

Rev Cubana Cardiol Cir Cardiovasc 1999;13(2):98-103

Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular
Hospital Clínicoquirúrgico Docente "León Cuervo Rubio". Pinar del Río

FIEBRE REUMÁTICA: INCIDENCIA EN PINAR DEL RÍO DE 1986 A 1996

Raimundo López Rodríguez,¹ José A. González Rodríguez,² Orlando Martínez Hernández,² Fidel Manuel Cáceres Lóriga,² Porfirio Nordet Cardona³ y Alberto Hernández Cañero⁴

RESUMEN

Se estudió la incidencia de fiebre reumática aguda en la década de 1986 a 1996 entre los residentes habituales de la provincia Pinar del Río con edades entre 5 y 25 años. Se registraron todos los pacientes con probable padecimiento de la enfermedad (códigos 390-398, 421-428 y 710 y 710-715) ingresados en los hospitales durante el período. Se aplicaron los criterios de Jones modificados para verificar el diagnóstico. Las tasas de incidencia disminuyeron en la medida que transcurrió el tiempo: en 1986 fue de 18,6 x 100 000 habitantes (12,2 para un primer ataque y de 6,4 para las recurrencias) y en 1996 fue de 2,5 x 100 000 habitantes (2,1 para un primer ataque y de 0,4 para las recurrencias) se observó una disminución entre los que quedaron con secuelas al alta lo que también se explica porque la magnitud de la enfermedad ha disminuido.

Descriptor DeCS: FIEBRE REUMÁTICA; CARDIOPATÍA REUMÁTICA.

La fiebre reumática (FR) ha sido considerada desde hace muchos años una enfermedad social. En su génesis influyen 3 factores fundamentales: la infección por el *Streptococo beta hemolítico del grupo A (EBHA)*, la susceptibilidad del huésped y las condiciones del medio ambiente, lo que hace que sea prevenible y controlable. Esta enfermedad inflamatoria crónica

evoluciona por episodios agudos recidivantes, afecta fundamentalmente el tejido conjuntivo de las grandes articulaciones y el corazón y en menor grado el tejido nervioso, la piel, los vasos sanguíneos y el tejido celular subcutáneo.¹⁻³

Los reportes clínico-epidemiológicos sobre la FR y la cardiopatía reumática (CR)

¹ Especialista de II Grado en Cardiología. Profesor Auxiliar.

² Especialista de I Grado en Cardiología.

³ Doctor en Ciencias Médicas.

⁴ Doctor en Ciencias Médicas. Profesor Titular.

que es su gran secuela, son muy variables; entre otros hechos porque no ha sido una enfermedad de declaración obligatoria; no cursa con signos patognomónicos; la mayoría de los estudios se han realizado con muestras escogidas en ciudades o estados de algunos países con condiciones socioeconómicas diferentes; no todos los pacientes son ingresados o registrados y también es frecuente que se produzca un sobrediagnóstico, por ejemplo: en los pacientes con artralgias y título de anticuerpos de antiestreptolisina O elevada.²⁻⁶ Lo anterior motivó la realización de esta investigación para conocer la incidencia de la enfermedad en nuestra provincia, siguiendo las orientaciones del Programa de Prevención y Control de la OMS^{7,8} y valorar la evolución de los pacientes en un período de 10 años, después de instaurar dicho programa.

MÉTODO

El universo de estudio estuvo constituido por toda la población de 5 a 25 años con residencia habitual en la provincia Pinar del Río desde 1986 hasta 1996 (Fig. 1).

Desde el comienzo de la investigación se hizo hincapié en algunos aspectos del programa de prevención y control de la FR y la CR,^{6,8} mediante campañas divulgativas dirigidas fundamentalmente a los médicos de atención primaria que contemplaron, entre otros aspectos, medidas de promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento. Todo sospechoso de padecer FR se remitió a su hospital regional con el propósito de ingresarlo.

El diagnóstico, se basó en los criterios de *Jones* revisados y modificados por la *New York Heart Association*.⁹⁻¹¹ Se reportó como portador de CR al que presentó una lesión valvular típica confirmada por el

