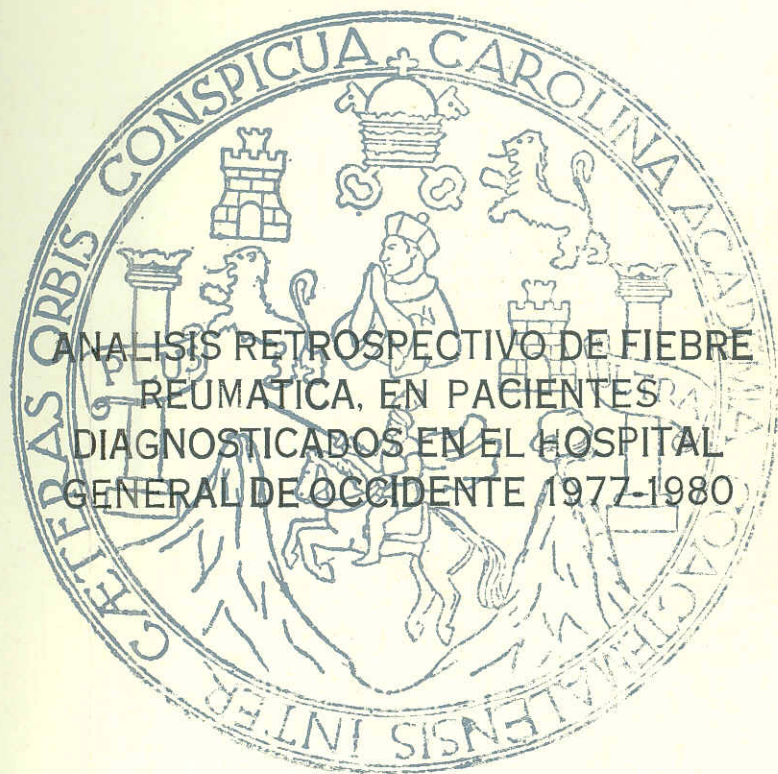


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



María del Carmen Granados Enriquez

INDICE

- 1.- INTRODUCCION
- 2.- ANTECEDENTES
- 3.- OBJETIVOS
- 4.- MATERIAL Y METODOS
- 5.- GENERALIDADES
- 6.- PRESENTACION DE RESULTADOS
- 7.- CONCLUSIONES
- 8.- RECOMENDACIONES
- 9.- BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

Es motivo de preocupación de todo médico ante su paciente el poder ofrecerle el tratamiento más adecuado a su enfermedad, lo cual se logra con el conocimiento de su patología, manifestaciones clínicas y su terapéutica; por lo que el presente trabajo analiza los métodos diagnósticos y tratamiento que se emplean en el hospital general de Occidente.

La Fiebre Reumática fue elegida como tema de la presente investigación, tomando en cuenta que en un país como el nuestro en donde la pobreza ignorancia, desnutrición y hacinamiento se encuentran estrechamente relacionados y son factores que contribuyen a que las infecciones en este caso las del *Estreptococo Beta Hemolítico del Grupo A*, encuentren un medio adecuado para proliferarse.

ANTECEDENTES

- 1.- Tesis de Carlos Alberto Alvarado Lozano.
Estudio realizado en 50 pacientes diagnosticados y tratados en el Departamento de Pediatría del Hospital General de Guatemala del 1o. de enero de 1958 a diciembre/62.
- 2.- Tesis de Oscar Rodolfo García Pineda.
Estudio de la Fiebre Reumática en Guatemala y Análisis de 94 casos en el Departamento de Pediatría del Hospital Roosevelt. Abril 1978.
- 3.- Tesis de Jorge Guillermo López Recinos.
Fiebre Reumática en el Hospital General de Occidente. Estudio de los años 1973/76.
- 4.- Tesis Oscar Arturo Argueta Rappa.
Estudio Retrospectivo de los casos tratados en los hospitales Generales San Juan de Dios de Antigua Guatemala y de Escuintla durante los años de 1976/78.-

Al revisar los trabajos anteriores se tiene una idea hasta cierto punto general de Fiebre Reumática en Guatemala ya que en ellos se correlacionan características clínicas, manejo y etiología de pacientes hospitalizados. Se observa también que en la capital se encuentra la mayor concentración de pacientes con diagnóstico de Fiebre Reumática, en donde los recursos-físicos y de laboratorio son más satisfactorias. Según las conclusiones a que llegaron los Drs. que realizaron trabajo en hospitales departamentales fue que: la mala dotación y el mal uso de los laboratorios fueron factores importantes en el diagnóstico.

