

Evolución del consumo de medicamentos con potencial adictivo en la Región de Murcia

Introducción

El uso y la dependencia de sustancias psicoactivas representan un factor significativo en el incremento de la carga total de morbilidad a nivel mundial. Muchas de estas sustancias son utilizadas como medicación para aliviar el dolor, ayudar al sueño o a la lucidez y aliviar desórdenes del estado de ánimo. Actualmente, la mayoría de los tratamientos psicoactivos están restringidos al uso por prescripción médica¹.

La utilización de sustancias psicoactivas está muy extendida en los países desarrollados, dándose la circunstancia de que, en ocasiones, se utilizan en cantidades excesivas con finalidad recreativa por algunos pacientes².

El objetivo de este estudio es analizar la evolución del consumo de los medicamentos con potencial adictivo en la Región de Murcia durante los últimos ocho años.

Material y método

Se ha llevado a cabo un estudio de las dispensaciones de medicamentos con potencial adictivo, correspondientes a los grupos terapéuticos N02A (opiáceos), N05BA (benzodiazepinas), N05CF (hipnóticos relacionados con benzodiazepinas) y N06BA (psicoestimulantes), realizadas en las oficinas de farmacia de la Región de Murcia entre los años 2006 y 2014, con cargo al Servicio Murciano de Salud y las distintas mutualidades (MUFACE, ISFAS y MUGEJU).

Los datos de consumo de medicamentos se tomaron de la base de datos de facturación de recetas del Colegio Oficial de Farmacéuticos de la Región de Murcia.

ARTÍCULO

Evolución del consumo de medicamentos con potencial adictivo en la Región de Murcia.

NOTICIAS BREVES

- Hacia la erradicación de la poliomielitis para el 2018.
- Modificación de la vacuna frente a la poliomielitis.

Semanas epidemiológicas EDO:

Semanas 41 a 44 de 2015.



El consumo de medicamentos se expresó en forma de Dosis Habitante Día (DHD), que viene a representar las dosis diarias definidas (DDD) por mil habitantes y día. La DDD es la unidad de medida recomendada por la Organización Mundial de la Salud para los estudios sobre utilización de medicamentos, cuyo valor se corresponde con la dosis media diaria de mantenimiento para adultos de un medicamento en su indicación principal. La variación del consumo se expresó a través de la tasa media acumulativa anual (TMAA), que recoge la variación de una variable durante un intervalo de tiempo que abarca varios años, de tal forma que los incrementos no afectan sólo al valor inicial, sino que tienen carácter acumulativo. Los datos de población para cada año se obtuvieron del Padrón Municipal de Habitantes.

Resultados

La dispensación con receta de los medicamentos con potencial adictivo en la Región de Murcia pasó de 1,8 millones de envases, con un gasto público de 11,8 millones de euros en 2006, a 2,7 millones de envases con un gasto de 17,8 millones de euros en 2014 (tabla 1).

La tasa de consumo de estos medicamentos aumentó 17 puntos, desde 62,8 DHD en 2006 a 79,8 DHD en 2014, creciendo a una TMAA del 3%.

En la figura 1 se muestran los medicamentos opiáceos incluidos en la lista de estupefacientes. Junto a fentanilo en los últimos años se han comercializado nuevas especialidades con

Tabla 1. Consumo de medicamentos con potencial adictivo en la Región de Murcia, 2006-2014.

	2006			2014			TMAA* (%)
	Envases	Gasto (€)	DHD	Envases	Gasto (€)	DHD	
OPIÁCEOS	340.481	7.322.778,9	5,1	845.708	12.654.781,8	9,6	8,3
ANSIOLÍTICOS E HIPNÓTICOS	1.503.432	4.108.754,4	57,3	1.825.671	3.653.043,7	68,6	2,3
PSICOESTIMULANTES	10.188	380.688,7	0,4	36.290	1.490.347,2	1,6	19,4
TOTAL	1.854.101	11.812.222,0	62,8	2.707.669	17.798.172,6	79,8	3,0

*TMAA: Tasa media acumulativa anual del consumo de medicamentos en dosis diaria definida por 1.000 habitantes y día (DHD).

