

## SUMARIO

- **INGRESOS POR HERPES ZÓSTER EN GALICIA: 2005-2011.....** páxina 1
- **APROXIMACIÓN AO USO AMBULATORIO DE ANTIBIÓTICOS EN GALICIA EN 2011.....** páxina 7
- **O “QUIT AND WIN” EN GALICIA: HISTORIA DO DÉIXAO E GAÑA.....** páxina 11

## **INGRESOS POR HERPES ZÓSTER EN GALICIA: 2005-2011**

**Introdución.** En 2005 comezou en Galicia a vacinación fronte á varicela, tanto a vacinación preadolescente –que é a que recomenda en exclusiva o Programa Galego de Vacinacións (PGV)– como a infantil –que recomenda a Asociación Española de Pediatría<sup>1</sup>. O PGV optou pola vacinación preadolescente pola posibilidade, que aínda se mantén<sup>2</sup>, de que a vacinación infantil, de acadar coberturas elevadas, induciría un aumento da incidencia do zóster na poboación xeral capaz de neutralizar o beneficio derivado da propia vacinación<sup>3</sup>. Como daquela non había en Galicia datos da incidencia de zóster na poboación, para poder detectar este posible aumento decidiuse vixiar os ingresos por zóster a partir do Conxunto Mínimo Básico de Datos de altas hospitalarias (CMBD).

Por outra banda, en 2007 autorizouse unha vacina efectiva fronte ó zóster<sup>4</sup>, que xa se recomenda en varios países para os maiores de 50 anos<sup>5</sup>. Esta posibilidade, malia que a vacina aínda non se comercializa en España, impón un novo obxectivo á vixilancia dos ingresos por zóster: proporcionar información sobre a carga de enfermidade que supón en Galicia para que, de se comercializar a vacina, o PGV teña a mellor información para decidir sobre a pertinencia de engadila ao calendario de vacinación do adulto; e, no caso de que se engada, para poder avaliar o seu impacto. Polo mesmo motivo, e cun obxectivo semellante<sup>6</sup>, na reforma de 2012 incluíuse o zóster á declaración obrigatoria de enfermidades en atención primaria<sup>7</sup>.

Deseguido dáse conta dos ingresos por zóster en Galicia de 2005 a 2011, mais faise con dúas agregacións temporais diferentes: o conxunto do período estudado, para dar conta da evolución dos ingresos, que ten como referencia o período 1995/04<sup>8</sup>; e período 2008 a 2011, para avaliar o posible impacto da vacinación infantil, que ten como referencia o período 2001/04. Neste senso, este último período considérase como “prevacinal” e o 2008/11 como “posvacinal”<sup>1</sup>.

**Material e Métodos.** Os datos das altas hospitalarias durante o período 2005/11 obtivéronse do CMBD, que recolle e codifica información dos informes de alta hospitalaria, dos hospitais pertencentes ao Sergas e máis de Povisa.

Seleccionáronse todos aqueles pacientes nos que aparecese como diagnóstico principal, que se considera o motivo de ingreso, o seguinte código da CIE– 9ª MC: 053. Os ingresos cualificáronse como debidos a zóster sen complicacións (053.9) ou con complicacións (o resto). Considerouse que unha persoa tiña condicións basais de risco de padecer zóster (CBR) se no diagnóstico principal ou nos diagnósticos secundarios constan códigos relacionados cos seguintes procesos: VIH (042.), leucemia (200.), neoplasias malignas (140.0-199.9), discrasias sanguíneas (284.), inmunodeficiencias (288.0-288.2), radioterapia ou quimioterapia (V58.0, V58.1, V07.2), embarazo (634., 647.6, 647.9, 650.0-656.9) e relacionados con transplante realizado tanto nun episodio anterior como no mesmo episodio como procedemento principal (códigos V42.0-V42.9).

As variables incluídas no estudo foron: diagnóstico principal, sexo, data de nacemento, identificador do paciente, data ingreso, data alta e motivo alta. Considerouse como morte o pasamento ocorrido no hospital.

Non se tiveron en conta na análise os rexistros repetidos correspondentes a un mesmo paciente, agás para o cálculo da estadía.

As taxas, que se expresan como ingresos por cen mil habitantes ao ano ( $i/10^5h$ -a), calculáronse empregando como denominador a suma dos datos de poboación do padrón de habitantes proporcionados polo IGE para cada un dos anos do período de estudo. Os grupos de idade son os establecidos no primeiro informe<sup>8</sup>: 0-29, 30-49, 50-59, 60-69, 70-79 e 80 anos en diante.

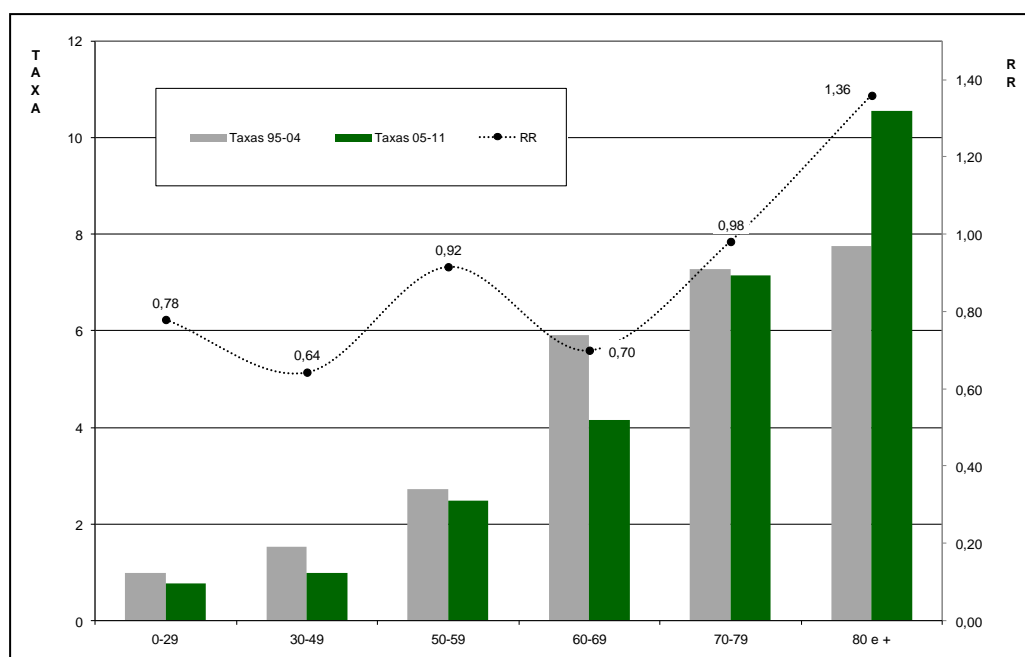
A análise fíxose con Epidat 3.1. Estimáronse as taxas observadas por grupos de idade e se compararon cos datos de cadanseu período de referencia<sup>1,8</sup>, por mor de riscos relativos (RR) ou Odds Ratio (OR) xunto aos seus respectivos intervalos de confianza ao 95% (IC<sub>95%</sub>). As medias comparáronse por mor da proba de t-student e as porcentaxes coa chi-cadrado. Considerouse unha diferenza estatisticamente significativa cando  $p < 0.05$ .

**Resultados: Ingresos no período 2005/11.** O zóster como motivo de ingreso aparece nun total de 527 altas ( $2.7 i/10^5h$ -ano, o 3.6% menos que no período 1995/04), dos cales 317 ( $1.6 i/10^5h$ -ano, o 6.2% máis que no período anterior) foron codificados como “zóster con complicacións” e 210 ( $1.1 i/10^5h$ -ano, o 15.3% menos que no período anterior) como “zóster sen complicacións”. Ningunha destas diferenzas é estatisticamente significativa, como tampouco o é a que se observa na proporción de ingresados que tiñan polo menos unha CBR: 18.6% no período 2005/11 *versus* 22.5% no período 1995/04.

Como no período anterior, só un terzo (36 de 98) dos que presentaron CBR tiñan zóster con complicacións. Hai, pois, durante o período estudado unha asociación inversa entre ter unha CBR e que o ingreso por zóster fose con complicacións, dunha intensidade (OR=0.30, IC<sub>95%</sub>: 0.19-0.48,  $p < 0.0001$ ) semellante á que se observara no período anterior (OR=0.25, IC<sub>95%</sub>: 0.17-0.36,  $p < 0.0001$ ), quizais debido a un criterio de ingreso máis laxo nas persoas con CBR, por precaución.

A idade media dos ingresados por zóster foi de 65 anos (mediana 70), e a dos ingresos por zóster con e sen complicacións foi, respectivamente, de 65 e 64 anos (mediana 71 e 70). Todos estes valores son uns 5 anos maiores que os observados no período 1995/04. Como se mira na figura 1 os ingresos por zóster increméntanse exponencialmente coa idade, de tal xeito que o 69% do total de ingresos por zóster acontecidos no período ocorreron en maiores de 59 anos. Na figura obsérvase tamén que a taxa de ingresos foi, en todos os grupos de idade considerados, inferior (RR<1) á observada no período 1995/04, agás nos de 80 e máis anos.

