

36 CASOS INVESTIGADOS DE FIEBRE REUMATICA EN LA CLINICA
DEL I.M.S.S. T-1 MERIDA

PERIODO COMPRENDIDO DEL MES DE AGOSTO DE 1959 AL MES DE
JUNIO DE 1975

TESIS RECEPCIONAL DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR POR LOS DOCTORES:

JOEL DE J. ANCONA CAPETILLO.

GUSTAVO A. BARREDO BRITO.

ERICK M. BOLIO CANTO.

MIGUEL B. QUINTAL VALLADARES.

LUIS F. REYES CAB.

MERIDA_ YUCATAN_ MEXICO.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas

Tesis Digitales

Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

36 CASOS INVESTIGADOS DE FIEBRE REUMATICA EN LA CLINICA
DEL I.M.S.S. T-1 MERIDA

PERIODO COMPRENDIDO DEL MES DE AGOSTO DE 1959 AL MES DE
JUNIO DE 1975

TESIS RECEPCIONAL DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR POR LOS DOCTORES:

JOEL DE J. ANCONA CAPETILLO.
GUSTAVO A. BARREDO BRITO.
ERICK M. BOLIO CANTO.
MIGUEL B. QUINTAL VALLADARES.
LUIS F. REYES CAB.

MERIDA_ YUCATAN_ MEXICO.

ESPECIALMENTE:

Agradecemos al Dr. Miguel Esquivel Escalante
Cardiólogo de la Clínica Hospital T 1 Benito -
Juárez del I.M.S.S. que con su valiosa colabo-
ración y asesoría, hizo posible la realización
de este trabajo.

V. B.

A handwritten signature in dark ink, appearing to be 'Miguel Esquivel Escalante', written in a cursive style.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Una vez que conocimos el número de casos que se encontraban bajo control en la Clínica tratamos de plantearnos un problema ¿Que influencia podría tener el factor socioeconómico como causa de enfermedad?. Y eso es precisamente lo que nos propusimos investigar. Para eso se elaboró minuciosamente un cuestionario breve pero lo mas completo posible, para ser contestado por los familiares del paciente. Se averiguó condiciones de la vivienda como construcción, ubicación, aereación, economía, recursos de salud, medio ambiente, alimentación, hábitos higiénicos, vacunación, promiscuidad, fauna nociva, actitud de la familia ante el enfermo, etc.

Con los datos obtenidos se hizo un cómputo final, se elaboraron cuadros, se obtuvieron resultados y se sacaron conclusiones.

HIPOTESIS GENERAL:

INVESTIGACION DEL ESTADO ACTUAL DE LA FIEBRE REUMATICA EN LA CLINICA HOSPITAL DEL I.M.S.S. T-1 MERIDA Y RELACION DEL MEDIO SOCIOECONOMICO COMO FACTOR INFLUYENTE EN EL DESARROLLO DE LA ENFERMEDAD.

OBJETIVOS:

- 1.-CONOCER EL NUMERO EXACTO DE CASOS QUE SE ENCUENTRAN ACTUALMENTE BAJO CONTROL EN LA CLINICA HOSPITAL T-1 MERIDA DEL -- I.M.S.S.
- 2.-CONOCER QUE PARAMETROS FUERON UTILIZADOS PARA SU DIAGNOSTICO.
- 3.-CONOCER CUAL FUE SU MANEJO Y TRATAMIENTO.
- 4.-CONOCER CUAL ES EL PORCENTAJE DE LIMITACION E INVALIDEZ DE LA ENFERMEDAD.
- 5.-COMPLICACIONES MAS FRECUENTES.
- 6.-SU PRONOSTICO
- 7.-LA REPERCUSION EN EL SENO DE LA FAMILIA DEL ENFERMO CON FIEBRE REUMATICA.
- 8.-CONOCER LOS FACTORES SOCIOECONOMICOS DEL PACIENTE Y SU FAMILIA.

I N D I C E

- 1.-DEFINICION DE CONCEPTOS.
- 2.-DESCRIPCION DE LA ENFERMEDAD.
- 3.-MATERIAL Y METODOS
- 4.-RESULTADOS.
- 5.-COMENTARIOS.
- 6.-CONCLUSIONES.
- 7.-RESUMEN.
- 8.-BIBLIOGRAFIA.

DEFINICION DE CONCEPTOS

ACTITUD.

Parte de la conducta que indica disposición de ánimo, manifestado por palabras o hechos.

ALIMENTO.

Se llama así a las sustancias que son introducidas al organismo para promover y sustentar el crecimiento, mantener las funciones corporales, reparar o reemplazar tejidos y suministrar energía.

ALIMENTACION.

Un conjunto de actos por los cuales el ser humano toma del medio ambiente los alimentos que necesita para proveerse de: energía para su metabolismo y vida.

ALIMENTACION ADECUADA.

Es la obtención de los alimentos necesarios en cantidad y calidad para cubrir los requerimientos fisiológicos.

ALIMENTACION INADECUADA.

Es aquella en la que no se cubren los requerimientos fisiológicos necesarios.

COMUNIDAD.

Congregación o grupo de personas que viven unidas bajo ciertas reglas y que llenan las características de: una misma zona geográfica, población, sociedad y mejor satisfacción de sus necesidades.

CUESTIONARIO.

Es un sistema de preguntas que tiene como finalidad obtener datos para una investigación.

DESARROLLO DE LA COMUNIDAD.

Es un proceso durante el cual la gente de la pequeña comunidad discute cuidadosamente, define, planea y actúa de común acuerdo para satisfacer sus necesidades.

EDUCACION HIGIENICA.

Es la rama de todas las experiencias que influyen favorablemente en los hábitos, actitudes y conocimientos relacionados con la salud individual y colectiva.

ENDEMIA.

Es la ocurrencia habitual de una enfermedad por un agente infeccioso dentro de una zona geográfica determinada; también puede significar la predominancia usual de una determinada enfermedad dentro de esa zona.

ENFERMEDAD.

Cualquier proceso morboso que afecte la salud física, mental o social.

ENFERMEDAD TRANSMISIBLE.

Cualquier enfermedad causada por un agente infeccioso específico o por sus productos tóxicos, que se manifiesta, por la transmisión de este agente o sus productos de un reservorio a un huésped susceptible, ya sea en forma directa o indirecta (huésped intermediario).

EPIDEMIA.

Es la ocurrencia en una localidad o región, de un grupo de casos de una misma enfermedad o brote, que claramente sobrepasa la incidencia normal esperada, que se derivan de una fuente común o son resultados de propagación.

ENTREVISTA.

Es una conversación generalmente oral entre 2 seres humanos, de los cuales, uno es el entrevistador y el otro el entrevistado.

FAMILIA.

Grupo de 2 o mas personas que viven juntas y estan relacionadas entre sí, por consanguinidad, matrimonio o adopción.

HACINAMIENTO.

Acción y efecto de acumular personas o cosas en un solo lugar en forma desordenada.

HIGIENE PERSONAL.

Son las medidas de protección que competen primordialmente a cada individuo y mediante las cuales se promueve la salud y se limita la diseminación de enfermedades infecciosas principalmente las que se transmiten por contacto directo.

HIPOTESIS.

Es la respuesta tentativa que proponemos a una pregunta o aún problema propuesto.

INVALIDEZ.

Que no tiene fuerza, sin vigor, imposibilitado para realizar sus actividades físicas o mentales.

MALA NUTRICION.

Es el resultado orgánico de un desequilibrio entre el aporte de calorías y nutrimentos.

NUTRICION.

Se puede definir como la ciencia de los alimentos y su relación con la salud y la vida.

PACIENTE.

Es la persona enferma, o que cree que está enferma, en peligro de enfermedad o en peligro de morir.

PRONOSTICO.

Juicio mas o menos hipotético acerca de la terminación probable de una enfermedad, especialmente en un individuo determinado.

PROMISCUIDAD.

Mezcla. Confusión. Participación indistintamente de cosas heterogéneas u opuestas, físicas o inmateriales.

SALARIO.

Remuneración asignada a un individuo por el desempeño de un cargo o servicio profesional.

SALUD.

Es el estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o afección.

SOCIEDAD.

Es un agregado de personas que se sostiene por si mismo, tiene localización especial definida y acción prolongada, y comparte costumbres y esperanzas socioculturales comunes.

SUSCEPTIBLE.

Es cualquier persona o animal que se supone no posee resistencia contra un agente patógeno determinado y que por esa razón puede contraer la enfermedad si llega a estar en contacto con ese agente.

TASA DE INCIDENCIA.

Se denomina así la razón entre el número de casos de una enfermedad específica, diagnosticados y notificados en el curso de un determinado período (numerador) y el número de personas en la población en que ocurren. Se expresa en término de número de casos por 1,000 o 10,000 habitantes y por año. Esta tasa puede ser especificada por edad y sexo, o bien, por cualquier otra característica o medición de la población.

FIEBRE REUMÁTICA

DEFINICION

Es una enfermedad febril, que aparece como secuela tardía de infecciones con *Estreptococo Beta Hemolítico* del grupo A. Se caracteriza por la presencia de inflamaciones focales múltiples en diversas partes del cuerpo especialmente en el corazón, los vasos sanguíneos y las articulaciones. Ataca al tejido parenquimatoso. Se afectan las articulaciones grandes en forma migratoria. En corazón, causa cicatrización y retracción de las válvulas con deformación de su estructura e interfiriendo en su función.

Según "Hennech", es una enfermedad general que evoluciona por brotes sucesivos y cuya localización fundamental es el corazón y cuyas manifestaciones articulares son secundarias y a veces faltan por completo.

ETIOLOGIA

Aparece como secuela tardía de infecciones con *Estreptococo Beta Hemolítico* del grupo A. Intervienen en realidad 2 factores:

- 1.-El *Estreptococo Beta Hemolítico* del grupo A.
- 2.-La reacción alérgica del organismo frente a esa agresión microbiana.

Primer factor.-El *estreptococo beta hemolítico* del grupo A., se ha demostrado por laboratorio, que se encuentra en un 50 a 70 por ciento en la faringe de los enfermos que tienen fiebre reumática y la proporción se eleva al 90% en los enfermos que sufren una recaída.

Para provocar un reumatismo articular agudo, parece necesaria la repetición de las infecciones estreptocócicas, rinofaríngeas y amigdalares, que ocasionan una hipersensibilización general del organismo; esta necesidad de accidentes infecciosos de repetición, explica el hecho de que la enfermedad sea excepcional en el lactante y alcance su máxima frecuencia entre los 4 y los 12 años.

Todos los muchos tipos serológicos del *estreptococo* del grupo A., parecen capaces de producir fiebre reumática en personas susceptibles.

Segundo factor.-La reacción alérgica del organismo.

En el curso del padecimiento, se ha demostrado la presencia de anticuerpos para antígenos estreptocócicos. Las sustancias que produce el *estreptococo beta hemolítico* del grupo A., responsable de la enfermedad, son las que provocan en el organismo, actuando como antígenos, las respuestas inmunológicas. Una de las más importantes es una hemolisina que está integrada por 2 factores: a) La estreptolisina O (lábil)

b) La estreptolisina S (estable)

Las otras sustancias producidas por el estreptococo son: La - Estreptocinasa, la Estreptodornasa y la Hialuronidasa (muy inconstante).

Las reacciones immunoalérgicas provocan las respuestas humo-
rales que son la base del síndrome biológico de la enfermedad -
reumática. No se confiere inmunidad total, sin embargo, la immuni-
dad para la infección estreptocócica es específica de tipo, de -
manera que, una infección por un tipo serológico del mismo grupo
no protege para nada contra todos los demás tipos del mismo gru-
po. Por lo tanto, es común que un niño sufra diversas infecciones
estreptocócicas diferentes, durante los años escolares y ello a
su vez, permite las crisis repetidas de fiebre reumática.

Frecuencia.

Es mas frecuente entre los 3 y los 15 años de edad, pero posi-
ble en otras edades. Es raro en lactantes y en la vida adulta; -
cada vez es menos frecuente con el paso de los años.

La fiebre reumática parece ser mas frecuente entre familias -
de posibilidades socioeconómicas reducidas. El efecto de la pobre
za probablemente dependa de factores de desnutrición, hacinamien-
to y malas condiciones de la vivienda, lo cual a su vez, origina -
aumento de enfermedades estreptocócicas. Existen además, datos in-
dicadores de una predisposición hereditaria a la enfermedad y es
común, obtener antecedentes familiares, así como observar varios -
casos entre hermanos. No sabemos si la predisposición hereditaria
guarda relación con aumento de sensibilidad a la infección strep-
tocócica.

En cuanto a la complicación cardíaca, es frecuente que en el -
70 al 75% de los casos, se produzca en la primera crisis de reuma-
tismo. Los clásicos señalaban, que si un sujeto escapaba a la le-
sión cardíaca después de la primera o segunda crisis de reumatismo
articular agudo, tiene las máximas posibilidades de escapar de
definitivamente.

ANATOMIA PATOLOGICA

Alteraciones Cardíacas.

Las alteraciones anatómicas del Pericardio y del Endocardio -
son visibles macroscópicamente. La lesión pericárdica consiste en
una pericarditis seca e exudativa, en general serofibrinosa, en -
ciertos casos serohemorrágica pero sin caracteres específicos.

Las lesiones del endocardio son muy especiales; puede verse en
principio un engrosamiento gelatinoso de las válvulas que se re-
cubren de una capa grisácea; mas tarde aparecen en zonas muy limi-
tadas, unas vegetaciones verrucosas finas del tamaño de un grano
de mijo ("Eflorescencia perlada"); estas lesiones se localizan en
las caras auriculares de la Mitral y en las caras ventriculares -
de las sigmoideas aórticas y se extienden ligeramente a las re-

giones vecinas (Endocardio Auricular y Ventricular), cuerpos teg-
minosos y segmento inicial de la Aorta.

