

Incidencia, tendencia y supervivencia de cáncer de cérvix en la Región de Murcia, 1983-2020.

Introducción

Según estimaciones del Global Cancer Observatory a partir de datos de la Agencia Internacional de Investigación en Cáncer (IARC), para 2022, el cáncer de cérvix (CC) habrá sido en mujeres a nivel mundial el 4º cáncer más frecuente (tasa de incidencia ajustada a la población mundial [TA-mundial], de 14,1 por 100.000 mujeres) y la tercera causa de muerte por cáncer en ellas (tasa de mortalidad ajustada a la población mundial de 7,1 por 100.000 mujeres), con una gran variabilidad geográfica. Las tasas de incidencia y mortalidad serían máximas en África (26,4 y 17,6 respectivamente), con valores menores en la Europa de los 27 (8,1 y 2,9 respectivamente) y España (5,4 y 1,6 respectivamente), siendo España uno de los países con menor incidencia a nivel mundial y europeo (1). Con respecto a los datos nacionales, en la Región de Murcia estos valores fueron ligeramente superiores en incidencia (5,79 en 2020) (2) y ligeramente inferiores en mortalidad (1,5 en 2020) (3).

El cáncer de cérvix está íntimamente ligado a la infección por el virus papiloma humano (VPH), de transmisión sexual, sobre todo los serotipos 16 y 18 (4). Aunque esta infección, generalmente asintomática, en su mayor parte dará lugar a lesiones que desaparecerán espontáneamente (hasta un 80-90% de los casos de neoplasia cervical intraepitelial de bajo grado, CIN I), los cambios celulares que origina en el cérvix la infección persistente podrían dar lugar a lo largo de los años a la aparición de cáncer (5). En este sentido, el cribado de cáncer de cérvix se establece con la finalidad de detectar esta enfermedad en estadios precoces, así como sus lesiones precursoras, con el fin de mejorar su pronóstico. En la Región de Murcia este cribado se está realizando de forma oportunista desde los años 80 con gran adherencia por parte de las mujeres (prevención secundaria). Por otra parte, en 2008 se inició la vacunación en niñas del VPH, y desde 2023 se amplió a niños (prevención primaria). Los efectos de la vacunación en la incidencia de cáncer de cérvix probablemente se apreciarán en los próximos años, debido al tiempo de latencia de la infección (15-20 años) y a que la mayor incidencia de CC se produce en la juventud y edad madura.

ARTÍCULO

Incidencia, tendencia y supervivencia de cáncer de cérvix en la Región de Murcia, 1983-2020.

NOTICIAS BREVES

Evaluación rápida del riesgo de sarampión para España: medidas de vigilancia, vacunación y concienciación de sanitarios en la Región de Murcia.

Semanas epidemiológicas EDO:

Semanas 19 a 22 de 2024.



La "Estrategia mundial para la eliminación del cáncer de cuello uterino" de la OMS ha fijado las metas "90-70-90" para el año 2030, e incluye la estrategia combinada preventiva de vacunación y cribado, con el objetivo de conseguir la eliminación del cáncer de cérvix (alcanzar el umbral de incidencia de 4 casos por 100.000 mujeres) (6).

En el presente artículo se analiza la incidencia, tendencia y supervivencia de CC disponibles hasta 2020, actualizando los indicadores presentados en el informe epidemiológico sobre cáncer de cérvix en la Región de Murcia 1983-2018 (3), con especial atención a aspectos como comportamiento del tumor, histología y TNM al diagnóstico durante los últimos años.

Material y métodos

Los datos de incidencia proceden del Registro de Cáncer de la Región de Murcia, de base poblacional, que recoge todos los casos de cáncer que se diagnostican en residentes de la región. Se presenta el número de casos y la tasa de incidencia anual ajustada a la población europea estándar de 2013 por 100.000 mujeres (TA-EU13) de cáncer de cérvix por comportamiento, invasivo e *in situ*, durante el periodo 1998-2020.

De 2016 a 2020 se ha realizado el estudio de la incidencia por grupos quinquenales de edad y comportamiento invasivo e *in situ*, obteniendo el número de casos, y las tasas específicas por edad (TEE), por grupo histológico [carcinomas de células escamosas (CCE), adenocarcinomas (ADC) y otros], y por estadio TNM.

La tendencia de incidencia entre 1998 y 2020 se calculó con análisis joinpoint, para cáncer invasivo y cáncer *in situ*, para todas las edades y por grupos de edad (25-64 años y ≥ 65 años), obteniendo la media del porcentaje anual de cambio (AAPC) y el porcentaje anual de cambio (APC), con sus intervalos de confianza del 95% (IC 95%) y los puntos de cambio de tendencia. Para ello se utilizó la tasa de incidencia ajustada a la población europea estándar de 2013 (TA-EU13).

