



2 y
9
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE CIENCIAS POLITICAS Y SOCIALES

**PREVENCION DE LA FIEBRE REUMATICA
EN MEXICO:
UNA PROMESA INCUMPLIDA (REPORTAJE)**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN CIENCIAS DE LA COMUNICACION
P R E S E N T A:**

María de los Angeles Cruz Alcalde

FALLA DE ORIGEN

MEXICO, D. F.



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 está 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

	PAG.
INTRODUCCION	1
I. ANTONIO, UN CASO COMO TANTOS	7
II. UNA PATOLOGIA DE LA POBREZA	23
III. ILUSION POR VIVIR	41
IV. UNA PROMESA INCUMPLIDA	57
CONCLUSIONES	76
ANEXOS	80
1. Criterio para el diagnóstico de la Fiebre Reumática.	
2. El estreptococo beta hemolítico del Grupo A.	
3. Así funciona nuestro aparato circulatorio o cardiovascular.	
4. Un poco de historia.	
5. Norma Técnica No. 63.	
6. Declaración Universal de los Derechos del Niño.	
 BIBLIOGRAFIA.	

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

"Prevención de la fiebre reumática en México: una promesa incumplida" es una tesis reportaje que aborda un tema médico: la fiebre reumática y sus complicaciones. A lo largo del trabajo, también, se explican los principales motivos por los cuales su erradicación en nuestro país es aún imposible.

La inquietud por realizar como tesis profesional un reportaje profundo sobre el padecimiento reumático y sus complicaciones es el resultado de la influencia médica familiar, bajo la cual he vivido desde niña, y el compromiso social adquirido por la formación profesional durante la carrera.

El objetivo principal de este trabajo es el de informar, de dar a conocer a la población en general qué es la fiebre reumática; sus causas; cuál es su relación con la infección faríngea por estreptococo; las secuelas que deja; cómo se le puede reconocer y por qué su prevención en la mayoría de los casos, se dificulta.

Con esta explicación se espera terminar con la creencia errónea de que un simple ataque de amigdalitis de repetición o 'anginitas' es 'normal' en los niños de 5 a 15 años e intentar concientizar a los padres de familia de la magnitud del

problema al que nos enfrentamos.

La Dirección General de Servicios de Salud Pública en el Distrito Federal, de la Secretaría de Salud, precisa: la prevalencia de la fiebre reumática en nuestro país oscila entre 0.3 y 1.6% en la población general; de este número la posibilidad de recaídas en enfermos reumáticos susceptibles va del 2 al 3%; esta cifra se eleva al 60% en aquellos enfermos con daños cardíacos.

La fiebre reumática causa lesiones valvulares y al miocardio; los daños cardíacos reumáticos, se traducen en soplos originados por lesiones de las válvulas mitral, aórtica y tricuspídea principalmente, y se manifiestan por insuficiencia o estenosis valvulares.

Actualmente, en el octavo decenio de nuestro siglo, las enfermedades cardíacas junto con los accidentes y los padecimientos gastrointestinales y respiratorios ocupan los primeros lugares como causa de mortalidad infantil en México.

El Instituto Nacional de Cardiología (INC) desde 1944, año de su fundación, ha afrontado como principal problema el de las carditis reumáticas, lo mismo por su frecuencia que por su severidad. En 1956 el 60% de los internamientos en el Instituto y el 50% de las necropsias correspondieron a las cardiopatías de ese origen.

Hoy en día, del total de enfermos que recibe el INC, el 80% corresponde a pacientes con lesiones cardiacas reumáticas, mientras el 20% restante lo constituyen pacientes con enfermedades isquémicas (disminución del riego sanguíneo en determinadas regiones del corazón). Del total de niños a los cuales se les ha diagnosticado fiebre reumática entre 50 y 90% desarrolla afecciones cardiacas.

Cabe entonces preguntar ¿cuál es el motivo por el que niños y jóvenes padecen este mal con sus complicaciones? ¿por qué muchos adolescentes mueren a consecuencia de la fiebre reumática? ¿por qué la invalidez ocasionada por este mal no permite que el enfermo tenga una vida normal? ¿por qué las autoridades sanitarias hacen tan poco para prevenirla?

Debido a la mínima importancia que las Dependencias de Salud conceden al problema de la fiebre reumática, (en 1975 se llevó a cabo una Campaña contra este padecimiento, misma que hoy en día ya no existe), en 1988 la prevención y más aún la erradicación de este mal y sus complicaciones continúan siendo una promesa incumplida.

Promesa incumplida, precisamente porque a fines del siglo XX no se ha observado una disminución real de enfermos de este mal y sus complicaciones en la República Mexicana.

Elegí el reportaje profundo para presentar mi investigación

sobre la fiebre reumática porque es el género periodístico más completo y con mayores posibilidades expresivas.

En un reportaje profundo no sólo se relata un hecho, sino que se le explica y contextualiza con el fin, afirman diversos autores, de proporcionar al lector: antecedentes o situación de fondo; análisis explicación de los hechos referidos y valoración datos estimativos para prever las consecuencias.

El reportaje profundo es el escrito periodístico que de manera sencilla, accesible y amena puede hacer llegar al público lector, no especializado en el tema, un mensaje que quizá pueda alertarla en contra de la fiebre reumática o cualquier otra enfermedad grave.

Por medio de un reportaje, la información médica sobre la fiebre reumática y sus consecuencias se hace comprensible, fácil de asimilar y adquiere un matiz más humano y social.

El reportaje, afirma el profesor Hernán Uribe "implica la exposición de los hechos en su contexto, la visión totalizadora de los acontecimientos. Es un género periodístico que utiliza la investigación científica para el análisis de los orígenes y perspectivas de los sucesos que narra en el lenguaje profesional, aunque con cierta libertad de estilo".

El reportaje profundo tiene como objetivo, además de tomar el carácter de investigación científica, el de conseguir que el contenido llame la atención del lector tanto intelectual como sentimentalmente; le informe, conmueva, le haga tomar conciencia y le provoque una reacción sentimental. Sin dejar de lado lo social y lo noticioso del quehacer humano.

Por la necesidad de claridad y sencillez que exige el lenguaje periodístico, al redactar este reportaje me enfrenté a una gran dificultad: cómo explicar con palabras sencillas la terminología médica, ya que una sola palabra encierra en sí misma una clara explicación de un determinado fenómeno.

Al escribir para los demás, dice Mao Tse-Tung en su trabajo "Contra el Estilo de Clisé en el Partido", nuestra redacción debe ser precisa y no llenar con palabras vacías un número interminable de cuartillas. Debe emplearse un lenguaje directo y sencillo para exponer claramente lo que se pretende que el lector asimile; quien escribe debe tener siempre presente al público hacia el cual va dirigido el mensaje.

En conclusión, con este trabajo pretendo hacer percibir al público lector el problema que constituye la fiebre reumática, de acercarlo a él, de decirle que no está a salvo, de hacerle ver la importancia de una atención médica adecuada. Expresarle que él como observador no está fuera de esa realidad.

Por ello he dividido la información del reportaje en cuatro capítulos. El 1 y el 3 presentan las características y consecuencias de la fiebre reumática, ambos capítulos se encuentran íntimamente relacionados. El capítulo 2 habla de las causas que originan el mal reumático, el 4 y último se refiere a los tratamientos curativos y preventivos para la fiebre reumática.

El capítulo 1 narra la historia de Antonio, un caso como tantos, un niño al que, como a muchos, el médico no le hace el diagnóstico adecuado y presenta fiebre reumática y sus complicaciones. El capítulo 2 explica las causas biológicas, económicas y sociales generadoras de la enfermedad reumática considerada como una patología de la pobreza. En el capítulo 3 se narra la historia de tres jovencitas Idalia, Marialupe y Juana que con lesiones cardíacas serias conservan una gran ilusión por vivir. Finalmente el 4 expone los motivos por los cuales no se acierta a descubrir la infección estreptocócica y, por ende, a no instaurar el tratamiento adecuado y evitar la fiebre reumática.

Por último, quiero decir que esta tesis es el resultado del esfuerzo y el trabajo de mucho tiempo. Sin embargo, no puedo dejar de admitir las limitaciones, carencias y errores que pueda tener, pero me comprometo a superarlos y a luchar por ser mejor cada día.

ANTONIO, UN CASO COMO TANTOS

Aquel era un día común. Antonio se levantó muy temprano para ir a la escuela. Le dolía, como otras veces, la garganta, pero no les dijo nada a sus padres; sólo resolvió no bañarse. "Después de todo un niño de 8 años ya puede solucionar sus problemas sin ayuda de nadie", se dijo.

Durante el desayuno casi no comió nada.

- Hijo ¿por qué no comes? ¿te duele algo? —preguntó Rosa lía, su mamá.
- No, nada, es que no tengo hambre (no voy a perderme la excursión del sábado diciéndole la verdad, pensó).

Ya en la escuela, a la hora del recreo, Antonio no pudo soportar más el dolor de garganta; su temperatura había aumentado a 40°C.

- Toño ¿por qué estás ahí acostadote en el pasto? —le preguntó un amigo.
- que me duelen mucho las anginas.
- No importa, Toño, vamos a jugar a policías y ladrones.
- No, deveras, no quiero jugar, además no puedo correr porque me duelen las piernas.
- Andale, Toño, ya tienes muchos días así, ni aquí en la escuela ni cuando voy a tu casa quieres jugar, sólo quieres estar tiradote o viendo la tele, replicó enérgicamente su amiguito.

- Deveras, amigo, no tengo ganas de jugar ni de hacer la tarea, me duele todo, yo creo que mejor le digo a la maestra.
- No cuate, no seas tonto, si le dices ahorita a la maestra le va a decir a tu mamá y no te van a dejar ir a la fiesta del día del niño.
- Es que me siento tan enfermo que ya no quiero ir. Afirmó con desgano Toño.
- Bueno, ándale, mejor descansa para que te mejores. Luego nos vemos, adios —le dijo su amigo y se alejó corriendo.

Antonio seguía sintiéndose muy desgano y con mucho frío, así que pensó: "Que mala suerte no poder ir a la fiesta del día del niño; siempre me pierdo de muchas cosas por estas cochinatas anginas, desde cuando me estoy imaginando esta fiesta, el pastel, los regalos, los concursos y juegos que organizarán los maestros, los premios y la diversión. Pero así, sin ganas de jugar, correr, cantar y comer... Es mejor que le diga la verdad a la maestra. Ojalá que ella me guarde o me dé antes mi regalo y mis dulces".

Antonio atravesó el patio tambaleándose, entró al salón donde estaba su maestra y balbuceó:

Maestra... me duele mucho la garganta, las manos y las piernas, además tengo mucho frío.

La maestra, asustada, avisó rápidamente a los padres de

Antonio. Cuando los señores Gutiérrez llegaron a la escuela la señora Lozano, maestra del niño preguntó:

- ¿Qué pasa con Antonio? siempre está enfermo de la garganta, esto no es correcto. ¿Ya lo han llevado con el médico?
- Sí —respondió Rosalfa— pero siempre le recetan lo mismo y Toño no mejora. Sigue enfermándose continuamente y cada vez se pone peor, ahora se queja de dolores en las coyunturas.
- Deberían llevarlo con un pediatra, dense cuenta que pueden aparecer complicaciones graves —repuso enérgicamente la maestra.

Los padres de Antonio reaccionaron favorablemente al comprender que las repetidas amigdalitis de Toño podrían poner en riesgo la vida del pequeño. Esa misma tarde los señores ---- Gutiérrez llevaron a su hijo con el doctor Jorge de la Fuente.

- A ver, Toño —preguntó el doctor— ¿qué te pasa?
- Pues... es que me enfermo mucho de las anginas, no puedo andar descalzo o jugar con agua, porque en la noche o al otro día, ya estoy enfermo; seguro que ya no iré el sábado a la excursión del día del niño.
- Bueno, Toño, no te preocupes para eso estamos aquí para averiguar por qué te enfermas tanto.

Los signos y síntomas que Antonio presentaba en esta y otras ocasiones no eran ni son de ninguna manera los de la fiebre.

reumática. Sino la forma como se hace evidente una infección estreptocócica; esta infección no tratada o tratada inadecuadamente, tarde o temprano llega a convertirse en fiebre reumática. De ahí que el padecimiento reumático sea considerado como una respuesta tardía a este tipo de infecciones.

La infección estreptocócica se caracteriza por: dolor continuo en la garganta que aumenta al paso de saliva y alimentos; temperatura altas de 40°C ó más; en ocasiones se presenta dolor en los oídos y en los ganglios linfáticos del cuello, los que además se agrandan y duelen a la palpación.

— Dime Toño —prosiguió el doctor— ¿qué más sientes cuando te duele la garganta?

— Me da calentura y a veces me duelen las manos en la mañana, en la tarde se me quita y en la noche me duelen las piernas; también siento como que me hace rápido el corazón, sí, eso, como si hubiera corrido mucho. Una vez hasta me salieron ronchitas en el cuerpo.

— ¿Nada más? ¿no te molesta la ropa?

— Sí, me molestan los resortes de los calcetines y cuando es toy acostado me pesan mucho las cobijas sobre los hombros y las rodillas.

El doctor revisó minuciosamente a Toño. Enseguida con los da tos del interrogatorio y la exploración física, el doctor de

la Fuente informó:

— Miren señores Gutiérrez, no deseo alarmarlos; según lo que hemos hablado, Antonio presenta frecuentemente infecciones en la garganta, lo cual me hace sospechar que son causadas por el estreptococo beta hemolítico del Grupo A y esto puede resultar peligroso.

El estreptococo beta hemolítico del Grupo A es la bacteria que origina la infección desencadenante, como complicación tardía, de la fiebre reumática.

— Quiere usted decir, doctor, que nuestro hijo está gravemente enfermo —preguntó asustado Enrique, el padre de Toño.

— No se alarme señor, todavía no podemos afirmarlo. Lo que pasa es que las infecciones de este tipo si no se tratan adecuadamente, pueden degenerar en fiebre reumática.

¿El pequeño ha estado sometido a algún tipo de tratamiento para aliviar estos padecimientos periódicos y recurrentes?

— Pues sí... lo hemos llevado con el médico familiar de la clínica del ISSSTE que nos corresponde. Explicó Rosalía.

— ¿Qué medicamentos le recetaron?

— Antibióticos, aspirinas y polivitaminas.

El doctor de la Fuente se quitó las gafas, se quedó un momento pensativo y después preguntó:

— ¿Nada más? ¿nunca le prescribieron análisis de laboratorio?

— No, doctor, nunca.

El médico movió la cabeza de un lado a otro reprobatoriamente y luego añadió con tono acusativo:

— Ese es uno de los errores más comunes cometidos por los médicos que no aciertan a evitar un caso más de fiebre reumática. En Antonio las infecciones fueron características y aún así no se les dio el tratamiento adecuado. Antonio necesita hacerse análisis de sangre y un cultivo de exudado faríngeo para saber si tiene el estreptococo en la garganta.

— ¿Qué es un exudado? ¿cómo se hace?

— Este estudio consiste en tomar una muestra de las propias anginas; con un aplicador o cotonete se frota levemente cada angina y luego se pone en un vidrio pequeño que se llama laminilla o portaobjetos. Al mismo tiempo se realiza el cultivo que es una siembra de la muestra tomada. Con diferentes colorantes se descubren los microorganismos que se encuentran en las anginas. El laboratorio también indica cual es el medicamento más adecuado para exterminar los microorganismos aislados.

Con el resultado de estos análisis podré determinar si su hijo ha padecido fiebre reumática y considerar la necesidad de hospitalización.

— ¡Ay, doctor, ¿entonces Toñito está muy enfermo?! —exclamó Rosalía con la voz entrecortada.

— No, no se alarme no hay nada definitivo mientras no tenga los resultados de los análisis, pero como médico mi obliga

ción es pensar en todas las complicaciones.

El doctor de la Fuente despidió a los señores Gutiérrez, no sin antes darles las instrucciones convenidas, la receta y por supuesto la orden para el laboratorio.

El caso de Antonio, como tantos otros es muy común en la sociedad mexicana. Desgraciadamente, la mayoría de los padres toman a la ligera las constantes anginas de sus hijos. Cuando existen inflamación y dolor de las anginas, fiebres altas y pulso acelerado, hay que temer la presencia del estreptococo beta hemolítico del Grupo A, causante de la terrible fiebre reumática. Esta enfermedad inflamatoria aparece como consecuencia tardía después de una infección faríngea por el particular germen; la cual lleva a nuestros niños a la invalidez y a la muerte temprana.

