



Región de Murcia
Consejería de Salud
Dirección General de Salud Pública y Adicciones

Servicio de Epidemiología
Ronda Levante 11
30008 Murcia
☎ 968 36 20 39 📠 968 36 66 56
✉ epidemiologia@carm.es

Informes Epidemiológicos 06 / 2024

<http://www.murciasalud.es/epidemiologia>

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LAS ENFERMEDADES PREVENIBLES POR VACUNACIÓN

REGIÓN DE MURCIA

ACTUALIZACIÓN AÑOS 2022 Y 2023

Octubre / 2024

Edita:
Servicio de Epidemiología
Dirección General de Salud Pública y Adicciones
Consejería de Salud
Región de Murcia

RESUMEN:

La vigilancia de enfermedades prevenibles por vacunación está integrada en el Sistema de Vigilancia de Enfermedades Transmisibles de la Región de Murcia (SIVIET-RM) e incluye: enfermedad meningocócica invasiva (EMI), enfermedad neumocócica invasora (ENI), enfermedad invasora por *Haemophilus influenzae*, poliomielitis y parálisis flácidas agudas (PFA) en menores de 15 años, rabia, rubéola, sarampión, tos ferina, varicela, viruela y tétanos. Este sistema no incluye todas las enfermedades prevenibles por vacunación o inmunoprevenibles, únicamente las que aparecen en el Protocolo de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE). La notificación de estas enfermedades proviene de la declaración directa y de un Sistema de Información Microbiológica que registra automáticamente cualquier positivo en pruebas de laboratorio realizadas en los hospitales del Servicio Murciano de Salud. Para la elaboración de este informe, correspondiente a los años 2022 y 2023, se utilizaron casos autóctonos. Se recogieron variables sociodemográficas, clínicas y epidemiológicas. Para el cálculo de incidencias acumuladas por 100.000 habitantes se usaron datos del Centro Regional de Estadística de Murcia (CREM). También se han empleado, a fin de realizar comparaciones, datos nacionales de incidencia de cada enfermedad incluida.

Enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae*: las cifras actuales de la RM se sitúan considerablemente por encima de las cifras de incidencia nacionales. **Enfermedad meningocócica invasora:** la temporada 2022/2023 ha comportado un aumento de la incidencia a niveles similares a los que mostraba la EMI en las temporadas anteriores a la pandemia. **Enfermedad neumocócica invasora:** la incidencia en la Región de Murcia ha alcanzado niveles similares a los reflejados por la incidencia nacional en los años previos a la pandemia. De los casos ocurridos en 2022, hubo 101 (67.8 %) hospitalizaciones y 15 fallecimientos (13.9 %). Entre los casos de 2023 hubo 137 (91.9 %) ingresos y 15 (10.1 %) fallecidos. **Parotiditis:** la parotiditis en la Región de Murcia se ha mantenido entre 2022 y 2023 en una situación estable. Aunque las cifras de incidencia han aumentado en estos dos años de forma sucesiva con respecto al 2021, aún continúan por debajo de las cifras registradas en 2019. **Poliomielitis/Parálisis flácida aguda:** En 2022 hubo un total de 4 casos de parálisis flácida aguda, descartados para poliomielitis. En 2023 se registraron 4 casos de parálisis flácida aguda en la Región, descartándose poliomielitis en todos. **Sarampión:** en 2023 se detectó un único caso de sarampión confirmado en la Región (IA 0,64 casos por millón de habitantes). Se trataba de un hombre de 29 años natural de Murcia que no había sido vacunado en su infancia. **Rubéola:** en 2022 se declaró en la Región de Murcia un caso de rubeola post-vacunal. En 2023 no se detectó ningún caso de rubéola en la Región. **Tosferina:** en 2023 se produjo un cambio abrupto en la incidencia que también se pudo verificar a nivel nacional, donde la incidencia se incrementó en un 919% con respecto a 2022. **Herpes zóster:** la incidencia de varicela ha seguido una trayectoria descendiente tanto en el ámbito nacional como en el regional. En cuanto a la incidencia de herpes zóster, tanto la incidencia regional como nacional han mantenido un ritmo de crecimiento moderado

Salvo rubeola y sarampión, el resto de EDO inmunoprevenibles han experimentado un crecimiento sostenido en su incidencia entre 2021 y 2023. Destaca particularmente la incidencia de tosferina en 2023, coincidiendo con un fenómeno epidémico de alcance nacional. En términos de morbimortalidad, la entidad más relevante fue la enfermedad neumocócica invasora, tanto en 2022 como en 2023, por lo que mejoras en la cobertura vacunal frente a neumococo tendrían un impacto notable en la salud poblacional de la Región.

Cita recomendada: A Martínez Portillo, E Gutiérrez Pérez, JJ Pérez Martín, M Zornoza Moreno, A Sánchez-Migallón, MD Chirlaque López. Vigilancia epidemiológica de las enfermedades prevenibles por vacunación. Actualización años 2022 y 2023. Murcia: Consejería de Sanidad, 2024. Informes Epidemiológicos 06/24.

Índice

Introducción.....	5
Métodos	5
Resultados generales	7
Resultados por enfermedades	9
Enfermedad invasiva por <i>Haemophilus influenzae</i>	9
Enfermedad meningocócica.....	15
Enfermedad neumocócica invasiva.....	19
Parotiditis.....	26
Poliomielitis/Parálisis flácida aguda	31
Sarampión	32
Rubéola.....	33
Tos ferina.....	34
Virus varicela-zóster	39
CONCLUSIONES	41
REFERENCIAS.....	41

Introducción

La vigilancia de enfermedades prevenibles por vacunación está integrada en el Sistema de Vigilancia de Enfermedades Transmisibles de la Región de Murcia (SIVIET-RM), cuyos contenidos y procedimientos están regulados por el Decreto nº 11/1997, de 20 de febrero, por el que se crea la Red de Vigilancia Epidemiológica en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia (RM). La Orden SSI/445/2015, de 9 de marzo, amplió la lista de enfermedades a declarar, y en el Real Decreto-ley 5/2023, de 28 de junio, artículo 208, se modificó dicho listado para incluir la COVID-19. Actualmente, las enfermedades que conforman el sistema de vigilancia de enfermedades inmunoprevenibles incluyen: enfermedad meningocócica invasiva (EMI), enfermedad neumocócica invasora (ENI), enfermedad invasora por *Haemophilus influenzae*, poliomielitis y parálisis flácidas agudas (PFA) en menores de 15 años, rabia, rubéola, sarampión, tos ferina, varicela, viruela y tétanos. Este sistema no incluye todas las enfermedades prevenibles por vacunación o inmunoprevenibles, únicamente las que aparecen en el Protocolo de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)¹. COVID-19, infección por VRS y gripe quedan integradas en el sistema de vigilancia centinela de infección respiratoria aguda (SiVIRA), mientras que hepatitis A lo está en el de enfermedades de transmisión alimentaria, y hepatitis B en el de enfermedades de transmisión parenteral.

Desde 2020, el proceso de notificación de enfermedades de declaración obligatoria (EDO) se ha automatizado mediante la implementación de un Sistema de Información Microbiológica (SIM-RM) que registra todos los resultados positivos de pruebas de laboratorio realizadas en los hospitales del Servicio Murciano de Salud (SMS). No obstante, el SIVIET-RM continúa recibiendo notificaciones por vía directa a través de particulares, centros educativos, profesionales del SMS y de otros centros -privados o públicos-, en los que se provee asistencia sanitaria o cuidados, por citar algunos. El objetivo es maximizar la capacidad del SIVIET-RM de detectar eventos de relevancia epidemiológica en la Región, y en consecuencia, implementar las actuaciones de control pertinentes a la mayor brevedad.

El objetivo del presente informe es describir y analizar el comportamiento de las enfermedades inmunoprevenibles en la Región de Murcia en los años 2022 y 2023.

Métodos

Los datos utilizados para el estudio provienen de la notificación individualizada de casos a través de EDOSAN. Se limitó el análisis a los casos autóctonos, que se definen como aquellos cuyo origen de contagio se ha localizado en la Región, excluyendo por

¹ <https://cne.isciii.es/es/servicios/departamento-enfermedades-transmisibles/enfermedades-a-z>

tanto a aquellos casos diagnosticados en la RM, pero cuyo contagio se produjo en otra provincia o país.

Por otro lado, también se excluyeron del análisis casos sospechosos, dejando únicamente confirmados y probables. Los casos confirmados son aquellos que cuentan con alguna prueba diagnóstica microbiológica o molecular positiva, a diferencia de los casos probables, que cumplen los criterios clínicos aplicables en cada caso y tienen algún vínculo epidemiológico establecido con la fuente de infección (habitualmente contacto con otro caso confirmado), pero su infección no pudo ser demostrada con pruebas de laboratorio. Se detallan cifras sobre casos probables en aquellas situaciones donde resulta relevante, como en los brotes, en los que no siempre es posible confirmar todos los casos afectados, pero sí es habitual identificar un vínculo epidemiológico para cada caso.

Se recogieron en todas las enfermedades una serie de variables sociodemográficas, clínicas y epidemiológicas (edad, sexo, país de nacimiento, área de salud y municipio asignado, fecha de inicio de síntomas, fecha de diagnóstico microbiológico, ingreso hospitalario y su fecha, defunción, asociación con brote y datos sobre vacunación), además de variables específicas por enfermedad que fueron consideradas relevantes. La distribución etaria empleada contempla los siguientes grupos: menores de un año, niños de 1 a 4 años, de 5 a 9, de 10 a 14, de 15 a 19, de 20 a 24, de 25 a 44, de 45 a 64, de 65 a 74, de 75 a 84 y personas con 85 y más años. Para la obtención de la incidencia acumulada (IA) por 100.000 habitantes se emplearon los datos del Padrón Municipal de Habitantes y el Censo de Población publicados por el Centro Regional de Estadística de Murcia (CREM). La distribución espacial de casos se muestra por IA según área de salud o municipio asignado, en función del número total de casos, y se compara 2023 con los 3 años anteriores. El recuento de casos por semana epidemiológica de 2023 se muestra junto a los datos de los dos años anteriores, para facilitar la visualización de patrones temporales recurrentes. Se calcularon las medianas y rango intercuartílico del tiempo de confirmación diagnóstica, tiempo hasta ingreso desde el inicio de síntomas y días de hospitalización, agrupando los datos de los años comprendidos entre el inicio de la vigilancia en la Región de cada enfermedad y el 2022, para la comparación con 2023.

Los datos nacionales obtenidos se han extraído de los informes de situación anuales que emite el Centro Nacional de Epidemiología, que están actualizados hasta el año 2022. Estos informes se alimentan de los datos vertidos por la RM y el resto de CCAA al Sistema para la vigilancia en España (SiViEs), la plataforma tecnológica empleada para la declaración e intercambio de datos epidemiológicos entre todos los integrantes de la RENAVE. Se referencian explícitamente aquellos trabajos con datos nacionales publicados como artículos.

Resultados generales

La tabla 1 muestra un resumen de las enfermedades inmunoprevenibles que han registrado algún caso en los años 2020-2023, con IA anual de la Región y los datos de IA anual nacionales correspondientes.

Se han producido, a nivel regional, aumentos considerables con respecto a la incidencia de 2021 en los casos de la enfermedad por *H. influenzae* y la enfermedad neumocócica invasora. Asimismo, la incidencia entre 2022 y 2023 de estas dos enfermedades también ha aumentado, si bien en menor medida. La incidencia nacional de estas enfermedades también experimentó un incremento entre 2021 y 2022.

Estos aumentos deben interpretarse con cautela: los dos primeros años de vida del SIM han coincidido con la aplicación generalizada de medidas preventivas que han afectado particularmente a las enfermedades transmitidas por gotas. Por otro lado, la ausencia de datos regionales previos a 2020 para estas dos enfermedades impide contextualizar las últimas cifras fuera del marco pandémico. No obstante, en los apartados correspondientes se utilizan los datos nacionales disponibles para proporcionar una referencia con la que interpretar los datos de la Región.

La incidencia de enfermedad meningocócica en la Región de Murcia se mantuvo relativamente estable entre 2021 y 2022. Sin embargo, entre los años 2022-2023 dicha cifra se ha triplicado, pasando de 4 a 12 casos anuales.

Cabe destacar, por último, un aumento muy pronunciado de la incidencia de tosferina en entre 2022 y 2023, pasando de 4 a 52 casos anuales, con un 544% más de incidencia. Este evento se comentará detalladamente en el apartado correspondiente.

Dado que no se detectaron casos de difteria o tétanos en 2022 ni en 2023, no se han incluido como apartados en este informe.

Tabla 1. Casos e incidencia acumulada de las EDO inmunoprevenibles en la Región de Murcia y España. Años 2020-2023

Enfermedades inmunoprevenibles	Casos 2020	IA Murcia 2020	IA España 2020	Casos 2021	IA Murcia 2021	IA España 2021	Casos 2022	IA Murcia 2022	IA España 2022	Casos 2023	IA Murcia 2023	IA España 2023
Enfermedad Neumocócica Invasora	49	3.24	3.46	55	3.62	3.43	108	7.05	6.54	149	9.60	9.91
Enfermedad meningocócica*	1*	0.06*	0.14*	3*	0.20*	0.23*	11*	0.72*	ND	<i>Temporada 2023/2024 no cerrada</i>		
Invasora por <i>Haemophilus influenzae</i>	11	0.73	0.45	6	0.40	0.40	22	1.44	0.97	39	2.51	ND
Parotiditis	23	1.52	13.89	20	1.32	2.22	25	1.63	4.49	29	1.87	ND
Rubeola	0	0.00	0.00	0	0.00	0.00	1	0.07	0.00	0	0.00	ND
Sarampión	1	0.07	0.19	0	0.00	0.00	0	0.00	0.00	1	0.06	ND
Tos ferina	3	0.20	1.61	1	0.07	0.31	4	0.26	0.52	52	3.35	5.30
Tétanos	0	0.00	0.00	0	0.00	0.00	0	0.00	0.01	0	0.00	ND
Herpes zóster	5,819	385.00	329.60	6,191	408.00	420.60	6,436	420.00	446.30	6,862	442.00	ND
Varicela	834	55.20	27.45	416	27.40	14.73	461	30.10	15.30	565	36.40	ND

Nota 1: no se han detectado casos de difteria o tétanos en 2020-2023

Nota 2: Datos nacionales de 2023 no disponibles (ND) salvo en ENI y tosferina

** Datos por temporadas: de semana 41 a semana 40 del año siguiente*

**Fuente: SIVIET-RM. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Adicciones.
Datos nacionales: RENAVE**

Resultados por enfermedades

Enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae*

Haemophilus influenzae es una bacteria que puede ocasionar diversos cuadros clínicos, entre los que se cuentan meningitis, neumonía, y, característicamente, epiglotitis (una inflamación localizada de la laringe que ocasiona dificultades respiratorias en niños pequeños). Los cuadros de más gravedad solían ser producidos por el *H. influenzae* de tipo b (Hib) en la gran mayoría de ocasiones. Esta situación ha cambiado desde que se emplea de manera generalizada la vacunación frente a Hib, siendo una de las vacunas incluidas en el calendario vacunal infantil². Aunque antes era una enfermedad predominante en niños menores de 5 años, en la actualidad buena parte de los casos suceden en personas mayores, y son producidos por cepas distintas a Hib.

La transmisión se produce por gotitas respiratorias, dado que la bacteria se aloja en la nasofaringe de personas a las que coloniza: adquirir la bacteria no implica que se vaya a desarrollar la enfermedad.

