

DECLARACIÓN DE CONSENSO DE LA REUNIÓN DE CONSULTA SOBRE NOTIFICACIÓN AL COMPAÑERO PARA LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DE VIH¹

Del 11 al 13 de enero de 1989, dos programas de la Organización Mundial de la Salud —el Programa Mundial sobre el SIDA y el Programa sobre Enfermedades de Transmisión Sexual— convocaron una reunión para discutir el tema de la notificación al compañero destinada a prevenir la transmisión de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Asistieron a la reunión 27 expertos procedentes de 20 países.

De acuerdo con la estrategia global contra el SIDA de la Organización Mundial de la Salud, las claves para prevenir la infección por VIH son la información y la educación, combinadas con servicios sociales y sanitarios apropiados en un entorno que proporcione apoyo sin discriminación. La estrategia global contra el SIDA apoya los programas de información y educación dirigidos a toda la población o específicamente a audiencias concretas como las personas cuya conducta supone riesgo de infección por VIH. En todo ello se subraya la necesidad de proteger los derechos y la dignidad de las personas infectadas por VIH.

Muchos países han expresado interés en la notificación al compañero como método de dirigir específicamente información a quienes están en mayor riesgo de infección por VIH, o sea, a los compañeros sexuales o a quienes comparten agujas o jeringas para inyección con personas infectadas por VIH. La notificación al compañero es similar a la "investigación de los contactos" en otras enfermedades de transmisión sexual (ETS). Esta práctica no es otra cosa que la identificación, asesoramiento y tratamiento de los compañeros sexuales, que constituyen un capítulo importante de todos los programas de control de las ETS. Sin embargo, la infección por VIH difiere en muchos aspectos de las otras ETS.

Por todo lo anterior se considera importante llegar a un consenso sobre la función potencial de las actividades de notificación al compañero como parte de los programas globales de prevención y control del SIDA, basándose en el análisis crítico de las experiencias disponibles.

La reunión de consulta tuvo como objetivos revisar la experiencia de notificación a los compañeros en los programas de prevención de la

¹ Extractado del documento *Consensus statement from consultation on partner notification for preventing HIV transmission*, elaborado por el Programa Mundial sobre el SIDA y el Programa sobre Enfermedades de Transmisión Sexual de la Organización Mundial de la Salud (WHO/GPA/INF 89.3).

infección por VIH, considerar los datos disponibles respecto a costos y beneficios de estas actividades (incluidos los aspectos sociales, legales, políticos y éticos) y llegar a un acuerdo sobre la función potencial y los métodos de notificación a los compañeros como parte de programas globales de prevención de la infección. También se buscó lograr mediante consenso una lista de “puntos que deben considerarse” antes de poner en marcha programas de notificación a los compañeros de personas con infección por VIH.

Definiciones

A efectos de la reunión, se utilizaron las siguientes definiciones:

Notificación a los compañeros. Toda la gama de actividades de salud pública en las que se avisa a los compañeros sexuales o a las personas que comparten material inyectable con una persona infectada por VIH acerca de su exposición y se le ofrecen servicios. La notificación puede realizarse de dos maneras distintas, a través del paciente y por notificación directa del personal sanitario.

Notificación a través del paciente (persona índice). Método por el que a las personas infectadas por virus de la inmunodeficiencia humana se les anima a avisar a sus compañeros de su posible exposición al VIH, sin intervención directa del personal sanitario, que se limita a aconsejar a las personas infectadas respecto a lo que deben informar a sus parejas y las técnicas para hacerlo.

Notificación directa a cargo del personal sanitario. Método por el cual los profesionales de salud dan la información pertinente a los compañeros de las personas infectadas por VIH. Para ello, las personas con infección por VIH proporcionan los nombres de sus parejas a los profesionales sanitarios que, a su vez, notifican confidencialmente a aquellos. Esta notificación puede tener como marco la misma atención primaria y se puede realizar en presencia del paciente.

Persona índice. Se denomina persona índice a un hombre o una mujer de quien se sabe que está infectado por VIH o enfermo de SIDA. El aviso al compañero va dirigido a las parejas sexuales de las personas índice o a quienes comparten material de inyección con estas personas.

Período de contagiosidad. Es el período en el que hay riesgo de transmisión, es decir, desde que se produjo la infección por VIH.

Compañero o pareja. Persona con la que una persona índice comparte actividades sexuales o material de inyección.

