

BEG

Boletín Epidemiolóxico de Galicia

SUMARIO

DECLARACIÓN DÍA MUNDIAL VIH/SIDA 2009	1
18 DE NOVEMBRO: DÍA EUROPEO DE CONCIENCIACIÓN SOBRE O USO DE ANTIBIÓTICOS	2
ANTIBIÓTICOS: MENSAXES PRINCIPAIS DO ECDC PARA OS MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA	2
APROXIMACIÓN AO CONSUMO DE ANTIBIÓTICOS EN GALICIA DURANTE 2007	3
GASTROENTERITES AGUDAS EN PEREGRINOS DO CAMIÑO FRANCÉS NO VERÁN DE 2008	4

DECLARACIÓN DÍA MUNDIAL VIH/SIDA 2009

O 5 de xuño de 1981, coa conferencia de prensa dos CDC sobre 5 casos de pneumonía por *pneumocystis carinii*, iníciase oficialmente para a humanidade unha pandemia ocasionada por unha nova enfermidade que hoxe coñecemos como Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

En 1984 os investigadores franceses Françoise Barré-Sinoussi e Luc Montagnier descubriron que o virus do VIH era o causante desta enfermidade, polo que foron galardoados co Premio Nobel de Medicina o pasado ano 2008.

Sobre a orixe desta doenza hoxe sabemos que virus similares ao VIH afectan a chimpancés e monos en África central e occidental provocando neles unha enfermidade coas mesmas características que a que afecta aos humanos. Os estudos actuais sitúan na primeira metade do século pasado a modificación do virus que ocasionou o salto desde estes animais ao home. De feito o VIH detectouse en varias mostras de sangue conservadas e anteriores ao descubrimento oficial da sida. Unha destas mostras, de 1959, corresponde a un mariño británico falecido que estivera residindo no Congo, onde presumiblemente contraeu a infección.

A primeira década da epidemia polo VIH caracterízase por unha rápida expansión da infección por todo o mundo, dando lugar a pandemia que hoxe coñecemos. Nesta etapa, nos países desenvolvidos, a epidemia presenta un patrón epidemiolóxico propio, ao atopar unha vía de transmisión moi eficaz nas persoas que comparten materiais para inxectarse drogas. Por esta razón este colectivo resulta especialmente afectado. Desta primeira década destaca sobre todo a elevada mortalidade e a necesidade de hospitalización das persoas afectadas.

A segunda década caracterízase pola expansión a nivel mundial pero xa se inicia nos países desenvolvidos, como consecuencia da introdución de programas preventivos, unha diminución da transmisión por vía sanguínea nas persoas que consumen drogas inxectadas. Nesta segunda década, concretamente en 1996, aparece o tratamento de gran actividade (TARGA) que vai cambiar a esperanza de vida das persoas afectadas. Iníciase, nos países con capacidade de financiamento do tratamento, un descenso moi importante da mortalidade, e o seguimento ambulatorio das persoas afectadas. A infección adquire características de infección crónica.

A terceira década caracterízase pola estabilización, a nivel mundial e a partir do ano 2000, da porcentaxe de persoas que viven co VIH, pero nun nivel inaceptablemente elevado. Cando en 2001 se aproba, na Asemblea Xeral de Nacións Unidas, a Declaración de Compromiso na Loita contra o VIH/sida, 36 millóns de persoas viven co VIH e 22 millóns de persoas xa perderan a vida por esta causa.

Despois de décadas de mortalidade crecente, no ano 2006 o número anual de falecementos por sida en todo o mundo empezou a diminuír. O número anual de novas infeccións por VIH descendeu tamén de 3 millóns en 2001 a 2,7 millóns en 2007. E incluso en África subsahariana a maioría das epidemias nacionais estabilizáronse ou empezaron a declinar.

Ábrese unha porta á esperanza e a que poidan cumprirse os obxectivos da Declaración do Cumio do Milenio de Nacións Unidas do ano 2000, que no obxectivo número 6 refírese ao combate contra o VIH/sida, o paludismo e outras enfermidades, e que en referencia á sida establece dúas metas: "ter detido e comezado a reducir, para o ano 2.015, a propagación do VIH/sida" e "lograr para o ano 2010 o acceso universal ao tratamento do VIH/sida para todas as persoas que o necesiten".

Este 1 de decembro de 2009 ONUSIDA propón que o tema do Día Mundial da SIDA sexa: "Acceso universal e dereitos humanos".

