

En el período entre 2001 y 2002, la prevalencia bruta de hipertensión fue de 25% (intervalo de confianza de 95%: 23% a 27%). La prevalencia de la obesidad en Cuba (índice de masa corporal > 30) fue de 14% en las mujeres, 8% en los hombres y 11% en la población en general, menos que en muchos otros países. El hábito de fumar también disminuyó en la última década. Cerca de 93% de los encuestados informaron mantener una moderada actividad física durante varios días a la semana y 30% informaron realizar una actividad física fuerte. De 1991 a 1994, la ingestión promedio de calorías se redujo en aproximadamente 20%. La casi total desaparición de la proteína animal y de los vegetales frescos de la dieta de la población condujo a graves deficiencias de micronutrientes y a la aparición de neuritis. El consumo de vegetales todavía es bajo. Solo 5% de los encuestados informó comerlos diariamente y 47%, semanalmente. No hay datos disponibles sobre el consumo de sal.

El acceso de toda la población a una atención sanitaria de alta calidad ha sido una de las metas políticas más importantes del Estado cubano; en el caso particular de la ECV parece haber predominado el enfoque de salud pública a expensas del de la promoción de salud mediante el control del tabaquismo y la mejoría de la alimentación. La experiencia cubana demuestra que el control de la ECV en los países en desarrollo repueda lograr y pone de relieve la decisiva importancia de las estrategias para la prevención basadas en la población. (Cooper RS et al. Enfermedad cardiovascular y los factores de riesgo asociados en Cuba: perspectivas para su prevención y control. *Am J Public Health*. 2006; 96:94–101.)

Evaluación de un programa de prevención de cáncer cervical en áreas rurales remotas de Nicaragua

Nicaragua tiene una de las mayores tasas de cáncer cervical de América Latina y el mundo. En 2003, la Clínica de Mujeres/Cooperativa María Luisa Ortiz, el programa Ginecobono y el Ministerio de Salud nicaragüense (MINSa) unieron sus esfuerzos para extender un nuevo programa de prevención de cáncer cervical a la remota y marginada Región Autónoma del Atlántico Norte de Nicaragua. Esto permitió crear una eficiente red rural remota, un sistema nacional de planificación estratégica y una unidad de citología centralizada en la ciudad capital de Managua para el control de la calidad y el tratamiento coordinado de las pacientes.

Para la evaluación de estos programas se tomaron los datos archivados de las pruebas citológicas de Papanicolaou, los expedientes de segui-

miento, las historias clínicas y los informes de patología. Las pacientes se estratificaron en dos grupos según su edad (menores de 25 años y de 25 años o más). Los indicadores para caracterizar los componentes clave del seguimiento se adaptaron a partir de las sugerencias de un grupo de trabajo de la Organización Panamericana de la Salud. Las mujeres menores de 25 años se sometieron al pesquisaje y al tratamiento en la red de servicios de citología, patología y clínica de Matagalpa.

Se realizó la prueba de Papanicolaou a un total de 2 132 mujeres. De ellas, 1 448 (68%) tenían 25 años o más y 684 (32%) eran menores de 25 años. En total, 3,7% de las mujeres de 25 años o más y 0,4% de las menores de 25 años presentaron alteraciones citológicas mayores. La proporción de mujeres con alteraciones mayores que recibieron seguimiento diagnóstico y necesitaron tratamiento fue de 94% en las mayores de 25 años y de 100% en las menores de 25 años. En 68% de las mujeres cuyas pruebas de Papanicolaou mostraron células escamosas de alto grado de atipia se confirmó histológicamente la enfermedad. El número de casos con enfermedad preinvasora fue 1,9 mayor que el de enfermedad invasora. La tasa de detección de cáncer invasor fue de 0,62%.

Los resultados obtenidos por este programa demuestran que se puede llegar a las mujeres de bajos recursos que viven en lugares remotos, realizar el pesquisaje citológico con pruebas de calidad y lograr altas tasas de seguimiento diagnóstico y de tratamiento. Para ello es necesario realizar esfuerzos coordinados que permitan eliminar las barreras existentes y garantizar la calidad del pesquisaje. (Howe SL et al. Cervical cancer prevention in remote rural Nicaragua: A program evaluation. *Gynecol Oncol*. 2005;99:S232–5.)

