

La Fiebre Reumática en las Américas*

Del 9 al 12 de octubre de 1963 se reunió en Santiago, Chile, un Comité de Estudio de la Fiebre Reumática en las Américas, bajo los auspicios de la Sociedad Chilena de Reumatología, la Liga Panamericana contra el Reumatismo, y la Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud.

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.¹ 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 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

*Informe preparado por el Dr. Emmanuel Rudd, Secretario del Comité de Estudio de la Fiebre Reumática.

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

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 aplicables 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 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.

Desarrollo de la reunión

El Comité de Estudio se reunió en Santiago, Chile, del 9 al 12 de octubre de 1963 con participantes de diez países de las Américas, a saber: Argentina, Bolivia, Brasil, Canadá, Colombia, Chile, Ecuador, Estados Unidos, México y Perú. Asistieron también representantes de la Organización Panamericana de la Salud y de los Institutos Nacionales de Higiene del Servicio de Salud Pública de Estados Unidos.

Los debates de mesa redonda se desarrollaron en español e inglés, mediante interpretación simultánea, y la labor abarcó los siguientes temas:

1) Análisis estadístico de la fiebre reumática y de las enfermedades reumáticas del corazón en las Américas, a base de datos sobre mortalidad, que aparecen en su integridad en este *Boletín* (V. pág. 309).

2) Criterios para el diagnóstico de la fiebre reumática e historia natural de la fiebre reumática con las cardiopatías reumáticas.

3) Estado actual de la información

científica sobre la prevención de los ataques recurrentes y, de ser posible, la prevención de los ataques iniciales de la fiebre reumática. (Esto se resume en el Anexo II.)

4) Estudio de los programas de lucha contra la fiebre reumática en diferentes países de las Américas:

En Chile se ha estado realizando un programa durante cerca de tres años. Los miembros del Comité Nacional de Fiebre Reumática presentaron información sobre los estudios realizados recientemente. La fiebre reumática y las cardiopatías reumáticas son la causa de hospitalización de más de 3.000 pacientes y ocasionan más del 3% de todos los casos de retiro por incapacidad. Los programas tienen por base hospitales urbanos no sometidos a la dirección central del Servicio Nacional de Salud. La profilaxis de los ataques recurrentes aplicada en un hospital de Santiago sólo tuvo éxito en un tercio de los casos debido principalmente a las dificultades de poder ejercer una vigilancia continua sobre los pacientes. Los conocimientos básicos sobre prevención de la enfermedad se difunden por medio de cursos para posgraduados y por conducto de los médicos a quienes se exige que practiquen en las provincias después de recibir su grado.

En México, un grupo especial del Instituto Nacional de Cardiología ha practicado la profilaxis de la fiebre reumática desde 1959. En julio de 1962, el Servicio de Salubridad inició, en la Ciudad de México y en otras siete ciudades, una campaña para estudiar los efectos de las diversas condiciones climáticas en la incidencia de la enfermedad. El estudio epidemiológico abarcó unos 100.000 niños. La prevención de los ataques recurrentes se llevó a cabo con la ayuda de trabajadores sociales y de estudiantes de medicina de último año, bajo la dirección de cardiólogos. Actualmente se está realizando una campaña de educación entre médicos y grupos no profesionales organizados.

En Estados Unidos, la fiebre reumática y

las cardiopatías reumáticas causan unas 19.000 defunciones por año. No se cuenta con cifras exactas de incidencia y prevalencia. Los programas de lucha contra la fiebre reumática se desarrollan, tanto al nivel estatal como al nivel local, por dependencias de la Asociación Americana de Cardiología, Programa de Control de las Enfermedades del Corazón, del Servicio de Salud Pública de Estados Unidos, por conducto de los departamentos de salud estatales y locales. Sólo veinte departamentos estatales de salud han organizado programas preventivos para la prevención de los ataques recurrentes de fiebre reumática. Se calcula que el número de personas que debieran someterse a tratamiento profiláctico en dicho país asciende a más de 500.000, de las cuales sólo el 10% están registradas en los programas organizados.

Del 22 al 24 de septiembre de 1963 se celebró en Colorado Springs, Colorado, Estados Unidos, la conferencia de clínicos y funcionarios de salud pública, sobre la prevención de la fiebre reumática, con objeto de coordinar los programas actuales y de estimular la realización de una campaña vigorosa.

