



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA DE TECNOLOGIA MÉDICA**



**CARRERA:**

**LABORATORIO CLINICO**

**COMPONENTE PRÁCTICO DEL EXAMEN COMPLEXIVO PREVIO  
A LA OBTENCION DEL TITULO DEL GRADO ACADEMICO DE:**

**LICENCIADA EN LABORATORIO CLINICO**

**TITULO DEL CASO CLINICO #2**

**ESTREPTOCOCO BETA HEMOLITICO GRUPO A, EN  
PACIENTE DE 8 AÑOS CON SINTOMATOLOGIA FEBRIL Y  
ARTRITIS EN ENFERMEDADES INFERIORES.**

**AUTORA:**

**LABORDE BAZURTO ANDREA STEFANIA**

**BABAHOYO – LOS RIOS – 2017**



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE TECNOLOGIA MÉDICA  
CARRERA LABORATORIO CLINICO



TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

Lic. BOUCOURT RODRIGUEZ ELISA, MSC

---

DECANA  
O DELEGADO (A)

Lic. SANY ROBLEDO GALEAS, MSC

---

COORDINADOR DE LA CARREA  
O DELEGADO (A)

Lic. JANETH CRUZ VILLEGAS, MSC

---

COORDINADOR GENERAL DEL CIDE  
O DELEGADO

---

AB. YADIRA VANDA ARAGUNDI HERRERA  
SECRETARIA GENERAL  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO





## ÍNDICE

ÍNDICE.....	II
ÍNDICE DE FIGURAS .....	IV
Capítulo I .....	V
Campo conceptual de la investigación.....	V
1.1 Introducción .....	VI
1.2 Justificación .....	VII
1.3. Objetivos .....	VIII
1.3.1. Objetivo general.....	VIII
1.3.2. Objetivos específicos.....	VIII
Capítulo II .....	IX
2. Marco teórico de la investigación .....	IX
2.1. Marco teórico.....	X
2.1.1. Concepto de un caso clínico.....	X
2.1.2. Fiebre reumática .....	X
2.1.3. Causas.....	X
2.1.4. Etiología.....	XI
2.1.5. Patogenia.....	XI
2.1.6. Epidemiología.....	XI
2.1.7 Fisiopatología .....	XII
2.1.8 Manifestaciones Clínicas .....	XIII
2.1.9. Criterios mayores .....	XIV
2.1.10. Diagnóstico.....	XV
2.1.11. Profilaxis .....	XVI
Capítulo III .....	XVIII
3. Metodología de la investigación .....	XVIII
3.1. Metodología del diagnóstico.....	XIX
3.1.1. DATOS GENERALES:.....	XIX
3.1.2. Análisis del motivo de la consulta .....	XIX



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**UNIDAD DE TITULACIÓN**



3.1.3. Historial clínico del paciente .....	XIX
3.2. Historia de la enfermedad actual.....	XX
3.2.1. Anamnesis .....	XX
3.3. Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema. ....	XX
3.3.1. Exploración clínica.....	XXI
3.3.2. Formulación del diagnóstico previo análisis de datos .....	XXI
3.3.3. Conducta a seguir.....	XXI
3.3.4. Tratamiento antiinflamatorio: .....	XXII
3.3.5. Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.....	XXII
3.3.6. Seguimiento .....	XXIII
3.3.7. Observaciones .....	XXIII
Capítulo IV .....	XXIV
4. Conclusiones.....	XXIV
4.1.....	XXV
Capítulo V .....	XXVI
5. Bibliografía .....	XXVI
5.1. Referencias bibliográficas .....	XXVII
Capítulo VI .....	XXVIII
6. Anexos .....	XXVIII



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**UNIDAD DE TITULACIÓN**



## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Consecuencias de fiebre reumática .....	XXIX
Figura 2 - Ingreso del estreptococo beta hemolítico, grupo A.....	XXIX
Figura 3 - Hinchazón de extremidades .....	XXX
Figura 4 - Hinchazón en extremidad inferior .....	XXX
Figura 5 - Cultivo de estreptococo .....	XXXI
Figura 6 - Observación de estreptococo en el microscopio.....	XXXI



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**UNIDAD DE TITULACIÓN**



## **Capítulo I**

### **Campo conceptual de la investigación**



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**UNIDAD DE TITULACIÓN**



## **1.1 Introducción**

La fiebre reumática (FR), también conocida como reumatismo poliarticular agudo, es un proceso inflamatorio que ocurre de forma diferida tras una infección faríngea por un estreptococo del grupo A y afecta preferentemente al corazón, articulaciones, sistema nervioso central, piel y tejido celular subcutáneo. Es excepcional antes de la edad de 2-3 años, y su máxima incidencia es entre los 5-15 años de edad.

La infección por Estreptococo Grupo A es diagnosticada generalmente con una prueba rápida de estreptococos o mediante cultivo.

El método comúnmente empleado en los laboratorios clínicos para la identificación presuntiva en cultivos de Estreptococos Beta-hemolítico del grupo A (*Streptococcus pyogenes*) es la prueba de susceptibilidad a la bacitracina o Taxo A. Otra manera es detectar el antígeno A mediante enzimoanálisis o inmunoaglutinación.

Durante las últimas décadas se ha podido observar un aumento en la incidencia de enfermedades autoinmunes la cual se puede llegar a presentar por diferentes patologías las cuales son englobadas bajo el nombre de enfermedades idiopáticas.



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**UNIDAD DE TITULACIÓN**



## **1.2 Justificación**

En el presente caso clínico se busca ayudar con el diagnóstico de la fiebre reumática ya que es una de las enfermedades más comunes provocada por diferentes factores como puede ser amigdalitis, faringitis y/o faríngeo amigdalitis, puede ser hereditaria o por factores ambientales, la cual puede llevar a complicaciones severas si no es controlada a tiempo

La gravedad de la infección guarda relación con la incidencia; de hecho el 3% de los casos infecciosos con fiebre, exudación, adenopatías cervicales voluminosas y dolorosas, persistencia de positividad en los cultivos faríngeos para el estreptococo y posterior respuesta de antiestreptolisina O (ASLO) dan lugar a un episodio de fiebre reumática, mientras que solo se producen en el 0.3 - 0,1 % de los casos de infecciones más leves.

La incidencia de fiebre reumática y la prevalencia de cardiopatías reumáticas presentan marcadas variaciones en los distintos países, atribuido en parte a las diferencias en cuanto a situación social y económica. Sin embargo no se dispone de datos concretos sobre incidencia en los países en desarrollo, pero hay razones para asumir que la incidencia de fiebre reumática ha aumentado en estos países, mientras ha ido declinando n progresivamente en países industrializados.



