MORBILIDAD POR ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA

Año 2025. Comunidad de Madrid

Comunidad de Madrid

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

Índice

1. RESUMEN 4

ABSTRACT 5

2. INTRODUCCIÓN 6

3. OBJETIVO 6

4. MÉTODOS 6

4.1. Periodo y ámbito de estudio 6

4.2. Fuentes de información 6

4.3. Recogida de datos 7

4.4. Variables 7

4.5. Indicadores 7

4.5.1. Indicadores del funcionamiento del sistema de vigilancia 7

4.5.2. Indicadores de morbilidad 7

5. RESULTADOS 9

5.1. FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA 9

5.1.1. Enfermedades de declaración obligatoria notificadas según modalidad de notificación y nivel asistencial 9

5.1.2. Grado de cumplimiento de las principales variables 9

5.2. COMPARACIÓN DE LA INCIDENCIA EN 2025 CON AÑOS ANTERIORES 9

5.2.1. Datos globales 9

5.2.2. Resultados por grupos de enfermedades 13

6. DESCRIPCIÓN DE LAS ENFERMEDADES 14

6.1. ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN RESPIRATORIA 14

6.1.1. Gripe 14

6.1.2. Legionelosis 15

6.1.3. Lepra 18

6.1.4. Tuberculosis 18

6.1.5. Virus respiratorio sincitial 20

6.2. ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN ALIMENTARIA 21

6.2.1. Botulismo 21

6.2.2. Campilobacteriosis 21

6.2.3. Criptosporidiosis 23

6.2.4. Infecciones por *Escherichia coli* productora de toxina Shiga o Vero 25

6.2.5. Fiebre tifoidea y paratifoidea 26

6.2.6. Giardiasis 26

6.2.7. Hepatitis A 28

6.2.8. Listeriosis 30

6.2.9. Salmonelosis (excepto Salmonella typhi y paratyphi) 31

6.2.10. Shigelosis 33

6.2.11. Yersiniosis 35

6.3. ENFERMEDADES PREVENIBLES POR VACUNACIÓN 35

6.3.1. Enfermedad meningocócica 35

6.3.2. Enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae* 37

6.3.3. Enfermedad neumocócica invasiva 39
6.3.4. Herpes zóster 41
6.3.5. Parotiditis 42
6.3.6. Parálisis flácida aguda en menores de 15 años 44
6.3.7. Tosferina 45
6.3.8. Sarampión 46
6.3.9. Varicela 47
6.4. ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y PARENTERAL 47
6.4.1. Hepatitis B 47
6.4.2. Hepatitis C 49
6.4.3. Infección gonocócica 52
6.4.4. Infección por *Chlamydia trachomatis* 54
6.4.5. Linfogranuloma venéreo 56
6.4.6. Mpox 58
6.4.7. Sífilis 60
6.4.8. Sífilis congénita 63
6.5. ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN VECTORIAL 63
6.5.1. Dengue 63
6.5.2. Enfermedad por virus Chikungunya 65
6.5.3. Fiebre exantemática mediterránea 67
6.5.4. Leishmaniasis 67
6.5.5. Paludismo 69
6.6. ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN ZOONÓTICA 72
6.6.1. Brucelosis 72
6.6.2. Fiebre Q 72
6.6.3. Hidatidosis 72
6.6.4. Leptospirosis 73
6.6.5. Toxoplasmosis congénita 73
6.6.6. Tularemia 73
6.7. OTRAS MENINGITIS 74
6.7.1. Meningitis víricas 74
6.8. ENFERMEDADES NOTIFICADAS POR SISTEMAS ESPECIALES 75
6.8.1. Encefalopatías Espongiformes Transmisibles Humanas 75
6.9. ENFERMEDADES DE LAS QUE NO SE NOTIFICÓ NINGÚN CASO 76

7. ASPECTOS A DESTACAR 76

1. RESUMEN

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

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

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

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

ABSTRACT

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

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

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

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

2. INTRODUCCIÓN

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

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

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

3. OBJETIVO

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

4. MÉTODOS

4.1. Periodo y ámbito de estudio

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

4.2. Fuentes de información

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

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

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

4.3. Recogida de datos

La información proveniente de la notificación de los facultativos hospitalarios, de atención primaria u otros notificadores fue revisada por los epidemiólogos de la Subdirección General de Vigilancia en Salud Pública, que validaron su incorporación al sistema de acuerdo a los protocolos de vigilancia vigentes. En el caso de las EDO numéricas (gripe, varicela o herpes zóster), la información fue captada de manera automática desde el Sistema de Información de Atención Primaria.

4.4. Variables

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

4.5. Indicadores

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

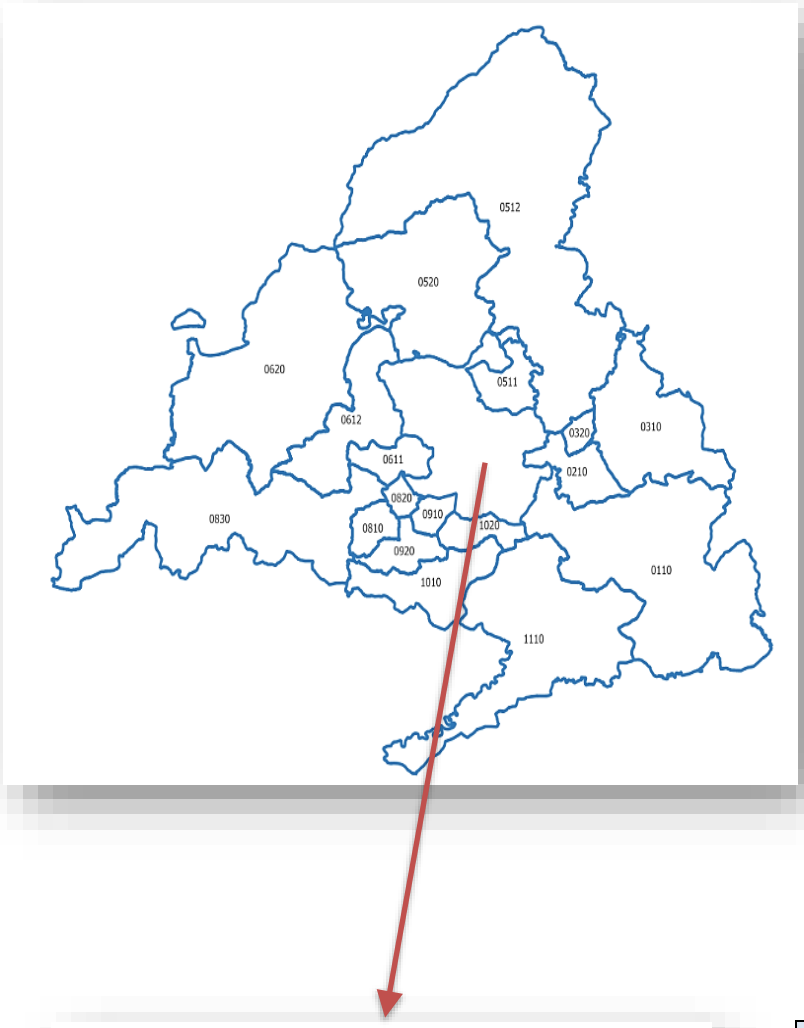
4.5.1. Indicadores del funcionamiento del sistema de vigilancia

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

4.5.2.Indicadores de morbilidad

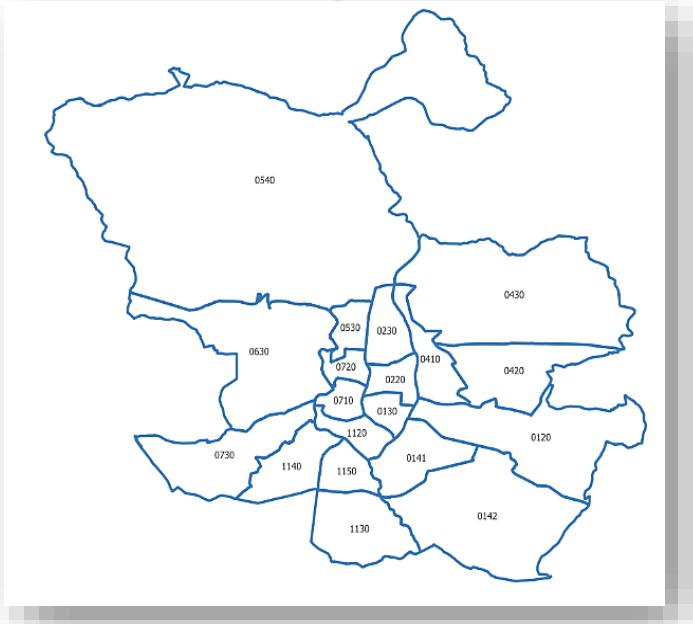
- Número de casos notificados.
- Tasas de incidencia acumulada (IA) por 100.000 habitantes, para la población total, así como por sexo, grupos de edad y distritos de salud pública (Mapa 4.5.2.a).
- Evolución del número de casos y la IA entre 2016 y 2025, por enfermedad.
- Diferencia de casos entre 2025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

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



Comunidad de Madrid

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



Municipio de Madrid

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

5. RESULTADOS

5.1. FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA

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

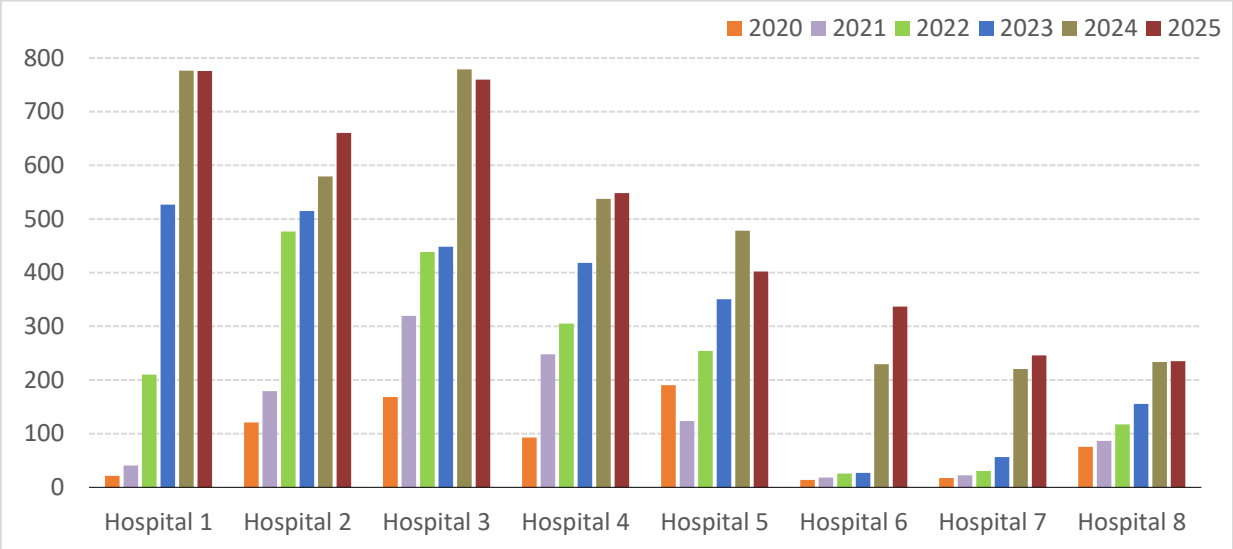
En 2025 se registraron 214.421 casos de EDO. De ellos, 178.455 (83,2%) fueron de declaración numérica (gripe, varicela y herpes zóster) y 35.966 (16,8%) de declaración individualizada.

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

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

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

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



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

5.1.2. Grado de cumplimiento de las principales variables

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

5.2. COMPARACIÓN DE LA INCIDENCIA EN 2025 CON AÑOS ANTERIORES

5.2.1. Datos globales

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

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

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

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

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

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

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

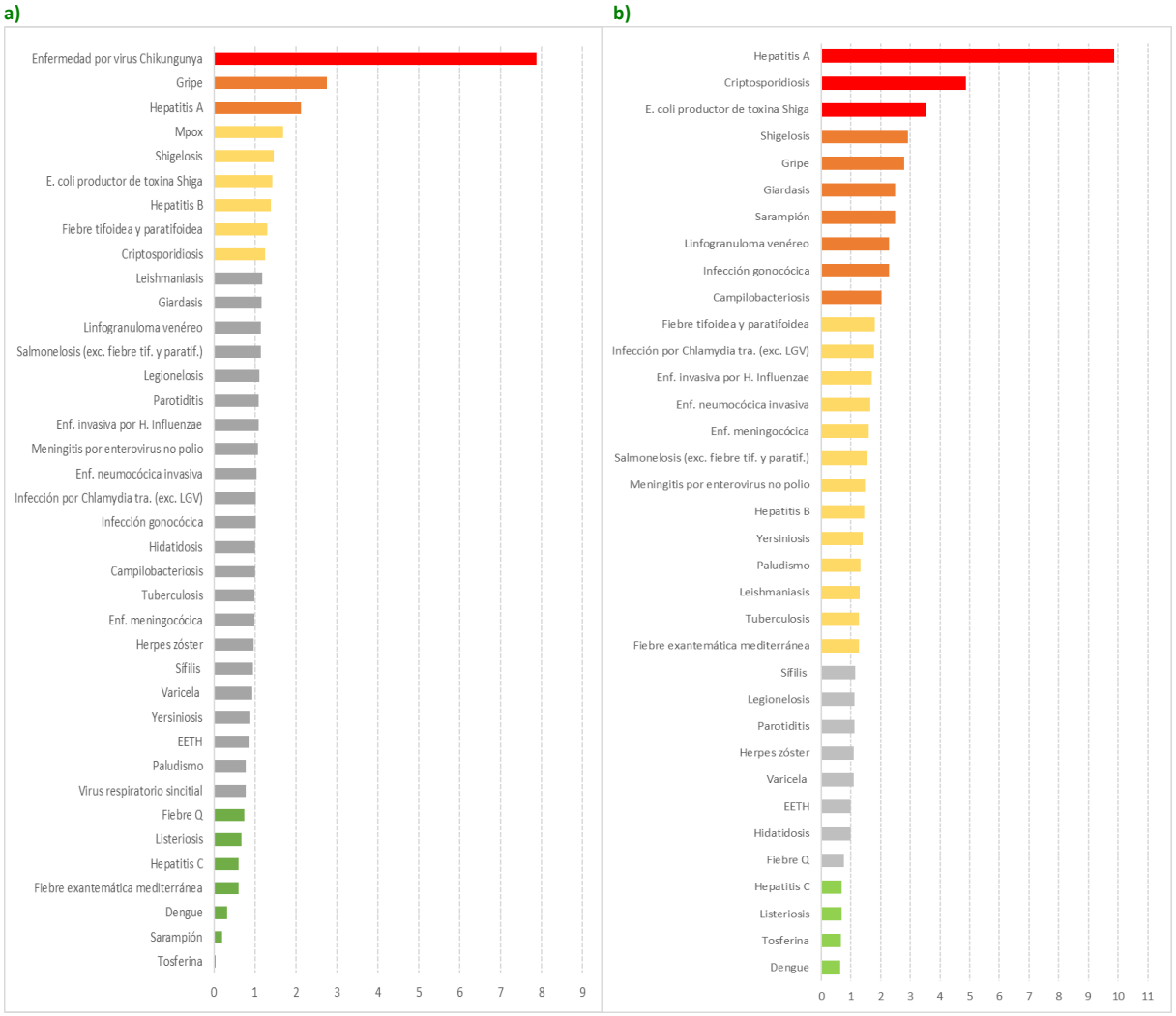
En la tabla 5.2.1.c y el gráfico 5.2.1.a se presentan los indicadores de morbilidad comparativos, ordenados en función de su magnitud.

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

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

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

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



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

5.2.2. Resultados por grupos de enfermedades

Enfermedades de transmisión respiratoria

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

Enfermedades de transmisión alimentaria

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

productor de Shiga toxina (33 casos más, aumento del 45,2%) y la giardiasis (126 casos más e incremento del 18,7%).

Enfermedades prevenibles por vacunación

En el grupo de enfermedades inmunoprevenibles, destacaron el marcado descenso de los casos de tosferina (1.287 casos menos que en 2024, disminución del 96,5%) y sarampión (19 casos menos, disminución del 87,5%), y el incipiente descenso de los casos de herpes zóster (273 casos menos que en 2024, disminución del 0,8%) así como la continuación de la tendencia descendente de los casos de varicela (80 casos menos que en 2024, disminución del 5,5%). Las cifras de enfermedad meningocócica se mantuvieron estables respecto al año anterior. Los casos de enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae*, así como los de parotiditis y enfermedad neumocócica invasiva aumentaron ligeramente (9, 31 y 34 casos más que en 2024, aumentos del 12,7%, 11,9% y 4,8% respectivamente). Además, se notificó un caso de parálisis flácida aguda en menores de 15 años.

Enfermedades de transmisión sexual y parenteral

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

Enfermedades transmitidas por vectores

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

Enfermedades de transmisión zoonótica

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

Otras enfermedades

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

6. DESCRIPCIÓN DE LAS ENFERMEDADES

6.1. ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN RESPIRATORIA

6.1.1. Gripe

En el año 2025 se registraron en la Comunidad de Madrid 141.542, casos de gripe, frente a los 50.509 casos registrados en 2024, lo que representó un incremento de 2,8 veces. La tasa de incidencia

acumulada fue de 1.989,7 casos por cada 100.000 habitantes, frente a los 720,5 registrados en 2024, alcanzando cifras superiores a los años previos a la pandemia (Gráficos 6.1. 1.a y 6.1. 1.b).

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

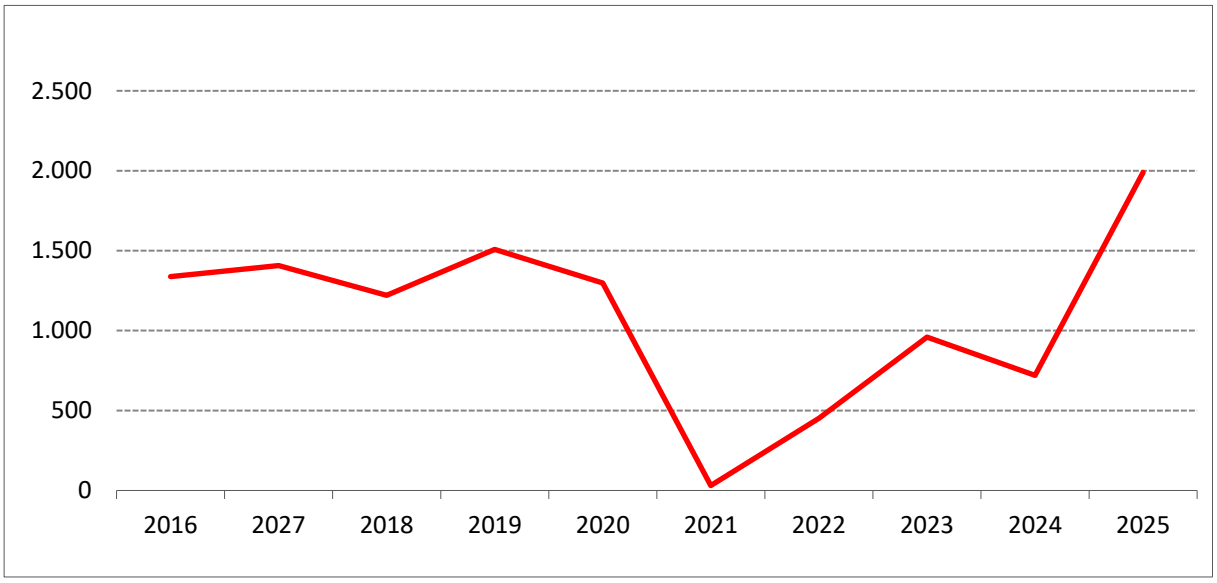
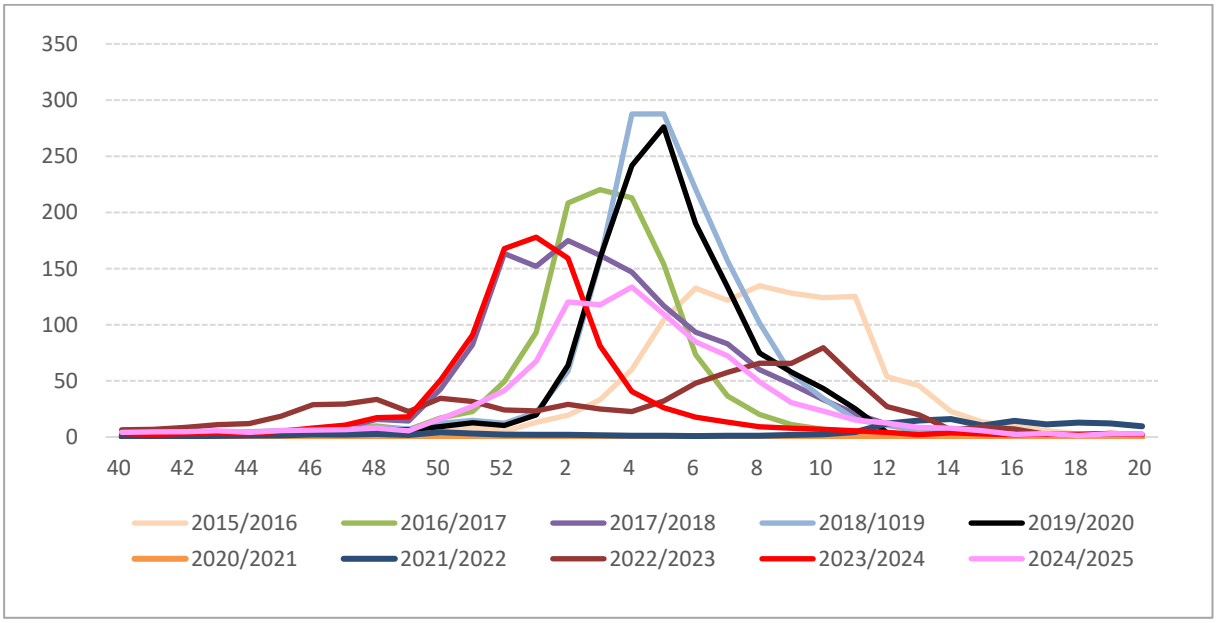


Gráfico 6.1.1.b. Tasas de incidencia semanal de gripe por 100.000 habitantes. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Temporadas 2015-2016 a 2024-2025.

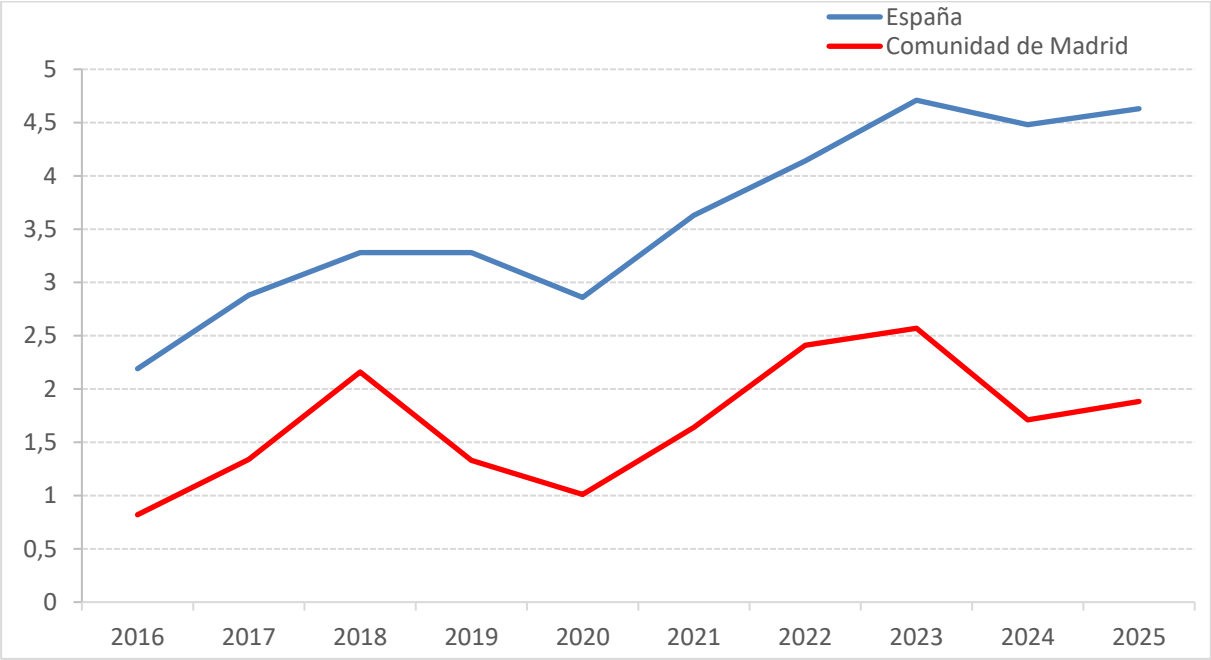


Además, se registraron 79 brotes en colectivos vulnerables, 70 (92,1%) en residencias de personas mayores, 6 en residencias de personas con discapacidad y 3 en centros sociosanitarios, con un total de 1.033 casos. De ellos, 362 (35,0%) requirieron ingreso hospitalario. En todos los brotes se identificó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

6.1.2. Legionelosis

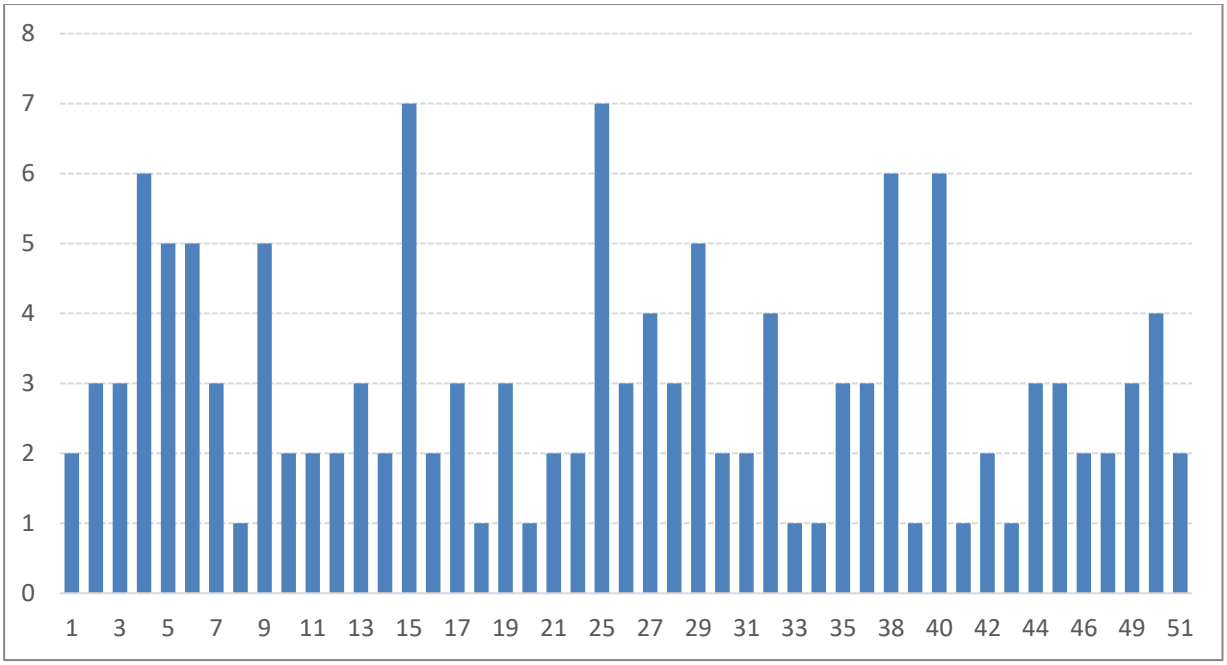
En 2025 se registraron 134 casos de legionelosis, frente a 119 casos en 2024. La tasa de incidencia acumulada fue de 1,88 casos por 100.000 habitantes, inferior a la registrada en España a lo largo de los últimos 10 años (Gráfico 6.1.2.a).

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



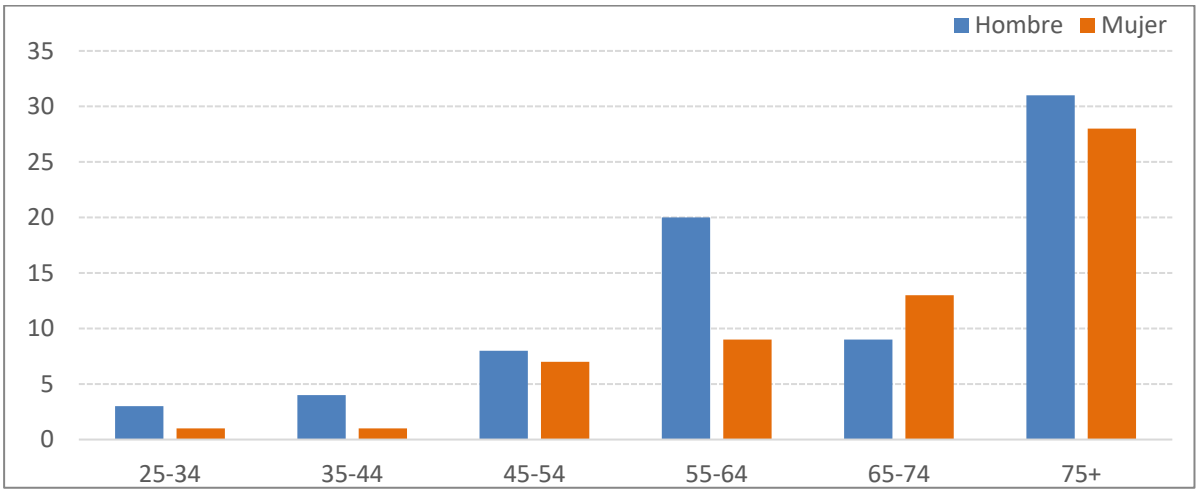
No se observó un patrón estacional en la aparición de los casos (Gráfico 6.1.2. b).

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



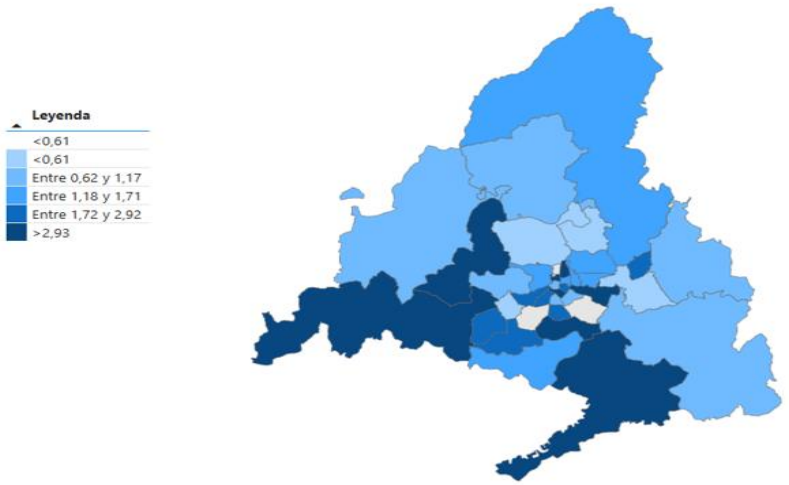
De los 134 casos, 75 (56%) fueron hombres. La edad media fue 69,4 años, con un rango comprendido entre los 31 y los 95 años. El 44,1% de los casos fueron mayores de 75 años (Gráfico 6.1.2.c).

