

La incidencia de infecciones oportunistas disminuyó considerablemente después de la introducción del HAART. En total se detectaron 553 infecciones en 395 (14%) de los participantes. Las infecciones más frecuentes fueron: 123 casos de neumonía bacteriana (TI: 2,15; intervalo de confianza de 95% [IC95%]: 1,79 a 2,56), 77 casos de herpes zóster (TI: 1,11; IC95%: 0,88 a 1,39), 57 casos de dermatofitosis (TI: 0,88; IC95%: 0,67 a 1,14) y 52 casos de candidiasis oral (TI: 0,93; IC95%: 0,70 a 1,22). Las TI de bacteriemias, neumonía por *Pneumocystis jirovecii*, infección diseminada por el complejo de *Mycobacterium avium* oral, neumonitis linfóide intersticial, infecciones micóticas sistémicas, retinitis por citomegalovirus y tuberculosis tuvieron frecuencias menores de 0,50 por 100 años-persona. No se encontró una tendencia lineal estadísticamente significativa en la incidencia de ninguna de las 29 infecciones en los cuatro años de estudio. No obstante, las tasas de infección disminuyeron significativamente con respecto a lo informado antes de la introducción del HAART, cuando las tasas de incidencia fueron: neumonía bacteriana, 11,1 (IC95%: 10,3 a 12,0); bacteriemias, 3,3 (IC95%: 2,9 a 3,8); herpes zóster, 2,9 (IC95%: 2,6 a 3,3); complejo de *M. avium*, 1,8 (IC95%: 1,5 a 2,1); *P. jirovecii*, 1,3 (IC95%: 1,1 a 1,6); candidiasis oral, 1,2 (IC95%: 1,0 a 1,5); retinitis por citomegalovirus, 0,5 (IC95%: 0,3 a 0,6) y tuberculosis, 0,2 (IC95%: 0,1 a 0,4).

Las infecciones oportunistas no son frecuentes en niños tratados con HAART y las tasas de infección continúan descendiendo con respecto a lo observado antes de introducir ese tratamiento. Es importante mantener una continua vigilancia para evaluar el efecto a largo plazo del HAART sobre la aparición de infecciones oportunistas en niños. Sin embargo, algunos niños aún sufren enfermedades oportunistas y no responden al tratamiento antirretroviral debido a la aparición de virus resistentes, a no seguir adecuadamente el tratamiento o a la intolerancia a estos medicamentos. No obstante estos resultados demuestran que la introducción del HAART ha permitido reducir sustancialmente la incidencia de varias infecciones oportunistas en niños infectados con el VIH. (Gona P, et al. Incidence of opportunistic and other infections in HIV-infected children in the HAART era. *J Am Med Assoc.* 2006;296:292-300.)

La extensión de los servicios de cuidados postaborto en Guatemala

Los abortos clandestinos realizados en condiciones de riesgo continúan siendo un importante problema de salud pública en muchos países en desarrollo. Las altas tasas de mortalidad materna se

deben en gran medida a la mortalidad causada por complicaciones de un aborto realizado en condiciones peligrosas. En Guatemala, los abortos representan 10% o más de las muertes maternas y por su frecuencia constituyen la cuarta causa de este tipo de muerte.

Actualmente, las leyes guatemaltecas permiten el aborto electivo solo para salvar la vida de la madre. Por consiguiente, los abortos con frecuencia se realizan en secreto y en condiciones de alto riesgo. Esto puede llevar a graves problemas de salud, incluso a la muerte. El Programa Nacional de Salud Reproductiva, la Unidad de Provisión de Servicios de Tercer Nivel y el Centro de Investigación Epidemiológica en Salud Sexual y Reproductiva, todos de Guatemala, han colaborado para ubicar estratégicamente los servicios de atención postaborto (APA) como parte de un esfuerzo general del Ministerio de Salud Pública para reducir la mortalidad materna.

En este artículo se describe un programa dirigido a ampliar los servicios de APA en 22 de los 33 hospitales distritales del sector público en Guatemala, entre julio de 2003 y diciembre de 2004. Para ello se contrataron facilitadores con habilidades de líder y experiencia en actividades de entrenamiento. Los centros participantes se dividieron en cinco grupos de 4 a 5 hospitales cada uno.

Las principales intervenciones realizadas fueron: fortalecer el conocimiento y la capacidad técnica del personal, ampliar los servicios disponibles de APA, mejorar la infraestructura relacionada con la APA, distribuir material informativo e instituir un sistema de vigilancia de abortos. Este trabajo se complementó con visitas mensuales de una semana de duración a cada hospital. Además, se desarrolló un consenso institucional para apoyar la APA a nivel del gobierno central, de los hospitales distritales y del personal hospitalario.

Durante este período, 13 928 mujeres con diagnóstico de aborto incompleto ingresaron en alguno de los 22 hospitales participantes en el estudio. En total, 715 de esos casos presentaron infección. Se registraron 9 muertes y 768 mujeres presentaron complicaciones graves. El uso de la aspiración manual endouterina para el tratamiento del aborto incompleto aumentó en el primer trimestre del estudio de 38% a 68% de los casos ($P < 0,001$). También aumentaron las solicitudes de consejería sobre planificación familiar (de 31% a 78% de las mujeres atendidas; $P < 0,001$) y la proporción de mujeres que escogieron un método anticonceptivo (de 20% a 49%; $P < 0,001$).

