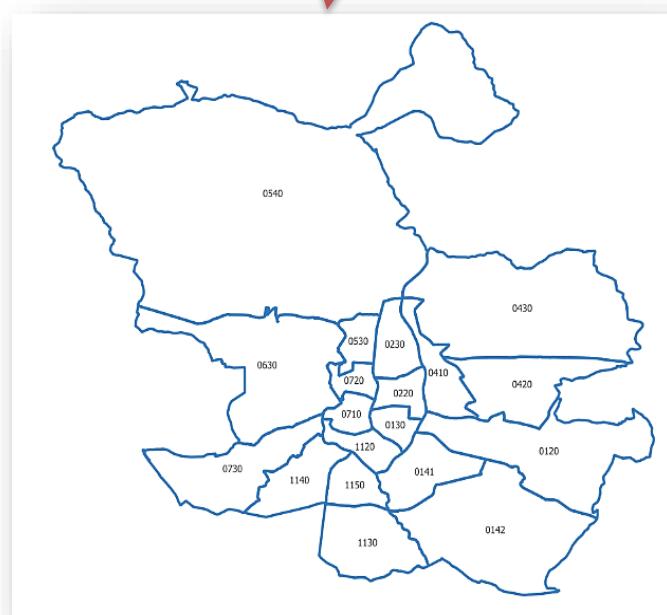
3.3.2. Indicadores de morbilidad

- Número de casos notificados y comparación con el año anterior.
- Tasas de incidencia acumulada por 100.000 habitantes (TI): para su cálculo se ha utilizado como denominador la Estadística Continua de Población (ECP) de la Comunidad de Madrid de 2024, nueva población de referencia para las operaciones estadísticas. Para los datos de incidencia de los años anteriores se ha mantenido la población de Padrón Continuo del año correspondiente. Además de la población total, para algunos cálculos se han utilizado los datos poblacionales por sexo, por grupos de edad y, en el caso de la parálisis flácida aguda, la población menor de 15 años. En los análisis espaciales se ha utilizado la ECP por Distritos de Salud Pública (mapa 3.3.2.a).
- Comparación histórica de tasas mediante el porcentaje de variación de la tasa de incidencia acumulada de la Comunidad de Madrid del 2024 con respecto a la mediana del quinquenio anterior (2019-2023):

$$\frac{TI (CM 2024) - TI \text{ mediana (CM 2019 - 2023)}}{TI \text{ mediana (CM 2019 - 2023)}} \times 100$$

Mapa 3.3.2.a. Mapa de los Distritos de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.**Comunidad de Madrid**

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



4. RESULTADOS

4.1. FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA

4.1.1. Centros notificadores

Durante el año 2024 participaron en el sistema de vigilancia EDO un total de 602 unidades notificadoras: 486 centros de atención primaria (80,7%), 67 centros y consultas externas hospitalarias (11,1%) y 49 notificadores de otro tipo (8,1%), incluyendo residencias de personas mayores, centros penitenciarios, centros educativos, Cruz Roja, particulares, centros monográficos que notifican infecciones de transmisión sexual (Centro Sanitario Sandoval y Centros Municipales de Salud) y otros.

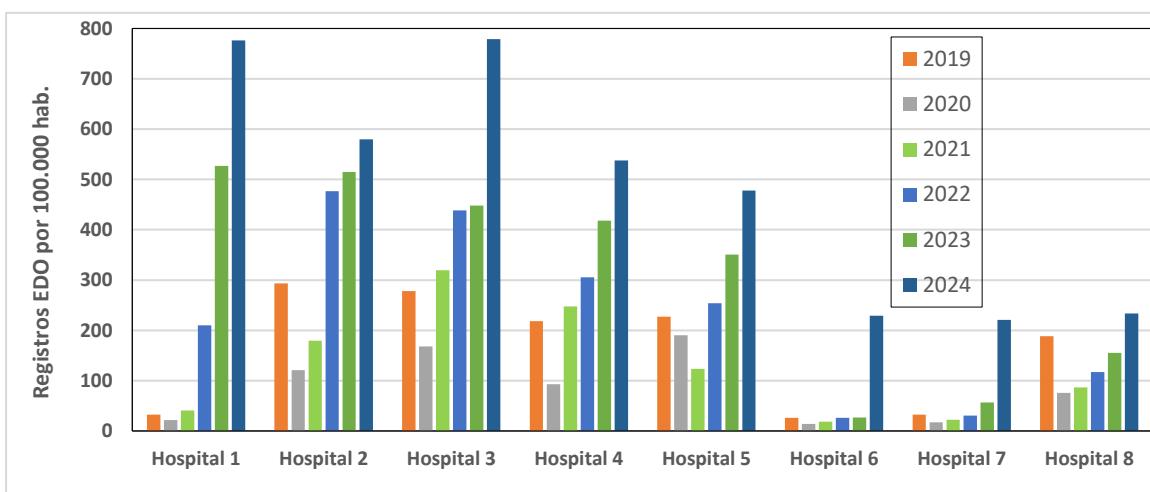
4.1.2. EDO notificadas según modalidad de notificación y nivel asistencial

En 2024 se registraron 124.740 casos de EDO: el 70,4% (87.769 casos) fueron notificaciones de EDO de declaración numérica (gripe, varicela y herpes zóster) y el 29,6% restante (36.971 casos) correspondieron a EDO con datos epidemiológicos básicos.

El 99,9% de los casos de enfermedades numéricas fueron notificados desde atención primaria, mediante un sistema automatizado de captación de episodios individualizados de esas tres enfermedades. Para las EDO con datos epidemiológicos básicos, las notificaciones se recibieron en un 77,6% desde centros de atención hospitalaria, en un 5,9% desde atención primaria y en el 16,5% restante por notificadores de otros ámbitos. Para este análisis sólo se ha considerado el primer notificador de cada caso.

En el gráfico 4.1.2.a se muestra la tasa anual de registros (nº de EDO individualizadas con datos epidemiológicos básicos respecto a la población asignada) de los 8 hospitales del grupo funcional 3 del SERMAS desde 2019. Tras la caída general en las notificaciones en el año 2020 (pandemia covid-19), las tasas de la mayoría de las EDO han ido aumentando progresivamente. En el año 2024 se aprecia un incremento proporcionalmente superior, explicado en parte por la incorporación ese año de las infecciones por el virus respiratorio sincitial (VRS) a la vigilancia epidemiológica, y en parte por el refuerzo importante que se ha realizado para que, hospitales con niveles de notificación más bajos, puedan mejorar sus tasas de registro. Esta mejora ha afectado con un mayor peso a enfermedades de alta incidencia, como campilobacteriosis, salmonelosis, infección gonocócica, etc., en las que la disponibilidad de sistemas automatizados de captación y/o revisión de los casos ha supuesto un avance sustancial.

Gráfico 4.1.2.a. Tasa de registro de EDO con datos básicos de los ocho hospitales del SERMAS del Grupo Funcional 3 (nº de EDO registradas por hospital/población asignada a cada hospital por 100.000 hab.). Años 2019-2024.



Fuente (denominadores): Población asignada a 1 de enero de 2024. Memoria anual de actividad del Servicio Madrileño de Salud. Año 2024.

4.1.3. Grado de cumplimiento de las principales variables

El grado de cumplimiento de los datos recogidos en la notificación de los casos de EDO con datos epidemiológicos básicos ha sido del 100% para las variables edad, sexo y clasificación epidemiológica de los casos (confirmados, probables o sospechosos). Las variables que recogen el lugar de residencia y el país de nacimiento de los casos estaban cumplimentadas en un 98,6% y un 98,9%, respectivamente. La fecha de inicio de los síntomas se cumplimentó en 2024 en un 66,1% de los casos, aunque hay que tener en cuenta que en determinadas enfermedades la sintomatología puede ser de inicio impreciso o no presentarse.

4.2. COMPARACIÓN DE LA INCIDENCIA EN 2024 CON AÑOS ANTERIORES

4.2.1. Datos globales

En las tablas 4.2.1.a y 4.2.1.b se presentan el número de casos y las tasas de incidencia acumulada anual entre los años 2015 y 2024 en la Comunidad de Madrid. Algunos datos pueden contener variaciones respecto a informes previos debido al continuo proceso de revisión. En el caso de la infección por virus respiratorio sincitial, la vigilancia obligatoria comenzó a partir del 1 de octubre de 2023, y los datos de este informe se refieren a los casos confirmados por laboratorio notificados desde atención hospitalaria en 2024. En las tablas no se incluyen las enfermedades que no han registrado ningún caso en los últimos 10 años: carbunco, cólera, fiebre amarilla, fiebre recurrente transmitida por garrapatas, peste, polio, rabia, rubéola congénita, síndrome respiratorio agudo grave y tétanos neonatal. En la tabla 4.2.1.c y en el gráfico 4.2.1.a se muestran indicadores comparativos de morbilidad de aquellas enfermedades que han presentado casos en los últimos años.

En 2024 no se han registrado casos de brucelosis, carbunco, cólera, difteria, fiebre amarilla, fiebre hemorrágica vírica, fiebre del Nilo Occidental, fiebre recurrente transmitida por garrapatas, infección congénita por virus Zika, parálisis flácida aguda (<15 años), peste, poliomielitis, rabia, rubéola, rubéola congénita, síndrome respiratorio agudo grave, tétanos, tétanos neonatal y triquinosis.

4.2.2. Datos por grupos de enfermedades

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

Enfermedades de transmisión respiratoria

En 2024 la incidencia de gripe ha sido inferior a la del año anterior y a las registradas en los años previos a la pandemia de covid-19. El número absoluto de casos ha descendido en un 24,8%. En cuanto a la legionelosis, también se ha observado un descenso relevante en el número de casos notificados (-32,4%), mientras que en la tuberculosis persiste una tendencia al alza, con un incremento del 7,1% en la incidencia de 2024 respecto al año 2023.

La vigilancia del virus respiratorio sincitial (casos confirmados notificados desde atención hospitalaria) se incluye por primera vez en este informe. En 2024 se registraron 5.166 casos (73,7 casos por 100.000 habitantes), 3.502 ingresados y 106 fallecimientos.

Enfermedades de transmisión alimentaria e hídrica

La mayoría de las enfermedades de este grupo han aumentado su incidencia respecto al año anterior, excepto el botulismo (solo se ha notificado un caso), la criptosporidiosis (descenso del 62,26%), la salmonelosis (disminución del 15,54%) y la yersiniosis (reducción del 6,58%). Entre las enfermedades que han aumentado en 2024, han destacado la campilobacteriosis (1.255 casos más que en 2023 y un incremento del 104,2% respecto a la mediana de las tasas de incidencia del quinquenio 2019-2023), la hepatitis A (aumento de incidencia del 330,0% respecto a 2023 y del 342,6% respecto al quinquenio previo) y la giardiasis (126 casos más e incrementos en las tasas de 36,9% y 102,9% frente a 2023 y el quinquenio anterior, respectivamente). Las infecciones por *E. coli* productora de toxina Shiga se han mantenido en el mismo número que en 2023, aunque con un incremento notable respecto al quinquenio anterior, y no se han notificado casos de cólera ni de triquinosis en 2024.



Enfermedades prevenibles por vacunación

En este grupo de enfermedades ha destacado el aumento de casos en 2024 del herpes zóster (2.446 casos más que en 2023) y de la tosferina (1.141 casos de incremento respecto al año anterior, con la mayor tasa de incidencia de todo el periodo incluido en este informe). Aunque con menores cifras absolutas, en 2024 también han aumentado en casos la enfermedad meningocócica, la enfermedad invasiva por *H. influenzae*, la enfermedad neumocócica invasiva, el sarampión y la varicela. La parotiditis ha descendido en 54 casos (17,0%) respecto al año anterior, con una disminución del 18,8% con relación a la tasa de incidencia mediana del quinquenio 2019-2023. En 2024 no se han notificado casos de difteria, parálisis flácida aguda en menores de 15 años, poliomielitis, rubéola, rubéola congénita, tétanos ni tétanos neonatal

Enfermedades de transmisión sexual y parenteral

En 2024 las cifras de la infección por *Chlamydia trachomatis*, la infección gonocócica, el linfogranuloma venéreo, el mpox y la sífilis han vuelto a registrar incrementos respecto al año previo aunque, en general, estos no han sido de la magnitud observada en las últimas temporadas. Aun así, algunas de estas enfermedades han continuado experimentando subidas relevantes. Tal es el caso de la infección gonocócica o de la infección por *C. trachomatis*, cuyas incidencias se ha visto incrementadas respecto a 2023 en un 31,6% y un 17,3% respectivamente. Menor ha sido el aumento observado en el linfogranuloma venéreo (LGV), del 5,6%, a pesar de que en la temporada anterior alcanzó un crecimiento del 80% en sus tasas. La sífilis se mantiene en unas cifras similares al año previo y el mpox muestra un aumento del 94,1%. En cuanto a la hepatitis B aguda y a los nuevos diagnósticos de hepatitis C, ambas han tenido pequeños descensos en el número de casos registrados en 2024. En 2024 se ha registrado un solo caso de sífilis congénita (4 casos en 2023).

Enfermedades transmitidas por vectores

La enfermedad por virus Chikungunya ha sido la única enfermedad de este grupo que ha registrado en 2024 un menor número de casos que en el año anterior. Dengue, paludismo y fiebre exantemática mediterránea han presentado los mayores incrementos interanuales (106, 27 y 21 casos más, respectivamente) y respecto al periodo quinquenal anterior (cifras 159,7%, 63,3% y 176,5% superiores a la mediana de las tasas de incidencia). Los casos de leishmaniasis aumentaron en un 23,3% respecto a 2023, alcanzando una tasa 5,6% superior a la mediana de tasas 2019-2023.

En 2024 se registró también un caso de encefalitis transmitida por garrapata importado de Finlandia, y un caso de enfermedad por virus Zika importado de Bolivia. No se han notificado casos de fiebre amarilla, fiebre hemorrágica vírica, fiebre del Nilo Occidental, fiebre recurrente transmitida por garrapatas ni de infección congénita por virus Zika.

Enfermedades de transmisión zoonótica

En 2024 se han notificado 24 casos de fiebre Q, 10 casos de hidatidosis, 2 casos de tularemia, 1 caso de leptospirosis y 1 caso de toxoplasmosis congénita. Ninguna de estas enfermedades ha presentado tasas de incidencia por encima de la mediana del periodo quinquenal previo. No se han registrado casos de brucelosis, carbunco, peste ni rabia.

Otras enfermedades

Los casos de meningitis causadas por enterovirus no polio en 2024 fueron 38, 8 casos más que en 2023. En 4 de los 8 casos en los que se pudo genotipar el virus, se identificó Echovirus 5.

En el año 2024 se han registrado 14 casos de encefalopatías espongiformes transmisibles humanas (EETH), 9 casos de enfermedad de Creutzfeldt-Jakob esporádica y 5 casos de enfermedad de Creutzfeldt-Jakob familiar. Todos los casos se clasificaron como probables. La edad media de los casos fue de 67 años.



Tabla 4.2.1.a. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Número de casos. Comunidad de Madrid. Años 2015 a 2024^a.

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
ENF. DE TRANSMISIÓN RESPIRATORIA										
Gripe	114.203	83.938	91.577	80.293	100.514	88.016	2.077	30.523	67.196	50.502
Legionelosis	81	53	87	142	89	69	111	163	176	119
Lepra	1	4	2	1	3	0	0	1	2	1
Tuberculosis	676	683	604	592	616	470	465	502	580	634
Virus respiratorio sincitial										5.166
ENF. DE TRANSMISIÓN ALIMENTARIA										
Botulismo	1	0	1	0	1	0	4	1	4	1
Campilobacteriosis*		1.821	2.174	2.612	2.832	2.102	2.534	3.049	4.827	6.082
Cryptosporidiosis*		47	85	69	54	19	14	33	327	126
<i>E. coli</i> productor de toxina Shiga*		6	9	8	8	4	6	30	73	73
Fiebre tifoidea y paratifoidea	6	7	11	9	10	2	3	9	5	7
Giardasis*		449	435	404	437	174	125	210	316	442
Hepatitis A	68	228	1028	369	129	34	21	46	48	211
Listeriosis*		47	59	92	89	43	57	80	49	51
Salmonelosis (exc. fiebre tif. y paratif.)*		2.006	1.801	1.274	1.051	609	771	983	1.532	1.322
Shigelosis*		48	45	59	61	99	37	51	116	197
Tríquinasis	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0
Yersiniosis*		67	79	75	123	66	78	89	152	142
ENF. TRANS. SEXUAL Y PARENTERAL										
Hepatitis B*	39	44	47	27	29	14	14	40	26	23
Hepatitis C*		578	617	661	598	349	449	546	533	528
Infección por <i>Chlamydia tra.</i> (exc. LGV)*		1.229	1.614	2.305	3.370	2.353	3.127	4.079	5.844	7.002
Linfogranuloma venéreo*		120	169	179	254	248	209	348	635	685
Infección gonocócica	1.200	1.517	1.878	2.760	2.969	1.997	3.480	4.002	6.534	8.788
Mpox								2.522	116	230
Sífilis	452	567	619	785	1.145	978	1.366	1.739	2.053	2.081
Sífilis congénita	0	0	3	4	1	1	1	5	4	1
ENF. INMUNOPREVENIBLES										
Difteria	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0
Enf. meningocócica	47	24	27	43	56	33	3	11	36	53
Enf. invasiva por <i>H. Influenzae</i>	29	35	48	48	61	18	11	47	52	71
Enf. neumocócica invasiva	558	594	668	664	698	240	211	438	622	702
Herpes zóster*		32.540	33.857	34.177	35.042	29.805	30.816	32.291	33.366	35.812
Parotiditis	515	848	938	1.476	1.875	501	132	227	317	263
P.F.A. (<15 años)	8	12	7	7	2	5	5	1	4	0
Rubéola	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0
Sarampión	5	9	1	13	47	1	2	0	2	24
Tétanos	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Tosferina	788	591	268	347	228	72	16	14	194	1.335
Varicela	8.361	10.630	4.898	3.552	3.260	1.272	994	1.248	1.444	1.455
ENF. TRANSMISIÓN VECTORIAL										
Dengue*		94	36	54	86	29	13	124	129	235
Encefalitis transmitida por garrapatas*		0	0	0	1	0	0	0	0	1
Enfermedad por virus Chikungunya*		44	27	14	15	5	0	2	55	8
Enfermedad por virus Zika*		105	22	8	4	0	1	3	0	1
Fiebre del Nilo Occidental*		0	0	1	0	0	0	0	0	0
Fiebre exantemática mediterránea*		24	20	7	10	15	7	27	12	33
Fiebre hemorrágica vírica*		1	0	0	0	0	0	0	0	0
Leishmaniasis	84	75	79	64	48	28	55	49	43	53
Paludismo	141	147	158	168	165	42	74	94	132	159
ZOONOSIS										
Brucelosis	4	2	3	1	2	0	5	2	0	0
Fiebre Q*		15	34	22	24	12	26	38	10	24
Hidatidosis*		26	22	12	5	14	22	10	10	10
Leptospirosis*		4	0	0	2	2	2	2	0	1
Toxoplasmosis congénita*		1	0	3	0	0	0	0	0	1
Tularemia*		0	1	0	0	0	0	1	0	2
OTRAS MENINGITIS										
Meningitis por enterovirus no polio**				46	45	18	4	32	30	38
ENF. NOTIFICADAS SIST. ESPECIALES										
EETH	13	21	15	11	8	14	15	14	11	14
Infección congénita por v. Zika*		0	1	0	0	0	0	0	0	0

& No se incluyen enfermedades que no han tenido ningún caso a lo largo del periodo. Algunos datos pueden contener modificaciones respecto a informes previos debido al continuo proceso de revisión y actualización.

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

*Enfermedades en las que ha cambiado la definición de caso respecto a años previos o se han incluido en el año 2015 en la Red de Vigilancia EDO.

**Desde el año 2018 en la vigilancia de las meningitis víricas solo se registran los casos confirmados de meningitis por enterovirus no polio.

Tabla 4.2.1.b. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Tasas por 100.000 habitantes. Comunidad de Madrid. Años 2015 a 2024^a.

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
ENF. DE TRANSMISIÓN RESPIRATORIA										
Gripe	1.774,17	1.297,94	1.407,32	1.220,61	1508,45	1.298,19	30,76	452,11	979,55	720,50
Legionelosis	1,26	0,82	1,34	2,16	1,34	1,02	1,64	2,42	2,57	1,70
Lepra	0,02	0,06	0,03	0,02	0,05	0	0	0,01	0,03	0,01
Tuberculosis	10,5	10,56	9,28	9	9,24	6,93	6,89	7,44	8,45	9,05
Virus respiratorio sincitial										73,70
ENF. DE TRANSMISIÓN ALIMENTARIA										
Botulismo	0,02	0	0,02	0	0,02	0	0,06	0,01	0,06	0,01
Campilobacteriosis*		28,16	33,41	39,71	42,50	31	37,53	45,17	70,37	86,77
Cryptosporidiosis*		0,73	1,29	1,05	0,81	0,28	0,21	0,49	4,77	1,80
<i>E. coli</i> productor de toxina Shiga*		0,09	0,14	0,12	0,12	0,06	0,09	0,44	1,06	1,04
Fiebre tifoidea y paratifioidea	0,09	0,11	0,17	0,14	0,15	0,03	0,04	0,13	0,07	0,10
Giardiasis*		6,94	6,68	6,14	6,56	2,57	1,85	3,11	4,61	6,31
Hepatitis A	1,06	3,53	15,8	5,61	1,94	0,5	0,31	0,68	0,70	3,01
Listeriosis*		0,73	0,91	1,4	1,34	0,63	0,84	1,19	0,71	0,73
Salmonelosis (exc. fiebre tif. y parat.)*		31,02	27,68	19,37	15,77	8,98	11,42	14,56	22,33	18,86
Shigelosis*	0,75	0,7	0,91	0,93	1,49	0,55	0,76	1,72	2,87	3,25
Triquinosis	0	0,02	0,02	0	0	0	0	0	0	0
Yersiniosis*		1,04	1,21	1,14	1,85	0,97	1,16	1,32	2,22	2,03
ENF. TRANS. SEXUAL Y PARENTERAL										
Hepatitis B*	0,68	0,59	0,72	0,41	0,44	0,22	0,21	0,58	0,38	0,33
Hepatitis C *		8,94	9,48	10,05	8,97	5,15	6,65	8,09	7,77	7,53
Infección Chlamydia trac. (exc. LGV)*		19	24,8	35,04	50,57	34,71	46,32	60,43	85,19	99,90
Linfogranuloma venéreo*		1,86	2,60	2,72	3,81	3,66	3,10	5,16	9,26	9,77
Infección gonocócica	18,64	23,46	28,86	41,96	44,56	29,54	51,55	59,29	95,25	125,38
Mpox								37,36	1,69	3,28
Sífilis	7,02	8,77	9,59	11,99	17,26	14,44	20,23	25,76	29,93	29,69
Sífilis congénita	0	0	0,05	0,06	0,02	0,01	0,01	0,07	0,06	0,01
ENF. INMUNOPREVENIBLES										
Difteria	0	0	0	0	0,03	0,01	0	0	0	0
Enf. meningocócica	0,73	0,37	0,41	0,65	0,84	0,49	0,04	0,16	0,52	0,76
Enf. invasiva por <i>H. Influenzae</i>	0,45	0,54	0,74	0,73	0,92	0,27	0,16	0,70	0,76	1,01
Enf. neumocócica invasiva	8,67	9,19	10,27	10,09	10,48	3,54	3,13	6,49	9,07	10,02
Herpes zóster *		503,17	520,3	519,56	525,87	439,61	456,45	478,36	486,39	510,92
Parotiditis	8	13,11	14,41	22,44	28,14	7,39	1,96	3,36	4,62	3,75
P.F.A. (<15 años)	0,79	1,18	0,69	0,69	0,20	0,49	0,50	0,10	0,41	0
Rubéola	0,03	0,03	0	0	0	0	0	0	0	0
Sarampión	0,08	0,14	0,02	0,20	0,71	0,01	0,03	0	0,03	0,34
Tétanos	0	0	0	0	0	0	0,01	0	0	0
Tosferina	12,24	9,14	4,12	5,28	3,42	1,06	0,24	0,21	2,83	19,05
Varicela	129,89	164,37	75,27	54	48,92	18,76	14,72	18,49	21,05	20,76
ENF. TRANSMISIÓN VECTORIAL										
Dengue*		1,45	0,55	0,82	1,29	0,43	0,19	1,84	1,88	3,35
Encefalitis transmitida por garrapatas*		0	0	0	0,02	0	0	0	0	0,01
Enfermedad por virus Chikungunya*		0,68	0,41	0,21	0,23	0,07	0	0,03	0,80	0,11
Enfermedad por virus Zika*		1,62	0,34	0,12	0,06	0	0,01	0,04	0	0,01
Fiebre del Nilo Occidental*		0	0	0,02	0	0	0	0	0	0
Fiebre exantemática mediterránea*		0,37	0,31	0,11	0,15	0,22	0,12	0,4	0,17	0,47
Fiebre hemorrágica vírica*		0,02	0	0	0	0	0	0	0	0
Leishmaniasis	1,3	1,16	1,21	0,96	0,72	0,41	0,81	0,73	0,63	0,76
Paludismo	2,19	2,27	2,43	2,55	2,48	0,62	1,1	1,39	1,92	2,27
ZOONOSIS										
Brucelosis	0,06	0,03	0,05	0,02	0,03	0	0,07	0,03	0	0
Fiebre Q*		0,23	0,52	0,33	0,36	0,18	0,39	0,56	0,15	0,34
Hidatidosis*		0,4	0,34	0,18	0,08	0,21	0,33	0,15	0,15	0,14
Leptospirosis*		0,06	0	0	0,03	0,03	0,03	0,03	0	0,01
Toxoplasmosis congénita*		0,02	0	0,05	0	0	0	0	0	0,01
Tularemia*		0	0,02	0	0	0	0	0,01	0	0,03
Otras Meningitis										
Meningitis por enterovirus no polio**				0,70	0,68	0,27	0,06	0,47	0,44	0,54
ENF. NOTIFICADAS SIS.ESPECIALES										
EETH	0,2	0,32	0,23	0,17	0,12	0,21	0,22	0,21	0,16	0,20
Infección congénita por v. Zika*		0	0,02	0	0	0	0	0	0	0

^a No se incluyen enfermedades que no han tenido ningún caso a lo largo del periodo. Algunos datos pueden contener modificaciones respecto a informes previos debido al continuo proceso de revisión. Se utilizan las poblaciones de Padrón Continuo excepto para 2024 (Estadística Continua de Población).

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

*Enfermedades en las que ha cambiado la definición de caso respecto a años previos o se han incluido en el año 2015 en la Red de Vigilancia EDO.

**Desde el año 2018 en la vigilancia de las meningitis víricas solo se registran los casos confirmados de meningitis por enterovirus no polio.



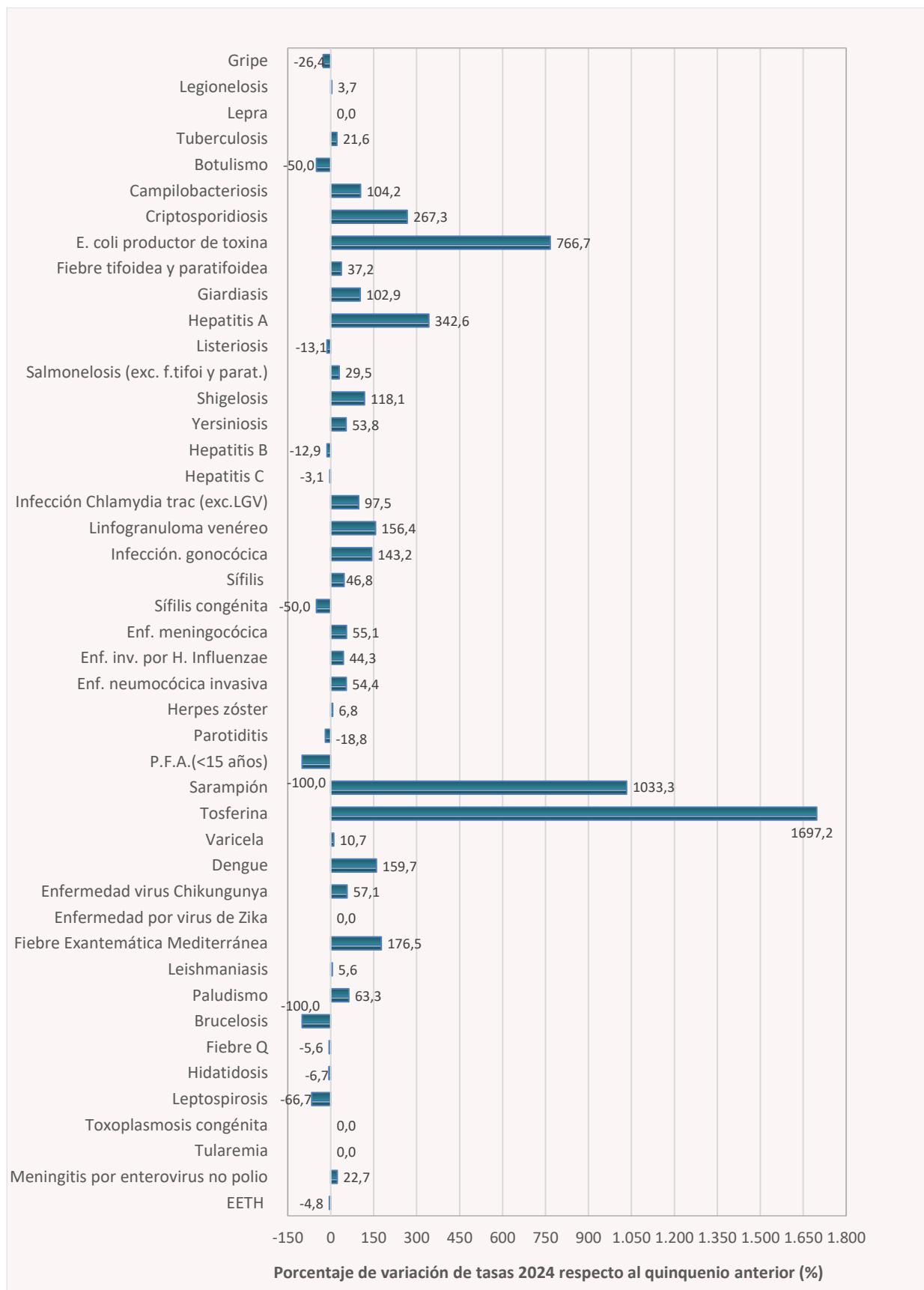
Tabla 4.2.1.c. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Indicadores de morbilidad.
Comunidad de Madrid. Año 2024.

	Casos 2024	Tasas 2024	Diferencia de casos 2024 - 2023	% variación TI 2024 respecto a la mediana 2019-2023
ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN RESPIRATORIA				
Gripe	50.502	720,50	-16.694	-26,4
Legionelosis	119	1,70	-57	3,7
Lepra	1	0,01	-1	0,0
Tuberculosis	634	9,05	54	21,6
ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN ALIMENTARIA				
Botulismo	1	0,01	-3	-50,0
Campilobacteriosis	6.082	86,77	1.255	104,2
Cryptosporidiosis	126	1,80	-201	267,3
E. coli productor de toxina	73	1,04	0	766,7
Fiebre tifoidea y paratifoidea	7	0,1	2	37,2
Giardiasis	442	6,31	126	102,9
Hepatitis A	211	3,01	163	342,6
Listeriosis	51	0,73	2	-13,1
Salmonelosis (exc. f.tifo y parat.)	1.322	18,86	-210	29,5
Shigelosis	228	3,25	31	118,1
Yersiniosis	142	2,03	-10	53,8
ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y PARENTERAL				
Hepatitis B	23	0,33	-3	-12,9
Hepatitis C	528	7,53	-5	-3,1
Infección Chlamydia trac (exc.LGV)	7.002	99,90	1.158	97,5
Linfogranuloma venéreo	685	9,77	50	156,4
Infección. gonocócica	8.788	125,38	2.254	143,2
Mpox	230	3,28	114	--
Sífilis	2.081	29,69	28	46,8
Sífilis congénita	1	0,01	-3	-50,0
ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES				
Enf. meningocócica	53	0,76	17	55,1
Enf. inv. por H. Influenzae	71	1,01	19	44,3
Enf. neumocócica invasiva	702	10,02	80	54,4
Herpes zóster	35.812	510,92	2.446	6,8
Parotiditis	263	3,75	-54	-18,8
P.F.A.(<15 años)	0	0	-4	-100,0
Sarampión	24	0,34	22	1033,3
Tosferina	1.335	19,05	1.141	1697,2
Varicela	1.455	20,76	11	10,7
ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN VECTORIAL				
Dengue	235	3,35	106	159,7
Enfermedad virus Chikungunya	8	0,11	-47	57,1
Enfermedad por virus de Zika	1	0,01	1	0,0
Fiebre Exantemática Mediterránea	33	0,47	21	176,5
Leishmaniasis	53	0,76	10	5,6
Paludismo	159	2,27	27	63,3
ZOONOSIS				
Brucellosis	0	0	0	-100,0
Fiebre Q	24	0,34	14	-5,6
Hidatidosis	10	0,14	0	-6,7
Leptospirosis	1	0,01	1	-66,7
Toxoplasmosis congénita	1	0,01	1	0,0
Tularemia	2	0,03	2	0,0
OTRAS MENINGITIS				
Meningitis por enterovirus no polio	38	0,54	8	22,7
ENFERMEDADES NOTIFICADAS POR SISTEMAS ESPECIALES				
EETH	14	0,20	3	-4,8

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



Gráfico 4.2.1.a. Porcentaje de variación de la tasa de incidencia acumulada en 2024 respecto a la mediana de tasas del quinquenio 2019-2023. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2024.



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

5. DESCRIPCIÓN DE LAS ENFERMEDADES

5.1. ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN RESPIRATORIA

5.1.1. Gripe

En el año 2024, se registraron en la Comunidad de Madrid 50.502 casos de gripe, un 24,8% menos que en 2023 (67.196). La tasa de incidencia fue 720,50 casos por cada 100.000 habitantes, frente a los 979,55 registrados en 2023. Los datos obtenidos en estos dos registros fueron inferiores a los de los años previos a la pandemia.

En este mismo año 2024, se registraron 17 brotes en colectivos vulnerables, 13 (76,5%) en residencias de personas mayores, uno en un centro de día y 3 en residencias de personas con discapacidad, con un total de 177 casos (451 casos en 2023), de los cuales 60 (33,9%) requirieron ingreso hospitalario (36,4% de los casos requirieron ingreso en 2023). En 9 brotes (69,2%), el agente causal que se identificó fue el subtipo A y, en un brote se identificó el subtipo B.

En el gráfico 5.1.1.a se muestra la evolución de la gripe en los últimos 10 años y, en la gráfica 5.1.1.b, la incidencia por semanas de las últimas 9 temporadas. En las temporadas 2020-2021 y 2021-2022, apenas se registraron casos.

Gráfico 5.1.1.a. Tasas de gripe por año de notificación. EDO. Comunidad de Madrid. Años 2015-2024.

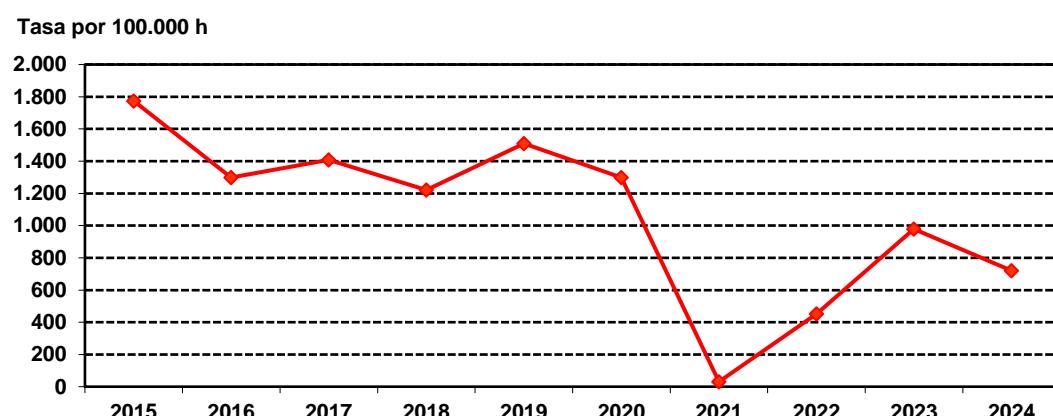
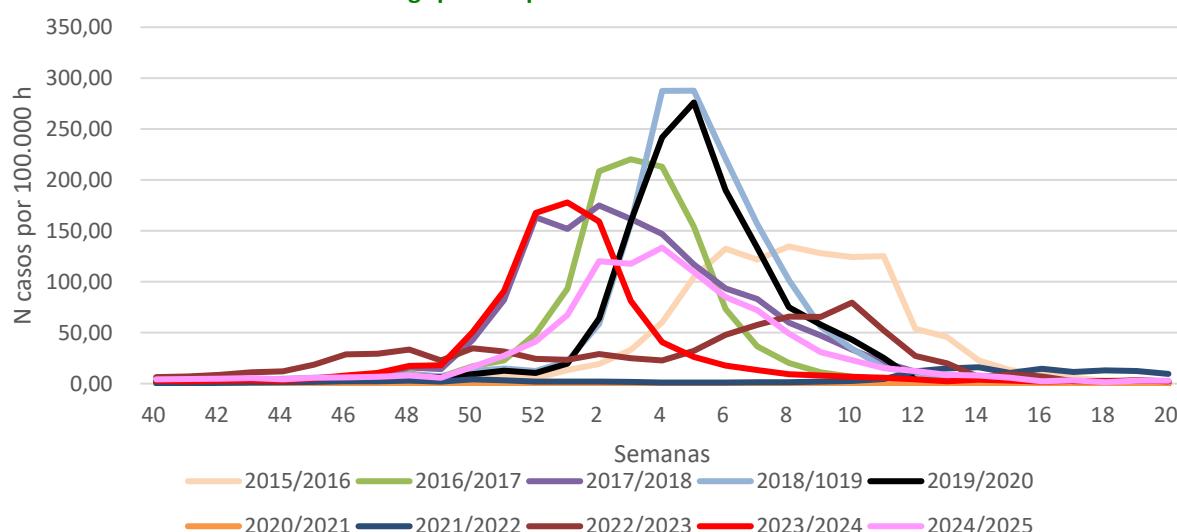


Gráfico 5.1.1.b. Incidencia semanal de gripe. Temporadas 2015-2016 a 2024-2025. EDO. Comunidad de Madrid.



5.1.2. Legionelosis

En 2024, en la Comunidad de Madrid se registraron 119 casos de legionelosis (173 casos en 2023). La tasa de incidencia fue de 1,70 casos por 100.000 habitantes, incidencia menor a la registrada en España (gráfico 5.1.2.a).

En el 97,5% de los casos, la neumonía fue la forma de presentación más descrita. Los síntomas más frecuentes fueron fiebre, tos y disnea, en el 58,0%, 27,0% y 20,3% de los casos, respectivamente. Los distritos más afectados fueron Chamartín (6,82 por cada 100.000 habitantes), seguido por Getafe (6,26 por cada 100.000 habitantes), Salamanca (3,21 por cada 100.000 habitantes) y Chamberí (2,92 por cada 100.000 habitantes) (mapa 5.1.2.a). En estos distritos, no se encontró ninguna agregación de casos.

Por semana de aparición de síntomas, no se observa un patrón estacional, siendo ligeramente mayor el número de casos en los meses de verano y otoño, durante las semanas 35 a 47 (gráfico 5.1.2.b).

De los 119 casos, 71 (59,7%) fueron hombres. La edad media fue 69,5 años, con un rango comprendido entre los 24 y los 103 años. El 50% de los casos fueron mayores de 72 años (gráfico 5.1.2.c).

El 97,5% de los casos se clasificaron como confirmados mediante la detección de antígeno en orina de *Legionella pneumophila* SG 1, que fue el método más utilizado. Además, se confirmaron 2 casos por seroconversión y 1 por aislamiento del mismo serogrupo. Por otro lado, un caso fue clasificado como probable.

Los principales factores predisponentes observados para la adquisición de la enfermedad fueron tabaquismo (33,6%), diabetes mellitus (17,6%), enfermedad pulmonar crónica (17,6%), inmunosupresión (14,3%), cáncer (12,6%) o nefropatía (8,4%). Estos factores de riesgo no son excluyentes.

Respecto a la evolución, en 23 casos (19,3%) fue necesario el ingreso en una Unidad de Cuidados Intensivos. Hubo 16 fallecidos (13,4%), presentando todos ellos importantes patologías de base.

Se asociaron 22 casos (18,5%) con viajes, 9 (7,6%) con ingresos hospitalarios y 88 (73,9%) con un origen comunitario.

De los casos en los que se requirió una investigación ambiental en colectivos, destacan 12 en centros sociosanitarios.

Gráfico 5.1.2.a. Tasas de legionelosis por año de notificación. EDO. Comunidad de Madrid y España. Años 2009-2024.

