



Índice

Artículo:

La mesotelioma en la Región de Murcia: Incidencia y tendencia 1983-2007.

Noticias Breves:

- Indicadores de salud 2009
- Plan de salud 2010-2015

Semanas epidemiológicas EDO:

Semanas 13 a 16 de 2010.

El mesotelioma en la Región de Murcia: incidencia y tendencia 1983-2007.

Introducción

El mesotelioma maligno es un tumor que se origina en las células mesoteliales de la pleura, peritoneo, pericardio y túnica vaginal del testículo. El más frecuente es el mesotelioma pleural que se localiza de forma difusa en el espacio pleural y produce invasión directa de las estructuras torácicas.

Anatomopatológicamente este tumor es una mezcla de dos tipos de células derivadas de la célula mesotelial: las similares a las epiteliales y las células estromales mesenquimales; en función de cual predomine se habla de mesotelioma epitelial, sarcomatoide o de tipo mixto. El diagnóstico de este tumor es difícil, sobre todo diferenciar el epitelioide del adenocarcinoma de pulmón; sin embargo, el contexto de la morfología y la clínica, ayudado por la inmunohistoquímica, es la forma de llegar a él, aunque el gold standard es por medio de la microscopía electrónica.

Este tumor tiene una mayor incidencia entre las personas que han estado durante años expuestas al polvo de asbesto dando lugar a una enfermedad difusa intersticial fibrosante del pulmón o asbestosis. El compuesto del asbesto de más amplia utilización es el crisotilo o silicato de magnesio hidratado, que se utiliza (más del 95% de la producción mundial) para la elaboración de tejidos y cintas de amianto, aceptándose que es responsable de hasta el 90% de los mesoteliomas pleurales y 50% de los peritoneales. En España, el mayor nivel de exposición al asbesto se alcanzó entre 1970 y 1973; en 1984 y 1993 se prohibieron una amplia gama de variedades del amianto perjudiciales para la salud y en diciembre de 2001 se prohibió la comercialización y utilización del crisotilo (amianto blanco). Como el periodo de latencia entre la exposición al amianto y la aparición de mesotelioma oscila entre 20 y 40 años, el pico máximo del efecto del asbesto debería comenzar a observarse a partir del año 2000.

Los casos presentados en la población reflejan en gran medida la exposición al asbesto. Con la finalidad de monitorizar la incidencia y tendencia del mesotelioma en la Región de Murcia se ha realizado un análisis de los casos incidentes de mesotelioma maligno en los últimos 25 años de la Región de Murcia.

Material y método

Casos y población de estudio.

Se han recogido en el Registro de Cáncer de la Región de Murcia todos los casos nuevos diagnosticados de mesotelioma maligno en cualquier localización, ya sea pleural, peritoneal, etc., en hombres y en mujeres, durante el periodo comprendido entre los años 1983 y 2007. Para ello debían de tener su residencia en esta Región cuando se les diagnostica el tumor. Para la codificación de casos se ha utilizado la Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología, tercera edición (CIEO3). El análisis se ha realizado convirtiendo los códigos a CIE-10 e incluyendo los casos con código C45 que corresponde a mesotelioma maligno. Se ha considerado caso a todo paciente diagnosticado de mesotelioma maligno con confirmación anatomopatológica debido a que en caso contrario, siguiendo las normas internacionales de la CIEO-3, se codifica como neoplasia maligna sin otra especificación.

De todos los casos, se han revisado los informes anatomopatológicos, de alta, consultas de oncología y radioterapia; y en aquellos en los que faltaban datos o éstos eran insuficientes, se ha acudido a los diferentes hospitales donde los pacientes hubieran estado ingresados, para estudiar la historia hospitalaria y consultar con el Servicio de Anatomía Patológica para aclarar las dudas existentes. Los casos en los que el paciente había fallecido y en el Certificado de Defunción figuraba como causa de la muerte mesotelioma maligno (C45) se han revisado buscando la confirmación diagnóstica.

