

## LA FIEBRE REUMÁTICA EN LAS AMÉRICAS \*

### ANTECEDENTES HISTÓRICOS

El Comité de Expertos de la OMS en Enfermedades Reumáticas celebró su primera reunión en 1953 y, en 1954, publicó el informe correspondiente<sup>1</sup>. Entre otras conclusiones se indica en dicho informe que "...existe una posibilidad de combatir e incluso de prevenir mediante antibióticos y sulfamidas la fiebre reumática, enfermedad en cuyo desarrollo hay motivos fundados para creer que la infección por estreptococos hemolíticos tiene una intervención inicial importante."

La segunda reunión del Comité de Expertos se celebró en 1956, y tuvo por objeto analizar las observaciones científicas sobre la prevención de la fiebre reumática y formular recomendaciones prácticas que pudieran servir de norma en el planeamiento y ejecución de programas, tanto nacionales como locales, de prevención emprendidos con ese fin.

Patrocinado por la Oficina Regional de la OMS para Europa, se reunió en 1960 un grupo de estudio para examinar los aspectos de laboratorio y la epidemiología de las infecciones estreptocócicas en la Europa Central.

El Comité de Estudio de la Fiebre Reumática en las Américas establecido por la Liga Panamericana contra el Reumatismo, se reunió en conjunción con el III Congreso Panamericano de Enfermedades Reumáticas, que se celebró en Santiago, Chile, del 15 al 19 de octubre de 1963. La Sociedad Chilena de Reumatología fue anfitrión y tuvo a su cargo los preparativos locales del Congreso. La Organización Panamericana de la Salud fue uno de los organismos patrocinadores de la reunión.

El Dr. David D. Rutstein, Profesor de Medicina Preventiva de la Facultad de Medicina de la Universidad de Harvard, presidió las reuniones del Grupo.

La Asociación Americana de Lucha contra el Reumatismo, que es uno de los miembros constituyentes de la Liga Panamericana, obtuvo del Instituto Nacional de Cardiología del Servicio de Salud Pública de Estados Unidos, un subsidio para sufragar los gastos de la reunión. También se recibió, de los Laboratorios Merck y Sharp & Dohme, un subsidio para gastos de viaje.

Entre el 20 y el 21 de mayo de 1963 se celebró en la ciudad de México una reunión preparatoria con los representantes de las organizaciones patrocinadoras. En esa reunión se adoptó un programa de trabajo (Anexo I) y se formularon las invitaciones a los miembros del Comité (Anexo III).

### OBJETIVOS

El propósito del Comité de Estudio fue evaluar los programas de prevención de la fiebre reumática. Los objetivos fijados fueron los siguientes:

1) Sentar las bases para la investigación epidemiológica de la prevalencia de la fiebre reumática y de las cardiopatías reumáticas en las Américas:

a) Mediante la definición, en el campo de la fiebre reumática, de métodos, terminología y criterios aplicable internacionalmente para que los resultados sean comparables y faciliten la interpretación de los informes científicos que, sobre la fiebre reumática, presente cada país.

b) prestando asistencia a todos los países de las Américas para que establezcan procedimientos mediante los cuales se puedan evaluar la morbilidad y la mortalidad debidas a la fiebre reumática y a las cardiopatías reumáticas y de este modo medir la extensión del problema.

2) Desarrollar programas prácticos de

\* Reimpreso del Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, Vol. LVII, Nº 4, Octubre 1964.

<sup>1</sup> Organización Mundial de la Salud: *Serie de Informes Técnicos*, Nº 78, 1954.

prevención de la fiebre reumática aplicables en los países de las Américas.

POSTULADOS

En la sesión preparatoria se formularon los siguientes postulados, los que el Comité de Estudio confirmó:

1) La importancia de la fiebre reumática estriba en que puede causar la muerte y dar origen a cardiopatías permanentes. La cardiopatía reumática se caracteriza por afectar las válvulas e ir acompañada de una lesión miocárdica y pericárdica más o menos grave.

