

**HOSPITAL PEDIATRICO
"GENERAL PEDRO AGUSTIN PEREZ"
GUANTANAMO**

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

Dra. María Felina Hernández Cardosa¹, Dra. Teresa Ortíz Barra², Dr. Juan García Alvarez¹, Dr Andrés Manuel Hernández Peña², Dra. Isabel Matos Gilbert², Dra. Malbis Rodríguez Rodríguez², Dra. Madelaine Aguilar Peláez.²

RESUMEN

Se realiza un estudio descriptivo en el Hospital Pediátrico "General Pedro Agustín Pérez" de Guantánamo desde 1999 a 2005, con el objetivo de caracterizar la epidemiología de la fiebre reumática en 58 pacientes, ingresados con este diagnóstico. Se investigaron las variables: Incidencia, procedencia, modo de convivencia y género de vida, así mismo se buscaron las secuelas valvulares que tuvieron los pacientes y que limitaron su calidad de vida posterior. Los datos obtenidos son reflejados en tablas y se emiten conclusiones.

Palabras clave: FIEBRE REUMATICA/ epidemiología.

INTRODUCCION

La fiebre reumática es una enfermedad conocida desde la antigüedad y vinculada con las malas condiciones de vida, pero aún así en la actualidad e incluso en los países más desarrollados existe y es causa de invalidez y muerte. De manera que se debe aspirar a un adecuado control de la misma, si queremos lograr mayor calidad de vida.¹

En Estados Unidos en los últimos años se han registrado brotes de fiebre reumática en campamentos militares y penitenciarías, así como en zonas suburbanas de las grandes ciudades, y en todas se comprobó la presencia del Estreptococo B hemolítico del grupo A de Lancefield, fundamentalmente los serotipos M 1, 3, 5, 6, 18 y 25; lo que se atribuye al hacinamiento existente.²

¹ *Especialista de II Grado en Pediatría.*

² *Especialista de I Grado en Pediatría.*

La fiebre reumática es una enfermedad inflamatoria aguda, autolimitada, con gran tendencia a las recidivas. Es una complicación no supurativa de las faringitis causada por *Estreptococo beta hemolítico del grupo A*, en persona con predisposición genética a padecerla. Afecta fundamentalmente corazón, articulaciones, piel, tejido celular subcutáneo y sistema nervioso. La manifestación más frecuente es la artritis y la más grave la carditis.^{3,4}

La incidencia de la fiebre reumática especialmente en países subdesarrollados llega a ser un problema de salud pública, ya que es la causa más común de cardiopatía en personas entre los 5 y 30 años de edad, siendo por lo mismo, la principal causa de muerte por enfermedades cardíacas en personas menores de 45 años.⁵

La incidencia de la fiebre reumática en los países desarrollados se ha ido modificando. Comenzó a declinar lenta pero constantemente poco después de 1900, y llegó a un nivel de unos 50:100 000 a mediados del decenio de 1940.

Para 1980, la incidencia anual en varias áreas de Estados Unidos se documentó entre 0.5 y 1:100 000 habitantes. Sin embargo, en 1987 se refirieron considerables brotes de fiebre reumática en diferentes partes de dicho país. En uno de estos brotes, el 19 % de los pacientes se encontraba con insuficiencia cardíaca congestiva, y fue necesario realizar reemplazos de válvulas en varios pacientes durante el ataque agudo. Es decir, no sólo se ha dado un resurgimiento de la fiebre reumática, sino que la enfermedad ha reaparecido en forma grave.^{1,2,6}

El diagnóstico precoz, el seguimiento clínico y la planificación de los tratamientos, resulta esencial en el pronóstico y la prevención de este tipo de afecciones.⁷

En nuestro país la fiebre reumática es la primera causa de cardiopatía adquirida en niños.

La faringoamigdalitis es frecuente en niños, aunque sólo el 15 % es causada por *Estreptococo beta hemolítico grupo A*; sus secuelas incluyen fiebre reumática, padecimiento infrecuente en países industrializados (0.64 casos por 100 000 habitantes) pero con alta prevalencia en los países en desarrollo (0.8 %).⁸

METODO

Se realiza un estudio descriptivo en el Hospital Pediátrico "General Pedro Agustín Pérez" de Guantánamo desde 1999 hasta 2005, con el objetivo de caracterizar la epidemiología de fiebre reumática en 58 pacientes, ingresados con este diagnóstico.

Se revisaron las historias clínicas de todos los pacientes ingresados en ese período de tiempo, considerando como tal a todo enfermo 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).

