

11226
201.68



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

Instituto Mexicano del Seguro Social

PROFILAXIS Y CONFIRMACION DIAGNOSTICA
DE FIEBRE REUMATICA

T E S I S

TRABAJO DE INVESTIGACION

Que para obtener el Título de
MEDICO FAMILIAR
p r e s e n t a

DR. ANGEL FLORES HERNANDEZ



México, D. F.

1986

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

CONTENIDO

I	INTRODUCCION	1
II	MATERIAL Y METODOS	7
III	RESULTADOS	8
IV	DISCUSION Y COMENTARIOS	18
V	CONCLUSIONES	20
VI	BIBLIOGRAFIA	22

I INTRODUCCION

La fiebre reumática, es una enfermedad inflamatoria que constituye una complicación tardía, de las infecciones faríngeas por estreptococo beta hemolítico del grupo A. (1)

Es asimismo una enfermedad parcialmente prevenible que afecta principalmente a las clases socioeconómicas débiles. Su etiología probablemente obedece a un proceso inmunitario o autoinmunitario que ataca a las articulaciones, el corazón el cerebro y otros órganos.

Es un padecimiento que tiende a recurrir y las recidivas siempre están en relación con una reinfección estreptococcica. Y generalmente ocurren los ataques en la población de 5 a 15 años en adelante, ya que en esa edad es más frecuente la infección por estreptococo. (2)

No existe ningún síntoma, signo o resultado de laboratorio que sea patognómico de la fiebre reumática, aunque se puede establecer el diagnóstico frente a diversas combinaciones de ellos.

Muchas clases de argumentos tanto bacteriológicos, clínicos, inmunológicos y epidemiológicos constituyen una fuerte evidencia circunstancial de la relación indisoluble entre el estreptococo beta hemolítico del grupo A y el cuadro agudo de fiebre reumática, éste hecho fué señalado por Coburn quien aseguraba que todo ataque de fiebre reumática era precedido de una infección nasal o faríngea de estreptococo desarrollando la teoría de que las manifestaciones de ataque reumático son resultado de la respuesta de tejidos sensibilizados con una reacción antígeno-anticuerpo. Coburn señaló que si se prevenía la infección estreptococcica se prevenía el ataque de fiebre reumática. (3)

En México, o cuando menos, en vastas regiones del país - la fiebre reumática constituye un problema médico social tan importante como en otros países subdesarrollados o en vías de desarrollo, a pesar de nuestra situación geográfica y al clima subtropical, estudios anteriores muestran que en México se continua presentando una alta incidencia de fiebre reumática.

Analizando las cifras de prevalencia de fiebre reumática en México desde 1956 comparándose con las encontradas en estudios recientes, se observa que prácticamente no han variado - en los últimos años.

" En 1956 Chávez y colaboradores estudiando a 10 000 escolares entre los 6 y los 25 años de edad encontraron una prevalencia de 0.7%. (12) Años después Neri encontró una prevalencia de 1.0%. En un estudio reciente en alumnos de la UNAM. Entre los 15 y 29 años de edad Mograbe y Heredia encontraron una prevalencia de 0.85%. En un análisis de autopsias por Ridaura en el Hospital del niño DIF de 1971-1977 se demostró que de 107 autopsias hechas en jóvenes entre los 12 y 18 años de edad, la fiebre reumática fué la enfermedad principal en el 15.8% de ellos. "

FRECUENCIA DE FIEBRE REUMATICA ENCONTRADAS EN ESTUDIOS EFECTUADOS
EN POBLACION ESCOLAR APARENTEMENTE SANA

Autor, institución, año.	alumnos examinados	edad en años	casos F.R	%
Chávez. INC, 1956	10,000	6-25	70	0.7
Neri R. ESP. INC. 1959-60	29,576	5-18	305	1.0
DGSM. UNAM 1974-75	11,817	15-29	100	0.85
Estudio de la Magdalena C. D.F. Rodríguez R.S.; Espino Vela. J.; Amezcua, F. y col 1975-76	11,314	7-14	94	0.83

