

# CUERPO EDITORIAL

## DIRECTOR

- Dr. Esteban Sanchez Gaitan, Hospital San Vicente de Paúl, Heredia, Costa Rica.

## CONSEJO EDITORIAL

- Dr. Cesar Vallejos Pasache, Hospital III Iquitos, Loreto, Perú.
- Dra. Anais López, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Lima, Perú.
- Dra. Ingrid Ballesteros Ordoñez, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.
- Dra. Mariela Burga, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Lima, Perú.
- Dra. Patricia Santos Carlín, Ministerio de Salud (MINSa). Lima, Perú.
- Dr. Raydel Pérez Castillo, Centro Provincial de Medicina Deportiva Las Tunas, Cuba.

## COMITÉ CIENTÍFICO

- Dr. Zulema Berrios Fuentes, Ministerio de Salud (MINSa), Lima, Perú.
- Dr. Gerardo Francisco Javier Rivera Silva, Universidad de Monterrey, Nuevo León, México.
- Dr. Gilberto Malpartida Toribio, Hospital de la Solidaridad, Lima, Perú.
- Dra. Marcela Fernández Brenes, Caja costarricense del Seguro Social, Limón, Costa Rica
- Dr. Hans Reyes Garay, Eastern Maine Medical Center, Maine, United States.
- Dr. Steven Acevedo Naranjo, Saint- Luc Hospital, Quebec, Canadá.
- Dr. Luis Osvaldo Farington Reyes, Hospital regional universitario Jose Maria Cabral y Baez, Republica Dominicana.
- Dra. Caridad María Tamayo Reus, Hospital Pediátrico Sur Antonio María Béguez César de Santiago de Cuba, Cuba.
- Dr. Luis Malpartida Toribio, Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao, Perú.
- Dra. Allison Viviana Segura Cotrino, Médico Jurídico en Prestadora de Salud, Colombia.
- Mg. Luis Eduardo Traviezo Valles, Universidad Centroccidental "Lisandro Alvarado" (UCLA), Barquisimeto, Venezuela.
- Dr. Pablo Paúl Ulloa Ochoa, Instituto Oncológico Nacional "Dr. Juan Tanca Marengo", Guayaquil, Ecuador.

## EQUIPO TÉCNICO

- Msc. Meylin Yamile Fernández Reyes, Universidad de Valencia, España.
- Lic. Margarita Ampudia Matos, Hospital de Emergencias Grau, Lima, Perú.
- Ing. Jorge Malpartida Toribio, Telefónica del Perú, Lima, Perú.
- Srta. Maricielo Ampudia Gutiérrez, George Mason University, Virginia, Estados Unidos.

## EDITORIAL ESCULAPIO

50 metros norte de UCIMED,  
Sabana Sur, San José-Costa Rica  
Teléfono: 8668002  
E-mail: [revistamedicasinergia@gmail.com](mailto:revistamedicasinergia@gmail.com)



## ENTIDAD EDITORA

**SOMEA**

**SOCIEDAD DE MEDICOS DE AMERICA**

Frente de la parada de buses Guácimo, Limón. Costa Rica  
Teléfono: 8668002  
[Sociedadmedicosdeamerica@hotmail.com](mailto:Sociedadmedicosdeamerica@hotmail.com)  
<https://somea.businesscatalyst.com/informacion.html>





