

## LUCHA COMUNITARIA CONTRA LA CARDIOPATIA REUMATICA: INFORME SOBRE LAS AMERICAS<sup>1</sup>

*La fiebre reumática y la cardiopatía del mismo origen constituyen problemas de primera importancia en todo el mundo. En noviembre de 1979 se celebró en Nueva Delhi, en la Oficina Regional de la OMS para Asia Sudoriental, una reunión interregional para examinar la marcha del proyecto de la OMS, ejecutado en cooperación internacional, de lucha comunitaria contra la fiebre reumática, y para formular estrategias de prevención y lucha. En la reunión participaron expertos internacionales en cardiología y salud pública de 22 países de todo el mundo. La OPS estuvo representada y sometió un informe preparado por la Unidad de Enfermedades no Transmisibles, Programa de Prevención de la Fiebre Reumática que se presenta a continuación.*

### Mortalidad y morbilidad

Entre las causas de defunción por enfermedades cardiovasculares en la población juvenil y adulta joven, la fiebre reumática aguda (FRA) y la cardiopatía reumática crónica (CRC) ocupan un lugar destacado. Estas afecciones son también causa frecuente de morbilidad y de incapacidad prolongada.

En países desarrollados, la incidencia de ataques agudos de fiebre reumática ha disminuido en forma notable en los últimos decenios; lo mismo ha ocurrido, aunque en menor grado, en países en desarrollo. Este hecho puede estar relacionado no solo con medidas de tipo médico, sino también con mejores condiciones generales de vida de muchas comunidades.

En cambio, la CRC sigue siendo causa de morbilidad, incapacidad y mortalidad importante, aunque en menor medida que antes, como consecuencia secundaria de episodios agudos de fiebre reumática de épocas pasadas. Esto se observa no solo en los países en desarrollo, sino también en algunos países desarrollados.

Los datos sobre mortalidad por fiebre

reumática aguda y por cardiopatía reumática crónica en Estados Unidos de América entre 1940 y 1962 muestran que la tasa por 100,000 habitantes disminuyó a casi la mitad en el grupo de edad de 25 a 44 años y cerca de ocho veces en el grupo de 5 a 24 años.

La información disponible sobre egresos hospitalarios indica que la FRA y la CRC son todavía importantes. Los datos de cuatro países—Canadá (1972), Ecuador (1973), Paraguay (1975) y Venezuela (1973)—muestran lo siguiente:

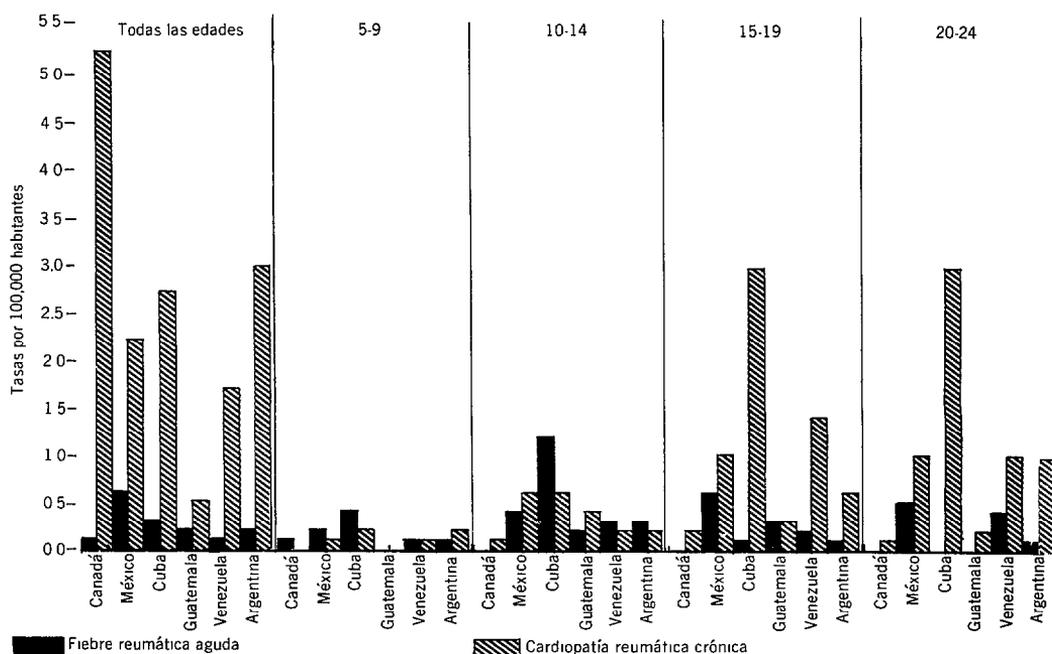
En la población total, por cada 1,000 egresos por todas las causas, los que se debían a FRA variaron desde 0.5 en Canadá hasta 1.7 en Paraguay y Venezuela. En el grupo de edad de 5 a 14 años la proporción también fue baja en Canadá (2.2), pero llegó a 6.1 en Ecuador, 9.4 en Venezuela y 11.5 en Paraguay. La proporción disminuyó en el grupo de 15 a 24 años, observándose el máximo en Venezuela con 2.2 y reduciéndose aún más en el grupo de 25 a 44 años.

