

ESTABLECIMIENTO DE PRIORIDADES EN UN PROGRAMA DE FIEBRE REUMÁTICA¹

Dr. Carlos Trimmer Hernández²

Este trabajo expone los aspectos genéricos que han sido los factores limitantes en el desarrollo del actual programa contra la fiebre reumática en México y establece prioridades indispensables para alcanzar los objetivos propuestos.

Antecedentes

En el quinquenio 1961-1965, la fiebre reumática y la enfermedad reumática crónica del corazón causaron en México un promedio de 1,899 defunciones por año, con una tasa media anual de 4.8 por 100,000 habitantes. Estas cifras se consideran menores que las defunciones reales debido a certificación médica incompleta (sólo el 66.5% de los certificados de defunción son firmados por médicos) y a diagnósticos incorrectos.

Las defunciones por fiebre reumática están distribuidas en todas las regiones del país y su variación en la tasa anual es de 1.1 a 14.9 por 100,000 habitantes.

Dado que la morbilidad por fiebre reumática no exige declaración obligatoria, es imposible conocer con exactitud su incidencia y su distribución geográfica. Estudios especiales realizados en niños de 6 a 14 años de edad en diferentes ciudades muestran la prevalencia de la enfermedad, con una variación en las tasas de 2.4, en Pachuca, Hidalgo, a 10, en el Distrito Federal, por cada 1,000 escolares examinados.

Las actividades de control de fiebre reumática se iniciaron con un programa experimental, desarrollado de 1959 a 1961, por el Instituto Nacional de Cardiología y financiado por la Secretaría de Salubridad y Asistencia. Se en-

contró una prevalencia de 6.9 por 1,000 y una incidencia de 7.8 por 10,000, semejantes a las de países en los que la fiebre reumática constituye un grave problema de salud pública.

En 1962 la Secretaría de Salubridad y Asistencia creó la Campaña Nacional para la Prevención de la Fiebre Reumática cuyas funciones son:

- a) elaborar técnicas eficaces y racionales para el control de la enfermedad;
- b) promover interés en las actividades de control;
- c) ofrecer asesoría técnica;
- d) proveer medicamentos para el tratamiento y control profiláctico de los pacientes;
- e) prestar supervisión y evaluación; y
- f) promover estudios especiales para las investigaciones epidemiológicas, clínicas y de laboratorio.

La ejecución del programa corresponde a las dependencias de la Dirección General de Servicios Coordinados de Salud Pública en estados y territorios, y a las dependencias de la Dirección General de Salubridad en el Distrito Federal.

En un principio, los programas se encaminaron a pequeños grupos de población a fin de controlar esmeradamente al paciente, lo que resultó con más valor experimental y de investigación que como solución al problema nacional.

En 1965 se revisaron y se ajustaron los procedimientos de trabajo, y se elaboró un programa general de la población que tuviera mayor proyección social, buscando la colaboración de la comunidad en la medida que corresponde, para vigilar su estado de salud. Dicho programa, que es el actual, se desarrolla

¹Trabajo presentado en la XXVII Reunión Fronteriza Mexicana-Estadounidense de Salubridad, celebrada del 2 al 6 de junio de 1969 en Santa Fe, Nuevo México.

²Jefe, Departamento de Medicina Preventiva, Servicios Coordinados de Salud Pública en el Estado, Saltillo, Coahuila, México.

merced a la participación de grupos organizados de maestros, padres de familia y médicos e instruye a los dos primeros sobre la importancia de la enfermedad, y al último sobre la filosofía y el criterio de la campaña.

El programa nacional para la prevención de la fiebre reumática tiene como objetivos inmediatos: a) descubrir, tratar y controlar profilácticamente al niño reumático; b) obtener la participación de los maestros de escuelas primarias y de los padres de familia para descubrir al niño sospechoso de padecer o haber padecido la enfermedad; c) obtener la participación del cuerpo médico en el diagnóstico, tratamiento y prevención de la fiebre reumática y de la infección por estreptococo hemolítico del grupo "A" de Lancefield; d) obtener información sobre la distribución geográfica y las características epidemiológicas y clínicas de la enfermedad; y e) como objetivo mediato: disminuir la morbilidad y la mortalidad por fiebre reumática.