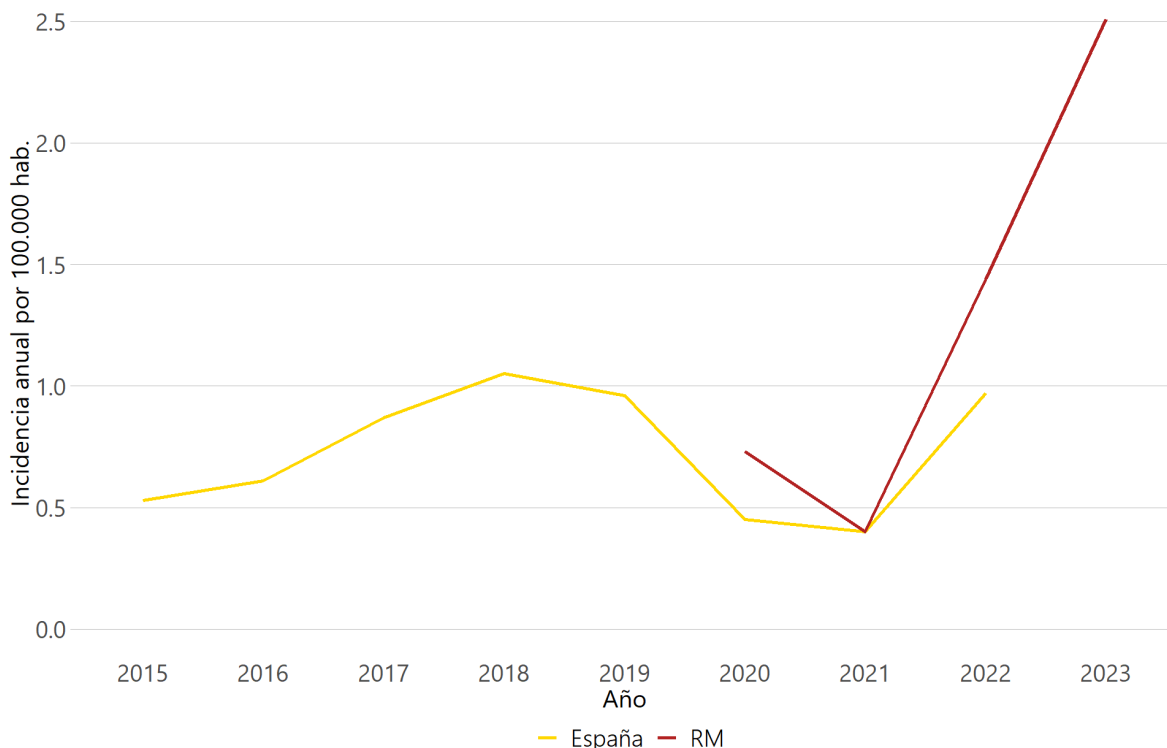
Además de las vacunas frente a Hib incluidas en el calendario vacunal infantil, también se recomienda esta vacuna en personas que tengan alguna clase de disfunción en el bazo, personas a las que se les haya extirpado, y algunos individuos con deficiencias específicas en el sistema inmune o que tomen determinados fármacos inmunosupresores.

Resultados

En 2022 hubo 22 casos de enfermedad invasiva por *H. influenzae* (EIHI) en la Región de Murcia (IA 1.44, +260% con respecto al año anterior). En 2023 esta cifra alcanzó los 39 casos (IA 2.51, +74% respecto a 2022). La figura 1 muestra la evolución de la incidencia de enfermedad invasiva por *H. influenzae* en los ámbitos nacional y regional. Puede observarse un incremento continuado de la incidencia en la RM desde 2021. La incidencia nacional experimentó un aumento entre los años 2021 y 2022, aunque no superó el umbral de 1 caso por cada 100.000 habitantes, habiendo oscilado la IA nacional entre esta cifra y los 0,5 casos por 100.000 habitantes desde el inicio de la vigilancia de esta enfermedad en 2015. Entre 2015 y 2022, hubo 66 casos en España de EIHI causados por Hib, que supusieron un 15% de los casos en los que había información disponible sobre el serotipo. (1)

² <https://www.murciasalud.es/web/vacunacion/murcia>

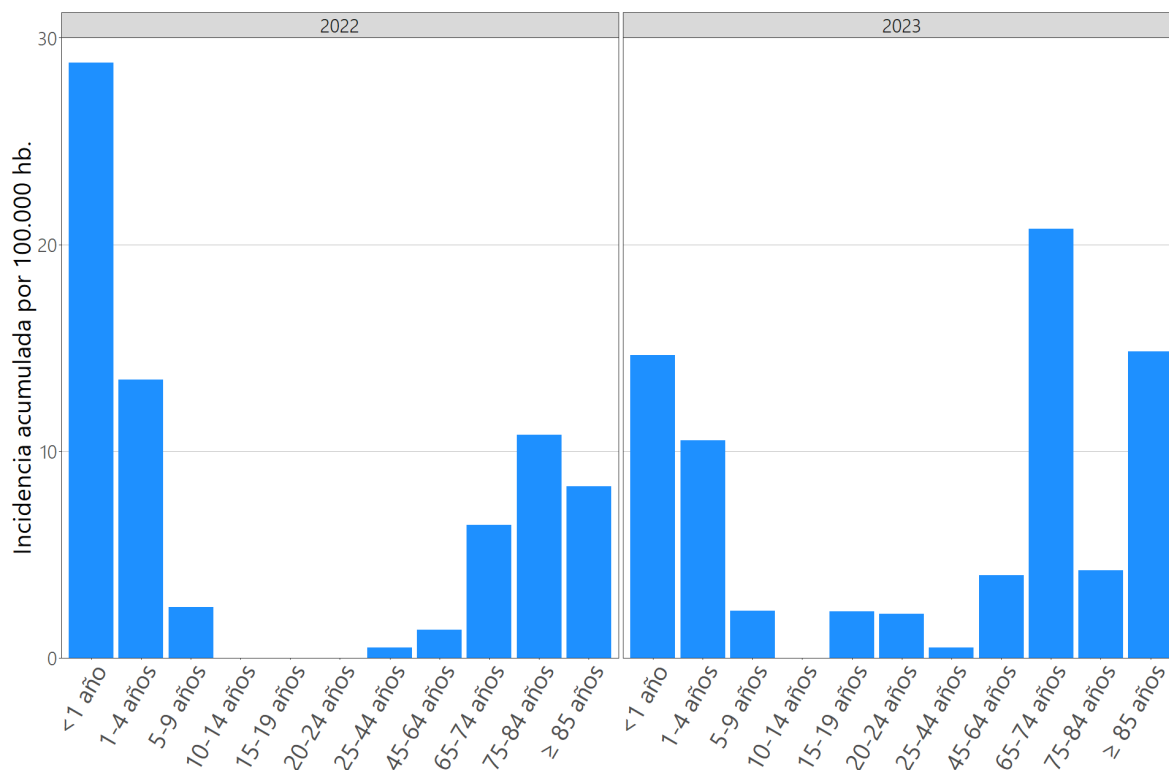
Figura 1. Incidencia anual de EIHI por 100.000 habitantes. Región de Murcia y España. Años 2015-2023



Fuente: SIVIET-RM. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Adicciones
Datos nacionales: RENAVE

La razón de casos hombre:mujer fue de 1.4 en 2022 y de 0.7 en 2023. La incidencia más elevada en 2022 tuvo lugar entre los menores de 1 año, mientras que en 2023 ocurrió entre las personas de 65 a 74 años. La figura 2 muestra la distribución por edad de la incidencia de EIHI en 2022 y 2023. Las menores cifras de incidencia tuvieron lugar en ambos años entre los 10 y los 44 años.

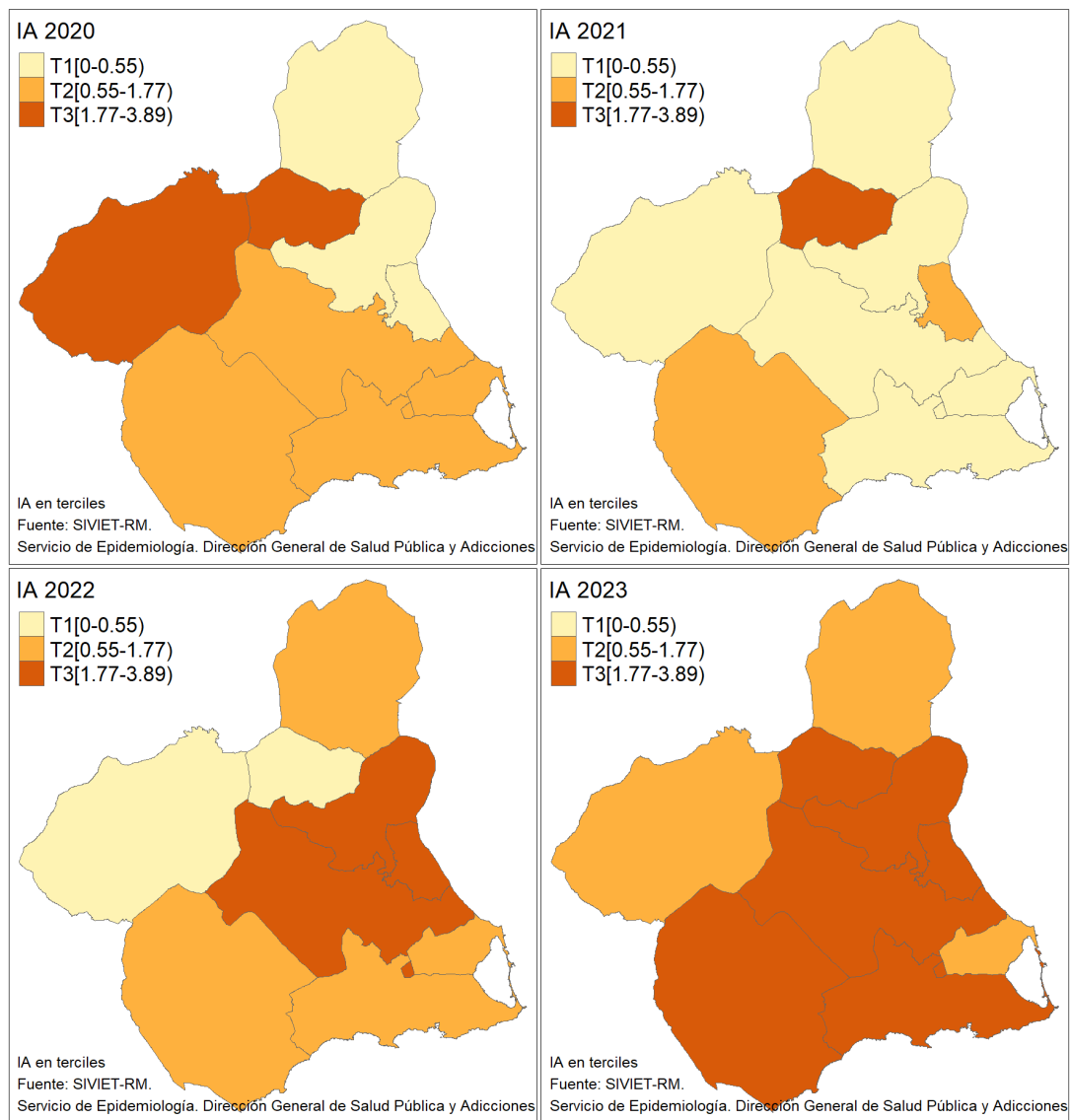
Figura 2. Distribución de la incidencia por 100.000 habitantes de EIHI por edad en la Región de Murcia. Años 2022 y 2023



Fuente: SIVIET-RM. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Adicciones. Consejería de Salud.

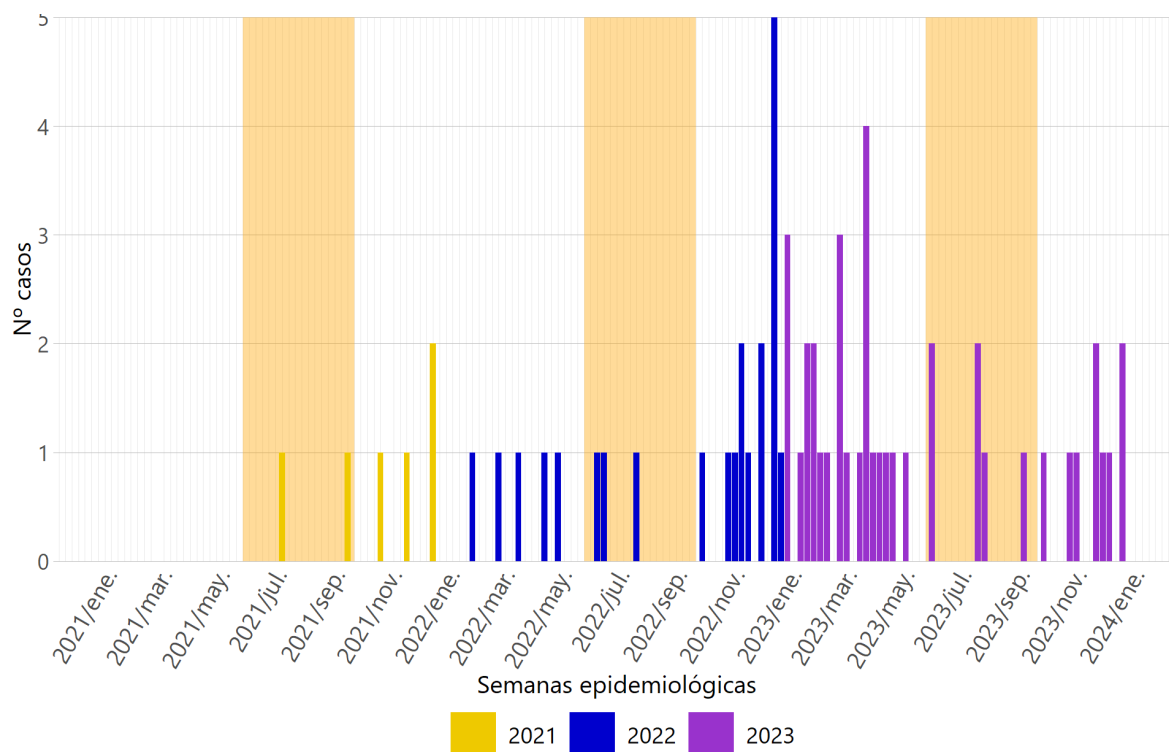
La distribución de incidencia de EIHI por áreas de salud en el periodo 2020-2023 no sugiere ningún patrón espacial determinado (figura 3). La incidencia ha aumentado de forma relativamente homogénea por todo el territorio de la RM. Las áreas I y VII fueron las que alcanzaron una mayor incidencia en 2022, con 2,19 y 1,85 casos por 100.000 habitantes respectivamente, mientras que en 2023 las áreas con mayor incidencia fueron la VII (3,89 casos por 100.000 hab.), la II (3,09), la III (2,72) y la I (2,56).

Figura 3. Incidencia de EIHI por 100.000 habitantes según áreas de salud Años 2020-2023



La distribución temporal por semana epidemiológica de los casos de EIHI muestra una mayor concentración en la estación fría, especialmente apreciable entre los años 2022 y 2023 (figura 4).

Figura 4. Recuento semanal de casos de EIHI en la Región de Murcia en los años 2021-2023



Se marcan en rectángulos **naranjas** las semanas del periodo junio-agosto.
 Fuente: SIVIET-RM. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Adicciones
 Datos nacionales: RENAVE

En 2022 requirieron ingreso hospitalario 18 casos de EIHI (46.2 %), de los cuales fallecieron 4 (18.2%), todos ellos mayores de 70 años. Los hombres sumaron el 61 % de las hospitalizaciones. Hubo 6 hospitalizaciones en menores de 5 años, siendo la IA de hospitalización por EIHI en menores de 1 año de 22,09 ingresos por cada 100.000 habitantes, y de 5,11 entre los 1 y 4 años..

Se encontró *Haemophilus influenzae* no capsulada/no tipable como repsonsable de 16 de los casos (73%) de 2022, y un sólo caso causado por el tipo B (Hib). En los 5 casos restantes no fue estudiada la presencia o no de cápsula. El caso producido por Hib ocurrió en un niño de 2 años inmunizado correctamente con 3 dosis de vacuna, por lo que se lo consideró como fallo vacunal.