En palabras do Director Executivo da ONUSIDA, Michel Sidibé, **"Alcanzar o acceso universal á prevención, tratamento, atención e apoio é un imperativo de dereitos humanos. É fundamental que a resposta mundial á epidemia da sida se fundamente nestes dereitos humanos e que a discriminación e as leis que castigan aos que están máis afectados polo VIH sexan eliminadas"**.

Afortunadamente en Galicia a situación respecto do VIH/sida non ten a magnitude da maioría dos países afectados por esta infección, e o acceso á prevención, ao tratamento, á atención e ao apoio das persoas afectadas garántese a través das leis e dos sistemas de atención socio sanitaria. Pero isto non nos debe levar a baixar a garda, porque a infección está aí, afectándonos a todos. A pesar dos dereitos garantidos polas leis, segue habendo persoas vulnerables que necesitan dos nosos esforzos na procura da súa atención, e persoas que poden ser obxecto de discriminación e estigma na nosa sociedade e que tamén necesitan do noso apoio en favor do respecto dos seus dereitos.

É fundamental avanzar no diagnóstico precoz das persoas infectadas que descoñecen a súa infección, e mellorar o coñecemento e as actitudes respecto da prevención, especialmente no referente á vía de transmisión sexual, tanto heterosexual como dos homes que teñen sexo con homes.

Precisamos seguir traballando para superar os resultados do ano anterior, e conseguir que esta infección deixe de ser un sufrimento para as persoas afectadas, para as que son máis vulnerables e en definitiva para todos, porque todos estamos afectados polo VIH/sida.

Santiago de Compostela, 1 de decembro de 2009.

NOVIDADES NA WEB DA DXSP (<http://dxsp.sergas.es> ou www.galiciasaude.es/dxsp)

- Aplicacións e datos: [Datos]: Datos básicos da mortalidade en Galicia 1980-2007.
- Área de traballo: Transmisibles [Sida]: Previr é posible, de nos depende [Folleto].
- Área de traballo: Transmisibles [Sida]: VIH-SIDA: Fai a proba, saíras gañando! [Folleto].
- Área de traballo: Cribados poboacionais [Xordeira]: Programa de detección da xordeira no período neonatal. Resultados 2002-07.
- Área de traballo: Cribados poboacionais [Metabolopatías]: Instrucións para a toma da mostra de urina e da de sangue [Folleto].

O pasado 18 de novembro de 2009 celebrouse, un ano máis (ver BEG; vol, XXI, nº 2), o Día europeo de concienciación sobre o uso de antibióticos, auspiciado polo Centro europeo para a prevención e control das enfermidades (ECDC) e adicado a traballar cos médicos de atención primaria para promover o uso axeitado dos antibióticos e informar aos doentes so-

bre a resistencia a antibióticos e sobre outros riscos do uso inapropiado dos antibióticos, como os efectos secundarios. Con tal motivo, deseguido reproducense as menxaxes clave que o ECDC propón para os médicos de atención primaria. A versión orixinal atópase en: <http://ecdc.europa.eu/es/eaad/antibiotics/Pages/messagesForPrescribers.aspx>.

ANTIBIÓTICOS: MENSAXES PRINCIPAIS DO ECDC PARA OS MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

O aumento da resistencia aos antibióticos ameaza a súa efectividade agora e para o futuro.

- ▮ A resistencia aos antibióticos é un problema cada vez máis grave para a saúde pública en Europa [1, 2].
- ▮ Mentres é cada vez maior o número de infeccións causadas por bacterias resistentes aos antibióticos, a perspectiva de contar con novos antibióticos é desalentadora, polo que se prevé un panorama sombrizo no que atinxe á dispoñibilidade de tratamentos antibióticos eficaces no futuro [3, 4].

O fomento do uso limitado e axeitado de antibióticos nos pacientes de atención primaria podería pór freo ao aumento das bacterias resistentes aos antibióticos.

