


5. **Gastroenterología:** Durante hospitalización se solicita ecografía abdominal, la cual no muestra hallazgos patológicos que consignar. Sin conflicto actual.

INDICACIONES

1. **Reposo por hoy**
2. **Medidas generales:**
 - Evitar contacto con personas enfermas y fumadoras.
 - Evitar exposición a humo o agentes contaminantes.
 - Lavado de manos constante por parte de todos los miembros de la familia.
 - Desinfectar superficies en domicilio de forma diaria y frecuente
 - Ventilación de domicilio frecuentemente.
 - Cada vez que utilice brexotide, debe realizar aseo bucal con un cepillo de dientes de cerdas suaves y con pasta dental que contenga Flúor entre 1100-1500 ppm.
3. **Régimen:**
 - Acorde a la edad. Incluye 4 comidas al día (desayuno-almuerzo-once-cena) y 1 o 2 colaciones saludables
 - Favorecer el consumo de agua pura: 2.0 litros/día
4. **Medicamentos:**
 - Mantener tratamiento crónico
 - o Fluticasona nasal, 1 puff en cada fosa nasal cada 24 horas
 - o Brexotide 125/25 mcg/dosis, 1 puff cada 12 horas con uso de aerocámara, siempre realizar luego de su uso aseo bucal.
 - o Salbutamol 100 mcg/dosis, 2 puff cada 8 horas con uso de aerocámara solo en caso de crisis (SOS)
 - o Loratadina 10 mg comprimido, 1 comprimido cada 24 horas vía oral
 - o Pregabalina 75 mg cápsula, 1 cápsula cada 12 horas vía oral.
 - o Celecoxib 200 mg cápsula, 1 cápsula cada 12 horas vía oral en caso de dolor (SOS)
 - o Tramadol en gotas, 4 gotas cada 6 horas vía oral en caso de dolor (SOS)
5. **Controles:**
 - Continuar control en policlínico de inmunoreumatología en CDT para seguimiento
 - Continuar controles con especialidad en CDT según agendado

Consultar en Servicio de Urgencias en caso de fiebre que no cede con el uso de paracetamol o que dura más de 48 hrs, dificultad respiratoria (hundimiento de costillas, coloración azulada alrededor de la boca o que deje de respirar > 20 seg), vómitos intensos, compromiso de conciencia, dolor de cabeza intenso o según estime conveniente.

MÉDICO TRATANTE GARCIA TORRES	FIRMA 	FECHA: 04/11/2025
NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN RETIRA:		

Dra. Luisa García T.
R.U.N.: 26.469.970-3

RECEPCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO

FECHA: 04/11.
ENTREGADO:
RECIBIDO:
CURSO: 13.

RECEPCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO