

11226
2ej
172



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**Instituto Mexicano del Seguro Social
Unidad de Medicina Familiar No. 21**

**INFLUENCIA DEL FACTOR ECONOMICO Y DEL CONOCI-
MIENTO DEL PROGRAMA DE PREVENCION DE LA FIEBRE
REUMATICA EN 30 PACIENTES CON GRUPO TESTIGO
DE DERECHOHABIENTES EN LA U.M.F. 21**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL POSTGRADO
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR**

P R E S E N T A :

DR. JUAN FCO. RUIZ VAZQUEZ

México, D. F.

1983

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

INDICE:

	Págs.:
Dedicatoria:	5
Objetivos:	6
Introducción:	7
Planteamiento del Problema:	15
Hipótesis:	15
Material y Métodos:	16
Resultados y Gráficas:	18
Conclusiones:	34
Bibliografía:	36

A MODO DE DEDICATORIA:

Para Elsa:

¿Has visto un parto?
Yo creía haberlo visto...

Dolorosa y honesta;
labor violenta llena de ternura.

Maravilloso utero parturiente,
enfascado en dar a luz,
venciendo la resistencia de tu producto.

Hacerlo nacer,
desgarrándote el cérvix,
por inexperiencia.

También él, en medio de su miedo,
obtiene fortaleza para respirar.

Amoroso trabajo de oír su llanto,
por saberse fuera de tí.

Y tú, mujer, ayudándole a nacer...
Y tú, y yo, en sus ojos y sus lágrimas,
sabremos vivir.

Y para todos aquellos a quienes amo y han hecho posible esta etapa de mi vida: mi Madre, mi hermano, mis amigos y, con profundo agradecimiento, a los pacientes...

OBJETIVOS:

Determinar la relación de el Ingreso Económico de 30 Pacientes - detectados con la Fiebre Reumática.

Determinar las Condiciones de Vida de los 30 Pacientes detectados y su relación con la Fiebre Reumática.

Determinar la relación entre el Conocimiento del Programa de Pre vención de la Fiebre Reumática, por parte de estos pacientes, con la presencia de dicho padecimiento.

INTRODUCCION:

La Fiebre Reumática es una enfermedad subaguda ó crónica, sistémica; que afecta al tejido colágeno, con predilección en las articulaciones y el corazón, causada por la agresión del estreptococo beta hemolítico Grupo A de Lancefield. (2, 3, 16).

Es un padecimiento relativamente frecuente en nuestro medio --- principalmente en los niños entre los 4 y los 14 años de edad. En más de 4 millones de niños examinados en el Programa de Prevención de la Fiebre Reumática, a partir de 1961, se ha encontrado que la frecuencia de casos es aproximadamente del 1%. (14). Además, se estima que una de cada tres cardiopatías en personas mayores de 15 años, es de origen reumático. (16). Ver el Anexo 1, de casos notificados de Fiebre Reumática en el I.M.S.S., durante 1971 - 1980. (4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13).

Etiopatogenia:

Se acepta que es producida a través de un mecanismo inmuno-alérgico, en los sujetos propensos por factor familiar y propiciada por otros factores predisponentes, tales como, hacinamiento, desnutrición, falta de higiene, clima y variaciones estacionales(1, 2, 3). (Al respecto de este último apartado, véase el Anexo 2, de casos notificados de Fiebre Reumática, según meses, en la Delegación 5 del Valle de México, en el I.M.S.S.). (13).

Para el desarrollo de la Fiebre Reumática, se consideran algunos requerimientos absolutos: (1) la presencia del estreptococo grupo A, (2) la respuesta de los anticuerpos antiestreptocócicos, indicadora de una infección reciente, (3) la persistencia de la bacteria en la faringe por un período de tiempo suficiente, y, (4) la localización de la infección en la faringe.

Ha sido establecido que la Fiebre Reumática no ocurre como una complicación del pioderma estreptocócico. Muchas características -

del impétigo estreptocócico pueden estar relacionadas con su incapacidad para desarrollar la Fiebre Reumática. La localización en la orofaringe de las cepas "de piel" de estreptococos, raramente, resulta en una infección clínicamente aparente. Debido a su derivación embriológica, el corazón, se relaciona estructuralmente con la innervación, irrigación y con los vasos linfáticos del cuello; por lo cual, puede haber una vía directa para estreptococos vivos ó sus toxinas, desde la orofaringe hacia el corazón. (3).

A pesar de la popularidad de los conceptos de hiperinmunidad y de autoinmunidad, en la patogénesis de la Fiebre Reumática, ninguno de los anticuerpos descritos hasta la fecha, incluyendo a aquellos que reaccionan con el corazón, han mostrado ser citotóxicos; por lo tanto, el efecto tóxico de algún producto estreptocócico sobre el corazón, no ha sido esclarecido como mecanismo patogénico.

Toxinas Estreptocócicas:

Estreptolisina S: ocasiona inflamación mediante la ruptura de los lisosomas.

Estreptolisina O: también rompe los lisosomas in vitro; aunque su efecto citotóxico parece ser neutralizado después de infecciones repetidas.

Proteinasas Estreptocócicas: provocan miocarditis en conejos después de su inoculación en la faringe.

Substancias Estreptocócicas parecidas a Endotoxinas: tales como, los complejos mucopéptido-polisacárido de la pared celular que producen lesiones nodulares en los tejidos conectivos de los conejos. Se ha postulado que el componente endotóxico activo es el mucopéptido. Además, el polisacárido estreptocócico, ha recibido interés por los investigadores ya que presenta reacción cruzada con las glucoproteínas extraídas de las válvulas cardiacas de mamíferos. Y además, porque los anticuerpos a los polisacáridos persisten más tiempo en los pacientes con Carditis Reumática que en aquellos que no tienen daño cardíaco.

Teorías Inmunológicas:

1) Teoría Alérgica: Uno podría formular la hipótesis de que --- grandes cantidades de antígeno estreptocócico son absorbidas por - un huésped hiperinmune después de un ataque particularmente severo y que un producto específico se une a los tejidos afectados de Fiebre Reumática. El miocardio dañado inmunológicamente y las válvulas cardíacas pueden entonces desarrollar los cambios progresivos que u no observa después de la ruptura del tejido colágeno por otras causas. Sin embargo, no se han encontrado antígenos estreptocócicos - en las lesiones reumáticas; además, esta observación es difícil de interpretar ya que las reacciones cruzadas inmunológicas entre el - estreptococo grupo A y los tejidos del huésped pueden dificultar la identificación de los antígenos estreptocócicos.

