

HOSPITAL INFANTIL DOCENTE "WILLIAM SOLER"

## Características clínicas de la fiebre reumática en nuestro medio.

### Estudio de 500 casos (experiencia y resultados)

Por los Dres.:

ANDRES SAVIO BENAVIDES,\* SALVADOR T. PERAMO GOMEZ,\*\*  
RAMON CASANOVA ARZOLA,\*\*\* JULIO LOPEZ BENITEZ\*\*\*\*

Savio Benavides, A. et al. *Características clínicas de la fiebre reumática en nuestro medio. Estudio de 500 casos (experiencia y resultados)*. Rev Cub Ped 48: 6. 1976.

Se estudian 500 pacientes reumáticos en dos periodos diferentes: desde el mes de mayo de 1961 hasta el mismo mes del año 1968 y desde esta fecha a diciembre de 1972. Se analizan comparativamente las características clínicas más relevantes (edad, sexo, raza, brotes y formas clínicas); y se hace un aparte para la carditis por su importancia pronóstica. En ambos periodos casi a la mitad de los pacientes se les presentó "carditis", aunque la gravedad de la misma ha disminuido en los últimos 5 años, dado el menor número de casos que presentaron insuficiencia cardíaca congestiva en el brote inicial.

#### INTRODUCCION

A pesar de su enorme importancia pediátrica, son muy pocas las publicaciones que se han realizado en nuestro país sobre fiebre reumática. La literatura médica cubana sólo recoge 3 trabajos, entre los años 1944 a 1966.<sup>1,2,3</sup>

A tal extremo llega su desconocimiento, que se ha llegado a plantear por algunos que en Cuba no existe la fiebre reumática, y todos hemos leído a los autores anglosajones y europeos quienes plantean que esta enfermedad es excepcional en los trópicos. Sin embargo, en algunos centros se trabajaba tenazmente en el estudio, manejo y control de la entidad.

El servicio de cardiología del hospital infantil docente "William Soler" comenzó hace más de una década a prestarle especial atención a esta enfermedad; se creó la consulta de seguimiento de reumáticos y se introdujeron normas generales para el manejo de los mismos. Este trabajo recoge parte de la experiencia acumulada durante más de 10

\* Jefe del departamento de cardiología del hospital infantil docente "William Soler". Especialista de primer grado en pediatría en el hospital infantil docente "William Soler", Ave. San Francisco No. 10112, Altahabana, Habana 8, Cuba.

\*\* Especialista en cardiología del hospital infantil docente "William Soler".

\*\*\* Profesor de cardiología, hospital infantil docente "William Soler".

\*\*\*\* Nefrólogo. Especialista de primer grado en pediatría en el hospital infantil docente "William Soler".

años de tratamiento del paciente reumático, en el que se insiste fundamentalmente en las características clínicas de la fiebre reumática en nuestro medio.

#### MATERIAL Y METODO

Se revisaron las historias clínicas de los casos de pacientes ingresados en el hospital "William Soler", desde el mes de mayo de 1961 hasta mayo de 1968 y desde esa fecha hasta diciembre de 1972. En la primera etapa se estudiaron 300 casos, en tanto que en la segunda se estudiaron 200, lo que hizo un total de 500 pacientes.

Examinamos también las historias clínicas de todos los pacientes que asistieron a la consulta externa de reumatología, muchos de los cuales no habían sido nunca ingresados.

Se revisaron los electrocardiogramas de todos los pacientes (unos 1 200 trazos) cuyos casos se encontraban archivados en el departamento de cardiología, y el material radiológico lo obtuvimos del archivo de rayos X, donde fueron examinados unos 1 360 telecardiogramas.

Como criterio diagnóstico de la fiebre reumática seguimos estrictamente lo sugerido por Jones, por lo que fueron eliminadas las historias clínicas que se apartaban del mismo.

Como criterio de carditis adoptamos las normas establecidas por la American Heart Association y que fueron posteriormente ratificadas por el Comité de Expertos de la OMS.<sup>1</sup>

En la primera parte del trabajo clasificamos las carditis en dos grandes grupos: recientes y evolutivas o no recientes, de acuerdo con el tiempo de evolución transcurrido desde el comienzo hasta el momento de ser examinados los pacientes. Le llamamos carditis reciente a aquellas que al examinar al paciente tenían menos de 3 semanas de evolución y evolutivas o no recientes las que

tenían más de 3 semanas a partir del ataque inicial.

Esta clasificación tiene notables implicaciones desde el punto de vista pronóstico y terapéutico como veremos más adelante.

*Resultados obtenidos (excluidos los de la carditis, que por su importancia consideramos aparte)*

De los 300 casos estudiados en la primera etapa, la fiebre reumática fue excepcional por debajo de los 3 años de edad, por lo que se obtuvo un porcentaje de 0,66% que concuerda en términos generales con lo publicado internacionalmente.<sup>2,3</sup>

La fiebre reumática por debajo de los 3 años de edad ha sido informada también por otros autores,<sup>4,5</sup> y resultó muy interesante el caso recientemente presentado por uno de nosotros en un lactante de 19 meses.<sup>6</sup>

Como puede apreciarse en el gráfico 1, la incidencia de fiebre reumática aumenta con la edad, de tal manera que entre los 6 y 13 años se encontraron la mayoría de nuestros casos; comparando ambas etapas estudiadas, vemos que en la 2da., de 200 casos estudiados, solamente uno tenía menos de 3 años, lo que representó un 0,5% de la muestra, cifra muy similar a la encontrada en el primer periodo (gráfico 2).

También el mayor número de casos correspondió al grupo por edad de 6 a 13 años; en el cuadro I, pueden observarse comparativamente ambos resultados.

Otro hecho interesante es la relación entre la edad y la gravedad del ataque inicial. Se sabe que las formas más graves de carditis se presentan en los niños más pequeños; pues bien, de 28 ataques iniciales de carditis reumática con insuficiencia cardíaca, 24, o sea, el 85,7% estaba comprendido entre las edades de 3 a 8 años (gráfico 3).

En la 2da. etapa, de 15 ataques iniciales de carditis reumática con insuficien-

cia cardíaca, 10 (66,6%) estaban comprendidos entre los 3 y 8 años, cifra algo menor a la obtenida en el período inicial (gráfico 4).

En cuanto al mes del brote, el mayor número de casos correspondió al de abril. Como puede apreciarse en el gráfico 5, la curva comienza a elevarse en el mes de noviembre hasta el mes de abril en que alcanza la mayor incidencia, con una ligera disminución en los meses de febrero y marzo. En el verano

se mantiene estacionaria, y alcanza en otoño su valor más bajo.

Los resultados obtenidos en la 2da. etapa concuerdan, en cierto modo, con los de autores mejicanos,<sup>11</sup> ya que el mayor número de casos correspondió al mes de agosto, con elevaciones considerables en los meses de abril y enero (gráfico 6).

