

11226
201.112



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina
División de Estudios Superiores

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DETECCION, DIAGNOSTICO Y MANEJO DEL
PACIENTE CON FIEBRE REUMATICA POR
EL MEDICO FAMILIAR

TESIS

Que para obtener el Grado de Especialista en :

MEDICINA FAMILIAR

Presenta

Dr. Victor López Bravo

U. M. F. No. 2

I. M. S. S.



Puebla, Pue.

1984-1986

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.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

I N D I C E

INTRODUCCION.....	pag.3
JUSTIFICACION.....	pag.4
ANTECEDENTES.....	pag.5
MATERIAL Y METODOS	pag.27
RESULTADOS.....	pag.28
CONCLUSIONES.....	pag.37
RESUMEN.....	pag.39
BIBLIOGRAFIA.....	pag.47

INTRODUCCIÓN:

En contraste con las publicaciones de Europa y de Estados Unidos de Norteamérica que informan sobre el descenso de la incidencia y de la severidad de la fiebre reumática (FR) durante las últimas décadas, hemos observado en nuestro ambiente que el número de ingresos no ha disminuído en los últimos dos decenios y que la cardiopatía reumática (CA) causa todavía numerosas víctimas de muerte precóz y de invalidez permanente. (1).

En el primer informe del Comité de Expertos de la OMS en Enfermedades Reumáticas (1954) se decía que "...existe una posibilidad de combatir e incluso de prevenir mediante antibióticos y sulfamidas la fiebre reumática, enfermedad en cuyo desarrollo hay motivos fundados para creer que la infección por estreptococos hemolíticos tiene intervención inicial importante. Si esa posibilidad se confirma, será posible emprender una acción preventiva en todo el mundo (2).

En la III Conferencia Panamericana sobre Estudio y Prevención de la Fiebre Reumática (Lima, 1968), el Dr. Angelo Taranta destacó que "...la — cercana erradicación de la enfermedad está a nuestro alcance y debería ser lograda en nuestra generación".

Sin embargo los datos disponibles sobre incidencia y prevalencia de la fiebre reumática en la América Latina, aunque son incompletos y parciales, permiten suponer que todavía se está lejos de alcanzar la meta señalada (3).

Lamentablemente, son muy pocos los países de la Región que han emprendido actividades sistemáticas para el control de la fiebre reumática. A pesar de que se cuenta con medidas eficaces para prevenir los primeros ataques, y especialmente las recurrencias de nuevos brotes, la enfermedad sigue siendo una causa importante de mortalidad y de invalidez en la — en la población de edad escolar y adulta joven. Por otra parte, hace falta más información sobre la frecuencia de la fiebre reumática en la población y de las necesidades de atención que genera en los servicios de salud para poder determinar los métodos y procedimientos que mejor se — adapten a las realidades locales para llevar a cabo los programas de — control.

La Organización Panamericana de Salud, con la colaboración del Comité Panamericano de Estudio y Prevención de la Fiebre Reumática, inició en — 1975 la coordinación de programas colaborativos interpaíses, con objeto de demostrar la factibilidad y eficacia de las medidas preventivas y terapéuticas y adquirir la experiencia necesaria para organizar programas de control. Participan en este programa 16 centros en siete países (Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Ecuador, Perú y Venezuela), en base a un protocolo común elaborado por la Organización y adoptado por los centros en la Primera Reunión del Grupo de Trabajo sobre Prevención de la Fiebre —

de medicina, celebrada en Porto Alegre, Brasil, 1970(4). Los resultados preliminares del estudio colaborativo demostraron la eficacia de la profilaxis secundaria y pusieron de manifiesto que la dificultad mayor de los programas de control radica en la adecuada observación ulterior de los pacientes, dificultad que limita su cobertura.

JUSTIFICACION:

Las enfermedades cardiovasculares - al igual que el cáncer, la diabetes mellitus y otras enfermedades crónicas no transmisibles - están adquiriendo cada vez más importancia en los países de las Américas, especialmente en los de Latinoamérica y el Caribe. Las tasas de mortalidad por enfermedades del corazón (isquémicas, hipertensivas, reumáticas y otras) oscilan entre 491.6 y 47.7 por 100.000 habitantes, siendo en tres países superiores a 400 y en uno inferior a 50.

La magnitud del problema se relaciona, por una parte, con los índices de morbilidad, incapacidad y mortalidad y por la otra con la disponibilidad de medidas efectivas de prevención y control, como en el caso de la fiebre reumática y la cardiopatía reumática. A pesar de estas medidas sin embargo, las estimaciones de la magnitud del problema de la fiebre reumática y la cardiopatía reumática no acusan tendencia a disminuir en muchos de los países de esta región (5).

La prevención de la fiebre reumática y la cardiopatía reumática constituye, por consiguiente, un área prioritaria dentro del programa de control de enfermedades de la Organización y con este propósito la OPS coordina un proyecto de investigación que abarca varios países, con el objeto de mostrar la factibilidad y la eficacia de medidas preventivas en los servicios generales de salud, con énfasis especial en las actividades al primario. La prevención secundaria constituye el aspecto principal de este proyecto interpaíses, bajo un plan de acción en el que todos los países conocidos de fiebre reumática se registran para verificar, mediante la oportuna vigilancia, si están cumpliendo el régimen profiláctico prescrito con penicilina benzatínica. Luego se identifican y estudian los factores determinantes del incumplimiento.

Un análisis preliminar de los datos de los países participantes parece indicar ciertas tendencias generales. Los programas que revelan la tasa más alta de eficacia son aquellos en los cuales las actividades de profilaxis están incorporadas a los servicios de salud y que comprenden la participación activa de centros locales de salud y personal auxiliar así como componentes de educación sanitaria y participación de la comunidad, al nivel de atención primaria. En el otro extremo, el incumplimiento máximo se registra en centros pilotos especializados donde los programas son verticales y carecen de apoyo logístico en la comunidad (7).

Los gobiernos miembros de la Organización Mundial de la Salud han acordado que la principal meta social en los próximos decenios debe consistir en "alcanzar para todos los ciudadanos del mundo en el año 2000 un grado de salud que les permite llevar una vida social y económicamente productiva" destacando que la "atención primaria primaria es la clave para alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000..."

En Octubre de 1983, el Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud aprobó las Estrategias Regionales para alcanzar esta meta, entre las cuales se destacaban las estrategias de Cooperación entre Países.

La experiencia en esta Región demuestra que existen problemas de salud cuya solución requiere una acción combinada de varios países, y por lo tanto el diseño de estrategias conjuntas. En ese sentido, el análisis de las estrategias nacionales que han formulado los Gobiernos, permite identificar áreas específicas que requerirían para su programación y desarrollo de una acción colectiva por grupos de países, como es justamente el caso de la fiebre reumática y la cardiopatía reumática.

La realización de este estudio colaborativo ha demostrado la importancia de esta estrategia que, a través del intercambio de conocimientos y experiencias, ha permitido demostrar la factibilidad y conveniencia de integrar los programas de control en los servicios generales de salud.

Se cumple además con el objeto de prestar simultáneamente un servicio directo a la población bajo estudio, a la que se ha mantenido protegida durante varios años, disminuyendo su riesgo de padecer las conocidas complicaciones de la enfermedad.

El estudio, iniciado en centros con distinto grado de especialización una vez aprobada su factibilidad debe ser extendido para abarcar núcleos más amplios de población. Esta extensión del programa se logrará mediante la ampliación del número de centros especializados, sin definiendo y extendiendo las acciones de promoción y protección a todos los niveles de atención, incluso el nivel primario, sin crear para ello nuevas estructuras, sino utilizando los recursos que existen en los países para la atención general de la salud.

Estas acciones deberán ser eventualmente coordinadas, además, con las de control de otras enfermedades del aparato circulatorio en un programa integrado de control de las enfermedades cardiovasculares y otras enfermedades no transmisibles, tales como la diabetes mellitus y el cáncer cérvico-uterino (3).

ANTECEDENTES :

La fiebre reumática se podría definir como "Una enfermedad multisistémica característicamente recurrente, de tipo inflamatorio exudativo --

de la colágena y consecutiva a una infección por estreptococo beta hemolítico del grupo A de la doctora Lancefield. Las manifestaciones agudas pueden incluir artritis, fiebre, carditis, inestabilidad emocional y movimientos coreiformes y con menor frecuencia eritema marginado y nódulos subcutáneos(9).

Agente etiológico.

En sentido estricto más que hablar de agente etiológico debe hablarse de agente desencadenante, el cual está representado por el estreptococo beta hemolítico del grupo A de Lancefield, del que se han descrito más de 40 tipos.

Fuente de infección o reservorio.

El reservorio del estreptococo beta hemolítico del grupo A, es fundamentalmente el hombre con infección estreptocócica aparente, inaparente o portador. La principal fuente de infección son las gotillas de flügge de los humanos infectados o portadores, secundariamente las excreciones o secreciones de lesiones estreptocócicas del humano o del ganado contaminado por el hombre.

Mecanismo de transmisión.

La fiebre reumática en sí no es transmisible, la que se transmite es la infección estreptocócica y el mecanismo más importante de transmisión es la vía aérea, por inhalación de las gotillas de flügge de enfermos, convalecientes o portadores; secundariamente, por contacto con lesiones o secreciones de heridas infectadas por estreptococo o por la ingestión de alimentos, principalmente la leche, contaminados de origen o durante su manipulación.