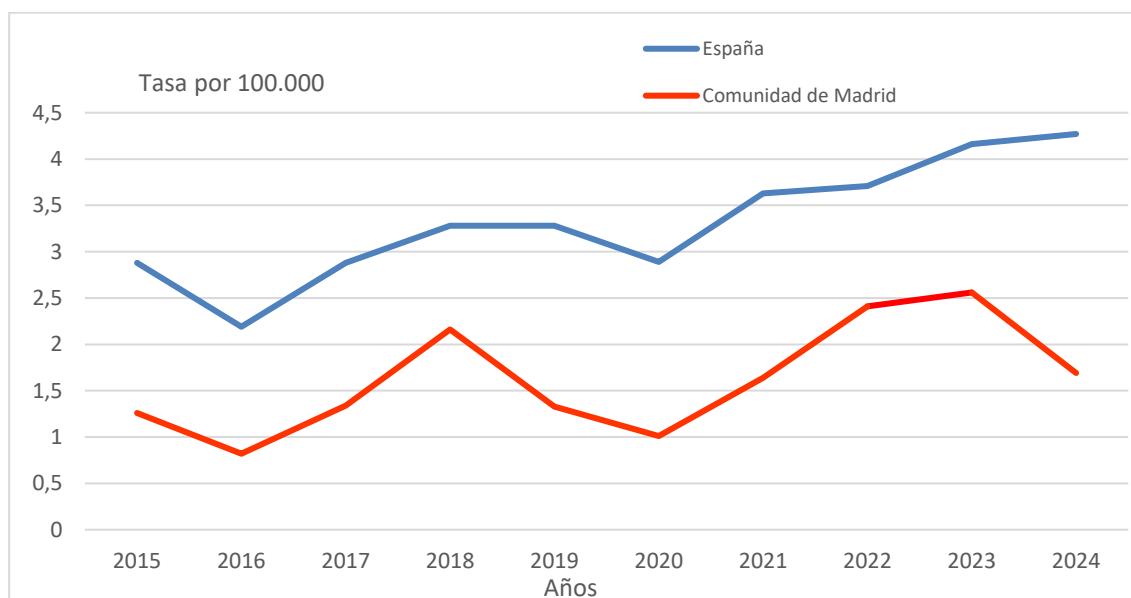


Gráfico 5.1.2.b. Casos de legionelosis por semana epidemiológica de aparición de los síntomas. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2024.

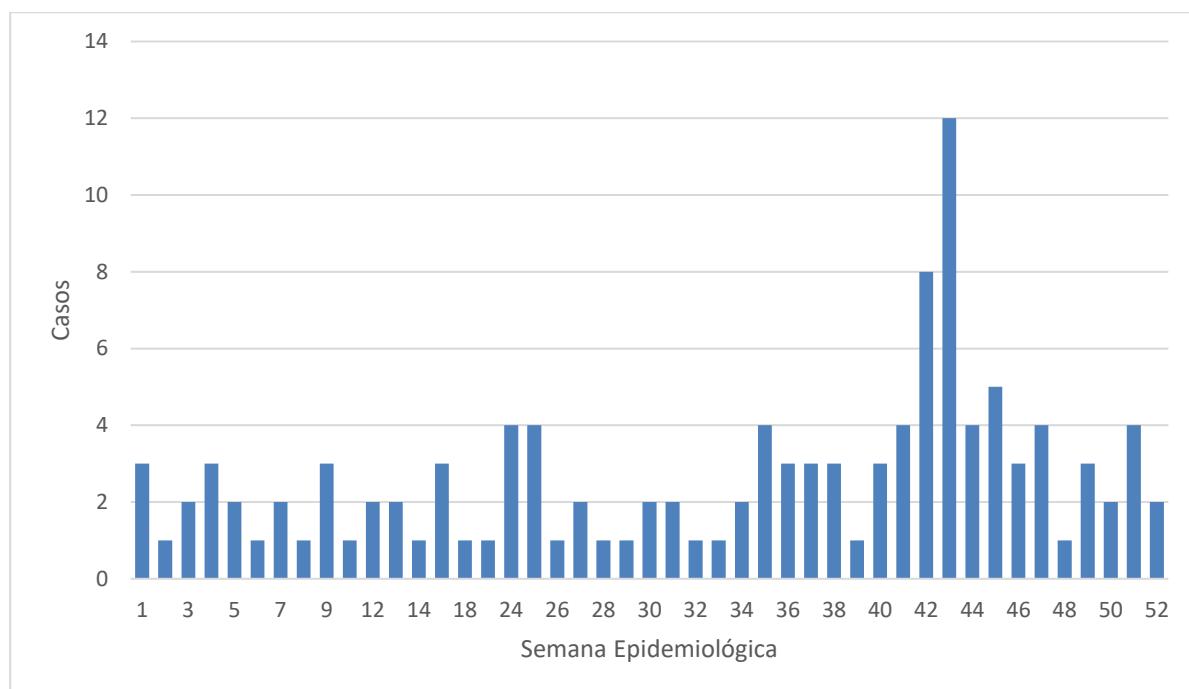
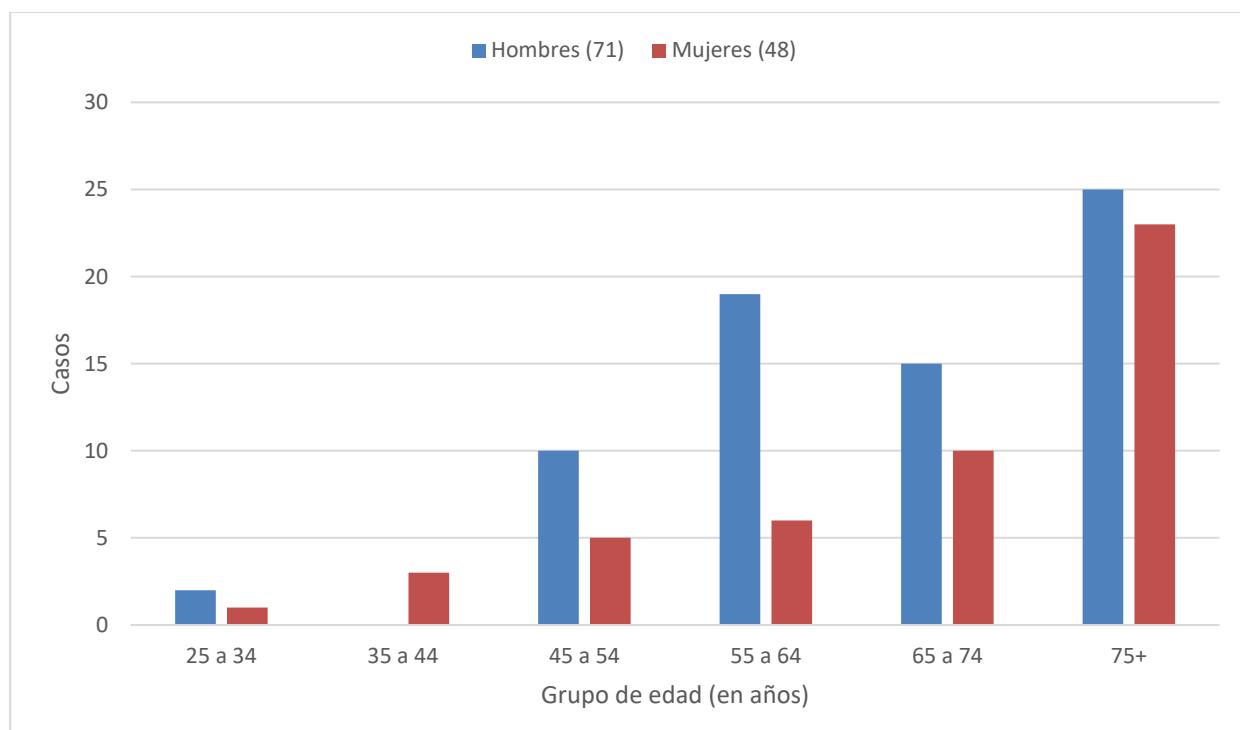
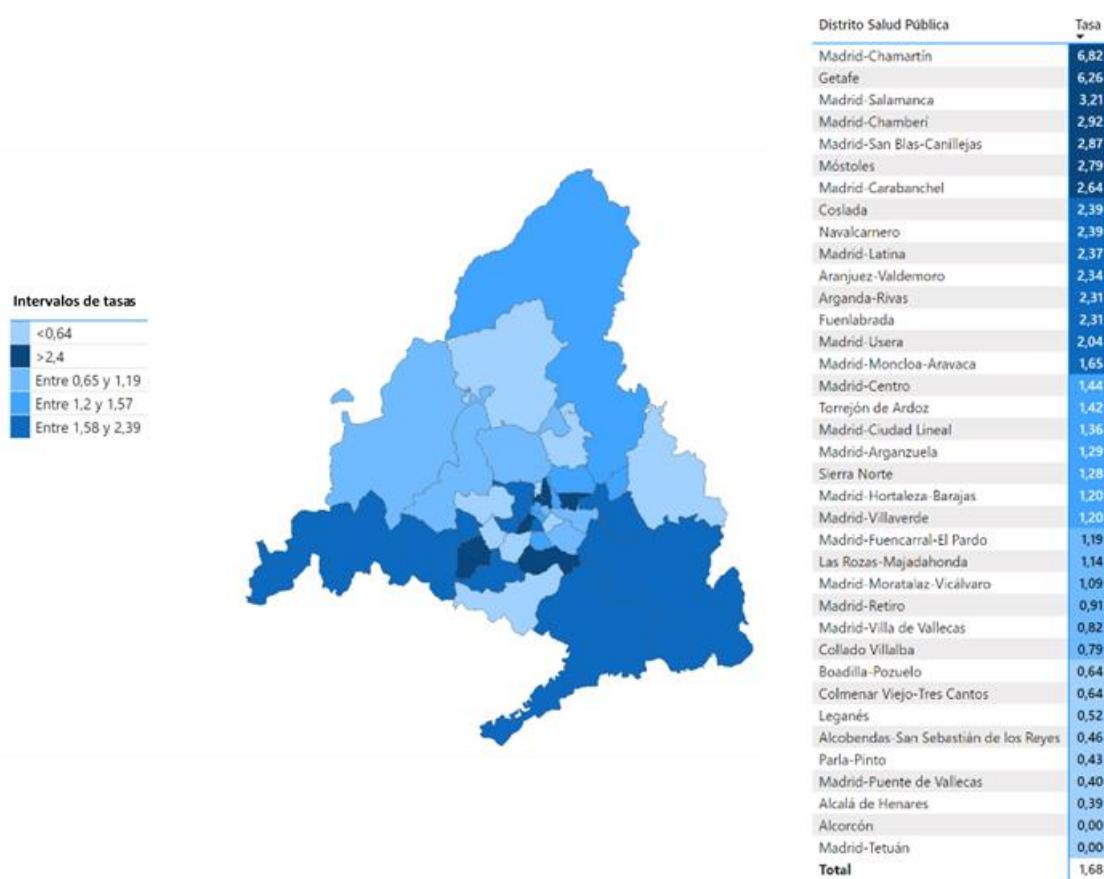


Gráfico 5.1.2.c. Casos de legionelosis por sexo y edad. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2024.



Mapa 5.1.2.a. Tasas de incidencia de legionelosis por distrito de residencia. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2024.

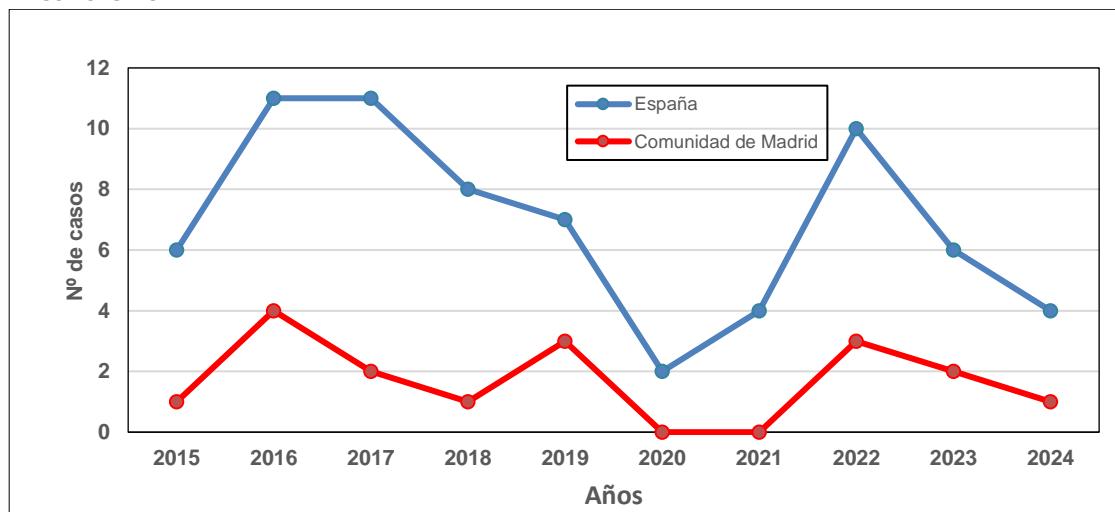


Casos por 100.000 habitantes. Estadística continua de población por distritos de salud pública, año 2024.

5.1.3. Lepra

En el año 2024, se notificó un solo caso de lepra en la Comunidad de Madrid. La incidencia en 2024 fue 0,014 por 100.000 habitantes. Se trató de una mujer procedente de Paraguay con diagnóstico de lepra tuberculoide paucibacilar.

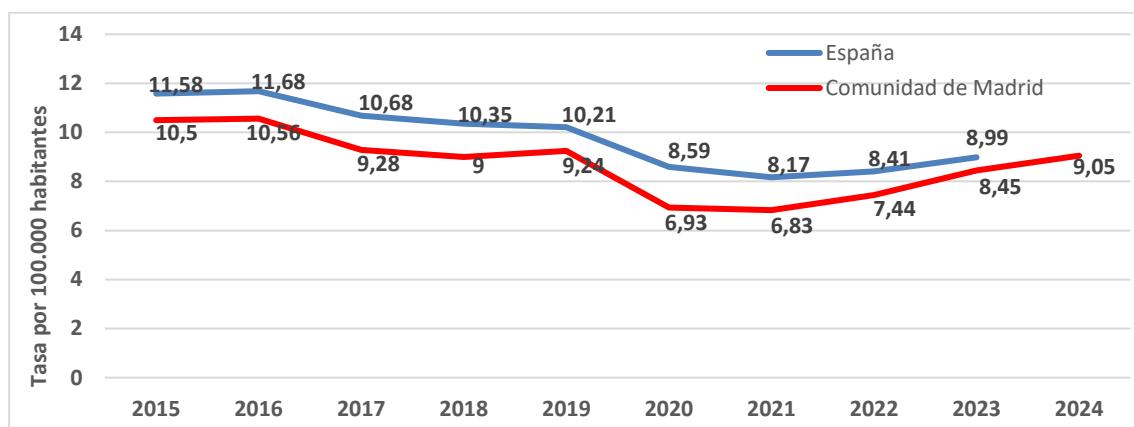
Gráfico 5.1.3.a. Nº de casos de lepra por año de notificación. EDO. Comunidad de Madrid y España. Años 2015-2024.



5.1.4. Tuberculosis

Durante el año 2024 se notificaron un total de 634 casos de tuberculosis en personas residentes en la Comunidad de Madrid, lo que representa una tasa de incidencia de 9,05 casos por 100.000 habitantes. En comparación, en el año 2023 se registraron 580 casos por 100.000 habitantes, con una tasa de 8,45 casos por 100.000 habitantes, lo que supone un incremento del 7,1% respecto al año anterior (gráfico 5.1.4.a).

Gráfico 5.1.4.a. Incidencia de tuberculosis por año de notificación. EDO. Comunidad de Madrid y España. Años 2015-2024*.



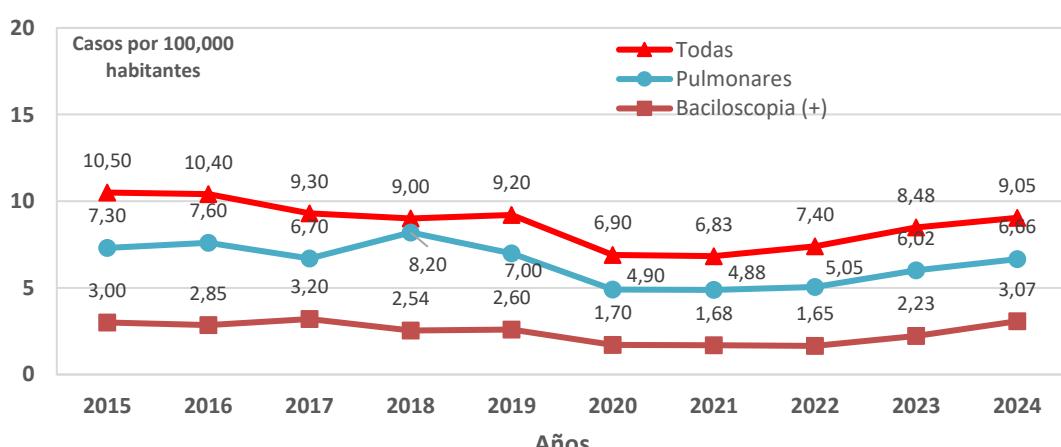
*En el momento de redactar este informe no se dispone de datos de tuberculosis de 2024 en el nivel nacional.

En cuanto al sexo, hay un predominio masculino, con 388 casos en varones, que representan el 61,2% del total de casos y una tasa de incidencia de 11,56 casos por 100.000, frente 246 casos en mujeres (38,8% del total), con una incidencia de 6,73 casos por 100.000. La razón hombre/mujer en el total de casos fue de 1,58. Las tasas son superiores en hombres excepto en los menores de 1 año, pero al ser muy pocos casos, no es valorable. En hombres, los grupos de edad con las tasas más elevadas son el grupo de 15 a 24 años (16,21 casos por 100.000 habitantes) seguido por los grupos de 55-64, los mayores de 74 años y los de 5 a 14 años. En las mujeres, la tasa más alta se observa en los menores de un año (12,26) y en el grupo de 15 a 24 años con 11,48 casos por 100.000 habitantes.

En relación con el país de origen, del total de casos, 401 (63,3%) han nacido fuera de España, un 4,2% más con respecto a 2023. La tasa de incidencia en población nacida en el extranjero fue de 24,03 casos por 100.000 habitantes, mientras que en los nacidos en España fue de 4,32 casos por 100.000 habitantes.

La localización anatómica más frecuente fue la pulmonar, con 467 casos (73,7%) y una tasa de incidencia de 6,66 casos por 100.000 habitantes; la tasa de incidencia de tuberculosis pulmonar con baciloscopía positiva fue de 3,07 casos por 100.000 habitantes. La evolución en los últimos diez años se muestra en el gráfico 5.1.4.b.

Gráfico 5.1.4.b. Incidencia de tuberculosis pulmonar por año de notificación y baciloscopía de esputo. EDO. Comunidad de Madrid. Años 2015-2024.

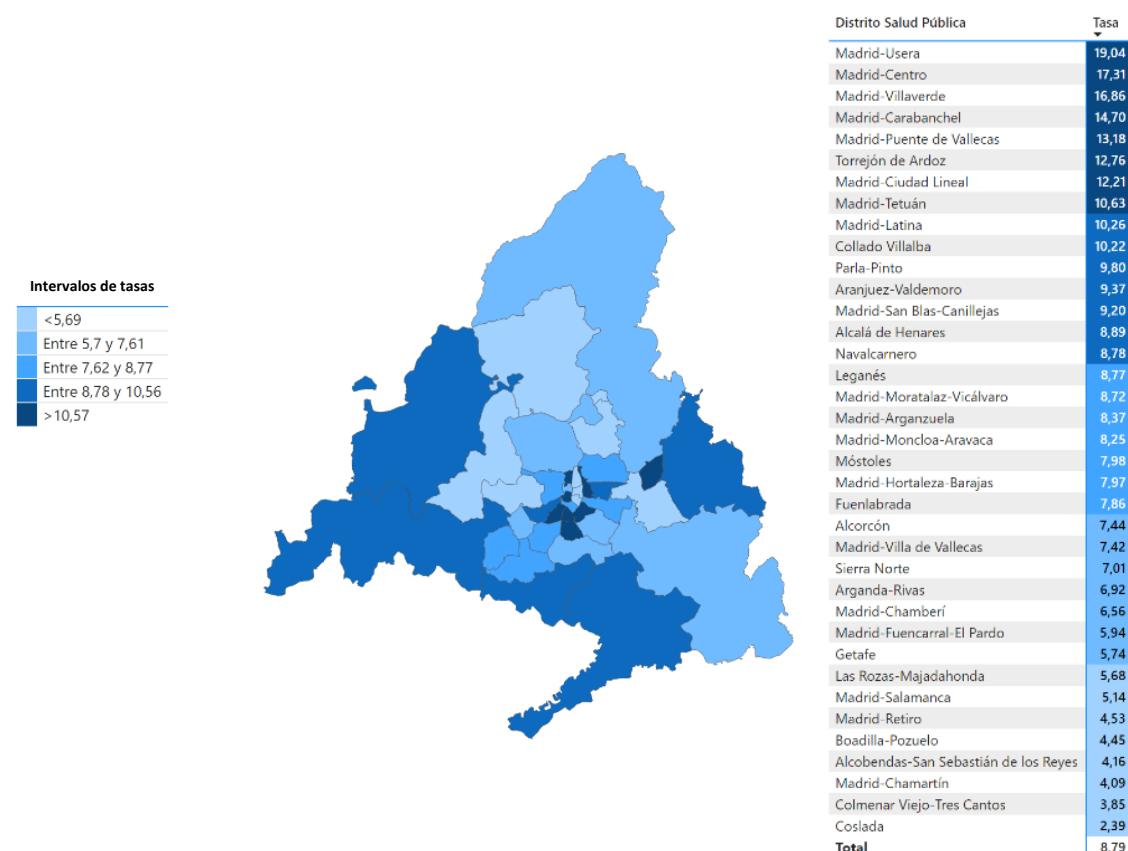


Durante el año 2024, en los estudios de contactos realizados por tuberculosis pulmonares se identificaron 39 nuevos casos (2,3% de los 1.667 contactos estudiados); 28 fueron entre los convivientes, 4 entre los contactos frecuentes, 1 esporádico, 3 entre los contactos escolares y otros 3 en otros centros/instituciones cerradas. Se identificaron 309 (18,5%) infecciones tuberculosas latentes.

Se realizó el estudio de contactos en trece centros educativos, seis centros sociosanitarios y en un centro de personas migrantes, siguiendo el protocolo del estudio de contactos de la Comunidad de Madrid. También se coordinó el estudio de contactos en ocho colectivos laborales.

La distribución de la tuberculosis por distritos en la Comunidad de Madrid varía entre los 19,04 casos por 100.000 habitantes del distrito de Usera, seguido por Madrid-Centro con 17,31 y Madrid-Villaverde 16,86; la menor incidencia correspondió al distrito de Coslada con 2,39 casos por 100.000 habitantes (mapa 5.1.4.a).

Mapa 5.1.4.a. Tasas de incidencia de tuberculosis por distrito de residencia. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2024.



Casos por 100.000 habitantes. Estadística continua de población por distritos de salud pública, año 2024.

La administración del tratamiento en pacientes vulnerables con factores de mala adherencia se realiza con equipos de Cruz Roja que, mediante convenio firmado con la Dirección General de Salud Pública, cuenta con profesionales de enfermería que realizan tratamientos directamente observados o supervisados. Durante el año 2024, se siguieron con esta forma de tratamiento 174 pacientes (27,4%).

En el informe «Registro regional de casos de tuberculosis de la Comunidad de Madrid, año 2024» del Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid se presenta un análisis más detallado de esta enfermedad, incluyendo la comparación con años anteriores.

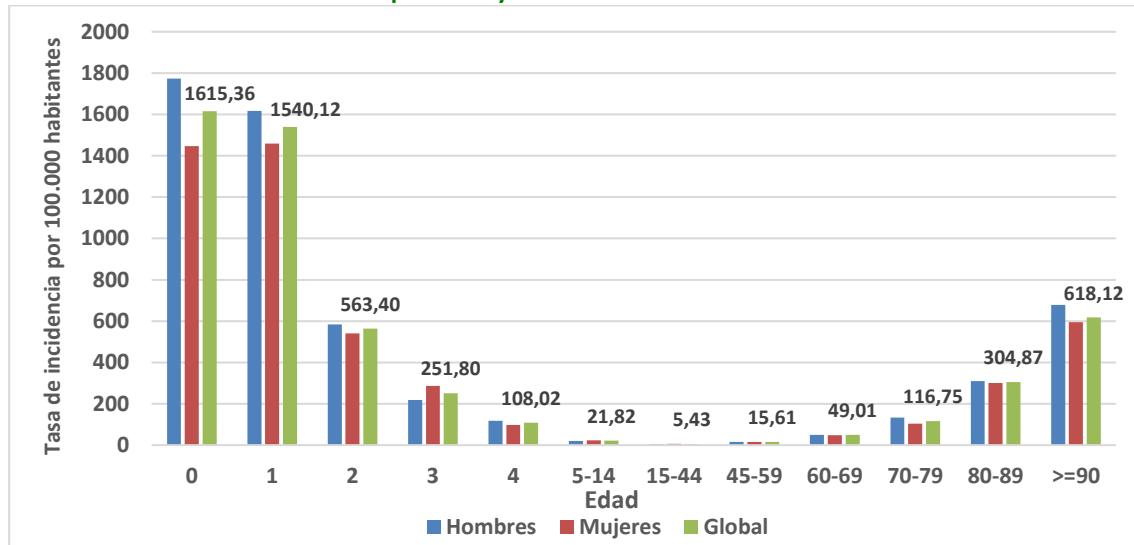
5.1.5. Virus respiratorio sincitial

La vigilancia epidemiológica del virus respiratorio sincitial (VRS) en la Comunidad de Madrid se realiza a partir de los casos confirmados mediante pruebas de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) o test de antígenos con resultado positivo.



En el año 2024, se notificaron en la Comunidad de Madrid 5.166 casos confirmados de VRS. La tasa de incidencia global fue de 73,70 casos por 100.000 habitantes. La tasa fue similar en función del sexo: en hombres fue de 72,40 por cada 100.000 habitantes y en mujeres de 74,90 por cada 100.000 habitantes. La distribución por edad mostró diferencias marcadas, observándose una mayor afectación en los grupos de edad extremos. En el gráfico 5.1.5.a se muestra la incidencia por edad y sexo correspondiente al año 2024 junto a la incidencia global en cada grupo de edad.

Gráfico 5.1.5.a. Tasa de incidencia por edad y sexo de VRS. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2024.



En relación con la gravedad de los casos, el 67,8% de los pacientes requirió ingreso hospitalario, siendo más frecuente en los niños de 0, 1 y 2 años (75,9%, 71,0% y 72,0% respectivamente) y en los adultos de 80 a 89 años (71,1%) y de 90 o más años (80,0%).

Se registraron 106 fallecimientos atribuibles a esta enfermedad, 100 de ellos correspondientes a pacientes de más de 70 años. En la población menor de 70 años el porcentaje de fallecidos fue del 0,3%, en el grupo de 70 a 79 años fue del 2,0%, en el grupo de 80 a 89 años el 4,2% y en las personas de 90 o más años el 8,3%.

5.2. ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN ALIMENTARIA

5.2.1. Botulismo

En el año 2024 se registró 1 caso sospechoso de botulismo en la Comunidad de Madrid (incidencia: 0,014 casos por 100.000 habitantes). Este caso se produjo en una mujer de 69 años, que presentó un cuadro de clínica de vómitos y disfagia seguido de tetraparesia fláccida con afectación pupilar. Ingresada en cuidados intensivos, se planteó diagnóstico diferencial entre cuadro paraneoplásico (la paciente tenía antecedentes de varios procesos oncológicos y últimamente, cáncer de páncreas) y botulismo. Se le administró antitoxina botulínica y tuvo excelente evolución clínica, y se descartó el cuadro paraneoplásico. Sin embargo, no se detectó neurotoxina botulínica en jugo gástrico (la única muestra que se pudo procesar). Tampoco fue posible vincular el cuadro clínico con el consumo de algún alimento ni hubo otras personas convivientes afectadas.

5.2.2. Campilobacteriosis

En el año 2024 se registraron 6.082 casos de campilobacteriosis en la Comunidad de Madrid, con una incidencia de 86,77 casos por 100.000 habitantes.

El 57,4% de los casos fueron varones, la edad media fue de 31,5 años con un rango entre 0 y 98 años. El 28,7% de los casos eran menores de 10 años (15,6% del grupo de 1 a 4 años), y el 18,3% eran mayores de 64 años (gráfico 5.2.2.a).

El 13,6% de los casos tuvo que ser hospitalizado; de ellos, el 37,7% eran mayores de 64 años y el 14,5% menores de 10 años (tabla 5.2.2.a). Se registraron 7 fallecimientos (0,12% de todos los casos) en pacientes con patologías graves previas asociadas.

Todos los casos fueron confirmados microbiológicamente. Las muestras para análisis procedían de heces (6.041 casos; 99,3%), sangre (18 casos; 0,3%), biopsia intestinal (16 casos; 0,3%), líquido cefalorraquídeo (4 casos; 0,1%), y líquido articular, líquido pleural y biopsia cutánea (cada uno 1 caso; 0,02%). La especie de *Campylobacter* está registrada en 5.502 casos (90,5%). De éstos, la especie predominante es *C. jejuni* con el 85,2% (4.686 casos), seguido de *C. coli* (13,9%). Otras especies presentan baja frecuencia: *C. upsaliensis* (0,3%), *C. fetus* (0,2%) y *C. lari* (0,2%). De *C. curvus*, *C. rectus* y *C. ureolyticus* se detectaron 2 casos de cada especie y solo uno de *C. gracilis*, *C. hyointestinalis* y *C. lanienae*.

Se obtuvo información sobre el estudio de resistencias a medicamentos antibacterianos en 4.668 aislamientos de *Campylobacter* (76,8% de todos los casos). En la tabla 5.2.2.b se muestran los resultados correspondientes a las resistencias a los antibacterianos establecidos en el Plan Nacional de Resistencia a Antibióticos. Se observan resistencias generalizadas para ciprofloxacino y tetraciclina.

Se comunicaron 2 brotes: en una Escuela Infantil, con 11 casos, y en un establecimiento de restauración, con 5 casos.

En los cuatro últimos años se aprecia un aumento de casos de campilobacteriosis en la Comunidad de Madrid (gráfico 5.2.2.b), probablemente relacionado con una mejora en la notificación. Por distritos, las mayores incidencias se registraron en Alcalá de Henares, Getafe y Navalcarnero (mapa 5.2.2.a).

Gráfico 5.2.2.a. Número de casos de campilobacteriosis por grupos de edad y sexo. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2024.

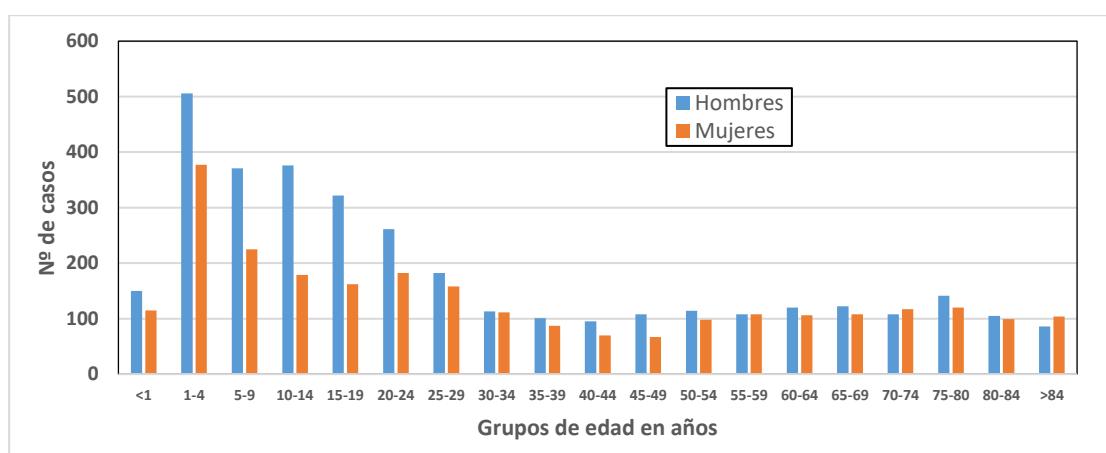
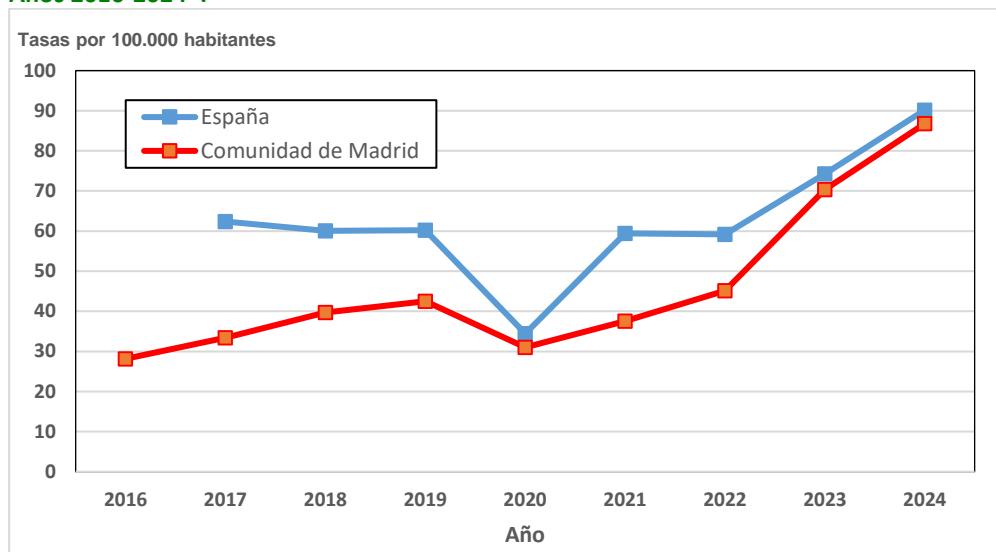


Tabla 5.2.2.a. Número de casos totales de campilobacteriosis y porcentaje de hospitalizados por grupos de edad. EDO. Comunidad de Madrid 2024.

Grupos de edad	Nº de Casos	Porcentaje de hospitalizados (%)
0-12 meses	265	6,0
1-4 años	883	5,4
5-9 años	596	9,4
10-14 años	555	12,1
15-19 años	484	13,0
20-24 años	443	9,0
25-44 años	917	8,9
45-64 años	829	17,5
65-84 años	920	25,2
>84 años	190	42,1
Total	6.082	13,6

Gráfico 5.2.2.b. Tasas de campilobacteriosis por año de notificación. EDO. Comunidad de Madrid y España. Años 2016-2024*.

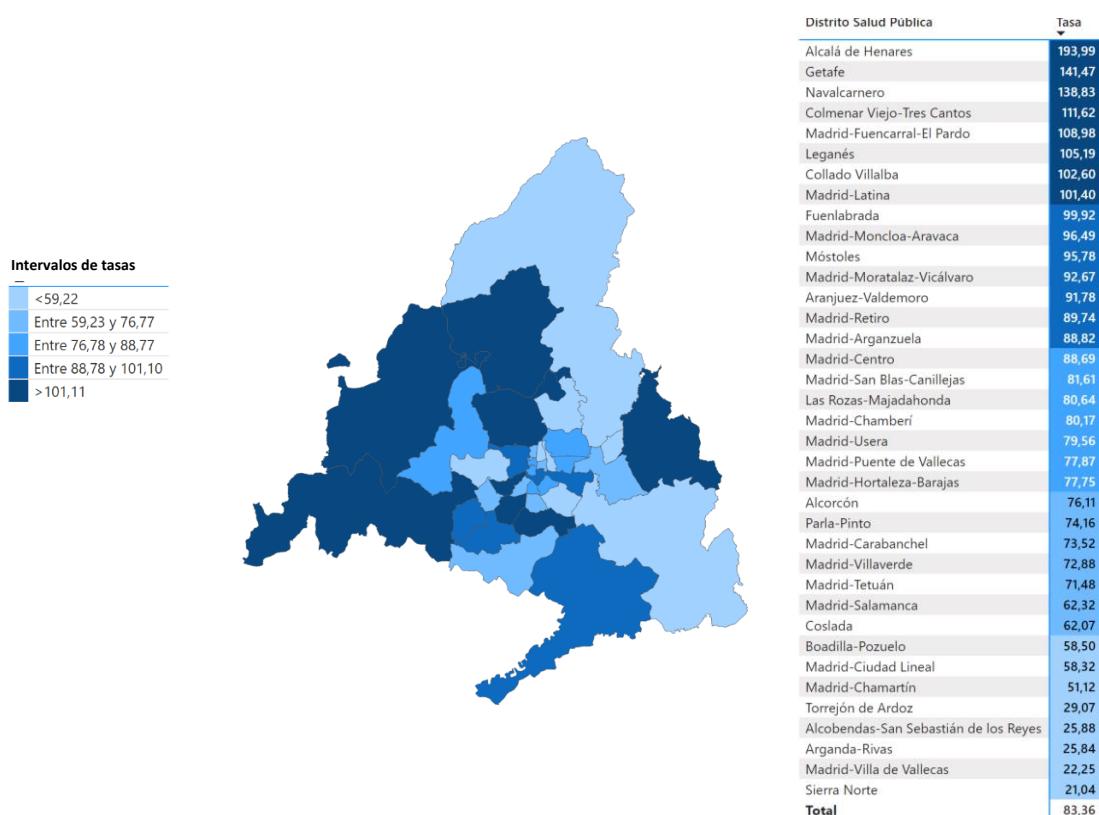


*No se dispone de la incidencia en España para el año 2016 en el momento de elaborar este informe.

Tabla 5.2.2.b. Campilobacteriosis. Porcentaje de resistencia a antibacterianos. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2024.

Antibacterianos	Pruebas realizadas	Porcentaje de resistencias
Amoxicilina/clavulánico	1.951	2,9
Ciprofloxacino	3.614	88,5
Eritromicina	4.181	2,3
Gentamicina	663	1,5
Tetraciclina	2.224	69,9

Mapa 5.2.2.a. Tasas de incidencia de campilobacteriosis por distrito de residencia. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2024.



Casos por 100.000 habitantes. Estadística Continua de Población por distritos de salud pública, año 2024.

5.2.3. Criptosporidiosis

En el año 2024 se registraron 126 casos de criptosporidiosis en la Comunidad de Madrid, con una incidencia de 1,80 casos por 100.000 habitantes.

El 53,2% fueron varones, la edad media fue de 17,2 años y la mediana 8 años, con un rango comprendido entre 7 meses y 76 años. El 35,7% de los casos fueron del grupo de 0 a 4 años (gráfico 5.2.3.a).

Todos los casos se confirmaron microbiológicamente (PCR, visualización directa y/o detección de antígeno). El 11,9% fueron registros de casos hospitalizados. No se notificaron fallecimientos. No se notificó ningún brote.

En 2024 se aprecia un descenso de casos notificados de criptosporidiosis en la Comunidad de Madrid en relación con el año anterior (gráfico 5.2.3.b), en el que también se produjo un aumento de la incidencia a nivel nacional. Por distritos, las mayores incidencias se registraron en Fuencarral-El Pardo, Colmenar Viejo-Tres Cantos y Alcorcón (mapa 5.2.3.a).

Gráfico 5.2.3.a. Número de casos de criptosporidiosis por grupos de edad y sexo. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2024.

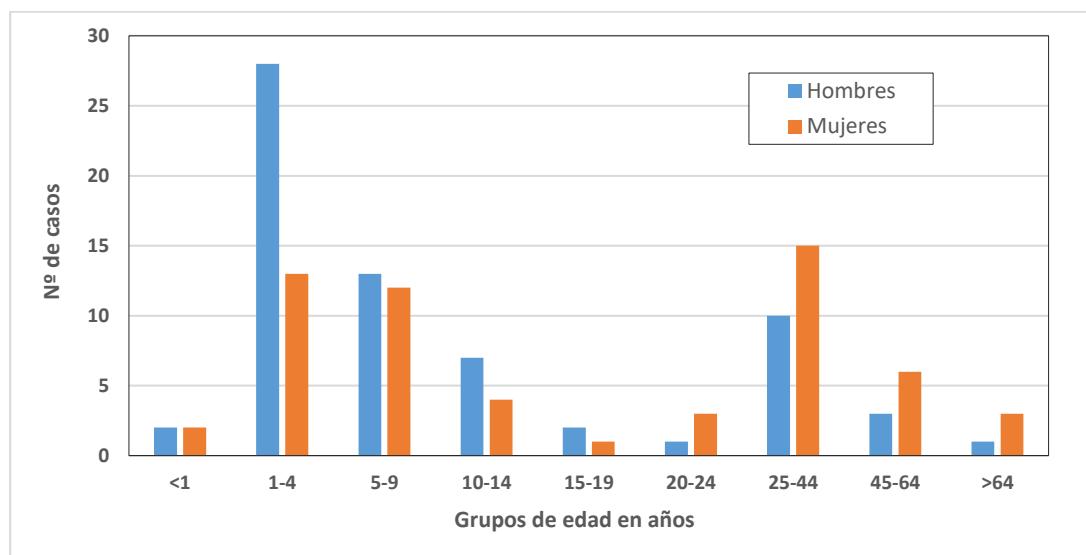
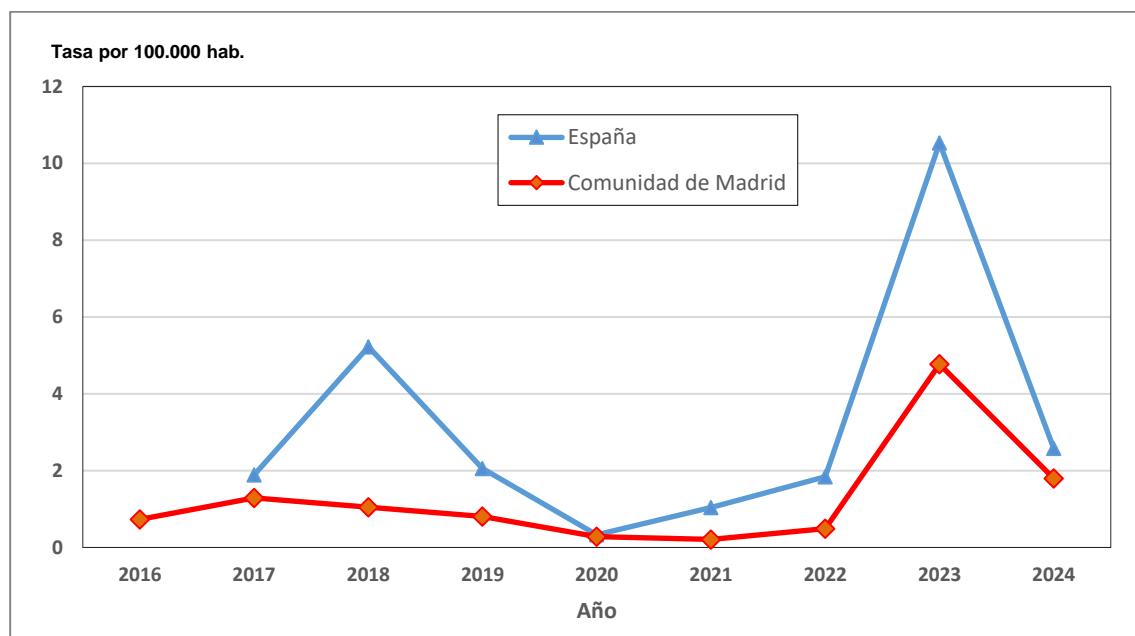
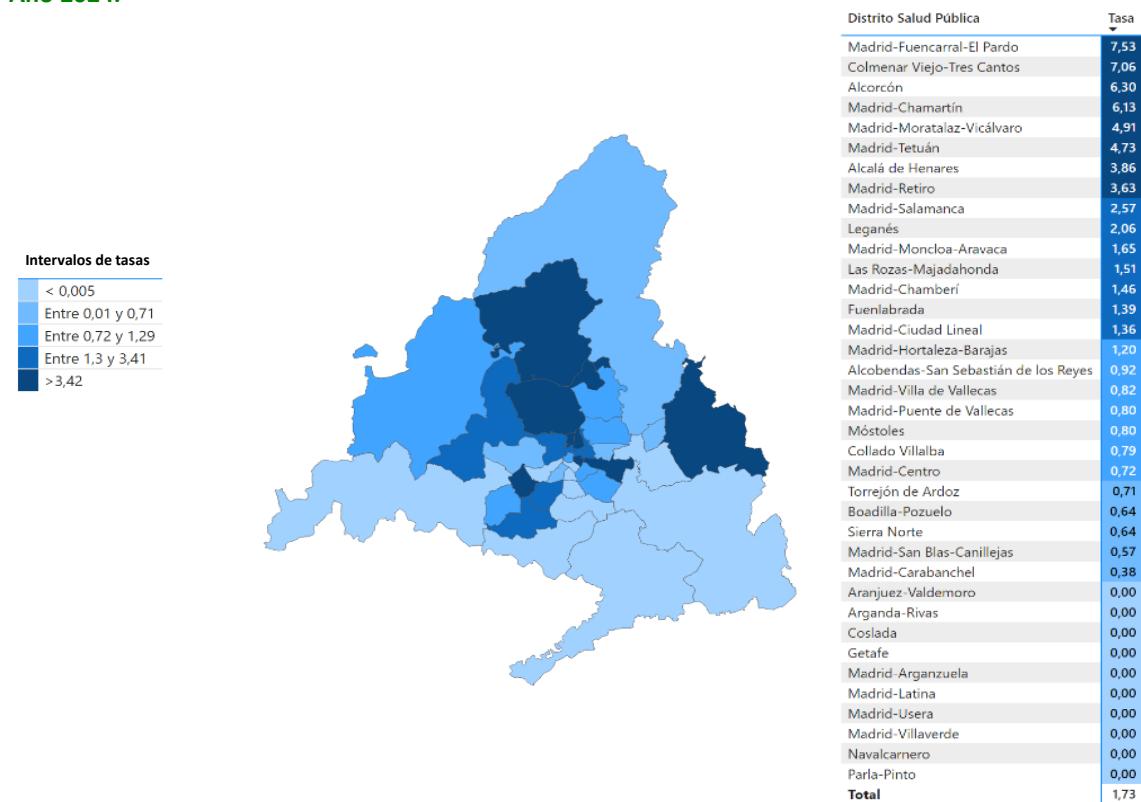


Gráfico 5.2.3.b. Tasas de criptosporidiosis por año de notificación. EDO. Comunidad de Madrid y España. Años 2016-2024*.