2) Autoinmunidad: Varios investigadores han postulado que los - anticuerpos cardíacos producidos en la Fiebre Reumática pueden ocasionar carditis. Sin embargo, se ha visto que las lesiones cardia--cas de tipo traumático, isquémico y reumático, conducen a cambios - antigénicos que se manifiestan con la producción de anticuerpos; -- por lo tanto, es posible que estos anticuerpos cardíacos sean el resultado del daño cardíaco y no su causa. (3). .

Diagnóstico:

El ataque agudo de Fiebre Reumática, ocasiona Manifestaciones - Viscerales, Extraviscerales y Alteraciones de Laboratorio.

1) Manifestaciones Viscerales: son la Carditis, la Encefalopa--tía y la Neumonitis.

La Carditis implica un proceso inflamatorio agudo que puede involucrar al endocardio, al miocardio, al pericardio ó a los tres.

Deberá sospecharse la afectación del pericardio ante el dolor - precordial, exacerbado por la inspiración profunda ó por la tos, -- que se modifica con los cambios de posición del tórax. A la auscultación se percibe un frote pericárdico que puede ser lo suficiente-

mente fuerte como para oscurecer los demás ruidos. El ECG mostrará un voltaje bajo en todas las derivaciones, elevación del ST ó inversión de la onda T. El Tamponade Cardiaco, como consecuencia de la Pericarditis Reumática, es raro, presumiblemente debido a que la acumulación de líquido es lenta.

La miocarditis está presente en algún grado en todos estos pacientes. Clínicamente, se apreciará cardiomegalia por la exploración del tórax, pudiendo precisarse mediante estudios radiográficos. La dilatación cardíaca produce, asimismo, dilatación de los anillos valvulares, y puede originar la aparición de soplos funcionales que desaparecerán cuando se reduzcan ó desaparezca la cardiomegalia. -- Puede haber taquicardia y con frecuencia ritmo de galope; así como, también, manifestaciones clínicas de Insuficiencia Cardíaca y Arritmias de diversos tipos. En el ECG, se pueden advertir Latidos Prematuros ó QRS de bajo voltaje; prolongación del Intervalo PR; ó, Bloqueos Aurículo-Ventriculares de 1° Grado.

La endocarditis viene sugerida por la presencia de soplos ó alteraciones en los ruidos cardíacos.

La Encefalopatía Reumática ó Corea de Sydenham, es un trastorno autolimitado del Sistema Nervioso Central, caracterizado por labilidad emocional, fatigabilidad y por contracciones tónico clónicas de las extremidades, tronco y cara; movimientos que aumentan durante la vigilia y que disminuyen durante el sueño.

La Neumonitis Reumática, es rara actualmente. En el pasado, se sospechaba por la existencia de cuadros respiratorios agudos, con disnea, cianosis, fiebre, tos y expectoración hemoptoica, estertores y aparición de zonas de condensación pulmonar de corta duración (2, 3, 16).

2) Manifestaciones Extraviscerales: son la Poliartrosis, los Nódulos de Meynet y el Eritema Marginado.

La Poliartrosis se presenta en la mayoría de los pacientes, aun

que, su ausencia no basta para descartar la etiología reumática, ya que al parecer, cuanto menor es la edad del enfermo mayor es la posibilidad de su ausencia. Esta Artritis, presenta como características ser: (1) migratoria, ó sea, que después de algunos días desaparece de una articulación para aparecer en otra, (2) delitesciente, ó sea, que desaparece sin dejar alteración articular alguna. Las articulaciones más afectadas son las de las rodillas, codos, hombros, - tobillos y puños. El examen del líquido articular no sirve para el diagnóstico positivo de la enfermedad. No se encuentran alteraciones radiológicas.

Los Nódulos de Meynet constituyen una manifestación patognómonica del padecimiento. Aparecen en etapas tardías de la enfermedad acompañando a la Carditis. Los sitios en donde pueden ser encontrados con más frecuencia son: cerca de las articulaciones de los codos, rodillas, dorsos de manos y pies, en puños y en el cráneo. Son nódulos duros, esféricos, de 0.5 - 2.0 cms. de diámetro, indoloros, fijos a los planos profundos, siendo simétricos en los miembros.

El Eritema Marginado es una manifestación rara. Reconociéndose por la aparición de figuras cartográficas de bordes festoneados y - de color violáceo-rojizo con centro claro. El lugar de más frecuente aparición es el abdomen, pero, puede ser visto en el tórax, el - dorso ó los miembros. No está asociado al prurito. Está asociado -- con la Carditis, y su aparición es fugaz. (1).

Otras Manifestaciones Extraviscerales de la Fiebre Reumática -- comprenden la fiebre, diaforesis, la palidez, la astenia, el adelgazamiento, epistaxis de repetición y la Tortícolis.

3) Alteraciones de Laboratorio y de Gabinete:

a) La Anemia de tipo Microcítico es común; dicha anemia puede estar relacionada al Volumen Plasmático aumentado que ocurre en las primeras etapas de la Fiebre Reumática aguda.

b) Glóbulos Blancos: la cifra leucocitaria puede ser normal,

pero, usualmente, se puede encontrar Leucocitosis con Neutrofilia. Dicha cuenta leucocitaria puede disminuir con el tratamiento con Salicilatos ó ACTH.

c) Velocidad de Sedimentación Globular: cuando está aumentada, es una prueba sensitiva de la actividad reumática; retorna a la normalidad mediante el tratamiento adecuado con ACTH ó con Salicilatos. Permanece aumentada después de que la cuenta leucocitaria ha vuelto a la normalidad. Es normal en presencia de la Corea sin complicaciones.

d) Proteína C Reactiva: semeja lo anotado para la Velocidad de Sedimentación Globular.

e) Antiestreptolisina O: un título aumentado indica una infección estreptocócica hemolítica reciente é indirectamente, corrobora los hallazgos clínicos de Fiebre Reumática. Un título creciente es más significativo que una sola determinación. Usualmente, su título es mayor de 250 unidades; siendo más significante si es mayor de 400 - 500 unidades. Se ha encontrado un título alto en el 80% de los pacientes durante los primeros dos meses. La elevación de un título no está relacionada con la severidad del padecimiento, y el grado de descenso tampoco se relaciona con el curso del padecimiento.

f) Antihialuronidasas: un título de 1000 - 1500 sigue a la infección estreptocócica reciente, y es menor ó igual a 4000 con Fiebre Reumática presente. El título promedio más alto se encuentra durante la actividad reumática temprana.

g) Antifibrinolisininas (Antiestreptoquininas): su título está aumentado en la Fiebre Reumática y en las infecciones con estreptococos recientes.

