

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

FIEBRE REUMATICA Y GLOMERULONEFRITIS
AGUDA"

(Estudio Comparativo Realizado en 231 pacientes
Diagnosticados y Tratados en el Departamento -
de Pediatría del Hospital General de Guatemala,
del 1.º de Enero de 1965 al 31 de Diciembre de
1968).

TESIS

Presentada a la Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos

Por

JOSE LEONEL BARRIOS SANTOS

En el Acto de su Investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, Septiembre de 1969.

PLAN DE TESIS.

- I. INTRODUCCION
- II. FIEBRE REUMATICA
- III. GLOMERULONEFRITIS AGUDA
- IV. CONCLUSIONES
- V. BIBLIOGRAFIA.

FIEBRE REUMATICA Y GLOMERULONEFRITIS

Estudio realizado en 231 casos, diagnosticados y tratados en el Departamento de Pediatría del Hospital General de Guatemala, de Enero de 1965 a Diciembre de 1968.

INTRODUCCION:

Este trabajo tiene por objeto, hacer una revisión de la incidencia de Glomerulonefritis Aguda y Fiebre Reumática en el Departamento de Pediatría del Hospital General, y al mismo tiempo darnos una idea comparativa de la forma en que dichos pacientes fueron manejados durante su estancia hospitalaria, el por que se hayan revisado las dos enfermedades en conjunto es la relación que guardan entre sí con las infecciones producidas por el estreptococo hemolítico y con la incidencia tan alta en la población infantil hospitalaria; - por otro lado, es nuestra intención contribuir, aunque sea en forma modesta al estudio estadístico al respec

to, siendo así que de Fiebre Reumática no hacemos -- más que actualizar su estudio, pues existen revisio-- nes anteriores, hasta el año de 1962, no así de Glome-- rulonefritis Aguda, de la cual es la primera revisión que se hace en este Departamento.

No pretendemos con este trabajo, exponer las consi-- deraciones generales, como sería: Etiología, Anatomía Patológica, Epidemiología, Profilaxis, Diagnóstico y Tratamiento, etc., de estas enfermedades, sino que -- concretamente expondremos el resultados de la encues-- ta, únicamente haremos algunos recordatorios y mencio-- nes al respecto que son imprescindibles para poder ex-- poner el resultado de la encuesta.

FIEBRE REUMÁTICA.

Sinonimia:

Fiebre reumática, Poliartritis Reumática Aguda, Reu-- matismo Cardio-articular, Reumatismo Infeccioso, En-- fermedad Reumática, Infección Reumática, etc.

Definición:

La fiebre reumática es una enfermedad de presenta-- ción predominantemente infantil, con carácter de infec-- ción crónica y una de las causas principales de invali-- déz y muerte en los niños.

Etiología:

Se ha llegado a la conclusión de que la fiebre Reu-- mática, tanto en su etapa inicial como las sucesivas re-- cidivas, siguen a las infecciones respiratorias superio-- res, producidas por el Estreptococo Beta Hemolítico del grupo "A", sin embargo en la actualidad, no se sabe e-- xactamente si los estreptococos actúan juntamente con otro agente, o son la única causa, y si es así, se des--

conoce por que mecanismo especial producen la enfermedad, es decir, se carece de una prueba directa para demostrarlo.

Las evidencias indirectas son numerosas y significativas:

a) Profilaxis con antibióticos, si se administra desde el principio de la artritis, detiene la enfermedad, si se administra después del primer ataque articular, se evitan las recidivas.

b) Prueba Bacteriológica, hallazgo de Estreptococos en cultivos de orofaringe.

c) Presencia de Anti-cuerpos específicos, como lo son las Antiestreptolisinas que prueban la existencia de Estreptococo.

d) Prueba Epidemiológica, mayor incidencia de la enfermedad, coincidiendo con otras de igual origen microbiano, Ejemplo: Erisipela, Escarlatina, Anginas, con presencia simultánea de estreptococos en las vías res-

piratorias superiores. Por otra parte, faltan las pruebas definitivas como lo sería: Hemocultivo positivo, presencia de estreptococo en las lesiones y la reproducción experimental en animales de laboratorio.

El mecanismo se ha supuesto que actúa no directamente, sino por un mecanismo alérgico, o que la infección se asocia a otros factores como por Ejemplo: a una deficiencia de vitamina "C", a virus filtrante o a otro germen. También se ha supuesto que podría tratarse de una auto agresión, auto-inmunidad, (auto-sensibilización), en que las propias proteínas del individuo degradadas por el estreptococo se transforman en Alergenos (auto-alergenos).

Material y Método:

Inicialmente se pensó revisar todos los casos de Fiebre reumática comprobada en el Departamento de Pediatría del Hospital General, comprendidos en el período 1965-1968, es decir de 4 años, pero por difícil

tades de archivo sólo se encontraron 90 casos completos para estudio, es decir que aunque aproximado, no es el total de casos tratados en este Departamento.

Epidemiología:

En este renglón expondremos los datos referentes a: Edad, Sexo, Procedencia, Raza.

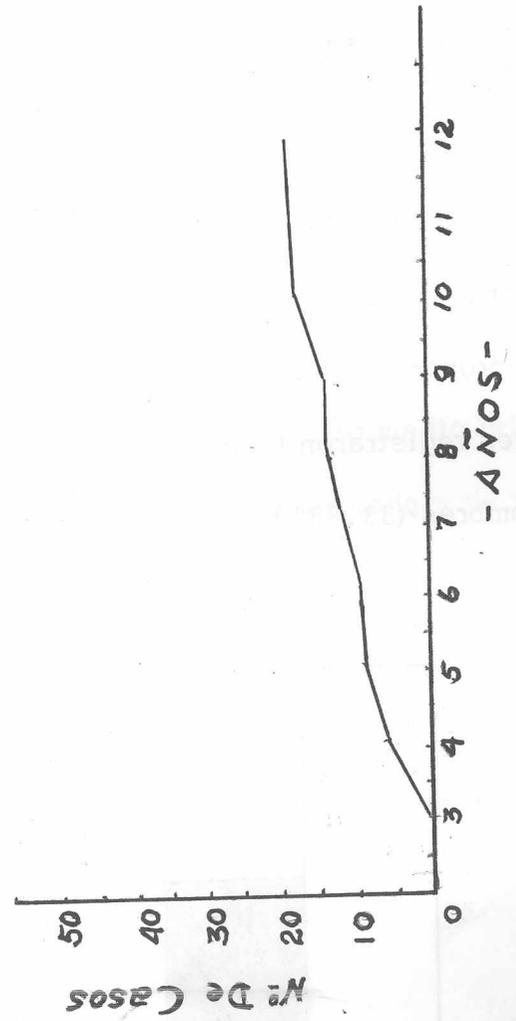
Teniendo en cuenta que ni aún en países cuya biología estadística es mejor, se conoce con exactitud la frecuencia de Fiebre reumática; daremos los resultados obtenidos en la revisión efectuada, tomando en cuenta la cifra 90 como 100%.