2) La fiebre reumática y las cardiopatías reumáticas constituyen aún una causa importante de morbilidad y mortalidad entre los niños y los adultos jóvenes de muchos países de las Américas, a pesar de haber, en los últimos veinticinco años, disminuido la severidad de estas enfermedades.

3) Es necesario evaluar la importancia relativa de la fiebre reumática y de las cardiopatías reumáticas, así como de otros problemas de salud pública, en los países de las Américas.

4) La aplicación de los conocimientos actuales a la solución del problema

de salud pública que plantea la fiebre reumática, debe encaminarse principal y resueltamente, en su etapa inicial, a lo siguiente:

a) Prevención de ataques recurrentes en los casos conocidos de fiebre reumática.

b) Mayor esfuerzo en procurar una mejor educación profesional y no profesional.

5) Es necesario enfocar el problema desde varios ángulos y disciplinas científicas. Un programa bien organizado de lucha contra la fiebre reumática requiere los esfuerzos conjuntos de médicos (pediatras, reumatólogos, cardiólogos), organizaciones sociales y autoridades de salud pública.

6) Es necesario establecer en las Américas programas cooperativos de investigación clínica, de laboratorio y epidemiológica de la fiebre reumática y de las cardiopatías reumáticas.

7) Los programas nacionales, de índole profesional pueden ser coordinados por la Liga Panamericana contra el Reumatismo y los de índole gubernamental de los servicios de salud pública, por la Organización Panamericana de la Salud.

ANEXO I

PROGRAMA DEL COMITE DE ESTUDIO DE LA FIEBRE REUMATICA EN LAS AMERICAS

*Del 9 al 12 de octubre de 1963, Santiago, Chile*

- I. *Antecedentes, objetivo y sistema de trabajo del Comité*
- II. *Esbozo de las diferentes etapas de prevención*
  - A. Prevención de los ataques recurrentes.
    - 1) Criterios para el diagnóstico.
    - 2) Prevención dentro del hospital.
    - 3) Prevención después del alta de hospital.
    - 4) Identificación de la infección estreptocócica cuando falla la profilaxis.
    - 5) Identificación de la actividad "reumática" —evolución de las cardiopatías reumáticas.
  - B. Prevención del ataque inicial de fiebre reumática mediante la identificación de la infección estreptocócica en:
    - 1) El individuo como paciente.
    - 2) Toda la población.
  - C. En cada etapa de la prevención será necesario considerar, con respecto a los países representados:
    - 1) La educación profesional.
    - 2) La educación no profesional.
    - 3) Los servicios técnicos y la disponibilidad de drogas.
    - 4) La selección de grupos de población para la aplicación de la profilaxis.
- III. *Medidas para la prevención de ataques recurrentes*
  - A. Criterios para el diagnóstico.
    - 1) Errores comunes que se hacen en el diagnóstico de la fiebre reumática.
    - 2) Riesgo que implica el ser objeto de un diagnóstico equivocado.
    - 3) Diagnóstico actual o retrospectivo de "posible" fiebre reumática.
  - B. Prevención dentro del hospital.
    - 1) Ataque inicial de fiebre reumática.
    - 2) Reingreso en el hospital por fiebre reumática, cardiopatía reumática o por cualquier otro diagnóstico.
  - C. Prevención después de salir del hospital.
    - 1) Planes previos a la salida del hospital.



