

Aportes al conocimiento, diagnóstico, tratamiento, control y prevención de la fiebre reumática y la cardiopatía

Dr. Simón Muñoz Armas

Cátedra de Clínica Cardiológica, Escuela de Medicina "Luis Razetti" Facultad de Medicina, Universidad Central de Venezuela

La fiebre reumática (FR) se define actualmente como una complicación tardía, no supurativa, de infecciones de la garganta producidas por el estreptococo betahemolítico del Grupo A (EBHA), en individuos predispuestos.

Hasta la primera mitad del siglo XX privó el criterio de que la FR era una enfermedad de los países templados, con escasa incidencia y prevalencia en los países tropicales (1).

La demostración de su elevada frecuencia y su importancia como problema de salud pública en países del "tercer mundo", en nuestro país y en América Latina, ha sido el resultado de estudios poblacionales y clínicos, en los cuales hemos tenido la fortuna de participar activamente (2-4).

Importancia de la fiebre reumática como problema de salud pública en Venezuela y América Latina

En 1968, hicimos un estudio del problema en el país con motivo de la I Conferencia sobre Fiebre Reumática en las Américas, que tuvo lugar en Lima, Perú, bajo el auspicio de la Organización Panamericana de la Salud (2). En el mismo, demostramos que en el Registro de Morbilidad Cardiovascular de la División de Enfermedades Cardiovasculares del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, la FR era la 5ª causa de cardiopatía en el período 1960-1965, después de la arteriosclerosis, la hipertensión arterial, las malformaciones congénitas del corazón y la enfermedad de Chagas (2).

La severidad de la fiebre reumática aguda (FRA) es determinada, fundamentalmente por la frecuencia y severidad de la carditis, pues la artritis, la corea, los nódulos subcutáneos y el eritema marginado, regresan sin dejar secuela. En Estados Unidos, en el Bellevue Hospital de Nueva York, la incidencia de carditis en los ataques agudos iniciales fue, en 1963, de 21% (5).

En nuestro estudio (2), en el Hospital Universitario de Caracas (HUC) fue 38,2% en el período 1957-1965, con una mínima reducción, a 32,6% en el período 1966-1970 (Figura 1). Como puede verse, entre nosotros la FRA es más severa y se acompaña de una mayor frecuencia de carditis que en un hospital representativo de Nueva York. Sin embargo, la lesión cardíaca fue más frecuente en hospitales de Perú (75,3%), Colombia (48%) y Chile (53,5%) (2).

FRECUENCIA DE LESIÓN CARDIACA EN PACIENTES CON FIEBRE REUMÁTICA

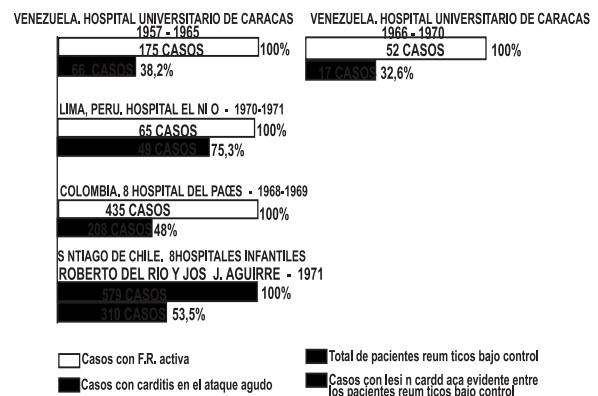


Figura 1. Incidencia de carditis en casos de fiebre reumática aguda en Venezuela (Hospital Universitario de Caracas) y en hospitales de otros países de América Latina.

Trabajo de incorporación a la Academia Nacional de Medicina, como Miembro Correspondiente, presentado el 17 de octubre de 1996.

Un indicador directo de la severidad de la cardiopatía reumática crónica (CRC) es la letalidad, definida como la mortalidad por caso tratado. En el HUC, hasta 1970, de 150 casos tratados por CRC, murió el 11%, lo cual indica una alta letalidad. En el mismo período, la letalidad por hipertensión arterial fue 5% y por cardiopatía isquémica, primera causa de mortalidad cardiovascular en Venezuela, fue 17% (2).

Demostrada, como fue en los estudios anteriores, la importancia de la FR y la CRC como problema de salud en Venezuela y América Latina, se crearon dos centros de estudio de este problema en que he tenido el honor de presidir y dirigir: a nivel latinoamericano, bajo el auspicio de la Organización Panamericana de la Salud, el Comité Panamericano de Estudio y Prevención de la Fiebre Reumática y, a nivel venezolano, en la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela, la Unidad de Estudio y Prevención de la Fiebre Reumática, hoy transformada en Unidad de Estudio y Prevención de Cardiopatías en la Infancia. De la actividad del primero, surgieron las bases para los programas de prevención de la FR, con énfasis inicial en los programas de prevención de recurrencias reumáticas. El resultado de estos estudios constituyó el Informe Central de la V Conferencia Panamericana de Estudio y Prevención de la FR, realizada en Buenos Aires, en 1974 (6). La primera labor de la Unidad de Estudios y Prevención de la Fiebre Reumática fue realizar un estudio de prevalencia de la cardiopatía reumática crónica en la población escolar de Caracas.