"El tratamiento preventivo de la fiebre reumática se basa en datos bacteriológicos muy bien confirmados. Ya en 1939 --- Coburn demostró la relación que existe entre episodios de fiebre reumática y la infección de vías respiratorias superiores por estreptococo beta hemolítico del grupo A. En cuanto al -- tratamiento profiláctico éste se remonta al año de 1939 en que empezaron a usarse las sulfonamidas. En 1949 Massel recomendó el empleo de penicilina oral, ya en 1954 Stollerman inició el uso de penicilina intramuscular de acción retardada. A lo largo de la historia se han usado otros antibióticos, sin embargo, Actualmente y con hechos demostrables, la penicilina sigue -- siendo el antibiótico de elección." (4,13)

En 1869 Chandle describió las diversas manifestaciones -- del estado reumático en individuos jóvenes, permanecieron sin embargo, durante mucho tiempo los hallazgos clínicos de la - fiebre reumática así entendidos, en ocasiones variaban de tal manera que el problema del diagnóstico permaneció confuso hasta 1944, cuando Buckett Jones formuló sus criterios diagnósticos (10) que servirían como una guía indispensable para el médico. La Asociación Norteamericana de Cardiología modificó - esos criterios en forma que actualmente son:

CRITERIOS MAYORES

CRITERIOS MENORES

- Complicación cardíaca
- Poliartritis
- Corea
- Nódulos Subcutáneos
- Eritema Marginado

- Fiebre
- Artralgias
- Intervalo PR alargado (ECG)
- Sedimentación elevada, P.R.C. positiva y leucocitosis
- Indicio de reciente estreptococcia
- Antecedentes de fiebre reumática o de cardiopatía reumática.

De ésta manera se modificaron las bases para el diagnóstico de la enfermedad, estando vigentes en la actualidad. Sin embargo en ocasiones el diagnóstico se ha dificultado cuando las manifestaciones clínicas no son tan evidentes, ya que el mismo Jones reconoció la debilidad de sus criterios cuando las manifestaciones de fiebre reumática son leves. (10)

Una cosa resulta cierta; es difícil decir que tan frecuentemente no se lleva a cabo un diagnóstico de fiebre reumática. En este punto se plantean dos aspectos interesantes:

Primero: Cuando los pacientes que acuden por primera vez con el médico y se diagnostica fiebre reumática inactiva, se trata entonces de hacer un análisis retrospectivo y se debe concluir que el paciente curso con un ataque agudo de fiebre reumática y que su médico tratante en la primera ocasión no aplicó los criterios de Jones.

Segundo: En otro grupo de pacientes en los cuales se aplicaron bien estos criterios pero que por las características benignas del cuadro clínico no se pudo establecer el diagnóstico.

Se menciona asimismo que ataques recurrentes pueden presentar problemas, ya que aquellos pacientes con fiebre reumática bien documentada que presentaron un cuadro clínico mal definido, con tratamiento previo por automedicación (salicilatos) no necesariamente tienen que llenar los requerimientos de los criterios y debe manejarse como un verdadero ataque agudo de fiebre reumática.

Aunque las fallas en el diagnóstico de fiebre reumática todavía ocurren, no son tan comunes como el diagnóstico excesivo. El fin que persigue éste trabajo es precisamente el de analizar a los pacientes que se encuentran en el programa de fiebre reumática bajo tratamiento profiláctico de la Unidad de Medicina Familiar No 75 del Instituto Mexicano del Seguro Social, si tienen confirmado el diagnóstico o por lo menos si se han seguido los lineamientos establecidos para llegar a él. Por lo tanto, trataremos de recalcar este aspecto del problema.

Es difícil saber en que grado se está diagnosticando excesivamente la fiebre reumática en una comunidad. Al respecto se enuncian algunos datos recabados en algunos hospitales de convalecientes:

En la Hospital Happy Hill de Baltimore, alrededor del 8% de los pacientes admitidos con el diagnóstico de fiebre reumática no tienen esa enfermedad. En la Rabida e Irvington House: Grosman en una revisión excelente, en un período de 13 años, 455 o sea el 10% de los pacientes referidos con sospecha de fiebre reumática no tenían dicha enfermedad.

Es bastante probable que el diagnóstico excesivo sea aún más común entre pacientes que no son atendidos en hospitales. Algunos autores señalan que éstos diagnósticos excesivos podrían tomarse como el precio a pagar, dadas las características y la magnitud del problema, sin embargo es difícil valorar las repercusiones psicológicas ya que estos pacientes son confinados a períodos largos de estancia en cama y después se les restringe su actividad física, sin que exista indicación real, siendo difícil como se mencionó estimar el daño en tales lisiados cardiacos yatrogénicos, aunado a lo menos importante pero trascendente en nuestra época de crisis, el gasto médico, hospitalario y otros recursos mal canalizados. (13)

¿ Cuáles son las fuentes de error que conducen a un diagnóstico excesivo?, se podrían enumerar en una larga lista sin embargo de éstos los siguientes podrían ser los más frecuentes.

