# EXPERIENCIA MUNDIAL EN LA PREVENCION DE LA FIEBRE REUMATICA

Dr. Marcelo Moreano D.

Centro Nacional de Investigaciones y Prevención de la fiebre reumática. Quito

En diferentes fuentes informativas cardiológicas podemos leer: "En algunos países la Cardiopatia Reumática es responsable aproximadamente de la midad de las enfermedades cardio-vasculares durante las primeras cinco décados de la vida" (1)

El material que se analiza en este trabajo ha sido recogido de estudios cooperativos realizados en América Latina (2), Asia, Europa y Nueva Zelaudie, en los últimos seis años. La mayor parte de la información ha sido obtenido a través de contactos personales llevados a cabo en los últimos meses en luentes provenientes de: Argentina, Brasil, Holivia, Costa Rica, Chile, República Dominicana, Ecuador, México, Perú, Venezuela y los Estados Unidos en este Continente: de Yugoeslavin (Serbia), India, Kuwait, Tailandia, China v Filipinas en el Asia v de Nucva Zelandia.

La información corresponde a grupos que trabajan en áreas urbanas, departamentos hospitalacios y programas pilotos individuales fomentados y mantenidos por entusiastas profesionales, ocupados en estos estudios por muchos años. Como excepción he recibido información proveniente de programas nacionales de control como los de Cuba y Serbia y de programas de menor cobertura nacional como los de India, Tailandia y Nueva Zelandia.

Las influencias socio económica y 6tnica han sido analizadas en estos noises en períodos de 5 a 10 años.

Pocos países como Cuba, Serbia, Nueva Zelandia, Chile y Venezuela han oficializado y horizontalizado la prevención de la Fiebre Reumática a través de programas específicos de sand, que han alcanzado un alto porentaje de cohertura. Sin embargo, estos programas varas veces han abarcado

áreas rurales. Por le tanto el problema existe a este nivel persistiendo como un verdadero desalio. No se tiene todavía una idea definitiva de como se comporta la estreptococcia en la áreas rurales, ni que tan alta es la prevalencia de la Fiebre Reumática y de la Cardiopatía Reumática en estas mismas áceas. No obstante, unos tentos casus liegan referidos a los niveles de atención de salud secundarios y terciarios, dejando la idea poco real de que estas enfermedades son propias solamente de los sitios de hacinamiento en ias áreas marginales de las grandes ciudades con pobres sistemas asistenciales de salud, a donde llegan los campesinos migrantes.

En los niveles primarios de servicios de salud, poca atención se ha prestado a estos problemas aduciendo la existencia de otras prioridades.

En los niveles secundorio y terciario se ha propuesto integrar estos programas con aquellos existentes para el control de las anfermedades crónicas no transmisibles, como adiabetes y la hipertensión arterial, no obstante el seguimiento ha sido muy hajo, 27%, con una deserción del 83% en períodos de seguimiento de 3 a 7 años, en los diferentes nalses.

## LAS MAS RECIENTES INFORMACIONES:

En Asia, India y Pakistán (3) ha sido posible hacer un seguintento del 50% del total de los pacientes registrados; de éstes sólo el 50% estuvieron ou profilaxis regular; sinembargo los beneficios fueron potables tomando en consideración que en el período de 3 a 7 años la infección estreptocáccica se realujo a un tercin, las admisiones bespatarias por fiebre reumática y cardiopatía reumática erónica se redujeron a la mitad, la incidencia de Fiebre Reumática se redujo a un tercio comparadas con los cifras originales del total de enfermes registrados.

En la China (4) la pryalencia de la Fiebre Reumática en el Hospital de Guang Dong de 48.6% en 1958, se reduio a 27.3% en 1978. La incidencia en 1.314 niños de 5 a 16 años de edad, en 1984, fue de 4.5/100.000. La infección estreptocóccica durante la estación seca fue de 6.4% a 7.8% y en la estación Ruviosa de 21.7%. Los portadores sanos de estreptococo patágeno en la estación Iluviosa fue de 20,7%. Cuando se administró Penicilina en forma gratulla la profilaxis secundaria aumentó del 12% al 87% y la reducción de las estreptococcias patógenas fue muy significativa.