En cuanto al sexo no se observaron grandes diferencias en nuestro estudio:

GRAFICO 1

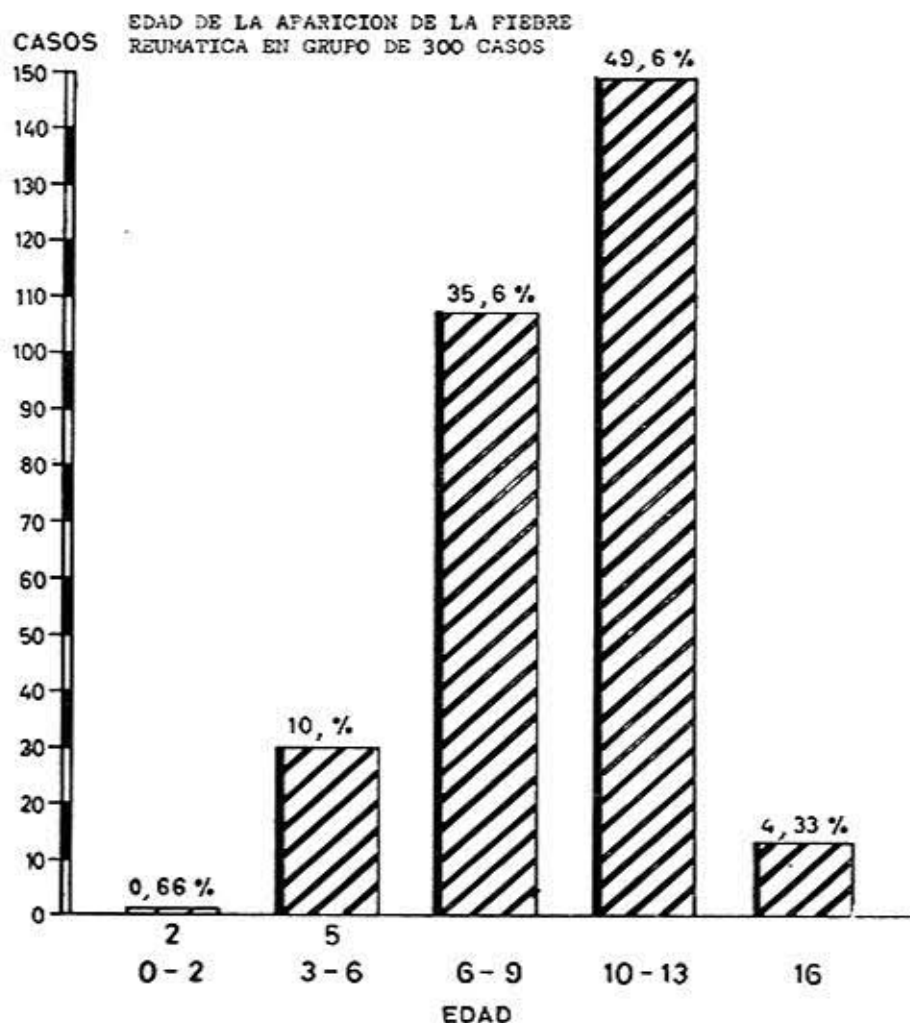
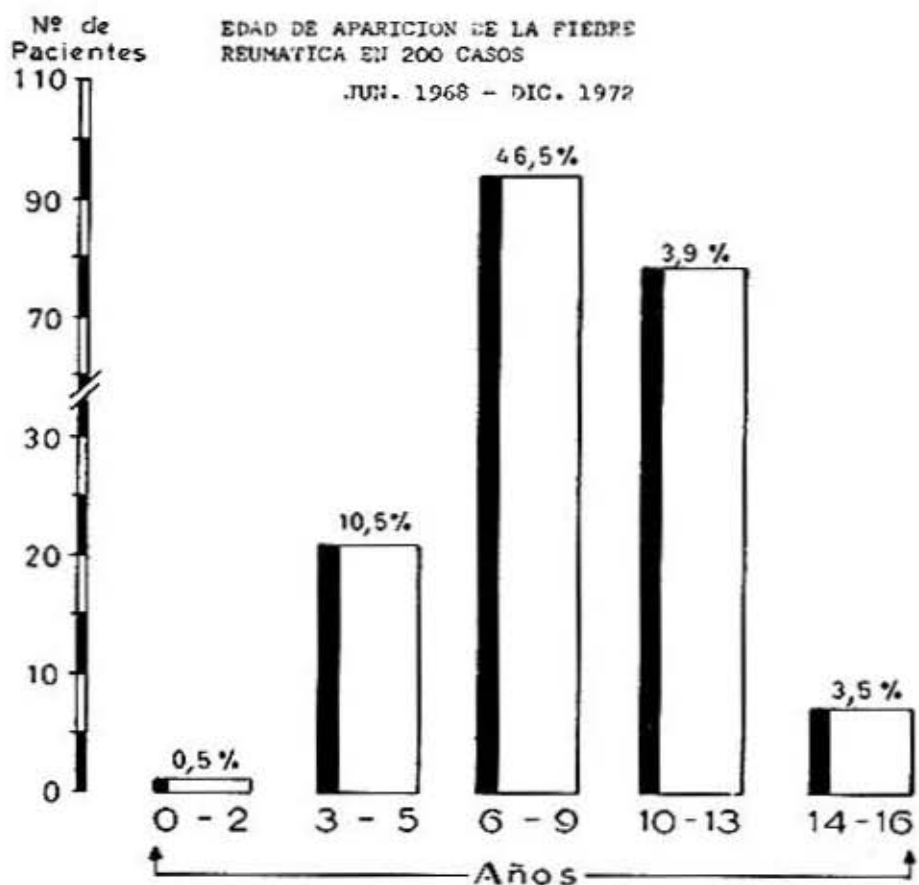


GRAFICO 2



CUADRO I

EDAD DE APARICION DE LA FIEBRE REUMATICA.  
ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS DOS ETAPAS

	0 - 2	3 - 5	6 - 9	10 - 13	14 - 16	
Mayo 1961	1	30	107	149	13	Casos
Mayo 1968	0.66	10	35.6	40.6	4.33	%
300 casos						
Junio 1968	1	21	93	78	7	Casos
Diciembre 1972	0.5	10.5	46.5	39	3.5	%

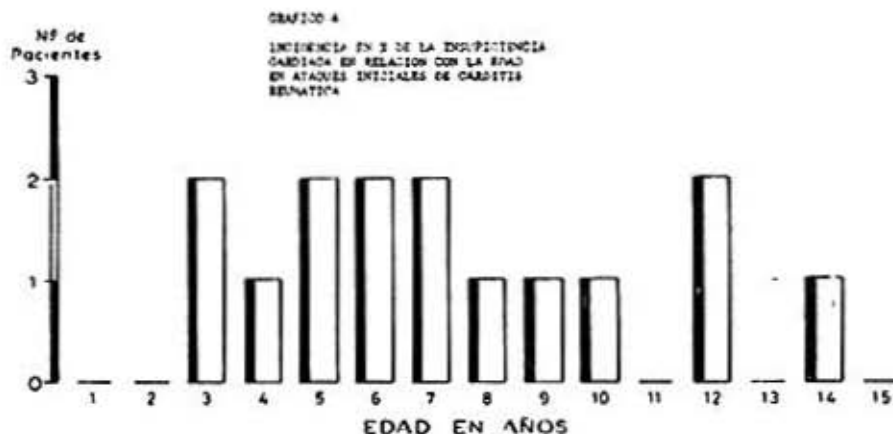
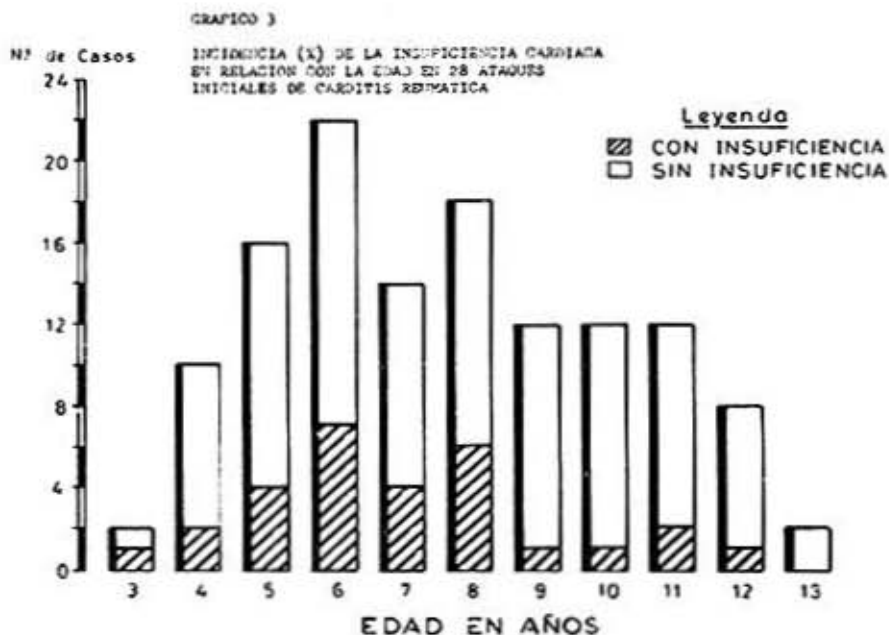
y en relación a la raza, 237 (75%) correspondieron a la blanca, 33 (11%) fueron mestizos y solamente 30 (10%) eran negros (gráfico 7).

