

11237
2ij
106



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO
SERVICIO DE PEDIATRIA

"FIEBRE REUMATICA"
ANALISIS DE 63 CASOS

T E S I S
QUE PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD EN
P E D I A T R I A M E D I C A
P R E S E N T A

DR. VICTOR MANUEL HUERTA GALVAN

MEXICO, D. F.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1988



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 esta 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

	PAGINA
1.- AGRADECIMIENTOS	01
2.- INTRODUCCION	03
3.- MATERIAL Y METODOS	05
4.- RESULTADOS	06
5.- DISCUSION	19
6.- CONCLUSIONES	26
7.- BIBLIOGRAFIA	28

A G R A D E C I M I E N T O S

- A mis padres y hermanos, por haberme brindado la oportunidad de realizarme.
- A mi esposa Patricia, por su apoyo incondicional y sus palabras de aliento, en los momentos que me faltó la fuerza de voluntad para seguir adelante.
- A los Profesores, compañeros médicos y personal de enfermería, cada uno de los cuales con sus frases y acciones contribuyeron a mi formación como especialista; los primeros con su experiencia, los compañeros al exigirme en buena lid, y las enfermeras con su caudal de amor por los niños.
- Al personal del Archivo Clínico del Servicio de Pediatría, sin cuya colaboración no hubiera sido posible el realizar este trabajo.
- El crédito principal de este agradecimiento, va dirigido a todos y cada uno de los niños que con su dolor y llanto hicieron posible el adquirir los conocimientos necesarios para llegar a ser especialista: GRACIAS POR SU GENEROSIDAD, por haberme brindado tanto a cambio de tan poco. Aquí incluyo a mi hija Cassandra, la que desde su nacimiento constituye el motor de mi vida.

- A la memoria de los compañeros médicos desaparecidos -
el 19 de septiembre de 1985, cuyo recuerdo nos impulsó
siempre para llegar a esta meta.

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

La fiebre reumática es una enfermedad que surge como complicación no supurativa de la faringoamigdalitis por *Estreptococo* beta hemolítico del grupo A; es un padecimiento incapacitante e invalidante que afecta varios niveles del organismo: corazón, articulaciones, sistema nervioso central, piel, tejido subcutáneo e incluso riñones (12, 16); clásicamente se considera que se presenta en el 3% de los pacientes que no reciben tratamiento y en el 0.4% de los que se manejan con penicilina (1,4); su incidencia varía desde el 0.3% o menos en la población general tras continuación de infecciones estreptocócicas esporádicas, hasta aproximadamente 3% en las epidemias de faringitis exudativas severas no tratadas (12). Es considerada una enfermedad social en función de tener una mayor incidencia en las clases económicamente desprotegidas (6, 28, 42), ya que en los países industrializados la disminución en la incidencia se presentó incluso antes del advenimiento de la antibioterapia, al mejorar el nivel de vida de la población.

Su prevención y control es primordial en países como México donde todavía constituye un problema serio de Salud Pública, por tener población predominantemente de jóvenes y donde la presencia de su principal secuela (la cardiopatía reumática) es sumamente elevada, llegando incluso al 85% de los casos de fiebre reumática (3, 15); lo anterior implica graves consecuencias personales por invalidez y económicas para la familia y el país. El objetivo del presente trabajo es revisar la frecuencia de los diferentes parámetros que sirven al clínico pa-

ra realizar el diagnóstico de la fiebre reumática, tomando como base el trabajo del Dr. Jones (20); además de hacer una breve revisión y comparación del material obtenido con lo reportado en la literatura médica nacional e internacional.

MATERIAL Y METODOS

Se revisaron 75 expedientes con el diagnóstico de Fiebre reumática, de pacientes atendidos en el Servicio de Pediatría del Hospital General de México de la Secretaría de Salud, en el período comprendido entre enero de 1970 y diciembre de 1986; de los cuales se incluyeron en el estudio 63 casos.

El protocolo de estudio incluyó el análisis de los siguientes parámetros de la enfermedad:

- 1.- Epidemiológicos- número de recámaras y número de personas - que forman la familia, antecede personal - de infección de vías aéreas, antecedente - personal de fiebre reumática, lugar de residencia (procedencia) de los pacientes, - edad y sexo.
- 2.- Clínicos- carditis, coxa de Sydenham, artritis, eritema marginado, nódulos subcutáneos y fiebre.
- 3.-Laboratorio- Número de leucocitos, velocidad de sedimentación globular, proteína C reactiva, antiestreptolisinas O y exudado faríngeo.
- 4.- Gabinete- Electrocardiograma (segmento P-R) y radiografía de tórax.
- 5.- Tratamiento empleado.
- 6.- Profilaxis empleada.