- ▮ A exposición aos antibióticos está vencellada ao xurdimento da resistencia aos antibióticos [5-8]; e tanto o consumo de antibióticos nunha poboación, como o xeito de consumilos, afecta á resistencia a estes medicamentos [9,10].
- ▮ A experiencia adquirida nalgúns países europeos mostra que a diminución da prescrición de antibióticos aos pacientes ambulatorios acompañouse dunha redución simultánea da resistencia [10-12].
- ▮ Entre o 80% e o 90% de todas as receitas de antibióticos esténdense nas consultas de atención primaria, sobre todo a pacientes con infeccións respiratorias [9, 14, 15].
- ▮ Hai datos que demostran que en moitas infeccións respiratorias non se necesitan antibióticos [16-18] e que o sistema inmunitario do paciente é capaz dabondo para combater infeccións leves.
- ▮ Algúns pacientes presentan certos factores de risco, por exemplo, exacerbacións graves da enfermidade pulmonar obstructiva crónica (EPOC) con aumento da produción de esputos, que fan necesaria a prescrición de antibióticos [19, 20].
- ▮ A prescrición innecesaria de antibióticos na atención primaria constitúe un fenómeno complexo, pero está relacionada principalmente con factores como unha mala interpretación dos síntomas, un diagnóstico incerto e as expectativas do paciente [14, 21].

A comunicación co paciente é fundamental.

- ▮ Os estudos mostran que a satisfacción dos pacientes tratados en centros de atención primaria depende en maior medida dunha comunicación eficaz que da entrega dunha receita de antibióticos [22-24], e que a prescrición dun antibiótico para unha infección das vías respiratorias altas non reduce o índice de visitas posteriores á consulta [25].
- ▮ O consello médico profesional inflúe nas percepcións do paciente, na súa actitude ante a enfermidade e na súa crenza de que necesita antibióticos; en concreto, é importante advertirle do que pode esperar durante a súa enfermidade, indicarlle un prazo de recuperación realista e ofrecerlle estratexias para mellorar el mesmo a súa enfermidade [26].
- ▮ Non é necesario que os médicos de atención primaria prolonguen a duración dunha consulta para ofrecer alternativas á prescrición de antibióticos. Segundo os estudos, isto pode facerse nunha consulta de duración normal e mantendo un alto grao de satisfacción do paciente [14, 27, 28].

- [1] EARSS Annual Report 2007. Bilthoven, Netherlands: National Institute for Public Health and the Environment, 2008.
- [2] Cars O et al. Meeting the challenge of antibiotic resistance. *BMJ* 2008; 337: a1438. doi: 10.1136/bmj.a1438.
- [3] Finch R. Innovation - drugs and diagnostics. *J Antimicrob Chemother* 2007; 60(Suppl 1): i79-82.
- [4] Boucher HW et al. Bad bugs, no drugs: no ESCAPE! An update from the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis* 2009; 48(1): 1-12.
- [5] Malhotra-Kumar S et al. Effect of azithromycin and clarithromycin therapy on pharyngeal carriage of macrolide-resistant streptococci in healthy volunteers: a randomised, double-blind, placebo-controlled study. *Lancet* 2007; 369: 482-90.
- [6] Donnan PT et al. Presence of bacteriuria caused by trimethoprim resistant bacteria in patients prescribed antibiotics: multilevel model with practice and individual patient data. *BMJ* 2004; 328: 1297-301.
- [7] Hillier S et al. Prior antibiotics and risk of antibiotic-resistant community-acquired urinary tract infection: a case-control study. *J Antimicrob Chemother* 2007; 60(1): 92-9.
- [8] London N et al. Effect of antibiotic therapy on the antibiotic resistance of faecal *Escherichia coli* in patients attending general practitioners. *J Antimicrob Chemother* 1994; 34(2): 239-46.
- [9] Goossens H et al. Outpatient antibiotic use in Europe and association with resistance: a cross-national database study. *Lancet* 2005; 365(9459): 579-87.
- [10] Guillemot D et al. Low dosage and long treatment duration of beta-lactam: risk factors for carriage of penicillin-resistant *Streptococcus pneumoniae*. *JAMA* 1998; 279(5): 365-70.
- [11] Butler CC et al. Containing antibiotic resistance: decreased antibiotic-resistant coliform urinary tract infections with reduction in antibiotic prescribing by general practices. *Br J Gen Pract* 2007; 57(543): 785-92.
- [12] Goossens H et al. Achievements of the Belgian Antibiotic Policy Coordination Committee (BAPCO). *Euro Surveill* 2008; 13: pii=19036.
- [13] Sabuncu E et al. Significant reduction of antibiotic use in the community after a nationwide campaign in France, 2002-2007. *PLoS Med* 2009; 6(6): e1000084.
- [14] Cals JWL et al. Effect of point of care testing for C reactive protein and training in communication skills on antibiotic use in lower respiratory tract infections: cluster randomised trial. *BMJ* 2009; 338: b1374.
- [15] Wise R et al. Antimicrobial resistance. Is a major threat to public health. *BMJ* 1998; 317(7159): 609-10.
- [16] Butler CC et al. Variation in antibiotic prescribing and its impact on recovery in patients with acute cough in primary care: prospective study in 13 countries. *BMJ* 2009; 338: b2242.
- [17] Smucny J et al. Antibiotics for acute bronchitis. *Cochrane Database Syst Rev* 2004; (4): CD000245.
- [18] Spurling GK et al. Delayed antibiotics for respiratory infections. *Cochrane Database Syst Rev* 2007; (3): CD004417.
- [19] Puhan MA et al. Exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: when are antibiotics indicated? A systematic review. *Respir Res* 2007 Apr 4; 8:30.
- [20] Puhan MA et al. Where is the supporting evidence for treating mild to moderate chronic obstructive pulmonary disease exacerbations with antibiotics? A systematic review. *BMC Med*. 2008 Oct 10; 6:28.
- [21] Akkerman AE et al. Determinants of antibiotic overprescribing in respiratory tract infections in general practice. *J Antimicrob Chemother* 2005; 56(5): 930-6.
- [22] Butler CC et al. Understanding the culture of prescribing: qualitative study of general practitioners' and patients' perceptions of antibiotics for sore throats. *BMJ* 1998; 317(7159): 637-42.
- [23] Kallestrup P, Bro F. Parents' beliefs and expectations when presenting with a febrile child at an out-of-hours general practice clinic. *Br J Gen Pract* 2003; 53(486): 43-4.