Uno de los tres títulos anteriores, está aumentado en el 95% de los pacientes con Fiebre Reumática aguda. Si los 3 son normales, el diagnóstico de Fiebre Reumática es menos probable.

h) Orina: hay una Albuminuria leve durante episodios febriles.

les.

1) Exudado Faríngeo: el hallazgo del estreptococo beta-hemolítico. (15).

Ya que las manifestaciones clínicas y las pruebas de laboratorio anotadas anteriormente, no ocurren exclusivamente en la Fiebre Reumática, en 1944, T. D. Jones, propuso la división de tales manifestaciones, en Mayores y Menores. En 1965, tal criterio fué revisado por la American Heart Association, basándose en posibilidades estadísticas, quedando de la siguiente manera: las Mayores son la Carditis, Poliartritis, Corea, Nódulos de Meynet y el Eritema Marginado; siendo las Menores, todas las demás manifestaciones clínicas y de laboratorio.

De acuerdo con lo anterior, puede hablarse de actividad reumática cuando existan dos manifestaciones mayores; ó bien, una mayor y dos ó más manifestaciones menores, más la evidencia de infección estreptocócica.

Tratamiento:

1) Erradicación Estreptocócica: Penicilina Procaínica 800 000 U cada 24 horas, por 10 días. Al 11° día, se aplicará Penicilina -- Benzatínica, 1 200 000 U cada 26 días por tiempo indefinido. En caso de alergia a la Penicilina, se usará Eritromicina, 40 mgs. por kilo de peso, por día, durante 10 días; cambiando posteriormente, a Sulfametoxipiridazina, 0.50 gramos diarios, por largo plazo.

2) Tratamiento Anti-inflamatorio y Analgésico: pueden utilizarse esteroides ó salicilatos. Prednisona, a dosis de 60 mgs. diarios en 3 tomas durante la primera semana, para disminuir después 10 mgs cada semana hasta suspenderla. Acido Acetilsalicílico, a dosis de - 100 mgs. por kilo de peso por día.

3) Reposo absoluto.

4) Erradicación de Focos Sépticos.

- 5) Dieta Hiposódica.
- 6) Complemento Alimenticio.
- 7) Tratamiento Sintomático. (1, 2, 3, 16).

Además de lo enunciado, cabría destacar la importancia de la labor del Médico Familiar, en la detección de casos nuevos de Fiebre Reumática; así como, en su tratamiento temprano para prevenir la -- cronicidad del padecimiento. Labor, que aunque modesta y poco reconocida, ha promovido una menor asistencia de los pacientes a niveles de atención médica más sofisticados; como también, ha impedido una derrama innecesaria de recursos.

No se incluyó en esta Introducción la información concerniente a las complicaciones de la Fiebre Reumática, ya que se considera -- pertenece al campo del Especialista.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Se considera que además del Factor Etiológico de la Fiebre Reumática, tienen importancia los Factores Predisponentes del padecimiento (Ingreso Económico de la Familia, Tipo de Vivienda, Hacinamiento, Escolaridad, etc.), en el desarrollo del mismo; así como, también, el nivel de Conocimientos que sobre la enfermedad posee el paciente.

Debido a la importancia que para el Instituto Mexicano del Seguro Social tienen los Programas de Prevención -el Programa de Prevención de la Fiebre Reumática, entre ellos-, se plantea el presente estudio como un medio para conocer el grado de difusión que tiene u no de los Programas Preventivos llevados a cabo dentro de la U.M.F. No. 21 del I.M.S.S.

HIPOTESIS:

El Ingreso Económico; así como, el Conocimiento del Programa de Prevención de la Fiebre Reumática, están relacionados con la aparición de casos de Fiebre Reumática.

MATERIAL Y METODOS:

Para la realización del presente estudio, se tomaron 2 muestras de los pacientes derechohabientes de la U.M.F. No. 21: una muestra, de la población de pacientes que están dentro del Programa de Prevención de la Fiebre Reumática; y otra, de los pacientes que asisten al servicio de la Consulta Externa y que no padecen Fiebre Reumática ni están incluidos en dicho programa preventivo.

Las muestras fueron de 30 pacientes cada una, siendo elegidas al azar, obteniéndose, para tal caso, los expedientes correspondientes. Posteriormente, se llevaron a cabo las encuestas.

Se realizaron dos tipos de cuestionarios: el primero, de 16 preguntas, para la población de pacientes con Fiebre Reumática; el segundo, de 12 preguntas, para los pacientes control.

En el primer cuestionario, las preguntas fueron distribuidas de la siguiente manera: 9 preguntas, son referentes a datos demográficos, contemplándose en ellas datos personales de los pacientes, condiciones de vida y el ingreso económico; 4 preguntas se refieren a datos específicos del padecimiento; y, 3 preguntas relacionadas al conocimiento por parte de los enfermos del padecimiento.

En el segundo cuestionario, las primeras 9 preguntas fueron las mismas; así como también, las 3 preguntas relacionadas con el conocimiento del padecimiento. Las preguntas referentes a datos específicos de la enfermedad fueron omitidas.

Cuestionario(s):

Nombre:	No. de Afiliación:	
Edad actual:	Escolaridad:	Sexo:
No. de Personas por Familia:		
No. de Recámaras de la Vivienda:		
No. de Personas por Recámara:		
Ventanas:	Animales:	
Ingreso Económico de la Familia:		

Datos sobre el Padecimiento: (*)

Diagnóstico:

Edad del Paciente en el momento de elaborar el Diagnóstico:

Padecimiento(s) Anteriores:

Datos sobre el Conocimiento del Padecimiento:

¿Sabe qué es la Fiebre Reumática?

¿Sabe cómo se contrae?

