boletín epidemiológico

Región de Murcia
Consejería de Salud

de Murcia

Volumen 46 - N.º 911 - Junio 2026

http://www.murciasalud.es/bem

SUMARIO

**ARTÍCULO**
Brotes epidémicos en la Región de Murcia. Año 2025.

**NOTICIAS BREVES**
Situación de la telangiectasia hemorrágica hereditaria en la Región de Murcia.

**Semanas epidemiológicas EDO:**
Semanas 5 a 8 de 2026

# Brotes epidémicos en la Región de Murcia. Año 2025

## Introducción

La notificación de cualquier brote epidémico a las autoridades sanitarias es obligatoria y urgente, y se aplica a todos los médicos en ejercicio y a los centros sanitarios (públicos y privados) que detecten la aparición de este. En el caso de que un brote epidémico se haya producido en alguna institución escolar, laboral o de otro tipo, así como en establecimientos de hostelería y similares, los responsables de los mismos tienen que poner en conocimiento de la autoridad sanitaria la existencia del brote, notificándolo de forma urgente. Asimismo, tienen la obligación de colaborar en todo lo referente a la investigación y control del brote epidémico. La investigación y control de brotes son labores fundamentales en salud pública, dado que los brotes actúan como señales claras de contextos (sociales, geográficos, económicos…) en los que la transmisibilidad se hace más elevada. Captar un brote a tiempo puede no solo evitar más casos vinculados al evento en cuestión, sino realizar intervenciones perdurables en dichos contextos.

La vigilancia de brotes en la Región de Murcia se realiza actualmente mediante dos vías: una vigilancia pasiva, que depende de la notificación directa por parte de particulares, instituciones y profesionales sanitarios, entre otros, y una vía activa, que aprovecha la notificación automatizada de enfermedades sujetas a vigilancia (ESV, anteriormente Enfermedades de Declaración Obligatoria) a través del Sistema de Información Microbiológica de la Región de Murcia (SIM-RM), para investigar el posible vínculo epidemiológico entre los casos registrados de esta forma. El SIM-RM recoge todas las pruebas microbiológicas de aquellas enfermedades sujetas a vigilancia con resultado positivo y realizadas en los laboratorios del Servicio Murciano de Salud (SMS). Por tanto, la vigilancia activa de brotes está limitada a estas enfermedades, si bien todo brote epidémico, independientemente de su origen, precisa la intervención de las autoridades de Salud Pública.

El objetivo del presente trabajo es describir los brotes epidémicos que tuvieron lugar a lo largo del año 2025 en la Región de Murcia, usando a modo de comparativa los datos de años anteriores.

## Métodos

Se utilizó el registro de brotes declarados a la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE) en 2025[1] por parte del Sistema de Vigilancia de Enfermedades Transmisibles de la Región de Murcia (SIVIET-RM). Se incluyeron datos de años anteriores cuando fue posible obtenerlos, a fin de establecer una serie temporal continua. En el caso de las ESV, se usaron como definiciones de brote de cada enfermedad las incluidas en los protocolos de vigilancia de la RENAVE activos en 2025. En el resto de enfermedades, se usaron los siguientes criterios: detección de un incremento de casos en relación a los valores esperados en una población, aparición de algún caso de una enfermedad, problema o riesgo para la salud en una zona o colectivo hasta entonces libre de ella, detección de cualquier proceso relevante de intoxicación aguda colectiva, imputable a causa accidental, manipulación o consumo, incidencias de tipo catastrófico que afecten, o puedan afectar, a la salud de una comunidad(1). Se empleó específicamente el término clúster cuando la situación epidémica detectada involucra a varios casos agrupados espacial y temporalmente, sin identificarse un vínculo epidémico claro entre ellos.

Los brotes se clasificaron en tres categorías principales concebidas de forma excluyente: alimentarios (2), que son aquellos en los que la transmisión ha tenido lugar a través de alimentos y/o agua; generales, que corresponden a todos aquellos transmitidos por otras vías y los brotes de infección relacionada con la asistencia sanitaria (IRAS) (3), referidos a brotes de cualquier tipo que han tenido lugar en contextos sanitarios y sociosanitarios (centros residenciales). No obstante, esta última categoría se ha abordado de forma parcial a modo de pilotaje de su vigilancia, y, de facto, solo incluyó brotes debidos a microorganismos multirresistentes y enfermedades incluidas dentro del sistema de vigilancia de infección respiratoria aguda (SiVIRA): COVID-19, gripe y VRS.

Se recogieron las siguientes variables de acuerdo a lo descrito en los protocolos de la RENAVE para la notificación de brotes epidémicos: semana epidemiológica, número total de casos, ingresos y fallecimientos asociados a cada brote, número de casos por sexo (hombre, mujer o sexo desconocido) y grupo etario (<1 año, 1 a 4, 5 a 14, 15 a 24, 25 a 44, 45 a 64, 65 y más años, edad desconocida), enfermedad y ámbito de ocurrencia. A fin de mejorar la representación gráfica de los datos, se calculó el porcentaje acumulado de casos por enfermedades y se agruparon en una sola categoría todas aquellas que supusieron en su conjunto el 10% de los casos asociados a brote.

