

CARRERA DE MEDICINA

Nombre del Ensayo

*Cardiopatía Reumática*

Autor

*Marceley Jesús Barcia Piguave*

Curso & Paralelo

*Cuarto semestre "A"*

Asignatura

*Fisiopatología*

Fecha

*25 de noviembre del 2017*

Manta- Manabí - Ecuador



## Introducción

Según la OMS las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte a nivel mundial, y es lamentable que cada año las muertes por esta causa aumenten.

Uno de estos problemas de salud pública que continua teniendo gran énfasis en los países en vías de desarrollo es la cardiopatía reumática, sin embargo esta enfermedad cardiovascular suele ser una situación insuficientemente reconocida en los pacientes que padecen trastornos reumáticos sistémicos.

La cardiopatía reumática está causada por las lesiones de las válvulas cardiacas y el miocardio derivada de la inflamación y la deformación cicatrizal ocasionadas por la fiebre reumática, la fiebre reumática resulta ser una secuela de infección faríngea por el microorganismo estreptococo del grupo A, es común que la sintomatología se presente dos o tres semanas después de la infección , y es mucho más frecuente en niños y jóvenes, sus manifestaciones agudas pueden ser desde artritis migratoria hasta una carditis. La enfermedad aguda es de duración limitada, pero la carditis puede originar lesión valvular permanente, la válvula mitral es atacada en 75 a 80% de los casos, la aórtica en 30% y la tricúspide y pulmonar en cinco por ciento.

De acuerdo a sus manifestaciones clínicas, es importante la detección temprana para realizar con rapidez el tratamiento apropiado.

La OMS como resolución al “Proyecto de resolución presentado por Australia, el Brasil, el Canadá, el Ecuador, Fiji, las Islas Cook, el Japón, Namibia, Nueva Zelandia, el Pakistán, Samoa, Tonga y Tuval” de acuerdo a la prevención de la cardiopatía reumática menciona lo siguiente:

“**PP3.-** Reconociendo que la cardiopatía reumática es una afección prevenible que se deriva de la fiebre reumática aguda, una secuela secundaria de la faringitis por estreptococos betahemolíticos del grupo A, y que la detección y el diagnóstico tempranos de esta forma de faringitis, de la fiebre reumática aguda y de la cardiopatía reumática, así como el tratamiento antibiótico cauteloso de la faringitis por estreptococos beta-hemolíticos del grupo A y la profilaxis

antibiótica adecuada para quienes ya han tenido fiebre reumática aguda, pueden reducir considerablemente la morbilidad y la mortalidad de forma costoeficaz.”

El objetivo de este ensayo se basa en conocer las causas de la cardiopatía reumática así como también en identificar las personas que se encuentran en un grupo de riesgo ante la fiebre reumática como principal factor predisponente a la cardiopatía reumática. De igual manera se pretende conocer la forma en la que cada una de las personas podemos prevenir las complicaciones de una fiebre reumática que da lugar a una cardiopatía reumática.

## Abstrac

According to the OMS the cardiovascular diseases are the principal reason of death worldwide, and it(he,she) is lamentable that every year the deaths for this reason increase.

One of these problems of health public that constant having great emphasis in the developing countries is the rheumatic cardiopathy, nevertheless this cardiovascular disease is in the habit of being a situation insufficiently recognized in the patients who suffer rheumatic systemic disorders. The rheumatic cardiopathy is caused by the injuries of the cardiac valves and the myocardium derived from the inflammation and the deformation cicatrizal caused by the rheumatic fever, the rheumatic fever turns out to be a sequel of infection faríngea for the microorganism streptococcus of the group To, it is common that the symptomatology appears two or three weeks after the infection, and is much more frequent in children and young women(persons), his(her,your) sharp(acute) manifestations can be from migratory arthritis up to a carditis. The acute disease is of limited duration, but the carditis can originate valvular permanent injury, the mitral valve is attacked in 75 to 80 % of the cases, the aortic one in 30 % and the tricúspide and pulmonary in five per cent. In agreement to his(her,your) clinical manifestations, the early detection is important to realize with rapidity the appropriate treatment.

The aim of this test is based in knowing the reasons of the rheumatic cardiopathy as well as also in to identify the persons who are in a group at risk before the rheumatic fever as principal factor to the rheumatic cardiopathy. Of equal way one tries to know the form in which each of the persons we can anticipatethe complications of a rheumatic fever that gives place to a rheumatic cardiopathy.