# Fiebre reumática: actualización de los criterios diagnósticos

Rheumatic fever: update on the diagnostic criteria



<sup>1</sup>**Dra. Carolina Blanco Artola**

Investigadora independiente, Cartago, Costa Rica

 <https://orcid.org/0000-0002-2519-349X>

<sup>2</sup>**Dra. Natasha Gómez Solorzano**

Hospital Carlos Luis Valverde Vega, Alajuela, Costa Rica

 <https://orcid.org/0000-0003-4379-3234>

<sup>3</sup>**Dr. Dennis Orozco Matamoros**

Hospital Carlos Luis Valverde Vega, Alajuela, Costa Rica

 <https://orcid.org/0000-0003-2662-2396>

RECIBIDO

3/12/2019

CORREGIDO

9/12/2019

ACEPTADO

27/12/2019

## RESUMEN

La fiebre reumática es el resultado de la respuesta autoinmune del cuerpo a una infección faríngea causada por el *Streptococcus pyogenes*, conocido también como Streptococcus del grupo A. Los factores de riesgo asociados a su etiología son diversos, se considera que la pobreza y la desventaja social se encuentran entre los factores de mayor importancia para desarrollar fiebre reumática aguda. En cuanto a la edad la incidencia es más alta en niños de 5 a 14 años. Actualmente, el diagnóstico de fiebre reumática se basa en un conjunto de criterios, es decir, los criterios de Jones, en su última revisión, publicada en 2015. Se suele tratar mediante el uso de penicilina G benzatínica, además de una prevención temprana que incluye la mejora del estado socioeconómico y la prevención de hacinamiento que reducen el riesgo de propagación de la infección.

**PALABRAS CLAVE:** miocarditis, *streptococcus pyogenes*, fiebre reumática, artritis.

## ABSTRACT

Rheumatic fever is the result of the body's autoimmune response to a pharyngeal infection caused by *Streptococcus pyogenes*, also known as Group A Streptococcus. The risk factors associated with its etiology are diverse, poverty and social disadvantage are considered They are among the most important factors for developing acute rheumatic fever. Regarding

<sup>1</sup> Médico general, graduada de la Universidad Latina de Costa Rica (U.Latina). [cod. MED16171. cpa25@hotmail.com](mailto:cod.MED16171.cpa25@hotmail.com)

<sup>2</sup> Médico general, graduada de la Universidad Latina de Costa Rica (U.Latina). [cod. MED15565 . natashagomez21@gmail.com](mailto:cod.MED15565.natashagomez21@gmail.com)

<sup>3</sup> Médico general, graduado de la Universidad Latina de Costa Rica (U.Latina). [cod. MED14776 . demom88@gmail.com](mailto:cod.MED14776.demom88@gmail.com)



age, the incidence is higher in children aged 5 to 14 years. Currently, the diagnosis of rheumatic fever is based on a set of criteria, that is, the Jones criteria, in its latest review, published in 2015. It is usually treated by the use of benzathine penicillin G, in addition to an early prevention that includes the improvement of socioeconomic status and the prevention of overcrowding that reduce the risk of spreading the infection.

**KEYWORDS:** myocarditis, *streptococcus pyogenes*, rheumatic fever, arthritis.

## INTRODUCCIÓN

La fiebre reumática aguda es el resultado de la respuesta autoinmune del cuerpo a una infección faríngea causada por el *Streptococcus pyogenes*, conocido también como Streptococcus del grupo A (1). Se caracteriza por un síndrome clínico, y entre las manifestaciones más comunes encontramos, articulaciones dolorosas y carditis. La carditis ocurre en aproximadamente el 80% de las personas con fiebre reumática y comúnmente afecta las válvulas mitral y aórtica. Otras características clínicas menos comunes incluyen movimientos involuntarios anormales (corea), erupción cutánea (eritema marginado) y nódulos subcutáneos (2).

El proceso inflamatorio se resuelve lentamente durante semanas o meses, pero aproximadamente la mitad de las personas quedan con enfermedad cardíaca reumática crónica (2).

Esta patología merece especial atención, entre otras cuestiones, debido a que en primer lugar la fiebre reumática y su secuela, la cardiopatía reumática crónica, son problemas de salud mundial importantes (3).

El objetivo planteado para la presente revisión bibliográfica se centra en exponer aspectos generales de la fiebre reumática aguda, así como la

actualización de los nuevos Criterios de Jones 2015 para su diagnóstico, valiéndonos para ello del material bibliográfico con contenido científico académico reciente que coadyuve tanto en la comprensión de la enfermedad, diagnóstico y tratamiento.

## MÉTODO

Se realizó una revisión bibliográfica donde se utilizaron artículos de los últimos 5 años, seleccionados de bases de datos de BMJ Journals, Revista Brasileira de Reumatología, Elsevier, Revista Cubana de Reumatología, además de otros artículos de revisión brindados por el BINASSS. Se tomaron en cuenta artículos en español e inglés, enfocados en las generalidades del tema y la actualización en los nuevos criterios diagnósticos de Jones 2015, además de artículos actualizados en los últimos años. Se utilizaron un total de 15 referencias bibliográficas.