- 2) Drogas: técnica, distribución, costo.
- 3) Control ulterior del paciente.
- D. Identificación de una infección estreptocócica intercurrente cuando fracasa la profilaxis.
  - 1) Sistemas para el control ulterior del paciente.
  - 2) Educación profesional y no profesional.
- E. Examen de la historia natural de la fiebre reumática y de las cardiopatías reumáticas.
  - Beneficios y fracasos de los programas de profilaxis.
- IV. *Prevención del ataque inicial de la fiebre reumática*
  - A. El paciente individualmente considerado.
    - El papel que corresponde al médico general en la identificación temprana

- y precisa de una infección estreptocócica.
- B. La población en general.
  - Practicabilidad y beneficios de los programas comunales.
- V. *Conclusión: Aplicación práctica*
  - A. Actividades inmediatas.
    - Creación de Comités Nacionales de Fiebre Reumática y de un Comité Interamericano permanente, con el patrocinio de la Liga Panamericana contra el Reumatismo.
  - B. Presentación de un informe al III Congreso Panamericano de Enfermedades Reumáticas, el 16 de octubre de 1963, seguida de un debate a cargo de un grupo de expertos participantes en la conferencia.
  - C. Publicación de las actas de los debates de la conferencia.

## ANEXO II

### INFORMACION CIENTIFICA DE ACTUALIDAD SOBRE LA PREVENCION DE LA FIEBRE REUMATICA

La infección de estreptococos del grupo A provoca ataques iniciales y recurrentes de fiebre reumática. La prevención de esta enfermedad y de las cardiopatías reumáticas se basa en el control de las infecciones estreptocócicas.

#### PREVENCION DE LA RECAIDA DE INDIVIDUOS REUMATICOS

Antes de introducirse la quimioprofilaxis continua, entre el 60 y el 75 % de los pacientes que habían tenido un episodio de fiebre reumática sufrían una recaída. El mayor número de recaídas se producía en los tres primeros años siguientes al ataque inicial. A partir de este período, la tasa de recaídas disminuía marcadamente hasta un valor bajo y bastante constante después del quinto año. Según un estudio reciente, la profilaxis ha reducido la tasa anual de recurrencias del 14 al 2 %. Los pacientes sujetos a una cuidadosa profilaxis no presentaron estigmas de cardiopatía reumática durante un período de cinco años, en los casos en que se habían restablecido por completo de su primer ataque de fiebre reumática, sin indicios de miocarditis.

La profilaxis en casos reumáticos sumamente susceptibles debe ser continua. A menudo, la infección estreptocócica

es subclínica y sólo puede descubrirse por cultivos positivos de tejido faríngeo y por el aumento de anticuerpos. Estas infecciones subclínicas en pacientes de fiebre reumática pueden reactivar la enfermedad con la misma frecuencia que la faringitis estreptocócica grave, clínicamente manifiesta.

Deben someterse a tratamiento profiláctico todos los niños y adolescentes que hayan sufrido un ataque de fiebre reumática, y todos los adultos que lo hayan sufrido en un período de cinco años o que padezcan decididamente de cardiopatía reumática. El criterio a seguir para determinar la duración de la profilaxis continua dependerá, en cierto modo, de las circunstancias del caso. De todos modos, será conveniente proteger al paciente de fiebre reumática mientras corra considerable riesgo de exposición a infecciones estreptocócicas y, sin duda alguna, durante un período mínimo de cinco años después de un ataque, que es cuando la tasa de recaídas es mayor. Parece ser que la reducción de esta tasa a medida que aumenta la edad del individuo se debe a una menor tasa de infección estreptocócica y a cierta disminución de la tasa de reactivación reumática posterior a la infección estreptocócica en individuos reumáticos de edad avanzada.

Los estudios sobre profilaxis continua realizados en los últimos diez años en "Irvington House", de Nueva York, relacionan la frecuencia de recaídas de fiebre reumática con otros dos importantes factores: la magnitud de la respuesta inmune subsiguiente a una infección estreptocócica y la presencia o ausencia de cardiopatías reumáticas en el huésped.

La presencia de cardiopatía reumática indica que el huésped es particularmente susceptible a la reactivación de la fiebre reumática. La infección con una cepa virulenta de estreptococo capaz de sobrevivir en el huésped por tiempo suficiente para suscitar una fuerte respuesta inmune, indicada por un elevado título de ASO, constituye una grave amenaza para dicho huésped.