Declaración de consenso

En la reunión se llegó a la siguiente declaración de consenso:

1. Hay que pensar en programas de notificación a los compañeros, pero dentro del contexto de programas globales de prevención y control del SIDA. La notificación

a los compañeros plantea serios interrogantes médicos, organizativos, sociales, legales y éticos. Tiene riesgos y beneficios potenciales entre los que se cuentan la posibilidad de contribuir a la prevención de la transmisión de VIH y quizá la reducción de la morbilidad y la mortalidad de la infección por VIH. Pero también tiene capacidad para producir perjuicios económicos y sociales y provocar la marginación de otras actividades de prevención y control del SIDA. Además, los costos y la contribución de estos programas de notificación a la prevención del SIDA en una población dada pueden variar considerablemente y ser muy difíciles de cuantificar. Por lo tanto, en el contexto de un programa global de control del SIDA hay que considerar explícitamente los objetivos y los principios en que se basa la notificación a los compañeros así como otras variables y temas metodológicos clave antes de decidir si se ha de poner en marcha o no esta medida. Los programas de notificación a los compañeros que no tienen en cuenta estos aspectos pueden ser individualmente dañinos y contraproducentes respecto a la prevención del SIDA.

2. Objetivos. La notificación a los compañeros puede contribuir a dos objetivos de la estrategia global contra el SIDA —prevenir la transmisión de VIH y reducir la morbilidad y mortalidad asociadas con la infección— mediante la identificación de los individuos expuestos a través del contacto sexual o material de inyección y la ulterior información a estos de los riesgos a los que se han expuesto, de forma que puedan recibir asesoramiento y otras atenciones.

3. Principios. La notificación a los compañeros como parte de un programa global de prevención y control del SIDA es aceptable solo si se cumplen los siguientes principios:

- a) Que esté de acuerdo con la estrategia global contra el SIDA y los objetivos de los programas nacionales.
- b) Que respete los derechos humanos y la dignidad de las personas índice y de los compañeros.
- c) Que forme parte integral de un programa general de prevención y control del SIDA y se coordine en el marco de la atención primaria con otras actividades de salud pública tales como programas de prevención y tratamiento de las ETS, salud materno-infantil, control de la natalidad y prevención del abuso de sustancias adictivas.
- d) Que sea voluntaria y no coercitiva (en ciertas situaciones en las que una persona índice rehúse avisar a su pareja o permitir la notificación a un compañero conocido por el profesional sanitario, este se verá obligado a optar de acuerdo a la ética médica y las leyes que sean aplicables) y que tanto las personas índice como sus parejas puedan acceder a las atenciones de salud disponibles, independientemente de su decisión de cooperar o no con las actividades de notificación a los compañeros.
- e) Que sean confidenciales tanto las historias clínicas como los datos de localización de las parejas y, en caso de aviso a través de los profesionales sanitarios, la identidad de la persona índice. Evidentemente, cuando la persona índice tiene un solo compañero, este podrá inferir la identidad de la persona índice al ser notificado por los profesionales sanitarios.

f) Que se emprenda solo cuando haya servicios de apoyo que puedan utilizar tanto las personas índice como sus parejas. Lo mínimo es la existencia de un servicio de información sobre las consecuencias de haber sido expuesto al virus, de pruebas voluntarias para comprobar la infección por VIH con asesoramiento previo y posterior a la prueba, y de servicios sanitarios y sociales apropiados. La calidad de estos servicios debe estar asegurada y comprobarse periódicamente.

4. Variables clave. Para tomar la decisión de incluir un programa de notificación a los compañeros en un programa global de prevención y control del SIDA, hay que tener en cuenta las siguientes variables:

- a) *Epidemiología.* Seroprevalencia y seroincidencia de VIH y patrones de transmisión y enfermedad, factores demográficos y conocimientos, actitudes, creencias y prácticas en los grupos relevantes de la población.
- b) *Recursos.* Financieros, humanos, instalaciones para el diagnóstico y el tratamiento que incluyan los avances científicos y técnicos en diagnóstico, tratamiento y prevención y la organización de servicios sociales y de salud.
- c) *Peculiaridades locales.* Legislación pertinente, consideraciones culturales, realidades políticas, "clima" social y amenazas potenciales o reales a los derechos humanos.
- d) *Actividades de prevención y lucha contra el SIDA previamente establecidas.* Se incluyen las actividades de control de las ETS, salud maternoinfantil, control de la natalidad y abuso de sustancias.

5. Métodos. Además de lo anterior, antes de iniciar un programa de notificación a las parejas es preciso considerar los siguientes aspectos metodológicos:

a) *Aspectos del programa:*

¿Se usará el método de notificación a través del paciente, de notificación a cargo del personal sanitario o una combinación de ambos? *El método de notificación a través de los pacientes es el comienzo normal de un programa de notificación a los compañeros. Sin embargo, a veces este enfoque no es el más adecuado para ciertas personas índice y sus compañeros.*

¿A qué compañeros y grupos de población se dirigirá el programa? ¿Cómo se relacionarán las actividades de notificación a los compañeros con las demás actividades de prevención del SIDA? ¿Cómo se asegurará la confidencialidad de las personas índice, sus compañeros y los datos del registro?