Las vegetaciones llevan con frecuencia a la formación de le-
siones definitivas: simple engrosamiento de los bordes valvula-
res o adherencias comisurales, que llevan a una esclerosis re-
tráctil densa y difusa infiltrada frecuentemente por depósitos
calcáreos, que afecta a todo el sistema vascular, los pilares y
las cuerdas. Debidas a una afección electiva del Colágeno, las le-
siones son patognomónicas de la enfermedad reumática.

La alteración del tejido conjuntivo interesa las tres capas
del corazón. El cambio inicial consiste, en una hinchazón de las
fibras colágenas, que se hacen refringentes y muy eosinófilas; es-
tas fibras adoptan despues un aspecto granuloso y de poca con-
sistencia y son disociadas por un exudado pseudoedematoso forma-
do a partir de la sustancia fundamental destruida. Todas las es-
tructuras conjuntivales formadas normalmente, acaban por desapa-
recer en la fase de necrosis fibrinoide. Al mismo tiempo, se pro-
duce una reacción celular histiocitaria con formación de célu-
las epitelioides y gigantes; así se constituye en el corazón el
nódulo de Aschoff-Tawara, que muchos autores consideran como la
lesión histológica específica del reumatismo cardíaco. Estos nó-
dulos son mas numerosos en la región sub-endocárdica del ventrí-
culo izquierdo y en el espesor de la masa miocárdica, sobre todo
en las regiones del tabique y del Haz de His. Los nódulos adul-
tos están formados por una masa central de necrosis fibrinoide
rodeada de una corona de células epitelioides y gigantes en dis-
posición radial. El nódulo está rodeado de un círculo fibrovascu-
lar rico en vasos neoformados. La evolución del nódulo de Aschoff
es muy lenta y lleva a la formación de una cicatriz conjuntival
corriente.

Alteraciones articulares.

No se observa ninguna alteración de importancia; no hay cam-
bios degenerativos, ni anquilosis o secuelas articulares. Los cam-
bios articulares no se observan. Los signos que se presentan, son
exclusivamente inflamatorios a nivel local articular (tumor, ru-
bor, calor y dolor).

MANIFESTACIONES CLINICAS

Cuadro clínico.

El cuadro clínico de la fiebre reumática, puede manifestarse
por síntomas extracardíacos o síntomas cardíacos.

El cuadro mas característico de la fiebre reumática es cuan-
do aparece poliartritis o artralgia migratoria aguda con fiebre
y otros signos tóxicos, unas semanas despues de una infección es-
treptocócica habitualmente faríngea.

A.- Manifestaciones extracardíacas.

Síntomas y signos.

Fiebre.--El síntoma general dominante es la fiebre, casi constante de 38 a 40 grados, aunque se han dado casos muy raras no febriles. La temperatura rectal tiene más valor que la bucal en este padecimiento.

Pérdida de peso.--La curva de peso, principalmente en los niños, constituye una guía muy útil del estado del paciente reumático y de la persistencia de la inflamación activa. Cuando la enfermedad está en pleno desarrollo la pérdida de peso puede ser extrema, debido a anorexia, fiebre y toxemia.

Manifestaciones abdominales y gastrointestinales.--Se manifiestan por anorexia, lengua saburral, náuseas, vómitos, diarrea y constipación, epigastralgias e incluso dolores abdominales, especialmente a nivel de fosa iliaca derecha o en hipocondrio derecho,--- que señalan muchas veces una hepatomegalia desapercibida. No se sabe cual sea el origen exacto de estas manifestaciones abdominales.

Astenia y adinamia.--Son manifestaciones muy comunes en casi todos los padecimientos sistémicos. En esta enfermedad se presentan debido al estado tóxico.

Epistaxis.--Suelen producirse epistaxis tanto al comienzo como durante toda la etapa aguda del proceso. En algunos casos origina grandes pérdidas de sangre.

Corea.--La Corea menor de Sydenham, o Mal de San Vito, es una manifestación de fiebre reumática relativamente benigna, que solo ocurre cuando la enfermedad se encuentra en un bajo nivel de actividad. Constituye una alteración del Sistema Nervioso Central que se caracteriza por: inestabilidad emocional, movimientos involuntarios continuos y debilidad muscular.

Lesiones cutáneas.--Clásicamente la lesión cutánea más importante es la que se presenta en el 12 % de los casos de fiebre reumática y que se conoce con el nombre de Eritema Marginado. Se trata de una erupción evanescente de la piel, de color rosado o rojo débil, de aspecto circinado, no pruriginosa y que se presenta en distintas partes del cuerpo, pero nunca en la cara. El eritema palidece con la presión; las lesiones tienden a confluir y aumentan de volumen en sentido centrífugo dejando un centro claro.

Nódulos subcutáneos.--Representan uno de los signos casi patognomónicos de la fiebre reumática. Los nódulos reumáticos son de color gris translúcido; constituyen elevaciones redondeadas o cóncavas, de forma circular u oval, cuyas dimensiones varían entre pocos milímetros y 2 cm. de diámetro. Se sitúan bajo de la piel, sin adherirse a ella, de manera que ésta pueda deslizarse sobre los nódulos. Tiene tendencia a presentarse encima de las eminencias óseas y puede adherirse a las aponeurosis, tendones y al periostio. Se localizan en la parte posterior del codo, las eminencias óseas

del dorso de la mano o del pie, los málculos, el tendón de Aquiles, rótula, cráneo o espina de la escápula y las vértebras. Se acepta generalmente que cuando aparece el nódulo reumático, ya existe evidencia de lesiones cardíacas, por lo cual, estos nódulos implican un problema serio.

Artralgia y artritis.—La artralgia y la artritis son las manifestaciones más netas y constantes de la enfermedad. La artralgia migratoria se considera como una manifestación menor y la artritis como mayor. En forma característica son simétricas y migratorias; afectan principalmente a las grandes articulaciones con desarrollo rápido y ceden a corto plazo. Las articulaciones que más se afectan son las rodillas, los tobillos, los hombros y muñecas. Los síntomas de artritis varían considerablemente en su gravedad y consisten en: dolor, enrojecimiento, flegosis y aumento local de la temperatura de la piel que cubre la articulación afectada. La flegosis puede desarrollarse totalmente en pocas horas y cede espectacularmente al tratamiento con salicilatos, de tal suerte, que esto se considera como prueba diagnóstica. La mejoría espontánea de las lesiones articulares es gradual y requiere de unos días a una semana. Después de estar afectada una articulación, esta recupera su función normal, es decir, no se produce anquilosis.

B.—Manifestaciones Cardíacas.

La cardiopatía reumática se considera activa o inactiva según que persista o desaparezca la inflamación reumática aguda. Esta distinción es importante para el tratamiento y para el diagnóstico.

Los síntomas de cardiopatía reumática activa, son los correspondientes a las lesiones inflamatorias del corazón con el estado tóxico que los acompaña.

Los síntomas de cardiopatía inactiva, dependen de las cicatrices y deformidades que dejan las lesiones inflamatorias al curar y de los cambios químicos asociados que se producen en el miocardio.

Durante largos intervalos de inactividad, estas alteraciones pueden no tener intensidad suficiente para producir síntomas clínicos.

Pericarditis.—Este síntoma cardíaco, se reconoce por la presencia de un frote pericárdico característico. La pericarditis se presenta con escasa frecuencia pero cuando hay pericarditis aguda, el paciente suele sufrir una forma grave de cardiopatía reumática.

La aparición de pericarditis suele manifestarse: por la elevación brusca de temperatura, los soplos que se hallan a veces totalmente o parcialmente enmascarados por un frote pericárdico, y el frote mismo.

Miocarditis.—Las lesiones del miocardio, contribuyen con los signos más importantes de fiebre reumática activa. Los signos de

la miocarditis reumática activa son los siguientes: contracción cardíaca visible e intensa, modificaciones de los tonos cardíacos, crecimiento rápido del corazón, síntomas de insuficiencia cardíaca, y trastornos del ritmo y de la frecuencia, cambios electrocardiográficos. El signo más precoz de miocarditis es el cambio de intensidad, calidad y tono del primer ruido.

Endocarditis.-La presencia de endocarditis no se demuestra fácilmente. La lesión permanente del corazón se desarrolla como resultado final de la endocarditis que origina cicatrización y retracción de las válvulas con deformación de su estructura y la consiguiente interferencia con su función. Los soplos que aparecen durante la fase aguda de las primeras crisis de fiebre reumática suelen ser soplos sistólicos que se perciben sobre todo en la zona apical. Menos frecuentemente hay soplos diastólicos blandos que se oyen a lo largo del borde esternal izquierdo.

Insuficiencia Mitral.-Se presenta en el 70% de los casos de fiebre reumática crónica, desarrollándose en el primer episodio o en el curso de una recaída.

Los signos que se presentan son :

- 1) Alargamiento del primer tono cardíaco a nivel del ápex.
- 2) Sople sistólico apical de moderada intensidad que puede irradiarse a la axila.
- 3) Crecimiento del ventrículo izquierdo.

Estenosis Mitral.-Se presenta en el 50% de los casos y se desarrolla de 5 a 25 años después del primer episodio de la enfermedad.

Los signos que se presentan en la estenosis mitral son:

- 1) Frémito presistólico característico como "ronroneo" a nivel del ápex.
- 2) Segundo ruido pulmonar acentuado, a veces desdoblado, ya que va seguido inmediatamente de un golpe seco palpable y audible y que se conoce como "chasquido de apertura"
- 3) Primer tono cardíaco intenso a nivel del ápice.
- 4) Sople presistólico.
- 5) Retumbo apexiano de tono grave y de timbre rudo.

La onomatopeya de Duroziez, propia de la estenosis mitral comprende: Retumbo (RE), Sople presistólico (PU), Brillantez del primer ruido (T) y después del pequeño silencio, la Duplicación del segundo ruido (TA-TA) (REFUT-TATA)

Insuficiencia aórtica.- Se presenta en el 50% de los casos. Sus signos son:

- 1) Ausencia total del segundo tono en foco aórtico, con sople diastólico a nivel de la base, que se irradia a borde esternal izquierdo y se escucha mejor en decúbito dorsal.
- 2) Hipertrofia de ventrículo izquierdo.
- 3) Fenómenos circulatorios periféricos distintivos como:
 - a) La gran presión diferencial.
 - b) La baja presión diastólica.

c) El pulso que se colapsa (Cerrigan). Saltos arteriales visibles, pulso capilar, pistoletazo femoral y signo de Duroziez.

4) Ocasionalmente soplo suave al término de la diástole, llamado de Austin-Flint que es debido, a vibraciones de la válvula mitral por regurgitación aórtica.

Insuficiencia Tricuspídea.

Por lo general nunca se presenta sola, sino acompañada por otras lesiones valvulares. Sus signos son:

- 1) Datos de lesión de válvula mitral o aórtica o de ambas.
- 2) Sople sistólico en la base del esternón con irradiación a la axila derecha y cuya intensidad aumenta a la inspiración. Este fenómeno se conoce como signo de Rivero-Carballo.
- 3) Venas cervicales pulsátiles.

Estenosis Tricuspídea.

Va asociada como la anterior a otras lesiones valvulares. Los signos son:

- 1) Datos de lesión de válvulas aórtica y mitral.
- 2) Sople diastólico en la base del esternón, muy difícil de diferenciar del sople de la estenosis mitral.
- 3) Crecimiento del ventrículo derecho.
- 4) Dilatación de las venas cervicales.
- 5) Hepatomegalia debida a un aumento de la presión de la vena cava inferior.

CURSO DE LA ENFERMEDAD.

El curso de la fiebre reumática puede seguir uno de estos 3 grandes tipos:

1) El tipo fulminante agudo: Es raro, se caracteriza por fiebre elevada, toxemia, carditis grave e insuficiencia; la muerte sobreviene en semanas o meses.

2) El tipo recurrente: Se caracteriza por una crisis aguda que cede de una a seis semanas en casos leves, e de seis semanas a 4 meses en casos graves. Mas tarde hay inactividad completa del proceso durante uno o mas años. Despues de 2 a 5 años de tales crisis, la enfermedad permanece inactiva; esta es la forma observada mas comunmente.

3) El tipo inactivo crónico: En este tipo la carditis se observa en la primera etapa, pero no hay recidiva de la actividad despues de ésta.

LABORATORIO

Las pruebas de laboratorio empleadas para el diagnóstico de la

fiebre reumática, se pueden dividir en 2 tipos:

- 1) Aquellas encaminadas a demostrar infecciones estreptocócicas y la magnitud de la respuesta del huésped, y
- 2) Aquellas que evalúan el grado de actividad del proceso inflamatorio.

Antes de hablar sobre estos 2 conceptos, debemos hacer la aclaración que ninguno de los exámenes debe considerarse específico, para el diagnóstico de la fiebre reumática.

PRUEBAS UTILIZADAS PARA DEMOSTRAR LA INFECCION ESTREPTOCOCICA.

Pruebas Directas.

Bacteriología y cultivo. - Entre estas pruebas se encuentran el estudio bacteriológico de muestras de exudado faríngeo y su siembra en medios de cultivos adecuados. En general se considera, que en un 25% de enfermos de fiebre reumática en su fase temprana, puedan dar positividad al examen bacteriológico y al cultivo, demostrando estreptococo Beta hemolítico del grupo A.

