



***Documento Técnico de Atención a la Fiebre
Reumática
CCSS***

2013

CRÉDITOS

EQUIPO COORDINADOR Y EJECUTOR

Dra. Marlene Agüero Arce. Gerontóloga. – Área de Atención Integral a las Personas. Caja Costarricense del Seguro Social San José 2013

Dra. Vilma García Camacho. Geriatra - Área de Atención Integral a las Personas. Caja Costarricense del Seguro Social San José 2013

Levantado de texto Sr. Luis Fernando Ruiz Olivares.

Revisado POR

Dr. Rodrigo Núñez Mora. Médico Especialista en Medicina Interna Asistente Hospital San Rafael Alajuela. Caja Costarricense del Seguro Social San José 2013

Dr. Jaime Tortós Guzmán. Médico Especialista en Cardiología Asistente Hospital San Juan De Dios. Caja Costarricense del Seguro Social San José 2013

Dr. Rafael Gutiérrez Álvarez. Médico Especialista en Cardiología Asistente Hospital Nacional de Niños. Caja Costarricense del Seguro Social San José 2013

Dra. Desirée Sáenz Campos. Jefe Area de Medicamentos y Terapéutica Clínica. Caja Costarricense del Seguro Social San José 2013



Contenidos

Tabla de Contenido.

Presentación	3
Objetivos	4
Introducción	5
Etiología de la Fiebre Reumática	5
Prevención primaria.	11
Profilaxis y tratamiento	11
Prevención Secundaria	12
Profilaxis y tratamiento.	13
Referencia y Contrarreferencia	15
Principales Complicaciones	16
Referencias	17

ASPECTOS GENERALES

PRESENTACIÓN

El presente documento establece los criterios y procedimientos para la atención de personas con fiebre reumática

La fiebre reumática es común a nivel mundial y es responsable de muchos casos de lesión en las válvulas cardíacas.

EN COSTA RICA

La fiebre reumática afecta principalmente a los niños entre los 6 y 15 años de edad y ocurre aproximadamente 20 días después de una faringitis estreptocócica o de escarlatina.

Las personas con antecedentes de fiebre reumática tienen un alto riesgo de ataques de fiebre reumática recurrente y de desarrollar una cardiopatía reumática después de una faringitis por estreptococo. Lo que se puede prevenir con administración de penicilina Sin embargo, no hay consenso con respecto al método de administración de penicilina más efectivo.

JUSTIFICACIÓN:

La fiebre reumática es un problema de salud pública en varios países del mundo. En la década de los años cincuenta tuvo un decremento en los países industrializados, al mejorar las condiciones de vida, lo que coadyuvó a la reducción de la transmisión de faringitis estreptocócica y a la mayor disponibilidad de los servicios de salud. En los países en vías de desarrollo se mantiene como una enfermedad endémica.

Razón por la cual y en seguimiento al Informe de Auditoría, que en su recomendación 2, se anota:

“Que la Gerencia Medica realice las acciones necesarias en aras de establecer una guía única de carácter oficial que regule el manejo, diagnóstico y terapéutica de la Fiebre Reumática y sus secuelas orgánicas. Lo anterior, con el objetivo de garantizar a las personas usuarias de los servicios de salud, atención uniforme y equitativa con los más altos estándares de calidad y los principios filosóficos propios de la Seguridad Social.”

OBJETIVO GENERAL

Fortalecer la capacidad resolutive y el manejo de la Fiebre Reumática, por parte de los equipos de atención del Primer Nivel la Caja Costarricense Seguro Social.

Objetivos específicos:

- Proporcionar las medidas oportunas y eficaces para la detección de la Fiebre Reumática
- Brindar información estandarizada para el diagnóstico y tratamiento de la Fiebre reumática
- Definir los criterios básicos para la adecuada referencia y contrarreferencia.

