

11226
17



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**FRECUENCIA DEL ESTREPTOCOCO BETA HEMOLITICO EN
COMPARACION CON OTROS GERMESES EN INFECCIONES
FARINGOAMIGDALINAS EN PACIENTES
MENORES DE 15 AÑOS**

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE :

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

P e s e n t a :

DR. ETELBERTO LOPEZ MALDONADO

VERACRUZ, VER.

**TESIS CON
FOLIO DE ORIGEN**

1979





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.

C O N T E N I D O

- CONSIDERACIONES GENERALES

- BACTERIOLOGIA DEL ESTREPTOCOCO A.

- EPIDEMIOLOGIA.

- GENERALIDADES SOBRE:

CUADRO CLINICO

TRATAMIENTO

MEDIDAS PREVENTIVAS.

- PROYECTO DE INVESTIGACION.

TITULO

JUSTIFICACION

OBJETIVOS

METODOS Y PROCEDIMIENTOS

RESULTADOS.

- CONCLUSIONES.

- RESUMEN

- BIBLIOGRAFIA.

CONSIDERACIONES GENERALES

Revisando la historia de las infecciones por Estreptococos, nos remontamos hasta el año de 1884, donde el investigador Rosenbach, descubre el Estreptococo Pyógenes. La comprensión de las investigaciones estreptocócicas empezó cuando Schottmuller en 1903, descubrió que algunas cepas producen hemólisis en agar con sangre, Brown en 1919, definió estas reacciones en mayor detalle y creó -- los términos descriptivos que todavía siguen en uso.

La clasificación serológica del germen en grupos por Lancefield y en tipos por Lancefield y Griffith en 1935, y la introducción del título de antiestreptocilina O por Todd (1932) para identificar inmunológicamente la infección estreptocócica, abrió la -- era moderna de la Bacteriología Clínica, la Inmunología y la Epidemiología de las infecciones estreptocócicas y sus secuelas no supuradas, fiebre reumática aguda y la glomerulonefritis aguda.

Las grandes epidemias de enfermedad estreptocócica en las -- fuerzas armadas durante la Segunda Guerra Mundial, proporcionaron un enorme volumen de material clínico para definir más netamente -- la epidemiología de las enfermedades estreptocócicas del grupo A y el efecto de la terapéutica y profilaxia penicilínica sobre la pre -- vención de la fiebre reumática y la glomerulonefritis.

Los Estreptococos representan un grupo importante de microorganismos biológicamente muy diversos y reunidos solamente por su --

morfología y su colorabilidad, con excepción del Neumococo (Streptococo Pneumoniae) que por sus características biológicas y su acción patógena, se clasifican generalmente aparte. La mayoría de -- los Streptococos patógenos para el hombre pertenecen a la categoría de los Streptococos Beta hemolíticos, estos Streptococos se han dividido después de los trabajos de Lancefield en una serie de grupos definidos por su aglutinación electiva por sueros específicos, esos grupos designados por grupos de la A a la O corresponden en su conjunto, a categorías distintas por su habitat natural y su patogenicidad.

El que mejor se conoce entre los Streptococos Beta hemolíticos, es el Streptococo Pyógenus que pertenece al grupo A y que no solamente causa las principales enfermedades estreptocócicas humanas, sino además las secuelas retardadas como el reumatismo articular agudo y la glomerulonefritis.

El Streptococo Agalactiae pertenece al grupo B, se desarrolla en las vías genitales y de ahí su intervención en las septicemias neonatales.

El Streptococo Equisimilis pertenece al grupo C y puede originar aunque no frecuentemente, amigdalitis e infecciones vaginales.

Los Enterococos pertenecen al grupo D, gérmenes cuyo habitat es el tubo digestivo y que pueden causar infecciones genitales o urinarias y a veces Endocarditis, el principal es el Streptococo-

Faecalis.

