

Consejería de Sanidad y Dependencia

Edita: Dirección General de Salud Pública

Semanas 1-8. Año 2011.

Ejemplar gratuito

SUICIDIO Y ACCIDENTES DE TRÁFICO MORBI-MORTALIDAD COMPARADA

AUTORES: Pozzati Piñol, Manuel Ignacio .

Subdirección de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública. Servicio Extremeño de Salud.

1. INTRODUCCIÓN

La comparación del suicidio y los accidentes de tráfico como principales causas externas de morbi-mortalidad no es nueva. Por desgracia tampoco es una novedad el razonamiento apresurado sobre los datos que manejan los medios de comunicación de masas, lo que lleva a una interpretación errónea y sin base estadística del fenómeno, atendiendo de forma hermenéutica exclusivamente a los datos mediáticamente relevantes.

No es raro encontrar afirmaciones del tipo: "Los casos de suicidio se han convertido en un drama cotidiano que multiplican por diez los de homicidios y que han desbancado por completo a los accidentes de tráfico como primera causa de muerte violenta en la provincia (www.alertadigital.es 31/01/2011)" o "Es un hecho: en España se producen más muertes por suicidio que por accidente de tráfico...la cifra de suicidas sigue su senda ascendente con 3.421 fallecidos en ese mismo año (2008). Unas escalofriantes cifras que no deberían dejar indiferente a nadie (www.elconfidencial.com/salud 02/03/2010)", u otras manifestaciones alarmistas de la radio o la televisión sobre el tema.

Este texto no pretende desdeñar la importancia del suicidio o incrementar la de los accidentes de tráfico, sino establecer la justa magnitud de ambos fenómenos en Extremadura, atendiendo tanto a la mortalidad como a la morbilidad, lo que va a ofrecer unas cifras no tan mediáticas pero sí más acordes a la realidad, lo que permitirá la comparación de ambos eventos.

2. MATERIAL Y MÉTODOS.

Los datos que se utilizarán para abordar la mortalidad proceden del Registro de mortalidad gestionado por la Dirección General de Salud Pública extremeña, y abarcan la última década registrada de mortalidad; periodo

que se extiende desde el año 2000 hasta el 2009. Se recogen aquí las causas de mortalidad del CIE-10, V02-V89, correspondientes a los "accidentes de tráfico de vehículos a motor", y X60-X84, asociadas al "suicidio y lesiones autoinfligidas".

Para dar una descripción lo más aproximada posible con los datos disponibles, el informe presenta los casos y tasas ajustadas de mortalidad por sexo y año, las tasas de mortalidad ajustadas por grupos de edad y sexo para el conjunto del periodo, y los años potenciales de vida perdidos (APVP) por sexo y año de defunción para atender a la mortalidad. Tanto para los datos de mortalidad como para aquellos asociados con la morbilidad, se ha tomado el último censo poblacional disponible (2001).

En el caso de la morbilidad, los microdatos parten del Conjunto Mínimo Básico de Datos de la Comunidad Autónoma de Extremadura (CMBD), en el periodo 2004-2009, centrándose esta vez en los códigos del CIE-9, E810-E819 para los accidentes de tráfico y E950-E959 para el suicidio y las lesiones autoinfligidas.

Atendiendo a la morbilidad se presenta en el texto tanto los ingresos como los días de estancias hospitalarias generadas por ambas causas, su proporción sobre el total de ingresos y días de estancia respectivamente, desagregado por sexo y año, así como las tasas ajustadas por grupos de edad y sexo.

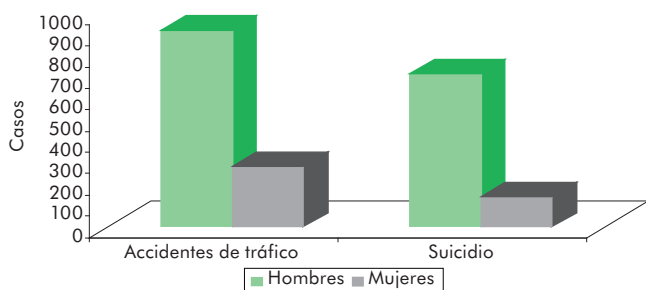
3. RESULTADOS.

