

## LA ENFERMEDAD REUMÁTICA COMO PROBLEMA COLECTIVO

Drs. ERNESTO MEDINA LOIS y ANA M. KAEMPFER

Cátedra "A" de Higiene y Medicina Preventiva del Prof. Hernán Romero.  
Universidad de Chile.

En un análisis reciente sobre el volumen de reumatismos en Chile<sup>7</sup> hemos sido sorprendidos por la magnitud del problema de la enfermedad reumática. Ello es explicable por los caracteres especiales que posee la afección y su relación con infecciones estreptocócicas que condicionan su iniciación en edades bajas y su mayor incidencia en condiciones ambientales y sociales desfavorables. Este conocimiento etiopatogénico implica también el que sea evitable en grados diversos siempre que el tratamiento de la infección bacteriana inicial sea adecuado, como igualmente el manejo del paciente ya afectado por un brote reumático.

La responsabilidad médica frente al problema es de este modo enorme desde el momento que en sus manos se encuentran las herramientas básicas de control y exige el esfuerzo mancomunado de pediatras, internistas y otros especialistas para atenuar las consecuencias que se hacen sentir no sólo en la niñez sino muy especialmente en las etapas de la vida que siguen a la infantil.

### 1. La enfermedad reumática en Chile

#### 1.1. Mortalidad.

Las afecciones cardiovasculares de acuerdo a los datos oficiales del Servicio Nacional de Salud<sup>8</sup> constituyen una proporción importante del total de muertes alcanzando en 1956 a 12.0% y en 1957 a 10.3% del total de decesos producidos en el país. Sin embargo, la validez de estos datos es relativa ya que la certificación médica de las muertes en el momento actual es baja y no va más allá del 57%, no existiendo en consecuencia una seguridad diagnóstica. Si se consideran sólo los fallecimientos cuya causa ha sido certificada por médico, las enfermedades cardiovasculares representaron en 1957 el 15.6% del total de defunciones del país.

El riesgo de muerte proveniente de este tipo de afecciones es bajo en la edad

infantil oscilando las tasas respectivas entre 10 y 15 por 100.000 y este hecho unido a la intensidad de otros problemas en el niño hace que las enfermedades cardiovasculares representen un 0,2% de las muertes de menores de 5 años; un 4,6% de las producidas entre los 5 y 9 años, y un 8,0% de las ocurridas entre los 10 y 14 años. El riesgo de muerte y la importancia relativa de este grupo de afecciones aumenta progresivamente con la edad alcanzando tasas superiores a 1.800 en los mayores de 65 años, grupo en el cual condicionan un tercio del total de defunciones.

A pesar de la información con que se cuenta, no es fácil determinar el volumen real de la enfermedad reumática y sus secuelas ya que junto a la baja proporción de certificación médica otros factores conspiran para no poder señalar con exactitud el número de decesos debidos a la afección.

TABLA Nº 1

DEFUNCIONES CARDIOVASCULARES SEGUN CAUSA ETIOLOGICA - CHILE, 1956

Causa	Nº	%
Arteriosclerosis	3.199	30,7
Cardiopatías malceláneas	1.219	11,7
Hipertensión	952	9,1
Enfermedad reumática y secuelas	673	6,5
Cardiopatías congénitas	311	3,0
Enfermedades vasculares periféricas	293	2,8
Endocarditis sépticas	56	0,5
Sífilis cardiovascular	53	0,5
No precisa la	3.665	35,2
<b>TOTAL</b>	<b>10.421</b>	<b>100,0</b>

Para la estimación presentada en la tabla Nº 1, hemos agregado a las 10.057 muertes tabuladas como tales por el S. N. S., 53 fallecimientos por sífilis cardiovascular que se incluyen en el grupo "Enfermedades infecciosas" y 311 muertes por cardiopatías congénitas del grupo "Malformaciones congénitas".

