



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



**COMPONENTE PRÁCTICO DEL EXAMEN COMPLEXIVO PREVIO A LA  
OBTENCION DEL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADA EN LABORATORIO  
CLÍNICO**

**TEMA DEL CASO CLÍNICO:**

**PACIENTE DE SEXO FEMENINO DE 10 AÑOS CON FARINGOAMIGDALITIS POR  
STREPTOCOCCUS PYOGENES**

**AUTOR:**

**MARYURI MARICELA DIAZ VASQUEZ**

**TUTOR:**

**Q.F.LUZ SALAZAR CARRANZA**

**Babahoyo - Los Ríos - Ecuador**

**2018**



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA DE TECNOLOGIA MEDICA**  
**CARRERA DE LABORATORIO CLÍNICO**  
**UNIDAD DE TITULACION**



**APROBACIÓN DEL TUTOR**

Yo, **QF. LUZ ANGELICA SALAZAR CARRANZA MSC**, en calidad de Docente - Tutor de la estudiante **MAYURI MARICELA DIAZ VASQUEZ** la misma que está matriculada en la modalidad del Examen Complexivo (Dimensión Práctica), con el tema, **"PACIENTE DE SEXO FEMENINO DE 10 AÑOS CON FARINGOAMIGDALITIS POR STREPTOCOCCUS PYOGENES"**, de la Carrera de Laboratorio Clínico de la Escuela de Tecnología Médica, en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo, considero que el mismo reúne los requisitos y méritos necesarios en el campo metodológico y en el campo epistemológico, por lo que lo **APRUEBO**, a fin de que el Caso Clínico (Dimensión Práctica) pueda ser presentado para continuar con el proceso de titulación, el mismo debe ser sustentado y sometido a evaluación por parte del jurado que designe el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo.

En la ciudad de Babahoyo a los dieciocho días del mes de septiembre del año 2018.

*Luz Angelica Salazar Carranza*

**QF. LUZ ANGELICA SALAZAR CARRANZA MSC.**  
**CI: 0910605658**  
**DOCENTE - TUTOR**



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



---

**DECLARACIÓN DE AUTORÍA**

**A: Universidad Técnica de Babahoyo  
Facultad de Ciencias de la Salud  
Escuela de Tecnología Médica  
Carrera de Laboratorio clínico**

Por medio del presente dejo constancia de ser la autora de este Proyecto de Investigación titulado:

**PACIENTE DE SEXO FEMENINO DE 10 AÑOS CON FARINGOAMIGDALITIS  
POR STREPTOCOCCUS PYOGENES**

Doy fe que el uso de marcas, inclusivas de opiniones, citas e imágenes son de nuestra absoluta responsabilidad, quedando la Universidad Técnica de Babahoyo exenta de toda obligación al respecto.

Autorizamos, en forma gratuita, a la Universidad Técnica de Babahoyo a utilizar esta matriz con fines estrictamente académicos o de investigación.

Fecha: Babahoyo 18 de Septiembre del 2018

**Autora**

**Maryuri Maicela Díez Vásquez**  
CI. 120470165-8

## Urkund Analysis Result

**Analysed Document:** CASO CLINICO DE MARYURI MARICELA DIAZ VASQUEZ.docx (D41525794)  
**Submitted:** 9/17/2018 7:27:00 PM  
**Submitted By:** lsalazar@utb.edu.ec  
**Significance:** 6 %

### Sources included in the report:

INVESTIGACION URKUND.docx (D25978730)  
[http://www.farmaceticoscomunitarios.org/system/files/journals/824/articles/farigoamigdalitis\\_0.pdf](http://www.farmaceticoscomunitarios.org/system/files/journals/824/articles/farigoamigdalitis_0.pdf)  
[https://es.wikihow.com/prevenir-la-faringitis-estreptoc%C3%B3cica-\(faringitis-por-estreptococos\)](https://es.wikihow.com/prevenir-la-faringitis-estreptoc%C3%B3cica-(faringitis-por-estreptococos))  
<http://elotoblog.blogspot.com/2015/04/recomendaciones-para-el-tratamiento-de.html>  
[https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0716-10182002000200003](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182002000200003)

### Instances where selected sources appear:

5

  
LUZ ANGELICA SALAZAR CARRANZA  
DOCENTE-TUTORA

  
MARYURI MARCELA DIAZ VASQUEZ  
CC. 120470165-8

## INDICE GENERAL

RESUMEN.....	I
SUMMARY .....	II
INTRODUCCIÓN.....	III
MARCO TEÓRICO.....	1
DEFINICIÓN.....	1
CAUSAS.....	4
SÍNTOMAS.....	5
PREVENCIÓN.....	7
FACTORES DE RIESGO .....	8
COMPLICACIONES .....	8
DIAGNÓSTICO .....	9
TRATAMIENTO.....	10
OBJETIVO GENERAL.....	15
OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	15
METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO.....	17
ANÁLISIS DEL MOTIVO DE LA CONSULTA.....	17
ANAMNESIS / HISTORIAL CLÍNICO DEL PACIENTE .....	17
ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA. ....	17
EXPLORACIÓN CLÍNICA .....	18
EXAMEN FÍSICO .....	18
EXÁMENES QUE SE REALIZA PARA DIAGNÓSTICO. ....	18
EXÁMENES COMPLEMENTARIOS .....	18
FORMULACION DEL DIAGNÓSTICO PREVIO AL ANALISIS DE DATOS .....	19