La incidencia de la enfermedad fue comparada en los años de estudio; también se determinó la procedencia de los enfermos, el modo de convivencia y el género de vida, según lo referido en la anamnesis.

Del mismo modo se detallaron las secuelas valvulares que tuvieron los pacientes comprobadas por telecardiograma y ecocardiograma.

Todos los datos recogidos de las historias clínicas fueron resumidos en tablas y expresados en números y porcentajes.

Se realiza comparaciones de los resultados obtenidos con los de autores de bibliografías consultadas tanto nacionales como internacionales.

Se emiten conclusiones y recomendaciones.

RESULTADOS Y DISCUSION

El año de mayor incidencia de fiebre reumática en nuestro hospital fue 1999 con 14 casos, y los de menor incidencia los años 2000 y 2002, con 3 casos respectivamente solamente (Tabla 1).

Excepto 1999 en el resto de los años la diferencia entre el número de casos diagnosticados no ha sido notable, pues se ha mantenido entre 3 y 6 casos por año, pero esto no es para nada una cifra despreciable si tenemos en cuenta que esta es una enfermedad invalidante, que además es prevenible y que tenemos que reconocer que las condiciones para la propagación del Estreptococo aún son favorables en gran medida.

Autores norteamericanos plantean que la incidencia de fiebre reumática en países subdesarrollados es preocupante, ya que es la primera causa de cardiopatía entre 5 y 30 años, y de muerte en menores de 45.⁵

En Estados Unidos, en 1980 la incidencia era de 0.5 a 1:100 000 habitantes, pero en 1986 alcanzó una cifra mucho más alta y, lo peor, el 19 % de los pacientes tuvieron insuficiencia cardíaca, de manera que podemos decir que no sólo aumenta la incidencia sino también la agresividad.^{6,7}

En países de América Latina la fiebre reumática es la primera causa de cardiopatía en niños.⁸

Todos estos resultados coinciden con los nuestros, pues en Cuba la fiebre reumática es la causa primordial de cardiopatía adquirida.

La procedencia urbana fue predominante (Tabla 2) y esto se explica porque precisamente en la ciudad, los niños permanecen mucho tiempo en instituciones escolares, donde confluyen gran número de ellos y, en muchos casos, sin la ventilación adecuada a diferencia de las áreas rurales donde los conglomerados de personas son infrecuentes y el ambiente es más sano.

En Estados Unidos los brotes más recientes se dieron en las zonas suburbanas de las grandes ciudades.⁹ Lo mismo refiere Michael A. Barone en su Manual de Pediatría Hospitalaria.¹⁰

Más de la mitad de los niños (56.9 %) que padecen fiebre reumática viven en condiciones de hacinamiento (Tabla 3) y eso es ampliamente registrado en la literatura como favorecedor de la propagación del Estreptococo y por ende de la fiebre reumática.

Resultados similares obtuvieron autores de diferentes trabajos, hechos inclusive en países distintos: Cuba¹¹, Costa Rica¹² y Canadá.¹³

Está bien demostrado que el hacinamiento es un factor de riesgo indiscutible para la aparición de la enfermedad, lo que explica el hecho de que aún en países desarrollados haya brotes de la misma en grupos poblacionales con condiciones de aglomeración.

La mayoría de los niños estudiados tenían género de vida malo (67.2 %) y eso también es reconocido como un factor de riesgo para la fiebre reumática. (Tabla 4)

La mayoría de los autores revisados ubican a la fiebre reumática como una enfermedad de personas con bajo nivel socioeconómico, de ahí que su incidencia sea mayor en países subdesarrollados.¹⁴⁻¹⁶ La OMS también coincide con este resultado.¹⁷

Vale aclarar que en nuestro país, a pesar de no ser un país desarrollado se hacen ingentes esfuerzos por mejorar la calidad de vida de la población, pero tenemos que aceptar que aún así, quedan innegables problemas con la vivienda, por ejemplo, que propician condiciones de vida inadecuadas y eso incide en la aparición de la enfermedad.