## Resultados

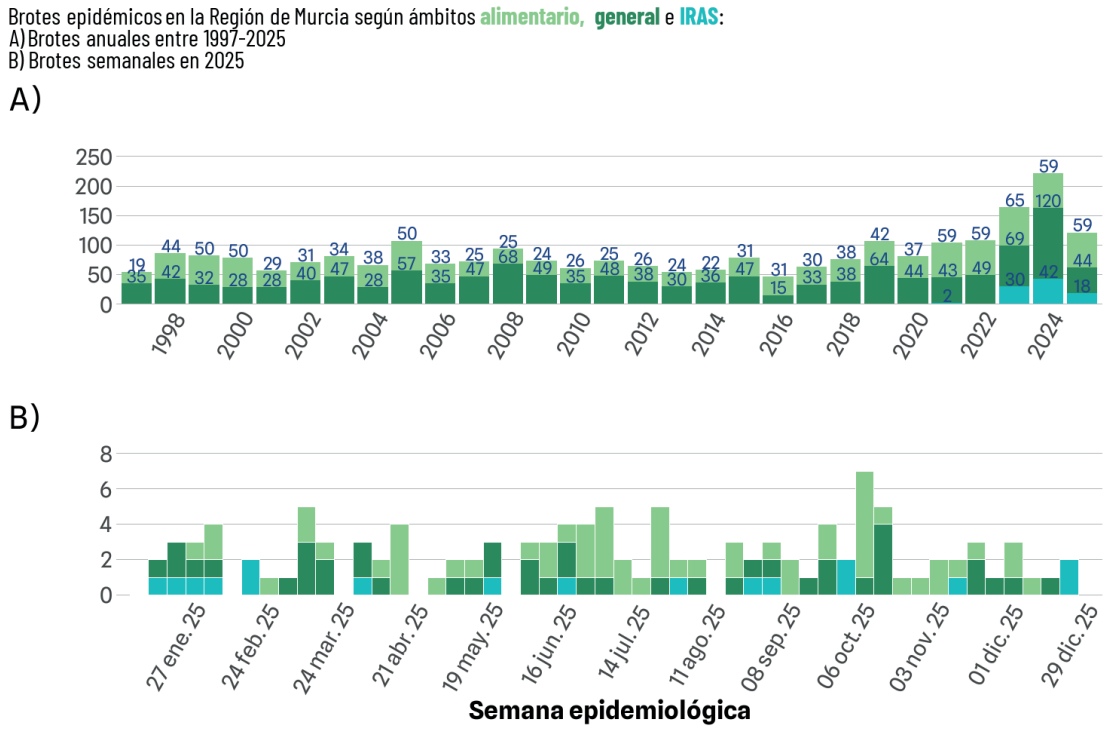
Durante el año 2025 se registraron e investigaron en la Región de Murcia 121 brotes epidémicos o clúster. De estos, 59 se debieron a enfermedades transmitidas por alimentos (48,8%), 44 (36,4%) a enfermedades en las que intervino otro mecanismo de transmisión (brotes generales) y 18 (14,9%) fueron originados en instalaciones que proveían asistencia sanitaria. En total hubo 1432 casos, entre los cuales se produjeron 122 hospitalizaciones (8,5%). Se registraron un total de 12 fallecimientos vinculados a brotes, de los cuales 11 tuvieron lugar en instituciones residenciales en relación con 8 brotes distintos producidos por patógenos respiratorios (siendo la gripe la responsable del 54% de estas muertes), y la restante ocurrió en una UCI neonatal.

En 2025 se ha producido un retroceso con respecto a los dos años anteriores en la serie histórica del total de brotes. No obstante, el número de brotes registrado ocupa la tercera posición en toda la serie desde el año 1997. Por otro lado, a diferencia de los años 2023 y 2024, los brotes alimentarios han sido la categoría predominante **(figura 1A)**.

Aunque la distribución semanal de brotes en 2025 por categorías fue relativamente homogénea **(figura 1B)**, se aprecia un ligero predominio o una mayor concentración de los brotes de naturaleza alimentaria en los meses cálidos.

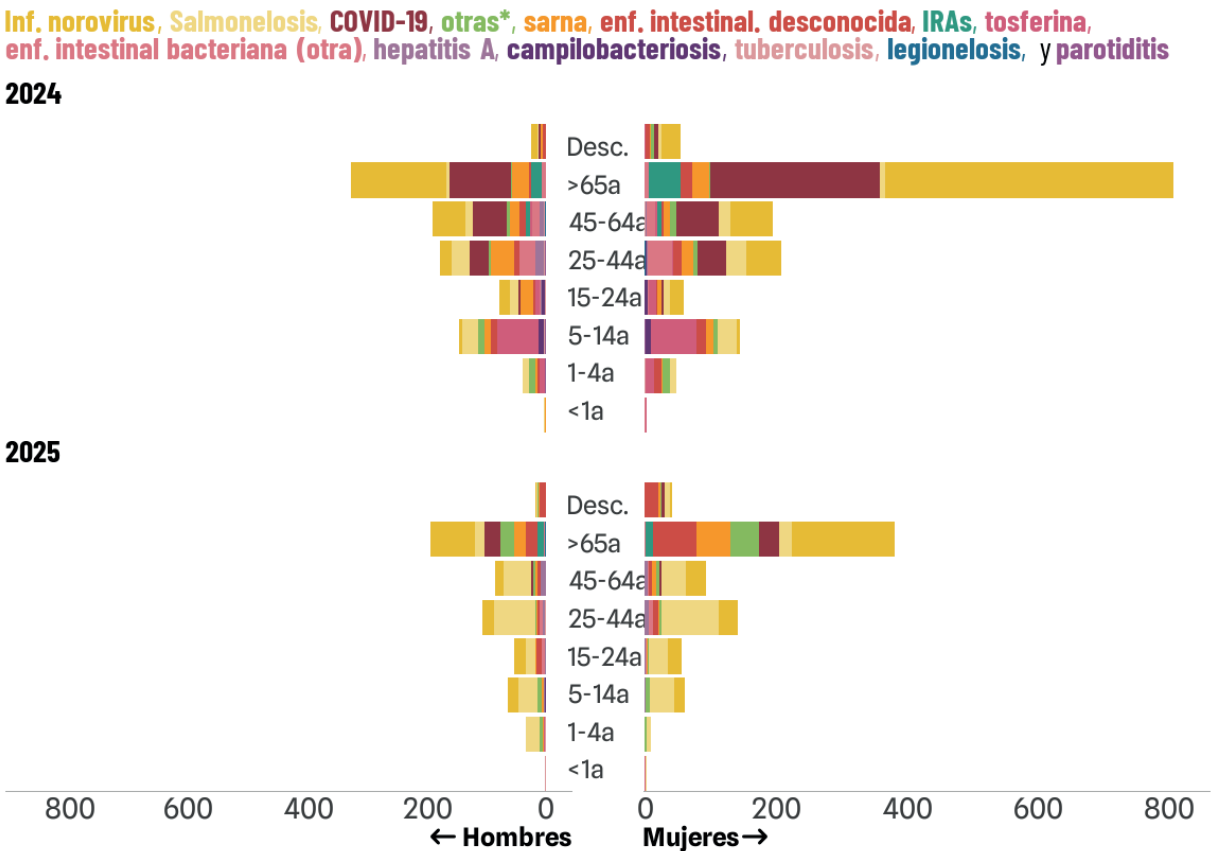
1 https://www.murciasalud.es/web/servicio-de-epidemiologia/protocolos-de-vigilancia-epidemiologica-de-las-enfermedades-de-declaracion-obligatoria