- El primer grupo consiste en aquellos casos que llenan los criterios de Jones, pero en quienes una observación posterior y el desarrollo de hallazgos adicionales provee el diagnóstico correcto.

- El segundo grupo corresponde a un número mucho más grande de pacientes en los cuales se hace el diagnóstico incorrecto debido a la falta de aplicación adecuada de los criterios. En este grupo la queja de dolores en los miembros mal interpretada como artritis o artralgias contribuye prominentemente a que se haga un diagnóstico inicial de fiebre reumática. El término artritis todavía se aplica con mucha frecuencia en ausencia de hallazgos objetivos. El diagnóstico de carditis basado en evidencia insuficiente es todavía otra razón para la mala aplicación del criterio de Jones. Aunque se ha escrito mucho acerca de la frecuencia de soplos funcionales en niños, todavía es común diagnosticar erróneamente fiebre reumática cuando un soplo fisiológico sistólico se considera orgánico principalmente porque es lo suficientemente intenso como para escucharse en el ápex. Existe aparentemente todavía necesidad de enfatizar el punto de que los soplos funcionales pueden ser auscultados por primera vez o hacerse más intensos en cualquier situación que produzca taquicardia, sea debida a fiebre, ejercicio, emoción anemia u otras causas. Alteraciones electrocardiográficas relativamente menores son otras de las razones

para que se haga un diagnóstico equivocado de carditis reumática. (9,3,12)

- Un tercer grupo corresponde a los pacientes que presentan un cuadro clínico que llenan los criterios de Jones y que a través de la historia y del examen físico pueden ser corroborados. Se mencionan éste grupo solamente para enfatizar el punto de que exista una tendencia desafortunada a aceptar tales historias sin una evaluación crítica perpetuando por consiguiente un diagnóstico de fiebre reumática. En tales casos se debe hacer un esfuerzo para obtener el expediente clínico del lugar en donde fue visto por primera vez, sea el consultorio o el hospital, desgraciadamente estos expedientes en numerosas ocasiones o no se encuentran o están incompletos y tiene uno que confiar en la historia proporcionada por los padres. El médico debe establecer un juicio acerca de si sigue el paciente o no como reumático.

- El cuarto y último grupo está formado de pacientes en los cuales se hace el diagnóstico de fiebre reumática basándose solamente o de manera primordial en los datos de laboratorio. (13)

En resumen podemos decir que el diagnóstico de fiebre reumática aún presenta dificultades. Algunas de éstas dificultades no pueden allanarse debido a la carencia de una prueba específica diagnóstica para esta enfermedad. Por otro lado la mayoría de los errores diagnósticos son causados por una adhesión al criterio de Jones o por una aplicación incorrecta de ellos. Si el diagnóstico original fue incorrecto el efecto del error se acentúa por la administración de una profilaxis a largo plazo que resulta innecesaria y que tiene consecuencias indeseables y a veces de difícil reparación.

MATERIAL Y METODOS

El presente trabajo de investigación se realizó en un -- grupo de 103 pacientes tomados aleatoriamente del grupo de pa- cientes del programa de fiebre reumática de la Unidad de Medi- cina Familiar No 75 del Instituto Mexicano del Seguro Social ubicada en la intersección de Avenida López Mateos y Avenida Chimalhuacán de Ciudad Nezahualcóyotl, Edo. de México.

Se les aplicó un cuestionario elaborado y basado en los criterios del Dr. Duchett Jones modificados por la Asociación Norteamericana de Cardiología.

Este cuestionario se aplicó por el investigador en forma dirigida, interrogando de manera sencilla y explicando cada - una de las preguntas para que no existiera confusión y por en- de se obtuvieran respuestas confiables, si el paciente era me- nor se interrogó a los padres de éste siempre y necesariamen- te en forma retrospectiva ya que en esos momentos los pacien- tes no presentaban manifestaciones clínicas de un cuadro agu- do de fiebre reumática.

Se concluía que el paciente era portador de fiebre reumá- tica inactiva si en el momento de su diagnóstico inicial pre- sentó un signo mayor y dos o más menores o si presentó dos má- yores.