Edad:

Es uno de los factores más importantes, ya que se considera generalmente que es muy rara la fiebre reumática en los primeros años de vida, comenzando a manifestarse en niños mayores de 3 años, siendo su máxima frecuencia entre los 5 y los 15 años, aunque hay autores que la colocan en los 9 años, y otros en-

tre los 6 y los 8 años.

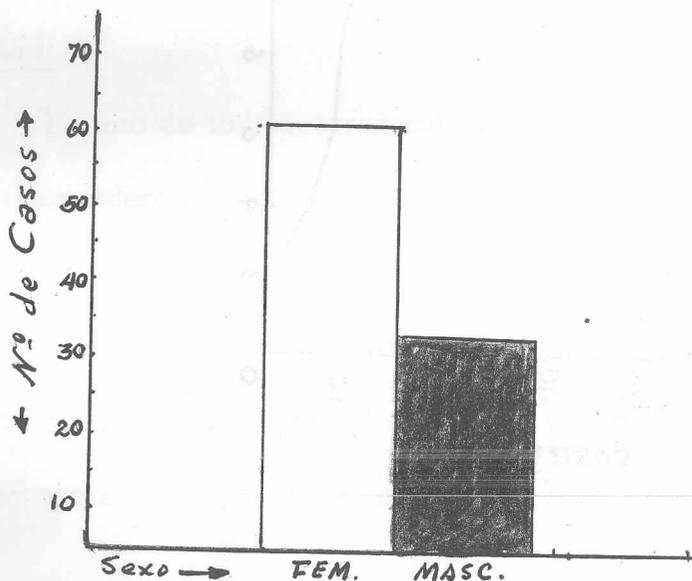
Gráfica No. 1.-



En nuestro estudio la mayor incidencia la encontramos entre las edades de 10 a 12 años que fué la máxima edad estudiada, encontrándose 45 casos que correspondería a un 50%.

Sexo:

En reconocido por varios autores que el sexo femenino a pesar de ser igualmente sensible que el masculino, es mayor su incidencia, lo cual pudimos constatar ya que la proporción fué de 2 a 1 favorable al sexo femenino, pues registraron 60 casos en mujeres (66.66%) y 30 en hombres (33.33%).



Lugar de Origen:

Es considerado por todos, que la mayor incidencia de la fiebre reumática y de muchas otras enfermedades es proporcional al grado de pobreza y de condiciones higiénicas del individuo, siendo nuestro medio rural el más paupérrimo; sería de esperarse una mayor incidencia en paciente de este grupo, sin embargo, el criterio pierde fuerza, al considerar factores de importancia como lo es la facilidad de transmisión en personas que viven hacinadas, como nuestro medio urbano pobre y la dificultad de atención adecuada y de transporte de la clase rural. Por otra parte y en general, la casi totalidad de pacientes estudiados, era pacientes de escasos recursos.

El resultado de procedencia fué de 83.5% de la capital y 18.5% de la zona rural.

Procedencia:

Núcleo Urbano 72.22%

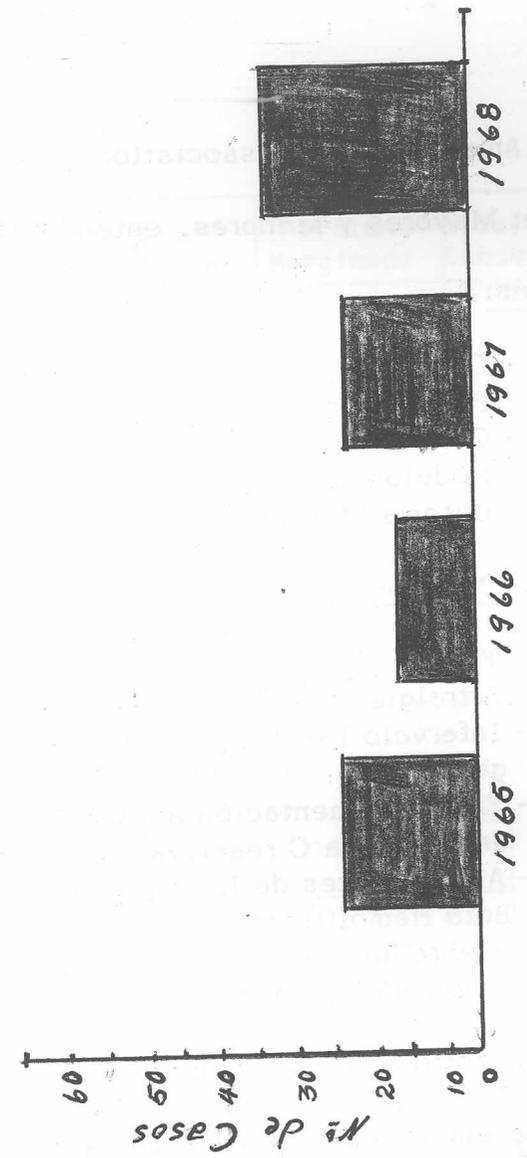
Núcleo Rural 27.7%

Raza:

No se pudo hacer una encuesta satisfactoria al respecto por obvias razones étnicas, ya que en --- nuestro medio hospitalario parece haber diferencia - de criterios para encasillar este renglón; explicable por no guardar los pacientes, características especí- ficas de raza.