Figura 1. Tasa de consumo de los principales medicamentos opiáceos estupefacientes en dosis diarias definidas por 1.000 habitantes y día (DHD). Región de Murcia, 2006-2014.

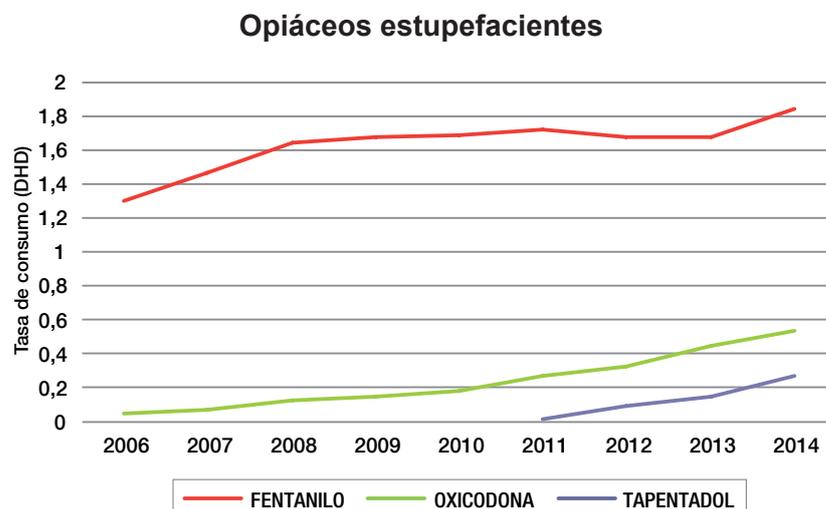


Tabla 2. Tasa de consumo de medicamentos con potencial adictivo, expresada en dosis diarias definidas por 1.000 habitantes y día (DHD). Región de Murcia, 2006-2014.

PRINCIPIOS ACTIVOS	TASA DE CONSUMO (DHD)									TMAA %*
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	(2006-2014)
BUPRENORFINA	0,55	0,60	0,67	0,75	0,79	0,80	0,77	0,82	0,86	5,77
CODEINA	0,52	0,52	0,51	0,66	1,00	1,04	0,86	0,89	0,97	8,26
DEXTROPROPOXIFENO	0,07	0,06	0,05	0,04	0,03	<0,01	-	-	-	-
DIHIDROCODEINA	-	-	<0,01	-	-	-	-	-	-	-
FENTANILO	1,30	1,47	1,64	1,67	1,69	1,72	1,67	1,68	1,84	4,41
HIDROMORFONA	-	-	-	0,04	0,10	0,10	0,08	0,06	0,05	-
MORFINA	0,12	0,15	0,13	0,11	0,12	0,13	0,12	0,13	0,13	0,23
OXICODONA**	0,05	0,08	0,13	0,15	0,18	0,27	0,33	0,44	0,54	34,91
PENTAZOCINA	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	-	-
PETIDINA	0,01	0,01	0,01	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00	-12,65
TAPENTADOL	-	-	-	-	-	0,01	0,09	0,15	0,27	-
TRAMADOL**	2,48	2,98	3,31	3,71	4,15	4,40	4,39	4,60	4,96	9,04
TOTAL OPIÁCEOS	5,09	5,86	6,46	7,16	8,07	8,48	8,32	8,78	9,62	8,27
ALPRAZOLAM	11,66	12,17	12,48	12,70	13,10	13,38	13,16	13,31	13,70	2,03
BENZAEPAM	0,31	0,29	0,24	0,23	0,23	0,22	0,19	0,08	0,11	-11,78
BROMAZEPAM	3,76	3,75	3,71	3,62	3,56	3,46	3,30	3,30	3,27	-1,70
CLOBAZAM	0,27	0,26	0,25	0,23	0,23	0,23	0,23	0,25	0,27	0,13
CLORAZEPATO DIPOTÁSICO	3,06	3,06	3,03	2,98	2,85	2,68	2,56	2,55	2,48	-2,61
CLORDIAZEPÓXIDO	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	-	-	-	-	-
CLOTIAZEPAM	0,08	0,07	0,07	0,07	0,07	0,07	0,07	0,07	0,07	-1,29
DIAZEPAM	5,69	5,89	6,16	6,14	6,19	6,35	6,17	7,22	7,83	4,06
HALAZEPAM	0,67	0,67	0,66	0,66	0,63	0,61	0,59	0,18	<0,01	-
KETAZOLAM	1,47	1,46	1,42	1,40	1,36	1,35	1,20	1,30	1,38	-0,83
LORAZEPAM	21,28	23,00	24,31	25,52	26,63	27,30	27,35	28,14	29,11	3,99
PINAZEPAM	0,02	0,02	0,02	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,02	-2,42
TEPAZEPAM	2,06	2,01	1,88	1,78	1,70	1,61	1,45	1,46	1,43	-4,49
ZALEPLON	0,09	0,03	<0,01	<0,01	-	-	-	-	-	-
ZOLPIDEM	6,53	7,01	7,26	7,55	7,82	8,10	8,14	8,36	8,63	3,54
ZOPICLONA	0,38	0,41	0,40	0,38	0,38	0,36	0,33	0,34	0,36	-0,68
TOTAL ANSIOLÍTICOS	57,33	60,09	61,89	63,27	64,75	65,74	64,75	66,58	68,64	2,28
ATOMOXETINA***	-	-	0,02	0,04	0,07	0,09	0,09	0,09	0,14	-
METILFENIDATO	0,35	0,48	0,59	0,76	0,88	1,00	1,12	1,29	1,39	18,86
MODAFINILO	0,03	0,03	0,03	0,03	0,04	0,04	0,03	0,03	0,03	2,56
TOTAL PSICOESTIMULANTES	0,38	0,51	0,64	0,84	0,99	1,12	1,24	1,41	1,56	19,45

