

11226

24/1/66



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

**" EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA BASICO DE SALUD DE
FIEBRE REUMATICA EN EL HGZ 8
SAN ANGEL, IMSS "**

TESIS DE POST - GRADO

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

**DRA. MA. DE LA LUZ QUINTANAR
NAVARRO**

HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 8
SAN ANGEL



IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

MEXICO, D. F.

1986

FALLA DE ORIGEN



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

INTRODUCCION	1
ANTECEDENTES CIENTIFICOS	2
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
HIPOTESIS	9
OBJETIVOS	11
PROGRAMA DE TRABAJO	12
RESULTADOS Y ANALISIS	15
CONCLUSIONES	20
COMENTARIOS	22
ANEXOS	23
ANEXO NO.1.	24
ANEXO NO.2.	26
ANEXO NO.3.	28
ANEXO NO.4.	32
BIBLIOGRAFIA	33
GRAFICAS	34

INTRODUCCION.

La Fiebre Reumática ocupa un lugar muy importante en la patología humana. Su conocimiento es de gran interés para el médico y su grupo de trabajo, ya que gracias a las importantes investigaciones, se ha podido observar la disminución de su incidencia bajo el tratamiento preventivo adecuado.

La importancia básica de la Fiebre Reumática se deriva de su alta incidencia, gran morbilidad y mortalidad que ataca principalmente a la población infantil y juvenil por largos años, produciendo frecuentemente una incapacidad física notable, o aún, la muerte.

El interés médico estriba en que por ser una enfermedad del tejido conjuntivo, como tal puede lesionar prácticamente todos los órganos, dándonos una sintomatología muy variada y de gran enseñanza desde el punto de vista fisiopatológico, además de que le presenta la oportunidad de poder trabajar y contribuir en la extinción de una enfermedad que tanto ha diezclado a la humanidad imponiéndole grandes pérdidas y sufrimientos.

ANTECEDENTES CIENTIFICOS.

La Fiebre Reumática se define como una enfermedad inflamatoria sistémica que afecta el tejido conjuntivo de la piel, del tejido celular subcutáneo, de las articulaciones, del cerebro, de los pulmones, del corazón y en especial de las arteriolas, precedida siempre por una afección producida por el Estreptococo beta hemolítico del grupo A de Lancefield en las personas susceptibles y se caracteriza por su recurrencia. (1,2)

Debido a la gran diversidad de tejidos afectados, no se encuentra un solo dato clínico o de laboratorio patognomónico, el diagnóstico se basa en una combinación de manifestaciones características y en la ausencia de pruebas a favor de otras entidades que pueden similarla. (3)

A este fin, se han utilizado los Criterios de Jones modificados, en los que se encuentran: (4)

Manifestaciones Principales o Mayores:

Carditis, Poliartritis, Corea de Sydenham, Eritema Marginado y Nódulos Subcutáneos.

Manifestaciones Secundarias o Menores:

Fiebre, Artralgias, Antecedentes de Fiebre Reumática previa, Aumento de la Velocidad de Sedimentación Globular, Proteína C reactiva positiva, Leucocitosis y en el Electrocardiograma un intervalo PR prolongado.

Otras pruebas de apoyo importantes son:

Antecedentes de escarlatina reciente, Cultivo de exudado Nasofaríngeo positivo a Estreptococo beta hemolítico del grupo A, Antiestreptolisinas aumentadas, odinofagia reciente, epistaxis, palidez, anemia, adelgazamiento, precordialgias y malestar general.

La Fiebre Reumática constituye, por lo tanto, un problema de Salud Pública muy importante en nuestro medio, debido a la elevada incidencia, a las recaídas y a la lesión cardiaca que produce además de que las condiciones socioeconómicas como la pobreza, el hacinamiento y la desnutrición prevalecen en nuestro país y lo perpetúan (5).

El perfil epidemiológico de la Fiebre Reumática en México es difícil de precisar, por no existir la suficiente información y por la variabilidad de circunstancias que motivan la enfermedad, así como las dificultades que a menudo se presentan para identificarlas (6,7,8), sin embargo, se reconoce que la mortalidad por Fiebre Reumática es superior a la producida por Tuberculosis, Poliomiелitis, Escarlatina, Sarampión, Tosferina y Difteria juntas (9).

Se han llevado a cabo estudios en México tendientes a reconocer la frecuencia de Fiebre Reumática, en 1954 Chavez estudió una población donde detectó que el 1.2% de los niños aparentemente sanos que asistían a escuelas primarias tenían o ya habían padecido Fiebre Reumática (10). Entre 1958 y 1960, Mendoza estudió una población de 28500 niños y encontró una prevalencia de 0.7%, por otra parte en la SSA en 1965 se informó una prevalencia del 0.5%.

En cuanto al IMSS, los resultados de un estudio de 1961 a 1980 fueron de una frecuencia global de 0.81% (1)

No se sabe porqué la Fiebre reumática solamente aparece en el 2 a 3 % de los niños que adquieren una infección estreptocócica, por lo que se habla de una susceptibilidad especial, sea individual o familiar, que se corrobora al conocer que el riesgo de recaída de un paciente reumático sin cardiopatía es del 20% -

ante la infección estreptocócica, y que este porcentaje se eleva hasta el 60% en los cardiopatas reumáticos (11).

Se ha establecido que del 80 a el 90% de las cardiopatías diagnosticadas entre los 4 y 25 años de edad, son de origen reumático, con mayor incidencia entre los 4 y 15 años, siendo este aspecto lo más relevante del padecimiento (12).

El tratamiento profiláctico de el paciente reumático posterior a el manejo especial de una etapa aguda es indispensable para evitar las recaídas y con éstas el incremento de la lesión cardiaca, afortunadamente dicho tratamiento profiláctico es altamente efectivo y consiste en evitar permanentemente la infección estreptocócica en el paciente que ha tenido o tiene Fiebre reumática (13). Habitualmente se inicia con un Esquema de erradicación de los siguientes:

- 1.- Mezcla de 200 000 U. de Penicilina cristalina con 600 000 U. de Penicilina procaínica Intramuscular cada 24 horas durante 10 días, y al día siguiente de la última, la aplicación de - 600 000 U. de Penicilina Benzatínica en menores de 6 años y 1 200 000 U. de Penicilina Benzatínica en mayores de 6/años.
- 2.- En caso de alergia a la Penicilina se utilizará Eritromicina a razón de 40 mg. por Kg. por día en 4 tomas por 10 a 12 días seguido de Sulfametoxipiridazina a 10 mg por Kg por día sin pasar de 500 mg. al día, aunque es de hacer notar que éste - es más agresivo y menos útil para el enfermo, porque es más tóxico y menos eficaz contra el estreptococo (1,13)

La duración de la profilaxis deberá individualizarse de acuerdo con la edad del paciente, número de brotes previos, medio ambiente en que se desarrolla el enfermo y fundamentalmente la presencia o ausencia de cardiopatía residual continuando con la

aplicación de Penicilina Benzatínica cada 15 a 21 días o bien -- con Sulfametoxipiridacina durante 5 años consecutivos, hasta -- cumplir los 20 años, o bien de por vida dependiendo de el caso.

Las causas básicas del "fracaso" del tratamiento antiestrep^t tocócico, es por la posible asociación con Estafilococo produc-- tor de Penicilinasa en orofaringe, lo que obliga a que primero - se realice tratamiento antibiótico para éste y posteriormente pa-- ra el Estreptococo, o bien, por contaminación intradomiciliaria por algún otro miembro familiar enfermo, por lo que debe insis-- tirse en la importancia del estudio epidemiológico.

Por otro lado, el tratamiento correcto del paciente reumáti-- co además estriba en la educación que se le proporcione, de tal manera que se concientize de su problema y colabore con su trata-- miento, procurando explicar en forma clara y evitando alarmas in-- necesarias, coadyuvando en esta labor enfermeras y trabajadoras sociales, así como los integrantes de Medicina Preventiva.