La fiebre reumática es una enfermedad inflamatoria, prevenible que afecta: articulaciones, corazón, cerebro y piel.

Para que se presente este padecimiento es común que el enfermo sufra varias infecciones por estreptococo de este tipo en amígdalas o faringe. Pero uno solo de estos ataques puede bastar para desencadenar la fiebre reumática. Esta también suele aparecer después de un período latente, es decir, cuando no hay ningún síntoma ni del mal reumático, ni de la enfer

medad inicial.

Días después Antonio regresó a consulta con el doctor de la Puente. La enfermera lo hizo pasar, junto con sus padres. El doctor los saludó sonriente y los invitó a tomar asiento.

— Vamos a ver, Toñito, ¿cómo has estado?

— Pues... bien...

— Se dice "bien doctor" —corrigió la mamá y prosiguió— parece que ya pasó el susto; aquí tiene los resultados de los análisis.

El doctor tomó el sobre y abrió lentamente la carta, se colocó las gafas y después de algunos momentos de mantener fija la vista en el papel, su rostro adquirió un gesto grave. Se acomodó en su sillón y dijo:

— Señores Gutiérrez, las pruebas de Toñito, por desgracia han salido positivas. El niño necesita atención médica in mediata y constante; por lo tanto, sería conveniente llevarlo a un hospital para hacerle una revisión exhaustiva.

Al oír las palabras del médico, Rosalía y Enrique intercambiaron miradas de angustia. Enrique preguntó con voz temblorosa:

— ¿Es imprescindible hospitalizarlo?

— Considero que es lo más conveniente para poder determinar la magnitud de los daños y las secuelas. Además, también

resultaría conveniente y para tranquilidad de ustedes considerar las opiniones de otros colegas.

- ¿A dónde nos recomienda que lo llevemos? —preguntó, disimulando su angustia, Rosalía.
- Al Instituto Nacional de Cardiología. Ahí se encuentran los mejores especialistas de nuestro país. Ley voy a dar una carta en donde conste mi diagnóstico para que al solicitar consulta la muestren al personal encargado y más adelante al médico que lo atienda. Por favor pasen por ella mañana.
- Doctor se lo agradecemos mucho, dijo Enrique.
- Mientras tanto voy a darle a Toño un tratamiento para erradicar la bacteria de su garganta; así ganaremos algo de tiempo. Ya verás Toñito, te vas a poner muy bien pronto si haces lo que te digamos.
- Gracias nuevamente, mañana vendremos por la carta. Aseguré Rosalía.

Los padres de Antonio procedieron de acuerdo con lo aconsejado por el especialista.

Para detectar y diagnosticar la fiebre reumática el doctor de la Fuente no sólo se basó en los resultados de los análisis, sino también en los síntomas presentados por Antonio y que corresponden a algunas de las manifestaciones propias de la fiebre reumática. El doctor Duckett Jones divide esta manifestación

ciones en mayores y menores. Las manifestaciones mayores son: la poliartritis, la carditis, la corea, los nódulos subcutáneos y el eritema marginado. Cada una de estas manifestaciones tienen sus características propias, las cuales explicaremos a continuación:

- La poliartritis es la inflamación y el dolor migratorio de las grandes articulaciones como: muñecas, rodillas, codos, tobillos y en ocasiones hombros. Estos dolores suelen aparecer primero en un lugar y después de 24 ó 48 horas desaparecen para luego volverse a presentar en otras articulaciones, por ello a este fenómeno se le denomina poliartritis migratoria.

El dolor en una gran articulación dura pocos días; el ataque completo de dos a cuatro semanas; rara vez afecta la cadera y casi nunca el cuello. El malestar se alivia inmediatamente con la ingestión de aspirina lo que confirma la presencia de esta manifestación mayor.

Además, según el doctor Alfredo Vizcaino Alarcón, jefe del Departamento de Cardiología del Hospital Infantil de México, S. S., la poliartritis reumática no sólo se considera un dolor en la articulación, sino también una artropatía, es decir, inflamación, limitación funcional y aumento de la temperatura en la articulación afectada.

Cuando la artropatía llega a sus máximas consecuencias, explica el doctor Manuel Martínez Lavín, reumatólogo del Instituto Nacional de Cardiología, el movimiento de las articulaciones e incluso cualquier leve presión sobre ellas, como el contacto con las sábanas, se vuelve intolerable. En ocasiones el paciente no puede caminar y debe permanecer en cama esto es, hay limitación funcional.

- La carditis es la manifestación más peligrosa de la fiebre reumática, pues es la que deja secuelas más profundas y se presenta, por lo menos, en la mitad de los enfermos de este mal. Puede atacar a todo el corazón en su conjunto o sólo partes de él. La carditis se reconoce por los siguientes datos: soplo cardíaco, considerado como sonido anormal, como un soplo, que añade o sustituye a uno o a ambos tonos cardíacos; aumento del tamaño o inflamación del corazón, insuficiencia cardíaca o limitación funcional de este órgano. El soplo cardíaco más frecuente durante la fase aguda de la crisis de la fiebre reumática, es un soplo sistólico, es decir, que corresponde a la contracción ventricular, al momento del paso de la sangre de los ventrículos a las arterias. Tales soplos dependen de la dilatación general del corazón.

El enfermo que sufre de carditis presenta palpitaciones, dolor en el corazón y taquicardia aún durante el sueño o el reposo; pero cuando la carditis es grave, entonces hay insu

ficiencia cardiaca siempre acompañada de los síntomas propios de la fiebre reumática.

En casos leves se presenta taquicardia persistente durante el sueño, único signo que sugiere al médico la existencia de carditis durante la enfermedad reumática.

La carditis se presenta únicamente en la fase aguda de la enfermedad reumática y deja, por lo general, lesiones en el corazón, como por ejemplo deformidad valvular en víscera cardiaca.

- La corea de Sydenham, mejor conocida como "Mal de San Vito" se caracteriza por movimientos amplios, sin coordinación e involuntarios de brazos, piernas o cabeza. Dichos movimientos se asocian con debilidad muscular y con la dificultad para concentrarse en actividades escolares.

El "Mal de San Vito" en su inicio se observa como torpeza para sujetar o asir los objetos, por ejemplo una cuchara, lo cual se atribuye, casi siempre, a la falta de cuidado; o bien, el movimiento de brazos o piernas sin finalidad, también mal considerado por los padres como nerviosismo. Al ir progresando el mal, pueden verse afectados la lengua y los músculos faciales.

La corea logra convertir al paciente en un inválido, porque no es capaz de controlar sus movimientos y, por ende, no puede valerse por sí mismo. Esta imposibilidad, naturalmente, marcará cambios en la dinámica familiar.

La corea o "Mal de San Vito" se presenta principalmente en las mujeres y suele hacer su aparición algún tiempo después, cuando ya no hay signos del ataque reumático.

- Los nódulos subcutáneos es una manifestación mayor poco frecuente, pero su presencia indica actividad reumática. Aparecen en codos, rodillas, dedos de pies y manos, puños, tobillos y columna vertebral. Su apariencia es semejante a una "roncha" dura. No son dolorosos, brotan sobre las articulaciones y en los tendones de las extremidades.

Como son pequeños, cuando el paciente flexiona la articulación los nódulos simulan saltar ante la tensión de la piel. Se presentan con mayor frecuencia en casos de fiebre reumática con intensa participación cardíaca.

- El eritema marginado es una especie de salpullido rosáceo, las características que lo distinguen de otros tipos de salpullido son: se localiza principalmente en el tronco y raras veces en las extremidades; se le reconoce porque el color rojizo disminuye de las orillas al centro; es una mani-

festación pasajera o transitoria y emigra de un lado a otro, puede desaparecer y reaparecer en el mismo lugar; se hace más aparente si se aplica calor en el área afectada; jamás produce comezón y palidece por la presión.

Las manifestaciones menores para detectar la fiebre reumática, según Jones son: fiebre, dolor en las articulaciones, evidencia de fiebre reumática anterior o de carditis reumática. Con estudios más precisos: velocidad de eritrosedimentación elevada o Proteína C reactiva positiva; alteraciones electrocardiográficas: intervalo P-R prolongado.

En algunas ocasiones la historia familiar del paciente reumático puede ser considerada como un dato menor para el diagnóstico de la fiebre reumática.

A partir del criterio de Jones, para comprobar la existencia del mal reumático es necesaria la presencia de una de las tres manifestaciones menores o una mayor y dos menores. Actualmente se cuenta con un criterio de detección simplificado que, por el contrario, sólo contiene la presencia de poliartritis, carditis y corea típicas como antecedente o sospecha actual. Sin embargo, ninguna de estas manifestaciones aisladas es característica o peculiar de la fiebre reumática.

De las manifestaciones mayores, el doctor de la Fuente detec-

tó en Antonio poliartritis migratoria; carditis, aunque no muy intensa, y eritema marginado en el pecho y la espalda. La carditis le dejó como secuela una lesión en el corazón; ello significó para Antonio la necesidad de control médico por lo menos durante un periodo de 20 años, para prevenir cualquier nuevo ataque o en su defecto complicaciones cardiacas más graves. Estas secuelas aparecen después de que la fiebre reumática ha sido curada.

Como manifestaciones menores Antonio presentó fiebre y también antecedentes de infecciones estreptocóccicas previas al que desencadenó la fiebre reumática.

Tal como el doctor de la Fuente recomendó, los señores Gutiérrez llevaron al pequeño al Instituto Nacional de Cardiología.

El Instituto Nacional de Cardiología (INC) fue fundado en 1944 por el doctor Ignacio Chávez, quien también fuera rector de la Universidad Nacional Autónoma de México de 1961 a 1965. Por estos motivos hoy el Instituto lleva el nombre de este distinguido galeno luchador incansable por la salud y la superación académica del pueblo mexicano.

Actualmente el INC "Dr. Ignacio Chávez" realiza actividades docentes y de investigación así como de asistencia médica y

hospitalaria. Se encuentra ubicado en la zona sur de nuestra ciudad, en la llamada Zona de Hospitales de Tlalpan circunscrita en la Sección IV de la Dirección General de Servicios de Salud Pública en el Distrito Federal.

Mientras les dieron el diagnóstico definitivo, los padres de Antonio vivieron una gran angustia, esa angustia que se siente cuando algún ser querido corre peligro, esa angustia de imaginar de más y esa rebeldía que nos impulsa a imaginar de menos, pero siempre confiados a Dios y al consuelo de que la medicina moderna tendrá en sus manos los elementos y las posibilidades para aliviar sus males y nuestros sufrimientos.

UNA PATOLOGIA DE LA POBREZA

La organización Mundial de la Salud (OMS) ha tratado, desde 1978, de unir todos los elementos indispensables para elaborar una definición pluricausal de salud, biológica-social-histórica, y no limitarse exclusivamente a la búsqueda microscópica de los agentes causales de las enfermedades.

Para la OMS "SALUD es el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades; es un derecho fundamental y el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social importantísimo en todo el mundo".

Al tomar en cuenta cada uno de los elementos de la definición es necesario investigar las causas, diferentes a la biológica, que ocasionan una enfermedad, en este caso la fiebre reumática, sin perder de vista que el proceso salud-enfermedad es considerado como tal debido al carácter dinámico del ser humano: social, biológico y psicológico.

El proceso salud-enfermedad está históricamente determinado, pues el hombre no vive aislado, sino en sociedades específicas con cultura e ideología diferentes, donde se dan relaciones sociales de producción y estilos de vida concretos.

Las causas que propician la proliferación de una enfermedad, o sea, las causas y mecanismos de deterioran o destruyen el organismo humano no son, solamente, de naturaleza biológica o unicausal, sino también tienen su origen en los aspectos económico, social, geográfico, histórico y ecológico de una región o país.

Se tiene entonces: la causa biológica de la fiebre reumática es la infección por estreptococo beta hemolítico del Grupo A no tratada o tratada inadecuadamente. Las estadísticas disponibles indican: de 80 a 90% de las infecciones en vías respiratorias altas por esta bacteria ocasionan fiebre reumática original y sus recaídas.

Aunque puede haber estreptococos en la garganta desde el comienzo de la faringitis o amigdalitis hasta el inicio de la fiebre reumática no está demostrado que la localización de las lesiones reumáticas inflamatorias dependan de la presencia de la bacteria en dichas áreas. La inflamación en corazón, articulaciones o piel no significa, de ninguna manera, que ahí se alojen bacterias vivas. Por lo tanto, la enfermedad reumática es una reacción de la infección estreptocócica, no una continuación del proceso infeccioso.

Las causas socioeconómicas de la infección estreptocócica son las mismas que propician la proliferación del padecimien-

to reumático.

El doctor Fausse Attie Curi, Jefe del Servicio de Cardiología Pediátrica del Instituto Nacional de Cardiología y en 1975 asesor del programa de la campaña contra la fiebre reumática, afirma que el mal reumático como problema de salud pública se agudiza en las capas de población con mayor necesidad de ingresos económicos donde persisten bajos niveles sanitarios que sumados a la promiscuidad, hacinamiento y mala alimentación, favorecen la transmisión de estreptococos.

Los resultados de diversos estudios presentados en Seminarios, cursos y pláticas en el Instituto Nacional de Cardiología y en el Instituto Mexicano del Seguro Social, han comprobado que los grupos con escasos recursos económicos y bajo nivel educacional tienden, con mayor frecuencia, a desarrollar fiebre reumática; mientras aquellos que disfrutan de una posición socioeconómica holgada y educación adecuada tienen menos posibilidades de presentar el padecimiento.

Sin embargo, debe hacerse una aclaración: la fiebre reumática, considerada como una enfermedad de la pobreza no es, como veremos más adelante, exclusiva de ella.

Esta susceptibilidad de las clases más pobres a contraer el padecimiento reumático contribuye en forma determinante a que

todavía la prevalencia de fiebre reumática activa en México, según datos de la Secretaría de Salud, oscile entre 0.3% y 1.6% en la población general. Además, la misma Dependencia calcula una tasa media anual de muerte por este mal de 5.6 por cada 10, 000 habitantes, equivalentes a más de 3, 000 fallecimientos al año (1980).

Las principales causas que influyen negativamente en el proceso salud-enfermedad y por lo tanto en la proliferación de la fiebre reumática son las siguientes:

Dentro de las sociales encontramos la explosión demográfica; asentamientos humanos desorganizados; malos hábitos de higiene (personal, de la colectividad y ambiental) y alimentación inadecuada debidos a la falta de educación higiénica y para la salud entre la población. En síntesis, "el proceso salud-enfermedad desde el punto de vista social se determina por las condiciones materiales de vida, las cuales a su vez dependen del grado de dominio humano sobre la naturaleza y el grado de igualdad en la distribución de los beneficios que de ello deriven".

Las causas económicas se hallan íntimamente relacionadas con la situación económica del país; servicios médicos sociales insuficientes, porque solo cubren al 88.2% de la población; carencia de servicios públicos elementales como drenaje, alcantarillado, agua potable; hacinamiento, vivienda escasa y

económicamente inaccesible para gran parte de la población; desnutrición y miseria.

Las biológicas se refieren a la influencia negativa de los microorganismos en el cuerpo humano y en la colectividad; mecanismos de contagio; regiones o zonas de mayor incidencia. Aquí nos referimos no sólo a las zonas de una ciudad o país, sino a ciertas regiones del mundo, atendiendo a su clima, localización, orografía, hidrografía.

Estas causas no se presentan aisladas como hemos visto aquí, sino totalmente interrelacionadas. Así una tiene que ver con la otra y ésta con aquellas y así sucesivamente: por este motivo no es posible, en un caso concreto como lo es la fiebre reumática, separarlas; esto también origina, en un momento dado, la aparición de otras causas diferentes a las hasta ahora mencionadas.

Esas regiones de nuestra ciudad que presentan ante los ojos del espectador un mundo enclavado en la mugre, la miseria y el sufrimiento. Regiones donde las calles son oscuras por la falta de alumbrado; terrosas, grises y cuando llueve llenas de agua y lodo, porque aún no ha pasado por ahí ninguna compañía constructora privada, por lo cual no hay pavimento ni drenaje.