Las actividades de la campaña están actualmente orientadas hacia la prevención secundaria de la fiebre reumática, tomando en cuenta los recursos disponibles para su prevención primaria, que trata de eliminar las estreptococias y prevenir el primer ataque. Se recomienda, por consiguiente, que cada caso en particular, solicite asistencia médica.

Los resultados de la campaña, obtenidos hasta la fecha, no son totalmente satisfactorios; es indispensable, por lo tanto, establecer prioridades que independientemente del orden en que figuran en el programa, permitan alcanzar los fines propuestos.

Dichas prioridades serán las siguientes:

1) Información, sensibilización y capacitación del cuerpo médico—oficial y privado—en relación con los conocimientos y la importancia de la fiebre reumática como problema de salud pública, y con la necesidad de su participación en la solución del mismo.

2) Divulgación intensa del programa en la comunidad para lograr su participación efectiva.

3) Establecimiento, en los servicios, de procedimientos técnico-administrativos eficaces y que estos dispongan de los recursos suficientes

para atender al paciente según un grupo determinado de población.

4) Evaluación constante del desarrollo del programa que permita los ajustes necesarios y la solución de los problemas que se presenten.

Prioridades establecidas y su metodología

Primera prioridad

Los directivos de las instituciones de salud—médicos generales, pediatras, cardiólogos, reumatólogos, etc.—que proyecten realizar un programa de prevención de fiebre reumática, serán informados ampliamente sobre la campaña por desarrollar a fin de que concierten una lucha ordenada contra esta enfermedad, que merece especial atención en el campo de la salud pública.

La formación de los médicos, estudiantes o pasantes de medicina deberá permitir que el criterio, en los aspectos de diagnóstico, tratamiento y profilaxis de la fiebre reumática, sea uniforme.

Aunque está establecida en México la coordinación entre las diferentes instituciones relacionadas con el programa—Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) e Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)—se tratará de fortalecer dicha coordinación a fin de que la participación de estas entidades, dentro de sus campos de trabajo, permita encarar más ampliamente el programa.

Procedimientos. El Director del centro de salud y el médico que estén encargados directamente del programa deberán compenetrarse del proyecto, aprovechando las reuniones periódicas con los médicos institucionales o sociedades médicas locales, estudiantes y pasantes de medicina a fin de exponer mediante pláticas o mesas redondas:

1) El problema que causa la enfermedad y su programa de prevención.

2) Los criterios para el diagnóstico de fiebre reumática de T.D. Jones, modificados (cuadro 1).

3) Los esquemas para el tratamiento, tanto

CUADRO 1—Diagnóstico y clasificación de la fiebre reumática.

Activa

Datos mayores

1. Carditis
2. Poliartrosis
3. Corea
4. Nódulos subcutáneos
5. Eritema marginado

Datos menores

1. Fiebre
2. Artralgias
3. Aumento de velocidad de sedimentación globular, presencia de proteína C reactiva y leucocitosis
4. Infección estreptocócica reciente
5. Antecedentes de fiebre reumática y presencia de cardiopatía reumática crónica
6. Aumento del espacio PR o QT en el electrocardiograma

Inactiva

Cardiopatía reumática crónica y antecedentes de fiebre reumática

Nota: Para el diagnóstico del reumático activo se requiere *dos datos mayores* o *uno mayor y dos menores*, por lo menos.

Se considerará como "probable reumático" a las personas que tengan manifestaciones clínicas sugestivas, pero no concluyentes, del padecimiento.

para el paciente reumático como para el que no lo es (cuadro 2) haciendo hincapié en la importancia de que dicho tratamiento sea lo suficientemente prolongado, por ser este frecuentemente suspendido al desaparecer el cuadro clínico.

