

11226  
24.132

# Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO,  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.



## PREVENCIÓN PRIMARIA DE FIEBRE REUMÁTICA

### TESIS

QUE PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD EN

MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A

**Dr. Augusto Mendoza Altamirano**

U. M. F. No. 1

I. M. S. S.

PUEBLA, PUE.

**FALLA DE ORIGEN**

1984 · 86





## **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.

## I N D I C E

PAG.

PROLOGO.....	1
INTRODUCCION.....	3
MATERIAL Y METODOS.....	7
RESULTADOS.....	8
DISCUSION.....	11
CONCLUSIONES.....	14
RESUMEN.....	18
BIBLIOGRAFIA.....	19

## P R O L O G O

En México debido a las alteraciones ecológicas y a las deprimentes condiciones socioeconómicas de la mayoría de la población, las infecciones respiratorias agudas son en nuestro medio, la razón más frecuente de la consulta al Médico Familiar.

Es importante efectuar el estudio cuidadoso de los antecedentes, tomando en cuenta la forma de inicio, la evolución, las características morfológicas de las zonas afectadas y sobre todo la automedicación, pues ésta modifica el cuadro clínico. La orofaringe es la puerta de entrada de las infecciones al aparato respiratorio y el foco de diseminación hacia otros sistemas. (4,7,8).

La responsabilidad del Médico es grande más aún cuando sabemos que no siempre la infección estreptocócica se manifiesta en toda su intensidad y por lo tanto no siempre es reconocida clínicamente.

Estos datos se citan como evidencia de que el Médico debe estar continuamente alerta de la importancia de las infecciones estreptococcicas del grupo A. Además para prevenir la Fiebre Reumática en sus pacientes, el Médico

Familiar deberá tener conocimiento de la Historia natural, epidemiología y tratamiento adecuado de las infecciones estreptococcicas.

## I N T R O D U C C I O N

Aún cuando la Fiebre Reumática Aguda era conocida - por los antiguos Griegos, pasaron muchos siglos, antes- de que pudiese ser claramente diferenciada de otras formas de reumatismo.

En el siglo XVII cuando Guillaume de Baillou en Francia lo descubrió bajo el nombre de Reumatismo Articular Agudo y en Inglaterra Thomas Sydenhan, cuyo nombre es -- asociado con la corea, describió también, el cuadro artrítico Migrañoso.

Ninguno de los dos observó, que la Fiebre Reumática - afecta al corazón. Morgani en Italia en 1661 descubrió - deformidades en las válvulas cardiacas en autopsias practicadas en personas que adolecieron de Reumatismo Articular Agudo, poco después, Pitcair Jenner y Well descubrieron que la Fiebre Reumática podía lesionar el corazón. - (3,4,5).

Por el año de 1886, Cheaddle había definido el síndrome completo de la Fiebre Reumática: Carditis, Poliartrosis y Corea, acompañados de nódulos subcutáneos y -- eritema marginado, observó la existencia de variaciones de los cuadros a diferentes edades, así como la tenden-

cia de la enfermedad a aparecer en la familia. (2,3)

Definición de la Fiebre Reumática: llamada también -  
Poliartritis, Aguda Febril, Reumatismo Articular Agudo,-  
Reumatismo Poliarticular Agudo.

La Fiebre Reumática es un síndrome inflamatorio que a veces sigue a las estreptococcias faríngeas beta hemolítica del grupo A y puede caracterizarse por recaídas.

Fiebre Reumática Aguda es un sinónimo de Fiebre Reumática que pone de relieve sus aspectos agudos. Fiebre Reumática inactiva es el término que aplica a los pacientes con antecedentes de fiebre reumática, pero sin manifestaciones de inflamación. El nombre de cardiopatía reumática denota las secuelas cardiacas de la carditis reumática. (2,4)

Epidemiología.- Durante las últimas décadas se ha observado una declinación de la enfermedad, gravedad y mortalidad de los ataques de fiebre reumática. A incidencia de ataques recurrentes ha disminuído, pero no obstante, la declinación de los primeros ataques es menos clara.

En general se atribuyen a los antibióticos la disminución de la frecuencia de fiebre reumática, pero es pro

bable que debe concederse mayor crédito a la mejoría general de las condiciones sociales, pero mientras siga -- persistiendo la pobreza y las alzas demográficas, la Fiebre Reumática persistirá. (4,7 y 8)

Los factores que deciden la presencia de infección a consecuencia de la exposición a estreptococos son básicamente el número de gérmenes inhalados, su virulencia y la susceptibilidad del paciente (así como del estado inmunológico y de la presencia de anticuerpos de tipo específico que protegen al huésped). Todos estos factores varían de acuerdo a cada individuo en relación a sus condiciones nutricionales, inmunológicas, socioeconómicas y -- ecológicas.