La única información relevante que debe ser comunicada a los compañeros es la posibilidad de exposición a VIH.

Como el intercambio de información entre países es complejo y puede generar problemas, especialmente respecto a la confidencialidad, ¿se comunicará la información acerca de los compañeros a las autoridades sanitarias de otros países cuando las circunstancias impidan que las personas índice avisen a sus parejas?

¿Cómo se revisará y evaluará periódicamente el programa?

b) *Aspectos referentes a la persona índice:*

¿Cómo se confirmará el diagnóstico de infección por VIH?

¿Cómo se obtendrá el consentimiento informado de la persona índice?

¿Cómo se entrevistará a la persona índice?

¿Cómo y cuándo se planteará el tema de la notificación a los compañeros?

¿Qué parte del período de infecciosidad se considerará a la hora de determinar los compañeros sexuales que han de ser informados?

El período de infecciosidad que se considerará a la hora de determinar los compañeros sexuales que han de ser avisados deberá ser todo lo extenso que sea posible, dentro de los límites que impongan las consideraciones prácticas.

¿Cómo se aconsejará a las personas índice en lo que se refiere a la notificación a los compañeros?

c) *Asuntos relativos a los compañeros:*

¿Qué compañeros han de ser notificados?

¿Cómo serán notificados?

¿Se les ofrecerá a todos ellos la realización de una prueba diagnóstica? ¿De qué manera?

¿Qué servicios clínicos se ofrecerán a la persona que tenga una infección por VIH y que sea detectada a través de un programa de notificación?

Como norma general, los compañeros que sean notificados deben tener posibilidad de acceder voluntariamente a las pruebas diagnósticas, asesoramiento y otros servicios.

6. Evaluación. Todavía no se conocen bien los riesgos y beneficios de los programas de notificación a los compañeros y su eficacia para disminuir la incidencia de VIH en una comunidad. La determinación directa de estos riesgos y beneficios en un ensayo de intervención adecuadamente controlado sería difícilmente factible.

Sin embargo, los indicadores directos o indirectos de las tendencias en la incidencia de VIH tales como cambios de conducta, reducciones en la incidencia de otras ETS y uso de condones son cuantificadores importantes del efecto general de un programa global de prevención y control del SIDA y la notificación a los compañeros puede ser un componente útil.

Además, para evaluar el efecto de las actividades de notificación a los compañeros y asegurar su calidad, deben establecerse periódicamente ciertos parámetros cuantitativos —número de personas índice, número de compañeros identificados, número de compañeros que han sido avisados y su tasa de seroprevalencia, y costo del programa—, y cualitativos —satisfacción y adaptación de los participantes y aceptabilidad del programa para ellos— y efectuarse actividades de control de calidad —evaluación de los recursos para asesoramiento y apoyo, capacitación de la plantilla, de las medidas de confidencialidad y protección legal, técnicas de asesoramiento y calidad del seguimiento.

7. Necesidades de investigación. Los interrogantes básicos de investigación se relacionan con los efectos de la notificación en los compañeros como componente de un programa global de prevención y control del SIDA. Los países difieren mucho en cuanto a epidemiología y disponibilidad de datos y recursos, y sería de interés desarrollar y difundir instrumentos estandarizados para recoger información sobre el diseño y la ejecución de los programas, incluyendo objetivos, variables clave, métodos y medios de evaluación. A medida que se disponga de datos uniformes o cotejables, podrán compararse los costos y los resultados de la notificación a los compañeros en el contexto de la prevención y control del SIDA.

Otros datos científicos que pueden ser importantes en uno de estos programas son los factores que modifican la transmisión del virus (por ej., el estadio de la infección, la coexistencia de otras ETS) y las posibilidades de tratamiento en la fase inicial de la infección.

En el ámbito social, la investigación podría contribuir a determinar si la presencia de determinadas conductas de riesgo o la pertenencia a ciertos grupos étnicos o culturales es favorable o no para las actividades de notificación a los compañeros. Igualmente, es necesario valorar cuidadosamente en contextos locales los efectos que las actividades de notificación a los compañeros puedan tener en las relaciones de la pareja y en el deseo de participar en las actividades de prevención y control del SIDA. □

Curso sobre sistemas de información y microcomputadoras en salud y planificación familiar

Este curso, organizado por Management Sciences for Health, se realizará del 22 de octubre al 16 de noviembre de 1990 en Boston, Massachusetts, EUA.

Objetivo: proveer los conocimientos necesarios para el desarrollo, la ejecución y el mantenimiento de sistemas de información gerencial apoyados por microcomputadoras en el contexto de la salud, nutrición y planificación familiar.