*No se dispone de la incidencia en España para el año 2016 en el momento de elaborar este informe.

Mapa 5.2.3.a. Tasas de incidencia de criptosporidiosis por distrito de residencia. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2024.



Casos por 100.000 habitantes. Estadística Continua de Población por distritos de salud pública, año 2024.

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

En el año 2024 se notificaron 73 casos de infección por *Escherichia coli* productora de toxina Shiga en la Comunidad de Madrid, con una incidencia de 1,04 casos por 100.000 habitantes, cifras iguales al año 2023 (gráfico 5.2.4.a).

El 58,9% fueron mujeres. El rango de edad fue de 9 meses a 90 años, y la edad media fue de 39,6 años. El 23,3% presentaron diarrea sanguinolenta y el 5,5% síndrome hemolítico urémico. El 19,2% de los casos requirió hospitalización. No se registró ninguna defunción. No se comunicaron casos asociados entre sí.

El 87,7% de los casos se diagnosticaron por detección de ácido nucleico, el 9,6% por detección de toxina en heces y el 11% por cultivo (el cómputo es superior al 100% porque en algunos casos se informó de más de una prueba). La verotoxina STX2 se detectó de manera aislada en el 1,4% de los casos y asociada a la STX1 en el 17,8% de los pacientes. El serogrupo O157 se encontró en el 16,4% de los casos.

Gráfico 5.2.4.a. Tasas de infección por *Escherichia coli* productora de toxina Shiga o Vero por año de notificación. EDO. Comunidad de Madrid y España. Años 2016-2024*.



*No se dispone de la incidencia en España para el año 2016 en el momento de elaborar este informe.

5.2.5. Fiebre tifoidea y paratifoidea

En el 2024 se registraron 7 casos de fiebre tifoidea y paratifoidea en la Comunidad de Madrid, con una incidencia de 0,10 casos por 100.000 habitantes (gráfico 5.2.5.a).

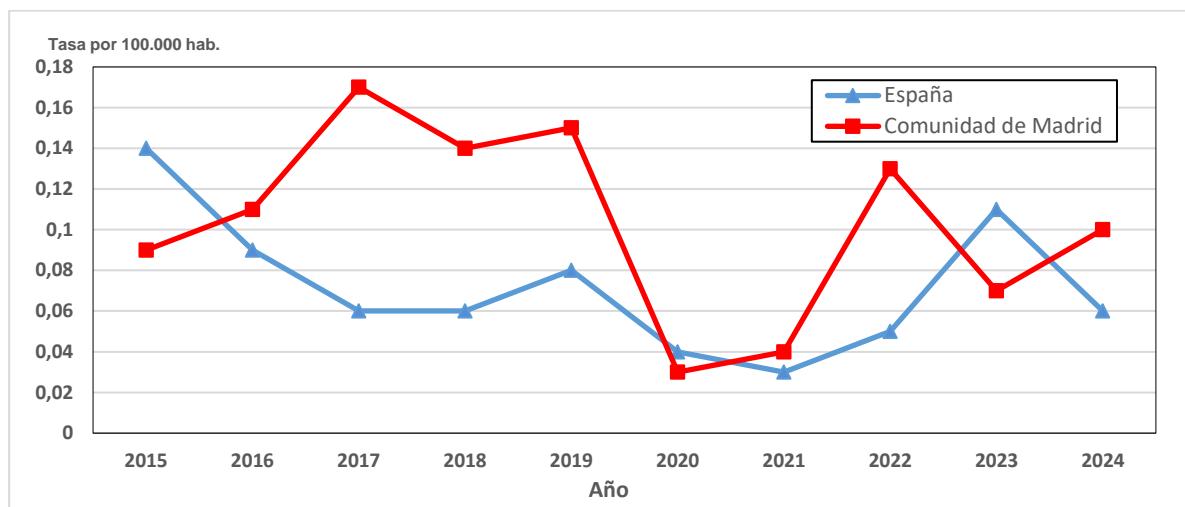
El 71,4% fueron varones. El rango de edad fue de 1 a 52 años y la edad media de los casos fue de 22,4 años. Todos los casos fueron confirmados mediante cultivo microbiológico. Los serotipos identificados fueron *Salmonella typhi* (4 casos), *paratyphi A* (2 casos) y *paratyphi B* (un caso).

Todos los casos requirieron hospitalización. No se produjo ningún fallecimiento.

No se identificaron casos asociados entre sí.

En cuanto a la exposición de riesgo, en seis de los casos constaba el antecedente de estancia en el extranjero durante el período de incubación: Bangladesh (2), India (1), México (1), Perú (1) y Senegal (1).

Gráfico 5.2.5.a. Tasas de fiebre tifoidea y paratifoidea por año de notificación. EDO. Comunidad de Madrid y España. Años 2015-2024.



5.2.6. Giardiasis

En 2024 se registraron 442 casos de giardiasis en la Comunidad de Madrid, con una incidencia de 6,31 casos por 100.000 habitantes.

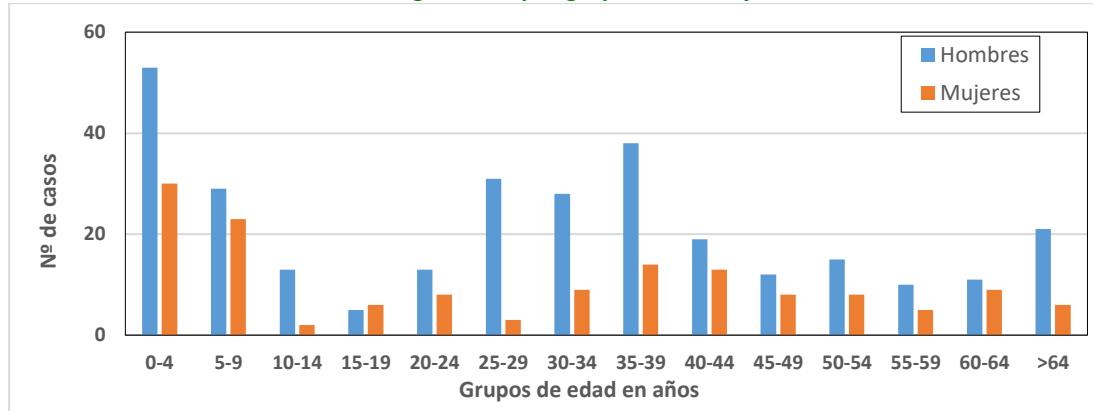
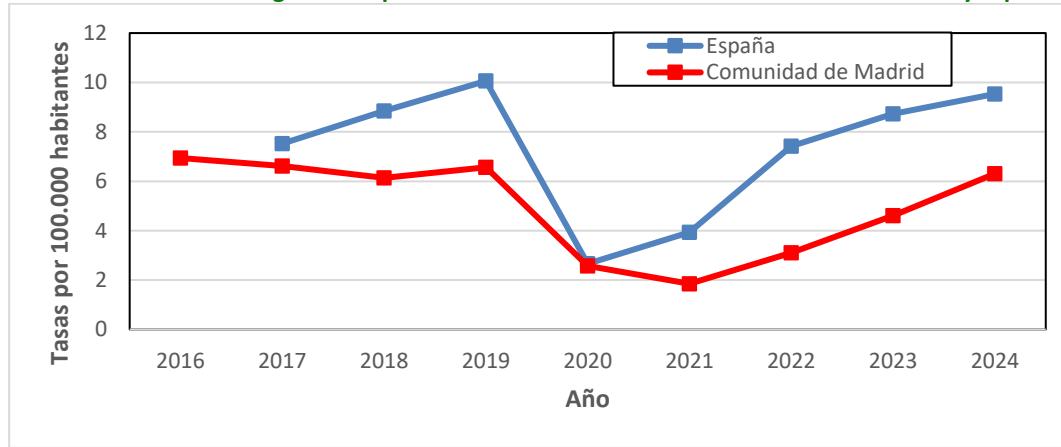
El 67,4% fueron varones. La edad media fue de 29,5 años (rango: 6 meses-97 años). El 30,5% de los casos eran menores de 10 años y 35,1% pertenecían al grupo de 25 a 44 años (gráfico 5.2.6.a).

El 6,8% (30 casos) requirió hospitalización. No se produjo ningún fallecimiento.

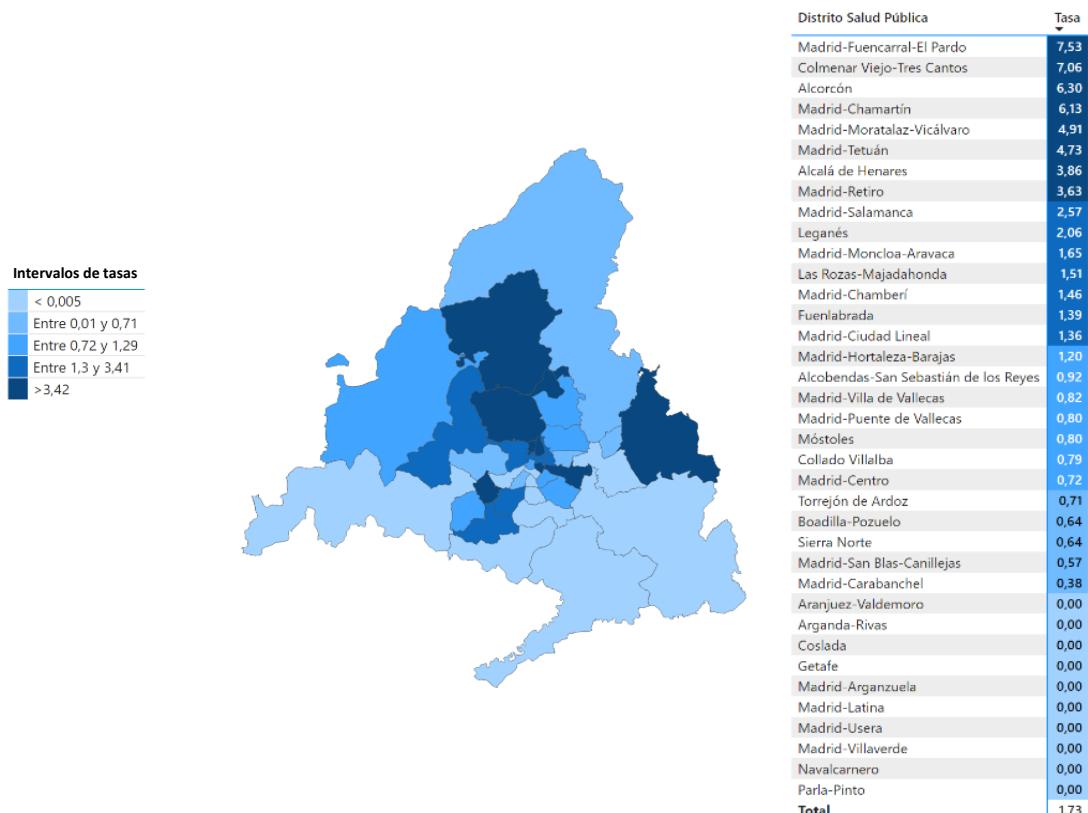
Los casos se confirmaron microbiológicamente mediante la visualización de quistes en heces (47,7%), detección de ácido nucleico (38,9%) o pruebas antigénicas positivas (18,3%) (el cómputo es superior al 100% porque en algunos casos se informó de más de una prueba positiva).

Durante el año 2024 no se comunicó ningún brote de giardiasis.

En los tres últimos años se aprecia un aumento de los casos notificados de giardiasis en la Comunidad de Madrid (gráfico 5.2.6.b) probablemente relacionado con una mejora en la notificación microbiológica y por parte de los Servicios de Medicina Preventiva. Por distritos de residencia, las incidencias más elevadas se dieron en Colmenar Viejo-Tres Cantos, Fuencarral-El Pardo y Retiro (mapa 5.2.6.a).

Gráfico 5.2.6.a. Número de casos de giardiasis por grupos de edad y sexo. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2024.**Gráfico 5.2.6.b. Tasa de giardiasis por año de notificación. EDO. Comunidad de Madrid y España. Años 2016-2024.**

*No se dispone de la incidencia en España para el año 2016 en el momento de elaborar este informe.

Mapa 5.2.6.a. Tasas de incidencia de giardiasis por distrito de residencia. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2024.

Casos por 100.000 habitantes. Estadística Continua de Población por distritos de salud pública, año 2024.



5.2.7. Hepatitis A

Durante el año 2024 se registraron 211 casos de hepatitis A en la Comunidad de Madrid. La tasa de incidencia fue de 3,01 casos por 100.000 habitantes (gráfico 5.2.7.a).

El 92,4% de los casos fueron notificados desde centros de atención hospitalaria y el 25,1% por atención primaria (el cómputo total es superior al 100% porque algunos casos fueron declarados por más de un notificador).

De los casos notificados en 2024, el 81% correspondieron a varones. La edad media fue de 33,2 años, con un rango que osciló entre 5 y 88 años (gráfico 5.2.7.b). En relación al país de origen, el 62,1% fueron personas nacidas en España, y entre aquellas nacidas en otro país los más frecuentes procedían de Colombia (8,5%), Venezuela (7,1%), Marruecos (3,8%) y Perú (3,3%).

Excepto un caso, clasificado como probable por vínculo epidemiológico, todos se confirmaron por serología. Seis casos tenían antecedente de vacunación, aunque en cinco de ellos la vacuna era muy reciente, indicada como profilaxis por haber tenido contacto con un caso de hepatitis A. Se registró ingreso hospitalario en el 53,6% de los casos (n=113), sin defunciones asociadas a la hepatitis A.

Como factor de riesgo predominante, en 83 casos (39,3%) se registró el contacto sexual. De estos, 80 (96,4%) eran varones. En el 15,2% de los casos (n=32) se recogió antecedente de viaje fuera de España durante el periodo de incubación, siendo Marruecos el país más frecuente (n=12).

Según la forma de presentación, la mayoría de los casos fueron esporádicos (91,5%) y 18 casos estuvieron asociados a otro caso: se registraron 11 brotes, todos ellos en al ámbito familiar/amigos con transmisión de persona a persona.

Con gran diferencia sobre el resto, el distrito de residencia con una incidencia mayor fue Madrid-Centro A mucha distancia, los siguientes distritos con mayores incidencias fueron Moncloa–Aravaca, Ciudad Lineal y Móstoles (mapa 5.2.7.a).

Gráfico 5.2.7.a. Tasas de hepatitis A por año de notificación. EDO. Comunidad de Madrid y España. Años 2015-2024.

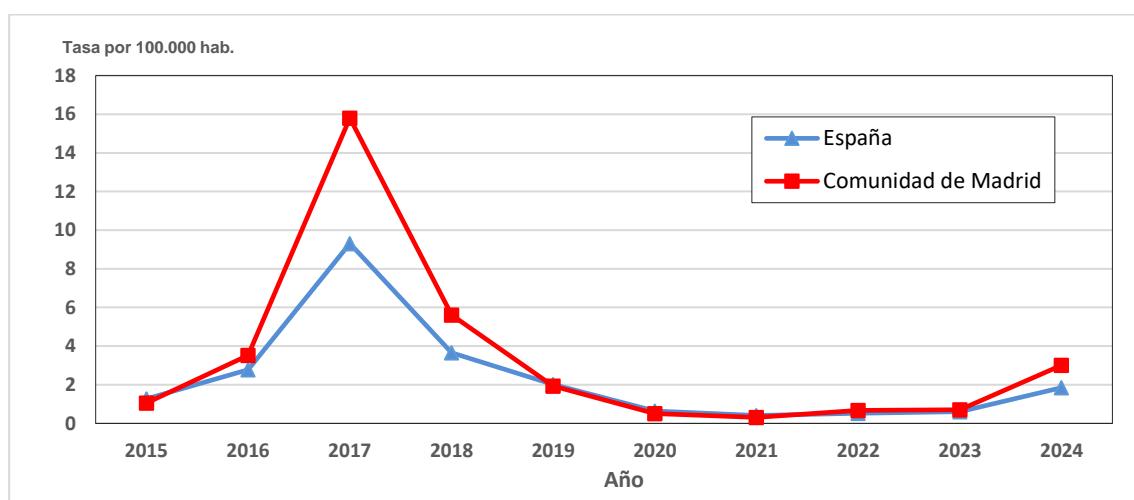
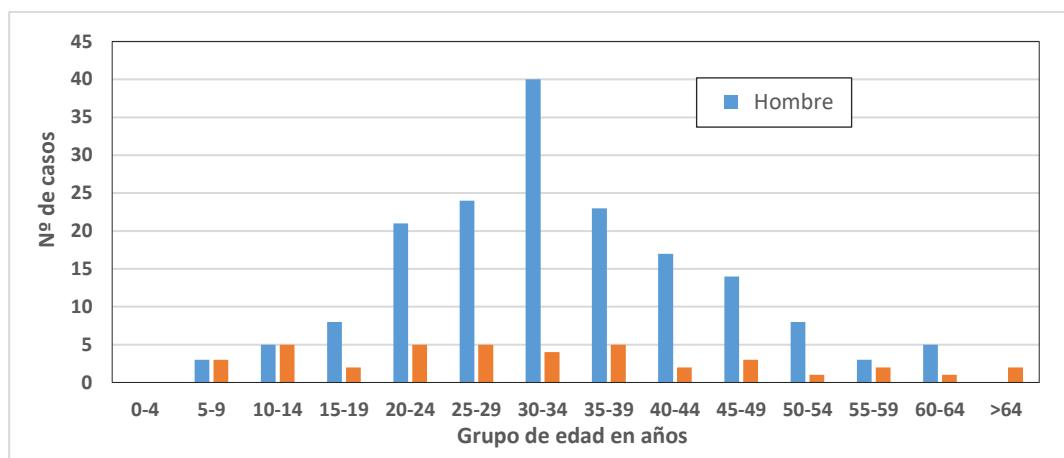
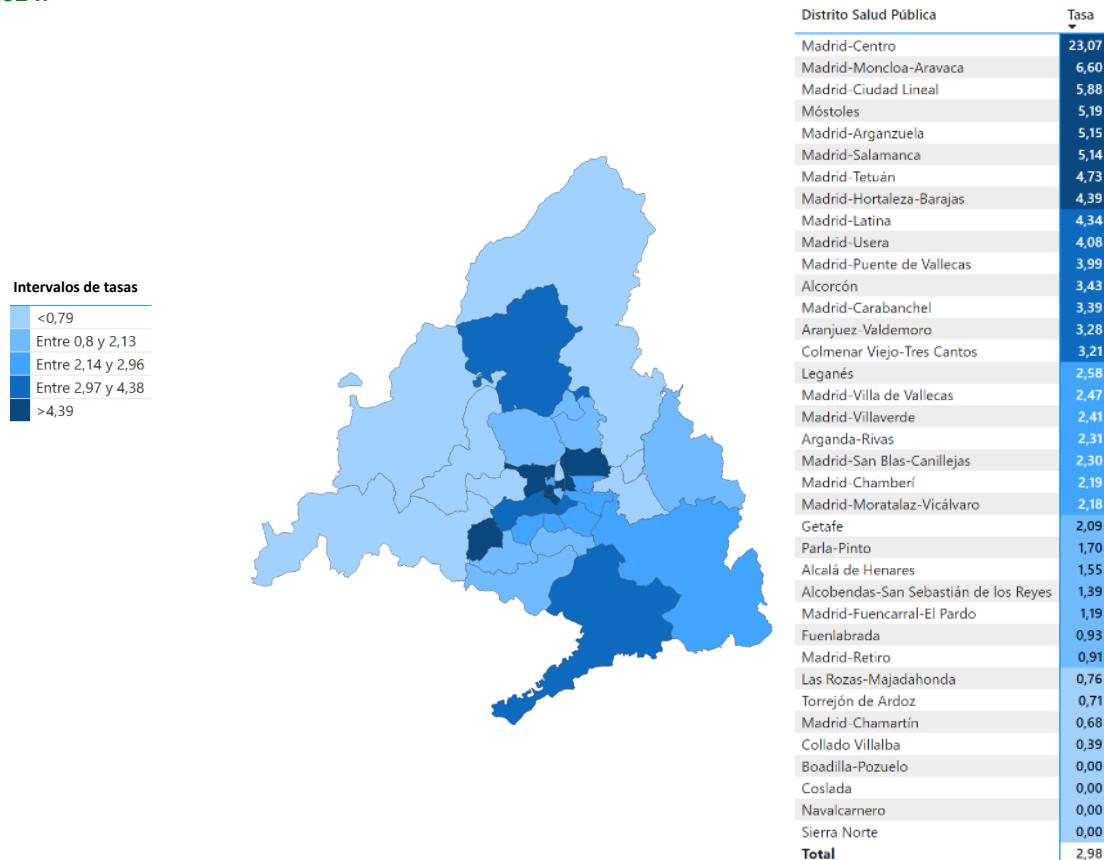


Gráfico 5.2.7.b. Número de casos de hepatitis A por grupos de edad y sexo. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2024.



Mapa 5.2.7.a. Tasas de incidencia de hepatitis A por distrito de residencia. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2024.



Casos por 100.000 habitantes. Estadística Continua de Población por distritos de salud pública, año 2024.

5.2.8. Listeriosis

En el año 2024 se registraron 51 casos de listeriosis en la Comunidad de Madrid, lo que supone una incidencia de 0,73 casos por 100.000 habitantes.

El 52,9% de los casos correspondieron a mujeres y la edad media fue de 67,9 años, con un rango comprendido entre los 0 y los 89 años. El 66,7% de los casos eran mayores de 64 años y el 31,4% tenían entre 25 y 64 años (gráfico 5.2.8.a). Hubo 1 caso de listeriosis neonatal (2%) y 3 casos de listeriosis del embarazo (5,9%). Del resto, en el 29,4% el cuadro clínico se manifestó como fiebre sin meningitis ni sepsis (15 casos), 25,5% presentaron meningitis y/o meningoencefalitis (13 casos), 15,7% septicemia (8 casos),



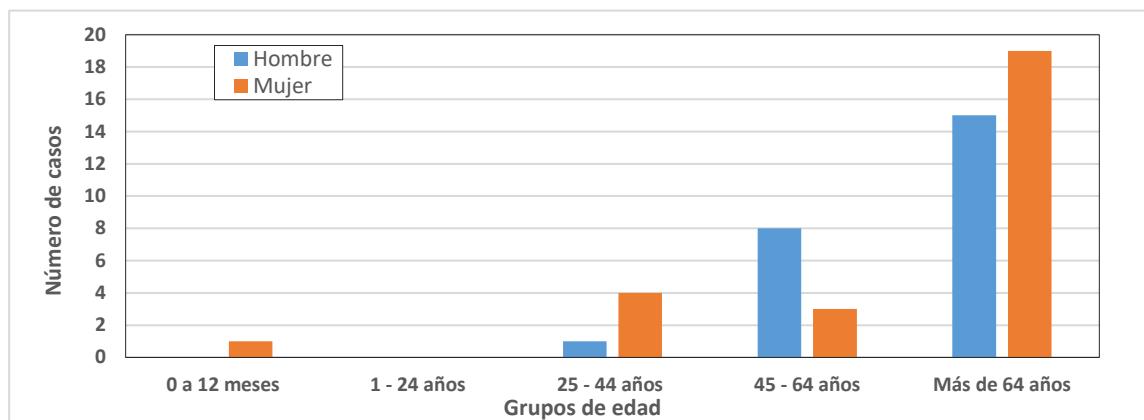
sepsis con meningitis en el 13,7% (7 casos) y en el 7,8% infecciones en otras localizaciones (4 casos). Requirió hospitalización el 98% de los casos y se registraron 5 fallecimientos (9,8%). El caso de listeriosis neonatal, originada por transmisión vertical, presentó buena evolución.

Todos los casos cumplieron los criterios microbiológicos de confirmación.

Tres de los casos (5,9%) tenían antecedente de viaje a otros países y otros 3 casos informaron de viaje a otras Comunidades Autónomas durante el período de incubación.

En ninguno de los casos se pudo vincular la enfermedad con el consumo de algún alimento concreto.

Gráfico 5.2.8.a. Número de casos de listeriosis por grupos de edad y sexo. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2024.



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

En el año 2024 se registraron 1.322 casos de salmonelosis en la Comunidad de Madrid, 210 casos menos que en 2023, con una incidencia de 18,86 casos por 100.000 habitantes.

El 54,1% correspondían a varones, y la edad media fue 35,6 años (mediana, 30 años), con un rango entre 0 y 97 años. El 26,7% de los casos eran menores de 10 años y el 38,6% mayor de 44 años (gráfico 5.2.9.a). En la tabla 5.2.9.a se especifica la hospitalización por grupos de edad. Se registraron cuatro defunciones (letalidad del 0,3%) en tres mujeres de 81, 82 y 90 años, por sepsis de origen abdominal por *Salmonella*, y en un varón de 82 años, por fracaso renal agudo secundario a deshidratación grave.

El 96% de los casos (1.269) se confirmó microbiológicamente y el resto se clasificó como probable por vínculo epidemiológico con algún caso confirmado. De los casos confirmados, se registró la especie *Salmonella enterica* en 805 (60,9%). De éstas, consta la subespecie *enterica* en 773 casos (96%). Hubo 1 caso de la subespecie *arizona*.

Se obtuvo información sobre las resistencias a medicamentos antibacterianos en 1.026 aislamientos de *Salmonella* (77,6% de todos los casos). En la tabla 5.2.9.b se muestran los resultados para las resistencias a los antibacterianos establecidos en el Plan Nacional de Resistencia a Antibióticos. Se detectan altos porcentajes de resistencia a tetraciclina, ampicilina, ciprofloxacino y amoxicilina/clavulánico.

Según la forma de presentación, en el año 2024 se registraron 14 brotes confirmados de salmonelosis no *typhi*, con 155 enfermos; a estos habría que añadir otros 4 brotes con alta sospecha de haber sido causados por *Salmonella* pero sin confirmación del agente causal, con 27 casos adicionales. El 66,7% de los brotes tuvo relación con algún establecimiento de restauración, el 27,8% se produjeron en el ámbito familiar y un 5,6% (1 brote) implicó a una residencia de mayores. Los alimentos implicados más frecuentemente en estos brotes fueron el huevo cocinado (55,6%) y el huevo crudo (11,1%).

En el año 2024 se aprecia una estabilización de los casos notificados de salmonelosis en la Comunidad de Madrid que, como en el conjunto nacional, habían experimentado un ascenso desde 2020 (gráfico 5.2.9.b). Por distritos, las mayores incidencias se produjeron en Alcalá de Henares, Aranjuez-Valdemoro y Collado Villalba (mapa 5.2.9.a).

Gráfico 5.2.9.a. Número de casos de salmonelosis por grupos de edad y sexo. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2024.

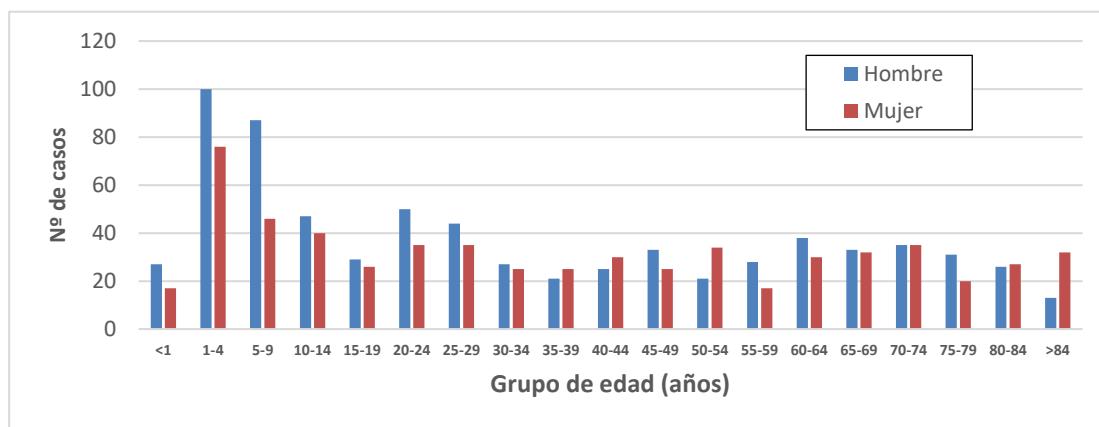


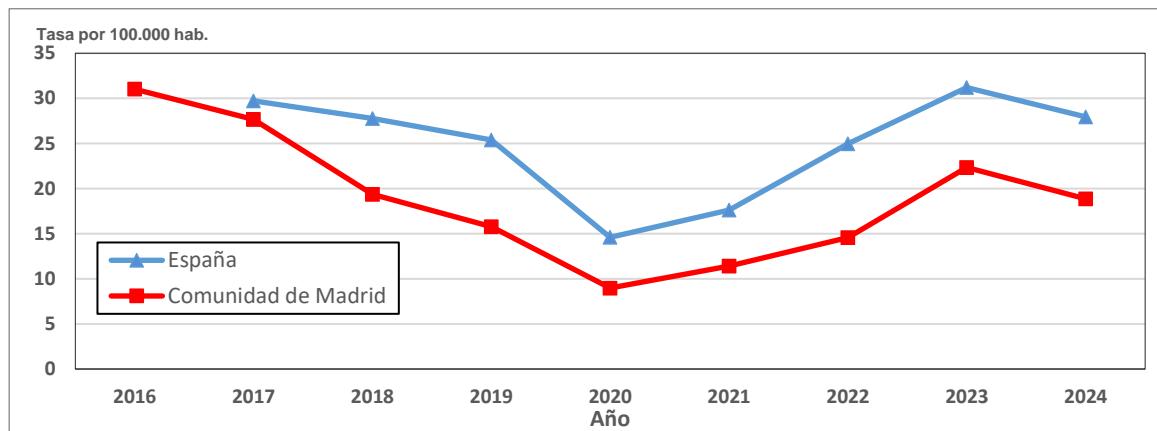
Tabla 5.2.9.a. Número de casos totales de salmonelosis y porcentaje de hospitalizados por grupos de edad. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2024.

Grupos de edad	Nº Casos	% hospitalización
<1	44	25
1-4	176	12,5
5-9	133	19,5
10-14	87	23
15-19	55	25,4
20-24	85	15,3
25-29	79	19
30-34	52	23,1
35-39	46	30,4
40-44	55	27,3
45-49	58	41,4
50-54	55	32,8
55-59	45	40
60-64	68	35,3
65-69	65	41,5
70-74	70	42,9
75-79	51	62,7
80-84	53	62,3
>84	45	55,6
Total	1.322	29,7

Tabla 5.2.9.b. Salmonelosis. Porcentaje de resistencia a antibacterianos. EDO. Comunidad de Madrid 2024.

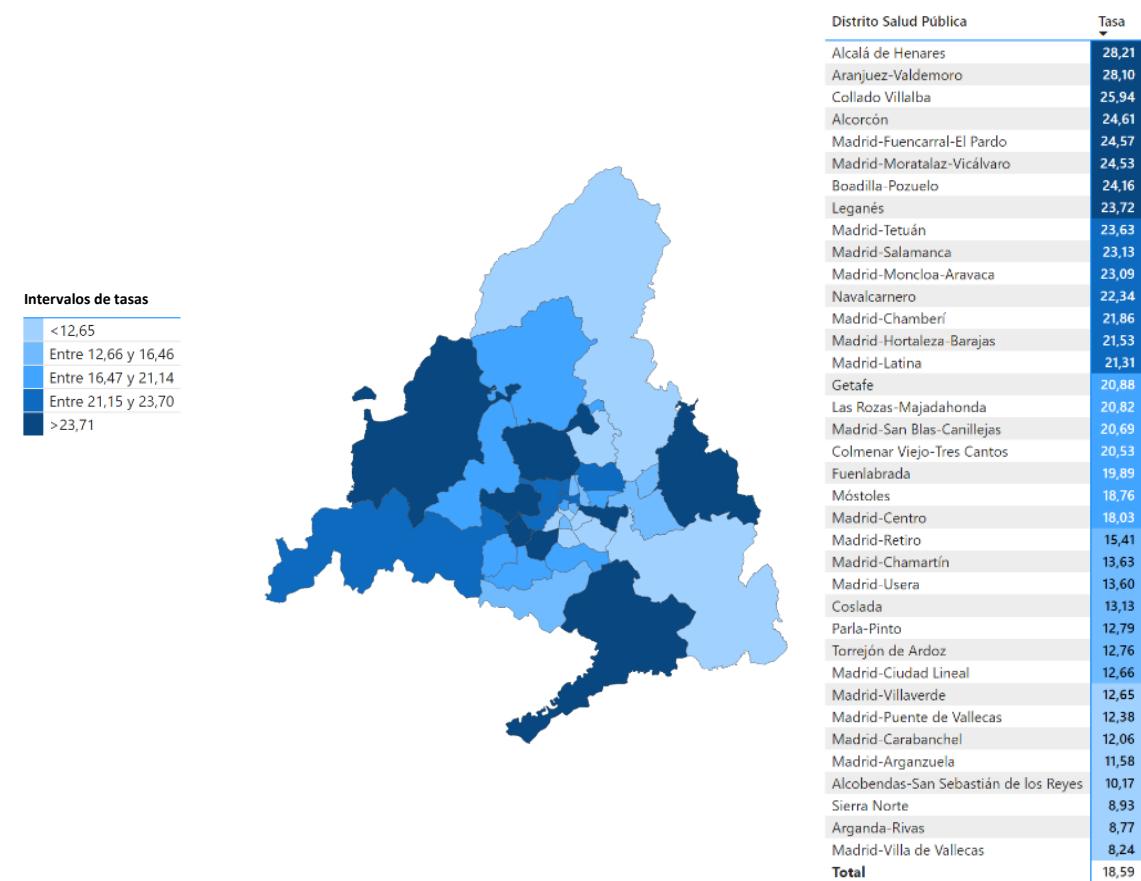
Antibacterianos	Pruebas realizadas	Porcentaje de resistencias
Amoxicilina/clavulánico	725	17,8
Ampicilina	954	31,9
Azitromicina	240	4,6
Aztreonam	74	1,4
Cefepima	231	1,3
Cefotaxima	254	1,2
Ceftacidima	284	3,5
Ciprofloxacino	960	20,6
Colistina	25	4,0
Ertapenem	85	5,9
Imipenem	43	0,0
Meropenem	268	0,4
Tetraciclina	30	33,3
Tigeciclina	11	0,0
Trimetoprim/sulfametoxazol	777	6,7

Gráfico 5.2.9.b. Tasas de salmonelosis por año de notificación. EDO. Comunidad de Madrid y España*.
Años 2016-2024*.



*No se dispone de la incidencia en España para el año 2016 en el momento de elaborar este informe.

Mapa 5.2.9.a. Tasas de incidencia de salmonelosis por distrito de residencia. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2024.



Casos por 100.000 habitantes. Estadística Continua de Población por distritos de salud pública, año 2024.

5.2.10. Shigelosis

En el 2024 se registraron 228 casos de shigelosis en la Comunidad de Madrid, con una incidencia de 3,25 casos por 100.000 habitantes (gráfico 5.2.10.a).

El 80,7% de los casos eran hombres. La edad media fue de 33,4 años, con un rango entre 6 meses y 95 años. El 61,4% (140 casos) fueron del grupo de edad entre 25 y 44 años, de los que el 86,4% eran varones (gráfico 5.2.10.b).

En la tabla 5.2.10.a se presenta el porcentaje de hospitalización de los casos de shigelosis por grupos de edad, con una tasa global de hospitalizados del 22,8%. Se produjo un fallecimiento en un varón de 11 años debido a un shock séptico de rápida progresión con fracaso multiorgánico. Este caso pertenecía a un brote, con dos casos, de ámbito familiar relacionado con el consumo de un queso de elaboración casera en mal estado.

Ciento setenta y ocho casos (78,1%) fueron clasificados como confirmados por aislamiento de *Shigella*, y 50 se clasificaron como probables: 47 (20,6%) por diagnóstico de *Shigella* spp. mediante PCR y 3 (1,3%) por vínculo epidemiológico con algún caso confirmado. Todos los aislamientos fueron en muestras de heces excepto uno en sangre. Las especies detectadas en los cultivos fueron *S. flexneri* (92 casos; 51,7% del total de cultivos positivos), *S. sonnei* (56 casos; 31,5%) y *S. boydii* (1 caso; 0,6%). En el resto (29 casos; 16,3%) sólo consta *Shigella* spp.

Se obtuvo información sobre el estudio de resistencias a los medicamentos antibacterianos en 162 aislamientos de *Shigella* (91% de todos los cultivos positivos). En la tabla 5.2.10.b se muestran los resultados correspondientes a las resistencias a los antibacterianos establecidos en el Plan Nacional de Resistencia a Antibióticos. Se detectan altos porcentajes de resistencia a todos los antibióticos evaluados, aunque es algo menor en las cefalosporinas.

En cuanto al modo de transmisión, en 58 casos (25,4% del total) constaba un contacto sexual. Todos estos casos correspondían a varones.

En 19 casos (8,3% del total) existía el antecedente de viaje fuera de España durante el período de incubación, de los que 8 (42,1%) procedían de África, 6 (31,6%) del continente americano, 4 (21,1%) de Asia y 1 caso de Europa. Por países, el mayor número de casos procedía de Marruecos (4 casos; 21,1%) e India (3 casos; 15,8%).

Se registraron 3 brotes de shigelosis, todos en el ámbito familiar, 2 de ellos por *Shigella sonnei* con transmisión persona a persona, con 4 y 2 casos, respectivamente, y otro brote, de origen alimentario, con 2 casos, causado por *Shigella flexneri*.

Gráfico 5.2.10.a. Tasas de incidencia de shigelosis por año de notificación. EDO. Comunidad de Madrid y España. Años 2015-2024.

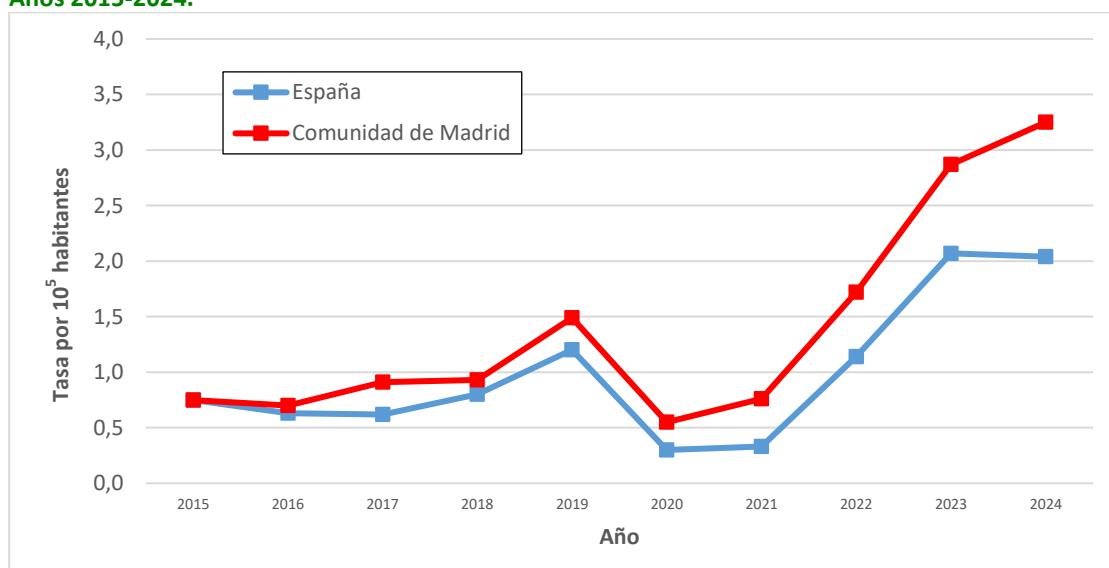


Gráfico 5.2.10.b. Número de casos de shigelosis por grupos de edad y sexo. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2024.