- [24] Macfarlane J et al. Influence of patients' expectations on antibiotic management of acute lower respiratory tract illness in general practice: questionnaire study. *BMJ* 1997; 315(7117): 1211-4.
- [25] Li J et al. Antimicrobial prescribing for upper respiratory infections and its effect on return visits. *Fam Med* 2009; 41(3): 182-7.
- [26] Rutten G et al. Patient education about cough: effect on the consulting behaviour of general practice patients. *Br J Gen Pract* 1991; 41(348): 289-92.

- [27] Cals JWL et al. Evidence based management of acute bronchitis; sustained competence of enhanced communication skills acquisition in general practice. *Patient Educ Couns* 2007; 68(3): 270-8.
- [28] Welschen I et al. Effectiveness of a multiple intervention to reduce antibiotic prescribing for respiratory tract symptoms in primary care: randomised controlled trial. *BMJ* 2004; 329(7463): 431-3.

APROXIMACIÓN AO CONSUMO DE ANTIBIÓTICOS EN GALICIA DURANTE 2007

INTRODUCCIÓN

As diferenzas nas taxas de resistencia a antibióticos observadas en Europa, pódense atribuír á presión selectiva exercida polo exceso do consumo de antibióticos, que é maior nos mesmos lugares nos que son maiores as devanditas taxas, no sur e no centro do continente.

Para estudar o consumo de antibióticos, a OMS recomenda empregar os "antibacterianos para uso sistémico", e expresalo en DHD: dose diaria definida (DDD) por 1.000 habitantes e día. A DDD é o promedio asumido da dose diaria de mantemento para a súa indicación principal en adultos. A clasificación ATC/DDD, que ten aos 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 dada presentación, e referidos a unha poboación e un ano determinados.

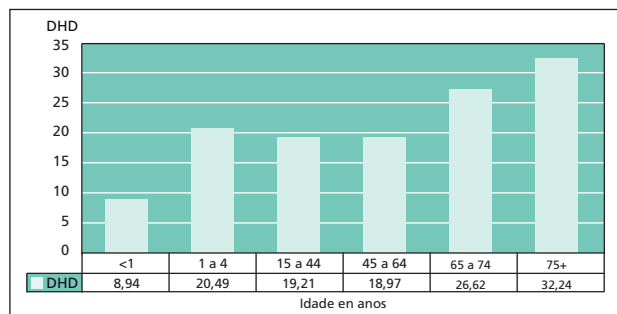
Deseguido mostráronse os valores destes indicadores para Galicia durante o ano 2007, e a súa distribución en función de diferentes factores, mais antes hai que subliñar que estes datos non son, en propiedade, de consumo. Son datos de receitas do sector público galego, polo que faltan, dende o punto de vista do consumo, as receitas do sector privado e máis o derivado do autoconsumo (ver o apéndice). Por iso, os resultados que aquí se presentan só se poden considerar unha aproximación ao consumo.