CONDUCTA A SEGUIR ..... 19

OBSERVACIONES ..... 20

CONCLUSIONES..... 20

ANEXOS ..... 24

## RESUMEN

La faringoamigdalitis es una de las enfermedades infecciosas más comunes en la consulta del médico de familia. La etiología más frecuente es viral. Dentro de la etiología bacteriana, el principal agente responsable es *Streptococcus pyogenes* o estreptococo  $\beta$ -hemolítico del grupo A (EBHGA), causante del 5-30% de los casos. En el manejo diagnóstico, las escalas de valoración clínica para predecir la posible etiología bacteriana, son una buena ayuda para seleccionar a qué pacientes se deben practicar las técnicas de detección rápida de antígeno estreptocócico. Es conocido que, en general, sin estas técnicas se tiende al sobrediagnóstico de faringoamigdalitis estreptocócica, con la consiguiente prescripción innecesaria de antibióticos, muchas veces de amplio espectro. Los objetivos del tratamiento son acelerar la resolución de los síntomas, reducir el tiempo de contagio y prevenir las complicaciones supurativas locales y no supurativas. Los antibióticos de elección para el tratamiento de la faringoamigdalitis estreptocócica son penicilina y amoxicilina. La asociación de amoxicilina y clavulánico no está indicada en el tratamiento inicial en la infección aguda. Los macrólidos tampoco son un tratamiento de primera elección; su uso debe reservarse para pacientes con alergia a la penicilina.

**Palabras clave:** Faringoamigdalitis aguda; Adulto; Diagnóstico; Tratamiento; *Streptococcus pyogenes* Antibióticos.

## SUMMARY

Pharyngotonsillitis is one of the most common infectious diseases in the family doctor's office. The most frequent etiology is viral. Within the bacterial etiology, the main agent responsible is *Streptococcus pyogenes* or Group A  $\beta$ -hemolytic streptococcus (GABHS), which causes 5-30% of cases. In diagnostic management, the scales of clinical assessment to predict the possible bacterial etiology are a good help to select which patients should be used the techniques of rapid detection of streptococcal antigen. It is known that, in general, without these techniques there is a tendency to overdiagnosis of streptococcal pharyngotonsillitis, with the consequent unnecessary prescription of antibiotics, often of broad spectrum. The objectives of the treatment are to accelerate the resolution of symptoms, reduce the time of infection and prevent suppurative local and non-suppurative complications. The antibiotics of choice for the treatment of streptococcal pharyngotonsillitis are penicillin and amoxicillin. The association of amoxicillin and clavulanate is not indicated in the initial treatment in acute infection. Macrolides are not a treatment of first choice either; its use should be reserved for patients with penicillin allergy.

**Keywords:** Acute pharyngotonsillitis; Adult; Diagnosis; Treatment; *Streptococcus pyogenes*Antibiotics.

## INTRODUCCIÓN

El dolor de garganta es un síntoma muy incómodo, que ocurren generalmente en adultos y niños. En general, el dolor de garganta es causado por una inflamación de las amígdalas o faringe, que llamamos amigdalitis y faringitis, respectivamente. Cuando ambas están inflamadas, situación muy común, decimos que el paciente tiene una faringoamigdalitis.

En la mayoría de los casos, el dolor de garganta proviene de una infección. Faringitis y amigdalitis virales son las causas más comunes de dolor de garganta, pero las infecciones bacterianas también son fuentes comunes de la inflamación en la garganta.

Entre las bacterias que causan faringitis o amigdalitis, el *Streptococcus pyogenes* (estreptococo beta hemolítico del grupo A) es lo que merece más destaque, no sólo por ser la forma más común de faringoamigdalitis bacteriana, sino también porque es la forma de infección en la garganta que causa más complicaciones. El *Streptococcus pyogenes* es responsable de aproximadamente el 30% de los casos de faringitis en niños y 10% en adultos.

En este caso vamos a hablar, específicamente, de amigdalitis y faringitis causadas por *Streptococcus pyogenes*. Vamos a abordar los síntomas, las formas de transmisión, los métodos de diagnóstico, las posibles complicaciones y opciones de tratamiento.

(Pinheiro, 2018)

## MARCO TEÓRICO

### DEFINICIÓN

La faringoamigdalitis aguda se define como un proceso febril intenso, de origen generalmente infeccioso, que cursa con inflamación de las mucosas de la faringe y/o las amígdalas faríngeas, en las que se puede observar la presencia de eritema, edema, exudados, úlceras o vesículas y en general se encuentra comprometido el anillo de waldeyer. La presentación de la enfermedad se manifiesta de esta manera la mayoría de las veces, lo cual sucede por continuidad anatómica, por lo que en ocasiones se le denomina faringitis o amigdalitis aguda. (CuidatePlus, 2016)

La mayoría de los casos de faringoamigdalitis son causados por una infección viral.

