

SUMARIO

- VINTECINCO ANOS DE BOLETÍN EPIDEMIOLÓXICO DE GALICIA..... páxina 1
- AS ENFERMIDADES DE DECLARACIÓN OBRIGATORIA EN GALICIA DURANTE 2010..... páxina 5
- COÑECEMENTO DA POBOACIÓN DE GALICIA SOBRE A VACINACIÓN DOS ADULTOS..... páxina 8
- APROXIMACIÓN O USO AMBULATORIO DE ANTIBIÓTICOS EN GALICIA EN 2009 E 2010.. páxina 14

VINTECINCO ANOS DE BOLETÍN EPIDEMIOLÓXICO DE GALICIA

O pasado 11 de decembro de 2011 cumpríronse 25 anos da publicación do primeiro número do Boletín Epidemiolóxico semanal de Galicia (BESG), precursor do BEG, do que aquí reproducéase a primeira páxina (figura 1). O BEG naceu vencellado á vixilancia epidemiolóxica, en concreto ao sistema de enfermidades de declaración obrigatoria (EDO), coa finalidade de trasladar aos declarantes información sobre a situación das ditas enfermidades en Galicia, e pechar deste xeito un circuíto de comunicación que iniciaron estes

últimos ao facer a declaración. Por iso, os seus contidos predominantes eran de dous tipos: os datos de frecuencia das EDO en Galicia, con desagregacións xeográficas que foron evolucionando co paso do tempo; e comentarios sobre a situación de diferentes EDO. Ademais se lle deu cabida a comentarios sobre outras enfermidades e sobre diferentes programas de control desenvolvidos por saúde pública.

O BEG naceu coa intención de ter unha periodicidade próxima á semanal, de aí o seu nome, mais dende o principio non foi posible conseguilo. Por iso, en 1995 decidiuse mudar o nome de BEG a BEG, cambio que se marcou con outro na cor preferente, do azul ao verde. De entón a hoxe, o tempo medio transcorrido entre dous números sucesivos do BEG foi de 2'1 meses, cun desvío típico de 1'1 (figura 2).

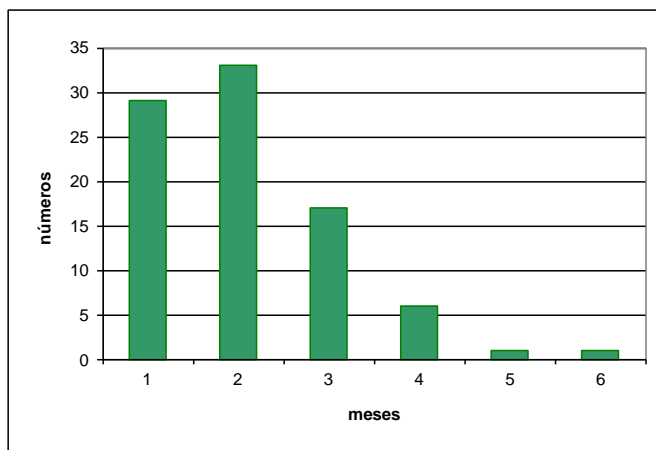
Ademais, aproveitouse este cambio para trasladar os datos a un anexo e acompañalos de dúas figuras, nas que se destacaban, nunha delas, as enfermidades nas que se observou, no conxunto de Galicia e no período considerado –a cuatrisesmana–, un exceso de casos sobre os que se esperaba que ocorresen. Na outra figura indicábase, por área de saúde, se o número de casos observados nela superaba ou non o número esperado.

Figura 1: Primeira páxina do primeiro número do BEG.



A este cambio sucedéronlle outros. Dos máis salientables o primeiro ocorreu dez anos despois, en 2006, cando a partir do número 1 do volume XIX deixáronse de publicar os datos de frecuencia das EDO no BEG, porque se desenvolveu unha aplicación para a páxina web da DXIXSP que proporciona os datos das EDO desagregados por de concello e semana dende 1995 (1).

Figura 2. Tempo transcorrido, en meses, entre dous números sucesivos de BEG, dende decembro de 1996 (volume XIX, nº 4) a decembro de 2011 (volume XXIII, nº 6).



Outro cambio importante foi o abandono de edición impresa. Ocorreu en 2009, co número 1 do volume XXIII, impulsado en parte pola entón incipiente crise económica. Este cambio permitiu aumentar a cantidade de temas tratados por número e mesmo a extensión de cada tema, e consolidou unha orientación que xa se ia desenvolvendo dende tempo atrás, o papel do BEG como depositario da descrición, análise e interpretación dos sucesos máis relevantes dende o punto de vista da vixilancia epidemiolóxica que ían ocorrendo en Galicia ou que lle podían afectar.

Esta evolución foi desprazando a modo o centro de atención do BEG, dos declarantes cara as propias unidades de vixilancia epidemiolóxica, debido fundamentalmente á relevancia que teñen os antecedentes na interpretación de sucesos actuais en procesos, como as EDO, que evolucionaron ao longo do tempo. Esta importancia queda ben reflectida nas frecuentes citas que no BEG se fan a números anteriores do mesmo BEG. A isto colaborou a expansión de vixilancia, que xa dende anos se estendeu á mortalidade e máis recentemente ás condutas de risco para a saúde (SICRI, SIX), que cada vez ocupan máis espazo no BEG e non teñen relación directa coa declaración.

Deste xeito, o BEG xa non é tan axeitado para cubrir en exclusiva a liña de comunicación cos declarantes, e para ocupar o espazo do que en parte se afastou naceu *Venres epidemiolóxico*, unha publicación quincenal especificamente dirixida aos declarantes, principalmente os de atención primaria. Ambos preténdense complementarios, porque o BEG seguira a tratar temas que poden ser de interese para os declarantes.

Polo demais, semella que, polo papel central que xogan as EDO nas orixe e traxectoria do BEG, esta breve lembranza non pode rematar sen falar de como estaban as EDO daquela, cando a declaración facíase a través dos antigos xefes locais de sanidade. A táboa 1 amosa as taxas anuais (casos por cen mil habitantes), en 1985 e 1986, que se tomaron do primeiro comentario anual aparecido no BEG, no número 9 do volume II. (A numeración dos dous primeiros volumes foi correlativa, e partir do III xa volveu a comezar con cada novo volume.) A táboa contén tamén as taxas de 2010, que se comentan neste mesmo número do BEG, e unha estimación da magnitude do cambio (como redución) entre a incidencia estimada para Galicia coa declaración obrigatoria de enfermidade en 1985 e 1996, e a incidencia estimada do mesmo xeito en 2010. As EDOS que se amosan na táboa son unha parte das que eran, xa que da listaxe entón vixente só se seleccionaron algunhas das coincidentes coa que estaba vixente 2010. Sexa como fose, a táboa amosa dous panoramas moi diferentes, cunha considerable redución da incidencia na meirande parte das enfermidades.

Na actualidade dúas das enfermidades teñen a transmisión endémica interrompida, sarampelo e rubéola. Para elas é imposible calcular a porcentaxe de redución porque en 2010 non houbo casos, pero pódese

asumir que é do 100%. En 1985 e 1986 pasaran apenas 3-4 anos da inclusión da vacina tripla vírica (TV) no calendario de vacinacións infantil, polo que aínda non eran moitas as cohortes de nados vacinadas nin era, tampouco, moi elevada a cobertura acadada. A outra enfermidade cuberta pola TV, a parotidite, experimentou un descenso menor, que varia dun ano para outro polos ciclos polianuais. Isto débese a que a TV é menos efectiva fronte á parotidite, malia que a teña abondo para reducir a incidencia da enfermidade e alargar o tempo transcorrido entre ciclos epidémicos.

Tamén diminuíu moito a incidencia de tose ferina, mentres a de tétano é menor, debido a que daquela estaba recente a campaña de vacinación de adultos que se desenvolveu en 1983. Houbo descensos importantes tamén nas enfermidades de orixe alimentaria, tanto na rúbrica inespecífica das toxi-infeccións alimentarias, como das específicas febre tifoide e paratifoide e disentería bacilar. Tamén diminuíu a brucelose, que en 2010 acadou o mínimo histórico, como resultado da mellora da sanidade animal.

Os descensos observados en sífilis e gonococia merecen dous tipos de comentarios. Por unha banda, son as enfermidades que máis dúbidas xeran pola validez dos datos; en concreto, descoñécese a proporción dos casos declarados que son verdadeiros casos da enfermidade. Pola outra, dos anos comparados, os primeiros corresponden á época na que aínda non amosaran o seu impacto as medidas de prevención da infección de transmisión sexual difundidas a carón da expansión da Sida. De feito, as primeiras etapas desta expansión coincidiron cos primeiros anos do BESG, e nel dáse conta da evolución da Sida en Galicia en numerosas ocasións, antes de que principiase a edición de informes anuais independentes.