Este hecho varía según la composición étnica de la población, como se demuestra en un trabajo publicado en Santiago de Cuba.

En los últimos años se mantuvo este patrón, como puede observarse en el cuadro II.

El sexo femenino mostró en este último período un discreto aumento sobre el masculino (10%), que pudiera estar en relación con la frecuencia más elevada de la corea en la mujer (cuadro III).

Desde el punto de vista clínico, los síntomas articulares fueron más frecuentes en niños mayores de 10 años, mientras que la carditis la encontramos, sobre todo, por debajo de esta edad; la corea ocupa una posición intermedia, como puede apreciarse en el gráfico 8.



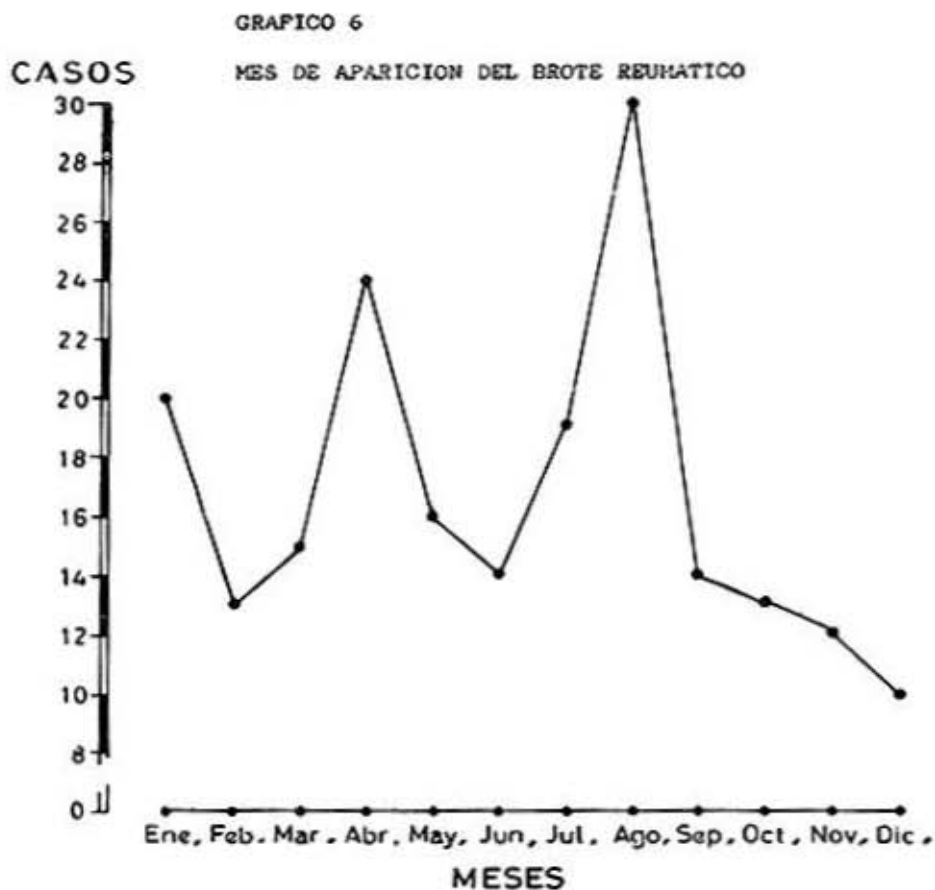
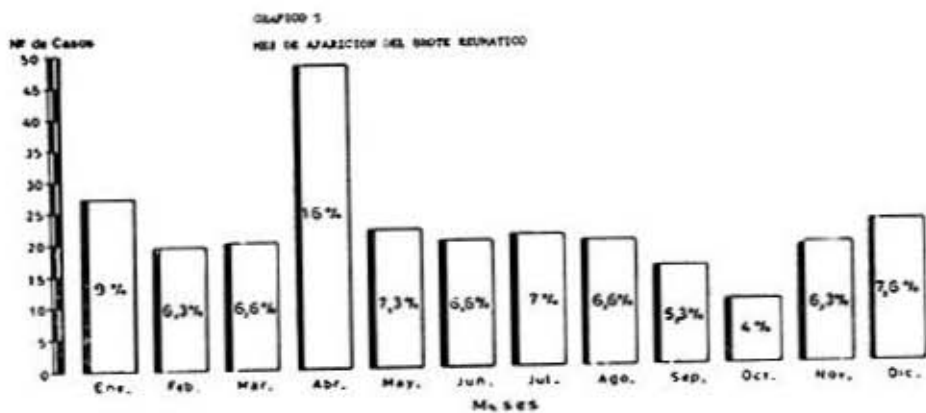
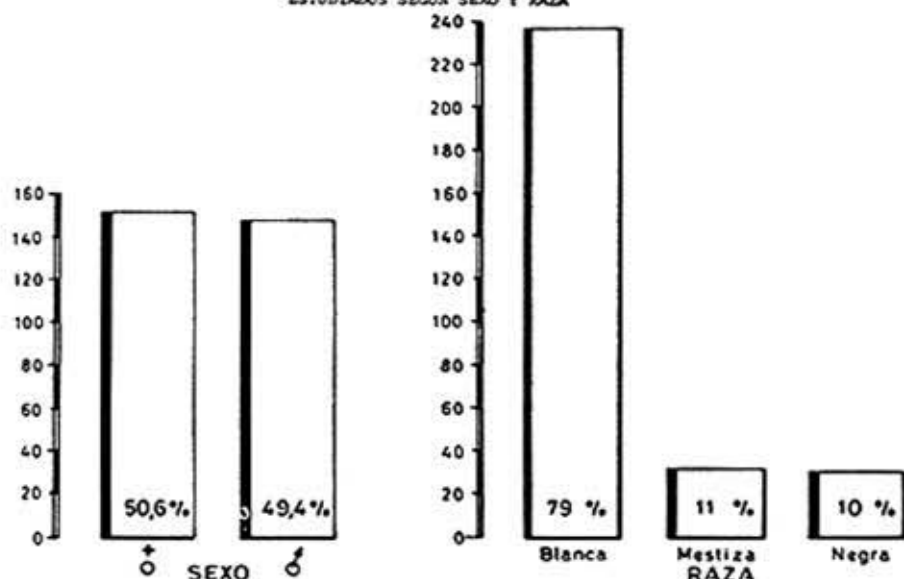


GRAFICO 7

DISTRIBUCION DE LA P.R. EN LOS 300 CASOS ESTUDIADOS SEGUN SEXO Y RAZA



CUADRO II

ESTUDIO COMPARATIVO EN LAS DOS ETAPAS

	B	M	N	
Mayo 1961	237	33	30	Casos
Mayo 1968	79	11	10	%
Junio 1968	153	15	27	Casos
Diciembre 1972	76,5	7,5	13,5	%

Si incluimos en un solo grupo la artritis y la artralgia, obtenemos una incidencia de un 80,6%, lo que nos da una idea de lo común de las manifestaciones articulares.

