

Fiebre reumática en Camagüey

Un estudio de 56 casos

Por los Dres.:

RAFAEL J. LEÓN DÍAZ,⁽¹⁵⁾ Y SERGIO AMARO MÉNDEZ,⁽¹⁶⁾

INTRODUCCION

1.1. Desde el punto de vista asistencial, la fiebre reumática —establecida como entidad clínica por *Bouillaud* hace 130 años— continúa siendo un complejo problema médico. Su diagnóstico es puramente clínico, y la certeza del mismo solamente se obtiene cuando el cuadro clínico es florido. Algunos exámenes complementarios resultan útiles, pero ninguno de ellos es de un valor absoluto para el diagnóstico. El tratamiento es fundamentalmente sintomático, y suele ser prolongado; basta que punto se actúa sobre la evolución de la enfermedad, abreviando la actividad reumática o evitando las secuelas valvulares, es una cuestión aún no bien determinada. El peligro de un nuevo brote agudo es siempre una amenaza, y aunque el tratamiento preventivo se considera útil, no siempre evita la infección estreptocócica, además de que en muchas ocasiones es descuidado o no puede ser llevado a cabo por el enfermo. El pronóstico es totalmente incierto; el paciente —por lo general, un niño— puede transformarse o no en un cardiopata, y esta cardiopatía puede a su vez dar una sintomatología muy o poco manifiesta, y ser bien o mal tolerada por el

enfermo. El diagnóstico de capacidad funcional en pacientes con cardiopatías reumáticas agudas o crónicas debe ser hecho teniendo en cuenta la reversibilidad del proceso agudo, y la posibilidad de que la fase crónica evolucione estacionaria o progresivamente. Los trastornos psicológicos que derivan del conocimiento de las características de la enfermedad por el paciente y sus familiares, deben asimismo ser valorados cuidadosa y juiciosamente.

1.2. Desde el punto de vista epidemiológico, un estudio sobre fiebre reumática en nuestro medio debe comenzar por el conocimiento de nuestros índices de incidencia, prevalencia y mortalidad. Estos valores no han sido determinados en Cuba. En un artículo al respecto, *Chavez*¹ fijó los distintos métodos que podían utilizarse para determinar la frecuencia de fiebre reumática en un país (Cuadro No. 1), y señalaba lo siguiente: “Ninguno de todos estos procedimiento logra dar una imagen fiel de la difusión del padecimiento. La única manera de aproximarse a la realidad es aplicar varios métodos a la vez. La utilización de los certificados de defunción se presta a serios errores; la declaración obligatoria de la fiebre reumática no existe en nuestro país, y el estudio de determinados sectores de la

¹⁵ Jefe del Servicio de Medicina Interna del Hospital Provincial “Manuel Ascunce Domenech”, Camagüey, Cuba.

¹⁶ Residente de Medicina Interna del Hospital Provincial “Manuel Ascunce Domenech”, Camagüey, Cuba.

CUADRO No. 1

METODOS QUE PUEDEN EMPLEARSE PARA DETERMINAR LA FRECUENCIA DE FIEBRE REUMATICA EN UN PAIS (Según Chávez)

- 1- ESTUDIO DE LA MORTALIDAD
 - A) Certificado de Defunción.
 - B) Necropsias realizadas en los hospitales.
- 2- ESTUDIO DE LA MORBILIDAD
 - A) Información suministrada por declaración obligatoria.
 - B) Estudio de grupos seleccionados de la población: Niños en edad escolar, universitarios, obreros, etc.
 - C) Estudio de sectores determinados de la ciudad.
 - D) Estudio de la incidencia de fiebre reumática en clínicas u hospitales.

ciudad es demasiado laborioso . Nosotros entendemos que, en aquellos países que han logrado un gran desarrollo administrativo de sus unidades de asistencia médica y socialización de la medicina, como el nuestro, el método de elección lo constituye la información estadística de nuestros policlínicos y hospitales, y, en cierto modo, sobre esta base se realizó el presente trabajo.

2. —MATERIAL DE ESTUDIO

2.1. El material de estudio lo constituyen todos los ingresos ocurridos durante el año 1965 en los Hospitales Provincial “Manuel Ascunce Domenech” e Infantil “San Juan de Dios”, de Camagüey, diagnosticados como fiebre reumática de acuerdo con los requisitos de *Jones* modificado²⁻³ (Cuadro No. 2) para el mismo. En total, 56 pacientes fueron estudiados, estando a cargo de nosotros su atención en la mayor parte de los casos, por acuerdo de los Departamentos de Medicina Interna, Cardiología y Pediatría del Hospital

“Manuel Ascunce”. Los aspectos analizados —que se circunscriben en este trabajo a un intento de conocer las características reales sobre la incidencia y modalidades clínicas de la fiebre reumática en nuestro medio— aparecen resumidos en la Tabla No. 1, y sus resultados son a continuación comentados.