*TMAA: Tasa media acumulativa anual periodo 2006-2014.

**Incluidas especialidades de combinaciones con otros principios activos.

*** Sujeto a visado de inspección médica hasta 2013.

oxicodona y tapentadol, que han alcanzado en 2014 tasas de consumo de 0,5 DHD y 0,3 DHD respectivamente (tabla 2).

Las benzodiazepinas y los hipnóticos relacionados con estas fueron los medicamentos más consumidos durante los años analizados

Figura 2. Tasa de consumo de los principales medicamentos ansiolíticos e hipnóticos en dosis diarias definidas por 1.000 habitantes y día (DHD). Región de Murcia, 2006-2014.

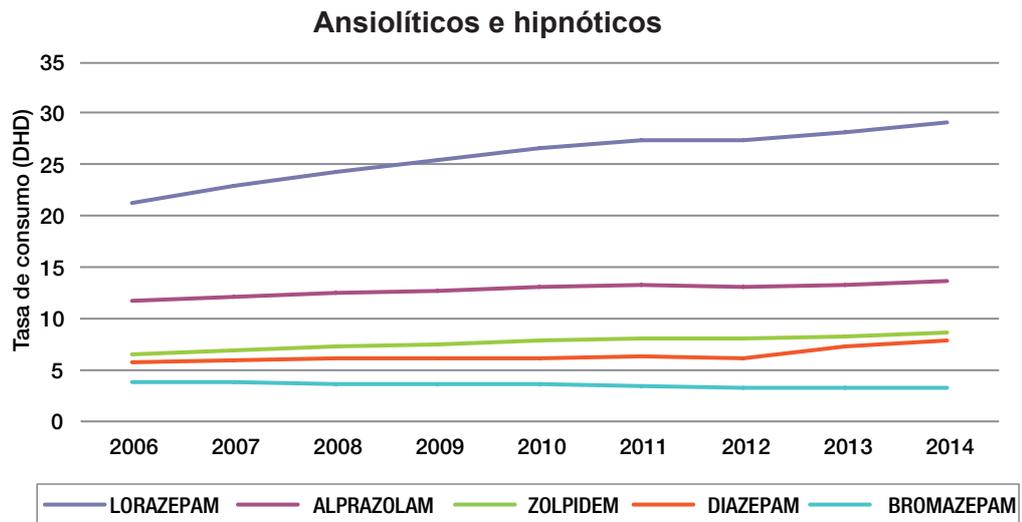


Figura 3. Tasa de consumo de los principales medicamentos psicoestimulantes en dosis diarias definidas por 1.000 habitantes y día (DHD). Región de Murcia, 2006-2014.