PREGUNTAS A RESPONDER POR ESTE DOCUMENTO:

1. ¿Cuáles son los factores de riesgo para fiebre reumática?
2. ¿Cuáles son las acciones específicas para prevención de fiebre reumática?
3. ¿Cuáles son los síntomas más comunes en fiebre reumática?
4. ¿Cuáles son los signos más comunes en fiebre reumática?
5. ¿Cómo se hace el diagnóstico de la fiebre reumática?
6. ¿Cuál es el tratamiento y profilaxis indicado?

POBLACIÓN BLANCO:

Personas con sospecha diagnóstica de Fiebre Reumática.

USUARIOS POTENCIALES:

Personal de Salud de la Caja Costarricense Seguro Social.

INTRODUCCIÓN

Es la Fiebre reumática (FR) una enfermedad inflamatoria sistémica, mediada inmunológicamente, que ocurre como secuela retardada de una infección faríngea por el estreptococo beta-hemolítico del grupo A (EBHGA) habitualmente del tracto respiratorio superior. Un serotipo beta estreptococo (tipos H 3-5-18-19-24) está ligado directamente a la Fiebre Reumática.(Muerde el Corazón y lame las articulaciones)

Es una enfermedad inflamatoria, que se puede presentar después de una infección con bacterias estreptococos (como la faringitis estreptocócica o la escarlatina). La enfermedad puede afectar el corazón, las articulaciones, la piel y el cerebro La fiebre reumática aguda (FRA) causa daño crónico y progresivo al corazón y sus válvulas. Hasta 1960, fue la causa principal de muerte en niños y la causa común de enfermedad estructural del corazón. La enfermedad es conocida desde 1538 Sydenham (1624-1668), por su parte, describió la corea, pero no la asoció con la Fiebre Reumática.

ETIOLOGÍA

El mecanismo por el cual se inicia la F.R. es desconocido, sin embargo existe una relación entre las infecciones faringoamigdalinas por estreptococo Grupo A y la Fiebre Reumática (F.R.) que se sustenta en:

- La relación epidemiológica demostrada entre estas infecciones y la aparición de casos de F.R.
- La comprobación inmunológica de infección estreptocócica previa en pacientes con F.R. (Elevación de título de anticuerpos antiestreptolisina)
- Estudios retrospectivos donde la aparición de episodios de F.R. siempre está precedida de faringoamigdalitis estreptocócicas Grupo A;
- El hecho que los episodios primarios y secundarios de F.R. pueden prevenirse mediante el tratamiento antibiótico precoz de las infecciones estreptocócicas.

A pesar de que se ha logrado un importante avance en el conocimiento de la FR como una enfermedad autoinmune, aún no se ha definido el mecanismo patogénico. El organismo produce sistemas de defensa para luchar contra la bacteria, los anticuerpos, pero, estos en lugar de combatirla atacan el tejido conectivo del propio organismo. La enfermedad afecta al corazón, las articulaciones, el sistema nervioso central, la piel y los tejidos subcutáneos. Se caracteriza por una lesión inflamatoria exudativa y proliferativa del tejido conectivo más los vasos sanguíneos.

La cardiopatía reumática (CPR) es la secuela más seria. Las personas con fiebre reumática aguda cursan a menudo con gran dolor articular y requieren hospitalización. A pesar del carácter dramático del episodio agudo, la fiebre reumática aguda, no deja daño permanente al cerebro, las articulaciones o la piel. Sin embargo, la cardiopatía reumática (CPR) puede

FACTORES DE RIESGO PARA LA FIEBRE REUMÁTICA.

Existe mayor riesgo de contraer faringoamigdalitis por Estreptococo beta hemolítico del grupo A (EBHGA) en temporada de lluvia, en invierno.

Los criterios de riesgo de riesgo para faringitis por Estreptococos Beta Hemolítico GA, modificados por Warren McIsaac y sus colaboradores, permiten diferenciar esta faringitis de la de etiología viral.

Criterios clínicos de Riesgo:

- Inflamación o exudados amigdalinos: +1 punto.
- Adenopatía cervical anterior dolorosa (linfadenitis): +1 punto.
- Ausencia de tos: +1 punto.
- Fiebre o historia de fiebre igual o mayor de 38°C: +1 punto.
- Edad menor de 15 años: +1 punto; edad mayor de 45 años: -1 punto.

