Osakidetza



FACULTATIVO/A ESPECIALISTA MÉDICO/A PEDIATRÍA HOSPITALARIA

PREGUNTAS

1. **Cuál de estos agentes infecciosos maternos NO suele provocar complicaciones en el feto en desarrollo:**

   a) Virus Zika.
   b) Rubeola.
   c) Coronavirus estacional.
   d) Citomegalovirus.

2. **Dentro de las pruebas no invasivas del cribado prenatal, cuál de las siguientes enfermedades NO esperaríamos encontrar en el caso de una elevación anómala de la alfa-fetoproteína en sangre materna:**

   a) Trisomía 13.
   b) Onfalocele.
   c) Gastrosquisis.
   d) Mielomeningocele.

3. **Cuál de las siguientes NO es una ventaja de la secuenciación completa del genoma:**

   a) Permite analizar regiones exónicas (codificantes).
   b) Permite analizar regiones intrónicas (no codificantes).
   c) Proporciona capacidad para detectar variantes reguladoras.
   d) Es la técnica de elección cuando se sospechan aneuploidias.

4. **Cuál de las siguientes enfermedades NO está causada por expansión de una repetición de trinucleótidos:**

   a) Síndrome X frágil.
   b) Síndrome de Angelman.
   c) Ataxia de Friedreich.
   d) Enfermedad de Huntington.

5. **Cuál de las siguientes enfermedades NO está incluida en el cribado neonatal actual de la Comunidad Autónoma Vasca (CAV):**

   a) Tirosinemia tipo II.
   b) Hipoacusia.
   c) Acidemia metilmalónica.
   d) Acidemia glutárica tipo I.



6. **Cuál de los siguientes problemas neonatales NO estaría relacionado con el crecimiento intrauterino retardado:**

   a) Asfixia perinatal por disminución de la perfusión útero-placentaria.
   b) Hemorragia pulmonar por la inestabilidad térmica e hipoxia-acidosis fetal crónica.
   c) Hiperglucemia por el estrés mantenido durante el trabajo de parto.
   d) Policitemia-Hiperviscosidad por un aumento de la producción de eritropoyetina.

7. **En relación con el diagnóstico de las anomalías del número de cromosomas o aneuploidías fetales y neonatales, señale la respuesta falsa**

   a) La trisomía 21 es la causa genética más común de discapacidad intelectual moderada.
   b) Se pueden ofrecer métodos séricos de cribado del síndrome de Down con la detección del ADN libre fetal en el plasma para mujeres embarazadas.
   c) El síndrome de Klinefelter suele cursar con rasgos dismórficos evidentes al nacimiento.
   d) El linfedema de manos y pies suele aparecer en mujeres recién nacidas con cariotipo 45, X.

8. **Señale la enfermedad genética que no sigue un patrón mendeliano clásico, caracterizada por la expansión de repeticiones de tripletes:**

   a) Síndrome de Noonan.
   b) Síndrome de Wiskott-Aldrich.
   c) Neurofibromatosis tipo I.
   d) Síndrome del X frágil.

9. **La infección congénita por citomegalovirus se caracteriza por todo lo expresado en las respuestas siguientes, excepto en una. ¿cuál es la respuesta falsa?**

   a) La mayoría cursan de forma asintomática.
   b) La principal secuela es la pérdida visual o ceguera.
   c) Puede presentar ictericia, hepatoesplenomegalia y petequias.
   d) Puede originar prematuridad y bajo peso.

10. **Los trastornos hipertensivos del embarazo, como la preeclampsia grave con síndrome de hellp, pueden afectar a la salud materna y fetal, por lo que pueden ser necesarias las siguientes medidas excepto una. ¿cuál?**

    a) Finalización de la gestación.
    b) Administración de corticoides maternos, para favorecer la maduración pulmonar fetal.
    c) Vigilar las cifras de plaquetas, en la madre y la persona recién nacida.
    d) Evitar fármacos antihipertensivos en la madre, por el riesgo de bradicardia fetal.

11. **Para ofrecer consejo genético en las enfermedades de herencia materna se deben tener en cuenta diversos factores. Señale la respuesta FALSA:**

a) La penetrancia y expresividad clínica es muy variable, pero predomina la afectación del sistema nervioso central y músculo estriado.
b) Los genes responsables se localizan en el cromosoma X.
c) Puede afectarse toda la descendencia, tanto hombres como mujeres.
d) La gravedad depende de la heteroplasmia o proporción de mitocondrias mutadas en las células y los tejidos.

12. **En relación con la infección congénita por CMV, señale la respuesta CORRECTA:**

a) La macrocefalia es característica de esta infección.
b) Los casos asintomáticos no desarrollan sordera.
c) Es la principal causa de macrosomía fetal.
d) La sordera neurosensorial es la secuela más frecuente.

13. **Ante una mujer embarazada con serología de hepatitis B HBsAg positiva y HBeAg positiva, que va a parir, ¿cuál considera que es la actitud CORRECTA?**

a) Parto por cesárea, desaconsejar la lactancia materna y administrar a la persona neonata la vacuna de la hepatitis B y gammaglobulina antihepatitis B.
b) Parto vaginal, aconsejar la lactancia materna y administrar a la persona neonata la vacuna de la hepatitis B y gammaglobulina antihepatitis B.
c) Parto vaginal, aconsejar la lactancia materna y administrar a la persona neonata gammaglobulina antihepatitis B.
d) Parto vaginal, desaconsejar la lactancia materna y administrar a la persona neonata la vacuna de la hepatitis B y gammaglobulina antihepatitis B

14. **Ante una recién nacida a cuya madre se le descubrió una seroconversión a toxoplasmosis durante el segundo trimestre de la gestación, señale la respuesta VERDADERA:**

a) Las personas recién nacidas asintomáticas no precisan tratamiento.
b) La serología positiva de la persona recién nacida con anticuerpos IgG confirma su afectación y riesgo de complicaciones tardías.
c) Entre las manifestaciones clínicas más características destacan la coriorretinitis, la hidrocefalia y las calcificaciones intracraneales.
d) El tratamiento de elección debe incluir ampicilina y doxiciclina

15. **En relación con el diagnóstico de aneuploidías fetales o neonatales, ES CIERTO QUE:**

a) La detección de una translucencia nucal aumentada en el primer trimestre de embarazo es un marcador sensible de aneuploidías.
b) Una translucencia nucal disminuida y edad materna avanzada son suficientes para diagnosticar un síndrome de Down.



c) La detección de ADN fetal en suero materno no es posible antes de la semana 20 de gestación.
d) La determinación de marcadores séricos (PAPP-A y hCG) se realiza en el tercer trimestre de embarazo.

16. En relación al diagnóstico prenatal de enfermedades fetales es cierto que:

a) En el 70-85 % de los fetos con espina bífida abierta se aprecia un descenso de la alfa-fetoproteína sérica materna (AFPSM) entre las 15 y 22 semanas de gestación.
b) La valoración de la translucencia nucal en el primer trimestre de gestación no es un marcador sensible de aneuploidías.
c) La detección combinada del primer trimestre puede detectar el 80 % de los fetos con trisomía 21 pero la incidencia de falsos positivos es elevada en mujeres de menos de 35 años.
d) El ADN fetal detectado en el suero materno es de origen placentario.

17. Dentro de la anamnesis perinatal, cuál de los siguientes componentes es MENOS relevante:

a) Antecedente materno de prematuridad.
b) Antecedente materno de cardiopatía.
c) Antecedente materno de hipertensión arterial crónica.
d) Antecedente materno de enfermedad del colágeno vascular.

18. Una recién nacida a término presenta un peso por debajo del percentil 10 para su edad gestacional, con longitud y perímetro craneal normales. Cuál de las siguientes complicaciones es más frecuente en las personas recién nacidas pequeñas para la edad gestacional:

a) Hipoglucemia.
b) Taquipnea transitoria de las personas recién nacidas.
c) Enfermedad de membrana hialina.
d) Persistencia del conducto arterioso.

19. Ante un recién nacido a térmico con retraso del crecimiento intrauterino, cuál de las siguientes enfermedades maternas esperaría encontrar al realizar la anamnesis perinatal:

a) Diabetes mellitus materna controlada con dieta.
b) Antecedente materno de trasplante renal.
c) Lupus eritematoso sistémico materno.
d) Miastenia gravis materna.

20. Ante una recién nacida pretérmino de 34 semanas de gestación que precisa ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales por dificultad respiratoria e hipoxemia, que precisa soporte con ventilación mecánica no invasiva tipo CPAP (presión positiva continua en la vía respiratoria) y FiO2 por encima de 0,4, cuál sería la actitud terapéutica más correcta:

a) Mantener el mismo soporte con CPAP siempre que el pH arterial esté por encima de 7,20.
b) Intubar para administración de surfactante intratraqueal y extubación rápida si la FiO2 baja de 0,4 y el pH arterial está por encima de 7,20.
c) Intubar para administración de surfactante intratraqueal y extubación rápida si la FiO2 baja de 0,3 y el pH arterial está por encima de 7,25.
d) Intubar para administración de surfactante intratraqueal y mantener el soporte con ventilación mecánica invasiva, ya que probablemente necesite una segunda dosis de surfactante.

21. Respecto a las lesiones traumáticas obstétricas, cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA:

a) La clavícula es el hueso que se fractura con más frecuencia durante el parto.
b) Ante una fractura de húmero, es importante hacer una correcta inmovilización con yeso para evitar un déficit motor a largo plazo.
c) Un parto traumático puede producir una lesión de tipo estiramiento o avulsión en la extremidad superior causando una lesión del plexo braquial que genera una lesión motora que suele mejorar en los primeros meses de vida.
d) Todas las fracturas de clavícula se curan sin dificultad y sin defectos a largo plazo.

22. Ante un recién nacido nacido a término mediante parto instrumentado que presenta un edema craneal bien delimitado por las líneas de suturas y una coloración ictérica, cuál de las siguientes entidades sospechará:

a) Caput succedaneum.
b) Hematoma subgaleal.
c) Hemorragia intracraneal con fractura parietal asociada.
d) Cefalohematoma.

23. Respecto a los cuidados generales de la persona recién nacida, indique cuál de las medidas NO es correcta:

a) Todas las personas recién nacidas deben recibir profilaxis contra la oftalmia neonatal gonocócica en la primera hora tras el parto, si se produce vía vaginal, y en las primeras 6 horas tras el nacimiento, si se produce mediante cesárea.
b) En las personas recién nacidas pretérmino con peso natal inferior a 1500g, se administrará una dosis de 0,5 mg de vitamina K intramuscular para prevenir la hemorragia por vitamina K.
c) Para la prevención de la hemorragia por déficit de vitamina K, no se recomiendan los preparados orales por no garantizar la prevención de la misma, que puede tener lugar hasta 12 semanas después del nacimiento.



d) Una persona recién nacida hija/o de madre con HBsAg positivo deberá recibir al nacimiento tanto la vacuna contra la hepatitos Bcomo la inmunoglobulina contra la hepatitis B.

24. Cuál de las siguientes cardiopatías congénitas complejas NO podría detectarse con el cribado mediante oximetría de pulso (diferencia entre saturación de oxígeno preductal y posductal):

a) Síndrome de corazón izquierdo hipoplásico.
b) Atresia tricuspídea.
c) Interrupción de arco aórtico.
d) Tronco arterioso.

25. Ante un recién nacido a término con peso adecuado para su edad gestacional, cuál de las siguientes informaciones dirigida a sus cuidadores, en el informe de alta de la Unidad de Maternidad le parece INCORRECTA:

a) Deberán asegurar un mínimo de 8 tomas por día, con un mínimo de 2 pañales mojados al día y un mínimo de 1 deposición al día.
b) Deberán observar signos de ictericia neonatal.
c) Deberán identificar signos de enfermedad de la persona recién nacida: fiebre, irritabilidad, letargo o alimentación deficiente.
d) Procurarán un entorno seguro para la persona recién nacida: posición supina para dormir, evitar sábanas ajustadas, evitar mantas o materiales sueltos en la cuna…

26. Avisan desde paritorio por parto inminente en gestante de 25+4 semanas de gestación. Cuál de las siguientes actuaciones a nivel respiratorio le parece la más adecuada:

a) Se recomienda que el soporte respiratorio inicial sea con una FiO2 entre 25-30%.
b) La asistencia respiratoria no invasiva se iniciará siempre y cuando la persona recién nacida muestre signos de distrés respiratorio.
c) Si el soporte inicial con CPAP no es suficiente, lo indicado es realizar una ventilación con bolsa y mascarilla.
d) No se ha desmostrado que la administración de tensoactivos exógenos antes de la primera respiración sea más beneficiosa que la administración tras la estabilización inicial de la persona recién nacida.

27. Ante una recién nacida pretérmino de 25+3 semanas de gestación con un peso al nacimiento de 725g, indique cuál de los siguientes cuidados NO es adecuado durante su ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales:

a) En general, se comenzará con un aporte inicial de glucosa de 4-6 mg/kg/min para mantener los niveles de glucosa sérica >50mg/dL.
b) La nutrición parenteral personalizada, incluida la infusión de lípidos, se inicia tan pronto como se pueda, generalmente durante el primer día.



c) Si la persona recién nacida pretérmino presenta un conducto arterioso persistente sintomático, con repercusión hemodinámica, su cierre temprano disminuirá el riesgo futuro de displasia broncopulmonar.
d) Se monitorizarán los parámetros de infección desde el nacimiento por presentar mayor riesgo de sepsis temprana tanto por estreptococo del gupo B como por organismos gramnegativos.

28. En relación a la asfixia perinatal, indique cuál de los siguientes enunciados NO es correcto:

a) La hipotermia terapéutica es el único tratamiento probado para la encefalopatía hipóxico-isquémica y debe iniciarse en las 8 horas siguientes al nacimiento para obtener la máxima eficacia.
b) El enfriamiento pasivo es seguro y eficaz para iniciar la hipotermia en el entorno comunitario con una estrecha vigilancia y gestión de la temperatura.
c) Las convulsiones son frecuentes y a menudo subclínicas por lo que es preciso mantener una monitorización continua con electroencefalograma.
d) El tratamiento cuidadoso de la ventilación, oxigenación, perfusión y estado metabólico es fundamental para optimizar el resultado neurológico.

29. Cuál de los siguientes factores de riesgo NO esperaría encontrar en una persona recién nacida a término con clínica de asfixia perinatal:

a) Desprendimiento placentario.
b) Exposición intraútero a cocaína.
c) Policitemia fetal.
d) Corioamnionitis materna.

30. Cuál de los siguientes eventos NO esperaría encontrar en una persona recién nacida a término con antecedente de asfixia perinatal grave con disfunción multiorgánica:

a) Necrosis tubular aguda con oliguria y aumento de la creatinina sérica.
b) Disfunción cardíaca por isquemia miocárdica transitoria con afectación predominante del ventrículo izquierdo.
c) Hipertensión pulmonar, hemorragia y edema pulmonar.
d) Coagulación intravascular diseminada e hipoglucemia.

31. Ante un recién nacido pretérmino de 36 semanas de gestación y 2100g de peso, con antecedente materno de diabetes mellitus gestacional, nacido mediante cesárea sin trabajo de parto previo, que comienza al nacer con clínica de dificultad respiratoria, cuál será su primera opción diagnóstica:

a) Asfixia perinatal.
b) Traquipnea transitoria de la persona recién nacida.
c) Neumotórax.
d) Cardiopatía congénita cianótica.



32. Ante un parto precipitado de un recién nacido pretérmino de 31 semanas de gestación con un peso natal de 1600 g, varón, con antecedente de madre con diabetes mellitus pregestacional mal controlada, con clínica de taquipnea, retracciones, aleteo nasal y quejido, cuál de las siguientes afirmaciones le parece INCORRECTA:

a) Probablemente presente un síndrome de dificultad respiratoria por no haber sido posible la administración materna de corticosteroides.
b) Dada la edad gestacional del recién nacido y los factores de riesgo que presenta, sospecharemos un déficit de surfactante pulmonar.
c) Si tuviéramos oportunidad de analizar el líquido amniótico uterino, encontraríamos seguramente una relación lecitina/esfingomielina >2.
d) Tendríamos que incluir en el diagnóstico diferencial la taquipnea transitoria del recién nacido y la neumonía.

33. Avisan desde sala de partos para asistir a un recién nacido de raza asiátiáca, de 42+1 semanas de gestación, que precisa abreviar el expulsivo mediante fórceps, por líquido amniótico meconial espeso y sospecha de pérdida de bienestar fetal. Al nacer presenta signos de dificultad respiratoria y a su ingreso en la Unidad Neonatal, se constata una hipoxemia importante. La radiografía de tórax muestra una infiltración alveolar bilateral generalizada. Ante el cuadro clínico que presenta el paciente, cuál de los siguientes hallazgos le parece más IMPROBABLE.

a) Gradiente de saturación de oxigenación preductal y posductal superior a un 10%.
b) Ecocardiografía con septo interventricular aplanado o abombado hacia el ventrículo izquierdo.
c) Presión arterial de oxígeno preductal y posductal persistente inferior a 40 mmHg.
d) Índice de oxigenación inferior a 20.

34. Cuál de los siguientes NO es un factor de riesgo para la sepsis de inicio precoz:

a) Colonización materna por estreptococo del grupo B documentada en semana 38 de gestación.
b) Rotura prolongada de membranas de más de 24 horas.
c) Fiebre materna intraparto >38ºC.
d) Bajo peso al nacer (<2500g).

35. Cuál de las siguientes combinaciones "microorganismos – terapia antibiótica" le parece MENOS adecuada:

a) Klebsiella – Cefalosporina.
b) Pseudomona con infección meníngea – Carbapenem.
c) Listeria – Cloxacilina.
d) SARM – Vancomicina.

36. Cuál de las siguientes medidas NO le parece adecuada para prevenir la anemia neonatal:

a) Retrasar el pinzamiento del cordón umbilical e incluso ordeñar el cordón en recién nacidos/as pretérmino.
b) Las personas recién nacidas a término alimentadas con lactancia materna exclusiva deben recibir suplementos de hierro con 1 mg/kg/día a partir de los 4 meses de edad.
c) Las personas recién nacidas prematuras deben recibir al menos 2 mg/kg/día de hierro enteral.
d) La eritropoyetina puede ayudar a prevenir la anemia y la necesidad de transfusión de eritrocitos.

37. Cuál de los siguientes signos-síntomas NO asociaría con la policitemia e hiperviscosidad neonatal:

a) Aumento de la resistencia vascular pulmonar – hemorragia pulmonar.
b) Disminución de la tasa de filtración glomerular – hematuria/proteinuria.
c) Reducción del flujo sanguíneo cerebral – convulsión.
d) Afectación metabólica con hiperglucemia e hipercalcemia.

38. Indique cuál de los siguientes factores de riesgo NO se asocia con el riesgo de desarrollar una hiperbilirrubinemia significativa:

a) Historia familiar de déficit de glucosa-6-fosfato-deshidrogenasa.
b) Síndrome de Down.
c) Crecimiento intrauterino retrasado.
d) Lactancia materna exclusiva con ingesta subóptima.

39. Ante una recién nacida pretérmino de 30+5 semanas de gestación, de 3 días de vida, con una bilirrubina sérica total de 10 mg/dL, cuál sería la actitud terapéutica más adecuada:

a) Iniciar fototerapia.
b) Realizar exanguinotransfusión.
c) Realizar controles seriados de bilirrubina transcutánea para monitorizar su evolución y ver si asciende a cifras en las que esté indicada la fototerapia.
d) Iniciar sueroterapia intravenosa para aumentar el aclaramiento renal de la bilirrubina.

40. Cuál de las siguientes complicaciones NO esperaría encontrar en un recién nacido hijo de madre con diabetes mellitus gestacional y una hemoglobina glicosilada del 12%:

a) Malformaciones cardíaca y defectos del tubo neural.
b) Macrosomía fetal con oligoamnios secundario a menor espacio libre uterino.
c) Hiperplasia pancreática fetal con aumento de riesgo de hipoglucemia neonatal.
d) Policitemia e hiperbilirrubinemia neonatal.



41. ¿Cuál de los siguientes parámetros no está incluido en el test de apgar para valorar a una persona recién nacida a los 1, 5 y 10 minutos de vida?

a) Saturación de oxígeno.
b) Tono muscular.
c) Frecuencia cardíaca.
d) Respuesta a estímulos.

42. En la exploración física inicial de un recién nacido hombre a término, ¿qué dato se puede considerar fisiológico o normal?

a) Frecuencia cardíaca de 80 latidos/minuto.
b) Frecuencia respiratoria en reposo de 40 respiraciones/minuto.
c) Ausencia de testículos palpables en bolsa escrotal.
d) Palidez y relleno capilar lento.

43. Si un recién nacido a término de bajo peso (1900 gramos) presenta un episodio de movimientos repetidos de chupeteo y de pedaleo a nivel de extremidades inferiores, que ceden en pocos minutos con leve letargia posterior, ¿cuál debe ser la primera sospecha diagnóstica?

a) Tremulaciones características del CIR simétrico y armónico.
b) Convulsión neonatal por hipoglucemia.
c) Hiperamoniemia por error innato del metabolismo.
d) Ictus o accidente cerebrovascular.

44. En el cribado neonatal de enfermedades congénitas que se realiza en la comunidad autónoma vasca, se incluyen diversas patologías y métodos de estudio. Señale cuál de los siguientes se incluye:

a) Drepanocitosis mediante el estudio de la hemoglobina F.
b) Hipotiroidismo mediante la determinación de hormona T4 libre.
c) Fibrosis Quística mediante la determinación de tripsinógeno o tripsina y estudio genético limitado.
d) Hipoacusia mediante audiometría.

45. Señale la respuesta falsa, sobre la retinopatía de la persona prematura:

a) Es vasoproliferativa.
b) Para su prevención, es vital vigilar la oxigenoterapia y evitar la hiperoxia.
c) Los estadios 1 y 2 pueden regresar espontáneamente.
d) La primera exploración con oftalmoscopio se debe realizar a los 6 meses.

46. En relación con la sepsis neonatal, señale la afirmación falsa:

a) El agente más frecuente de sepsis de comienzo precoz es el Estreptococo grupo B.
b) La profilaxis antibiótica intraparto está indicada en caso de fiebre materna.

c) La rotura prolongada de membranas es un factor de riesgo para la sepsis de transmisión vertical.
d) Se recomienda tratamiento empírico con una cefalosporina de tercera generación por vía intravenosa.

47. Respecto a la incompatibilidad materno-fetal en el sistema abo de grupos sanguíneos, es cierto que:

a) Es la causa más frecuente de enfermedad hemolítica de la persona recién nacida.
b) No suele afectar a las/los primogénitos.
c) La detección prenatal es importante porque se asocia a anemia fetal.
d) El test de Coombs indirecto es positivo.

48. ¿Cuál de las siguientes causas de ictericia por anemia hemolítica congénita no da manifestaciones clínicas en el período neonatal?

a) Beta-talasemia.
b) Déficit de piruvato kinasa.
c) Esferocitosis hereditaria.
d) Déficit de glucosa-6-fosfato-deshidrogenasa.

49. ¿Cuál de los siguientes hallazgos podemos considerar NORMAL en la exploración física de una persona recién nacida a término en su primer día de vida?

a) Ausencia de reflejo de prensión palmar.
b) Perlas de Epstein en el paladar.
c) Ictericia zona II de Kramer.
d) Frecuencia respiratoria de 75 respiraciones/minuto

50. Las personas recién nacidas grandes prematuras tienen mayor riesgo de presentar alteraciones metabólicas durante las primeras horas de vida. De las siguientes, señale la alteración MÁS frecuente:

a) Hiperglucemia.
b) Acidosis con pH menor de 7,2.
c) Hipomagnesemia.
d) Hipocalcemia.

51. Dentro de las enfermedades incluidas en el cribado neonatal actual de España, señale la enfermedad en la que debe iniciarse el tratamiento en la primera semana de vida:

a) Fibrosis Quística.
b) Hiperplasia Suprarrenal Congénita.
c) Drepanocitosis.
d) Hipotiroidismo

52. Ante un recién nacido que al minuto de vida presenta frecuencia cardiaca <100 latidos/minuto, esfuerzo respiratorio débil e irregular, flacidez, algunas muecas ante el estímulo y cianosis generalizada, indique la puntuación de Apgar que presenta

a) 4.
b) 3.
c) 5.
d) 6.

53. Está atendiendo a un recién nacido a término en sala de partos tras parto instrumental (ventosa) por expulsivo prolongado, líquido amniótico claro y sin factores de riesgo infeccioso; ha nacido hipotónico, cianótico, sin esfuerzo respiratorio eficaz y con frecuencia cardiaca <100 latidos/minuto. Elija la respuesta CORRECTA sobre la actuación a realizar:

a) Estímulo táctil vigoroso y si no hay respuesta iniciar ventilación con mascarilla.
b) Iniciar ventilación y masaje cardiaco simultáneamente.
c) Intubación endotraqueal e iniciar masaje cardiaco.
d) Intubación endotraqueal, pero no iniciar masaje cardiaco

54. Recién nacida de 1 semana de vida con buen estado general y correcta tolerancia oral que presenta clínica de estridor inspiratorio intermitente que se exacerba con el decúbito supino y el llanto. El diagnóstico MÁS probable es

a) Parálisis bilateral de cuerdas vocales.
b) Laringomalacia.
c) Hendidura laríngea posterior.
d) Hemangioma subglótico

55. Durante la atención a un recién nacido de 30 semanas, que ha nacido mediante parto eutócico previa maduración pulmonar con 2 dosis de corticoide prenatal, observa que presenta esfuerzo respiratorio eficaz y frecuencia cardiaca >100 latidos por minuto, pero inicia moderado trabajo respiratorio en los primeros minutos de vida. Indique la actitud CORRECTA que debería tomar

a) Oxigenoterapia con mascarilla simple con FiO2 0.3.
b) Iniciar oxigenoterapia de alto flujo y pasar a contacto piel con piel con su madre.
c) Administración de surfactante mediante intubación endotraqueal.
d) Aplicar CPAP con FiO2 necesaria para una adecuada saturación

56. En un recién nacido pretérmino de 30 semanas que presenta al nacer grave dificultad respiratoria con hipoxemia y radiografía de tórax con imágenes bilaterales de granulación reticular fina y broncograma aéreo en parénquima pulmonar, el diagnóstico MÁS probable es:

a) Enfermedad de membrana hialina.
b) Hernia diafragmática.



c) Neumotórax a tensión.
d) Neumonía

57. En la exploración física de una recién nacida de 28 horas de vida sin factores de riesgo infeccioso, nacida mediante parto eutócico y con puntuación de Apgar 9/10 al minuto y cinco minutos respectivamente, aprecia un buen estado general, fenotipo normal, color normal, tono y actitud normales; presenta una tumefacción definida en el lado derecho de la cabeza sin lesiones cutáneas y que no rebasa suturas. Seleccione la respuesta CORRECTA:

a) Se trata de una colección de líquido subcutáneo extraperióstico.
b) Lo más probable es que desaparezca en 24-48 horas.
c) Se trata de un sangrado subperióstico.
d) Se trata de una hemorragia debajo de la aponeurosis del cuero cabelludo.