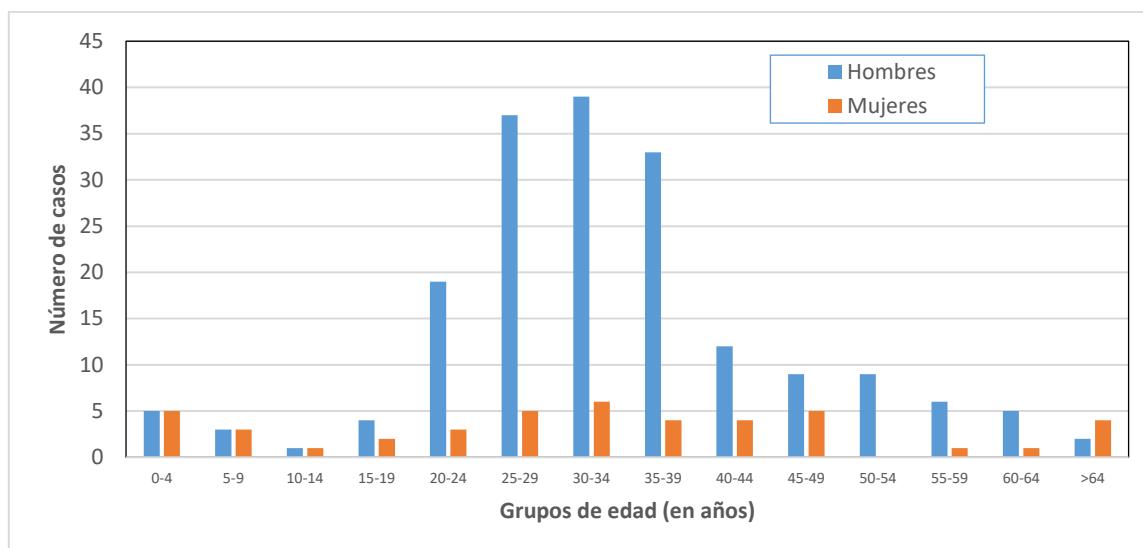


Tabla 5.2.10.a. Número de casos de shigelosis por grupos de edad y porcentaje de hospitalización. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2024.

Grupo de edad	Nº de casos	% hospitalización
0-4 años	10	0
5-19 años	14	35,7
20-24 años	22	22,7
25-44 años	140	17,1
45-64 años	36	38,9
Más de 64 años	6	66,7
Total	228	22,8

Tabla 5.2.10.b. Shigelosis. Porcentaje de resistencia a antibacterianos. EDO. Comunidad de Madrid 2024.

Antibacterianos	Pruebas realizadas	Porcentaje de resistencias
Amoxicilina/clavulánico	132	62,9
Ampicilina	137	78,1
Cefotaxima	58	17,2
Ceftacidima	66	16,7
Ciprofloxacino	152	53,3
Eritromicina	2	50
Tetraciclina	3	33,3
Trimetoprim/sulfametoxazol	133	46,6

5.2.11. Yersiniosis

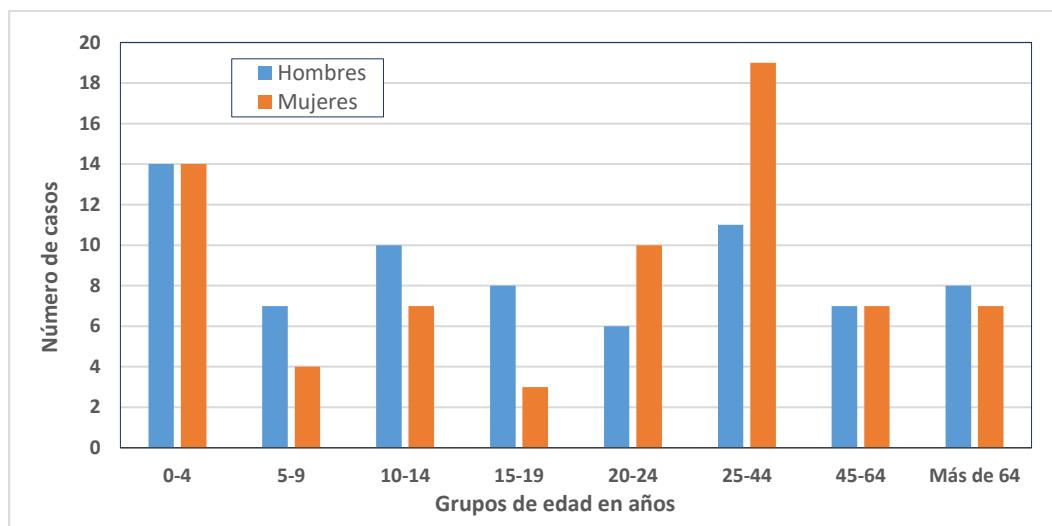
En el año 2024 se registraron 142 casos de yersiniosis en la Comunidad de Madrid, con una incidencia de 2,03 casos por 100.000 habitantes.

Los casos se repartieron al 50% entre hombres y mujeres. La edad media fue de 26,7 años (mediana, 21,5 años), con un rango entre 8 meses y 93 años. El 39,4% de los casos se registró en menores de 15 años (gráfico 5.2.11.a).

En 141 casos (99,3%) se registró la especie de *Yersinia*, siendo 139 casos (98,6%) *Y. enterocolítica* y 2 casos (1,4%) *Y. pseudotuberculosis*. En 11 casos se obtuvo el serogrupo de *Y. enterocolítica*, de los que 10 casos (90,9%) fueron del serogrupo 3 y uno del serogrupo 1.

Requirieron hospitalización el 12,7% de los casos. No se registraron defunciones. Durante el año 2024 no se detectó ningún brote de yersiniosis en la Comunidad de Madrid.

Gráfico 5.2.11.a. Número de casos de yersiniosis por grupos de edad y sexo. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2024.



5.3. ENFERMEDADES PREVENIBLES POR VACUNACIÓN

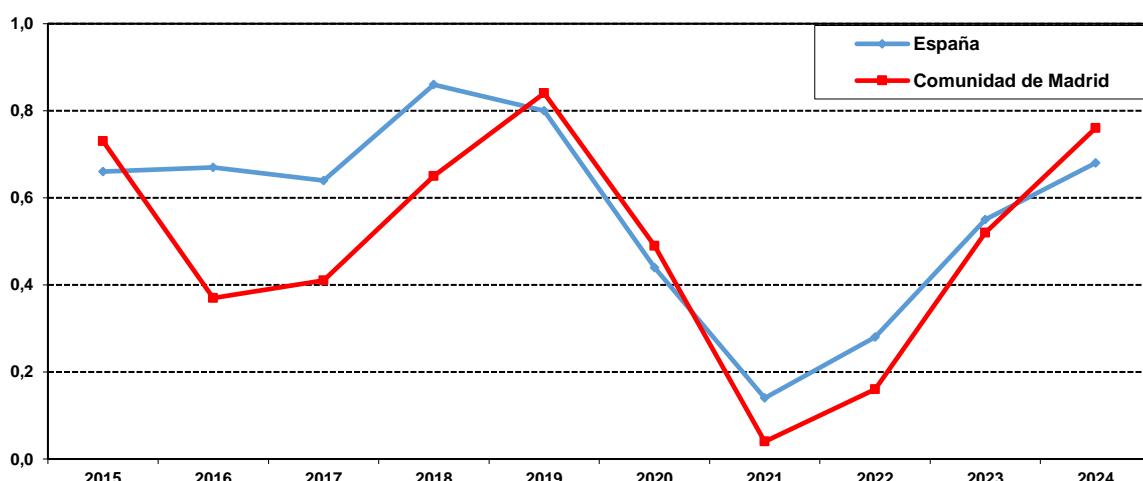
5.3.1. Enfermedad meningocócica

En el año 2024 se registraron 53 casos de enfermedad meningocócica en la Comunidad de Madrid, 17 casos más que en 2023. La tasa de incidencia acumulada fue de 0,76 casos por 100.000 habitantes (gráfico 5.3.1.a). Los distritos con mayor incidencia fueron Madrid-Centro (3,61 casos por 100.000 habitantes), seguido de Madrid-Usera y Aranjuez-Valdemoro (2,04 y 1,87 casos por 100.000 habitantes respectivamente) (mapa 5.3.1.a).

Todos los casos fueron confirmados microbiológicamente por PCR y/o cultivo. Se pudo determinar el serogrupo (SG) en 49 casos (92,5%). De éstos, en 29 casos se determinó SG B (71,4%), en 10 casos SG Y (20,4%), en 8 casos SG W (10,3%) y en 2 casos SG C (4,1%). En 4 casos se registró *N. meningitidis* sin serogrupo.

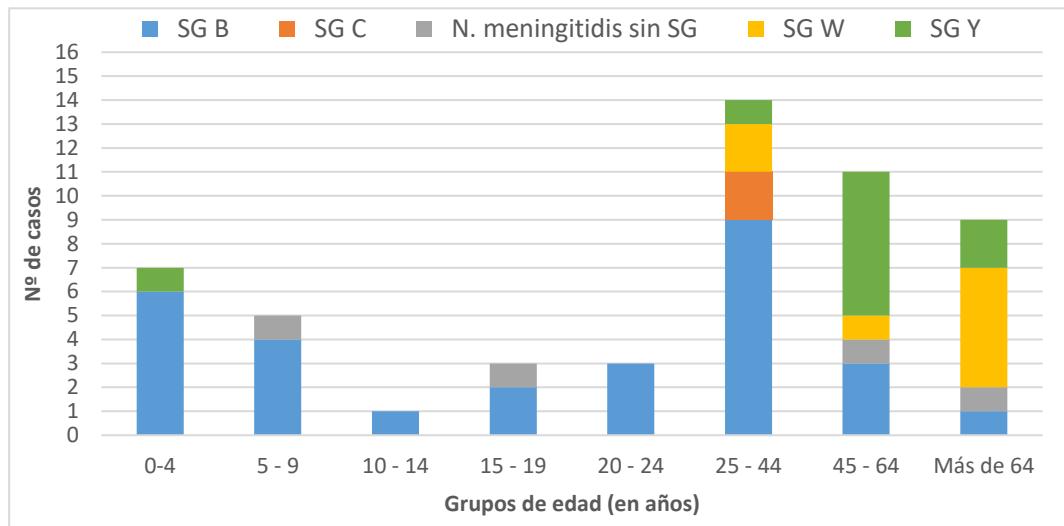
Gráfico 5.3.1.a. Tasas de enfermedad meningocócica por año de notificación. EDO. Comunidad de Madrid y España. Años 2015-2024.

Tasa por 100.000 hab.



La enfermedad meningocócica fue más frecuente en mujeres, con un 58,5% de casos. El rango de edad osciló entre los 0 y los 90 años, con una media de 36,5 años. La distribución por grupos de edad fue: un 13,2% en menores de 5 años (7 casos, 4 menores de un año), un 9,4% entre 5 y 9 años (5 casos), un 13,2% entre 10 y 24 años (7 casos), un 26,4% entre 25 y 44 años (14 casos), un 20,8% entre 45 y 64 años (11 casos) y un 17% en mayores de 64 años (9 casos) (gráfico 5.3.1.b).

Gráfico 5.3.1.b. Número de casos de enfermedad meningocócica por grupos de edad y serogrupos (SG) de meningococo. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2024.



Las formas clínicas de presentación fueron: meningitis (32,1%), sepsis (22,6%), meningitis + sepsis (11,3%), artritis (7,5%), neumonía (3,8%) y bacteriemia sin meningitis, sepsis, neumonía ni artritis (22,6%).

La evolución de los casos fue favorable en el 90,6% (48 casos); se registró un fallecimiento por sepsis meningocócica por SG C en un varón de 38 años en las primeras 24 horas de su ingreso, y un fallecimiento de una mujer de 78 años que superó su infección aguda inicial por SG Y pero falleció a los 15 días por otra causa (tabla 5.3.1.a). Se registraron, además, 3 casos con distintas secuelas tardías: hipoacusia unilateral, inestabilidad en la marcha e insuficiencia renal residual.

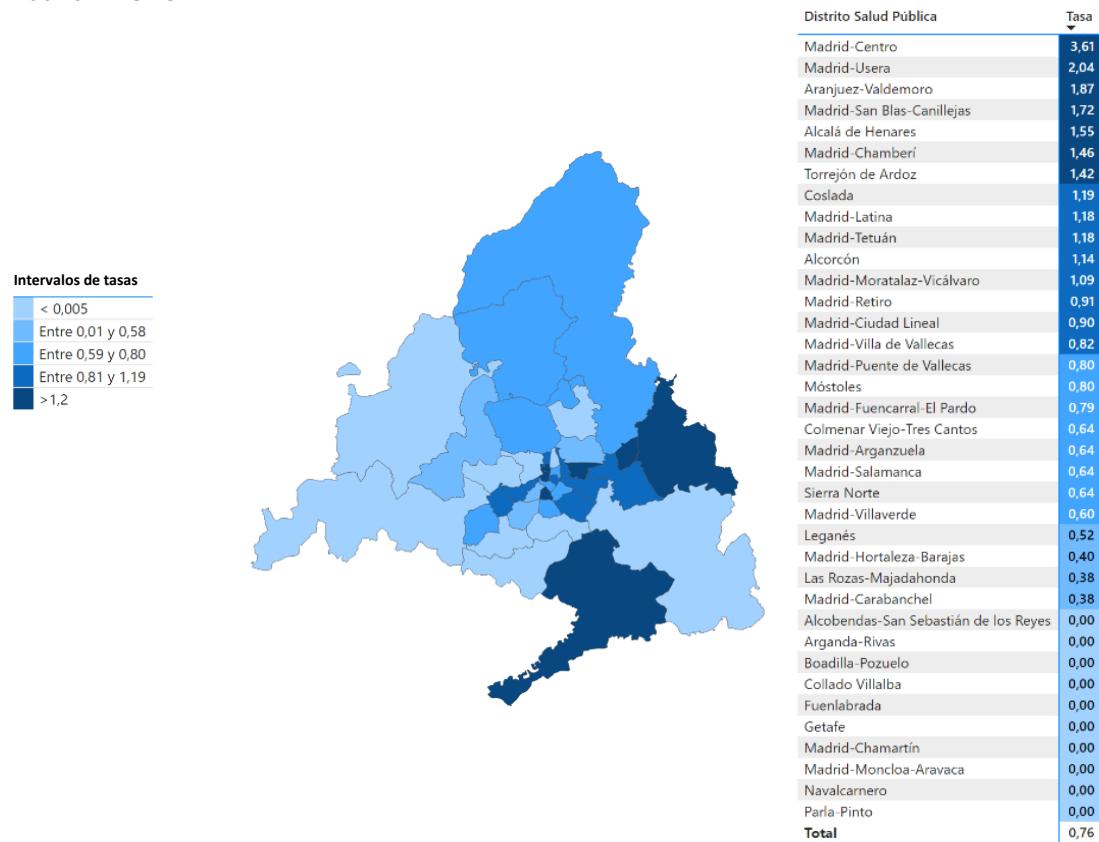
Tabla 5.3.1.a. Número de casos confirmados de enfermedad meningocócica por serogrupos y letalidad. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2024.

Serogrupos (SG)	Nº de casos	% Serogrupos	Fallecidos (% letalidad)
SG B	29	59,2%	0
SG C	2	4,1%	1 (50%)
SG W	8	16,3%	0
SG Y	10	20,4%	0
Sin serogrupo	4	--	0
Total	53		1 (1,9%)

Se registraron 3 casos pediátricos por SG B que tenían administrada la vacuna específica para este SG (Bexero®): un varón de 3 meses con una dosis, un varón de 8 meses con 2 dosis y una niña de 2 años con 3 dosis. El resto de casos por SG B (n=26) no estaba vacunado frente a este SG. El único caso pediátrico por SG Y era un varón de 3 meses con una dosis de vacuna de Bexero®. El resto de casos por SG C, W e Y (n=19) no tenían administrada ninguna vacuna antimeningocócica.

Un caso de SG B, adulto residente en Alcalá de Henares, formó parte de un brote de Castilla La Mancha, en la que estuvieron también implicados 2 casos residentes en Toledo y uno en Guadalajara.

Mapa 5.3.1.a. Tasas de incidencia de enfermedad meningocócica por distrito de residencia. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2024.



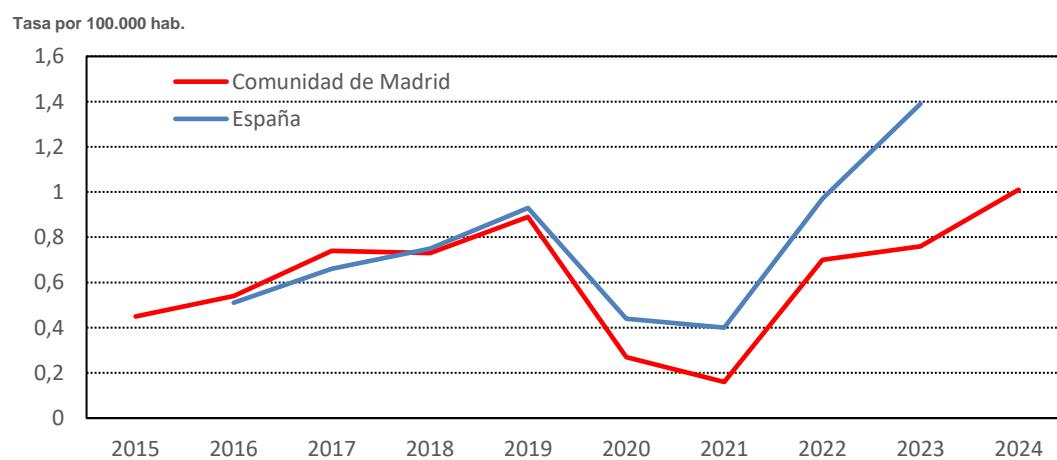
Casos por 100.000 habitantes. Estadística Continua de Población por distritos de salud pública, año 2024.

5.3.2. Enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae*

Durante el año 2024 se notificaron a la Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid 71 casos de enfermedad producida por *Haemophilus influenzae*, lo que supone una incidencia de 1,01 casos por 100.000 habitantes (gráfico 5.3.2.a). Los distritos con mayor incidencia fueron los de Madrid-San Blas-Canillejas, Aranjuez-Valdemoro y Madrid-Moratalaz-Vicálvaro (tasas de incidencia de 2,87; 2,34 y 2,18 casos por 100.000 habitantes, respectivamente) (mapa 5.3.2.a).

La distribución por sexo fue la siguiente: 59,2% hombres y 40,8% mujeres. La media de edad fue de 62,2 años, con un rango entre 0 y 92 años. Los menores de 5 años supusieron el 5,6% de los enfermos, y el 80,3% fueron mayores de 45 años (54,9% mayores de 64 años) (gráfico 5.3.2.b).

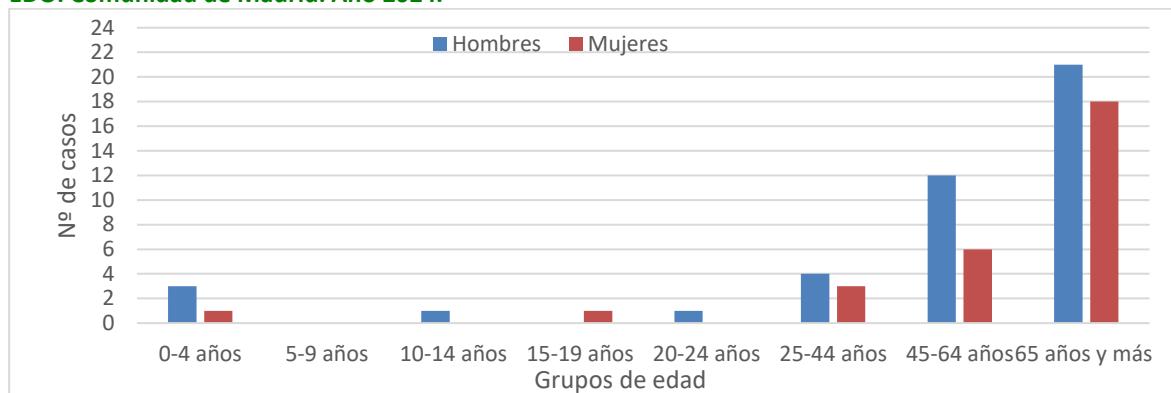
Gráfico 5.3.2.a. Tasas de enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae*. EDO. Comunidad de Madrid y España*. Años 2015-2024.



*En el conjunto del estado se recogen datos desde 2016. No hay datos nacionales disponibles de 2024 en la fecha de elaboración de este informe.



Gráfico 5.3.2.b. Número de casos de enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae* por grupos de edad y sexo. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2024.



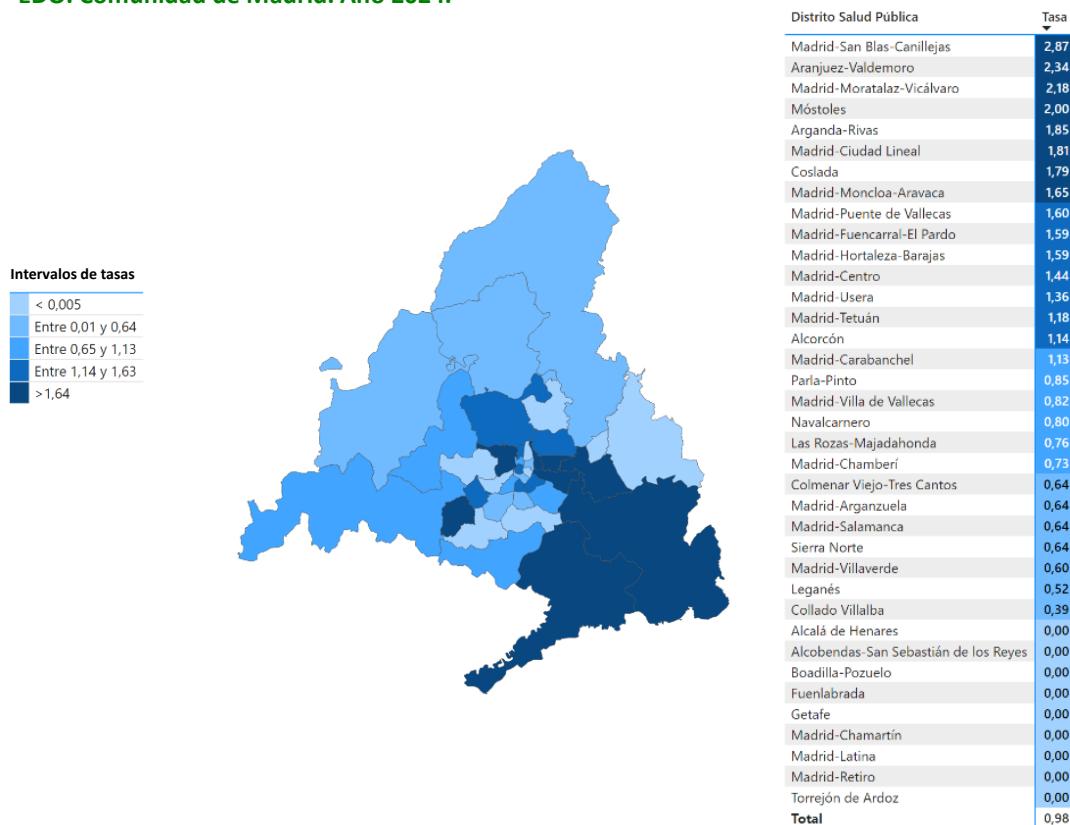
Se identificó *H. influenzae* tipo b en el 1,4% (n=1) de los enfermos, *H. influenzae* sp. en el 60,6% (n=43) y otros *H. influenzae* (no b) en el 38% (n=27). De estos últimos, se pudo determinar que 17 cepas eran no capsuladas (no tipables), 2 eran *H. influenzae* serotipo e, 1 serotipo a y otra serotipo f. Los casos menores de 5 años (4 bebés entre 2 y 11 meses) fueron 3 casos por cepas no capsuladas y un caso por serotipo a.

La forma de presentación clínica fue sepsis en el 25,4% de los casos (n=18), neumonía sin sepsis en el 25,4% (n=18), meningitis en el 18,3% de los casos (n=13), bacteriemia en el 15,5% (n=11) y otras formas menos frecuentes (artritis, mediastinitis, peritonitis...) en el resto de casos (n=11).

Tenían registro de vacunación frente al *H. influenzae* b 10 de los casos (los 6 menores de edad y 4 adultos). No se detectó ningún fallo vacunal entre ellos. El único caso identificado por serotipo b fue una mujer de 76 años con artritis, no vacunada.

Se produjeron 6 fallecimientos por esta patología (letalidad global 8,5%), todos en el grupo de edad de mayores de 64 años. En 4 de ellos no se realizó análisis de serotipo, registrándose *H. influenzae* sp, en uno se registró *H. influenzae* no capsulado y en otro serotipo f.

Mapa 5.3.2.a. Tasas de incidencia de enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae* por distrito de residencia. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2024.



Casos por 100.000 habitantes. Estadística Continua de Población por distritos de salud pública, año 2024.



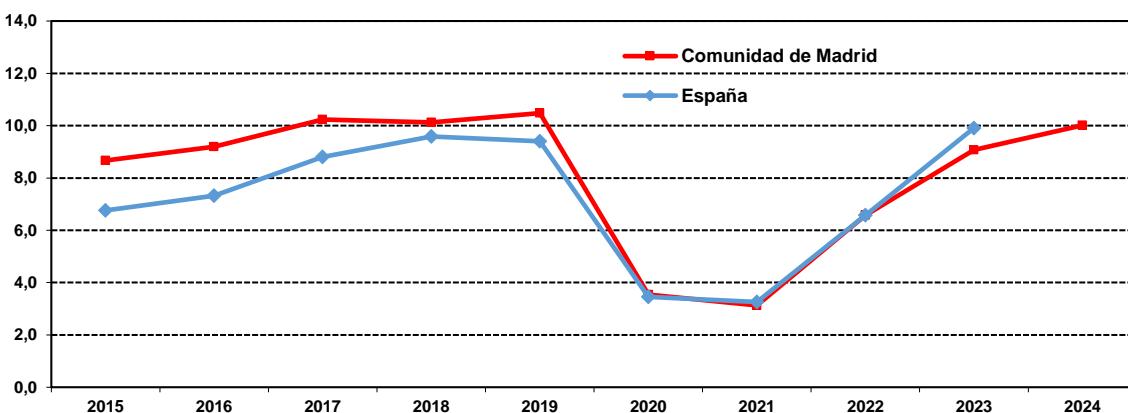
5.3.3. Enfermedad neumocócica invasiva

En el año 2024 se registraron en la Comunidad de Madrid 702 casos de enfermedad neumocócica invasiva (ENI), 80 casos más que en el año 2023. La tasa de incidencia pasó de 9,07 casos por 100.000 habitantes en 2023 a 10,02 casos por 100.000 en 2024 (gráfico 5.3.3.a). El 57,3% de los casos fueron hombres. El rango de edad osciló entre los 0 y los 102 años, con una media de 56,7 años. Por grupos de edad, el 10,3% (72 casos) eran menores de 5 años (19 casos menores de un año) y el 48,3% mayores de 64 años (14,2% mayores de 84 años) (gráfico 5.3.3.a).

El distrito con mayor tasa de incidencia fue el de Getafe (21,40 casos por 100.000 habitantes), seguido de los distritos de Alcorcón (21,17 casos por 100.000 habitantes) y Madrid-Villaverde (15,06 casos por 100.000 habitantes) (mapa 5.3.3.a).

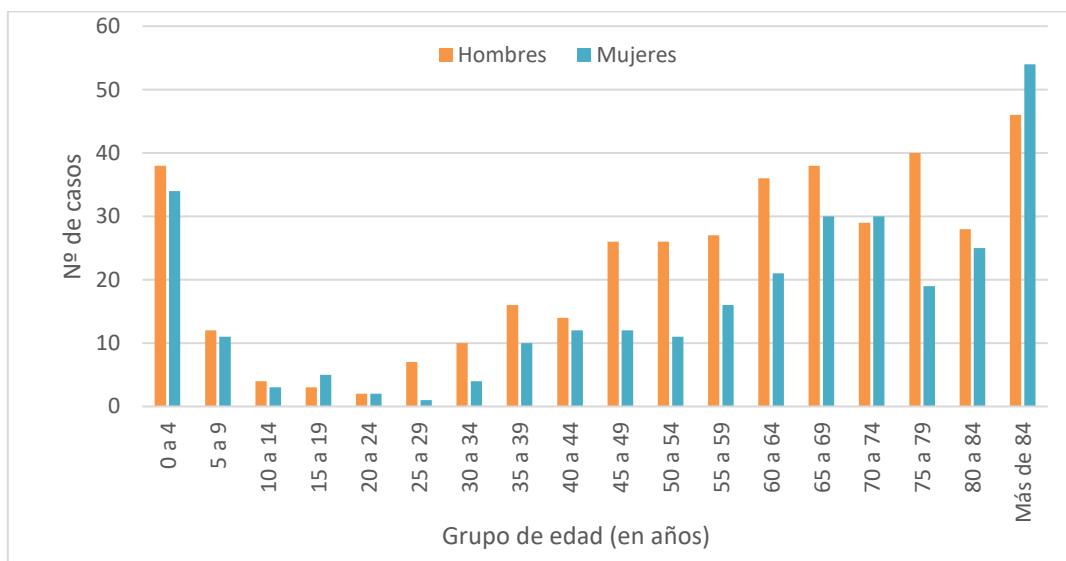
Gráfico 5.3.3.a. Tasas de enfermedad neumocócica invasiva. EDO. Comunidad de Madrid y España*. 2015-2024.

Tasa por 100.000 hab.



* No hay datos nacionales disponibles de 2024 en la fecha de elaboración de este informe.

Gráfico 5.3.3.b. Número de casos de enfermedad neumocócica invasiva por edad y sexo. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2024.



Se registró la forma de presentación clínica en el 99,4% de los casos. Figura neumonía (sin sepsis) en el 44,8% (313 casos), sepsis en el 23,6% (165 casos), bacteriemia sin neumonía ni sepsis en el 16,9% (118 casos), meningitis en el 6,6% (46 casos), meningitis más sepsis en el 1,7% (12 casos) y empiema en el 2,6% (18 casos). Otras formas clínicas menos frecuentes fueron artritis (7 casos), peritonitis (5 casos), osteomielitis (3 casos) y endoftalmitis (2 casos).

Se conoce la evolución del 99,4% de los casos (n=698), con un porcentaje global de fallecimientos del 11,3% (79 casos, 8 de ellos fallecidos por otra causa). El 83,5% de los fallecimientos se produjeron a partir de los 60 años, siendo un 43% del total de ellos en mayores de 84 años, donde la letalidad asciende al 34% (34 de 100 casos). No hubo fallecimientos en menores de 5 años.

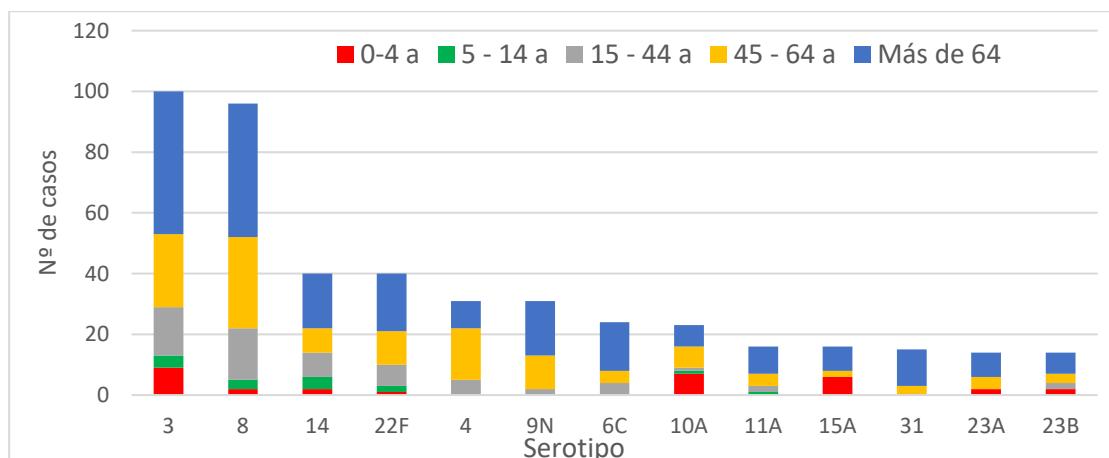
No se registraron casos confirmados asociados entre sí en 2024.

El 54,1% de los casos (n=380) tenía vacunación antineumocócica registrada. De éstos, el 45,5% con vacuna conjugada (n=173), el 22,1% con vacuna polisacárida (n=84), el 32,1% (n=122) con ambas vacunas, y un caso vacunado en el que no se pudo identificar el tipo de vacuna recibida.

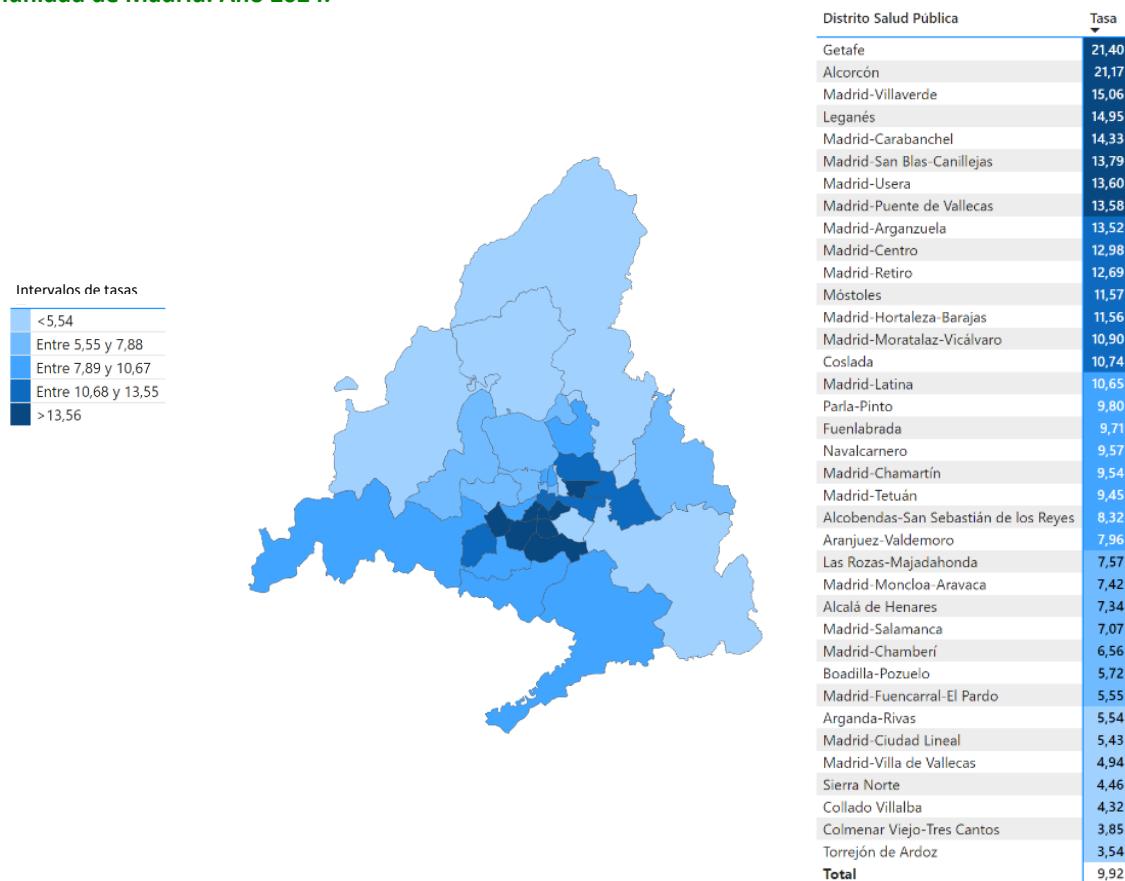
Se analizó el serotipo de neumococo en el 91,2% (n=640) de todos los casos. De estos, los más frecuentes fueron el serotipo 3 (15,6%), el serotipo 8 (15%), los serotipos 14 y 22F (6,3% cada uno), los serotipos 4 y 9N (4,8% cada uno), el serotipo 6C (3,8%), el serotipo 10A (3,6%), los serotipos 11A y 15A (2,5% cada uno), el serotipo 31 (2,3%) y los serotipos 23A y 23B (2,2% cada uno). Se consideraron no tipables a nivel de serotipo el 5% de los neumococos, siendo el serogrupo 33 el más frecuente dentro de éstos (2% del total de neumococos). Si se considerara que estas cepas de serogrupo 33 fueran 33F, este serotipo sería el 2,7% del total de neumococos. El resto de serotipos (hasta 42 distintos) representan menos del 2% cada uno (gráfico 5.3.3.c).

En los casos menores de 5 años (72 casos) se analizó el serotipo de neumococo en 66 de ellos. Entre los 66 casos se dieron 23 serotipos diferentes; los más frecuentes fueron el serotipo 3 con nueve casos (13,6%), seguido del 10A con siete casos (10,6%), el 15A con seis casos (9,1%), el 24B con cinco casos (7,6%), el 24A con cuatro casos (6,1%), el 15C y el 19F con tres casos (4,5% cada uno), los serotipos 7A, 8, 14, 15B, 23A, 23B, 24F y 25A con 2 casos (3% cada uno) y los serotipos 16F, 19A, 20, 22F, 25B, 33F y 35F con un caso (1,5% cada uno); hubo 6 casos no tipables a nivel de serotipo (9,1%), de los cuales tres correspondieron a serogrupo 33 y tres a serogrupo 24. Del total de 66 casos con serotipo de este grupo de edad, 15 (22,7%) fueron causados por serotipos incluidos en la vacuna conjugada 13-valente (VNC 13V) del calendario infantil: los de los serotipos 3, 19F, 14 y 19A. De los 15 casos, 14 eran mayores de 4 meses y 13 de ellos tenían administradas al menos 2 dosis de vacuna conjugada (12 con dosis de VNC 13V y, en un caso por serotipo 19F, una dosis de VNC 13V + una dosis de la nueva vacuna conjugada 15-valente). Hubo un caso de 4 años de serotipo 3 no vacunado. De los 9 casos de ENI por serotipo 3 en esta franja de edad, 8 tenían diagnóstico de neumonía con derrame pleural. En 7 de los 8 casos la determinación del serotipo (y el diagnóstico de ENI) se realizó en muestras de líquido pleural (el otro caso fue por hemocultivo), 5 por cultivo del líquido y 3 por PCR. Se registraron, además, otros 5 casos de ENI en menores de 5 años potencialmente evitables por la nueva vacuna conjugada 15-valente (uno por el ST 22F y otros cuatro por el ST 33F, si se considera que los tres de serogrupo 33 fueron causados por el 33F); estos 5 casos estaban vacunados con VNC 13V.

Gráfico 5.3.3.c. Enfermedad neumocócica invasiva. Número de casos de los principales serotipos y su grupo de edad. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2024.



Mapa 5.3.3.a. Tasas de incidencia de enfermedad neumocócica invasora por distrito de residencia. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2024.

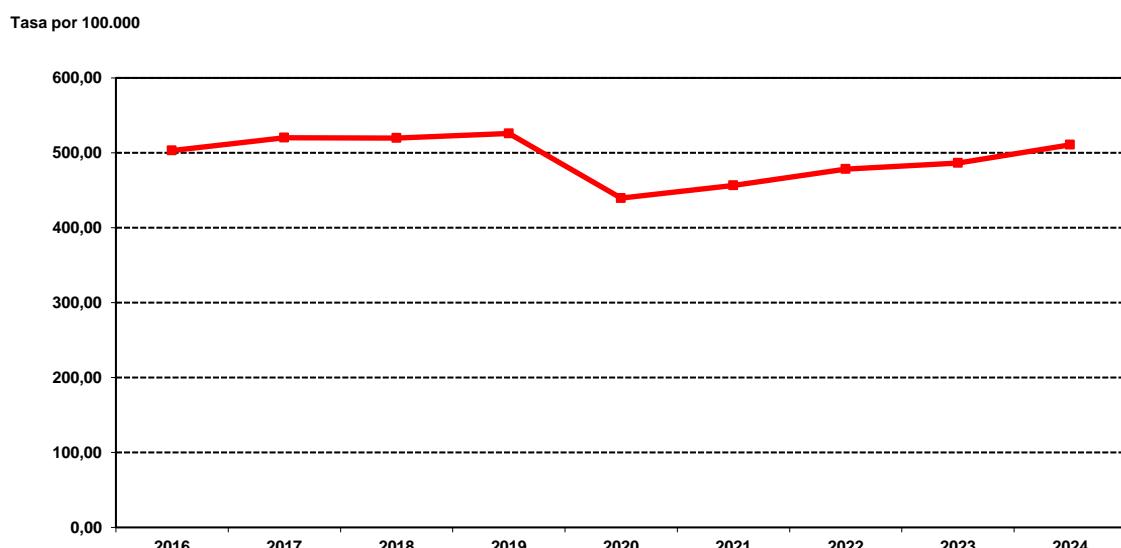


Casos por 100.000 habitantes. Estadística Continua de Población por distritos de salud pública, año 2024.