De acuerdo a la tabla, la enfermedad reumática y sus secuelas representarían una baja proporción del total, pero ello es inexacto desde el momento que en un

35% de las muertes no existe diagnóstico etiológico del proceso causante del deceso. Cabe comentar la necesidad de modificar la actitud de nuestros médicos en relación al certificado de defunción. Sin duda, que en muchas ocasiones es particularmente difícil precisar la causa de una cardiopatía, pero ello no justifica la alta proporción de diagnósticos vagos: de las 3.665 muertes de origen incierto, 2.942 fueron certificadas por médico.

TABLA Nº 2

DEFUNCIONES POR ENFERMEDAD REUMÁTICA Y SECUELAS Y PROPORCIÓN DE CERTIFICACION MÉDICA - CHILE, 1952-1956

Diagnóstico	Nº	Porcentaje certificación médica
Fiebre reumática sin complicación cardíaca	80	65
Fiebre reumática con complicación cardíaca	574	81
Lesiones de la válvula mitral	909	91
Lesiones aórticas reumáticas	15	93
Otras endocarditis reumáticas	66	89
Miocarditis especificadas como reumáticas	17	100
Otras lesiones especificadas como reumáticas	290	80
<b>TOTAL</b>	<b>1.951</b>	<b>86</b>
Endocarditis crónicas no especificadas como reumáticas	863	91
Otras degeneraciones del miocardio	27.704	76
<b>TOTAL</b>	<b>28.567</b>	<b>76</b>

La parte superior de la tabla Nº 2 indica que las muertes certificadas como de origen reumático tienen una razonable seguridad de ser tales dado el alto porcentaje de certificación por médico. Pero junto a ellas que representan la cifra mínima existe un grueso número de decesos no aclarados en su etiología de los cuales una proporción no despreciable deben corresponder a reumatismos. En base a la experiencia clínica<sup>4</sup> y anatómopatológica<sup>1</sup> pensamos que por lo menos un tercio de dichas muertes corresponden probablemente a la etiología reumática y de este modo debieron producirse en el

quinquenio en estudio un total de 11.473 defunciones equivalente a 2,8% de las muertes del país.

En estas circunstancias, la enfermedad reumática entra a formar parte de las entidades nosológicas de mayor peso en la mortalidad chilena junto a bronconeumonía (14,6% del total), gastroenteritis y colitis (6,6%), tuberculosis respiratoria (4,1%), cáncer gástrico (3,1%), arterioesclerosis coronaria (2,8%), hemorragia cerebral (2,7%) y neumonía del recién nacido (2,6%).

Una importante proporción de las muertes debidas a enfermedad reumática se producen en el adulto joven pesando así sobre un capital humano ya formado que se pierde prematuramente. De acuerdo a la distribución por edades de los decesos y colocando arbitrariamente como límite superior de la productividad los 65 años, hemos calculado que las defunciones por enfermedad reumática representan la pérdida anual de 50.000 años-persona y en consecuencia en un plazo de 10 años la pérdida correspondiente a la vida productiva total de 10.000 trabajadores.

## 1. 2. Morbilidad hospitalaria.

En la tabla Nº 3 se presentan las características de las hospitalizaciones en el S. N. S. en 1956.

Siguiendo un criterio similar al expuesto para defunciones, hemos incluido en el rubro "Cardiopatía reumática probable", un tercio de las valvulopatías crónicas no especificadas como reumáticas y de las insuficiencias cardíacas de origen no precisado.

En las estadísticas hospitalarias dada la dificultad que implica clasificar pacientes que reciben más de un diagnóstico se acostumbra tabular sólo el primero. Pero al tratar de evaluar la magnitud de un problema hay necesidad de considerar el total de casos ingresados.

TABLA Nº 3

HOSPITALIZACIONES POR ENFERMEDAD REUMÁTICA Y SECUELAS. - S.N.S., 1956

	Egresos				Días de estada	
	1er. diag.	2º diag.	3er. diag.	Total	Número	Promedio
Enf. reumática y corea	1.368	85	8	1.461	36.653	25,0
Cardiopatía reumática	2.341	792	109	3.242	81.864	25,2
Cardiop. reumática probable	1.261	827	235	2.323	58.213	24,1
<b>TOTAL</b>	<b>4.970</b>	<b>1.704</b>	<b>352</b>	<b>7.026</b>	<b>171.130</b>	<b>24,4</b>

Del total de egresos con diagnóstico de enfermedad reumática o secuelas de ella, sólo 4.970 correspondían a un primer diagnóstico, mientras 2.056 (29,3%) aparecían como segundo o tercero.