58. En un recién nacido pretérmino de 36 semanas sin antecedentes de interés, que en la exploración física a las 12 horas de vida presenta mal estado general, cianosis acra, taquipnea, aleteo nasal, retracciones intercostales, quejido, buena ventilación bilateral, hipotonía y TA 48/34 mmHg, ¿cuál sería la principal sospecha diagnóstica y el manejo terapéutico inicial?

a) Sepsis e inicio de antibioterapia intravenosa con ampicilina y aminoglucósido.
b) Hipoglucemia y administración oral de gel de glucosa.
c) Hemorragia cerebral e inicio de hipotermia moderada.
d) Enfermedad de membrana hialina y administración de surfactante

59. Recién nacido a término de peso adecuado gestacional con eritrosis generalizada sin otros hallazgos en la exploración física; tuvo un clampaje de cordón de 4 minutos y presenta un control de hematocrito venoso de 69 %. Señale la respuesta CORRECTA:

a) Se trata de una policitemia grave y está indicado hacer una exanguinotransfusión parcial de manera urgente.
b) No es esperable que presente síntomas de hipoglucemia.
c) Si está asintomático, es posible aumentar el aporte hídrico y reevaluar el hematocrito.
d) Lo más probable es que su viscosidad sanguínea sea baja

60. Recién nacido a término que a las 18 horas de vida presenta ictericia zona II de Kramer. Indique la respuesta CORRECTA:

a) Es una ictericia patológica y hay que determinar el nivel de bilirrubina.
b) Si no hay factores de riesgo asociados no precisa control de bilirrubina.
c) Si es isogrupo sanguíneo con su madre aumenta el riesgo de hiperbilirrubinemia.
d) Si ha tenido un pinzamiento tardío del cordón umbilical está indicado el tratamiento con fototerapia

61. En una recién nacida de 4 días, hija de progenitores sanos, que presenta ictericia grado 3 de Kramer y analítica sanguínea en la que destaca una hemoglobina de 16 g/dL y bilirrubina total de 8 mg/dL, siendo la indirecta de 7,5 mg/dL, ¿cuál es la causa MENOS probable de la ictericia?

a) Ictericia fisiológica.
b) Esferocitosis.
c) Atresia de vías biliares.
d) Isoinmunización ABO.

62. Elija cuál de los siguientes hallazgos de la exploración física de una persona recién nacida PODEMOS CONSIDERAR fisiológico:

a) Crepitación en la palpación clavicular.
b) Leucocoría unilateral.
c) Maniobra de Ortolani positiva.
d) Palpación de 2 cm de hígado bajo el reborde costal derecho

63. Indique el parámetro que NO se valora en el test de Apgar:

a) Color.
b) Polipnea.
c) Frecuencia cardiaca.
d) Tono muscular

64. En una persona recién nacida a término de 40 semanas de gestación. ¿Cuál es el perímetro cefálico fronto-occipital medio de un recién nacido normal?

a) 30 cm.
b) 35 cm.
c) 40 cm.
d) 45 cm

65. Uno de los siguientes signos y síntomas NO es característico del hijo/a de madre diabética:

a) Macrosomía.
b) Hipoglucemia.
c) Hipocalcemia.
d) Miocardiopatía dilatada

66. En relación a la persona recién nacida prematura PODEMOS DECIR QUE:

a) La etiología más frecuente del parto prematuro es la infecciosa.
b) Los riñones inmaduros se caracterizan por una alta tasa de filtración glomerular, por lo que son incapaces de manejar las cargas de agua.
c) La lactancia materna parece tener un papel protector frente a la enterocolitis necrotizante.



d) El tratamiento prenatal con corticosteroides no disminuye la incidencia de enterocolitis necrotizante.

67. Durante la atención en sala de partos a un recién nacido de 27 semanas de gestación que nace sin esfuerzo respiratorio y con frecuencia cardiaca en torno a 90 latidos por minuto, comienza ventilación con presión positiva intermitente (VPPi) sin respuesta adecuada por lo que procede a intubación endotraqueal sin incidencias y con recuperación de frecuencia cardiaca e inicio de respiración. Mantiene saturación de O2 de 94 % con FiO2 de 0,4 a los 10 minutos de vida. Señale la actitud CORRECTA a seguir:

a) Retirar tubo endotraqueal y conectar a CPAP.
b) Aumentar FiO2 a 1 para mantener sat O2 >95 %.
c) Administrar surfactante endotraqueal.
d) Retirar tubo endotraqueal y conectar a oxigenoterapia de alto flujo (OAF)

68. Recién nacido a término con controles gestacionales normales y que, tras parto eutócico sin factores de riesgo infeccioso y con líquido amniótico claro, en la primera hora de vida presenta dificultad respiratoria con leve cianosis, taquipnea en torno a 70 respiraciones por minuto, tiraje subcostal leve, discreto aleteo nasal y quejido, LO MÁS PROBABLE es que se trate de:

a) Una taquipnea transitoria del recién nacido y responda a suplementos de FiO2<0,4.
b) Una coartación de aorta que precisa inicio de prostaglandinas.
c) Un síndrome de aspiración meconial que precisa iniciar ventilación mecánica.
d) Una enfermedad de membrana hialina que precisa soporte con CPAP.

69. Ante una recién nacida que, tras parto eutócico sin factores de riesgo infecciosos y con líquido amniótico claro, presenta dificultad respiratoria y cianosis, en la auscultación cardiopulmonar presenta hipoventilación en hemitórax izquierdo con latido discretamente desplazado a la derecha y aprecia un abdomen excavado. Indique cuál de las siguientes patologías sospecharía:

a) Hernia diafragmática congénita.
b) Atresia de esófago con fistula traqueoesofágica.
c) Malformación adenomatoidea quística grande.
d) Reflujo gastroesofágico.

70. Ante una recién nacida que presenta ictericia PODEMOS DECIR QUE:

a) Es fisiológica desde las primeras 6 horas de vida y no debe preocuparnos.
b) Debemos tener en cuenta la pérdida ponderal y estado de hidratación de la recién nacida.
c) La determinación de bilirrubina transcutánea no se puede utilizar como medida de cribado de hiperbilirrubinemia.
d) La disminución del tinte ictérico en la piel sigue un orden cefalocaudal.

71. En relación a la infección por Estreptococo del grupo B (EGB) en la persona recién nacida, elija la respuesta CORRECTA:

a) La administración de penicilina al menos 2 horas antes del parto supone una profilaxis antibiótica intraparto correcta.
b) La fiebre es el signo clínico más frecuente de la sepsis de inicio precoz.
c) Entre los factores de riesgo encontramos la fiebre materna intraparto.
d) La presencia de meningitis es más frecuente en la sepsis de inicio precoz.

72. Debido a que la práctica de la pediatría cada vez se dedica más a trabajar con pacientes y familias con dificultades y enfermedades crónicas, se han propuesto nuevos enfoques para la prestación de los servicios sanitarios. Indique cuál es la característica que mejor define el enfoque actual de salud pública:

a) Concentra esfuerzos en las necesidades preventivas y terapéuticas de las personas pacientes que buscan asistencia.
b) Redirige esfuerzos hacia la necesidad de abordar la salud desde una perspectiva individual.
c) Busca identificar necesidades de las personas y familias que no acuden a la consulta de medicina con regularidad.
d) Incorpora modelos de gestión privada para mejorar la eficacia del sistema sanitario.

73. En 2015, los líderes mundiales acordaron 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) para mejorar el bienestar mundial antes de 2030. Indique cuál es el principal subobjetivo del ODS 3: Salud y Bienestar:

a) Reducir la tasa de mortalidad neonatal a 12 muertes por cada 1000 nacidos vivos para 2030.
b) Igualdad de género.
c) Fin de la pobreza.
d) Agua limpia y saneamiento.

74. Indique cuál de las siguientes entidades clínicas asociadas a la asistencia sanitaria supone un mayor coste por acontecimiento y una mayor implicación en la calidad de vida de la persona paciente:

a) Infección urinaria asociada a catéter.
b) Bacteriemia asociada a catéter de vía central.
c) Tromboembolismo venoso.
d) Reacción adversa medicamentosa.

75. Para explicar el modelo del desarrollo y de la conducta infantil, actualmente se utiliza el modelo biopsicosocial y bioecológico del desarrollo. Indique cuál de los siguientes componentes abarca más sistemas naturales de este modelo:

a) Biosfera.
b) Cultura.
c) Comunidad.

d) Sociedad.

76. Ante una adolescente de 14 años que ha sufrido una agresión sexual cuál de las siguientes pruebas NO estaría indicada realizar si la víctima consulta pasadas 24 horas de la agresión:

a) Prueba de embarazo.
b) Cribado de hepatitis B.
c) Cribado de VIH.
d) Análisis de orina.

77. Cuál de las siguientes recomendaciones en los exámenes sistemáticos de salud le parece INCORRECTA:

a) Medición de perímetro cefálico a los 30 meses.
b) Cribado de cardiopatías congénitas críticas en los primeros días de vida.
c) Cribado de trastornos del espectro autista a los 24 meses.
d) Medición de la presión arterial a los 4 años de edad.

78. En relación con el cálculo de los requerimientos nutricionales y las necesidades energéticas de una persona paciente pediátrica, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

a) No hay diferencias en el metabolismo basal entre hombres y mujeres
b) La intensidad de la actividad física representa alrededor del 40-50% del gasto energético
c) El gasto energético en el primer año de vida es muy elevado por el crecimiento
d) Las necesidades de proteínas son constantes en los distintos grupos de edad

79. Entre las recomendaciones de la oms sobre los diez pasos para una lactancia materna satisfactoria, señale la que no se incluye:

a) Formación del personal sanitario.
b) Informar, a todas las mujeres embarazadas, sobre los beneficios y la técnica de la lactancia materna.
c) Permitir que madre y recién nacido/a permanezcan juntos/as las 24 horas.
d) Iniciar la lactancia materna después de la primera hora tras el nacimiento.

80. Si, en una analítica sanguínea de rutina realizada a un niño/a deshidratado/a, se detecta una hipocalcemia, ¿cuál de los siguientes parámetros podría influir en que los niveles de calcio estén falsamente disminuidos?

a) Hipoalbuminemia.
b) Hiponatremia.
c) Acidosis.
d) Hipermagnesia.

81. ¿Cuál es la causa más frecuente de acidosis metabólica con hiato (gap) aniónico normal en lactantes en nuestro medio?

a) Diarrea aguda.
b) Insuficiencia renal.
c) Cetoacidosis diabética.
d) Insuficiencia respiratoria aguda.

82. Entre los posibles factores implicados en el aumento de población infantil con sobrepeso y obesidad, en los adolescentes del mundo actual, se incluye:

a) Reducción en el tiempo que pasan durmiendo.
b) Dieta más rica en carbohidratos que aportan 9 kilocalorías/gramo.
c) Aporte de energía en forma hidratos de carbono, en la dieta, del 50%.
d) Aporte de energía en forma de grasas, en la dieta, del 30%.

83. ¿En cuál de los siguientes errores innatos del metabolismo, la afectación hepática no forma parte del cuadro clínico habitual?

a) Fenilcetonuria.
b) Tirosinemia.
c) Galactosemia.
d) Glucogenosis.

84. En el raquitismo carencial por déficit de vitamina d, se observan todos los siguientes datos clínicos y analíticos, excepto:

a) Hipotonia muscular generalizada.
b) Craneotabes y fontanelas amplias.
c) Rosario costal y deformidades en huesos largos.
d) Hiperfosforemia.

85. Ante una niña con signos de deshidratación que en el control analítico realizado presenta una natremia de 151 mEq/L pensaría en todo lo siguiente, EXCEPTO

a) Una diarrea.
b) Una intoxicación por sal.
c) Diabetes insípida nefrogénica.
d) Diabetes insípida central.

86. ¿Cuál es la alteración hidroelectrolítica característica de la diabetes insípida?

a) Hipernatremia con acidosis metabólica hipopotasémica.
b) Hiponatremia con alcalosis metabólica hipopotasémica.
c) Hipernatremia con osmolaridad urinaria inferior a la plasmática.
d) Hiponatremia con osmolaridad urinaria inferior a la plasmática

87. En relación con los errores congénitos del metabolismo, indique la respuesta CORRECTA:

a) La alcalosis respiratoria por hiperventilación es un hallazgo inicial en los trastornos del ciclo de la urea.
b) Unos niveles de amonio de 325 □mol/L son normales durante el primer mes de vida.
c) El déficit de piruvato carboxilasa asocia acidosis metabólica con lactato normal.
d) Las acidemias orgánicas se caracterizan por niveles bajos de ácidos orgánicos en orina.

88. Sobre la fenilcetonuria, señale cuál de las siguientes respuestas es FALSA

a) Las personas pacientes no tratadas suelen desarrollar retraso mental y otros problemas neurológicos.
b) En nuestro país, actualmente forma parte del cribado neonatal de enfermedades endocrino-metabólicas.
c) Es el trastorno hereditario más frecuente del metabolismo de los aminoácidos.
d) Las personas pacientes con fenilcetonuria clásica suelen presentar una afectación renal progresiva.

89. ¿Cuál de las respuestas es FALSA respecto a la hipervitaminosis D?

a) El mecanismo fundamental de la hipercalcemia es la reabsorción intestinal aumentada de calcio.
b) Es debida a una ingesta excesiva de vitamina D.
c) Es frecuente encontrar hiperfosfatemia.
d) Las arritmias son parte de las manifestaciones cardiacas.

90. En relación a la leche materna NO es cierto:

a) La leche materna es rica en IgA secretora.
b) La leche materna tiene propiedades beneficiosas en comparación con la leche artificial y algunos de sus componentes tienen acción antibacteriana como citosinas, lactoferrina y K-caseina.
c) La leche materna contiene factores de crecimiento entre los que destacan; el factor de crecimiento neural, factor de crecimiento transformante y factor de crecimiento epidérmico.
d) Todas son verdaderas

91. Entre las manifestaciones cardiacas de la hiperpotasemia podemos encontrar:

a) Disminución de voltaje de la onda T.
b) Disminución de la amplitud de la onda P.
c) Aparición de onda U prominente.
d) Depresión del segmento ST.

92. Respecto a las recomendaciones nutricionales en la infancia señale la respuesta FALSA:

a) El requerimiento energético estimado (REE) para lactantes, niños/as y adolescentes es la ingesta media de energía alimentaria prevista para mantener el equilibrio energético, garantizar un crecimiento y desarrollo adecuados y proporcionar un nivel deseable de actividad física.
b) Se recomienda que las grasas saturadas representen menos del 10% del total de calorías diarias de la dieta para mayores de 2 años.
c) Deben evitarse los ácidos grasos trans en la dieta, en particular los ácidos grasos trans artificiales en forma de aceites parcialmente hidrogenados.
d) Entre los factores de riesgo para la deficiencia de ácidos grasos esenciales no se incluye la prematuridad.

93. Indique cuál de los siguientes hallazgos espera encontrar en las pruebas complementarias realizadas a una niña de 3 años que presenta retraso de crecimiento, hipotonía muscular, ligera cifosis dorsal, un abdomen prominente y extremidades inferiores con deformidad en varo:

a) Radiografía de huesos largos con engrosamiento de la cortical.
b) Niveles elevados de fosfatasa alcalina en sangre.
c) Niveles elevados de calcio en sangre.
d) Aumento de niveles de vitamina D y PTH

94. Indique la respuesta CORRECTA entre las siguientes asociaciones de fenotipo bioquímico y su trastorno del metabolismo característico:

a) Defectos del ciclo de la urea e hiperamoniemia.
b) Defectos de la B-oxidación de ácidos grasos e hiperglucemia.
c) Acidemias orgánicas y acidosis respiratoria.
d) Defectos del ciclo de Krebs e hipolactacidemia

95. Indique ¿cuál de las siguientes afirmaciones sobre la lactancia materna NO es cierta?

a) La OMS recomienda la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida.
b) La población lactante que recibe lactancia materna tienen un riesgo menor de muerte súbita.
c) El amamantamiento aumenta levemente el riesgo de hemorragia postparto en la madre.
d) En un parto normal, se recomienda el inicio del amamantamiento de forma precoz.

96. En una adolescente con un índice de masa corporal (IMC) en percentil 85-95, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA?

a) El diagnóstico sería de obesidad grado 1 u obesidad moderada.

b) Como tratamiento inicial propondría una dieta restrictiva con no más de 3 comidas al día.
c) Como tratamiento inicial únicamente propondría una modificación de los hábitos de vida.
d) Indicaría la realización de ejercicio físico anaeróbico con una frecuencia mínima de 3 veces por semana

97. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre el raquitismo por déficit de vitamina D es CORRECTA?

a) Se produce un hipoparatiroidimo en fases avanzadas para evitar la pérdida de calcio de los huesos.
b) En fases intermedias se suele observar una hipofosforemia con aumento de las fosfatasas alcalinas.
c) La causa más frecuente a nivel mundial es la enfermedad renal crónica.
d) El tratamiento consiste en la administración de calcitriol.

98. En un paciente pediátrico con una natremia de 132 mEq/L y un estado de hipovolemia a la exploración física, ¿cuál de los siguientes diagnósticos sería MENOS probable?

a) Insuficiencia cardiaca.
b) Gastroenteritis aguda.
c) Síndrome de Bartter.
d) Cetoacidosis diabética

99. En la enfermedad de Gaucher tipo I, ¿cuál de los siguientes problemas de salud NO son característicos de esta enfermedad?

a) Hepatoesplenomegalia.
b) Trombocitopenia.
c) Afectación ósea.
d) Discapacidad intelectual.

100. Respecto al hipoparatiroismo, señale la respuesta FALSA:

a) La hipocalcemia es frecuente en las personas neonatas entre las 12 y las 72 horas de vida, sobre todo en las prematuras, en lactantes con asfixia al nacer y en lactantes de madre diabética.
b) En el grupo de lactantes con hipocalcemia idiopática transitoria (1-8 semanas de vida), los niveles plasmáticos de hormona paratiroidea (PTH) son significativamente más bajos que en lactantes normales.
c) La aplasia o hipoplasia de las glándulas paratiroides se asocia con frecuencia con el síndrome de DiGeorge.
d) La hipermagnesemia debe considerarse en las personas pacientes con hipocalcemia inexplicada y el tratamiento con quelantes para disminuir el magnesio plasmático suele ser imprescindible durante las primeras horas.

101. Señale cuál de las siguientes patologías es causa de una hiponatremia hipovolémica:

a) Gastroenteritis con vómitos y diarrea.
b) Hipotiroidismo.
c) Síndrome nefrótico.
d) Insuficiencia cardiaca.

102. Respecto a los requerimientos nutricionales en pediatría, indique la respuesta FALSA:

a) En menores de entre 1 y 3 años, la grasa debe aportar menos del 20% del total energético.
b) La grasa es el macronutriente con mayor densidad calórica, aporta 9 kcal/g.
c) Los ácidos grasos poliinsaturados no pueden sintetizarse de novo en el organismo y son necesarios para el mantenimiento del crecimiento entre otras funciones.
d) El intervalo aceptable de distribución de carbohidratos en la dieta infantil es del 45-65%.

103. Señale la afirmación CORRECTA sobre las contraindicaciones de la lactancia materna:

a) La lactancia materna directa está contraindicada en la tuberculosis materna bien tratada.
b) No es una contraindicación de la lactancia materna presentar lesiones herpéticas activas en la mama.
c) La infección materna por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en países desarrollados contraindica la lactancia materna.
d) La infección por hepatitis C materna es una contraindicación de la lactancia materna.

104. Señale la respuesta INCORRECTA sobre la lactancia materna:

a) Una mala posición del/de la bebé y un agarre incorrecto son las causas más frecuentes de dolor en el pezón.
b) Como norma general, es preferible ofrecer 10 minutos cada pecho, aunque el vaciamiento sea parcial.
c) Se recomienda continuar con la lactancia materna si la madre tiene mastitis.
d) La lactancia materna exclusiva es el alimento adecuado para la población lactante san durante los primeros 6 meses de vida.

105. En relación con la alimentación complementaria en la población lactante, señale lo CORRECTO:

a) Los cacahuetes y el huevo deben retrasarse hasta los 12 meses para evitar sensibilización.
b) La leche de vaca entera como sustituto de la leche infantil es inapropiada antes de los 12 meses.
c) La miel puede introducirse a partir de los 6 meses de edad.



d) Los alimentos hipercalóricos son apropiados para favorecer un crecimiento acelerado.

106. Respecto a la alimentación de la población sana de 1-3 años, señale la respuesta FALSA según las recomendaciones actuales:

a) Limitar el consumo de pescado a máximo 1 vez por semana por riesgo de alergias.
b) Consumir leche o lácteos 2 veces al día.
c) Ofrecer verduras y hortalizas todos los días, preferentemente 2 veces al día.
d) Los zumos y refrescos deben ser consumidos de manera ocasional.

107. Señale la respuesta CORRECTA sobre la deshidratación hipernatrémica:

a) El espacio más afectado es el intracelular predominando la clínica neurológica.
b) El ritmo de descenso de sodio en su corrección debe ser máximo 1 mEq/L/h o 20 mEq/L/día.
c) La corrección del déficit de líquidos se suele hacer habitualmente en 24 horas.
d) Una corrección rápida puede producir mielinólisis central pontina.

108. Señale la afirmación CORRECTA respecto a las alteraciones ácido-base y electrolíticas en la deshidratación:

a) La acidosis metabólica desplaza el K^+ al interior de la célula y produce hipopotasemia.
b) La acidosis metabólica por diarrea suelen deberse a pérdidas de bicarbonato o a acidosis láctica por shock.
c) Las pérdidas por vómitos o nasogástricas suelen causar acidosis metabólica.
d) La diarrea suele causar alcalosis metabólica por pérdida de hidrogeniones.

109. En relación al tratamiento inicial de la malnutrición, indique la respuesta FALSA:

a) La suplementación calórica debe iniciarse una vez completado el estudio etiológico.
b) La hospitalización puede estar indicada en casos de malnutrición grave.
c) En lactantes amamantados el tratamiento incluye apoyo a la lactancia y enriquecimiento de la leche materna si es necesario.
d) Tanto la evaluación médica como el inicio de la alimentación oral suplementaria se suelen realizar en el ámbito ambulatorio con un seguimiento estrecho.

110. Indique cuál de las siguientes NO es una comorbilidad asociada a la obesidad infantil:

a) Síndrome de apnea-hipopnea obstructiva del sueño.
b) Hipertensión intracraneal benigna.
c) Acantosis nigricans.
d) Hipotiroidismo.



111. Niño de 12 años con IMC en p100, sin comorbilidades asociadas. ¿Cuál de las siguientes medidas NO estaría indicada en un primer escalón terapéutico?

a) Restringir alimentos con gran aporte calórico como procesados industriales, alimentos fritos y frutos secos.
b) Realizar ejercicio físico preferentemente a diario o, como mínimo, 4-5 días por semana.
c) Iniciar tratamiento farmacológico con Liraglutida.
d) Una correcta higiene del sueño, unas 9-12 horas de sueño nocturno recomendadas.

112. En relación a los errores congénitos del metabolismo, indique la respuesta FALSA:

a) Las acidemias orgánicas cursan típicamente con hiperamoniemia e hipoglucemia sin cetosis.
b) Ante hiperamoniemia con hipoglucemia y acidosis metabólica, se debe considerar alteraciones de la oxidación de ácidos grasos.
c) La hiperamoniemia es típica de las enfermedades del ciclo de la urea.
d) El déficit de piruvato carboxilasa asocia hiperlactatemia.

113. ¿Cuál de las siguientes mucopolisacaridosis cursa típicamente con afectación grave y lentamente progresiva del sistema nervioso central, trastornos del comportamiento y escasa afectación somática?

a) Mucopolisacaridosis tipo II (Hunter).
b) Mucopolisacaridosis tipo IV (Morquio).
c) Mucopolisacaridosis tipo I-H (Hurler).
d) Mucopolisacaridosis tipo III (Sanfilippo).

114. Lactante de 18 meses con retraso del cierre de fontanelas, craneotabes, hendidura de Harrison y engrosamiento de la placa de crecimiento. ¿Cuál es la sospecha diagnóstica más probable?

a) Raquitismo por déficit de vitamina D.
b) Raquitismo por hipervitaminosis D.
c) Osteogénesis imperfecta.
d) Displasia ósea.

115. ¿Cuál de las siguientes manifestaciones es más característica de la hipervitaminosis D en la infancia?

a) Hipocalcemia con tetania y convulsiones.
b) Hipotensión y alargamiento del intervalo QT.
c) PTH elevada con hipofosfatemia.
d) Hipercalcemia con poliuria, deshidratación y nefrocalcinosis.

116. ¿Qué hallazgo es característico del hiperparatiroidismo primario?

a) PTH suprimida y fosfato elevado.
b) Hipocalcemia con PTH baja e hipofosfatemia.
c) PTH anormalmente elevada para los niveles de calcio sanguíneo e hipofosfatemia.
d) Hipercalcemia e hiperfosfatemia.

117. Señale la respuesta CORRECTA sobre el crecimiento en la infancia:

a) El crecimiento durante los 2 primeros años depende fundamentalmente de la nutrición y el potencial genético.
b) La velocidad de crecimiento es máxima durante la etapa escolar.
c) Durante la adolescencia la GH pierde importancia y el crecimiento depende exclusivamente de los esteroides sexuales.
d) El crecimiento depende de la hormona de crecimiento desde el nacimiento.

118. ¿Cuál de los siguientes parámetros consideras MAS útil para detectar precozmente una alteración del crecimiento?

a) Una medición aislada de talla en la consulta.
b) Velocidad de crecimiento expresada en cm/año.
c) El IMC para la edad.
d) El peso comparado con su percentil.

119. En un niño/a con talla baja familiar, señale la respuesta CORRECTA:

a) El peso y la talla son bajas al nacimiento.
b) Presentan retraso del inicio de la pubertad.
c) La talla ósea se correlaciona con la edad cronológica.
d) La velocidad de crecimiento durante la infancia está disminuida.

120. Señale cuál de las siguientes NO es una indicación de tratamiento con hormona de crecimiento recombinante en España:

a) Síndrome de Turner.
b) Niño/a pequeña para la edad gestacional sin crecimiento recuperador.
c) Síndrome de Noonan.
d) Acondroplasia.

121. Indique cuál es el primer signo de desarrollo puberal en la mujer:

a) Crecimiento glandular mamario (telarquia).
b) Pubarquia.
c) Estirón puberal.
d) Menarquia.



122. Respecto al desarrollo puberal en el varón, señale la respuesta FALSA:

a) El primer signo de desarrollo puberal en el varón es el aumento del tamaño testicular (>4 cc).
b) La pubertad normal se produce entre los 9 y 14 años.
c) El pico máximo de velocidad de crecimiento ocurre al inicio del desarrollo testicular.
d) El vello pubiano suele aparecer después del aumento testicular.

123. Indique la respuesta FALSA respecto a la pubertad precoz:

a) Se define como la aparición de caracteres sexuales secundarios en niñas inferiores a 8 años y en niños inferiores a 9 años.
b) La causa más frecuente de pubertad precoz central en niñas son los tumores cerebrales.
c) El síndrome de McCune-Albright es causa de pubertad precoz periférica.
d) El tratamiento de la pubertad precoz central se realiza con agonistas de GnRH como el acetato de triptorelina.

124. Ante un niño de 8 meses con criptorquidia unilateral palpable en canal inguinal sin defectos asociados, ¿cuál es la actitud MAS apropiada?

a) Actitud expectante hasta los 2 años ya que la mayoría descienden espontáneamente después del año de edad.
b) Solicitar una ecografía abdominal previo a cualquier decisión.
c) Iniciar tratamiento hormonal con hCG como primera elección para inducir el descenso testicular.
d) Derivar a cirugía pediátrica para programar una orquidopexia antes de los 12-18 meses.

125. Niño de 6 años que acude por talla baja. Sus curvas de crecimiento muestran retraso del crecimiento lineal desde los 3 años con velocidad de crecimiento de 3 cm/año y peso adecuado para la talla. A la exploración presenta voz aguda, panículo adiposo aumentado en tronco, micropene. Edad ósea retrasada 2,5 años. ¿Cuál es la causa MAS probable?

a) Talla baja familiar.
b) Déficit de hormona de crecimiento.
c) Malnutrición.
d) Retraso constitucional del crecimiento y desarrollo.

126. Señale qué opción NO es cierta respecto a la diabetes insípida:

a) El diagnóstico se establece si la osmolalidad sérica es >300 mOsm/kg y la osmolalidad urinaria es < 300 mOsm/kg.
b) La diabetes insípida central cursa con niveles elevados de copeptina plasmática.
c) Los traumatismos en la base del cráneo y la neurocirugía en la región del hipotálamo o hipófisis son causas frecuentes de diabetes insípida central.



d) Las causas genéticas de la diabetes insípida nefrogénica son menos frecuentes, pero más graves que las formas adquiridas.

127. Con respecto al hipotiroidismo congénito, señale la respuesta FALSA:

a) La causa más frecuente es la dishormonogénesis.
b) Los niveles de TSH elevados se consideran patológicos en el cribado neonatal de hipotiroidismo congénito primario.
c) La mayoría de la población lactante afectada está asintomática al nacer.
d) Si no se trata de manera precoz suelen tener retraso de crecimiento e intelectual variables.