Los virus conocidos por causar amigdalitis incluyen:

- Rinovirus
- El virus de la influenza
- Virus parainfluenza
- Enterovirus
- Adenovirus
- El virus del sarampión

En casos raros, la amigdalitis puede ser causada por el virus de Epstein-Barr, que es el virus que causa la mononucleosis. (GeoSalud, 2017)

Cerca del 80 por ciento de las faringoamigdalitis son víricas y el resto son bacterianas. Dentro de estas últimas, la producida por el estreptococo beta hemolítico del grupo A o *Streptococcus pyogenes* es la más común (entre el 15 y el 30 por ciento de los casos). Esta patología tiene una gran presencia en menores de tres años cuando es vírica y tiene mayor incidencia en niños de entre 5 y 15 años cuando es bacteriana, aunque también puede aparecer entre los 15 y los 35 años. (CuidatePlus, 2016)

En el pasado, las infecciones bacterianas graves como la difteria y la fiebre reumática se han asociado con amigdalitis, pero esto es ahora raro debido a la vacunación y el tratamiento mejorado de estas enfermedades. (GeoSalud, 2017) La faringoamigdalitis es la inflamación de la orofaringe y las amígdalas que se caracteriza por la presencia de dolor de garganta (odinofagia) y de las anginas. La faringoamigdalitis es uno de los diagnósticos más frecuentes en la consulta de pediatría de atención primaria y es una enfermedad infecciosa, por tanto, adquirida por contagio, bien a través del aire (al toser o estornudar), o bien por contacto directo. (CuidatePlus, 2016)

Las infecciones faringo-amigdalianas son procesos patológicos muy frecuentes en el hombre, presentándose al menos una vez durante toda la vida. Se reconoce al *Streptococcus beta hemolítico grupo A (Streptococcus pyogenes)* como el principal agente etiológico bacteriano de la faringoamigdalitis aguda, pudiendo ocasionar en la población infantil una infección aguda sin complicación, una epidemia o desencadenar una complicación tardía.

La faringoamigdalitis es una enfermedad frecuente en la infancia; su prevalencia es mayor entre los 5 y los 15 años de edad, alcanzando su pico más elevado durante los primeros 5 años de escolaridad. (SciELO Perú, 2008).

Estas bacterias se contagian por contacto directo con secreciones nasales o de la garganta de personas infectadas con lesiones cutáneas infectadas. El riesgo de contagio es mayor cuando la persona se encuentra enferma, por ejemplo, cuando las personas tienen estreptococos en la garganta o en una herida infectada. Los portadores asintomáticos de la bacteria son mucho menos contagiosos. (Department of Health, 2004)

Los estreptococos del grupo A son bacterias que suelen estar presentes en la garganta y sobre la piel. La mayoría de las infecciones por GAS producen enfermedades relativamente leves, como el estreptococo de garganta y el impétigo. Sin embargo, en ciertas ocasiones estas bacterias pueden provocar enfermedades mucho más graves y que pueden poner en peligro la vida, como la fascitis necrotizante (generalmente denominada "la bacteria carnívora") y el síndrome de shock tóxico estreptocócico (STSS, por sus siglas en inglés). Además, las personas pueden portar estreptococos del grupo A en la garganta o en la piel sin presentar síntoma alguno de la enfermedad. (Department of Health, 2004)

El gran problema de la faringitis estreptocócica generalmente no es la inflamación de la garganta, sino más bien el riesgo de complicaciones. Los niños son las principales

víctimas de estas complicaciones, el grupo que más necesita de tratamiento con antibióticos para la prevención. Algunas complicaciones son graves, inclusive mortales, como en el caso de síndrome de shock tóxico por estreptococo. ( MD.SAUDE ,2018)

## **CAUSAS**

La amigdalitis bacteriana puede ser causada por una serie de diferentes bacterias, pero es generalmente causada una bacteria denominada estreptococo del grupo A. La bacteria del género *Streptococcus* tiene varias especies distintas, muchas de ellas capaces de causar infecciones en seres humanos. Como ejemplos, el *Streptococcus pneumoniae* es una causa más común de neumonía, el *Streptococcus agalactiae* puede causar infecciones graves en recién nacidos y el *Streptococcus viridans* es una causa frecuente de endocarditis. (Pinheiro, 2018)

El *Streptococcus pyogenes*, también es conocido como especies de estreptococos beta-hemolítico del grupo A, es la causa más común de dolor de garganta de origen bacteriano. Pero el *Streptococcus pyogenes* no causa sólo faringitis y amigdalitis, sino también puede ser responsable de otras infecciones como el impétigo, erisipela y psoriasis guttata, una forma rara de psoriasis. (Pinheiro, 2018)

Las infecciones estreptocócicas invasivas del grupo A ocurren cuando la bacteria traspasa las defensas de la persona infectada. Esto puede ocurrir cuando una persona tiene llagas u otras heridas en la piel, que le permitan a la bacteria introducirse en el tejido. Las condiciones de salud que disminuyen la inmunidad de una persona a la

infección también hacen que aumente la probabilidad de que se produzca la enfermedad invasiva. (Departament of Health, 2004)

## **SÍNTOMAS**

El período de incubación del *Streptococcus pyogenes*, es decir, el intervalo de tiempo entre la contaminación y la aparición de los primeros síntomas, es de 24 a 72 horas, pero puede ser tan largo como 2 semanas, en algunos casos. (Pinheiro, 2018)

Los principales síntomas de la faringitis y/o amigdalitis estreptocócica son dolor de garganta, fiebre, dolor de cabeza, enrojecimiento de la faringe y amígdalas. Estos signos y síntomas, sin embargo, no ayudan mucho en el diagnóstico, ya que son comunes a casi todos los tipos de faringitis, sobre todo a las faringoamigdalitis de origen viral. (Pinheiro, 2018)

La exploración de la faringe debería mostrar hiperemia variable (enrojecimiento de la faringe), en ocasiones inflamada y, otras veces, vesículas, úlceras o nódulos blanquecinos. (ScienceDirect, 2015)

En realidad, no siempre es fácil distinguir una faringitis estreptocócica de una faringitis de origen viral. Sin embargo, algunos hallazgos en el examen físico pueden ayudar. Por ejemplo, los siguientes signos corresponden a la faringitis causada por *Streptococcus pyogenes*:

- Amígdalas inflamadas y pus (presencia de placas o manchas blancas en las amígdalas o faringe)
- Faringe inflamada y con puntos de pus.
- Ganglios linfáticos aumentados y dolorosos en la región anterior del cuello, justo debajo de la mandíbula.
- Presencia de petequias en el paladar (varios puntos rojos en el paladar).
- Inflamación y edema de la úvula (también conocida como campana, campanilla, gallillo, galillo o uva).
- Inicio abrupto y rápido desarrollo rápido de los síntomas.