La alfa hemólisis caracteriza a los Estreptococos que sin destruir los hematíes, le dan una coloración verde a los medios de -- cultivo de sangre por reducción de la hemoglobina. El nombre de Estreptococo Viridans comprende diversas especies, entre las cuales se encuentran, el Estreptococo Mitior y el Estreptococo Sanguis; - cuyo interés principal reside en que causan las Endocarditis bacterianas subagudas.

Finalmente, los Estreptococos no hemolíticos no son por lo general patógenos para el hombre, con excepción del Estreptococo Mitis comensal frecuente de las mucosas y agente posible de Endocarditis.

Nos limitaremos únicamente al Estreptococo más generalmente - patógeno para el hombre y el que ha sido más completamente estudiado, nos referimos al Estreptococo Pyógeno Beta hemolítico del grupo A.

BACTERIOLOGIA DEL ESTREPTOCOCO A

Todas las bacterias están constituidas por un citoplasma, una membrana celular y una pared microbiana que lejos de tener una simple función de sostén, desempeñan una parte fundamental en la vitalidad celular.

La pared del Estreptococo A comprende las tres capas siguientes, yendo desde la profundidad hasta la superficie.

1) La capa profunda:- Es un polisacárido cuya composición común a todos los Estreptococos del grupo A, los distingue de los Estreptococos que pertenecen a los demás grupos. Es el antígeno - C- el que actuando sobre un suero específico, hace posible la agrupación del germen y confirma su pertenencia al grupo A.

2) La capa media:- Consiste particularmente en que el peptoglican interviene decisivamente en el mantenimiento de la rigidez de la pared.

3) La capa superficial:- Es de naturaleza proteica y constituye la proteína M que se comporta como un antígeno con respecto a los sueros específicos, de tal modo, que sirve para definir un tipo en el interior del grupo A, existen más de 60 tipos serológicos.

La importancia de esta proteína específica es considerable, puesto que la misma es la causa del desarrollo de la inmunidad. Un sujeto infectado por un Estreptococo A de un tipo dado, se inmuniza contra los Estreptococos de este mismo tipo, pero no está de mo

do alguno, protegido contra los Estreptococos A de otros tipos que puedan entrar, lo cual explica la posibilidad de reinfecciones sucesivas.

No obstante, a la larga puede desarrollarse una resistencia inespecífica al conjunto de los Estreptococos del grupo A, pero este fenómeno que probablemente se deba al peptoglican de la pared, requiere para producirse una sucesión de infecciones agudas y no se desarrolla sino después de un lapso de tiempo muy largo.

El Estreptococo A deja difundir en el medio ambiente sustancias numerosas, de las cuales, cierto número son enzimas que se comportan como antígenos capaces de provocar la formación en la sangre circulante de anticuerpos específicos.

Entre las pruebas serológicas que se derivan de este fenómeno, la más corrientemente utilizada es la antiestreptolicina O, pero se emplea también la determinación de antihialuronidasa, antiestreptocinasa y de la anti-nadasa.

La práctica conjunta de estas diversas pruebas, sirve para establecer con una probabilidad próxima al 100%, la existencia o no de una infección antiestreptocócica anterior.

Sin embargo, estos anticuerpos carecen de función protectora, la única prueba de la resistencia a la infección está constituida por la existencia de anticuerpos antiproteína M.

De igual manera, las enzimas anteriores no se comportan de --

ningún modo como toxinas y no tienen ninguna acción patógena. La -
patogenicidad del Estreptococo está vinculada a su virulencia, es-
decir, a su poder de multiplicación cuyo factor principal es la --
proteína M que se opone a la fagocitosis.

EPIDEMIOLOGIA

Cuantitativamente, las infecciones respiratorias altas incluyendo escarlatina, faringitis y amigdalitis, son las formas más importantes de infección por Estreptococos del grupo A.

La enfermedad en estas categorías ocurre sobre todo en niños de 5 a 15 años, pero también son muy sensibles a la infección personas más jóvenes y más viejas. Lo fundamental para comprender la epidemiología de la infección estreptocócica es considerar su modo de transmisión.

La transmisión de las enfermedades estreptocócicas del grupo A, ocurre por contacto directo entre personas infectadas o portadores sanos y personas susceptibles. No conocemos reservorios importantes extrahumanos o animales de este germen; aunque se han observado brotes ocasionales causados por contaminación de alimentos, - muchas veces la leche.

En general, sin embargo, los estreptococos se disocian rápidamente fuera del huésped humano y los gérmenes obtenidos de los vestidos, ropa de casa o polvos caseros, aunque identificables como - los del grupo A, se ha comprobado que no son infecciosos cuando se inoculan a las gargantas de voluntarios humanos.

La introducción de un niño no tratado e infectado de 5 años - de edad en una familia, irá seguida de infección de más de la mitad de sus hermanos y un número de adultos en el medio.

El problema del control de la enfermedad estreptocócica hemolítica, se complica por el hecho de que una proporción muy elevada de infecciones por estos gérmenes, son extraordinariamente leves o pasan totalmente inadvertidas.

Las personas con este tipo de infección "subclínica", son capaces de diseminar los Estreptococos, pero no es obligado que lleguen a ser tratados por el médico que pudiera aplicar la quimioterapia moderna y erradicar los Estreptococos de los tejidos faríngeos, eliminando la posibilidad de transmisión de la enfermedad.

Se dice que la propagación de la infección estreptocócica puede llevarse a cabo según dos modalidades: Epidémica y Endémica.

La modalidad epidémica es la mejor conocida, puesto que ha sido estudiada de manera casi experimental como lo mencionamos en notas previas, en reclusorios, seminarios, cuarteles, etc.

La introducción en esta población receptiva de un germen nuevo albergado por un sujeto enfermo, tenía por efecto la diseminación rápida de este germen entre los sujetos sensibles de forma masiva, habida cuenta de que estos sujetos estaban más cerca de los infectados y que la transmisión se hacía por intermedio de las secreciones nasales y no por el polvo o los objetos contaminados, cuya parte en la transmisión ha resultado insignificante.

Los sujetos infectados constituyen otros tantos focos nuevos de difusión, hasta que la multiplicación de los sujetos inmunizados por la infección, ocasiona la diseminación y más tarde, la extinción -

ción de la epidemia. Si sobreviene una ola epidémica, la misma se debe a otro tipo serológico, y el tipo anterior desaparece para dar su lugar al nuevo.

Esta concepción de la propagación de la infección estreptocócica, explica las epidemias, pero no la reaparición de las oleadas epidémicas a intervalos regulares, ni tampoco la existencia de casos esporádicos.

La modalidad endémica, se explica por la existencia de una endemia estreptocócica persistente. En efecto, si se buscan sistemáticamente los portadores de Estreptococo A en una población cualquiera, se descubre un cierto porcentaje de portadores de gérmenes en sujetos aparentemente normales.

La frecuencia de portadores es máxima en el niño pequeño, todavía considerable entre los 7 y los 15 años y menor en el adolescente hasta ser casi nula en el anciano.

Los sujetos en cuestión se comportan pues como sujetos biológicamente infectados, pero solamente una escasa fracción de los mismos (aproximadamente el 20%), presentó síntomas clínicos en forma de una faringitis. De estos estudios se desprende que la difusión del Estreptococo es extremadamente grande que puede dar origen a portadores sanos de los gérmenes, pero con una frecuencia mucho mayor ocasiona una infección latente puramente biológica o que en su forma máxima, se manifiesta por una faringitis leve.

Esta infección latente tiene como consecuencia a la vez, la permanencia del germen y la producción de una inmunización progresiva contra los tipos infectantes.

De vez en cuando esta enfermedad latente, pasa a ser una enfermedad clínica o incluso una difusión epidémica por razones diversas y todavía mal conocidas. Una de las mejores demostradas es la introducción de un tipo serológico nuevo.