Como referencia comparativa, la prevalencia de cardiopatía reumática crónica en 3 ciudades norteamericanas fue la siguiente: 0,5‰ en Los Ángeles (1966) (7), 0,7‰ en Chicago (1963) (8) y 0,7‰ en Michigan (1962) (9).

En nuestro estudio de Caracas (4), encontramos una prevalencia de 1,6‰, dos y media veces mayor que en las ciudades mencionadas de Estados Unidos, pero mucho más baja que en países latinoamericanos (17‰ en la Paz Bolivia (10) 8,9‰ en Ciudad de México (11)); y de países asiáticos (22‰ en Teherán, Irán) (12) y de Africa del Norte (9,90‰ en Marruecos) (12).

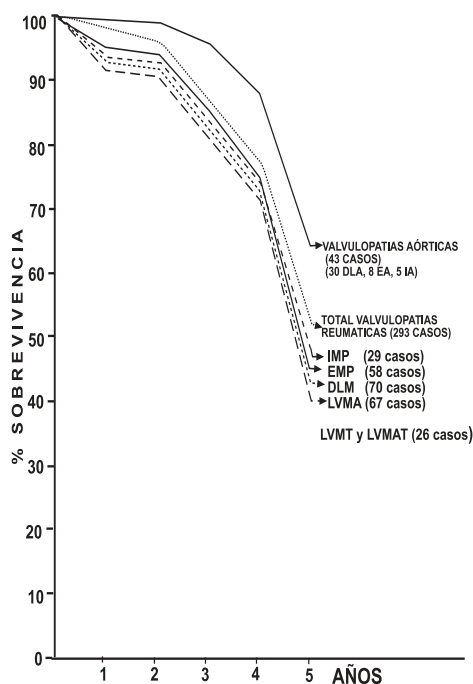
Influencia de la cirugía y de los programas de prevención de recurrencia en la sobrevivencia y calidad de vida de pacientes con cardiopatía reumática

Otras vertientes que estudiamos en la Unidad de Estudios y Prevención de la Fiebre Reumática de la Facultad de Medicina, fueron la influencia de la cirugía (13) y de los programas de prevención de recurrencias (14) en la historia natural de la cardiopatía reumática crónica, las dos actividades médicas que mayor impacto favorable han tenido en el pronóstico de los niños y jóvenes afectados por fiebre reumática y cardiopatía reumática crónica en nuestro país y en otras partes del mundo.

La Figura 2 muestra las curvas actuariales de sobrevivencia en 5 años de 293 casos de cardiopatía reumática crónica, que sólo siguieron tratamiento médico, en el Hospital Universitario de Caracas, que ingresaron en el período 1964-1972. Sólo el 50% de todos los casos estaban vivos al final del período de observación. La más baja tasa de sobrevivencia en 5 años correspondió a los pacientes con lesión plurivalvular; y, entre ellos, a los pacientes con lesión mitrotricuspídea y mitroaórtico-tricuspídea, de los cuales sólo el 38% estaban vivos al final del 5° año. La tasa más alta de sobrevivencia correspondió a los pacientes con lesión valvular aórtica (64%) (13).

El beneficio de la valvulotomía y plastia mitral en pacientes con estenosis mitral pura, severa, que conservan la movilidad valvular y no tienen calcificación masiva, se evidencia en la Figura 3, en la cual se muestra la tasa actuarial de sobrevivencia a los 5 años, en 58 pacientes con estenosis mitral pura, reumática, tratados médicamente (45%); y en 118 pacientes con igual patología sometidos a valvulotomía y plastia de la válvula mitral, en los cuales la tasa de sobrevivencia en 5 años se eleva a 85%, un 40% superior en relación a los tratados médicamente, resultado altamente significativo, según la prueba Z recomendada para este tipo de estudio (15), con un valor $Z_c = 5,37$.

En los pacientes con insuficiencia, estenosis o estenosis e insuficiencia de la válvula mitral, con válvulas muy poco móviles y calcificación severa, la tasa de sobrevivencia a los 5 años fue 45%. En aquellos pacientes con lesiones similares que fueron sometidos a reemplazo valvular mitral, con una mortalidad operatoria mayor que la de la valvulotomía, la tasa de sobrevivencia en 5 años fue



IMP= Insuficiencia mitral pura. EMP= Estenosis mitral pura.
 DLM= Doble lesión mitral. DLA= Doble lesión aórtica.
 EA= Estenosis aórtica.
 IA= Insuficiencia aórtica. LVMA= Lesión valvular mitroaórtica. LVMAT= Lesión valvular mitroaórtica-tricuspidéa. LVMT= Lesión valvular mitrotricuspidéa.

Figura 2. Hospital Universitario de Caracas. Curvas actuariales de supervivencia en 293 casos con valvulopatía reumática crónica sometidos a tratamiento médico en el Hospital Universitario de Caracas (1964-1972).

60%. Aunque el grado de beneficio fue menor respecto al obtenido con la valvulotomía mitral en pacientes con válvulas todavía flexibles, móviles y poco calcificadas, la tasa de supervivencia a los 5 años de los pacientes sometidos a reemplazo valvular mitral fue un 15% superior a la de los pacientes tratados médicamente.

