

PROCEDIMIENTOS PARA EL DIAGNOSTICO, PREVENCION Y TRATAMIENTO DE LA FIEBRE REUMATICA

Dr. Lenin González Carrión,
Servicio de Cardiología
del Hospital Militar, Quito.

La fiebre reumática es el más temible azote de los niños, especialmente por las secuelas sombrías de las valvulopatías reumáticas residuales en la niñez y en la adolescencia.

Mantenemos nosotros una campaña de prevención y tratamiento de la fiebre reumática desde el año 1957 en el Hospital Militar antiguo de Quito, bajo la dirección de los Dres. Miguel Salvador S. y Marcelo Moreano D., cuyos resultados hemos presentado en el Comité Panamericano de Prevención de la Fiebre Reumática del cual formamos parte.

En pocas palabras, de dichos resultados podemos concluir que en el año 1957, la incidencia de la fiebre reumática en nuestro medio era aproximadamente del 27%; con una cifra de mortalidad del 12%. En dicho año iniciamos la Campaña Nacional de Diagnóstico, Prevención y Tratamiento de la Fiebre Reumática, la misma que la seguimos a través de los años, habiendo obtenido datos para 1981, presentados en el X Congreso de Cardiología en Argentina, los cuales demostraban fehacientemente disminución de la

morbmortalidad de la fiebre reumática, teniendo una incidencia de fiebre reumática del 12% y unas cifras de mortalidad del 5,6%.

Hemos elaborado un programa de control de la fiebre reumática, en el cual estarían involucrados el Ministerio de Salud Pública, el Ministerio de Defensa a través de Sanidad Militar y el IESS —Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social—, el mismo que sería muy bien aplicable en Quito y en las diferentes ciudades del país.

ACTIVIDADES PRINCIPALES DEL PROGRAMA DE PREVENCION DE LA FIEBRE REUMATICA

— Para el Objetivo N° 1 —

MANEJO DE LOS CASOS

La pesquisa de los reumáticos existentes en la zona, se conducirá de acuerdo con los siguientes lineamientos:

1. La población escolar será examinada en las escuelas por los estudiantes de los séptimos años de la Facul-

tad de Medicina, cada uno de los cuales dispondrá de la colaboración de una estudiante de Enfermería y de Servicio Social. De acuerdo con un calendario establecido al efecto, cada escuela será visitada varias veces al año, hasta completar el examen de toda la población.

2. Se enviará, para estudio completo en los Centros Hospitalarios indicados por la Sociedad Ecuatoriana de Cardiología, a todo niño a quien en la pesquisa inicial se encuentre cualquiera de los siguientes datos:

2A. Antecedentes de:

- a) Fiebre reumática en la familia.
- b) Informe médico, en el sentido de que el niño tiene una lesión en el corazón o que tuvo fiebre reumática.
- c) Amigdalitis de repetición, atribuibles al estreptococo, tres o más al año.
- d) Corea.
- e) Poliartritis.
- f) Edema de los miembros inferiores.
- g) Disnea de pequeños esfuerzos.

2B. En el examen:

- a) Movimientos incoordinados involuntarios de los miembros.
- b) Artritis.
- c) Fenómenos soplaantes precordiales, excepto cuando sean claramente "soplos no patológicos" (o sea aquellos mesocárdicos o basales mesosistólicos, de tonalidad alta, sin irradiación, de intensidad 1 a 2 en la escala del 1 al 4, que se modifican o desaparecen con

los cambios de postura y los movimientos respiratorios).

d) Mal estado general, palidez y fiebre sin explicación.

3. El cardiólogo expedirá un pase a cada niño sospechoso de tener fiebre reumática para que, tres días después, en la consulta del Centro Hospitalario indicado por el Comité Coordinador del Programa, se le haga historia clínica (estudio clínico) por los médicos (residentes) internos de dicho servicio; le sea hecho también examen radiológico de tórax y electrocardiográfico y le sean tomadas muestras de sangre y de exudado faríngeo para los estudios de laboratorio que después se enumeran.

Siete días después de este primer examen, el niño deberá volver a la consulta del Centro Hospitalario para que le sea hecho el diagnóstico correspondiente, de acuerdo con los resultados de una nueva revisión clínica y de los estudios de laboratorio que en la primera consulta fueron solicitados.