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**UNIDAD DE TITULACIÓN**



### **1.3. Objetivos**

#### **1.3.1. Objetivo general**

Identificar el caso clínico que presenta .una paciente femenina de 8 años quien acude por artritis de tobillo derecho de 24 horas de evolución con fiebre de 38 °C no asociado a trauma.

#### **1.3.2. Objetivos específicos**

- Analizar el historial clínico del paciente.
- Determinar qué tipos de exámenes se realizan para diagnosticar este caso clínico.
- Identificar el tipo de enfermedad que presenta el paciente en base a los análisis de Laboratorio.
- Establecer el tratamiento adecuado para el paciente.



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**UNIDAD DE TITULACIÓN**



## **Capítulo II**

### **2. Marco teórico de la investigación**



## **2.1. Marco teórico**

### **2.1.1. Concepto de un caso clínico**

El concepto de caso clínico, en este marco, puede aludir a la exposición detallada del estado de salud de un paciente. Se trata de la expresión particular de un fenómeno en el organismo de un individuo o de un conjunto de sujetos.

Por lo general, el caso clínico incluye alguna característica peculiar que le confiere un interés especial para los médicos o los docentes. Por eso el diccionario de la Real Academia Española (RAE) reconoce la noción como un proceso morboso que suele escapar de lo habitual (Pérez, 2016).

### **2.1.2. Fiebre reumática**

La fiebre reumática (FR) es una enfermedad inflamatoria, sistémica caracterizada por la existencia de lesiones que afectan al corazón, articulaciones, sistema nervioso central, piel y tejido celular subcutáneo, como secuela de una infección faríngea por estreptococo betahemolítico del grupo A. El sustrato morfológico es una reacción inflamatoria del mesénquima desencadenada, en algunos individuos susceptibles, por los componentes celulares y/o los productos extracelulares de distintos tipos de estreptococos del grupo A (. Fiebre reumática y artritis post estreptocócica., 2014)

### **2.1.3. Causas**

La Fiebre Reumática se presenta después de infecciones con un germen o bacteria llamado estreptococo del grupo A. Este germen parece engañar al sistema



inmunitario para que este ataque los tejidos sanos del cuerpo. Estos tejidos se hinchan o se inflaman.

Esta reacción anormal parece ocurrir siempre con faringitis estreptocócica o escarlatina. Las infecciones por *Estreptococo* que involucran otras partes del cuerpo no parecen desencadenar fiebre reumática, (vorvick, 2016)

#### **2.1.4. Etiología**

El agente etiológico es el sistema inmune al desarrollar anticuerpos contra estreptococo beta hemolítico del grupo A y persistir estos después de que la infección haya sido superada. Ocurre por factores que aún no se han aclarado, aunque por lo general se le atribuye un mecanismo autoinmune, presentándose como una inflamación difusa del tejido conjuntivo.

#### **2.1.5. Patogenia**

El estreptococo beta hemolítico del grupo A es un patógeno bacteriano de importancia médica principalmente por sus secuelas no supurativas; a partir de la década de los ochenta ha habido un incremento en la frecuencia y gravedad de las formas clínicas conocidas, así como el número de casos de enfermedad reumática a nivel mundial). Más recientemente se ha reconocido su participación en el síndrome de choque tóxico, lo que sugiere un cambio en la epidemiología de la bacteria". El estreptococo beta hemolítico del grupo A es un coco Gram positivo que se agrupa en cadenas, posee cápsula y su pared está constituida por y sensible a la bacitracina (HONDURAS PEDIÁTRICA , - AÑO 1998).

#### **2.1.6. Epidemiología**



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**UNIDAD DE TITULACIÓN**



Afecta al mismo grupo de edad que las infecciones por estreptococos beta-hemolíticos del grupo A; siendo excepcional por debajo de los 2-3 años; la edad de máxima incidencia es la escolar, entre los 5 y los 15 años, aunque, también se ha presentado en adultos. No existe predilección por ningún sexo; la corea es más frecuente en el sexo femenino. La incidencia varía mucho según los diferentes países; en Europa está en franca regresión, pero se observan casos esporádicos y no solo entre la población inmigrante; en EE. UU. También es poco frecuente pero en la década de los 80 hubo rebrotes en algunas zonas; por el contrario, todavía es un problema sanitario importante en Asia, Oriente Medio, África y Sudamérica, todo ello indica que es una enfermedad social, en la que las malas condiciones de vivienda y el hacinamiento favorecen el desarrollo de la misma. Canadá y EE. UU. el porcentaje de carditis es inferior al 40%, mientras que en Egipto, el 80% de casos de FR se acompañan de afectación cardíaca. Se admite que el 60% de individuos con FR desarrollarán una enfermedad cardíaca reumática.

### **2.1.7 Fisiopatología**

La asociación epidemiológica entre las infecciones por el estreptococo beta hemolítico del grupo A y el desarrollo subsecuente de Fiebre Reumática Aguda está bien establecida. La FR es una respuesta inmune retardada a una faringitis por el estreptococo beta hemolítico del grupo A. Las manifestaciones clínicas y su severidad dependen de la susceptibilidad genética de cada individuo, de la virulencia del organismo infectante y del medio ambiente.

A pesar de que se han logrado avances importantes en el conocimiento de la fiebre reumática como una enfermedad autoinmune, aun no se definido el mecanismo patógeno preciso.

La infección faríngea inicia con la invasión del tracto respiratorio superior por parte del Estreptococo Beta Hemolítico del Grupo A. La transmisión a través de



secreciones orales o respiratorias de individuos infectados o colonizados. Después de un periodo de incubación de 2 a 4 días, inicia una respuesta inflamatoria aguda caracterizada por 3 a 5 días de dolor de garganta, fiebre, malestar general y cefalea.

(jan, 2005)

### **2.1.8 Manifestaciones Clínicas**

El cuadro clínico clásico va precedido dos o tres semanas antes por una faringoamigdalitis estreptocócica. La FR afecta principalmente a niños de entre 5 a 15 años.

En general los síntomas pueden presentar:

- \* Fiebre
- \* Hemorragias nasales
- \* Dolor en el abdomen
- \* Problemas en el corazón, falta de aliento y dolor en el pecho.

En las articulaciones pueden ser:

- \* Causar dolor, hinchazón, enrojecimiento y calor
- \* Principalmente se producen en las rodillas, codos, tobillos y muñecas.
- \* Cambian o pasan d una articulación a otra.

Pueden ocurrir cambios en la piel como:

- Erupciones en forma de anillos o piel de serpiente en el tronco y parte superior de brazos y piernas
- Protuberancia o nódulos en la piel.



**Un trastorno que afecta al cerebro y al SNC llamado Corea de Sydenham. Los síntomas son:**

- Pérdida del control de las emociones, con episodios de llanto o risas inusuales.
- Movimientos bruscos y rápidos que afectan la cara, pies y manos.