## EPIDEMIOLOGÍA

La incidencia de fiebre reumática aguda varía ampliamente, principalmente por el desarrollo socioeconómico de la región (4). Actualmente, la incidencia anual

varía de  $<0.5 / 100.000$  en países altamente desarrollados a  $> 100/100.000$  en países subdesarrollados. Se estima que hay aproximadamente 500.000 nuevos casos de fiebre reumática y aproximadamente 230.000 muertes causadas por la enfermedad anualmente a escala mundial (5).

## FISIOPATOLOGÍA

El modelo actual de la patogénesis de la fiebre reumática aguda se basa en una interacción compleja entre las cepas reumatogénicas del *Streptococcus* Betahemolítico del Grupo A, el sistema inmune aberrante y la susceptibilidad del huésped (6). Los antígenos estreptocócicos son reconocidos, procesados y presentados por las células presentadoras de antígenos, como los macrófagos y las células dendríticas, lo que conduce a la producción de anticuerpos por parte de las células B, que reaccionan de forma cruzada con los componentes humanos y provocan lesiones en varios sitios del huésped. El daño a largo plazo en las válvulas cardíacas es una de las complicaciones más graves de la fiebre reumática aguda. Por lo general, la primera infección de garganta por *Streptococcus pyogenes* no desencadena un episodio de fiebre reumática. Existe una hipótesis de que las infecciones recurrentes pueden mantener la reacción del centro germinal y la afinidad por la maduración de los anticuerpos, lo que potencia la reactividad cruzada (7).

Por lo cual, los complejos inmunes preexistentes capturarían más anticuerpos que conducen a la amplificación de la respuesta inmune, lo

que propaga el daño tisular que conduce a la aparición de la enfermedad (7).

El daño valvular en la fiebre reumática aguda ocurre como resultado de respuestas inmunes humorales y celulares contra las proteínas valvulares (4).

## FACTORES DE RIESGO

Entre los factores de riesgo se considera que la pobreza y la desventaja social se encuentran entre los factores de mayor importancia para desarrollar fiebre reumática aguda, actuando posiblemente a través del hacinamiento familiar, lo que facilita la transmisión fácil de *Streptococcus* Betahemolítico del grupo A. La etnia podría ser otro factor predisponente, podría explicarse por la mayor prevalencia de pobreza y hacinamiento en estos grupos (4).

En cuanto a la edad la incidencia es más alta en niños de 5 a 14 años, aunque los primeros episodios ocurren en niños más pequeños, con casos reportados de fiebre reumática aguda en niños de 2 a 3 años. Los episodios iniciales también pueden ocurrir en adolescentes y adultos mayores, aunque los casos en personas  $> 30$  años son raros. En la mayoría de las poblaciones, la fiebre reumática es igualmente común en hombres y mujeres (8). La cardiopatía reumática ocurre con mayor frecuencia en mujeres (8).

## CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE JONES 2015

No existe una prueba de laboratorio o manifestación clínica es diagnóstica de fiebre reumática aguda. La mayoría de los pacientes con fiebre reumática aguda

presentan una combinación de fiebre, manifestaciones articulares y compromiso cardíaco. Una proporción menor tiene corea y las manifestaciones cutáneas son poco frecuentes. En los niños, la fiebre y los síntomas articulares son comunes, pero pueden tener muchas causas y, por sí mismos, no son suficientes para diagnosticar la fiebre reumática aguda. La corea y las manifestaciones cutáneas son específicas de la fiebre reumática aguda, pero ocurren con poca frecuencia para ser útiles para el diagnóstico (4).

Actualmente, el diagnóstico de fiebre reumática se basa en un conjunto de criterios, es decir, los criterios de Jones, actualmente, la American Heart Association (AHA), en su última revisión, publicada en 2015, ha realizado 2 cambios importantes en relación con los criterios establecidos en 1992 (9).