La supervivencia neta (SN) en los cánceres invasivos se obtuvo a 1, 3 y 5 años y para los periodos

1998-2004, 2005-2011 y 2012-2018, mediante el método de Pohar-Perme (9).

Software utilizado: STATA y Joinpoint regression program v4.6

Resultados

Durante el periodo 1998-2020 se diagnosticaron en la Región de Murcia 6192 casos de cáncer de cérvix, 4751 *in situ* y 1441 invasivos. La TA-EU13 de cáncer invasivo osciló entre 8 por 100.000 mujeres en 1998 y 2020 y 12,8 en 2004; mientras que en el cáncer *in situ* se incrementó desde 2023, 8,09 por 100.000 mujeres, a 2018, 64,3, disminuyendo en 2019 y 2020.

En el periodo 2016-2020, del total de cáncer de cérvix un 15% fueron cánceres invasivos y 85% *in situ*. Aproximadamente la mitad de cánceres invasivos aparecieron en el grupo de 35-54 años. La TEE fue >10 por 100.000 de los 30 a los 79 años, 18,00 en el grupo de 45-49 años, y 16,7 en el de 70-79 años. El 60% de los cánceres *in situ* fueron diagnosticados en menores de 40 años y el 88% en menores de 50, la TEE fue máxima en el grupo de 30-34 años (178,8).

El análisis joinpoint del periodo 1998-2020 mostró un incremento significativo de la incidencia en los cánceres *in situ*, para el total de edades (APC 7,9%, IC95% 6,6-9,2), y para el grupo de 25-64 años (APC 8,1%, IC95% 6,7-9,5). No se registraron cambios de tendencia ni hubo resultados significativos para el estudio de tendencias de los cánceres invasivos ni para el grupo de edad de ≥ 65 años, independientemente del comportamiento del tumor (tabla 2).

Durante el periodo 2016-2020 en el cáncer invasivo el grupo histológico más frecuente fue el carcinoma de células escamosas con el 65% de los casos, los adenocarcinomas supusieron el 29% y otras histologías el 6%. El mayor número de casos de carcinoma de células escamosas se registró de los 35 a los 54 años, con una TEE máxima en el grupo de 45-49 años. Los adenocarcinomas se distribuyeron más homogéneamente por grupo de edad, predominando en los grupos de 50 a 59 años (figura 1). Los carcinomas *in situ* fueron

Tabla 1. Número de casos y tasas de incidencia ajustadas a la población europea estándar de 2013 (TA-EU13) por 100.000 mujeres, de cáncer de cérvix *in situ* e invasivo. Región de Murcia, 1998-2020.

Año	Cáncer <i>in situ</i>		Cáncer invasivo	
	Casos	TA-EU13	Casos	TA-EU13
1998	90	16,2	39	8,0
1999	93	15,8	46	9,2
2000	75	12,4	57	11,3
2001	91	14,6	50	9,2
2002	72	11,8	53	9,8
2003	51	8,0	45	7,8
2004	124	18,4	73	12,8
2005	135	18,4	61	10,1
2006	144	20,5	74	12,1
2007	166	22,5	60	9,3
2008	154	21,0	75	11,4
2009	151	20,0	69	9,5
2010	212	27,7	72	10,3
2011	217	30,3	54	7,9
2012	222	29,3	61	8,8
2013	230	32,0	86	11,9
2014	254	33,9	63	9,0
2015	282	38,4	57	7,9
2016	329	44,5	57	8,1
2017	392	53,6	77	11,0
2018	483	64,3	73	9,7
2019	398	51,4	77	10,1
2020	386	49,6	62	8,0

Fuente: Registro de Cáncer. Servicio de Epidemiología. Dirección General Salud Pública y Adicciones. Consejería de Salud. Región de Murcia.

Tabla 2. Tendencia de incidencia de cáncer de cérvix según comportamiento y grupo de edad, regresión *joinpoint*, de la tasa ajustada a la población europea estándar de 2013. Región de Murcia, 1998-2020.

