

11226
Zej
9/84



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA,
DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DETECCION TRATAMIENTO Y CONTROL DE LA FIEBRE
REUMATICA EN LA UMF. No. 2 IMSS. PUEBLA 1984.
ESTUDIO DE 100 CASOS

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T A

María de Jesús Flores Fernández



PUEBLA, PUE.

TESIS CON
FALTA DE ORIGEN

1985



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

1. -	INTRODUCCION:	2
2. -	ANTECEDENTES CIENTIFICOS:	6
3. -	MATERIAL Y METODOS:	10
4. -	RESULTADOS:	11
5. -	COMENTARIO:	23
6. -	CONCLUSIONES:	25
7. -	RESUMEN:	26
8. -	BIBLIOGRAFIA:	27

INTRODUCCION

La fiebre reumática es una enfermedad aguda, subaguda o crónica que constituye una secuela a la infección estreptocócica hemolítica. Por razones desconocidas puede ser autolimitante o conducir a la deformidad valvular progresiva lenta. La fiebre reumática es el precursor más común de cardiopatía en personas menores de 50 años. En la población general ocupa el tercer lugar en frecuencia, es ligeramente más frecuente en el hombre que en la mujer - aunque la corea predomina en el sexo femenino, la frecuencia es mayor entre los cinco y quince años y es raro encontrarla antes de los cuatro y después de los cincuenta años (19).

Es un proceso patológico consecutivo a la infección por estreptococo beta hemolítico del grupo "A", caracterizado clínicamente por una o varias de las siguientes manifestaciones: poliartritis aguda migratoria, carditis, corea, nódulos subcutáneos y eritema marginado, designados por Jones como signos mayores y manifestaciones menores: Fiebre, anemia, adelgazamiento, artralgias, epistaxis y alteraciones de algunas pruebas de laboratorio como la sedimentación globular, proteína "C" reactiva, biometría hemática (anemia), prolongación del espacio P-R (15).

En el ataque agudo la fiebre reumática puede afectar el endocardio, miocardio, pericardio, cápsula sinovial de las articulaciones,

pulmones o pleura. La lesión característica es una vasculitis y la válvula mitral se encuentra más frecuentemente afectada (19).

La campaña contra la fiebre reumática es uno de los capítu-
los más trascendentes por sus alcances, por su importancia y por su
eficiencia en el campo de la cardiología mexicana, pues la prevención
solo puede lograrse por descubrimiento, diagnóstico y tratamientos -
tempranos de las afecciones estreptocócicas (15).

La fiebre reumática es un padecimiento de mucha importan--
cia en México, por su amplia difusión. Es una enfermedad inflamato--
ria del tejido conectivo que se presenta después de una infección -
de las vías respiratorias superiores, causada por el estreptococo be
ta hemolítico del grupo "A" en personas susceptibles. Se estima que
en México se enferma de fiebre reumática en la población general -
1 de cada 130 sujetos (7 por 1000) aproximadamente. Si se expo--
nen los individuos a infecciones estreptocócicas en lugares conglo--
merados, escuelas, cuarteles etc. , o bien en condiciones epidémi--
cas, 3 de cada 100 desarrollarán fiebre reumática de los cuales cer-
ca de las tres cuartas partes tendrán complicaciones cardíacas (15).

Las enfermedades estreptocócicas y sus complicaciones supa-
rativas o no, constituyen un problema que afecta frecuentemente a
la población escolar, adolescentes y adultos jóvenes . La fiebre reu-
mática y sus secuelas cardíacas representan en muchos países, una -

de las principales causas de invalidéz y mortalidad por afecciones cardiovasculares en la población jóven debido a su carácter invalidante, tiene repercusión sobre el individuo, la familia y la comunidad, - tanto en el órden ffsico y psicológico como el socioeconómico (27).

Universalmente se han realizado estudios en los cuales se seña la que el diagnóstico y el tratamiento correctos y tempranos de las - infecciones estreptocócicas, constituyen la actividad esencial en la - prevención de la fiebre reumática, bien sea en el primer brote en individuos sanos, o la recidiva en pacientes ya conocidos, en estos - últimos como profilaxis para las secuelas invalidantes que en múlti - ples ocasiones se derivan de dicha enfermedad. Las características de esta enfermedad hacen que la cardiopatía reumática sea una de - las pocas afecciones cardiovasculares capaz de ser controlada me - diante la adecuada aplicación de medidas preventivas.

