

11237

2ej
L54

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E
INVESTIGACIÓN
FACULTAD DE MEDICINA.

I.S.S.S.T.E.
HOSPITAL REGIONAL LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS

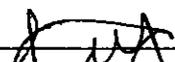
UTILIDAD DE LA CARTA DE BREESE EN EL
DIAGNOSTICO DE FARINGOAMIGDALITIS
ESTREPTOCOCICA

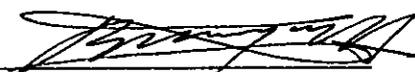
EST. MAR. 24 1953
DE LA UNAM DIV. DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN
DIRECCION GENERAL DE INVESTIGACIONES
DIRECCION GENERAL DE INVESTIGACIONES

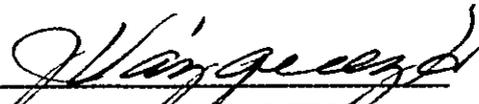
TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PRESENTA LA
DRA. MARÍA DEL CONSUELO MENDOZA REYES.
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIDAD EN

PEDIATRIA MEDICA.

I. S. S. S. T. E.
SUBDIRECCION GRAL. MEDICA
FEB. 20 1996
SECRETARIA DE LOS SERVICIOS DE
ENSEÑANZA E INVESTIGACION


DR. JERÓNIMO SIERRA GUERRERO
Coordinador de Capacitación
Desarrollo e Investigación.


DR. BALTAZAR BARRAGAN H.
Profesor Titular del Curso.
de Pediatría Médica.


DR. JORGE AZQUEZ HERREA.
Coordinador de Pediatría.

I. S. S. S. T. E.
HOSPITAL REGIONAL
LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS
★ DIC. 14 1995 ★
COORDINACION DE
CAPACITACION DESARROLLO
INVESTIGACION

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1995 259870



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

INVESTIGADORA: DRA. MARIA DEL CONSUELO MENDOZA REYES.

**DOMICILIO: RIO CHURUBUSCO No. 666 B - 304
COL. JARDINES DE CHURUBUSCO.**

ASESOR:  SERGIO B. BARRAGAN PADILLA.

VOCAL DE INVESTIGACION:

**
DRA. MA. CONCEPCION LOPEZ VILLAFAÑA.**

DR. SERGIO B BARRAGAN PADILLA 

**
DR. ALEJANDRO LLORET R.
Jefe de Investigacion.**

**
DR. ENRIQUE MONTIEL TAMAYO.
Jefe de Capacitacion y Desarrollo**

INDICE.

RESUMEN	1
INTRODUCCION	2
MATERIAL Y METODO	4
RESULTADOS	6
DISCUSION	7
CONCLUSIONES	9
BIBLIOGRAFIA	10

RESUMEN.

OBJETIVO.- Conocer la correlacion del diagnóstico clinico de faringoamigdalitis estreptocócica hecha mediante la escala de Breese y el cultivo faríngeo.

DISEÑO.- Se realizó un estudio observacional clinico, prespectivo en el servicio de urgencias pediátricas del Hospital Regional Lic. Adolfo Lopez Mateos del I.S.S.S.T.E.

METODO.- Se hicieron 1555 diagnósticos de faringoamigdalitis, realizandoles a todos la valoración de la escala de Breese y tomandoles cultivo faríngeo.

RESULTADOS.- Encontrándose que de 880 pacientes que tuvieron 30 o mas puntos de la escala de Breese, presentaron en un 56.59% cultivos positivos y de 675 pacientes que tuvieron un porcentaje menor de 30 presentaron un 43.40% de cultivos positivos.

CONCLUSIONES.- Correlacionados que los pacientes que tienen 30 o más puntos segun la escala de Breese es probable que tengan una faringoamigdalitis estreptocócica, dandonos un diagnóstico favorable en el 62.38% de los pacientes.

S U M M A R Y .

OBJETIVE.- With the objetive to know the correlation of the clinical diagnosis of streptococo pharyngoamigdalitis, utilizing the Breese scale and fharyngeal culture.