Incidencia por Años:

En este renglón se considera la incidencia en los últimos 4 años estudiados, encontrándose 22 casos en 1965; 16 en 1966, 21 en 1967, y 31 en 1968, lo que -- nos dá una idea de que la variación es poca en los -- cuatro años estudiados.



Síntomas y Signos Clínicos:

El diagnóstico de fiebre reumática, se basa gene-- ralmente en los criterios de Jones, modificado; aceptado

por la American Heart Association, que divide los signos en: Mayores y Menores, entendiendo por signos

Mayores:

- 1.- Carditis
- 2.- Poliartritis
- 3.- Corea
- 4.- Nódulos Subcutáneos
- 5.- Eritema Marginado

Y signos Menores:

- 1.- Fiebre
- 2.- Artralgia
- 3.- Intervalo P-R del electrocardiograma, prolongado.
- 4.- Eritrosedimentación acelerada, o presencia de proterina C reactiva, o leucocitosis.
- 5.- Antecedentes de Infección por Estreptococos Beta Hemolíticos.
- 6.- Fiebre Reumática previa, o enfermedad cardíaca reumática inactiva.

En nuestro estudio, atendiendo a la anterior clasificación, encontramos la Carditis como síntoma principal en 50 de los casos (55.5%); Poliartritis 37 casos con inflamación articular (40%); Corea de Sydenham 25 (27.5%); Eritema Marginado 2 casos, (2.2%), con respecto a los Nódulos Subcutáneos no hay reportado nin

gún hallazgo (0)%

	Carditis	Poliartritis:	Corea	Eritema Marginado	Nódulos Subcut.
No. de Casos:	50	37	25	2	0
%	55.5%	40%	27.5%	2.2%	0%

Entre los signos generales, nos dan: Fiebre 50% Artralgias 56.6%, Epistaxis 6%, Anorexia 6%.

Los motivos de consulta fueron infección Respiratoria Superior en un 52.1% y en menor grado Anorexia 6% y Disnea 2%.

	%		%
Fiebre	50%	Edema M.I.	6%
Infección Orofaringe.	51.1%	Adenopatía	7%
Artritis con - Inflamación	30%	Anorexia	3%
Epistaxis	6%	Disnea	2%

Prueba de Laboratorio:

Debemos recordar que no se disponen de prue

bas de laboratorio específicas, sin embargo, las reacciones inflamatorias de las proteínas Plasmáticas pueden determinarse, así como la existencia de Estreptococia, por las pruebas rutinarias en los casos que se sospecha fiebre reumática.

Velocidad de Sedimentación Eritrocítica:

Aumentada en los casos de actividad reumática; - nos reportó aumento en un 90.1% en los casos estudiados.

Proteína C. Reactiva:

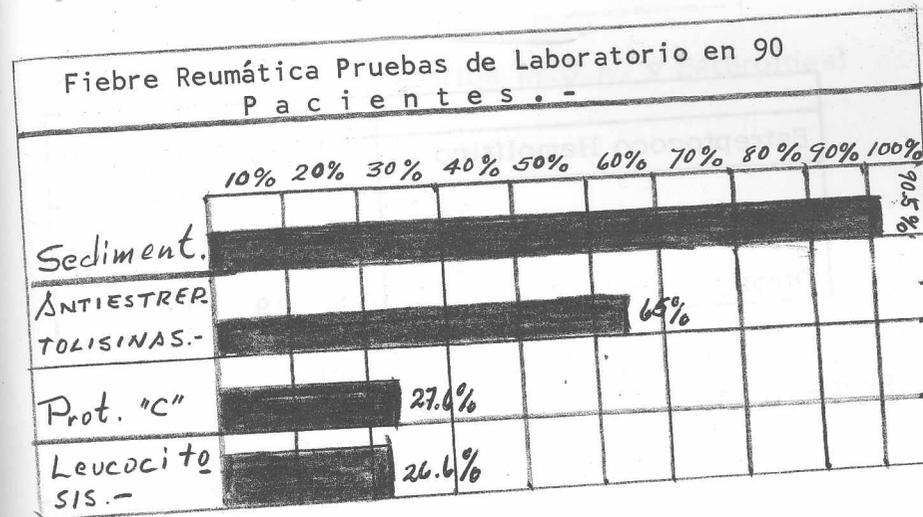
Positiva en el 27.6% de los casos.

Leucocitos. (arriba de 10,000)

Positiva en el 26.6% de los Casos.

Antiestreptolisinas: (Arriba de 150 unidades)

Se encontraron elevadas en el 65.5%, independiente de la severidad del cuadro clínico.



Determinación de la Infección Estreptocócica:

A todos los pacientes se les practicó cultivos faríngeos a su ingreso, siendo los resultados de lo más variado; así encontramos que Estreptococo Hemolítico se demostró en 37 casos (41.1%), y Antiestreptolisinas (arriba de 150), en 59 casos (65.5%).

	Nº CASOS	Porcentaje
Cultivo Positivo de Estreptococo	37	41.1%
Antiestreptolisinas 150 u.	59	65.5%

Los otros cultivos por su incidencia podemos enumerar sus resultados así: Estafilococo Blanco no Hemolítico 48 casos (53.3%). Otros 29 casos (32.2%).

	No. Casos	%
Estreptococo Hemolítico	37	41.1%
Estafilococo	48	53.3%
Otros	29	32.2%

Rayos X. de Torax:

La determinación de cambios en los rayos X de tórax, se hizo dificultosa, debido a que en la mayoría de los casos, en las papeletas no figuraban resultados en contrándose Cardiomegalia en 17 casos (18.8%).

Electrocardiogramas:

Tomando en cuenta alargamiento, espacio P-R y QT y alteraciones de la onda T, encontramos alteraciones únicamente en 15 pacientes (16.6%).

Tratamiento:

El tratamiento de hospitalización promedio entre las 2 y 8 semanas, y consistió:

- 1.- Reposo
- 2.- Penicilino-terapia

3.- Anti-inflamatorios (A.S.A. y Esteroides)

4.- Digital

Penicilino-Terapia:

Se aplicó en 89 pacientes, que corresponden al 98.8%, 35 de los cuales (38.8%), se siguió con Penicilina Benzatínica, al egresar.