El periodo en el que se han estudiado los casos es de 25 años y se ha subdividido en 5 quinquenios: 1983-1987, 1988-1992, 1993-1997, 1998-2002 y 2003-2007. Se ha recogido del Censo de Población del I.N.E. los habitantes por sexo, de cada año, de la Región y los municipios de Murcia y Cartagena, distribuidos en grupos de edad de 5 años, desde 0 a 85 y más años. La media de habitantes de cada año se ha obtenido considerando la población al inicio y al final del año y la media anual por quinquenio teniendo en cuenta las poblaciones medias anuales.

Tasas y Razón de Incidencia Estandarizada

Se han calculado, por cada quinquenio, las tasas de incidencia por 100.000 personas-año específicas y ajustadas a la PEE (población europea estándar) por grupos de edad, para hombres, mujeres y en total, en la Región de Murcia. Para la comparación entre la distribución de los casos en la Región y en los municipios de Murcia y Cartagena, únicos municipios que contaban con más de 10 casos en todo el periodo, se ha obtenido la RIE

(Razón de Incidencia Estandarizada) y su intervalo de confianza al 95% (IC) en los 2 últimos quinquenios; no se ha realizado de los tres primeros quinquenios por no disponer el I.N.E. de datos desagregados.

Análisis de tendencias

El análisis de tendencias se ha realizado utilizando un modelo de regresión joinpoint. Dichos modelos describen una secuencia de segmentos conectados y el punto en que dos segmentos se unen es un joinpoint. Cada segmento tiene asociado un porcentaje de cambio anual (PCA) con su IC. Para este análisis se han usado las tasas por periodos de dos años desde 1984, y su error estándar. El análisis de joinpoint ha sido realizado con el programa "Joinpoint 3.0" del Surveillance Research Program for the US National Cancer Institute.

(disponible en:

<http://srab.cancer.gov/joinpoint>).

Resultados

En la Región de Murcia se han contabilizado, durante los 25 años estudiados, 134 casos de mesotelioma maligno, con una media anual de 5 casos. Según la localización anatómica: el 84% son tumores pleurales, el 14% tienen localización peritoneal y el 2% corresponden a otras localizaciones. El 72% de los pacientes son varones. Morfológicamente, el 40% son mesoteliomas malignos sin otra especificación, el 28% epitelioides, el 10% sarcomatoides y el resto corresponde a otras morfologías especificadas. Por localización geográfica hay dos Municipios que destacan con mayor incidencia: en primer lugar, por mayor número, está Cartagena con 63 casos en total, de los cuales 49 se presentaron en hombres y 14 en mujeres. En Murcia, el total de casos diagnosticados es de 29; 22 en hombres y 7 en mujeres. En cuanto al número de casos incidentes según grupos de edad, los mesoteliomas malignos se han diagnosticado a partir de los 30 años, alcanzando la máxima incidencia entre 60 a 69 años.

En la Región de Murcia, las tasas ajustadas a la población europea, para los hombres han pasado de 0,19 en el primer quinquenio (1983-1987) a 0,73 en el quinto (2003-2007) y para las mujeres cambian de 0,21 en el segundo quinquenio (no hay ningún caso en primero) al 0,48 en el quinto (Tabla 1).

Para el Municipio de Cartagena, localidad con la máxima incidencia en la región murciana, encontramos para hombres unas tasas ajustadas a la población europea, durante el periodo de 1998-2002 de 3,3 y durante el periodo de 2003-2007 de 2,5; en mujeres pasan de 0,5 en 1998-2002 a 1,30 en 2003-2007 (tabla 2). En el Municipio de Murcia las tasas ajustadas a la población europea son menores que en Cartagena en los dos periodos estudiados.

Situación regional de las Enfermedades de Declaración Obligatoria.
Semanas 13 a 16 (del 28 de marzo de 2010 al 24 de abril de 2010). Distribución semanal