Los 7.026 egresados tuvieron un total de 171.130 días de estada lo que representa 24,4 días en promedio. Cabe comentar la estada relativamente corta de pacientes con actividad reumática que de acuerdo al conocimiento actual requieren un reposo prolongado. En promedio, ellos son mantenidos en nuestros hospitales 25,0 días en circunstancias que no se dispone de establecimientos de reposo para convalecientes y que habitualmente las condiciones del hogar son insuficientes para prolongar el reposo y tratamiento a domicilio.

Un 3,6% de los pacientes fué intervenido quirúrgicamente, cifra que no indica la frecuencia de valvulotomía u otro procedimiento quirúrgico específico sino representa las intervenciones de todo tipo practicadas en enfermos que recibieron además un diagnóstico de reumatismo o valvulopatía.

La enfermedad reumática representa para el Servicio Nacional de Salud un 1,5% del total de egresos y un 2,2% del total de días de estada en 1956. Pese a lo reducido de la proporción, el rubro hospitalización constituye uno de los ítems más importantes del costo total que la afección significa para el país. Estimando sólo en \$ 3.000 el costo diario de hospitalización, los 171.130 días de estada representan anualmente \$ 513.390.000. En dicha cifra no se considera el valor y la amortización necesaria de los establecimientos que reciben los ingresos. Con una estada promedio de 24,4 días, la hospitalización de 7.026 egresos requiere la existencia física de 470 camas ocupadas permanentemente al 100% de su capacidad, cifra superior al tamaño de cualquiera de los hospitales pediátricos del país.

La enfermedad reumática frecuentemente iniciada en la época infantil pesa de preferencia años más tarde. La tabla N° 4 muestra como 4/5 de los egresos corresponden a mayores de 15 años e igualmente la mayor proporción que representan sobre el total de hospitalizaciones médicas del adulto.

El problema se agrava por el relativamente bajo rendimiento del hospital cuan-

TABLA N° 4

EGRESOS POR ENFERMEDAD REUMÁTICA Y SECUELAS EN EL SERVICIO NACIONAL DE SALUD EN 1956 SEGUN GRUPOS DE EDADES

Edades	Nº egresos	%	% sobre total de egresos pediatría	% sobre total de egresos medicina interna
—15	1.281	18,2	2,4	6,4
15 y +	5.745	81,8		
TOTAL	7.026	100,0		

do el proceso reumático ha llegado en el adulto a la fase de insuficiencia cardíaca. En un estudio efectuado recientemente<sup>4</sup> hemos encontrado que la sobrevivida de los pacientes que han llegado a esta etapa es 5 años después del primer ingreso de 643 sobrevivientes por cada 1.000 observados. El tipo de lesión condiciona diferencias pronósticas y el número de sobrevivientes es para la insuficiencia mitral de 785, enfermedad mitral 642, estenosis mitral pura de 515, insuficiencia mitroaórtica de 378 y enfermedad aórtica de 306.

### 1. 3. Consulta externa.

No existe información acerca de los diagnósticos formulados en los consultantes del Servicio Nacional de Salud. Una estimación aproximada podría intentarse en base a la relación número de consultas/número de hospitalizaciones que fué de 11,3 en 1956. Si la enfermedad reumática no difiere apreciablemente del total cabría suponer un total de 79.394 consultas resultantes de 7.026 hospitalizaciones multiplicadas por 11,3. Probablemente esta estimación es abultada desde el momento que con alta frecuencia la necesidad de reposo por actividad reumática o la descompensación cardíaca del valvulópata exigen su internación. Habla en ese sentido la experiencia en consultorios de medicina interna de adultos<sup>5</sup> que muestran a la enfermedad reumática y sus secuelas como determinantes del 2,1% de las consultas y del 13% de las hospitalizaciones.

