

Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular  
Hospital Clínico-Quirúrgico Docente "León Cuervo Rubio", Pinar del Río

## PREVALENCIA DE FIEBRE REUMÁTICA EN PINAR DEL RÍO. UNA DÉCADA DE EXPERIENCIA

Dr. Raimundo López Rodríguez,<sup>1</sup> Dr. Fidel Manuel Cáceres Lóriga,<sup>1</sup> Dra. María A. Méndez Suárez,<sup>2</sup> Dr. José A. González Rodríguez,<sup>3</sup> Dr. Jorge R. López Rodríguez,<sup>4</sup> Dr. Luis A. Sarmiento López,<sup>4</sup> Dr. Porfirio E. Nordet Cardona<sup>5</sup> y Dr. Alberto Hernández Cañero<sup>6</sup>

### RESUMEN

Se estudió la prevalencia de la fiebre reumática en 1986 y 1996 entre los residentes habituales del municipio Pinar del Río con edades entre 5 y 14 años. Se examinaron todos los sospechosos de la enfermedad en consulta especial creada a los efectos de la investigación. Se aplicaron los criterios de Jones modificados para verificar el diagnóstico. Las tasas de prevalencia disminuyeron: en 1986 fue de  $8,05 \times 1\ 000$  habitantes (5,78 para los portadores de fiebre reumática inactiva y 2,37 para los que padecían de cardiopatía reumática) y en 1996 fue de  $1,99 \times 1\ 000$  habitantes (1,75 para la fiebre reumática inactiva y 0,24 para la cardiopatía reumática). La insuficiencia mitral fue la valvulopatía más diagnosticada y hubo un decremento en las tasas de valvulopatías, lo que también explica porqué la magnitud de la enfermedad ha disminuido.

*DeCS:* FIEBRE REUMATICA/complicaciones; FIEBRE REUMATICA/epidemiología; CARDIOPATIA REUMATICA; ENFERMEDADES DE LAS VALVULAS CARDIACAS.

La fiebre reumática (FR) y su mayor complicación la cardiopatía reumática (CR) constituyen un importante problema de salud en muchos países, pues ataca con prioridad a

los niños y adultos jóvenes que cuando no son bien atendidos presentan disminución de su capacidad funcional con serias repercusiones para el paciente, su familia y la sociedad.<sup>1,2</sup>

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

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

<sup>3</sup> Especialista de I Grado en Cardiología.

<sup>4</sup> Especialista de I Grado en Medicina Interna.

<sup>5</sup> Doctor en Ciencias Médicas.

<sup>6</sup> Doctor en Ciencias. Profesor Titular.

Esta enfermedad inflamatoria crónica que evoluciona por episodios agudos recidivantes afecta el tejido conectivo de las grandes articulaciones produciendo su inflamación (artritis), del corazón (carditis) y menos frecuente del cerebro (corea), el tejido celular subcutáneo (nódulos subcutáneos) y la piel (eritema marginado), es entre las enfermedades cardiovasculares la de más fácil control y prevención.<sup>1-3</sup>

En la literatura médica revisada se describen cifras de prevalencia de la enfermedad muy variable<sup>2,4,7</sup> en lo que influye el método utilizado, las condiciones climatológicas, socioeconómicas y las características de los servicios de salud en los países o ciudades donde se han realizado los estudios. En ellos pueden producirse errores que por lo general son causados por deficiencias en las muestras, como no incluir todos los grupos étnicos y socioeconómicos y cómo tomamos las medidas para evitar dichos errores, siguiendo las orientaciones del programa de Prevención y Control que aconseja la OMS,<sup>7,8</sup> nos motivamos en dar a conocer la prevalencia de la enfermedad así como las valvulopatías más frecuentes y valorar la evolución de los pacientes.

## MÉTODOS

El universo de estudio estuvo constituido por la población de 5 a 14 años con residencia habitual en el municipio Pinar del Río. En 1986, encuestamos y examinamos a los alumnos de la enseñanza primaria y secundaria basados en un diseño bioestadístico donde el tamaño de la muestra fue del 6 % y el muestreo por conglomerados trietápicos. En 1996, por contar con los médicos generales integrales, toda la población.