Los factores de receptividad son sin duda muy diversos: Factores nutricionales, difusión más o menos grande del uso indiscriminado de antibióticos, probablemente también se deba a caracteres genéticos.

La frecuencia y la gravedad de las infecciones por Estreptococos en los países en vías de desarrollo con relación a la población de tipo occidental, corresponde sin duda, a estas diversas predisposiciones.

GENERALIDADES

Teóricamente, si se descubre la infección estreptocócica y se trata adecuadamente, no deben existir las complicaciones tardías. Sin embargo, la infección estreptocócica caracterizada por dolor faríngeo intenso, fiebre, postración, ataque al estado general con amígdalas hipertróficas, hiperémicas y secretantes y con adenopatia submaxilar, se presenta en un porcentaje muy pequeño.

Por esta razón, muchos cuadros de Faringo Amigdalitis por Estreptococo, pasan desapercibidos o no se piensa en ellos y como consecuencia, el tratamiento que se administra tampoco es el adecuado.

La infección estreptocócica se puede manifestar de cuatro maneras diferentes:

- a) La Infección Estreptocócica Subclínica.
- b) La Infección con síntomas que no recibe tratamiento.
- c) La Infección a la que no se le hace el diagnóstico o que es tratada de manera inadecuada.
- d) La Infección con diagnóstico y tratamiento adecuados.

El tratamiento inadecuado de la infección y el diagnóstico tardío o sus recaídas, conducen al paciente a sufrir complicaciones incapacitantes tales como la fiebre reumática, cardiopatías, etc.

La modificación de dichos factores puede contribuir a la disminución del número de casos nuevos, aminorando la gravedad de las lesiones mencionadas.

Afortunadamente en la actualidad se cuenta con una guía terapéutica con un 100% de eficacia en cuanto a curación, los esquemas recomendables por haberse comprobado sus resultados positivos, son a base de un antibiótico del tipo de la Penicilina G. Procaínica y continuar su erradicación con Penicilina Benzatínica.

En relación a estos antibióticos y las dosis de aplicación, existen dos esquemas que son los siguientes:

A) Penicilina G. Procaínica 800,000 unidades diarias por 10 días. Penicilina Benzatínica al onceavo día, dependiendo la dosis de la edad del paciente, cada veintiún días por tiempo indefinido.

B) Penicilina G. Procaínica 800,000 unidades diarias por cuatro días. Penicilina Benzatínica al 5º día, con las mismas indicaciones anteriores.

Cuando el paciente presente intolerancia al antibiótico anterior, deberá utilizar Eritromicina a dosis convencionales por Kg. de peso, y continuar su erradicación con Sulfas de acción prolongada.

En ocasiones, las reinfecciones se deben a que la infección estreptocócica es intrafamiliar, en estos casos es conveniente hacer el estudio de convivientes y en ocasiones efectuar tratamiento

antiestreptocócica familiar.

Los adelantos en la medicina preventiva, han llegado a realizar una vacuna antiestreptocócica por la técnica de obtención de la proteína M, mejorando su purificación.

Las perspectivas en estos casos son halagadoras, de tal suerte que nos da la pauta a pensar que en el futuro, se logrará una vacuna eficaz y fácil de aplicar, que quizá sea posible usarla para la prevención primaria de las infecciones estreptocócicas y por lo tanto de fiebre reumática.

Como existen 57 diferentes tipos de Estreptococo Beta Hemolítico Grupo A, no es posible pensar que se pueda preparar una vacuna polivalente completa, por lo que es indispensable para facilitar su composición, tipificar el germen y ver cual es el más frecuente en determinada región.

