

**HOSPITAL PEDIATRICO  
“GENERAL PEDRO AGUSTIN PEREZ”  
GUANTANAMO**

**COMPORTAMIENTO DE LA  
FIEBRE REUMATICA EN NIÑOS.**

*Dra. María Felina Hernández Cardosa<sup>1</sup>, Dr. Juan García Alvarez<sup>2</sup>, Dra. Teresa Ortiz Barral<sup>2</sup>, Dra. Dianne Cano Irsola<sup>3</sup>, Dra. Isabel Matos Gilbert<sup>2</sup>, Dra. Madelaine Aguilar Peláez<sup>2</sup>, Dra. Malbis Rodríguez Rodríguez.<sup>2</sup>*

**RESUMEN**

Se realiza un estudio descriptivo en el Hospital Pediátrico “General Pedro Agustín Pérez” de Guantánamo, con el objetivo observar el comportamiento de la fiebre reumática en 58 pacientes, ingresados con este diagnóstico. Se investigaron las variables: Estadía hospitalaria, resultados de estudios complementarios, profilaxis secundaria y mortalidad por dicha enfermedad. Se encontró que la mayoría de los pacientes permaneció en el hospital entre 11 y 21 días, que la eritrosedimentación, el leucograma y el exudado nasofaríngeo fueron los estudios complementarios con mayor cantidad de resultados positivos, del mismo modo la penicilina fue el medicamento más usado como profilaxis secundaria y hubo 4 fallecidos por esta enfermedad en los diez años de estudio.

**Palabras clave:** FIEBRE REUMATICA/ epidemiología; NIÑO.

**INTRODUCCION**

Las cardiopatías son causa importante de invalidez y muerte en el mundo y requieren todo nuestro esfuerzo para controlarlas, ya que desde la antigüedad se planteó que era una enfermedad susceptible de ser conquistada.

La fiebre reumática es una enfermedad inflamatoria aguda, autolimitada, con gran tendencia a las recidivas. Es una complicación no supurativa de la faringitis en persona con predisposición genética a padecerla causada por

---

<sup>1</sup> Especialista de II Grado en Pediatría.

<sup>2</sup> Especialista de I Grado en Pediatría.

<sup>3</sup> Especialista de I Grado en Medicina General Integral.

Estreptococo Beta Hemolítico del grupo A, fundamentalmente los serotipos M 1, 3, 5, 6, 18 y 25.<sup>1</sup>

Afecta fundamentalmente corazón, articulaciones, piel, tejido celular subcutáneo y sistema nervioso. La manifestación más frecuente es la artritis y la más grave la carditis.

El mecanismo exacto por el cual se producen las alteraciones de la fiebre reumática se desconoce, pero sí se sabe que no es por acción directa de los microorganismos sino que los mismos desencadenan una reacción del sistema inmunológico que origina lesiones características.

Si bien el primer episodio puede aparecer a cualquier edad, es entre los 5 y 20 años cuando ocurre con mayor frecuencia. Existe una predisposición individual a padecer esta enfermedad; ocurriendo en el 3 % de las faringitis por estreptococo en épocas epidémicas.<sup>2</sup>

La incidencia de la fiebre reumática especialmente en países subdesarrollados se convierte en un problema de salud pública, ya que es la causa más común de cardiopatía en personas entre los 5 y 30 años de edad, por lo que constituye la principal causa de muerte por enfermedades cardíacas en personas menores de 45 años.<sup>1</sup>

El tratamiento sistémico de la faringitis estreptocócica con Penicilina (Benzatínica o Fenoximetílica) y la mejoría en el nivel económico individual llevó a una declinación, y casi que a una desaparición, de la fiebre reumática en los países desarrollados.