El pase, junto con una carta dirigida a los encargados del niño, en la que se indique la necesidad de practicar un examen completo al escolar, para precisar su estado de salud y firmada por el cardiólogo, serán entregadas por la Visitadora Social al padre, madre o tutor, en el domicilio de éstos. La Visitadora aprovechará esta oportunidad para iniciar la educación de la familia del presunto reumático respecto al problema.

4. Si el niño no asistiese a la consulta del Centro Hospitalario en las 48

horas posteriores a la fecha señalada para el examen, la Visitadora Social hará una nueva visita domiciliaria, con el objeto de averiguar la causa o causas que motivaron la falta a la cita y para tratar de convencer a la familia de la necesidad de realizar un examen completo del niño. Si volviera a fracarsarse, se considerará el caso como definitivamente fuera del programa.

5. Para terminar el examen de los integrantes de cada grado de escuela a cargo de un maestro, el cardiólogo entregará a éste una relación (memorándum) de los niños sospechosos de tener fiebre reumática.

6. Terminado el estudio de toda la población de una escuela, su vigilancia posterior quedará a cargo de los maestros, médicos y enfermeras de los Centros de Salud adscritos al programa, a fin de que sea revisado por el cardiólogo todo niño sospechoso de tener fiebre reumática durante el resto del año. Al efecto, las Visitadoras Sociales irán a las escuelas después de terminada la pesquisa inicial, con intervalos no mayores de 15 días..

7. A todos los niños sospechosos de ser reumáticos, se les practicará en la Consulta del Centro Hospitalario correspondiente, los siguientes estudios:

- a) Revisión clínica (historia clínica completa).
- b) Estudio foto fluorográfico y/o radiográfico del tórax PA.
- c) Estudio electrocardiográfico de las tres derivaciones standar y de tres unipolares cordiales (V1, V3, V6).

d) Hematocrito y dosificación de hemoglobina.

e) Velocidad de sedimentación globular en una hora.

f) Cuenta leucocitaria global.

g) Determinación de antiestreptolisinas O y proteínas C reactiva.

h) Cultivo de exudado faríngeo, para aislamiento de estreptococos hemolíticos.

8. Los niños que tengan fiebre reumática activa, serán internados en el piso de niños de los respectivos hospitales adherentes al programa, para su estudio y tratamiento. No serán dados de baja del Centro Hospitalario hasta que hayan pasado, por lo menos, dos semanas de la desaparición de todo signo y síntoma de actividad reumática. Sólo por excepción serán atendidos en su domicilio los reumáticos activos.

9. Todos los reumáticos serán atendidos periódicamente por lo menos una vez cada seis meses, en la Consulta del Centro Hospitalario, donde se repetirán todos los estudios consignados en el punto sexto.

10. De igual modo serán revisados los reumáticos dudosos, con intervalos menores si el caso lo reclama, hasta que se pueda precisar si son o no reumáticos.

11. Para fines de admisión, los niños enviados por el personal del programa, tendrán prioridad frente a todos los demás, con excepción de los que presentan una emergencia cardiológica.

12. Se considerará fuera del programa a quien:

- a) Deje de residir en Quito.
- b) Falte a tres citas consecutivas a la consulta del Centro Hospitalario, para revisión clínica o de laboratorio, o para recibir tratamiento profiláctico.
- c) No asista al primer examen en el Centro Hospitalario, según se especifica anteriormente en el párrafo cuarto.

DIAGNOSTICO

Dentro de las dificultades inherentes al correcto diagnóstico de la fiebre reumática y reconociendo que no existe ningún examen que pueda por sí solo, identificar a la enfermedad, se aplicarán en este programa los criterios diagnósticos formulados por T. Jones, modificados.

Como fiebre reumática activa se considerará todo cuadro patológico, que no coexistiendo con otra enfermedad bien caracterizada que tenga gran repercusión general, presente, al menos, dos de los datos mayores o uno de los menores y dos de los menores, que se enumeran a continuación:

DATOS MAYORES

1. Carditis, expresada por:
 - a) La aparición de fenómenos valvulares soplantes, o por el cambio de los preexistentes.
 - b) Crecimiento de la silueta radiológica del corazón durante el período de estudios.

c) Aparición de insuficiencia cardíaca, para la que no existe una explicación clara y diferente.

d) Pericarditis, demostrada por frote audible, imagen radiológica de " derrame pericárdico", o alteración electrocardiográfica suficientemente caracterizados.

