



DESARROLLO

- I INTRODUCCION
- II MATERIAL Y METODOS
- III RESULTADOS
- IV DISCUSION
- V SUMARIO Y CONCLUSIONES
- VI FIGURAS Y ANEXOS
- VII BIBLIOGRAFIA.



I N D I C E

I.	INTRODUCCION	Pág. 1 - 5
II.	MATERIAL Y METODOS	5 - 16
	IIa. Lugares de estudio	5 - 6
	IIb. Sujetos	6
	IIc.. Procedimientos	6 - 8
	II d. Técnicas	8 - 15
	II e. Cálculos	15 - 16
III.	RESULTADOS	
	III-1. Aspectos Generales	16 - 18
	Edad	16
	Sexo	16
	Lugar de Nacimiento	17
	Infecciones Respiratorias Previas	18
	Vivienda y Alimentación	18
	Antecedentes de Fiebre Reumática en Familiares	18
	III-2. Criterios para el diagnóstico de la Fiebre Reumática	19 - 33
	Criterios Mayores	19 - 24
	Criterios Menores	24 - 33
	III-3. Formas Clínicas	34
	III-4. Tratamiento	34 - 35
	III-5. Evolución	35 - 36

IV. DISCUSION.	Pág.	36 - 39
IV-a. Diagnóstico		39
Aspectos Generales		39 - 42
IV-b. Criterios para el diagnóstico de la Fiebre Reumática		42
Criterios Mayores		43 - 53
Criterios Menores		53 - 65
IV.c. Tratamiento		65 - 72
IV.d. Recidivas		72 - 73
IV.e. Prevención		73
Programa de Prevención Primaria y Secundaria		74 - 82
V. SUMARIO Y CONCLUSIONES		83
VI. ANEXOS DEL 1 al 8		
VII. BIBLIOGRAFIA.		Del I al XI.

1. INTRODUCCION.

Escribir sobre Fiebre Reumática, constituye para mí un placer y una obligación. Placer, porque satisface la inquietud que despertará en mí por esta enfermedad el ilustre maestro peruano ya desaparecido, Prof. Don Max Gonzáles Olaechea y, obligación, al dar cumplimiento con una de las recomendaciones del Comité Panamericano de "ESTUDIOS Y PREVENCION DE LA FIEBRE REUMATICA EN AMERICA", al cual pertenezco.

La Fiebre Reumática es una enfermedad frecuente y grave. Chávez Ignacio (1) decía en 1958, "El Problema mayor que el Instituto Nacional de Cardiología ha debido afrontar desde su fundación en 1944, ha sido el de las Carditis Reumáticas, lo mismo por razón de su frecuencia que de su severidad", ocupando las Carditis el primer lugar y el segundo la Enfermedad Coronaria.

En América del Norte y del Sur se encontró en el año 1958, 150 enfermos de Fiebre Reumática por cada 100,000 habitantes y, en el Perú 120 (2) el año 1960. Como se comprenderá la Fiebre Reumática preocupa por igual en sus aspectos médico y médico social, razón por la que nos decidimos a trabajar en ella.

La presente comunicación titulada: "FIEBRE REUMATICA ACTIVA , DIAGNOSTICO , TRATAMIENTO Y PREVENCION", es parte de un trabajo suvencionado por el Instituto Hipólito Unánue, que comprende además de la fase aguda, la subaguda y la crónica, y será motivo de otra publicación.

La Fiebre Reumática fué reconocida por Hipócrates (460-A.C.) (3) al descubrir la Artritis. Guillermo Baillonius (1938-1616) (3), fué el prime-

ro en usar el término de Poliartritis Aguda como entidad nosológica. Sydenham en 1876 (3) diferencia el reumatismo articular agudo de la gota; más tarde, describe la Corea que lleva su nombre. Lettsom (3), publica acerca del primer caso de "Fiebre Reumática en un niño", con comprobación necrópsica. Jenner y Pitcairn en 1789, fueron los primeros en relacionarla con la enfermedad cardíaca. Wells, publica en 1810 su obra sobre "On Rheumatism of the Heart". Más de 20 años después, Corvisart (3), relaciona la inflamación del corazón con la de las válvulas del corazón. Bouillaud, (4) ilustre discípulo de Corvisart, describe la Endocarditis y Pericarditis Reumática y establece su Ley de la coincidencia que dice: En la mayoría de los casos de reumatismo articular agudo febril, existe un grado variable de reacción inflamatoria en el corazón; "La coincidencia en la regla, la no coincidencia la excepción". Fué así, como a fines del siglo XIX, fué reconocida la Miocarditis Reumática.