Esta enfermedad fue una de las principales causas de morbilidad infantil hasta la década de los años 50. Aunque en los Estados Unidos, por ejemplo, a veces se producen pequeñas epidemias, en otros países como Francia, los casos que se ven son generalmente de inmigrantes provenientes de naciones donde la fiebre reumática es endémica o común, como lo es en los países en vía de desarrollo.<sup>3</sup>

Es evidente que el modo de vida está muy relacionado con la aparición de la enfermedad.<sup>4,5</sup>

La mayoría de los fallecidos por fiebre reumática es debido a lesiones valvulares importantes que no recibieron tratamiento precoz.<sup>6-8</sup>, por lo que es

una necesidad el estudio profundo de esta entidad para lograr su control adecuado.

## **METODO**

Se realiza un estudio descriptivo en el Hospital Pediátrico "General Pedro Agustín Pérez" de Guantánamo, con el objetivo observar el comportamiento de la fiebre reumática en 58 pacientes ingresados con este diagnóstico.

Se revisaron las historias clínicas desde el año 1996 hasta el 2005.

Se consideró como tal a todo paciente que cumpliera los Criterios de Jones modificados (2 criterios mayores ó 1 mayor y 2 menores, siempre que se recogiera el antecedente de la infección estreptocócica). Se determinó la estadía de los pacientes en el hospital según lo referido en las historias clínicas. Se analizó el resultado de los estudios complementarios realizados a los enfermos y que constaban igualmente en su expediente clínico.

A través de los familiares se investigó la profilaxis secundaria que usaban y, de acuerdo con el cierre de la historia y con el registro estadístico del hospital, se obtuvo el dato del número de fallecidos por año.

Todos los datos fueron resumidos en tablas. Se emiten conclusiones y recomendaciones.

## **RESULTADOS Y DISCUSION**

La tercera parte de los pacientes permaneció en el hospital menos de 20 días (68.9 %) lo que está en relación con una evolución favorable de la enfermedad (Tabla 1.). No hubo pacientes con menos estadía porque la eritrosedimentación, que es uno de los criterios para el alta, demoró más de 8 días para normalizarse en todos los casos. Los pacientes que permanecieron más de 20 días en el hospital (31.1 %) correspondieron a los que hicieron carditis, cuya recuperación es obviamente más lenta y difícil.

Algunos autores registran menos estadía en sus estudios<sup>7,8</sup>, lo que pudiera estar relacionado con el medio de que se trate, así como con las estrategias de

salud que se sigan, que en nuestro caso son exigentes para garantizar el Programa de Atención Materno Infantil (PAMI).

El total de los enfermos tuvo resultado de eritrosedimentación acelerada y la mayoría tuvo además electrocardiograma patológico (74.2 %). Los otros estudios que fueron mayoritariamente anormales fueron el exudado nasofaríngeo (74.2 %) y el leucograma (72.4 %), los cuales se alteraron en más de la mitad de los niños estudiados. Sólo el 36.2 % de los pacientes tuvo alteraciones en el telecardiograma; y el TASO se realizó en 8 pacientes solamente por dificultades con el laboratorio, pero todos los realizados fueron positivos comprobándose el diagnóstico de fiebre reumática. (Tabla 2)

Otros autores registran que la eritrosedimentación y el leucograma son mayoritariamente positivos en sus estudios.<sup>9,10</sup>

En un trabajo realizado en España se le presta mucha importancia al TASO y al exudado nasofaríngeo, ya que informan más del 70 % de los resultados como positivo para ambos estudios.<sup>11</sup>

En la Tabla 3 se muestra la profilaxis secundaria de la enfermedad y se ve que casi la totalidad se hace con Penicilina (96.4 %), lo que coincide con lo registrado por otras revisiones.<sup>12-14</sup>

Fueron registrados 4 fallecidos por fiebre reumática (6.9 %) en el período analizado (Tabla 4), lo que resulta preocupante al tratarse de una enfermedad prevenible y controlable, no obstante, es alentador el hecho de que ha decrecido la mortalidad y desde el 1999 no se ha lamentado un deceso por esta causa.

Los autores revisados informan mayor índice de mortalidad, incluidos los de Cuba, aunque es referente a un estudio de años atrás.<sup>15,16</sup>

## **CONCLUSIONES**

- 1 - El 68.9 % de los pacientes permaneció entre 11 y 21 días en el hospital.
- 2- Las eritrosedimentación y el leucograma, así como el exudado nasofaríngeo fueron los estudios complementarios mayoritariamente positivos.