Enfermedades	Casos notificados												Casos acumulados		
	Semana 13			Semana 14			Semana 15			Semana 16			Semanas 13 a 16		
	2010	2009	Mediana	2010	2009	Mediana	2010	2009	Mediana	2010	2009	Mediana	2010	2009	Mediana
Gripe	88	200	366	71	99	348	62	153	289	74	119	248	295	571	1.267
Tuberculosis Respiratoria	3	4	3	3	4	2	2	1	2	3	3	3	11	12	12
Meningitis tuberculosa	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0
Otras tuberculosis	0	2	1	0	0	1	0	2	2	1	1	1	1	5	5
Hepatitis A	0	3	0	1	2	1	2	0	0	1	1	0	4	6	1
Hepatitis B	0	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1	2	2
Otras hepatitis víricas	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2	1
Fiebres tifoidea y.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0
Toxiinfecciones	3	0	1	2	0	2	0	0	0	0	3	3	5	3	10
Varicela	216	255	255	411	235	212	327	317	317	329	183	250	1.283	990	990
Sarampión	9	1	0	10	0	0	17	0	0	18	0	0	54	1	1
Parotiditis	0	1	1	2	2	2	0	1	0	3	1	0	5	5	4
Tosferina	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0
Enferm. meningocócica	0	1	1	0	1	1	0	0	0	1	1	1	1	3	2
Otras meningitis	1	1	1	2	1	1	4	0	1	2	0	1	9	2	5
Sífilis	0	0	0	1	0	0	0	2	1	0	1	2	1	3	4
Infección gonocócica	1	2	1	0	1	2	1	1	0	0	0	0	2	4	3
Leprosia	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0
Paludismo	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0

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

Porcentaje de declaración (*).
Semanas 13 a 16 (del 28 de marzo de 2010 al 24 de abril de 2010).

Municipios	Población (Padrón 2009)	% de declaración	Municipios	Población (Padrón 2009)	% de declaración
Abanilla	6.589	100,00	Calasparra	10.759	72,22
Abarán	12.991	100,00	Campos del Río	2.210	91,67
Águilas	34.533	86,54	Caravaca de la Cruz	26.415	100,00
Albudeite	1.369	100,00	Cartagena	211.996	99,37
Alcantarilla	41.084	99,11	Cehegín	16.235	89,58
Aledo	1.066	25,00	Ceutí	10.174	100,00
Alguazas	8.978	100,00	Cieza	35.200	95,37
Alhama de Murcia	19.860	98,21	Fortuna	9.583	100,00
Archena	18.202	85,29	Fuente Álamo de Murcia	14.876	100,00
Beniel	10.933	100,00	Jumilla	25.685	89,47
Blanca	6.370	95,00	Librilla	4.534	100,00
Bullas	12.493	97,50	Lorca	91.906	63,26

(*) [Núm. partes de declaración numérica recibidos / Núm. de médicos de atención primaria en las cuatro semanas] x 100.

PLAN DE SALUD 2010-2015 DE LA REGIÓN DE MURCIA

El 21 de junio del 2010 se presentó el Plan de Salud 2010-2015, que recoge todas las estrategias globales dirigidas a mejorar la salud de la población de la Región. Los objetivos del plan se centran principalmente en mejorar la esperanza de vida y el estado de salud. Para alcanzar estos objetivos se fomentarán los estilos de vida saludables que mejoren la alimentación y la práctica del ejercicio físico, y los que reduzcan el consumo de tabaco y otras drogas. Se potenciará un entorno saludable, un medio laboral seguro y la protección colectiva de la salud. Se trabajará para la reducción de la incidencia de enfermedades infecciosas, se desarrollarán estrategias de prevención secundaria del cáncer y se reforzarán los sistemas de información para mejorar los mecanismos de vigilancia y alertas sanitarias. Se mejorará la asistencia de los problemas de salud más relevantes que se dan en la población y se intervendrá para disminuir las desigualdades en salud. Para llevar a cabo estas actuaciones los responsables sanitarios incidirán en el fortalecimiento del sistema sanitario para aumentar la satisfacción de la población, la capacidad de resolución y el funcionamiento del sistema.

Nota: el documento del Plan de Salud 2010-2015 se encuentra accesible en www.murciasalud.es/plandesalud.