Periodo de incubación.

Por analogía con la acepción clásica de " periodo de incubación", en el caso de la fiebre reumática, este se puede considerar de 2 a 3 semanas a partir del inicio de la infección estreptocócica desencadenante.

Periodo de transmisibilidad.

Como se señala en el mecanismo de transmisión, la fiebre reumática no es transmisible, sino la infección estreptocócica que la desencadena, la cual tiene un periodo de transmisibilidad variable durante el tiempo en que el estreptococo está siendo eliminado por el huésped(10,11).

Patogenia.

La patogenia de la fiebre reumática no está claramente dilucidada, se acepta que todo ataque de fiebre reumática debe ser precedido de una infección por estreptococo beta hemolítico del grupo A. Esta infección puede ser asintomática o sintomática, pero debe tener como condición que el estreptococo persista un mínimo de diez días en forma ininterrumpida en un sitio adecuado, fundamentalmente en vías respiratorias superiores para que este estímulo desencadene el cuadro de fiebre reumática. Esta infección desencadenante requiere previamente de otra infección por es-

estreptococo beta hemolítico del grupo A, con características semejantes a las señaladas, que hayan originado a partir de alguno de los antígenos capsulares el estímulo antigénico inicial o "preparatorio".

Bien sea que se trate de una respuesta de hipersensibilidad a un antígeno del estreptococo o bien de autoinmunidad desencadenante por dicho antígeno, la respuesta se manifiesta por reacciones inflamatorias en corazón, articulaciones o piel, las que aumentan en extensión y gravedad en cada nuevo ataque.

Se considera muy probable que en esta respuesta ante el estreptococo influyan factores genéticos del huésped, que repercuten en el patrón inmunológico de cada persona (12).

Susceptibilidad y Resistencia.

Este padecimiento prevalece en la niñez y en la juventud, soliendo presentarse el primer brote entre los 4 y 21 años y la mayoría de ellos entre los 8 y los 13 años. Hay aumento en la predisposición, al parecer de carácter hereditario, asociado a dos genes autosómicos, recesivos. Cada nuevo ataque aumenta el riesgo. La infección estreptocócica en la población general ocasiona del 1 al 3 % de los casos de fiebre reumática, una nueva infección en quienes han padecido un ataque de fiebre reumática afecta el 30 %, cifra que llega al 70 u 80 % como resultado de nuevas infecciones en quienes han padecido dos o más ataques de fiebre reumática (13).

Bases de orientación para la prevención, detección, diagnóstico y manejo de los casos de fiebre reumática.

La fiebre reumática es un padecimiento altamente invalidante por la cardiopatía que puede producir, siendo esta una de sus más serias consecuencias y en nuestro medio, una de las causas más frecuentes de invalidez y muerte en las primeras décadas de la vida. Siendo este un padecimiento de índole general, debe ser conocido por todo médico y no específicamente por el cardiólogo, ya que al cardiólogo, le llegan por lo general los casos con cardiopatía o con carditis, mientras que el médico general o cualquier otro especialista está en posibilidades de hacer en todos sus pacientes PREVENCIÓN Y DIAGNÓSTICO OPORTUNO de la fiebre reumática que es la causa de la cardiopatía (14).

1.-Prevención primaria.

Se realiza mediante el diagnóstico y el tratamiento correctos y oportunos de toda infección estreptocócica aguda, subaguda, o crónica a fin de evitar el primer brote de fiebre reumática (15).

Cuadro clínico :

- a).-Síntomas : (Dinofagia de inicio brusco, fiebre variable y cefalea agregándose particularmente en niños dolor abdominal, náusea y vómito.
- b).-Signos : (Gofaringe enrojecida con secreción mucopurulenta, adenopatía submaxilar dolorosa y algunos casos puede haber eritema escarlatina--

liniforme o bien otitis media y sinusitis agudas del catur. o nasal, la disfonía y la tos generalmente no representan infección estreptocócica, sin embargo, los cuadros inicialmente virales pueden posteriormente complicarse con infección estreptocócica.

c).-Laboratorio: No se recomienda practicar en forma rutinaria cultivo de exudado nasofaríngeo ni antiestreptolisinas; estos exámenes están indicados en caso de dificultad en el tratamiento.

d).-Tratamiento: Una ampollita I.M. de benzetacil. En alérgicos a la penicilina se usará Eritromicina a la dosis de 40 - 50 mg/kg. de peso/día - repartida en 4 tomas durante 10 días (16).

II.-Detección:

Es la búsqueda intencionada entre la población asistente a la consulta de casos de sospecha de fiebre reumática o inactiva.

a).-Meta mínima diaria por médico: cada médico hará como mínimo 3 detecciones de F.R. al día entre su población derechohabiente de 4 a 21 años asistente a la consulta.

b).-Según el resultado de la detección hará la clasificación de "negativos" y "sospechosos".

c).-Hará en el expediente clínico las anotaciones correspondientes

d).-La detección se hará EXCLUSIVAMENTE mediante la CLÍNICA (no es necesario UTILIZAR EL LABORATORIO).

e).-En población de 4 a 21 años el diagnóstico de sospecha se hará por el hallazgo o el antecedente de cualquiera de los siguientes datos mayores: POLIARTRITIS (no confundir con poliartralgias), COREA Y CARDITIS. El eritema marginado y los nódulos de Heynet son manifestaciones poco frecuentes y nunca se presentan en forma aislada, sino siempre con poliartrititis y/o cores.

f).-En población de 16 a 45 años la investigación de la cardiopatía reumática se hará investigando antecedentes de fiebre reumática en la infancia mediante la auscultación del área precordial en busca de soplos con las características que se indican más adelante y cuyo hallazgo es altamente significativo de cardiopatía reumática, en cuyo caso, el médico deberá remitir al paciente al cardiólogo para su valoración, es conveniente recordar que la válvula mitral es la más frecuentemente afectada (95% de los casos por lo que es el foco donde debe centrarse la atención de la auscultación. Características de los soplos (1).-La insuficiencia se traduce por soplo holosistólico que pueda borrar al primer ruido y que irradia hacia fuera, con dirección a la axila y que es intenso y se escucha hasta el dorso (2).-La estenosis se traduce por chasquido de apertura en la diástole, seguido de retumbo corto o largo y soplo perisistólico que remata en un primer ruido brillante, (3).-Las dobles lesiones se reconocen por la asociación de los datos anteriores, con predominio de uno de

ellos según la preponderancia de una o de otra lesión. Debe buscarse en las focas aórticas y accesorias signos de doble lesión mitral a predominio de una de ellas, mediante la detección de un soplo sistólico que irradia a cuello, en las estenosis o de un soplo diastólico suave y aspirativo que irradia al apéndice xifoides, en las insuficiencias.

g).-En resumen, la detección permitirá clasificar a los derechos habientes detectados en (17).

Negative--- Cita el año para nueva detec.

Resultados de detec.

Sospecha--- Procédase a establecer el DX.

III.-Diagnóstico:

Hecho el diagnóstico de sospecha, el médico deberá proceder a establecer el diagnóstico de fiebre reumática siguiendo el criterio de T.D. Jones modificado, según el cual la presencia de dos signos mayores o de un mayor y dos o más menores indican la presencia de fiebre reumática actual o previa.

1.-Datos mayores:

a).-Poliartritis: Discretamente flogótica, se la reconoce más bien por incapacidad funcional que produce para realizar movimientos, que por el aumento de volumen de la articulación afectada; es sumamente fugaz, pues dura de unas cuantos días a unas semanas como máximo; es migratoria y de liteascente es decir, que cambia de localización sin dejar secuelas de ninguna naturaleza; solo excepcionalmente es monoarticular, casi siempre se presenta en dos o más articulaciones y de estas las más afectadas son por orden de frecuencia; tibiotalarianas, rodillas, codos y muñecas. En contadas ocasiones se presenta en pequeñas articulaciones. Las artralgias sin cambios objetivos (aumento de tamaño, enrojecimiento y aumento de temperatura local) no constituye una manifestación mayor.

