

- M.A, 21 años, procedente de Montevideo. Cursando tercer año de UTU de Carpintería. Vive con ambos padres y hermanos.
- Actualmente presenta fiebre de hasta 38.5°C de 48 hs de evolución, concomitantemente tos con expectoración mucopurulenta y rinorrea mucopurulenta, hoy agrega disnea sibilante por la que consulta. Niega dolor torácico. Niega odinofagia. TU y TD sin alteraciones.
- AP: Asmático desde los 5 años en tto con Salbutamol a demanda y Fluticasona de reciente inicio. Asma bien controlado. No fuma desde hace 6 meses, ha fumado menos de 100 cigarrillos en su vida. Niega consumo de otras sustancias.
- EF:
 - Temperatura axilar 37,9°C, FR 22 rpm. PA 110/70 mmHg.
 - PyM bien hidratado y perfundido, normocoloreado sin lesiones.
 - BF: normal.
 - LG: sin adenopatias.
 - CV: RR 88 lpm RBG.
 - PP: MAV presente bilateral, se ausculta foco crepitantes en base de cara posterior de hemitorax derecho. Estertores secos difusos y escasas sibilancias. No tirajes. Resto del examen físico sin particularidades.

- 1. ¿Qué diagnóstico presuntivo realiza en este paciente?**
 - a. Gripe con exacerbación aguda del Asma enfermedad.
 - b. Insuficiencia respiratoria causada por una IRA.
 - c. Neumonía aguda comunitaria con crisis de asma leve.
 - d. Asma parcialmente controlada con cuadro respiratoria.

- 2. ¿Qué paraclínica solicitaría para confirmar el diagnóstico clínico presuntivo?**
 - a. Oximetría de pulso con Rx de Tx de frente y perfil
 - b. Rx de Tx de frente y perfil.
 - c. Rx de Tx de frente y perfil, oximetría de pulso y hemograma.
 - d. Hemograma, PCR y Rx de Tx de frente y perfil.

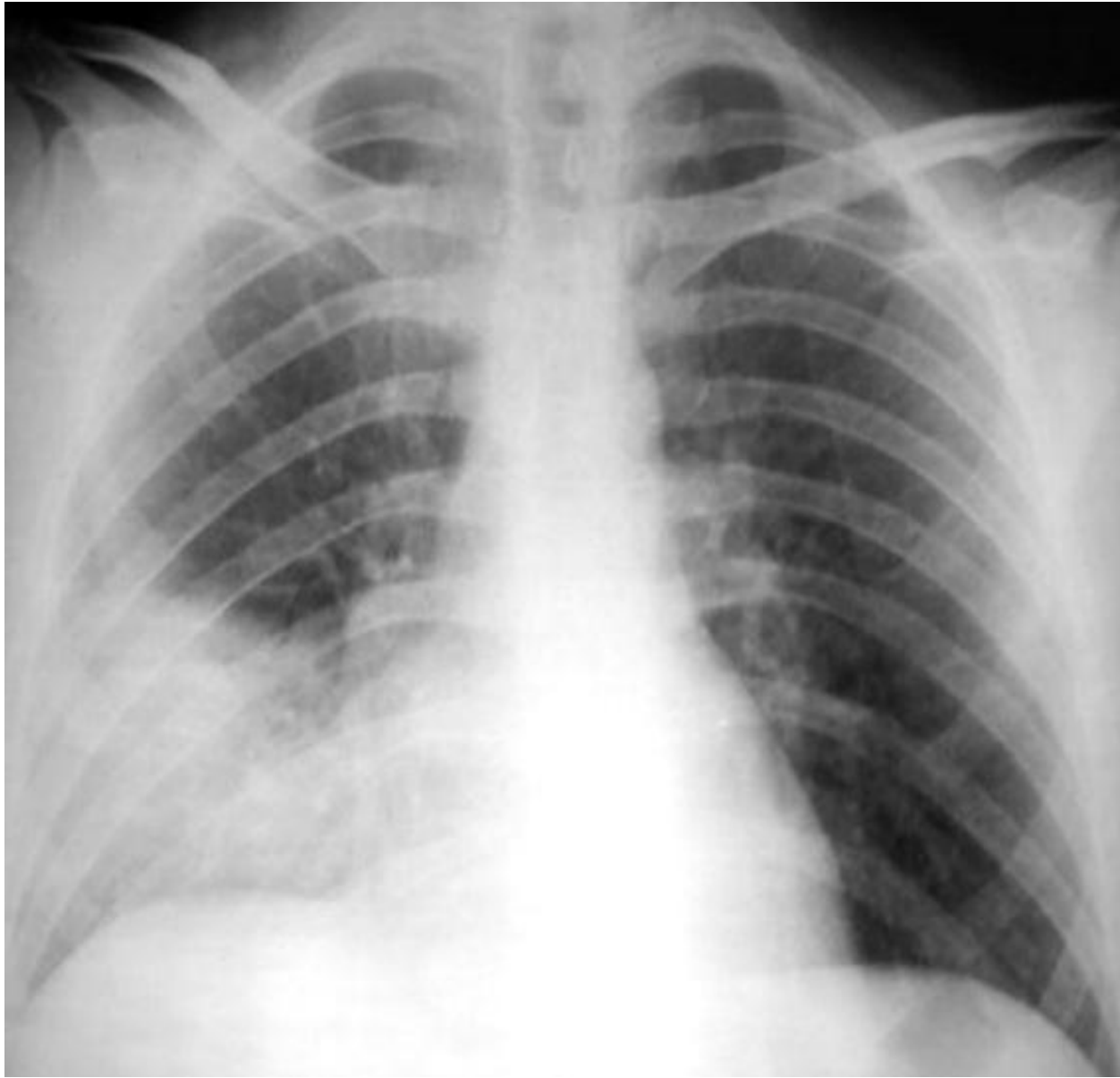
- 3. En el manejo ambulatorio de estos pacientes ¿qué elemento clínico se asocia con eventos adversos mayores?**
 - a. Polipnea al inicio del cuadro clínico.
 - b. La presencia de fiebre elevada mayor o igual a 39°C.
 - c. Saturación de oxígeno menor a 92% VEA.
 - d. Dolor torácico que aumenta con la tos.