¿Recibió información sobre el Padecimiento, anteriormente? (*)

¿Sabe si existe en su Clínica algún Programa para la Prevención de la Fiebre Reumática?

(*): No se incluyeron en los cuestionarios realizados al Grupo - de Control.

RESULTADOS:

De las 2 muestras, nos referiremos a aquella de los pacientes incluidos en el Programa de Prevención de la Fiebre Reumática como la del Grupo FR; y, al referirnos a la muestra de pacientes tomados del Servicio de la Consulta Externa, como la del Grupo Control.

De estas dos muestras, el Grupo FR, estuvo formado por 21 mujeres (70.0%), y por 9 hombres(30.0%); mientras que, el Grupo Control, estuvo formado por 16 mujeres(53.3%), y por 14 hombres(46.6%); pudiendo - observarse una diferencia en el porcentaje de las mujeres en el Grupo FR.

Con respecto a la edad de los pacientes pertenecientes al Grupo - FR, en el momento de la realización del presente estudio, se encontró que 6 pacientes(20.0%), tenían entre los 11 y 15 años de edad; 5 pacientes(16.6%), entre los 16 y 20 años; 5 pacientes(16.6%), estaban - entre los 21 y 25 años; 3 pacientes(10.0%), entre los 31 y 35 años; 3 pacientes(10.0%), tenían entre los 46 y 50 años de edad; 2 pacientes (6.6%), entre los 51 y 55 años ; a los rangos de 26 - 30, 36 - 40, 56 - 60, y, 61 - 65 años de edad, correspondió el 3.3% de los pacientes, ó sea, un paciente para cada intervalo. Ver Gráfica No. 1.

Para el Grupo Control, las edades fluctuaron entre los 21 y 25 años, 9 pacientes(30.0%); entre los 26 y 30 años, 6 pacientes(20.0%); de 16 á 20 años, 5 pacientes(16.6%); de 31 á 35 años, 4 pacientes --- (13.0%); de 36 á 40 años, 3 pacientes(10.0%); de 11 á 15 años, 2 pacientes(6.6%); y, de 41 á 45 años, 1 paciente(3.3%). Ver Gráfica No. 1.

Datos que nos indican que para el Grupo FR hay un rango más am--- plio de edades y menores frecuencias, que para el Grupo Control, en - donde el rango de edades fué menor, mientras que, la frecuencia fué - más alta. Observándose, además, que los datos pertenecientes al Grupo Control siguieron una curva de distribución normal, en la frecuencia

de las edades; mientras que, en el Grupo FR, los datos mostraron di reccionalidad. Ver Gráfica No. 1.

En cuanto al nivel de escolaridad en el Grupo FR, hubo 15 pa---
cientes(50.0%), con nivel de Primaria; 6 pacientes(20.0%), con un -
nivel de Secundaria; 5 pacientes(16.6%), con un nivel de Preparato-
ria, y, 4 pacientes(13.3%), con nivel Profesional. Para el Grupo --
Control, 3 pacientes(10.0%), no tuvieron grado de escolaridad; 7 pa
cientes(23.3%), tuvieron escolaridad de Primaria; 8 pacientes(26.6%)
nivel de Secundaria; 7 pacientes(23.3%), nivel de Preparatoria y/ó
Comercio; y, 5 pacientes((16.6%), nivel Profesional. Ver Gráfica No.
2.

Si comparamos estos datos referentes al nivel de escolaridad, -
se puede observar que en el Grupo Control, tales datos, se distribu
yen normalmente(forman la llamada Curva de Campana), en la pobla---
ción; mientras que, en el Grupo FR, siguen una dirección mostrando
que la mayor frecuencia de la población se encuentra en el nivel de
Primaria. Si además, establecemos una comparación de estos datos, -
con aquellos de la edad de los pacientes en el momento del estudio
encontraremos que, en comparación con las edades, el Grupo FR, pre-
sentó una relación de mayor edad y menor grado de escolaridad; mien
tras que, el Grupo Control, presentó mayor grado de escolaridad y -
menor edad en los pacientes de esta muestra.

En relación al número de personas por vivienda, para el Grupo -
FR, se obtuvo un total de 177 personas, con una media de 5.9 perso-
nas por vivienda; en comparación, con el Grupo Control, para el ---
cual, el total de personas fué de 141, con una media de 4.7 perso--
nas por vivienda. Indicándonos, este dato, que el número de perso-
nas por vivienda es mayor en el Grupo FR; así como, también, al ana
lizar los resultados respecto al número de recámaras, encontramos -
que para el Grupo FR, el total fué de 72 habitaciones(Media = 2.4);
mientras que, para el Grupo Control fué de 60 habitaciones(Media =
1.83). Dichos datos, nos indican que el número de las habitaciones

se incrementó al incrementar el número de personas por vivienda; pero, para poder contemplar en qué relación se aumentó tal cantidad, dividimos el número de las recámaras entre el número de las personas para cada grupo poblacional. Esto, arrojó un total de 0.40 para el Grupo FR, y un total de 0.42 para el Grupo Control, siendo esta diferencia muy poco significativa entre ambos grupos, lo que nos indica que se aumentó casi en la misma proporción.

En lo referente al número de ventanas por recámara, se encontró que los resultados fueron muy similares para ambos grupos: 23 recámaras(76.6%), del total para cada grupo, tuvieron una ventana; 1 recámara(3.3%), en ambos grupos no contaba con ventanas; 6 recámaras (20.0%), del restante de ambos grupos, contó con 2 y 3 ventanas por recámara. Ver Gráfica No. 3.

En cuanto a la presencia de animales, se encontraron las si----guientes diferencias: para el Grupo FR, hubo 19 viviendas(63.3%), - en las que se encontró un animal; y, 11 viviendas(36.6%), donde no lo hubo. En tanto que, para el Grupo Control, sólo se encontraron animales en 9 viviendas(30.0%); mientras que, en las 21 viviendas -- restantes(70.0%), no se encontraron animales. Ver Gráfica No. 4.

Al intentar obtener los datos concernientes al Ingreso Económico Mensual de las Familias de los pacientes pertenecientes al Grupo FR, se presentó la dificultad consistente en que en 10 casos se negó tal información. Argumentándose no saberlo, ó simplemente, negándolo. Algunas de estas personas, refirieron, además, que no lo aportaban, pues, les aumentarían la cuota del I.M.S.S.