Distribución por áreas de salud de las Enfermedades de Declaración Obligatoria.
Semanas 13 a 16 (del 28 de marzo de 2010 al 24 de abril de 2010). Distribución semanal

	Áreas de Salud												REGIÓN	
	Murcia		Cartagena		Lorca		Noroeste		Altiplano		Oriental		TOTAL	
Población (Padrón 2009)	553.154		382.114		170.663		74.357		60.710		205.522		1.446.520	
	Casos Acumul.	Casos Acumul.	Casos Acumul.	Casos Acumul.	Casos Acumul.	Casos Acumul.	Casos Acumul.	Casos Acumul.	Casos Acumul.	Casos Acumul.	Casos Acumul.	Casos Acumul.	Casos Acumul.	Casos Acumul.
Enfermedades														
Gripe	83	1.544	41	552	60	734	75	416	5	217	31	565	295	4.028
Tuberculosis Respiratoria	3	20	5	16	0	2	1	6	2	5	0	4	11	53
Meningitis tuberculosa	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
Otras tuberculosis	0	2	0	0	0	0	1	2	0	0	0	1	1	5
Hepatitis A	2	11	0	5	0	3	0	0	0	0	2	4	4	23
Hepatitis B	0	1	1	2	0	1	0	0	0	0	0	0	1	4
Otras hepatitis víricas	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1
Fiebres tifoidea y.	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	2
Toxiinfecciones	3	68	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	5	70
Varicela	193	637	437	1.160	320	687	275	564	1	5	57	246	1.283	3.299
Sarampión	0	0	0	0	0	0	0	2	54	68	0	0	54	70
Parotiditis	2	10	1	8	0	0	0	0	2	2	0	0	5	20
Tosferina	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2
Enferm. meningocócica	1	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4
Otras meningitis	0	6	1	6	7	9	0	0	0	0	1	2	9	23
Sífilis	0	8	1	5	0	2	0	0	0	0	0	0	1	15
Infección gonocócica	1	3	0	4	0	0	0	0	0	0	1	3	2	10
Lepra	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Paludismo	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1

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

Porcentaje de declaración (*).
Semanas 13 a 16 (del 28 de marzo de 2010 al 24 de abril de 2010).

Municipios	Población (Padrón 2008)	% de declaración	Municipios	Población (Padrón 2008)	% de declaración
Lorquí	6.996	100,00	Torre Pacheco	31.495	100,00
Mazarrón	35.221	100,00	Torres de Cotillas, Las	21.062	55,77
Molina de Segura	64.065	96,43	Totana	29.211	77,27
Moratalla	8.455	75,00	Ulea	939	100,00
Mula	16.941	86,54	Unión, La	17.737	100,00
Murcia	436.870	99,45	Villanueva del Río Segura	2.270	50,00
Ojós	584	100,00	Yecla	35.025	95,37
Pliego	4.034	100,00	Santomera	15.319	100,00
Puerto Lumbreras	13.947	100,00	Alcázares, Los	15.619	100,00
Ricote	1.519	87,50			
San Javier	31.432	100,00	Total Región	1.446.520	94,30
San Pedro del Pinatar	23.738	100,00			

(*) [Núm. partes de declaración numérica recibidos / Núm. de médicos de atención primaria en las cuatro semanas] x 100.

INDICADORES DE SALUD 2009.

Evolución de los indicadores del estado de salud en España y su magnitud en el contexto de la Unión Europea

Hace ya 5 años se editó el último informe "Indicadores de Salud 2005. La Salud de la Población Española en el contexto europeo y del SNS". La actualización es particularmente oportuna ya que el patrón socio demográfico está cambiando aceleradamente con el envejecimiento de la población de un aparte y de otra la afluencia de población inmigrante con situación legal y por tanto plenamente participante en los estudios y estadísticas estatales. Afortunadamente en España se dispone, desde hace cuatro lustros, de un sistema estatal de indicadores de salud que ofrece un análisis periódico de la situación sanitaria al nivel estatal y en las diferentes comunidades autónomas. Estos indicadores proporcionan información sobre la magnitud de una gran variedad de problemas de salud y de su evolución en el tiempo, lo que permite valorar adecuadamente su tendencia y su distribución geográfica. En esta entrega 2009 se incorpora como ya lo hizo en 2005 un análisis de la situación en el estado español en relación con otros países de la Unión Europea, lo que supone un extraordinario valor añadido a la información que aquí se presenta. Las series españolas y por CCAA son en muchos casos de 15 o más años y las europeas un poco más breves, alrededor de 10 años. Estos datos servirán para todos aquellos que les interese tener una visión instantánea y serial de la salud de la población de la Región de Murcia en España y en Europa.