Desde el inicio de la investigación se hizo hincapié en algunos aspectos del programa de Prevención y Control de la FR y CR<sup>7,8</sup> que contempla medidas de promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento. Todo sospechoso de padecer la enfermedad fue remitido a la consulta especial creada a los efectos de la investigación donde fue valorado por cardiólogos, internistas y pediatras. El diagnóstico se basó en los criterios de Jones revisados y modificados por el *New York Heart Association*.<sup>9</sup>

Reportamos como portador de CR al que presentó una lesión valvular típica confirmada por el examen físico y ecocardiográfico. Consideramos como portador de FR Inactiva todo aquel que sufrió su ataque a la forma articular (artritis pura) sin evidencias de actividad reumática y sin afección valvular. A cada paciente se le confeccionó el modelo de prevalencia de FR<sup>10</sup> de donde fueron recogidos los datos clínicos y se remitieron nuevamente a su área de salud para ser controlados por su médico de atención primaria y también por el servicio de cardiología del Hospital Provincial "León Cuervo Rubio".

Los datos poblacionales se obtuvieron del Centro Provincial de Estadística y para el procesamiento utilizamos una computadora con el sistema Epiinfo 5 para presentarlos como nuestros resultados. Cuando se plantearon diferencias se utilizó la prueba de significación estadística chi cuadrado.

## RESULTADOS

Se encuestaron y examinaron 5 710 estudiantes durante 1986. Encontramos 46 portadores de la enfermedad: 33 sufrieron de FR Inactiva y 13 de CR, por lo que la tasa total fue de  $8,05 \times 1\ 000$  habitantes (5,7 para

TABLA 1. Prevalencia de la enfermedad en los años de estudio

	No. de pacientes	1986 Tasa × 1 000	PREVALENCIA	1996 Tasa × 1 000	No. de pacientes
	33	5,78	FR Inactiva*	1,75	43
Población		5,710			Población
24,519					
	13	2,37	C. Reumática*	0,24	6
	46	8,05	Total*	1,99	49

\* p < 0,01.

Tasa de prevalencia en población de 5 a 14 años.

TABLA 2. Prevalencia según tipo de valvulopatía

Tipo de valvulopatía	No.	1986 Tasa × 1 000 hab.	No.	1996 Tasa × 1 000 hab.
Insuficiencia mitral*	9	1,57	4	0,16
Estenosis mitral	1	0,17	0	0,00
Doble lesión mitral	1	0,17	0	0,00
Estenosis aórtica	1	0,17	2	0,08
Mitro aórtico	1	0,17	0	0,00

\* p < 0,05.

Valvulopatías más frecuentes (población de 5 a 14 años).

la FR Inactiva y 2,3 para la CR). En 1996, se revisaron los expedientes en los consultorios de 24 519 estudiantes y comprobamos que 49 eran portadores de la enfermedad, 43 de FR Inactiva y 6 de CR, por lo que la tasa disminuyó de forma significativa a 1,99 × 1 000 habitantes (1,75 para la FR Inactiva y 0,24 para la CR) (tabla 1).

La mayor prevalencia de la enfermedad la encontramos en los pacientes de 10 a 14 años: la tasa en 1986 fue de 9,52 × 1 000 habitantes y en 1996 de 3,5 × 1 000 habitantes, y con relación al sexo en ambos períodos fue mayor en el femenino: 9,31 en 1986 y 2,10 × 1 000 en 1996.

En ambos años de estudio la insuficiencia mitral fue la valvulopatía más diagnosticada cuya tasa fue de 1,57 × 1 000 habitantes en 1986 y de 0,16 al finalizar el período, que expresa una disminución significativa. La estenosis aórtica le siguió en orden de frecuencia, la cual también disminuyó de 0,17 a 0,08 × 1 000 habitantes (tabla 2).

## DISCUSIÓN

Los resultados sobre la prevalencia en los años de estudio, muestran una importante disminución tanto para la FR Inactiva como para la CR.