5.3.4. Herpes zóster

En el año 2024 se registraron 35.812 casos de herpes zóster en la Comunidad de Madrid, 2.446 casos más que en 2023. La incidencia acumulada pasó de 486,39 casos por 100.000 habitantes a 510,92 casos por 100.000 habitantes (gráfico 5.3.4.a).

Gráfico 5.3.4.a. Incidencia de herpes zóster. EDO. Comunidad de Madrid. 2016-2024*.



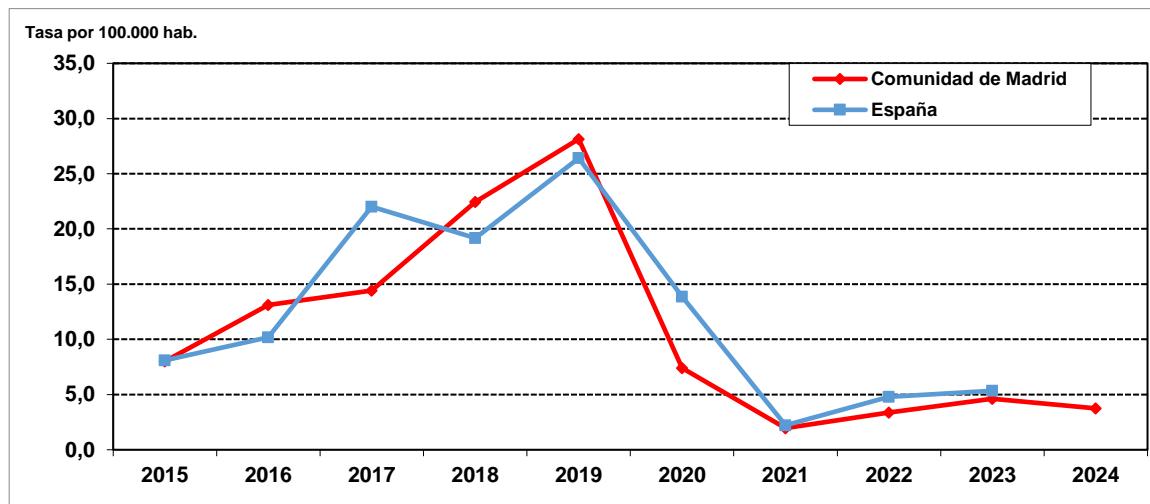
*A nivel nacional no se ofrecen datos de incidencia de todas las CCAA. El gráfico sólo muestra los datos de la Comunidad de Madrid desde 2016.



5.3.5. Parotiditis

En el año 2024 se registraron 263 casos de parotiditis en la Comunidad de Madrid, 55 casos menos que en el año anterior. La tasa de incidencia fue de 3,75 casos por 100.000 habitantes, frente a 4,62 casos por 100.000 habitantes en 2023 (gráfico 5.3.5.a). Los distritos con mayor tasa de incidencia fueron los de Colmenar Viejo-Tres Cantos (10,26 casos por 100.000 habitantes), Alcobendas-San Sebastián de los Reyes (6,93 casos por 100.000 habitantes) y Las Rozas-Majadahonda (6,81 casos por 100.000 habitantes) (mapa 5.3.5.a).

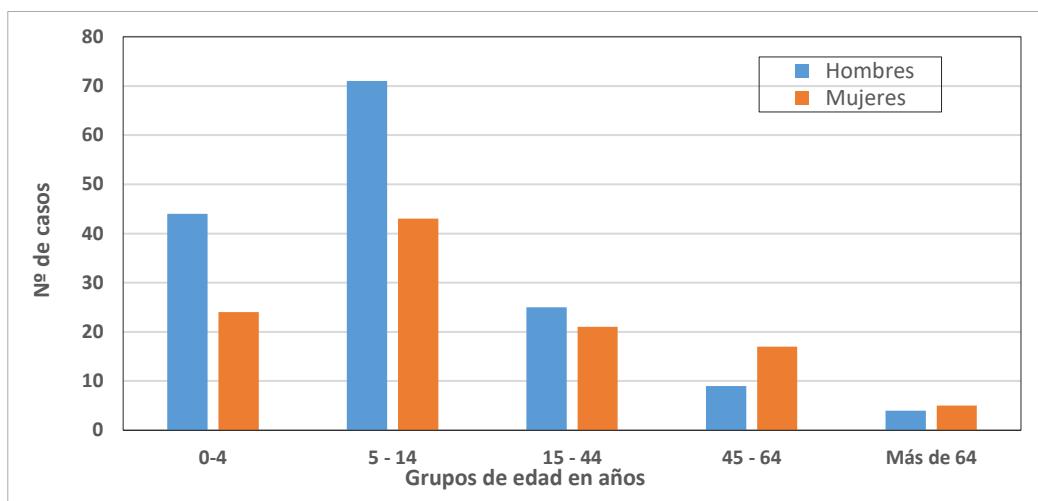
Gráfico 5.3.5.a. Tasas de Parotiditis. EDO. Comunidad de Madrid y España. Años 2015-2024*.



* No hay datos nacionales disponibles de 2024 en la fecha de elaboración de este informe.

El 58,2% de los casos se produjeron en varones. La media de edad fue de 17,1 años, con un rango comprendido entre 1 y 84 años. El 69,2% de los casos eran menores de 15 años (gráfico 5.3.5.b).

Gráfico 5.3.5.b. Número de casos de parotiditis por grupos de edad y sexo. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2024.



Se conoció el estado de vacunación en el 81% de los casos notificados (n=213), estando vacunado el 92% de éstos con al menos una dosis (el 71,4% con dos o más dosis).

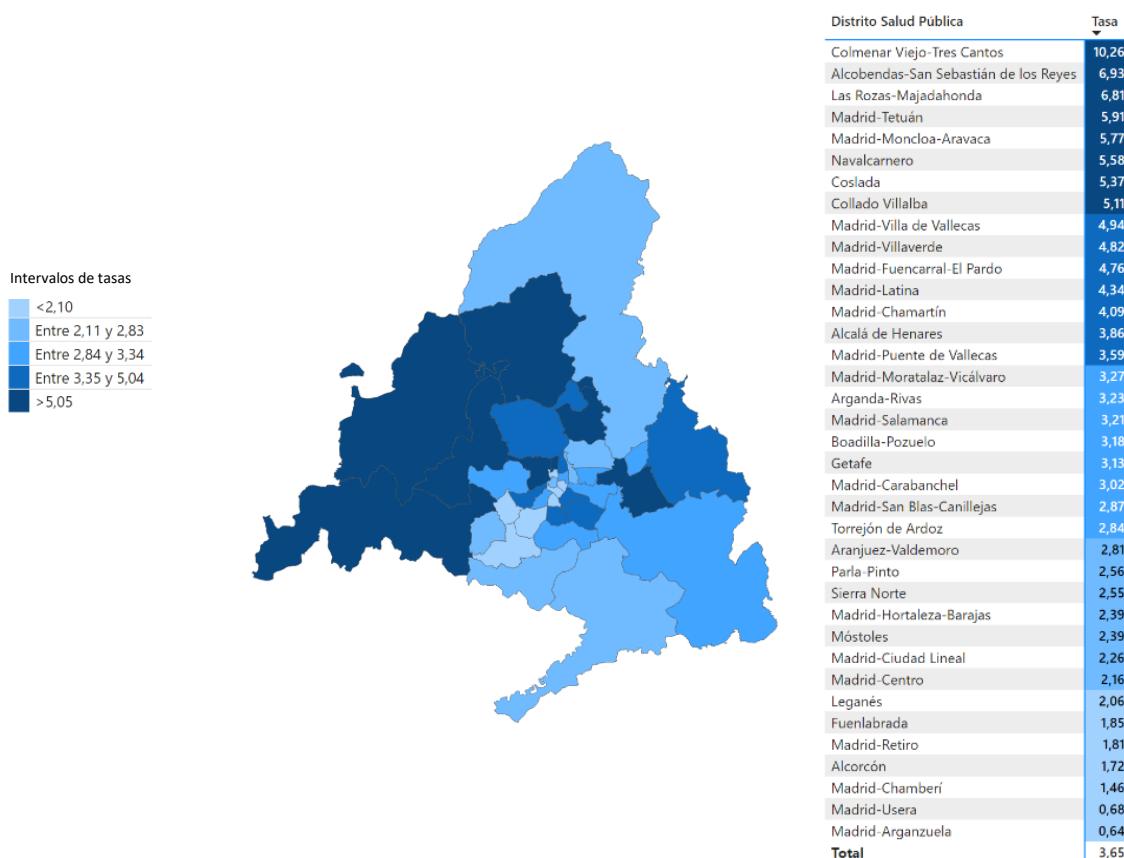
No se confirmaron brotes de parotiditis en 2024.

El 96,6% fueron casos sospechosos (n=254) y el 3,4% confirmados (n=9), 5 de ellos con confirmación serológica (IgM positiva) y 4 confirmados por PCR positiva en saliva. Los 4 casos confirmados por PCR eran un adulto (mujer de 44 años no vacunada y con antecedente de viaje a Francia) y 2 niños y una niña entre 11 y 13 años vacunados con dos dosis de TV y antecedente de viaje a Marruecos; los casos de los niños fueron dos por genotipo H y uno por genotipo G, y el caso adulto por genotipo J. Ninguno de los 4 necesitó hospitalización.

Se registró inflamación parotídea en el 99,2% de los casos y fiebre en el 19,8%; dos casos presentaron orquitis. No se registraron casos con meningitis, encefalitis ni pancreatitis.

Se registraron 4 casos con hospitalización (1,5% de los casos) con buena evolución. No hubo fallecimientos por esta patología.

Mapa 5.3.5.a. Tasas de incidencia de parotiditis por distrito de residencia. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2024.

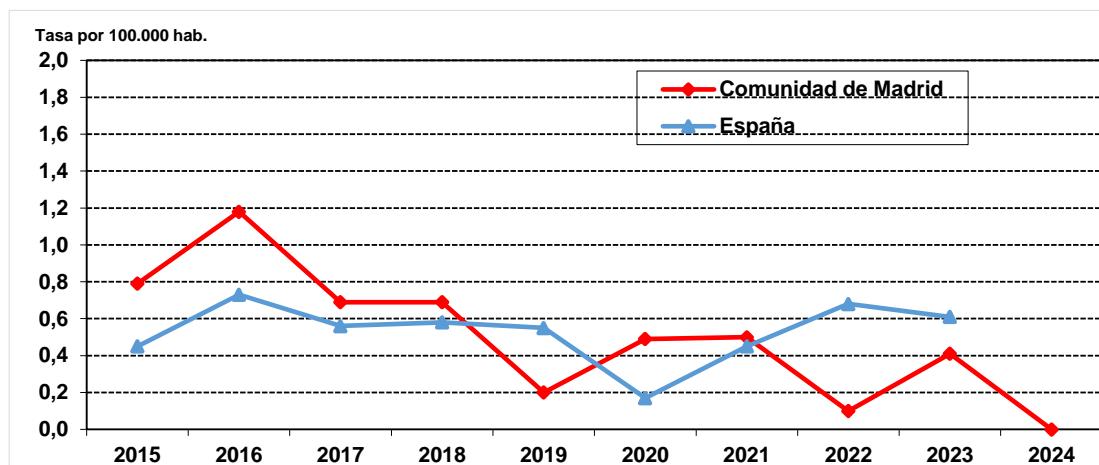


Casos por 100.000 habitantes. Estadística Continua de Población por distritos de salud pública, año 2024.

5.3.6. Parálisis flácida aguda en menores de 15 años

Durante 2024 no se registró ningún caso de parálisis flácida aguda (PFA) en menores de 15 años en la Comunidad de Madrid.

Gráfico 5.3.6.a. Tasa de incidencia de Parálisis flácida aguda. EDO. Comunidad de Madrid y España. Años 2015-2024*.



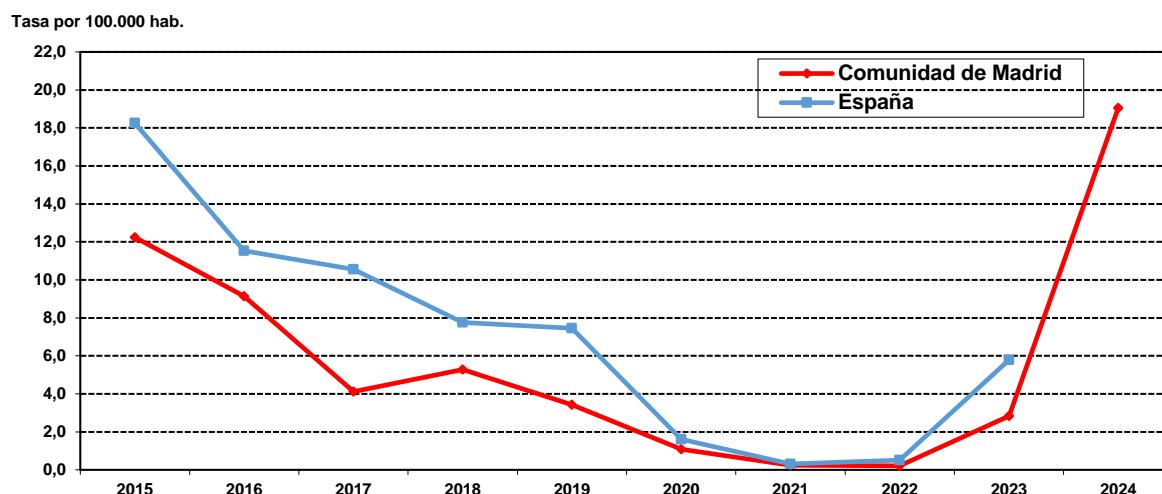
* No hay datos nacionales disponibles de 2024 en la fecha de elaboración de este informe.

5.3.7. Tosferina

Durante el primer semestre del año 2024 se desarrolló un brote poblacional de tosferina en la Comunidad de Madrid, que ya había comenzado en los últimos meses del año 2023. Se registraron un total de 1.335 casos de tosferina, alcanzándose la mayor incidencia de esta enfermedad en los últimos 20 años (19,05 casos por 100.000 habitantes), con un pico máximo en el mes de abril (gráfico 5.3.7.a).

El distrito con mayor tasa de incidencia fue el de Getafe (79,87 casos por 100.000 habitantes), seguido de los distritos de Madrid-Hortaleza-Barajas (42,26 casos por 100.000 habitantes), Madrid-Fuencarral-El Pardo (35,66 casos por 100.000 habitantes) y Coslada (35,21 casos por 100.000 habitantes) (mapa 5.3.7.a).

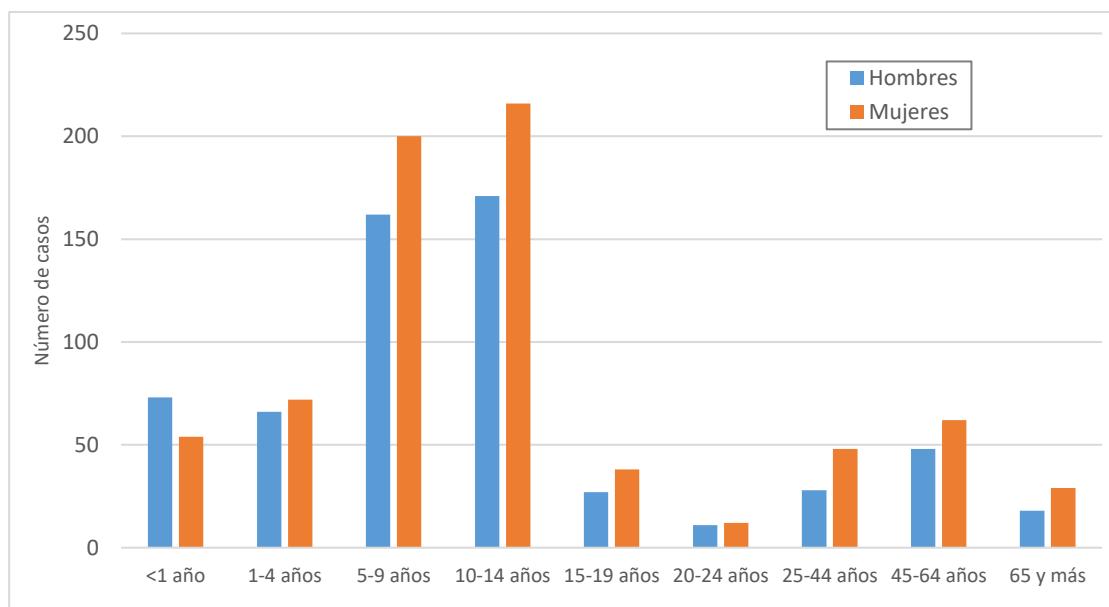
Gráfico 5.3.7.a. Tasas de tosferina. EDO. Comunidad de Madrid y España. Años 2015-2024.



* No hay datos nacionales disponibles de 2024 en la fecha de elaboración de este informe.

Las mujeres supusieron un 54,8% de los enfermos. La edad media fue de 15,8 años con un rango entre 0 y 34 años. El 75,9% de los casos se produjo en edad pediátrica (menores de 15 años) (gráfico 5.3.7.b).

Gráfico 5.3.7.b. Número de casos de tosferina por sexo y grupos de edad. Comunidad de Madrid. Año 2024.

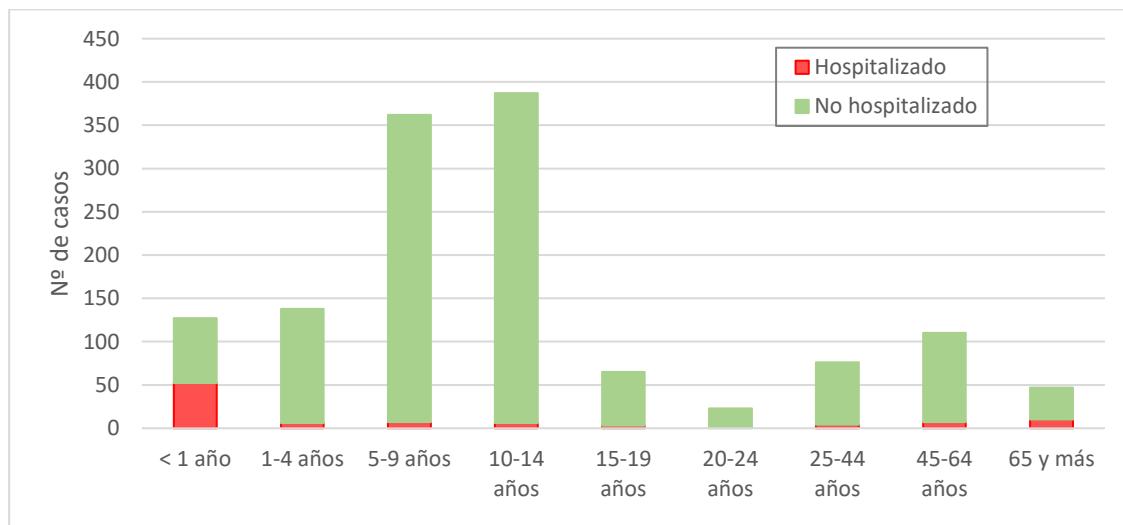


El 73,2% de los casos (n=977) fueron confirmados mediante PCR en exudado nasofaríngeo.

Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron tos paroxística, en el 99,1% de enfermos (n=1.323), vómitos asociados a la tos en el 23,9% (n=319), 14,2% estridor (n=189) y el 4,6% (n=62) pausas de apnea.

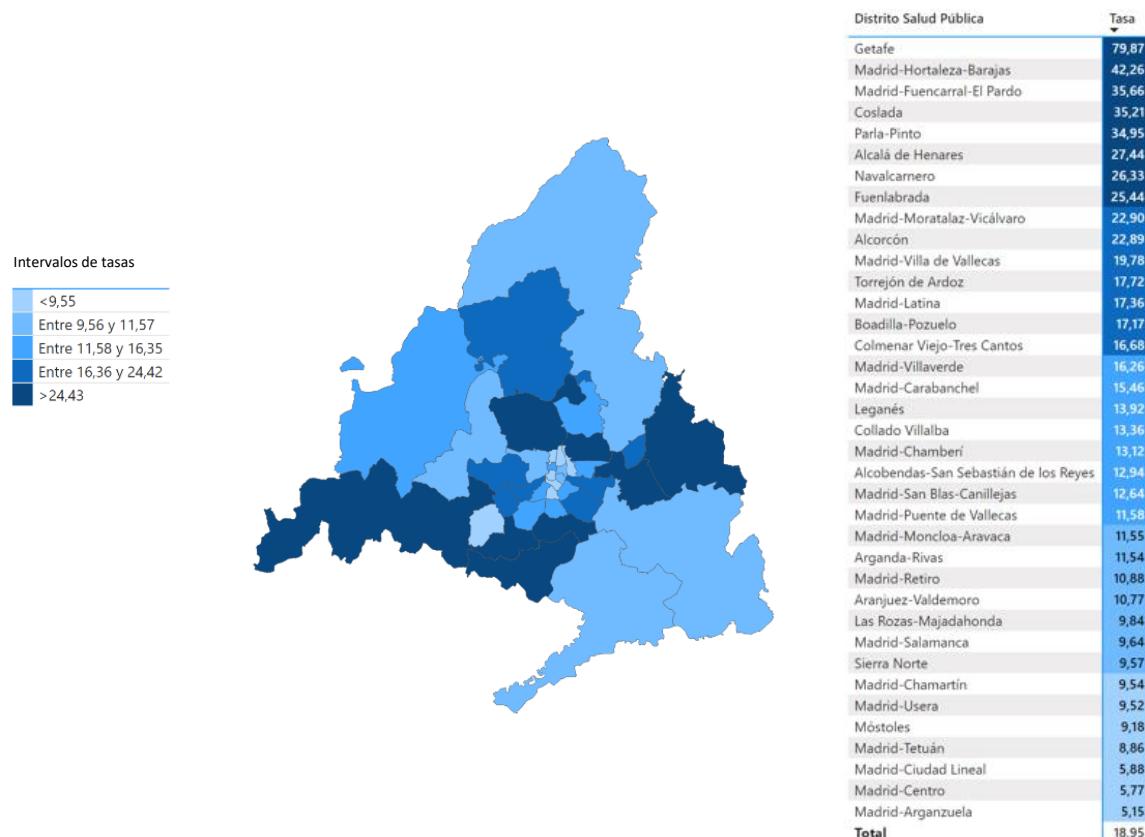
El 7,1% de los casos (n=95) requirió ingreso hospitalario, mayoritariamente en el grupo de menores de un año, donde el 40,9% de los casos fueron hospitalizados (n=52) (gráfico 5.3.7.c). Se produjo un fallecimiento de un lactante de 3 meses con antecedente de prematuridad, no vacunado. En el resto de enfermos la evolución fue favorable.

Gráfico 5.3.7.c. Número de casos de tosferina por grupos de edad y hospitalización. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2024.



El 79,3% de los casos (n=1059) se registraron como vacunados; la mediana de tiempo transcurrido desde la última dosis de vacuna documentada hasta la aparición de síntomas fue de 4 años (RIC 2-6). En menores de 15 años el 93,8% de los casos estaba vacunado. En los casos menores de 4 meses en los que se contaba con registro de vacunación frente a tosferina durante el embarazo, el 75% de las madres estaban vacunadas.

Mapa 5.3.7. Tasas de incidencia de tosferina por distrito de residencia. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2024.



Casos por 100.000 habitantes. Estadística Continua de Población por distritos de salud pública, año 2024.



5.3.8. Rubéola

En el año 2024 no se registraron casos de rubéola ni de rubéola congénita en la Comunidad de Madrid. Se descartó una rubéola postvacunal en un varón de 13 meses que desarrolló fiebre, adenopatía retroauricular y exantema 17 días después de administrarse su primera dosis de vacuna triple vírica.

5.3.9. Sarampión

En el año 2024 se registraron 24 casos confirmados de sarampión en la Comunidad de Madrid, con una tasa de incidencia de 0,34 casos por 100.000 habitantes (gráfico 5.3.9.a).

Atendiendo a la secuenciación genómica y a los antecedentes epidemiológicos de los casos, 2 fueron importados, 20 se clasificaron como relacionados con la importación y otros 2 casos fueron de origen desconocido.

Las edades de los casos oscilaron entre los 7 meses y los 51 años, con una media de 21 años. El mayor volumen de casos se observó en adultos jóvenes, con un 54,2% de casos entre 20 y 49 años (n=13). El 54,2% de los casos fueron mujeres (gráfico 5.3.9.b). Por país de nacimiento, el 58,3% de los casos eran nacidos en España (n=14).

Según la presentación clínica, todos los casos presentaron fiebre y exantema, cumpliendo esta parte de la definición clínica. Sin embargo, no todos se asociaron con tos, coriza o conjuntivitis. Se identificaron 3 casos confirmados sin estos síntomas acompañantes, que se catalogaron como sarampión modificado. Fueron 3 mujeres españolas, de entre 28 y 32 años, que habían tenido contacto previo con un caso confirmado (pertenecientes a diferentes brotes), tenían dos dosis documentadas de triple vírica y en las que la fiebre y el exantema fueron poco llamativos; dos eran convivientes de un caso anterior (pareja una, madre de un niño, otra) y la tercera era una profesional sanitaria que atendió a un paciente con sarampión.

El 50% de los enfermos fue hospitalizado (n=12), con buena evolución en todos ellos. Este porcentaje fue más elevado en los casos de mayores de 40 años (80%) (gráfico 5.3.9.c). Como complicaciones en los ingresados destacan la afectación respiratoria (neumonía) y la afectación hepática autolimitada.

Excluidos los 5 casos menores de un año (no vacunados por no tener edad para ello todavía), estaban vacunados de sarampión el 31,6% de los 19 casos restantes (n=6), todos con dos dosis administradas, aunque en 3 no estaban documentadas (casos de nacionalidad mejicana).

Se registraron 5 brotes de sarampión en el año 2024 con 21 casos implicados. El mayor número de brotes y de casos asociados a éstos ocurrió en los meses de mayo y junio. Para una mayor información sobre la descripción de los brotes de sarampión consultar: [Plan de Eliminación del Sarampión, Rubéola y Síndrome de Rubéola Congénita de la Comunidad de Madrid. Informe Epidemiológico 2018-2024](#).

Gráfico 5.3.9.a. Tasas de sarampión. EDO. Comunidad de Madrid y España. Años 2015-2024.

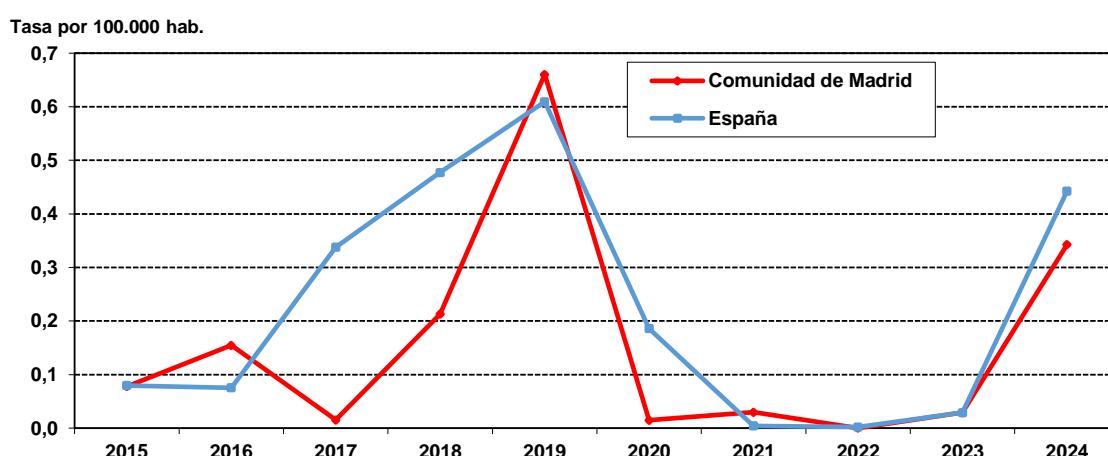


Gráfico 5.3.9.b. Número de casos de sarampión por sexo y grupos de edad. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2024.

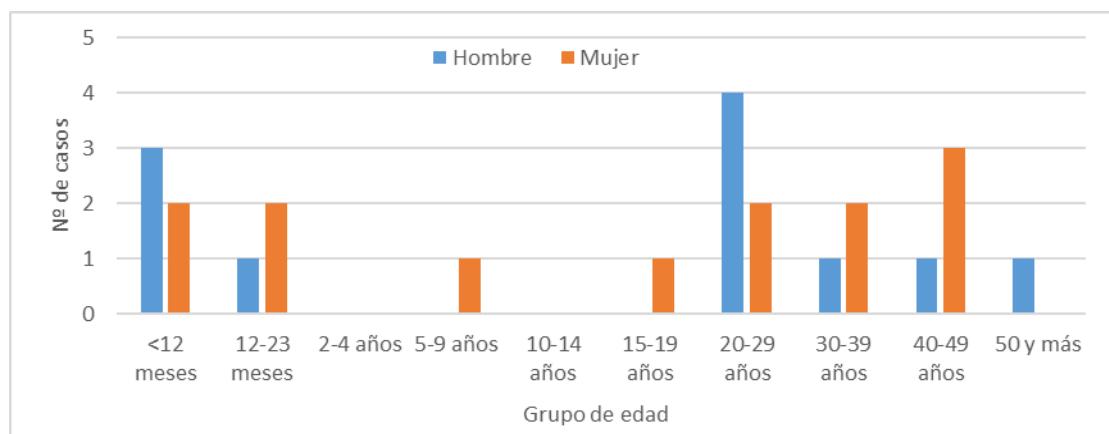
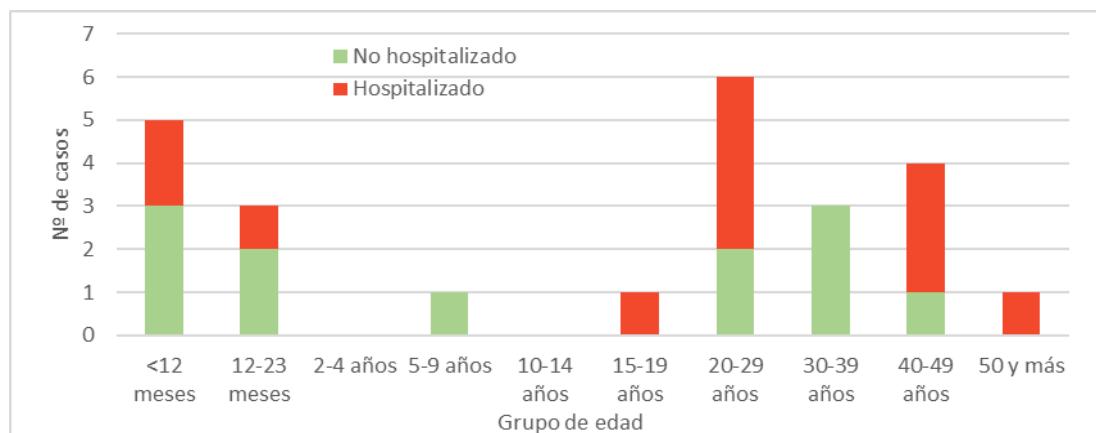


Gráfico 5.3.9.c. Número de casos de sarampión por grupos de edad y hospitalización. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2024.

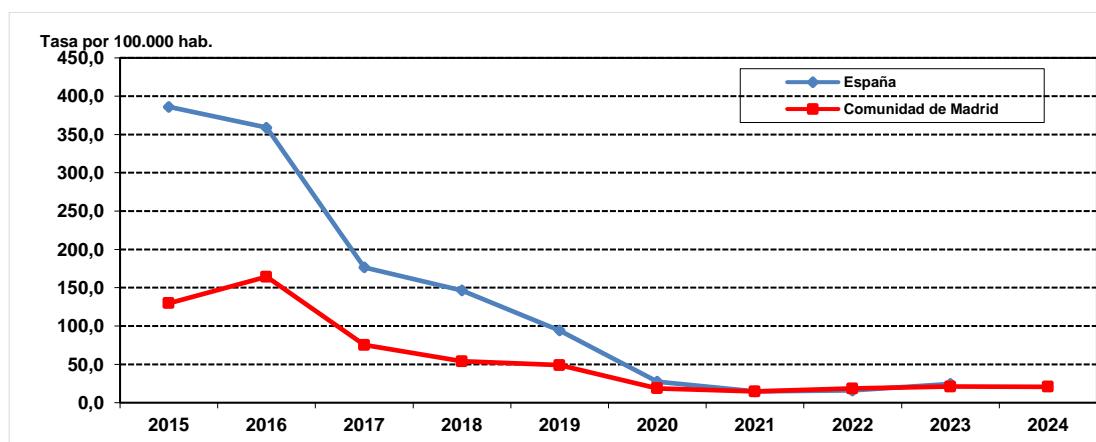


5.3.10. Varicela

Durante el año 2024 se registraron 1.455 casos de varicela, 11 casos más que en 2023. La incidencia acumulada pasó de 21,05 casos por 100.000 habitantes en 2023 a 20,76 casos por 100.000 un año después (gráfico 5.3.10.a).

Se registraron 2 brotes de varicela en colectivos, un brote en un centro de acogida, que afectó a 3 adultos de entre 26 y 31 años, y otro brote en una escuela infantil que afectó a 7 niños de entre 3 y 4 años y a una profesora.

Gráfico 5.3.10.a. Tasas de varicela. EDO. Comunidad de Madrid y España. Años 2015-2024*.



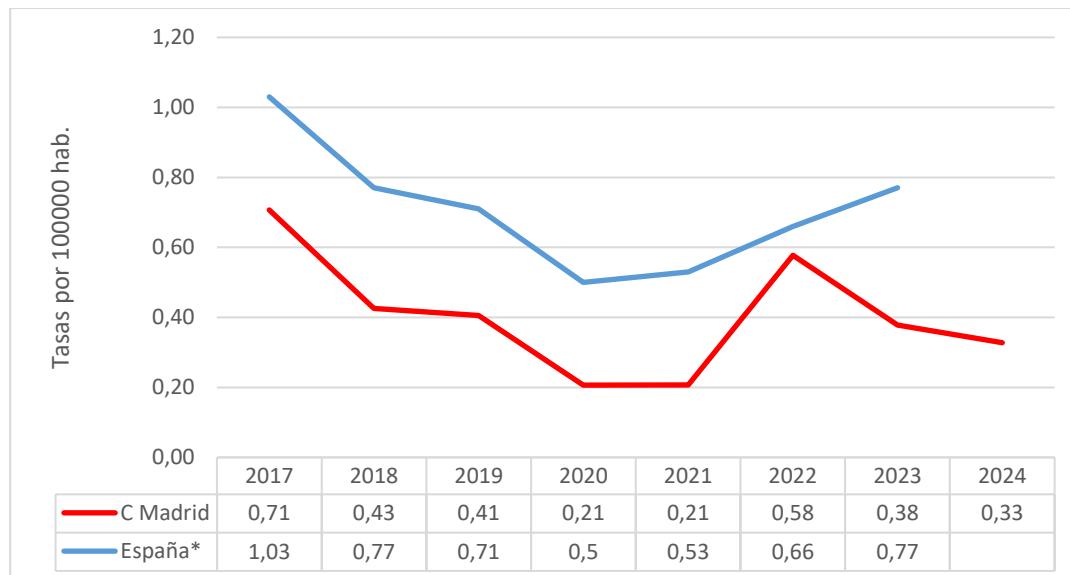
* No hay datos nacionales disponibles de 2024 en la fecha de elaboración de este informe.

5.4. ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y PARENTERAL

5.4.1. Hepatitis B

Durante el año 2024 se registraron en la Comunidad de Madrid 23 casos de hepatitis B aguda, 3 casos menos que en 2023, lo que se traduce en un descenso de 11,5%. La tasa de incidencia fue de 0,33 casos por 100.000 habitantes (gráfico 5.4.1.a).

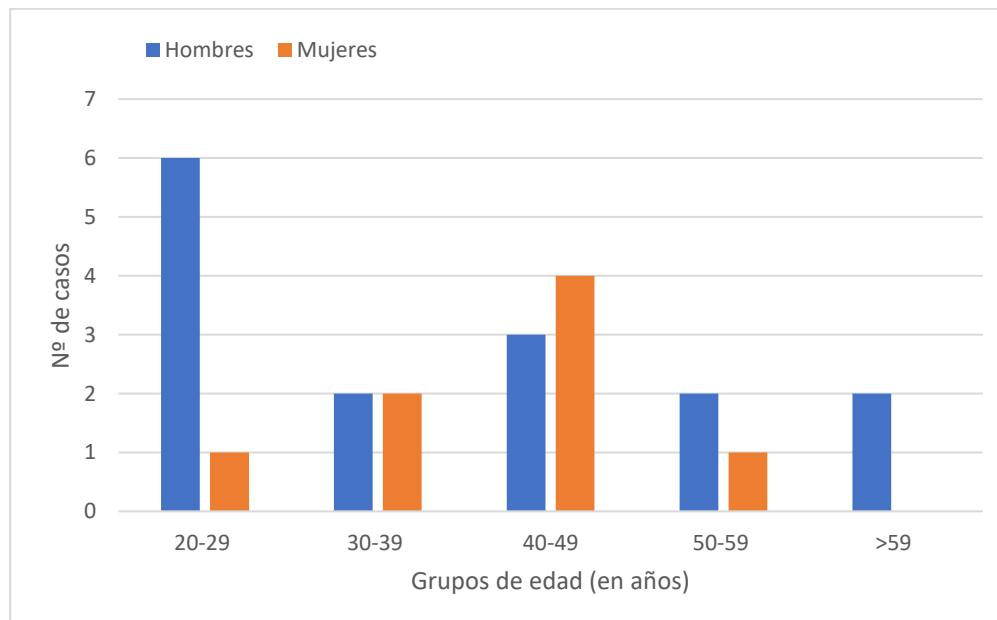
Gráfico 5.4.1.a. Tasas de incidencia de hepatitis B. EDO. Comunidad de Madrid y España. Años 2017-2024.



*Se muestran datos desde 2017 (cambio en los criterios de definición). No hay datos nacionales disponibles de 2024 en la fecha de elaboración de este informe.

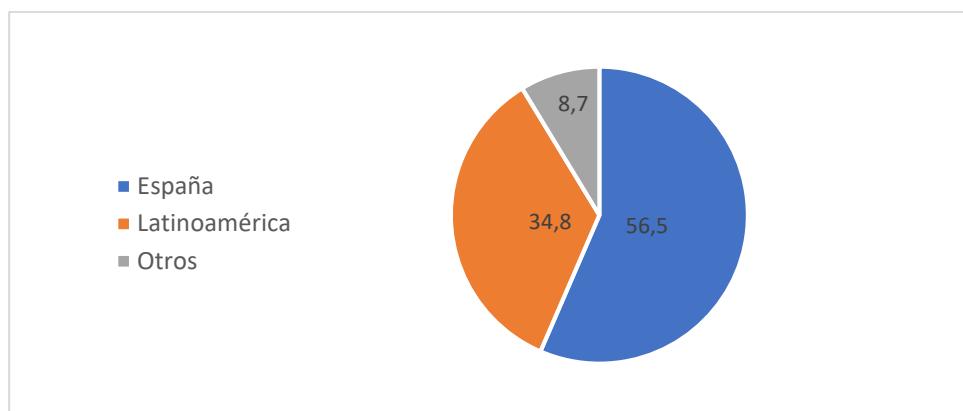
El 65,2% de los casos se presentó en hombres, resultando un descenso en varones respecto al año anterior del 37,5%. La mediana de edad para ambos sexos se situó en 42 años. No se registraron casos en menores de edad, abarcando el rango etario de los 20 a los 71 años. Los diagnósticos se concentraron mayoritariamente entre los 20 y 49 años (78,3%) (gráfico 5.4.1.b).

Gráfico 5.4.1.b. Número de casos de hepatitis B por sexo y grupos de edad. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2024.



Con relación al país de origen, el 56,5% fueron personas nacidas en España y el 34,8% procedentes de países latinoamericanos (gráfico 5.4.1.c).

Gráfico 5.4.1.c. Porcentaje de casos de hepatitis B según país de procedencia. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2024.



Todos los casos fueron confirmados, el 65,2% mediante detección de anticuerpos IgM.

En cuanto a la coinfección por VIH, el 8,7% de los casos fueron positivos (n=2), el 82,6% negativos (n= 19) y no consta la prueba en el 8,7% de ellos. Sobre la orientación sexual de los casos, el 27,8% estaban registrados como hombre que practican sexo con hombres (HSH).

Respecto al estado vacunal, solo se encontró información en 10 casos, de los cuales uno contaba con antecedente de vacunación documentada y 9 no habían recibido inmunización. En el resto, el 56,5% (n=13), se desconocía la situación vacunal.

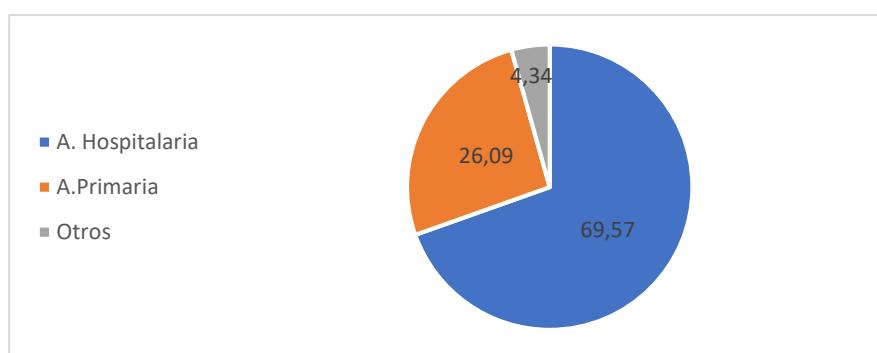
Se registró hospitalización en 10 de los casos (43,5%), y se produjo 1 fallecimiento por hepatitis B aguda en un paciente con patología asociada.

Sobre los factores de riesgo para la infección por el virus de la hepatitis B, se dispone de muy poca información, encontrándose antecedentes de acupuntura, tatuaje, piercing o similares en 3 casos y transfusiones en 1 caso.

