

Respuestas correctas a las preguntas test

Tos crónica en la adolescencia: 1c) La tos crónica es aquella tos que dura más de 4-8 semanas. La tos psicógena es más frecuente en el adolescente y el niño mayor. El papel del RGE como causa de la tos crónica es controvertido. No existe evidencia científica que apoye el uso de antitusivos. **2d)** Dada la edad del paciente, las características de la tos (tipo graznido, desaparece en el sueño y con la distracción), el resultado normal de pruebas básicas y ausencia de mejoría con tratamiento médico habría que sospechar tos por hábito o tipo tic, siendo lo más adecuado retirar la medicación, que no está siendo efectiva e intentar la terapia de sugestión. Dado que esta suele ser efectiva, no sería necesario remitir a Psiquiatría como primera opción. **3c)** Dados los antecedentes personales de atopía, el tipo de tos (seca, predominio nocturno, exacerbada con el ejercicio) sospecharíamos asma. Lo más adecuado antes de iniciar tratamiento empírico con GCI sería realizar una prueba de provocación bronquial que demuestre obstrucción bronquial reversible con ejercicio, manitol o metacolina. **4c)** La bronquitis bacteriana persistente, aunque con menor frecuencia que en el niño pequeño, también es causa de tos crónica en el adolescente. El resto de opciones son verdaderas. **5d)** El antecedente infeccioso y el tipo de tos (en accesos, emetizante) deberían hacernos sospechar en una tosferina o síndrome pertusoides. En la mayoría de los pacientes con tos psicógena la tos está ausente por la noche. En la bronquitis bacteriana persistente la tos es húmeda. En el momento actual, la clínica es poco sugestiva de asma, no tiene desencadenantes específicos, no se acompaña de disnea, dolor torácico...

Asma y adolescencia: 1e) Estas son algunas de las actuaciones no apropiadas que podrían incrementar las crisis de asma:

- **Evitación de la medicación de base.** Los adolescentes obvian la utilización de antiinflamatorios o corticoides inhalados ya que no observan efectos inmediatos.
- **Abuso de la medicación de rescate,** con lo cual es normal que precisen con más frecuencia broncodilatadores de rescate.
- **Uso inadecuado de la medicación,** tomando fármacos antiinflamatorios para la tos o para control de rinitis como tratamiento de rescate.
- **Olvido de las normas de evitación de desencadenantes.** El adolescente procura evitar ser distinto de su grupo de amigos. Si todos fuman ¿por qué no voy a hacerlo yo también?.
- **Incapacidad para valorar los signos de alarma.** El reconocimiento de su "nuevo cuerpo", puede provocar que en ocasiones no sean capaces de valorar los signos de alarma.

2d) Los factores de riesgo que más frecuentemente pueden actuar sobre el control del asma en la adolescencia son el tabaquismo, la obesidad y la ansiedad / estrés. Dificultarán también el manejo del asma las comorbilidades asociadas o la existencia de broncoespasmo con el ejercicio. Es muy importante no evitar la práctica de ningún deporte y explicar al adolescente que un tratamiento adecuado evitará la aparición de los síntomas. **3e)** El diagnóstico de asma en el adolescente no es distinto que en el niño mayor o en el adulto. Para ello lo fundamental será realizar una historia clínica adecuada, es decir, metódica y minuciosa. Podemos encontrarnos la dificultad de que los adolescentes a veces no son nada colaboradores. Para ello se debe utilizar una historia clínica estructurada específica del adolescente enfocada a valorar las características y gravedad de las crisis, los periodos intercrisis, identificar factores agravantes o precipitantes, estimar el impacto de la enfermedad en el paciente y evaluar el desarrollo de la enfermedad. Para realizar un diagnóstico correcto será imprescindible llevar a cabo una espirometría forzada, un test de broncodilatación y, sería conveniente un estudio alergológico. Una vez que se ha realizado un diagnóstico correcto a continuación deberemos clasificar la gravedad del asma. El diagnóstico diferencial en estas edades se debe realizar fundamentalmente con la disfunción de cuerdas vocales y la tos psicógena. **4a)** Es importante que antes de iniciar la pauta de tratamiento se explique al paciente adolescente en qué va a consistir exactamente. Antes de aumentar la dosis o número de fármacos en el tratamiento de mantenimiento comprobaremos que la adherencia al tratamiento, la técnica inhalatoria y las medidas de evitación de desencadenantes sean correctas. Igual que en los niños, en los adolescentes los β_2 adrenérgicos de acción larga no deben utilizarse nunca en monoterapia, siempre asociados a glucocorticoides inhalados (GCI). Se indicará la inmunoterapia como tratamiento cuando no es posible evitar la exposición al alérgeno, cuando no se consigue un adecuado control de los síntomas de asma con la medicación adecuada o cuando éste provoca efectos adversos o es rechazado por el paciente o su familia. Los fármacos biológicos con anticuerpos monoclonales dirigidos a dianas específicas del asma han supuesto un avance muy importante para el tratamiento de esta patología. El omalizumab es un anticuerpo monoclonal anti Ig-E. Es el primer tratamiento biológico desarrollado para el tratamiento del asma alérgica grave.