Tamén merece un comentario especial a enfermidade meningocócica. Os anos 1985 e 1986 forman parte da póla descendente da onda de hiperendemia que acadou o cumio a finais da década de 1970, debido a meningococos do serogrupo B, e que nos primeiros anos da década de 1990 atopábase xa en niveis de endemia semellantes a 2010. Mentres, en 1995 comezou un novo ciclo de hiperendemia, debido agora a meningococos do serogrupo C, fronte o cal se desenvolveron tres campañas de vacinación. Por isto, a meningocócica é a enfermidade que conta con máis aparicións no BEG.

A diferenza das anteriores, a febre exantemática mediterránea e o paludismo medraron en incidencia, aínda que de ningunha delas se acadaron cifras elevadas ao longo deste período. Os da primeira son casos autóctonos, os de paludismo son todos importados.

A redución observada na varicela é máis difícil de explicar. Por unha banda, como a varicela é unha enfermidade prioritariamente infantil e a incidencia móstrase en taxas brutas, é dicir, sobre o conxunto da poboación, a importancia cuantitativa dos nenos na poboación inflúe no valor da taxa. (Non se poden axustar as taxas por idade porque nos dous períodos a declaración de varicela era numérica; é dicir, notificábase só o número de casos.) Nos anos comparados houbo un cambio demográfico moi importante en Galicia. O padrón de 1986 conta con 366.000 menores de 10 anos, o 13% da poboación (590.000 menores de 15 anos, o 21%), mentres o padrón de 2010 conta con 218.000 menores de 10 anos, o 8% (e 321.000 menores de 15, o 11%). Só este cambio implica taxas menores en 2010. Ademais, a difusión en farmacia da vacina da varicela dende 2005 de seguro reduciu algo a incidencia. Polo demais, que a

Táboa 1. Incidencia (c/10⁵h-ano) de diferentes EDO en Galicia en tres anos diferentes e a redución observada en 2010 a respecto de 1985 e 1986.

EDO	1985	1986	2010	Redución	
				1985	1986
Sarampelo	57'0	142'4	0'0	non calculable	
Rubéola	82'3	85'9	0'0	non calculable	
Parotidite	132'9	39'7	4'6	97%	88%
Tose ferina	37'1	16'4	0'2	99%	99%
Tétano	0'1	0'2	0'1	0%	22%
Toxi-infeccións alimentarias	42'1	49'8	9'8	77%	80%
F. tifoide e paratifoide	21'4	13'3	0'1	100%	99%
Disentería bacilar	2'3	4'5	0'3	88%	94%
Brucelose	5'0	2'9	0'1	99%	99%
Sífilis	7'6	7'6	2'3	70%	70%
Gonococia	131'0	113'0	2'4	98%	98%
Varicela	509'3	507'8	188'4	63%	37%
F. botonosa (ou, FEM)	0'0	0'0	0'1	non calculable	
Paludismo (3)	0'2	0'1	0'6	-257%	-485%
Enf. meningocócica	13'6	12'7	1'8	87%	86%

PROGRAMA DE ELIMINACIÓN DO SARAMPELO: son de declaración obrigatoria urxente ao SAEG Todos os casos de enfermidade con:
Febre > 38º C, exantema máculo-papular e : tose ou rinite ou conxuntivite.

redución observada a respecto de 1985 e 1986 sexa tan diferente obedece os ciclos polianuais da varicela, que no conxunto de Galicia adoitan ser cada 2-3 anos.

Na táboa non constan datos de dúas enfermidades, a SIDA e a tuberculose, de gran relevancia no período que comezou cando se publicou o primeiro número do BEG. Non se consignaron aquí porque os seus pormenores exceden á pretensión desta mínima reseña. Non entanto, na páxina web da DXIXSP hai informes recentes sobre a evolución de cada unha delas (2).

Referencias

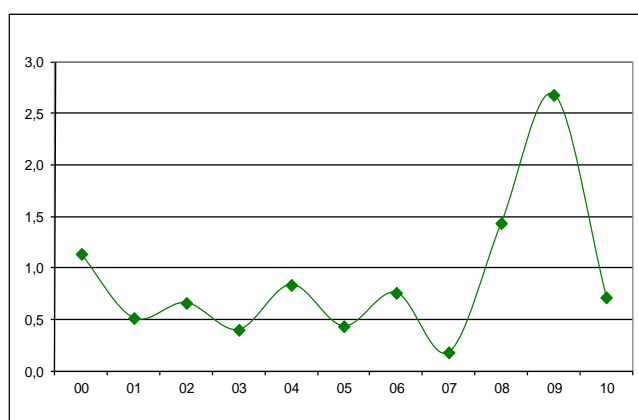
- ¹ No epígrafe “Datos de enfermidades de declaración obrigatoria en Galicia”, no apartado “Datos” do espazo “Aplicación e datos”.
- ² No epígrafe de cadansúa enfermidade na Área de traballo “Transmisibles”.

AS ENFERMIDADES DE DECLARACIÓN OBRIGATORIA EN GALICIA DURANTE 2010

Limiar. Dende o punto de vista da vixilancia epidemiolóxica, 2010 non pode ser outro que o ano que seguiu á última pandemia de gripe, que na tempada 2010/11 recuperou a súa estacionalidade característica, cunha incidencia semellante á da tempada anterior á pandemia, a 2008/09, malia que o virus predominante volveu ser o A(H1N1) pandémico, como xa se comentou nun número anterior do BEG¹. No noso contorno, o feito máis salientable quizais fose o comezo do brote de gastroenterite debido a *Salmonella poona*, que afectou a varias comunidades autónomas dende finais de 2010 ata mediados de 2011. Os afectados foron na súa meirande parte nenos de menos de 1 ano de idade, xa que o brote se debeu ao consumo dun leite infantil comercial. Xa hai publicado un informe do Centro Nacional de Epidemioloxía no que o brote se describe polo miúdo².

Xa en Galicia, durante 2010 a incidencia de hepatite A retornou a valores normais despois de que extinguiuse o brote que se desenvolveu durante 2008 e 2009³ (figura 1). Ademais, tamén durante 2010 permaneceu interrompida a transmisión autóctona do sarampelo e da rubéola.

Figura 1. Incidencia (c/10⁵h) anual de hepatite A en Galicia, de 2000 a 2010.



A táboa 1 amosa a incidencia notificada durante 2010 das diferentes enfermidades de declaración obrigatoria (EDO) no conxunto de Galicia, agás a de tuberculose e da Sida, xa que sobre a súa situación emite informes periódicos cadanseu programa de control⁴⁻⁵. Estes datos déronse por consolidados o 1 de abril de 2011, e máis desagregados en espazo e tempo pódense obter na páxina web da DXIXSP⁶.

Táboa 1: Enfermidades de declaración obrigatoria en Galicia durante 2010							
EDO	Casos	Taxa (1)	IEAc(2)	EDO	Casos	Taxa (1)	IEAc(2)
Gripe	29.522	1.055'24	0'36	Hepatite A	20	0'71	0'95
Meninxites víricas	233	8'33	1'32	Hepatite B	36	1'29	0'88
Enf. Meningocócica	50	1'79	0'71	Outras hepatites víricas	49	1'75	0'72
Enf. Invasiva por Hib	6	0'21	1'20	Brucelose	1	0'04	0'33
Varicela	5.270	188'37	0'70	Sífilis	63	2'25	0'75
Sarampelo	0	0'00	---	Gonococia	68	2'43	0'73
Rubéola	0	0'00	---	Lexionelose	71	2'54	1'13
Parotidite	128	4'58	0'55	Disentería bacilar	8	0'29	2'00
Tose ferina	6	0'21	1'20	Tétano	4	0'14	2'00
Toxi-infeccións alimentarias	275	9'83	0'94	Febre botonosa (FEM)	3	0'11	0'60
Febre tifoidea	1	0'04	0'17	Paludismo (3)	18	0'64	2'00
Febre paratifoidea	1	0'04	---	Lepra	1	0'04	0'50
Rubéola conxénita	0	0'00	---	Sífilis conxénita	2	0.07	2.00

(1) Casos por cen mil habitantes. (2) Índice Epidémico Acumulado. (3) Todos os casos son importados.

PROGRAMA DE ELIMINACIÓN DO SARAMPELO: son de declaración obrigatoria urxente ao SAEG Todos os casos de enfermidade con:
Febre > 38º C, exantema máculo-papular e : tose ou rinite ou conxuntivite.

Comentario. O único caso de brucelose, que ademais de cómo EDO tamén se vivía co Sistema de Información Microbiolóxica de Galicia (SIMG) e co CMBD de altas hospitalarias, supón o mínimo histórico rexistrado en Galicia. Pola contra, como indica un índice epidémico acumulado (IEAc) de 2, observouse un lixeiro aumento do número de casos de paludismo (todos importados), disentería bacilar, tétano e sífilis conxénita.

Tamén de **lexionelose** observouse un aumento de incidencia, mais quedou circunscrito á provincia de Lugo, que en 2010 acadou a incidencia anual máis elevada nunha provincia Galega dende 2002 (figura 2). A investigación non detectou ningún indicio de que os casos puidesen ter relación cunha fonte común.