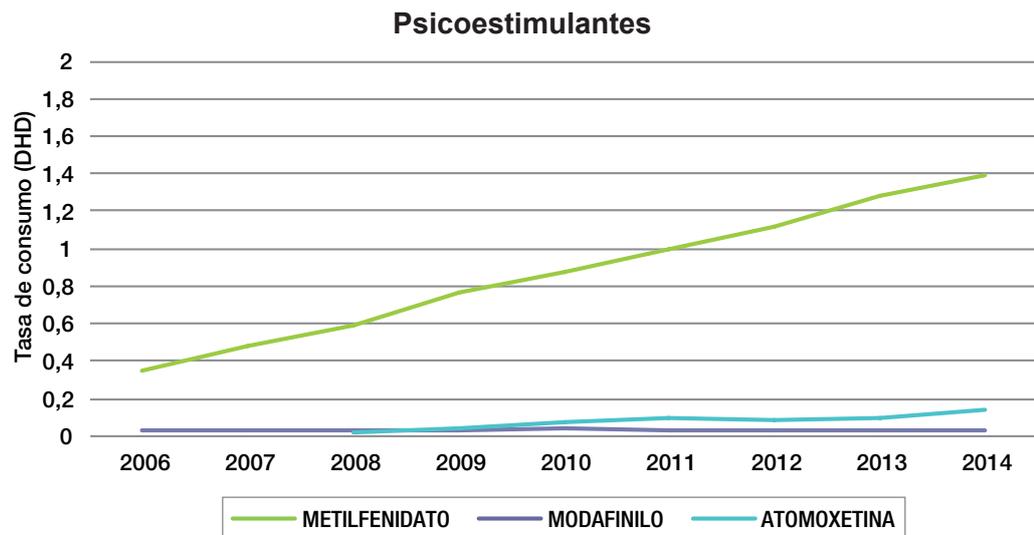
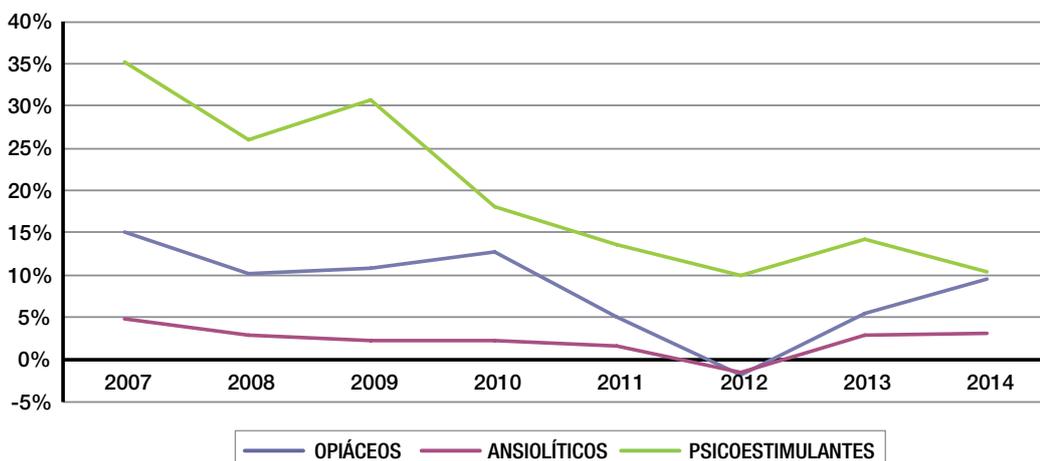


Figura 4. Tasa de crecimiento interanual de los medicamentos con potencial adictivo en la Región de Murcia, 2007-2014.



alcanzando una tasa de consumo en 2014 de 68,6 DHD. En la tabla 2 y en la figura 2 se observa como lorazepam es el principio activo de mayor consumo y crecimiento a lo largo de estos años, con una tasa de de 29,1 DHD en 2014.