### **Factores de riesgo**

Los factores que pueden aumentar el riesgo de fiebre reumática incluyen:

- Antecedentes familiares
- El tipo de bacteria estreptococo
- Factores ambientales.

#### **2.1.9. Criterios mayores**

• **Artritis:** es el signo más frecuente, pues aparece en el 75% de los pacientes con ataque agudo. Es una poliartritis de carácter agudo que afecta a las grandes articulaciones (tobillos, rodillas, codos); es migratoria, errática, cambiando en pocos días de una a otra articulación. Presenta signos inflamatorios con calor, rubor y tumefacción con dolor intenso. Cuando existe derrame, este no es purulento. La artritis cura sin dejar secuelas. Rápida respuesta a los salicilatos.

**Carditis:** es la afectación más grave, pudiendo acarrear la muerte en la fase aguda o provocar graves secuelas valvulares. Se trata de una pancarditis que afecta a todas las estructuras cardíacas, pero principalmente a las válvulas. La incidencia es del 40-50% y suele aparecer antes de la tercera semana. Puede tener cuatro



manifestaciones clínicas diferentes: aparición de un soplo cardíaco significativo que antes no existía; la presencia de cardiomegalia; el fallo cardíaco congestivo y la presentación de una pericarditis. Los soplos significativos que se pueden presentar son:

- Soplo cardíaco apical de insuficiencia mitral. El más frecuente; es un soplo holosistólico, intenso II-III/VI, que suele irradiar a la axila.
- Soplo mesodiastólico corto y suave en punta llamado de Carey-Coombs, debido a una turbulencia diastólica por regurgitación sanguínea en aurícula izquierda. (González Pascual E. Manual práctico de, 1999;)

#### **2.1.10. Diagnóstico**

Se realiza una evaluación cuidadosa de los sonidos cardíacos, la piel y las articulaciones.

##### **Los exámenes pueden incluir:**

- Tinción de Gram y cultivo para confirmar la presencia de estreptococos (exudado faríngeo)
- Eritrosedimentación (VSG)
- Biometría Hemática Completa(BHC)
- Proteína C Reactiva (PCR)
- Rayos de la articulación afectada.

Para ayudar a estandarizar el diagnóstico de la fiebre reumática, se han desarrollado algunos factores llamados criterios mayores y menores (aguilar & a.c, 2001)



**Algunos para el criterio mayor del diagnóstico son:**

- Artritis en algunas de las articulaciones grandes.
- Inflamación del corazón.
- Nódulos debajo de la piel.
- Movimientos rápidos y espasmódicos.
- Erupción cutánea.

**Y entre los criterios menores están:**

- Fiebre.
- Tasa elevada de sedimentación de eritrocitos.
- Artralgia.
- ECG normal.

Se debe establecer con una amplia variedad de enfermedades con sintomatología articular y/o cardíaca. La evidencia de infección estreptocócica previa puede ayudar a eliminar bastantes posibilidades. El diagnóstico diferencial, en cuanto a la afectación articular, debe hacerse con las colagenosis, principalmente, la artritis crónica juvenil y el lupus eritematoso diseminado; con las infecciones articulares, las artritis reactivas; con cuadros generales que cursan con poliartritis, como la hepatitis viral o como reacción a la vacuna de la rubeola, así como con la enfermedad de Lyme, que asocia manifestaciones articulares y cardíacas una tercera parte de los casos de FR ocurren sin que se haya podido demostrar infección estreptocócica previa. (Delgado A. En: Grandes síndromes en, 1997)

**2.1.11. Profilaxis**



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**UNIDAD DE TITULACIÓN**



La prevención de la FR está en función del tratamiento adecuado de las infecciones respiratorias estreptocócicas producidas por el estreptococo del grupo A

.

— Prevención primaria. Es la prevención de los ataques iniciales de FR aguda y depende del correcto diagnóstico y tratamiento de las infecciones faringoamigdalares.

— Prevención secundaria. Consiste en la prevención de las recaídas tras un primer ataque de FR aguda. Precisa de un programa continuado de profilaxis.

— Prevención terciaria. Es la profilaxis de la endocarditis infecciosa en pacientes con secuelas de cardiopatía reumática. (Dajani AS, Ayoub EM, Bierman FZ y cols., 1992,1993)

.



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**UNIDAD DE TITULACIÓN**



## **Capítulo III**

### **3. Metodología de la investigación**



### **3.1. Metodología del diagnóstico**

#### **3.1.1. DATOS GENERALES:**

- Niña de 8 años
- Pesa 28 kg
- Mide 1.27m
- Estudiante de educación primaria
- De padres sin antecedentes patológicos
- Procedente de zona urbana

#### **3.1.2. Análisis del motivo de la consulta**

Paciente femenina de 8 años quien acude por artritis de tobillo derecho de 24 horas de evolución con fiebre de 38 °C no asociado a trauma.

#### **3.1.3. Historial clínico del paciente**

Infante de 8 años presenta los siguientes antecedentes:

Historia previa de faringitis y fiebre no cuantificada hace dos semana sin evaluación médica .Dos días posteriores a su ingreso presenta artritis en muñeca izquierda, rodilla derecha, tercer y cuarto dedo de la mano izquierda que remitieron a los tres días; posteriormente inicio en todos los dedos de la mano y de pie izquierdo asociados a fiebre mayor de 38 °C que persistió hasta el décimo día intrahospitalario. Al séptimo día intrahospitalario ausculto soplo Holo sistólico II/VI en el foco mitral.



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**UNIDAD DE TITULACIÓN**



## **3.2. Historia de la enfermedad actual**

### **3.2.1. Anamnesis**

La enfermedad puede tener una intensidad y evolución distinta, pues cursa con diferentes asociaciones con cuadros clínicos variables; así existen formas articulares puras (mono- o poliarticulares); formas con corea o carditis aisladas y formas con asociaciones que indican más gravedad, como la carditis con eritema y/o nódulos.

### **3.3. Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema.**

Todos los estudios coinciden en la relación entre la faringitis estreptocócica y la FR; la infección debe ser faríngea para que se inicie el proceso reumático; las infecciones cutáneas (impétigo) estreptocócicas no van seguidas de FR; no todas las cepas de estreptococo del grupo A causan la enfermedad; aunque los estreptococos C y G pueden producir faringoamigdalitis y provocar respuesta inmune, tampoco desencadenan FR. Se admite que tras una infección faríngea estreptocócica se liberan componentes del germen parecidos a los tejidos humanos, iniciándose el proceso autoinmune con afectación de corazón, sistema nervioso y articulaciones. Actualmente, en esta enfermedad, conocemos el agente etiológico y su mecanismo patogénico pero no podemos identificar a los sujetos predispuestos. En individuos genéticamente predispuestos la infección desencadena una respuesta inmunitaria que causa las lesiones.