Por otro lado, la presencia de síntomas característicos de la infección viral, tales como estornudos, tos, rinorrea, ronquera, conjuntivitis, diarrea o úlceras en la boca, direccionan el diagnóstico a una faringoamigdalitis viral, como una gripe o resfriado. (Pinheiro, 2018)

Los signos más específicos de faringitis/amigdalitis bacteriana son las petequias en el paladar y la presencia de pus en la faringe o las amígdalas. Sin embargo, ninguno de ellos nos permite afirmar con el 100% de certeza que estamos ante una faringitis bacteriana ya que un 5 a 10% de las inflamaciones de la garganta de origen no bacteriano pueden presentar estos signos. (Pinheiro, 2018)

Por ello, en menos del 50% de los casos de inflamación de la garganta hay un conjunto de signos y síntomas que son bastante específicos para permitir el cierre el

diagnóstico de faringitis estreptocócica solamente con el examen físico. En la mayoría de los casos, la certeza diagnóstica solamente es lograda a través de pruebas adicionales, como la prueba rápida o cultura material de faringe, señalando la presencia de *Streptococcus pyogenes* en la orofaringe. El cuadro de faringe estreptocócica generalmente tiene una duración limitada. Generalmente, el dolor de garganta desaparece dentro de 5 días, inclusive sin tratamiento con antibióticos. Aun así, el tratamiento con antibióticos está indicado, especialmente en niños, porque reduce el tiempo de la enfermedad, alivia los síntomas y, más importante, reduce el riesgo de complicaciones. (Pinheiro, 2018)

## **PREVENCIÓN**

Los gérmenes que provocan las infecciones virales y bacterianas son contagiosos, por lo tanto, para prevenirlas se requiere una buena higiene.

Los especialistas recomiendan lavarse las manos con frecuencia, especialmente después de ir al baño o antes de comer y, sobre todo, después de toser o estornudar. Si no se puede, es aconsejable llevar siempre desinfectantes a base de alcohol de manos. Es importante, además, no compartir alimentos, vasos o cubiertos y evitar el contacto cercano con personas que puedan estar enfermas. (CuidatePlus, 2016)

## **FACTORES DE RIESGO**

Hay varios factores que pueden aumentar el riesgo de que padezcas amigdalitis estreptocócica:

**La edad temprana.** La amigdalitis estreptocócica ocurre con más frecuencia en niños.

**Época del año.** Aunque la amigdalitis estreptocócica puede aparecer en cualquier momento, tiende a circular a fines del otoño y principios de la primavera. La bacteria del estreptococo prospera en grupos de personas que están en contacto cercano unas con otras. (MayoClinic, 2018)

## **COMPLICACIONES**

Aunque la amigdalitis estreptocócica no es peligrosa, puede provocar complicaciones graves. El tratamiento con antibióticos reduce el riesgo.

### **Propagación de la infección**

La bacteria del estreptococo puede expandirse, lo cual provoca una infección en las siguientes zonas del cuerpo:

- Amígdalas
- Los senos nasales
- Piel
- Sangre
- Oído medio

- Reacciones inflamatoria

La infección por estreptococo podría provocar enfermedades inflamatorias, entre ellas:

- Escarlatina, una infección estreptocócica que se caracteriza por una erupción prominente
- Inflamación de los riñones (glomerulonefritis posestreptocócica)
- Fiebre reumática, una enfermedad inflamatoria grave que puede afectar al corazón, las articulaciones, el sistema nervioso y la piel. (MayoClinic, 2018)

### **Absceso en la garganta**

La faringitis estreptocócica puede derivar en el desarrollo de un absceso en la garganta (acumulación de pus en los tejidos). Los síntomas incluyen fiebre alta, voz ronca, dificultad para abrir la boca, aumento de la salivación y el babeo, e hinchazón en el cuello. Si se presentan estos síntomas, solicite atención médica. (Sickkids, 2017)

### **DIAGNÓSTICO**

El diagnóstico se hace por los síntomas y la exploración de la garganta. Muchas veces no es fácil distinguir una faringoamigdalitis vírica de una bacteriana. Como la evolución, el tratamiento y las complicaciones son diferentes, a veces hace falta un análisis microbiológico que nos diga si la faringitis es bacteriana o no. Esto se puede hacer por medio de un cultivo faríngeo o del test rápido de detección antigénica de *Streptococcus pyogenes*. (Alberto, 2011)

Se pueden cultivar las secreciones faríngeas para obtener un diagnóstico definitivo, aunque a veces resulta innecesario, o incluso imposible, por no poderse obtener

suficiente muestra. El resultado de esta prueba tarda 24 horas en conocerse. (CuidatePlus, 2016)

Es importante en nuestro país adecuar tanto el diagnóstico de la FAA bacteriana y la prescripción de antibióticos a la evidencia científica disponible. La implantación de protocolos de actuación en las farmacias comunitarias puede ser de utilidad para identificar y cribar los casos que no requieran tratamiento antibiótico. (España, s.f.)

