

explicar términos médicos que no tienen traducción a una lengua nativa permitió que las promotoras se familiarizaran con el "Pap". Por otro lado, el rol de las promotoras como entrevistadoras permitió que éstas entraran en contacto con indígenas ajenas a su círculo de amistades, algunas de las cuales reportaban tener prácticas de salud diferentes a las esperadas (p.e. Papanicolaou y uso de anticonceptivos). Lo anterior contribuyó a que las promotoras se identificaran como sujeto de riesgo de cáncer y que tomaran la decisión de practicarse un Papanicolaou. Sin duda, estos eventos fueron el insumo principal para que las promotoras pudieran difundir "el mensaje" de salud y reclutar mujeres para el programa de tamizaje.

En los primeros cuatro meses del programa, 124 mujeres indígenas se habían practicado un Papanicolaou, esto es, 74.2% de la población total femenina que fue reclutada. Un hallazgo del programa que amerita más investigación es el posible rol del cónyuge que interfiere en la toma del Papanicolaou.^{5,6} Aunque nuestros datos sugieren que dicha población no interfirió en el programa, algo que pudimos observar es que algunas indígenas usaron al esposo como "escudo" para evitar participar en una práctica de salud de la que tenían desconfianza.

Los resultados del programa de tamizaje sugieren una amplia disposición de las indígenas migrantes a participar en un programa de prevención cuando éste es encabezado por otras indígenas y cuando se abordan los obstáculos culturales que limitan el acceso de las mujeres a información y a servicios de salud.⁴ Se requiere diseñar programas de tamizaje culturalmente apropiados, que aborden la diversidad cultural de las migrantes en el lugar de destino de la migración, y que se oriente a mujeres de diferentes grupos de edad y con limitado o nulo manejo del español.⁷

Hilda García-Pérez, PhD,⁽¹⁾
hilda.garcia@asu.edu
Marcela Merino, Lic. en Trabajo Social.⁽²⁾

⁽¹⁾ School of Transborder Studies, Arizona State University, Tempe, USA,

⁽²⁾ Fronteras Unidas Pro Salud, A.C., Tijuana, Baja California, México

Referencias

1. PNUD. Informe sobre Desarrollo Humano de los Pueblos Indígenas en México: el reto de la desigualdad de oportunidades. México: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo 2010:121.
2. Centers for Disease Control and Prevention. CDC Health Disparities and Inequalities Report. United States, 2011. Morbidity and Mortality Weekly Report 2011;suppl 60:114.
3. Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas. Memoria de la consulta sobre migración de la población indígena. Consulta sobre migración de la población indígena. Mexico, DF: Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, 2006:84.
4. Kreuter MW, Lukwago SN, Bucholtz RD, Clark EM, Sanders-Thompson V. Achieving cultural appropriateness in health promotion programs: targeted and tailored approaches. *Health Educ Behav* 2003;30(2):133-146.
5. Wall KM, Nunez-Rocha GM, Salinas-Martínez AM, Baraniuk S, Day RS. Modifiable barriers to cervical cancer screening adherence among working women in Mexico. *J Women's Health* 2010;19(7):1263-1270.
6. Dudgeon MR, Inhorn MC. Men's influences on women's reproductive health: medical anthropological perspectives. *Soc Sci Med* 2004;59(7):1379-1395.
7. Gany FM, Herrera AP, Avallone M, Changrani J. Attitudes, knowledge, and health-seeking behaviors of five immigrant minority communities in the prevention and screening of cancer: a focus group approach. *Ethnicity & Health* 2006;11(1):19-39.

Letalidad por infecciones nosocomiales en un hospital general regional, desde un enfoque epidemiológico

Señor editor: Con la presente enviamos algunos resultados de una investigación epidemiológica tipo transversal sobre la letalidad por infecciones nosocomiales (IN) en nuestro Hospital General Regional, durante el año 2013.

Sabemos que, a pesar de los esfuerzos que se realizan en todos los niveles del sistema sanitario para asegurar una asistencia de calidad, uno de los riesgos a los que están sometidos los pacientes que ingresan al hospital es padecer IN, lo que propicia una carga social y económica significativa para el paciente y para el sistema de salud, incrementa los costos de hospitalización y prolonga la estancia hospitalaria. A lo anterior se suma el uso de antibióticos debido a esta condición. Este problema debe ser objeto de preocupación de toda institución de salud, pues conlleva un problema aún más serio: la letalidad que se atribuye a esta condición. Sólo mediante la proyección de la letalidad por IN desde una perspectiva epidemiológica podrá comprenderse la magnitud de este problema.