3.—RESULTADOS

3.1. *Edad.* La distribución por edades (Tabla No. 2) demostró que el grupo mayor presentaba entre 10 a 17 años de edad (67.8%), continuándole el grupo menor de 10 años (16.1%), los comprendidos entre 18 a 25 años (8.9%), y, finalmente los mayores de 25 años (7.2%). Para el grupo menor de 10 años, el cuadro clínico resultó muy severo, por cuanto 2 casos (40%) desarrollaron una cardiopatía reumática, además de que en otros 2 pacientes ya existía la misma, secundaria a brotes agudos previos. El cuadro clínico fue por el contrario, muy benigno para el grupo mayor de 25

CUADRO No. 2

CRITERIO DE JONES (modificado) COMO GUIA AL DIAGNOSTICO DE FIEBRE REUMATICA

A) Signos mayores:

Evidencia por:

- I.-CARDITIS
 - A) Soplo sistólico o arrastre diastólico en punta, o soplo diastólico en base en paciente sin historia anterior de cardiopatía; o modificación de un soplo conocido en paciente con cardiopatía reumática.
 - B) Cardiomegalia apreciada radiológicamente.
 - C) Pericarditis manifestada por frote o derrame pericárdico, o evidencia electrocardiográfica definida.
 - D) Insuficiencia cardíaca congestiva presente en un niño o adulto menor de 25 años sin otra causa que lo explique.
- II. -POLI ARTRITIS
- III. -COREA
- IV. -NODULOS SUBCUTANEOS
- V. -ERITEMA MARGINADO

Bi Signos menores:

I.-FIEBRE

I ARTRALGIAS

No puede ser usada como criterio menor cuando la poliartritis es incluida como un criterio mayor de diagnóstico.

III. -IR PROLONGADO EN EL ELECTROCARDIOGRAMA

IV.-ERITROSEDIMENTACION AUMENTADA, LEUCOCITOSIS O PRESENCIA DE PROTEINA C REACTIVA

V. -EVIDENCIA DE INFECCION Bien sea:

- ESTREPTOCOCCICA BETA A) Por un cuadro clínico típico o compatible con infección estreptocócica, con o sin comprobación bacteriológica; o
- B) título elevado de antiestreptolisinas (más de 200 U.).

VI.-HISTORIA DE FIEBRE REUMATICA PREVIA O PRESENCIA DE CARDIOPATIA REUMATICA INACTIVA

- 1.- La presencia de dos criterios mayores o uno mayor y dos menores indica una alta probabilidad de presencia de fiebre reumática, si bien debe hacerse resaltar que la combinación poliartritis, fiebre y eritrosedimentacion acelerada es la mas frágil de todas, pudiendo inducir a falsos diagnósticos de fiebre reumática.
- 2- El criterio (le Jones sólo tiene importancia en cuanto al diagnóstico, y no sobre el grado de actividad reumatica o severidad de la infección aguda.