2. Poliartritis migratoria, delitesciente.

3. Córea de Sydenham.

4. Nódulos de Meynet —los vemos muy ocasionalmente—.

5. Eritema marginado cuando es característico —igualmente, visible rara vez—.

DATOS MENORES

1. Fiebre, cuando por lo menos existe temperatura oral de más de 37,3 grados, en siquiera dos determinaciones al día.

2. Alargamiento del PR o del QT en el E.C.G. (corregidos ambos valores de acuerdo con la frecuencia y la edad).

3. Aumento del valor de sedimentación globular, presencia de proteína C. reactiva en la sangre, o anemia normocítica, para las que no existe explicación adecuada fuera de la fiebre reumática.

4. Cardiopatía valvular del tipo de la insuficiencia, la estenosis o la doble lesión mitral, la insuficiencia o la doble lesión aórtica.

5. Historia de ataque de fiebre reumática bien identificada o de insuficiencia cardíaca, para la que no existe explicación distinta de la fiebre reumática.

6. Infección estreptocócica previa, sospechada por el cuadro clínico (faringitis con enrojecimiento, exudado, adenopatía regional, fiebre y disfagia), con o sin aislamiento de estreptococos hemolíticos del grupo "A de Lansfield", o confirmada por un título de antiestreptolisinas "O" superior a 250 UT, sobre todo si tal título inicial tiende a elevarse en determinaciones posteriores.

7. Astenia, fatigabilidad, pérdida de peso, para los que no haya explicación satisfactoria.

Para los fines de este programa, se dividirá a los escolares en los tres grandes grupos siguientes:

REUMATICOS:

- a) Activos.
- b) Inactivos.

NO REUMATICOS:

Reumáticos dudosos.

REUMATICOS ACTIVOS:

Son los que tienen fiebre reumática activa en el momento del estudio.

REUMATICOS INACTIVOS:

Los que hayan padecido y quienes presenten una cardiopatía de tipo reumático, aun cuando no exista dato al-

guno de que hayan sufrido fiebre reumática previa.

NO REUMATICOS:

Son los que no tienen, ni han tenido fiebre reumática y los que presentan una cardiopatía de tipo reumático.

REUMATICOS DUDOSOS:

Son los que tienen alteraciones cardiológicas de naturaleza no precisada; padecimientos cuyas características hagan suponer razonablemente que puedan ser de índole de la fiebre reumática y quienes, sin presentar en el momento del estudio ninguna de las eventualidades dichas, tengan historia de situación patológica, con alta probabilidad de haber correspondido a la fiebre reumática.

Al insistir una vez más sobre las características de la sintomatología y evolución de nuestros cuadros reumáticos, creemos que tiene suficiente importancia para justificar la campaña de profilaxis de la fiebre reumática en nuestro medio, ya que su conocimiento contribuirá para la mejor detección y profilaxis de esta enfermedad.

Creemos de verdadero interés revisar periódicamente nuestra casuística, con el objeto de perfeccionar nuestro criterio en el manejo de la enfermedad reumática.

Es muy probable que la circunscripción al criterio diagnóstico de Jones, limita las posibilidades clínicas diagnósticas, si pensamos que en nuestro medio manifestaciones aparentemente

menores que encubren a las mayores, son preámbulo de las mismas, o constituyen los síntomas únicos de la enfermedad.

Muy frecuentemente en nuestros cuadros clínicos, faltan los signos mayores de Jones, sobre todo en las primeras semanas de la enfermedad y en ellos se hacen presentes sólo la palidez, el cansancio, la anorexia, ligeras febrículas, discretas epistaxis y poliartralgias de grandes articulaciones.

Así mismo, creemos que la mayor referencia para la evaluación cardiovascular, de parte de los especialistas Otorrinolaringólogos y Pediatras, nos ha permitido el estudio de pacientes que sólo se quejan de amigdalitis a repetición, otitis, conjuntivitis y, sobre todo, epistaxis de origen aparentemente desconocido; con lo cual, nos hemos reafirmado con lo que uno de nosotros hace veinte años ya expresaba a propósito de la gran importancia que en la ciudad de Quito tenía la presencia de capilaritis conjuntival y de la mucosa nasal, como signos precoces en el diagnóstico de la actividad reumática.