En orden de frecuencia le sigue la carditis con un 42,6% en ataques iniciales y, por último, la corea con 11,6% de los casos (corea pura).

Los nódulos subcutáneos y el eritema marginado lo encontramos sólo excepcionalmente con una cifra de 1 y 0,66%, respectivamente. En el cuadro IV puede

apreciarse la frecuencia de los distintos síntomas y signos hallados en los 300 pacientes reumáticos estudiados en el primer periodo.

Por su forma de presentación, podemos dividir las manifestaciones reumáticas en dos grandes grupos:

1. Formas puras (poliartritis, carditis, corea).
2. Formas combinadas (las que son producto de la combinación de una o más de esas manifestaciones).

Con dicho criterio, en la primera etapa formamos 11 grupos, cuya distribución porcentual exponemos a continuación (gráfico 9):

En el 2do. período de estudio, la carditis fue el signo más frecuente, con un

CUADRO III  
ESTUDIO COMPARATIVO EN LAS DOS ETAPAS

300 casos	Femenino	Masculino
	152	148
	50,6%	49,4%
Mayo 1961		
Mayo 1968		
200 casos	111	89
	55,6%	44,5%

42% (84/200); le sigue en orden de frecuencia la artritis con el 37% (74/200); y por último la corea con el 16% (32/200).

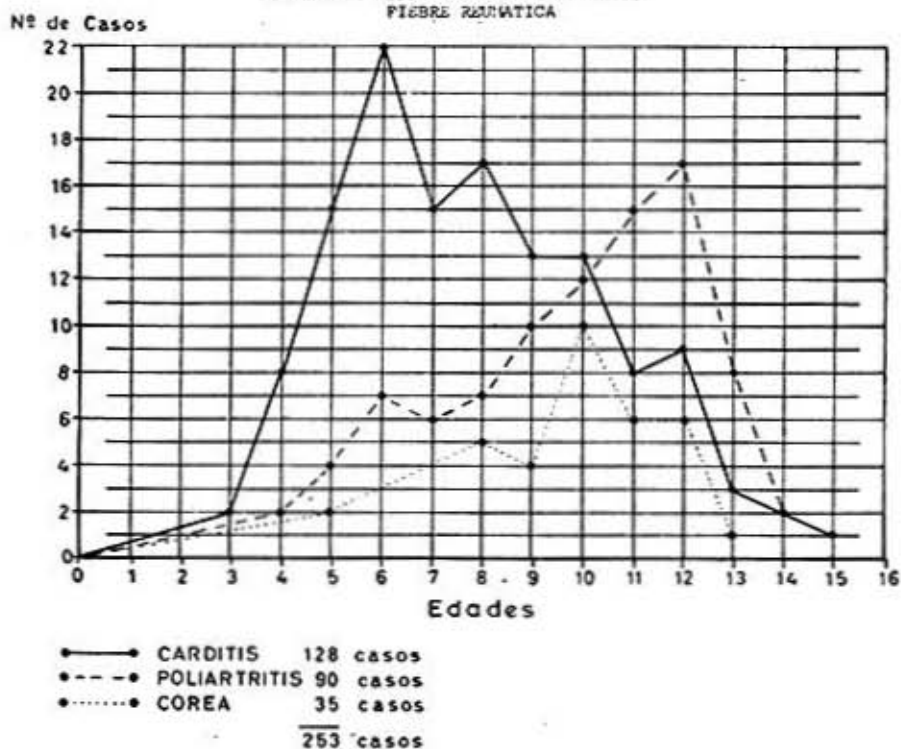
En el cuadro V se muestran gráficamente dichos resultados.

Considerando las distintas formas clínicas, al igual que hicimos al principio de este trabajo, se formaron en este período distintos grupos cuya distribución porcentual se recoge en el gráfico 10.

En los primeros años encontramos corea en 57 de los 300 pacientes que estudiamos, lo que representa un 19%; esta cifra incluye también los casos llamados de "corea pura", la cual constituyó el 11,6% del total de las coreas. Comparando estas cifras con la de otros autores,<sup>12,13,14</sup> observamos que es relativamente baja; este hecho ha sido estudiado por *Massell*,<sup>15</sup> quien señala una

GRAFICO 8

RELACION ENTRE LA FORMA CLINICA Y LA EDAD EN 253 ATAQUES INICIALES DE FIEBRE REUMATICA





reducción de la corea, de un 43% en 1925 a un 15% en 1960.

Se afirma<sup>15</sup> que en los últimos años los casos de corea pura se han reducido casi a un 50%.

En Cuba, en 1966 se informó una incidencia de un 8,1% de corea pura; y un 4,8% asociada a otras manifestaciones reumáticas.

En nuestros casos fue más frecuente entre los 8 y 10 años; su incidencia es muy baja en los niños menores de 5 años y más frecuente en la hembra que en el varón (64,3%). Entre las formas combinadas, la asociación más frecuente fue la de corea con carditis, para un 22,8% (13/57).

De los 35 casos de corea pura seguidos durante un período de 7 años, solamente dos (5,7%) presentaban cardiopatía reumática al final del estudio.

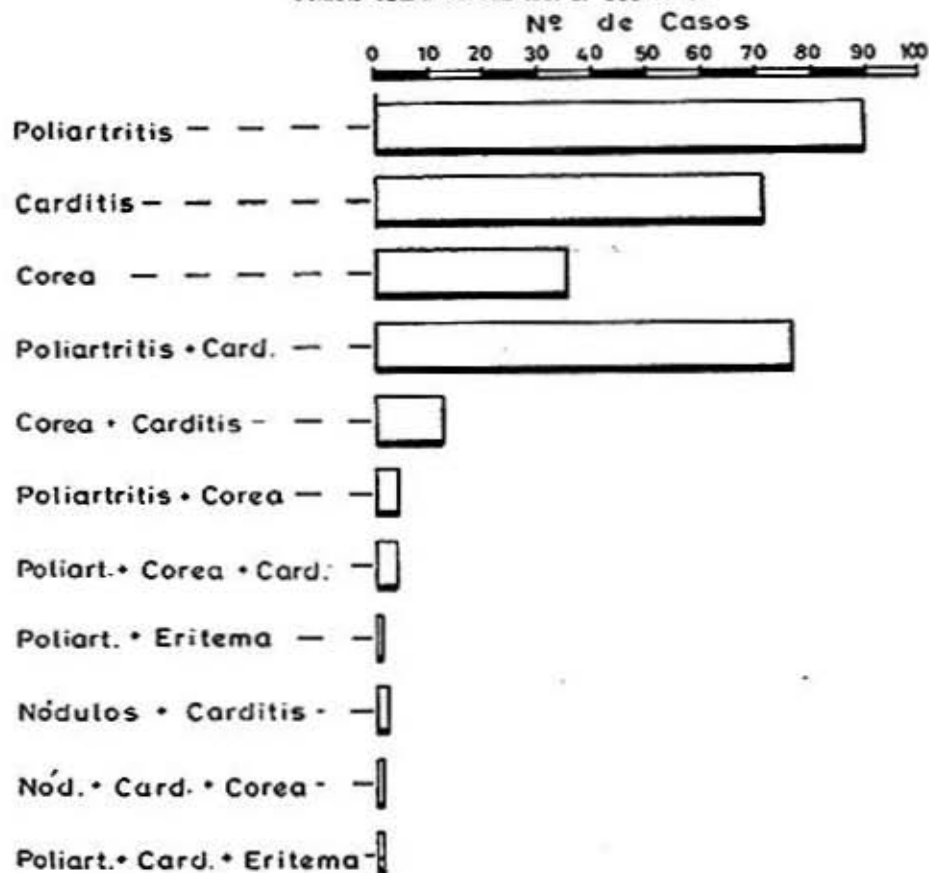
Dichas cifras coinciden en términos generales con las de otros autores.<sup>15,17</sup> En el gráfico 11 puede apreciarse la frecuencia con que la corea se asocia a otras manifestaciones reumáticas.