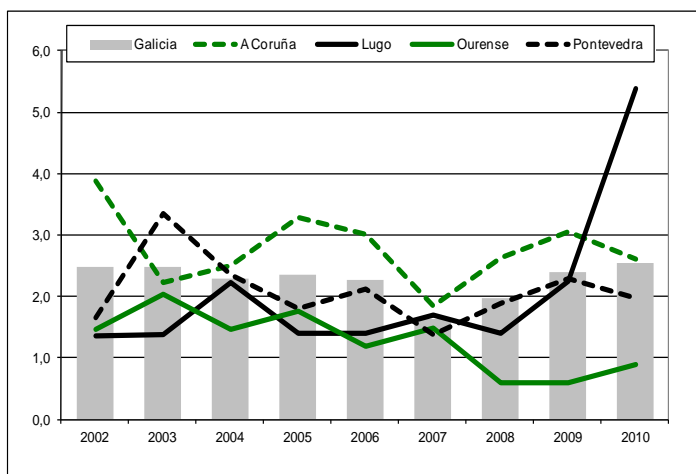


Figura 2. Incidencia (c/10⁵h) anual de lexionelose por provincias, de 2000 a 2010.

No que atinxe á **disentería bacilar**, dos 8 casos detectados, un era importado, outro non puido ser enquisado e un terceiro tivo contacto cunha persoa que viaxara a Exipto. Todos estes casos debéronse a *Shigella* spp, e os dous últimos considéranse autóctonos. Tamén son autóctonos 3 casos debidos a *S. Flexneri*, que non tiñan relación aparente entre eles, e 2 debidos a *S. Sonnei*, que eran irmáns. En ningún destes cinco casos se puido identificar a fonte de infección.

A **sífilis conxénita** vivíase separada do conxunto da sífilis dende 1997, e nos 7 primeiros anos de vixilancia detectáronse en Galicia só 2 casos, mentres nos 7 seguintes, de 2004 a 2010, detectáronse 7. Deste xeito, pasouse dos 0'14 casos por mil nados vivos ao ano a 0'32, un aumento que coincide con outro da sífilis que pasou de 2'15 c/10⁵h ao ano no período 1997-2003 a 3'13 no 2004-2010.

Participación na declaración. A calidade da notificación efectuada polos declarantes (2.279 en 2010), estúdase con dous indicadores: a participación global, que é a porcentaxe que supón o número de boletíns de notificación semanal recibidos do total de boletíns que poderían ser recibidos; en 2010, 2.279 por 52 semanas, 118.514; e a adecuación da participación, que divide os declarantes en catro categorías: quen non declarou nunca (declaración nula), quen só declarou de 1 a 10 semanas (declaración baixa), quen o fixo entre 11 e 41 semanas (declaración irregular) e quen declarou máis de 41 (declaración axeitada).

No ano 2010 a participación global foi do 43%, que supón unha perda de cinco puntos porcentuais a respecto de 2008 e 2009, e o retorno ao nivel de 2006, no que se obtivo a participación máis baixa dende que empezou o actual sistema de notificación en 1991. Na figura 3 mírase como ao longo de todo o ano a a participación ficou semana a semana á beira da liña que indica o peor valor da década precedente.

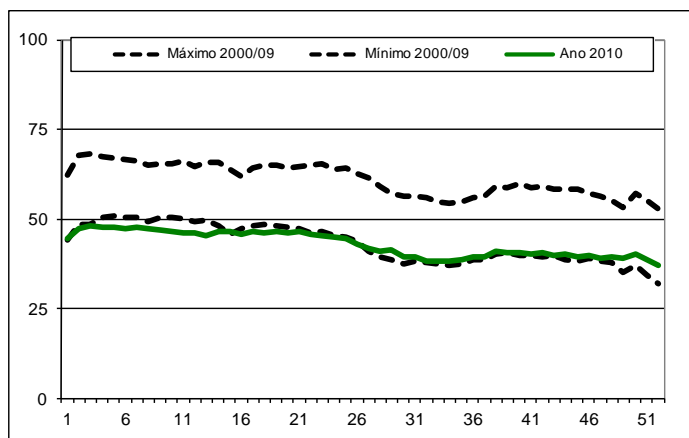


Figura 3. Participación global na declaración por semana durante 2010, cos valores semanais máximo e mínimo da participación de 2000 a 2009. Galicia.

Na figura 4 mírase que en todas as áreas de saúde da provincia de A Coruña a participación en 2010 estivo por baixo dos peores rexistros da década anterior, 2000 a 2009; e que nas de Pontevedra non chegou a tanto pero se perdeu participación a respecto de 2009. As de Lugo e Ourense, agás a de Lugo que medrou de 2009 a 2010, mantivéronse semellantes.

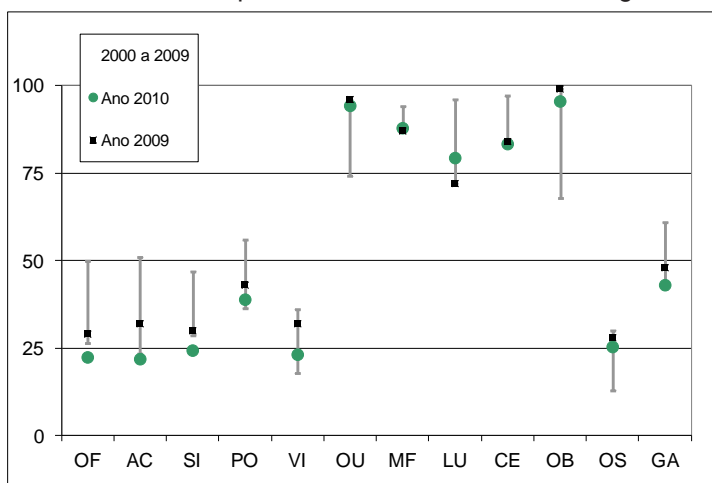


Figura 4. Participación global na declaración en 2009 e máis 2010, xunto ao rango de variación da participación anual de 2000 a 2009, por área sanitaria.

No que atinxe á adecuación da participación, o descenso da participación global en 2010 foi a costa da expansión da declaración nula e da contracción da declaración irregular, xa que a baixa e a axeitada mantivéronse nun nivel moi semellante ao de 2009 (figura 5).

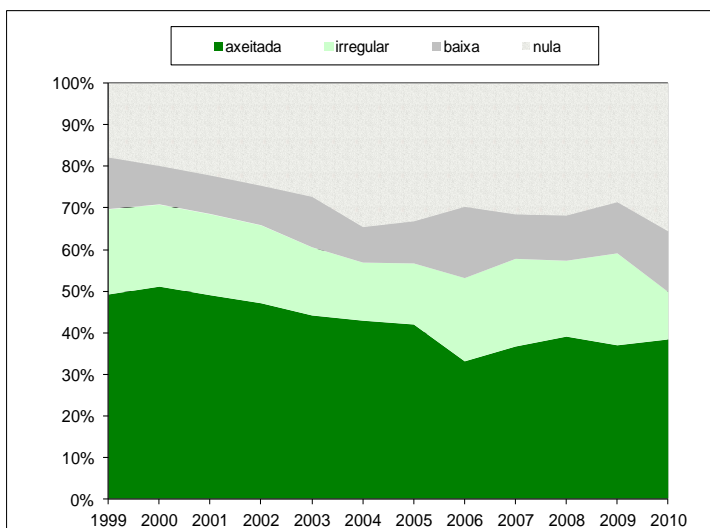


Figura 5. Evolución da adecuación da participación en Galicia de 1999 a 2010. Porcentaxe que en cada ano supuxo cada unha das categorías de adecuación.

Referencias.

- ¹ DXIXSP. *Boletín Epidemiolóxico de Galicia*; vol. XXIII, nº 5.
- ² Red Nacional de Vigilancia Epidemiolóxica. Brote supra-comunitario de gastroenteritis por *Salmonella Poona* en 2010-2011. *Boletín Epidemiolóxico Semanal*, vol. 19, nº 13.
- ³ DXIXSP. *Boletín Epidemiolóxico de Galicia*; vol. XXIII, nº 2.
- ⁴ DXIXSP. Características dos casos de tuberculose de Galicia no ano 2010. Evolución do período 1996-2010: <http://www.sergas.es/Publicaciones/DetallePublicacion.aspx?IdPaxina=40008&IDCatalogo=2086>
- ⁵ DXIXSP. Informe VIH-sida en Galicia, 1984-2010: <http://www.sergas.es/gal/DocumentacionTecnica/docs/SaudePublica/sida/informe%20VIH-SIDA%202011%20galego.pdf>
- ⁶ Datos de EDO na web: no epígrafe “Datos de enfermidades de declaración obrigatoria en Galicia”, no apartado “Datos” do espazo “Aplicación e datos”.

COÑECEMENTO DA POBOACIÓN DE GALICIA SOBRE A VACINACIÓN DO ADULTOS

Introdución. As vacinacións de aplicación universal son unha medida preventiva que proporciona unha grande equidade ao Sistema Sanitario¹. As vacinas das que dispoñemos na actualidade son eficaces, seguras e teñen unha elevada razón beneficio/custo e beneficio/risco². A súa incorporación progresiva aos calendarios vacinais e a súa aplicación de forma masiva na poboación por medio dos programas de saúde pública ten recibido o apoio de pais e pediatras.