A.S.A.:

Se aplicó en 71 pacientes (78.8%).

Esteroides:

Se aplicó en 19 pacientes (21%).

Digital:

Se usó en pacientes con insuficiencia cardíaca que fueron 7 (7.77%).

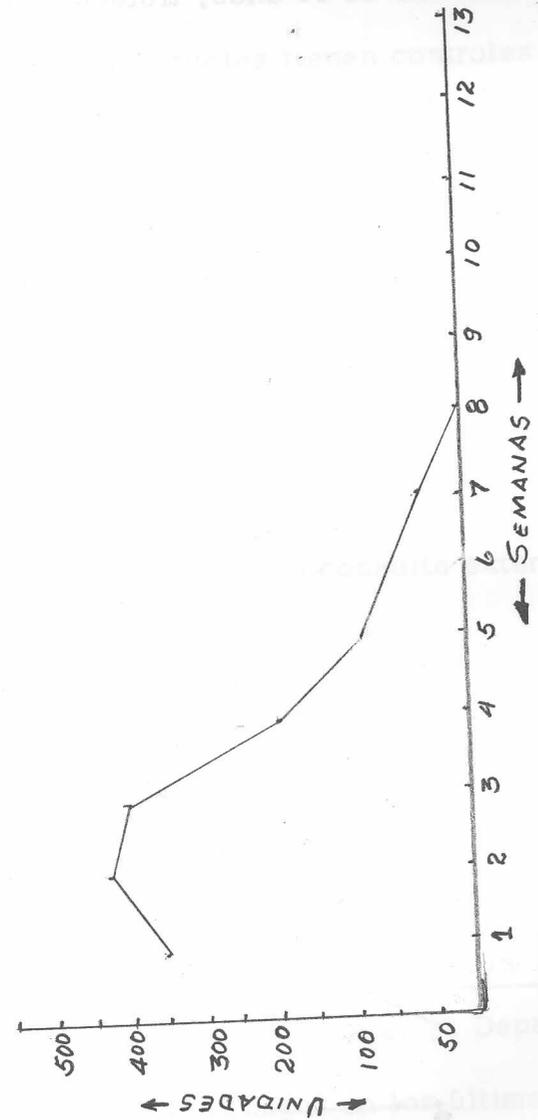
	No. Casos	%
Penicilino-Terapia	89	98.8%
A.S.A.	71	78.8%
Esteroides	19	21%
P. Benzatínica	35	38.8%
Digital	7	7.77%

En las dos gráficas que se exponen a continuación:
se da una idea de la evolución en dos pacientes trata-
dos con esteroides:

Progresión de la Curva de Antiestreptolisinas O.

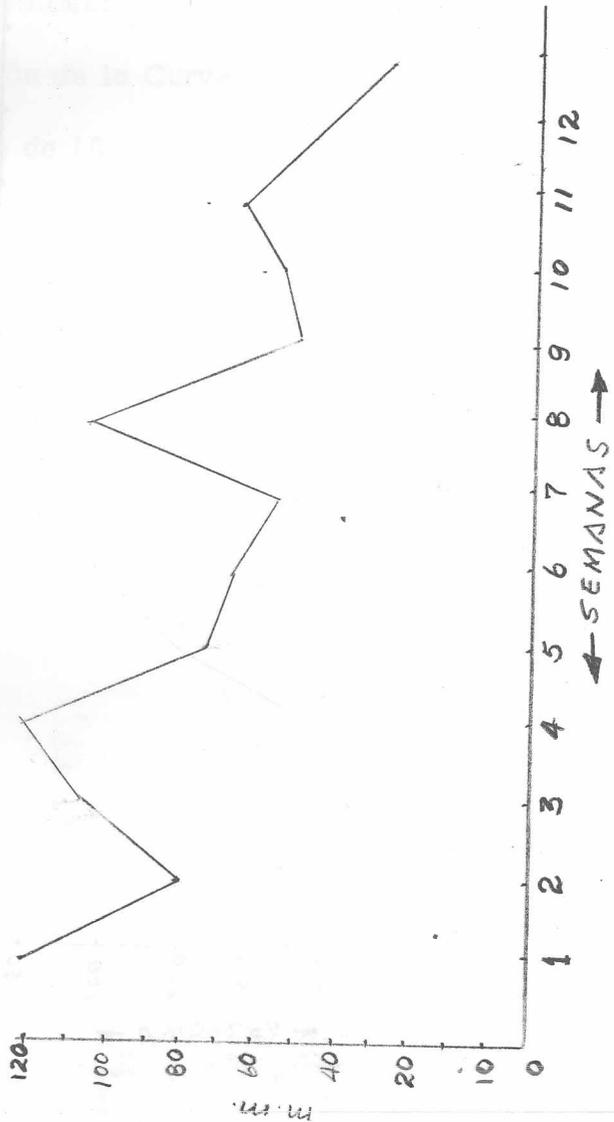
Paciente de 10 años 4 meses, tratado con esteroi-
des.

(Ver Página siguiente).



Progresión de la Curva de Sedimentación:

Paciente de 11 años, tratado con esteroides.



Evolución:

Se siguieron por consulta externa 23 pacientes --- (25.5%), algunos de los cuales tienen controles hasta un año después de su egreso; otro grupo de 20 pacientes (22.2%) reingresaron con el mismo diagnóstico; con respecto a las defunciones no fué posible hacer una revisión aproximada por dificultades de archivo, por errores de diagnóstico al descargar el paciente en el servicio en que estuvo hospitalizado. El resto de pacientes no tiene controles posteriores en consulta externa por no haberse presentado.

	No. de Casos:	%
Control en Consulta Ext.	23	25.5%
Reingreso con el mismo Diagnóstico	20	22.2%
No se controlaron	47	52.3%

Frecuencia de Fiebre Reumática en el Departamento de Pediatría del Hospital General en los últimos 10 años.

Total de niños con Fiebre Reumática Activa de --
1958 a 1962, 50

Total de niños con Fiebre Reumática Activa de --
1965 a 1968, 90.

Lo que nos dá una idea del aumento de la inciden-
cia de dicha enfermedad.