Informe sobre la resistencia de *Salmonella* spp. en las Américas

Anualmente, millones de personas sufren enfermedades diarreicas producidas por *Salmonella*. Esta enterobacteria puede causar graves infecciones con una alta tasa de mortalidad, especialmente en pacientes inmunodeprimidos, niños y ancianos. Es necesario estudiar más a fondo el patrón de sensibilidad de las especies emergentes de *Salmonella* resistentes a algunos medicamentos antimicrobianos. El Programa de Vigilancia Antimicrobiana SENTRY detectó en los últimos 8 años cepas de *Salmonella* spp. resistentes al ácido nalidíxico con una alta concentración mínima inhibidora (CMI) para la fluoroquinolona y cepas resistentes a las β -lactamasas de amplio espectro (BLAE).

Entre 2001 y 2003 se analizaron 786 aislamientos obtenidos de heces fecales o sangre en diversos centros médicos de América del Norte y América Latina mediante microdilución en caldo de cultivo. La confirmación de la resistencia a las BLAE se realizó mediante tiras reactivas Etest (AB BIODISK, Solna, Suecia) y posteriormente se caracterizaron los mecanismos de resistencia mediante la reacción en cadena de la polimerasa y la secuenciación nucleotídica.

Se obtuvieron 89 (11,3%) cepas resistentes al ácido nalidíxico (CMI 32 µg/mL) procedentes de 21 localidades; en 19 de ellas se encontraron mutaciones en la región que determina la resistencia a las quinolonas. Los valores de CMI de fluoroquinolona de los aislamientos de *Salmonella* spp. resistentes al ácido nalidíxico fueron entre 8 y 32 veces superiores a los de las cepas silvestres. En las cepas resistentes al ácido nalidíxico, el ciprofloxacino y el gatifloxacino fueron más eficaces que la levofloxacina y la garenoxacina. Las mutaciones simples en el gen *gyrA* explicaron los elevados valores de CMI de la fluoroquinolona.

Durante el año 2001, nueve localidades aportaron 11 (2,9%) de las cepas que tenían resistencia a los antibióticos aztreonam, ceftazidima o ceftriaxona. Los aislamientos resistentes a las BLAE presentaron también resistencia a la ceftazidima (16 µg/mL), la aztreonam (de 4 a > 16 µg/mL) y la ceftriaxona (8–32 µg/mL). Todas las cepas fueron sensibles a los antibióticos cefepime, carbapenem, gentamicina y a las fluoroquinolonas. El ácido clavulánico no inhibió ninguna de las cepas estudiadas. Los aislamientos resistentes a las fluoroquino-

lonas pueden tener mutaciones en la región que codifica la resistencia a las quinolonas. Estos aislamientos se detectaron mediante el pesquisaje con ácido nalidíxico. Las especies de *Salmonella* resistentes a las BLAE probablemente contienen la enzima CMY-2 y son sensibles al cefepime, al carbapenem y a las fluoroquinolonas.

Los aislamientos a partir de hemocultivos presentaron más mutaciones en la región que determina la resistencia a las quinolonas que los obtenidos de muestras fecales, pero mantuvieron su sensibilidad a las fluoroquinolonas. Esos aislamientos fueron más sensibles a las penicilinas (ampicilina y ticarcilina), pero su patrón de sensibilidad no varió significativamente con respecto a la ceftriaxona o al trimetoprima-sulfametoxazol. Se observó un aumento de la resistencia a las BLAE en América Latina, aunque no en América del Norte.

El creciente número de informes relacionados con la reducción de la sensibilidad de *Salmonella* a las fluoroquinolonas es alarmante. La vigilancia de los perfiles antimicrobianos de este microorganismo —antes considerado muy sensible a los agentes antimicrobianos utilizados habitualmente— debe ser de alta prioridad debido al riesgo que representan para la población las cepas resistentes a varios medicamentos. (Biedenbach DJ et al. Analysis of *Salmonella* spp. with resistance to extended-spectrum cephalosporins and fluoroquinolones isolated in North America and Latin America: report from the SENTRY Antimicrobial Surveillance Program (1997–2004). *Diagn Microbiol Infect Dis.* 2006; 54:13–21.)