Los representantes de Argentina y del Brasil describieron algunos esfuerzos aislados que se han hecho en sus respectivos países para estudiar y evaluar el grado de difusión de la fiebre reumática. No existen en estos países programas organizados de prevención.

En Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú es necesario definir el problema de la fiebre reumática e iniciar estudios y proyectos piloto de profilaxis.

5) El examen de los esfuerzos fragmentarios y aislados que se han hecho para prevenir la fiebre reumática condujo a la formulación de un programa mínimo, habida cuenta de los recursos y necesidades existentes en países de las Américas en materia de salud pública. Dicho programa fue redactado, en forma de resolución, por un subcomité del Comité de Estudio compuesto por representantes de Argentina, Chile y

Perú y aprobado unánimemente por los participantes. La conclusión a que se llegó está incorporada en la resolución aprobada por el Grupo de Estudio, que dice así:

El Comité de Estudio de la Fiebre Reumática en América, reunido en Santiago de Chile, en octubre 9-12 de 1963, habiendo determinado que la Fiebre Reumática es un problema de salud pública significativo en América, hace la siguiente recomendación en relación a los programas de prevención de la fiebre reumática en los países de América:

Seguir las directivas del Informe Técnico del Comité de Expertos en Enfermedades Reumáticas de la Organización Mundial de la Salud² según los cuales "gracias al apropiado empleo de esos servicios médicos y sociales, con la ayuda de los oportunos programas de educación ha de ser posible:

1) "Prevenir la mayor parte de las recidivas de fiebre reumática en casos de exposición íntima a la infección estreptocócica; . . . y . . .

2) Prevenir muchas recidivas en casos de exposición ocasional". Este Comité de Estudio cree que es posible, una vez realizado el balance de las necesidades y posibilidades en salud pública de la mayoría de los países de América, establecer y llevar a cabo, como mínimo, un programa piloto para la prevención de la fiebre reumática.

Reconociendo que las características particulares de cada país demandarán modificaciones adecuadas, el Comité de Estudio sugiere un bosquejo de los rasgos esenciales de un programa mínimo. El objetivo de este programa es dar la oportunidad de prevenir las recidivas a todos los enfermos con el diagnóstico de fiebre reumática y/o cardiopatía reumática que vivan en su área.

Son esenciales para un programa efectivo, el auspicio y apoyo de entidades pertinentes oficiales de la salud, un Comité Nacional que dicte normas, por lo menos un centro preventivo piloto en un hospital y relaciones efectivas con todas las organizaciones médicas y de la comunidad necesarias para la prevención continuada de la fiebre reumática.

El Comité Nacional Normativo comprenderá representantes de entidades y organizaciones oficiales y voluntarias vinculadas con el programa,

incluyendo organismos oficiales de la salud, representantes de las especialidades médicas comprendidos los servicios de laboratorio y el director de cada centro piloto de prevención. El Comité establecerá normas, supervisará el programa, aprobará el presupuesto, obtendrá los fondos necesarios, coordinará las entidades vinculadas con el programa e intercambiará información con otras organizaciones nacionales e internacionales.

El centro piloto de prevención proveerá, en su área geográfica de responsabilidad, todos los servicios esenciales para la prevención de la fiebre reumática incluyendo el diagnóstico, supervisión y control posterior de los casos diagnosticados y el suministro adecuado de drogas. Debe servir también como centro de educación profesional de personal médico, paramédico y del público en general así como para analizar los resultados del programa.

El centro piloto servirá como la estructura básica para la realización de investigación epidemiológica de la fiebre reumática, muy necesaria en América. El centro piloto con su personal especializado, instalaciones y población de enfermos servirá como núcleo para programas cooperativos de investigación clínica y de laboratorio de la fiebre reumática en América.

El Comité de Estudio solicita a la Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, que proporcione la coordinación internacional y, de ser posible, la orientación técnica para los programas nacionales.

Santiago, Chile, 12 de octubre de 1963.

Después de haber sido leída y discutida esta resolución en la sesión plenaria del III Congreso Panamericano de Enfermedades Reumáticas, celebrada el 16 de octubre de 1963, el Dr. Pedro Nava, Presidente de la Liga Panamericana contra el Reumatismo, designó un comité de trabajo, en cuestiones de fiebre reumática, compuesto por representantes de Argentina, Chile, Estados Unidos y México, y nombró al Dr. Emmanuel Rudd Secretario de Coordinación.