3.1 MORTALIDAD.

La importancia del estudio del suicidio y los accidentes de tráfico radica en su alta frecuencia relativa; suponen el 58,39% de las muertes clasificadas por causas externas, valor que se eleva hasta el 62,66% para los hombres y 47,06% para mujeres. A su vez, ambas causas suponen el 1,91% de la mortalidad total del periodo.

Un aspecto importante en la mortalidad producida por estas causas, y de las causas externas en general, es la diferente incidencia por sexo, existiendo una clarísima sobremortalidad masculina en ambos casos, triplicando el número de defunciones por accidentes de tráfico en varones sobre las mujeres y llegando a cuadruplicarse en el caso de los suicidios. (Figura 1).

Figura 1. Número de defunciones por sexo. Accidentes de tráfico y suicidio (2000-2009).



cada en la comunidad extremeña, de los cuáles, el 37,37% se debieron a suicidios y lesiones autoinfligidas (719 casos), y el 62,63% a accidentes de tráfico de vehículos a motor (1205 casos). La tendencia, si bien parece clara en algunos casos, será evaluada más adelante.

Tabla 1. Casos de mortalidad, ambos sexos, varones y mujeres por año de defunción. Accidentes de tráfico y suicidio según CIE-10.

	Accidentes de tráfico			Suicidio		
	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres
2000	152	111	41	68	57	11
2001	140	109	31	54	44	10
2002	150	119	31	91	74	17
2003	140	105	35	67	47	20
2004	182	131	51	95	74	21
2005	122	98	24	85	69	16
2006	100	77	23	72	59	13
2007	95	72	23	74	63	11
2008	91	75	16	82	70	12
2009	33	25	8	31	21	10
TOTAL	1205	922	283	719	578	141

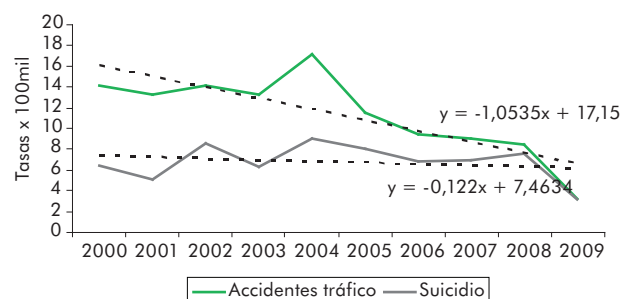
Si analizamos las tasas de mortalidad referentes a la última década se observa, en cuanto a los accidentes de tráfico, una clara trayectoria descendente, especialmente desde el año 2004, momento de mayor incidencia con 17,19 defunciones por cada cien mil habitantes, hasta 2009, con la menor tasa de defunción (3,21 defunciones por cien mil)(Tabla 2).

Atendiendo ahora al suicidio, si se observa la ecuación de la línea de tendencia de la figura 2, se ve que, no solo no aumenta, como se afirmaba en la introducción, sino que disminuye ligeramente a lo largo del periodo estudiado. La tasa bruta anual media de mortalidad por suicidio se establece cerca de las 7 defunciones por cien mil (6,79) para ambos sexos, siendo de 11,02 defunciones por cien mil en el caso de los hombres y 2,64 en las mujeres. (Tabla2).

Tabla 2. Tasa bruta de mortalidad por 10⁵, ambos sexos, varones y mujeres por año de defunción. Accidentes de tráfico y suicidio según CIE-10.

