

intensivos pediátricos⁶. El aislamiento de las 2 primeras cepas de ERV obligó a modificar nuestro esquema de vigilancia incluyéndolos. Este nuevo planteamiento permitió no solo detectar colonización por EVR, sino también su transmisión. Al no disponer de tasas locales de colonización por este fenotipo no pudo conocerse si el origen de dicha transmisión eran las cepas responsables de bacteriemia, las detectadas al poco tiempo tras la modificación del protocolo o incluso las procedentes de otros pacientes colonizados cuyo estado de portador se desconocería al no haberse aplicado en ellos el protocolo corregido. Esto hace más relevante la corrección introducida pues, aunque los datos del EARS-Net y nuestra experiencia sugerían una tasa local de ERV poco relevante, lo cierto es que se desconocía el estado basal de la población atendida en términos de colonización por ERV. Tras la corrección realizada, conocemos con certeza que esta tasa es baja, aunque debe interpretarse a la luz de la eficacia de las medidas de contención instauradas. El trabajo enfatiza la importancia de esta vigilancia de multirresistentes, incluso de aquellos con una baja tasa de resistencia local, para responder con eficiencia a su diseminación o eventuales brotes.

Bibliografía

1. Eliecer Cano M, Domínguez MA, Ezpeleta Baquedano C, Martínez Martínez L, Padilla Ortega B, Ramírez de Arellano E. Cultivos de vigilancia epidemiológica de bacterias resistentes a los antimicrobianos de interés nosocomial. Martínez Martínez L (coordinador). Procedimiento de Microbiología Clínica. Cercenado E, Cantón (editores). Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC). 2007.
2. Bou Arévalo G, Chávez Sánchez F, Oliver Palomo A, Oteo Iglesias J. Métodos microbiológicos para la vigilancia del estado de portador de bacterias multirresistentes. 55. Oteo Iglesias J (coordinador). Procedimientos en Microbiología Clínica. Cercenado Mansilla E, Cantón Moreno R (editores). Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC). 2015.
3. Oteo J, Bou G, Chaves F, Oliver A. Métodos microbiológicos para la vigilancia del estado de portador de bacterias multirresistentes. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2017;35:667-75.
4. Antimicrobial resistance surveillance in Europe 2014. Annual report of the European Antimicrobial Resistance Surveillance Network (EARS-Net). Surveillance reports. [consultado 2 Mar 2018] Disponible en: <http://ecdc.europa.eu>.
5. Tacconelli E, Cataldo MA, Dancer SJ, de Angelis G, Falcone M, Frank U, et al., European Society of Clinical Microbiology. ESCMID guidelines for the management of the infection control measures to reduce transmission of multidrug-resistant gram-negative bacteria in hospitalized patients. *Clin Microbiol Infect*. 2014;20 Suppl 1:1-55.
6. Sadowska-klasa A, Piekarska A, Prejzner W, Bieniaszewska M, Hellmann A. Colonization with multidrug-resistant bacteria increase the risk of complications and a fatal outcome after allogeneic hematopoietic cell transplantation. *Ann Hematol*. 2018;97:509-17.

María José González-Abad*
y Mercedes Alonso Sanz

Sección de Microbiología, Servicio de Análisis Clínicos,
Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mjglezabad@yahoo.es
(M.J. González-Abad).

<https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2018.10.017>
1695-4033/

© 2018 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de Asociación Española de Pediatría. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Utilización de medicina complementaria y alternativa en la población infantil de la Encuesta Nacional de Salud de España



Use of complementary and alternative medicine in the infant population in the Spanish National Health Survey

Sr. Editor:

La medicina complementaria y alternativa (MCA), también conocida como «terapias naturales», es un grupo heterogéneo de terapias, prácticas y productos empleados con la finalidad de mejorar la salud y el bienestar del usuario, que no forman parte de la medicina convencional¹. En algunos países con uso de larga tradición histórica se denomina «medicina tradicional».

Las estimaciones del uso de la MCA son muy dispares en función del país y del diseño de los estudios. Una revisión

sistemática en la Unión Europea obtuvo una prevalencia entre el 0,3 y el 86% (España: 15-47%)². En EE.UU. la prevalencia es del 38% en adultos (12% en niños). El uso de la MCA se asocia a la edad adulta en etapas intermedias, a la mujer y la clase social media-alta¹.

Existe una gran diversidad en la legislación sobre la MCA de los países de la Unión Europea³. En España no existe una regulación estatal específica para las terapias naturales. No obstante, la Ley 16/2003 y el Real Decreto 1.277/2003 regulan la seguridad y calidad de los centros sanitarios, siendo las comunidades autónomas las encargadas de autorizar la apertura de los centros de terapia no convencionales⁴. Según esta legislación, estos centros deben tener un profesional médico responsable.

