

11226

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

---

**FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**

86

**INSTITUTOMEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.28**

**APLICACIÓN DEL PUNTAJE BREESE EN EL DIAGNOSTICO  
CLINICO DE FARINGOAMIGDALITIS ESTREPTOCOCICA  
EN PACIENTES PEDIÁTRICOS DE LA UMF No.28.**

**T E S I S**

**PARA OBTENER EL TITULO DE POSTGRADO EN:**

**LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR**

**P R E S E N T A :**

**DR. SEBASTIAN MONTIEL QUINTANAR**





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.

## INDICE

PORTADA.....	0
DEDICATORIAS.....	1
AUTORIZACIÓN.....	2
JUSTIFICACIÓN.....	3
ANTECEDENTES.....	4
TITULO.....	8
HIPÓTESIS.....	9
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	10
OBJETIVOS.....	11
MATERIAL Y MÉTODOS.....	12
DISEÑO ESTADÍSTICO.....	16
RESULTADOS.....	17
DISCUSIÓN.....	21
CONCLUSIONES.....	22
BIBLIOGRAFÍA.....	23
ANEXOS.....	25

## DEDICATORIAS

‡ **A DIOS.** Por brindarme la oportunidad de seguir adelante dentro de ámbito profesional, familiar y espiritual.

‡ **A MI MADRE:** Quien medio la vida, cariño,, amor y confianza, mujer admirable que con sus esfuerzos nos llevo adelante y que en todo momento cuento con su apoyo y bendiciones.

‡ **A MI PADRE:** El cual deposito su confianza amor y todo el apoyo en mi y quien considero como el mejor amigo, maestro y buen padre.

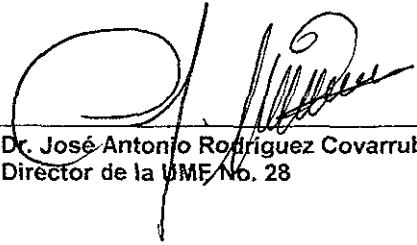
‡ **A MIS HERMANOS:** Magdalena, Rosalba, Guillermo y Juan por el apoyo incondicional brindado.

‡ **A MIS COMPAÑEROS:** Por ofrecerme su apoyo especialmente en los momentos difíciles para mí.

‡ **A MIS PROFESORES:** Por el conocimiento que me proporcionaron durante toda mi formación como medico y que me hicieron crecer como persona.

## AUTORIZACIONES

Vo. Bo.



---

Dr. José Antonio Rodríguez Covarrubias  
Director de la UMF No. 28

Vo. Bo.

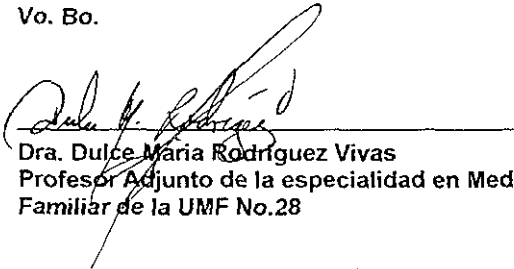


---

Dr. Augusto Bernardo Torres Salazar  
Jefe de Educación e Investigación Médica  
de la UMF No. 28



Vo. Bo.



---

Dra. Dulce María Rodríguez Vivas  
Profesor Adjunto de la especialidad en Medicina  
Familiar de la UMF No.28

Vo. Bo. Asesor de Tesis



---

Dr. Augusto Bernardo Torres Salazar  
Jefe de Educación e Investigación Médica  
de la UMF No.28

## JUSTIFICACIÓN

Entre los problemas más comunes de la práctica de la medicina familiar se encuentran las infecciones de vías aéreas superiores; de estas la faringoamigdalitis agudas son las más frecuentes y causa importante de morbilidad y en ocasiones de mortalidad.

En general se acepta que los virus son los principales agentes causales de más del 80% de faringoamigdalitis, entre ellos los adenovirus, herpes simple, coxsackie, etc. y en una menor proporción causadas por bacterias entre ellas el estreptococo B hemolítico grupo A.