En Cuba (6) de 1972 a 1884 la prevalencia de Fiebre Reumática bajó de 28.1/100.000 a 10.5/100.000. En Serbin (7) entre 1970 y 1984 las cifras cayeron de 25.3 a 2.6/100.000. En Lima Perú, de 1973 a 1985 bajó de 11.6/100.000 a 4.19/100.000 (8). En los centros de seguimiento de Buenos Aires de 1933 a 1982 los niveles bajaron de 43/100.000 a 8/100.000 (9). En Chile de 7 a 3.4/100.000. En U.S.A. (10) en la población blanca la prevalencia fue de 0.64/100.000, sin embargo entre

la población negra las cifras ascienden hasta 3.64/100.000 y aparentemente se elevan mas en las grandes riudades como New York, Miami y Los Angeles bajo la notable influencia de inuigrantes latinos y Asiáticos. Niveles especificos no han sido todavia establecidos.

La información más reciente y específica es la de Nueva Zalandia: (11-12-13).

Prevalencia de Cardiopatía Reumática Crónica: en menores de 30 años de edad, en la población Waikato-Mauri fue de 6.5/190.000 habitantes. Las admisiones hospitalarias de pacientes mayores de 25 años seguidos durante un año fue de 20/100.000, 14% en Norah-Iand. 5% en Hamilton y 63% en Rotorua.

El 50% de pacientes de Nueva Zelandia tuvieron Carditis.

#### RECURRENCIAS:

Variaron de acuerdo con los países estudiados desde 1% en Chile al 19% en Ecuador en 1980. En Quito-Ecuador les recurrencias bajacon a 1.9% cuando la adherencia a la profilaxis secundaria aumentó al 89% en los cinco centros asociados al programa de control durante 1985 (14). El promedio de recurrencias en países de América del Sur, del Caribe, y Asia fue de 7% en cinco años, mientras en Nueva Zelandia en el período de los últimos diez eños alcanzó el 20% distribuido así.

	Maories	No Maories
Hamilton	40%	22%
Northland	30%	13%

Como se esperaba en las recurrencias, la Carditis fue mas numerosa y con lesiones mas severas. Debe enfatizarse en el hecho de que el seguimiento alcanzó también aqui un 87% de promedio en los 10 años mencionados. Esto fue posible obtener gracias a la amplia colaboración de médicos generales.

El excelente seguimiento obtenido en Cuha y Serbia determinó que las recurrencias en estos países se comportaran así: En Cuba de 1972 a 1982 decrecen de 7.9% a 1.7% y en Serbia, de 1970 a 1984, de 5.77% a 28%.

La presencia de Cardiopatía Reumática en pacientes mayores de 15 años se debe a: a) diagnóstico inadecuado, b) diagnóstico tardio y e) falla profiláctica.

La severidad del daño cardiaco es discreta en el 90% de los primeros ataques. En las recurrencias es moderada en el 33% y avanzada en el 35,4% de casos. Así mismo las recurrencias aumen-

El período de seguimiento de cinco años en el estadio cooperativo sudomericano demostró que 10 a 12 controles por año fue posible llevor a cabo en el 50% de pacientes; 5 a 10 controles por año en el 30%; 3 a 4 controles por año en el 8% de pacientes y 1 a 2 controles por año en el 18% de pacientes.

Causas de abandono: las principales fueron: insuficiente educación comunitaria y servicio social. La falfa de netificación en cambios de dirección do miciliaria: 83%. Muerte: 5.8%; consejo médico: 3.2%; rehusar el servicio: 3.2%.