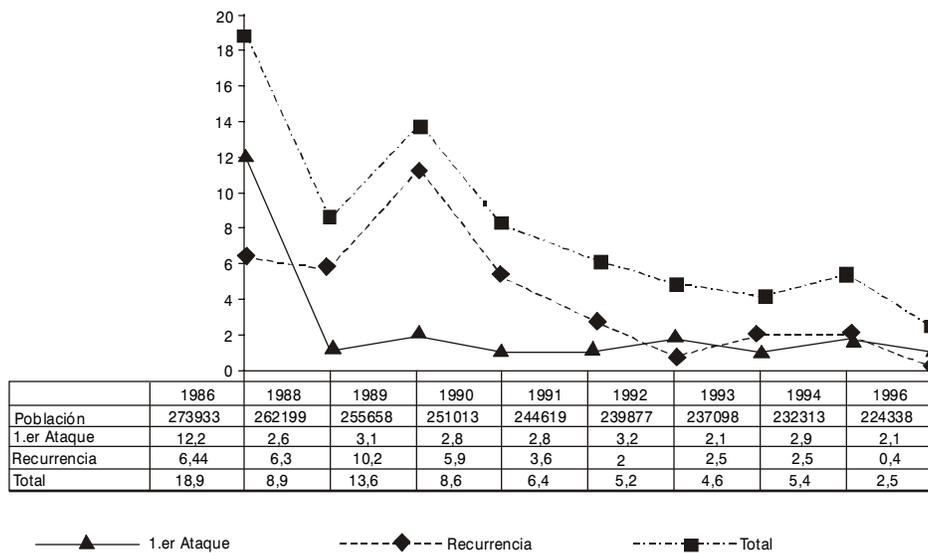


FIG. 1. Tasas de incidencia de toda la población.

examen físico y ecocardiográfico. Se consideró recurrente todo aquél con un nuevo ataque de FR aguda 3 meses después del último ataque. Los datos se obtuvieron del Centro Provincial de Estadística y se valoró a los pacientes en la consulta especial de FR a donde fueron remitidos. El equipo médico lo integró un pediatra, un clínico y un cardiólogo, los cuales confirmaron el diagnóstico. A todos los pacientes con FR o CR se les confeccionó el modelo de registro de reumáticos,¹² en los casos en que hubo dudas se realizó una nueva valoración en el Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Los enfermos se controlaron y se siguieron por el equipo de salud del nivel primario de atención y por el Servicio de Cardiología del Hospital Provincial Docente Clínicoquirúrgico de Pinar del Río.

Los datos fueron recogidos en el modelo de registro de reumático¹² y procesados en una computadora con el sistema EPI INFO 5 para presentarlos como nuestros resultados. Cuando se plantearon diferencias se utilizó la prueba de significación estadística Chi Cuadrado.

RESULTADOS

En la figura 1 presentamos las tasas de incidencia en la década de toda la población. En 1986 encontramos 52 portadores de la enfermedad: 34 sufrieron un primer ataque y 18 pacientes, recurrencia, la tasa total fue de $18,6 \times 10^5$ habitantes (12,2 para el primer ataque y 6,4 para las recurrencias), a los 5 años de estudio la tasa total disminuyó a 6,4: 2,8 para el primer ataque y 3,6 para las recurrencias; en el año 1996 sólo se diagnosticó la enfermedad en 6 pacientes: 5 con primer ataque y 1 que tuvo una recurrencia; la tasa total fue de $2,5 \times 10^5$ habitantes (2,1 para el primer ataque y 0,4 para las recurrencias). La mayor incidencia de la enfermedad fue en los pacientes de 5 a 14 años (tabla) en los que se encontró una tasa de incidencia de $28,4 \times 10^5$ en 1986 y de $2,7 \times 10^5$ en 1996. No hubo diferencias en relación con la incidencia según el sexo (Fig. 2) aunque fue ligeramente superior en el femenino durante todo el período de estudio.

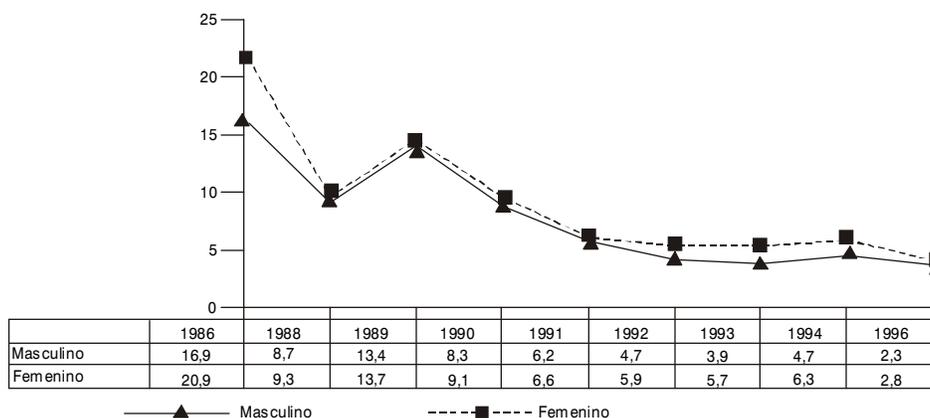


FIG. 2. Incidencia de la enfermedad según el sexo.

TABLA. Incidencia de la enfermedad según grupos de edades

Incidencia	Grupo de edades (años)		Incidencia	
1986			1996	
28,4	←	5-14 *	→	2,7
11,3	←	15-25	→	2,3
18,9	←	5-25	→	2,5

* p < 0,01.