128. Indique cual es la causa MÁS FRECUENTE de bocio en la edad pediátrica en nuestro medio:

a) Déficit de Yodo.
b) Bocio coloide.
c) Tiroiditis linfocitaria crónica de Hashimoto.
d) Adenomas tiroideos.

129. Respecto a la enfermedad de Graves-Basedow en pediatría, señale la respuesta INCORRECTA:

a) Es la causa más frecuente de hipertiroidismo en población infantil y adolescentes.
b) El bocio está presente en un 50% de los casos.
c) Los anticuerpos estimulantes del tiroides (TSI) son positivos la mayoría de los casos.
d) El tratamiento de elección inicial en pediatría son los fármacos antitiroideos.

130. Con respecto al crecimiento, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es verdadera?

a) En la obesidad hay un aumento de la edad ósea y de la talla final.
b) Los niños/as con pubertad precoz alcanzan una talla final mayor.
c) En el retraso del crecimiento constitucional, la talla final es normal.
d) La regulación del crecimiento fetal depende de los niveles de hormona de crecimiento (GH).

131. ¿Cuál de los siguientes parámetros no es característico de la talla baja familiar?

a) Talla en percentil menor del p3.
b) Edad ósea retrasada respecto a la cronológica.
c) Desarrollo puberal en concordancia con edad cronológica.
d) Inicio postnatal del hipocrecimiento.



132. ¿A qué edad el inicio de la telarquia con desarrollo mamario estadio 2 de Tanner o superior se debe considerar como una posible manifestación clínica de pubertad precoz en mujeres en Europa?

a) Antes de los 7 años.
b) Antes de los 8 años.
c) Antes de los 9 años.
d) Antes de los 10 años.

133. En una persona paciente con diabetes insípida, ¿cuál de las siguientes alteraciones esperaría encontrar?

a) Hipernatremia superior a 150 mEq/L y osmolaridad alta en orina.
b) Hipernatremia superior a 150 mEq/L y osmolaridad baja en suero.
c) Osmolaridad alta en suero y baja en orina.
d) Glucemia basal (tras 8 horas de ayuno) igual o superior a 126 mg/dL.

134. Lactante de 8 meses, previamente sano, que presenta un cuadro brusco de cianosis generalizada, con buen estado general. La exploración física y las constantes son normales, salvo cianosis. En urgencias, se comprueba que las constantes son normales, excepto saturación de oxígeno muy baja. ¿qué debería sospechar?

a) Cardiopatía cianógena.
b) Aspiración de cuerpo extraño.
c) Anafilaxia.
d) Metahemoglobinemia.

135. Una recién nacida de 7 días es ingresada por vómitos y deshidratación. En la exploración física destaca la hipertrofia del clítoris. ¿qué datos analíticos esperaría encontrar?

a) Hiponatremia e hiperpotasemia por hiperplasia suprarrenal congénita y déficit de 21 hidroxilasa.
b) Niveles bajos de 17-hidroxiprogesterona por hiperplasia suprarrenal congénita y déficit de 21 hidroxilasa.
c) Alcalosis metabólica por estenosis hipertrófica de píloro.
d) Niveles elevados de testosterona por hiperandrogenismo.

136. En un niño de 8 años con diagnóstico reciente de diabetes mellitus tipo 1 sin cetoacidosis y estable. ¿cuál sería la terapia inicial más habitual?

a) Metformina oral.
b) Insulina en perfusión continúa por vía subcutánea.
c) Bolus de insulina subcutánea después de las comidas.
d) Pauta combinada de insulina subcutánea basal de tipo intermedia y de insulina rápida o análogo ultrarápido.

137. La diabetes mellitus tipo I en la infancia se caracteriza por todo lo siguiente, excepto:

a) La alteración poligénica y los factores ambientales conducen a la destrucción autoinmune de los islotes beta del páncreas.
b) Las complicaciones vasculares a largo plazo suelen aparecer en la edad adulta y la microalbuminuria suele ser la alteración clínicamente detectable más precoz.
c) Asocia un riesgo más elevado de desarrollar otras enfermedades autoinmunes como enfermedad celíaca.
d) La incidencia ha aumentado como consecuencia de la epidemia de obesidad infantil

138. En el síndrome de Di George o velocardiofacial, ¿qué hallazgos clínicos no esperaría encontrar?

a) Hipocalcemia por hipoparatiroidismo.
b) Anomalías cardíacas como patología del arco aórtico.
c) Hiperplasia tímica con aumento de la silueta tímica en RX tórax.
d) Alteraciones genéticas como Microdelección 22q11.2.

139. Niña de 3 meses, hija de unión consanguínea, que consulta por fiebre y dificultad respiratoria de 2 días de evolución con escasa ganancia ponderal y diarrea prolongada en el último mes. En el hemograma, destaca linfopenia y en rx tórax un patrón de neumonía intersticial bilateral. ¿qué enfermedad grave debería sospechar?

a) Inmunodeficiencia combinada grave.
b) Agammaglobulinemia de Bruton.
c) Fibrosis quística de páncreas.
d) Inmunodeficiencia variable común.

140. Niña de 3 años ingresada por neumonías de repetición. Las 3 infecciones han cursado con fiebre alta y crepitantes focales, pero con afectación de diferentes segmentos pulmonares. También ha presentado otitis de repetición (6 episodios), abscesos cutáneos y dermatitis. En la evaluación diagnóstica inicial, ¿qué prueba no estaría indicada?

a) Broncoscopia.
b) Hematimetría con fórmula leucocitaria.
c) Determinación de niveles de inmunoglobulinas.
d) Determinación de los títulos de anticuerpos frente a vacunas como neumococo.

141. Respecto a los mecanismos de transmisión vertical del virus de la inmunodeficiencia humana VIH. Señale la respuesta correcta:

a) El tratamiento antirretroviral en las madres infectadas por VIH no ha demostrado ser una medida efectiva como profilaxis de la transmisión vertical.
b) El virus VIH materno no puede atravesar la placenta.
c) La mayoría de las infecciones ocurren durante el parto.



d) La leche materna no representa un factor de riesgo de transmisión postnatal.

142. ¿Cuál de las siguientes manifestaciones clínicas NO forma parte del cuadro clínico característico de la anafilaxia?

a) Síncope, hipotensión.
b) Vómitos, dolor abdominal o diarrea.
c) Estornudos, ronquera o disnea.
d) Fiebre.

143. Niño de 3 años que presenta lesiones eczematosas crónicas con eritema y picor intenso a nivel de las flexuras de brazos y piernas, ¿cuál es el diagnóstico más probable?

a) Sarna.
b) Dermatitis atópica.
c) Dermatitis seborreica.
d) Impétigo.

144. En relación con la alergia alimentaria en población infantil, señale la respuesta falsa:

a) La alergia a las proteínas de leche de vaca puede ser mediada por Ig E o no mediada por IgE.
b) Entre los síntomas cutáneos precoces, destacan la urticaria y el angioedema.
c) No se produce reactividad cruzada entre diferentes alimentos.
d) En algunas personas pacientes con manifestaciones digestivas, se puede observar infiltración por eosinófilos en uno o más tramos del tracto gastrointestinal.

145. Niño de 3 años que refiere dolor en cara anterior del muslo y cojera de 3 días de evolución, con limitación de la rotación interna de la cadera. Dos semanas antes, había presentado fiebre e infección de vías respiratorias altas durante 48 horas. La analítica y la radiología son normales, salvo leve derrame articular. ¿qué diagnóstico de sospecha inicial debe plantear?

a) Artritis séptica de cadera.
b) Artritis idiopática juvenil.
c) Sinovitis transitoria de cadera.
d) Enfermedad de Perthes.

146. En relación a la enfermedad de Kawasaki, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA?

a) La base patogénica es una vasculitis.
b) Entre los datos clínicos destaca la fiebre alta, conjuntivitis, lengua en fresa, descamación y exantemas cutáneos polimorfos.
c) Los aneurismas de las arterias coronarias suelen aparecer en la primera semana

d) El tratamiento precoz con inmunoglobulinas intravenosas y dosis elevadas de ácido acetilsalicílico reduce el riesgo de complicaciones cardíacas.

147. En la púrpura de Schönlein-Henoch, ¿cuál de las siguientes manifestaciones no es característica?

a) Trombopenia.
b) Artralgias y artritis.
c) Nefropatía.
d) Dolor abdominal y vómitos.

148. ¿Cuál, de los siguientes datos de laboratorio, NO está incluido en los criterios diagnósticos del lupus eritematoso sistémico?

a) Trombocitosis.
b) Anemia.
c) Niveles bajos de complemento C3 y C4.
d) Hematuria.

149. La hormona de crecimiento está aceptada en España para el tratamiento de las siguientes patologías, EXCEPTO:

a) El déficit de GH.
b) El síndrome de Prader-Willi.
c) El síndrome de Turner.
d) La talla baja familiar.

150. Cuando una niña presenta una pubertad precoz central, observaremos uno de los siguientes signos y síntomas:

a) Inicio de telarquia pasados los 8 años de edad, pero antes de los 9 años.
b) Ciclos menstruales muy regulares desde el inicio.
c) Una aceleración en la velocidad de la maduración ósea.
d) Signos de virilización.

151. En relación con la hiperplasia suprarrenal congénita, señale la opción FALSA:

a) La forma más frecuente es debida al déficit de 21-hidroxilasa.
b) En la forma pierde sal del déficit de 21-hidroxilasa solo se ve afectada la producción de cortisol.
c) Las niñas afectas de déficit de 21-hidroxilasa suelen presentar masculinización de los genitales externos.
d) La forma no clásica del déficit de 21-hidroxilasa suele ser más leve.



152. Entre las manifestaciones bioquímicas de una niña de 9 años con diagnóstico de diabetes mellitus tipo I con cetoacidosis, encontraremos:

a) Elevación de cetonas en sangre y orina.
b) Disminución de cetonas en sangre y elevación en orina.
c) Disminución de cetonas en sangre y orina.
d) Elevación de cetonas en sangre y disminución en orina.

153. ¿Cuál de las siguientes citocinas tiene un papel MÁS relevante en la génesis de la respuesta Th2 típica de la persona paciente alérgica?

a) Interleucina 2.
b) Interleucina 4.
c) Interleucina 17.
d) Interferón gamma.

154. Una lactante de 29 meses acude a su Consulta por presentar una diarrea de 3 semanas de evolución. En las heces se ha aislado Criptosporidium. Su exploración física y crecimiento son normales. Como antecedentes personales constan una neumonía a los 14 meses y varios resfriados y gastroenteritis. Se le realiza una analítica sanguínea que presenta cifras bajas (inferiores al P 3 para su edad) de IgG, IgA e IgM, con cifras de leucocitos, linfocitos y poblaciones linfocitarias normales. Los anticuerpos antineumococo, antitoxoide tetánico IgG, anti-HBs y antisarampión son negativos. Indique cuál de las siguientes le parece la opción diagnóstica MÁS plausible:

a) Síndrome de Bruton.
b) Inmunodeficiencia Común Variable.
c) Hipogammaglobulinemia transitoria de la infancia.
d) Agammaglobulinemia congénita

155. Con respecto a la anafilaxia en la infancia, señale la respuesta VERDADERA:

a) El tratamiento de elección es la adrenalina subcutánea.
b) Para administrar una 2ª dosis de adrenalina hay que esperar al menos 30 minutos.
c) La dosis de adrenalina es de 0,01 mg/kg en cara lateral del muslo hasta un máximo de 0,5 mg.
d) En la anafilaxia la triptasa sérica siempre está elevada.

156. Un niño de 7 años, con antecedente de reacción alérgica grave tras la ingesta de cacahuetes a los 6 años, comienza a quejarse durante una fiesta de cumpleaños de picor en la boca. Observa que le aparecen habones en la cara que se le van extendiendo al cuello y a las extremidades superiores. No presenta edemas, respira sin dificultad y está consciente y orientado. Su familia no está presente. ¿Cuál de los siguientes tratamientos que le ofrecen algunas de las personas invitadas al cumpleaños administraría usted o qué actitud adoptaría?

a) Autoinyectable de adrenalina intramuscular.

b) Prednisona 30 mg comprimido.
c) Cetirizina 10 mg comprimido.
d) Esperar a la llegada de la familia, salvo que el niño evolucione mal

157. Con respecto a la alergia a las proteínas de leche de vaca, señale la respuesta FALSA:

a) Constituye la alergia alimentaria más frecuente en lactante y niño/a pequeño/a.
b) Las reacciones no mediadas por IgE tienen un inicio de síntomas inmediato, entre minutos y 2 horas desde la ingesta.
c) En las reacciones mediadas por IgE los síntomas dermatológicos agudos constituyen el cuadro clínico más frecuente.
d) La proctocolitis alérgica es una reacción no mediada por IgE y la leche de vaca es la causa más frecuente.

158. Indique la complicación MÁS grave a largo plazo de la púrpura de Schönlein-Henoch:

a) La cronificación de la enfermedad.
b) El síndrome nefrítico.
c) La artritis, ya que puede dejar deformidades.
d) La invaginación intestinal.

159. En relación con el Complejo Esclerosis Tuberosa es FALSO:

a) Tiene herencia autosómica dominante.
b) Solo un 15 % de los casos se debe a mutaciones espontáneas.
c) Los genes implicados son TSC1 y TSC2.
d) Es característica la presencia de rabdomiomas cardiacos.

160. En relación a la pubertad precoz, señale la respuesta CORRECTA:

a) En niñas se define como el desarrollo progresivo de caracteres sexuales antes de los 9 años.
b) La causa más frecuente de pubertad precoz es la periférica.
c) La pubertad precoz periférica se produce por activación temprana de la pulsatilidad de la GnRH.
d) En la pubertad precoz central las alteraciones intracraneales son más frecuentes en el sexo masculino que en el femenino

161. En relación con la aparición de los caracteres sexuales secundarios como telarquia en una niña, junto con la aceleración de la velocidad de crecimiento, ¿a qué edad se define pubertad precoz en mujeres?

a) 7 años.
b) 8 años.
c) 9 años.
d) 10 años.



162. Ante un niño de 8 años que presenta nicturia con poliuria >2 l/m2/24 horas NO es cierto:

a) La determinación de glucemia normal ayudará a descartar diabetes mellitus.
b) La determinación de osmolaridad urinaria >600 mOsm/kg orienta a diabetes insípida nefrogénica.
c) La polidipsia primaria forma parte del diagnóstico diferencial.
d) Puede ser preciso realizar una prueba de restricción hídrica para llegar al diagnóstico

163. Niño de 9 años, con antecedentes de panhipopituitarismo tras haber recibido radioterapia hipofisaria por un craneofaringioma a la edad de 5 años, que llega a Urgencias con fiebre de 39 ºC, disminución del nivel de conciencia, presión arterial sistólica de 65 mm Hg y sudoración fría. ¿Qué medida terapéutica debe establecerse en PRIMER LUGAR?

a) Recoger cultivos e iniciar antibioterapia.
b) Colocar una vía para fluidoterapia con suero salino y administrar hidrocortisona intravenosa.
c) Intubación, administración de vasopresores y traslado a Intensivos (UCIP).
d) Administrar tiroxina e hidrocortisona.

164. En una persona recién nacida que presenta un hipotirodismo al nacer, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA?

a) La causa más frecuente de su hipotiroidismo es un trastorno hipofisiario con déficit de TSH.
b) El tratamiento con levotiroxina debe conseguir un nivel de T4 en el límite alto de la normalidad y de TSH en rango normal-bajo.
c) El tratamiento con levotiroxina debe iniciarse tras la confirmación mediante pruebas de imagen del origen del hipotiroidismo.
d) Es probable que presente un retraso cognitivo durante la infancia a pesar del tratamiento hormonal sustitutivo

165. Lactante de 20 días remitido a Urgencias de Pediatría por una crisis convulsiva. En las pruebas de laboratorio destacan niveles normales de glucosa, sodio y potasio, pero valores bajos de calcio total, calcio iónico y paratohormona (PTH). En la radiografía de tórax destaca la ausencia de timo. ¿Qué sospecha diagnóstica debería establecerse en primer lugar?

a) Déficit de vitamina D.
b) Hipoparatiroidismo neonatal transitorio.
c) Raquitismo.
d) Síndrome de deleción 22q11 (o DiGeorge).



166. En un recién nacido con una hiperplasia suprarrenal congénita secundaria a un déficit severo de 21 hidroxilasa, ¿cuál de las siguientes manifestaciones clínicas NO serían esperables?

a) Recién nacido varón con criptorquidia bilateral.
b) Shock hipovolémico con hiponatremia e hiperpotasemia.
c) Shock hipovolémico con hiperglucemia.
d) Cifras de 17-hidroxiprogesterona muy elevadas.

167. Señale la respuesta FALSA en relación a la hiperplasia suprarrenal congénita:

a) El déficit más frecuente corresponde a la enzima 21-hidroxilasa.
b) En el sexo femenino los genitales externos suelen mostrar virilización al nacimiento.
c) La clínica de vómitos y deshidratación suele presentarse en el primer mes de vida.
d) Las formas más graves y frecuentes asocian hiperaldosteronismo.

168. Señale la respuesta correcta en relación a la hiperplasia suprarrenal congénita:

a) Las formas clásicas perdedoras de sal son las menos graves y frecuentes.
b) Las formas no clásicas son las más graves.
c) Clínicamente se manifiesta por una hiperpigmentación y feminización de genitales externos en niños.
d) El manejo de la crisis suprarrenal se realizará mediante reposición de líquidos, hidrocortisona y tratamiento de la hiperpotasemia.

169. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA en relación al hipogonadismo en la infancia?

a) El hipogonadismo hipogonadotropo resulta de alteraciones en las gónadas.
b) El tratamiento incluye en todos los casos GNrH y esteroides sexuales.
c) El síndrome de Turner y de Klinefelter son causa de hipogonadismo hipergonadotropo.
d) El déficit de GnRH es la causa más frecuente de hipogonadismo hipergonadotropo.

170. En un niño de 7 años con diagnóstico reciente de diabetes mellitus que se encuentra estable y sin cetoacidosis, ¿cuál de las afirmaciones es CORRECTA?

a) El tratamiento inicial debería incluir antidiabéticos orales combinado con dieta equilibrada.
b) Dadas las implicaciones a largo plazo, es necesario confirmar el diagnóstico en todos los casos mediante una prueba de tolerancia oral a la glucosa.
c) El tratamiento inicial sería una perfusión continua intravenosa de insulina hasta el control de las glucemias.
d) La población infantil prepubere que no presenta cetoacidosis diabética puede comenzar con una dosis de insulina total de 0,4 – 0,6 UI/kg/día.

171. Adolescente de 13 años, sin antecedentes patológicos con clínica de pérdida de peso, polidipsia, poliuria y nauseas de 2 meses de evolución, que acude a Urgencias y presenta exploración física con taquipnea (30 rpm), sequedad de mucosas y nivel de conciencia alterado. Analítica: Glucemia 540 mg/dl, Sodio 130 mEq/l, Ph 7,08 bicarbonato 8 mEq/l y cetonuria (+++). ¿Cuál es el sospecha diagnóstica y principal medida terapéutica inicial?

a) Cetoacidosis diabética que debe tratarse inicialmente con suero salino e insulina intravenosa en bomba de perfusión continúa.
b) Cetoacidosis diabética que precisa empezar por corregir la acidosis con bicarbonato para evitar el edema cerebral.
c) Debut de diabetes mellitus tipo 1 con cetoacidosis diabética que debe tratarse con insulina NPH subcutánea y sueroterapia.
d) Debut de diabetes mellitus tipo 1 complicada con hiperglucemia hiperosmolar no cetósica que precisa metformina.

172. Durante el tratamiento de una cetoacidosis diabética:

a) Se recomienda realizar una corrección rápida de la deshidratación.
b) El bicarbonato será la primera opción para corregir la acidosis metabólica.
c) Se administrará insulina intravenosa en perfusión continua.
d) No se aportará glucosa hasta que la glucemia descienda de 100 mg/dl.

173. En población infantil menor de 6 meses son datos de sospecha de inmunodeficiencia primaria los siguientes EXCEPTO:

a) Muguet persistente.
b) Antecedentes de inmunodeficiencia primaria.
c) Adenopatías laterocervicales bilaterales.
d) Neumonía antes de los 3 meses de edad.

174. Un niño 8 años correctamente vacunado ha sufrido en el curso de su vida 6 neumonías confirmadas radiológicamente, una de ellas con hemocultivo positivo a neumococo y otra por Haemophilus influenza, 2 cuadros de gastroenteritis aguda por Campylobacter jejuni y un cuadro de diarrea persistente por Giardia lamblia que requirió tratamiento con metronidazol durante 3 semanas para su erradicación. ¿Cuál de las siguientes es la etiología MÁS PROBABLE de sus cuadros infecciosos de repetición?

a) Déficit selectivo de IgA.
b) Síndrome de Omenn.
c) Síndrome de Bruton.
d) Inmunodeficiencia común variable

175. En relación a la urticaria señale la respuesta FALSA:

a) La urticaria aguda suele ser causada por una reacción alérgica mediada por IgE.

b) La urticaria crónica se establece cuando las lesiones aparecen la mayoría de los días de la semana durante más de 6 semanas.
c) Entre las causas de urticaria aguda generalizada se encuentran los alimentos, los fármacos y los venenos de insectos.
d) La urticaria aguda también puede ser producida por estimulación de mastocitos IgE mediada y causada por infecciones víricas y AINES.

176. Las siguientes afirmaciones son ciertas de la proctocolitis alérgica EXCEPTO:

a) Se trata de una alergia digestiva no mediada por IgE.
b) Clínicamente presenta rectorragia con buen estado general.
c) Las pruebas alérgicas (Prick e IgE) habitualmente son positivas.
d) A los 12 meses la mayoría de las personas pacientes toleran proteínas de leche de vaca.

177. Niña de 2 años que acude a Urgencias de Pediatría por vómitos profusos, diarrea, palidez y decaimiento. Tres horas antes refieren haberle dado para comer puré de verduras y pescado. A la exploración física tiene afectación del estado general, palidez y signos de deshidratación. Indique ¿cuál es la sospecha inicial?

a) Anafilaxia.
b) Enterocolitis alérgica inducida por proteína alimentaria.
c) Alergia al pescado IgE mediada.
d) Proctocolitis alérgica

178. Respecto a la alergia alimentaria señale la respuesta FALSA:

a) Las alergias alimentarias son respuestas inmunológicas adversas y pueden ser mediadas por IgE, no mediadas por IgE o mixtas.
b) La gran mayoría de alergias alimentarias se deben a cacahuete, frutos secos, semillas, leche, huevo, soja, trigo, pescado y marisco.
c) Se calcula que entre el 8 y el 11% de la población infantil presenta alergia alimentaria y que el 2,4% tienen alergias alimentarias múltiples.
d) El 80-90% de la población infantil con alergia a los cacahuetes la superan al año de vida.

179. ¿Cuál de los siguientes alimentos tiene una MAYOR tendencia a ser superada a largo plazo?

a) Leche.
b) Avellana
c) Marisco
d) Cacahuete.

180. NO forma parte de los criterios clínicos para el diagnóstico de Enfermedad de Kawasaki:

a) Fiebre.



b) Adenopatía cervical.
c) Inyección conjuntival bilateral.
d) Esplenomegalia

181. ¿Cuál de los tipos de la clasificación de la Artritis Idiopática Juvenil se asocia con más frecuencia a la presencia en suero de Anticuerpos Antinucleares (ANA)?

a) Poliartritis Factor Reumatoide positivo.
b) Oligoartritis.
c) Artritis Psoriásica.
d) Artritis sistémica

182. Paciente de 6 años de edad que se presenta en la consulta con dolor abdominal intermitente y artralgia de tobillo derecho. En la exploración física presenta un exantema purpúrico en extremidades inferiores y región glútea, así como inflamación periarticular del tobillo derecho. ¿Cuál sería la actitud más correcta?

a) Remitiría para ingreso y tratamiento con corticoides IV.
b) Indicaría la realización de una biopsia de piel para confirmar el diagnóstico.
c) Si empeora el dolor abdominal daría analgesia más frecuente ya que no suele haber complicaciones a nivel digestivo en esta enfermedad.
d) Realizaría un hemograma completo con coagulación, toma de TA y tira reactiva de orina.

183. ¿Cuál es el fármaco de primera elección que debe administrarse de forma inmediata para reducir la gravedad y el riesgo de muerte en una persona paciente pediátrica con anafilaxia?

a) Corticosteroides por vía intravenosa
b) Antihistamínicos de segunda generación
c) Adrenalina administrada por vía intramuscular.
d) Broncodilatadores inhalados de acción corta.

184. ¿Cuál es el criterio temporal para considerar que una urticaria es de tipo crónico?

a) Cuando la duración de los brotes es inferior a las 2 semanas.
b) Cuando los síntomas persisten más de 6 semanas.
c) Cuando las lesiones desaparecen en menos de 24 horas sin tratamiento.
d) Cuando la persona paciente presenta más de tres brotes al año.

185. ¿Cuáles son las proteínas de la leche de vaca que con mayor frecuencia inducen una respuesta alérgica mediada por IgE en la población infantil?

a) Caseína, beta-lactoglobulina y alpha-lactoalbúmina.
b) Ovalbúmina, ovomucoide y lisozima.
c) Tropomiosina, parvalbúmina y profilina.
d) Lactoferrina, albúmina sérica y globulina.

186. En relación con el protocolo terapéutico recomendado para la rinitis alérgica en pacientes de pediatría, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA?

a) El tratamiento etiológico comprende medidas de evitación del alérgeno identificado y la inmunoterapia específica
b) El tratamiento preventivo incluye el uso de antihistamínicos de acción prolongada y corticosteroides tópicos.
c) El tratamiento sintomático incluye el uso de fármacos vasoconstrictores, anticolinérgicos y antihistamínicos tópicos.
d) Se recomienda el uso preferente de antihistamínicos de primera generación sobre los de segunda generación en la población infantil.

187. Dentro del grupo de las inmunodeficiencias primarias, ¿cuál es el tipo de defecto que se presenta con mayor frecuencia en población pediátrica, representando aproximadamente el 70% de los casos?

a) Defectos de la inmunidad celular.
b) Defectos de la inmunidad humoral.
c) Defectos en el sistema del complemento.
d) Alteraciones de la función de los fagocitos.

188. En la evaluación inicial de una inmunodeficiencia en la población infantil, ¿cuál de los siguientes hallazgos clínicos no se considera un signo de alerta en lactante menor de 6 meses de vida?

a) Diarrea crónica con retraso del crecimiento
b) Ausencia de sombra tímica en la radiografía de tórax.
c) Hallazgo de un recuento absoluto de linfocitos de 3.200/mm³ en una analítica de control
d) Reacciones graves tras la administración de vacunas con microorganismos vivos.

189. En relación con la deficiencia selectiva de IgA, ¿qué complicación grave puede manifestarse tras la administración de productos hemoderivados en este grupo de pacientes?

a) Desarrollo inmediato de una enfermedad injerto contra huésped.
b) Infección bacteriana fulminante por neumococo.
c) Reacción anafiláctica mediada por anticuerpos anti-IgA.
d) Crisis de angioedema hereditario por consumo del factor Respuesta

190. Respecto a las inmunodeficiencias del sistema del complemento, ¿qué tipo de infecciones recurrentes caracteriza de forma específica a las personas con defectos en los componentes de la vía final común (C5-C9)?

a) Infecciones cutáneas por Staphylococcus aureus.
b) Infecciones por bacterias del género Neisseria.
c) Candidiasis mucocutánea persistente.
d) Parasitosis intestinales por Giardia Respuesta



191. Un paciente de 5 años presenta antecedentes de infecciones recurrentes por bacterias piógenas y fúngicas, destacando la formación de abscesos hepáticos por Staphylococcus aureus y una inflamación ganglionar persistente tras la vacunación con BCG (becegeítis). ¿En qué inmunodeficiencia se debe sospechar de forma prioritaria ante este cuadro clínico?

a) Agammaglobulinemia ligada al cromosoma X.
b) Inmunodeficiencia común variable.
c) Deficiencia selectiva de IgA.
d) Enfermedad granulomatosa crónica.