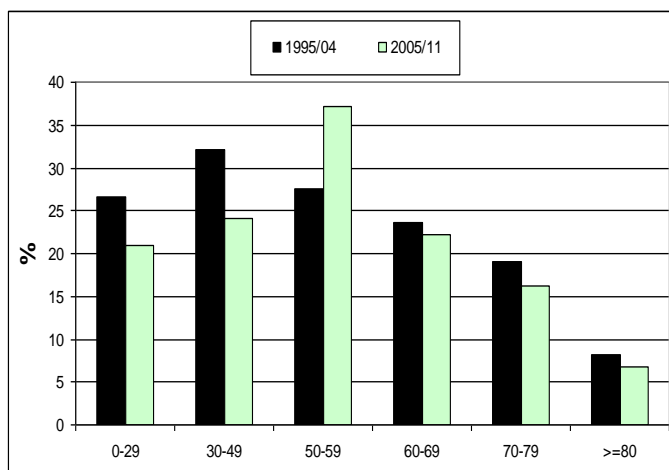
*Figura 1. Taxa anual ( $i/10^5h$ ) de ingreso por zóster en Galicia nos períodos 1995/04 e 2005/11 e risco relativo (RR) de ingresar no segundo versus o primeiro período, por grupo de idade (en anos).*



A pesares do aumento do 6'2% dos ingresos por zóster con complicacións observado no conxunto da poboación, estes ingresos descendieron en todos os grupos de idade agás no de 50-59 anos (RR=1'22) e no de 80 e máis (RR=1'51). Pola contra, o descenso dos ingresos por zóster sen complicacións observouse en todos os grupos de idade agás nos máis maiores, os de 70-79 anos (RR=1'08) e do 80 e máis (RR=1'07).

Na figura 2 mírase que o de 50-59 anos é o grupo de idade no que é maior a proporción de ingresados por zóster con polo menos unha CBR (37%) durante o período 2005/11, e tamén que é o único no que medrou esta proporción a respecto da observada no período anterior. Por outra banda, semella que a distribución etárea da proporción de ingresados por zóster con CBR desprazouse unha década, en consonancia co lapso transcorrido entre os dous períodos considerados, que distan 8'5 anos ente os seus puntos medios.

Figura 2. Proporción (%) de ingreso por zóster en Galicia nos períodos 1995/04 e 2005/11, por grupo de idade (en anos).



Non se atoparon diferenzas estatisticamente significativas entre os ingresos no conxunto dos homes (3'0 i/10<sup>5</sup>h-ano) e das mulleres (2'5 i/10<sup>5</sup>h-ano), nin tampouco nos distintos grupos de idade, mentres que no período 1995/04 observáranse diferenzas estatisticamente significativas no grupo de 20 a 29 anos en favor dos homes. A diferenza entre as taxas de ingreso entre homes e mulleres observada, 0'5 i/10<sup>5</sup>h-ano, é semellante á do período anterior.

A proporción de ingresos por zóster con complicacións é semellante en homes e mulleres, e nambos observouse un descenso na proporción de ingresados con zóster con polo menos unha CBR: 22'2 versus 25'4% e 19'3 versus 14'5%, respectivamente, pero mantendo a asociación entre ser home e ter CBR (OR=1'42, IC<sub>95%</sub>: 1'01-2'01; p=0'04) que xa se observara no período anterior (OR=1'68, IC<sub>95%</sub>: 1'07-2'64; p=0'02).

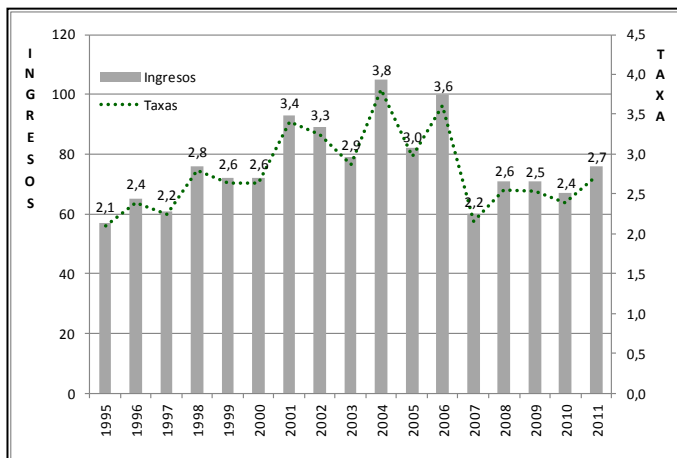
Os ingresos por zóster, tendo en conta os reingresos polo mesmo motivo, xeraron un total de 5.640 estadias hospitalarias (806 días ao ano, un 2'1% máis que no período 1995/04), das cales o 62'8% corresponderon a zóster con complicacións. A estadía media dos pacientes con complicacións, 11 días (mediana 9) foi un 9% superior á dos pacientes sen complicacións, 10 días (mediana 8), bastante semellante ao observado no período anterior.

A meninxite foi a complicación máis frecuente (21'4%), cunha estadía media de 14 días (mediana 12), acontecendo o 60'8% en maiores de 59 anos. Producíronse, ademais, un total de 17 pasamentos, 9 deles en doentes ingresados por zóster con complicacións e 7 con alomenos unha CBR. O 64'7% do total de defuncións ocorreron en homes. A idade media dos falecidos foi de 77 anos (mediana 77), e a súa estadía media foi de 18 días (mediana de 13). A respecto do período 1995/04, observouse un lixeiro aumento na proporción de ingresados por zóster que faleceron durante o ingreso: pasouse dun 2'2 a un 3'2%, debido ao aumento en ingresados por zóster sen complicacións (que o fixeron de 1'4 a 3'8%) xa que nos ingresados por zóster con complicación os valores son semellantes (de 2'9 a 2'8%).

Na distribución mensual do total de ingresos por zóster non se observa una estacionalidade definida, feito característico da súa epidemioloxía. Na distribución anual de ingresos obsérvase que a taxa máis elevada do período acadouse no ano 2006, cun valor (3'6 i/10<sup>5</sup>h) que supón unha diferenza estatisticamente

significativa cos dos os anos 2007 a 2010. De todos xeitos, a taxa de ingreso de 2006 é lixeiramente inferior á de 2004, que é a máis elevada dende 1995, como se pode observar na figura 3.

Figura 3 . Número e taxa (i/10<sup>5</sup>h) anuais de ingresos por zóster en Galicia, de 1995 a 2011.



Para rematar, nas táboas 1 e 2 resúmense, respectivamente, os valores dos principais indicadores do ingreso por zóster (ie, zóster como diagnóstico principal) e con zóster (ie, zóster en calquera posición diagnóstica), en Galicia para o período de estudo: 2005 a 2011. A diferenza do que ocorreu cos primeiros, a respecto do período 1995/04 os ingresos con zóster medraron durante o período de estudo: 9'8 *versus* 9'3 i/10<sup>5</sup>h-ano, debido ao aumento da taxa de ingreso dos de 80 e máis anos, xa que diminuíu en todos os outros grupos de idade considerados.

Táboa 1: Ingresos por herpes zóster como diagnóstico principal ou en calquera posición diagnóstica, en Galicia de 2005 a 2011.

Idade (anos)	Como diagnóstico principal				En calquera posición diagnóstica			
	I	E	L	CBR	I	E	L	CBR
0-29	0'8	7 (5)	0'0	20'9	1'4	55 (7)	2'5	22'5
30-49	1'0	8 (7)	0'0	24'1	2'7	20 (9)	3'1	24'8
50-59	2'5	9 (8)	0'0	37'1	6'5	19 (9)	3'1	23'5
60-69	4'1	12 (9)	3'3	22'2	14'5	18 (10)	8'3	18'7
70-79	7'1	12 (10)	4'9	16'2	28'0	15 (11)	8'4	13'5
>=80	10'5	13 (11)	5'3	6'8	50'4	14 (11)	8'7	8'7
Total	2'7	11 (9)	3'2	18'6	9'8	17 (10)	7'3	15'0

I: Ingresos por cen mil persoas-ano; E: estadía media (mediana) en días; L: % éxitus; BCD: % con condicións basais de risco.

**Resultados: Ingresos no período posvacinal (2005/11).** Ao restringir o período de estudo ao que se considerou posvacinal, 2008/11, e comparalo co prevacinal (2001/04), obsérvase unha redución da taxa de ingreso en todos os grupos de idade (táboa 2), aínda que a redución é estatisticamente significativa só no grupo de 60 a 69 anos, e no conxunto da poboación. Nesta, o descenso foi do 24%.