PRUEBAS QUE EVALUAN EL GRADO DE ACTIVIDAD DEL PROCESO INFLAMATORIO.

Pruebas Indirectas.

Estas pruebas son aquellas, en las que se buscan, no solo valorar el grado de actividad del proceso inflamatorio, sino también el grado de respuesta del huésped, mediante la producción de anticuerpos. Estas pruebas tienen mayor validez que las bacteriológicas puesto que permiten establecer la cuantía de la respuesta inmune de el paciente, en función de los datos clínicos. Al igual que las pruebas bacteriológicas, no son específicas para el diagnóstico de fiebre reumática y solo deben de interpretarse como indicadores de respuesta inmune a infecciones estreptocócicas. Son las siguientes:

Sedimentación Globular. - Esta es una prueba para determinar actividad inflamatoria de una enfermedad. La aceleración de la sedimentación eritrocítica, se debe al aumento de proteínas o sustancias producidas por el proceso inflamatorio los cuales hacen que los eritrocitos se adhieran en forma de pilas de monedas (ROULEAUX).

Para valorar la sedimentación globular, se utilizan los métodos de Westergren y de Wintrobe. En el primero, los límites normales son de 10 a 20 mm. en una hora. En el segundo, el límite superior del valor normal es como en el anterior de 20 mm. en una hora.

La sedimentación globular en la fase aguda de la fiebre reumática (en ocasiones hasta 6 meses después de esta fase) está aumentada, cuando existe infección estreptocócica faríngea. Está normal, cuando existe cardiopatía crónica o corea. Está disminuida, cuando se ha instituido tratamiento con salicilatos y esteroides.

Proteína C. Reactiva.--Su presencia es indicativa de un estado inflamatorio agudo. Se denomina Proteína C reactiva, porque fue descrita inicialmente en su reacción con el polisacárido C del neumococo. Se ha identificado como una Beta globulina. Las reacciones son por precipitación y se valoran en forma semicuantitativa, cuando se precipita el suero del paciente y los antisueros especiales en un tubo capilar. Las reacciones intensas se aprecian en una hora, mientras que las débiles, requieren hasta 24 hs para observarse.

La proteína C. reactiva es positiva, durante el estado agudo de la fiebre reumática. Es negativa, después del tratamiento anti-inflamatorio, cuando existe la cardiopatía crónica y en la Corea purpura. La insuficiencia cardíaca grave puede convertir de negativa a positiva esta prueba. Se considera, que es de mayor utilidad la positividad de la prueba de la proteína C. reactiva que la prueba de la sedimentación globular, debido a los límites imprecisos de ésta última.

Antiestreptolisinas.--El antígeno principal es la estreptolisina "O" que provoca en el huésped la producción de anticuerpos llamados antiestreptolisinas, para los que TODD elaboró un método de titulación serológico preciso. En el período agudo de la enfermedad asciendo mostrando títulos elevados; la elevación llega a su máximo en las primeras 2 semanas después de la infección en caso de fiebre reumática y se mantienen constantes hasta que empiezan a declinar y desaparecen después de varios meses. En general se considera que el 75 u 85% de los enfermos con fiebre reumática aguda muestran elevados títulos de estreptolisinas. En México se considera como normal el límite máximo de 250 U. Todd.

Las antiestreptolisinas permanecen normales o discretamente elevadas en caso de tratamiento temprano de infecciones estreptocócicas o bien durante el tratamiento con Penicilina o Cortisona. Están en niveles normales cuando existe cardiopatía crónica o Corea.

Al igual que las antiestreptolisinas "O" los títulos de anticuerpos que se producen en el huésped por la presencia de los demás antígenos que produce el estreptococo como las antiestreptocinasas, antihialuronidasas y antiestreptodornasas también se encuentran elevadas, después de las infecciones faríngeas y en el curso inicial de la fiebre reumática.

Las antiestreptocinasas tienen cierta importancia, por que su concentración es como término medio, 4 veces mayor en los reumáticos que en las personas normales.

Las antihialuronidasas parecen presentar variaciones de concentración que corresponden bastante fielmente a los brotes evolutivos de la enfermedad.

Las antiestreptodornasas se descubren con mucha dificultad y carecen de valor práctico.

Gammaglobulinas.--En caso de actividad reumática se encuentra elevación de gammaglobulinas solamente en un 25% de los casos. La

levación se ha interpretado como un aumento de anticuerpos contra el estreptococo hemolítico inespecífico para la inflamación reumática. Esta prueba no es constante y no permite evaluar la gravedad de la enfermedad.

Hiperfibrinemia.-Es un poco mas constante y alcanza a menudo concentraciones de 9 grames por litro y falta en el 20% de los casos. No guarda relación directa con la reacción inmunológica.

Hiperglobulinemia alfa 2.-Se debe al aumento de las glucoproteínas alfa 2, que son la actoglobina y la proteína C. Ha sido observada por electroforesis en muchos casos de fiebre reumática. También esta prueba es inconstante.

Biometria hemática.-Indica tambien grado de actividad inflamatoria. La cuenta de leucocitos en los ataques agudos varían entre 12,000 y 24,000 como máximo por mm. cúbico, predominando, los neutrófilos sin existir ningun patrón característico en la morfología de las diferentes células blancas.

La cuenta roja en la mayor parte de los casos demuestra anemia moderada generalmente de tipo normocítico, con disminución proporcional de hemoglobina y número de eritrocitos. Esta anemia no tiende a mejorar mientras el proceso reumático sigue activo. En muchos casos se superpone a una anemia nutritiva pre-existente y en estos casos, es de menor gravedad. Las anemias mas graves que se observan en la fiebre reumática son las que coinciden con pérdidas de sangre por epistaxis.

DATOS RADIOGRAFICOS

Tórax.-Los datos radiográficos de interés se obtienen con la placa de tórax. Se busca datos cardiacos como cardiomegalia, crecimientos auriculares, edema pulmonar por insuficiencia cardíaca prominencia del arco de la pulmonar, datos que señalan el grado de afección cardíaca.

Articulaciones.-Cuande existe afección articular, si se toman radiografias de las articulaciones en el período agudo de la enfermedad, no se aprecian lesiones de interés, más que aumento de volumen de la articulación y cambios inflamatorios; no se observan cambios degenerativos ni secuelas.

DATOS ELECTROCARDIOGRAFICOS

Las alteraciones electrocardiográficas de la fiebre reumática pueden dividirse en:

- 1.-Trastornos propios de las formas agudas.
- 2.-Trastornos de las cardiopatías crónicas.

Alteraciones de las formas agudas.-Entre los datos de mayor importancia se encuentra el alargamiento del intervalo P-R. de más de 0.20 seg. de incremento, debe considerarse como bloqueo auriculoventricular de primer grado. Recientemente MIRONSKI y Colaboradores han señalado que debido a cambios transitorios

del intervalo PQ en niños, debería establecerse una relación entre el PR en estudio y el límite superior normal del mismo, PR para determinada edad y frecuencia cardíaca. Este constituye un índice que una medida exacta y comparativa del tiempo de conducción AV en niños de diferente edad y ritmo cardíaco. Se acepta en general que un aumento de 0.04 seg. del intervalo PR. es significativo y sugestivo de bloqueo AV.

Ocasionalmente se presenta y también como una manifestación de trastorno de tipo de bloqueo AV el alargamiento del intervalo PR, pero en forma progresiva, es decir: después de varias sístoles ventriculares, se observa una onda P no conducida, después de este momento, en seguida hay reanudación del trazo con alargamientos PR progresivos. Se conoce como fenómeno de Wenckebach.

Con menor frecuencia que el incremento del intervalo PR y el bloqueo AV, se observa aplanamiento e inversión de la onda T como manifestación de miocarditis.

Otra manifestación importante es el desnivel del segmento ST, el cual en más de 1 mm. en derivaciones bipolares y 2 mm. en las precordiales, habitualmente observamos en la pericarditis.

ALTERACIONES EN LAS FORMAS CRONICAS.

Los cambios electrocardiográficos en la forma crónica manifiestan alteraciones relacionadas con los diferentes grados de patología de las cavidades cardíacas, como consecuencia de valvulopatías, trastornos hemodinámicos y del sistema de conducción.

Insuficiencia Mitral.-Se observan ondas P amplias y acuminadas y ocasionalmente bifásicas en V-1 además ondas S profundas en V-1 y V-2, elevación de R en V-5 y V-6 así como desviación del eje a la derecha como signos de hipertensión pulmonar.

Estenosis Mitral.-Se observa como en la insuficiencia mitral, ondas P ensanchadas y acuminadas indicativas de crecimiento y dilatación de aurícula izquierda. Existen ondas Q profundas y R elevadas en V-1 y V-3 debidas a hipertrofia de ventrículo derecho y a grados variables de hipertensión pulmonar.

Insuficiencia o Estenosis Aórtica.-Se manifiestan con signos de sobrecarga diastólica y sistólica del ventrículo izquierdo. En el primer caso (sobrecarga diastólica) consiste fundamentalmente en :aumento de los voltajes de los complejos QRS y Q profundos con predominio sobre la región precordial izquierda; así como ondas T acuminadas en derivaciones V-5 y V-6 y eje eléctrico desviado a la izquierda.

Insuficiencia o Estenosis Tricuspídea.- Da manifestaciones de crecimiento de aurícula derecha. Pero no se presentan solas, puesto que antes de que éstas se afecten, ya existen otras lesiones en otras válvulas como la mitral.

DIAGNOSTICO.

La fiebre reumática se caracteriza por su cronicidad y tendencia a las exacerbaciones recurrentes. Ya que la fiebre reumática, muestra variaciones en sus manifestaciones clínicas y que no presenta síntomas o signos patognomónicos, ni pruebas de laboratorio que permitan su diagnóstico exacto, JONES estableció en 1944 un grupo de criterios clínicos y de laboratorio para su diagnóstico. La presencia de 2 criterios mayores y uno menor o de uno mayor y dos menores, indican con gran probabilidad el diagnóstico de fiebre reumática, cuando existe prueba de una infección estreptocócica previa. La ausencia de tal antecedente, debe poner en duda el diagnóstico, a menos que la fiebre reumática se descubra al cabo de un prolongado período de latencia después de la infección, por ejemplo con cerca de Sydenham o carditis discreta.

Posteriormente, este criterio fué modificado.

CRITERIO DE JONES (MODIFICADO)

Manifestaciones Mayores.

a) Carditis

b) Poliartritis

c) Cereza

d) Eritema marginado

e) Nódulos reumáticos subcutáneos

Manifestaciones Menores.

a) Fiebre

b) Poliartralgias

c) Intervalo P-R alargado en el electrocardiograma

d) Proteína C-reactiva positiva

e) Antecedentes de infección estreptocócica

f) Historia previa de fiebre reumática

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Es evidente de que hay que pensar a veces en otros diagnósticos

cos cuando nos encontramos ante manifestaciones articulares y febriles antes de decir que se trata de fiebre reumática.

A continuación se enumeran los diagnósticos que deben ser considerados en el diagnóstico diferencial de la fiebre reumática.

- 1) Poliartritis crónica evolutiva y reumatismos crónicos de la infancia.
- 2) Reumatismos infecciosos.
- 3) Lupus eritematoso.
- 4) Periarteritis nudosa.
- 5) Enfermedad de Osler.
- 6) Osteomielitis.
- 7) Artritis reumatoidea en su inicio.
- 8) Endocarditis bacteriana.
- 9) Pericarditis con derrame.
- 10) Miocarditis aguda.
- 11) Anemia de células falciformes.
- 12) Leucemia aleucémica.
- 13) Fase preparalítica de la poliomiелitis.
- 14) Enfermedad del suero.
- 15) Púrpura reumatoidea.

TRATAMIENTO.

El tratamiento de la fiebre reumática, se ha encauzado en primer lugar hacia la eliminación del agente etiológico, esto es el estreptococo, y en segundo lugar a la inactivación del proceso reumático.

ERRADICACION DEL ESTREPTOCOCO

Se puede usar el esquema siguiente: 800,000 U. de penicilina - procainica diaria por vía IM. durante 10 días y el decimoprimer día un amp. IM. de penicilina benzatínica de 1.200,000 U. en caso de alergia a la penicilina, usar eritromicina 1 gr. al día durante 10 días.

Eliminar focos infecciosos. - Esto se logra extirpando las amígdalas, el círculo linfático faríngeo, senos paranasales, granulomas dentarios.

INACTIVACION DEL PROCESO REUMATICO.

Inflamación articular.

Agentes Anti-inflamatorios.

Salicilatos. - El ácido acetil salicílico (aspirina) y salicilato de sodio son las drogas que se emplean en quienes existen poliartritis sin miocarditis o miocarditis discreta. La dosis máxima será de 100 mg. por Kg. de peso por día repartidos en 6 dosis y acompañados de hidróxido de aluminio para evitar producir gastritis. El tratamiento debe ser por una o dos semanas; si se obtiene buena respuesta, puede suspenderse a los 10 días.

Esteroides.-El más usado es la Prednisona y se usa a dosis de 1 a 2 mg. por Kg por día, repartidos en cuatro tomas por tres semanas; y durante las tres semanas siguientes ir reduciendo gradualmente la dosis.

Tratamiento de la Corea.-La experiencia señala, que la Corea - en su forma "pura", tiende a ceder por sí sola en dos o tres meses. Se puede indicar un tratamiento a base de sedantes del tipo del Fenobarbital y equivalentes, obteniendo buenos resultados.

Tratamiento de la Insuficiencia Cardíaca.-El reposo absoluto - en cama, hospitalización, oxígeno en caso necesario, dieta hiposódica y atención cuidadosa por personal competente, son medidas - que se deben de tomar muy en cuenta en éstos pacientes.