Aunque el diagnóstico clínico parece sencillo, realmente entraña dificultades y por ende elegir un tratamiento de la faringoamigdalitis ya que es importante la diversidad de antibióticos recomendados para el manejo, no solamente de alto costo si no con múltiples efectos colaterales. Con el fin de evitar el uso indiscriminado de antibióticos en este tipo de patología, en la literatura médica se insiste que el tratamiento de primera elección es el sintomático, y la penicilina continua siendo el antibiótico más adecuado ante la sospecha de participación bacteriana. (4)

Debido a la frecuencia con que se presenta y al incremento en el uso de antibióticos para su tratamiento, el médico está obligado a conocer claramente su comportamiento clínico, con base a esta propuesta Bréese ideó un sistema de puntaje para el diagnóstico clínico presuntivo de faringoamigdalitis por estreptococo y se decidió estudiar la confiabilidad de uso de este puntaje.

## ANTECEDENTES

La faringoamigdalitis aguda en niños es una causa frecuente de la consulta del médico familiar, frecuentemente es de etiología viral y la infección se auto limita, en general es un padecimiento benigno pero acarrea ausentismo escolar frecuente, el tratamiento oportuno y adecuado evita complicaciones. (1,2)

Aproximadamente el 16% de la consulta médica de una clínica de atención primaria corresponde a enfermos con estos padecimientos el 83% son agudos. La faringoamigdalitis causada por virus se encuentra en el 42 % de los casos y el 20 % es causada por bacterias. (1,2) Afecta con frecuencia a niños mayores de un año, ocurriendo la máxima incidencia entre los cuatro y ocho años de edad. A esta edad los niños padecen anualmente entre cinco y seis episodios. (3)

La prevalencia de la faringoamigdalitis viral es mayor en otoño y primavera; las infecciones por adenovirus son comunes en el verano, las de origen bacteriano, sobre todo la causada por estreptococo B hemolítico del grupo A es más común en invierno y primavera (1,4)

Es difícil distinguir la etiología de la faringoamigdalitis por clínica, ya que este tipo de infección suele dar signos similares y solo en un 50 a 75% se puede presumir el diagnóstico etiológico sin realizar cultivo. El cultivo del exudado faríngeo sigue siendo " el estándar de oro" para el diagnóstico de la faringoamigdalitis estreptocócica. (1,4)

La faringoamigdalitis causada por estreptococo B hemolítico del grupo A es mas frecuente en niños mayores de 5 años y adultos jóvenes; raro que ocurra antes de los 2 años o después de los 50 años. En edad escolar; el 15 al 20% de los niños son portadores de estreptococo B hemolítico en la garganta.(3,4,5) Entre las principales manifestaciones de la faringoamigdalitis causadas por estreptococo B hemolítico del grupo A esta la inflamación de la faringe, la odinofagia y la fiebre. Los signos clásicos de exudado amigdalino y la adenopatía cervical y algunos médicos consideran que exantema escarlatinoforme es patognomónico si el contexto es el correcto, sin embargo ¿ Cuanto puede usted confiar en el cuadro clínico solo para descartar otras causas de faringitis?.

En México las unidades medicas de la Secretaria de Salud otorga millones de consultas por infección respiratoria aguda. Estos padecimientos afectan también a un numero importante de niños en el Instituto Mexicano del Seguro Social, representando la primera causa de morbilidad y utilización de los servicios de salud.

Aun cuando la mayoría de las infecciones respiratorias agudas son prevenibles y autolimitadas, los errores en el diagnostico y tratamiento son problema reconocido de salud, Se demuestra el uso excesivo e inadecuado de antimicrobianos y antitusígenos y otros medicamentos sintomáticos(5,6,7) que favorecen la aparición de efectos adversos resistencia a los antibióticos, además de ocasionar un gasto elevado e innecesario de los servicios sanitarios de salud.



Debido a la frecuencia elevada de infecciones respiratorias agudas un niño de zona urbana padece de cinco a nueve episodios por año durante los primeros cinco años de vida (5,6) y la alta proporción de episodios mal atendidos por el personal de salud, es necesario que los médicos identifiquen los principales problemas para unificar los criterios diagnósticos que faciliten decidir el tratamiento adecuado a cada paciente. (6,8) Ya que los errores más frecuentes en el diagnóstico de estas enfermedades son:

- 1.-Clasificación equivocada.
- 2.-Solicitud excesiva o inadecuada de exámenes de laboratorio.
- 3.-Inadvertencia de signos tempranos de neumonía o complicaciones que ameriten referencia a otro nivel (9,10).