A los lados de esas calles encontramos construcciones inconclusas sobre las cuales se observan varillas salientes amarradas, que a través de los años han esperado y esperan su vestimenta de mezcla de cemento y tabiques para cubrir su desnudo esqueleto. Ahí, en lo que son quizá dos cuartos, habita una familia de diez o doce miembros más sus animales domésticos.

Las viviendas, según la zona de la ciudad en donde se encuentren, están fabricadas con piedra volcánica, láminas de cartón prensado, así es, la piedra volcánica, la madera podrida maloliente, la lámina y el cartón prensado atrapan la mirada de cualquier humano que se atreva a hacer un recorrido por estas regiones.

También, en el Distrito Federal suelen existir tiraderos de basura ocupantes de manzanas y manzanas de predios, cuyo crecimiento al mismo tiempo dan vida a gérmenes, virus, bacterias, hongos, capaces de originar enfermedades infecciosas graves como la fiebre reumática.

En puntos precisos podemos observar llaves de agua potable al rededor de ellas día a día se ven formados a hombres y mujeres jóvenes o viejos, pero especialmente a niños que esperan su turno para llenar cubetas, botes o cualquier recipiente y abastecerse de agua.

Sí, parece que en esas regiones se ha detenido el tiempo para darle paso a toda clase de sufrimientos y miseria, desde niños maltratados hasta inválidos. Este es, ha sido y será uno de los mejores escenarios para que aparezcan y se consoliden las enfermedades infecciosas de cualquier índole.

En este ambiente nace, se desarrolla y se propaga el estreptococo beta hemolítico del Grupo A, bacteria causante de las infecciones que desencadenan la fiebre reumática y sus recaídas. Estas recaídas o recidivas se deben al inadecuado tratamiento de la infección, pero sobre todo a la no implantación de una protección (profilaxis) posterior, es decir, de un tratamiento para prevenir las reinfecciones.

Las víctimas principales de las infecciones estreptocócicas y la fiebre reumática son los niños de 5 a 15 años de edad. Es muy rara su aparición antes de los 5 o después de los 15. Se sospecha que los niños son portadores sanos del estreptococo, con una frecuencia cinco veces mayor a la de los adultos.

En la ciudad de México hay una endemia estreptocócica, es de cir, la presencia del estreptococo beta hemolítico del Grupo A en nuestra ciudad es constante por la influencia de una causa local especial difícil de definir, pero nos da la explicación del porqué se observan casos de fiebre reumática en todos los meses del año. Al respecto, el doctor R. H. Valenzuela

en su Manual de Pediatría explica: 1 de cada 100 individuos con infección estreptocócica no tratada o mal tratada desarrolla fiebre reumática, mientras en situaciones de epidemia la proporción aumenta al 36 4%.

La amigdalitis o faringitis estreptocócica y la fiebre reumática aguda están íntimamente relacionadas. Cualquier factor ambiental o del humano portador que favorezca la aparición de la una, amparará el desarrollo de la otra.

El mal reumático se presenta en todo el territorio mexicano, con mayor frecuencia en la altiplanicie, como resultado del clima y la forma de vida benignos para el hacinamiento, ello facilita la diseminación de las infecciones estreptocócicas. La fiebre reumática persiste durante todo el año, pero los casos aumentan notablemente en el invierno y la primavera.

En los menores de 8 años de edad el primer brote ocurre en las mismas proporciones de hombres y mujeres, pero entre los 8 y los 15 años es mayor la incidencia (54%) entre las mujeres.

La fiebre reumática se ha observado muy a menudo entre hermanos y entre gemelos. Esta reiterada aparición del mal en determinadas familias hace pensar a los investigadores en la posibilidad de que sea simple cebilidad (susceptibilidad) de ad

quirir el padecimiento por factores de ambiente y el contagio, por la facilidad de transmisión del germen en ambientes cerrados, lo cual nos explica la existencia de familias completas rudamente castigadas por la fiebre reumática y no por una predisposición hereditaria, aunque no se descarta totalmente la intervención del factor genético. Actualmente, se piensa, existe una relación viral agregada para que se desarrolle fiebre reumática.

Las infecciones y reinfecciones de este tipo se propagan dentro del núcleo familiar o microambiente; de tal suerte que en la historia clínica del paciente con fiebre reumática se encuentren antecedentes de familiares con enfermedad del corazón originada por el mal reumático.

Debido a las relaciones sociales interpersonales, la infección estreptocócica puede propagarse al grado de presentar epidemias después de las cuales habrá numerosos brotes de fiebre reumática.

Las relaciones sociales entre los preescolares y escolares de Jardín de Niños, Primaria y Secundaria y ahora los maternos en las guarderías o macroambiente provocan que las infecciones por esta bacteria se presenten cada vez con mayor frecuencia a más temprana edad.

Es frecuente, como ya se dijo, que un niño sufra varias infecciones estreptocóccicas durante los años escolares, y éstas, a su vez, provoquen ataques repetidos de fiebre reumática. Un niño que ha sufrido una crisis de fiebre reumática conserva susceptibilidad especial para las recurrencias en años posteriores. Sin embargo, hoy día aun no se conocen los motivos o causas de esta susceptibilidad especial.

Es necesario aclarar que la fiebre reumática no es transmisible, la que se contagia es la infección estreptocóccica. El mecanismo más importante de contagio es la vía aérea, por la inhalación de las gotillas de Flügge de enfermos convalecientes. Es decir, por las gotillas de saliva que inevitablemente se escapan mientras se habla, al toser y estornudar, en esas gotitas van los microbios que flotan en el aire y son respirados por toda la gente que se relaciona con algún enfermo, convaleciente o portador.

Las personas aparentemente sanas infectadas por el estreptococo se denominan portadores. El diagnóstico bacteriológico de una enfermedad infecciosa se dificulta no sólo por la existencia de portadores, sino también por la existencia de infecciones mixtas. O lo que es lo mismo esos portadores tienen en la garganta, además de estreptococo, otro tipo de microorganismos. La valoración definitiva se basa habitualmente en los conocimientos de la potencialidad de cada uno de los mi-

croorganismos en cuestión para causar la enfermedad.

El estado de portador puede durar meses y a veces hasta años y propagar constantemente los microbios en cualquier núcleo que se encuentren, en consecuencia, influirán en el micro y en el macroambiente en los cuales los portadores se desenvuelvan.

Es así como puede explicarse el porqué aun en grupos pequeños, después de una infección estreptocóccica, aparecen casos de fiebre reumática. Por ejemplo, durante la Segunda Guerra Mundial invariablemente enseguida de epidemias de infecciones por estreptococo beta hemolítico del Grupo A se presentaron casos de fiebre reumática. En los días anteriores al descubrimiento de la penicilina una epidemia de este tipo en un internado escolar, iba seguida a las dos o tres semanas de una frecuencia extraordinariamente alta de fiebre reumática.

En México, antes de 1980, el doctor Romeo S. Rodríguez y sus colaboradores examinaron a 12, 000 niños entre los 7 y los 14 años de edad en la Delegación Magdalena Contreras del Distrito Federal y encontraron que cerca de 9% de escolares presentaban estreptococo beta hemolítico del Grupo A en la faringe. Potencialmente, los individuos con estreptococo son candidatos a desarrollar fiebre reumática. Todos los casos positivos fueron tratados y se eliminó el germen en 100% de ellos;

al año ningún caso de enfermedad reumática ocurrió en esa población.

Las infecciones estreptocóccicas se presentan también en zonas más céntricas del Distrito Federal donde existen viviendas, si es que así se les puede llamar a esas vecindades localizadas en las colonias más viejas de nuestra capital y que parece que con un leve soplo de viento se desmoronarían como castillos de arena.

La zona de Santa Fe es un ejemplo más de los sitios en donde las infecciones por el estreptococo encuentran el mejor ambiente para diseminarse. En estos lugares la gente vive en cuevas y es común ver a los niños en los basureros luchando contra perros y roedores por obtener desperdicios que puedan servirles de alimento.

Este panorama nos lleva a comprobar la magnitud del problema y a comprender que la erradicación de este tipo de infecciones es verdaderamente difícil, pues en la ciudad de México y en general en todo nuestro país la miseria y el dolor predominan por sobre los bellos paisajes que nos ofrece.

Según estadísticas del Colegio de México, el índice más alto de muertes se produce en zonas donde no hay agua potable, las viviendas son deficientes y se carece de educación y servi-

cios de salud. Lo cual indica su relación con los niveles de ingreso.

Los doctores Alejandro Celis y José Nava en su artículo "Patología de la pobreza" explican que la frecuencia de algunos padecimientos es indicadora de la pobreza, por lo que además se pueden identificar las zonas más paupérrimas de la ciudad por el tipo de padecimientos que presentan.

Se consideran como patología de la pobreza los padecimientos del aparato digestivo: gastroenteritis, parasitosis; la desnutrición y las infecciones de las vías respiratorias altas. La fiebre reumática es una enfermedad característica de la pobreza.

La fiebre reumática se presenta con mayor frecuencia en países subdesarrollados y sobrepoblados como el nuestro, en donde las condiciones de vida e higiene son precarias; la desnutrición es una enfermedad grave, la cual se presenta en el grueso de la población y da pie para la generación de otros padecimientos. Entre estos países se encuentran Indostán, Pakistán, Indonesia, India y 50 países más de Africa, Asia y América Latina.

México, como otros países subdesarrollados o dependientes, presenta patologías propias de la pobreza -enfermedades infec

ciosas transmisibles- y una tasa elevada de incidencia de fiebre reumática; mientras que las naciones desarrolladas han logrado reducir o erradicar el mal reumático y sus complicaciones.

El doctor Alfredo Vizcaino Alarcón explica: "la fiebre reumática continua siendo un grave problema de salud pública y es un mito su supuesta tendencia a desaparecer. Sólo en países con tecnología avanzada se ha observado una reducción de su incidencia. De este modo, la fiebre reumática, a pesar de ser una causa prevenible de invalidez cardiaca y muerte precoz, continua sin mostrar una reducción en su incidencia en México".

Si comparamos las estadísticas de México con las de otras naciones encontramos que actualmente la incidencia de fiebre y cardiopatía reumáticas han descendido en los países nórdicos y en algunos de Europa Occidental.

Holanda, por ejemplo, presentan sólo algunos casos aislados y ha logrado reducir al máximo su tasa de mortalidad infantil; Suecia ha logrado descender al 0.02% el número total de casos de fiebre reumática y sus complicaciones.

Al hablar de enfermedades de la pobreza hemos de referirnos, especialmente, a la fiebre reumática, común en esas regiones

urbanas, cuyas condiciones higiénicas son infrahumanas, en donde la proliferación del estreptococo beta hemolítico del Grupo A es alarmante. Por ejemplo en esas vecindades donde en una sola vivienda cohabitan veinte personas; en la mayoría de los casos, en cuartos húmedos y sucios; con escasos servicios y en malas condiciones de construcción. Por consiguiente tales sitios se convierten en focos de infección estreptocócica, los cuales, en un momento dado pueden volverse peligrosos para la sociedad ya que favorecen el contagio del estreptococo.

En estos lugares habitan personas que realmente se encuentran en la miseria, como las llamadas "marfas" y sus familias quienes, por su situación económica tan precaria, les es difícil aspirar a un mejor modo de vida y, por ende, a una atención médica adecuada.

Un niño, inmigrante del campo a la ciudad, no solamente vive en estas condiciones, sino que la ausencia de higiene y la desnutrición lo hacen susceptible a contraer infecciones como la estreptocócica y si a todo esto le sumamos la imposibilidad de recibir atención médica, se tiene como resultado una muerte precoz.

Estudios realizados en diversos países sobre la relación entre vivienda y salud revelan que hay una incidencia más eleva

da de morbi-mortalidad (sobre todo infantil) entre los habitantes de viviendas inadecuadas. La tasa de mortalidad infantil y la específica por enfermedades infecciosas es de dos a tres veces mayor en los niños que habitan en hogares hacinados e insalubres que en el resto de la población infantil.

Al hablar de enfermedades de la pobreza se supone siempre la existencia de patologías de la opulencia, que naturalmente no serán infecciones sino enfermedades propias del desarrollo como el estrés, la angustia, las enfermedades del corazón de origen no reumático, problemas de presión arterial, úlceras gástricas.

El desequilibrio económico mundial inevitablemente se manifiesta, también, en el área de la salud en México y en otros países del mundo. En el nuestro el Estado no tiene la posibilidad de proporcionar servicios de salud a bajo costo para toda la población nacional. El doctor Guillermo Soberón, secretario de Salud de 1982 a 1988, expresó que los servicios médicos de la Secretaría requieren de organización y coordinación para ofrecer una mayor cobertura.

Como todo país capitalista subdesarrollado y económicamente dependiente, México no cuenta con los recursos monetarios suficientes para erradicar los padecimientos infecciosos y en especial la fiebre reumática, porque los beneficios de la

atención médica no llegan a toda la población.

Así se tiene que: la medicina privada atiende al 15% de la población; las Instituciones de Asistencia médica para derechohabientes (IMSS, ISSSTE, HOSPITALES MILITAR Y NAVAL, PETROLEOS MEXICANOS) al 35% y el 50% restante se supone debe ser atendido por la Asistencia Médica Social abierta a todo el público (Servicios médico y hospitalario de la SS). Sin embargo, la Secretaría de Salud sólo puede atender al 15% de esta parte de la población, por lo que queda sin ninguna cobertura el 35% restante; esto significa que de 15 a 20 millones de habitantes, entre los que se encuentran jornaleros, obreros de la pequeña industria, subproletariados urbanos, campesinos y pequeños comerciantes, quedan al margen de los sistemas médicos profesionales y recurren a otro tipo de práctica médica alternativa como la homeopatía y la medicina tradicional (hierbas).

México, con una deuda externa impagable (108, 000 millones de dólares) y comprometido a cubrir los intereses que genera, no está en posibilidad de asumir los gastos indispensables para satisfacer las necesidades esenciales del Sector Salud: atención médica, hospitalaria y medicamentos. Consecuentemente no dispone de recursos para apoyar todas las investigaciones, pues son muy costosas. Por tal motivo se presenta una dependencia económica y científico-tecnológica del extranjero.

Así, en México nos enfrentamos a una problemática más compleja, que no puede resolver ni el Sector Salud ni las medicinas alternativas. La erradicación de la fiebre reumática podrá lograrse en su totalidad cuando el país consiga avanzar hacia el desarrollo y la autosuficiencia.

Sólo entonces todos los niños mexicanos, sin importar su clase social, gozarán plenamente, como lo estipula la Declaración Universal de los Derechos del Niño, 1959, del derecho a la protección especial para su desarrollo físico, mental y social; a la alimentación, vivienda y asistencia médica adecuadas; al derecho a crecer dentro de un espíritu de solidaridad, comprensión, amistad y justicia entre los pueblos, necesario para formar a los hombres y mujeres que deberían ser la esperanza de una mejor vida futura.

ILUSION POR VIVIR

Durante el tiempo que Antonio acudía a la consulta externa del Instituto Nacional de Cardiología (INC) conoció a Idalia Muñoz, una muchacha de 15 años de edad. Ella solicitaba consulta porque un día, cuando estaba en la escuela, empezó con dificultades para respirar y palpitaciones que se presentaban cuando realizaba ejercicios de grandes esfuerzos. La doctora encargada de la enfermería de la "prepa" le recomendó atender se cuanto antes y de preferencia en el INC.

Idalia y Antonio coincidían, casi siempre, en las consultas, análisis de laboratorio y estudios más precisos a que fueron sometidos los dos; después de varias sesiones, los médicos diagnosticaron: Antonio, afortunadamente para él, no requeriría de una operación del corazón, pues la lesión ocasionada por la fiebre reumática, felizmente era muy leve y se podía controlar únicamente con medicamentos, pero eso sí, sería necesario que Antonio siguiera al pie de la letra el tratamiento preventivo de recaídas, pues un nuevo ataque de fiebre reumática podría dañar gravemente su corazón y ocasionarle la muerte.

Idalia, por el contrario, no recibió tan buenas noticias. Tenía una lesión grave en la válvula aórtica y la única posibilidad de curación era una intervención quirúrgica. En la gar

ganta Idalia presentaba, al igual que Antonio, estreptococo beta hemolítico del Grupo A. Lo cual confirmó que el daño valvular era consecuencia de uno o varios ataques previos de fiebre reumática.