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



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

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



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

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

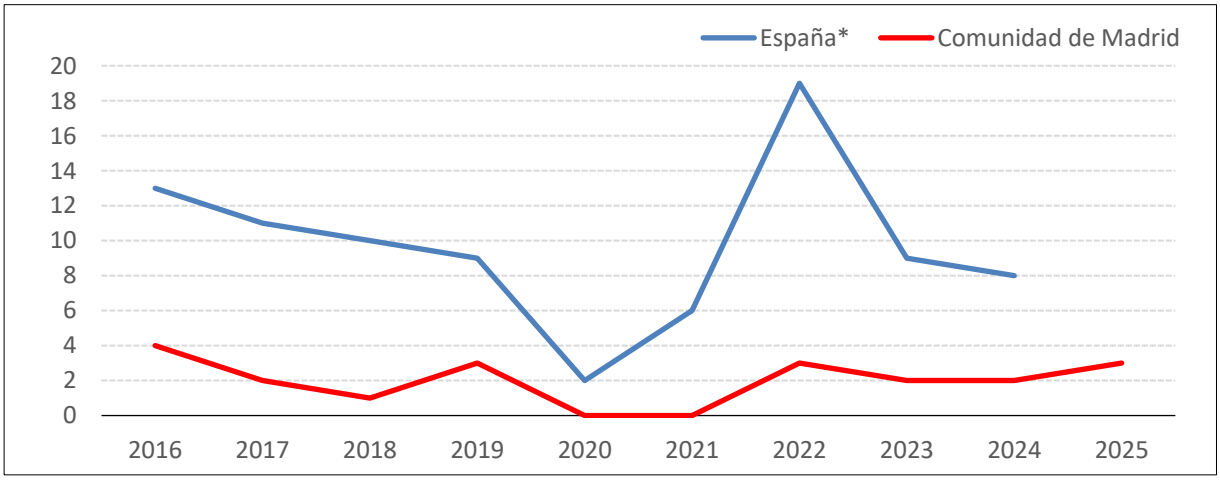
Los principales factores predisponentes observados para la adquisición de la enfermedad fueron tabaquismo (28,8%), diabetes mellitus (21,8%), enfermedad pulmonar crónica (21,9%), inmunosupresión (18,4%), neoplasia (14,1%) o nefropatía (9,9%) (factores no excluyentes). Respecto

a la evolución, en 20 casos (14,9%) fue necesario el ingreso en una Unidad de Cuidados Intensivos. Hubo 16 fallecidos (11,9%), presentando todos ellos patología previa de base. Se asociaron 14 casos (10,4%) con viajes, 7 (5,2%) con ingresos hospitalarios y 113 (84,3%) con un origen comunitario. Se requirió una investigación ambiental en 13 centros sociosanitarios (visitas de inspección con toma de muestras ambientales).

6.1.3. Lepra

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

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

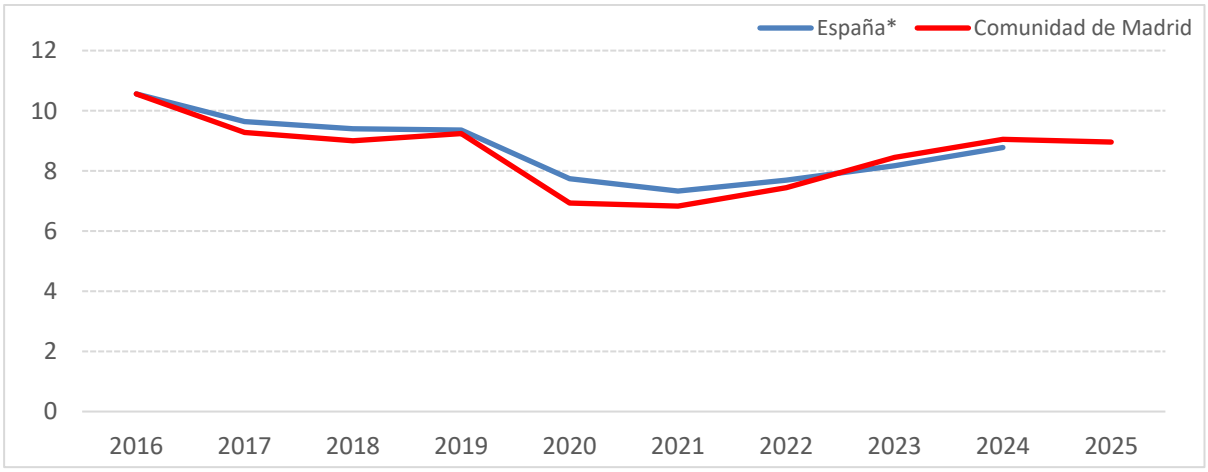


*No hay datos disponibles de España para 2025 en el momento de elaborar este informe.

6.1.4. Tuberculosis

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

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



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

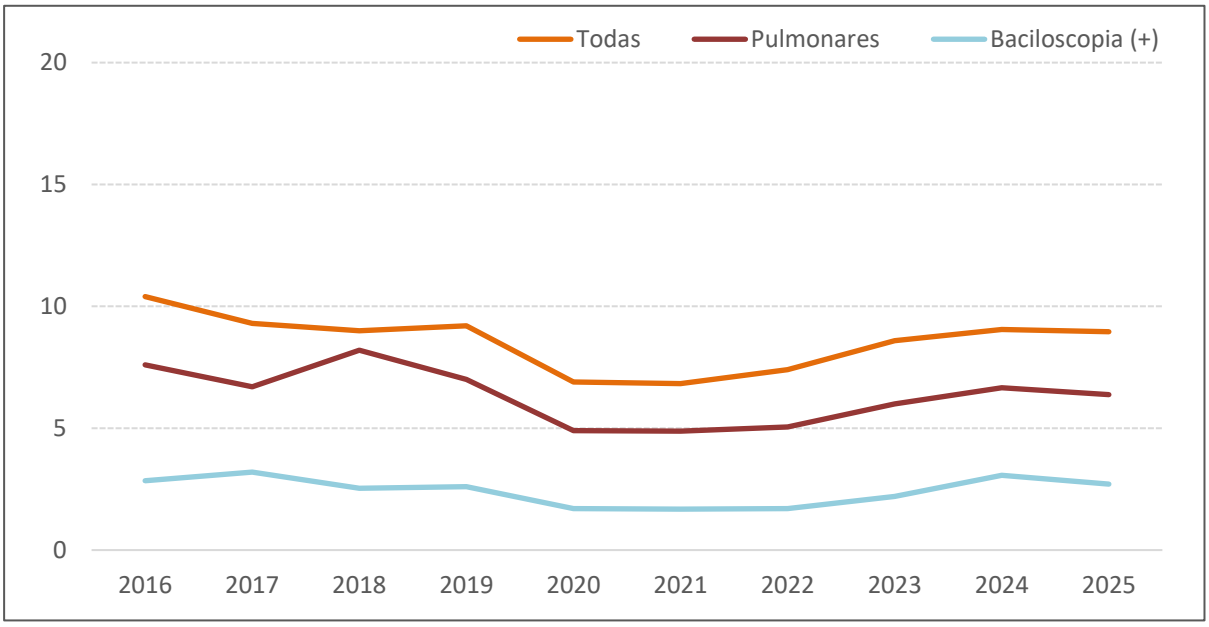
Hubo un predominio masculino con 376 casos (58,9% de los casos y una tasa de incidencia de 11,0 casos por 100.000 habitantes), frente 262 casos en mujeres (41,1% del total), con una incidencia de 7,07 casos por 100.000. La razón hombre/mujer fue de 1,44, inferior a la observada en 2024 (1,58).

En los hombres, los grupos de edad con las tasas de incidencia más elevadas fueron los de 25 a 34 años (15,7 casos por 100.000 habitantes), seguidos por los de 45 a 54 años (13,5 casos por 100.000 habitantes), los de 15 a 24 años (12,8 casos por 100.000 habitantes) y los de 75 o más años (12,6 casos por 100.000 habitantes). En las mujeres, la mayor tasa se observó en el grupo de 25 a 34 años (8,97 casos por 100.000 habitantes), seguido por los grupos de 15 a 24 años (8,61 casos por 100.000 habitantes) y de 75 o más años (8,21 casos por 100.000 habitantes).

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

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

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



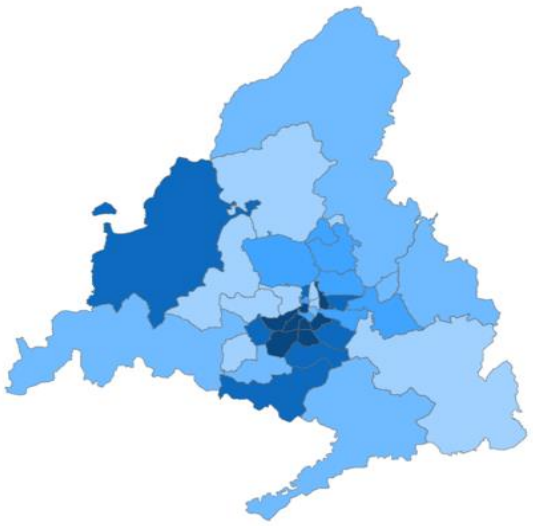
Se identificaron 33 nuevos casos a partir de los estudios de contactos (2,5% de los 1.325 contactos estudiados), 29 entre convivientes de los casos y 4 en contactos frecuentes no convivientes. Además, se identificaron 262 infecciones tuberculosas latentes (19,8%).

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

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

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





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

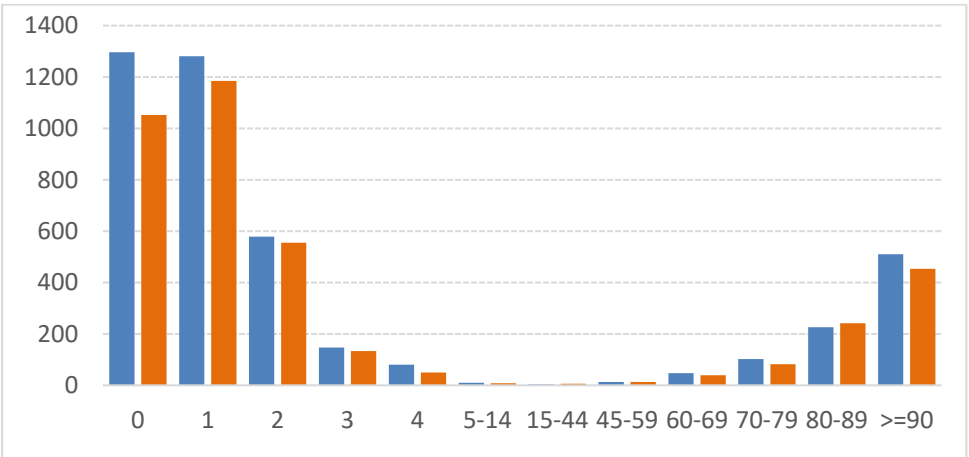
A través del Convenio con Cruz Roja, sus Unidades Móviles facilitaron el tratamiento directamente observado o supervisado a 133 casos nuevos (20,8% del total de casos registrados), en estrecha colaboración con la Subdirección General de Vigilancia en Salud Pública.

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

6.1.5. Virus respiratorio sincitial

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

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



En relación con la gravedad de los casos, el 69,5% de los pacientes requirió ingreso hospitalario, siendo más frecuente en los niños de 0, 1 y 2 años (79,9%, 76,7% y 73,4% respectivamente) y en adultos de 80 a 89 años (71,8%) y de 90 o más años (77,7%). Este porcentaje fue ligeramente superior al registrado en 2024 (67,8%). Se registraron 95 fallecimientos (87 en pacientes de 70 o más años). En la población menor de 70 años el porcentaje de fallecidos fue del 0,3%, en el grupo de 70 a 79 años del 3,1%, en el grupo de 80 a 89 años del 5,9% y en las personas de 90 o más años del 6,2%. Respecto a 2024, cuando se registraron 106 fallecimientos, se observó una reducción del 10,4% en el número total de defunciones.

6.2. ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN ALIMENTARIA

6.2.1. Botulismo

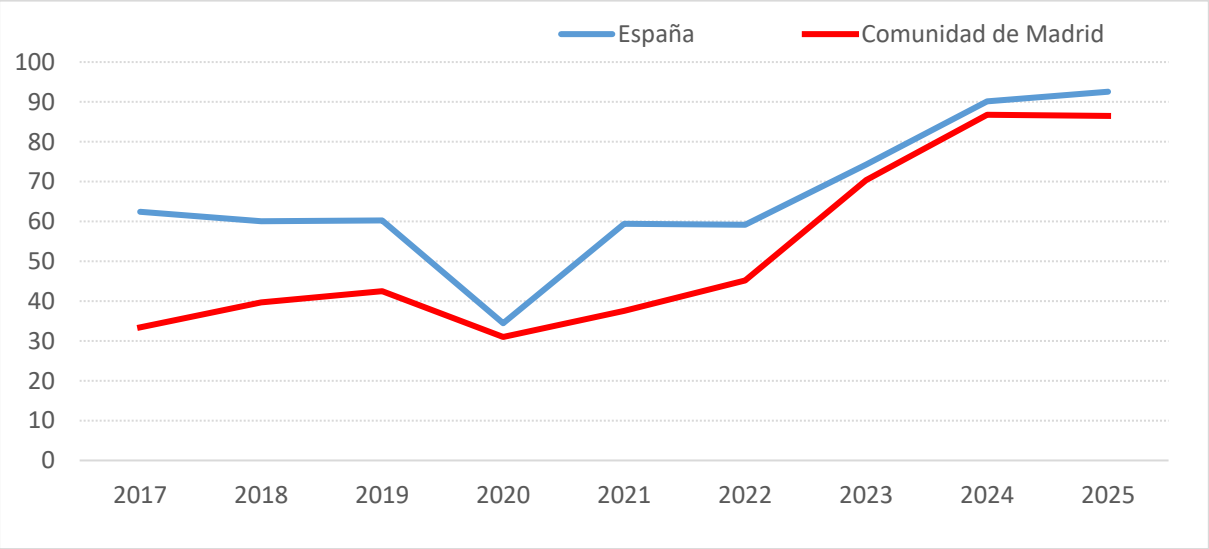
En el año 2025 se registraron 2 casos confirmados de botulismo, con una incidencia acumulada de 0,03 casos por 100.000 habitantes. El primer caso correspondió a un botulismo alimentario en un varón de 50 años que desarrolló astenia muy importante, náuseas, diplopía, ptosis, boca seca, arreflexia y disartria.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

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

6.2.2. Campilobacteriosis

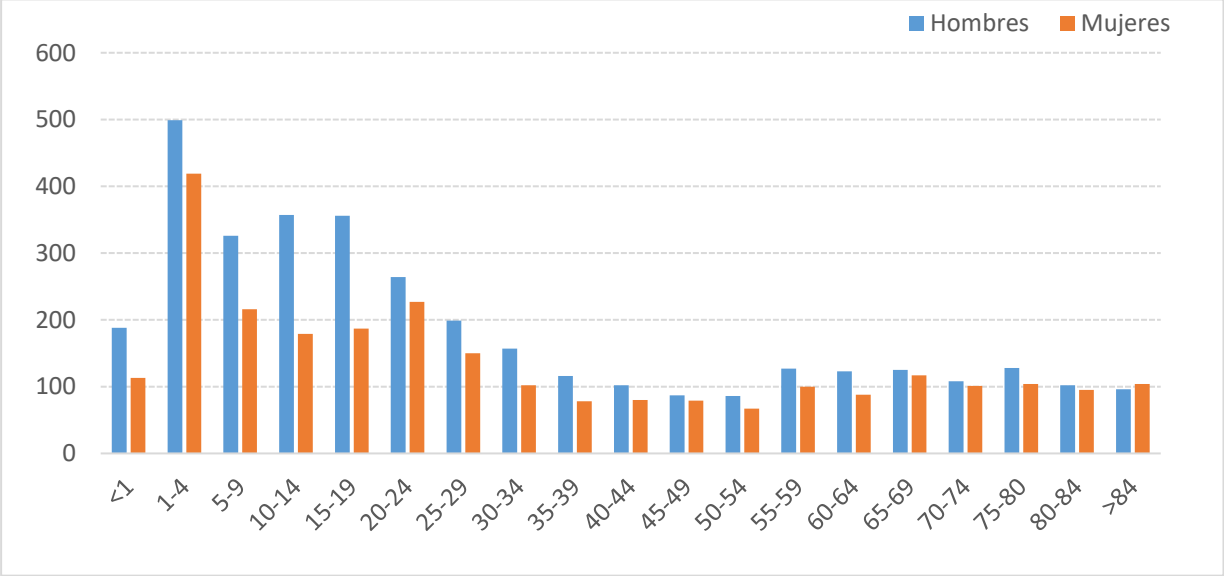
En el año 2025 se registraron 6.152 casos de campilobacteriosis, con una incidencia de 86,5 casos por 100.000 habitantes. Se observó una estabilización de la incidencia después de varios años de aumento progresivo (Gráfico 6.2.2.a).

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



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

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



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

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

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

Todos los casos fueron confirmados microbiológicamente. El tipo de muestra para el análisis microbiológico estaba registrado en 6.129 casos (99,6%). Las muestras para análisis correspondieron a heces (6.071 casos; 99,1%), sangre (23 casos; 0,4%), biopsia intestinal (20 casos; 0,3%), abscesos (5 casos; 0,08%); líquido articular y líquido peritoneal (cada uno 2 casos; 0,03%) y exudado rectal, herida

quirúrgica, líquido cefalorraquídeo, líquido biliar, prótesis vascular y pus (cada uno 1 caso; 0,02%). La especie fue registrada en 5.150 casos (83,7%). De éstos, la predominante fue *C. jejuni* con el 82,8% (4.262 casos), seguida de *C. coli* (16,7%). Otras especies presentaron baja frecuencia: *C. fetus* (0,21%), *C. lari* (0,17%) y *C. ureolyticus* (0,12%). Se detectaron 2 casos de *C. upsaliensis* y de *C. rectus y* uno de *C. curvus*.

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

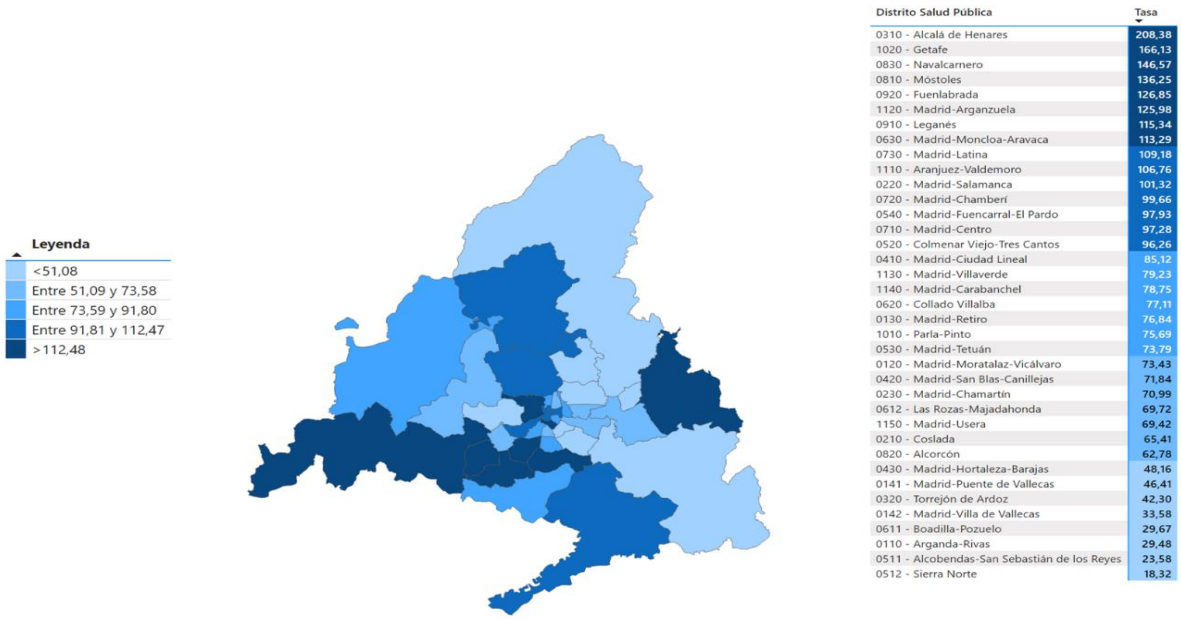
Se comunicaron 4 brotes relacionados con establecimientos de restauración, con 2, 3, 3 y 4 casos, respectivamente. El alimento sospechoso se categorizó como carne de ave en dos brotes y otras carnes y pescados crudos en los dos restantes.

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

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

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

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

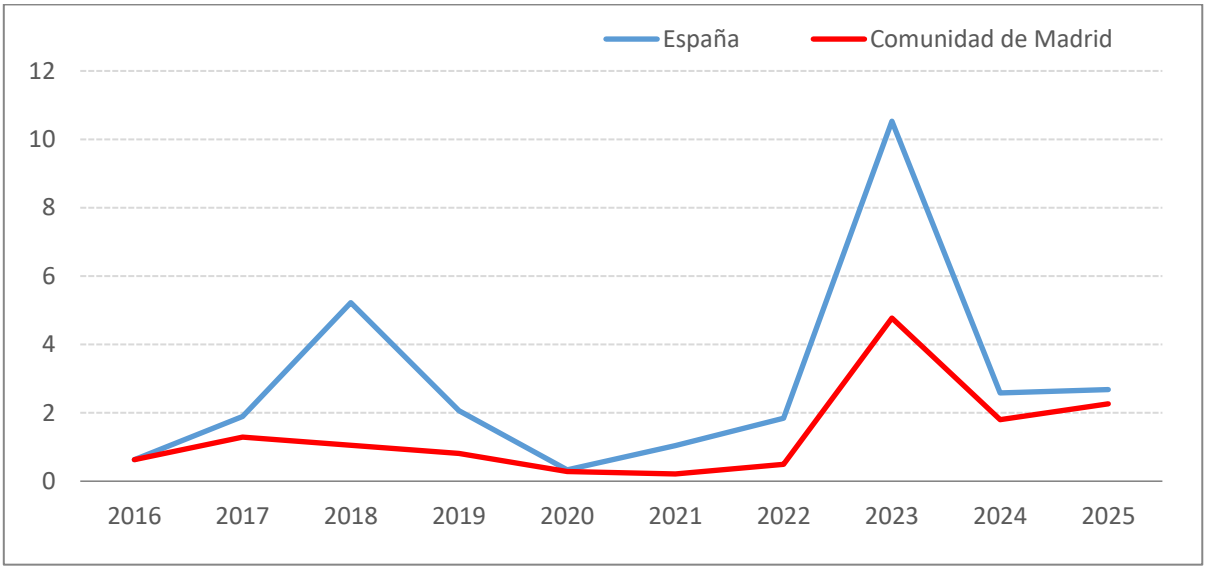


Distrito Salud Pública	Tasa
0310 - Alcalá de Henares	208,38
1020 - Getafe	166,13
0830 - Navalcarnero	146,57
0810 - Móstoles	136,25
0920 - Fuenlabrada	126,85
1120 - Madrid-Arganzuela	125,98
0910 - Leganés	115,34
0630 - Madrid-Moncloa-Aravaca	113,29
0730 - Madrid-Latina	109,18
1110 - Aranjuez-Valdemoro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

6.2.3. Criptosporidiosis

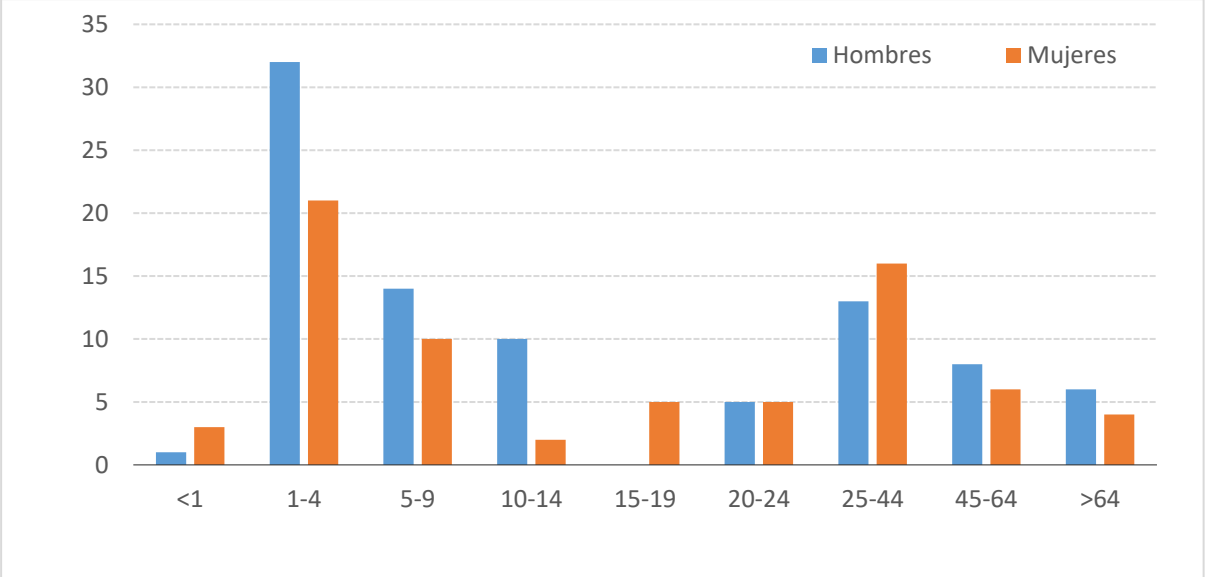
En el año 2025 se registraron 161 casos de criptosporidiosis, con una incidencia de 2,26 casos por 100.000 habitantes, lo que supone un ligero aumento de la incidencia en relación con el año anterior (Gráfico 6.2.3.a).

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



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

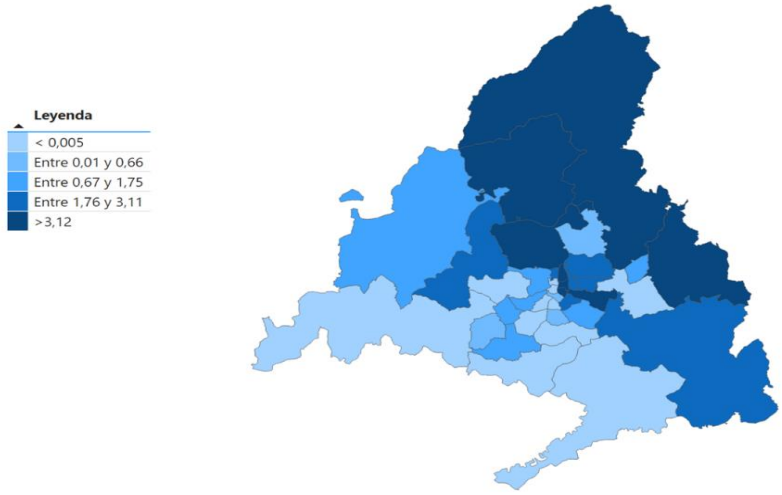
Gráfico 6.2.3.b. Número de casos de criptosporidiosis por sexo y grupo de edad, en años. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2025.



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

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

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

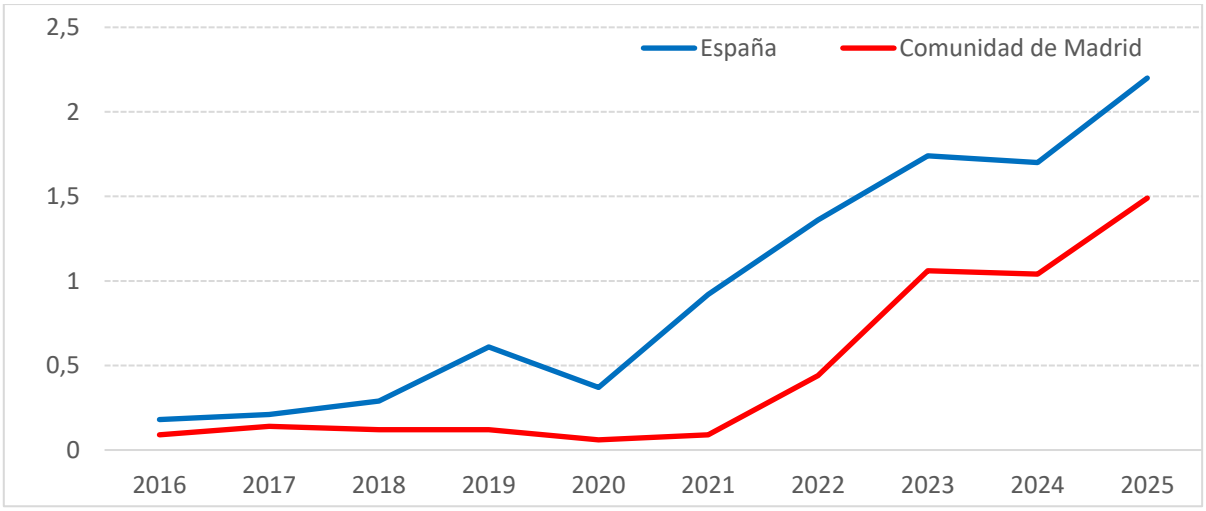


Distrito Salud Pública	Tasa
0520 - Colmenar Viejo-Tres Cantos	16,25
0540 - Madrid-Fuencarral-El Pardo	8,62
0310 - Alcalá de Henares	8,37
0120 - Madrid-Moratalaz-Vicálvaro	6,34
0220 - Madrid-Salamanca	5,77
0130 - Madrid-Retiro	4,52
0230 - Madrid-Chamartín	4,06
0512 - Sierra Norte	3,16
0530 - Madrid-Tetuán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

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

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

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



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

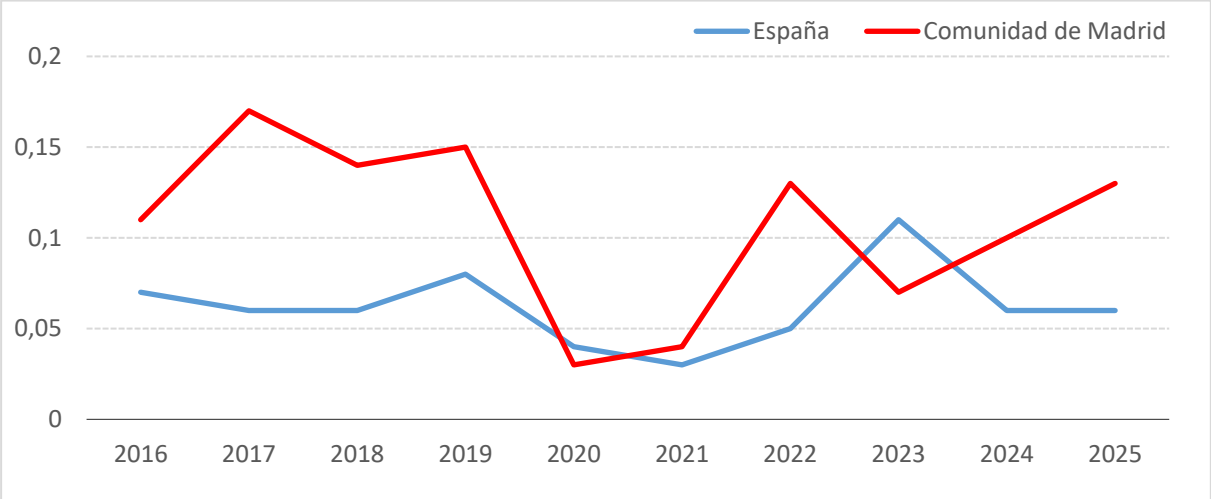
El 96,2% de los casos se diagnosticaron por detección de ácido nucleico y el 6,6% por cultivo (el cómputo es superior al 100% porque en algunos casos se informaron ambas pruebas). La verotoxina STX1 se detectó de manera aislada en el 0,9% de los casos y la STX2 en el 1,9%; se detectaron ambas en el 6,6%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

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

6.2.5. Fiebre tifoidea y paratifoidea

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

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



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

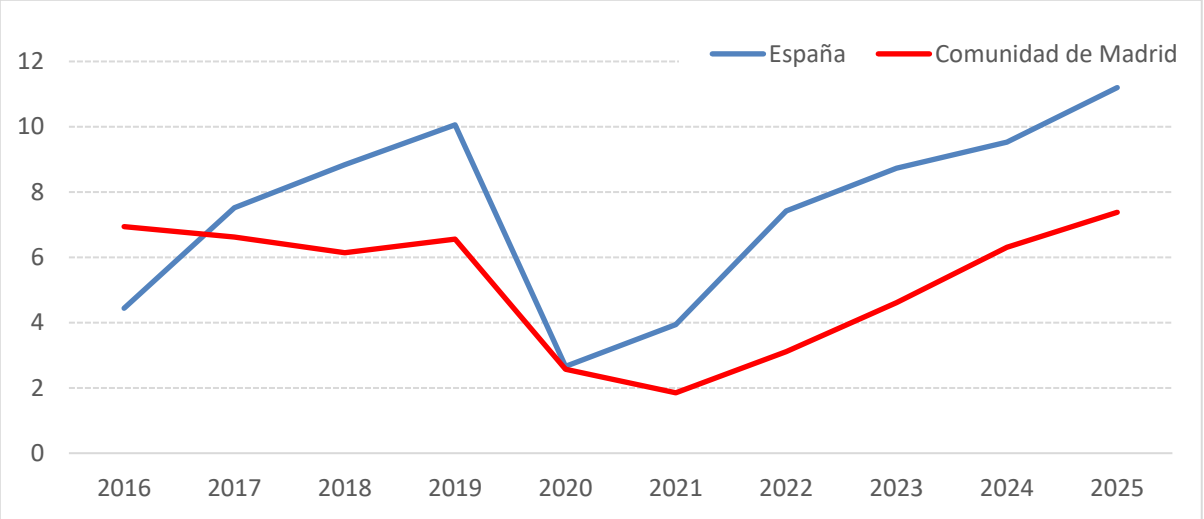
Ocho casos (88,9%) requirieron hospitalización (estancia media: 8,6 días; mediana: 8 días). No se produjo ningún fallecimiento. No se identificaron casos asociados entre sí.