El mecanismo de transmisión es fundamentalmente por contacto directo, y su período de incubación es de uno a tres días. (3,4)

El cuadro clásico clínico de la faringoamigdalitis -- estreptocócica en un niño mayor es bien conocido. La -- presentación repentina de escalofríos, fiebre, dolor abdominal, cefalea, asociados con el desarrollo de dolor -- faríngeo intenso, desagrado al tragar, significan por lo común una infección por el estreptococo del grupo A. (6,8)



Esta posibilidad se acrecenta si a la exploración física se encuentra una faringe intensamente roja y con exudado purulento, edema de la úvula y ganglios cervicales dolorosos. Desgraciadamente, no todas las infecciones estreptocóccicas presentan estas características.

Si se presenta la erupción típica de la fiebre escarlatina, el diagnóstico es aún más sencillo. Con o sin erupción, tal cuadro clínico usualmente requiere de terapia para una infección estreptocócica aún antes de que se tenga una confirmación bacteriológica. (6,8)

Cuando no se aísla o no se sospecha estreptococo, los antibióticos carecen de indicación, pues no se ha probado que influencien el curso de la enfermedad o que prevengan las complicaciones en este grupo de pacientes.

(6)

## M A T E R I A L Y M E T O D O S

El estudio fué hecho en 40 asegurados beneficiarios escolares de 5-14 años de edad, ambos sexos, adscritos a la U.M.F. No. 1 durante el período comprendido entre el 10. de Agosto al 31 de Enero de 1986.

La muestra fué seleccionada y los criterios de inclusión fueron los siguientes:

- 1.- Niños de 5-14 años de edad.
- 2.- Ambos sexos.
- 3.- Con sintomatología de vías respiratorias superiores.
- 4.- Adscritos a la U.M.F. No. 1
- 5.- Sin previo tratamiento antibiótico del padecimiento actual.
- 6.- Población abierta.
- 7.- Mediante un interrogatorio se llenaron cuestionarios previamente elaborados en hojas especiales (nombre, cédula, edad, sexo, etc.).
- 8.- Pacientes que acudieran al laboratorio para practicársele cultivo de exudado faríngeo.

Se seleccionaron 40 pacientes con rinofaringitis, -- amigdalitis o ambas, todos cursando con síndrome febril-

y fueron remitidos al laboratorio con el propósito de -- practicárseles cultivo de exudado faríngeo. Se les indicó tratamiento sintomático y a las 72 Horas siguientes - se investigó el resultado de exudado faríngeo y de acuerdo con éste se procedió a indicar tratamiento familiar.

### RESULTADOS:

#### DISTRIBUSION POR SEXOS:

	PACIENTES	POR CIENTO
FEMENINO	26	65 %
MASCULINO	14	35 %
T O T A L	40	100 %

#### DISTRIBUCION POR EDAD:

	PACIENTES	POR CIENTO
5 a 9 años	19	47.5 %
10 a 14 años	21	52.5 %
	TOTAL 40	100 %

## CONDICIONES DE LA VIVIENDA:

	PACIENTES	POR CIENTO
CON HACINAMIENTO	29	72.5 %
SIN HACINAMIENTO	11	27.5 %
T O T A L	40	100. %

FUENTE: Hoja de registro de paciente.

RESULTADOS DE LOS CULTIVOS DE EXUDADO FARINGEO  
 EFECTUADOS EN EL LABORATORIO DE LA U.M.F. No. 1  
 (Enero-Febrero 1986)

GERMEN CAUSAL	PACIENTES	POR. CIENTO
Estreptococo beta hemolítico	4	10 %
Estafilococo aureus	15	37.5 %
Otros gérmenes	12	30 %
Negativos	9	22.5 %
T O T A L:	40	100 %

Tratamiento familiar a contactos de 4 pacientes en los que su exudado faríngeo fué positivo a estreptococo-beta hemolítico grupo A, a base de penicilina benzatínica de 600,000 ó de 1'200,000 UI.