Digitálicos.-La Insuficiencia Cardíaca causada por la Fiebre Reumática, a diferencia de las causadas por otras etiologías, - cuando está afectado el miocárdio por una inflamación, es más - sensible a los compuestos Digitálicos; de ahí que las dosis de - Digital en éstos casos sean menores que en los otros tipos de - Insuficiencia Cardíaca. Solamente en casos de que no exista actividad reumática aguda, pueden emplearse a dosis más elevadas. Se utiliza la Digoxina oral principalmente, a dosis de 50 mcg. por Kg de peso al día. La dosis de mantenimiento es la cuarta parte de la dosis inicial. Debe vigilarse su administración previa valoración Médica, debido a los efectos de intoxicación que puede producir.

Diuréticos.-Para tratamientos largos, se prefiere la Clorotiazida, a dosis de 250 mg. 3 veces al día, administrando además potasio. Se usan como se sabe, en casos de Insuficiencia Cardíaca - grave y en aquellos que presentan una retención de líquidos en forma de edema generalizado, ascitis, hepatomegalia, etc.

Tratamiento quirúrgico.-La comisurotomía, solamente deberá emplearse en aquellos pacientes con valvulopatías crónicas, con - trastornos hemodinámicos importantes que inducen a insuficiencia cardíaca incontrolable por medios Médicos. En los últimos - años se han practicado los trasplantes valvulares, pero también se ha mencionado previamente la elevada frecuencia con que se complican por Endocarditis Bacteriana post-operatoriamente las prótesis valvulares.

Tratamiento ulterior (profilaxis).

Se conocen 3 tipos:

A.-Profilaxis primaria.

B.-Profilaxis secundaria.

C.-Profilaxis terciaria.

A.- Profilaxis Primaria.

Este tipo de profilaxis, tiende a evitar los ataques iniciales de fiebre reumática mediante el tratamiento efectivo de las infecciones estreptococcicas, como amigdalitis, faringitis o escarlatina. Se logra administrando, como ya se ha mencionado, penicilina procainica de 800,000 U. diarias IM por 10 días y el décimo primer día un amp. de 1.200,000 U de penicilina benzatínica IM.

B.- Profilaxis Secundaria.

Este tipo de profilaxis, trata de evitar las recidivas o recurrencias de ataques de fiebre reumática. Esto se logra, administrando un amp. mensual de penicilina benzatínica de 1.200,000 U. IM. durante muchos años (5 años por lo menos).

C.- Profilaxis Terciaria.

Este tipo de profilaxis, es la que tiende a evitar complicaciones del tipo de la endocarditis bacteriana sub-aguda a enfermos con cardiopatía reumática. Como se sabe, la endocarditis bacteriana se produce por implantación de bacterias circulantes en la sangre sobre las válvulas con inflamación reumática. La bacteriemia puede producirse, por diferentes procedimientos quirúrgicos. Los gérmenes son variados, por eso se recomiendan diferentes tipos de tratamiento profilácticos con antibióticos.

Ejemplo: En gran parte de los casos, el agente causal de la endocarditis es el estreptococo viridans y se justifica el uso de la penicilina; en otros casos el agente es Gram-negativo como las enterobacterias, y aquí se puede usar estreptomycinina 1 a 2 gr. -- diarios combinado con la penicilina.

PRONOSTICO DE LA FIEBRE REUMATICA.

El pronóstico depende casi exclusivamente de la índole y grado de la participación cardíaca, porque en cuanto se refiere a las articulaciones, el pronóstico es bueno para la función, puesto que no hay anquilosis, ninguna secuela y los períodos inflamatorios articulares son muy cortos, después de los cuales las articulaciones se encuentran indemnes.

En cambio, lo que se refiere al grado de daño cardíaco, el pronóstico es grave para la vida, porque puede variar desde una simple limitación de sus actividades físicas hasta muerte en corto plazo por insuficiencia cardíaca congestiva.

Antes de conocerse la terapéutica antimicrobiana eficaz, la endocarditis de la fiebre reumática era invariablemente mortal y segunda en los casos de muerte de los reumáticos después de la insuficiencia cardíaca congestiva. Actualmente se puede curar un porcentaje elevado de casos; pero ello no modifica el pronóstico grave de la enfermedad, pues la infección bacteriana, muchas veces aumenta más todavía la lesión de las válvulas antes de ser suprimidas.

MATERIAL Y METODOS:

Se revisaron 250 expedientes en el Archivo Clínico de la Clínica Hospital T-1 Mérida del IMSS., exclusivamente de derechohabientes de régimen urbano. Las listas de las cédulas de afiliación y nombres, así como direcciones fueron tomadas originalmente de el Departamento de Medicina Preventiva de la Unidad, ya que todo enfermo de Fiebre Reumática debe pasar a dicho Departamento para control de su enfermedad; en dicha lista se encontraron pacientes con tratamiento de erradicación del estreptococo, con tratamiento profiláctico y en control de Fiebre Reumática. Con esas listas se fueron revisando todos los expedientes y se fueron descartando todos aquellos que no tenían diagnóstico establecido por el Cardiólogo, condición indispensable para aceptar el diagnóstico de Fiebre Reumática. La revisión comprendió el siguiente período: de Agosto de 1959 a Junio de 1975, que fué la fecha en que se inició éste trabajo.

Nos quedamos solamente con 36 casos diagnosticados por Cardiología como fiebre reumática.

Se elaboró un cuestionario para extraer del expediente datos que nos interesaban, de acuerdo a nuestros objetivos ya planteados, y otro más amplio para las entrevistas que se hicieron en el domicilio de los pacientes estudiados, para conocer el medio en que viven así como sus condiciones socioeconómicas.

Se tomaron del expediente los siguientes datos:

Nombre, sexo, cédula, domicilio, edad, escolaridad, ocupación, lugar de nacimiento, y Edo. civil del paciente.

Datos clínicos, signos físicos.

Laboratorio: bacteriología y cultivo de exudado faríngeo, sedimentación globular, proteína C reactiva, antiestreptolisinas, gammaglobulinas, fibrina (hiperfibrinemia) globulinemia alfa 2, biometría hemática completa con recuento diferencial.

Radiográficos: Placa de tórax, corazón en 3 posiciones, Placa de articulaciones.

Electrocardiografía.

Manejo y tratamiento: Si hubo erradicación del estreptococo y droga que se usó, si se usaron anti-inflamatorios como salicilatos, esteroides u otros, si hubo Corea y como se trató, si hubo insuficiencia cardíaca y si se trató con Digitálicos, Diuréticos u otras drogas. Si se hizo tratamiento quirúrgico, amigdalectomía, comisurotomía valvular, etc. Si se proporcionó tratamiento profiláctico posterior para evitar recidiva de los ataques o para evitar complicaciones.

Si el paciente se encuentra con limitación o invalidez, las complicaciones que presentó y el pronóstico Médico de su enfermedad.

Entre los métodos usados empleamos el cuestionario, la revisión de expedientes, la entrevista y la observación.

En el domicilio de los pacientes se extrajeron los siguientes datos:

Edad, sexo, escolaridad, ocupación, lugar de nacimiento y Edo. - civil del informante.

Vivienda: se valoró su ubicación, aereación, construcción, número de piezas y número de habitantes, características del piso.

Economía: salario mensual, ocupación primaria y secundaria si la había, destino de los ingresos en alimentación, vestido, educación, renta, recreación, diversos.

Recursos de salud: formas tradicionales para la curación de - sus enfermedades, enfermedades endémicas y epidémicas, actitud ante los procedimientos médicos modernos, recursos destinados al - mejoramiento de la salud (humanos y materiales), campañas, información y actividades para mejorar la salud, hábitos generalizados - en relación con la higiene de alimentos y bebidas, tratamiento - de basuras y sistema empleado para depósito de desechos, fauna - nociva intra o extradomiciliaria, aspectos básicos de alimenta - ción, dieta diaria.

Actitud de la familia ante el enfermo: si hay aumento de atención para con él, si hay alguna persona dedicada exclusivamente - a la atención del paciente, si es considerado como un problema - familiar y si en el momento actual presenta alguna limitación o invalidez.

RESULTADOS

Ficha de identificación:

En la ficha de identificación se tomaron los datos que mas nos interesaban como edad, sexo, Edo. civil, escolaridad y ocupación de los enfermos de Fiebre Reumática. La edad comprendió desde al nacimiento hasta los 50 años o más; en el estado civil las variantes encontradas fueron, soltero, casado, divorciado y en unión libre; la escolaridad en, primaria, secundaria, preparatoria y profesional; la ocupación se dividió en sectores de trabajo del modo siguiente: Primario, a todas aquellas personas cuyo trabajo dependía de la agricultura, ganadería, etc., es decir, los que dependen de los recursos naturales de la tierra; Secundario: aquellos cuyo trabajo dependía del sector industrial, es decir, trabajadores de fábricas, cordeleros, empresas productoras etc; Terciario: aquellos que se dedican a Bienes y Servicios como secretarios, maestros, médicos, etc. Los que se ocupaban de las labores domésticas, los que estaban estudiando y por último los pensionados.

Los resultados fueron los siguientes: entre 0 a 4 años no se encontró ningún caso; entre 5 a 9 años encontramos a 4 pacientes, 2 masculinos y 2 femeninos, todos se encontraban estudiando la primaria; entre los 10 y 14 años encontramos 7: 4 masculinos y 3 femeninos, 6 estaban en la primaria y 1 en la secundaria, de los 7 habían 2 que además de estudiar trabajaban en el sector terciario (mecánico y albañil); entre los 15 a 19 años encontramos 9 enfermos, 6 masculinos y 3 femeninos, de los cuales 8 eran solteros y 1 casado, 2 terminaron su primaria y se encontraban trabajando en el sector terciario, 6 estaban en secundaria y 1 en preparatoria; entre los 20 y 24 años encontramos 2, uno masculino y otro femenino, los 2 estaban casados, uno su escolaridad máxima era la primaria y el otro la preparatoria, ambos trabajaban, una en labores domésticas y el otro en el sector terciario; entre los 25 y 29 años encontramos 4, un masculino y 3 femeninos, 3 eran casados y uno divorciado, 3 su escolaridad máxima fue la primaria y una profesional (secretaria comercial), de los cuales 2 trabajaban en labores domésticas y 2 en el sector terciario (la secretaria no ejercía su profesión); entre 30 y 34 años encontramos un masculino y tres femeninos, todos casados y teniendo como máxima escolaridad la primaria, 3 se dedicaban a labores domésticas y uno en el sector terciario; entre 35 a 39 años encontramos un masculino y 2 femeninos, todos casados, dos con escolaridad máxima de primaria y un profesionista (maestra), dedicados uno al sector terciario y las otras 2 a labores domésticas (la maestra no ejercía su profesión); entre 40 y 44 años encontramos un masculino y un femenino, uno casado y el otro en unión libre, ambos con grado máximo de primaria, una en labores domésticas y el otro pensionado por su enfermedad; entre 45 y 49 años, un femenino casado, profesionista (Q.F.B) y ocupada en labores domésticas; de 50 años en adelante no se encontró ningún caso.

Totales=Las cifras obtenidas fueron las siguientes: Masculi-
nos 17; femeninos 19; solteros 19; casados 15; divorciados 1; unión
libre 1; analfabetos 0; primaria 24; secundaria 7; preparatoria 2
profesionistas 3. Ocupaciones: sector primario 0; secundario 0; ter-
ciario 9; labores domésticas 10; estudiantes 16 y pensionados 1.

Ver cuadro # 1 .

0

FICHA DE IDENTIFICACION

Cuadro No. I

EDAD	SEXO		E.D. CIVIL				E S C L A R I D A D					SECTORES DE TRABAJO					
AÑOS	M.	F.	SOL.	CDO.	DIVDO.	U. L.	ANAL.	PRIM.	SEC.	PREP.	PROF.	PRIM.	SEC.	TERC.	LAB. D.	EST.	PENSIO- NADO
0 - 4																	
5 - 9	2	2	4					4								4	
10 - 14	4	3	7					6	1					2		5	
15 - 19	6	3	8	1				2	6	1				2		7	
20 - 24	1	1		2				1		1				1	1		
25 - 29	1	3		3	1			3			1			2	2		
30 - 34	1	3		4				4						1	3		
35 - 39	1	2		3				2			1			1	2		
40 - 44	1	1		1		1		2							1		1
45 - 49		1		1							1				1		
50																	
TOTAL	17	19	19	15	1	1		24	7	2	3			9	10	16	1

DIAGNOSTICO:

PARAMETROS CLINICOS Y FISICOS:

Para hacer el diagnóstico de Fiebre Reumática se extrajo -- del expediente de los enfermos los datos clínicos y signos físicos que presentaban.

A continuación se mencionará su frecuencia y los principales parámetros encontrados, basándonos en los datos mencionados por el criterio modificado de Jones.

Resultados, datos clínicos: Artralgias en 13 pacientes (36.1%); Disnea en 12 (33.3%); Amigdalitis de repetición en 9 pacientes -- (25%); Fiebre en 6 (16.6%); Palpitaciones en 3 (8.3%); Poliartritis en 2 (5.5%); Dificultad para deambular en 2 (5.5%); Cianosis en 1 (2.7%).

Ver cuadro # 2.