b).-Carditis: Se manifiesta por cualquiera de los siguientes datos (1) taquicardia: Cuando se inicia el proceso inflamatorio del corazón, tienen los pacientes una palidez característica asociada a mal estado general. Habitualmente se le reconoce por taquicardia permanente, con una frecuencia de 110 a 160 latidos por minuto, fuera de relación con temperatura corporal. No se modifica con los reflejos que aumenta el tono del vago ni con el sueño. Prácticamente se asocia a un ritmo de galope y a (2) soplos significativos: soplo holosistólico de intensidad variable localizado al apex y a veces al endoapex, ocasionalmente diastólicos en las focas de la base. Las modificaciones del carácter de los soplos son de gran utilidad en los pacientes en observación durante el control e en los que han sufrido varios brotes de la enfermedad. En algunas ocasiones especialmente en las llamadas correas puras, no es posible reconocer la carditis y solo sabemos que existió, cuando meses o años después, aparece un soplo holosistólico apaxiano o primer ruido brillante, precedido o no de un soplo

presistólico y un retumbo(3).-Aumento del tamaño del corazón:Cuando ha pasado algún tiempo y se le ha dejado evolucionar, además de los signos mencionados se puede apreciar cardiomegalia demostrada por crecimiento de la silueta cardiaca radiológicamente o por desplazamiento hacia abajo y hacia la izquierda de la punta del corazón. Los soplos en estos casos suelen ser más fuertes y a veces se pueden asociar a(4).-Pericarditis demostrada por frotos pericardíacos(aún cuando no es lo más común, - en algunas ocasiones los ruidos cardiacos están apagados por la presencia de un derrame pericardíaco), derrame que también comprueba la pericarditis así como cambios electrocardiográficos definidos(5).-Insuficiencia cardiaca en un niño o adolescente en ausencia de otras causas que la expliquen; los signos de esta insuficiencia son: inyurgitación yugular hepatomegalia y edema de miembros inferiores, así como la disnea (de esfuerzo u ortopnea). Sin duda alguna la carditis es la manifestación mayor, más importante y la que verdaderamente hace seguro el diagnóstico de fiebre reumática, pero algunos casos son vistos antes de que ésta se inicie, o bien sus manifestaciones clínicas no pueden ser recogidas por los métodos habituales de exploración. En los niños pequeños suele ser la carditis, la manifestación única de fiebre reumática, por lo que con relativa frecuencia suele pasar inadvertida, en cambio los jóvenes de 15 o más años, es la poliartritis y la corea e ambas manifestaciones más frecuentemente observadas.

c).-Corea: Caracterizada por movimientos involuntarios e incoordinados con hipotonía muscular, localizados tanto en los miembros superiores como en los inferiores y en la cara. Pueden observarse en todo el cuerpo - o bien en la mitad del mismo(hemicorea). La hipotonía de las masas musculares es un dato muy importante y a ella se debe la falta de fuerza, - torpeza y la incapacidad para sostener objetos o hacer movimientos en reposo y la incapacidad para sostener objetos o hacer movimientos que requieren precisión. Habitualmente los movimientos disminuyen notablemente durante el sueño y cuando los enfermos no se percatan que son observados. Es el único síntoma de fiebre reumática que se presenta más frecuentemente en el sexo femenino que en el masculino (proporción de 3 a 1). Los mencionados movimientos se presentan asociados a gesticulaciones más o menos grotescos. En el 39.7 % de los casos de corea, esta se asocia a poliartritis a carditis o ambas y por lo tanto va también acompañada de datos menores pero hay un gran número de casos en los que se presenta aislada (corea pura), 60.3 % de los casos: Esta es también signo de fiebre reumática como lo es no solo la corea actual sino el antecedente de la misma

c).-Nódulos subcutáneos :Dato mayor, observado en muy pocos enfermos - No son dolorosos. Se encuentran en el tejido subcutáneo, su consistencia es dura y su tamaño varía de medio a uno y medio o dos cms. Suele localizarse en el dorso de las articulaciones, sobre las rodillas, las muñecas,

el curso de los pies y a nivel de las apofisis espinosas de las vertebrales. La piel se desplaza sobre ellos y sobre los planos profundos.

c).-Eritema marginado: Se caracteriza por manchas dermaticas de color rosado o rojizo, de tamaño variable y de forma irregular, de contornos precisos, siendo más claras en su centro que en su periferia y localizándose preferentemente en el tronco de la raíz de los miembros pero nunca en la cara. No son pruriginosas. Suelen ser fugaces, pero una vez que han desaparecido se les puede volver a hacer aparecer mediante la aplicación de calor local. Recuérdese que tanto el eritema como los nódulos se observan solo que hayan carditis, poliartritis o ambos.

PARA HACER EL DIAGNOSTICO DE FIEBRE REUMATICA DEBEN INTEGRARSE LAS MANIFESTACIONES MAYORES Y MENORES QUE PRESENTE EL ENFERMO INCLUYENDO DATOS DE LABORATORIO Y DE GABINETE, PERO PARA HACER LA DETECCION O SEA PARA SOSPICAR LA ENFERMEDAD, SOLO PUEDE HACERSE CON EL ANTECEDENTE O LA PRESENCIA ACTUAL DE POLIARTRITIS, COREA Y CON LOS SIGNOS DE CARDITIS O POR EL DESCUBRIMIENTO DE UNA CARDIOPATIA REUMATICA ESTABLECIDA.

2.- Datos menores :

a).-Fiebre: generalmente febrícula irregular; suele no presentarse y es de poco valor, ya que es común a muchos padecimientos.

b).-Artralgias: Dolores articulares sin cambios objetivos. No debe confundirse con poliartritis.

c).-Intervalo P - R y / o Q T prolongado en el electrocardiograma: La prolongación del intervalo P - R puede ser inespecífica: es considerado como una manifestación menor, por si sola se debe interpretar como producida por carditis. No debe ser usado como manifestación menor si la carditis ya fue incluida como manifestación mayor.

d).-Aumento de la velocidad de sedimentación globular: Prueba inespecífica común a otros padecimientos los cuales no deberían utilizarse nunca como criterio para efectuar el diagnóstico de fiebre reumática (19)

e).-Infección estreptocócica previa: Esta infección previa a la aparición de las manifestaciones mayores demostrada por el antecedente clínico, el cultivo positivo al estreptococo beta hemolítico en exudado nasofaríngeo o por la elevación de antiestreptolisina "O" es de gran utilidad para demostrar la infección estreptocócica previa, pero NUNCA SE UTILIZARA COMO BASE PARA ESTABLECER EL DIAGNOSTICO. Recuérdese que la titulación debe ser superior a 300 unidades Tod y que la titulación indica que hay o que hubo infección estreptocócica, por lo tanto resulta de mayor utilidad el exudado nasofaríngeo. La evidencia de infección estreptocócica previa debe ser pues comprobada por la historia clínica de escarlatina o de otras formas clínicas de infección estreptocócica, precediendo al comienzo de la fiebre reumática, por intervalo de una a un mes.

f).-Historia previa de fiebre reumática: debe considerarse solamente cuando es avalada por diagnóstico médico o por el antecedente definido-

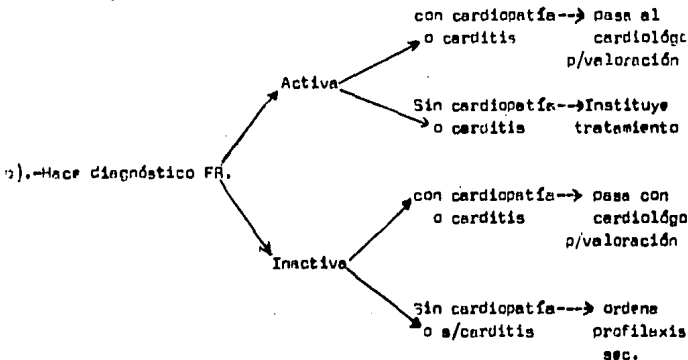
de poliartritis o cura. La presencia de una cardiopatía reumática es suficiente para hacer el diagnóstico definitivo de que el paciente tuvo fiebre reumática causante de la misma.

No hay que olvidar que muchas veces es el descubrimiento de una cardiopatía reumática sin historia previa de fiebre reumática, el único dato que fundamenta un diagnóstico. Es por ello que nunca debe dejarse de ex-valorar la región precordial. (19,20).

3.-Conducta a seguir según el caso:

Tomando en consideración los elementos diagnósticos indicados hasta ahora, el médico estará en posibilidades de definir :

a).-No existe fiebre reumática---> fin del estudio--->educación---> cita el año para nueva detección.



IV Manejo del reumático.

Formulado el diagnóstico, la conducta a seguir por el médico familiar debe ser eminentemente preventiva, no debe olvidarse que se trata de un deceimiento en el que habrá recaídas ya que quien padece fiebre reumática es necesariamente un susceptible al estreptococo y aún el primer ataque no haya dañado el corazón, es un cardíaco potencial, o bien si ya tiene cardiopatía, sus lesiones agravarán más si se deja que la enfermedad evolucione y no se previenen las recaídas de fiebre reumática.

Por lo tanto el médico está obligado a dictar medidas preventivas, de tipo medicamentoso unas de tipo educativo otras, así como de tipo epidemiológico y social.

1.-Formas para el tratamiento de la activa:

a).-Reposo Variará de acuerdo con la evolución y la presencia o no de insuficiencia cardíaca pero deberá prolongarse hasta varias semanas -

después de haber desaparecido todos los signos de actividad reumática.

b).-Dieta: Será hiposódica o moderada de acuerdo a la evolución de la carditis o de la insuficiencia cardíaca. Se procurará que sea hiperproteica para mejorar el estado general del paciente.

c).-Tratamiento de erradicación estreptocócica: Todo paciente con fiebre reumática activa deberá recibir tratamiento de erradicación siendo el esquema ideal aplicar durante 10 días 600,000 U.I. de penicilina procainica con 200,000 U.I. de penicilina cristalina y al 11° día 600,000 de penicilina benzatínica I.M., continuándose esta última cada 15 días por tiempo indefinido. Sin embargo, la práctica ha demostrado que el fracaso de este esquema estriba en la "falta humana" para llevarlo a cabo por lo que en la actualidad institucionalmente se está aplicando el esquema de una sola inyección de una mezcla que contiene 300,000 U.I. de penicilina cristalina, 300,000 U.I. de penicilina procainica y 600,000 U. de penicilina benzatínica. Las dos primeras tienen por objeto principal tratar de suprimir los síntomas clínicos y la tercera el obtener el nivel antibiótico por lo menos de 10 días. Esta aplicación debe hacerse en el Servicio de Medicina Preventiva, por lo que el médico no extenderá receta sino ordenará el tratamiento usando la hoja noivalente de dicho servicio, marcando el cuadrado con lo cual se asegurará que el tratamiento quedado aplicado.

