

entre 15 y 109% más riesgo de parir un hijo positivo a SC.

La variable de madres con menos de cinco consultas de control prenatal e hijos positivos a SC, comparada con madres que refirieron más de cinco consultas y tuvieron hijos negativos a SC, obtuvo un valor de $\chi^2=0.2071$, por lo que no existe significancia estadística ($p<0.05$).

Se analizaron los métodos diagnósticos utilizados en los tres hospitales, tomando como estándar de oro el IgM-FTA-ABS emitido por el Laboratorio Estatal de Salud Pública. Se calculó la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y negativo, los valores de mala clasificación, así como el valor global de cada uno de los métodos diagnósticos utilizados en los hospitales.

En ambos métodos la sensibilidad (VDRL 0.55-PR 0.44) y especificidad (VDRL 0.75-PR 0.62) es baja para clasificar a los verdaderos positivos y negativos. El VDRL obtuvo mejores valores que la PR. El VDRL, clasificó de manera adecuada 71% de las veces, mientras que la PR únicamente en 58% (Cuadro I).

Nuestros resultados sugieren la necesidad de enfocar actividades de promoción a la salud y sexo seguro diseñadas para usuarias de drogas, y mejorar la calidad de la información a las gestantes en relación con las infecciones de transmisión sexual en los centros de salud.

En el nivel gerencial, se deberá valorar la calidad de las PR, así como de las pruebas de laboratorio hospitalarias para la detección con VDRL.

Jorge Luis Arellano-Estrada, MSP,⁽¹⁾
arestrad@hotmail.com

Cynthia Selene López-Lara, MSP,⁽¹⁾
Erendida Barreras-Valenzuela, MSP,⁽¹⁾

⁽¹⁾ Instituto de Servicios de Salud de Baja California, Jurisdicción Tijuana, Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, México.

<https://doi.org/10.21149/8359>

Referencias

1. Diario Oficial de la Federación. Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, para la Vigilancia Epidemiológica. México: Diario Oficial de la Federación, 2013 [consultado el 2 de mayo de 2016]. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5288225&fecha=19/02/2013
2. Herrera-Ortiz A. Análisis de la tendencia de sífilis adquirida en México durante el periodo 2003-2013. *Salud Publica Mex* 2015;57(4):335-342. <https://doi.org/10.21149/spm.v57i4.7577>
3. Dirección General de Epidemiología. Manual de procedimientos estandarizados para la vigilancia epidemiológica de la sífilis congénita. México: Secretaría de Salud, 2012 [consultado el 13 de junio de 2016]. Disponible en: http://187.191.75.115/gobmx/salud/documentos/manuales/31_Manual_SIFILIS.pdf

Prevalencia de uso de antimicrobianos entre pacientes hospitalizados en áreas no críticas en un hospital universitario de México

Señor editor: Enviamos los resultados de un estudio realizado en un hospital de referencia del área occidente del país concerniente a la prevalencia y justificación del uso de antimicrobianos.

La incorporación de nuevos fármacos antimicrobianos constituyó uno de los avances médicos más importantes del siglo pasado, y es esencial en la disminución de la mortalidad y morbilidad del paciente gravemente enfermo e infectado.¹ Sin embargo, su uso puede ser inapropiado por falta de indicación, elección inadecuada, o bien, dosificación y duración incorrectas.² En efecto, la exposición a antimicrobianos es un factor de riesgo para el surgimiento y adquisición de patógenos resistentes y representa una de las principales causas de eventos adversos asociados con medicamentos.³

Se realizó un estudio de prevalencia entre agosto y septiembre de

2016. Los datos se recabaron de forma retrospectiva sobre los antimicrobianos administrados en la fecha de la encuesta y el día previo, incluyendo las razones, sitios de infección tratados y entorno de adquisición de las infecciones. La categorización de antimicrobianos se realizó con base en la clasificación anatómica, química y terapéutica de cuarto y quinto nivel de la Organización Mundial de la Salud (OMS).⁴

De 260 pacientes, a 51.53% (n=134) se les administró al menos un antimicrobiano. De los pacientes, 28.07% se encontraba hospitalizado en el servicio de medicina interna, 26.53% en el servicio de cirugía, 25% en traumatología y ortopedia, y 20.38% en neurocirugía. En general, sobre la justificación del uso de antimicrobianos, 35.56% fue por profilaxis quirúrgica, 25.93% para el tratamiento de infección y 20.74% sin justificación documentada. El rango de días fue de 1 a 10 de curso de antibiótico, con una media de 2.89 días (DE 1.28).

De los fármacos antimicrobianos usados para el tratamiento de infecciones, 44.11% correspondió a meropenem, 23.52% piperacilina-tazobactam, 17.64% ceftriaxona, y 8.82% linezolid. El principal sitio tratado fue tracto respiratorio bajo (26.47%), y 76.47% de las infecciones tratadas fueron adquiridas en el entorno de la comunidad.

La prevalencia en este estudio (51.53%) es similar a la reportada en un estudio de mayor escala en EUA, que incluyó 138 hospitales en 2011 (49.9%).³ Ese mismo estudio documentó que 45% de los pacientes se encontró usando un antimicrobiano de amplio espectro (vancomicina parenteral, piperacilina-tazobactam, ceftriaxona) para el tratamiento de infecciones tanto adquiridas en la comunidad como asociadas con cuidados de la salud.³

La prescripción de antimicrobianos fuera de las unidades de cuida-

dos críticos representa un área para posterior evaluación y valoración de necesidad de intervención. Un creciente cuerpo de evidencia demuestra que los programas basados en los hospitales dedicados a mejorar el uso de antibióticos, conocidos como programas para la administración de antibióticos (ASP), pueden reducir los eventos adversos asociados, el uso incorrecto de antimicrobianos, los fracasos al tratamiento, las tasas hospitalarias de infección por *C. difficile* y la resistencia a los antibióticos; además conllevan mayores tasas de curación de la infección y un ahorro económico para el hospital.⁵ En efecto, en 2014, el Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) recomienda que todos los hospitales generales de EUA implementen los ASP.⁶

En este análisis se establece la prescripción de manera rutinaria de fármacos de amplio espectro y dirigidos para patógenos resistentes. Se necesitan más estudios en otros centros hospitalarios para comprender la configuración y las indicaciones de uso de antimicrobianos y así lograr una reducción más eficaz y segura.