En esta oportunidad el trabajo se realizará en un hospital departamental.

OBJETIVOS

1.- GENERAL

Hacer una revisión de literatura actualizada del tema en estudio; y a la vez determinar la frecuencia de Fiebre Reumática en el hospital Nacional de Occidente de los años 1977/80.

2.- ESPECIFICOS

- a. Revisar si se llevan a cabo los métodos diagnósticos para determinar Fiebre Reumática.
- b. Determinar mediante la observación y análisis de las historias clínicas el tiempo transcurrido desde el ingreso del paciente hasta establecer su diagnóstico y tratamiento.
- c. Establecer los recursos y medios diagnósticos con que cuentan para el Dx de F. R.
- d. Determinar la evolución obtenida en los pacientes tratados profilácticamente.

MATERIAL Y METODOS

MATERIAL

Revisión de historia clínicas de pacientes con diagnóstico de F. R. durante los años 1977/80, en el hospital nacional de Occidente.

METODOS

En este estudio se hará en base a una parte de la población que acude a la consulta general del Hospital nacional de Quezaltenango.

Para el logro de los objetivos propuestos, se utilizará el archivo del hospital nacional de Quezaltenango como recurso, - además el instrumento de investigación que contiene los siguientes datos:

- 1.- Edad
- 2.- Sexo
- 3.- Fecha de Consulta
- 4.- Lugar de Origen
- 5.- Motivo de Consulta
- 6.- Antecedentes Médicos

- a. Infecciones de vías superiores a repetición
- b. Escarlatina

- 7.- Síntoma predominante
- 8.- Exámenes de Laboratorio

- a. Hemoglobina
- b. Recuento de Glóbulos Blancos (Leucocitosis)
- c. Velocidad de sedimentación

- 9.- Electrocardiograma
- 10.- Enzimas

- a. Antiestreptolisinas
- b. Proteína C reactiva

- 11.- Rx de Tórax
- 12.- Tiempo de hospitalización
- 13.- Seguimiento del paciente por consulta externa
- 14.- Fallecimiento
- 15.- Diagnóstico post mortem.

GENERALIDADES

SINONIMIA

Fiebre Reumática (FR), reumatismo cardioarticular, poliartritis reumática aguda, reumatismos infecciosos, infección reumática, "Maladis de Bouillaud" enfermedad reumática.

DEFINICION

La fiebre reumática es una enfermedad de presentación predominantemente infantil que tiene carácter de infección crónica, muestra una pronunciada tendencia al censo cíclico y manifiesta sus síntomas fundamentales a nivel del corazón y articulaciones. Es una de las causas principales de enfermedad crónica, invalidez y muerte en los niños y aunque sus síntomas suelen aparecer durante la infancia, los efectos se muestran durante la adolescencia y más tarde.

HISTORIA

Fue Willians Charles Wells quien en 1812 publicó una de las primeras observaciones de participación cardíaca en la FR, - Jean Baptiste Bouillaud publicó en 1835 su "Tratado Clínico de las enfermedades del corazón" en el que se refirió a las endocarditis reumáticas. Fue en 1888 cuando Cheadle indicó por vez primera que la poliartritis, corea y cardiopatía formaban parte del mismo síndrome clínico. Ludwig Aschoff publicó en 1904 un trabajo describiendo la lesión histológica característica en forma de nódulos, a la que consideró como específica de la enfer-

medad. Klinge, en 1933 señaló que la lesión atraviesa tres etapas sucesivas, a- exudativa, b- proliferativa, c- cicatrizal, pudiendo estimarse la antigüedad de la misma por los hallazgos histológicos.