## **TRATAMIENTO**

Existen medicamentos para curar la amigdalitis estreptocócica y sus síntomas, así como para prevenir sus complicaciones y su propagación. En las faringitis estreptocócicas el tratamiento de elección es la penicilina oral, cada ocho o diez horas, durante diez días. (ScienceDirect, 2015)

En la actualidad son infecciones consideradas como leves, salvo en raras ocasiones. Se sabe que si no tratamos la amigdalitis por Estreptococo, se resuelve espontáneamente en la mayoría de casos y en muy pocos días. El tratamiento antibiótico solo mejora en un día el malestar y la fiebre, pero es importante para evitar las complicaciones tipo fiebre reumática. (Garcia Vera , 2016)

Con este tratamiento se reduce la posibilidad de contagio a las 24 horas del inicio del tratamiento, periodo en el que empieza a disminuir el dolor y la fiebre. Además, previene la fiebre reumática, así como las complicaciones supurativas locales.

Una alternativa a la penicilina es la amoxicilina oral, cada ocho o doce horas, durante 10 días, dada su mayor variedad de presentaciones farmacéuticas, mejor sabor y tolerancia. En caso de alergia a la penicilina, se recomiendan otros antibióticos del grupo de los macrólidos. (ScienceDirect, 2015)

En el caso de la faringoamigdalitis vírica no existe ningún tratamiento específico. Las medidas de cuidados personales abarcan hacer gárgaras con agua tibia con sal (media cucharadita de sal en un vaso de agua tibia) varias veces al día y tomar antiinflamatorios o medicamentos que puedan controlar la fiebre. (CuidatePlus, 2016)

El uso excesivo de pastillas o aerosoles antiinflamatorios puede agravar el dolor de garganta. Es importante evitar el uso de antibióticos cuando el dolor de garganta se debe a una infección viral, ya que éstos no son eficaces contra los virus. Usarlos para tratar infecciones virales ayuda a fortalecer las bacterias para que se vuelvan resistentes a los antibióticos.(CuidatePlus, 2016)

## **PRODUCTOS PARA ALIVIAR LOS SÍNTOMAS**

Para aliviar el dolor de garganta y reducir la fiebre, se puede usar analgésicos de venta libre, como ibuprofeno (Advil, Motrin IB u otros) o paracetamol (Tylenol u otros).

Hay que tener cuidado cuando se usa aspirinas en los niños o adolescentes. Si bien la aspirina está aprobada para su uso en niños mayores de 3 años de edad, los niños y adolescentes que se recuperan de la varicela o de síntomas parecidos a la influenza nunca deben tomar aspirina. Esto es porque la aspirina ha sido asociada al síndrome

de Reye, una enfermedad poco frecuente, que puede poner en riesgo la vida de esos niños. (MayoClinic, 2018)

## JUSTIFICACIÓN

La faringoamigdalitis es uno de los motivos más frecuentes de consulta en los servicios médicos pediátricos ambulatorios y su etiología porcentualmente presenta un nivel superior de la viral sobre la bacteriana; ante la ausencia de métodos diagnósticos complementarios que confirmen el diagnóstico para brindar un tratamiento adecuado, se opta con frecuencia por la terapia antibiótica, sin tener la certeza respecto a la etiología de la faringoamigdalitis, sometiéndole al paciente a reacciones alérgicas y por otro lado, aumentando las tasas de resistencia antibiótica, lo que genera mayores costos en el sistema de salud.

El Ecuador es un país en vías de desarrollo, en donde los índices de hacinamiento y el nivel educativo son bajos, esto constituye un espacio que promueve la presencia de enfermedades sobre todo infectocontagiosas como la faringoamigdalitis estreptocócica.

El uso del test de detección rápida de antígenos de *S. pyogenes* en el diagnóstico etiológico de las faringoamigdalitis permite un diagnóstico certero con un tratamiento apropiado y por consiguiente evitando las complicaciones supurativas y no supurativas de la faringoamigdalitis estreptocócica, debido a que el tratamiento antibiótico acorta el período sintomático y así disminuye el contagio. En nuestro medio, en el ámbito de salud pública no se ha instaurado el uso de estos test de detección rápida de

antígenos, así como no existen datos estadísticos que asocien factores sociodemográficos a esta patología, por lo que la investigación proporcionará información para conocer la frecuencia de La faringoamigdalitis estreptocócica diagnosticada con la prueba rápida de detección de antígenos de estreptococo beta hemolítico del grupo A (EBHGA) y sus factores asociados.

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

- Establecer los exámenes de laboratorio necesarios y el tipo de muestra para diagnosticar la faringoamigdalitis bacteriana por estreptococo beta hemolítico.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar los signos y síntomas de faringoamigdalitis bacteriana por estreptococo beta hemolítico.
- Determinar los factores que inciden en la faringoamigdalitis bacteriana por estreptococo beta hemolítico.
- Determinar tratamientos actuales encaminados en la faringoamigdalitis bacteriana por estreptococo beta hemolítico.

## **DATOS GENERALES**

### **IDENTIFICACION DEL PACIENTE.**

**Nombre:** Julia Mendoza Arias.

**Edad:** 10 años

**Sexo:** Femenino

**Ocupación:** Estudiante

**Nivel de Estudio:** Primaria

#### **Antecedente Quirúrgico:**

No presenta antecedente quirúrgico.