Mientras que Antonio podría irse a su casa y no volver al INC hasta su próxima cita; Idalia debía quedarse y enfrentarse al peligro de una operación para tratar de salvar su vida.

Rosalía y Antonio se despidieron de Idalia y su madre, no sin antes desearle mucha suerte y prometer visitarla durante su estancia en el hospital.

Sí, efectivamente, el carácter más temible de la fiebre reumática es su tendencia a producir, como consecuencia, lesiones irreversibles en las válvulas del corazón. Las válvulas son las estructuras cuya función es cerrar de modo temporal un conducto u orificio o bien permitir el desplazamiento del fluido sanguíneo en una sola dirección.

Las más frecuentemente afectadas por la carditis son: la válvula mitral, en primer lugar; enseguida la válvula aórtica y la combinación mitral-aórtica y finalmente la válvula tricúspide o tricuspídea.

El grado de la severidad de estos daños depende de la grave-

dad del ataque de carditis sufrido por el paciente durante el episodio agudo del mal reumático.

Aproximadamente en el 75% de los casos de fiebre reumática la carditis se presenta como manifestación característica mayor. Esta constante y selecta agresividad de la fiebre reumática hacia el corazón induce a muchos investigadores a considerar en toda su importancia a esta forma particular de 'reumatismo' como una patología del corazón más que de las articulaciones.

Es cierto, habitualmente se requiere del efecto de varios ataques de carditis para llegar a la invalidez cardiaca o a la muerte; sin embargo, sucede frecuentemente que uno solo lleve a manifestaciones severas a corto o lejano plazo. En el ataque agudo de fiebre reumática mueren 1 por cada 100 de los enfermos entre los 5 y los 15 años de edad; pero, comunmente los fallecimientos se presentan años después y se deben a los males valvulares residuales.

Esta valvulopatía o enfermedad de las válvulas es causada por la cicatrización del corazón, secundaria a la deformación -inflamación- de éste ocurrida durante el ataque de fiebre reumática.

Las secuelas de la carditis se manifiestan como estenosis e insuficiencia valvulares. En la estenosis el estrechamiento

de los orificios valvulares impide el fluido libre de la sangre y se presenta en aproximadamente 40% de los pacientes con carditis reumática.

Las válvulas, en el curso de la fiebre reumática, también pueden dañarse de tal manera que se produzca una insuficiencia valvular, considerada como la incapacidad de la válvula para realizar correctamente su función: cerrarse perfectamente y evitar el regreso de la sangre. Debido a la solidificación del líquido segregado por el corazón durante el ataque de carditis sobre los bordes de las puertas de la válvula se genera una deformación, por lo cual al momento del cierre, las puercecitas ya no se amoldan y permiten la filtración de la sangre. La insuficiencia valvular aparece en 50% de los casos de fiebre reumática aguda.

La carditis y la cardiopatía reumáticas son diferentes entre sí. La primera se presenta exclusivamente durante el ataque agudo de fiebre reumática, motivo por el cual se le considera como una manifestación mayor del padecimiento reumático. La segunda es una lesión, de las válvulas causada por la cicatrización de la carditis.

La fiebre reumática también puede afectar permanentemente al sistema nervioso. Esta afección es el comunmente llamado Mal de San Vito o Corea de Sydenham que consiste en una marcada

inestabilidad motora con adopción de movimientos corporales involuntarios, incoordinados y extraños; en ocasiones se presentan convulsiones con contracciones de todas las partes del cuerpo y consecuentemente una disminución de la sensibilidad y fuerza de los músculos.

El Mal de San Vito coexiste con las valvulopatías. Las estadísticas de enfermos de fiebre reumática indican que el índice de mortalidad por este daño sobrepasa el 30%. La corea convierte al enfermo en un inválido, porque no es capaz de controlar sus movimientos y, por ende, no puede valerse por sí mismo. Esta imposibilidad, naturalmente, marcará cambios en la dinámica familiar, ya que las actividades de los demás miembros de la familia se modificarán notablemente, pues el enfermo requiere de atenciones y cuidados especiales.

Tanto las lesiones cardíacas como las secuelas en el sistema nervioso aparecen, generalmente, semanas, meses o años después de la crisis inicial o ataques repetidos de fiebre reumática.

Durante una de las consultas en el INC el doctor Flores explicó a Idalia y a sus padres que la lesión presentada era consecuencia del padecimiento reumático.

— ¿Cómo? ¿no puede ser? si Idalia nunca ha padecido de anginas y tengo entendido que la fiebre reumática da por eso,

interrumpió la señora Muñoz.

- Sí, es cierto lo que usted dice; sin embargo, el caso de Idalia pudo tratarse de una infección estreptocócica asintomática, esto es, no se presentó un cuadro agudo de amigdalitis con todas sus características, por lo cual nunca se sospechó la existencia del estreptococo beta hemolítico en su garganta y por lo tanto no pudo evitarse la fiebre reumática. Explicó el doctor Flores.
- Bueno, pero lo que tengo es algo más grave ¿verdad doctor? dijo Idalia, tratando de averiguar el verdadero motivo de esa conversación, algo en su interior le hacía percibir la gravedad de su padecimiento.
- Mira Idalia, debes ser muy valiente, padeces una estrechez en la válvula aórtica, ello origina que la sangre tenga dificultades para salir de tu corazón a todo el organismo, a esto se le llama estenosis aórtica y como puedes darte cuenta es un problema grave.
- Entonces ¿No... no tengo... curación? preguntó Idalia mientras un sollozo interrumpía sus palabras y las lágrimas resbalaban por sus mejillas sin color.

Los señores Muñoz se miraron mutuamente con los ojos muy brillantes, el llanto estaba a punto de brotar.

El doctor Flores guardó silencio unos instantes y luego respondió:

— Sí, hay una solución: que te sometas a una intervención quirúrgica.

Idalia siguió llorando, no podía creer que eso le estuviera pasando a ella. "Sí, esto es una pesadilla", pensó, "¡Cómo me gustaría despertar!".

El doctor Flores explicó a la familia Muñoz en qué consistiría el procedimiento.

Idalia no entendió nada, seguía perdida en sus pensamientos para encontrar la causa de lo sucedido. En sus oídos rebataban las palabras del doctor Flores:

— Durante el ataque de carditis el corazón se inflamó y segregó una sustancia que escurrió por todo el órgano y fue a depositarse en las paredes del orificio aórtico. Cuando el ataque pasó, éste volvió a su tamaño normal y el líquido depositado en la válvula se solidificó lo cual provocó alteraciones en el paso de la sangre por dicha válvula. Es to es precisamente lo que se eliminará durante la operación, se substituirá la válvula enferma por una artificial, la cual normalizará el paso de la sangre oxigenada a todo el organismo ¿comprendes ahora? —concluyó el doctor.

— Este, bueno, no puedo responder ahora, estoy muy asustada y... no puedo... seguir hablando. Respondió Idalia inmersa en un llanto continuo.

- La operación no es sencilla, pero tu eres joven y fuerte, hay que tener fe y confianza, todo va a salir muy bien. Agregó el doctor Flores.
- No llores más Idalia, le dijo su madre y continuó, mañana hablaremos, sé que sufres y tienes miedo, pero con esas presiones no podemos darle una solución adecuada a nuestro problema.
- Mira Idalia, dijo el doctor Flores, vamos a hacer una cosa, te doy el tratamiento para eliminar el estreptococo de tu garganta y cuando hayan tomado una decisión volveremos a hablar sobre la operación ¿Estás de acuerdo?.
- Sí, doctor, gracias.

El doctor Flores indicó a los señores Muñoz que todos los miembros de la familia y demás cohabitantes se hicieran un cultivo de exudado faríngeo para descubrir si alguien más tenía la bacteria en la garganta y darles el tratamiento adecuado para erradicarlo.

Después de varios días, Idalia y sus padres comprendieron que la operación era inevitable y la única posibilidad para restituirse a una vida normal. Ella tenía tanto porque vivir, ahora que empezaba a descubrir la belleza y la emoción que representa la vida de una jovencita, fiestas, paseos, amigos, la universidad, tantas cosas que dieron a Idalia valor y una gran ilusión por vivir.

Junto con los médicos del INC Idalia y sus padres acordaron la fecha de la operación en dos meses, justo en las vacaciones de fin de cursos, con el objeto de que la joven no perdiera el año escolar y tuviera más tiempo para recuperarse.

Idalia tenía mucho miedo de la operación, pero a la vez muchos deseos de vivir, así que los dos meses se fueron muy rápido. Recién comenzadas las vacaciones Idalia se internó en el INC; durante su estancia conoció a Marialupe, su vecina de cama, como sucede en todos los hospitales, las muchachas se hicieron amigas, disponían de largas horas para platicar y así mutuamente se contaron sus problemas y compartieron la angustia y la soledad que suele sentirse en los hospitales.

Marialupe, morena, con sus ojos como la noche y su trenza hasta la cintura vivía en uno de los pedregales del sur de nuestra ciudad, en un cuarto fabricado con paredes de piedra volcánica y como techo láminas de cartón; no tenía agua entubada ni baño dentro de la casa.

Desde los 8 años de edad Marialupe había padecido de anginas, nunca fue llevada con el médico para su tratamiento. Sus métodos de curación se reducían únicamente a la automedicación: "aspirina pa' la calentura" y remedios caseros: baños de pies, tomates asados, etcétera.

Uno de estos cuadros de amigdalitis por estreptococo antecedió a la fiebre reumática; después de este ataque, Marialupe no volvió a tener otro similar, sino hasta cuatro o cinco años más tarde. Al parecer este último se convirtió en fiebre reumática y dejó, sin que nadie lo supiera, graves daños en su corazón.

La lesión se manifestó, un año después, como dificultad para respirar y palpitaciones que se desencadenaban con el ejercicio y esfuerzo físico. Su mamá la llevó, entonces, a un dispensario ubicado cerca de su casa. Solamente con la exploración, el médico descubrió un problema en corazón, por lo cual les recomendó acudir, cuanto antes, al INC.

El médico del dispensario les explicó que el Instituto Nacional de Cardiología "Dr. Ignacio Chávez" atiende a cualquier persona siempre y cuando no sea derechohabiente de las instituciones de seguridad social. El monto del pago de servicios se hace de acuerdo con los resultados del estudio socioeconómico que se les realiza previamente, antes de pasar a consulta y, si es necesario, hospitalización.

Ya en el INC le hicieron a Marialupe varios exámenes, cuyos resultados demostraron la existencia de daños valvulares en mitral y aórtica como lesión residual de fiebre reumática.

Con este diagnóstico y nuevos estudios, los médicos del INC informaron a Marialupe y sus familiares que la única forma de curación era una minuciosa y complicada operación, en la cual las válvulas lesionadas se substituirían por unas artificiales.

También para Marialupe como Idalia, fue difícil decidirse, además ella sabía que su familia no tenía dinero para pagar la intervención. Después de conocer el diagnóstico, sus familiares hablaron con Marialupe sobre la operación.

— ¿Tú quieres que te operen Marialupe? —le preguntó su mamá.

— No sé, es que... si y no... Ya vez lo que dijo el doctor si no me operan me voy a morir... Pero, pues no sé, porque si no tienen dinero pa' pagar el hospital y esos aparatos que me van a poner.

— Por eso no te preocupes manita, yo puedo pedir dinero prestado donde trabajo. Además, no nos van a cobrar mucho, verdad ma —interrumpió su hermano mayor.

— Sí, dijo la mamá de Marialupe y casi llorando añadió: tienes que agarrar fuerzas y operarte, no quiero verte como a Juana. Ahora lo bueno pa' ti es que es tiempo y tenemos algo de dinero pa' curarte.

Marialupe comenzó a llorar y dijo:

— Tengo mucho miedo, pero en el camino pa'ca pensé en lo que

dijo el doctorcito, en la operación me puedo morir, entonces lo único que me queda es operarme a lo mejor me curo, de todas maneras me voy a morir si no me opero, así como la pobre Juana.

Cuatro días después de que Idalia ingresó al hospital llegó Marialupe, quien ocupó la cama contigua. Desde el primer día las muchachas se hicieron amigas.

— ¿Qué te van a hacer a tí? —preguntó Idalia mientras la lluvia golpeaba los ventanales del hospital y agregó ¿Cómo te llamas?

— Marialupe y van a operarme pues... del corazón y tú ¿Cómo te llamas? ¿Vas a la escuela?

— Idalia, y acabo de terminar el primer año de preparatoria

— ¿Cuándo te operan? preguntó Marialupe

— Pasado mañana; pero tengo mucho miedo, creo que ya no quiero que me operen.

— Ira yo también tengo un chorro de miedo, pero también tengo mucha ilusión de cumplir 15 años, yo no creo que tu no quieras vivir, pus nomás ponte a pensar si te mueres, como mi hermana Juana, ya no se puede hacer nada, ni ir a la escuela, ni tener amigos, ni novios, ni nada.

Pa' que veas que no debes arrepentirte te voy a contar lo que le pasó a mi hermana Juana, la que se murió hace poquito.

Cuando yo empecé a sentirme enferma y cansada:

Mi hermana Juana era mayor que yo, ella acababa de cumplir 18 años cuando empezó a estar mala como yo, le faltaba el aire, le hacía muy rápido el corazón y se cansaba de todo. No me recuerdo muy bien como empezó la enfermedad de Juana lo que sí sé y eso porque nos contó mi ma era que a mi hermana le daban bien seguido anginas. Luego creció y se le quitaron; pero cuando tenía como 17 años de vuelta se volvió a enfermar, pero no de anginas, nomás no podía hacer mucho esfuerzo y con cualquier cosita que hiciera se ponía bien cansada, le faltaba el aire, además de que se le hinchaban los pies. Así pasó como un año hasta que ya no pudo salir a la calle, ni hacer tantito oficio como lavar los trastes o hacer la comida.

- Ni ir a la escuela, ni al cine ¿nada podía hacer tu hermana? —interrumpió Idalia —Qué triste ¿verdad? ¿Tu crees que nos pase como a ella?
- Yo creo que sí, porque el doctor me dijo que lo de mi hermana era consecuencia de la fiebre 'rhumática' y que yo también estaba enferma de eso. Pero deja te sigo contando: Juana ya era como un bebé, todos pa' ayudarla, tuvimos que cambiar lo que siempre hacíamos, además yo y mi ma la vestíamos, peinábamos y le dábamos de comer, porque ya no tenía muchas fuerzas.

Marialupe guardó silencio un momento para secarse las lágrimas que habían comenzado a brotar de sus grandes ojos y conti-

nuó:

La Juana se ponfa a platicar mucho conmigo y bien triste me decfa: "Lupita goza todo lo que puedas tu vida, trata de ser feliz y no te preocupes por mí".

Ella querfa trabajar pa' ayudar a la casa, pero cada vez se ponfa más débil, lo único que podía hacer era tejer y bordar. La curandera le dijo a mi ma que Juana estaba embrujada, seguro alguien le había hechado un mal por envidias, pus la Juana era rete bonita. Así estuvo como un año hasta... hasta que yo comencé a ponerme enferma y mi ma por miedo a que me pasara como a ella me llevó al doctor y luego... y luego a este hospital,

Marialupe volvió a interrumpir su relato para secarse las lágrimas que ya habían mojado todo su rostro, respiró profundo y siguió adelante:

Un día la dejamos sola, sentada en una silla afuera de la casa, no creíamos que nos fuéramos a tardar, pero ese día me hicieron unos análisis y regresamos a la casa ya tarde, después de un aguacero.

Según nos contó un vecinito que la vio desde la calle; Juana comenzó a sentir las gotas que mojaban su cabeza y resbalaban por su costura, se desesperó y trató de levantarse hasta que se paró, como era de esperarse, no pudo entrar en la casa antes de que quedara bien mojada. Cuando nosotros llegamos estaba tirada en el suelo,

El esfuerzo que hizo por entrar a la casa fue tal que al otro día Juana ya no pudo ni siquiera sentarse en la cama; al día siguiente murió.

Por eso yo quiero que me operen, no quiero estar como mi hermana. Además, si me operan tengo una oportunidad de po nerme bien, pero si no de todos modos me voy a morir.