Vale la pena anotar también un pequeño signo que ha sido ya descrito por nosotros en la enfermedad reumática; se refiere al gran alargamiento de las pestañas, que hemos constatado en el 90% de nuestros enfermos, sin que pueda achacarse esto a una característica racial, ya que en la raza mestiza e india se observa justamente lo contrario.

Hemos observado en casos de eritema marginatum, un solo caso de en-

fermedad de Jacoud ha sido detectado; pero nos ha llamado la atención la alta incidencia de Córea de Sydenham, que la hemos visto en un 15%.

Varios investigadores han afirmado la mayor severidad de la fiebre reumática en la altura. Nosotros compartimos este criterio por los índices de mortalidad, por el elevado porcentaje de severidad de las lesiones cardíacas y viscerales, por el tiempo de duración y por las titulaciones altas de antistreptolisinas que acompañan a la mayoría de nuestros casos.

Para terminar, consignaremos nuestro desacuerdo con quienes afirman que la mayor resistencia o susceptibilidad genética para contraer la enfermedad, está en relación con el grupo sanguíneo. Pues, si se admite que los que presentan mayor resistencia, son aquellos que corresponden al grupo "O" y, si admitimos que nuestra incidencia es alta, poco tendrá que hacer el grupo sanguíneo en este problema, ya que la mayor parte de nuestra población corresponde justamente al grupo "O".

TRATAMIENTO

1. Quienes tengan fiebre reumática activa, deberán ser hospitalizados y, además de los otros medicamentos que el caso requiere, como esteroides antiinflamatorios, si hay carditis (según esquema de Correa y Mendoza: Plan de seis a doce semanas); salicilatos (Aspirina 100 mgs. por kilo de peso, por día, hasta que desaparezcan todos los signos de actividad y por no menos

de seis semanas); pirazolónicos, digitálicos y diuréticos, cuando sea necesario; recibirán por vía intramuscular, el siguiente tratamiento de erradicación estreptocócica:

a) Penicilina Procaínica 400.000 a 600.000 U., sola o con 200.000 U. de penicilina cristalina, en una aplicación intramuscular diaria, durante diez días. Ocasionalmente, fenoximetilpenicilina: 125 a 250 mgs., por vía oral, cada cuatro horas, durante diez días.

b) El onceavo día, 600.000 U. de penicilina benzatínica.

c) La aplicación de esta última se repetirá cada 15 días, mientras están hospitalizados.

2. Los reumáticos inactivos recibirán tratamiento antiestreptocócico sostenido. Este consistirá en la aplicación intramuscular, cada quince días, de 600.000 U. de penicilina benzatínica y/o 1'200.000 U. de penicilina benzatínica mensual.

3. Cualquier antecedente de intolerancia previa a la penicilina, se investigará cuidadosamente en todos los casos y excluye automáticamente al niño de la profilaxis con tal antibiótico, que en su lugar recibirá, diariamente, eritromicina oral o Lincomicina: dosis de 30 - 50 mgs. por kilogramo de peso y por día, fraccionada en cuatro tomas, durante diez o doce días y/o sulfametoxipiridamina (únicamente bacteriostática).

4. Los niños sin antecedentes de intolerancia a la penicilina (se investigará), y que después del estudio clí-

nico inicial en el Centro Hospitalario resulten reumáticos, o en quienes se aísle estreptococo beta hemolítico del exudado faríngeo, recibirán por vía intramuscular 400.000 U. de penicilina G. cristalina, en solución acuosa, en la consulta cuando concurren a la revisión final.

Si no existe reacción inmediata de intolerancia en el curso de la primera hora, antes de abandonar la consulta recibirán la primera aplicación intramuscular de penicilina benzatínica que el caso lo requiera.

5. Posteriormente, la aplicación con fines preventivos de la penicilina benzatínica a los niños reumáticos, será hecha por las enfermeras del programa en las respectivas consultas de los Centros Hospitalarios.

6. Son excepciones de este procedimiento:

a) Los que hayan desertado de la escuela, o quienes no puedan concurrir a ella por cualquier circunstancia, en los tres días siguientes a la fecha en que les corresponde la inyección. A aquellos, se les aplicará en su domicilio por las enfermeras.

