

11336
2e
1044



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



FRECUENCIA Y MANIFESTACIONES CLINICAS MAS FRECUENTES DE LA FIEBRE
REUMATICA Y LA CARDIOPATIA REUMATICA EN LA CLINICA HOSPITAL
DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR No. 1 DEL I. M. S. S. EN MORELIA, MICH.

T E S I S

QUE PARA ACREDITAR LA ESPECIALIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DR. J. JESUS RIVERA GARCIA

DIRECTORES DE LA TESIS

Dr. Alfredo Lara Fonseca Dr. Luis Mario Fuentes V.

MORELIA, MICH.

FEBRERO DE 1984.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

CAPITULO I	
INTRODUCCION	1
CAPITULO II	
OBJETIVOS GENERALES DEL ESTUDIO	9
CAPITULO III	
JUSTIFICACION	10
CAPITULO IV	
FUENTES DE INFORMACION	11
CAPITULO V	
MATERIAL Y METODOS	12
CAPITULO VI	
RESULTADOS	16
CAPITULO VII	
DISCUSION	22
CAPITULO VIII	
CONCLUSIONES	24
CAPITULO IX	
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	26
CAPITULO X	
GRAFICAS	28

C A P I T U L O I

I N T R O D U C C I O N .

La Fiebre Reumática (FR.) es un padecimiento de la mayor - importancia en México, por su amplia difusión, ha sido la - causa de un alto porcentaje de cardíacos estudiados en el - Instituto Nacional de Cardiología, donde hasta el 40% de -- los cardíacos son reumáticos, siendo un problema que rebasa las cuestiones médicas para convertirse en un problema medico-social. (1)

Es un padecimiento inflamatorio difuso, que ataca principallmente al corazón, articulaciones y tejido subcutáneo, de -- curso agudo ó subagudo y que es capaz de producir daño tisular con secuelas cicatriciales en el miocardio específico - (trastornos de la conducción), inespecífico (focos de fibro-sis que en ocasiones se manifiestan como de automatismo-ectópico) y con más frecuencia en el endocardio (valvulo-patías reumáticas)

La Fiebre Reumática, es frecuentemente clasificada como un padecimiento del tejido conectivo, por su sello anatómico - y sus características también anatómicas, es la lesión a -- las fibras de colágena y a la substancia del tejido conectivo (especialmente en el corazón), de la mayor importancia clínica es la presencia de Miocarditis potencialmente letal durante el ataque agudo ó más comunmente la fibrosis de las válvulas del corazón, lo cual conduce a las alteraciones hemodinámicas de los padecimientos crónicos reumáticos cardiacos. (13)

En la actualidad existen numerosas pruebas fehacientes de - que el estreptococo B hemolítico del grupo A, esta definitivamente involucrado en la génesis de la Fiebre Reumática.

1.- Existen antecedentes de infección estreptocócica - en el 60 a 80 % de los pacientes de una a tres semanas antes de la aparición del cuadro de fiebre reumática.

2.- La aparición de infecciones estreptocócicas en diferentes zonas endémicas, sus variaciones estacionales y -- ciertas condiciones de vida en que se desarrollan (hacinamiento, conglomerados etc.), corren paralelas a los brotes de fiebre reumática.

3.- Otro argumento es el aislamiento del estreptococo-B hemolítico del grupo A de Lancefield, mediante el exudado faríngeo en sujetos con fiebre reumática. Se sabe que otros grupos de estreptococo no producen la enfermedad.

4.- La presencia de anticuerpos anti-estreptocócicos - en el 95% de los sujetos con fiebre reumática.

5.- La demostración de depósitos masivos de inmunoglobulinas y la fracción C3 del complemento en el corazón de pacientes que fallecieron en la fase aguda de fiebre reumática , se ha interpretado como una reacción inmunológica entre el tejido cardíaco y los anticuerpos anti-estreptocócicos. Este hecho se ha explicado en base a cierta similitud entre el antígeno estreptocócico y ciertos constituyentes - de las miofibrillas que permiten una respuesta inmunológica cruzada (realmente una reacción auto-inmune)

6.- La erradicación de la fiebre reumática, al hacer - desaparecer el estreptococo mediante tratamiento penicilínico, también está en apoyo de la participación del segundo, - en la génesis de la primera

La FR. es pues, un proceso patológico consecutivo a la infección por estreptococo B hemolítico del grupo A. Y se estima que en México enferma de fiebre reumática en la población general 1 de cada 130 sujetos y si se exponen los individuos a infecciones estreptocócicas, en lugares conglomerados como; escuelas, internados, cuarteles etc. ó bien -

en condiciones epidémicas, entonces 3 de cada 100 desarrollarán la enfermedad, y de éstos cerca de las tres cuartas partes tendrán complicaciones cardíacas, sino se trata de situaciones epidémicas menos del 1% desarrollarán el padecimiento. (1)

La enfermedad se desarrollará en sujetos susceptibles:

- Los que ya padecieron un primer brote de fiebre reumática se vuelven más vulnerables.
- Si para un primer brote en individuos sanos expuestos a infecciones estreptocócicas solo el 3% desarrollará FR.
- En intenso contraste de 100 reumáticos expuestos nuevamente a infecciones estreptocócicas las cuatro quintas partes desarrollará FR.

Los brotes clínicamente reconocidos de fiebre reumática, aparecen preferentemente entre los 5 y 15 años de edad.

En los Estados Unidos se reportan la existencia de 100 mil casos de fiebre reumática por año, y en México se ha calculado alrededor de 3000 muertes al año, debidas a FR.

La Fiebre Reumática predomina en países con clima frío o templado; entre los países donde se encuentra con mayor frecuencia ésta enfermedad son: Israel, Grecia y la parte central de México.

Y por último se ha observado cierta predisposición genética para adquirir la enfermedad.

Este padecimiento al que ya se le da como nombre consagrado el de fiebre reumática, daña no solamente al corazón es una enfermedad sistémica, que puede involucrar a muchos tejidos de la economía como. pulmón, cerebro, arterias etc. Pero solo deja daños graves, para fines prácticos en las válvulas cardíacas.

Observaciones recientes dieron pie a la idea de que la infección faríngea por estreptocóco es antecedente obligado en el desarrollo del cuadro de FR, y con ello sentarón las bases para el tratamiento de las infecciones estreptocócicas, que es el paso más trascendental para su prevención.

En nuestro medio es más frecuente éste padecimiento en la mujer en relación de 2 x 1.

La relación entre la epidemiología de la fiebre reumática y la infección estreptocócica ha sido ampliamente revisada, la confusión actual en lo relativo a la epidemiología de la FR. es el descenso drámico en la incidencia y prevalencia del padecimiento, dependiendo del hecho de que la faringitis estreptocócica del grupo A, todavía parece ser muy común en la población en las cuales la fiebre reumática se ha tornado rara.

El patrón cambiante de la fiebre reumática, incidencia prevalencia y mortalidad. Desde los estudios de Halsey en 1921 virtualmente, todos aquellos que han estudiado éste padecimiento, se han quedado impresionados con la disminución en la frecuencia y severidad de la fiebre reumática aguda, en particular en las relativamente afluentes poblaciones de América y Europa.

Las razones para ésta disminución son inciertas pero indudablemente que los antibióticos para el tratamiento y prevención de la infección estreptocócica ha sido un factor importante. Como se ha demostrado en las poblaciones particularmente militares. De cualquier manera la incidencia y prevalencia y promedio de muerte del padecimiento, han disminuido desde la introducción de los antibióticos. se han visto cambios en la virulencia y serotipos del estreptococo hemolítico del grupo A.

La prevalencia del padecimiento de Fiebre Reumática y Cardiopatía Reumática entre niños de las escuelas americanas, han disminuido en los últimos años, de modo que el número de casos de padecimientos cardiacos congénitos ahora excede el número de casos de padecimientos reumáticos cardiacos.

Analizando por separado el rango de muerte de la fiebre reumática aguda, se ha notado que ha disminuido más considerablemente que el de cardiopatía reumática.

Sin embargo la cardiopatía reumática todavía constituye una de las causas más frecuentes, sino es que la más, de muerte por padecimiento cardíaco en los grupos etáricos de los 5 a 24 años.

CUADRO CLINICO

I.- SINTOMAS GENERALES

El brote de fiebre reumática, usualmente, se acompaña de astenia, adinamia, hiporexia y fiebre, que nunca es muy alta (38 a 38.5°C) si el síndrome febril es muy importante, se debe pensar en un proceso séptico más que en brote reumático el severo ataque al estado general con gran postración en el curso de un brote reumático, es un signo de mal pronóstico.

II.- ATAQUE REUMATICO AL CORAZON (CARDITIS REUMATICA)

Cuando el proceso inflamatorio alcanza al corazón, involucra al miocardio, endocardio y pericardio (pancarditis)

a) Miocardio:

La inflamación miocárdica afecta tanto al músculo inespecífico como al sistema específico de conducción.

1.- Ataque al Miocardio Contráctil;

La inflamación de las miofibrillas trae consigo la disminución de la fuerza contráctil y la dilatación del corazón. Traducida en la clínica por cardiomegalia e insuficiencia cardíaca. Cuando el ataque no es muy severo, la disnea, hepatomegalia congestiva ó la cardiomegalia moderada y el ritmo de galope serán sus manifestaciones habituales. En casos extremos gran cardiomegalia e insuficiencia cardíaca refractaria, que a la postre mata al enfermo.

