

## Cáncer de ovario en la Región de Murcia

### Introducción

El cáncer de ovario en la Región de Murcia representa el 10% de los tumores malignos del aparato genital femenino. Las tasas de incidencia en el mundo oscilaron entre 1/100.000 mujeres en regiones africanas y 14/100.00 en determinadas zonas de Europa según datos de la última publicación de *Cancer Incidence in Five Continents*<sup>1</sup>, donde se observó un rango de variación en España de 6,7 a 10/100.000 mujeres (tasas ajustadas a la población mundial estándar). Las tasas de mortalidad en España aumentaron desde 1980 a 1998, momento en el que se estabilizó e inició un ligero descenso hasta 2007<sup>2</sup>. La supervivencia relativa a los 5 años del diagnóstico ha sido del 37%, según datos recientemente publicados de EURO CARE<sup>3</sup>.

Se han descrito múltiples factores de riesgo del cáncer de ovario<sup>4</sup>, entre ellos destacar la administración de terapia hormonal sustitutiva durante tiempo prolongado, la infertilidad, la obesidad, el consumo de tabaco y la edad. Los factores protectores asociados consistentemente a una disminución de riesgo son la elevada paridad y el uso de anticonceptivos orales, aunque también se han descrito, entre otros factores, la lactancia materna o la edad de la menarquia y de la menopausia.

Los tumores malignos más frecuentes son epiteliales (sobre el 90%) y entre ellos, el seroso (entre el 40 y 50%)<sup>1</sup>. Los tumores no epiteliales del ovario, considerados tumores malignos raros, son los tumores de células germinales y los del estroma y de los cordones sexuales. La mayoría de los casos de cáncer de ovario se diagnostican en estadios avanzados al no existir screening. Se ha descrito cierta incertidumbre en el diagnóstico de lesiones con características de malignidad pero que parecen no invadir el estroma, clasificadas como tumores de bajo potencial maligno o borderline. La incidencia de cáncer de ovario sólo incluye los invasivos; los tumores borderline en los que el grado de invasión puede ser difícil de determinar, podrían influir en las variaciones de las tasas de incidencia.

### SUMARIO

#### ARTÍCULO

Cáncer de ovario en la Región de Murcia.

#### NOTICIAS BREVES

- Cáncer de cérvix. Situación en la Región de Murcia. Estudio del periodo 1983-2007.

- ¿Diferencias de género en la dispensación de medicamentos?.

#### Semanas epidemiológicas EDO:

Semanas 5 a 12 de 2014.



En este artículo se ha analizado la incidencia de cáncer de ovario en la Región de Murcia teniendo en cuenta la edad, el periodo de diagnóstico y el grupo morfológico, así como la tendencia de 1983 a 2007 y las estimaciones en 2008-2012. También se ha incluido el estudio del riesgo de cáncer de ovario por área de salud.

## Material y método

Se han seleccionado los casos nuevos diagnosticados de cáncer de ovario del periodo 1983-2007 del Registro de Cáncer de Murcia, de base poblacional, que recoge todos los casos de cáncer diagnosticados en residentes de la Región de Murcia desde 1982. Los casos se recogieron de fuentes hospitalarias (CMBD, informes de anatomía patológica, oncología, hematología, radioterapia, etc.) y extrahospitalarias (programas de cribado, registro de tumores infantiles, mortalidad, etc.) de centros sanitarios tanto públicos como privados de la Región de Murcia.

Los casos se codificaron tanto morfológica como topográficamente con CIEO-3, aunque el análisis de los casos se realizó seleccionando el código C56 de la CIE-10 que corresponde a tumores malignos del ovario, tanto epiteliales como no epiteliales<sup>5</sup>. En el cálculo de tasas se ha utilizado como denominador el padrón de habitantes, padrón continuo, censo y proyecciones de población de elaboración propia. La edad al diagnóstico se ha categorizado en 18 grupos quinquenales de edad, desde cero a 4 años, hasta 85 y más años. El periodo analizado comprende desde 1983 a 2007, dividido en 5 periodos de 5 años. Los grupos morfológicos se establecieron teniendo en cuenta la clasificación de EUROCIM/ENCR<sup>6</sup>, dividiéndose en epiteliales (seroso, mucinoso, endometriode y adenocarcinoma), no epiteliales (tumores de las células germinales y tumores del estroma y de los cordones sexuales) y otros tipos morfológicos y no especificados.