La CRC como causa de egreso en la población total varió desde 0.1 en Paraguay hasta 2.4 en Canadá.

La figura 1 muestra la última información disponible sobre las tasas de defunción debidas a FRA y a CRC en seis países de las

<sup>1</sup> Tomado de: Organización Panamericana de la Salud, *Boletín Epidemiológico*, Vol. 1, No. 3, 1980.

**FIGURA 1—Mortalidad por fiebre reumática aguda y cardiopatía reumática crónica en seis países de las Américas, por edad.**



Américas: Argentina (1978), Canadá (1977), Cuba, (1977), Guatemala (1976), México (1974), y Venezuela (1977).

### Fiebre reumática aguda y cardiopatía reumática crónica

Los episodios agudos de fiebre reumática aparecen con mayor frecuencia entre los 5 y los 15 años de edad, disminuyendo posteriormente, y rara vez ocurren en menores de cinco años.

La FRA puede afectar las articulaciones, el corazón y el sistema nervioso central, siendo sus manifestaciones clínicas más importantes la artritis, la carditis y la corea. La afección articular es la que se registra con mayor frecuencia, pero es la de menor trascendencia pues no produce daños permanentes. Por lo contrario, la afección cardíaca reviste mayor importancia porque representa un peligro direc-

to, no solo durante la etapa aguda, sino posteriormente, ya que puede producir daños permanentes, con la posibilidad de evolucionar en forma desfavorable y de agravarse si se producen nuevos episodios de FRA.

Existe una relación estrecha entre la FRA y la infección debida al estreptococo beta hemolítico del grupo A, de la cual la FRA es una complicación no superada. Una vez producida la infección por el estreptococo (y pasado un período de latencia de una a tres semanas) pueden aparecer las manifestaciones clínicas de la FRA en personas susceptibles. No se conocen en la actualidad los factores que determinan esa susceptibilidad.

Todas las personas que se encuentran en el grupo de edad de mayor riesgo (5 a 15 años) padecen en promedio, durante el año, una infección de las vías respiratorias superiores. Si esa infección se debe al estreptococo beta hemolítico del grupo A,

existe el riesgo de que después se produzca un episodio de FRA que, en condiciones no epidémicas, sucederá en 3 ó 4 de cada 1,000 infecciones. En situaciones especiales, sobre todo en ambientes enclaustrados (asilos, cuarteles, etc.), que propician la diseminación de los gérmenes, la proporción aumenta a 3 ó 4 por cada 100 infecciones.<sup>2</sup>

Existen más de 60 tipos distintos de estreptococos beta hemolíticos del grupo A, sin que entre ellos haya inmunidad cruzada, razón por la cual una persona que haya sufrido infección por un tipo determinado queda inmune al mismo y sigue siendo susceptible a infectarse con todos los tipos restantes de estreptococo. Por tal motivo, el riesgo de padecer una infección estreptocócica puede considerarse como una posibilidad permanente.

Las personas que han sido afectadas por la fiebre reumática están expuestas a un alto riesgo de padecer un nuevo episodio agudo si se infectan nuevamente con el estreptococo. Este riesgo guarda relación directa y proporcional a los siguientes factores: menor edad; más episodios anteriores de FRA; mayor gravedad de la lesión cardíaca residual (CRC); menor tiempo transcurrido entre el episodio agudo anterior y la nueva infección estreptocócica, y mayor número de días transcurridos desde el comienzo de la infección y la iniciación del tratamiento para eliminar el estreptococo.