2.- Ataque al Miocardio Especializado:

En el brote agudo es frecuente el bloqueo AV de primer grado (proceso reversible) también frecuente extrasistolia uni o multifocal auricular o ventricular, las que pueden condicionar otras arritmias como taquicardias auriculares o ventriculares, flúter auricular etc. Y por último puede dejar focos cicatriciales de fibrosis en dichas estructuras manifestados por bloqueo intra-auricular ó bloqueos de rama, y otros como extrasistolia -- reiterada.

b) Endocarditis.

El ataque endocárdico se lleva acabo. especialmente, a nivel de los aparatos valvulares, produciendo valvulitis. Siendo la válvula mitral la más frecuentemente afectada y su inflamación se manifiesta por clínicamente por un soplo de insuficiencia mitral que usualmente se acompaña de un ruido funcional de hiperflujo (soplo de Carey-Coombs). Conviene aclarar que cuando la fase aguda pasa, la cicatrización paulatina del proceso a nivel de las comisuras valvulares. va convirtiendo la insuficiencia en estenosis mitral. La frecuencia posterior de afectación valvular es de la manera siguiente: aórtica, tricúspide y por último la pulmonar (rara)

c) Pericardio.

La pericarditis. usualmente. acompaña a la miocarditis y endocarditis reumática, se manifiesta por dolor de tipo pericárdico y discreta cantidad de derrame. Excepcional el derrame pericárdico de gran cantidad ó taponamiento cardíaco.

III.- NODULOS MEYNET

La aparición de nodulos subcutáneos en las porciones extensoras de las articulaciones, no dolorosas y móviles, es un signo de fiebre reumática activa.

IV.- ERITEMA MARGINADO.

Esta constituido por manchas redondas confluentes de borde eritematoso y centro blanco, no pruriginosas que aparecen preferentemente en el tronco y tiene un comportamiento migratorio.

V.- ARTRITIS

El ataque articular de la fiebre reumática es muy característico cuando se constituye en verdadera artritis, con dolor, enrojecimiento, tumefacción e imposibilidad funcional ataca principalmente rodillas, tobillos, codos y articulaciones del carpo. el ataque articular es migratorio -saltónes de curso autolimitado y no deja secuela.

VI.- COREA DE SYDENHAM

Es la manifestación del ataque reumático al SNC clínicamente evidente por la aparición de movimientos incoordinados e involuntarios de las extremidades ó de los músculos de la cara, solo aparecen en el estado de vigilia, para desaparecer con el sueño, de duración variable llegando a persistir durante seis meses.

EXAMENES DE LABORATORIO

I.- Que demuestran actividad inflamatoria.

- a) Aceleración de la sedimentación globular
- b) Proteína C. reactiva Positiva

II.- Que demuestran un proceso infeccioso.

- a) Leucocitosis con Neutrofilia
- b) Discreta anemia normocítica normocromica

III.- Que demuestran una respuesta inmune.

- a) Elevación de las gamma globulinas
- b) Elevación de las inmunoglobulinas G y A

IV.- Que demuestran infección estreptocócica.

- a) Cultivo de exudado faringeo (búsqueda de estreptococo)
- b) Antiestreptolisinas O (elevación arriba de 333 U.I. Todd)

CRITERIOS DE JONES MODIFICADO PARA EL DIAGNOSTICO
DE LA FIEBRE REUMATICA.

SIGNOS MAYORES

- I.- Carditis
- II.- Artritis
- III.- Corea
- IV.- Nódulos de Meynet
- V.- Eritema Marginado

SIGNOS MENORES

- I.- Antecedente de brote reumático
- II.- Artralgias
- III.- Fiebre
- IV.- Bloqueo AV de primer grado (EKG)
- V.- Leucocitosis
 - Eritrosedimentación acelerada
 - Hipergamaglobulinemia

Cuando coinciden, un signo mayor con dos menores, es posible establecer el diagnóstico de fiebre reumática.

C A P I T U L O II

OBJETIVOS GENERALES DEL ESTUDIO

- I.- Investigar la frecuencia y mostrar, la forma de presentación de la Fiebre Reumática y la Cardiopatía Reumática en la CHZCMF No 1 en Morelia -- Mich. en el año 1982.

- II.- Investigar y mostrar el manejo, así como el estado actual de los pacientes con Fiebre Reumática y Cardiopatía Reumática en la misma unidad y en el mismo año.

C A P I T U L O III

JUSTIFICACION

Apesar de contar con amplia difusión de campañas masivas para la erradicación de la fiebre reumática, en nuestro medio seguimos observando que la fiebre reumática es la principal causa de cardiopatía y que cuando no se hace un diagnóstico oportuno puede llevar al paciente a la valvulopatía con o sin invalidez y en ocasiones hasta la muerte.

Careciendo de información del comportamiento de ésta enfermedad en la cd. de Morelia Mich. (CHZCM-F No 1 I.M.S.S.)

consideramos necesario conocer las características de la misma. Preguntándonos. ¿ donde se encuentra el problema ?

- es que fálta concientización a nivel de la población ?
- esperamos ver el cuadro florido de fiebre reumática como anteriormente se describía ?
- buscamos como Medicos, de alguna manera sistemática de acuerdo a los criterios de Jones Modificado, incluyendo clínicos y de laboratorio el cuadro de fiebre reumática ?

La Cardiopatía Reumática, sigue siendo la cardiopatía más frecuente en nuestro medio, con su consabida invalidez y/o mortalidad anual. Lo que puede ser modificado sustancialmente a través de la detección oportuna, erradicación y profilaxis institucional, a nivel familiar, de los cuadros infecciosos de las vías respiratorias superiores por estreptocóco B hemolítico del grupo A de Lancefield. La utilidad de éstos procedimientos se ha puesto de manifiesto a través de los diferentes estudios que se han efectuado después del efectuado por Halsey en 1921 (2), demostrando como en países desarrollados la frecuencia y gravedad de los mismos ha disminuido en forma considerable.

HIPOTESIS DE TRABAJO.- En nuestro medio prevalecerán las infecciones agudas de las vías respiratorias, entre ellas la Faringo-amigdalitis de repetición por el estreptocóco B hemolítico, que afectará a nuestros derecho-habientes hasta el desarrollo de la fiebre reumática y por ende el riesgo de la cardiopatía reumática.

FUENTES DE INFORMACION. -

Para la elaboración del presente trabajo fueron necesarios los siguientes departamentos y documentos

- 1.- Estadística y Codificación
- 2.- Archivo Clínico
- 3.- Archivo de Medicina Preventiva
- 4.- Forma 4-30-6
- 5.- Forma TRF-1 Familiar
- 6.- Forma TAC (para obtención del domicilio de los pa
cientes en estudio)
- 7.- Visita domiciliaria-Entrevista al núcleo familiar-
- 8.- Expediente Clínico
- 9.- Departamento de programación y presupuesto del go-
bierno del estado de Michoacán.

.
- ORGANIZACION DEL TRABAJO -

- A.- Elaboración y VoBo de la solicitud de protocolo de in-
vestigación.
- B.- Identificación de los casos de fiebre reumática y car-
diopatía reumática.
 - 4-30-6 de la consulta externa de mixtos-medicina fa-
miliar y especialidades.
 - Archivo de Medicina Preventiva.
 - Confrontación de No. de casos en el dpto. de estadís-
tica y codificación, con sus respectivas claves.
 - Archivo Clínico (TAC) identificación del caso, domi-
cilio particular para visita domiciliaria-entrevista
al núcleo familiar.
 - Elaboración de TRF-1
 - Captación de datos, proceso estadístico y elaboración
de gráficas.
- C.- Elaboración de la TESIS en borrador, revisión y VoBo -
por los medicos cardiólogos asesores, revisión y VoBo-
por los medicos titular y adjunto de la residencia de-
postgrado en medicina familiar.
- D.- Impresión del presente trabajo.

C A P I T U L O V

MATERIAL Y METODOS

MATERIAL:

a.- Universo de trabajo.

Previa revisión y confrontación de diagnósticos de fiebre reumática y cardiopatía reumática (valvulopatía mitral) en las formas 4-30-6 del servicio de consulta externa de cardiología, archivo de medicina preventiva y del servicio-departamento de sistematización estadística y codificación de la jefatura de los servicios medicos, mediante la respectiva clave de codificación de procedió al analisis y revisión de los 16 expedientes clínicos.

Siete con diagnóstico de fiebre reumática.

Nueve con diagnóstico de cardiopatía reumática.

Cumplíendose con los siguientes criterios;

CRITERIOS DE INCLUSION.

- Pacientes adscritos a la CHZCM-F No 1 Morelia Mich.
- De los 5 a los 20 años de edad en ambos sexos.
- Período comprendido del 1-I-1982 al 31-XII-1982.
- Independientemente de la fase de su padecimiento.
- Diagnósticos establecidos a nivel de; consulta externa de Cardiología, Pediatría, Medicina Familiar, Medicina Preventiva y/o en Hospital.

CRITERIOS DE EXCLUSION.

- Pacientes foraneos.
- Mayores de 20 años en ambos sexos.

b.- Tiempo.

Periodo comprendido del 1o. de Enero de 1982 al 31 de Diciembre del mismo año.

c.- Espacio.

Consulta Externa de Medicina Familiar, Cardiología, Pediatría, Medicina Preventiva y Hospital de la CHZCMF No 1 -- del I.M.S.S. en Morelia Mich.

d).- Recursos:

- 1.- Humanos; un residente II de Medicina Familiar dos Médicos Cardiólogos como asesores.
- 2.- Materiales; Formas 4-30-6
Forma TRF-1
Expediente Clínico
Hojas de Captación y Registro de -
datos.

MÉTODOS.

- a).- Captación de Datos; Se revisaron 7 expedientes clínicos en los que se había establecido el Diagnóstico de Fiebre Reumática y 9 con Cardiopatía Reumática.
- b).- Se elaboraron las formas TRF-1 de los casos diagnósticados con visitas domiciliarias posteriores a la elaboración de hoja específica de captación de datos con los criterios que a continuación se enumeran.

Para FIEBRE REUMÁTICA

Para CARDIOPATIA REUMÁTICA

Sexo

Sexo

Edad

Edad

No. de miembro en la fam. Faringoamigdalitis de repetición

Hacinamiento-promiscuidad Disnea Evolutiva, Palpitaciones -
Hipoalimentación Edema, Soplos.

Ant. Fams. Faringoamigda- Arritmia, Cardiomegalia
litis, de FR. Ritmo de Durozier

Ants. Personales de Parin Erradicación, Profilaxis Prima--
goamigdalitis de repeti-- ria.
ción.

(continua)

PARA FIEBRE REUMÁTICA

No. de Visitas a Médico
Familiar y otras especialidades.
Fiebre, Diaforesis.
Epistaxis, Palidez.
Astenia, Anorexia.
Pérdida de peso.
Disnea, Poliartritis.
Nódulos de Mynnet.
Eritema Marginado.
Pleuritis, Neumonitis.
Corea de Sydenham.
Carditis.
Exudado Faringeo.
Biometría Hemática.
Sedimentación Globular.
Antiestreptolisinas.
Proteína C reactiva.
Electrocardiograma.
Estudio Epidemiológico.
Hospitalización.
Erradicación, Prof. Primaria
y secundaria. (institucional)

PARA CARDIOPATÍA REUMÁTICA

Profilaxis Secundaria.
Tipo de lesión valvular.
Predominio de la lesión.
Tratamiento Quirúrgico.
Tipo de Cirugía
Cateterismo.
Estado Actual del Tratamiento.

ALGUNOS PENSAMIENTOS.

- El que inicia la carrera de medicina, obtiene en realidad una matricula de estudiante en un curso indefinido y vertiginoso- que solo términa cuando la vejez y el agotamiento hacen del - medico un trabajador inútil.
- Quien prefiera la explicación imaginada a la verdad austera, - quien hulla del análisis y quiera refugiarse en la síntesis, - quien guste más del ropaje con que se visten las ideas que el rigor científico que las nutre, NO tiene aptitudes para médico. El médico mientras más sabio, más culto.
- Humanismo quiere decir cultura, comprensión del hombre en sus aspiraciones, valoración de lo que es bueno, lo que es bello - y lo que es justo en la vida.
- El médico no es un mecánico que deba arreglar un organismo en fermo como se arregla una máquina descompuesta. Es un hombre - que se asoma sobre otro hombre en un afán de ayuda, ofrecien - do un poco de ciencia y un mucho de comprensión y simpatía.
- Si la moral individual es la condición primera, el médico rec - to y bueno exige al hombre bueno y recto.
- Si han de ser médicos, que no pierdan nunca su caracter escen - cial de clínicos. Clínica fué la medicina al nacer y clínica - será siempre por profunda que sea su transformación científica, de otro modo no sería medicina.
- Ningún aparato, por maravilloso que parezca vale lo que la - idea que lo engendró.
- El médico ayuda por lo que sabe no por lo que ignora.
- La medicina como conocimiento científico ha exigido siempre - del médico un fino espíritu de observación y un recto juicio - en la interpretación de datos. El razonamiento lógico ha sido su mejor apoyo para elaborar un diagnóstico. Para ello el cul - tivo de la inteligencia es la clave y el cerebro su mejor ins - trumento.
- Las máquinas podrán hacer muchas cosas, pero nunca comprender el sufrimiento del enfermo ni menos segar su angustia.
- El médico se encuentra a un juez implacable, su conciencia.
- A hipócrates la posteridad lo llamó "divino" porque humanizó - el arte médico, nosotros somos sus seguidores. Por ser fieles a su enseñanza y a su ejemplo NO aspiramos a ser llamados "di - vinos" aspiramos como recompensa, a merecer el nombre de "me - dicos"

C A P I T U L O VI

RESULTADOS.

En el departamento de Codificación y Estadística de la CHZCMF No. 1 de Morelia Mich I.M.S.S. y según el total de las 25 principales causas de consulta, en la consulta externa de Medicina Familiar, se registra como MAS FRECUENTE las Infecciones Respiratorias Agudas Claves 460-466 con un total de 41.095 casos cumpliendose con la CLASIFICACION INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES, REVISION 1975-79 DEL I.M.S.S. DE LA SUBDIRECCION GENERAL MEDICA Y LA JEFATURA DE LOS SERVICIOS DE MEDICINA PREVENTIVA.

Descripción de los hallazgos:

Clave	Padecimiento	No. de Casos
460-466	Infecc. Respiratorias Agudas.....(I.R.A.)	41,095
008-009	Infecciones Intestinales.....	11,039
120-129	Helminthiasis.....	6,800
006	Amibiasis.....	4,761
401	Hipertensión Arterial Sistémica.....	4,551
	etc, etc,.	

INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

- 460 Rinofaringitis Aguda ("esfriado Común)
- 461 Sinusitis Aguda
- 462 Faringitis Aguda
- 463 Amigdalitis Aguda
- 464 Laringitis y Traqueitis Aguda
- 465 Infecciones Agudas de las vias respiratorias superiores - de localización múltiple ó no específica
- 466 Bronquitis y Bronquiolitis Aguda

Por la clasificación anterior se realizó depuración de las entidades potencialmente de riesgo, puerta de entrada de la Fiebre Reumática por el Streptococo B Hemolítico, es decir solamente las claves 462,463,465 y agregamos la 034.0 que corresponde a la Angina Streptocócica, obteniendo las siguientes cifras.

Clave	Medicina Familiar		Especialidades		Totales
	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	
462	2883	3465	34	43	6,425
463	2396	2629	54	77	5,156
465	3232	3385	50	57	6,724
034.0	50	57	--	--	107
					18,412

18,412, fueron los casos potencialmente de riesgo a presentar fiebre reumática.

La Población Usuaría con adscripción al IMSS en Morelia Mich, para el año 1982 fué de 111,344 derecho-habientes.

siete casos de FR. para 111,344 D-H = 0.0062 %

La Población de Morelia Mich. para 1982 será de 359,800 Hbs. - calculada así; 1970 = 199,000 habitantes (censo)

1980 = 333,000 " "

$333,000 - 199,000 = 134,000 \div 10 \text{ años} = 13,400 \times 2 \text{ años} = \text{a...}$

$26,800 + 333,000 = \underline{359,800 \text{ habitantes para 1982.}}$

siete casos de FR para 359.800 = 0.0019 %

PARA OBTENER LAS TASAS POR 1,000 y 10,000 se procedió:

$7 \times 1,000 = 7,000 \div 111,344 \text{ IMSS} \dots \dots = 0.063 \times 1,000 \text{ D-H}$

$7 \times 1,000 = 7,000 \div 359,800 \text{ MORELIA} \dots \dots = 0.019 \times 1,000 \text{ Habs}$

y por 10.000.....

$7 \times 10,000 = 70,000 \div 111,344 \text{ IMSS} \dots \dots = 0.62 \times 10,000 \text{ D-H}$

$7 \times 10,000 = 70,000 \div 359,800 \text{ MORELIA} \dots \dots = 0.19 \times 10,000 \text{ Habs}$

SIN EMBARGO INFORMACION PROPORCIONADA POR EL DEPARTAMENTO DE- PROGRAMACION Y PRESUPUESTO DEL ESTADO DE MICHOACAN, REPORTA - PARA 1982, 259,544 habitantes, por lo que...

$7 \times 100 \div 259,544 \dots \dots \dots = 0.003 \%$

$7 \times 1,000 \div 259,544 \dots \dots \dots = 0.027 \times 1,000 \text{ Hbs}$

$7 \times 10,000 \div 259,544 \dots \dots \dots = 0.27 \times 10,000 \text{ Hbs}$

MISMA CIFRA y PROCEDIMIENTO, PERO EN POBLACION DE RIESGO SERIA.

$7 \times 100 = 700 \div 18,412 \dots \dots \dots = 0.038 \%$

$7 \times 1,000 = 7,000 \div 18,412 \dots \dots \dots = 0.38 \times 1,000$

$7 \times 10,000 = 70,000 \div 18,412 \dots \dots \dots = 3.80 \times 10,000$

C A P I T U L O VI

RESULTADOS.

I.- PIEBRE REUMATICA.