En los casos en que se manifieste intolerancia a la penicilina, se administrará eritromicina: 40 mg/Kg de peso/día, repartidos en cuatro tomas y al día siguiente se administrará 0.5 g. de sulfametoxipiridacina, dosis diaria por tiempo indefinido (21). En las siguientes hojas se muestran estos esquemas de tratamiento.

Profilisís. Es bien conocida la relación entre la infección estreptocócica y la fiebre reumática, por lo que es factible prevenir la aparición de los primeros brotes o a las recídas de fiebre reumática mediante el tratamiento adecuado de estas infecciones.

El padecimiento representativo por excelencia de la infección estreptocócica es la faringoamigdalitis, la cual es la causa de mayor demanda de consulta en el Instituto Mexicano del Seguro Social y ocupa el primer lugar en morbilidad.

De las faringoamigdalitis por lo menos el 50% son de etiología estreptocócica, por lo que, es conveniente que los tratamientos de erradicación del estreptococo se hagan preferentemente con el medicamento de elección que es la penicilina, con esquemas sencillos pero adaptables a cada paciente en particular. En casos de alergia la penicilina, se debe substituir por eritromicina. Véanse los esquemas más recomendables para el tratamiento de erradicación del estreptococo.

ESQUEMAS DE ELECCIÓN RECOMENDABLES PARA PREVENCIÓN PRIMARIA Y SECUNDARIA DE LA FIEBRE REUMÁTICA

TRATAMIENTO DE ERRADICACIÓN DEL ESTREPTOCOCO			
ESQUEMAS A ELEJIR	MEDICAMENTOS	VIA DE ADMINISTRACIÓN	INDICACIONES
1	PENICILINA G PROCAINA DE 600 000 U. Y PENICILINA CRISTALINA 200 000 U.L.	Intermittente al día 24 horas durante 10 días (*)	<ul style="list-style-type: none"> - En los reumáticos - En el preoperatorio quirúrgico para amigdalectomías, en amigdalectomías de asociación con complicaciones como otitis media, sinusitis, faringitis, absceso periamigdalino o rinitis alérgica. - Cuando la amigdalitis constituye un foco de infección - En escalatina por el alto riesgo de desencadenar glomerulonefritis.
2	COMBINACIÓN DE PENICILINAS BENZATÍNICA 600 000 U PROCAINA 300 000 U. Y G SODICA 300 000 U.	Intermittente una sola aplicación	- Tratamiento de la infección estreptocócica en pacientes no reumáticos.
3	PENICILINA PROCAINA 600 000 U PENICILINA CRISTALINA 200 000 U. PENICILINA G BENZATÍNICA 600 000 U	Intermittente durante los primeros 4 días. Intermittente al día	<ul style="list-style-type: none"> - Tratamiento epidemiológico en infecciones estreptocócicas familiares. - En portadores.
4	PENICILINA G BENZATÍNICA 600 000 U. PENICILINA V POTÁSICA 250 MG TABLETAS	Intermittente al ter. día Oral 50 mg kg día desde el ter. día hasta 6 horas durante 4 días.	<ul style="list-style-type: none"> - Para tratamiento epidemiológico en contactos de casos de fiebre reumática. - Como profilaxis en contactos de casos de glomerulonefritis.
5	ERITROMICINA CAPSULA 250 MG	40 a 50 mg kg de peso al día repartidos en 4 tomas durante 10 días.	<ul style="list-style-type: none"> - Exclusivamente en los pacientes con intolerancia a la penicilina. <p>(Todas las indicaciones anteriores)</p>

* Para obtener curación bacteriológica y clínica de la infección estreptocócica.

Control de la Fiebre Reumática - Dado que el estreptococo beta hemolítico es sensible a la penicilina, se indica la quimioprofilaxis casi siempre de por vida para evitar las recurrencias en quienes se han sufrido uno o varios brotes de fiebre reumática, incluidos los pacientes quirúrgicos.

Debe preferirse la penicilina G. Benzatínica a la oral, ya que su aplicación cada 2 ó 3 semanas garantiza niveles terapéuticos constantes que evitan las interacciones y por lo tanto las recidivas; en cambio, la toma de la penicilina oral está sujeta a la negligencia u olvido del paciente.

En caso de alergia a la penicilina se puede substituir por sulfadiazina o sulf. metoxipiridacina, aunque solamente son bacteriostáticos y un alto porcentaje de los serotipos sean resistentes a ellas, además sus efectos secundarios pueden producir lesión renal, en muchos casos se usa el ácido fólico de Steven Johnson, por lo que su recambio cuando se administran, vigilancia médica periódica para detectar oportunamente a cualquier órgano.

La profilaxis profiláctica del reumatismo debe iniciarse a más tarde de los 20 años de edad, cuando no se haya producido anteriormente un ataque al paciente a producir las infecciones estreptocócicas, pero debe ser de por vida, cuando haya cardiopatía. La vigilancia médica debe consistir en los exámenes con exámenes periódicos que incluyan estudios bacteriológicos.

CONTROL DE LA FIEBRE REUMÁTICA

QUIMIOPROFILAXIS PARA EL CONTROL DE LA FIEBRE REUMÁTICA			
ESQUEMAS A SEGUIR	MEDICAMENTOS	VIA DE ADMINISTRACION	INDICACIONES
1	PENICILINA G. BENZATINICA 600 000 U.	Inyectable cada 16 días	Profilaxis en menores de 15 años
2	PENICILINA G. BENZATINICA 1 200 000 U.	Inyectable cada 21 días	Profilaxis en adultos de 15 y más años
3	PENICILINA V. POTASICA. Suspensión 125 mg por 5 ml Tabletas 250 mg.	Oral De 125 a 250 mg Durante	Profilaxis en menores y adultos
4	SULFADIAZINA. Tabletas 500 mg.	Oral 0.5 g en niños hasta 25 kg 1.0 g en personas de más de 25 kg Durante	Profilaxis en pacientes alérgicos a la penicilina
5	SULFAMETOXIPRIDACINA. Suspensión 50 mg por ml Tabletas 500 mg.	Oral De 10 a 20 mg/kg/día por peso de 500. Durante	Profilaxis en pacientes alérgicos a la penicilina

d).-Tratamiento anti-inflamatorio y de la insuficiencia cardíaca:Se hará a criterio del médico tratante utilizando prednisona o prednisolona.

CORTICOIDES A DOSIS BAJAS.

Primera semana	30 mg. al día
Segunda semana	15 mg. al día
Tercera a sexta semana	10 mg. al día

En la siguiente semana disminuir la dosis gradualmente hasta suspender. Este tratamiento puede llevarse a cabo en forma domiciliaria y está indicado en los casos con carditis reciente sin insuficiencia cardíaca ni pericarditis.

CORTICOIDES A DOSIS ALTAS (+)

S e m a n a s	Peso corporal en Kilogramos		
	10 - 19	20 - 29	30 - o más
Primera			
Principiar con :	40	50	60 mg.
Terminar con :	25	30	35
2a, a 4a,			
Según evolución mantener	20	25	30 mg.

En las siguientes dos o tres semanas disminuir la dosis gradualmente hasta suspender el tratamiento. Fraccionar la dosis diaria en tres tomas. (+) = Se recomienda se lleve a cabo este esquema en pacientes hospitalizados y su indicación precisa serán casos que evolucionan con insuficiencia cardíaca o pericarditis(22).

2.-Normas para el tratamiento de la fase inactiva (profilaxis secundaria).

La profilaxis secundaria tiene como objetivo el evitar nuevas infecciones estreptocócicas para prevenir recaídas o recidivas y se consigue mediante la aplicación de 600,000 U. de penicilina benzatínica cada 15 días por tiempo indefinido a partir de haber terminado el tratamiento de erradicación o sea al 11º día si se utilizó el esquema largo o bien el de una aplicación de benzecetil compuesto.

En caso de intolerancia a la penicilina se utilizará 500 mg de sulmetoxipiridacina (una tableta) diariamente por tiempo indefinido. En estos casos es conveniente practicar examen general de orina cada mes durante los 3 primeros meses y posteriormente cada 6 meses durante el examen periódico semestral que practique el médico responsable como par-

• el control del paciente reumático.

En cualquiera de estas dos situaciones, el control de la profilaxis debe hacerse en el Servicio de Medicina Preventiva, quien comprobará la regularidad de las asistencias al servicio / comunicará a trabajo social sobre las deserciones para su reconquista. Para lo cual se recomienda que en el servicio de Medicina Preventiva, se ponga en práctica el formulario de registro inicial y el de observación anual ideado por el estudio cooperativo de la OPS, sobre la prevención de la fiebre reumática(23).