Las autoridades de salud pública deberán, asimismo, proporcionar al médico folletos u otro tipo de publicaciones científicas con el objeto de que esté siempre al día sobre los adelantos y los recursos relacionados con la enfermedad.

A fin de fortalecer la coordinación de las instituciones de salud pública, será conveniente:

1) Celebrar reuniones con los directivos al nivel aplicativo para analizar el problema y elaborar conjuntamente el programa por desarrollar.

2) La participación del personal médico de una de las instituciones de salud pública, como expositor de las reuniones de las otras sociedades médicas.

3) Las comunicaciones periódicas sobre el progreso y resultados del programa dentro de sus grupos respectivos.

4) La evaluación conjunta del desarrollo del programa en función de las actividades y objetivos establecidos.

Segunda prioridad

El programa para la prevención de la fiebre reumática en México establece como norma general para su desarrollo responsabilizar a la comunidad de la vigilancia de su estado de salud, participando en forma consciente y efectiva en la lucha contra la enfermedad. Es por ello que debe hacerse llegar a las autoridades civiles y educativas, maestros, padres de familia, alumnos y grupos organizados los aspectos educativos siguientes:

1) La importancia del padecimiento en la vida del individuo.

2) Los conocimientos que permitan sospechar de la enfermedad.

3) La forma y medida en que cada uno de ellos debe participar.

4) La debida orientación para utilizar correctamente los servicios de salud disponibles.

Procedimientos. El material educativo señalado deberá divulgarse a través de entrevistas, de pláticas y valiéndose de los medios de difusión como la prensa, radio, televisión, cinematógrafo, folletos, carteles, etc. En las escuelas primarias la información educativa podrá proporcionarse al escolar por medio de unidades pedagógicas utilizadas en otros programas, en los cuales el éxito obtenido fue más allá de lo previsto.

Tercera prioridad

Los centros de salud encargados de ejecutar la campaña deberán facilitar los trámites, dentro de los servicios, atendiendo eficientemente las gestiones que promueven los reumáticos sospechosos para evitar que estos rechacen el programa y abandonen el tratamiento. Será necesario, asimismo, que el director del centro planifique adecuadamente el programa en cuanto a los recursos necesarios de personal, de material y de equipo y ejerza una constante

CUADRO 2—Tratamiento de la fiebre reumática.

Fiebre reumática	Anti-inflamatorio	Higiénico-dietético	Eradicación del estreptococo	Profiláctico
			<ol style="list-style-type: none"> Una aplicación de 600,000 U.I. de penicilina; 300,000 U.I. de penicilina G procaina y 300,000 U.I. de penicilina G sódica cristalina Una aplicación de 600,000 U.I. de penicilina G procaina, cada 24 horas, durante 10 días, o Una aplicación de eritromicina en dosis de 0.030 g/kg de peso corporal, en 4 tomas por 24 horas, durante 10 días 	<ol style="list-style-type: none"> Dosis de 1,200,000 U.I. de penicilina benzatina cada 30 días, o Dosis de 600,000 U.I. de penicilina benzatina, cada 15 días, o Dosis diaria de 0.5 g de sulfadiazina para niños con peso inferior a 30 kg y 1.0 g para los de mayor peso o adultos Dosis diaria de 0.25 g de sulfametoxipiridazina o sulfadimetoxina para niños con peso inferior a 30 kg y 0.5 para los de mayor peso o adultos
Activa	<ol style="list-style-type: none"> Corticosteroides en dosis altas Corticosteroides en dosis bajas Salicilatos o ácido acetilsalicílico 	<ol style="list-style-type: none"> Reposo en cama durante el período activo. Posteriormente se evitarán, durante un año, ejercicios que signifiquen esfuerzos grandes o medianos Alimentos ricos en proteínas, calorías y líquidos, si no hay insuficiencia cardíaca Enemas o laxantes si es necesario 		
Inactiva o probable	No se requiere	No se requiere	Igual que en la fase activa	Igual que en la fase activa
	<p>Nota: Este tratamiento debe mantenerse hasta que desaparezcan las manifestaciones clínicas y se normalice la sedimentación globular y la proteína C reactiva.</p> <p>Los esteroides se utilizarán siempre que sea posible llevar un control médico estricto. Las dosis altas requieren siempre hospitalización.</p>		<p>Nota: Usar eritromicina sólo en caso de alergia a la penicilina.</p> <p>Al undécimo día de iniciarse el tratamiento de erradicación, debe comenzarse el profiláctico, que durará hasta los 15 o 18 años de edad o se prolongará 5 años después de la última recaída.</p>	<p>Nota: Las sulfas sólo se usan en caso de alergia a la penicilina.</p> <p>Al undécimo día de iniciarse el tratamiento de erradicación, debe comenzarse el profiláctico, que durará hasta los 15 o 18 años de edad o se prolongará 5 años después de la última recaída.</p>

