

ARCHIVO HISTÓRICO



El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en el **Boletín de la Escuela de Medicina**, actualmente incluido en el historial de **Ars Medica Revista de ciencias médicas**. El contenido del presente artículo, no necesariamente representa la actual línea editorial. Para mayor información visitar el siguiente

vínculo: <http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/about/submissions#authorGuidelines>

Enfermedad Reumática Activa y Cardiopatía Reumática Crónica.

*Dra. Ximena Berríos C.

*Dr. Francisco Quesney L.

I SITUACION ACTUAL EN EL PAIS

I. Al describir la situación de una enfermedad, conviene hacerlo dentro del marco de referencia de la situación global de salud del país, medida en términos de los indicadores de salud clásicos, ya que sólo así se podrá estimar no sólo su significado -como entidad aislada- sino que en relación con los demás problemas que la rodean y del que puede formar parte.

Las condiciones de salud de Chile han experimentado un notable avance en los últimos años, como consecuencia del grado de desarrollo económico y social alcanzado y de la sostenida acción programática de sus estructuras de salud.

Son indicadores de este progreso una mortalidad general de 6.1 x 1000 hab.; una mortalidad infantil de 21 x 1000 nacidos vivos; una mortalidad materna de 0.45 x 1000 nacidos vivos; una expectativa de vida al nacer de 67 años; una cobertura de atención profesional del parto de 94.2%, y tasas de desnutrición infantil de menos del 10%.

Su estructura de mortalidad, en donde predominan claramente las muertes cardiovasculares, tumorales y por accidentes, lo acercan a los países desarrollados de Europa Occidental y Norteamérica. Las muertes de origen infeccioso, perinatales y por tuberculosis están relegadas a un lugar muy secundario.

Dentro de este panorama cabe plantearse qué ocurre con fiebre reumática.

1. Mortalidad

Ha mostrado una franca tendencia al descenso. Si se comparan los años 1960 con 1981, su número absoluto ha bajado de 654 a 538 muertes, lo que traducido en tasas significa un descenso de 8.6 x 100 mil a 4.8 x 100 mil. Un descenso similar ha experimentado la mortalidad general, de 12.2 x 1000 a 6.1 x 1000, pero no así las muertes cardiovasculares, que han ascendido de una tasa de 161 x 100 mil a 169.8 x 100 mil.

La distribución de las muertes por enfermedad reumática según edad también se ha modificado. En 1970, un 4.7% de estas muertes ocurrían en menores de 15 años, en tanto que en 1981 sólo un 2.4% de ellas pertenecían a ese grupo.

El origen de las muertes por esta misma causa también ha variado. En 1965 el 13.6 por ciento correspondían a muertes por enfermedad reumática activa (ERA) y el resto a cardiopatías reumáticas crónicas (CRC). En 1981 el porcentaje de muertes por la forma activa cae a sólo un 3.1%.

2. Egresos hospitalarios

La tasa global de egresos hospitalarios por todas las causas en el país ha subido de 8.671 x 100 mil en 1961 a 9.826 x 100 mil en 1981. Similar tendencia, aún más pronunciada, se observa para las enfermedades cardiovasculares, que para iguales fechas aumentan de 276 x 100 mil a 448 x 100 mil.

En contraste, los egresos debidos a enfermedad reumática, que aumentan entre

* Unidad Docente Asociada de Salud Pública, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

1961 y 1970 de 43 x 100 mil a 52 x 100 mil, a partir de esta fecha inician un notorio descenso hasta llegar en 1981 a 24 x 100 mil.

Como proporción del total de egresos desciende de 0.51^o/o en 1960 a 0.24^o/o en 1981, y como proporción de los egresos por causas cardiovasculares ha caído, entre esas fechas, de 15.8^o/o a 5.4^o/o.

Información obtenida de algunos hospitales pediátricos confirman esta tendencia. Los egresos debidos a enfermedad reumática activa, que representaban el 4.2^o/o del total en 1975, han descendido a un 1.0^o/o en 1981.

3. Casos notificados de enfermedad reumática activa

La ERA es una enfermedad que a partir de 1975 fue declarada de notificación obligatoria. Con todas las limitaciones que implica el analizar cifras de notificación (es imposible estimar en forma precisa la sub-notificación) ellas muestran también un descenso global en el país, de 517 casos en 1975 a 354 casos en 1983. En tasas este descenso se evidencia al comparar la de 1975, de 5.0 x 100 mil, con 3.0 x 100 mil en 1983.