Las causas principales de la deserción de pacientes en control son las siguientes (14):

- 1.- Falta de información sobre la enfermedad al paciente y a sus familiares.
- 2.- Duración del Tratamiento.
- 3.- Informaciones falsas.
- 4.- Lo doloroso de la inyección.
- 5.- Reacciones indeseables.
- 6.- El tiempo utilizado por el paciente y familiares para asistir a su tratamiento.

Por lo tanto, desde el momento mismo en que se establece el diagnóstico de Fiebre reumática, el médico debe pensar en que ese paciente es un candidato futuro a desertar el tratamiento, y es -

necesario establecer la relación entre infecciones estreptocólicas y Fiebre Reumática al paciente y padres, así como insistir en la necesidad de la regularidad que debe de llevarse en la profilaxis durante los años que en particular ese paciente por su evolución ameriten.

Finalmente, la relación Médico-Paciente, deberá continuar en aquellos pacientes que han suspendido la profilaxis medicamentosa, pues es imprescindible la vigilancia clínica y bacteriológica con controles periódicos de laboratorio para detectar posibles agresiones estreptocólicas inadvertidas mediante estudios de cultivos de exudados nasofaríngeos o elevaciones bruscas de Antiestreptolisinas, en estos casos, se deberá administrar nuevamente erradicación y estudio a convivientes que puedan ser el punto de partida de reinfecciones del reumático controlado (12).

Todo lo antes mencionado, marca las pautas que justificaron el desarrollo de un Programa Específico para la Detección de la Fiebre Reumática en forma prioritaria, de ahí que en 1961 se iniciaron actividades de Detección y Control en algunas Unidades de el IMSS y en la actualidad se hayan extendido por todo el país.

Los programas se han incorporado y adaptado a cada Delegación y Unidad Médica, precisando los objetivos y metas congruentes con los lineamientos y técnicas a fin de optimizar la cobertura epidemiológica.

Los objetivos de dicho Programa de Prevención y Control de Fiebre Reumática, son en forma General: Detectar y Controlar la Fiebre Reumática, Prevenir la aparición de la misma, Difundir el conocimiento de las infecciones estreptocólicas y Fiebre Reumática y Disminuir la morbilidad de la Fiebre Reumática (15).

Las metas se aplicaron igualmente a nivel regional, según la incidencia dada para cada Unidad, y en general están:

- Atención primaria del 80% de las Infecciones estreptocócicas detectadas y
- Control del 90% de los casos confirmados de Fiebre Reumática y cardiopatía reumática en la población derechohabiente.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Se observó que con frecuencia en la Consulta Externa de Medicina Familiar no se verificaban detecciones de Fiebre Reumática, así como tampoco tratamientos de erradicación estreptocócica en forma efectiva.

Así mismo, en Medicina Preventiva no se estaba orientando a la población derechohabiente acerca de esta patología, y no se estaba dando a conocer a los Médicos Familiares la cobertura real de sus estudios epidemiológicos, así como de los tratamientos que se realizaban, teniéndose por consiguiente, la falta de retroinformación y por lo tanto, la persistencia de la elevada incidencia de pacientes con Fiebre Reumática y secuelas de la misma.

HIPOTESIS.

HIPOTESIS GENERAL.--

En la Consulta Externa de Medicina Familiar no se realiza en forma eficaz el Programa de Prevención y Control de Fiebre Reumática, lo que trae por consecuencia que la incidencia de la misma aumente, ya que la población derechohabiente y el Médico Familiar desconocen las actividades que deben de realizarse y no se maneja por ende, en forma adecuada a los pacientes detectados.

HIPOTESIS ESTADISTICAS O DE TRABAJO.--

Hipótesis 1.-

H₀: La incidencia de Fiebre Reumática ha disminuído en la Consulta Externa de Medicina Familiar.

H₁: La incidencia de Fiebre Reumática ha aumentado en la Consulta Externa de Medicina Familiar.

Hipótesis 2.-

Ho: La población derechohabiente posee información de las actividades realizadas en el Programa de Prevención y Control de Fiebre Reumática.

Hi: La población derechohabiente desconoce las actividades realizadas en el Programa de Prevención y Control de Fiebre Reumática.

Hipótesis 3.-

Ho: El Médico Familiar conoce las actividades del Programa de Prevención y Control de Fiebre Reumática.

Hi: El Médico Familiar desconoce las actividades del Programa de prevención y control de Fiebre Reumática.

Hipótesis 4.-

Ho: El Médico Familiar realiza las actividades indicadas en el Programa de Prevención y Control de Fiebre Reumática.

Hi: El Médico Familiar no realiza completamente las actividades indicadas en el Programa de Prevención y Control de Fiebre Reumática.

OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL.-

Investigar la cobertura y forma en que se realiza el Programa de Prevención y Control de Fiebre Reumática en el HGZ # 8 San Angel, IMSS.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.-

- 1.- Establecer el porcentaje de Detección de Fiebre Reumática.
- 2.- Establecer el grado de conocimientos de Fiebre Reumática de la población derechohabiente.
- 3.- Detectar el grado de conocimientos de la realización del -- Programa de Prevención y Control de Fiebre Reumática del Mé dico Familiar.
- 4.- Determinar las modificaciones en el Índice de Morbilidad durante el tiempo en que se ha verificado el Programa de Fiebre Reumática en el HGZ # 8.

PROGRAMA DE TRABAJO.

Se realizó un estudio preliminar, diseñado en forma de Encuesta Descriptiva (Prospectiva y Transversal), de pacientes de rechohábientes escogidos al azar en número de cien, con el fin de valorar el grado de conocimientos de Fiebre Reumática en forma cualitativa, así como de las actividades realizadas en el Programa Prioritario de Salud de Prevención y Control de Fiebre Reumática. (Se anexa cuestionario).

Se aplicó una encuesta y un exámen de opción múltiple dirigida a Médicos Familiares con el propósito de detectar el grado de conocimientos de las actividades que se deben de realizar en el Programa instituido en esta Unidad (Se anexa encuesta y exámen).

Lo anterior nos sirvió de base para realizar una revisión de casos (retrospectiva y longitudinal) durante el periodo comprendido entre los meses de mayo a agosto de 1985, obteniéndose la muestra en forma estratificada una vez que reunieron los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

DE INCLUSION:

- Pacientes reportados en laboratorio con titulación de AEL de 500 Unidades o más.
- Entre 3 y 15 años de edad.
- Que el Médico Familiar con quien quien hayan estado asignados hubiera respondido la encuesta y el exámen.

DE EXCLUSION:

- Pacientes reportados en laboratorio con titulación de AEL menor a 500 U.
- Menores de 3 años o mayores de 15 años de edad.
- Que el Médico Familiar con quien hayan estado asignados NO hubiera respondido la encuesta y/o el exámen.

A los pacientes que reunieron los requisitos anteriores, se les tomó el Nombre y Número de Afiliación, buscándose en el Archivo el consultorio al cual correspondían y Médico Familiar asignado con lo que se realizó la revisión de Expedientes clínicos tomados los últimos 6 meses de consulta para poder valorar mediante un cuestionario (se anexa), si el Médico Familiar realizó o no las actividades del Programa de Prevención y Control de Fiebre Reumática.

TRATAMIENTO ESTADISTICO.

En base a que se manejaron variables nominales discretas, se utilizó Estadística Descriptiva e Inferencial no Paramétrica.

De la Estadística Descriptiva realizamos Diagrama de Barras y Gráfico de Sectores en los resultados de las tres primeras hipótesis.