FRECUENCIA DEL ESTREPTOCOCCO BETA HEMOLITICO EN
COMPARACION CON OTROS GERMENES EN INFECCIONES-
FARINGOAMIGDALINAS EN PACIENTES MENORES DE 15

AÑOS

JUSTIFICACION:- En la República Mexicana se presentan factores sociales y económicos que aunados a las características del medio ambiente, determinan la existencia de un sustrato adecuado para el desarrollo, transmisión y prevalencia de un gran número de infecciones, en especial las respiratorias.

Uno de estos gérmenes más patógenos por sus complicaciones -- frecuentes, es el Estreptococo Beta Hemolítico que se presenta con mayor frecuencia en regiones con clima frío o húmedo y también en los tropicales y subtropicales, aunque en estos últimos como lo refiere la Literatura, el cuadro es poco florido y fácilmente puede pasar desapercibido.

Como lo menciono arriba, en todos los servicios médicos donde se atienden niños, la causa principal de consulta la constituyen las afecciones de vías respiratorias superiores, cuadros catarrales, rino faríngeos o los cuadros de Faringitis y Amigdalitis; el porcentaje de atención por estos conceptos es variable, pero nunca es menor del 30% y aun del 40%.

También hay que recordar que algunas afecciones de vías respiratorias superiores, son de origen diferente al Estreptococo, por ejemplo Virales.

Se sabe que del total de individuos atacados por este germen, llegan a padecer lesiones incapacitantes como secuelas en una proporción de 80%.

Es por esto la importancia de buscar intencionadamente el Estreptococo Beta Hemolítico, para establecer las medidas profilácticas adecuadas, evitando así lesiones incapacitantes y actuar de -- acuerdo a la historia natural de la enfermedad.

En la revisión bibliográfica realizada, encontré que alrededor del año de 1948, las Cardiopatías por Estreptococo Beta Hemolítico en Estados Unidos de Norteamérica, constituía el 39.5% y de -- estos, el 42% se encontró en Nueva York. En la ciudad de México la Cardiopatía por esta etiología, "en la actualidad" (1970) ocupa un 40%.

También se menciona que el Estado de Veracruz, tiene un bajo índice de lesiones Postestreptocócicas, pero no se cuenta en la actualidad con un estudio que plasme la realidad existente.

Consecuentemente, en nuestro medio debería empezarse un estudio que determinara la epidemiología de la infección estreptocócica y la prevalencia de los diferentes tipos de este germen, para-- que ulteriormente se finquen las bases para normar una conducta a seguir, como por ejemplo: La aplicación de la vacuna que se mencionó anteriormente para el tipo de Estreptococo prevalente en la región.

OBJETIVOS

En las Estadísticas de la Unidad Médica lugar de este estudio, no encontré alguna que mencionara la prevalencia del Estreptococo-Beta Hemolítico en las infecciones faringo amigdalinas, quizá porque no se piensa en él como agente etiológico, o porque en realidad no existe, por lo que mis objetivos principales en este estudio, son los que a continuación se mencionan.

A) Encontrar con que frecuencia se encuentra el Estreptococo-Beta Hemolítico y comparar su prevalencia con otros gérmenes infectantes de las Amígdalas y Faringe.

B) Disminuir la morbilidad de la infección estreptocócica, -- evitando dar un tratamiento inadecuado y hacer un diagnóstico tardío.

C) A los casos positivos se les dará tratamiento correcto y -- al mismo tiempo se efectuará estudio Epidemiológico Intrafamiliar.

D) Demostrar que si existe el Estreptococo Beta Hemolítico y -- que sus manifestaciones clínicas son muy diversas y poco floridas.

E) Motivar al Médico Familiar a pensar en la etiología de esta infección, en forma intencionada.

MÉTODOS Y PROCEDIMIENTOS

El presente estudio de investigación, se llevó a cabo en pacientes de la consulta externa de Medicina Familiar del Consultorio No. 7 de la Unidad de Medicina Familiar No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Veracruz, Ver.