MATERIAIS E RESULTADOS

Empregouse a clasificación ATC/DDD do ano 2008 e o Padrón do ano 2007. Os datos das recitas proceden da Subdirección Xeral de Farmacia e Produtos Sanitarios do Sergas.

Durante o ano 2007, o consumo de antibióticos J01 foi de 22'83 DHD no conxunto de Galicia. O consumo foi superior en homes que en mulleres (18'5 versus 11'5 DHD, pero son moitos rexistros nos que non figuraba o sexo, tantos que supoñen o 35% de DDD totais; e, de asumir que as DDD de sexo descoñecido teñen a mesma distribución sexual que as de sexo coñecido, a DHD sería 28'7 e 17'4, respectivamente); e foi maior nos pacientes de 75 e máis anos de idade, seguidos polos de 65 a 74 anos e polos de 1 a 14 anos (ver a figura 1). Isto correspóndese, como non podía ser doutro xeito, co achado de que o consumo con receitas para os pensionistas foi moi superior, 33'3 DHD, ao efectuado con receitas de activos, 18'7 DHD.

Figura 1. DHD por idade en Galicia durante 2007. O 6'2% das DDD totais non se poden asociar a ningún grupo de idade.

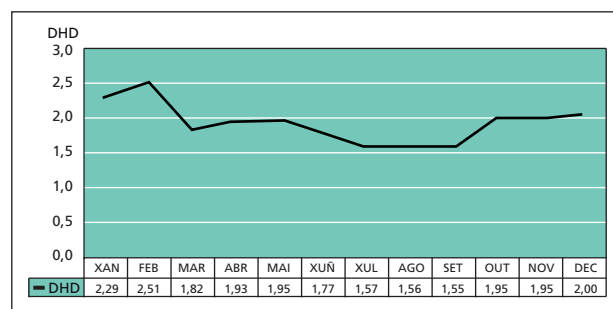


Como se observa na figura 2, o consumo ten un patrón estacional, xa que é maior nos meses de inverno, que nos de verán.

Polo grupo terapéutico da clasificación ATC/DDD, o máis consumido, con diferenza, foi o das penicilinas, con 12'66 DHD. Sígueno as quinolonas, con 3'20 DHD; o de outros betalactámicos, que inclúe as cefalosporinas, con 2'80 DHD; e os macrólidos, lincosaminas e estreptograminas, con 2'58 DHD.

Polo principio activo da clasificación ATC/DDD, o maior consumo foi para o grupo que inclúe a amoxicilina con inhibidores, con 9'99 DHD; seguido da amoxicilina, con 2'45 DHD; da cefuroxima, con 1'65 DHD; do ciprofloxacino, con 1'35 DHD; e da azitromicina, con 1'35 DHD.

Figura 2. DHD por mes en Galicia durante 2007



COMENTARIO

En España^{1, 2} o consumo anual de antibióticos descendeu enormemente dende o ano 1976 ata 1993, para medrar lixeiramente e, a partir de entón, manterse relativamente estábel no contorno de 20 DHD. Ora ben, os datos de 1976 incluían a todos os antibióticos dispensados nas farmacias e o resto dos datos inclúen só os medicamentos prescritos polo sector público, polo que estas cifras están infravaloradas, subestimación que pode acadar o 30%, como se desprende dos resultados dun estudo sobre o consumo de antibióticos en España publicado recentemente³. No estudo comparáronse as prescricións con cargo á seguridade social coas vendas das farmacias no trienio 2003-2005, e obtiveronse os resultados da táboa 1.

Táboa 1. DHD por ano en España no trienio 2003-2005, con dous métodos de estimación diferentes (referencia 3).

Ano	2003	2004	2005
DHD polas recitas da Seguridade Social	18'01	18'48	19'29
DHD polas vendas en farmacias	26'33	28'12	28'93

Ademais, o estudo observou que a diferenza entre venda en farmacia e receita da Seguridade Social variaba por antibiótico, e as maiores diferenzas atopáronse coa espiramicina (88%), eritromicina (72%), fosfomicina (57%), cefaclor (52%) e clindamicina (51%); e a menor diferenza coas quinolonas.