En la Región Metropolitana esta caída ha sido de 4.1 x 100 mil en 1975 a 2 x 100 mil en 1983.

En el Area Sur-Oriente de Santiago, en donde se ha colocado un especial énfasis en lograr una buena notificación, el descenso fue de 6.7 x 100 mil en 1975 a 4.7 x 100 mil en 1983. Dicha área concentra el 14^o/o de la población de la Región Metropolitana y el 5^o/o de la población total del país. Luego, si se extrapolan las cifras de esta área, se puede estimar en forma muy gruesa que la subnotificación en el

país es de un 50^o/o del total real.

4. Severidad de las manifestaciones clínicas de ERA

Las manifestaciones mayores, base de los criterios de Jones, se han modificado. En la década del 60 la prevalencia de carditis era de un 60^o/o. A fines de la década de 1970 ella sólo alcanzaba un 44.3^o/o. La poliartritis baja de un 82^o/o a 70.4^o/o y el corea sube de 11^o/o a 15.2^o/o.

La C.R.C. estaba presente en el 13^o/o de las autopsias practicadas entre 1919 y 1940 en el Hospital J.J. Aguirre. Este porcentaje baja a un 6.7^o/o en el período 1956-1962 y a un 4.9^o/o entre 1969 y 1973.

5. Infección estreptocócica

Sólo es posible estimarla a través de la incidencia de escarlatina, que es la única forma de infección estreptocócica que en la práctica se notifica. Aunque las tasas entre 1960 y 1982 han sido muy variables, ellas no muestran una tendencia al descenso. En 1960 la tasa era de 19.3 x 100 mil y en 1982 de 62.2 x 100 mil. Hubo probablemente alzas epidémicas en 1962, 1970 y 1976.

En síntesis, se puede concluir que aunque la incidencia y prevalencia exactas de enfermedad reumática se desconocen, existe suficiente evidencia que indica una tendencia sostenida al descenso, tanto en números como en severidad de los casos. Ello es concordante con el progreso en las condiciones generales de vida en el país y proporcionalmente inverso al comportamiento de las otras enfermedades cardiovasculares que emergen como el problema de salud pública más conspicuo para el futuro inmediato.

II. POLITICA NACIONAL

Resulta difícil precisar cuál es la o las causas que inciden en la modificación del curso general de una enfermedad o cuánto ha influido una o varias de ellas.

Con todo, parece conveniente describir someramente la política de la autoridad de salud con respecto a enfermedad reumática.

En 1974, después de evaluar tanto la magnitud como la severidad de la enfermedad reumática como problema de salud pública y de estudiar las posibilidades técnicas y administrativas de influir sobre ella, el Ministerio de Salud decidió organizar un programa nacional de control de la enfermedad sobre la base de la notificación obligatoria de los casos detectados, la gratuidad de la atención de pacientes y la distribución de normas estandarizadas sobre su prevención y tratamiento.

1. Propósito general del programa

Reducir la morbi-mortalidad por enfermedad reumática activa y cardiopatía reumática crónica.

2. Objetivos específicos del programa

- a) Prevenir las recidivas de ERA mediante la aplicación programática de medidas profilácticas en todo paciente con antecedentes de ERA, CRC y corea: profilaxis secundaria.
- b) Prevenir la ocurrencia de un ataque inicial de ERA mediante el tratamiento adecuado, erradicador, de la infección estreptocócica de la faringe: prevención primaria.

3. Estructura administrativa del programa

- a) A nivel del Ministerio se constituyó un nivel de autoridad central, cuyas funciones eran:

- preparar y actualizar normas,
- coordinar, supervisar y evaluar las actividades desarrolladas por los niveles operativos locales,
- sugerir y coordinar investigaciones operativas, desarrolladas por los niveles locales.

- b) En los 27 Servicios del Sistema Nacional de Servicios de Salud se organizaron estructuras locales.

Sus funciones eran las de desarrollar las actividades establecidas en las normas.

Jefe de la estructura local era el Director del Servicio, responsable de la ejecución del programa, e incluía a un personal de salud con formación en Salud Pública, un médico clínico, preferentemente un pediatra cardiólogo, y otro profesional tal como médico general, enfermeras, educadores sanitarios, auxiliares parvularios, etc.

El programa se desarrollaría con los recursos propios del servicio.