7. Los reumáticos tratados con "sulfas", las recibirán por la mañana de sus allegados, los días de labores escolares y en los días de asueto o en los períodos de vacaciones.

Se dará la sulfametaxipiridazina: 0.5 gr. cada 24 horas, durante cinco días a la semana. Este esquema debe limitarse exclusivamente a pacientes alérgicos a la penicilina.

Durante el primer mes de "sulfamidoterapia", se hará un estudio hemocitológico y examen de orina a cada uno de los pacientes. Si no se encuentran anormalidades durante este lapso, quedarán sujetos en forma permanente a recibir tal profilaxis. En caso de registrarse alteraciones hemáticas o urinarias, se excluirá el caso definitivamente de toda profilaxis antistreptocócica y se la estudiará periódicamente cada tres meses, haciendo revisión completa como la consignada en el estudio inicial de los casos.

8. El tratamiento profiláctico de los reumáticos tendrá una duración no menor de cinco años después del último ataque de la enfermedad, y en ningún caso se suspenderá antes de los 18 años de edad del paciente; y recibirán durante toda la vida, aquellos pacientes con valvulopatía reumática residual importante, a pesar de haberse practicado cirugía cardíaca correctora.

BIBLIOGRAFIA

— **DECOURT VENERES; DOENCA REUMATICA.** Editorial Sao Paulo, Brasil, 1982.

Muñoz, Simón: **LA FIEBRE REUMATICA.** Dpto. de Enfermedades Cardiovasculares del Ministerio de Sanidad. Caracas, Venezuela, 1981.

Organización Panamericana de la Salud: **PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA FIEBRE REUMATICA EN LA COMUNIDAD.** Washington, 1980.

Moreano Dávila, M.: **LA FIEBRE REUMATICA EN NUESTRO MEDIO.** Dpto. de Investigación de Enfermedades Cardiovasculares. Ministerio de Salud Pública. Quito, 1980.

Rodríguez, Héctor: **EPIDEMIOLOGIAS DE LA FIEBRE REUMATICA.** Ministerio de Salud. Santiago de Chile, 1980.

Remolina Suárez, Alfredo: **EPIDEMIOLOGIAS DE LA FIEBRE REUMATICA.** Ministerio de Salud, Bogotá, Colombia, 1980.

Kreutzer, Eduardo: **EPIDEMIOLOGIA DE LA FIEBRE REUMATICA.** Hospital de Pediatría de Elizaldo. Buenos Aires, Argentina, 1980.

Mispireta D., Augusto: **COMITE PANAMERICANO DE ESTUDIO Y PREVENCIÓN DE LA FIEBRE REUMATICA.** Lima, Perú, 1980.

González Carrión, L.: **QUINCE AÑOS DE CARDIOLOGIA NACIONAL.** Fundación de Publicaciones Médico - Científicas del Ecuador. Editorial Epoca, Quito, 1980.

Quero, M.: **CARDIOLOGIA PEDIATRICA.** Editorial Expas, Barcelona, España, 1981.

González Carrión, Lenin, Dr.: **PECULIARIDADES DE NUESTRA FIEBRE REUMATICA.** Tesis Doctoral. Facultad de Medicina. Universidad Central, Quito, 1965.

Rivero, Roberto: **PEDIATRIA CARDIOLOGICA.** Monografías Médicas. Vol. XIX. Editorial Sarvier. Sao Paulo, Brasil, 1982.

INTE: **INDICE NACIONAL DE TERAPEUTICA Y ENFERMEDADES.** Informe Especial, Quito, 1984.

Moreano D., Marcelo: **MANUAL DE NORMAS PARA EL CONTROL DE LA ESTREPTOCOCCIA PATOGENA Y LA FIEBRE REUMATICA.** Dirección Nacional de Epidemiología. Dpto. Nacional de Investigaciones Cardiovasculares, Quito, Ecuador, 1981.

Taranta A.; Marcowitz, M.: **LA FIEBRE REUMATICA: COMO RECONOCERLA, PREVENIRLA Y CURARLA.** MTP, Press Limited. U.S.A., 1982.

Organización Panamericana de la Salud: **PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA FIEBRE REUMATICA EN LA COMUNIDAD.** Washington, D.C., 1982.