	Accidentes de tráfico			Suicidio		
	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres
2000	14,08	20,60	7,68	6,42	10,87	2,06
2001	13,23	20,79	5,80	5,10	8,39	1,87
2002	14,17	22,69	5,80	8,60	14,11	3,18
2003	13,23	20,02	6,55	6,33	8,96	3,74
2004	17,19	24,98	9,55	8,97	14,11	3,93
2005	11,53	18,69	4,49	8,03	13,16	3,00
2006	9,45	14,68	4,31	6,80	11,25	2,43
2007	8,97	13,73	4,31	6,99	12,01	2,06
2008	8,50	14,11	3,00	7,56	13,16	2,06
2009	3,21	4,96	1,50	3,12	4,20	2,06
TOTAL	11,38	17,58	5,30	6,79	11,02	2,64

Figura 2. Serie histórica de tasas brutas de mortalidad por 10⁵ por ambos sexos y año. Accidentes de tráfico y suicidio (2000-2009).



La tendencia es para ambas causas descendente, pero hay que señalar que esa disminución se debe, en mayor medida, al sexo masculino, sobre todo en accidentes de tráfico. Se puede decir, por tanto, que la convergencia en la incidencia de mortalidad por ambas causas es fruto de una espectacular caída de las defunciones causadas por accidentes de tráfico y una cierta estabilidad de aquellas causadas por suicidios y lesiones autoinfligidas. (Figura 2).

Pero conocer tan solo la incidencia, sin atender a la estructura de la población, poca información puede aportar más allá de unas pocas pinceladas descriptivas que no ayudan a establecer la importancia relativa de cada una de las causas de mortalidad.

Las figuras 3 y 4 dan un claro argumento contra el alarmismo mediático, que sitúa al suicidio como la más nociva de las causas externas. Si se repara en la estructura poblacional, los accidentes de tráfico presentan las mayores tasas de defunción en los grupos jóvenes (de 15 a 29 años) sobre todo entre los varones, mientras que el suicidio está claramente sobrerrepresentado en los estratos más viejos de la población para ambos sexos. En este sentido, el hecho de que una u otra causa tenga una mayor incidencia en la población deja de ser el elemento importante y pasa a un segundo plano, subordinado a las características cualitativas de los individuos.

Figura 3. Tasa ajustada de mortalidad por 10⁵, por sexo y grupos de edad. Accidentes de tráfico (2000-2009)

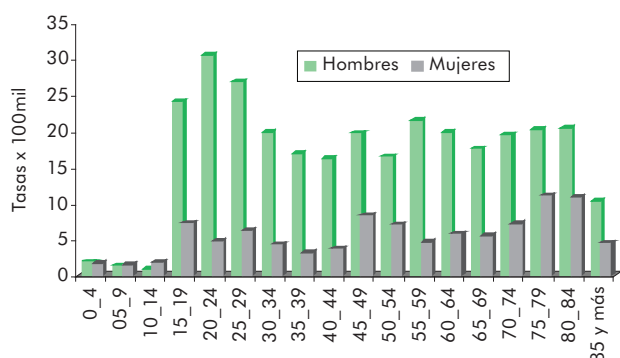
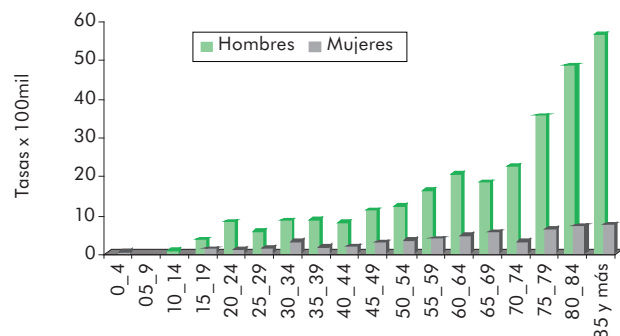
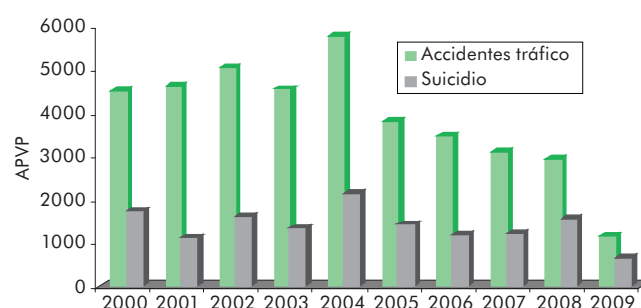