Figura 1. Evolución temporal de los brotes epidémicos en la Región de Murcia.




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

Figura 2. Número de casos asociados a brote por edad, sexo y enfermedad. Años 2024 y 2025. Región de Murcia.

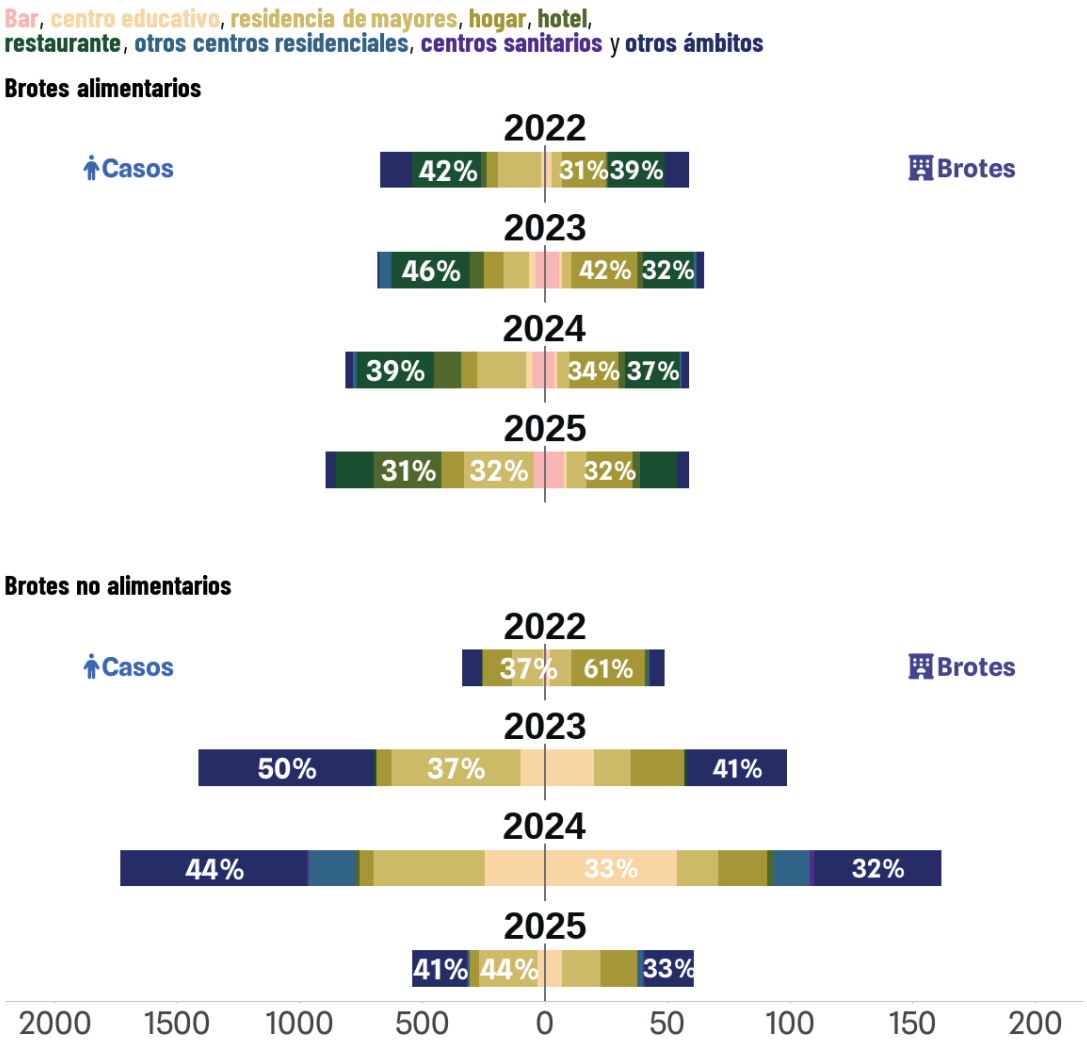



Fuente: SIVIET-RM. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Adicciones.