192. ¿Cuál es el periodo mínimo de persistencia de la inflamación articular necesario para establecer el diagnóstico de artritis idiopática juvenil en una persona paciente menor de 16 años?

a) 2 semanas.
b) 4 semanas.
c) 6 semanas.
d) 12 semanas.

193. En la evaluación de la enfermedad de Kawasaki en la población infantil, ¿cuál de los siguientes hallazgos clínicos se considera un criterio necesario para el diagnóstico de la forma típica?

a) Adenopatía cervical unilateral de menos de 1 cm.
b) Fiebre elevada de al menos 5 días de evolución.
c) Conjuntivitis bilateral de tipo purulento.
d) Artritis de grandes articulaciones.

194. ¿Qué manifestación cutánea se identifica como patognomónica de la dermatomiositis juvenil en paciente de pediatría?

a) Eritema malar en alas de mariposa.
b) Livedo reticularis en el tronco.
c) Pápulas de Gottron en el dorso de las articulaciones.
d) Nódulos subcutáneos de Gower.

195. Dentro de los criterios diagnósticos del síndrome PFAPA en la población pediátrica, ¿cuál de las siguientes manifestaciones NO se considera un síntoma cardinal de este cuadro de fiebre periódica?

a) Estomatitis aftosa.
b) Faringitis.
c) Adenitis cervical.
d) Artralgias

196. Los siguientes cuadros clínicos pueden estar causados por virus herpes, excepto:

a) Gingivoestomatitis.
b) Encefalitis.
c) Varicela.
d) Herpangina.

197. ¿Cuál es la enfermedad exantemática caracterizada por fiebre alta de 3 días de duración, con descenso de la fiebre al cuarto día y aparición simultánea de un exantema eritematoso maculopapuloso de predominio en tronco que suele desaparecer en 2 días?

a) Exantema súbito.
b) Exantema infeccioso.
c) Rubéola.
d) Escarlatina.

198. La varicela es una de las enfermedades exantemáticas más prevalentes en la infancia. Señale la respuesta correcta respecto a sus complicaciones:

a) La varicela es un factor de riesgo para las infecciones invasivas graves por estreptococos del grupo A.
b) La encefalitis es más frecuente que la ataxia cerebelosa.
c) La neuralgia postherpética es frecuente en población infantil con herpes zoster.
d) El tratamiento con aciclovir no modifica el curso de la varicela ni del herpes zoster.

199. En un niño de 13 años con fiebre alta, malestar general, amigdalitis, adenopatías generalizadas, hepatoesplenomegalia y linfocitosis. ¿cuál es el diagnóstico más probable?

a) Mononucleosis infecciosa
b) Toxoplasmosis
c) Rubeola
d) Síndrome linfoproliferativo autoinmune

200. ¿Cuál es el tratamiento para tratar un absceso cutáneo?

a) Antibióticos tópicos.
b) Antibióticos orales.
c) Incisión y drenaje
d) b) y d) son correctas.

201. Las infecciones por Candida Albicans a nivel de piel y mucosas en la infancia son frecuentes y pueden originar los siguientes cuadros clínicos, excepto:

a) Muguet.
b) Intértrigo.
c) Dermatitis del pañal.

d) Ectima.

202. En un niño de 3 años, que consulta por fiebre mantenida de 38-39ªc de un mes de evolución con marcada hepatoesplenomegalia, pancitopenia e hipergammaglobulinemia. ¿cuál sería la infección más probable?

a) Fiebre tifoidea.
b) Brucellosis.
c) Leishmaniasis.
d) Paludismo.

203. ¿Cuál es la secuela tardía más frecuente que debería vigilarse en una niña de 2 años que presentó una meningitis neumocócica sin complicaciones?

a) Hipoacusia.
b) Epilepsia.
c) Ataxia.
d) Retraso mental.

204. Si una adolescente acude a urgencias por fiebre de pocas horas de evolución y en la exploración física presenta letargia, meningismo y lesiones purpúricas con petequias y equimosis, ¿qué antibioterapia empírica se debería utilizar en el manejo inicial?

a) Ampicilina.
b) Aminoglucósido.
c) Cefalosporina de tercera generación tipo cefotaxima o ceftriaxona.
d) Meropenem.

205. ¿Cuál de las siguientes vacunas se recomienda actualmente a las mujeres embarazadas para proteger a los y las recién nacidas, en la Comunidad Autónoma Vasca?

a) Vacuna frente a tétanos.
b) Vacuna frente a hepatitis B.
c) Vacuna frente a la varicela.
d) Vacuna frente a la tos ferina o pertusis.

206. En relación con las vacunaciones recomendadas en la edad pediátrica, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es falsa?

a) La vacuna triple vírica está contraindicada durante el tratamiento de población infantil con leucemia linfoblástica aguda.
b) En las personas pacientes esplenectomizados, se recomiendan las vacunas frente a neumococo y meningococo.
c) La vacuna frente a meningococo C es conjugada.
d) La vacuna frente a rotavirus se debe administrar por vía subcutánea.



207. ¿Cuál es el agente responsable del 90 % de los casos del síndrome mononucleósico?

a) Parvovirus.
b) Virus de Epstein-Barr.
c) Citomegalovirus.
d) Enterovirus.

208. Respecto a la herpangina, señale la respuesta FALSA:

a) Está producida por el virus echo y el virus coxackie A.
b) Suele cursar con fiebre, odinofagia y disfagia.
c) La morbilidad es muy importante y debe tratarse con antibióticos.
d) Pueden aparecer úlceras en boca, paladar y faringe posterior.

209. Señale la complicación MÁS frecuente de la varicela en Pediatría:

a) Neumonía.
b) Ataxia cerebelosa.
c) Sobreinfección bacteriana cutánea.
d) Síndrome de Reye.

210. El tratamiento antibiótico de elección en la tosferina es:

a) Amoxicilina.
b) Azitromicina.
c) Clindamicina.
d) Cefuroxima.

211. ¿Cuál es el germen MÁS frecuentemente aislado en los cultivos de catéteres venosos centrales?

a) Cocos gram positivos coagulasa negativos.
b) Cocos gram positivos coagulasa positivos.
c) Bacilos gram negativos fermentadores.
d) Bacilos gram negativos no fermentadores.

212. Señale cuál de los siguientes antibióticos NO está indicado ante una sospecha de infección por estafilococo:

a) Penicilina.
b) Amoxicilina-clavulánico.
c) Cloxacilina.
d) Vancomicina

213. El botulismo presenta las siguientes características clínicas, EXCEPTO:

a) Parálisis flácida.



b) Parálisis simétrica.
c) Fiebre elevada.
d) Típicamente afecta a pares craneales.

214. Una niña de 9 años que reside en un caserío con animales de granja ingresa por un cuadro de fiebre, tos, astenia, anorexia, cefalea, mialgias, vómitos, diarrea e ictericia. Se le realiza una radiografía de tórax que muestra opacidades redondeadas múltiples. En la exploración abdominal se palpa una hepatomegalia de 5 cm. En la analítica sanguínea destaca una trombocitopenia con elevación de AST/GOT, ALT/GPT, GGT, fosfatasa alcalina y bilirrubina total y directa. ¿Cuál de las siguientes etiologías considera usted la MÁS probable?

a) Infección aguda por citomegalovirus.
b) Infección por Leishmania donovani.
c) Infección por Brucella melitensis.
d) Infección por Coxiella burnetii.

215. Un niño de 4 años tiene desde hace 24 horas fiebre máxima de 39ºC, cefalea y algún vómito. Se encuentra algo decaído y en la exploración únicamente encontramos signos meníngeos positivos. Se realiza analítica de sangre y punción lumbar con los siguientes resultados: la sangre muestra 8.000 leucocitos (neutrófilos 80 %), PCR 12 mg/L y PCT 0,1 ng/dL; el LCR muestra 100 leucocitos (neutrófilos 50 %), glucosa 70 mg/dL, proteínas 20 mg/dL y en el Gram no se visualizan gérmenes. ¿Cuál es el diagnóstico MÁS probable?

a) Síndrome febril.
b) Meningitis viral.
c) Meningitis bacteriana.
d) Encefalitis.

216. Un niño de 7 años sano, con antecedente reciente de pansinusitis, es llevado a Urgencias por fiebre, malestar, cefalea intensa y pulsátil, vómitos y disminución del nivel de conciencia (Glasgow de 14). Se le realiza una TAC cerebral que muestra un área focal hipodensa de 2 cm de diámetro, frontal derecha, sugestiva de absceso cerebral. ¿Qué tratamiento endovenoso empírico considera usted MÁS adecuado?

a) Amoxicilina-clavulánico.
b) Meropenem.
c) Cefotaxima + Vancomicina.
d) Ceftriaxona + Metronidazol.

217. El exantema de la varicela se caracteriza por todo lo siguiente, MENOS por:

a) Afecta a cuero cabelludo y mucosas.
b) La distribución del exantema es de predominio centrípeto.
c) Todas las lesiones exantemáticas alcanzan simultáneamente al mismo tiempo las fases de mácula, pápula y vesícula.
d) En la mayoría de los casos no suele afectar palmas ni plantas.



218. De las siguientes manifestaciones de la tosferina de lactante, ¿cuál NO es criterio de ingreso hospitalario?

a) Dificultad para la alimentación.
b) Leucopenia < 10.000 /ml.
c) Evidencia de sobreinfección respiratoria (Neumonía).
d) Menores de 2-3 meses.

219. ¿Cuál de las siguientes es una vacuna que contiene bacterias atenuadas?

a) Tuberculosis.
b) Difteria.
c) Haemophilus influenzae tipo b.
d) Neumococo 10 valente

220. El botulismo de lactante presenta las siguientes características clínicas, EXCEPTO:

a) Las afectaciones oculares son de gran importancia en el diagnóstico.
b) Parálisis flácida.
c) Parálisis simétrica.
d) Fiebre elevada.

221. Dentro de las características del LCR en la meningitis tuberculosa se encuentra:

a) Leucocitos > de 500 /microlitro.
b) Glucosa < 40 mg/dl.
c) Proteínas< 100 mg /dl.
d) > 80 % de Neutrófilos.

222. Una niña de 9 años presenta febrícula y fiebre menor de 39 ºC de 3 semanas de evolución acompañada de hiporexia, pérdida de peso, artralgias y mialgias. En la exploración física destaca la presencia de manchas planas, indoloras, rojizas, en las manos y las plantas de los pies y lesiones cutáneas nodulares eritematosas dolorosas en la zona distal de los dedos. ¿Cuál de las siguientes entidades le parece la más probable?

a) Polimiositis autoinmune.
b) Endocarditis bacteriana.
c) Infección por Rickettsia conorii.
d) Síndrome de Sudeck

223. Con respecto a las infecciones nosocomiales en la edad pediátrica, señale la respuesta INCORRECTA:

a) Son aquellas que se producen tras 48 horas de ingreso y cuyo agente infeccioso es diferente al que motivó el ingreso.
b) El 5-10% de los pacientes ingresados adquieren al menos una infección nosocomial.



c) El lavado de manos es el mecanismo más eficiente para prevenir las infecciones intrahospitalarias.
d) Entre los factores de riesgo más importantes se encuentran la edad (más frecuente en población infantil mayor), la inmunosupresión y los dispositivos o procedimientos invasivos.

224. Cuál de los siguientes factores NO es utilizado para introducir una vacuna en el calendario vacunal:

a) Incidencia paritaria de la enfermedad que previene (perspectiva de género).
b) Carga de la enfermedad que previene.
c) Efectividad y seguridad de la vacuna.
d) Repercusiones de la modificación en el programa de vacunación.

225. ¿Cuál de las siguientes constituye una CONTRAINDICACIÓN para la vacunación?

a) Lactante en tratamiento antibiótico.
b) Madre de la persona paciente embarazada.
c) Lactante de 2 meses que ha nacido en la semana 29 de gestación.
d) Infección de vías respiratorias alta con fiebre alta.

226. Los cuadros de epiglotitis aguda han disminuido significativamente en nuestro medio debido a:

a) Prescripción de tratamientos antibióticos para cuadros respiratorios de vías altas.
b) Vacunas incluidas en el calendario vacunal.
c) Utilización precoz de los servicios de urgencia en lactantes y población infantil con semiología respiratoria y fiebre.
d) Mejora de la higiene.

227. Según el Calendario de Vacunación Infantil de Euskadi de 2026, ¿a qué edades se recomienda administrar la vacuna frente al meningococo ACWY a la población infantil?

a) A los 2 y 4 meses de edad.
b) Únicamente a los 12 años.
c) A los 4 y 12 meses y a los 12 años de edad.
d) A los 4 meses y a los 6 años de edad.

228. Durante el periodo prodrómico del sarampión, ¿cuál se considera el signo patognomónico que permite diagnosticar la enfermedad antes de la aparición del exantema?

a) Las líneas de Pastia en los pliegues cutáneos.
b) El exantema maculopapuloso de progresión descendente.
c) Las manchas de Koplik en la mucosa yugal.
d) Las manchas de Forchheimer en el paladar blando.



229. En el contexto de la leishmaniasis visceral o kala-azar, ¿qué conjunto de hallazgos es característico para establecer la sospecha diagnóstica en pacientes de pediatría?

a) Ulceración cutánea única y adenopatía regional.
b) Fiebre de corta duración y faringitis exudativa.
c) Fiebre prolongada, hepatoesplenomegalia y pancitopenia.
d) Artritis migratoria y presencia de nódulos subcutáneos

230. En el tratamiento de la toxoplasmosis congénita en persona recién nacida infectada, ¿qué combinación farmacológica se recomienda administrar de forma prioritaria?

a) Espiramicina en monoterapia el primer año de vida
b) Pirimetamina, sulfadiazina y ácido folínico.
c) Clindamicina, pirimetamina y ácido folínico..
d) Pirimetamina y sulfadiazina.

231. ¿Cuál de las siguientes condiciones NO se identifica como un factor de riesgo para el desarrollo de una candidiasis invasiva en la población infantil?

a) El uso previo de antibióticos de amplio espectro.
b) La presencia de catéteres venosos centrales.
c) La prematuridad y el muy bajo peso al nacer.
d) La ventilación no invasiva.

232. Paciente de 4 meses de edad, cuya madre no realizó seguimiento médico durante el embarazo, acude a urgencias por presentar estancamiento ponderal, candidiasis orofaríngea persistente y un cuadro de neumonía intersticial con hipoxemia grave. Ante la sospecha de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), ¿cuál es el patógeno oportunista que con mayor frecuencia causa este cuadro respiratorio en esta población?

a) Staphylococcus aureus.
b) Candida albicans.
c) Pneumocystis jirovecii.
d) Mycobacterium tuberculosis

233. Adolescente de 12 años de edad, es trasladada a urgencias con fiebre de 40 ºC, náuseas, vómitos, mialgias intensas y una marcada disminución de la presión arterial. En la exploración física se observa un exantema eritematoso macular difuso (similar a una quemadura solar) y una pequeña herida quirúrgica en la pierna con escasos signos inflamatorios locales. Tras la estabilización, se obtienen resultados de laboratorio que muestran fracaso renal agudo y trombocitopenia, mientras que los hemocultivos resultan negativos. Ante la sospecha de un síndrome de shock tóxico (SST), ¿cuál es el agente etiológico más probable y qué hallazgo permitiría diferenciarlo de un shock tóxico estreptocócico?

a) Streptococcus pyogenes; se diferencia por la baja positividad de los hemocultivos.

b) Staphylococcus aureus; se diferencia por la presencia frecuente de fascitis necrotizante con dolor local intenso.
c) Staphylococcus aureus; se diferencia por la ausencia de signos de inflamación acentuada en el sitio de la infección y la negatividad habitual de los hemocultivos.
d) Streptococcus pyogenes; se diferencia por la aparición de un exantema que no evoluciona a descamación.

234. Paciente de 6 años de edad acude a urgencias con un cuadro de 10 días de evolución caracterizado por fiebre persistente de baja intensidad, astenia y cefalea. En las últimas 24 horas, la familia refiere la aparición de vómitos y una marcada rigidez de nuca. Se realiza una punción lumbar para el análisis del líquido cefalorraquídeo (LCR), obteniéndose los siguientes resultados: 180 leucocitos/mm³ (con un 80% de mononucleares), proteínas de 850 mg/dL y glucosa de 25 mg/dL (glucemia plasmática simultánea de 100 mg/dL). Ante este perfil bioquímico y citológico, ¿cuál es el diagnóstico más probable en esta persona paciente?

a) Meningitis vírica.
b) Meningitis bacteriana aguda.
c) Meningitis tuberculosa.
d) Meningitis bacteriana parcialmente tratada.

235. Niño de 3 años de edad, previamente sano y sin antecedentes de contacto conocido con personas enfermas, presenta una tumoración cervical submandibular unilateral de 4 semanas de evolución. La masa es de consistencia firme, no dolorosa y no presenta signos inflamatorios agudos. La prueba de la tuberculina (Mantoux) muestra una induración de 8 mm y la radiografía de tórax es rigurosamente normal. Ante la sospecha de una linfadenitis por micobacterias, ¿cuál de los siguientes factores orientaría hacia una infección por micobacterias no tuberculosas (MNT) en lugar de Mycobacterium tuberculosis?

a) La ausencia de síntomas constitucionales (fiebre, pérdida de peso) y la normalidad de la radiografía pulmonar.
b) El hallazgo de una reacción de Mantoux con una induración superior a 15 mm.
c) La presencia de una sombra tímica normal en la radiografía de tórax.
d) Un resultado positivo en la técnica de IGRA (Interferon-Gamma Release Assay).

236. En relación con la prevención de infecciones nosocomiales por el Virus Respiratorio Sincitial (VRS), ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta respecto al aislamiento?

a) Requiere estrictamente una habitación individual con presión negativa.
b) El aislamiento respiratorio por gotitas es la medida única y suficiente.
c) Las soluciones alcohólicas no son eficaces para la higiene de manos frente a este virus.
d) La prevención se basa fundamentalmente en la aplicación estricta de medidas de contacto (guantes y bata).

237. En un paciente recientemente hospitalizado por osteomielitis con antibioterapia prolongada, que presenta deposiciones con sangre de 4 días de evolución y coprocultivo positivo a clostridium difficile. ¿qué tratamiento recomendaría inicialmente?

a) Solución de rehidratación oral y loperamida.
b) Metronidazol intravenoso.
c) Vancomicina intravenosa.
d) Metronidazol oral.

238. Niña de 12 meses que ha presentado 2 vómitos y episodios intermitentes de dolor abdominal, con afectación del estado general y flexión de las piernas en las últimas 6 horas, que han aumentado en frecuencia. No refiere historia de rash, fiebre ni diarrea y la exploración actual es normal. ¿qué actitud terapeuta indicaría según la sospecha diagnóstica?

a) Cirugía por sospecha de apendicitis.
b) Cirugía por sospecha de peritonitis.
c) Reducción radiológica guiada por ecografía, por sospecha de invaginación intestinal.
d) Cirugía urgente, por sospecha de vólvulo intestinal.

239. ¿Cuál es la causa más frecuente de dolor abdominal crónico en población infantil y adolescentes?

a) Dolor abdominal funcional.
b) Enfermedad celíaca.
c) Alergia alimentaria.
d) Intolerancia a la lactosa.

240. ¿Cuál es la indicación más frecuente de trasplante hepático en la infancia en nuestro medio?

a) Atresia de vías biliares o biliar.
b) Síndrome de Alagille.
c) Enfermedad de Wilson.
d) Infección crónica por hepatitis C.

241. Respecto a las principales causas de fallo hepático agudo o insuficiencia hepática fulminante, señale la afirmación falsa:

a) Puede ser una complicación de una hepatitis vírica A.
b) Puede observarse en caso de intoxicación grave por paracetamol.
c) Puede ser provocada por una intoxicación alimentaria.
d) Las formas idiopáticas son excepcionales en la población infantil.

242. En un paciente asintomático de 13 años con anemia ferropénica que no responde a un tratamiento oral correcto con sales ferrosas durante 3 meses, ¿qué estudios digestivos indicaría, inicialmente?

a) Determinación de Anticuerpos antitransglutaminasa de tipo Ig A y niveles séricos de Ig A para descartar una enfermedad celíaca.
b) Endoscopia digestiva alta para descartar sangrado por un divertículo de Meckel.
c) Estudio de parásitos en heces para descartar parasitosis tipo Giardia lamblia.
d) Colonoscopia y toma de biopsia para descartar enfermedad inflamatoria intestinal.

243. Un lactante de 3 semanas alimentado con biberón desde el nacimiento acude a Urgencias por presentar en las últimas 24 horas vómitos eyectivos, aproximadamente 1 hora después de cada toma. El lactante está irritable y ligeramente deshidratado, aunque mantiene un buen estado general, y presenta gran avidez por las tomas de biberón. ¿Cuál es el diagnóstico MÁS probable de este bebé y qué exploración diagnóstica solicitaría?

a) Alergia a proteínas de leche de vaca. IgE total e IgE específica de leche de vaca.
b) Invaginación intestinal. Ecografía abdominal.
c) Vólvulo intestinal. Ecografía abdominal.
d) Estenosis hipertrófica de píloro. Ecografía abdominal.

244. ¿En cuál de las siguientes patologías NO es característica la presencia de vómitos?

a) Atresia esofágica.
b) Estenosis hipertrófica de píloro.
c) Reflujo gastroesofágico.
d) Atresia yeyunoileal.

245. En el contexto de un cuadro catarral acompañado de vómitos de 24 horas de evolución, una niña de 4 años presenta un vómito con sangre en "poso de café" y, pocos minutos después, otro vómito con contenido hemático escaso. Acude a Urgencias de su hospital 1 hora después de este último vómito. El estado general de la niña es bueno, está bien hidratada, la tensión arterial es normal, la frecuencia cardiaca es de 110 lpm, el llenado capilar del lecho ungueal es de 2 segundos y la temperatura axilar es de 37,7ºC. ¿Cuál sería su actitud ante esta paciente?

a) Ingreso para realización de una gastroscopia urgente.
b) Derivación preferente a la consulta de Digestivo Infantil para su estudio.
c) Ingreso en la UCIP para monitorización y tratamiento.
d) Tranquilizar a la familia y alta.

246. Un lactante de 8 meses acude a Urgencias por un cuadro de 48 horas de evolución con diarrea acuosa sin sangre. En la exploración presenta signos de deshidratación. El agente etiológico de la diarrea MÁS probable es:

a) Adenovirus.



b) Campylobacter jejuni.
c) Rotavirus.
d) Salmonella.

247. Ante un paciente de 10 años con diarrea crónica, dolor abdominal y pérdida de peso en el que sospecha que pueda tener una enfermedad inflamatoria intestinal, ¿cuál de los siguientes hallazgos le ayudará a establecer el diagnóstico MÁS certero?

a) El hallazgo de enfermedad perianal será sugestivo de Enfermedad de Crohn.
b) La presencia de anemia asociada nos indicará que se trata de un cuadro de colitis ulcerosa.
c) La presencia de manifestaciones extraintestinales nos indicará que se trata de un cuadro de Enfermedad de Crohn.
d) La elevación de la calprotectina fecal será exclusiva de la colitis ulcerosa.

248. Una adolescente de 13 años presenta desde hace 2 semanas diarrea sanguinolenta con astenia y pérdida de 2 Kg de peso. En el coprocultivo se aísla Clostridium difficile no toxigénico. La analítica muestra una elevación de la PCR sanguínea y de la calprotectina fecal, con leve anemia ferropénica. Se le realiza una ileocolonoscopia en la que se observa en colon una afectación parcheada con grandes úlceras en sacabocados. No se observa afectación ileal. ¿Con cuál de los siguientes tratamientos comenzaría antes de disponer del resultado de la anatomía patológica y de otros parámetros analíticos sanguíneos?

a) Metronidazol.
b) Aminosalicilatos.
c) Dieta polimérica.
d) Azatioprina.

249. ¿Cuál de las siguientes enfermedades metabólicas NO se asocia a fallo hepático agudo?

a) Galactosemia.
b) Tirosinemia tipo I.
c) Enfermedad de Wilson.
d) Glucogenosis tipo V o Enfermedad de McArdle.

250. Un lactante de 2 meses afebril acude a su Consulta por irritabilidad, diarrea crónica desde hace más de 1 mes y fallo de medro. A la exploración destaca un aspecto desnutrido, ictericia y hepatomegalia. Analítica sanguínea: bilirrubina total 3,6 mg/dL, bilirrubina directa 3 mg/dL, AST/GOT 115 U/L, ALT/GPT 117 U/L, GGT 13 U/L, FA 445 U/L, albúmina 2,4 g/dL, PCR 0,5 mg/L, hemoglobina 9,8 g/dL. Calprotectina fecal 75 mg/Kg. De los siguientes, ¿cuál cree usted que es el diagnóstico MÁS probable?

a) Colestasis intrahepática familiar.
b) Atresia de vías biliares intrahepáticas.
c) Síndrome de Alagille.



d) Fibrosis quística

251. Con respecto a la enfermedad celíaca, señale la afirmación FALSA:

a) La valoración inicial incluye niveles de anticuerpos antitransglutaminasa IgA y niveles de inmunoglobulina A.
b) La biopsia intestinal es necesaria para el diagnóstico en todos los casos.
c) Se puede asociar a otras enfermedades autoinmunes.
d) La mayoría de los pacientes portan HLA-DQ2.

252. En un lactante de un mes deshidratado por vómitos asociados a una estenosis hipertrófica de píloro detectada en la ecografía. ¿Qué patrón bioquímico es el MÁS característico?

a) Alcalosis metabólica hipoclorémica.
b) Acidosis mixta respiratoria y metabólica.
c) Hipopotasemia.
d) Hipernatremia

253. El tipo más frecuente de atresia de esófago es:

a) Tipo A: Atresia de esófago pura sin fístula traqueoesofágica.
b) Tipo B: Atresia de esófago con fístula traqueoesofágica proximal.
c) Tipo C: Atresia de esófago con fístula traqueoesofágica distal.
d) Tipo D: Atresia de esófago con fístula traqueoesofágica proximal y distal.

254. ¿Cuál de los siguientes fármacos tiene una MENOR indicación para tratar a una niña de 10 años afecta de enfermedad de Crohn colónica?

a) Azatioprina.
b) Infliximab.
c) Aminosalicilatos.
d) Prednisona.

255. En relación con el divertículo de Meckel ¿cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA?

a) Se encuentre en el borde antimesentérico del íleon.
b) Puede contener mucosa ectópica de cualquier tramo del aparato digestivo.
c) Su existencia se asocia muy frecuentemente a la aparición de complicaciones digestivas (hemorragia, vólvulo o invaginación).
d) La gammagrafía con pertecnectato de Tc-99m tiene una sensibilidad y especificidad en torno al 90 %.



256. Un lactante varón de 9 semanas presenta ictericia, detectada en la primera semana de vida, irritabilidad, heces hipocólicas y escasa ganancia ponderal. En la analítica tiene un hemograma, urea electrolitos, glucemia, TSH, albúmina, GGT y PCR normales y bilirrubina total y directa, AST, ALT y fosfatasa alcalina elevadas. El diagnóstico más probable es:

a) Síndrome de Alagille.
b) Atresia de vías biliares.
c) Colestasis intrahepática familiar.
d) Déficit de alfa 1 antitripsina.

257. ¿Qué resultado en el estudio genético permite descartar con casi total seguridad la enfermedad celíaca en una persona paciente pediátrica?

a) Ausencia de los haplotipos HLA-DQ2 y HLA-DQ8.
b) La presencia del alelo HLA-B27
c) La determinación de anticuerpos anti-endomisio (EMA)
d) La presencia del haplotipo HLA-DR4.

258. En el diagnóstico de la enfermedad de Hirschsprung, ¿cuál se considera la prueba de elección o "patrón oro" para confirmar de forma definitiva la aganglionosis del plexo mientérico?

a) Manometría anorrectal que muestra ausencia del reflejo inhibidor.
b) Enema opaco que evidencia una zona de transición de calibre.
c) Biopsia rectal que demuestra ausencia de células ganglionares y troncos nerviosos hipertróficos.
d) Radiografía simple de abdomen con dilatación de asas colónicas.