Resultados, signos físicos: Encontramos soplos cardíacos en 28 pacientes distribuidos en la forma siguiente: Sopro sistólico -- que varió entre primero y segundo grado 21; Sopro holosistólico 3; Sopro presistólico 3; Sopro mesosistólico grado II, 2 pacientes. El porcentaje de los soplos es de un 77.7%; Elogosis en 13 pacientes (36.1%); Taquicardia en 4 pacientes (11.1%); Nódulos subcutáneos en 2 pacientes (5.5%); Dificultad para deambular en 2 pacientes (5.5%); Arritmias en 1 paciente (2.7%).

Ver cuadro # 3.

PARAMETROS CLINICOS Y FISICOS

DATOS CLINICOS
Cuadro No. 2

DATOS CLINICOS	NUM.	%
Disnea	12	33.3
Palpitaciones	3	8.3
Poliartritis	2	5.5
Fiebre	6	16.6
Cianosis	1	2.7
Artralgias	13	36.1
Amigdalitis	9	25.0
Dificultad para deambular	2	5.5

SIGNOS FISICOS
Cuadro No. 3

SIGNOS FISICOS	NUM.	%
Taquicardia	4	11.1
Soplo	28	77.7
Flogosis	13	36.1
Nodulos subcutaneos	2	5.5
Edema	2	5.5
Arritmias	1	2.7
Dificultad para deambular	2	5.5

ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE:

Se menciona que los análisis del laboratorio y los estudios de gabinete más importantes para integrar el diagnóstico de Fiebre Reumática relacionándolos entre sí y sumados a los datos -- clínicos y físicos, más el requisito indispensable de la valoración por el Cardiólogo, que fue nuestro parámetro principal, son los siguientes:

- 1.-Sedimentación globular.
- 2.-Antiestreptolisinas.
- 3.-Biometría H. completa.
- 4.-Proteína C. Reactiva.
- 5.-Bacteriología.
- 6.-Cultivo.
- 7.-Fibrina.
- 8.-Gammaglobulinas.
- 9.-Globulinas alfa 2.
- 10-Placa de Tórax.
- 11-Placa de Corazón en 3 posiciones.
- 12-Placa de Articulaciones.
- 13-Electrocardiograma.

RESULTADOS: Del total de los 36 pacientes se menciona a continuación el número de estudios que fueron solicitados, los no solicitados y los porcentajes a que corresponden:

- 1.-Sedimentación Globular: solicitados 27(75%); no solicitados 6 (25%).
- 2.-Antiestreptolisinas: Solicitados 33 (91%); no solicitados 3 (9%).
- 3.-Biometría H. completa: Solicitados 30 (83%); no solicitados 6 (17%).
- 4.-Proteína C. Reactiva: Solicitados 29 (80%); no solicitados 7 (20%).
- 5.-Bacteriología: Solicitados 5 (13.8%); no solicitados 31 ---- (86.2%).
- 6.-Cultivo: Solicitados 11 (30%); no solicitados 25 (70%).
- 7.-Fibrina: Solicitados 0 (0%); no solicitados 36 (100%).
- 8.-Gammaglobulinas: Solicitados 0 (0%); no solicitados 36(100%)
- 9.-Globulinas alfa 2: Solicitados 0 (0%); no solicitados 36 -- (100%).
- 10-Placa de Tórax: Solicitados 22 (61%); no solicitados 14 -- (39%).
- 11-Placa de Corazón en 3 posiciones: Solicitados 22 (61%); no solicitados 14 (39%).
- 12.-Placa de Articulaciones: Solicitados 1 (2.7%); no solicitados 35 (97%).
- 13.-Electrocardiograma: Solicitados 25 (69.4%); no solicitados 11 (30.6%).

RESULTADOS POSITIVOS Y NEGATIVOS DE LOS ESTUDIOS:

De los 27 estudios solicitados de Sedimentación Globular, 26 resultaron positivos (96%) y uno negativo (4%).

De las 33 Antiestreptolisinas, resultaron positivas 27 (81%) y 6 negativas (19%).

Fibrina: No se solicitaron.

De los 30 estudios de Biometría Hemática completa, fueron positivos 19 (63%) y negativos 11 (37%).

De los 29 estudios de Proteína C Reactiva, fueron positivos 12 (41%) y negativos 17 (59%).

Las Gammaglobulinas: No se solicitaron.

De los 5 estudios Bacteriológicos solicitados, los 5 resultaron positivos, lo que hace un 100%.

De los 11 Cultivos, 6 resultaron positivos (54.5%) y 5 negativos (45.5%).

Globulinas alfa 2: No se solicitaron.

De las 22 placas de Tórax, 9 fueron anormales (40%) y 13 fueron normales (60%).

De las 22 placas de Corazón, 11 fueron anormales (50%) y 11 normales (50%).

Una placa de Articulación solicitada, el resultado fue normal.

De 25 Electrocardiogramas solicitados, 18 fueron anormales - (72%) y 7 normales (28%).

Ver cuadro # 4.

ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE

Cuadro No. 4

ESTUDIOS	SOLICITADOS		NO SOLICITADOS		POSITIVOS		NEGATIVOS	
	NUM.	%	NUM	%	NUM	%	NUM	%
SEDIMENTACION GLOBULAR	27	75.0	6	25.0	26	96.00	1	4.00
ANTIESTREPTOLINAS	33	90.0	3	9.0	27	81.00	6	19.00
FIDRINA	0		36	100.				
B. HEMATICA Y LEUCOCITOS	30	83.0	6	17.0	19	63.00	11	37.00
PROTEINA C REACTIVA	29	80.0	7	20.0	12	41.00	17	59.00
GAMMAGLOBULINAS	0		36	100.0				
BACTERIOLOGIA	5	13.9	31	86.2	5	100.00		
CULTIVO	11	30.0	25	70.0	6	54.5	5	45.50
GLOBULINAS ALFA 2	0		36	100.0				
PLACA DE TORAX	22	61.0	14	39.0	9	40.00	13	60.00
PLACA DE CORAZON	22	61.0	14	39.0	11	50.00	11	50.00
PLACA DE ARTICULACIONES	1	2.7	35	97.3			1	100.00
ELECTROCARDIOGRAMA	25	69.4	11	30.6	12	72	7	28.00

MANEJO - TRATAMIENTO - PROFILAXIS-

Se investigó si los pacientes con Fiebre Reumática habían tenido en alguna ocasión tratamiento de erradicación del estreptococo y que droga se utilizó, obteniéndose los resultados siguientes: Se erradicó estreptococo en 31 pacientes y a 5 no. De los 31 la droga usada en 30 fue la Penicilina Procaína en las dosis ya conocida, y solamente en uno se administró Lincomicina sin -- que se especificara la dosis y el tiempo de administración.

Ver Cuadro # 5.

En lo que respecta al uso de antiinflamatorios encontramos los resultados siguientes: A 11 pacientes no se les administró en ninguna etapa de su tratamiento; en 24 se usó Salicilatos; en 10 de ellos además de Salicilatos se usó Esteroides; únicamente en 6, además de esas 2 drogas se utilizó Pirrólicos; a 2 de ellos además se les administró Indometacina; a 4 la combinación de Fenilbutazona y Salicilatos, y uno de Esteroides y Fenilbutazona; 2 con Salicilatos y Metocarbamol.

Ver Cuadro # 5- A.

En ningún momento se presentó Corea. En 9 pacientes se presentó insuficiencia cardíaca congestiva en alguna etapa de su padecimiento y fue tratada del modo siguiente: a los 9 se les administró diuréticos; a 7 diuréticos más Digital; a 1 Diuréticos más Digital más Diazepam; y a 3, Diuréticos más Digital más Sales de potasio.

A 7 pacientes se les sometió a tratamiento quirúrgico de Amigdalectomía y a uno se le practicó Comisurotomía Mitral.

Ver Cuadro # 5 -B.

En cuanto a la profilaxis se obtuvieron los siguientes resultados: Solemente a 4 se les administró la profilaxis primaria; la secundaria actualmente la están llevando 31 pacientes y la terciaria se le está administrando a 8 pacientes; en un paciente no hubo profilaxis de ningún tipo. La droga usada en todos los casos (35) es la Penicilina Benzatínica en dosis apropiadas.

Ver Cuadro # 5- C.

MANEJO — TRATAMIENTO — PROFILAXIS

CUADRO No. 5

ERRADICACION		DROGA USADA	
SI	NO	PENICILINA	LINCOMICINA
31	5	30	1

CUADRO No. 5-A

ANTI - INFLAMATORIOS						
NO	SALICILATOS	ESTEROIDES	PIRROLICOS	INDOMETACINA.	FENIL BUTAZONA.	METOCARBAMOL
11	24	10	6	2	5	2

CUADRO No. 5-B

COREA		INSUFICIENCIA CARDIACA				QUIRURGICO	
SI	NO	DIGITAL	DIURETICO	DIAZEPAN	SALES DE POTASIO	AMIGDALECTOMIA	COMISUROTOMIA MITRAL
0	36	7	9	1	3	7	1

CUADRO No. 5-C

PROFILAXIS				DROGA USADA	
PRIMARIA	SECUNDARIA	TERCIARIA	NO HUBO	PENICILINA BENZATINICA	OTRAS
4	31	6	1	36	0

LIMITACIONES-COMPLICACIONES/PRONOSTICO

De los extractado por el expediente solamente 12 estuvieron limitados en su actividad física; 6 con disnea de medianos esfuerzos y 6 con disnea de pequeños esfuerzos; 24 no presentaron ninguna limitación.

Ver cuadro 6.

16 pacientes no presentaron ninguna complicación en ningún momento de su enfermedad y entre los 20 restantes presentaron lesiones importantes y complicaciones; algunos de ellos 2 o más en formas simultáneas o en alguna etapa de su enfermedad; a continuación se mencionan todas las encontradas: Fibrilación auricular 2 pacientes; Insuficiencia cardíaca congestiva 9; Arritmias 1; Doble lesión mitral 6; Insuficiencia tricúspides 1; Estenosis aórtica 2; Hipertensión pulmonar 1; Estenosis mitral 6; Cardiopatía mitral no especificada 3; Endomiocarditis 1; Hipertrofia de ventrículo derecho 1; Hipertrofia de ventrículo izquierdo 2; Hipercorticismismo secundario 1; Doble lesión aórtica 1; Insuficiencia mitral 3.

Ver cuadro 6.

En lo que se refiere a su pronóstico, en 27 pacientes no se especificó, en 8 se consideró y se anotó como bueno y solamente en uno se consideró como malo.

Ver cuadro 6.

LIMITACIONES COMPLICACIONES Y PRONOSTICOS

CUADRO No. 6

LIMITACIONES

NO HAY	DISNEA PEQUEÑOS ESFUERZOS	DISNEA MEDIANOS ESFUERZOS
24	6	6

COMPLICACIONES

NINGUNA	FIBRILACION	AURICULAR	INSUFICIENCIA	CONGESTIVA	ARRITMIAS	MITRAL DOBLE	MITRAL INSUFICIENCIA	TRICUSPIDEA	ESTENOSIS	AORTICA	HIPERTENSION	PULMONAR	ESTENOSIS	MITRAL	CARDIOPATIA	MITRAL	ENDOCARDITIS	HIPERTENSION	DERECHO	VENTRICULO	VENTRICULO	HIPERTENSION	SECUNDARIO	HIPERTENSION	DOBLE	AORTICA	INSUFICIENCIA	MITRAL
16	2	9	1	6	1	2	1	8	3	1	1	2	1	3	1	1	2	1	1	2	1	1	3	1	1	3	1	3

PRONOSTICOS

B U E N O	M A L O	N O E S P E C I F I C A D O
8	1	27

INTERVISTAS:

Se entrevistaron con un cuestionario a 30 familiares de los pacientes en su propio domicilio. Se consideró como informante toda persona mayor de 10 años que viviera en la casa del paciente y que lo ligara a él alguna clase de parentesco; en ocasiones nos tomamos como informante el propio paciente, cuando éste era la única persona que se encontraba en la casa y si se trataba de un adulto; porque si era un niño, se referaba a la casa hasta localizar a una persona mayor que proporcionara los informes. Se estableció así una ficha de identificación de los informantes y se valoró su edad para hacerlo, escolaridad, ocupación por sectores de trabajo ya mencionados en notas anteriores, y el parentesco que los ligaba al paciente; así se obtuvieron los datos siguientes: de 15 a 24 años nos informó un masculino, conyuge, que solamente había tenido la primaria como escolaridad máxima y que se encontraba trabajando en el sector terciario; entre los 25 y 34 años nos informaron 10 personas del sexo femenino, 8 de ellas solamente había estudiado hasta la primaria, una hasta la secundaria y una profesionista (maestra), 9 se dedicaban a labores domésticas y una trabajaba en el sector terciario. De esas 10 informantes, 5 eran madres de los pacientes, una era hermana y 4 fueron los propios pacientes enfermos. Entre los 35 y los 44 años nos informaron 21 personas, 6 masculinos y 15 femeninos; una de las informantes era analfabeta y una era profesionista (secretaría comercial) y 19 solamente habían estudiado la primaria, 11 de esas personas se encontraban trabajando en bienes y servicios (sector terciario), 9 se dedicaban a labores domésticas y un masculino se encontraba pensionado por incapacidad debido a su enfermedad, y fue además el propio informante; además de él, 6 personas más que informaron fueron los propios pacientes; 13 fueron padres o madres y solamente uno fue conyuge. Por arriba de los 45 años encontramos a 4 informantes femeninas, 3 de las cuales solamente habían estudiado la primaria y una era profesionista (C.F.P.); de las 4, 3 trabajaban en labores domésticas y una en el sector terciario; 3 eran madres de los pacientes y una era la propia enferma.