Comparativamente podemos observar que la corea se encontró en el 19% de los casos estudiados en la 2da. etapa de nuestro estudio (38/200), y que le correspondió un 16% (32/200) a la forma pura, cifra algo más elevada que la obtenida en la primera fase del estudio.

Por lo tanto en los últimos años, en nuestro medio, a diferencia de lo seña-

GRAFICO 9

FORMAS CLINICAS DEL RAA EN 300 CASOS



#### CUADRO IV

INCIDENCIA DE SINTOMAS Y SIGNOS EN  
300 PACIENTES REUMATICOS

Carditis*	170 (56,6%)
Corea**	35 (11,6%)
Artritis	178 (59,3%)
Artralgia	64 (21,3%)
Epistaxis	34 (11,3%)
Frote pericárdico	11 ( 6,5%)
Dolor abdominal	29 ( 9,6%)
Nódulos subcutáneos	3 ( 1%)
Rash	2 ( 0,66%)

\* Se refiere al total de carditis.

\*\* Corea pura.

#### CUADRO V

INCIDENCIA DE SINTOMAS Y SIGNOS  
EN 200 PACIENTES REUMATICOS

Carditis*	84	42	%
Arteritis	74	37	%
Corea**	32	16	%
Frote pericárdico	3	1,5	%
Dolor abdominal	2	1,0	%

\* Se refiere al total de carditis.

\*\* Corea pura.

lado internacionalmente, la corea muestra más bien un ligero incremento.

En cuanto a la edad, en este segundo periodo, el mayor número de casos se encontraba alrededor de los 10 años (34%).

Entre las formas combinadas, la asociación más frecuente fue: corea-carditis con un 13,1% (cuadro VI).

Fue también más frecuente en el sexo femenino (55,2%), aunque menor que lo informado en el primer periodo.

De los 32 pacientes con corea pura sólo uno presentó recidiva (3,1%), los que fueron seguidos durante 4½ años sin que evolutivamente manifestaran signos de carditis.

Todos los casos de corea con carditis (5 en total) habían presentado desde su inicio dicha forma clínica, y la edad del comienzo osciló entre los 5 y 9 años.

#### Carditis (primer periodo)

Del total de carditis, 63 correspondieron a la forma aguda o "reciente"; en tanto que 107 presentaron la forma "no reciente" (subaguda y crónica), a la que también podemos llamar cardiopatía reumática evolutiva.

Solamente 6 entre las carditis agudas o recientes presentaron insuficiencia cardíaca, lo que representó el 9,5% de los casos.

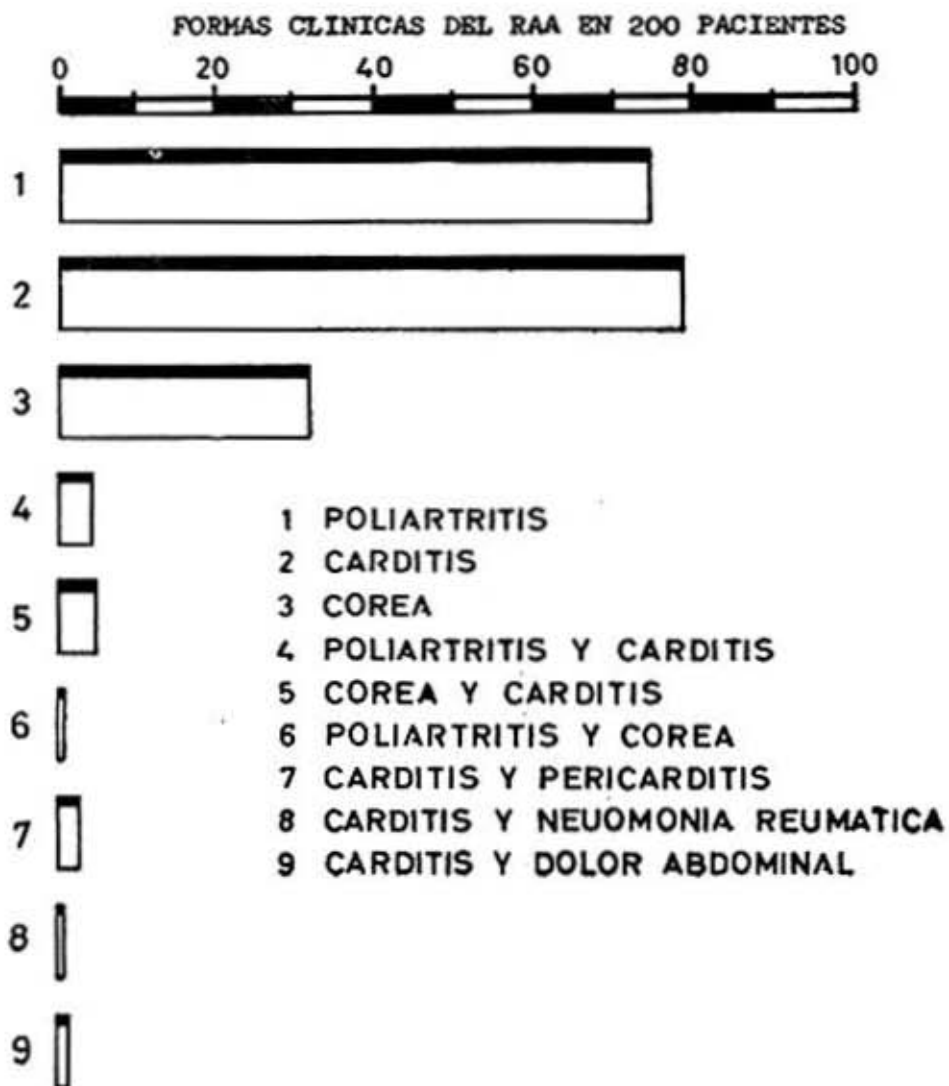
Se constató la presencia de soplos en el 98,4% (62/63); el soplo persistió en el 31,7%, en tanto que desapareció o disminuyó en el 66,6% (42/63). Solamente un paciente no presentó soplo; dicho caso resultó ser una pericarditis reumática (cuadro VII).

Desde el punto de vista pronóstico, 50 casos regresaron sin secuelas valvulares, es decir, el 79,3%; mientras que a 13 que representan el 20,6% se les desarrolló daño valvular.

De estos últimos, 12 correspondieron a insuficiencia mitral (19,3%); y uno (1,6%) presentó valvulopatía aórtica.

Como puede apreciarse en el cuadro VIII, casi un 80% del grupo de las carditis recientes regresaron sin secuelas debido a que el tratamiento fue instituido precozmente, así, al suprimirse la fase exudativa inicial se puede prevenir el daño cardíaco inicial. Este hecho que ha sido señalado por algunos autores<sup>19,20</sup> fue sin embargo refutado posteriormente.<sup>17,20,21</sup>

GRAFICO 10



Nosotros, acorde con los datos referidos anteriormente, consideramos útil dicha clasificación y de importancia pronóstica.