Nuestra investigación tomó en cuenta la triada epidemiológica: "tiempo" (estimando la tasa de letalidad por IN mensual); "lugar" (se realizó un mapeo hospitalario de tasa de letalidad por IN por cada área y piso hospitalario), y "persona" (definiendo como variable dependiente a la letalidad por IN, mientras que las independientes correspondieron a variables cualitativas como sexo, grupo de edad y tipo de infecciones nosocomiales; y las cuantitativas a edad y número de IN por paciente). Estimamos razones de momios con intervalos de confianza a 95% para la prueba de ji cuadrada, así como *t* de Student para variables cuantitativas (valor $p < 0.05$ fueron considerados significativos).

Los resultados evidenciaron que la tasa general de letalidad por IN anual 2013 fue de 10.4%, por lo que se encontraron aislamientos de microorganismos asociados como *P. aeruginosa*, *Staphylococcus sp*, *Acinetobacter sp*, (en orden de frecuencia). El comportamiento mensual de la tasa de incidencia de letalidad por IN tuvo un comportamiento discreto durante el año con picos máximos

hacia finales del mismo, con una tasa mínima de letalidad por IN de 3.7% y una máxima de 21.2%. El mapeo hospitalario de la tasa de letalidad por IN demostró que en el piso 1 se presentó la tasa de letalidad anual por IN más alta de todo el hospital, lo que se atribuye a la ubicación del área de terapia intensiva. Al piso 1 siguieron los pisos donde se hospitalizan pacientes de subespecialidades de medicina interna, en contraste con áreas de obstetricia y ginecología con tasas de letalidad de 0.0%. El riesgo de letalidad según sexo no resultó

significativo; no obstante, el grupo de edad con mayor riesgo de letalidad por IN fue el de mayores de 60 años (valor $p < 0.05$), con lo que se encontró que los pacientes que tuvieron letalidad por IN fueron 10 años mayores que quienes egresaron con IN solucionada (valor $p < 0.05$) (cuadro I).

Los resultados generales sobre letalidad por IN son equiparables con los indicadores institucionales y la literatura internacional. Tras conocer el impacto directo de la repercusión más seria de una IN a través de una perspectiva epidemiológica, espe-

ramos que nuestro estudio invite a continuar con las buenas prácticas apegadas a normativa para el beneficio de los derechohabientes y de los sistemas de salud, y se invita a reforzar la atención en grupos de edad y en áreas hospitalarias determinadas.

Jesús Eduardo Romo-Martínez, MC, Epidemiol,⁽¹⁾
 jesusromo.epidemiologo@gmail.com
 Juan Antonio González-Barrera, MC,
 Epidemiol, M en CSP,⁽¹⁾
 María Imelda Guillén-Rincón, MC, Epidemiol,⁽¹⁾
 María Evangelina Herrera-Solís, MC,
 Epidemiol, M en CSP,⁽¹⁾
 Ana Vicenteño-Muriño, L en Enf,⁽¹⁾

(1) Departamento de Epidemiología, Hospital General Regional No. 46, Instituto Mexicano del Seguro Social, Guadalajara, Jalisco, México.

Cuadro I

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS PACIENTES INCLUIDOS EN EL ESTUDIO

Características	Letalidad por IN (N=104)	Resolución de IN (N=900)	Diferencia de medias	Valor p*
Sexo (%)				0.16
Femenino	58 (55.7)	437 (48.6)		
Masculino	46 (44.3)	463 (48.6)		
Edad en años (media, DE)	64.9±20.1	54.7±24.4	10.2	<0.05
Grupo de edad (%)				<0.05
Niños (0 a 9 años)	2 (1.9)	51 (5.7)		
Adolescentes (10 a 19 años)	0 (0.0)	30 (3.3)		
Adultos (20 a 59 años)	31 (29.8)	372 (41.3)		
Adultos mayores (>60 años)	71 (68.3)	447 (49.7)		
Número de IN				<0.05
Promedio por paciente	2.27±1.64	1.61±1.11	0.66	

* Variables cualitativas mediante χ^2 o Fisher exacto; diferencia de medias mediante t de Student

Referencias

- Organización Mundial de la Salud. Iniciativa mundial en pro de la seguridad del paciente y directrices sobre higiene de las manos en la atención sanitaria. Ginebra: WHO, 2005.
- Olaechea PM, Ulibarrena MA, Álvarez-Lerma F, Insausti J, Palomar M, De la Cal MA. Factors related to hospital stay among patients with nosocomial infection acquired in the intensive care unit. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2003; 24:207-13.
- Cataño JC, Castaño O. Evaluación de un programa de vigilancia epidemiológica del consumo de antibióticos y la flora en una clínica de tercer nivel. *Infection* 2009; 13:6-13.
- Fabbro Peray P, Sotto A, Defez C, Cazaban M, Molinari L, Pinede M, et al. Mortality attributable to nosocomial infection: a cohort of patients with and without nosocomial infection in a French university hospital. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2007;28(3):265-72.