

Cáncer de próstata en la Región de Murcia, 1983-2007

Introducción

El cáncer de próstata es el cáncer más frecuentemente diagnosticado en hombres en muchas regiones del mundo, con 1.112.000 nuevos casos (15,0% del total) y 307.000 nuevas muertes (6,6% del total de muertes por cáncer) estimadas en 2012.^{1,2} En España, al igual que en otros países de su entorno geográfico y socioeconómico, este cáncer ocupa el primer lugar entre los hombres, por delante del de pulmón y del colorrectal, y el segundo lugar en general (Globocan 2012).¹ Las estimaciones realizadas para España³ muestran que las tasas de mortalidad por cáncer de próstata han disminuido progresivamente durante el periodo 1981-2012, sin embargo, su incidencia se ha incrementado de forma importante a lo largo de dicho periodo, esperándose unos 30.000 casos incidentes y 5.500 muertes en nuestro país en el año 2012.

En este trabajo se analiza la incidencia de cáncer de próstata en la Región de Murcia durante el periodo 1983-2007, así como los posibles cambios en las tendencias temporales a lo largo de esos 25 años.

Material y métodos

Se trata de un estudio observacional retrospectivo con datos obtenidos del Registro de Cáncer de Murcia (RCM), registro de base poblacional que proporciona datos sobre incidencia desde 1982.⁴ La población de estudio está constituida por todos los nuevos casos de cáncer de próstata (código CIE-10 C61) diagnosticados en hombres residentes en la Región de Murcia (RM) entre 1983 y 2007.

Para obtener la incidencia de cáncer de próstata se han calculado las tasas brutas, las específicas por grupo de edad y las tasas ajustadas por edad global y truncadas (45-64 años, 65-85+ años), expresadas como tasas por 100.000 personas-año. El ajuste de las tasas se ha realizado por el método directo, utilizando como estándar la población europea (PEE). Los datos sobre la población de la Región de Murcia se han

SUMARIO

ARTÍCULO

Cáncer de próstata en la Región de Murcia, 1983-2007.

NOTICIAS BREVES

- Recomendaciones sobre cigarrillos electrónicos.
- Tumores relacionados con el tabaco en la Región de Murcia.

Semanas epidemiológicas EDO:

Semanas 41 a 44 de 2013.



obtenido de las estadísticas del INE (Instituto Nacional de Estadística).

Los cambios en las tendencias temporales de la incidencia por cáncer de próstata se han analizado mediante un modelo de regresión joinpoint, que identifica los años en que se producen inflexiones o cambios significativos de la tendencia y estima el porcentaje de cambio anual (PCA). Para la estimación de estos modelos se utilizaron las tasas ajustadas a la población europea y sus errores estándar. Se permitió un máximo de tres puntos de inflexión en cada regresión, usando el método de Hudson para encontrar el mejor ajuste del modelo, estimando luego su significación estadística por medio de permutaciones Monte Carlo. Se consideró el valor de PCA estadísticamente significativo si difería de 0 con $p < 0,05$.

Se comparó la incidencia de cáncer de próstata en las diferentes áreas de salud de la RM entre 2003 y 2007, calculando la razón de incidencia estandarizada (RIE) por área. Estas RIE son tasas estandarizadas por edad por el método indirecto, utilizando la tasa específica por edad del conjunto de la Región como referencia. Se utilizó la división por áreas (6) que estaba vigente durante el periodo estudiado.

Resultados

Durante el periodo 1983-2007 se registraron 7.733 nuevos casos de cáncer de próstata, con una media de edad al diagnóstico de 72,5 años (DE=8,9). Según los datos disponibles más recientes, en la RM el cáncer de próstata ocupa el primer lugar entre los hombres. Por grupos de edad, sólo el 0,2% de los casos ocurrieron en

Tabla 1. Incidencia de Cáncer de Próstata: casos, tasas anuales por 100.000 hombres por grupos de edad y tasas ajustadas PEE* y PME** por año de diagnóstico. Región de Murcia, 1983-2007.