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

6.2.6. Giardiasis

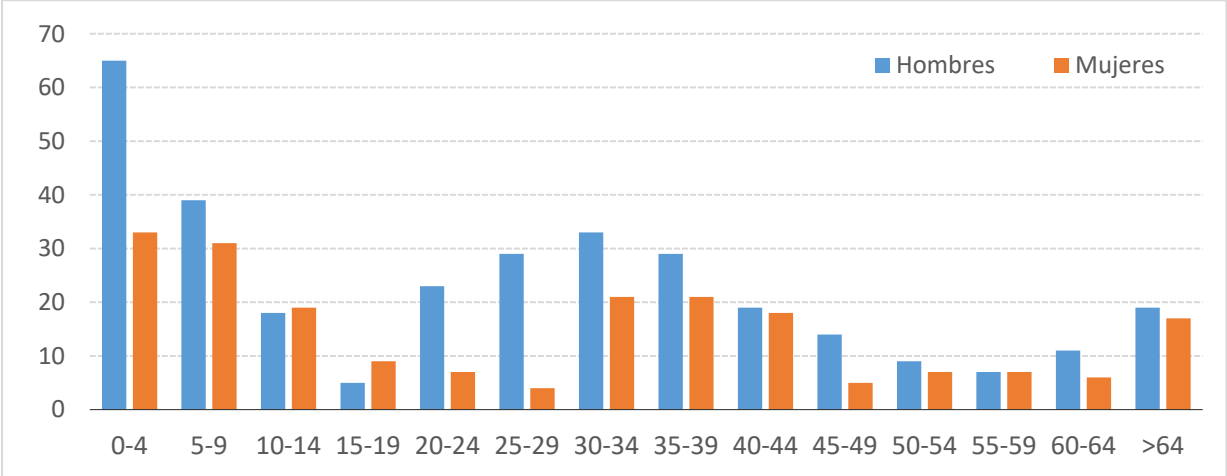
En 2025 se registraron 525 casos de giardiasis en la Comunidad de Madrid, con una incidencia de 7,38 casos por 100.000 habitantes, manteniendo la tendencia creciente observada desde 2022 (Gráfico 6.2.6.a).

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



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

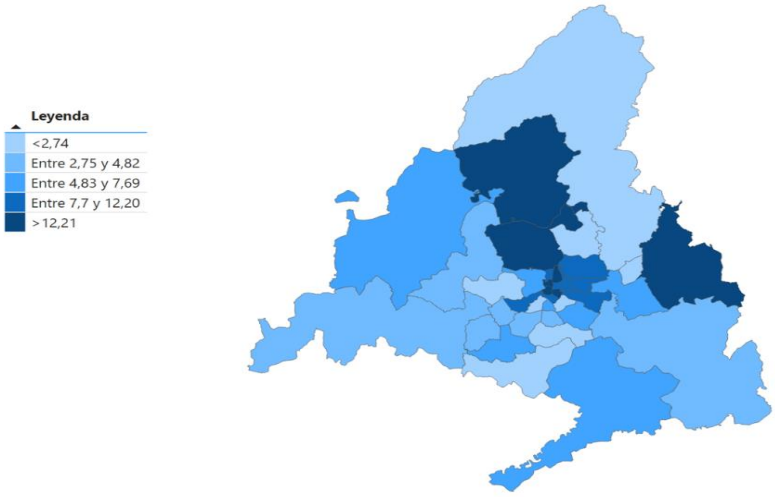
Gráfico 6.2.6.b. Número de casos de giardiasis por sexo y grupo de edad, en años. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2025.



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

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

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

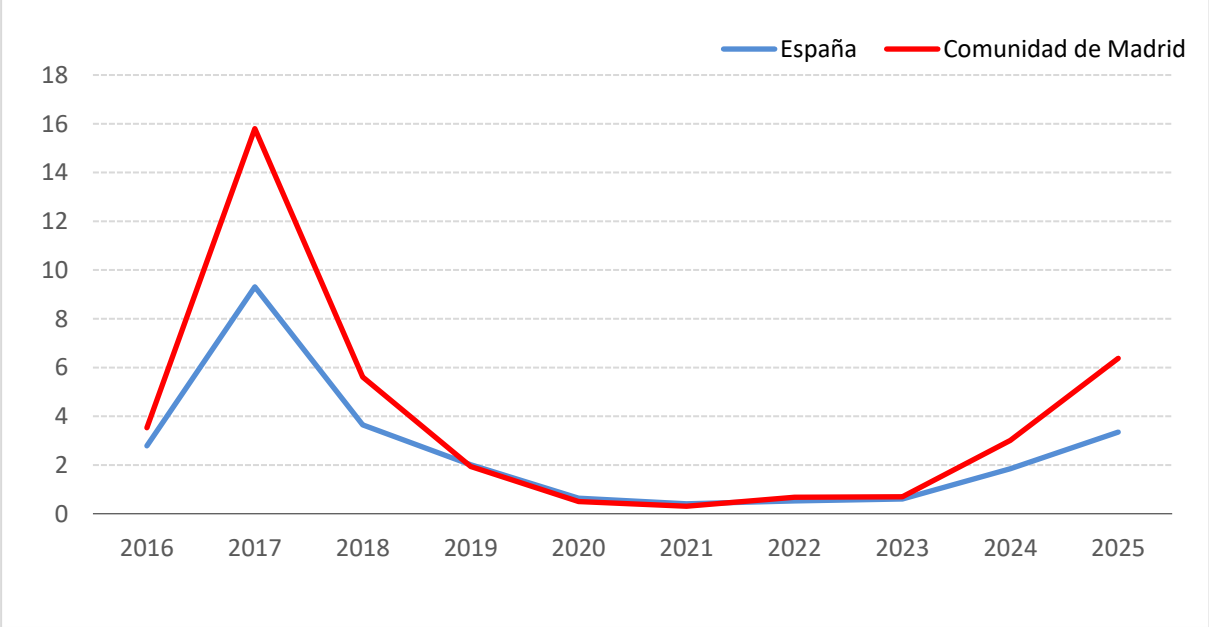


Distrito Salud Pública	Tasa
0540 - Madrid-Fuencarral-El Pardo	18,02
0230 - Madrid-Chamartín	16,90
0520 - Colmenar Viejo-Tres Cantos	16,88
0130 - Madrid-Retiro	16,27
0310 - Alcalá de Henares	15,97
0720 - Madrid-Chamberí	15,17
0710 - Madrid-Centro	12,97
0530 - Madrid-Tetuán	12,20
0220 - Madrid-Salamanca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

6.2.7. Hepatitis A

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

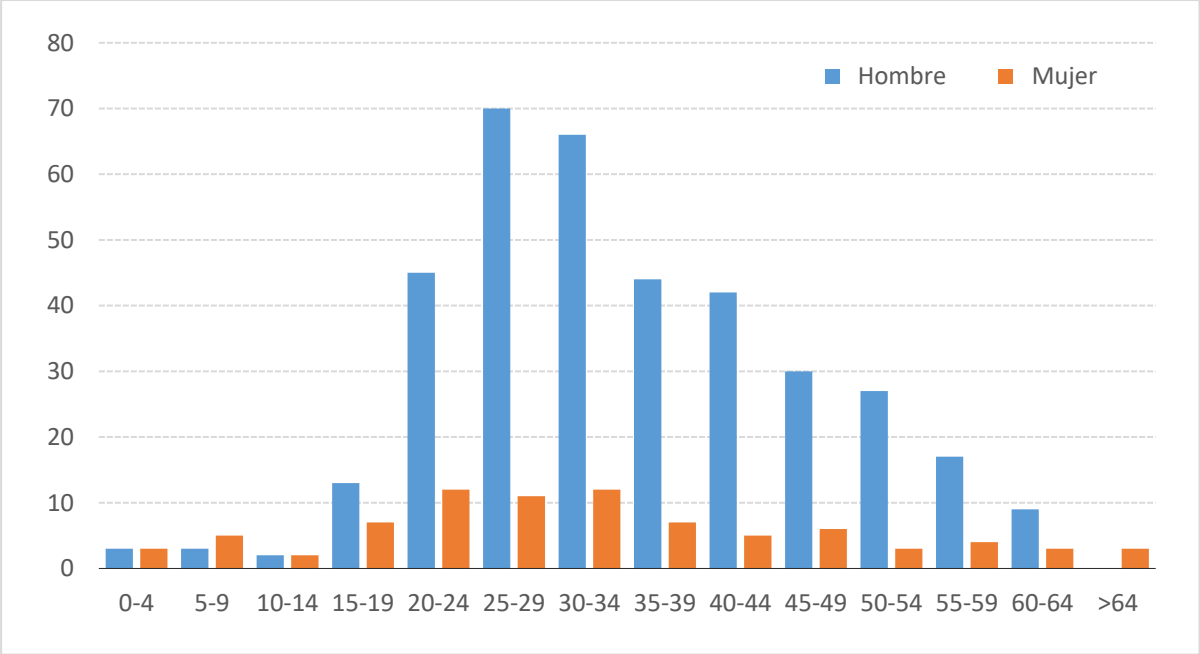
Gráfico 6.2.7.a. Tasas de incidencia acumulada de hepatitis A por 100.000 habitantes. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid y España. Años 2016-2025.



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

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

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



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

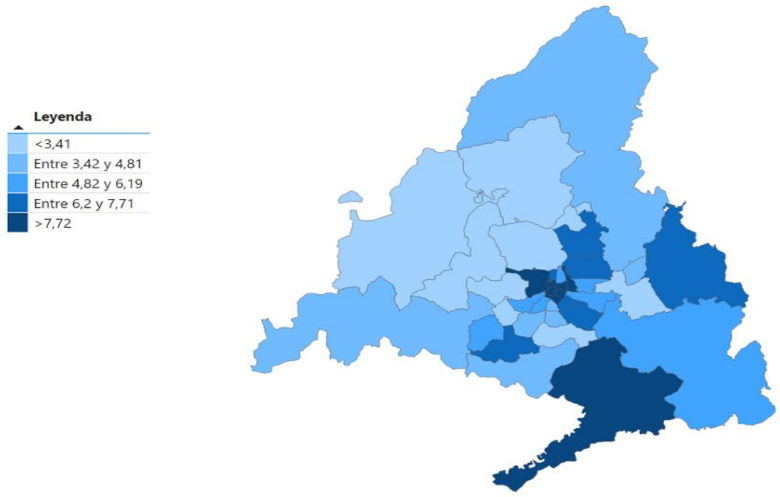
Excepto un caso, clasificado como probable por vínculo epidemiológico, todos se confirmaron por serología. Seis casos tenían antecedente de vacunación, aunque era muy reciente, indicada como profilaxis por contacto con un caso de hepatitis A. Se registró ingreso hospitalario en el 59,0% de los casos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

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

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

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

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



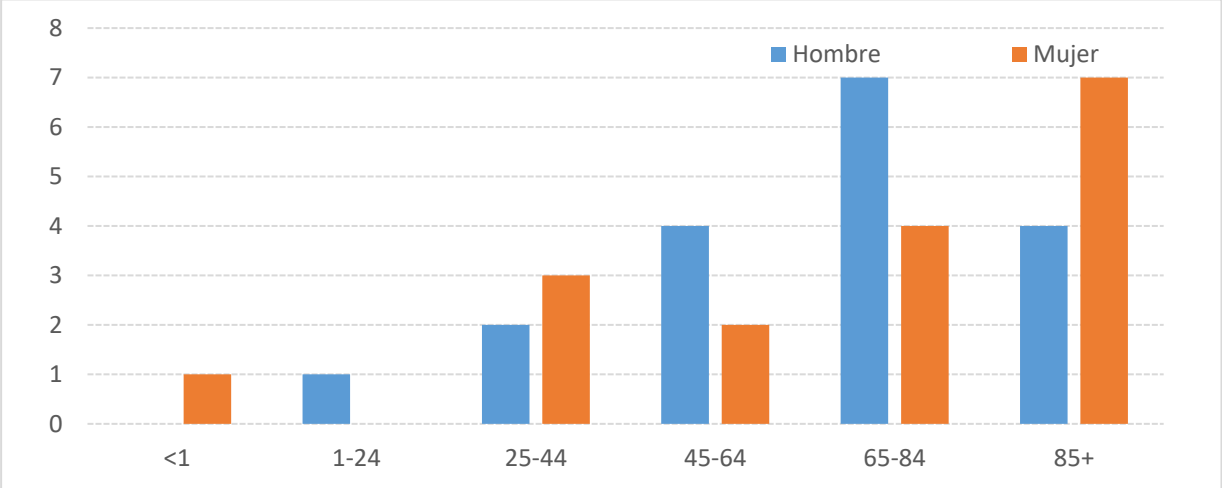
Distrito Salud Pública	Tasa
0710 - Madrid-Centro	42,52
0720 - Madrid-Chamberí	15,89
1120 - Madrid-Arganzuela	15,27
0220 - Madrid-Salamanca	8,98
0630 - Madrid-Moncloa-Aravaca	8,97
0130 - Madrid-Retiro	8,14
0410 - Madrid-Ciudad Lineal	8,02
1110 - Aranjuez-Valdemoro	7,79
0920 - Fuenlabrada	7,41
0142 - Madrid-Villa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

6.2.8. Listeriosis

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

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

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



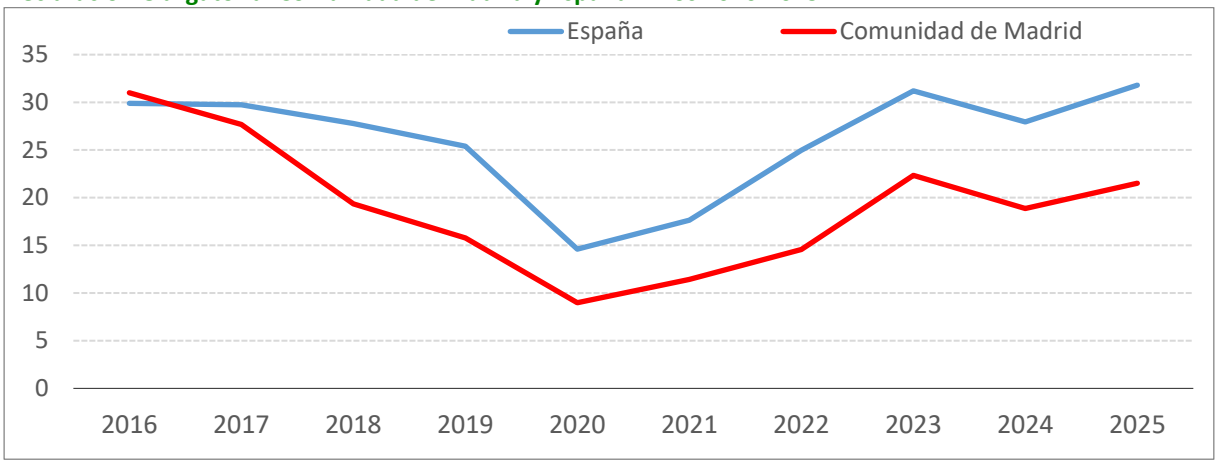
Hubo un caso de listeriosis neonatal (2,9%) y 3 casos de listeriosis del embarazo (8,6%). Del resto, en el 34,3% se manifestó como septicemia (12 casos), en el 25,7% presentaron meningitis y/o meningoencefalitis (9 casos), el 20,0% tuvieron fiebre sin meningitis ni sepsis (7 casos), en el 8,6% hubo infecciones en otras localizaciones (3 casos) y un caso (2,9%) tuvo sepsis con meningitis. El caso de listeriosis neonatal, originada por transmisión vertical, presentó buena evolución. Requirió hospitalización el 94,3% de los casos (estancia media: 20,2 días; rango: 4 – 63 días; mediana: 17,5 días).

Se registraron 10 fallecimientos (28,6%); rango de edad de 60 a 97 años, edad media: 78 años. Todos los casos excepto uno, clasificado como probable, cumplieron los criterios microbiológicos de confirmación. Entre los factores predisponentes detectados, destacan 9 casos (25,7%) relacionados con alguna situación de inmunodeficiencia, 6 casos (17,1%) tenían alguna patología oncológica y 5 casos (14,3%), otras patologías crónicas. Se informó de 3 casos (8,6%) probablemente asociados a la atención sanitaria. En ninguno de los casos se pudo vincular la enfermedad con el consumo de algún alimento concreto.

6.2.9. Salmonelosis (excepto Salmonella typhi y paratyphi)

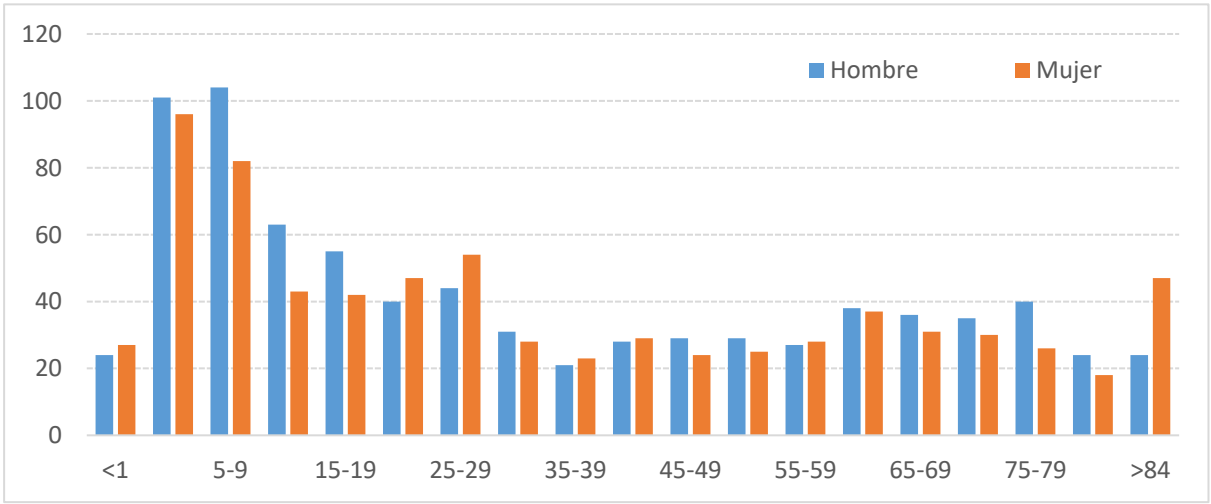
En el año 2025 se registraron 1.530 casos de salmonelosis en la Comunidad de Madrid, 208 casos más que en 2024, con una incidencia de 21,51 casos por 100.000 habitantes, manteniendo la tendencia estable iniciada en 2023 (Gráfico 6.2.9.a).

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



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

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



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

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

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

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

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

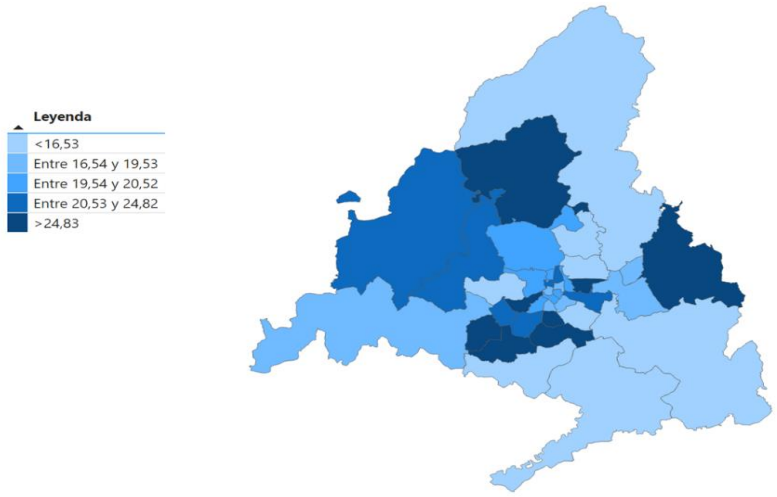
Tabla 6.2.9.b. Proporción de resistencia a antibacterianos de los casos de salmonelosis. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2025.

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

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

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

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

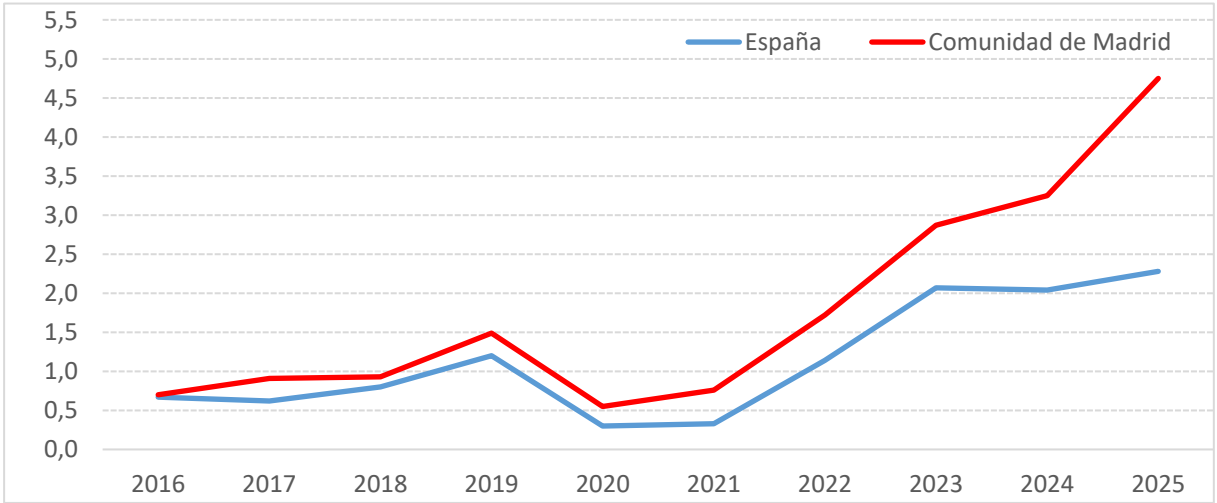


Distrito Salud Pública	Tasa
1020 - Getafe	34,25
0310 - Alcalá de Henares	31,94
0810 - Móstoles	29,31
0730 - Madrid-Latina	26,51
0920 - Fuenlabrada	26,39
0520 - Colmenar Viejo-Tres Cantos	26,25
1130 - Madrid-Villaverde	25,82
0420 - Madrid-San Blas-Canillejas	24,89
0720 - Madrid-Chamberí	24,55
0230 - Madrid-Chamartín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

6.2.10. Shigelosis

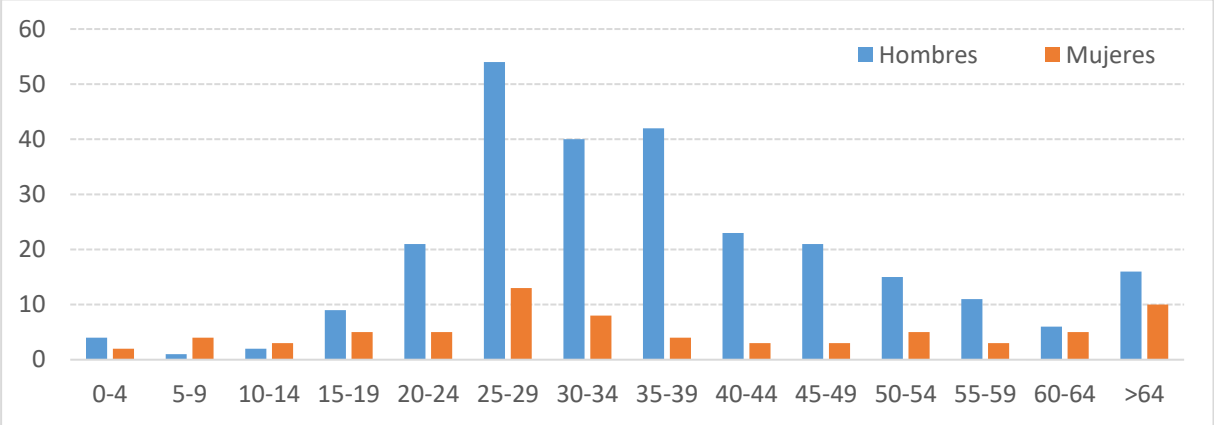
En 2025 se registraron 338 casos de shigelosis, con una incidencia de 4,75 casos por 100.000 habitantes Se mantuvo la tendencia rápidamente creciente iniciada en 2021 (Gráfico 6.2.10.a).

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



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

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



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

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

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

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

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

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

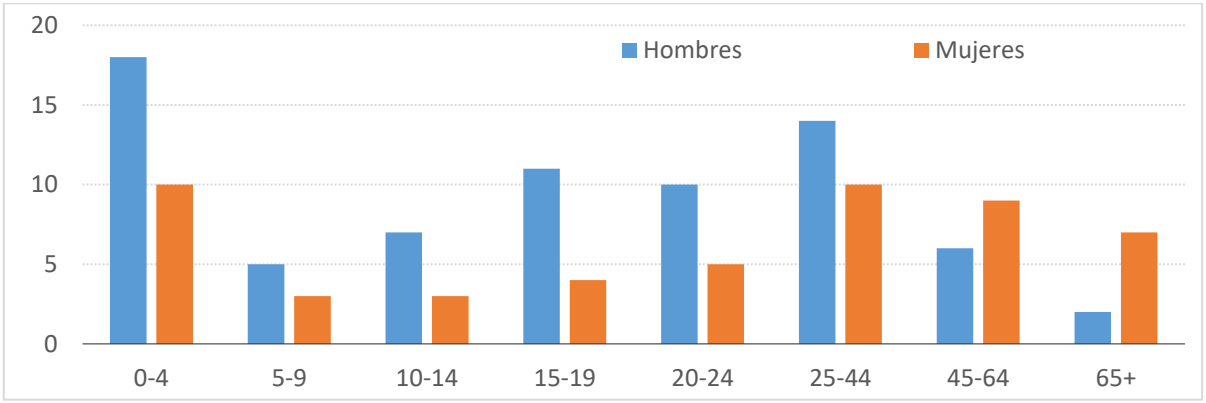
En cuanto al modo de transmisión, en 113 casos (33,4% del total) constaba un contacto sexual, de los que el 97,3% (110 casos) correspondían a varones. En 70 casos (20,7% del total) existía el antecedente de viaje fuera de España durante el período de incubación, de los que 42 (60%) procedían de África, 18 (25,7%) del continente americano, 7 (10%) de Asia y 3 casos (4,3%) de Europa. Por países, el mayor

número de casos procedía de Marruecos (11 casos; 15,7%), Egipto (6 casos; 8,6%), México y Senegal (cada uno 5 casos; 7,1%) y República Dominicana y Tanzania (cada uno 4 casos; 5,7%). No se comunicaron brotes causados por *Shigella.*

6.2.11. Yersiniosis

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

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



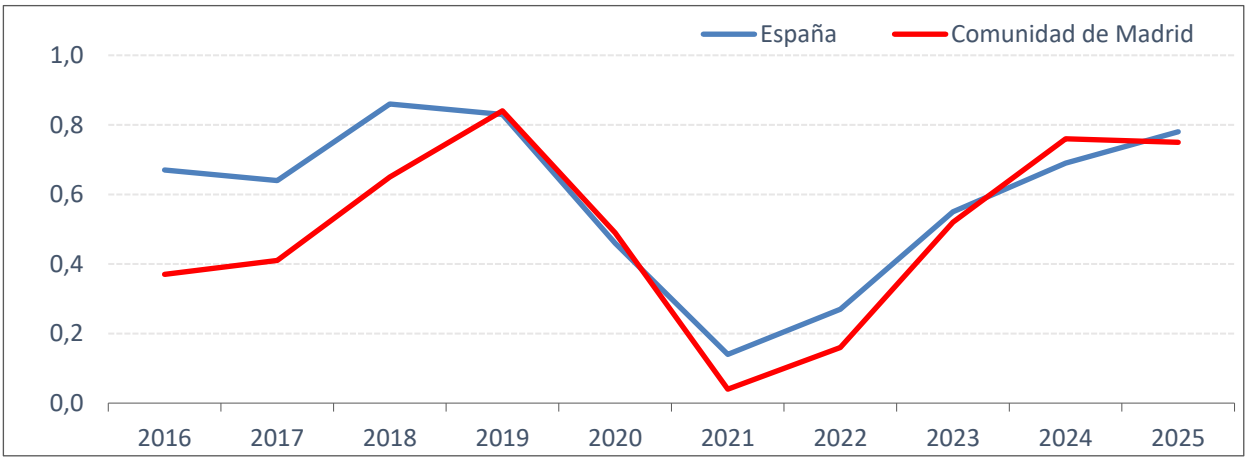
En todos los casos se registró la especie *Yersinia enterocolítica*. En 3 casos se obtuvo el serogrupo de *Y. enterocolítica,* (las tres fueron del serogrupo 3). Requirieron hospitalización el 9,7% de los casos. La estancia media fue de 4,4 días (mediana: 3,5 días). No se registraron defunciones. En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

6.3. ENFERMEDADES PREVENIBLES POR VACUNACIÓN

6.3.1. Enfermedad meningocócica

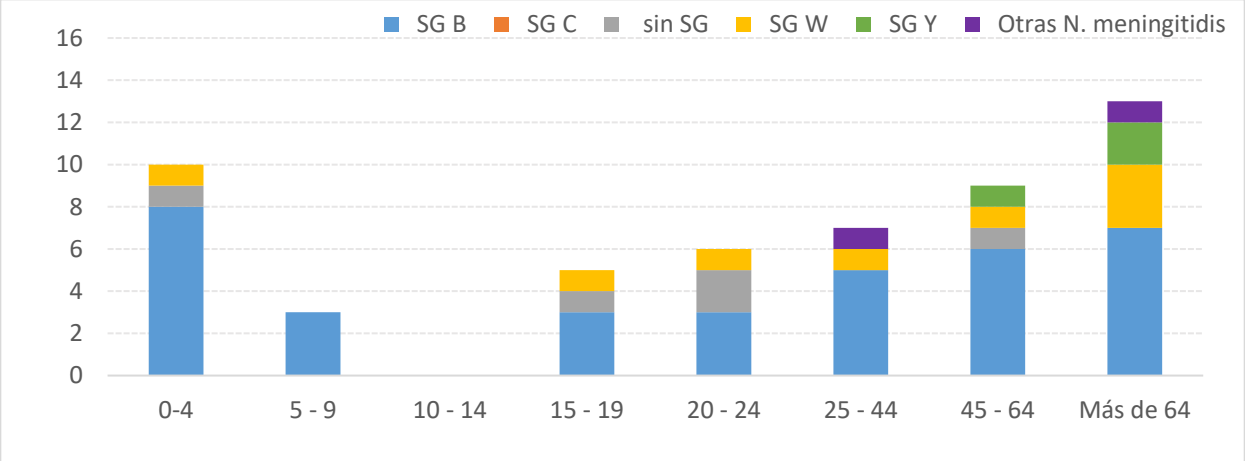
En el año 2025 se registraron 53 casos de enfermedad meningocócica invasiva (EMI), con una tasa de incidencia acumulada de 0,75 casos por 100.000 habitantes (Gráfico 6.3.1.a).