Se han calculado las tasas de incidencia bruta y ajustada por edad utilizando la PEE (población europea estándar), las específicas por grupo de edad, periodo y grupo morfológico, expresadas todas como tasas de incidencia por 100.000 mujeres-año.

Se ha realizado una estimación de los casos y las tasas de incidencia en el periodo 2008-2012 utilizando el método Nordpred basado en modelos Edad-Periodo-Cohorte<sup>7</sup>.

El análisis de tendencia se ha realizado utilizando regresión de Poisson para el cálculo de la tendencia relativa anual y sus intervalos de confianza (IC) al 95% con el programa Stata. Para identificar puntos en los que se produce un cambio estadísticamente significativo en la tendencia de las tasas hemos realizado un análisis de regresión Joinpoint. Cada joinpoint indica un cambio estadísticamente significativo en la tendencia, y se calcula el porcentaje de cambio anual para cada una de esas tendencias por medio de modelos lineales generalizados asumiendo una distribución de Poisson.

Tabla 1. Número de casos y tasas de incidencia/100.000 de cáncer de ovario por año. Región de Murcia 1983-2007.

Año	Número de casos	Tasa bruta	Tasa ajustada*
1983	42	8,4	9,7
1984	34	6,7	7,5
1985	38	7,5	7,9
1986	33	6,4	6,7
1987	44	8,5	9,1
1988	43	8,3	9,0
1989	49	9,3	9,6
1990	58	11,0	11,2
1991	50	9,4	9,1
1992	50	9,3	8,9
1993	43	7,9	7,1
1994	47	8,6	8,3
1995	57	10,3	9,9
1996	67	12,1	11,5
1997	70	12,5	12,3
1998	61	10,8	10,0
1999	76	13,2	12,6
2000	75	12,8	12,4
2001	60	10,0	9,0
2002	85	13,7	12,7
2003	83	13,1	12,3
2004	106	16,3	15,1
2005	63	9,5	8,3
2006	94	13,8	12,5
2007	70	10,1	9,0

\*Población europea estándar

Para comparar la incidencia de cáncer de ovario en las diferentes áreas de salud de la Región de Murcia entre 1988 y 2007, se ha calculado la razón de incidencia estandarizada (RIE) por área y periodos de 5 años. Estas RIEs 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 que estaba vigente durante el periodo estudiado (Murcia, Cartagena, Lorca, Vega del Segura Comarca Oriental, Altiplano y Noroeste).

el 5% no epiteliales, 4% presentaron otras morfologías (sarcoma, etc.) y en el 17% no se especificó la morfología.

En las mujeres de la Región de Murcia, a partir de los 20 años de edad se observó un incremento continuado de los cánceres de ovario hasta los 49 años, apreciándose una estabilización con tasas de incidencia alrededor de 20/100.000 mujeres entre 50 y 64 años. En las mujeres mayores de 64 años las tasas se situaron en 35/100.000 en los grupos de edad avanzada (Gráfico 1).

## Resultados

En el periodo 1983-2007 se diagnosticaron 1.498 nuevos casos de cáncer de ovario en la Región de Murcia, con 400 casos en el quinquenio más reciente (Tabla 1). El 74% fueron epiteliales,

En niñas de 0-4 años no se han observado casos de cáncer de ovario y en el grupo de 5 a 19 años el 80% de los tumores malignos diagnosticados son de células germinales, afectando estos tumores a niñas, adolescentes y adultas jóvenes principalmente (Gráfico 2).

Gráfico 1. Tasa de incidencia cáncer de ovario por grupo de edad. Región de Murcia 2003-2007