Los síntomas de la faringitis estreptocócica o tonsilitis incluyen:

- Dolor de garganta de comienzo súbito.
- Dolor al tragar.
- Fiebre de grado variable.
- Cefalea.
- Dolor abdominal.
- Náuseas y vómito en niños

Cuando el resultado es de 3 o 4 puntos, el riesgo amerita inicio de tratamiento antibacteriano contra estreptococo beta hemolítico del grupo A ó la toma de muestra para cultivo de exudado faríngeo.

¹ *(Guideline Development Working Group of the National Heart Foundation of Australia, Cardiac Society of Australia and New Zealand. Diagnosis and management of acute rheumatic fever and rheumatic heart disease in Australia [http://www.racgp.org.au/Content/NavigationMenu/ClinicalResources/RACGPGuidelines/DiagnosisandmanagementofacuterheumaticfeverandrheumaticheartdiseaseinAustralia/NHFA-CSANZ_ARF_RHD_accedido/18 de Julio 2012](http://www.racgp.org.au/Content/NavigationMenu/ClinicalResources/RACGPGuidelines/DiagnosisandmanagementofacuterheumaticfeverandrheumaticheartdiseaseinAustralia/NHFA-CSANZ_ARF_RHD_accedido/18%20de%20Julio%202012).*

ELEMENTOS PARA EL DIAGNOSTICO.

La Fiebre Reumática es una enfermedad caracterizada por la variabilidad en las manifestaciones clínicas. En niños, principalmente con procesos febriles, la evolución y la aparición del cuadro típico hacen el diagnóstico. Lo mismo podría decirse de la diferenciación en la artritis reumatoidea juvenil del tipo de comienzo agudo sistémico y en adultos con las artritis reactivas cuya evolución es mucho más crónica. Tanto en adultos como en niños la rápida respuesta a los salicilatos.

Historia Clínica.

Es el documento médico legal que contiene todos los datos fisiopatológicos de un paciente. Y se caracteriza por un cuadro muy florido.

Los síntomas de la fiebre reumática típicamente aparecen de 1 a 6 semanas después de sufrir una infección estreptocócica. Los signos y síntomas son:

Signos y Síntomas

- Fiebre
- Antecedente de Escarlatina Reciente (dos a tres semanas).
- Antecedente de Faringoamidalitis reciente (dos a tres semanas).
- Erupción en la piel (eritema marginado erupción cutánea en el tronco y en la parte superior de brazos o piernas, erupciones que pueden tener apariencia de anillo o parecido a una serpiente
- Nódulos cutáneos
- Inflamación articular, enrojecimiento o calor
- Hemorragias nasales (epistaxis)
- Dolor abdominal
- Dolor articular, artritis (principalmente en las rodillas, los codos, los tobillos y las muñecas. (artralgia migratoria)
- Problemas del corazón (cardíacos) que pueden ser asintomáticos o pueden ocasionar dificultad respiratoria y dolor torácico
- Corea de Sydenham (inestabilidad emocional, debilidad muscular y movimientos convulsivos espasmódicos descoordinados y rápidos que afectan principalmente la cara, los pies y las manos)

Exámenes de laboratorio y gabinete.

- Hemograma
- Velocidad de sedimentación elevada mayor o igual que 30 mm/hora
- Proteína C reactiva elevada: debe ser mayor o igual que 30 m/L
- Evidencia de antecedente de infección por el grupo A-B hemolítico estreptococo:

Examen físico

Debido a que esta enfermedad tiene diferentes formas, no existe un examen específico para diagnosticarla de manera contundente. El médico puede llevar a cabo un examen cuidadoso que abarca sonidos cardíacos, piel y articulaciones.

Para ayudar a estandarizar el diagnóstico de la fiebre reumática, se han desarrollado algunos criterios principales y secundarios (criterios de Jones). El hecho de enlazar dentro de dichos criterios, al igual que tener evidencia de una infección reciente por estreptococos pueden ayudar a confirmar que se está en presencia del diagnóstico de fiebre reumática.