Esto nos arrojó las siguientes cifras:

Informantes: 7 masculinos; 29 femeninos; una analfabeta; 31 con escolaridad hasta la primaria; una hasta la secundaria y 3 profesionistas; dedicados a trabajar en bienes y servicios (sector terciario) solamente 14; dedicados a labores domésticas 21; pensionado uno; padres de los pacientes 21; hermanos 1; los propios pacientes enfermos 12 y conyuges 2.

Ver cuadro 7.

FICHA DE IDENTIFICACION

(INFORMANTES)

CUADRO No 7

EDAD	SEXO		ESCOLARIDAD				OCUPACION POR SECTORES					PARENTESCO			
	M	F	ANALF.	PRIM.	SEC.	PROF	PRIM.	SEC.	TERC.	LAB. D.	PENSION	PADRES	HNOS.	ENFER.	CONYUGES
15 a 24	1			1					1						1
25 a 34		10		8	1	1			1	9		5	1	4	
35 a 44	6	15	1	19		1			11	9	1	13		7	1
45 a MAS		4		3		1			1	3		3		1	
TOTAL	7	29	1	31	1	3			14	21	1	21	1	12	2

VIVIENDA:

Para poder calificar la vivienda en forma adecuada, se tomaron varios parámetros como son: Ubicación, aereación, construcción, fauna nociva, destino y tratamiento de basuras. A cada uno de éstos se le dió una calificación determinada de acuerdo a las características que deben tener las viviendas y así se encontró 3 tipos diferentes, a saber: Vivienda higiénica es aquella que llenó los requisitos siguientes: bien ubicada, buena aereación, buena construcción, sin fauna nociva intra o extradomiciliaria o con fauna vacunada o bajo control en sitios adecuados, con un destino y tratamiento adecuado de sus basuras y sin hacinamiento. Vivienda antihigiénica: aquella que no llenó los requisitos, es decir, mala ubicación, mala aereación, mala construcción, con fauna nociva dentro o fuera del domicilio sin que exista algún control, mal destino y tratamiento inadecuado de sus basuras y con hacinamiento. Y el tercer tipo fué la vivienda no higiénica pero aceptable para vivir; aquí se incluyó la vivienda que llenó las características siguientes: bien ubicada con buena o regular aereación, con construcción buena pero con piso de cemento o techo de láminas y con un número de piezas que varió entre 3 y 5, con fauna nociva pero controlada, con tratamiento adecuado de basuras, sin hacinamiento y con servicio sanitario.

RESULTADOS:

Se obtuvieron los resultados siguientes:

Vivienda Higiénica: 16 (44.4%)

Vivienda no Higiénica pero adecuada para vivir: 14 (38.8%)

Vivienda Antihigiénica: 6 (16.8%)

Ver cuadro # 8

TIPOS DE VIVIENDAS

CUADRO No. 8

VIVIENDAS	NUM.	%
HIGIENICA	16	44.4
NO HIGIENICA PERO ADECUADA PARA VIVIR	14	38.8
ANTI HIGIENICA	6	16.8

ECONOMIA-DISTRIBUCION DEL SALARIO MENSUAL.

El salario que se tomó en cuenta fué exclusivamente el dedicado a la familia para sus necesidades, es decir, el proporcionado por el padre que era el jefe de la familia, o el de la madre cuando ésta era cabeza de familia por haberse divorciado o enviudado y ella sostenía el hogar, o el salario devengado por el propio enfermo sea hombre o mujer, cuando éstos sostenían el hogar. No se tomó nunca en cuenta el salario devengado por algún otro miembro de la familia que trabajara, por que éste no distribuía su salario para satisfacer las necesidades de la familia como lo hace un jefe de familia, sino que exclusivamente lo distribuye en su provecho personal, la mayor parte de las veces sin aportar nada para su hogar y en esa forma descargando un poco el peso para el jefe de la familia. Tampoco se tomó en cuenta el salario devengado por miembros de la familia que vivían en el domicilio del paciente pero que ya habían formado familias aparte, aún cuando éstas permanecían en el mismo domicilio.

En el cuadro número 9 se puede apreciar la distribución del ingreso del jefe de familia en su hogar. El número de familias que son 36 se muestran en numeración progresiva, y a continuación se indica el destino que se le dió al ingreso así como el porcentaje a que corresponde de su salario mensual.

El gasto en alimentación se consideró todo aquel que se destinaba a las comidas diarias del hogar y el presupuesto mensual, así como el porcentaje a que correspondía del salario mensual. Así mismo se consideraron el presupuesto mensual y porcentaje del salario mensual en vestido, educación, renta, recreación y gastos diversos; entendiéndose por diversos a los gastos de pasajes, pagos mensuales de luz, agua, artículos electricos comprados a plazos, etc.

RESULTADOS:

Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

De los 36 jefes de familia, el salario máximo mensual devengado fué de 12,000 pesos y el salario menor fué de \$1,200. Entre éstos salarios, las cantidades encontrados fueron las siguientes: 20 personas ganaban entre \$1,200 y \$2,500 mensuales; 10 personas ganaban entre \$2,500 a \$3,500 mensuales; 4 personas ganaban entre \$3,500 a \$7,000 y solamente 2 personas ganaban más de \$7,000 (estas 2 ganaban \$12,000 cada uno, se trataba de un Médico y de un Ingeniero). Las 36 personas dedicaban una parte de su salario a la alimentación. La cantidad mensual máxima destinada fué de \$4,000 que correspondía al 33.3% de su salario. La cantidad mensual mínima destinada fué de \$700 que correspondía al 53.9% de su salario. Solamente 4 personas le dedicaban entre un 20 a 40% de su salario a la alimentación. 15 personas le dedicaban entre un 60 a 80% de su salario mensual a la alimentación y solamente 2 personas le dedicaban más del 80% (una 84.4% y otra 89.5%) de

su salario mensual a la alimentación. 9 personas no destinaron ningún porcentaje de su salario mensual para vestido y 27 sí lo hicieron. La cantidad máxima destinada a vestido mensualmente fué de \$1,200 que correspondía al 10% de su salario (ganaba \$12,000) y la cantidad mínima fué de \$60 que correspondía al 2.3% de su salario (ganaba \$2,600). Entre éstas dos cantidades obtuvimos los siguientes resultados: 5 personas solamente dedicaban entre 2 a 5% de su salario mensual al vestido; 16 personas solamente dedicaban entre 5 a 10% de su salario; 6 personas solamente dedicaban entre 10 a 15% de su salario mensual al vestido.

Fueron 18 personas las que dedicaron parte de sus salarios a Educación y 18 personas no dedicaban ningún porcentaje de su salario. La cantidad máxima dedicada a educación fué de \$600 mensual, que correspondía al 5% de su salario por un lado y al 18.7% por otro, ya que concordó que 2 personas dedicaran esa cantidad, uno ganaba \$12,000 y otro \$3,200 mensuales. La cantidad mínima dedicada a educación fué de \$20 y correspondía al 1.1% de su salario ya que solamente ganaba \$1,800 mensuales. Entre éstas cantidades encontramos que: 13 personas solamente dedicaban entre un 1 al 10% de su salario mensual a educación; que 4 personas solamente dedicaban entre un 10 a 20% de su salario y que solamente una persona dedicaba más del 20% de su salario a Educación (30.7%, ganaba \$1,300).

De las 36 personas, jefes de familia, solamente 11 pagaban renta y los 25 restantes no lo hacían, ya sea por que se trataba de casa propia o bien era de algún familiar que se las prestaba. La renta máxima pagada fué de \$800 mensuales (11.4%) de su salario, (ganaba \$7,000). La renta mínima fué de \$70 (3.5%) mensual, (ganaba \$2,000). Entre éstas cantidades encontramos que: 4 personas pagaban entre 3.3% a 10% de su salario en renta y que 7 personas pagaban entre 11% y 20% de su salario mensual en renta.

Solamente 19 personas dedicaban parte de sus ingresos a recreación y 17 no lo hacían.

La cantidad máxima dedicada a recreación fué de \$1,000, aquí nuevamente concordaron 2 personas, ambas ganaban \$12,000; el porcentaje a que corresponde de su salario es de 8.3%. La cantidad mínima dedicada fué de \$40 que correspondió al 2.2% de su salario mensual. Entre éstas cantidades encontramos que: 9 personas dedicaban entre el 2.2% al 5% de su salario mensual a recreación y que 10 personas dedicaban entre un 5.1% a 13.3% de su salario mensual a recreación.

Así mismo, 33 personas dedicaban una parte de sus ingresos a gastos diversos y 3 no lo hacían. La cantidad máxima dedicada a gastos diversos fué de \$5,800 (48.4% de su salario mensual), ganaba \$12,000; la cantidad mínima dedicada a diversos fué de \$100 y concordó en 2 personas, y representaba en uno el 6.7% (ganaba \$1,500) y en otro el 8.3% (ganaba 1,200 pesos). Entre éstas cantidades encontramos que: 13 personas dedicaban entre un 6 a 15% de

su salario a gastos diversos; 7 personas dedicaban entre 15 a 30% y que 13 personas dedicaban entre un 30 a 58%.

Ver Cuadro # 9.

0

ECONOMIA

DISTRIBUCION DEL SALARIO MENSUAL

C U A D R O No. 9

	INGRESO MENSUAL	ALIMEN- TACION	%	VESTIDO	%	EDUC.	%	RENTA	%	RECREACION	%	DIVERSOS	%
1	2400	1880	18.4	200	8.3	120	5					200	8.3
2	1600	1350	84.4									250	15.6
3	1350	1500	42.8	100	2.8			250	7.1	200	5.6	1450	41.7
4	2150	900	41.8	100	4.6							1150	53.6
5	1800	1200	66.7					200	11.1	40	2.2	360	20.0
6	3800	2800	73.7	200	5.2			450	11.9			350	9.2
7	2700	2100	77.8	240	8.9	30	1.1			60	2.2	270	10.0
8	1500	1200	80	200	13.3							100	6.7
9	1950	1500	76.9					300	15.4			150	7.7
10	1200	900	75.1	100	8.3					100	8.3	100	8.3
11	1500	900	60	100	6.7							500	53.3
12	1800	1200	66.7			20	1.1					580	32.2
13	2600	1800	69.2	60	2.3					120	4.6	620	23.9
14	2800	1500	53.5			450	16	325	11.6			525	18.9
15	1500	900	60	100	6.7					200	13.3	300	20.0
16	5000	1000	20	600	12.0	300	6.0			200	4.0	2900	58.0
17	3350	3000	89.5			50	1.5			100	3.0	200	6.00
18	7000	2800	40.0	500	7.1			800	11.4			2900	41.5
19	3200	2500	78.2			200	6.2			100	3.1	400	12.5
20	2000	1000	50.0	100	5.0					100	5.0	800	40.0
21	2000	1500	75.0	100	5.0							400	20.0
22	12000	3750	31.2	1000	8.3	600	5.0	400	3.3	1000	8.3	5250	43.9
23	2400	1200	50.0	300	12.5	400	6.7			200	8.3	300	12.5
24	12000	4000	33.3	1200	10.0					1000	8.3	5800	48.4
25	3000	1200	40.0	300	10.0	300	10.0	400	13.3	200	6.7	600	20.0
26	2000	1400	70.0	300	15.0	200	10.0			100	5.0		
27	3450	1800	52.1	200	5.8					300	8.7	1150	33.4
28	1800	1400	77.7	100	5.6	100	5.6					200	11.1
29	4500	1800	40.0	100	9.2	100	2.2			300	6.6	1200	26.6
30	2000	1200	60			40	2.0	70	3.5			600	30.5
31	3500	2700	77.1	200	5.3	150	4.2					450	12.9
32	3200	2400	75.0	200	6.3	600	18.7						
33	2000	1000	50.0			50	2.5	150	7.5			800	40.0
34	1500	900	60.0	100	6.7			300	20.0			200	13.3
35	1500	800	53.4	200	13.3					100	6.7	200	13.3
36	1300	700	53.8	100	7.7	400	30.7			100	7.7		

RECURSOS DE SALUD

Englobados en el concepto recursos de salud están incluidos todos aquellos que se utilizan para conservar o preservar la salud de la familia, como son: a) formas tradicionales para la curación de las enfermedades; b) enfermedades endémicas y epidémicas; c) actitud de la familia ante los procedimientos terapéuticos modernos; d) recursos destinados al mejoramiento de la salud; e) si reciben algún tipo de información de salud, o campañas y actividades para mejorar. Se encuentran incluidos en el primer de los siguientes conceptos: si cada vez que se enferman acuden al médico o van con curanderos, si nunca existen, si emplean remedios caseros etc. En el segundo están qué tipo de enfermedades son las que más padecen en la zona en que habitan o qué tipo de enfermedades son las más comunes que presentan los miembros de la familia. En el tercero se incluyen qué actitud tienen hacia la medicina actual, si hay rechazo a las diferentes instituciones de salud, si no creen en la terapéutica moderna etc. En el cuarto se incluyen: si cuentan cercano a su domicilio con algún centro hospitalario, consultorio o algún dispensario, donde puedan acudir de inmediato en caso de enfermedad, si se tiene conocimiento de la importancia de las campañas de vacunación, si tienen destinado algún presupuesto de su salario para acudir al médico, si existe conciencia de la importancia de las reglas elementales de higiene, etc. El número 5 incluye: si reciben información médica de cualquier tipo como revistas o folletos, prensa o propaganda; si acuden a campañas de vacunación, censos, detecciones, revisiones médicas periódicas, si tienen algún tipo de instrucción o educación médica.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos son los siguientes: solamente 31 personas (jefes de familia) manifestaron acudir al médico o algún centro hospitalario cuando se enferman y 5 jefes de familia manifestaron no acudir al médico pero sí con los empíricos de la medicina.

Entre las enfermedades endémicas y epidémicas, 32 jefes de familia respondieron que las enfermedades que más los atacan son las del aparato respiratorio; se mencionaron cuadros gripales con frecuencias hasta de 5 a 6 al año en todos los miembros de la familia, cuadros de faringoamigdalitis con frecuencias hasta de 4 al año y cuadros bronquiales con frecuencias hasta de 2 al año. 7 jefes de familia manifestaron que las enfermedades que más los atacan son las del aparato digestivo; así se incluyeron cuadros de gastroenteritis, en algunos casos infecciosos y en otros de etiología alimentaria con frecuencias hasta de 6 al año; cuadros de enteritis parasitaria con

frecuencias hasta de 10 al año con expulsión la mayor parte de parásitos adultos (ascaris) y de parásitos pequeños adheridos a mucosa rectal (tricocefalos) y en algunos casos provocando intenso prurito anal (oxiuros).

Solamente un jefe de familia refirió que la única enfermedad que lo agobia es la del sistema nervioso, en uno de los miembros de su familia (específicamente se trató de un caso de neurosis diagnosticada por Psiquiatría con constantes ingresos al hospital para enfermos mentales).

Solamente 2 jefes de familia refirieron enfermedades de la piel: se trató exclusivamente de que en sus miembros padecían de piodermitis crónica simultánea en varios miembros con frecuencia de todo el año que mejoraban y se exacerbaban sin lograr nunca curación completa.

Con respecto a la actitud adoptada ante los procedimientos terapéuticos modernos los 36 jefes de familia contestaron que tienen una actitud positiva, es decir, que la tecnología, la terapéutica y los avances de la medicina han sido muy buenos en beneficio de la sociedad. Ninguno adoptó actitud negativa.

Respecto a si tenían algún centro hospitalario, consultorio o dispensario médico, 12 jefes de familia respondieron que tenían cerca el IMSS; 5 tenían un centro de salud; 2 al hospital civil; 3 un consultorio particular y 14 no tenían ninguna dependencia de salud cercana. Todos los 36 son derechohabientes del IMSS.

A las preguntas de si reciben alguna información de salud, 33 jefes de familia respondieron que si la recibían; la inmensa mayoría fué porque pasaban enfermeras varias veces al año a vacunar por domicilio, otros (2) reciben boletines médicos populares que se venden como revistas para el público; 2 porque tenían hijas estudiando enfermería, motivo por el cual se enteraban y orientaban. Solamente 3 personas respondieron no recibir ningún tipo de información ni siquiera por la prensa.

Todos estos datos estan expresados en el cuadro 10.

RECURSOS DE SALUD

C U A D R O N o 10

FORMAS TRADICIONALES PARA LA CURACION DE ENFERMEDADES	
M E D I C A S	E M P I R I C A S
3 1	5

ENFERMEDADES ENDEMICAS Y EPIDEMICAS			
APARATO RESPIRATORIO.	APARATO DIGESTIVO	SISTEMA NERVIOSO	DERMATOLOGICO
32	7	1	2

ACTITUD ANTE LOS PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS MODERNOS	
B U E N O	M A L O
3 6	

RECURSOS DESTINADOS AL MEJORAMIENTO DE LA SALUD.				
IMSS	CENTRO DE SALUD	HOSPITAL CIVIL	MEDICO PARTICULAR	N O
12	5	2	3	14

RECIBEN INFORMACION DE SALUD	
------------------------------	--

S I.	N O
33	3

ALIMENTACION Y HABITOS ALIMENTICIOS

Alimentación.-Se consideró únicamente 2 variantes: alimentación adecuada y alimentación inadecuada.

Alimentación adecuada es aquella en donde se ingieren los principales alimentos como son la leche, los huevos, carne, cereales, frutas y verduras, independientemente de qué tipo sean, diariamente o en forma alternada adecuadamente durante toda la semana. Alimentación no adecuada se consideró a aquella que carecía de los nutrientes considerados como importantes o que no tenían una distribución adecuada durante la semana, ya sea por falta de recursos económicos o porque no estaban al alcance de las familias por no contar con sitios adecuados para adquirirlos.

RESULTADOS

De las 36 familias, 26 tuvieron una alimentación adecuada -- (72.2%) y 10 tuvieron alimentación inadecuada (27.8%).

Ver cuadro 11.

HABITOS ALIMENTICIOS

Se consideró también 2 variantes: la de hábitos alimenticios adecuados y la de hábitos alimenticios no adecuados.

Como hábitos alimenticios adecuados se consideró los siguientes: comer 3 veces al día, lavado de manos previo a las comidas, uso de cubiertos u otros utensilios adecuados, ingerir agua hervida o potabilizada, lavado de verduras, cocimiento adecuado de alimentos y uso de la dentadura.

Como hábitos alimenticios no adecuados cuando carecían de las reglas más elementales de higiene con respecto a los alimentos y bebidas, cuando éstas no era practicadas con frecuencia y en forma adecuada y cuando no llenaban las características adecuadas ya mencionadas, en forma diaria.

RESULTADOS

De las 36 familias, 20 tuvieron hábitos alimenticios adecuados (55.6%), y 16 tuvieron hábitos alimenticios no adecuados -- (44.4%).

Ver cuadro 11.

VARIANTES ENCONTRADAS

Relacionando la alimentación con los hábitos alimenticios encontramos las siguientes variantes:

Tuvieron alimentación adecuada y hábitos alimenticios adecuados 19 familias (19.6%) de las 36.

Tuvieron alimentación no adecuada pero con hábitos alimenticios adecuados una familia (2.7%) de las 36.

Y finalmente tuvieron alimentación no adecuada y hábitos alimenticios no adecuados 9 familias (25%) de las 36.

Ver cuadro 11-a.

ALIMENTACION Y HABITOS ALIMENTICIOS

CUADRO No. 11

TIPOS DE ALIMENTACION	NUM.	%
ALIMENTACION ADECUADA	26	72.2
ALIMEN. NO ADECUADA	10	27.8
TIPOS DE HABITOS		
HIGIENICOS ADECUADOS	20	55.6
HIGIENICOS NO ADECUADOS	16	44.4

VARIANTES ENTRE LA ALIMENTACION Y LOS HABITOS

Cuadro No. 11-A

VARIANTES :	NUM	%
ALIMENTACION ADECUADA Y HABITOS ADECUADOS	19	52.7
ALIMENTACION ADECUADA Y HABITOS NO ADECUADOS	7	19.6
ALIMENTACION NO ADECUADA Y HABITOS ADECUADOS	1	2.7
ALIMENTACION NO ADECUADA Y HABITOS NO ADECUADOS	9	25.0

ACTITUD DE LA FAMILIA ANTE EL ENFERMO.

El aspecto Sicológico de la enfermedad que padece el propio paciente y la repercusión que guarda en el seno de la familia no podía pasar en ningún momento inadvertida para nosotros, por lo que se consideró en nuestra tesis como uno de los puntos más importantes a considerar; para ésto se determinaron 5 parámetros para contestar por los familiares de los enfermos ante la ausencia de los mismos, en una forma sencilla pero a la vez categórica, haciendo notar a la familia la importancia de las preguntas en el futuro trato del paciente enfermo. Cabe hacer la aclaración que a pesar que en algunas ocasiones era el enfermo el propio informante por ser jefe de la familia, se esperó para hacer éste tipo de preguntas a uno de los miembros de la familia que tenían relaciones estrechas con el enfermo; en algunos casos fue la madre, esposa, esposo o algún hermano.

Los parámetros considerados fueron los siguientes:

- a) Si producía pena o compasión el enfermo.
- b) Si existía algún aumento de atenciones para con él.
- c) Si había alguna persona dedicada exclusivamente para atenderlo.
- d) Si era considerado como un problema familiar o como carga para la familia.
- e) Si su actividad física se encontraba limitada o incapacitada.

Inmediatamente después de haber obtenido las respuestas se hizo una correlación para observar cuan subjetivas eran las respuestas, con la actividad que desempeñaba el enfermo ya sea en el seno de la familia o si desempeñaba algún trabajo mental o físico.

RESULTADOS:

Los resultados obtenidos fueron los siguientes: Solamente 4 personas contestaron que sí producía pena o compasión el enfermo (11.1%) de las 36, y 32 respondieron que no (88.9%).

De esas 4 personas, 3 se encontraban estudiando y uno trabajaba y ayudaba al sostenimiento del hogar.

Solamente 8 personas contestaron que sí existía aumento de atención para con el enfermo (22.8%) de las 36 y 28 personas contestaron que no (77.8%). De esas 8 personas que informaron, 4 enfermos se encontraban estudiando y 4 trabajaban, ayudando al sostenimiento del hogar.

Solamente 3 personas informaron que si había una persona dedicada exclusivamente para la atención del enfermo (8.3%) de las 36, y 33 respondieron que no (91.7%). De esas 3 personas que informaron, en sus familias los 3 enfermos trabajaban, ayudando al sostenimiento del hogar.

También 3 personas únicamente consideraban al enfermo como un problema y una carga familiar (8.3%) de las 36, y 33 personas respondieron que no (91.7%). De esas 3 personas que informaron, 2 en-

fermos estudiaban y uno de 44 años estaba incapacitado por su enfermedad y no trabajaba (pensionado).

Al preguntar si era limitada su actividad física o estaba incapacitado el enfermo, 18 personas respondieron que sí existía -- (50%) de las 36, y 18 respondieron que no (50%). Entre los primeros 17 se respondió que la limitación consistía en disnea que varió de pequeños a grandes esfuerzos, claudicación intermitente, fatiga fácil, ciambrosis leve al ejercicio con palpitaciones; algunos estudiantes no practicaban deportes por la fatiga fácil. Solamente uno resultó completamente incapacitado para trabajar y estaba pensionado por enfermedad, a la edad de 44 años. De éstas 18 personas que informaron, 11 de los enfermos se encontraban trabajando en labores domésticas o empleados, y solamente 6 ayudaban a sostener el hogar; 6 enfermos se encontraban estudiando y uno pensionado.

Ver Cuadro # 12.

0

ACTITUD DE LA FAMILIA ANTE EL ENFERMO

Cuadro No. 12

	N U M E R O		P O R C E N T A J E		A C T I V I D A D		
	SI	NO	SI	NO	TRABAJA	ESTUDIA	PENSIONADO
SI PRODUCE PENA O COMPASION	4	32	11.1	88.9	1	3	
SI EXISTE AUMENTO DE ATENCION.	8	28	22.2	77.8	4	4	
SI HAY ALGUNA PERSONA DEDICADA EXCLUSIVAMENTE PARA ATENDERLO.	3	33	8.3	91.7	3		
SI ES CONSIDERADO COMO UN PROBLEMA FAMILIAR	3	33	8.3	91.7		2	1
SI ES LIMITADA SU ACTIVIDAD FISICA	18	18	50	50	11	6	1

COMENTARIOS

No se encontró ninguna dificultad o factor adverso para la elaboración de este trabajo, por parte de nuestras autoridades, de los recursos de la clínica, de los pacientes y de sus familiares.

La elaboración de los cuestionarios se hizo tomando en consideración los principales indicadores.

La observación fué uno de nuestros métodos más importantes efectuados durante las entrevistas.

Una de las condiciones más importantes para la realización del trabajo fué la valoración por el Cardiólogo, para poder asentar como definitivo el diagnóstico de fiebre reumática.

No se encontró gran diferencia en lo que al sexo se refiere.

No se encontró ningún analfabeto entre los pacientes, y sí encontramos 3 profesionistas (Secretaria Comercial, Maestra y Químico Farmacobiólogo).

Encontramos que de nuestros pacientes solamente 1 se encontraba pensionado por invalidez a los 44 años de edad y todos los demás desempeñaban alguna actividad (labores domésticas, estudiantes y empleados).

De los parámetros físicos y clínicos por el Criterio Modificado de Jones, encontramos entre los datos mayores: carditis, poliartritis y nódulos subcutáneos; no encontramos ni corea, ni eritema marginado; y entre los menores se encontraron todos, con excepción de la epistaxis.

Encontramos que de los 36 pacientes, 28 presentaron soplo predominantemente de tipo sistólico (21 pacientes).

La cifra de disnea fué significativa ya que se encontró en la tercera parte de los pacientes (12).

Nos llamó mucho la atención el haber encontrado 2 casos de nódulos subcutáneos en los pacientes estudiados ya que como se sabe son poco frecuentes.

Se observó que a pesar de que la clínica cuenta con suficientes recursos de laboratorio y gabinete, éstos no fueron utilizados en toda su capacidad.

En un paciente se observó que para la erradicación del estreptococo se usó lincomicina. Ignoramos el motivo.

En algunos pacientes se requirió el uso de la combinación de varias drogas para el alivio de la sintomatología.

Como era de esperarse por su poca frecuencia no se encontró corea.

Nos llamó la atención que 11 pacientes en ninguna etapa de su enfermedad recibieron anti-inflamatorios, a pesar de que los síntomas articulares son muy frecuentes.

Observamos que la profilaxis no fué llevada a cabo en todos los pacientes.

Nos llamó la atención que un alto número de pacientes (20) presentaron una o más complicaciones importantes.

Ignoramos los motivos porque en la gran mayoría de los expedientes (27) no está especificado el pronóstico.

Entre la escolaridad de los informantes encontramos un analfabeto.

Entre los informantes, 12 fueron los propios enfermos y el resto se trató de familiares directos.

Esperábamos encontrar un mayor número de viviendas inadecuadas para vivir y únicamente encontramos 6 (16.8%)

Se observó mucha variación en el destino de los ingresos, porque mientras unos le dedicaban mayor importancia a la alimentación o al vestido, otros le daban mas importancia a la recreación y a los gastos diversos.