### **3.3.1. Exploración clínica**

El cuadro clínico clásico va precedido dos o tres semanas antes por una faringoamigdalitis estreptocócica, con enrojecimiento de faringe y amígdalas con o sin exudado, con petequias en paladar, adenopatías submandibulares o laterocervicales, disfagia, fiebre moderada o alta, dolor abdominal y a veces, con exantema escarlatiniforme; tras el intervalo de dos o tres semanas, se presenta el brote agudo con fiebre irregular y posterior aparición de los síntomas propios de la enfermedad.

### **3.3.2. Formulación del diagnóstico previo análisis de datos**

Se debe establecer con una amplia variedad de enfermedades con sintomatología articular y/o cardíaca. La evidencia de infección estreptocócica previa puede ayudar a eliminar bastantes posibilidades. El diagnóstico diferencial, en cuanto a la afectación articular, debe hacerse con las colagenosis, principalmente, la artritis crónica juvenil y el lupus eritematoso diseminado; con las infecciones articulares, las artritis reactivas; con cuadros generales que cursan con poliartritis, como la hepatitis viral o como reacción a la vacuna de la rubeola, así como con la enfermedad de Lyme, que asocia manifestaciones articulares y cardíaca

### **3.3.3. Conducta a seguir**



El tratamiento de elección frente al estreptococo continúa siendo la penicilina. Si a pesar de todo se desarrolla un brote de FR, el tratamiento debe orientarse a la erradicación del germen, a la desaparición de la inflamación y a la prevención de las secuelas.

#### **3.3.4. Tratamiento antiinflamatorio:**

Los salicilatos y los corticoides son paliativos y no curativos; son la base del tratamiento antiinflamatorio. Se utiliza el ácido acetilsalicílico por vía oral a dosis de 75-100 mg/kg/día, hasta conseguir niveles de 20-30 mg/dl. La dosis se fracciona en cuatro tomas al día y se mantiene unos siete a diez días, hasta comprobar mejoría clínica. Luego se disminuye la dosis a la mitad y se mantiene de tres a cinco semanas más, en ausencia de carditis. Si la afectación cardiaca es mínima, se mantienen de seis a ocho semanas.

##### **3.3.4.1. Otras medidas:**

Consiste en el tratamiento de las complicaciones, como la insuficiencia cardiaca, que precisa diuréticos y digital. En casos de corea se aconseja haloperidol a 0,5 mg por vía oral, varias veces al día. También se han usado valproato y carbamazepina.

#### **3.3.5. Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.**

Se da a conocer los cuidados que debe tener el paciente en las zonas afectadas si es el caso, o en las articulaciones que presenta dolencia; dándole a conocer la función de cada uno de los medicamentos suministrados y cuál es la utilidad de ellos para así evitar recaídas las que pueden ser por alta exposición a infecciones estreptocócicas (centros de salud, escuelas)



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**UNIDAD DE TITULACIÓN**



Habitualmente hay que relacionar antecedentes bibliográficos recolectados desde organizaciones de salud públicas, revistas científicas, textos literarios de medicina, resultados de laboratorios, bibliotecas virtuales, entrevistas médicas, entre otros para dar valoración, seguimiento, tratamiento oportuno eficaz a personas que presentan síntomas de fiebre reumática

Debe existir un equipo de trabajo íntegro con responsabilidad y compañerismo para visualizar, atender las necesidades de salud que aquejan a la sociedad en distintos países de Latinoamérica y del mundo.

### **3.3.6. Seguimiento**

Luego de un caso de Fiebre Reumática Aguda, el paciente debe realizarse una valoración cardiaca (ECG), BHC, PCR, VSG, ASLO con la finalidad de ir controlando la infección. Las lesiones pueden ir mejorando e incluso desaparecer en los primeros dos años, se debe enfatizar en cada visita la necesidad de apegarse estrictamente al tratamiento médico, por el riesgo de recaídas, Además si se diagnostica una nueva infección faríngea debe tratarse de forma apropiada y temprana,

### **3.3.7. Observaciones**

La paciente continúa con la medicación que se le ha prescrito, teniendo en cuenta el progreso del tratamiento y si cumple con todas las prescripciones asignadas. Consultando al paciente si ha tenido algún efecto secundario al tratamiento



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHYO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**UNIDAD DE TITULACIÓN**



## **Capítulo IV**

### **4. Conclusiones**



#### **4.1. Conclusiones**

- \* La edad promedio de los pacientes con fiebre reumática oscila entre los 5 a 15 años, aunque también se presenta en adolescentes y jóvenes adultos.
- \* La fiebre reumática en las edades pediátricas pueden ser precedidas de una piodermitis por estreptococo beta hemolítico del grupo A de Ianfiel, no siguiendo la forma clínica de infección de faringoamigdalina previa.
- \* Las características clínicas y de laboratorio importantes para confirmar el diagnóstico de fiebre reumática son: aumento de volumen en articulaciones, anti DNA negativo, leucocitosis, antiestreptolisina O+, velocidad de eritrosedimentación y proteína C reactiva aumentada.
- \* La revisión de la literatura pretende describir la etiología, incidencia características, y métodos de diagnóstico en la fiebre reumática.



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**UNIDAD DE TITULACIÓN**



## **Capítulo V**

### **5. Bibliografía**



### 5.1. Referencias bibliográficas

- . Fiebre reumática y artritis post estreptocócica. (2014). . *Fiebre reumática y artritis post estreptocócica*.
- aguilar, & a.c. (2001). *diagnostico fiebre reumatica*.
- Baño A, Sáenz de Urturi A, Lázaro R. Fiebre. (1996). *fiebre reumatica*.
- Carapetis JR, Mc Donald M, Wilson NJ. Acute. ( 2005). *fiebre reumatica*.
- Dajani AS, Ayoub EM, Bierman FZ y cols. (1992,1993). *fiebre reumatica*.
- Delgado A. En: Grandes síndromes en. ( 1997). *Fiebre Reumática*. bilbao.
- Faringitis.org. (2015 ). *FARINGITIS ESTREPTOCOCICA*.
- González Pascual E. Manual práctico de. ( 1999;). *Cap IX Fiebre Reumática*.
- HONDURAS PEDIÁTRICA . (- AÑO 1998). *Estreptococo Beta Hemolítico grupo A*. HONDURAS: VOL.XIX - No. 2, A.
- jan, j. (2005). *estreptococo*.
- María del Mar Álvarez Villalba . (2015). *ASTENIA CRÓNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA: ETIOLOGÍA, EPIDEMIOLOGÍA Y FACTORES PREDICTORES*.
- vorvick. (2016). *fiebre reumatica* .
- Wiener Laboratorios. (2000). Rosario - Argentina.