ETIOLOGIA

En la actualidad existe acuerdo en que la fiebre reumática inicial como las sucesivas recidivas siguen a las infecciones respiratorias superiores debidas al estreptococo Beta hemolítico del Grupo A. La mayoría de las infecciones estreptocócicas de la especie humana y en los animales, son causadas por los estreptococos Beta hemolíticos, que producen una hemólisis completa y brillantez de la sangre. Se dividen en varios grupos designados por letras (de A a N) y tienen sus huéspedes propios.

Los Estreptococos del grupo A se encuentran principalmente en las infecciones humanas, el grupo B en las vacas, el grupo C en las vacas, caballos conejillos de indias y otros animales. - Los grupos C, D y G son a veces patógenos para el hombre; los grupos B y F pocas veces. Las células del grupo A de estreptococos antienen antígenas proteicos designados con las letras M, T, P, y R. De ellos el M es el más importante porque determina la especificidad tipo de las células del grupo A. Se han descrito más de cuarenta tipos de estreptococos. Los que originan infecciones agudas de la garganta y otros puntos, incluyendo las infecciones asociadas a la escarlatina y las que preceden a la fiebre reumática, pueden pertenecer a cualquiera de estos tipos. Las estreptolisinas O y S son las dos toxinas hemolíticas de los estreptococos del grupo A, tienen propiedades tóxicas distintas y forman dos entidades químicas diferentes. Los anticuerpos contra la estreptolisina O y la antiestreptoquinasa y los anticuerpos que contrarrestan la actividad de la hialuronidasa se han empleado am-

pliamente porque indican una infección estreptocócica previa aún cuando las bacterias infectantes hayan desaparecido.

Los anticuerpos contra estas tres sustancias alcanzan en la sangre de los pacientes reumáticos mayores concentraciones - que en la de los pacientes con enfermedad estreptocócica no complicada y su presencia constituye uno de los argumentos más importantes en favor de la etiología estreptocócica de la fiebre reumática.

ANATOMIA PATOLOGICA

Las lesiones características de la FR se encuentran en el tejido conectivo del corazón, en las arterias y en el tejido subcutáneo. La reacción característica de los tejidos contra el agente causal de la FR es el nódulo de Aschoff. La alteración inicial consiste en una hinchazón y una fusión de las fibras colágenas - que de este modo se tiñen fuertemente con los colorantes ácidos y toman las coloraciones específicas de la fibrina de donde la designación de degeneración fibrinoide. El foco es de forma oval o fusiforme, pudiendo observarse la fragmentación de la masa, al mismo tiempo unas cuantas células, algo mayores que los linfocitos con un núcleo de densa cromatina y escaso citoplasma, se acumulan en la periferia de las sustancias colágena tumefacta. Pronto aparecen otras células en el nódulo conocidas como de Aschoff. A medida que avanza la curación, las células se alargan y aparecen fibroblastos, hasta donde puede determinarse los nódulos de Aschoff son los caracteres distintivos de sustancia colágena hinchada, células polimorfas de bordes desgarrados y núcleos y nucleolos típicos, y la red fibrosa precólagena, no se observan en ningún otro padecimiento que no sea la FR. En los períodos agudos el corazón es de tamaño normal o está ligeramente aumentado, sobre todo a consecuencia de la dilatación, pero con

ataques repetidos muestra tanta dilatación como hipertrofia. En el pericardio se halla recubierto por un exudado fibrinoso fino, - en los tejidos hay edema, hiperemia e infiltración con linfocitos, leucocitos y a veces nódulos de Aschoff. Cuando alcanza la curación se organiza el exudado, pudiendo observarse todas las reacciones desde un engrosamiento fibrinoso local ligero, hasta la obliteración fibrosa completa de la cavidad pericardiaca. El miocardio es pálido blando y flácido, en una fase aguda se pueden ver pequeños nódulos grises que representan los nódulos de Aschoff. En el sistema de conducción hay alteraciones degenerativas, infiltración celular y a veces nódulos de Aschoff, lesiones que explican adecuadamente el alargamiento del intervalo P-R y del intervalo Q-T, las alteraciones en el complejo QRS clínicamente evidente durante la fase aguda de la FR. Las lesiones del endocardio se encuentran con mayor frecuencia en las válvulas y en el endocardio de la aurícula izquierda. La válvula más frecuentemente afectada es la válvula Mitral, luego la aórtica en los niños, la tricúspide rara vez y pulmonar casi nunca.