La fiebre reumática en nuestro país alcanza magnitudes preo - cupantes definitivamente, es la falta de cultura a todos los niveles, lo que origina la diseminación de los brotes de infección estreptocócica - (15). La prevalencia de fiebre reumática en los pacientes continúa - siendo alta ya que las condiciones socioeconómicas que la favorecen - tales como pobreza, hacinamiento y desnutrición siguen siendo vigen - tes, por tal motivo se considera necesario promover las actividades - de prevención y control (22).

Se ha detectado deserción en los pacientes por falta de información sobre su enfermedad, desde el momento que se diagnóstica fiebre reumática es necesario explicar todo lo concerniente al padecimiento, a la infección estreptocócica y la relación con fiebre reumática. Hay que insistir en la regularidad de recibir profilaxis medicamentosa (4). La mejor manera de hacerlo es orientando y explicando el mecanismo de las recaídas y el tipo de vida que el paciente con fiebre reumática puede llevar a cada caso individual (3). Así también el paciente con fiebre reumática debe tener rehabilitación integral basándose ésta en la educación del paciente para que esté conciente de su problema y conozca perfectamente su enfermedad y la manera de evitar las secuelas (3).

En el Hospital General "La Raza" del IMSS en el servicio de cardiología se ha visto que el número de pacientes con fiebre reumática se ha incrementado. Tomando en cuenta la etiología de la enfermedad se considera como un problema de salud social ya que afecta principalmente a personas en edad productiva (2a a 5a década de la vida) en quienes muchas ocasiones se produce incapacidad física grave que llega incluso a la invalidéz total (18).

En el Instituto Mexicano del Seguro Social se está llevando a cabo un programa prioritario de fiebre reumática, integrado por el director de la Unidad, epidemiólogo, cardiólogo, médicos familia--

res, enfermeras sanitarias (22), con el fin de prevenir y controlar la fiebre reumática, sin embargo a pesar de ello es muy grande el número de personas afectadas por este padecimiento y que como consecuencia de éste sufren lesiones cardíacas permanentes que constituyen la cardiopatía reumática (18).

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

La fiebre reumática es un padecimiento muy difundido en nuestro medio y las primeras observaciones que empezaron a dar pie a nuestro concepto actual sobre la etiología del padecimiento se remontan a fines del siglo pasado en observaciones que investigadores daneses realizaron en los enfermos con carditis reumática, apenas se vió en esa época la relación existente entre las infecciones faringéas y las carditis que ahora con tanta sencillez llamamos reumática (15).

Sin embargo desde el siglo XVII los cambios que sufrían las articulaciones y la fiebre reumática eran bien conocidas, ya en 1788 David Pitcairn del Hospital de San Bartolomé de Lourdes enseñaba a sus alumnos esta complicación y William Charles escribe una monografía sobre las complicaciones cardíacas (15). Hace un siglo y medio Corvisart señaló que las inflamaciones del corazón son causa de la inflamación de las válvulas cardíacas y que dos de estos hechos depende el que se desarrolle posteriormente insuficiencia cardíaca. Trusseau observó que frecuentemente aparecían en forma simultánea reumatismo y carditis, así como la relación entre escarlatina y ataque al corazón, también descubrió las fases por las que pasa la endocarditis reumática (15).

William Herbranden habló acerca de los nódulos que son pequeños y que con frecuencia aparecen en los dedos, así también informó que la-

fiebre reumática aguda se iniciaba después de un cuadro faringeo. Igualmente en 1835 Jean Baptista escribió un tratado clínico de las enfermedades del corazón, también relacionó la fiebre reumática aguda con pericarditis, con la descripción de una membrana que llamó endocardio. Bouilleaud anotó que la pericarditis reumática aguda pocas veces es fatal y que el daño a la salud deriva del grado de deformidad valvular y de la endocarditis crónica, hizo un estudio llamado "Nuevas investigaciones sobre el reumatismo articular agudo", descubrió la coincidencia de inflamación de los tejidos sero fibrinosos internos y externos del corazón a causa del reumatismo articular agudo (17).