De la Estadística Inferencial, se utilizó para Prueba de Hipótesis la Chi cuadrada para muestras independientes con una tabla de contingencia de 2x2 de la siguiente manera:

	CONOCE	DESCONOCE
REALIZA	a	b
NO REALIZA	c	d

Conociéndose que el Médico Familiar CONOCE cuando el resultado de su calificación en el examen fué de 6 o más, y que REALIZA cuando la calificación del expediente fué de 6 o más.

Los grados de Libertad se determinaron mediante la fórmula:

$$(r - 1) (c - 1) = 1 = G.L.$$

Y se tomó como nivel de significancia 0.05, pero que, por ser estudio de una cola se multiplicó por 2, por lo que fué igual a 0.10 ($\alpha = 0.10$), por lo que el valor tabulado de la Chi cuadrada fué de:

$$x^2_t = 2.71$$

con un grado de confiabilidad de 0.95%

Por lo que los criterios de Aceptación o de rechazo fueron los siguientes:

SE RECHAZA H_0 SI: x^2 observada es mayor que x^2 tabulada
RECHAZA H_0 cuando $x^2_o > x^2_t = 2.71$

SE ACEPTA H_0 SI: x^2 observada es igual o menor que x^2 tabulada
ACEPTA H_0 cuando $x^2_o \leq x^2_t = 2.71$

Dicho tratamiento nos ayudó a determinar la Hipótesis 4 mediante la fórmula:

$$x^2_t = \frac{N (ad - bc)^2}{(a+c)(b+d) (a+b)(c+d)}$$

RESULTADOS Y ANALISIS.

De los resultados obtenidos, tenemos que en el Servicio de Medicina Preventiva se registraron en el año de 1983 a 46 pacientes en control de tratamiento profiláctico de Fiebre Reumática, en 1984 fueron 37 pacientes y hasta agosto de 1985 contaban con 28 pacientes en control, teniendo en cuenta que algunas de las personas continuaban en años sucesivos por no haber terminado su periodo de profilaxis. (Gráfica 1)

Por otra parte se investigaron a 2913 pacientes en el año de 1983, a 703 en 1984 y hasta agosto de 1985 a 1826 pacientes, detectándose entre todos ellos a 5 casos nuevos en 1983, 4 en 1984 y hasta agosto de 1985 a 4 pacientes más como portadores de Fiebre Reumática. (Gráficas 2 y 3)

Estos datos obtenidos en el Servicio de Medicina Preventiva nos sirvió para discutir sobre la primera Hipótesis, y por su escasa información nos dificulta la realización del primer y cuarto objetivos específicos del estudio, sin embargo, una evaluación incompleta consistió en calcular:

$\frac{\text{No. de casos nuevos} \times 100}{\text{No. de detecciones realizadas}}$	Esperándose como óptimo aproximadamente el 1%
--	---

Siendo para 1983 de 0.1%, para 1984 de 0.56% y hasta agosto de el año de 1985 de 0.21%

En cuanto al cuestionario realizado a los Derechohabientes, encontramos que en un 71% desconocen lo que es la Fiebre Reumática, 59% desconocen la existencia del Programa en el IMSS, 84% niegan haber recibido orientación por parte de su Médico Familiar al respecto, un 72% desconocen si su Médico Familiar ha realizado Detección de Fiebre Reumática, 81% desconocen cual es el tratamiento de elección para la erradicación de la Fiebre Reumática y

un 75% niegan saber cuales son las complicaciones de la Fiebre Reumática. (Gráficas 4,5,6,7,8, y 9)

Un 100% de los pacientes derechohabientes refieren recibir por parte de su Médico Familiar tratamientos a base de Penicilina ante procesos infecciosos faringoamigdalinos, de los cuales, solo un 57% aplican completamente el tratamiento indicado. (Gráfica 10)

Todo esto nos orienta a que, como se había pensado, existe un déficit considerable en cuanto a la educación al derechohabiente, lo que lógicamente nos condiciona gran renuencia ante la aplicación de tratamientos indicados y desconcierto ante las actitudes del médico.

De los derechohabientes encuestados, 69% eran del sexo femenino y 31% del sexo masculino, y su estado civil fué en 78% casados, 18% solteros y 4% viudos. (Gráficas 11 y 12)

La escolaridad comprendida fué la siguiente: 4% sabe leer y escribir, 11% con primaria incompleta, 26% con primaria completa 30% con secundaria, 18% con preparatoria o equivalente y un 11% con estudios profesionales; en cuanto al número de integrantes por familia fué de 7% con 2 integrantes, 26% con 3 integrantes, 26% con 4 integrantes, 20% con 5 integrantes, 7% con 6 integrantes, 7% con 7 integrantes, 3% con 8 integrantes, 1% con 10 integrantes y 3% con 12 integrantes.

Haciéndose notar que predomina la baja escolaridad (secundaria o menos) así como también las familias numerosas, con más de 5 integrantes, lo que facilita el hacinamiento y reinfecciones intrafamiliares.

Por otro lado, en cuanto a las encuestas realizadas a los Médicos Familiares, solo un 42.8% mencionan haber tenido orienta

ción del Programa de Fiebre Reumática por parte del IMSS y un 47.6% saben que debe existir un Club del Paciente Reumático, un 80% refieren hacer tratamiento de erradicación del Estreptococo beta hemolítico, 81.8% otorgan la información acerca del Programa de Control de Fiebre Reumática a sus pacientes, 85.7% mencionan conocer que al término de la vigencia de detechos todo paciente con Fiebre Reumática podrá continuar con su tratamiento hasta -- la curación, 90.4% refieren conocer los objetivos del programa -- de Fiebre Reumática, 95.2% conocen la existencia del mismo y un 100% les interesa conocerlo a fondo, reconocen que sus funciones son de educación al derechohabiente, saben que debe existir un estudio epidemiológico de pacientes detectados con Fiebre Reumática y saben que la edad hasta la cual se debe de llevar control de cada uno de ellos depende del caso en particular, siendo en -- el mejor de los casos hasta los 20 años. (Gráfica 13)

Todos los resultados anteriores, se corroboraron con el exámen, el cual nos mostró que solo un 4.7% sabe que debe hacer control subsecuente a las 3 a 4 sem. de una titulación elevada de -- Antiestreptolisinas, 14.2% sabe que debe de continuarse quimio--profilaxis hasta los 20 años, 38% saben cual es la incidencia -- promedio de la Fiebre Reumática en la población derechohabiente, así como las metas de control en Medicina Preventiva de pacien--tes reumáticos, 42.8% saben que se debe de hacer 2 a 4 detecciones diarias de Fiebre Reumática, ya sean positivas o negativas, 57.1% conocen las actividades del Programa de Fiebre Reumática, 61.9% saben que también puede ser válida y suficiente la quimio--profilaxis durante 5 años consecutivos en pacientes no complicados, 61.9% saben que deben participar en el grupo de pacientes -- de Fiebre Reumática, 66.6% reconocen que deben de proporcionar --

quimioprofilaxis al paciente reumático, 76.1% saben que deben de realizar orientación higiénica, 80.4% saben que la edad de mayor incidencia de Fiebre Reumática es de 3 a 15 años, que están propensos a recaer en cualquier momento si no siguen las indicaciones, 85.7% saben que deben de integrarse a cursos de adiestramiento y actualización de fiebre Reumática, 95.2% saben que deben de investigar, diagnosticar y tratar infecciones estreptocócicas y un 100% conocen los Criterios de Jones para el diagnóstico, que además deben enviar al paciente diagnosticado a Medicina Preventiva para su control y estudio epidemiológico, y sobre todo que deben de realizar labores de educación higiénica. (Gráfica 14 y 15)

Con estos resultados encontramos que en su mayoría los Médicos Familiares conocen los lineamientos que establece el Programa de Control de Fiebre Reumática, aunque se escapan algunos detalles, que es menester que el Instituto recalque en cursos de adiestramiento y que éstos sean accesibles para que permitan su asistencia.