En Guatemala, el aborto siempre ha sido un gran estigma y en la mentalidad de la población, la aspiración manual ha provocado el incremento en el número de abortos inducidos. El enfoque empleado en este trabajo de promover la APA como

una estrategia de salud pública dirigida a reducir la mortalidad materna fue un elemento crítico para la obtención de buenos resultados.

En un período relativamente corto de tiempo se logró mejorar significativamente la oferta de APA en los programas nacionales. Estos resultados indican que el uso de la técnica de aspiración manual endouterina aumentó de 38% a 69% y la proporción de mujeres que acudieron al hospital por abortos incompletos y regresaron a sus hogares con algún método anticonceptivo aumentó a más del doble.

En Guatemala falta mucho para lograr institucionalizar completamente la APA y disminuir el número de muertes maternas y de complicaciones, pero los resultados alcanzados hasta la fecha pueden ser útiles también en otros lugares. Se espera que la extensión de los programas de APA y la mejor comprensión del efecto de las complicaciones del aborto en la salud de las mujeres ayudarán a fortalecer el compromiso con estos programas y su sostenibilidad en el futuro. (Kestler E, et al. Scaling up post-abortion care in Guatemala: initial successes at national level. *Reprod Health Matters*. 2006;14:138–47.)

La aplicabilidad de los principios de la promoción de la salud ante la amenaza de una pandemia

Se sabe que hay una alta probabilidad de que ocurra una nueva pandemia de gripe en los próximos 10 años, pero con frecuencia se omite en el análisis el hecho de que la humanidad se encuentra en una situación histórica que le permite estar preparada.

Recientemente, la Escuela Nacional de Salud Pública (ENSP) de Lisboa, Portugal, acometió un proyecto dirigido a explorar las ventajas de enfrentar una pandemia de influenza con un enfoque innovador. En el proyecto se reconoce que la forma de concebir un evento es un factor determinante de cómo responder ante él. En consecuencia, ese proyecto ha concebido una posible pandemia de gripe como una nueva oportunidad para que las ciudades adopten un nuevo enfoque frente a este tipo de amenaza en el siglo XXI.

El enfoque descrito en el proyecto yuxtapone dos tipos de ciudades: *ciudad susceptible* y *ciudad inteligente*. Estas categorías demuestran cómo un enfoque centrado solamente en la situación médica y en la respuesta sanitaria (*ciudad susceptible*) puede cerrar la mente a innovaciones que pudieran ayudar a las ciudades y a sus habitantes más allá de una emergencia de salud pública (*ciudad inteligente*).

El consenso actual es que el aumento de la respuesta social —es decir, de las actividades que no son médicas— constituirá la principal medida que permitirá controlar una pandemia.

Los ciudadanos mismos son la mejor protección contra la propagación de la infección. En la *ciudad inteligente*, los ciudadanos se sienten parte interesada y un sentimiento de control sustituye en ellos a la sensación de miedo, impotencia e incertidumbre. Esto formará una sólida base para cualquier respuesta fructífera ante una emergencia y mejorará la calidad de vida de los ciudadanos en la medida en que sientan que ejercen control.

Todos los sectores del gobierno y de la sociedad deben participar en la preparación de medidas ante una pandemia mundial de gripe: lo mejor de la salud pública en el siglo XXI es su carácter dinámico y emprendedor, basado en la participación de comunidades bien coordinadas. Las organizaciones de la sociedad civil deben participar en este proceso desde su mismo inicio, si es posible.

En tiempos de crisis es necesario garantizar relaciones de confianza entre el sector empresarial, los servicios públicos —como el correo, el transporte público y las autoridades de orden interior— y, por supuesto, los servicios de salud. La *ciudad inteligente* construye estas relaciones mucho antes de que ocurra una crisis, en parte también porque esa estructura puede servir para muchas otras funciones cruciales de la organización y desarrollo de la ciudad.

La *ciudad inteligente* considera que saber prepararse para una pandemia es una forma de mejorar la calidad de vida en las ciudades contemporáneas: todo lo que se construya debe hacerse sobre la base de valores importantes para la comunidad. Tomando en cuenta que la detención de una epidemia en un país democrático se basa en el consenso social acerca de las principales acciones que se deben emprender, los ciudadanos deberán participar tanto como sea posible en el debate acerca de los valores, las metas y los enfoques que se utilizarán.

En la Conferencia sobre Promoción de Salud, celebrada en Bangkok, Tailandia en 2005, se insistió en que la promoción de la salud no es solo una estrategia para controlar las enfermedades crónicas y no transmisibles, sino parte de la “nueva salud pública” que se requiere para poder enfrentar la amenaza de pandemias en la sociedad moderna. El empoderamiento de los ciudadanos a escala local para enfrentar esa amenaza constituye una tarea que exige inteligencia. (Kickbusch I. Flu City—Smart City: applying health promotion principles to a pandemic threat. *Health Promot Intl*. 2006; 21(2):85–7.)