TABLA I
EDAD, SEXO, RAZA, PROCEDENCIA Y SIGNOS MAYORES Y MENORES DE FIEBRE REUMATICA EN 56 CASOS

Caso	H. Clínica	Edad	Sexo	Raza	Procedencia	PA	CD	CO	FB	AB	PR	ER	AI	AFR
1	132834	21	M	M	RURAL	SI	SI	NO	SI	—	SI	SI	NO	NO
2	118103	17	M	B	RURAL	SI	NO	NO	SI	—	NO	SI	NO	SI
3	110693	40	M	B	URBANA	SI	NO	NO	SI	—	NO	SI	SI	NO
4	140436	14	M	B	URBANA	SI	SI	NO	SI	—	NO	SI	SI	NO
5	142875	15	M	B	URBANA	SI	SI	NO	SI	—	SI	SI	SI	SI
6	87334	16	F	B	RURAL	SI	SI	NO	SI	—	NO	SI	SI	SI
7	133204	39	M	B	URBANA	SI	SI	NO	SI	—	NO	SI	NO	NO
8	138454	10	M	B	RURAL	SI	NO	NO	SI	—	NO	SI	SI	NO
9	130858	16	F	M	RURAL	NO	NO	SI	SI	NO	NO	SI	SI	NO
10	118718	10	F	B	RURAL	NO	SI	NO	NO	SI	NO	SI	NO	NO
11	144821	14	F	B	RURAL	NO	NO	SI	NO	NO	NO	SI	SI	NO
12	119105	13	M	B	RURAL	SI	SI	NO	SI	—	NO	SI	SI	NO
13	116954	9	F	B	RURAL	NO	SI	NO	SI	SI	NO	SI	?	NO
14	119457	4	F	M	RURAL	NO	SI	NO	SI	NO	NO	SI	NO	NO
15	107110	10	M	B	RURAL	NO	SI	NO	SI	SI	NO	SI	NO	NO
16	141516	12	F	B	URBANA	NO	SI	NO	SI	SI	NO	SI	SI	SI
17	118040	11	F	B	URBANA	SI	NO	NO	SI	—	NO	SI	?	NO
18	47042	13	M	B	URBANA	SI	SI	NO	SI	—	NO	SI	SI	SI
19	119416	15	F	B	URBANA	SI	SI	NO	SI	—	NO	SI	SI	NO
20	137816	12	F	B	URBANA	NO	SI	NO	SI	SI	NO	SI	SI	NO
21	138688	19	F	B	URBANA	NO	NO	SI	SI	NO	NO	SI	?	SI
22	111677	8	M	B	URBANA	NO	SI	NO	SI	SI	NO	SI	SI	NO
23	118799	5	F	B	URBANA	NO	SI	NO	SI	SI	NO	SI	SI	SI
24	121029	8	F	B	RURAL	SI	NO	NO	SI	—	NO	SI	SI	SI
25	120310	17	M	M	RURAL	SI	SI	NO	SI	—	NO	SI	SI	NO
26	138815	15	M	B	RURAL	NO	SI	NO	NO	SI	NO	SI	NO	NO
27	119922	18	F	B	RURAL	NO	SI	NO	SI	NO	NO	SI	?	NO
28	139928	10	M	N	RURAL	NO	SI	NO	NO	NO	NO	SI	NO	SI
29	120650	13	M	B	RURAL	NO	SI	NO	NO	SI	NO	SI	NO	NO

Edad	Total	%
0 - 7 Años	2	3.6
8 - 9 "	7	12.5
10 - 11 "	12	21.4
12 - 13 "	12	21.4
14 - 15 "	8	14.3
16 - 17 "	6	10.7
18-25 "	5	8.9
26 y más	4	7.2

años, todos los cuales presentaron una poliartritis febril migratriz que cedió a los pocos días de tratamiento, diagnosticándose solamente en un caso carditis. Aunque estos casos cumplen los requisitos del criterio de *Jones*, si siguiéramos el parecer de *Friedberg*,* no debieron ser diagnosticados como fiebre reumática.

3.2. *Sexo*. La distribución según el sexo (Gráfica II) (a) fue exactamente igual para cada uno de ellos (50%).

TABLA III
DISTRIBUCION POR EDADES Y SEXOS EN 56
PACIENTES CON FIEBRE REUMATICA

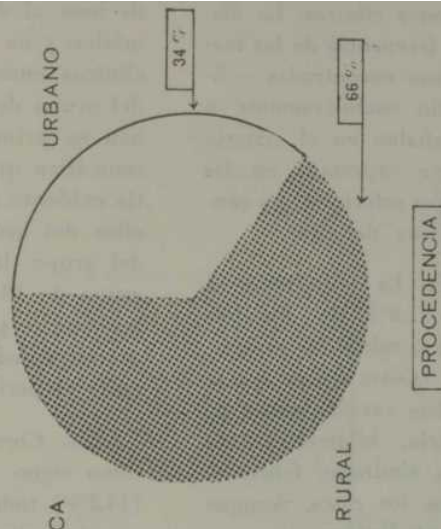
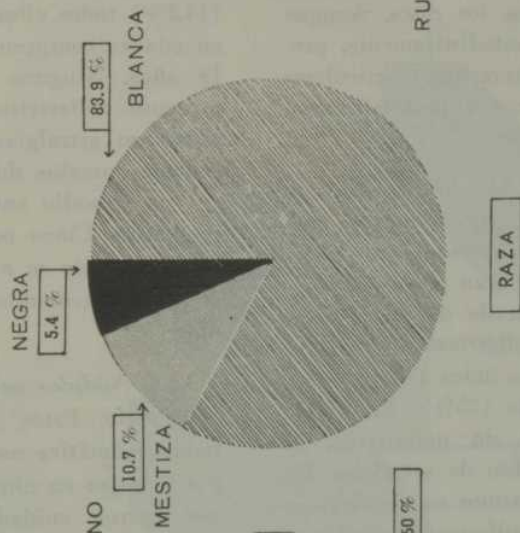
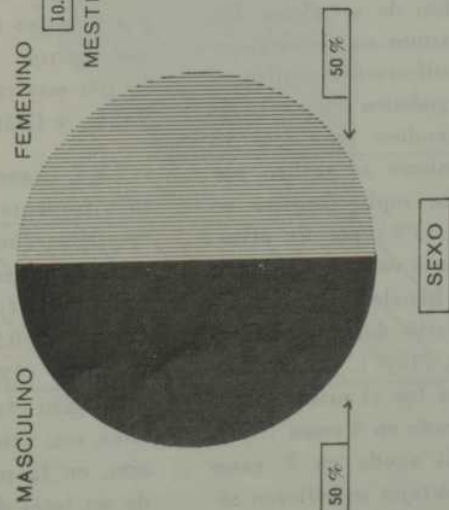
Edad	Sexo Feme.	%	Sexo Mase	%
0- 7 años	2	100.	0	0
8- 9 "	6	83.4	1	16.6
10-11 "	5	41.6	7	58.4
12-13 "	8	66.7	4	33.3
14-15 "	3	62.5	5	37.5
16-17 "	2	33.3	4	66.7
18-24 "	2	40.0	3	60.0
25 y más	0	0	4	100.

