

talasemia $S\beta$ + son usualmente condiciones benignas con niveles normales o casi normales de hemoglobina, y se presentan solo después de un estudio de la familia o de la detección de esplenomegalia en exámenes para seguros de vida. Ambos genotipos demuestran una tendencia a una enfermedad grave de los vasos de la retina, pero, por lo general, se acorta poco la expectativa de vida.

El término drepanocitemia cubre todos estos genotipos patológicos, pero es impor-

tante definir cada genotipo lo más exactamente posible. Si no se reconocen las dos formas distintas de drepanocitemia talasemia β no es posible distinguir la drepanocitosis S de la C con sus rasgos clínicos diferentes y su pronóstico distinto. El conocimiento del genotipo exacto es esencial para los estudios de la historia natural de la drepanocitemia, pero también es importante para tener con anticipación los rasgos clínicos y el pronóstico individual de cada paciente.

TERCERA REUNION DEL GRUPO DE TRABAJO SOBRE CONTROL DE LA HIPERTENSION ARTERIAL¹

Entre el 1 y el 3 de agosto de 1978 se llevó a cabo en la sede de la OPS en Washington, D.C., la Tercera Reunión del Grupo de Trabajo sobre Control de la Hipertensión Arterial, con la asistencia de 12 participantes de Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Cuba, Chile, Ecuador, México, Perú y Venezuela, un observador, un orador invitado de la OMS y personal técnico de la OPS.

El Dr. Héctor R. Acuña, Director de la OPS, en su discurso inaugural señaló que en vista de la importancia que tienen en la actualidad las enfermedades cardiovasculares, y entre ellas la hipertensión arterial, la Organización Panamericana de la Salud inició acciones tendientes a estimular y colaborar con el desarrollo de estudios epidemiológicos y programas de control de algunas enfermedades cardiovasculares como la hipertensión arterial.

Esta enfermedad constituye un factor de riesgo considerable en relación con la mor-

bimortalidad por dolencias cardiovasculares, a pesar de lo cual alrededor del 90% de los casos detectados a través de encuestas de población desconoce su existencia; solamente el 25% se encuentra bajo control médico y apenas el 12% lo está con tratamiento adecuado.

Debido a que el tratamiento apropiado con medicamentos hipotensores mejora notablemente el pronóstico de los pacientes con hipertensión grave y moderadamente grave, en términos de complicaciones y de mortalidad, se consideró conveniente emprender estudios para definir mejor la importancia y características de la hipertensión arterial en los países en los cuales la magnitud de las enfermedades cardiovasculares lo justificara. No obstante, se creyó aconsejable que antes de comenzar programas nacionales de control, se iniciaran previamente programas en escala limitada, en una comunidad o en grupos definidos de la población, que permitieran demostrar la factibilidad y eficacia de los estudios epidemiológicos y de las medidas preventivas y terapéuticas, con miras a extender progresivamente la cobertura.

Así, en marzo de 1976 tuvo lugar en Washington, D. C., la Primera Reunión del

¹ Basado en: Organización Panamericana de la Salud. Tercera Reunión del Grupo de Trabajo sobre Control de la Hipertensión Arterial, 1-3 de agosto de 1978, Informe preliminar. Documento mimeografiado.

Grupo de Trabajo, con la participación de centros de Argentina, Brasil, Cuba, Chile, Perú y Venezuela, y en ella se aprobó el proyecto de estudio de colaboración interpaíses preparado por la OPS.

Dicho estudio consiste en investigar la posibilidad de establecer programas de control a nivel comunitario. A su vez, en estos programas se practica el seguimiento de los pacientes hipertensos para vigilar su evolución clínica y controlar el cumplimiento y resultado de las indicaciones terapéuticas, dirigidas a mantener las cifras tensionales dentro de los límites aceptables. El control de la enfermedad se realiza periódicamente, sin esperar a que el paciente consulte solamente cuando siente molestias. De esta manera se espera mejorar el pronóstico y detectar en forma temprana la aparición de posibles complicaciones.