O problema de non contemplar os datos de vendas en farmacia afecta, polo tanto, aos datos aquí presentados para Galicia (ver o apéndice). Máis comparables son os datos de Lázaro et al⁴, que indican que entre 1985 e 2000, a DHD medrou en Galicia de 15'9 e 19'9. Semella, pois, que os datos de 2007 indican un aumento do consumo, aínda que, pola súa distribución etárea tan marcada (ver a figura 1), con estes datos en bruto non se pode dicir a medida na que este aumento depende do envellecemento da poboación.

APÉNDICE

Dispónse de datos parciais da venda de antibióticos en farmacia, proporcionados polas distribuidoras á devandita Subdirección Xeral de Farmacia e Produtos Sanitarios.

Ao engadir estes datos, o consumo en Galicia durante 2007 medrou de 22'83 DHD a 25'06 DHD, cunha distribución mensual do

consumo moi semellante entre as dúas series, a proporcionada polas receitas do sector público e a proporcionada por esta e máis os datos das distribuidoras.

Bibliografía

1. Ferech M et al. European Surveillance of Antimicrobial Consumption (ESAC): outpatient antibiotic use in Europe. *J Antimicrob Chemother* 2006; 58: 401-407.
2. Informe de panel de expertos. Resistencia antimicrobiana ¿Qué hacer?. *Rev Esp Salud Pública* 1995; 69: 445-461.
3. Campos J et al. Surveillance of outpatients antibiotic consumption in Spain according to sales data and reimbursement data. *J Antimicrob Chemother* 2007; 60: 698-701.
4. Lázaro E et al. Evolución del consumo de antibióticos en España, 1985-2000. *Med Clin (Barc)* 2002; 118 (15): 561-568.
5. Coenen et al. ESAC: quality indicators for outpatient antibiotic use in Europe. *Qual. Saf. Health Care* 2007; 16: 440-5.

GASTROENTERITES AGUDAS EN PEREGRINOS DO CAMIÑO FRANCÉS NO VERÁN DE 2008

INTRODUCCIÓN

As gastroenterites agudas de orixe infecciosa (GEA) son procesos moi frecuentes, a maioría dos cales aparecen como casos esporádicos de curso benigno e autolimitado. Existe unha gran variedade de microorganismos causantes de GEA, e no período estival a frecuencia das GEA medra polas altas temperaturas polo cambio de hábitos alimentarios.

Estas dúas circunstancias danse naquelas persoas que van de camiño a Santiago no verán, mais non existe datos sobre a frecuencia de GEA nesta poboación. Por iso a Consellería de Sanidade decidiu realizar, en colaboración co Programa de Epidemioloxía Aplicada de Campo (PEAC) do Centro Nacional de Epidemioloxía, unha valoración da incidencia dos casos de GEA que se producen no Camiño de Santiago, unha importante ruta turística, cultural e relixiosa frecuentada por unhas 40.000 persoas durante o verán. Desde o punto de vista da saúde pública é importante coñecer estas cifras, e máis aínda con vistas ao ano compostelán 2010 no que se espera unha afluencia masiva de peregrinos.

MÉTODOS

Realizáronse dous estudos. Un, transversal (T) cos peregrinos que viñan pola ruta francesa do Camiño de Santiago durante o período do 15 de xullo ao 15 de setembro de 2008, mediante enquisas auto-cumprimentadas no albergue do Monte do Gozo. Deseñáronse as enquisas en catro idiomas (castelán, galego, francés e inglés) e incluíronse mapas das etapas de referencia, para axudar a evitar sesgos de memoria. A información recolleuse e tratouse confidencialmente, conforme aos requisitos éticos necesarios.

Para a estimación dunha incidencia non coñecida anteriormente, cunha precisión do 5% e un nivel de confianza do 95%, calculouse un tamaño de mostra de máis de 385 peregrinos. Estes seleccionábanse de forma consecutiva á súa chegada ao albergue, ata completar unha cota diaria de enquisas. Calculáronse as taxas tomando como denominador as sumas dos tempos en risco de cada individuo, a partir dos días que cada persoa estivo en Galicia facendo o camiño.