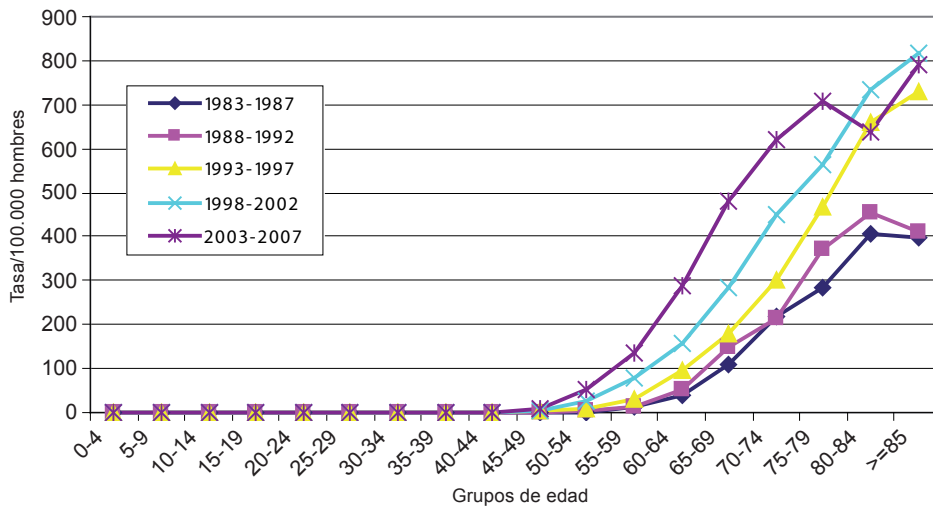
| | Nº de Casos | | | | % casos | | | Tasas x100.000 hab. | | | | Tasa ajustada (PEE)* | Tasa ajustada (PME)** |
|-------|-------------|------------|----------|-------|----------|------------|----------|---------------------|------------|----------|-------|----------------------|-----------------------|
| | <45 años | 45-64 años | ≥65 años | total | <45 años | 45-64 años | ≥65 años | <45 años | 45-64 años | ≥65 años | total | | |
| 1983 | 0 | 12 | 72 | 84 | 0,0 | 14,3 | 85,7 | 0,0 | 12,0 | 175,9 | 17,4 | 22,5 | 13,7 |
| 1984 | 0 | 17 | 80 | 97 | 0,0 | 17,5 | 82,5 | 0,0 | 16,8 | 192,1 | 19,9 | 24,7 | 15,5 |
| 1985 | 1 | 11 | 107 | 119 | 0,8 | 9,2 | 89,9 | 0,3 | 10,8 | 250,8 | 24,1 | 30,0 | 18,2 |
| 1986 | 1 | 6 | 117 | 124 | 0,8 | 4,8 | 94,4 | 0,3 | 5,9 | 266,3 | 24,9 | 29,8 | 18,3 |
| 1987 | 2 | 16 | 107 | 125 | 1,6 | 12,8 | 85,6 | 0,6 | 15,6 | 235,4 | 24,9 | 30,4 | 18,1 |
| 1988 | 0 | 14 | 134 | 148 | 0,0 | 9,5 | 90,5 | 0,0 | 13,7 | 284,0 | 29,3 | 34,7 | 21,1 |
| 1989 | 0 | 16 | 145 | 161 | 0,0 | 9,9 | 90,1 | 0,0 | 15,6 | 295,5 | 31,6 | 36,5 | 22,5 |
| 1990 | 0 | 17 | 91 | 108 | 0,0 | 15,7 | 84,3 | 0,0 | 16,6 | 178,3 | 21,1 | 23,5 | 14,4 |
| 1991 | 2 | 16 | 143 | 161 | 1,2 | 9,9 | 88,8 | 0,6 | 15,6 | 270,0 | 31,1 | 33,1 | 20,2 |
| 1992 | 0 | 30 | 137 | 167 | 0,0 | 18,0 | 82,0 | 0,0 | 29,1 | 249,7 | 31,9 | 34,6 | 21,3 |
| 1993 | 0 | 24 | 171 | 195 | 0,0 | 12,3 | 87,7 | 0,0 | 23,1 | 301,0 | 36,8 | 39,0 | 23,4 |