En la figura 4 se observa como los fármacos psicoestimulantes, con una TMAA del 19,5%, fueron los que experimentaron un mayor aumento en este periodo hasta alcanzar una tasa de consumo de 1,6 DHD en 2014, siendo el metilfenidato el principio activo más representativo del grupo, como se observa en la figura 3.

Discusión

Durante el periodo estudiado la dispensación de psicoestimulantes, opiáceos, benzodiazepinas e hipnóticos ha experimentado un incremento considerable y sostenido en la Región de Murcia. Esta tendencia ya había sido observada en estudios realizados en otras comunidades autónomas³⁻⁵.

De todos los fármacos analizados, destaca el incremento en la dispensación de metilfenidato dentro de los psicoestimulantes y de la oxicodona en los opiáceos.

En España la única indicación autorizada del metilfenidato es el TDAH (trastorno por déficit de atención e hiperactividad), cuyo diagnóstico ha crecido notablemente en las dos últimas décadas, si bien el incremento de los tratamientos no muestra una clara correlación con el de la prevalencia⁶. El sobrediagnóstico, la presión de la industria farmacéutica y el uso fuera de indicación pueden ser factores que estén influyendo en este incremento de la prescripción de fármacos psicoestimulantes⁵, con el consiguiente riesgo de aumento de reacciones adversas (alteraciones del sueño, apetito y crecimiento, aumento del riesgo cardiovascular). En cuanto a la atomoxetina, destacar que su prescripción ha aumentado considerablemente en el año 2014 respecto a los 3 años anteriores, una vez que ha dejado de estar sujeta a visado de inspección médica.

En las últimas décadas, el consumo de opioides en España ha experimentado un considerable

aumento acercándonos a tasas de consumo de los países de nuestro entorno debido, entre otros factores, a la mayor sensibilización de los profesionales sanitarios frente al problema del dolor, la creación de unidades de cuidados paliativos y la eliminación de ciertas trabas administrativas que complicaban la prescripción de estos fármacos⁷.

El aumento considerable de la prescripción de oxicodona y otros opiáceos para el tratamiento del dolor crónico no oncológico en atención primaria, traumatología y otras especialidades se relaciona de forma paralela con un problema emergente de abuso y dependencia. Se ha constatado un aumento de asistencia a los servicios de urgencias por problemas relacionados con estos medicamentos, principalmente en pacientes geriátricos y/o polimedificados⁸. En un estudio realizado en el año 2002⁹, en pacientes que recibían medicación con opioides para el dolor no neoplásico, se demostró que al menos un 31% abusaba de su medicación. Ya hay países, como Estados Unidos, en los que el uso recreativo de este medicamento constituye un problema de salud pública con una mortalidad importante, derivada de su uso por vía nasal en combinación con otras sustancias como benzodiazepinas y alcohol¹⁰.

En cuanto a los ansiolíticos e hipnóticos, existe una creciente preocupación en la comunidad médica debido a que su uso está muy extendido y existe un grave riesgo de dependencia en los consumidores habituales. Los datos obtenidos para los principios activos incluidos en nuestro estudio para la Región de Murcia son similares a la media nacional¹¹, destacando mayores tasas de consumo de lorazepam y menores de alprazolam y diazepam. Durante estos años, que han coincidido con una importante recesión económica en España, parece ser que el consumo de estos medicamentos ha aumentado principalmente en población activa y en mujeres mayores¹². De hecho las tasas de crecimiento han sido positivas para todo el periodo estudiado, salvo el año 2012, posiblemente por el efecto de las modificaciones en el sistema de copago que entraron en vigor en julio de 2011¹³.