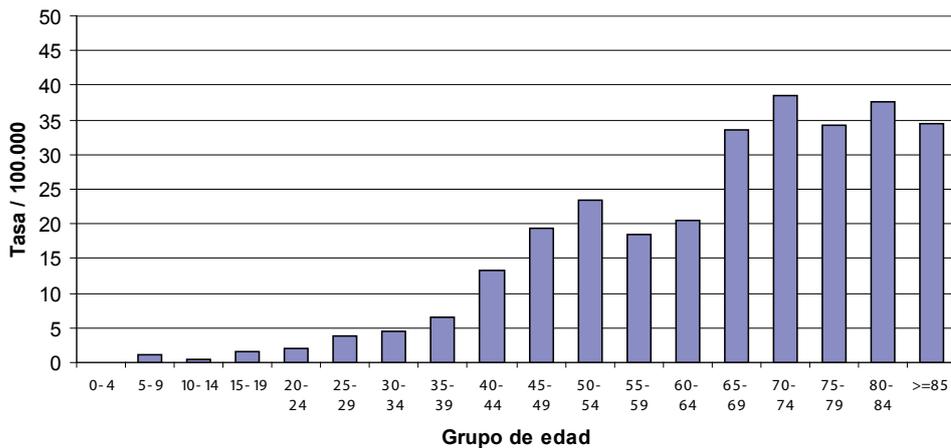


Gráfico 2. Tasa de incidencia de tumores germinales del ovario por grupo de edad. Región de Murcia 1983-2007.

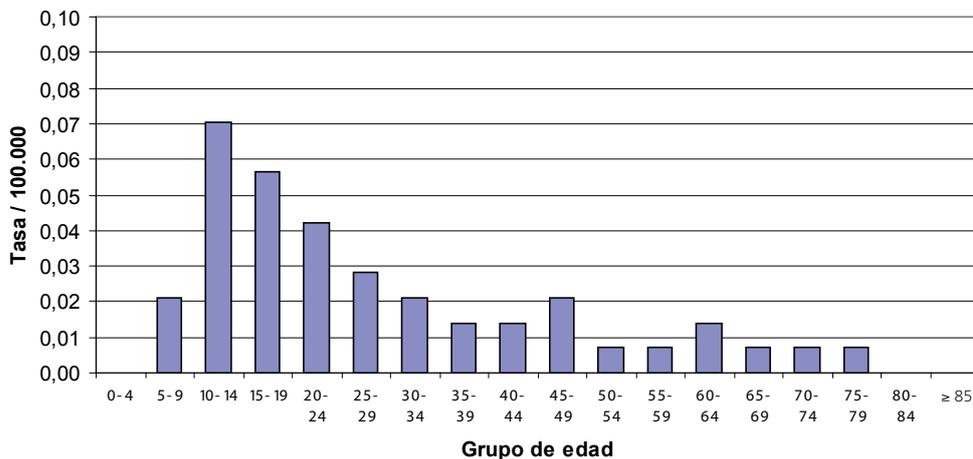
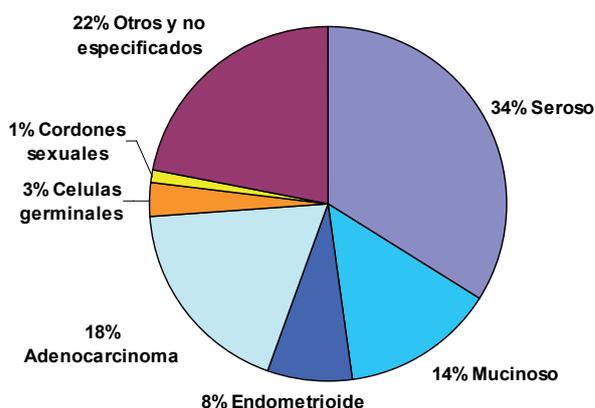


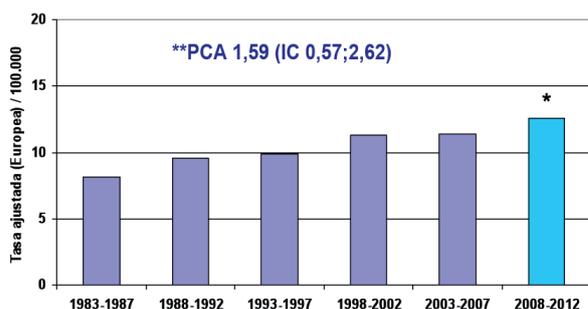
Gráfico 3. Distribución de frecuencia del cáncer de ovario por morfología. Región de Murcia 1983-2007.



Entre los tumores malignos epiteliales, predominó el tipo seroso y el adenocarcinoma, que además, mostraron un aumento de las tasas a lo largo del periodo de estudio. Se diagnosticaron 51 casos de tumores de células germinales (3,4% del total) con una tasa de incidencia de 0,36 / 100.000, y 21 casos de tumores del estroma y de los cordones sexuales (1,4% del total) con 0,15 / 100.000 (Gráfico 3).