Este comité facilitará intercambio de información y prestará asistencia, en materia de orientación técnica, a los programas que estén en vías de desarrollo. Se están haciendo

² Organización Mundial de la Salud: *Serie de Informes Técnicos*, No. 126, 1957.

esfuerzos para que el comité de trabajo disponga lo necesario para organizar actividades de adiestramiento en los aspectos

clínicos y de laboratorio de la fiebre reumática y para la adquisición de las drogas que se necesitan en su profilaxis.

ANEXO I

PROGRAMA DEL COMITÉ DE ESTUDIO DE LA FIEBRE REUMÁTICA EN LAS AMÉRICAS

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

- I. *Antecedentes, objetivos 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, coste.
 - 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.

Prevención de la recaída de individuos reumáticos

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

Dosificación: Niños que pesen 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 energicamente. 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 necesarios 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.

ANEXO III

MIEMBROS DEL COMITE DE ESTUDIO SOBRE FIEBRE REUMATICA

- Dr. Enrique Arce-Gómez
Jefe, Campaña contra la Fiebre Reumática
Secretaría de Salubridad y Asistencia
México D. F., México
- Srta. Mary Burke
Estadístico
Organización Panamericana de la Salud
Washington, D. C., Estados Unidos
- Dr. Pedro Catoggio
Instituto Nacional de Reumatología
Buenos Aires, Argentina
- Dr. Ramón Florenzano
Cardiólogo
Santiago, Chile
- Dr. Julio Guasch
Pediatra
Hospital de Niños "Manuel Arriarán"
Santiago, Chile
- Dr. John Keith
Jefe de Cardiología
Hospital for Sick Children
Toronto, Canadá
- Dr. Dieter Koch Weser
Jefe, Oficina Latinoamericana
Institutos Nacionales de Higiene
Servicio Nacional de Salud de Estados Unidos
Río de Janeiro, Brasil
- Dr. Rudolfo Kreutzer
Jefe, Servicio de Cardiología
Hospital de Niños
Buenos Aires, Argentina
- Dr. Ernesto Medina
Profesor Agregado, Higiene y Medicina Preventiva
Escuela de Medicina, Universidad de Chile
Santiago, Chile
- Dr. Amadeo Moreira Solorzano
Presidente, Sociedad de Reumatología de Ecuador
Guayaquil, Ecuador
- Dr. Laurentino Muñoz
Presidente, Sociedad de Reumatología de Colombia
Bogotá, Colombia
- Dr. Pedro Nava
Presidente, Liga Panamericana Contra el Reumatismo y Profesor de Reumatología
Facultad de Medicina, Universidad Católica
Río de Janeiro, Brasil
- Dr. Flerts Nebo
Reumatólogo
São Paulo, Brasil
- Dr. Luis Otero C.
Cardiólogo
La Paz, Bolivia
- Dr. Hugo Palazzi
Cirujano Cardíaco del Hospital General de Miraflores
La Paz, Bolivia
- Dr. Jorge Palma
Reumatólogo
Santiago, Chile
- Dr. Carlos Quirós Salinas
Director General de Salud
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Lima, Perú
- Dr. Javier Robles Gil
Presidente, Liga Internacional contra el Reumatismo y Jefe, Departamento de Reumatología
Instituto Nacional de Cardiología
México, D. F., México
- Dr. Emmanuel Rudd (*Secretario*)
Profesor de Medicina
Escuela de Medicina
Universidad de Cornell
Nueva York, Estados Unidos
- Dr. David D. Rutstein (*Presidente*)
Profesor y Jefe, Departamento de Medicina Preventiva
Escuela de Medicina
Universidad de Harvard
Boston, Massachusetts, Estados Unidos
- Dr. Gene Stollerman
Profesor de Medicina
Escuela de Medicina, Northwestern University
Chicago, Illinois, Estados Unidos
- Dr. Samuel Vaisman
Profesor de Medicina Interna
Escuela de Medicina
Universidad de Chile
Santiago, Chile
- Dr. Alberto Vigneau
Pediatra
Santiago, Chile