Por la razón anterior, el análisis de tal dato, para el Grupo - FR, fué llevado a cabo para un total de 20 pacientes, y para el total de los pacientes considerados en el Grupo Control.

Encontrándose, que para el Grupo FR, el rango de menor ingreso económico, se situó entre los 0 y 4999 pesos mensuales, y el rango de mayor ingreso entre los 30000 y los 34999 pesos; mientras que, - para el Grupo Control, el rango menor fué de los 5000 a los 9999 pe

sos, y el rango mayor estuvo entre los 85000 y los 89999 pesos. --- Siendo la Media del Ingreso Económico Mensual para el Grupo FR, de 17388 pesos; en tanto que, la Media del Ingreso para el Grupo Control, fué de 24948.60 pesos. Habiendo una diferencia de 7560.60 pesos entre ambas Medias Estadísticas de Ingresos Económicos. Ver Tabla No. 1.

En relación a aquellos datos concernientes al Conocimiento del Padecimiento por los pacientes, la evaluación de las respuestas a tales preguntas, se consideró primero por la respuesta de "sí" ó "no" que proporcionaba el paciente; y después, se le preguntaba a dicho paciente en forma específica. De tal forma, que si el paciente contestaba "sí", tenía que dar una explicación acertada sobre el padecimiento; de lo contrario, la respuesta se consideraba negativa. Por otro lado, si el paciente respondía no tener conocimientos del padecimiento, y su explicación del mismo era acertada, la respuesta se consideraba como afirmativa.

La primera de las preguntas sobre el conocimiento de la Fiebre Reumática, en relación a los pacientes del Grupo FR, fué contestada de la siguiente manera: 11 pacientes(36.6%), reportaron si tener conocimiento sobre la Fiebre Reumática; y los 19 pacientes restantes (63.3%), reportaron no tener conocimiento del padecimiento. En lo que respecta al Grupo Control, sólo 6 pacientes(20.0%), reportaron tener conocimientos sobre el padecimiento; y, el 80.0% restante de pacientes, no tuvo conocimientos de él. En ambos grupos, el porcentaje del Conocimiento sobre el padecimiento no fué mayor del 40.0%; aunque, en los pacientes del Grupo FR dicho conocimiento fué un poco mayor que para el Grupo Control. Ver Gráficas No. 5 y No. 6.

Sobre el Conocimiento del Programa para la Prevención de la Fiebre Reumática, las respuestas afirmativas en el Grupo FR, fueron dadas por 7 pacientes(23.3%); y para el Grupo Control, sólo un paciente(3.3%), respondió afirmativamente. El resto de ambos grupos de pacientes contestó negativamente. Se observa de estos datos, que para

el Grupo FR, fué mayor la cantidad de respuestas afirmativas; sin embargo, en ninguno de los grupos, el porcentaje de respuestas afirmativas, fué mayor del 25.0%. Ver Gráficas No. 5 y No. 6.

Los siguientes datos Específicos del Padecimiento, se obtuvieron únicamente del Grupo FR:

Los padecimientos anteriores a la Fiebre Reumática, referidos por dichos pacientes, se distribuyeron en la siguiente forma: 17 pacientes(56.6%), refirieron Amigdalitis de repetición; 2 pacientes - (6.6%), dijeron haber padecido Artralgias; 1 paciente(3.3%), refirió Amigdalitis + Otitis; y, los 10 pacientes restantes(33.3%), no reportó haber presentado alguna patología anterior al diagnóstico de Fiebre Reumática. Estos resultados confirman lo conocido; ó sea, que el padecimiento más relacionado con la aparición de la Fiebre Reumática, es la Amigdalitis.

Sobre los informes recibidos por estos pacientes de parte del Médico Familiar, se encontraron los siguientes resultados: 20 pacientes(66.6%), dijeron haber recibido información sobre su padecimiento; 7 pacientes(23.3%), reportaron no haberlos recibido; mientras que, los 3 pacientes restantes(10.0%), no recordaron haber recibido tal información. Ver Gráfica No. 6.

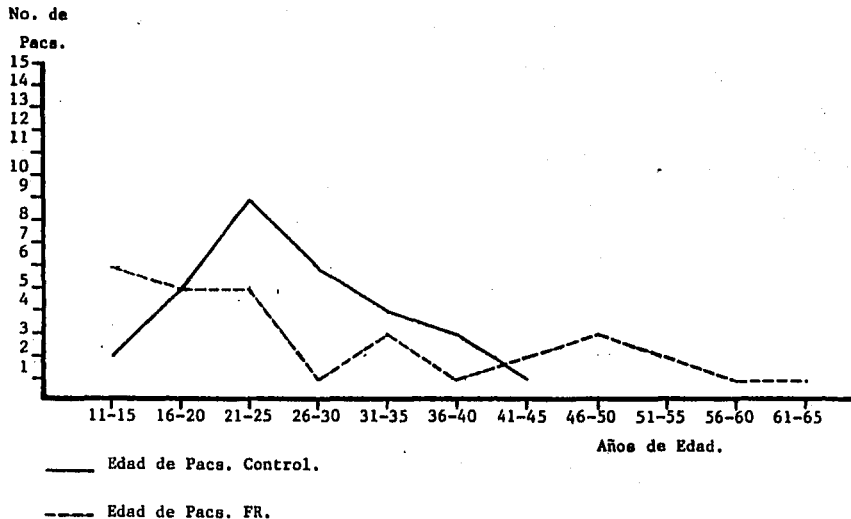
Al investigar sobre los diagnósticos elaborados en estos pacientes se encontró: 12 pacientes(40.0%), con diagnóstico de Fiebre Reumática únicamente; 8 pacientes(26.6%), con Fiebre Reumática + Estenosis Mitral; en 2 pacientes(6.6%), Fiebre Reumática + Doble Lesión Mitral y Doble Lesión Aórtica; para los siguientes diagnósticos: Corea únicamente; Fiebre Reumática + Corea; Fiebre Reumática + Hipertrofia Ventricular Derecha; y, Fiebre Reumática + Doble Lesión Mitral; correspondió un sólo paciente(3.3%), respectivamente. En 4 pacientes(13.3%), no fué posible la obtención del diagnóstico elaborado, debido a la pérdida del expediente.