La tasa de incidencia bruta del periodo 2003-2007 fue de 12,5 / 100.000 mujeres. Del periodo 1983-1987 al 2003-2007 se observó un incremento de las tasas ajustadas a la población europea de 8,2 a 11,4/100.000, y la tasa estimada del periodo 2008-2012 fue 12,5 (Gráfico 4). La tendencia relativa anual fue ascendente a lo largo de los cinco periodos analizados (de 1983 a 2007), con

Gráfico 4. Tasa de incidencia de cáncer de ovario por periodo. Región de Murcia 1983-2012.



\*Tasa del último periodo estimada.  
\*\*Porcentaje de Cambio Anual

un porcentaje de cambio anual (PCA) de 1,59 (IC 0,57; 2,62), sin observarse puntos de cambio en la tendencia.

El análisis de riesgo de cáncer de ovario por área de salud mostró que, en el periodo 1988-1992 el riesgo era más elevado en el área II (Cartagena), aumento que no se observó en periodos posteriores (Gráfico 5). Sólo en el periodo 2003-2007 se detectó mayor riesgo en el área VI (Vega del Segura). Los resultados observados no mostraron un patrón de riesgo significativo continuo o mantenido a lo largo de varios de los periodos analizados por área de salud.

## Conclusiones

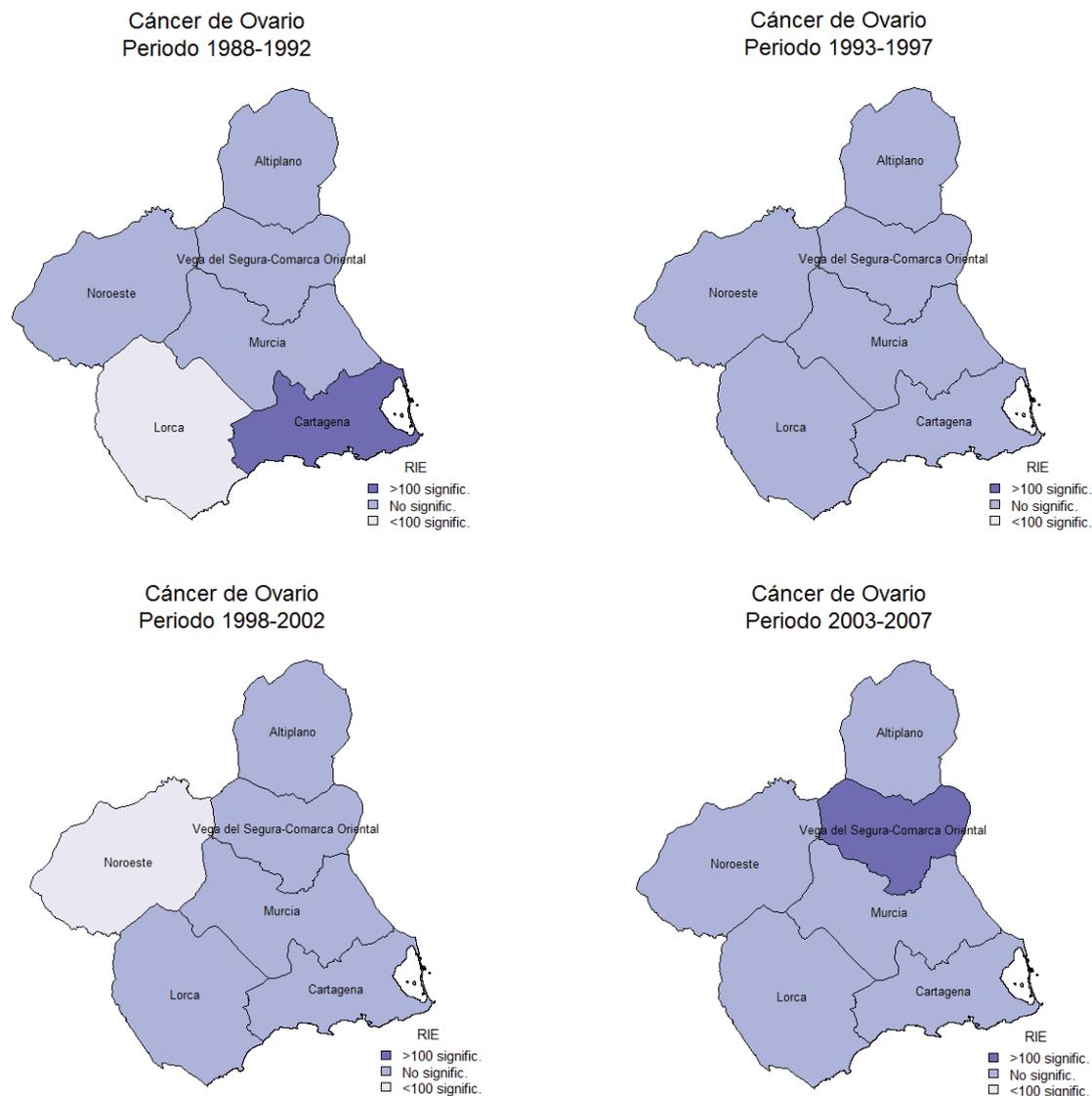
En la Región de Murcia el cáncer de ovario ha mostrado un incremento medio anual del 1,6%. Este aumento se ha observado en regiones del sur de Europa<sup>8</sup> y entre las posibles explicaciones se ha postulado la disminución de la paridad en las últimas décadas. Otro aspecto a tener en cuenta es la posible variabilidad en el diagnóstico, que puede influir tanto en las tendencias, como en las tasas por edad (más sencillo el diagnóstico en mujeres de mediana edad) y en la determinación del comportamiento incierto o invasivo del tumor.