Sin embargo, lo que parece tener más valor pronóstico es la gravedad del daño cardíaco inicial. Si tomamos como parámetros para valorar "daño cardíaco" la insuficiencia cardíaca, la cardiomegalia o

ambas entidades, veremos cómo al final del periodo de observación, un alto porcentaje de dichos casos desarrolla cardiopatías.

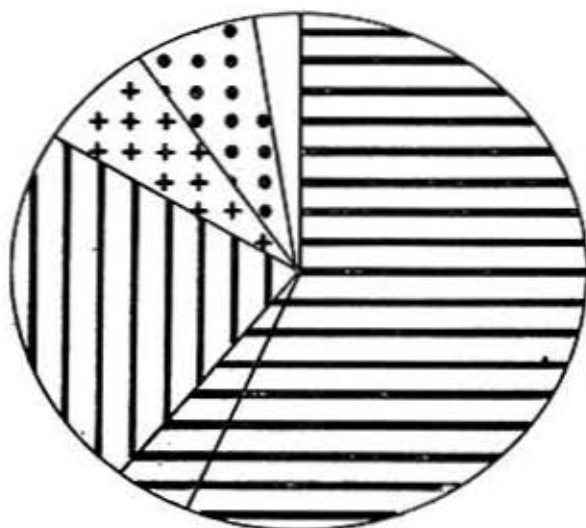
Para confirmar esto, nosotros estudiamos 45 casos de carditis reumática moderada o grave, en ataques iniciales, y el 75% de los pacientes que presentaron insuficiencia cardíaca, cardiomegalia o

GRAFICO 11

COREA Y SU RELACION CON OTRAS MANIFESTACIONES REUMATICAS EN 57 CASOS

Legenda

▨	COREA PÙRA	33/57	61,4
▧	" + CARDITIS	13/57	22,8
⊕	" + " + POLIARTRITIS	4/57	7,0
⊙	" + POLIARTRITIS	4/57	7,0
□	" + CARDITIS + NÓDULO	1/57	1,8
▨	" PURA QUE HACE CARDITIS	2/35	5,7/61,4



CUADRO VI

COREA Y SU RELACION CON OTRAS MANIFESTACIONES REUMATICAS EN 38 CASOS

Corea pura	32/38	84 %
Corea más carditis	5/38	13,1 %
Corea más artritis	1/38	2,6 %

CUADRO VII  
CARDITIS RECIENTE

Insuficiencia cardiaca	6/63	9,5%
Taquicardia	40/63	63,5%
Soplos	62/63	98,4%
Persistencia de soplos	20/63	31,7%
Desaparición o disminución del soplo	42/63	66,6%
No presentó soplos	1/63	1/5%

ambas, al cabo del año de observación, a su vez presentaban enfermedad valvular (cuadro IX).

En cuanto a las carditis reumáticas evolutivas (subagudas y crónicas) todos los casos presentaron soplos y lesiones valvulares importantes.

Las lesiones valvulares se encontraron en 98 de 107 pacientes estudiados, lo que representó el 91,6% del total.

Entre las lesiones valvulares, 67, o sea, un 62,6% fueron polivalvulares.

En el gráfico 12 se presentan desglosadas las distintas valvulopatías.

Los restantes 9 casos seguidos un tiempo variable entre 1 a 7 años regresaron sin secuelas valvulares.

En 70 casos se constató la presencia de insuficiencia cardíaca, lo que representa el 65,4%, a menudo crónica y de difícil control.

Dentro de este grupo de pacientes, presentaron 2 o más brotes el 48,5% (52/107), lo que hace evidente el mal pronóstico de las cardiopatías examinadas en este grupo (cuadro X).

Independiente del periodo evolutivo en que se encontraran, es decir fueran o no recientes o evolutivas, es importante conocer la frecuencia con que se afectan las distintas válvulas en ataques iniciales de carditis reumática; dicho orden según podemos apreciar en el gráfico 13 es el siguiente: mitral y aórtica y aórtica solamente.

Por último, fue detectada pericarditis reumática en 11 pacientes, lo que representa un 6,5% del total de casos, cifras similares a las que han sido informadas por otros autores.<sup>13,17,22</sup>

De los 11 pacientes, 3 presentaron evidencias de lesiones valvulares importantes, en uno de ellos asociadas además con nódulos subcutáneos y en otro a neumonitis reumática. A la mitad se les presentó insuficiencia cardíaca y en este grupo se informó un fallecido.

Todos estos hechos apoyan el mal pronóstico de la pericarditis.

#### Carditis (2do. periodo)

De los 84 pacientes que presentaban signos de carditis, el 17,8% (15/84) también presentaron insuficiencia cardíaca

#### CUADRO VIII

PRONOSTICO DE LAS CARDITIS RECIENTES SEGUIDAS UN TIEMPO VARIABLE ENTRE UNO Y SIETE AÑOS

Regresión sin valvulopatía	50/63	79,3%
Valvulopatía	13/63	20,6%
Insuficiencia mitral	12/63	19,3%
Insuficiencia aórtica	1/63	1,6%

en ataques iniciales; si comparamos esta cifra con la que corresponde a la primera etapa, vemos que es algo menor, ya que de 128 pacientes con carditis, 28, es decir, al 21,8% les comenzó con daño miocárdico.

La lesión valvular más frecuente fue la insuficiencia mitral con el 84,5% (71/84); le sigue en orden de frecuencia la estenosis mitral con el 4,7% (4/84); y por último la insuficiencia aórtica con el 3,5% (3/84).

En esta etapa predominaron las lesiones monovalvulares con un 92,7% (78/84) y el resto fueron polivalvulares con el 7,2% (6/84).

De los 84 pacientes de carditis reumática, el 8,4% (10/84) llegó a nuestro servicio después de 1 o más brotes e hicieron recidivas el 9,88% (12/84) seguidas durante 4 años y medio.

No se informaron en este periodo eritema marginado ni nódulos subcutáneos.

La neumonía reumática se presentó solamente en un paciente 0,5%.

### CUADRO IX

INCIDENCIA, PORCENTAJE DE DAÑO VALVULAR EN 45 CASOS MODERADOS O GRAVES DE ATAQUES INICIALES DE CARDITIS AGUDA. VALOR PRONOSTICO DE LA CARDIOMEGALIA E INSUFICIENCIA CARDIACA

	No. de pacientes	Seguimiento durante 1 año	
		Cor. sano	Cardiopatía
Insuficiencia cardíaca	28	6	22
Cardiomegalia	17	5	12
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>11</b>	<b>34 (75%)</b>

GRAFICO 12

PORCENTAJE DE VALVULOPATIAS ENTRE 107 PACIENTES CON CARDIIS DE AGUDA



### CUADRO X

CARDIOPATIA REUMATICA EVOLUTIVA (SUBAGUDA Y CRONICA)

Dos o más brotes	52/107	48,5%
Insuficiencia cardíaca	70/107	65,4%
Soplos	107/107	100%
Lesiones valvulares importantes	98/107	91,6%
Monovalvulares	67/107	62,6%
Polivalvulares	31/107	28,9%
Regresaron	9/107	8,4%