Por último, los resultados obtenidos en los 23 expedientes revisados, los cuales completaron los criterios de inclusión establecidos, mostraron lo siguiente:

En 8.6% de los pacientes no se realizó investigación de infecciones estreptocócicas, en 13% no se dió tratamiento específico para erradicación estreptocócica, en 17.3% no se realizó detección de Fiebre Reumática, entendiéndose por ésto la realización de exudados, biometría, titulación de antiestreptolisinas y de Velocidad de Sedimentación globular; en 82.6% no registró en el expediente las siglas DFR + o -. En cuatro de los pacientes que debieron de haberse enviado a Medicina Preventiva, uno no se envió y por lo tanto no se realizó estudio epidemiológico ni con

trol del tratamiento en Medicina Preventiva para verificar esquema completo. Por último, un 100% de los expedientes revisados no tenían determinaciones seriadas de control para titulaciones de Antiestreptolisinas que habían reportado elevadas.

Con estos resultados demostramos, que a pesar de que la mayoría de Médicos Familiares tiene el conocimiento del Programa de Fiebre Reumática y las actividades que debe de realizar, una tercera parte de ellos no ejecuta dichas funciones ya en la práctica.

Para realizar la Prueba de Hipótesis con los datos ya mencionados, utilizamos una tabla de contingencia de 2 x 2 con los siguientes datos:

	CONOCE	DESCONOCE
REALIZA	15	2
NO REALIZA	4	2

Y mediante la fórmula:

$$\chi^2_o = \frac{N (ad - bc)^2}{(a+c)(b+d)(a+b)(c+d)}$$

Obtenemos:

$$\chi^2_o = 1.43 \quad \text{por lo que}$$

De acuerdo a los criterios de Aceptación y Rechazo estipulados, la Hipótesis de nulidad número 4 no se puede rechazar y por lo tanto se Acepta.

CONCLUSIONES.

Con respecto a las Hipótesis de Trabajo y los resultados obtenidos de la investigación, podemos concluir que:

- 1.- Con respecto a la primera hipótesis de nulidad, que aunque aparentemente se acepta porque dentro de la Consulta Externa - ha disminuído la incidencia de fiebre reumática, hay que tomar en cuenta que también observamos una disminución notable de los pacientes investigados, y por consecuencia de los pacientes detectados, que sea lo que nos modifique la incidencia referida.
- 2.- Con respecto a la segunda hipótesis rechazamos la de nulidad y aceptamos la hipótesis alterna, ya que la población derecho habiente efectivamente desconoce las actividades realizadas - en el Programa de Prevención y Control de Fiebre Reumática, - siendo notable que aún, tres cuartas partes de ellos desconocen lo que es la Fiebre Reumática, y una gran mayoría niegan haber recibido orientación por parte de su Médico Familiar - al respecto, aún cuando los tratamientos en su totalidad son a base de Penicilina para infecciones faringoamigdalinas, solo poco más de la mitad siguen sus indicaciones, por no tener conocimiento para justificar la importancia de un tratamiento completo.
- 3.- Con respecto a las dos últimas hipótesis y según los resultados obtenidos encontramos que aceptamos las hipótesis de nulidad, con lo que tenemos que en general, la mayoría de los Médicos Familiares conocen las actividades del Programa de Fiebre Reumática, de los cuales una tercera parte no las realiza en la práctica por lo observado al revisar los expedientes, -

observándose además que es deficiente su conocimiento en algunos detalles del programa, como con el control subsecuente en la titulación de Antiestreptolisinas, especificar el tiempo en que debe continuarse la quimioprofilaxis y el número de detecciones diarias por cada uno de ellos, y sobre todo anotarla en el expediente y en la forma 4-30-6 para notificarlo como investigado.

Ya que es de notar, que el Médico Familiar en su mayoría si realiza las actividades del Programa de Detección y Control de Fiebre Reumática, aunque donde vemos el problema es en la falta del registro de las actividades, y por lo tanto, aparentemente no llevarse a cabo.

observándose además que es deficiente su conocimiento en algunos detalles del programa, como con el control subsecuente en la titulación de Antiestreptolisinas, especificar el tiempo en que debe continuarse la quimioprofilaxis y el número de detecciones diarias por cada uno de ellos, y sobre todo anotarla en el expediente y en la forma 4-30-6 para notificarlo como investigado.

Ya que es de notar, que el Médico Familiar en su mayoría sí realiza las actividades del Programa de Detección y Control de Fiebre Reumática, aunque donde vemos el problema es en la falta del registro de las actividades, y por lo tanto, aparentemente no llevarse a cabo.

COMENTARIOS.

Con todo lo mencionado podemos sugerir, de acuerdo con los resultados, que el punto clave deficiente del Programa realizado en esta Unidad de Medicina Familiar, es la falta de educación al derechohabiente, ya que una vez realizada ésta, se podrán detectar una mayor parte de los casos de Fiebre Reumática activa, y sobre todo, en el mejor de los casos una prevención específica, ya que consentirán tratamientos especiales al respecto, un mejor control y estudio, con un menor número de deserciones. Así como también será beneficioso la formación de un Club de pacientes reumáticos, para que con la ayuda de los Médicos Familiares se otorgue orientación higiénica y apoyo a los pacientes, siendo importante sobre todo las facilidades que se establezcan a ellos para que se integren a cursos de Adiestramiento y Actualización de Fiebre Reumática, por ser uno de los Programas prioritarios en Medicina Preventiva, con lo cual podrán cooperar aún más con cada uno de los puntos a realizar por el mismo.

A N E X O S

ANEXO NO. 1.- CUESTIONARIO DIRIGIDO A PACIENTES DERECHOHABIENTES

Nombre _____ Sexo _____ Edad _____
Escolaridad _____ Edo. Civil _____
Ocupación _____ No. integrantes por familia _____

1.- ¿ Conoce usted qué es la Fiebre Reumática?

SI () NO ()

2.- ¿ Sabe usted que existe un Programa de Detección de Fiebre --
Reumática?

SI () NO ()

3.- ¿ Ha recibido usted orientación por parte de su Médico Fami--
liar acerca de la Fiebre Reumática?

SI () NO ()

4.- ¿ Su Médico Familiar ha efectuado detección de Fiebre Reumáti--
ca en su familia?

SI () NO ()

5.- ¿ Sabe usted cual es el medicamento para el tratamiento de e--
radicación y Prevención de Fiebre Reumática?

SI () NO ()

6.- ¿ Sabe usted cuales son las complicaciones de la Fiebre Reumá--
tica?

SI () NO ()

7.- ¿ Indica su Médico Familiar Tratamientos a base de Penicilina
cuando existen infecciones de garganta?

SI () NO ()

CONTINUA ANEXO NO. 1

8.- ¿ Aplica usted el tratamiento indicado en forma completa?
SI () NO ()

ANEXO NO. 2.- CUESTIONARIO DIRIGIDO A MEDICOS FAMILIARES

NOMBRE _____ CO NSULTORIO _____

- 1.- ¿Conoce usted la existencia de un Programa de Prevención de Fiebre Reumática?
SI () NO ()
- 2.- ¿Le interesa conocerlo?
SI () NO ()
- 3.- ¿Está dentro de sus funciones dar educación para la salud al derechohabiente?
SI () NO ()
- 4.- ¿Informa al paciente acerca del Programa de Prevención de Fiebre Reumática?
SI () NO ()
- 5.- ¿Ha recibido usted adiestramiento por parte de la Institución acerca del Programa de Fiebre Reumática?
SI () NO ()
- 6.- ¿Se debe hacer un estudio epidemiológico de pacientes detectados portadores de Fiebre Reumática?
SI () NO ()
- 7.- ¿Sabe usted hasta qué edad debe ser controlado con profilaxis un paciente que presentó Fiebre Reumática?
SI () NO ()
- 8.- ¿Sabe usted que debe existir un Club de Reumáticos?
SI () NO ()

CONTINUA ANEXO NO. 2.-

9.- ¿Sabe usted si los pacientes en los que terminó la vigencia -
de derechos y que se encuentren en control de Fiebre Reumáti-
ca tienen derecho a continuar su control?