Figura 4. Tasa ajustada de mortalidad por 10⁵, por sexo y grupos de edad. Suicidio (2000-2009)



Esta relación entre las defunciones y la estructura de la población puede quedar, si cabe, más claramente expresada si se atiende a los años potenciales de vida perdidos. Como muestra la figura 5, para todos y cada uno de los años estudiados, los accidentes de tráfico han producido mayores años potenciales de vida perdidos que los suicidios, doblando el número en la mayoría del periodo, si bien en los últimos dos años la proporción entre ambas es menor.

Figura 5. Años potenciales de vida perdidos (APVP) por accidentes de tráfico y suicidio (2000-2009)



3.2 MORBILIDAD.

Analizada la mortalidad, materia que parece ser la única válida para las estadísticas mediáticas, pasamos al estudio de la morbilidad, cuya información se vuelve capital a la hora de estimar la magnitud de ambos fenómenos y poder así compararlos, como finalidad del trabajo.

Los accidentes de tráfico, en el periodo del que disponemos de datos (2004-2009), han generado 4120 ingresos hospitalarios, de los cuáles, más de tres cuartos (3123) corresponden a varones y un cuarto (997) a mujeres. Esto supone que algo más del 1% de todos los ingresos hospitalarios masculinos se han producido por esta causa, mientras que han supuesto el 0,3% de los ingresos femeninos. Si bien en ambos sexos la tendencia de esta proporción ha sido descendente, es entre los hombres donde se produce una reducción más notable. (Tabla 3).

El suicidio (intento de) y las lesiones autoinfligidas, por su parte, produjo en el mismo lapso de tiempo 867 ingresos hospitalarios. En este caso, la diferencia por sexo es mínima; el 51,79% (449 casos) son hombres y el 28,21% (418 casos) mujeres. La proporción respecto a los ingresos hospitalarios producidos por todas las causas se mantiene estable en todo el periodo, suponiendo un 0,15% de los ingresos masculinos y un 0,12% de los femeninos. (Tabla 3).

Tabla 3. Ingresos hospitalarios producidos por accidentes de tráfico y suicidio. (2004-2009)

		Accidentes tráfico	Suicidio	Todas las causas	% Tráfico	% Suicidio
2004	Ambos	814	148	98210	0,829	0,151
	Hombres	594	70	45613	1,302	0,153
	Mujeres	220	78	52597	0,418	0,148
2005	Ambos	761	141	100698	0,756	0,140
	Hombres	593	72	47339	1,253	0,152
	Mujeres	168	69	53359	0,315	0,129
2006	Ambos	737	145	102120	0,722	0,142
	Hombres	587	84	47317	1,241	0,178
	Mujeres	150	61	54803	0,274	0,111
2007	Ambos	660	131	105584	0,625	0,124
	Hombres	500	66	49070	1,019	0,135
	Mujeres	160	65	56514	0,283	0,115
2008	Ambos	577	122	107582	0,536	0,113
	Hombres	438	66	49395	0,887	0,134
	Mujeres	139	56	58187	0,239	0,096
2009	Ambos	571	180	105889	0,539	0,170
	Hombres	411	91	48976	0,839	0,186
	Mujeres	160	89	56913	0,281	0,156
TOTAL	Ambos	4120	867	620083	0,664	0,140
	Hombres	3123	449	287710	1,085	0,156
	Mujeres	997	418	332373	0,300	0,126

En cuanto a los días de estancia producidos por cada una de estas causas, los accidentes de tráfico han supuesto el 6,35% del total de los días de hospitalización del periodo, con una media de 9,56 días de hospitalización, porcentaje que se eleva hasta el 10,31% entre los varones y desciende al 2,92% de los días de hospitalización para las mujeres. Para los casos de suicidio, los días de hospitalización supusieron el 1,29% de los producidos por todas las causas, dato que no varía demasiado al tratarlo por sexo, 1,36% en varones y 1,24% en mujeres. La media de días de estancia se sitúa en los 9,24 días, y al igual que en los accidentes de tráfico, es algo mayor para mujeres que para hombres. (Tabla 4).