En 2023 el número de casos que precisaron ingreso fue de 36 (92.3 %), de los cuales fallecieron 5 (12.8 %), de edades comprendidas entre los 71 y 92 años. El porcentaje de hospitalizaciones en varones fue de 39 %. 4 casos tuvieron lugar en menores de 5 años.. Las mayores incidencias de hospitalización tuvieron lugar entre las personas de 85 y más años (16 casos por 100.000 habitantes), las de 65 a 74 años (10,91) y los menores de un año (7,36). Se identificó *H. influenzae* no capsulado/no tipable como causa de 25 de los casos (64%), y ninguno causado por Hib. No se realizó el tipado de 13 de los casos (33%), y se identificó un único caso causado por *H. influenzae* tipo E.

No hubo brotes de EIHI en 2022 o 2023.

Discusión

La incidencia de EIHI en la Región de Murcia se ha elevado en más de dos puntos desde 2021. Aunque los datos a nivel nacional señalan que también se produjo un incremento de incidencia entre 2021 y 2022, se carece de datos correspondientes a 2023 que puedan contextualizar el incremento observado en 2023 en la Región. Las cifras actuales de la RM se sitúan considerablemente por encima de las cifras nacionales en años previos a la pandemia. Parte del crecimiento observado en la RM es muy probablemente atribuible a la progresiva desaparición de las medidas implementadas durante la pandemia de SARS-CoV-2. Por otro lado, el alejamiento de las cifras regionales de las nacionales, que se han mantenido contenidas entre los 0,5 y 1 caso por 100.000 habitantes, está posiblemente vinculado al papel del Sistema de Información Microbiológica, implementado en la RM desde 2020. Sistemas de este tipo no están presentes en todas las CCAA, por lo que podría explicar parcialmente las diferencias observadas. No obstante, deberá aguardarse a los resultados de años próximos para comprobar si se continúa la presente tendencia ascendente o, por el contrario, las cifras se estabilizan en torno a un valor de referencia.

La distribución por sexo y edad no ha mostrado grandes desviaciones del patrón general identificado en los datos nacionales (1). La incidencia por áreas tampoco sugirió la ocurrencia de patrones identificables, si bien en 2023 las mayores incidencias se alcanzaron en áreas que comprenden los mayores núcleos de población de la Región. Aunque esto podría relacionarse con algún factor demográfico distintivo en estas poblaciones, no parece que en dichas áreas la población con mayor incidencia de EIHI (menores de 5 años y mayores de 65) esté sobrerrepresentada.

El comportamiento estacional de la enfermedad en 2022 y 2023 tampoco reveló alteraciones sustanciales sobre los patrones identificados en el ámbito nacional(1).

La incidencia de hospitalización por edades se correlaciona estrechamente con la incidencia de casos, aunque los fallecimientos se concentraron exclusivamente en los adultos mayores. La mayor parte de casos se produjeron por cepas distintas al Hib tanto en 2022 como en 2023, y únicamente se identificó un caso por Hib. La vacuna empleada en dicho caso actualmente ha sido sustituida por otra en el calendario vacunal infantil de la Región. Así pues, los datos sugieren que el nivel de protección de la población en la RM frente al Hib continúa siendo bueno.

Enfermedad meningocócica

La enfermedad meningocócica es producida por una bacteria llamada *Neisseria meningitidis*, también conocida como meningococo. Se trata de una enfermedad grave que puede causar una inflamación de las membranas que recubren el sistema nervioso central, las meninges. Aunque se puede tratar con antibióticos, esta infección puede ser letal u ocasionar secuelas a largo plazo. Los síntomas de la enfermedad suelen aparecer de forma brusca, y consisten en fiebre, fuertes dolores de cabeza, náuseas, vómitos y rigidez en la nuca. Habitualmente el contacto con la bacteria no produce síntomas, u ocasiona algunos síntomas respiratorios banales, quedando el meningococo como parte de las poblaciones de microorganismos que colonizan las vías respiratorias superiores, de forma que puede transmitirse a otras personas. En un pequeño porcentaje de los casos, el contagio evolucionará a enfermedad grave. Existen algunas circunstancias que pueden incrementar el riesgo de que esto ocurra, como la presencia simultánea de otra infección respiratoria o la exposición a humo de tabaco. Otras condiciones plantean un riesgo aún mayor, y son motivo para vacunar: aquellas personas cuyo bazo ha sido extirpado o cuentan con algún problema en el mismo; personas que padecen de problemas inmunitarios relacionados con el sistema de complemento o toman medicamentos que alteran su función³... La enfermedad es también más frecuente en lactantes, adolescentes y adultos jóvenes.

El meningococo se transmite directamente de persona a persona mediante la emisión gotículas respiratorias al hablar, toser, estornudar... Actualmente la meningitis meningocócica es prevenible mediante vacunación. En el calendario vacunal para toda la vida (hipervínculo) se incluyen las vacunas frente a los serogrupos B, C, A, W e Y, que son aquellos que producen enfermedad con más frecuencia. La vacunación frente a meningococo también se recomienda en adultos no vacunados anteriormente con algún factor de riesgo.

Resultados

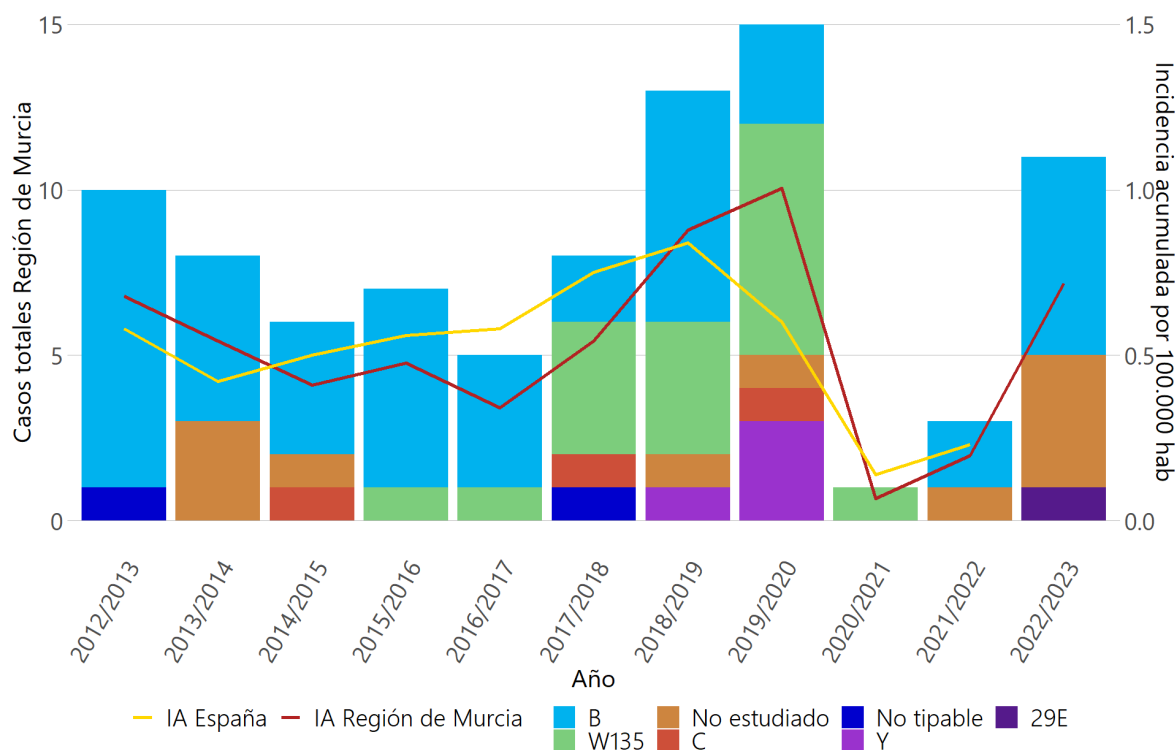
La vigilancia de la enfermedad meningocócica invasiva (EMI) se realiza por temporadas: cada temporada comienza en la semana 41 del año y acaba en la semana 40 del año siguiente. En la temporada 2021/2022 se contabilizaron 3 casos de EMI, con una incidencia de 0.2 casos por 100.000 habitantes. En la temporada 2022/2023 hubo 11 (IA 0.7 casos/100.000 hab.).

Se ha producido un incremento de la incidencia por segunda temporada consecutiva desde la temporada 2020/2021 (figura 5), con un sustancial aumento en dicha cifra entre las temporadas 2021/2022 y 2022/2023 (+250%). No obstante, la incidencia regional no ha rebasado las cifras alcanzadas en las temporadas previas a la pandemia, que tuvieron un máximo en la temporada 2019/2020. La incidencia regional se ha

³ <https://www.murciasalud.es/documents/5435832/5474091/300464-Esplenectomizados.pdf/6b439532-0e35-9043-1e46-6c539ef7cd9f?t=1689155709284>

comportado hasta el momento de forma muy similar a la incidencia nacional, por lo que es esperable que el aumento observado en la temporada 2022/2023 se refleje también en las cifras nacionales. En cuanto a los serogrupos identificados, actualmente hay un predominio de los casos producidos por meningococo B.

Figura 5. Incidencia acumulada y casos de EMI por 100.000 habitantes según temporadas epidemiológicas. Región de Murcia y España. Temporadas 2012/2013 - 2022/2023



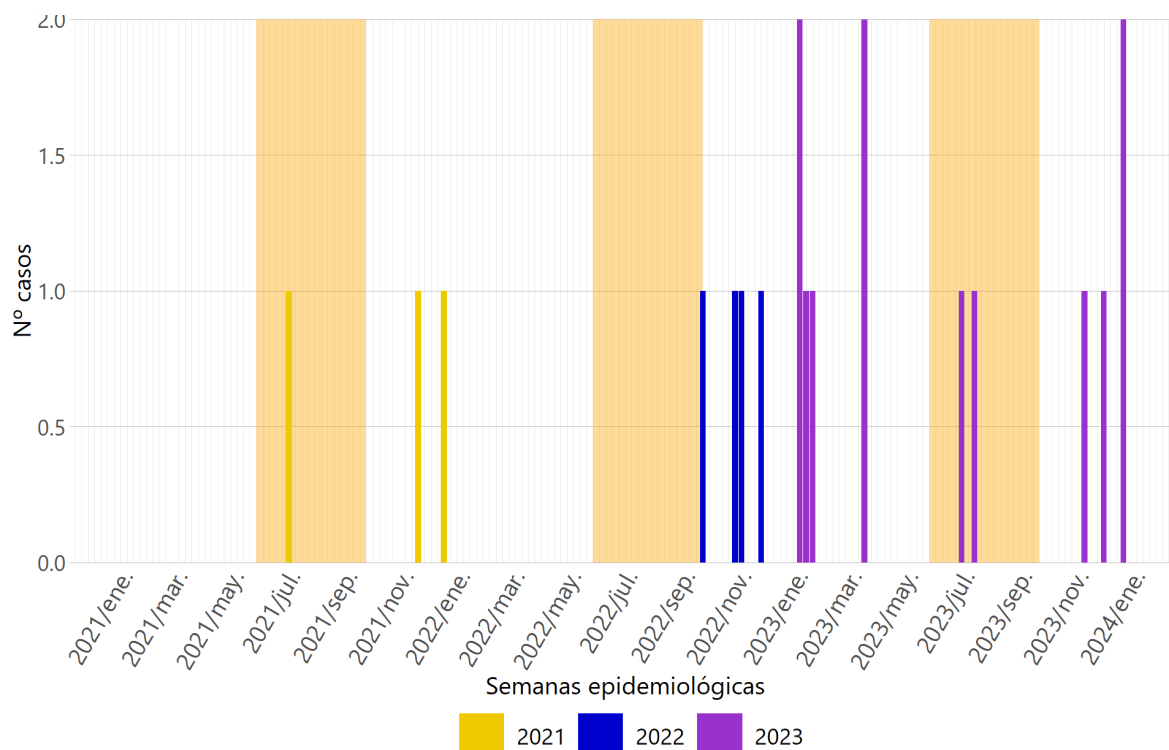
Fuente: SIVIET-RM. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Adicciones. Consejería de Salud. Datos nacionales: RENAVE.

La razón hombre:mujer en los casos de la temporada 2021/2022 fue de 2. Los casos ocurrieron en 2 hombres de 14 y 60 años y en una mujer de 50. La razón hombre:mujer de los casos en la temporada 2022/2023 fue de 0.6. De los casos de esta temporada, 6 (54%) ocurrieron en el grupo de edad entre 1 y 4 años, con una incidencia de 10,2 casos por cada 100.000 habitantes. El resto ocurrieron en un lactante varón, dos mujeres de 18 y 38 años y dos hombres de 40 y 63 años.

Los casos de la temporada 2021/2022 tuvieron lugar en las áreas II, V y VII, mientras que los de la temporada 2022/2023 ocurrieron en las áreas I (3 casos), II (2 casos), III (1 caso), VI (1 caso), VII (2 casos) y VIII (2 casos).

En cuanto a la distribución temporal de los casos, se observó una mayor ocurrencia de los mismos en los periodos de otoño e invierno, tal y como muestra la figura 6.

Figura 6. Recuento semanal de casos de EMI en la Región de Murcia en los años 2021-2023



Se marcan en rectángulos **naranjas** las semanas del periodo junio-agosto.
 Fuente: SIVIET-RM. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Adicciones
 Datos nacionales: RENAVE

La totalidad de los casos identificados en las temporadas 2021/2022 y 2022/2023 precisaron atención hospitalaria. No hubo ningún fallecido. Todos los casos en menores de edad habían recibido alguna dosis de vacuna frente a meningococo salvo dos casos: una niña de 1 año en la que no se identificó el serogrupo responsable; y un lactante de 2 meses en el que se detectó meningococo B. Todos los casos producidos por meningococo del serogrupo B recibieron posteriormente vacunación frente a este, salvo 2: un hombre de 60 años y una niña de 3 años. Asimismo, todos los casos recibieron una dosis de vacuna conjugada frente a los serogrupos ACWY. Se detectaron un total de 157 contactos estrechos vinculados a los casos de ambas temporadas, todos los cuales recibieron quimiopprofilaxis antibiótica. La mediana de contactos identificados por caso fue de 8 personas.

Discusión

La incidencia de EMI experimentó una notable bajada durante las temporadas 2020/2021 y 2021/2022, coincidiendo con los años de vigencia de la mayor parte de medidas preventivas implementadas durante la pandemia de SARS-CoV-2. La temporada 2022/2023 ha comportado un aumento de la incidencia a niveles similares a los que mostraba la EMI en las temporadas anteriores a la pandemia. Además, en las

dos últimas temporadas no se han detectado casos producidos por serogrupo W, que había llegado a ser el mayoritario en la temporada 2019/2020, así como de los serogrupos C o Y, que también ocasionaron casos en el tramo de incidencia ascendente que en la Región tuvo lugar entre 2017 y 2020. La ausencia de casos provocados por estos serogrupos en la temporada 2022/2023 puede interpretarse en el contexto de las campañas de vacunación con vacuna tetravalente tras su inclusión en el calendario común a lo largo de toda la vida. Así, en 2019 la cobertura con esta vacuna era del 1,81% de la población objetivo (niños y adolescentes hasta 18 años), pasando a un 91,21% en 2023⁴. Actualmente, por tanto, el serogrupo predominante es el B. Desde el 1 de enero de 2023, la vacuna frente al meningococo B forma parte del calendario de vacunación para toda la vida en la Región de Murcia, para las personas nacidas a partir del año 2023. La vacuna protege frente a la enfermedad, pero no influye en el estado de portador, por lo que aún ha de comprobarse el efecto que esta medida tendrá sobre la epidemiología de la EMI en la Región.

En lo relativo a la demografía de la EMI en la RM en las dos últimas temporadas, el comportamiento de la enfermedad ha entrado dentro de lo esperable, con una concentración de los casos entre los menores de 5 años. Sin embargo, cabe destacar la ausencia de casos entre los mayores de 64 años. Es posible que este hallazgo esté vinculado a la inclusión de la vacuna frente a los grupos A, C, W e Y, así como a la recaptación realizada en nacidos entre 2001 y 2007, dado que el 100% de los casos del serogrupo Y identificados en la RM entre las temporadas 2012/2013 y 2022/2023 se dieron en este grupo de edad, y el 18% de los casos del serogrupo W135. En comparación, tan solo el 7% de los casos producidos por serogrupo B ocurrieron en mayores de 64 años. El análisis de estos datos en el ámbito nacional (2) refrenda la observación de que el serogrupo B ha sido más incidente entre los grupos de edad más jóvenes, mientras que la proporción que representaba entre los adultos mayores era más reducida. No obstante, el meningococo B sigue siendo una causa relevante de EMI en todos los grupos de edad, por lo que no haber detectado casos en mayores de 64 años en las últimas temporadas no es indicativo de que esta tendencia continuará.

