

## *Incidencia de la fiebre reumática en el Hospital Provincial de Santa Clara*

Por la DRA. CARLOTA GUZMÁN

La evidente contradicción entre el concepto sostenido por muchos años acerca de la rareza de la fiebre reumática en Cuba y, el importante número de pacientes con este padecimiento que concurren al Hospital Provincial, nos llevó a realizar la presente revisión que tiene por objeto llamar la atención sobre la frecuencia y gravedad de la fiebre reumática en nuestro medio y proponer algunas medidas para su estudio regional.

Nos ha parecido del mayor interés iniciar este trabajo, partiendo de las siguientes consideraciones:

- La fiebre reumática es un padecimiento que produce frecuentes y severas lesiones cardíacas;
- afecta e invalida preferentemente a niños y adolescentes;
- en la actualidad se conoce suficiente sobre su etiología como para poder hablar de su prevención y tratamiento y,
- existen hoy día todas las condiciones políticas y económicas en Cuba para emprender una amplia campaña que permita abatir las cifras de incidencia y mortalidad de la fiebre reumática en el país.

*Naturaleza infecciosa de la fiebre reumática.* En la actualidad no existe ya duda razonable respecto a que el grupo estreptocócico A es el agente promotor de la enfermedad.

Existen acumuladas una serie de pruebas a favor de dicha etiología, que podríamos resumir de la siguiente forma:

1. *Prueba epidemiológica.* La asociación de epidemias de escarlatina, amigdalitis o faringitis estreptocócica con brotes epidémicos de fiebre reumática. Se ha comprobado que del 3 al 4 por ciento de los infectados por estreptococo, son atacados por fiebre reumática.

2. *Prueba bacteriológica.* El cultivo del exudado faríngeo es positivo para el estreptococo hemolítico del grupo A en el 70 a 80 por ciento de los pacientes con fiebre reumática.

La investigación de anticuerpos específicos en los reumáticos (antiestreptolisinas, antiestreptohialuronidasas, antiestreptoquinasa, etc.), manifiesta la vinculación de la fiebre reumática con las infecciones por estreptococo beta hemolítico. La elevación del título de antiestreptolisinas O se comprueba en el 80 a 95 por ciento de los casos, dependiendo del momento en que se haga la determinación.

3. *Prueba terapéutica.* Es posible prevenir la fiebre reumática mediante tratamiento adecuado y oportuno de la infección estreptocócica.

*Factores climáticos.* Al través de los años se ha aceptado casi sin discusión

que "la fiebre reumática es esencialmente un padecimiento de climas templados y relativamente raro en el trópico .

Andrieu- afirma en su tesis recepcio- nal en 1926, que esta enfermedad es común en Gran Bretaña y Francia, pero rara en sus posesiones tropicales.

Segal<sup>3</sup> en 1935 señala que en Canadá y en los Estados Unidos la incidencia de la fiebre reumática disminuye progresivamente hacia el sur y Coburn\* recalcó la rareza de la fiebre reumática en Puerto Rico.

Así se van transmitiendo las "evidencias" y se agregan nuevas a la afirmación de que el factor climático es decisivo en la incidencia de la fiebre reumática.

Sin embargo, por otro lado, cada día se aportan cifras y argumentos que contradicen lo asentado por muchos años.

"En México, dice Chávez", la fiebre reumática constituye un problema médico social tan importante como en los países nórdicos. A pesar d-3 nuestra situación geográfica y del clima semi- tropical, estudios hechos por nosotros, muestran que en México, la incidencia de la cardiopatía reumática era de 41 por ciento antes de 1942 y de 37 por ciento antes de 1954, o sea algo mayor que en Boston y Nueva York"."

En otros países donde *a priori* se consideraba inexistente o rara esta afección, investigaciones recientes han señalado cifras igualmente sorprendentes como en India, China, Costa Rica, Panamá.<sup>1</sup>

Thoinas de la India afirma: "aunque su frecuencia no ha sido correctamente estimada, se reconoce que el reumatismo en la India es una de las causas más importantes de cardiopatía".<sup>6</sup>

Paul y Dixon<sup>7</sup> consideraron que la mayor frecuencia de la fiebre reumática en los estados del norte en relación con los del sur

de Estados Unidos, podía explicarse por las malas condiciones de vida y la insalubridad en las viviendas de las zonas altamente industrializadas del norte. Por otra parte, las estadísticas coinciden en el dato que la fiebre reumática es mucho más frecuente en las grandes ciudades que en el campo.<sup>8</sup>