Los criterios mayores para el diagnóstico son:

- **Artritis en algunas articulaciones (poliartritis):** usualmente asimétrica y migratoria: una articulación se inflama mientras otra remite; pero puede ser aditiva: múltiples articulaciones se inflaman progresivamente.
- **Carditis:** Inflamación del corazón, puede generar soplos, disnea
- **Nódulos subcutáneos:** Miden de 0.5 a 2.0 cm de diámetro, son nódulos redondos, firmes, libremente móviles e indoloros que se agrupan sobre los codos, muñecas, rodillas, tobillos, el tendón de Aquiles, el occipucio y las apófisis vertebrales posteriores. Dura una a dos semanas después del inicio del cuadro de fiebre reumática.
- **Corea de Sydenham:** presencia de movimientos involuntarios, descoordinados, especialmente en manos, pies, lengua y cara, que desaparecen con el sueño y pueden afectar un solo lado del cuerpo.
- **Erupción cutánea** (eritema marginado)

Entre los criterios menores están:

- Fiebre: mayor de 38° C
- Artralgias (sin artritis)

1. Criterio diagnóstico. Criterio de Jones. ²

- **Dos criterios mayores.**

- Carditis.
- Policarditis.
- Corea(más frecuente en el sexo femenino)
- Eritema marginado.
- Nódulos subcutáneos.

- **Un criterio mayor y dos criterios menores.**

- Fiebre
- Artralgias.
- Malestar general.
- Eritrosedimentación elevada
- Proteínas C reactiva positiva.
- Leucocitosis.
- Intervalo PR prolongado. (BAV I Grado)
- Evidencia de infección estreptocócica
- Escarlatina reciente.

El diagnóstico de fiebre reumática se documentan dos criterios principales, o uno principal y dos secundarios, al igual que si muestra signos de que ha tenido una infección previa por estreptococos.

Todo paciente con sospecha de fiebre reumática debe realizársele un electrocardiograma y un ecocardiograma lo más pronto posible.

² Ferrieri P; Jones Criteria Working Group. Proceedings of the Jones Criteria workshop. Circulation. 2002 Nov 5; 106(19):2521-3.

Diagnóstico Diferencial

- Artritis reumatoide juvenil.
- Enfermedades vasculares y de la colágeno.
- Lupus eritematoso sistémico.
- Artritis reactiva.
- Enfermedad del suero.
- Artritis infecciosa.
- Rubeola.
- Hepatitis B.
- Anemia drepanocítica.
- Leucemia.

Complicaciones (infecciones por *Streptococos* beta hemolíticos o de la Fiebre Reumática)

- Arritmias.
- Lesiones valvulares cardíacas (especialmente estenosis mitral en mujeres y estenosis aórtica en hombres)
- Miocarditis.
- Endocarditis mas frecuente
- Insuficiencia cardíaca
- Corea de Sydenham

El diagnóstico de Fiebre Reumática requiere un alto índice de sospecha. Las guías de diagnóstico de la American Heart Association (AHA) incluyen criterios mayores y menores (Jones modificado).

La OMS en el 2003 definió las guías diagnósticas que deben de cumplir las varias categorías clínicas de la Fiebre Reumática en base a los criterios de Jones modificados.

Prevención Primaria y Secundaria de la Fiebre Reumática.

El objetivo más importante en el tratamiento de la Fiebre Reumática, es el prevenir su aparición (prevención primaria) o recurrencia (prevención secundaria).

El éxito de cualquier programa de prevención se basa fundamentalmente en la educación de los individuos en riesgo, de sus familiares cercanos, del personal de la Salud y de la población general.

La Prevención Primaria.

Consiste en el tratamiento adecuado de todas las faringoamigdalitis estreptocócicas - o sospechosas de estreptocócicas - con Penicilina.

Es la prevención de los ataques iniciales de Fiebre Reumática, correcto diagnóstico.