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



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

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



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

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

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

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

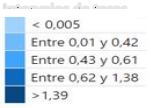
Serogrupo (SG)	Nº de casos	Serogrupo (%)	Nº Fallecidos/ letalidad (%)
B	35	72,9	3 (8,6)
C	0	-	-
W	8	16,7	2 (25)
Y	3	6,2	1 (33,3)
Sin serogrupar	5	-	0
Otros	2	4,2	0
Total	**53**		**6 (11,3)**

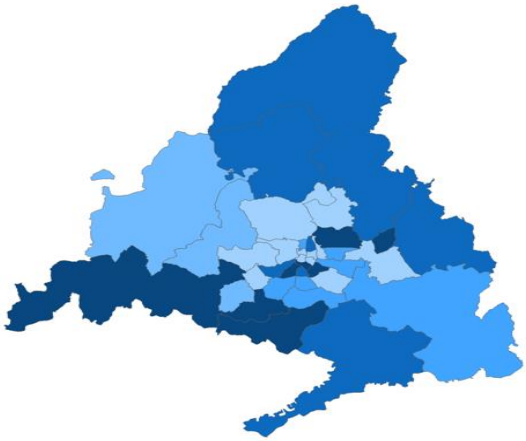
Se registraron 5 casos pediátricos por SG B que tenían administrada la vacuna específica para este SG (4CMenB): un caso de 3 meses de edad con una dosis, 3 casos entre 11 y 23 meses con dos dosis y un caso de 2 años con 3 dosis (fallecido). Estos 5 casos fueron debidos a cepas de SG B no cubiertas por la vacuna 4CMenB (4 fueron por subtipo VR:1; VR:14). Del resto de casos por SG B (n=30), con edades entre 2 y 82 años, más un bebé de 2 meses, solo estaba vacunado con 4CMenB un varón de 16 años.

El único caso pediátrico por SG W tenía 10 meses de edad y dos dosis de 4CMenB (no vacunado frente al SG causante de su enfermedad). Del resto de casos de EMI por SG W e Y (n=10), dos casos por SG W tenían administrada vacuna tetravalente (MenACWY): un caso de 19 años con una dosis y otro de 73 años, inmunodeprimido, con 2 dosis. Todos los casos registrados en 2025 se consideraron esporádicos.

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

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



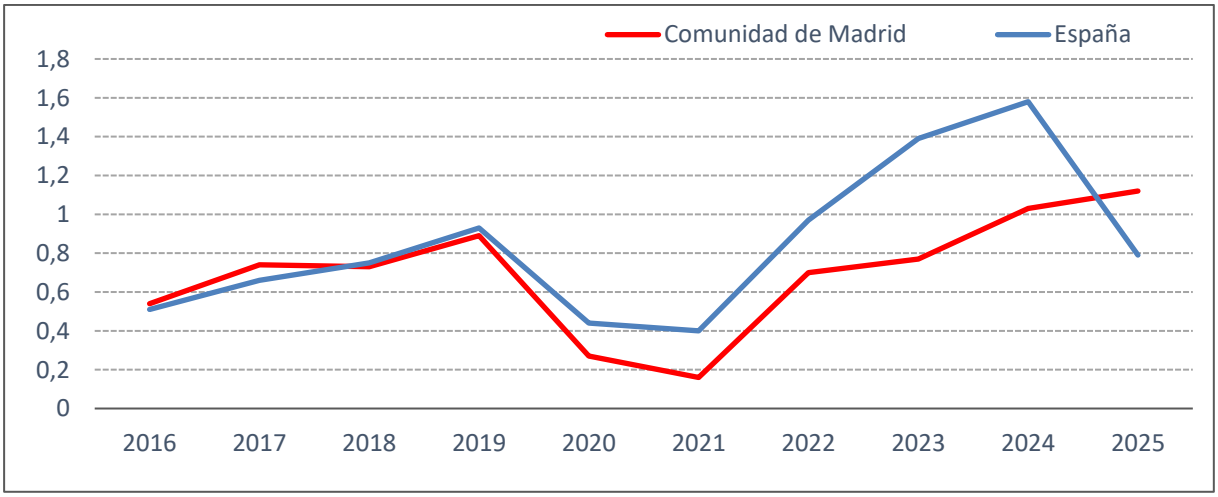


Distrito Salud Pública	Tasa
0830 - Navalcarnero	3,12
1010 - Parla-Pinto	2,93
1120 - Madrid-Arganzuela	1,91
0430 - Madrid-Hortaleza-Barajas	1,57
0141 - Madrid-Puente de Vallecas	1,56
1140 - Madrid-Carabanchel	1,48
0320 - Torrejón de Ardoz	1,39
0920 - Fuenlabrada	1,39
0230 - Madrid-Chamartín	1,35
0730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

6.3.2. Enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae*

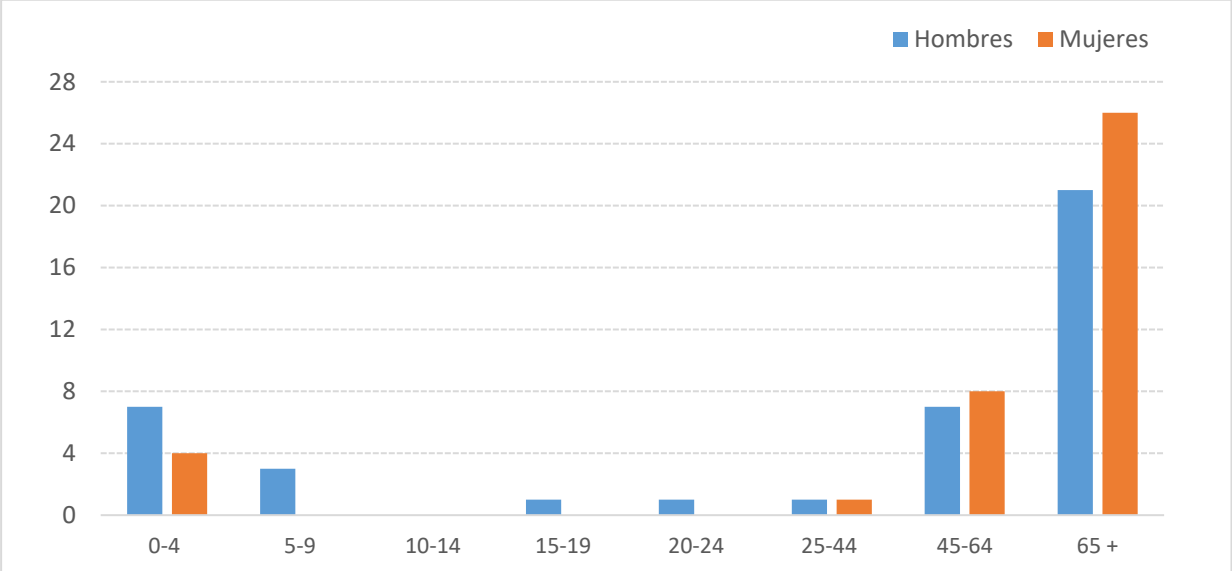
Durante el año 2025 se notificaron 80 casos de enfermedad producida por *Haemophilus influenzae*, lo que supone una incidencia acumulada de 1,12 casos por 100.000 habitantes (Gráfico 6.3.2.a).

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



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

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



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

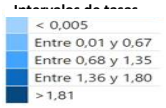
La forma de presentación clínica fue neumonía sin sepsis en el 30% de los casos (n=24), sepsis en el 23,8% (n=19), meningitis en el 13,8% (n=11), bacteriemia en el 25% (n=20) y otras formas menos frecuentes (artritis, colangitis…) en el resto de casos (n=5).

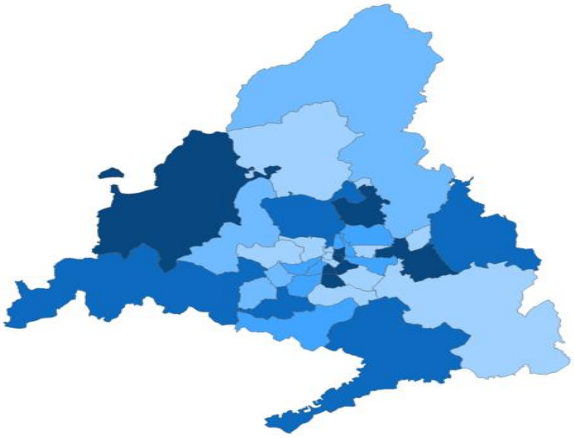
Tenían registro de vacunación frente a *Haemophilus influenzae* b, 13 casos (11 menores de edad y 2 adultos). Se detectó un fallo vacunal en un caso de 5 años, con neumonía bacteriémica por serotipo b y con fecha de su tercera y última dosis de vacuna 4 años antes.

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

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

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



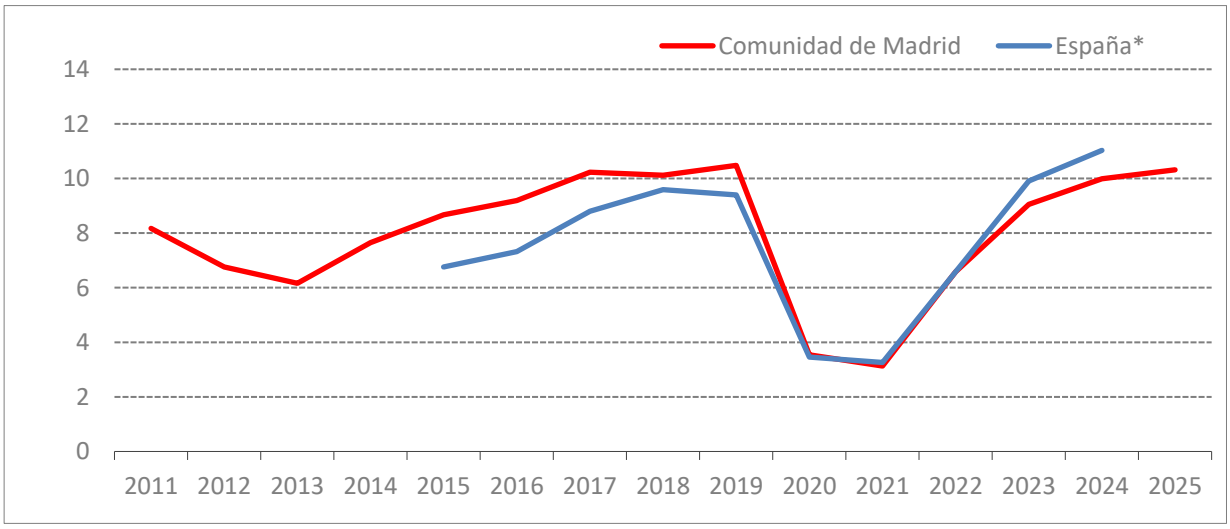


Distrito Salud Pública	Tasa
0141 - Madrid-Puente de Vallecas	2,73
1150 - Madrid-Usera	2,64
0210 - Coslada	2,38
1130 - Madrid-Villaverde	2,35
0620 - Collado Villalba	1,94
0220 - Madrid-Salamanca	1,92
0130 - Madrid-Retiro	1,81
0511 - Alcobendas-San Sebastián de los Reyes	1,81
0530 - Madrid-Tetuán	1,74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

6.3.3. Enfermedad neumocócica invasiva

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

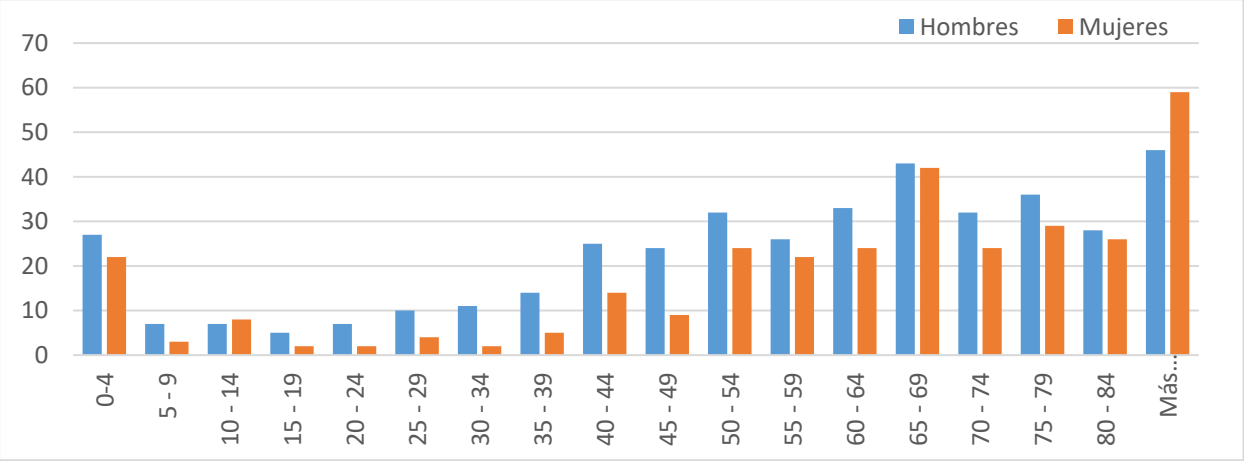
Gráfico 6.3.3.a. Tasas de incidencia acumulada de enfermedad neumocócica invasiva por 100.000 habitantes. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid y España. 2016-2025.



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

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

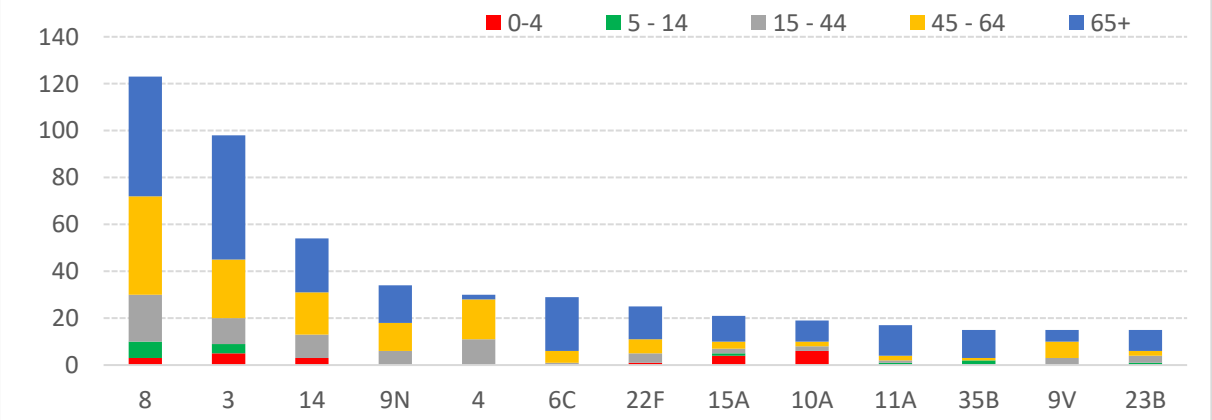
Gráfico 6.3.3.b. Número de casos de enfermedad neumocócica invasiva por sexo y grupo de edad, en años. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2025.



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

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

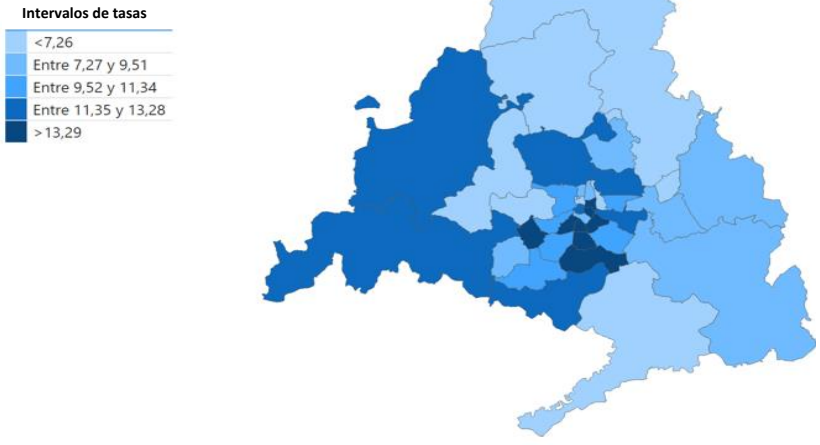
Gráfico 6.3.3.c. Número de casos de enfermedad neumocócica invasiva con principales serotipos y grupo de edad, en años. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2025.



De los 49 casos en menores de 5 años se analizó el serotipo de neumococo en 40. Fueron identificados 15 serotipos diferentes; los más frecuentes fueron el serotipo 10A con seis casos (15%), seguido del 3 con cinco casos (12,5%), el 15A y el 24B con cuatro casos (10% cada uno), el 8, el 14 y el 21 con tres casos (7,5% cada uno), el 24F, el 31 y el 34F con dos casos (5%), y los serotipos 7A, 10D, 19F y 33F con un caso (2,5% cada uno). Hubo un caso no tipable a nivel de serotipo correspondiente a serogrupo 24. Del total de 40 casos con serotipo de este grupo de edad, 9 (22,5%) fueron causados por serotipos incluidos en la vacuna conjugada 13-valente (VNC 13V) del calendario infantil, son los de los serotipos 3, 14 y 19F y un caso más, de serotipo 33F, incluido en la nueva vacuna conjugada 15-valente: VNC15. De los 10 casos, todos mayores de 9 meses, 9 tenían administradas vacunas conjugadas acordes al calendario (los 5 casos de serotipo 3 y uno de serotipo 14 con VNC 13V, otro caso de serotipo 14 con una combinación 2+1 de VNC 13 y VNC 15 y los de serotipo 19F y 33F con VNC 15). Hubo un caso de 1 año de serotipo 14 no vacunado. De los 5 casos de ENI por serotipo 3 en esta franja de edad, en 4 la determinación del serotipo (y el diagnóstico de ENI) se realizó en muestras de líquido pleural (el otro caso fue por hemocultivo) en el contexto clínico de neumonía con derrame pleural.

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

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

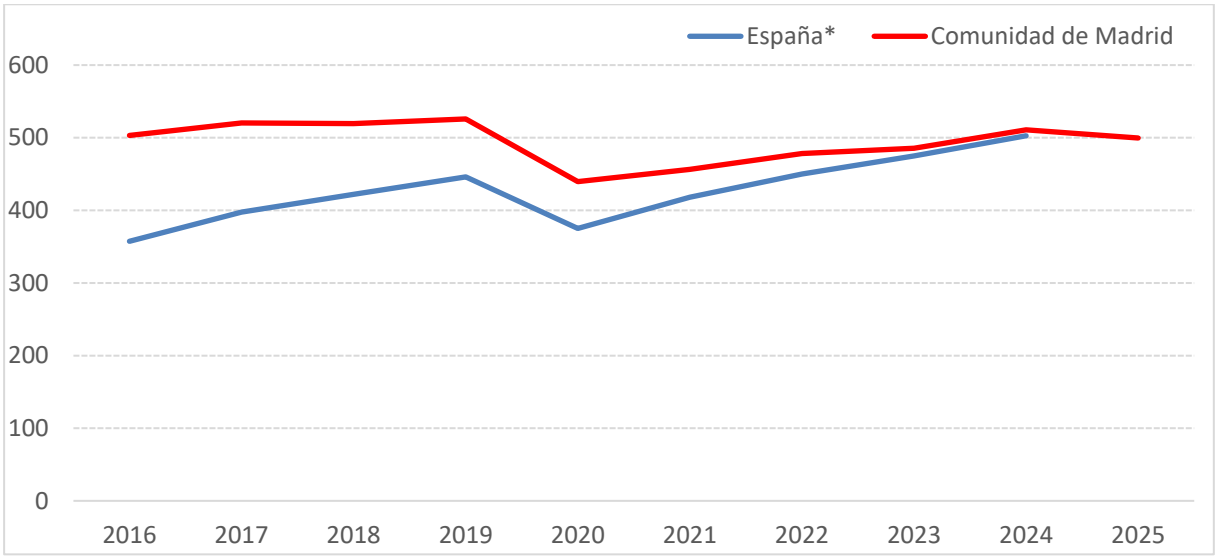


Distrito Salud Pública	Tasa
0220 - Madrid-Salamanca	16,03
1150 - Madrid-Usera	15,87
0820 - Alcorcón	15,84
1140 - Madrid-Carabanchel	15,53
0130 - Madrid-Retiro	15,37
0141 - Madrid-Puente de Vallecas	14,82
1130 - Madrid-Villaverde	13,50
1020 - Getafe	13,29
0830 - Navalcarnero	13,25
1010 - Parla-Pinto	12,55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

6.3.4. Herpes zóster

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

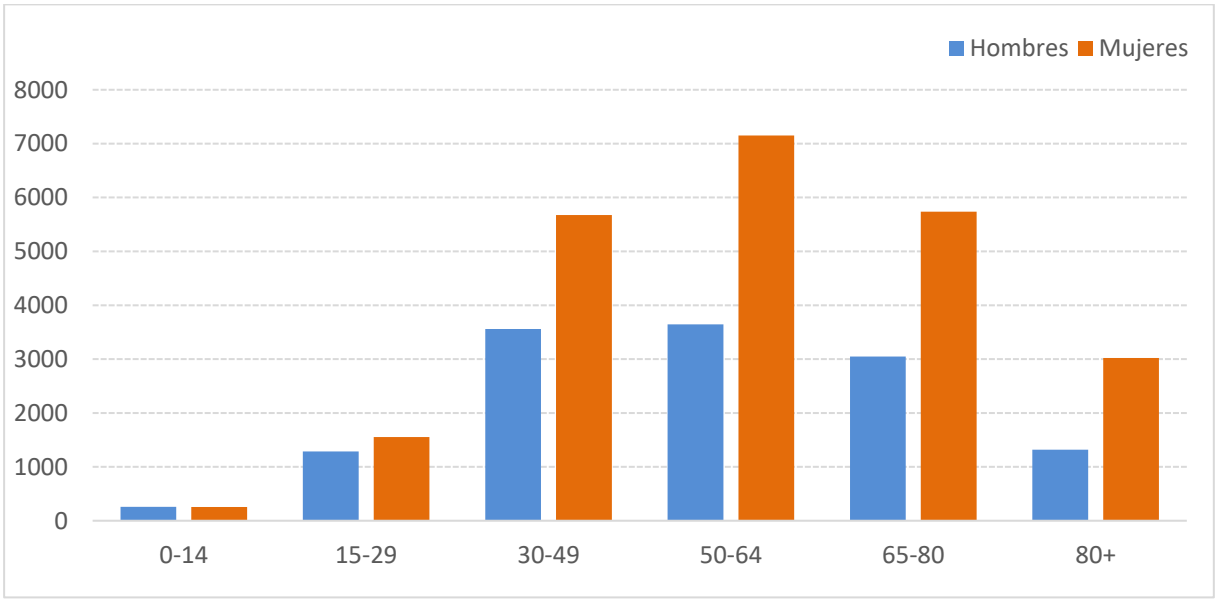
Gráfico 6.3.4.a. Tasas de incidencia acumulada de herpes zóster por 100.000 habitantes. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid y España. Años 2016-2025.



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

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

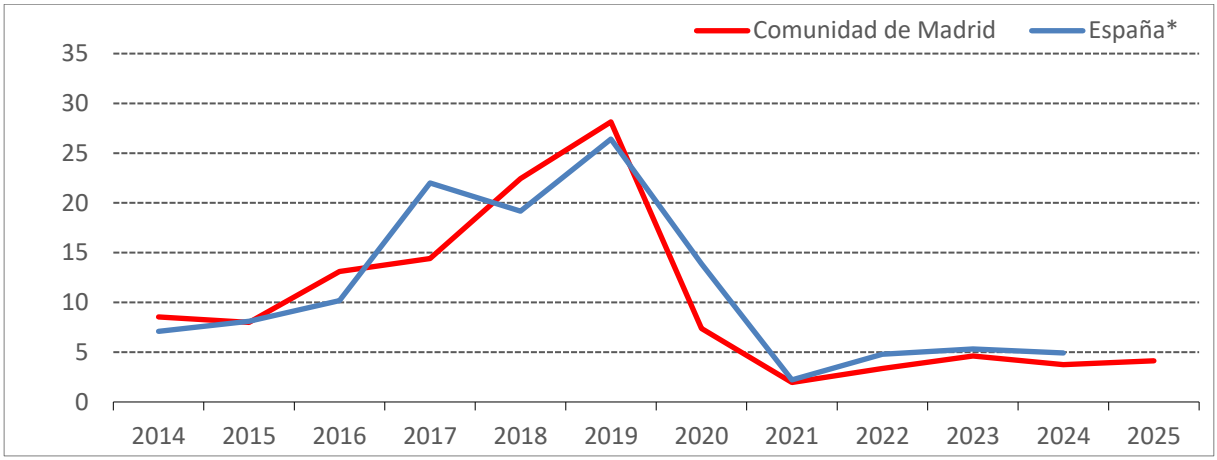
Gráfico 6.3.4.b. Número de casos de herpes zoster por sexo y grupo de edad, en años. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2025.



6.3.5. Parotiditis

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

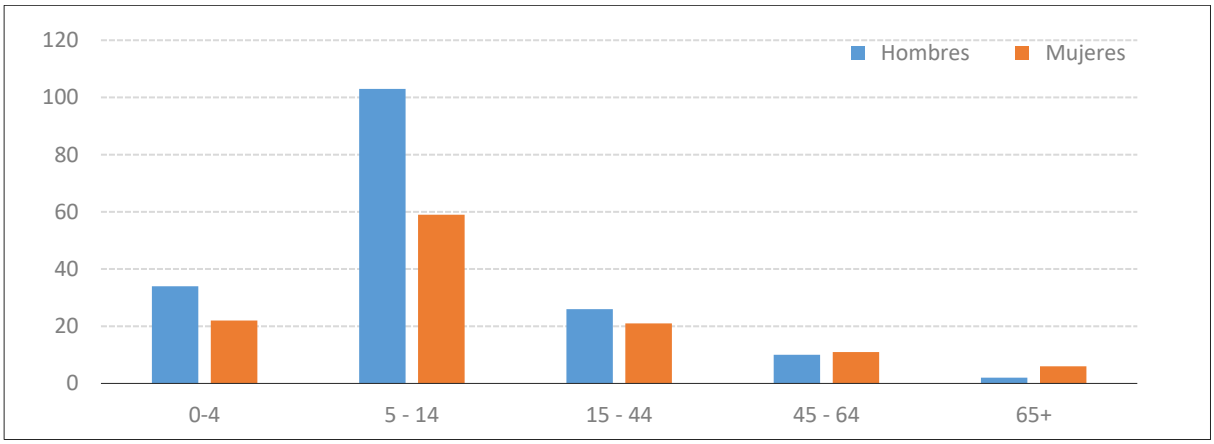
Gráfico 6.3.5.a. Tasas incidencia acumulada de parotiditis por 100.000 habitantes. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid y España. Años 2016-2025.



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

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

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

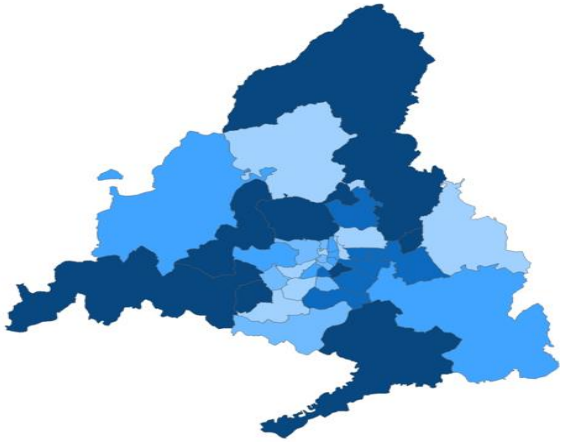


Se conoció el estado de vacunación en el 86,7% de los casos (n=255), estando vacunado el 91,4% de éstos con al menos una dosis y el 83,7% con dos o más dosis. El 98,6% fueron casos sospechosos (n=290) y el 1,4% confirmados. Los 4 casos confirmados lo fueron por serología con un resultado de IgM positiva,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

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

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



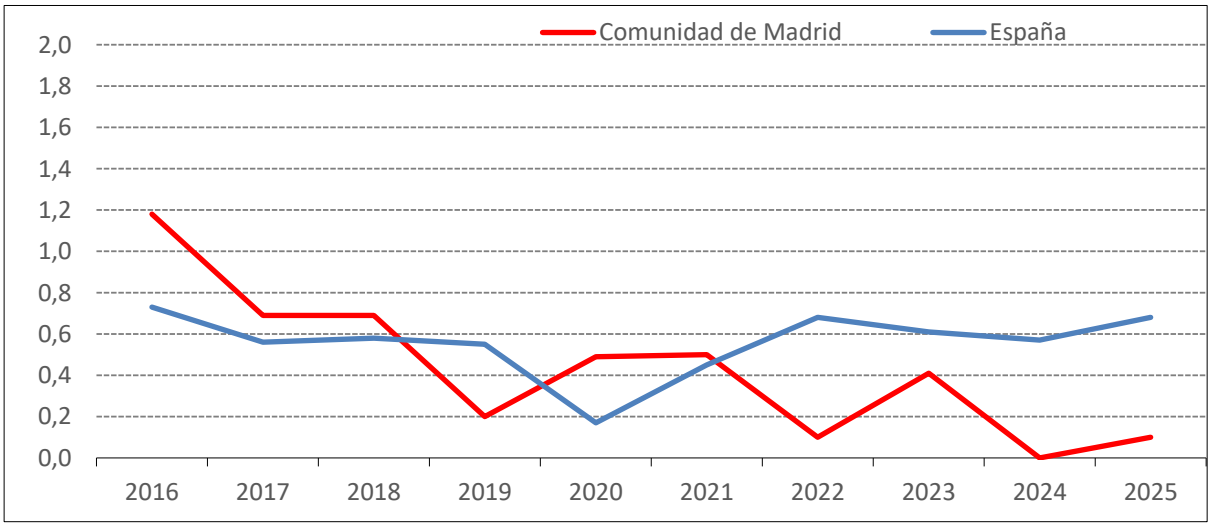


Distrito Salud Pública	Tasa
0320 - Torrejón de Ardoz	10,40
0141 - Madrid-Puente de Vallecas	10,14
0830 - Navalcarnero	7,02
0512 - Sierra Norte	6,95
1110 - Aranjuez-Valdemoro	6,87
0810 - Móstoles	6,34
0540 - Madrid-Fuencarral-El Pardo	6,27
0612 - Las Rozas-Majadahonda	6,03
0420 - Madrid-San Blas-Canillejas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

6.3.6. Parálisis flácida aguda en menores de 15 años

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

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

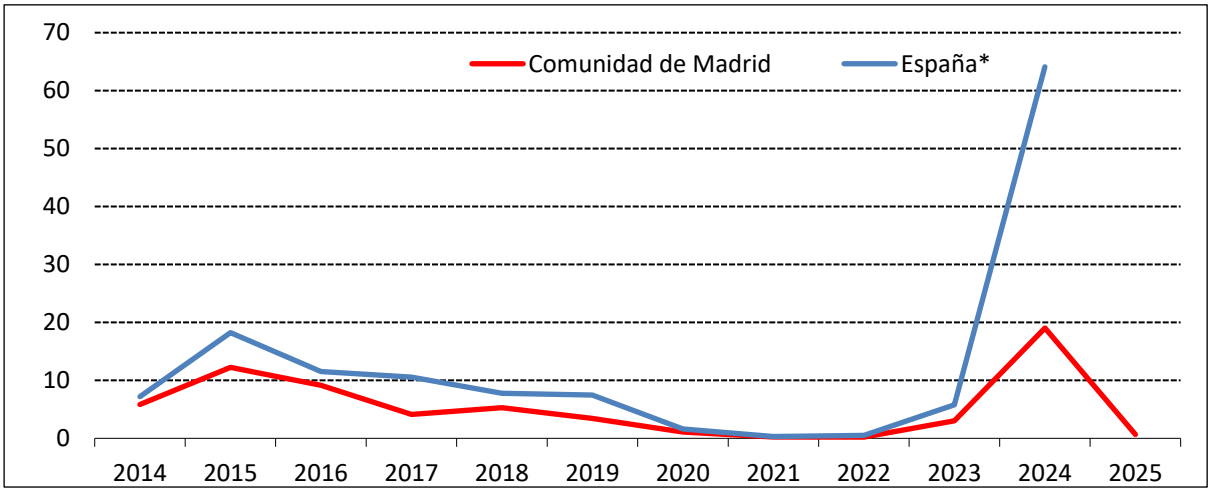


El caso era una niña de 5 años, correctamente vacunada, descartada como poliomielitis y diagnosticada de Síndrome de Guillain-Barré. Dos muestras de heces fueron negativas a enterovirus.