#### **Antecedente Familiar:**

De padres sin antecedentes patológicos

#### **Procedencia Geográfica.**

Procedente de zona urbana

## **METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO**

### **ANÁLISIS DEL MOTIVO DE LA CONSULTA**

Paciente de sexo femenino sin antecedentes médicos de importancia que acude a consulta por presentar cuadro clínico de malestar general y fiebre elevada e irritación faríngea sin tos acompañante, se estipula la realización de una serie de exámenes con el propósito de establecer un diagnóstico certero.

### **ANAMNESIS / HISTORIAL CLÍNICO DEL PACIENTE**

Paciente de 10 años de edad sexo femenino que acude a consulta por presentar malestar general y fiebre alta de dos días de evolución dolor de garganta de intensidad variable asociado a dificultad para deglutir los alimentos, ausencia de tos, rinitis, ronquera, conjuntivitis. Recientemente, varios niños de su escuela han presentado cuadro de faringitis, la paciente ha recibido con normalidad todas las vacunas correspondientes.

### **ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA.**

Analizando las conductas presentadas en el caso clínico y desarrolladas por el paciente podemos determinar que existen factores ambientales para el desarrollo de la misma. Por otro lado es relevante la manifestación de un antecedente por contagio ya que recientemente compañeros de la escuela de la paciente han presentado un cuadro de faringitis.

## EXPLORACIÓN CLÍNICA

### EXAMEN FÍSICO

Presenta fiebre de 39°C, amígdalas eritematosas con exudado blanquecino y lesiones anulares en paladar blando, úvula o faringe posterior adenopatía cervical anterior dolorosa al tacto, aliento fétido.

### EXÁMENES QUE SE REALIZA PARA DIAGNÓSTICO.

Hemograma: Leucocitos  $14,72 \times 10^3$

Hematocrito: 36,9 %

Hemoglobina: 12.8 g/dL

Formula diferencial manual: N. En cayado 15%  $3.78 \times 10^3/\text{ul}$  – N. Segmentados 81%

$20.39 \times 10^{10}/\text{ul}$  – Monocitos 1%  $0.25 \times 10^3 \text{ ul}$  – Linfocitos 3%  $0.76 \times 10^3/\text{ul}$

Proteína C reactiva (PCR) 58.8 mg/dl (hasta 10 mg/dl)

Antiestreptolisina (ASTO) 270.2 mg/dl (hasta 200 mg/dl)

Eritrosedimentación (VSG) 31.00 mm/60 (2.00 – 20.00 mm/60)

Procalcitonina 3.23 ng / mL (hasta 0.50 ng/mL)

Sodio 129.7 mEq / L (135.0 – 145.0 mEq /L)

Cloro 97.5 mEq / L (98.0 – 107 mEq / L)

### EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Prueba rápida para detectar Antígeno capsular del Streptococcus Pyogenes.

Cultivo de Exudado Faríngeo.

## **FORMULACION DEL DIAGNÓSTICO PREVIO AL ANALISIS DE DATOS**

Una vez analizados los datos presentados en el caso clínico y estableciendo prioridades en el escenario de actuación, y después de leer estudios científicos sobre las manifestaciones clínicas y factores que provocan la Faringoamigdalitis, se manifiesta semejanza en la sintomatología y cuadro clínico del paciente atendido ya que el paciente presenta un Hemograma con Leucocitos de  $14,72 \times 10^3$  y Formula leucocitaria: 81% N.Segmentados, 15% N.En cayado, 3% Linfocitos ,1% Monocitos demostrando una elevación de los segmentados lo cual nos inclina a una infección bacteriana; así mismo, Proteína C reactiva (PCR) 58,8 mg/dl (hasta 10 mg/dl) determinando un proceso inflamatorio y Antiestreptolisina (ASTO) 270,2 mg/dl (hasta 200 mg/dl) con lo que junto a los resultados de la prueba rápida para detectar Antígeno capsular del Streptococcus Pyogenes y el Cultivo de Exudado Faríngeo podemos formular que se trata de faringoamigdalitis bacteriana por estreptococo beta hemolítico del grupo A o Streptoc Pyogenes.

## **CONDUCTA A SEGUIR**

Una vez establecido el diagnóstico de la enfermedad, es necesario establecer el tratamiento oportuno que debe seguir el paciente en este caso es de elección la penicilina oral, cada ocho o diez horas, durante diez días. Con este tratamiento se reduce la posibilidad de contagio a las 24 horas del inicio del tratamiento, periodo en el que empieza a disminuir el dolor y la fiebre.

(CuidatePlus, 2016)

## **OBSERVACIONES**

Una vez que se obtuvo el diagnóstico concreto de la enfermedad se propone luego del tratamiento inicial para la mejoría del paciente iniciar un seguimiento con análisis clínico, y tener buena higiene, aunque a veces, se transmite aun si se han tomado precauciones meticulosas, ya que es muy contagiosa.

(CuidatePlus, 2016)

## **CONCLUSIONES**

En conclusión, La faringitis estreptocócica es una causa frecuente de consulta ambulatoria y su diagnóstico requiere del concurso de algún método microbiológico de confirmación para evitar exponer a un gran número de pacientes a un tratamiento antibacteriano innecesario y potencialmente dañino.

Las pruebas rápidas de diagnóstico están basadas en la detección del antígeno A de la pared y tienen una especificidad comparable o discretamente inferior al cultivo faríngeo y una sensibilidad inferior que no descarta la presencia de *S. pyogenes* en caso de un examen negativo. Por ello, se recomiendan la solicitud de un cultivo confirmatorio en estos casos.