En la revisión realizada a los siete expedientes de éste padecimiento se encontró:

- Predominio en el sexo masculino al 2.5 x 1, se reportarán cinco casos = 71.43%. Por dos del sexo femenino = 28.57% - (Gráfica 1)
- Con edad menor de presentación a los 7 años y una mayor a los 16, siendo la edad promedio 12.4 (Gráfica 2)
- Número de miembro en el núcleo familiar: No. de miembro menor = al quinto del núcleo y mayor = al primero, con un promedio correspondiente al segundo miembro. (Gráfica 3)
- Convivencia Familiar: hacinamiento en el 85.71%, promiscuidad 57.14% y con hipoalimentación el 57.14%. (Gráfica 4)
- Antecedentes Familiares de importancia:
 - A. de Faringoamigdalitis..... 71.42% (5 casos)
 - A. de Fiebre Reumática..... 14.28% (1 caso)(Gráfica 5)
- Antecedentes Personales de Faringoamigdalitis de Repetición en el 100% (Gráfica 5)
- En la frecuencia con que fueron atendidos a nivel de consulta externa de Medicina Familiar, con número menor de consultas en 1982 de 4 y mayor de 20, un promedio de 10.4. Ahora, a nivel de otras especialidades fué en Cardiología donde se otorgaron el mayor número de atenciones (consultas) así como promedio mayor (2,2) en comparación a Pediatría (2.1) y Medicina Preventiva (1.7) (Gráfica 6)
- En cuanto a atención por Hospitalización, encontramos, que fueron internados en la CHECH No 1 en Morelia Mich., tres de ellos = 42.85% (Gráfica 18)
- Manifestaciones Extraviscerales:

La asociación más frecuente de síntomas y signos, en un 100% Anorexia, Astenia, Fiebre, Palidez y Pérdida de Peso. En orden de presentación: Disnea y Poliartritis en 5 casos correspondiendo al 71.42%

Diaforosis en 4 casos, que corresponde al 57.14% .

Nodulos de Maynet en dos casos = 28.57%.

Epistaxis de Repetición en un solo caso = 14.28%

y en ningun caso se reportó Eritema Marginado. (Gráfica 7 y 8)

- Manifestaciones Viscerales:

Pleuritis-Neumonitis en 1 caso 14.28%
Corea de Sydenham??? convulsiones inespecificas, 2 = 28.57%

Carditis: Cardiomegalia 100%, Taquicardia en tres casos = a 42.85% y Soplo en 5 casos 71.42%. (Gráfica 9)

- Exudado Faringeo; Resultado que se encontró anexo al expe-

diente; Naeisseriae Pharyngitis..... 2 casos 28.57%

Staphylococcus Epidermis..... 1 caso 14.28%

" Aureus..... 1 caso 14.28%

Streptococo Pyogenes..... 1 caso 14.28%

Haemophyllus..... 1 caso 14.28%

No practicado 1 caso 14.28%

(Gráfica 10)

- Hemoglobinas: Considerando las cifras normales según el sexo, solamente un paciente se encontró dentro de ellas, es decir el 14.28% y seis casos con cifras bajas = 85.71%

(Gráfica 11)

- Leucocitos; Seis casos presentaron elevación, leucocitosis, y al restante se le detectaron cifras límites mayores. (ver Gráfica 12)

- Sedimentación Globular; Vuelve a repetirse cifras maximas de positividad en 6 casos 85.71% con Sedimentación Globular Acelerada (Gráfica 13)

- AntiestreptoIisinas; 100% con titulación elevada (G. 14)

- Proteina C. Reactiva; Positiva +, en 4 casos 57.14% y Negativa en tres = 42.85%.

- El trazo de Electrocardiograma, fué tomado en cinco pacientes (71.42%) encontrandose Normal en tres de ellos (60%) y con alteraciones del tipo de la arritmia sinusal ó ritmo bajo en 2 casos (40%) (Gráfica 16) (auricular)

- Congestión Pulmonar: Presente en 4 casos....57.14%
Ausente en 3 casos....42.85% (Gráfica 17)
- Atraves de la revisión de éste padecimiento en el servicio de Medicina Preventiva, se encontraron estudios epidemiológicos realizados en un 57.14% (4 casos) (Gráfica 18)
- Siguiendo el curso de las Infecciones Respiratorias Agudas del tipo de las Faringoamigdalitis a nivel de Medicina Familiar, solamente en dos casos se llevó a cabo Erradicación y Profilaxis Primaria Institucional y que corresponde al 28.57% y en seis casos (85.71%) en los que actualmente se les encuentra en Profilaxis Secundaria.

II.- CARDIOPATIA REUMÁTICA.

En la revisión realizada a los nueve expedientes de éste padecimiento se encontró.

- Cuatro de los nueve casos (44.44%) fueron también estudiados en la Fiebre Reumática.
- La Cardiopatía Reumática predominó en el sexo masculino al 1.25 x 1. (Gráfica 1 CR)
- Con presentación de edad menor a los 7 años y mayor a la edad de 15, con edad promedio de los 12 años(Gráfica 2 CR)
- La asociación más frecuente en el 100% fue Soplo con Cardiomegalia. En la gran mayoría de los casos 8(88.88%) con Antecedentes de Faringoamigdalitis de Repetición y la presencia de Disnea Evolutiva. En menor frecuencia Edema Articular en 4 casos (44.44%). Con paralelismo de presentación se observaron 3 casos (33.33) con Arritmia y Ritmo de Durozier. Y tan solo en dos casos (22.22%) la presencia de Palpitaciones (Gráficas 3 y 4)
- En cuanto al Tratamiento Medicamentoso: Se encontró que solamente 2 casos(22.22%) gozaron de la Erradicación Institucional del Streptococo B Hemolítico del Grupo A. Ningun paciente fue sometido a Profilaxis Primaria y el 100% se encuentra actualmente bajo Profilaxis Secundaria(Gráfica 5CR)
- La Lesión Valvular Mitral (mótiuo del presente estudio) reportó en solo un caso Lesión Valvular del tipo de la Estenosis Mitral Pura(11.11%), el resto(88.88%) con Insuficiencia Mitral de los cuales el 37.5% (3 casos) presentan la Doble Lesión Mitral. (Gráfica 6 CR)

- Ningún paciente fué sometido a intervención quirúrgica-
- A ningún paciente le fué practicado estudio de catete--
rismo, por no reunir las condiciones para ser sometido-
al mismo.
- En las consideraciones finales de las complicaciones de
los pacientes con cardiopatía reumática se pudo obser--
var, ausencia de invalidez y mortalidad nula. Merced al
corto tiempo de desarrollo de dicha cardiopatía y gra--
cias a la vigilancia estrecha y tratamiento institucio--
nal hasta la actualidad de Penicilinoterapia como Profi-
laxis Secundaria, en el 100% de ellos.

C A P I T U L O VII

DISCUSION

Ha quedado de manifiesto que la Fiebre Reumática es un padecimiento que afecta al tejido conectivo, principalmente de articulaciones y corazón. En el presente trabajo se puede observar que en un 71.42% de los casos(5) presentaron poliartritis (Gráfica 8). El 100% de los pacientes estudiados sufre compromiso cardíaco lo que se puede verificar en la -- Gráfica 9, todos cursan con Cardiomegalia, el 71.42% con Soplos y 42.85% con Taquicardia, aunado a las cifras anteriores bien se puede agregar la presencia de Disnea en el 71.42 por ciento, que traduce insuficiencia cardíaca .

La Fiebre Reumática se produce en personas susceptibles tras una infección por estreptocóccoco B hemolítico , generalmente situada en boca y faringe, casi siempre en las amígdalas. Lo cual queda comprobado al encontrar en porcentajes -- por arriba del 50, que todos presentan conjunta ó alternadamente uno ó varios parametros de susceptibilidad, a saber: - hacinamiento(85.71%), promiscuidad(57.14%) e hipocalimentación(57.14%) (Gráfica 4) y otros más como: Antecedentes -- Personales de Faringoamigdalitis de Repetición en el 100% y con un 71.42% Antecedentes Familiares de Faringoamigdalitis. (Gráfica 5)

La Fiebre Reumática es una enfermedad cuya frecuencia - en México, es responsabilidad de una tercera parte de las -- cardiopatías, en nuestro medio CHZOME Nol Morelia Mich. con Clave 390-392 se codifica a la Fiebre Reumática que para el año que nos ocupa (1982) se registrarón 7 casos.

Y con Clave 394 a la Cardiopatía Reumática con compromiso válvular mitral., se registraron mismo año 37 casos (por primera vez consulta año) que en estudio según criterios de inclusión (Capitulo V - Pag.1²) fueron solamente 9 casos- y en analisis de relación Fiebre Reumática-Cardiopatía Reumática (pag.) se deduce que 4 que padecieron Fiebre Reumática llegaron durante el mismo año a la Cardiopatía. (44.44 por ciento) y sin criterios de inclusión correspondería al 10.81% relación fiebre reumática-cardiopatía reumática.

Por la Historia Natural de esta enfermedad se pone en comprobación, la intervención de tres factores:

- 1) la infección estreptocócica
- 2) la susceptibilidad individual
- 3) las deficientes condiciones de vida

Según apuntan datos oficiales consignados en el Plan Nacional de Salud, se registraron en México 90,000 casos de -- fiebre reumática, lo que da una tasa de prevalencia de 1.7 x 1,000 habitantes. En 1982 Población Usuaría IMSS Morelia era de 111,344 DH. = tasa de 0.063% por 1.000 DH. y según censo - Morelia 1982 = 359,800 hbs. = tasa de 0.019 por 1000 habitantes.