Contenido: controversias y problemas relacionados con el desarrollo de sistemas de información y la introducción de microcomputadoras; análisis y diseño de sistemas orientados hacia el usuario; definición del papel de la microcomputadora en un sistema de información; selección apropiada de computadoras; mejoramiento de la productividad y el uso de programas de procesamiento de palabras; uso de planillas o cuadros electrónicos; bases de datos relacionales; programas para manipulación de bancos de datos.

Participantes: administradores, planificadores de programas de salud materno-infantil o de planificación familiar, y personal técnico a cargo del diseño y la operación de sistemas de información gerencial.

Costo y fecha de inscripción: El último día para inscribirse es el 10 de septiembre de 1990 y el costo asciende a \$US 4 500. Los gastos de pasajes, viáticos y seguro médico son responsabilidad del participante o su institución patrocinadora.

Información: Management Training, Management Sciences for Health, 165 Allandale Road, Boston, MA 02130, EUA.

HACE FALTA IMPULSAR LA QUIMIOTERAPIA DE LA LEPRO EN LAS AMÉRICAS¹

En mayo de 1987, la 40ª Asamblea Mundial de la Salud aprobó una resolución (WHA 40.35) en la que se instaba a los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) a intensificar la lucha contra la lepra. Los asuntos relacionados con esta enfermedad que se acordaron en dicha Asamblea se basaron en las recomendaciones para el tratamiento multimedicamentoso de la infección formuladas en 1981 por el Grupo de Estudio de la OMS sobre Quimioterapia de la Lepra. A la fecha se han logrado resultados muy positivos con el tratamiento poli-quimioterápico, pero la cobertura sigue siendo irregular en muchos países, entre los que se cuentan varios de la Región de las Américas.

En el Taller sobre Quimioterapia de la Lepra en las Américas que organizó la Organización Panamericana de la Salud en Brasilia del 7 al 11 de noviembre de 1988, se analizaron entre otros temas la situación de la enfermedad en la Región, las pautas y la aceptación del tratamiento poli-quimioterápico y los planes para impulsarlo.

Un esquema terapéutico verdaderamente eficaz

Durante los últimos 20 años, el número de enfermos de lepra ha ascendido considerablemente en todo el mundo. Se estima que la cifra mundial de casos alcanza los 5 millones, un tercio de los cuales padecen discapacidades. Sin embargo, los informes de 1987 y 1988 indican que por primera vez se ha producido una reducción del número de casos registrados. Los expertos opinan que esa disminución se debe probablemente a la administración de los tratamientos multimedicamentosos recomendados por el Grupo de Estudio de la OMS sobre Quimioterapia de la Lepra.

Para tratar eficazmente la infección, la OMS recomienda utilizar el tratamiento multimedicamentoso por su comprobada eficacia en más de dos millones de personas en todo el mundo, porque es el único que cura la enfermedad y reduce su transmisión y, además, porque el porcentaje de recidivas anuales es inferior a 1%. Por otro lado, este tratamiento, que también previene la aparición de cepas de *Mycobacterium leprae* resistentes, disminuye la prevalencia de la infección y, por ende, la demanda de recursos de salud necesarios para mantener un nivel de vigilancia adecuado.

Actualmente, hay pruebas suficientes para afirmar que existen cepas de *M. leprae* en todo el mundo que han desarrollado resistencia secundaria a la dapsona. En algunas zonas, esta resistencia afecta hasta a 40% de los pacientes que nunca han sido tratados y que padecen infecciones multibacilares. La mayor parte de los casos de resistencia secundaria a la dapsona aparecen con concentraciones altas o intermedias del medicamento. En el último decenio, se han detectado cepas de *M. leprae* que muestran resistencia primaria a dicho fármaco hasta en 70% de los casos multibacilares que nunca han sido tratados. Estas cepas se hacen resistentes con concentraciones intermedias o bajas de dapsona.

¹ Basado en el informe final del Taller sobre Quimioterapia de la Lepra en las Américas, patrocinado por la Organización Panamericana de la Salud y celebrado en Brasilia, Brasil, del 7 al 11 de noviembre de 1988.

Se ha demostrado también la existencia de cepas de *M. leprae* que presentan resistencia secundaria a la rifampicina (administrada a pacientes multibacilares) y a las tioamidas (etionamida y protionamida), cuando estos medicamentos se administran en regímenes monoterápicos. Las cepas resistentes a las tioamidas pueden además adquirir resistencia cruzada a la protionamida, tioacetazona y tiambutosina. No obstante, todavía no se han detectado cepas resistentes a la clofacimina.