R E S U L T A D O S

En la serie estudiada se encontró, que todos los pacientes procedían de medio socio-económico bajo, con un promedio de 1-2 recámaras y entre 5-10 personas por familia.

El antecedente personal de infección de vías aéreas superiores se encontró en 43 de los 63 pacientes, el antecedente de fiebre reumática solo en 12 casos, que constituyen el 68.25% y 19.05% respectivamente (cuadros 1 y 2).

Se observó que el mayor número de pacientes en la presente serie procede del Distrito Federal (26 pacientes) y el Estado de México (21 pacientes), aunque también están representadas otras entidades federativas del país como Guanajuato, Tabasco, Oaxaca, etc. (cuadro 3).

Con respecto a la edad de los pacientes incluidos en el estudio, se observó una fluctuación entre los 4 y 14 años, con una incidencia mayor en el grupo de 12 y 14 años (gráfica 1).

Analizando el sexo de los pacientes, se observó una predominancia del sexo femenino, en proporción de 2.3 a 1 (gráfica 1 y cuadro 4).

El análisis de las manifestaciones clínicas de la fiebre-reumática de los pacientes hospitalizados incluidos en la se--

rie encuentra 44 (70%) con carditis (de los cuales 32 (72%) tuvieron carditis activa); 28 (44.50%) con artritis; 26 (41.0%) con corea de Sydenham; 5 (8.0%) con eritema marginado; y 3 (5%) con nódulos subcutáneos (cuadro 5).

Correlacionando las manifestaciones clínicas con el número de leucocitos, se encontró leucocitosis asociada con carditis en 10/32 (31%); artritis en 8/28 (27%); corea de Sydenham en 3/26 (12%); eritema marginado 1/5 (20%); y ninguno asociado a nódulos subcutáneos (cuadro 6).

La elevación de la velocidad de sedimentación globular se encontró asociada con carditis en 25/32 (78%); corea de Sydenham en 15/26 (58%); artritis en 15/28 (54%); eritema marginado en 3/5 (60%); y nódulos subcutáneos en 3/3 (100%). (cuadro 6).

En el momento del diagnóstico, 26 de los 63 pacientes -- (41.27%) presentaban fiebre; la elevación de las antiestreptolisinas O se encontró en 49 (77.78%); 16 de los 63 casos presentaron proteína "O" reactiva positiva, lo que constituye el 25.40% (cuadro 7).

Con respecto al exudado faríngeo, de los 63 pacientes del estudio, en 41 (65%) se logró aislar 1 ó más gérmenes, de los cuales los más frecuentes fueron el Estreptococo alfa hemolítico, Estreptococo viridans, Neisseria catarrhalis, Estafilococo epidermidis, etc.; observando que sólo en 2 pacientes se aisló Estreptococo beta hemolítico del grupo A (cuadro 8).

De los 44 pacientes con carditis, 32 ingresaron con diagnóstico de carditis aguda, y de estos 13 (40.62%) presentaron cardiomegalia en la radiografía de tórax; además 24/32 (75%) - tuvieron un electrocardiograma con el segmento P-R normal, y ninguno alargado.

El tratamiento de los pacientes se desglosa a continuación:

- Para los pacientes que presentaron insuficiencia cardíaca congestiva incluyó reposo absoluto, dieta hiposódica estricta, restricción de líquidos, diuréticos (furosemida 1-2 mg/kg/día), digoxina (10-20 mcg/kg/día), esteroides (prednisona 1-2 mg/kg/día).
- Todos los pacientes recibieron tratamiento para erradicación del *Streptococo beta hemolítico del grupo A*, - con penicilina procainica a razón de 800,000 UI/día -- por 10 días; excepto uno que fue alérgico a la penicilina y recibió eritromicina a razón de 30 mg/kg/día -- por 10 días.
- Los pacientes con artritis y carditis (con cardiomegalia, pero sin insuficiencia cardíaca) recibieron salicilatos a razón de 100 mg/kg/día, durante el tiempo -- que presentaron datos de actividad reumática (aproximadamente entre 15-20 días), reduciendo posteriormente la dosis a 75 mg/kg/día.