Los datos de distribución espacial y temporal no muestran patrones identificables que sugieran la aparición de cambios relevantes en la epidemiología de la enfermedad.

⁴ Sistema de Información de Vacunaciones del Ministerio de Sanidad (SIVAMIN): <https://pestadistico.inteligenciadegestion.sanidad.gob.es/publicoSNS/I/sivamin/info-rme-de-evolucion-de-coberturas-de-vacunacion-por-vacuna>

Enfermedad neumocócica invasiva

La enfermedad neumocócica invasiva es producida por la bacteria *Streptococcus pneumoniae*, conocida como neumococo. Esta bacteria es una de las principales responsables de producir neumonía, pero también puede producir una variedad de patologías que va desde infecciones localizadas más leves, como otitis o sinusitis, hasta formas graves de infección como meningitis, endocarditis, sepsis u osteomielitis. La neumonía puede cursar con fiebre, tos con esputo, dolor en el costado o dificultad al respirar. La enfermedad invasiva tiene lugar cuando la bacteria se disemina por el torrente sanguíneo.

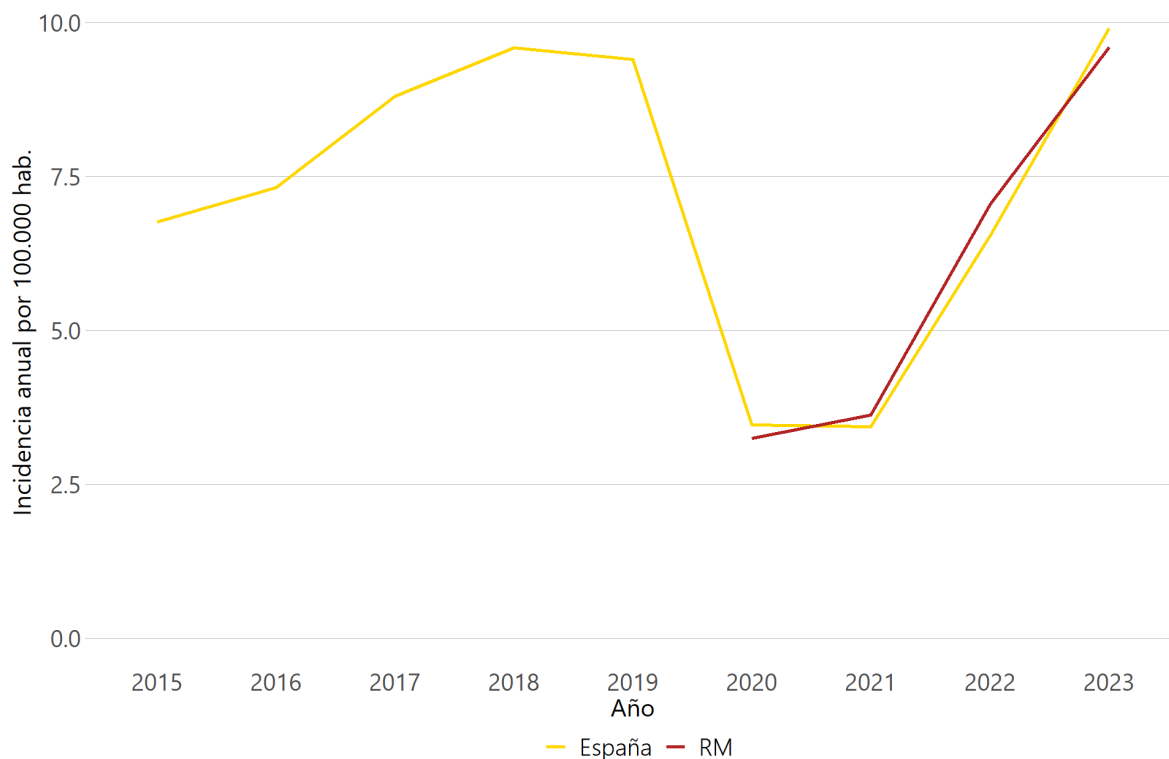
El neumococo se transmite mediante la secreción de gotitas respiratorias al hablar, estornudar o toser, y es habitual encontrarla en la nasofaringe de personas sanas. Es poco frecuente contraer la enfermedad tras un contacto casual con una persona portadora. Son más susceptibles los lactantes, las personas mayores y personas con trastornos crónicos subyacentes (infección por VIH, diabetes, cardiopatía, cirrosis, trasplante reciente de órganos, ausencia o disfunción del bazo, alcoholismo...), en las cuales la letalidad del episodio puede ser mayor. El tratamiento de la infección se realiza con antibióticos.

El neumococo se clasifica en más de 100 de serotipos, algunos de los cuales producen enfermedad con más frecuencia que otros. Las vacunas actuales ofrecen protección frente a aquellos serotipos más frecuentemente involucrados en la enfermedad, aunque no garantizan una protección absoluta. Actualmente se ofrecen como parte del calendario de vacunación infantil y de la población a partir de 65 años. Además, la vacunación también está recomendada en adultos que padecen de algún factor de riesgo conocido para infección neumocócica.

Resultados

Se declararon 108 casos de enfermedad neumocócica invasiva (ENI) en 2022, con una incidencia de 7.05 casos por 100.000 habitantes, que prácticamente duplica a las registradas en 2020 (3,24 casos por 100.000 habitantes) y 2021 (3,62 casos por 100.000 habitantes). En 2023 se alcanzaron los 149 (IA 9.6 casos por 100.000 habitantes), continuando la tendencia ascendente. Entre 2021 y 2023 la IA nacional ha experimentado un crecimiento muy similar al de la Región (figura 7). En los cuatro años en los que hay datos, tanto regionales como nacionales, la incidencia de ENI ha sido muy similar en ambos ámbitos.

Figura 7. Incidencia anual de ENI por 100.000 habitantes. Región de Murcia y España. Años 2015-2023

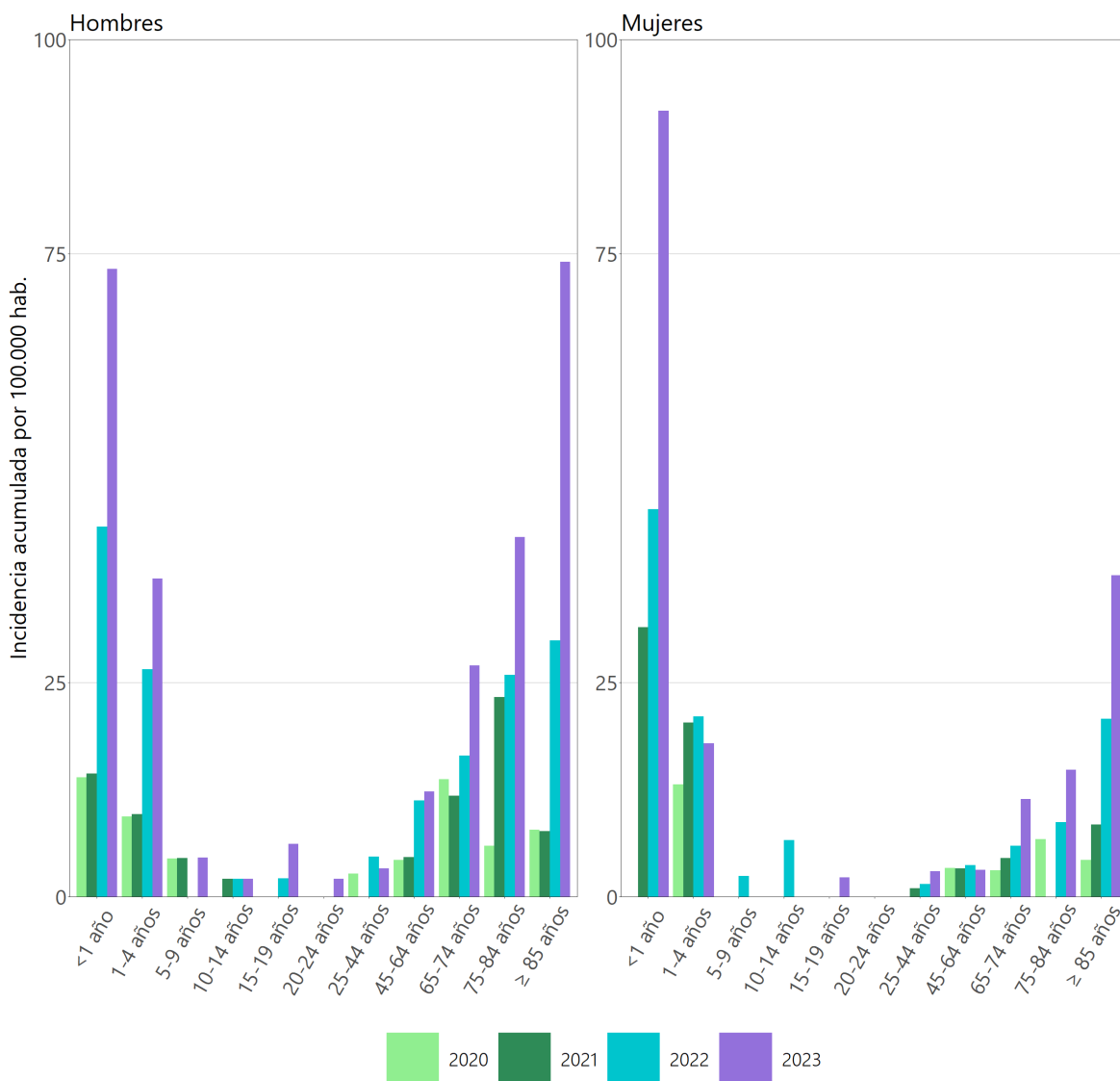


Fuente: SIVIET-RM. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Adicciones
 Datos nacionales: RENAVE

La razón hombre-mujer de los casos de ENI en 2022 fue de 1,9, y la máxima incidencia se alcanzó entre los menores de 1 año, llegando a 44,18 casos por 100.000 habitantes. En segundo lugar, la incidencia entre las personas de 85 y más años fue de 24 casos por 100.000 habitantes y, en tercer lugar, la de 1 a 4 años con 23,87. En 2023 la máxima incidencia también tuvo lugar entre los menores de 1 año (IA 80,99), y en segundo y tercer lugar los grupos etarios de ≥ 85 y 1-4 años, aunque la diferencia entre estos se amplió considerablemente con respecto a 2022, con 50,67 y 27,28 casos por 100.000 habitantes, respectivamente.

La distribución por sexo y edad de los casos de ENI ocurridos en la Región de Murcia entre 2020 y 2023 muestra que el incremento de incidencia que se produce en los adultos mayores tiende a ser mayor entre los hombres que entre las mujeres. Por otro lado, los datos parecen sugerir un patrón inverso en los casos menores de 1 año, en los cuales la incidencia tiende a aumentar más a expensas de las mujeres.

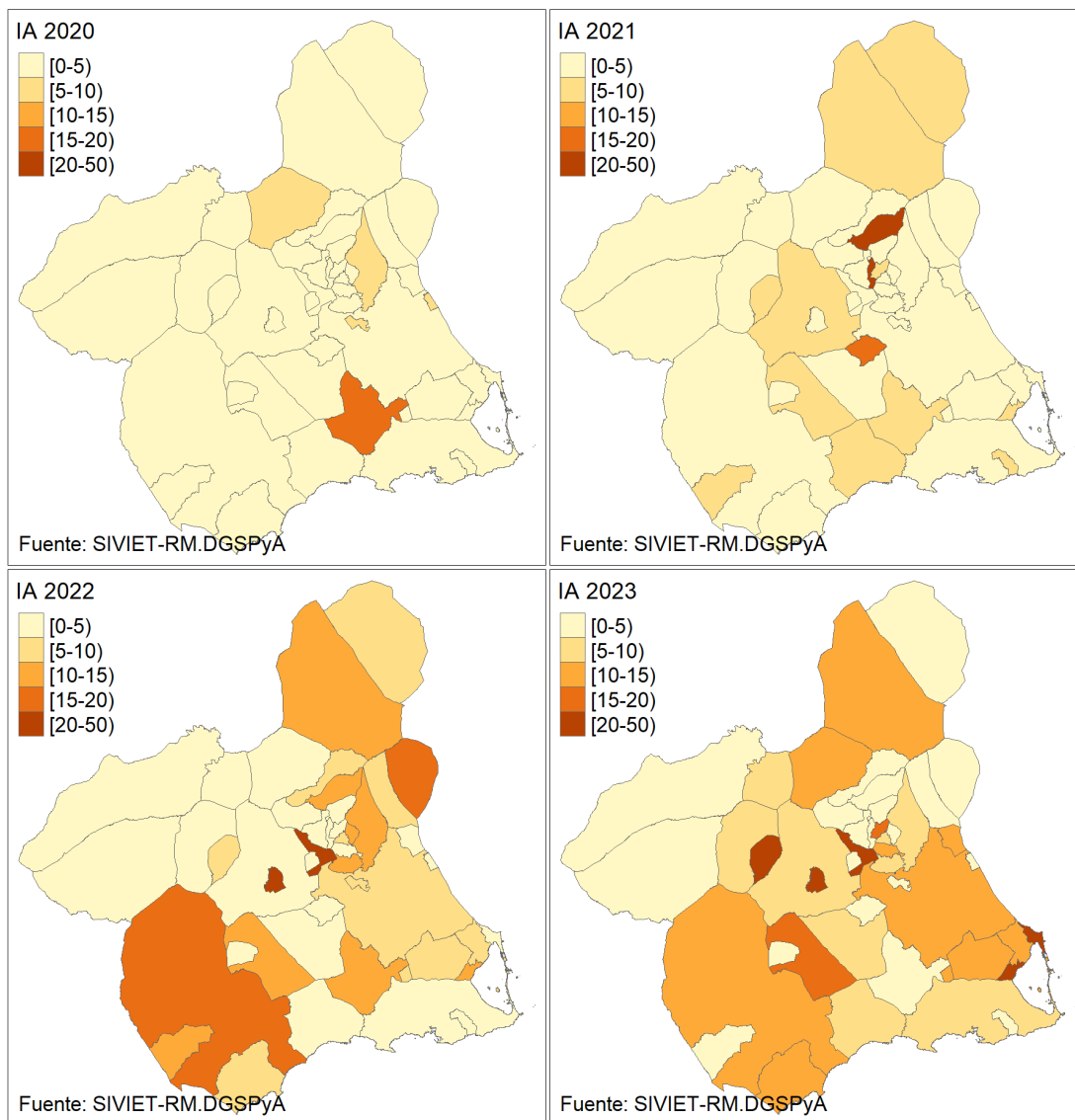
Figura 8. Distribución de la incidencia por 100.000 habitantes de ENI por sexo y edad en la Región de Murcia. Años 2020-2023



Fuente: SIVIET-RM. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Adicciones