### 1. 4. Número real de enfermos.

No se han practicado en Chile encuestas de morbilidad sistemáticas que permitan precisar la prevalencia (número

de casos existentes en un momento dado) ni la incidencia (número de casos nuevos producidos en un lapso determinado) de la afección. El número de egresos hospitalarios representa una visión muy deformada de la prevalencia desde el momento que no todos los pacientes se internan y un mismo enfermo puede ingresar más de una vez en el año. En términos muy generales podría decirse de acuerdo al conocimiento de 7.000 egresos anuales que existen por lo menos 7.000 pacientes (1% de la población chilena) lo suficientemente graves para requerir internación hospitalaria. No es posible tampoco efectuar estimaciones a base del número de infecciones estreptocócicas denunciadas (1.382 en 1956) dado lo incompleto de la denuncia.

Por las razones anteriores hemos intentado estimar el número de casos de enfermedad reumática y secuelas aplicando a la población chilena las tasas de prevalencia para 1.000 blancos provenientes de la ya clásica investigación de morbilidad de Baltimore efectuada en 1938-1943<sup>2</sup> y que se presenta en la tabla N° 5.

TABLA N° 5

ESTIMACION DEL NUMERO DE CASOS DE ENFERMEDAD REUMÁTICA EXISTENTES EN CHILE

Edades	Tasas de prevalencia por 1.000	Número probable de casos
0-4	1,25	1.070
5-9	15,76	13.500
10-14	26,35	18.810
15-19	10,72	6.730
20-24	7,29	4.630
25-34	6,64	6.020
35-44	6,76	5.180
45-54	6,76	3.650
55-64	4,81	1.670
65 y más	2,39	620
<b>TOTAL</b>		<b>81.810</b>

En esta forma, si las condiciones chilenas actuales no difieren grandemente de las existentes en Baltimore hace 20 años, deberían existir en nuestro país aproximadamente 61.000 pacientes (0,9% de la población total) de los cuales la mitad correspondería a menores de 15 años. La cifra de prevalencia obtenida aunque alta, no parece desproporcionada desde el momento que sólo el S. N. S. hospitaliza anualmente 7.000 pacientes y si se considera que en la experiencia escandinava el número de casos nuevos anuales (incidencia) corresponde a 1% de la pobla-

ción, lo que aplicado a Chile significa 7.000 casos nuevos anuales.

### 1. 5. Estimación de costes.

Notoriamente más complicada resulta la estimación del coste total que la enfermedad reumática representa para el país. Un cálculo de este tipo debería incluir gastos de hospitalización, atención externa, subsidios, pensiones de invalidez y disminución de producción por muerte y enfermedad.

Ya hemos señalado que el rubro hospitalización le representa al Servicio Nacional de Salud un costo anual de 500 millones de pesos, sin incluir el valor de construcción de establecimientos comparables a un hospital de 470 camas. A ello hay que agregar otros elementos que resultan muy difíciles de estimar en el momento actual como el costo de atención del grupo empleados y del sector privado: la atención externa, subsidios de enfermedad y pensiones de invalidez junto al grueso rubro de disminución de producción. Las muertes anuales representan la pérdida de 50.000 años-persona, y si la estimación de prevalencia es correcta existen 27.810 pacientes en los grupos de edades entre 15 y 64 años. Atribuyendo sólo 10 días de incapacidad por paciente resultan 278.100 días-trabajo perdidos anualmente. De este modo el coste total,