El resfriado común es una enfermedad aguda autolimitada que puede expresarse de diversas formas ya que es causada por más de 100 virus diferentes.(8) Entre las manifestaciones clínicas más frecuentes destacan la rinoresaca hialina, esta en su fase inicial pero debido a la evolución natural de la secreción en esta patología cambia a blanquecina espesa, blanca amarillenta ( se confunde con purulenta) y finalmente verdosa de acuerdo a la concentración de detritus celulares y polimorfo nucleares, así como los días de evolución.(9,10) Aproximadamente el 80% presentan un característico ataque al estado general, secreción nasal posterior, cefalea y tos; 50% febrícula y escalofrío; 25% irritación de conjuntivas y mucosas, otros síntomas son obstrucción nasal y odinofagia y disfagia (5,7) es frecuente que la faringoamigdalitis contenga los síntomas mencionados anteriormente aunque frecuentemente es una enfermedad viral aguda y autolimitada de cuatro a diez días de evolución, los hallazgos clínicos pueden sugerir el probable agente etiológico. (7)

El diagnóstico correcto de la faringoamigdalitis estreptocócica es esencial para proporcionar tratamiento correcto. Existen diversos factores que se deben considerar para establecerlo, entre otros los antecedentes epidemiológicos, síntomas y signos clínicos, comparados con otros grupos de edad tienen mayor probabilidad de contraer faringoamigdalitis estreptocócica y presentar manifestaciones diferentes (11,12) es conveniente insistir en que no está indicada la toma de cultivo de secreción nasal, faríngea o de conducto auditivo externo, ya que generalmente solo se identifican gérmenes de la flora normal, y cultivo del exudado faríngeo, tan frecuentemente indicado en la práctica diaria, no está justificado, así como no lo están las pruebas actuales de diagnóstico rápido como la coagulación y aglutinación de látex. (12,13,14)

Ante la sospecha del diagnóstico de faringoamigdalitis estreptocócica conviene primero evaluar algunos datos, ya que la prevalencia del germen es del 7% en la población asintomática y puede obtenerse con resultados falsos positivos. (5,6)

Bréese ideado un sistema de puntaje para el diagnóstico clínico presuntivo de faringoamigdalitis por estreptococo; este procedimiento toma en cuenta la edad del paciente, el mes calendario en que el enfermo padece la infección, la presencia de fiebre mayor de 38 grados, el aspecto de la faringe, la disfagia y la presencia de tos así como cefalea y adenopatías cervicales y la cifra de leucocitos en la biometría hemática si se realiza.

Con base a lo anterior se decidió estudiar la confiabilidad de dicho puntaje como alternativa en el diagnóstico clínico de faringoamigdalitis estreptocócica pensando en que es difícil contar con medios de infraestructura para realizar el cultivo del exudado faríngeo en forma rutinaria.

## **TITULO**

Aplicación del Puntaje Bréese en el diagnostico clínico de faringoamigdalitis estreptocócica en pacientes pediátricos de la Unidad de Medicina Familiar No. 28

## **HIPÓTESIS**

### Hipótesis Alternativa:

La aplicación del puntaje Bréese es útil en un porcentaje mayor del 70% en el diagnóstico clínico de la faringoamigdalitis estreptocócica en pacientes pediátricos de la UMF No. 28

### Hipótesis Nula:

La aplicación del puntaje Bréese no es útil en un porcentaje mayor del 30% en el diagnóstico clínico de faringoamigdalitis estreptocócica en pacientes pediátricos de la UMF No. 28

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

¿ Es el puntaje Bréese útil para diferenciar el diagnostico clínico de faringoamigdalitis estreptocócica de otras etiologías en pacientes pediátricos de la UMF 28?