SI ()

NO ()

10.- ¿Conoce usted los objetivos que tiene el Programa de Fiebre -
Reumática?

SI ()

NO ()

ANEXO NO. 3.- EXAMEN DIRIGIDO A MEDICOS FAMILIARES

NOMBRE _____ CONSULTORIO _____

1.- La mayor incidencia de Fiebre Reumática se presenta entre:

- a) 15 y 35 años
- b) 24 a 50 años
- c) 5 a 45 años
- d) 3 a 15 años
- e) 0 a 20 años

2.- La incidencia promedio de Fiebre Reumática en la población derechohabiente es de:

- a) 2.5%
- b) 3.8%
- c) 1.0%
- d) 2.0%
- e) 0.5%

3.- Los pacientes que han padecido Fiebre Reumática tienen las siguientes características:

- a) Están propensos a recaer en cualquier época de su vida
- b) Están propensos a recaer al año del tratamiento
- c) Están propensos a recaer a los 4 años de tratamiento
- d) Recaen cada 6 meses
- e) Nunca recaen

4.- Dentro de las metas de detección diaria se encuentran:

- a) De 2 a 4 personas entre 24 y 50 años
- b) De 2 a 4 personas entre 3 y 15 años
- c) De 1 a 2 personas entre 15 y 35 años
- d) De 1 a 2 personas entre 5 y 45 años
- e) Una persona entre 0 y 20 años

5.- Dentro de las metas de control de Fiebre Reumática en México en Medicina Preventiva se contempla tener:

- a) 50% de los pacientes detectados
- b) más del 90% de pacientes detectados
- c) más del 75% de pacientes detectados
- d) entre el 60 y 80% de pacientes detectados
- e) entre el 20 y el 40% de pacientes detectados

6.- Con actividades del Programa de Prevención y Control de Fiebre Reumática las siguientes, EXCEPTO:

- a) Control de casos conocidos y evaluación de actividades
- b) Estudio epidemiológico, Supervisión y asesoría
- c) Educación higiénica y Club del Reumático
- d) Visita a domicilio y Revisión de expediente
- e) Adiestramiento o Investigación

7.- La elevación del título de Antiestreptolisinas en un exámen nos obliga a repetir la titulación:

- a) en 7 a 10 días
- b) en 2 semanas
- c) en 3 a 4 semanas
- d) en 2 meses
- e) en 6 meses

- 8.- Para la Detección de casos de Fiebre Reumática en menores de 20 años se interroga:
- a) Antecedentes de Poliartritis
 - b) Antecedentes de Corea
 - c) Antecedentes de eritema marginado
 - d) Diagnóstico previo de Fiebre Reumática o Cardiopatía
 - e) Todas las anteriores
- 9.- La quimioprofilaxis se recomienda continuar hasta:
- a) los 15 años
 - b) los 20 años
 - c) los 25 años
 - d) los 17 años
 - e) los 30 años
- 10.- En relación a lo anterior, otra opción pudiera ser haber llevado un tratamiento ininterrumpido de:
- a) 2 años
 - b) 1 año
 - c) 3 años
 - d) 4 años
 - e) 5 años
- 11.- Dentro de la educación higiénica se orientará a la población en cuanto a:
- a) Como se manifiesta la infección estreptocócica y sus consecuencias
 - b) Como se tratan las infecciones estreptocócicas
 - c) Qué es la Fiebre Reumática y posibles consecuencias
 - d) Grupos de edad susceptibles e importancia de la detección oportuna
 - e) Todas las anteriores

MARQUE CON UNA "V" O "F" SI LAS SIGUIENTES ASEVERACIONES SON O NO FUNCIONES DEL MEDICO FAMILIAR CON RESPECTO AL PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE FIEBRE REUMÁTICA:

- 12.- Investigar, diagnosticar y tratar infecciones estreptocócicas ()
- 13.- Detectar los casos de Fiebre Reumática y de Cardiopatía ()
- 14.- Registrar en el expediente clínico y en la forma 4-30-6 el resultado de esta investigación con las siglas DFR + o - ()
- 15.- Diagnóstico y tratamiento de la fase aguda en Fiebre Reumática ()
- 16.- Profilaxis del Reumático ()
- 17.- Enviar al reumático a Medicina Preventiva para el control de la profilaxis y estudio epidemiológico ()
- 18.- Realizar labores de educación higiénica ()
- 19.- Participar en cursos de actualización y adiestramiento sobre Fiebre Reumática. ()
- 20.- Participar en el Grupo de Fiebre Reumática ()

ANEXO No. 4 CUESTIONARIO PARA VALORAR EXPEDIENTES CLINICOS

NOMBRE _____ NO. AFILIACION _____

- 1.- ¿Se realiza investigación de la presencia de infecciones - estreptocóccicas?
SI () NO ()
- 2.- ¿Se realiza tratamiento específico al diagnosticar infecciones estreptocóccicas?
SI () NO ()
- 3.- ¿Se realiza detección de Fiebre Reumática?
SI () NO ()
- 4.- ¿Registra en el expediente clínico el resultado de la investigación de fiebre Reumática con las siglas DFR + o -?
SI () NO ()
- 5.- ¿Envió el Médico Familiar al paciente detectado portador de Fiebre Reumática a Medicina Preventiva?
SI () NO ()
- 6.- ¿Se realizó estudio epidemiológico?
SI () NO ()
- 7.- ¿Se controló el tratamiento del paciente detectado en Medicina Preventiva?
SI () NO ()
- 8.- ¿Fue completo el control y tx instituido al paciente con FR?
SI () NO ()
- 9.- ¿Se realizaron determinaciones seriadas subsecuentes al resultado de titulaciones elevadas de Antiestreptolisinas?
SI () NO ()