Realizouse ao mesmo tempo un estudo de casos incidentes no camiño (CI), utilizando o sistema de vixilancia epidemiolóxica intensificado, para identificálos coa maior celeridade. Así se intentaría recoller a máxima información posible sobre factores de risco asociados, á vez que se lles solicitaba unha mostra de feces. Tamén se solicitaba a identificación dun acompañante sen ningún sintoma como control concorrente, cando iso era posible.

A definición de caso foi: peregrino con dous ou máis episodios de diarreas e/ou vómitos ao día no tramo galego do Camiño Francés durante o período do 15 de xullo ao 15 de setembro do 2008. As fontes de información foron: centros de saúde, servizos de urxencias, albergues e farmacias ao redor da ruta francesa en Galicia. A análise microbiolóxica das mostras de feces realizouse no CHUS.

Posteriormente fíxose unha análise de casos e controis conxunto (CC) cos datos de ambos os dous estudos para avaliar posibles factores asociados ao risco de presentar GEA. Aplicouse análise multivariable mediante regresión lóxística.

RESULTADOS

Perfil dos peregrinos. No estudo T recolleuse información de 593 peregrinos. A mediana de idade foi 31 anos, rango intercuartílico (I.Q.): 24-44. A mediana do número de días investidos no camiño foi 5, sendo o rango I.Q.: 4-7 días. A estancia mediana en territorio de Galicia foi 6 días, rango I.Q.: 5-8. O 90.4% consumiu auga non embotellada nalgún momento durante o camiño (IC_{95%}: 87'9-92'9%).

Perfil dos casos de GEA. Preguntóuselles aos peregrinos do estudo T se presentarían síntomas relacionados con GEA, concretamente, diarrea –dúas ou máis deposicións brandas ao día–, vómitos, náuseas, febre e dor abdominal cólico. Presentaron algún sintoma relacionado con GEA 118 (20%) dos peregrinos. Destes só 82 (14%) cumpríu a definición de caso, aínda que dous non deixaron datos de rexistro temporal para poder medir o seu tempo en risco. A densidade de incidencia (DI) foi de 23'5 episodios de GEA / mil peregrinos-día (p-d); cun IC_{95%}: 18'9-29'4/10³.

No estudo CI, das 5 etapas que constitúen o tramo galego do camiño francés, a primeira e a última son as que acumulan unha porcentaxe maior de inicio de GEA (28% e 25%, respectivamente). Consideradas como alternativas non excluíntes, a procedencia dos alimentos consumidos nas 72 horas previas ao comezo de GEA foi practicamente a mesma en supermercados, bares e restaurantes (preto do 75%). En menor proporción a orixe foron casas rurais (28%), hoteis (26%) e outros (50%).

Caracterización microbiolóxica das GEA. De 31 mostras analizadas, o norovirus foi o microorganismo máis frecuente (58%). Identificáronse tamén: 7 *Escherichia coli*, 2 *Hafnia alvei*, 1 *Salmonella*, 1 *Campylobacter* e 1 *Cryptosporidium*.

Posibles factores de risco relacionados coas GEA. Para a análise do estudo CC identificáronse 175 casos, e 478 controis. Do total de casos 95 procedían do estudo CI, e 80 do T. Os controis foron 27 do CI e 451 do T. Na análise univariante o lugar de inicio

do camiño, o modo de peregrinaxe (a pé/bicicleta) e os días de estancia no camiño non presentaron unha asociación estatisticamente significativa cos cadros de GEA.

Logo de axustar pola idade, o sexo, o país de procedencia e o número de acompañantes, o consumo de auga non embotellada resulta ser un factor de risco que multiplica por dous a presenza dun cadro de GEA (OR: 2'09), aínda que a relación non é estatisticamente significativa (IC_{95%}: 0'91-4'82). Tamén o feito de facer o camiño en compañía de grupos de máis de 3 persoas aumenta o risco de GEA, mais tampouco neste caso a relación é estatisticamente significativa (OR: 1'49; IC_{95%}: 0'98-2'28). Con todo, o único factor asociado de xeito claro á presenza dos cadros de GEA é a idade, cun OR de 4'72 e un IC_{95%}: 2'16-10'28, para os menores de 20 anos a respecto dos maiores de 50 anos.

COMENTARIO

Parece existir un prototipo de peregrino candidato a presentar unha GEA. Sería preferentemente de nacionalidade española, mozo por baixo dos 20 anos de idade, que vai facendo o camiño nun grupo de polo menos tres acompañantes, e que consome auga non embotellada. Aparentemente este hábito é unha conduta de risco xeneralizada. Posiblemente tamén sexa un hábito fácil de imitar cando se camiña en grupo. A auga de fontes é máis fácil de obter no camiño.