En cuanto a las edades en las cuales fueron elaborados los diagnósticos, estas, fluctuaron entre los rangos de 3 a 5 años y entre

los 46 y 50 años; mientras que, las edades de los pacientes en el momento del presente estudio, fluctuaban entre los 11 á 15 años y los 61 á 65 años de edad. Ver Gráfica No. 7.

El 63.3% de los diagnósticos se elaboró antes de los 31 años; y el 36.6% restante de diagnósticos fué elaborado entre los 31 á 50 años de edad. La mayor frecuencia de diagnósticos se elaboró antes de los 21 años de edad, correspondiendo al 56.6% de los pacientes.

Gráfica No. 1: Comparación de las Edades de los Pacientes con Fiebre Reumática y los Pacientes Control.



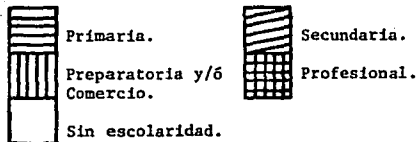
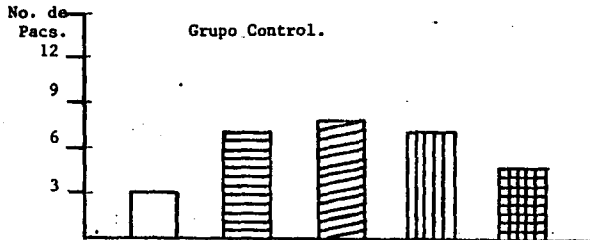
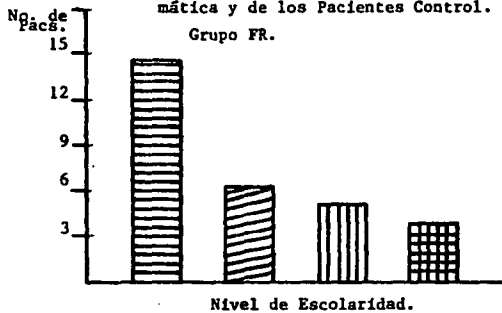
Fuente: Encuesta realizada en 30 Pacientes con Fiebre Reumática y 30 Pacientes Control.

I.M.S.S.

U.M.F. No. 21

1982.

Gráfica No. 2: Nivel de Escolaridad de los Pacientes con Fiebre Reu-
mática y de los Pacientes Control.
Grupo FR.



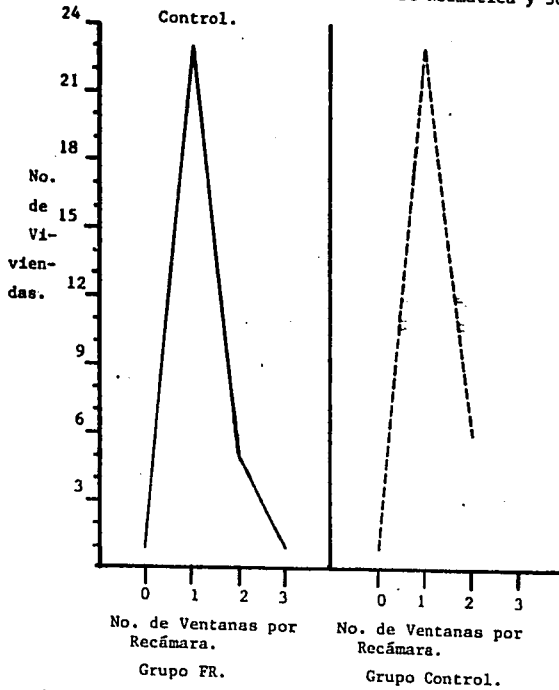
Fuente: Encuesta realizada en 30 Pacientes con Fiebre Reumática y 30 Pacientes Control.

I.M:S.S.

U.M.F. No. 21.

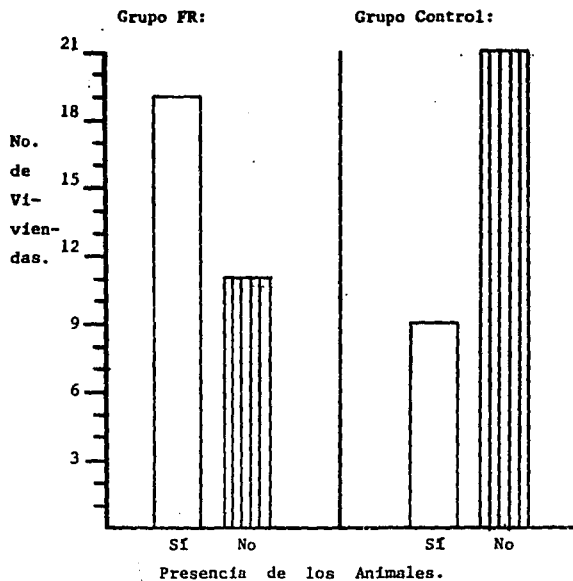
1982.

Gráfica No. 3: Número de Ventanas en las Recámaras de las Viviendas de 30 Pacientes con Fiebre Reumática y 30 Pacientes Control.



Fuente: Encuesta realizada en 30 Pacientes con Fiebre Reumática y en 30 Pacientes Control.
 I.M.S.S. U.M.F. No. 21. 1982.

Gráfica No. 4: Presencia de Animales en las Viviendas de 30 Pacientes con Fiebre Reumática y de 30 Pacientes Control.



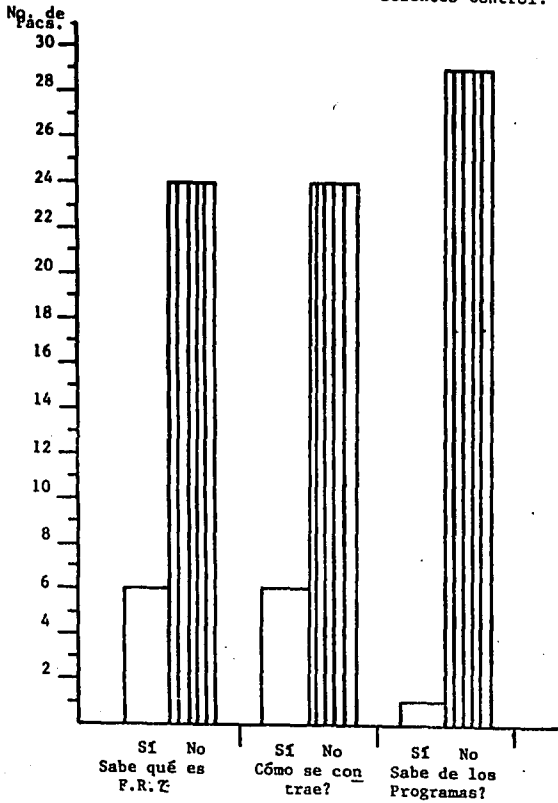
Fuente: Encuesta realizada en 30 Pacientes con Fiebre Reumática y - en 30 Pacientes Control.