## **OBJETIVOS**

1.- Demostrar que el puntaje Bréese es útil en un porcentaje mayor del 70% para diferenciar el diagnostico clínico de la faringoamigdalitis estreptocócica de otras etiologías en pacientes pediátricos de la UMF No. 28.

2.- Concluir si el puntaje Bréese es un criterio clínico aceptable para distinguir la faringoamigdalitis estreptocócica de otras etiologías en pacientes pediátricos de la UMF No. 28.

## MATERIAL Y METODOS

El estudio se realizo en pacientes pediátricos de la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No. 28 Delegación 3 suroeste en México DF. Entre el 1º de septiembre del 2000 a febrero del 2001.

Los criterios de inclusión fueron: Pacientes pediátricos que acudieran ala consulta externa de medicina familiar por faringoamigdalitis. Los criterios de no-inclusión fueron: Pacientes que hubiesen tomado antibióticos 15 días previos.

El puntaje Bréese consta de 9 parámetros: 1.-El mes en que se vio al paciente. 2.-Edad del paciente. 3.-Contenido de leucocitos en la Biometría hemática. 4.-Temperatura mayor o menor de 38 grados. 5.-Dolor de garganta. 6.-Tos. 7 -Cefalea. 8 -Faringe anormal. 9.-Ganglios linfáticos cervicales anormales Cuadro I

Deacuerdo al puntaje sugerido por Bréese se considera que el paciente cursa con faringoamigdalitis provocada por estreptococo B hemolítico de grupo A cuando adquiere un puntaje mayor de 28 puntos es el estudio.

A todos los niños se les aplico el puntaje sugerido por Bréese. Se tomo su ficha clínica. Los pacientes fueron examinados por médicos familiares de la consulta externa confirmando el puntaje asignado. Ala mañana siguiente se les tomo el exudado faringeo para cultivo, sin aseo bucal y en ayunas. La persona que tomo el exudado desconocía el puntaje.

La muestra del exudado se tomo con hisopo estéril y se sembró en agar sangre MB y 110 luego fue incubada a 37º por tres días.

## **Programa de trabajo (Material y Métodos)**

### **Diseño de la investigación (tipo de estudio)**

- a) **Prospectivo:** De acuerdo al periodo en que se capta la información.
- b) **Transversal:** De acuerdo al fenómeno estudiado.
- c) **Descriptivo:** De acuerdo a la población en estudio.
- d) **Observacional:** De acuerdo a la interferencia del investigador en el fenómeno que se analiza.

### **Universo de Trabajo:**

Pacientes pediátricos que acuden a la consulta externa por padecer faringoamigdalitis.

### **Criterios de inclusión:**

Pacientes de 1 a 16 años de edad que acudieron a la consulta externa de medicina familiar por infección de vías respiratorias superiores consultorios 4, 23 y 21.

### **De no inclusión:**

Pacientes que hubiesen tomado antibiótico 15 días previos.  
Pacientes menores de un año.  
Pacientes mayores de 16 años.

### **Ubicación temporal y espacial**

De septiembre del 2000 a febrero del 2001.

Ubicación espacial: Unidad de Medicina Familiar No. 28 Gabriel Mancera IMSS.



**Recuento y plan de tabulación:**

Se agruparan los datos de acuerdo a edad y sexo así como los 9 para metros del puntaje Bréese: Mes en que se vio al paciente. 2.Edad de l paciente. 3.Contenido de leucocitos sanguíneos. 4. Temperatura mayor o menor de 38 grados. 5. Dolor de garganta. 6.Tos. 7.Cefalea. 8. Faringe anormal. 9. Ganglios linfáticos cervicales anormales.

**Plan de presentación de la información:**

Se realizara mediante tablas de frecuencia. Grafica de barras y polígono de frecuencias

**Plan de análisis de datos y métodos matemáticos:**

Se buscara un nivel de significancia estadística con un nivel de confiabilidad del 95%  $\alpha = 0.05$  se utilizara como prueba para métrica para determinar la significancia estadística.

**Recursos:****Humanos:**

Residente de Medicina Familiar de tercer año.  
Asesor de tesis.

**Materiales:**

Concentrado global de pacientes con infección de vías respiratorias superiores de los consultorios 23,4,21.

Expedientes clínicos proporcionados por archivo de la UMF No.28.

