

ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DE FEBRE REUMÁTICA :

CASOS DO AMBULATÓRIO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

AUTORAS : Liane Schroeder Chagas
Rita Sibeles Schiessel Flôres

ORIENTADOR : Dr. Lúcio Botelho

Universidade Federal de Santa Catarina
Centro de Ciências da Saúde
Departamento de Clínica Médica
Trabalho de Conclusão da 12ª Fase

Novembro, 1990

Dr. Luiz Carlos

ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DE FEBRE REUMÁTICA :

CASOS DO AMBULATÓRIO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

AUTORAS : Liane Schroeder Chagas *
Rita Sibeles Schiessel Flôres *

ORIENTADOR : Dr. Lúcio Botelho **

* Doutorandas da 12ª Fase do Curso de Medicina

** Professor do Departamento de Saúde Pública.

Í N D I C E

RESUMO.....	pág.	1
INTRODUÇÃO.....		2
OBJETIVO.....		4
METODOLOGIA.....		5
RESULTADOS.....		6
DISCUSSÃO.....		8
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....		11
ANEXO.....		12

RESUMO

O trabalho em questão versa sobre a Doença Febre Reumática (FR).

Foi elaborado à partir de dados colhidos em prontuários dos ambulatórios de Clínica Médica e Cardiologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina.

Foram avaliados 23 prontuários de pacientes portadores de FR ou com história pregressa desta doença, para sabermos como é feito este diagnóstico, e se os pacientes chegam ao ambulatório com história de um foco estreptocócico primário.

Dos 23 pacientes, 60% chegam ao ambulatório encaminhados com diagnóstico de FR e 52% referiam em sua história pregressa um foco estreptocócico primário.

I N T R O D U Ç Ã O

A FR é uma doença inflamatória, decorrente de uma infecção, usualmente de orofaringe, causada por estreptococos β hemolíticos do grupo A de Lancefield⁽¹⁾.

Sua importância maior recai sobre o acometimento cardíaco, o qual pode acontecer agudamente (cardite) ou tardiamente (com lesões endocárdicas que acabam por comprometer os aparelhos valvares)⁽²⁾.

É transmitida através de aerossóis; logo os fatores que propiciam seu aumento de incidência são a maior concentração de pessoas por metro quadrado e onde houver 'piores condições de urbanização.

Sua incidência é maior entre os 5 e os 15 anos de idade, acometendo sem distinção homens e mulheres⁽³⁾.

O quadro clínico característico da doença apresenta-se com : febre alta, poliartrite migratória e alterações laboratoriais.

Em 1944, Jones estabeleceu critérios diagnósticos para FR que foram modificados em 1955. Estes critérios foram revistos em 1965, quando se procurou dar maior ênfase a evidência de infecção estreptocócica anterior.

Jones agrupou as manifestações em sinais maiores e menores. Segundo Jones, a presença de dois sinais maiores ou de um sinal maior e dois menores acompanhados da evidência prévia da infecção estreptocócica, indicam alta probabilidade da FR aguda.

A coréia isolada é diagnóstico.

- Sinais Maiores :
 - . cardite
 - . poliartrite migratória
 - . coréia
 - . eritema marginado
 - . nódulos sub-cutâneos.

- Sinais Menores :
 - . artralgia
 - . febre
 - . história prévia de FR
 - . alterações laboratoriais
 - : VHS aumentado
 - : PCR positiva
 - . aumento do intervalo PR no ECG.

- Evidências de estreptococcia anterior
 - . título ASLO aumentado
 - . cultura de orofaringe positiva para estreptococo β he molítico do grupo A de Lancefield
 - . escarlatina recente.

O diagnóstico diferencial com maior dificuldade se faz com a artrite reumatóide juvenil e com endocardite infecciosa, similares à FR e por vezes, cada qual, a ela superajuntadas.

No tratamento, tanto do foco primário da infecção estreptocócica, quanto da fase de profilaxia da recorrência do surto agudo, utilizamos a Penicilina G Benzatina.

No nosso estudo, ao abordarmos a FR em ambulatorio para adultos, encontramos algumas limitações que fazem parte da própria problemática do clínico. Como diagnosticar com precisão a FR neste período de vida, se o processo agudo da doença está relacionado com o passado na maioria das vezes ?