DRAWING.- A clinical, prospective and observational study was performed at the pediatric emergency departament of the Regional Hospital Lic. Adolfo Lopez Mateos, I.S.S.S.T.E.

METHOD.- Utilizing the Breese scale and thout swad 1555 subjets and fharyngeal culture.

RESULT.- In the evaluation 880 patients with 30 or more points with the Breese scale, showed a 56.59% of positive cultures 675 patients with less than 30 points showed 43.40% of positive cultures.

CONCLUSION.- The analisis demostrated that patients with 30 or more points with te Breese scale probably hawe a streptococo pharyngoamigdalitis giving us a favorable diagnosis in 62.38% of the patients.

INTRODUCCION.

La faringoamigdalitis es una de las enfermedades más frecuentes de vía aéreas superiores, principalmente durante la infancia.

La gran problemática que existe se podría englobar en el diagnóstico y el tratamiento.

La faringoamigdalitis según su etiología puede clasificarse en virales o bacterianas. De los agentes virales más frecuentes podemos encontrar a los Adenovirus, influenzae A y B. Parainfluenzae 1 - 4; y del grupo bacteriano se encuentran Streptococcus pyogenes, otros estreptococos (grupos B, C y G), C. diphtheriae entre los más frecuentes.

Sin embargo, es necesario recordar que existen algunos otros agentes que aunque menos frecuentes se encuentran involucrados dentro de la etiología de la faringoamigdalitis como Mycoplasmas, Rickettsias, Hongos y Parasitos. (1). Sin embargo, en niños sanos los agentes: Streptococcus pyogenes, adenovirus, virus influenza A y B, virus parainfluenza 1, 2 y 3, virus Epstein - Barr, enterovirus y M. pneumoniae son responsables del 90 % de las infecciones agudas que afectan faringe. (1,2,3).

La faringoamigdalitis aguda es la infección más frecuente producida por el streptococcus beta hemolítico del grupo A y que afectará fundamentalmente a niños en edad escolar y adolescentes.

Aunque se trata de una infección en un principio de fácil identificación clínica y por lo tanto de recibir con pocas dudas tratamiento antibiotico, no deja de ser un problema médico potencialmente serio porque muchas veces los signos y síntomas de la infección no son específicos, no se establece un diagnóstico certero de infección por el streptococcus beta hemolitico del grupo A y existe el riesgo latente de complicaciones no supurativas y especialmente la fiebre reumática.

Ademas de que existe tambien la posibilidad de que se extienda a áreas proximas como oído medio, senos paranasales, laringe, bronquios y pulmones (1,2,3,4,5,6,7,8).

Teniendo en cuenta las posibles repercusiones, es prioritario el diagnóstico e identificación certeros del agente etiológico en consecuencia la elección y administración de la antibiotico más adecuado (4,5,6).

Con el fin de llegar a un diagnóstico definitivo se han propuesto sistemas de puntuación y clasificación combinando los datos epidemiológicos, los hallazgos clínicos y de laboratorio para indicar la posibilidad de que la faringoamigdalitis esta producida por el streptococcus beta hemolítico del grupo A. Dentro de estas tablas encontramos la de Breese, abarca nueve parametros, que incluyen: edad, mes de presentación, fiebre, dolor de garganta, cefalea, características de la faringe, tos, adenomegalias y cuenta leucocitaria (a).

MATERIAL Y METODO.

Todo paciente que acude a consulta de urgencias pediátricas del Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos del I.S.S.S.T.E. y a los que se les hizo el diagnóstico de faringoamigdalitis entre los meses de Julio de 1994 a Junio de 1995.

Siendo valorado inicialmente por el médico tratante, que en este estudio fueron los residentes del servicio, siendo emitida sus sospecha diagnóstica de acuerdo a su criterio clínico, se dieron tres posibilidades: A).- se definió como una muy probable infección estreptocócica; B).- como un diagnóstico indefinido, quizá causado por estreptococo; C).- cuando probablemente la infección no sea por estreptococo.