As vacinas non só proporcionan unha protección individual senón tamén unha protección colectiva ou comunitaria (inmidade de grupo) que contribúe a romper a cadea de transmisión e permite obter resultados superiores á suma das inmunidades individuais. Un exemplo de control de enfermidade de gran morbi-mortalidade por medio da vacinación témolo na erradicación da varíola no ano 1980, seguindo o plano que a Organización Mundial da Saúde propuxera en 1959.

Fóra das aplicacións masivas como é o caso do calendario infantil³, inmensamente aceptado⁴, existen en España unhas recomendacións sobre a vacinación en adultos elaboradas polo Ministerio de Sanidad y Consumo no ano 2004⁵. Estas recomendacións van dirixidas a seis grupos: os adultos en xeral, determinados grupos laborais, os infectados polo virus de inmunodeficiencia humana (VIH), os viaxeiros internacionais, os inmunodeprimidos e a poboación inmigrante.

A vacinación dos adultos fundaméntase, nalgúns casos como o tétano ou a difteria, en que as vacinas administradas na nenez non inducen unha inmidade que persista durante toda a vida, e necesitarán reforzos con doses posteriores á primovacinação. Noutros casos, como a da gripe ou a do pneumococo, as vacinas adminístranse por vez primeira ao acadar unha idade asociada a un risco considerable de enfermidade, ou seguindo unhas recomendacións específicas⁵.

En Galicia, cando un viaxeiro acode a unha consulta previa á viaxe nos centros de vacinación internacional⁶ recoméndanse as vacinas indicadas en cada caso concreto, segundo o destino, as alertas epidemiolóxicas nesa zona do globo e as características persoais de cada individuo. Estas vacinas poden ser de carácter obrigatorio, como a da febre amarela en determinados países, ou só recomendacións como no caso da hepatite A, febre tifoide, enfermidade meningocócica, encefalite xaponesa, encefalites por carrachas, rabia, cólera, gripe, difteria, tétano, hepatite B e sarampelo-rubéola-parotidite⁷.

Para que as recomendacións sobre vacinación sexan efectivas, os destinatarios teñen que saber delas. O contacto frecuente co sistema sanitario no caso dos enfermos inmunodeprimidos e VIH, así como a expansión da Saúde Laboral, favorece o intercambio de información, pero nos outros grupos pode non ser tan doado. Por iso o Programa Galego de Vacinación está interesado en saber cal é o coñecemento que a poboación galega ten sobre a vacinación na etapa adulta, procurando planificar a súa labor futura. No presente estudo non se incluíu a inmigración, que precisaría dunha abordaxe específica.

Metodoloxía. Utilizouse a información aportada pola enquisa do Sistema de Información sobre Condutas de Risco (SICRI) realizada no ano 2010. A enquisa foi deseñada para garantir representatividade en oito estratos de poboación definidos en función do sexo e o grupo de idade: 16 a 24, 25 a 44, 45 a 64 e de 65 anos en diante.

O marco de mostraxe foi a base de datos de Tarxeta Sanitaria, que ten unha cobertura aproximada do 97% da poboación residente en Galicia, e a selección fíxose por mostraxe aleatoria estratificada. O traballo de campo levouse a cabo entre xaneiro e marzo de 2010. As enquisas foron realizadas telefonicamente utilizando un sistema CATI e contestaron á enquisa 7.845 persoas.

Os datos que se presentan a continuación están axustados ao deseño da mostra coas estimacións puntuais de prevalencia seguidas polo intervalo de confianza ao 95% entre parénteses (IC95%).

O SICRI na súa enquisa do 2010 introduciu, por primeira vez, preguntas sobre o coñecemento que a poboación galega ten sobre a vacinación en adultos. As preguntas analizadas para este traballo amósanse no anexo 1.

Resultados. O 72'0% (70'9-73'1) dos galegos de 16 ou máis anos consideran que é importante vacinarse na idade adulta, fronte ó 16'9% (16'0-17'7) que considera xusto o contrario. Non se atopan diferenzas por sexo na resposta ($p=0'35$). No grupo de idade de 16-24 (Táboa 1) a porcentaxe de galegos que o consideran importante acada o 86'0 % (84'5-87'6). Pola contra, no grupo dos 45-64 anos descende ata un 65'5% (63'5-67'6).

Táboa 1. Importancia autopercibida da vacinación en adultos (%) por grupos de idade (en anos)						
Grupo de idade	Importancia da vacinación en adultos					
	É importante		Non é importante		Non sabe	
	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
16-24	86'0	84'5-87'6	8'3	7'1-9'6	5'7	4'6-6'7
25-44	72'8	70'9-74'8	16'7	15'1-18'3	10'5	9'1-11'8
45-64	65'5	63'5-67'6	20'5	18'8-22'2	14'0	12'5-15'5
>=65	73'1	71'1-75'2	16'0	14'3-17'7	10'8	9'4-12'3
TOTAL	72'0	70'9-73'1	16'9	16'0-17'7	11'2	10'4-11'9

Cando se lles pregunta se saberían dicir algunha vacina que se poña na idade adulta, o 77'6% (76'6-78'5) dos galegos contestan que si. En función da idade, no grupo dos 16-24 anos só o 54'6% (52'4 -56'9) saberían dicir o nome dalgunha (Táboa 2).

Táboa 2. Coñecemento das vacinas que se poñen na idade adulta (%) por grupos de idade (en anos)						
Grupo de idade	Coñecemento das vacinas nos adultos					
	Sabe		Non se poñen		Non sabe	
	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
16-24	54'6	52'4-56'9	0'0	...	45'4	43'1-47'6
25-44	77'9	76'1-79'8	0'2	0'0-0'4	21'9	20'0-23'7
45-64	80'9	79'2-82'6	0'1	0'0-0'3	18'9	17'3-20'6
>=65	81'8	80'1-83'6	0'1	0'0-0'3	18'1	16'3-19'9
TOTAL	77'6	76'6-78'5	0'1	0'1-0'2	22'3	21'4-23'3

De entre aqueles que responderon que si sabían algunha vacina que se pon na idade adulta (Táboa 3), as dúas máis nomeadas foron a gripe 82'5% (81'5–83'5) e o tétano 28,9% (27,7–30'1). Con todo, a porcentaxe de persoas que responderon ás dúas foi do 14'3 (13'3–15'2).

A porcentaxe dos que responden "vacina da gripe" como opción de vacina que se pon na idade adulta, aumenta conforme avanzamos en idade, en ambos sexos, chegando ata o 98'2% (97'6-98'9) no grupo dos maiores de 64 anos que sabían o nome dalgunha vacina que se pon na idade adulta. Pola contra, son os deste grupo de idade os que acadan a porcentaxe menor na resposta de tétano [9'3% (7'8–10'8)].

O 11'2% (10'3-12'3) responden outras vacinas, e o 78'0% (74'8-81'2) destes responden a vacina fronte á gripe A.

Pero cando analizamos as respostas dos nomes das vacinas tendo en conta a toda a poboación (Táboa 4) destaca que o patrón de aumento de resposta da gripe conforme avanzamos en idade mantense, así como que o grupo dos maiores de 65 anos sexan os que menos responden tétano. A resposta gripe é proporcionada polo 63'6% (62'5-64'7) dos galegos de 16 ou máis anos, e o tétano polo 22'3% (21'3-23'2).

Táboa 3. Nomes das vacinas que se poñen na idade adulta (%) naqueles que responderon que sabían o nome dalgunha vacina que se pon na idade adulta, por grupos de idade (en anos).

Grupo de idade	Nome das vacinas nos adultos											
	Tétano		Gripe		Pneumococo		Hepatite A		Hepatite B		Outras	
	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
16-24	36'8	33'8-39'8	67'1	64'2-70'0	1	0'4-1'6	4'9	3'5-6'2	2'1	1'2-3'0	12'4	10'4-14'5
25-44	43'3	40'9-45'8	68'8	66'5-71'1	1'8	1'2-2'5	5'5	4'4-6'7	3'4	2'5-4'3	12'1	10'5-13'8
45-64	27'9	25'7-30'0	87'4	85'9--89'0	2'3	1'6-3'0	2'9	2'1-3'7	1'4	0'9-2'0	10'5	9'1-12'0
>=65	9'3	7'8-10'8	98'2	97'6-98'9	3'7	2'7-4'7	0'2	0'0-0'4	0'2	0'0-0'5	10'4	8'9-12'0
TOTAL	28'9	27'7-30'1	82'5	81'5-83'5	2'4	2'0-2'8	3'2	2'7-3'7	1'8	1'5-2'2	11'2	10'3-12'0

Mención aparte merece a vacina fronte o papiloma virus, porque a pesar de estar incluída no calendario infantil tamén pode administrarse na etapa adulta. O 1'9% dos galegos identifícanos como unha vacina da idade adulta, un 3'0% (2'5-3'6) das mulleres e un 0'6% (0'3-0'8) dos homes. Entre os mais novos identifícanos o 4'3% (3'4-5'2), esta porcentaxe diminúe a medida que avanza a idade.