#### MÉTODOS DE QUIMIOPROFILAXIS CONTINUA DE LA INFECCIÓN ESTREPTOCÓCICA

Hay tres métodos de profilaxis de esta clase. La selección de la medicación y del modo de administrarla variará según las circunstancias de cada caso:

1. Penicilina benzatínica—Por vía intramuscular  
Ventajas: Menos probabilidades de interrupción de la profilaxis. Vigilancia más estrecha del paciente. No hay resistencia de los estreptococos. Es más eficaz cuando se administra con regularidad.  
Inconvenientes: Requiere una inyección que produce un dolor local moderado. Las reacciones alérgicas son más frecuentes que en el caso de la penicilina administrada por vía oral.  
Dosificación: 1.200.000 unidades una vez al mes, administradas por vía intramuscular.
2. Penicilina—por vía oral.  
Ventajas: No se observa resistencia de los estreptococos. La toxicidad grave es rara.  
Inconvenientes: Urticaria parecida a la que produce la enfermedad del suero. Interrupciones frecuentes.  
Elevado costo.  
Dosificación: de 200.000 a 250.000 unidades dos veces al día.
3. Sulfadiazina—por vía oral  
Ventajas: De fácil administración y económica.  
Inconvenientes: Frecuentes interrupciones. Resistencia de los estreptococos (rara). Riesgo de toxicidad: reacciones cutá-

neas y sanguíneas (rara vez observadas después del primer mes).

Dosificación: Niños que pesan menos de 60 lbs., 0,5 g al día.

Adolescentes y adultos, 1,0 g al día.

#### TRATAMIENTO DE INFECCIONES ESTREPTOCÓCICAS CUANDO OCURREN EN UN PACIENTE REUMÁTICO

Cuando se presentan infecciones estreptocócicas a pesar de un régimen profiláctico o cuando ocurren en un individuo reumático que no está sujeto a profilaxis continua, estas infecciones deben tratarse rápida y enérgicamente. El medicamento preferido es la penicilina. Se recomiendan al respecto los planes de tratamiento siguientes:

(1) Penicilina benzatínica — Una inyección intramuscular de 600.000 unidades, para niños; de 1.200.000 unidades, para adolescentes y adultos; o bien

(2) Si se emplea penicilina administrada por vía oral, de 200.000 a 250.000 unidades, tres veces diarias, durante 10 días completos, aunque la temperatura sea normal y el paciente no manifieste síntomas.

#### PREVENCIÓN DE ATAQUES INICIALES

El método ideal de prevenir la fiebre reumática sería el control de las infecciones estreptocócicas. No existe ningún método práctico de evitar las infecciones en la población en general, si bien la profilaxis colectiva se ha empleado con éxito entre militares y, en casos de epidemias, en poblaciones especiales. En comunidades cerradas o semicerradas, tales como escuelas y hogares infantiles, la quimioprofilaxis tal vez pueda poner fin a una epidemia y, por consiguiente, proteger de la infección a algunos de los miembros de la colectividad.

La principal limitación de la quimioprofilaxis en la prevención de los ataques iniciales de fiebre reumática se debe a la dificultad de identificar clínicamente la faringitis estreptocócica y a que, por lo menos, una tercera parte de los pacientes de fiebre reumática

aguda no muestran haber tenido una infección clínicamente aparente para cuyo tratamiento hubieran tenido que recurrir al clínico.

En la actualidad, el sistema más práctico de prevención primaria de la fiebre reumática consiste en poner a disposición del médico los medios neces-

rios para hacer cultivos faríngeos y llevar a cabo un programa educativo. La debida identificación y el tratamiento adecuado de las infecciones estreptocócicas contribuirán considerablemente a prevenir la propagación de la infección y por lo tanto de la fiebre reumática, en la colectividad.