Los pacientes con lesión valvular aórtica, tratados médicamente, tuvieron una tasa de supervivencia a los 5 años de 64% (mucho mejor que en las valvulopatías mitrales). En los sometidos a reemplazo valvular aórtico la tasa de supervivencia a los 5 años fue de 70%. La mortalidad en 5 años fue mucho menor en los pacientes con valvulopatía aórtica tratados médicamente que en los pacientes

con valvulopatía mitral; pero el beneficio quirúrgico obtenido por el reemplazo valvular aórtico fue menor. Es de hacer notar que la mayor parte de la mortalidad a los 5 años en los pacientes con reemplazo valvular aórtico, fue la mortalidad operatoria inmediata. Por lo cual debemos esperar que con los adelantos en la técnica quirúrgica, el beneficio quirúrgico será mucho mayor.

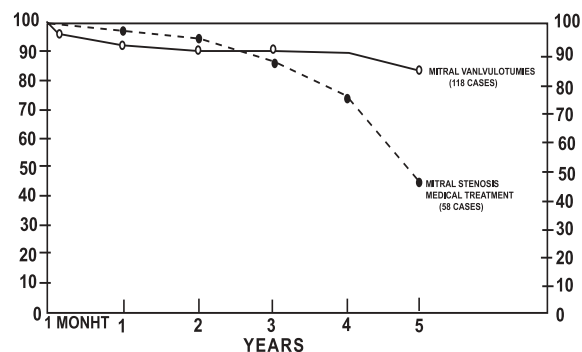


Figura 3. Hospital Universitario de Caracas. Curvas actuariales de supervivencia a los 5 años en 58 pacientes con estenosis mitral pura reumática tratados médicamente y en 188 pacientes sometidos a valvulotomía mitral (Tomada de: Muñoz S y col. (13)).

Aplicando el método de diferencias de proporciones (15) para comparar el efecto sobre la supervivencia en 5 años de los pacientes sometidos a reemplazo valvular, en comparación con los pacientes con igual severidad de lesiones tratados médicamente, se obtuvieron los siguientes resultados: para cada 100 pacientes con lesión valvular mitral reumática, 15 más viven a los 5 años si se les reemplaza la válvula que si se tratan médicamente; para cada 100 pacientes con lesión valvular aórtica reumática, 7 más viven a los 5 años si se les reemplaza la válvula que si se tratan médicamente.

En cuanto a la calidad de vida, medida por la clase funcional, de acuerdo a la clasificación de la Asociación del Corazón de Nueva York (16), nuestro estudio demostró un claro efecto benéfico de la cirugía en comparación con el tratamiento médico. En los pacientes con lesión valvular mitral, tratados médicamente, la evolución de la clase funcional en

5 años fue igual, cualquiera que fuera el tipo de lesión (estenosis, insuficiencia o estenosis e insuficiencia); y se caracterizó por un deterioro progresivo. En el primer año, el 60% estaba en la clase II, un pequeño porcentaje (14%) en las clases I y II; y un porcentaje insignificante en la clase IV (0,8%). En el curso de los años siguientes, fue uniforme el incremento del porcentaje de pacientes en las clases III y IV y la reducción progresiva del porcentaje de pacientes en las clases I y II. Al final del 5° año, el 85% estaba en las clases III y IV, de ellos el 40% en la clase IV, el 25% estaba en la clase II y no había pacientes en la clase I. Para el grupo sometido a valvulotomía y plastia de la válvula mitral, la situación funcional cardíaca en el período preoperatorio inmediato fue la siguiente: no había pacientes en clase I; 50% estaban en clase III; 33% en clase II y 17% en clase IV. En el primer año posoperatorio, la mejoría de la clasificación funcional cardíaca fue notoria: 46% estaban en clase I; 30% en clase II; 18% en clase III; y sólo el 6% en clase IV. En los 4 años subsiguientes esta distribución funcional se mantuvo invariable. Al final de 5 años, hubo un ligero incremento de los pacientes en clase III, a expensas de los pacientes en clase II, pero aún el 64% se mantenía en las clases I y II.

Los pacientes que requirieron reemplazo valvular mitral tenían un mayor grado de alteración funcional cardíaca antes de la intervención. No había pacientes en clase I; 13% estaban en clase II; 62% en clase III; y 25% en clase IV. La intervención produjo una marcada mejoría en la clase funcional: en el primer año posoperatorio, el 88% estaba en las clases I y II; el 5% estaba en clase III y el 7% en clase IV. Al final de 5 años, todavía el 83% estaba en las clases I y II; 11% en clase III y 6% en clase IV.

En los pacientes sintomáticos con lesión valvular aórtica reumática, que sólo recibieron tratamiento médico el deterioro funcional en 5 años fue también evidente. En el primer año, el 65% estaban en las clases I y II; el 28% en clase III; y el 7% en clases IV. Al final del 5° año, no había pacientes en clase I; el 27% estaba en la clase II; el 27% en la clase III; y el 46% en la clase IV.

En los pacientes sometidos a reemplazo valvular aórtico, fue también evidente la mejoría del estado funcional cardíaco. En el período preoperatorio, el 45% estaba en clase II, el 34% en clase III; y el 21% en clase IV. En el primer año posoperatorio, el 98% estaban en las clases I y II, con el 71% en clase I y

el 27% en clase II. El 2% estaba en clase III y no había pacientes en clase IV. Esta situación se mantuvo con muy pocos cambios, reflejados en el incremento de los pacientes en clase II a expensas de los pacientes en clase I. Al final del 5° año, el 100% se mantenía en las clases I y II, con el 67% en clase I y el 33% en clase II, con ausencia de pacientes en las clases III y IV.