La incidencia de cáncer de ovario en su conjunto se aproxima a la incidencia de las neoplasias epiteliales malignas del ovario pues representan la mayoría de los tumores malignos del ovario, siendo por ello preciso estudiar específicamente los no epiteliales.

En los resultados del presente estudio se ha observado como, en las primeras edades de la vida, se diagnostican principalmente tumores malignos no epiteliales, y en edades medias y avanzadas, la mayoría de los tumores del ovario diagnosticados han sido epiteliales.

No se ha detectado un patrón geográfico específico por área de salud en la Región de Murcia, aunque de los resultados obtenidos se deduce la necesidad de seguir monitorizando los riesgos poblacionales para detectar posibles patrones constantes en el tiempo y en el espacio.

Gráfico 5. Razón de Incidencia Estandarizada (RIE) de cáncer de ovario por área de salud y periodo. Región de Murcia 1988-2007.



## Autores

Chirlaque MD, Salmerón D, Pérez-Romero SB, Valera I, Tortosa J, Navarro C. Servicio de Epidemiología. D.G. Salud Pública y Drogodependencias. Consejería de Sanidad y Política Social.

## Bibliografía

1. Forman D, Bray F, Brewster DH, et al., eds. Cancer Incidence in Five Continents, Vol. X (edición electrónica). 2013. [consultado el 5/5/2014]. Lyon, IARC. Disponible en: <http://ci5.iarc.fr>.
2. Cabanes A1, Vidal E, Aragonés N, et al. Cancer mortality trends in Spain: 1980-2007. *Ann Oncol*. 2010;21 Suppl 3:iii14-20.
3. De Angelis R, Sant M, Coleman MP, et al. Cancer survival in Europe 1999-2007 by country and age: results of EUROCORE--5-a population-based study. *Lancet Oncol*. 2014;15(1):23-34.
4. Tsilidis KK, Allen NE, Key TJ, et al. Oral contraceptive use and reproductive factors and risk of ovarian cancer in the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition. *Br J Cancer*. 2011;105(9):1436-42.
5. Navarro C, Valera I, Tortosa J, et al. Manual de procedimiento del Registro de Cáncer de Murcia. Murcia: Consejería de Sanidad. Dirección General de Salud Pública; 2003.
6. EUROCIN User Manual. 2ª ed. Lyon: European Network of Cancer Registries;1995.
7. Møller B, Fekjær H, Hakulinen T, et al. Prediction of cancer incidence in the Nordic countries: Empirical comparison of different approaches. *Statistics in medicine*. 2003; 22:2751-66.
8. Bray F<sup>1</sup>, Loos AH, Tognazzo S, et al. Ovarian cancer in Europe: Cross-sectional trends in incidence and mortality in 28 countries, 1953-2000. *Int J Cancer*. 2005;113(6):977-90.