A respecto do período prevacinal, no posvacinal descendeu, no conxunto da poboación, a taxa tanto dos ingresos por zóster con complicacións (RR=0'96, IC<sub>95%</sub>: 0'78-1'18) como sen complicacións (RR=0'64, IC<sub>95%</sub>: 0'50-0'81). Este menor descenso relativo dos ingresos con complicacións tradúcese nun aumento da no período pos vacinal da proporción de ingresos con complicacións (61 *versus* 54%) e, como cabería esperar pola relación inversa que manteñen, un descenso da proporción de ingresados con polo menos unha CBR: 18 *versus* 24%.

**Comentario.** Dende que se fixo o primeiro informe sobre ingresos hospitalarios por zóster en Galicia<sup>8</sup>, ampliouse o obxectivo orixinal da súa vixilancia, detectar un posible impacto da vacinación infantil fronte á varicela (de acadar coberturas elevadas), para acoller un novo: proporcionar información sobre a carga de

enfermidade que supón o zóster para, cando se comercialice en España, decidir sobre a conveniencia de engadir a vacinación fronte ao zóster no calendario de vacinación do adulto do PGV.

Estes dous obxectivos obrigan a tratar o período considerado neste informe, 2005/11, de dous xeitos diferentes: completo, como continuación do período anteriormente informado; e como período posvacinal (2008/11), xa que o que vai de 2005 a 2007 considérase de transición<sup>1</sup>.

Táboa 2. Taxa (i/10<sup>5</sup>h) anual de ingresos por zóster en Galicia nos períodos pre e posvacinal e o risco relativo (RR) do pos a respecto do prevacinal, xunto aos seus intervalos de confianza do 95% e p-valor, por grupo de idade (en anos)

Idade →	0-29		30-49		50-59		60-69		70-79		80 e +		Todas	
	01-04	08-11	01-04	08-11	01-04	08-11	01-04	08-11	01-04	08-11	01-04	08-11	01-04	08-11
Taxa	1'0	0'8	1'5	1'0	3'0	2'0	7'1	3'0	8'2	7'4	113	10'0	3'3	2'6
RR	0'77		0'66		0'66		0'42		0'90		0'89		0'76	
IC 95%	(0'5 - 1'3)		(0'4 - 1'0)		(0'4 - 1'1)		(0'3 - 0'6)		(0'7 - 1'2)		(0'6 - 1'2)		(0'7 - 0'9)	
p-valor	0'3785		0'0806		0'1135		0'0000		0'5576		0'5383		0'0008	

*Evolución dos ingresos por zóster.* Durante o período 2005/11 en Galicia os ingresos por zóster (2'7 i/10<sup>5</sup>h-ano) diminuíron lixeiramente a respecto dos ocorridos no período previo, 1995/04 (2'8 i/10<sup>5</sup>h-ano), debido ao importante descenso observado nos ingresos por zóster sen complicacións (dun 15%), que non foron completamente equilibrados polo ascenso (6'2%) dos ingresos por zóster con complicacións. Por contra, os ingresos con zóster (*ie*, ingresos con zóster en calquera posición diagnóstica) medraron durante o período, de tal xeito que houbo 0'6 i/10<sup>5</sup>h-ano máis de ingresos por zóster como diagnóstico secundario. Ora ben, este aumento débese en exclusiva ao ingresos con zóster en persoas de 80 e máis anos de idade, xa que a taxa de ingreso diminuíu no resto de grupos.

Este mesmo patrón etáreo obsérvase non ingresos por zóster, como se mira na figura 1. Isto correspóndese cun aumento duns 5 anos na idade media dos ingresados por zóster, tanto dos que tiñan zóster sen como con complicacións. Este aumento da idade media explica o descenso da proporción de ingresados con CBR, xa que estas diminúe a medida que medra a idade (táboa 2).

Polo demais, no período estudado mantense a asociación inversa entre ter polo menos unha CBR e que o ingreso por zóster sexa con complicacións, e a directa entre o sexo masculino e ter polo menos unha CBR, que xa se observaran no período de referencia. Mantense, ademais, o predominio de ingresos nos homes fronte ás mulleres e a diferenza entre ambos, cunha lixeira variación nas estadías medias e un aumento na proporción de pasamentos entre os ingresados por zóster.

En resumo, aínda que os dous períodos comparados aseméllanse abondo, suxerindo un elevado nivel de estabilidade, a mesma comparación serve para ilustrar as dificultades inherentes á vixilancia dos ingresos por enfermidades como o zóster só con datos do CMBD. En efecto, este é o resultado de codificar os informes de alta dos diferentes ingresos hospitalarios, polo que, para poder facer afirmacións seguras sobre a evolución dalgunha causa de ingreso teñen que ser estables a práctica de ingreso (criterios, ocupación), a da elaboración de informes de alta e a do proceso de codificación, xa que a do catálogo e regras de codificación semella estar garantizada.

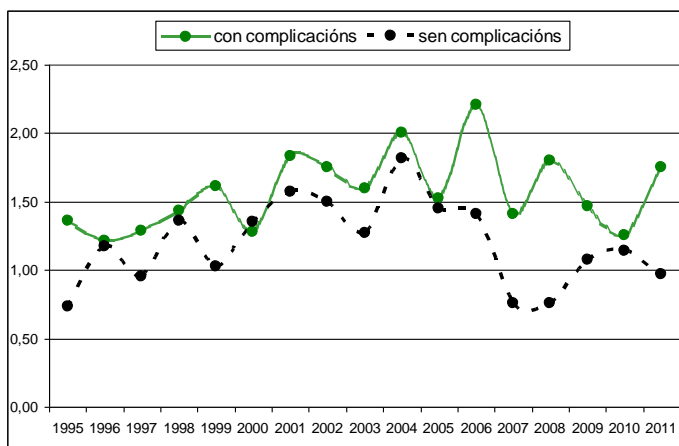
Todas estas posibles fontes de inestabilidade obrigar e tomar con cautela os resultados presentados, que, por exemplo, poñen a énfase no ingreso por zóster (*ie*, zóster como diagnóstico principal) e non no ingreso con zóster (*ie*, zóster como diagnóstico principal ou secundario) porque se observou que restrinxir deste xeito a análise diminúe a frecuencia de erros de codificación<sup>9</sup>.

Neste eido de cousas, resulta rechamante o comportamento da taxa anual de ingresos por zóster sen complicacións, que a partir de 2006 aparentemente perde a relación que mantiña cos ingresos con complicación (figura 4). Unha posible explicación a este comportamento è que, *a priori*, os ingresos sen complicacións son máis sensibles a cambios na práctica de ingreso e que esta variou non últimos anos considerados. De todos xeitos, a importante asociación positiva entre ingresos sen complicacións e CBR

podería explicar o descenso deste tipo de ingresos, mais como non se coñece a fracción da poboación con CBR (ie, non se poden calcular taxas de ingreso en persoas con CBR) ni a súa evolución, non se pode tampouco explorar esta posibilidade.

De todos os xeitos, parte destas fontes de nesgo (como cambios na práctica de ingreso) non afectan a este obxectivo da vixilancia dos ingresos por zóster, determinar a carga de enfermidade que produce.

*Figura 4 . Taxas (i/10<sup>5</sup>h) anuais de ingresos por zóster con e sen complicacións en Galicia, de 1995 a 2011*



*Ingresos por zóster no período posvacinal.* A pesares de que, cos datos de que se dispón, a vacinación infantil coa vacina fronte á varicela non acadou en Galicia coberturas moi elevadas, o 28% (IC<sub>95%</sub>: 25-31%)<sup>1</sup> nos nados en 2007/08, semella que puido ter xa certo impacto nos ingresos hospitalarios por varicela<sup>1</sup>. Mais, probablemente sexan coberturas moi baixas para ter algún impacto na incidencia de zóster<sup>2</sup> e, en consecuencia, nos ingresos debidos el; en todo caso, no considerado período pos vacinal non só non medrou a taxa de ingreso por zóster, se non que diminuíu a respecto do período prevacinal (2001/04).

O descenso foi claro, pero fundamentalmente a expensas dos ingresos por zóster sen complicacións (36% de descenso fronte ao 4% dos ingresos con complicacións), polo que para interpretar estes datos haberá que ter presentes os comentarios encol da posibilidade de nesgo feitos nos parágrafos anteriores, sen que agora se poida facer ningunha excepción.