Miocarditis reumática crónica como factor de deterioro funcional

Mucho nos impresionó el rápido deterioro funcional en los pacientes con valvulopatía mitral y, en el Hospital Universitario de Caracas, nos dedicamos a estudiar las causas. Pudimos demostrar muy claramente la presencia de miocarditis reumática crónica como causa de la grave alteración funcional cardíaca de estos pacientes, al margen de la sobrecarga hemodinámica impuesta por la distribución valvular. En 25 pacientes estudiados con estenosis mitral pura, reumática, lesión valvular que no impone ningún tipo de sobrecarga hemodinámica al ventrículo izquierdo, encontramos en la radiografía de tórax (Figura 4) y en el electrocardiograma, evidencias de crecimiento ventricular izquierdo; y en la cineventriculografía, el 92% de estos pacientes mostró algún grado de alteración de la motilidad del ventrículo izquierdo; de severidad discreta (hipocinesia), en el 68%; y de severidad importante (acinesia o discinesia) en el 24% (Figura 5). La cinecoronariografía fue normal en todos, descartó una lesión coronaria causal. Se descartó, asimismo, la presencia de hipertensión arterial y de enfermedad de Chagas, con lo cual se demostró que estas alteraciones ventriculares izquierdas eran el resultado de una miocarditis reumática crónica (17).

Impacto de los programas de prevención de recurrencias reumáticas en el estado funcional y la calidad de vida

En 1985, en la Unidad de Estudio y Prevención de la Fiebre Reumática, Facultad de Medicina, Hospital Universitario de Caracas, hicimos el seguimiento de 100 pacientes durante 5 años, ingresados al Programa de Prevención de Recurrencias, evaluando su clasificación funcional y su calidad de vida (15). En el momento de su admisión, el 83% de los

pacientes estaban en la clase II, el 13% en la clase III y el 4% en la clase IV. De estos últimos, tres ingresaron ya con un grado avanzado de lesión valvular mitral y fue necesario someterlos a una intervención de reemplazo valvular mitral, todos con resultado y evolución satisfactorios. Al final del 5° año de seguimiento, el 95% de los pacientes estaba en clase I; 2% en clase II, 2% en clase III y 1% en clase IV.

Ninguna serie quirúrgica alcanza ese beneficio, pues la cirugía se indica en pacientes con lesiones ya establecidas en todos.

Debemos señalar, por otra parte, que el costo de los 3 reemplazos valvulares practicados en los 100 pacientes objeto de seguimiento, fue superior al del programa de prevención de recurrencias para los 97 pacientes restantes.

Las conclusiones de estos estudios son las siguientes:

1. La cardiopatía reumática crónica, además de elevar importantemente la tasa de mortalidad en 5 años, deteriora de manera considerable la capacidad funcional cardíaca y la calidad de vida de los pacientes afectados.
2. La cirugía particularmente la valvulotomía y plastia de la válvula-mitral en pacientes con estenosis mitral pura, mejora considerablemente la tasa de sobrevivencia y la capacidad funcional cardíaca.
3. En nuestra experiencia, un programa de prevención de recurrencias es claramente superior a la cirugía, en su acción sobre la capacidad funcional y la tasa de sobrevivencia en los pacientes en quienes se inicia, inmediatamente después del primer ataque reumático, con un costo cerca de cien veces menor.