Grupo de edad y comportamiento del tumor	APC*	Periodo	Intervalo confianza 95%		Valor <i>p</i>
			Lím. inferior	Lím. superior	
Total cáncer <i>in situ</i>	7,9	1998-2020	6,6	9,2	<0,001
Total cáncer invasivo	-0,4	1998-2020	-1,4	0,7	0,443
25-64 años cáncer <i>in situ</i>	8,1	1998-2020	6,7	9,5	<0,001
25-64 años cáncer invasivo	-0,2	1998-2020	-1,4	1,0	0,688
≥ 65 años cáncer <i>in situ</i>	0,8	1998-2020	-2,7	4,3	0,648
≥ 65 años cáncer invasivo	-0,9	1998-2020	-2,6	0,8	0,275

Fuente: Registro de Cáncer. Servicio de Epidemiología. Dirección General Salud Pública y Adicciones. Consejería de Salud. Región de Murcia.

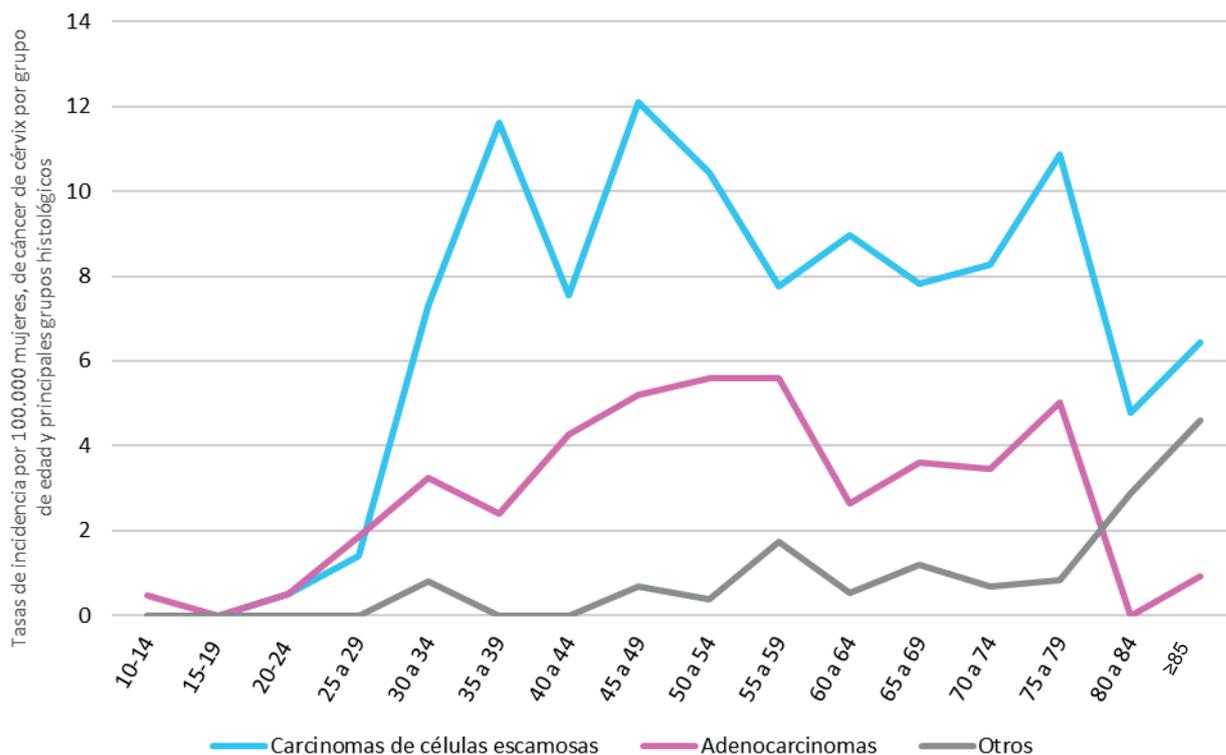
*APC: Porcentaje de cambio anual

fundamentalmente carcinomas de células escamosas.

En relación a la extensión del tumor al diagnóstico, estadio TNM en que fueron diagnosticados, de 2016 a 2020 los cánceres invasivos se distribu-