| 1994 | 1 | 33 | 192 | 226 | 0,4 | 14,6 | 85,0 | 0,3 | 31,6 | 326,4 | 42,2 | 44,6 | 27,3 |
| 1995 | 0 | 37 | 193 | 230 | 0,0 | 16,1 | 83,9 | 0,0 | 35,3 | 317,0 | 42,6 | 44,5 | 27,3 |
| 1996 | 0 | 38 | 244 | 282 | 0,0 | 13,5 | 86,5 | 0,0 | 35,8 | 384,8 | 52,1 | 51,5 | 32,1 |
| 1997 | 0 | 51 | 257 | 308 | 0,0 | 16,6 | 83,4 | 0,0 | 47,6 | 390,4 | 56,2 | 54,9 | 33,6 |
| 1998 | 0 | 53 | 301 | 354 | 0,0 | 15,0 | 85,0 | 0,0 | 48,8 | 440,7 | 63,7 | 61,7 | 37,5 |
| 1999 | 0 | 42 | 282 | 324 | 0,0 | 13,0 | 87,0 | 0,0 | 38,1 | 400,0 | 57,3 | 53,7 | 34,1 |
| 2000 | 1 | 76 | 351 | 428 | 0,2 | 17,8 | 82,0 | 0,3 | 67,6 | 485,0 | 73,4 | 70,2 | 45,0 |
| 2001 | 1 | 74 | 383 | 458 | 0,2 | 16,2 | 83,6 | 0,2 | 64,1 | 515,3 | 75,6 | 73,1 | 46,3 |
| 2002 | 1 | 92 | 372 | 465 | 0,2 | 19,8 | 80,0 | 0,2 | 77,0 | 488,1 | 74,0 | 73,1 | 46,8 |
| 2003 | 2 | 87 | 396 | 485 | 0,4 | 17,9 | 81,6 | 0,5 | 70,0 | 507,8 | 75,1 | 74,5 | 48,3 |
| 2004 | 0 | 147 | 548 | 695 | 0,0 | 21,2 | 78,8 | 0,0 | 112,9 | 692,9 | 104,6 | 104,5 | 67,6 |
| 2005 | 1 | 123 | 518 | 642 | 0,2 | 19,2 | 80,7 | 0,2 | 90,0 | 642,2 | 93,4 | 94,0 | 62,0 |
| 2006 | 2 | 160 | 513 | 675 | 0,3 | 23,7 | 76,0 | 0,4 | 112,5 | 621,5 | 96,2 | 97,0 | 64,0 |
| 2007 | 2 | 176 | 494 | 672 | 0,3 | 26,2 | 73,5 | 0,4 | 118,7 | 589,9 | 94,0 | 95,2 | 63,7 |
| Total | 17 | 1.368 | 6.348 | 7.733 | 0,2 | 17,7 | 82,1 | 0,2 | 49,0 | 411,9 | 54,9 | 53,2 | 33,7 |

