Enfermedad reumática y tratamiento abreviado con corticoides

Dres. I. Lema C*, L. Saavedra M*, G. Martínez del R**.

La Enfermedad Reumática sigue siendo una entidad clínica de gran magnitud y una de las principales causas de hospitalizaciones prolongadas en los Servicios de Segunda Infancia en nuestro país.

Como causa de muerte en Chile es responsable de 6 muertes por cada 100.000 habitantes, para el período 1970-1974. De los egresos anuales de las Unidades de Segunda Infancia de los Hospitales Pediátricos de Santiago un 6 a 8% correspondieron a Enfermedad Reumática para el período 1974-1976.^(1, 2)

De ahí la importancia del uso del esquema abreviado con corticoides en su tratamiento, que reduce en forma significativa el promedio de días de hospitalización, sin que esto signifique un riesgo para el niño.^(3, 4, 5, 6, 7)

Hemos revisado todo el material de Enfermedad Reumática desde la creación de este Hospital, a fin de establecer diferencias entre los pacientes hospitalizados antes de junio de 1973 y después de esta fecha, época en que se inició el uso del esquema de tratamiento abreviado en nuestro Servicio.

MATERIAL Y METODO

Se revisan 150 fichas clínicas clasificadas como Enfermedad Reumática entre noviembre de 1969 y junio de 1977, de ellas 72 casos correspondieron a Enfermedad Reumática Brote Inicial según el criterio de Jones modificado.

Se analiza la distribución de casos por: años, sexo, edad del primer brote, diagnóstico de ingreso, cuadro clínico, exámenes de laboratorio,

complicaciones, secuelas y recaídas en relación con el tratamiento efectuado. Además se analizó el promedio de días de hospitalización y su relación con el tratamiento esteroideal, el control posterior al alta y el tratamiento profiláctico.

Como esquema de tratamiento esteroideal abreviado se catalogaron todos aquellos casos en que se usó Prednisona 2 mg por kg. en una dosis diaria administrada a las 08 hr. durante 10 días con interrupción brusca.^(3, 7)

RESULTADOS

Analizando la distribución de casos por años se observó una reducción importante del número de casos a partir del año 1974. Se presentaron 39 casos antes de junio de 1973 y 33 casos posteriores. Debemos hacer notar que el año 1969 se analizó a partir del mes de noviembre. (Gráfico 1.)

Gráfico N° 1

ENFERMEDAD REUMATICA DISTRIBUCION POR AÑOS

*Médico Becario Pediatría Hospital Higuera, Talcahuano.

**Médico Jefe Unidad Segunda Infancia Pediatría Hospital Higuera.

No hubo diferencia significativa en la distribución por sexo con un 48.7% del sexo femenino y 51.3% del sexo masculino. El 91.6% de nuestros pacientes presentaron el primer brote a los 5 años o más. (Gráfico 2.)

Gráfico N° 2

En 63 casos el diagnóstico de ingreso fue Enfermedad Reumática u Obs. Enfermedad Reumática con un 87.4%. (Gráfico 3.)

Gráfico N° 3

Del análisis del cuadro clínico observamos Carditis en un 79.1%, Poliartritis Migratoria en un 19.4% y Corea Reumática en un 5.5%, Eritema Marginado en un caso con el 1.3%. De los signos menores predominaron las Poliartalgias y la Fiebre. (Tabla 1.)

Tabla N° 1

SIGNOS MAYORES Y MENORES

SIGNOS MAYORES	Nº	%
CARDITIS	57	79 1
POLIARTRITIS	14	19 4
COREA	4	5 5
ERITEMA MARGINADO	1	1 3
NODULOS S CUTANEOS	0	0 0
SIGNOS MENORES	Nº	%
POLIARTRALGIAS	53	73 6
FIEBRE	42	58 3

De los exámenes de laboratorio, la velocidad de sedimentación globular fue de 50 mm. o más en la primera hora en 54 casos con un 74.9%. (Gráfico 4.) En el hemograma se analizó la leucocitosis y la desviación a izquierda, encontrándose que el 49.2% de los pacientes tenían 10.000 leucocitos o más por mm³, y el 17.2% tenían más de 6 Baciliformes en la fórmula leucocitaria. (Gráfico 5.)

Gráfico N° 4

Gráfico N° 5

El título de A.S.O. se realizó en 28 casos y de éstos el 10.71% tuvo menos de 200 U. Todd, el 46.4% tuvo entre 200 y 500 U. Todd, el 28.5% entre 500 y 1.000 U. Todd, y el 14.2% cursó con más de 1.000 U. Todd. En total el 89.1% presentó más de 200 U. Todd. (Gráfico 6.)