Fuente: <http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/indicadoresSalud.htm>

Tabla 1. Mesotelioma Maligno. Casos y tasas de incidencia en la Región de Murcia por sexo y periodo desde 1983 a 2007.

Periodo	Número de casos		Tasas / 100000		*Tasas ajustadas PEE/1000000	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
1983-1987	4	0	0,16	0,00	0,19	0,00
1988-1992	14	5	0,55	0,19	0,59	0,21
1993-1997	23	9	0,85	0,33	0,95	0,29
1998-2002	32	8	1,09	0,27	1,18	0,26
2003-2007	23	16	0,67	0,48	0,73	0,48
Total	96	38	0,68	0,26	0,75	0,27

* PEE: Población europea estándar.

Tabla 2. Tasa ajustada* y RIE** en los municipios de Cartagena y Murcia, por periodo y sexo.

	1998-2002			2003-2007		
	Tasa ajustada*	RIE**	IC***	Tasa ajustada*	RIE**	IC***
Cartagena						
Hombre	3,3	276,8	151,2	2,5	336,4	173,6
Mujer	0,5	153,5	17,2	1,3	273,2	109,5
Murcia						
Hombre	0,9	73,3	29,4	0,5	74,6	24,0
Mujer	0,3	119,0	23,9	0,2	40,2	4,5

* PEE: Población europea estándar. **RIE: Razón de incidencia estandarizada.

***IC: Intervalo de confianza al 95%

Figura 1. Mesotelioma Maligno. Tasa ajustada a la población europea estándar por sexo y periodo. Región de Murcia 1993-2007.

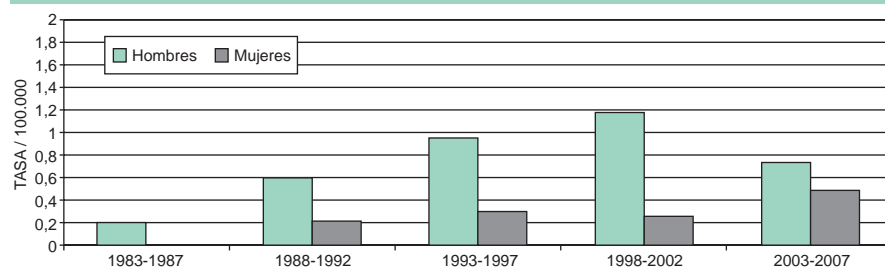
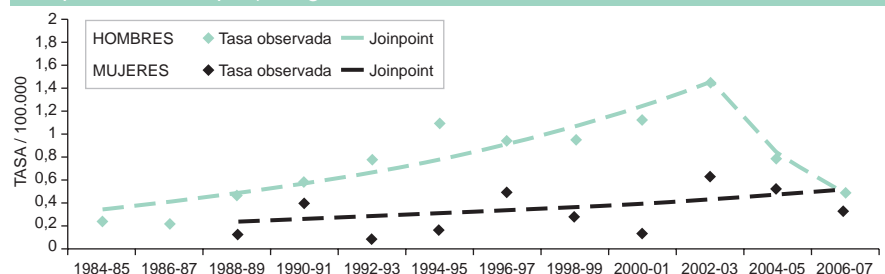


Figura 2. Tendencia en las tasas de incidencia de mesotelioma (ajustadas por edad a la población europea). Región de Murcia 1984-2007.



Observamos una elevación del riesgo de padecer un mesotelioma maligno en hombres de Cartagena que es 3 veces mayor con respecto al riesgo medio de la Región, tanto en el 1998-2002, como el 2003-2007 de forma significativa. El aumento de riesgo también ocurre, aunque en menor medida, en las mujeres de Cartagena, con significación estadística en 2003-2007. La tendencia en todo el periodo fue globalmente ascendente (APC=3,8 [-0,5; 8,2]) para los hombres. Según el modelo joinpoint aparece un punto de cambio en la tendencia en el periodo 2002-03. La tendencia es ascendente (APC=8,2 [4,5; 12,1]) antes de 2002-03, y después la tendencia es descendente (APC=-24,8 [-

45,2; 3,2]) aunque no de forma significativa. Para las mujeres, la tendencia es ascendente globalmente (APC=4,5 [-2,3; 11,6]) aunque no significativa y no hay puntos de cambio (Figura 2).