6.3.7. Tosferina

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

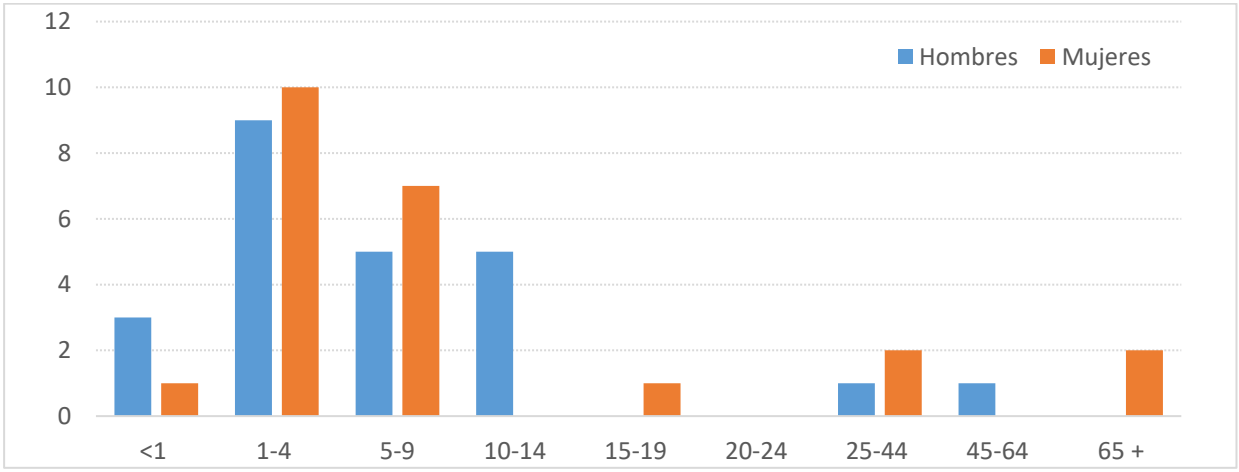
Gráfico 6.3.7.a. Tasas de incidencia acumulada tosferina por 100.000 habitantes. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid y España. Años 2016-2025.



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

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

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

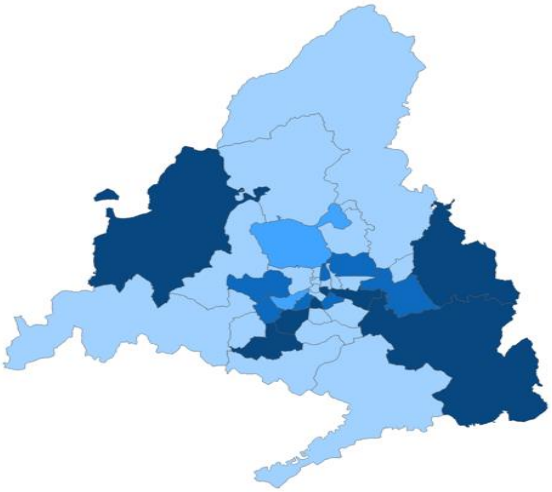


El 42,6% de los casos (n=20) fueron confirmados mediante PCR en exudado nasofaríngeo. Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron la tos paroxística en el 97,9% de enfermos (n=46), 38,3% presentaron vómitos asociados a la tos (n=18), 36,2% estridor (n=17) y el 4,3% (n=2) pausas de apnea. No se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

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

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



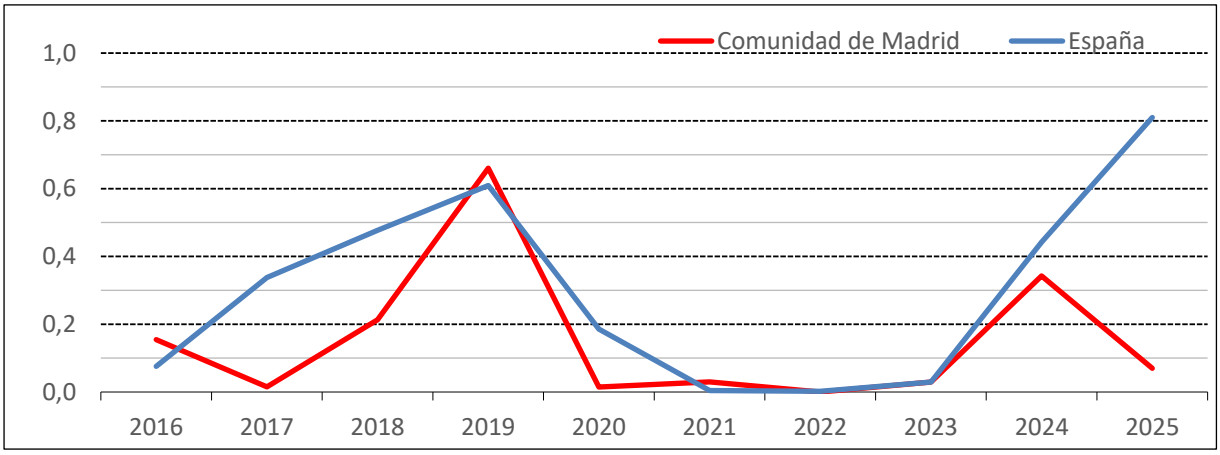


Distrito Salud Pública	Tasa
0120 - Madrid-Moratalaz-Vicálvaro	3,70
0910 - Leganés	2,55
0130 - Madrid-Retiro	1,81
0620 - Collado Villalba	1,55
0310 - Alcalá de Henares	1,52
0920 - Fuenlabrada	1,39
0110 - Arganda-Rivas	1,36
1150 - Madrid-Usera	1,32
0611 - Boadilla-Pozuelo	1,26
0210 - Coslada	1,19
0141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

6.3.8. Sarampión

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

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



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

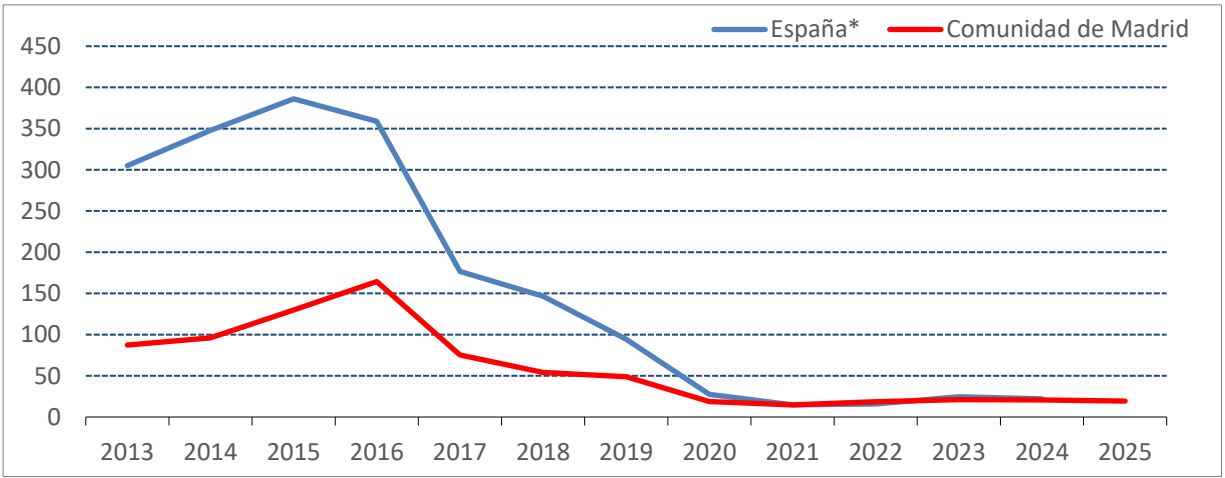
Los 6 casos cumplieron criterios clínicos de sarampión, 5 presentaron fiebre y exantema con tos (3 con conjuntivitis añadida) y uno tuvo fiebre y exantema sin tos ni coriza, pero con conjuntivitis. Ingresaron 3 de los 4 adultos, ninguno de los 3 estaba vacunado y los 3 tuvieron evolución favorable. El cuarto adulto no hospitalizado y sin constancia de vacunación, no presentó respuesta serológica de IgM y sí de IgG, por lo que se interpretó como vacunado previamente. Los casos pediátricos no precisaron ingreso (el de 2 años tenía una dosis de TV administrada un año antes).

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

6.3.9. Varicela

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

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



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

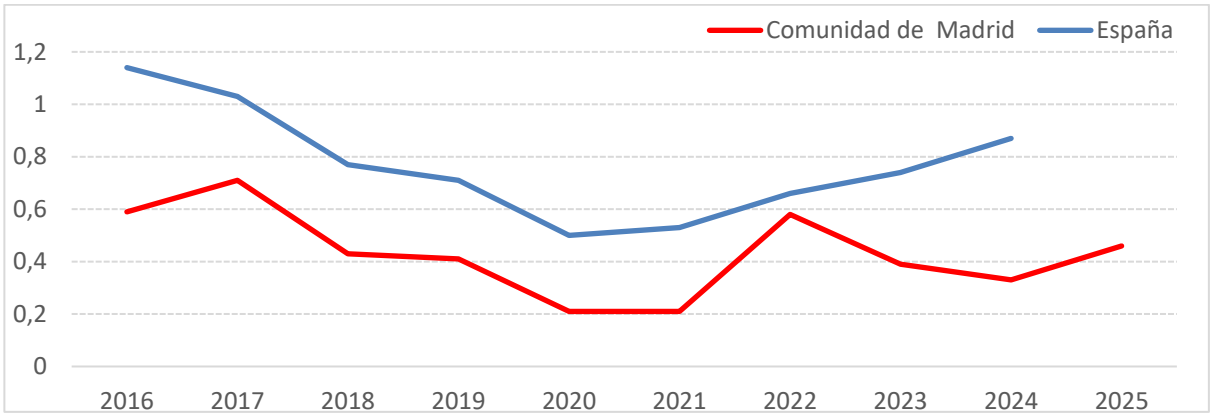
Se registraron 6 brotes de varicela en diferentes colectivos, con un total de 42 casos: una escuela infantil (con 7 casos en niños entre 6 y 15 meses) y 5 centros residenciales (4 centros de distintos colectivos vulnerables y una residencia de jóvenes deportistas). Los brotes en los centros residenciales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

6.4. ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y PARENTERAL

6.4.1. Hepatitis B

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

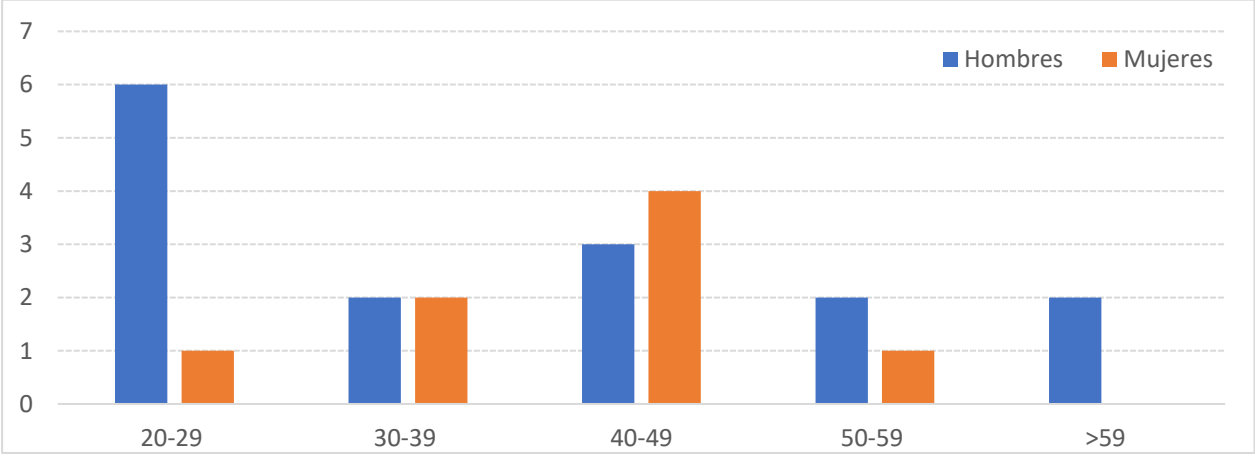
Gráfico 6.4.1.a. Tasas de incidencia acumulada de hepatitis B por 100.000 habitantes. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid y España. Años 2016-2025.



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

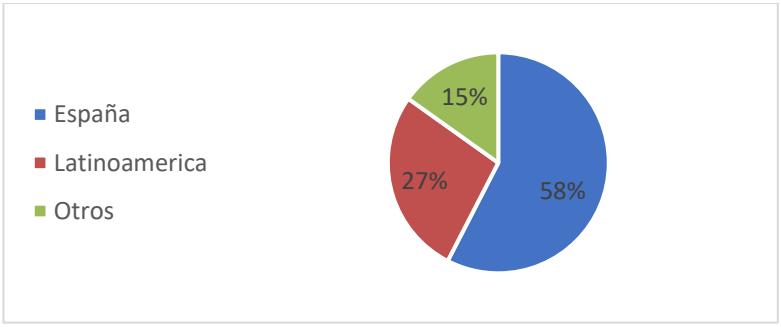
Este incremento se produjo a expensas fundamentalmente de las cifras en hombres, que alcanzaron el 72,7% de los casos. La mediana de edad fue de 35 años, 7 puntos por debajo del año anterior, 35 años en varones y 33 años en mujeres. No se registraron casos en menores de edad, situándose el rango etario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

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



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

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



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

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

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

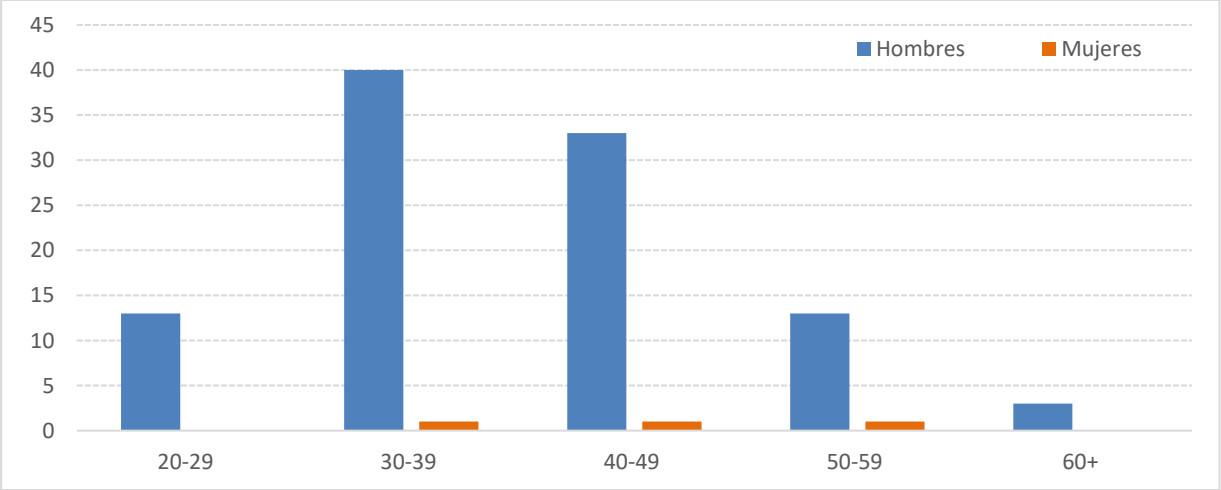
6.4.2. Hepatitis C

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

Hepatitis C aguda

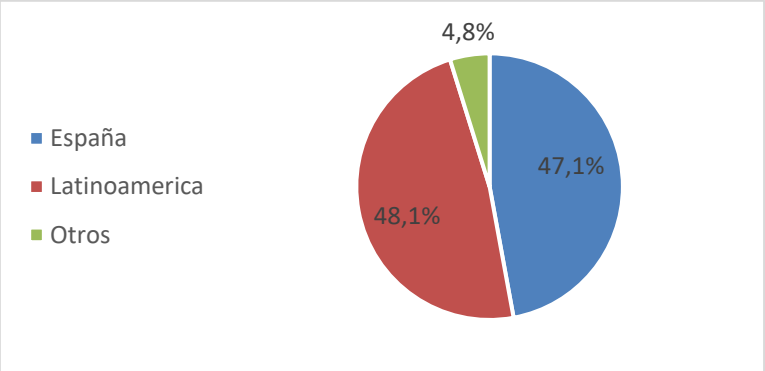
La tasa de incidencia acumulada fue de 1,48 casos por 100.000 habitantes, 2,99 en hombres y 0,08 en mujeres. El 97% se presentó en hombres, con una mediana de edad de 39 años, una media de 40 años y un rango etario de 23 a 66 años. Tan solo 3 casos fueron en mujeres, siendo la mediana de edad 41 años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

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



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

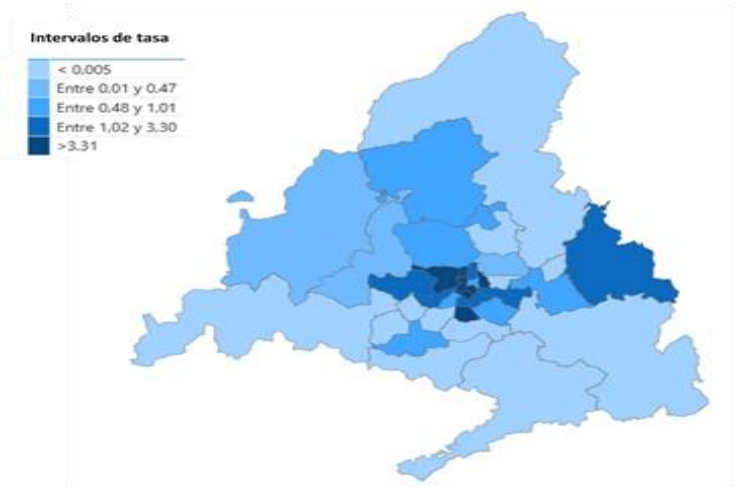
Gráfico 6.4.2.b. Porcentaje de casos de hepatitis C aguda según lugar de origen. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2025.



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

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

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

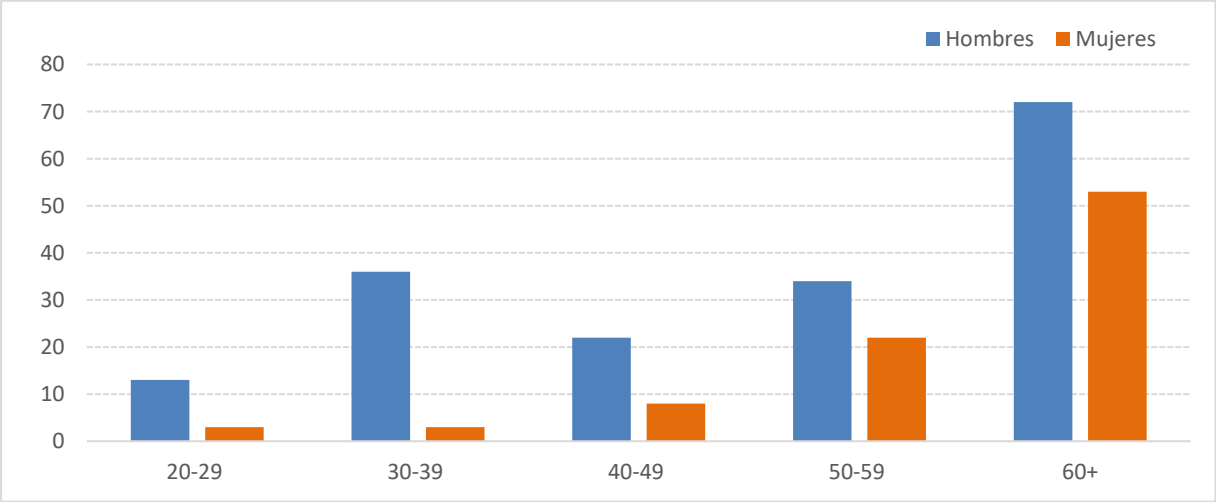


Distrito Salud Pública	Tasa
0710 - Madrid-Centro	15,85
0130 - Madrid-Retiro	4,52
1120 - Madrid-Arganzuela	4,45
1130 - Madrid-Villaverde	4,11
0630 - Madrid-Moncloa-Aravaca	4,08
0720 - Madrid-Chamberí	3,61
0410 - Madrid-Ciudad Lineal	3,57
0530 - Madrid-Tetuán	3,49
0611 - Boadilla-Pozuelo	2,52
0141 - Madrid-Puente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

Hepatitis C no aguda

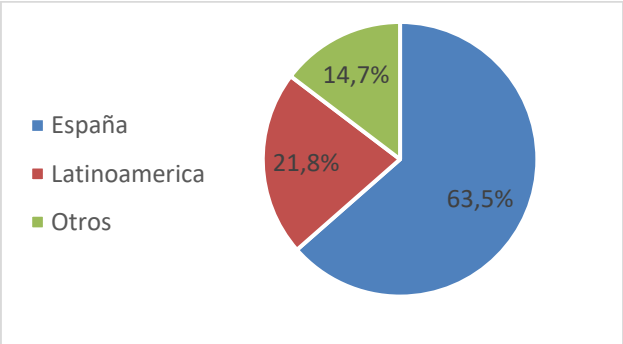
La tasa de incidencia fue de 3,74 casos por 100.000 habitantes (5,19 en hombres y 2,40 en mujeres). El 68,0% eran mayores de 49 años. En hombres, la mediana de edad fue de 55 años, la media de 56,7 y el rango etario de 22 a 94 años. En mujeres, la mediana de edad fue de 65 años y el rango igualmente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

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



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

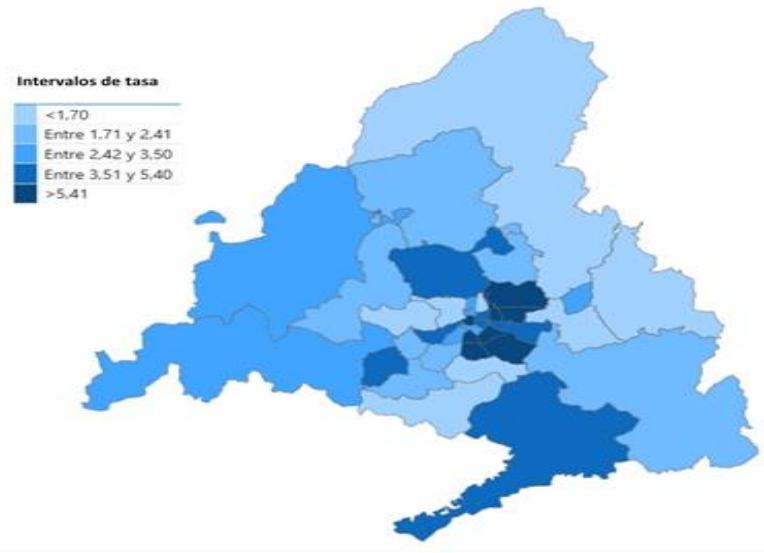
Gráfico 6.4.2.d. Porcentaje de casos de hepatitis C no aguda según lugar de origen. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2025.



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

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

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

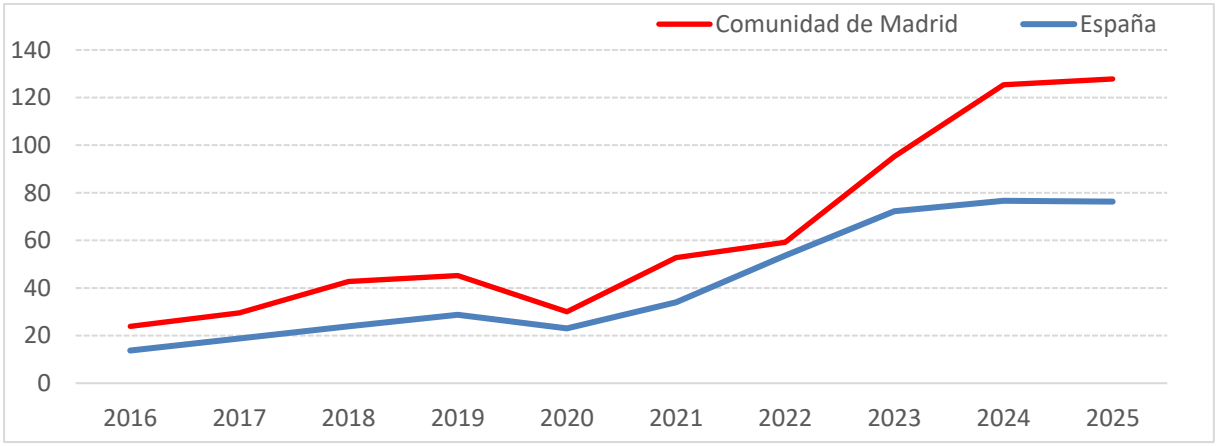


Distrito Salud Pública	Tasa
0710 - Madrid-Centro	16,57
1150 - Madrid-Usera	7,27
0430 - Madrid-Hortaleza-Barajas	7,05
0420 - Madrid-San Blas-Canillejas	6,79
0141 - Madrid-Puente de Vallecas	6,63
0410 - Madrid-Ciudad Lineal	6,24
1130 - Madrid-Villaverde	5,87
0142 - Madrid-Villa de Vallecas	5,60
1110 -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

6.4.3. Infección gonocócica

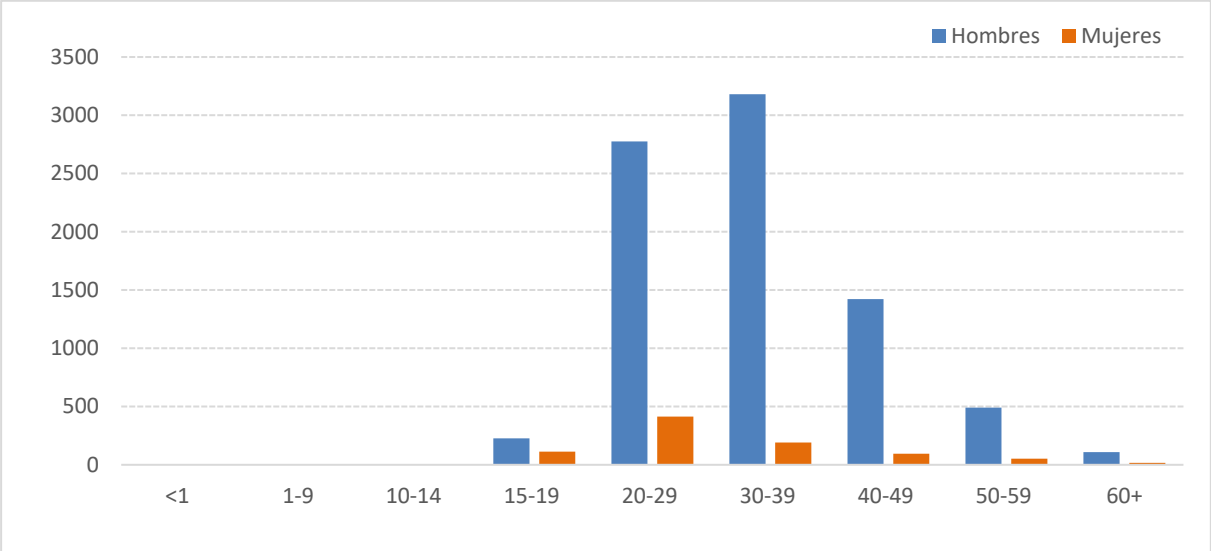
Durante el año 2025 se registraron 9.093 casos de infección gonocócica, con una tasa de incidencia de 127,8 casos por 100.000 habitantes, suponiendo un aumento del 2% respecto a 2024 (Gráfico 6.4.3.a).

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



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

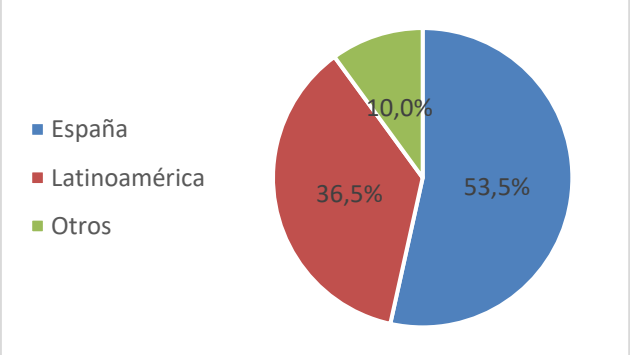
Gráfico 6.4.3.b. Número de casos de infección gonocócica por sexo y grupo de edad, en años. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2025.