Observaciones más recientes dieron pie a la idea de que la infección faríngea por estreptococo es antecedente obligado del cuadro de fiebre reumática y con ello sentaron las bases para el tratamiento de las infecciones estreptocócicas que son el paso más trascendente para la prevención de la fiebre reumática.

Estudios bacteriológicos, clínicos, inmunológicos y epidemiológicos constituyen fuerte evidencia circunstancial de la relación indisoluble entre estreptococo y el cuadro de fiebre reumática. Este hecho había sido señalado por Coburn quien aseguraba que todo ataque de fiebre reumática era precedido de una infección nasofaríngea por estreptococo. Desarrolló la teoría apoyada en pruebas clínicas y de

laboratorio de las manifestaciones de ataque reumático que son resultado de la respuesta de tejidos sensibilizados con una reacción de tipo antígeno-anticuerpo; Coburn señaló que si se prevenía la infección estreptocócica se prevendría el ataque de fiebre reumática (15).

Actualmente han tratado de documentar una predisposición genética especial en los pacientes que teniendo una infección estreptocócica terminan con fiebre reumática. Se ha demostrado in vitro, que es una predisposición de ciertos pacientes, que sus células faringeadas se adhieran a estreptococos provenientes de pacientes con fiebre reumática con más intensidad que cuando se utilizan células de pacientes sin fiebre reumática o estreptococo reumatogénico (26).

Las lesiones específicas del ataque reumático en el corazón se encuentran en el tejido conectivo laxo y afectan sobre todo al sistema fibroblástico. La lesión básica es específica y está constituida por el nódulo de Aschoff, lesión granulomatosa que se observa no solo en el corazón donde hay miocarditis sino en distintos sitios del organismo (15).

La fiebre reumática es el resultado lejano del ataque estreptocócico, pues transcurren unas dos semanas entre el ataque del germen y la respuesta del organismo. Existen numerosos tipos serológicos de estreptococo que se denominan con las letras "A" a la "G" (clasificación de Lancefield) los que nos interesan por ser-

patogénicos son los del grupo "A" (15).

En la actualidad se ha demostrado clínica y por laboratorio la relación entre infección de las vías respiratorias altas por estreptococo beta hemolítico grupo "A" y fiebre reumática, pero lo que ha jugado un papel importante a través de la conquista histórica, es la mejoría de las condiciones socioeconómicas, así mismo tiene importancia el número de personas que componen el núcleo familiar pues un estreptococo pudiera aumentar su virulencia a través de pases repetidos de una persona a otra (26).

Finalmente diremos algunas palabras sobre la posible elaboración de una vacuna antiestreptocócica, primero se tendrá que tener los tipos de estreptococo que predominan en una comunidad dada, segundo deberá ser a base de proteína "M" y deberá ser no tóxica. Mientras la vacuna no sea asequible lo ideal será realizar un tratamiento correcto de las infecciones estreptocócicas (26).

MATERIAL Y METODOS

El estudio fue hecho en 100 asegurados de 4 a 16 años de edad, ambos sexos, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar - número 2 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Puebla, Pue. Durante el período comprendido entre el 1° de Enero al 30 de Junio de 1984.

Las muestras fueron seleccionadas y los criterios de inclusión fueron los siguientes:

1. - Niños de 4 a 16 años de edad
2. - Ambos sexos.
3. - Con sintomatología de vías respiratorias superiores de repetición y/o antecedente de escarlatina.
4. - Se elaboró estudio de laboratorio y gabinete, necesarios a quienes lo ameritaron.
5. - Se elaboró cédula de interrogatorio en donde se enfatizó sobre los criterios de Jones modificado y la sintomatología y signología complementaria.
6. - Por medio de cuadros se demuestran los resultados.

RESULTADOS

ESTRATO SOCIOECONOMICO

CUADRO No. 1

BAJO	80 %
MEDIO	20 %

FUENTE: REVISION CLINICA DE 100 PACIENTES UMP No. 2 IMSS.
PUEBLA, PUE.