Se observó que a pesar de que existe bastante conciencia e información médica, todavía hay algunos pacientes que en nuestro medio urbano acuden a empíricos de la medicina.

Se observó que a pesar de que todos son derechohabientes del IMSS., 14 no cuentan con ninguna dependencia de salud cercana a su domicilio.

Encontramos una relación significativa del alto porcentaje de las enfermedades del aparato respiratorio en el seno de la familia con relación con la enfermedad.

Es importante señalar que todos los entrevistados tienen una actitud positiva ante los procedimientos terapéuticos modernos.

Se observó que un alto porcentaje de familias (52.7%) tienen alimentación adecuada con hábitos adecuados y el porcentaje restante observó variaciones de menor importancia.

Se esperó encontrar una relación bastante significativa entre la alimentación inadecuada, es decir, que pensamos que numerosas familias no se alimentaban bien; los resultados obtenidos hicieron que cambiaran estos conceptos.

Se observó que a pesar de que existía sentimientos afectivos de pena, compasión, aumento de atención, carga y limitación; todos los pacientes fueron útiles a la familia: ya sea porque laborarán en el hogar, en algún empleo o estudiarán; con excepción de uno solo que se encontraba incapacitado por su propia enfermedad y que fue considerado como una carga familiar y como un inválido.

Se hace la observación de que en los datos extractados de los expedientes de los enfermos, solamente 12 presentaban alguna limitación física o incapacidad; mientras que con los datos obtenidos por los informantes que se encuentran en relación mas estrecha con los enfermos, por tratarse de sus familiares que ven a diario, resultaron ser 17 los limitados y uno el incapacitado.

CONCLUSIONES.

Del trabajo realizado se obtuvieron las siguientes conclusiones:

Conocimos exactamente el número de casos que se encontraban bajo control en la Clínica Hospital T-1 de Mérida del IMSS. los cuales fueron 30.

Conocimos los parámetros principales que fueron utilizados para hacer el diagnóstico de la enfermedad, comparándolos con los que realmente deben solicitarse.

Se conoció también el manejo y tratamiento usado y las consideraciones que se hicieron al respecto.

Podemos asentar que el porcentaje de limitación que encontramos en nuestro trabajo, según los datos extractados del expediente fueron del 33.3% (12 pacientes) pero después de efectuar el trabajo y preguntar a los familiares, que están en más contacto con los enfermos encontramos un porcentaje del 50% (18 pacientes) y el porcentaje de incapacidad fué de 2.7% (un paciente masculino de 44 años).

Entre las complicaciones que más encontramos se pueden citar la insuficiencia cardíaca congestiva en 9 pacientes 25%. Estenosis Mitral en 8 (22.2%). Insuficiencia mitral en 3 (8.3%). Hipercorticismo secundario 1 (2.7%)

Desafortunadamente no se conoció el pronóstico en 27 pacientes por no haberse especificado. En 8 se anotó como bueno y solamente en uno se indicó como malo.

Realmente se notó una gran repercusión en el seno de la familia del enfermo con fiebre reumática desde el punto de vista afectivo, porque un 22% (8) manifestaron que había aumentado la atención para con el enfermo. Un 11% (4) producen pena o compasión. Un 8.3% (3) se les había asignado a una persona dedicada a su cuidado y también un 8.3% (3) eran considerados como carga familiar.

En cuanto a los factores socioeconómicos del paciente y su familia, logramos conocerlos, se desglosaron en los cuadros y se hicieron comentarios al respecto. Pudo observarse una relación de este medio bajo como causa importante de enfermedad aunque no muy significativa ya que en vez de esperar que el medio fuera bajo en un gran porcentaje de pacientes no fué así, ya que solamente se encontraron 6 viviendas antihigiénicas (16.6%), 9 personas ganaban menos del salario mínimo mensual (25%) y el salario más bajo devengado fué de \$ 1.200.; pero 31 familias aseguraron que aunque contaban con recursos de salud las enfermedades que más los agobiaban eran las infecciones del aparato respiratorio principalmente de vías respiratorias altas; solamente 10 familias tuvieron una alimentación inadecuada (27.3%) y el porcentaje más elevado obtenido fueron 16 familias que tuvieron hábitos higiénicos inadecuados (44.4%).

Encontramos una gran colaboración por parte de nuestras autoridades. El recibimiento así como la colaboración que tuvieron las familias para con nosotros fue magnífica, lo que representa una gran experiencia en nuestro futuro médico.

Únicamente fueron captados 36 casos diagnosticados como fiebre reumática, por el Cardiólogo.

Sin la observación, como uno de nuestros métodos principales, no hubiéramos podido realizar nuestro trabajo.

Fue realmente interesante encontrar que ninguno de nuestros pacientes era analfabeto, así mismo todos eran útiles a sus familias o a la sociedad.

Aunque se mencionan infrecuencia en la aparición de nódulos subcutáneos, encontramos que ésta fue relativa ya que 2 de 36 casos es una proporción muy elevada.

Consideramos que el Criterio Modificado de Jones fue tomado siempre en cuenta para integrar el diagnóstico.

Observamos que no se utilizan todos los recursos de laboratorio y gabinete en nuestra clínica así como tampoco se especifica el pronóstico del paciente en las notas de evolución clínica.

En general el manejo, el tratamiento y la profilaxis son llevados en forma adecuada.

No todos los pacientes requieren necesariamente el uso de anti-inflamatorios sino que en ocasiones ceden exclusivamente con el reposo.

En cuanto a las complicaciones, se puede asentar que ocurren con bastante frecuencia.

Al parecer en el medio urbano (que es donde se realizó nuestro estudio) la mayoría de las viviendas eran aceptables o adecuadas para vivir, su alimentación y sus hábitos eran adecuados en la mayor parte y sus salarios también aceptables, aunque lo redistribuyen en forma inadecuada.

Aunque todos fueron derechohabientes del IMSS, existen una pequeña proporción que no acuden al médico cuando están enfermos.

Si se comprobó la presencia de un alto porcentaje de afecciones de vías respiratorias altas en el seno de las familias estudiadas.

Aunque en proporción baja, sí podemos asentar que el medio socioeconómico bajo influye en la etiología de la enfermedad.

R E S U M E N .

En el presente trabajo se revisaron 250 expedientes de la Clínica del IMSS. T-1 Mérida, en el período comprendido entre el Mes de Agosto de 1959 al mes de Junio de 1975, como tesis receptiva a la Especialidad de Medicina Familiar, y solo fueron seleccionados los 36 casos diagnosticados por Cardiología como Fiebre Reumática.

Se elaboró un cuestionario para extraer del expediente los datos que nos interesaron para el estudio, y también se elaboró otro cuestionario para efectuar entrevistas a los pacientes en su propio domicilio, para conocer el medio en que viven y sus condiciones socioeconómicas.

Una vez que obtuvimos el número de casos ya mencionados nos planteamos el siguiente problema: ¿qué influencias podría tener el factor socioeconómico como causa de enfermedad?, y eso es precisamente lo que nos propusimos a investigar, y a tratar de establecer la relación que pudiera existir entre la enfermedad y el medio como factor influyente en la etiología.

Una vez obtenidos todos estos datos, se agruparon y se valoraron en conjunto, se elaboraron cuadros para conocer con exactitud el número y las variantes encontradas en los cuestionarios; se obtuvieron resultados, se hicieron comentarios y se sacaron conclusiones.

BIBLIOGRAFIA

- 1.-ARENA J., Cardiovascular, metabolic, hematologic and endocrine disorders and children cancer. Davison's Completer Pediatrics. 9a. Edition. 1:278-367. Lea and Febiger, Philadelphia.
- 2.-El control de las enfermedades transmisibles en el hombre. A asociación Americana de Salud Pública. Undécima edición. Pags. 399-409. México, 1970.
- 3.-AUSTEN G., Hutter A. Acquired Mitral and Tricuspid Valvular diseases. Textbook of Surgery-Davis Christopher. Décima edición 2050-2071. W.B. Saunders Company. USA. 1972.
- 4.-AYOUB E., Wannamaker L. Fiebre Reumática. Terapéutica-Conn. 1a. Edición. Pags. 22-26. Salvat Editores. Barcelona, 1970.
- 5.-BATTEN T.R., Las comunidades y su desarrollo. Tercera Edición Fondo de la Cultura Económica, México, 1974.
- 6.-BISHOP M., Tudor J., Influencias Socioculturales e impacto en la salud individual. Medicina Familiar-Conn. Primera edición. Pags. 26-39. Editorial Interamericana. México, 1974.
- 7.-BOSCH G.C., La Técnica de Investigación Documental. Facultad de Ciencias Políticas y Sociales. UNAM. México, 1970.
- 8.-BURTON B., Fisiología de las Vías Digestivas y Digestión. Nutrición humana. Organización Panamericana de la Salud. Segunda edición. México, 1966.
- 9.-BURTON J.G., Dorfman D., Fiebre Reumática. Pediatría. Pags. 198-207. Salvat Editores S.A. Barcelona, 1964.
- 10.-CAFFEY J., The Heart. Pediatric X-Ray Diagnosis. Sexta Edición. 1:461-537. Year Book Publisher Incorporated. USA, 1972.
- 11.-CONN et Al., Medicina Familiar. Primera edición. Editorial Interamericana. México, 1974.
- 12.-COSSIO P.M., Factores Antimicocárdio en la Fiebre Reumática. Archivos del Institute de Cardiología de México. XLII. 6:880-885. México, Nov. Dic. 1972.
- 13.-CRAVIOTO M.J., Las dimensiones del Alimento y la Alimentación. Nutrición en Pediatría. Pags. 83-86. Editorial Sociedad Mexicana de Pediatría A.C. México, 1972.
- 14.-DUBOS R., Some Characteristic Diseases of Man. Public Health and Comuty Medicine. Tercera edición. Burton L., Smith H. Pags. 241-244. The Williams and Wilkins Company. Baltimore, 1973.
- 15.-ESSEX-CATER A.J. A Sinopsis of Public Health and Social Medicine. Sexta Edición. Pags. 143-144. John Wright and sons limited. USA, 1967.
- 16.-FEINSTEIN A., Rheumatic Fever. Principles of Internal Medicine Harrison's. 6a. Edition. 1184-1190. Mc.Graw-Hill Book Compay.

- 17.-FERRARA, F.A., et AL., Medicina De la Comunidad. Primera Edición. Editorial Intermedica, Buenos Aires Argentina 1972.
- 18.-FREYBERG, R. Joint and Periarticular Pain, Signs and Symptoms. Quinta Edición. 218-232. J.B. Lippincott Company.
- 19.-GOTH, A. Glucósidos Digitálicos. Farmacología Médica. Quinta Edición. Pags. 367-383. Editorial Interamericana. México 1971.
- 20.-HANLON, J., Higiene del Medio. Principios de Administración Sanitaria. Tercera Edición. Pags. 538-575. La prensa Médica Mexicana. México 1973.
- 21.-LIENKE, R., and Stuenkel, J. Pediatría. Medicina Familiar. Conn. -- Primera Edición. Pags. 675-678. Editorial Interamericana. México 1974.
- 22.-LOWENBERG, M. et AL. Alimentación, Hábitos y el Hombre. Los Alimentos y el Hombre. Pags. 95-135. Editorial Limusa-Wiley, S.A. México 1970.
- 23.-MATA, L.A. Profilaxis contra la Fiebre Reumática. Archives del Instituto de Cardiología. XLII, 3:294-307. México. May. Jun. 1972
- 24.-MULLAR, W. and Nolan, S. Acquired Disorders of the Aortic Valve Textbook of Surgery. Davis Christopher. Décima Edición. 2042-2049. W.B. Saunders Company. USA. 1972.
- 25.-ODUM, P.E. Principios y conceptos relativos a la Organización a nivel de la Comunidad. Ecología. Tercera Edición. Pags. 154-178. Editorial Interamericana. México 1972.
- 26.-PARDINAS, F. Metodología y Técnicas de Investigación en Ciencias Sociales. Décima-segunda Edición. Editorial Siglo XXI. México 1974.
- 27.-ROSENBLUM, H. Fiebre Reumática. Terapéutica Conn. Vigésima-sexta Edición. Pags. 36-39. Salvat Editores S.A. Barcelona 1974.
- 28.-SELNERS, T. Visión Epidemiológica de la Fiebre Reumática. Progresos en las Enfermedades Cardiovasculares. XLV. 3:330-351. -- Editorial Científico Médica. España 1974.
- 29.-SHOR, P.E y Col. Fiebre Reumática. Pediatría Clínica. Pags. -- 497-504. SHDDP. México 1972.
- 30.-SOKOLOV, M. and Janetz, E. Heart and Great Vessels. Current Diagnosis and Treatment. Krupp, M. 146-226. Lange Medical Publications. USA. 1973
- 31.-TARANTA, A. Rheumatic Fever: Pathology, Etiology, Epidemiology, -- and Pathogenesis. Arthritis and Allied Conditions. Hollander, J. Octava Edición. 736-820. Lea and Febiger. Philadelphia. 1972.
- 32.-TURNER, C.E. Higiene del Individuo y de la Comunidad. Segunda Edición. Prensa Médica Mexicana. México 1971.
- 33.-VALENZUELA, R.M. et AL. Fiebre Reumática. Manual de Pediatría. Octava Edición. Pags. 525-533. Editorial Interamericana. México 1970.
- 34.-VILLASEÑOR, F., Gómez, F. Manual de Educación Higiénica. Editorial Trillas. México 1972.