El diagnóstico de faringoamigdalitis estreptocócica se basa principalmente en sus características clínicas (marcadamente febriles y exudativas), cuando se presenta como escarlatina o cuando hay evidencias de contagio (en el hogar, colegios, internados, etc.) Ocasionalmente será recomendable el cultivo faríngeo

Profilaxis En función del tratamiento adecuado de las infecciones respiratorias producidas por estreptococos del grupo A

TRATAMIENTO ORIENTADO:

A eliminar el germen, controlar la inflamación, prevenir las posibles secuelas, el reposo indispensables en fase aguda 2 a 3 semanas mínimo. Tratamiento antiinflamatorio de inmediato y tratamiento con antibiótico, penicilina.

Cuadro 1.

TRATAMIENTO

Profilaxis en Prevención Primaria de la Fiebre Reumática

Agente	Dosis	Vía	Duración
Amoxicilina base 500mgrs Cápsulas o tabletas. LOM 02-0185-A	Adultos: 500 mg c/8hs por 7 a 10 días	Oral	Única
Amoxicilina base 250mgrs Polvo para suspensión Oral LOM 02-6205-	Niños: 50mg/kg/d en dosis dividida c/8hs por 7 a 10 días	Oral	Única
Penicilina Benzatínica LOM 02-4400 A	1.200.000 U > 27 Kg.	IM	Sola una dosis

	<p>Niños e infantes:</p> <p>Infecciones del tracto respiratorio alto por Estreptococos del grupo A: 25.000 – 50.000 unidades / Kg en una dosis; máximo: 1,2 millones de unidades / dosis</p> <p>O:</p> <p>Niños < 27 Kg 300.000 – 600.000 unidades Niños ≥ 27 Kg 900.000 unidades</p> <p>Profilaxis de fiebre reumática recurrente: 25.000 – 50.000 unidades / Kg dosis máxima 1,2 millones / dosis.</p>	IM	Sola una dosis
		IM	Sola una dosis
		IM	Cada 3-4 semanas;

	<p>Adultos: Infecciones del tracto respiratorio superior: 1,2 millones en una sola dosis.</p> <p>Profilaxis de fiebre reumática recurrente: 1,2 millones de unidades, o 600.000 unidades dos veces al mes</p>	IM	Sola una dosis
		IM	Cada 3-4 semanas

En personas alérgicos (as) se recurre a la Claritromicina

Claritromicina 250 mgrs LOM 02-6458A Gránulos o polvo para suspensión oral	Niños: 15mg/kg/d en dosis dividida c/12hs	Oral	10 días
Claritromicina 500mgrs LOM 02-0310A Tabletas recubiertas	Adultos 500 mgrs C/12 hrs	Oral	10 días

Prevención secundaria:

La prevención secundaria va dirigida a la prevención de las recaídas tras el primer ataque de fiebre reumática aguda.

Precisa de un programa de profilaxis, por esta causa, la prevención de la fiebre reumática recurrente Un paciente con historia previa de fiebre reumática que desarrolla una faringitis por estreptococo tiene un alto riesgo de recurrencia de fiebre reumática (50%); no necesitan ser sintomáticos para desencadenar recurrencias.

Por esta causa, la prevención de la fiebre reumática recurrente requiere una profilaxis antimicrobiana continua, más que el reconocimiento y tratamiento de episodios de faringitis estreptocócica aguda y la duración depende del número de ataques previos y el tiempo transcurrido desde el último ataque y el riesgo a la exposición de la infección estreptocócica.

De igual manera la profilaxis debe hacerse en pacientes con faringoamigdalitis por estreptococos a repetición.

El antibiótico de elección es la amoxicilina, y en los pacientes alérgicos se recurre a la claritromicina (ver cuadro 2).

Cuadro 2

TRATAMIENTO

Prevención Secundaria en Fiebre Reumática Recurrente

Agente	Dosis	Vía	Duración
Amoxicilina base 500mgrs Capsulas o tabletas. LOM 02-0185-A	Profilaxis por fiebre reumática:500 mg/d VO	Oral	Una vez
Amoxicilina base 250mgrs Polvo para suspensión Oral LOM 2-6205-A		Oral	Una vez
Penicilina Benzatínica. LOM 02-4400 A	Adultos: 1,2 millones UI c/ 3-4 semanas. Niños: 25.000-50.000 UI/Kg (máx.: 1,2 millones UI	IM	C/3-4 semanas. Por 10 años o hasta cumplir los 21 años de edad
Claritromicina. 500mg LOM 02-0310 A Tabletas recubiertas	Adultos de 500 mg C/12 hs	Oral	10 días

Claritromicina. 250mg LOM 02-6458A Gránulos o polvo para suspensión oral.	Niños de 15mg/kg/d C/12 hs	Oral	10 días.
--	-----------------------------------	-------------	-----------------

En Artralgias: Hasta que el diagnóstico esté confirmado se debe tratar únicamente con **paracetamol, especialmente en niños.**

Los salicilatos son recomendados como primera línea (**excepto en niños**) de tratamiento debido a la amplia experiencia en fiebre reumática aguda (dosis de 30-60 mg/Kg/día). Deberá iniciarse en pacientes con artritis o artralgias severas tan pronto como el **diagnóstico se haya confirmado.**

En Corea Severa. Se puede utilizar la carbamazepina. En casos refractarios se recomienda el ácido valproico. En casos de corea severa refractaria, la inmunoglobulina intravenosa podría estar recomendada por su recuperación aparentemente más rápida; sin embargo, no reduce la incidencia de enfermedad valvular a largo plazo (este tratamiento debe hacerse a nivel hospitalario, por lo que debe coordinarse el traslado); la utilización de la inmunoglobulina para el manejo de estos casos requiere de autorización del nivel central.

Para la carditis, la prednisolona oral y parenteral (Debe ser valorado por cardiología pediátrica).

El cuidado dental rutinario es muy importante en pacientes con historia de fiebre reumática y/o cardiopatía reumática. Primordialmente previo a cirugía valvular, en donde debe valorarse y tratarse toda la patología oral-dental

1. La profilaxis secundaria: Debe darse durante un mínimo de 10 años después del último episodio de FR o hasta la edad de 21 años. Las personas cardiopatía reumática moderada o grave debe continuar la profilaxis secundaria hasta a la edad de 35-40 años³.

Dentro del tema de prevención puede hacerse referencia a la prevención profiláctica de endocarditis bacteriana. A nivel internacional está normado tanto con respecto a procedimientos dentales y del tracto respiratorio, como para procedimientos

³ National Heart Foundation of Australia (RF/RHD(2006) guideline development working group) and the Cardiac Society of Australia and New Zealand. *Diagnosis and management of acute rheumatic fever and rheumatic heart disease in Australia – an evidence-based review.*

gastrointestinales y genitourinarios. En ambos casos las estrategias terapéuticas profilácticas están establecidas y esquematizadas⁴.

A nivel pediátrico los medicamentos indicados como medida profiláctica con respecto a procedimientos dentales y respiratorios se establece de la siguiente manera:

1. Procedimientos Dentales y del tracto respiratorio superior: a) Para uso oral: Amoxicilina, Cefalexina; en caso de alergia a las penicilinas, Claritromicina

b) Para uso parenteral: Ampicilina, en caso de que exista alergia a las penicilinas se podría utilizar la claritromicina, es un producto LOM.

La Prevención Secundaria consiste en el uso prolongado de Penicilina Benzatina 1.200.000 U. cada 28 - 30 días x 6 meses. o Sulfadiazina 1 gr./día en casos de alergia a la penicilina, (producto LOM.) Para prevenir la reaparición de infecciones estreptocócicas.

La prevención secundaria debe seguirse durante años, dependiendo de:

- La edad del paciente,
- La gravedad y número de episodios de Fiebre Reumática.
- Del tiempo transcurrido sin nuevos episodios y
- De la presencia de valvulopatías.