## D I S C U S I O N :

A pesar de que en la actualidad la frecuencia de la Fiebre Reumática y de la Cardiopatía Reumáticas han disminuido considerablemente, gracias al uso de la penicilina como tratamiento activo y profiláctico de las infecciones estreptocócicas del grupo A, la Fiebre Reumática es todavía una enfermedad muy grave y frecuente en los países en desarrollo. (4,5)

Se tiene el conocimiento de la relación que tiene la infección por estreptococo beta hemolítico del grupo A y el desencadenamiento de los cuadros de Fiebre Reumática. Teóricamente, si se reconoce la infección estreptocócica y se trata adecuadamente, no debe existir Fiebre Reumática (4). Sin embargo, la infección estreptocócica caracterizada por dolor faríngeo intenso, fiebre, postración, ataque al estado general, amígdalas hipertróficas, hiperémicas y secretantes, y adenopatías submaxilar, la encontraremos en un 25% de los casos la infección estreptocócica . (4,5)

La población que con mayor frecuencia es atacada por el estreptococo beta hemolítico es la escolar (5-14 años); es raro que se presente en menores de 3 años, en los que

suele ser mortal.

Una manera de tratar el problema de las infecciones estreptocócicas subclínicas se ha llevado a cabo desde 1954 por Phibbs y Col. en Natrona Country, Wyoming. El problema básico primario de tales infecciones, y por otro lado el de la incapacidad de reconocer la infección estreptocócica únicamente por interrogatorio o por el aspecto de la orofaringe, los condujo a efectuar desde entonces el cultivo de exudado faríngeo en toda la población asistente a las Escuelas Primarias. (4,10)

A este respecto, Amezcua y Col. mencionan que al estudiar los pacientes con actividad reumática, se descubre que la infección estreptocócica precedente se puede manifestar en diversos grados y provocar cuatro tipos diferentes de situaciones y problemas.

- 1.- La infección estreptocócica subclínica
- 2.- La infección con síntomas, que no recibe atención médica.
- 3.- La infección a la que no se le hace el diagnóstico o que es tratada de manera inadecuada.
- 4.- La infección con diagnóstico y tratamiento adecuado.

Todos estos cuatro diferentes tipos de situaciones - pueden posteriormente, desarrollar Fiebre Reumática.(10)

A través de un intenso programa de educación higiénica al público en general, y al entrenamiento particular a grupos de padres de familia, en las Escuelas, se hace la selección semanal de los niños que requieran tal cultivo.



## CONCLUSIONES:

La Fiebre Reumática sobresale entre las causas más importantes de enfermedades cardiovasculares, porque es la única que es definitivamente prevenible. La primera demostración de que esto era cierto ocurrió en 1940, cuando se verificó que las infecciones estreptocócicas y los ataques recurrentes de fiebre reumática podían prevenirse con dosis pequeñas de sulfonamidas.

Diez años más tarde, Denny y Col. comprobaron que los pacientes con una faringitis estreptocócica que era tratado con penicilina suficiente para erradicar los microorganismos de la garganta, tenían menos probabilidades de desarrollar Fiebre Reumática que los pacientes que no recibían tal tratamiento. De ese modo, se estableció la prevención primaria y secundaria para esta enfermedad.

De hecho la cardiopatía reumática es la única forma importante de enfermedad cardíaca que es definitivamente prevenible. Sin embargo, a pesar de la asequibilidad de estas medidas preventivas, la fiebre y la cardiopatía reumática aún no han sido erradicadas.

Desgraciadamente, en México la prevención primaria -

de Fiebre Reumática (o sea, el tratamiento correcto de la infección estreptocócica) deja aún mucho que desear, pues no infrecuentemente el período de tratamiento administrado no corresponde al recomendado y cuando se llega a dar en forma correcta el paciente no lo sigue. Las consecuencias son el número de casos de Fiebre y Cardiopatía reumática que se han encontrado en varios estudios.

Aunque existe una campaña para la erradicación de Fiebre Reumática en México, ésta carece de objetivos bien definidos y sus acciones y resultados son mínimos. Si es que existen.

La prevención de los ataques de fiebre reumática es difícil y en mucho se basa en la demostración de una faringitis estreptocócica mediante un cultivo faríngeo. El hacer llegar esta prueba diagnóstica a las poblaciones con alto riesgo de tener fiebre reumática, resulta por consiguiente fundamental para prevenir primeros ataques de Fiebre Reumática.