EPIDEMIOLOGIA

Estudios epidemiológicos indican que la fiebre reumática ocurre más frecuentemente en zonas templadas, pero según últimos estudios es más común de lo que se supone en climas tropicales y sub tropicales.

También la situación socio-económicos es un hecho que influye porque se reporta más en los núcleos de población de pobre nivel económico, ya que el hacinamiento en habitaciones o en barracas del ejército, favorece la difusión de la enfermedad, - no está demostrado que haya relación con raza o sexo, aunque la estenosis mitral y corea son más frecuentes en las mujeres y la insuficiencia aórtica es más común en los varones.

Recaídas, una de las características de la FR que le confiere mayor gravedad es su tendencia a las recaídas; quien sufrió una vez cualquiera de las modalidades del padecimiento está expuesto a volverlo a presentar, en tal grado que se justifica designar como "reumáticos" a los individuos que hayan presentado alguna vez fiebre reumática, el riesgo de recaídas es alto - por lo que se insiste en el tratamiento profiláctico, ya que está comprobada la eficacia de éste.

CUADRO CLINICO

El curso de la fiebre reumática es sumamente variable el comienzo puede ser agudo e insidioso, en algunos casos el brote inicial pudo haber sido tan leve, que no se haya diagnosticado. No es raro que al efectuar exámenes sistematizados en niños que se encuentran en edad escolar se descubran cuadros insospechados de enfermedad reumática cardíaca. Puede ser imposible obtener una historia de episodios reumáticos anteriores o solo existen antecedentes de signos equívocos, como dolores de crecimiento, fatigabilidad epistaxis, palidez, dolor abdominal, frecuentes resfriados escarlatina reciente o historia de amigdalitis a repetición. Sin embargo en la mayoría de los casos los episodios típicos de las manifestaciones cardinales reumáticas.

Debe destacarse que la fiebre reumática es una enfermedad que puede presentarse afectando aislada o conjuntamente a varios órganos o sistemas. De esto se desprende que la artritis o los fenómenos dolorosos articulares pueden faltar y que por lo tanto su ausencia no autoriza a descartar la enfermedad que puede traducirse por la agresión aislada del corazón, la que en ocasiones puede ser particularmente grave.

La FR afecta a veces solamente las articulaciones, a veces

el corazón, en ocasiones se localiza sobre el sistema nervioso (Corea), etc. Además la FR que se ha manifestado inicialmente como una artritis puede reactivar como carditis sin artritis y viceversa.

MANIFESTACIONES CLINICAS DE FIEBRE REUMATICA (modificado de Jones)

Criterios Mayores

- 1.- Carditis
- 2.- Poliartritis
- 3.- Corea
- 4.- Eritema Marginado
- 5.- Nódulos Subcutáneos

Criterios Menores

- 1.- Fiebre
- 2.- Poliartralgias
- 3.- Antecedentes de FR comprobada o cardiopatía reumática
- 4.- Antecedente de infección por estreptococo betahemolítico, comprobada.
- 5.- Intervalo P-R prolongado
- 6.- Velocidad de Sedimentación elevada, o presencia de proteína C reactiva.

Carditis:
Es la manifestación más seria de la FR pues a menudo ocasiona un trastorno funcional permanente. Los niños y adolescentes desarrollan carditis con más facilidad. A diferencia de lo