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**UNIDAD DE TITULACIÓN**



## **Capítulo VI**

### **6. Anexos**



## Fiebre reumática

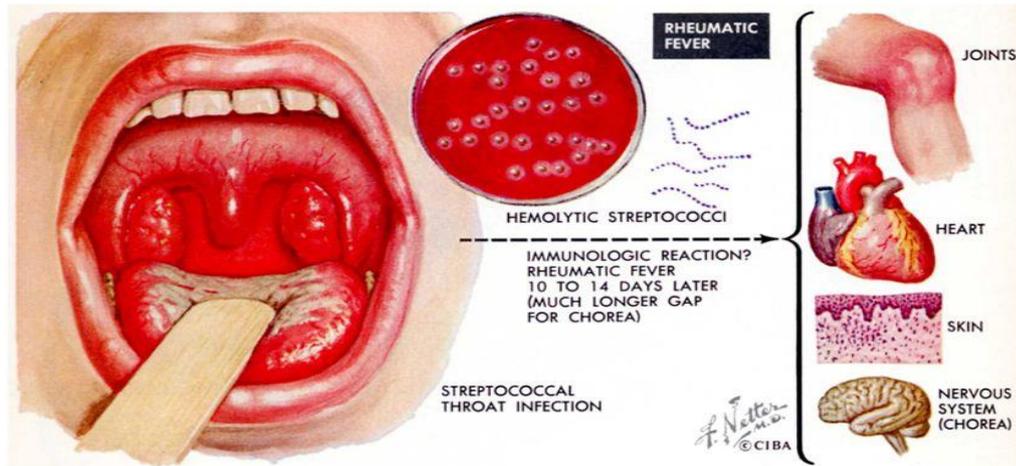


Figura 1 - Consecuencias de fiebre reumática

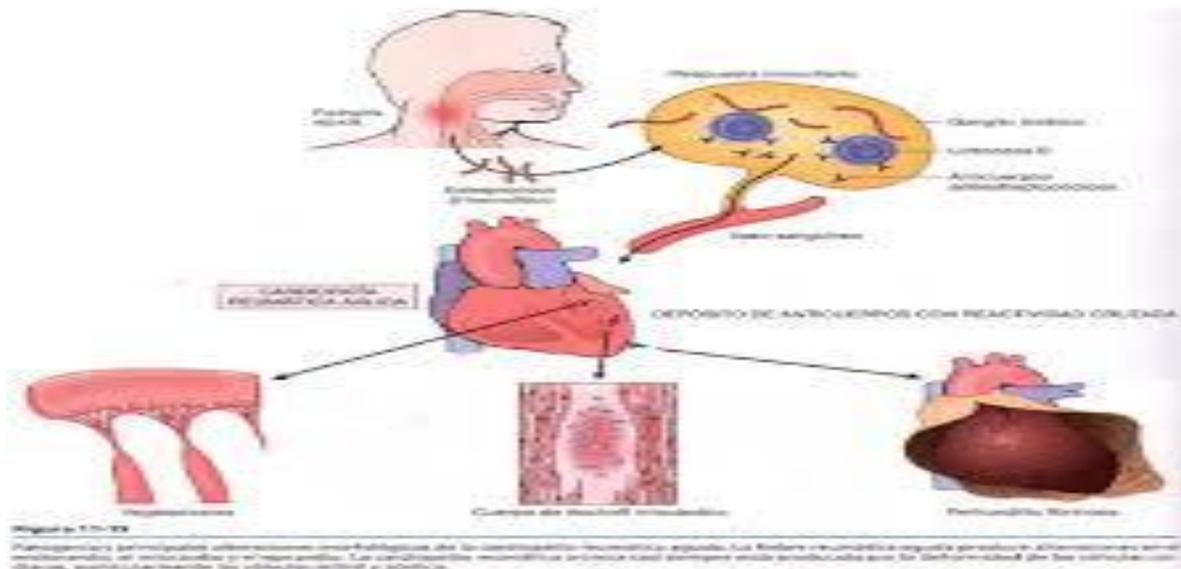


Figura 2 - Ingreso del estreptococo beta hemolítico, grupo A



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**UNIDAD DE TITULACIÓN**



Figura 3 - Hinchazón de extremidades



Figura 4 - Hinchazón en extremidad inferior



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**UNIDAD DE TITULACIÓN**



Figura 5 - Cultivo de estreptococo

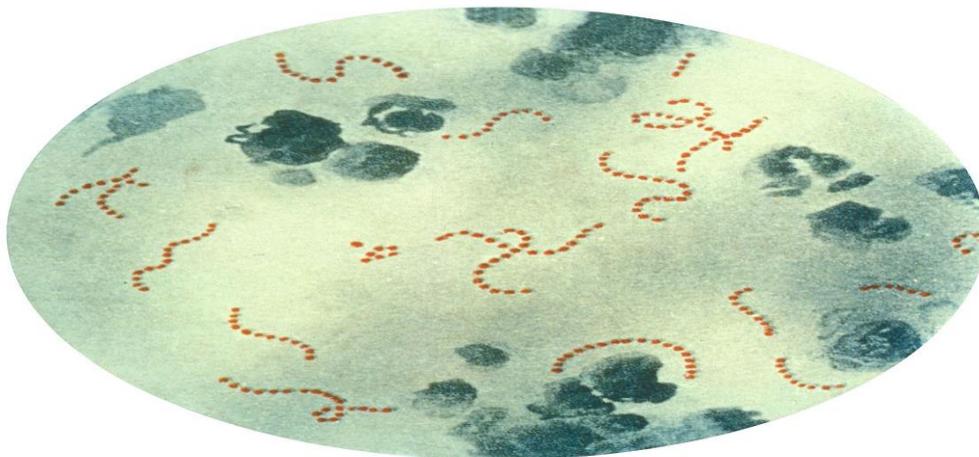


Figura 6 - Observación de estreptococo en el microscopio



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA

Babahoyo, 03 de mayo del 2017

Doctora.  
Alina Izquierdo Cirer MSc.  
COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACIÓN  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

De mis consideraciones.

Por medio de la presente, yo **ANDREA STEFANIA LABORDE BASURTO** con cédula de ciudadanía 120571644-0, egresada de la carrera de **LABORATORIO CLINICO**, de la **FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**, me dirijo a usted de la manera más comedida autorice a quien corresponda, me recepte la documentación para la inscripción en el Proceso de Titulación en la modalidad de Examen Complexivo de esta Facultad.

Esperando que mi petición tenga una acogida favorable, quedo con usted muy agradecida.

Atentamente.