- 4. Si tiene que iniciar tratamiento con antibiotecoterapia, ¿qué fármacos elegiría?**
 - a. Amoxicilina Clavulánico 875/125 mg v/o cada 12 hs por 7 a 10 días.
 - b. Claritromicina 500 mg cada 12 hs v/o por 7 a 10 días.
 - c. Amoxicilina 500 mg cada 8 hs v/o por 7 a 10 días.
 - d. Ceftriaxona 1 gmo i/v cada 12 hs por 2 días, si buena evolución Amoxicilina Clavulánico 875mg/125mg v/o cada 12 hs por 8 ´dias o más.

- Sexo femenino, 42 años.
- AP: asma diagnosticado por espirometría a los 17 años, en tratamiento con salmeterol/fluticasona a altas dosis, síntomas nocturnos, uso de salbutamol a demanda cuatro veces por semana en los últimos meses. Tres consultas en servicio de urgencia en el último año, una de ellas requiere ingreso a sala. Uso frecuente de corticoides sistémicos. Desencadenante atópico (aerosoles). Rinitis alérgica no tratada.
- AF: Madre y hermano asmático.
- MC: Consulta por disnea de instalación insidiosa de 12 horas de evolución y ruidos audibles a distancia. En apirexia, No dolor tipo puntada de lado. No expectoración, no hemoptisis. Niega exposición a alérgenos.
- EF: Lúcida, polipneica, tirajes bajos, sin cianosis. Sat O2 95% VEA.
 - CV: RR de 120 cpm.
 - PP: sibilancias y gemidos difusos.
 - Resto normal.

- **Realice el diagnóstico.**
- **¿Como realiza el diagnóstico de dicha patología?.**
- **¿Como definiría el tipo de asma de este paciente? ¿Cuáles son los factores que lo llevan a esto?**
- **¿Qué tratamiento indicaría durante las crisis?**
- **¿Qué tratamiento indicaría a este paciente luego de tratado el episodio agudo?**

- Sexo masculino, 72 años.
- AP: HTA en tto con enalapril, cardiopatía hipertensiva, múltiples internaciones por descompensación. Fumador de 20 cigarrillos día por 30 años en abstinencia hace 15 años.
- Ingresa al hospital por falla cardíaca descompensada, recibe tratamiento con evolución favorable y a los 10 días de internación presenta tos y expectoración purulenta, disnea clase funcional III y fiebre.
- EF: lúcido, polipneico (26 rpm). Hemodinamia estable. Febril (39°C axilar). PA: 130/90 mmHg. RR de 90 cpm. No soplos. No IY ni RHY. PP: estertores crepitantes en base pulmonar derecha. Resto de examen normal.
- Describa los hallazgos radiológicos.
- ¿Cuál es su planteo diagnóstico? Justifique



- Luis, 62 años, camionero.
- MC: Tos.
- Presenta desde hace 2 semanas tos con expectoración mucopurulenta. Refiere rinorrea, disfonía y odinofagia al comienzo del cuadro, consulta por persistencia de la tos productiva a pesar de haber mejorado los otros síntomas. No fiebre, no expectoración hemática ni herrumbrosa.
- AEA: Presentó episodios similares en años anteriores, se indaga si presenta tos con expectoración matinal mucosa y refiere que la presenta desde hace algunos años, al menos 3 meses en el año.
- AP: Niega asma o patologías respiratorias. HTA que abandonó tto. Tabaquista de 30 cigarrillos por día desde los 18 años, nunca períodos de abstinencia.
- EF: Buen estado general, eupneico, espiración prolongada. PP: MAV disminuido globalmente, subcrepitantes difusos bilaterales basales.7

1. ¿Qué diagnóstico realiza del episodio actual que motiva a la consulta?

- a. Neumonía aguda comunitaria.
- b. Debut de insuficiencia cardíaca.
- c. Exacerbación aguda de una bronquitis crónica.
- d. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.

2. ¿Qué signos y síntomas utilizaría para decidir el uso de antibióticos?

- a. Expectoración mucopurulenta.
- b. Incremento de la tos.
- c. Presencia de subcrepitanes difusos bilaterales y disnea.
- d. Ninguna de las anteriores.

3. Resuelto el episodio actual, que opción considera correcta para el abordaje de este paciente:

- a. Consideraría iniciar corticoides inhalados para disminuir los episodios como el que presentó.
- b. No solicitaría espirometría dado que no presenta disnea habitualmente.
- c. Considerar el uso de B2 de acción prolongada.
- d. La historia del paciente justifica la solicitud de espirometría.

1. Usted decide realiza una intervención en cuanto al tabaquismo...

- a. Para decidir la intervención es necesario calcular el índice paquete año. En caso de tener un IPA mayor a 20 se realizará una intervención.
- b. Para decidir la intervención es necesario indagar la etapa del ciclo de cambio de Prochaska y DiClemente.
- c. Se explicará el funcionamiento de la policlínica de cesación y se realizará derivación a la misma.
- d. Se indicarán chicles de nicotina y Bupropión.

2. En cuanto al tabaquismo, siguiendo la Guía Nacional para el Abordaje del Tabaquismo (Uruguay, 2009):

- a. Se lo define como un hábito tóxico que evoluciona por recaídas.
- b. Se debe realiza el consejo breve a todas las personas fumadoras en todas las oportunidades posibles.
- c. Se considera ex fumadora a la persona que dejó de fumar hace 1 año o más, y fumador ocasional a la persona que no fuma todos los días.
- d. La entrevista motivacional es una técnica propuesta principalmente para los grupos de cesación de tabaquismo, y busca conseguir que el paciente descubra cuáles son sus elementos o razones motivadoras.

- S.M, 22 años. Sin antecedentes relevantes, sano.
- Consulta en policlínica por odinofagia de 3 días de evolución precedida de rinorrea mucosa y malestar general. Fiebre en una ocasión de 39°C que cede con antitérmicos.
- Al examen físico, febril 38,5º decaído, faringe eritematosa con placas purulentas faringo amigdalinas, aliento fétido, adenopatías submaxilares dolorosas de 2x 1 cm. Resto normal.

- **Realice diagnóstico presuntivo.**
- **¿Requiere de algún estudio para confirmar su planteo?**
- **Indique tratamiento completo.**