que acontece con otros territorios orgánicos en los que el proceso inflamatorio de la FR se resuelve sin dejar consecuencias, muchas de las lesiones producidas en el corazón dejan cicatrices indelebiles que de acuerdo con su topografía intensidad y extensión, ocasionan perturbaciones permanentes y de magnitud variable, en el funcionamiento del órgano. En varios casos de carditis aguda la temperatura se eleva y puede llegar a los 40°, es patente la palidez, el pulso es de mala calidad y la taquicardia no guarda relación con la fiebre. En los casos graves son síntomas frecuentes la ortopnea, debilidad, postración, cianosis y dolor precordial. El proceso inflamatorio de la FR afecta al pericardio, miocardio y al endocardio en modo y grado variable. Son datos de carditis reumática los siguientes Pericarditis de tipo fibrinoso (con dolor precordial de tipo pleurítico, epigástrico de hombro izquierdo, frote pericárdico y los desniveles de ST-T en el ECG) o con cualquier grado de derrame, Cardiomegalia, muchas veces acompañado de un impulso precordial difuso. Insuficiencia cardíaca franca, derecha e izquierda, la derecha es más acentuada en niños y la hepatomegalia congestiva, dolorosa a la palpación. (signo de gran utilidad). La presencia de soplo diastólico mitral o aórtico refleja la dilatación del anillo valvular o del miocardio. Ritmo de galope. Alteraciones electrocardiográficas alargamiento del intervalo P-R en más de 0.04 seg., por arriba del valor normal. Soplo holosistólico en ápex, irradiado a axila que persiste o se intensifica en el curso de la enfermedad. Extrasístoles, arritmias, .

Poliartritis

Suelen afectarse las grandes articulaciones con frecuencia sucesivamente, es raro que afecte una sola articulación, la duración de la afección de cada articulación es variable, en la mayoría de los casos la articulación está tumefacta y dolorosa al tacto, el enrojecimiento y calor locales son fenómenos que se en-

cuentran presentes casi siempre. La movilidad activa y pasiva es dolorosa, es raro pero en algunas casos están afectadas las pequeñas articulaciones. Las deformidades permanentes de las articulaciones no se deben a la FR.

Corea

Llamada corea de Sydenham, corea menor baile de San Vito, La palabra corea viene del griego en cuyo idioma significa danza, tal denominación tiene su origen en la semejanza de los movimientos observados en los danzantes maniacos histéricos, los llamados sufrientes de las plagas de danzantes. No es raro que estos pacientes buscasen al aliviar sus movimientos de danza impenetrando la intervención de San Vito patrón de los actores y bailarines. La corea puede definirse como un trastorno del sistema nervioso central caracterizado por inestabilidad afectiva, movimientos sin finalidad, los ataques de corea son recidivantes y con frecuencia prolongados, pero la recidiva es completa. La corea sobreviene por lo general entre los siete y catorce años. El comienzo es casi siempre gradual, el habla se vuelve confusa y se presentan característicos movimientos al ir progresando la enfermedad; los gestos aumentan con las tensiones emocionales y tienden a desaparecer durante el sueño.

Eritema Marginado

Se observa en el 10 20 por 100 de los niños reumáticos, constituye un tipo multiforme de eritema: consiste en lesiones eritematosas de color rojo pálido, escotadas o circulares que se presentan con predilección en el tronco, el eritema palidece por la presión y puede desaparecer para reaparecer más tarde en el mismo lugar, las lesiones no suelen ser elevadas aunque en ocasiones puede descubrirse una ligera papula.

Nódulos Subcutáneos:

Los nódulos son una de las manifestaciones características de la FR, ya que salvo en la artritis reumatoidea se encuentran. Son nódulos duros indoloros, su número es muy variable, habitualmente son muy pequeños de 0.02 a 2 cm de diámetro. Se localizan preferentemente sobre salientes óseas, como los codos, dorso de las manos maléolos, apofisis espinosas vertebrales y occipucio, su duración varía de días a semanas y no son dolorosos.

Fiebre:

En algunos casos la única manifestación anómala puede ser una febrícula al final de la tarde, otras veces la fiebre se presenta entre las principales manifestaciones.

Poliartralgias:

Los dolores musculares muchas veces no son de origen reumático, pero se ha visto que pacientes con FR diagnosticada los presentan.

Algunos autores señalan que los cuadros de epitaxis recurrente pueden ser considerados como indicio de fiebre reumática "subclínica".

Diagnóstico Diferencial

Al diagnosticar fiebre reumática se deben de tomar en cuenta los siguientes diagnósticos.