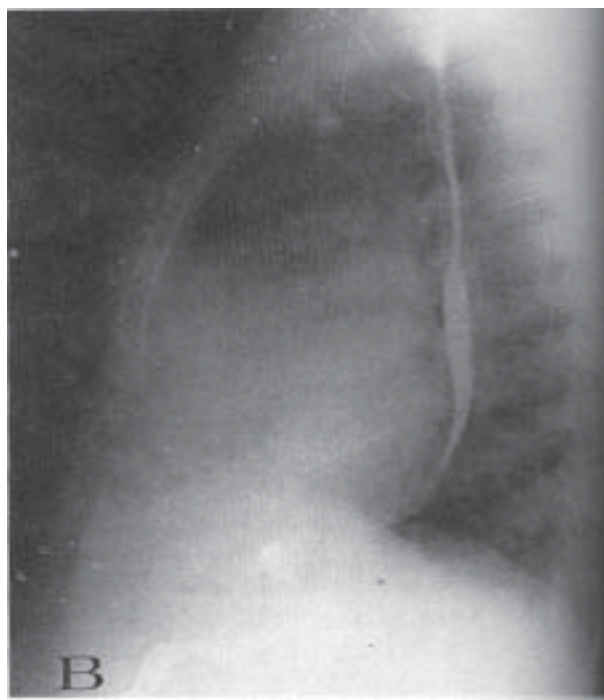


Figura 4. Paciente con estenosis mitral pura reumática. Telerradiografía de tórax. A. Posteroanterior. Además del crecimiento de la aurícula izquierda, la prominencia del arco de la arteria pulmonar y los signos de hipertensión venocapilar pulmonar, se observa aumento del arco inferior izquierdo, debido al crecimiento ventricular izquierdo. B. Lateral izquierda. Además del crecimiento ventricular derecho y auricular izquierdo, la prominencia de la porción inferior del contorno posterior de la silueta cardíaca, muestra también crecimiento ventricular izquierdo. Esta alteración ventricular izquierda no es explicable por la estenosis mitral. El cateterismo cardíaco izquierdo y la cinecoronariografía descartaron la existencia de regurgitación mitral, valvulopatía aórtica y de enfermedad coronaria. No se encontró evidencia de hipertensión arterial, ni de enfermedad de Chagas. La cineventriculografía izquierda demostró un grado importante de daño miocárdico ventricular izquierdo (ver Figura 5), sólo explicable por miocarditis reumática crónica.

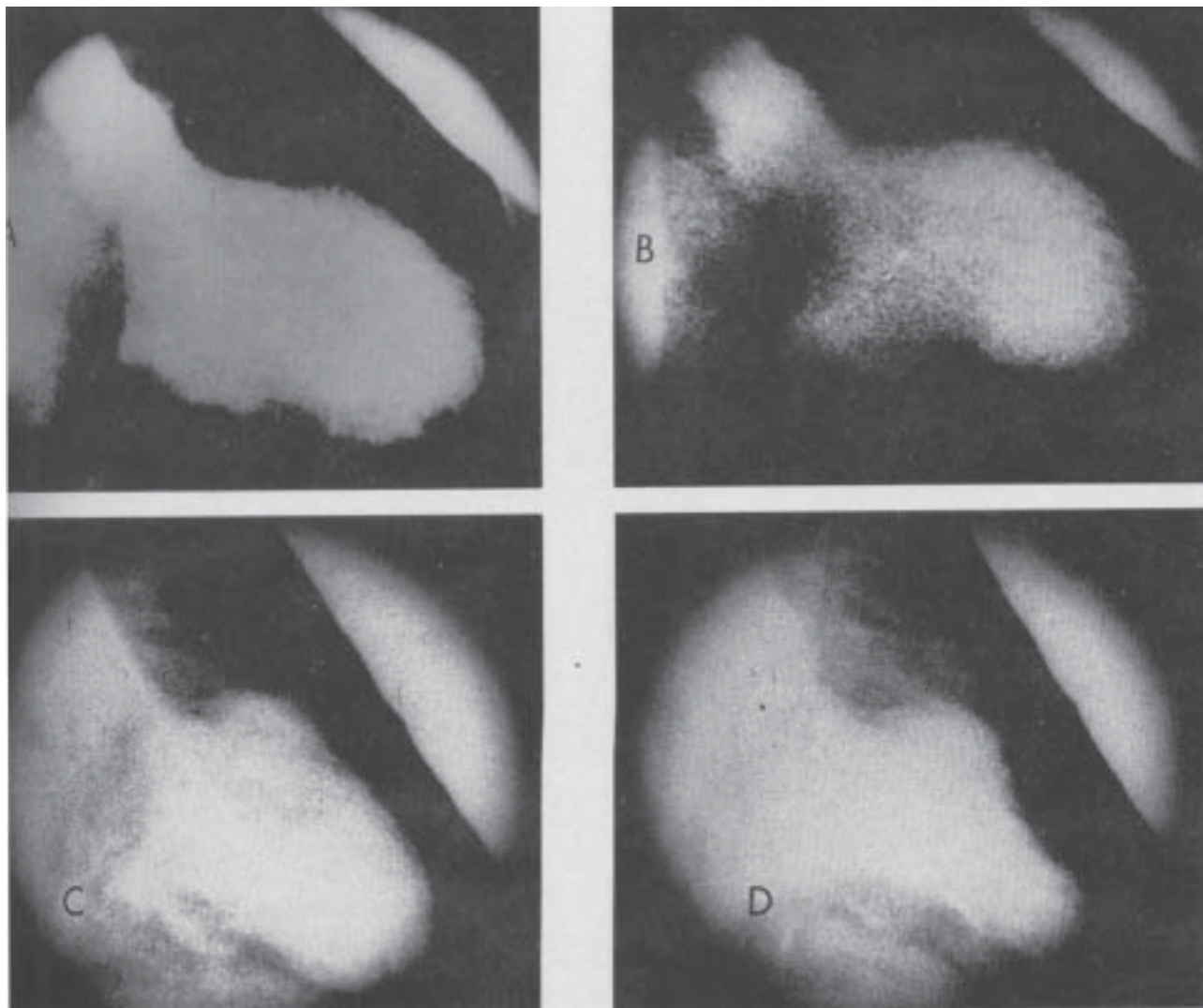


Figura 5 A y B. Cineventriculografía izquierda de un paciente con estenosis mitral pura, reumática, cuya telerradiografía de tórax y electrocardiograma mostraban signos de crecimiento ventricular izquierdo. A. Imagen diastólica: aumento importante del volumen diastólico final del ventrículo izquierdo.

B. Imagen sistólica. Hipocinesia generalizada del ventrículo izquierdo y acinesia de su porción postero basal.

C y D. Cineventriculografía izquierda de otro paciente con estenosis mitral pura reumática: C. Imagen diastólica: el volumen final del ventrículo izquierdo está dentro de los límites normales. D. Imagen sistólica: acinesia de la porción anterobasal del ventrículo izquierdo.