Táboa 4. Nomes das vacinas que se poñen na idade adulta (%) tendo en conta a totalidade das respostas, por grupos de idade (en anos).

Grupo de idade	Nome das vacinas nos adultos											
	Tétano		Gripe		Pneumococo		Hepatite A		Hepatite B		Outras	
	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
16-24	19'3	17'5-21'0	35'1	33'0-37'2	0'5	0'2-0'8	2'6	1'8-3'3	1'1	0'6-1'6	6'5	5'4-7'6
25-44	33'6	31'5-35'7	53'3	51'2-55'5	1'4	0'9-1'9	4'3	3'4-5'2	2'6	1'9-3'3	9'4	8'1-10'7
45-64	22'5	20'7-24'3	70'6	68'6-72'6	1'9	1'3-2'4	2'3	1'7-3'0	1'2	0'7-1'6	8'5	7'3-9'7
>=65	7'6	6'4-8'8	80'4	78'5-82'2	3'0	2'2-3'8	0'1	0'0-0'3	0'2	0'0-0'4	8'5	7'2-9'8
TOTAL	22'3	21'3-23'2	63'6	62'5-64'7	1'9	1'5-2'2	2'5	2'1-2'8	1'4	1'1-1'7	8'6	8'9-9'3

Respecto do papel das vacinas nas viaxes ao estranxeiro (Táboa 5) o 56'1 % (55'0–57'3) dos galegos de 16 anos en diante afirman que só é necesario vacinarse en determinadas ocasións. O 30'0% (28'9–31'1) responden que sempre é necesario. No grupo de idade dos maiores de 64 anos a porcentaxe de non sabe acada o 27'2 % (25'2–29'3).

Ao preguntar a onde irían na procura de información sobre as vacinas a poñer nunha viaxe ao estranxeiro (Táboa 6) , un 73'0 % (71'9–74'0) dos galegos de 16 e máis anos responderon que acudirían a un centro de saúde. Por grupos de idade, destaca a porcentaxe de homes e mulleres maiores de 64 anos que responden que non saben [22'6 % (20'6–24'5)].

Nunha análise da resposta “sanidade exterior” feita por grupo de idade e sexo, son o 16'9 % (14'6–19'2) dos homes de 45-64 anos e o 10'9 % (9'0–12'9) das mulleres desa idade os que máis a responden.

PROGRAMA DE ELIMINACIÓN DO SARAMPELO: son de declaración obrigatoria urxente ao SAEG Todos os casos de enfermidade con:
Febre > 38º C, exantema máculo-papular e : tose ou rinite ou conxuntivite.

Táboa 5. Necesidade de vacinación antes de realizar unha viaxe ao estranxeiro (%), por grupos de idade (en anos).

Grupo de idade	Vacinación antes dunha viaxe ao estranxeiro							
	Sempre		Ás veces		Nunca		Non sabe	
	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
16-24	37'7	35'5-39'9	57'3	55'1-59'5	2'6	1'9-3'3	2'4	1'7-3'1
25-44	30'7	28'7-32'7	64'3	62'2-66'4	2'6	1'9-3'3	2'4	1'7-3'0
45-64	27'6	25'7-29'6	60'3	58'2-62'4	2'7	2'0-3'4	9'3	8'1-10'6
>=65	28'8	26'7-30'9	39'4	37'2-41'6	4'6	3'6-5'5	27'2	25'2-29'3
TOTAL	30'0	28'9-31'1	56'1	55'0-57'3	3'1	2'7-3'6	10'8	10'1-11'5

Conclusións.

A porcentaxe da poboación galega que percibe a importancia da vacinación máis alá da nenez é alta (72'0%). Distínguese o grupo dos 16-24 anos, como aqueles que máis sinalan a súa importancia pero que menos saben identificar o nome das vacinas. Non acontece así cos maiores de 64 anos, albo principal de campañas de vacinación como a da gripe e o pneumococo, xa que saben da importancia da vacinación e coñecen as vacinas. Porén unha grande proporción dos galegos de 65 e máis anos teñen presente a vacinación fronte á gripe (80'4%). Non acontece o mesmo coa vacina fronte o tétano (7'6%) e vacinas como a do pneumococo (adherida á campaña anual da gripe dende o ano 2000) que non aparece entre as que coñecen (3'0%).

Sen afectar a aceptación da campaña fronte a gripe, cabería implicarse na visibilidade das vacinas do tétano e do pneumococo, sendo neste momento, coa da gripe, as de maior aplicación

Táboa 6. Lugar onde procurar información sobre as vacinas antes dunha viaxe ao estranxeiro (%), por grupos de idade

Grupo de idade	Lugar de procura da información sobre as vacinas antes de viaxar ao estranxeiro											
	Centro de saúde		Hospital		Sanidade exterior		Internet		Axencia de viaxes		Non sabe	
	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
16-24	81'8	80'0-83'4	4'9	3'9-5'8	2'1	1'5-2'7	10'9	9'5-12'3	2'7	2'0-3'4	3'2	2'4-3'9
25-44	74'0	72'1-76'0	4'2	3'3-5'1	10'0	8'7-11'3	9'0	7'8-10'3	5'7	4'7-6'7	3'3	2'5-4'1
45-64	72'7	70'8-74'6	2'3	1'6-2'9	13'9	12'4-15'3	3'1	2'4-3'9	3'0	2'2-3'7	8'2	7'0-9'4
>=65	68'3	66'2-70'5	2'0	1'3-2'6	6'0	4'8-7'0	0'2	0'0-0'3	1'3	0'8-1'8	22'6	20'6-24'5
TOTAL	73'0	71'9-74'0	3'1	2'7-3'5	9'4	8'7-10'1	5'2	4'7-5'7	3'5	3'0-3'9	9'7	9'0-10'3

No que atinxe á relación viaxes internacionais e vacinación, un pouco máis da metade dos galegos de 16 ou máis anos (56'1%) coñecen que só é necesario vacinarse ás veces antes de realizar unha viaxe ao estranxeiro, aínda que case un terzo (30'0%) da nosa poboación pensa que é necesario sempre. De calquera xeito, unha alta porcentaxe de galegos din que acudirían na procura de vacinación antes da súa partida. O centro de saúde sería o lugar elixido polo 73% deles. Se ben por un lado acoden, non o fan ao lugar adecuado. A porcentaxe que acudiría a un hospital, onde se atopan os centros de referencia de vacinación internacional (servizos de Preventiva) é moi baixa (3'1%). Respecto a sanidade exterior, se alguén a menciona son os homes de 45 a 64 anos, quizás traballadores do mar galegos que acudían a ela antes de embarcar.

PROGRAMA DE ELIMINACIÓN DO SARAMPELO: son de declaración obrigatoria urxente ao SAEG Todos os casos de enfermidade con:
Febre > 38º C, exantema máculo-papular e : tose ou rinite ou conxuntivite.

Quedan, pois, liñas de traballo abertas coma a necesidade dunha maior visibilidade dos centros de vacinación internacional (centros hospitalarios e sanidade exterior⁷) aforrando o paso intermedio polo médico de familia que terá que derivalos.

Referencias

- ¹ Plotkin SA, Orenstein WA, Picazo JJ. Vacunas. 1ªed. Madrid: ACINDES, 2007.
- ² Salleras L. Concepto, clasificación y características generales de las vacunas. En: Salleras L, editores. Vacunaciones preventivas. Principios y aplicaciones. 1ª ed. Barcelona: Masson, S.A.,1998
- ³ Calendario de vacinación infantil. Xaneiro 2011: Dispoñible en:
http://www.sergas.es/gal/DocumentacionTecnica/docs/SaudePublica/vacunas/DEFINITIVO%20cartel_pneumo_A1.pdf
- ⁴ DXIXSP. Cobertura vacinal en Galicia: nados en 2004 e 2005, aos 4 ou 5 anos, en 2000, aos 8 anos, e en1992, aos 17 anos. *Boletín Epidemiolóxico de Galicia*; vol. XXIII, nº 1.
- ⁵ Ministerio de Sanidad y Consumo. Salud Pública. Promoción de la Salud y Epidemiología. Vacunaciones en adultos. Recomendaciones. Madrid, 2005.
- ⁶ Centros de vacinación internacional: (Consultado o 05/12/2011): Dispoñible en:
http://www.sergas.es/gal/DocumentacionTecnica/docs/SaudePublica/meningococica/DIRECCION%20CENTROS%20DE%20VACINACION%20INTERNACIONAL_05042011.pdf..
- ⁷ Consellos sanitarios para o viaxeiro: (Consultado o 05/12/2011): Dispoñible en:
<http://dxsp.sergas.es/gal/DocumentacionTecnica/docs/SaudePublica/meningococica/ConSanViax.pdf>.

Anexo I:

“P.30. Pensa vostede que na idade adulta é importante vacinarse?”