Las modificaciones introducidas en 2015 en los criterios de Jones son las siguientes (5):

1. En los criterios principales:

- Población de bajo riesgo: enfermedad clínica y/o subclínica. La AHA recomienda que todos los pacientes con sospecha de fiebre reumática se sometan a un examen ecocardiográfico Doppler, incluso si no hay signos clínicos de carditis. En casos dudosos, se recomienda repetir la ecocardiografía.
- Población de riesgo medio y alto: también carditis clínica y/o subclínica y artritis: monoartritis o poliartritis, posiblemente también con poliartralgia.

2. En los criterios menores:

- Población de bajo riesgo: los parámetros de inflamación y el nivel

de fiebre se definieron con precisión.

- Población de riesgo medio y alto: monoartralgia, también con parámetros definidos de inflamación y el nivel de fiebre.

El diagnóstico de fiebre reumática en toda la población con evidencia de infección por estreptococos  $\beta$ -hemolíticos del grupo A antecedente requiere la confirmación de dos criterios principales o uno mayor y dos criterios menores: el primer episodio de la enfermedad (5).

La revisión de Jones de 2015 también proporciona criterios de diagnóstico específicos para las recurrencias de fiebre reumática aguda. En pacientes con antecedentes confiables de fiebre reumática aguda, cardiopatía reumática y documentación de una infección estreptocócica reciente, se puede diagnosticar una recurrencia mediante el cumplimiento de dos criterios principales, uno mayor y dos menores, o tres menores (1).

Además, los pacientes pueden presentar cardiopatía reumática establecida en lugar de fiebre reumática aguda. Esto es muy común en entornos de escasos recursos en los que los pacientes con frecuencia presentan cardiopatía reumática en etapa tardía. La presentación con cardiopatía reumática de novo se asocia con mayor frecuencia a síntomas de insuficiencia cardíaca, sumado a esta se pueden presentar accidente cerebrovascular embólico, endocarditis infecciosa o arritmia (fibrilación auricular). Existe evidencia de que la cardiopatía reumática contribuye a la muerte cardíaca repentina, probablemente como resultado de la arritmia cardíaca (7).

El doctor Duckett Jones presentó inicialmente los criterios de diagnóstico

para la Fiebre reumática aguda en el año 1944. Los criterios han sido revisados y actualizados varias veces, y la American Heart Association publicó la actualización más reciente de los Criterios de Jones en mayo de 2015 (Ver **TABLA 1**).

El objetivo principal de estas pautas ha sido tener un criterio de diagnóstico uniforme en todo el mundo y prevenir el sobrediagnóstico (10).

## MANIFESTACIONES CLÍNICAS

### • Artritis

La artritis es el signo más común observado en fiebre reumática y el menos específico. Se observa en pacientes mayores. La enfermedad con frecuencia involucra grandes articulaciones unilateralmente, tales como rodilla, codo, muñeca y tobillo. Aunque las articulaciones de la cadera y el hombro son articulaciones grandes, rara vez están involucradas (11).

Clásicamente, se produce una poliartritis asimétrica migratoria que afecta las articulaciones grandes. Esto causa dolor, hinchazón, limitación de movimiento y calor local. En la práctica, las manifestaciones articulares pueden ser difíciles de evaluar debido a la buena respuesta a los medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINE), que pueden enmascarar los síntomas. La monoartritis, particularmente en la cadera, también se ha descrito como una característica de presentación en poblaciones con una alta incidencia de fiebre reumática (2).

### • Carditis

La carditis es la segunda manifestación más observada después de la artritis y es más común en edades más tempranas

en contraste con la artritis, puede provocar insuficiencia cardíaca aguda y enfermedad valvular crónica, hallazgo principal más grave en la fiebre reumática aguda (11).

Afecta con mayor frecuencia el endocardio en más del 90% de los casos, se expresa como regurgitación mitral, que se manifiesta como un soplo sistólico apical. En aproximadamente el 50% de los casos, puede estar acompañado de soplo diastólico basal, debido a insuficiencia aórtica. El compromiso de la insuficiencia mitral y aórtica en un paciente previamente sano es altamente sugestivo de fiebre reumática. Ocasionalmente, puede haber miocarditis y pericarditis. En ausencia de valvulitis, estas manifestaciones son raras en la fiebre reumática (9).