El cuestionario aplicado se muestra en el anexo I.

RESULTADOS

De los 103 pacientes estudiados que fueron escogidos - - aleatoriamente del programa de fiebre reumática de la Unidad de Medicina Familiar No 75 del Instituto Mexicano del Seguro Social a quienes se aplicó el cuestionario basado en los criterios de Jones modificados, resultaron 85 casos que cumplieron con estos 82.5% y 18 casos que no cumplieron con estos - 17.4% gráfica I.

Del grupo que cumplió con los criterios de Jones se clasificó por grupos de edad y sexo, correspondiendo el mayor número al sexo femenino con 47 casos 55.3%, y el grupo del sexo masculino con 38 casos 44.7%, la mayor frecuencia se observó entre los grupos de 5 a 25 años de edad, cuadro I, gráfica II.

De los criterios aplicados, el que se observó con mayor frecuencia fue el de carditis como única sistomatología, posteriormente la misma carditis acompañada de artritis, y -- los grupos siguientes por orden de frecuencia; artritis, carditis corea, carditis-eritema marginado, carditis-nódulos subcutáneos corea, gráficas III y IV. Cabe mencionar que estos invariablemente se acompañaban de alguno de los criterios considerados como menores. Y lo que llama la atención que únicamente con un solo criterio como es la carditis y/o la artritis era suficiente para clasificarlo como reumático (pacientes vistos y diagnosticados por el servicio de cardiología de II y III nivel).

Del grupo de pacientes estudiados, 24 de ellos 28.2% habían sido ya intervenidos quirúrgicamente, por presentar datos de descompensación de su cardiopatía de origen reumático. En el cuadro II se enuncia el tipo de prótesis valvular implantada, siendo más frecuente la mitral y posteriormente la aortica-mitral, la mayor frecuencia por sexo correspondió al femenino. A 6 de ellos únicamente se les realizó comisurotomía.

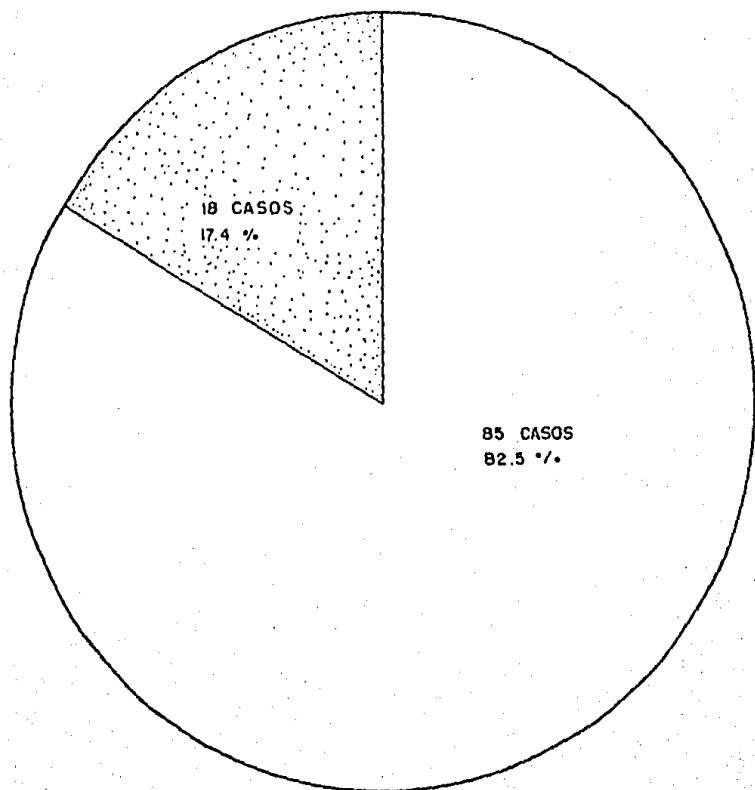
En el cuadro III se clasificaron de acuerdo al tipo de manejo profiláctico en cuanto al medicamento administrado. - Vale la pena mencionar que el criterio para usar dosis de -- 600 000 o de 1 200 000, es francamente arbitraria ya que esta de acuerdo a la tolerancia del paciente para con ella (muy

dolorosa). Otra Alternativa son las sulfas como antibiótico de segunda elección, para aquellos pacientes alérgicos a la administración de penicilina.