CLASIFICACION CLINICA

CUADRO No. 2

NO REUMATICOS	85 %
PIEBRE REUMATICA ACTIVA	9 %
PIEBRE REUMATICA NO ACTIVA	6 %
TOTAL DE CASOS:	100 %

FUENTE: REVISION CLINICA DE 100 PACIENTES UMF No. 2 IMSS.
PUEBLA, PUE.

MANIFESTACIONES MAYORES

CUADRO No. 3

	CONFIRMADOS.	DUDO - SOS.
POLIARTRITIS	19 %	3 %
CARDITIS	6 %	3 %
COREA	3 %	0 %
ERITEMA MARGINADO	3 %	0 %
NODULOS SUBCUTANEOS	2 %	2 %

FUENTE: REVISION CLINICA DE 100 PACIENTES UMF No. 2 IMSS.
PUEBLA, PUE.

MANIFESTACIONES MENORES

CUADRO No. 4

ARTRALGIAS	75 %
AMIGDALITIS DE REPETICION	68 %
PIEBRE	48 %
PIEBRE REUMATICA PREVIA	8 %
AMIGDALECTOMIA	8 %
ESCARLATINA	2 %

FUENTE: REVISION CLINICA DE 100 PACIENTES UMF No. 2 IMSS.
PUEBLA, PUE.

E X U D A D O F A R I N G E O

CUADRO No. 6

NEGATIVO O FLORA NORMAL	24 %
ESTREPTOCOCCO BETA HEMOLITICO NO "A"	23 %
ESTAFILOCOCCO DORADO	22 %
VARIOS GERMEENES	12 %
ESTREPTOCOCCO BETA HEMOLITICO "A"	9 %
ENTEROCOCCO	6 %
E. COLI	2 %
PSEUDOMONA	1 %
KLEBSIELLA	1 %
PROTEUS	1 %

FUENTE: REVISION CLINICA DE 100 PACIENTES UMF No. 2 IMSS.
PUEBLA, PUE.

L A B O R A T O R I O Y G A B I N E T E

CUADRO No. 5

ANTIESTREPTOLISINAS ELEVADAS	71 %
ANEMIA	58 %
SEDIMENTACION AUMENTADA	30 %
LEUCOCITOSIS	14 %
PROT ^o C ^o REACTIVA POSITIVA	9 %
ELECTROCARDIOGRAMA ANORMAL:	2 %
REPOLARIZACION VENTRICULAR PRECOZ	1 %
DOBLE LESION MITRAL	1 %

FUENTE: REVISION CLINICA DE 100 PACIENTES UMP No. 2 IMSS.
PUEBLA, PUE.

E D A D E S

CUADRO No. 7

E D A D E S	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
NUMERO DE CASOS	4	6	8	5	8	6	6	8	11	7	6	8	17
TOTAL: 100 CASOS													

S E X O

MASCULINO	47 %
FEMENINO	53 %

**FUENTE: REVISION CLINICA DE 100 PACIENTES UMF No. 2 IMSS.
PUEBLA, PUE.**

PIEBRE REUMATICA ACTIVA
TOTAL DE CASOS: 9

CUADRO No. 8

CASO	1	2	3	4	5	6	7	8	9
EDAD	9	16	16	12	10	11	9	16	16
SEXO	M	F	F	F	F	M	F	F	M

PIEBRE REUMATICA NO ACTIVA
TOTAL DE CASOS: 6

CUADRO No. 9

CASO	1	2	3	4	5	6
EDAD	16	12	12	16	14	12
SEXO	F	F	F	M	F	M

FUENTE: REVISION CLINICA DE 100 PACIENTES UMF No. 2 IMSS
PUEBLA, PUE.