Manuel Soria-Orozco, MC,⁽¹⁾
manuelspitz@hotmail.com

Aldanely Padrón-Salas, MSP,⁽²⁾

José de Jesús González-Mercado, MC,⁽¹⁾

Natalia Villava-von der Heyde, MC,⁽¹⁾

Lorena Valerdi-Contreras, M Endocrinol,⁽¹⁾

Álvaro López-Iñiguez, MC,⁽¹⁾

Heriberto Ontiveros-Mercado, M Cardiol,⁽³⁾

⁽¹⁾ Departamento de Medicina Interna,
Hospital Civil Antiguo de Guadalajara
Fray Antonio Alcalde. Guadalajara, México.

⁽²⁾ Departamento de Salud Pública
y Epidemiología Clínica, Facultad de Medicina,
Universidad Autónoma de San Luis Potosí. México.

⁽³⁾ Departamento de Cardiología,
Instituto Nacional de Cardiología
Dr. Ignacio Chávez. Ciudad de México, México.

<https://doi.org/10.21149/8465>

Referencias

1. Gaieski DF, Mikkelsen ME, Band RA, Pines JM, Massone R, Furia FF, et al. Impact of time to anti-

biotics on survival in patients with severe sepsis or septic shock in whom early goal-directed therapy was initiated in the emergency department. *Crit Care Med* 2010;38(4): 1045-1053. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e3181cc4824>

2. Hecker MT, Aron DC, Patel NP, Lehmann MK, Donskey CJ. Unnecessary use of antimicrobials in hospitalized patients: current patterns of misuse with an emphasis on the antianaerobic spectrum of activity. *Arch Intern Med* 2003; 163(8):972-978. <https://doi.org/10.1001/archinte.163.8.972>

3. Magill SS, Edwards JR, Beldavs ZG, Dumyati G, Janelle SJ, Kainer MA, et al. Prevalence of antimicrobial use in US acute care hospitals, May-September 2011. *JAMA* 2014;312(14):1438-1446. <https://doi.org/10.1001/jama.2014.12923>

4. World Health Organization Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. Anatomic therapeutic classification index. Oslo, Norway: Norwegian Institute of Public Health, 2016 [consultado en mayo de 2016]. Disponible en: https://www.whocc.no/atc_ddd_index/

5. Davey P, Marwick CA, Scott CL, Charani E, McNeil K, Brown E, et al. Interventions to improve antibiotic prescribing practices for hospital inpatients. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013;4:CD003543. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd003543.pub3>

6. Fridkin SK, Baggs J, Fagan R, Magill S, Pollack LA, Malpiedi P, et al. Vital signs: improving antibiotic use among hospitalized patients. *MMWR* 2014;63.

Producción científica latinoamericana en economía de la salud, 2005-2014

Señor editor: En Latinoamérica, el incremento del producto interno bruto en relación con los nuevos escenarios epidemiológicos de cada país ocasionó un aumento y redistribución de los gastos en salud.¹ Existen estudios económicos en salud en países desarrollados; sin embargo, éstos no son generalizables a la realidad latinoamericana² debido no sólo a las diferencias entre los costos adoptados sino a las diferencias de índole epidemiológico y sistemas de salud. Con el objetivo de explorar la producción científica latinoamericana en economía de la salud, se realizó un estudio bibliométrico utilizando las bases de datos Web of Science (WoS), Scopus y Lilacs.

Se diseñó una estrategia de búsqueda con base en reportes simila-

Cuadro I
DISTRIBUCIÓN DE PUBLICACIONES EN ECONOMÍA DE LA SALUD, POR PAÍS LATINOAMERICANO. 2005-2014

País	Población por país al 2015(*)	Web of Science			Scopus			Lilacs		
		n	%	Registros/millón de habitantes	n	%	Registros/millón de habitantes	n	%	Registros/millón de habitantes
México	124 612 000	636	35.1	5.1	298	29.4	2.4	90	7.2	0.7
Colombia	48 229 000	290	16.0	6.0	135	13.3	2.8	129	10.3	2.7
Argentina	43 298 000	288	15.9	6.7	177	17.5	4.1	103	8.3	2.4
Chile	17 917 000	223	12.3	12.4	144	14.2	8.0	105	8.5	5.9
Brasil	207 750 000	78	4.3	0.4	52	5.1	0.3	665	53.9	3.2
Perú	31 383 000	71	3.9	2.3	44	4.3	1.4	45	3.6	1.4
Cuba	11 422 000	47	2.6	4.1	71	7.0	6.2	74	6.0	6.5
Venezuela	30 554 000	45	2.5	1.5	31	3.1	1.0	21	1.7	0.7
Costa Rica	4 821 000	40	2.2	8.3	14	1.4	2.9	10	0.8	2.1
Ecuador	16 144 000	34	1.9	2.1	22	2.2	1.4	6	0.5	0.4
Jamaica	2 793 000	31	1.7	11.1	19	1.9	6.8	0	0.0	0.0
Uruguay	3 430 000	28	1.5	8.2	6	0.6	1.7	6	0.5	1.7

(*) CEPAL. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Base de datos de población. 2016