En el primer estudio (1986) la tasa fue similar a la de los países en vías de desarrollo que oscila entre 1 y  $10 \times 1\,000$  habitantes.<sup>4-7</sup> En 1996, la tasa de CR se igualó a la de los países desarrollados que es entre 0,2 y  $0,5 \times 1\,000$  habitantes;<sup>4-7</sup> entendiéndose que el decremento se debe a las medidas de promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento que comenzaron a aplicarse desde los primeros años; pero también a que en la provincia y en especial en el municipio ha existido un aumento en el nivel de vida, con mejoría de las condiciones socioeconómicas a pesar del

período especial; que también hubo una disminución en la incidencia,<sup>11</sup> y que ha existido un mayor conocimiento de la enfermedad por parte de nuestros médicos de atención primaria y de la población en general.

La insuficiencia mitral fue la valvulopatía que más prevaleció, lo que nos hace coincidir con otros autores,<sup>12</sup> e igual que el resto de las valvulopatías disminuyó en el segundo estudio, lo que se debe a que ha existido una disminución en la severidad de la enfermedad por la puesta en marcha del programa de Prevención y Control de la OMS.<sup>7,8</sup>

## SUMMARY

The prevalence of rheumatic fever in 1986 and 1996 was studied among the habitual residents aged 5-14 from the municipality of Pinar del Río. All those suspected of the disease were examined in a special consultation created to this end. The modified Jones' criteria were applied to confirm the diagnosis. The rates of prevalence decreased from  $8.05 \times 1\,000$  inhabitants (5.78 for the carriers of inactive rheumatic fever and 2.37 for those suffering from rheumatic heart disease), in 1986, to  $1.99 \times 1\,000$  inhabitants (1.75 for inactive rheumatic fever and 0.24 for those with rheumatic heart disease), in 1996. Mitral failure was the most diagnosed valvulopathy. There was also a decrease in the rates of valvulopathies, which also explains why the magnitude of the disease has diminished.

*Subject headings:* RHEUMATIC FEVER/complications; RHEUMATIC FEVER/epidemiology; RHEUMATIC HEART DISEASE; HEART VALVE DISEASES.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. DeJani A. Rheumatic fever. En: Braunwald E. Heart disease. A text book of cardiovascular medicine. 5<sup>th</sup> ed. Philadelphia: WB Saunder, 1997:1769-75.
2. Gary E. Review of epidemiology and prevention of rheumatic fever hear disease. Part I. Cardiovasc Rev 1996;17(3):10-26.
3. Achhutti A, Kaplan E, Nordet P, Van der Vynckt. Enfermedades estreptocócica de la garganta. Fiebre reumática y cardiopatía reumática. Ginebra: UNESCO, OMS, SFIC, 1992:1-16.
4. Markowitz M, Kaplan E. Reappearance of rheumatic fever. Adv Pediatr 1989;38:39-66.
5. Nordet P. WHO/ISFC global programmer for the prevention and control of rheumatic fever rheumatic heart disease. Heartbeart 1993,3:4-5.
6. Stollerman Y. Rheumatic fever. Lancet 1997;349:935-42.
7. World Health Organization. Joint WHO/ISFC meeting on rheumatic fever/rheumatic heart disease control, with emphasis on primary prevention. Geneva, 1994:7-9.
8. \_\_\_\_\_. WHO global program for the prevention of rheumatic fever/rheumatic heart disease in sixteen developing countries. Geneva, 1986:4-6.

9. 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(1):302-7.
10. Nordet P. Fiebre reumática. Magnitud y aspectos clínico-epidemiológicos. Provincia Ciudad de La Habana (tesis doctoral). La Habana: CNICM; 1988.
11. López Rodríguez R, González Rodríguez JA, Martínez Hernández O, Cáceres Lóriga FM, Nordet Cardona P, Hernández Cañero A. Fiebre reumática: incidencia en Pinar del Río de 1986 a 1996. *Rev Cubana Cardiol Cir Cardiovasc* 1999;13(2):98-103.
12. Nordet P, Alfonso A, López R. Fiebre reumática. Estado clínico y evolución a los 5 y 10 años del primer ataque. *Rev Cubana Pediatr* 1988; 60(2):42-51.

Recibido: 10 de abril de 2001. Aprobado: 11 de mayo de 2001.

Dr. *Raimundo López Rodríguez*. Hospital Clínico Quirúrgico Docente "León Cuervo Rubio", Carretera Central y Entronque de Viñales, Pinar del Río.