## Bibliografía

- <sup>1</sup> DXIXSP. Ingresos hospitalarios por varicela en Galicia: 2008/2011. *Boletín Epidemiolóxico de Galicia* 2012; vol. XXIV, nº 4..
- <sup>2</sup> DXIXSP. Impacto da vacinación infantil fronte á varicela na incidencia de herpes zóster. *Boletín Epidemiolóxico de Galicia* 2012; vol. XXIV, nº 2.
- <sup>3</sup> DXIXSP. A vacinación dos nenos sans fronte a varicela. *Boletín Epidemiolóxico de Galicia* 2004; vol. XVII, nº 4.
- <sup>4</sup> Oxman MN. Zoster Vaccine: Current Status and Future Prospects. *Clin Infect Dis* 2010; 51:197–213..
- <sup>5</sup> ACIP. Update on Herpes Zoster Vaccine: Licensure for Persons Aged 50 Through 59 Years. *MMWR* 2011; vol. 60, nº 44.
- <sup>6</sup> DXIXSP. O herpes zóster nos primeiros seis meses da reforma das EDO. *Venres Epidemiolóxico* 2012; vol. 1, nº 18.
- <sup>7</sup> DXIXSP. A reforma das enfermidades de declaración obrigatoria en Galicia. *Venres Epidemiolóxico* 2012; vol. 1, nº 1.
- <sup>8</sup> DXIXSP. Ingresos hospitalarios por varicela e herpes zóster en Galicia: 1995-2004. *Boletín Epidemiolóxico de Galicia* 2005; vol. XVIII, nº 4.
- <sup>9</sup> Jackson LA et al. Hospitalizations to treat herpes zoster in older adults: Causes and validated rates. *J Infect Dis* 2008; 47: 754-9.

## APROXIMACIÓN O USO AMBULATORIO DE ANTIBIÓTICOS EN GALICIA EN 2011

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)<sup>1</sup>.

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 o ano 2011, tomando a poboación do Padrón municipal de habitantes deste ano<sup>2</sup>. Os datos de receitas facturadas con cargo ao Sistema Nacional de Saúde (SNS) obtivéronse da Subdirección Xeral de Farmacia e Produtos Sanitarios.

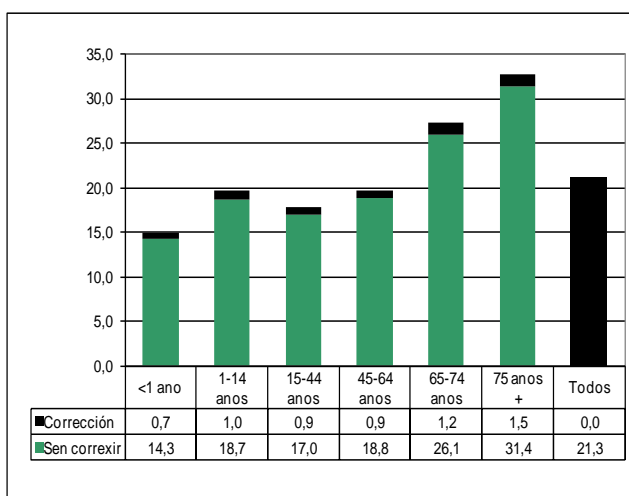
### Resultados.

*Resultados globais.* O uso global de antibióticos do grupo J01 en Galicia durante 2011, con datos de facturación do SNS, foi de 21'3 DHD ou de 64'6 EHM.

*Resultados por idade, sexo e área xeográfica.* Existe un problema que impide coñecer a verdadeira DHD por idade e sexo no ano estudado, que é a ausencia destes datos para o 4'7% das DDD. 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 (42 e 58%, respectivamente) 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 2011. Só receitas do SNS.

Os valores corrixidos para varóns e mulleres son: 19'7 e 22'8 DHD, respectivamente, que a respecto dos valores sen corrixir supoñen un aumento de 0'9 e 1'5 DHD en varóns e mulleres. A diferenza ente sexos non depende das diferentes estruturas etáreas (a taxa axustada nos varóns coa poboación de mulleres é de 22'2 DHD).



Os valores por idade, corrixidos e sen corrixir, para 2011 móstranse na figura 1, na que se observa como a DHD medra a medida que o fai a idade.

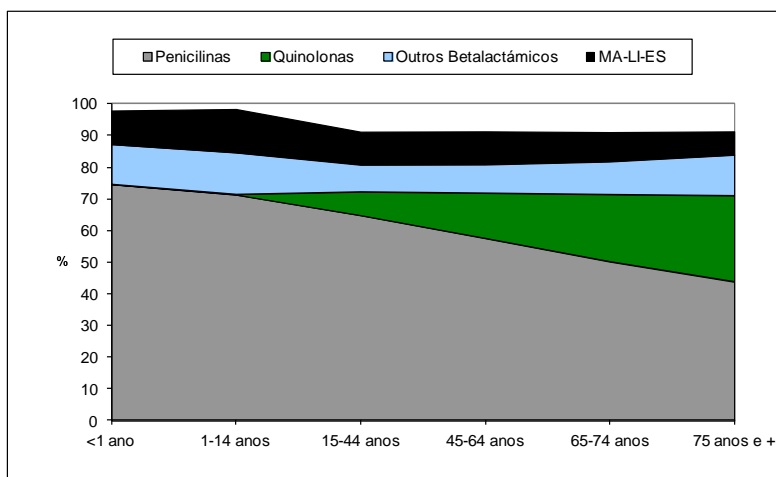
PROGRAMA DE ELIMINACIÓN DO SARAMEPELO: son de declaración obrigatoria urxente ao SAEG Todos os casos de enfermidade con:  
Febre > 38º C, exantema máculo-papular e : tose ou rinite ou conxuntivite.

Táboa 1. DHD por principio activo e grupo terapéutico en Galicia durante 2010 e 2011 con receitas do SNS.					
Grupo terapéutico	2010	2011	Principio activo	2010	2011
Penicilinas (betalactámicos)	12'7	12'3	Amoxicilina e inhibidor	9'9	9'6
Quinolonas	3'0	3'0	Amoxicilina	2'5	2'5
Outros betalactámicos. Cefalosporinas	2'2	2'1	Cefuroxima	1'3	1'4
Macrólidos, lincosamidas e estreptograminas	2'2	2'1	Ciprofloxacino	1'3	1'2
Tetraciclínas	0'7	0'7	Azitromicina	1'2	1'3
Sulfonamidas e trimetoprim	0'4	0'4	Claritromicina	0'9	0'6
Aminoglucósidos	0'0	0'0	Levofloxacino	0'6	1'0
Outros	0'4	0'4	Moxifloxacino	0'5	0'5
Combinacións	0'2	0'1	(*)	0'5	0'4
(*) Cefditoren en 2010 e Doxiciclina en 2011					

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 2011 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 76% (ver a figura 2). Ás penicilinas séguelles as quinolonas, que supuxeron o 14% das DHD (o 28% nos de 75 e máis anos de idade, ver a figura 2), e as cefalosporinas e os MALIES (macrólidos, lincosamidas e estreptograminas), que supuxeron un 10% cada un. Na páxina web da DXIXSP hai un Documento anexo con datos ampliados (DADA) con máis datos sobre o uso por grupos terapéuticos en 2011.

*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)*



Polo demais, compre salientar que os datos 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 2011 supuxo o 45% das DHD totais. Séguela a amoxicilina, cun 12% nos dous anos. Os nove principios activos que se mostran na táboa son responsables do 88% das DHD de



2011, e dos que non están incluídos ningún chega a representar o 3% das DHD do ano. Na páxina web da DXIXSP hai un DADA con máis datos sobre o uso por principios activos en 2011.

*Unha aproximación á calidade do uso.* En 2007, o proxecto ESAC (*European Surveillance of Antimicrobial Consumption*<sup>3</sup>) publicou unha lista de 12 indicadores (ver a táboa 2) co obxectivo de aproximar a calidade do uso ambulatorio de antibióticos en Europa<sup>4</sup>. 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 España<sup>5</sup>.

Indicador	VALOR	CUARTIL		
	2011	2010	2009	2010
Consumo de antibacterianos de uso sistémico (J01) expresado en DHD	21'31	4	3	3
Consumo de penicilinas (J01C) expresado en DHD	12'34	4	4	4
Consumo de cefalosporinas (J01D) expresado en DHD	7'213	3	3	3
Consumo de MALIES (J01F) expresado en DHD	2'13	3	2	2
Consumo de quinolonas (J01M) expresado en DHD	3'00	4*	4	4
Consumo de penicilinas sensibles a β-lactamasa (J01CE) como % [a]	0'26	4	4	4
Consumo de combinacións de penicilinas (J01CR) como % [a]	45'06	4*	4*	4*
Consumo de cefalosporinas de 3ª e 4ª xeración (J01DD+DE) como % [a]	3'27	4	4	4
Consumo de fluoroquinolonas (J01MA) como % [a]	13'98	4*	4*	4*
Consumo de PECEMA de amplo espectro / de espectro reducido [b]	92'69	4*	4*	4*
Variación estacional do consumo de antibacterianos sistémicos (J01) [c]	24'54	1**	1	2
Variación estacional do consumo de quinolonas (J01M) [c]	24'8	1	4	4

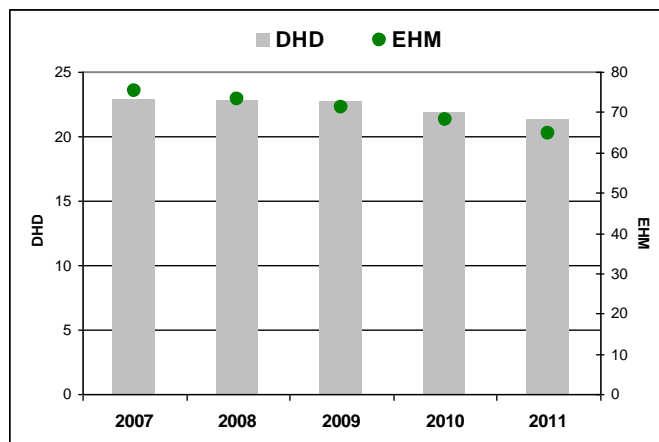
MALIES: Macrólidos, lincosamidas e estreptograminas.  
 PECEMA: Penicilinas, cefalosporinas e macrólidos.  
 [a] “%” fai referencia ao consumo total de antibióticos de uso sistémico (J01) en DHD.  
 [b] Cociente entre (J01[CR+DC+DD+(F-FA01)]) e [J01(CE+DB+FA01)]  
 [c] A variación estacional calcúlase 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 acadan o valor inferior.