Libreta, hojas tamaño carta, bolígrafo, lápiz, goma, regla, sacapuntas, marcador, engrapadora, disco flexible de 31/2 1.44 MB.

Computadora 48X mx (Procesador AMD k6-2 programa Microsoft Word 2000, Microsoft exel 2000, globalin power traslator V.4.0 paquete estadístico SPSS).

**Financieros:**

Proporcionados por el investigador.

**Aspectos éticos:**

En el presente estudio no compromete y no pone en riesgo la vida del paciente, además no se atenta contra los valores universales del mismo por lo tanto no es antietico.

## DISEÑO ESTADÍSTICO

Para obtener el tamaño de la muestra se utilizo medio probabilístico para lo cual se utilizo el paquete estadístico, usando la formula para estudios descriptivos:

EPI-INFO-VERSION 6.

PAQUETE ESTADÍSTICO SPSS 8.0 FOR WINDOWS

Se considero el 20% de prevaecía de la población general.

Se obtuvo un intervalo de confianza del 95%.

Alfa 0.05

$N/(1-/\text{Población})$ .

El tamaño de la muestra fue de 90 pacientes.

Se utilizaron tablas simples con porcentaje y grafico de barras para

La presentación de los resultados.

## RESULTADOS

De acuerdo con el puntaje se integraron dos grupos: Los que presentaron menos de 28 y los que tuvieron 28 o mayor. Se obtuvo la sensibilidad y especificidad así como la prevalencia.

De los 90 pacientes.45 pacientes fueron del sexo masculino, siendo la misma cantidad del sexo femenino. En el cuadro II se muestra la distribución de la población por edades: como se aprecia. La frecuencia por edad fue semejante. El resultado bacteriológico se aprecia en el cuadro III.

Se observaron 49 escalas con un puntaje igual o mayor de 28 puntos, los resultados falsos positivos fueron 12. Con un puntaje menor de 28 en la escala Bréese se obtuvieron 41 casos de los cuales 2 fueron falsos negativos. En 23 cultivos de exudado faringeo no hubo desarrollo bacteriano de las cuales todas se reportaron con un puntaje inferior a 28.

La sensibilidad fue del 75.6% y la especificidad del 95.2% así como se obtuvo un prevalencia del 43.3% cuadro IV.

**DISTRIBUCION DE LA MUESTRA DE ESTUDIO POR EDAD Y SEXO**

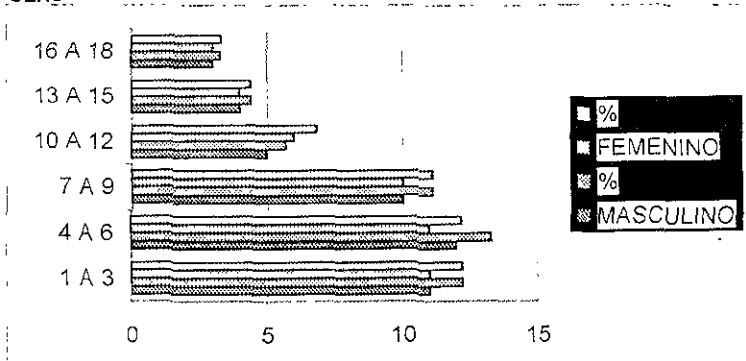
Cuadro II

EDAD	MASCULINO	%	FEMENINO	%
1 A 3	11	12.2	11	12.2
4 A 6	12	13.3	11	12.2
7 A 9	10	11.1	10	11.1
10 A 12	5	5.7	6	6.8
13 A 15	4	4.4	4	4.4
16 A 18	3	3.3	3	3.3
TOTAL	45	50	45	50