Dado que a intensidade dos síntomas de GEA e a tolerancia individual aos mesmos pode ser moi variable, é de esperar que existan casos non detectados a pesar do sistema de vixilancia establecido a tal fin. Un número indeterminado de peregrinos pode ter unha GEA sen consultar en centros de saúde nin ir a farmacias do camiño.

A potencia final do estudo CC é do 70%, tomando como asociación principal o consumo de auga non embotellada e tendo en conta unha prevalencia de exposición entre os controis do 89'1% (424) e entre os casos do 95'4% (167).

Non entanto, na interpretación destes resultados hai que ter en conta que non se dispuña dunha poboación de referencia de peregrinos no momento de deseñar o estudo. Posteriormente

te obtivéronse datos do Rexistro Eclesiástico Compostelán, e da cifra de pernoctacións da Fundación Xacobeo, que rexenta albergues. Con todo, non foi posible utilizar estes datos como provenientes da mesma poboación de peregrinos do estudo. Respecto ao Rexistro Compostelán: non todos os que acaban o percorrido van recoller a Compostela –un certificado eclesástico de percorrer polo menos unha parte do camiño–, e non todos os que van recollela fixeron unha peregrinaxe semellante nin se aloxaron en albergues oficiais. As idades destes tipos de peregrinos son diferentes probablemente. Respecto da fundación Xacobeo, as súas cifras son de pernoctacións e non persoas. Isto podería confundir á hora de medir períodos de seguimento.

RECOMENDACIÓNS

É importante continuar vixiando a potabilidade da auga de fontes e albergues. Hase xeo-referenciado a práctica totalidade de fontes do camiño francés no tramo galego, e poderíase facer coas do resto de camiños a Santiago. Outra mellora que se podería suxerir é a instalación de frigoríficos en albergues, onde os peregrinos puidesen conservar os alimentos que transportan. Recoméndase a realización dun novo estudo que tome como base os resultados obtidos nesta investigación, realizar educación sanitaria aos peregrinos e medidas adecuadas de vixilancia, control e avaliación dos problemas que afectan a estes.

En vista ao Ano Santo Compostelán 2010, en que se espera unha elevada afluencia de peregrinos, poderíase implementar un plan de educación sanitaria con consellos para estes mediante información en páxinas web de organizacións de peregrinos, excursionistas, asociacións deportivas e doutro tipo. Tamén se podería elaborar unha campaña de publicidade dos consellos hixiénicos oportunos mediante material informativo impreso, a repartir en todos albrgues do circuito Xacobeo, ou en carteis visibles ao longo do percorrido.

Autores: J Giménez-Duran, MA Luque, J Rodríguez-Urrego, C Linares, L Bonilla, G Clerger do PEAC; C Savulescu, do EPIET; L Martínez Lamas, do Servizo de microbioloxía do CHUS; A Pousa, do Servizo de epidemioloxía da DXSP; e J Donado, D Herrera e MV Martínez do CNE.

1 DE DECEMBRO, DÍA MUNDIAL DA SIDA

A infección polo VIH e a SIDA

Previr é posible

DE NÓS DEPENDE

XUNTA DE GALICIA
CONSELLERÍA DE SANIDADE
Dirección Xeral de
Saúde Pública e Planificación

SISTEMA DE ALERTA EPIDEMIOLÓXICA DE GALICIA

TELÉFONOS DIRECTOS EPIDEMIOLÓXICA
Horario de oficina (8 a 15 h.)

A CORUÑA	981 155 888
LUGO	982 292 114
OURENS	988 066 339
PONTEVEDRA	986 885 872

SAEG

EPIDEMIÓLOGO DE GARDA
Fora do horario de oficina
649 82 90 90

A través do 061 tamén é posible contactar co SAEG

BOLETÍN EPIDEMIOLÓXICO DE GALICIA

DIRECCIÓN XERAL DE
SAÚDE PÚBLICA E PLANIFICACIÓN

Servizo de Epidemioloxía
Tel.: 881 542 929 / Fax: 881 542 970
E-mail: dxsp.vixepi@sergas.es

XUNTA DE GALICIA
CONSELLERÍA DE SANIDADE
Dirección Xeral de
Saúde Pública e Planificación