Na táboa 2 móstranse tamén os valores dos indicadores para Galicia en 2011 e o cuartil que ocupan os valores de 2009, 2010 e 2011 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 en 2011 a meirande parte dos indicadores seguen a caer no cuarto cuartil, que é o de peor calidade relativa, e que só os de uso de MALIES (en DHD) e a variación estacional do conxunto dos antibióticos fican nun cuartil de boa calidade. 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.** En 2011, medido como DHD ou como EHM, uso ambulatorio de antibióticos en Galicia diminuíu a respecto dos anos anteriores, e o descenso observouse en todos os grupos de idade, entre o 0'8% (75 anos e máis) e o 5'9% (1 a 14 anos), de se comparar con 2010<sup>6</sup>. Ora ben, o descenso está a ser

foi moi feble: 1'52 DHD, ou 10'66 EHM dende 2007<sup>7</sup>, que é cando se comezaron a facer estas análises<sup>6-7</sup> (figura 3), e a panorama xeral do uso de antibióticos en Galicia segue a ser esencialmente a mesma nos últimos anos.

Figura 3. Uso ambulatorio de antibióticos en Galicia de 2007 a 2011, en DHD e EHM, coas receitas financiadas polo SNS.



Como non podía ser doutro xeito con estes resultados, os indicadores da calidade do uso en Galicia fican, practicamente todos, nas peores posicións. De xulgar por elas, urxe especialmente que diminúa:

- o uso relativo de combinacións de penicilinas,
- o uso relativo de fluoroquinolonas, e
- o uso de penicilinas, cefalosporinas e macrólidos de amplo espectro.

Para rematar, compre salientar, que só se tomaron en conta os antibióticos financiados polo SNS e, no que atinxe aos indicadores de calidade, os problemas que teñen que xa foran sinalados polos propios autores<sup>6</sup>.

## Referencias

- <sup>1</sup> 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.
- <sup>2</sup> Instituto galego de Estatística: <http://www.ige.eu/>
- <sup>3</sup> <http://app.esac.ua.ac.be/public/>
- <sup>4</sup> 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.
- <sup>5</sup> 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.
- <sup>6</sup> DXIXSP. Aproximación ao consumo de antibióticos en Galicia durante 2007 e 2008. *Boletín Epidemiolóxico de Galicia* 2010; vol. XXIII, nº 1.
- <sup>7</sup> DXIXSP. Aproximación ao consumo de antibióticos en Galicia durante 2009 e 2010. *Boletín Epidemiolóxico de Galicia* 2012; vol. XXIV, nº 1.

## O “QUIT AND WIN” EN GALICIA: HISTORIA DO DÉIXAO E GAÑA

**Introdución.** Para favorecer entre a poboación cambios nas condutas de risco aplícanse diferentes estratexias. Entre elas están as de base comunitaria asociadas a sistemas de recompensa. Aínda que estas estratexias poden basearse no uso de elementos penalizadores no caso de que non cumpran os obxectivos, o máis frecuente é o establecemento dun sistema de recompensas positivo, a partir de estímulos materiais ou económicos. Estes facilitan tanto o recrutamento de participantes como o cambio de conduta. O uso de incentivos para favorecer o cese do consumo de tabaco empezou a aplicarse nos programas desenvolvidos no medio laboral, pero o seu uso en programas comunitarios era menos frecuente. Na década de 1980 empezou en Minnesota, ao abeiro do Minnesota Heart Health Program, unha competición para deixar de fumar que utilizou como incentivo unha viaxe a Disneyworld. O programa anunciouse nos medios de comunicación, nas escolas, nos lugares de traballo e nos centros de saúde [1] e acadou unhas taxas de participación que chegaron ao 7%. Ao mes, a taxa de abandono no consumo de tabaco obtida superou o 30% e o éxito do programa fixo que se estendera a outras zonas dos Estados Unidos. Este programa foi o precursor do “Quit and Win”. Finlandia foi o primeiro país europeo en adaptar este programa-concurso para deixar de fumar, primeiro en Karelia do Norte no ano 1985, como parte do North Karelia Project, e despois en todo o país. O primeiro concurso a nivel internacional, no que participaron 13 países, organizouse en 1994 baixo o auspicio da Organización Mundial da Saúde. Dende entón e ata o ano 2006 realizouse cunha periodicidade bianual o “Quit and Win” internacional. Cada país participante realizaba a súa competición nacional pero despois os participantes competían tamén por premios internacionais. A partir do ano 2000 estableceuse unha nova categoría para os profesionais sanitarios.

Co paso dos anos as características orixinais do Minnesota Heart Health Program modificáronse en parámetros como a duración do concurso, pero as características principais mantivéronse tanto nas competicións internacionais, como nas nacionais ou nas realizadas a nivel local. Entre elas destacan:

- O programa está dirixido a individuos que son fumadores ao inicio do concurso.
- Os fumadores deben ser maiores de idade e comprometerse, a partir dunha data fixa, a deixar de fumar durante 30 días.
- Os participantes fumadores teñen tanto o apoio dos profesionais que levan a cabo o concurso como dunha testemuña non fumadora.
- Ofrécese un premio principal, que varía de ano en ano, e varios premios secundarios para os participantes. Tamén hai premios para as testemuñas non fumadoras.
- Para poder optar ao premio, o fumador debe non fumar durante todo o período de duración do concurso, unha vez rematado este tempo realizárase unha preselección dos participantes por sorteo aleatorio. Aqueles que resulten preseleccionados para optar a algúns dos premios, deberán superar as probas de validación da abstinencia, consistentes nunha enquisa persoal e probas biolóxicas, quedando anulada a súa participación no caso en que os resultados non sexan os esperados.
- Un ano despois de acabado o concurso lévase a cabo unha enquisa de seguimento, na que se valora de novo o consumo de tabaco entre unha mostra dos participantes da última edición.

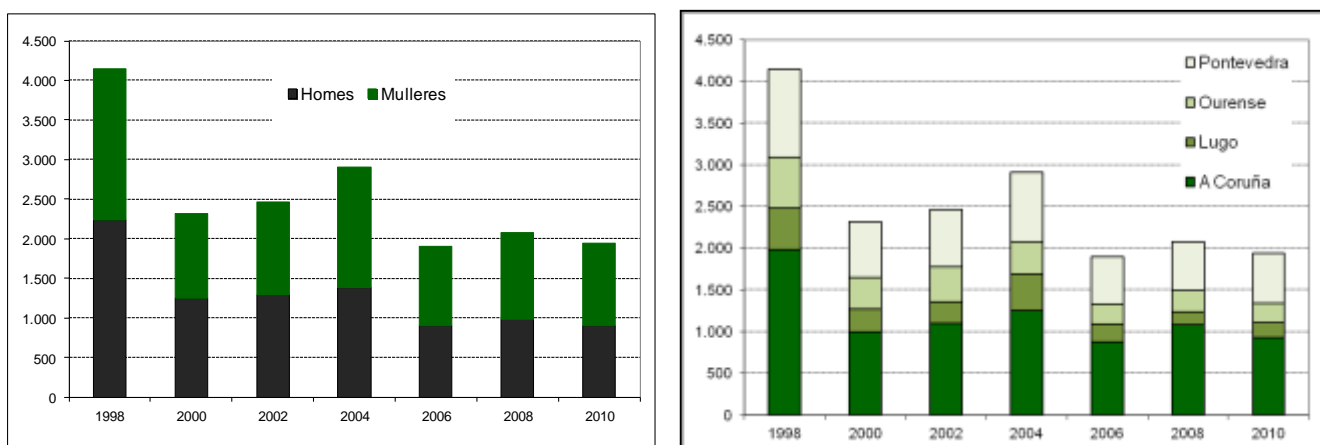
Galicia empezou a participar no “Quit and Win” no ano 1998, realizando o Déixao e Gaña, tradución literal do nome en inglés. Dende entón organizou o concurso 7 veces [2-8], de xeito bianual ata o ano 2010. Esta actividade enmarcouse dentro do Programa Galego de Promoción da Vida sen Tabaco, da entón Dirección Xeral de Saúde Pública. O concurso celebrábase sempre antes do verán, xeralmente no mes de maio, e dirixíase aos fumadores que vivían en Galicia de máis de 17 anos. Os premios principais variaron nas diferentes edicións e foron tanto cheques regalo con cartos coma viaxes. Nalgunhas edicións houbo premios especiais para colectivos laborais coma os docentes de Galicia, médicos, farmacéuticos colexiados ou enfermaría.