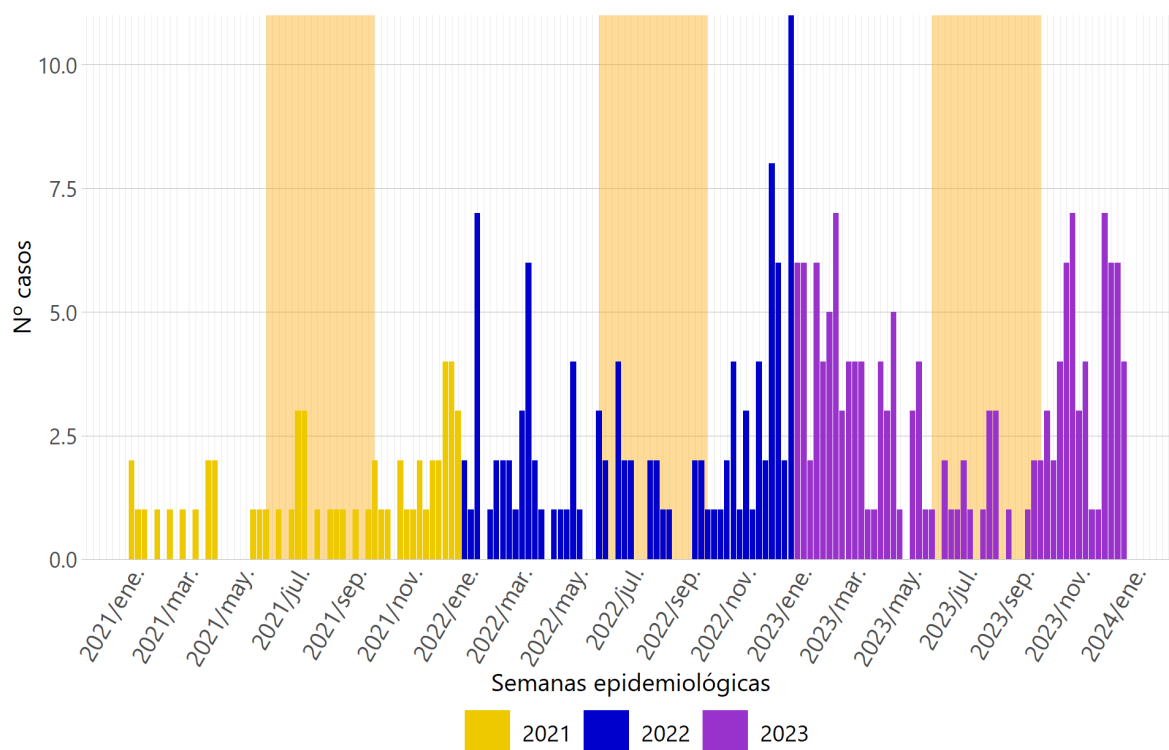
La incidencia por áreas de salud en 2022 fue máxima en el área III, con una IA de 13,62 casos por 100.000 habitantes, seguida de las áreas V (9,70) y I (8,41). En 2023, el área con mayor incidencia fue la VIII, con 16,59 casos por cada 100.000 habitantes. También alcanzaron incidencias por encima de 10 las áreas III (11,99) y I (10,96). La incidencia por municipios no muestra ningún patrón espacial establecido (figura 9).

Figura 9. Incidencia de ENI por 100.000 habitantes según municipios. Años 2020-2023



El recuento semanal de casos muestra un patrón de mayor concentración de los casos en meses de invierno, con un menor número de casos en las semanas más cálidas (figura 10).

Figura 10. Recuento semanal de casos de ENI en la Región de Murcia en los años 2021- 2023



Se marcan en rectángulos **naranjas** las semanas del periodo junio-agosto.
 Fuente: SIVIET-RM. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Adicciones
 Datos nacionales: RENAVE

La cobertura poblacional de las vacunas antineumocócicas es muy distinta en función de la edad. La cobertura en la Región en 2023 para la segunda dosis de vacuna conjugada (administrada a los 4 meses) era del 98,98% (SIVAMIN) y se ha mantenido por encima del 95% desde 2017. Por otro lado, la cobertura en población adulta de la Región de 65 años o más fue del 46,73%⁵ en 2023.

En 2022 se produjeron 20 casos de ENI en menores de 5 años, de los cuales 19 (95 %) estaban vacunados con alguna dosis de vacuna conjugada 13-valente (VCN13). Entre los adultos de 65 y más años ocurrieron 36 casos, de los cuales 20 (55.6 %) estaban vacunados con alguna dosis de vacuna polisacárida 23-valente (VPN23). En 2023 se produjeron 27 casos de ENI en menores de 5 años, de los cuales 24 (88.9 %) estaban vacunados con alguna dosis de vacuna conjugada 13-valente (VCN13). Por tanto, según los datos de cobertura, menos del 5% de población de <5 años ha dado lugar al 11,1% de los casos de ENI. Entre los adultos de 65 y más años ocurrieron 66 casos, de los cuales 37 (56.1 %) estaban vacunados con alguna dosis de vacuna polisacárida 23-valente

⁵ Actualizado a 25/06/2024. https://www.murciasalud.es/web/vacunacion/-/vacunacion-antineumococica?redirect=%2Fweb%2Fvacunacion%2Factivas-por-patogeno%2F-%2Fcategories%2F5539748%3Fp_r_p_categoryId%3D5539748

(VPN23), por lo que, según los datos de cobertura reflejados arriba, el 46,7% de la población ha dado lugar a más de la mitad de los casos de ENI.

En 2022 se realizó el estudio de serotipado de 91 casos, lo que representa el 84% de los casos. Este dato supone una mejora en la recogida de esta variable con respecto a los años anteriores (54% en 2021 y 24% en 2020). Entre los menores de 5 años los serotipos más frecuentemente identificados fueron el 23B (2 casos, 10%) y el 24F (2 casos, 10%), ambos no vacunales. En los adultos de 65 y más años, los serotipos hallados con más frecuencia en el 2022 fueron el 3 (6 casos, 16,7%, 5 vacunados) y el 8 (4 casos, 11,1%, 2 vacunados), ambos incluidos en la vacuna polisacáridica de 23 serotipos.

En 2023 se serotiparon 124 casos (83%), manteniendo una cifra similar a la de 2022. Entre los casos menores de 5 años se identificaron con más frecuencia el serotipo 3 (5 casos, 18,5%, todos vacunados con al menos una dosis de antineumocócica) y el 22F (3 casos, 11,1%). El serotipo 22F no está incluido en la PCV13. Los serotipos más frecuentemente identificados en 2023 entre las personas de 65 y más años fueron el 3 (9 casos, 13,6%, 8 de ellos vacunados), el 22F (8 casos, 12,1%, 3 vacunados) y el 8 (6 casos, 9,1%, 2 vacunados). Todos estos serotipos eran vacunales.

De los casos de ENI ocurridos en 2022, hubo 101 (67.8 %) hospitalizaciones y 15 fallecimientos (13.9 %). El serotipo 8 fue el más frecuentemente vinculado a hospitalización (16 casos, 15,8%), y el 3 lo fue a los casos fallecidos (4 casos, 26,7%). El 34 % de los ingresos fueron mujeres. El 32,7% de las hospitalizaciones por ENI tuvieron lugar entre personas de 45-64 años, aunque la incidencia de hospitalización tuvo una distribución etaria muy similar a la de la incidencia general. El 40% de los fallecidos (6 casos) fueron personas de 65 y más años, 2 de los cuales no contaban con vacuna antineumocócica. No hubo fallecidos entre los menores de 5 años. La letalidad en personas de 65 y más años no vacunadas fue del 18,7%, y entre personas de la misma edad vacunadas del 15%.

Entre los casos de ENI de 2023 hubo 137 (91.9 %) ingresos y 15 (10.1 %) fallecidos. El serotipo 3 fue el más frecuentemente asociado a hospitalización (20 casos, 14% sobre hospitalizaciones). También fue el más frecuentemente detectado entre los fallecidos (4 casos, 26,7%). El 33 % de los ingresos de este año fueron mujeres. La proporción de ingresos entre las personas de 45-64 años fue menor que en 2022: un 24,8%. La distribución de incidencia de hospitalización por edades también fue similar a la de incidencia general en 2023. Fallecieron 11 personas de 65 y más años, suponiendo el 73 % de las muertes. 4 de estas personas no habían recibido ninguna dosis de vacuna antineumocócica. La letalidad en personas de 65 y más años no vacunadas fue del 13,8%, mientras que en personas de esa franja etaria con vacuna fue superior, del 18,9%. Hubo un fallecido entre los menores de 5 años, un recién nacido.

En 2023 hubo dos casos de ENI asociados a un brote en un centro residencial de personas discapacitadas. Uno de los casos de este brote falleció: se trataba de una mujer de 74 años vacunada previamente con VPN23.

Discusión

La incidencia de ENI en la Región de Murcia ha alcanzado niveles similares a los reflejados por la incidencia nacional en los años previos a la pandemia. Dado que esta enfermedad solamente se vigila a nivel nacional desde 2015 y regional desde 2020, no existe una serie histórica extendida que permita contextualizar la actual tendencia, o predecir su futuro comportamiento. No resulta posible saber si la incidencia en la Región de Murcia seguirá creciendo en años próximos, aunque deben tomarse en consideración los cambios realizados en las vacunas incluidas en el calendario vacunal durante los años

El análisis de la incidencia según los datos demográficos básicos no reveló alteraciones relevantes sobre la epidemiología de la enfermedad. El hallazgo de una incidencia notablemente mayor en mujeres en el grupo de edad de <1 año difiere del patrón habitual en ENI, por el cual la incidencia suele ser mayor en hombres en todos los grupos de edad. Sin embargo, los datos nacionales de 2023 (3) muestran una diferencia de 5,42 puntos en la incidencia entre mujeres y hombres en este grupo de edad. Tan sólo se ha alcanzado una diferencia superior en el año 2018, por lo que es posible que algún aspecto de la epidemiología de la ENI en 2023 haya contribuido a incrementar realmente la incidencia en lactantes mujeres.

El análisis de la distribución municipal de la incidencia no sugiere la existencia de núcleos establecidos con mayor incidencia, si bien la anomalía de los años 2020 y 2021 impide constatar patrones continuados en el tiempo. El análisis de la estacionalidad tampoco ha revelado hallazgos inesperados, dada la epidemiología de la ENI.

El serotipo 3 se ha identificado frecuentemente como causante de casos en los menores de 5 años y entre los adultos de 65 y más años. Actualmente parece existir consenso en torno a una reducción de la efectividad de las vacunas frente a este serotipo (3). Por otro lado, el serotipo 22F pasó a causar un número relevante de casos en el año 2023, aunque este no estaba presente en la VNC13 (sí en la VNC20). Este aumento también se ha detectado a nivel nacional en todos los grupos de edad.

En la Región de Murcia, se inició en 2022 la vacunación de la cohorte de 65 años con VNC20, sustituyendo a la VNP23. En enero de 2023 se puso en marcha la captación de personas entre 65 y 80 años que no hubiesen recibido ninguna dosis de vacuna frente a neumococo a partir de los 65 años. Desde julio de 2024 se ha ampliado la captación para todas las personas de 65 o más años no vacunadas. Asimismo, desde mayo de 2024 se hizo efectivo un cambio en la vacuna empleada en lactantes, que pasa de ser VNC13 a VNC20. En el mes de junio se realizó una captación de los nacidos en dicho mes y posteriores que no fueron vacunados con VNC20. La mayor efectividad de las vacunas conjugadas frente a las polisacáridas, así como el mayor rango de serotipos incluidos, en el caso de los infantes, hacen previsible mejoras en la morbilidad causada por ENI en los próximos años.

La proporción de fallecimientos por ENI descendió entre 2022 y 2023, aunque sigue tratándose de una cifra relevante. En 2023 la letalidad entre los ≥ 65 años vacunados fue 5 puntos porcentuales superior a la de los no vacunados. De los casos fallecidos con

en este grupo de edad, hubo 4 muertes asociadas al serotipo 3, de las cuales 3 tuvieron lugar en personas vacunadas. Dados los indicios de efectividad reducida de las vacunas frente al serotipo 3 y la particular vinculación de dicho serotipo con la mortalidad, es posible que la elevación particular de la mortalidad en vacunados vs no vacunados en 2023 esté relacionada con la mayor incidencia del serotipo 3 en los primeros. En el conjunto de casos de 2012-2022, la letalidad en no vacunados de ≥ 65 años fue del 20%, mientras que en los que sí habían recibido una dosis en el mismo periodo, la letalidad fue del 15,4%. Por tanto, el hallazgo de una mayor letalidad entre los vacunados de esta edad en 2023 no se replica en el periodo de los 10 años anteriores.

La elevada incidencia y morbimortalidad de la ENI, en relación a otras enfermedades inmunoprevenibles incluidas en el presente informe, la convierten en un importante frente para salud pública.

Parotiditis

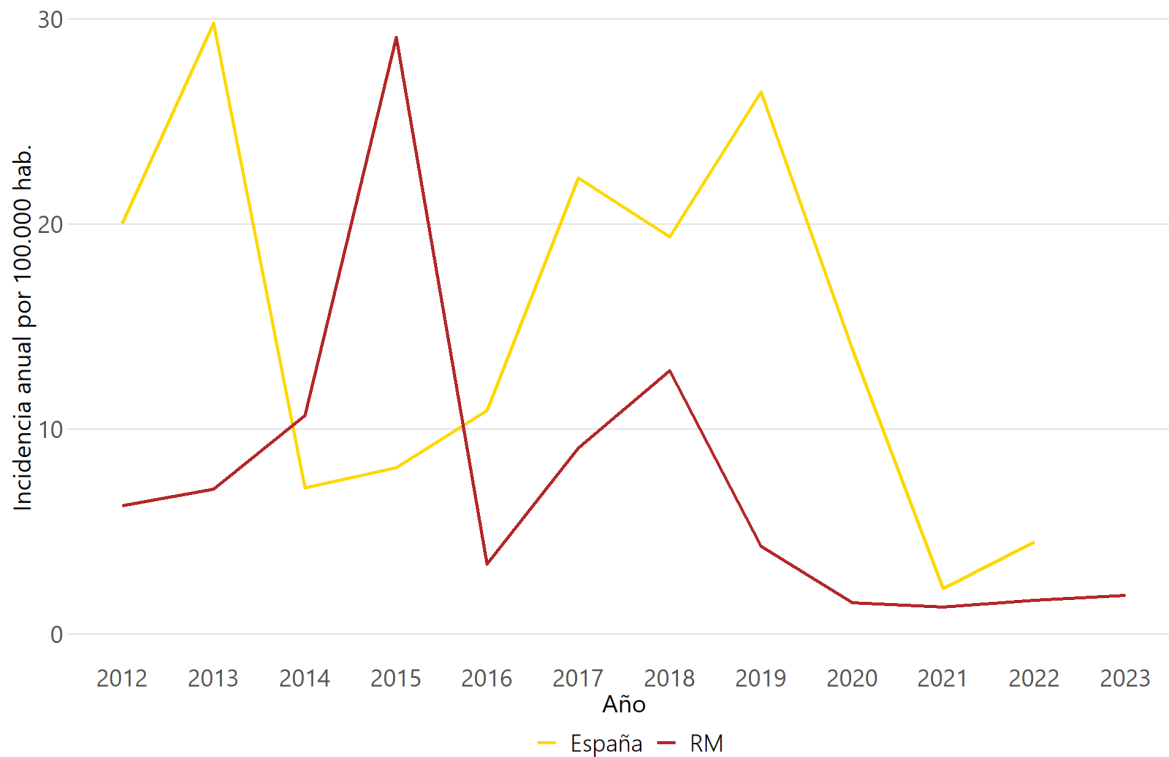
La parotiditis o paperas es una enfermedad de origen vírico, causada por el virus de la parotiditis infecciosa. Se caracteriza por causar fiebre e inflamación de las glándulas salivales, especialmente la parótida, situada en la línea mandibular situada delante de la oreja. Pueden inflamarse una o ambas glándulas. Además, puede causar síntomas generales inespecíficos, como dolores musculares, malestar general o dolor de cabeza, y una inflamación testicular (habitualmente unilateral) en los varones afectados después de la pubertad. No todas las infecciones de las glándulas salivales son causadas por el virus de la parotiditis, pero este último es el principal responsable de la aparición de la enfermedad en forma epidémica.

La parotiditis se transmite mediante gotitas respiratorias y por el contacto directo con la saliva de las personas infectadas. Actualmente, en España, la incidencia de parotiditis es relativamente baja gracias a la vacunación: la inmunización contra la parotiditis se realiza mediante la administración de la vacuna triple vírica, que cubre rubeola, sarampión y parotiditis. Esta vacuna se administra en dos dosis a los 12 meses y a los 4 años de edad, según el calendario de vacunación a lo largo de toda la vida de 2024 en la Región de Murcia.