Aunque generalmente se señala una mayor incidencia en el sexo femenino, esto no fue comprobado en nuestra casuística. El sexo tampoco fue un factor de influencia en la determinación de carditis, por cuanto de los 33 casos de nuestra serie, 17 eran varones, y 16 hembras. Sin embargo, analizando el sexo según las distintas edades (Tabla III) se observa que, para el grupo menor de 10 años, la incidencia en el sexo femenino fue de 8 casos de un total de 9 (89.7%), mientras que fue de solo 18 casos de un total de 38 (47%) para el grupo comprendido entre 10 a 17 años, y de únicamente 2 entre 9 casos (22.2%) para los mayores de 18 años, no observándose ningún caso en el grupo de mayores de 25 años. Teniendo en cuenta lo señalado previamente acerca de la mayor severidad del cuadro clínico en los pacientes menores de 10 años, esta distribución nos explicaría la mayor frecuencia de valvulopatías reumáticas en el sexo femenino, a pesar de ser la incidencia global de la enfermedad igual para ambos sexos.

3.3. *Raza*. La distribución según la raza (Gráfica No. II), (b) pone de manifiesto la frecuencia mucho mayor de casos en pacientes de la raza blanca (83.9%) y su poca frecuencia en pacientes de la raza negra (5.4%) o mestiza (10.7%).

3.4. *Procedencia*. En la distribución según el área de procedencia (Gráfica No. II) (c) se encontró un mayor porcentaje de pacientes procedentes de áreas rurales (66%) que de urbanas (34%) lo cual tiene especial importancia si se tiene en cuenta que muchas de las zonas aceptadas como urbanas posiblemente no reúnen todos los requisitos que epidemiológicamente se exigen para la misma.

GRAFICOS II A II B II C
 DISTRIBUCION POR SEXO RAZA Y PROCEDENCIA DE 56 CASOS DE FIEBRE REUMATICA



3.5 *Manifestaciones clínicas.* La distribución según la frecuencia de las manifestaciones clínicas encontradas —limitando su estudio exclusivamente a aquellas que se señalan en el criterio de Jones— aparece expresada en las Gráficas IV y V. Nos referiremos a continuación a cada una de ellas.

3.5.1. *Poliartritis.* La poliartritis se encontró en el 51.8% de nuestros casos, en los que en la mitad fue el signo mayor único, y en la otra mitad se asoció con carditis. Las características de migración, asimetría, bilateralidad y asociación con un síndrome febril se comprobó en todos los casos. Aunque no se determinó estadísticamente, predominaron las alteraciones articulares en miembros inferiores, preferentemente rodillas y tobillos.

3.5.2. *Carditis.* La carditis fue en nuestros casos el signo mayor más frecuentemente encontrado —probablemente porque una gran parte del volumen de casos procede de un Servicio de Cardiología Pediátrica— (59%), ya como manifestación única (34%) o asociado a poliartritis (25%). En los 19 casos de carditis sin poliartritis, 13 (68.5%) se quejaron de artralgias. Un especial interés tuvimos en verificar en virtud de que manifestación clínica se establecía el diagnóstico de carditis reumática, apreciándose que en 18 casos (54%) el mismo se realizó por la presencia de un soplo sistólico en punta, en un caso (3%) por un arrastre diastólico, y en 4 casos (12%) por soplos diastólicos banales. Una insuficiencia cardíaca sirvió de base al diagnóstico en 5 casos (15%), una cardiomegalia radiológica fue el primer signo de carditis encontrado en 3 casos (9%), y una pericarditis aguda en 2 casos (6%). Estos porcentajes se refieren solamente al hallazgo

inicial que sirvió de base al diagnóstico de carditis reumática, y no al total de manifestaciones clínicas encontradas. Cuatro pacientes del grupo de 42 (9.5%) que presentaban su primer brote agudo de fiebre reumática quedaron con una cardiopatía evidente al final de la misma, 2 de ellos del grupo menor de 10 años, 1 del grupo de 10 a 17 años, y 1 del grupo de 18 a 25 años. Solamente un paciente —portador de una estenosis mitral reumática— falleció (1.8%) durante el periodo de tiempo analizado.