Como puede verse en el analisis de los estudios de laboratorio, no hay ningún examen que por sí mismo sea patognómico de fiebre reumática.

Por último en los niños la fiebre reumática se presenta con las manifestaciones floridas de la enfermedad, por lo -- que con facilidad puede establecerse el diagnóstico mediante los criterios de Jones. (Pag. 8)

CONCLUSIONES

- 1.- Las infecciones agudas de las vias respiratorias, es un padecimiento, que ocupa el primer lugar motivo de consulta a nivel de Medicina Familiar en la CHZCMF Nol del IMSS en la cd. de Morelia Mich.
- 2.- Es la faringoamigdalitis de repetición, la puerta de entrada obligada, para el advenimiento de la fiebre reumática.
- 3.- La fiebre reumática, en nuestro medio, es una patología - cuya frecuencia se encuentra por debajo de los indicadores nacionales.
- 4.- Es en nuestro medio, la fiebre reumática y la cardiopatía reumática, padecimientos más frecuentes en el sexo masculino, lo que para el advenimiento, en plan práctico, de su real trascendencia, es un parametro de importancia mínima.
- 5.- El diagnóstico de fiebre reumática se estableció hasta -- que el paciente llegó a mostrar un cuadro florido, por lo tanto la profilaxis se inició más tardíamente y hubo más morbilidad en el grupo, ya que de siete pacientes con FR, tres de ellos se diagnosticaron a nivel de hospital con cuadros caracterizados por: Neumonía, Insuficiencia Cardíaca Derecha, Glomerulonefritis, Poliartritis y Taquicardia Paroxística (Gráfica 18)
- 6.- Es importante concientizar al medico familiar para que en los pacientes con faringoamigdalitis de repetición se les practiquen los estudios de laboratorio elementales y en forma...

intencionada en cada visita se investigan otros criterios que puedan coadyuvar a detectar oportunamente la fiebre -- reumática y por ende a prevenir la morbi-mortalidad, mejorar la calidad de vida del sujeto, disminuyendo los costos a la institución en; consultas, medicamentos y en un futuro quizá prótesis.

7.- Deberá ponerse especial atención no solo en el paciente -- como individuo, sino de todo el núcleo familiar, para establecer los factores de riesgo ambientales en forma temprana, para poder por ende, en forma oportuna generar -- acciones preventivas, para tal efecto tiene el médico familiar todos los recursos necesarios.

8.- La cardiopatía reumática aún constituye uno de los problemas más frecuentes en cardiología y también de los más serios, se pone de manifiesto que los pacientes con FR, sin profilaxis, desarrollarán lesión valvular, aún cuando no se encuentran incapacitados físicamente ni habido mortalidad en éste grupo, sabemos que es un padecimiento crónico y progresivo y que de la profilaxis dependerá en gran parte la evolución de su valvulopatía.

9.- Es prioritario, la orientación y convencimiento, por parte del médico familiar, para llevar a cabo la erradicación específica del padecimiento que nos ocupa, complementando el programa con seguimiento de consultas periódicas.

10.- Se cumplió, con las estadísticas nacionales en cuanto a -- la predisposición por parte de núcleos familiares de estrato socio-económico bajo, lo que a nuestro nivel, representa una problemática de un alto grado de dificultad de penetración, para su cambio.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS .

- 1.- Espino Vela J, Introducción a la Cardiología -
Mendez Oteo-librería de Medicina, México D.F.-
348-380, 1975.
- 2.- Braunwald Eugene M.D. Heart Disease a Textbook
of Cardiovascular Medicine. W.B. Saunders Com-
pany. 1724-1747. 1980.
- 3.- Escudero de la Peña Jorge. Jefe del servicio -
de cardiología del hospital de enfermedades --
del torax de centro medico nacional del I.M.S.
S. y profesor titular de clínica de cardiovas-
cular de la U.N.A.M. y del I.P.N. - Facultad -
de medicina unidad I y ciclos IX-X 2a edición-
enero 1981. 252-278.
- 4.- Escudero J. Nava, R.G., Higashide, A, Bernal J.
y Arroniz I. Valvulopatías Reumáticas Rev. Med.
IMSS 13, 3, 228 Jul-Sep 1974.
- 5.- Sollerman C.H. La relatividad del poder reumá-
tico de varias copas de estreptocóco del grupo
A. Conc. Mod. Enferm-Cardiovasc. XLIV, 7, 41, -
Jul. 1975.
- 6.- Widdowson J.P.; Maxted, W.R., Notley, C.M. Pi-
nney A.M. Antibody Responses in man to infection
with different serotypes of group A streptococi
J. Med. Microbiol. 7, 483, . 1974.
- 7.- Aranda S, y Amezcua F.D. fiebre reumática, pu-
blicación del hospital de enfermedades del to-
rax del centro medico nacional, 3, 1975.

- 8.- Chávez-Rivera, I., *Cardioneumología fisiopatológica y clínica* 819, 1973.
- 9.- Jones, T.D., Some practical considerations of the -
rheumatic fever problem.
- 10.- Atwater, R., *Am. J. Hyg.* 7, 343, 1927.
- 11.- Friedberg, CH. K., *Enfermedades del corazón*, Editorial interamericana, 3a edición 1969, p.1227.
- 12.- Escudero J., *Guías diagnóstico-terapéuticas IMSS* -
vol. 1, 53, 1974.
- 13.- Guadalajara José Fernando., *Cardiología*, Francisco Mendez Cervantes. Editor. M.C. México 485-407. en-
1981.
- 14.- Kaplan, E.L. *Epidemiology and pathogenesis of acute
rheumatic fever. Recent concepts. Minn. Med.* 58, --
592. 1975

