

GOBIERNO FEDERAL



SALUD

SEDENA

SEMAR

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA **GPC**

Prevención y diagnóstico oportuno de **FIEBRE REUMÁTICA**

Guía de referencia rápida

Catálogo maestro de guías de práctica clínica: **SSA-149-08**



**CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL**



DIF
SISTEMA NACIONAL
PARA EL DESARROLLO
INTEGRAL DE LA FAMILIA



Vivir Mejor

CIE -10: I00 Fiebre reumática sin complicación cardíaca GPC: Prevención y diagnóstico oportuno de la fiebre reumática

Definición

La fiebre reumática (CIE 10 I00 fiebre reumática) es una enfermedad inflamatoria, causada por una reacción inmunológica previa a una infección faríngea por estreptococo beta hemolítico del grupo A (EBHGA) que afecta principalmente al corazón, las articulaciones, piel, tejido celular subcutáneo y sistema nervioso central. Su complicación más seria, la cardiopatía reumática puede resultar como consecuencia, una vez que el episodio agudo se ha resuelto.

La infección por estreptococo beta hemolítico del grupo A se asocia causalmente con la fiebre reumática como complicación tardía.

Factores de riesgo para faringoamigdalitis por estreptococo beta hemolítico grupo A (EBHGA)

- Invierno y temporada de lluvias
- Hacinamiento
- Exposición a cambios bruscos de temperatura
- Contacto directo con personas enfermas

Acciones específicas de prevención primaria

Saneamiento básico: vivienda con espacio, luz y ventilación adecuados, con disponibilidad de agua potable, adecuada disposición de excretas y basura, así como un manejo higiénico de los alimentos.

Acciones específicas de educación para la salud

Sesiones de información y capacitación sobre infecciones estreptocócicas y prevención de fiebre reumática.

Acciones de detección oportuna

Tamizaje mediante auscultación cuidadosa en niños escolares con soplo cardíaco.

Criterios de riesgo de Centor para faringitis por EBHGA (modificados por Warren McIsaac y sus colaboradores).

Permiten diferenciar ésta faringitis de la de etiología viral.

- 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.

Cuando el resultado es de 3 o 4 puntos, el riesgo amerita inicio de tratamiento antibacteriano contra EBHGA ó la toma de muestra para cultivo de exudado faríngeo.

Tratamiento para faringoamigdalitis por EBHGA

- Niños: penicilina V, 20mg/kg de peso corporal por día, dividido en dos a tres dosis, con dosis máxima de 500 mg tres veces al día (250 mg tres veces al día para niños pequeños) vía oral, por 10 días. A continuación, en los niños de menos de 20 kg de peso corporal, penicilina G benzatínica, 600,000 UI intramuscular, dosis única.
- Adultos: penicilina V, vía oral, a dosis de 500 mg dos veces al día por 10 días. A continuación, en los niños mayores de 20 kg de peso, adolescentes y adultos: penicilina G benzatínica, 1, 200,000 UI intramuscular, dosis única.
- En pacientes alérgicos a penicilina, administrar succinato de eritromicina, vía oral, por diez días.
- En niños, 40mg/kg de peso corporal por día, en dos a cuatro dosis, y como dosis máxima, 1 gr/día.

- En adultos, 400 mg dos veces al día por diez días.

Antecedentes a investigar en sospecha de fiebre reumática.

Faringoamigdalitis por EBHGA.

Condiciones de la vivienda adversas.

Familiares con fiebre reumática.

Síntomas y signos más comunes de la fiebre reumática

Criterios de Jones: el diagnóstico de fiebre reumática se establece con la presencia, en un primer episodio, de dos criterios mayores o de un criterio mayor y dos menores, y en un episodio recurrente, además, con tres criterios menores, más la evidencia de un cuadro precedente de infección por estreptococo beta hemolítico del grupo A.

Criterios mayores

- **Poliartritis.** Usualmente es asimétrica y migratoria, pero puede ser aditiva, que afecta grandes articulaciones.
- **Corea.** Consiste en movimientos involuntarios, incoordinados, especialmente en manos, pies, lengua y cara, que desaparecen con el sueño y pueden afectar un solo lado del cuerpo (hemicorea). Afecta con mayor frecuencia a las mujeres en la adolescencia. Se observa en signos clínicos como la “**prensión de la lechera**”, el “**cuchareo**”, el “**signo del pronador**” y la incapacidad para mantener la protrusión de la lengua.
- **Carditis.** Afecta principalmente las válvulas mitral y aórtica. Al principio produce regurgitación valvular. Se presenta como un soplo holosistólico apical con o sin soplo de flujo mesodiastólico, o un soplo diastólico temprano en la base del corazón (regurgitación aórtica). Presenta un aspecto característico en la ecocardiografía, que confirma el diagnóstico.