4. Actividades del programa

- a) Prevención primaria:
No son susceptibles de una cuantificación numérica previa. Consistían en el tratamiento adecuado, ajustado a la norma de toda infección faríngea documentada clínica o bacteriológicamente, como de origen estreptocócico.

Inclúan acciones educativas hacia la comunidad en orden a inducir la consulta espontánea y hacia el personal de salud, con el objeto de estandarizar los procedimientos terapéuticos.

b) Detección precoz y tratamiento de pacientes con ERA: la detección de enfermos la harían los médicos en los policlínicos generales, adosados de especialidades, en las salas de los hospitales y servicios de urgencia.

El diagnóstico de ERA sería confirmado mediante interconsulta a las secciones de cardiología pediátrica o de adultos, según correspondiera.

Al diagnóstico seguirá la notificación obligatoria y el tratamiento ajustado a las normas centrales.

c) Profilaxis secundaria: todo enfermo dado de alta con diagnóstico de ERA o con antecedentes de ERA, CRC y corea debería ingresar a profilaxis secundaria. Previamente deberían ser evaluados en cuanto a la severidad de su cuadro y al posible compromiso cardíaco para su inclusión en algunos de los esquemas contemplados en la profilaxis secundaria.

Estos serían:

- Sin compromiso cardíaco: profilaxis hasta los 18 años de edad, con un mínimo de 5 años de duración.
- Compromiso cardíaco leve: profilaxis hasta los 25 años de edad, con un mínimo de 10 años de duración.
- Compromiso cardíaco severo post-cirugía valvular: profilaxis por vida.

Como droga se usaría penicilina benza-

tina en dosis de 1.200.000 cada 28 días. En casos de alergia a penicilina se usaría sulfa 1 gm diario o eritromicina 250-500 mg diarios.

Todas las actividades se registrarían en formularios ad hoc. Sistemas de rescate de pacientes que abandonarían el programa deberían diseñarse teniendo en consideración la situación y recursos locales.

Se definieron criterios para diferenciar ausencias ocasionales de abandono del programa.

d) Control y seguimiento de pacientes con CRC: controles periódicos se establecerían para pacientes con CRC. Ellos serían la responsabilidad de los servicios de Pediatría y Medicina, quienes determinarían los procedimientos a seguir y la periodicidad de ellos según la gravedad del caso.

5. Educación para la salud

Se realizaría en forma permanente dirigida a pacientes individualmente, en grupos, a la comunidad y al personal de salud.

6. Evaluación

Se haría al menos una vez al finalizar cada año calendario e incluiría áreas tales como: Incidencia de ERA, Prevalencia de CRC, Egresos Hospitalarios por ERA y CRC, Cumplimiento de Profilaxis Secundaria, etc.

Debe agregarse que el Ministerio de Salud ha definido Propósitos, Objetivos, Estrategias y Actividades a ser desarrollados por el Sistema Nacional de Servicios de Salud. Ellos representan las Políticas Nacionales para cumplir con el objetivo "Sa-

lud para todos en el año 2.000” y el énfasis ha sido puesto en el Nivel Primario de Atención y las prioridades en Prevención y Promoción de la Salud.

La enfermedad reumática y cardiopatía reumática crónica, a pesar de su tendencia al descenso no han escapado a estos planteamientos, sobre todo, existiendo para ellos medidas profilácticas de eficacia demostrada como es la aplicación de penicilina benzatina en los expuestos al riesgo.

Las estrategias en estos casos son:

1. Prevención primaria: adecuado tratamiento de la faringitis estreptocócica.
2. Prevención secundaria: penicilina benzatina cada 28 días a todos los individuos con antecedentes de fiebre reu-

mática o evidencias de cardiopatía reumática crónica por períodos convencionales pre-establecidos.

3. Cirugía valvular: para los pacientes con cardiopatía reumática crónica en quienes esté indicada.

Dada las diferencias existentes entre los distintos Servicios de Salud del país, serán las autoridades locales quienes fijarán las prioridades en las metas, sus estrategias y actividades, teniendo como marco de referencia, la Directriz General Ministerial anotada.

AGRADECIMIENTOS:

Se agradece la colaboración del Dr. Juan Zamorano, del Ministerio de Salud, en la obtención de los datos nacionales.

FUENTES DE DATOS:

- Ministerio de Salud, Departamento de Planificación.
- Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, Departamento de Informática.
- Ministerio de Economía, Fomento y Reconstrucción, Instituto Nacional de Estadística.