- El tratamiento médico de los casos con corsa de Sydenham incluyó fenobarbital 5-10 mg/kg/día; 6 diacepam -- 0.5-1 mg/kg/día; 6 ácido valprónico 15-30 mg/kg/día.

Todos los pacientes (a excepción de 1), recibieron profilaxis con penicilina benzatínica a razón de 1.2 millones de UI cada 21 días; solo uno que resultó alérgico a la penicilina -- fue tratado con sulfametoxipiridacina a razón de 1 gr/día (con peso mayor de 30 kg).

CUADRO 1

ANTECEDENTE DE INFECCION DE VIAS AEREAS
EN 63 CASOS CON FIEBRE REUMATICA

	NUMERO	PORCENTAJE
- P O S I T I V O	43	68.25
- N E G A T I V O	20	31.75
- T O T A L	63	100.00

FUENTE: Archivo Clínico, Servicio de Pediatría,
Hospital General de México, S.S.

CUADRO 2

ANTECEDENTE (PERSONAL) DE P.R. EN
63 CASOS DE FIEBRE REUMATICA

	NUMERO	PORCENTAJE
- P O S I T I V O	12	19.05
- N E G A T I V O	51	80.25
- T O T A L	63	100.00

FUENTE: Archivo Clínico, Servicio de Pediatría,
Hospital General de México, S.S.

CUADRO 3

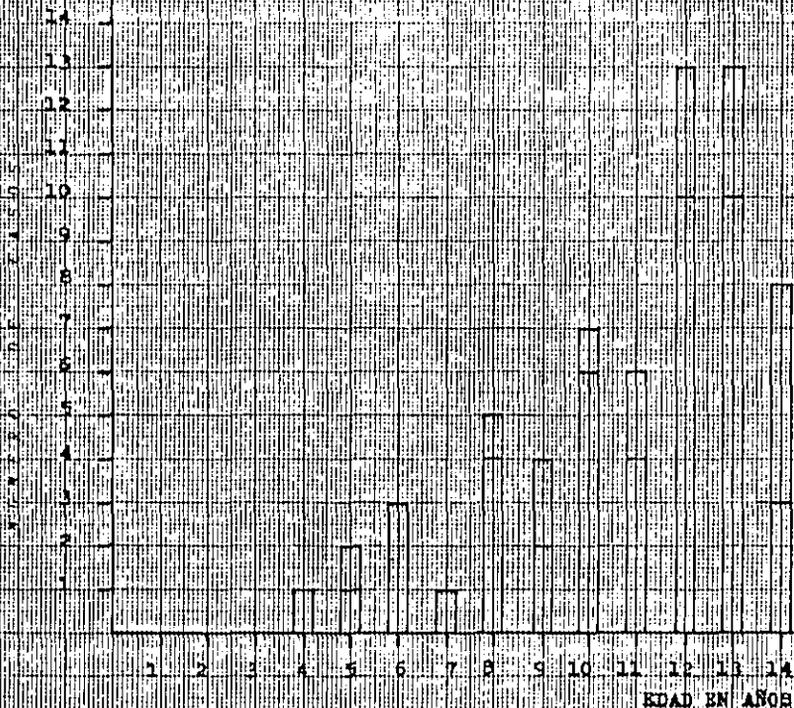
LUGAR DE PROCEDENCIA EN
63 CASOS DE FIEBRE REUMATICA

	NUMERO	PORCENTAJE
- Distrito Federal	26	41.27
- Estado de México	21	33.33
- Guanajuato	02	03.18
- Guerrero	02	03.18
- Michoacan	02	03.18
- Oaxaca	02	03.17
- Puebla	02	03.17
- Tabasco	02	03.17
- Veracruz	02	03.17
- Chiapas	01	01.59
- Morelos	01	01.59
T O T A L	63	100.00

FUENTE: Archivo Clínico, Servicio de Pediatría,
Hospital General de México, S.S.

GRAFICA 1

DISTRIBUCION POR EDAD Y SEXO EN
61 PACIENTES CON FIEBRE REUMATICA



FEMENINO
 MASCULINO

CUADRO 4

DISTRIBUCION POR SEXO EN
63 CASOS DE FIEBRE REUMATICA

	NUMERO	PORCENTAJE
- F E M E N I N O	44	69.85
- M A S C U L I N O	19	30.15
- T O T A L	63	100.00

FUENTE: Archivo Clínico, Servicio de Pediatría,
Hospital General de México, S.S.