A pesar de que la Penicilina Benzatínica es de hajo costo, su adquisición es limituda igual que su administración, por ello las recurrencias de Fiebre Reumática continúan en niveles altos y la mayor parte de la población falla en la profilaxis. Solo en pocas peíses la Penicilina Benzatínica es administrada sin costo.

Nosotros todavía tenemos que lachar con la pobreza, la ignorancia y la falta de disciplina en muchas partes del mundo, a parte de la aparente susceptibilidad genética, de invariable influencia en este problema.

#### PREVENCION:

flos resultados de seguimientos de diferentes estudios llevados a cabo por mas de 10 años, nos permiten establecer la necesidad de una profilaxis primaria para la estreptococcia y secundario para la Fichre Reumática.

PROFILAXIS PRIMARIA: Si la returnatogénesis de los cultivos del estreptococo Beta-hemolítico del grupto A señala al tipo M-5 como el mas selectivo y a la acción de la Penicilina contra este micro organismo, como la mas específica para su erradicación, entonces la prevención primaria con una dusis de Penicilina Benzatínica (1º200.000 U.) continúa siendo la meta ideal; pero como ya fue meta-donado es dificil ulcanzar esto meta debido a la enorme población comprometida y a la carencia de facilidades médicas asistenciales.

El método de profilaxis primaria ideal es el uso de Penicilina Benzatinica parenteral, su administración podría ser estacional durante los meses de mayor incidencia de las infecciones estreptococcicas. Este método es mas oconómico que la profilaxis primaria penicilínica por vía oral, particularmente si consideramos que solo el 75% de los pacientes curan su estreptococcia luego de 10 días de medicación con 
Penicilina V.

Es absolutamente necesario incorporar esta profilaxis dentro del sistema nacional de salud de cada país. Pucientes que viven corca de los hospitules deberían tener cultivos faríngeos y titudación de A.S.O. y al confirmar el diagnóstico deberán sor tratados con Penicillosa. Los pacientes con Fiebre Reumática establecida deberán continuar en su pueva fase de tratamiento involucióndolos en la profilaxis secundaria a largo plazo.

Para la población rural, la del suburbio y para niños y adolescentes que no asisten a escuelas, pasando por alto los exámenes diagnósticos de laboratorio, todas las faringitis (en especial aqueblas con características estreptocócicas) deberán recibir una dosis de Penicilina Beozatínica de 1'200.000 U. Toda facilidad deberá ser proporcionada con este objeto.

En casos de alergia a la Peuicilina deberán utilizarse Sulfonamidas o Eritromicina en los esquemas y dosis ya establecidos y por un período no menor de 10 días.

PROFILAXIS SECUNDARIA: Se ha logrado prevenir mas del 95% de las recurrencias con la administración regular de la Penicilina benzatínica, con una fremencia no menor de 10 en un año. El cumplimiento de este régimen depende de la calidad de la asistencia médica, la participación y educación de la comunidad y la organización adecuada de los servicios nacionales de salud.

En los programas conocidos a través de hospitales la administración de Penicilina de acción prolongada, cada tres semanas, se considera mas efectiva que administrada cada cuatro semanas. Estos programas deberían estar ligados a los programas de inmunización, para aseguras el camplimiento.

Parientes que no dispongan de asistencia hospitalaria deberán recuerir a cualquier servicio de prestación de salud, inclusive a aquellos que dependiendo de instituciones de acción so cial (clubs deportivos, por ejemplo) hayan sido previamente educados y entrenados con este propósito.

La adherencia a estos programas de profilaxis secundaria lastimosamento decrece con el tiempo, según informes de los diferentes países. El promedio anual se estima así: para el primer año 81.4%, para el segundo año 85.7%, para el tercer año 76.6%, para el cuarto año 78.% (en algunos países se reportan seguimientos con profilaxis secundaria de hasta diez años, en éstos el promedio de adherencias oscilan entre 40 y 50%).