259. Respecto a la clasificación de las fístulas traqueoesofágicas y atresia de esófago, ¿cuál es el tipo más frecuente en pediatría (aproximadamente el 85% de los casos)?

a) Atresia de esófago aislada (Tipo A).
b) Atresia con fístula en el cabo inferior (Tipo C).
c) Atresia con fístula en el cabo superior (Tipo B).
d) Fístula traqueoesofágica en H (Tipo E).

260. En la evaluación de la enfermedad inflamatoria intestinal en niños y niñas, ¿cuál es la localización anatómica más frecuente en el momento del diagnóstico de la enfermedad de Crohn pediátrica?

a) Afectación ileocolónica (íleon terminal y colon derecho).
b) Afectación exclusiva del colon (colitis de Crohn).
c) Afectación exclusiva del intestino delgado (ileítis).
d) Afectación gástrica y duodenal aislada.

261. Según los criterios de Roma IV para el estreñimiento funcional en población infantil menor de 4 años, ¿cuál es el periodo mínimo de persistencia de los síntomas necesario para el diagnóstico?

a) 2 semanas.
b) 4 semanas (1 mes).
c) 6 semanas.
d) 8 semanas (2 meses).

262. En el tratamiento de mantenimiento del estreñimiento funcional en pediatría, tras asegurar una desimpactación inicial si fuera necesaria, ¿cuál es el fármaco de primera elección recomendado de forma prioritaria?

a) Polietilenglicol (PEG) con o sin electrolitos.
b) Aceite de parafina (parafina líquida) como primera opción terapéutica.
c) Lactulosa en monoterapia de forma preferente sobre los macrogoles.
d) Uso de supositorios de glicerina o microenemas de forma diaria y prolongada.

263. Paciente de 20 meses de edad acude a consulta por un cuadro de diarrea crónica de 3 meses de evolución, acompañada de distensión abdominal marcada, irritabilidad y un estancamiento ponderal significativo (pérdida de percentiles de peso y talla). En la exploración se observa una evidente atrofia de la musculatura glútea. Ante la sospecha de enfermedad celíaca, ¿cuál es el primer paso diagnóstico recomendado según los protocolos actuales?

a) Realización inmediata de una biopsia intestinal para valorar la atrofia vellositaria
b) Determinación de anticuerpos anti-transglutaminasa tisular IgA y niveles de IgA total.
c) Retirada estricta del gluten de la dieta para valorar la mejoría clínica
d) Realización de un estudio genético HLA-DQ2/DQ8.

264. En relación con la clínica y el diagnóstico de la apendicitis aguda en pediatría, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA?

a) Se identifica como la causa más frecuente de abdomen agudo que requiere tratamiento quirúrgico en la infancia.
b) El periodo de mayor incidencia de esta patología se sitúa en la población infantil de entre los 6 y los 12 años.
c) La etiología es multifactorial, siendo la causa más común la obstrucción de la luz apendicular por un fecalito o por hiperplasia del tejido linfoide.
d) En la secuencia clínica más habitual, las náuseas y los vómitos se presentan siempre de forma previa a la aparición del dolor abdominal.



265. Niña de 3 años y medio que acude a la consulta de Pediatría por presentar, desde hace aproximadamente 8 semanas, una cojera de predominio matutino que mejora a lo largo del día. La familia no refiere antecedentes traumáticos ni fiebre. En la exploración física, destaca una tumefacción evidente en la rodilla derecha, con aumento de la temperatura local y limitación dolorosa a la extensión completa. El resto de las articulaciones son normales.
Ante el cuadro descrito, ¿cuál de los siguientes hallazgos se considera un signo de sospecha de AIJ según las guías clínicas?

a) Rigidez articular de predominio matutino superior a 10-15 minutos.
b) Dolor articular de carácter migratorio que cede con el reposo.
c) Presencia de fiebre alta de corta duración (menos de 5 días) sin foco.
d) Presencia de uveítis anterior muy sintomática con ojo rojo, dolor y fotofobia.

266. Niña de 3 años y medio que acude a la consulta de Pediatría por presentar, desde hace aproximadamente 8 semanas, una cojera de predominio matutino que mejora a lo largo del día. La familia no refiere antecedentes traumáticos ni fiebre. En la exploración física, destaca una tumefacción evidente en la rodilla derecha, con aumento de la temperatura local y limitación dolorosa a la extensión completa. El resto de las articulaciones son normales.
Se solicita una analítica que muestra una VSG levemente elevada (35 mm/h), Factor Reumatoide negativo y Anticuerpos Antinucleares (ANA) positivos a título 1/160. Teniendo en cuenta que solo presenta afectación de la rodilla derecha durante 2 meses, ¿cuál es el diagnóstico más probable?

a) Artritis idiopática juvenil sistémica.
b) Artritis idiopática juvenil oligoarticular.
c) Artritis relacionada con entesitis.
d) Artritis idiopática juvenil poliarticular factor reumatoide negativo.

267. Niña de 3 años y medio que acude a la consulta de Pediatría por presentar, desde hace aproximadamente 8 semanas, una cojera de predominio matutino que mejora a lo largo del día. La familia no refiere antecedentes traumáticos ni fiebre. En la exploración física, destaca una tumefacción evidente en la rodilla derecha, con aumento de la temperatura local y limitación dolorosa a la extensión completa. El resto de las articulaciones son normales.
Teniendo en cuenta las recomendaciones actuales para el diagnóstico de la paciente y sin factores de mal pronóstico, ¿cuál sería el escalón terapéutico inicial de elección?

a) Antiinflamatorios no esteroideos (AINE) e infiltración articular con triamcinolona.
b) Inicio inmediato con agentes biológicos (anti-TNF) como etanercept.
c) Antibioterapia intravenosa ante la sospecha de artritis séptica.
d) Corticoterapia sistémica a dosis altas (2 mg/kg/día).



268. Niña de 3 años y medio que acude a la consulta de Pediatría por presentar, desde hace aproximadamente 8 semanas, una cojera de predominio matutino que mejora a lo largo del día. La familia no refiere antecedentes traumáticos ni fiebre. En la exploración física, destaca una tumefacción evidente en la rodilla derecha, con aumento de la temperatura local y limitación dolorosa a la extensión completa. El resto de las articulaciones son normales.
Debido al subtipo de AIJ de la paciente y la positividad de los ANA, ¿qué complicación extraarticular debe vigilarse de forma estrecha?

a) Glomerulonefritis membranosa.
b) Síndrome de activación macrofágica.
c) Uveítis anterior crónica.
d) Pericarditis con derrame.

269. Niño de 2 años que comienza, de manera brusca, con cuadro de dificultad respiratoria intensa, estridor inspiratorio y tos ronca mientras dormía. ¿cuál es el diagnóstico más probable?

a) Crisis asmática.
b) Aspiración de cuerpo extraño.
c) Laringitis aguda.
d) Epiglotitis aguda.

270. Respecto a las complicaciones de la sinusitis bacteriana aguda, señale la afirmación falsa:

a) En complicaciones graves, como el absceso epidural, puede requerirse drenaje quirúrgico por neurocirugía.
b) Para la valoración de las complicaciones orbitarias, se recomienda incluir Tomografía Computarizada de órbitas, senos y consulta con el otorrinolaringología y oftalmología.
c) Debe iniciarse tratamiento antibiótico intravenoso de amplio espectro de forma inmediata, en caso de complicaciones intracraneales
d) La celulitis periorbitaria causa proptosis, diplopia, dolor y alteración de los movimientos oculares

271. Recién nacido a término con parto normal, que presenta un distress respiratorio marcado e inmediato y abdomen excavado. En la radiografía de tórax destaca desviación del mediastino hacia la derecha e imágenes hidro-aéreas circulares que ocupan el hemitórax izquierdo. El diagnóstico más probable es:

a) Enfermedad de membrana hialina.
b) Neumotórax a tensión.
c) Síndrome de aspiración meconial.
d) Hernia diafragmática congénita o de Bochdalek.

272. Respecto a la bronquiolitis aguda, señale la afirmación falsa:

a) El anticuerpo monoclonal frente al Virus Respiratorio Sincitial, NIRSEVIMAB está indicado para su prevención en grandes prematuros/as y en algunas cardiopatías.
b) En todos los casos con fiebre y necesidades de oxígeno para mantener saturación >94%, se debe realizar una radiografía de tórax.
c) En bronquiolitis no complicadas no se recomiendan corticoides ni broncodilatadores.
d) El mejor método para prevenir la transmisión nosocomial es una higiene meticulosa y lavado de las manos.

273. En una paciente de 13 años, con asma bronquial moderado y persistente que presenta síntomas diarios y crisis frecuentes, pero que no recibe ningún tratamiento de base, ¿qué terapia inicial recomendaría?

a) Dosis altas de corticoides inhalados.
b) Antagonistas de los receptores de los leucotrienos (montelukast).
c) Terapia combinada con dosis bajas de corticoides inhalados y agonistas beta-2 de acción prolongada.
d) Salbutamol a demanda.

274. En un niño de 8 años previamente sano que, tras correr en un partido de baloncesto, refiere tos seca y sensación de ahogo. ¿qué tratamiento recomendaría?

a) Beta-agonistas de acción corta inhalados y previos al ejercicio físico, si se repite la sintomatología.
b) Beta-agonistas de acción corta inhalados diarios.
c) Corticoides inhalados.
d) Cromoglicato sódico.

275. En relación con el derrame pleural paraneumónico, señale la respuesta verdadera:

a) El quilotórax es una acumulación de pus en el espacio pleural.
b) Se suele asociar a neumonía causada por Mycoplasma pneumoniae.
c) En la toracocentesis, si hay empiema, se detectará un líquido pleural con escasa celularidad.
d) La ecografía puede ser útil para determinar la cantidad de líquido, la presencia de tabiques y guiar la colocación del tubo de drenaje.

276. ¿Cuál de los siguientes NO es un criterio de ingreso en la UCIP en lactante de 1 mes de vida que presenta un cuadro de bronquiolitis aguda?

a) Hipoxia con saturación basal <92 %.
b) Apneas persistentes.
c) Miocarditis asociada con riesgo de arritmia grave.
d) Acidosis respiratoria grave.



277. Una lactante de 2 meses previamente sana ingresa en la UCIP con un diagnóstico de bronquiolitis grave por adenovirus. Presenta una evolución tórpida por lo que recibe soporte con ventilación mecánica durante 20 días y posteriormente se le sigue administrando O2 durante más de 2 meses por presentar saturaciones basales de oxígeno inferiores al 92 %. Se le realiza una TAC pulmonar en la que se observa un patrón en mosaico de áreas de atrapamiento pulmonar. ¿Cuál es el diagnóstico MÁS probable?

a) Proteinosis alveolar.
b) Bronquiolitis obliterante.
c) Síndrome de Loeffler o enfermedad pulmonar eosinofílica postinfecciosa.
d) Barotrauma con lesión pulmonar crónica secundaria a la ventilación mecánica.

278. Niña de 5 años con neumonía en base pulmonar derecha, con afectación del estado general, fiebre e hipoxemia persistentes a pesar de una semana de tratamiento antibiótico endovenoso con cefalosporina de 3ª generación. En la ecografía pulmonar no hay signos de derrame pleural. Señale la respuesta INCORRECTA respecto al manejo de esta paciente:

a) Solicitaría una radiografía simple de tórax para buscar cavidades hidroaéreas sugestivas de neumonía necrotizante.
b) Añadiría al tratamiento un macrólido oral por la sospecha de coinfección por un germen atípico.
c) Añadiría al tratamiento un antibiótico endovenoso con cobertura de amplio espectro para gérmenes anaerobios.
d) Es probable que precise tratamiento antibiótico prolongado durante 4-8 semanas.

279. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA sobre el megacolon agangliónico o Enfermedad de Hirschsprung?

a) Existen formas de presentación tardías en la población infantil mayor.
b) Se puede presentar en la persona recién nacida en forma de obstrucción aguda.
c) La forma más frecuente es la que afecta al segmento recto-sigmoideo.
d) Al tacto rectal, la ampolla rectal suele estar llena.

280. Respecto a la fibrosis quística, señale la opción CORRECTA:

a) Es de herencia autosómica dominante.
b) Se diagnostica con un test del sudor que muestra un valor de cloro <30 mmol/L.
c) Suele cursar con hipernatremia y acidosis metabólica.
d) Puede presentarse como íleo meconial en el recién nacido

281. Respecto a las infecciones pulmonares en personas pacientes afectas de fibrosis quística (FQ), ¿cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA?

a) Pseudomonas aeruginosa es el principal responsable de las reagudizaciones respiratorias en pacientes con FQ.

b) La infección por Estafilococo aureus suele aparecer en pacientes con enfermedad pulmonar evolucionada.
c) Al llegar a fases terminales de la enfermedad, es frecuente el aislamiento de novo de gérmenes como Burkholderia cepacia o Stenotrophomonas maltophilia.
d) El uso de fluoroquinolonas en pacientes con FQ debe ser conservador por el riesgo de aparición de lesiones en los cartílagos de crecimiento.

282. Respecto a las pruebas de función respiratoria, ¿cuál de las siguientes afirmaciones NO es correcta?

a) El FEV1 se correlaciona de forma lineal e inversamente con el grado de obstrucción de las vías aéreas.
b) En la curva de flujo-volumen de una persona paciente con patrón obstructivo, el asa espiratoria de la curva es cóncava.
c) Se considera una prueba de broncodilatación positiva, cuando el FEV1 aumenta un 12 % o más tras la administración del broncodilatador.
d) La pletismografía tiene la ventaja de que permite medir los volúmenes pulmonares y la resistencia de las vías aéreas en pacientes que colaboran poco.

283. De las siguientes características bioquímicas de los derrames pleurales paraneumónicos, indique la que sugiere derrame simple no complicado:

a) pH < 7,0.
b) LDH < 100 U/L.
c) Glucosa < 40 mg/dl.
d) Cultivo Positivo.

284. En la radiografía de tórax de un preescolar de 3 años con un síndrome catarral febril de 4 días de evolución observamos un aumento de densidad en la base del pulmón derecho. ¿Cuál de los siguientes hallazgos radiográficos nos orientan a pensar que nos encontramos frente a una atelectasia y no una consolidación neumónica?

a) Presencia de broncograma aéreo.
b) Volumen pulmonar conservado.
c) Presencia de enfisema en los lóbulos contiguos.
d) Aumento de la trama hiliar.

285. Un neonato de 2 semanas ingresa en el hospital por taquipnea, tiraje subcostal e intercostal e hipoxemia. Durante su ingreso se le realiza una radiografía de tórax que muestra atrapamiento aéreo y aumento de la trama intersticial; el TAC pulmonar, un patrón en vidrio deslustrado; y la biopsia pulmonar, un aumento de los septos interalveolares con depósitos granulares de glucógeno en su citoplasma. ¿Qué enfermedad encaja mejor con esta descripción?

a) Neumonitis intersticial celular.
b) Déficit de alfa 1 antitripsina.
c) Déficit de proteínas del surfactante.

d) Hiperplasia de células neuroendocrinas.

286. En una niña de 9 años con cuadros recurrentes de tos y dificultad respiratoria que se han tratado con tratamiento broncodilatador a demanda, se considera una prueba de broncodilatación positiva cuando el FEV1:

a) Aumenta al menos un 10 %.
b) Aumenta al menos un 12 %.
c) Aumenta al menos un 15 %.
d) Aumenta al menos un 17 %

287. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la colonización por Burkholderia cepacia en la fibrosis quística es correcta?

a) La infección entre pacientes se produce exclusivamente por vía áerea.
b) En el caso de ingreso, el tipo de aislamiento recomendado es el de transmisión por gotas.
c) No se recomienda aislar las personas pacientes con fibrosis quística colonizadas con B. cepacia, ya que puede aumentar su estigmatización. Es suficiente la utilización de mascarillas FFP2 por parte de las personas pacientes.
d) La infección por B. cepacia se asocia con una mayor mortalidad tras un trasplante de pulmón.Respuesta

288. ¿Qué NO esperaría encontrar en lactante con síndrome de hipoventilación central del sueño?

a) Ausencia de respuesta a la hipercapnia o hipoxemia provocada.
b) Enfermedad de Hirschsprung asociada.
c) Alteración de la motilidad esofágica.
d) Una hermana o hermano afecto de la misma enfermedad.

289. Con respecto a la amigdalitis aguda, señale la respuesta CORRECTA:

a) La etiología bacteriana es más frecuente en los menores de 3 años.
b) Es recomendable realizar una confirmación microbiológica antes de iniciar un tratamiento antibiótico.
c) Para realizar el diagnóstico de amigdalitis la mejor técnica es la prueba rápida de detección de antígeno estreptocócico porque es la más sensible y la más específica.
d) El tratamiento de la amigdalitis estreptocócica es amoxicilina oral durante 5 días.

290. Respecto a la laringitis aguda señale la respuesta FALSA:

a) Cursa con estridor inspiratorio.
b) La disfagia y el trismus suele ser habitual.
c) El distrés respiratorio puede ser variable.
d) Además de las medidas físicas y de soporte, la dexametasona oral es el tratamiento de elección.

291. Con respecto al tratamiento de la bronquiolitis, señale la respuesta CORRECTA:

a) El tratamiento con broncodilatadores se recomienda para menores entre 6 y 18 meses.
b) En caso de persistencia de síntomas más allá de una semana está indicado iniciar un ciclo de corticoides orales.
c) No está indicada la administración de broncodilatadores, corticoides o antibióticos de manera sistemática.
d) Por debajo de los 6 meses de edad debe realizarse una radiografía de tórax.

292. Respecto a la aspiración de cuerpo extraño señale la respuesta FALSA:

a) La gravedad depende del tamaño, la localización y la obstrucción que produce.
b) La prevalencia es mayor en menores de 5 años y generalmente ocurre mientras están jugando y/o comiendo.
c) Los frutos secos son dentro de los cuerpos extraños vegetales los más frecuentes.
d) Se localizan principalmente en bronquio principal izquierdo.

293. Con respecto a la neumonía neumocócica adquirida en la comunidad, señale la respuesta CORRECTA:

a) Es una rara causa de neumonía bacteriana en población infantil.
b) En población infantil con edad superior a 7-8 años el inicio de los síntomas puede ser súbito, con escalofríos, tos seca, fiebre alta y dolor torácico. El derrame pleural puede ser una complicación.
c) Es más prevalente en población infantil con edad inferior a 2 años.
d) El hemocultivo es positivo en más de 80-90 % de los casos.

294. Respecto a las neumonías adquiridas en la comunidad (NAC) señale la respuesta FALSA:

a) El hemocultivo es positivo en más de 90 % de los casos.
b) La falta de sensibilidad y especificidad de los reactantes de fase aguda (proteína C reactiva; PCR y procalcitonina; PCT) no permite identificar la etiología de la neumonía en todos los casos.
c) En general, en la neumonía adquirida en la comunidad (NAC), no complicada, que precisa ingreso hospitalario, el tratamiento inicial de elección en población infantil con edad igual o superior a tres meses es la ampicilina.
d) En menor con diagnóstico de NAC que continúa con fiebre a las 72 horas de iniciado un tratamiento con amoxicilina oral a 80 mg/kg/día hay que realizar una radiografía de tórax de control para descartar una complicación.

295. Respecto al asma, señale la respuesta CORRECTA:

a) El tratamiento de elección en las crisis asmáticas es el salmeterol.
b) El tratamiento controlador de elección para el asma moderada es la inmunoterapia.
c) El tratamiento controlador de elección para el asma moderada son los broncodilatadores de larga duración en monoterapia.



d) El tratamiento controlador con glucocorticoides inhalados mejora la función pulmonar, reduce los síntomas de asma, las exacerbaciones y el uso de medicación de rescate.

296. Respecto al diagnóstico del asma, señale la respuesta FALSA:

a) La fracción exhalada de óxido nítrico (FeNO) es la prueba más sensible y específica para diagnosticas asma.
b) Las provocaciones con ejercicio (ejercicio aeróbico o «carrera» durante 6-8 minutos) pueden ayudar a identificar a la población infantil con broncoespasmo inducido por el ejercicio (BIE).
c) Las pruebas de broncoprovocación pueden ser útiles para diagnosticar el asma.
d) La espirometría es una herramienta de evaluación esencial en la población infantil con riesgo de sufrir exacerbaciones de asma grave y en aquellas personas que perciben mal los síntomas del asma.

297. Ante un paciente con diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad que presenta fiebre, tos, disnea, hipoventilación en hemitórax izquierdo y ausencia de mejoría a pesar de haber recibido tratamiento con amoxicilina oral durante 4 días. Señale, la respuesta CORRECTA:

a) Es una neumonía adquirida en la comunidad (NAC) por germen resistente.
b) Puede ser una NAC complicada con derrame pleural.
c) Es una neumonía atípica y el tratamiento correcto es la azitromicina.
d) Es una NAC de etiología viral y los antibióticos no son necesarios.

298. Respecto al diagnóstico y tratamiento del derrame pleural señale la respuesta FALSA:

a) El estudio del líquido pleural es fundamental para diferenciar los exudados de los trasudados.
b) Generalmente si el derrame pleural mide menos de 10 mm en la radiografía de tórax, no hace falta drenarlo.
c) El tratamiento del empiema incluye antibióticos sistémicos, toracocentesis, drenaje con tubo torácico y fibrinolíticos sobre todo si se objetiva presencia de tabiques.
d) El derrame es un empiema si existen bacterias en la tinción de gram, el ph es < 7,2 y existen > 5000 neutrófilos/µL.

299. Respecto al tratamiento de la fibrosis quística señale la respuesta FALSA:

a) Dentro de los moduladores del CFTR, el Elexacaftor/tezacaftor/ivacaftor ha demostrado ser muy eficaz y pueden utilizarlo hasta el 90% de los pacientes.
b) Actualmente, al menos el 10% de los pacientes con fibrosis quística presentan variantes patogénicas que no responden a los tratamientos con moduladores CFTR.
c) El objetivo del tratamiento antibiótico es reducir la intensidad de la infección endobronquial y retrasar la lesión pulmonar progresiva.
d) La combinación de tezacaftor e ivacaftor está indicada para pacientes con edad igual o superior a 12 meses con uno o dos alelos Phe508del.



300. Respecto a la fibrosis quística señale la respuesta FALSA:

a) Dentro de los síntomas y signos asociados a una exacerbación de la infección pulmonar se encuentran; aumento de la frecuencia y duración de la tos, aumento de expectoración y cambio de aspecto del esputo.
b) Hasta el 90% de las y los pacientes presentan una pérdida de la función pancreática exocrina que lleva a una maldigestión y malabsorción de grasas y proteínas.
c) El *Haemophilus influenzae y* el *Staphylococcus aureus* son los microorganismos que se detectan con mayor frecuencia en niños/as pequeñas.
d) Una concentración de cloro en sudor > 45 mmol/L es diagnóstica de fibrosis quística.

-

301. Ante una lactante de un mes con una cardiopatía congénita sin aumento del flujo sanguíneo pulmonar, señale en qué pensaría:

a) Comunicación interventricular.
b) Tronco arterioso o truncus.
c) Atresia tricuspÍdea.
d) Ductus arterioso persistente.

302. En relación con el tratamiento de la insuficiencia cardíaca en un lactante de 8 meses. Señale la respuesta falsa:

a) La furosemida es el diurético más utilizado.
b) La reparación quirúrgica se debe plantear, tras la estabilización de la persona paciente, en caso de cardiopatía congénita como la comunicación interventricular.
c) La ventilación con presión positiva puede ser necesaria, en caso de edema pulmonar.
d) Los fármacos inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA) están contraindicados.

303. En la reanimación cardiopulmonar pediátrica, las siguientes afirmaciones son correctas, excepto una. ¿cuál es la falsa?

a) El factor que, con mayor frecuencia, precipita una inestabilidad cardíaca en la población infancil es la insuficiencia respiratoria.
b) La comprobación del pulso se debe realizar a nivel carotideo en población infantil mayor de 1 año.
c) La maniobra frente-mentón facilita la apertura de la vía aérea.
d) En caso de sospecha de obstrucción de vía aérea por cuerpo extraño, aunque no se visualice, se debe intentar una extracción manual y barrido digital oral.

304. ¿Cuál es el tamaño de tubo endotraqueal sin globo más indicado, para la intubación de un niño de 8 años previamente sano y en percentil 50?

a) Cuatro milímetros o Número 4.
b) Cinco milímetros o Número 5.
c) Seis milímetros o Número 6.
d) Ocho milímetros o Número 8.



305. En las personas pacientes pediátricas con hipertensión arterial mantenida, la manifestación más frecuente, dentro de las lesiones en órganos diana, que además supone una indicación para iniciar terapia farmacológica, es:

a) Hipertrofia del ventrículo izquierdo en ecocardiografía.
b) Retinopatía con cambios en el estudio del fondo de ojo.
c) Edema pulmonar en radiografía de tórax.
d) Alteraciones en la pletismografía.

306. En el tratamiento de la taquicardia supraventricular con una frecuencia cardíaca de 300 latidos/minuto que no mejora con maniobras vagales y frío, ¿qué tratamiento farmacológico inicial recomendaría en paciente estable?

a) Digoxina.
b) Adenosina.
c) Clonidina.
d) Amlodipino.

307. En un niño de 8 años, previamente sano, que consulta por tos y marcada fatiga de 2 días de evolución que había presentado un cuadro de vías respiratorias altas hacia 2 semanas. En Rx tórax se observa cardiomegalia, sin otras alteraciones. ¿cuál sería su principal sospecha diagnóstica?

a) Pericarditis.
b) Miocarditis.
c) Neumonia con derrame pleural.
d) Comunicación interauricular.

308. El tipo más frecuente de shock, en adolescentes que han presentado un traumatismo, es:

a) Neurogénico por traumatismo cráneo-encefálico.
b) Cardiogénico por hemotórax.
c) Hipovolémico por hemorragia.
d) Distributivo por lesión medular.

309. Respecto a las cardiopatías congénitas, señale cuál es la CORRECTA:

a) Las más frecuentes son las que cursan con cianosis.
b) Dentro de las no cianógenas, las más frecuentes son las que cursan con obstrucción de los tractos de salida izquierdo o derecho.
c) Los cortocircuitos postricuspídeos producen dilatación de cavidades izquierdas.
d) Las comunicaciones interventriculares grandes no se asocian con el desarrollo de hipertensión pulmonar.

310. Lactante de 3 meses que acude a consulta porque desde hace unas semanas presenta regurgitaciones, dificultades en la ingesta y estridor espiratorio. En el esofagograma se observa una impronta posterior y en la radiografía simple de tórax, un aumento de densidad en mediastino superior que podría corresponder a estructuras vasculares anómalas. ¿Cuál de las siguientes entidades cree usted que es la etiología MÁS probable?

a) Arteria pulmonar izquierda aberrante.
b) Doble arco aórtico.
c) Arco aórtico derecho con arteria subclavia izquierda aberrante.
d) Laringomalacia

311. Señale cuál de las siguientes afirmaciones es CIERTA sobre la Comunicación Interventricular (CIV):

a) La mayoría de las CIV musculares requieren tratamiento quirúrgico, aunque sean de pequeño tamaño.
b) Se produce un cortocircuito izquierda-derecha que aumenta el flujo sanguíneo hacia la circulación pulmonar.
c) Es característica la presencia de un soplo diastólico de intensidad variable.
d) Su prevalencia es aproximadamente de 1/1.000.000 de recién nacidos vivos.

312. ¿Cuál de las siguientes NO es una causa de insuficiencia cardíaca en el periodo neonatal?

a) Enfermedad neuromuscular.
b) Miocardiopatía hipóxico-isquémica.
c) Fístula arteriovenosa.
d) Sepsis.

313. Respecto a la hipertensión pulmonar en Pediatría, señale la respuesta FALSA

a) La hipertensión pulmonar arterial asociada a cardiopatía congénita presenta un remodelado arteriolar inducido por hiperaflujo mantenido.
b) La hipertensión pulmonar persistente de la persona recién nacida se relaciona con un fallo en la transición de la circulación fetal a la postnatal.
c) La hipertensión pulmonar asociada a displasia broncopulmonar tiene una causa multifactorial.
d) La hipertensión pulmonar arterial idiopática no se relaciona con causas genéticas.