Gráfico N° 6

La radiografía de tórax se realizó en 41 casos, de éstos fue normal en 20 casos, observándose Cardiomegalia en 14 casos con un 34.1%. (Gráfico 7.)

Gráfico N° 7

El Electrocardiograma se hizo en 54 casos y fue normal en 28 pacientes, el espacio P-R prolongado se observó en 5 casos con un 5%. (Gráfico 8.)

Gráfico N° 8

Del análisis del tratamiento efectuado y su relación con el número de recaídas y rebote, se observan 2 recaídas en casos con tratamiento esteroidal prolongado, tres recaídas y 1 rebote con tratamiento abreviado, 6 recaídas en aquellos casos tratados con Aspirina y 3 recaídas en casos con tratamiento no clasificable, con un total de 14 recaídas. (Tabla 2.)

Tabla N° 2

TRATAMIENTO EFECTUADO RECAIDAS Y REBOTE

TRATAMIENTO	FORMA DE E.R.				Recaíd	Rebote
	Carditis	Artic.P.	Corea	Total		
CORTICOIDE PROLONG.	12	1	-	13	2	-
CORTICOIDE ABREV.	22	-	-	22	3	1
ASPIRINA	17	10	-	27	6	-
TRAT. NO CLASIFIC.	5	1	4	10	3	-
TOTAL	56	12	4	72	14	1

De las secuelas valvulares observadas en 13 casos, 12 fueron de válvula Mitral con un 92.3% y un caso con lesión de válvula aórtica. (Gráfico 9.)

Gráfico N° 9

SECUELAS VALVULARES

Se analizan las complicaciones y su relación con el tratamiento efectuado, encontrándose Insuficiencia Cardíaca en 6 casos, 3 casos sin lesión valvular en pacientes tratados con esquema prolongado, un caso de Insuficiencia Cardíaca más secuela valvular tratado con esquema prolongado y 2 casos de Insuficiencia Cardíaca más secuela valvular tratados con esquema abreviado. (Tabla 3.)

De las secuelas valvulares puras, 2 casos de 13 se trataron con esquema prolongado, 6 casos de 22 fueron tratados con esquema abreviado, un caso con Aspirina y un caso con tratamiento no clasificable.

El promedio de días de hospitalización con esquema abreviado fue de 27.42 días y con tratamiento prolongado de 42.23 días. (Gráfico 10.)

Tabla N° 3

TRATAMIENTO	COMPLICACIONES		
	I.C.	LC+ S.V.	S.V.
CORTICOIDE PROLONG.	3	1	2
CORTICOIDE ABREVIAD.	-	2	6
ASPIRINA	-	-	1
TRAT. NO CLASIF.	-	-	1
TOTAL	3	3	10

Gráfico N° 10

De las recaídas observadas, 12 casos (85.7%) no tenían tratamiento profiláctico adecuado; y con profilaxis adecuada se observaron 2 casos (14,3%), de los cuales un caso cumplía tratamien-

to con Sulfadiazina por alergia a la Penicilina y el otro caso con Penicilina Benzatina cada 28 días. (Gráfico 11.)

El control posterior al alta se logró detectar sólo en 22 pacientes (33%) y de éstos sólo 16 casos (22%) tenían tratamiento profiláctico bien llevado. (Gráfico 11.)

Gráfico N° 11

COMENTARIO

De las 150 fichas revisadas, sólo 72 correspondieron a Enfermedad Reumática, aplicando en forma estricta el criterio de Jones modificado.

La distribución por sexo, edad del primer brote, cuadro clínico y el compromiso valvular fueron similares a los observados por otros autores.^(3, 4, 5, 6, 7)

El mayor porcentaje de recaídas se observó en niños tratados con salicílicos y en aquellos casos con tratamiento no clasificable, debiendo hacer notar que de nuestra casuística, 17 carditis fueron tratadas con Aspirina y hubo 5 casos con tratamiento no clasificable. No se observó diferencia significativa de recaídas en los casos tratados con esquema abreviado o prolongado. El rebote se presentó en un caso tratado con esquema abreviado, en el que fue necesario hacer una segunda cura esteroideal.

El promedio de días de hospitalización se reduce de 42.23 días a 27.42 días desde la introducción del esquema abreviado.