GRAFICO 13

INCIDENCIA DE DAÑO VALVULAR CON ATAQUES INICIALES DE CARDITIS REUMATICA

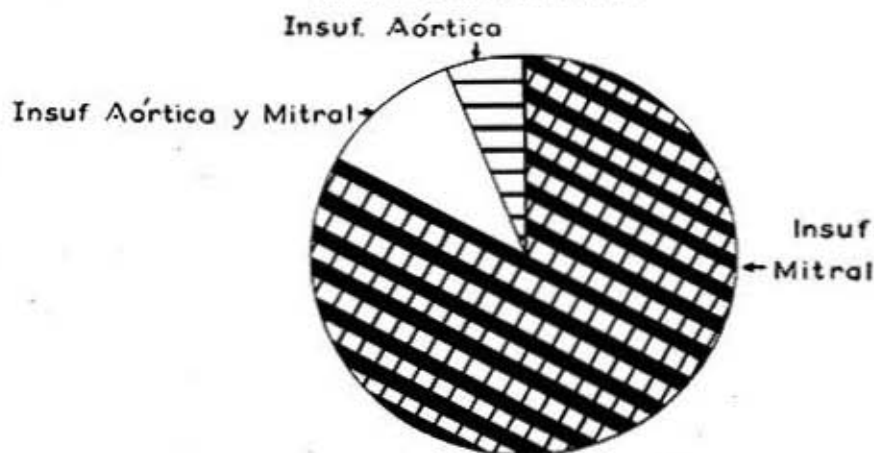
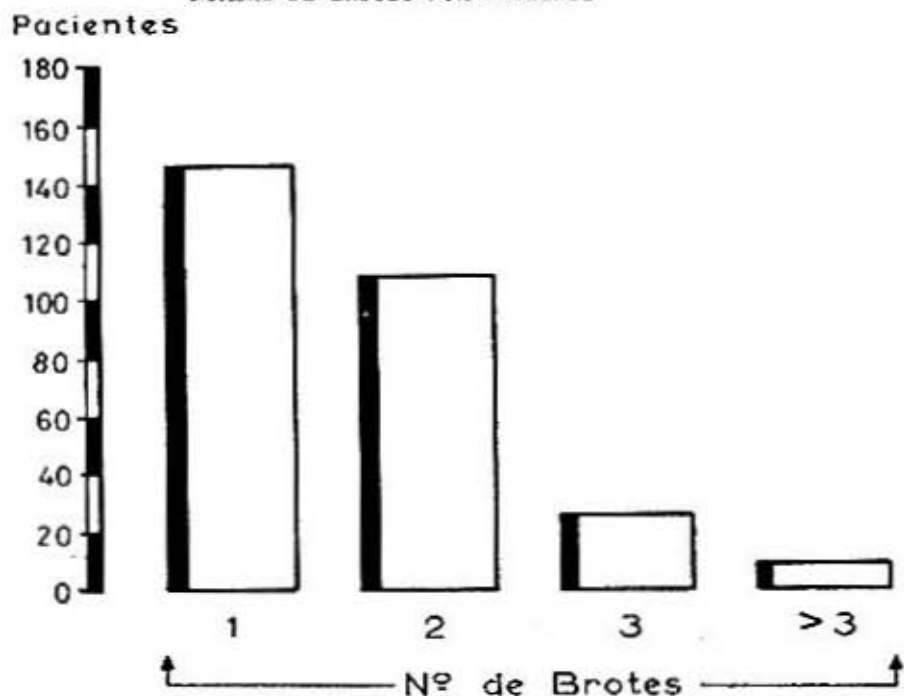


GRAFICO 14

NUMERO DE BROTES POR PACIENTE



CUADRO XI

SEGUIMIENTO DE CASOS ATENDIDOS EN LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL INFANTIL DOCENTE "WILLIAM SOLER"

Casos seguidos	261	100 %
Han seguido la profilaxis correctamente	198/261	76 %
No han seguido la profilaxis	39/261	14,9%
Profilaxis irregular	24/261	9,1%
Recidivas con profilaxis	9/198	4,5%
<i>Riesgo de recidivas sin profilaxis</i>		
Total de pacientes sin profilaxis	63	
Recidivaron	46	
Porcentaje de recidivas sin profilaxis	46/63	73 %

### Recidivas y profilaxis

En cuanto al número de brotes en el primer período, 146 pacientes presentaron más de uno. El número de brotes por pacientes se desglosan como sigue: dos brotes: 107; 3 brotes: 25; más de 3 brotes: 9. En 5 pacientes, aunque presentaron más de un brote, no se pudo precisar el número de éstos (gráfico 14).

En relación a la profilaxis, de los 300 casos comprendidos en el primer estudio, fueron seguidos a través de la consulta externa del hospital infantil docente "William Soler" un total de 261 pacientes durante un período de 5 años.

CUADRO XII

ESTADO COMPARATIVO DE RECAIDAS

1 recaída	107/270	39,6%
	19/190	10,0%
2 recaídas	25/270	9,3%
	4/190	2,1%
3 o más recaídas	9/270	3,3%
	3/190	2,1%

Hicieron la profilaxis correctamente el 76% (198/261).

No hicieron la profilaxis el 14,9% (39/261) e hicieron recidivas a pesar de la profilaxis el 4,5% (9/198) (cuadro XI).

De los 200 casos estudiados durante la 2da. etapa, el 10% (19/190) tuvo una recaída, el 2,1% (4/190) 2 recidivas, y solamente el 1,5% (3/190) 3 o más recaídas.

En 10 pacientes no se pudo determinar el número de recidivas (cuadro XII).

Teniendo en cuenta la forma en que se realizó la profilaxis vemos que el 93% (186/200) realizó correctamente la profilaxis; el 5,5% (11/200) no hizo profilaxis; y el 1,5% (3/200) la hizo de forma irregular (cuadro XIII).

Estas cifras concuerdan con las de otros autores,<sup>22</sup> quienes señalaron riesgos de recidiva en el 5% de los pacientes que reciben la profilaxis oral y en el 1% de los que la reciben con penicilina benzatinica.

Comparativamente el número de recaídas disminuyó en el 2do. período, en

CUADRO XIII

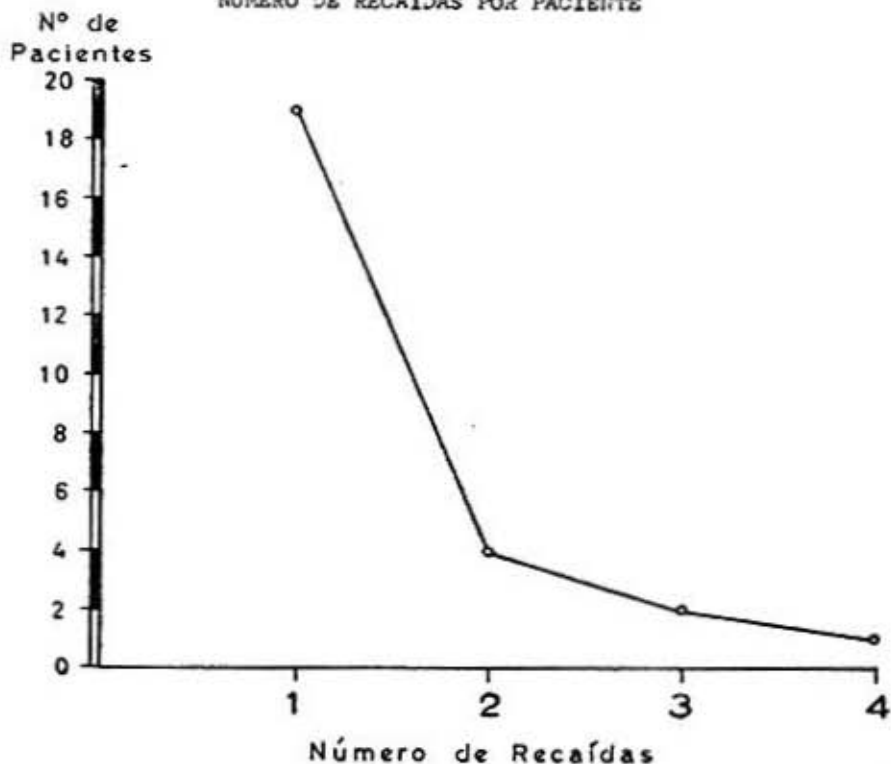
SEGUIMIENTO DE PACIENTES ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA ENTRE JUNIO 1 DE 1965 A DICIEMBRE 31 DE 1972

Casos estudiados en la presente etapa	200	100%
Profilaxis seguida correctamente	186/200	93%
No han seguido la profilaxis	11/200	5,5%
Profilaxis irregular	3/200	1,5%
Recidivas con profilaxis	16/186	8,6%
Recidivas con profilaxis irregular	1/3	33,0%
<i>Riesgo de recidivas sin profilaxis</i>		
Total de pacientes sin profilaxis	14	
Recidivaron	12	
Porcentaje de recidivas sin profilaxis	12/14	85,7%



GRÁFICO 15

NUMERO DE RECAIDAS POR PACIENTE



forma considerable según puede apreciarse en el gráfico 15; ello se logró a través de una labor sistemática educativa en la consulta externa de reumatología.