## Desarrollo

Si bien se ha considerado la cardiopatía reumática como una de las complicaciones más serias de la fiebre reumática; es preciso conocer cómo se desarrolla la enfermedad consecuente.

Aunque no se ha definido el mecanismo patogénico preciso, la fiebre reumática es una respuesta inmune tardía a una faringitis por estreptococo tipo A, su severidad y manifestaciones clínicas son dependientes del estado de susceptibilidad del individuo, la virulencia del microorganismo y del medio en el que nos encontramos.

*“La infección faríngea inicia con la invasión del tracto respiratorio superior por parte del EBHGA. La transmisión es a través de secreciones orales o respiratorias de individuos infectados o colonizados. Después de un período de incubación de 2 a 4 días, inicia una respuesta inflamatoria aguda caracterizada por 3 a 5 días de dolor de garganta, fiebre, malestar general y cefalea. Sólo un pequeño porcentaje de los pacientes que no han sido tratados apropiadamente, desarrollarán FR dos o tres semanas después de que ha pasado la faringitis aguda. El uso apropiado de la penicilina durante la enfermedad acorta los días de síntomas y signos, reduce el riesgo de FR en un 90% y evita, en la gran mayoría de los casos, que el paciente se convierta en reservorio. Las infecciones de piel por el EBHGA no conducen a FR, sólo las infecciones faríngeas.” (Dr. Carlos Romero, 2005)*

*“El ataque de la fiebre reumática a las estructuras cardíacas ocurre en el noventa, por ciento de los casos, según las estadísticas de la Universidad de Tulane. Es un hecho de importancia el que apenas el cincuenta por ciento de los casos de cardiopatía reumática da síntomas en la fase activa; el otro cincuenta por ciento se descubre más tardíamente, de ordinario, con motivo de una insuficiencia cardíaca congestiva, consecuencial a una valvulopatía antigua ignorada. Muchas insuficiencias cardíacas sin valvulopatía, que simulan la cardiopatía arterioesclerótica en individuos relativamente jóvenes, que no presentan un estado esclerótico arterial intenso, no son más que viejas*

*miocarditis reumáticas que han evolucionado solapadamente durante muchos años.” (Collazos, 1952)*

La cardiopatía reumática comprende cuantas formas de trastorno cardiaco derivan del reumatismo. Esta patología se puede dividir en dos fases:

- ✓ **La cardiopatía reumática activa** que resulta de la inflamación del corazón y es parte del reumatismo. Se encuentran caracteres de la inflamación.
- ✓ **La cardiopatía inactiva o residual**, es el resultado de un ataque previo a la infección, los trastornos mecánicos. Se caracteriza por la presencia de tejido cicatrizal y adherencias.

Las formas de trastorno cardiaco que se derivan del reumatismo suelen presentarse de la siguiente forma:

**Miocarditis:** principal causa de insuficiencia cardíaca, se caracteriza por lesión local, aparición de los llamados cuerpos de Aschoff, suelen ser perivasculares y ubicarse en el subendocardio.

**Valvulitis:** parte de un edema, luego se forma pequeñas formas necróticas y trombos de fibrina y plaquetas. La curación se da a partir de la cicatrización que produce torsión y soldadura de las válvulas.

**Pericarditis:** el pericardio se congestiona, se cubre de fibrina y se vuelve áspero.

**La sintomatología** en la fase de cardiopatía reumática inactiva son pocos ya que cuando aparece la dolencia suele ser solo insuficiencia cardiaca, caracterizada por la ineficacia mecánica debido a válvulas afectadas, adherencia pericárdica y cicatrices del miocardio. En cuanto a la sintomatología de la cardiopatía reumática activa suelen ser fiebre, poliartritis, corea, nódulos subcutáneos, eritema, pleuritis y otras. Entre los signos y síntomas, que sugieren miocarditis, son: la dilatación cardiaca, el dolor y anormal sensibilidad cutánea en región precordial, disociación esfigmotermica a favor de la frecuencia del pulso y algunos signos electrocardiográficos.

Inicialmente, la lesión valvular más común es la insuficiencia mitral. La sigue en frecuencia, y es la más característica, la estenosis mitral. La tercera en frecuencia es la insuficiencia aortica, y la estenosis aortica ocupa el cuarto lugar. Siguen luego las lesiones de la válvula tricúspide y, finalmente, las de la válvula pulmonar. Los signos que delaten estas lesiones son los de las diversas valvulopatía. Las lesiones suelen subsistir, una vez que han dado nacimiento a los soplos que las distinguen, pero, en ocasiones, estas desaparecen.