### • Corea

La corea de fiebre reumática aguda, también conocida como corea de Sydenham o danza de San Vito, ocurre en hasta el 30% de los pacientes con fiebre reumática aguda. Se caracteriza por movimientos involuntarios, no rítmicos y sin propósito del tronco y las extremidades, que a menudo son más pronunciados en un lado del cuerpo. La corea reumática con frecuencia afecta la cara y se caracteriza por muecas, sonrisas y ceños fruncidos, que desaparece con el sueño. La labilidad emocional también es una característica de la corea reumática, especialmente en niños mayores y adolescentes, y se caracteriza por inquietud y arrebatos de comportamiento inapropiado, incluido el llanto. Si la corea tiene una presentación aislada, es importante excluir otras causas de corea, como el lupus eritematoso sistémico, la enfermedad de

**TABLA 1.** Actualización 2015 de los criterios de Jones para el diagnóstico de Fiebre Reumática Aguda

<b>A. Para todas las poblaciones de pacientes con evidencia de infección previa por Streptococcus Grupo A</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnóstico de Fiebre Reumática Aguda inicial: 2 manifestaciones mayores o 1 mayor más 2 manifestaciones menores.</li> <li>• Diagnóstico de Fiebre Reumática Aguda recurrente: 2 mayores o 1 mayor y 2 menores o 3 menores.</li> </ul>	
<b>B. Criterios principales para poblaciones de :</b>	
<b>Poblaciones de bajo riesgo</b>	<b>Poblaciones de riesgo moderado y alto.</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Carditis <ul style="list-style-type: none"> <li>• Clínica y / o subclínica</li> </ul> </li> <li>2. Artritis <ul style="list-style-type: none"> <li>• Solo poliartritis</li> </ul> </li> <li>3. Corea</li> <li>4. Eritema marginado</li> <li>5. Nódulos subcutáneos</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Carditis <ul style="list-style-type: none"> <li>• Clínica y / o subclínica</li> </ul> </li> <li>2. Artritis <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monoartritis o poliartritis</li> <li>• Poliartralgia (debe considerarse solo cuando es reactivo, se descartan causas infecciosas y autoinmunes)</li> </ul> </li> <li>3. Corea</li> <li>4. Eritema marginado</li> <li>5. Nódulos subcutáneos</li> </ol>
<b>C. Criterios principales para poblaciones de:</b>	
<b>Poblaciones de bajo riesgo</b>	<b>Poblaciones de riesgo moderado y alto.</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Poliartralgia</li> <li>• Fiebre (<math>\geq 38.5^{\circ} \text{C}</math>)</li> <li>• VSG <math>\geq 60</math> mm en la primera hora y /o PCR <math>\geq 3.0</math> mg / dl</li> </ul> <p>Intervalo PR prolongado, teniendo en cuenta la variabilidad de la edad (a menos que la carditis sea un criterio importante )</p>	<p>Monoartralgia</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fiebre (<math>\geq 38^{\circ} \text{C}</math>)</li> <li>• VSG <math>\geq 60</math> mm en la primera hora y / o PCR <math>\geq 3.0</math> mg / dl</li> <li>• Intervalo PR prolongado, después de tener en cuenta la variabilidad de la edad (a menos que la carditis sea un criterio importante</li> </ul>
<b>FUENTE:</b> Vignesh P, Sharma A. The 2015 Jones Criteria for Acute Rheumatic Fever — Need for a Critical Reappraisal. The Indian Journal of Pediatrics. 2016;83(11):2	

Wilson y las reacciones a los medicamentos. En todos los casos de sospecha de corea reumática, se debe realizar un examen cardíaco cuidadoso y un ecocardiograma, porque la corea está fuertemente asociada con la carditis (1).

**• Eritema marginado**

Actualmente es muy poco frecuente, con una incidencia del 1-7%. Es una erupción rosada, fugaz, no pruriginosa con

crecimiento periférico; a veces en forma de anillos concéntricos, llamado eritema anular. Se localiza en el tronco, los glúteos y las extremidades. Se asocia a carditis (8).