El resto de los pacientes del grupo que no cumplieron con los criterios de Jones fue de 18 pacientes 17,4%, éstos continúan con manejo profiláctico con varios años antes de haberlo iniciado.

GRAFICA I

CRITERIOS DE JONES EN PACIENTES CON TRATAMIENTO
PROFILACTICO PARA FIEBRE REUMATICA.



TOTAL 103 CASOS



PACIENTES QUE NO CUMPLIERON CON LOS CRITERIOS DE JONES

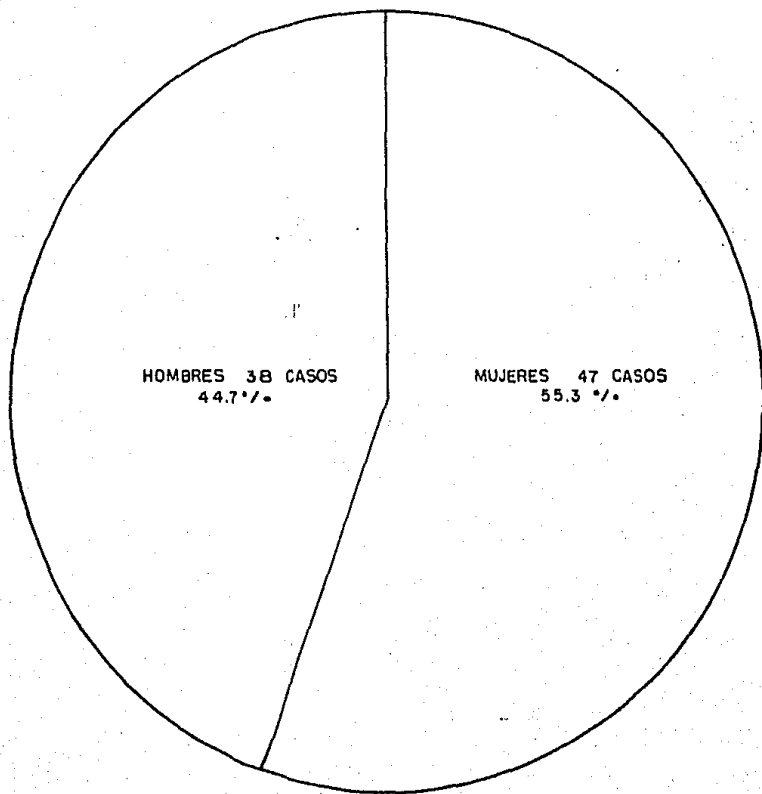


PACIENTES QUE CUMPLIERON CON LOS CRITERIOS DE JONES

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes del
programa de fiebre reumática de
la U.M.F. No. 75 del IMSS.

GRAFICA II

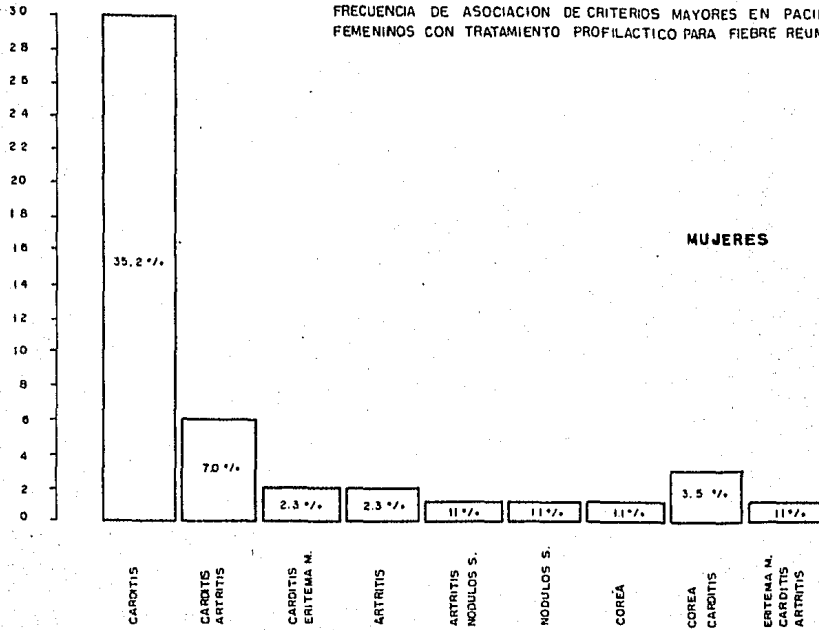
DISTRIBUCION POR SEXOS DE 85 CASOS DE PACIENTES
CON TRATAMIENTO PROFILACTICO DE FIEBRE REUMATICA