- Si, é importante
- Non é importante
- Non sabe
- Non contesta

“P.31. Pode dicirme algunha vacina que se poña na idade adulta?” Resposta espontánea e múltiple. (Aínda que a resposta foi espontánea, enquisador tiña un listado de cinco vacinas: tétano, gripe, pneumococo, hepatite B, hepatite A. O resto das respostas foron acumuladas no grupo “Outras”, quedando rexistrada a vacina nomeada).

- Tétano
- Gripe
- Pneumococo
- Hepatite B
- Hepatite A
- Outras ¿Cales? _____
- Non se poñen vacinas na idade adulta
- Non coñecen ningunha
- Non contesta

“P.34. Antes de realizar unha viaxe ao estranxeiro, é necesario vacinarse?”

- Si, sempre
- Si, ás veces
- Non, non hai que vacinarse
- Non sabe
- Non contesta

“P.35. Se quixera información sobre as vacinas que debe poñer para realizar unha viaxe ao estranxeiro ¿a onde acudiría? Resposta espontánea e múltiple. (Aínda que a resposta foi espontánea, o enquisador tiña un listado de cinco opcións: centro de saúde, hospital, sanidade exterior, internet, axencia de viaxes. O resto das respostas foron acumuladas no grupo “A outros”, quedando rexistrado o lugar).

- Ao centro de saúde
- Ao hospital
- Á sanidade exterior
- A internet
- Á axencia de viaxes
- A outros ¿Cales? _____
- Non sabe
- Non contesta

APROXIMACIÓN O USO AMBULATORIO DE ANTIBIÓTICOS EN GALICIA EN 2009 E 2010

Para estudar o uso de antibióticos, a OMS recomenda empregar os "antibacterianos para uso sistémico", e expresalo en dose habitante día (DHD), que se define como dose diaria definida (DDD) por 1.000 habitantes e día. A DDD é a media asumida da dose diaria de mantemento para a súa indicación principal en adultos. A clasificación ATC/DDD, que ten os antibióticos sistémicos agrupados na rúbrica J01, proporciona a DDD para cada presentación farmacéutica dos distintos antibióticos, que é un valor fixo para cada unha delas establecido por expertos. A DHD calcúlase coa DDD e o número de envases vendidos de cada presentación, referidos a unha poboación e período tempo determinados.

De todos os xeitos, como a DHD infraestima o uso cando a duración do tratamento é curta (por exemplo, azitromicina a respecto doutros antibióticos) e o sobreestima cando é longa (por exemplo, amoxicilina-clavulánico), ten interese tamén expresar o uso como número de envases prescritos por poboación e tempo; por exemplo, en envases por mil habitantes ao mes (EHM)¹.

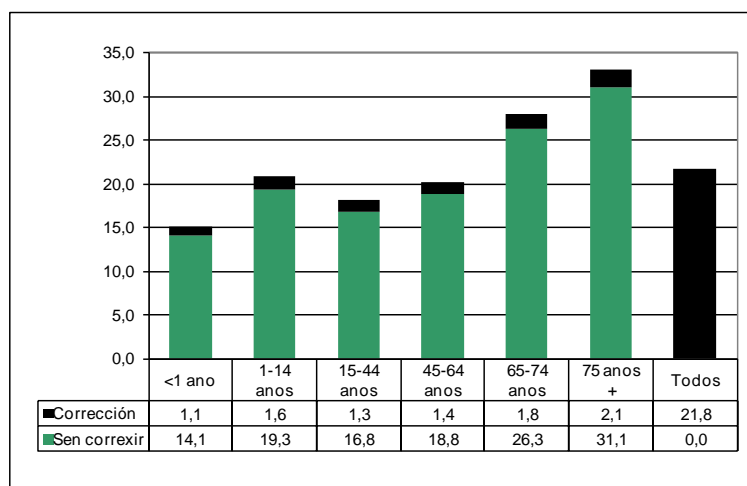
Así pois, para analizar o uso ambulatorio de antibióticos en Galicia calculouse o número de DHD, e nalgún caso de EHM, do grupo J01 ATC/DDD durante os anos 2009 e 2010, tomando a poboación do Padrón municipal de habitantes dos anos correspondentes². Os datos de receitas facturadas con cargo ao Sistema Nacional de Saúde (SNS) obtivéronse da Subdirección Xeral de Farmacia e Produtos Sanitarios.

Resultados.

Resultados globais. O uso global de antibióticos do grupo J01 en Galicia con datos de facturación do SNS foi de 22'6 DHD durante 2009, e de 21'8 DHD durante 2010. En canto aos EHM, os valores globais foron, respectivamente, 71'0 e 67'9.

Resultados por idade, sexo e área xeográfica. Existe un problema que impide coñecer a verdadeira DHD por idade e sexo nos anos estudados, que é a ausencia destes datos para o 11% das DDD de 2009 e o 7% das de 2010. Sen eles, as DHD calculadas serían unha subestimación das verdadeiras, polo que haberán de ser corrixidos asumindo unha distribución de idade e sexo para as DDD que carecen destes datos. A corrección máis sinxela asume que estas DDD teñen a mesma distribución de idade e sexo que as DDD nas que se coñecen ambos os dous. Non obstante, non parece aconsellable aplicar esta corrección, porque as DDD nas que non se coñecen nin sexo nin idade proceden de receitas de pensionista e de traballadores activos cunha distribución (39 e 61%, respectivamente, no bienio) diferente á observada no conxunto de DDD (44 e 56%), feito que suxire unha distribución de idade diferente entre ambos os dous tipos de DDD. Por iso, decidiuse corrixir as DHD coas estimadas asumindo que as DDD con idade e sexo descoñecido tiñan a mesma distribución de idade, sexo e tipo de receita que as DDD con idade e sexo coñecido.

Figura 1. DHD corrixida e sen corrixir (ver o texto) por grupo de idade en Galicia durante 2010. Só receitas do SNS.



PROGRAMA DE ELIMINACIÓN DO SARAMPELO: son de declaración obrigatoria urxente ao SAEG Todos os casos de enfermidade con:
Febre > 38º C, exantema máculo-papular e : tose ou rinite ou conxuntivite.

Os valores corrixidos para homes e mulleres son, en 2009: 20'8 e 24'4 DHD, respectivamente; e, en 2010: 20'1 e 23'4 DHD. Estes valores supoñen, a respecto dos valores sen corrixir, un aumento de 2'3 e 1'8 DHD en varóns e mulleres para 2009, e de 1'4 e 1'6 DHD, respectivamente, para 2010. A diferenza ente sexos non depende das diferentes estruturas etáreas (a taxa axustada nos varóns coa poboación coa poboación de mulleres foi 22'9 DHD en 2010)

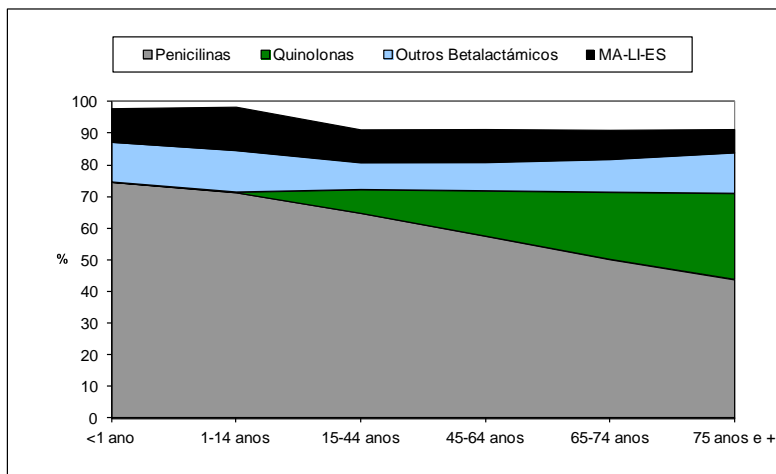
Os valores por idade, corrixidos e sen corrixir, para 2010 móstranse na figura 1, na que se observa como a DHD medra a medida que o fai a idade. Ocorreu o mesmo en 2009 con valores lixeiramente superiores, xa que a respecto deste ano en 2010 as DHD diminuíron en todos os grupos de idade entre un 4 e un 8%, agás no de 1 a 14 anos que só o fixo nun 1%.

Táboa 1. DHD por principio activo e grupo terapéutico en Galicia durante 2009 e 2010 con receitas do SNS.					
Grupo terapéutico	2009	2010	Principio activo	2009	2010
Penicilinas (betalactámicos)	13'0	12'7	Amoxicilina e inhibidor	10'2	9'9
Quinolonas	3'1	3'0	Amoxicilina	2'6	2'5
Outros betalactámicos. Cefalosporinas	2'5	2'2	Cefuroxima	1'4	1'3
Macrólidos, lincosamidas e estreptograminas	2'3	2'2	Ciprofloxacino	1'3	1'3
Tetraciclina	0'7	0'7	Azitromicina	1'3	1'2
Sulfonamidas e trimetoprim	0'4	0'4	Claritromicina	0'8	0'9
Aminoglucósidos	0'0	0'0	Levofloxacino	0'8	0'6
Outros	0'4	0'4	Moxifloxacino	0'6	0'5
Combinacións	0'2	0'2	Cefditoren	0'6	0'5

O problema de datos ausentes fai imposible corrixir as DHD observadas nas distintas áreas xeográficas. Non se mostran porque só poderían inducir erros.