N=90

f=Concentrado de informacion

**GRAFICA DE DISTRIBUCION DE LA MUESTRA POR EDAD Y SEXO**



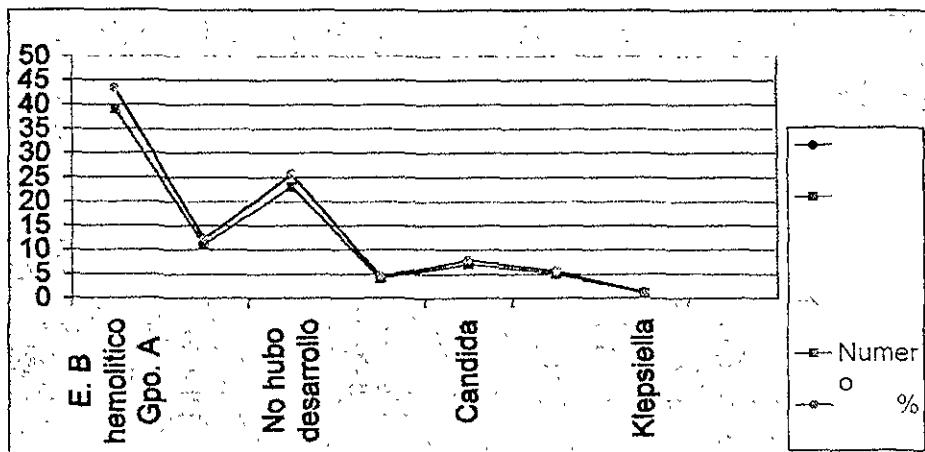
n=90

f= Concentrado de informacion

Cuadro III *Resultados en el exudado faringeo.*

Resultado	Numero	%
E. B hemolítico Gpo. A	39	43.3
E. Viridans	11	12.2
No hubo desarrollo	23	25.5
E. Aureus (+)	4	4.4
Candida	7	7.8
E. A hemolítico No A	5	5.6
Klepsiella	1	1.1
total	90	100

n=90 f=Concentrado de información

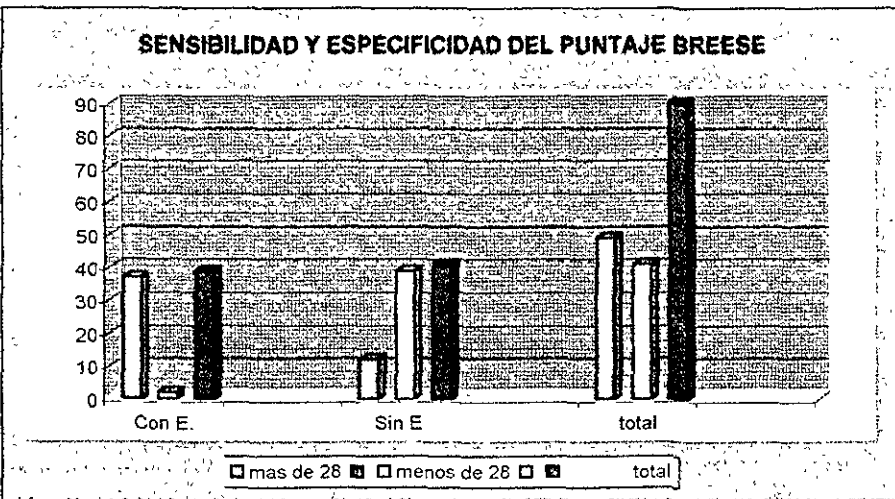


Cuadro IV SENSIBILIDAD Y ESPECIFICIDAD DEL PUNTAJE BREESE

Estreptococo	mas de 28	menos de 28	total
Con E.	37	2	39
Sin E.	12	39	51
total	49	41	90
Sensibilidad	75.60%	Especificidad	95.10%
		Prevalencia	43.30%

n= 90

f=Concentrado de informacion



n= 90

f=Concentrado de informacion

## DISCUSIÓN

Con los resultados obtenidos, se integraron dos grupos los que presentaron menos de 28 puntos y los que tuvieron 28 o mayor. La distribución de la población por edades fue igual, el resultado bacteriológico mostró 39 casos con estreptococo B hemolítico grupo A seguido de estreptococo Viridans 11, E. Aureus 4, Cándida 7, E. Alfa hemolítico 5, kepsiella 1. De estos en 49 escalas se observo un puntaje igual o mayor de 28 puntos y se observaron 12 falsos positivos. Con puntaje menor de 28 se obtuvieron 41 casos y 2 fueron falsos negativos. Consideramos que en el presente estudio un promedio del 40% de los estudios bacteriológicos mostraron estreptococo B hemolítico grupo A siendo estos detectados por el puntaje Bréese únicamente se obtuvieron 12 falsos positivos dándonos una sensibilidad del 75.6% y una especificidad del 95.2%.