Por ejemplo,

Si un paciente tuvo un episodio único a los 7 años y no tiene secuela valvular, se puede suspender la prevención secundaria a los 20 años. Sin embargo, si se trata de un paciente que ha tenido varios episodios de actividad reumática, el último a los 20 años de edad y tiene una valvulopatía, se deberá mantener en profilaxis en forma indefinida.

2. Procedimientos Gastrointestinales y Genitourinarios.

a) Para uso oral: Amoxicilina para pacientes de riesgo moderado.

b) Para uso parenteral: Ampicilina, para el caso de pacientes con riesgo moderado o alto para aquellos pacientes que presentan alergia a las penicilinas, se puede considerar el uso de aminoglicósidos, como Gentamicina

⁴ Carol K. Taketomo et al. (2007) *Pediatric Dosage Handbook International*, U.S.A. 13th Edition.

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

Cuando se establezca el diagnóstico probable o posible de fiebre reumática y en caso de ataque recurrente de la misma, el profesional en medicina de primer nivel deberá referir al segundo nivel de atención a Medicina Interna y en caso de niños a pediatría, para estudio y seguimiento.

PRINCIPALES COMPLICACIONES: VALVULOPATÍA REUMÁTICA

El declive continuo de la fiebre reumática aguda debido a una mejor profilaxis de las infecciones por *Streptococcus* explica la menor incidencia de valvulopatía reumática, mientras que el aumento de la esperanza de vida se relaciona en parte con el incremento de la incidencia de las enfermedades valvulares degenerativas en los países industrializados.⁵

En la actualidad, la prueba diagnóstica principal es la ecocardiografía, que se ha convertido en la prueba estándar para evaluar la estructura y la función valvulares, así como para evaluar su severidad y su pronóstico. Está indicada en cualquier paciente que tenga un soplo cuando se sospeche enfermedad valvular, con la única posible excepción de los pacientes jóvenes que presenten únicamente un soplo mesosistólico trivial (grado 1/6)⁶

Pacientes con sospecha de valvulopatía reumática deben ser referidos a cardiología, para evaluación y decisión terapéutica posterior.

LA INSUFICIENCIA MITRAL

1. Ecocardiografía
2. Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA)
3. Referencia para la cirugía (reparación de la válvula mitral o de sustitución)

LA ESTENOSIS MITRAL

1. Doppler y ecocardiografía bidimensional.
2. La terapia intervencionista incluyendo tratamiento con diuréticos en pacientes que desarrollen insuficiencia cardíaca congestiva.
3. La warfarina para anticoagular, como parte del manejo de la fibrilación auricular.
4. Reparación Valvular.

⁵http://www.racgp.org.au/Content/NavigationMenu/ClinicalResources/RACGPGuidelines/DiagnosisandmanagementofacuterheumaticfeverandrheumaticheartdiseaseinAustralia/NHFA-CSANZ_ARF_RHD_

⁶ An evidence-based review. 2006. National Heart Foundation of Australia (RF/RHD guideline development working group) and the Cardiac Society of Australia and New Zealand. Diagnosis and management of acute rheumatic fever and rheumatic heart disease in Australia

LA INSUFICIENCIA AÓRTICA

1. Ecocardiografía.
2. Terapia con vasodilatador (con los inhibidores de la ECA)
4. Referencia para la cirugía.

LA ESTENOSIS AÓRTICA

1. Ecocardiografía.
2. Referir para cirugía.

Elementos a tomar en consideración en el diagnóstico y tratamiento de las cardiopatías secundarias a fiebre reumática.⁷

1. El acceso a un especialista y / o cardiólogo
2. El acceso a la ecocardiografía
3. Monitoreo de la terapia anticoagulante
4. La profilaxis secundaria con penicilina

Referencias

Área de medicamentos y terapéutica Clínica/ Dirección de Fármaco- epidemiología. Uso Racional de antibióticos. Antibióticos disponibles en el 1 er nivel de atención, Boletín de Uso Racional de Medicamentos, Vol. II N^o2 junio, 2012. Caja Costarricense del Seguro Social

Andy JJ, Soomro RM. The changing incidence of juvenil mitral stenosis and natural history f rheumatic mitral valvulitis in Al Baha Saudi Arabia. Ann Trop Pediatric 2001; 1 (2): 105-9.