El «Análisis de la situación de las terapias naturales» en España evaluó 139 terapias concluyendo que la evidencia científica disponible sobre su eficacia es muy escasa. Si bien en la mayoría de los casos estas terapias son inocuas, no están completamente exentas de riesgos⁵.

Con el objetivo de conocer la utilización de la MCA en la población infantil en España, analizamos las variables

Tabla 1 Análisis bivariante de las visitas a profesionales de medicina alternativa/complementaria por edad en los últimos 12 meses según la ENSE 2011/2012 y 2017

Año ENSE	Población	Consulta homeopatía					Consulta acupuntura					Consulta naturista					Consulta otros				
		Sí		No		Test χ^2	Sí		No		Test χ^2	Sí		No		Test χ^2	Sí		No		Test χ^2
		N.º	%	N.º	%	Valor de p	N.º	%	N.º	%	Valor de p	N.º	%	N.º	%	Valor de p	N.º	%	N.º	%	Valor de p
2011/12	Menor de 15 años	172	2,4	7.042	97,6	<0,001	10	0,1	7.203	99,9	<0,001	39	0,5	7.175	99,5	<0,001	48	0,7	7.165	99,3	<0,001
	Mayor o igual a 15 años	505	1,3	38.211	98,7		395	1,0	38.323	99,0		420	1,1	38.298	98,9		596	1,5	38.119	98,5	
2017	Menor de 15 años	90	1,3	6.882	98,7	0,055	9	0,1	6.963	99,9	<0,001	28	0,4	6.944	99,6	<0,001	68	1,0	6.904	99,0	<0,001
	Mayor o igual a 15 años	404	1,0	38.664	99,0		476	1,2	38.593	98,8		454	1,2	38.614	98,8		852	2,2	38.217	97,8	
2011/12 vs. 2017	Población total	677	1,5	45.253	98,5	<0,001	405	0,9	45.526	99,1	0,008	459	1,0	45.473	99,0	0,473	644	1,4	45.284	98,6	<0,001
	Población total 2017	494	1,1	45.546	98,9		485	1,1	45.556	98,9		482	1,0	45.558	99,0		920	2,0	45.121	98,0	
	Menor de 15 años 2011/2012	172	2,4	7.042	97,6	<0,001	10	0,1	7.203	99,9	0,876	39	0,5	7.175	99,5	0,227	48	0,7	7.165	99,3	0,041
	Menor de 15 años 2017	90	1,3	6.882	98,7		9	0,1	6.963	99,9		28	0,4	6.944	99,6		68	1,0	6.904	99,0	

ENSE: Encuesta Nacional de Salud de España (datos disponibles a partir de la edición 2011/2012).

Tabla 2 Análisis bivalente del consumo de productos homeopáticos y naturales por edad en las 2 semanas anteriores según la ENSE 2006, 2011/2012 y 2017

Año ENSE	Población	Productos homeopáticos					Productos naturistas				
		Sí		No		Test χ^2	Sí		No		Test χ^2
		N.º	%	N.º	%	Valor de p	N.º	%	N.º	%	Valor de p
2006	Menor de 15 años	94	1,4	6.758	98,6	0,429	82	1,2	6.772	98,8	<0,001
	Mayor o igual a 15 años	466	1,3	36.651	98,7		1.588	4,3	35.535	95,7	
2011/2012	Menor de 15 años	108	1,5	7.107	98,5	<0,001	65	0,9	7.150	99,1	<0,001
	Mayor o igual a 15 años	394	1,0	38.329	99,0		929	2,4	37.790	97,6	
2017	Menor de 15 años	65	0,9	6.907	99,1	0,007	59	0,8	6.913	99,2	<0,001
	Mayor o igual a 15 años	251	0,6	38.811	99,4		843	2,2	38.218	97,8	
2006	Población total 2006	560	1,3	43.409	98,7	<0,001	1.670	3,8	42.307	96,2	<0,001
vs.	Población total 2011/2012	502	1,1	45.436	98,9		994	2,2	44.940	97,8	
2011/2012	Población total 2017	316	0,7	45.718	99,3	0,007	902	2	45.131	98,0	0,080
vs.	Menor de 15 años 2006	94	1,4	6.758	98,6		82	1,2	6.772	98,8	
2017	Menor de 15 años 2011/2012	108	1,5	7.107	98,5	0,007	65	0,9	7.150	99,1	0,080
	Menor de 15 años 2017	65	0,9	6.907	99,1		59	0,8	6.913	99,2	

ENSE: Encuesta nacional de salud de España.

«visitas a profesionales de la MCA en los últimos 12 meses» y «consumo de productos homeopáticos y naturistas en las últimas 2 semanas» de las Encuestas Nacionales de Salud de España (ENSE) 2006, 2011/2012 y 2017 realizadas por el Instituto Nacional de Estadística⁶. La primera variable no estaba disponible en la edición 2006. Los análisis bivariantes se realizaron mediante el test χ^2 con el programa estadístico R versión 3.5.1. Para ello se crearon tablas de contingencia con las observaciones de los resultados de las ENSE (números enteros y absolutos). El nivel de significación estadística se fijó para un valor de $p < 0,05$.