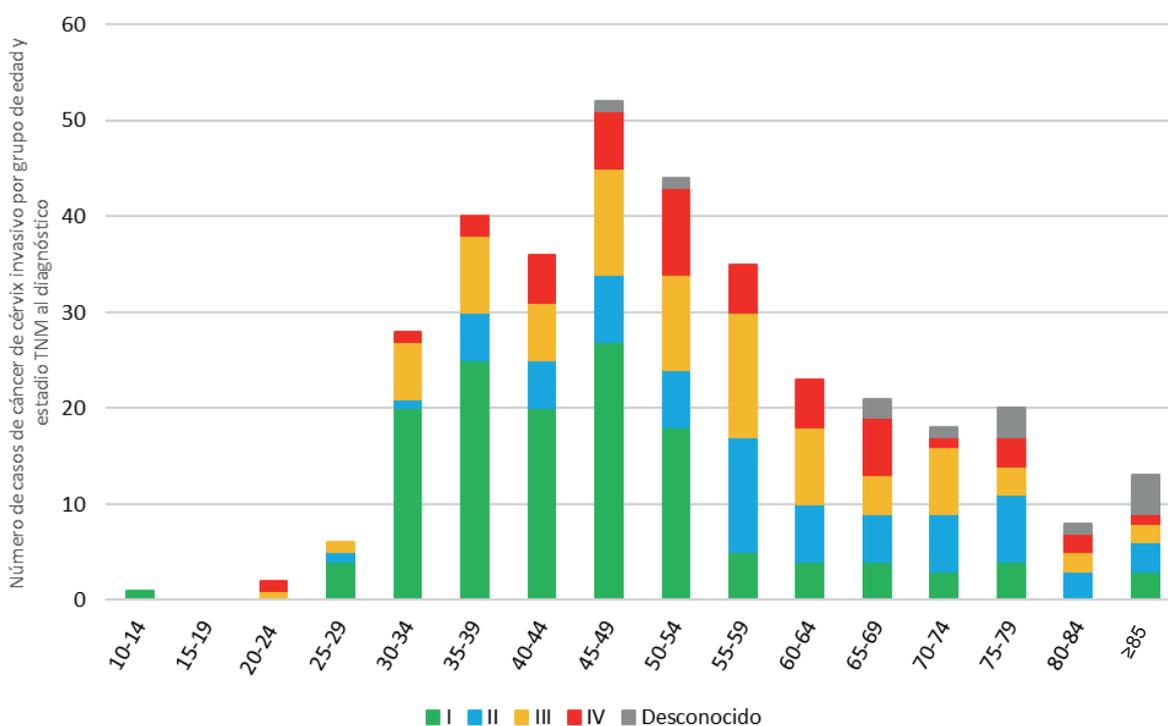
ieron en estadio I (40%), II (19%), III (24%), IV (13%) y desconocido (4%). El estadio I fue más frecuente en los grupos de 30-54 años, el II en el de 55-59, el III en el de 45-59, y el IV en el de 50-54 (figura 2).

Figura 1. Tasas de incidencia de cáncer de cérvix invasivo por 100.000 mujeres, por grupo de edad y principales grupos histológicos. Región de Murcia, 2016-2020.



Fuente: Registro de Cáncer. Servicio de Epidemiología. Dirección General Salud Pública y Adicciones. Consejería de Salud. Región de Murcia.

Figura 2. Número de casos de cáncer de cérvix invasivo por grupo de edad y estadio TNM al diagnóstico. Región de Murcia, 2016-2020.