3.5.3. *Corea.* La corea se presentó como signo inavor único en 8 casos (14.3%) todos ellos del sexo femenino, en edades comprendidas entre los 9 a 19 años. Ninguno de estos pacientes presentó poliartritis o carditis, sólo 2 refirieron artralgias, 5 señalaban antecedentes previos de infección faríngea, y 1 un episodio anterior de poliartritis reumática. Cinco pacientes presentaron fiebre durante su evolución, y en todos ellos la eritrosedimentación fue acelerada.

3.5.4. *Nodulos subcutáneos y eritema marginado.* Estos signos mayores de fiebre reumática no fueron encontrados por nosotros en ningún caso, a pesar de que fueron cuidadosamente buscados. Es por esta razón que no figuran en las Tablas y Gráficos presentados.

3.5.5. *Signos menores.* La fiebre estuvo presente en 44 casos (78%), y las artralgias fueron reportadas en 11 de los 27 pacientes que no presentaban poliartritis (40%). Un PR prolongado (mayor de 0.20 segundos) sólo se obtuvo en un (4%) de casos. La eritrosedimentación tuvo siempre cifras muy altas, con valores límites entre 58 y 121 mm. en la primera hora. En un 51% de un total de 43 pacientes en quienes se precisó bien el dato, había antece-