Resultados

Durante el año 2022 se declararon 27 casos de parotiditis en la Región de Murcia, alcanzando una incidencia de 1.63 casos por 100.000 habitantes, lo que supuso un ligero repunte sobre el mínimo histórico de la serie alcanzado el año anterior (1,3 casos por 100.000 hab.). En 2023 la incidencia continuó ascendiendo levemente, con 30 casos (IA 1.87). La incidencia en el ámbito nacional desde 2016 ha registrado cifras más altas que en la Región, llegando en 2019 a una incidencia de 26,41 casos por 100.000 habitantes, tras lo cual también alcanzó un mínimo en el año 2021. En 2022 experimentó una elevación mayor que la incidencia regional. Por el momento no se cuenta con datos nacionales del año 2023, por lo que no es posible conocer si la situación de la Región en 2023 se asemeja a la nacional, pero es probable que, dada la tendencia previa, la incidencia en España siga siendo superior.

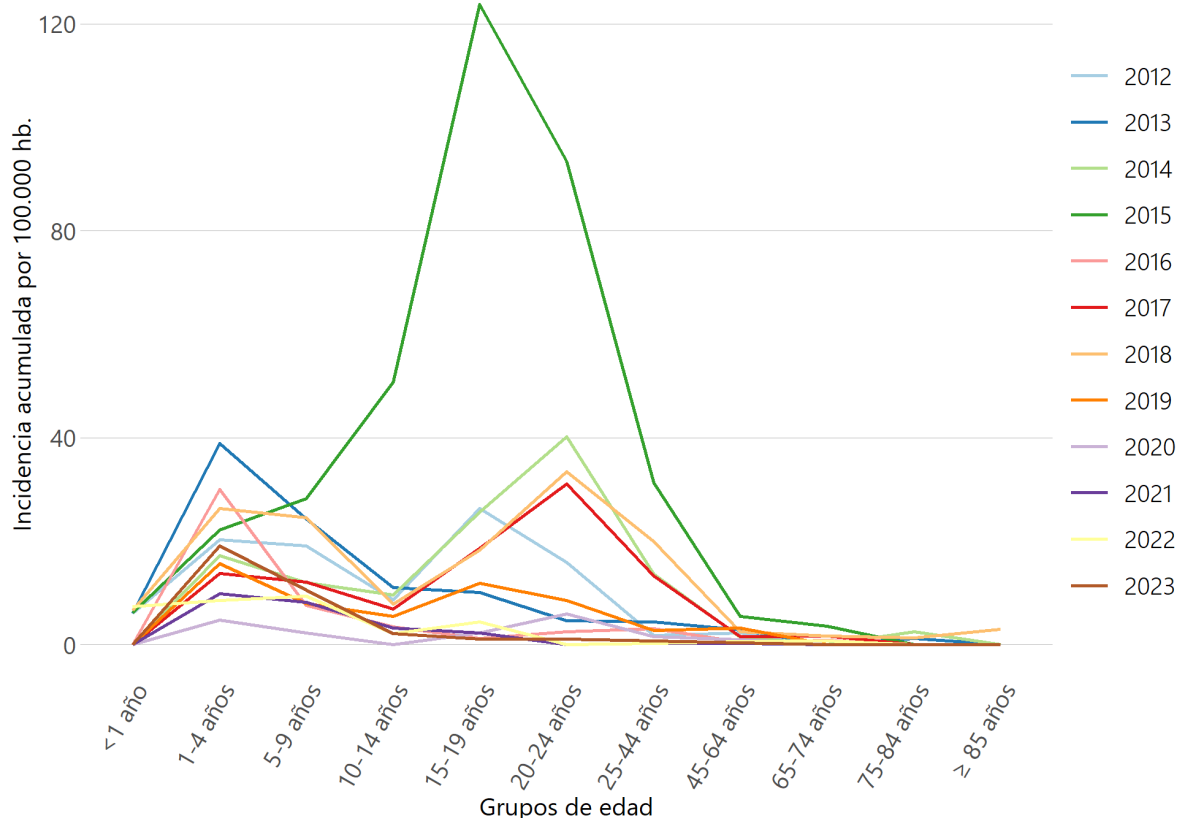
Figura 12. Incidencia anual de parotiditis por 100.000 habitantes. Región de Murcia y España. Años 2015-2023



Fuente: SIVIET-RM. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Adicciones
 Datos nacionales: RENAVE

La razón de casos hombre:mujer en 2022 fue de 2.4. La mayor incidencia tuvo lugar en el grupo de edad de 5 a 9 años, con 9,41 casos por cada 100.000 habitantes, seguido del grupo de 1 a 4 años. En el 2023, la razón hombre:mujer fue de 1.7. La mayor incidencia tuvo lugar entre los menores de 1 a 4 años (18,75 casos por 100.000 habitantes) y los de 5 a 9 años (10,58 casos por 100.000 hab.). En ninguno de los dos años se elevó la incidencia entre adolescentes. Sin embargo, el patrón de distribución etaria se ha caracterizado algunos años por un pico de incidencia adicional entre los 15 y los 25 años. Esta distribución no se ha producido en la Región desde el año 2018 (figura 13).

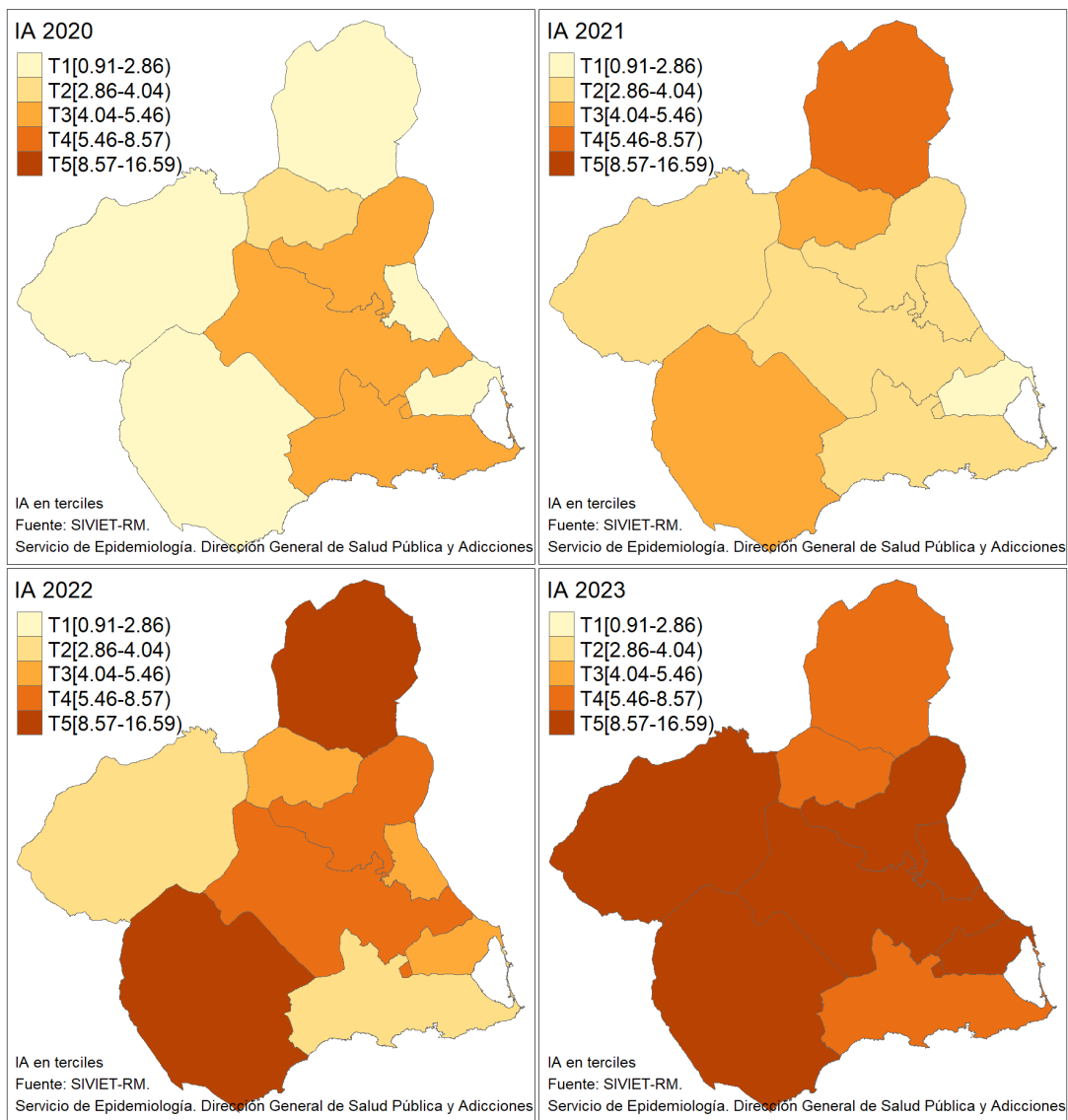
Figura 13. Incidencia de parotiditis por grupos etarios cada 100.000 habitantes. Región de Murcia y España. Años 2015-2023



Fuente: SIVIET-RM. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Adicciones. Consejería de Salud.

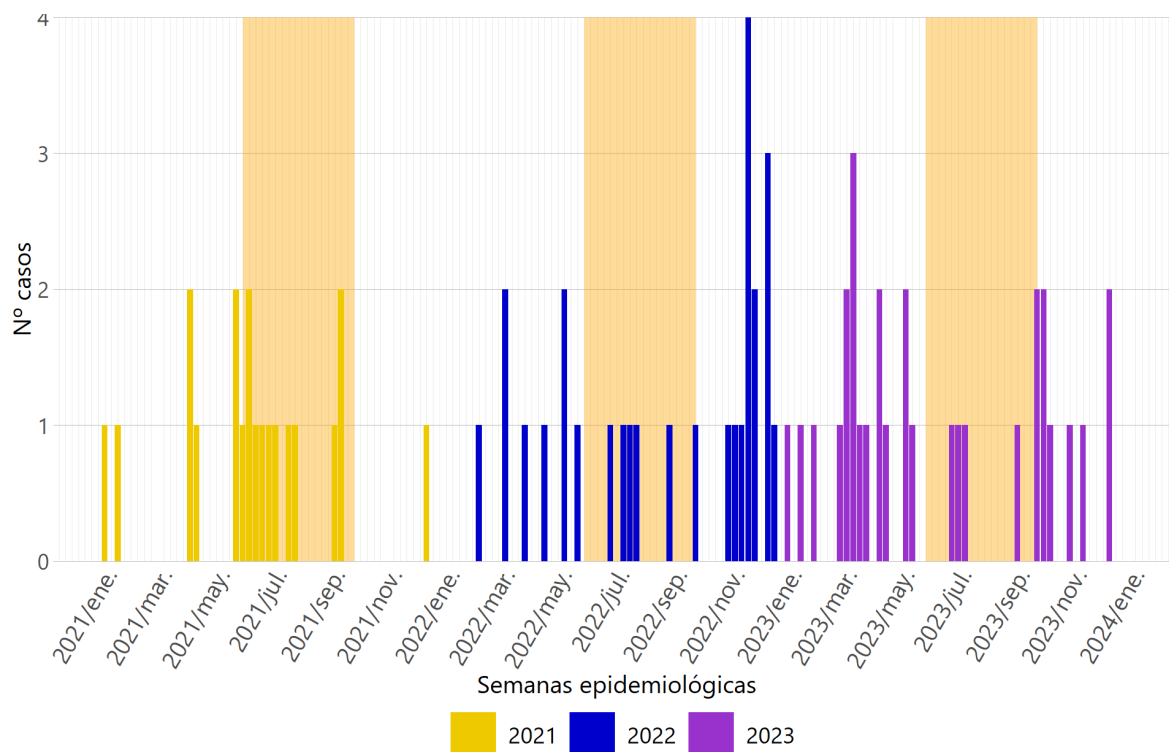
No se observaron grandes diferencias en la incidencia según áreas de salud en 2022. El área con mayor incidencia fue la IX, con 3,64 casos por cada 100.000 habitantes. No hubo casos en el área II. En 2023 el área V tuvo una incidencia de 8,09 casos por 100.000 habitantes, con una diferencia de casi 5 puntos respecto a la segunda área con más incidencia, la IX (3,64). Los mapas de incidencia por áreas no sugieren la presencia de patrones espaciales determinados (figura 14)

**Figura 14. Incidencia de parotiditis por 100.000 habitantes según áreas de salud
Años 2020-2023**



Aunque la distribución temporal conocida de la parotiditis corresponde a los meses de invierno y primavera, tan solo entre 2022 y 2023 parece haberse regresado a ese patrón. En 2021 hubo una mayor concentración de casos en los meses de verano.

Figura 15. Recuento semanal de casos de parotiditis en la Región de Murcia en los años 2021- 2023



Se marcan en rectángulos **naranjas** las semanas del periodo junio-agosto.
 Fuente: SIVIET-RM. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Adicciones
 Datos nacionales: RENAVE

En 2022 no hubo hospitalizaciones o fallecimientos asociados a parotiditis. En 2023 hubo 2 ingresos (6.7 %) por parotiditis, sin ningún fallecido. Los ingresados fueron un hombre de 25 años, correctamente vacunado y sin confirmación microbiológica, y una mujer de 62. Este último caso había recibido tratamiento inmunosupresor reciente.

Se detectaron 3 casos en 2022 que no estaban correctamente vacunados para su edad: un varón de 9 años y dos mujeres de 17 y 56 años. Entre los casos de 2023 no se detectó ninguno que no estuviese correctamente vacunado según calendario.

De los casos en 2022, 2 estuvieron vinculados epidemiológicamente, dando lugar a un brote: fueron un varón de 15 años y una mujer de 70. No se detectaron brotes epidémicos de parotiditis en 2023.

Por último, en 2022 se confirmaron 4 casos (14,8%), mientras que en 2023 fueron 6 casos los confirmados (20%) microbiológicamente.

Discusión

La parotiditis en la Región de Murcia se ha mantenido entre 2022 y 2023 en una situación estable. Aunque las cifras de incidencia han aumentado en estos dos años de forma sucesiva con respecto al 2021, aún continúan por debajo de las cifras registradas en 2019.

Los años de mayor incidencia de parotiditis en la Región, en los que las cifras se acercan o superan los 10 casos por cada 100.000 habitantes, se caracterizan por una distribución etaria de morfología bimodal, con una incidencia elevada no solo entre los niños de hasta 5 años, sino también entre los 15 y los 25. Los últimos años (2021-2023) siguen el patrón característico de otros años anteriores en los que la incidencia también fue baja, con máximos entre los niños de 1-4 años y una incidencia menor en el resto de grupos de edad.

Poliomielitis/Parálisis flácida aguda

La poliomiélitis es una enfermedad causada por los poliovirus. Se trata de una infección que inicialmente puede cursar con dolor de cabeza, náuseas, vómitos, malestar general o fiebre. La manifestación más característica es la parálisis, acompañada de fiebre a su comienzo. Esta parálisis puede tener diversas localizaciones y habitualmente ocurre de manera asimétrica, afectando más frecuentemente a las extremidades inferiores. La parálisis se agrava durante los 3-4 primeros días y posteriormente puede mejorar, aunque si persiste transcurridos 60 días, es probable que sea permanente. No obstante, menos del 1% de las infecciones produce parálisis. El mayor riesgo de infección corresponde a la población menor de 5 años, aunque las probabilidades de desarrollar parálisis aumentan con la edad.

La infección se transmite principalmente de una persona a otra por vía fecal-oral, tras llevarse a la boca materiales o restos de secreciones contaminadas por la persona infectada.

Actualmente, se está realizando un esfuerzo coordinado a nivel mundial para erradicar la polio. En España, el último caso endémico se declaró en 1988, año en que se calculaba que había en el mundo al menos 350.000 casos repartidos por 125 países. Desde entonces, se ha reducido la incidencia por esta enfermedad en un 99%, y hoy día solo es una enfermedad endémica en determinadas zonas de Afganistán y Pakistán.