A continuación se enuncian los métodos y procedimientos a seguir:

A) La muestra consiste en pacientes menores de 15 años de ambos sexos, que acudieron a consulta en el período comprendido de noviembre de 1978 a noviembre de 1979.

B) Por medio de las tarjetas T.A.C. del archivo clínico, se obtuvo el universo con que se iba a trabajar, esta fue de 1100 pacientes menores de 15 años.

C) La muestra representativa del universo, fue seleccionada de los pacientes que acudieron a consulta en el período antes mencionado.

D) Los pacientes seleccionados, fueron aquellos que presentaban infecciones FaringoAdmigdalinas de repetición o crónicas, sintomar en consideración el cuadro clínico ya que como se mencionó, únicamente un porcentaje menor es el que llega a presentar las manifestaciones características de las Estreptococcias.

E) Para la mejor localización de los pacientes, a cada uno de

ellos se les llevó su control en una tarjeta de registro (Ver Anexo).

F) Para el diagnóstico se utilizó el Laboratorio de la Unidad solicitando cultivo de exudado Faríngeo y Biometría Hemática.

En relación a este estudio hago incapié en las siguientes con sideraciones, que en muchas ocasiones aun existiendo la infección-estreptocócica, el cultivo puede ser negativo, sea por defectos -- técnicos o por haber recibido el paciente antibióticos, aun cuando haya sido en dosis insuficientes.

Naturalmente y con esta actitud, se tratarán muchos pacientes que no tengan este tipo de infección, sino Faringitis de otras - etiologías como las Virales.

G) Otra consideración importante en cuanto al Método Diagnós- tico utilizado, es la técnica que se utilizó para el cultivo Farín geo con el menor margen de error para evitar falsas, positivas o - negativas.

Esta consiste en:- Primero, hacer la limpieza cuidadosa de am bas Amígdalas y de la pared de la Faringe con torundas de algodón- que se llevan rápidamente y todavía húmedas a las cajas de petri,- con un medio de cultivo a base de Gelosa nutritiva adicionada de - hemáticas de carnero.

Las muestras se siembran cuidadosamente con un asa de platino, a fin de repartir uniformemente los microorganismos. Solamente con

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

- 19 -

una técnica rigurosa de obtención de la muestra de siembra y de --
cultivo, se llega a apreciar correctamente la hemólisis de los G16
bulos Rojos de Carnero.

Abundantes resultados aparentemente contradictorios con la --
clínica, son solamente la manifestación de una incorrecta identi
ficación de esta hemólisis.

En base a esto, creí necesario apoyar el diagnóstico con otro
examen de laboratorio como la Biometría Hemática, ya que en una in
fección por Estreptococo, se aprecia elevación de los Leucocitos.

También la búsqueda de Antiestreptolincinas, se utilizó como --
estudio diagnóstico de apoyo.

H) Los resultados se presentan en forma gráfica y cuadros. --
(Ver Anexos).

El financiamiento de este estudio es estrictamente institucio
nal, contando con el apoyo total del Médico Familiar de Base y per
sonal paramédico.

***TARJETA DE REGISTRO DE DETECCION DE ESTREPTOCOCO BETA HEMOLITICO**

NOMBRE _____ **AFILIACION** _____ **FECHA** _____

ESCOLARIDAD _____ **EDAD** _____ **SEXO** _____

DOMICILIO _____

A.H.F. _____ **A.P. NO P.** _____

A.P.P. _____

PESO _____ **TALLA** _____ **TEMPERATURA** _____

MANIFESTACIONES CLINICA _____

EXPLORACION FISICA DE GARGANTA _____

CULTIVO FARINGEO _____

SENSIBILIDAD A LOS ANTIBIOTICOS _____

FECHA PROXIMA CITA _____

RESULTADOS

Al finalizar el presente trabajo de investigación, se llegó a la conclusión de que la muestra seleccionada como representativa del universo, se logró en un 86% del total, del 14% restantes, no se reportaron los resultados debido a que el paciente no acudió al Laboratorio a la toma de la muestra de exudado faríngeo y otros -- por no haber en existencia el reactivo para dicho asunto.