Los efectos adversos de estos medicamentos, relacionados con la duración de uso, son

potencialmente graves. El uso continuado de benzodiazepinas se ha relacionado con daños en ciertas áreas cognitivas, como la habilidad visoespacial, la capacidad de reacción y el aprendizaje verbal¹⁴.

Como conclusión podríamos afirmar que en los últimos años se ha producido un importante aumento en la dispensación de medicamentos con potencial adictivo en la Región de Murcia, especialmente en el caso de metilfenidato y opioides de última generación.

Agradecimientos

Al Colegio Oficial de Farmacéuticos de la Región de Murcia, por su colaboración y ayuda a la hora de obtener los datos, imprescindibles para la realización de este trabajo.

A los revisores anónimos por sus correcciones y sugerencias.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas. Washington, D.C.: OPS; 2005.
2. Burillo-Putze G, Aldea-Perona A, Rodríguez-Jiménez C, García-Sáiz M, Climent B, Dueñas, Munné P, Nogué S, Hoffman RS. Drogas emergentes (II): el pharming. *An Sist Sanit Navar*. 2013;36:99-114.
3. Sempere Verdú E, Salazar Fraile J, Palop Larrea V, Vicens Caldentey C. Evolución de la utilización de antidepresivos, ansiolíticos e hipnóticos en la Comunitat Valenciana. Período 2000-2010. *Aten Primaria*. 2014;46(8):416-25.
4. Ruiz D, Alonso A, Gómez P. Evolución del consumo de opiáceos en dos áreas sanitarias de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid y sus hospitales de referencia entre los años 2002 y 2006. *Rev Clin Esp*. 2008;208:541-5.
5. Treceño C, Martín Arias LH, Sáinz M, Salado I, García Ortega P, Velasco V, Jimeno N, Escudero A, Velasco A, Carvajal A. Trends in the consumption of attention deficit hyperactivity disorder medications in Castilla y León (Spain): changes in the consumption pattern following the introduction of extended release methylphenidate. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2012;21(4):435-41.

6. Polanczyk G, Willcutt E, Salum G, Kieling C, Rohde L. ADHD prevalence estimates across three decades: An updated systematic review and meta-regression analysis. *Int J Epidemiol*. 2014;43(2):434-42.

7. AEMPS. Utilización de opioides en España (1992-2006) [Internet]. Disponible en: <http://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/observatorio/docs/opioides.pdf>

8. Iniesta Navalón C, Urbieta Sanz E, Gascón Cánovas JJ, Madrigal de Torres M, Piñera Salmerón P. Evaluación de la anamnesis farmacoterapéutica realizada en el servicio de urgencias al ingreso hospitalario. *Emergencias*. 2011;23(5):365-71.

9. Reid, MC, Engles-Horton, LL, Weber, MB, Kerns, RD, Rogers, E.L. O'Connor PG. Use of opioid medications for chronic noncancer pain syndromes in primary care. *J Gen Intern Med*. 2002;17:173-9.

10. Dart RC, Surratt HL, Cicero TJ, Parrino MW, Severtson SG, Bucher-Bartelson B, Green, JL. Trends in opioid analgesic abuse and mortality in the United States. *N Engl J Med*. 2015;372(3):241-8.

11. AEMPS. Utilización de medicamentos ansiolíticos e hipnóticos en España durante el periodo 2000-2012[Internet]. 2014. Disponible en: http://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/observatorio/docs/ansioliticos_hipnoticos-2000-2012.pdf

12. Colell E, Sánchez-Niubò A, Delclos GL, Benavides FG, Domingo-Salvany A. Economic crisis and changes in drug use in the Spanish economically-active population. *Addiction*. 2015; 110(7):1129-37.

13. Sánchez, DP, Guillén, JJ, Torres, AM, Arenal, JJ, López, A, Sánchez, FI. La recuperación del consumo farmacéutico tras la modificación del copago: evidencia de un servicio regional de salud. *Aten Primaria*. 2014;47(7):411-8.