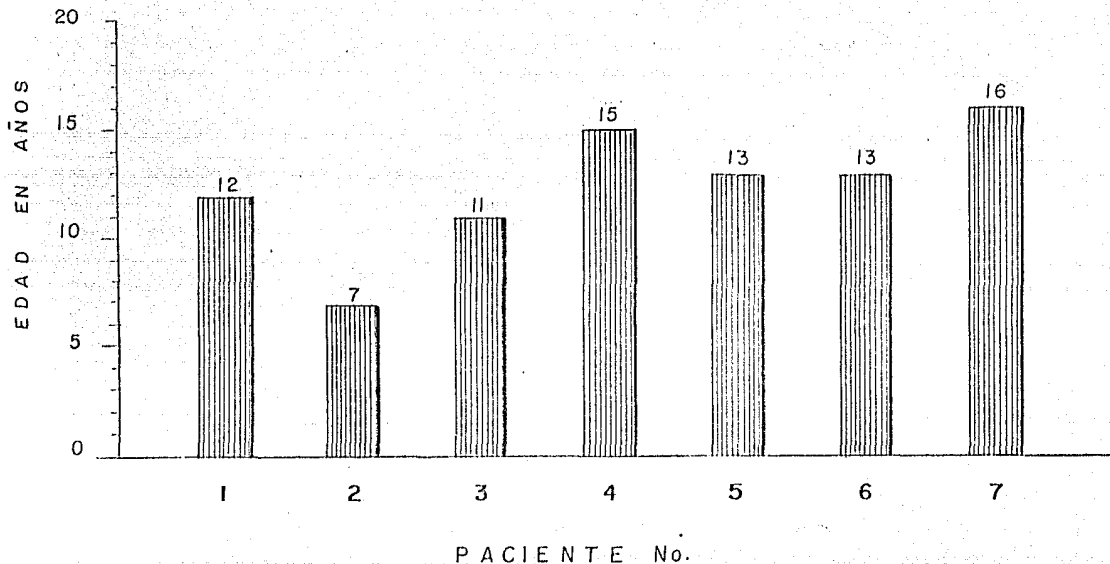
1

NUMERO DE CASOS DE FIEBRE REUMATICA DE
LA POBLACION ADSCRITA AL H.G.Z. M. F. No1
DE MORELIA, MICH. EN 1982

SEXO	Paciente 1	2	3	4	5	6	7
FEMENINO							
MASCULINO							

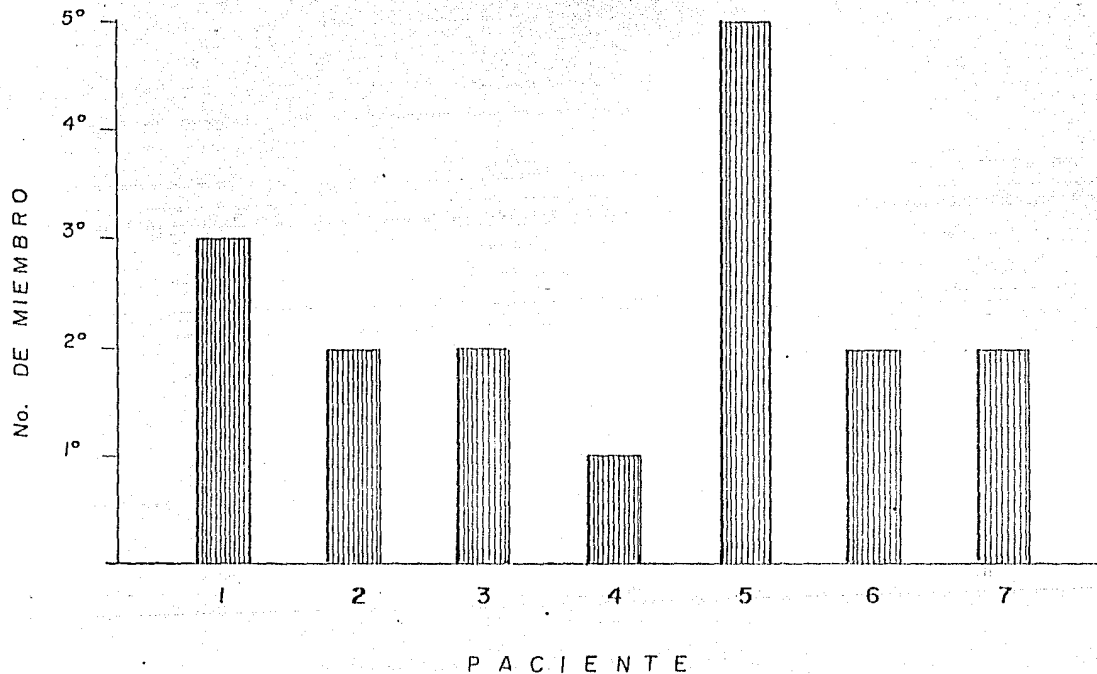
FUENTE : 4-30-6 / 1982 .

EDAD DE LOS CASOS DE FIEBRE REUMÁTICA EN 1982



FUENTE : 4-30¹-67/1982
Expediente Clínico

NUMERO DE MIEMBRO EN LA FAMILIA EN LOS CASOS
DE FIEBRE REUMATICA EN 1982.



FUENTE: Expediente Clínico y TRF-1

HACINAMIENTO, PROMISCUIDAD E HIPOALIMENTACION EN LOS CASOS
DE FIEBRE REUMATICA EN 1982

PACIENTE	HACINAMIENTO	PROMISCUIDAD	HIPO ALIMENTACION
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			



FUENTE : TRF- I Expediente Clínico (Historia Clínica)

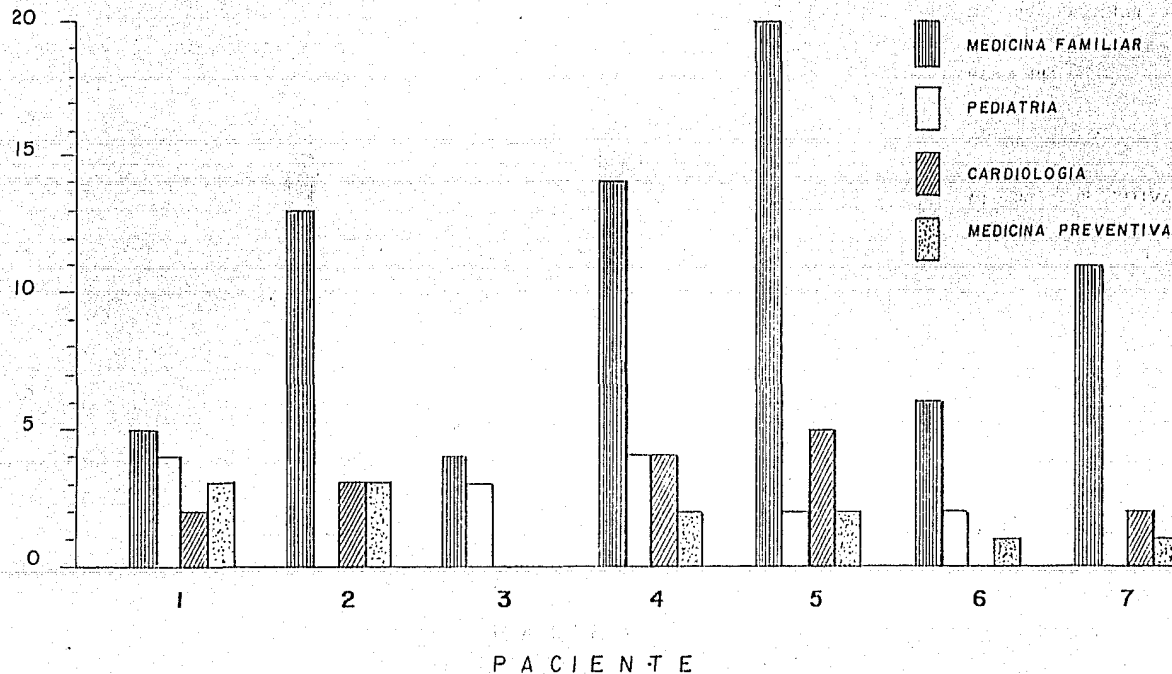
ANTECEDENTES FAMILIARES Y PERSONALES EN LOS CASOS DE
FIEBRE REUMATICA

PACIENTE	ANTECEDENTES FAMILIARES DE FARINGOAMIGDALITIS	ANTECEDENTES FAMILIARES DE FIEBRE REUMATICA	ANTECEDENTES PERSONALES FARINGOAMIGDALITIS DE REPETICION
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			



FUENTE: Expediente Clínico (Historia Clínica)
Entrevista por visita domiciliaria.

NUMERO DE VISITAS A MEDICO FAMILIAR Y OTRAS ESPECIALIDADES EN LOS CASOS DE FIEBRE REUMATICA

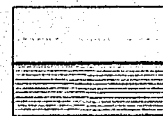


FUENTE : Expediente Clinico.

MANIFESTACIONES EXTRAVISCERALES EN LOS CASOS DE
FIEBRE REUMATICA

PACIENTE NUMERO	FIEBRE	DIAFORESIS	EPISTAXIS	PALIDEZ	ASTEMA	ANOREXIA
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						

FUENTE : Expediente Clinico



= POSITIVO

= NEGATIVO

OTRAS MANIFESTACIONES EXTRAVISCERALES

PACIENTE NUMERO	PERDIDA DE PESO	DISNEA	POLI ARTRITIS	MODULOS DE MEYNER	ERITEMA MARGINADO
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					



= POSITIVO



= NEGATIVO

FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO

MANIFESTACIONES VISCERALES EN LOS CASOS DE FIEBRE REUMATICA

PACIENTE NUMERO	PLEURITIS NEUMONITIS	COREA DE SIDENHAM	CARDITIS
1 PATRICIA	NEUMONIA (GLOMERULO NEFRITIS)		CARDIOMEGALIA I II TAQUICARDIA
2 EDGAR		CONVULSIONES INESPECIFICAS	CARDIOMEGALIA II SOPL0
3 ROGELIO			CARDIOMEGALIA II SOPL0
4 PEDRO			CARDIOMEGALIA I SOPL0
5 ROMAN			CARDIOMEGALIA I SOPL0
6 MANUEL		CONVULSIONES INESPECIFICAS	CARDIOMEGALIA I TAQUICARDIA SOPL0
7 LORENA			CARDIOMEGALIA I TAQUICARDIA

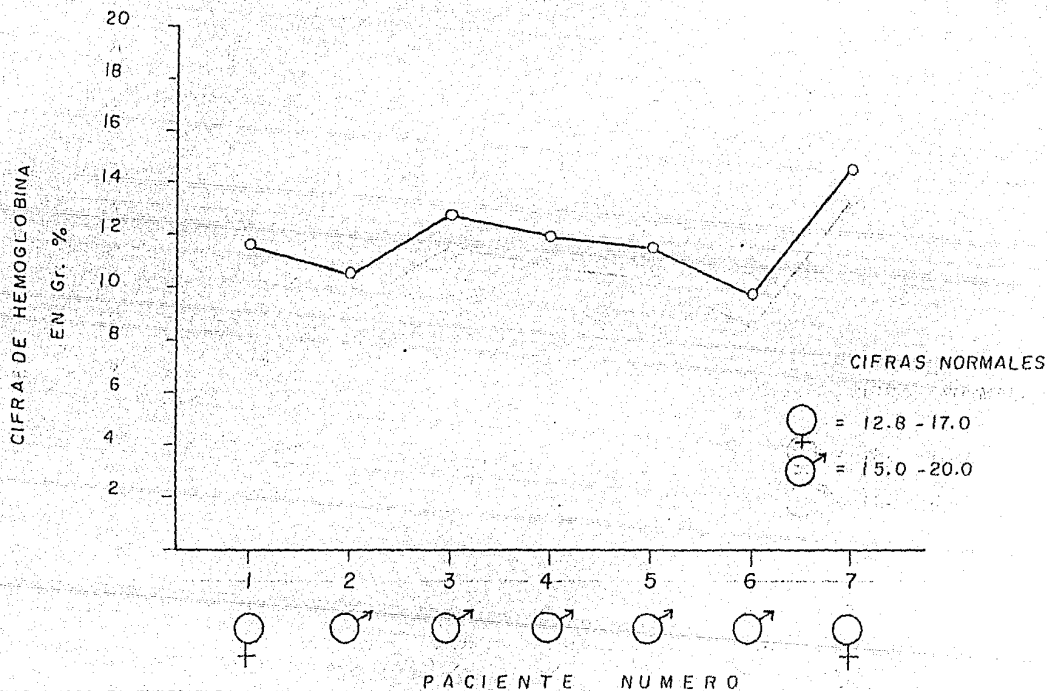
FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO

RESULTADO DEL CULTIVO DE EXUDADO FARINGEO PRACTICADO
EN PACIENTES CON FARINGO AMIGDALITIS Y PROBABLE FIEBRE REUMATICA.