A continuación se presentan los resultados por medio de cuadros, donde podemos concluir lo siguiente:

En el Cuadro No. 1 se presenta la muestra dividida en grupos de edad por quinquenios, donde observamos que la mayor incidencia de consulta por infección Faringo Amigdalina, fue en pacientes de 5 a 9 años de edad, ocupando un porcentaje de 44.23%.

En segundo lugar, las infecciones mencionadas se presentan -- entre los 10 y 14 años, con un porcentaje de 36.53%, siendo menos frecuente la incidencia en el primer quinquenio con un porcentaje de 19.24%.

En relación al número de casos positivos en los mismos quinquenios como se muestra en el Cuadro No. 1 A (Ver anexo) concluimos que:

A) La mayor frecuencia se encontró entre los 5 a 9 años de -- edad con 16 casos, ocupando un porcentaje de 53.33%.

B) El segundo lugar de frecuencia lo encontré en el grupo de 0 a 4 años de edad con 8 casos, ocupando un porcentaje de 26.66%.

C) Una menor frecuencia se presentó entre los 10 a 14 años -- con 6 casos, ocupando un porcentaje de 20.00%.

En el Cuadro No. 2 se agrupó a la muestra de acuerdo al sexo, siendo mayor su número en masculinos con un porcentaje de 59.62% - en relación al femenino, con 105 pacientes ocupando un 40.38%.

Cabe mencionar que del total de casos positivos al Estreptococo Beta Hemolítico, 21 de ellos se encontró en el sexo masculino - con un porcentaje de 70% y el resto de los casos positivos en el - otro grupo, ocupó un porcentaje de 30%.

El Cuadro No. 3 (Ver anexo) nos muestra la relación del gér-- men en estudio con la frecuencia de otros en las infecciones amig-- dalinas. Así podemos resumir que:

A) El 36.53% lo ocuparon las estreptococcias en general con - 82 casos y el 63.46% lo ocuparon otros gérmenes con 178 casos, - - siendo éste el mayor porcentaje. (Ver anexo) Cuadro No. 4

Refiriéndonos en particular al Estreptococo Beta Hemolítico - como agente etiológico de las infecciones Faringo Amigdalinas, éste ocupó un porcentaje de 11.53%, resultando mayor la Neiseria Ae-- robia y el Estreptococo Albus, que actualmente se consideran compo-- nentes no patógenos de la flora bacteriana de garganta.

Se puede deducir de acuerdo a estos resultados, que el porcentaje encontrado en relación al Estreptococo, no es tan insignificante como se piensa, pero si consideramos a los demás gérmenes como no patógenos, entonces la etiología de la patología de garganta deberá encaminarse a una entidad viral.

CLASIFICACION POR GRUPOS DE EDAD EN LOS PACIENTES ESTUDIADOS.

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.1 I.M.S.S. VERACRUZ,VER.

EDAD	No. de PACIENTES	%
0 - 4	50	19.24
5 - 9	115	44.23
10 - 14	95	36.53
TOTAL	260	100.00

CUADRO No. 1

CLASIFICACION POR SEXO EN LOS PACIENTES ESTUDIADOS.

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.1 I.M.S.S. VERACRUZ,VER.

SEXO	No. de PACIENTES	%
MASCULINO	155	59.62
FEMENINO	105	40.38
TOTAL	260	100.00

CUADRO No. 2

RESULTADO DE LOS CULTIVOS DE EXUDADO FARINGEO

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 1 I.M.S.S. VERACRUZ, VER.