El presente estudio nos ayuda apoyados en el puntaje Bréese a realizar un diagnostico clínico de faringoamigdalitis causada por estreptococo B hemolítico y tratar de brindar un tratamiento oportuno y adecuado y fundamentado con antibiótico de tal manera que disminuiría el numero de solicitudes para cultivo de exudados faríngeos, así como la diversidad de antibióticos recomendados para su manejo , no solamente de alto costo sino con múltiples efectos colaterales.

El propósito de este estudio fue evaluar la efectividad del puntaje Bréese en el diagnostico clínico de faringoamigdalitis estreptocócica, para lo cual se utilizo el cultivo de exudado faríngeo como estándar de oro (9). Se observo que la aplicación del puntaje Bréese es útil en un porcentaje mayor del 70% en dicho diagnostico, y se pueda tomar en cuenta dicha escala para no utilizar con tanta libertad y racionalizar el uso de antibióticos.

Bréese no menciona en su estudio la sensibilidad ni la especificidad, pero señala que con el puntaje por debajo de 28 el diagnostico verdadero negativo se encontró en un 71% y el puntaje mayor de 28 fue de 82 9%. (1)



## CONCLUSIONES

Con los resultados obtenidos, el puntaje Bréese muestra valores de sensibilidad y especificidad altas: lo cual indica que es un buen criterio para el diagnóstico clínico de faringoamigdalitis estreptocócica.

Si bien es cierto que el diagnóstico etiológico de precisión solo puede hacerse con ayuda de laboratorio, una recomendación para hacerlo sistemáticamente no parece totalmente conveniente. En primer lugar, por el costo que significa, pero también por que algunas Unidades de Medicina Familiar no cuentan con algunos recursos de microbiología. En segundo lugar, por que con bases clínicas se puede hacer el diagnóstico etiológico de presunción apoyados en el Puntaje Bréese.

Tampoco esto y de acuerdo con la sugerencia de que con antibióticos para las infecciones virales se contrarresta la sobreinfección bacteriana. Es más razonable la regla de no administrar antimicrobianos mas que en los casos que haya una sospecha razonable de infección (o sobre infección) bacteriana (9).

Así pues, la aplicación de este criterio diagnóstico es una buena alternativa para el diagnóstico clínico de faringoamigdalitis aguda estreptocócica. Sobre todo cuando no se tiene la facilidad de contar con estudio bacteriológico de exudado faringeo, con la ventaja de que los datos que precisa este criterio se obtienen durante el interrogatorio y la exploración física del enfermo.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1.-Padilla-Raygoza N, Figueroa-Ferrari R, Mario Rodríguez v. Experiencia con la escala Bréese en el diagnóstico de faringoamigdalitis estreptocócica. *Revista Médica del IMSS* 1998; 36 (4): 289-291.
- 2.-López-Hernández M, Carrillo-Camacho A, Navarro-Jaramillo F, Pacheco-Ureña A, Corbala-Fuentes C. Faringoamigdalitis aguda su tratamiento. *Revista Mexicana de pediatría*. 1997; 64(3): 96-98.
- 3.-Centro-Richmond R, Rufo-Gary E. Faringitis una actualización. *Atención Médica México*. 1991; 32(4): 65-83.
- 4.-Blanco-Mora E. Infección respiratoria. *Revista de Infectología*. 1996; 16 (11):457-460.
- 5.-Parrot-Walsk A, Bulla-Hitze A. Infecciones invasoras por estreptococo grupo A. *Revista de Infectología*. 1996; 16 (11): 453-455.
- 6.-Vega-Franco L. La ira de las IRAs en los niños. *Revista Mexicana de Pediatría*.1995; 6 (63): 212-213.
- 7.-Padilla-Raygoza N, Figueroa-Ferrari R, Rivera-Sosa M, Guerrero-Gómez. Estudio comparativo del tratamiento de la faringoamigdalitis estreptocócica con claritromicina y con amoxicilina/clavulanato. *Revista Mexicana de Pediatría*. 1995; 1 (62): 13-15.
- 8.-Rodríguez-Méndez J, Fernández-Pascoe L. Faringoamigdalitis. *Revista de Infectología*. 1997; 22 (12) 26-28.
- 9.-Pérez-Cuevas R, Bojalil-Guiscafre H, Reyes-Muñoz H. Infecciones respiratorias agudas. Guía diagnóstica y terapéutica. *Revista Médica del IMSS*. 1998; 2 (36): 123-140.
- 10.-González-Saldaña N, Rodríguez-Romeo S. Avances en el diagnóstico y tratamiento de la infecciones respiratorias más frecuentes en los niños. *Revista Mexicana de Puericultura y Pediatría*.1998; 6(32):165-172.