PACIENTE NUMERO	GERMEN AISLADO
1 PATRICIA	NO PRACTICADO
2 EDGAR RODOLFO	NAEISSERIAE PHARYNGITIS
3 ROGELIO	STAPHYLOCCOCUS EPIDERMIS
4 PEDRO	STREPTOCOCCO PYOGENE
5 ROMAN	STAPHYLOCCOCUS AUREUS
6 MANUEL	NAEISSERIAE PHARYNGITIS
7 LORENA BERTHA	HAEMOPHYLLUS

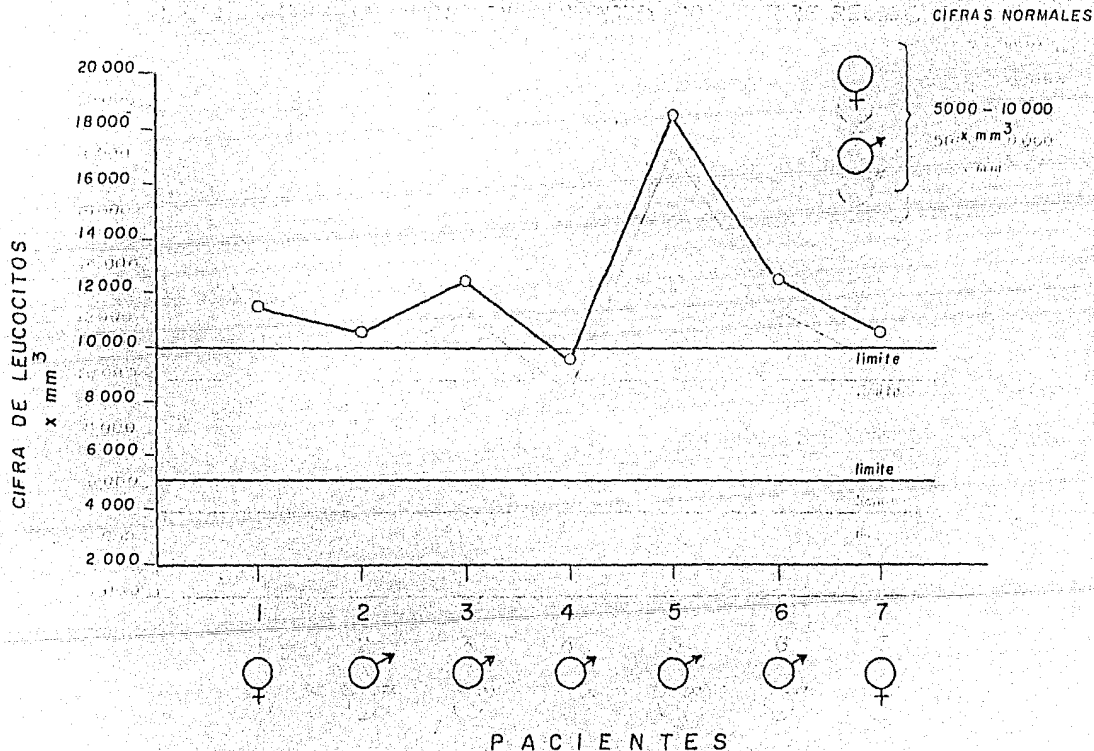
FUENTE : PARACLINICOS EN EXPEDIENTE CLINICO

CIFRAS DE HEMOGLOBINA EN PACIENTES CON FIEBRE REUMATICA



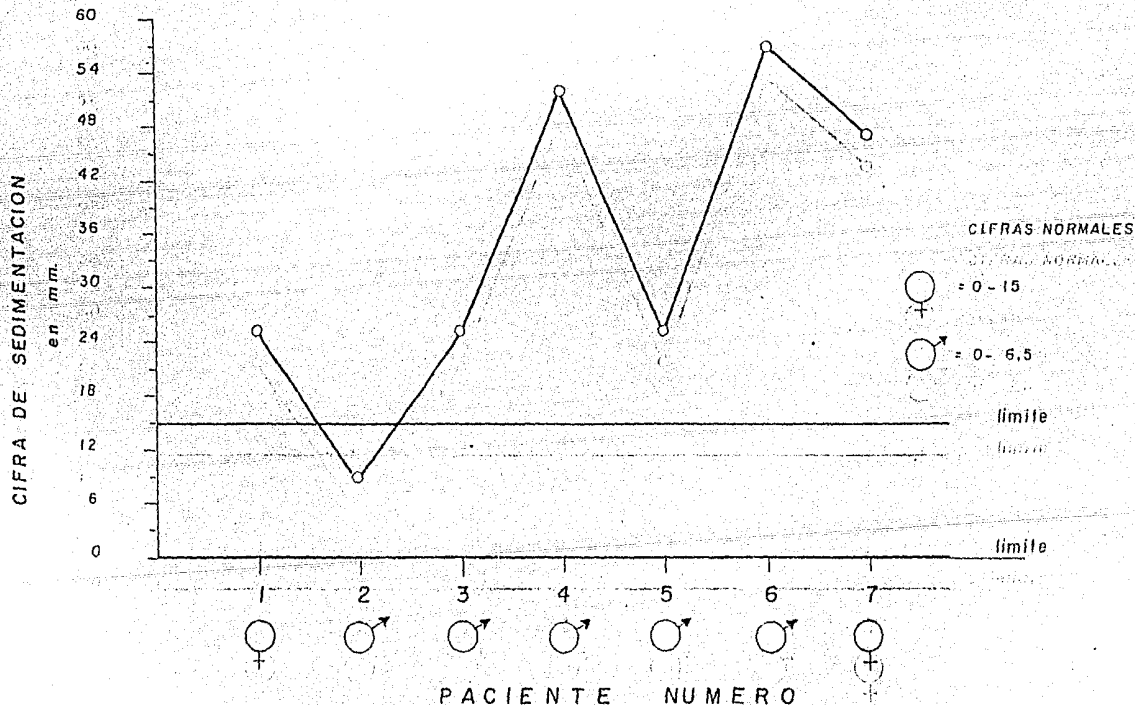
FUENTE : PARACLINICOS EN EXPEDIENTE CLINICO.

CIFRAS DE LEUCOCITOS EN PACIENTES CON FIEBRE REUMATICA



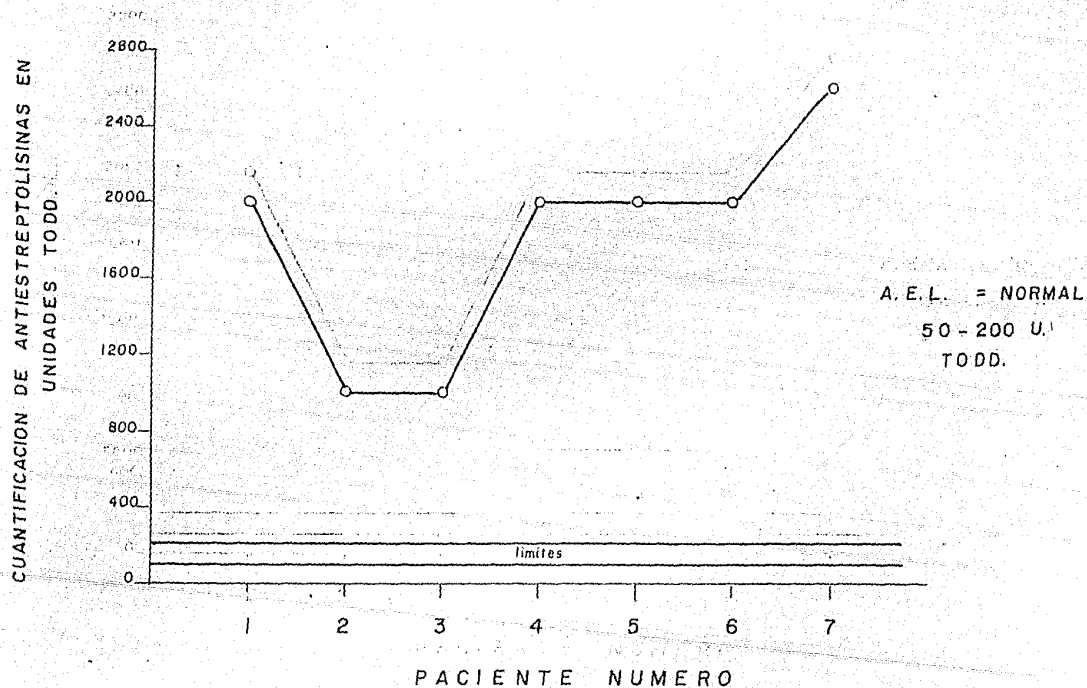
FUENTE : PARACLINICOS EN EXPEDIENTE CLINICO

CIFRAS DE SEDIMENTACION GLOBULAR ENCONTRADA EN LOS
 PACIENTES CON FIEBRE REUMATICA



FUENTE : PARACLINICO EN EXPEDIENTE CLINICO

CIFRAS DE ANTIESTREPTOLISINAS REGISTRADAS EN LOS PACIENTES CON FIEBRE REUMATICA



FUENTE: PARACLINICOS EN EXPEDIENTE CLINICO

FUENTE: PARACLINICOS EN EXPEDIENTE CLINICO

ESTADÍSTICO DE PROTEÍNA C REACTIVA EN LOS PACIENTES CON
RESULTADO DE PROTEÍNA C REACTIVA EN LOS PACIENTES CON
FIEBRE REUMÁTICA