I.M.S.S.

U.M.F. No. 21.

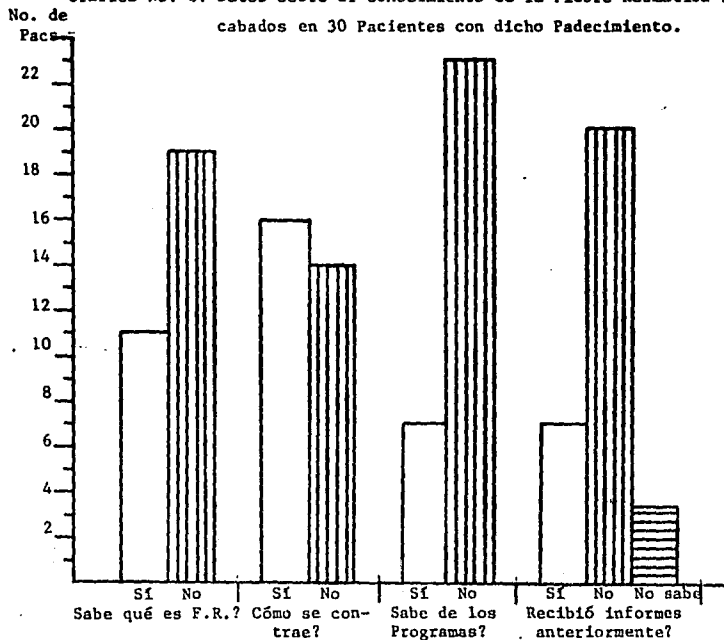
1982.

Gráfica No. 5: Datos sobre el Conocimiento de la Fiebre Reumática recabados en 30 Pacientes Control.



Fuente: Encuesta realizada en 30 Pacientes Control.
I.M.S.S. U.M.F. No. 21. 1982.

Gráfica No. 6: Datos sobre el Conocimiento de la Fiebre Reumática re
cabados en 30 Pacientes con dicho Padecimiento.



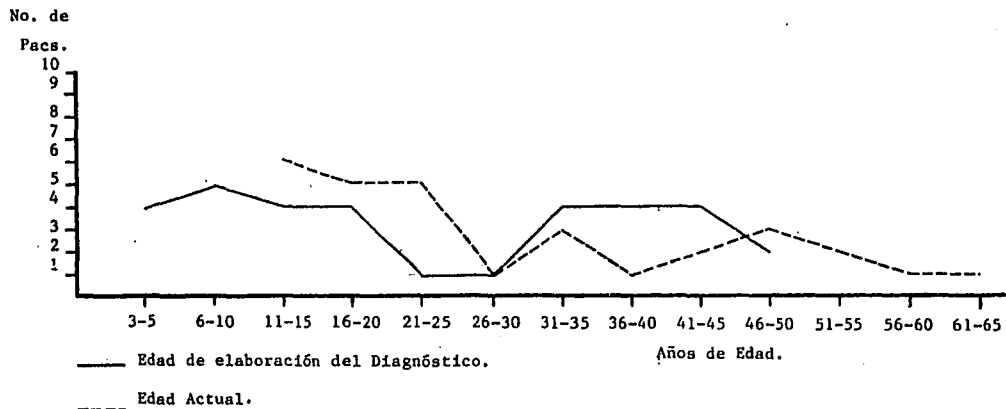
Fuente: Encuesta realizada en 30 Pacientes con Fiebre Reumática.

I.M.S.S.

U.M.F. No. 21.

1982.

Gráfica No. 7: Comparación de la Edad actual de los pacientes con Fiebre Reumática y la Edad de los mismos en el momento de elaboración del Diagnóstico.



Fuente: Encuesta realizada en 30 Pacientes con Fiebre Reumática.

I.M.S.S.

U.M.F. No. 21.

1982.

Tabla 1 : Instituto Mexicano del Seguro Social.
Ingreso Económico por Familia.

Grupo EB:		
Intervalo de Sueldos:		Total Pacientes:
\$0.00 - 4999.00		2
\$ 5000.00 - 9999.00		1
\$10000.00 - 14999.00		5
\$15000.00 - 19999.00		4
\$20000.00 - 24999.00		1
\$25000.00 - 29999.00		6
\$30000.00 - 34999.00		1
Total:		20

Fuente: Encuesta en la U.M.F. 21.

Año: 1982.

Grupo Control:		
Intervalo de Sueldos:		Total Pacientes:
\$ 5000.00 - 9999.00		2
\$ 10000.00 - 14999.00		6
\$ 15000.00 - 19999.00		4
\$ 20000.00 - 24999.00		5
\$ 25000.00 - 29999.00		3
\$ 30000.00 - 34999.00		4
\$ 35000.00 - 39999.00		3
\$ 40000.00 - En adelante		3
Total:		30

Fuente: Encuesta en la U.M.F. 21.

Año: 1982.

Anexo 1 : Instituto Mexicano del Seguro Social.
 Casos de Fiebre Reumática notificados de 1971 - 1980.
 Todo el Sistema.

Año:	No. de Casos:
1971	2 753
1972	2 374
1973	4 693
1974	6 175
1975	8 038
1976	7 484
1977	7 512
1978	5 848
1979	5 615
1980	2 417

Fuente: Boletín Epidemiológico del I.M.S.S.
 Año: 1971, 1972, 1973, 1974, 1975, 1976, 1977, ---
 1978, 1979, 1980.

Anexo 2 : Instituto Mexicano del Seguro Social.
Casos de Fiebre Reumática notificados por meses.
Delegación 5 del Valle de México.