En las primeras etapas durante las crisis agudas, la artritis reumatoidea y el lupus eritematoso generalizado pueden remedar la fiebre reumática. Traumatismos articulares, astenia neurocir-

culatoria, endocarditis bacteriana subaguda, esta ocurre sobre todo en personas con válvulas cardíacas previamente lesionadas - por fiebre reumática, y muchas veces presentan un cuadro clínico que no es fácil distinguir de una recidiva reumática. Dolor abdominal principalmente en niños, el dolor puede producir por congestión hepática, peritonitis reumática aséptica o artritis reumática, o bien puede ser irradiado de la pleura o pericardio.

Enfermedad del suero, anemia de hematíes semilunares y leucemia aleucémica.

Datos de Laboratorio

La leucocitosis es frecuente, pero no obligada, puede haber anemia asociada esta es normocítica normocrómica, la velocidad de sedimentación está particularmente aumentada cuando hay carditis, excepto en los casos en que la corea es el único síntoma, la proteína C reactiva se encuentra elevada en la fase del componente inflamatoria del período activo agudo, hay que recordar que esta no es específica de la fiebre R. En la primera semana de la enfermedad e inclusive en ocasiones durante meses se encuentra elevación anormal de antiestreptolisinas "O" por encima de 200 U. Evidencia de infección previa de estreptococo - betahemolítico. Cultivo de exudado faringeo positivo para estreptococo betahemolítico.

Signos Radiológicos:

Es frecuente encontrar hipertrofia cardíaca y derrame de pericardio. Los estudios radiográficos se deben hacer con trago de bario.

PROFILAXIS

Este aspecto es el más importante en el control de esta enfermedad, con pacientes ya documentados de FR aguda o de signos claros de cardiopatía reumática. Esta profilaxis es altamente efectiva para la prevención de las infecciones estreptocócicas y las consiguientes recidivas de FR; la penicilina Benzatínica - por vía IM cada mes sigue siendo el tratamiento de elección, la vía IM evita el problema de absorción que ocurre cuando se administra por vía oral.

El pronóstico está principalmente relacionado con el desarrollo de cardiopatía. Solo en un número muy reducido tiene lugar una carditis fulminante que progresa hasta la muerte, durante o después de un solo ataque. La artritis no causa invalidez permanente, las manifestaciones de la corea remiten con el tiempo. Las invalideces crónicas y muertes están relacionadas con ataques recidivantes, los cuales ocurren con gran frecuencia en niños reumáticos no protegidos profilácticamente.

TRATAMIENTO

Durante la fase aguda se recomienda reposo en cama, el cual debe ser estricto principalmente en pacientes con insuficiencia congestiva o hipertrofia cardíaca sin signos de estabilización. La digital con diuréticos se debe administrar cuando exista insuficiencia cardíaca, esto se hace independiente de la carditis activa.

La aspirina es el fármaco de elección para las alteraciones articulares sin signos de carditis. Los corticoesteroides son agentes supresores más potentes que la aspirina y pueden proporcionar una eliminación algo más rápida de las manifestaciones agudas. El inconveniente de los corticoesteroides después de

varias semanas de tratamiento que aparecen manifestaciones de Cushing, cuando el Tx es prolongado pueden presentarse reacciones graves como psicosis tóxica hipertensión, infección anonalante, retraso del crecimiento y fracturas por compresión de columna vertebral.

Se recomienda que los pacientes con FR aguda sean tratados con una serie de penicilina para eliminar el estreptococo hemolítico. (50,000 U/kg en niños y 800,000 cada 24 hrs. en adultos) a los pacientes con alergia a la penicilina se les administrará eritromicina.

La corea el tratamiento es sintomático pero en ocasiones hay que administrar un sedante para evitar que el paciente no se lesione, El fenobarbital es útil en estos casos.

PRESENTACION DE RESULTADOS

LUGAR DE PROCEDENCIA	
Quetzaltenango (área rural)	13 pacientes
San Marcos	10 pacientes
Quetzaltenango (área urbana)	8 pacientes
Totonicapán	3 pacientes
Quiché	1 pacientes
Retalhuleu	1 paciente
Total	38 pacientes

En este cuadro se observa que la mayor procedencia de pacientes fue del área rural de Quetzaltenango con 13 pacientes, luego fue San Marcos con 10 pacientes, seguido por Quetzaltenango área urbana con 8 pacientes, Totonicapán con 3 y El Quiché y Retalhuleu con 1 paciente respectivamente.