## Situación regional. Semanas 5 a 8 (del 27/01/2014 al 23/02/2014).

ENFERMEDAD	CASOS NOTIFICADOS												CASOS NOTIFICADOS		
	SEMANA 5			SEMANA 6			SEMANA 7			SEMANA 8			SEMANA 5 a 8		
	2014	2013	MEDIANA	2014	2013	MEDIANA	2014	2013	MEDIANA	2014	2013	MEDIANA	2014	2013	MEDIANA
Fiebres tifoidea y paratifoidea	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0
Gripe	2731	2921	2893	2805	4049	4049	2288	5401	2783	1589	5912	1983	9413	18283	13144
Legionelosis	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1
Enferm.meningoc.	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	2	0	1	3	2
Otras meningitis	0	1	1	2	1	1	0	2	1	2	2	1	4	6	6
Parotiditis	0	1	2	1	0	1	0	1	1	1	1	1	2	3	4
Varicela	126	109	109	78	102	111	125	114	139	136	149	161	465	474	512
Tos ferina	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Infección gonocócica	1	0	0	0	0	0	0	3	1	0	0	0	1	3	3
Sífilis	1	3	3	3	4	2	2	2	2	2	3	2	8	12	9
Hepatitis A	1	0	0	0	0	1	0	0	1	2	1	1	3	1	4
Hepatitis B	1	1	1	0	0	0	2	0	0	0	0	0	3	1	2
Fiebre exante. mediterránea	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Leishmaniasis	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	1
Paludismo	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Tuberculosis	0	4	2	3	5	1	3	2	2	2	0	0	8	11	11

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 5 a 8 (del 27/01/2014 al 23/02/2014).

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.
Fiebres tifoidea y paratifoidea	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Gripe	1873	2993	1476	2285	641	1373	484	778	460	970	1750	2608	1467	2161	758	1191	504	745	9413	15104
Legionelosis	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	2
Enferm.meningoc.	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Otras meningitis	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	1	2	2	0	0	0	0	4	5
Parotiditis	0	0	1	2	1	2	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0	0	2	7
Varicela	50	106	142	258	83	183	2	8	19	35	38	88	110	179	12	34	9	13	465	904
Tos ferina	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	2
Infección gonocóc.	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	3
Sífilis	0	3	4	6	1	2	0	0	0	0	0	2	3	3	0	0	0	0	8	16
Hepatitis A	1	2	1	1	0	2	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	3	7
Hepatitis B	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	3	0	1	2	5
Fiebre exante. mediterránea	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Leishmaniasis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1
Paludismo	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	3
Tuberculosis	2	5	0	3	0	0	1	1	0	0	3	4	1	2	1	3	0	1	8	19

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

## Situación regional. Semanas 9 a 12 (del 24/02/2014 al 23/03/2014).

ENFERMEDAD	CASOS NOTIFICADOS												CASOS NOTIFICADOS		
	SEMANA 9			SEMANA 10			SEMANA 11			SEMANA 12			SEMANA 9 a 12		
	2014	2013	MEDIANA	2014	2013	MEDIANA	2014	2013	MEDIANA	2014	2013	MEDIANA	2014	2013	MEDIANA
Botulismo	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0
Toxinfecciones alimentarias	0	5	3	0	0	0	8	0	0	0	0	0	8	5	5
Gripe	968	3781	1144	600	2837	822	402	1651	516	206	678	338	2176	8947	2820
Legionelosis	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2
Enferm.meningoc.	3	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1	1
Otras meningitis	3	1	2	1	2	1	0	1	1	1	0	1	5	4	6
Parotiditis	0	4	3	1	4	2	1	2	2	2	3	2	4	13	8
Varicela	80	133	161	156	182	182	167	166	212	185	163	229	588	644	787
Tos ferina	0	0	0	2	0	0	0	0	0	1	0	0	3	0	0
Infección gonocócica	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	3	2	3
Sífilis	3	4	1	0	0	1	1	2	2	1	1	3	5	7	8
Hepatitis A	1	0	0	1	0	0	0	0	1	2	0	1	4	0	4
Hepatitis B	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0
Tuberculosis	2	4	4	3	8	3	2	3	3	1	0	0	8	15	12

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 9 a 12 (del 24/02/2014 al 23/03/2014).