* Tasa ajustada por edad a la población estándar europea. ** Tasa ajustada por edad a la población estándar mundial

hombres menores de 45 años, siendo los mayores de 64 años el grupo con mayor proporción de casos (tabla 1). En el 85,4% de los casos existía confirmación microscópica del tumor, siendo en el resto la base para el diagnóstico la investigación clínica, pruebas de imagen o laboratorio, etc. Por grupos histológicos, el más frecuente fue el adenocarcinoma (71,5%). En el 28,0% de los casos no se determinó la morfología.

Durante el periodo 1983-2007 la tasa bruta de incidencia fue de 54,9 casos por 100.00 hombres (tabla 1). A lo largo de los 25 años estudiados las tasas de incidencia de cáncer de próstata ajustadas por edad a la PEE mostraron una tendencia ascendente, pasando de 22,5 en 1983 a 95,2 casos por 100.000 hombres en 2007. La incidencia se incrementó conforme aumentaba la edad, ocurriendo esto a partir de los 45 años y de forma más marcada a partir de los 50-54 años (gráfico 1).

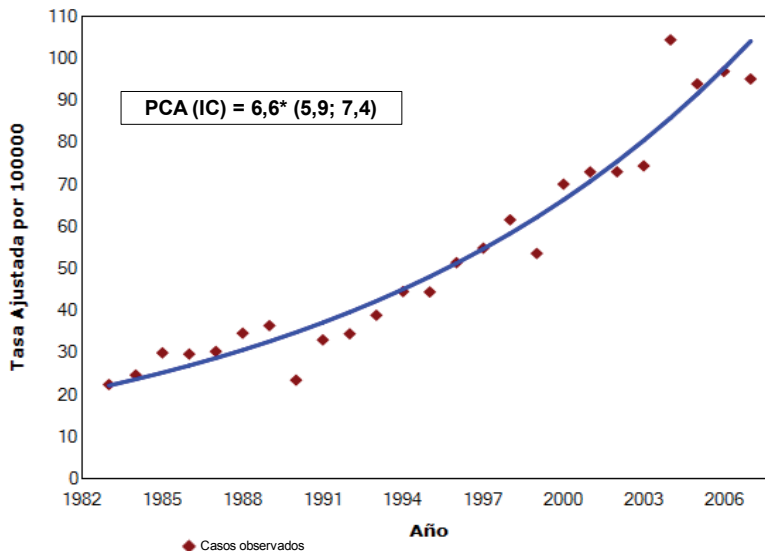
Gráfico 1. Tasas de incidencia de cáncer de próstata por grupo de edad y quinquenio. Región de Murcia. 1983-2007.



La incidencia global presentó una tendencia ascendente a lo largo del periodo 1983-2007 con un PCA del 6,6% estadísticamente significativo (IC95%: 5,9 a 7,4, $p < 0.05$) sin puntos de cambio (gráfico 2). Se apreció una tendencia ascendente

estadísticamente significativa con un PCA de 12,4% (IC95%: 11,1 a 13,8, $p < 0.05$) en hombres de 45 a 64 años y de 5,3% (IC95%: 4,5 a 6,0, $p < 0.05$) en el grupo de 65 ó más años.

Gráfico 2. Incidencia de Cáncer de próstata: Tasas anuales por 100.000 hombres ajustadas a la población estándar europea. Región de Murcia, 1983-2007. Regresión Joinpoint.



PCA: Porcentaje de Cambio Anual; IC: Intervalo de confianza al 95%; * $p \leq 0,05$

Tabla 2. Razón de incidencia estandarizada (RIE) e intervalo de confianza (IC95%) del cáncer de próstata. Años 2003-2007.

| | RIE | IC límite inf. | IC límite sup. |
|-------------------|-------|----------------|----------------|
| Área de salud I | 110,6 | 104,7 | 116,8 |
| Área de salud II | 94,8 | 88,3 | 101,7 |
| Área de salud III | 117,6 | 107,1 | 128,9 |
| Área de salud IV | 73,2 | 62,4 | 85,3 |
| Área de salud V | 71,1 | 57,7 | 86,6 |
| Área de salud VI | 88,7 | 80,0 | 98,0 |

Al comparar la incidencia de cáncer de próstata por áreas de salud (tabla 2), el Área III-Lorca presentó una RIE de 117,6 (IC 95%: 107,1-128,9), siendo por tanto el área con un mayor riesgo de incidencia de este tumor, mientras que la incidencia fue casi un 30% menor que la media regional en el área V-Altiplano (RIE de 71,1; IC95%: 57,7-86,6).

Discusión

Según los últimos datos disponibles de la IARC correspondientes a 2003-2007 (<http://ci5.iarc.fr/>), la Región de Murcia, con una tasa de incidencia anual media de cáncer de próstata (CP) ajustada a la población mundial de unos 61 casos por 100.000 hombres, se sitúa por debajo de la media de las regiones españolas con datos disponibles sobre incidencia basada en registros poblacionales de cáncer, oscilando la incidencia en dichas regiones entre 52,5 y 78,8 por 100.000 hombres. En comparación con las tasas registradas en otros países europeos, la incidencia de CP en la RM ocupa un lugar intermedio, correspondiendo las tasas ajustadas por edad más elevadas a países del Norte y Oeste de Europa (Austria, Finlandia, Francia...); la tasa ajustada por edad de la Región es similar a las registradas en otros países del Sur de Europa.²

Durante el periodo 1983-2007, en la RM la incidencia de CP presenta una tendencia ascendente significativa. Por grupos de edad, se observa una tendencia ascendente significativa tanto en los hombres de 45 a 64 años como en los mayores de 64 años, si bien el incremento es de mayor magnitud en el grupo de menor edad;

estas tendencias en la RM son muy parecidas a las observadas en España entre 1975 y 2004 en un estudio publicado en 2010;⁵ asimismo, esta tendencia ascendente de la incidencia de CP también se observa en otros países del sur de Europa.²