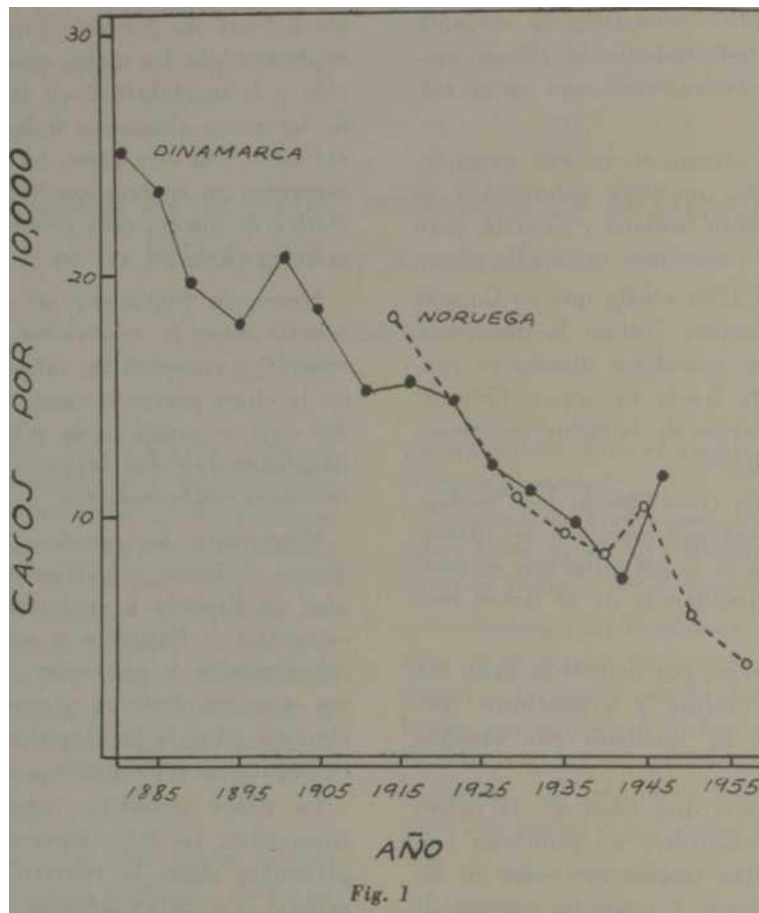
Morris en Inglaterra<sup>9</sup> en un acucioso estudio sobre la mortalidad por fiebre reumática encontró las cifras más altas en la cinco mayores zonas industriales del país y señaló a la pobreza y al hacinamiento como favorecedores de la infección estreptocócica.

Finalmente, los estudios sobre incidencia de fiebre reumática en las colonias de Francia e Inglaterra, son incompletos y limitados a sectores muy seleccionados de población y no permiten sacar conclusiones ni siquiera aproximadas sobre la incidencia de la fiebre reumática en tales países.

La fiebre reumática, como las gastroenteritis, las infecciones de vías respiratorias altas, la tuberculosis y, en general los padecimientos infecciosos, muestra una tendencia a la declinación que corre pareja con el desarrollo económico de los pueblos. Si mejora la economía de un país y con ello su control sanitario y, obviamente permanecen constantes las condiciones climáticas, la incidencia de los diferentes padecimientos infecciosos decrece. (Fig. 1)

En los distintos países los sectores más empobrecidos son los afectados en mayor proporción. No nos cabe duda que en escala mundial, en la medida que se conozca mejor la patología de los pueblos se irán desplazando los mayores coeficientes de mortalidad y morbilidad a los países subdesarrollados.

No negamos la posible influencia del clima, la altura y otros factores ambientales sobre la incidencia de la fiebre reumática; pero creemos que poner



el acento en ellos, conduce a subestimar la participación de las condiciones socioeconómicas en el desencadenamiento de la fiebre reumática e impide enfocar correctamente la prevención de la enfermedad que nos ocupa.

Siguiendo los anteriores razonamientos iniciamos este informe preliminar sobre la incidencia de la fiebre reumática en nuestro medio.