La Fiebre Reumática es una enfermedad que en gran parte prevalece en los niños de edad escolar. Aunque la importancia relativa de la Escuela, el hogar y otros lugares en la diseminación de las infecciones estreptocóci

cas está mal definida, la Escuela es un lugar importante y fácilmente asequible para la identificación de la infección. Desde el punto de vista práctico, la Fiebre Reumática puede ser considerada una enfermedad ocupacional de estudiantes.

Como tal, la responsabilidad para su prevención debe descansar por lo menos parte en el Médico Familiar. (1,4)

La profilaxis primaria de la Fiebre Reumática es la que trata de evitar la aparición del padecimiento mediante la erradicación de toda infección estreptocócica, especialmente aquellas que se observan en vías respiratorias superiores, es cierto que para tener la seguridad de que existe una infección con dicha localización, es necesario el aislamiento de la bacteria, pero en general, debe entenderse como enfermedad estreptocócica toda faringoamigdalitis aguda, febril, postración general, adenopatías submaxilar y odinofagia, artralgias, mialgias, anorexia y datos de laboratorio alterados; aunque no se compruebe la existencia de estreptococo en el cultivo debe considerarse como infección causada por este germen y deberá procederse a una cura de erradicación siguiendo cualquiera de los esquemas siguientes:

- 1.- Aplicación diaria de penicilina G. procafnica y-

cristalina de 800,000 UI intramuscular por 10 --  
dfas.

- 2.- Fenoximetilpenicilina V potásica de 250 mg c/4-6  
horas por 10 dfas.
- 3.- Penicilina cristalina 300,000 UI con penicilina-  
procafnica 300,000 UI con penicilina benzatfnica  
600,000 UI en una sola aplicación.
- 4.- Penicilina procafnica de 800,000 UI durante 2-4-  
dfas y al dfa siguiente penicilina benzatfnica -  
de 600,000 UI o de 1'200,000 UI.
- 5.- Eritromicina 40-50 mg/Kg de peso por dfa c/24 hr.  
por 10 dfas.

## R E S U M E N:

Se estudiaron a 40 personas, beneficiarios escolares de 5-14 años de edad, de ambos sexos, adscritos a la nica No.1.

Estos pacientes con sintomatología de vías respiratorias altas, sin previo tratamiento antibiótico a los cuales se les practicó cultivo de exudado faríngeo, prescribiendo tratamiento sintomático y a las 72 hrs. siguientes se obtuvo el resultado de exudado faríngeo y de acuerdo a éste, se procedió a indicar tratamiento familiar.

Este estudio se realizó ya que las afecciones de vías respiratorias altas, es una de las causas más frecuentes de consulta en el Servicio de Medicina Familiar y se corroboró que la mayoría de dichos padecimientos su etiología es de tipo viral, ya que sólo 4 de los 40 pacientes que corresponde al 10% el resultado de exudado faríngeo resultó positivo a estreptococo beta hemolítico del grupo A.

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

- 1.- Aranda, O.S. Amezcua, V.F. Fiebre Reumática y su Prevención. An. Act. en Med. IMSS 7 (22): 219, 1980.
- 2.- Diagnóstico de Fiebre Reumática. Criterios de Jones. IMSS Jefatura de Servicios de Medicina Preventiva. - México, D.F.
- 3.- Dominguez, R.J. Prevención y Control de la Fiebre -- Reumática en el Escolar y en el Adolescente en el -- IMSS. Vol. Med. IMSS (Méx.).
- 4.- Taranta Angelo, y Markowitz, Milton. La Fiebre Reumática Boston Lancaster, EEUU. MTP Press Limited 1982- pp. 11-12.
- 5.- Nelson, Vaughan, Mackay. Tratado de Pediatría. D.F.- Salvat Editores, 1981, P. 567.
- 6.- Rodríguez R. S. Síndromes Pediátricos. México, D.F.- Prensa Médica Mexicana, 1980, pp 307-310.
- 7.- Goodman y Gilman. Bases Farmacológicas de la Terapéutica. México, D.F. Interamericana, 1982, pp 274-284, 948-956.
- 8.- Hurtado, MF: Faringoamigdalitis, Diagnóstico Etiológico y Tratamiento. Mundo Médico. 6 (62): 0, 1980.

9.- Rodríguez R.S.: Nueva Guía para el Diagnóstico y Tratamiento del Paciente Pediátrico. Edit. Méndez, Cervantes, Méx. 1979, 465.

10.- Amezcua Valadez, Francisco. Aspectos Epidemiológicos de la Fiebre Reumática. México, D.F. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 1979. pp. 200-201.