SIGNOS MAYORES DE FIEBRE REUMÁTICA EN 56 PACIENTES

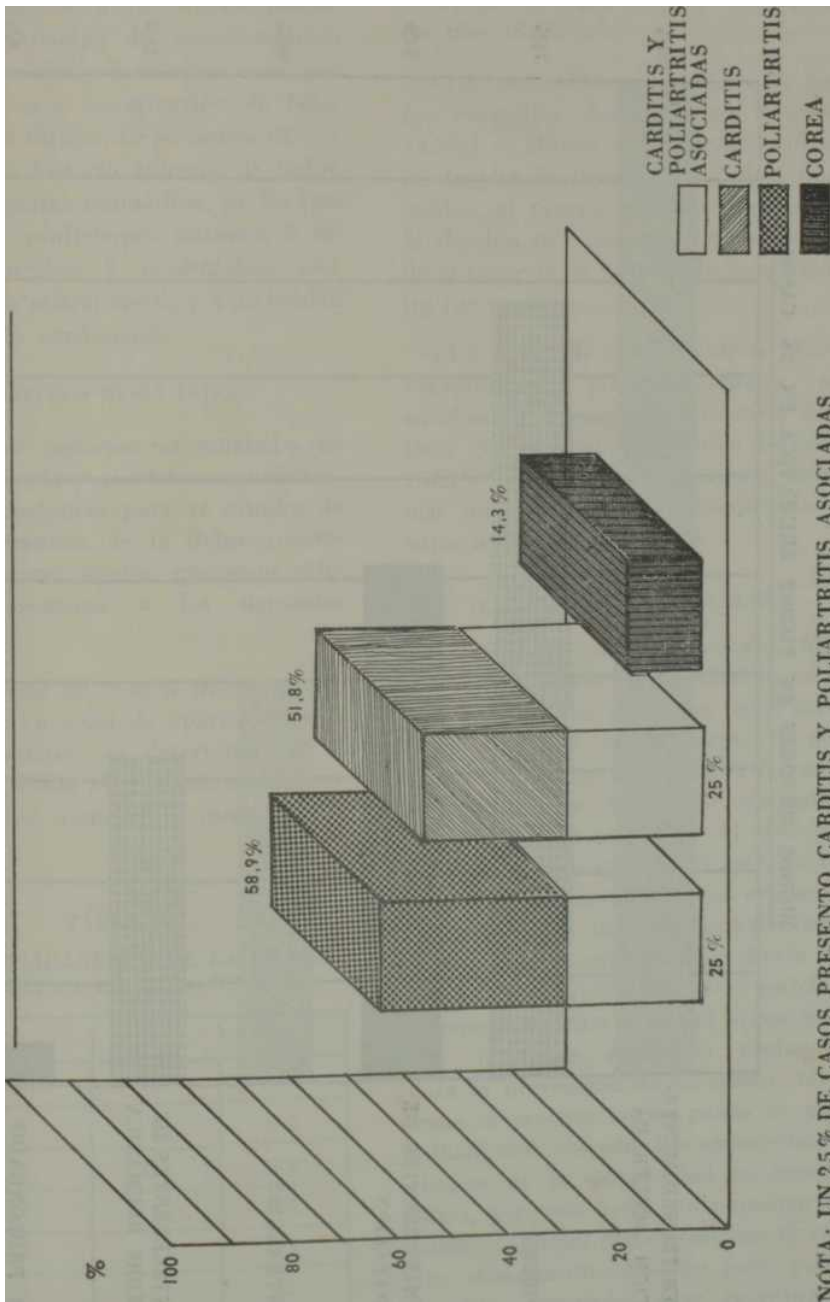
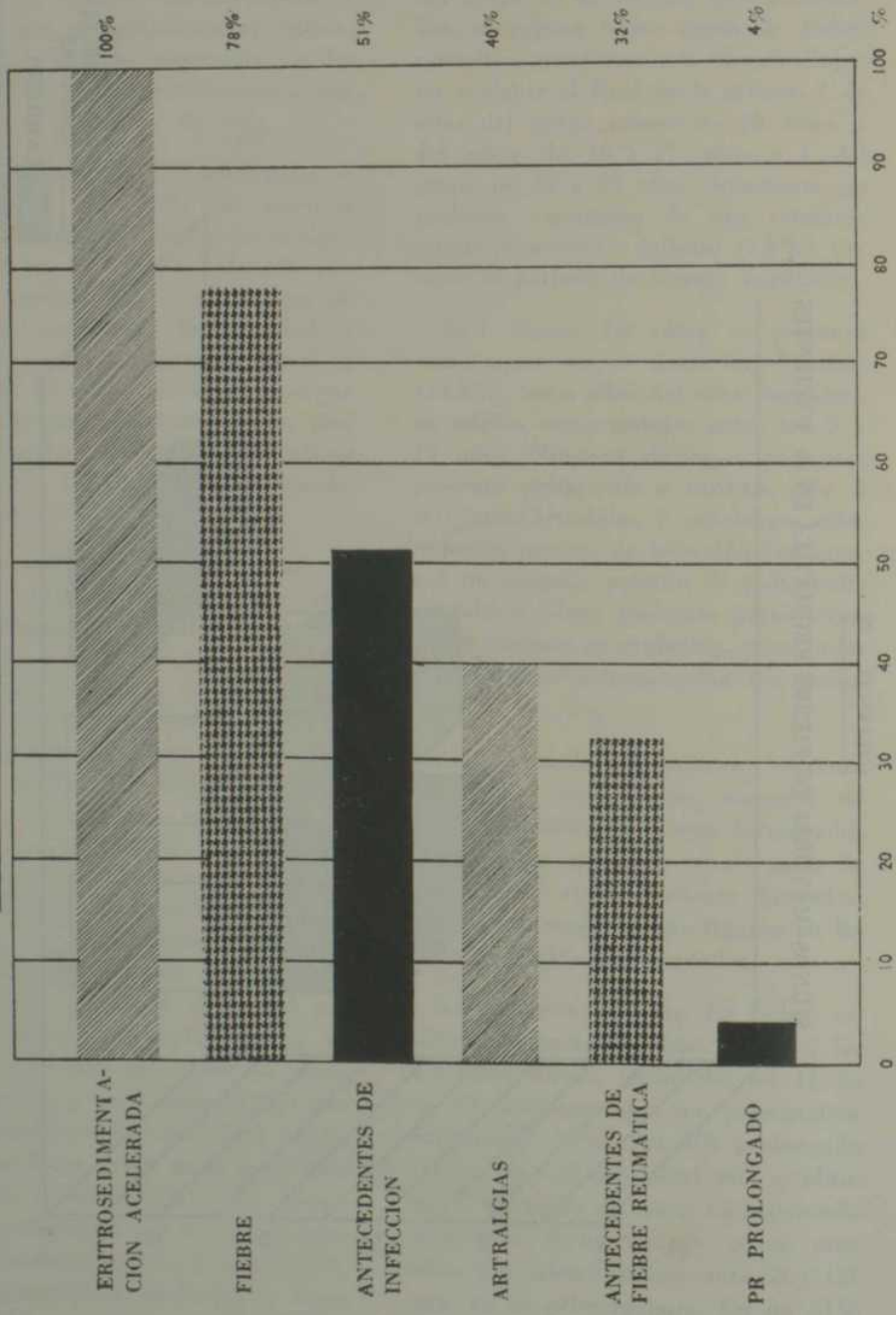


GRAFICO Y
 SIGNOS MENORES DE FIEBRE REUMATICA EN 56 CASOS



denles de infección faríngea previa, aunque un estudio bacteriológico de exudado faríngeo sólo fue positivo en 2 de 22 pacientes a quienes fue practicado. La titulación de antiestreptolisinas no se realizó en ningún caso, por carecer de esta investigación de laboratorio. Por último, 18 pacientes (32%) presentaban historia anterior de fiebre y/o cardiopatías reumáticas, de los que 7 eran ya insuficientes nútrales, 5 estenosis nútrales, 2 presentaban una valvulopatía mitral mixta, y 4 no habían desarrollado cardiopatía.