Resultados por antibiótico. Como se observa na táboa 1, no bienio estudado os antibióticos de uso sistémico máis consumidos foron os do grupo terapéutico das penicilinas, que en 2009 e 2010 supuxeron o 58% das DHD totais; e, no grupo de idade onde o seu uso é proporcionalmente maior, os menores de 1 ano, supuxeron preto do 75% (ver a figura 2). Ás penicilinas séguenlle as quinolonas, que no bienio supuxeron o 14% das DHD (o 27% nos de 75 e máis anos de idade, ver a figura 2), e as cefalosporinas, que supuxeron un 11 e un 10% en 2009 e 2010, respectivamente. Na páxina web da DXIXSP hai un Documento anexo con datos ampliados (DADA) con máis datos sobre o uso por grupos terapéuticos en 2009 e 2010.

Figura 2. Frecuencia relativa (%) das DDD dos catro grupos terapéuticos máis usados en Galicia durante 2010, por grupo de idade (ver o texto). Só receitas da S.S. (Nota: MA-LI-ES: macrólidos, lincosamidas e estreptograminas)



A figura 2 mostra os grupos terapéuticos máis relevantes polo seu uso (DHD) en 2010, en cada un dos grupos de idade considerados (os de 2009 son practicamente iguais e por iso non se mostran). Nela pódese observar que o das penicilinas é o grupo máis consumido en todas as idades. Por outro lado, hai que sinalar que os datos de uso por idade –como os da figura 2– non foron corrixidos, e con iso asúmese que a ausencia do dato idade non depende de (non está asociada ao) grupo terapéutico; é dicir, poden faltar máis DDD dun grupo de idade que de outro, pero a ausencia non afecta á frecuencia dos grupos terapéuticos en cada un deles.

Como tamén se observa na táboa 1, o principio activo máis usado foi, a unha gran distancia do resto, a amoxicilina-clavulánico, que en 2009 supuxo o 45% das DHD totais e en 2010 o 44%. Séguea a amoxicilina, cun 11% nos dous anos. Os nove principios activos que se mostran na táboa son responsables do 86% das DHD de 2009 e do 83% de 2010, e dos que non están incluídos ningún chega a representar o 3% das DHD deses anos. Na páxina web da DXIXSP hai un DADA con máis datos sobre o uso por principios activos en 2009 e 2010.

Unha aproximación á calidade do uso. En 2007, o proxecto ESAC (*European Surveillance of Antimicrobial Consumption*³) publicou unha lista de 12 indicadores (ver a táboa 2) co obxectivo de aproximar a calidade do uso ambulatorio de antibióticos en Europa⁴. Esta lista permite avaliar a calidade do uso en función da posición que se ocupa a respecto dos outros países. Como referencia propón a distribución dos valores de cada un dos indicadores en 2004, confeccionada cos datos que proporcionaron 21 países europeos, entre os que se atopaba España⁵.

Táboa 2. Valores dos indicadores de calidade da ESAC en Galicia durante 2009 e 2010, e a posición que ocupan (o cuartil) na distribución observada en Europa en 2004.

Indicador	VALOR		CUARTIL	
	2009	2010	2009	2010
Consumo de antibacterianos de uso sistémico (J01) expresado en DHD	22'65	21'80	4	3
Consumo de penicilinas (J01C) expresado en DHD	13'01	12'70	4	4
Consumo de cefalosporinas (J01D) expresado en DHD	2'47	2'23	3	3
Consumo de MALIES (J01F) expresado en DHD	2'32	2'15	3	2
Consumo de quinolonas (J01M) expresado en DHD	3'06	2'99	4*	4
Consumo de penicilinas sensibles a β-lactamasa (J01CE) como % [a]	0'27	0'25	4	4
Consumo de combinacións de penicilinas (J01CR) como % [a]	45'31	45'64	4*	4*
Consumo de cefalosporinas de 3ª e 4ª xeración (J01DD+DE) como % [a]	4'19	3'78	4	4
Consumo de fluoroquinolonas (J01MA) como % [a]	13'38	13'59	4*	4*
Consumo de PECEMA de amplo espectro / de espectro reducido [b]	85'82	84'68	4*	4*
Variación estacional do consumo de antibacterianos sistémicos (J01) [c]	6'42	12'80	1**	1
Variación estacional do consumo de quinolonas (J01M) [c]	1'06	17'50	1	4

MALIES: Macrólidos, lincosamidas e estreptograminas.

PECEMA: Penicilinas, cefalosporinas e macrólidos.

[a] “%” fai referencia ao consumo total de antibióticos de uso sistémico (J01) en DHD.

[b] Cociente entre (J01[CR+DC+DD+(F-FA01)]) e [J01(CE+DB+FA01)]

[c] A variación estacional calcúlase como o cociente entre os trimestres fríos (outubro-décembro e xaneiro-marzo) e os calurosos (xullo-setembro e abril-xuño), dun período de 1 ano que comeza en xullo e remata no mes de xuño do ano seguinte: [DDD(fríos)/DDD(quentes)-1]*100.

(*): Exceden o valor superior da distribución de valores de 2004, e (**): non acada o valor inferior.

Na táboa 2 móstranse tamén os valores dos indicadores para Galicia en 2009 e 2010 e o cuartil que ocupan na distribución europea de 2004 en cadanseu indicador, que en termos de calidade interprétase como que esta é mellor canto máis preto fiquen do cuartil 1. Neste senso obsérvase que a meirande parte dos indicadores caen no cuarto cuartil, que é o de peor calidade relativa, e que só os de variación estacional fican (os dous en 2009 e o de consumo total en 2010) no mellor cuartil. Fóra deles, só o consumo de cefalosporinas e de MALIEAS (macrólidos, lincosamidas e estreptograminas) non están no cuartil peor. Ademais, como se observa na táboa indicados con asteriscos, hai valores que saen do rango definido polos países dos que se tomaron os datos para establecer as distribucións en 2004.

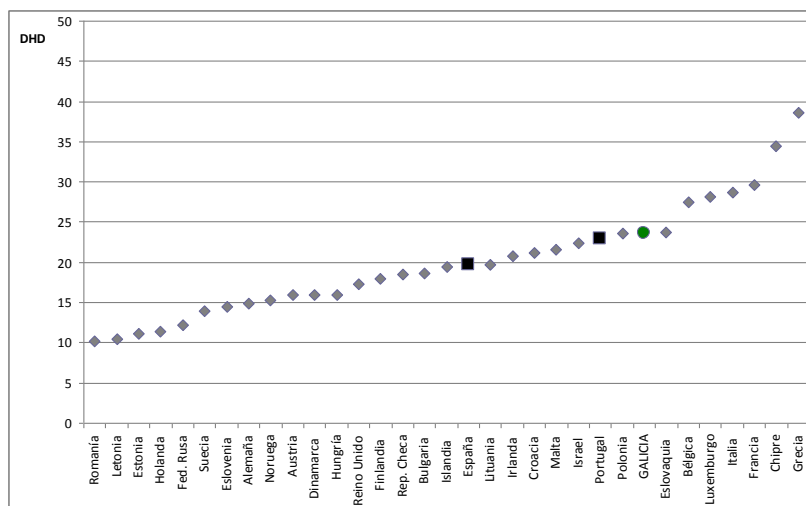
Comentario. O uso ambulatorio de antibióticos diminuíu en Galicia tanto no período estudado (22'6 DHD en 2009 e 21'8 en 2010, e 71'0 e 67'9 EHM, respectivamente) como a respecto do bienio anterior (22'8 DHD en 2007 e 2008, e 75'2 e 73'1 EHM)⁶. Ora ben, compre lembrar que non son todos os datos do uso ambulatorio de antibióticos en Galicia, se non só dos dispensados mediante receita do SNS, e que en Galicia durante o ano 2007 estes datos subestimaban o uso en polo menos un 9%⁶.

Por outra banda, o descenso obsérvase tanto en varóns como en mulleres, que dende 2007 a 2010 pasaron, en valores corrixidos, de 21'0 a 20'1 DHD e de 24'6 a 23'4 DHD, respectivamente.

O uso ambulatorio de antibióticos en Galicia en 2009 superou o do conxunto de España, que se estimou en 19'7 DHD⁶, sen que esta diferenza se poda atribuír máis que nunha pequena parte á diferente distribución etárea das dúas poboacións. Por exemplo, coa DHD por idade (corrixida) observada en Galicia en 2009 e a distribución etárea da poboación española tamén en 2009⁷, obtense unha DHD axustada de 23'06; é dicir, só diminúen 0'6 DHD, un 21% da diferenza. Ora ben, esta consideración hai que matizala porque, como os de Galicia, os datos do conxunto de España son só de recitas do SNS, e xa se mostrou⁸ que estes datos subestiman o verdadeiro uso máis que o que se observou en Galicia⁶. Este problema mantense ao pretender comparar os datos cos dos outros países de Europa, como se fai na figura 3, porque hai países que proporcionan datos de venda e outros só de sistemas que, como as receitas do SNS, son parciais nunha medida descoñecida. Sexa como fose, na figura 3 mírase como son poucos os países europeos que en 2009 tiveron valores de DHD superiores aos de Galicia.