En lo que respecta al color de la piel los datos no fueron consistentes: en 1986 la

tasa fue mayor en los blancos ($15,7 \times 10^5$), en 1991 fue más elevada en los mestizos (8×10^5), mientras en el año 1996 fue mayor en los negros con una tasa de $4,2 \times 10^5$ habitantes (Fig. 3).

En la figura 4 podemos observar las tasas de incidencia entre los que quedaron con CR; en los primeros años de estudio, éstas fueron más altas ($5,8 \times 10^5$ habitantes) en 1986 y de $7,0 \times 10^5$ habitantes en 1989, ya en los años posteriores fueron más bajas: en 1993 fue de $2,5 \times 10^5$ habitantes y de $0,8 \times 10^5$ habitantes en 1996.

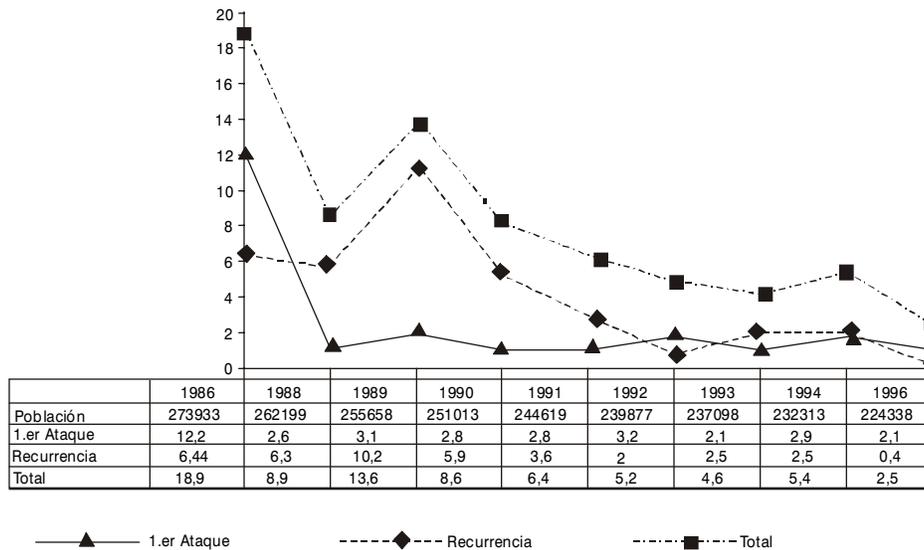


FIG. 3. Tasas de incidencia según color de la piel.

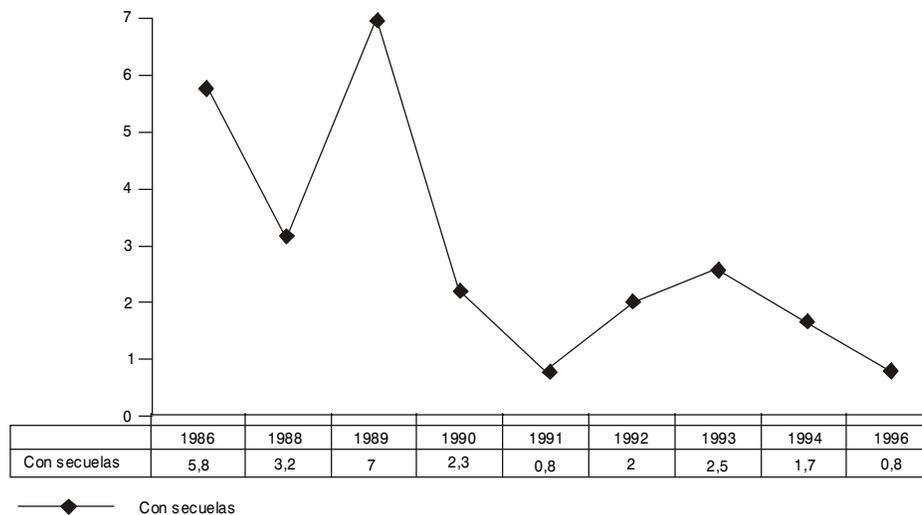


FIG. 4. *Tasas de incidencia con secuelas.*

DISCUSIÓN

Los resultados sobre la incidencia de FR en la provincia, en estos 10 años, muestran una importante disminución tanto del primer ataque como de las recurrencias. En 1986 fue similar a la de países económicamente subdesarrollados, entre 10 y 100 x 10⁵ habitantes, según los datos reportados en varios estudios.¹³⁻¹⁶ En 1996 se igualó a la de los desarrollados, inferior a 5 x 10⁵ habitantes,¹⁵⁻¹⁷ si tenemos en cuenta que en la etiopatogenia de la FR la susceptibilidad específica del huésped es un elemento importante sobre el cual no hemos podido dirigir acciones de salud; por ejemplo, con la utilización de marcadores genéticos para identificar a los individuos más susceptibles de padecer la enfermedad.