X	20.00
20.00	20.00

GLOMERULONEFRITIS

Material y Método:

De igual manera que en el estudio de la Fiebre --
Reumática se pensó revisar todos los casos de Glome-
rulonefritis comprobada en el Departamento de Pedia-
tría del Hospital General, comprendidos en el perío-
do de 1965 a 1968, pero por las mismas dificultades
de archivo, sólo se encontraron 141 casos comple--
tos para estudio; aunque no es ese el total de casos
estudiados en este Departamento.

La Glomerulonefritis, es en gran parte una en--
fermedad de infancia, y es la forma de Nefritis más
frecuente en los niños.

Etiología:

La Glomerulonefritis se presenta como reacción
Antígeno-anticuerpo, secundaria a cualquier infec--
ción en cualquier punto del cuerpo. Igual que la --
Fiebre Reumática, la infección se localiza con ma--

yor frecuencia en la porción superior de las vías respiratorias, y el agente causal en la mayoría de los casos es el estreptococo hemolítico Beta grupo "A", Cepa 12, 4 y 25.

En algunos casos la infección es cutánea, apareciendo los síntomas entre 1 y 3 semanas después del inicio de la infección Estreptocócica. Otras bacterias han sido descritas como agentes etiológicos, tales como el Neumococo, el Estafilococo y las variedades Viridianas del Estreptococo.

La Glomerulonefritis, se presenta también durante el acmé de ciertas infecciones y reacciones a agentes medicamentosos y físicos, sin embargo, nuestro estudio lo hemos circunscrito a la enfermedad -- descrita inicialmente, y a la cual se refieren los distintos autores como Glomerulonefritis Aguda (Sin Nefritis hemorrágica aguda, Glomerulonefritis meta infecciosa, etc.), es decir; aquella que ocurre durante

la convalecencia de una infección bacteriana, preferentemente estreptocócica, y cuya patogenia inmunológica está claramente demostrada.

No es nuestra intención hacer una descripción de las características Clínico-Patológica de la Enfermedad, ni resumir su diagnóstico y tratamiento, si no que igual que lo hicimos en el capítulo de Fiebre Reumática de dar cuenta del resultado de la revisión que de los casos encontrados obtuvimos.

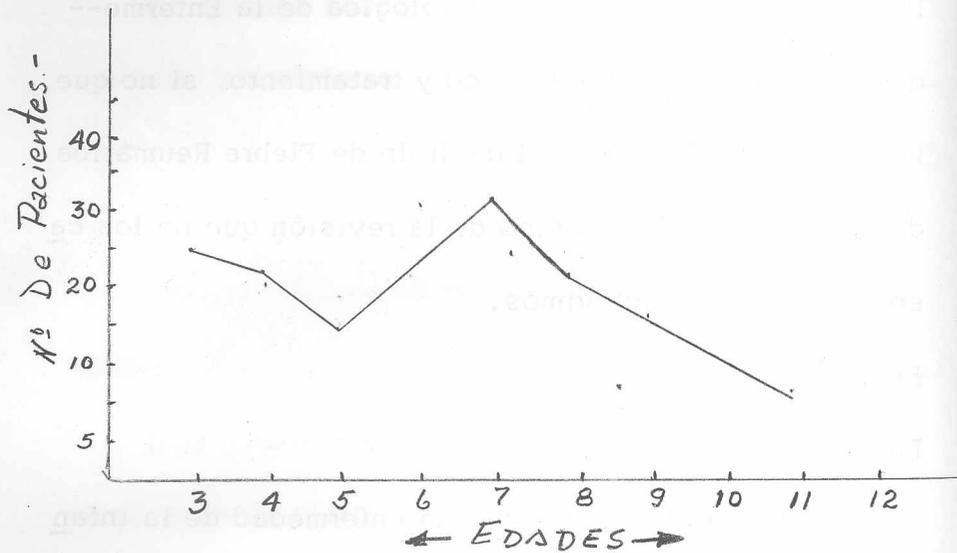
Epidemiología.

Edad.

La Glomerulonefritis es una enfermedad de la infancia y de la forma de Nefritis más frecuente en niños, aproximadamente la dos terceras partes de los casos se observan en niños menores de 7 años, es infrecuente en niños menores de 3 años, aunque se ha observado en el período Neo-natal y como afección Congénita.

En nuestra revisión de 141 casos se confirmó lo --

anterior encontrándose el mayor número entre los 3 y los 4 años, y entre los 7 y 8 años, comenzando la curva a descender en esta edad.

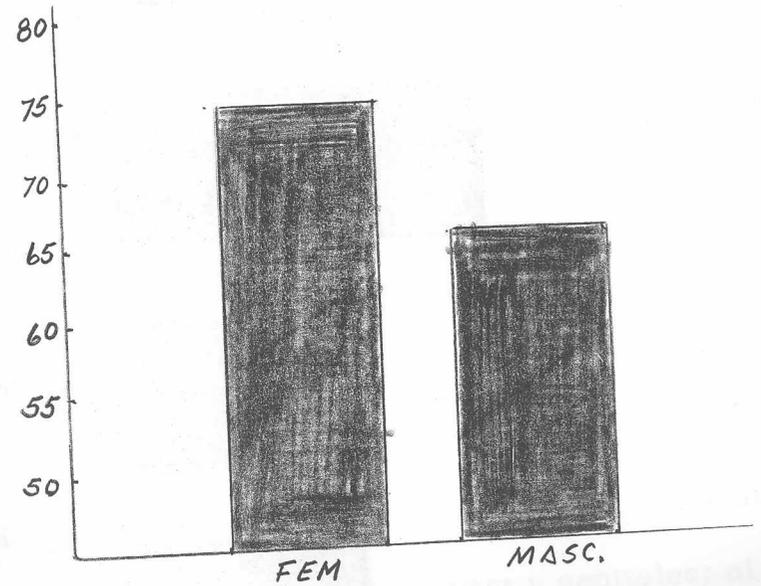


Sexo:

Parece ser más frecuente en niños que en niñas en proporción de 2 a 1, sin embargo, en nuestra revisión, la mayor incidencia correspondió al sexo femenino, en donde encontramos un 52,4% femenino.