**SIGNOS, SINTOMAS, LABORATORIO Y GABINETE EN LOS CASOS DE
FIEBRE REUMATICA ACTIVA**

CUADRO No. 10

CASOS	EDAD	SEXO	CARDITIS	FOLIARTRITIS	COREA	ERITEMA MARGINADO	NODULOS SUBCUTANEOS	F. REUMATICA PREVIA	ARTRALGIAS	PIERRE	SEDIMENTACION AUMENTADA	PROT. "C" REACT POSITIVA	LEUCOCITOSIS	ANEMIA	A.E.L. ELEVADAS	E.C.G. ANORMAL	ESCARLATINA	AMIGDALITIS DE REPETICION	AMIGDALECTOMIA
1	9	M		x					x	x	x			x	x			x	x
2	16	F		x				x	x	x								x	
3	16	F		x	x				x	x									
4	12	F		x					x	x	x			x	x			x	
5	10	F			x				x		x	x		x	x				
6	11	M	x	x				x	x	x							x	x	
7	9	F		x					x		x		x		x				x
8	16	F		x	x			x	x	x	x	x	x	x	x			x	x
9	16	M	x	x			x	x						x	x				

FUENTE: REVISION CLINICA DE 100 PACIENTES UMF No. 2 IMSS
PUEBLA, PUE.

SIGNOS, SINTOMAS, LABORATORIO Y GABINETE EN LOS CASOS DE
 FIEBRE REUMATICA NO ACTIVA

CUADRO No. 11

CASOS	EDAD	SEJO	CARDITIS	FOLIARITIS	COREA	ERITEMA MARGINADO	NODULOS SUBCUTANEOS	P. REUMATICA PREVIA	ARTRALGIAS	FIEBRE	SEDIMENTACION AUMENTADA	PROT. "C" REACTIVA POSITIVA	LEUCOCITOSIS	ANEMIA	ARTIESTREPTOLISIMAS ELEVADAS	E.C.G. ANORMAL	ESCARLATINA	ANGIDALITIS DE REPETICION	AMIGDALECTOMIA
1	16	F		x			x		x	x		x		x	x				x
2	12	F	x	x					x					x	x				
3	12	F		x					x		x			x					
4	16	M						x	x							x			
5	14	F		x				x	x		x				x				
6	12	M	x						x	x	x		x		x			x	

FUENTE: REVISION CLINICA DE 100 PACIENTES UMF No. 2 INSS
 PUEBLA, PUE.

TRATAMIENTO UTILIZADO

CUADRO No. 12

ERRADICACION EN DOSIS UNICA:

PENICILINA PROCAINICA 400,000 U.I.

PENICILINA BENZATINICA 600,000 U.I.

FIEBRE REUMATICA NO ACTIVA:

PENICILINA BENZATINICA 1,200,000 U.I.

CADA 21 DIAS EN FORMA INDEFINIDA.

FIEBRE REUMATICA ACTIVA:

PENICILINA PROCAINICA 800,000 U.I.

CADA 24 HORAS POR 10 DIAS.

PENICILINA BENZATINICA 1,200,000 U.I.

CADA 21 DIAS EN FORMA INDEFINIDA.

FUENTE: GUIAS DIAGNOSTICOTERAPEUTICAS DEL IMSS.

RESPUESTA CLINICA AL TRATAMIENTO

CUADRO No. 13

REUMATICOS ACTIVOS Y NO ACTIVOS:	
CONTROL DEL PADECIMIENTO	99 %
RECIDIVA +	1 %

CONTACTOS:	
CURACION	90 %
RECURRENCIA AL ESTREPTOCOCCO	10 %

+ PACIENTE ENVIADO AL CARDIOLOGO

**FUENTE: REVISION CLINICA DE 100 PACIENTES UMF No. 2 IMSS.
PUEBLA, PUE.**

COMENTARIO

En nuestro estudio podemos observar como ya ha sido comentado en tantos artículos que la fiebre reumática predominó en pacientes jóvenes, del sexo femenino y con estrato socioeconómico bajo favorecida por la pobreza, hacinamiento, desnutrición, malos hábitos higiénicos, nivel cultural bajo, falta de atención médica, pues casi siempre los cuadros de amigdalitis suelen considerarse sin importancia por parte de los padres, recurriendo a remedios caseros y no a los servicios médicos, además cuando acuden al médico los tratamientos quedan inconclusos ya que está muy diseminada la idea de que la penicilina es un medicamento de segunda categoría por ser barata, que es muy dolorosa su aplicación y el efecto es mínimo etc. Es de suma importancia aplicar medidas educativas a fin de que las personas conozcan perfectamente la enfermedad y la manera de evitar las secuelas. Si existe cardiopatía se les debe hacer saber su capacidad física y sus limitaciones (3).