supervisión sobre el desarrollo del mismo a fin de resolver los problemas imprevistos que se presenten.

Cuarta prioridad

La evaluación, actividad habitual de un programa, toma carácter de prioridad en una campaña de prevención de fiebre reumática y deberá realizarse en forma constante en los niveles locales, estatales y nacionales de salud.

A fin de lograr lo anterior se tomará en cuenta: a) la participación de las escuelas primarias; b) la participación de los padres de familia; c) los sospechosos descubiertos; d) los sospechosos examinados en el centro de salud o clínica del IMSS o del ISSSTE; e) los reumáticos activos e inactivos descubiertos; f) los reumáticos activos en tratamiento de erradicación; g) los reumáticos activos, inactivos o dudosos en control profiláctico; h) el criterio de diagnóstico utilizado, e i) el tipo de tratamiento indicado.

Al analizar los datos anteriores se sabrá la forma en que los maestros y padres de familia están colaborando; el porcentaje de sospechosos examinados por el médico; el número de reumáticos activos en tratamiento de erradicación, en relación con los casos descubiertos y con las deserciones en el control profiláctico; y si se logró que el médico utilice los criterios de diagnóstico y los esquemas de tratamiento uniformes.

Resumen

La fiebre reumática y la enfermedad reumática crónica del corazón fueron en México las causas de un promedio de 1,899 defunciones anuales en el quinquenio 1961-1965.

Según informes, en 1969 había en el país 61,484 reumáticos en el grupo de menores de 15 años, lo que revela una tasa media de preva-

lencia de 5.1 por 1,000 para una población de 12,055,654 habitantes.

En 1962 se creó la Campaña Nacional para la Prevención de la Fiebre Reumática a fin de elaborar técnicas eficaces y promover el interés en las actividades para el control de la enfermedad.

El programa, que se amplió en 1965, se desarrolla merced a la participación de grupos organizados de la comunidad y se han orientado sus actividades hacia la prevención secundaria de la fiebre reumática.

Los resultados de la campaña no han sido totalmente satisfactorios por lo que se considera indispensable establecer prioridades que permitan, entre otras: a) el criterio uniforme en el diagnóstico, tratamiento y profilaxis de la fiebre reumática, b) la debida orientación para utilizar correctamente los servicios de salud, c) la planificación adecuada en cuanto a los recursos necesarios de personal, material y equipo y d) la constante evaluación del programa en los niveles locales, estatales y nacionales de salud. □

BIBLIOGRAFIA

- Fredberg C.K. *Enfermedades del corazón*. 2a ed., 1958.
- González M. *Programa de control de la fiebre reumática*, 1966.
- Lineamientos generales de la Campaña Nacional para la Prevención de la Fiebre Reumática*, 1966.
- Neri C., López F.D. y Fujigaki L. A. *Programa de control de la fiebre reumática*, México: Escuela de Salud Pública, 1961.
- Organización Mundial de la Salud. *Prevención de la Fiebre Reumática. Segundo Informe del Comité de Expertos de Enfermedades Reumáticas*. Ginebra. *Serie de Informes Técnicos 126*, 1957.
- Organización Mundial de la Salud. *Prevención de la Fiebre Reumática. Informe de un Comité de Expertos*. Ginebra. *Serie de Informes Técnicos 342*, 1966.
- Organización Panamericana de la Salud. *El control de las enfermedades transmisibles en el hombre*. Washington, D.C. *Publicación Científica 120*, 1965.