Idalia, no tengas miedo, lucha por curarte y vivir, acuérdate que a cada iglesita le llega su fiestecita y yo estaré en tu lugar y entonces te tocará a tí rezar pa' que yo salga con bien. Ten mucha fe y no pierdas la esperanza... yo tengo confianza de salir bien.

El día señalado llegó; alrededor de las seis de la mañana se llevaron a Idalia. El ruido despertó a Marialupe quien la animó una vez más. Las dos jóvenes se despidieron y se desearon mucha suerte.

Idalia fue trasladada al quirófano; desde ese momento para sus padres y demás familiares, que ahí se encontraban, el tiempo en la salita de espera, parecía correr muy lentamente, como si los segundos se hubiesen convertido en algo más permanente. Así, unos fumaban, otras rezaban o platicaban; la madre de Idalia sentía que esa espera era eterna, mientras sus ojos húmedos y cansados recorrían, uno a uno, los cuadros decorativos que presentaban, en vivos colores, a niños indígenas alegres, totalmente ajenos al dolor, al miedo, a la impo-

tencia y a esas horas tan infinitas para los ocupantes, en turno, de la salita.

Pasaron muchas horas, de pronto una voz joven interrumpió los pensamientos de la madre de Idalia que en silencio gritaba, lloraba y pedía por la salud y la vida de su hija. "La operación terminó, pueden pasar a la entrada del quirófano para enterarse por el cirujano cómo salió su paciente".

Idalia salió bien de la operación; tres días después, cuando regresó al cuarto no vio a Marialupe y pensó: "seguramente hoy la operaron. Dios la ayude a salir con bien".

Pasaron unos días más; Idalia se recuperaba satisfactoriamente; Antonio y su madre cumplieron la promesa de visitarla, su po que su amigo, como ella, podría reincorporarse a una vida normal. Marialupe no regresaba, Idalia, en silencio, se preguntaba ¿qué le habrá pasado? Nada... debe estar bien, su operación era mucho más complicada que la mía.

Casi totalmente restablecida Idalia regresó a su casa. Una semana después se fue a descansar a San Juan del Río, Querétaro, donde vivían sus abuelos. Nunca imaginó, y su madre no se lo dijo, que Marialupe jamás regresó. No, nunca imaginó que su amiga a la cual había llegado a estimar no volvería a tener tanta ilusión por vivir.

TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN: UNA PROMESA INCUMPLIDA

La característica más desafortunada de la fiebre reumática es su tendencia a recurrir, es decir, quienes han sufrido ya el padecimiento están expuestos a volver a presentarlo, dice el doctor Alfredo Vizcaino Alarcón, Jefe del Departamento de Cardiología del Hospital Infantil de México, S.S. Se ha calculado -continúa- que en los cinco años siguientes al primer episodio el riesgo de recaídas es de 19 ataques por cada 100 pacientes al año. Entre los 5 y los 10 años posteriores es de 11% por año y entre 10 y 15 años de 6%; más allá de los 15 años la cifra desciende a 1.4 ataques por cada 100 pacientes. Con una profilaxis (higiene medicamentosa) adecuada la reincidencia se reduce a 1 por 25,000 pacientes al año.

Puesto que sin estreptococo beta hemolítico del Grupo A no hay fiebre reumática se podrían evitar los primeros brotes de la enfermedad con el tratamiento adecuado de la infección estreptocócica antecedente, pero como un porcentaje alto de estas infecciones son subclínicas, esto es, no son aparentes, no se manifiestan, es imposible que pueda evitarse la aparición de fiebre reumática.

Hay que aclarar que si por alguna circunstancia el médico sospecha en un paciente, con infección en vías respiratorias altas, la presencia de estreptococo beta hemolítico del Grupo A,

éste tiene la posibilidad de evitar un ataque, grave o no de fiebre reumática; pues la frecuencia de positividad de estrep tococo beta hemolítico del Grupo A en el resultado de exuda dos faríngeos practicados en pacientes con faringoamigdalitis va desde 6.9% hasta 66%.

Al respecto el doctor Romeo S. Rodríguez, Jefe de la Unidad de Especialidades Médico Quirúrgicas del Hospital del Niño DIF; profesor titular de pregrado y postgrado de la Facultad de Medicina UNAM, explica que potencialmente, los individuos con esta bacteria son candidatos a desarrollar el padecimiento reumático. "El médico al fracasar en el enfoque terapéutico (curativo) de la infección, contribuye importantemente para que se sigan observando muchísimos casos de fiebre reumática. Cada paciente reumático representa un fracaso en la prevención primaria del mal. Por ello podemos decir que en la República Mexicana hubo en 1974 la incidencia de fiebre reumática vista en los Estados Unidos de Norteamérica en 1934".

El tratamiento y manejo adecuados del paciente con fiebre reumática son fundamentales, ya que en ello estriba la gran diferencia entre restituirlo a una vida normal o, por el contrario, exponerlo a lesiones y secuelas serias; a nuevos ataques cada vez más graves que le ocasionen invalidez y aun la muerte temprana. La mayoría de las muertes por daños cardíacos reumáticos, especialmente entre niños y adultos jóvenes, pue-

den atribuirse directamente a las recaídas y consecuencias del padecimiento reumático, ya que reducen la vida del joven a un promedio de 15 años.

Hay cuatro casos en los cuales la prevención de la fiebre reumática fracasa y se convierte en una promesa incumplida: Infección estreptocócica subclínica; Infección estreptocócica (con síntomas) que no recibe atención médica; Infección estreptocócica a la que no se le hace el diagnóstico o que es tratada inadecuadamente y por último la infección estreptocócica con diagnóstico y tratamiento adecuado.

Explicaremos rápidamente cada uno, en vista de que todos debemos conocer la magnitud real del problema y permanecer alertas para tratar de proteger a los pequeños de nuestro entorno familiar, laboral y en la comunidad. He aquí los cuatro casos:

Del 13 al 32% de las infecciones estreptocócicas son subclínicas, esto es, no hay sintomatología, no aparecen las características clínicas propias de la infección y por lo tanto, no puede existir diagnóstico y mucho menos tratamiento, el resultado: fiebre reumática.

Desgraciadamente, no todos los pacientes con fiebre reumática presentan antecedente claro de infección estreptocócica, así,

la infección puede no hacerse evidente en su forma clásica y pasar inadvertida ante los médicos, lo cual imposibilita su prevención. En este caso no podemos culpar a nadie, ni a los padres ni a los médicos.

Idalia, por ejemplo, nunca mostró evidencia de infección estreptocócica por ello no fue posible evitar el ataque de fiebre reumática que, finalmente, lesionó de gravedad su corazón.

También se imposibilita la prevención de la fiebre reumática en aquellos niños con infección estreptocócica evidente, con manifestaciones clínicas características, pero que no recibe la atención adecuada, pues los padres consideraron sin importancia los síntomas del niño y administraron, quizá, un antibiótico a dosis inadecuada (automedicación); remedios caseros incapaces de detener la infección; o sencillamente no le dieron al pequeño medicamento alguno. Como resultado se desarrolló fiebre reumática y sus complicaciones.

Este 50.5% de casos se consideran como responsabilidad de los padres de familia, esto es, como factor de 'causa determinante'.

Por ejemplo, Juana y Marialupe no recibieron atención médica debido, posiblemente, a lo siguiente: no le dieron importancia al padecimiento y se conformaron con la automedicación;

su situación económica no les permitió acudir con un profesional y mucho menos adquirir los medicamentos; sus tradiciones, nivel educacional y creencias los encaminaron hacia la medicina tradicional^(*) que es una institución cultural totalmente integrada en su contexto y se encuentra, además, dentro de sus posibilidades económicas; o simplemente a la irresponsabilidad de los padres.

Al 13.3% de las infecciones estreptocócicas no se les hace el diagnóstico o se les trata inadecuadamente. Este caso corresponde a dos grupos de enfermos. En el primero los enfermos presentan signos y síntomas clínicos por lo cual acuden a consulta médica. Es, pues, el médico quien no hace el diagnóstico correcto y, por ende, el enfermo no recibe el tratamiento específico. Se presenta fiebre reumática.

El caso de Antonio se encuentra en este grupo, pues presentaba manifestaciones clínicas capaces de despertar la sospecha

(*) NOTA. El hecho de que aquí se hable de la medicina tradicional mexicana en este sentido no significa que se esté en desacuerdo o en contra de este tipo de práctica médica. Sino que para muchas enfermedades ésta no ha logrado obtener la cura a través de los medios naturales. La Medicina Tradicional en México es una combinación de elementos derivados de conceptos indígenas prehispánicos, otros traídos por los conquistadores y aun elementos de farmacología moderna.

de existencia de estreptococo beta hemolítico del Grupo A en la garganta. Sin embargo, el niño desarrolló fiebre reumática a pesar de que siempre recibió atención médica. Aquí el facultativo nunca acertó en el diagnóstico y mucho menos prescribió el tratamiento preciso.

A los pacientes del segundo grupo sí se les efectúa el diagnóstico correcto, pero el tratamiento es inadecuado; este grupo representa el 14.4% de enfermos de fiebre reumática y como en el anterior son de estricta responsabilidad médica.

En virtud de que el diagnóstico de infección estreptocócica en muchas ocasiones es difícil de hacer, el médico tiene la obligación de considerar a toda afección de vías respiratorias altas con fiebre como probable infección por estreptococo hasta que no se demuestre lo contrario.

Se debe practicar un cultivo de exudado faríngeo en busca del estreptococo beta hemolítico del Grupo A, en cualquier paciente del que se sospeche padece fiebre reumática, aunque la afección haya ocurrido semanas antes. El cultivo podrá descartar, entonces, la posibilidad de que aun esté presente el estreptococo.

El 10% de los pacientes desarrollan el mal reumático después de una infección estreptocócica a pesar de haber sido diag-

nosticada y tratada acertadamente.

Se trata de estreptocóccias cuyo tratamiento, aunque adecuado, fue extemporáneo o mal dosificado; dado que tal infección tenía ya varios días, el tratamiento no detuvo el cuadro de actividad reumática incipiente.

Como el segundo caso, fue la actitud de los padres de familia, que al principio de la infección creían que se trataba de una infección banal.

Como puede observarse, el hecho de que todavía en nuestro país no pueda lograrse la prevención de la fiebre reumática se debe, en gran medida, a la ignorancia e irresponsabilidad tanto de los padres de familia como de los médicos. Sin embargo, para poder prevenir o curar la fiebre reumática y sus complicaciones se requiere de un esfuerzo conjunto de médicos, padres y maestros; solo así podrán evitarse las complicaciones cardíacas y con ello la muerte.

Las secuelas de esta enfermedad, como la cardiopatía reumática, ocupan un lugar preponderante en los índices de morbi-mortalidad por padecimientos del corazón en niños y adultos jóvenes.

Según datos proporcionados por la Dirección General de Salud

Pública en el D. F., S. S., en México, en 1971, se registraron 374 defunciones por fiebre reumática (tasa de 0.7) y 1,320 por enfermedad reumática crónica del corazón (en total tasa de 3.5); la mayor parte de las defunciones fueron de enfermos menores de 20 años. El doctor R. H. Valenzuela, en su Manual de Pediatría explica que entre 1982 y 1986 se registraron tasas de mortalidad por fiebre reumática y sus complicaciones de 1.30%; en 1968 y 1978 las tasas fueron 3.8 y 3.3 por 100, 000 habitantes respectivamente.

Hoy en día, las estadísticas de causa de mortalidad en nuestro país indican que la enfermedad reumática ocupa el 3º lugar, mientras que el primero lo detenta la neumonía y la influenza y el segundo las enteritis y otras enfermedades gastrointestinales.

La mortalidad es elevada sobre todo en pacientes con graves complicaciones cardiacas; las frecuentes recaídas y la invalidez, que impiden la asistencia a la escuela, así como el alto costo de la atención en el hospital en donde deben recluirse estos enfermos, realzan la importancia de la enfermedad reumática y la necesidad de su diagnóstico oportuno, de su tratamiento eficaz y de su prevención.

La incidencia de la fiebre y la cardiopatía reumáticas como otras enfermedades, son un verdadero problema de salud pública.

ca, en la medida en que no solo involucran al individuo que las padece, sino también a su familia y a la comunidad en la cual se desarrolla, ya que como se presentan especialmente en niños y adolescentes les limita la vida a un promedio de 15 años. Es decir, elimina al joven de la vida activa cuando hay más capacidades, se es más productivo y se tienen más ilusiones por vivir.

A esto se debe, pues, la importancia que actualmente tienen la salud pública y la medicina preventiva en nuestro país. Los doctores Leopoldo Vega Franco y Héctor García Manzanedo consideran a la salud pública como: "la ciencia y el arte de impedir las enfermedades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia. Mediante el esfuerzo organizado de la comunidad, para el saneamiento del medio, el control de las enfermedades transmisibles, la educación de los individuos en higiene personal, la organización de los servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico temprano y el tratamiento preventivo de las enfermedades, el desarrollo de un mecanismo social que asegure a cada uno un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud".

La prevención y la curación de las enfermedades competen a todo aquel que ejerza la medicina. Gran parte de la salud pública tiene un carácter preventivo contribuyente a preservar la salud colectiva o individual.

Por otro lado, estos mismos especialistas conciben la medicina preventiva como: "la ciencia y el arte de prevenir las enfermedades, prolongar la vida y promover la salud individual y colectiva que se ejerce con el objeto de entorpecer las enfermedades en cualquier fase de su evolución".

Para lograrlo, la medicina considera tres niveles de acción preventiva:

- La *prevención primaria* tiene como finalidad evitar que la enfermedad se presente, mediante la promoción de la salud y la protección específica o inmunizaciones (vacunas).
- La *prevención secundaria*, cuya meta es detener la progresión de las enfermedades (procesos patológicos) por el diagnóstico temprano y por lo tanto el tratamiento oportuno.
- La *prevención terciaria* se realiza con el propósito de limitar las secuelas o rehabilitar a las personas ya inválidas, esto se lleva a cabo al limitar la presencia de secuelas o bien mediante la rehabilitación.

Por las características peculiares de la fiebre reumática y la trascendencia que en la prevención y control de la misma tiene el tratamiento, es importante hacer la distinción entre el tratamiento curativo y el preventivo, y en este último, el de prevención de recaídas.

El tratamiento de la fiebre reumática es muy importante, ya

que de no hacerse o llevarse a cabo al pie de la letra se corre el peligro de no atacarla del todo.

Recordemos a Antonio, el doctor de la Fuente le instituyó los tratamientos a seguir. Afortunadamente para el pequeño y sus padres, la intervención del doctor fue tan oportuna que la carditis sólo dejó una lesión leve en el corazón del niño.

Los tratamientos que el médico prescribió a Antonio para combatir el mal reumático, habrían podido evitar el daño cardiaco en Idalia y la muerte de Juana y Marialupe. Estos son los mundialmente reconocidos por la Organización Mundial de la Salud y los establecidos por la Secretaría de Salud en la Norma Técnica Número 63 para la prevención y control de la fiebre reumática aguda, publicada en el Diario Oficial de la Federación del 1º de octubre de 1986.

Tratamiento de la Fiebre Reumática

Para aliviar el mal se recomienda:

- a) Reposo absoluto, de ser posible en un hospital. En todos los pacientes es esencial la restricción de actividades indicada por la severidad de la carditis.
- b) Erradicación del Estreptococo con la aplicación de penicilina procainica 600,000 U y continuar cada 15 días. Si hay

alergia a la penicilina se administra eritromicina 40-50 mg. por kilo de peso a diario repartido en 4 tomas durante 10 días.

Al completar 10 días de tratamiento de erradicación, debe iniciarse de inmediato la prevención de recaídas.

- c) Para aliviar el dolor articular y controlar la fiebre se emplea aspirina (ácido acetilsalicílico) 100 a 120 mg. por kilo de peso al día.
- d) Dieta: restricción de la sal.
- e) El manejo del paciente con fiebre reumática no es completo si no se efectúa el estudio epidemiológico correspondiente, con el objeto de buscar otro miembro de la familia que ya hubiese padecido el mal y sobre todo de investigar la infección estreptocócica intrafamiliar.

El seguimiento debe ser a largo plazo y de forma tal que permita descubrir el desarrollo de anomalías valvulares significativas. Además, el control cuidadoso de la profilaxis para proteger al paciente de una nueva reinfección por estreptococo y se desarrollen fiebre reumática y sus complicaciones.