#### MATERIAL Y METODO

En 7,458 expedientes del Hospital Provincial de Santa Clara, correspondientes a los ingresos registrados desde el primero de mayo de 1961 al 31 de diciembre de 1962, se encontraron 185 cardiopatías, o sea el 2.5 por

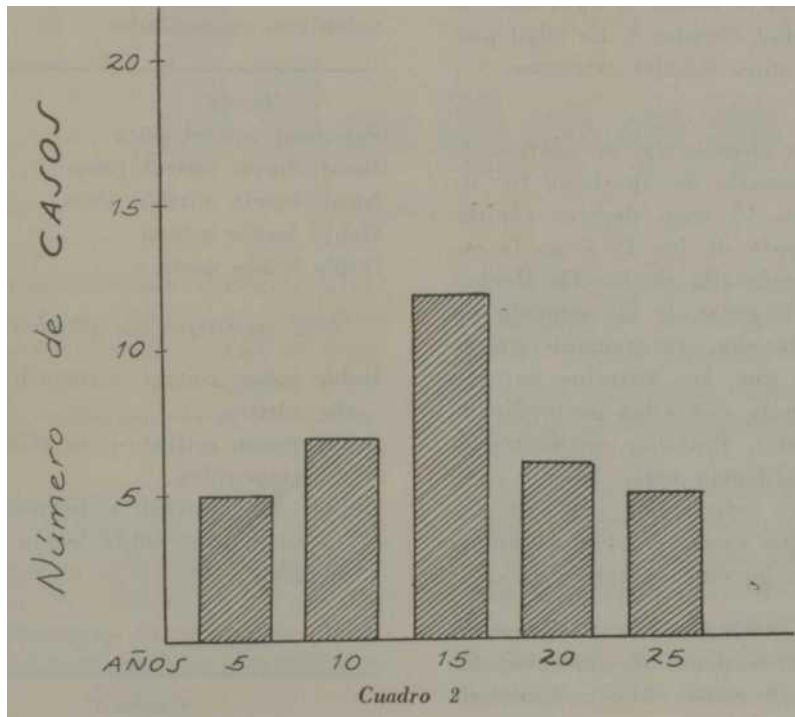
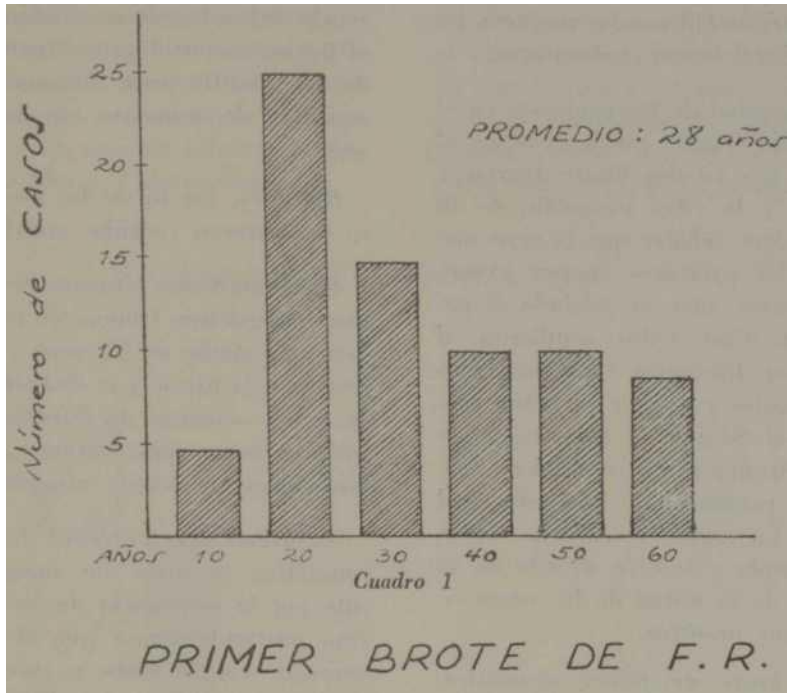
ciento de los ingresos, y 70 casos de fiebre reumática, lo que representa el 0.93 por ciento del total de ingresos y el 43 por ciento de las cardiopatías.

El criterio de selección fue bastante estricto: en 58 casos existía la evidencia de valvulopatía reumática, en los 12 restantes el diagnóstico se estableció por la presencia de poliartritis severa, flogótica, migratoria, delitesciente, febril, acompañada de leucocitosis, sedimentación globular acelerada y antecedente de angina.