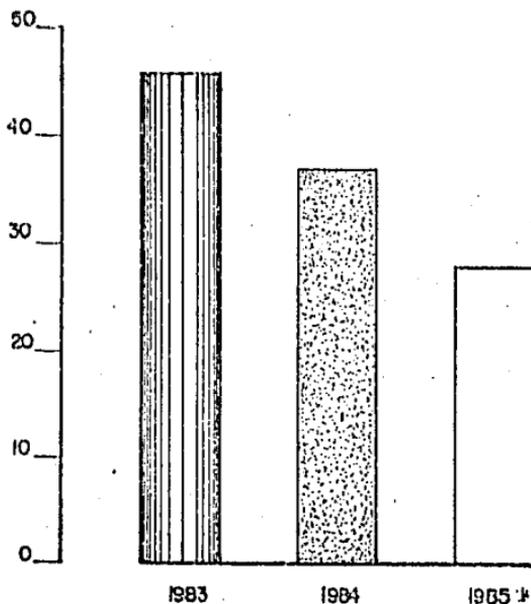
BIBLIOGRAFIA.-

- 1.- Amezcua, V.F.J., Aranda, O.S.: Fiebre Reumática. IMSS 1985.
- 2.- Robles, G.J.: Fiebre Reumática. Publicación WyethValeo 1980.
- 3.- Nelson, W.R., Vaughan, V.C., McKay, R.J.: Tratado de Pediatría Sexta Edición, Tomo I Ed. Salvat 1978 p: 537-39.
- 4.- Espino, V.J.: En Introducción a la Cardiología. Espino Vela J. (Eds). Interamericana, 1979, p: 375-86
- 5.- Amezcua, V.F.J.: Aspectos Epidemiológicos de la Fiebre Reumática, Bol. of San Panam 87:200 1979.
- 6.- Circulation, 32:664 1965.
- 7.- Bisno, L.A.: Worldwide control of rheumatic fever. Ann Intern Med. 91:918, 1979.
- 8.- Kaplan, L.E.: Epidemiology and Pathogenesis of acute rheumatic fever. Mem Med 58:592, 1975.
- 9.- Curiel, C.E., Alvarado, Z.M., Díaz, Ch.M.G., Díaz, J.G.: Programas Preventivos y de Tratamiento. Tesis IMSS 1984.
- 10.- Chávez, R.I.: Cardioneumología, Fisiopatología Clínica, UNAM Eds. México, 1973.
- 11.- Amezcua, V.F.J.: El problema del Control del Paciente Reumático en el Programa de Fiebre Reumática. IMSS Nov. 1980.
- 12.- Alvarez, A.A.: Fiebre Reumática, Monografía IMSS 1983.
- 13.- Amezcua, V.F.J.: Manejo y Profilaxis del Paciente Reumático, IMSS, 1980.
- 14.- Amezcua, V.F.J.: Causas de Deserción del Paciente con Fiebre Reumática, IMSS, 1980.
- 15.- Programa de Prevención y control de la Fiebre Reumática, IMSS México 1984.

G R A F I C A S

GRAFICA No. 1

NUMERO DE CASOS DE FIEBRE REUMATICA CONTROLADOS EN
MEDICINA PREVENTIVA

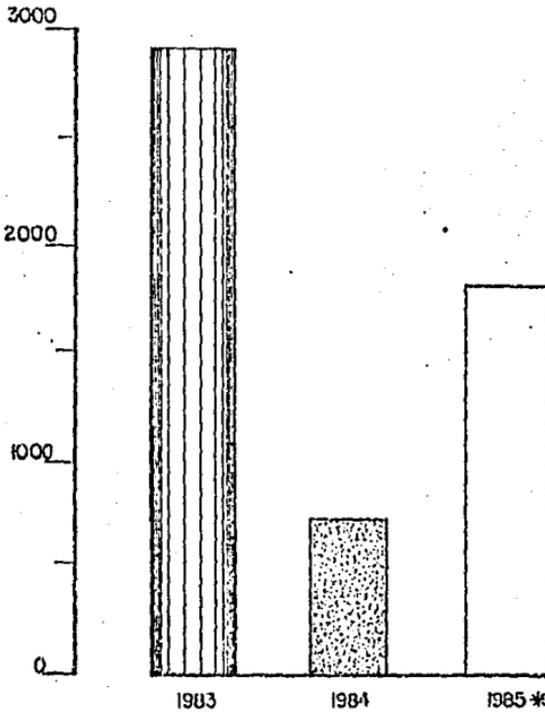


FUENTE : IMSS. HGZ. No.8 REGISTRO DEL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
PREVENTIVA 1985

* HASTA AGOSTO 1985

GRAFICA No. 2

NUMERO DE CASOS INVESTIGADOS DE FIEBRE REUMATICA EN
MEDICINA PREVENTIVA

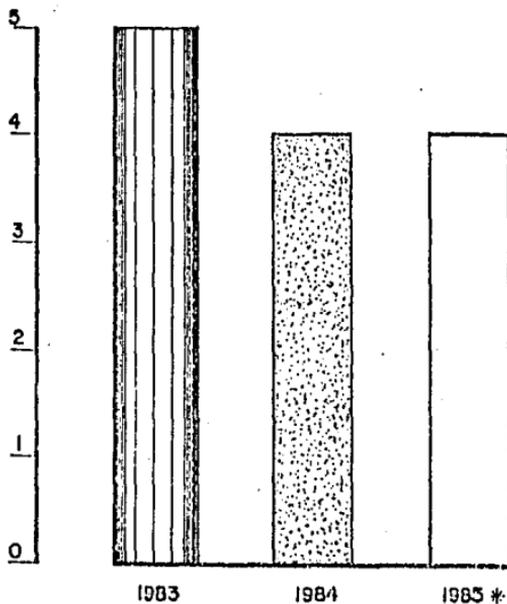


FUENTE : IMSS. 116Z. No.8 REGISTRO DEL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
PREVENTIVA 1985

* HASTA AGOSTO 1985

GRAFICA 1b. 3

CASOS NUEVOS DETECTADOS EN EL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA PREVENTIVA

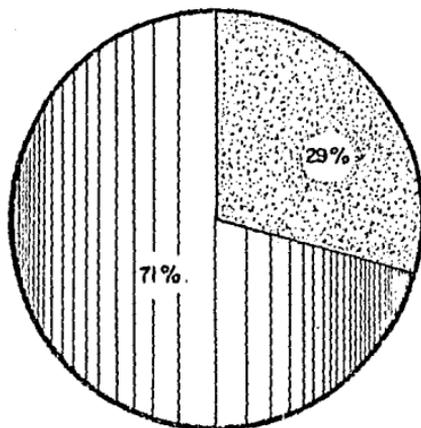


FUENTE : IMSS. HGZ. No.8 REGISTRO DEL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
PREVENTIVA 1985

* HASTA AGOSTO 1985

GRAFICA No. 4

PROGRAMA BASICO DE FIEBRE REUMATICA
CONOCIMIENTO EN DERECHOHABIENTES



CONOCEN QUE ES LA
FIEBRE REUMATICA

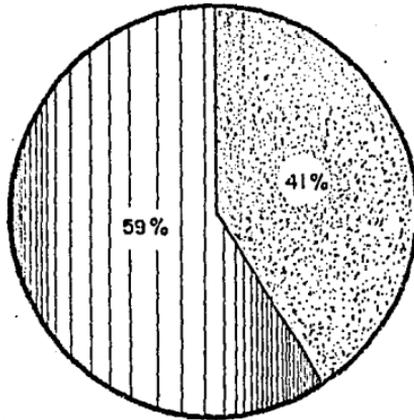


NO CONOCEN QUE ES LA
FIEBRE REUMATICA

FUENTE : IMSS. HGZ. No.8
ENCUESTA REALIZADA A 100
DERECHOHABIENTES. 1983

GRAFICA No. 5

PROGRAMA BASICO DE FIEBRE REUMATICA
CONOCIMIENTO EN DERECHOHABIENTES



NO SABEN QUE EXISTE EL
PROGRAMA DE FIEBRE
REUMATICA

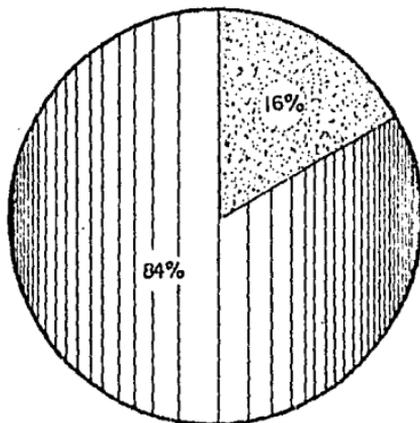


SABEN QUE EXISTE EL
PROGRAMA DE FIEBRE
REUMATICA

FUENTE : IMSS: HGZ. No. 8
ENCUESTA REALIZADA A 100
DERECHOHABIENTES. 1985

GRAFICA No. 6

PROGRAMA BASICO DE FIEBRE REUMATICA
CONOCIMIENTO EN DERECHOHABIENTES



NO RECIBEN ORIENTACION POR
PARTE DE SU MEDICO FAMILIAR
ACERCA DEL PROGRAMA DE F.R.