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

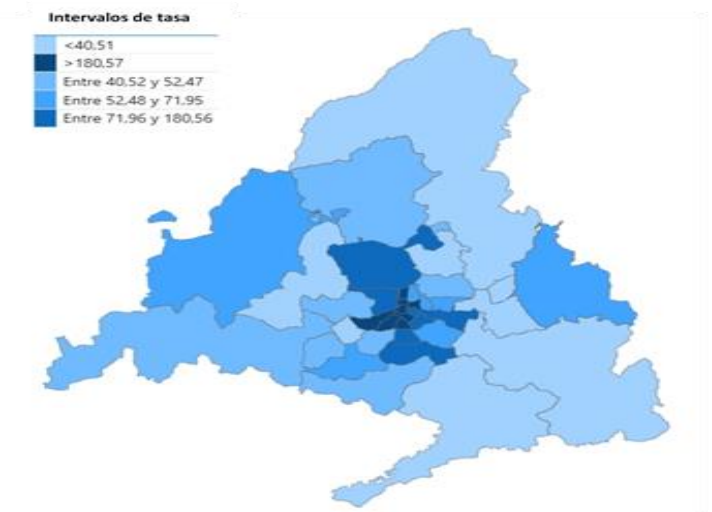
Se registró el lugar de origen en la gran mayoría de los casos, el 98,6%, contabilizándose un total de 109 países de procedencia. De estos, el 53,5% de los registros correspondió a España y el 36,5% a países de América Latina. Entre estos últimos, Venezuela, Colombia y Perú fueron los más destacados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

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



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

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



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

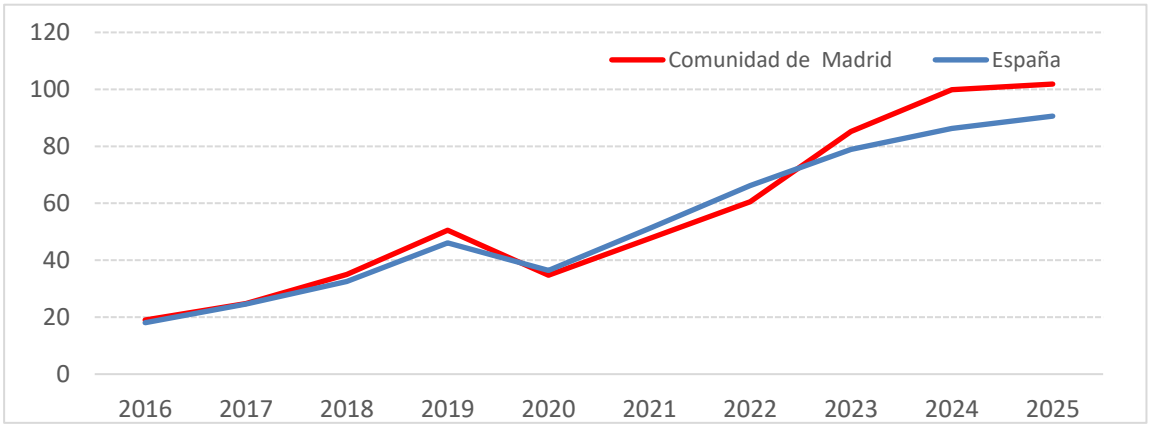
En el 42,7% de los registros se constató presentación clínica. En hombres, el cuadro clínico más frecuente fue uretritis (73,7%), seguida en frecuencia por proctitis (20%) y faringitis (5%). En mujeres la más frecuente fue cervicitis (57,0%), seguida de la enfermedad inflamatoria pélvica (21,1%). Un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

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

6.4.4. Infección por *Chlamydia trachomatis*

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

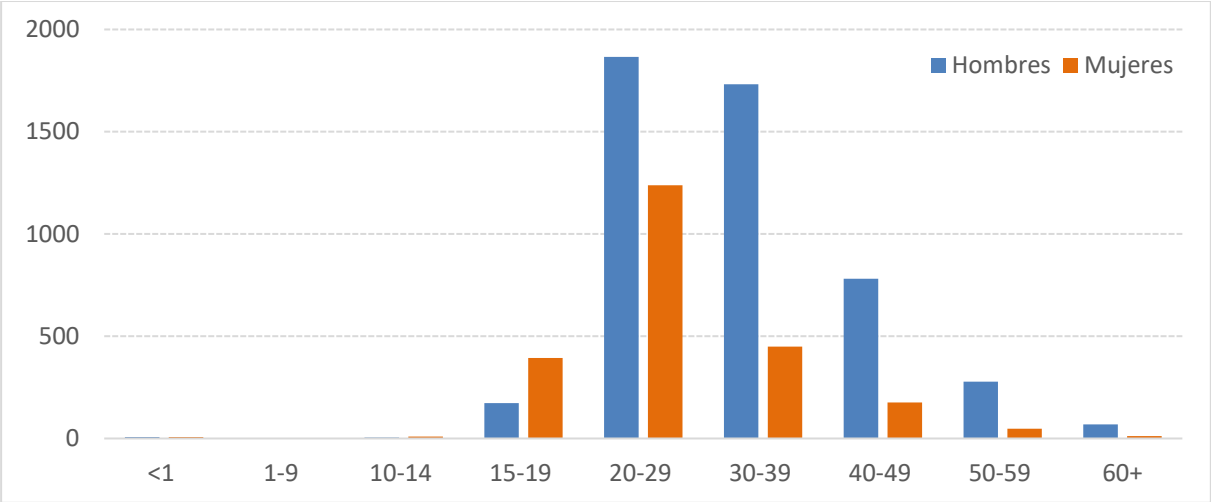
Gráfico 6.4.4.a. Tasas de incidencia acumulada de infección por *Chlamydia trachomatis* por 100.000 habitantes. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid y España. Años 2016-2025.



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

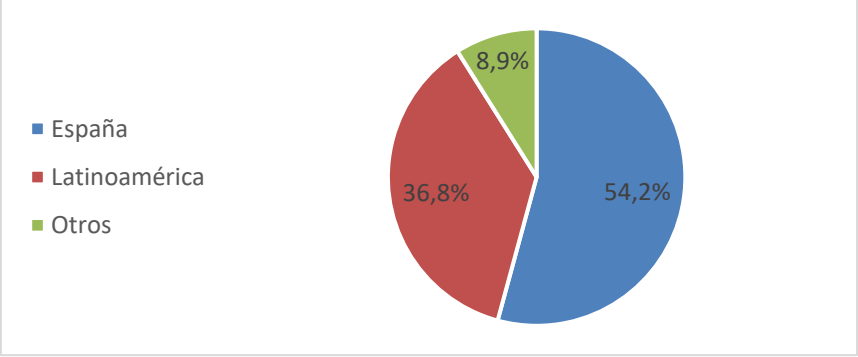
Por grupos de edad, el mayor porcentaje de casos se observó entre los 20 y los 39 años, correspondiendo al 73,2% de los casos en hombres y al 72,3% en mujeres. El grupo de 15 a 19 años concentró el 16,9% de los diagnósticos femeninos, un porcentaje ligeramente superior al del año anterior (16,2%). Se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

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



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

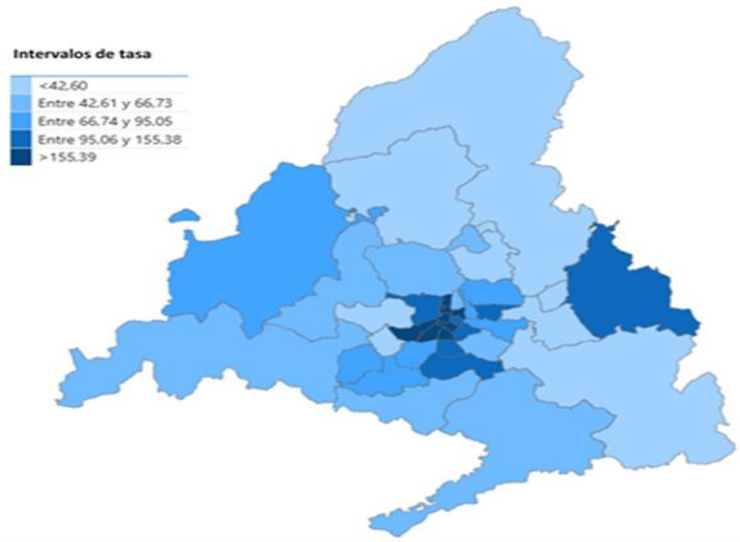
Gráfico 6.4.4.c. Distribución de los casos de infección por *Chlamydia trachomatis* por país de origen. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2025.



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

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

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

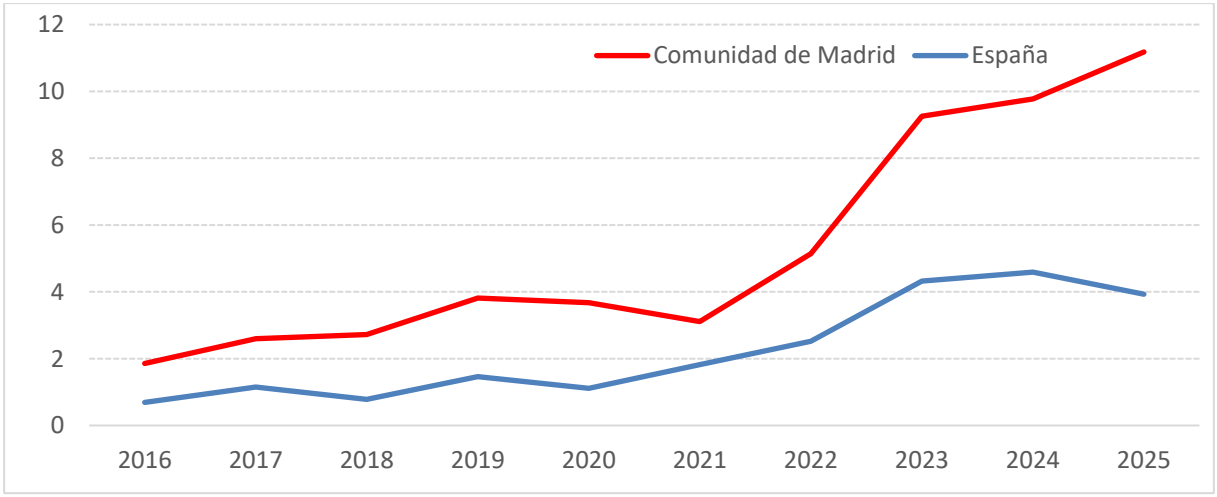


Distrito Salud Pública	Tasa
0710 - Madrid-Centro	621,18
0720 - Madrid-Chamberí	228,21
1120 - Madrid-Arganzuela	197,88
1140 - Madrid-Carabanchel	192,61
0730 - Madrid-Latina	180,53
0530 - Madrid-Tetuán	173,14
0220 - Madrid-Salamanca	161,60
1150 - Madrid-Usera	157,34
0630 - Madrid-Moncloa-Aravaca	147,52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

6.4.5. Linfogranuloma venéreo

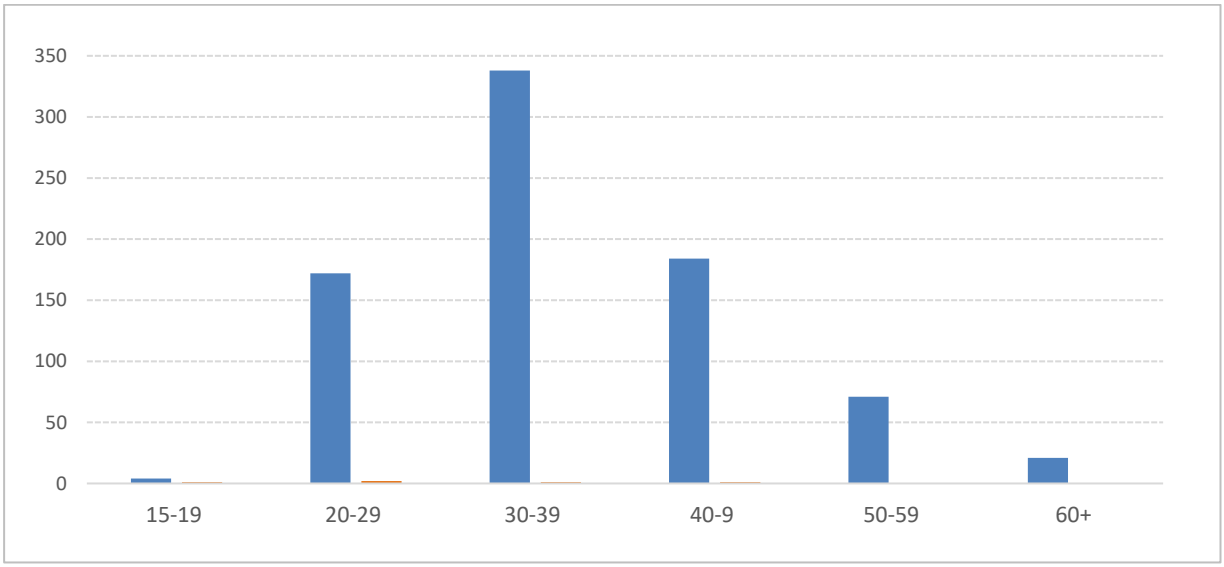
En 2025 se notificaron 795 casos de linfogranuloma venéreo (LGV). La tasa de incidencia acumulada fue de 11,2 casos por 100.000 habitantes, lo que supuso un incremento de 14,4% respecto al año anterior (Gráfico 6.4.5.a).

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



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

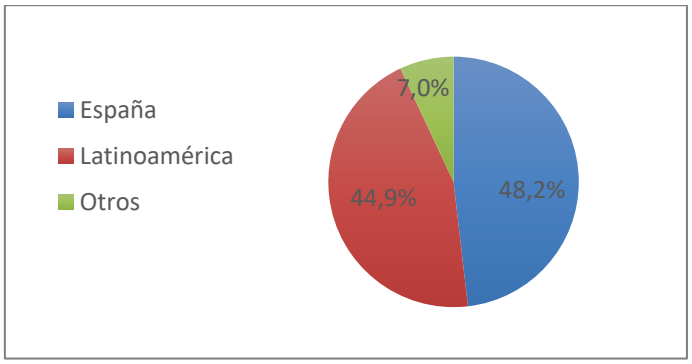
Gráfico 6.4.5.b. Distribución de casos de linfogranuloma venéreo por sexo y grupos de edad, en años. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2025.



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

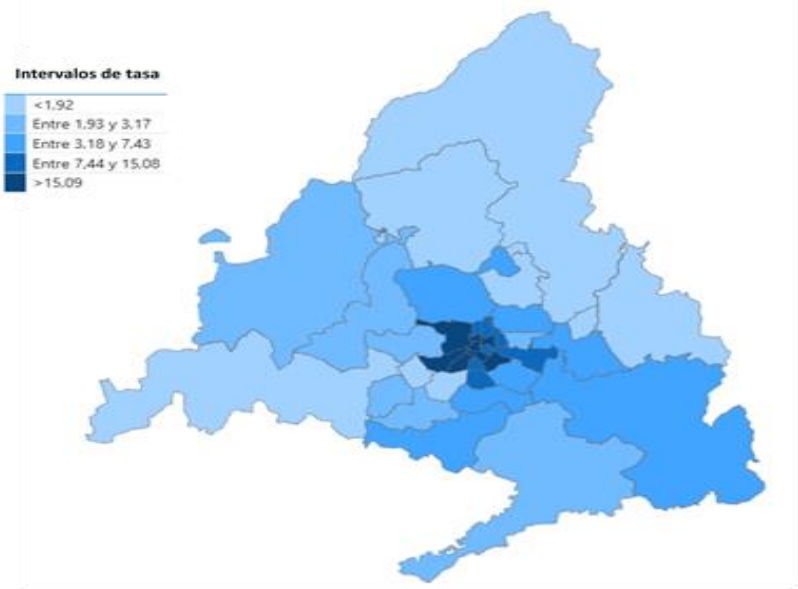
El 48,2% de los casos había nacido en España. El resto procedía de otros 40 países diferentes, entre los que estaban mayoritariamente representados los latinoamericanos (44,9%). De estos, Venezuela (35,9% casos), Colombia (19,8%) y Perú (10,7%) son los que suman más casos (Gráfico 6.4.5.c).

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



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

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



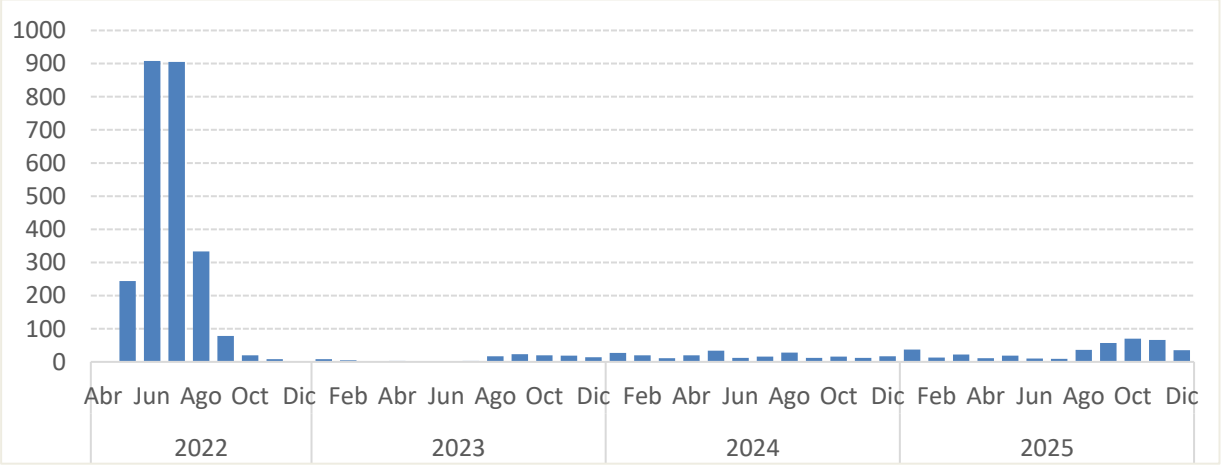
Distrito Salud Pública	Tasa
0710 - Madrid-Centro	155,66
0720 - Madrid-Chamberí	38,28
1120 - Madrid-Arganzuela	34,99
0220 - Madrid-Salamanca	28,86
0730 - Madrid-Latina	25,34
1140 - Madrid-Carabanchel	18,85
0630 - Madrid-Moncloa-Aravaca	16,30
0141 - Madrid-Puente de Vallecas	15,21
1150 - Madrid-Usera	14,54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

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

6.4.6. Mpox

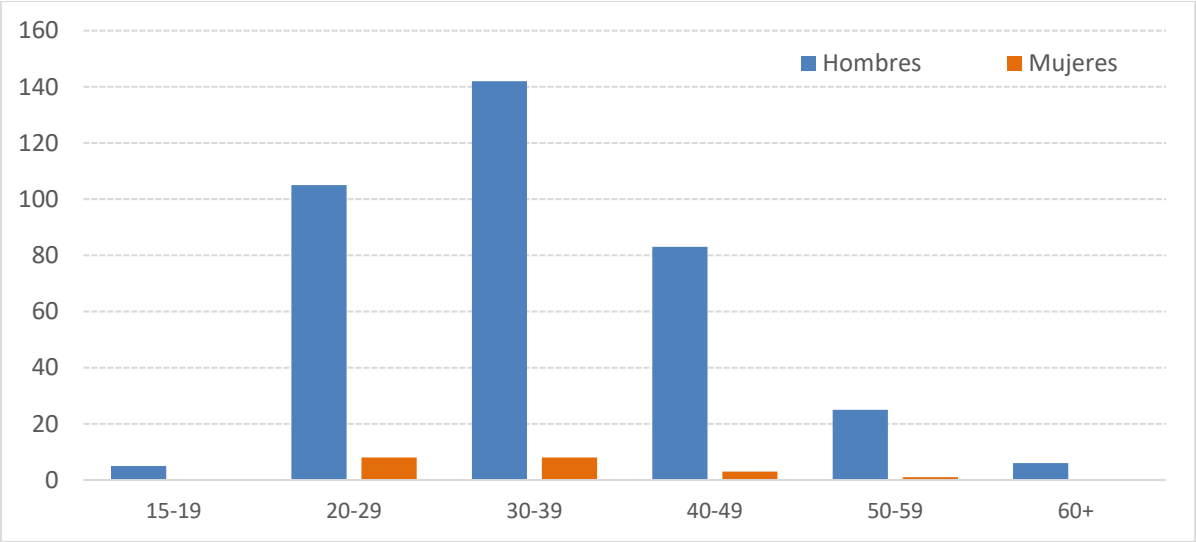
El 17 de mayo de 2022 se declaró un brote internacional de mpox, alcanzando en la Comunidad de Madrid el máximo de casos entre mayo y agosto de ese mismo año. Desde agosto de 2023 las notificaciones de casos se han estabilizado. En 2025 se notificaron 393 casos de mpox, siendo 386 confirmados, 5 probables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

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



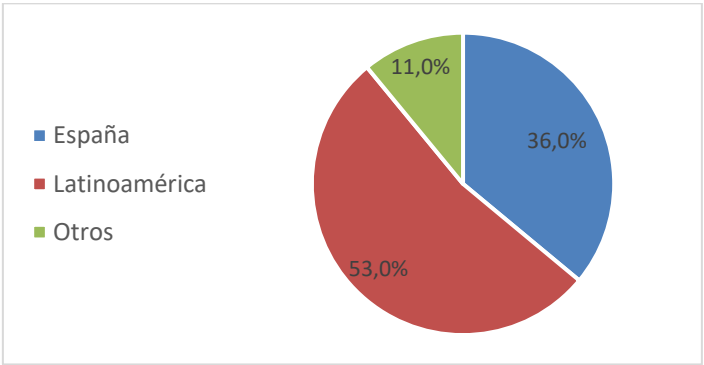
El 94,8% de los casos de 2025 se dieron en hombres. Aunque en 2024 el porcentaje de mujeres fue inferior al 1%, en 2025 alcanzó el 5,2% del total (n=20). La media de edad global fue de 35,7 años, la mediana de 34 años y el rango de edades abarcó de los 16 a los 68 años. En mujeres, la mediana de edad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

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



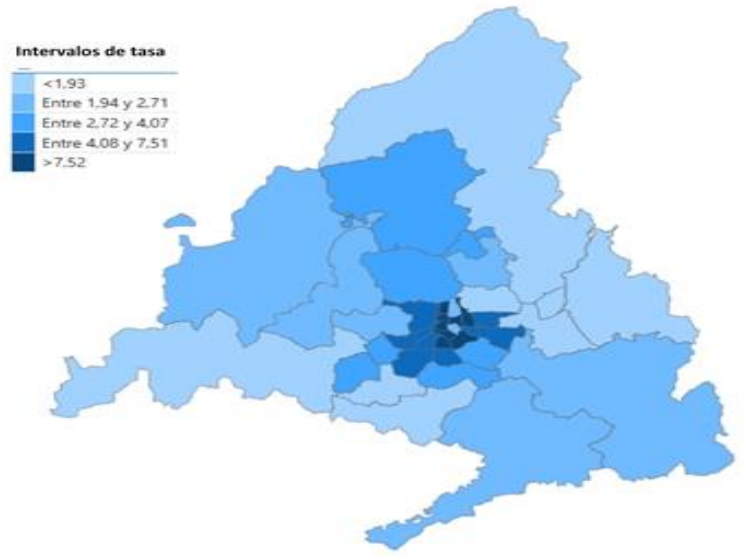
Los datos sobre el país de origen se recogieron en la amplia mayoría de los casos (el 97,5%), siendo el 36,0% de origen español y más de la mitad, el 53,0%, de origen latinoamericano, principalmente de Venezuela (65 casos), Colombia (55 casos) y Perú (20 casos) (Gráfico 6.4.6.c).

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



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

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



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

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

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

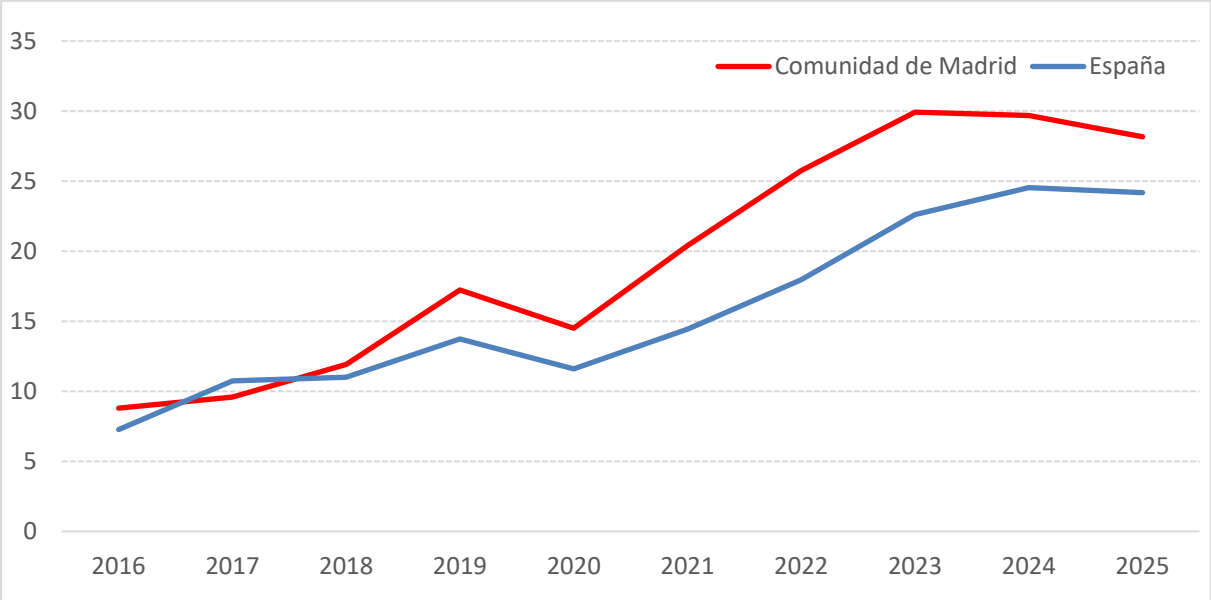
La investigación de los casos facilitó la identificación de 286 contactos estrechos, fundamentalmente de familiares o convivientes sin vínculo sexual (39,9% de los contactos), vacunándose como contactos postexposición el 66,4% de los identificados.

Aunque el brote internacional iniciado en 2022 fue causado por el virus mpox clado II, en agosto de 2024 se detecta un aumento de casos producidos por mpox clado I en la República Democrática del Congo. Esta circunstancia fue declarada por la OMS como una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional. Debido al riesgo de diseminación internacional, se implementaron nuevas actividades de vigilancia ampliando la tipificación del clado de todas las muestras confirmatorias de mpox. En septiembre de 2025 se identificó el primer caso mpox clado Ib en la Comunidad de Madrid y hasta final de año se contabilizaron un total de 13 casos producidos por el clado I. Del resto de casos confirmados, 358 fueron causados por el clado II y en los 15 restantes no se pudo tipar la muestra.

6.4.7. Sífilis

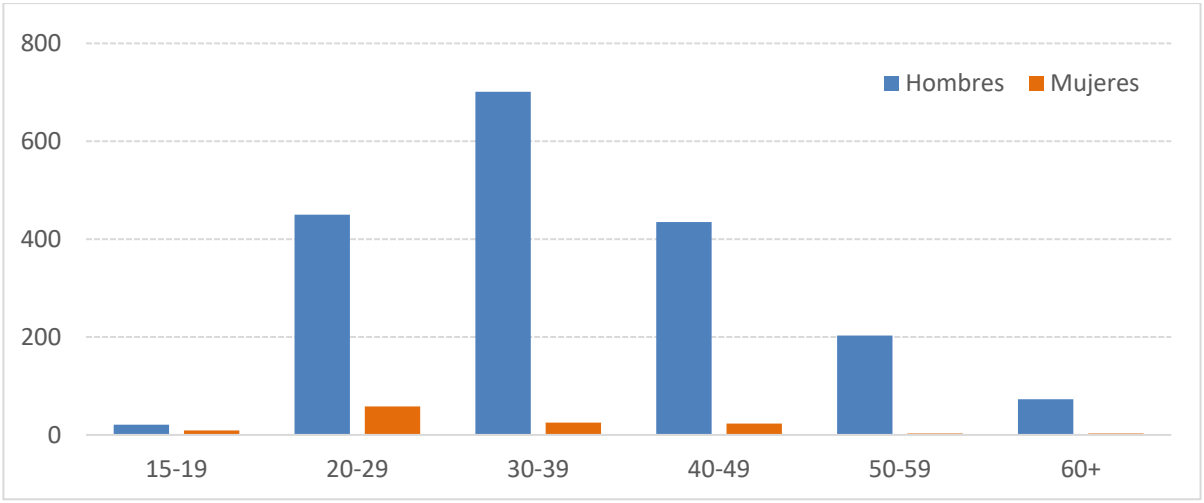
En el año 2025 se registraron en la Comunidad de Madrid 2.004 casos de sífilis (de tipo primaria, secundaria y latente precoz), 77 casos menos que en 2024. La tasa de incidencia acumulada fue de 28,2 casos por 100.000 habitantes, cifra ligeramente inferior a la alcanzada en los dos años previos (Gráfico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

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



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

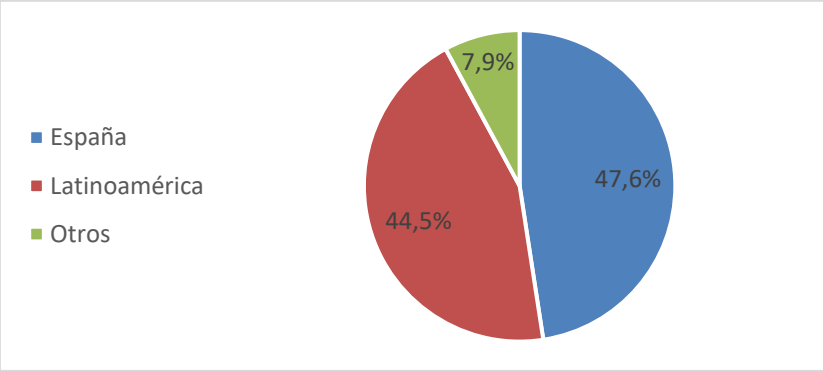
Gráfico 6.4.7.b. Distribución de casos de sífilis por sexo y grupo de edad, en años. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2025.



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

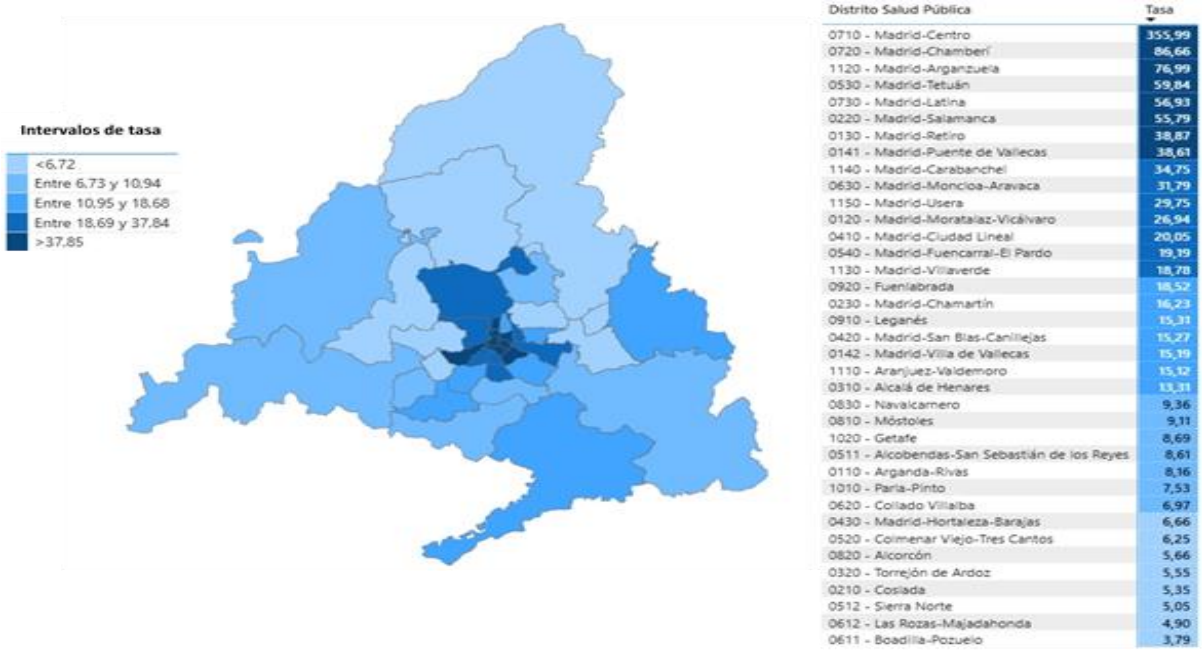
Se dispuso de información sobre el país de origen en el 97,5% de los casos, de los cuales, el 47,6% fueron personas nacidas en España. El resto procedían de 62 países diferentes, siendo el 44,5% de Latinoamérica (Gráfico 6.4.7.c). Entre estos, Venezuela, Colombia y Perú fueron los tres países con mayor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

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



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

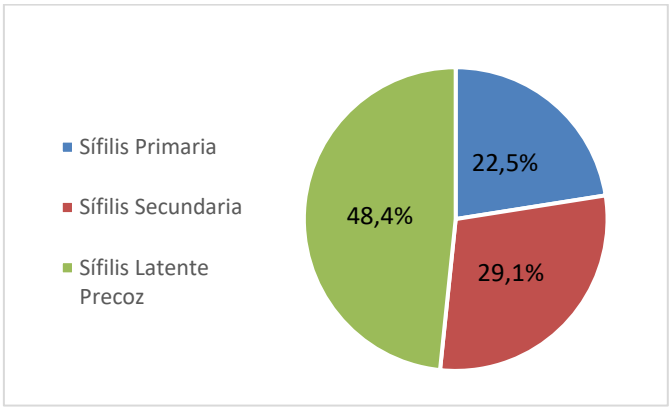
Mapa 6.4.7.a. Tasas de incidencia acumulada de sífilis por 100.000 habitantes, por distrito de residencia. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2025.