*Incluidas en otras:

Angina estreptococica y Escarlatina, Dermatofitosis (Tiña), Enfermedades eccematosas y dérmicas (otras), Eritema infeccioso (5 ª enfermedad), Yersiniosis, Enfermedades bacterianas (otras), Shigelosis, Gripe, IRAS-MMR, Efecto tóxico de sustancias ingeridas como alimentos, Efecto tóxico de gases, humos y vapores (excepto CO), Varicela, Tuberculosis respiratoria, Hepatitis víricas (otras), Hepatitis B, Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y Enfermedad de boca-mano-pie.

Figura 3. Número de casos y de brotes por tipo de brote (alimentarios vs. no alimentarios) y ámbito de ocurrencia en la Región de Murcia. Años 2022-2025.




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

El número de casos asociados a brotes fue superior en mujeres en relación al número de casos detectados en hombres (790 vs 554, con una razón hombre:mujer de 0,7), de forma similar a lo observado en el 2024. Como puede verse en la **figura 2**, una parte importante de los casos totales en el año 2024 se debieron a infecciones por COVID-19 y tosferina, causas que han remitido en el año 2025, influyendo así en la disminución del global de casos atribuidos a brotes (de 2544 a 1432, un 44% menos).

Los brotes de salmonelosis y norovirus han tenido una presencia más predominante en el año 2025 a la hora de explicar la mayor parte de casos atribuibles a brotes en prácticamente todos los grupos de edad y sexo. En comparación con el año anterior, la salmonelosis ha causado más casos que el norovirus entre los adultos, mientras que el norovirus ha predominado nuevamente en las personas de 65 y más años.

La clasificación por ámbito de ocurrencia de los brotes alimentarios **(figura 3)**, muestra que los ámbitos donde con mayor frecuencia se producen brotes siguen siendo el hogar y los restaurantes. Se registraron 19 brotes en el ámbito del hogar (32% del total de brotes) con 90 casos asociados (10% de los casos). En restaurantes fueron 15 brotes (25,4%) y 155 casos (17,4%) Sin embargo, las residencias de mayores suponen un elevado porcentaje de casos a pesar de no tener brotes con tanta frecuencia: 8 brotes (13,5%) y 283 (32%) casos asociados). Los hoteles alcanzaron una fracción importante del número de casos en 2025 (31%), proporción que ha ido en aumento desde 2022.

Respecto a los brotes no alimentarios, en el año 2025 se ha observado una reducción sustancial tanto en el número de casos (-69%) como de brotes (-63%). En comparación con 2024, el ámbito educativo ha visto reducida su relevancia en términos de número de brotes y casos, pasando de 54 brotes a 7 y de 244 a 28

casos. Las residencias han continuado siendo uno de los ámbitos más relevantes en ambas dimensiones. Como sucede con los brotes alimentarios, los brotes en el hogar son una fracción importante del total de brotes, pero su relevancia en número de casos es mucho menor.

La **tabla 1** muestra un resumen de los principales indicadores de brote para cada enfermedad, entre aquellas que experimentaron algún brote a lo largo de 2025. La salmonelosis supuso en 2025 el 36% de los brotes y el 31% de los casos, con un brote que llegó a los 201 afectados, si bien la mediana de casos por brote estuvo en 4. Además, constituyó el 62% de los ingresos asociados a brotes. La infección por norovirus representó el 29% de los casos asociados a brotes, y el 12% de los brotes, con una mediana de 20,5 casos por brote. La distribución demográfica de los casos de norovirus en brotes muestra una gran concentración en el grupo de 65 y más años, dentro de los cuales predominan las mujeres.

La escabiosis o sarna fue la tercera causa más frecuente de brotes, constituyendo el 11% de los mismos.

En 2025 también se produjo un brote alimentario de hepatitis A con 22 afectados, muy por encima de la mediana de los brotes de esta enfermedad. Este brote acumuló el 78,5% de los casos de hepatitis A asociados a brotes Aunque en 2024 tuvo lugar un brote de tamaño similar, este no fue de origen alimentario, sino que se trató de un clúster de casos posiblemente vinculados a transmisión sexual.

## Discusión

Durante el año 2025 se registró un menor número de brotes que en los dos años anteriores, si bien el número total de brotes se mantuvo elevado en el conjunto de la serie histórica desde 1997.
La distribución de brotes y casos en comparación con los años anteriores puede explicarse por la coincidencia de distintos eventos. Para empezar, en el año 2024 se inició un piloto para monitorizar brotes de infección respiratoria aguda en residencias en el contexto de la vigilancia de infección relacionada con la asistencia sanitaria. Sin embargo, tras evaluar la relevancia de estos brotes para la vigilancia epidemiológica y las capacidades de las residencias para controlarlos de forma autónoma, se decidió reemplazar la vigilancia sistemática por una intervención limitada a aquellos brotes de este tipo que tuvieran inusual morbimortalidad o alguna otra característica particular. Por tanto, la categoría de brotes de IRAS se ha visto reducida en 2025.

Por otro lado, el brote nacional de tosferina que tuvo lugar entre finales de 2023 y la primera mitad del 2024 (1) dio lugar en la Región de Murcia a un gran número de brotes de tipo general, y la remisión del brote ha contribuido a un regreso a la distribución habitual de los brotes desde que se implementó el SIM-RM, con una fracción de brotes generales similar o inferior a la de los brotes alimentarios.

La ocurrencia de un brote alimentario de grandes dimensiones también ha condicionado las métricas mostradas en este boletín: se trató de un brote de salmonelosis en el entorno hotelero en el que se vieron afectadas 201 personas. Este brote permite explicar, al menos parcialmente, varios de los hallazgos diferenciales del 2025, como el predominio de casos de salmonelosis en muchos de los grupos de edad y sexo, o que a pesar de ser un ámbito marginal al explicar el total de brotes, el 31% de los casos de brotes alimentarios hayan estado vinculados a este ámbito.