- 3- La Penicilina fue el medicamento de elección en la profilaxis secundaria en el 96.4 % de los casos.
- 4- Hubo 4 fallecidos por fiebre reumática en los diez años de estudio y después de 1999 no se ha registrado mortalidad por esta causa.

## **RECOMENDACIONES**

- 1- Es necesario lograr el diagnóstico y tratamiento precoz de esta entidad.
- 2- El mejoramiento de las condiciones de vida de la población debe ser el pilar de la prevención de la fiebre reumática.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

- 1- Nelson. Tratado de Pediatría. (2):946-53.
- 2- Bronze MS, Dale JB. The reemergence of serious group streptococcal infections and acute rheumatic fever. Am J Med 1996; 41:311.
- 3- maternidad |sexualidad |nutrición |adicciones |medicina y salud deportes y bienestar |salud mental |usted debe saber |cirugías |salud alternativa hombres |mujeres |niños |ancianos |noticias |videos online © 2004 Alburg S.A. New Media Producer E-Mail: info@alburgsa.com
- 4 -Fiebre Reumática PAC. Libro 1, Parte A. Pág.3.
5. Jean F. Bacli. Fiebre reumática.
- 6- Liette D. Válvula aórtica. En: Cirugía cardíaca. Argentina: Editorial Intermédica 1999:465.
- 7- Anderson JR. El Corazón. En: Patología de Muir: Compendio de anatomía patológica y patología general. La Habana: Editorial Científico Técnica 1999:465-506.
- 8- Almagro JA. Cuándo operar a un paciente con estenosis valvular aórtica. Rev Esp Cardiol 1999; 942:21921.
- 9- Frederick J, Martin SB. Types of aortic stenosis in surgically removal valve. Arch Pathol Lab Med 2000; 109(9):20-22.
- 10-García YA. Disfunción protésica. Rev Esp Cardiol 1999; 28:41-3.

- 11-Shoen FJ. El corazón. En: Robbins. Patología estructural y funcional. 6ta ed. España: Interamericana 2000:571-3.
- 13-Congreso Internacional X Aniversario del Cardiocentro. Hospital Pediátrico Docente "William Soler" Habana. Cuba 26 al 29 de noviembre de 2000.
- 14-VI Taller de Cardiología Pediátrica de la AMECA. CIMEQ La Habana 27 al 29 de noviembre de 2003.
- 15-Anderson JR. El Corazón. En: Patología de Muir: Compendio de anatomía patológica y patología general. La Habana: Editorial Científico Técnica 1999:465-506.
- 16-Muller WH, Cresby JI. Enfermedades adquiridas de la válvula aórtica. En: Sabiston DC, Spencer FC, Gibbon. Cirugía torácica. La Habana Editorial Científico Técnica 1983:1301-18.

**TABLA 1. ESTADIA HOSPITALARIA**

<b>ESTADIA</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
De 11 a 20 días	40	68.9
21 días y más	18	31.1

**TABLA 2. RESULTADOS DE ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS.**

<b>COMPLEMENTARIO</b>	<b>NORMAL</b>		<b>PATOLOGICO</b>	
	<b>No.</b>	<b>%</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
Eritrosedimentación			58	100
EKG	15	25.8	43	74.2
Telecardiograma	37	63.8	21	36.2
Leucograma	16	27.6	42	72.4
TASO			8	13.7
Exudado nasofaríngeo	15	25.8	43	74.2

**TABLA 3. PROFILAXIS SECUNDARIA.**

	<b>No.</b>	<b>%</b>
Penicilina	56	96.4
Sulfadiacina	1	1.8
Eritromicina	1	1.8

**TABLA 4. MORTALIDAD.**

<b>AÑO</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
1996	2	3.4
1998	1	1.7
1999	1	1.7
<b>TOTAL</b>	<b>4</b>	<b>6.9</b>