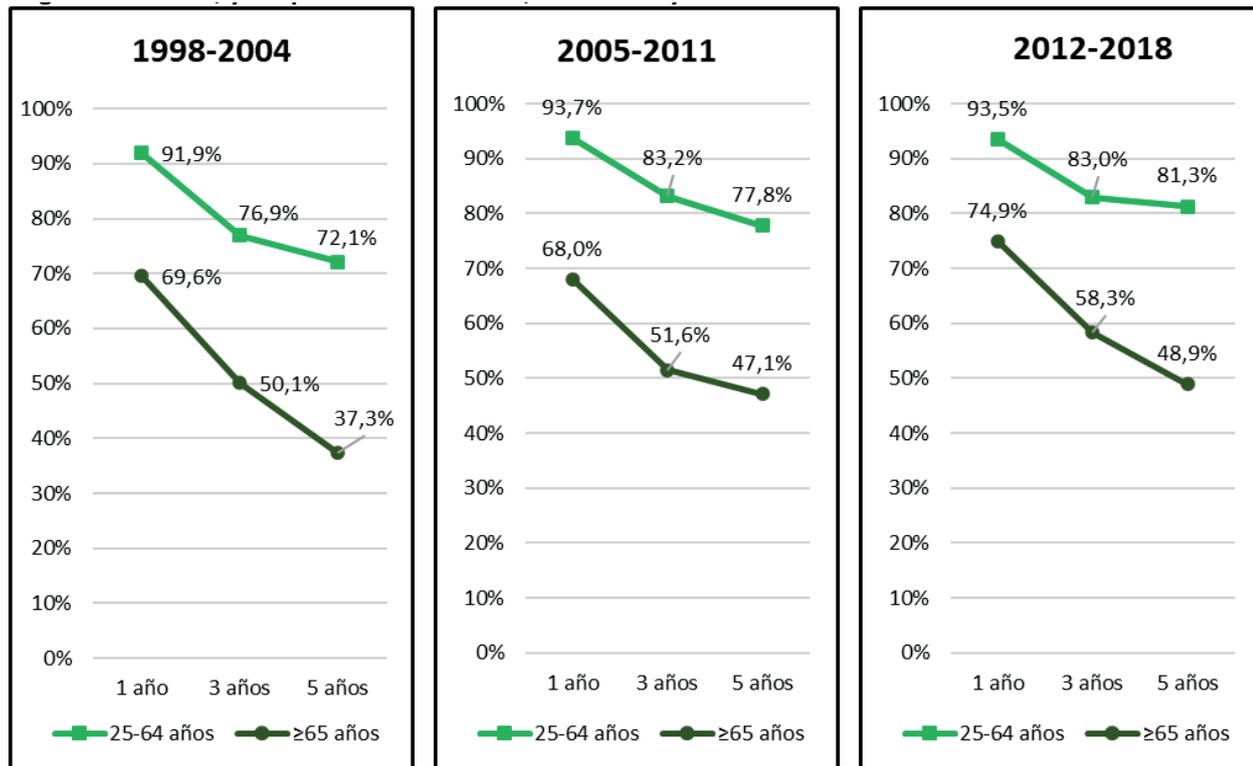


Fuente: Registro de Cáncer. Servicio de Epidemiología. Dirección General Salud Pública y Adicciones. Consejería de Salud. Región de Murcia.

La supervivencia neta (SN) del cáncer de cérvix invasivo a los 5 años del diagnóstico se incrementó en el grupo de edad de 25-64 años del 72,1%

en el periodo 1998-2004 al 81,3% en el periodo 2012-2018, y en ≥65 años de 37,3% a 48,9% respectivamente (figura 3).

Figura 3. Supervivencia neta al año, 3 años y 5 años, de cáncer de cérvix invasivo por grupos de edad. Región de Murcia, y subperiodos 1998-2004, 2005-2011 y 2012-2018.



Fuente: Registro de Cáncer. Servicio de Epidemiología. Dirección General Salud Pública y Adicciones. Consejería de Salud. Región de Murcia.

Conclusión

La incidencia de cáncer de cérvix en la Región de Murcia es baja, aunque aún no alcanza el objetivo marcado por la OMS de menos de 4 casos por 100.00 mujeres, diagnosticándose en los últimos años 6 carcinomas *in situ* por cada cáncer invasivo. En general el cáncer *in situ* se diagnostica en mujeres más jóvenes (25-44 años) y el invasivo en mujeres más mayores (35-59 años). Se observa un incremento de la incidencia desde finales de los años 90, con un APC desde 1998 a 2020 de 7,9% en el total del cáncer *in situ*, y de un 8.1% en el cáncer *in situ* en el grupo de 25-64 años, ambos significativos. En cambio, en el cáncer invasivo y en el grupo de edad de ≥65 años la incidencia de cáncer permanece estable.

En el periodo 2016-2020 el grupo histológico más frecuente hallado en el cáncer invasivo fue el carcinoma de células escamosas, con el número de casos más alto entre los 35 y los 54 años, siendo los adenocarcinomas más frecuentes entre los 40 y los 59 años. Los cánceres *in situ* de cérvix fueron mayoritariamente carcinomas de células escamosas.

En 2016-2020 el 40% de cáncer invasivo fue diagnosticado en estadio I, principalmente en mujeres de 30-54 años. El cáncer de cérvix diagnosticado en estadios II, III, y IV fue más frecuente a partir de los 45 años en adelante.

Destaca un aumento de la supervivencia neta del CC a los 5 años del diagnóstico del primer al último periodo estudiado, siendo este aumento del 9% en el grupo de 25 a 64 años, superando la SN el 80% en 2012-2018, y del 11,6% en ≥65 años, con una SN próxima al 50% en 2012-2018 que, aunque ha mejorado ostensiblemente, continúa siendo baja en este grupo de edad.