#### RESULTADOS Y COMENTARIOS

Del estudio pormenorizado de los 70 expedientes de fiebre reumática, recogimos los siguientes datos:

EDAD DE LOS PASIENTES en el MOMENTO DEL ESTUDIO



*Sexo.* Cuarenta mujeres (58%) y 30 hombres (42%). En nuestro pequeño lote se repite lo encontrado en la mayor parte de los estudios; la predilección de esta enfermedad por las mujeres. La explicación del hecho se desconoce.

*Edad.* La edad de los pacientes en el momento del estudio puede verse en el cuadro 1. Las edades límite fueron 5 y 60 años y la edad promedio de 28 años. Conviene señalar que la gran mayoría de los pacientes fueron examinados a varios años de iniciado el padecimiento. Casi todos acudieron al hospital por diferentes manifestaciones de cardiopatías y no por la fiebre reumática en sí. Sólo en 12 casos logramos asistir al primer brote reumático. Esto explica la presencia de casos de edad avanzada. La mayor incidencia ocurre en la segunda y tercera década de la vida: más de la mitad de los casos estudiados por nosotros.

*Primer brote de fiebre reumática.* Sólo en 35 casos fue posible establecer con precisión la fecha de aparición de la enfermedad. Cuadro 2. La edad promedio: 12 años. Edades extremas: 3 \ 25 año.-.

Como se observa en la gráfica, la mayor frecuencia de aparición fue de los 11 a los 15 años, decrece rápidamente después de los 15 y no la encontramos más allá de los 25. Hechos estos que, a pesar de la reducida casuística, coinciden estrictamente con lo encontrado por los distintos autores. Chávez' señala una cifra promedio de 12 a 13 años. Puirzing encuentra la máxima incidencia entre los 10 y 19 años. Colín<sup>10</sup> refiere que, en el 90 por ciento de los casos, el primer ataque ocurre entre los cinco y quince años.

*Infección faríngea.* Fue posible establecer el antecedente de infección faríngea en 43 casos (61%). Conviene recordar que existen evidencias clara que en términos generales, no

puede haber recaídas de fiebre reumática sin infección estreptocócica previa. La ausencia del antecedente clínico no niega el hecho bacteriológico. Muchas formas de amigdalitis poco sintomáticas, van seguidas de aumento de anticuerpos séricos.

*Recaídas.* En 46 de los casos (65%) se presentaron recaídas múltiples.

*Manifestaciones clínicas.* Se encontraron antecedentes francos de reumatismo articular agudo en 52 casos (74%). En tres más. la historia se deducía a fiebre de varias semanas de duración que repitió en una o más ocasiones, sin manifestaciones articulares ningunas.

*Severidad.* La severidad de la fiebre reumática se pone de manifiesto no sólo por la constancia de las recidivas, sino particularmente por el ataque al corazón. En 58 casos se encontró evidencia de cardiopatía (83%). En el cuadro 3 se señalan las alteraciones valvulares encontradas.

<i>Lesión</i>	<i>Caso</i>
Estenosis mitral pura .....	11
Insuficiencia aórtica pura .....	4
Doble lesión mitral .....	13
Doble lesión aórtica .....	2
<i>Con participación plurivalvular</i>	
Doble lesión mitral -f- insuficiencia aórtica .....	7
Doble lesión mitral insuficiencia tricuspídea.....	2
Doble lesión mitral insuficiencia aórtica + doble lesión tricuspídea .....	2
<b>Total .....</b>	<b>58</b>