CUADRO 5

MANIFESTACIONES CLINICAS EN
63 CASOS DE FIEBRE REUMATICA

	NUMERO	PORCENTAJE
- CARDITIS	44	69.84
- ARTRITIS	28	44.44
- COREA DE SYDENHAM	26	41.27
- ERITEMA MARGINADO	05	07.94
- NODULOS SUBCUTANEOS	03	04.76

FUENTE: Archivo Clínico, Servicio de Pediatría,
Hospital General de México, S.S.

CUADRO 6.

**MANIFESTACIONES CLINICAS: LEUCOCITOSIS
Y V.S.G. ELEVADA EN 63 CASOS DE F.R.**

	LEUCOCITOSIS	V.S.G. ELEVADA
- CARDITIS	10/32 (31.25%)	25/32 (78.12%)
- ARTRITIS	08/28 (26.80%)	15/28 (53.60%)
- COREA DE SYDENHAM	03/26 (11.50%)	15/26 (57.70%)
- ERITEMA MARGINADO	01/05 (20.00%)	03/05 (60.00%)
- NODULOS SUBCUTANEOS	00/03 (00.00%)	03/03 (100.00%)

FUENTE: Archivo Clínico, Servicio de Pediatría,
Hospital General de México, S.S.

CUADRO 7

FIEBRE, PROTEINA C REACTIVA Y ANTIESTREPTOLISINAS O EN 63 PACIENTES CON FIEBRE REUMATICA

	NUMERO	PORCENTAJE
- F I E B R E	26	41.27
- PROT. "C" REACTIVA	16	25.40
- ANTIESTREPTOLISINAS "O"	49	77.78

FUENTE: Archivo Clínico, Servicio de Pediatría,
Hospital General de México, S.S.

CUADRO 8

MICROORGANISMOS AISLADOS EN EXUDADO FARINGEO
EN 63 PACIENTES CON FIEBRE REUMÁTICA

	NUMERO
- <i>Streptococo alfa hemolítico</i>	13
- <i>Streptococo viridans</i>	12
- <i>Neisseria catarrhalis</i>	08
- <i>Stafilococo epidermidis</i>	07
- <i>Micrococcus tetragenus</i>	07
- <i>Stafilococo aureus</i>	06
- <i>Diplococcus pneumoniae</i>	04
- <i>Neisseria sp</i>	03
- <i>Streptococo beta hemolítico</i>	02
- <i>Klebsiella pneumoniae</i>	02
- <i>Aerobacter cloacae</i>	01
- <i>Streptococo anginosus</i>	01
- <i>Escherichia coli</i>	01
- <i>Enterobacter hafniae</i>	01

FUENTE: Archivo Clínico, Servicio de Pediatría,
Hospital General de México, S.S.

D I S C U S I O N

Los reportes en la literatura internacional durante los últimos años, mencionan una disminución importante en la incidencia de la fiebre reumática en los países desarrollados (6, 10, 13, 18, 23, 25, 28); sin embargo, en nuestro medio esta a que siendo elevada, e incluso hay autores como Rodríguez R.S., Loredo A. y otros que han reportado tasas semejantes a las que existían en nuestro país hace 25 años (2, 5, 15, 29, 36); este panorama no difiere mucho del encontrado en otros países en desarrollo como Colombia, los grupos étnicos de Hawaii, la India, Irán, etc., en los cuales se encuentran tasas semejantes a las encontradas en Boston y Nueva York en los años veinte (6, 28, 30, 40).

En los países de occidente, se ha corroborado que uno de los factores epidemiológicos ambientales íntimamente ligados a la fiebre reumática es el medio socio-económico bajo; que lleva implícito el hacinamiento en el hogar, y que guarda una relación directa con la fiebre reumática y la cardiopatía reumática (4, 6, 12, 22, 26, 27, 28, 36); este hecho mostró en nuestro estudio un promedio de 5-10 personas por dormitorio.

Un hecho que siempre crea controversia, es el poder documentar el antecedente personal de infección de vías aéreas superiores, para correlacionarlo con la alta incidencia de fiebre reumática; Rodríguez R.S. reporta que solo en el 34% (de 261 casos de fiebre reumática) se documentó este antecedente -

(12, 36); en nuestra revisión este rubro se obtuvo en el 68% - de los casos, lo cual es totalmente contrario a lo reportado - (a excepción de la serie de Land M y cols. (23), que tiene por centaje similar).