## Prevención

La profilaxis de la infección estreptocócica fue propuesta hace ya mucho tiempo y se aplica en la actualidad, aunque lamentablemente no en forma tan amplia como sería deseable. La cardiopatía reumática es una de las pocas cardiopatías crónicas que pueden prevenirse con los medios dis-

ponibles actualmente. Para lograrlo, parece ideal impedir la aparición del episodio inicial de la fiebre reumática, previniendo la infección estreptocócica o tratándola en forma rápida una vez producida (prevención primaria). Puesto que no existen medios para identificar a las personas susceptibles a la fiebre reumática, parecería ser aconsejable proteger a toda la población o, por lo menos, a las personas en edad de mayor riesgo, lo cual no resulta práctico como medida de control.

Sin embargo, existe la posibilidad de poder concentrar las medidas de protección en grupos expuestos a un mayor riesgo como las personas cuya susceptibilidad es conocida por haber padecido fiebre reumática o por tener una CRC. Dicha protección consiste en el tratamiento adecuado de la infección estreptocócica o la prevención de la misma. Con ambas medidas se logra prevenir la aparición de un episodio de FRA y, por lo tanto, del daño cardíaco (prevención secundaria).

Resultados mundiales han demostrado el beneficio que implica la aplicación de estas medidas. Experiencias limitadas en centros especializados de siete países de la Región, que participan en un estudio de colaboración coordinado por la Organización, están demostrando la factibilidad del programa de control en grupos de la comunidad. En este estudio, en el cual participan centros de Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Ecuador, Perú y Venezuela, se registraron inicialmente más de 2,500 pacientes con fiebre reumática activa o con antecedentes de haberla padecido. Los pacientes se mantienen bajo profilaxis con inyecciones mensuales de penicilina benzatínica y se evalúa anualmente tanto el cumplimiento de la profilaxis como la evolución clínica de la enfermedad.

Los resultados preliminares indican que si se mantiene a los pacientes bajo control periódico y estos reciben regularmente sus inyecciones profilácticas, la protección contra nuevas infecciones estreptocócicas

<sup>2</sup>Stamler, J. *Cardiología preventiva*. Barcelona, Editorial Científica Médica, 1970, pág. 382.

**CUADRO 1—Casos de fiebre reumática con primer examen de observación ulterior anual, según ataques de faringitis estreptocócica desde el registro inicial, y regularidad de tratamiento profiláctico.**

No. de inyecciones de penicilina benzatínica en un año	Faringitis estreptocócica									
	Total (100%)	Ninguna		Una		Dos o más		Sospecha		
		No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
11-12	989	928	93.8	25	2.6	9	0.9	27	2.7	
8-10	70	58	82.6	6	8.6	2	2.9	4	5.7	
0-7	51	40	78.4	1	2.0	—	—	10	19.6	
Total	1,110	1,026	92.4	32	2.9	11	1.0	41	3.7	

resulta eficaz y está en proporción directa a la regularidad con que se mantiene la profilaxis. En 1,110 pacientes que recibían dosis mensuales de penicilina benzatínica intramuscular se registró la cantidad de infecciones estreptocócicas detectadas durante el año de observación y se la relacionó con la cantidad de inyecciones mensuales recibidas. Se observó que la proporción de pacientes que se mantuvo libre de infecciones estreptocócicas aumentó en proporción directa al mejor cumplimiento del régimen profiláctico, como se muestra en el cuadro 1.

### Tratamiento

A continuación se indican los esquemas de tratamiento profiláctico que han tenido la difusión más amplia.

Para la prevención primaria (mediante el tratamiento temprano de la infección estreptocócica), se aconseja uno de los siguientes esquemas terapéuticos.

- Penicilina benzatínica, inyección intramuscular, 1 inyección. *Dosis:* 1,200,000 unidades para pacientes de 6 o más años; 600,000 unidades para menores de 6 años, o

- Eritromicina, vía oral, todos los días durante 10 días.<sup>3</sup> *Dosis:* 250 mg 4 veces al día para pacientes de 6 o más años; 125 mg 4 veces al día para menores de 6 años.

Para la prevención secundaria de la fiebre reumática se protegerá a los susceptibles mediante uno de los siguientes esquemas:

- Penicilina benzatínica, inyección intramuscular, 1 al mes, durante años. *Dosis:* Las mismas que han sido indicadas para el tratamiento de la infección, o

- Sulfadiazina, por vía oral, todos los días, durante años. *Dosis:* 1 g diario para pacientes de 12 o más años; 0.5 g para menores de 12 años.