En ambos pacientes se descartó la presencia de regurgitación mitral, de lesión valvular aórtica, de hipertensión arterial, de cardiopatía isquémica y de enfermedad de Chagas, que pudieran explicar la alteración miocárdica ventricular izquierda.

Factores socioeconómicos y ambientales en la génesis de la fiebre reumática

Hay general consenso en señalar que la fiebre reumática es una enfermedad de la pobreza. Hemos hecho estudios para reconocer los factores sociales, económicos y ambientales que intervienen en su

génesis, y hemos identificado dos: el hacinamiento y la altitud.

Hacinamiento. Aprovechamos un estudio que realizaba en las principales ciudades de Venezuela, la Institución Mercavi, dedicada a la evaluación del mercado de la vivienda, en el período 1975-1976. Tuvimos la oportunidad de estudiar la distribución

de 231 casos de fiebre reumática aguda atendidos en el Hospital Universitario de Caracas, según su procedencia, en cinco Zonas en que se dividió la ciudad, de acuerdo al porcentaje de viviendas hacinadas (1). El 68% provenía de la Zona I, constituida por "barrios" con un 34,3% de viviendas hacinadas; el 14,7% provenía de la Zona II (casco antiguo de la ciudad), con un 12,1% de viviendas hacinadas; el 11,3% provenía de la zona III (viviendas del Banco Obrero) con un 5,4% de viviendas hacinadas; el 3,5% provenía de la Zona IV (residencial baja) con 1,4% de viviendas hacinadas; y el 1,7% provenía de la Zona V (residencial alta), con 0,4% de viviendas hacinadas (Figura 6).



Figura 6. Distribución de 231 casos de fiebre reumática en 5 Zonas de Caracas con diferente proporción de viviendas hacinadas. Cada punto representa un caso de FR. En el ángulo superior izquierdo del mapa obsérvese un área de "barrios" (en gris) con un alto grado de viviendas (Zona 1), con un gran número de casos de FR, contrastando con una zona de viviendas del Banco Obrero, a su lado (rayado horizontal), con una proporción mucho menor de viviendas hacinadas (Zona 3), en la cual sólo hay 3 casos. El ingreso familiar y demás condiciones socioeconómicas son idénticas en ambas Zonas.

No hubo una correlación similar con el ingreso familiar promedio, el cual, por ejemplo, era mayor en las familias del casco antiguo de la ciudad que en las que habitan viviendas del Banco Obrero, pero con un mayor porcentaje de viviendas hacinadas.

Altitud. Igualmente, se estudió la proporción porcentual de la fiebre reumática como causa de cardiopatía en 3 regiones con diferente altitud: el

Distrito Federal, el Estado Zulia y el Estado Mérida. El porcentaje de la fiebre reumática como causa de cardiopatía fue mayor en Mérida, con un bajo porcentaje de viviendas hacinadas y un ingreso familiar promedio relativamente alto, pero a una gran altitud sobre el nivel del mar (entre 1 640 y 2 980 metros).

En América Latina, la fiebre reumática es particularmente frecuente y severa en ciudades de gran altitud, como La Paz (10) y Ciudad de México (11).

Estrategias de prevención primaria. Criterios clínicos para el diagnóstico de la faringitis estreptocócica

En 1975 y 1979, con el auspicio de la Organización Panamericana de la Salud, se constituyó el Grupo de Trabajo Cooperativo Interpaíses Sobre la Prevención de la Fiebre Reumática y la Cardiopatía Reumática Crónica, con participación de Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Chile, Ecuador, Perú y Venezuela. Como resultado de su trabajo, en 1979 se produjo un documento sobre estrategias preventivas de la fiebre reumática en la comunidad, elaborado por una comisión integrada por los Drs. Aloysio Achutti, de Brasil; Phillippe Cavilié, de Perú; y Simón Muñoz de Venezuela. El planteamiento central era el siguiente: la estrategia aceptada para la prevención primaria de la fiebre reumática, es decir, para la prevención del ataque inicial, es el cultivo del exudado faríngeo y el tratamiento con penicilina benzatínica de aquellos con cultivo positivo para el estreptococo beta hemolítico del Grupo A. Sin embargo, numerosas y populosas comunidades en el tercer mundo carecen de recursos para cumplir esta estrategia.

Por eso, propusimos una sistematización de los criterios para el diagnóstico de la faringitis estreptocócica, con el fin de aplicarlos en aquellas amplias regiones del mundo que carecen de recursos para practicar el cultivo en forma eficiente y oportuna.

Los criterios propuestos se recogen en el Cuadro 1.

Esos criterios fueron adoptados por el Grupo de Trabajo de la Organización Panamericana de la Salud y recogidos en la Publicación Científica # 399 de la citada Organización (19).

Cuadro 1

Criterios clínicos para el diagnóstico de la faringitis estreptocócica

Manifestaciones características	Manifestaciones no características (sugestivas de infección viral)
1. Fiebre superior a 38°C	1. Tos
2. Dolor de garganta de instalación aguda	2. Ronquera
3. Ganglios cervicales dolorosos	3. Coriza
4. Faringe hiperhémica	4. Conjuntivitis
5. Presencia de exudado	
6. Petequias en el paladar	
7. Erosiones costrosas de las narinas	
8. Escarlatina	

La presencia de 5 manifestaciones características, con ausencia de manifestaciones no características, hace altamente probable el diagnóstico de faringitis estreptocócica y debe tratarse con penicilina.