Figura 3. DHD nos diferentes países europeos en 2009. O marcador de Galicia é redondo, mentres os de España e Portugal son cadrados.

Fonte: referencia 8.



Dende un punto de vista cualitativo, o uso ambulatorio de antibióticos en Galicia non variou de 2007 a 2010: presenta estacionalidade, con uso superior en épocas frías e amosa un predominio en mulleres e en maiores de 65 anos. Por grupo terapéutico, os antibióticos prescritos con maior frecuencia foron as penicilinas, que –aínda que pouco– aumentaron a súa presenza relativa durante o período, a pesares de que o seu uso se mantivo estable no contorno das 12'8 DHD (ver a figura 4). Diminuíu moi pouco o uso de quinolonas, mentres se observou un lixeiro pero continuo descenso no uso de cefalosporinas, de 2'8 DHD en 2007 a 2'2 DHD en 2010. Na figura 4 pódese mirar como tamén en EHM tamén predominan as penicilinas, malia que, como xa se comentou, estean menos representadas que cando o uso se calcula como DHD.

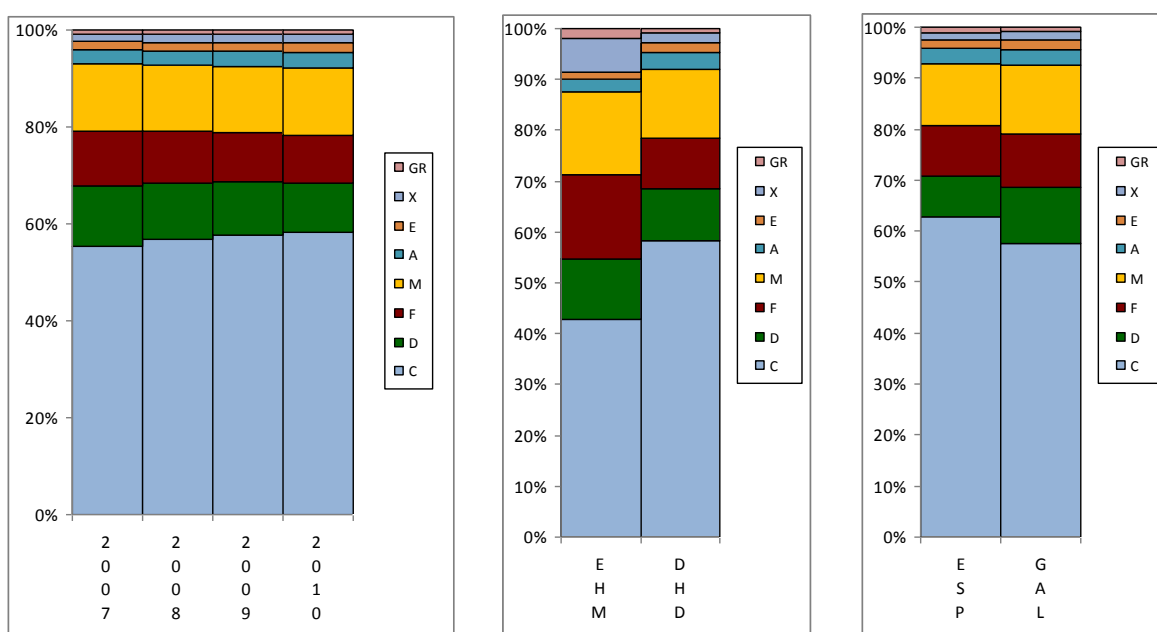
Para avaliar a calidade do uso ambulatorio de antibióticos empregáronse os indicadores e estándares que propuxo a ESAC⁴⁻⁵, que permiten medir a calidade non dun xeito normativo, se non empírico, en función da posición relativa que se ocupa nas distribucións elaboradas cos valores de cadanseu indicador observados en Europa durante 2004. Con eles, os indicadores de calidade de uso en Galicia para o bienio 2009/201 non son bos, malia que en 2010 se observase unha lixeira melloría a respecto de 2009, e no conxunto do bienio se observase unha mellora tamén lixeira a respecto do bienio anterior, 2007/2008 (datos non mostrados).

En xeral, as posicións son peores nos indicadores do uso relativo. En concreto, as porcentaxes que sobre o uso total supoñen o uso de penicilinas en combinación (incluídos os inhibidores das betalactamasas) e o de quinolonas superan o límite superior do cuarto cuartil, o de peor calidade, suxerindo un uso excesivo. O mesmo ocorre co cociente entre penicilinas, cefalosporinas e macrólidos de amplo espectro e de espectro reducido, que suxire un sobreuso dos primeiros. Pola contra, os cambios de cuartil indican que houbo lixeiras melloras no consumo total de antibióticos e no de MALIES. De todos os indicadores, só o indicador de variación estacional do consumo total de antibióticos ficou nos dous anos no cuartil de mellor calidade, mais esta posición non é doada de interpretar ao ter en conta o resto de indicadores.

Ora ben, estes indicadores hai que tomalos coa debida cautela, por varios motivos. Con carácter xeral, pola forma na que foron determinados os estándares, a partir dos datos que de 2004 proporcionaron diversos países europeos, que eran moi heteroxéneos en orixe, xa que uns –como os de España– procedían de receitas de só unha fracción do sistema sanitario, mentres outros facíanlo de vendas en farmacia. Deste xeito, os valores dos estándares resultan máis esixentes canto máis exhaustivos sexan os datos que se queren comparar con eles. Por outra banda, a distribución dos antibióticos receitados por unha fracción do sistema sanitario pode non ser semellante á de antibióticos dispensados en farmacia, como se comprobou en España ao comparar esta coa de receitas do SNS⁸.

A mesma ESAC sinala que hai que ter coidado coa interpretación da clasificación, porque os 12 indicadores non son independentes. Por exemplo, o aumento do uso de MALIES e un aumento proporcional no de penicilinas de amplo espectro moi probablemente dará lugar a un aumento do cociente entre antibióticos de amplo espectro e de espectro reducido. Ademais, os cambios na posición ao longo do tempo hai que interpretalos con coidado. Unha mellor posición suxire unha mellora da calidade, cando podería reflectir só unha diminución da calidade relativa dos outros países⁵.

Figura 4. Uso relativo de de penicilinas (C), cefalosporinas (D) MALIES (F) quinolonas (M), tetraciclina (A), sulfonamidas y trimetoprima (E) outros antibacterianos (X) e aminoglucósidos e combinacións (GR) en Galicia. Á esquerda, como DHD de 2007 a 2010, por anos; no medio, como EHM e DHD durante 2010 en Galicia; e, na dereita, como DHD en España e Galicia durante 2009. (Datos de España: referencia 6).



Para rematar, pódese argumentar que o uso destes datos sos non pode indicar a calidade sen información clínica relacionada. Neste senso, ESAC desenvolveu tamén indicadores de calidade de prescrición de antibióticos (ambulatoria) específicos de enfermidade, a avaliación das taxas de prescrición de antibióticos, o uso de antibióticos recomendados e o uso de quinolonas en sete indicadores principais para o uso pragmático de antibióticos⁹.

Referencias:

- ¹ Lázaro-Bengoa E et al. Uso de antibióticos en España y marco regulador para su desarrollo clínico en la Unión Europea. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2010; 28(Supl 4): 10-6.
- ² Instituto galego de Estatística: <http://www.ige.eu/>
- ³ <http://app.esac.ua.ac.be/public/>
- ⁴ Coenen S et al. European Surveillance of Antimicrobial Consumption (ESAC): quality indicators for outpatient antibiotic use in Europe. *Qual Saf Health Care* 2007;16:440-445.
- ⁵ Adriaenssens N et al. European Surveillance of Antimicrobial Consumption (ESAC): quality appraisal of antibiotic use in Europe. *J Antimicrob Chemother* 2011; 66 Suppl 6: vi71–vi77.
- ⁶ DXIXSP. Aproximación ao consumo de antibióticos en Galicia durante 2007 e 2008. *Boletín Epidemiolóxico de Galicia*; vol. XXIII, nº 1.
- ⁶ AEMPS: <http://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/observatorio/docs/antibioticos.pdf>
- ⁷ Instituto Nacional de Estatística: <http://www.ine.es/>
- ⁸ Campos J et al. Surveillance of outpatient antibiotic consumption in Spain according to sales data and reimbursement data. *J Antimicrob Chemother* 2007; 60: 698-701
- ⁹ Adriaenssens N et al. European Surveillance of Antimicrobial Consumption (ESAC): disease-specific quality indicators for outpatient antibiotic prescribing. *BMJ Qual Saf* 2011 Mar 21. [Epub ahead of print]