Tabla 4. Días de estancia hospitalaria producidos por accidentes de tráfico y suicidio. (2004-2009)

	Total	Hombres	Mujeres
Accidentes tráfico	39375	29659	9716
Suicidio	8014	3904	4110
Todas las causas	4103223	2094806	2008417
% Tráfico	6,35	10,31	2,92
% Suicidio	1,29	1,36	1,24
media estancias trafico	9,56	9,50	9,75
media estancias suicidio	9,24	8,69	9,83

Hay que destacar que el alcance que supone una u otra causa la abordamos aquí exclusivamente a partir de los días de estancia o los ingresos que ocasionan, que son los datos de los que se disponen, pero no valoramos el tipo de procedimiento que se le aplica a los pacientes ni el gasto en rehabilitación o las secuelas que producen, lo que aportaría una información más exhaustiva sobre ambos fenómenos para su correcta comparación.

Si se tiene en cuenta la estructura poblacional por grupos de edad, la morbilidad por accidentes de tráfico afecta de manera desigual a unos quinquenios y otros. Los quinquenios con una mayor tasa de incidencia son los grupos jóvenes, a partir de los 15 años, tasa que va descendiendo a medida que se avanza en la estructura etaria. (Figura 6). Esto se aprecia particularmente bien entre los varones y es congruente con las tasas de mortalidad que, de igual manera, inciden en mayor medida sobre los estratos jóvenes; entre los jóvenes hay más accidentes y además se producen más accidentes mortales.

Figura 6. Tasas ajustadas de morbilidad por 10⁵, por sexo y grupos de edad. Accidentes de tráfico (2004-2009)

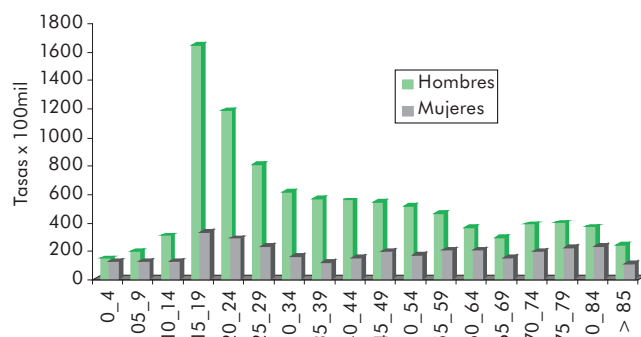
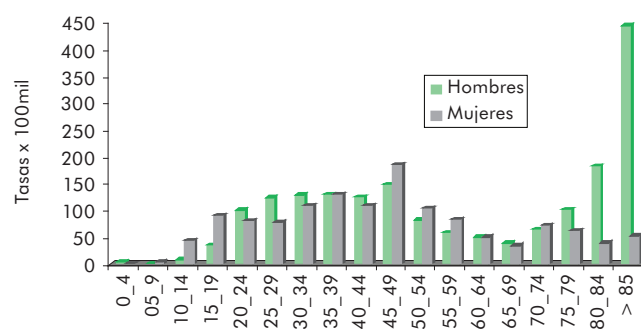


Figura 7. Tasas ajustadas de morbilidad por 10⁵, por sexo y grupos de edad. Suicidio y lesiones autoinfligidas (2004-2009)



Para los suicidios se aprecia una tendencia similar en la morbilidad; a excepción de los varones mayores de 80 años, las mayores tasas de incidencia se producen entre los

30 y los 50 años. Al contrario que en los accidentes de tráfico, las tasas de morbilidad y mortalidad divergen claramente en su disposición etaria; mientras que son los estratos jóvenes los que más intentan el suicidio, son los estratos mayores los que efectivamente lo logran. (Figura 7).

4. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.

En la comparación de la morbi-mortalidad de accidentes de tráfico y suicidio, cabe destacar que la mortalidad por ambas causas es eminentemente masculina. Los accidentes suponen 11,38 defunciones por cada cien mil habitantes y los suicidios 6,79, refiriéndonos siempre a la población extremeña y a la última década. Existe una clara convergencia entre las tasas de mortalidad de ambos motivos debido, no al incremento del suicidio, sino al extraordinario descenso de los accidentes de tráfico a lo largo del periodo, asociado en gran medida a las diversas políticas gubernamentales sobre seguridad vial; la tendencia descendente coincide con la aplicación de la "Ley sobre la responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor", que endureció los castigos sobre las infracciones de tráfico y la instauración de la Ley 17/2005 por la que se regula el permiso y la licencia de conducción por puntos.

Hay que destacar que, para estimar la trascendencia de la mortalidad, la mera incidencia en una u otra causa pasa a un segundo plano y cobran importancia otros factores de carácter cualitativo, como el sexo o la estructura etaria de los afectados. Las defunciones por accidentes de tráfico se concentran en los quinquenios jóvenes o de mediana edad, mientras que las defunciones por suicidio presentan una relación directa con la edad; esto se ve claramente reflejado en los años potenciales de vida perdidos por una y otra causa.

Como se apuntó más arriba, frente a la importancia mediática de las defunciones, la morbilidad es de vital importancia para la comparación relativa de los dos fenómenos. En el periodo del 2004 al 2009, los ingresos por accidentes de tráfico, prácticamente han quintuplicado a los ingresos producidos por intento de suicidio o

lesiones autoinfligidas (4120 y 867 casos respectivamente), suponiendo el 0,66% de todos los ingresos en el caso de los accidentes y el 0,14% los suicidios.

Entre los hospitalizados por accidentes de tráfico cabe destacar una clara sobrerrepresentación masculina, mientras que las estancias por intento de suicidio están muy igualadas en lo que a sexo se refiere. Las tasas de morbilidad de los accidentes de tráfico ajustadas por edad muestran, en coherencia con las tasas de mortalidad, una mayor incidencia en los segmentos jóvenes de la población. Es lógico pensar que si son los jóvenes los que presentan una mayor proporción de accidentes, tengan también una mayor proporción de defunciones por esa causa.

Las hospitalizaciones por intentos de suicidio y lesiones autoinfligidas presentan también las mayores tasas en los estratos jóvenes y de mediana edad, lo que plantea una incongruencia con las tasas de mortalidad por suicidio, las cuáles afectan sobremanera a los quinquenios más viejos. Cabría pensar, al igual que en los accidentes de tráfico, que si la mayoría de los intentos de suicidio se producen en estratos etarios jóvenes y medianos, sea entre éstos donde se encuentre la mayor mortalidad, pero esta relación lógica no se refleja.

El hecho de que los suicidios no consumados se estructuren de forma inversa a las defunciones producidas por esta misma causa tiene, cuanto menos, una lectura interesante. ¿Significa esto que los estratos superiores cuentan con mayores capacidades para alcanzar sus objetivos, que tienen más o mejores medios para hacer efectivo el suicidio que los jóvenes? ¿O significa que los jóvenes, al autolesionarse, no persiguen verdaderamente consumir el suicidio, sino otro tipo de finalidad, tal como visibilidad o una llamada de atención a su entorno, mientras que los mayores tienen claro su propósito? Si bien la primera hipótesis es poco probable, con los datos descriptivos con que contamos no se puede establecer una causalidad. En todo caso, para no entrar en valoraciones subjetivas sobre la voluntariedad o intención, preferimos dejar que sea el lector el que saque sus propias conclusiones sobre el fenómeno.