**ANDREA STEFANIA LABORDE BASURTO**  
C.I 120571644-0

*Recibido*  
*03/05/2017 10:25*

**ACTA DE CONSEJO DIRECTIVO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
SESION: EXTRAORDINARIA**

**FECHA: 14- OCTUBRE DEL 2016**

**HORA: 09 h 00**

En Babahoyo, a los catorce días del mes de octubre del año dos mil dieciséis siendo las 09h00, en la sala de sesiones de la Facultad de Ciencias de la Salud, se reúne los miembros del H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo, con el objeto de llevarse a efecto la sesión extraordinaria para el que fueron convocados, asistiendo las siguientes miembros con voz y voto: Lcda. BETTY MAZACÓN ROCA, MSc, Decana de la Facultad; Lcda. FANNY SUAREZ CAMACHO, MSc. Primer Vocal, Principal a Consejo Directivo y Lcda. IVONNE CAMINO, MSc, Segundo Vocal Principal, en representación de los docentes de la Facultad; Sr. RAÚL SERRANO UCHUBANDA, en Representación de los estudiantes; Lcda. Maritza López Muñoz, en Representación de los servidores administrativos y trabajadores de la Facultad. - Miembros con voz: Dr. HERMAN ROMERO RAMIREZ, MSc, DIRECTOR ESCUELA DE TECNOLOGIA MEDICA; Lcda. MARIA VERA MARQUEZ, MSc. DIRECTORA ESCUELA DE ENFERMERIA, - Constatado el quórum reglamentario, se instala la sesión.- Ordenándose la lectura del orden del día a través de Secretaría, siendo éste, ORDEN DEL DIA: 1.- UNICO PUNTO: CONOCIMIENTO Y RESOLUCION DE LA NOMINA DE ESTUDIANTES DE LAS CARRERA DE **LABORATORIO CLINICO- PERIODO LECTIVO 2014-2015** QUE CULMINARON ESTUDIOS Y CUMPLIERON CON LOS REQUISITOS ACADEMICOS PARA CONTINUAR CON SU PROCESO DE TITULACION.

**RESOLUCIÓN ÚNICA:** Se da lectura al Informe presentado por la señora Secretaria General de la Facultad, en relación a la revisión del portafolio estudiantil por la culminación de estudios y cumplimiento de todos los requisitos académicos y legales de los estudiantes de las carreras de: **LABORATORIO CLINICO y TERAPIA RESPIRATORIA(Rezagados)** periodo lectivo CUARTO CURSO INIC: 7 OCTUBRE 2014/28 AGOSTO 2015, PREVIO A LA TITULACION, cuya nómina se detalla:

**NOMINA DE ESTUDIANTES QUE CULMINARON SU MALLA CURRICULAR Y CUMPLIERON CON LOS REQUISITOS ACADEMICOS Y LEGALES - PREVIO A SU TITULACION.**

**CUARTO CURSO INIC: 7 OCTUBRE 2014/28 AGOSTO 2015**

N°	APELLIDOS Y NOMBRES	CEDULA DE CIUDADANIA	MATRIC. ULTIMO PERIODO	ESTUDIOS PREVIOS	MATRICULAS - PROMOCIONES	INICIO DE ESTUDIOS UTB	CULMINACION DE PERIODOS DE ESTUDIOS (malla curricular)
1	ALAVA SANTANA FRANCISCO ANTONIO	1207473388	369	NO	SI	AÑO 2010	28 AGST 2015
2	ARECHÚA CAMACHO ALBA AURA	1206451419	330	NO	SI	AÑO 2010	28 AGST 2015
3	ARMIJOS SALVATIERRA LUIS ADRIAN	1205458340	353. 2da Mat. V. 2012	NO	SI	27 MAY.2007	28 AGST 2015
4	AYALA GAIBOR DEYVI ABAD	1205878422	285	NO	SI	AÑO 2011	28 AGST 2015
5	BARBOTO CARRANZA DARWIN ALFREDO	1205307067	284	NO	SI	AÑO 2011	28 AGST 2015
6	CABELLO BAQUERIZO KERLY DENISSE	1207241314	293	NO	SI	AÑO 2011	28 AGST 2015

7	CANTERAL VERDESOTO AMANDA MARCELA	1205983339	294	NO	SI	AÑO 2011	28 AGST 2015
8	CARBO MONTES ELIAS WILSON	1207556430	287	NO	SI	AÑO 2011	28 AGST 2015
9	CARPIO ZAMORA THALIA ANDREINA	0940378227	296	NO	SI	AÑO 2010	28 AGST 2015
10	CARVAJAL GUZMAN DUVAL LEONIDAS	1207206069	314	NO	SI	AÑO 2010	28 AGST 2015
11	COELLO VILLEGAS YARA DENNISSE	0940373459	290	NO	SI	AÑO 2011	28 AGST 2015
12	CRUZ GUERRERO DIANA STEFANIA	1207556448	286	NO	SI	AÑO 2011	28 AGST 2015
13	CRUZ RIVERA INGRID MARIA	1206597948	298	NO	SI	AÑO 2010	28 AGST 2015
14	ERAZO ESCOBAR DIEGO ADALID	0202148128	370	NO	SI	AÑO 2010	28 AGST 2015
15	GONZALES CASTRO MARCOS ANTONIO	1206755629	340	NO	SI	AÑO 2010	28 AGST 2015
16	GUAPULEMA PEÑALOZA GINGER JESSICA	1206796235	323	NO	SI	AÑO 2010	28 AGST 2015
17	HUACTER SUAREZ RUTH BEATRIZ	1205429267	289	NO	SI	AÑO 2011	28 AGST 2015
18	LABORDE BAZURTO ANDREA STEFANIA	1205716440	281	NO	SI	AÑO 2008	28 AGST 2015
19	LARA SANCHEZ EVELIN LISSETTE	1206809632	312	NO	SI	AÑO 2009	28 AGST 2015
20	LOZANO ESPAÑA JENNIFER ALBA	1206311340	319	NO	SI	AÑO 2010	28 AGST 2015
21	MEDINA RIERA AMANDA LIZBETH	0503056244	283	NO	SI	AÑO 2011	28 AGST 2015
22	MENDOZA FIGUEROA DIANA LIZBETH	1207494616	292	NO	SI	AÑO 2011	28 AGST 2015
23	MORENO MUÑOZ VANESA FERNANDA	1205585050	313	SI U. GUYQL NO HOMLG.	SI	AÑO 2010	28 AGST 2015
24	OÑA BALAREZO LISSETH JOSSELYN	1311161374	335	NO	SI	AÑO 2009	28 AGST 2015
25	PEÑAFIEL GULLIN KATHERIN BELEN	1204537003	336	NO	SI	AÑO 2010	28 AGST 2015
26	PEÑAHERRERA ARBOLEDA ANDRES DAVID	0503307365	295	NO	SI	AÑO 2008	28 AGST 2015
27	QUIJUE MENDOZA RONNIE JAHIR	0922945373	345	NO	SI	AÑO 2008	28 AGST 2015
28	RAMIREZ ZHUÑO DIANA CAROLINA	1204675571	341.2da.MAT. V.2009	NO	SI	año 2006	28 AGST. 2016
29	RODRIGUEZ PALMA NEFER ALEXANDRA	1205146747	327	NO	SI	AÑO 2010	28 AGST 2015
30	ROLDAN CEDEÑO JENNIFFER ROXANA	0927752535	321	NO	SI	AÑO 2011	28 AGST 2015
31	RONQUILLO ANCHUNDIA NANCY ELIZABETH	1711794915	299	NO	SI	AÑO 2011	28 AGST 2015
32	SOLEDISPA SALVATIERRA ASTRID KATERINE	1205635509	329	NO	SI	AÑO 2010	28 AGST 2015
33	SUAREZ VERA ERIKA KARINA	1205362658	297	NO	SI	AÑO 2010	28 AGST 2015
34	VALDIVIESO MARTINEZ DIANA PAOLA	0503415085	343	NO	SI	AÑO 2007	28 AGST 2015
35	VILLACIS CHAVEZ LEANDRO SAMIR	1206508671	339-2da. Mat.V.2012	NO	SI	AÑO 2008	28 AGST 2015
36	VILLACIS QUIÑONEZ KENIA MARIUXI	1207248400	291	NO	SI	AÑO 2011	28 AGST 2015
37	YAGUAL ZAMBRANO MARIA JOSE	0929167666	288	NO	SI	AÑO 2011	28 AGST 2015
38	ZAPITIER GUERRA ERICK ALBERTO	1205741562	282	NO	SI	1 JUN. 2009	28 AGST.2015