5b) La educación no solo se basará en enseñar unos conceptos y habilidades. Será necesario aplicar técnicas de motivación precisas para que el adolescente comprenda su enfermedad, reconozca sus síntomas y participe activamente en su control y tratamiento. Con el adolescente nunca se debe emplear un abordaje del tipo prohibicionista, ya que se puede provocar un efecto rebote. El objetivo general es conseguir que el adolescente sea capaz de controlar su enfermedad y que realice una vida normal para su edad, incluyendo la actividad física, el deporte, los estudios o trabajo y la relación con su entorno.

Ningún paciente debe salir de la consulta del médico en la que se le ha propuesto una medicación inhalada sin que el profesional haya enseñado y comprobado que maneja la técnica correctamente. Todos los profesionales que tengan relación con el adolescente y su asma deben haber recibido una formación adecuada y de calidad.

Bronquitis y neumonía en el adolescente: 1a) La tos húmeda crónica con sospecha de bronquitis bacteriana persistente no se trata como si fuera asma, no responde. En cambio, con antibioterapia la mejora en la tos y calidad de vida es espectacular si el diagnóstico es correcto. **2e)** En estudios de neumonías de la comunidad con ingreso hospitalario en EE.UU., China y otros, se encuentra la asociación a virus respiratorios en grupos de edad 10 a 17 años, en 30% de los casos, y 9% más coinfección viral-bacteriana. **3e)** El tratamiento de elección en neumonía típica en el adolescente con buen estado general es amoxicilina, si es atípica claramente, sería un macrólido. El levofloxacino podría plantearse si el cuadro es leve-moderado especialmente, no sería la primera indicación,

pero podría considerarse, aunque se tiende a evitar el abuso de quinolonas. **4b)** Muchas guías afirman que en el paciente pediátrico sano puede manejarse sin realizar radiografía, la clínica aproximará si es típica o atípica. La respuesta 3 es parcialmente cierta, no es la más acertada. Si ha habido gripe reciente, se debería administrar amoxicilina-clavulánico por la posibilidad de otras bacterias típicas, como estafilococo o estreptococo. **5b)** La respuesta FALSA a señalar es la b, que no es criterio de ingreso. Si puede serlo de control radiológico. Las demás son indicaciones de ingreso.

Manifestaciones respiratorias en la fibrosis quística: 1e) La fibrosis quística es una enfermedad de herencia autosómica recesiva y se produce como resultado de la mutación en el gen CFTR (gen regulador de la conductancia transmembrana de la fibrosis quística). Este gen fue aislado y clonado en el año 1989, y se encuentra localizado en el brazo largo del cromosoma 7. **2c)** *P. aeruginosa* se incrementa de forma gradual en las secreciones respiratorias hasta convertirse en el patógeno más frecuentemente aislado en la edad adulta. Se le ha asociado al deterioro progresivo e irreversible de la función pulmonar y se le considera la causa más importante de morbimortalidad pulmonar. **3e)** El tratamiento de las exacerbaciones pulmonares puede realizarse de forma oral o intravenosa. En exacerbaciones graves o en caso de falla del tratamiento oral, se debe administrar la medicación por vía intravenosa. En caso de exacerbaciones graves con insuficiencia respiratoria que precisen de oxigenoterapia continua, en caso de pacientes con complicaciones como una hemoptisis significativa; broncorrea cuantiosa que requiera de un apoyo intensivo de fisioterapia; pacientes con insuficiencia renal o diabetes descompensada o cuando sea imposible asegurar una cumplimentación cuidadosa en el domicilio se debe administrar la medicación en el medio hospitalario. **4d)** El tratamiento de la FQ se basa en lograr una nutrición adecuada, reducir la obstrucción bronquial y promover el aclaramiento mucociliar a través de la fisioterapia respiratoria, el ejercicio y el tratamiento precoz de las infecciones respiratorias. **5e)** Fibrosis quística de significado incierto o no concluyente (CFSPID): recién nacido con cribado neonatal positivo, prueba del sudor dudosa y una mutación productora de FQ o ninguna mutación o recién nacido con cribado neonatal positivo, prueba del sudor normal y al menos una mutación sin expresión fenotípica clara.