14. Stewart SA. The effects of benzodiazepines on cognition. *J Clin Psychiatry*. 2005;66 Suppl 2:9-13.

Autores

Diego Pablo Sánchez Martínez.

José Jesús Guillén Pérez.

Departamento de Ciencias Sociosanitarias.
Universidad de Murcia.

Situación regional. Semanas 41 a 44 (del 05/10/2015 al 01/11/2015).

ENFERMEDAD	CASOS NOTIFICADOS												CASOS NOTIFICADOS		
	SEMANA 41			SEMANA 42			SEMANA 43			SEMANA 44			SEMANA 41 a 44		
	2015	2014	MEDIANA	2015	2014	MEDIANA	2015	2014	MEDIANA	2015	2014	MEDIANA	2015	2014	MEDIANA
Toxinfecciones alimentarias	0	0	4	18	8	8	37	0	2	2	4	4	57	12	34
Gripe	23	34	61	11	36	63	57	47	93	33	37	111	124	154	328
Legionelosis	0	0	1	2	1	1	0	0	0	1	0	0	3	1	3
Otras meningitis	1	2	2	0	0	1	0	4	1	4	1	1	5	7	6
Parotiditis	0	1	2	1	1	2	2	6	3	1	5	4	4	13	11
Varicela	26	43	18	24	20	27	33	37	27	49	37	34	132	137	98
Tos ferina	1	1	0	3	0	0	0	1	0	3	2	1	7	4	1
Infección gonocócica	2	0	0	1	0	1	0	2	1	0	0	0	3	2	2
Sífilis	0	3	1	0	1	1	0	1	1	2	1	1	2	6	4
Hepatitis A	3	3	1	3	1	1	0	1	1	1	1	1	7	6	6
Hepatitis B	0	0	0	0	2	0	1	1	0	1	1	0	2	4	0
Paludismo	0	0	0	1	0	0	0	2	0	0	0	0	1	2	0
Chikungunya	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0
Tuberculosis	0	2	2	2	1	1	3	1	1	3	2	2	8	6	6

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

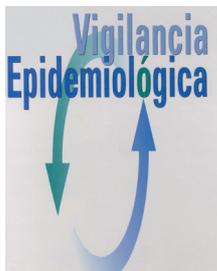
Distribución por áreas de salud. Semanas 41 a 44 (del 05/10/2015 al 01/11/2015).

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 2014)	257856		287352		172656		73042		59606		260404		197703		103572		54627		1466818	
Toxinfecciones alimentarias	0	29	21	88	0	6	1	4	0	0	28	100	2	10	5	18	0	3	57	258
Gripe	10	5584	31	5962	9	1277	6	972	1	1283	35	5083	14	4271	17	2092	1	1392	124	27916
Legionelosis	1	10	0	1	0	0	0	3	0	1	0	3	2	4	0	2	0	0	3	24
Otras meningitis	1	6	3	14	0	6	0	3	0	0	0	5	1	16	0	5	0	1	5	56
Parotiditis	0	159	0	19	0	13	0	31	0	4	1	78	3	105	0	4	0	13	4	426
Varicela	8	935	12	1126	7	688	48	823	0	109	25	885	25	936	6	519	1	153	132	6174
Tos ferina	1	20	3	30	2	14	0	3	0	0	0	17	0	10	1	6	0	3	7	103
Infección gonocócica	0	2	0	2	0	1	0	0	0	1	2	7	1	7	0	1	0	0	3	21
Sífilis	0	3	1	7	0	8	0	3	0	2	1	9	0	9	0	0	0	0	2	41
Hepatitis A	1	9	0	7	0	6	0	0	2	3	3	10	1	9	0	3	0	1	7	48
Hepatitis B	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	6	0	2	0	0	2	11
Paludismo	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	2	0	1	0	1	0	1	1	7
Chikungunya	1	5	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	2	0	0	0	1	1	10
Tuberculosis	3	21	0	13	1	16	0	4	1	8	0	22	0	13	2	27	1	4	8	128