**• Nódulos subcutáneos**

Los nódulos subcutáneos son raros, se describen en <5% de los casos. Son nódulos pequeños (<2 cm de diámetro), firmes, indoloros y móviles que se producen sobre las superficies



extensoras de codos, muñecas, rodillas, tobillos y, ocasionalmente, tendón de aquiles y columna vertebral. Duran hasta quince días y generalmente aparecen durante las primeras semanas de la fase inflamatoria. Los nódulos a menudo se encuentran asociados con carditis (2).

- **Fiebre**

Visto en más del 90% de los pacientes; Se ha sugerido un límite de baja temperatura de 38 °C para diagnosticar la fiebre en regiones endémicas. En entornos de bajos recursos, un historial claro de fiebre puede ser más importante que la temperatura en el momento del examen (4).

- **Artralgia**

De acuerdo con los criterios finales de Jones, la poliartralgia en poblaciones de bajo riesgo y la monoartralgia en poblaciones de riesgo moderado y alto se utilizan como criterios menores. Sin embargo, la exclusión de las otras causas por diagnóstico diferencial es muy importante en términos de hacer un diagnóstico preciso cuando se utilizan hallazgos conjuntos para el diagnóstico (11).

## TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y PREVENCIÓN

El manejo de la fiebre reumática incluye el tratamiento de la infección, manejo del proceso inflamatorio y sus complicaciones, y prevención secundaria (12).

- **Prevención temprana**

La mejora del estado socioeconómico y la prevención del hacinamiento a través de mejores viviendas reducen el riesgo de propagación de la infección. Mejorar

el estado nutricional mejora la inmunidad y la capacidad de las personas para resistir y combatir las infecciones (13).

- **Prevención primaria**

Es la prevención de los ataques iniciales de fiebre reumática aguda y depende del correcto diagnóstico y tratamiento de las infecciones faringoamigdalares. El antibiótico de elección sigue siendo la penicilina, tanto en su forma de benzatina como la procaína o la oral. Por su comodidad y eficacia se usa más la penicilina benzatina, en dosis de 600.000 U, en niños menores de 10 años y con peso inferior a 30 kg; 900.000 U si es mayor de 10 años y 1.200.000 U en caso de adultos o pacientes con peso superior a los 30 kg. Es una buena alternativa usar penicilina V oral, a dosis de 400.000 U (250 mg), cada 6 h, durante 10 días (8).

- **Tratamiento agudo de los síntomas**

Aspirina: tratamiento de primera línea: 80–100 mg / kg por día durante 4–6 semanas. Causa mejoría en las manifestaciones articulares en 24-48 horas (13).

- **Prevención secundaria**

Consiste en la prevención de las recaídas tras un primer ataque de fiebre reumática aguda. La pauta más usada es la administración de penicilina benzatina por vía intramuscular a dosis de 1.200.000 unidades, una vez al mes; aunque, es mejor administrarla cada tres semanas. En casos de alergia a la penicilina puede utilizarse sulfadiazina oral a 0,5 g por día en menores de 30 kg y 1 g por día en mayores de 30 kg; pero, con ello, aumentan las recaídas (3).

Se plantea que la prevención secundaria

<b>TABLA 2.</b> Tratamiento de la faringitis por <i>Streptococcus del grupo A</i>	
<b>Adultos</b>	<b>Niños y adolescentes</b>
<b>Penicilina V oral</b> 500mg dos a tres veces al día por 10 días	<27kg: 250 mg 2 a 3 veces al día por 10 días >27kg: 500 mg 2 a 3 veces al día por 10 días
<b>Amoxicilina</b> 500mg 2 veces la día por 10 días	50mg/kg por día vía oral, 2 o 3 dosis al día (máximo 1000mg por día) por 10 días
<b>Penicilina G Benzatínica:</b> 1.200000 unidades	<27kg: 600000 unidades >27kg: 1200000 unidades
<b>Pacientes con severa hipersensibilidad a antibióticos beta lactámicos</b>	
<b>Azitromicina</b> 500 mg oral por un día, seguido de 250 mg oral por 2 a 5 días	12mg/kg/dosis vía oral por un día, seguido de 6mg/kg/dosis oral por 2 a 5 días.
<b>Claritromicina</b> 250 mg oral 3 veces al día por 10 días	7.5mg/kg/dosis oral 3 veces por 10 días
<b>Clindamicina</b> 300 mg oral 3 veces al día por 10 días	Si pesa ≤70kg: 7 mg/kg/dosis oral 3 veces al día por 10 días Si pesa >70kg: 300mg oral 3 veces al día por 10 días
<b>FUENTE:</b> Bono-Neri F. Acute Rheumatic Fever: Global Persistence of a Preventable Disease. Journal of Pediatric Health Care. 2017;31(3):277,282.	