TABLA N° 6

TASAS DE MORTALIDAD POR ENFERMEDAD Y CARDIOPATIA REUMÁTICA POR 100.000 HABITANTES PARA DIVERSOS PAISES — 1933 Y 1954

ITALIA	22,8	Bermuda	7,5
Inglaterra	20,7	Zona del Canal	7,5
Fcrmosa	19,8	Dinamarca	7,5
Portugal	13,9	Hawaii	7,9
Austria	18,5	Costa Rica	7,2
Yugoslavia	18,5	CHILE	7,9
Escocia	17,3	Rodesia del Sur	6,0
Egipto	15,5	Puerto Rico	6,2
Ceylán	14,9	México	6,7
Irlanda	14,6	Suecia	6,3
Hong-Kong	14,2	Holanda	6,0
Estados Unidos	13,4	Japón	5,1
Francia	12,8	Alaska	4,9
Irlanda del Norte	12,6	Africa Sudoccidental	4,0
Nueva Zelanda	12,3	Barbados	4,0
Islas Virgenes	12,0	Rodesia del Norte	3,6
Canadá	11,7	Guayana Británica	3,6
Bélgica	10,8	Chipre	2,7
Suiza	10,5	Islandia	2,9
Australia	9,9	Alemania Occidental	1,6
Noruega	9,7	Sirre	1,3
Singapur	9,5	Mauricio	1,3
Unión Sudafricana	9,1	Nicaragua	1,3
Malta y Gozo	9,1	Francia	0,6
Trinidad	9,0	Guatemala	0,7
Luxemburgo	7,8	Rep. Dominicana	0,2
Finlandia	7,6	Honduras	0,1

imposible de precisar con exactitud, debe ascender a varios miles de millones de pesos.

## 2. Comparaciones internacionales

En el plano internacional (tabla N° 6), Chile aparece en una posición intermedia. Sin embargo, este tipo de comparaciones tiene diversas limitaciones. Mientras las tasas crudas de mortalidad representan en general un buen índice, las tasas específicas de problemas particulares pueden desfigurarse por las diferencias existentes en los diversos países en cuanto a la exactitud con que se recoge la información, por diversidad de criterio en cuanto a tabulación y finalmente dado el mayor peso que la enfermedad reumática tiene sobre la población joven no resulta indiferente la estructura por edades de la población. Las consideraciones anteriores explican las tasas extremadamente diferentes que se registran en el mundo.

La tasa chilena corresponde a la tabulación oficial, pero ya anteriormente hemos señalado que hay buenas razones para suponer que ella corresponde sólo a una fracción del total y que nuestro problema de enfermedad reumática en términos de muertes debe duplicar sino triplicar la cifra oficial.

## 3. Distribución por provincias

Cabe señalar que para fines comparativos no hemos incluido las valvulopatías reumáticas probables al desconocer el grado de encubrimiento en las diferentes provincias.

En la medición del problema resultan preferibles los datos de mortalidad sobre los de hospitalización desde el momento que ésta depende fundamentalmente del número de camas existentes y hay considerables diferencias a lo largo del país: mientras Santiago dispone de 8,1 camas del Servicio Nacional de Salud por cada 1.000 habitantes, la proporción baja a 2,0 en Llanquihue y Chiloé.

La tabla N° 7 señala que la enfermedad reumática pesa en forma diversa en las distintas provincias. De acuerdo a los datos aparecen especialmente amagadas aquellas de alta concentración urbana, hecho que resulta lógico dada la concen-

TABLA N° 7

TASAS DE MORTALIDAD Y DE HOSPITALIZACIÓN POR ENFERMEDAD REUMÁTICA Y SECUELAS POR 100.000 HABITANTES SEGUN PROVINCIAS, CHILE, 1953

Provincia	Mortalidad	Hospitalización
Tarapacá	7,3	42
Antofagasta	10,1	54
Atacama	12,8	30
Coquimbo	5,7	21
Aconcagua	5,1	56
Valparaíso	11,2	42
Santiago	8,8	83
O'Higgins	2,9	43
Colchagua	3,4	16
Curicó	7,3	42
Talca	3,2	50
Maule	6,5	35
Linares	7,0	44
Nuble	4,5	23
Concepción	7,9	60
Arauco	7,8	18
Bío-Bío	6,7	30
Malleco	5,9	42
Cautín	4,1	16
Valdivia	2,6	59
Osorno	7,6	47
Llanquihue	3,3	18
Chiloé	2,8	7
Aysén	—	17
Magallanes	7,0	5
REPUBLICA	7,8	56

tración y el hacinamiento de nuestras ciudades mayores. Es posible que en parte corresponda a un mejor conocimiento del fenómeno en estas zonas, pero de todos modos la información suministra la base necesaria para señalar que en una campaña nacional anti-reumática el primer esfuerzo debe dirigirse hacia aquellas provincias altamente urbanizadas.