Probablemente, el cribado oportunista llevado a cabo hasta ahora en nuestra comunidad haya contribuido a aumentar en las últimas décadas el diagnóstico de carcinoma *in situ* y de cáncer invasivo en estadios precoces, mejorando su pronóstico. El cribado de cáncer de cérvix es recogido en el Código europeo contra el cáncer como una de las 12 medidas para disminuir el riesgo de cáncer (7). Actualmente se está desarrollando el Programa de Prevención del Cáncer de Cérvix de la Región de Murcia, que incluye la implementación

hacia un modelo de cribado organizado de base poblacional. Estas actuaciones están en sintonía con las recomendaciones del Grupo de Trabajo de Cribado de Cáncer de Cérvix de la Ponencia de Cribado Poblacional de la Comisión de Salud Pública del Ministerio de Sanidad (8), que modifica las indicaciones de cribado e implementación de la vacuna del VPH, con la finalidad de mejorar la prevención de esta enfermedad, la atención de las mujeres que la padecen y su pronóstico en los próximos años.

Bibliografía

- (1) Ferlay J, Ervik M, Lam F, Laversanne M, Colombet M, Mery L, Piñeros M, Znaor A, Soerjomataram I, Bray F (2024). Global Cancer Observatory: Cancer Today (version 1.1). Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. Available from: <https://gco.iarc.who.int/today>, accessed [24 06 2024].
- (2) Sanchez-Gil A, Ballesta M, Vaamonde RJ, Garrido SM, Exposito MM, Sanchez-Lucas MJ, Montesinos MM, Lodeiro M, Chirlaque MD. Boletín epidemiológico de Murcia, Volumen 44 - N.º 883 - Febrero 2024: Incidencia de cáncer en la Región de Murcia en 2019 y 2020. Registro de Cáncer de Murcia. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Adicciones. Consejería de Salud. Región de Murcia.
- (3) Sánchez-Gil A, Moreno MI, Ballesta M, Vaamonde RJ, Tortosa J, Garrido S, Expósito MM, Sánchez-Lucas MJ, Montesinos MM, Chirlaque MD. Cáncer de cérvix, situación en la Región de Murcia, actualización 1983-2018. Registro de Cáncer de la Región de Murcia. Murcia: Consejería de Salud, 2022. Informes Epidemiológicos 8/23.
- (4) Muñoz N, Bosch FX, de Sanjosé S, Tafur L, Izarzugaza I, Gili M, Viladiu P, Navarro C, Martos C, Ascunce N, et al. The causal link between human papillomavirus and invasive cervical cancer: a population-based case-control study in Colombia and Spain. *Int J Cancer*. 1992 Nov 11;52(5):743-9.
- (5) Ye J, Zheng L, He Y, Qi X. Human papillomavirus associated cervical lesion: pathogenesis and therapeutic interventions. *MedComm* (2020). 2023;4(5): e368. Published 2023 Sep 14. doi:10.1002/mco2.368.
- (6) Estrategia mundial para acelerar la eliminación del cáncer del cuello uterino como problema de salud pública [Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/359000/9789240039124-spa.pdf?sequence=1>. Consultado [29-07-2024]
- (7) Código Europeo contra el Cáncer. Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer (IARC). Comisión Europea: Doce formas de reducir el riesgo de cáncer - Cribado del cáncer cervicouterino. 2016. Consultado [29-07-2024]
- (8) Grupo de trabajo de Cribado de Cáncer de Cérvix de la Ponencia de Cribado Poblacional de la Comisión de Salud Pública. Documento de consenso sobre la modificación del Programa de Cribado de Cáncer de Cérvix. Adaptación de la edad de inicio del cribado primario con prueba VPH y de la del cribado en cohortes vacunadas. Ministerio de Sanidad, 2023. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/cribado/cribadoCancer/cancerCervix/docs/DocumentoconsensomodificacionCervix.pdf>. Consultado [29-07-2024]
- (9) M.P.; Stare, J.; Estève, J. On Estimation in Relative Survival. *Biometrics* 2012, 68, 113–120.

Autoría

Sánchez-Gil A, Ballesta M, Vaamonde RJ, Garrido SM, Expósito MM, Sánchez-Lucas MJ, Montesinos MM, Lodeiro M, Moreno MI, Chirlaque MD. Registro de Cáncer de Murcia. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Adicciones. Consejería de Salud. Región de Murcia.

Situación regional. Semanas 19 a 22 (Del 06/05/2024 al 02/06/2024).