En relación a la edad en que es diagnosticada la fiebre - reumática, esta es con mayor frecuencia entre los 5 y 15 años; ya que aunque puede aparecer a cualquier edad, es extraordinariamente rara durante los primeros 3 años de la vida; este pico en la incidencia se ha asociado con la mayor incidencia de infecciones estreptocócicas en este período de la vida (1, 3, 12, 14, 27); en nuestra serie, la edad de los pacientes fluctuó entre los 4 y 14 años, con un pico entre los 12 y 14 (50%), explicable quizá por que se valoraron pacientes en etapa de escuela; otros autores han encontrado otros picos de incidencia - entre los 5 y 10 años (22), entre 8 y 11 años (30), y entre 5- y 17 años (35).

Considerando el sexo, encontramos mayor incidencia en el - sexo femenino, en proporción de 2.3 a 1; esto va en contra de - lo reportado en la mayoría de los artículos, donde se señala - que no existe diferencia (3, 22, 26, 41); la explicación quizá sea el gran número de pacientes con Corea de Sydenham, que es - más frecuente en el sexo femenino; solo encontramos el estudio de Oberndorfer y cols. (30) que reportan una relación femenino - masculino de 1.4 a 1

En los países desarrollados y sobre todo en los Estados Unidos, la manifestación clínica más frecuente de la entidad -- que nos ocupa es la poliartritis, presentándose en el 70-80% -- de los pacientes durante la fase aguda de la enfermedad (12, 14, 23, 26, 28, 41), lo cual no tiene hasta el momento una explicación satisfactoria; sin embargo, en nuestro estudio esta ocupó el segundo lugar, con una incidencia del 44%; la serie -- de Neri, encontró mayor incidencia de artritis en nuestro país (29).

Llama la atención que en la serie revisada, la manifestación más común sea la carditis (70%), a diferencia de otras, -- donde la reportan entre el 40-50% (12, 14, 23, 26); sin embargo, nuestros resultados son semejantes a los obtenidos por Loredó A. y cols. en México y Oberndorfer en Colombia (22, 30); -- esto refleja la situación actual de otros países en vías de desarrollo como Pakistán, la India, Tailandia, etc., en donde la carditis continúa siendo el signo más frecuente (41).

La corea de Sydenham con su tríada clásica de movimientos coreoatetósicos, hipotonía y labilidad emocional, ocupa un sorprendente tercer lugar, no por orden de frecuencia, sino por -- su elevada incidencia (41%); lo cual es opuesto a lo reportado en los países industrializados, donde se tiene una frecuencia -- del 10-15% de los casos (3, 6, 11, 12); Loredó A. y cols. reportan un 34% y Oberndorfer un 27% (22, 30); lo anterior tiene importancia ya que si bien es una entidad de manejo relativamente sencilla y curso favorable, existe en caso de recaídas -- el peligro de presentarse acompañada de carditis y complicaciones a largo plazo con cardiopatía reumática (3, 6).

En cuanto al eritema marginado (8%), y nódulos subcutáneos (5%), encontramos que no existen diferencias significativas con los reportes previos (2, 6); si bien hay otros autores que reportan porcentajes mayores (3, 14).

Analizando los datos de laboratorio utilizados como indicadores de actividad reumática, destaca en el estudio la velocidad de sedimentación globular como el parámetro más confiable, ya que se encontró alterada en 65% de los casos en promedio; lo cual plantea que un exámen que se puede realizar en la cabecera del paciente, de bajo costo, de rápida lectura y fácil interpretación, se constituye como el más recomendable cuando se quiera detectar si existe actividad reumática. En cambio la proteína "C" reactiva y la leucocitosis tuvieron una sensibilidad de 25% y 20% respectivamente. Aquí importa recordar, que ninguno de los parámetros anteriores es específico para hacer diagnóstico de fiebre reumática, ya que solo tienen validez cuando se correlacionan con el cuadro clínico (1, 11, 12, 20, 22).

La sensibilidad de la Antiestreptolisina O fue de 78%, lo cual es semejante a lo reportado previamente (1, 3, 11, 12, 20, 30, 6); haciendo énfasis en que su utilidad estriba en evidenciar contacto previo del Estreptococo beta hemolítico del grupo A con aquellos pacientes con sintomatología de fiebre reumática.