## 4. Evolución en el tiempo

Al igual que en el estudio por provincias, no hemos considerado los casos probables de valvulopatía al no poder estimar su proporción para años anteriores.

La tabla muestra una sorprendente reducción de las tasas de mortalidad en los últimos 30 años. Es posible que este des-

TABLA N° 8

TASAS DE MORTALIDAD Y HOSPITALIZACIÓN POR ENFERMEDAD REUMÁTICA Y SECUELAS POR 100.000 HABITANTES PARA CHILE EN DIVERSOS PERIODOS

	1926	1936	1946	1956
Tasa de mortalidad	20,5	13,0	9,6	8,3
% de reumatismos sobre el total de defunciones	0,7	0,6	0,6	0,7
Tasa de hospitalización	—	64,8	74,2	56,6
% de reumatismos sobre el total de hospitalizaciones	—	1,2	1,5	1,3

censo sea en parte artificial por cambios de nomenclatura y clasificación; es improbable que corresponda a una menor producción de casos nuevos lo que jugaría sólo a partir de la introducción de la moderna terapia anti-infecciosa; con mayor probabilidad representa una supervivencia actual más larga de los pacientes reumáticos determinando muerte a edades más tardías y por procesos no reumáticos. En contraste con lo anterior, la afección mantiene una importancia relativa estable si se la considera en relación al total de muertes. En forma similar a la evolución de las tasas de mortalidad existe un descenso en la proporción que la enfermedad representa sobre el total de hospitalizaciones dependiente del enorme incremento que en los últimos años ha tenido la atención hospitalaria del parto normal, que en el momento actual representa un 34,7% de los egresos anuales del Servicio Nacional de Salud.

### 5. Distribución por edades

La edad de aparición de un problema resulta de especial interés para situar la proyección y trascendencia de él. La tabla N° 9 muestra la muy desigual distribución por edades según si se considera a la enfermedad reumática en términos de prevalencia, hospitalización o muerte. El fenómeno está traduciendo la larga supervivencia de los pacientes que en promedio fallecen a la edad de 48,0 años. El riesgo de muerte medido en términos de tasas por grupos de edades aumenta progresivamente de 5,7 por 100.000 en los menores de 10 años a 80,7 en los mayores de 70, pero proporcionalmente la enfermedad reumática como causa de muerte pesa más en el grupo 10 a 39 años en el que determina aproximadamente un

TABLA N° 9

DISTRIBUCION POR EDADES DE LA ENFERMEDAD REUMÁTICA Y SEQUELAS (PORCENTAJES SOBRE EL TOTAL DE CADA GRUPO)

Edades	Prevalencia estimada	Hospitalizaciones 1956	Defunciones 1953
-15	54,1	29,4	9,0
15-24	18,3	21,5	8,6
25-34	9,7	17,4	12,0
35-44	8,4	14,5	15,3
45-54	5,9	9,1	16,7
55-64	2,8	5,5	14,3
65 y más	1,0	2,6	24,1
<b>TOTAL</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

7% del total de muertes producidas en esta importante época de la vida.

### 6. El control de la enfermedad reumática

El análisis que antecede suministra bases de formulación adecuada de programas de control de la afección. Destaca evidentemente el hecho que existe un grave problema que no se superará mientras la acción no sea planificada en forma organizada. Pensamos que debe planearse y llevarse a cabo una campaña anti-reumática en un plano nacional. A partir de la introducción de la penicilina contamos con armas específicas de prevención tanto de aparición de la enfermedad como de profilaxis del paciente reumático con o sin lesión valvular. El tratamiento prolongado de las estreptococcias reduce a una fracción despreciable la aparición de la enfermedad; la responsabilidad médica en consecuencia es enorme y hace necesaria una actitud preventiva permanente frente a este tipo de infecciones.