Unha das singularidades do programa en Galicia é que dende o ano 2006 únense ao programa “Clases sen Fume”, dirixido aos escolares de 4º de ESO, a través da participación activa destes como testemuñas e apoio ao adulto do seu entorno que decida participar en “Déixao e Gaña”. O obxectivo é conseguir a potenciación e a sinerxía de ambas actividades.

**A participación no Déixao e Gaña.** Durante as 7 edicións do Déixao e Gaña realizadas en Galicia o número de participantes foi de 17.781. Para fomentar a participación realizáronse diversas actividades: rodas de prensa, carteis informativos, telefono gratuíto, páxina web, ou carpas informativas atendidas por profesionais especializados en tabaquismo, que dan un consello personalizado a todos aqueles que o desexen. Esta opción é a que obtén os mellores resultados, sendo as carpas a opción elixida para solicitar a participación nun 63%.

Dos 17.781 participantes o 91% (n=16.172) fixérono nunha soa ocasión e o resto (1.609) participaron en máis dunha das edicións, 10 persoas participaron todos os anos. A primeira edición acadou o número máximo de participantes, 4.150, e a partir de entón diminuíu, chegando a menos da metade no ano 2006, con 1.903 participantes, e sendo na última edición de 1.950 (figura 1).

*Figuras 1 e 2. Número de participantes nas 7 edicións de Déixao e Gaña en función do sexo e provincia.*



Ao longo do concurso participaron 8.969 homes e 8.812 mulleres; destaca que nas 3 primeiras edicións participaron máis homes (razón de masculinidade: 1'2) e a partir do ano 2004 máis mulleres (razón de masculinidade: 0'9). Débese ter en conta que a prevalencia de consumo de tabaco é diferente en función do sexo, e en Galicia é máis elevada entre os homes. Estímase que no ano 2010 había aproximadamente en Galicia 580.000 fumadores, dos cales 340.000 eran homes e 240.000 eran mulleres. Asumindo estes datos entre 1998 e 2010, participaron no Déixao e Gaña o 3'1% dos fumadores de Galicia: o 2'6% dos homes e o 3'7% das mulleres. Polo que chegados a este punto obsérvase que a participación foi superior entre as mulleres.

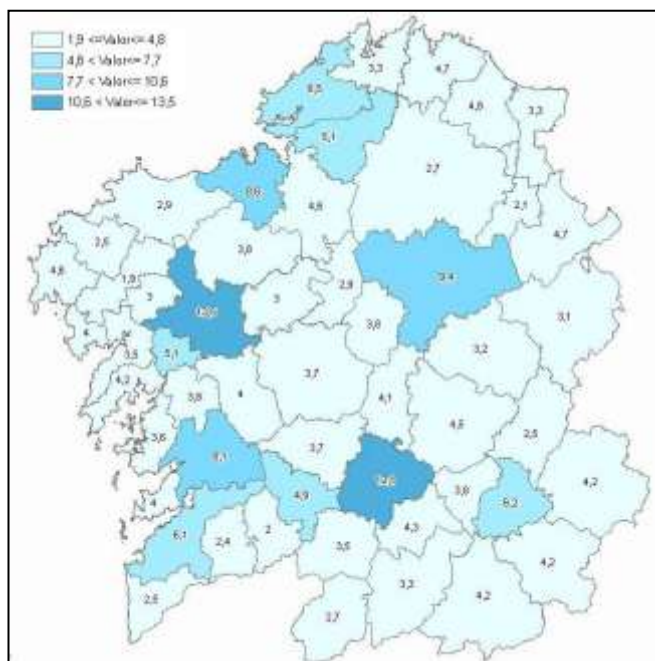
O 74% dos participantes residían na provincia da Coruña ou na de Pontevedra. En números absolutos, A Coruña foi a provincia con máis participantes nas 7 edicións (figura 2), se ben en Pontevedra a participación, tomando coma referencia a do primeiro ano, nunca descendeu máis do 50%. Nas outras 3 provincias a caída no número de participantes a partir da primeira edición foi máis elevada chegando no caso de Lugo a un descenso do 68% no ano 2008.

Nas comarcas de Santiago e de Ourense foi onde a participación foi máis alta, 13'5 participantes por cada 1.000 habitantes en Santiago e 12'1‰ en Ourense (figura 3): Tendo en conta a poboación maior de 17 anos que reside en cada unha das provincias, e tomando como referencia a do ano 2010, destaca que na provincia onde máis xente participou foi Ourense (8'6‰), seguida de Coruña (8'4‰), Lugo (6'5‰) e, na que menos, Pontevedra (6'1‰).

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.

Se ben neste punto tamén débese destacar que a prevalencia de consumo de tabaco é diferente nas provincias galegas, feito que ven condicionado polo envellecemento da poboación; xa que en Galicia entre as mulleres de 65 anos en diante a prevalencia é case nula e o peso destas mulleres sobre a poboación total é diferente en función da provincia. Así, en A Coruña e Pontevedra este grupo supón, aproximadamente, o 25% da poboación maior de idade, mentres que en Lugo e Ourense chega ata o 35%. Isto explica as diferenzas de consumo de tabaco que hai entre as provincias da Coruña [prevalencia de fumadores no ano 2010: 23'3% (IC<sub>95%</sub>: 21'7-24'8)] e Pontevedra [26'2% (IC<sub>95%</sub>: 24'5-27'9)] coas de Lugo [22'5% (IC<sub>95%</sub>: 19'7-25'4)] e de Ourense [19'4% (IC<sub>95%</sub>: 16'6-22'2)].

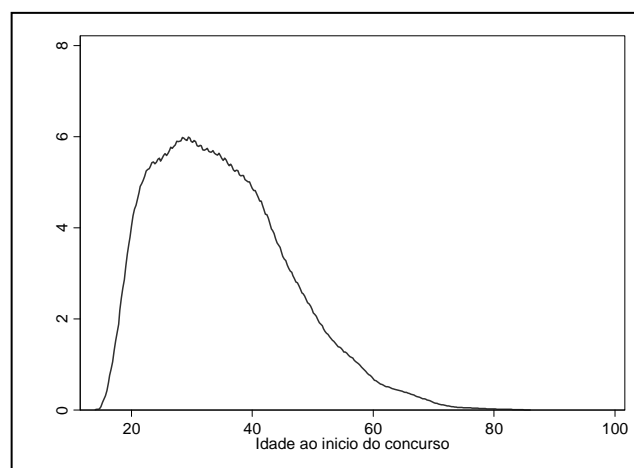
*Figura 3. Número de participantes (participantes/1.000 habitantes) no Déixao e Gaña, 1998-2010.*



A idade media dos participantes en Déixao e Gaña foi de 35'3 anos sendo as mulleres de media 4 anos máis novas que os homes (33'4 vs. 37'1).

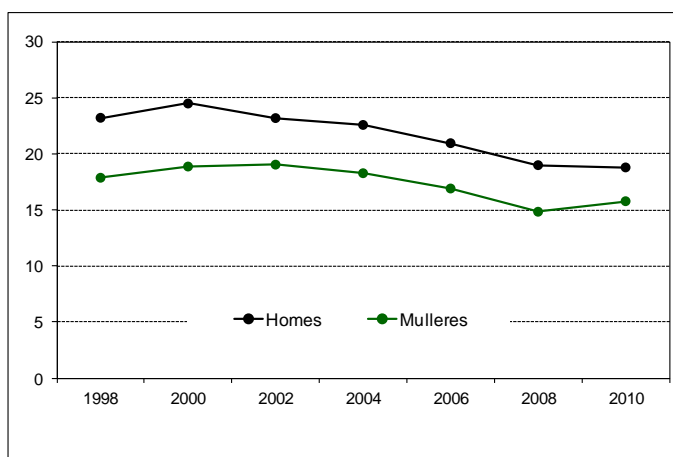
En números absolutos, o número de participantes empeza a descender entre os maiores de 40 anos (figura 4), e en función do grupo de idade destaca que a participación máis alta foi a dos fumadores de 25 a 44 anos, que supoñen o 62% dos participantes, se ben este grupo de idade supón o 50% dos fumadores maiores de idade que hai en Galicia. Tendo en conta a distribución do consumo de tabaco en Galicia en función do grupo de idade, e tomando como ano de referencia o 2010, a porcentaxe de participación máis alta é a dos fumadores de 18 a 24 anos, que en Galicia se estima que son aproximadamente 59.000, participaron o 5'4%. A participación entre os fumadores foi diminuindo a medida que avanzaba o grupo de idade; así entre os de 25-44 anos participaron o 3'5%, o 1'7% dos de 45 a 64 e o 0'8% dos de 65 e máis.