La polio se previene mediante vacunación. En España, la vacuna frente a polio (VPI) forma parte del calendario de vacunación a lo largo de toda la vida, con dosis a los 2, 4 y 11 meses, más una dosis de recuerdo a los 6 años. Como parte del plan de acción en España para la erradicación de la poliomiélitis (4), los sistemas de vigilancia epidemiológica como el SIVIET-RM deben, además de notificar e investigar cualquier caso de poliomiélitis, realizar una investigación de cualquier caso de parálisis flácida aguda (PFA) en menores de 15 años. La polio no es la única causa de PFA, y de hecho, en España, es una causa extremadamente poco frecuente dado que no hay circulación

de poliovirus. Sin embargo, esta investigación debe realizarse para descartar cualquier posibilidad de la aparición del virus en nuestro territorio y para verificar regularmente el correcto funcionamiento del sistema de vigilancia.

Resultados

En 2022 no se declaró ningún caso de poliomielitis en la Región. Hubo un total de 4 casos de parálisis flácida aguda, descartados para poliomielitis, que alcanzaron una incidencia de 1,64 casos por 100.000 habitantes menores de 15 años. Uno de los casos se debió a una infección por enterovirus, otros dos fueron atribuidos a trastornos congénitos, y el último se trató de una polirradiculopatía axonal motora aguda. En el conjunto nacional, se notificaron 45 casos de PFA en 2022, alcanzando una tasa de 0,68 casos por 100.000 habitantes menores de 15 años. Todos fueron descartados para poliomielitis. La Región de Murcia fue una de las 6 comunidades que alcanzó el objetivo esperado de notificación de casos de PFA en 2022(5).

En 2023 se registraron 4 casos de parálisis flácida aguda en la Región, descartándose poliomielitis en todos. La IA fue nuevamente de 1,64 casos por cada 100.000 habitantes menores de 15 años. En 3 casos se llegó al diagnóstico de polirradiculoneuritis (Síndrome de Guillain-Barré); en el cuarto caso el diagnóstico fue mielitis transversa. En todos los casos se recogieron las muestras de heces correspondientes para estudio de poliovirus/enterovirus en el Centro Nacional de Microbiología. En España se notificaron en 2023 un total de 39 casos de PFA, con una incidencia de 0,6 casos por 100.000 habitantes menores de 15 años. La Región fue nuevamente una de las 5 CCAA que cumplieron el objetivo esperado de notificación de casos de PFA⁶.

Sarampión

El sarampión es una enfermedad vírica extremadamente contagiosa que produce fiebre, conjuntivitis, tos, y una erupción cutánea característica que suele aparecer inicialmente en la cara y posteriormente se generaliza por todo el cuerpo. Puede complicarse con sobreinfecciones bacterianas, dando lugar a otitis o neumonía, y también puede producir convulsiones febriles, diarrea o encefalitis. Las complicaciones son más frecuentes entre los menores de 5 años, adultos y personas con inmunosupresión.

El sarampión se transmite por la diseminación de gotitas y aerosoles emitidos por las personas infectadas, y también por el contacto directo con sus secreciones nasales o faríngeas.

Esta infección era antes común en la infancia, apareciendo a finales de invierno y comienzos de la primavera. Sin embargo, gracias a la actual cobertura de vacunación, la incidencia de esta enfermedad en España es muy baja. La vacuna frente a sarampión

⁶ Datos aún no publicados

forma parte de la triple vírica, que también protege frente a rubeola y parotiditis, y se administra a los 12 meses y a los 4 años. Actualmente en nuestro país se encuentra activo un plan de eliminación (ref) del sarampión, cuya circulación endémica no se ha reestablecido desde 2014. Sin embargo, entre 2022 y los inicios de 2024 se ha detectado un aumento en el número de casos y brotes de sarampión a nivel mundial y en Europa, dado que siguen existiendo numerosos núcleos de población en los que la vacunación no está extendida. Es por ello importante mantener una cobertura vacunal con pauta completa por encima del 95%, a fin de disminuir la posibilidad de transmisión comunitaria del sarampión en nuestro país.

Resultados

No se registró ningún caso de sarampión en la Región de Murcia en 2022. A nivel nacional, los datos correspondientes a 2022 reflejan una incidencia extremadamente baja, con 0,02 casos confirmados por millón de habitantes. Tan solo se declaró un caso confirmado en todo el país, de origen importado, sobre un total de 20 sospechas. (ref)

En 2023 se detectó un único caso de sarampión confirmado en la Región (IA 0,64 casos por millón de habitantes). Se trataba de un hombre de 29 años natural de Murcia que no había sido vacunado en su infancia. Se realizó una investigación de posibles contactos, identificando un familiar adicional que también era susceptible por no haber recibido la vacuna. No se logró identificar el origen del caso: el caso no había viajado al extranjero ni había tenido contacto con alguien con síntomas similares. El genotipado de la cepa del virus confirmó que se trataba de una cepa originaria de Pakistán que se había detectado anteriormente en otro caso importado de 2023 en España, así como en otros países europeos como Reino Unido, Francia y Alemania. En 2023 se notificaron en España 14 casos confirmados (6), con una incidencia de 0,29 casos por millón de habitantes. La mitad de ellos fueron casos importados.

Rubéola

La rubéola es una enfermedad vírica caracterizada por una erupción cutánea en forma de puntos que se acompaña de fiebre. Es muy similar al sarampión y a otras enfermedades que se presentan con erupciones, conocidas como exantemas. En adultos, la aparición del exantema suele precederse de síntomas generales inespecíficos como febrícula, dolor de cabeza, malestar general, conjuntivitis y congestión nasal. Estos síntomas son menos frecuentes en niños. Un síntoma característico es la inflamación de ganglios situados tras las orejas y en la parte posterior de la cabeza y la nuca, que tiene lugar también antes del exantema.

Esta infección tiene relevancia porque puede causar anomalías en el desarrollo fetal, especialmente cuando la madre se infecta en las 10 primeras semanas de embarazo.

La enfermedad se transmite por contacto con las secreciones nasofaríngeas de las personas infectadas, sea por su diseminación mediante gotículas respiratorias o por contacto directo con estas. En la actualidad la rubéola es endémica únicamente en los

países donde no se ha implantado la vacunación. En España, la rubéola es una de las enfermedades que cubre la vacuna triple vírica, junto a sarampión y parotiditis. En 2016, la OMS declaró a España libre de transmisión endémica de rubéola. En la actualidad se encuentra activo en España un plan estratégico para la eliminación del sarampión y la rubéola, encontrándose esta última en una situación de muy baja incidencia.

Resultados

En 2022 se declaró en la Región de Murcia un caso de rubeola post-vacunal: se trataba de un niño de 14 meses de edad que consultó por exantema generalizado, fiebre y adenopatía retroauricular, tras haber sido vacunado con la primera dosis de triple vírica una semana antes del comienzo de los síntomas. El caso no fue confirmado por laboratorio tras la decisión de los padres de no realizar las pruebas serológicas. Se recomendó la vacunación con TV a los padres por su condición de contactos; ninguno de los dos desarrolló síntomas. Desde el año 2011 únicamente se ha registrado otro caso de rubeola, en 2014, que no fue confirmado. En el conjunto nacional se notificaron 10 casos en 2022, que tras su investigación fueron descartados.

En 2023 no se detectó ningún caso de rubéola en la Región. En España se investigaron 6 casos durante ese mismo año, siendo todos ellos descartados.

Tos ferina

La tos ferina o tosferina es una enfermedad infecciosa causada por la bacteria *Bordetella pertussis*. Inicialmente produce un cuadro catarral con tos irritativa que, en el transcurso de una a dos semanas, puede evolucionar a ataques de tos o “paroxismos” que pueden persistir varias semanas. Los paroxismos consisten en accesos de tos violenta y repetida entre los cuales no hay inspiraciones, y que finalmente producen un sonido agudo característico cuando se consigue inspirar aire. La enfermedad es más grave en los niños pequeños, especialmente los menores de 6 meses y los niños sin vacunar, donde es una enfermedad potencialmente letal. Por el contrario, las personas vacunadas tienden a experimentar manifestaciones más leves de la enfermedad.

La tosferina es una enfermedad distribuida por todo el mundo. Se transmite mediante el contacto con gotículas respiratorias de los infectados que se expulsan al aire. Es muy contagiosa en la fase de catarro y los primeros días de aparición de tos paroxística, tras lo cual la transmisión baja progresivamente.

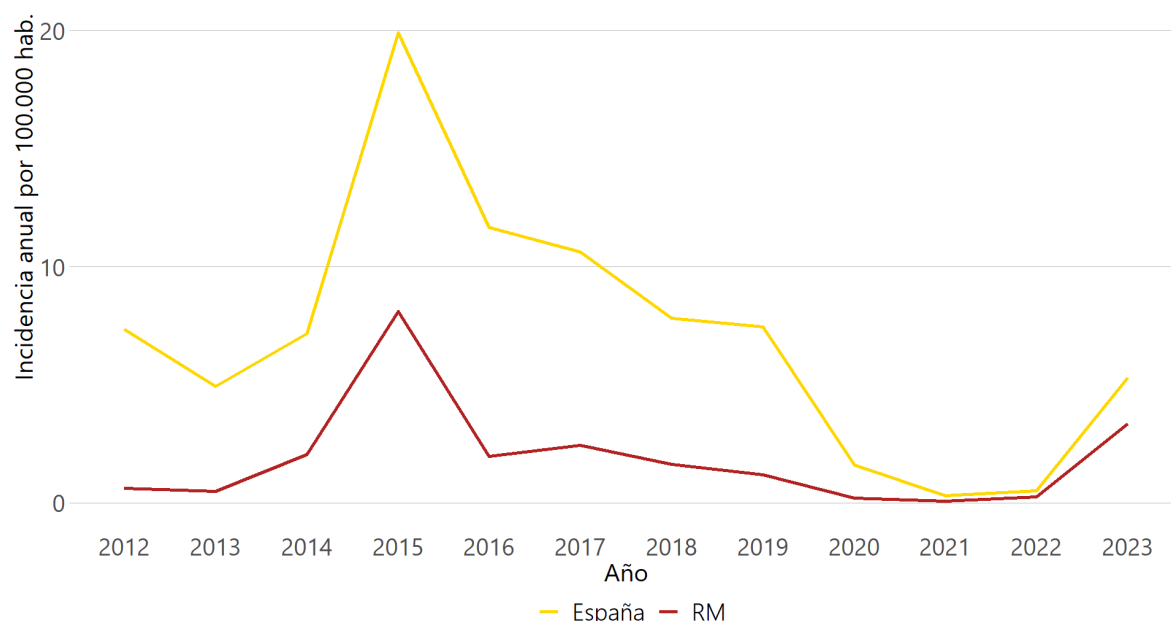
El principal objetivo de la vacunación frente a tosferina es proteger a la población más vulnerable, fundamentalmente los bebés lactantes del padecimiento de enfermedad grave. Es por ello que se recomienda la vacunación frente a tosferina en embarazadas entre las semanas 28 y 32 de embarazo, para prevenir la posible transmisión de la madre al recién nacido, en caso de que la madre se contagie antes del parto. Además, la tosferina forma parte del calendario de vacunación a lo largo de toda la vida, con dosis a los 2, 4 y 11 meses, y una dosis de refuerzo a los 6 años. El efecto protector de la

vacuna se diluye en un plazo de 5 a 6 años, y por tanto, en los países donde está implementada la vacunación infantil, es común la aparición de casos en adolescentes y adultos previamente vacunados, en los que la enfermedad se manifiesta de forma leve, como catarros con tos persistente.

Resultados

En 2022 hubo 4 casos de tosferina en la Región de Murcia, con una incidencia de 0.26 casos por 100.000 habitantes. En el año 2023 se alcanzaron los 52 de tosferina, con una incidencia de 3.35 casos por 100.000 habitantes. Desde 2021 a 2022 se puede observar un ligero repunte de la incidencia tanto a nivel regional como nacional (figura 16). En 2023 se produjo un cambio abrupto en la incidencia que también se pudo verificar a nivel nacional, donde la incidencia se incrementó en un 919% con respecto a 2022. (7)

Figura 16. Incidencia anual de tosferina por 100.000 habitantes. Región de Murcia y España. Años 2015-2023



Fuente: SIVIET-RM. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Adicciones
 Datos nacionales: RENAVE

Los 4 casos de 2022 se produjeron en varones: uno en un lactante de un mes de vida, otros dos en niños de 2 y 4 años de edad y otro caso más en un hombre de 47 años.

La razón de casos hombre:mujer en 2023 fue de 1.3. La mayor incidencia se alcanzó entre los menores de 1 año, con 80,99 casos por 100.000 habitantes, seguido del grupo de edad entre 10 y 14 años, con 32,07 casos por 100.000 habitantes. Estos dos grupos de edad concentraron el 79% de los casos. La tabla 2 compara la distribución etaria del año 2023 con el año 2015, en el que se alcanzó un máximo en la serie histórica mostrada

más arriba. Aunque la IA fue máxima entre los menores de 1 año en ambos años, puede observarse que en 2015, este grupo concentró el 53% de los casos, mientras que en 2023 fue del 21%.

Tabla 2. Casos e incidencia acumulada por grupos etarios. Región de Murcia. Años 2015 y 2023

Datos: SIVIET-RM. Dir. Gral. Salud Pública y Adicciones
**IA: Incidencia acumulada por 100.000 hab.*

Casos de tosferina por edades

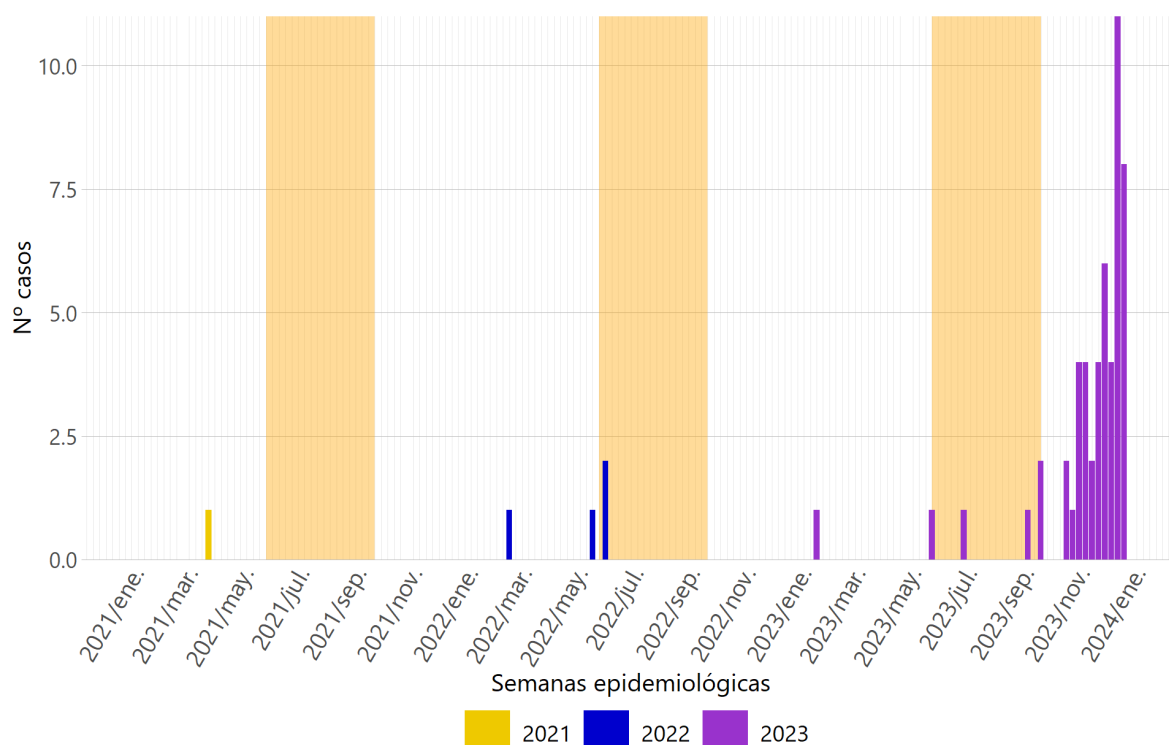
Región de Murcia, 2015 y 2023

Grupos de edad	Casos 2015	IA 2015*	Casos 2023	IA 2023*
<1 año	63	463.85	11	80.99
1-4 años	17	28.98	1	1.70
5-9 años	18	21.16	4	4.70
10-14 años	6	6.41	30	32.07
15-19 años	0	0.00	3	3.32
20-24 años	0	0.00	0	0.00
25-44 años	11	2.65	1	0.24
45-64 años	4	0.91	2	0.45
65-74 años	0	0.00	0	0.00
75-84 años	0	0.00	0	0.00
≥ 85 años	0	0.00	0	0.00
Total	119	7.77	52	3.39

El 73% de los casos de 2023 se asociaron al área II de salud, que alcanzó una incidencia de 13,04 casos por 100.000 habitantes. Se detectaron 6 casos vinculados al área I (IA 2,19), 3 casos al área VI (IA 1,08), 2 casos al área VIII (IA 1,75), 2 casos al área VII (IA 0,97) y 1 al área III (IA 0,54).