ENFERMEDAD	CASOS NOTIFICADOS												CASOS NOTIFICADOS		
	SEMANA 19			SEMANA 20			SEMANA 21			SEMANA 22			SEMANA 19 a 22		
	2024	2023	MEDIANA	2024	2023	MEDIANA	2024	2023	MEDIANA	2024	2023	MEDIANA	2024	2023	MEDIANA
Shigelosis	2	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	3	3	0
Parotiditis	0	2	2	2	1	0	2	0	1	1	0	0	5	3	3
Tos ferina	65	0	0	59	0	0	41	0	0	42	1	0	207	1	1
Infección gonocócica	12	11	3	16	13	4	15	21	2	12	15	6	55	60	13
Sífilis	6	4	2	5	3	2	4	0	3	5	4	2	20	11	9
Fiebre exantemática mediterránea	0	0	0	0	0	0	2	0	0	1	0	0	3	0	0
Leishmaniasis	0	1	0	1	2	0	0	0	0	0	2	0	1	5	1
Paludismo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0
Criptosporidiosis	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0
Invasora por Haemophilus influenzae	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1	0
Linfogranuloma venéreo	0	3	0	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	6	2
Giardiasis	2	0	0	0	1	1	1	1	1	0	2	0	3	4	2
Dengue	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0	0	3	0	1
Fiebre Q	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1	0	1	4	0
Yersiniosis	1	2	0	3	0	0	1	0	0	1	0	0	6	2	0
Enfermedad Neumocócica Invasora	2	3	1	4	4	1	3	1	0	3	1	1	12	9	3
Listeriosis	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	1
Campilobacteriosis	24	30	10	36	18	18	35	22	15	37	22	13	132	92	66
Tuberculosis	4	0	3	1	2	4	1	2	1	1	1	3	7	5	12
EETH	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0
Salmonelosis	12	33	7	8	13	12	15	29	6	23	26	7	58	101	32
Infección por Chlamydia trachomatis	8	11	4	13	10	5	13	18	1	15	11	8	49	50	18

La mediana se calcula sobre el último quinquenio. No se incluyen las enfermedades sin casos notificados en la cuatrisesmana actual.

Distribución por áreas de salud. Semanas 19 a 22 (Del 06/05/2024 al 02/06/2024).

ENFERMEDAD	MURCIA OESTE		CARTAGENA		LORCA		NOROESTE		ALTIPLANO		VEGA MEDIA DEL SEGURA		MURCIA ESTE		MAR MENOR		VEGA ALTA DEL SEGURA		TOTAL	
	Casos	Acum.	Casos	Acum.	Casos	Acum.	Casos	Acum.	Casos	Acum.	Casos	Acum.	Casos	Acum.	Casos	Acum.	Casos	Acum.	Casos	Acum.
Shigelosis	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	3	8	0	4	0	0	0	0	3	15
Parotiditis	4	9	0	1	0	1	0	0	0	0	1	5	0	2	0	1	0	0	5	19
Tos ferina	47	370	32	407	4	27	7	23	0	1	39	315	13	80	57	194	7	20	206	1437
Infección gonocócica	10	87	15	48	3	25	0	3	2	8	7	63	8	53	7	35	1	7	53	329
Sífilis	2	23	4	14	0	2	0	0	0	5	6	25	4	30	3	5	1	2	20	106
Fiebre exantemática mediterránea	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
Leishmaniasis	0	8	1	1	0	1	0	0	0	1	0	3	0	4	0	0	0	1	1	19
Paludismo	0	1	0	0	0	2	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1	5
Criptosporidiosis	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	0	0	0	0	1	5
Invasora por Haemophilus influenzae	1	4	0	2	0	2	1	1	0	0	0	4	0	2	0	0	1	2	3	17
Linfogranuloma venéreo	1	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	1	9
Giardiasis	0	2	0	1	1	4	0	0	0	0	4	1	19	0	0	1	2	3	32	
Dengue	0	4	2	3	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0	0	1	1	3	11	
Fiebre Q	0	0	0	0	1	11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	11
Yersiniosis	1	8	2	6	0	0	0	0	0	0	1	3	2	5	0	1	0	0	6	23
Enfermedad Neumocócica Invasora	3	22	2	16	2	11	1	3	0	7	3	17	1	11	0	2	0	5	12	94
Listeriosis	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	2
Campilobacteriosis	8	69	23	107	10	38	7	34	7	33	25	100	22	106	22	79	4	34	128	600
Tuberculosis	1	7	2	10	1	3	0	1	0	5	1	8	0	8	1	8	0	0	6	50
EETH	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Salmonelosis	11	44	7	40	9	25	2	9	0	5	9	39	15	41	2	11	2	6	57	220
Infección por Chlamydia trachomatis	8	80	8	43	3	24	1	2	1	9	4	38	11	57	12	44	0	6	48	303

No se incluyen las enfermedades sin casos notificados en la cuatrisesmana actual.