Prevención Secundaria o Prevención de Recaídas

El tratamiento para prevenir las recaídas o prevención secundaria debe aplicarse después de curada la fiebre reumática y de haber erradicado el estreptococo beta hemolítico del Grupo A.

Para evitar las recidivas Idalia y Antonio recibieron, también, este segundo tratamiento.

La prevención de recaídas con el empleo de penicilina benzatínica es un logro de la medicina en el campo de la lucha contra este padecimiento, en virtud de que prácticamente la elimina si se siguen al pie de la letra los procedimientos internacionalmente conocidos:

Aplicar penicilina benzatínica en dosis de 600,000U inyectada cada 15 días ó 1,200,000U también inyectada cada tres semanas hasta que el paciente cumpla 18 años de edad cuando el control se inicie en menores de 14 años, o durante 5 años después del último ataque de fiebre reumática si el control se inicia a los 14.

La duración de la profilaxia antimicrobiana deberá extenderse a lo largo de toda la infancia. En casos de adolescentes y adultos deberá continuarse y no terminará mientras el paciente mantenga relación con grupos de población que presenten frecuencias elevadas de infecciones estreptocócicas como medios militares, escolares, casa-hogar, cárceles, personal médico y profesores de escuelas. El tratamiento preventivo deberá continuar toda la vida en aquellos casos en que exista cardiopatía reumática.

La importancia de la profilaxis va más allá de la simple re-

ducción numérica de los ataques de dicha enfermedad entre la población, ya que cada recaída ocasiona un aumento desproporcionado de incapacidades y fallecimientos entre los individuos afectados. Este tratamiento debe instaurarse en todos los pacientes con antecedentes comprobado de fiebre reumática o signos inequívocos de lesión cardíaca residual. La profilaxia evitará la faringitis estreptocócica y, por lo tanto, las recidivas del mal reumático.

Los pacientes con fiebre reumática y secuelas valvulares están propensos a padecer inflamación del corazón por infección (endocarditis bacteriana), por lo cual deben protegerse ante esta posibilidad al someterse a procedimientos quirúrgicos o a tratamientos dentales. Este régimen consiste en administrar el día de la intervención penicilina procainica 800,000U inyectada y una igual diaria los días siguientes al procedimiento.

La amigdalectomía o extirpación de las anginas tiene las mismas indicaciones que en un paciente sin esta enfermedad, por lo que el quitar las amígdalas no es una solución determinante para la erradicación del estreptococo y la prevención de la fiebre reumática, debido a que el microorganismo puede alojarse en la faringe del paciente.

Para disminuir las reinfecciones por estreptococo es neces-

rio, además del tratamiento preventivo, mejorar, mediante la educación higiénica, el ambiente en que vive y se desarrolla el paciente reumático. Esto es, si el paciente una vez restablecido con el tratamiento curativo vuelve a su casa y al ambiente en el que ha vivido y no se toman medidas higiénicas primarias como: aseo, tratamiento médico para los familiares que pudieran considerarse como portadores, el convaleciente corre el riesgo de tener una recaída por reinfección estreptocócica.

A pesar del tratamiento preventivo mundialmente utilizado, pocos son los casos de fiebre reumática que logran evitarse.

Las principales causas por las que no se logra evitar la fiebre reumática, sus recidivas y sus complicaciones son:

- La gente no acude al médico, se inclina por los remedios caseros y la automedicación, en este caso tenemos a Marialupe y a Juana.
- El médico no instituye el tratamiento adecuado para la erradicación del estreptococo ni para la protección contra las recidivas. Este fue el caso de Antonio.
- Cuando el paciente reumático es muy pequeño no logra soportar el tratamiento profiláctico, ya que cada inyección es excesivamente dolorosa.
- No se hace el estudio para averiguar quien más en la familia tiene el estreptococo beta hemolítico del Grupo A en la garganta y éste no se combate.

Por todo esto, lo ideal sería lograr una prevención primaria, es decir, evitar desde el principio la infección estreptocócica y la fiebre reumática. Aunque esto es todavía más difícil, ya que es necesario localizar y terminar con los estados de portador.

Prevención Primaria

El doctor Fause Attie Curi, Jefe del Servicio de Cardiología Padiátrica del Instituto Nacional de Cardiología y en 1975 asesor del programa de la campaña contra la fiebre reumática, dice que la prevención primaria se efectúa desde que el médico sospecha o detecta una infección por estreptococo beta hemolítico del Grupo A y administra el tratamiento adecuado para erradicarlo. Esto es, si no hay infección estreptocócica no debe existir fiebre reumática y sus complicaciones.

La sospecha inmediata de la infección estreptocócica se comprueba o disprueba después de someter al paciente a un examen de cultivo de exudado faríngeo. Si el paciente no presenta este tipo de estreptococo en la garganta no hay peligro de que se desencadene un ataque agudo de fiebre reumática. Pero, si por el contrario se encontrase la bacteria en la garganta el tratamiento debe aplicarse a la brevedad posible para evitar totalmente la dolencia.

La erradicación del estreptococo se realizará con un tratamiento basado en penicilina o en su defecto eritromicina inyectada o tomada en caso de alergia al medicamento indicado.

Es siempre responsabilidad del médico, dice el doctor Attie Curi, el diagnóstico y terapéutica adecuados para evitar un caso más de fiebre reumática.

Por diversos motivos, afirman otros especialistas, la prevención de las primeras crisis de fiebre reumática resulta difícil de lograr. El descubrimiento y el tratamiento tempranos de la faringitis estreptocócica se dificulta a veces por el hecho de que los síntomas son tan ligeros que el paciente no consulta al médico.

No es raro, tampoco, un diagnóstico equivocado cuando el paciente es visto por primera vez o que la terapéutica antimicrobiana prescrita no sea la adecuada.

En resumen, el tratamiento preventivo del primer ataque, es esencialmente hacia donde debe encaminarse el peso de la acción, se basa en el manejo adecuado y oportuno de la infección estreptocócica mediante la aplicación de penicilina por un período mínimo de 10 días. La droga alternativa por intolerancia es la eritromicina.

La aparición de varios casos inesperados de fiebre reumática en breve período de tiempo y en un pequeño grupo de población debe poner en guardia al médico al pensar en la posibilidad de la existencia de una epidemia estreptocócica en la comunidad.

Con el fin de evitar la reinfección, pueden estar indicados cultivos de faringe en miembros de la familia para identificar estados de portador o infecciones estreptocócicas subclínicas.

El doctor Attie Curi explica que se han intentado vacunas antiestreptocócicas a través de pequeñas dosis de proteína M purificada, pero para que sea eficaz tendría que conferir inmunidad contra casi todos los 80 tipos de estreptococo beta hemolítico del Grupo A hasta ahora conocidos.

Pero ha ocurrido un avance importante en este campo; en 1984 se logró la purificación de la proteína M específica, lo cual abre la posibilidad de elaborar un producto biológico capaz de generar anticuerpos contra todas las formas de estreptococo. Con esta vacuna se abriría el camino hacia la erradicación de esta bacteria y con ello la desaparición de la fiebre reumática.

La fiebre reumática como problema de salud pública se agudiza.

Por ello la producción de la vacuna que ahora parece viable es imperativa, sobretodo si se considera que un buen número de infecciones estreptocóccicas no son clínicamente aparentes y otras son erróneamente diagnosticadas y tratadas. Además, es necesario encontrar esa vacuna, ya que por la evolución de los microorganismos y los cambios del medio ambiente, que inevitablemente repercuten en el hombre, pueden aparecer estreptococos más rebeldes, agresivos y resistentes a la penicilina.

El doctor Attie indica que se debe ampliar y fortalecer la lucha contra este padecimiento característico de los países en vías de desarrollo, para lo cual se requiere de mayor apoyo social y económico pues el mal sigue cobrando vidas jóvenes en su etapa más productiva y exigiendo de la nación gastos excesivos para la atención médica de quienes sufren sus consecuencias.

Por lo tanto, el eje central de la profilaxis de la fiebre reumática continuará siendo el tratamiento adecuado, con penicilina benzatínica, de las infecciones estreptocóccicas orofaríngeas, mientras la producción y aplicación de la vacuna polivalente contra el estreptococo beta hemolítico del Grupo A para la prevención de la enfermedad reumática y sus complicaciones siga siendo una promesa, una promesa incumplida.

REFLEXIONES A MANERA DE CONCLUSION

Al iniciar mi trabajo partí de una idea: emitir a través de un reportaje mensajes no solamente informativos, sino también educativos y preventivos. Cuando lo terminé surgieron las siguientes reflexiones:

1. Para difundir periodísticamente un problema de salud pública se requiere del estudio y análisis de diversos aspectos del saber humano, con el fin de relacionar la enfermedad con el medio social, el desarrollo del mal y el fin de éste.
2. Traté de utilizar el reportaje profundo como medio auxiliar de la educación para la salud, al presentar el problema de la fiebre reumática de una manera accesible, pero siempre apegada a nuestra realidad.
3. Pensé en el reportaje profundo como medio auxiliar de educación para la salud, porque puede llegar a aquellas personas que no disfrutaban de los beneficios de la asistencia médica social y por lo tanto no tiene acceso a este tipo de información.
4. Los medios de comunicación o bien de información, radio, televisión y prensa escrita, debieran comprometerse a utilizar su cobertura con el propósito de: luchar por la conservación y promoción de la salud; educar a la población a

fin de evitar las enfermedades, los accidentes, la desnutrición infantil y la automedicación y, sobre todo concientizarla para que use adecuada y oportunamente los servicios médicos sociales.

5. Si se considera al reportaje profundo como un medio auxiliar de la educación para la salud, las tareas de un periodista especializado en temas médicos son:

- Analizar, comprender, sintetizar y hacer accesible para la población los resultados de las investigaciones y difundirlos.
- Inculcar en la población que la conservación de la salud es un derecho y una necesidad prioritaria.
- Concientizar sobre factores nocivos para la salud de la población.
- Participar en la elaboración y diseño de programas de educación higiénica y médica.
- Participar en la elaboración y diseño de material didáctico.
- Informar sobre la existencia y las ventajas del uso de los servicios médicos sociales.
- Apoyar las campañas de vacunación.
- Alertar a la población en cuanto a la gravedad de algunas enfermedades todavía no erradicadas en México.
- En resumen: hacer de la comunicación una servidora de la salud.

6. Conseguir la prevención y, en un futuro, la erradicación

de la fiebre reumática requieren acciones educativas e informativas encaminadas fundamentalmente, a evitar la presencia de la enfermedad.

7. Sin embargo, la Secretaría de Salud desde su campaña en 1975 no ha vuelto a elaborar y llevar a cabo ningún otro programa preventivo de la fiebre reumática. Este es uno de los motivos principales por el cual este padecimiento no es muy conocido por la población y su prevalencia pasa inadvertida.
8. En un país como el nuestro una de las alternativas más inmediata en la prevención y erradicación del padecimiento reumático es llamar a acciones educativas e informativas con el fin de evitar las infecciones estreptocócicas y la fiebre reumática.
9. En virtud de que en nuestro país, por cuestiones principalmente económicas, no puede efectuarse un rastreo masivo de portadores de la bacteria, mínimamente las autoridades sanitarias deberían aprobar como una necesidad prioritaria una campaña informativa permanente para la prevención de la fiebre reumática. Una simple campaña informativa es mucho mejor que el silencio o el olvido, con ella por lo menos la población tendrá alguna idea de lo que es la fiebre reumática.
10. Las autoridades sanitarias son las únicas que tienen la posibilidad de presionar económica y políticamente al gobierno nacional para conseguir el apoyo necesario y poner en

marcha un programa efectivo con el fin de que la prevención de la fiebre reumática deje de ser, en nuestro país, una promesa incumplida.

A N E X O S

INTRODUCCION.

Los anexos que se presentan a continuación tienen por objeto complementar la información emitida a lo largo del reportaje y que en aras de la claridad, sencillez y continuidad fue necesario excluir del cuerpo del trabajo.

El primer anexo es un cuadro sinóptico que gráficamente agrupa las manifestaciones mayores y menores del Criterio de Jones para el diagnóstico de la fiebre reumática.

El anexo número dos es una entrevista imaginaria con el estreptococo beta hemolítico del Grupo A; en ella se habla de sus características, su forma de vida y algunas cosas más.

El tercer anexo es una pequeña y sencilla explicación del funcionamiento del aparato circulatorio.

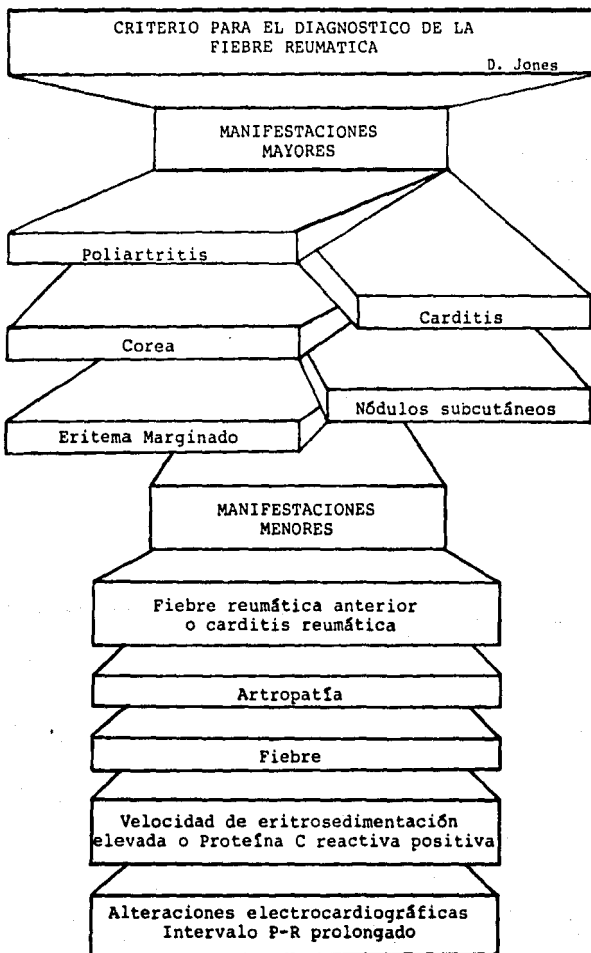
Un poco de historia es el anexo cuarto y es un resumen informativo, el cual tiene la finalidad de exponer brevemente el desarrollo y la evolución histórica del concepto de fiebre reumática desde la Grecia antigua hasta el México actual.

La quinta parte presenta la Norma Técnica No. 63 para la Pre-

vención y Control de la Fiebre Reumática Aguda en la Atención Primaria a la Salud, publicada por la Secretaría de Salud en el Diario Oficial de la Federación del 10. de octubre de 1986.

Finalmente, como anexo número seis, se reproduce íntegramente la Declaración Universal de los Derechos del Niño, aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1959.

ANEXO 1



ANEXO 2

EL ESTREPTOCOCO BETA HEMOLITICO DEL GRUPO A

(Entrevista imaginaria)

Tengo miedo, no puedo negarlo, el temor de que uno de esos animalejos salte del portaobjetos y se instale en la garganta o en cualquier otra parte de mi cuerpo y me ocasione una enfermedad infecciosa, es permanente, mientras pienso en ello observo, a través de la lente del microscopio electrónico, a los estreptococos que al moverse parecen bailar al ritmo de un rock and roll. De pronto escucho una vocesita, proviene del portaobjetos:

- ¡Hola! ¿Quieres venir con nosotros?
- ¡Qué! ¿Ir con ustedes? ¿a dónde?
- A nuestro mundo microscópico, para que nos conozcas mejor.
- No sé, respondo apresuradamente y luego pienso: ... quizás deba ir, esta aventura podría ayudarme a resolver algunas dudas para la redacción de mi tesis profesional. Después de algunos segundos en silencio respondo: Bueno, ... si voy.

En ese momento empiezo a sentirme transportada a un mundo imaginado para un ser humano...