La introducción de la determinación de PSA (antígeno prostático específico) a mediados de los 80 y su uso generalizado, junto con otras pruebas diagnósticas y terapéuticas (biopsia guiada por ultrasonidos, resección transuretral de próstata,...), como método de detección precoz de cáncer de próstata en los 90, parece ser un factor contribuyente fundamental al marcado incremento de la incidencia de cáncer de próstata en muchas regiones del mundo, incluida la nuestra,^{2, 5} especialmente entre los hombres más jóvenes. Asimismo, la variabilidad observada en la incidencia por áreas podría estar relacionada con la mayor o menor utilización del PSA y otros métodos diagnóstico-terapéuticos. Sería, por tanto, de gran interés estudiar la evolución del uso del PSA y otras pruebas como método de detección precoz de CP y, valorar de forma más precisa su contribución al incremento de la incidencia en la Región; sin embargo, no es posible al no disponer de datos sobre dicho uso en nuestra Región, al igual que ocurre en el resto de España, constituyendo esto una limitación del estudio.

No obstante, las tasas de incidencia también están aumentando en zonas del mundo (Japón, Tailandia...) donde la prueba de PSA sigue siendo menos común, lo que sugiere que deben existir otros factores causantes de esas tendencias

crecientes de la incidencia de CP, como por ejemplo la occidentalización del estilo de vida, con el consiguiente aumento de obesidad, consumo de grasas en la dieta y disminución de la actividad física.² Tampoco hay que olvidar que la edad avanzada es el principal factor de riesgo conocido para el CP, contribuyendo por tanto el actual envejecimiento de la población al incremento de su incidencia, tanto en nuestra Región como en el resto de España y Europa; sin embargo, el hecho de que el incremento de la incidencia sea de mayor magnitud en hombres de 45-64 años que en los mayores de 64 sugiere que el creciente uso de la PSA también ha contribuido a la tendencia ascendente de la incidencia en la RM. Dicho incremento también podría atribuirse a una mejora de la cobertura del RCM a lo largo del periodo estudiado, en especial en los primeros años. Sin embargo, la exhaustividad del Registro se ha mantenido por encima del 90% y sin variaciones importantes a partir de la segunda mitad de los años 90, por lo que esta circunstancia no parece ser un factor contribuyente a la tendencia ascendente observada.

Hay que señalar como otra limitación del estudio que tampoco ha sido posible estudiar la incidencia según el estadio clínico por no disponer de dicha información en el Registro de Cáncer de Murcia.

A nivel internacional, existe un amplio debate sobre el uso del PSA como método de cribado poblacional para el CP, aún no resuelto en Europa, si bien en Norteamérica se ha dejado de recomendar su uso para screening de CP (www.uspreventiveservicestaskforce.org) por no haber encontrado evidencias científicas de que reduzca la mortalidad de forma significativa, y por la comorbilidad relacionada con el tratamiento (disfunción eréctil, incontinencia urinaria...) que conlleva el sobrediagnóstico asociado a esta prueba de detección precoz.

De acuerdo con las tendencias observadas en la incidencia por cáncer de próstata, tanto en la RM como en España, parece evidente que este tumor continuará siendo uno de los principales tipos de cáncer entre los hombres en los próximos años.

Bibliografía

1. GLOBOCAN 2012. Estimated cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2008. Disponible en: <http://globocan.iarc.fr>
2. Center MM, Ahmedin A, Lortet-Tieulent J, Ward E, Ferlay J, Otis Brawley O, Bray F. International Variation in Prostate Cancer Incidence and Mortality Rates. *Eur Urol* 2012; 61(6):1079-92.
3. Sánchez MJ, Payer T, De Angelis R, Larrañaga N, Capocaccia R, Martínez C. Cancer incidence and mortality in Spain: estimates and projections for the period 1981–2012. *Annals of Oncology*, 2010; 21 (Suppl. 3): iii30–iii36.
4. Navarro C, Valera I, Tortosa J, Párraga E, Garrido S, Chirlaque MD. Manual de procedimiento del Registro de Cáncer de Murcia. Murcia: Consejería de Sanidad. Dirección General de Salud Pública; 2003.
5. Larrañaga N, Galcerán J, Ardanaz E, Franch P, Navarro C, Sanchez MJ et al. Prostate cancer incidence trends in Spain before and during the prostate-specific antigen era: impact on mortality. *Annals of Oncology*, 2010; 21 (Suppl. 3): 83-9.

Autores

Carpe B, Chirlaque MD, Salmerón D, Tortosa J, Valera I, Párraga E, Navarro C.

Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad y Política Social de la Región de Murcia.

Situación regional. Semanas 41 a 44 (del 07/10/2013 al 03/11/2013).

| ENFERMEDAD | CASOS NOTIFICADOS | | | | | | | | | | | | CASOS NOTIFICADOS | | |
|----------------------------------|-------------------|------|---------|-----------|------|---------|-----------|------|---------|-----------|------|---------|-------------------|------|---------|
| | SEMANA 41 | | | SEMANA 42 | | | SEMANA 43 | | | SEMANA 44 | | | SEMANA 41 a 44 | | |
| | 2013 | 2012 | MEDIANA | 2013 | 2012 | MEDIANA | 2013 | 2012 | MEDIANA | 2013 | 2012 | MEDIANA | 2013 | 2012 | MEDIANA |
| Fiebres tifoidea y paratifoidea | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| Toxinfecciones alimen. | 11 | 7 | 4 | 1 | 39 | 2 | 17 | 2 | 15 | 5 | 4 | 2 | 34 | 52 | 47 |
| Gripe | 30 | 61 | 113 | 33 | 63 | 129 | 42 | 93 | 147 | 59 | 111 | | 164 | 328 | 544 |
| Legionelosis | 1 | 2 | 0 | 0 | 2 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 | 1 | 2 | 7 | 3 |
| Tuberculosis respiratoria | 1 | 2 | 3 | 0 | 2 | 2 | 2 | 1 | 3 | 2 | 1 | 3 | 5 | 6 | 9 |
| Otras meningitis | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 | 2 | 1 | 7 | 5 | 5 |
| Parotiditis | 2 | 5 | 1 | 3 | 5 | 2 | 2 | 3 | 2 | 4 | 4 | 1 | 11 | 17 | 6 |
| Varicela | 18 | 8 | 19 | 24 | 32 | 27 | 13 | 27 | 27 | 25 | 28 | 28 | 80 | 95 | 98 |
| Infección gonocócica | 0 | 2 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 4 | 3 |
| Sífilis | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 2 | 2 | 3 | 4 | 4 |
| Hepatitis A | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 3 | 0 | 2 | 2 | 0 | 0 | 7 | 3 | 5 |
| Hepatitis B | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| Fiebre exantemática mediterránea | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 |

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 41 a 44 (del 07/10/2013 al 03/11/2013).

| 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. | |
| Población (Padrón 2012) | 257865 | | 290108 | | 174009 | | 73935 | | 60312 | | 259785 | | 199254 | | 104227 | | 54954 | | 1474449 | | |
| Fiebres tifoidea y paratifoidea. | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 3 |
| Toxinfecciones alimen. | 1 | 36 | 15 | 25 | 1 | 7 | 0 | 0 | 0 | 0 | 14 | 33 | 3 | 21 | 0 | 43 | 0 | 2 | 34 | 167 | |
| Gripe | 38 | 5696 | 25 | 5292 | 5 | 4145 | 3 | 1887 | 1 | 1836 | 49 | 4761 | 22 | 4757 | 16 | 2482 | 5 | 1113 | 164 | 31969 | |
| Legionelosis | 1 | 2 | 0 | 2 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 1 | 0 | 2 | 1 | 3 | 2 | 14 | |
| Tuberculosis respiratoria | 1 | 14 | 1 | 29 | 1 | 20 | 0 | 2 | 0 | 3 | 2 | 17 | 0 | 19 | 0 | 6 | 0 | 6 | 5 | 116 | |
| Otras meningitis | 1 | 8 | 1 | 13 | 2 | 8 | 0 | 3 | 0 | 0 | 1 | 9 | 0 | 8 | 2 | 5 | 0 | 0 | 7 | 54 | |
| Parotiditis | 3 | 17 | 2 | 21 | 2 | 4 | 0 | 6 | 1 | 2 | 2 | 15 | 1 | 12 | 0 | 14 | 0 | 1 | 11 | 92 | |
| Varicela | 11 | 1802 | 31 | 803 | 10 | 1003 | 1 | 38 | 0 | 136 | 15 | 1498 | 5 | 1142 | 3 | 445 | 4 | 195 | 80 | 7062 | |
| Infección gonocócica | 0 | 1 | 1 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 13 | 0 | 6 | 0 | 2 | 0 | 0 | 1 | 27 | |
| Sífilis | 1 | 9 | 1 | 17 | 0 | 4 | 0 | 4 | 0 | 1 | 0 | 19 | 1 | 7 | 0 | 4 | 0 | 0 | 3 | 65 | |
| Hepatitis A | 0 | 0 | 3 | 5 | 3 | 12 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 6 | 0 | 1 | 0 | 4 | 1 | 1 | 7 | 29 | |
| Hepatitis B | 0 | 1 | 1 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 4 | 0 | 2 | 0 | 3 | 0 | 1 | 1 | 15 | |
| Fiebre exantem. mediterránea | 0 | 0 | 2 | 3 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 5 | |