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

En lo que respecta al origen de las notificaciones, éstas se realizaron mayoritariamente desde atención hospitalaria, alcanzando en 2024, el 69,6% (gráfico 5.4.1.d).

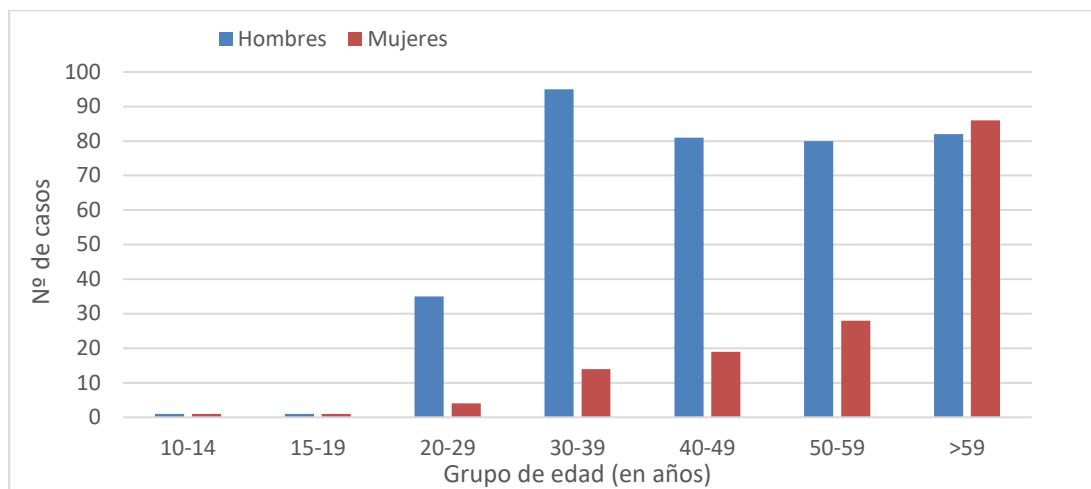
Gráfico 5.4.1.d. Distribución de casos de hepatitis B aguda según centro notificador. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2024.



5.4.2. Hepatitis C

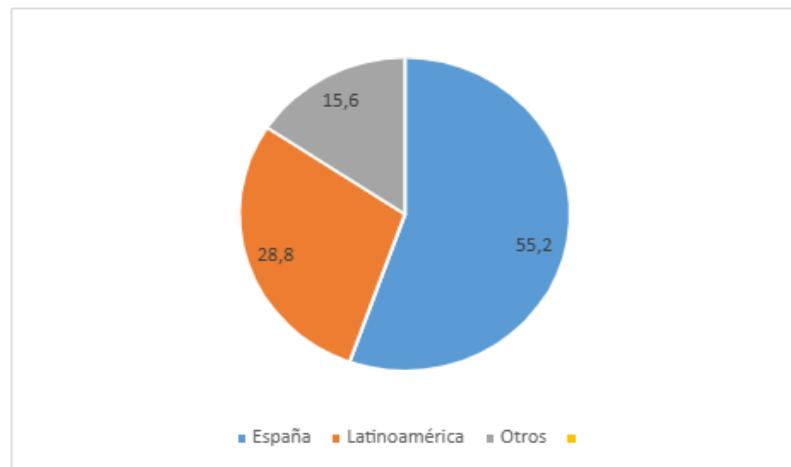
En el año 2024 se registraron 528 nuevos diagnósticos de hepatitis C en la Comunidad de Madrid, alcanzando una tasa de 7,53 casos por 100.000 habitantes. Por sexo, la mayoría fueron hombres, el 71%. La media de edad fue de 50,8 años, con un rango de 13 a 94 años. Tan solo 3 casos se presentaron en menores de edad, situándose el 91,9% de los registros a partir de los 30 años (gráfico 5.4.2.a).

Gráfico 5.4.2.a. Número de casos de hepatitis C por sexo y grupos de edad. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2024.



En cuanto al país de origen, el 55,2% eran personas nacidas en España, el 28,8% procedentes de Latinoamérica y el 15,6% de otros países (gráfico 5.4.2.b).

Gráfico 5.4.2.b. Porcentaje de casos de hepatitis C según lugar de origen. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2024.



Del total de nuevos diagnósticos, el 33% (n=175) se clasificaron como infección aguda. En un 4,7% (n=25) se precisó hospitalización motivada por la enfermedad o sus complicaciones, y en el 2% (n=11) se confirmó el fallecimiento. En el 26,1% de casos se constató diagnóstico de VIH.

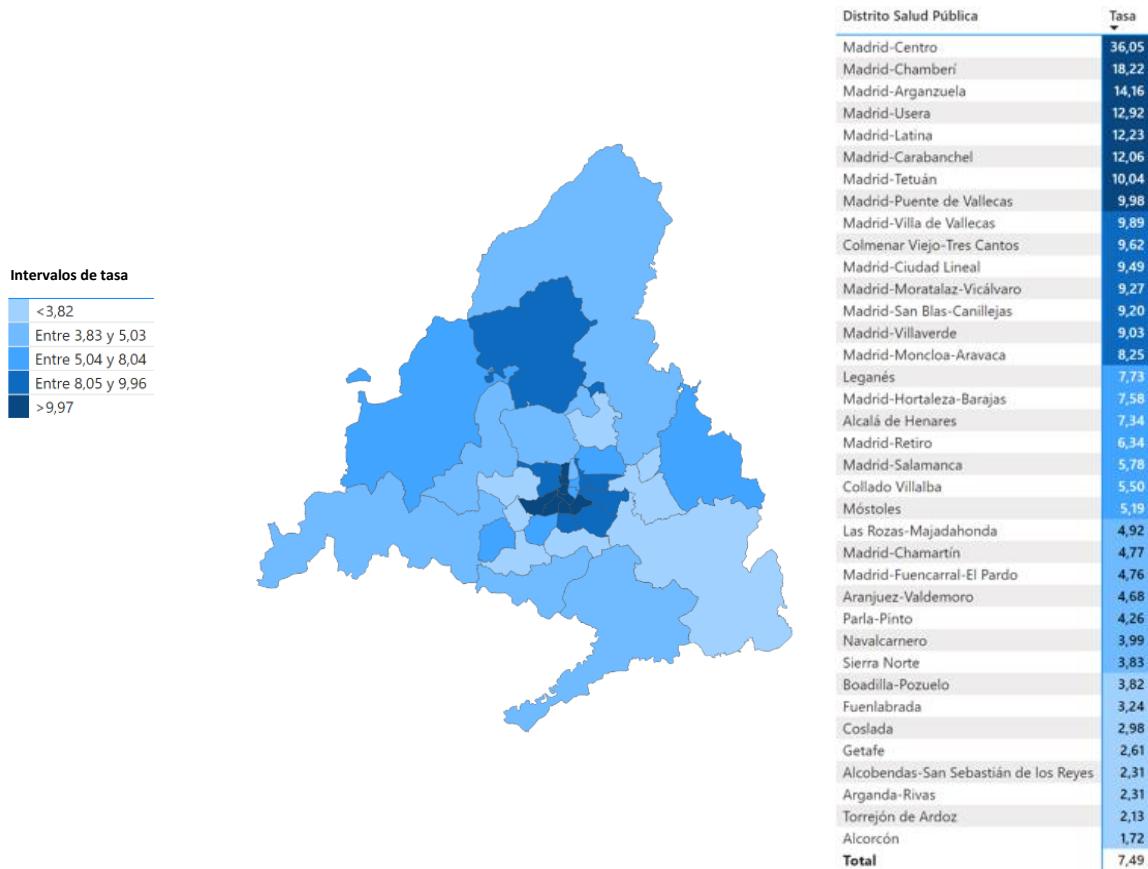
El genotipo de VHC fue identificado en el 37,9% de casos (n=200), predominando entre estos el genotipo 1a (70 casos), seguido del 1b (67 casos) y del 4 (24 casos).

En relación con los antecedentes personales, se ha registrado la orientación sexual en el 30,3% de los casos (n=160). Constaban relaciones heterosexuales en el 2,1% y eran HSH el 28,2%. Dentro de los datos de exposición, se ha registrado el uso de drogas por vía parenteral en el 12,7%. Se ha identificado diagnóstico de VIH en el 26,1%.

De los nuevos diagnósticos de hepatitis C, 18 fueron reinfecciones, siendo dos de ellas segundas reinfecciones. Todas se identificaron en hombres con una media de edad de 42,3 años. Durante el año 2024 no se notificó ningún brote de hepatitis C.

El distrito con mayor incidencia fue Madrid-Centro (36,05 casos por 100.000 habitantes), seguido de Madrid-Chamberí (18,22 casos por 100.000 habitantes) y Madrid-Arganzuela (14,16 casos por 100.000 habitantes) (mapa 5.4.2.a).

Mapa 5.4.2.a. Tasas de incidencia de hepatitis C por distrito de residencia. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2024.

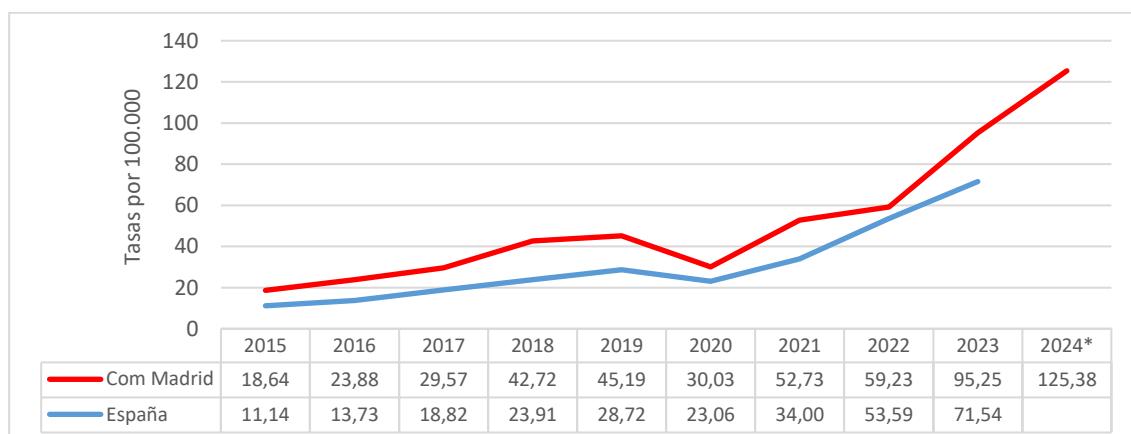


Casos por 100.000 habitantes. Estadística Continua de Población por distritos de salud pública, año 2024.

5.4.3. Infección gonocócica

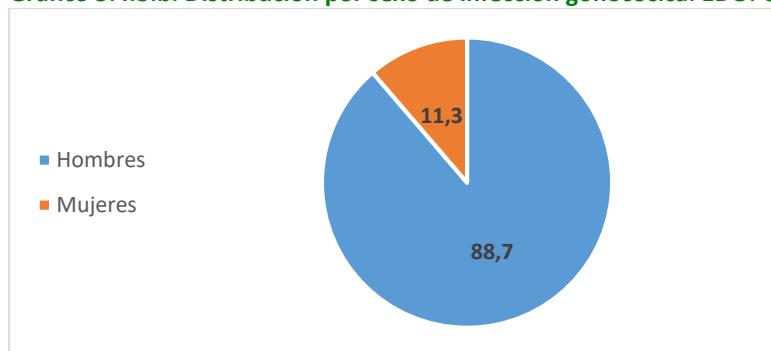
Durante el año 2024 se registraron en la Comunidad de Madrid 8.788 casos de infección gonocócica, alcanzando una tasa de incidencia de 125,38 casos por 100.000 habitantes. Esta cifra supone un incremento del 31,6% respecto a la alcanzada en 2023 (gráfico 5.4.3.a).

Gráfico 5.4.3.a. Tasas de infección gonocócica. EDO. Comunidad de Madrid y España. Años 2015-2024.

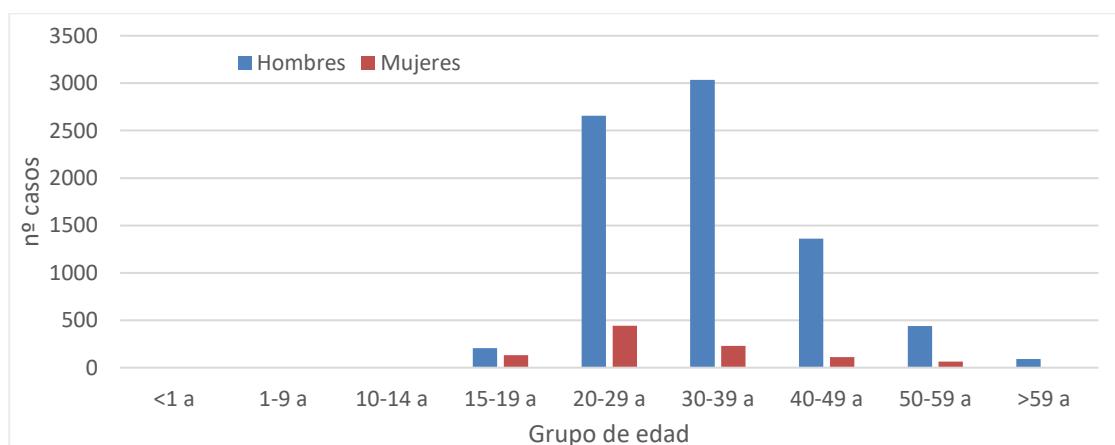


* No hay datos nacionales disponibles de 2024 en la fecha de elaboración de este informe.

El incremento alcanza el 34% en hombres, que presentan unas tasas de 232,29 casos por 100.000 hab., y es menor en mujeres, del 14,8%, con 27,15 casos por 100.000 hab. La proporción por sexo continúa, por lo tanto, siendo mucho mayor en hombres, que suponen el 88,7% de los casos (gráfico 5.4.3.b). La media de edad fue 33,3 años, un punto por encima de 2023, manteniéndose la diferencia entre hombres, con 33,7 años, y mujeres, con 29,9 años. El rango de edad osciló entre los 0 y los 79 años.

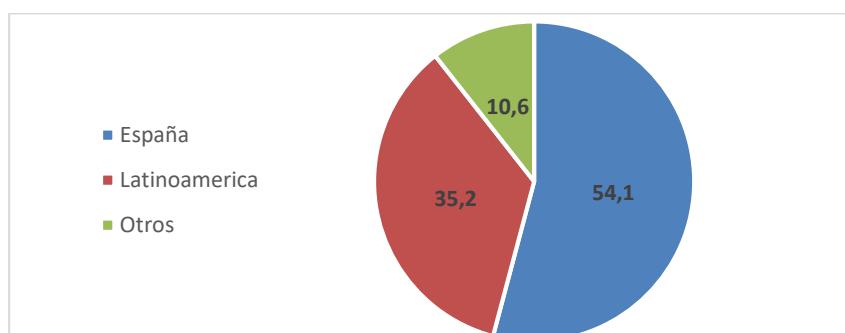
Gráfico 5.4.3.b. Distribución por sexo de infección gonocócica. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2024.

El 72,4% de los casos se presentan entre los 20 y los 39 años y alcanza el 89,2% cuando ampliamos el rango de edad seleccionada hasta los 49 años (gráfico 5.4.3.c). En hombres, el grupo de edad más numeroso es el de 30 a 39 años, que concentra el 38,9% de los casos. En mujeres, sin embargo, es el grupo de 20 a 29 años el predominante, con el 44,6% y, aunque ha disminuido ligeramente respecto a años anteriores, entre los 15 y los 20 años el porcentaje alcanza el 13,4%. En menores de 1 año se han identificado 3 casos, todos ellos relacionados con transmisión intraparto.

Gráfico 5.4.3.c. Número de casos de infección gonocócica por grupo de edad y sexo. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2024.

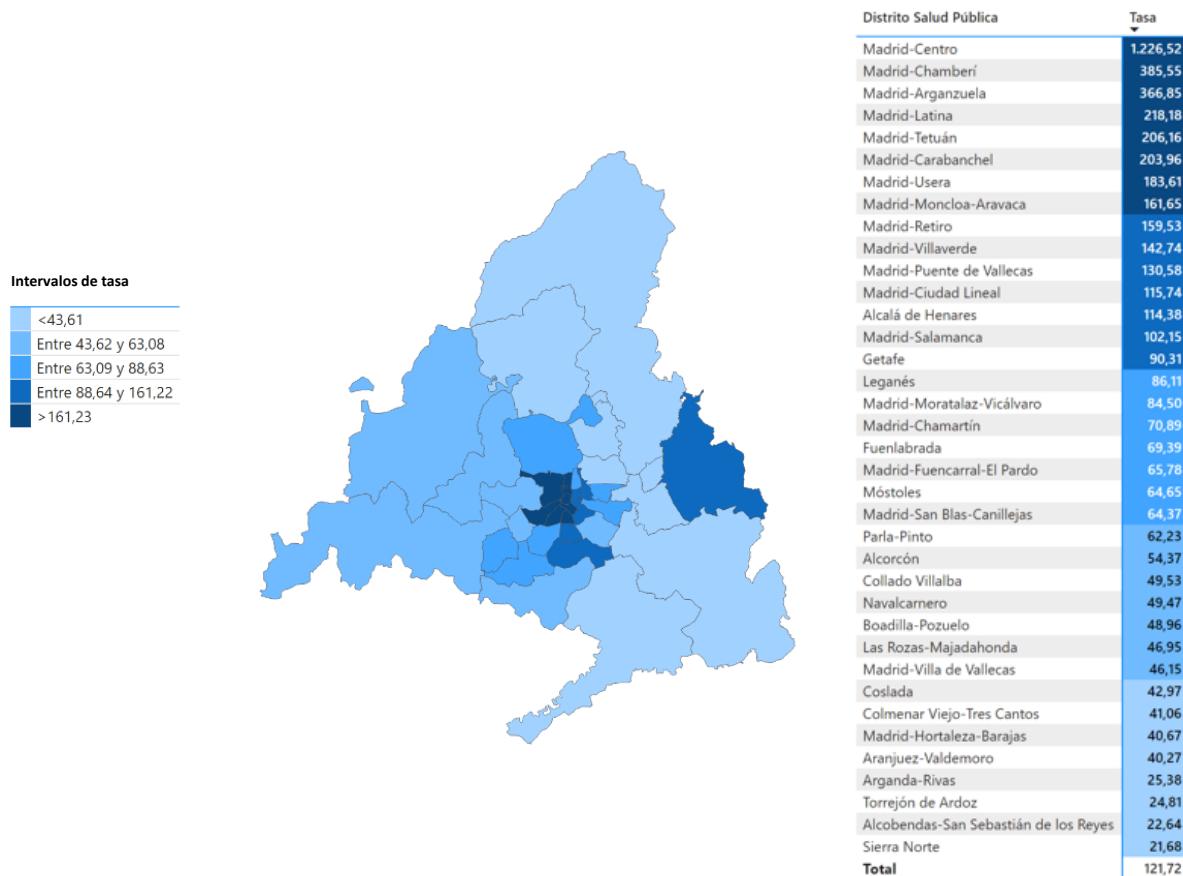
La orientación sexual se ha identificado en el 66,9% de los casos. De estos, el 85% corresponden a hombres que practican sexo con hombres (HSH) y el 14,2% a relaciones heterosexuales, entre las cuales el 8,8% son mujeres y el 5,5% son hombres. De los 3.700 casos en los que se ha cumplimentado la variable sobre el uso de preservativo, el 96,2% reconoce que no había hecho uso del mismo.

Se conoce el país de origen en la mayoría de los casos, el 98,6%. Se han contabilizado un total de 109 países de procedencia. De estos, el 54,1% corresponden a España y el 35,3% a personas procedentes de América Latina. Entre estos últimos, Venezuela, Colombia y Perú son los más destacados (gráfico 5.4.3.d).

Gráfico 5.4.3.d. Distribución de infección gonocócica por país de origen del caso. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2024.

Los distritos que presentaron una mayor tasa de incidencia fueron Madrid-Centro, con 1.226,52 casos por 100.000 habitantes, seguido por Madrid-Chamberí, Madrid-Arganzuela y Madrid-Latina. (mapa 5.4.3.a).

Mapa 5.4.3.a. Tasas de incidencia de infección gonocócica por distrito de residencia. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2024.



Casos por 100.000 habitantes. Estadística Continua de Población por distritos de salud pública, año 2024.

Se han cumplimentado datos sobre la presentación clínica en el 49,7% de los casos. En hombres, el cuadro clínico más frecuente fue la uretritis, en el 71,6%, seguida en frecuencia por proctitis y faringitis. En mujeres la más frecuente fue cervicitis, con el 51,2%, seguida de la enfermedad inflamatoria pélvica en el 24,3%.

En un total de 100 casos se registró hospitalización, correspondiendo el 78% a mujeres. En estas, el diagnóstico más frecuente fue el de enfermedad inflamatoria pélvica, con 70 casos. En hombres, el diagnóstico más frecuente asociado a hospitalización fue la proctitis, con 8 casos.

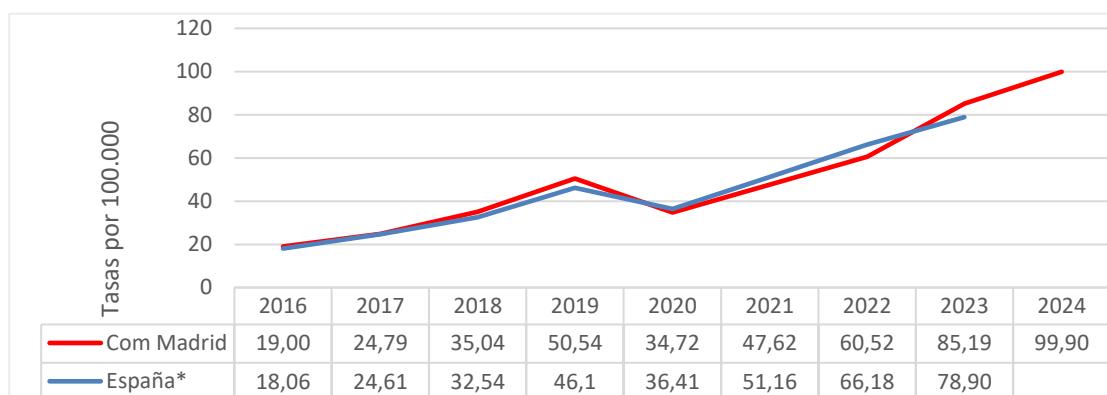
Un 22,2% de los casos presentaba coinfeción con otra infección de transmisión sexual en el momento del diagnóstico. En la mayoría de los casos, el 17,6%, se identificó *Chlamydia trachomatis*, y sífilis en el 5%. Además, un 14,2% contaba con diagnóstico de VIH.

5.4.4. Infección por *Chlamydia trachomatis*

En 2024 se registraron en la Comunidad de Madrid 7.002 casos de infección por *Chlamydia trachomatis* (excluyendo el linfogranuloma venéreo), lo que supone un aumento de 1.187 casos en comparación con el año anterior. Esta cifra representa un incremento porcentual del 17,3% en la incidencia respecto a 2023, alcanzando los 99,90 casos por 100.000 habitantes en 2024 (gráfico 5.4.4.a).



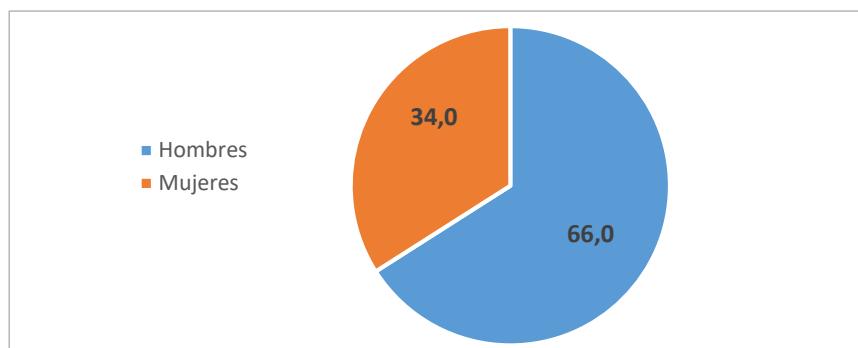
Gráfico 5.4.4.a. Tasas de infección por *Chlamydia trachomatis*. EDO. Comunidad de Madrid y España. Años 2016-2024.



* No hay datos nacionales disponibles de 2024 en la fecha de elaboración de este informe.

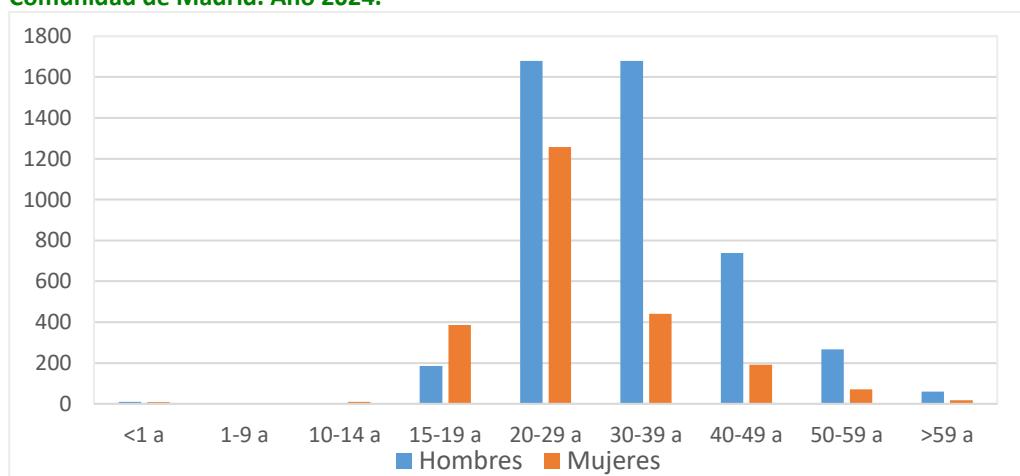
De los casos notificados, el 66,0% se presentó en hombres y el 34,0% en mujeres (gráfico 5.4.4.b). La edad media fue de 31 años, manteniendo la diferencia entre sexos observada en años previos: 33 años en hombres (rango de 0-90 años) y 27 años en mujeres (rango de 0-81 años).

Gráfico 5.4.4.b. Distribución por sexo en porcentaje de infección por *Chlamydia trachomatis*. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2024.



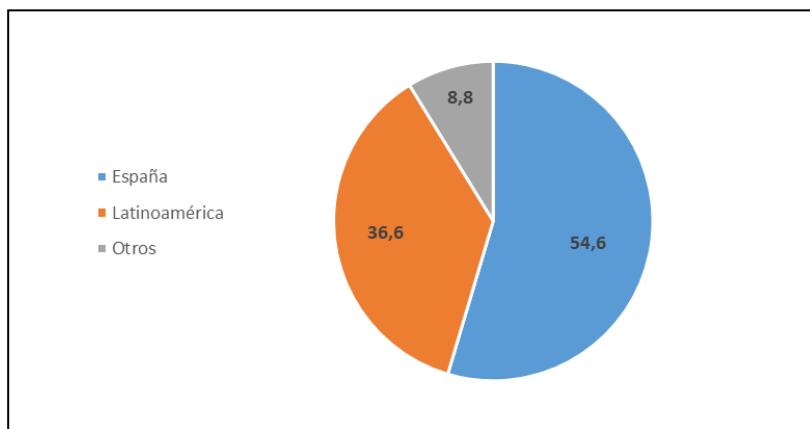
Por grupos de edad, el mayor porcentaje de casos se observó entre los 20 y los 39 años, donde se concentran el 72,7% de los casos en hombres y el 71,4% en mujeres. En el grupo de 20-49 años, los porcentajes se incrementan a 88,7% y 79,4%, respectivamente (gráfico 5.4.4.c). Resulta llamativo el número de casos de *C. trachomatis* en mujeres, en las que el grupo de 15 a 19 años concentró el 16,2% de los diagnósticos femeninos, porcentaje ligeramente superior al del año anterior (15,9%). Se han registrado 17 casos en menores de un año, con exudado conjuntival positivo en 14 de ellos y exudado faríngeo positivo en los otros 3. El mecanismo de contagio fue la transmisión intraparto.

Gráfico 5.4.4.c. Número de casos de infección por *Chlamydia trachomatis* por sexo y grupos de edad. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2024.



En el 97,7% de los casos se registró el país de origen, presentando un total de 97 nacionalidades. El 54,6% fueron españoles (n=3.733), continuando la tendencia ascendente del porcentaje de casos provenientes de Latinoamérica, alcanzando el 36,6% en 2024. Entre estos últimos, los que más casos registraron fueron Venezuela con 583 casos, Colombia con 471 y Perú con 305. (gráfico 5.4.4.d)

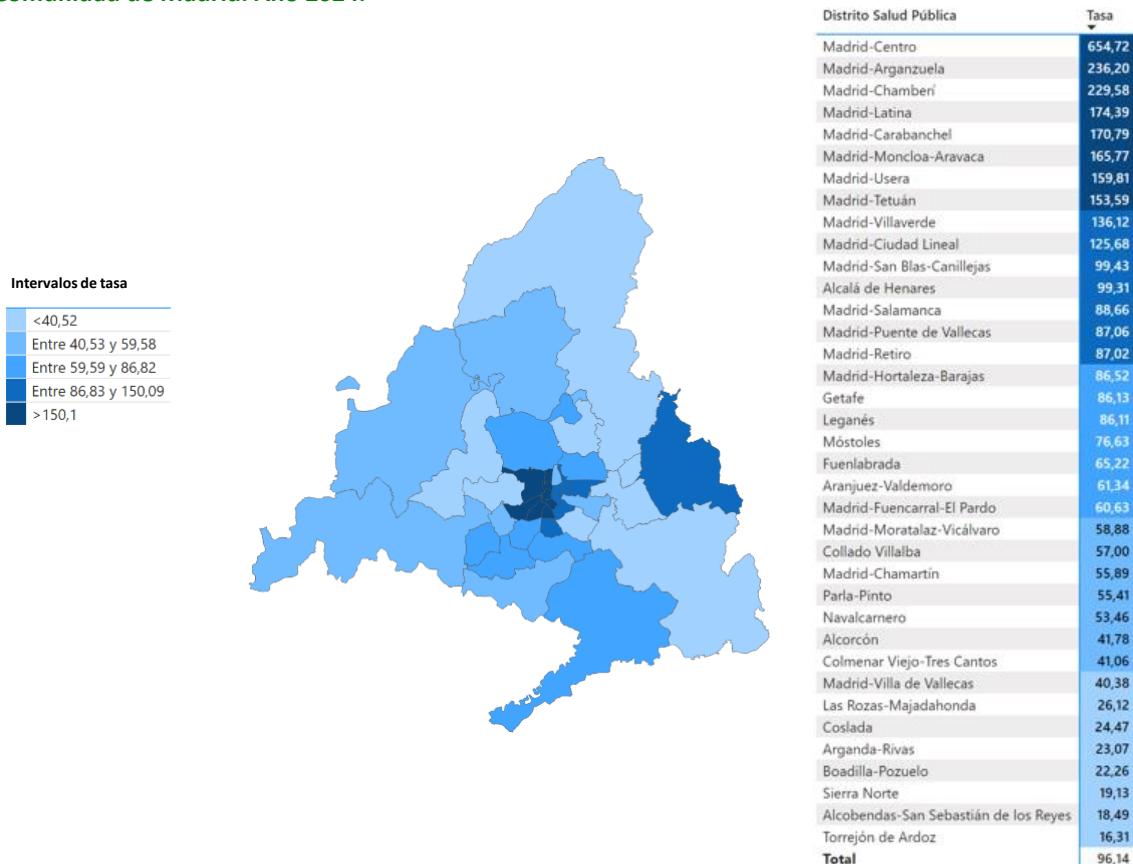
Gráfico 5.4.4.d. Distribución de los casos de infección por *Chlamydia trachomatis* por país de origen. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2024.



Se requirió ingreso hospitalario en el 1,2% de los casos (n=82), de los cuales el 86,6% fueron mujeres. Se confirmaron microbiológicamente todos los casos mediante PCR. La muestra más frecuente en hombres fue el exudado rectal con el 41,3%, siendo en mujeres el exudado cervical con el 75%.

Los distritos que presentaron una mayor incidencia fueron: Madrid-Centro (654,72 casos por 100.000 habitantes), Madrid-Arganzuela (236,20 casos por 100.000 habitantes) y Madrid-Chamberí (229,58 casos por 100.000 habitantes) (mapa 5.4.4.a).

Mapa 5.4.4.a. Tasas de incidencia de infección por *Chlamydia trachomatis* por distrito de residencia. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2024.

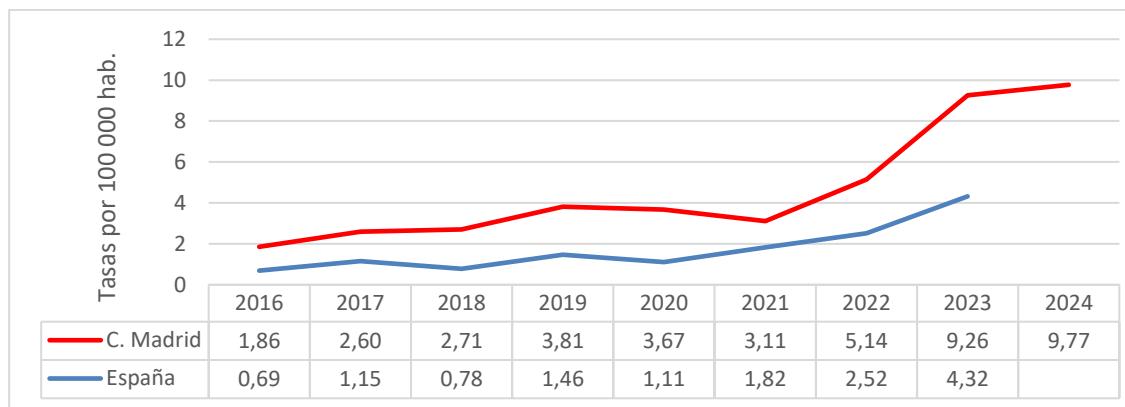


Casos por 100.000 habitantes. Estadística Continua de Población por distritos de salud pública, año 2024.

5.4.5. Linfogranuloma venéreo

Durante el año 2024 se registraron en la Comunidad de Madrid 685 casos de linfogranuloma venéreo (LGV). La tasa de incidencia acumulada es de 9,77 casos por 100.000 habitantes. Esto supone un incremento 5,6% respecto a la alcanzada el año anterior, aunque lejos del 80% experimentado en 2023 (gráfico 5.4.5.a).

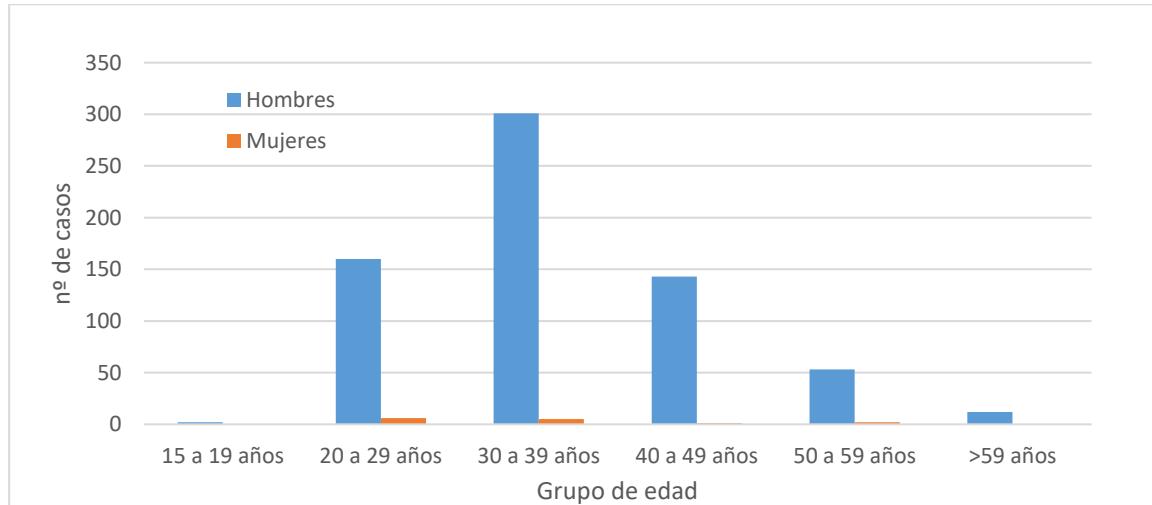
Gráfico 5.4.5.a. Tasas de LGV. EDO. Comunidad de Madrid y España. Años 2016 a 2024*.



* No hay datos nacionales disponibles de 2024 en la fecha de elaboración de este informe.

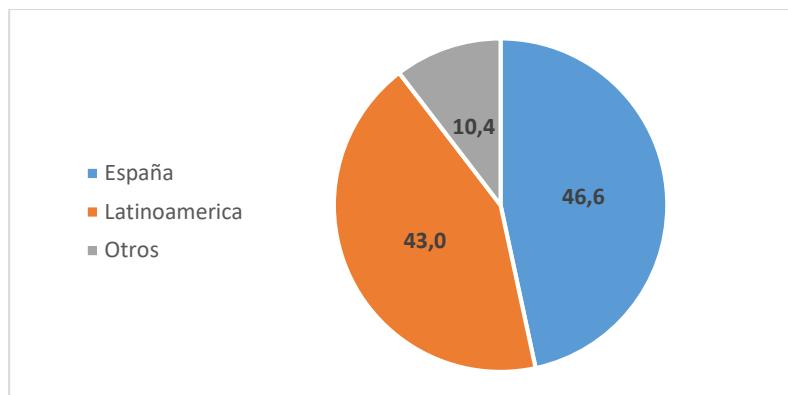
Si bien los casos en mujeres se han elevado hasta 14 en 2024, continúa siendo una enfermedad que afecta mayoritariamente a hombres, que representan el 98% del total. En estos, la edad media se sitúa en 36,3 años, casi 3 puntos por encima de los 33,2 años que alcanza en mujeres. El rango de edad oscila entre los 18 y los 72 años, aunque el 89,9% de los casos se encuentra entre los 20 y los 49 años. El grupo de edad que concentra el mayor porcentaje de casos, con el 44,7% es el de 30-39 años (gráfico 5.4.5.b).

Gráfico 5.4.5.b. Distribución de casos de LGV por sexo y grupos de edad. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2024.

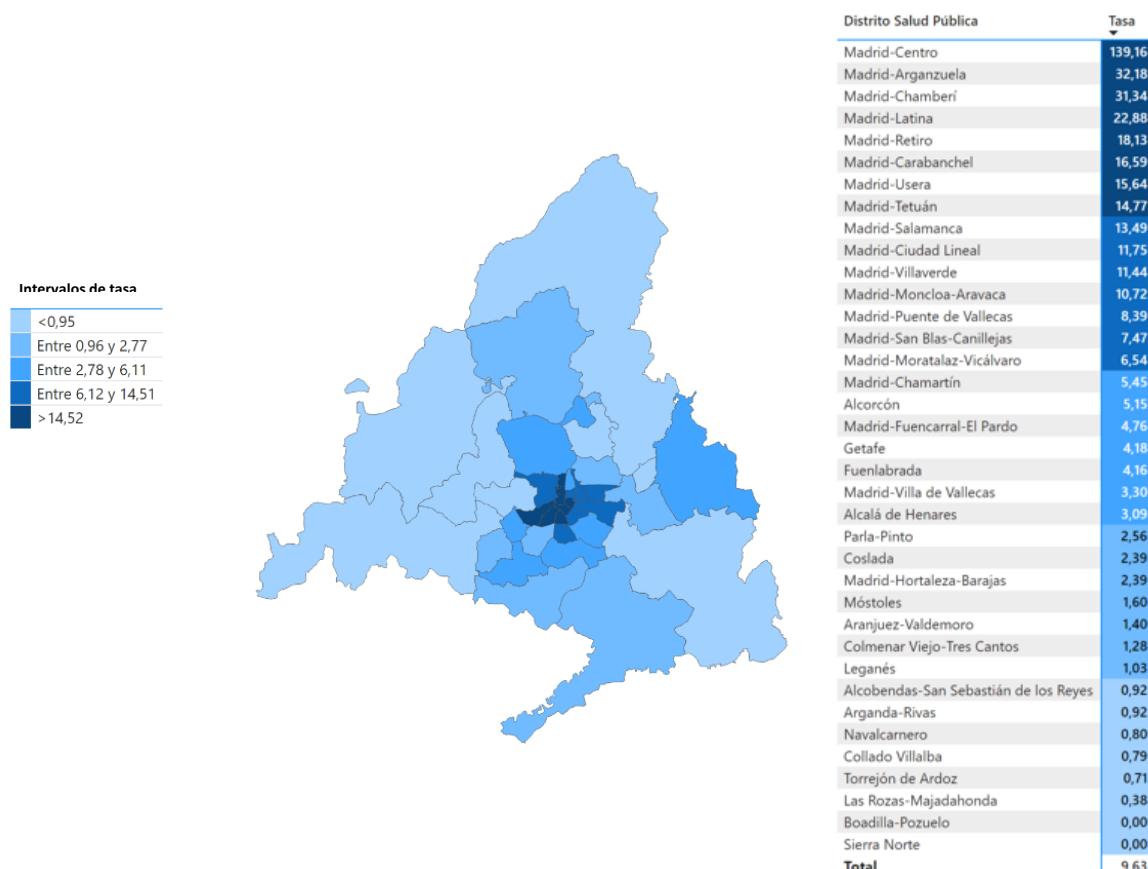


Consta información sobre la orientación sexual en el 91,2% de los casos. De estos el 98,2% corresponde a HSH. El resto se ha identificado con relaciones heterosexuales, un 1,3% en mujeres y un 0,5% en hombres. Se han recogido datos sobre el uso del preservativo en el 36.4% de los registros. De ellos, solo el 3,6% lo utilizó en la última relación sexual.

La información sobre el país de origen se conoce en el 99,6% de los casos, siendo el 46,6% nacido en España. El resto procede de otros 40 países diferentes, entre los que están mayoritariamente representados los latinoamericanos con el 43,0%. De estos, Venezuela (15,0%), Colombia (8,9%) y Perú (4,1%) son los que cuentan con más casos (gráfico 5.4.5.c).