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

NOTICIAS BREVES

HACIA LA ERRADICACIÓN DE LA POLIOMELITIS PARA EL 2018



La erradicación mundial de Polio planteada por la OMS para el 2000 se ha retrasado al 2018. Hasta diciembre de 2015 solo Afganistán y Pakistán, con 66 casos notificados de poliovirus salvaje tipo 1 (PVS1), son países endémicos para polio. Nigeria, con el último caso de PVS1 notificado en julio de 2014, ha conseguido dejar de ser país endémico^{1,2}, lo que acerca la Región Africana al certificado de región libre de la polio. A pesar de los progresos, sigue existiendo propagación internacional de PVS y circulación de polio derivado de la vacuna. La estrategia para la erradicación se centra en la vacunación, mediante campañas masivas en áreas endémicas y captación de niños no vacunados, y el refuerzo de la vigilancia de parálisis flácida aguda (PFA) en menores de 15 años. Las zonas afectadas por conflictos bélicos, la inseguridad, los movimientos migratorios y/o campañas antivacunas han provocado una disminución de las coberturas y el riesgo de reintroducción.

En Europa existe riesgo de importación por la llegada de refugiados, especialmente en Turquía, Grecia, Italia y Malta, y/o por la baja inmunidad de su población (Ucrania, Bosnia-Herzegovina, Rumania). España presenta un riesgo bajo de transmisión tras una importación de PVS, aunque necesita mejorar la calidad de la vigilancia de PFA ya que los indicadores están por debajo de los estándares de calidad en muchas CCAA y a nivel global².

Referencias

1. OMS. Executive Board 138th sesión. Provisional agenda item 8.6. Poliomyelitis Report by the Secretariat. EB 138/25.11 December 2015. Disponible en http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB138/B138_25-en.pdf
2. Centro Nacional de Epidemiología. Plan Nacional de Erradicación de la Poliomieltis. Vigilancia de la parálisis flácida aguda, año 2014. Madrid, Noviembre 2015. Disponible en: http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-enfermedades/fd-enfermedades-prevenibles-vacunacion/pdf_2015/Informe_anual_PFA_2014.pdf

MODIFICACIÓN DE LA VACUNA FRENTE A LA POLIOMIELITIS



El Comité Mundial para la Certificación de la Erradicación de la Polio confirmó el pasado 20 de septiembre la erradicación del poliovirus salvaje tipo 2 (PVS2), siendo el último caso declarado en 1999 en la India. También es digno de mención que el último caso de detección de poliovirus salvaje tipo 3 (PVS3) se produjo en Nigeria en noviembre de 2012, por lo que los casos registrados de polio durante los últimos 3 años lo han sido por el tipo 1 (PVS1).

Como consecuencia de esta erradicación, y en una acción planificada para la eliminación gradual de las vacunas orales de la polio, se retirará inicialmente de la vacuna de la polio oral el serotipo 2, el cual es responsable de la mayoría de los casos derivados de la vacuna, evitando así la circulación de la cepa vacunal, requisito necesario para la erradicación mundial de la enfermedad.

La aplicación del cambio en los programas de inmunización rutinarios de vacuna oral trivalente a vacuna oral bivalente, que contengan únicamente los serotipos 1 y 3, está prevista para abril de 2016.

Referencias

- Global eradication of wild poliovirus type 2 declared. Declaration further milestone for globally-coordinated vaccine switch in 2016. polioeradication.org; 9/2015. <http://www.polioeradication.org/mediaroom/newsstories/Global-eradication-of-wild-poliovirus-type-2-declared/tabid/526/news/1289/Default.aspx>

Edita:

Servicio de Epidemiología.
D.G. de Salud Pública y Adicciones.
Consejería de Sanidad.
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, Lluís Cirera, Juan Francisco Correa, Visitación García, Ana María García-Fulgueiras, José Jesús Guillén, Olga Monteagudo, Ana Belén Moreno, Carmen Navarro, Jaime Jesús Pérez, Juan Antonio Sánchez, Carmen Santiuste.

Coordinadora de Edición:

Ana Belén Moreno López.

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