Si algún paciente que está siguiendo uno de estos esquemas de profilaxis presenta una infección estreptocócica durante el intervalo entre inyecciones de penicilina, o en cualquier momento si toma sulfadiazina, deberá recibir una inyección de penicilina benzatínica intramuscular, en la dosis indicada de acuerdo con la edad. Es esencial hacer notar que la sulfadiazina resulta eficaz en general como medida preventiva, pero no debe usarse para tratar una infección ya existente.

Los esquemas profilácticos antes citados deben difundirse ampliamente para que

<sup>3</sup> Es fundamental recordar que, cuando se aplica el tratamiento por vía oral, debe mantenerse la dosis indicada durante los 10 días, aun cuando el estado clínico del paciente haya mejorado.

pasen a formar parte de los métodos terapéuticos habituales de los médicos generales y sean conocidos y aplicados en todos los niveles de los servicios de atención médica, incluido el nivel de atención primaria.

En países desarrollados que cuentan con recursos para prestar atención médica adecuada, se lleva a cabo la prevención primaria mediante el tratamiento específico de la infección estreptocócica, después que esta ha sido identificada por medio del examen bacteriológico (cultivo del exudado faríngeo). Este sistema requiere un período de espera de 18 a 24 horas para conocer el resultado del cultivo. Esta demora no implica un riesgo importante, pues el tratamiento para eliminar el estreptococo, aplicado correctamente, resulta eficaz dentro de la primera semana de duración de la infección. Al tratar al paciente con infección confirmada con el antibiótico adecuado, se actúa de acuerdo con los preceptos de una buena medicina asistencial, evitando administrar antibióticos en forma innecesaria.

### Control en la comunidad

Para conseguir aplicar con éxito las medidas preventivas a nivel de la comunidad, se requiere la utilización de estrategias que permitan obtener un rendimiento óptimo con elementos simples, eficaces y aceptables. Si se aconseja reservar el tratamiento de la infección estreptocócica hasta obtener confirmación de esta por el examen bacteriológico (cultivo de exudado faríngeo), será necesario que el paciente concurra dos veces al servicio asistencial, y que se postergue el tratamiento hasta que se conozca el resultado del examen bacteriológico.

Estos requisitos resultan aplicables y beneficiosos cuando las circunstancias lo permiten; pero no siempre son factibles en el marco de un programa de control que debe tener como finalidad proteger a grandes grupos de la población. Si se trata de poner

en práctica este esquema, podrían surgir dificultades que no permitirán lograr una amplia cobertura, ya que en numerosas zonas de la Región hay grupos de población que tienen dificultades de acceso a los servicios de atención médica de alguna complejidad. A fin de alcanzar una amplia cobertura, conviene aplicar medidas de protección en todos los niveles, incluyendo—si es posible—el nivel primario. Para cumplir este último objetivo resulta aconsejable incluir, entre las tareas de rutina, algunas medidas relacionadas con los métodos de control mencionadas. Entre estas, se pueden mencionar la identificación de casos de infección de las vías respiratorias superiores con una gran probabilidad de que se deba a estreptococo, el tratamiento mediante una inyección de penicilina benzatínica de acuerdo con el esquema propuesto y, ocasionalmente, la aplicación de profilaxis secundaria a los pacientes que han sufrido de fiebre reumática.

Las actividades a realizarse en los distintos niveles de los servicios de atención de la salud deben programarse, a fin de permitir una utilización óptima de los recursos disponibles. Una guía para la programación de actividades, incluidos la asignación de funciones al personal y el cálculo de recursos necesarios, así como una guía para la supervisión y evaluación, forman parte de una publicación preparada por la OPS y titulada *Normas de prevención de la fiebre reumática en la comunidad*, que se publicará en 1980. Se piensa que las guías propuestas por la OPS puedan adaptarse a las necesidades y recursos locales de los países que lo consideren necesario.

El problema de salud de la FRA y la CRC quizá pueda resolverse cuando se disponga de una vacuna eficaz contra diversos tipos de estreptococos, lo cual se está investigando. Hasta que llegue ese momento, la solución que mejor se ajusta a los medios disponibles en la actualidad consiste en la aplicación amplia y continua de las medidas profilácticas citadas.