Sólo se pudo detectar el control posterior al alta en el 33% de los casos, lo que se puede atribuir a la no existencia de un programa pre-establecido de control para el enfermo reumático en nuestra Región. Actualmente está en introduc-

ción la tarjeta de profilaxis secundaria confeccionada en nuestro Servicio para el enfermo reumático del área de Talcahuano.

Sólo 2 niños con tratamiento profiláctico

adecuado hicieron recaídas, uno de ellos en tratamiento con Sulfadiazina por alergia a la Penicilina y otro niño en tratamiento con Penicilina Benzatina cada 28 días.

CARNET

PREVENCION Y CONTROL

ENF. REUMATICA

Nombre:
Nombre Madre:
Nº Obs.:
Domicilio:
.....

Fecha Nacimiento:
Edad:
Poli. Control:
Establ. Educacional:

Fecha 1er. brote:
Manifestación:
Clínicas:
Secuelas:

Fechas Rebotes y Hospitalizaciones
.....
.....
.....
.....

AÑO.....

BENZAT M.E.		BENZAT M.E.	
ENE.	<div></div>	JUL.	<div></div>
FEB.	<div></div>	AGO.	<div></div>
MAR.	<div></div>	SEP.	<div></div>
ABR.	<div></div>	OCT.	<div></div>
MAY.	<div></div>	NOV.	<div></div>
JUN.	<div></div>	DIC.	<div></div>

AÑO.....

BENZAT M.E.		BENZAT M.E.	
ENE.	<div></div>	JUL.	<div></div>
FEB.	<div></div>	AGO.	<div></div>
MAR.	<div></div>	SEP.	<div></div>
ABR.	<div></div>	OCT.	<div></div>
MAY.	<div></div>	NOV.	<div></div>
JUN.	<div></div>	DIC.	<div></div>

AÑO.....

BENZAT M.E.		BENZAT M.E.	
ENE.	<div></div>	JUL.	<div></div>
FEB.	<div></div>	AGO.	<div></div>
MAR.	<div></div>	SEP.	<div></div>
ABR.	<div></div>	OCT.	<div></div>
MAY.	<div></div>	NOV.	<div></div>
JUN.	<div></div>	DIC.	<div></div>

RESUMEN

Se analizan los resultados obtenidos en la revisión de 72 fichas clínicas de Enfermedad Reumática en el Hospital Las Higueras de Talcahuano.

Se compara: complicaciones, secuelas valvulares, recaídas y promedio de días de hospitalización en relación con el tratamiento efectuado. Se observa que no hay diferencias significativas con el tratamiento abreviado o prolongado, salvo en la reducción de los días de hospitalización, la cual es muy notoria e iría en ayuda a la economía de nuestros Hospitales, sin que signifique algún riesgo para nuestros pacientes.

SUMMARY

After reviewing 72 clinical file records of Rheumatic Fever in Las Higueras Hospital.

The final results were analysed for comparison as follows: Complications, cardiac involvement, recurrences and average days-in-bed all in connection with therapeutic treatment.

No significative difference regarding a shortened or prolonged treatment is noticeable if we except an obvious decrease in the days-in-bed item, a decrease that means a relief to our Hospital budget but means no risk to the patient involved.

REFERENCIAS

- ¹ *Sánchez, J., Philippi, O., Vicuña D.*: Fiebre Reumática y Cardiopatía Reumática en Chile. R. Ch. Ped. 45, 4, 1974.
- ² *Medina, E. y Kaempfer, A.M.*: Epidemiología de la Enfermedad Reumática en Chile. R. Med. Chile. 98: 646, 1970.
- ³ *Vicuña, D., Saieh, M., Eimbcke, F. y Col.* Evolución de la Carditis Reumática tratada con un esquema abreviado de Prednisona. R. Ch. Ped. 45, 4, 1974.
- ⁴ *Wilson, M.G., and Helper, H.N.*: Effect of pituitary adrenocorticotrophic hormone (ACTH) in Acute Rheumatic Carditis. J.A.M.A. 145: 135, 1951.
- ⁵ *Wilson, M.G., and Lim, W. N.*: Natural Course of active Rheumatic Carditis and evaluation of hormone therapy. J.A.M.A. 160: 1457, 1956.
- ⁶ *Wilson, M.G. and Lim, W.N.*: Short term Hormone Therapy. Its effects in Active Rheumatic Carditis of Varying Duration. New Engl. J. Med. 260: 802, 1959.
- ⁷ *Wilson, M.G., Helper, H.N., Lubscz, R. Haim K., and Epstein, N.*: Effects of short term administration of Corticotropin in Active Rheumatic Carditis. Ann. J. Dis. Child. 86: 131, 1953.