Bisno AL, Stevens DL. Streptococcus pyogenes. In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, eds. Principles and Practice of Infectious Diseases. 7th ed. Philadelphia, Pa: Elsevier Churchill Livingstone; 2009:chap 198.

⁷ (Guideline Development Working Group of the National Heart Foundation of Australia, Cardiac Society of Australia and New Zealand. Diagnosis and management of acute rheumatic fever and rheumatic heart disease in Australia 2006).

Birdin, Hasking M, Clolow MK, et al. Acute rheumatic fever and poststreptococcal reactive rthritis diagnostic and treatment practices of pediatric sub specialists. Canadá, J heumatal 2001; 28 (7): 1681.

Dajanni A, Ayoub S, Bierman FZ, Bisno AI, Jenny FW, Durak DT, et al. Guidelines for the diagnosis of rheumatic fever Jones criteria, updated. JAMA 1992: 2068-2073 (abstract)

Ferrieri P; Jones Criteria Working Group. Proceedings of the Jones Criteria workshop. Circulation. 2002 Nov 5;106(19):2521-3.

López Bescos L, Aros Borau F, Lidon Corbi RM, et al. Actualización (2002) de las guías de práctica clínica de la sociedad española de cardiología Rev. Esp Cardiol 2002; 55:631-642. 97

Manyemba J, Mayosi BM. Penicilina para la prevención secundaria de la fiebre reumática (Revisión Cochrane traducida). En: 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Mas Romero C, Faerron Ángel J, Castro Bermúdez A. Fiebre reumática, Consenso Nacional 2005. Rev. costarric. Cardiol, ene. 2005, Vol.7, no.1, p.59-62.

Tenorio LF. Enfermedad valvular cardíaca. Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. En: Enfermedad valvular mitral. 1ª ed. 2004: 57-86.

Búsquedas en Internet

Prevención y diagnóstico oportuno de fiebre reumática, Secretaría de Salud, 2008. Esta guía puede ser descargada de Internet en <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html>. Acceso 26-09-2011 05:39pm

Cáceres DM. Actualización en Fiebre Reumática en el Hospital Juan Pablo II. Universidad Nacional del Nordeste. Secretaría General de Ciencia y Técnica. Comunicaciones científicas y tecnológica en: <http://www.unne.edu.ar/Web/cyt/cyt/2012/08>. Acceso 07022012 12:31pm **Guía de práctica clínica sobre el tratamiento de las valvulopatías.** Rev Esp Cardiol. 2007; 60(6):625.e1-e50. *Full English text available from: www.revespcardiol.org*

National Heart Foundation of Australia (RF/RHD guideline development working group) and the Cardiac Society of Australia and New Zealand. Diagnosis and management of acute rheumatic fever and rheumatic heart disease in Australia – an evidence-based review. 2006.

Disponible en:

http://www.racgp.org.au/Content/NavigationMenu/ClinicalResources/RACGPGuidelines/DiagnosisandmanagementofacuterheumaticfeverandrheumaticheartdiseaseinAustralia/NHFA-CSANZ_ARF_RHD_2006.pdf

Pinal RS. Polyarthritis and fever. The New England Journal of Medicine. [en línea] 1995 [fecha de acceso 08 de febrero de 2012]. 330: 769-774. URL disponible



en:<http://content.nejm.org/cgi/content/full/330/11/769?ijkey=ec9943dfe876cd4f336fd58825d657ff3038deb2>

RF/RHD Guideline Development Working Group of the National Heart Foundation of Australia, Cardiac Society of Australia and New Zealand. Diagnosis and management of acute rheumatic fever and rheumatic heart disease in Australia: an evidence-based review. Sydney (Australia): National Heart Foundation of Australia, Cardiac Society of Australia and New Zealand; 2006 Jun. 84 p. disponible en National Heart Foundation of Australia Web site