314. En relación con la hipertensión arterial (HTA) en la infancia, señale cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA:

a) La causa más frecuente de HTA en el lactante es la hipertensión esencial o primaria.
b) Se define HTA como la presión sistólica y/o diastólica por encima del percentil 90 para la edad, sexo y talla, en tres ocasiones o más.
c) La HTA sintomática o secundaria puede tratarse exclusivamente con medidas no farmacológicas.



d) El síntoma más frecuente de HTA es la cefalea.

315. Lactante de 8 meses que consulta en Urgencias por irritabilidad, rechazo de la ingesta, palidez y sudoración. En el triaje constatan una frecuencia cardiaca de 210 lpm y Tª axilar de 36,5ºC. Pasa de inmediato a la sala de Reanimación y se realiza un ECG objetivándose una taquicardia de QRS estrecho. Respecto a la arritmia detectada, ¿cuál de las siguientes respuestas considera que es la CORRECTA?

a) Independientemente del estado hemodinámico de la persona paciente, el primer paso será la realización de maniobras vagales.
b) Si observamos un fenómeno de calentamiento y enfriamiento gradual, lo más probable es que la persona paciente presente una taquicardia auricular ectópica.
c) Dada la edad de la persona paciente, lo más probable es que presente una taquicardia por reentrada intranodal.
d) Si la taquicardia es irregular, la adenosina no será útil para establecer su diagnóstico.

316. En relación con el shock hipovolémico en la edad pediátrica, señale cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA:

a) La causa más frecuente de shock hipovolémico son las cardiopatías congénitas.
b) La hipotensión arterial es un signo tardío de shock hipovolémico, que supone una pérdida de volemia de más del 30 %.
c) La clave del tratamiento es la reanimación con líquidos.
d) El shock hipovolémico es el subtipo de shock más frecuente en la infancia

317. Señale cuál de las siguientes afirmaciones es CIERTA sobre la tetralogía de Fallot:

a) Es la más común de las cardiopatías congénitas que cursan con cianosis.
b) En la auscultación destaca un soplo diastólico en borde esternal izquierdo, que empeora durante las crisis hipoxémicas.
c) La mayoría de los casos precisan cirugía correctora en periodo neonatal inmediato.
d) La comunicación interauricular amplia es uno de los elementos anatómicos característicos.

318. Ante un lactante de 8 meses con un soplo holosistólico eyectivo en el borde esternal izquierdo superior en el que sospechemos una estenosis pulmonar, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es la INCORRECTA?

a) El electrocardiograma mostrará un crecimiento del ventrículo derecho (VD) con desviación del eje a la derecha y patrón rsR’ en precordiales derechas.
b) El diagnóstico definitivo se basa en la ecocardiografía para definir las características de la válvula pulmonar y estimar el grado de estenosis en función del gradiente entre el VD y el tronco pulmonar.
c) Dada la edad, si se trata de una estenosis valvular severa, la primera opción terapéutica sería la comisurotomía quirúrgica.
d) Una vez resuelta la estenosis, estas personas pacientes no deberían tener restringida la actividad física a lo largo de su infancia y deberían ser tratados como personas sanas.



319. ¿Cuál de las siguientes entidades NO es causa de insuficiencia cardiaca fetal?

a) Cierre prematuro del foramen oval.
b) Anomalía de Ebstein severa.
c) Aneurisma de la vena de Galeno.
d) Transposición de Grandes Arterias.

320. En relación a la insuficiencia cardíaca crónica en la infancia, señale cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA:

a) Suele presentarse como insuficiencia cardiaca congestiva, combinación de insuficiencia derecha e izquierda.
b) La cardiomegalia es un signo clínico habitual.
c) En los lactantes se manifiesta frecuentemente como apneas durante las tomas.
d) La hepatomegalia es un signo precoz de la congestión sistémica.

321. Respecto al Soporte Vital Básico (SVB) en Pediatría, seleccione la respuesta INCORRECTA:

a) Si la persona paciente no responde, es imperativo pedir ayuda.
b) El SVB de personas adultas con compresiones torácicas exclusivas no es útil en una parada cardiorrespiratoria pediátrica.
c) Ante una pérdida de consciencia súbita, sin signos de circulación, si disponemos de desfibrilación externa automatizada (DEA) elegiremos parches de persona adulta en mayores de 8 años.
d) El SVB podrá interrumpirse cuando llegue un equipo calificado que se haga cargo de la situación.

322. En relación a la hipertensión arterial (HTA) en la infancia, señale ¿cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA?

a) Se define como TA normal aquella que es menor a un percentil 95 para la edad, sexo y la talla corporal del niño o la niña.
b) La HTA primaria o esencial es el tipo más frecuente en la adolescencia.
c) El síntoma más frecuentemente asociado a la HTA en la infancia es el dolor abdominal.
d) Se recomienda tratamiento farmacológico de inicio en adolescentes con obesidad con TA en P 90-95.

323. ¿Cuál NO es una forma frecuente de presentación clínica de la Hipertensión arterial en pediatría?

a) Asintomática.
b) Convulsiones.
c) Insuficiencia cardiaca.
d) Diarrea.



324. En un niño con taquicardia supraventricular de 320 latidos/minuto, que no responde con maniobras vagales y que se encuentra estable, ¿qué tratamiento consideraría apropiado de inicio?

a) Cardioversión eléctrica.
b) Digoxina.
c) Amiodarona en perfusión continua.
d) Adenosina en bolo.

325. Respecto a las miocardiopatías en la edad pediátrica, señale la respuesta correcta:

a) La miocardiopatía hipertrófica de origen familiar se relaciona con mutaciones de genes de las proteínas sarcoméricas que se transmiten de forma autosómica recesiva.
b) La miocardiopatía restrictiva se caracteriza por una gran dilatación auricular y una disfunción diastólica que mejora con la edad, aumentando la supervivencia respecto a las demás miocardiopatías.
c) En la miocardiopatía arritmogénica hay una afectación exclusiva del ventrículo derecho siendo el problema clínico fundamental las arritmias malignas y riesgo de muerte súbita durante el sueño.
d) El fenotipo más habitual es la miocardiopatía dilatada

326. En relación al shock en la infancia, señale la respuesta CORRECTA:

a) El tipo más frecuente es el shock cardiogénico.
b) En el shock cardiogénico es importante iniciar el tratamiento con soporte inotrópico de forma precoz.
c) El shock séptico se define por la presencia de disfunción cardiovascular asociado a hipotensión en contexto de sepsis.
d) En el shock hipovolémico la hipotensión arterial es un síntoma precoz.

327. Niño de 10 años derivado a Urgencias de Pediatría por fractura abierta de fémur derecho tras ser atropellado por un turismo en vía urbana mientras circulaba en bicicleta. En la exploración física se constata respiración espontánea con tendencia a la somnolencia, taquicardia, frialdad acra e hipotensión. ¿Qué respuesta le parece correcta?

a) La valoración clínica a través del triángulo de evaluación pediátrica (TEP) indica que el paciente presenta un shock descompensado.
b) La primera actuación consistirá en administrar fluidos a 20 ml/kg a ritmo rápido.
c) Aunque el paciente se estabilice con fuidoterapia, comenzaremos con perfusión de inotrópicos para evitar un nuevo empeoramiento.
d) Valoraremos añadir hidrocortisona al tratamiento si sospechamos insuficiencia renal concomitante.

328. Respecto a las cardiopatías congénitas señale la respuesta VERDADERA:

a) Actualmente se desconoce la causa de la mayoría de las cardiopatías congénitas y se cree que tienen un origen multifactorial y se deben a la combinación de predisposición genética y estímulos externos.
b) La comunicación interauricular (CIA) es la cardiopatía cianótica más frecuente.
c) La comunicación interauricular (CIA) tipo ostium secundum de gran tamaño es la causa más frecuente de insuficiencia cardiaca en la infancia.
d) Las comunicaciones interventriculares (CIV) situadas por encima de la cresta supraventricular (supracristales) son las más frecuentes.

329. Respecto a las cardiopatías congénitas señale la respuesta FALSA:

a) La prueba de hiperoxia es un método útil para diferenciar las cardiopatías congénitas cianóticas de las enfermedades pulmonares.
b) La tetralogía de Fallot es una cardiopatía congénita cianótica.
c) La comunicación interventricular es una cardiopatía congénita no cianótica.
d) En las cardiopatías congénitas cianóticas se produce un cortocircuito de izquierda a derecha debido a la obstrucción del tracto de salida o entrada del ventrículo derecho.

330. Respecto a la insuficiencia cardiaca señale la respuesta FALSA:

a) La radiografía de tórax puede ser útil para evaluar la silueta cardiaca en busca de la cardiomegalia.
b) El electrocardiograma puede ser útil para evaluar la causa de la insuficiencia cardiaca, pero no establece el diagnóstico.
c) La ecocardiografía es la técnica diagnóstica habitual que permite estudiar la función ventricular y cuantificarla de una manera simple y fiable.
d) Los diuréticos de asa no se recomiendan en población infantil con edad inferior a 18 meses para el tratamiento de la insuficiencia cardiaca.

331. Respecto a la hipertensión arterial señale la respuesta VERDADERA:

a) En lactantes y niños/as pequeñas la hipertensión sistémica es relativamente frecuente con una prevalencia del 25% en lactantes con edad inferior a 12 meses.
b) Se considera hipertensión una presión arterial igual o superior a percentil 85 para edad, sexo y talla.
c) La hipertensión secundaria es más frecuente en lactantes y niños/as pequeñas. La causa más frecuente son las anomalías renales, aunque puede ser secundaria también a enfermedades cardiovasculares o endocrinopatías.
d) La hipocalcemia suele producir una ligera elevación de la presión arterial.

332. Respecto a la hipertensión arterial señale la respuesta FALSA:

a) Los feocromocitomas son tumores secretores de catecolaminas que dan lugar a hipertensión.
b) En niños/as mayores en edad escolar y adolescentes, la hipertensión primaria es cada vez más frecuente.



c) En relación al tratamiento, la elección del agente antihipertensivo para una persona paciente debe adaptarse a la etiología de la hipertensión siempre que sea posible.
d) La hipertensión grave y sintomática en población infantil suele estar causada por hipertensión primaria.

333. Respecto a la pericarditis señale la respuesta VERDADERA:

a) El derrame pericárdico puede producir un taponamiento cardiaco, shock y éxitus.
b) El síntoma más frecuente de la pericarditis es la fiebre.
c) El electrocardiograma suele mostrar hallazgos patognomónicos como un QRS excesivamente ancho.
d) El microorganismo más frecuentemente asociado con la pericarditis infecciosa es el *Mycoplasma pneumoniae* y suele requerir tratamiento con azitromicina.

334. Respecto a la pericarditis señale la respuesta FALSA:

a) El síntoma más frecuente es el dolor torácico.
b) La ecocardiografía es la técnica más sensible para identificar el tamaño y la localización de un derrame pericárdico.
c) En la pericarditis infecciosa, los microorganismos etiológicos identificados con mayor frecuencia son los virus.
d) En la pericarditis infecciosa, a pesar de que la evolución suele ser favorable, está indicado el tratamiento con diuréticos y antiarrítmicos en todos los casos.

335. Respecto a las arritmias señale la respuesta FALSA:

a) La arritmia sinusal fásica representa una variación fisiológica normal en la descarga de impulsos desde el nódulo sinusal en relación con la respiración.
b) La bradicardia sinusal se debe a la descarga lenta de impulsos desde el nódulo sinusal.
c) El marcapasos auricular errante se define como un desplazamiento intermitente del marcapasos del corazón desde el nódulo sinusal a otra parte de la aurícula.
d) En relación al síndrome de QT largo (alteraciones genéticas de la repolarización), en aproximadamente el 20% de los casos existe una variante patogénica identificable.

336. Respecto al bloqueo auriculoventricular señale la respuesta VERDADERA:

a) En el bloqueo auriculoventricular de primer grado el intervalo PR se encuentra alargado, pero todos los impulsos auriculares son conducidos a los ventrículos.
b) En el bloqueo auriculoventricular de segundo grado todos los impulsos con conducidos a los ventrículos.
c) En el bloqueo auriculoventricular de tercer grado algunos impulsos no son conducidos a los ventrículos.
d) Todas las respuestas son falsas.

337. Respecto a la reanimación cardiopulmonar (RCP) señale la respuesta FALSA:

a) El objetivo de la reanimación cardiopulmonar es proporcionar temporalmente flujo sanguíneo y oxígeno al cuerpo durante una parada cardiaca.



b) La profundidad de la compresión torácica objetivo para lactantes y niños/as es de al menos un tercio del diámetro anteroposterior del tórax.
c) Los componentes de una RCP de alta calidad incluyen una colocación óptima de las manos, una frecuencia y profundidad de compresión torácica adecuada, la minimización de las interrupciones y una frecuencia de ventilación adecuada.
d) La primera dosis de adrenalina debe administrarse a los 7 minutos siguientes al inicio de la parada cardiaca y repetirse cada 1-2 minutos.

338. Respecto a la reanimación cardiopulmonar (RCP) señale la respuesta VERDADERA:

a) En el caso de que se requiera una desfibrilación durante la RCP, debe iniciarse con una dosis de 5 julios/kg de peso.
b) Para aquellos pacientes con fibrilación ventricular o taquicardia ventricular con pulso está indicada la desfibrilación de emergencia.
c) Los controles del pulso y el ritmo deben realizarse aproximadamente cada 2 minutos, pero no deben durar más de 10 segundos.
d) En el caso de que se requiera una desfibrilación durante la RCP, debe iniciarse con una dosis de 8 julios/kg de peso.

339. Respecto al shock señale la respuesta FALSA:

a) El shock hipovolémico es el más frecuente en la infancia y se debe principalmente a diarreas, vómitos o hemorragias.
b) El shock cardiogénico es más frecuente en pacientes que presentan cardiopatías congénitas.
c) El shock hipovolémico se caracteriza fundamentalmente por una pérdida de líquido y disminución de la precarga.
d) El shock hipovolémico suele manifestarse inicialmente con hipertensión y taquicardia.

340. Respecto al shock señale la respuesta VERDADERA:

a) La causa más frecuente del shock obstructivo en la infancia es la diarrea.
b) El shock hipovolémico es el más frecuente en la infancia.
c) El shock cardiogénico es el más frecuente en la infancia.
d) El shock hemorrágico es el más frecuente en pacientes que tienen una cardiopatía congénita o una micopardiopatia congénita.

341. Respecto a la nefropatía IgA o de Berger, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es falsa?

a) Es una enfermedad por depósito de inmunocomplejos.
b) Es una causa frecuente de insuficiencia renal terminal en la infancia.
c) La hematuria macroscópica es la forma de presentación más frecuente.
d) Los niveles séricos de complemento C3 son normales.



342. Respecto al síndrome nefrótico idiopático o de cambios mínimos, una de las siguientes afirmaciones es falsa:

a) La tensión arterial está elevada.
b) Los niveles de albúmina sérica suelen ser inferiores a 2,5 g/dl.
c) Los niveles séricos de colesterol y triglicéridos suelen encontrarse elevados.
d) Los corticoides constituyen el pilar básico del tratamiento.

343. La causa más frecuente de hematuria macroscópica es:

a) Glomerulonefritis.
b) Hipercalciuria.
c) Infección bacteriana del tracto urinario.
d) Nefritis intersticial.

344. En los trastornos hereditarios del transporte tubular renal, como el síndrome de Bartter, la alteración metabólica más característica es:

a) Alcalosis metabólica e hipopotasemia.
b) Acidosis metabólica e hiponatremia.
c) Pérdida renal de glucosa, fósforo y aminoácidos.
d) Hiposmolaridad sérica y urinaria.

345. En el síndrome hemolítico-urémico, señale la afirmación correcta:

a) A nivel hematológico, la afectación se limita a la serie roja.
b) La mayoría de los pacientes recuperan completamente la función renal.
c) Las formas genéticas son las más frecuentes.
d) La poliuria es característica.

346. En el manejo de los pacientes pediátricos con insuficiencia renal crónica (IRC), se deben tratar las complicaciones asociadas. ¿cuál de las siguientes situaciones no suele aparecer en la IRC?

a) Talla baja.
b) Anemia.
c) Hipertensión.
d) Hipoparatiroidismo

347. ¿Cuál de los siguientes datos clínicos NO esperaría encontrar en un niño de 6 años con diagnóstico de síndrome nefrótico?

a) Edema palpebral y en zonas declives.
b) Dolor abdominal, náuseas y vómitos.
c) Fenómenos hemorrágicos generalizados.
d) Susceptibilidad infecciosa con posible desarrollo de peritonitis y empiema.

348. ¿Cuál de las siguientes entidades NO justificaría una hematuria asintomática, persistente y con hallazgo de hematíes mayoritariamente dismórficos?

a) Nefropatía IgA.
b) Síndrome de Alport.
c) Síndrome hemolítico urémico.
d) Pielonefritis.

349. En una paciente de 12 años con hematuria macroscópica de color oscuro acompañada de proteinuria moderada y cilindros, en el contexto de un cuadro catarral sin síntomas urinarios, ¿cuál es el diagnóstico MÁS probable?

a) Nefropatía IgA.
b) Nefritis lúpica.
c) Infección del tracto urinario.
d) Glomerulonefritis aguda posinfecciosa.

350. Ante un niño de 3 años que presenta anemia hemolítica no inmune, trombocitopenia e insuficiencia renal aguda, usted sospecha que pueda tener un síndrome hemolítico urémico típico. Respecto a esta entidad, ¿cuál de las siguientes respuestas es FALSA?

a) En el 95 % de los casos, el niño también presentará diarrea.
b) Suele asociarse con recaídas frecuentes.
c) El principal agente infeccioso relacionado es la Escherichia Coli productora de toxina Shiga.
d) Es una enfermedad habitualmente epidémica con mayor incidencia en verano y otoño.

351. En un niño que presenta un síndrome hemolítico urémico con insuficiencia renal aguda en el contexto de una gastroenteritis aguda, señale la respuesta CORRECTA:

a) La causa más frecuente es una anomalía genética que da lugar a una desregulación del complemento.
b) Está indicado el tratamiento antibiótico para frenar la progresión de la insuficiencia renal.
c) El estudio analítico en sangre demostrará una LDH elevada, presencia de esquistocitos y haptoglobina consumida.
d) En torno al 80 % de estos casos precisarán un trasplante renal a largo plazo.

352. Respecto a la insuficiencia renal crónica en Pediatría, señale la respuesta CORRECTA:

a) Se trata de un daño renal irreversible que conlleva una disfunción renal progresiva con importante morbimortalidad en la población pediátrica.
b) La principal causa en población pediátrica es la hipertensión arterial.

c) Las principales complicaciones que presentan son las alteraciones hidroelectrolíticas como la hipopotasemia y la alcalosis metabólica.
d) A pesar de que la malnutrición y el hipocrecimiento son complicaciones frecuentes, es importante restringir el aporte proteico en la dieta para retrasar la progresión del daño renal.

353. En un niño de 5 años con hematuria macroscópica de color oscuro acompañada de proteinuria moderada y cilindros. ¿Cuál es el diagnóstico MÁS PROBABLE?

a) Nefropatía IgA.
b) Pielonefritis aguda.
c) Glomerulonefritis aguda postinfecciosa.
d) Tumor de Wilms

354. En relación al síndrome nefrótico idiopático en la infancia, señale la respuesta FALSA:

a) La mayoría de los pacientes responden al tratamiento con corticoides.
b) Un 50 % de estas personas pacientes desarrollarán una enfermedad renal crónica a largo plazo.
c) La ausencia de respuesta tras 6-8 semanas de tratamiento con corticoides es indicación de biopsia renal.
d) Se recomienda hacer estudio genético en pacientes cortico-resistentes.

355. En un lactante con reflujo vesicoureteral bilateral moderado-severo, que presenta un primer episodio de pielonefritis aguda con función renal normal y buena evolución bajo tratamiento antibiótico, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA?

a) Se recomienda la realización de una gammagrafía renal con DMSA de forma aguda para confirmar el diagnóstico de pielonefritis aguda.
b) Se recomienda el uso de corticoides a dosis bajas para prevenir la nefropatía cicatricial.
c) El riesgo de desarrollo de nefropatía cicatricial es menor en pacientes con mayor grado de reflujo.
d) Se recomienda el tratamiento inicial con una cefalosporina de tercera generación o un aminoglicósido.

356. Señale la alteración elecrotrolítica característica del síndrome de Bartter:

a) Tendencia a hipernatremia con acidosis metabólica hipopotasémica.
b) Tendencia a la hiponatremia con alcalosis metabólica hipopotasémica.
c) Tendencia a la hipernatremia con alcalosis metabólica hiperpotasémica.
d) Tendencia a la hiponatremia con acidosis metabólica hiperpotasémica.



357. En relación a la enfermedad renal crónica en la infancia, señale la respuesta CORRECTA:

a) La causa más frecuente son las anomalías renales congénitas.
b) La pubertad precoz es una de las complicaciones asociadas.
c) La alcalosis metabólica es una de las complicaciones asociadas.
d) Es indicación de tratamiento preventivo con hormona de crecimiento, aunque la velocidad de crecimiento sea adecuada.

358. Respecto a la glomerulonefritis señale la respuesta FALSA:

a) La nefropatía membranosa es la causa más frecuente de síndrome nefrótico en la infancia y en la población adulta.
b) En el síndrome de Alport el 70-80% de pacientes aproximadamente tienen una herencia ligada al cromosoma X causada por una mutación en el gen COL4A5 que codifica la cadena α del colágeno tipo IV.
c) Las infecciones por estreptococo B-hemolítico del grupo A son frecuentes en la infancia y pueden dar lugar a glomerulonefritis aguda postinfecciosa.
d) La nefropatía por IgA es la enfermedad glomerular crónica más frecuente en la infancia.

359. Respecto a la glomerulonefritis señale la respuesta VERDADERA:

a) El lupus eritematoso sistémico (LES) y la nefritis lúpica es menos frecuente y menos grave en la infancia que en la población adulta.
b) La glomerulonefritis rápidamente progresiva (con semilunas) rara vez produce insuficiencia renal.
c) La glomerulonefritis membranoproliferativa también conocida como glomerulonefritis mesangiocapilar suele aparecer en niños/as mayores o personas adultas jóvenes.
d) Todas son verdaderas.

360. Respecto al síndrome nefrótico señale la respuesta FALSA:

a) El síndrome nefrótico idiopático constituye el 90% aproximadamente de los casos del síndrome nefrótico en la infancia.
b) El síndrome nefrótico idiopático incluye múltiples tipos histológicos: enfermedad con cambios mínimos, proliferación mesangial, glomeruloesclerosis focal y segmentaria, nefropatía membranosa y glomeruolonefritis membranoproliferativa.
c) El síndrome nefrótico que aparece en el primer año de vida tiene mejor pronóstico comparado con el que aparece posteriormente a lo largo de la infancia.
d) Todas son falsas.

361. Respecto a las tubulopatías señale la respuesta VERDAERA:

a) La acidosis tubular renal es un trastorno caracterizado por acidosis metabólica con hiato aniónico normal en presencia de una tasa de filtración glomerular normal o casi normal.



b) Solamente existe un tipo de acidosis tubular renal, que suele ser mayoritariamente proximal.
c) La acidosis tubular renal próximal se debe a una reabsorción defectuosa del calcio, potasio, sodio y fósforo.
d) Todas son verdaderas.

362. Respecto a la insuficiencia renal señale la respuesta FALSA:

a) La lesión renal aguda prerrenal se caracteriza por una disminución del volumen de sangre arterial circulante efectivo.
b) Las causas más frecuentes de lesión renal aguda prerrenal son la deshidratación, sepsis, hemorragia, hipoalbuminemia grave y la insuficiencia cardiaca
c) Las alteraciones analíticas pueden incluir anemia, leucopenia, trombocitopenia e hiponatremia entre otras.
d) En la lesión renal aguda prerrenal la instauración rápida de hipopotasemia puede dar lugar a arritmias cardiacas, parada cardiorespiratoria y muerte.

363. Respecto a la hematuria señale la respuesta VERDADERA:

a) La hemoglobinuria sin hematuria puede observarse en casos de hemólisis aguda o crónica.
b) La mioglobinuria sin hematuria se produce por rabdomiolisis secundaria a lesión del músculo esquelético.
c) La nefropatía por IgA y el síndrome de Alport pueden ser causa de hematuria en la infancia.
d) Todas son verdaderas.

364. Respecto al síndrome hemolítico urémico (SHU) señale la respuesta FALSA:

a) El síndrome hemolítico urémico (SHU) es una de las causas más frecuentes de insuficiencia renal aguda extrahospitalaria en niños/as pequeños/as.
b) El SHU es la forma más frecuente de microangiopatía trombótica en la infancia.
c) El SHU se caracteriza por la triada de anemia hemolítica microangiopática, trombocitopenia e insuficiencia renal.
d) El SHU típico asociado a diarrea es más frecuente en adultos que en niños y niñas preescolares.

365. Respecto al síndrome hemolítico urémico (SHU) señale la respuesta VERDADERA:

a) La forma más frecuente de SHU es la inducida por fármacos.
b) Para realizar el diagnóstico del SHU es imprescindible realizar biopsia renal en todos los casos y un coprocultivo.
c) La forma más frecuente de SHU se debe a Escherichia coli productora de toxina Shiga (STEC).
d) La infusión recurrente de plaquetas suele ser necesaria los primeros 4 días.

366. Respecto a la proteinuria señale la respuesta FALSA:

a) La causa de la proteinuria transitoria sigue siendo desconocida. Entre los factores contribuyentes destacan una temperatura superior a 38,3ºC, ejercicio físico, deshidratación, exposición al frío, la insuficiencia cardiaca, el uso reciente de adrenalina, las convulsiones y el estrés.
b) La proteinuria persistente indica una posible enfermedad renal causada por trastornos glomerulares o tubulares.
c) En la proteinuria de origen tubular, no se detecta albúmina, o solo trazas, mientras que, en la proteinuria glomerular, la albúmina es la proteína más abundante.
d) Lo proteinuria glomerular oscila entre 2 y 3 gramos de proteínas en un periodo de 24 horas.

367. Respecto a las malformaciones renales señale la respuesta FALSA:

a) La agenesia renal puede ser secundaria a un defecto del conducto de Wolf, del brote ureteral o de los blastemas metanéfricos.
b) La incidencia de la agenesia renal unilateral es más frecuente en las personas recién nacidas con una arteria umbilical única.
c) En la agenesia renal unilateral el riñón contralateral sufre una hipertrofia compensadora.
d) Dentro de las enfermedades renales quísticas, la poliquistosis renal no es una enfermedad renal hereditaria.

368. Respecto a las infecciones del tracto urinario señale la respuesta FALSA:

a) Las infecciones urinarias son más frecuentes en lactantes con edad inferior a 12 meses.
b) El *Proteus spp (Proteus mirabilis)* causa la mayoría de las infecciones urinarias en la infancia.
c) La pielonefritis es la infección bacteriana más frecuente en lactantes menores de 24 meses que presentan fiebre sin foco evidente.
d) La pielonefritis aguda puede dar lugar a lesiones renales denominadas cicatrices pielonefríticas.

369. En un niño de 6 meses que, tras un episodio febril, presenta palidez de mucosas, ictericia conjuntival y esplenomegalia. En la analítica, destaca Hb 6,5 gr/dl, bilirrubina total de 7 mg/dl. Padre esplenectomizado a los 8 años. ¿cuál es el diagnóstico más probable en nuestro medio?

a) Beta-talasemia mayor.
b) Anemia hemolítica autoinmune.
c) Esferocitosis.
d) Déficit de Glucosa 6-Fosfato deshidrogenasa.



370. ¿Cuál de los siguientes virus puede producir, con más frecuencia, una crisis aplásica, en una persona paciente con una anemia hemolítica congénita?

a) Virus Herpes-6.
b) Parvovirus B19.
c) Virus Coxsackie tipo A.
d) Adenovirus.