El diagnóstico emitido se relaciono con la escala de Bréese (a), la cual utiliza 38 puntos como máximo y 14 como mínimo; e incluye, la presencia de fiebre, faringodinia, tos, cefalea, anomalías faríngeas, anomalías de ganglios cervicales y cuenta leucocitaria (cuadro I).

Se le realizó exudado faríngeo a todo paciente; tomándose la muestra en ayunas, sin aseo bucal previo, con un hisopo estéril de la región posterior de la faringe y ambas amígdalas, teniendo precaución de no contaminar el hisopo.

Posteriormente se colocó el hisopo en medio de transporte de Stuart para proceder a su siembra en agar sangre, incubándose a 36 ° C con 5% de CO₂, leyéndose el resultado a las 24 horas, realizándose esta en el Hospital Regional Adolfo Lopez Mateos con apoyo de laboratorio del Instituto Nacional de Pediatría.

Si el paciente no se encontraba en ayunas o acudía a un horario en que no se pudiese tomar el exudado faríngeo, se les citaba al día siguiente, sin inicio de tratamiento antimicrobiano.

Se les pidió autorización a los padres tanto para la toma de exudado faríngeo como para la toma de muestra sanguínea, para la realización de la biometría hemática.

Finalmente se determinó el porcentaje de acierto en el diagnóstico inicial de acuerdo al cultivo faríngeo y a la sospecha diagnóstica emitida.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

RESULTADOS.

Durante el período comprendido en el estudio se realizó en 1555 ocasiones el diagnóstico de faringoamigdalitis, a este grupo de pacientes se les aplicó la escala de Breese.

El puntaje varió entre 16 - 38, no encontrando ningún paciente con rangos menores. A partir de 31 puntos se encontraron resultados positivos de los cultivos faríngeos superiores al 50%.

En total se obtuvieron 629 cultivos positivos lo que representa un 40.4%.

Dentro de la escala de Breese los rangos de 16 - 25 puntos, el diagnóstico médico fue de C (probablemente la infección no sea por estreptococo), con 359 pacientes, presentándose aislamiento en los cultivos de 25 pacientes (6.96%) y un acierto a la sospecha diagnóstica inicial de un 93.03%.

Los pacientes que contaran con un puntaje de 26 - 32 y entraron en la posibilidad B (diagnóstico indefinido), representaron el 31.2% de cultivos positivos, aislandose el germen en 185 pacientes con un acierto a la sospecha diagnóstica de 31.25%, es decir casi una tercera parte de nuestros pacientes sospechamos la presencia de la bacteria, sin lograr aislarla en el cultivo.

Es en sí este grupo donde aparentemente nos resulta más fácil la aplicación de la escala de Breese, ya que encontramos de 26 - 29, un porcentaje de acierto de 17.4%, mientras que en el rango de 30 - 32 un porcentaje de 47.1%.

El grupo dentro del rango de 33 - 38 se catalogó como posibilidad A (muy probable infección estreptocócica) tuvieron 419 cultivos positivos (69.3%) con un porcentaje de 69.37% de acierto en la sospecha diagnóstica. Tabla 2.

DISCUSION.

Tomando en cuenta los resultados obtenidos, nosotros cocluimos que la escala propuesta por Breese es útil en nuestro medio, ya que es evidente su relación en cuanto a la positividad de cultivo.

Nosotros sugerimos que cuando se obtengan resultados de 29 o menos puntos tratemos de esperarnos en la utilización de antibioticos, ya que probablemente se trate de un agente infeccioso diferente al estreptococo beta hemolitico del grupo A; y que cuando nos encontremos con pacientes con una escala superior a 30, la posibilidad de encontrar el estreptococo es mas viable.

Si tomamos en cuenta el rango 30 - 38 el porcentaje de acierto es de 62.38%.

Lo cual nos permite tener una mayor precisión diagnóstica ante nuestros pacientes.

Esto nos proporciona un instrumento útil, rápido, barato, que nos ayuda en nuestro diagnóstico tentativo.