Noticias Breves



Región de Murcia
Consejería de Salud

Dirección General de Salud Pública
y Adicciones

Evaluación rápida del riesgo de sarampión para España: medidas de vigilancia, vacunación y concienciación de sanitarios en la Región de Murcia.

El 17 de junio de 2024 el Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias ha publicado una 'Evaluación Rápida del Riesgo' de sarampión para España tras un aumento significativo de casos a nivel europeo y mundial. Desde finales del año 2022 se ha detectado un aumento en el número de casos y brotes de sarampión a nivel mundial que ha continuado en ascenso durante 2023 y 2024. En España, aunque se encuentra en situación de eliminación de sarampión desde 2016, en 2023 se han notificado 14 casos confirmados, aumentando hasta 106 casos entre enero y 11 junio de 2024. En la Región de Murcia no se han declarado casos de sarampión en 2021 ni en 2022; en 2023 se ha notificado un caso confirmado no importado de entre 25-44 años, que no había recibido la vacunación y no estaba vinculado a ningún caso confirmado ni hizo viajes al extranjero; en 2024, hasta junio, se han notificado tres casos, dos de ellos importados y uno autóctono (en el que no se ha podido verificar estado de vacunación).

El Sistema de Vigilancia de Enfermedades Transmisibles de la Región de Murcia (SIVIET-RM) realiza una detección de los casos en tiempo real debido al funcionamiento del Sistema de Información Microbiológica y a la declaración de casos, así como la identificación y el estudio de contactos instaurando las medidas de salud pública recomendadas. Esta identificación precoz de los casos permite la adecuada coordinación para la realización del diagnóstico de laboratorio sin demora y el envío al CNE para la caracterización genómica.

El Programa de Vacunaciones de la Región de Murcia detectó en marzo de 2023 coberturas inferiores al 95% de vacunación con dos dosis de triple vírica, siendo el objetivo establecido por el Plan Estratégico de Eliminación de sarampión y rubeola en España alcanzar coberturas >95%. Desde entonces y hasta junio de 2024 se han llevado a cabo diversas estrategias e intervenciones para aumentarlas en la población infantil: envío de mensajes de texto, llamadas telefónicas y/o e-mails. Desde febrero de 2024 se ha trabajado con los equipos de Atención Primaria (visitas informativas, suministro de listados de no vacunados/as para su repesca). Como resultado, al menos el 50% de los contactados eran "falsos no vacunados" (dosis no registradas y personas no residentes en la Región), y se ha citado para vacunación a los no inmunizados. La cobertura de la 2ª dosis (nacidos en 2018) ha aumentado 2,6 puntos porcentuales hasta situarse en 93,2% y la de la 1ª dosis (nacidos en 2021), 1,7, alcanzando el 97,2%.

Es importante la información y concienciación de los profesionales sanitarios tanto en el aspecto clínico (incidiendo en ampliar la sospecha clínica ante cuadros de exantema y fiebre en los que se debe incluir el sarampión) como preventivo y epidemiológico de la enfermedad, que permita, a su vez, hacer una correcta identificación de los contactos para instaurar las medidas adecuadas y evitar la aparición de casos secundarios, sobretudo en el ámbito sanitario.

Referencias:

Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias, Ministerio de Sanidad. Evaluación rápida de riesgo. Implicaciones para España del aumento de casos y brotes de sarampión a nivel mundial y europeo. 17 de junio de 2024. Enfermedades de declaración obligatoria. Región de Murcia. Año 2023. Bol Epidemiol Murcia 2024. 44 (885): 31-38. www.murciasalud.es

Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Plan estratégico para la eliminación del sarampión y la rubeola en España. Ministerio de Sanidad. Enero 2021.

Edita:

Servicio de Epidemiología
D.G. de Salud Pública y Adicciones
Consejería de Salud
Ronda de Levante, 11. 30008 Murcia
Tel.: 968 36 20 39 - Fax: 968 36 66 56
bolepi@carm.es
<http://www.murciasalud.es/bem>

Comité Editorial:

M.ª Isabel Barranco Boada,
M.ª Dolores Chirlaque López,
Jesús Humberto Gómez Gómez,
Diana Gavrila Chervase,
Joaquín Granados Ortega,
Daniel Rodríguez Palacios,
Pilar Ros Abellán
Carmen Santiuste De Pablos,
Ricardo J. Vaamonde Martín.

Coordinación de Edición:

M.ª Dolores Chirlaque López

Coordinación Administrativa:

Silvia Valverde Ruiz

Suscripción: Envío Gratuito

Solicitudes: bolepi@carm.es

e-issn: 2173-9269 Bol Epidemiol Murcia
D.L. MU-395-1987