Fuente: Encuesta aplicada a pacientes del
programa de fiebre reumática
de la UMF. No. 75 del IMSS

GRAFICA III

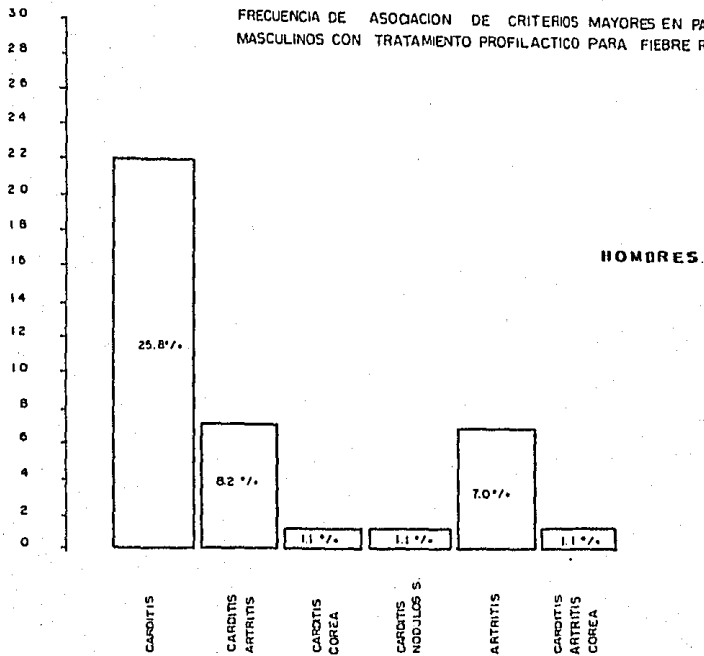
FRECUENCIA DE ASOCIACION DE CRITERIOS MAYORES EN PACIENTES FEMENINOS CON TRATAMIENTO PROFILACTICO PARA FIEBRE REUMATICA



Fuente : Encuesta aplicada a pacientes del programa de fiebre reumática de la U.M.F. No. 75 del IMSS.

GRAFICA IV

FRECUENCIA DE ASOCIACION DE CRITERIOS MAYORES EN PACIENTES MASCULINOS CON TRATAMIENTO PROFILACTICO PARA FIEBRE REUMATICA.



Fuente: Encuesta aplicada a pacientes del programa de fiebre reumática de la UMF. No 75 del IMSS.

GRUPOS DE EDAD Y SEXO DE PACIENTES CON TRATAMIENTO
PROFILACTICO PARA FIEBRE REUMATICA

GRUPO DE EDAD	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
5 - 15	11	4	15
16 - 20	6	7	13
21 - 25	10	7	17
26 - 30	8	13	21
31 - 35	3	16	19
TOTAL	38	47	85

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes
del programa de fiebre reumática
de la U.M.F. No. 75 del I.M.S.S.

CUADRO II

PACIENTES DEL GRUPO QUE CUMPLIERON LOS CRITERIOS DE JONES QUE FUERON INTERVENIDOS QUIRURGICAMENTE

SEXO	PROTESIS MITRAL	PROTESIS AORTICA	PROTESIS MITRAL AORTICA	COMISURATOMIA MITRAL	TOTAL
HOMBRES	5	-	2	2	9
MUJERES	11	-	-	4	15
TOTAL	16	-	2	6	24

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes del programa de fiebre reumática de la UMF. No. 75 del I.M.S.S

CUADRO III

MEDICAMENTO USADO EN LA PROFLAXIS DE FIEBRE REUMÁTICA POR SEXO

SEXO	PENICILINA	BENZATINICA	SULFAS	TOTAL
	1 200 000	600 000		
HOMBRES	20	15	3	38
MUJERES	38	7	2	47
TOTAL	58	22	5	85

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes del programa de fiebre reumática de la U.M.F. No. 75 del IMSS.

ANALISIS ESTADISTICO

El análisis estadístico de la información que se obtuvo se sometió a la prueba de Z para proporciones, con un nivel de significancia de 0.01.