A dificuldade diagnóstica é pois uma das fortes razões que nos levou a pensar neste tema. O diagnóstico é, não raras vezes, estabelecido a partir das informações prestadas pelo paciente; e o estabelecimento de terapêutica e acompanhamento, a forma mais usual de comprovação.

O B J E T I V O

- Estudar como os pacientes na clínica de adultos, portadores de FR ou com história pregressa desta, são abordados no sistema de saúde.

_ Apreender o porquê dos portadores de FR recorrerem ao ambulatório, e com que queixas eles procuram ' auxílio médico.

M E T O D O L O G I A

Trata-se de um estudo retrospectivo realizado no ambulatório de Clínica Médica e de Cardiologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, caracterizando-se metodologicamente como um estudo de casos.

Os prontuários incluídos na casuística datavam entre Janeiro de 1988 e Setembro de 1990.

Estes prontuários foram compilados pela variável doença : Febre Reumática. Foram vistos 50 prontuários, sendo destes, apenas 23 aproveitados para o presente estudo.

Para esta análise foi utilizado um protocolo ' proposto pelos autores (em anexo).

Foram estudadas as variáveis :

- idade : dividida desta forma = 15a até 19a;
19a até 23a;
23a até 27a;
27a até 31a.
- sexo
- procedência
- encaminhado com diagnóstico
- presença de foco primário,
e avaliadas quantitativa e qualitativamente.

R E S U L T A D O S

Apresentamos a seguir os resultados, dispostos nas Tabelas 1 e 2.

TAB 1 : Casos de FR segundo idade, sexo e procedência - Ambulatório do Hospital Universitário - Jan 88/Set 90.

Florianópolis, 1990.

PROCED. SEXO	FPOLIS		OUTROS		TOTAL	
	M	F	M	F	M	F
IDADE						
15 — 19	4	3	4	2	8	5
19 — 23	1	2	0	2	1	4
23 — 27	0	0	0	1	0	1
27 — 31	0	0	2	2	2	2
T O T A L	5	5	6	7	11	12

Fonte : SAME H.U.

Analisando as variáveis da Tabela acima, podemos ver que :

- Não houve prevalência de um sexo sobre o outro.
- A idade média dos pacientes foi de 20,8 anos, sendo que apenas 5 pacientes tinham idade superior a 23 anos.
- Houve uma pequena prevalência de casos com procedência de outras localidades que não Florianópolis.

TAB 2 : Casos de FR segundo presença de foco primário e encaminhamento com diagnóstico - Ambulatório Hospital Universitário - Jan 88/Set 90.

Florianópolis, 1990.

Enca- minhamento com diagnóstico	Foco Primário		TOTAL
	SIM	NÃO	
SIM	6	8	14
NÃO	6	3	9
T O T A L	12	11	23

Fonte : SAME H.U.

Nesta segunda Tabela observamos que :

- A maioria dos pacientes chega com encaminhamento diagnóstico.
- Dos pacientes encaminhados com diagnóstico, a maioria não tinha uma história progressiva com evidências de foco primário.
- Poucos são os pacientes que chegam sem encaminhamento e sem história prévia de um foco primário.

D I S C U S S Ã O

Sendo a FR em nosso meio uma doença que incide fundamentalmente dos 5 aos 15 anos de idade, os pacientes que buscam tratamento por FR na idade adulta têm características diferentes daquela faixa de maior incidência.

Os ambulatórios do Hospital Universitário, um Hospital com características de centro de referência de região, receberam os pacientes adultos portadores de FR na maioria das vezes encaminhados com diagnóstico, ou ainda tendo história de foco primário, ou de tratamento, que aliás é marcante, da doença na fase aguda.

Sem dúvida é no diagnóstico onde estão colocadas as maiores dificuldades. No período agudo da doença o diagnóstico já é às vezes difícil por não ser sempre possível o estabelecimento via os critérios classicamente descritos por Jones⁽⁴⁾.

Se existe grande quantidade de trabalhos a respeito do diagnóstico, tratamento e até busca ativa de casos de FR⁽⁵⁾ na idade de maior incidência⁽¹⁾, o mesmo não pode ser dito em relação ao diagnóstico e condutas nos indivíduos adultos jovens.

Na nossa realidade, alguns casos chegam ao ambulatório, encaminhados ou não, com suspeita clínica anterior ou não, para que seja estabelecido o diagnóstico numa fase não usual no que concerne a faixa etária e, portanto, com maior dificuldade no estabelecimento de diagnóstico.