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

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

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

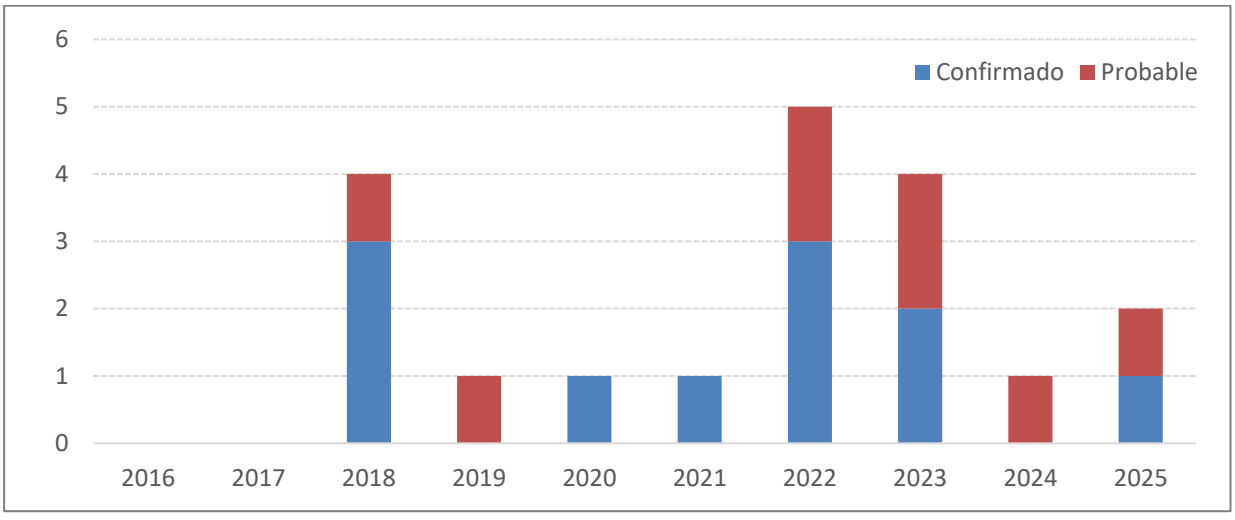


En 20 casos (1,0%) se produjo un episodio de hospitalización relacionado con la sífilis, no registrándose ningún fallecimiento.

6.4.8. Sífilis congénita

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

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

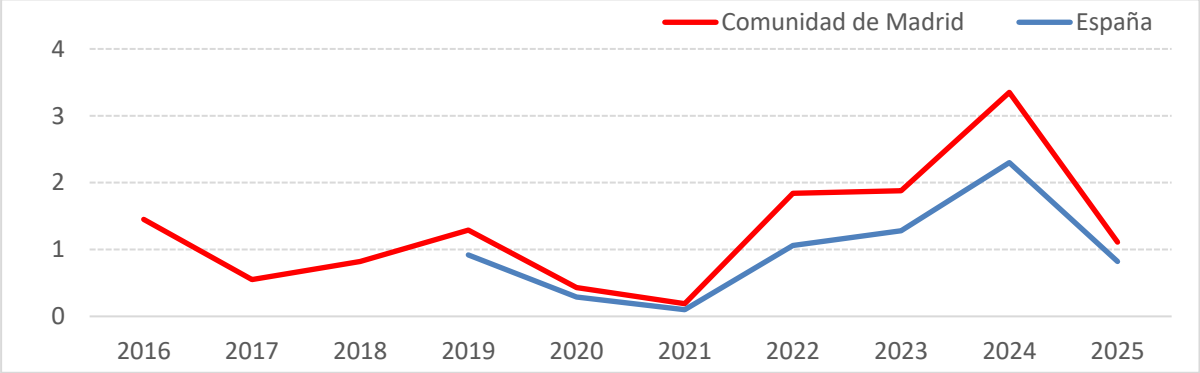


6.5. ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN VECTORIAL

6.5.1. Dengue

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

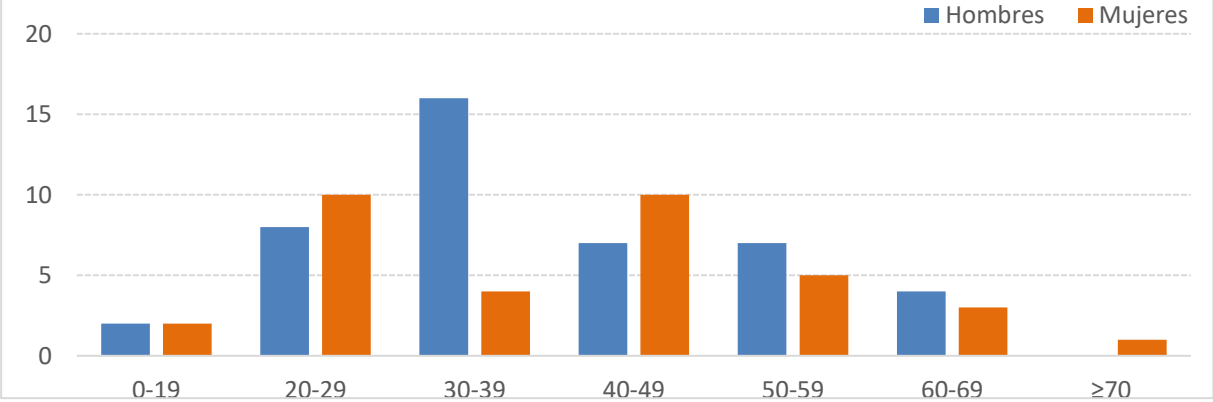
Gráfico 6.5.1.a. Tasas de incidencia acumulada de dengue por 100.000 habitantes. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid y España. Años 2016-2025.



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

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

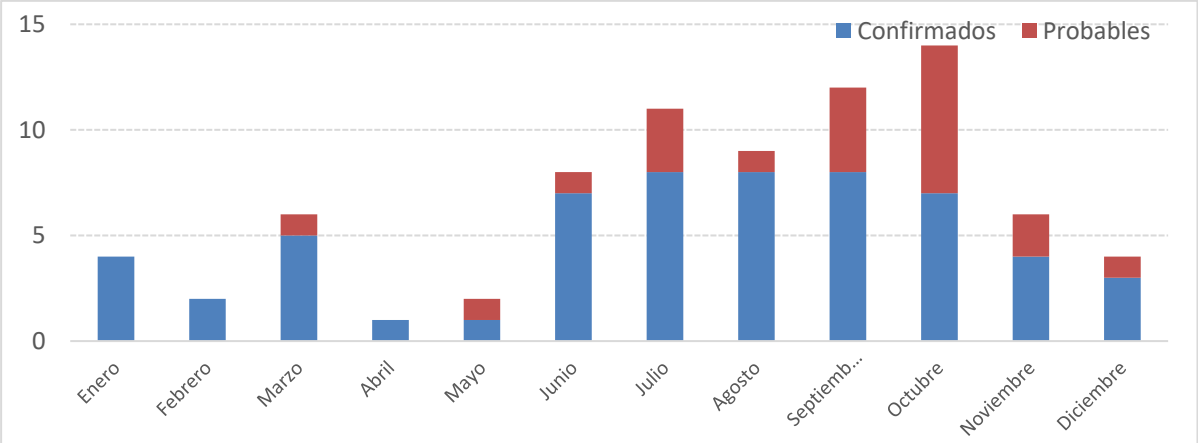
Gráfico 6.5.1.b. Número de casos de dengue por sexo y grupo de edad, en años. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2025.



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

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

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

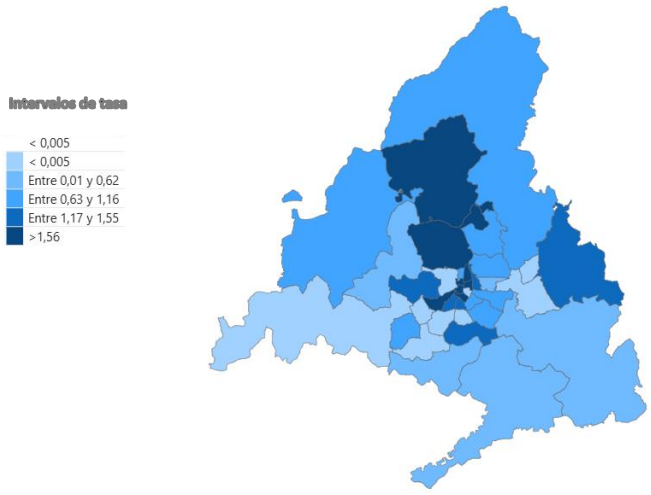


El 73,4% (58) de los casos fueron confirmados y el 26,6% (21) probables. Dos casos presentaron un dengue grave, 30 casos que requirieron hospitalización (38,0%) y no se produjo ningún fallecimiento.

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

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

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

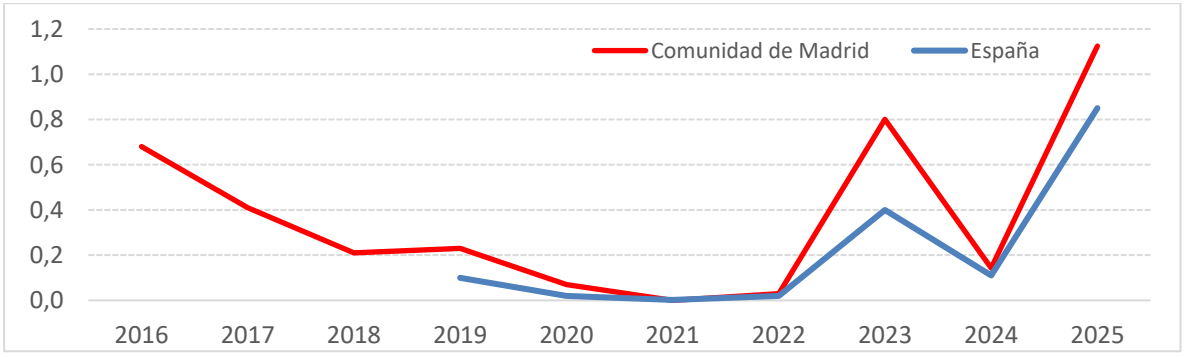


Distrito Salud Pública	Tasa
0720 - Madrid-Chamberí	3,61
0710 - Madrid-Centro	3,60
0220 - Madrid-Salamanca	3,21
0520 - Colmenar Viejo-Tres Cantos	3,13
0540 - Madrid-Fuencarral-El Pardo	3,13
0230 - Madrid-Chamartín	2,70
1120 - Madrid-Arganzuela	1,91
0730 - Madrid-Latina	1,56
1020 - Getafe	1,53
0310 - Alcalá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

6.5.2. Enfermedad por virus Chikungunya

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

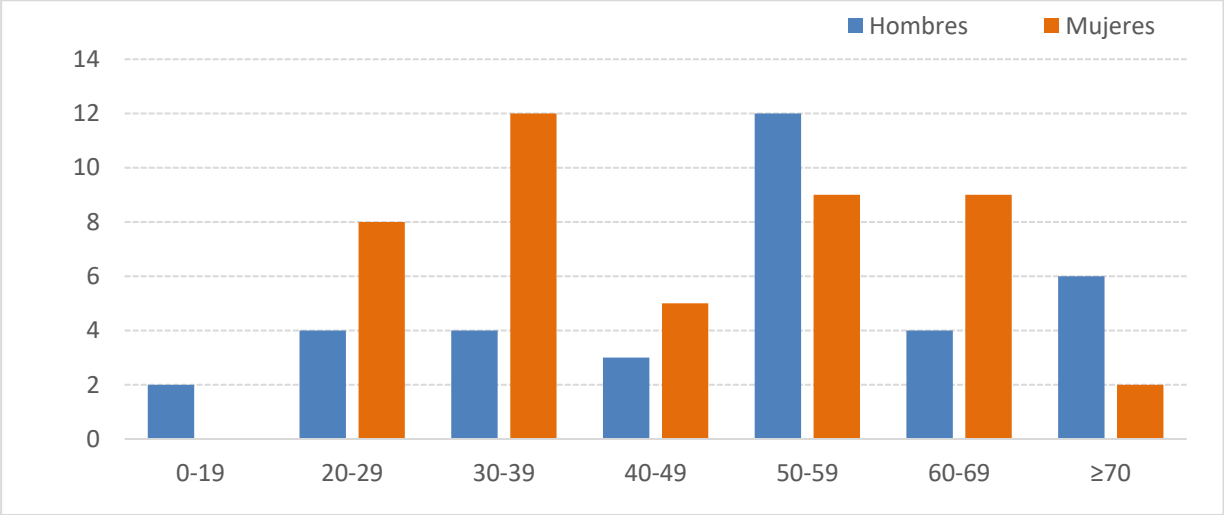
Gráfico 6.5.2.a. Tasas de incidencia acumulada de enfermedad por virus Chikungunya por 100.000 habitantes. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid y España. Años 2016-2025.



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

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

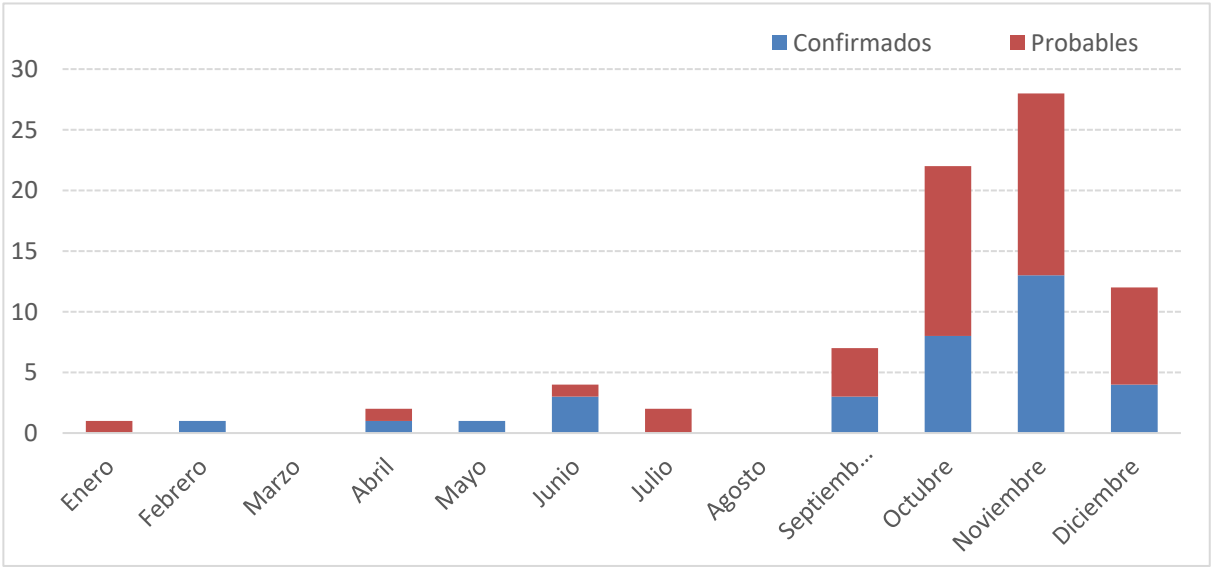
Gráfico 6.5.2.b Número de casos de enfermedad por virus Chikungunya por sexo y grupo de edad, en años. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2025.



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

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

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

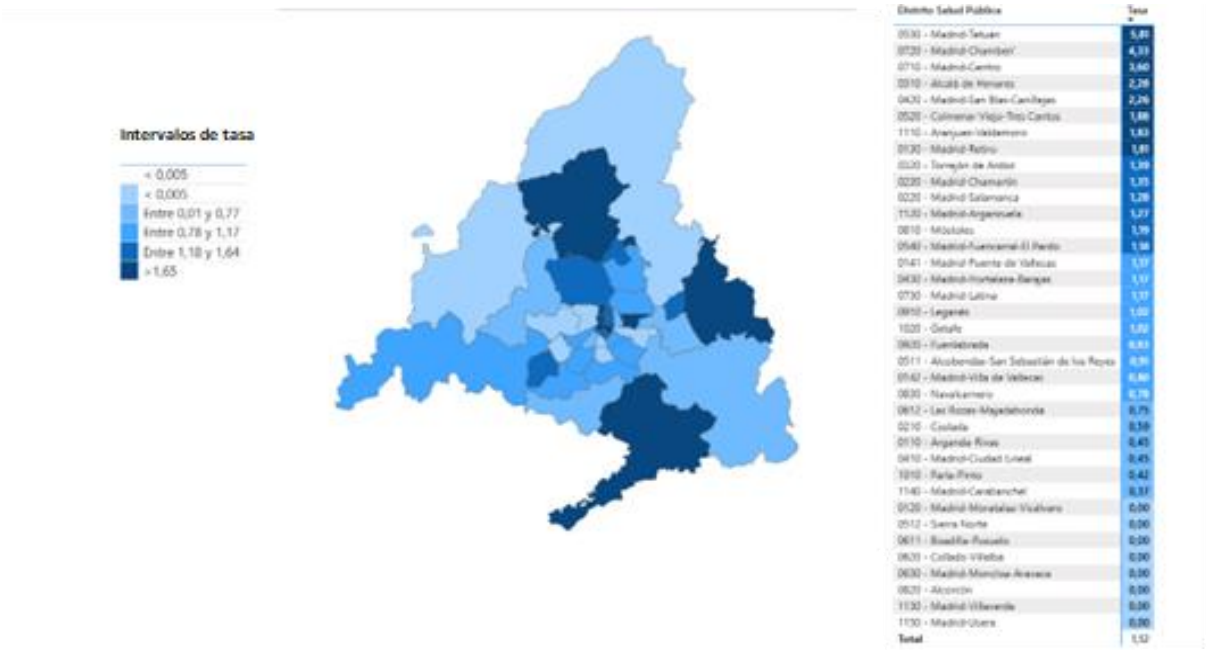


Solo dos casos requirieron hospitalización. No se produjo ningún fallecimiento. Se clasificaron como confirmados el 42,5% (34) de los casos y el 57,5% (46) como probables.

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

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

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



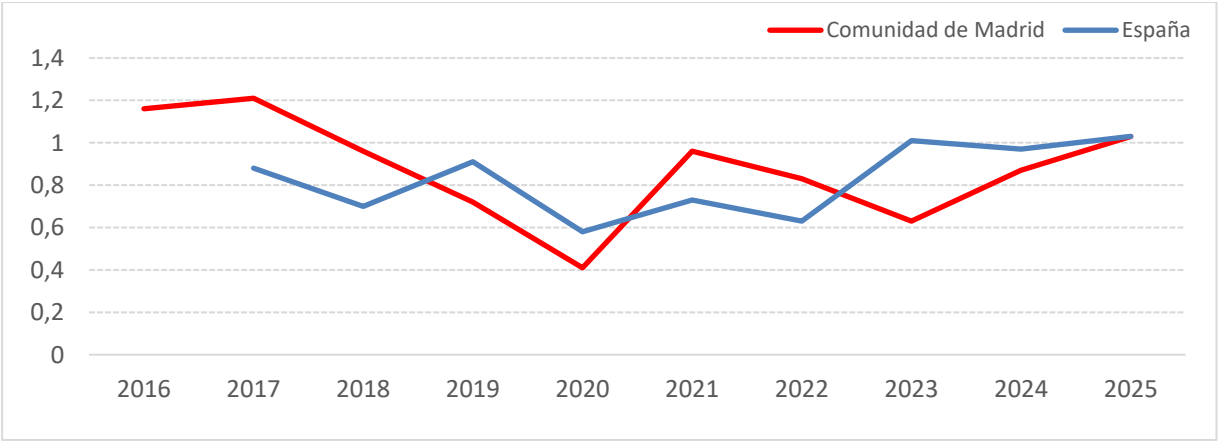
6.5.3. Fiebre exantemática mediterránea

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

6.5.4. Leishmaniasis

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

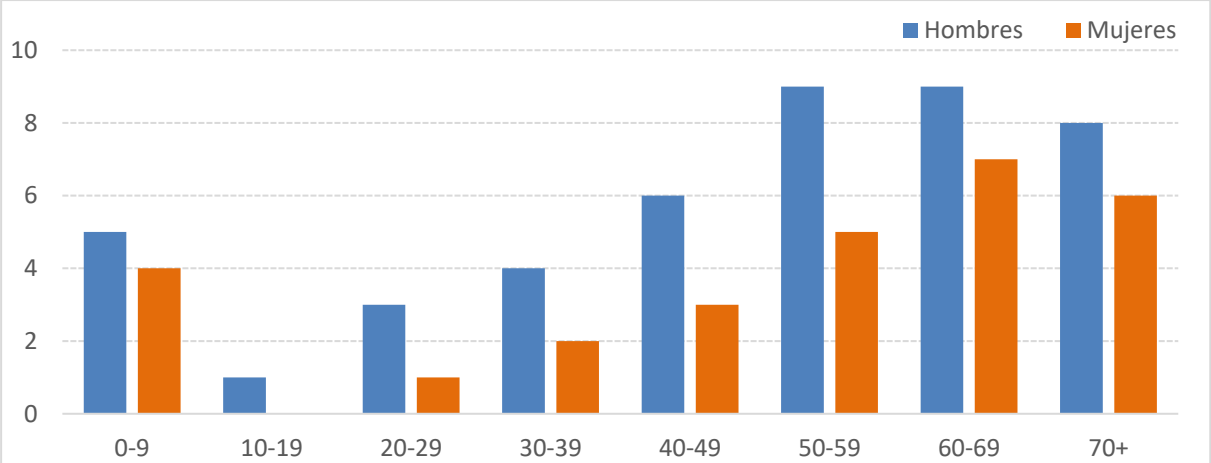
Gráfico 6.5.4.a. Tasas de incidencia acumulada de leishmaniasis por 100.000 habitantes. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid y España. Años 2016-2025.



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

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

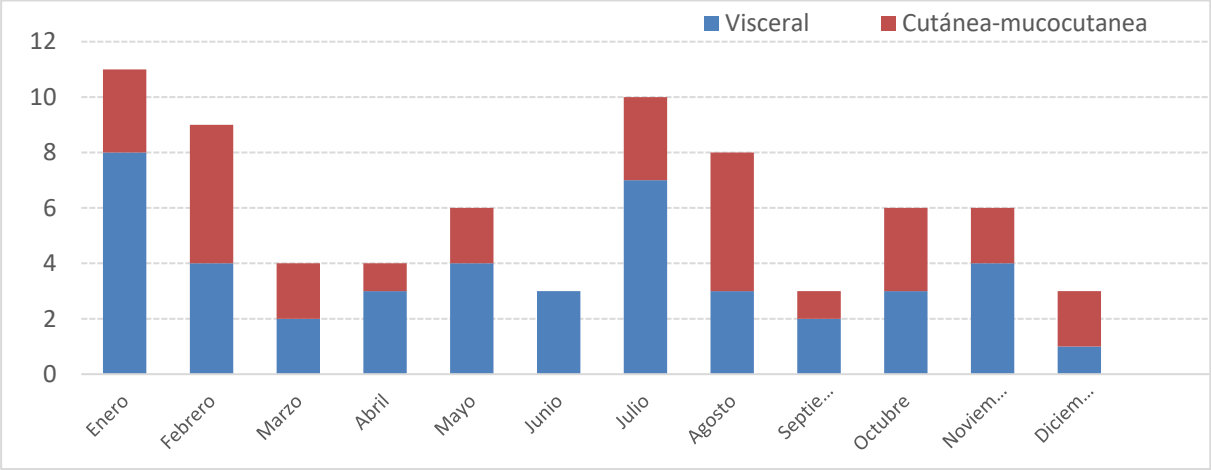
Gráfico 6.5.4.b. Número de casos de leishmaniasis por sexo y grupo de edad, en años. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2025.



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

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

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

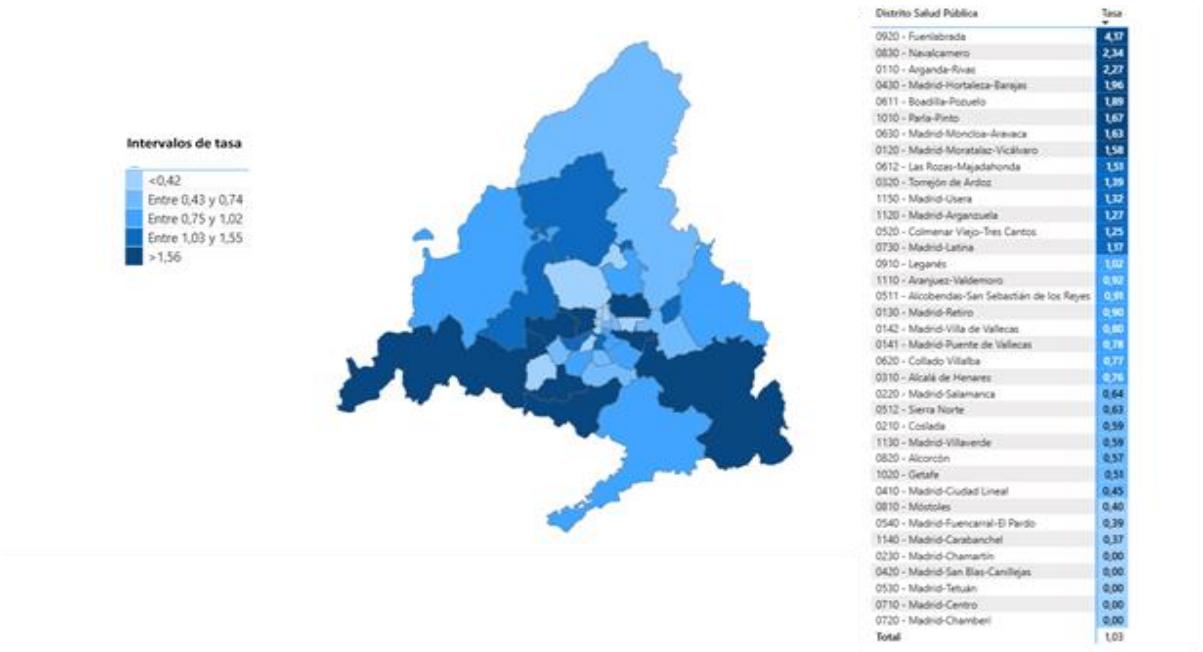


El 64,4% (47) de los casos requirió ingreso hospitalario y un caso falleció a causa de la enfermedad. Todos los casos se confirmaron microbiológicamente por la presencia del parásito en aspirados o material de biopsia, detección de ADN del parásito en una muestra clínica o serología positiva, en las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

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

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

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

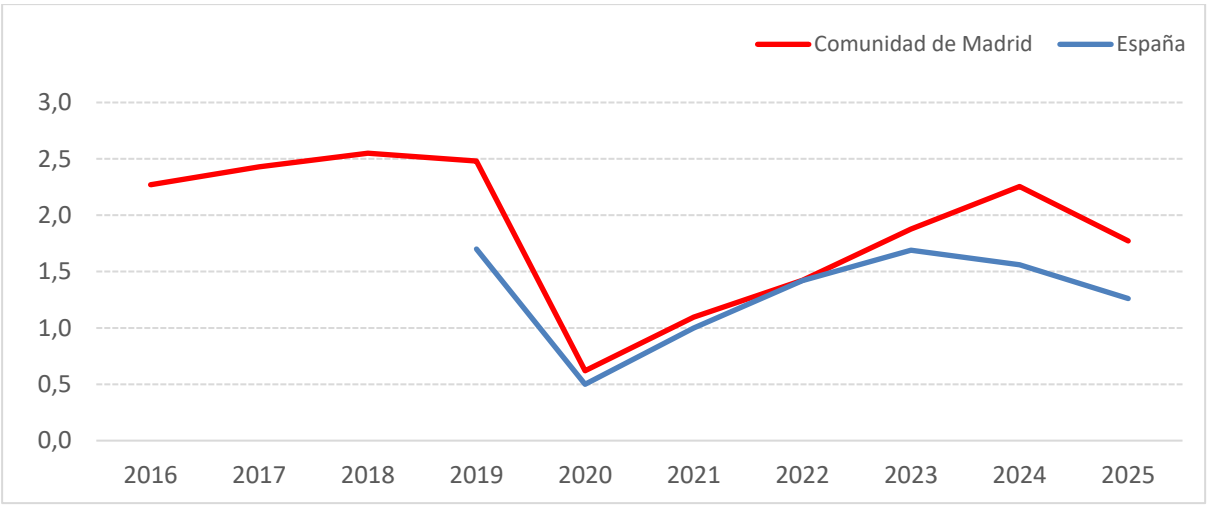


Distrito Salud Pública	Tasa
0920 - Fuenlabrada	4,17
0830 - Navalcarnero	2,34
0110 - Arganda-Rivas	2,27
0430 - Madrid-Hortaleza-Barajas	1,96
0611 - Boadilla-Pozuelo	1,89
1010 - Parla-Pinto	1,67
0630 - Madrid-Moncloa-Aravaca	1,63
0120 - Madrid-Moratalaz-Vicálvaro	1,58
0612 - Las Rozas-Majadahonda	1,53
0320 - Torrejón de Ardoz	1,39
1150 - Madrid-Usera	1,32
1120 - Madrid-Arganzuela	1,27
0520 - Colmenar Viejo-Tres Cantos	1,25
0730 - Madrid-Latina	1,17
0910 - Leganés	1,02
1110 - Aranjuez-Valdemoro	0,92
0511 - Alcobendas-San Sebastián de los Reyes	0,91
0130 - Madrid-Retiro	0,90
0142 - Madrid-Villa de Vallecas	0,80
0141 - Madrid-Puente de Vallecas	0,78
0620 - Collado Villalba	0,77
0310 - Alcalá de Henares	0,76
0220 - Madrid-Salamanca	0,64
0512 - Sierra Norte	0,63
0210 - Coslada	0,59
1130 - Madrid-Villaverde	0,59
0820 - Alcorcón	0,57
1020 - Getafe	0,51
0410 - Madrid-Ciudad Lineal	0,45
0810 - Móstoles	0,40
0540 - Madrid-Fuencarral-El Pardo	0,39
1140 - Madrid-Carabanchel	0,37
0230 - Madrid-Chamartín	0,00
0420 - Madrid-San Blas-Canillejas	0,00
0530 - Madrid-Tetuán	0,00
0710 - Madrid-Centro	0,00
0720 - Madrid-Chamberí	0,00
Total	1,03

6.5.5. Paludismo

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

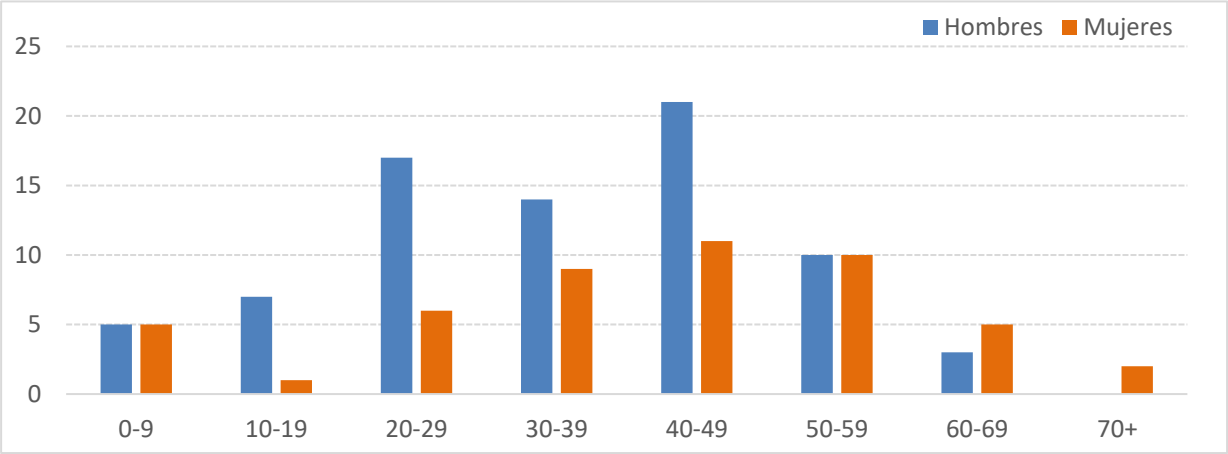
Gráfico 6.5.5.a. Tasas de incidencia acumulada de paludismo por 100.000 habitantes. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid y España. Años 2016-2025.