Origen clínic:

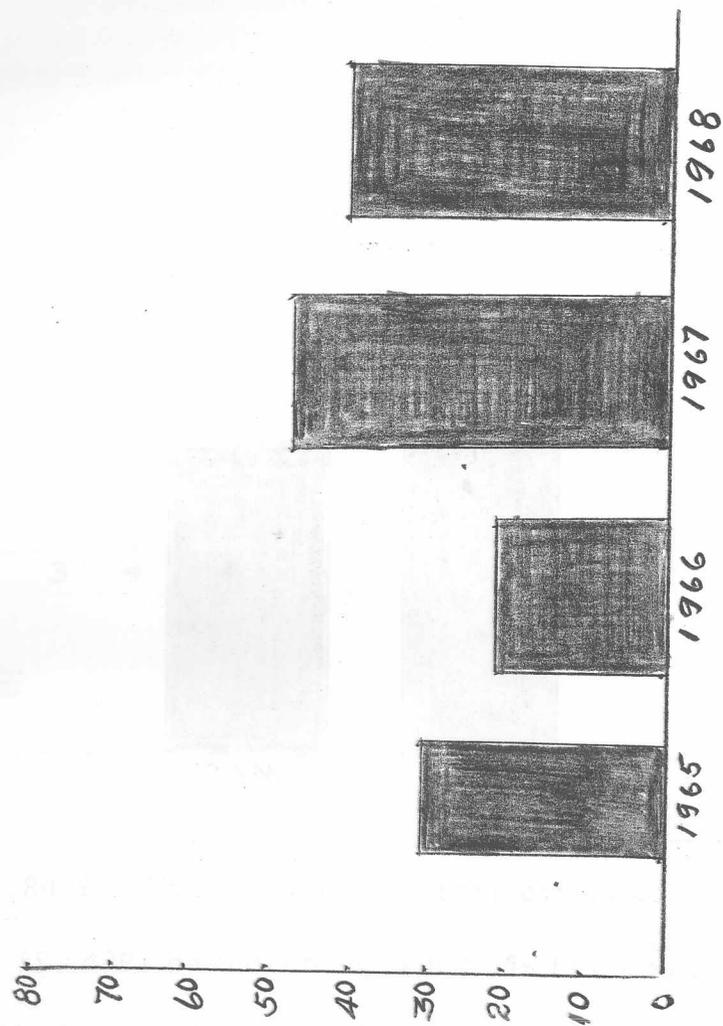
A diferencia de la Fiebre Reumática, la Glomerulonefritis, no guarda relación con el clima ni con el status económico.



Incidencia por Años:

En los cuatro años revisados de 1965 a 1968, encontramos en el año 1965, 32 casos; en 1966, 21 casos; en 1967 46; en 1968, 42 casos, lo que nos indica

que la incidencia es mayor en los últimos dos años.



Manifestaciones Clínicas:

El cuadro clínico de la Glomerulonefritis, es sumamente variable, pudiendo en algunos casos ser tan sutil, que pase desapercibida, y ser únicamente hallazgo de laboratorio; en cambio puede presentarse en forma severa, con fiebre alta, malestar general, cefalea, hipertensión, insuficiencia cardíaca, etc., sin embargo, por regla general, el cuadro es bastante característico.

De ordinario, la duración de la fase inicial, es de algunas semanas, pero varía desde unos cuantos días, (con terminación por resolución o la muerte) hasta algunos meses.

Entre los síntomas y signos figuran; palidez de la piel, dolor lumbar, escalofríos, cefalea, náuseas y vómitos, edema de los párpados, cara y genitales; al inicio de la enfermedad, especialmente en los niños, pueden ser síntomas cerebrales o cardíacos (insuficiencia), lo cual en muchos casos es causa de diagnóstico

erróneos. En nuestro estudio encontramos que los principales signos que motivaron consulta fueron:

- 1.- Edema Palpebral y de miembros inferiores en el 78.1%.
- 2.- Hematuria Macroscópica en el 34.2%.
- 3.- Fiebre en el 31.4%.
- 4.- Dolor en región lumbar 8.5%.
- 5.- Vómitos en el 8.1%
- 6.- Cefalea y Convulsiones en el 6%.

Refirieron Infección en Orofaringe, días antes de la consulta un 76.3%.

Exámen Físico:

Generalmente es posible que se encuentren pocos datos aparte de una infección residual de las vías respiratorias superiores acompañadas de edema palpebral y de miembros inferiores, se encuentra también habitualmente hipertensión de grado variable en el 60 o 70% de los casos, con niveles extremos de

presiones sistólicas de 200 mm. de Mercurio, y diastólicas de 100 a 120 mm., la existencia de hipertensión va acompañada y guarda relación directa con síntomas cerebrales (encefalopatía hipertensiva), y trastornos cardíacos.

Nosotros encontramos, edema palpebral y de miembros inferiores en el 78.1%, infección respiratoria superior activa o residual en el 76.3% de los casos.

Hipertensión Arterial en el 46% de los casos con límites que oscilaron desde 200/120 hasta ligeramente arriba de los límites normales, dicha hipertensión se presentó en la gran mayoría sólo en los primeros días normalizándose en la mayoría de los casos espontáneamente a los pocos días.

Signos Cardíacos:

Existen reportados en la literatura en porcentaje de 75 a 80%, más que todo alteraciones en el electrocardiograma, desafortunadamente en los casos revisa

dos, se encontró sólo un 8.5% que correspondió a cuadros obvios de arritmias o insuficiencia cardíaca, --- pues no se tomaron electrocardiogramas de rutina y mucho menos seriados.

	%		%		%
Edemas	78.1	Dolor Lumbar	8.5	Hematuria	34.2
Infección Orofaring	76.3	Vómitos	8.1	Anorexia	2
Hipertensión	46	Cefalea	6		
Fiebre	31.4	Epistaxis	2		
S. Cardíacos.	8.5	Convulsiones	2		

Hallazgos de Laboratorio:

Signos Urinarios.

Los hallazgos característicos en la orina de pacientes con Glomerulonefritis, lo constituye la presencia de Albúmina, sangre y cilindros, no pudiendo establecerse un diagnóstico preciso de glomerulonefritis - en ausencia de hematuria, cuya intensidad no es nece

sariamente una indicación de la gravedad o pronóstico del proceso, pues no hay correlación entre la magnitud de la hematuria y la extensión de las lesiones glomerulares.