Em nosso estudo, partimos inicialmente de 50 prontuários catalogados no arquivo nosológico do SAME como de pacientes portadores de FR, e reduzimos para 23 por considerarmos os 27 restantes com informações insuficientes para constarem na casuística.

Dos 23 estudados, 14 chegaram ao serviço encaminhados com diagnóstico, embora, segundo os prontuários, alguns não tivessem evidenciado o motivo do estabelecimento, apesar de termos cruzado estatisticamente as informações (Tab. 2).

Foi usado então para estabelecimento do diagnóstico de FR em primeiro lugar, a presença de sinais e/ou sintomas clínicos característicos da fase aguda da doença, como : poliartrite, cardite entre outros, quando presentes, e propiciando o estabelecimento complementar com ASLO, PCR, VHS e Eletrocardiograma.

Um outro grupo teve confirmado o diagnóstico pela presença de seqüelas clássicas da FR, embora não com o mesmo nível de certeza.

A questão aguda fica então para os casos em que o diagnóstico é firmado sobre a anamnese fundamentalmente. Nestes pacientes alguns pontos devem ser explorados com maior profundidade, como por exemplo o uso da penicilina benzatina (PB), um fato marcante na criança e no adolescente. A maioria dos casos deste grupo tinha história de uso da PB, embora com tempo menor do que o prescrito, que está de acordo com um trabalho no Equador⁽⁵⁾.

Um dos motivos deste estudo reside no ponto de que devemos tomar real consciência da importância da doença reumática em nosso meio, conscientizando além dos médicos, também os pacientes, sobre a importância do tratamento adequado. Na nossa casuística, os pacientes que não apresentavam características de quadro agudo e somente as seqüelas, não haviam feito o tratamento de maneira adequada. Dos 23 pacientes, apenas 5 estavam em uso da PB mensalmente, sendo que 2 deles têm como seqüela a Coréia de Sydenham.

Dos mesmos 23 pacientes, 3 tinham mais de 22 anos e estavam apresentando manifestações do quadro agudo quando da consulta. Ambos referiam poliartrite migratória e foram constatadas alterações laboratoriais. Este fato serve como um alerta para a importância da FR também no indivíduo adulto, além da ocorrência na faixa etária de maior incidência.

Pudemos perceber que um dos principais motivos da incidência da FR no indivíduo adulto é o abandono do tratamento após a remissão dos sinais e sintomas clínicos. Este fato pode ser corrigido em parte por um maior esclarecimento para o paciente sobre a importância da sua doença.

Salientamos finalmente, que o esmero no preenchimento das fichas de anamnese, exame físico, evolução do paciente, entre outros, será compensador ao médico, no sentido em que este estará legando subsídios importantes para uma melhor abordagem do paciente adulto com Febre Reumática.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. HURST, J. W. - O Coração. 4ª ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan. 1981. p. 1013
2. AZEVEDO, A. C. - Cardiologia. São Paulo. 1984. p. 77
3. MARRA, U. D. - Medicina Ambulatorial. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan. 1982. p. 307
4. CALERO, C. - Cardiopatia Reumática Crônica en el adulto - Rev. Equatoriana de Medicina vol. XXIII nº 2, 1987
5. CARRIÓN, L. G. - Procedimientos para el diagnóstico, pre vención y tratamiento de la Fiebre Reumática - Rev. Equatoriana de medicina vol. XXI nº 2, 1985
6. BACAB, M. A. B. - Faringoamigdalitis estreptocócica : abordaje diagnóstico y terapéutico - Pediatría Práctica vol. 44 nº 2, 1987

NOME : _____

Idade : _____ Sexo: _____ Procedência : _____

1. Encaminhado com diagnóstico : SIM NÃO

2. Encaminhado sem diagnóstico : SIM NÃO

3. Presença de foco primário identificado : SIM NÃO

Onde ? _____

4. Tratou foco primário ? SIM NÃO

Tratamento : _____

Diagnóstico : _____

Tratamento : _____

**TCC
UFSC
CM
0219**

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC CM 0219

Autor: Chagas, Liane Scho

Título: Estudo epidemiológico de febre r



972814068

Ac. 253408

Ex.1 UFSC BSCCSM