La ausencia de cualquiera de las primeras 5 manifestaciones características, con presencia de dos o más manifestaciones no características, hace altamente improbable el diagnóstico de faringitis estreptocócica y muy probable el de faringitis viral. Debe tratarse sintomáticamente.

Tercera revisión de los criterios diagnósticos de Jones por el Comité de Expertos Cardiovasculares de la OMS sobre fiebre reumática y cardiopatía reumática

En 1984, se reunió en Ginebra el Comité de Expertos Cardiovasculares de la Organización Mundial de la Salud sobre Prevención y Lucha contra las Enfermedades Cardiovasculares en la Comunidad. Las conclusiones están recogidas en el Informe Técnico de la Organización Mundial de la Salud # 732 (20).

Esta reunión se dedicó fundamentalmente a la cardiopatía isquémica y la hipertensión arterial. Sobre fiebre reumática, el Comité consideró: 1. La necesidad de un estudio in extenso del problema de la FR en el mundo. 2. Se señaló la comprobación de modalidades clínicas no contempladas en la 2ª revisión de los criterios de Jones para el diagnóstico de la FR, hecha por la *American Heart Association* en 1965 (21), en particular, la carditis reumática

aislada de comienzo insidioso.

Para cumplir este cometido se reunió en Ginebra, en 1987, el Comité de Expertos Cardiovasculares de la Organización Mundial de la Salud Sobre Fiebre Reumática y Cardiopatía Reumática y Cardiopatía Reumática Crónica, cuyas conclusiones, incluida la Tercera Revisión de los Criterios de Jones, están contenidos en el Informe Técnico de la Organización Mundial de la Salud # 764 (22).

La características que señalábamos para la carditis reumática aislada de comienzo insidioso son las siguientes:

- Cuadro prolongado de alteración sistémica.
- Insuficiencia cardíaca y cardiomegalia.
- Alteración de alguno de los indicadores no específicos de progreso inflamatorio (velocidad de eritrosedimentación globular, proteína C reactiva, mucoproteínas séricas).
- No evidencia de infección estreptocócica reciente.
- En el ecocardiograma: alteración valvular sin características de valvulopatía crónica, sobre todo si es regresiva, total o parcialmente.
- Más frecuente en niños menores de 6 años.
- Diagnóstico, en definitiva, clínico.
- Diagnóstico diferencial básico: 1. Miocarditis aguda o subaguda de origen no reumático, 2. Cardiopatía reumática crónica con recurrencia reumática aguda.
- Tratamiento: penicilina y esteroides.
- Necesidad de prevención de recurrencias.

En la Unidad de Estudio y Prevención de la Fiebre Reumática del Hospital Universitario de Caracas reunimos 8 casos con clínica de carditis reumática aislada, de comienzo insidioso. La edad osciló entre 5 y 7 años. En todos, la carditis fue severa; la regurgitación mitral estuvo presente en todos los casos. El ecocardiograma y Doppler fueron muy útiles para identificar alteraciones valvulares regresivas.

En base a todas estas consideraciones, el Comité de Expertos Cardiovasculares de la Organización Mundial de la Salud Sobre Fiebre Reumática y Cardiopatía Reumática, en su Informe Técnico # 764 (23), recomendó:

- Mantener la vigencia de la artralgia como criterio diagnóstico menor, frente a la proposición de volver a elevarla a criterio mayor.
- Mantener la evidencia documentada de infección previa por el estreptococo beta hemolítico del Grupo A como requisito excluyente, frente a la proposición de incluirla como criterio mayor, sin característica excluyente.

Modificar los criterios de Jones con la introducción de tres situaciones especiales, en las cuales se puede hacer el diagnóstico de fiebre reumática, aun cuando no se llenen en forma estricta estos criterios, según la guía establecida para cada situación:

1. Corea de Sydenham: se puede hacer el diagnóstico de fiebre reumática, aun en ausencia de otros criterios mayores o menores y de evidencia documentada de infección estreptocócica previa.
2. Pacientes con cardiopatía reumática crónica o historia documentada de episodio previo de fiebre reumática aguda: se puede hacer el diagnóstico de recurrencia reumática con sólo criterios menores (sobre todo si incluyen artralgia), con evidencia de infección estreptocócica previa.
3. Carditis reumática aislada de comienzo insidioso: se puede hacer el diagnóstico clínicamente, aunque no se llenen estrictamente los criterios de Jones.

Se debe hacer diagnóstico diferencial obligado con la cardiopatía reumática crónica con disfunción miocárdica y con la miocarditis o miopericarditis de origen no reumático.

Se destaca la importancia del ecocardiograma y Doppler en el diagnóstico de esta entidad.