CASOS AGRUPADOS POR EDAD Y SEXO

Edad	Sexo		Total	%
	M	F		
0--4				
4--8		4	4	10.5
8-12	4	3	7	18.4
13-16	5	6	11	28.9
17-20	1	2	3	7.8
21-24		1	1	2.6
25-28	1	3	4	10.5
29-32		1	1	2.6
33-36		2	2	5.2
37-40	1	2	3	7.8
41-44		1	1	2.6
50		1	1	2.6
Total	12	26	38	100.00

SIGNOS MAYORES PREDOMINANTES POR EDAD Y SEXO

	0--8		9--16		17--24		25--32		33--40		41--48		50
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	
Artritis			2	3	1	1	1	1	1	1		1	
Carditis			3	3	2	1		4	1	3		2	
Eritema				1						1			
Corea		4	5	6									
Nódulos					1					1			

Los signos mayores encontrados más frecuentemente fueron como se observa en el cuadro:

- 1.- Carditis 19 casos, correspondiendo al sexo F 13 y al M 6.
- 2.- Corea 15 casos, correspondiendo 10 al sexo femenino y 5 al masculino, observándose se que los casos encontrados en el sexo F estaban entre las edades de 0 a 16 años y en el sexo M de 9 a 16 años.
- 3.- Artritis 11 casos de los cuales 7 corresponden al sexo F, y 4 al M.
- 4.- Eritema dos casos los cuales correspondieron al sexo F.
- 5.- Nódulos se encontraron en el sexo F 2 casos.

SIGNOS MENORES MAS FRECUENTEMENTE ENCONTRADOS

	0---8		9--16		17--24		25--32		33--40		40-----	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
FR previa												
Fiebre			1						1			
Artralgias			1	2	1	1		1			1	
					1		1					

Solo seis pacientes reportaron fiebre a su ingreso.

Dos con antecedentes de FR previa y tres consultaron por artralgias. En la historia de los pacientes se encontró que siete, habían presentado antecedentes de amigdalitis, de los cuales dos eran recientes y cinco a repetición en un período de cada 4 meses.

Cinco pacientes reportaron presentar infección de vías respiratorias superiores a repetición.

De los pacientes diagnosticados con FR dos consultaron por dolor abdominal.

EXAMENES DE LABORATORIO PRACTICADOS

Edad	0-8	9-16	17-24	25-32	33-40	40-----	Total
Antiestreptolisinas	0	8	1	0	1	1	11
Proteína C reactiva	0	7	1	0	0	0	8
Orocultivo	0	1	0	0	0	0	1
Velocidad sedimentación	1	14	2	1	5	4	27
Leucocitosis	3	12	3	3	3	0	24

Se observa que los exámenes más utilizados son la velocidad de sedimentación y leucocitosis; ya que los demás en su mayoría tienen que ser realizados fuera del hospital.

Entre los exámenes de diagnóstico se encontró que a 31 pacientes se les practicó electrocardiograma de los cuales: 21 presentaron cambios electrocardiográficos y 10 fueron normales; además se encontró que a 24 pacientes se les realizó radiografía de tórax reportando 14 pacientes con cambios a nivel de corazón, principalmente cardiomegalia a expensas de ventrículo izquierdo y los 10 restantes fueron normales.

TRATAMIENTO RECIBIDO POR LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON FIEBRE REUMÁTICA

EDAD	0-8	9-16	17-24	25-32	33-40	40-----
Penicilina Procaína	4	14	3	1	2	2
Penicilina Benzatínica	4	15	4	7	4	2
Salicilatos	4	14	3	2	3	1
Digitálicos	0	3	2	3	3	2
Otros Antibióticos	0	2	0	0	0	0
Diuréticos	0	0	2	0	1	0
Fenobarbital	2	5	1	0	0	0
Corticosteroides	0	2	0	0	0	0

TOTAL fueron tratados con penicilina procaína 26 pacientes, con penicilina benzatínica 36 pacientes y con salicilatos 27 pacientes, encontrándose que los demás medicamentos son usados en menor escala.