Formulario No. 3

FORMULARIO DE REGISTRO INICIAL

Estudio Colaborativo sobre Prevención de la Fiebre Reumática

Centro de programa (4-5) Registro No. (6-9)

Nombre de paciente _____

Dirección (10-11) Escuela (12-13) Sexo 1 = Masculino (14)

2 = Femenino

Año de nacimiento (15-16)

Fecha de registro (17-22)

día

mes

año

Fuente de notificación al registro (23)

1 = Hospitalizado

2 = Consulta externa hospitalaria

3 = Médico privado

4 = Laboratorio

5 = Servicio de salud escolar

6 = Examen en masa

7 = Consultorio periférico

8 = Otro

Sección I: Fiebre reumática activa 1 = Positivo 2 = Sospecha 3 = Negativo 4 = No determinado

 (24) Diagnóstico

Manifestaciones mayores

 (25) Carditis (26) Poliartritis (27) Corea (28) Eritema marginado (29) Nódulos subcutáneos

Manifestaciones menores

 (30) Artralgia (31) Fiebre (32) Antecedente de fiebre reumática (33) Cardiopatía reumática crónica previa (34) PCR positiva o aumento de velocidad de sedimentación (35) Prolongación de espacio PR (ECG) (36) Infección precedente por estreptococos beta hemolíticos (37) Ataque inicial II = 1 = Sí 2 = No 3 = Ignorado (38) Severidad del daño cardíaco [0 = Negativo 1 = Mínimo 2 = Moderado
3 = Avanzado 4 = No determinado]

Sección II: Cardiopatía reumática crónica 1 = Positivo 2 = Sospecha 3 = Negativo

 (39) Diagnóstico (40) Estenosis mitral (41) Insuficiencia aórtica (42) Insuficiencia mitral (43) Estenosis aórtica (44) Lesión tricúspide orgánica (45) Insuficiencia cardíaca (46-47) Año del ataque inicial (48-49) Año del último ataque (50) Número de recurrencias[1 = Una 2 = Dos 3 = Tres o más
4 = Ignorado 5 = Ninguna 6 = Ataque inicial] (51) Régimen profiláctico año anterior[Penicilina 5 = Sulfamidas
1 = Intramuscular regular 6 = Eritromicina
2 = Intramuscular irregular 7 = Cualquier combinación
3 = Intramuscular ocasional 8 = Ataque inicial
4 = Oral 9 = Ninguno] (52-53) Fuente de información _____

Dirección _____

Teléfono _____

Formulario No. 4

FORMULARIO DE OBSERVACION ANUAL

Estudio Colaborativo sobre Prevención de la Fiebre Reumática

Centro de programa (A-5)

Registro No. (6-9)

Nombre del paciente _____

Dirección (10-11)

Escuela (12-13)

Fecha de observación (14-19): día mes año

(20) Seguimiento 1 = Reside en la zona 5 = Egresado del registro
2 = Se mudó de la zona (especificar causar) _____
3 = Defunción
4 = No localizado

Tipo de tratamiento profiláctico 1 = Sí 2 = No 3 = Se desconoce

(21) Penicilina intramuscular (22) enero (23) febrero (24) marzo (25) abril
 Inyección administrada (26) mayo (27) junio (28) julio (29) agosto
 (30) septiembre (31) octubre (32) noviembre (33) diciembre

(34) Penicilina oral (35) Otro (especificar) _____

(36) Causa por la que no se cumplió la profilaxis:
 0 = No se aplica
 1 = Rechazo por el paciente
 2 = Orden del médico (especificar) _____
 3 = Otro (especificar) _____

(37) Faringitis estreptocócica desde el último registro:
 1 = Una 2 = Dos o más 3 = Sospecha 4 = Ninguna 5 = Se desconoce

(38) Ataque de fiebre reumática activa desde el último registro:
 1 = Uno 2 = Dos o más 3 = Sospecha 4 = Ninguno 5 = Se desconoce

Diagnóstico actual 1 = Positivo 2 = Sospecha 3 = Negativo 4 = Desconocido

(39) Fiebre reumática activa (40) Estenosis mitral (41) Insuficiencia aórtica

(42) Insuficiencia mitral (43) Estenosis aórtica (44) Lesión tricúspide orgánica

(45) Clasificación funcional (NYHA):
 1 = Grado I 2 = Grado II 3 = Grado III 4 = Grado IV

(46-47) Fuente de información _____

Dirección _____ Teléfono _____

Comentarios _____

3.- Educación del reumático :

El correcto manejo del reumático implica necesariamente la educación de él mismo y de sus padres sobre el padecimiento, siendo responsabilidad en primera instancia del médico familiar, quien deberá informarles claramente todo lo concerniente a la fiebre reumática, a la infección estreptocócica y la relación entre ambos problemas. Les insistirá sobre el peligro de las recaídas si se suspende la profilaxis secundaria, la posibilidad de ante una nueva recaída se desarrolle una cardiopatía, en aquellos que no la presentaron en el ataque anterior o de que la cardiopatía se agrave en quienes si la desarrollarán.

4.- Integración del club de reumáticos.

Si bien la responsabilidad de educación específica del reumático es del médico familiar, esta labor educativa no debe quedar circunscrita a él solamente, sino que deben sumar sus esfuerzos el personal paramédico de la unidad.

La educación específica al reumático y a sus familiares considerará los aspectos de :

- a).-La infección estreptocócica y sus posibles consecuencias.
- b).-Como se manifiesta la infección estreptocócica.
- c).-Como se tratan las infecciones estreptocócicas en forma correcta.
- d).-La importancia de la fiebre reumática y sus posibles consecuencias.
- e).-Que grupos de edad son los susceptibles.
- f).-La importancia de la detección oportuna.
- g).-La importancia de la profilaxis regular y del control del reumático.
- h).-Manejo en el hogar del paciente reumático enfocado hacia el ejercicio, alimentación e higiene personal.

V.- Estudio de contactos

- a).-Indispensable para descubrir otros casos de fiebre reumática en el núcleo familiar.
- b).-Para descubrir focos de infección estreptocócica interfamiliares que puedan ser punto de partida de reinfecciones en el reumático conocido con las consecuentes recaídas (importancia del tratamiento de erradicación del núcleo familiar).

c).-No debe limitarse a la época en que se descubre el caso sino repetirse tantas veces como sea necesario, especialmente en epidemias de ciertas enfermedades de vías respiratorias superiores.

VI.- Causas de fracaso del tratamiento antiestreptocócico

- a).- Selección inconveniente del medicamento: El medicamento de elección es la penicilina, que hasta ahora no se ha encontrado ninguna cepa de estreptococo beta hemolítico del grupo A resistente a la misma.

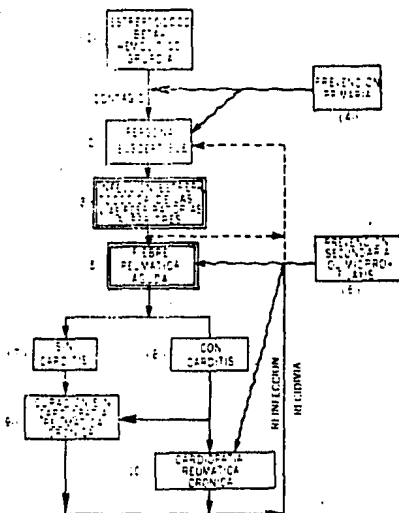
En las infecciones donde se utilizan dosis elevadas de penicilina, se debe tener cuidado de administrar penicilina a un estreptococo que ha perdido su pared celular sobre la cual actúa la penicilina. En estos casos es conveniente suspender la administración de penicilina para dar oportunidad al estreptococo de recurrir su pared y con ello su virulencia y entonces administrar la penicilina a dosis adecuadas.

c).- Falta de tratamiento de erradicación al núcleo familiar:

Lo que permite las reinfecciones cuando hay otros convivientes portadores de estreptococo.

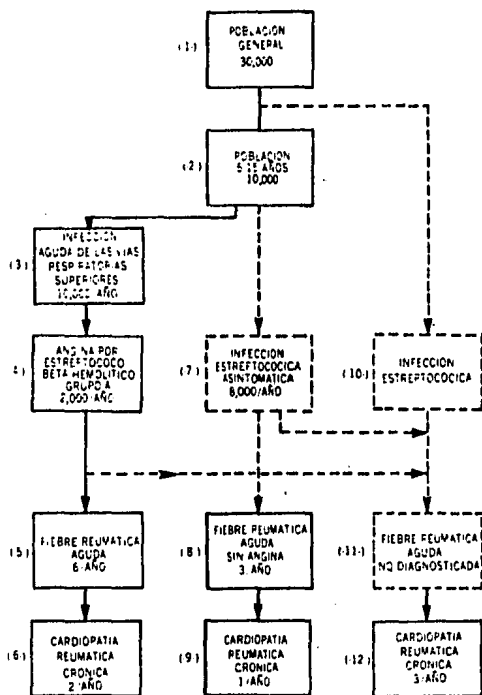
d).- Presencia, junto con el estreptococo, de estafilococo productor de penicilinas: En estos la atención debe encaminarse al estafilococo y una vez eliminándose este dar el tratamiento antiestreptococo (24). En las infecciones del 1 al 7, se ampuetiza algo de lo referido.

Figura 1. Historia natural de la fiebre reumática y puntos de acción del programa de control.