371. ¿Cuál de las siguientes medidas se recomienda, en un niño de 3 años asintomático salvo petequias y equimosis aisladas y hemograma con 27.000 plaquetas/mm3?

a) Observación.
b) Inmunoglobulina intravenosa.
c) Corticoides sistémicos.
d) Transfusión de plaquetas.

372. Niño de 3 años con fiebre y dolores óseos de 15 días de evolución, que presenta petequias y equimosis en piel. En hematimetría automatizada: 7.400 leucocitos/mm3 (20% neutrófilos, 80% linfocitos) 7,4 g/dl hemoglobina 38.000 plaquetas. ¿qué prueba indicaría y con qué sospecha diagnóstica?

a) Hemograma seriado para vigilar la cifra de plaquetas por sospecha de Trombopenia Inmune Primaria.
b) Aspirado de médula ósea para descartar Leucemia Linfoblástica Aguda.
c) Factor reumatoide, ANA y Anti-DNA por sospecha de artritis idiopática juvenil.
d) Biopsia de médula ósea para descartar anemia aplásica.

373. El factor de buen pronóstico más importante, en el momento actual, en la leucemia linfoblástica aguda en la población infantil es:

a) Número de leucocitos al diagnóstico <20.000/mm3.
b) Respuesta precoz al tratamiento de inducción con Enfermedad Mínima Residual (EMR) negativa.
c) Inmunofenotipo T.
d) Edad mayor de 10 años.

374. Respecto al cáncer en la edad pediátrica, señale la afirmación falsa:

a) La localización más frecuente de los linfomas de Burkitt es abdominal.
b) Los sarcomas son más frecuentes en los primeros años de vida.
c) Los retinoblastomas pueden ser hereditarios.
d) El nefroblastoma es el tumor renal más frecuente en la infancia.

375. El neuroblastoma tiene un comportamiento biológico muy variable en la población infantil. Señale cuál de las siguientes afirmaciones es falsa:

a) Las formas neonatales pueden regresar espontáneamente.



b) La inmunoterapia se utiliza en el tratamiento de los tumores metastásicos con amplificación del oncogén NMYC > 10 copias.
c) Los estadios 4S pueden tener imágenes aisladas de metástasis en médula ósea.
d) La localización más frecuente de los neuroblastomas es el mediastino.

376. Los tumores cerebrales de peor pronóstico, en niños, niñas y adolescentes, son:

a) Ependimomas
b) Meduloblastomas
c) Astrocitoma pilocítico
d) Gliomas de bajo grado difusos de protuberancia

377. Respecto a la anemia en la población infantil, señale la respuesta INCORRECTA:

a) En la anemia ferropénica tratada con hierro, los depósitos de hierro se llenan antes del primer mes.
b) La anemia fisiológica del lactante persiste durante 6-8 semanas.
c) La anemia fisiológica del lactante no requiere tratamiento.
d) En la anemia ferropénica, la hemoglobina, el VCM y la ferritina están bajas, y la ADE está elevada

378. En relación con la Púrpura Trombocitopénica Idiopática (PTI), es FALSO:

a) Es la causa más frecuente de trombocitopenia aguda en la población infantil por lo demás sana.
b) Si hay un recuento o fórmula leucocitaria anormal se debe hacer un aspirado de médula ósea.
c) Si existe una anemia inexplicada, se debe descartar el síndrome de Evans.
d) Suele existir hepatoesplenomegalia.

379. En relación con las anomalías renales congénitas, señale la respuesta CORRECTA:

a) El reflujo vesicoureteral se diagnostica con una ecografía renal simple.
b) La agenesia renal unilateral produce enfermedad renal crónica durante la infancia en la mayoría de los casos.
c) Las anomalías renales congénitas son la principal causa de enfermedad renal crónica en la infancia.
d) La nefrectomía precoz es mandatoria en la displasia multiquística por el riesgo de degeneración tumoral.

380. Sobre las leucemias infantiles, es FALSO:

a) La LLA es el tipo más frecuente de leucemia en la población infantil.
b) La edad al diagnóstico, el recuento inicial de leucocitos y la velocidad de respuesta al tratamiento definen el pronóstico.
c) Una cifra total de leucocitos en sangre periférica menor de 10.000 /mm3 excluye el diagnóstico.

d) Las células leucémicas en ocasiones inicialmente se informan como linfocitos atípicos

381. En la Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA), todos son criterios de riesgo estándar, EXCEPTO:

a) Presencia de <1.000 blastos/mm3 en sangre periférica en el día +8 de la inducción.
b) Presencia de <5 % blastos y <1 % de enfermedad residual mínima (ERM) en médula ósea el día +35.
c) Ausencia de infiltración del SNC y/o testes.
d) Inmunofenotipo T.

382. Señale la respuesta CORRECTA sobre los linfomas:

a) La amplificación del oncogén N-myc es factor de mal pronóstico en el tipo Burkitt.
b) En niños son más frecuentes los linfomas de células T.
c) Los linfomas linfoblásticos se localizan con más frecuencia a nivel abdominal.
d) Algunos virus pueden ser causantes del origen de un linfoma

383. Niño de 3 años afecto desde el nacimiento de macroglosia, onfalocele y hemihipertrofia. En una revisión rutinaria, a la exploración física presenta en hemiabdomen izquierdo una masa lobulada, con bordes bien delimitados, que no cruza la línea media. ¿Cuál es el diagnóstico MÁS probable?

a) Neuroblastoma.
b) Linfoma de Burkitt.
c) Tumor de Wilms.
d) Hepatoblastoma

384. Respecto a la enfermedad de Hodgkin en Pediatría, es VERDADERO:

a) El signo más frecuente son las adenopatías indoloras a nivel cervical e inguinal.
b) La masa mediastínica no desaparece rápidamente con el tratamiento.
c) Se clasifica según los criterios de Ann Arbor.
d) En el estadio II se afectan dos o más regiones ganglionares en distinto lado del diafragma.

385. Adolescente de 14 años asintomática, con exploración física normal y desarrollo puberal Tanner V, que presenta los siguientes parámetros en una analítica de rutina: Hb 6 g/dl, volumen corpuscular medio 68 fl, hemoglobina corpuscular media 24 pg, amplitud de distribución eritrocitaria 22 %, ferritina 10 ng/ml. ¿Cuál sería el diagnóstico MÁS PROBABLE?

a) Anemia ferropénica por hipermenorrea.
b) Talasemia minor.
c) Anemia central arregenerativa por déficit de ácido fólico.
d) Anemia de la enfermedad crónica.

386. Respecto a la Hemofilia A, señale la afirmación correcta:

a) Se debe al déficit del factor IX de la coagulación.
b) Se debe al déficit del factor VIII de la coagulación.
c) Tiene una herencia autosómica recesiva.
d) Se debe al déficit del factor XI de la coagulación.

387. El tipo de leucemia mieloblástica con mejores tasas de supervivencia es:

a) Megacarioblástica (M7).
b) Promielocítica (M3).
c) Bifenotípica.
d) Mielomonocítica.

388. ¿Cuál de las siguientes enfermedades NO forma parte del diagnóstico diferencial de las leucemias agudas?

a) Trombocitopenia inmune primaria.
b) Esferocitosis.
c) Neuroblastoma metastásico.
d) Mononucleosis infecciosa.

389. En un lactante de 4 meses en el que de forma casual en un estudio ecográfico se descubre un tumor sólido localizado en la glándula suprarrenal derecha. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es verdadera?

a) La edad inferior a un año empeora el pronóstico de cualquier tumor.
b) Los carcinomas suprarrenales son frecuentes a esta edad.
c) Se debe realizar una laparotomía para la confirmación diagnóstica.
d) Ante sospecha de Neuroblastoma, Gammagrafía con metayodobencilguanidina MIBG para completar estudio.

390. Niño de 2 años con fiebre, irritabilidad y proptosis bilateral que ha ido en aumento en los últimos días. En el análisis de sangre presenta elevación de enolasa, anemia, trombopenia y leucopenia. ¿Cuál será el diagnóstico más probable?

a) Leucemia linfoblástica aguda.
b) Retinoblastoma bilateral.
c) Neuroblastoma metastásico.
d) Rabdomiosarcoma orbitario.

391. Respecto al Tumor de Wilms, señale la respuesta correcta:

a) Las personas pacientes con algún tipo de inmunosupresión tienen mayor riesgo.
b) No está relacionado con ningún tipo de enfermedad genética.
c) El pronóstico en general es malo, con una tasa de mortalidad del 60 %.
d) La frecuencia es similar en ambos sexos (y razas).

392. Adolescente de 14 años con adenopatías laterocervicales y supraclaviculares izquierdas, duras y adheridas a planos profundos en la exploración, de 5-6 meses de evolución que han ido aumentando progresivamente. Asocia además pérdida de peso de 10 kg en los últimos 2 meses, fiebre y sudoración profusa nocturna. En el PET-TAC se observa aumento del metabolismo a nivel de adenopatías cervicales y supraclaviculares izquierdas, masa mediastínica y adenopatías abdominales. En la biopsia de una de las adenopatías cervicales se observan células de Reed-Sternberg. ¿Cuál de los siguientes enunciados es FALSO?

a) Se trata de una neoplasia excepcional en adolescentes.
b) Con los datos de los que disponemos seguramente será un estadio IIIB.
c) El tratamiento se basa en quimioterapia, asociada o no a radioterapia según la respuesta.
d) Generalmente se trata de una neoplasia de lento crecimiento.

393. El riesgo de presentar neoplasia es mayor en personas pacientes afectadas por ciertos síndromes e infecciones. Señale la respuesta FALSA:

a) Las leucemias son más frecuentes en el síndrome de Down.
b) Los linfomas No Hodgkin se pueden asociar a ciertas inmunodeficiencias primarias.
c) Los factores genéticos hereditarios son comunes en las leucemias.
d) El virus de Epstein-Barr está implicado en la patogenia de algunos linfomas de Burkitt.

394. Ante un cuadro de anemia, el hallazgo de un número elevado de reticulocitos en el frotis de sangre periférica indica fundamentalmente:

a) Una respuesta normal de la médula ósea ante la hemólisis o pérdida de eritrocitos.
b) Una eritropoyesis ineficaz secundaria a una patología crónica.
c) Una insuficiencia relativa de la médula ósea para compensar la anemia.
d) Un defecto intrínseco en la maduración de los precursores eritroides.

395. ¿Cuál de los siguientes parámetros analíticos se considera una prueba concluyente de la presencia de hemólisis de tipo intravascular?

a) Aumento de la concentración de haptoglobina sérica.
b) La presencia de hemoglobina libre en el plasma.
c) El aumento de la concentración de lactato deshidrogenasa (LDH).
d) La detección de eritrocitos intactos en el sedimento urinario

396. ¿Cuál es el mecanismo fisiopatológico común subyacente que explica por qué la hemofilia A y la hemofilia B presentan manifestaciones clínicas prácticamente idénticas?

a) Ambas derivan de una formación inicial defectuosa del tapón plaquetario.
b) Ambas resultan en una deficiencia de la activación del factor X, provocando una generación insuficiente de trombina.
c) Ambas se deben a una activación proteolítica excesiva del factor XII.



d) Ambas impiden la síntesis hepática de los factores de coagulación dependientes de la vitamina K.

397. ¿Cómo se define técnicamente la trombocitopenia inmunitaria crónica (PTI crónica) en la población pediátrica?

a) Persistencia de la trombocitopenia durante más de 3 meses.
b) Persistencia de la trombocitopenia durante más de 6 meses.
c) Persistencia de la trombocitopenia durante más de 12 meses.
d) Necesidad de dos o más ciclos de inmunoglobulina intravenosa.

398. Según la clasificación inmunofenotípica de la LLA, ¿cuál es el linaje más frecuente en la edad pediátrica?

a) Leucemia linfoblástica T.
b) Leucemia de linfocitos B maduros (Burkitt).
c) Leucemia de linaje mixto (mieloide/linfoide).
d) Leucemia linfoblástica B.

399. Ante una paciente con LLA con leucocitosis muy elevada que va a iniciar quimioterapia, ¿qué medida de soporte es fundamental para prevenir la insuficiencia renal por síndrome de lisis tumoral?

a) Uso de alopurinol o urato oxidasa e hidratación.
b) Administración de antibióticos de amplio espectro.
c) Transfusión inmediata de plaquetas.
d) Profilaxis para Pneumocystis jirovecii

400. En relación a los tumores primarios del sistema nervioso central (SNC) ¿cuál es el tipo histológico más frecuente en niños y niñas de 0 a 14 años?

a) Meningioma.
b) Astrocitoma.
c) Ependimoma.
d) Meduloblastoma.

401. El meduloblastoma es un tumor embrionario que se presenta predominantemente en:

a) Varones con una edad media de 5-7 años
b) Mujeres con una edad media de 10-12 años
c) Lactantes menores de 6 meses independientemente del sexo.
d) Varones con una edad media entre 12-14 años.

402. ¿Cómo se definen técnicamente los "síntomas B" en la estadificación del linfoma?

a) Prurito, anorexia y letargo
b) Adenopatía dolorosa asociada a esplenomegalia.
c) Tos crónica, disnea e hipoxia matutina
d) Fiebre >38 °C, pérdida de peso >10% en 6 meses y sudores nocturnos abundantes

403. El síndrome opsoclono-mioclono es un síndrome paraneoplásico que incluye irritabilidad, movimientos oculares incontrolados y ataxia. Se asocia a uno de los siguientes tumores:

a) Retinoblastoma.
b) Medulobastoma.
c) Neuroblastoma.
d) Glioblastoma.

404. ¿Cuál de las siguientes manifestaciones clínicas es menos frecuente en la la parálisis cerebral infantil?

a) Discapacidad crónica motora.
b) Hipotonia.
c) Alteración de la marcha.
d) Grado variable de discapacidad intelectual.

405. En relación con las convulsiones febriles simples o típicas, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es falsa?

a) Su duración es inferior a 15 minutos.
b) En la mayoría de los casos, no es necesaria la realización de pruebas diagnósticas complementarias.
c) Los antecedentes familiares de convulsiones febriles son frecuentes.
d) Suelen recidivar en un periodo de 24 horas.

406. ¿Cuáles de las siguientes enfermedades no asocian un riesgo característico, y más elevado que la población general, de presentar un ictus en la edad pediátrica?

a) Anemia de células falciformes.
b) Defectos de la coagulación por mutación del factor V de Leiden.
c) Siringomielia.
d) Prótesis valvulares.

407. En la epilepsia caracterizada por ausencias en la infancia, señale la afirmación correcta:

a) El EEG intercrítico o entre crisis es normal.
b) Se producen suspensiones de la conciencia de unos minutos de duración.
c) Afectan a población infantil menor de 2 años.
d) El tratamiento inicial de elección es la Vigabatrina.

408. ¿Cuál de los siguientes factores no debe considerarse como un factor de riesgo habitual para el desarrollo de hidrocefalia obstructiva?

a) Hemorragia intraventricular.
b) Síndrome de West.
c) tumor cerebral parenquimatoso.
d) Malformación de Chiari.

409. ¿Cuál de las siguientes circunstancias sería una indicación para la realización de una resonancia cerebral, en un niño con cefalea?

a) Focalidad neurológica
b) Cefalea que empeora al final del día
c) Presencia de aura, antes del inicio de la cefalea
d) Edad inferior a 8 años

410. ¿Cuál es el hallazgo de laboratorio más característico de la distrofia muscular de Duchenne?

a) Alteración de la velocidad de conducción motora y sensitiva en pruebas de neurofisiología.
b) Hallazgos de afectación miopática en el electromiograma.
c) Elevación de los niveles séricos de Creatina-Cinasa (CK o CPK).
d) Alteración del perfil hepático.

411. Una niña que ha sufrido un traumatismo craneoencefálico y que en la exploración presenta apertura de los ojos al dolor, respuesta verbal incomprensible y respuesta motora ausente, tendrá una puntuación en la escala de Glasgow de:

a) Escala de Glasgow: 3 puntos.
b) Escala de Glasgow: 5 puntos.
c) Escala de Glasgow: 7 puntos.
d) Escala de Glasgow: 9 puntos.

412. Cuando, en un niño/a con hiperactividad y déficit de atención, se considera necesario iniciar un tratamiento farmacológico, ¿qué grupo de psicofármacos utilizaría?

a) Benzodiacepinas.
b) Barbitúricos.
c) Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina.
d) Psicoestimulantes.

413. En un paciente de 6 años que presenta un trastorno general del desarrollo con epilepsia y alteraciones cutáneas tipo angiofibromas faciales. ¿cuál sería su diagnóstico de sospecha?

a) Esclerosis tuberosa.



b) Neurofibromatosis tipo I.
c) Síndrome de Sturge-Weber.
d) Síndrome PHACE.

414. En la etiología de los trastornos del espectro del autismo, pueden estar implicados múltiples factores. Señale la respuesta falsa:

a) Existe riesgo de recurrencia entre los hermanos/as y elevada tasa de concordancia en estudios con gemelos.
b) Se han descrito numerosos genes implicados.
c) Las exposiciones ambientales postnatales a ciertos virus, tienen un papel relevante.
d) Las elevadas tasas de epilepsia asociada sugieren la influencia de factores neurobiológicos.

415. En relación con la parálisis cerebral infantil relacionada con la prematuridad, indique, de las siguientes, la alteración motora MÁS frecuente:

a) Tetraplejia espástica.
b) Diplejia espástica.
c) Síndrome extrapiramidal.
d) Hemiplejia.

416. En un recién nacido a término que presenta convulsiones y ecografía compatible con un infarto cerebral. Señale la respuesta FALSA:

a) Suele ser de origen arterial.
b) Se deben descartar anomalías de la coagulación como disminución de los niveles de proteínas C y S.
c) La mayoría son de naturaleza hemorrágica.
d) El riesgo de recurrencia es bajo.

417. ¿Cuál de estos síntomas/signos es MENOS sugerente de un tumor cerebral en la infancia?

a) Hipertensión arterial.
b) Alteración de la marcha.
c) Torticolis sin contractura muscular.
d) Estrabismo de aparición reciente.

418. La distrofia miotónica de Steinert se caracteriza por lo siguiente, EXCEPTO:

a) Se debe a una mutación genética en el cromosoma 19.
b) Es un ejemplo característico de anticipación genética.
c) La forma clínica congénita cursa con hipertonía grave.
d) Es típico el hallazgo de facies inexpresiva.



419. Niña de 7 años, sin antecedentes personales ni familiares de interés, remitida a su consulta porque en los últimos 3 meses presenta inestabilidad para la marcha. En la exploración física tiene arreflexia y signo de Babinski positivo. Solicita una ecocardiografía y la informan como miocardiopatía hipertrófica no obstructiva. ¿Cuál es el diagnóstico MÁS probable?

a) Ataxia de Friedreich.
b) Distrofia muscular de Duchenne.
c) Neurofibromatosis tipo I.
d) Atrofia Muscular Espinal tipo III.

420. En un niño de 2 años con un TCE señale, de las siguientes, ¿cuál es una indicación para la realización de TAC urgente?

a) Pérdida de conciencia postraumática >1 minuto.
b) Escala de Glasgow 14-15.
c) Ausencia de focalidad neurológica.
d) Mecanismo de impacto de baja energía

421. En el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), es FALSO:

a) Es el trastorno neuroconductual más frecuente en la infancia.
b) Estos niños suelen presentar bajo rendimiento académico.
c) En el 20 % de los niños afectados, los síntomas de TDAH persisten hasta la adolescencia y edad adulta.
d) Los principales tipos de fármacos estimulantes se comercializan en formas de duración prolongada, que facilitan el cumplimiento terapéutico.

422. La parálisis cerebral infantil (PCI) incluye un grupo de trastornos permanentes del movimiento y la postura que limitan la actividad. Señale la respuesta FALSA:

a) Es la forma más frecuente de discapacidad crónica motora de inicio en la infancia.
b) La mayoría de los pacientes asocian signos de disfunción cognitiva.
c) La diplejía espástica es el síndrome motor más frecuente en la PCI.
d) La inyección de toxina botulínica en las glandulares salivares reduce la intensidad del babeo.

423. En la distrofia muscular de Duchenne, señale la respuesta FALSA:

a) La hipotrofia muscular es muy característica a nivel de los gemelos (pantorrillas) y cursa con fasciculaciones en la lengua.
b) El patrón de herencia es recesivo y está ligado al cromosoma X.
c) El signo de Gowers indica debilidad de la cintura pelviana y proximal de extremidades inferiores. Al pedirle que se levante desde una posición de decúbito prono, la persona paciente utiliza sus manos para subir sobre sus piernas.
d) Los niveles séricos de creatin kinasa (CK) están elevados, incluso en los primeros años de la vida en fases presintomáticas.

424. Respecto al traumatismo cervical en la infancia, señale la repuesta CORRECTA:

a) El peso de la cabeza del niño o la niña contribuye en menor medida que el del adulto a una posible lesión cervical.
b) Las lesiones óseas en un traumatismo cervical afectan sobre todo a las vértebras desde C1 hasta C4 en niños/as menores de 8 años.
c) La elasticidad ligamentosa y el escaso desarrollo osteo-muscular previenen las lesiones cervicales.
d) Cuanto más pequeño es el accidentado, las lesiones medulares son más frecuentes a nivel lumbar que cervical.

425. En un niño de 7 años controlado por trastorno por déficit de atención e hiperactividad, que comienza a realizar movimientos involuntarios y repetitivos tipo tics motores y vocales, ¿cuál es el diagnóstico más probable?

a) Crisis parciales complejas.
b) Trastorno del espectro autista con alteración del lenguaje.
c) Síndrome de Tourette (también llamado de Guilles de la Tourette).
d) Efectos secundarios del tratamiento con atomexitina.

426. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones define con mayor precisión la naturaleza de la parálisis cerebral (PC)?

a) Es un trastorno degenerativo del sistema nervioso central con pérdida progresiva de hitos motores.
b) Es una afección muscular primaria que evoluciona hacia la espasticidad debido al crecimiento óseo.
c) Se trata de una encefalopatía estática cuya expresión clínica permanece invariable a lo largo de la vida.
d) Es una disfunción motora central atribuida a alteraciones no progresivas en el cerebro fetal o infantil en desarrollo.

427. ¿Cuál es la lesión predominante que contribuye a la parálisis cerebral tipo diplejía espástica en las personas recién nacidas prematuras?

a) Infarto focal de la corteza motora primaria
b) Cicatrices simétricas en el putamen y el tálamo por asfixia.
c) Leucomalacia periventricular.
d) Malformaciones congénitas del cuerpo calloso

428. Para que un evento visual o sensitivo sea considerado un "aura típica", ¿cuál debe ser su duración característica?

a) Menos de 5 minutos.
b) Entre 5 y 60 minutos.
c) Más de 2 horas si asocia síntomas motores.
d) Entre 2 y 6 horas.



429. ¿Cuál se los siguientes fármacos NO se utiliza como tratamiento profiláctico en la migraña?

a) Propranolol
b) Amitriptilina
c) Flunarizina
d) Atomoxetina

430. En la evaluación de un lactante asintomático, ¿qué hallazgo analítico podría llevar a la sospecha de una distrofia muscular de Duchenne (DMD) antes de la aparición de la debilidad motora?

a) Elevación aislada de la bilirrubina indirecta.
b) Elevación de las transaminasas (AST/ALT).
c) Trombocitopenia moderada.
d) Hipocalcemia persistente.

431. ¿Cuál de los siguientes agentes infecciosos se asocia con mayor frecuencia a síntomas gastrointestinales previos al desarrollo del síndrome de Guillain- Barré?

a) Campylobacter jejuni.
b) Mycoplasma pneumoniae.
c) Virus del Zika.
d) Virus de la gripe (Influenza)

432. Respecto a la progresión clínica de la debilidad muscular en el síndrome de Guillain-Barré infantil, ¿cuál es el patrón de afectación más característico?

a) Debilidad descendente que comienza en los músculos bulbares y progresa a las piernas.
b) Debilidad esencialmente asimétrica que afecta principalmente a los miembros superiores.
c) Debilidad esencialmente simétrica que comienza en las extremidades inferiores y progresa de forma ascendente.
d) Debilidad que afecta exclusivamente a los músculos extraoculares.

433. Ante un traumatismo cranoencefálico, ¿cuál es el criterio para proceder a la intubación endotraqueal y ventilación mecánica?

a) Una puntuación en la Escala de Coma de Glasgow (GCS) ≤ 8.
b) Presencia de anisocoria pupilar aislada.
c) Pérdida de consciencia de 15 segundos.
d) Presencia de amnesia anterógrada.

434. ¿Cuál es la causa más frecuente de fallecimiento en pacientes diagnosticados con ataxia de Friedreich?

a) Insuficiencia renal crónica secundaria a diabetes.



b) Infecciones pulmonares recurrentes por disfagia.
c) Miocardiopatía hipertrófica con progresión a insuficiencia cardiaca congestiva.
d) Hemorragia cerebral por malformaciones vasculares asociadas.

435. ¿Cuál es el tratamiento de primera línea recomendado para niños y niñas en edad preescolar (menores de 6 años) con diagnóstico de TDAH?

a) Metilfenidato de acción prolongada.
b) Terapia conductual dirigida a padres, madres y/o docentes.
c) Guanfacina en dosis bajas.
d) Dieta libre de aditivos y colorantes.

436. ¿Qué efecto secundario es más frecuente encontrar tras el inicio de tratamiento con medicación estimulante para el TDAH?

a) Hipersomnia y aumento de peso.
b) Hipotensión arterial.
c) Erupciones cutáneas.
d) Disminución del apetito.

437. ¿Qué proporción de individuos con trastorno del espectro autista (TEA) presentan también discapacidad intelectual (DI)?

a) Menos del 5%.
b) Alrededor del 15%.
c) Entre el 35% y el 50%.
d) Prácticamente el 90%.

438. ¿Qué localización de un hematoma en un niño menor de 4 años debe suscitar una alta sospecha de maltrato físico?

a) Mejillas, orejas o cuello.
b) Espinillas (tibia anterior).
c) Frente.
d) Codos y rodillas.

439. Con respecto al maltrato infantil, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA?

a) La negligencia es la forma más frecuente de maltrato infantil.
b) Se debe sospechar maltrato físico antes quemaduras con bordes nítidos, en guante y calcetín o con la forma del objeto.
c) El abuso sexual se define como el contacto físico con el/la menor que tiene como objetivo el estimularse sexualmente a sí mismo, al niño/a o a otra persona.
d) El maltrato psicológico se produce cuando los adultos de los que depende el menor son incapaces de organizar y sostener un vínculo afectivo de carácter positivo que proporcione el apoyo necesario para su óptimo desarrollo.

440. Ante un paciente pediátrico con sospecha de intoxicación que presenta hipertensión, taquicardia, hipertermia, midriasis, boca y piel seca con rubor, ¿qué síndrome tóxico (toxidrome) debe sospecharse prioritariamente?

a) Anticolinérgico
b) Simpaticomimético.
c) Colinérgico.
d) Opiáceo.

441. ¿Cuál de los siguientes fármacos puede causar toxicidad grave (como hipoglucemia profunda) en un niño o niña pequeña con la ingesta de tan solo uno o dos comprimidos?

a) Paracetamol.
b) Sulfonilureas (p. ej., glipizida).
c) Risperidona.
d) Diazepam.

442. ¿Cuál de los siguientes hallazgos clínicos o analíticos constituye una indicación potencial de hospitalización en un o una paciente con Anorexia Nerviosa?

a) Índice de Masa Corporal (IMC) de 17,5 kg/m².
b) Hiponatremia leve aislada.
c) Deseo expreso de los progenitores de iniciar terapia de grupo.
d) Frecuencia cardiaca <45 latidos/minuto.

443. Respecto al tratamiento farmacológico con Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS) en los trastornos de conducta alimentaria (TCA), ¿en qué situación clínica han demostrado una eficacia clara?

a) Como tratamiento inicial en la anorexia nerviosa restrictiva.
b) En la reducción de las conductas de atracones y purgas en la bulimia nerviosa.
c) Para inducir el aumento de peso en pacientes caquécticos.
d) Están contraindicados en todos los pacientes con TCA por riesgo de arritmia.