La pauta recomendada por la OMS (Serie de Informes Técnicos No. 675, 1982) para tratar la lepra paucibacilar es la siguiente: rifampicina (600 mg para los pacientes cuyo peso excede los 35 kg, y 450 mg para los de menor peso) una vez al mes durante seis meses, y dapsona (1-2 mg/kg de peso) una vez al día y también durante seis meses. El régimen recomendado para la lepra multibacilar es rifampicina (600 mg una vez al mes) más dapsona (100 mg al día) y clofacimina (300 mg una vez al mes y 50 mg al día). El tratamiento debe prolongarse como mínimo durante dos años y, siempre que sea posible, hasta obtener frotis negativos.

En algunos países donde se ha utilizado este tipo de tratamiento se han observado reducciones de la prevalencia de hasta 80% a los cinco años de su inicio y reducciones más moderadas de la incidencia.

La principal dificultad que surge cuando se evalúa la difusión de la enfermedad y se calcula su prevalencia es la falta de acuerdo sobre los criterios diagnósticos universales que se deben utilizar y la decisión del momento en el que se debe incluir a un paciente en los registros activos. En el sexto informe del Comité de Expertos de la OMS en Lepra (Serie de Informes Técnicos No. 768, 1988) figuran las recomendaciones específicas para definir un caso y para calcular la prevalencia.

Aceptación del tratamiento multimedicamentoso

Casi todos los Estados Miembros de la OMS han aceptado los regímenes multimedicamentosos recomendados por la Organización. En 1988, 1 600 000 enfermos se encontraban bajo tratamiento poliquimioterápico y más de 600 000 ya habían sido tratados. Mientras que en 1985 solo 1,5% de los casos notificados estaban recibiendo dicho tratamiento, en 1988 el porcentaje había ascendido a 31,9%. Entre los motivos de dicha aceptación sobresalen los siguientes:

Por primera vez, los enfermos de lepra son tratados durante un tiempo fijo y relativamente corto en comparación con la duración del tratamiento monoterápico con dapsona.

El porcentaje de efectos tóxicos y secundarios de la quimioterapia combinada es bajo, y en ningún momento ha superado al de la monoterapia con dapsona.

La baja tasa de recidivas que aparecen al finalizar el tratamiento: 0,12 por caso por 100 años-enfermo de observación en una población de más de 18 000 casos paucibacilares observados durante períodos de 12 a 32 meses, y 0,02 por 100 años-enfermo de observación en una población superior a 9 000 casos multibacilares observados durante períodos de 12 a 40 meses.

- El alto grado de aceptación de la dofacimina, a pesar de que produce pigmentación de la piel y de las lesiones cutáneas.
- Reducción significativa de la frecuencia y gravedad de los episodios de eritema nudoso leproso.

La poliquimioterapia de la lepra en las Américas

La mayor parte (90%) de los casos de lepra de la Región se encuentran en la Argentina, el Brasil, Cuba, México, el Paraguay, Perú, la República Dominicana y Venezuela. Si bien se ha conseguido avanzar en la lucha contra esta infección, es preciso mejorar la información de que se dispone sobre la magnitud del problema. Para ello, es necesario conocer con exactitud su incidencia y prevalencia, las tasas de detección de casos, su distribución por grupos de edad y el porcentaje de enfermos discapacitados. La prevalencia debe considerarse como un indicador operativo útil en la planificación de los recursos necesarios para controlar su difusión. Se ha observado además que los indicadores generales de salud, la situación epidemiológica de la enfermedad, las tasas de mortalidad infantil y de mortalidad por enfermedades transmisibles, así como los porcentajes de personas alfabetizadas y de las familias que disponen de servicios básicos y viviendas con agua corriente, se relacionan directamente con las tasas de morbilidad por lepra.

Frente a esta situación, el empleo de regímenes multimedicamentosos está promoviendo la reorganización de las acciones de control de la enfermedad. Entre las estrategias que se están aplicando en la Región para mejorar la cobertura del tratamiento destacan las siguientes: descentralización de la gestión de los programas de control en los focos y establecimiento de planes de acción para acelerar la implantación del tratamiento poliquimioterápico en dichas zonas; incorporación y coordinación de las actividades de control de la enfermedad al sistema nacional de servicios de salud en aquellos países donde exista un programa de control vertical; redefinición de las funciones de los médicos especialistas; evaluación periódica de los programas; fomento de convenios entre gobiernos y organizaciones internacionales no gubernamentales con objeto de ampliar los recursos financieros necesarios para implantar el tratamiento poliquimioterápico; definición de las funciones del personal paramédico y auxiliar e incorporación del mismo en las tareas operativas de los programas de control; intensificación de la supervisión de los programas, y fortalecimiento de los convenios institucionales que ofrezcan apoyo logístico a dichos programas.