El ámbito residencial continúa representando una fracción relevante sobre el total de brotes así como en el total de casos asociados a los mismos, del cual las infecciones por norovirus constituyen una buena parte. Se ha estimado que el 40% de brotes por norovirus ocurren en instalaciones de cuidados agudos y de largo plazo (2). Este ámbito favorece una mayor tasa de notificación de brotes dado que se trata de entornos donde se prestan cuidados profesionalizados, a esto se une que se trata de lugares que concentran un mayor número de personas vulnerables, lo que a su vez incrementa las posibilidades de que se desencadene un brote. Estas circunstancias sugieren que este ámbito podría estar sobrerrepresentado en las cifras en comparación con otros entornos. Por otro lado, dada la mayor prevalencia de mujeres entre los usuarios de estos centros, es posible que observemos un exceso de representación de este

grupo demográfico en la distribución por sexo y edad de los casos asociados a brotes.

## Conclusión

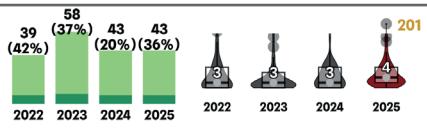
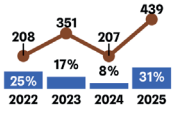
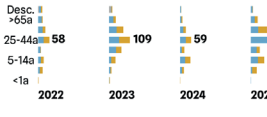
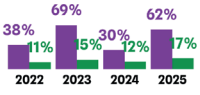
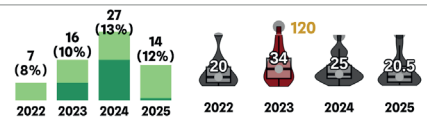
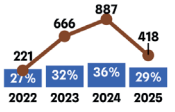
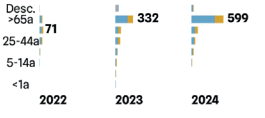
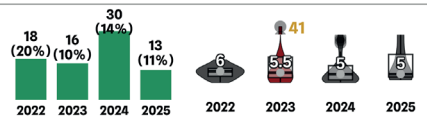
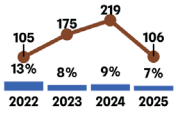
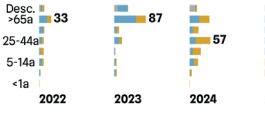
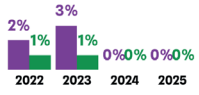
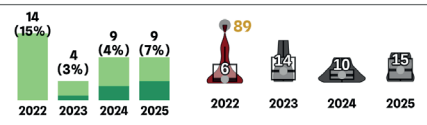
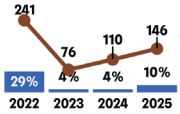
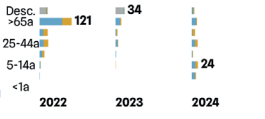
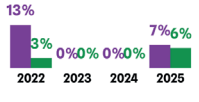
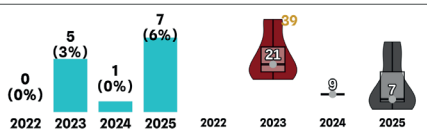
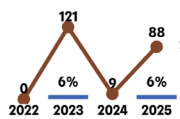
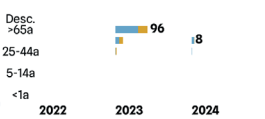
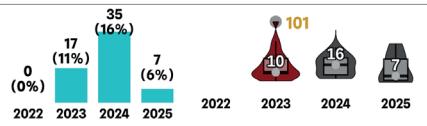
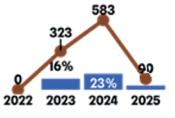
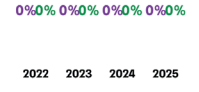
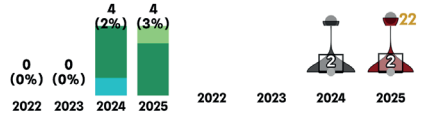
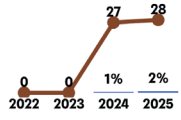
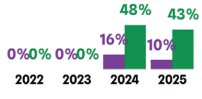
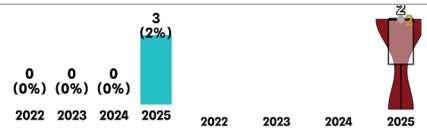
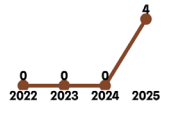
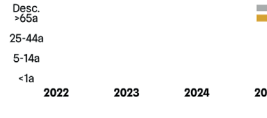
La situación de los brotes epidémicos en la Región de Murcia durante los años 2023 y 2024 ha experimentado cierta excepcionalidad a raíz de situaciones epidémicas puntuales y ajustes en los métodos utilizados para la vigilancia. Estas circunstancias han afectado, fundamentalmente, a los brotes generales y de IRAS, mientras que el número de brotes alimentarios detectado cada año, inclusive 2025, se ha mantenido relativamente constante.

La etiología de los brotes ha correspondido fundamentalmente a las infecciones por norovirus y *Salmonella*, siendo esta última la que acumuló la mayor morbilidad al sumar el 62% de los ingresos asociados a brotes.

## Fuente de financiación

No se ha recibido financiación alguna para la realización de este trabajo.