Nos orienta cuando podemos solicitar un cultivo faríngeo; ya que pensar solicitarlo en un paciente con un puntaje menor que 30 es poco probable obtener un resultado positivo (11.8% de posibilidades); motivo por lo cual tambien la utilización de esta escala puede contribuir a evitar un gasto excesivo, tanto en medios de diagnóstico de labarotario como en uso de antibioticos.

Sin embargo, aparentemente el grupo en el que se catálogo con la posibilidad B, es mas difícil establecer el diagnóstico clínico, aquí es donde nos aporta mayor utilidad el uso de la escala de Breese, ya que en el rango de 16 - 29 puntos el porcentaje de acierto es de 17.4% y el de 30 - 32 es de 47.1%, observandose una diferencia importante.

Motivo por el cual se puede decir que el punto donde se incrementa notablemente la posibilidad de enfrentarnos a un paciente con una infección estreptococica es 30 (cuadro 3).

TABLA DE BREESE.

CUADRO 1.

MES	EDAD				
FEB	5 a 10 años	(4)			
MAR (4)	4, 11 a 14	(3)			
ABR	3, 15 o mas	(2)			
	2 o menos	(1)			
ENE					
MAY (3)					
DIC					
JUN					
OCT (2)					
NOV					
			LEUCOCITOS		
	0 - 8.4	(1)			
	8.5 - 10.4	(2)			
	10.5 - 13.4	(3)			
	13.5 - 20.4	(4)			
JUL	20.5 - MAS	(6)			
AGO (1)	NO SE HIZO	(3)			
SEP					
			SI	NO	SE DESCONOCE
FIEBRE (MAS DE 38 ° C)	(4)	(2)	(2)		
FARINGODINIA	(4)	(2)	(2)		
TOS	(2)	(4)	(4)		
CEFALEA	(4)	(2)	(2)		
FARINGE ANORMAL	(4)	(1)	(3)		
ADENOMEGALIAS CERVICALES	(4)	(2)	(3)		

DLAGNOSTICO MEDICO

A).- MUY PROBABLE INFECCION ESTREPTOCOCICA

B).- DLAGNOSTICO INDEFINIDO EN CUANTO A SU ETIOLOGIA

C).- PROBABLEMENTE NO SEA INFECCION ESTREPTOCOCICA.

TOMADO: BREESE, BB A SINPLE SCORECARD FOR THE TENTATIVE DIAGNOSIS OF THE STRPTOCOCCAL PHERYNGITIS. AM J. DIS CHILD, 1977 13: 514 - 517.

CUADRO 2.

RELACIÓN DEL PUNTAJE ASIGNADO PARA DIAGNOSTICO DE INFECCION ESTREPTOCOCICA Y SU PRECISION DIAGNOSTICA.

ESCALA	SOSPECHA DIAGNOSTICA	No. DE PACIENTES	CULTIVOS POSITIVOS	% CULTIVOS POSITIVOS	% ACIERTO SOSPECHA DIAGNOSTICA
16	C	20	0	0	100
17	C	18	0	0	100
18	C	13	0	0	100
19	C	28	1	3.57	96.42
20	C	28	0	0	100
21	C	41	2	4.87	95.12
22	C	45	4	8.88	91.11
23	C	49	3	6.12	93.87
24	C	59	8	13.5	86.44
25	C	58	7	12	87.93
26	B	65	9	13.8	13.84
27	B	68	11	16.1	16.17
28	B	85	16	18.8	18.82
29	B	98	19	19.3	19.38
30	B	92	33	35.8	35.86
31	B	89	41	46	46.06
32	B	95	56	58.9	58.94
33	A	92	54	58.6	58.69
34	A	113	58	51.3	51.32
35	A	96	65	67.7	67.76
36	A	112	84	75	75
37	A	97	76	78.3	78.35
38	A	94	82	87.2	87.23
TOTAL		1555	629		

CUADRO 3.

RELACION DEL PUNTAJE ASIGNADO PARA DIAGNOSTICO.