Los Eritrocitos, son hemolizados a su paso a través del riñón, por lo que también se presenta hemoglobinuria.

La proteinuria es constante desde trazas indosificables hasta 2 o 3%, y tampoco guarda relación su intensidad a la gravedad de enfermedad, aunque su persistencia puede predecir el Síndrome Nefrótico.

Los Cilindros son componentes casi constantes - del cuadro de Glomerulonefritis Aguda, pudiendo encontrarse inicialmente predominio de cilindros Hialinos y Epiteliales, después Epiteliales y Granulosos y raramente cilindros cereos.

También es frecuente el hallazgo de leucocitos - en cantidad moderada.

Habitualmente, existe grado moderado de Oliguria con densidad baja, pudiendo llegar en casos extremos y excepcionales a anuria.

En la revisión de exámenes de orina se encontró Hematuria Microscópica y Proteinuria de grado variable en el 100% de los casos, los cilindros también con predominio de tipo granuloso, y los leucocitos presentes en cantidad moderada en el 91% de los casos, un 15% de los casos presentó moderada oliguria en las primeras semanas y no hay reportado ningún caso de anuria.

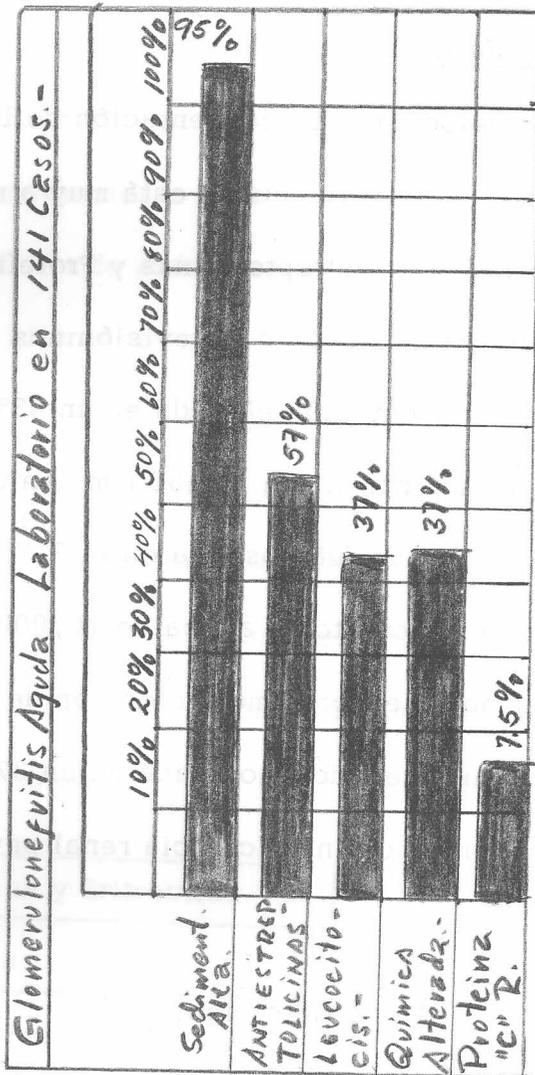
Hemoglobina y Eritrocitos	100%
Albuminuria	100%
Cilindros (Epiteliales y Granulosos)	48%
Leucocitos	91%
Oliguria	15%
Anuria	0%

Otros Exámenes:

La velocidad de sedimentación de los hematíes en la glomerulonefritis aguda, está muy a menudo elevada, así como la Antiestreptolisinas y Proteína C. Reactiva, los datos reportados en la revisión nos dieron la velocidad de sedimentación elevada en un 95%, las antiestreptolisinas por arriba de 150 mm. en un 52%, la proteína C reactiva fué positiva en el 7.7% de los casos.

Hubo leucocitosis arriba de 10,000 en 37 de los casos, también encontramos retención de productos catabólicos nitrogenados moderada en un 37% de los casos sin evidencia de insuficiencia renal severa.

(Ver cuadro siguiente).



Cultivos de Orofaringe:

En todos los pacientes estudiados se efectuó --
orocultivo a su ingreso, en algunos casos se repitió

en varias oportunidades, sin embargo los resultados no concuerdan con los cuadros clásicos descritos en los --
textos, posiblemente por errores en la toma y en la lec-
tura de laboratorio, siendo así que se encontró estrepto-
coco de distintas cepas en un 25.71%, y el resto entre
estafilococos y otras bacterias.

ORO CULTIVO EN 141 PACIENTES		%
Estreptococo Positivo		25.71%
Estafilococo y otros		74.29%

Relación entre Estreptococo y Antiestreptolisinas en --
141 Casos:

Estreptococo Positivo en Cultivo	25.71%
Antiestreptolisinas O Positiva	65.5%

Tratamiento:

El tratamiento consistió principalmente en:

- 1.- Reposo
- 2.- Dieta Hiposódica

3.- Penicilino-terapia

4.- Hipotensores

5.- Digital

Se dió penicilina procaína a 130 pacientes que equivale a un 92.8%, el resto ó sean 10 pacientes, aparecen la mitad (5) con eritromicina por presentar reacciones alérgicas a la penicilina, y el resto no se reporta tratamiento con penicilina.

Se administró hipotensores a 36 pacientes que corresponden al 25.7%, de los cuales 35 fueron tratados con Reserpina.

Otros medicamentos; fenobarbital a 35 pacientes (25%) y A.S.A., en 32 pacientes (22.8%).

Se usó digital en el 2.8% de los pacientes, por insuficiencia cardíaca.

		.%
Penicilinoterapia	130	92.8%
Eritromicina	5	3.57%
Fenobarbital	35	25.7%
Reserpina	36	25.7%
A.S.A.	32	22.8%
Digital	4	2.8%

La evolución fué variable, pues algunos casos evolucionaron satisfactoriamente en un corto período de tiempo, mientras que otros fueron de evolución lenta, siendo así, que el período de hospitalización, osciló entre tres semanas y tres meses, encontrándose el mayor número entre 30 y 45 días, en donde encontramos agrupados un 35.7% del total de casos.