No veo claro, hay humo, no, no es humo, es neblina, hace un

poco de frío, me encuentro en un lugar húmedo y huele a alcohol; me siento como atontada, no se con seguridad en dónde estoy. Sin embargo, presiento que he sido llevada a un cultivo de laboratorio. De pronto vuelvo a escuchar la voz del estreptococo, está frente a mí y comienza a explicarme:

— El nombre de estreptococos proviene del griego estrep-
tos, sinuoso, torsionado. Tenemos la forma de los di-
plococos, esto es, somos ovals o lanceolados, casi
siempre capsulados. Otra de nuestras características
es que crecemos formando cadenas de extensiones varia-
bles.

Fuimos vistos y descritos por primera vez en 1874
por el cirujano austriaco Theodor Billroth como unos
microorganismos esféricos que crecían formando cade-
nas a partir de materia purulenta -pus- que salía de
los vasos capilares de lesiones eruptivas (erisipela-
tosas) y heridas infectadas.

Más tarde se demostró nuestra presencia en la sangre
de una mujer con fiebre puerperal.

También fuimos aislados en enfermos de escarlatina y
en 1882 el doctor Fehleisen provocó erisipelas, pade-
cimiento eruptivo y febril, en voluntarios humanos
con cultivos puros de estreptococos obtenidos a par-

tir de lesiones de pacientes con este mal.

En un principio los humanos pensaban que cada enfermedad estreptocócica era producida por una variedad específica de nosotros, pero actualmente ya saben que una única especie podemos ser la responsable de varias enfermedades.

En 1903 Schottmüller propuso que las variedades de estreptococo fueran clasificadas según nuestra capacidad para desintegrar o disolver las células sanguíneas, especialmente los glóbulos rojos; así en 1919, Brown introdujo los términos alfa, beta y gama para describir los tres tipos de reacción hemolítica observados en placas de agar-sangre.

Ya comienzo a darme cuenta en donde estoy, es un disco de bacitracina en placa de agar con 5% de sangre de oveja y, por supuesto, una muestra de exudado faríngeo.

El estreptococo beta hemolítico del Grupo A continúa explicándonos cómo fueron descubiertos, agrupados y tipificados:

- A partir de los trabajos del doctor Lancefield, en los primeros años de la década de 1930, los estreptococos hemolíticos beta fuimos diferenciados en grupos inmunológicos designados en la actualidad con las le-

tras de la A a la O.

En este momento el estreptococo deja de hablar y de la nada, como lo hace un mago, aparece unas gafas y el Tratado de Microbiología de Davis Dulbecco y otros. Abre el libro en la página 730; se coloca las gafas y comienza a leer:

"Los antígenos grupos - pecíficos fueron identificados como carbohidratos y la mayor parte de las cepas causantes de las infecciones humanas pertenecían al Grupo A. A su vez el Grupo A contiene una variedad de tipos antigénicos, como fue demostrado posteriormente por métodos de precipitación (Lancefield) y por reacciones de aglutinación (Griffith).

Se demostró que los antígenos específicos de grupos son carbohidratos, mientras que los antígenos tipospecíficos son protefnas".

Al terminar de leer, el estreptococo, sin pronunciar palabra, desaparece todo y tranquilamente continua explicando:

- Los antígenos es la substancia que dentro del cuerpo humano provoca la formación de anticuerpos.

- Hasta nuestros días ¿cuántos tipos de estreptococo beta hemolítico del Grupo A se han logrado identificar?

- pregunto admirada.

— Somos 80 y al igual que todos los tipos de estreptococos somos grampositivos, es decir, somos bacterias que conservamos la coloración por el método de Gram, al ser tratados por alcohol.

— ¿Cómo está conformado un estreptococo?

— Los seres vivos como yo estamos formados por tres partes principalmente: cápsula, pared y membrana. La cápsula está formada de ácido hialúrico. La pared de proteínas M, T, R, carbohidrato y mucopéptido. Finalmente, la membrana se compone de glucosa y lipoproteínas.

Los productos extracelulares son: Estreptolisinas O y S, hialuronidasa, toxina eritrogénica, proteinasa, ribonucleasa y amilasa.

— ¿Qué requiere un estreptococo para crecer y desarrollarse?

— Los requerimientos necesarios para nuestro crecimiento son similares a los de los neumococos. El medio químicamente definido que permite el crecimiento de ambos organismos es esencialmente el mismo, por lo que crecemos con facilidad en un medio de infusión de carne que contenga sangre o suero.

Para aislar los antígenos y las enzimas extracelulares debe utilizarse un medio que únicamente contenga los componentes dializables del complejo de infusión de carne tratada con jugo gástrico y jugo pancreático (peptonada), para eliminar los componentes macromoleculares que podrían confundirse con los producidos por los organismos.

El estreptococo beta hemolítico del Grupo A es un microorganismo peligroso que ocasiona infecciones muy graves causantes de enfermedades como la glomerulonefritis aguda, fiebre reumática y eritema nudoso.

El estreptococo hace una pausa. Ese silencio me permite reflexionar y poner en orden mis ideas para luego poder explicar en mi trabajo todo acerca de la fiebre reumática:

La patogenia de la fiebre reumática es aún más oscura, puesto que cualquier tipo de estreptococo beta hemolítico del Grupo A parece ser capaz de producir la enfermedad. Sin embargo, la existencia de anticuerpos antiestreptocócicos en el suero del paciente con fiebre reumática aguda constituye una prueba para la tesis de la enfermedad: se debe al contacto previo con otros microorganismos.

Esto se refuerza con los estudios cuantitativos sobre los an-

anticuerpos que han demostrado que después de una infección estreptocócica, los pacientes que desarrollan fiebre reumática, alrededor de 3%, tienden a presentar títulos más elevados de anticuerpos antiestreptocócicos en el suero que los que no contraen la enfermedad.

El título medio de antiestreptolisinas en el suero de los pacientes con fiebre reumática es más alto del que se observa enseguida de infecciones estreptocócicas sin complicación. Aún, cuando un tratamiento adecuado de la infección estreptocócica previene la fiebre reumática, no impide en cambio, la elevación del título de antiestreptolisina en la sangre.

La presencia de anticuerpos de la estreptolisina - O en la sangre humana a continuación de una infección estreptocócica ha jugado un papel importante en la evolución histórica del conocimiento que relaciona dicha infección con la fiebre reumática.

...Una duda me hace romper el silencio y hacer una pregunta más:

- ¿Por qué tienen esa selecta agresividad para con los niños?.

- Los estreptococos somos microorganismos nocivos para el ser humano en general. Pero no lo somos con alevo

sía, hay una cierta predisposición, hoy todavía desconocida, para atacar a los niños y ocasionarles fiebre reumática.

No sé si me entiendes, si hacemos daño a los niños es porque la naturaleza nos ha fijado esta forma de comportamiento; en el universo todos los seres vivos tenemos una forma de vida, somos parásitos excesivamente dañinos.

Afortunadamente para ustedes, los humanos, las ciencias médica y bioquímica están tan avanzadas que tienen la posibilidad de salvar sus vidas y acabar con nosotros.

Sabes amiga ¿puedo llamarte así verdad?.

Hago una mueca, no me agrada del todo, pero bueno debo tener paciencia, ya me ha ayudado bastante. Pienso, mientras el estreptococo continua:

- Si yo hubiera sido humano me hubiera gustado ser médico.
- ¿Tú? ¿Por qué? pregunto burlonamente
- Para salvar a esos niños inocentes que hoy sufren por nuestra culpa.

En ese momento empieza de nuevo a verse todo borroso, me mareo, vuelvo en mí, no entiendo que pasa, abro los ojos y descubro que estoy recostada sobre el Tratado de Microbiología; logro despertar y comprobar que todo ha sido un sueño... ¿será?

ANEXO 3

ASI FUNCIONA NUESTRO APARATO CIRCULATORIO O CARDIOVASCULAR

El corazón funciona como una bomba: recibe y envía, sin cesar, la sangre que circula por todo el organismo.

La hemodinamia cardiovascular es un círculo cuya explicación podemos empezar por cualquier parte. Iniciaremos el recorrido cuando la sangre impura llega al corazón.

La sangre impura llega al corazón, a la aurícula derecha por las venas Cavas. Una vez llena la aurícula, por la presión y durante la sistole la válvula Tricúspide se abre y da paso a la sangre para entrar al ventrículo derecho; de ahí, la sangre sale del corazón por las arterias Pulmonares (únicas arterias que transportan sangre impura) hacia los pulmones, sitio donde se efectúa la purificación sanguínea o hematosis al momento de la respiración: ya purificada, es decir, oxigenada la sangre regresa al corazón, a la aurícula izquierda, por las venas Pulmonares (únicas venas que transportan sangre pura); una vez dentro de la aurícula y por la presión y la misma sistole, la válvula Mitral se abre y da paso a la sangre para ocupar el ventrículo izquierdo; luego, la sangre sale por la arteria Aorta a nutrir todo el organismo. Recordemos que estos procesos son simultáneos y vitales.

Al finalizar su función de nutrición, las arterias adelgazan su calibre formando las llamadas arteriolas y después los arteriales capilares, que van a convertirse en capilares venosos, enseguida van a ir engrosando su calibre para formar las vénulas y luego las venas que llegarán al corazón.

Al finalizar su función de nutrición, las arterias adelgazan su calibre formando las llamadas arteriolas y después los arteriales capilares, que van a convertirse en capilares venosos, enseguida van a ir engrosando su calibre para formar las vénulas y luego las venas que llegarán al corazón.

UN POCO DE HISTORIA

Desde que el hombre existe como tal y se convirtió en un ser pensante ha intentado explicarse a sí mismo y al mundo circundante, para ello ha formulado distintas respuestas.

Lo mismo sucedió con las enfermedades padecidas; por lo cual, desde entonces ha concebido al proceso salud-enfermedad de tantas formas como etapas de evolución ha tenido la humanidad; por ejemplo, el hombre primitivo se explicaba la enfermedad como producto de fuerzas sobrenaturales relacionadas siempre al comportamiento individual.

A través de la historia se ha demostrado que las infecciones estreptocócicas y el padecimiento reumático aparecieron en el mundo simultáneamente o casi simultáneamente con el hombre. A partir de la experiencia y de la observación de casos se fue elaborando una definición, misma que ha cambiado de acuerdo con las investigaciones médicas.

Es con la cultura griega, en la época del esclavismo, cuando se marca el origen de la llamada medicina científica occidental. Por ello, iniciamos nuestro viaje histórico de la evolución del concepto de fiebre reumática en la Grecia Clásica en donde ya se daba cuenta de la existencia de la enfermedad reumática.

Antes de continuar debemos aclarar que cada definición de fiebre reumática corresponde a las etapas evolutivas del desarrollo histórico social del concepto salud-enfermedad: etapa del salvajismo, etapa de la barbarie, modo de producción asiático, modo de producción esclavista, feudalismo, capitalismo (a partir del siglo XVIII) (1)

El doctor Alfredo Vizcaino Alarcón explica que la fiebre reumática parece haber sido reconocida desde tiempos de la Grecia Clásica; Hipócrates describía una artritis que "salta" de una articulación a otra; pero han sido necesarios siglos de investigación para lograr separarla de otras formas de reumatismo, integrar sus distintas manifestaciones en un concepto unitario y relacionarla con la infección por estreptococo beta hemolítico del Grupo A.

En la segunda mitad del siglo XVII, Thomas Sydenham, médico inglés, describe clínicamente las diversas facetas de la fiebre reumática e individualiza a la corea de San Vito. Más de un siglo después, el doctor David Pitcairn enseñó, por primera vez, a los estudiantes del St. Bartholomew's Hospital de Londres que el corazón resultaba afectado en casos de fiebre

(1) Ríos Orlandi Henriette D. Desarrollo histórico-social del proceso salud-enfermedad, material mimeográfico del curso Medicina y Sociedad.

reumática. Casi simultáneamente el doctor Eduardo Jenner reveló esta relación en una convención de la Sociedad Médica de Gloucestershire, en la que se disertó sobre la afección cardiaca a continuación de un caso de reumatismo agudo.

Esto se admitió rápidamente y fue puesto más de relieve, todavía, por el doctor Jean Bouillaud en 1836. En 1869 otro tipo de relación entre las enfermedades del corazón y de las articulaciones fue observado por Jaccoud, médico francés que describió el caso de un hombre de 29 años que había sufrido seis ataques de reumatismo articular. De estos seis ataques, los cuatro primeros fueron severos pero de corta duración, mientras que los dos últimos fueron persistentes.

Los dos primeros ataques cedieron completamente y no dejaron síntomas ni signos. En el curso del tercer ataque el paciente desarrolló una inflamación severa de la capa endocárdica que envuelve al corazón (endocarditis severa), la cual lo dejó con dificultad para respirar (disnea), enfermedad valvular bien definida e hinchazón en las piernas (edema).

Unos meses más tarde el paciente sufrió un cuarto ataque de reumatismo que se prolongó por espacio de 4 a 5 semanas y, una vez más, las articulaciones se recobraron completamente; en cambio la lesión cardiaca persistió con los murmullos característicos de estenosis aórtica (estrechez de la aorta) e

insuficiencia.

Hasta este momento el reumatismo habfa sido del tipo definido por el doctor Bouillaud, pues sólo afectaba las articulaciones mayores (codos, rodillas, tobillos) y cesaba luego completamente. El quinto ataque, sin embargo, duró en total 5 meses, esta vez sólo se presentó fiebre ligera, en comparación con la fiebre alta de los ataques anteriores, el estado febril (pirexia) permaneció únicamente de 2 a 3 semanas.

Los dolores articulares, por el contrario, fueron severos, afectaron las articulaciones mayores por muy poco tiempo, pero implicaron, además, las manos y los pies principalmente. Después de un intervalo de unas semanas se produjo otro ataque de reumatismo, esta vez se prolongó por espacio de cinco meses.

La deformación de las manos se produjo por primera vez en el curso del tercer mes del quinto ataque, corregible inicialmente, pero luego se hizo permanente. A los 8 meses del sexto ataque, las manos del paciente mostraban atrofia (imposibilidad de movimiento) de los músculos y con deformación definida, que consistía principalmente en desviación del cúbito (uno de los huesos del antebrazo) con flexión leve en las articulaciones metacarpo-falángicas (se refiere a las articulaciones de los dedos). También los dedos de los pies se hallaban afecta

dos.

La marcha hacia el esclarecimiento de la etiopatogenia que aún continua, dice el doctor Vizcaino Alarcón, se inicia en 1805 cuando el doctor Haygarth observó que los ataques de reumatismo agudo eran precedidos por resfríos o "anginas". A partir de entonces múltiples observaciones epidemiológicas y estudios bacteriológicos demostraron la relación causal entre el estreptococo y la fiebre reumática.

El interés por la combinación de enfermedad articular y cardíaca crónica data en Inglaterra y los Estados Unidos de los años de la guerra, cuando una alta proporción de pacientes (un tercio en término medio) con artritis reumatoide mostraban en la autopsia enfermedad valvular del corazón.

Por contraste con el material de rutina post-mortem, que excluye la artritis reumatoide, la incidencia de afecciones reumáticas del corazón, observada superficialmente, es de aproximadamente entre el 6 al 7%.

Hace más de 20 años, el doctor Ignacio Chávez y sus colaboradores informaron que 0.7% de la población escolar de la Ciudad de México padecía fiebre reumática.⁽²⁾ Actualmente se en-

(2) Véase Instituto Nacional de Cardiología. Fiebre Reumática.

cuenta una proporción similar de prevalencia (0.83%) en escolares de una población suburbana. Esto parece decir que en México hay tantos niños con cardiopatía reumática como los que nacen con una lesión congénita⁽³⁾ (que nace con ella).

(3) Véase Vizcaíno Alarcón Alfredo, "Diagnóstico y manejo de la fiebre reumática" en Cardiología Práctica, p. 11

SECRETARIA DE SALUD

DIARIO OFICIAL

Miércoles 10. de octubre de 1986.

Norma Técnica Número 63 para la Prevención y Control de la Fiebre Reumática Aguda en la Atención Primaria a la Salud.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Secretaría de Salud.

De acuerdo con lo señalado en los artículos 3, 6, 7, 13, 14, 27, 58, 59, 60, 133, 158, 159, 160 y 161 de la Ley General de Salud y en el Artículo 24 del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.

CAPITULO I

Disposiciones Generales.

Artículo 1°. Esta norma técnica tiene por objeto uniformar la actitud y los criterios de operación del personal del Sistema Nacional de Salud, en relación con la prevención y el control de la Fiebre Reumática Aguda en la atención primaria a la salud.