TOTAL	ESCALA	SOSPECHA DIAGNOSTICA	No. DE PACIENTES	CULTIVOS POSITIVOS	% CULTIVOS POSITIVOS	% ACUERDO DE SOSPECHA DIAG.
	16	C	20	0	0	100
	17	C	18	0	0	100
	18	C	13	0	0	100
	19	C	28	1	3.57	96.42
	20	C	28	0	0	100
	21	C	41	2	4.87	95.12
	22	C	45	4	8.88	91.11
	23	C	49	3	6.12	93.87
	24	C	59	8	13.5	86.44
	25	C	58	7	12	87.93
TOTAL	16 - 25		359	25	6.96	93.03
	26	B	65	9	13.8	13.84
	27	B	68	11	16.1	16.17
	28	B	85	16	18.8	18.82
	29	B	98	19	19.3	19.38
	30	B	92	33	35.8	35.86
	31	B	89	41	46	46.06
	32	B	95	56	58.9	58.94
TOTAL	26 - 32		592	185	31.2	31.25
TOTAL	26 - 29		316	55	17.4	17.40
TOTAL	30 - 32		276	130	47.1	47.10
	33	A	92	54	58.6	58.69
	34	A	113	58	51.3	51.32
	35	A	96	65	57.7	67.70
	36	A	112	84	75	75
	37	A	97	76	78.3	78.35
	38	A	94	82	87.2	87.23
TOTAL	33 - 38		604	419	69.3	69.37
TOTAL	30 - 38		880	549	62.3	62.38
TOTALES			1555	629	40.4	

CONCLUSIONES.

La faringoamigdalitis es una de las enfermedades infecciosas que mas frecuentemente son motivo de consulta en el servicio de urgencias pediátricas.

En nuestro estudio pudimos concluir que en un porcentaje alto es posible diagnosticar si se trata de una faringoamigdalitis estreptocócica o no, siendo esto corroborado con cultivos faríngeos ademas de que nos apoya la escala de Breese la cual puede ser útil para este diagnóstico.

Tomando en consideración que cuando nos encontramos con más de 30 puntos es probable que la etiología sea el estreptococo del grupo A, y cuando sea menor de 30 puntos, la posibilidad de la etiología sea causado por el estreptococo del grupo A es baja.

Concluimos ademas que el criterio diagnóstico del médico en urgencias en cuanto a la sospecha de la etiología en un porcentaje alto es certera.

Siendo esto un aspecto favorable para evitar el uso indiscriminado de antibioticos en este tipos de pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- 1.- Kaplan EL. Group A streptococcal infections, In: Feigin RD. Cherry JD. Textbook of Pediatric Infectious Disease 3rd ed Philadelphia: WB Saunders Co. 1992. 1296 - 1305.
- 2.- Cherry JD. Pharyngitis. In: Feigin RD. Cherry JD. Textbook of Pediatric Infectious Disease 3rd ed Philadelphia: WB SAUNDERS Co. 1992. 159 - 166.
- 3.- Krugman S. Katz S. Gershon A. Wilfert C. Infecciones respiratorias agudas In: Krugman. Enfermedades Infecciosas, Ba ed. México. Interamericana. 1988. 270 - 305.
- 4.- Alvez F. Peña J. Faringoamigdalitis Estreptococica en 1994: diagnostico y tratamiento An. Esp Pediatr, 1994;40: 332 - 339.
- 5.- Klein J. Reemergence of virulent group A streptococcal infections, Pediatr Infect Dis J. 1991;10: 83 - 86.
- 6.- Dajani A. Current status of nonsuppurative complications of group A streptococci. Pediatr Infect Dis J. 1991;10: 525 - 527.
- 7.- Vandepitte J. Streptococcal pharyngitis: a Belgian prespective. Pediatr Infect Dis J. 1991;10: 564 - 567.
- 8.- Markowitz M. Streptococcal Disease in developing countries. Pediatr Infect Dis J. 1991;10: 511 - 514.
- 9.- Bréese BB. A simple scorecard for the tentative diagnosis of streptococcal pharyngitis. Am J Dis Child. 1977;13: 514 - 517.