debe continuarse durante años, dependiendo de los siguientes factores (3):

- . Edad del paciente.
- . Gravedad y numero de episodios de FR.
- . Tiempo transcurrido sin nuevos episodios.
- . Presencia de valvulopatías.

Existe consenso entre los autores en cuanto a que la profilaxis en caso de fiebre reumática sin carditis es de 5 años desde el último brote hasta cumplidos los 20 años. Los pacientes con enfermedad valvular, cardiopatía reumática y reemplazo valvular deben continuar el tratamiento de por vida, aún después del

implante de válvulas prostéticas, ya que continúan en riesgo de recaídas. Estos pacientes se deben someter al régimen recomendado para profilaxis de endocarditis bacteriana (3).

Las opciones de tratamiento son las que se enumeran en la **TABLA 2**. No solo es esencial para prescribir el antibiótico apropiado para el paciente, pero también es crucial encontrar uno que logre el cumplimiento total para garantizar la eliminación (14). Es importante tener en cuenta la situación individual de cada paciente al seleccionar el tratamiento profiláctico apropiado y su duración, las opciones de antibióticos para la profilaxis secundaria se ilustran en la **TABLA 3**.

<b>TABLA 3.</b> Profilaxis secundaria de la fiebre reumática		
	<b>Adultos &gt;27kg</b>	<b>Niños ≤27kg</b>
<b>Penicilina G benzatínica IM</b>	1.200000 unidades cada 4 semanas	6000000 unidades cada 4 semanas
<b>Penicilina V oral</b>	250 mg oral 2 veces al día	250 mg oral 2 veces al día
<b>Sulfadiazina</b>	1000mg oral una vez al día	500 mg oral una vez al día
<b>Alergia a antimicrobianos como penicilina y sulfonamidas</b>		
<b>Azitromicina</b>	250 mg oral una vez al día	5mg/kg oral una vez al día
<b>FUENTE:</b> Bono-Neri F. Acute Rheumatic Fever: Global Persistence of a Preventable Disease. Journal of Pediatric Health Care. 2017;31(3):277,282.		

## PRONÓSTICO

El pronóstico de los pacientes con fiebre reumática aguda y cardiopatía reumática depende en gran medida de la gravedad y la recurrencia de la enfermedad. La resolución de la cardiopatía reumática es posible y generalmente ocurre dentro de los primeros 12 meses después del episodio inicial para pacientes con carditis leve a moderada. La regurgitación de la válvula mitral sola es la que tiene más probabilidades de recurrencia, mientras que cuando la válvula aórtica es la que se encuentra comprometida, rara vez muestra resolución completa. La recuperación depende del cumplimiento de la profilaxis con penicilina, ya que el cumplimiento deficiente y la recurrencia aumentan el

riesgo de complicaciones de la cardiopatía reumática y el desarrollo de la cardiopatía reumática crónica (15).

## CONCLUSIÓN

La fiebre reumática es una infección faríngea muy común a nivel mundial, vista más comúnmente en países subdesarrollados, la pobreza y el hacinamiento son factores de riesgo que facilitan la transmisión del Streptococcus Betahemolítico del grupo A, la incidencia más alta con respecto a la edad es en niños entre los 5 y 14 años.