El análisis de la distribución temporal muestra que el 75% de los casos se produjeron entre las semanas 46 y 52 del 2023 (figura 17).

Figura 17. Recuento semanal de casos de tosferina en la Región de Murcia en los años 2021- 2023



Se marcan en rectángulos **naranjas** las semanas del periodo junio-agosto.
 Fuente: SIVIET-RM. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Adicciones
 Datos nacionales: RENAVE

Ninguno de los casos de 2022 cursó con complicaciones. El caso del lactante ingresó en un servicio de Pediatría durante 1 día: la madre se había vacunado en el tercer trimestre de embarazo. No hubo ningún fallecimiento.

El número de ingresos por tosferina de 2023 fue de 7 (13.5 %). Hubo 5 ingresos en menores de 1 año, todos ellos lactantes de 6 meses o menos, un ingreso en un varón de 11 años y otro en una mujer de 17. Hubo un fallecimiento: un neonato mujer sin patologías de riesgo cuya madre no se había vacunado durante el embarazo. Del resto de ingresos en menores de 1 año, se identificó otro caso adicional en un neonato cuya madre no había recibido la vacuna durante el embarazo, y un caso en un bebé de 5 meses que no había recibido todas las dosis que le correspondían.

Se detectaron 11 brotes de tosferina en 2023, que sumaron 20 casos (38.5 % sobre el total de casos): los brotes tendieron a ocurrir predominantemente en el ámbito del hogar y con un número reducido de afectados.

Discusión

La incidencia de tos ferina ha experimentado, tanto en la Región como en el ámbito nacional, una tendencia decreciente entre 2015 y 2021. En 2015, la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial de Salud (CISNS) aprobó la recomendación de vacunar frente a esta enfermedad en el embarazo para prevenir la aparición de la misma en los primeros meses de vida, en los que es potencialmente mortal. El descenso de la incidencia se vio probablemente reforzado por las medidas de prevención y control frente a la pandemia de SARS-CoV-2 en los años 2020 y 2021. Aunque en 2022 no se produjo un cambio relevante en la incidencia nacional o regional, sí se ha podido observar un pronunciado incremento de esta en 2023. Aunque no entra en el lapso temporal de este informe, ha de señalarse que este incremento de incidencia ha continuado su tendencia ascendente durante la primera mitad del año 2024, tanto a nivel regional como nacional, llegando esta última cifra a los 97,5 casos por 100.000 habitantes entre enero y julio de dicho año, una cifra muy superior a los 19,9 casos por 100.000 habitantes que se alcanzaron en 2015(8).

La distribución etaria de los casos en 2023, comparada con el año 2015, muestra una diferencia principal: la mayor concentración de casos en el grupo entre 10 y 14 años de edad. Este perfil se ha identificado en el conjunto del país para el periodo octubre 2023 - julio 2024, en el que los casos en este grupo alcanzaron el 33,3% del total, seguidos del grupo de 5 a 9 años. Este hallazgo es compatible con los datos disponibles sobre el debilitamiento del efecto de la vacunación en un corto periodo (2-3 años) tras la última dosis (9) que en España se administra a los 6 años.

Es probable que la cifra de incidencia de 2023 en la Región sea una infraestimación, dada la gran concentración de casos en el área II. El diagnóstico mediante PCR de tosferina se facilitó para los profesionales de atención primaria en este área. Además, la presentación clínica más banal y atípica en los casos de 10-14 años pudo dificultar el diagnóstico etiológico de aquellos casos que tuvieron lugar antes de que el fenómeno epidémico empezase a tener cobertura mediática.

La concentración temporal de los casos en las últimas semanas de 2023 coincide con el patrón temporal que la enfermedad mostró a nivel nacional, en el que empezó a observarse un incremento en el número de casos desde el mes de octubre.

Por último, el análisis de los casos ingresados es revelador, puesto que muestra que, aunque la mayor parte de casos ocurrieron entre los niños de 10 a 14 años, los ingresos siguieron concentrándose entre los menores de 1 año, el grupo de edad más vulnerable. Se identificaron en ellos algunos casos en los que la vacunación no se había realizado de forma adecuada, incluyendo un fallecido, por lo que la protección que confieren las vacunas sigue siendo una herramienta fundamental para atajar la potencial morbimortalidad que puede ocasionar la tosferina, que en adolescentes y adultos es mucho más reducida. En el año 2023, la cobertura vacunal en embarazadas fue del 85%, y la proporción poblacional de personas con la primovacunación y dosis de recuerdo

fue del 89,5% ⁷. En los datos nacionales del periodo octubre 2023 - julio 2024, la proporción de hospitalizaciones también fue máxima entre los menores de 1 año, de un 29,7%, mientras que fue prácticamente nula entre los 10 y 14 años.

Virus varicela-zóster

El virus de varicela-zóster (VVZ) produce dos enfermedades distintas. La infección primaria produce la varicela, que es una infección típica de la infancia caracterizada por la aparición de fiebre y una erupción generalizada por todo el cuerpo que da lugar a vesículas y pústulas y luego costras. En adultos y en personas con trastornos de la inmunidad puede dar lugar a cuadros graves, complicándose con neumonía, infecciones bacterianas secundarias y otros trastornos. El herpes zóster no debe confundirse con el herpes simple, que es causado por el virus homónimo, sino que es una reactivación del VVZ que habitualmente tiene lugar en adultos mayores. Tras la varicela, el virus queda latente en el sistema nervioso durante años, y puede aparecer afectando normalmente a zonas bien delimitadas de la piel de un lado del cuerpo. Da lugar a una erupción de vesículas agrupadas que dura algo más de una semana y puede complicarse con la aparición de un dolor intenso en la zona de la erupción, llamado neuralgia postherpética.

La infección es prácticamente universal y se transmite de persona a persona por contacto directo con los enfermos, sea por el contacto con las lesiones o por los aerosoles emitidos por los pacientes con varicela, por lo que las personas afectadas con esta tienen gran capacidad de transmitir el VVZ, mientras que la transmisión del virus a partir de un herpes zóster resulta menos probable.

La vacuna frente a la varicela forma parte del calendario de vacunación para toda la vida en la Región, con dosis a los 15 meses y a los 4 años. En 2023 se incluyó una vacuna frente a herpes zóster en dicho calendario para las personas de 65 años, y en 2024 se incluyeron también las personas de 80 años, habiéndose incluido previamente desde marzo de 2022 la vacunación en adultos con determinadas condiciones de riesgo.

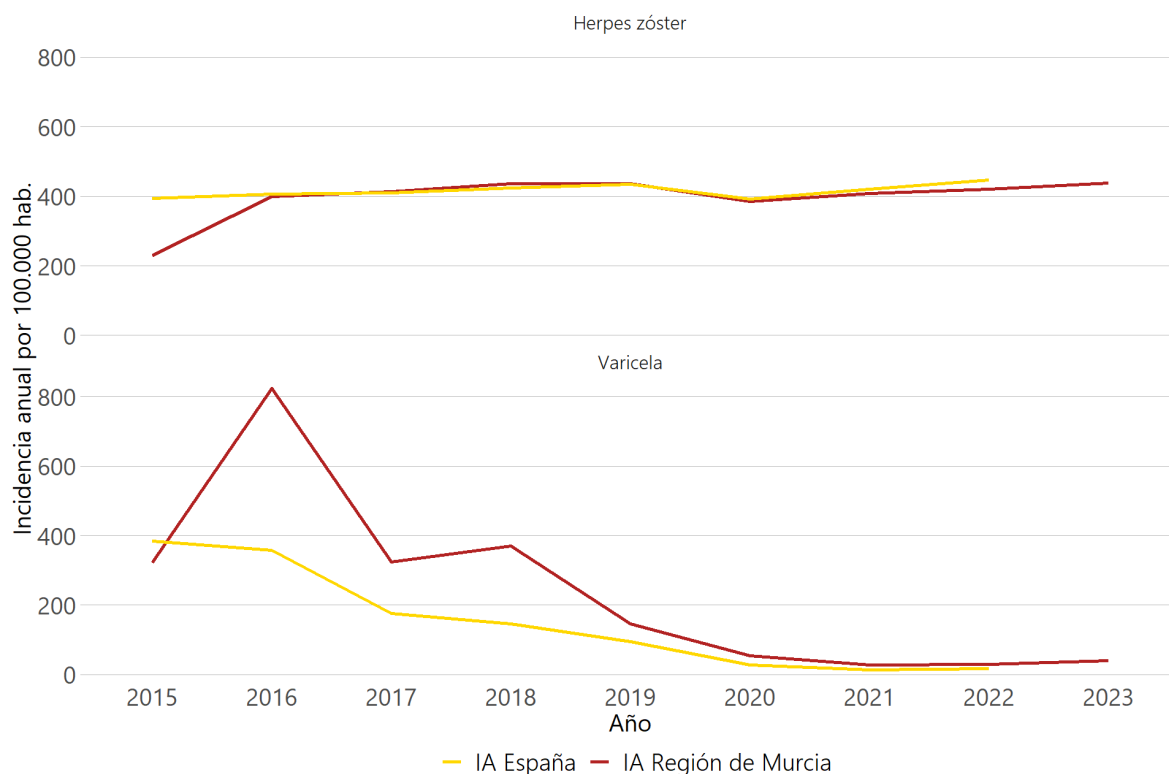
Resultados

En 2022 se declararon en la Región de Murcia 461 casos de varicela y 6436 de herpes zóster, con unas incidencias respectivas de 30,1 y 420 casos por 100.000 habitantes. En 2023, se registraron 626 casos de varicela (+36%) y 6801 de herpes zóster (+6%), con incidencias de 40,3 y 438 casos por 100.000 habitantes, respectivamente. La evolución de la IA de herpes zóster desde 2015 ha mostrado una tendencia ligeramente ascendente, con un porcentaje promedio de crecimiento anual del 11% en la Región y del 2% en España. La varicela, por el contrario, ha experimentado un claro descenso en España desde 2015, y en la Región desde 2016, alcanzando un mínimo en 2021,

⁷ Sistema de Información de Vacunaciones del Ministerio de Sanidad (SIVAMIN): <https://pestadistico.inteligenciadegestion.sanidad.gob.es/publicoSNS/I/sivamin/info-rme-de-evolucion-de-coberturas-de-vacunacion-por-vacuna>

influenciado con toda probabilidad por las medidas aplicadas durante la pandemia. Entre 2021 y 2023 la incidencia regional de varicela ha pasado de 27,4 a 40,3 casos por 100.000 habitantes (figura 18).

Figura 18. Incidencia anual de herpes zóster y varicela por 100.000 habitantes. Región de Murcia y España. Años 2020-2023



Fuente: SIVIET-RM. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Adicciones
 Datos nacionales: RENAVE

En 2022, la razón de casos hombre:mujer de varicela fue de 0,99, y en 2023 de 0,92. La incidencia por edades en 2022 fue máxima en el grupo de 1 a 4 años, con 213,1 casos por 100.000 habitantes, seguida de la incidencia en menores de 1 año, de 184,1. En 2023, las mayores incidencias se desplazaron a los grupos entre 5 y 9 años (241,02) y de 10 a 14 años (198,82). Se registraron un total de 83 casos en adultos de 20 y más años, de los cuales 2 (2,4%) habían recibido vacuna.

Para herpes zóster, la razón hombre:mujer en 2022 fue de 0,64, y en 2023 alcanzó un valor similar, de 0,62. La incidencia en 2022 fue progresivamente creciente según grupos de edad, desde 22 casos por cada 100.000 habitantes en menores de 1 año, hasta alcanzar más de 1 caso por cada 100 habitantes entre los mayores de 74 años. En 2023 la distribución etaria fue similar. De los 2716 casos de herpes zoster identificados en mayores de 64 años en 2023, 21 (0,8%) habían recibido la vacuna.

Discusión

La incidencia de varicela ha seguido una trayectoria descendiente tanto en el ámbito nacional como en el regional. Esta tendencia posiblemente se debe a la progresión de las coberturas vacunales: en el año 2017 la cobertura nacional con primera dosis frente a varicela era del 59,25%, y en la Región de Murcia del 29,4%, evolucionando hasta coberturas del 95,54% y 90,24% en 2023, respectivamente.(SIVAMIN)

En cuanto a la incidencia de herpes zóster, tanto la incidencia regional como nacional han mantenido un ritmo de crecimiento moderado. La introducción en el calendario vacunal en 2023 de la vacuna Shingrix® para la población general de 65 años o más hace posible esperar una reducción de la incidencia en los años venideros.

CONCLUSIONES

Salvo rubeola y sarampión, el resto de EDO inmunoprevenibles han experimentado un crecimiento sostenido en su incidencia entre 2021 y 2023. Destaca particularmente la incidencia de tosferina en 2023, coincidiendo con un fenómeno epidémico de alcance nacional. En términos de morbimortalidad, la entidad más relevante fue la enfermedad neumocócica invasora, tanto en 2022 como en 2023, por lo que mejoras en la cobertura vacunal frente a neumococo tendrían un impacto notable en la salud poblacional de la Región.

REFERENCIAS

1. Soneira MS, Melcón BG, Nebreda VA, García MS, Dos-Santos RA, Portero RC. Enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae*. España 2021-2022. Bol Epidemiológico Sem. 29 de septiembre de 2023;31(3):201-14.
2. Soler-Soneira M, Amillategui-Dos-Santos R, González-Viadero M, Granero-Melcón B, Cabezas-Villa C, Cano-Portero R. Enfermedad meningocócica invasiva. Temporada 2021-2022. Bol Epidemiológico Sem. 30 de junio de 2023;31(2):71-82.
3. Soneira MS, Del-Águila-Mejía J, Acosta-Gutiérrez M, Sastre-García M, Dos-Santos RA, Portero RC. Enfermedad Neumocócica Invasiva en España en 2023. Bol Epidemiológico Sem. 29 de julio de 2024;32(2):74-93.
4. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Plan de acción en España para la erradicación de la poliomielitis 2024-2028. Ministerio de Sanidad; 2024.
5. Centro Nacional de Epidemiología y Centro Nacional de Microbiología. ISCIII. CIBERESP. Plan de Acción en España para la Erradicación de la Poliomielitis.

Vigilancia de la Parálisis Flácida Aguda y Vigilancia de Enterovirus en España:
Informe del año 2022. 2023.

6. 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. 2024 jun.
7. Centro Nacional de Epidemiología. CIBERESP. ISCIII. Informe epidemiológico sobre la situación de la tosferina en España, 2023. Madrid; 2024 mar.
8. Centro Nacional de Epidemiología. CIBERESP. ISCIII. Brote de tosferina España 2023-2024. Datos provisionales a 8 de julio de 2024. Madrid, julio 2024;
9. Klein NP, Bartlett J, Fireman B, Baxter R. Waning Tdap Effectiveness in Adolescents. *Pediatrics*. 1 de marzo de 2016;137(3):e20153326.