Por otra parte todo paciente reumático debe ser controlado para evitar futuras recidivas. Este tipo de programas que ya se han iniciado en algunas partes entre nosotros deben generalizarse, al representar una importante actividad en el total de acciones que el hospital suministra a la comunidad. Sin duda, la simplificación del control en base de penicilina de acción prolongada ha significado un avance de importancia.

El reposo prolongado que debe seguir a un proceso de actividad reumática se contrapone con las características de nuestros hospitales concebidos y manejados fundamentalmente para la atención de enfermos agudos y de corta duración. Surge así la necesidad de establecimientos especiales y de menor costo que permitan la atención de estos pacientes subagudos o crónicos, como igualmente un impulso importante de la atención domiciliaria.

Al esfuerzo mancomunado de pediatras, internistas y cirujanos, cabe agregar el importante rol de otros profesionales entre los que destacan la enfermera sanitaria y la asistente social. Finalmente dada la complejidad del problema, las diferentes técnicas de rehabilitación adquieren un realce especial en todos los planos que

ella actúa. Urge en Chile la extensión de estos beneficios a nuestros pacientes reumáticos.

#### RESUMEN

Los autores analizan las principales características colectivas y el volumen del problema de enfermedad reumática en Chile en términos de mortalidad, morbilidad, prevalencia y costes, señalando las bases de un programa de control.

La enfermedad y sus secuelas determinan anualmente 2.300 muertes y 7.000 egresos hospitalarios, condicionando la pérdida de 50.000 años-persona de vida productiva, un costo de hospitalización de \$ 513.000.000 y la existencia física de 470 camas ocupadas permanentemente. La estimación de prevalencia sugiere la existencia de 61.000 pacientes correspondiente a 0,9% de la población chilena.

Se analiza la distribución de la enfermedad por provincias y grupos de edades, tendencia en los últimos 30 años y la situación de Chile en el plano internacional.

#### SUMMARY

The main features and the volume of rheumatic fever in Chile in terms of mortality, morbidity, estimated prevalence and costs are analyzed by the authors

pointing out the principles of a control program.

The disease and its sequelae causes 2300 deaths and 7000 hospital admissions per year. The annual hospital costs are \$ 513.000.000 with a permanent need for 470 beds. 50 000 person-years of productive life are lost yearly. The estimated prevalence of 61 000 persons is equivalent to 0.9% of the Chilean population.

The distribution by provinces, age groups, the tendency during the last 30 years and international comparisons are discussed.

#### BIBLIOGRAFÍA

- 1.—ALESSANDRI, H. y ALESSANDRI, M. — "Estudio estadístico y anatómico-clínico sobre etiología de las cardiopatías en nuestro medio hospitalario". Rev. Méd. de Chile. 71:343, 1943.
- 2.—COLLINS, S. D. y cols. — "Age Incidencia of specific causes of illness found in monthly canvasses of families. Sample of the Eastern Health District of Baltimore, 1933-1943". Pub. Health Rep. 66:227, (Sep. 28), 1951.
- 3.—COPPERMAN, W. S. C. — "Rheumatism in Sweden". Ann. Rheum. Dis. 17:19, 1945.
- 4.—HAZBUN, M.; ROST, E.; TALA, J. y VERNA, I. "Factores pronósticos en la insuficiencia cardíaca". Tesi de Licenciatura, Escuela de Medicina, Univ. de Chile, 1957.
- 5.—MEDINA, E. y LOSADA, M. — "Importancia médico-social de los reumatismos en Chile". Rev. Méd. de Chile (en prensa).
- 6.—SERVICIO NACIONAL DE SALUD. — "Defunciones y causas de muerte en Chile". 1952 a 1956.
- 7.—SERVICIO NACIONAL DE SALUD. — "Estadística hospitalaria. Camas-días de estada-letalidad". 1956.
- 8.—SERVICIO NACIONAL DE SALUD. — "Enfermedades infecciosas de declaración obligatoria". 1957.
- 9.—UNITED NATIONS. — "Demographic Yearbook 1955".
- 10.—WOOLSEY, T. D. — "Prevalence of arthritis and rheumatism in the United States". Pub. Health Rep. 67:505 (Jun.), 1952.