El programa de detección y control de fiebre reumática en el IMSS, se apoya en el médico familiar que es quien proporciona el correcto tratamiento de las infecciones estreptocócicas, detecta y diagnóstica la fiebre reumática en la población derechohabiente de 3 a 50 años, asesorado por el cardiólogo e internista de la Unidad. Todo caso de fiebre reumática es notificado a medicina preventiva con objeto de contro

lar el tratamiento de erradicación estreptocócica, vigilar la aplicación del tratamiento preventivo y evitar recurrencias y efectuar la investigación epidemiológica de los conviventes (22).

La relación entre el estreptococo beta hemolítico del grupo "A" y el desencadenamiento de la fiebre reumática y sus recaídas está plenamente probada. Por tanto, esta enfermedad se debe prevenir a nivel primario mediante el diagnóstico y tratamiento de las infecciones estreptocócicas y a nivel secundario con quimioprofilaxis continua (22).

CONCLUSIONES

La fiebre reumática sigue siendo un problema en nuestro país - por su amplia difusión en la población joven, es una de las principales causas de invalidéz y mortalidad por afecciones cardiovasculares. Debido a su carácter invalidante tiene repercusión sobre el individuo, - la familia y la comunidad. Por lo tanto es de suma importancia llevar a cabo programas de detección y control de fiebre reumática, como se ha venido haciendo dentro del IMSS, apoyado en el médico familiar - que es el primer contacto con el paciente y es quien proporciona el tratamiento a los pacientes con infecciones estreptocócicas y tiene la - responsabilidad de detección y control de la fiebre reumática.

En nuestro estudio predominó la fiebre reumática en la pobla-- ción joven, del sexo femenino y medio socioeconómico bajo al igual - que en la mayoría de los estudios efectuados por otros médicos. Se obtu_ vo resultados satisfactorios con la penicilina procaínica y benzatínica en todos los pacientes estudiados (100 casos), sin embargo a pesar - de saber que existe la forma de prevenir la fiebre reumática, sigue - existiendo una alta incidencia de la misma en la población en general - debido a las condiciones culturales y socioeconómicas de nuestras - gentes.

RESUMEN

Se estudiaron 100 pacientes con infecciones respiratorias altas recurrentes en la Unidad de Medicina Familiar No. 2 del IMSS, Puebla, Pue. Encontrando un alto porcentaje (80%) correspondientes al estrato socioeconómico bajo. Fueron calificados como No reumáticos: 85%; Reumáticos No activos: 6%; Reumáticos activos: 9%. De las manifestaciones mayores predominó la poliartritis y en segundo lugar la carditis en los Reumáticos, de las manifestaciones menores las artralgias y las amigdalitis de repetición. En el exudado faringeo, se apreció estreptococo beta hemolítico no "A" y el estafilococo como los predominantes; las antiestreptolisinas y la anemia en los exámenes de laboratorio. En los pacientes Reumáticos No activos hubo predominio de poliartritis en los datos mayores y artralgias en las manifestaciones menores. El sexo en los casos de fiebre reumática Activa predominó el femenino en relación 6:3; igualmente en los No activos la relación fue 4:2.

En cuanto al tratamiento se obtuvo resultados excelentes únicamente con penicilina procainica, benzatínica y ácido acetyl salicílico y sólo un caso debió ser remitido al cardiólogo para su control por recidiva.

BIBLIOGRAFIA

1. - Amezcua V.F. Fiebre Reumática. Médico Moderno 1981; XIX No. 9: 31-49.
2. - Amezcua V.F. Infección estreptocócica. Médico Moderno 1981; XIX No. 7: 31-44.
3. - Amezcua V.F. Rehabilitación Integral del Paciente con Fiebre Reumática. Medicina al Día. IMSS 1978; 52.
4. - Amezcua V.F. Fiebre Reumática. Boletín Bimestral IMSS . Ene-Feb. 1980.
5. - Annegers, J.F. et al. Rheumatic fever in Rochester, Minnesota 1935-1978. Mayo Clin. Proc. 1982. 57:753-757.
6. - Barry D.M. et al. Rheumatic fever outbreak in a school - associated with M type 5 streptococci. N.A. Med. J. 1983. Jan 12, 96 (723).
7. - Boyle M.T. et al. Strep screening to prevent rheumatic fever A.M.J. Nurs 1975; 75 (9): 1487-8.
8. - Brant L.J. et al. Factores affecting streptococcal colonization among children in selected areas of Alaska. Public Health Rep. 1982; 97 (5): 460-4.