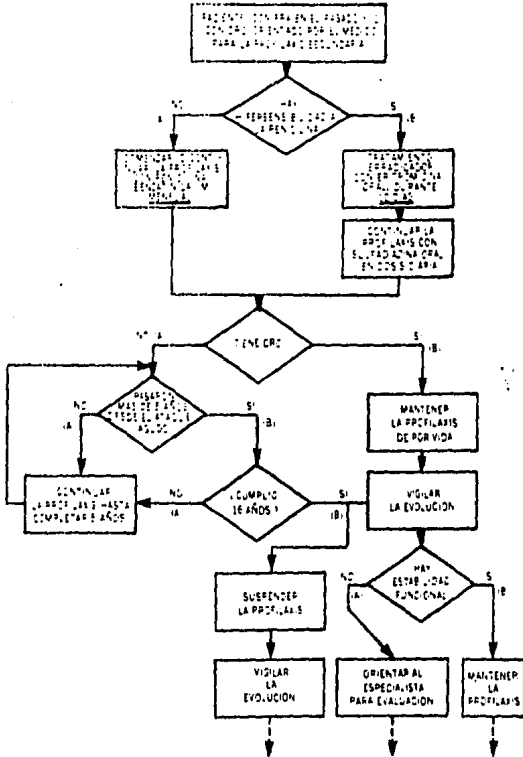
Fuente: OPS Prevención y Control de la Fiebre Reumática Pub Cient. N°399

Figura 2. Evolución teórica de la infección estreptocócica en la comunidad.



Fuente: OPS, Prevención y Control de la Fiebre reumática Pub Cient. N.º 399

Figura 3. Flujoograma para la profilaxis secundaria de la fiebre reumática.



Fuente: OMS Prevención y Control de la Fiebre Reumática Pub Cient. N°339

Figura 4. Flujo para el diagnóstico y tratamiento de la angina estreptocócica.

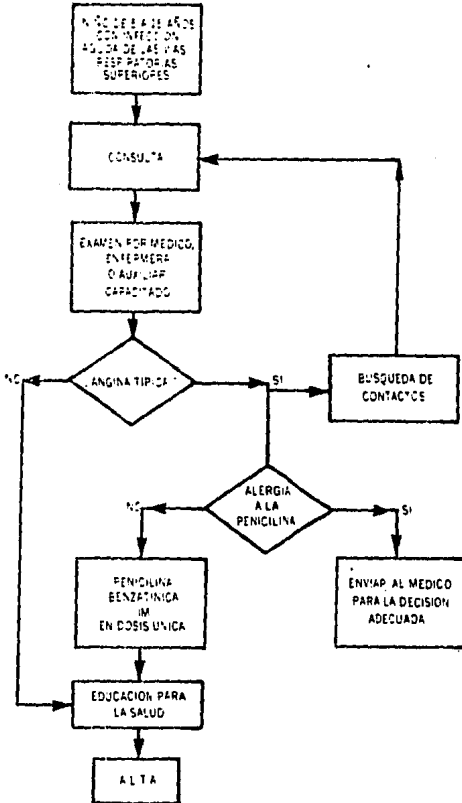
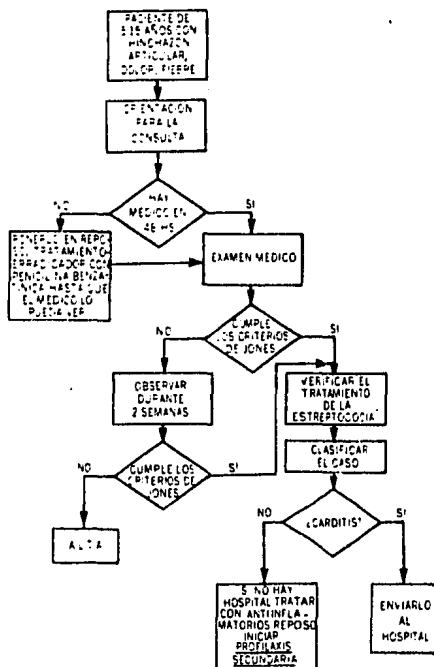


Figura 5. Flujoograma para la atención del paciente con fiebre reumática aguda.



MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio longitudinal, retrospectivo, observacional y descriptivo, en el que se determinó la frecuencia de detección y diagnóstico así como el manejo de pacientes con fiebre reumática, en la U.M.F. N°2 del I.M.S.S. de Pue. Pue., que cuenta con una población adscrita de 170,000 de derechohabientes, durante el periodo comprendido del 1° de Enero al 31 de Diciembre del año de 1984, el cual tuvo 252 días laborales.

Se revisaron las formas 4-30-6 de la población adscrita a los 62 médicos familiares de la unidad, detectándose que médicos cumplían y cuales no con el programa de D.F.R., de estos solamente se tomó a los derechohabientes de 5 médicos que si realizan sus actividades de detección (grupo estudio), comparando estos datos con la población de 5 médicos que no las llevan a cabo (grupo control).

Se revisaron los expedientes donde fue valorado cual fue el manejo de los pacientes que presentan fiebre reumática y si fueron detectados y diagnosticados oportunamente por sus médicos. Solo se incluyeron derechohabientes de 4 a 21 años de edad, de ambos sexos y de cualquier nivel socioeconómico y excluyeron aquellos pacientes en donde no se tenía un diagnóstico de certeza de fiebre reumática.

Se analizaron todas y cada una de las variables investigadas que fueron 8, representadas por : Detecciones, pacientes que presentan F.R., realización del diagnóstico, tratamiento, erradicación estreptocócica, valoración cardiológica, buen control, y presencia de cardiopatía reumática. Efectuándose este estudio retrospectivo de revisión del 1° de Abril al 31 de Octubre del año de 1985.

Resultados:

Se analizaron las 8 variables mencionadas anteriormente, obtenidas del 1º de enero al 31 de Diciembre de 1984 y se han expresado los resultados mediante tablas y gráficas donde se muestran las diferencias por cierta muy significativas entre los grupos estudiados. A estos resultados se les aplicó el método estadístico χ^2 (Chi cuadrada), cuya interpretación es la siguiente: χ^2 menor de 0.05, que nos muestra un grado de significancia entre los dos grupos comparados.

Se encontró analizando estos resultados, que de acuerdo a la meta de detecciones de Fiebre Reumática que da la OPS para una Unidad de Medicina Familiar como la U.U.F. N° 2 de 46,872 detecciones para 62 médicos familiares, se observó que solo se realizaron 4247 con un porcentaje de 9.06, con un valor de P significativo (menor de 0.001), tabla 1, gráfica 1.

En la tabla 2, gráfica 2, se muestra los 5 consultorios donde el Médico Familiar realizó el mayor número de detecciones (grupo en estudio), siendo estas el consultorio 29 con 940 detecciones, el 14 con 317, el 1 con 291, el 13 con 276 y el 11 con 252, para un total de 2066 (48.6% y 125°), contrastando con las 5 consultorios donde se realizaron el menor número de detecciones (grupo control), siendo el 3 con 173, el 26 con 122, el 15 con 79, el 10 con 57, y el 27 con 32, para un total de 463 (10.9% y 39°), con un valor de P significativo (menor de 0.01). En el resto de los médicos familiares que son 52 realizaron 1,718 detecciones (40.5% y 146°). Tabla 3, Gráfica 3.

La segunda variable que corresponde al total de pacientes que presentan FR encontramos 18 casos, de los cuales 2 (11.11%) son manejados por el grupo en estudio, 12 casos (66.66%) que son manejados por los médicos del grupo control, con un valor de P significativo (menor de 0.001), el resto de médicos maneja 4 casos (22.22%). Tabla 4, Gráfica 4.

La tercera variable corresponde al diagnóstico oportuno de FR; observándose que los 2 casos tratados por los médicos del grupo en estudio fueron diagnosticados oportunamente con un porcentaje de 100, contrastando con los pacientes manejados por los del grupo control en que se diagnosticaron 6 (50%), con un valor de P significativo (menor de 0.001) el resto de médicos diagnosticaron 1 de 4 casos para un 25%, dando un total en la unidad de 9 casos diagnosticados oportunamente de 18, con un porcentaje de 50%, tabla 5, Gráfica 5.

Los resultados encontrados con respecto al manejo de los pacientes son FR; que son de la variable 4 a la 7, las cuales corresponden a tratamiento adecuado, erradicación estreptocócica, valoración cardiológica respectivamente, se observó que llevan un buen control de sus pacientes los médicos del grupo en estudio, siendo dos casos con un

porcentaje del 100% , en comparación con 4 del grupo control para un 33.3% , con un valor de P significativo (menor de 0.001) , el resto de médica lleva un buen control de 4 pacientes (100%) , dando un total en la unidad de 10 con un porcentaje de 85.5 . Tabla 6 , Gráfica 6.

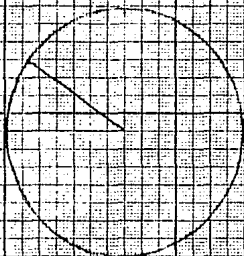
En lo referente a la octava variable que corresponde a la presencia de Cardiopatía Reumática se observa en los pacientes del grupo en estudio un caso para un porcentaje de 50% , por 9 (75%) del grupo control , la presentan 3 pacientes manejados por el resto de médica con un 75% , y un total en la unidad de 13 casos (72.2%) , con un valor de P significativo (menor de 0.001) . Tabla 6 , Gráfica 6.