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.
	Botulismo	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Toxinfecciones alimentarias	8	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	8	10
Gripe	389	3382	371	2656	84	1457	70	848	128	1098	443	3051	342	2503	219	1410	130	875	2176	17280
Legionelosis	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	1	3
Enferm.meningoc.	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	3	4
Otras meningitis	0	0	1	1	2	2	0	0	0	2	0	1	1	3	1	1	0	0	5	10
Parotiditis	0	0	1	3	0	2	0	0	0	0	2	2	1	3	0	1	0	0	4	11
Varicela	74	180	173	431	88	271	7	15	28	63	44	132	147	326	14	48	13	26	588	1492
Tos ferina	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	2	3	0	0	3	5
Infección gonocóc.	0	2	2	2	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	3	6
Sífilis	0	3	1	7	2	4	0	0	0	0	1	3	1	4	0	0	0	0	5	21
Hepatitis A	0	2	3	4	0	2	0	0	0	0	0	1	0	0	1	2	0	0	4	11
Hepatitis B	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	3	0	1	1	6
Tuberculosis	0	5	3	6	0	0	1	2	0	0	1	5	3	5	0	3	0	1	8	27

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

# NOTICIAS **BREVES**

## CÁNCER DE CÉRVIX. SITUACIÓN EN LA REGIÓN DE MURCIA. ESTUDIO DEL PERIODO 1983-2007.



Un informe sobre la situación del cáncer de cérvix en la Región de Murcia ha sido elaborado con datos procedentes del Registro de Cáncer de Murcia que selecciona, recoge, codifica y registra de forma sistemática y continuada todos los casos de tumores malignos, tanto invasivos como in situ, diagnosticados en residentes de la Región de Murcia.

En esta publicación se presentan los datos elaborados de incidencia, mortalidad, tendencia y riesgo por áreas de salud de la región, incluyendo un análisis de los grupos morfológicos y del carcinoma in situ.

Como datos destacados del informe, comentar que cada año se diagnostican sobre 130 casos de cáncer in situ de cérvix y 65 de cáncer invasivo en la Región de Murcia. La incidencia se mantiene estable para el carcinoma invasivo, con tasas de 9/100000 mujeres/año. El carcinoma in situ de cérvix aumenta un 5% de media anual con tasas que se han incrementado de 7,2 a 17,9 a lo largo de los 25 años analizados.

El informe está disponible en  
[http://www.murciasalud.es/publicaciones.php?op=mostrar\\_publicacion&id=2144&idsec=88](http://www.murciasalud.es/publicaciones.php?op=mostrar_publicacion&id=2144&idsec=88)

## ¿DIFERENCIAS DE GÉNERO EN LA DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS?



Recientemente se ha publicado en Atención Primaria un estudio realizado en la Región de Murcia -*Análisis de la dispensación de medicamentos para el control de los principales factores de riesgo cardiovascular en la Región de Murcia: ¿existen diferencias de género?*- en el que se analiza el consumo de medicamentos para el control de los factores de riesgo cardiovascular y las posibles diferencias por género y edad,

utilizando para el análisis la dispensación en las oficinas de farmacia.

Tras estudiar las tasas de consumos de antiagregantes, antihipertensivos e hipolipemiantes y comprobar que la probabilidad de recibir tratamiento antiagregante aumenta con la edad con consumo superior en los hombres, los autores realizan algunas reflexiones.

La prevención de enfermedad cardiovascular se centra en la población de 40 a 70 años, a pesar de que los sujetos de edad avanzada constituyen un grupo cada vez mayor, por lo que no deberían ser ignorados en los ensayos clínicos ni olvidados en los programas de prevención.

Existe un fuerte contraste entre el uso de estatinas y el uso de algunos medicamentos antihipertensivos en las personas mayores, lo que apunta a una posible infrutilización de estos. El acceso de la mujer al tratamiento cardiovascular se produce con un retraso de 3 a 5 años, lo que podría explicar en parte el hecho de que tengan un peor perfil de riesgo cardiovascular que los hombres.

Puede tener acceso a la publicación en  
<http://zl.elsevier.es/es/revista/atencion-primaria-27/articulo/analisis-dispensacion-medicamentos-el-control-90277896>

### Edita:

Servicio de Epidemiología.  
D.G. de Salud Pública  
y Drogodependencias  
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, Juan Antonio Sánchez, Carmen Santiuste, M.ª José Tormo.

### Coordinadora de Edición:

Carmen Santiuste de Pablos.

### Coordinador Administrativo:

Esperanza Ríos Molina.

### Suscripción:

Envío Gratuito.

### Solicitudes:

bolepi@carm.es

### e-issn:

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