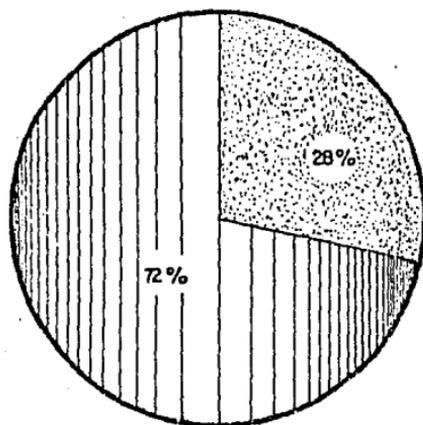


SI RECIBEN ORIENTACION POR
PARTE DE SU MEDICO FAMILIAR
ACERCA DEL PROGRAMA DE F.R.

FUENTE : IMSS. IIGZ. No. 8
ENCUESTA REALIZADA A 100
DERECHOHABIENTES. 1985

GRAFICA No. 7

PROGRAMA BASICO DE FIEBRE REUMATICA
CONOCIMIENTO EN DERECHOHABIENTES



SU MEDICO FAMILIAR NO HA
REALIZADO DETECCION DE
FIEBRE REUMATICA

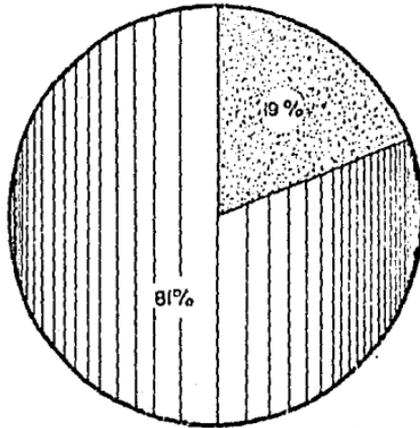


SU MEDICO FAMILIAR YA HA
REALIZADO DETECCION DE
FIEBRE REUMATICA

FUENTE : IMSS. HGZ No.8
ENCUESTA REALIZADA A 100
DERECHOHABIENTES. 1985

GRAFICA No. 8

PROGRAMA BASICO DE FIEBRE REUMATICA
CONOCIMIENTO EN DERECHOHABIENTES



NO SABEN CUAL ES EL TRATAMIENTO DE ERRADICACION DE FIEBRE REUMATICA

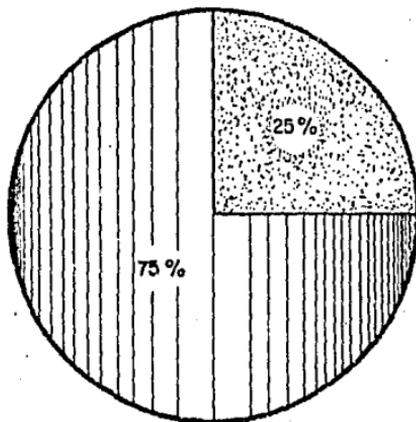


SABEN CUAL ES EL TRATAMIENTO DE ERRADICACION DE FIEBRE REUMATICA

FUENTE : IMSS. HGZ. No.8
ENCUESTA REALIZADA A 100
DERECHOHABIENTES. 1985

GRAFICA No. 9

PROGRAMA BASICO DE FIEBRE REUMATICA
CONOCIMIENTO EN DERECHOHABIENTES



NO CONOCEN CUALES SON LAS
COMPLICACIONES DE LA
FIEBRE REUMATICA

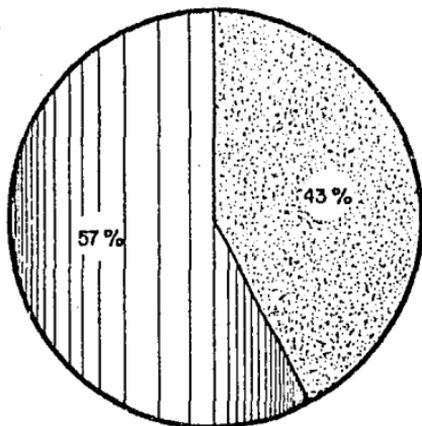


CONOCEN CUALES SON LAS
COMPLICACIONES DE LA
FIEBRE REUMATICA

FUENTE : IMSS. HGZ No.8
ENCUESTA REALIZADA A 100
DERECHOHABIENTES . 1985

GRAFICA No. 10

PROGRAMA BASICO DE FIEBRE REUMATICA
CONOCIMIENTO EN DERECHOHABIENTES



APLICAN TRATAMIENTO COMPLETO
CON PENICILINA

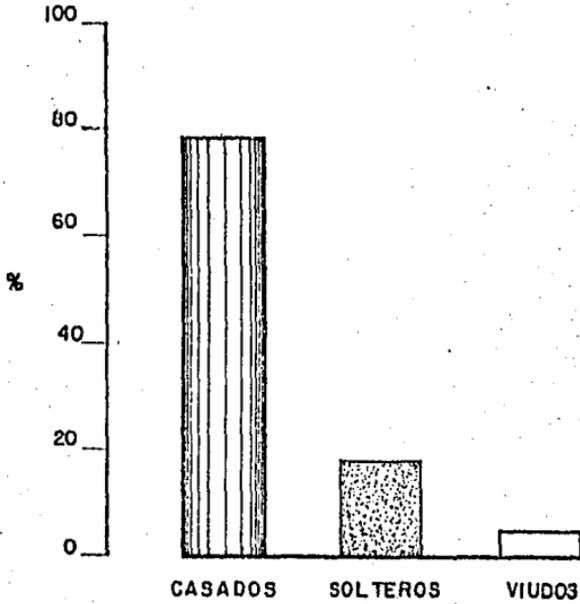


NO APLICAN TRATAMIENTO COMPLETO
CON PENICILINA

FUENTE : IMSS. HGZ. No.8
ENCUESTA REALIZADA A 100
DERECHOHABIENTES. 1985

GRAFICA No. II

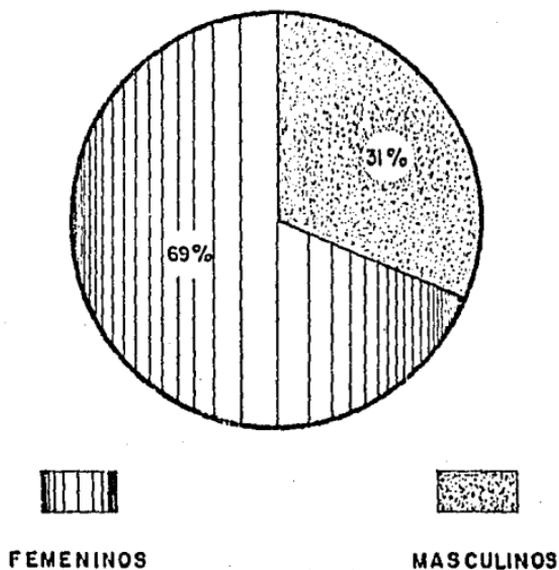
ESTADO CIVIL DE PACIENTES DERECHOHABIENTES ENCUESTADOS



FUENTE : IMSS. HGZ. No. 8
ENCUESTA REALIZADA A 100
DERECHOHABIENTES. 1985

GRAFICA No. 12

RELACION POR SEXO DE PACIENTES DERECHOHABIENTES
ENCUESTADOS

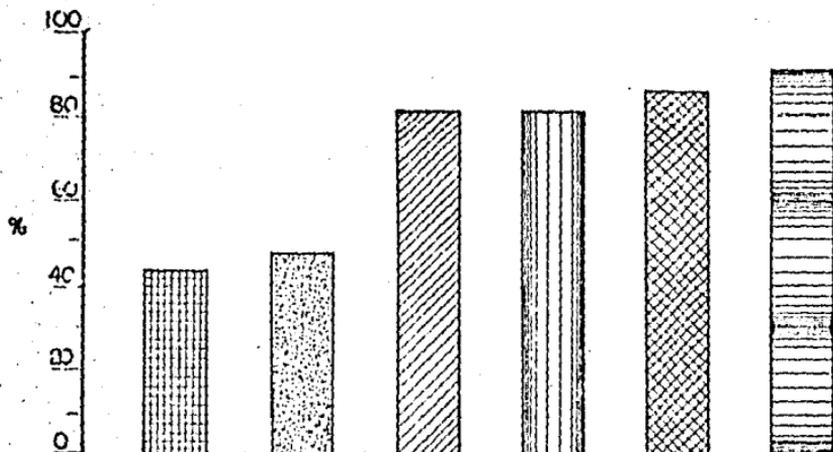


FUENTE : IMSS, HGZ. No.8

ENCUESTA REALIZADA A 100
DERECHOHABIENTES. 1985

GRAFICA No.13

PROGRAMA BASICO DE FIEBRE REUMATICA
CONOCIMIENTOS DE MEDICOS FAMILIARES



HAN TENIDO ORIENTACION DEL PROGRAMA DE F.R. POR PARTE DEL I.M.S.S.