No obstante que otro de los datos de actividad reumática es la prolongación del intervalo P-R del electrocardiograma, -- el cual se ha encontrado entre el 25-40% de los casos, según -- los diferentes autores (3, 11, 12, 41); este dato no pudo ser -- corroborado en nuestra revisión, ya que ninguno de los pacien-- tes lo presentó.

El aislar el Estreptococo beta hemolítico del grupo A, es un objetivo que se debe perseguir en forma rutinaria, aunque -- su presencia es realmente poco frecuente (solo 2 casos de nue-- tra revisión, lo que constituye aproximadamente el 5%); estos -- resultados están por debajo del porcentaje de aislamiento re-- portados por A. Reyes (8-10%) y Loredo A. (34%) en el Institu-- to Nacional de Cardiología y el Instituto Nacional de Pedia-- tría respectivamente (1, 22).

El tratamiento de los pacientes se realizó siguiendo los -- lineamientos previamente establecidos, dividiéndolo de la si-- guiente manera: a)- manejo de la infección estreptocócica; b)- manejo de las manifestaciones reumáticas; c)- reposo; d)- pro-- filaxis (1); de tal forma que en función de la erradicación -- del Estreptococo beta hemolítico del grupo A, en nuestros pa-- cientes se utilizó el esquema "largo" con penicilina procaína-- ca intramuscular, diariamente por 10 días (excepto el tratado-- con eritromicina); sin embargo, importa aquí recordar que exis-- ten otros esquemas más cortos, pero igualmente efectivos: el -- primero de ellos utiliza penicilina procaínica por 3 días con--

penicilina benzatínica al 4o. día por vía intramuscular; el otro emplea penicilina benzatínica en combinación con penicilina procaínica y sódica cristalina en dosis única por vía intramuscular (1, 4, 6, 11, 33, 44). Así las manifestaciones propiamente dichas de la fiebre reumática fueron manejadas particularmente en cada paciente, sin embargo, básicamente se siguieron los esquemas referidos en la literatura nacional e internacional (4, 6, 11, 12, 22, 33, 41, 42). La profilaxis secundaria se efectuó utilizando una inyección intramuscular de penicilina benzatínica con un intervalo de 21 días, en función de haberse reportado ya mayor porcentaje de recaídas con su administración cada 4 semanas (8, 24).

Finalmente es necesario recalcar que el control de la fiebre reumática en México dista mucho de ser posible en función del bajo nivel socio-económico de la mayoría de la población y por ende la presencia de hacinamiento, como lo ha documentado Loredo A. y cols. (22); la prevalencia del *Streptococo* beta hemolítico del grupo A en la población escolar, con porcentaje aproximado entre el 7-10% según el autor (17, 36); el tratamiento inadecuado por parte del médico de las infecciones estreptocócicas con antibióticos que no erradican el *Streptococo* beta hemolítico del grupo A, según lo ha establecido Rodríguez R.S. (36).

Todo lo anterior está en oposición con lo observado en los países desarrollados en los cuales hay múltiples factores-

para explicar la declinación acelerada de la fiebre reumática, entre ellos se pueden mencionar: a)- mejoría continua en el es tandar de vida, con lo que disminuye la frecuencia de hacina-- miento; b)- uso generalizado de antibióticos; c)- mayor acceso a la atención médica por parte de los niños de alto riesgo; -- d)- declinación en la frecuencia de la faringitis estreptocóci ca (como consecuencia del inciso a), disminución en la capaci-- de los Estreptococos del grupo A para iniciar fiebre reumática, o ambas cosas; e)- posible efecto protector de la vacuna con-- tra el sarampión (28).

CONCLUSIONES

Los datos aquí vertidos, deben tomarse con reserva, ya que la población analizada corresponde a un Hospital de Concentración, y no reflejan necesariamente la realidad Nacional; en función de captar los casos más graves y en etapa de secuela.

El factor más importante en la prevención y control de la fiebre reumática es elevar el nivel de vida de la población -- (mejorando su poder adquisitivo), además de la educación para la salud, con énfasis en los hábitos higiénicos.

Concientizar y entrenar al personal médico, paramédico, - profesores, etc., en el reconocimiento de la faringitis estreptocócica para su tratamiento oportuno y adecuado (4).

En nuestro trabajo, la manifestación más frecuente de fiebre reumática fue la carditis, seguida de la poliartritis y corea de Sydenham.