*Figura 3. Idade dos participantes cando empezou a súa participación nas diferentes edicións do concurso.*



**Tipoloxía do fumador que participou en Déixao e Gaña.** Tendo en conta o tipo de consumo de tabaco, o 97'9% dos participantes fumaban unicamente cigarros; esta porcentaxe aumenta ata o 99'7% entre as mulleres. O consumo doutras labores do tabaco, como puros ou pipas, foi anecdótico e o máximo consumo foi o de puros, que entre os varóns estímase aproximadamente no 3%. O consumo medio de cigarros ao día foi de 1 paquete (19'8 cigarros/día). Os homes fumaban máis cantidade que as mulleres ( $p=0,000$ ), de media case 5 cigarros máis ao día (homes: 22'2 vs. mulleres 17'5). O número de cigarros fumados ao día aumenta coa idade ata os 65 anos, sendo de 15 entre os participantes de 16 a 24 anos, de 20 entre os de 25 a 44, e de 23 nos de 45 a 64 anos. Nos participantes de máis de 64 anos o consumo diminúe a 21 cigarros ao día. Obsérvase, figura 4, que a medida que pasa o tempo diminúe o consumo de cigarros que fuman ao día os participantes, independentemente do sexo.

*Figura 4. Consumo medio de cigarros ao día antes de participar no concurso en función do ano de participación e do sexo.*

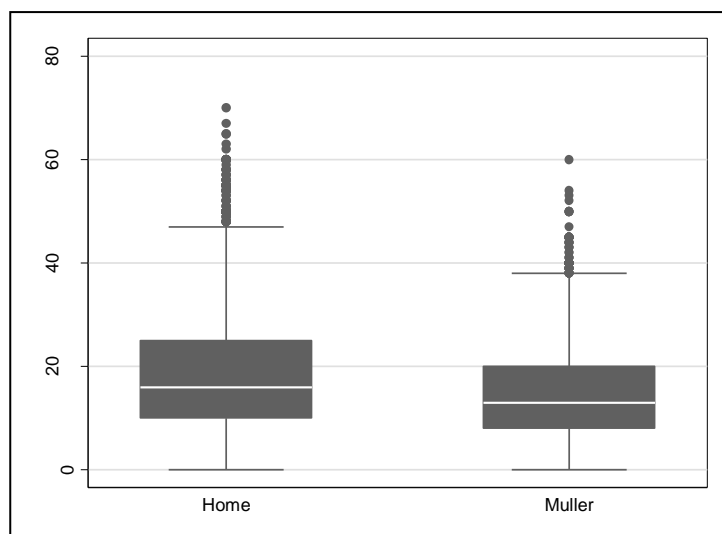


Os participantes en Déixao e Gaña levaban fumando de media 16 anos; os homes levaban fumando de media aproximadamente 4 anos máis que as mulleres, (homes: 18'3 anos, mulleres: 14'5 anos). O 50% dos participantes levaban fumando 15 anos ou máis, 16 anos os homes e 13 as mulleres. Na figura 5 obsérvase que os homes que participaron levaban máis anos de fumador que as mulleres no momento de participar no concurso, e isto reflíctese en diferentes aspectos desta figura. Por exemplo, ao analizar o valor do primeiro e do terceiro cuarto, xa que o primeiro cuarto indica que o 25% dos homes levan fumando 10 anos ou máis fronte o 25% das mulleres que levan fumando 8 anos ou máis. Ademais o tamaño de cada unha das caixas indica que o 50% dos participantes varóns no concurso levaban fumando entre 10 e 25 anos e as mulleres entre 8 e 20; e o feito de que os varóns levan fumando máis anos tamén se reflicte no valor da liña superior que sae de dentro da caixa, liña adxacente ou patilla superior, que están por riba dos 40 anos no caso dos varóns e por baixo no caso das mulleres. Os puntos que aparecen na parte superior das dúas caixas fan referencia aos valores alonxados ou extremos, é dicir aos anos de fumador que se distancian do terceiro cuarto máis de 1'5 veces a distancia entre o primeiro e o terceiro cuarto. Estes valores indican que algúns homes levaban fumando cando participaron no concurso máis de 60 anos (figura 5).

O 20'9% dos participantes non fixeran ningún intento para deixar de fumar antes de participar no concurso. Fixeran menos intentos as mulleres, das que o 22'6% non fixera ningún intento fronte ao 19'2% dos homes ( $p=0,000$ ). A medida que avanzamos en idade diminúe a porcentaxe de participantes que non fixeran ningún intento para deixar de fumar. En función do nivel de estudos e do número de cigarros que fumaban antes de participar non aparecen diferenzas (táboa 1) no número de intentos previos para deixar de fumar.

**Avaliación do Déixao e Gaña.** Para coñecer a efectividade das diferentes edicións de Déixao e Gaña, pasado un ano da celebración do concurso seleccionábase unha mostra aleatoria dos participantes da edición realizada o ano anterior e preguntábaselles pola súa relación nese momento co consumo de tabaco. En concreto, quería saber cal era a "abstinencia mantida", é dicir, a porcentaxe de persoas que non fumaron dende o inicio do concurso, ao mes e aos 12 meses, e cal a "abstinencia puntual" aos 12 meses, é dicir, a porcentaxe de persoas que non fuman no momento da entrevista, independentemente de que fumaran ou non nalgún momento do período de tempo avaliado.

Figura 5.- Anos de fumador cando participaron no concurso en función do sexo. Para interpretación da gráfica, ver o texto.



Ao longo das 7 edicións do programa realizouse a avaliación sobre 3.069 individuos, 1.524 homes e 1.545 mulleres. En cada edición, o tamaño de mostra determinouse asumindo a prevalencia de abstinencia mantida ao ano na avaliación anterior, con excepción do ano 1998 que se tomou de avaliacións alleas, cun nivel de confianza do 95% e un erro absoluto de mostraxe de 3'5% ou 4%. O número de enquisados variou entre 365 no ano 1998 e 479 no 2006.

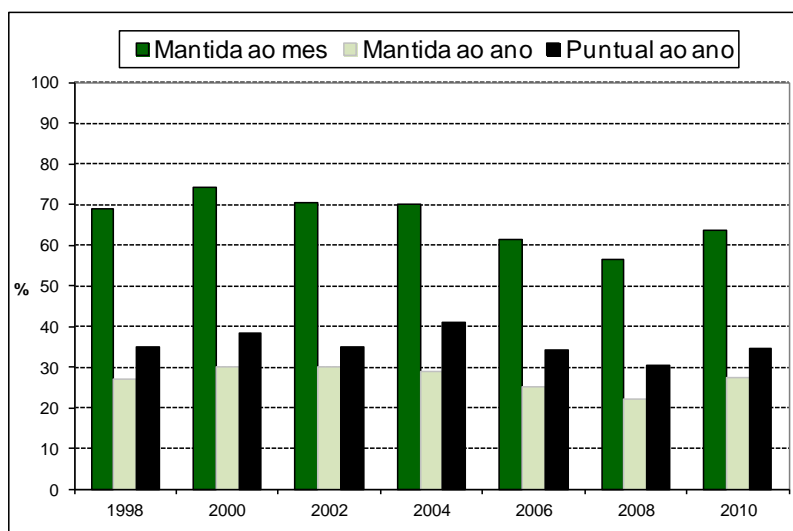
Táboa 1.- Intentos previos para deixar de fumar en función de distintas variables.				
Variable	Participantes	Intentos previos para deixar de fumar		
		Ningún	1 ou 2	3 ou máis
		%	%	%
Total	17.658	20'9	44'7	34'4
Sexo				
Homes	8.902	19'2	43'0	37'8
Mulleres	8.756	22'6	46'5	30'9
Idade				
18-24	3.191	28'0	46'1	25'8
25-44	10.765	19'5	45'9	34'6
45 e máis	3.408	18'5	39'6	41'9
Estudos				
Primarios ou menos	532	22'2	44'4	33'5
Secundarios	1.366	21'7	43'8	34'6
Universitarios	1.153	20'3	43'0	36'7
Número de cigarros				
< 10 cigarros/día	1.877	26'7	42'3	31
10-19 cigarros/día	5.348	21'1	45'1	33'8
>= 20 cigarros/día	10.236	19'8	45'1	35'1

A intención do 89'2% (IC<sub>95%</sub>: 88,0-90,4) dos participantes en Déixao e Gaña cando participaron no concurso era deixar de fumar e a do 9'0% (IC<sub>95%</sub>: 7'5-10'6) reducir o consumo. So o 1'4% (IC<sub>95%</sub>: 0'1-1'9) dixeron que so querían deixalo durante o mes do concurso. Cando se lles preguntou por cal foi a razón máis importante para deixar de fumar o 77'7% (IC<sub>95%</sub>: 76'2-79'3) dos participantes apuntaron a saúde e o 5'3% (IC<sub>95%</sub>: 4'4-

6'1) o premio do concurso. O 78'5% (IC<sub>95%</sub>: 77'1-80'0) dos participantes avaliados dixeron que o programa axudoulles a intentar deixar de fumar, sen haber diferenzas significativas en función do sexo (p=0'083), nin do nivel de estudos (p=0'476). O 65'9% (IC<sub>95%</sub>: 64'2-67'7) dos avaliados deixaron de fumar durante o concurso, chegando esta porcentaxe ao 74'1% (IC<sub>95%</sub>: 69'8-78'4) na edición do ano 2000 e ao 56'6% (IC<sub>95%</sub>: 52'0-61'1) na do ano 2008.