Un instrumento útil para efectuar el seguimiento es el registro de los pacientes; este sistema se puso en práctica inmediatamente después de la Primera Reunión del Grupo de Trabajo. La Segunda Reunión que se realizó, en 1977, analizó los resultados obtenidos e hizo ajustes en la marcha del estudio de colaboración, los que se perfeccionaron en la Tercera Reunión de 1978. Cabe señalar que durante el primer año del estudio se habían incorporado centros de Bolivia y Ecuador, de modo que en esta Segunda Reunión del Grupo de Trabajo sobre Control de Hipertensión Arterial había ya ocho países, aun cuando Argentina no había comenzado a enviar los formularios.

Hasta marzo de 1978 se registraron 2,451 pacientes provenientes de 22 centros de estudio de los países participantes. Sin embargo, como lo señaló el Director de la OSP, estos estudios y programas consisten en un plan piloto, limitado en su cobertura, en el cual el registro de pacientes en centros especializados constituye un instrumento útil y necesario para demostrar la posibilidad de llevar a cabo este tipo de tarea. Pero también hay que tener en cuenta que el

registro de pacientes es un medio de investigación y control del programa y no el objetivo final del mismo, el cual debe ampliarse hasta llegar a los niveles primarios de atención de salud de la comunidad.

En la Tercera Reunión presentaron informes los siguientes representantes: Dra. Emma Balossi, de Argentina; Dr. Luis Otero Calderón, de Bolivia; Dr. Rafael Leite Luna, de Brasil; Dres. Alfredo Remolina y Helena M. de Restrepo, de Colombia; Dr. Luis de los Ríos Moya, de Cuba; Dr. Héctor Rodríguez, de Chile; Dr. Marcelo Moreano, de Ecuador; Dr. Jaime Herrera Acosta, de México; Dr. Luis Ruiz, de Perú y Dr. León Klahr, de Venezuela. Se trataron los temas siguientes:

- Dificultades que se presentan al llenar distintos rubros de los formularios de registro inicial y registro anual.
- Necesidad de clasificar los subcentros de acuerdo con su complejidad y de analizar los datos según este agrupamiento.
- Importancia de que el análisis estadístico de los datos se oriente especialmente hacia la evaluación del cumplimiento de los propósitos y objetivos del programa.
- Necesidad de un intercambio mayor de experiencias entre los países participantes.
- Cronograma de actividades para el año 1979.

Conclusiones

Sobre la base de los informes presentados, la Tercera Reunión del Grupo de Trabajo sobre Control de la Hipertensión Arterial llegó a las siguientes conclusiones:

- Los formularios de registro inicial y registro anual en vigencia quedan sin modificaciones y su llenado se ajustará a las instrucciones correspondientes.
- La exclusión de algunos rubros del formulario (como exámenes de fondo de ojo o electrocardiograma) en algunos subcentros que no disponen de los recursos necesarios, debe comunicarse a la OPS y especificarse en cada formulario.
- El responsable del programa en cada país tratará de revisar los formularios para reparar las omisiones o errores que se encuentren, antes de su envío a la OPS.

- A través de un modelo común se describirán las características de los subcentros, con miras a su clasificación y agrupamiento.
- Se constituirá un subgrupo de trabajo para la auditoría del programa a nivel central, que tendrá a su cargo el proyecto de los modelos de análisis estadístico.
- La OPS fomentará el intercambio entre los países de investigadores y personal de salud que trabajen en el proyecto conjunto.
- Los resultados de investigaciones sobre la aplicación de técnicas educativas y todo material relacionado con la ejecución del estudio se enviarán a la OPS para su difusión en los países integrantes del programa.

ANEXO

LISTA DE PARTICIPANTES

Tercera Reunión del Grupo de Trabajo sobre Control de la Hipertensión Arterial

Argentina

Dra. Emma Clementina Balossi
Jefe, Departamento de Enfermedades
No Transmisibles,
Secretaría de Salud Pública
Buenos Aires

Bolivia

Dr. Luis Otero
Jefe, Departamento de Cardiología,
Instituto Nacional del Tórax,
La Paz

Brasil

Dr. Rafael Leite Luna
Jefe, Servicios de Cardiología,
Hospital Central do IASERJ
Rio de Janeiro