Tabla N° 1
O.D.X y manejo del paciente con F.R. por el M.F.
Detecciones por médico familiar

U.F.	D.F.R.	según la O.P.S.	grado	por ciento
6.2	45872	programadas	350e	100
6.2	42471	realizadas	37.6e	9.06

Fuente: Encuesta específica
N2 i Vende de 0.001

Gráfico N° 1
O.D.X y manejo del paciente con F.R. por el M.F.
Detecciones por médico familiar



Detecciones de F.R. programadas 45872

Detecciones de F.R. realizadas 4247

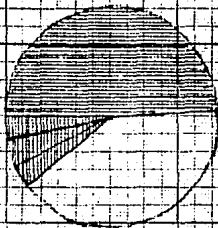
Fuente: Encuesta específica
N2 i Vende de 0.001

Tabla N° 2.
Di. DX y manejo del paciente con E.A. por el U.F.
Detecciones realizadas en 1998

consultorio número	1ª Detecciones Grupo estudio	consultorio número	2ª Detecciones Grupo control
28	843	3	173
14	317	36	122
1	291	15	29
13	276	12	57
11	252	27	32
	2056-48.6-175*		463-10.9-39*

Fuente : Encuesta específica
X2 : Menor de 0.001

Gráfica N°2
Di. DX y manejo del paciente con E.A. por el U.F.
Detecciones realizadas en 1998



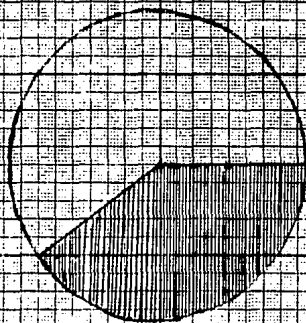
Grupo estudio 2056
Grupo control 463
Fuente : Encuesta específica
X2 : Menor de 0.001

Tabla N° 3
D. DX y manejo del paciente con F.R. por el M.F.
Detecciones realizadas en 1964

Raño de M.F.	Detecciones de F.R.	Por ciento	Grados
1962	1716	40.5 %	1464

Fuente: Encuesta específica
X2 T Mandr de 0.01

Gráfico N° 3
D. DX y manejo del paciente con F.R. por el M.F.
Detecciones realizadas en 1964



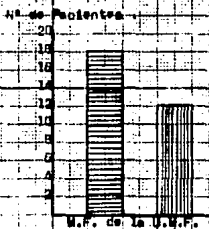
||||| Rato de médicos familiares 1716
Fuente: Encuesta específica
X2 T Mandr de 0.01

Tabla N° 4:
D., Dx. y manejo del paciente con F.R. por el M.F.
Pacientes que presentan F.R.

Presentan F.R.	Casos	Porcentaje
GRUPO ESTUDIO	2	11.11%
Grupo Control	12	66.66%
Resto de M.F.	4	22.22%
Total :	18	100%

FUENTE : Encuesta Especifica .
X2 : Menor 0,001 .

Gráfico N° 4:
D., Dx. y manejo del paciente con F.R. por el M.F.
Pacientes que presentan F.R.



-  U.M.F. Total.
-  Grupo Control.
-  Resto de M.F.
-  Grupo Estudio.

FUENTE : Encuesta Especifica .
X2 : Menor de 0,001 .

Tabla N° 5 :
D., Dx. y Manejo del paciente con F.R. por el M.F.,
Diagnósticos realizados.

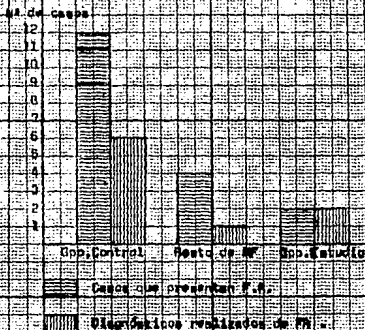
Médicos Familiares	Casos	Diagnósticos	Porcentaje
Grupo Control	12	3	25%
Grupo en Estudio	2	2	100%
Resto de M.F.	4	1	25%
Total :	18	6	33%

* Se realizaron 9 diagnósticos y los otros 9 se realizaron cuando presentaban C.R.

Fuente: Encuesta Específica.

X² < Menor de 0.01

Gráfica N° 5 :
D., Dx. y Manejo del paciente con FR por el M.F.,
Diagnósticos realizados.



Fuente: Encuesta Específica.

X² < Menor de 0.01

Tabla N° 5:
Dx., Dx. y Manejo del paciente con F.A. por el M.F.
Diagnósticos realizados:

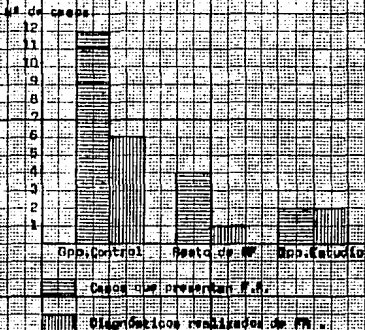
Médicos Familiares	Casos	Diagnósticos	Porcentaje
Grupo Control	12	8	66%
Grupo en Estudio	2	2	100%
Resto de M.F.	4	1	25%
Total:	18	9	50%

Se realizaron 9 diagnósticos y los otros 9 se realizaron cuando presentaban G.A.

Fuente: Encuesta Específica.

X²: Menor de 0.01.

Gráfica N° 5:
Dx., Dx. y Manejo del paciente con FA por el M.F.
Diagnósticos realizados:



Fuente: Encuesta Específica.

X²: Menor de 0.01.

Tabla 4^o 5 :
 Detección, Diagnóstico y Manejo de Pacientes con F.M. por su M.F.

Manejo de Pacientes que creanjan F.A.

Médicos Familiares	Casos		Recibidos		En Estudio		Vál. Cardiol.		Buen Control		Presenta C.R.	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Grupo en Estudio	2	100	2	100	2	100	2	100	2	100	2	80
Grupo Control	12	100	7	59.3	3	65.6	3	86.6	4	33.3	9	75
Mutuo de M.F.	4	100	4	100	4	100	3	75	4	100	4	75
Total	18	100	13	72.2	10	77.7	13	72.2	10	66.6	15	72.2

FUENTE : Encuesta Específica.

X² : Menor de 0.01.

Tabla 4^o 6 :
 Detección, Diagnóstico y Manejo de Pacientes con F.R. por su U.F.
 Manejo de Pacientes que presentan F.R.

Médicos Familiares	Cada		Falta		Errad.		Val.		Cardiol.		Buen Control		Presente C.R.	
	N ^o	%	N ^o	%	N ^o	%	N ^o	%	N ^o	%	N ^o	%	N ^o	%
Grupo en Estudio	2	100	2	100	2	100	2	100	2	100	2	100	2	99
Grupo Control	12	100	7	59.3	8	66.8	8	66.8	4	33.3	9	75	9	75
Manejo de U.F.	4	100	4	100	4	100	3	75	4	100	3	75	3	75
Total	18	100	13	72.2	14	77.7	13	72.2	10	55.6	13	72.2	13	72.2

TEST 1 Encuesta Específica
 X2 1 Valor de 0.01

Gráfica N° 6

Detección, Diagnóstico y Manejo de Pacientes con S.M. por su M.F.
 Manejo de Pacientes con Diagnóstico E.I.



Grupo en estudio
 Grupo Control
 Grupo de M.F.

FUENTE: F. Salcedo, P. Salcedo.
 M.F. Salcedo, 1998.

CONCLUSIONES:

En cuanto a las detecciones , solo uno de los 62 M.F. , el del consultorio N° 29 , es el único que sí cumple con las metas establecidas por la OPS , y cuatro solo con una ó un poco más de una pero menos de 2 DFR por día , siendo éstos médicos los que forman el grupo estudio, en comparación con el grupo control en que ninguno de los médicos realizó por lo menos una detección al día , e incluso el del consultorio 27 no realizó ni una detección por semana. Los 52 médicos restantes tampoco realizan por lo menos una detección al día e incluso a los médicos del consultorio 22 y del consultorio 36; no se les encontró registrada ninguna detección en el año de estudio. De los 18 casos de FR encontrados, los resultados son favorables en los médicos que realizan rutinariamente detecciones, solo a ellos correspondió 2 casos, no así en los que no realizan rutinariamente detecciones, correspondiendo a ellos 16 casos. De estos mismos en 9 fue realizado oportunamente el diagnóstico, dentro de esta cantidad quedan incluidos los diagnósticos del grupo en estudio y en los otros 9 no fueron realizados oportunamente , quedando incluidos en el grupo control, pues cuando éstos fueron diagnosticados, los pacientes ya presentaban C.R. , aunque previamente hayan presentado FR. - Per mencionar algunos de éstos médicos , están los que en nuestro estudio son identificados como el resto de M.F. , los del consultorio 32 , - 22 y 7 .