Implementar la infraestructura necesaria para la instalación de Laboratorios de referencia para la tipificación de las cepas de Estreptococo predominantes en el país, como es la inquietud de la Dra. Giono C. (17).

Recordar que aunado a las características clínicas del paciente, la velocidad de sedimentación globular es un método --

útil y recomendable para la detección de actividad reumática.

Ante la evidencia de que la Fiebra Reumática y su principal secuela la cardiopatía reumática siguen siendo un problema de Salud Pública en nuestro país, semejante al de hace 2 ó 3 décadas, se puede concluir que hasta el momento la prevención primaria de esta enfermedad ha sido descuidada; por lo que es importante que el médico de primer nivel (médicos generales y pediatras) tome conciencia de este problema y aprenda a manejarlo adecuadamente.

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

- 1.- A Reyes P.: Fiebre Reumática, problema aún por resolver. - Principia Cardiológica 1986; 2 (1): 2-6
- 2.- Amezcua F. y Aranda S.: La fiebre reumática en el escolar, su prevención en el I.M.S.S.; Bol Med IMSS, 1971; 13: 200-205.
- 3.- Alarcón S.D.: fiebre reumática I y II. En Introducción a - la reumatología. Editado por la Sociedad Mexicana de Reumatología AC. México D.F. 1977; pp 95-103
- 4.- Baeza B.M.: Faringoamigdalitis estreptocócica: abordaje -- diagnóstico y terapéutico. Bol Med Hosp Infant Mex 1985 -- feb; 44 (2): 126-130
- 5.- Chávez I.: La fiebre reumática I y II. Principia cardiológica 1956; 3: 134; 159
- 6.- DiSciascio G., Taranta A.: Rheumatic fever in children. Am Heart J.; 1980 May; 99 (5): 635-658
- 7.- Dagan, Herman J., Kaufman B: Pseudorheumatoid Subcutaneous Nodules and the Poststreptococcal State. Arch Intern Med; - 1983 Dec; 43: 2316-2317
- 8.- D. Nordin J.: Recurrence of Rheumatic Fever During Prophylaxis with Monthly Benzathine Penicillin G.; Pediatr 1984-Apr; 73 (4): 530-531
- 9.- D. Holmberg, A. Paich: Streptococcal Pharyngitis and Acute Rheumatic Fever in Rhode Island. JAMA 1983 Nov 4; 250 --- (17): 2307-2312
- 10.- Decline in Rheumatic Fever, Editorial. Lancet 1985 Sept - 21; 2 (8456): 647-648
- 11.- Espino Vela J.: Fiebre Reumática. En Cardiología Pediátrica. Editorial Méndez-Oteo. México D.F.; 1985. pp 246-260
- 12.- E. Behrman, C. Vaughan, E. Nelson: Fiebre Reumática. En - Nelson tratado de Pediatría. Editorial Interamericana S.A. México D.F. 12. edición (español) 1985. pp 609-615
- 13.- F. Gillum: Trends in acute rheumatic fever and chronic -- rheumatic heart disease: A national perspective. Am Heart

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

J 1986 Feb; 111 (2): 430-432

- 14.- Feigin And Cherry: Fiebre Reumática Aguda. En infectología
Pediátrica. Editorial Interamericana, Tomo II. México D.F.
1983. pp 320-328
- 15.- García C., Loredó A., Moreno A. y cols: Evaluación a cinco
y diez años de pacientes con fiebre reumática, en el -
Instituto Nacional de Pediatría. Acta Pediatr Mex 1983; -
4: 103-108
- 16.- Gibney, Reineck, Bannayan et al: Renal lesions in Acute -
Rheumatic Fever. Ann Intern Med 1981 Mar; 94 (3): 322-326
- 17.- Giono C.S.: Streptococcus pyogenes: Contribuciones para su
estudio. Bol Med Hosp Infant Mex 1987 feb; 44 (2): 131-132
- 18.- Gordis L.: The virtual disappearance of rheumatic fever -
in the United States: Lessons in the rise and fall of dis-
ease. Circulation 1985 dec; 72 (6): 1155-1162
- 19.- Goodman and Guillman. Bases Farmacológicas de la Terapéu-
tica. Editorial Interamericana 5a. edición México D.F. --
1983.
- 20.- H. Stollerman, Markowitz M., Taranta A. et al: Jones Cri-
teria (Revised) for Guidance in the Diagnosis of Rheuma-
tic Fever. Circulation 1965 oct; 23: 664-668
- 21.- H. Stollerman: Global Strategies for the Control of Rheu-
matic Fever. JAMA 1983 feb 18; 249 (7): 931
- 22.- Loredó Abdalá, Sandoval G., Lastra E. y cols: Comporta-
miento clínico de 200 casos de fiebre reumática. Act Pe-
diatr Méx 1980; 1 (2): 83-89
- 23.- Land M., L Bismo: Acute Rheumatic Fever. JAMA 1983 Feb 18;
249 (7): 895-898
- 24.- Lue H., Wu M., Hsieh K. et al: Rheumatic Fever Recurren-
ce: Controlled study of 3-week versus 4-week benzathine-
penicillin prevention programs. J. Pediatr 1986 Feb; 108
(2): 299-304
- 25.- L. Bismo A: The Rise and Fall of Rheumatic Fever. JAMA 1985
Jul 26; 254 (4): 538-541