Chile

Dr. Héctor Rodríguez
Coordinador de Epidemiología,
Departamento de Apoyo a los Programas,
Ministerio de Salud
Santiago

Dr. Emilio Roessler
Hospital del Salvador,
Departamento de Nefrología,
Universidad de Chile,
Ministerio de Salud
Santiago

Colombia

Dra. Helena Espinosa de Restrepo
Jefe, Programas Especiales,

Centro Cardiovascular Colombiano
Medellín

Dr. Alfredo Remolina Suárez
División de Vigilancia Epidemiológica,
Ministerio de Salud
Bogotá

Cuba

Dr. Luis de los Ríos Moya
Ministerio de Salud Pública
La Habana

Ecuador

Dr. Marcelo Moreano
Jefe, Departamento Nacional de
Investigaciones Cardiovasculares,
Ministerio de Salud Pública
Quito

México

Dr. Jaime Herrera Acosta
Instituto Nacional de la Nutrición,
México, D. F.

Perú

Dr. Luis Ruiz
Investigador Asociado,
Instituto de Investigaciones de Altura
Lima

Venezuela

Dr. León Klahr
Departamento de Enfermedades Cardiovasculares,
Ministerio de Sanidad y Asistencia
Caracas

Organización Mundial de la Salud

Dr. T. Strasser
Enfermedades Cardiovasculares
Ginebra, Suiza

Organización Panamericana de la Salud

Dr. Héctor R. Acuña
Director,
Washington, D. C.

Dr. Jorge Litvak
Jefe, Enfermedades No Transmisibles,
División de Control de Enfermedades
Washington, D. C.

Dr. Héctor J. Boffi
Asesor Regional en Enfermedades
No Transmisibles,

División de Control de Enfermedades
Washington, D. C.

Dr. Marilyn E. Katatsky
Socióloga, División de Salud de la Familia
Washington, D. C.

Sr. John Silvi
Estadístico, Unidad de Metodología,
División de Servicios de Apoyo
Washington, D. C.

Observadores

Dr. David Brailovsky
Director Ejecutivo Adjunto,
Clinical Research International,
Merck Sharpe and Dohme
Rahway, Nueva Jersey, E.U.A.

III REUNION DE DIRECTORES DE LOS SERVICIOS NACIONALES DE ERRADICACION DE LA MALARIA EN LAS AMERICAS

Del 26 al 31 de marzo de 1979, se celebró en Oaxtepec, México, la III Reunión de Directores de los Servicios Nacionales de Erradicación de la Malaria en las Américas (SNEM), convocada por la Oficina Sanitaria Panamericana.

Presidió la reunión el Dr. Domingo G. Cervantes, de México; el Dr. Agostinho Cruz Marques, de Brasil, fue elegido vicepresidente y el Dr. Rolando Sifontes Ferrer, relator general. Asistieron delegaciones, constituidas por personal directivo de los Servicios Nacionales de Erradicación de la Malaria de los siguientes países; Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos de América, Guayana Francesa, Guyana, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Perú, República Dominicana, Suriname y Venezuela, así como un representante de Belice y funcionarios y consultores de la OPS/OMS. Prestigió la reunión al presencia de altos funcionarios de la sede de la OMS en Ginebra. Por invitación especial participaron representantes de la Agencia

para el Desarrollo Internacional (AID) de Estados Unidos de América.

En la sesión inaugural hicieron uso de la palabra el Dr. Mario Calles López Negrete, Subsecretario de Salubridad, el Dr. Domingo G. Cervantes, Vocal Ejecutivo de la Comisión Nacional para la Erradicación del Paludismo, ambos de México, y el Dr. Héctor R. Acuña, Director de la OSP.

El Dr. Acuña reafirmó una vez más la necesidad de integrar las acciones de salud para concurrir al objetivo general de extender la atención primaria de salud, y expresó: "Deberíamos comenzar con programaciones a niveles locales, utilizando la magnífica experiencia de los trabajadores de malaria y la capacidad operativa de los servicios de salud para reorientar las acciones específicas tendientes a solucionar problemas locales. Creo que estos conceptos merecen considerarse como objeto de estudio en las investigaciones operativas que han de iniciar los programas de malaria en un futuro próximo.

"Por decisión política unánime los go-