En el caso clínico pude confirmar que la etiología más frecuente de la Faringoamigdalitis aguda es la viral. Entre las causas bacterianas, el principal agente responsable es el Estreptococo Beta Hemolítico del grupo A o *Streptococcus Pyogenes*.

En general, dada la inespecificidad de los síntomas y signos clínicos, se tiende al sobrediagnóstico de Faringoamigdalitis estreptocócica, con la consiguiente sobreprescripción innecesaria de antibióticos. Para ayudar al diagnóstico etiológico son de utilidad las escalas de valoración clínica, que permiten seleccionar a quiénes se deben practicar un test de diagnóstico rápido

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alberto, B. (11 de 10 de 2011). *Faringoamigdalitis aguda, ¿tratamos con antibióticos o no?* Obtenido de <http://www.familiaysalud.es/sintomas-y-enfermedades/infecciones/de-la-la-g/faringoamigdalitis-aguda-tratamos-con-antibioticos-o>
2. *CuidatePlus*. (15 de 2 de 2016). Obtenido de Faringoamigdalitis: <http://www.cuidateplus.com/enfermedades/infecciosas/faringoamigdalitis.html>
3. *Department of Health*. (09 de 2004). Obtenido de Infecciones Estreptocócicas (estreptococo invasivo del grupo A): [https://www.health.ny.gov/es/diseases/communicable/streptococcal/group\\_a/fact\\_sheet.htm](https://www.health.ny.gov/es/diseases/communicable/streptococcal/group_a/fact_sheet.htm)
4. España, E. (s.f.). *SciencDirect*. Obtenido de Recomendaciones para el manejo de la faringoamigdalitis aguda del adulto: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656715000384>
5. Garcia Vera , C. (27 de 06 de 2016). *Familia y Salud*. Obtenido de ¿Qué infecciones puede producir Estreptococo pyogenes en los niños?: <http://www.familiaysalud.es/sintomas-y-enfermedades/infecciones/de-la-la-g/que-infecciones-puede-producir-estreptococo-pyogenes>
6. *GeoSalud*. (2017). Obtenido de faringoamigdalitis: <https://www.geosalud.com/orl/amigdalitis.htm>

7. MayoClinic. (03 de 01 de 2018). *MayoClinic*. Obtenido de <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/strep-throat/symptoms-causes/syc-20350338>
8. Pinheiro, D. P. (12 de 08 de 2018). *MD.SAUDE*. Obtenido de <https://www.mdsaude.com/es/2016/10/faringitis-estreptococica.html>
9. *ScienceDirect*. (8 de 9 de 2015). Obtenido de Recomendaciones para el manejo de la faringoamigdalitis aguda del adulto: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656715000384>
10. *Sickkids*. (17 de 09 de 2017). Obtenido de <https://www.aboutkidshealth.ca/Article?contentid=11&language=Spanish>

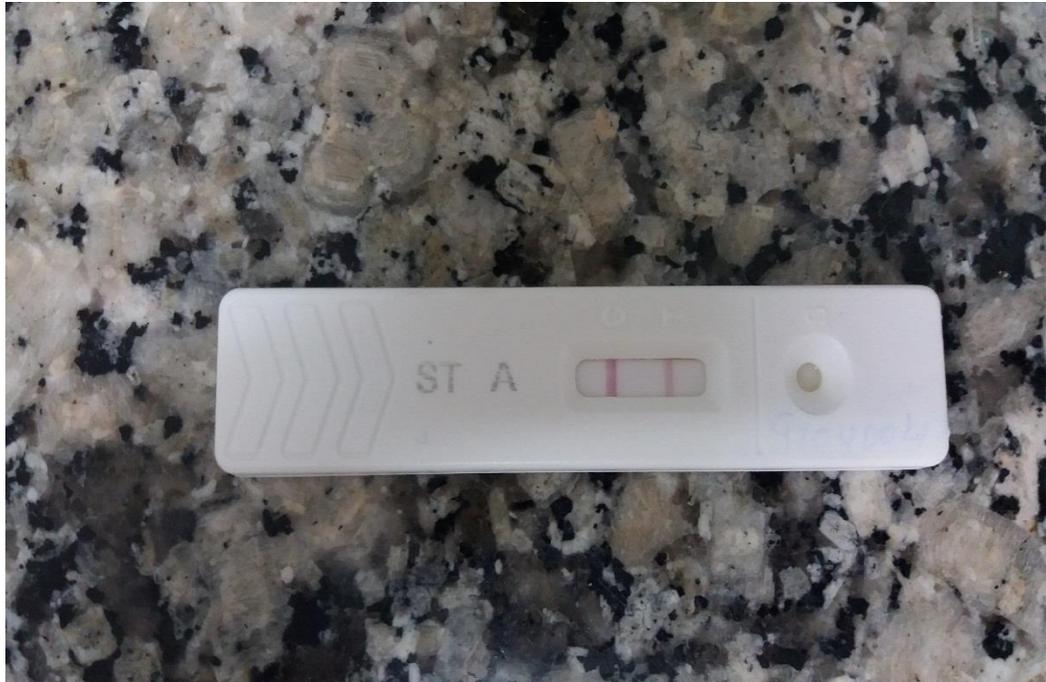
## ANEXOS



**Fig. 1** exudados amigdalares blanquecinos producidos por estreptococo beta hemolítico del grupo A o Estreptococo Pyogenes.