Concluimos además que aparte de que el grupo control, que es el de médicos que rutinariamente no practican detecciones de Fiebre Reumática , tampoco hacen en forma oportuna el diagnóstico de FR ; y por consiguiente el manejo de éstos pacientes es inadecuado , y por tanto las secuelas no se dejan esperar en este padecimiento, que son traducidas por Cardiopatía Reumática; pues de los 18 casos de FR encontrados en el estudio en 13 ya se encontró la presencia de C.R. ; éste es en el 72% de pacientes derechohabientes presentan invalidez siendo desgraciadamente personas jóvenes aún , algunas de éstos ya con compromiso hemodinámico severo que temprana ó tardíamente los llevará a la muerte, y a otros ya se les aplicó una prótesis valvular y han tenido que ser sometidos a cirugía mayor de Tórax en la que estuvo de por medio la vida del paciente. Y después de todo , esto no hubiese sucedido ó por lo menos fuese mínimo este padecimiento si los M.F. "perdieran 10 minutos" - en practicar DFR en todos sus derechohabientes de 4 a 21 años, si a éste se le llamara "perder el tiempo".

En casi todos los países de América Latina existen Centros de Cardiología de estructura vertical, muchos de ellos están equiparados con los Centros Médicos más desarrollados del mundo. La solución del problema de la Fiebre Reumática no consiste en desarrollar una alta técnica con objeto de intentar la recuperación de unos pocos casos muy graves, sino más bien actuar fomentando la protección del mayor número posible de -

personas a fin de evitar la enfermedad. Si se logra este objetivo a medida que disminuya el número de casos de lesiones valvulares, los centros especializados podrán dedicar sus esfuerzos a otras actividades más necesarias. Mientras existan muchos casos de cardiopatía crónica, los centros especializados tendrán todavía un papel más importante de apoyo, y solo será necesario que haya coordinación con los centros intermedios de los consultorios de atención primaria que les referirán los casos que requieran ser examinados por especialistas.

A pesar de que no existe actualmente un agente inmunizante contra los estreptococos aplicable a la práctica, se ha comprobado que la prevención secundaria es eficaz en más de un 90%, al proteger de nuevos brotes de Fiebre Reumática a las personas susceptibles que cumplen puntualmente el plan profiláctico.

También se acepta que una inyección única de Penicilina Benzatínica erradica los estreptococos en más del 95% de las infecciones y que, aún en una persona susceptible, el tratamiento temprano de la infección puede evitar un ataque agudo.

Otro elemento importante que debe considerarse es el bajo costo de los recursos materiales necesarios para el programa de prevención; la relación costo-beneficio es sumamente favorable para las medidas preventivas si se compara con las inversiones que requiere el tratamiento del ataque agudo de Fiebre Reumática; el gasto que significa el tratamiento de un cardíaca joven durante toda su vida; las cuantiosas sumas requeridas para la cirugía cardíaca, que casi nunca logra curar al enfermo que sigue necesitando el control y tratamiento médico continuos, sin mencionar las pérdidas en productividad debidas a la incapacitación de adultos jóvenes.

Casi todas las actividades de observación ulterior se pueden delegar en médicos generales y en personal de Salud no-médico, los especialistas sólo son necesarios para atender los pocos casos que presenten complicaciones (que tenderán a disminuir a medida que funcione el programa de prevención).

El hecho de que una gran parte de los que están expuestos a mayor riesgo asistan ó pasen por escuelas donde tienen más acceso a las actividades de Salud facilita un seguimiento ulterior.

Estas actividades programadas para la prevención de la Fiebre Reumática no necesitan la creación de una infraestructura especial. Las acciones preventivas deben incluirse en la atención general de la población a través de los servicios de salud existentes (red de consultorios de atención primaria, servicios de salud escolar, etc.).

Por último, no se debe olvidar que el estudio de los factores condicionantes externos muestran una relación positiva entre la Fiebre Reumática y la pobreza. Se reconoce también que este problema de orden múltiple

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

factorial no puede ser responsabilidad única del sector salud, puesto -- que el mejoramiento de las condiciones de vida, y en especial de la vivienda, conllevará una disminución de la incidencia de ésta y otras enfermedades .

RESUMEN:

Se realizó un estudio longitudinal, retrospectivo, observacional y -- descriptivo, en el que se determinó la frecuencia de D.F.R., la cuál es deficiente, pues solo uno de los 62 M.F. cumple con las metas establecidas por la O.S.S. que es de 3 D.F.R. al día por M.F., por lo que respecta a la elaboración de diagnósticos, solo en la mitad de los casos estudiados que fué de 19 que presentan F.R. se efectuó en forma oportuna el diagnóstico, por consiguiente el manejo que reciben éstos pacientes es inadecuado por parte de los M.F. que rutinariamente no practican D.F.R. y los resultados desfavorables no se dejan esperar, pues 13 de los pacientes ya presentan cardiopatía reumática. Por lo que consideramos que todos éstos problemas pueden evitarse ó por lo menos minimizarse si todas ó la mayor parte de los M.F. de la U.M.F. N° 2 del I.M.S.S. de Puebla, Pue., ponen en práctica rutinariamente el programa de D.F.R., para que a pesar de esto si se llegara a presentar un caso de F.R. entonces -- realizar un diagnóstico oportuno, y por consiguiente dar a éste paciente un manejo adecuado desde estadios iniciales de la enfermedad y así evitar hasta donde sea posible las secuelas, las cuáles llevarán de manera inevitable a la invalidez ó incluso a la muerte prematura, pues por lo general se presenta en personas jóvenes.

- 1.- Oberndorfer, L., Mejía, W.: Evolución de la Fiebre Reumática. Rev. Colomb. de Ped. y Pueric. 33:223-35, 1991.
- 2.- Secretaría de Salubridad y Asistencia. Normas de Atención Médica: México, 1976(6) Fiebre Reumática ., 5.
- 3.- Mispirota, A.: VI Conferencia Panamericana sobre prevención de Fiebre Reumática. Rev. de Inf. de Países en Lima, Perú. 71:22-7, 1977.
- 4.- Vizcaíno, A., Rodríguez, M., Rodríguez, R., y Cels.: Medicina Preventiva en Cardiología Pediátrica. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. 39:381-90, 1982.
- 5.- Dorothy, A., Ehmke, M.: Two Studies of compliance with daily Prophylaxis in Rheumatic Fever in Iowa Patients. Am. Jr. Phys. 70:1182-93, 1990.
- 6.- Markowitz, M.; Erradication of Rheumatic Fever : an unfulfilled hope . Circulation . 41:1077-84, 1970.
- 7.- Gordis, L., Lillienfeld, A., Rodríguez, R.: Studies on the Etiology and Prevent Ability of Rheumatic Fever . Public Health. 84:333-57, 1969.
- 8.- Rodríguez, R., Mota, H.: La Conquista de la Fiebre Reumática en México: Una Esperanza aún insatisfecha . Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. 39:381-98, 1982.
- 9.- Chávez, R.: Cardioneumología Fisiopatológica y Clínica. Rev. de Fac. de Med. U.N.A.M. 1-914-915, 1973.
- 10.- Coburn, Y.: The Epidemiology of Hemolytic Streptococcus. Arch. Invest. Med. 7:150-56, 1975.
- 11.- Acheson, R.: The Epidemiology of Acute Rheumatic Fever. Jr. Chron. Dis. 17:52-60, 1965.
- 12.- Kaplan, N.: Immunology Relation of Streptococcal and Antigens. J. Immunol. 11:349-54, 1968.
- 13.- Kaplan, N.: Introduction of autoimmunity to Heart in Rheumatic Fever by Streptococcal Antigens. Br. Med. J. 3:283-99, 1976.
- 14.- Amezcua, F.: Prevención Primaria de la Fiebre Reumática. Bol. Med. I.M.S.S. 15:127-34, 1978.
- 15.- Amezcua, F., Aranda, S.: La Fiebre Reumática en el Escolar, y su Prevención en el IMSS . Sal. Pub. de Mex. 8:477-81, 1971.
- 16.- Aranda, S.: Fiebre Reumática. Bol. Med. I.M.S.S. 15:316-24, 1978.
- 17.- Amezcua, F.: Tratamiento de la Fiebre Reumática aguda. Bol. Med. IMSS . 11:95-9, 1975.
- 18.- Litvak, J., Baffi, H., Roberts, E., Silvi, J.: Programa de Cooperación entre Países de la OPS sobre Prevención de la Fiebre Reumática. Bol. OP. Sanit. Panam. 88:409-13, 1980.
- 19.- Muñoz, S.: Fiebre Reumática y Enfermedad Reumática del Corazón. Fon. Ed. Con. 2:20-35, 1979 .
- 20.- Pelly, S., Walden, R., High, P.: Protective Studies with Group A Streptococcal M Protein Vaccine. J. Infect. Dis. 131:217-24, 1975.

- 21.-Mortimer, F., Control of Rheumatic Fever, How are we doing? . JAMA. 237:17-20, 1997.
- 22.-Hernan, B.: Prevención y Tratamiento de la Fiebre Reumática. Mun.Med. 5:50-6, 1978.
- 23.-Loreco, A., Sandoval, R., Lastra, L.: Conceptos Clínicos de 290 -
casos de Fiebre Reumática. Act. Ped. de Mex. 1:83-99, 1980.
- 24.-Secretaría de Salubridad y Asistencia . Control de Enfermedades ---
Trasmisibles. Pub. Tec. I:49-53, 1976.
- 2E.-Stellerman, T., Markowitz, G., Wannamaker, V.: Jones Criteria for -
Guidance in the Diagnosis of Rheumatic Fever. Circulation . 32:--
664-71, 1965.