Mes:	No. de Casos:
Enero	108
Febrero	61
Marzo	12
Abril	4
Mayo	4
Junio	34
Julio	7
Agosto	7
Septiembre	5
Octubre	5
Noviembre	7
Diciembre	5
Total:	259

Fuente: Boletín Epidemiológico del I.M.S.S.
Año: 1980.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

De acuerdo con los datos referentes al sexo de los pacientes -- del Grupo FR; estos fueron, en su mayoría mujeres, presentándose en una proporción de 7 mujeres por 3 hombres. Dato, este, que guarda -- relación con la conocida mayor frecuencia de la Fiebre Reumática en las mujeres.

En lo relativo a la escolaridad de ambos grupos, cabe mencionar una diferencia: mientras 15 pacientes(50.0%), del Grupo FR tuvieron un nivel de Primaria y el resto de esta muestra se encontraba distribuido en niveles de escolaridad superiores, en el Grupo Control, la población comprendida hasta el nivel de Primaria era de tan sólo 10 pacientes(33.3%).

Mostrando esto, un mayor acceso del Grupo Control a niveles de escolaridad superiores, en comparación, con el Grupo FR. Consideramos, que aunado a la adquisición de un grado académico mayor, se ha lla también un mayor número de normas de higiene, las que conven--- dría fueran determinadas por estudios posteriores.

Hubo un mayor número de personas por vivienda para el Grupo FR (Media = 5.9 personas por vivienda); en comparación, con el Grupo Control(Media = 4.7 personas por vivienda). Sin embargo, al compa--- rar este dato con el del número de habitaciones, no se presentó una gran diferencia(Total de 0.40 para el Grupo FR, Total de 0.42 -- para el Grupo Control). Asimismo, el número de ventanas, fué muy si milar para ambos grupos. Lo cual nos hace concluir que el análisis cuantitativo de la vivienda, i.e., número de personas por vivienda, número de personas por habitación, y, número de ventanas por habita ción; no arroja datos significativos que puedan diferenciar a un -- grupo del otro. Cabría plantear la necesidad de un estudio poste--- rior que comprenda un análisis de las características cualitativas de la vivienda, como sería, la ubicación de la vivienda, tipo de -- construcción, grado de urbanización, servicios con los que cuenta.

Con respecto a la presencia de animales; estos, se encontraron en 19 viviendas(63.3%), del Grupo FR, mientras que, sólo se encontraron en 9 viviendas(30.0%), del Grupo Control. Si se añade a este dato, el del número de personas por vivienda, es posible apreciar un mayor hacinamiento en el Grupo FR. Lo cual, nos muestra una evidencia de la presencia de factores -el hacinamiento, en este caso-, que corrientemente han sido mencionados como predisponentes, en las condiciones de vida del paciente con Fiebre Reumática.

El ingreso económico fué un factor que mostró diferencias significativas en ambos grupos, lo cual nos indica que existe un nivel de vida superior para el Grupo Control, con lo que se confirma la hipótesis planteada al inicio de este trabajo.

Otro de los objetivos del presente estudio fué determinar la relación del conocimiento del padecimiento por parte de los pacientes con la presencia del mismo. A este respecto, se encontró que la existencia del padecimiento no estaba en función del desconocimiento de este, sino que, por el contrario, la presencia de la enfermedad, determinaba el que estos pacientes la conocieran. Sin embargo, dicho conocimiento, no superó el 40.0% de todos los pacientes del Grupo FR. Relación, que fué muy parecida a la obtenida para el conocimiento por ambos grupos del Programa de Prevención de la Fiebre Reumática, aún cuando, el porcentaje que se obtuvo para este conocimiento fué más bajo: no mayor del 25.0%.

BIBLIOGRAFIA:

- 1.- Verztman, L., De Paola, D.: Molestia Reumática(Fiebre Reumática). En: "Enfermedades Difusas del Tejido Conectivo" Verztman, L., De Paola, D.(Eds.), Schering(U.S.A.), - México, D.F., 1974, Págs.: 159 -206.
- 2.- Sokolow, M., "Cardiología Clínica". Edit.: El Manual Moderno S.A., México, D.F., 1979, Págs.: 382 - 422.
- 3.- Hurst, J., et al, "The Heart, Arteries and Veins"., Edit.: - Mc Graw Hill Book Company, U.S.A., 1978, Págs.: 947 - 1092.
- 4.- Boletín Epidemiológico Anual del I.M.S.S., Edit.: I.M.S.S., México, D.F., 1971.
- 5.- Boletín Epidemiológico Anual del I.M.S.S., Edit.: I.M.S.S., México, D.F., 1972.
- 6.- Boletín Epidemiológico Anual del I.M.S.S., Edit.: I.M.S.S., México, D.F., 1973.
- 7.- Boletín Epidemiológico Anual del I.M.S.S., Edit.: I.M.S.S., México, D.F., 1974.
- 8.- Boletín Epidemiológico Anual del I.M.S.S., Edit.: I.M.S.S., México, D.F., 1975.
- 9.- Boletín Epidemiológico Anual del I.M.S.S., Edit.: I.M.S.S., México, D.F., 1976.
- 10.- Boletín Epidemiológico Anual del I.M.S.S., Edit.: I.M.S.S., México, D.F., 1977.
- 11.- Boletín Epidemiológico Anual del I.M.S.S., Edit.: I.M.S.S., México, D.F., 1978.
- 12.- Boletín Epidemiológico Anual del I.M.S.S., Edit.: I.M.S.S., México, D.F., 1979.
- 13.- Boletín Epidemiológico Anual del I.M.S.S., Edit.: I.M.S.S., México, D.F., 1980.
- 14.- Programa de Fiebre Reumática. Instituto Mexicano del Seguro Social/Jefatura de Servicios de Medicina Preventiva. -

México, D.F., 1979.

- 15.- Wallach, J., "Interpretation of Diagnostic Tests". Edit.: - Little, Brown and Company., U.S.A., 1979, Págs.: 173 - 175.
- 16.- Chávez, I., "Cardioneumología fisiopatológica y clínica". Edit.: Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Medicina., México, D.F., 1973, Tomo I., Págs.: 810 - 838.
- 17.- Young, R., Veldman, D., "Introducción a la Estadística aplicada a las Ciencias de la Conducta"., Edit.: Trillas, S.A., México, D.F., 1972, 453 p.p.
- 18.- Kish, L., "Muestreo de Encuestas"., Edit.: Trillas, S.A., - México, D.F., 1979, 739 p.p.