Na avaliación global do programa ao ano destaca que o 27'1% dos participantes de Déixao e Gaña deixaran de fumar, máis os homes (29'4%) que as mulleres (24'9%), p=0'005. Os resultados que se obtiveron en todos os anos nos que se realizou o estudo aparecen na figura 6, onde se observa que calquera das 3 abstinencias analizadas veñen diminuindo nos participantes dende a edición de 2004 ata a de 2008. Na última edición móstrase unha mellora nas porcentaxes de abstinencia tanto nas mantidas como na puntual ao ano.

*Figura 6.- Resultados da avaliación en función do ano de realización do concurso.*



O 32'0% (IC<sub>95%</sub>: 30'3-33'6) dos participantes declararon que, se ben non deixaron de fumar, reduciron o número de cigarros que fumaban ao día. Faise necesario destacar que a variación no número medio de cigarros que fumaban ao día é máis alta, de media, entre os que din que ao ano do concurso conseguiron reducir o consumo que entre os que deixaron de fumar nalgún momento do concurso e despois recaeron. Así entre os primeiros, os que reduciron o consumo, o número medio de descenso no número de cigarros foi de 9 ao día, pasando dun consumo medio ao inicio do concurso de 18'5 (IC<sub>95%</sub>: 17'9-19'2) cigarros a un consumo de 8'7 (IC<sub>95%</sub>: 8'4-9'1) ao ano da finalización do mesmo. Entre os que deixaron de fumar e despois recaeron, o descenso medio no número de cigarros fumados ao día foi de case 3 pasando dun consumo de 21'6 (IC<sub>95%</sub>: 20'9-22'2) a un de 18'9 (IC<sub>95%</sub>: 18'3-19'5) cigarros ao día. Entre os que deixaron de fumar dende o inicio do concurso o seu consumo medio de cigarros antes do concurso era de 19'5 (IC<sub>95%</sub>: 18'8-20'3).

Tratouse de aproximar o momento da primeira recaída entre os participantes avaliados que non deixaron de fumar. O 27'5% (IC<sub>95%</sub>: 25'8-29'2) non recaeron durante o concurso, pero do resto que si volveron a fumar so un 5'0% (IC<sub>95%</sub>: 4'0-6'0) fixérono entre 7 meses e 1 ano despois de que acabase o concurso. Así a probabilidade máis alta de recaer sitúase ou ben durante o concurso [33'4% (IC<sub>95%</sub>: 31'7-35'2)] ou nos 6 meses seguintes [28'8% (IC<sub>95%</sub>: 27'1-30'6)].

De comparar as características principais dos que deixaron de fumar durante o concurso (abstinencia puntual) fronte ao resto (táboa 2) destaca que entre os que non fumaban ao ano hai máis homes, e máis xente que vive en parella. Os que deixaron de fumar fumaban por termo medio 1 cigarro máis ao día.

Co obxectivo de analizar a asociación entre ser non fumador ao final do concurso e diferentes variables independentes, axustáronse modelos de regresión loxística que proporcionan coma resultado as odds ratio (OR) de prevalencia que se presentan de seguido acompañadas do intervalo de confianza ao 95% (IC<sub>95%</sub>).



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 2.- Características principais dos participantes que deixaron de fumar ao ano do concurso fronte ao resto.

	Fuman ao ano		Non fuman		p
	n	%	n	%	
<b>Sexo</b>					
Home	950	48'0	574	52'7	0,012
Muller	1.030	52'0	515	47'3	
<b>Grupo de idade ao inicio do concurso</b>					
18-24	388	20'1	158	14'7	0,000
25-44	1.199	62'0	649	60'3	
45-64	327	16'9	247	23'0	
65 e máis	20	1'0	22	2'0	
<b>Estado civil</b>					
Vive en parella	986	49'9	659	60'6	0,000
Non vive en parella	991	50'1	429	39'4	
<b>Estudos</b>					
Primarios ou menos	326	16'5	208	19'2	0,001
Secundarios	935	47'3	438	40'3	
Universitarios	715	36'2	440	40'5	
<b>Provincia de residencia</b>					
A Coruña	940	47'5	467	42'9	0,018
Lugo	200	10'1	136	12'5	
Ourense	287	14'5	146	13'4	
Pontevedra	552	27'9	339	31'2	
<b>Media de cigarros antes de participar</b>	1.972	20'1	1.071	19	0,007
<b>Apoio durante o concurso</b>					
Si	1.341	67,7	757	69,5	0,309
Non	639	32,3	332	30,5	

Táboa 3.- Variables que inflúen en manterse sen fumar dende o inicio do concurso ata o momento da avaliación.

	OR	IC 95%	
<b>Sexo</b>			
Home	1		
Muller	0,90	0,75	1,10
<b>Idade</b>	1,02	1,01	1,03
<b>Estado civil</b>			
Vive en parella	1,00		
Non vive en parella	0,81	0,66	0,98
<b>Intención ao inicio do concurso</b>			
Reducir o consumo/Deixalo por 1 mes	1,00		
Deixar de fumar	7,80	4,42	13,73

A intención coa que participan os individuos no concurso é un factor moi importante a hora de conseguir o cese do consumo de tabaco. Así, os individuos que participaron en Déixao e Gaña coa intención de deixar de fumar de forma definitiva teñen case 8 veces máis probabilidade de conseguir deixar de fumar que aqueles que o fixeron para reducir o consumo ou deixalo durante o mes que dura o concurso [OR: 7'8 (IC<sub>95%</sub>: 4'5-13'4)] (táboa 3). O nivel de estudos, o apoio que tivo durante o concurso, o número de veces que participaron, os intentos previos realizados para deixar de fumar e o número de anos que levaban fumando non inflúe na probabilidade de deixar de fumar dende o inicio do concurso ata o momento da avaliación un ano despois.

**Comentario.** A abstinencia mantida ao ano acadada polos participantes no programa-concurso Déixao e Gaña foi ao longo das 7 edicións realizadas do 27'1%. Así, unha media de 700 fumadores deixaron de fumar axudados polo concurso en cada edición. Por isto, pódese dicir que Déixao e Gaña é un método eficaz de apoio ao abandono de tabaco que, ademais, tivo unha boa valoración dos participantes.

Por outra banda, compre salientar que a abstinencia mantida ao ano en Galicia na poboación xeral maior de idade estímase, a partir dos datos aportados polo SICRI-2006, no 24'9% (IC<sub>95%</sub>: 19'8-30'1). Deste xeito, 25 de cada 100 fumadores que levaban máis de 1 ano fumando e que no ano anterior fixeran algún intento para deixar de fumar pasan a ser exfumadores no ano seguinte. Isto implica un cese espontáneo de consumo de tabaco de case 130.000 galegos maiores de idade ao ano.

## Bibliografía

- <sup>1</sup> Lando HA, Pechacek TF, Fruetel J. The Minnesota Heart Health Program community Quit and Win contests. *Am J Health Promot.* 1994 Nov-Dec;9(2):85-7, 124.
- <sup>2</sup> DXIXSP. International Quit and Win 1998. *Boletín Epidemiolóxico de Galicia.* 1998;10(4).
- <sup>3</sup> DXIXSP. Déixao e Gaña 2000. *Boletín Epidemiolóxico de Galicia* 2001; vol. XII, nº 3.
- <sup>4</sup> DXIXSP. Déixao e Gaña 2004. *Boletín Epidemiolóxico de Galicia* 2003; vol. XVI, nº 6.
- <sup>5</sup> DXIXSP. Déixao e Gaña 2006. *Boletín Epidemiolóxico de Galicia* 2005;vol. XVIII, nº 6.
- <sup>6</sup> DXIXSP. Déixao e Gaña 2008. *Boletín Epidemiolóxico de Galicia* 2007;vol. XX, nº 5.
- <sup>7</sup> DXIXSP. Déixao e Gaña 2010. *Boletín Epidemiolóxico de Galicia* 2009; vol. XXI, nº 5.
- <sup>8</sup> DXIXSP. Avaliación do Déixao e Gaña 2010. *Boletín Epidemiolóxico de Galicia* 2012; vol. XXIV, nº 2.