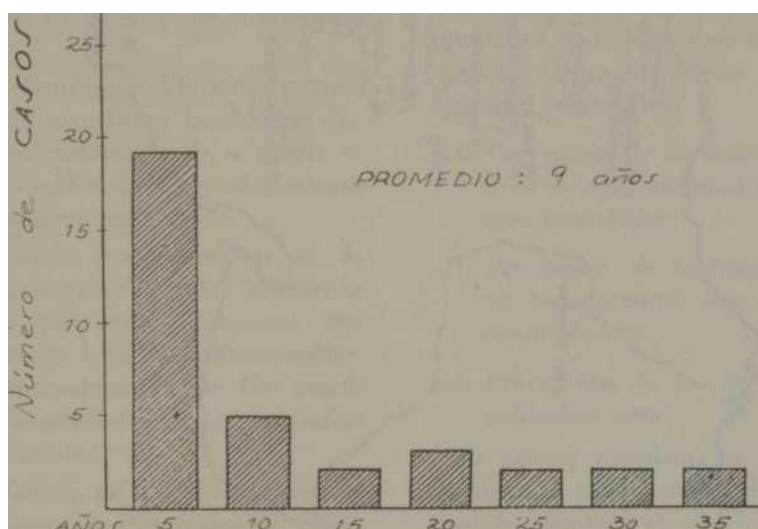
*Cuadro .1*

R. C. M.  
Junio 3D, 1965

Se encontraron 2 pericarditis agudas con derrame abundante. Hubo 2 casos con diagnóstico clínico de neumonitis reumática. En 14 casos se presentaron arritmias: 10 con arritmia completa por fibrilación auricular, tres de los cuales hicieron embolias cerebrales, y cuatro con extrasístoles auriculares o ventriculares. Hubo un caso de infartos pulmonares múltiples y 7 defunciones.

*Situación económica.* Cuarenta y cuatro pacientes tenían mala posición económica, once regular y en 19 no se determinó. Ninguno fue clasificado dentro de los grupos acomodados. Aunque el dato coincide con lo asentado acerca de que la fiebre reumática ataca a los sectores económicamente débiles, es necesario aclarar sin embargo, que las cifras reflejan también la situación eco-

#### TIEMPO DE EVOLUCION



Cuadro 4

*Tiempo de evolución.* El tiempo transcurrido desde el primer brote reumático hasta el momento del estudio se pudo determinar en 35 casos. Cuadro 4. El tiempo de evolución varió de 4 días a 35 años.

*Datos de laboratorio.* En el 80 por ciento de los casos la sedimentación globular estaba acelerada, con cifras que variaron de 44 a 125 mm a la hora. En cambio, solamente en el 40 por ciento se comprobó leucocitosis de 10,600 a 25,200.

nómica de los grupos sociales que acuden al Hospital Provincial. Para tener un dato real es necesario explorar la incidencia de la fiebre reumática en los diferentes niveles económicos.

*Distribución geográfica.* Fig. 2. Encontramos casos de casi toda la Provincia. Las mayores incidencias correspondieron a las regiones más cercanas a Santa Clara. En cambio las zonas en blanco, caen bajo el control de otros hospitales importantes de la Provincia de las Vi-



Fig. 2

Has como los de Cienfuegos y Sancti Spiritus al sur y Sagua al norte.

*Prevención del padecimiento.* Conviene hacer hincapié en la ausencia de tratamiento preventivo de las recaídas en la inmensa mayoría de los casos. En los que están bajo nuestro control, hemos adoptado la medida de aplicar penicilina benzatina a dosis de 2,400,000 unidades cada 30 días.

#### RESUMEN Y CONCLUSIONES

1. La fiebre reumática parece ser un padecimiento tan frecuente en países con climas tropicales y semitropicales, como en aquellos de climas templados.
2. Las estadísticas de diferentes autores ponen de manifiesto incidencias elevadas en países donde *a priori* se había considerado un padecimiento prácticamente inexistente.
3. Los factores fundamentales en la epidemiología de la fiebre reumática son las infecciones faríngeas por estreptococo beta hemolítico, influidas principalmente por las condiciones socioeconómicas y sanitarias de los pueblos.
4. La incidencia de la fiebre reumática en el Hospital Provincial de Santa Clara es de 0.93 por ciento del total de ingresos y de 43 por ciento del total de cardiopatías.
5. El comportamiento de nuestros casos es estrechamente semejante al señalado por la mayor parte de los autores en los diferentes países, en cuanto a incidencia, distribución por edades y sexos, época de principio, recaídas y severidad.
6. Se reportan casos de casi toda la Provincia de Las Villas. La mayor incidencia correspondió a Santa Clara, Cabaiguán, Fomento y Placetas.
7. Hasta ahora no se ha ejercido control ni tratamiento preventivo de las recaídas de la fiebre reumática en nuestro medio.

8. De los datos anteriores se puede deducir que la fiebre reumática es un padecimiento frecuente en la Provincia de Las Villas y que constituye un problema médico social de gran interés, que urge estudiar para tomar las medidas preventivo curativas más convenientes.

#### PROPOSICIONES

De acuerdo con las conclusiones extraídas de este informe preliminar, proponemos los siguientes puntos para una Campaña de Prevención de la fiebre reumática en la Provincia de Las Villas.