- 26.- Loredó Abdalá A.: Fiebre Reumática. En Medicina Interna -
Pedidátrica. Editorial Interamericana. México D.F. 1985 pp
169-183
- 27.- Markowitz M.: The decline of rheumatic fever: Role of medi-
cal intervention. J Pediatr 1985 Apr; 106 (4): 545-550
- 28.- Markowitz M.: Fiebre Reumática en el decenio de 1980. Clí-
nicas Pedidátricas de Norteamérica 1986; 5: 1195-1204
- 29.- Neri R.: Investigación de la Fiebre Reumática en 29,576 -
escolares de la Ciudad de México. Salud Pública de México
8: 841-890, 1966.
- 30.- Oberndorfer, Mejía V., Martínez U.: Evolución de 709 ni-
ños con fiebre reumática. Bol Med Hosp Infant Méx 1983 nov
40 (11): 624-631
- 31.- Rodríguez R.S.: Errores y creencias más frecuentes en el
diagnóstico de la fiebre reumática o de la infección es-
treptocócica precedente. Act Pediatr Méx; 1980; 1 (4): --
165-168
- 32.- Rodríguez R.S.: Infección estreptocócica verdadera o con-
dición de portador. Editorial. Bol Med Hosp Infant Méx --
1986 sept; 43 (9): 590-591
- 33.- Rodríguez R.S.: Algunos problemas en el diagnóstico y tra-
tamiento de la fiebre reumática. Bol Med Hosp Infant Méx.
1969 Mar-Abr; 26 (2): 419-430
- 34.- Rodríguez R.S., Espino Vela J., Amezcua P. y cols: Estu-
dios sobre prevención primaria de fiebre reumática. La --
prevalencia de Estreptococo beta hemolítico del grupo A -
en 11,314 escolares de la Magdalena Contreras. Bol Med --
Hosp Infant Méx 1976; 32: 991-1002
- 35.- Rodríguez R.S.: Diagnóstico y tratamiento de las infeccio-
nes estreptocócicas. Bol Med Hosp Infant Méx 1969; 26: -
493-502
- 36.- Rodríguez R.S.: La conquista de la Fiebre Reumática en Mé-
xico. Una esperanza aún insatisfecha. Bol Med Hosp Infant
Méx. 1982 mayo; 39 (5): 381-390
- 37.- Rodríguez R.S.: Factores que influyen en las recaídas de-

las infecciones estreptocócicas. Bol Med Hosp Infant Méx-
1969; 26: 502-512

- 38.- Study Group on Rheumatic Fever and Rheumatic Heart Disease: Community Resources for the Diagnosis and Acute Care of Patients with Rheumatic Fever. Circulation 1971 July; 44: A197-A203
- 39.- T. Shulman, P. Amren, L. Bisno et al: Prevention of Rheumatic Fever. Circulation 1984 Dec; 70 (6): 1118A-1122A
- 40.- T. Chun, Reddy V., G. Rhoads: Occurrence and Prevention of Rheumatic Fever among Ethnic Groups of Hawaii. Am J Dis - Child. 1984 May; 138: 476-478
- 41.- Taranta A., Markowitz M.: Fiebre Reumática (monografía).- Editorial el Manual Moderno SA. México D.F. 1984 pp 1-87
- 42.- United Kingdom and United States Joint Report: The Natural History of Rheumatic Fever and Rheumatic Heart Disease: Ten years report of a Cooperative Clinical Trial of - ACTH, cortisone, and Aspirin. Circulation 1965 Sept; 23: 457-476