#### CONCLUSIONES

La fiebre reumática constituye aún, un importante problema de salud pública en nuestro país, como lo demuestra el elevado número de casos estudiados en uno de nuestros hospitales infantiles en los últimos años.

La incidencia "corea" no disminuyó como se informa internacionalmente, ya que más bien mostró un ligero incremento en el último período.

Se produjeron menos recaídas y hubo un mejor control de la profilaxis en los últimos años, así como un mejor manejo del reumático.

Paralelamente con el mejoramiento de las condiciones de vida, el manejo adecuado de la fiebre reumática, fundamentalmente, mediante una correcta profilaxis, podrá disminuir aún más el número de pacientes reumáticos en su secuela de invalidez y muerte.

Es necesario hacer estudios sobre incidencia y prevalencia de las infecciones por estreptococos para conocer mejor la magnitud del problema y trazar un programa que contemple la erradicación de las infecciones estreptocócicas y el control de sus secuelas.

## SUMMARY

Savio Benavides, A. et al. *Clinical characteristics of rheumatic fever in our environment. A study of 500 cases (experience and results)*. Rev Cub Ped 48: 6, 1976.

Five-hundred patients with rheumatic fever are studied during two different time periods: from May, 1961 to May 1968, and from May, 1968 to December, 1972. Most relevant clinical characteristics (age, sex, race, outbreaks and clinical forms) are comparatively analyzed, and carditis is specially emphasized as a result of its prognostic significance. Carditis was present in almost a half of the patients during both periods, although its severity has decreased in the last 5 years since less patients had congestive cardiac failure during the initial outbreak.

## RESUME

Savio Benavides, A. et al. *Caractéristiques cliniques de la fièvre rhumatismale dans notre milieu. Etude de 500 cas (expérience et résultats)*. Rev Cub Ped 48: 6, 1976.

Ce travail présente l'étude de 500 patients rhumatismaux dans deux périodes différentes: depuis le mois de mai 1961 jusqu'au même mois de l'année 1968, et depuis cette date jusqu'à décembre 1972. Les caractéristiques cliniques les plus importantes (âge, sexe, race, pousses, et formes cliniques) sont analysées comparativement; on fait une analyse spéciale pour la cardite par son importance pronostique. Dans les deux périodes presque la moitié des patients ont présenté une "cardite", bien que sa gravité ait diminué au cours des 5 dernières années, étant donné le plus petit nombre de cas présentant insuffisance cardiaque congestive dans la pousse initiale.

## РЕЗЮМЕ

Савьо Бенавидес А., и др.. Клиническая характеристика ревматической лихорадки в условиях нашего климата. Исследование 500 случаев (опыты и их результаты). Rev Cub Ped 48: 6, 1976.

Производится исследование 500 пациентов, страдающих ревматизмом в течение двух различных периодов: с мая 1961 года по май 1968 года и от мая 1968 года по декабрь 1972г. Анализируются и сравниваются между собой выдающиеся клинические характеристики (возраст, пол, раса, начало болезни и её клинические формы). И в отдельности, как очень важный пункт, упоминается кардит из-за важности прогноза. В оба периода времени почти половина пациентов страдала кардитом, несмотря на то что опасность его уменьшилась за последние 5 лет, что выразилось в уменьшении числа случаев конгестивной сердечной недостаточности в начальной фазе болезни.

## BIBLIOGRAFIA

1. Agobian, R. y col. Revisión estadística e histopatológica de la enfermedad reumática. Rev Cub Ped 34: 99-109, 1964.
2. Pérez de los Reyes, R. et al. Rheumatic fever in Cuban children. Arch Med Inf Havana. JAMA 126: 1944.
3. Torres, A. et al. Reumatismo articular agudo. Rev Cub Pediat 38: 48-55, 1966.
4. Crónica de la OMS. Prevención de la fiebre reumática. Comité de expertos de la OMS en prevención de la fiebre reumática. Informe Ginebra. (OMS) Serie Inf. Téc. No. 342, 1966.
5. Hedley, O. F. Rheumatic heart disease in Philadelphia hospitals. Pub Health Rep 55: 1647, 1940.
6. Denzer, B. S. Rheumatic heart disease in children under two years of age. JAMA 82: 1243, 1924.
7. Eigen, L. A. Rheumatic fever. Report of case in an infant two years of age. Am Heart J 16: 363, 1938.
8. Fisher, V. W. Rheumatic heart disease at one year. Am J Dis Child 48: 590, 1934.
9. Rosenthal, A. et al. Rheumatic fever under three. Pediatrics 41: 612, 1968.

10. Savio, A.; Cobas, G. Carditis reumática en el lactante. *Rev Cub Ped* 45: 1, 1973.
11. Primer Simposio Internacional sobre Fiebre Reumática. Instituto de Cardiología, México. 1 ed. julio 1958.
12. Bland, E. F. Chorea as manifestation of rheumatic fever. A 20 year perspective. *Ann Intern Med* 37: 1006, 1952.
13. Combined rheumatic fever study group: A comparison of short term intensive prednisone and acetylsalicylic acid. Therapy in the treatment of acute rheumatic fever. Baltimore and New York. *New Eng J Med* 272: 63, 1965.
14. Coburn, A. F.; Lawrence, A. The natural history of rheumatic fever. *Am J Dis Child* 111: 115-127, 1966.
15. Massell, B. F. et al. Evolving picture of rheumatic fever. Data from 40 years at the house of good Samaritan. *JAMA* 188: 287, 1964.
16. Massell, B. F. et al. The clinical picture of rheumatic fever. Diagnosis, immediate, prognosis course and therapeutic implication. *Am J Cardiol* 1: 436, 1958.
17. Bland, E. F.; Jones, T. D. Rheumatic fever and rheumatic heart disease: A 20 year report on 1 000 patients followed since childhood. *Circulation* 4: 836-843, 1953.
18. Czorniezer, G. et al. Therapy of severe rheumatic carditis. Comparison of adrenocortical steroids and aspirin. *Circulation* 29: 6, 1964.
19. Dorfman, A. et al. The treatment of acute rheumatic fever. *Pediatrics* 27: 692, 1961.
20. United Kingdom and United States Joint Report: Treatment of acute rheumatic fever in children cooperative trial of ACTH, cortisone and aspirin. *Circulation* 11: 343, 1955.
21. United Kingdom and United States Joint Report: The evolution of rheumatic heart disease in children. Five reports of cooperative clinical trial of ACTH, cortisone and aspirin. *Circulation* 22: 503, 1960.
22. Markowitz, M.; Kuttner, A. C. Rheumatic fever diagnosis management and prevention V. 2 Saunders, Philadelphia, 1965.

Recibido el trabajo: junio 24, 1976.