Artículo 2°. Esta norma técnica es de observancia obligato-

ria en todas las unidades de salud de los sectores público, social y privado del país.

Artículo 3°. Fiebre Reumática Aguda es una enfermedad de los tejidos mesenquimatoso y conjuntivo, recidivante, cuya aparición y recaídas están ligadas a la infección por estreptococo beta hemolítico del Grupo A y que con frecuencia deja secuelas invalidantes en el corazón.

Artículo 4°. La Fiebre Reumática Aguda por su trascendencia, constituye un problema de salud pública y de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS en su IX Revisión, se codifica de la manera siguiente:

- Fiebre Reumática sin mención de complicación cardiaca (390)
- Fiebre Reumática con complicación cardiaca (391)
 - Pericarditis Reumática Aguda (391.0)
 - Endocarditis Reumática Aguda (391.1)
 - Miocarditis Reumática Aguda (391.2)
- Corea Reumática (392)
 - Con complicación cardiaca (392.0)
 - Sin mención de complicación (392.9)

Artículo 5°. Caso de Fiebre Reumática Aguda es el paciente en quien se establece el diagnóstico de la enfermedad por los antecedentes, la sintomatología, la exploración clínica, los

estudios de laboratorio y gabinete y los datos epidemiológicos.

CAPITULO II

Medidas de Prevención.

Artículo 6°. La prevención general de la Fiebre Reumática Aguda, se lleva a cabo a través de la educación y de la promoción para la salud, así como de la participación de la comunidad y comprende las medidas siguientes:

- Información respecto al problema de salud pública.
- Orientación a la comunidad sobre acciones específicas que limiten el riesgo de faringoamigdalitis, evitando las situaciones siguientes:
 - Contacto con enfermos
 - Tabaquismo de los padres
 - Cambios bruscos de temperatura
 - Aglomeraciones en sitios confinados
 - Hacinamiento (en la escuela, los niños separados 30 cm. uno del otro, así como las camas en los dormitorios).
 - Identificación y atención médica de la faringoamigdalitis.

Artículo 7°. Persona en riesgo de contraer Fiebre Reumática

Aguda es aquella que se encuentra entre 5 y 14 años de edad y presente faringoamigdalitis.

Artículo 8°. La prevención específica de la Fiebre Reumática Aguda se lleva a cabo en personas con faringoamigdalitis de la manera siguiente:

- Penicilina benzatínica 1,200,000 UI, intramuscular dosis única.

Cuando exista alergia a la penicilina se administra

- Eritromicina, oral durante 5 días:

°en menores de 12 años de edad, 10mg. por kilo de peso cada 6 horas.

°en mayores de 12 años de edad, 250mg. cada 6 horas.

CAPITULO III

Medidas de Control.

Artículo 9°. El control de la Fiebre Reumática Aguda comprende la identificación y el tratamiento del paciente, así como el registro del caso.

Artículo 10°. Para la identificación del paciente con Fiebre Reumática Aguda se consideran las manifestaciones siguientes:

Mayores: Poliartritis Nódulos subcutáneos

- * Penicilina G procaínica 800,000 UI, intramuscular ca da 24 horas durante 10 días.
- * A partir del decimoprimer día penicilina benzatínica 1,200,000 UI intramuscular cada 4 semanas, hasta los 24 años de edad.
- * Acido acetilsalicílico, oral de 15 a 25 mg. por kilo de peso cada 6 horas, mientras haya fiebre, poliartritis o artralgias.
- * Cuando exista alergia a la penicilina se administra: Eritromicina oral durante 10 días
 - en menores de 12 años de edad 40 mg. por kilo de peso cada 6 horas.
 - en mayores de 12 años de edad 500 mg. cada 6 horas.
- * A partir del segundo mes de terminada la administración de eritromicina, se administra: Sulfametoxipiridazina, oral hasta los 21 años de edad.
 - en menores de 40 kg. de peso, 500 mg. al día
 - en mayores de 40 kg. de peso, 1 g. al día
 con carditis o corea se refiere al paciente a una unidad de salud de mayor complejidad.

Artículo 13°. El registro y la notificación del caso de Fiebre Reumática Aguda se lleva a cabo como lo indica la "Norma Técnica para la Información Epidemiológica", además se llenan las formas del programa correspondiente y se envían a las Direcciones Generales de Medicina Preventiva y Epidemiológica.

TRANSITORIOS

PRIMERO.- Esta Norma Técnica entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

SEGUNDO.- Esta Norma Técnica deroga todas las disposiciones emitidas con anterioridad referentes a esta materia.

Nombre y Firma del titular de la Unidad

Administrativa Responsable:

Jorge Fernández de Castro.- Rúbrica.

DECLARACION UNIVERSAL DE LOS DERECHOS DEL NIÑO

APROBADA POR LA ASAMBLEA GENERAL DE LAS NACIONES UNIDAS EL
20 DE NOVIEMBRE DE 1959

PRINCIPIO I

DERECHO A LA IGUALDAD, SIN DISTINCION DE RAZA, RELIGION O NACIONALIDAD.

El niño disfrutará de todos los derechos enunciados en esta declaración. Estos derechos serán reconocidos a todos los niños sin excepción alguna ni distinción o discriminación por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento u otra condición, ya sea del propio niño o de su familia.

PRINCIPIO II

DERECHO A UNA PROTECCION ESPECIAL PARA SU DESARROLLO FISICO, MENTAL Y SOCIAL.

El niño gozará de una protección especial y dispondrá de oportunidades y servicios, dispensado todo ello por la ley y otros medios, para que pueda desarrollarse física, mental, moral, espiritual y socialmente en forma saludable y normal, así como en condiciones de libertad y dignidad. Al promulgar leyes con este fin, la consideración fundamental a que se atenderá será el interés superior del niño.

PRINCIPIO III

DERECHO A UN NOMBRE Y A UNA NACIONALIDAD.

El niño tiene derecho desde su nacimiento a un nombre y a una nacionalidad.

PRINCIPIO IV

DERECHO A ALIMENTACION, VIVIENDA Y ASISTENCIA MEDICA ADECUADAS PARA EL NINO Y SU MADRE.

El niño debe gozar de los beneficios de la seguridad social. Tendrá derecho a crecer y desarrollarse en buena salud; con este fin deberán proporcionarse, tanto a él como a su madre, cuidados especiales, incluso atención prenatal y postnatal. El niño tendrá derecho a disfrutar de alimentación, vivienda, recreo y servicios médicos adecuados.

PRINCIPIO V

DERECHO A EDUCACION Y CUIDADOS ESPECIALES PARA EL NINO FISICA O MENTALMENTE IMPEDIDO.

El niño física o mentalmente impedido o que sufra algún impedimento social debe recibir el tratamiento, la educación y el cuidado especiales que requiera su caso particular.

PRINCIPIO VI

DERECHO A AMOR Y COMPRENSION POR PARTE DE LOS PADRES Y DE LA SOCIEDAD.

El niño, para el pleno y armonioso desarrollo de su personalidad, necesita amor y comprensión. Siempre que sea posible, de-

berá crecer al amparo y bajo la responsabilidad de sus padres y, en todo caso, en un ambiente de afecto y seguridad moral y material; salvo circunstancias excepcionales, no deberá separarse al niño de corta edad de su madre. La sociedad y las autoridades públicas tendrán la obligación de cuidar especialmente a los niños sin familia o que carezcan de medios adecuados de subsistencia. Para el mantenimiento de los hijos de familias numerosas conviene conceder subsidios estatales o de otra índole.

PRINCIPIO VII

DERECHO A EDUCACIÓN GRATUITA Y ESPARCIMIENTO INFANTIL.

El niño tiene derecho a recibir educación que será gratuita y obligatoria por lo menos en las etapas elementales. Se le dará una educación que favorezca su cultura general y le permita en condiciones de igualdad de oportunidades, desarrollar sus aptitudes y su juicio individual, su sentido de responsabilidad moral y social, y llegar a ser un miembro útil de la sociedad. El interés superior del niño debe ser el principio rector de quienes tienen la responsabilidad de su educación y orientación; dicha responsabilidad incumbe, en primer término, a sus padres. El niño debe disfrutar plenamente de juegos y recreaciones, los cuales deberán estar orientados hacia los fines perseguidos por la educación; la sociedad y las autoridades públicas se esforzarán por promover el goce de este derecho.

PRINCIPIO VIII

DERECHO A SER AUXILIADO EN PRIMER LUGAR EN CASO DE CATASTROFES.

El niño debe, en todas las circunstancias, figurar entre los

primeros que reciban protección y socorro.

PRINCIPIO IX

DERECHO A SER PROTEGIDO CONTRA EL ABANDONO Y LA EXPLOTACION.

El niño debe ser protegido contra toda forma de abandono, crueldad y explotación.

No será objeto de ningún tipo de trata.

No deberá permitirse al niño trabajar antes de una edad mínima adecuada; en ningún caso se le dedicará ni se le permitirá que se dedique a ocupación o empleo alguno que pueda perjudicar su salud o su educación, o impedir su desarrollo físico, mental o moral.

PRINCIPIO X

DERECHO A CRECER DENTRO DE UN ESPIRITU DE SOLIDARIDAD, COMPRENSION, AMISTAD Y JUSTICIA ENTRE LOS PUEBLOS.

El niño debe ser protegido contra las prácticas que puedan fomentar la discriminación racial, religiosa o de cualquiera otra índole. Debe ser educado en un espíritu de comprensión, tolerancia, amistad entre los pueblos, paz y fraternidad universal, y con plena conciencia de que debe consagrar sus energías y aptitudes al servicio de sus semejantes.

BIBLIOGRAFIA

1. Alonso Barohona, Pedro Dr. y Dr. Juan José García García. *Educación para la Salud*. Publicaciones Técnicas de Medicina Preventiva y Social, Facultad de Medicina, UNAM, 66 p.
2. Anderson, W.A.D/Thomas M. Scotti. *Anatomía Patológica Básica*. 9a. edición, Editorial Mosby, España, 1980, 798 p.
3. Antología Mimeografiada del Curso Medicina y Sociedad. Facultad de Medicina, UNAM, 1985.
4. Capote, Truman. *A sangre fría*. Editorial Bruguera, Libro Amigo, España, 1980, 444 p.
5. Carpenter, Alejo. "El periodista un cronista de su tiempo". en *Periodismo y Literatura*. Cuadernos del Centro de Estudios de la Comunicación, No. 8, FCPyS, UNAM, 1983, págs. 41-47.
6. Castro Aguilar, Ma. Luisa M. *De lo oculto a lo científico*. Tesis profesional, FCPyS, UNAM, 1983.
7. Castre, F. y Cols. *Progrés en Rhumatologie*. Ed. Flammarion, Paris, 1968, 773 p.
8. Cecil-Loeb. *Tratado de medicina interna*. Tomo I, Editorial Interamericana, México, 1972, 879 p.
9. *Comunicación y Salud*. Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales, No. 106, FCPyS, UNAM, año XXVIII, Nueva Época, octubre 1976-marzo 1977.

10. Chapela Mendoza, Ma. de Lourdes. *Reportaje sobre los títeres*. Tesis Profesional, FCPyS, UNAM, 1974.
11. Dalvis Dulbecco, Eisen, Ginsberg y Wood. *Tratado de Microbiología*. Editorial Salvat, Barcelona, 1983, 1559 p.
12. *Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas*. 11a. edición, México, 1981.
13. Fagoaga, Concha. *Periodismo Interpretativo. El análisis de la noticia*. Editorial Mitre, Barcelona, 1982, 125 p.
14. Faureau, J.C. y Laurin, C.A. *La Maladie Rhumatoide de l'enfant*. Unión Médica de Canadá.
15. González, Raquel. *Bofetadas por caricias*. Tesis Profesional, FCPyS, UNAM, 1982.
16. González Reyna, Susana. *Manual de redacción e investigación documental*. 2a. edición, Editorial Trillas, México, 1980, 181 p.
17. Harrison y otros. *Medicina Interna*. Tomo II, 4a. edición, Prensa Médica Mexicana, México, 1973, 2298 p.
18. Hurst J., Willis. *Medicina Interna. Tratado para la práctica médica*. Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires, 1984, 1589 p.
19. Instituto Nacional de Cardiología. *Memorias del Primer Symposium Internacional sobre Fiebre Reumática*. Editado por el INC y donadores, México, 1958, 530 p.

20. Landes H., Jacob. *Nociones prácticas de Epidemiología*. Prensa Médica Mexicana, México, 1981.
21. *Necesidades Esenciales en México*. Salud, 3a. edición, Siglo XXI editores-Coplamar, México, 1985, 452 p.
22. Netter, Frank H. *Colección Ciba de ilustraciones médicas*. Tomo V Corazón, Editorial Salvat, México 1983, 292 p.
23. Pardinas, Felipe. *Metodología y técnicas de investigación en ciencias sociales*. Siglo XXI editores, México, 1977, 188 p.
24. Robbins L. Stanley. *Tratado de Patología*. 3a. edición. Editorial Interamericana, México, 1968, 1332 p.
25. Robbins S.L./R.S. Cottan. *Patología estructural y funcional*. 2a. edición, Editorial Interamericana, México, 1984, 1519 p.
26. Rodríguez, R.S. *Algunos problemas en el diagnóstico y tratamiento de la fiebre reumática*. Boletín Médico. Hospital Infantil, 32:911-1002, 1975.
27. Rodríguez, R.S. *Diagnóstico y tratamiento de las infecciones estreptocócicas*. Boletín Médico, Hospital Infantil, México 26:419-430, 1969.
28. Romero Alvarez, Ma. de Lourdes. *Antología teórica. La Historia como reportaje*. Material mimeografiado, FCPyS, UNAM, 1981.
29. Romero Alvarez, Ma. de Lourdes. *Antología práctica. La Historia como reportaje*. Material mimeografiado, FCPyS, UNAM, 1983.

30. San Martín, Hernán. *Salud y enfermedad*. 4a. reimpresión, Prensa Médica Mexicana, México, 1984.
31. Simpson, Máximo. "Reportaje, objetividad y crítica social. (el presente como historia)", en *Los Medios de Comunicación*. Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales. Nos. 86 y 87, FCPyS, UNAM, año XXIII, Nueva Epoca, octubre 1976-marzo 1977.
32. Sociedad Mexicana de Reumatología, A.C. *Introducción a la Reumatología*. Alarcón-Segovia Editor, México, 1983, 225 p.
33. Sokolow, Maurice, Malcolm. B. Mellroy. *Cardiología Clínica*. Editorial Manual Moderno, México, 1979, 750 p.
34. Tse-Tung, Mao. *Contra el estilo de clisé en el partido*. Ediciones en lenguas extranjeras, 1966, 25 p.
35. Valek Valdés, Gloria. *La institución de la locura (Reportaje)*. Tesis Profesional, FCPyS, UNAM, 1985, 107 p.
36. Valenzuela, R.H. *Manual de Pediatría*. 10a. edición, Editorial Interamericana, México, 1984, 846 p.
37. Vega Franco, Leopoldo y Héctor García Manzanedo. *Bases esenciales de la Salud Pública*. 4a. reimpresión, Prensa Médica Mexicana, México, 1981, 99 p.

H E M E R O G R A F I A

38. Atención Médica. Editorial A.M. año I, No. 5, mayo 1971, México, págs. 36-41

39. Atención Médica. Editorial A.M. año IV, No. 7, mayo 1974, México, págs. 8-43
40. Atención Médica. Editorial A.M. año IV, No. 8, agosto 1974, págs. 8-32
41. Cuadernos de Actualización Médica. Merck Sharp & Dhome, Vol. 2, No. 2, México.
42. Escudero de la Peña, Jorge. "Cardiopatía Reumática" en *Cardiología en la Práctica General*, capítulos 9 y 10.
43. Ortiz Quezada, Federico. "Epistemología de la Medicina". Diario Excelsior, Sección Cultural, México, 26 de junio 1988.
44. Ortiz Quezada, Federico. "Medicina Social y Sociomedicina". Diario Excelsior, Sección Cultural, México 3 de julio 1988.
45. Vizcaino Alarcón, Alfredo. "Diagnóstico y manejo de la fiebre reumática" en *Cardiología Práctica*, CIBA, Vol. I, No. 1, enero 1980.