Dicha Campaña deberá abarcar tres aspectos principales:

- I. Prevención de las lesiones cardíacas o de su agravamiento en los enfermos reumáticos.
- II. Prevención de la fiebre reumática en los pacientes con faringitis estreptocócica.
- III. Prevención de las faringitis en la población sana.

El primer problema es el más fácil de manejar porque los pacientes acuden espontáneamente al médico y su control se simplifica relativamente. Los puntos que a continuación se señalan ayudarán a resolverlo:

- a) Que se incluya a la fiebre reumática dentro de las enfermedades infecciosas de declaración obligatoria.
- b) Que se haga una amplia campaña de divulgación de las manifestaciones, gravedad origen y prevención de la fiebre reumática, que abarque a los médicos, personal paramédico y público en general.
- c) Que se unifique el tratamiento de la fiebre reumática en todos los hospitales y policlínicas de la Provincia por medio de la difusión y



discusión de un plan básico, que se adoptará como obligatorio -en toda la Provincia.

d) Que se provea a los distintos nosopítalos, policlínicas, etc. de penicilina oral y benzatina, con el fin de garantizar su administración continuada.

e) Que se ponga a la disposición de escuelas, círculos infantiles, los diferentes hospitales, los medioscuarteles y otros centros a donde necesarios para el diagnóstico de la concurren niños y jóvenes y que fiebre reumática: cultivos, antiescueras con servicios médico, podrá treptolisinas, proteína C reactiva, administrarse penicilina oral o pro- etc cáinica por espacio de 10 días.

II. En cuanto al segundo aspecto, las dificultades serán mayores por la amplia incidencia de las faringitis estreptocócicas, por la frecuencia de las formas benignas que no llegan al médico y por la subestimación que el pueblo y aún el médico, tienen por este problema de salud.

Froponemos los siguientes puntos:

a) Que se incluya a las faringitis es-extensas construcciones de viviendas treptocócicas dentro de las infec-higiénicas y proyectos para presercciones de declaración obligatoria. var a las ciudades de las tolvaneras.

b) Que se elabore un instructivo básico Finalmente, dada la importancia que para su mas amplia divulgación, reviste la fiebre reumática proponemos sobre las características fundamentales de las faringitis estreptocóc-

c) Que en los lugares donde los pa-para una Campaña Nacional de Pre- cientos acuden eventualmente comovención de la Fiebre Reumática en hospitales, policlínicas, etc., todas Cuba.

las faringitis sean tratadas con una sola aplicación de penicilina de larga acción. No se aconseja el empleo de otros tipos de penicilina por lo difícil que resulta garantizar concentraciones adecuadas del medicamento sin interrupción, por espacio de 10 días,

III. En el tercer aspecto, deberá considerarse:

a) La localización de los portadores sanos, de estreptococo hemolítico, (jUe ge ]iarz pGr medio de una pesquisa minuciosa entre los contactos (le log enfermos.

b) For otra parte, los planes de ingeniería sanitaria deberán contemplar

#### BIBLIOGRAFIA

L- Fricferg C/i. -Diseases of the heart. saunders, Philadelphia, London, 1956.  
2—Andrieu, G.: Le rheumatisme articulaire aigu, maladie contagieuse. Thesis, Toulouse, J. Fournier, 1926.  
3.—Seegal, D., Seegal, B. C. and Jost, E. L.: Am. J. M. Se. 190: 383, 1955.  
4- Coburn, A. F The Factor of Infection in the Rheumatic State. Baltimore, Williams and Wilkins Co., 1931.  
K \_ Chávr Ir i a j t ■  
J C h á v i z R I A l e : e T  
J .. Lnuvez, K. j. Algunos aspectos de la epidemiología de la fiebre reumática en la Ciudad de México. Primer Symposium In

ternacional sobre fiebre reumática, I.N.C., México, 1956.  
6.—Thomas, T., Prusty, S., Thonuis, E.: Es-tenosis mitral reumática en la India y su tratamiento quirúrgico transventricular. IV Congreso Mundial de Cardiología, México, F. México, D. F. 1962.  
DÍX o p ^ L ^ M ^ A ^  
o u n V, r,  
Rammelkamp, C. H.: The Epidemiology Rheumatic Fever, The Harvey lectures, Academic Press Inc., New York. 1956.  
9.—Morris, J. N. & Ti/mus. R. F.: Lancet 11, 59 1942  
10.-Cohn. A. E.: Am. Heart. J. 2: 275, 1927.

R. C. M.  
O U N I O 30, 1 965