El decremento de la FR en la población se debe a una mejoría, semejante a la de los países desarrollados; a que la población ha adquirido mejor información sobre la enfermedad, y a una mejor preparación de los médicos de atención primaria. En lo relacionado al sexo y color de la piel coincidimos con lo planteado por otros autores: esta enfermedad no tiene predilección por un grupo étnico determinado ni tampoco por alguno de los sexos.^{2,17,18}

Es de interés señalar la reducción de la tasa de CR. Esto se debe a la disminución de la incidencia y severidad que ha tenido esta enfermedad por las medidas de promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento recomendadas en los programas de prevención y control de la Organización Mundial de la Salud.^{7,8}

SUMMARY

The incidence of acute rheumatic fever from 1986 was studied among the habitual residents of the province of Pinar del Rio aged 5-25. All those patients who probably suffered from the disease (codes 390-398, 421-428, 710 and 710-715) and were hospitalized during that period were registered. The criteria of Jones were modified and applied to verify the diagnosis. The incidence rates decreases as time went by: in 1986 it was 18.6 x 100 000 inhabitants (12.2 for a first attack and 6.4 for recurrences) and in 1996 it was 2.5 x 100 000 inhabitants (2.1 for a first attack and 0.4 for recurrence). A reduction was also observed among those with sequelae on discharge due to the fact that the magnitude of the disease. diminished.

Subject headings: RHEUMATIC FEVER; RHEUMATIC HEART DISEASE.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Stamler J. *Cardiología Preventiva*. Barcelona: Editorial Científico Médica 1970:172-5.
2. Markowitz M, Gordis L. *Rheumatic Fever*. 2 ed. Philadelphia. Saunders 1972:22-9.
3. WHO/ISFC/UNESCO Project. Development of health education material for the prevention of rheumatic fever/ rheumatic heart disease and Chagas disease. Geneva: UNESCO 1991:3-7.
4. Friedberg CK. *Enfermedades del corazón*. 3 ed. La Habana. Instituto Cubano del Libro:574-589.
5. Yary EF. A review of the epidemiology and prevention of rheumatic heart disease. *Cardiovascular review* 1996:10-26.
6. Rheumatic fever and rheumatic heart disease. Report of a WHO study group. Technical Report Series No. 764. World Health Organization. Geneva 1998:3-11.
7. World Health Organization. WHO global program for the prevention of rheumatic fever/ rheumatic heart disease in sixteen developing countries. Geneva. S/n; 1986:4-6.
8. World Health Organization. Joint WHO/ISFC meeting on rheumatic fever/rheumatic heart disease control, with emphasis on primary prevention. Geneva. S/n;1994:7-9.
9. Jones TD. The diagnosis of rheumatic fever. *JAMA* 1944;126:481-5.
10. American Heart Association. Jones Criteria (revised) for guidance in the diagnosis of rheumatic fever. *Circulation* 1965;32:644-8.
11. Special Writing Group of the Committee on Rheumatic Fever, Endocarditis, and Kawasaki Disease of the Council on Cardiovascular Disease in the Young, American Heart Association. Guidelines for the Diagnosis of Rheumatic Fever: Jones Criteria, Update 1992. *Circulation* 1993;87:303-8.
12. Nordet Cardona P, Rojas J, López Rodríguez R. Fiebre reumática en Ciudad de La Habana 1972-1982. Incidencia y Características. *Rev Cubana Pediatr* 1988;33-7.
13. Ekra A, Bertrand E. Rheumatic heart disease in Africa *World Health Forum* 1992;13:331-3.
14. Arguedas A, Mohs E. Prevention of Rheumatic Fever in Costa Rica. *J Pediatric* 1992;21:569-73.
15. Markowitz M, Kaplan EL. Reappearance of rheumatic fever. *Adv Pediatrics* 1989;36:39-42.
16. Nordet P. WHO/ISFC global program for the prevention and control of rheumatic fever/rheumatic heart disease. *Hearbeat* 1993;3:4-5.
17. Rios Mazo M. La fiebre reumática. Barcelona: Editorial Científico Médica 1965:64-71.
18. Savio A, Peramo ST, Casanova R, López B. Características clínicas de la fiebre reumática en Cuba. *Rev Cubana Pediatr* 1976:48:639-642.

Recibido: 22 de marzo de 1999. Aprobado: 24 de mayo de 1999.

Dr. Raimundo López Rodríguez. Hospital Clínicoquirúrgico Docente " León Cuervo Rubio", Pinar del Río.