AGENTE CAUSAL	CASOS	%
ESTREPTOCOCO BETA HEMOLITICO	30	11.53
ESTREPTOCOCO ALFA HEMOLITICO	20	7.69
ESTREPTOCOCO NO HEMOLITICO	32	12.30
ESTAFILOCOCO ALBUS	45	17.30
ESTAFILOCOCO AUREUS	23	8.87
ESTAFILOCOCO A COAGULASA POSITIVA	28	10.76
DIPLOCOCO - NEUMONIAL	31	11.95
NEISERIA AEROBIA	41	15.76
OTROS	10	3.84
TOTAL	260	100.00

CUADRO No. 3

"PORCENTAJE DADO POR ESTREPTOCOCO EN COMPARACION CON OTROS GERMENES "

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.1 I.M.S.S. VERACRUZ, VER.

AGENTE CAUSAL	CASOS	%
ESTREPTOCOCCIAS	82	36.15
OTROS GERMENES	178	63.85
TOTAL	260	100.00

CUADRO No. 4

CONCLUSIONES

En base a los resultados obtenidos en el presente estudio de investigación podemos concluir lo siguiente:

A) El Estreptococo Beta Hemolítico, se encuentra con una frecuencia por si considerable en relación con otros gérmenes en las infecciones faringo amigdalinas.

B) Las infecciones por este germen y su relación con las manifestaciones clínicas que presentan los pacientes, son muy leves, - por lo que pasa desapercibida en la mayoría de los casos.

C) A pesar de no ser tratadas estas infecciones, es raro que evolucionen hasta ocasionar lesiones mayores.

D) En relación al inciso anterior, se puede inferir que el Estreptococo Beta Hemolítico que infecta a nuestros pacientes, no posee la virulencia capaz de romper la interacción agente - medio ambiente - huésped.

E) Consecuentemente, para evitar los casos aislados que se presentan con lesiones, sería ideal tipificar al Estreptococo Beta Hemolítico que si resulte virulento y que predomine en la región, - para valorar la aplicación de una vacuna eficaz.

F) Teóricamente al descubrir la capa virulenta se abatiría importantemente la morbimortalidad.

G) El mayor porcentaje de infecciones faringo amigdalinas son

de etiología viral, ya que los otros gérmenes hallados en garganta, se consideran como no patógenos en la mayoría de los casos.

H) En la consulta externa de Medicina Familiar, se puede realizar cualquier estudio de investigación y aplicar nuestros conocimientos en relación a lo que descubramos, con la finalidad de lograr un mayor beneficio para nuestros pacientes.

RESUMEN

En nuestra consulta externa de Medicina Familiar encontramos que las infecciones faringo amigdalinas, ocupan una incidencia muy alta como causa de consulta, principalmente en pacientes menores de 15 años, siendo el Estreptococo Beta Hemolítico un gérmen con características patógenas que pueden ocasionar secuelas incapacitantes.

Por tal motivo, es necesario e indispensable detectar esta etiología, para prevenir y tratar adecuadamente dichas infecciones.

Al mismo tiempo es conveniente organizar campañas epidemiológicas de salud, que incluyan al núcleo familiar, bloqueando con estas medidas, el ciclo de transmisión del gérmen.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Jama en México
Vol. 2 No. 6 Junio 1977.
- 2.- Anuario de Actualización en Medicina
Fascículo No. 23 Medicina Preventiva.
- 3.- Introducción a la Cardiología
Dr. Jorge Espino Vela.
- 4.- Revista de la Facultad de Medicina
Vol. XIX No. 9 y 10 - 1976.
- 5.- Gaceta Médica de México
Vol. XIX - 1978.
- 6.- Cardioneumología, Fisiopatología Clínica
Tomo I Cap. 30
Dr. Ignacio Chávez Rivera.
- 7.- La Prensa Médica Mexicana año XXXIX
No. 7 y 8 Julio - Agosto 1974.
- 8.- Salud Pública de México
Marzo - Abril 1977
- 9.- Boletín Médico del I.M.S.S.
Vol. No. 15 1973.
- 10.- Enciclopedia Médica - PRAXIS
Enfermedades infecciosas y transmisibles
Vol. VI.