4—OTROS RESULTADOS

4.1. Como aspectos no señalados en la Tabla No. 1, y que liemos considerado de importancia para el estudio de las características de la fiebre reumática en nuestro medio, queremos referirnos brevemente a los siguientes lemas:

4.1.1 *Facha de inicio de la fiebre reumática.* La edad de aparición de la fiebre reumática se determinó en 48 pacientes (Tabla IV) encontrándose que en el mayor número de casos ésta se

TABLA IV
EDAD DE APARICION DE LA FIEBRE REUMATICA
EN 48 PACIENTES

<i>Edad</i>	Total	%
0-7 Años	4	8.3
8 - 9 "	8	16.7
10 - 11 "	10	20.8
12 - 13 "	8	16.7
14 - 15 "	6	12.5
16 - 17 "	3	6.3
18 - 25 "	5	10.9
25 y más	4	8.3

inició entre los 8 a 17 años (73.9%), seguido del grupo situado entre los 18 a 25 años menores de años y mayores de 25 (10.4%) a igual proporción para los años (8.3%).

4.1.2. *Antecedentes familiares de fiebre reumática.* Solamente en 2 casos (3.5%) se obtuvo un antecedente claro de incidencia familiar de fiebre reumática, al ocurrir un brote agudo de la afección en 2 hermanos. El resultado de la encuesta en el resto de los pacientes fue negativo.

4.1.3. *Epoca de aparición de la fiebre reumática.* Sin pretender señalar una conclusión al respecto, queremos destacar que el mayor porcentaje de casos (51.7%) presentó sus primeros síntomas durante los meses comprendidos entre noviembre y febrero.

5. —COMENTARIOS FINALES

5.1. *Sobre frecuencia y cuadro clínico.* En un artículo que contiene un estudio sobre fiebre reumática en Puerto Rico⁵ se revisa recientemente la discusión que existe acerca de la frecuencia y caracteres clínicos de esta enfermedad en áreas tropicales. Al concepto generalmente mantenido de su baja incidencia y benignidad de su evolución con respecto a las secuelas valvulares, parece irse oponiendo el criterio de que la fiebre reumática es lo suficientemente frecuente y severa como para que justifique campañas nacionales para la prevención de la misma, tal y como se practica en los países de morbilidad muy elevada. Las características clínicas de la enfermedad en nuestro clima, por otra parte, no permiten establecer grandes diferencias con el cuadro clásicamente descrito para países de clima templado, si se exceptúa la poca o ninguna incidencia de nódulos subcutáneos y eritema marginado.

5.2 *Sobre el diagnóstico.* El criterio de *Jones* modificado es susceptible de algunas críticas, pero su utilización desde hace más de 20 años, a partir de la comunicación original de *Jones*, que ha sido periódicamente revisada y modificada^{2 3} ha resultado muy útil para la obtención de una conducta diagnóstica que facilita y mejora la labor del médico práctico, así como permite la comparación de informes estadísticos procedentes de distintas áreas y grupos de trabajo. Tal y como se señala en el reporte del Comité de Normas y Criterios² “combinaciones del criterio diagnóstico ocurren en presencia de otras enfermedades, que deben ser consideradas antes de que un diagnóstico definitivo sea hecho. Una combinación en particular: poliartritis, fiebre y eritrosedimentación acelerada, es la más frágil de las combinaciones”.

5.3. *Sobre tratamiento y profilaxis.* Hemos preferido no incluir en este trabajo un análisis del tratamiento indicado a

nuestros casos. Las normas fundamentales fueron reposo, administración de un antibiótico (Penicilina), y uso de algún agente antiinflamatorio, (generalmente Prednisona) para las carditis y poliartritis, o de un medicamento sedante (Fenobarbital) para las coreas. La administración profiláctica de Penicilina Benzatínica se indicó a todos los casos, pero en un grupo importante de pacientes esta no fue mantenida. Las dificultades actuales en el seguimiento de pacientes con fiebre reumática han sido reconocidas recientemente por *Carlota Guzmán*⁶ quien propone una serie de medidas (cuadro No. 3) con las cuales estamos de acuerdo, y que seguramente serán objeto de estudio por nuestro Ministerio. Mientras tanto, nosotros esperamos ofrecer en años próximos los resultados de nuestra experiencia en tratamiento, profilaxis y evolución a largo plazo en pacientes con fiebre y cardiopatía reumática.