En varios países de la Región se están obteniendo los primeros resultados positivos de la lucha contra la lepra. La prevalencia de infección y la incidencia de casos graves han disminuido y cada vez es mayor el porcentaje de enfermos de lepra que reciben el tratamiento adecuado. Por otra parte, la poliquimioterapia se ha introducido en casi todos los países; en algunos se ha considerado conveniente implantarla gradualmente por motivos de tipo operativo. Hasta el momento no se han alcanzado las cifras de cobertura deseadas, con excepción de la República Dominicana, donde ya llegó a 100%. En el Ecuador, la cobertura lograda es de 90%, en el Paraguay, 46%, en la Argentina y Venezuela, 30% y en los países del Caribe de habla inglesa pasa de 80%.

Sin embargo, la cobertura global en la Región no ha superado todavía 10%. Una de las causas principales de esta situación es que en el Brasil, país

que cuenta con la cifra más elevada de casos en la Región (80%), la cobertura todavía es inferior a 4%. Otras causas aducidas son las siguientes:

- Organización insuficiente de los servicios de salud para aplicar la poliquimioterapia.
- Transformación de los programas verticales en programas horizontales sin llevar a cabo las provisiones adecuadas.
- Capacitación inadecuada del personal, que además es insuficiente.
- Poca confianza de los pacientes en los esquemas recomendados por los médicos.
- Cooperación insuficiente de los médicos en la aplicación de los programas de control.
- Ausencia de un compromiso del personal de salud para afrontar las dificultades que acarrea la aplicación correcta de la poliquimioterapia.
- Falta de coordinación entre los organismos responsables de la gestión de los servicios de salud.

Recomendaciones y necesidades de los programas de control

Para que los programas de control de la lepra alcancen sus objetivos es esencial que gocen de la preferencia de los gobiernos de la Región. Asimismo, es necesario que las autoridades de salud analicen la situación epidemiológica nacional y regional de la enfermedad y utilicen criterios epidemiológicos adecuados para seleccionar las zonas donde es más urgente la aplicación de los programas de control. Por otra parte, se ha subrayado la importancia de disponer de guías técnicas y administrativas suficientemente flexibles y de manuales que describan pautas para la creación de sistemas de información y notificación de casos.

Es preciso que las actividades relacionadas con la implantación de la poliquimioterapia se integren en un sistema descentralizado, regionalizado y jerarquizado, y que se supervisen periódicamente. Las personas encargadas de la administración de los programas de control de la lepra deben emplear al máximo la red general de servicios de salud, teniendo en cuenta las necesidades y el alcance del programa. Es conveniente asimismo que dichos programas se integren en todos los niveles de atención de los sistemas de salud.

El logro de un alto grado de participación social en los programas de control constituye otra de las necesidades básicas. Para alcanzar esta meta, será preciso que la comunidad tome conciencia del problema, que el grado de capacitación del personal de salud sea elevado, que la enseñanza de la lepra se introduzca en los programas de estudio de las ciencias de la salud y que se lleven a cabo reuniones periódicas para evaluar los progresos alcanzados. Asimismo, es imprescindible contar con la colaboración de los organismos no gubernamentales nacionales e internacionales para capacitar adecuadamente al personal y divulgar la información relacionada con los nuevos esquemas de tratamiento poliquimioterápico y la eficacia terapéutica de los nuevos medicamentos.

Plan para impulsar la aplicación de la poliquimioterapia

Para vencer las dificultades que aún retrasan el proceso de implantación de los esquemas de tratamiento multimedicamentoso se han recomendado numerosas medidas. No obstante, el éxito de su aplicación dependerá

básicamente de que los gobiernos de los países reconozcan que la poliquimioterapia es el mejor tratamiento para el control de la lepra y garanticen además la provisión de los recursos necesarios para su implantación.

Si bien el tiempo necesario para conseguir que todos los enfermos de lepra reciban el tratamiento adecuado variará en función de la situación epidemiológica de la enfermedad en cada país, es aconsejable que este período no supere los cinco años.

Por otro lado, es necesario que los países que todavía no han comenzado a aplicar el tratamiento multimedicamentoso procuren elaborar normas para ensayar los mecanismos operativos establecidos y capacitar al personal profesional y auxiliar. Asimismo, se debe crear una infraestructura que agilice el diagnóstico bacteriológico y que tenga en cuenta al mismo tiempo los recursos disponibles, las posibilidades de toma y envío de las muestras y la capacidad y disposición a participar de los laboratorios. Por último, se recomienda que el desarrollo de los programas de control de la enfermedad se realice a través de sistemas de centralización normativa y descentralización ejecutiva suficientemente flexibles para adaptar esos programas a las circunstancias locales y regionales específicas.