- 11.-Loredo-Abdala A. Aspectos clínicos, bacteriológicos e inmunológicos de la fiebre reumática en México y Latinoamérica. Revista Mexicana de Puericultura y Pediatría. 1997; 5 (22):132-134.
- 12.-Kumate Jesús, Muñoz Onofre, Ignacio-Santos J. Manual de Infectología Clínica. México DF. Méndez Editores. 1998. pp. 125-130.
- 13.-Gerald-Mandell L, Bennett-Douglas J. Enfermedades Infecciosas. Buenos Aires Argentina. Editorial Medica Panamericana S.A.1997 .pp.624-629.
- 14.-David E. Schuller, Alexander J. Schleuning. Otorrinolaringología. Barcelona España. Editorial LAVEL, S.A. 1997. pp. 183-186.

## ANEXOS

**Cuadro I**

**VARIABLES A CONSIDERAR Y PUNTAJES ASIGNADOS PARA EL DIAGNOSTICO PRESUNTIVO DE LA FARINGOAMIGDALITIS ESTREPTOCÓCICA. (BREESE).**

PARÁMETROS:	PUNTAJE
<b>I.-MES EN QUE VIO AL PACIENTE:</b>	
DICIEMBRE, ENERO, FEBRERO, MARZO	4
ABRIL MAYO, NOVIEMBRE	3
JUNIO, OCTUBRE	2
JULIO, AGOSTO, SEPTIEMBRE	1
<b>2.- EDAD DEL PACIENTE :</b>	
5 A 10 AÑOS	4
4, 11, 12, 13 Y 14 AÑOS	3
3, 15 O MAS AÑOS	2
2 O MENOS	1
<b>3.- CONTEO DE LEUCOCITOS SANGUÍNEOS (MILES EN mm) :</b>	
O A 8.4	1
8.5 A 10.4	2
10.5 A 13.4	3
13.5 A 20.4	5
20.5 O MAS	6
NO SE REALIZO	3
<b>4.- TEMPERATURA DE 38 C O MAYOR</b>	
TEMPERATURA MENOR DE 38 C	2
<b>5.- ODINOFAGIA</b>	
(SI)	4
(NO)	2
<b>6.- TOS</b>	
(SI)	2
(NO)	4
<b>7.- CEFALALGIA</b>	
(SI)	2
(NO)	4
<b>8.- FARINGE ANORMAL</b>	
(SI)	4
(NO)	1
<b>9.- GANGLIOS LINFÁTICOS CERVICALES ANORMALES</b>	
(SI)	4
(NO)	2

MODIFICADO DE BREESE B. A SCORECARD FOR THE TENTATIVE DIAGNOSIS OF STREPTOCOCCAL PHARYNGITIS  
 Am J Dis Child 1977; 131: 514-517

**SENSIBILIDAD Y ESPECIFICIDAD DEL PUNTAJE BREESE EN EL DIAGNOSTICO DE FARINGOAMIGDALITIS ESTREPTOCOCICA**

ESTREPTOCOCO	PUNTAJE		TOTAL
	MAS DE 28	MENOR DE 28	
CON	37	2	39
SIN	12	39	51
TOTAL	49	41	90
SENSIBILIDAD. 75.6%		ESPECIFICIDAD. 95.12 %	PREVALENCIA: 43.3%

N=90

F= RECOLECCION DE DATOS