De los 58 pacientes, 17 tuvieron lesión valvular (Tabla 5) y la válvula más afectada fue la mitral: 8 casos de estenosis (47 %) y, 7, de insuficiencia (41.1 %). Mientras se encontraron sólo 2 casos de insuficiencia aórtica (11.7 %). Lo que coincide con lo registrado por Nelson y colaboradores.³

Similares resultados describen autores norteamericanos.^{18,19}

En Cuba las lesiones valvulares más frecuentes son las mitrales y es común encontrar pacientes con una doble lesión mitral (estenosis e insuficiencia), los casos de lesión aórtica son más escasos y generalmente aparecen en varones tal como lo describe Nelson.³

CONCLUSIONES

- 1- El año de mayor incidencia de fiebre reumática en Guantánamo fue el 1999.
- 2-La mayoría de los pacientes eran de área urbana (72.5 %).
- 3- El hacinamiento fue un factor de riesgo comúnmente encontrado.
- 4- Las malas condiciones de vida caracterizaron a la mayoría de los enfermos (39 casos)
- 5- La lesión valvular más registrada fue la mitral.

RECOMENDACIONES

- 1- Es preciso insistir en el mejoramiento de las condiciones de vida de la población.
- 2- Se hace necesario el control adecuado de la enfermedad para evitar las secuelas valvulares.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1- Congreso Internacional X Aniversario del Cardiocentro Hospital Pediátrico Docente "William Soler". La Habana, Cuba. 26 al 29 de noviembre de 2000.
- 2- VI Taller de Cardiología Pediátrica de la AMECA. CIMEQ. La Habana, Cuba. 27 al 29 de noviembre de 2003.
- 3- Nelson. Tratado de Pediatría. (2):946-53.
- 4- | 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
- 5- Fiebre Reumática. PAC. (1):3-7.
- 6- Jean F. Bacli. Fiebre Reumática.
- 7- Rev Mex Reumat 2002; 17(3):189-94 [correo@estarinformado.com.ar]
- 8- De los Ríos JM. Bol Hosp Niños 1990; 26(1/2):39-40.
- 9- Michael A Barone. Manual de Pediatría Hospitalaria. The Harriet Lane Handbook Johns Hopkins Hospital 2000.
- 10- Ekra A, Bertrand E. Rheumatic heart disease in Africa. World Health Forum 1999; (13):331-3.
- 11- VI Taller de Cardiología Pediátrica de la AMECA. CIMEQ. La Habana. 27 al 29 de noviembre 2000.
- 12- Arguedas A, Mohs E. Prevention of rheumatic fever in Costa Rica. J Pediatr 1992; 121(4):569-7213.
- 13- Markowitz M, Kaplan E. Reappearance of rheumatic fever. Adv Pediatric 1999; 38:39-66.

- 14-Nordet P. World Health Organization/ISFC Global programmer for the prevention and control of rheumatic fever/ rheumatic heart disease. *Heartbeart* 1999; 3:4-5.
- 15-Achutti A, Kaplan E, Nordet P, Van der Vynckt. Enfermedad estreptocócica de la garganta. Fiebre reumática y cardiopatía reumática. Ginebra: UNESCO. OMS. SFIC; 2000:1-16.
- 16-Strasser T, Rotta J. La lucha contra la fiebre reumática y la cardiopatía reumática: Una reseña de las actividades de la OMS. *Crónicas de la OMS* 2002; 27:53.
- 17-OMS. Prevención y lucha contra las enfermedades cardiovasculares. *Crónicas de la OMS* 2001; (28):60-72.
- 18-World Health Organization. Cardiovascular disease unit and principal investigators. WHO program for the prevention of rheumatic fever/rheumatic heart disease in 16 developing countries. Report from phase I 2001; 70(2):213-18.
- 19-World Health Organization. Joint WHO/ISFC meeting on RF/ RHD control with emphasis on primary prevention. WHO/CVD/94.1, Geneva 2003.

TABLA 1. FRECUENCIA POR AÑOS.

AÑO	No.	%
1996	7	12.0
1997	6	10.3
1998	4	6.80
1999	14	24.1
2000	3	5.10
2001	6	10.3
2002	3	5.10
2003	4	6.80
2004	4	8.60
2005	6	10.3
TOTAL	58	100

TABLA 2. PROCEDENCIA.

ZONA	No.	%
Rural	16	27.5
Urbana	42	72.5

TABLA 3. MODO DE CONVIVENCIA.

MODO DE CONVIVENCIA	No.	%
Hacinamiento	33	56.9
No hacinamiento	25	43.1

TABLA 4. GENERO DE VIDA.

GENERO DE VIDA	No.	%
Malo	39	67.2
Regular	15	25.9
Bueno	4	6.90

TABLA 5. SECUELAS VALVULARES.

SECUELAS VALVULARES	No.	%
Estenosis mitral	8	47.0
Insuficiencia mitral	7	41.1
Insuficiencia aórtica	2	11.7
No lesión valvular	41	70.6