Conclusiones

El mesotelioma maligno es un tumor maligno raro con 5 casos nuevos diagnosticados cada año en la Región de Murcia y tasas inferiores a 1/100000 habitantes. Los residentes en el municipio de Cartagena tienen triplicado el riesgo de padecer este tumor en relación a la media de la Región. La tendencia, ascendente en casi los últimos 25 años, empieza a mostrar un descenso en los años recientes. El

cambio en la tendencia de mesotelioma mostrado en este estudio es similar al observado en Europa.

La incidencia de mesotelioma es más elevada en regiones en las que tradicionalmente ha habido exposición al asbesto, que generalmente ha sido de carácter laboral. De este modo, en el contexto europeo se observan las tasas más elevadas en Génova; y en España, en Asturias, País Vasco y Navarra. La Región de Murcia presenta una tasa media en el contexto español. La mortalidad por municipios en España por cáncer de pleura señala a Cartagena, El Ferrol, Cádiz, Avilés y Santander, como regiones en las que han existido durante muchos años astilleros u otro tipo de industria que emplearon asbesto y presentan mayor mortalidad por tumor maligno pleural.

La mayoría de los casos son atribuibles a la exposición al amianto, tanto industrial como doméstico. Aunque la utilización del amianto ha sido prohibida, siguen existiendo en las edificaciones y en numerosos lugares elementos entre los que se encuentra el amianto.

El mesotelioma es un tumor de difícil diagnóstico y tratamiento. La prevención primaria es la medida más efectiva en la reducción drástica de los casos y la monitorización de los casos indispensable para disponer de indicadores del control de la exposición al asbesto.

Autores

Martínez-Aedo R, Chirlaque MD, Salmerón D, Tortosa J, Valera Y, López-Rojo C, Párraga E, Navarro C. Servicio de Epidemiología. D.G. Salud Pública. Consejería de Sanidad y Consumo. Murcia.

Bibliografía

- Robbins y Cotran. Patología Estructural y Funcional 7.ª Ed. MM Ed. Español. Elsevier España, S.A. 772-773
- González CA, Agudo A. Occupational cancer in Spain. Environ Health Perspect. 1999; 107: 273-277.
- Montanaro M, Bray F, Genaro V. Pleural mesothelioma incidence in Europe: evidence of some deceleration in the increasing trends. Cancer Causes Control. 2003. 14(8):791-803
- Curado MP, Edwards B, Shin HR, et al., eds (2007) Cancer incidence in five continents, Vol. IX. Lyon: International Agency for Research on Cancer. IARC Scientific Publications No. 160.
- López-Abente G, Ramis R, Pollán M, Aragonés N, Pérez-Gómez B, Gómez-Barroso D, Carrasco JM, Lope V, García-Pérez J, Boldo E, García-Mendizábal MJ. Atlas municipal de mortalidad por cáncer en España, 1989-1998. Instituto de Salud Carlos III. Madrid, 2006.
- Rossell M-Murphy, R-Herrandiz Abos, J. Tarres. Prospective study of asbestos-related diseases incidence cases in primary health care in an area of Barcelona province. BMC Public Health. 2010. 22:10:203

Edita:
Servicio de Epidemiología.
Consejería de Sanidad y Consumo.
D. G. de Salud Pública.
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:
Lluís Cirera, M.ª Dolores Chirlaque, Juan Francisco Correa, Visitación García, Ana María García-Fulgueiras, Olga Monteagudo, Carmen Navarro, Jaime Jesús Pérez, José Saura, M.ª José Tormo.

Coordinadora de Edición:
Visitación García Ortúzar
Coordinadora Administrativa:
M.ª Carmen Martín Moya.
Suscripción: Envío Gratuito.
Solicitudes: Servicio de Epidemiología
ISSN: 1130-0019 Bol Epidemiol Murcia