REFERENCIAS

1. Muñoz S. Fiebre reumática y enfermedad reumática del corazón. Caracas: Fondo Editorial Común, S.C.; 1977.
2. Muñoz S, Ferrer I, Naime A, Anselmi G, Zerpa F. Algunos aportes para el estudio del problema de la fiebre reumática en Venezuela. *Acta Méd Venez* 1969;16:42-49.
3. Muñoz S. Prevention of rheumatic fever and rheumatic heart disease. Present problems and perspectives. En: Chazov E, Smirnov VN, editores. *Cardiology. An international perspectives*. Nueva York: Plenum Press; 1982.p.825-834.
4. Muñoz S. Fiebre reumática. En: Hernández LA, editor. *Texto básico de reumatología clínica*. Madrid: Salvat Editores, SA; 1988.p.296-317.
5. Brownell KD, Stix PK. A public health program for children with heart disease or rheumatic fever. *Am J Public Health* 1963;53:1587-1592.
6. Muñoz S. Problemas actuales en la prevención de la fiebre reumática en los países en vías de desarrollo del continente americano. *Arch Inst Cardiol México* 1975;45:813-839.
7. Durnin RE, Stanto RE, Gallegor ME, Goldney RE. Heart-sound screening in children. *JAMA* 1968;203:111-114.
8. Smith JM, Stamler J, Miller RA, Paul MH. The detection of heart disease in children. *Circulation* 1965;32:966-910.
9. Miller RA, Stamler J, Smith JM, Milne WS. Detection of heart disease in children. *Circulation* 1965;32:956-961.
10. Ibarnegaray J, Otero CL, Romero A. Informe de Bolivia a la V Conferencia Panamericana de Estudio y Prevención de la Fiebre Reumática. Buenos Aires 1974. En: *Manual de normas operativas para fiebre reumática*. OPS, Publicación 391. Washington 1980.
11. Chávez I, Roble Gil J, Ponce de León J, Chávez Rivera I. Algunos aspectos de la epidemiología de la fiebre reumática en la ciudad de México. En: *Fiebre reumática. Simposio internacional sobre fiebre reumática*. México: Ediciones del Instituto Nacional de Cardiología de México; 1978.
12. Strasser T, Rotta J. The control of rheumatic fever and rheumatic heart disease: an outline of WHO Chronicle 1973;28:49-54.
13. Muñoz S, Gallardo J, Díaz Gorrín JR. Medina O. Influence of surgery on the natural history of rheumatic and aortic valve disease. *Am J Cardiol* 1975;35:234-242.
14. Varnaukas E, Fernández I, Muñoz S, Williams W, Hatcher R Jr, James FW. Rehabilitation of pediatric and adolescent cardiac patients. *Adv Cardiol* 1986;33:131-141.
15. Fleiss JL. *Statistical methods for rate and proportions*. Nueva York: John Wiley; 1973.
16. Criteria Committee, New York Heart Association, Inc

- Diseases of the heart and blood vessels. Nomenclature and criteria for diagnosis, Boston: Little, Brown and Co.; 1964.
17. Baquero V, Casal H, Muñoz S, Machado I, Blanco P, Pisani F de, Anselmi A. Alteraciones cualitativas en la función del ventrículo izquierdo en pacientes con estenosis mitral pura. Bol Hosp Univ (Caracas) 1975;1:95-101.
 18. Achutti A, Cavallier Ph, Muñoz S. Prevención y control de la fiebre reumática en la comunidad. Manual de normas operativas para un programa de extensión de la cobertura en los diferentes niveles de atención. OPS. Publicación científica N° 399. Washington 1980.
 19. Rose G, Muñoz S, Habeez Akhtar A, Beaglehole R, Bjartveit K, El Kholly A, Farguhar JW, Lenfant CJ, Tas-Shou-Chi, Were M. Prevención y lucha contra las enfermedades cardiovasculares en la comunidad. Comité de Expertos Cardiovasculares de la OMS. Organización Mundial de la Salud. Informe técnico N° 72, 1986.
 20. Jones criteria (revised) for guidance in the diagnosis of rheumatic fever. Circulation 1965;32:664-666.
 21. Walhi PL, Neutze JM, Bertrand E, Falase AO, Kaplan EL, Zhengxiana L, Majeed HA, Muñoz S, Rotta J. Fiebre reumática y cardiopatía reumática. Comité de Expertos Cardiovasculares de la OMS. Organización Mundial de la Salud. Informe técnico N° 764, 1988.

I Congreso Venezolano
II Congreso Andino
II Congreso Latinoamericano
III Congreso Iberoamericano de Patrocinados por el
Ministerio de Sanidad y Asistencia Social

EPIDEMIOLOGÍA

Caracas, noviembre de 1997

Temas:

Epidemiología y políticas de salud
Epidemiología y control de las enfermedades emergentes y reemergentes
Epidemiología de las enfermedades crónicas no transmisibles
Epidemiología de las enfermedades crónicas transmisibles
Análisis de situación de salud y condiciones de vida
Innovación tecnológica
Epidemiología ambiental
Ética y epidemiología
Salud de los trabajadores

Epidemiología y control de las zoonosis
Formación de recursos humanos en epidemiología
Vigilancia epidemiológica
Comunicación en salud

Además, habrá conferencias, cursos pre congreso, talleres.

Dirección para información e inscripciones:
Secretaría de los Congresos. Epid 97
Edificio Sur, Piso 9 Oficina N° 922
Ministerio de Sanidad y Asistencia Social
El Silencio, Caracas.