Gráfico 5.4.5.c. Distribución de casos de LGV por país de origen. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2024.

Según el distrito de residencia de los casos, las mayores tasas de incidencia fueron en el distrito Madrid-Centro (139,16 casos por 100.000 habitantes), Madrid-Arganzuela (32,18 casos por 100.000 habitantes) y Madrid-Chamberí (31,34 casos por 100.000 habitantes) (mapa 5.4.5.a).

Mapa 5.4.4.a. Tasas de incidencia de LGV por distrito de residencia. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2024.

Casos por 100.000 habitantes. Estadística Continua de Población por distritos de salud pública, año 2024.

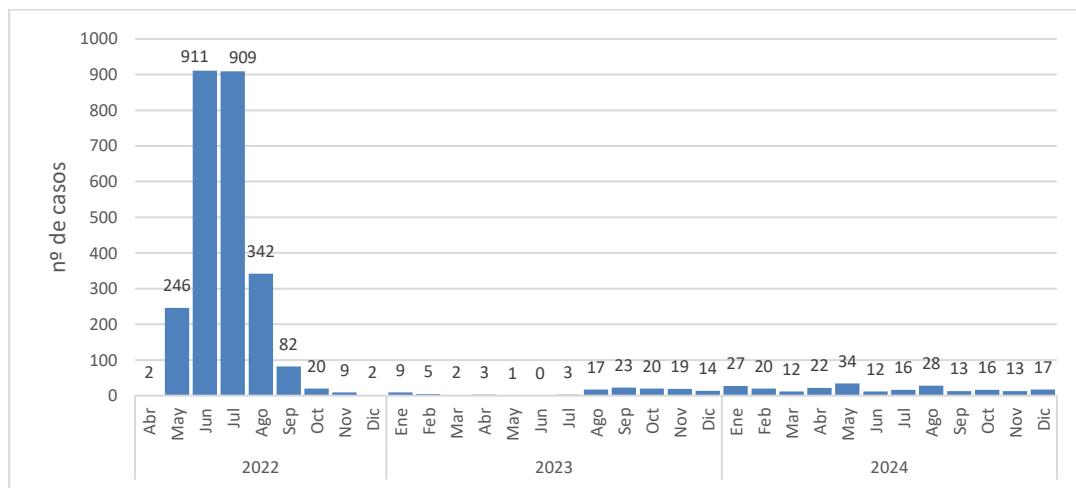
Se ha recogido información clínica en el 86,7% de los casos. Si bien un 24,2% de los diagnósticos ha cursado de manera asintomática, la presentación clínica más frecuente fue la proctitis, que afectó al 48,6% de los casos, seguida de la úlcera genital, en el 11,8%. Se requirió hospitalización en 9 casos, no habiéndose registrado ningún fallecimiento.

En el 44,8% de los casos se detectó otra infección de transmisión sexual coincidente con el LGV. Además, el 36,5% tenía diagnóstico de infección por VIH.

5.4.6. Mpox

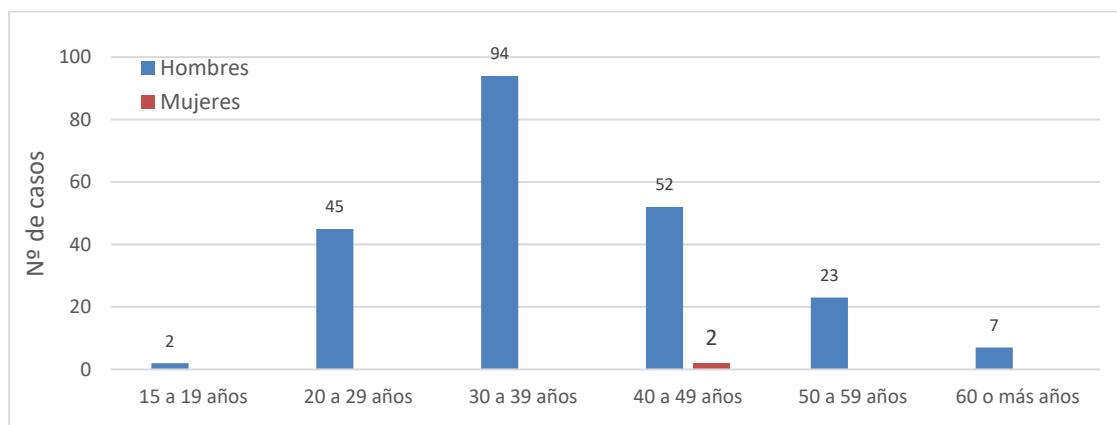
El 17 de mayo de 2022 comenzó un brote internacional de mpox, alcanzando en la Comunidad de Madrid el máximo de casos entre mayo y agosto de ese año. Desde agosto de 2023 y durante el año 2024, las notificaciones de casos se han estabilizado, notificándose en 2024 un total de 230 casos, siendo 225 confirmados, 3 probables y 2 sospechosos. Estos datos suponen una tasa en la población general de 3,28 casos por 100.000 habitantes. Se presenta a continuación la información sobre los casos confirmados (gráfico 5.4.6.a).

Gráfico 5.4.6.a. Casos de mpox por mes y año. EDO. Comunidad de Madrid. Años 2022-2024.

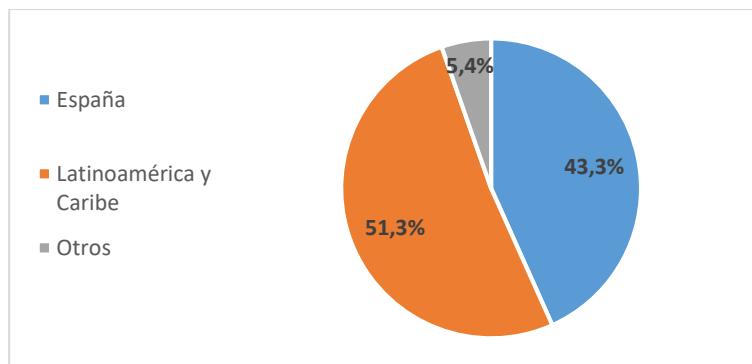


En 2024, la gran mayoría de casos se dieron en hombres, el 99,1% de los casos, con solo 2 casos en mujeres, por lo que en el presente informe no se hace distinción en la presentación de los datos entre hombres y mujeres. La mediana de edad fue de 36 años y el rango de edades abarcó de los 19 a los 63 años. El grupo de edad con mayor número de casos es el de 30 a 39 años, con 94 casos (41,8%) (gráfico 5.4.6.b). Los dos casos que se notificaron en menores de 20 años eran jóvenes sexualmente activos y mayores de 15 años.

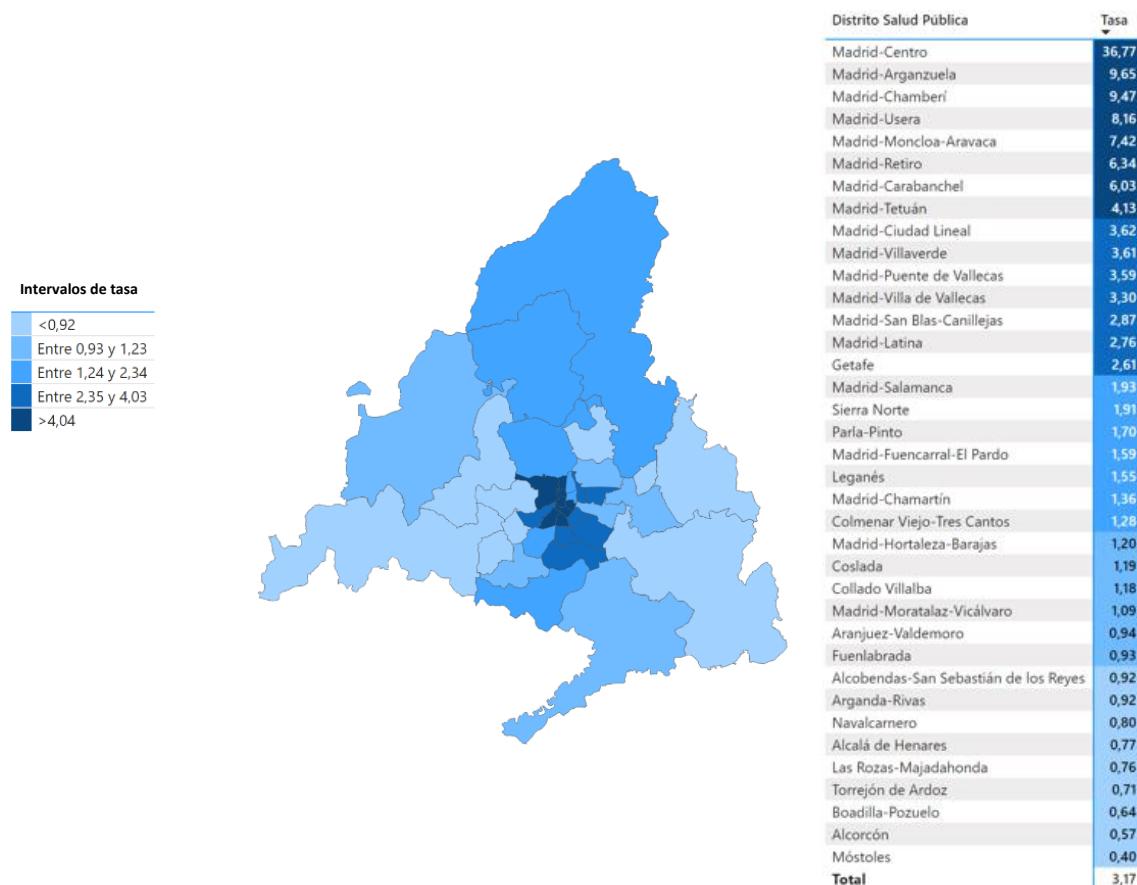
Gráfico 5.4.6.b. Distribución de casos de mpox por grupo de edad y sexo. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2024.



Se conoce el país de origen en la amplia mayoría de los casos (el 99,6%), siendo el 43,3% personas de origen español y 51,3% de origen latinoamericano, procediendo principalmente de Venezuela (35 casos) y Colombia (33 casos) (gráfico 5.4.6.c).

Gráfico 5.4.6.c. Distribución de casos de mpox por país de origen. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2024.

Se conoce el lugar de residencia del 96,9%. Por distritos, las mayores tasas de incidencia se concentraron en el distrito Madrid-Centro con 36,77 casos por 100.000 habitantes, seguido de Madrid-Arganzuela y Madrid-Chamberí con 9,65, y 9,47 casos por 100.000 habitantes respectivamente (mapa 5.4.6.a).

Mapa 5.4.6.a. Tasas de incidencia de mpox por distrito de residencia. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2024.

Casos por 100.000 habitantes. Estadística Continua de Población por distritos de salud pública, año 2024.

En relación con los antecedentes personales, 80 casos (35,6%) tenían diagnóstico de VIH y 52 (23,1%) referían estar tomando profilaxis preexposición para VIH (PrEP) o tener prescrita la profilaxis en los tres meses anteriores al diagnóstico de mpox. Respecto a la vacunación de la viruela, 17 casos (7,6%) habían recibido la pauta completa de dos dosis en la campaña iniciada en 2022 y otros 21 (9,3%) tenían la pauta incompleta, solo con una dosis. En dos de ellos, el tiempo entre la vacunación y el inicio de síntomas fue de menos de 28 días por lo que la vacuna no fue determinante al no dar inmunoprotección.

De aquellos casos que tenían información sobre su historia sexual reciente, el 98,6% eran HSH (211 casos) y solo 3 mencionaron relaciones exclusivamente con mujeres.

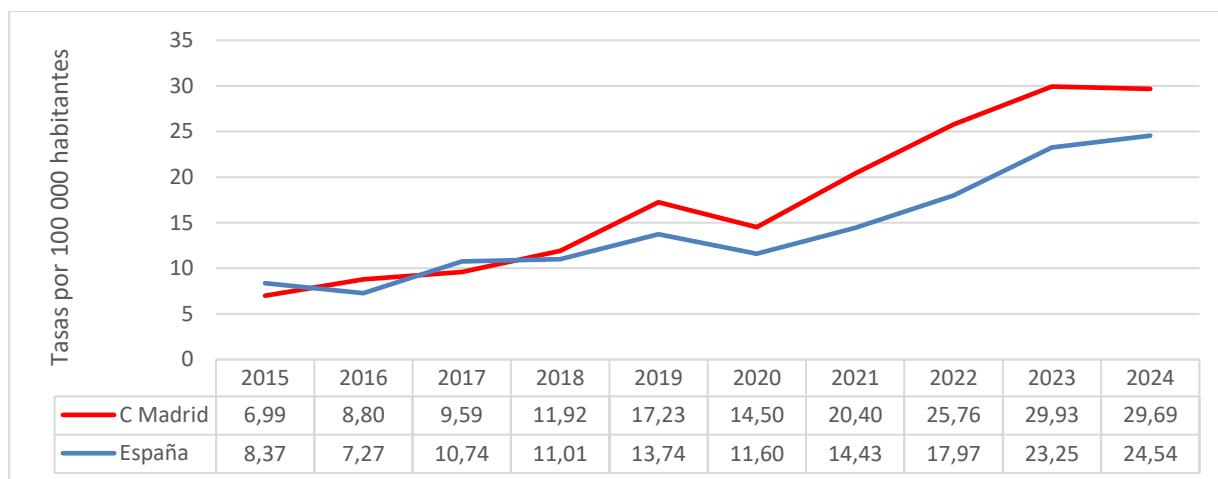
Los casos facilitaron la identificación de 83 contactos estrechos, fundamentalmente de familiares o convivientes sin vínculo sexual (43,3% de los contactos identificados), y se gestionó la vacunación de 42 de ellos.

Aunque el brote internacional iniciado en 2022 fue causado por el virus mpox clado II, en agosto de 2024 se detecta un aumento de casos producidos por mpox clado I en la República Democrática del Congo. Esta circunstancia fue declarada por la OMS como una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional. Debido al riesgo de diseminación internacional, se implementaron nuevas actividades de vigilancia ampliando la tipificación del clado de todas las muestras confirmatorias de mpox. En 2024 se han identificado en la Comunidad de Madrid 80 muestras con clado II y ninguna como clado I.

5.4.7. Sífilis

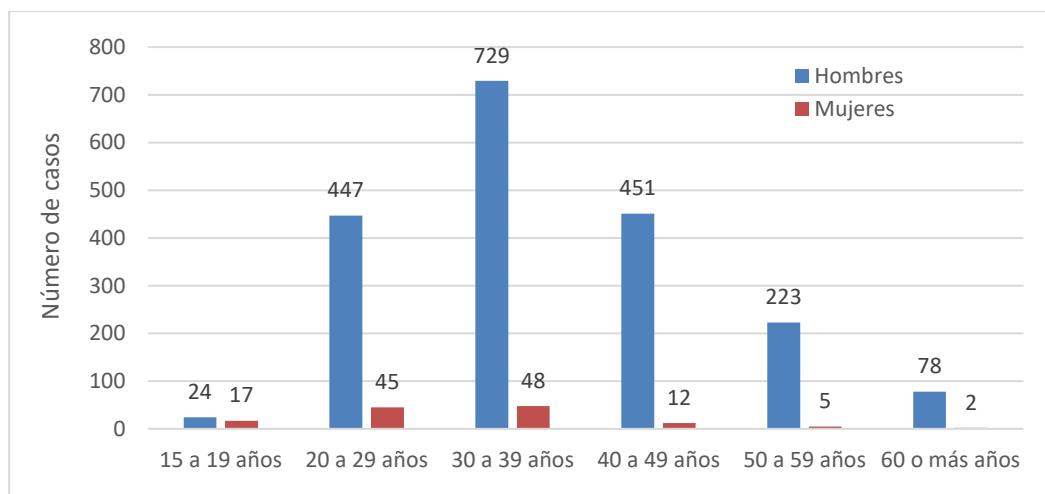
En el año 2024 se registraron en la Comunidad de Madrid 2.081 casos de sífilis primaria, secundaria o latente precoz, lo que supone una tasa de incidencia acumulada de 29,69 casos por 100.000 habitantes en nuestra comunidad. Se notificaron 28 casos más que en el año previo, por lo que la tasa es similar a la alcanzada en 2023 (gráfico 5.4.7.a).

Gráfico 5.4.7.a. Tasas de incidencia de sífilis. EDO. Comunidad de Madrid y España. Años 2015-2024.



Una gran mayoría de los casos se dan en hombres, siendo este año el 93,8% de los casos, siendo el grupo de edad más frecuente entre ellos el de 30 a 39 años con 729 casos (37,3%). Los casos registrados en mujeres se dieron también en ese grupo de edad, con 48 casos (37,2%) aunque en ellas destaca que el siguiente grupo en frecuencia es el de 20 a 29 años, con 45 casos (34,9%). Los hombres presentaron una mediana de edad de 36 años mientras que la de las mujeres es de 30 años. No se registraron casos en menores de 15 años (gráfico 5.4.7.b).

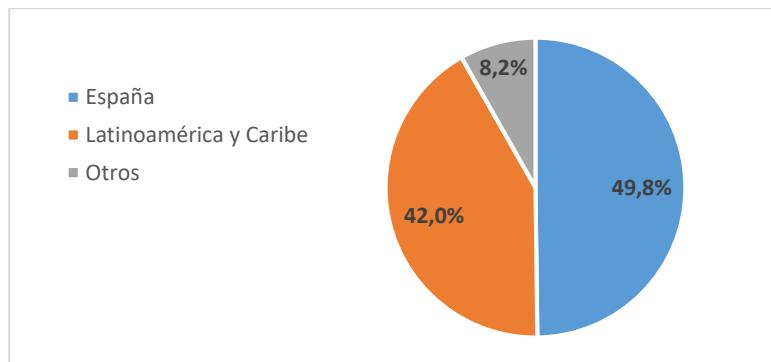
Gráfico 5.4.7.b. Distribución de casos de sífilis por sexo y grupo de edad. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2024.



La información sobre la orientación sexual está recogida en el 71,6% de los casos en hombres y en el 62,0% de los casos en mujeres. De estos casos con información, la gran mayoría de los hombres (97,4%) corresponde a HSH y la totalidad de los casos en mujeres correspondieron a relaciones heterosexuales.

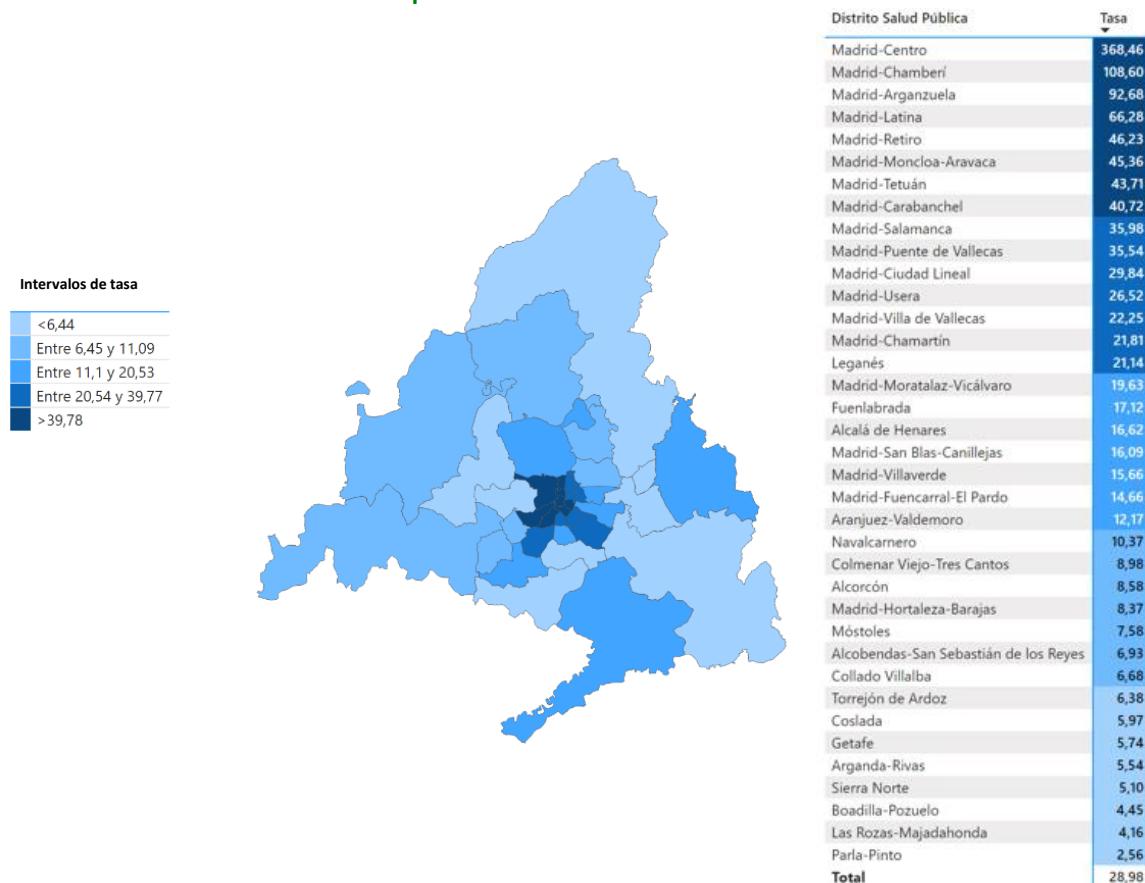
Se dispone de información sobre el país de origen en el 98,8% de los casos. Entre estos, la mitad corresponden a personas nacidas en España, 1.024 casos (49,8%), y los restantes 1.032 casos con origen extranjero proceden de 62 países diferentes, siendo la mayoría, un 83,6%, de países latinoamericanos (gráfico 5.4.7.c). Sin contar el origen español, Venezuela, Colombia y Perú son los tres países con mayor número de casos en el 2024 (250, 180 y 62 casos respectivamente).

Gráfico 5.4.7.c. Distribución de los casos de sífilis por país de origen. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2024.



Según el distrito de residencia de los casos, aquellos con mayores tasas de incidencia fueron el distrito Madrid-Centro (368,46 casos por 100.000 habitantes), Madrid-Chamberí (108,60 casos por 100.000 habitantes) y Madrid-Arganzuela (92,68 casos por 100.000 habitantes) (mapa 5.4.7.a).

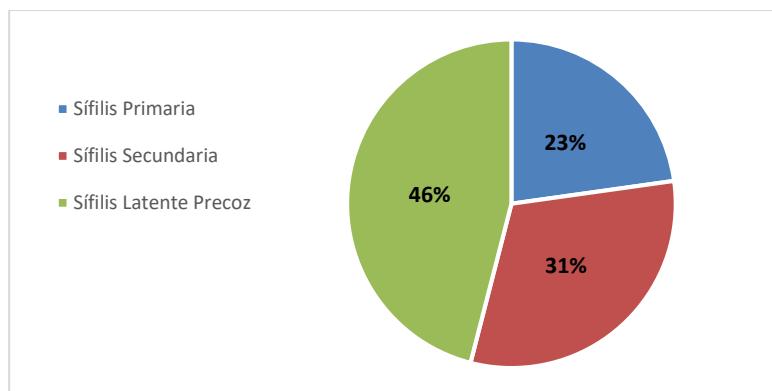
Mapa 5.4.7.a. Tasas de incidencia de sífilis por distrito de residencia. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2024.



Casos por 100.000 habitantes. Estadística Continua de Población por distritos de salud pública, año 2024.

Según el estadio de la sífilis, la que cuenta con un mayor porcentaje de notificaciones es la sífilis latente precoz, con un 46,0% (gráfico 5.4.7.e).

Gráfico 5.4.7.e. Distribución de los casos de sífilis por categoría diagnóstica. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2024.

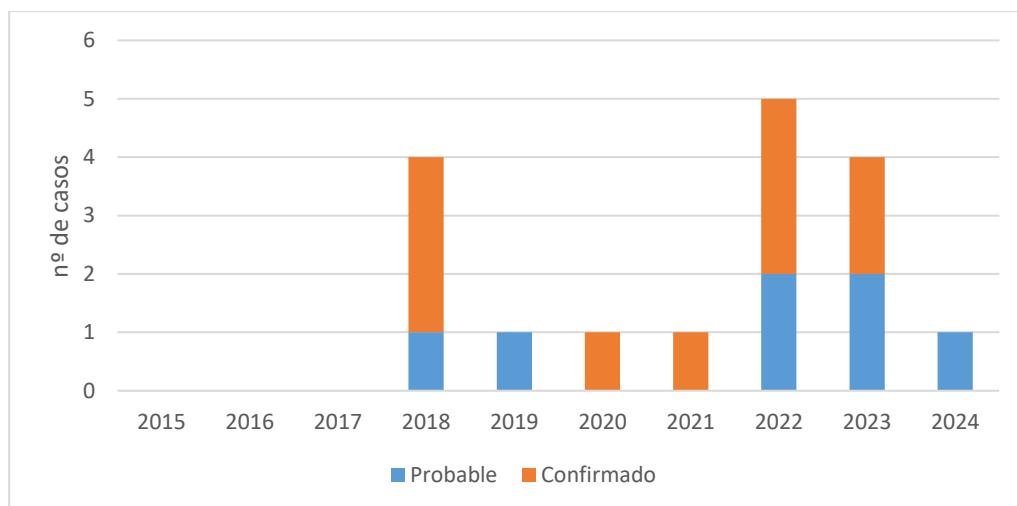


En 22 casos (1,1%) se recogió un episodio de hospitalización relacionado con la sífilis, no registrándose ningún fallecimiento por la enfermedad.

5.4.8. Sífilis congénita

En el año 2024 se registró un caso probable de sífilis congénita en la CM que presentó afectación ósea al mes de vida. Este único caso supone una tasa de 0,01 casos por 100.000 habitantes. En el gráfico 5.4.8.a se observan los casos que cumplen criterios de caso probable o confirmado, según el protocolo vigente de vigilancia de sífilis congénita.

Gráfico 5.4.8.a. Casos de sífilis congénita. EDO. Comunidad de Madrid. Años 2015 a 2024.



5.5. ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN VECTORIAL

5.5.1. Dengue

En el año 2024 se registraron 235 casos de dengue en la Comunidad de Madrid, lo que supone una tasa de incidencia de 3,35 casos por 100.000 habitantes. En el gráfico 5.5.1.a se muestra la evolución de dengue en la Comunidad de Madrid en el periodo 2016-2024.

La mayor parte de los casos (38,7%) inició síntomas entre julio y septiembre (gráfico 5.5.1.b).

El 91,5% de los casos se notificaron desde atención hospitalaria, el 7,6% desde atención primaria y el 0,9% por otros notificadores.

El 53,6% de los casos eran mujeres. La edad media fue de 38,5 años, con un rango comprendido entre los 5 meses y los 86 años (gráfico 5.5.1.c). El 54,9% de los casos habían nacido en América Latina y el 39,1% en España; el resto de casos nacieron en otros países de Europa, África o Asia (gráfico 5.5.1.d).

De acuerdo a los protocolos vigentes, se clasificaron como confirmados el 71,5% (168) de los casos y el 28,5% (67) como probables (gráfico 5.5.1.b). Solo 4 casos (1,7%) recibieron la consideración de dengue grave. Hubo 87 casos que requirieron hospitalización (37,0%). No se produjo ninguna defunción.

Todos los casos fueron importados, con antecedente de viaje durante el periodo de incubación. El 81,3% procedían de Latinoamérica, el 15,3% de Asia, el 2,6% de África y el 0,8% de Oceanía. Entre los motivos del viaje destaca la visita a familiares (51,9%) seguido del turismo (23,8%).

El distrito con mayor incidencia de casos por lugar de residencia fue el de Madrid-Centro (10,82 casos por 100.000 habitantes) seguido de los distritos de Madrid-Tetuán (9,45 casos por 100.000 habitantes) y de Las Rozas-Majadahonda (7,57 casos por 100.000 habitantes) (mapa 5.5.1.a).

Gráfico 5.5.1.a. Tasas de incidencia de dengue. EDO. Comunidad de Madrid. Años 2016-2024.

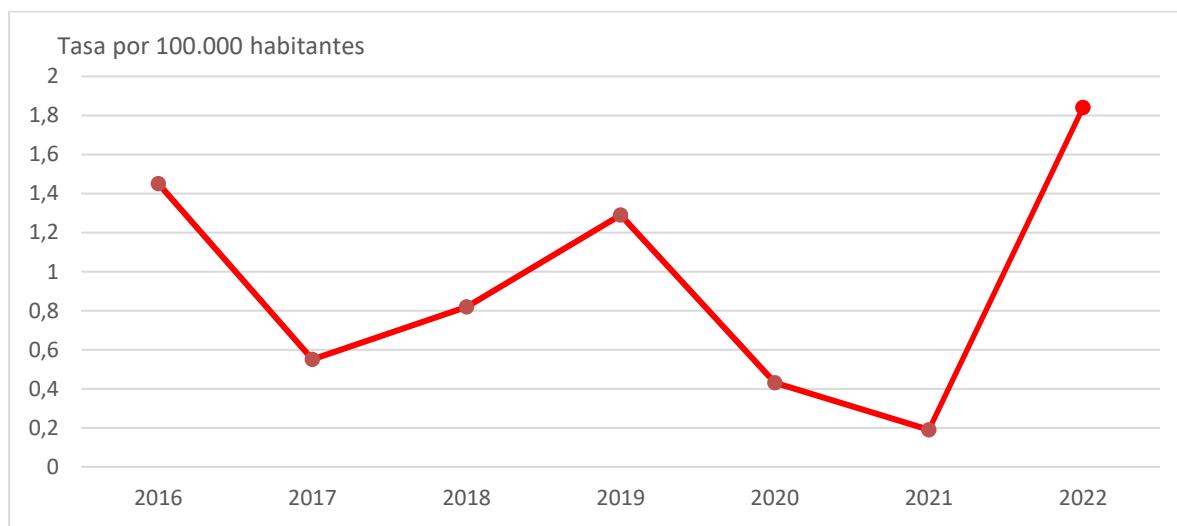


Gráfico 5.5.1.b. Número de casos de dengue por mes de inicio de síntomas según clasificación del caso. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2024.

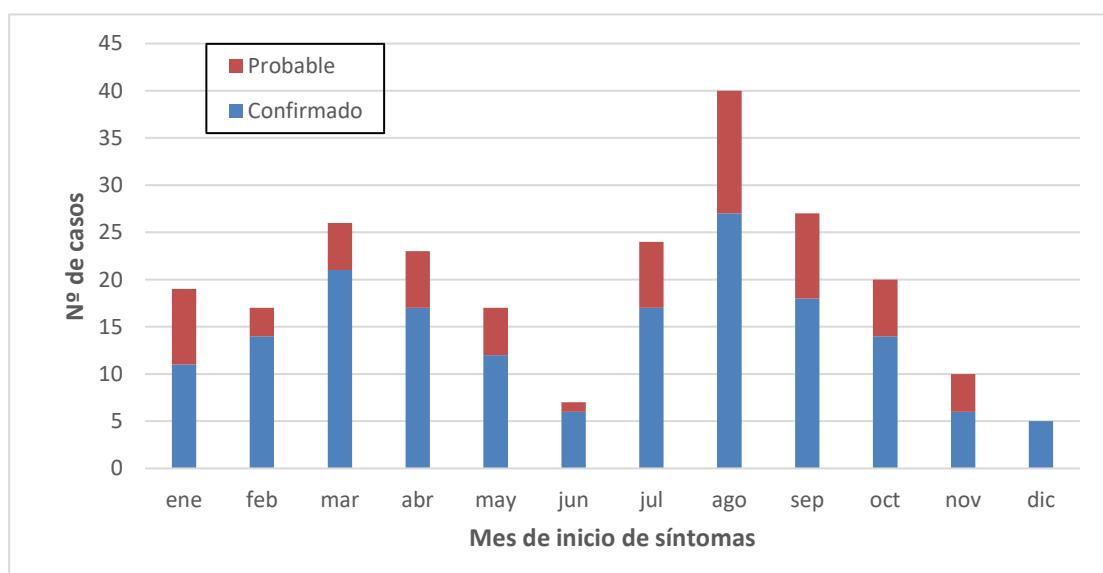


Gráfico 5.5.1.c. Número de casos de dengue por sexo y grupo de edad. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2024.

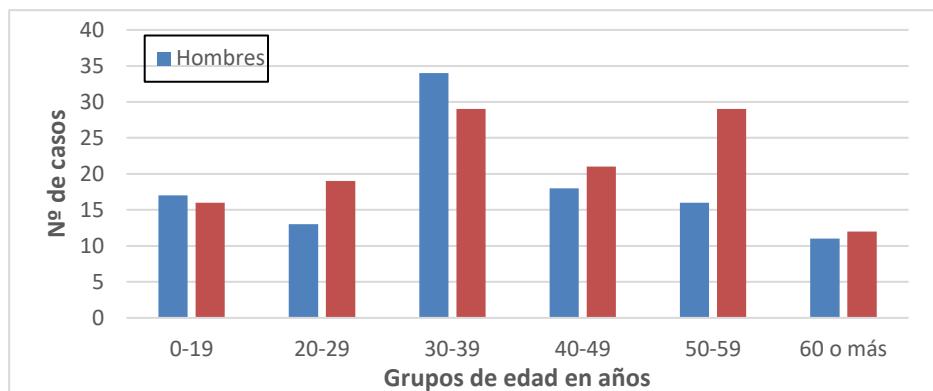
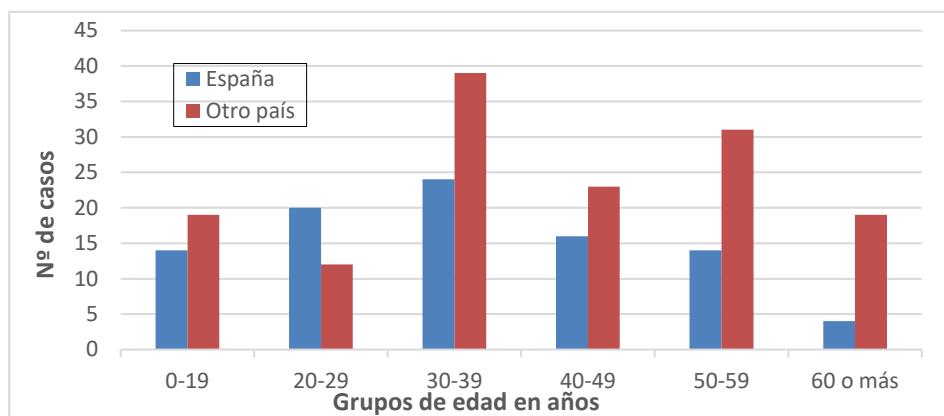
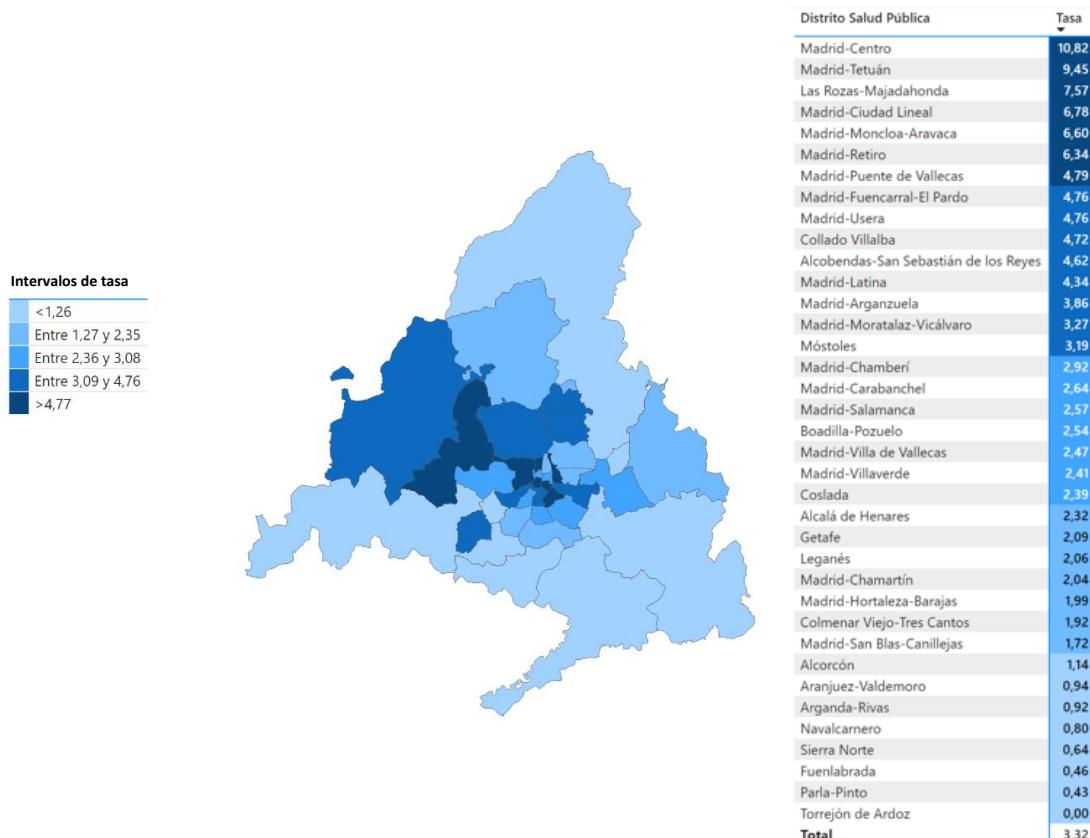


Gráfico 5.5.1.d. Número de casos de dengue por lugar de nacimiento y grupo de edad. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2024.



Mapa 5.5.1.a. Tasas de incidencia de dengue por distrito de residencia. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2024.



Casos por 100.000 habitantes. Estadística continua de población por distritos de salud pública, año 2024.



5.5.2. Enfermedad por virus Chikungunya

En 2024 se registraron 8 casos de enfermedad por virus Chikungunya en la Comunidad de Madrid, lo que supone una tasa de incidencia de 0,11 casos por 100.000 habitantes. Todos los casos se clasificaron como probables y fueron notificados desde atención hospitalaria.

Tres de los 8 casos (37,5%) eran mujeres y la edad media global fue de 43,9 años, con un rango entre los 23 y los 68 años; el 87,5% (7 de 8 casos) tenían entre 20 y 55 años. El 62,5% de los casos habían nacido en España y el 37,5% (3 casos) en otros países: Colombia, México y Paraguay.

Solo uno de los casos (12,5%) requirió hospitalización. No se registró ninguna defunción.

Todos los casos fueron importados, con antecedente de viaje durante el periodo de incubación: 5 (62,5%) a países de Latinoamérica y 3 (37,5%) a Asia. Los principales motivos de los viajes fue el turismo (44,4%) y la visita a familiares en el país de origen (22,2%).

5.5.3. Enfermedad por virus Zika

En el año 2024 se registró un caso probable de enfermedad por virus Zika en la Comunidad de Madrid, lo que supone una tasa de incidencia de 0,01 casos por 100.000 habitantes. El caso era una niña de 4 años, con antecedente de viaje a Bolivia, que inició síntomas en el mes de agosto. Fue notificada desde un centro hospitalario, aunque no requirió ingreso.

5.5.4. Encefalitis transmitida por garrapatas

En el año 2024 se diagnosticó un caso de encefalitis transmitida por garrapatas en la Comunidad de Madrid. El caso cumplía criterios de caso probable, inició síntomas en el mes de septiembre, y se notificó desde el centro hospitalario en el que requirió ingreso. Se trató de un varón de 51 años con antecedente de picadura de garrapata durante una estancia en una zona de Finlandia en la que había constancia de transmisión de esta enfermedad.

5.5.5. Fiebre exantemática mediterránea

En el año 2024 se registraron en la Comunidad de Madrid 33 casos de fiebre exantemática mediterránea, con una tasa de incidencia acumulada de 0,46 casos por 100.000 habitantes.

El 48,5% de los casos eran mujeres. La edad media fue de 47 años, con un rango entre 12 y 82 años. El 78,8% de los casos eran personas nacidas en España.

El 100% de los casos se clasificaron como confirmados. El 57,6% de los casos fueron notificados por atención hospitalaria, el 9,1% por atención primaria y el 33,3% por otros notificadores.

El 9,1% de los casos requirieron hospitalización. No hubo ningún fallecimiento.

5.5.6. Leishmaniasis

En el año 2024 se registraron en la Comunidad de Madrid 53 casos de leishmaniasis (tasa de incidencia de 0,76 casos por 100.000 habitantes). En el gráfico 5.5.6.a se muestra la evolución de la leishmaniasis en la Comunidad de Madrid en el periodo 2015-2024. Las tasas de incidencia por distritos se presentan en el mapa 5.5.6.a. Los distritos que presentaron una mayor tasa de incidencia fueron Fuenlabrada (3,70 casos por 100.000 habitantes), Madrid-Villa de Vallecas (3,30 casos por 100.000 habitantes) y Navalcarnero (2,39 casos por 100.000 habitantes).

El 60,4% de los casos eran varones, con un rango de edad de 1 a 79 años y una mediana de 49 años. El 69,8% de los casos habían nacido en España, el 15,1% en América Latina, el 9,4% en otros países europeos, el 3,8% en China y el 1,9% en Camerún.

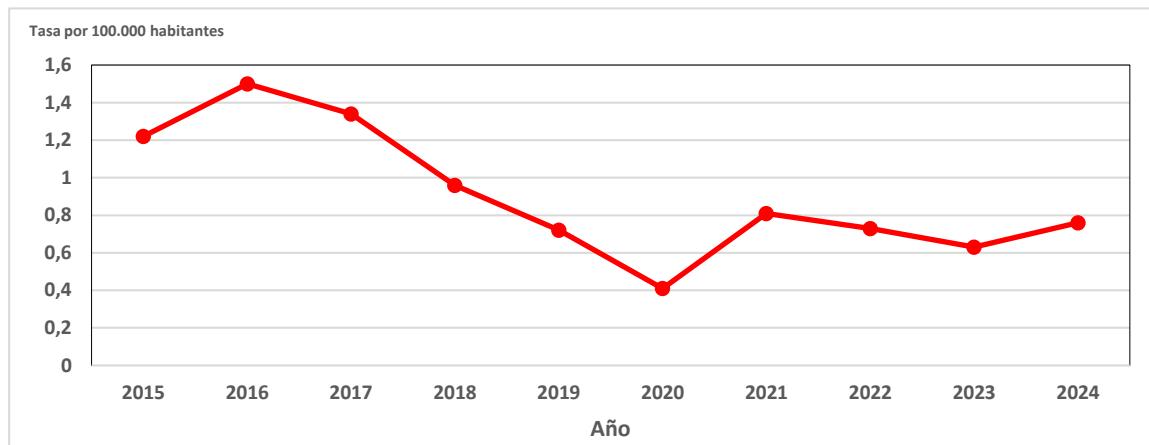
El 90,6% de los casos fueron notificados por atención hospitalaria y el 9,4% por atención primaria.