Establishing priorities in a rheumatic fever prevention program (Summary)

Rheumatic fever and chronic rheumatic heart disease caused an average of 1,899 deaths per annum in Mexico during the five-year period 1961 to 1965.

According to reports, there were 61,484 persons suffering from rheumatic disorders in the under-15 age group in Mexico in 1969 revealing an average rate of prevalence of 5.1 per

thousand persons for a population of 12,055,654.

The National Campaign for Prevention of Rheumatic Fever was created in 1962 to devise effective methods and promote interest in the activities aimed at checking the disease.

The program was expanded in 1965 and is growing through the participation of organized community groups and its activities have been directed towards secondary prevention of rheumatic fever.

Estabelecimento de prioridades num programa de febre reumática(Resumo)

A febre reumática e a doença reumática crônica do coração foram no México as causas de uma média de 1.899 óbitos anuais no quinquênio 1961-1965.

Segundo informações, em 1969 havia no país 61.484 reumáticos no grupo de menores de 15 anos, o que revela uma taxa média de prevalência de 5,1 por 1.000 para uma população de 12.055.654 habitantes.

Em 1962 foram criadas a Campanha Nacional para a Prevenção da Febre Reumática, a fim de formular técnicas eficazes e promover o interesse nas actividades para o controle da doença.

O programa, que se ampliou em 1965,

The results of the campaign have not been completely satisfactory. For this reason it is considered essential that priorities be established permitting, among other things: (a) standard criteria in the diagnosis, treatment and prophylaxis of rheumatic fever, (b) proper guidelines for using health services correctly, (c) adequate planning of the necessary resources in personnel, materiel and equipment, and (d) continuous evaluation of the program on the local, state and national health levels.

desenvolve-se graças à participação de grupos organizados da comunidade e suas actividades têm-se orientado para a prevenção secundária da febre reumática.

Os resultados da campanha não foram totalmente satisfatórios, pelo que se considera indispensável estabelecer prioridades que permitam, entre outras: a) o critério uniforme no diagnóstico, tratamento e profilaxia da febre reumática, b) a devida orientação para utilizar correctamente os serviços de saúde, c) o planejamento adequado quanto aos recursos necessários de pessoal, material e equipamento e d) a constante avaliação do programa nos níveis de saúde locais, estaduais e nacionais.

Etablissement de priorités d'un programme de fièvre rhumatismale (Résumé)

La fièvre rhumatismale et la maladie rhumatismale chronique du coeur ont causé annuellement au Mexique une moyenne de 1.899 morts au cours de la période quinquennale 1961-1965.

Selon les rapports, en 1960, il y avait dans le pays 61.484 rhumatisants dans un group âgé de moins de 15 ans, ce qui révèle un taux moyen prévalant de 5,1 pour 1.000 dans une population de 12.055.654 habitants.

En 1962 a été lancée la campagne nationale pour la prévention de la fièvre rhumatismale en vue d'élaborer des techniques efficaces et de promouvoir l'intérêt pour les activités destinées à lutter contre la maladie.

Le programme, qui a été élargi en 1965, est

mis en oeuvre grâce à la participation de groupes organisés de la communauté et les activités vers la prévention secondaire de la fièvre rhumatismale.

Les résultats de la campagne n'ont pas été tout à fait satisfaisants étant donné que l'on considère indispensable d'établir des priorités qui permettent entre autres: a) une méthode uniforme dans le diagnostic, traitement et prophylaxie de la fièvre rhumatismale; b) l'orientation appropriée pour utiliser à bon escient les services de santé; c) la planification appropriée en ce qui a trait aux ressources nécessaires en personnel, matériel et équipement; et d) l'évaluation constante du programme à l'échelon des services de santé à l'échelon local, stata et national.