444. En relación con las estrategias de reducción de riesgo recomendadas por la American Academy of Pediatrics (AAP), ¿cuál de las siguientes intervenciones ha demostrado un efecto protector contra el síndrome de muerte súbita del lactante?

a) El uso de dispositivos comerciales diseñados para mantener la posición lateral durante el sueño.
b) El fomento de la lactancia materna, especialmente si se mantiene durante dos meses o más.
c) La aplicación sistemática de la técnica de fajado (swaddling) durante la noche.
d) El retraso de la vacunación sistemática para evitar el estrés inmunológico temprano.

445. En relación con los factores de riesgo asociados al Síndrome de Muerte Súbita de Lactante (SMSL), ¿cuál de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA?

a) El uso del chupete durante el sueño se considera un factor protector frente al SMSL.
b) El pico de incidencia máximo del síndrome se sitúa entre los 1 y 4 meses de edad.
c) Dormir en la misma habitación que sus progenitores, en cuna separada, es un factor de riesgo para el/la lactante.
d) Entre los factores de riesgo maternos se incluyen el tabaquismo, el consumo de alcohol y un intervalo corto entre gestaciones.

446. Respecto a la epidemiología y características clínicas del Maltrato Médico Infantil (MMI) o síndrome de Munchausen por poderes, señale la afirmación FALSA:

a) Las víctimas son mayoritariamente niños o niñas mayores de 6 años.
b) Se ha descubierto que hasta el 30% de las personas pacientes con MMI tienen un problema médico subyacente.
c) En cuanto al sexo de las víctimas, tanto hombres como mujeres se ven afectados por igual.
d) La mortalidad de este síndrome se estima entre el 6% y el 9%, siendo el envenenamiento y la asfixia las causas más comunes.

447. Respecto a la intoxicación por CO, es FALSO:

a) Los síntomas de la intoxicación son proporcionales a la concentración sanguínea de carboxihemoglobina.
b) Los síntomas iniciales son inespecíficos.
c) El tratamiento consiste en medidas generales de soporte y altas concentraciones de oxígeno.
d) El tratamiento con oxígeno hiperbárico no resulta beneficioso en pacientes con intoxicaciones graves.

448. En la intoxicación etílica aguda de un adolescente que llega a urgencias y presenta una situación de coma. ¿cuál es la actuación que debe realizarse de forma más urgente?

a) Tomar una muestra de sangre, para determinar los niveles de alcohol y administrar naloxona.
b) Tomar una muestra de sangre, para determinar la glucemia e iniciar aporte intravenoso de glucosa.
c) Inducir el vómito, mediante la administración de jarabe de ipecacuana.
d) Administración de carbón activado.

449. Respecto al valor de una determinada prueba de laboratorio para el diagnóstico de una enfermedad, ¿qué indica el concepto de especificidad?

a) Capacidad de detectar una enfermedad.
b) Capacidad de detectar la ausencia de enfermedad.

c) Relación entre los resultados positivos verdaderos y el número total de resultados positivos.
d) Relación entre los resultados negativos verdaderos y el número total de resultados negativos.

450. ¿Cuál de los siguientes tipos de fractura tiene una alta probabilidad de ser una lesión no accidental y nos orienta a posibles malos tratos, en un lactante?

a) Fracturas costales posteriores.
b) Fractura clavicular.
c) Fractura craneal lineal.
d) Fractura de diáfisis de fémur.

EJERCICIOS PRÁCTICOS

CASO CLÍNICO 1 PREGUNTAS: 451-460

Niña de 3 años que acude a urgencias de pediatría por síndrome febril.

- **ANTECEDENTES PERSONALES:**

Embarazo normal. Parto vaginal eutócico a las 39 semanas. PN 3.550 g. Lactancia materna hasta los 6 meses. Desarrollo psicomotor normal. No alergias conocidas. Vacunación según calendario CAV.

- **ANTECEDENTES FAMILIARES: Sin interés.**

- **ENFERMEDAD ACTUAL:**

La madre refiere que la niña presenta fiebre de 24h de evolución máximo 39,5 ºC, asocia decaimiento en las últimas horas y un vómito aislado, por lo que consultan.

- **EXPLORACIÓN FÍSICA:**

Tª 38,5 ºC, FC 180, FR 34, Sat O2 98 %, Peso 12 kg.

Triángulo de evaluación pediátrica inestable por apariencia. Decaimiento, palidez cutánea con exantema eritematoso tenue en tronco, hidratación normal. Relleno capilar 2 sg. ORL amígdalas hipertróficas eritematosas. Otoscopia normal. ACP buena ventilación bilateral sin ruidos añadidos. Abdomen blando depresible no doloroso. Signos meníngeos negativos.

451. Pasos a seguir tras la valoración inicial. Elija la respuesta más adecuada:

a) Sospecho una amigdalitis aguda realizo una prueba de detección rápida de antígenos de estreptococo.
b) Sospecho una enfermedad invasiva realizo analítica.
c) Recojo orina para descartar infección de orina.
d) Sospecho viriasis, doy alta con recomendaciones.

452. Ante la hiperemia amigdalar decide realizar un test rápido de antígenos que es positivo. ¿Cómo interpreta este dato? señale la FALSA:

a) Casi todas las pruebas de detección rápida de antígenos tienen una especificidad de más del 95 %.
b) La sensibilidad de estas pruebas es del 80 %.
c) Una prueba rápida negativa no excluye completamente la presencia de Estreptococo del grupo A (EGA), y debe realizarse un cultivo faríngeo de confirmación en niños y adolescentes.
d) La infección por EGA también puede diagnosticarse de forma retrospectiva por una elevación o un aumento en el título de anticuerpos antiestreptocócicos. La prueba de antiestreptolisina O es la prueba serológica más empleada y específica del estreptococo del grupo A.



453. Primera medida recomendada:

a) Ingreso para observación en espera de resultados de analítica y reevaluación en 4 horas.
b) Iniciar tratamiento antibiótico intravenoso tras recogida de cultivos y expansión con cristaloides a 20 ml/kg.
c) Pauto dosis única de cefalosporina de 3ª generación IV y doy de alta con antibioterapia oral y recomendaciones, con cita en 24 horas en su pediatra.
d) Recojo frotis faríngeo y doy de alta con recomendaciones pendiente de resultado de cultivo.

454. Tratamiento antibiótico recomendado para la sospecha clínica:

a) Cefalosporina 3 ª generación.
b) Vancomicina.
c) Cefalosporina 3ª generación + Clindamicina.
d) Amoxicilina.

Se recibe el resultado de la analítica:

BIOQUÍMICA: Glucosa 135 mg/dl; urea 30 mg/dl; creatinina 0,45 mg/dl; GPT 35 U/L; Calcio 8,8 mg/dl; proteínas 5,5 g/dl; Na 133 mEq/L; K 3,3 mEq/L; Cl 103 mEq/L; PCR 103 mg/L; PCT 18 ng/ml.
HEMOGRAMA: Hb 11,8 g/dl; Hto 36,7 %; Plaquetas 110.000/ul; Leucocitos 5.250/ul (90 % Neutrófilos)
COAGULACIÓN: Tiempo de tromboplastina parcial activada (APTT): 38 sg; Tiempo de tromboplastina parcial activada (APTT)(Ratio):1,3; Tiempo de protrombina 17 sg; Tiempo de protrombina 70 %; INR 1,3.
Gasometría venosa pH 7,34 pCO2 30 HCO3 16,2 mmol/l EB-9,6mmol/l EVOLUCIÓN en la siguiente hora:
Persiste el decaimiento de la paciente, exantema eritematoso generalizado con relleno capilar de 3 sg. Tª 38,5 ºC, FC 180, FR 34, TA 78/40.

455. ¿Qué ampliaría en la analítica solicitada para guiar el cuadro clínico?

a) ProBNP.
b) Lactato.
c) Fibrinógeno.
d) Dimero D.

456. ¿Qué medida NO realizaría a continuación?

a) Nueva expansión de cristaloides.
b) Instaurar infusión de inotrópico iv si no hay respuesta a la expansión.
c) Vigilancia de que no aparezca hepatomegalia o estertores/crepitantes durante la expansión.
d) Pautar hidrocortisona iv.

457. En cuanto a la canalización de acceso vascular, cuál de estas afirmaciones NO es correcta:

a) Ante la dificultad para obtener un acceso vascular en un paciente que precise reanimación no debe demorarse la obtención de una vía intraósea.
b) Los equipos de canalización intraósea que contienen dispositivos mecánicos tipo taladro evitan las complicaciones de la colocación de aguja intraósea asociadas a la colocación manual.
c) A través de la vía intraósea se puede infundir cualquier líquido, hemoderivado y medicación excepto bicarbonato.
d) Las complicaciones de las vías intraóseas son infrecuentes, pero incluyen osteomielitis en los casos de infusiones prolongadas.

458. ¿Cuál NO es un criterio clínico de la sospecha clínica?

a) Hiperemia conjuntival.
b) Hipotensión arterial.
c) Exantema eritematoso macular generalizado.
d) Disfunción renal.

459. En el cuadro clínico que se sospecha está indicado todo lo siguiente EXCEPTO:

a) Inmunoglobulinas IV.
b) Añadir Vancomicina iv al tratamiento antibiótico.
c) Fluidoterapia intensiva y precoz.
d) Tratamiento y prevención del fallo multiorgánico.

460. Tras el tratamiento instaurado la paciente mejora con normalización de la tensión arterial y disminución de la frecuencia cardiaca, ¿cuál NO sería su siguiente paso?

a) Llamar a cuidados intensivos pediátricos para su traslado.
b) Esperar evolución en urgencias de pediatría 2 horas para decidir destino de la paciente.
c) Informar a la familia de toda la situación clínica.
d) En el caso de traslado a otro hospital avisar al centro coordinador.

CASO CLÍNICO 2 PREGUNTAS: 461-470

Niño de 12 años que acude a urgencias de pediatría por dolor torácico.

ANTECEDENTES PERSONALES:

Vacunación según calendario. No alergias conocidas. No enfermedades previas.

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Sin interés.

ENFERMEDAD ACTUAL:

Niño de 12 años que refiere dolor de 36 horas de evolución localizado en zona retroesternal punzante que le despierta del sueño, irradiado a la espalda, empeora en inspiración profunda y mejora al sentarse. No asocia fiebre, no refiere traumatismo previo. Refiere cuadro catarral autolimitado hace 4 días.

EXPLORACIÓN FÍSICA:

Peso 50 kg Tª 37,1 ºC, FC 80, FR 20, satO2 98 %.

TEP estable. Leve palidez cutánea, mucosas normocoloreadas e hidratación normal. No exantemas ni petequias. No edemas periféricos. ORL normal.

Abdomen blando depresible no doloroso, no palpo masas ni megalias. SN normal. No signos meníngeos.

461. ¿Qué signo clínico esperaría encontrar a la auscultación cardiopulmonar?

a) Soplo tubárico.
b) Roncus bibasales.
c) Roce pericárdico.
d) Hipoventilación hemitórax derecho.

462. Con la sospecha clínica, ¿cuál es la causa más probable?

a) Bacteriana.
b) Tumoral.
c) Autoinmune.
d) Vírica.

463. ¿Qué analítica NO solicitaría inicialmente por la sospecha clínica y para determinar su posible etiología?

a) Bioquímica y hemograma.
b) Troponina T.
c) Serología de virus de Epstein-Barr, parvovirus y VIH.
d) Serie férrica.

464. Si realizamos un electrocardiograma, ¿qué alteraciones podemos encontrar? (señale la INCORRECTA):

a) Ondas Q.
b) Inversión onda T.
c) Aplanamiento onda T.
d) Elevación difusa del segmento ST.

465. ¿Qué espera encontrar en las pruebas radiológicas? (señale la INCORRECTA)

a) Si existe derrame pericárdico importante veremos un aumento de la silueta cardiaca en la radiografía de tórax.
b) La ecocardiografía es de gran ayuda para descartar miocarditis.
c) La ecocardiografía es la técnica más sensible para identificar el tamaño y la localización del derrame pericárdico.
d) La ecocardiografía nos permite descartar el taponamiento cardiaco, se suele visualizar colapso de la aurícula izquierda.

466. ¿Qué signo clínico NO nos tiene que preocupar?

a) Los ruidos cardiacos amortiguados.
b) La distensión venosa yugular.
c) El alivio de los síntomas en decúbito prono.
d) La hipotensión.

467. ¿Por qué nos tienen que preocupar los signos clínicos de la pregunta anterior?

a) Para descartar y detectar insuficiencia cardiaca.
b) Para detectar y descartar taponamiento cardiaco.
c) Para detectar y descartar miocarditis aguda asociada.
d) Para detectar y descartar mediastinitis aguda.

468. A nuestro paciente inicialmente le recomendaremos uno de estos tratamientos:

a) Antiinflamatorios no esteroideos.
b) Pericardiocentesis.
c) Colchicina.
d) Pericardiectomia.

469. ¿Qué pronóstico tiene el cuadro de la sospecha clínica de nuestro paciente? Elija la INCORRECTA:

a) La mayoría son cuadros leves.
b) Es raro que se resuelvan espontáneamente.
c) Un 30 % de los pacientes tendrá una recurrencia.
d) En el caso que se produzca recurrencia el tratamiento con colchicina mejora los síntomas y disminuye las recurrencias.

470. Entre los virus implicados en esta patología están los enterovirus. Una de las siguientes afirmaciones de los enterovirus es FALSA:

a) Los enterovirus producen alrededor del 30 % de los casos de miocarditis y pericarditis con causa identificada.
b) Los virus coxsackie B son la causa más habitual.
c) Las pruebas de detección mediante RT-PCR ha reemplazado a la determinación a través de cultivos virales.

d) Las pruebas serológicas son de utilidad similar a las pruebas RT-PCR o al cultivo viral.

CASO CLÍNICO 3 PREGUNTAS: 471-480

Niño de 2 años de edad consulta en el Servicio de Urgencias porque lleva aproximadamente dos meses y medio presentando molestias abdominales inespecíficas, que no lo relacionan con la ingesta de comidas. En los últimos 15 días está presentando deposiciones acuosas, abundantes, sin elementos patológicos, que no ceden con el ayuno. No presenta vómitos.

ANTECEDENTES FAMILIARES: Sin interés.

ANTECEDENTES PERSONALES: RNT, PAEG. Desarrollo ponderoestatural normal. Desarrollo psicomotor normal.

En el centro de salud su pediatra ha realizado las siguientes pruebas:

Examen de heces presenta pH fecal 7, sustancias reductoras negativas, Na en heces 90 mEq/l y sangre oculta en heces negativa. El coprocultivo, virus en heces y parásitos realizados por su pediatra de atención primaria resultan negativos. Hemograma: leucocitos 7000/mm3 fórmula leucocitaria (neutrófilos 50 %, linfocitos 40 %, monocitos 6 %, eosinófilos 4 %), IgA 80 mg/dl, IgG 700 mg/dl, IgM 70 mg/dl, IgE 25 UI/ml, Anticuerpos anti tTG IgA 6 U/ml.

La familia acude al Servicio de Urgencias porque notan al niño más irritable en las dos últimas semanas y hoy le notan cierta torpeza al andar.

A su llegada al servicio de Urgencias, presenta unas constantes. Peso: 10,9 kg, con peso previo hace dos meses de 12,2 kg. Temperatura axilar de 36,9 ºC. Frecuencia cardiaca 140 lpm, Frecuencia respiratoria 30 rpm. SpO2 97 %. Tensión arterial 95/55.

A la exploración física, el niño está irritable, no consolable por la familia. No palidez de mucosas ni ictericia. No presenta exantemas, petequias ni otras lesiones cutáneas. No presenta rigidez de nuca ni signos de focalidad neurológica. Discreta ataxia a la marcha, sin otras dismetrías. Pares craneales normales. No disnea ni otros signos de distrés respiratorio. Auscultación cardiaca: taquicárdica, tonos cardiacos centrados, no soplos patológicos, buena entrada de aire bilateral, sin ruidos sobreañadidos. No adenopatías cervicales, inguinales ni axilares. Exploración abdominal, presenta distensión abdominal. Resulta muy difícil explorar el abdomen porque le molesta a la palpación y a la percusión del abdomen se oye matidez. No edema articular ni limitación de movilidad de caderas, rodillas ni tobillos.

471. Con los datos de la exploración física, usted pensaría en primer lugar:

a) Masa abdominal firme.
b) Divertículo de Meckel.
c) Gastroenteritis eosinofílica.
d) Enfermedad celiaca.

472. Dentro de las primeras pruebas complementarias a realizar, le ayudaría en el diagnóstico saber:

a) Rx simple de abdomen con calcificaciones.
b) Ausencia de hematuria en el sedimento.
c) Hemograma: policitemia.
d) a y b son correctas.

473. En el diagnóstico que usted está pensando:

a) Puede aparecer opsoclono-mioclono.
b) Es frecuente la hipotensión arterial.
c) Se puede observar aniridia en algunos pacientes.
d) No se relaciona este diagnóstico con proptosis y equimosis periorbitaria.

474. Otros datos analíticos que apoyarían su diagnóstico de presunción serían:

a) Aumento de fosfatasa alcalina.
b) Aumento de LDH.
c) Ácido homovalínico urinario elevado.
d) Excreción urinaria total de catecolaminas no superior a 200 mcg/24 horas.

475. El diagnóstico más probable en este paciente sería:

a) Feocromocitoma.
b) Incidentaloma suprarrenal.
c) Neuroblastoma.
d) Linforma no Hodgkin.

476. Para estudiar la extensión de la enfermedad usted solicitaría en primer lugar:

a) TAC cerebral.
b) TAC pulmonar que suele mostrar nódulos pulmonares.
c) Radiografía ósea con típica imagen en sol naciente.
d) Gammagrafía con yodo-123 metayodobencilguanidina (123 I-MIBG) y aspirado/biopsia de médula ósea.

477. En el diagnóstico más probable de este paciente, se cumplen las siguientes afirmaciones, EXCEPTO:

a) Se trata del tumor sólido extracraneal más frecuente pediatría.
b) El 90 % de los casos se diagnostican antes de los 6 años.
c) Se trata del cáncer diagnosticado con más frecuencia en lactantes.
d) Representa el 45 % de los cánceres pediátricos.

478. Las características genéticas con importancia pronóstica en el diagnóstico más probable de este paciente, incluyen:

a) Amplificación del protooncogen n- myc.
b) Translocación cromosómica t (4;11).
c) Cromosoma Filadelfia.
d) Translocación cromosómica t (9;22).

479. El diagnóstico de este paciente, se relaciona con:

a) Síndrome de Beckwith-Wiedemann.
b) Síndrome de Fanconi.
c) Pacientes con retinoblastoma hereditario.
d) Ninguna de las anteriores

480. Respecto al tratamiento y pronóstico de esta enfermedad, es FALSO:

a) El tratamiento en el estadio 1 y 2 de bajo riesgo suele ser cirugía.
b) El tratamiento para el estadio 4S es la observación.
c) La tasa de curación en los estadios 2 supera el 70 %.
d) El estadio 4S tiene mal pronóstico.

CASO CLINICO 4 PREGUNTAS: 481-484

Recién nacido masculino de 34 semanas de edad gestacional, producto de un embarazo controlado, con antecedente de ruptura prematura de membranas de 36 horas. Nace por parto vaginal, con Apgar 6 al minuto y 8 a los 5 minutos. Presenta dificultad respiratoria progresiva a las 2 horas de vida, con quejido espiratorio, tiraje intercostal y saturación de oxígeno de 88% en aire ambiente. En la exploración física se observa taquipnea (70 rpm), aleteo nasal y cianosis perioral. La ecografía torácica realizada a pie de cuna muestra un patrón con múltiples líneas B.

481. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

a) Taquipnea transitoria del recién nacido.
b) Síndrome de dificultad respiratoria neonatal.
c) Neumonía neonatal.
d) Síndrome de aspiración meconial.

482. ¿Cuál es el principal mecanismo fisiopatológico implicado en este cuadro clínico?

a) Exceso de líquido pulmonar fetal.
b) Déficit de surfactante pulmonar.
c) Infección bacteriana vertical.
d) Obstrucción bronquial por meconio.



483. ¿Cuál es la intervención inicial más adecuada?

a) Administración de antibióticos empíricos exclusivamente.
b) Oxigenoterapia y soporte respiratorio con ventilación mecánica no invasiva tipo CPAP.
c) Intubación orotraqueal inmediata sin evaluación adicional.
d) Restricción hídrica estricta.

484. ¿Cuál de los siguientes factores aumenta más el riesgo de esta condición?

a) Parto por cesárea electiva a término.
b) Edad gestacional prematura.
c) Sexo femenino.
d) Macrosomía fetal.

CASO CLINICO 5 PREGUNTAS: 485-491

Recién nacido varón, de 12 días de vida, sin antecedentes de interés salvo cribado neonatal positivo para una patología pendiente de citación para confirmación diagnóstica. Acude a urgencias por vómitos, anorexia y debilidad de 48 horas de evolución. En la exploración física presenta TEP inestable (shock descompensado), deshidratación moderada, hipotensión. Ante inestabilidad, se canaliza vía periférica, se administra expansión SSF 10 ml/kg y se le realiza analítica sanguínea con los siguientes resultados: Na^+: 121 mEq/L, K^+ 6,9 mEq/L, glucemia 34 mg/dL, gasometría: acidosis metabólica leve. Resto sin alteraciones significativas.

485. ¿Cuál es el diagnóstico MÁS probable en este paciente?

a) Hiperplasia suprarrenal congénita por déficit de 11-B hidroxilasa.
b) Estenosis hipertrófica de píloro.
c) Hiperplasia suprarrenal congénita clásica por déficit de 21-hidroxilasa.
d) Pseudohipoaldosteronismo tipo I.

486. ¿Cuál es la alteración hormonal más esperable en este paciente?

a) Cortisol bajo con ACTH elevada.
b) Cortisol elevado con ACTH normal.
c) Aldosterona aumentada con renina baja.
d) Disminución de andrógenos suprarrenales.

487. ¿Qué determinación analítica solicitarías en primer lugar para confirmar el diagnóstico sospechado?

a) ACTH basal.
b) 17-hidroxiprogesterona sérica.
c) 11-desoxicortisol.

d) Renina plasmática.

488. Ante la situación clínica descrita, el manejo inicial más adecuado es:

a) Intervención quirúrgica tras corrección hidroelectrolítica.
b) Fludrocortisona oral.
c) Sueroterapia para corrección electrolítica e inicio de corticosteroides tras confirmación diagnóstica.
d) Hidrocortisona endovenosa, sueroterapia con corrección hidroelectrolítica y aporte de glucosa.

489. Señale la causa más frecuente de trastorno de desarrollo sexual (TDS) XX:

a) Deficiencia de aromatasa.
b) Hiperplasia suprarrenal congénita.
c) Tumores fetales productores de andrógenos.
d) Exposición intraútero a andrógenos maternos.

490. Respecto a la diabetes mellitus tipo 1 en la infancia, señale la respuesta INCORRECTA:

a) El déficit de insulina explica la aparición de cetosis y acidosis metabólica.
b) La glucemia plasmática ≥200 mg/dl con síntomas típicos es diagnóstica con o sin cetonuria.
c) La poliuria se produce por diuresis osmótica secundaria a la hiperglucemia.
d) La resistencia insulínica es el mecanismo fisiopatológico predominante.

491. En relación a la cetoacidosis diabética en el niño, señale la afirmación INCORRECTA:

a) La cetoacidosis diabética se asocia habitualmente a seudohiponatremia.
b) Es la descompensación aguda más grave de la diabetes mellitus en pediatría.
c) Se asocia a hiperglucemia, alcalosis metabólica y cetonemia.
d) El objetivo inicial del tratamiento es rehidratar al paciente, corregir la acidosis y la cetosis y revertir gradualmente la hiperglucemia.

CASO CLINICO 6 PREGUNTAS: 492-495

Un niño de 2 años acude con su madre al servicio de urgencias porque mientras merendaba en un parque, ha presentado de forma súbita tos en accesos y dificultad respiratoria. La madre insiste en que no presentaba cuadro catarral previo. A la exploración física presenta una frecuencia respiratoria de 60 respiraciones/minuto, una saturación de 89-90% y sibilancias en la auscultación cardiopulmonar.

492. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

a) Crisis asmática.
b) Bronquiolitis.
c) Neumonía adquirida en la comunidad.
d) Aspiración de cuerpo extraño.

493. ¿Cómo puede confirmarse el diagnóstico?

a) Mediante radiografía de tórax.
b) Mediante radiografía de tórax y analítica.
c) Mediante analítica y análisis de virus respiratorios en aspirado nasofaríngeo.
d) Mediante broncoscopia urgente.

494. ¿Cuál es el tratamiento MÁS adecuado?

a) Salbutamol, glucocorticoides inhalados y oxígeno.
b) Antibioterapia y glucocorticoides iv.
c) Antibioterapia y oxígeno.
d) Todas las anteriores son falsas.

495. ¿Cuál de los siguientes factores NO aumenta el riesgo de presentar esta patología?

a) Edad inferior a 4 años.
b) Sexo masculino.
c) Edad superior a 13 años.
d) Ninguna de las anteriores aumenta el riesgo.

CASO CLINICO 7 PREGUNTAS: 496-499

Lactante de 6 meses, sin antecedentes perinatales de interés. Acude a su pediatra de atención primaria por episodios de movimientos bruscos del tronco y las extremidades. Los progenitores refieren que, desde hace dos semanas, el paciente presenta episodios súbitos consistentes en una flexión rápida del cuello y el tronco con extensión de las extremidades superiores, de aproximadamente 1 a 2 segundos de duración, Estos eventos ocurren de forma característica en salvas o grupos de 10 a 15 episodios, especialmente en los momentos de somnolencia y tras el despertar. Inicialmente, la familia los confundió con sobresaltos

por cólicos o reflujo, pero han notado que el niño está "más decaído" y ha dejado de realizar el volteo y el seguimiento visual que ya había adquirido. Exploración física: TEP estable. No dismorfias. Manchas hipocrómicas en tronco. Contacto visual intermitente, no se evoca sonrisa. Hipotonía cérvico-axial. Prensión voluntaria bilateral. Tono de extremidades normal. El resto de la exploración por aparatos es normal.

496. ¿Cuál es el diagnóstico sindrómico epiléptico más probable?

e) Síndrome de Dravet
f) Sindrome de West.
g) Epilepsia mioclónica benigna de la infancia.
h) Síndrome de Lennox-Gastaut.

497. ¿Qué hallazgo se esperaría encontrar en el electroencefalograma (EEG) intercrítico de este paciente para confirmar el diagnóstico?

a) Puntas-onda a 3 Hz sobre una actividad de fondo normal.
b) Hipsarritmia (actividad de fondo caótica, lenta, de alto voltaje con puntas multifocales).
c) Patrón de supresión de ráfagas (burst-suppression).
d) Puntas polimorfas occipitales que se activan con el cierre ocular.

498. ¿Cuál de las siguientes entidades presenta una asociación más frecuente con este síndrome epiléptico y asocia manchas hipocrómicas en la piel?

a) Neurofibromatosis tipo 1
b) Síndrome de Dravet
c) Complejo esclerosis tuberosa
d) Fenilcetonuria.

499. ¿Qué tratamiento considera de elección para esta epilepsia ante la sospecha de esta entidad genética?

a) Fenitoína
b) Topiramato
c) Vigabatrina
d) Ácido valproico

CASO CLINICO 8 PREGUNTAS: 500

500. Niña de 3 años de origen pakistaní que en una analítica realizada por cansancio presenta: H 5.550.000/mm3, Hb 9 gr/dl, con VCM: 75, CHCM: 30 normales y ADE 10 %. La madre refiere que suele tener anemia pero que no ha sido estudiada. No hermanos. Se realiza electroforesis de hemoglobinas con: HbA: 97 %, HbA2: 2,6 %, HbF: 0,4 %. Señale la respuesta correcta:

a) Probablemente estemos ante una talasemia Minor.
b) Es necesario solicitar Ac Antitransglutaminasa para descartar E. Celiaca.
c) El diagnóstico diferencial más habitual de esta entidad es la anemia carencial por déficit de vitamina B12.
d) A largo plazo esta niña precisará una esplenectomía.