PACIENTE	PROTEÍNA C REACTIVA
1 PATRICIA	NEGATIVA
2 EDGAR ADOLFO	NEGATIVA
3 ROGELIO	NEGATIVA
4 PEDRO	NEGATIVA
5 ROMAN	POSITIVA
6 MANUEL	POSITIVA
7 LORENA BERTHA	POSITIVA

FUENTE: PARACLINICOS EN EXPEDIENTE CLINICO

TRAZO ELECTROCARDIOGRAFICO ENCONTRADO EN LOS PACIENTES
CON FIEBRE REUMATICA

PACIENTE	TRAZO ELECTROCARDIOGRAFICO.
1 PATRICIA	NORMAL
2 EDGAR ADOLFO	ARRITMIA SINUSAL
3 ROGELIO	NO TOMADO
4 PEDRO	NORMAL
5 ROMAN	RITMO AURICULAR BAJO
6 MANUEL	NO TOMADO
7 LORENA BERTHA	NORMAL

FUENTE: EKG: ANEXO A EXPEDIENTE CLINICO

FUENTE: EKG: ANEXO A EXPEDIENTE CLINICO

CONGESTION PULMONAR
CONGESTION PULMONAR

PACIENTE	CONGESTION PULMONAR
1 PATRICIA	POSITIVA
2 EDGAR ADOLFO	POSITIVA
3 ROGELIO	NEGATIVA
4 PEDRO	NEGATIVA
5 ROMAN	POSITIVA
6 MANUEL	POSITIVA
7 LORENA BERTHA	NEGATIVA

FUENTE: COMENTARIO RADIOLOGICO ANEXO

AL EXPEDIENTE CLINICO.

AL EXPEDIENTE CLINICO.

PRACTICA DE ESTUDIOS EPIDEMIOLOGICOS Y CAUSAS DE HOSPITALIZACION EN LOS CASOS DE FIEBRE REUMATICA.

PACIENTE	ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO	HOSPITALIZACION
PATRICIA	REALIZADO	NEUMONIA INS. CAR. DER Y GLOMERULONEFRITIS
EDGAR ADOLFO	REALIZADO	NO HOSPITALIZACION
ROGELIO	NO REALIZADO	NO HOSPITALIZACION
PEDRO	NO REALIZADO	NO HOSPITALIZACION
ROMAN	NO REALIZADO	POLIARTRITIS
MANUEL	REALIZADO	NO HOSPITALIZACION
LORENA BERTHA	REALIZADO	TAQUICARDIA PAROXISTICA

FUENTE: REVISION DE EXPEDIENTE CLINICO
 ARCHIVO DE MEDICINA PREVENTIVA

MANEJO POR PARTE DEL MEDICO FAMILIAR, A PACIENTES CON CUADROS DE
FARINGOAMIGDALITIS DE REPETICION, HASTA LA PRODUCCION DE LA FIEBRE
REUMATICA

	PATRICIA	EDGAR ADOLFO	ROGELIO	PEDRO	ROMAN	MANUEL	LORENA BERTHA
ERRADICACION INSTITUCIONAL							
PROFILAXIS PRIMARIA							
PROFILAXIS SECUNDARIA							



SI LLEVADA
A CABO



NO LLEVADA
A CABO

FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO

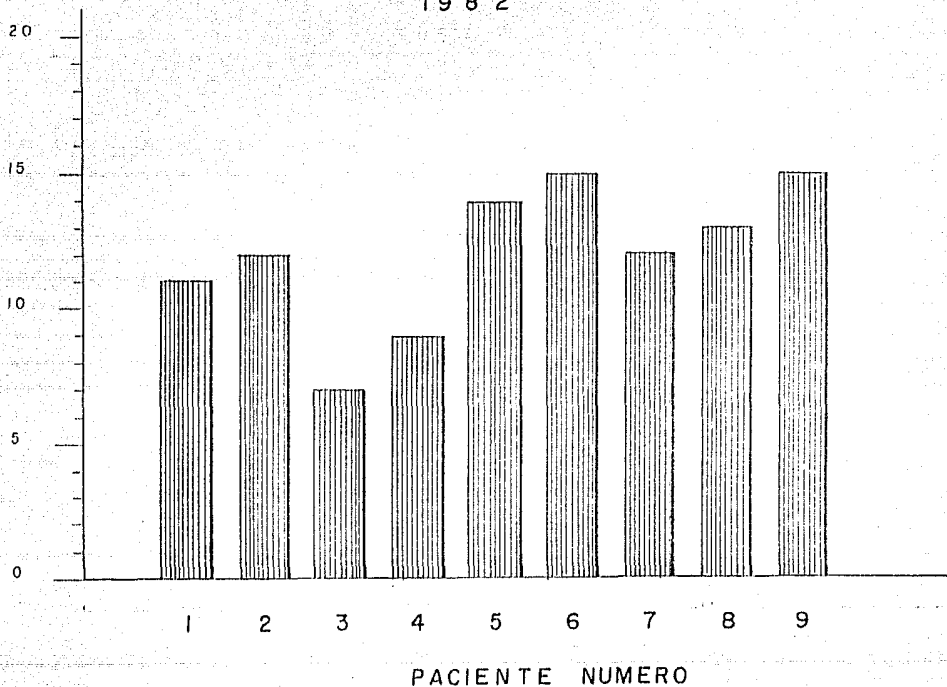
NUMERO DE CASOS DE CARDIOPATIA REUMATICA DE LA POBLACION
ADSCRITA AL H.G.Z. M.F. No. 1 DE MORELIA, MICH. EN 1982:

SEXO	paciente								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
FEMENINO		██████████		██████████	██████████				██████████
MASCULINO	██████████		██████████			██████████	██████████	██████████	

FUENTE : 4-30-6 1982

EDAD. DE LOS CASOS
DE LOS CASOS
CARDIOPATIA REUMATICA

1982



FUENTE: 4-30-6 EXPEDIENTE CLINICO

ALGUNOS DATOS, SINTOMAS O SIGNOS ENCONTRADOS EN LOS PACIENTES CON CARDIOPATIA REUMATICA.

PACIENTE	FARINGO AMIGDALITIS DE REPETICION	DISNEA EVOLUTIVA	PALPITACIONES	EDEMA (SOLO ARTICULAR.)	SOPLO
EDUARDO					
VERONICA					
EDGAR					
NORMA					
AMERICA					
PEDRO					
ROMAN					
MANUEL					
RAQUEL					



= -



= +

FUENTE : EXPEDIENTE CLINICO

ALGUNOS HALLAZGOS DE EXPLORACION EN LOS
PACIENTES CON CARDIOPATIA REUMATICA.

PACIENTE	ARRITMIA	CARDIOMEGALIA	RITMO DE DUROZIER
EDUARDO	SINUSAL	I	
VERONICA		I	
EDGAR	SINUSAL	II	
NORMA		I	
AMERICA		I	
PEDRO		I	
ROMAN		I	
MANUEL	SINUSAL	I	
RAQUEL		I	

FUENTE : EXPEIDIENTE CLINICO

TRATAMIENTO MEDICAMENTOSO INSTITUCIONAL LLEVADO A CABO EN LOS PACIENTES CON CARDIOPATIA REUMATICA .

PACIENTE	TRATAMIENTO MEDICAMENTOSO		
	ERRADICACION	PROFILAXIS PRIMARIA	PROFILAXIS SECUNDARIA
EDUARDO			
VERONICA			
EDGAR			
NORMA			
AMERICA			
PEDRO			
ROMAN			
MANUEL			
RAQUEL			

FUENTE : EXPEDIENTE CLINICO

LESION VALVULAR MITRAL Y TRATAMIENTO QUIRURGICO
EN LOS PACIENTES CON CARDIOPATIA REUMATICA.

PACIENTE	LESION VALVULAR			TRATAMIENTO QUIRURGICO	TIPO DE CIRUGIA	CATETERISMO
	DOBLE LESION	ESTENOSIS MITRAL	INSUFICIENCIA MITRAL			
EDUARDO	①		PREDOMINA			
VERONICA			PREDOMINA			
EDGAR						
NORMA						
AMERICA						
PEDRO						
ROMAN						
MANUEL						
RAQUEL	②		PREDOMINA			

FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO

CONSIDERACIONES DE ALGUNAS COMPLICACIONES FINALES Y
ESTADO ACTUAL EN LOS PACIENTES CON CARDIOPATIA REU
MATICA.

PACIENTE	INVALIDEZ	MUERTE	ESTADO ACTUAL
EDUARDO			P S
VERONICA			P S
EDGAR			P S
NORMA			P S
AMERICA			P S
PEDRO			P S
ROMAN			P S
MANUEL			P S
RAQUEL			P S

P. S. = PROFILAXIS SECUNDARIA

FUENTE : EXPEDIENTE CLINICO