Para analizar la eficacia de los programas de lucha antileprosa, se recomienda que los países adopten el Sistema de Registro e Información OMSLEP. Este método utiliza datos de las historias clínicas y de los registros individuales, puede adaptarse a los sistemas de información de los diferentes países y funciona con los métodos de recuperación de información tradicionales o con microcomputadoras. □

Solicitud de referencias

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) está preparando una publicación que incluirá las investigaciones más importantes sobre servicios de salud que se hayan realizado en cualquier parte del mundo. Se solicita la colaboración de los lectores a fin de que identifiquen material pertinente y envíen las referencias a la OPS. Las contribuciones deben tratar temas relevantes para el mejoramiento de la eficacia, eficiencia, equidad y calidad de los servicios de salud; demostrar el desarrollo y la aplicación de métodos de investigación que respalden la validez y confiabilidad de los resultados, y ser aportes capaces de generar cambios que propicien el avance de los servicios de salud. Las referencias deben mencionar el título, autores, revista o fuente bibliográfica donde se haya publicado el estudio, volumen, páginas, año y país de edición. Toda notificación o comentario será bienvenido y deberá ser dirigido a: Dr. José Paganini o Srta. Lucia Ruggiero, Organización Panamericana de la Salud, Programa de Desarrollo de Servicios de Salud (HSD), 525 23rd. St. NW, Washington, DC, 20037. Teléfono: (202) 861-3231.

PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN LOS PAISES EN DESARROLLO¹

La hipertensión arterial (HTA) es un problema en casi todos los países del mundo. Básicamente, los mecanismos fisiopatológicos de este trastorno son similares en las distintas poblaciones y los principios de prevención y tratamiento no difieren de un país o de un continente a otro. Sin embargo, su prevalencia es muy distinta en las diversas comunidades y se han señalado diferencias relacionadas con el origen étnico.

La alimentación varía enormemente en todo el mundo y el efecto de ese factor en la tensión arterial está bien demostrado en poblaciones migratorias. Además, puede haber diferencias raciales en la respuesta a los medicamentos y en los patrones clínicos de HTA en personas de raza negra o de raza blanca. No obstante, la diversidad es mayor cuando guarda relación con factores sociales como el carácter urbano o rural de la población o, sobre todo, el desarrollo económico.

La mayor parte de los conocimientos sobre la epidemiología, prevención y tratamiento de la HTA se han obtenido de estudios realizados en los países desarrollados. Pero como la mayor parte de la humanidad no vive en ellos, la Liga Mundial contra la Hipertensión celebró en Dakar, Senegal, una conferencia sobre la lucha contra la HTA en los países en desarrollo en la que se discutieron aspectos generales del problema, el programa de la OMS sobre hipertensión y los programas de control nacionales, y se prestó particular atención a los efectos de ese estado morboso en las poblaciones de raza negra.

Los trabajos presentados versaron sobre los resultados de estudios epidemiológicos sobre la HTA, los métodos para evitarla en diversas comunidades africanas y del Caribe, y el método recomendado por la OMS para la lucha contra la hipertensión en los servicios de atención primaria. También se trataron las repercusiones que tiene en el tratamiento la diferencia de prevalencia e incidencia de la HTA en los medios urbano y rural, la relación entre la ingesta de sal y la tensión arterial en comunidades específicas y los resultados de estudios doble ciego sobre los efectos prolongados de la nitrendipina y el acebutolol en personas hipertensas de raza negra.

Respecto a los datos epidemiológicos, se constató el número creciente de encuestas comunitarias que, por desgracia, en muchos casos pierden valor por la imposibilidad de comparar los datos. Los resultados de ciertos estudios indican que la tensión arterial no es igual en los integrantes de comunidades rurales y urbanas, en grupos de diverso origen racial y en personas de distinto sexo. Hay que tener en cuenta también la conexión entre la HTA y el consumo de alcohol, el tabaquismo y el estrés, además de factores tales como las infecciones crónicas y las infestaciones parasitarias.

¹ Basado en "Control of hypertension in developing countries", reseña publicada en *Bulletin of the World Health Organization*, Vol. 66, No. 3, 1988, a partir de Amery, A. y Strasser, T., eds. Control of hypertension in developing countries --with special reference to Africa (memoria de una conferencia de la Liga Mundial contra la Hipertensión celebrada en Dakar, Senegal, del 23 al 25 de noviembre de 1986), *Cardiologie tropicale, Tropical Cardiology (Supplement)*, 13:1-206, 1987

Los participantes aconsejaron la normalización de las técnicas de determinación de la tensión arterial y de la notificación de resultados, para facilitar las comparaciones entre distintos grupos dentro de los países y entre esas poblaciones y las de otros Estados. También deben emprenderse estudios longitudinales prospectivos para determinar las tendencias en cuanto a tensión arterial en los individuos y en las poblaciones, y la contribución relativa de los factores de riesgo en los países en desarrollo. Conviene realizar estudios especiales sobre temas tales como comunidades de tensión arterial baja, correlación de los factores de riesgo, ingesta alimentaria de sodio y potasio, la hipertensión como factor etiológico de la cardiopatía isquémica y la relación entre diabetes mellitus y HTA.