H₀ El 100% de los pacientes con tratamiento profiláctico para fiebre reumática tienen confirmado el diagnóstico.

H₁ Menos del 100% de los pacientes con tratamiento profiláctico para fiebre reumática no tienen confirmado el diagnóstico.

$$Z = \frac{x - np}{\sqrt{npq}}$$

$$Z_{exp} = -4.61$$

$$Z_{cri} = \pm 2.58$$

$$Z_{exp} = -4.61$$

Z_{exp} es mayor que Z_{cri}.

por lo tanto se rechazó H₀, se acepta H₁.

DISCUSION Y COMENTARIOS

La importancia de la fiebre reumática en México y aún en algunos países desarrollados radica fundamentalmente en las secuelas valvulares que deja, y en que es una enfermedad que presenta recurrencias si no se lleva a cabo un manejo profiláctico estricto, dejando aún secuelas más graves si ésta recurre.

En México existen innumerables estudios por médicos especialistas (cardiólogos, epidemiólogos, inmunólogos, reumatólogos, etc) todos ellos expertos en la materia, que se han preocupado por el control, evolución y prevención de la fiebre reumática.

Sin embargo es bien conocida la dificultad en la elaboración del diagnóstico de certeza de ésta enfermedad, aunque se cuenta con criterios bien establecidos para ello, tanto clínicos, epidemiológicos, de laboratorio y gabinete, el problema es la integración y adecuada interpretación de ellos.

Es evidente el problema que constituye el diagnóstico de certeza de la fiebre reumática y esto está en relación probablemente por la formación inapropiada de nuestros médicos para una adecuada valoración de la signo-sintomatología.

Por ello surgió la inquietud para la elaboración de éste trabajo, tratando de demostrar que algunos pacientes con tratamiento para fiebre reumática (profiláctico) no tenían confirmado el diagnóstico y que sin embargo se les había considerado como tales, manteniéndoseles con tratamiento profiláctico por varios años.

Al realizar el estudio de investigación, que se basó principalmente en el cuestionario elaborado y basado en los criterios de Jones modificados, que nos lleva de la mano siempre y cuando se interpreten adecuadamente, al diagnóstico de la fiebre reumática. Se encontró que de los 103 pacientes estudiados únicamente 85 cubrían o presentaban 2 criterios mayores o uno mayor únicamente, o acompañados de uno o más menores. $P < 0.01$.

Se tuvo que confiar en la información proporcionada por los pacientes y en los casos en que fueron menores de edad, en la de los padres. Se trató de darle más valor a ésta información acudiendo a los expedientes clínicos cuando se tenían al alcance (pacientes asegurados) y se observó que muchas veces el médico familiar desconocía que el paciente fuera portador de fiebre reumática inactiva ya que siempre había sido manejado a través del departamento de medicina preventiva por lo consiguiente no se conseguía la información deseada, (P.C.R, BH, A.E.L, ECG, exudado faríngeo, Rx, etc) también es necesario mencionar que los programas de medicina preventiva y como parte de ellos el de fiebre reumática se encuentran abiertos a la población en general, esto quiere decir que se captan todo tipo de pacientes aunque no sean derechohabientes, sin que tengan derecho a otro tipo de prestaciones, directamente el de no tener adscripción a un médico familiar. En estos casos al encontrar a un paciente sospechoso, captado por el personal de enfermería se enviaba antes del sismo del 19 de septiembre al servicio de cardiopneumología del CMN con el Dr. Amezcua gran investigador y uno de los conocedores más completos de la fiebre reumática, definiendo entonces si el paciente era o no portador de fiebre reumática y decidiendo si debiera continuar con su tratamiento profiláctico o descontinuarlo.

Por otra parte a través de comunicaciones personales con algunos médicos cardiólogos de nuestro instituto, se establecía que ciertamente el diagnóstico es difícil para ellos mismos y en algunas ocasiones resultaba problemático decidir si la signo-sintomatología era generada por otra patología que no fuera fiebre reumática elm. prolapsos de la válvula mitral. En muchas ocasiones las notas médicas de ese mismo servicio se leía " I Dx Estenosis mitral porb. de origen reumático, debe continuar con manejo profiláctico por tiempo indefinido. "

Se puede mencionar aquí un estudio realizado por Salinas Madrigal de 223 casos anatomopatológicos de cardiopatías reumáticas, en el INC de México en el que se correlacionaban con algunos datos clínicos, revelando una frecuencia considerablemente menor de casos clínicamente reconocibles como reumáticos aplicando los criterios de Jones, en la década de los 70's, en comparación con décadas anteriores. Igualmente una drástica reducción de granulomas de Aschoff en casos más recientes. Estos datos obligan a considerar la posibilidad de que en los últimos años, las enfermedades valvulares deformantes y progresivas del corazón tengan diferentes bases etiopatogénicas.