REZAGADOS

2015	2015	2015	2015	2015	2015	2015	2015
2015	2015	2015	2015	2015	2015	2015	2015
2015	2015	2015	2015	2015	2015	2015	2015
2015	2015	2015	2015	2015	2015	2015	2015
2015	2015	2015	2015	2015	2015	2015	2015
2015	2015	2015	2015	2015	2015	2015	2015
2015	2015	2015	2015	2015	2015	2015	2015
2015	2015	2015	2015	2015	2015	2015	2015
2015	2015	2015	2015	2015	2015	2015	2015
2015	2015	2015	2015	2015	2015	2015	2015



REZAGADOS LABORATORIO CLINICO

N°	APELLIDOS Y NOMBRES	CEDULA DE CIUDADANIA	MATIC. ULTIMO PERIODO	ESTUDIOS PREVIOS	MATICULAS - PROMOCIONES	INICIO DE ESTUDIOS UTB	CULMINACION DE PERIODOS DE ESTUDIOS (malla curricular).	PASANTIAS HOSPITALARIAS- INTERNADO	CULMINACION DE INGLES		VINCULO CON LA COLECTIVIDAD	
									REGISTRO EN CENTRO DE IDIOMAS (CENID)	FECHA DE CULMINACION DE INGLES	INICIO-FIN PROYECTO	ACTA DE CULMINACION
1	ESTRADA SALAZAR KAREN MADELEY	1205362625	929	NO	SI	2007	28 JUL.2014	PATRONATO MUNICIPAL DE BUENA FE = 192 HRS.	REG.# 043 22 MAYO 2009		5 MAY. A 5 NOV. 2014	CODIGO ACTA: PVA-FCS-052-001-14
2	MORAN LEON MARIA IVON	1204515470	1513	NO	SI	2006	28 DIC.2011	DIRECCION PROV. DE SALUD LOS RIOS-AREA # 3 HOSP. NICOLAS COTO INFANTE DEL 9 NOV. 2012 AL 30 ENER.2013	REG.213-22 MARZ.2013			COD.ACT.AV 5-FCS-006-13
3	ROMERO VITERI WENDY PAOLA	1206394288	924	NO	SI	2008	28 JUL.2014	LAB.CLINIC. POPULAR QUEVD. 192 HRS.	REG.0076- 25-01-2013.		5 MAY. A 5 NOV. 2014	COD.FCS.05 0-05-001-14
4	TORRES SILVA DIANA MARIANELA	1804503215	927	NO	SI	2008	28JUL.2014	LAB. CLINIC."HOUSE MEDICAL" VENTANAS	REG.0082- 25-01-2013		5MAY.A 5 NOV.2014	CODIGO ACTA: PVA-FCS-041-05-001-14
5	VILLAMAR LICTA JENNIFER MERCEDES	1205442260	920	NO	SI	2008	28 JUL.2014	LAB.CLINIC. HOSP. LUIS VERNAZA 23 SEPT.2013/24 FEBRERO 2014= 296 HRS.	REG.0157- 18 JUN.2010.		5 MAY. A 5 NOV. 2014	CODIGO ACTA: PVA-FCS-043-04-001-14

38 + 5 = 43

CARRERA TERAPIA RESPIRATORIA

N°	APELLIDOS Y NOMBRES	CEDULA DE CIUDADANIA	MATIC. ULTIMO PERIODO	ESTUDIOS PREVIOS	MATICULAS - PROMOCIONES	INICIO DE ESTUDIOS UTB	CULMINACION DE PERIODOS DE ESTUDIOS (malla curricular).	PASANTIAS HOSPITALARIAS- INTERNADO	CULMINACION DE INGLES		VINCULO CON LA COLECTIVIDAD	
									REGISTRO EN CENTRO DE IDIOMAS (CENID)	FECHA DE CULMINACION DE INGLES	INICIO-FIN PROYECTO	ACTA DE CULMINACION
1	HAZ VARAS DEYSI MARIELA	1205088542	973	LAB.CLINIC. 1er. Curso. P. 5 JUN. 2006/22 FEB.2007	SI	1 ER. CURSO. 16 JUN. 2008	28 JUL. 2014	HOSP.T. INFECTLG. DR. J. DANIEL RODRIGUEZ MARIDUEÑA. 5 JUL/ 18 OCT.2013.	CERTF. CENID- NOV.5 2015			CODIGO DEL ACTA:AVS-FCS-0031-13
2	BRIONES MORAN MERLIN YOHANNA	1205621284	428		SI	21 MAY.2007	28 JUL. 2014	H. INFECTLG. DR. J. DANIEL RODRIGUEZ MARIDUEÑA1 JUL/14 OCT.2013.=192 HRS.	REG.045 13/ 05/2011			CODIGO DEL ACTA: AVS-FCS-0059-13