Respecto a la etiopatogenia de la HTA, se comentaron las diferencias en poblaciones negras y blancas que guardan relación con factores hemodinámicos, bioquímicos, hormonales y hemostáticos. Hubo acuerdo general sobre la necesidad de determinar la importancia relativa en personas negras y blancas, normotensas e hipertensas, de las diferencias en las sustancias lipídicas (concentraciones de colesterol total, colesterol-HDL y triglicéridos), electrólitos (función de la carga de sodio, relación Na^+/K^+ en orina, concentraciones celulares y transporte de estos cationes), influencias hormonales, en particular el sistema renina-angiotensina-aldosterona y la función de la noradrenalina y la calicreína, y factores hemostáticos, específicamente la función de las plaquetas y la actividad fibrinolítica.

Se hicieron consideraciones clínicas sobre la hipertensión acelerada en varones negros y los distintos patrones de lesión de órganos o sistemas que se manifiestan en enfermedades cardíacas, renales, cerebrovasculares o retinianas. Se señaló la necesidad de aclarar la relación que existe entre la HTA, la cardiomiopatía y la cardiopatía isquémica en el medio africano. Por último, se subrayó la especial atención que merece el problema de la insuficiencia renal, sobre todo en varones jóvenes.

En materia de prevención y tratamiento de la hipertensión en el marco comunitario, se discutieron la educación del público respecto a las consecuencias de la hipertensión no tratada, la economía del tratamiento, en particular la farmacoterapia, el problema de si se debe o no tratar la HTA leve, el apoyo del personal sanitario a los programas comunitarios de prevención y tratamiento y los ensayos clínicos. También se formularon las siguientes recomendaciones:

- Establecer programas de educación sanitaria sobre la hipertensión para el público, las autoridades y los profesionales de la salud.
- Identificar al personal apropiado para la vigilancia de la hipertensión.
- Integrar las medidas de lucha contra la hipertensión en los programas de atención primaria de salud.
- Desarrollar estudios piloto basados en muestras probabilísticas o de selección fortuita para estudiar temas específicos y extrapolar las observaciones a comunidades de mayor tamaño.
- Considerar el interés de la lucha contra la hipertensión como forma primordial de prevención de la cardiopatía isquémica.
- En África, dar particular atención al tratamiento no farmacológico.

- Definir los métodos terapéuticos más apropiados y que se ajusten a la realidad económica de la población.
- Obtener información útil del estudio de las comunidades de baja tensión arterial y de los resultados de investigaciones sobre la epidemiología, la prevención y el tratamiento de la HTA en grupos multirraciales del Caribe, Europa, Sudáfrica y los Estados Unidos de América.

Los interesados pueden solicitar ejemplares de la memoria de la conferencia, que incluye los 24 trabajos presentados, a un costo unitario de SFS 30. La mayor parte de los artículos se ha editado en inglés con resúmenes en francés, pero hay algunos en francés con resúmenes en inglés. Las solicitudes de información deberán enviarse a la Liga Mundial contra la Hipertensión, 20 Avenue du Bouchet, 1209 Ginebra, Suiza.

Cursos de Management Sciences for Health

El calendario de actividades de Management Sciences for Health para 1990 incluye los siguientes cursos que se dictarán en Boston, Massachusetts:

- Managing Drug Supply Using Computers (Add-on), 21 mayo-1 junio, en inglés. Costo: \$US 2 250.
 - Managing Successful Health and Family Planning Training Programs, 9 julio-27 julio, en inglés. Costo: \$US 3 800.
 - Training Skills for Health and Family Planning Managers and Supervisors: Training of Trainers (Add-on), 30 julio-10 agosto, en inglés. Costo: \$US 2 250.
 - Microcomputer-Based Management Information Systems for Health and Family Planning, 23 julio-17 agosto, en inglés. Costo: \$US 4 500.
 - District Level Management of Health Programs, 10 septiembre-28 septiembre, en inglés. Costo: \$US 3 800.
 - MIS and Micros: Bringing Managers, Information and Computers Together, 1 octubre-12 octubre, en inglés. Costo: \$US 2 250.
 - Management Skills in Child Survival, 15 octubre-9 noviembre, en inglés. Costo: \$US 4 500.
 - Sistemas de Información Gerencial y Uso de Microcomputadoras en la Salud y la Planificación Familiar, 22 octubre-16 noviembre, en español. Costo: \$US 4 500.
- Si desea información adicional sírvase escribir a: Management Training, Management Sciences for Health, 165 Allandale Road, Boston, MA 02130, EUA.