La frecuentación infantil a consultas de homeopatía descendió desde el 2,4% de la ENSE 2011/2012 al 1,3% de la ENSE 2017 ($p < 0,001$). Este descenso también se constató analizando la población total, y contrasta con la estabilidad temporal en la frecuentación de consultas naturistas y de acupuntura, y con el ascenso en la de «otras» terapias (tabla 1). Las consultas a MCA fueron más frecuentes proporcionalmente en la población adulta para todas las modalidades analizadas excepto en el caso de la homeopatía, cuya frecuentación fue mayor en menores de 15 años. Mientras que en los varones menores de 15 años la frecuentación de consultas de homeopatía fue significativamente mayor que la de los adultos (ENSE 2011/2012: 2,4 vs. 0,7%; $p < 0,001$; ENSE 2017: 1,5 vs. 0,6%; $p < 0,001$), en las mujeres estas diferencias por edad no fueron estadísticamente significativas en la ENSE 2011/2012 ($p = 0,061$), siendo significativamente inferior la frecuentación a consultas de homeopatía de las niñas menores de 15 años en la ENSE 2017 (1,0 vs. 1,5%; $p = 0,043$). Estas diferencias por edad son debidas principalmente a la mayor frecuentación de consultas de homeopatía de las mujeres adultas con respecto a los varones adultos, dado que los análisis bivariantes de la frecuentación a consultas de MCA por sexo realizados con la sub-muestra de menores de 15 años no mostraron diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las 2 ediciones de la ENSE.

El consumo de productos homeopáticos y naturistas en las 2 semanas previas a la encuesta ha descendido

progresivamente desde la ENSE 2006 hasta la del año 2017 (tabla 2). Los menores de 15 años de edad consumen proporcionalmente más productos homeopáticos y menos naturistas que los adultos, sin existir diferencias estadísticamente significativas en los análisis bivariantes por sexo realizados con la población infantil.

El uso estimado de la MCA según las últimas 3 ENSE es inferior al detectado por otros estudios en España y otros países. Las limitaciones del uso de encuestas como fuentes de datos y los distintos diseños de los estudios sobre la MCA dificultan la medición y comparación de la prevalencia de uso de la MCA. La homeopatía es la MCA de mayor uso en la población infantil en España, con frecuencias proporcionalmente superiores a la de la población adulta, por lo que, en ausencia de suficiente evidencia científica que avale sus beneficios, urge una regulación específica de su utilización para garantizar, al menos, la seguridad de sus terapias.

Bibliografía

1. National Center for Complementary and Integrative Health. The use of complementary and alternative medicine in the United States. 2013 [consultado 10 Ago 2018]. Disponible en: http://nccam.nih.gov/news/camstats/2007/camsurvey_fs1.htm.
2. Eardley S, Bishop FL, Prescott P, Cardini F, Brinkhaus B, Santos-Rey K, et al. A Systematic Literature Review of Complementary and Alternative Medicine Prevalence in EU. *Forsch Komplementärmed.* 2012;19:18–28 [consultado 10 Ago 2018]. Disponible en: <http://www.karger.com/doi/10.1159/000342708>
3. Wiesener S, Falkenberg T, Hegyi G, Hók J, Roberti di Sarsina P, Fønnebo V. Legal status and regulation of complementary and alternative medicine in Europe. *Forsch Komplementärmed.* 2012;19:29–36 [consultado 10 Ago 2018]. Disponible en: <https://www.karger.com/Article/Abstract/343125>
4. Ministerio de Sanidad y Consumo. Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios. *Boletín Oficial del Estado*; 2013 [consultado

- 10 Ago 2018] Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-19572>
5. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad del Gobierno de España. Análisis de la situación de las terapias naturales. 2011 [consultado 10 Ago 2018] Disponible en: <http://www.mpsi.gob.es/novedades/docs/analisisSituacionTNatu.pdf>.
6. Instituto Nacional Estadística, España. Encuesta Nacional de Salud. 2018 [consultado 27 Jul 2018] Disponible en: http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176783&menu=resultados&secc=1254736195650&idp=1254735573175

Sebastián Tornero Patricio^{a,*}, Liliana Charris-Castro^b
y Julia García Gozalbes^c

^a *Centro de Salud El Porvenir, Distrito Sevilla de Atención Primaria, Servicio Andaluz de Salud, Sevilla, España*

^b *Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Servicio Andaluz de Salud, Sevilla, España*
^c *Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias (DCCU), Área de Gestión Sanitaria Sur de Sevilla, Servicio Andaluz de Salud, Sevilla, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: sebastornero@yahoo.es

(S. Tornero Patricio).

<https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2018.11.001>
1695-4033/

© 2018 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de Asociación Española de Pediatría. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).