La reacción inflamatoria, primera etapa o período temprano no específico, fué señalada con anterioridad a la lesión miocárdica intersticial específica y formación del nódulo de Ashoff en 1904. (5).

Well en 1810 (6), descubrió por primera vez los nódulos subcutáneos, y Bright en 1831 (3) la "Roseola Annulata".

Sir Thomas Watson (3), reconoce que la Fiebre Reumática es un enfermedad del niño, Mac Lagan en 1876 (7), enfatiza sobre la acción de los salicilatos y Mantle en 1887 establece el origen microbiano de la enfermedad. Más tarde Paine (3), Still (8) y Coombs (9), publican acerca del cuadro clínico y su probable etiología.

Trabajos más recientes, establecen la dependencia entre el Estreptococo Beta Hemolítico "A" y la Fiebre Reumática, recomendando a Glover (10). Schlesinger (11), Coburn (12), Collis (13), Wannamaker (14), Ramelkamp (15), Lancienfield (16), Stollerman (18), Hench (17), I. Chávez (19).

Dentro de los estudios sobre Patología en la Fiebre Reumática, destacan los de Klotz (20), Pappenheimer (20), Klinge (21), Swift (22), Ashoff (5), Edwards (23), Murphy (24), Mac Callum (25), Robles Gil (26) y muchos más que sería imposible citar.

Los trabajos clínicos y de Laboratorio se multiplican, tratando de ordenarlos con la finalidad de establecer un cuadro clínico definido; nace así, el trabajo de Jones (27) en 1944 titulado: "Criterios Mayores y Menores para el Diagnóstico de la Fiebre Reumática". En 1955 (28) y posteriormente en 1965, (29) dos Comisiones Ad-Hoc de la American Heart Association, modifican y revisan estos criterios.

La Fiebre Reumática, con una incidencia en la población general, de 15 x 10,000 habitantes para Norte y Sur América, de 76 x 10,000 para América del Centro y 65 x 10,000 para el Perú, constituye un serio problema médico social de urgente solución (30).

La Fiebre Reumática es una enfermedad grave en el niño, lesiona severamente su corazón, pero puede ser controlada gracias al tratamiento precoz y adecuado. Además, se beneficia, con la prevención primaria y secundaria establecida desde hace algunos años.

Las primeras comunicaciones sobre la acción preventiva de las sul-

fas, fueron de Swift (21), Massell (31) y Jones (32) en 1936. El uso de la Penicilina en la Fiebre Reumática, lo indicó Watson (33) en 1944 y Ramelkamp en 1950 (15) y el empleo de la Cortisona por Hench (17) en 1949.

Consideraciones aparte merecen los Profesores: I. Chávez, Milton Markowitz, Angelo Taranta, Decourt L., Mortimer E., Vaissman S. , Mag. G. Willson, Mendoza, Espino-Vela J., Wannamaker Lewis, Gene Stollerman, Ruth Whittemore, Gordis L. y Massell por su permanente y valiosa contribución científica.

Desde el año 1947 (34) venimos trabajando en Fiebre Reumática , la presente comunicación, es el fruto del esfuerzo de médicos, técnicas, enfermeras y alumnos de Medicina, para quienes les hago llegar mi profunda gratitud, y la presento a la Universidad Peruana Cayetano Heredia, para optar el Grado Académico de Doctor en Medicina.

II. MATERIAL Y METODOS.

IIa.- LUGARES DE ESTUDIO.

La presente investigación se realizó en 1970-71, en el Hospital del Niño, con 676 camas (35), situado en Lima (Perú), con una población de 3'330,000 habitantes, en el Distrito de Breña con 213,618 habitantes (36), zona de influencia hospitalaria.

En 1970, se creó en este Nosocomio el "Centro Piloto Detector de la Fiebre Reumática", comprendiendo las areas siguientes :