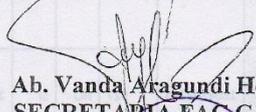


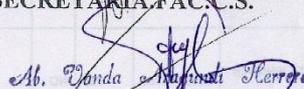
3	MONTIEL BRIONES SORAYA STEFANIE	1205664079	1594	NO	SI	16 JUN.2008	28 FEB.2013	HOSPT. INFECTLG. DR. J. DANIEL RODRIGUEZ MARIDUEÑA. 20 ABRIL/25 JUL. 2012 = 192.HRS.	CERTF. CENID- JUL 15, 2016	CODIGO DEL ACTA: AVS-FCS- 0053-13
---	------------------------------------	------------	------	----	----	----------------	-------------	--	-------------------------------	---

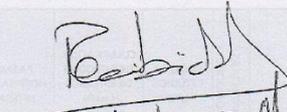
Por consiguiente habiendo cumplido con todos los requisitos previo a la obtención del Título de Licenciadas y Licenciados en la carrera de **LABORATORIO CLINICO** y **TERAPIA RESPIRATORIA** están APTOS para ser declarados Egresados y pasen el proceso de Titulación.- **CONSEJO DIRECTIVO RESUELVE.- Una vez informado el cumplimiento de todos los requisitos establecidos por la Ley de Educación Superior y Reglamentos internos, previo a la obtención de su Título Académico, se los declara EGRESADOS DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD en la carrera de LABORATORIO CLINICO y TERAPIA RESPIRATORIA se los declara APTAS Y APTOS PARA EL PROCESO DE DESARROLLO DEL TRABAJO DE TITULACIÓN O EXAMEN COMPLEXIVO.- Comuníquese a la Msc. Maritza Gallegos, Responsable de la Comisión General del Centro de Investigación y Desarrollo de la Facultad, con sus tres componentes.**

No habiendo otro Punto que tratar se levanta la sesión siendo las once horas del día firmando para constancia y validez de esta acta la señora Decana Leda. Betty Mazacón, Roca MSc. y Ab. Vanda Aragundi Herrera, Secretaria de la Facultad.

  
Leda. Betty Mazacón Roca MSc.  
DECANA

  
Ab. Vanda Aragundi Herrera  
SECRETARIA FAC.C.S.

  
Ab. Vanda Aragundi Herrera  
SECRETARIA FACULTAD  
CIENCIAS DE LA SALUD  
UNIVERSIDAD TECNICA DE BAHUAYO

  
30/01/2017 17:15





CASO CLINICO PARA EL EXAMEN COMPLEXIVO – EXAMEN PRÁCTICO

PROBLEMA SUSCEPTIBLE DE SER RESUELTO MEDIANTE LA IMPLEMENTACIÓN DE UNA METODOLOGÍA O PROCESO INHERENTE AL PERFIL PROFESIONAL DEL ESTUDIANTE

CASO # 2

ESCENARIO DE ACTUACIÓN

Paciente femenina de 8 años quien acude por artritis en tobillo derecho de 24 horas de evolución con fiebre de 38°C no asociada a trauma.

Antecedentes : Historia previa de faringitis y fiebre no cuantificada hace dos semanas sin evaluación médica. Dos días posteriores a su ingreso presenta artritis en muñeca izquierda, rodilla derecha, tercer y cuarto dedo de mano izquierda que remitieron a los tres días; posteriormente inició en todos los dedos de mano y de pie izquierdo asociados a fiebre mayor de 38°C que persistió hasta el décimo día intrahospitalario. Al séptimo día intrahospitalario se auscultó soplo holosistólico II/VI en el foco mitral.

Los resultados de laboratorio mostraron: anti-DNA negativo, leucocitosis, antiestreptolisina O+, velocidad de eritrosedimentación y proteína C reactiva aumentadas. La radiografía de tórax al séptimo día intrahospitalario presentó aumento de la silueta cardíaca. La ecocardiografía mostró insuficiencia mitral moderada, dilatación de venas pulmonares y efusión pericárdica leve-moderada. El electrocardiograma presentó prolongación del intervalo PR.

- Que exámenes de laboratorio se realizarían para dar con el diagnóstico efectivo del agente causal de la enfermedad según los datos recopilados del paciente?

Valore el cuadro clínico siguiendo la metodología entregada por la unidad de titulación para el desarrollo de este cuadro clínico





**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
Facultad de ciencias de la salud



Babahoyo, 07 de agosto del 2017

Dra. Alina Izquierdo Cirer MSc.  
COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACION  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO  
Presente.-

De mis consideraciones.

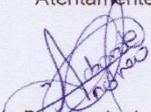
Yo, **ANDREA STEFANIA LABORDE BASURTO** con CI **120571644-0**, egresada de la carrera de **Laboratorio**, por medio de la presente hago la entrega del tema que es:

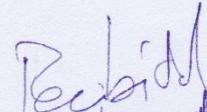
**ESTREPTOCOCO BETA HEMOLITICO GRUPO A, EN PACIENTE DE 8 AÑOS CON SINTOMATOLOGIA FEBRIL Y ARTRITIS EN ENFERMEDADES INFERIORES.**

El mismo que debe ser aprobado por las autoridades respectivas para continuar con la defensa del caso clínico práctico, en el proceso de titulación modalidad **EXAMEN COMPLEXIVO**.

Por la atención que se le da a la presente, le reitero mis agradecimientos.

Atentamente

  
Laborde Basurto Andrea Stefania  
120571644-0

  
07/08/2017 11:38



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA  
CARRERA LABORATORIO CLÍNICO**



Babahoyo, 21 de agosto del 2017

Dra. Alina Izquierdo Cirer, MSc.  
COORDINADORA UNIDAD DE TITULACIÓN  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO  
Presente.

De mi consideración:

Por medio de la presente, yo, **LABORDE BAZURTO ANDREA STEFANÍA**, con cédula de ciudadanía **120571644-0**, egresada de la Escuela de **Tecnología Médica**, carrera **Laboratorio Clínico**, de la Facultad de Ciencias de la Salud de Universidad Técnica de Babahoyo, me dirijo a usted de la manera más comedida para que por su digno intermedio se me recepte los tres anillados requeridos en el componente práctico (Casos Clínicos) del Examen Complexivo, tema:

**ESTREPTOCOCO BETA HEMOLÍTICO GRUPO A EN PACIENTE DE 8 AÑOS CON SINTOMATOLOGÍA FEBRIL Y ARTRITIS EN ENFERMEDADES INFERIORES.**

Para que pueda ser evaluado por el Jurado respectivo, asignado por el Consejo Directivo.

Esperando que mi petición tenga una acogida favorable, quedo de usted muy agradecida.

Atentamente,

**LABORDE BAZURTO ANDREA STEFANÍA**  
C.I 120571644-0

Recibido  
21/08/2017 15:00