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

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

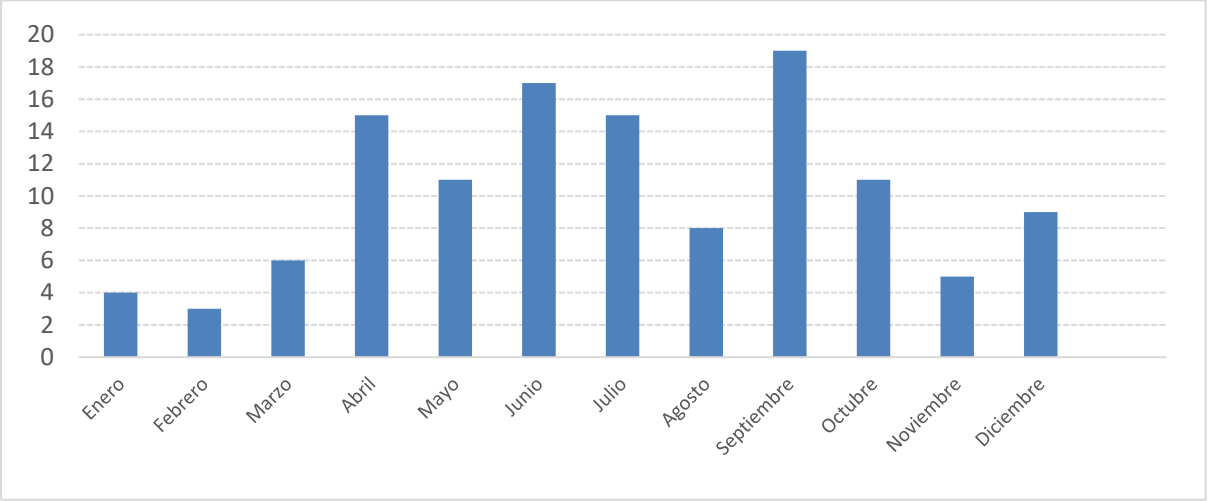
Gráfico 6.5.5.b. Número de casos de paludismo por sexo y grupo de edad, en años. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2025.



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

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

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



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

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

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

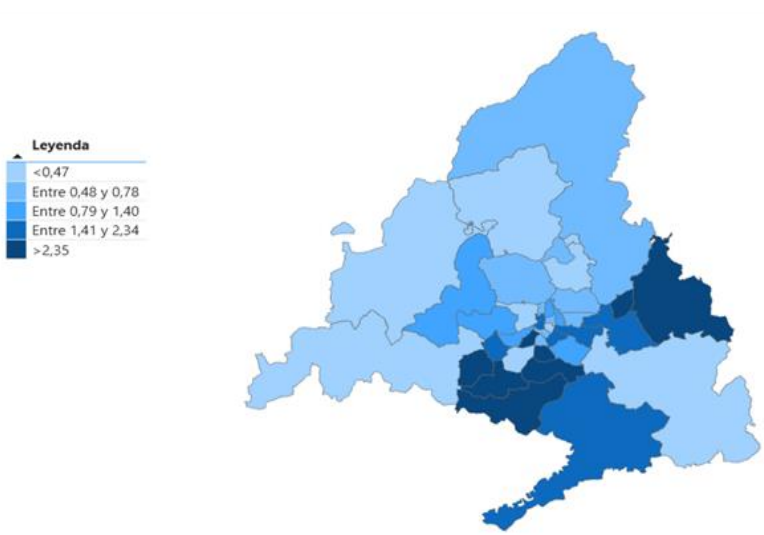
Tabla 6.5.5.a. Clasificación por especies de *Plasmodium* y país de adquisición de la enfermedad. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2025.

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

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

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

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



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

6.6. ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN ZOONÓTICA

6.6.1. Brucelosis

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

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

6.6.2. Fiebre Q

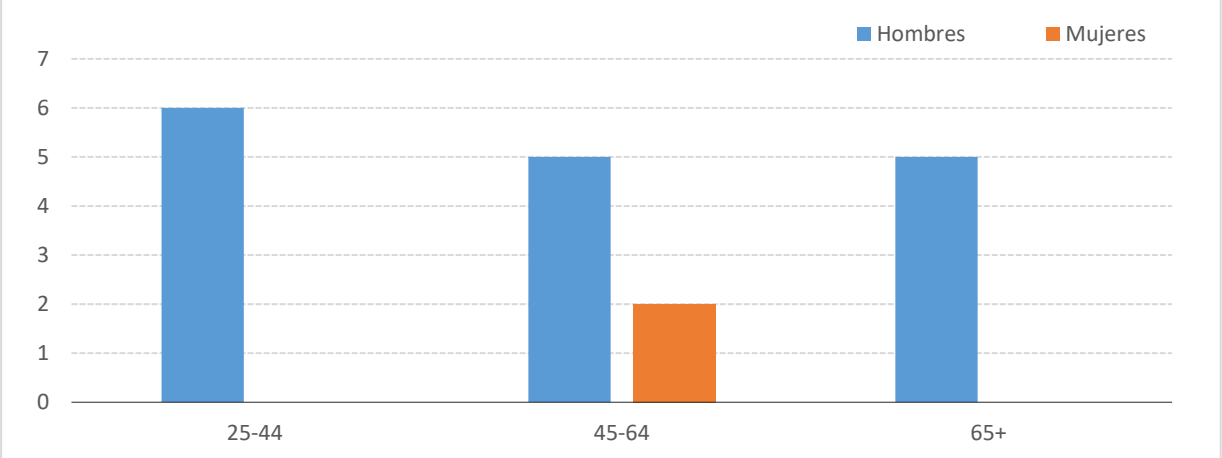
En el año 2025 se notificaron en la Comunidad de Madrid 18 casos de fiebre Q, con una tasa de incidencia acumulada de 0,25 casos por 100.000 habitantes.

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

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

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

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



6.6.3. Hidatidosis

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

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

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

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

6.6.4. Leptospirosis

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

Descripción de los casos:

-Caso 1: Varón de nacionalidad francesa de 35 años con antecedente de viaje a Colombia y cuadro de fracaso renal agudo que requirió una hospitalización de 7 días y tuvo evolución favorable.

- Caso 2: Varón de nacionalidad venezolana de 35 años con antecedente de baño en un embalse en la provincia de Guadalajara, con cuadro de fiebre prolongada y que requirió hospitalización de 4 días y tuvo evolución favorable.

- Caso 3: Varón español de 59 años con antecedente de manipulación de piezas de caza en la provincia de Guadalajara y que tuvo un cuadro de hepatitis con mialgias intensas. Requirió hospitalización de 14 días y tuvo evolución favorable.

- Caso 4: Mujer de nacionalidad peruana de 83 años con antecedente de contacto con roedores y que presentó un cuadro de fracaso multiorgánico. Tuvo un ingreso hospitalario de 24 días de duración, de los que 11 fueron en cuidados intensivos. Fue dada de alta con secuelas de insuficiencia motora.

6.6.5. Toxoplasmosis congénita

En el año 2025 se registró un caso confirmado de toxoplasmosis congénita, con una tasa de incidencia de 0,02 casos por 1.000 nacidos vivos. Correspondió a un recién nacido varón de madre de origen peruano, con seguimiento correcto del embarazo, en la que se detectó seroconversión a *Toxoplasma gondii* durante la gestación (sospecha de primoinfección), así como escasa ganancia ponderal.

En los análisis realizados se observaron anticuerpos IgG, que se mantuvieron durante 11 meses e IgM, durante al menos durante 4 meses. El diagnóstico mediante comparación de perfiles inmunológicos también fue confirmatorio. El bebé fue asintomático durante el seguimiento.

6.6.6. Tularemia

En el año 2025 se registraron 5 casos confirmados de tularemia en la Comunidad de Madrid, con una tasa de incidencia acumulada de 0,07 casos por 100.000 habitantes.

- Caso 1: Varón de 38 años. Presentación clínica tifoidea. Hospitalizado durante 4 días. No se pudo establecer ninguna exposición de riesgo.

- Caso 2: Varón de 11 años. Forma clínica orofaríngea/glandular. No requirió hospitalización. Dudosa exposición a topillos en un pueblo de la provincia de Burgos.

- Caso 3: Varón de 19 años. Forma clínica orofaríngea. No fue hospitalizado. No consta exposición de riesgo salvo su estancia de monitor de un campamento juvenil en un pueblo de la provincia de Soria durante el período de incubación.

- Caso 4: Varón de 83 años. Presentación úlcero-glandular. No hospitalizado. Cazador en Toledo.

- Caso 5: Mujer de 26 años. Forma úlcero-glandular. No fue hospitalizada. Se trató de una Infección nosocomial, el caso es médico y se contagió por contacto con la lesión ulcerada del caso 4 y presentó una lesión de características similares.

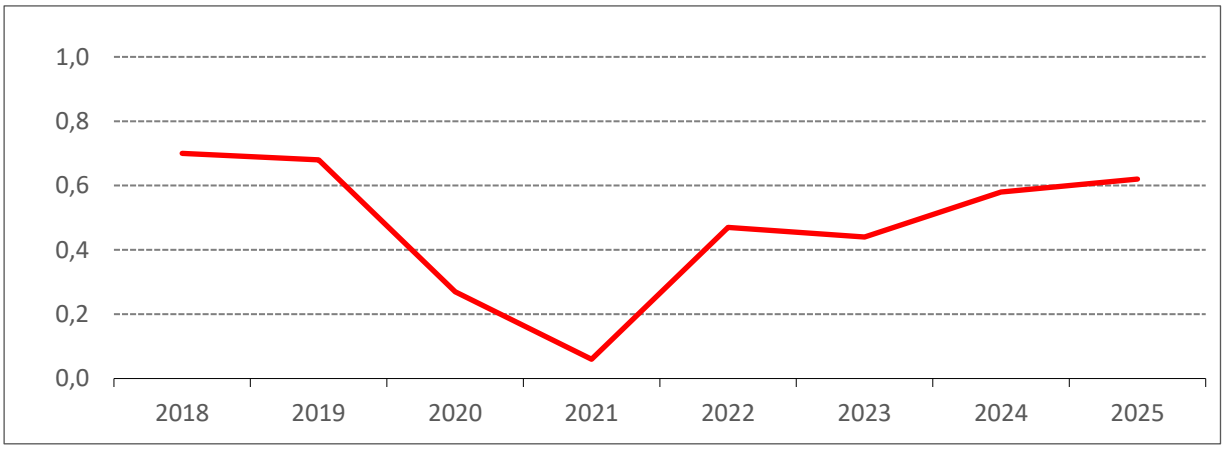
Los casos evolucionaron favorablemente. Se declaró un brote de transmisión nosocomial (casos 4 y 5).

6.7. OTRAS MENINGITIS

6.7.1. Meningitis víricas

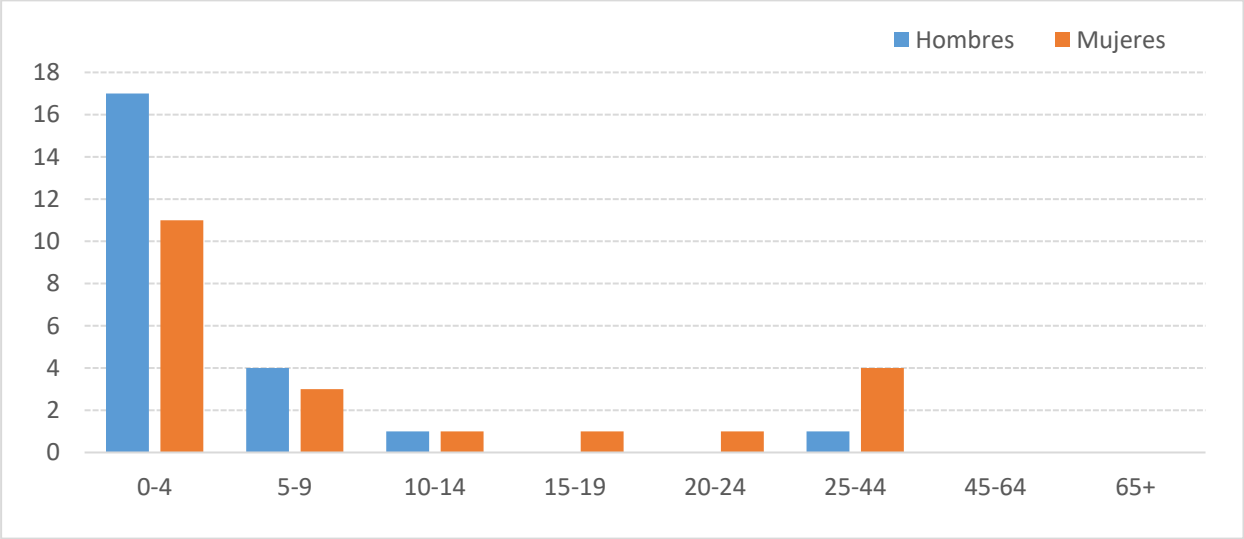
Se registraron 44 casos de meningitis vírica causadas por enterovirus no polio (3 casos más que el año anterior), con una tasa de incidencia acumulada de 0,62 casos por 100.000 habitantes (Gráfico 6.7.1.a). El 100% de los casos fueron confirmados mediante PCR en muestras de LCR.

Gráfico 6.7.1.a. Tasa de incidencia acumulada de meningitis víricas por enterovirus no polio. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Años 2018-2025.



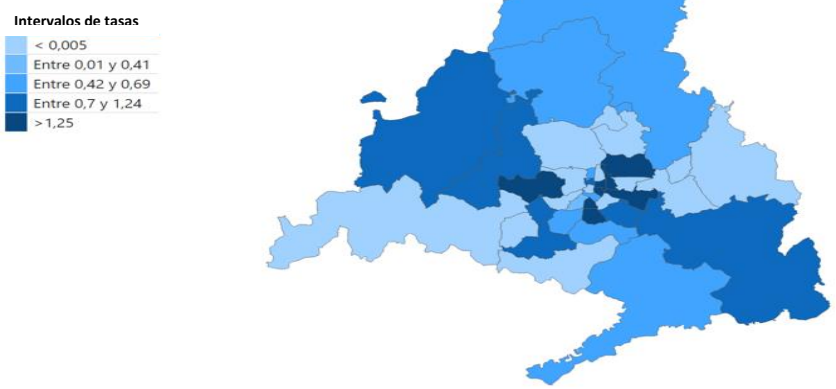
La meningitis vírica por enterovirus no polio mostró un predominio masculino (52,3%), con un rango de edad entre 0 y 39 años y una edad media de 6,4 años. El 84,1% de los casos correspondieron a menores de 15 años (Gráfico 6.7.1.b). No se registraron fallecimientos por meningitis vírica por enterovirus no polio en el año 2025. Según la forma de presentación, todos los casos se registraron como esporádicos, sin casos asociados.

Gráfico 6.7.1.b. Número de casos de meningitis víricas por enterovirus no polio por sexo y grupo de edad, en años. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2025.



Los distritos con mayor tasa de incidencia fueron los de Madrid-Hortaleza-Barajas (1,96 casos por 100.000 habitantes), Madrid- Salamanca (1,92 casos por 100.000 habitantes) y Madrid-Retiro (1,81 casos por 100.000 habitantes) (Mapa 6.7.1.a).

Mapa 6.7.1.a. Tasas de incidencia acumulada de meningitis víricas por enterovirus no polio por distrito de residencia. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2025.



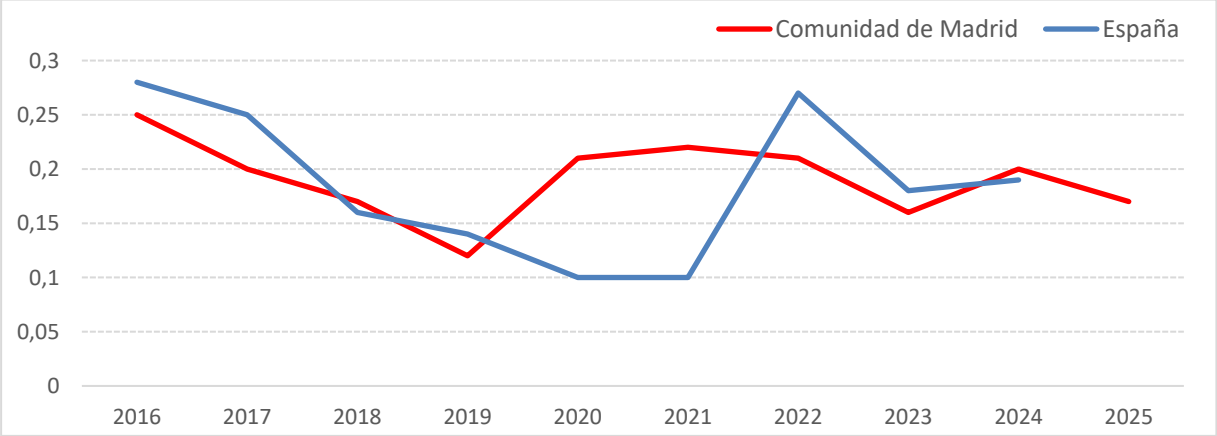
Distrito Salud Pública	Tasa
0430 - Madrid-Hortaleza-Barajas	1,96
0220 - Madrid-Salamanca	1,92
0130 - Madrid-Retiro	1,81
0410 - Madrid-Ciudad Lineal	1,78
1130 - Madrid-Villaverde	1,76
0120 - Madrid-Moratalaz-Vicálvaro	1,58
1150 - Madrid-Usera	1,32
0611 - Boadilla-Pozuelo	1,26
0820 - Alcorcón	1,13
0920 - Fuenlabrada	0,93
0110 - Arganda-Rivas	0,91
0142 - Madrid-Villa de Vallecas	0,80
0620 - Collado Villalba	0,77
0612 - Las Rozas-Majadahonda	0,75
0720 - Madrid-Chamberí	0,72
1120 - Madrid-Arganzuela	0,64
0512 - Sierra Norte	0,63
0520 - Colmenar Viejo-Tres Cantos	0,63
0530 - Madrid-Tetuán	0,58
0910 - Leganés	0,51
1020 - Getafe	0,51
1110 - Aranjuez-Valdemoro	0,46
1140 - Madrid-Carabanchel	0,37
0141 - Madrid-Puente de Vallecas	0,00
0210 - Coslada	0,00
0230 - Madrid-Chamartín	0,00
0310 - Alcalá de Henares	0,00
0320 - Torrejón de Ardoz	0,00
0420 - Madrid-San Blas-Canillejas	0,00
0511 - Alcobendas-San Sebastián de los Reyes	0,00
0540 - Madrid-Fuencarral-El Pardo	0,00
0630 - Madrid-Moncloa-Aravaca	0,00
0710 - Madrid-Centro	0,00
0730 - Madrid-Latina	0,00
0810 - Móstoles	0,00
0830 - Navalcarnero	0,00
1010 - Parla-Pinto	0,00
Total	0,62

6.8. ENFERMEDADES NOTIFICADAS POR SISTEMAS ESPECIALES

6.8.1. Encefalopatías Espongiformes Transmisibles Humanas

En el año 2025 se registraron 12 casos de Encefalopatías Espongiformes Transmisibles Humanas (EETH) entre residentes en la Comunidad de Madrid -incluyendo 3 casos con inicio de síntomas en 2024 (dos menos que en 2024), lo que representa una incidencia de 0,17 casos por 100.000 habitantes (Gráfico 6.8.1.a).

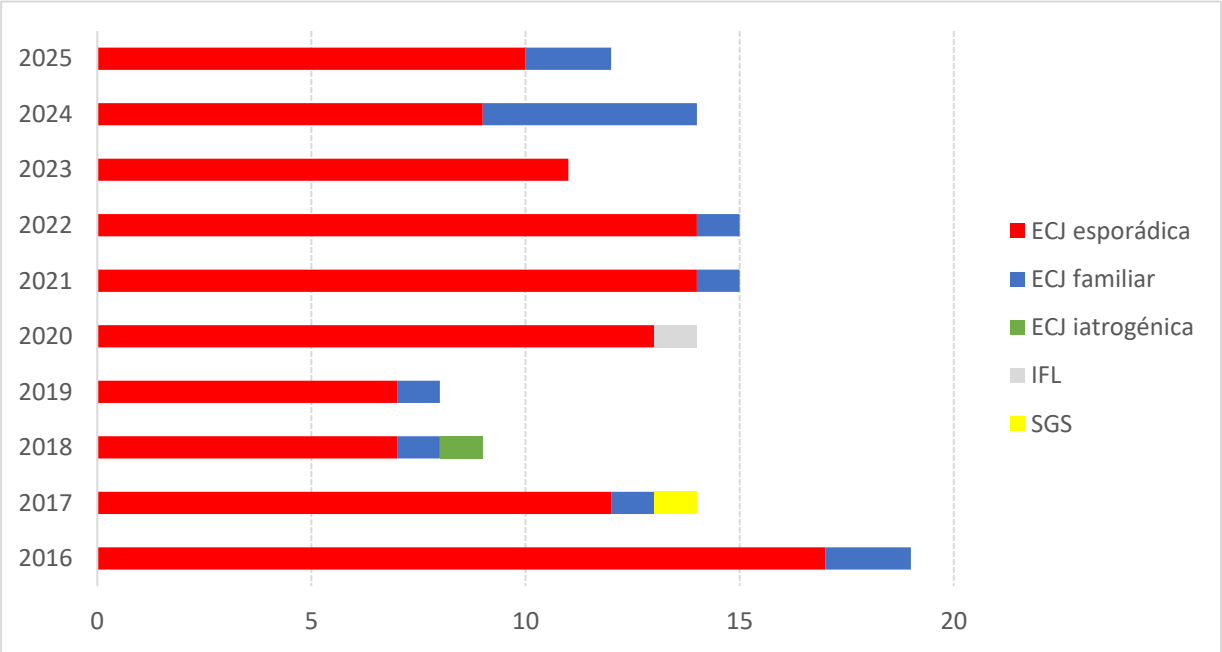
Gráfico 6.8.1.a. Tasas de incidencia acumulada de encefalopatías espongiformes transmisibles humanas. por 100.000 habitantes. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid y España*. Años 2016-2025.



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

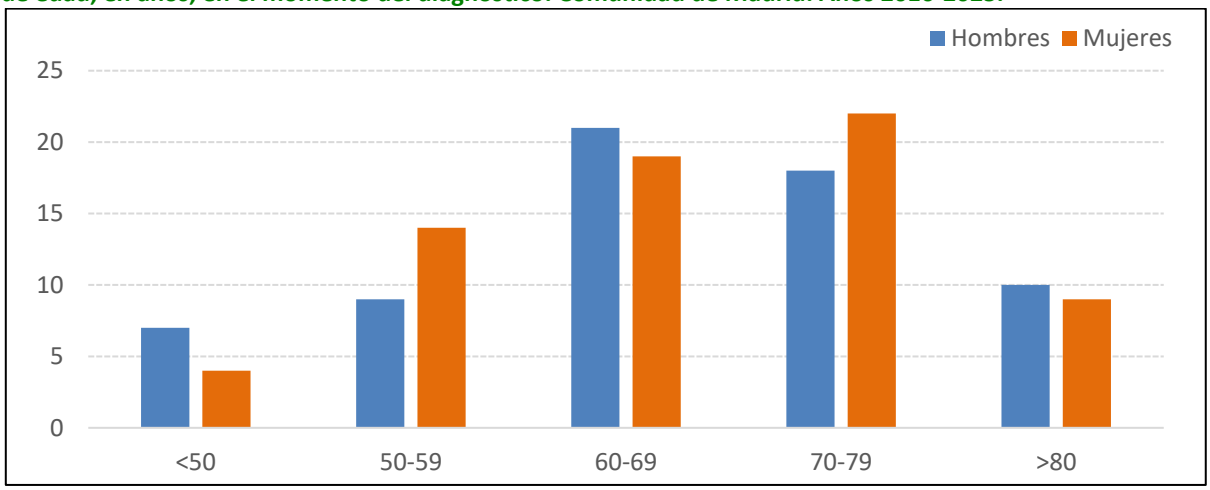
Diez casos (83,3%) se clasificaron como enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (ECJ) esporádica y dos (16,7%) como ECJ familiar, y según los criterios diagnósticos, todas se consideraron probables (Gráfico 6.8.1.b).

Gráfico 6.8.1.b. Distribución de los casos de encefalopatías espongiformes transmisibles humanas y subtipos diagnósticos por año de notificación. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Años 2016-2025.



La distribución de los casos por sexo y grupos de edad se muestra en el gráfico 6.8.1.c (mujeres, 51,1% de los casos; edad media, 67,1 años).

Gráfico 6.8.1.c. Número de casos de encefalopatías espongiformes transmisibles humanas por sexo y grupos de edad, en años, en el momento del diagnóstico. Comunidad de Madrid. Años 2016-2025.



6.9. ENFERMEDADES DE LAS QUE NO SE NOTIFICÓ NINGÚN CASO

No se han registrado casos en 2025 de las siguientes EDO: carbunco, cólera, difteria, fiebre amarilla, fiebre hemorrágica vírica, fiebre del Nilo Occidental, fiebre recurrente transmitida por garrapatas, infección congénita por virus Zika, peste, poliomielitis, rabia, rubéola, rubéola congénita, síndrome respiratorio agudo grave, tétanos, tétanos neonatal y triquinosis.

7. ASPECTOS A DESTACAR

Durante el año 2025 se notificaron más del doble de casos de enfermedades de declaración numérica que en 2024 y mil casos menos de enfermedades de declaración obligatoria individualizada (descenso

del 2,7% respecto al año anterior). En el caso de las enfermedades de declaración numérica, las cifras de gripe se han visto muy impactadas por el retraso de la temporada 2024/2025 y el adelanto de la temporada 2025/2026, que han concentrado un número de casos especialmente alto durante el año 2025. Sin embargo, se ha observado por primera vez tras el periodo pandémico un incipiente descenso de los casos de herpes zóster y una continuación de la tendencia descendente de los casos de varicela.

De manera global, para la interpretación de las comparaciones relativas hay que tener en cuenta que el periodo de referencia incluye todavía los años influenciados por la pandemia de covid-19, con su importante impacto sobre los sistemas de vigilancia epidemiológica y de actividad asistencial. Tras la caída generalizada en las notificaciones de los años 2020-2021, en los años subsiguientes la incidencia de la mayoría de enfermedades transmisibles aumentó progresivamente y se comienza a observar una estabilización. La incorporación de la vigilancia del mpox en 2022 y de VRS en 2024 también han presentado un cierto efecto sobre el volumen total de EDOs registradas. Además, se están realizando importantes esfuerzos para que hospitales con niveles de notificación más bajos mejoren sus tasas de declaración. Por otro lado, los cambios en la notificación de determinadas enfermedades pueden estar también en relación con la evolución de las técnicas diagnósticas (generalización de las técnicas de PCR) o la ampliación de los programas de cribado.

En el ámbito de las enfermedades de transmisión respiratoria, durante 2025 destacó el incremento de la incidencia de gripe, alcanzando niveles superiores a los observados en los años previos a la pandemia. La tuberculosis presentó una incidencia similar a la del año anterior, con un ligero aumento del número de casos notificados y una leve disminución de la tasa de incidencia, atribuible al incremento de la población residente, si bien persisten diferencias territoriales y una mayor carga de enfermedad en población nacida fuera de España. Los casos de VRS disminuyeron un 20,8% respecto al año anterior; no obstante, el 69,5% de los casos requirió hospitalización manteniéndose el mayor impacto en los grupos de edad más vulnerables.

Respecto a las enfermedades de transmisión alimentaria, algunas han aumentado su incidencia respecto al año anterior, especialmente la hepatitis A (que podría considerarse un brote poblacional, afectando especialmente a hombres jóvenes), y en menor medida, la shigelosis, la infección por *E. coli* productor de toxina Shiga, la criptosporidiosis, la giardiasis y la salmonelosis. Han superado la mediana del quinquenio previo todas las mencionadas además de campilobacteriosis, fiebre tifoidea y yersiniosis. En cambio, ha disminuido la incidencia de listeriosis respecto al año anterior y respecto a la mediana del quinquenio previo. No se han notificado casos de cólera ni triquinosis.

Para las enfermedades incluidas en el grupo de inmunoprevenibles, hay que señalar que las enfermedades invasivas por *Haemophilus influenzae* y por neumococo aumentaron ligeramente su incidencia respecto al año 2024. La incidencia de enfermedad invasiva por meningococo, en cambio, se mantuvo estable. Tras el brote poblacional de tosferina que se desarrolló en 2024, con la mayor incidencia anual de esta enfermedad en los últimos 20 años, el año 2025 tuvo una incidencia muy baja. Respecto al sarampión, se detectaron apenas 5 casos confirmados en 2025, sin relación entre sí, dos de ellos importados. La incidencia de parotiditis se mantuvo en tasas bajas desde la pandemia de covid, no detectándose ninguna PCR positiva para este virus en 2025.

En relación con las ITS, las infecciones por *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis*, que durante los últimos años habían mostrado incrementos muy significativos en sus tasas de incidencia, alcanzando en 2023 aumentos interanuales del 59,3% y del 40,0%, respectivamente, presentaron en 2025 una clara desaceleración de esta tendencia ascendente. En ambos casos, el incremento de la incidencia se situó en torno al 2%, lo que sugiere una estabilización progresiva de la transmisión. Por su parte, la sífilis mostró un descenso discreto pero sostenido durante los dos últimos años, circunstancia que podría indicar un cambio de tendencia y el posible inicio de una fase de contención de la enfermedad.

En relación a las enfermedades transmitidas por vectores, en 2025 destaca la enfermedad por virus Chikungunya, con un número de casos notificados muy por encima de lo observado en los años previos. Este hallazgo coincide con el resurgimiento global de la enfermedad en todo el mundo, y la detección de casos de transmisión local en Francia e Italia. Por otro lado, la disminución relativa de los casos de dengue también es coherente con la disminución de notificación en 2025 a nivel global.

En el grupo de zoonosis, se han notificado casos de brucelosis, fiebre Q, hidatidosis, leptospirosis, toxoplasmosis congénita y tularemia en 2025. Sin embargo, solo la fiebre Q y la hidatidosis presentan tasas superiores a 0,10 casos por cien mil habitantes. Aun así, la incidencia de estas dos enfermedades ha estado por debajo del quinquenio anterior. Se han producido más casos de leptospirosis y tularemia que en cualquier año del quinquenio anterior. Como viene ocurriendo en los últimos años, no se han declarado casos de carbunco, peste y rabia.

Las encefalitis espongiformes transmisibles humanas (EETH) siguen manteniendo una incidencia estable durante los últimos años.

Agradecimientos

Agradecemos de forma especial la colaboración de todos los médicos/as, enfermeros/as y resto de profesionales sanitarios de la Comunidad de Madrid, cuya participación directa es esencial en la vigilancia y control de las enfermades transmisibles.

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

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

Cita recomendada: Dirección General de Salud Pública. Morbilidad por Enfermedades de Declaración Obligatoria. Año 2025. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Número 9. Volumen 31. Septiembre 2026.