SABEN QUE DEBE EXISTIR UN CLUB DEL PACIENTE REUMATICO.

HACEN TRATAMIENTO DE ERRADICACION DEL STREPTOCOCCO BETA HEMOLITICO.

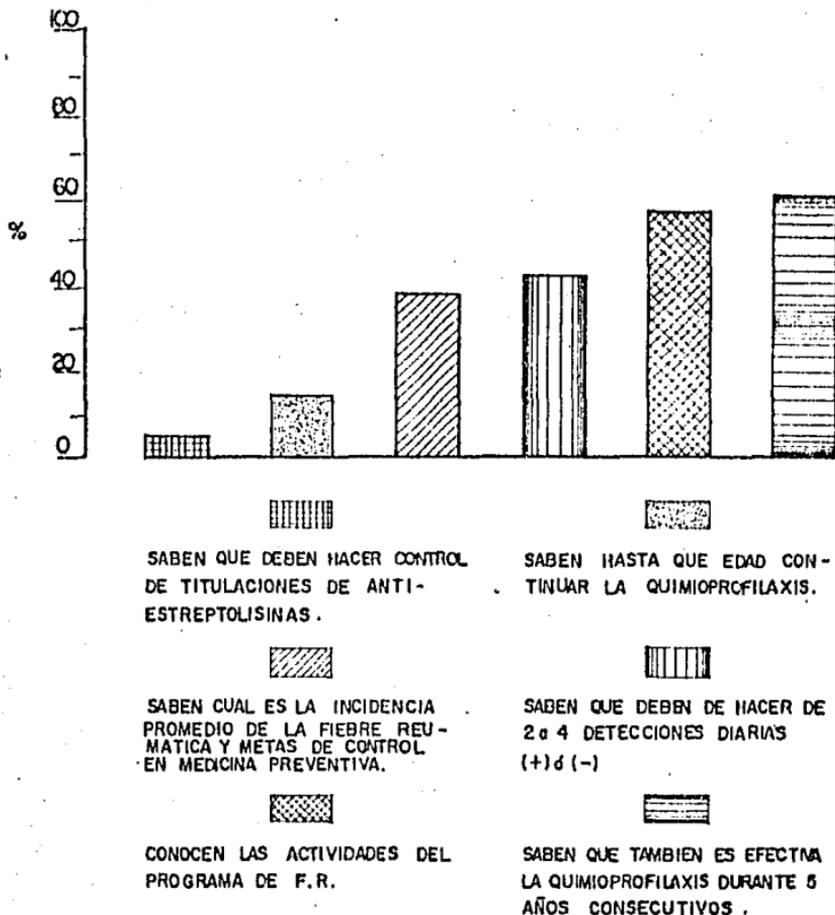
OTORGAN INFORMACION ACERCA DEL PROGRAMA DE FIEBRE REUMATICA.

SABEN QUE AL TERMINO DE LA VIGENCIA, LOS PACIENTES CON F.R. TIENEN DERECHO A CONTINUAR HASTA LA CURACION.

CONOCEN LOS OBJETIVOS DEL PROGRAMA.

FUENTE: IMSS. HGZ. No.8. ENCUESTA REALIZADA A LOS MEDICOS FAMILIARES. 1985

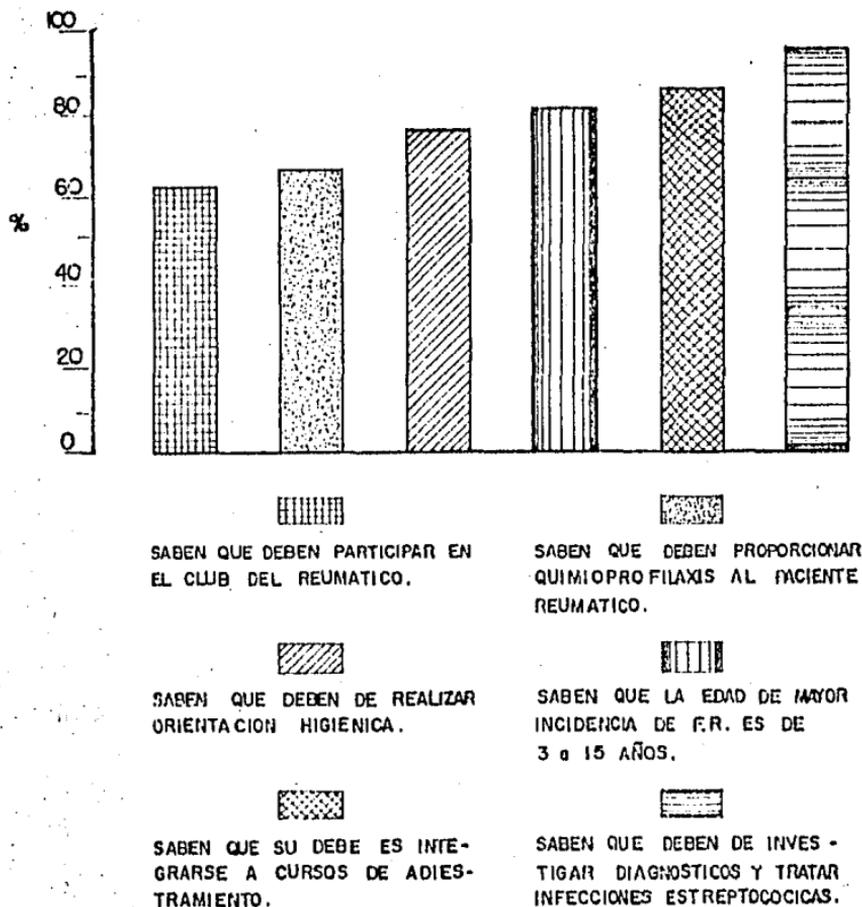
PROGRAMA BASICO DE FIEBRE REUMATICA
CONOCIMIENTOS DE MEDICOS FAMILIARES



FUENTE : IMSS. 16Z. No. 8 ENCUESTA REALIZADA A LOS MEDICOS FAMILIARES . 1985

GRAFICA No 15

PROGRAMA BASICO DE FIEBRE REUMATICA
CONOCIMIENTOS DE MEDICOS FAMILIARES



SABEN QUE DEBEN PARTICIPAR EN EL CLUB DEL REUMATICO.

SABEN QUE DEBEN PROPORCIONAR QUIMIOPROFILAXIS AL PACIENTE REUMATICO.

SABEN QUE DEBEN DE REALIZAR ORIENTACION HIGIENICA.

SABEN QUE LA EDAD DE MAYOR INCIDENCIA DE F.R. ES DE 3 a 15 AÑOS.

SABEN QUE SU DEBE ES INTEGRARSE A CURSOS DE ADIESTRAMIENTO.

SABEN QUE DEBEN DE INVESTIGAR DIAGNOSTICOS Y TRATAR INFECCIONES ESTREPTOCOCICAS.

FUENTE: IMSS. HGZ. No. 6 ENCUESTA REALIZADA A LOS MEDICOS FAMILIARES. 1985