El criterio para egreso, se hizo en todos los casos, evaluando la presión arterial, sedimentación, albuminuria y hematuria microscópica y la diuresis, además de la mortalidad en la química sanguínea, todos estos elementos fueron evaluados semanalmente, según pudimos constatar, y los egresos fueron dados con dos o más controles satisfactorios, la condición de descargo en la totalidad de los casos, excepto cinco fallecidos, fué de mejorados.

Del total de casos estudiados, 67 pacientes (47.1%) fueron seguidos por consulta externa, algunos de ellos

hasta por dos años, con controles periódicos clínicos y de laboratorio, siendo dados de alta como curados; 7 de ellos (5%), reingresaron con el mismo diagnóstico, otro 5% evolucionó hacia Síndrome Nefrótico, un 3.57% falleció, y un 29.33%, ó sea 55 pacientes no se presentaron a controles por consulta externa.

EVOLUCION DE PACIENTES A SU EGRESO

C. Seguidos en Consulta Externa	67	47.1%
Reingresan con el mismo Diagnóstico	7	5%
Reingresan con Diagnóstico de Síndrome Nefrótico	7	5%
Fallecidos	5	3.57%
Sin Control posterior	55	24.33%

Con respecto a los núcleos de población, 72.22% correspondían a la capital, y 40 ó sea un 27.78% a la población rural.

PROCEDENCIA DE PACIENTES

Núcleo Urbano	72.22%
Núcleo Rural	27.78%

CONCLUSIONES

- 1.- La Glomerulonefritis Aguda, es más frecuente en nuestro medio que la Fiebre Reumática, lo que es contrario a lo descrito por diferentes autores.
- 2.- Este hecho nos lleva a la conclusión de que se hace necesario una investigación apropiada para determinar la causa que lo explique.
 - a) Presencia en nuestro medio de mayor número de cepas nefrogénicas?
 - b) Posibilidad de otros agentes bacterianos como causa etiológica de Glomerulonefritis Aguda.
- 3.- La causa de que no se haya prestado la debida atención al aumento en la incidencia de la glomerulonefritis aguda, podría ser el hecho de que evoluciona satisfactoriamente y aún en forma espontánea y que causa menos complicaciones o invalidez que la fiebre reumática.
- 4.- El control de los pacientes por consulta externa alcanza cifras apreciables debido más que todo a una

apropiada labor de instrucción a las madres por el personal médico y de Servicio Social.

5.- Ambas enfermedades constituyen un porcentaje considerable entre las causas de hospitalización.

6.- El manejo de los pacientes fué en la mayoría de los casos apropiado y de acuerdo a las normas establecidas.

7.- El índice de pacientes curados es satisfactorio, sobre todo en Glomerulonefritis Aguda.

8.- Se sugiere un mejor control a nivel de los servicios en el diagnóstico de descargo de pacientes, sobre todo en fallecidos para una mejor evaluación posterior.

9.- Creemos necesario una revisión periódica de Glomerulonefritis Aguda y Fiebre Reumática.

BIBLIOGRAFIA .

- 1.- Allen, Arthur, Enfermedades de los Glomérulos, en su enfermedad del riñón. México, Editorial Interamericana, S.A. 1962, pp. 112-202.
- 2.- Alvarado Lozano, Carlos. Fiebre reumática; estudio realizado en 50 pacientes del Departamento de Pediatría del Hospital General de Guatemala. Tesis Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, 1963, 27 p.
- 3.- Argueta Von Kaenel, Victor. Guatemala, Hospital General, Departamento de Pediatría, Comunicación Personal.
- 4.- Blanco Hernández, Ricardo, Fiebre reumática; estudio comparativo de 40 casos. Tesis, Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, 1963. 58 p.
- 5.- Gilbert G., y Lamontagne. R., Diagnóstico, tratamiento y profilaxis de la Fiebre reumática. 5o. Congreso Mundial de Cardiología, Nueva Delhi, La India, 30 de Octubre al 5 de Noviembre de 1958, 20 p.
- 6.- Guatemala, Hospital General, Archivo del Hospital 1965-1968.
- 7.- Krupp, Marcus A., Glomerulonefritis Aguda, En: Brainerd, Henry et al, Diagnóstico y Tratamiento, México, El Manuel Moderno, S.A. 1965. pp. 764-769..
- 8.- Kutter G., Reumatismo Cardioarticular. En: Nel--

Bibliografía.....

- son W. Tratado de Pediatría, 4a. Ed., Barcelona, Salvat Editores, 1960. pp. 1142---1159.
- 9.- Miatelo, Victor. et al, Nefrología, Buenos Aires, Editorial Intermédica, 1963. pp. 335-360.
- 10- Rubin, Mitchel. Glomerulonefritis Aguda. - en: Nelson W., Tratado de Pediatría, 4a. Ed., Barcelona, Salvat Editores, 1960, pp. 1208-1219.
- 11- Schmidt, W., Etiology and Pathogenesis of Glomerulonephritis in Inflammation and diseases of connective tissue, ed. by Lewis C. Mills, Philadelphia, Pa., W. Saunders Company, 1961, pp. 229-264.
- 12- Sokolow Maurice, Brainerd Henry, Fiebre reumática. En: Brainerd, Henry et al, Diagnóstico y tratamiento, México, El Manual Moderno, S. A, 1965, pp. 183-188.
- 13- Tarnopolsky, S. Reumatismo y Colagenopatías, 2a. Ed, Buenos Aires, Editorial Universitaria, 1964. pp. 29-56.
- 14- Valenzuela, R.H. Manual de Pediatría 6a. Ed., México, Interamericana, S.A. 1965. pp 449-499, 516-524.

Vo. Bo.


Sra. Ruth Ramírez de Amaya
Bibliotecaria.

BR. JOSE LEONL BARRIOS SANTOS

DR° HECTOR OROZCO BARRIOS

DR. VICTOR ARGUETA VON KAENEL
Revisor.

DR. RONALDO LUNA AZURDIA
Director de Fase III.

DR. FRANCISCO VILLAGRAN M.
Secretario.

Vo. Bo.

DR. JULIO DE LEON M.
Decano.