Enfermedades de Declaración Obligatoria. Semana 1-8. Año 2011.

Área	EDO	Semanas							
		1	2	3	4	5	6	7	8
BADAJOZ	Gripe	817	1676	1649	1658	1310	1122	732	444
	Varicela	6	5	4	4	11	7	7	5
	Brucelosis	1	0	0	0	0	0	0	0
	Parotiditis	1	0	0	0	0	0	0	0
	Hepatitis C	1	0	0	0	0	0	0	0
	Enfermedad Meningocócica	0	0	0	0	1	0	0	0
	Neumococo	0	0	0	0	1	0	0	1
MÉRIDA	Gripe	405	1022	1570	1365	866	660	529	482
	Varicela	30	31	20	22	9	7	9	10
	Neumococo	0	0	0	0	0	1	0	0
DON BENITO-VILLANUEVA	Gripe	176	645	844	738	883	577	676	370
	TBC respiratoria	1	1	1	0	0	0	0	1
	Varicela	14	23	19	17	11	11	4	4
	Parotiditis	0	1	0	0	0	0	0	0
	Hepatitis A	0	0	0	0	0	0	1	0
LLERENA-ZAFRA	Gripe	195	460	572	558	746	558	419	303
	Varicela	5	1	2	9	4	0	8	5
	Legionelosis	1	0	0	0	0	0	0	0
	Enfermedad Meningocócica	0	0	0	0	0	0	0	1
CACERES	Gripe	475	902	901	824	803	601	451	285
	TBC respiratoria	1	0	0	0	0	0	1	2
	Varicela	5	4	5	1	3	12	0	1
	Neumococo	0	0	0	1	0	0	0	0
	Sífilis	0	0	0	0	1	0	0	0
	Infección Gonocócica	0	0	0	0	1	0	0	0
	Parotiditis	0	0	0	0	0	1	0	0
	Hepatitis B	0	0	0	0	0	1	0	0
	TBC Otras localizaciones	0	0	0	0	0	0	1	0
CORIA	Gripe	168	239	264	194	197	41	47	48
	TBC respiratoria	0	0	0	1	0	1	0	0
	Varicela	0	0	0	0	0	0	0	3
	Infección Gonocócica	0	0	0	0	0	0	0	1
	Hepatitis B	0	0	0	0	0	0	1	0
	TBC Otras localizaciones	0	0	0	0	0	0	3	0
PLASENCIA	Gripe	376	678	487	433	294	247	196	128
	Varicela	8	16	10	13	5	0	7	1
	Neumococo	0	0	0	3	0	0	0	0
	TBC respiratoria	0	0	0	0	1	0	0	0
NAVALMORAL DE LA MATA	Gripe	144	273	343	195	141	135	85	68
	Varicela	4	7	6	7	1	2	1	1
	TBC respiratoria	0	0	0	0	1	1	0	0
	Hidatidosis	0	0	0	0	0	1	0	0
	Parotiditis	0	0	0	0	0	0	0	1
	Paludismo	0	0	0	0	1	0	0	0
	Legionelosis	0	0	0	0	1	0	0	0
	Neumococo	0	0	0	0	0	1	0	0