Tabla 1: Indicadores de brote por enfermedad en la Región de Murcia. Años 2022-2025.

| Enfermedades[a] | Nº de brotes (% sobre total año) Alimentarios, generales, IRAS | Distribución tamaño brotes Mediana y máximo[b] | Nº de casos (% sobre total año) | Distribución por sexo y edad[c] Mujeres, hombres, sexo desconocido | Hospitalización % sobre total ingresos; % ingresos en la enfermedad |
|---|---|---|---|---|---|
| Salmonelosis |  |  |  |  |  |
| Infección por Norovirus |  |  |  |  |  |
| Sarna/Escabiosis |  |  |  |  |  |
| Enfermedades intestinales de origen desconocido |  |  |  |  |  |
| Gripe |  |  |  |  |  |
| COVID-19 |  |  |  |  |  |
| Hepatitis A |  |  |  |  |  |
| Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria |  |  |  |  |  |
| Enfermedades intestinales bacterianas, otras |  |  |  |  |  |

| Enfermedades[a] | Nº de brotes (% sobre total año) Alimentarios, generales, IRAS | Distribución tamaño brotes Mediana y máximo[b] | Nº de casos (% sobre total año) | Distribución por sexo y edad[c] Mujeres, hombres, sexo desconocido | Hospitalización % sobre total ingresos; % ingresos en la enfermedad |
|---|---|---|---|---|---|
| Enfermedades eccematosas y dérmicas, otras | 0 (0%) / 2 (1%) / 3 (1%) / 2 (2%) — 2022 2023 2024 2025 | 6 / 3 / 5.5 | 0 / 12 / 9 / 11 — 1% 1% | Desc. >65a, 25-44a, 5-14a, <1a — 9 / 5 / 6 | 0% 0% 0% 0% 0% 0% 0% 0% |
| Infecciones respiratorias agudas, otras | 0 (0%) / 8 (5%) / 4 (2%) / 2 (2%) — 2022 2023 2024 2025 | 45 / 28.5 / 14 / 10.5 | 0 / 214 / 81 / 21 — 10% 3% | Desc. >65a, 25-44a, 5-14a, <1a — 149 / 66 / 21 | 0% 0% 0% 0% 0% 0% 3% 19% |
| Tuberculosis respiratoria | 0 (0%) / 0 (0%) / 0 (0%) / 2 (2%) — 2022 2023 2024 2025 | 2 | 0 / 0 / 0 / 4 | Desc. >65a, 25-44a, 5-14a, <1a — 2 | 0% 0% 0% 0% 0% 0% 3% 100% |
| Varicela | 0 (0%) / 4 (3%) / 0 (0%) / 2 (2%) — 2022 2023 2024 2025 | 13 / 5.5 / 4.5 | 0 / 27 / 0 / 9 — 1% 1% | Desc. >65a, 25-44a, 5-14a, <1a — 27 / 8 | 0% 0% 0% 0% 0% 0% 0% 0% |
| Enfermedad de boca-mano-pie | 0 (0%) / 0 (0%) / 0 (0%) / 1 (1%) — 2022 2023 2024 2025 | 10 | 0 / 0 / 0 / 10 — 1% | Desc. >65a, 25-44a, 5-14a, <1a — 10 | 0% 0% 0% 0% 0% 0% 0% 0% |
| Campilobacteriosis | 5 (5%) / 3 (2%) / 4 (2%) / 1 (1%) — 2022 2023 2024 2025 | 2 / 2 / 23 / 2 | 12 / 7 / 33 / 2 — 1% 1% | Desc. >65a, 25-44a, 5-14a, <1a — 5 / 4 / 17 / 1 1 | 2% 8% 0% 0% 0% 0% 0% 0% |
| Angina estreptococica y escarlatina | 1 (1%) / 6 (4%) / 4 (2%) / 1 (1%) — 2022 2023 2024 2025 | 4 / 5.5 / 3 / 2 | 4 / 31 / 14 / 2 — 2% 1% | Desc. >65a, 25-44a, 5-14a, <1a — 3 / 13 / 10 / 2 | 0% 0% 0% 0% 0% 0% 0% 0% |
| Hepatitis B | 0 (0%) / 0 (0%) / 0 (0%) / 1 (1%) — 2022 2023 2024 2025 | 2 | 0 / 0 / 0 / 2 | Desc. >65a, 25-44a, 5-14a, <1a — 1 1 | 0% 0% 0% 0% 0% 0% 1% 50% |
| Hepatitis víricas, otras | 0 (0%) / 0 (0%) / 0 (0%) / 1 (1%) — 2022 2023 2024 2025 | 2 | 0 / 0 / 0 / 2 | Desc. >65a, 25-44a, 5-14a, <1a — 2 | 0% 0% 0% 0% 0% 0% 0% 0% |
| Legionelosis | 2 (2%) / 4 (3%) / 1 (0%) / 1 (1%) — 2022 2023 2024 2025 | 13 / 3.5 / 3 / 2 | 15 / 14 / 3 / 2 — 2% 1% | Desc. >65a, 25-44a, 5-14a, <1a — 7 7 / 7 / 2 / 2 | 25% 100% 18% 100% 2% 67% 2% 100% |
| IRAS-MMR | 0 (0%) / 0 (0%) / 1 (0%) / 1 (1%) — 2022 2023 2024 2025 | 3 | 0 / 0 / 5 / 3 | Desc. >65a, 25-44a, 5-14a, <1a — 3 / 3 | 0% 0% 0% 0% 0% 0% 2% 67% |
| Shigelosis | 0 (0%) / 0 (0%) / 2 (1%) / 1 (1%) — 2022 2023 2024 2025 | 7 / 5 / 5 | 0 / 0 / 10 / 5 | Desc. >65a, 25-44a, 5-14a, <1a — 4 / 3 | 0% 0% 0% 2% 20% 1% 20% |
| Tuberculosis | 5 (5%) / 4 (3%) / 3 (1%) / 1 (1%) — 2022 2023 2024 2025 | 3 / 2.5 / 2 / 3 | 16 / 11 / 6 / 3 — 2% 1% | Desc. >65a, 25-44a, 5-14a, <1a — 6 / 3 3 / 2 / 1 1 | 8% 31% 6% 45% 5% 67% 2% 100% |
| Tos ferina | 0 (0%) / 9 (6%) / 41 (19%) / 1 (1%) — 2022 2023 2024 2025 | 3 / 3 / 19 / 2 | 0 / 31 / 188 / 2 — 2% 8% | Desc. >65a, 25-44a, 5-14a, <1a — 23 / 139 / 1 1 | 0% 0% 0% 0% 0% 0% 0% 0% |