CUADRO No. 3

PROPOSICIONES PARA UNA CAMPAÑA DE PREVENCIÓN DE FIEBRE REUMÁTICA EN CUBA (Según Carlota Guzmán)

1. - Incluir la fiebre reumática dentro del grupo de las enfermedades de declaración obligatoria.
2. - Amplia campaña de divulgación de las manifestaciones, gravedad, origen, y prevención de la fiebre reumática.
3. - Unificación del tratamiento en todos los hospitales y policlínicos.
4. - Disponibilidad en los hospitales y policlínicos de penicilina benzatínica y oral con el fin de garantizar su administración continuada.
5. - Disponibilidad en los hospitales de medios de diagnóstico tales como cultivos, antiestreptolisinas, proteína C reactiva, etc.
6. - Elaboración de un programa para una campaña nacional de prevención de la fiebre reumática en Cuba.

6.—SUMARIO

6.1. Se presentan los resultados de una encuesta sobre 56 casos de fiebre reumática ingresados durante el año 1963 en los Hospitales Provincial "Manuel Ascunce Domenech" e Infantil "San Juan de Dios", de Camagüey, y que cumplieron el criterio diagnóstico de *Jones* modificado; determinándose en ellos su frecuencia por edad, sexo, raza, procedencia y manifestaciones clínicas principales. La edad de mayor frecuencia de brotes se encontró entre los 10 a 17 años, insistiéndose en la mayor severidad del cuadro clínico en los pacientes menores de 10 años, y en la benignidad del mismo en los pacientes mayores de 25 años. El sexo globalmente considerado no mostró preferencias, aunque la incidencia del sexo femenino fue mucho mayor en el grupo menor de 10 años, y las del sexo masculino a su vez fue mayor en los grupos mayores de 17 años. La fiebre reumática predominó en pacientes de la raza blanca, procedentes de áreas rurales. La poliartritis se encontró en un 51.8% de casos, y la carditis en un 59%, estando asociadas ambas manifestaciones en un 25% de casos. Manifestaciones coreicas se encontraron en un 14.3% de casos, todos ellos del sexo femenino, y no asociados en ningún paciente a poliartritis o carditis. Nódulos subcutáneos y eritema marginado no se encontraron en ningún caso. La fiebre estuvo presente en un .8% de casos, y las artralgias en un 40% de los pacientes sin poliartritis. Un PR prolongado sólo se obtuvo en un 4% de pacientes. La eritrosedimentación estuvo acelerada en todos los casos. Antecedentes de infección estreptocócica previa se encontraron

en la mitad de los pacientes en que el dato fue obtenido, así como la historia de cardiopatía o episodio de fiebre reumática previa en una tercera parte de los casos. Se determinó asimismo la frecuencia según la edad, de inicio de la fiebre reumática, encontrándose que el mayor porcentaje corresponde al período entre los 8 a 15 años de edad, la presencia de antecedentes familiares de fiebre reumática; obteniéndose resultados afirmativos en sólo un 3.5% de casos, y el período de mayor incidencia de la enfermedad, que correspondió a los meses comprendidos entre noviembre a febrero.

6.2. Por último, se hacen algunas consideraciones sobre la frecuencia, cuadro clínico, diagnóstico, tratamiento y profilaxis de la enfermedad, concluyéndose que la frecuencia de la misma no puede considerarse baja en nuestro país, y que su cuadro clínico no difiere esencialmente del escrito para otros climas; que el criterio diagnóstico de *Jones* modificado nos luce útil y aplicable a nuestro medio; que el tratamiento empleado por nosotros fue el convencional, requiriendo una evaluación del mismo un mayor período de estudio, y que una profilaxis sostenida y efectiva de estos pacientes probablemente sólo podrá ser obtenida con el apoyo de una campaña nacional de prevención de la enfermedad, organizada por nuestra Salud Pública.

RECONOCIMIENTO: Nuestro agradecimiento a los Sres. Mario Don y Angela Macía por su colaboración en la confección de los gráficos y tablas presentadas.

BIBLIOGRAFIA

1. *Chavez*: Algunos aspectos de la epidemiología de la fiebre reumática en la ciudad de México. Arch. Inst. Card. Mex 27-24, Enero-Febrero, 1957.
 2. —Report of the Committee on Standards and Criteria for Programs of Care: Jones entena (modified) for guidance in the diagnosis of rheumatic fever. Circulation 13- 617-620, abril, 1956.
 3. —*John L. Decker*: Primer on the rheumatic diseases,^ pan IV. J.A.M.A. 190: 131-142.
 4. —*Charles K. Friedberg*: Rheumatic fever in the adult: Criteria and implications. Circulation: 19: 161-164, Feb., 1959.
 5. —*Michael M. Shefferman*: A[<] uie rheumatic fever in Puerto Rico. Amer. J. Dis. Child- 110: 239-242, Sept., 1965.
- Carlota Guzmán*: Incidencia de la fiebre reumática en el Hospital Provincial de Santa Clara: Rev. Cub. Med.: 4: 304-312, junio 30, 1965.