Como se ve, ciertamente es difícil realizar el diagnóstico de fiebre reumática cuando no se tienen las bases suficientes para ello. En conclusión se demostró que el número de pacientes con tratamiento profiláctico para fiebre reumática que se encontraron sin diagnóstico de certeza, fueron estadísticamente significativos, con una $P < 0.01$.

Los resultados obtenidos demuestran que continúan existiendo fallas, por no llevarse a cabo un estudio sistemático para llegar a un diagnóstico de certeza tal vez por negligencia o en algunas ocasiones por falta de material de apoyo. Es pues sin aceptarlo por completo el precio a pagar (el diagnóstico excesivo) para el control de aquel paciente que en verdad es portador de el padecimiento.

ANEXO I

CUESTIONARIO

I DATOS GENERALES

Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: _____

Escolaridad: _____

II CRITERIOS DE JONES MODIFICADOS.

CRITERIOS MAYORES

Complicación cardiaca

Si () No ()

Poliartritis

Si () No ()

Corea

Si () No ()

Nódulos subcutáneos

Si () No ()

Eritema marginado

Si () No ()

CRITERIOS MENORES

Fiebre

Si () No ()

Artralgias

Si () No ()

Intervalo PR alargado (ECG)

Si () No ()

Sedimentación elevada P.R.C.
positiva y leucocitosis

Si () No ()

Indicio de reciente estreptococia

Si () No ()

Antecedentes de fiebre reumática
o de cardiopatía reumática

Si () No ()

B I B L I O G R A F I A

- 1.- Harrison's Principles of Internal Medicine
Méx. La prensa Médica Mexicana; 1984,1462
- 2.- Donato Alarcón-Segovia Introducción a la Reumatología
Méx. Méndez Cervantes editor; 1983, 95-98
- 3.- Rodríguez R. La conquista de la fiebre reumática en México
Una esperanza aún insatisfecha.
Bol Méd Hosp Infant Méx. 1982:39 381-90
- 4.- Ghislaine G. Raymon L, Paul D. Evolución y profilaxis de
440 casos de fiebre reumática, Trabajo presentado en el V
Congreso Mundial de Cardiología, celebrado en Nueva Delhi
1966
- 5.- Loredo A. Sandoval R, Lastra y col; Comportamiento clínico
de 200 casos de fiebre reumática. Acta Pe De Méx 1980;1 --
83-90
- 6.- Mónica M. Estudio inmunológico en fiebre reumática activa
y endocarditis infecciosa. Arch Inst. Cardiol Méx 54; --
153-58, 1984
- 7.- Rodríguez R, Espino Vela J, Amezcua F y col; Estudio sobre
prevención primaria de fiebre reumática I. Prevalencia de
estreptococo beta hemolítico del grupo A en 11 340 escolares
de la Magdalena Contreras. Bol Méd Hosp Infant Méx; 1975
32: 991-1002
- 8.- Leni O. William M, Martínez V; Evolución de 709 niños con
fiebre reumática. Bol Méd Hosp Infant Méx 1983; 40; 11
624-63
- 9.- Salinas M. y col; Aspectos anatomopatológicos de 223 casos
de cardiopatía reumática estudiados en el INC. Arch Inst.
Cardiol Méx 1978; 48: 133-34

- 10.- Jones, J.D. The Diagnosis of Rheumatic fever J.A.M.A., 125: 481, 1944
- 11.- Kuri A. y col: Estudio del primer brote de fiebre reumática Observación y evolución clínico de 40 pacientes a largo plazo. Arch Inst Cardiol Méx 1977; 47: 19-33
- 12.- Chávez I, Robles Gil J, Ponce de León J y col: Algunos aspectos de la fiebre reumática en la Ciudad de México. Arch Inst. Cardiol Méx 1957: 27; 1-27
- 13.- Rodríguez R. Algunos problemas en el Diagnóstico y tratamiento de la fiebre reumática. Bol Méd Hosp Infant Méx 1984:1 419-30