Fuente: SIVIET-RM. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Adicciones. [a]Incluidas enfermedades que dieron lugar a brote en el año 2025 [b]En rojo, la distribución de casos con el máximo tamaño de brote del periodo incluido en la tabla [c]Las etiquetas de grupos de edad se han alternado para mejorar visualización. Son: <1 año, 1-4, 5-14, 15-24, 25-44, 45-64, >65

## Agradecimientos

A todo el personal de Salud Pública involucrado en la gestión de brotes, así como trabajadores del Servicio Murciano de Salud y del ámbito residencial, que hacen posible esta vigilancia y trabajan diariamente para evitar y controlar estos eventos.

## Autoría y cita recomendada

Martínez-Portillo A, Andreu-Ivorra B, Barranco-Boada MI. Brotes epidémicos en la Región de Murcia. Año 2025. Bol Epidemiol Murcia. 2026;46(911): 73-80.

## Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad y Consumo (1996) Real Decreto 2210/1995, de 28 de diciembre, por el que se crea la red nacional de vigilancia epidemiológica. BOE-A-1996-1502:2153–2158.
2. BOE.es - DOUE-L-2003-82060 Directiva 2003/99/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 17 de noviembre de 2003, sobre la vigilancia de las zoonosis y los agentes zoonóticos y por la que se modifica la Decisión 90/424/CEE del Consejo y se deroga la Directiva 92/117/CEE del Consejo. https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=DOUE-L-2003-82060. Accessed 3 Sep 2026.
3. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE). Protocolo de vigilancia de brotes de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria. Madrid, 2016.

# TABLAS SISEDO

Sistema de Información Sanitaria de las Enfermedades de Declaración Obligatoria

## Situación regional. Semanas 5 a 8 (Del 26/01/2026 al 22/02/2026).

| CASOS NOTIFICADOS | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | SEMANA 5 | | | SEMANA 6 | | | SEMANA 7 | | | SEMANA 8 | | | SEMANA 5 a 8 | | |
| | AÑO | 2026 | 2025 | MEDIANA | 2026 | 2025 | MEDIANA | 2026 | 2025 | MEDIANA | 2026 | 2025 | MEDIANA | 2026 | 2025 | MEDIANA |
| ENFERMEDAD | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Shigelosis | 1982 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 | 1 | 1 |
| Legionelosis | 1997 | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 5 | 5 | 3 |
| Enfermedad meningocócica | 1980 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 | 0 | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 5 | 0 |
| Sarampión | 1980 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| Infección gonocócica | 1982 | 12 | 19 | 6 | 23 | 13 | 11 | 19 | 11 | 11 | 14 | 22 | 11 | 68 | 65 | 38 |
| Sífilis | 1982 | 9 | 11 | 3 | 3 | 8 | 3 | 12 | 2 | 4 | 5 | 3 | 4 | 29 | 24 | 14 |
| Sífilis congénita | 1997 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| Hepatitis A | 1997 | 0 | 1 | 1 | 0 | 2 | 1 | 2 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 4 | 3 | 2 |
| Hepatitis B | 1997 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 3 | 6 | 1 |
| Leishmaniasis | 1982 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 3 | 1 | 1 | 3 | 1 | 1 | 7 | 4 | 4 |
| Paludismo | 1980 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| STEC/VTEC | 2018 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 2 | 1 | 2 | 1 | 0 | 4 | 3 | 2 |
| Invasora por Haemophilus influenzae | 2018 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 4 | 1 | 1 |
| Giardiasis | 2018 | 1 | 3 | 1 | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 6 | 7 | 5 |
| Yersiniosis | 2019 | 1 | 2 | 0 | 1 | 4 | 2 | 2 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 4 | 8 | 6 |
| Enfermedad Neumocócica Invasora | 2018 | 2 | 9 | 4 | 4 | 7 | 5 | 1 | 7 | 2 | 6 | 4 | 2 | 13 | 27 | 13 |
| Listeriosis | 2018 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| Campilobacteriosis | 2018 | 47 | 40 | 32 | 54 | 37 | 25 | 36 | 51 | 25 | 37 | 40 | 26 | 174 | 168 | 102 |
| Infección por Chlamydia trachomatis | 2018 | 20 | 17 | 8 | 23 | 23 | 9 | 20 | 12 | 11 | 17 | 24 | 10 | 80 | 76 | 43 |
| Linfogranuloma venéreo | 2019 | 1 | 2 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 3 | 0 | 2 | 6 | 2 |
| Salmonelosis | 2020 | 9 | 18 | 8 | 5 | 9 | 11 | 5 | 4 | 7 | 4 | 10 | 10 | 23 | 41 | 41 |
| Tuberculosis | 1980 | 1 | 4 | 2 | 2 | 4 | 2 | 5 | 4 | 2 | 4 | 3 | 3 | 12 | 15 | 10 |