**El diagnóstico** de cardiopatía reumática quedara resuelto dando respuesta a los siguientes puntos:

- 1) En un paciente con fiebre reumática, se debe resolver si el corazón está o no atacado. Cuestión más bien académica, especialmente en los niños, porque es tan frecuente algún grado de carditis en el reumatismo agudo, que debe considerarse que el paciente la tiene mientras no se demuestre lo contrario.
- 2) Si un niño tiene síntomas vagos, que pueden ser o no reumáticos. En este caso, si alguna manifestación reumática llega a definirse, el problema quedaría reducido al primer punto. En caso contrario, debe observarse cuidadosamente al niño y emplear los medios de que disponemos hasta llegar al verdadero diagnóstico
- 3) .Este último punto de vista lo plantea el paciente con manifiesta enfermedad valvular cardiaca inactiva, en la que ha de resolverse si el factor original fue la fiebre reumática o cualquier otra causa. Si hay el antecedente de fiebre reumática y los signos físicos de valvulopatía, es casi seguro que el problema queda resuelto en favor de la etiología reumática, En caso de que no haya antecedentes de fiebre reumática, debe tenerse en cuenta que esta entidad arroja el mayor porcentaje de valvulopatía; además, un buen interrogatorio y los medios de Laboratorio de que disponemos hoy en día, serian de gran ayuda en el esclarecimiento del diagnóstico etiológico.

## **Tratamiento.**

De forma resumida se han establecidos tres parámetros para lograr un tratamiento efectivo para la cardiopatía reumática.

- ✓ Carditis reumática activa con insuficiencia cardiaca

Tratamiento específico de la fiebre reumática y tratamiento digitalico.

- ✓ Carditis reumática activa sin insuficiencia cardiaca:

Tratamiento específico de la fiebre reumática.

- ✓ Cardiopatía reumática residual con insuficiencia cardiaca congestiva: tratamiento digitalico.

Naturalmente, sobra decir, que a estos tratamientos hay que añadir el reposo y el régimen higiénico-dietético correspondiente.

**Los factores predisponentes** son los mismos que los de la fiebre reumática.

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

Aunque séanlos mismo factores predisponente, hay q considerar que el tratamiento inadecuado de la fiebre reumática es el factor principal predisponente para padecer cardiopatía reumática.

**La epidemiología** de las cardiopatías reumáticas se reduce a la frecuencia en la que se presentan los casos de fiebre reumática y estos a su vez se encuentran relacionados con la epidemiología de la infección estreptocócica, y esto de acuerdo al desarrollo económico del país. Es importante tener en cuenta que las cifras han disminuido gracias los avances en cardiología y reumatología que han permitido aclarar aquellas patologías que antes habían sido diagnosticadas como fiebre reumática o cardiopatía reumática.

Según la forma de transmisión de la infección estreptocócica de forma directa a través de los depósitos nasofaríngeos trae consigo la mayor frecuencia de la fiebre reumática y esto daría lugar a una evolución de la enfermedad en las poblaciones que no existe conocimiento de prevención a este tipo de infecciones.

Los resultados de la estimación de la mortalidad global, regional y de la evolución de la prevalencia y la mortalidad por cardiopatía reumática del estudio Global Burden of Disease 2015, que analizó la morbilidad mundial. *“Se estimaron un total de 319.400 (intervalo de incertidumbre al 95% 297.000 a 337.000) muertes causadas por cardiopatía reumática en 2015. La mortalidad ajustada por edad se redujo un 47,8% desde 1990 a 2015, pero se observaron importantes diferencias regionales. En 2015, las cifras de mortalidad ajustada por edad y la prevalencia de cardiopatía reumática más elevada se observaron en Oceanía, el sur de Asia y el centro de África Subsahariana. En 2015 hubo 33,4 millones de casos de cardiopatía reumática a nivel mundial, con 10,5 millones de años de vida perdidos ajustados por discapacidad”.* (Alaminos, 2017)

## **Prevención**

El método ideal de prevenir las cardiopatías reumáticas y la fiebre reumática sería el control de las infecciones estreptocócicas. No existe ningún método práctico de evitar las infecciones en la población en general sin embargo existen recomendaciones de distintas instituciones a nivel mundial. En la actualidad, el sistema más diestro de prevención primaria de la fiebre reumática consiste en poner a disposición del médico los medios necesarios para hacer cultivos faríngeos y llevar a cabo un programa educativo. La debida identificación y el tratamiento adecuado de las infecciones estreptocócicas contribuirán considerablemente a prevenir la propagación de la infección, y por lo tanto de la fiebre reumática, y consigo prevenir las complicaciones a una cardiopatía reumática en la colectividad.