Los criterios establecidos en el año 1944 por el doctor Duckett Jones se plantearon con el fin de estandarizar el diagnóstico de la fiebre reumática basándose en signos y síntomas de la enfermedad, se han realizado actualizaciones a lo largo de los años, en la última actualización del año 2015 por American Heart Association (AHA) se introducen algunas modificaciones las cuales incluyen la estadificación de poblaciones de baja o moderada/alta prevalencia, además de poder utilizar los criterios de Jones para diagnosticar recaídas de la enfermedad. Con los nuevos criterios se facilitará el diagnóstico de fiebre reumática, principalmente en casos dudosos y estos permitirán evaluar adecuadamente el riesgo asociado con la prevalencia de la cardiopatía reumática. Hoy en día se cuenta con un tratamiento antibiótico debidamente establecido para evitar recurrencia de la enfermedad, así como su principal complicación la cardiopatía reumática, en aras de mejorar la calidad de vida del paciente.

## REFERENCIAS

1. Sika-Paotonu D, Beaton A, Raghu A, Steer A, Carapetis J. Acute Rheumatic Fever and Rheumatic Heart Disease. The University of Oklahoma Health Sciences Center. 2017Mar10;:1. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK425394/>
2. Webb R, Grant C, Harnden A. Acute rheumatic fever. *BMJ*. 2015;:1. <https://doi.org/10.1136/bmj.h3443>
3. Camino Benavides J, Vásquez Peralta M. Aspectos relevantes para la prevención primaria, secundaria y terciaria de la fiebre reumática. *Revista Cubana de Reumatología*. 2017;19(2):74. Available from: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1817-59962017000200003](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-59962017000200003)
4. Karthikeyan G, Guilherme L. Acute rheumatic fever. *The Lancet*. 2018;392(10142):161. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30999-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30999-1)
5. Szczygielska I, Hernik E, Kołodziejczyk B, Gazda A, Maślińska M, Gietka P. Rheumatic fever – new diagnostic criteria. *Reumatologia/Rheumatology*. 2018;56(1):37. <https://doi.org/10.5114/reum.2018.74748>
6. Woldu B, Bloomfield G. Rheumatic Heart Disease in the Twenty-First Century. *Current Cardiology Reports*. 2016;18(10):2. <https://doi.org/10.1007/s11886-016-0773-2>
7. Leal M, Passos L, Guarçoni F, Aguiar J, Silva R, Paula T et al. Rheumatic heart disease in the modern era: recent developments and current challenges. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*. 2019;52(-20180226):3. <http://dx.doi.org/10.1590/0037-8682-0041-2019>
8. Carapetis J, Beaton A, Cunningham M, Guilherme L, Karthikeyan G, Mayosi B et al. Acute rheumatic fever and rheumatic heart disease. *Nature Reviews Disease Primers*. 2016;2(1):2. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rbre.2017.03.001>
9. Pereira BÁDF, Belo AR, Silva NAD. Rheumatic fever: update on the Jones criteria according to the American Heart Association review – 2015. *Revista Brasileira de Reumatologia (English Edition)*. 2017;57(4):365. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rbre.2017.03.001>
10. Vignesh P, Sharma A. The 2015 Jones Criteria for Acute Rheumatic Fever — Need for a Critical Reappraisal. *The Indian Journal of Pediatrics*. 2016;83(11):2. <https://doi.org/10.1007/s12098-016-2110-6>
11. Guler Eroglu A. Update on diagnosis of acute rheumatic fever: 2015 Jones criteria. *Türk Pediatri Arşivi*. 2016;:3-6. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4829161/>
12. Ralph A, Noonan S, Boardman C, Halkon C, Currie B. Prescribing for people with acute rheumatic fever. *Australian Prescriber*. 2017;40(2):72. Available from: <https://www.nps.org.au/australian-prescriber/articles/prescribing-for-people-with-acute-rheumatic-fever>
13. Markham R, Tulloh R. Fifteen-minute consultation: rheumatic fever. *Archives of disease in childhood - Education & practice edition*. 2015;100(4):2-3. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2014-306545>
14. Bono-Neri F. Acute Rheumatic Fever: Global Persistence of a Preventable Disease. *Journal of Pediatric Health Care*. 2017;31(3):277,282. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pedhc.2016.09.001>
15. Rhodes K, Rasa M, Yamamoto L. Acute Rheumatic Fever. *Pediatric Emergency Care*. 2018;34(6):439. <https://doi.org/10.1097/PEC.0000000000001511>