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

## Distribución por áreas de salud. Semanas 5 a 8 (Del 26/01/2026 al 22/02/2026).

| | 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 |
| ENFERMEDAD | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Shigelosis | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| Legionelosis | 0 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 2 | 1 | 4 | 0 | 2 | 0 | 0 | 5 | 15 |
| Enfermedad meningocócica | 0 | 0 | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 |
| Sarampión | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Infección gonocócica | 24 | 38 | 8 | 15 | 6 | 8 | 1 | 2 | 1 | 1 | 16 | 26 | 9 | 16 | 3 | 4 | 0 | 0 | 68 | 110 |
| Sífilis | 10 | 16 | 1 | 4 | 3 | 8 | 0 | 0 | 1 | 1 | 6 | 11 | 7 | 11 | 1 | 3 | 0 | 0 | 29 | 54 |
| Sífilis congénita | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| Hepatitis A | 0 | 0 | 1 | 3 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 0 | 0 | 3 | 6 |
| Hepatitis B | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 6 |
| Leishmaniasis | 3 | 4 | 0 | 0 | 0 | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 6 | 10 |
| Paludismo | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| STEC/VTEC | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 6 |
| Invasora por Haemophilus influenzae | 0 | 0 | 0 | 3 | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 4 | 9 |
| Giardiasis | 0 | 6 | 0 | 1 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 3 | 3 | 4 | 2 | 2 | 0 | 0 | 1 | 1 | 6 | 19 |
| Yersiniosis | 1 | 2 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 3 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 8 |
| Enfermedad Neumocócica Invasora | 3 | 5 | 2 | 10 | 0 | 2 | 0 | 1 | 1 | 3 | 3 | 6 | 0 | 0 | 3 | 4 | 1 | 1 | 13 | 32 |
| Listeriosis | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| Campilobacteriosis | 36 | 55 | 30 | 61 | 3 | 11 | 1 | 10 | 5 | 17 | 40 | 65 | 36 | 81 | 14 | 29 | 7 | 14 | 172 | 343 |
| Infección por Chlamydia trachomatis | 15 | 30 | 14 | 22 | 7 | 12 | 1 | 1 | 2 | 3 | 7 | 11 | 17 | 22 | 15 | 24 | 2 | 2 | 80 | 127 |
| Linfogranuloma venéreo | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 3 |
| Salmonelosis | 7 | 14 | 1 | 5 | 0 | 5 | 0 | 0 | 0 | 1 | 6 | 16 | 5 | 14 | 2 | 7 | 1 | 5 | 22 | 67 |
| Tuberculosis | 2 | 4 | 3 | 6 | 2 | 4 | 0 | 1 | 0 | 0 | 4 | 4 | 0 | 1 | 1 | 2 | 0 | 0 | 12 | 22 |

# Noticias Breves




## Situación de la telangiectasia hemorrágica hereditaria en la Región de Murcia

La telangiectasia hemorrágica hereditaria (HHT), también conocida como enfermedad de Rendu-Osler-Weber, es un trastorno raro de etiología genética con patrón de herencia autosómico dominante causada por variantes patogénicas en genes implicados en la angiogénesis. La alteración en genes como el ENG, el ACVRL1, y en menor medida el SMAD4 o el GDF2 conlleva a la aparición de telangiectasias mucocutáneas, malformaciones arteriovenosas y epistaxis recurrente. El diagnóstico se establece mediante los criterios clínicos de Curazao y además se puede confirmar molecularmente mediante análisis genético.

El Sistema de Información sobre Enfermedades Raras de la Región de Murcia (SIERrm) ha publicado un informe que analiza la prevalencia de esta enfermedad en la Región de Murcia, así como sus principales características demográficas, clínicas, genéticas, además de la discapacidad y dependencia reconocida.

Según datos del SIER, el número de personas vivas y residentes en la Región con un diagnóstico confirmado de HHT a 31 de diciembre del 2024 es de 71 (tasa de prevalencia de 4,5 casos/100.000 habitantes), de los cuales el 54,9% son mujeres. La edad media de las personas afectadas es de 50,6 años y en el momento de la detección de la enfermedad de 38,1 años.

Las manifestaciones clínicas más frecuentes son los sangrados nasales (87,3%), las telangiectasias mucocutáneas (84,5%) y las malformaciones arteriovenosas (83,1%), mientras que la poliposis intestinal constituye la manifestación menos frecuente (1,4%). En 55 de las 71 personas estudiadas (77,5%) consta información genética, siendo el gen más frecuentemente implicado el ENG (61,8%, vinculado a la Telangiectasia hemorrágica hereditaria tipo 1), seguido del ACVRL1 (36,4%, asociado al fenotipo de Telangiectasia hemorrágica hereditaria tipo 2). Por último, el 28,1% de los hombres y el 17,9% de las mujeres tenían reconocida la situación de discapacidad.
Consulte el informe completo en la web del SIER (www.murciasalud.es/sier) o en el siguiente enlace IER_2601.pdf

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

**Comité Editorial:**
M.ª Isabel Barranco Boada
Natalia A. Cabrera Castro
Juana Mª Cayuela Fuentes
M.ª Dolores Chirlaque López
Diana Gavrila Chervase
Jesús H. Gómez Gómez
Ana Belén Maldonado Cárceles
Inmaculada Moreno Díaz
Pilar Ros Abellán
Antonia Sánchez Gil
Inés Sánchez Rodríguez
Carmen Santiuste De Pablos
M.ª Ángel Valcárcel de Laiglesia

**Coordinación de Edición:**
Pilar Ros Abellán

**Coordinación Administrativa:**
M.ª Belén López Vives

Suscripción: Envío Gratuito
Solicitudes: bolepi@carm.es
e-issn: 2173-9269 Bol Epidemiol Murcia
D.L. MU-395-1987