La OMS como resolución al “Proyecto de resolución presentado por Australia, el Brasil, el Canadá, el Ecuador, Fiji, las Islas Cook, el Japón, Namibia, Nueva

Zelandia, el Pakistán, Samoa, Tonga y Tuval” de acuerdo a la prevención de la cardiopatía reumática menciona lo siguiente:

“**PP3.-** Reconociendo que la cardiopatía reumática es una afección prevenible que se deriva de la fiebre reumática aguda, una secuela secundaria de la faringitis por estreptococos betahemolíticos del grupo A, y que la detección y el diagnóstico tempranos de esta forma de faringitis, de la fiebre reumática aguda y de la cardiopatía reumática, así como el tratamiento antibiótico cauteloso de la faringitis por estreptococos beta-hemolíticos del grupo A y la profilaxis antibiótica adecuada para quienes ya han tenido fiebre reumática aguda, pueden reducir considerablemente la morbilidad y la mortalidad de forma costoeficaz.”

El Comité de Estudio de la Fiebre Reumática en América, reunido en Santiago de Chile, en octubre 9-12 de 1963, habiendo determinado que la Fiebre Reumática es un problema de salud pública significativo en América, hace la siguiente recomendación en relación a los programas de prevención de la fiebre reumática en los países de América:

Seguir las directivas del Informe Técnico del Comité de Expertos en Enfermedades Reumáticas de la Organización Mundial de la Salud<sup>2</sup> según los cuales gracias al apropiado empleo de esos servicios médicos y sociales, con la ayuda de los oportunos programas de educación ha de ser posible:

1) “Prevenir la mayor parte de las recidivas de fiebre reumática en casos de exposición íntima a la infección estreptocócica;. . . y. . .

2) Prevenir muchas recidivas en casos de exposición ocasional”.

Este Comité de Estudio cree que es posible, una vez realizado el balance de las necesidades y posibilidades en salud pública de la mayoría de los países de América, establecer y llevar a cabo, como mínimo, un programa piloto para la prevención de la fiebre reumática. El objetivo de este programa es dar la oportunidad de prevenir las recidivas a todos los enfermos con el diagnóstico de fiebre reumática y/o cardiopatía reumática que vivan en su área.

## **Conclusión**

La cardiopatía reumática sigue siendo en nuestra medio una causa severa de incapacidad, especialmente al complicarse como enfermedad cardiovascular al afectar a individuos jóvenes. El diagnóstico temprano de la fiebre reumática y su prevención es fundamental para evitar esta complicación, y aunque no se ha logrado erradicarla, si se ha disminuido la incidencia de fiebre reumática por lo que continúa siendo un problema de salud pública en los países subdesarrollados. Se recomienda realizar estudios con grupos poblacionales para conocer la influencia epidemiológica de esta enfermedad previsible.

El principal problema es el desconocimiento de las complicaciones a partir de la fiebre reumática, los individuos pese a la problemática en la situación económica, no siguen los tratamientos adecuados a esta enfermedad, por esto es importante la población conozca las medidas de prevención y el tratamiento adecuado.

## Trabajos citados

- ✓ Alaminos, D. M. (2017). La cardiopatía reumática en la era de la penicilina. *Sociedad Española De Cardiología*.
- ✓ Collazos, N. (1952). CARDIOPATIA REUMÁTICA.
- ✓ Dr. Carlos Romero, D. J. (2005). Fiebre reumática, Consenso Nacional 2005. *Revista Costarricense de Cardiología*.
- ✓ Mas Romero, Carlos, Faerron Ángel, Jorge, Castro Bermúdez, Abdón, Gutiérrez Álvarez, Rafael, & Yong Piñar, Bernal. (2005). Fiebre reumática, Consenso Nacional 2005. *Revista Costarricense de Cardiología*, 7(1), 59-62. Retrieved November 25, 2017, from [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-41422005000100011&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-41422005000100011&lng=en&tlng=es).

## linkografía

- ✓ [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB141/B141\\_CONF1-sp.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB141/B141_CONF1-sp.pdf)
- ✓ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/>
- ✓ [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB141/B141\\_CONF1-sp.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB141/B141_CONF1-sp.pdf)
- ✓ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/>
- ✓ <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/SS-149-08/RR.pdf>