**Fig. 2** colonias de estreptococo beta hemolítico del grupo A o Estreptococo Pyogenes en cultivo.



**Fig. 3** Prueba rápida para detectar Antígeno capsular del Estreptococo del grupo A.



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



Babahoyo, 5 de Julio del 2018

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

De mi consideración:

Por medio de la presente, yo, **MARYURI MARICELA DIAZ VASQUEZ**, con cédula de ciudadanía **120470165-8**, egresada de la Carrera de **Laboratorio Clínico**, de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Técnica de Babahoyo, me dirijo a usted de la manera más comedida para hacerle la entrega del tema del Caso Clínico: **PACIENTE DE SEXO FEMENINO DE 10 AÑOS CON FARINGOAMIGDALITIS POR STREPTOCOCCUS PYOGENES**.

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

Atentamente,

  
\_\_\_\_\_  
**MARYURI MARICELA DIAZ VASQUEZ**  
C.I 120470165-8

  
5/07/2018



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA DE LABORATORIO CLINICO  
UNIDAD DE TITULACIÓN



#### APROBACIÓN DEL TUTOR

Yo, Q.F. LUZ SALAZAR CARRANZA, en calidad de Docente Tutor de la Propuesta del Tema del Caso Clínico (Componente Práctico): "PACIENTE DE SEXO FEMENINO DE 10 AÑOS CON FARINGOAMIGDALITIS POR STREPTOCOCCUS PYOGENES", elaborado por la estudiante egresada: MARYURI MARICELA DIAZ VASQUEZ, de la Carrera de Laboratorio clínico de la Escuela de Tecnología Médica, en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo, considero que el mismo reúne los requisitos y méritos necesarios en el campo metodológico y en el campo epistemológico, por lo que lo **APRUEBO**, a fin de que el trabajo investigativo sea habilitado para continuar con el proceso de titulación determinado por la Universidad Técnica de Babahoyo.

En la ciudad de Babahoyo a los 5 días del mes de Julio del año 2018

*Luz Angelica Salazar*  
Q.F. LUZ SALAZAR CARRANZA  
C.I. 0910605658





**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA DE TECNOLOGIA MEDICA**  
**CARRERA DE LABORATORIO CLÍNICO**  
**UNIDAD DE TITULACION**



**APROBACIÓN DEL TUTOR**

Yo, **QF. LUZ ANGELICA SALAZAR CARRANZA MSC**, en calidad de Docente - Tutor de la estudiante **MAYURI MARICELA DIAZ VASQUEZ** la misma que está matriculada en la modalidad del Examen Complexivo (Dimensión Práctica), con el tema, **"PACIENTE DE SEXO FEMENINO DE 10 AÑOS CON FARINGOAMIGDALITIS POR STREPTOCOCCUS PYOGENES"**, de la Carrera de Laboratorio Clínico de la Escuela de Tecnología Médica, en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo, considero que el mismo reúne los requisitos y méritos necesarios en el campo metodológico y en el campo epistemológico, por lo que lo **APRUEBO**, a fin de que el Caso Clínico (Dimensión Práctica) pueda ser presentado para continuar con el proceso de titulación, el mismo debe ser sustentado y sometido a evaluación por parte del jurado que designe el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo.

En la ciudad de Babahoyo a los dieciocho días del mes de septiembre del año 2018.

*Luz Angelica Salazar Carranza*

**QF. LUZ ANGELICA SALAZAR CARRANZA MSC.**  
**CI: 0910605658**  
**DOCENTE - TUTOR**



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO  
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
 UNIDAD DE TITULACIÓN  
 PERIODO MAYO-OCTUBRE 2018  
 CARRERA DE LABORATORIO CLÍNICO



FECHA DE ENTREGA DEL DOCUMENTO: 18 Septiembre 2018

REGISTRO DE TUTORIAS DEL COMPONENTE PRACTICO EXAMEN COMPLEXIVO

NOMBRE DEL DOCENTE TUTOR: A.F. Luz Solórzano Carruana FIRMA: [Firma]  
 TEMA DEL PROYECTO: Paciente de sexo femenino de 40 años con faringomigrafito por Streptococcus Pyogenes.  
 NOMBRE DEL ESTUDIANTE: Marysol Huaceta Quijón  
 CARRERA: \_\_\_\_\_

Horas de Tutorías	Fecha de Tutorías	Temas tratados	Tipo de tutoría		Porcentaje de Asistencia	FIRMAN		Pag. Nº
			Presencial	Virtual		Docente	Estudiante	
2	10/07/18	Desarrollo del caso clínico	✓			[Firma]	[Firma]	
1	21/07/18	Corrección del caso clínico	✓			[Firma]	[Firma]	
2	01/08/18	Revisión del caso clínico y exámenes	✓			[Firma]	[Firma]	
2	20/08/18	Formulación del orden del tema.	✓			[Firma]	[Firma]	
1	10/09/18	Embrya y revisión del tema.	✓			[Firma]	[Firma]	
1	17/09/18	Subir Ur. Kimmel.	✓			[Firma]	[Firma]	
2	17/09/18	Entrega de ensayo	✓			[Firma]	[Firma]	

[Firma]  
 Q.F. Lidia Salgado Contreras  
 DOCENTE TUTORIA  
 C.I. 091060565-8

Lectra: [Firma]  
 Lector: [Firma]  
 COORDINADORA DE TITULACIÓN  
 CARRERA DE LABORATORIO CLÍNICO