Se tiene que la penicilina benzatínica es utilizada como tratamiento profiláctico, aunque hubo algunos pacientes que se retiraron del hospital sin consentimiento médico y por ende sin su tratamiento adecuado.

CONCLUSIONES

- 1.- En los pacientes con Dx de FR la carditis y corea de sydenham fueron los signos de mayor frecuencia encontrados.
- 2.- Se encontraron casos (4) que no estaban diagnosticados como FR, y al hacer revisión de historia clínica correspondían a este Diagnóstico.
- 3.- El hallazgo más frecuente en Radiología de tórax fue: hipertrofia cardíaca a expensas de ventrículo izquierdo.
- 4.- El 18.4 de los pacientes presentaron historia de amigdalitis previa.
- 5.- Los antecedentes no son factor importante en diagnóstico de FR, como se comprueba en el estudio realizado, ya que el 76.6% de pacientes no presentaba antecedentes de infección estreptocócica.
- 6.- El número de pacientes que asiste a control en la consulta externa luego de su egreso hospitalario es bajo, (36%).
- 7.- El 34.2% de pacientes con Dx de FR corresponden al área rural de Quezaltenango.

RECOMENDACIONES

- 1.- Que los pacientes con impresión clínica de FR sean evaluados por el departamento de cardiovascular.
- 2.- Todo paciente con impresión clínica de FR se le efectúe ECG y Rx de Tórax.
- 3.- A todo paciente que presente Corea de Sydenham se le efectúen estudios de FR, y que se clasifique como tal, ya que esta es una manifestación de FR.
- 4.- Que los laboratorios cuenten con los medios adecuados para llevar a cabo un diagnóstico más preciso.
- 5.- Hacer énfasis en el paciente a su egreso hospitalario de la importancia del tratamiento profiláctico y su asistencia a control en consulta externa.

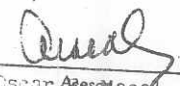
BIBLIOGRAFIA

- 1.- CAICHAC P., et Al. Evolution of Rheumatic Cardiopathy. Rev. Chil. Ped. 1980 May-Jun 51(3) 179-83.
- 2.- CECIL-LOEB, TRATADO DE MEDICINA INTERNA
Décimo Tercera Edición, Ed. Interamericana S.A. México 1971.
- 3.- DORFMAN, A GROSS J.L. Ind. Lorinez AE The Treatment of acute Rheumatic. Fever. Pediamic, 27: 692, 1961.
- 4.- Goodman y Gilman. Bases Farmacológicas de la Terapéutica. 3era. ed. México, Ed. Interamericana, 1974.
- 5.- Harrison y Cols. Medicina Interna. 4ta. ed. México, Ed. Talleres Gráficos. 1974.
- 6.- JAWETZ, Ernest., MANUAL DE MICROBIOLOGIA MEDICA, Ed. El Manual Moderno, México, 1971.
- 7.- NELSON, VAUGHANG y McKY, Tratado de Pediatría, - Ed. Salvat 1974 Sexta Edición.
- 8.- ROBBINS STANLEY, Tratado de Patología. Trad. por Homero Vela Trevinno. 3a. Ed. México, Interamericana 1968.

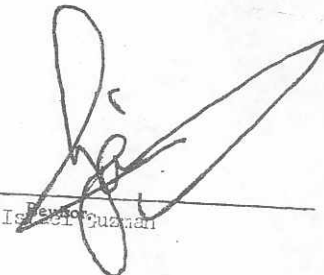
Br.


Maria del Carmen Granados Enriquez

Dr.


Oscar Asencio

Dr.


Ismael Pizarro

Dr.

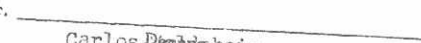

Director de Fases III
Carlos F. Sadewitz

Dr.


Jaime Lopez Secretario

o. Bo.

Dr.


Carlos De la Torre