No se incluyen las enfermedades sin casos notificados en el año actual.

RECOMENDACIONES SOBRE CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS



Existe controversia sobre los cigarrillos electrónicos respecto a su seguridad, su eficacia como método de deshabituación tabáquica, y su influencia en el consumo de tabaco. Ante esta incertidumbre sanitaria, el Servicio de Promoción y Educación para la Salud de la Dirección General de Salud Pública ha elaborado un informe que recopila la evidencia científica disponible. La finalidad de dicho informe es proporcionar información científica a profesionales sanitarios para que puedan aplicarla en su práctica clínica habitual.

De las conclusiones del informe se han extraído las siguientes recomendaciones para profesionales de la salud:

1. No promover el uso de cigarrillo electrónico como método para dejar de fumar en tanto en cuanto no sea aprobado por la Agencia Española de Medicamentos para este fin.
2. No usar los cigarrillos electrónicos como método de reducción de daños hasta que no se disponga de evidencias sólidas que avalen esta opción.
3. Evitar el consumo de cigarrillos electrónicos públicamente, teniendo en cuenta el rol modélico que ejercen los profesionales de la salud ante la población.
4. Abogar por espacios públicos sin cigarrillos electrónicos para evitar que nuevamente se normalice el consumo de tabaco, así como los posibles efectos perjudiciales en terceras personas.
5. Desaconsejar el uso del cigarrillo electrónico en menores y adolescentes como método de prevención del consumo de tabaco.

El informe completo puede ser consultado en el apartado de Tabaquismo del portal sanitario de la Región de Murcia:

<http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/282358-informe-cigarrillos-electronicos-2.pdf>

TUMORES RELACIONADOS CON EL TABACO EN LA REGIÓN DE MURCIA



La monitorización de los tumores malignos mediante el Registro de Cáncer de Murcia permite conocer la incidencia y tendencia de los cánceres relacionados con el tabaco analizados en un informe recientemente publicado que incluye todos los casos de cáncer de pulmón, cavidad oral y faringe, laringe, esófago, páncreas y vejiga diagnosticados en residentes de la región de Murcia del periodo 1983-2007.

Como resultados a destacar, mencionar que se observa un claro patrón diferenciado por sexo. En hombres, los tumores relacionados con el tabaco, o no aumentan a lo largo de las 3 últimas décadas analizadas (esófago y vejiga), o disminuyen, como el cáncer de cavidad oral y faringe que inicia su descenso a partir del año 2000 y el de laringe con un descenso del 2% de media anual a lo largo del periodo de estudio. El cáncer de pulmón presenta un leve incremento del 1% anual. En mujeres, aumenta la incidencia el cáncer de pulmón un 4% anual, el de cavidad oral y faringe un 2,5%, el de laringe un 3% y el de vejiga un 2%.

El claro componente evolutivo observado por sexo, refleja, en gran medida, el patrón de consumo de tabaco por género.

La publicación está disponible en:

<http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/281569-incidencia.pdf>

Edita:

Servicio de Epidemiología.
D.G. de Salud Pública.
Consejería de Sanidad y Política Social.
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 Dolores Chirlaque, Juan Francisco
Correa, Visitación García, Ana María
García-Fulgueiras, José Jesús Guillén,
Olga Monteagudo, Carmen Navarro,
Jaime Jesús Pérez, Carmen Santiuste,
M.^a José Tormo.

Coordinadora de Edición:

Carmen Santiuste de Pablos.

Coordinador Administrativo:

José Luis García Fernández.

Suscripción: Envío Gratuito.

Solicitudes: bolepi@carm.es

e-issn: 2173-9269 Bol Epidemiol Murcia

D.L. MU-395-1987