9. - Cecil L., Beeson P.B., Mcdemott W. Tratado de Medicina-
Interna. México; Nueva ed. Interamericana, 1972; 546-555.
10. - Charoen Ch. N. et al. Fiebre Reumática. Introducción a la -
Cardiología; Capítulo XIV: 346-382.
11. - Chobin N. et al. Strep screening to prevent rheumatic fever:
from project to ongoing program. A.M. J. Nurs 1975; 75 9;
1489-91.
12. - Cornejo E. et al. Magnitude of the unattendance in secondary
prophylaxis of rheumatic fever at the cardiovascular polycli-
nic of the Roberto del Río Hospital over the período of a -
year's observation. Rev. Clín. Peatr. 1982; 53 1; 53-8.
13. - De la Loza S.A. Progresos de la Medicina Preventiva en el -
IMSS 1976. Bol. Med. IMSS Méx. 1978; 20 1; 21-30.
14. - Edginton M.E. et al. Rheumatic heart in Soweto a programme
for secondary prevention . S. Afr. Med. J. 1982. 2; 15:523-5.
15. - Espino V.J. Fiebre Reumática, Introducción a la Cardiología.
Cap. XIX: 346-380.
16. - Fraga M.A. Criterio de Descubrimiento de Fiebre Reumáti-
ca. Medicina al Día IMSS 1978-49.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

- 17.- García P.E. Apuntes para la Historia de la Fiebre Reumática. Bol. Med. IMSS 1979; 21 - 1-6: 53-58.
- 18.- Hernández H.H., García B.A. La Cardiopatía desde el punto de vista biopsicosocial. Bol. Med. IMSS 1979; 21 1-6: 11-16.
- 19.- Krupp M.A. Diagnóstico Clínico y Tratamiento. México, D.F. Ed. El Manual Moderno, 1979: 194.
- 20.- Longstaffe et al. Rheumatic fever in native children in Manitoba. Can Med. Assoc. J. 1982; 15 127:497-498.
- 21.- Majeed H.A. et al. Acute Rheumatic fever during childhood in Kuwait; the mile nature of the initial attack. Ann Trop Paediatr. 1981; 1:13-20.
- 22.- Medicina Preventiva IMSS. Memoria técnica 1971-1976. Instituto Mexicano del Seguro Social; 541-566.
- 23.- Person M. et al. The natural history of rheumatic fever and rheumatic heart. Disease in Malmo. Acta Med. 1982; 666 - 1:172.
- 24.- Praxis Médica II. Aparato Circulatorio. Cardiopatía Reumática. Mónaco; Ed. Latino-Americana, 1971:2.065.
- 25.- Rhoades P. et al. Rheumatic fever in Colorado A. con quere disease. JAMA 1975; 234 2: 157-8.

26. - Rodríguez R. La conquista de la Fiebre Reumática en México una esperanza aún insatisfecha. Bol. Med. Hosp. Inf. Méx. 1982; 39 1-6: 381-390.
27. - Soto M.G. et al. Fiebre Reumática aspectos clínicospidemiológicos y Sociales. Rev. Cub Hig Epid 20 1982; 20 4:569 - 578.
28. - Sthebens J.A. et al. M.M.P. Profiles of rheumatic fever-adolecents and adults. J. Clin Psycool. 1982, 38; 3: 592-6.
29. - Stollerman G.H. Global strategies for the control of rheumatic fever, JAMA 1983, 249 7: 931.
30. - Vizcaino A.A. et al. Medicina Preventiva en Cardiología Pe-
diátrica. Bol. Med. Hosp. Inf. Méx. 1981; 38: 4.