Sistema de información microbiológica. Aislamientos semanas 1-8

Microorganismo	semana 1	semana 2	semana 3	semana 4	semana 5	semana 6	semana 7	semana 8	Total
Adenovirus 40/41	2	0	0	1	0	0	1	1	5
Aspergillus spp.	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Bacilo acido alcohol resistente	0	1	0	1	0	0	0	0	2
Brucella spp	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Campilobacter jejuni	0	0	1	3	2	0	1	2	9
Campilobacter spp.	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Chlamydia trachomatis	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Cryptosporidium	0	0	0	0	1	0	0	0	1
Echinococcus granulosus	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Giardia lamblia	0	2	0	0	3	1	0	3	9
H.I.V.	0	1	0	1	3	0	0	0	5
Haemophilus influenzae	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Hepatitis A	0	0	0	0	0	0	1		1
Legionella pneumophila	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Neisseria meningitidis b	0	0	0	0	1	0	0	0	1
Mycobacterium avium intracellulare	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Mycobacterium tuberculosis complejo	0	0	0	2	0	2	0	0	4
Mycobacterium spp.	1	0	0	0	1	0	0	0	2
Plasmodium falciparum	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Rotavirus	4	1	1	5	2	11	8	2	34
salmonela grupo c	0	0	0	0	0	1	1	1	3
Salmonella Grupo B	0	1	1	0	0	1	1	0	4
Salmonella Grupo D	0	1	0	1	0	0	1	0	3
Salmonella spp.	3	1	3	3	4	4	1	1	20
Streptococcus pneumoniae	0	0	0	0	4	0	3	4	11
Toxoplasma Gondii	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Treponema palidum	1	0	1	1	0	0	0	0	3
Trichomonas vaginalis	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Virus gripal	0	1	0	0	4	3	1	0	9
Virus respiratorio sincitial	9	6	6	5	12	9	10	0	57

Sistema de Información microbiológica. Sensibilidad/Resistencia antimicrobianos. Semana 8.

Patógeno	Antibiótico	Total	Sensible	% S	Intermedia	% I	Resistente	% R	No Consta	%
<i>Campylobacter yeyuni</i>	Eritromicina	12	11	91,67%	0	0,00%	1	8,33%	0	0,00%
<i>Campylobacter spp.</i>	Eritromicina	7	7	100,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
<i>Listeria monocytogenes</i>	Ampicilina									
	Cotrimoxazol									
	Gentamicina									
<i>Mycobacterium tuberculosis</i>	Estreptomina	2	2	100,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
	Etambutol	2	2	100,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
	Isoniacida	2	2	100,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
	Pirazinamida	2	2	100,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
	Rifampicina	2	2	100,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	Ceftriaxona									
	Ciprofloxacino									
	Penicilina									
<i>Neisseria Meningitidis</i>	Cefotaxima									
	Penicilina									
<i>Neisseria Meningitidis b</i>	Cefotaxima									
	Penicilina									
<i>Salmonella grupo C</i>	Ampicilina	1	0	0,00%	0	0,00%	1	100,00%	0	0,00%
	Cefotaxima									
	Ciprofloxacino	1	1	100,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
	Cotrimoxazol	1	0	0,00%	0	0,00%	1	100,00%	0	0,00%
<i>Salmonella grupo B</i>	Ampicilina	10	4	40,00%	0	0,00%	6	60,00%	0	0,00%
	Cefotaxima	9	9	100,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
	Ciprofloxacino	9	9	100,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
	Cotrimoxazol	10	10	100,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
<i>Salmonella grupo D</i>	Ampicilina	4	4	100,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
	Cefotaxima	4	4	100,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
	Ciprofloxacino	4	4	100,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
	Cotrimoxazol	4	4	100,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
<i>Salmonella spp</i>	Ampicilina	27	6	22,22%	0	0,00%	17	62,96%	4	14,81%
	Cefotaxima	22	22	100,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
	Ciprofloxacino	22	22	100,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
	Cotrimoxazol	24	24	100,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	Cefotaxima	7	7	100,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
	Eritromicina	7	6	85,71%	0	0,00%	1	14,29%	0	0,00%
	Penicilina	6	5	83,33%	0	0,00%	1	16,67%	0	0,00%
	Vancomicina	6	6	100,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%

Dirección de envío de originales y de suscripciones. La suscripción es gratuita.

Dirección General de Salud Pública.

Subdirección de Epidemiología. Avenida de las Américas, 2. 06800 Mérida (Badajoz)

Tlfs.: 924 00 43 63 - 924 00 43 62 Fax: 924 00 49 46

Depósito Legal:BA-383-98

ISSN:1139-6199