- **Nódulos subcutáneos.** Son raros (menos del 2%) y altamente específicos de fiebre reumática. 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. Duran una a dos semanas después del inicio del cuadro de fiebre reumática.
- **Eritema marginado.** También tiene una frecuencia menor del 2% y resulta altamente específico de fiebre reumática. Consiste en máculas o pápulas rosa brillante que blanquean a la presión, son indoloras y se extienden hacia los lados con un patrón circular o serpiginoso.

Criterios menores

- Fiebre: se identifica con la medición de la temperatura oral, timpánica o axilar, mayor de 38 °C.
- Intervalo P-R prolongado, en el electrocardiograma, de acuerdo con la edad:
 - 3 a 12 años, más de 0.16 segundos.
 - 12-16 años, más de 0.18 segundos.
 - + 17 años, más de 0.20 segundos.
- Elevación de reactantes de fase aguda el nivel de PCR debe ser ≥ 30 mcg/l o el de VSG ≥ 30 mm/hora.

Exámenes de laboratorio

El estándar de oro para el diagnóstico de EBHGA es el cultivo faríngeo en placa de agar sangre de cordero al 5%. La muestra debe enviarse al laboratorio, en medio de transporte Cary Blair o medio de transporte de Amies.

Determinación de antiestreptolisina O como evidencia de infección previa por EBHGA:

- 4-5 años, 120UI/ ml.

- 6-9 años, 480 UI/ml.
- 10-14 años, 320 UI/ml.

Signos y síntomas de fiebre reumática que orientan para la referencia a segundo nivel de atención.

La corea se asocia con carditis en un 71%. Todo paciente con corea debe referirse al segundo nivel de atención para realizar electrocardiograma y ecocardiograma.

El electrocardiograma permite verificar la presencia del criterio menor de alargamiento del QT.

Idealmente todos los pacientes con sospecha de fiebre reumática (primer episodio o recurrencia) deberán ser hospitalizados tan pronto como sea posible, después del inicio de los síntomas.

Cuando se establezca el diagnóstico posible, probable o definitivo de fiebre reumática y en caso de ataque recurrente de fiebre reumática, el médico de primer nivel deberá referir al segundo nivel de atención para estudio y seguimiento.

Ecocardiografía

- Permite confirmar el diagnóstico de carditis de etiología reumática.
- En los casos de valvulitis, se visualizan los cambios anatómicos de la regurgitación mitral y otras evidencias subclínicas de daño valvular reumático.
- En los cuadros de miocarditis y de insuficiencia cardíaca, define la función del ventrículo izquierdo y confirma la gravedad de la valvulitis que siempre está subyacente.

- En los pacientes con pericarditis confirma la presencia de derrame pericárdico y permite verificar la existencia de regurgitación valvular inaudible o subclínica por la presencia de frote pericárdico.

Manejo inicial mientras se realiza la referencia y seguimiento de casos

- Hasta que el diagnóstico esté confirmado, es recomendable tratar el dolor articular con paracetamol. Los salicilatos son recomendados como primera línea de tratamiento debido a la amplia experiencia en fiebre reumática aguda. Deberá iniciarse en pacientes con artritis o artralgiyas severas tan pronto como el diagnóstico se haya confirmado. El naproxeno ha sido usado exitosamente en pacientes con FRA y es una alternativa segura en caso de intolerancia a salicilatos.

- El medicamento inicial para el manejo de la corea severa es la carbamazepina. En casos refractarios, se puede utilizar ácido valproico. La inmunoglobulina intravenosa es recomendada para tratar la corea severa refractaria, por la recuperación más rápida; sin embargo, no reduce la incidencia de enfermedad valvular a largo plazo.

- Para el control de la carditis, el esteroide de elección es la prednisona o prednisolona. La metilprednisolona se indica en casos severos.

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

Prevención y manejo de la fiebre reumática en el primer nivel de atención.