Esta profilaxis secundaria debe mantenerse por lo menos por cinco años cu ausencia de cardiopatía reumática y habiéndose logrado un óptimo control de las infecciones estreptocóccicas, mientras que deberá ser vitalicia en aquellos pacientes con cardiopatía reumática definitiva y en los que hubleran sido sometidos a corrección quirúrgica de su valvulopatía.

VACUNACION: Constituye un verdadero desefío conseguir la producción de una vecuna altamente purificada en base a la proteína M de los estreptococos epidemiológicamente prevalentes.

Por ésto, que las medidas de prevención abarcan dos áras fundamentales: antibibóticos y vacunas, aunque quedan otras posibilidades, por ejemplo, descartar resistencias inespecíficas o interferir con la afinidad del estrepteeoco a los tejidos yulnerables.

Lastimosamento estos campos de acción se hallan aún en estadios experimentales de laboratorio.

Estrictamente hablando, la vigencia de la Fichre Reumática podría ser considerada como una falla en la provención primaria, mientras la severidad de la cardiopatía reumática lo es por la fadía en la profifexis secundaria.

Debe quedar claramente establecide que los opositores mas importantes para uma efectiva profilaxis contra la Fiebre Reumática y la Cardiopatía reumática son: la apatía, la falta de una responsabilización nacional y el fracaso en aplicar simples medidas de salud pública, como las expuestas en este trabajo.

### BIBLIOGRAFIA

- E. Kaplan. The world wide impact of rehumatic fener. Heart beat. 1-1 March 1986.
- Organización Panamericana de la Salud. Trabajo cooperativo. Publicación científica Nº 399, 1980.
- 3 Dres. Sukumar I. P. Padmaritis. Vonggratecepe. Rottaj.
  - Majeed H. A. Workshop Portion.

    Assessment and review of individual current streptococcal

infection/rheumatic f e v e r, rheumatic heart disease control programs. Their problems, strengths, and weaknesses. I. S. F. C. Committee on prevention of rheumatic lever and rheumatic heart disease. San Juan, Puerto Rico. January 1983.

- 4 Community control of R.H.D. in Developing countries. Reprinted from WHO WK/Y epidem. Rec. Nº 37, 1981. pp. 290 — 293; Nº 39, pp. 366-309; Nº 40, pp. 314-317.
- 5 Firts PHCA International sympossium of Valuulas heart discuse Manila, Philippines, 1985.
- 6 NORDET P., Fiebre Reumática en Ciudad Habana. 1972—1982. . . . ROJAS J., Incidencia y características. XII Congreso Interamericano de Cardiologia. Vancouver. Canadá, 1985.
- 7 VUKOTIC D. Republic RF/RHD Committee, Personal report. December 17/1985.
- 8 J. MISPIRETA. XII Congreso Sudamericano de Cardiología. Fuerto Alegre. Brasil 1986.
- Ed. KREUTZER, XII Congreso Interamericano de Cardiología. Vancouver, Canadá, 1985.
- 10 Land, M. A. Bismo Al. Acute rheumatic fever. A vanishing disease in suburbia. JAMA 1983, 249-895-8.
- 11 Neutze J. M. Clarkson P. M. Rheumatic fever; an unsolved problem

- in New Zeland, N. Z. Med. J. 1984 — 97;591—3.
- Newman J. F. D. R. Patients with rheumatic fover recurrencies N. Z. Med. J. 1984; 97: 678-80.
- 13 Frankish J. D. Rheumatic fever prophylaxis: Gibsborn experience. N. Z. Med. J. 1984: 97: 674—5.
- 14 Marcano M., González I., Locada A. Arias V., Mantilla G., M. Nino. Seguimiento de la Fiebre Renmática. Sus valores en 1985.

Agradecimiento: A la doctora Elba Meneses de Velasco y a la schora Alivia de Flores por su generosa oyuda en la preparación de este documento.

(El presente trabajo fue presentado en el X Congreso Intermetional de Cordiología. Washington, 1986).