El 62,3% de los casos (33 de 53) presentaron la forma clínica de leishmaniasis visceral, el 35,8% leishmaniasis cutánea y el 1,9% leishmaniasis cutáneo-mucosa. El 56,6% requirió ingreso hospitalario.

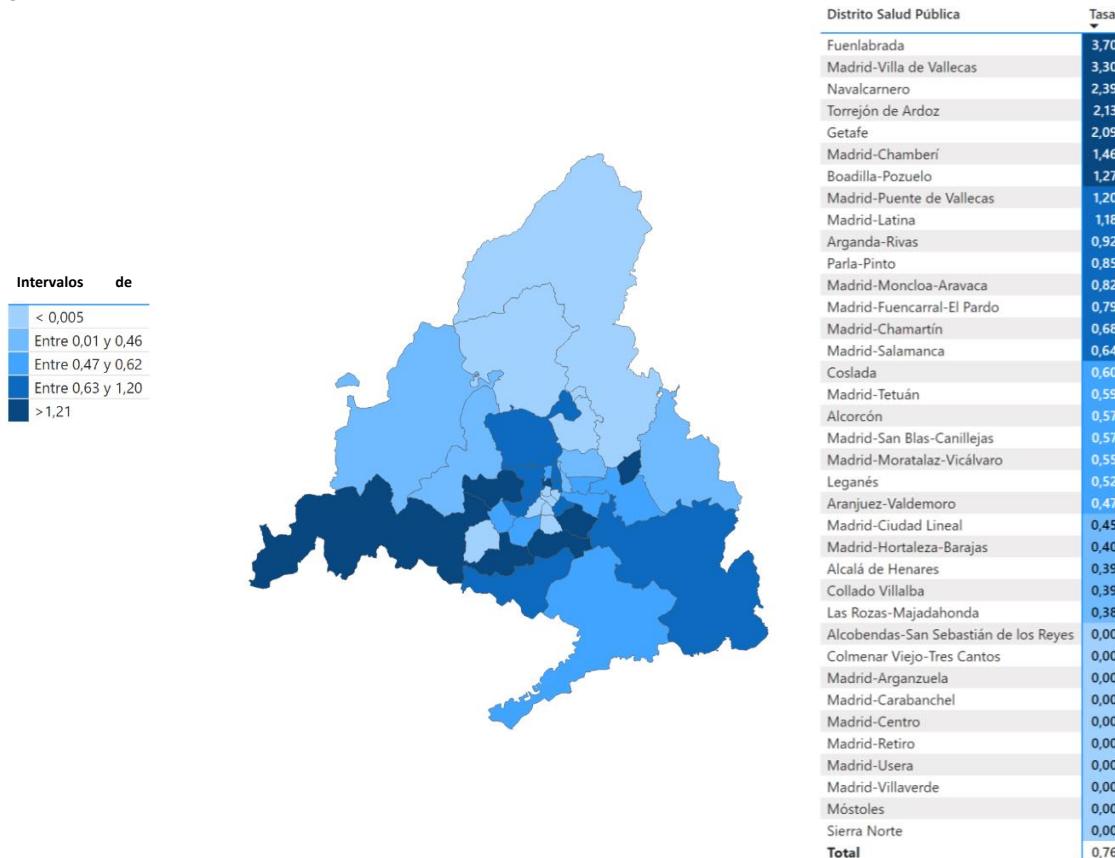
El 100% de los casos se clasificaron como confirmados. En cuanto al diagnóstico de laboratorio, en el 88,7% de los casos se demostró la presencia del parásito en aspirados o material de biopsia, el 11,3% tuvo un cultivo o PCR positiva y el 39,6% presentó serología positiva.

El 37,7% de los casos presentaron algún factor de riesgo intrínseco. Entre estos, los principales fueron estar recibiendo tratamiento inmunosupresor (18,9%), la presencia de enfermedades inmunosupresoras (18,9%), el alcoholismo (5,7%) y el antecedente de trasplante (1,9%). Entre los factores ambientales y del entorno, destacaron la presencia de perros en casa o en el ámbito laboral (10 casos; 18,9%) y la exposición a un hábitat propicio para los mosquitos en el domicilio o en lugares de vacaciones (3 casos; 5,7%).

Gráfico 5.5.6.a. Tasas de leishmaniasis. EDO. Comunidad de Madrid. Años 2015-2024.



Mapa 5.5.6.a. Tasas de incidencia de leishmaniasis por distrito de residencia. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2024.



Casos por 100.000 habitantes. Estadística continua de población por distritos de salud pública, año 2024.



5.5.7. Paludismo

En el año 2024 se registraron en la Comunidad de Madrid 159 casos de paludismo, con una tasa de incidencia de 2,27 casos por 100.000 habitantes.

El 91,1% de los casos fueron notificados desde atención hospitalaria, el 8,1% desde atención primaria y el 0,6% por otras fuentes.

El 66% de los casos notificados eran hombres. El rango de edad fue entre 9 y 88 años, con una media de 39 años; el 77,9% de los casos pertenecían al grupo de 25 a 64 años. En cuanto al país de nacimiento, el 87,4% procedían de países del continente africano, el 15,1% de España y el 1,8% de países de América Latina.

El 69,8% de los casos requirió hospitalización y, de ellos, el 29,7% presentó alguna complicación (20,7% del total de casos). No se registraron defunciones.

El 100% de los casos se clasificaron como confirmados. Se identificó la especie de *Plasmodium* en 154 casos (96,9%): *P. falciparum* en el 80,4%, *P. vivax* en el 6,3%, *P. ovale* en el 5% y *P. malariae* en el 1,9% de los casos. Hubo 6 infecciones mixtas (3,8%): tres casos de *P. falciparum* y *P. malariae*, dos de *P. falciparum* y *P. vivax* y uno de *P. vivax* y *P. ovale*.

Todos los casos fueron importados. En cuanto a la zona de adquisición de la enfermedad, el 92,4% (147 casos) se produjo en África, y el resto estuvo relacionado con estancias en países de América Latina y Asia (en un caso no se pudo determinar el país de adquisición de la enfermedad). Los países con mayor número de casos fueron Guinea Ecuatorial, con 56 casos, Nigeria con 32, Camerún con 14 y Costa de Marfil con 11 casos. En el 88,6% de los casos se disponía de información sobre el motivo del viaje hacia o desde la zona endémica. Entre ellos destacaban las visitas familiares (66,6%), la inmigración (18,4%), el trabajo temporal (5,6%) y el turismo (2,8%).

La información sobre la especie de *Plasmodium* aislada y el área geográfica de adquisición de la enfermedad se muestra en la tabla 5.5.7.a. En el 5,6% de los casos constaba haber realizado profilaxis antipalúdica antes del viaje.

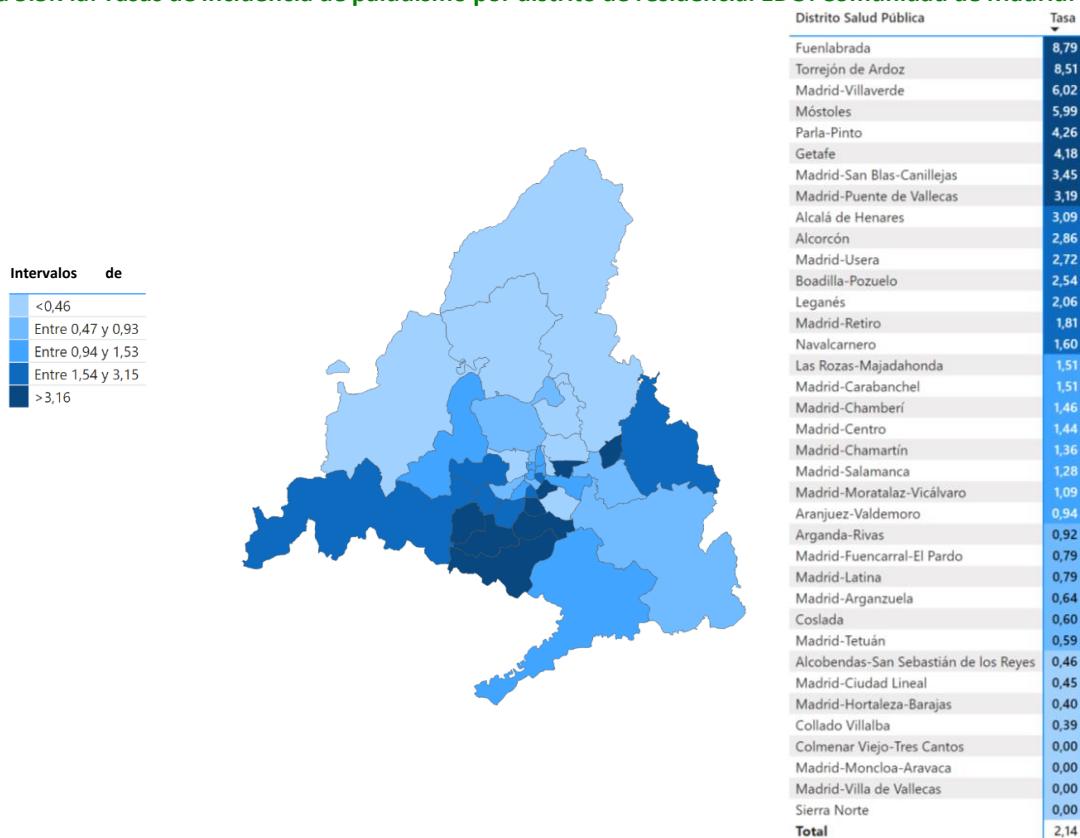
La distribución de los casos por lugar de residencia en la Comunidad de Madrid, independientemente del lugar donde adquirieron el paludismo, se muestra en el mapa 5.5.7.a. Los distritos con mayor número de casos fueron Fuenlabrada (8,79 casos por 100.000 habitantes), Torrejón de Ardoz (8,51 casos por 100.000 habitantes) y Madrid-Villaverde (6,02 casos por 100.000 habitantes).

Tabla 5.5.7.a. Clasificación por especies de *Plasmodium* y área geográfica de adquisición de la enfermedad. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2024.

PLASMODIUM	Continente/País de contagio							TOTAL[n(%)]*
	Guinea Ecuatorial	Nigeria	Camerún	Costa de Marfil	Resto de África	América	Asia	
<i>P. falciparum</i>	46	26	12	11	30	2	0	127 (80,38)
<i>P. malariae</i>	0	0	0	0	2	1	0	3 (1,90)
<i>P. vivax</i>	1	0	1	0	0	4	3	10 (5,70)
<i>P. ovale</i>	3	4	0	0	1	0	0	8 (5,06)
<i>P. mixtas</i>	3	1	0	0	1	1	0	6 (3,80)
<i>P. spp</i>	3	0	1	0	1	0	0	5 (3,16)
TOTAL[n(%)]	56(35,44)	31(19,62)	14(8,86)	11(6,96)	35(22,15)	8(5,06)	3(1,90)	158 (100)

*No se incluye un caso de paludismo por *P. vivax* en el que no se pudo determinar el país de contagio.



Mapa 5.5.7.a. Tasas de incidencia de paludismo por distrito de residencia. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2024.

Casos por 100.000 habitantes. Estadística continua de población por distritos de salud pública, año 2024.

5.6. ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN ZOONÓTICA

5.6.1. Fiebre Q

En el año 2024 se notificaron en la Comunidad de Madrid 24 casos de fiebre Q, con una tasa de incidencia acumulada de 0,34 casos por 100.000 habitantes.

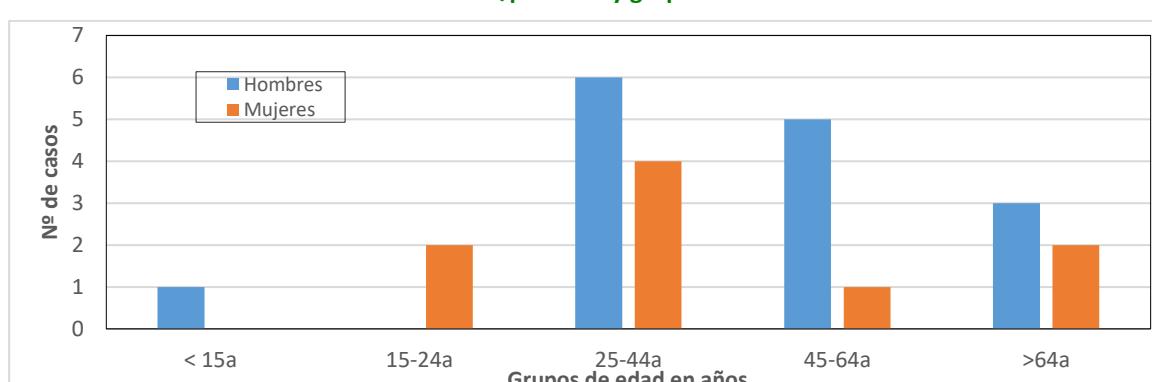
El 62,5% de los casos se presentaron en hombres. La edad media fue de 46,1 años, con un rango entre 12 y 81 años (gráfico 5.6.1.a). El 79,2% de los casos eran españoles.

El 66,7% de los casos se clasificaron como confirmados y el resto como probables. En los casos confirmados el diagnóstico se realizó por seroconversión (68,8%) o PCR positiva (31,2%).

El 62,5% requirió hospitalización. No se registraron defunciones. La fiebre fue la forma de presentación predominante en el 45,8% de los casos, en el 25% neumonía y en otro 25% hepatitis.

Cuatro casos informaron de viaje al extranjero durante el período de incubación. No se ha detectado ninguna agregación espacial (los domicilios corresponden a 24 zonas básicas de salud distintas).

Gráfico 5.6.1.a. Número de casos de fiebre Q por sexo y grupos de edad. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2024.



5.6.2. Hidatidosis

En el año 2024 se notificaron en la Comunidad de Madrid 10 casos de hidatidosis, con una tasa de incidencia acumulada de 0,14 casos por 100.000 habitantes.

El 60,0% de los casos se presentaron en varones. La edad media fue de 56,5 años, con un rango entre 5 y 79 años. Siete casos (70,0%) eran originarios de España, dos de Marruecos (20,0%) y uno de Perú (10,0%).

Respecto a las formas clínicas, la presentación como quiste único ocurrió en 6 casos (60,0%). Nueve casos (90,0%) tuvieron afectación por al menos un quiste hepático y otro caso presentó un quiste hidatídico óseo. El 70% de los casos requirieron ingreso hospitalario para su tratamiento.

En 7 de los casos (70,0%) el agente causal registrado fue *Echinococcus granulosus* y en los restantes, *Echinococcus* spp.

5.6.3. Leptospirosis

En el año 2024 se registró 1 caso confirmado de leptospirosis en la Comunidad de Madrid (tasa de incidencia de 0,01 casos por 100.000 habitantes). Se trató de un hombre de 58 años con antecedente de exposición laboral de riesgo (pocero). Presentó un cuadro grave, con shock séptico, fracaso multiorgánico y shock hemorrágico, hemorragia digestiva y varias complicaciones durante el ingreso, de casi dos meses, con recuperación completa finalmente.

5.6.4. Toxoplasmosis congénita

En el año 2024 se registró 1 caso confirmado de toxoplasmosis congénita en la Comunidad de Madrid, con una tasa de incidencia de 0,01 casos por 100.000 habitantes.

Correspondió a un recién nacido varón cuya madre comenzó el embarazo en Siria. No recibió control médico hasta la semana 32 de gestación, estando ya en la Comunidad de Madrid. En la semana 38 se le detectaron IgG e IgM positivas a *Toxoplasma gondii*. En los análisis realizados al neonato se observó neoformación de IgM y comenzó el tratamiento. El bebé no tuvo síntomas ni signos derivados de la infección durante el seguimiento, que duró 5 meses pues posteriormente la familia se trasladó a otro país.

5.6.5. Tularemia

En el año 2024 se registraron 2 casos confirmados de tularemia en la Comunidad de Madrid, con una tasa de incidencia acumulada de 0,03 casos por 100.000 habitantes. Se trató de dos varones de 75 y 47 años. En ambos casos la forma clínica fue tularemia pulmonar.

El primer caso falleció repentinamente durante un ingreso hospitalario para estudio de adenocarcinoma pulmonar, y se detectó *Francisella tularensis* en el líquido pleural. No se documentó exposición directa de riesgo con animales; la única exposición ambiental señalada fue actividad en el huerto urbano de su propio domicilio. En cambio, el segundo caso era un cazador habitual de conejos, con contacto estrecho desde la caza hasta el consumo. No requirió hospitalización y tuvo una evolución favorable.

5.7. OTRAS MENINGITIS

5.7.1. Meningitis víricas

En el año 2024 se registraron en la Comunidad de Madrid 38 casos de meningitis vírica causadas por enterovirus no polio (8 casos más que el año anterior), lo que supone una incidencia de 0,54 casos por 100.000 habitantes (gráfico 5.7.1.a). Los distritos con mayor tasa de incidencia fueron los de Madrid-Fuencarral-El Pardo (2,38 casos por 100.000 habitantes), Madrid-Salamanca (1,93 casos por 100.000 habitantes) y Madrid-Moratalaz-Vicálvaro (1,64 casos por 100.000 habitantes) (mapa 5.7.1.a).

El 100% de los casos fueron confirmados mediante PCR en muestras de LCR. Se consiguió genotipar 8 enterovirus, de los cuales 4 correspondieron a Echovirus 5.

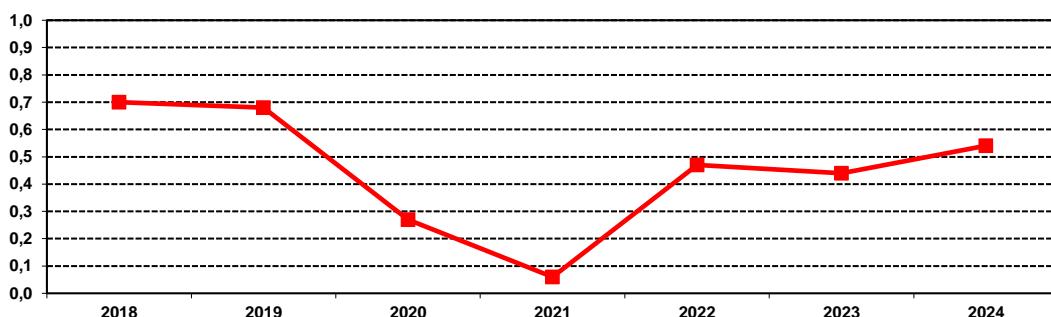
La meningitis vírica por enterovirus no polio mostró predominio masculino (60,5%), con un rango de edad de entre 0 y 43 años y una edad media de 10,1 años. El 71,1% eran menores de 10 años (gráfico 5.7.1.b).



No se registraron fallecimientos por meningitis vírica por enterovirus no polio en el año 2024. Según la forma de presentación, todos los casos se registraron como esporádicos, sin casos asociados.

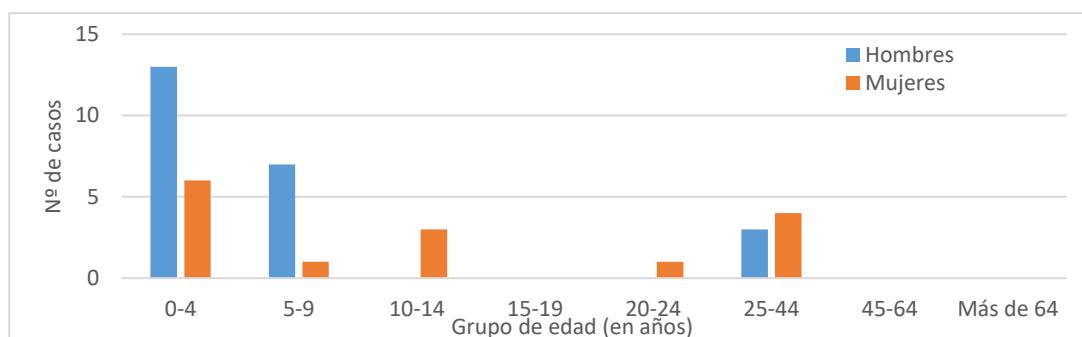
Gráfico 5.7.1.a. Tasas de meningitis víricas por enterovirus no polio. EDO. Comunidad de Madrid. Años 2018-2024.

Tasa por 100.000 hab.

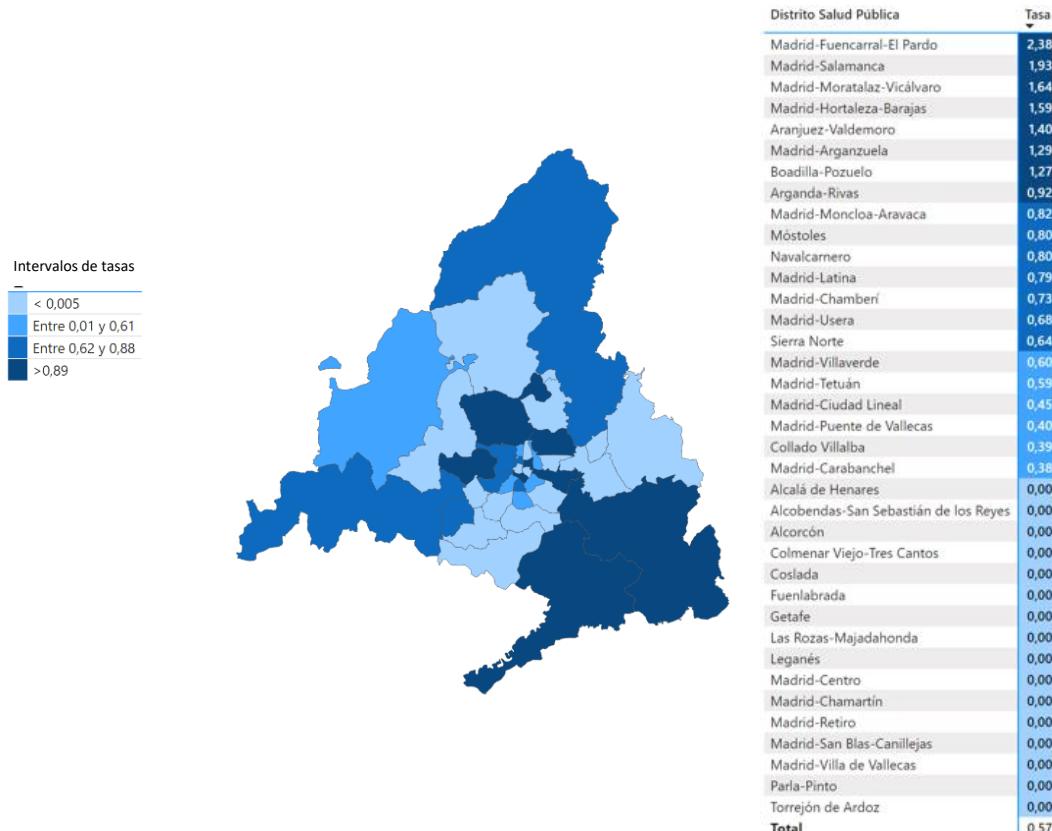


Las meningitis víricas no se vigilan a nivel estatal. El gráfico sólo muestra los datos de la Comunidad de Madrid, disponibles desde 2018 para los casos confirmados por enterovirus no polio.

Gráfico 5.7.1.b. Número de casos de meningitis víricas por enterovirus no polio por grupos de edad y sexo. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2024.



Mapa 5.7.1.a. Tasas de incidencia meningitis por enterovirus no polio según distrito de residencia. EDO. Comunidad de Madrid. Año 2024.



Casos por 100.000 habitantes. Estadística Continua de Población por distritos de salud pública, año 2024.



5.8. ENFERMEDADES NOTIFICADAS POR SISTEMAS ESPECIALES

5.8.1. Encefalopatías espongiformes transmisibles humanas

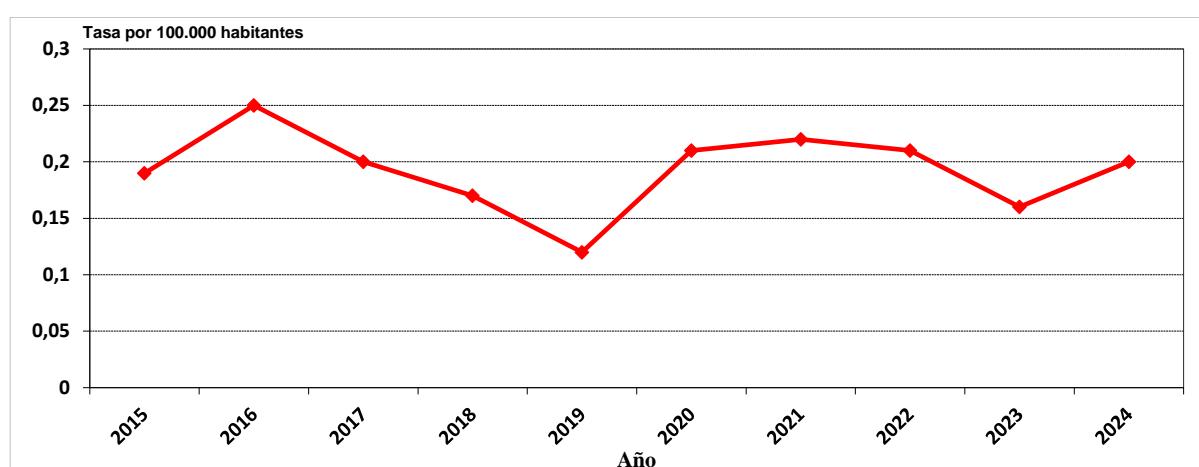
En el año 2024 se registraron 14 casos de Encefalopatías Espongiformes Transmisibles Humanas (EETH) entre residentes en la Comunidad de Madrid -incluyendo 6 casos con inicio de síntomas en 2023-, tres más que en 2023, lo que representa una incidencia de 0,20 casos por 100.000 habitantes (gráfico 5.8.1.a).

Nueve casos (64,3%) se clasificaron como enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (ECJ) esporádica y cinco (35,7%) como ECJ familiar y, según los criterios diagnósticos, todas se consideraron probables (gráfico 5.8.1.b).

La distribución de los casos por sexo y grupos de edad para el total de casos de EETH registrados entre 2002 y 2024 se muestra en el gráfico 5.8.1.c. Para el conjunto de este periodo, no hubo diferencias en el número de casos por sexo (50% tanto para hombres como para mujeres). La edad media del total de casos fue de 67 años.

Gráfico 5.8.1.a. Tasa de incidencia de EETH por fecha de notificación. EDO. Comunidad de Madrid.

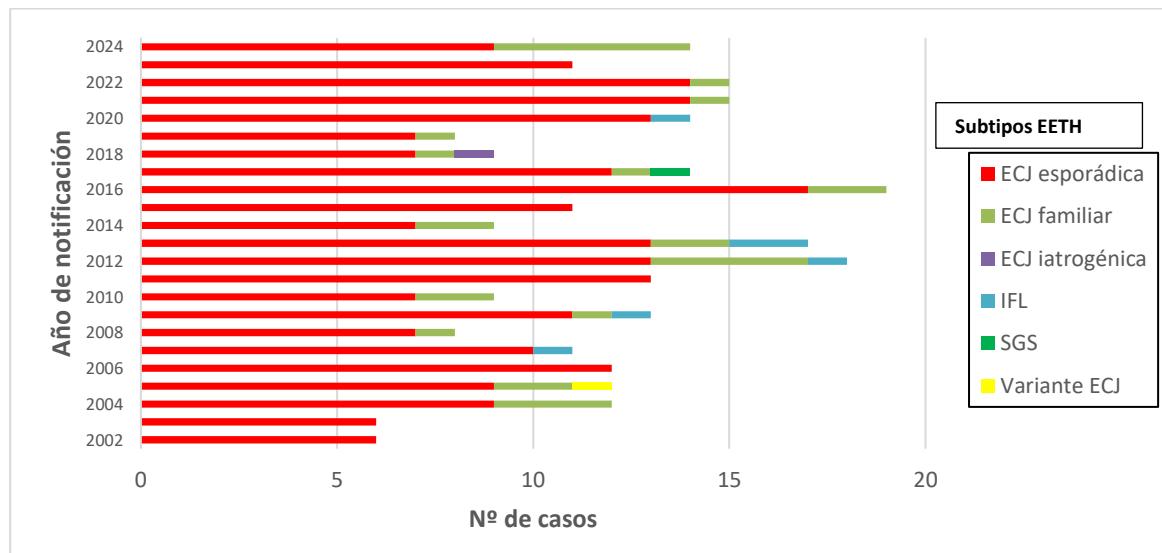
Años 2015-2024.



EETH: Encefalopatías Espongiformes Transmisibles Humanas.

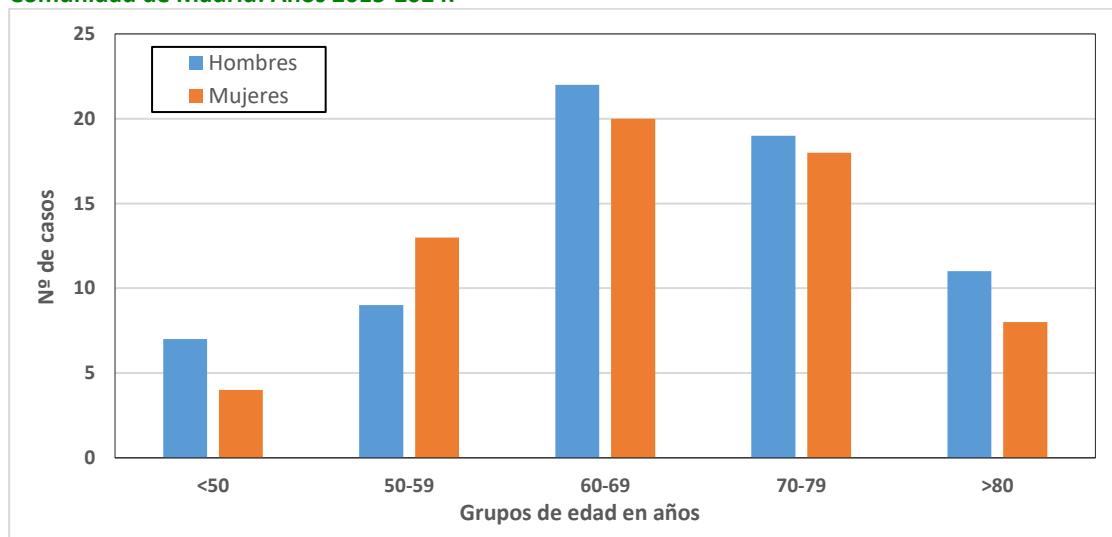
Gráfico 5.8.1.b. Casos de EETH y subtipos diagnósticos por año de notificación. EDO. Comunidad de Madrid.

Años 2002-2024.



EETH: Encefalopatías Espongiformes Transmisibles Humanas. ECJ: Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob. IFL: Insomnio familiar letal. SGS: Síndrome de Gerstmann-Sträussler-Scheinker.

Gráfico 5.8.1.c. Número de casos de EETH por sexo y grupo de edad en el momento del diagnóstico. EDO. Comunidad de Madrid. Años 2015-2024.



EETH: Encefalopatías Espumiformes Transmisibles Humanas.

5.9. ENFERMEDADES DE LAS QUE NO SE NOTIFICÓ NINGÚN CASO

No se han registrado casos en 2024 de las siguientes EDO: brucelosis, carbunco, cólera, difteria, fiebre amarilla, fiebre hemorrágica vírica, fiebre del Nilo Occidental, fiebre recurrente transmitida por garrapatas, infección congénita por virus Zika, parálisis flácida aguda (<15 años), peste, poliomielitis, rabia, rubéola, rubéola congénita, síndrome respiratorio agudo grave, tétanos, tétanos neonatal y triquinosis.

6. ASPECTOS A DESTACAR

El Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria de la Comunidad de Madrid, en sus distintas modalidades de notificación (semanal y urgente), tiene como fin principal recoger e interpretar información necesaria y fiable que permita fundamentar las actuaciones de salud pública dirigidas a la prevención y el control de las enfermedades transmisibles en la población. También entre las funciones y actividades propias de este sistema de vigilancia se encuentra la difusión de los resultados y recomendaciones que se deriven.

El número total de centros o unidades notificadoras no ha presentado apenas diferencia en 2024 respecto al año anterior (602 vs. 603). La cantidad de centros notificadores de EDO no es un indicador que presente habitualmente grandes variaciones en las comparaciones a corto plazo. En cambio, determinadas circunstancias, como cambios en las normativas que afecten al número de enfermedades o la modalidad de notificación, o la adaptación a nuevos métodos de registro que permitan la incorporación de los datos de forma total o parcialmente automatizada, sí que se reflejan en la evolución de los datos registrados. Otros factores externos también pueden influir sobre la exhaustividad de la notificación, en sentido negativo, como se apreció en los primeros años de la pandemia de covid-19. En 2023 y 2024 se han vuelto a recuperar niveles previos en cuanto al número de centros y las tasas de notificación de la mayoría de EDO.

Durante el año 2024 se han notificado y registrado en la Comunidad de Madrid un total de 124.740 casos de EDO. Respecto al año 2023, esto ha supuesto casi 3.000 casos menos (alrededor de un 2,3% de descenso). A pesar de esta disminución en los datos globales, una mayoría de enfermedades han registrado en 2024 un número de casos superior a los ocurridos en 2023. Con distinta magnitud -en términos absolutos o en términos relativos-, han sido 31 enfermedades (de 46 EDO con al menos un caso notificado en alguno de estos dos años) las que han tenido más casos en 2024. Incrementos interanuales que merece la pena destacar han sido los registrados en campilobacteriosis, hepatitis A, infección por C.

trachomatis, infección gonocócica, herpes zóster, sarampión, tosferina, dengue y fiebre exantemática mediterránea.

En cuanto a enfermedades que han destacado por el bajo número de casos en el año 2024 respecto a 2023, y que pueden explicar el descenso en la cifra global, las que más sobresalen han sido la gripe, la criptosporidiosis, la salmonelosis y la enfermedad por virus Chikungunya, estas tres últimas enfermedades, sin embargo, con tasas en 2024 por encima de la mediana observada en el quinquenio anterior. Como comentario general, para la interpretación de las comparaciones relativas (porcentaje de variación de las tasas 2024 respecto a la mediana del quinquenio 2019-2023) hay que tener en cuenta que este periodo incluye los años de la pandemia de covid-19, con la importante distorsión que esto supuso en los datos de vigilancia.

Mención aparte merece la introducción de las infecciones por virus respiratorio sincitial (VRS) en los sistemas de vigilancia epidemiológica, cuyos datos procedentes de una de las fuentes de notificación (5.166 casos confirmados en los hospitales en 2024) se incluyen por primera vez en este informe anual. En el último trimestre de 2023 se instauró, mediante Resolución de la Dirección General de Salud Pública, la vigilancia epidemiológica de estas infecciones en la Comunidad de Madrid a partir de varias fuentes de información. Para responder a la importante carga de morbilidad de esta enfermedad, particularmente en lactantes y niños pequeños (principal causa de infecciones de vías respiratorias inferiores en menores de un año), adultos mayores y personas con comorbilidades, junto a la sobrecarga asistencial tanto en visitas a atención primaria como en hospitalizaciones, la Consejería de Sanidad implementó en la temporada de circulación del VRS 2023-2024 una estrategia de inmunización dirigida, en una primera fase, prioritariamente a los niños menores de 6 meses. La nueva vigilancia epidemiológica, reforzada e individualizada, responde a la necesidad de analizar y monitorizar la evolución y características de la enfermedad en términos de efectividad e impacto de las medidas preventivas implantadas.

Por grandes grupos de enfermedades, entre las EDO de transmisión respiratoria se ha observado en 2024 una tasa de incidencia de gripe inferior a la del año anterior, manteniéndose en niveles significativamente más bajos que los registrados en los años previos a la pandemia de covid-19. En cuanto a la legionelosis, también se ha observado un descenso destacable en el número de casos notificados, posiblemente influido por factores ambientales y variaciones en los sistemas de notificación. Sin embargo, en la tuberculosis persiste una tendencia al alza -tras el brusco descenso en el primer año de la pandemia de Covid-19-, atribuible en parte a factores generales como al aumento de los movimientos migratorios y la modificación de los patrones demográficos. Estos factores podrían estar contribuyendo a una mayor exposición y transmisión de la enfermedad, especialmente en determinados grupos vulnerables.

Entre las EDO con mecanismo de transmisión principal de origen alimentario o hídrico, la mayoría de las enfermedades han aumentado su incidencia respecto al año anterior, excepto el botulismo, la criptosporidiosis, la salmonelosis y la yersiniosis. En el caso de la salmonelosis, hay que señalar la relativa frecuencia de aparición de casos asociados, con 14 brotes confirmados microbiológicamente en 2024, destacando el consumo de platos elaborados con huevo como alimento más frecuente. El hallazgo de distintos, pero destacables, niveles de resistencia a los antibióticos incluidos en el Plan Nacional de Resistencias a Antibióticos, también es un hecho a subrayar para algunos de estos microorganismos con mayor frecuencia de casos, como *Salmonella*, *Campylobacter* y *Shigella*. Por último en este grupo, la hepatitis A ha presentado incidencias superiores al triple de las registradas en los últimos 5 años. El perfil promedio de los casos ocurridos en 2024 se corresponde con varones, en la treintena de edad y transmisión directa mediante contacto sexual. Se han registrado 11 brotes de esta enfermedad, todos de pequeña magnitud y buena evolución.

Para las enfermedades incluidas en el grupo de inmunoprevenibles, hay que destacar el aumento de los casos de tosferina, con una tasa de incidencia 85% mayor a la de 2023 y muy superior a las ocurridas en los 5 años anteriores. Esta situación de 2024 se encuadra en el contexto de un brote comunitario iniciado a finales de 2023, y se ha caracterizado por afectar a menores de 15 años en tres cuartas partes de los casos, la mayoría de ellos con antecedente de vacunación. Se produjo el fallecimiento de un lactante prematuro no vacunado. En este grupo de enfermedades también ha destacado el caso del sarampión, que ha pasado de 2 casos en 2023 a 24 casos registrados en 2024; veintiuno de estos 24 casos han estado



asociados a 5 brotes, todos ellos de ámbito familiar con predominio de casos en adultos jóvenes no vacunados, excepto un brote en una escuela infantil (7 menores de un año no vacunados y un caso secundario en un adulto con antecedente de vacunación).

Todas las enfermedades de transmisión sexual/parenteral, excepto hepatitis B, hepatitis C, sífilis y mpox, han continuado experimentando subidas a lo largo de los últimos años. En general, estas enfermedades continúan presentándose en personas jóvenes, con una destacada presencia de hombres que mantienen sexo con hombres. Se mantiene también la importante proporción de casos de origen latinoamericano.

Excepto en leishmaniasis y paludismo, la vigilancia a través del sistema EDO de las enfermedades transmitidas por vectores se introdujo en el año 2016 para responder a las normas de los organismos internacionales en materia de prevención y control de enfermedades transmisibles que puedan suponer una emergencia de salud pública de importancia internacional. Desde entonces, enfermedades como el dengue, la enfermedad por virus Chikungunya y la fiebre exantemática mediterránea han registrado casos de manera continuada en la Comunidad de Madrid. En el año 2024 han destacado el dengue y la fiebre exantemática mediterránea, con las mayores tasas de incidencia desde el comienzo de la vigilancia. Leishmaniasis y paludismo han presentado el mayor número de casos desde la irrupción del covid-19. En cambio, la enfermedad por virus Chikungunya ha pasado de 55 casos declarados en 2023 a 8 casos en el año 2024.

Las enfermedades del grupo de zoonosis incluidas en este informe no tienen tradicionalmente una presencia destacable por su magnitud en la Comunidad de Madrid. La fiebre Q y la hidatidosis son las enfermedades de este tipo que presentan casos de manera continuada, aunque siempre con tasas de incidencia inferiores a 1 por 100.000 habitantes, mientras que otras enfermedades zoonóticas se declaran de manera esporádica. En el año 2024 hubo un caso de leptospirosis –asociado a exposición laboral-, dos casos de tularemia, uno de ellos relacionado con actividades cinegéticas, y un caso de toxoplasmosis congénita en un recién nacido asintomático. Ninguna de las zoonosis declaradas se presentó en forma de brotes.

Agradecimientos

Agradecemos una vez más y de forma especial la colaboración de todos los médicos/as, enfermeros/as y resto de profesionales sanitarios de la Comunidad de Madrid, sin cuya participación directa sería imposible realizar cualquier actividad de vigilancia y control de estas enfermedades.

Informe elaborado por: profesionales del Área de Vigilancia y Control de las Enfermedades Transmisibles de la Subdirección General de Vigilancia en Salud Pública, que trabajan en los siguientes programas:

- Programa 1 de Vigilancia y Control de Enfermedades de Transmisión Respiratoria.
- Programa 2 de Vigilancia y Control de Infecciones de Transmisión Sexual.
- Programa 3 de Vigilancia y Control de Enfermedades de Transmisión Alimentaria y Zoonosis.
- Programa 4 de Vigilancia y Control de Enfermedades Inmunoprevenibles.
- Programa de Alertas en Salud Pública, Brotes Epidémicos y Enfermedades de Transmisión Vectorial.
- Programa de Coordinación EDO e Informes Epidemiológicos.

Cita recomendada: Dirección General de Salud Pública. Morbilidad por Enfermedades de Declaración Obligatoria. Año 2024. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Número 11. Volumen 30. Noviembre 2025.