Los afectos sexuales: el deseo: 1c) Tanto las mujeres como los hombres tienen deseos sexuales. El mito sería que solo tienen deseos sexuales los hombres. **2b)** El deseo sexual en el ser humano tiene un fuerte poder motivador. **3e)** En efecto todas las afirmaciones son ciertas. **4d)** A día de hoy no se conocen los factores que determinan la orientación del deseo. **5e)** Todas estas actividades son recomendables y posibles dentro de las consultas tanto en el Programa del niño sano, como en la de demanda, basta un mínimo de compromiso y formación.

Adolescente con mala tolerancia al ejercicio físico: 1d) Es una patología infradiagnosticada, pero mucho menos frecuente que el asma, lo cual suele llevar a que se diagnostique como tal y se trate así durante tiempo. Los atragantamientos o la disfagia no son característicos en esta patología. Suele tener crisis de dificultad respiratoria, muchas veces desencadenada por ejercicio físico o emociones, que describen como dolor torácico u opresión, síntomas que pueden referirse también en la garganta, junto con ruido respiratorio, generalmente inspiratorio, aunque a veces espiratorio y que se confunde con facilidad con sibilancias. **2e)** Al no ser asma, no tiene respuesta al tratamiento de la misma, aunque no debemos olvidar que a veces ambas patologías se asocian y no son excluyentes la una de la otra. De forma característica, durante el descanso nocturno es excepcional que se produzcan los síntomas. A diferencia del asma, esta no suele empeorar por procesos catarrales ni tiene incidencia estacional. En cuanto a la espirometría, durante una crisis, el asa inspiratoria suele verse aplanada. En cambio, en el asma es el asa espiratoria la que se ve afectada. A diferencia de lo señalado anteriormente, una radiografía de tórax normal es compatible con ambas patologías, ya que no se ve afectada ni en la disfunción de cuerdas vocales ni en el asma fuera de las crisis. **3a)** El diagnóstico definitivo de la disfunción de cuerdas vocales nos lo da una laringoscopia donde se aprecie el cierre patológico de las cuerdas vocales en inspiración. Puede asimismo observarse una aducción también en la espiración, pero de forma más infrecuente. Es una patología con buen pronóstico, lo cual debemos hacerles saber a los pacientes y su familia para evitarles mayor carga emocional. Su tratamiento es multidisciplinar, estando implicados con frecuencia su pediatra, ORL, neumólogo infantil, foniatra y en ocasiones, un psiquiatra. Si se encuentra alguna comorbilidad, ésta debe tratarse para ayudar a la buena evolución de la sintomatología.

Estrategias para mejorar la vacunación del adolescente. Parte 2: 1c) Se debe informar al paciente y a su familia sobre las vacunas que le corresponden (calendario vacunal) y también sobre las que no estén incluidas en el calendario. En general, no se debe favorecer una vacuna sobre otra. **2e)** Todas son ciertas. **3d)** Considerando que el cambio se produce desde la persona, no se le puede forzar pero sí potenciar ya que tratar de forzarlo puede ser iatrogénico. **4b)** La simple información, a menudo, no conduce a cambiar los puntos de vista de la población y puede crear una dinámica en la cual el paciente y los padres sean menos receptivos. Por ello se recomienda la educación de los padres en las posibles consecuencias de no vacunar y usar el "Guiding style". **5b)** En España, la ley protege la capacidad de decisión de los padres, al no obligar al cumplimiento del calendario oficial. Salvo riesgo de salud pública y de forma temporal, en que el juez puede establecerlo.